

Die Verantwortung der Gemeinden für Gesundheit

Kann „Training for Transformation“ dabei helfen?

Partizipation – Schlüssel für Entwicklung

Die meisten Länder der Welt folgen in ihrer Gesundheitspolitik den Empfehlungen der „Alma Ata Deklaration“ von 1978 zu dem WHO- und UNICEF-Konzept der primären Gesundheitsversorgung. Dieses Konzept wird als „eine stärker auf den Menschen bezogene, an den Prinzipien sozialer Gerechtigkeit, Verfügbarkeit, Angemessenheit und Annehmbarkeit medizinischer Dienste und eine an den Bedürfnissen der Gemeinden und ihrer Partizipation orientierten Konzeption umfassender Gesundheitspflege“ definiert.¹

In der Deklaration von Alma Ata heißt es zur primären Gesundheitsversorgung: *Primäre Gesundheitspflege gründet sich auf praktischen, wissenschaftlich soliden und sozial annehmbaren Methoden und Techniken. Sie ist wesentliche Gesundheitspflege, allgemein zugänglich für Individuen und Familien der Gemeinschaft durch ihre Teilhabe und zu Kosten, die das Gemeinwesen und das Land auf Dauer und in jeglichem Stadium seiner Entwicklung im Geiste von Selbstvertrauen und Selbstbestimmung zu tragen imstande ist. Primäre Gesundheitspflege ist integraler Bestandteil sowohl des Gesundheitssystems, dessen Schwerpunkt sie bildet, als auch der gesamten sozialen und wirtschaftlichen Entwicklung eines Landes.*²

Die Entwicklung dieses so genannten PHC-Konzeptes (PHC = Primary Health Care) ist eng verbunden mit der Entstehung und Entwicklung der Weltgesundheitsorganisation (WHO), geht aber auch besonders auf die Gedanken und Überlegungen der

¹ DIESFELD, HANS JOCHEN, et al. (Hrsg.), Gesundheitsversorgung in Entwicklungsländern, Hamburg 1996, S. 44 ff.

² DIESFELD, H.J., a.a.O., S. 44.

Christlichen Medizinischen Kommission (CMC= Christian Medical Commission) beim Weltrat der Kirchen in Genf zurück (vgl. die Beiträge von Martin Scheel und Christoffer Grundmann). Als Schlüsselwort kristallisierte sich hier der Begriff der „Partizipation“ heraus, wobei man unter Partizipation die aktive Beteiligung der Betroffenen am Heilungsgeschehen verstand.

„Der Auftrag Jesu zu heilen erging an die Jünger und damit an diejenigen, für die Christus der Herr in ihrem Leben ist“, so formulierte MARTIN SCHEEL die Begründung, warum der Gedanke der Partizipation einen solch hohen Stellenwert einnahm. Dem christlichen Verständnis nach war und ist der Heilungsauftrag nicht an eine bestimmte Berufsgruppe wie Ärzte und Krankenschwestern gebunden, sondern die Gemeinde ist von Gott beauftragt, diesen wahrzunehmen. „Eine Beteiligung eines jeden ist darum schon wesentlich, weil Heilung gegen den Willen eines Beteiligten nicht erfolgen kann, ... die Verantwortung eines jeden auch für den Nächsten, für die Gemeinschaft ist angesprochen.“³ Die Bedeutung der Heilkraft der Gemeinschaft stand im Mittelpunkt. Diese Gedanken waren das Leitmotiv des christlichen Heilungsverständnisses in Beziehung zur Gemeinschaft, die auch die führenden Kräfte in der WHO maßgeblich beeindruckte.

Hatte die CMC vorwiegend die christliche Gemeinde in den jungen Kirchen und in den Missionsarbeiten als Träger der Gesundheitsarbeit im Blick, so war es das Bestreben der WHO, diesen gemeindebezogenen und -zentrierten Ansatz auszuweiten und umzusetzen auch auf das politische Gemeinwesen.

Andere Einflüsse und Anstöße kamen hinzu. So waren auch die Gesundheitsbemühungen in der VR China mit seinen „Barfußdoktoren“ und Kuba Vorbilder.⁴ Ansätze finden sich auch in der Gesundheitsgesetzgebung des unabhängigen Indiens und im Nordvietnam der 50er-Jahre. Der Begriff der Partizipation ist zu einem wichtigen Element in den Bemühungen um die Gesundheitsversorgung in der Dritten Welt geworden. Er wird

³ SCHEEL, MARTIN, Kann Glaube heilen?, in: CHRISTOFFER GRUNDMANN (Hrsg.): „Christus den Herrn sein lassen“, Hamburg 1993, S. 241 f.

⁴ Siehe hierzu z.B. GRÜBER, HANS L.: „Barfuß-Medizin“ und Entwicklung, in: PROPACH, G., Predigt und heilt!, Gießen 1985, S. 63 ff.

mittlerweile ganz generell als der Dreh- und Angelpunkt bei der Entwicklung angesehen. Die Beteiligung – Partizipation – eines jeden am Gesundheits- und Heilungsgeschehen und am Entwicklungsprozess überhaupt und nicht das Warten auf Hilfe von außen ist dabei wesentlich.⁵

⁵ Unter „Partizipation“ wird heutzutage vieles untergeordnet. Manchmal gewinnt man den Eindruck eines geradezu inflationären Sprachgebrauchs. Um die positiven Elemente eines Entwicklungsprogramms und -projektes herauszustellen, wird fast alles partizipatorisch genannt, als ob allein dies den Erfolg schon garantiere. Dabei bedeutet Partizipation mehr als nur *mitsprechen*, *mitentscheiden* können und dürfen. Es ist auch mehr als ein Demokratisierungsprozess und Stärkung der Entscheidungsebene oder Dezentralisierung von Entscheidungsprozessen auf Dorfebene. *Partizipation* beinhaltet auch soziale Teilhabe an materiellen Gütern und Abbau von Ungerechtigkeiten und Ungleichheit. Darauf weist FRANZ NUSCHELER hin (NUSCHELER, FRANZ, 4. Auflage, Bonn 1996, S. 195f). Das bedeutet, nicht wir tun etwas für die Armen, sondern wir mobilisieren sie. Für NUSCHELER schließt *Partizipation* denn auch *Empowerment* (= Jemanden befähigen, etwas zu tun) ein. HALFDAN MAHLER, der frühere Generaldirektor der WHO, der den PHC-Gedanken in den 70er-Jahren in der WHO maßgeblich geprägt und gefördert hat, möchte den Begriff *Partizipation* am liebsten ersetzen durch *Empowerment*. *Partizipation* bedeute immer Manipulation. Eine Bevölkerung an Plänen, die man selbst entwickelt habe, nur teilhaben zu lassen oder mitentscheiden zu lassen, sei etwas anderes, als Menschen tatsächlich in die Lage zu versetzen, eigene Gedanken zu entwickeln und umzusetzen. (Vgl. *Empowerment must replace Participation*, Interview mit HALFDAN MAHLER, in: *Contact* Nr. 172, *Health for All*, S. 16-17, Genf 2001.) *Empowerment* bedeutet letztendlich Verzicht auf Macht zugunsten der Ohnmächtigen. Gerade hier können je nach Situation und Gegebenheiten u.U. Zielkonflikte zu Auseinandersetzungen von Kirche und Mission mit politischen Entscheidungsträgern führen, besonders auch bei dem umfassenden Zugang einer ganzheitlichen Gesundheitsarbeit.

Was ist „Training for Transformation“?⁶

Mit diesen neuen und geradezu revolutionären Erkenntnissen war die Handlungsebene bestimmt. Die Sorge um Gesundheit und Heilung blieb nicht mehr dem medizinischen System, den heilenden Berufen überlassen, sondern war den Menschen an der Basis eines Gemeinwesens übertragen worden.

Die Gemeinde war dabei das tragende Element. Für alle Beteiligten war dies eine neue Rollenverteilung.

Das Alma-Ata-Dokument stellte hierzu bezeichnenderweise schon einleitend fest, primäre Gesundheitspflege müsse die Gemeinden dazu in die Lage versetzen, ihre Gesundheitsprobleme selbst zu identifizieren, zu analysieren und Lösungswege zu erarbeiten und

⁶ Wörtlich übersetzt bedeutet **Transformation**: Umwandlung, Veränderung. Der Begriff findet heute weite Anwendung, so z.B. im Bereich der Wissenschaften (Transformation Studies) und der Wirtschaft (New Economy). Auch im Dunstkreis der Esoterik spricht man von *Transformation*. Im vorwiegend christlich-evangelikalen Bereich „transformiert“ das Evangelium. Wo man früher von Erweckung gesprochen hat, wird heutzutage vielfach der Ausdruck *Transformation* angewendet. Man spricht von *nationaler Transformation* im Sinne einer landesweiten Erweckung oder Erneuerungsbewegung. In seiner *Pädagogik der Unterdrückten* geht es PAULO FREIRE im Bereich der Erwachsenenbildung um Bewusstseinsveränderung. Man spricht auch hier von *Transformation*. Der politische Ansatz P. FREIRES ist klar: Befähigung und Anleitung des Menschen, seine Umwandlung (*Transformation*) im lateinamerikanischen Lebenszusammenhang, die unterdrückenden Gesellschaftsstrukturen revolutionär zu verändern. CBHC wendet in der Methodik u.a. den pädagogischen Ansatz von PAULO FREIRE an. Die professionellen MitarbeiterInnen, im Gesundheitsbereich der Arzt, die Krankenschwester, sollen im Zuge der Definition und Analyse der bestehenden lokalen Gesundheitsprobleme allenfalls als BeraterInnen Hilfestellung geben. Die Bestimmung und die Deutung vorliegender Probleme erfolgt in einem dialogischen Lernprozess der Betroffenen selbst im Vertrauen auf ihre Fähigkeiten, den Lösungsansatz selbst mit eigenen Mitteln umzusetzen. PAULO FREIRE: „Trusting the people is the indispensable precondition for revolutionary change.“ Bei aller Kritik, die man an der Zielsetzung von FREIRES pädagogischem Konzept zu Recht haben kann, ist es unbestreitbar sein Verdienst, die Bedeutung dieses dialogischen Lernprozesses erkannt und entwickelt zu haben. Dieser Ansatz ist im Bereich der Community-Health-Arbeit, auch evangelikaler Prägung, nicht mehr wegzudenken. Wenn wir in unserem Sinn und Sachzusammenhang von *Transformation* sprechen, dann ist der Umwandlungsprozess gemeint, der aus Hilfeempfängern Menschen macht, die ihre eigenen Probleme erkennen und zu lösen in der Lage sind. Bei *Training for Transformation* geht es um diese Zielsetzung, nicht um irgendeine revolutionäre Ideologie. Letztlich geht es darum, den Weg von der Gesundheitsversorgung zur Selbstverantwortung zu finden. *Training for Transformation* kann eine *geistliche Transformation* im Sinne einer Erweckung nicht ersetzen, umgekehrt kann eine *nationale Transformation* nicht automatisch die bestehenden Probleme eines Landes lösen.

Es gibt CBHC-Konzepte, die das geistlich-missionarische Anliegen z.B. durch Jüngerschaftsschulung kombinieren mit *Training-for-Transformation*-Kursen, so z.B. die amerikanische Missionsgesellschaft M:MM (Mission:Moving Mountain). Vgl. HIPP, GARRY T.: *Community Development and Christian Discipleship*, 1991.

auch zu beschreiten. Allerdings, wie dies geschehen solle, dazu konnte auch die Deklaration von Alma Ata keine hilfreiche Antwort bieten. Hier heißt es in der Erklärung in den so genannten acht Elementen etwas lapidar, primäre Prävention solle durch „Erziehung zur Erkennung, Vorbeugung und Bekämpfung der örtlich vorherrschenden Gesundheitsprobleme“ erfolgen.⁷

Aber wie soll man Gruppen und Gemeinden, die ja in den vergangenen Jahrzehnten mit einer grenzenlosen Erwartungshaltung der naturwissenschaftlichen Medizin aus dem Westen, dem Gesundheitswesen des Staates, den professionellen Helfern, Ärzten und Krankenschwestern gegenüber gestanden hatten, ein Konzept vermitteln, welches die Verantwortung für ihr Handeln nun plötzlich ihnen selbst zuwies? Wie sollten Fragen um Gesundheit und Krankheit in Kulturen und Traditionen vermittelt werden, die in der Regel keinen Zugang zu naturwissenschaftlichem Denken hatten, deren Weltansicht keine Deutung der westlichen Krankheitskonzepte zuließ? Sehr schnell stellte sich zudem heraus, dass gerade im Bereich der Gesundheitserziehung die Methode der Belehrung, der Aufklärung, des Hygieneunterrichtes, der reinen Wissensvermittlung kein geeigneter Weg war, das Verständnis, das Interesse und besonders das Verhalten der Menschen zu verändern bzw. zu beeinflussen.

Hier erwiesen sich verschiedene Ansätze als hilfreich. Besonders die Conscientizations-Philosophie (das Bewusstmachen) aus dem Bereich der Erwachsenenbildung in PAULO FREIRES Pädagogik der Befreiung (1970) und ihre Anwendung auf den Gesundheitssektor, wie sie 1982 von DAVID WERNER in „Helping Health Workers Learn“ and „Where there is no Doctor“ beschrieben wurde, setzte starke Impulse auf die weitere Entwicklung besonders in den so genannten CBHC-Programmen (Community Based Health Care) Ostafrikas.⁸

ANNE HOPE und SALLY TIMMEL haben 1984 die bis dahin gesammelten Erfahrungen der kirchlichen Entwicklungsaktivitäten in ihrem dreibändigen Buch „Training for Transformation. A Handbook for Community Workers“ erfasst.

⁷ DIESFELD, H.J., S. 45.

⁸ WERNER, DAVID, Where there is no Doctor, Palo Alto, 1. Auflage 1977.

Die Prinzipien der Conscientizations-Philosophie von Freires Methode finden sich dort wie folgt zusammengefasst:

- Erziehung dient dazu, den Menschen zu neuem Handeln zu befähigen.
- Es besteht große Bereitschaft zu handeln, wenn es um die den Menschen emotional wichtigen Angelegenheiten (generative Themen) geht.
- Das Lernen muss problemorientiert und aktiv sein.
- Es geht um einen echten Dialog.
- Kontinuierliche Reflexion und Aktion sind notwendig.
- Ganze Gemeinden (communities) werden an der aktiven und radikalen Umwandlung der gesellschaftlichen Lebensverhältnisse beteiligt.

In dieser Methode ist die Rolle des „Lehrers“ die, das „kritische Bewusstsein“ zu wecken. Er sucht die generativen Themen in der Gemeinde, arbeitet sie auf und stellt sie der Gemeinde in verschlüsselter Form wieder dar. Die Menschen selbst müssen die Ursachen und Auswirkungen der Probleme analysieren, verschiedene Lösungsmöglichkeiten diskutieren und entscheiden, was sie wie, wann, wo und mit wem machen.

Die Anstöße von P. FREIRE wurden besonders in Afrika in Programmen zur Gesundheitserziehung aufgenommen. In der Folgezeit erfuhren sie eine vielfältige Änderung und Anpassung an die örtlichen und kirchlichen Gegebenheiten und Prägungen, z.B. im Life Abundant Programme (Leben die Fülle) in Kamerun.⁹ Der eher evangelikal ausgerichtete ROY SHAFFER nahm die Impulse von P. FREIRE in die von ihm entwickelte LEPSA-Methode auf, die vor allem im anglophonen Afrika weite Verbreitung fand.¹⁰ Bei der LEPSA-Methode (learner-centred, problem-posing, self-discovery and action-oriented) handelt es sich um vier zusammenhängende Prinzipien:

1. Im Mittelpunkt stehen die Lernenden (learner-centred).

⁹ Contact Nr. 160.

¹⁰ SHAFFER, ROY: Gemeinsam können wir es schaffen, Überlegungen und Fragen zum Thema Community Development, Wettenberg 2000, S. 1-10.

2. Die Probleme werden einzeln verschlüsselt präsentiert (problem-posing) und nicht, wie im traditionellen Unterricht, angekündigt. Dies geschieht durch einen Starter oder Code, zum Beispiel ein Rollenspiel, ein Lied, ein Bild oder eine Geschichte.
3. Die Lernenden selbst identifizieren die Probleme und analysieren ihre Ursachen und Auswirkungen (self-discovery). Dies ist das Kernstück der Methode. Die Lernenden entdecken, dass sie mit ihrem Gruppenwissen und ihrer Erfahrung die Fähigkeit besitzen, selbst ihre Probleme zu analysieren. Dies hebt ihr Selbstwertgefühl und ihr Selbstvertrauen.
4. Die Lernenden diskutieren die verschiedenen Lösungsansätze und entscheiden über die Lösungen, die sie in die Tat umsetzen wollen (action-oriented).

Ein Moderator hat in diesem Prozess die Aufgabe, das Wissen der Lernenden zu mobilisieren, den Informations- und Erfahrungsaustausch unter den Lernenden zu fördern, eine konstruktive und zielgerichtete (aktionsorientierte) Gesprächs- und Diskussionsführung einzuleiten und zu begleiten sowie die Diskussionsergebnisse, Gruppenresolutionen und Verpflichtungen zusammenzufassen.

Im francophonen Afrika war es die Gruppe GRAAP [Groupe de Recherche et d'Appui pour l'Autopromotion Paysanne = Gruppe zur Untersuchung und Förderung der bäuerlichen Selbsthilfe (1975)], die viele Gesundheitsprogramme beeinflusst hat.

Auch hier steht im Mittelpunkt ein partizipatorischer Ansatz, der der Dorfbevölkerung dazu verhelfen soll, ihre Probleme in drei Stufen zu erkennen, zu benennen und mit eigenen Mitteln zu lösen („sehen, analysieren, handeln“). Die Aufgabe des Beraters in einem solchen Gesundheitserziehungsprogramm besteht im Wesentlichen darin, systematisch Fragen zu stellen. REGINA GÖRGEN beschreibt die Aufgabe eines professionellen Beraters, der in einem solchen Programm arbeitet, näher: „Zur Unterstützung seiner Methode kann er Bilder benutzen, die dazu dienen, das Gesagte zu visualisieren, zu ordnen, Kategorien zu bilden, einen Konsens herzustellen.“¹¹ Durch

¹¹ REGINA GÖRGEN, Gesundheitsberatung, in: DIESFELD, H.J., S. 130ff.

GRAAP wurden zu wichtigen Themen aus dem Gesundheitsbereich pädagogische Anleitungen und Bildserien erarbeitet, die dem Berater dazu verhelfen sollen, diesen Beratungsvorgang in einer Gemeinde zu gestalten. Besondere Themen wurden erarbeitet:

- Hygiene im Dorf
- Kinder bekommen
- Die Dorfapotheke
- Die Gesundheit im Dorf verbessern

Die Mitarbeit als Trainer, Berater oder Moderator im Rahmen einer Gesundheitsberatung und in einem Gesundheitserziehungsprogramm setzt hohes Können und eine große Motivation voraus, welche in einer meist 1-2-jährigen Ausbildungszeit in dem betreffenden Land selbst erworben werden kann. Wie sieht eine solche Ausbildung aus?

„Training for Transformation“-Kurse

„Training for Transformation“-Kurse werden gewöhnlich in drei Phasen durchgeführt:

- Wecken von kritischem Bewusstsein über Gesundheit, Entwicklung und community, Gemeinde- und Gruppenhandeln, Kommunikation und Führung;
- Aneignung von Fähigkeiten in der Erwachsenenbildung;
- praktische Anwendung von Managementprinzipien, die die Selbst- bzw. Gemeindeverwaltung der gemeindebezogenen Gesundheitspflege und Entwicklungsprogramme befördern.

Für jede Phase wird am Schluss ein individueller oder Gruppenaktionsplan entwickelt. Wichtig ist, dass die Methoden bzw. Prozesse, die als die in der Gemeindefarbeit geeignetsten propagiert werden, in den *Training for Transformation*-Kursen volle Anwendung finden und so getestet werden. Grundsätzlich gibt es drei Ebenen der Durchführung dieser Kurse.

- a) Auf der *Gemeindeebene* gibt es eine Reihe führender Persönlichkeiten (die sog. *Community-own resource persons; CORPs*), zum Beispiel Gemeindeälteste, traditionelle Hebammen und Heiler, Mitglieder von Gesundheitskomitees usw., die für bestimmte Gemeindeaufgaben und für die

dazugehörige Bildungsarbeit verantwortlich sind. *Training for Transformation-Kurse* für diese Gruppen, wie sie bei mehreren lokalen Projekten durchgeführt werden, lassen enorme Verbesserungen ihrer Aufgaben erwarten. Im Kurs wird dabei das Gewicht auf Phase eins und auf die Entwicklung von Unterrichtsplänen der bereits festgesetzten, primär lokal lösbaren Prioritätenthemen gelegt, zum Beispiel Unterrichtspläne zur Ernährung, Wohn- und sanitären Verhältnissen sowie zu gängigen Krankheiten wie Malaria, Diarrhö usw.

Diese Kurse auf Gemeindeebene werden auch *Training of Community* (TOC) genannt. Das Ziel des *Training for Transformation* muss sein, die kontinuierlichen Lernprozesse in der Gemeinde zu unterstützen

- b) Dieses Ziel kann letztlich nur erreicht werden, wenn möglichst viele der in den Gemeinden arbeitenden Extension Workers wie Volksschullehrer, Gesundheits-, Landwirtschafts- und Gemeindeentwicklungsarbeiter und andere mehr an den so genannten TOT-Kursen (*Training of Trainers*) teilnehmen. Hierbei wird das Gewicht vor allem auf die zweite Phase gelegt. Als Moderatoren des Gemeindeentwicklungs- und Lernprozesses müssen sie Details der Erwachsenenbildungs- und Kommunikationsmethoden beherrschen.
- c) Auf der Programmleitungs- und Distriktebene muss dagegen das Gewicht vor allem auf die Unterstützungs- und Managementarbeit, d.h. auf die dritte Phase, gelegt werden. Diese sind auch als TOF-Kurse (*Training of Facilitators*) bekannt. Sie werden seit einigen Jahren in vielen Ländern Afrikas durchgeführt. TOF-Absolventen sollen u.a. in ihren Programmen bzw. Distrikten TOT-Kurse für die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen abhalten. Diese wiederum organisieren TOC-Kurse und unterstützen den Entwicklungsprozess ihrer Gemeinden.

„Training for Transformation“ in Afrika

Dank der Etablierung der *Training-for-Transformation*-Kurse stieg seit Anfang der 80er-Jahre die Zahl der CBHC-Projekte in Ostafrika

rasant an. Im Vergleich von Nachbardörfern mit und ohne Basisgesundheitsentwicklung zeigen die CBHC-Dörfer stets die besseren Ergebnisse, zum Beispiel hinsichtlich Impfungen, Klinikbesuchen, Prävalenz von Unterernährung und Säuglingssterblichkeit. Inzwischen sind nicht nur in Ost-, sondern auch im südlichen, in Zentral- und Westafrika sehr viele andere CBHC-Projekte entstanden. Vorausgegangen und damit einhergehend sind *Training-for-Transformation*-Kurse auf verschiedenen Ebenen.

„Training for Transformation“ für den Norden

Die primäre umfassende Gesundheitspflege ist ein globales Anliegen. Die WHO/HWC/CPHA-Konferenz von Ottawa von 1986 definierte Gesundheitsförderung der Industrieländer als „den Prozess, der Menschen zu größerer Kontrolle und Verbesserung ihrer Gesundheit befähigt“. Dies soll erreicht werden „durch das konkrete und effektive Handeln der Gemeinde“.

Ziele für die Industrieländer sind:

- Reorientierung der Gesundheitsdienste
- Kampf für eine gesundheitsfördernde Umwelt und öffentliche Gesundheitspolitik
- Stärkung von Gemeindehandeln und Entwicklung von individuellen Kompetenzen (personal skills)

Probleme und Ausblick der „Training for Transformation“-Bewegung

Während früher die Teilnehmer an den Kursen bereits in der Gemeindegarbeit standen, absolvieren jetzt viele die Kurse, ohne ein konkretes Gemeindeprojekt vor Augen zu haben. Dabei besteht die Gefahr, dass die Kurse zum Selbstzweck werden und die *Training-for-Transformation*-Bewegung weniger glaubwürdig wird. Existierende CBHC-Projekte waren häufig von besonders „charismatischen“ Persönlichkeiten begonnen worden.

Die Projekte waren klein, übersichtlich und als solche erfolgreich. Die Frage ist, ob das CBHC-Gesundheitsentwicklungsmodell und die *Training-for-Transformation*-Methode flächendeckend für ganze

Distrikte, Regionen oder gar Länder verwendet werden können. Zu diesem Zweck müssten das Modell und die *Training-for-Transformation*-Methode anfangen, die nationalen Gesundheitsstrukturen (GOs und NOs) systematisch zu beeinflussen. Dies scheint eine wichtige Aufgabe der Bewegung für die Zukunft zu sein.

Literatur

- Contact Nr 160, Community-Determined Health Care, The experience of rural Cameroon, Genf 1998
Contact Nr. 172, Health for All, Genf 2001
DIESFELD, HANS JOCHEN et al. (Hrsg.): Gesundheitsversorgung in Entwicklungsländern, Hamburg 1996
FREIRE, PAULO: Pädagogik der Unterdrückten, Hamburg 1973
GÖRGEN, REGINA: Gesundheitsberatung, in: Diesfeld, H.J. et al. (Hrsg.), Gesundheitsversorgung in Entwicklungsländern, Hamburg 1996
GRÜBER, HANS L.: „Barfuß-Medizin“ und Entwicklung, in: Propach, Gerd (Hrsg.), Predigt und heilt!, Gießen 1985
HIPPE, GARY T.: Community Development and Christian Discipleship, 1991
NUSCHELER, FRANZ: Lern- und Arbeitsbuch Entwicklungspolitik, 4. Auflage, Bonn 1996
SCHEEL, MARTIN: Kann Glaube heilen?, in: Christoffer Grundmann (Hrsg.): „Christus den Herrn sein lassen“, Hamburg 1993
SHAFFER, ROY: Gemeinsam können wir es schaffen, Überlegungen und Fragen zum Thema Community Development, Wettenberg 2000
WERNER, DAVID: Where there is no Doctor, Palo Alto, 1. Auflage 1977

MATOMORA K.S. MATOMORA (Dr. med., M.P.H.):
Medizinstudium in Köln und Heidelberg, 1979-81 Arzt in
Kilimatinde/Tansania, 1981-86 Medizinischer Direktor des Primary
and Community Based Health Care Programme in
Dodoma/Tansania. 1986-91 Coordinator für Commmunity Based
Health Care bei African Medical and Research Foundation
(AMREF), Nairobi/Kenia, 1991-98 Dozent am Institut für
Tropenhygiene und öffentliches Gesundheitswesen der Universität
Heidelberg. Medizinischer Berater zahlreicher internationaler
Organisationen, z.Zt. Leiter des KIUMMA-Projektes in
Südtanzania. Referent auch im Rahmen der Studentenmission in
Deutschland (SMD).

GERD PROPACH (Dr. med.): Arzt für Allgemeinmedizin und
Naturheilverfahren, 1989-92 leitender Arzt in einer
Gesundheitseinrichtung der anglikanischen Kirche in
Kigoma/Tanzania, anschließend Tätigkeit als Vertragsarzt in einer
Landarztpraxis. Seit 1995 beratender Arzt im Bereich Sozialmedizin
beim Medizinischen Dienst der Krankenversicherungen Hessen
(MDK). Langjährige Mitarbeit im Leitungskreis des AfW.
2. Vorsitzender der Medizinischen Missionshilfe/Medical Mission
Support.

Entnommen: Gerd Propach (Hrsg): Geht hin und heilt.-Zeichen der
Freundlichkeit Gottes, Porta Studien
20, SMD Edition, Francke Verlag, Marburg 2002