

Zeitschrift: Itinera : Beiheft zur Schweizerischen Zeitschrift für Geschichte = supplément de la Revue suisse d'histoire = supplemento della Rivista storica svizzera

Herausgeber: Schweizerische Gesellschaft für Geschichte

Band: 35 (2014)

Artikel: Die Macht des Empfängers : Gesundheit als Verhandlungsgegenstand zwischen der Schweiz und Tansania, 1970-1980

Autor: Meier, Lukas

DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-1077865>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. [Mehr erfahren](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. [En savoir plus](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. [Find out more](#)

Download PDF: 08.02.2026

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>

Die Macht des Empfängers. Gesundheit als Verhandlungsgegenstand zwischen der Schweiz und Tansania, 1970–1980*

Lukas Meier

Lange Zeit gehörte das Gesundheitswesen nicht zum Kernbereich der offiziellen schweizerischen Entwicklungszusammenarbeit. Der 1961 gegründete *Dienst für technische Zusammenarbeit* (DftZ) verstand unter Gesundheit karitative Tätigkeiten, die Schweizer Missionsgesellschaften zur Rettung ‘verlorener Seelen’ in der ‘Dritten Welt’ ausüben mochten, die jedoch nicht in gleichem Masse dazu taugten, technische Errungenschaften zur Geltung zu bringen wie etwa das Ingenieurwesen oder die Landwirtschaft.¹ Nach wenig mehr als fünfzig Jahren Schweizer Entwicklungszusammenarbeit hat sich dieses Bild gewandelt; das Gesundheitswesen hat nunmehr einen festen Platz innerhalb der Themenschwerpunkte der *Direktion für Entwicklung und Zusammenarbeit* (DEZA) eingenommen und ist daraus nicht mehr wegzudenken.

Der vorliegende Beitrag geht der Frage nach, wie es dazu kam. Erstens wird die Vermutung geäußert, dass die neue Gewichtung von Gesundheit im Kontext der Schweizer Entwicklungspraxis eng mit den Erfahrungen der Schweiz in Tansania während der 1970er Jahre verknüpft ist. Wie kein anderes Land der Dritten Welt hat Tansania unter seinem charismatischen Präsidenten Julius Nyerere die Phantasie der Schweizer Öffentlichkeit in Sachen Dritte-Welt-Solidarität angeregt. Davon war nicht zuletzt der Gesundheitssektor betroffen. Nach den Misserfolgen einer ‘ersten’ Schweizer Entwicklungsdekade, die von einem einseitigen Technologietransfer von der Schweiz in die Dritte Welt geprägt war, waren Sozialmedizin und der Aufbau eines demedikalisierten Gesundheitswesens in Tansania dankbare Themen, um eine Wende in der Schweizer Entwicklungszusammenarbeit einzuleiten. Im Vergleich mit anderen Organisationen, allen voran der Weltgesundheitsorganisation (WHO), hat die Gesundheitsthematik also erst spät Eingang in die Schweizer Entwicklungspraxis gefunden. Zweitens wird dargelegt, dass die medizinische

* Dieser Beitrag greift auf Daten zurück, die im Rahmen eines Dissertationsprojektes erhoben wurden. Ich möchte es an dieser Stelle nicht versäumen, mich bei der *R. Geigy-Stiftung* (Basel), der *Vögelin-Bienz-Stiftung* (Basel), der *Freiwilligen Akademischen Gesellschaft* (FAG) und der *Kommission für Forschungspartnerschaften mit Entwicklungsländern* (KFPE) für die finanzielle Unterstützung und bei Zacharias Likopa für den Beistand bei den Interviews in Kikwawila (Tansania) zu bedanken. Vgl. Lukas Meier, *Striving for Excellence at the Margins. Science, Decolonization, and the History of the Swiss Tropical and Public Health Institute (Swiss TPH) in (post-)colonial Africa, 1943–2000*, PhD University of Basel 2013 (in Vorbereitung).

¹ Schweizerisches Bundesarchiv Bern (BAR), E 2200.83 (A), 1983/26, 3, B. 8.15.1, Experten, Spezialisten, Schweizerärzte, 1962–1963, Hans Hauri, 20.01.1964.

Entwicklungszusammenarbeit der Schweiz hauptsächlich von privaten Akteuren geprägt war, so auch in Tansania. Noch vor der Unabhängigkeit des ostafrikanischen Landes hatte das *Schweizerische Tropeninstitut* unter seinem Direktor Rudolf Geigy ein kleines Feldlaboratorium in dem von der Schweizer Kapuziner-Mission geführten St. Francis Hospital in Ifakara, im südöstlichen Teil Tansanias, eingerichtet. Auch nach der Gründung des DftZ waren es hauptsächlich Akteure aus der Wissenschaft und kirchliche Kreise, welche ihr bereits erworbenes 'Entwicklungswissen' in die Waagschale warfen und die Entwicklungszusammenarbeit mit Tansania vorantrieben. Rudolf Geigy, der sowohl enge Beziehungen zur chemischen Industrie in Basel wie auch zum bundesrätlichen Delegierten für technische Zusammenarbeit, August Lindt, unterhielt, war in einer privilegierten Position, um diese Hilfe voranzutreiben. 1961 gründete Geigy zusammen mit der *Basler Stiftung zur Förderung von Entwicklungsländern* (BSFEL) in Ifakara das *Rural Aid Centre* (RAC), ein Ausbildungszentrum für paramedizinisches Personal. Etwas später folgte die Errichtung eines Pathologie-Labors in Dar es Salaam, welches sich nicht zuletzt aufgrund der besagten Freundschaft zwischen Lindt und Geigy der Unterstützung des DftZ sicher sein konnte.

Die Geschichte der Schweizer Entwicklungszusammenarbeit lässt sich nicht als blossen Transfer modernisierungstheoretischer Konzepte aus der Schweiz in ein Drittweltland begreifen. Viel eher beschreibt Entwicklungszusammenarbeit einen komplexen Interaktionsprozess zwischen staatlichen und privaten Akteuren über nationale Grenzen hinweg.² Tansanische Akteure hatten einerseits einen wesentlichen Anteil an der Ausgestaltung schweizerischer Entwicklungszusammenarbeit in Tansania, andererseits wurde das ostafrikanische Land zu einem wichtigen Ort, an dem neue Entwicklungskonzepte erprobt und ausgehandelt werden konnten. Ein erster Teil des Beitrags beschreibt die Rolle der Schweizer Hilfswerke bei der Implementierung sozialmedizinischer Konzepte im ländlichen Tansania Ende der 1960er Jahre. 'Sozialmedizin' als Entwicklungsstrategie für den ländlichen Raum bezeichnete den Versuch, Krankheiten nicht mehr nur als Re-

2 Kiran Klaus Patel, *Nach der Nationalfixiertheit. Perspektiven einer transnationalen Geschichte*, Öffentliche Antrittsvorlesung an der Humboldt-Universität zu Berlin, Berlin 2004; Jürgen Osterhammel, «Transnationale Gesellschaftsgeschichte. Erweiterung oder Alternative?», in: *Geschichte und Gesellschaft*, Vol. 27 (2001) Heft 3, S. 464–479; Albert Wirz, «Für eine transnationale Gesellschaftsgeschichte», in: *Geschichte und Gesellschaft*, Vol. 27 (2001) Heft 2, S. 489–498; Sebastian Conrad, Jürgen Osterhammel, «Einleitung», in: dies. (Hg.), *Das Kaiserreich transnational. Deutschland in der Welt 1871–1914*, Göttingen 2004, S. 7–27. Eine kritische Würdigung des Transnationalismus-Konzeptes unternimmt Hans-Ulrich Wehler, «Transnationale Geschichte – der neue Königsweg historischer Forschung?», in: Gunilla Budde, Sebastian Conrad, Oliver Janz (Hg.), *Transnationale Geschichte. Themen, Tendenzen und Theorien*, Göttingen 2006, S. 161–174. Der Begriff «Entwicklungszusammenarbeit» umfasst im Folgenden alle Handlungen der Entwicklungsakteure im Feld, «Entwicklungspolitik» dagegen meint alle Strategien, Institutionen und Diskurse, welche zur Entwicklungszusammenarbeit auffordern und diese Handlungen prägen.

sultat rein biologischer oder medizinischer Vorgänge zu begreifen, sondern in einem grösseren sozioökonomischen Zusammenhang zu interpretieren. Die enge Beziehung zwischen 'Entwicklung' und 'Medizin', wie sie sich in Tansania herausbildete, gab wichtige Impulse für die Gestaltung einer medizinischen Entwicklungszusammenarbeit in der Schweiz. Ein zweiter Teil des Beitrags befasst sich deshalb mit den zögerlichen Versuchen innerhalb des DftZ, ausgehend von den Erfahrungen Schweizer Wissenschaftler und Ärzte, in Tansania eine kohärente medizinische Entwicklungspolitik zu gestalten. Es waren weit weniger die Mitarbeiter des DftZ als vielmehr spezifische Expertengruppen wie die *Arbeitsgruppe Gesundheit*, welche die Ausformulierung der medizinischen Entwicklungspolitik in der Schweiz wesentlich prägten. Ein dritter Teil verlässt die Ebene der Entwicklungsdiskurse und widmet sich dem Feld der entwicklungspolitischen Praxis. Ifakara und der ländliche Kilombero-Distrikt in Tansania bildeten den Raum, in dem sozialmedizinische Konzepte in die Praxis umgesetzt werden konnten. Wie sich zeigen lässt, ist Entwicklungszusammenarbeit aber weniger ein 'Kolonialismus mit anderen Mitteln' als vielmehr ein komplexer Interaktionsprozess zwischen Wissenschaft, Politik und der ländlichen Bevölkerung, der meist unvorhergesehene Resultate zeitigt.

Sozialmedizin in Tansania und die Rolle der Schweizer Entwicklungszusammenarbeit

Das Jahr 1967 war ein Schlüsseljahr in den 'ideologischen Annalen' Tansanias. Zumindest war es das Jahr, in dem Julius Nyerere die *Arusha-Deklaration*, veröffentlichte und seine Ideen eines afrikanischen Sozialismus einer breiten Bevölkerung darlegte. Wichtige Grundpfeiler für die neue tansanische Staatsideologie wurden 'Ujamaa' (familyhood) und 'Kujitegemea' (self-reliance). Während Ujamaa – als Entwicklungsstrategie für den ländlichen Raum – den Aufbau sogenannter Ujamaa-Dörfer als soziale und ökonomische Einheiten propagierte, meinte Kujitegemea den Beitrag eines jeden Einzelnen an den Aufbau der 'werdenden' Nation. Gesundheitspolitik hatte eine wichtige Funktion innerhalb Nyereres sozialistischer Staatsideologie. Der zweite Fünfjahres-Plan (1969–1974) unterschied sich von seinem Vorgänger insofern, als er die Entwicklung des ländlichen Gesundheitswesens als eines der Kernanliegen formulierte und – nicht weniger wichtig – das nötige Budget für ein solches Vorhaben bereitstellte.³ Nyereres Projekt einer flächendeckenden Gesundheitsversorgung für den ländlichen Raum stand unter dem Einfluss Chinas, dessen Modell der 'Barfussärzte' auch von der westlichen Welt als

3 1972 überstiegen die Ausgaben für ländliche Gesundheitszentren und Dispensarien zum ersten Mal jene für Spitäler, vgl. Ministry of Health (MOH)/Library Tanzania, Budget Speech by the Minister for Health, Hon. A. H. Mwinyi, MP, for the Year 1972/73, S. 1–25, hier S. 4.

eine grosse Errungenschaft gepriesen wurde.⁴ Ein Jahr nach der Veröffentlichung der Arusha-Deklaration erschienen als Zeugnis tansanisch-chinesischer Freundschaft mobile chinesische Ärzteteams in den entlegenen Gebieten Tansanias, die ihre Kenntnisse auf den Aufbau der ländlichen medizinischen Versorgung verwandten.⁵ Das chinesische Modell fand seine tansanische Entsprechung in der Einführung sogenannter 'village medical helpers', die sich nach sechsmonatiger Ausbildung anschickten, in den Ujamaa-Dörfern präventive wie kurative Aufgaben zu übernehmen.⁶

Zu Beginn der 1970er Jahre wurde der Ausbau der ländlichen Gesundheitsversorgung zur Legitimationsgrundlage staatlicher Interventionspolitik. 1973 erklärte Nyerere das Leben in Ujamaa-Dörfern als verbindlich, und innert dreier Jahre wurden über 5 Millionen Tansanierinnen und Tansanier zwangsweise umgesiedelt.⁷ Die Schweiz – sonst nicht sehr zimperlich im Urteil gegen alles, was 'liberalen' und 'demokratischen' Grundwerten zu widersprechen drohte – nahm die autoritären Tendenzen des tansanischen Sozialismus vergleichsweise gelassen hin. Schweizer Entwicklungshelfern gab die sozialistische Wende Tansanias weit weniger Anlass zur Sorge als die Drohgebärden vieler westlicher Linksregierungen. Rudolf Geigy, nicht unbedingt ein Sozialist aus altem Schrot und Korn, schrieb bereits im Kontext der Nationalisierungswelle in Tansania nach der Veröffentlichung der Arusha-Deklaration:

Die tansanischen Behörden geben zu, dass es ein vielleicht etwas zu brüsker Gewaltakt war und dass Präsident Nyerere, der sich dessen übrigens bewusst ist, zu solchen raschen, emotionellen Entscheidungen neigt, dass aber diese Massnahmen früher oder später kommen mussten. Sie sind übrigens nicht mit dem zu vergleichen, was linksgerichtete Regierungen in Europa (z.B. Labour: England) unter 'Nationalisierung' verstehen, indem dort die Landeseigenen Betriebe von diesem Prozess erfasst werden, während es hier nur einzelne ausländische Unternehmungen betrifft. Allgemein ist mir auch versichert worden, dass kein kommunistischer Druck dahinter stehe [...].⁸

4 Ruth Sidel, Victor W. Sidel, *The Health of China. Current Conflicts in Medical and Human Services for One Billion People*, Boston 1982, S. 33–70; S. M. Hillier, «Preventive Health Work in the People's Republic of China, 1949–82», in: S. M. Hillier, J. A. Jewell (Hg.), *Health Care and Traditional Medicine in China, 1800–1982*, London 1983, S. 149–217.

5 Ministry of Health (MOH)/Library, Budget Speech by the Minister for Health and Social Welfare, L. Nangwanda Sijaona, MP; 1970/71, Estimates, S. 1–61, hier S. 24–25.

6 Walter Bruchhausen, *Medizin zwischen den Welten. Geschichte und Gegenwart des medizinischen Pluralismus im südöstlichen Tansania*, Bonn 2006, S. 129.

7 Andreas Eckert, *Herrschen und Verwalten. Afrikanische Bürokraten, staatliche Ordnung und Politik in Tansania, 1920–1970*, München 2007, S. 253; Leander Schneider, «Freedom and Unfreedom in Rural Development. Julius Nyerere, Ujamaa Vijijini, and Villagization», in: *Canadian Journal of African Studies*, Vol. 38 (2005) Heft 2, S. 344–393.

8 Archiv Schweizerisches Tropen und Public Health Institute, Basel (ASTI), Ifakara I, BSFEL u.a., Rudolf Geigy, Vorschläge betreffend die zukünftige Gestaltung der Tätigkeit des Rural Aid Centres in Ifakara, 1967, S. 1–6, hier S. 1.

Afrikanischer Sozialismus war eben nicht Kommunismus sowjetischer Prägung, und die 'Intelligenz' und 'Bescheidenheit', mit der man in der Schweiz den tansanischen Staatsmann in Verbindung brachte, liessen sich durchaus in ein Schweizer Selbstbild integrieren. Die im Westen verbreitete Ansicht, in Tansania werde nach einem besonders erfolgreichen Entwicklungsmodell gehandelt, hatte zur Folge, dass sich die Schweizer Entwicklungsbestrebungen im ostafrikanischen Land den neuen politischen Gegebenheiten anpassten.⁹ Ganz ohne Druck von tansanischer Seite erfolgte ein solcher Wandel jedoch nicht. In den frühen 1970er Jahren forderten Angehörige der medizinischen Fakultät in Dar es Salaam nicht nur allgemein grösseres Mitspracherecht in den Entscheidungsgremien des *Rural Aid Centre* (RAC), sondern eine Erweiterung von dessen Curriculum in Richtung 'community medicine' und 'public health'. Wenceslaus Kilama, der spätere Direktor des *National Institute for Medical Research* (NIMR), forderte:

If the Ifakara course is to contribute fully to the development of our students, an integrated programme should be planned and carried out by the members of this [i.e. the Tanzanian] Faculty. Participation by the Swiss group should be encouraged, but the primary leadership must stem from the Faculty.¹⁰

Politischer Druck, die Schweizer Entwicklungsprojekte mit den ideologischen Grundsätzen in Einklang zu bringen, kam nicht nur aus den Universitätskreisen in Dar es Salaam, sondern auch von den afrikanischen Studenten des RAC selbst. In den 1970er Jahren sahen sich die Schweizer Lehrer konfrontiert mit einer neuen Generation politisch aktiver Studierenden, die den Wert des vermittelten Wissens an dessen Potential zur gesellschaftlichen Veränderung massen. Die Studierenden kritisierten die Lehrinhalte und die engen Vorstellungen von 'Gesundheit', mit denen das RAC bislang operierte, aber auch die mehr oder weniger offenkundigen sozialen Distinktionen, welche das Zusammenleben zwischen Schweizern und Tansaniern in Ifakara prägten. Anlass zu Diskussionen zwischen den Lehrern und den von überall her kommenden Studenten gab beispielsweise der soziale Status sogenannter 'flyboys', die den Nachschub an lebendem Forschungsmaterial besorgten und deren knapper Lohn in den Augen der afrikanischen Studenten als ungerecht empfunden wurde. Thierry Freyvogel, der die Entwicklung in Tansania seit den späteren 1950er Jahren als Wissenschaftler und späterer Direktor des *Schweizerischen Tropeninstituts* mitverfolgte, kommentierte die Veränderungen folgendermassen:

9 Zu der «Wirkung» Tansanias im Westen vgl. Susan C. Crouch, *Western Responses to Tanzanian Socialism, 1967–83*, Aldershot 1987 und Ali A. Mazrui, «Tanzaphilia», in: *Transition*, Vol. 31 (1967), S. 20–26.

10 ASTI, Ifakara I, BSFEL u.a., Wen Kilama, Some Background Information about the Ifakara Programme, Mai 1971, S. 2.

Es zeigt, dass das soziale Bewusstsein, vielleicht auf Grund der Tätigkeit des Mwalimu Nyerere, immer wacher wird, und dass auch wir, die wir das Land und die Leute verhältnismässig gut kennen, unsere Einstellung und unsere Verhaltensweise von Jahr zu Jahr neu überprüfen und anpassen müssen. Interessant war auch, dass sich hier in den Diskussionen eindeutig eine afrikanische und eine europäische Front gegenüberstanden, obwohl sonst der Kontakt unserer Schweizer mit den Afrikanern denkbar gut zu sein scheint.¹¹

Wie Freyvogel richtig bemerkte, mussten sich die von privater Seite initiierten Entwicklungsbestrebungen in Ifakara dem wachsenden politischen Druck fügen, wollte man über kurz oder lang die Stellung im tansanischen Gesundheitssystem halten. In den 1970er Jahren zeichnete sich deshalb eine zweifache Tendenz ab. Einerseits nahmen tansanische Akteure vermehrt Einfluss auf die Schweizer Entwicklungspolitik. 'Entwicklungshilfe', zumindest aus historischer Perspektive betrachtet, war eben nicht die homogene 'Unterwerfungsmaschine', wie sie von prominenter Seite mit Vorliebe dargestellt wird,¹² bot sie doch den Adressaten die Möglichkeit, eigene Vorstellungen einzubringen und die vom Westen initiierten Projekte und Institutionen zu verändern. Andererseits gingen diese Austauschprozesse nicht spurlos an den Schweizer Entwicklungshelfern vorbei. Wie das Beispiel des Ausbaus des *Rural Aid Centre* in Ifakara in ein *Medical Assistant Training Centre* (MATC) zeigt, wurden die Schweizer Entwicklungsprojekte zunehmend zu Orten einer sozialistischen Entwicklungsideologie.

Das Medical Assistant Training Centre (MATC)

Im Jahr 1973 beschloss das *Tropeninstitut*, die Basler chemische Industrie und die tansanische Regierung, das *Rural Aid Centre* zu einem *Medical Assistant Training Centre* (MATC) auszubauen und nach fünf Jahren der Regierung zu übergeben. Der tansanischen Regierung lag die Ausbildung von 'medical assistants' besonders am Herzen. In der Hierarchie der zahlreichen Berufskategorien innerhalb des tansanischen Gesundheitssystems rangierten die 'medical assistants' hinter den Ärzten und den 'assistant medical officers'. Ihre Ausbildung sollte sie dazu befähigen, die Leitung eines jener 'health centre' zu übernehmen, die seit den frühen 1960er Jahren als wichtigste Institutionen für die ländliche Gesundheitsversorgung angesehen wurden. Die Unterschiede zwischen dem RAC und dem MATC konnten kaum grösser sein. Der Fokus der Lehre war nun weit weniger auf Biologie als auf

11 Archiv Thierry A. Freyvogel (ATAF), Lettres d'Ifakara (1959–1985), Thierry Freyvogel, 26. Juli 1970, S. 2.

12 Arturo Escobar, *Encountering Development. The Making and Unmaking of the Third World*, Princeton 1995; Wolfgang Sachs (Hg.), *The Development Dictionary. A Guide to Knowledge as Power*, London 1992.



Abbildung 1: Das *Rural Aid Centre* (RAC) in Ifakara, ca. 1961. Bildnachweis: Archiv Schweizerisches Tropen- und Public Health Institute (Swiss TPH), Basel.

‘community medicine’ und ‘public health’-Themen ausgerichtet. Die dreijährige Ausbildung hatte zudem den Vorteil, dass sich die Studenten nun über längere Zeit in Ifakara aufhielten und sich somit nicht nur damit begnügen mussten, die Bevölkerung auf ihre «unhygienische Lebensweise»¹³ aufmerksam zu machen, sondern aktiv an der Verbesserung dieser Umstände mitwirken konnten. Im Verlauf des zweiten Jahres ihrer Ausbildung arbeiteten die Studenten vermehrt in den Dörfern ausserhalb Ifakaras, um die Landbevölkerung beim Bau von Latrinen zu unterrichten oder um das erworbene Wissen über angemessene Ernährung, hygienische Mindeststandards oder die Prävention von Infektionskrankheiten weiterzugeben.¹⁴

Diese Arbeit innerhalb der ‘community’ entsprach der offiziellen Regierungspolitik. 1972 startete die Regierung die breit angelegte Kampagne ‘Mtu ni Afya’ (man is health), die sich insofern von früheren Gesundheitskampagnen unterschied, als sie sich nicht darauf beschränkte, gesundheitsrelevantes Wissen weiterzugeben, sondern von der Bevölkerung einen aktiven Beitrag zur Verbesserung der eigenen Gesundheit erwartete.¹⁵ In vielen Belangen setzten ‘Mtu ni Afya’ und andere, ähnlich geartete Gesundheitskampagnen die Bestrebungen der Kolonialmedizin fort, wie sie der Ulanga-Distrikt in früheren Jahren erlebt hatte. Was die Umsiedlungspolitik in den 1970er Jahren von jener in den 1940er Jahren unterschied, war die Koppelung von Gesundheitsdiskursen mit solchen der Staatsbürgerschaft. Nun wurden jedoch eine Verhaltensänderung auf individueller Ebene und ein aktiver Beitrag als mündiger Bürger zu einem ‘gesunden’ Gemeinwesen gefordert. Wie angedeutet, wurde der Versuch, die Bevölkerung zur Verbesserung ihrer Gesundheit zu mobilisieren, zu einem wichtigen Grundsatz am MATC. Die Verantwortlichen des MATC in der Schweiz und in Ifakara waren bereit, die tansanischen Bestrebungen in Richtung einer Sozialmedizin aktiv mitzutragen. Mit Blick auf die neuen community-Projekte des MATC meinte der damalige Schulleiter, Oscar Appert:

Soweit ich es beurteilen kann, entspricht der skizzierte Plan ausgezeichnet der offiziellen Regierungspolitik. Ich möchte hier beifügen, dass ich diese Politik in ihren Grundsätzen nach wie vor für richtig halte [...].¹⁶

Appert und viele andere Schweizer Entwicklungshelfer, die in den 1970er Jahren an der Umgestaltung des tansanischen Gesundheitssystems mitarbeiteten, sahen in der «offiziellen Regierungspolitik» Tansanias lediglich den Versuch, die Gesundheitsverhältnisse auf dem Land zu verbessern, und berücksichtigen kaum, unter

13 ASTI, Korrespondenz Appert, Eichenberger, Schuppler, Ifakara, Thierry Freyvogel an Gerhard Eichenberger, 31. Oktober 1973, S. 1.

14 ASTI, Courses 1966–1971, Oscar Appert, 1972, S. 1–3, hier S. 2–3.

15 Budd L. Hall, *Mtu ni Afya – Man is Health. Tanzania's Health Campaign*, Washington 1978.

16 ASTI, Courses 1966–1971, Oscar Appert, undatiert, S. 1–3, hier S. 3.

Einsatz welcher Mittel ländliche Entwicklungshilfe vorangetrieben wurde, noch zu welchem gesellschaftlichen Preis man sich eine solche Transformation erkaufte.

Wie das Beispiel des MATC zeigt, wurden Schweizer Entwicklungsprojekte in den 1970er Jahren zu «surrogates of the state»¹⁷, zu soliden Trägern der Staatsräson und zu vehementen Verfechtern einer allerdings nur partiell rezipierten tansanischen Staatsideologie. Sowenig man Entwicklungspolitik einzig als politische Unterwerfungsstrategie ansehen kann, sowenig darf man sie vorschnell als probates Mittel zur Eindämmung kommunistischer Ideologie in der Dritten Welt verstehen. Die Ausführungen zum MATC legen den Schluss nahe, den Kalten Krieg nicht als homogenes Strukturprinzip zu begreifen. Viel eher waren historische Akteure in der Lage, die Vorstellungen einer bipolaren Weltordnung in unterschiedlichem Masse für ihre eigenen Ziele zu instrumentalisieren oder, wie in unserem Fall, eine solche Dichotomie nicht zu sehr zu betonen. Die Erfahrungen in Tansania, die davon geprägt waren, Gesundheit nicht nur als eine Voraussetzung für ländliche Entwicklung, sondern Entwicklung als Garant für eine bessere Gesundheit anzusehen, haben nicht nur zu einer Rezeption tansanischer Staatsdoktrin geführt, sondern auch wesentlich dazu beigetragen, sozialmedizinischen Konzepten auch in der Schweiz zum Aufschwung zu verhelfen.

Der Aufstieg der Gesundheitsthematik innerhalb des Dienstes für technische Zusammenarbeit (DftZ)

In den 1970er Jahren wurde 'Gesundheit' zu einem Leitthema der Schweizer Entwicklungspolitik. Viele neue soziale Bewegungen und Entwicklungsorganisationen, die in der Schweiz der 1970er Jahre das entwicklungspolitische Feld umpflügten, hatten sich dem Kampf für eine bessere Gesundheit in der Dritten Welt verschrieben und forderten einen Verzicht auf eine hochtechnisierte Gesundheitsversorgung in der Dritten Welt. Eine der Organisationen, die neue diskursive Standards zu setzen vermochte, war *Medicus Mundi Schweiz* (MMS), der 1973 gegründete Schweizer Ableger von *Medicus Mundi International*. MMS war eine Dachorganisation, die sich zunächst vor allem auf die Rekrutierung von Schweizer Ärzten für die Dritte Welt spezialisierte. Am Internationalen Kongress für Medizinische Entwicklungshilfe in Rüschlikon forderten die verschiedenen Arbeitsgruppen

17 Michael Jennings, *Surrogates of the State. Oxfam and Development in Tanzania, 1961–79*, London 1998.

[...] ein weitgehendes Umdenken sowohl im hilfeleistenden als auch im hilfebedürftigen Land. Neues Ziel muss die Umstellung auf einen Basisgesundheitsdienst für alle sein; das bedeutet Konzentration auf eine Medizin, die den gesamten Menschen in seiner spezifischen kulturellen und sozio-ökonomischen Umwelt erfasst und die vermehrt präventiv für die Gesunden als nur kurativ für die Kranken sorgt.¹⁸

MMS wurde präsiert von Edgar Widmer, dem Neffen des späteren Erzbischof von Dar es Salaam, der das St. Francis Hospital in Ifakara von seiner Zeit als Assistenzarzt aus eigener Anschauung kannte. Die administrativen Tätigkeiten wurden von Antoine Degrémont, dem späteren Direktor des *Schweizerischen Tropeninstituts*, übernommen. Degrémont stand für einen neuen Ansatz innerhalb des *Tropeninstituts*, den er selbst als einen Wandel von der Biologie hin zum öffentlichen Gesundheitswesen beschrieb.¹⁹ Wichtig für den Kontext hier ist, dass diese neue Generation von entwicklungspolitisch motivierten Ärzten und Wissenschaftlern es verstand, den DftZ in der Ausgestaltung seiner Entwicklungspolitik zu beeinflussen. Ein wichtiges institutionelles Gefäss, in dem sich diese neuen Sichtweisen artikulierten und das den DftZ in der Ausformulierung der medizinischen Entwicklungshilfe beeinflusste, war die *Arbeitsgruppe Gesundheit*, die 1974 ins Leben gerufen wurde.

Die Arbeitsgruppe Gesundheit

Die *Arbeitsgruppe Gesundheit* (AGG) ist ein wichtiges Gremium, an dessen Aktivitäten sich die wachsende Bedeutung der Gesundheit im Feld der Entwicklungshilfe wie auch der veränderte Gesundheitsdiskurs in den 1970er Jahren ablesen lassen. Der Arbeitsgruppe gehörten neben Thierry Freyvogel und Antoine Degrémont vom *Schweizerischen Tropeninstitut* weitere Gesundheitsexperten an, deren Wissen um die 'Bedürfnisse der Dritten Welt' von Aufenthalten in Ifakara herrührte.²⁰ Im Unterschied zu vielen anderen Arbeitsgruppen, die in den 1970er Jahren als Teil einer sich entwickelnden Solidaritätsbewegung auf die Probleme der Dritten Welt aufmerksam machten, stand die AGG nicht allen politisch Aktiven offen. Nicht politische oder religiöse Affinität, sondern einzig die wissenschaftliche Expertise im Gesundheitsbereich entschied über Zugehörigkeit oder Ausschluss. Die Aufgabe der Arbeitsgruppe bestand darin, dem DftZ bei der Ausformulierung ge-

18 BAR, E 2005 (A), 1985/101, 11, t.024.04, Arbeitsgruppe Bevölkerungsprobleme und medizinische Entwicklungszusammenarbeit; Karl Appert, «Neues Konzept für internationale medizinische Entwicklungshilfe», in: *Pressedienst der Schweizer Ärzte-Information*, 26. Mai 1975, S. 1.

19 ASTI, Antoine Degrémont und Jean-Pierre Gontard, *aperçu global de la coopération Suisse au développement dans le domaine de la santé* [Typoskript 1994].

20 Neben Freyvogel und Degrémont galt dies insbesondere für Noa Zanolli (DEH), Jacques Rüttner (Universität Zürich), Per Schellenberg (MMS) und Klaus Gyr (Universität Basel).

sundheitspolitischer Grundsätze beratend zur Seite zu stehen und Kriterien für die Beurteilung und Unterstützung von Entwicklungsprojekten auszuformulieren.²¹ Vor dem Hintergrund der Entwicklung in Tansania waren es hauptsächlich Vorstellungen eines demedikalisierten Gesundheitswesens mit einer stärkeren Betonung der Prävention, die über die Arbeitsgruppe innerhalb des DftZ propagiert wurden. Sozialmedizinische Konzepte stiessen beim DftZ nicht nur deshalb auf grosse Resonanz, weil sie als eine spezifische Initiative aus der Dritten Welt wahrgenommen wurden. Eine nicht zu vernachlässigende Rolle spielten auch die zahlreichen Misserfolge, welche die Schweizer in der medizinischen Entwicklungszusammenarbeit zu verbuchen hatten. Gleichsam symbolisch für die gescheiterten Bemühungen stand der 5-Millionen-Beitrag der Schweizer Regierung an den Ausbau des Duke of Harrar Hospital in Addis Abeba. Die Schweiz hatte sich frühzeitig von dem Projekt zurückgezogen, weil die Militärregierung in Äthiopien kurzfristig beschloss, das ländliche Gesundheitssystem auf Kosten der urbanen Regionen auszubauen.²² Die Abneigung der AGG gegenüber kurativ orientierten Projekten ist durchaus verständlich. Gleichzeitig überlegte man sich aber, ob die Krankheitsprävention wirklich die geeignete Strategie für die Dritte Welt darstelle. Die ersten konzeptionellen Schriften der AGG zeugen von einem prekären Verhältnis zwischen präventiver und kurativer Medizin in den Ländern des Südens. Die Präventionsidee wurde als gesundheitspolitisches Ideal zwar hochgehalten, doch wurden die Möglichkeiten zu ihrer Verwirklichung in einem utopischen Reich der Zukunft angesiedelt. Die Arbeitsgruppe schreibt:

Ogleich im Prinzip der vorbeugenden Medizin der Vorzug gegeben wird, sind ihr in den Entwicklungsländern Grenzen gesetzt. Der Zeitfaktor, d.h. die Zeitspanne, bis die Erfolge der prophylaktischen Medizin sichtbar werden, spielt dabei die grösste Rolle. Während dieses Zeitintervalls, der zwei Generationen umfassen kann, kommt die kurative Medizin als Wegbereiter zur vorbeugenden zum Zuge.²³

Die Unsicherheit hinsichtlich der Möglichkeiten der schweizerischen medizinischen Entwicklungshilfe spiegelt sich in der konkreten Förderpolitik der AGG. Zwar hatten sich Degrémont und Freyvogel 1975 gegen ein Projekt ausgesprochen, das sich der Verbesserung der Herzchirurgie in Senegal annahm, doch konnten solche Interventionen nicht über die Tatsache hinwegtäuschen, dass der grösste

21 Noa Zanolli, «Aus der Praxis lernen. Über die Aufgaben der Arbeitsgruppe Gesundheit», in: *Antenne*, Vol. 2 (1976), S. 5–6.

22 Noa Zanolli, «Gesundheitliche Entwicklungszusammenarbeit des Bundes. Anfänge, Erfahrungen und die Projekte heute», in: *Sozial-und Präventivmedizin*, Vol. 24 (1979), S. 192–194, hier S. 192; BAR, E 2005 (A), 1985/101, 688, t. 751–339, *Medicus Mundi* Basel, 1973–1975, Per Schellenberg, in: *Bulletin Medicus Mundi Schweiz*, Vol. 2 (1975), S. 1–8, hier S. 4.

23 ASTI, DEH/DDA, Arbeitsgruppe Gesundheit, Medizinische Entwicklungszusammenarbeit: Grundlagen, Ziele und Mittel, 3. Fassung, 29. Oktober 1974, S. 4.

Teil der Fördermittel in multilaterale Projekte floss, die vor allem technische Lösungen zur Eindämmung spezifischer Krankheiten propagierten.²⁴ Ein Paradebeispiel für derartige medizinische Entwicklungshilfe ist das von der Weltbank initiierte Projekt zur Kontrolle der Flussblindheit in Westafrika, dem die Schweiz verglichen mit anderen Gesundheitsprojekten besonders grosse finanzielle Mittel zukommen liess.

Die Revolution frisst ihre Kinder: Die Konferenz von Alma Ata und die Gegenrevolution

Die Widersprüche und Inkonsistenzen, welche sich im engen Kreis der Schweizer Entwicklungshilfe abzuzeichnen begannen, waren auch auf internationaler Ebene nicht wegzureden. Auf Druck der Sowjetunion und der Volksrepublik China hatte die WHO 1978 ihre Mitglieder nach Alma Ata gebeten, wo die Delegierten *Primary Health Care* (PHC) als eine neue Strategie zur Verbesserung der Weltgesundheit feierten.²⁵ Ganz anders als gescheiterte Versuche der Vergangenheit, einzelne Krankheiten mit Hilfe technischer Lösungen in die Schranken zu weisen, forderte PHC ein umfassendes Verständnis von Gesundheit, mit Betonung der Prävention anstatt der kurativen Medizin, und Gesundheitsinterventionen unter 'angemessenem' Einsatz von Technologie.²⁶

Entgegen heutiger Annahmen wurden die Grundsätze von Alma Ata nicht nur für Gesundheitssysteme der Dritten Welt formuliert, sondern beanspruchten universelle Geltung. Ulrich Frey, der Leiter der Schweizer Alma-Ata-Delegation, ging in einem Bericht aus dem Jahr 1978 der Frage nach, wie sich die Forderungen von PHC auch für die Schweiz umsetzen liessen.²⁷ In seiner Optik verwischten sich die Grenzen zwischen der hochtechnisierten Schweizer Gesundheitsversorgung und jener vieler Drittweltländer, die sich durch eine Konzentration auf städtische Zentren und eine Vernachlässigung der ländlichen Gebiete auszeichnete. Das Schweizer Gesundheitssystem, so Frey, bestehe durch Technologie und Innovation, doch bestünden eklatante Versorgungsunterschiede zwischen Städten und

24 BAR, E 2005 (A), 1985/101, 11, Thierry Freyvogel, Antoine Degrémont und Rolf Wilhelm, 5. September 1975, S. 1–2, hier S. 2.

25 Lee Sung, «WHO and the Developing World. The Contest for Ideology», in: Andrew Cunningham, Bridie Andrews (Hg.), *Western Medicine as Contested Knowledge*, Manchester 1997, S. 24–45, hier S. 33.

26 Theodore Brown, Marcos Cueto, Elizabeth Fee, «The World Health Organization and the Transition from 'International' to 'Global' Public Health», in: *American Journal of Public Health*, Vol. 96 (2006) Heft 1, S. 62–72, hier S. 67.

27 ASTI, DEH/DDA, Arbeitsgruppe Gesundheit, Ulrich Frey, Bericht über die internationale Konferenz über primäre Gesundheitsversorgung (soins de santé primaires) Alma Ata (USSR), 6.–12. September 1978, S. 1–25.

Berggebieten. Zudem liessen sich Gesundheitsaspekte verstärkt in andere Bereiche wie die Landwirtschaft, die Bildung oder Ernährung integrieren. Der unter seiner Federführung ausgearbeitete Entwurf zu einem 'Präventivgesetz' in der Schweiz scheiterte jedoch in der Vernehmlassung am Widerstand der Kantone, die ihre Entscheidungshoheit in Gesundheitsfragen nur ungern preisgaben.²⁸ Krankheitsprävention bleibt bis heute auch in der Schweiz in einem utopischen Diskurs verhaftet. Die Tatsache jedoch, dass sich Länder wie Tansania den Ausbau von Basisgesundheitsdiensten gleichsam als Symbol einer postkolonialen Wende auf die Fahne geschrieben hatten, trug dazu bei, dass dies im Westen zunehmend als kostengünstige (wenn auch schwierig umzusetzende) Gesundheitsstrategie für die Dritte Welt angesehen wurde.

Die Durchsetzbarkeit von PHC war ein Thema verschiedenster Konferenzen, die im Anschluss an jene von Alma Ata über die globale Bühne gingen. Noch in dem Jahr, in dem WHO-Direktor Halfdan Mahlers Slogan einer «Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000» durch die Korridore des Konferenzzentrums in Alma Ata hallte, hatte die *Rockefeller Foundation* zu einem Treffen in Bellagio (Italien) geladen. Das intellektuelle Fundament der Bellagio-Konferenz stammte aus der Feder von Julia Walsh und Kenneth Warren, denen die Ideale von Alma Ata zu hoch gesteckt erschienen und die stattdessen den Weg einer «selektiven PHC»²⁹ als eine Interimsstrategie vorschlugen. Der Ansatz, einzelne Krankheiten nach der Häufigkeit ihres Auftretens, der Schwere ihrer Konsequenzen und der Kosteneffektivität einer möglichen Intervention zu messen, musste allerdings all jenen, die sich für ein holistisches Gesundheitsverständnis aussprachen, als «Gegenrevolution»³⁰ erscheinen. Für die Tatsache, dass Gegenrevolutionen meist erfolgreicher sind als ihre älteren Schwestern, spricht der vom *United Nations International Children's Emergency Fund* (UNICEF) 1982 vorgebrachte GOBI-FF-Ansatz, der gezielt auf spezielle 'Risikogruppen' fokussierte und einer nüchternen und krankheitszentrierten Herangehensweise das Wort redete.³¹

28 BAR, E 6100 (C), 1998/106, 1, 660.6, Antrag auf Einsetzung einer nichtständigen Expertenkommission zur Erarbeitung von Grundlagen für ein BG über Krankheitsvorbeugung, Auswertung der Vernehmlassung zum Präventivbericht, S. 1–16.

29 Julia Walsh und Kenneth Warren, «Selective Primary Health Care. An Interim Strategy for Disease Control in Developing Countries», in: *New England Journal of Medicine*, Vol. 301 (1979), S. 967–974.

30 Kenneth Newell, «Selective Primary Health Care. The Counter Revolution», in: *Social Science and Medicine*, Vol. 26 (1988), S. 903–906; Debabar Banerji, «Primary Health Care. Selective or Comprehensive», in: *World Health Forum*, Vol. 5 (1984) Heft 4, S. 312–315, hier S. 312.

31 GOBI-FF bezeichnet die Verwendung spezifischer Tabellen, um die kindliche Entwicklung zu beobachten. Eine Rolle spielen dabei die Verfügbarkeit von Rehydrierungssalzen, der Verbreitungsgrad des Stillens, die Impfung gegen Masern, Diphtherie, Keuchhusten, Tetanus, Tuberkulose und Poliomyelitis, die Verfügbarkeit von Nahrungsergänzungen für schwangere Frauen und Kleinkinder sowie die Existenz von Familienplanungsprogrammen. UNICEF, *The State of the World's Children*, New York 1987.

Rückblickend lässt sich festhalten, dass die Gesundheitsthematik in der Schweiz der 1960er und 1970er Jahre hauptsächlich von NGOs und Expertengruppen auf die politische Agenda gesetzt wurde. Viele dieser Akteure hatten mit Tansania einen gemeinsamen Bezugspunkt, wo sie aktiv am Versuch teilnahmen, sozialmedizinische Vorstellungen in die Praxis umzusetzen. Die enge Koppelung von Gesundheitsversorgung und Entwicklung, wie sie in den 1970er Jahren Bestand hatte, machte das Thema auch für die offizielle Schweizer Entwicklungszusammenarbeit zu einem wichtigen Diskursereignis. Der DftZ verliess sich bei der Ausformulierung seiner Gesundheitspolitik für die Dritte Welt weitgehend auf die Erfahrungen und Meinungen spezieller Expertengremien wie der *Arbeitsgruppe Gesundheit*.

Trotz des Bestrebens, den hohen Ansprüchen von PHC gerecht zu werden, klaffte eine eklatante Lücke zwischen sozialer Theorie und entwicklungspolitischer Praxis, auf die seither in der Literatur immer wieder hingewiesen wurde.³² Im Zuge der Verankerung der Gesundheitsthematik in der schweizerischen Entwicklungszusammenarbeit schien die Frage nach Erfolg oder Misserfolg konkreter Hilfe nicht zentral. Fast scheint es, als sei die Möglichkeit des Scheiterns wenn auch nicht vorausgesetzt, so doch in den Erwartungshorizont der handelnden Akteure einbezogen worden. Viel wichtiger für die Bedeutung der Gesundheitsthematik in den Jahren nach der Alma-Ata-Konferenz war, dass mit Tansania ein konkreter Erfahrungs- und Interaktionsraum bereitstand, in dem die Zusammenarbeit auf lokaler und nationaler Ebene getestet und die Inhalte von 'Entwicklung' stets neu verhandelt werden konnten.

Vom Diskurs zur Praxis – Erfahrungen in Kikwawila

Die sozialmedizinische Wende hatte nicht nur neue nationale und internationale Gesundheitskonzepte entstehen lassen, sondern wiederum auch den lokalen Forschungspraktiken des *Schweizerischen Tropeninstituts* in Tansania eine neue Richtung gewiesen. Was sich zu Beginn der 1980er Jahre in Tansania abzeichnete, war ein Ineinandergreifen von medizinischer Forschung und entwicklungspolitischen Konzepten. Veränderungen innerhalb des Institutionengefüges der schweizerischen Entwicklungszusammenarbeit sowie eine Neuorganisation auf der Ebene des Wissens selbst waren für diese neue Allianz verantwortlich. Nach dem Rück-

32 William Easterly, *The White Man's Burden. Why the West's Efforts to Aid the Rest Have Done So Much Ill and So Little Good*, London 2006; James Scott, *Seeing Like a State. How Certain Schemes to Improve the Human Condition Have Failed*, New Haven 1998; Marc Frey, Sönke Kunkel, «Writing the History of Development. A Review of the Recent Literature», in: *Contemporary European History*, Vol. 20 (2011) Heft 2, S. 215–232.

zug der Basler chemischen Industrie aus der tansanischen Entwicklungslandschaft im Jahr 1978 übernahm die *Direktion für Entwicklungszusammenarbeit und humanitäre Hilfe* (DEH) die finanzielle Hauptlast des Feldlabors.³³ Im Selbstverständnis der DEH konnte Forschung nicht mehr nur sich selbst genügen, sie hatte ihre Ergebnisse vielmehr in den Dienst der Allgemeinheit zu stellen. Diese Forderung passte zu den Prämissen einer wiedererstarkten Sozialmedizin, die Gesundheit nicht mehr nur als Abwesenheit von Krankheit, sondern als das Resultat einer komplexen Interaktion von Krankheitserregern, körperlichen Abwehrmechanismen und sozioökonomischen Umweltfaktoren definierte.

Der neue Fokus auf die Ernährungsgewohnheiten der lokalen Bevölkerung, auf wirtschaftliche Voraussetzungen oder auf die Verteilung von Krankheit innerhalb einer Gesellschaft verlangte nach einer Abkehr von herkömmlichen medizinischen Praktiken, die sich bislang in etablierten Institutionen abgespielt hatten. Auch verlangte dies nach einer Ausweitung der Tätigkeit innerhalb der ländlichen Bevölkerung selbst. Anders ausgedrückt: das Labor als eigentlicher Ort wissenschaftlichen Experimentierens verlor in dem Masse an Bedeutung, als die Gesellschaft als spezifischer Ort der Wissensproduktion ins Blickfeld rückte.

Ein Ort, an dem sich diese Austauschprozesse der Entwicklung studieren lassen, ist Kikwawila, ein Dorf im Kilombero-Distrikt, dessen Bewohner zu Beginn der 1980er Jahre in den Fokus der Schweizer Wissenschaft gerieten. Kikwawila erschien nicht zufällig auf der Landkarte der schweizerischen Entwicklungszusammenarbeit. Die geographische Lage des Dorfes, das sich von den Udekwa-Bergen im Norden bis weit hin in die Flussebene des Kilombero erstreckt, seine ethnische Heterogenität, das Fehlen einer modernen Gesundheitsversorgung sowie die 'Lebensweise' seiner Bewohner trugen dazu bei, Kikwawila als charakteristisches Modell zu betrachten, das alle Eigenschaften des Kilomberotals in sich vereinte.³⁴ Einer der Gründe für die stetige Präsenz von Schweizer Gesundheitsexperten in Kikwawila war eine Langzeitstudie, die in enger Zusammenarbeit mit den tansanischen Gesundheitsbehörden das Zusammenspiel von Ernährungsgewohnheiten, Krankheitsvorkommen, körperlichen Abwehrfunktionen und den natürlichen Umweltbedingungen untersuchte. Während für die Wissenschaftler die neuen Paradigmen der 'community medicine', die eine aktive Mitarbeit der ländlichen Bevölkerung in der Dritten Welt einforderten, genügten, um ihr Erscheinen in Kikwawila

33 Der Rückzug der pharmazeutischen Industrie war schon bei der Gründung des MATC 1973 beschlossen worden.

34 Marcel Tanner et al., «Longitudinal Study on the Health Status of Children in Kikwawila Village, Tanzania: Study Area and Design», in: *Acta Tropica*, Vol. 44 (1987), S. 119–136, hier S. 123; ASTI, STIFL, NIIE/KIK: Annemarie Schär, Kikwawila – Ein Dorf in Südosttansania. Aspekte der Detribalisierung und Integration, 20. Februar 1985, S. 4.

zu rechtfertigen, war die Anwesenheit von Forschern in den Augen der Bevölkerung ein erklärungsbedürftiges Phänomen. Ungewohnt war vor allem die Forderung, sich medizinischen Untersuchungen zu unterwerfen, ohne dass dieser Arzt-Patienten-Interaktion konkrete Krankheitssymptome vorausgegangen wären.

Ein tansanischer Wissenschaftler, dessen Erfahrungen im Gesundheitsbereich sich bislang auf die Arbeit in einem Spital im Norden Tansanias beschränkt hatten und dem nun als einem der wenigen afrikanischen Mitarbeitern die Aufgabe zufiel, zwischen der Lebenswelt der Dorfbewohner und jener der Experten zu vermitteln, brachte diese Irritationen mit folgenden Worten auf den Punkt:

That is really the difference. In the clinic you are sitting there and you are waiting for patients to come. They tell you their problem, you treat them and they pay much more attention to you because they came to seek health. My second job which was more in the village improving public health was different because you talk about malaria, you talk about bilharzia, you talk about what the district health system should do to improve the health of the people, all this kind of things. Sometimes it is not their problem [...]. So now, when you walk from the hospital and go there to see them and talk about what normally they suffer from this is fine but when you come to a stage whereby "Can I take your blood?" "Can I check your stool?", "Can I check your urine?", then the view point is different because "Why are you interested to look at me when I am not sick?"³⁵

Die Strategien, den hier aufgeworfenen Fragen zu begegnen, beinhalteten nicht nur den aktiven Beitrag der Dorfbevölkerung an eine verbesserte Gesundheitsversorgung, sondern auch ein gemeinsames Aushandeln von Forschungsprioritäten nach 'demokratischen' Grundsätzen. Solche Verhandlungen zwischen Vertretern der Wissenschaft und den Regenten des Dorfes konnten durchaus darauf hinauslaufen, dass die Reduktion von Gesundheitsrisiken nicht zwingend zu Kikwawilas Vorstellung einer Moderne gehörte, wie sie seit den 1970er Jahren von staatlicher Seite fortwährend skandiert wurde. Nyereres Umsiedlungspolitik hatte zwar neue Dorfstrukturen geschaffen, doch blieben Investitionen in den Aufbau von Schulen und Gesundheitseinrichtungen nur mehr Versprechen, an deren Einlösung zehn Jahre später schon niemand mehr so recht glauben wollte. Viel eher als die Erforschung von Krankheitsfaktoren waren es also Investitionen in die Infrastruktur, die sich die Einwohner Kikwawilas von der Präsenz der Schweizer erhofften. In Zusammenarbeit mit der DEH und dem Schweizer Hilfswerk *Helvetas* war das *Tropeninstitut* dem Begehren gefolgt und hatte sich der Verbesserung der Wasserversorgung angenommen. Für die Wissenschaftler bildete die Wasserleitung lediglich eine Basis, auf die sie ihre weitere Forschungstätigkeit und die Latrinenkampagnen abstützten. Um es in den knappen Worten eines beteiligten Wissenschaftlers zu sagen:

35 Interview mit Charles Mayombana, Dar es Salaam 2011.

The implementation of a water supply scheme is the spearhead of the ongoing and future actions: it assures community participation. At the same time it prepares the ground for the initiation of latrine campaigns [...].³⁶

Die Geburt der Bilharziose aus dem Geist der Entwicklung

Während das *Tropeninstitut* Investitionen in die Infrastruktur als Ausgangspunkt für weitere Forschungen und Projekte deutete, war Forschung in den Augen der Dorfbevölkerung umgekehrt eine Tätigkeit, von der man sich weitere materielle Vorteile erhoffte. Diese unterschiedlichen Erwartungshaltungen strukturierten die Interaktionen zwischen den beiden Parteien und ermöglichten das plötzliche Auftauchen von Krankheiten, denen bislang nur wenig Aufmerksamkeit gewidmet wurde. Eine dieser Krankheiten war die Bilharziose (Schistosomiasis), eine Wurmkrankheit mit chronischem Verlauf, die von Schnecken als Zwischenwirten verbreitet wird und signifikant mit den Ausprägungen von ländlicher Armut korreliert. Es waren vor allem entwicklungspolitische Gründe, welche für einen Fokus auf die Bilharziose-Forschung sprachen, da sich dieser Forschungszweig mühelos mit konkreten Interventionen wie dem Latrinenbau verknüpfen liess. Die lokale Bevölkerung hatte lange Zeit nicht viel Aufhebens um die Krankheit gemacht. In den Krankheitsregistern, die man zu Beginn des Jahres 1982 zu führen begonnen hatte und in denen man die verschiedensten Krankheiten der Bevölkerung aufzeichnete, standen Fieber und Kopfschmerzen (Malaria) an erster Stelle, gefolgt von Atemwegsinfektionen, Magen-Darm-Entzündungen und Hauterkrankungen.³⁷ Noch 1982 zeichnete sich die Bilharziose durch eine komplette Abwesenheit in der Statistik aus, doch in den darauffolgenden Jahren hatte die Dorfschaft die Krankheit immer häufiger als ein beeinträchtigendes Leiden angegeben.

Das langsame Auftauchen der Bilharziose in den Krankheitsstatistiken hatte mit dem unverkennbaren Interesse der Wissenschaftler an dieser 'neglected disease' wie auch mit dem ihr zugeschriebenen Potential zu tun, die Versprechen von 'Entwicklung' und 'Moderne' endlich einzulösen.³⁸ «For the standard questionnaires and the household interviews», schrieben Antoine Degrémont und seine Kollegen, «people were also influenced in their answers, particularly those concerning schistosomiasis, by the interest and activities of health professionals they were

36 Marcel Tanner et al., «Community Participation within a Primary Health Care Programme», in: *Tropical Medicine and Parasitology*, Vol. 37 (1986), S. 164–167, hier S. 167.

37 Antoine Degrémont et al., «Longitudinal Study of the Health Status of Children in a Rural Tanzanian Community. Comparison of Community-Based Clinical Examinations, the Diseases Seen at Village Health Posts and the Perception of Health Problems by the Population», in: *Acta Tropica*, Vol. 44 (1987), S. 175–190, hier S. 179.

38 James Ferguson, *Expectations of Modernity. Myths and Meanings of Urban Life on the Zambian Copperbelt*, Berkeley 1999.

aware of behind the interviewers.»³⁹ Auch rückblickend erzeugte die Fokussierung des *Tropeninstituts* auf Bilharziose widersprüchliche Antworten. Gefragt, weshalb sich das Institut in den 1980er Jahren vor allem der Bilharziose und nicht beispielsweise der Malaria annahm, gab ein ehemaliger 'village health worker' (VHW) Folgendes zu bedenken:

JM: I don't know why they selected bilharzia because at that time most children were dying from malaria. They [people from STIFL] sat together with the village authorities and they saw that bilharzia affected more people especially the children who went to the river.

I: Would you have preferred an intervention that addressed malaria instead of bilharzia?

JM: You see, malaria we could prevent but bilharzia at that time we could not prevent.⁴⁰

Schon bald war abzusehen, dass die Annahme, Investitionen in die dörfliche Infrastruktur fördere die Mitarbeit in den Gesundheitsprojekten, auf brüchigem Fundament ruhte. Immer wieder beklagten sich die Wissenschaftler über die mangelnde Motivation der Bevölkerung, am Latrinenbau mitzuwirken, und immer wieder mussten lokale Dorfautoritäten mit Geldstrafen die Pflicht zur 'community participation' in Erinnerung rufen. Die Gründe, weshalb demokratische Vorstellungen von Entwicklung und Partizipation sich in ihr Gegenteil verkehren konnten, waren hauptsächlich unterschiedliche, historisch geprägte Vorstellungen, welche diesen Begriffen Gestalt gaben. Die Historikerin Rebecca Marsland hat auf die unterschiedliche Bedeutung von Begriffen wie 'Partizipation' in einem tansanischen Kontext hingewiesen. Während westliche Entwicklungsexperten den Begriff meist positiv im Sinne des Einbezugs und des 'empowerment' der lokalen Bevölkerung konnotierten, stand 'Partizipation' in Tansania im Kontext des 'Kujitegemea', «in which citizens are obliged to contribute their labour and resources in a community effort to build the nation».⁴¹ Die zwei unterschiedlichen Bedeutungen von 'Partizipation als Entwicklungsstrategie' und 'Partizipation als staatsbürgerliche Pflicht' waren in der Praxis zwar unvereinbar, doch die Bevölkerung konnte die zwei Prinzipien gegeneinander ausspielen oder sich letzterem Prinzip widersetzen. Deutlich weniger Spielraum im Feld der Entwicklungshilfe hatten dagegen die Gesundheitsbehörden des Kilombero-Distrikts, die in zunehmendem Masse von der Zusammenarbeit und den Ressourcen, welche die Schweizer Entwicklungshilfe bereit-

39 Antoine Degrémont et al. 1987, *op. cit.*, S. 187.

40 Interview anonymisiert, Kikwawila 2009.

41 Rebecca Marsland, «Community Participation the Tanzanian Way. Conceptual Contiguity or Power Struggle?», in: *Oxford Development Studies*, Vol. 34 (2006) Heft 1, S. 65–79, hier S. 66; Claire Mercer, «The Discourse of Maendeleo and the Politics of Women's Participation on Mount Kilimanjaro», in: *Development and Change*, Vol. 33 (2002), S. 101–127; Maia Green, «Participatory Development and the Appropriation of Agency in Southern Tanzania», in: *Critique of Anthropology*, Vol. 20 (2000) Heft 1, S. 67–89.

stellten, abhingen. Eines der zentralen Probleme war die Weiterführung der vom *Tropeninstitut* initiierten PHC-Projekte auf einer Distrikts- oder nationalen Ebene. Kikwawila war zwar der geeignete Ort, um solche Projekte durchzuführen, aber der Schritt von der Forschung zur langfristigen Implementierung gestaltete sich nicht unbedingt einfach. Trotz der 1986 geäußerten Absicht, alle PHC-Aktivitäten an Cletus Makero, den Verantwortlichen für PHC im Distrikt, zu übergeben, kam das *Tropeninstitut* noch zwei Jahre später für den Grossteil der Ausgaben für Gesundheitsprojekte im Distrikt auf.⁴² Diese Verstetigung der Entwicklungshilfe ging einher mit einem Zuwachs an Wissen und Expertentum auf der Seite der Schweizer Entwicklungshilfe, der wiederum dazu führte, dass die Schweizer Unterstützung unentbehrlich wurde.

Die wirtschaftliche Rezession der 1980er Jahre und die vom Währungsfonds und der Weltbank geforderte Liberalisierung der Wirtschaft taten das Ihre, um die Abhängigkeit Tansanias vom Ausland zu verfestigen. Spätestens zu diesem Zeitpunkt hatte die Gesundheitsthematik innerhalb des DEH ihr karitatives Image eingebüsst. Sie war zu einem wichtigen Zweig der Schweizer Entwicklungshilfe geworden.

Fazit

Die vorliegenden Ausführungen gingen der Frage nach, wie sich Gesundheitspolitik im Feld der Schweizer Entwicklungshilfe im Hinblick auf eine konkrete Zeitspanne und einen konkreten Ort formulieren liess. In den 1970er Jahren war Tansania zu einem Vorzeigemodell für die Schweizer Entwicklungszusammenarbeit geworden. Ohne sich auf die eine oder andere Seite in einer bipolaren Weltordnung zu schlagen, stand Tansania exemplarisch dafür, eigenständige Wege der Dekolonisierung beschritten zu haben. Zu den neuen Prämissen eines Afrikanischen Sozialismus und einer Nation, die auf politische Eigenständigkeit pochte, gehörte eine Neuausrichtung der Gesundheitspolitik, die vor allem den ländlichen Raum in den Blick nahm. Tansanische Wissenschaftler und Politiker waren erfolgreich im Versuch, westliche Entwicklungsprojekte den neuen politischen Prämissen unterzuordnen. Wie das Beispiel des Ausbaus des *Rural Aid Centre* in ein *Medical Assistant Training Centre* zeigt, war es vor allem der Druck von Seiten der medizinischen Fakultät in Dar es Salaam und der Studentenschaft, welche das *Tropeninstitut* und die *Basler Stiftung* veranlasste, sozialmedizinischen Konzepten vermehrt Aufmerksamkeit zu schenken. Die Verankerung von Schweizer Entwick-

42 ASTI, KIHRE Letters, 1985–1988, Brief an Don de Savigny, 21. Februar 1986, S. 1–13, hier S. 8; ASTI, KIHRE File 1988, Januar – Juni, B. Chahali (DED) an Christoph Hatz, REF: Village Health Workers in Kilombero, 18. Januar 1988, S. 1–2.

lungsakteuren vor Ort und die neue Verbindung von Entwicklung und Gesundheit waren die Gründe, weshalb sich in den 1970er Jahren der DftZ stärker für die Gesundheitsthematik zu interessieren begann. Es waren aber hauptsächlich die Experten des *Tropeninstituts* und Ärzte anderer Entwicklungsorganisationen, welche die Ausformulierung der schweizerischen medizinischen Entwicklungshilfe an die Hand nahmen. Akteure aus der Wissenschaft oder den Missionsgesellschaften konnten auf eine bereits etablierte medizinische Infrastruktur oder auf bereits bestehende Netzwerke zurückgreifen, um die Ideale einer «Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000» in die Realität umzusetzen. Ohne das Machtgefälle zwischen westlichen Expertengruppen und der afrikanischen Landbevölkerung kleinreden zu wollen, war 'Entwicklungszusammenarbeit' kein Kolonialismus mit anderen Mitteln oder eine ausgeklügelte Strategie, die Machtunterschiede zwischen dem wohlhabenden Norden und den ärmeren Regionen der südlichen Erdhalbkugel fortzuschreiben. 'Entwicklungszusammenarbeit' umfasst vielmehr alle Prozesse und Interaktionen zwischen privaten und staatlichen Akteuren in einem transnationalen Raum, auch jene, deren Resultate von den lokalen Akteuren aktiv mitgestaltet werden konnten.