



DIPLOMARBEIT / DIPLOMA THESIS

Titel der Diplomarbeit / Title of the Diploma Thesis

„Die Korrelation zwischen westlicher und traditioneller
Medizin in Tansania vom 19. Jahrhundert bis
zur Gegenwart“

verfasst von / submitted by

Anne Claudia Paola Richter

angestrebter akademischer Grad / in partial fulfilment of the requirements for the degree of

Magistra der Philosophie (Mag. phil.)

Wien, 2017 / Vienna, 2017

Studienkennzahl lt. Studienblatt /
degree programme code as it appears on
the student record sheet:

A 190 313 456

Studienrichtung lt. Studienblatt /
degree programme as it appears on
the student record sheet:

Lehramtsstudium UF Geschichte, Sozialkunde und
politische Bildung/ UF Geographie und Wirtschaftskunde

Betreut von / Supervisor:

assoc. Univ. Prof. Priv. – Doz. Mag. DDr. Sonia Horn

Vorwort

An dieser Stelle möchte ich mich bei all jenen bedanken, die mich während meines Studiums sowie beim Schreiben dieser Diplomarbeit unterstützt und motiviert haben.

Mein besonderer Dank geht an assoc. Univ. Prof. Priv.-Doz. Mag.DDr. Sonia Horn, die mir viel Interesse an der Erarbeitung des Themas dieser Diplomarbeit entgegengebracht hat. Für die Betreuung und Begutachtung dieser Arbeit möchte ich mich herzlich bedanken.

Vor allem möchte ich mich auch bei meinen Eltern bedanken. Danke dafür, dass ihr meinen Weg stets akzeptiert und mich in all meinen Entscheidungen unterstützt habt - egal wie chaotisch sie auch manchmal gewesen sein mögen.

Daran anschließend auch ein großes Dankeschön an meine Geschwister Katharina, Jule und Matthias. Ohne Euch und eure Unterstützung wäre vieles im Leben nur halb so schön.

Ein riesiges Dankeschön geht auch an Franz. Ohne deine Motivation und Unterstützung wäre das Ende der Diplomarbeit sicher noch lange nicht in Sicht.

Des Weiteren möchte ich mich bei all jenen hilfsbereiten Menschen bedanken, ohne die meine Diplomarbeit nicht in dieser Form vorliegen würde. Danke an Alexandra, Caro, Edda, Eva und Franz nicht nur für euer Interesse, sondern auch für eure Geduld und eure konstruktive Kritik.

Besonderer Dank geht auch an Dr. Gunter Dorsch, der mir stets mit Rat und Tat zu meinen Fragen bezüglich Tansanias zur Seite stand und die Kontakte zu weiteren Interviewpartnern hergestellt hat.

An dieser Stelle sei auch Günter Kohler für seine Zeit und Informationsbereitschaft gedankt.

Shauri baraka – Ein guter Rat ist ein Glück!

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	11
2. Tansania	14
2.1. Geographie und Bevölkerung	14
2.2. Kurzer geschichtlicher Überblick	18
2.3. Gesundheitswesen	25
3. Traditionelle afrikanische Medizin (TAM).....	32
3.1. Handlungsweise, Praktiken und Ansichten.....	33
3.2. Die traditionelle afrikanische Medizin in Tansania	39
4. Überblick über den Aufbau westlicher Gesundheitsstrukturen in Tansania	45
5. Die Korrelation zwischen traditioneller und westlicher Medizin in Tansania	58
5.1. Die Korrelation vor dem Kolonialismus	60
5.2. Die Korrelation während des Kolonialismus	63
5.3. Die Korrelation seit der Unabhängigkeit	67
5.4. Die Korrelation in der Gegenwart.....	71
5.5. Zusammenfassung.....	73
6. Die Wahrnehmung traditioneller Medizin aus westlicher Sicht	76
6.1. Untersuchungsmethode.....	77
6.2. Vorstellung der interviewten Personen.....	81
6.3. Auswertung der Interviews	81
6.3.1. Wahrnehmung der traditionellen Medizin in den 1980er/1990er Jahren.....	85
6.3.2. Wahrnehmung der traditionellen Medizin in der Gegenwart	87
6.3.3. Veränderungen hinsichtlich der Wahrnehmung zwischen den 1980er/1990er Jahren und der Gegenwart	90
7. Entwicklung und Entwicklungszusammenarbeit in Tansania	94
7.1. Theorien und Konzepte der Entwicklungsforschung	95
7.1.1. Grundlagen der Modernisierungstheorie	97
7.1.2. Grundlagen der Dependenztheorie	99
7.2. Die Situation in Tansania	102
8. Zusammenfassung.....	110
9. Ausblick und Vorschläge für eine effizientere Gestaltung der Zusammenarbeit zwischen traditioneller und westlicher Medizin	112
10. Abbildungsverzeichnis.....	114
11. Tabellenverzeichnis.....	114

12. Literaturverzeichnis.....	115
12.1. Monographien, Sammelwerke und Aufsätze	115
12.2. Unveröffentlichte und private Aufsätze	120
12.3. Quellen aus dem Internet.....	121
13. Anhang	125
13. 1. Interviewleitfaden	125
13. 1.1. Interviewfragen (Deutsche Version)	125
13. 1.2. Interviewfragen (Englische Version)	126
13.2. Abstracts.....	127
13.2.1. Abstract (Deutsch)	127
13.2.2. Abstract (Englisch)	128

Genderhinweis

In der gesamten Arbeit wurde sich um eine gendergerechte Sprache bemüht. Vor allem in jenen Kapiteln, die historische Entwicklungen skizzieren, wurde zum Teil bewusst auf die Nennung der weiblichen Form verzichtet. Dies ist kein Fehler, sondern von der Autorin in den Fällen gewählt worden, in denen es sich ihrer Meinung nach lediglich um Männer (beispielweise bei Eroberungen oder der Ausübung des medizinischen Berufes) gehandelt hat.

Glossar

AIDS	Acquired Immune Deficiency Syndrome
ASP	Afro-Shirazi-Party
BIP	Bruttoinlandsprodukt
CAM	Complementary and Alternative Medicine
CCM	Chama Cha Mapinduzi
DOA	Deutsch-Ostafrika
EAC	East African Community
ECA/UNESCO	United Nations Economic Commission for Africa
GDP	Gross Domestic Product
GNI	Gross National Income
GNP	Gross National Product
HDI	Human Development Index
HIV	Human Immunodeficiency Virus
HSDP	Health Sector Development Program
HSSP IV	Health Sector Strategic Plan July 2015 – June 2020
INCB	International Narcotics Control Board
IPC	Infection Prevention and Control
ITM	Institute of Traditional Medicine
MDG	Millennium Development Goal
ODA	Official Development Assistance
OECD	Organisation for Economic Cooperation and Development
PHC	Primary Health Care
SDGs	Sustainable Development Goals
SWAP	Sector Wide Approach
TAA	Tanganyika African Association
TANU	Tanganyika African National Union
TAM	Traditional African Medicine
TZS	Tanzania-Schilling
UN	United Nations

UDSM	University of Dar es Salaam
UWATA	National Union of Indigenous Healers
VHW	Village Health Worker
WHO	World Health Organization

1. Einleitung

Unter dem Titel „Die Korrelation zwischen westlicher und traditioneller Medizin in Tansania vom 19. Jahrhundert bis zur Gegenwart“ hat es sich diese Diplomarbeit zur Aufgabe gemacht, einen Blick auf die medizinische Grundversorgung in Tansania zu werfen. Insbesondere wird dabei untersucht, inwieweit und auf welche Art und Weise sich traditionelle und westliche Konzepte gegenseitig beeinflussen und welche Entwicklungen diesbezüglich in den letzten 200 Jahren zu beobachten waren.

Grob gefasst wird das Thema der Diplomarbeit also einen Bogen vom Beginn der Kolonialisierung bis zur Gegenwart spannen. Auf der einen Seite wird ein Einblick in die Praktiken und Ansichten, aber auch in die historischen Entwicklungen beider Medizintraditionen gegeben. Auf der anderen Seite wird untersucht, wie sich die Beziehung zwischen westlicher und traditioneller Medizin in Tansania über den Verlauf der Jahre geändert hat und in welchen Phasen man von einer positiven (beziehungsweise negativen) Korrelation sprechen kann.

Um den Rahmen der Arbeit nicht zu sprengen, wird der Zeitraum vom 19. Jahrhundert bis zur Gegenwart festgelegt. Dieser ist für die vorliegende Arbeit insofern von besonderer Bedeutung, da man erst mit dem Beginn des Kolonialismus vom Einzug westlicher Gesundheitsstrukturen in Tansania sprechen kann. Falls notwendig oder für das Verständnis des Themas sinnvoll, wird jedoch auch auf vor dem 19. Jahrhundert liegende geschichtliche Ereignisse zurückgegriffen.

Räumlich beschäftigt sich diese Arbeit zwar mit dem gesamten Gebiet Tansanias, jedoch sei an dieser Stelle angemerkt, dass sich das *Kapitel 6* aufgrund der zu Verfügung stehenden Interviewpartner auf den Norden des Landes beschränken wird.

Zur Beantwortung der zentralen Fragestellung wird überwiegend Literaturrecherche betrieben. Umfassende Arbeiten über die unterschiedlichen Medizintraditionen in Tansania wurden dabei von *Walter Bruchhausen* verfasst und für den besseren Überblick in dieser Thematik herangezogen. Die direkte Korrelation zwischen westlicher und traditioneller Medizin selbst wurde in der verfügbaren Literatur bisher nicht behandelt. Daher versucht die vorliegende Diplomarbeit dazu beizutragen, diese Forschungslücke zu schließen.

Des Weiteren liegt dieser Arbeit ein empirischer Teil zugrunde. Um die Wahrnehmung der traditionellen Medizin aus Sicht der VertreterInnen westlicher Medizin zu untersuchen, werden zwei Interviews analysiert, welche sich auf Erfahrungen eines Arztes in den 1980er/1990er Jahren und denen eines Pfarrers aus den 1980er Jahren sowie den Jahren 2007 bis 2011 stützen. Die schriftlichen Interviews werden schließlich mittels der Inhaltsanalyse nach Philipp Mayring ausgewertet, zusammengefasst und abschließend interpretiert.

Mithilfe der beiden vorgestellten Methoden wird versucht, die zentrale Forschungsfrage zu beantworten. Außerdem wird die hypothetische Annahme, dass westliche Gesundheitskonzepte nicht immer nur zur Weiterentwicklung Tansanias beigetragen haben, überprüft und die teilweise aufgezwungenen westlichen Konzepte ebenso wie die traditionelle afrikanische Medizintradition einer kritischen Betrachtung unterzogen. Des Weiteren soll die Hypothese überprüft werden, ob die Wahrnehmung der traditionellen Medizintradition maßgeblich dazu beigetragen hat, beziehungsweise auch heute noch dazu beiträgt, ob Entwicklungszusammenarbeit stattfindet oder nicht. Es wird angenommen, dass die Bereitschaft zur Zusammenarbeit umso geringer ist, je negativer die traditionellen Behandlungsweisen wahrgenommen werden.

Das Ergebnis der Untersuchung soll schließlich darüber Aufschluss geben, wie Entwicklungszusammenarbeit im medizinischen Bereich in Zukunft noch gezielter und effizienter gestaltet werden kann und inwiefern eine Kooperation beider Medizintraditionen zu einer effizienteren Gesundheitsversorgung beitragen kann.

Die Arbeit selbst gliedert sich in acht Abschnitte, die nun kurz vorgestellt werden:

Kapitel 2 widmet sich einem Überblick über das Land Tansania. Dabei werden sowohl wichtige Informationen zur Geographie und Bevölkerung, als auch ein geschichtlicher Überblick und eine Einführung in das derzeitige Gesundheitssystem Tansania gegeben.

Kapitel 3 setzt sich schließlich ausführlich mit der traditionellen afrikanischen Medizin auseinander. Thematisiert werden zunächst allgemeine Handlungsweisen, Praktiken und Ansichten dieser Medizintradition, während in einem zweiten Schritt explizit auf die traditionelle Medizin in Tansania Bezug genommen wird.

Kapitel 4 liefert einen Überblick über den Aufbau westlicher Gesundheitsstrukturen in Tansania. Hier kommt der Einbettung in historische Gegebenheiten eine besondere Bedeutung zu.

Kapitel 5 setzt sich schließlich intensiv mit der zentralen Fragestellung auseinander. Dabei geht es konkret um die Korrelation zwischen traditioneller und westlicher Medizin vom 19. Jahrhundert bis in die Gegenwart. Für einen besseren Überblick wurde dieser Zeitraum in vier Phasen gegliedert: „Die Korrelation vor dem Kolonialismus“, „Die Korrelation während dem Kolonialismus“, „Die Korrelation seit der Unabhängigkeit“ sowie „Die Korrelation in der Gegenwart“.

Im Anschluss daran widmet sich *Kapitel 6* dem empirischen Teil dieser Arbeit. Durch die Auswertung der zwei geführten Interviews wird untersucht, wie sich die Wahrnehmung der traditionellen Medizin zwischen den 1980er/1990er Jahren und der Gegenwart geändert hat und inwieweit diese dafür verantwortlich ist, ob Zusammenarbeit im medizinischen Bereich stattfindet oder nicht.

Kapitel 7 nimmt schließlich auf das Thema „Entwicklung und Entwicklungszusammenarbeit“ Bezug. Anhand von zwei vorgestellten Theorien – Modernisierungs- und Dependenztheorie – wird untersucht, warum sich Tansania immer noch in einem relativ niedrigen Entwicklungszustand befindet. Zudem wird eine Bewertung internationaler Entwicklungshilfen vorgenommen.

Kapitel 8 fasst abschließend noch einmal die wichtigsten Erkenntnisse zusammen, sodass in *Kapitel 9* ein Ausblick sowie Vorschläge für eine effizientere Gestaltung der Zusammenarbeit zwischen VertreterInnen der traditionellen und westlichen Medizin die vorliegende Diplomarbeit abrunden können.

2. Tansania

Wenn wir als EuropäerInnen an Tansania denken, so denken wir vermutlich in erster Linie an kilometerweite unberührte Natur und eine gigantische Vielfalt an wilden Tieren, die wir, wenn überhaupt, nur aus unseren Zoos kennen. Wer sich etwas mehr mit diesem Thema auseinandergesetzt hat, der denkt vielleicht an den Kilimandscharo (*Englisch*: Kilimanjaro), der mit seinen 5895 m das höchste Bergmassiv Afrikas darstellt oder an den Serengeti National Park, ein riesiges Naturschutzareal, das besonders bei TouristInnen ein beliebtes Reiseziel darstellt. Viel mehr ist in der Bevölkerung über das Land im Osten des Kontinentes oft nicht bekannt. Trotzdem übt Afrika, und insbesondere auch Tansania, seit Jahren eine ungebrochene Faszination auf Menschen in der ganzen Welt aus.

Dieses Kapitel hat es sich deshalb zur Aufgabe gemacht, einen kurzen Einblick in dieses Land zu geben. Das *Kapitel 2.1.* fasst einige Informationen zur Geographie und der dort lebenden Bevölkerung zusammen. Das *Kapitel 2.2.* beschäftigt sich mit der Geschichte Tansanias und wird kurz die prähistorische und frühgeschichtliche Zeit des heutigen Gebietes skizzieren. Der Fokus in diesem Abschnitt wird jedoch auf der vorkolonialen Entwicklung sowie der Kolonialgeschichte, dem Beginn der Unabhängigkeit und der heutigen Situation liegen. In *Kapitel 2.3.* soll schließlich auf das derzeitige Gesundheitswesen in Tansania Bezug genommen werden. Neben dem Aufbau des Gesundheitssystems und einigen Statistiken zur Gesundheitsversorgung werden hier auch geplante bzw. derzeit umgesetzte Reformen und Maßnahmen angeführt.

2.1. Geographie und Bevölkerung

Die Vereinigte Republik Tansania (Swahili: *Jamhuri ya Muungano wa Tanzania*) ist ein Staat im Osten Afrikas. Sie entstand am 26. April 1964 aus dem Zusammenschluss von Tanganyika und den Inseln Sansibars. Im Norden verläuft die Demarkationslinie Tansanias an den Staaten Kenia und Uganda. Im Westen wird es durch Ruanda, Burundi sowie die Demokratische Republik Kongo begrenzt. Die Nachbarstaaten im Süden sind Malawi, Sambia und Mosambik. Im Osten grenzt es an den Indischen Ozean.

Anteil stellen mit rund 37 Prozent die Waldflächen dar, während die übrigen 19 Prozent anderweitig genutzt werden (Stand 2011).¹

Das Klima variiert sehr stark. Entlang der Küste herrschen tropische Bedingungen vor, dagegen findet sich im Bergland des Nordens und Südens ein gemäßigtes Klima.²

Tansania ist eine föderative präsidentiale Republik mit Teilautonomie Sansibars, in der es seit 1992 ein demokratisches Mehrparteiensystem gibt. Der Präsident (seit 2015 John Magufuli) ist sowohl Staatsoberhaupt als auch Regierungsoberhaupt und wird vom Volk direkt und mit einfacher Mehrheit für fünf Jahre gewählt.³

Tansania ist außerdem Teil der ostafrikanischen Staatengemeinschaft (kurz: *EAC – East African Community*). Dabei handelt es sich um eine im Jahr 2000 gegründete regionale und zwischenstaatliche Organisation zwischen der Republik von Burundi, Kenia, Ruanda, Südsudan, der Republik von Tansania sowie der Republik von Uganda. Die Hauptverwaltung hat ihren Sitz in Arusha (Tansania). Ziel dieser Vereinigung ist es, die Zusammenarbeit sowohl auf wirtschaftlicher, politischer aber auch sozialer Ebene zu vertiefen.⁴

Die offizielle Hauptstadt des Staates ist Dodoma. Als wirtschaftliches, kulturelles sowie politisches Zentrum spielt jedoch Dar es Salaam (auch *Daressalam* oder *Dar-es-Salam*) eine weitaus größere Rolle. Neben entscheidenden Regierungseinrichtungen liegt dort auch der Regierungssitz Tansanias. Interessant anzumerken ist, dass sich bereits zu Beginn der Kolonialisierung in Dar es Salaam der Sitz der Verwaltung des damaligen Deutsch-Ostafrikas (kurz: DOA) befand und die Stadt ab 1981 als Hauptstadt ausgebaut wurde. Die Entwicklungen wiesen ein stetiges Wachstum auf, welches jedoch durch den Ausbruch des Ersten und Zweiten Weltkrieges sowie die Wirtschaftskrise stark eingeschränkt wurde.⁵ Im Jahr 1974 wurde schließlich Dodoma zur neuen Hauptstadt

¹ Vgl. *Central Intelligence Agency*, *The World Factbook: Africa – Tanzania*, online unter: <<https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/geos/tz.html>> (27. September 2017).

² Ebenda.

³ Ebenda.

⁴ Vgl. *East African Community*, *Overview of EAC*, online unter: <<https://www.eac.int/overview-of-eac>> (27. September 2017).

⁵ Vgl. Hans *Hecklau*, *Ostafrika - Kenya, Tanzania, Uganda*. In: Werner *Storkebaum*, *Wissenschaftliche Länderkunden*, Bd. 33 (Darmstadt 1989) 347 - 348.

Tansanias ernannt, da seine zentralere Lage erhebliche Vorteile hinsichtlich wirtschaftlicher Aktivitäten mit sich brachte.⁶

Mit seinen rund 49,61 Millionen EinwohnerInnen (Stand 2017)⁷ ist Tansania derzeit nach Nigeria mit 188,69 Millionen (Stand 2017)⁸, Äthiopien mit 92,66 Millionen (Stand 2017)⁹, Ägypten mit 92,28 Millionen (Stand 2017)¹⁰, der Demokratischen Republik Kongo mit 86,65 Millionen (Stand 2017)¹¹ und Südafrika mit 56,82 Millionen (Stand 2017)¹² das bevölkerungsmäßig sechstgrößte Land in der Afrikanischen Union.

Das Durchschnittsalter der Bevölkerung in Tansania ist dabei sehr niedrig. Im Jahr 2015 betrug der prozentuale Anteil der Bevölkerung der unter 15-Jährigen 45,2 Prozent. Die Bevölkerung im Alter zwischen 15 und 64 Jahren betrug 51,6 Prozent der Gesamtbevölkerung, während die Menschen über 65 Jahren lediglich 3,2 Prozent der Gesamtheit stellten.¹³ Dadurch gehört Tansania mit einem Altersmedian von 17,3 Jahren zu den 20 Ländern mit dem niedrigsten Durchschnittsalter weltweit (Stand 2015).¹⁴

Eine weitere Besonderheit ist außerdem hinsichtlich der ethnischen Zusammensetzung in Tansania zu beobachten. 99 Prozent der Bevölkerung formieren sich aus einer Vielzahl

⁶ Ebenda, 354.

⁷ *Statista*, Tansania Gesamtbevölkerung von 2007 bis 2017 (in Millionen Einwohner), online unter: <<https://de.statista.com/statistik/daten/studie/372283/umfrage/gesamtbevoelkerung-von-tansania/>> (27. September 2017).

⁸ *Statista*, Nigeria: Gesamtbevölkerung von 2007 bis 2017 (in Millionen Einwohner), online unter: <<https://de.statista.com/statistik/daten/studie/159735/umfrage/gesamtbevoelkerung-von-nigeria/>> (27. September 2017).

⁹ *Statista*, Äthiopien: Gesamtbevölkerung von 2007 bis 2017 (in Millionen Einwohner), online unter: <<https://de.statista.com/statistik/daten/studie/331917/umfrage/gesamtbevoelkerung-von-aethiopien/>> (27. September 2017).

¹⁰ *Statista*, Ägypten: Gesamtbevölkerung von 2007 bis 2017 (in Millionen Einwohner), online unter: <<https://de.statista.com/statistik/daten/studie/261548/umfrage/gesamtbevoelkerung-von-aegypten/>> (27. September 2017).

¹¹ *Statista*, Demokratische Republik Kongo: Gesamtbevölkerung von 2007 bis 2017 (in Millionen Einwohner), online unter: <<https://de.statista.com/statistik/daten/studie/373572/umfrage/gesamtbevoelkerung-der-dr-kongo/>> (27. September 2017).

¹² *Statista*, Demokratische Republik Kongo: Gesamtbevölkerung von 2007 bis 2017 (in Millionen Einwohner), online unter: <<https://de.statista.com/statistik/daten/studie/19332/umfrage/gesamtbevoelkerung-in-suedafrika/>> (27. September 2017).

¹³ *Wirtschaftskammer Österreich*, Länderprofil Tansania, online unter: <<http://wko.at/statistik/laenderprofile/lp-tansania.pdf>> (27. September 2017).

¹⁴ *Statista*, Die 20 Länder mit dem niedrigsten Durchschnittsalter der Bevölkerung im Jahr 2015 (Altersmedian in Jahren), online unter: <<https://de.statista.com/statistik/daten/studie/242841/umfrage/laender-mit-dem-niedrigsten-durchschnittsalter-der-bevoelkerung/>> (27. September 2017).

afrikanischer Stämme. Die Bantu stellen mit 95 Prozent die mittlerweile größte Volksgruppe dar und bestehen wiederum aus über 130 verschiedenen Stämmen. Mit einem Prozent Anteil an der Gesamtbevölkerung stellen AsiatInnen, EuropäerInnen und AraberInnen nur eine Minderheit dar (Stand 2017).¹⁵

Die offizielle Sprache in Tansania ist Kiswahili (auch *Swahili*). Englisch wird dagegen bevorzugt als Sprache in Verwaltungs- und Wirtschaftsangelegenheiten verwendet. Durch die breite Vielfalt in der Bevölkerungszusammensetzung gibt es zusätzlich eine große Varietät an regionalen Sprachen.

Laut Schätzungen aus dem Jahr 2010 gehören etwa 61,4 Prozent der Bevölkerung dem Christentum an. Rund 35,2 Prozent fühlen sich dem Islam zugehörig, 1,8 Prozent einer Volksreligion und 0,2 Prozent einer anderen Religionsgemeinschaft, während sich 1,4 Prozent der Bevölkerung als konfessionslos bekennen.¹⁶ In der Medizin, insbesondere in der traditionellen afrikanischen Medizin, spielt die Religion eine wichtige Rolle. Darauf wird jedoch in den folgenden Kapiteln näher eingegangen.

2.2. Kurzer geschichtlicher Überblick

“In Tanzania, it was more than one hundred tribal units which lost their freedom; it was one nation that regained it.”¹⁷

Julius Nyerere, tansanischer Politiker

Um einen kurzen Überblick über die Geschichte Tansanias zu geben, muss man einige Millionen Jahre in der Zeit zurückgehen. Skelettfunde in Laetoli (Nordtansania) konnten beispielsweise darüber Auskunft geben, dass der *Australopithecus afarensis* vor etwa 3 bis 3,6 Millionen Jahren lebte und sich aus ihm die Gattung *Homo* entwickelte. Auch Skelettreste des *Australopithecus robustus*, des *Australopithecus boisei* sowie des *Homo habilis*, des *Homo erectus* und des *Homo sapiens* konnten an mehreren Orten Ostafrikas

¹⁵ *Central Intelligence Agency*, The World Factbook: Africa – Tanzania, online unter: <<https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/geos/tz.html>> (28. September 2017).

¹⁶ *Central Intelligence Agency*, The World Factbook: Africa – Tanzania, online unter: <<https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/geos/tz.html>> (28. September 2017).

¹⁷ *Az Quotes*, Julius Nyerere, online unter <http://www.azquotes.com/author/20568-Julius_Nyerere> (28. September 2017).

geborgen werden. Daher spielte Afrika, insbesondere aber Kenia, Tansania und Äthiopien, eine entscheidende Rolle für die Entstehung und Entwicklung des Menschen. Mithilfe der Funde konnte außerdem darauf geschlossen werden, dass Ostafrika seit Beginn der Entwicklung des Menschen kontinuierlich besiedelt war. Die unterschiedlichsten Ethnien wanderten ein und aus und beeinflussten oder verdrängten sich gegenseitig.¹⁸

Die frühgeschichtliche Zeit Tansanias ist aufgrund mangelnder schriftlicher Zeugnisse nur schlecht dokumentiert. Nichtsdestotrotz wird davon ausgegangen, dass die einflussreichsten Wanderungen vor ca. 2000 Jahren stattfanden. Die Bantu wanderten aus dem Südwesten ein und brachten Ackerbaumethoden und Früchte wie Hirse nach Tansania. Aus dem Norden kamen die Niloten (Massai) und mit ihnen Eisenwerkzeuge und die nomadische Viehhaltung (die Massai sind vermutlich die heute bekannteste Volksgruppe in Tansania). Die sehr geringe Bevölkerungsdichte und das daraus resultierende Überangebot an Land führte vor allem im Landesinneren dazu, dass es zwischen den einzelnen Stämmen kaum zu Auseinandersetzungen kam, sich jedoch der Lebensstandard auf einem sehr niedrigen Niveau einpendelte, da kein Grund bzw. Anreiz zur Weiterentwicklung gegeben war.

Eine andere Entwicklung dagegen lässt sich an der Küste und auf Sansibar feststellen. Hier wurden bereits im 1. Jahrhundert Kontakte mit anderen Handelsnationen gepflegt. Besondere Bedeutung kam der ehemaligen Handelsstadt Kilwa sowie dem Handel mit der arabischen Welt zu, durch den sowohl der Islam als auch der arabische Städtebau Einzug in die Küstenregionen erhielten. Der Höhepunkt dieser kulturellen Entwicklungen lässt sich zwischen 1200 und 1500 n. Chr. datieren.¹⁹

Besser als die frühgeschichtliche Zeit ist die vorkoloniale Geschichte dokumentiert. Mit dem Jahr 1498 und der Landung der portugiesischen Flotte setzte für die Küstenregionen im Osten Afrikas eine Zeit der politischen Instabilität ein. Die Handelsstadt Kilwa wurde unterworfen und der Handel fortan über die portugiesischen Stationen Mosambik und Goa geführt. Gegen Mitte des 17. Jahrhunderts intervenierte auch das arabische Volk aus dem Oman stärker an der Küste.²⁰ Im Jahr 1698 konnten die Portugiesen ihre Stellung

¹⁸ Vgl. *Hecklau*, Ostafrika - Kenya, Tanzania, 124 – 125.

¹⁹ Vgl. Heinz *Wirth*, Aspekte des Zusammenhangs zwischen Entwicklungshilfe und Entwicklungsplanung in Tansania (Bonn 1985) 26 – 28.

²⁰ Ebenda, 28.

schließlich nicht mehr behaupten und wurden von den Arabern unter Saif ibn Sultan I., einem Imam von Oman, vertrieben. Sie konnten ihre Kolonien lediglich im heutigen Mosambik behaupten.²¹

Auch die Jahre 1730 bis 1873 wurden durch große Umbrüche geprägt. Ostafrika wurde vom SklavInnenhandel erfasst, was dazu führte, dass dem Land ein großer Anteil an wichtigen Arbeitskräften fehlte. Zudem stagnierte die Entwicklung in der Landwirtschaft und im Handel, was vor allem der permanenten Unsicherheit geschuldet war.²² Unter der Herrschaft Sayyid Saids stieg dagegen die Insel Sansibar als Handelsmetropole auf, auf der sich seit 1840 auch das Zentrum des Reiches befand. Es wurden Geschäfte und „Freundschaftsverträge“ mit amerikanischen und europäischen Handelspartnern geschlossen. Gehandelt wurde vor allem mit Elfenbein und SklavInnen (allein für das Jahr 1850 wird davon ausgegangen, dass, bei einer Gesamtbevölkerung von 150.000 rund 60.000 SklavInnen auf Sansibar lebten), aber auch wertvolle Gewürze, wie beispielsweise Nelken, waren für diese Entwicklungen maßgeblich.²³

Es ist nicht verwunderlich, dass Sansibar bereits zu Beginn des 19. Jahrhunderts das Interesse kapitalistischer Mächte weckte. Vor allem Großbritannien wandte sich dieser Insel, auf der Suche nach Absatzmärkten für seine Waren, mit vermehrter Aufmerksamkeit zu. Allein in den Jahren 1842 bis 1872 war ein Anstieg des Exports von 60 Millionen auf 312 Millionen Pfund Sterling zu verzeichnen.²⁴ Insbesondere als Tor zu Ost- und Zentralafrika spielte Sansibar eine enorm wichtige Rolle. Staaten wie Großbritannien versuchten zudem, an die Hauptquellen und die Routen des SklavInnenhandels zu gelangen, um eine Abschaffung der Sklaverei zu erwirken. Bereits im Jahr 1822 konnte das Vereinigte Königreich in dieser Angelegenheit Erfolge erzielen. Der Sultan Sayyid Said willigte der Unterzeichnung des sogenannten „Moresby-Vertrages“ ein, welcher den Verkauf von SklavInnen in die christliche Welt beendete und gleichzeitig einer Limitierung des Handels in afrikanische und omanische Gebiete zustimmte.²⁵ Allein dies zeigte schon,

²¹ Vgl. Samuel G. *Ayany*, *A history of Zanzibar. A Study in Constitutional Development*. 1934 – 1964 (Nairobi/ Dar es Salaam/Kampala 1970) 9.

²² Vgl. *Wirth*, *Aspekte des Zusammenhangs von Entwicklungshilfe und Entwicklungsplanung in Tansania*, 29.

²³ Vgl. Jürgen *Herzog*, *Geschichte Tansanias - Vom Beginn des 19. Jahrhunderts bis zur Gegenwart* (Berlin 1986) 25 – 27.

²⁴ Ebenda, 31.

²⁵ Vgl. *Ayany*, *A history of Zanzibar*, 11.

dass der Sultan in einem immer größeren Maße von Großbritannien abhängig wurde. Nach dem Tod von Sayyid Said im Jahr 1856 wurde die Politik auf der Insel zunehmend vom britischen Konsulat bestimmt. Dies demonstrierte auch das im Jahr 1873 erlassene Verbot des SklavInnenhandels, welches zum einen die politische Macht Großbritanniens aufzeigte, zum anderen das Sultanat aus wirtschaftlicher Sicht stark schwächte. Nichtsdestotrotz dauerte es über 20 Jahre, bis das Verbot tatsächlich durchgesetzt wurde und der legale Handel mit Menschen abgeschafft wurde. In den letzten 25 Jahren des 19. Jahrhunderts nahmen koloniale Interessen und die damit verbundene Bekämpfung von kolonialen Rivalen zu. Ab dem Jahr 1880 entwickelte auch die deutsche Regierung eine vermehrte Aufmerksamkeit an Sansibar.²⁶

Bis dato schien die Vorherrschaft Großbritanniens in Ostafrika unantastbar, doch ab dem Jahr 1884 wurden zwischen dem Festland und der Deutsch-Ostafrikanischen Gesellschaft Verträge abgeschlossen, um den Einfluss Großbritanniens zurückzudrängen. Großbritannien war nicht weiter daran interessiert, Konflikte um die Region auszutragen und so wurden sich die beiden Großmächte Deutschland und das Vereinigte Königreich schnell über die Abgrenzung der Gebiete einig. Im Jahr 1891 wurde das Areal des heutigen Tansanias zum deutschen Protektorat erklärt und geriet als Deutsch-Ostafrika unter die koloniale Herrschaft des Deutschen Reiches.²⁷ Bereits ein Jahr zuvor, im Jahr 1890, unterzeichneten Deutschland und Großbritannien den „Vertrag von Helgoland“, welcher den Tausch von Sansibar gegen Helgoland besiegelte.²⁸

Daran schloss eine Zeit der kolonialen Ausbeutung an. Die EinwohnerInnen wurden als LohnsklavInnen missbraucht, was die Lebensbedingungen der AfrikanerInnen extrem verschlechterte und sie langfristig sogar an den Rand ihrer physischen Existenz brachte.²⁹

Vor allem in den 1890er Jahren folgten zahlreiche Aufstände der afrikanischen Gesellschaft gegen die koloniale Herrschaft, die auf blutige und brutale Art und Weise von der Kolonialverwaltung niedergeschlagen wurden. Die blutigste und längste Massenerhebung war der Maji-Maji-Aufstand, der von 1905 bis 1908 andauerte und die

²⁶ Vgl. *Herzog*, Geschichte Tansanias, 33 – 34.

²⁷ Vgl. *Wirth*, Aspekte des Zusammenhangs von Entwicklungshilfe und Entwicklungsplanung in Tansania, 29 – 30.

²⁸ Vgl. *Ayany*, A history of Zanzibar, 14

²⁹ Vgl. *Herzog*, Geschichte Tansanias, 50 – 51.

größte antikoloniale Erhebung in Ostafrika wurde.³⁰ Die deutsche Kolonialmacht ging aus diesem Aufstand bestärkt hervor und bis zum Beginn des Ersten Weltkrieges folgte eine neue Phase der kolonialen Ausbeutung, die den Profit noch weiter steigerte.³¹

Mit dem Ende des Ersten Weltkrieges und der Niederlage des Deutschen Reiches kam es schließlich zu grundlegenden Änderungen. Tanganyika fiel als Völkerbundsmandat unter britische Verwaltung. Nach dem Ende des zweiten Weltkrieges wurde es zum Treuhandgebiet der Vereinten Nationen (kurz: *UN – United Nations*), blieb jedoch unter britischer Aufsicht. Die Treuhandschaft und die damit verbundene rechtliche Unsicherheit führten dazu, dass das Vereinigte Königreich nur geringe koloniale Aktivitäten in Tanganyika zeigte. Die Folge war eine nur sehr schwach ausgebaute Infrastruktur, jedoch erleichterte die geringe Intervention den Weg in die Unabhängigkeit.³²

Allgemein betrachtet hat sowohl der deutsche als auch britische Kolonialismus in einzelnen Bereichen (beispielsweise im Verkehrswesen) Verbesserungen bewirkt. Diese Entwicklungen waren jedoch stets auf das wirtschaftliche Wachstum der Kolonialmacht ausgelegt. Eine eigenständige Entwicklung der Kolonie wurde nicht ermöglicht. Ebenfalls in Betracht gezogen werden müssen die negativen psychologischen Auswirkungen des Kolonialismus. Neben dem gestörten Selbstvertrauen und der Verminderung der Innovationsfähigkeit, hat die Zeit der Unterdrückung unter anderem auch zu einer Zerstörung der Kultur und der Geschichte geführt.³³

Der Übergang zur Souveränität erfolgte schrittweise, jedoch ohne blutige Auseinandersetzungen. Bereits in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts hatten sich einige Unabhängigkeitsbewegungen gebildet. Im Jahr 1929 entstand die „Tanganyika African Association“ (kurz: *TAA*), die Partei der Einheit der Völker Afrikas. Sie gründete sich mit dem Ziel, die Interessen der AfrikanerInnen auf dem ganzen Kontinent zu sichern und nicht nur im eigenen Land.³⁴ Im Jahr 1954 wurde die *TAA* schließlich zur „Tanganyika African National Union“ (kurz: *TANU*) umbenannt. Ihr Präsident wurde der junge Lehrer

³⁰ Vgl. *Wirth*, Aspekte des Zusammenhangs von Entwicklungshilfe und Entwicklungsplanung in Tansania, 30.

³¹ Vgl. *Herzog*, Geschichte Tansanias, 59 – 60.

³² Vgl. *Wirth*, Aspekte des Zusammenhangs von Entwicklungshilfe und Entwicklungsplanung in Tansania, 30.

³³ Ebenda, 31 – 32.

³⁴ Vgl. *Herzog*, Geschichte Tansanias, 100.

Julius Kambarage Nyerere.³⁵ Während der ersten Wahlen des Landes in den Jahren 1958/1959 konnte die TANU, die sich binnen kürzester Zeit zu einer treibenden Kraft der Befreiungsbewegung manifestiert hatte, bereits einen überwältigenden Erfolg verbuchen.³⁶

Im Mai 1961 erhielt Tanganyika die interne Selbstverwaltung. Im Dezember desselben Jahres folgte die formelle Unabhängigkeit. Tanganyika wurde Mitglied im Commonwealth, wodurch die britische Monarchin Elisabeth II. als Staatsoberhaupt fungierte. Im Jahr 1962 wurde Tanganyika schließlich zur Republik ausgerufen. Staatspräsident und damit Oberhaupt des Staates wurde Julius Kambarage Nyerere.³⁷

Im Dezember des Jahres 1963 wurde anschließend auch die Insel Sansibar unabhängig. Regent blieb jedoch bis zu seinem Sturz durch eine anti-arabische Revolution im Jänner 1964 der Sultan. Ab diesem Zeitpunkt wurde die Insel durch einen Revolutionsrat regiert. Am 25. April 1964 schlossen sich Tanganyika und Sansibar zur Vereinigten Republik von Tanganyika und Sansibar zusammen. Seit Oktober 1964 trägt sie die offizielle Bezeichnung „Vereinigte Republik von Tansania“.³⁸

Im Jahr 1967 wurden die Entwicklungsziele und die Strategien Tansanias in der sogenannten „Arusha-Deklaration“ festgelegt. Zwar war die Schaffung eines demokratischen und sozialistischen Staates als Entwicklungsziel bereits im Jahr 1962 durch die TANU festgeschrieben worden, jedoch stand zunächst die Festigung der nationalen Staatlichkeit im Vordergrund der politischen Bemühungen.³⁹

"Acceptance of this principle is absolutely fundamental to socialism. The justification of socialism is Men; not the State, not the flag. Socialism is not for the benefit of black men, nor brown men, nor white men, nor yellow men. The purpose of socialism is the service of man, regardless of color, size, shape, skill, ability or anything else. And the economic institutions of socialism, such as those we are now creating in accordance with the Arusha Declaration, are intended to serve man in our society. Where the majority of the people in a particular

³⁵ Ebenda, 133.

³⁶ Ebenda, 161.

³⁷ Vgl. Wirth, Aspekte des Zusammenhangs von Entwicklungshilfe und Entwicklungsplanung in Tansania, 33.

³⁸ Ebenda.

³⁹ Vgl. Herzog, Geschichte Tansanias, 216.

*society are black, then most of those who benefit from socialism there will be black. But it has nothing to do with their blackness; only with their humanity.*⁴⁰

Arusha-Deklaration, 1967

Mit dieser Erklärung begann eine neue politische Ära, die zum „Sozialismus“ und zur „wirtschaftlichen Selbstständigkeit“ (Suaheli: *Ujamaa na kujitegemea*) führen sollte. Für die Durchführung und Überwachung dieser Ziele war die TANU unter der Leitung von Nyerere zuständig.⁴¹

Von da an entwickelte sich Tansania sehr vorbildlich und wurde zu einem Entwicklungsland, das bevorzugt finanziell unterstützt und gefördert wurde.

Die Situation änderte sich mit dem Beginn der globalen Krise (ausgelöst durch den Ölpreisschock), in welcher sich nicht nur die wirtschaftlichen Voraussetzungen verschlechterten, sondern auch immer weniger Entwicklungshilfen gewährt wurden. Der Mangel an Waren spitzte sich vor allem in den 1970er Jahren zu, als Tansania in einen Konflikt mit dem Nachbarstaat Uganda geriet. Als Reaktion auf den militärischen Einfall der Truppen des ugandischen Diktators Idi Amin Dada kam es zu einem Angriff auf Seiten Tansanias. Es gelang zwar, den Machthaber Idi Amin Dada zu stürzen, jedoch verschärften die Kosten des Krieges die Situation auf dem tansanischen Markt noch mehr.⁴²

Die ökonomische Situation war vermutlich einer der Hauptgründe, warum eine Realisierung des „Ujamaa-Ideals“ mit erheblichen Schwierigkeiten verbunden war. Jedoch spielten auch innere Widerstände in der Bevölkerung gegen die Durchsetzung der geplanten Maßnahmen eine entscheidende Rolle.⁴³ In den 1980er Jahren musste sich schließlich auch Nyerere eingestehen, dass seine Vorhaben gescheitert waren. Da er sich im Jahr 1985 nicht mehr als Kandidat für den Posten des Staatsoberhauptes aufstellen ließ, wurde Ali Hassan Mwinyi zum neuen Staatschef gewählt. Nyerere blieb dennoch Oberhaupt der im Jahr 1977 aus der TANU und der „Afro-Shirazi-Partei“ (kurz: *ASP*) Sansibars vereinigten „Chama Cha Mapinduzi“ (kurz: *CCM* - Revolutionspartei). Unter der

⁴⁰ *The Arusha-Declaration, A Declaration Outlining Tanzania's Policy on Socialism and Self-Reliance*, online unter: <<http://www.ntz.info/gen/n01209.html>> (06. Oktober 2017).

⁴¹ Vgl. Walter *Schicho*, Handbuch Afrika in drei Bänden. Band 3: Nord- und Ostafrika (Frankfurt am Main 2004) 327.

⁴² Ebenda, 330 – 331.

⁴³ Vgl. *Herzog*, Geschichte Tansanias, 231 – 234.

Regierung Mwinyi kam es zu einer völligen Umstrukturierung der politischen Ziele, die unter anderem die Privatisierung der Wirtschaft aber auch die Liberalisierung des Außenhandels vorsahen. Im Jahr 1990 wurde Nyerere schließlich auch als Parteichef von Mwinyi abgelöst.⁴⁴

Weitere Änderungen in der Politik kamen mit dem Jahr 1992, als für eine Mehrparteiendemokratie plädiert wurde. Erste Mehrparteienwahlen fanden schließlich im Jahr 1995 statt, doch trotz Zulassung von Oppositionsparteien konnte die CCM die Mehrheit der Stimmen für sich verbuchen.⁴⁵

Auf diese Wahlen folgten in den Jahren 2000, 2005, 2010 und 2015 vier weitere Mehrparteienwahlen. In allen konnte sich die alte Regierungspartei CCM behaupten. Seit 2015 ist nun John Pompe Joseph Magufuli Präsident von Tansania.

Heute ist Tansania ein Land, dessen Wirtschaftsentwicklung, im Vergleich zu anderen afrikanischen Staaten, verhältnismäßig gut ist. Das Wachstum des Bruttoinlandsprodukts betrug zwischen den Jahren 2009 und 2016 rund 6 – 7 Prozent im Durchschnitt⁴⁶, nichtsdestotrotz ist das *Gross Domestic Product* (Deutsch: Bruttoinlandsprodukt, kurz GDP/BIP) pro Kopf in Tansania sehr gering. Aus diesem Grund ist der Staat auch heute noch auf Entwicklungszusammenarbeit angewiesen. Auf die Aspekte der Entwicklung und Entwicklungszusammenarbeit, mit besonderem Fokus auf den gesundheitlichen Bereich, soll jedoch in *Kapitel 7* ausführlich eingegangen werden.

2.3. Gesundheitswesen

Erkrankt man in Tansania, so hat man, wie auch in anderen Ländern verschiedene Möglichkeiten der Gesundheitsversorgung. Neben asiatischer und europäischer Medizin, gibt es die Option, sich nach der ältesten Medizintradition in Afrika behandeln zu lassen. Gemeint ist damit die sogenannte „Traditionelle Afrikanische Medizin“ (Englisch: *Traditional African Medicine*, kurz auch TAM), die laut Untersuchungen aus dem Jahr 2001 von etwa 70 bis 80 Prozent der Bevölkerung für soziale und gesundheitliche

⁴⁴ Vgl. *Schicho*, Handbuch Afrika in drei Bänden, 331.

⁴⁵ Ebenda, 333 – 334.

⁴⁶ *Central Intelligence Agency*, The World Factbook: Africa – Tanzania, online unter: <<https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/geos/tz.html>> (6. Oktober 2017).

Probleme genutzt wurde.⁴⁷ In diesem Kapitel soll nun kurz das heutige Gesundheitssystem skizziert werden. Mit einer genauen Analyse der Handlungsweisen, Praktiken und Ansichten sowie der geschichtlichen Entwicklung der TAM wird sich *Kapitel 3* intensiv auseinandersetzen.

Bei einer genauen Betrachtung des heutigen Gesundheitssystems muss man im Jahr 1961 ansetzen. Mit seiner Unabhängigkeit hat Tansania ein nationales Gesundheitssystem etabliert, um der Bevölkerung, die zum Großteil in ländlichen Gebieten lebt, den Zugang zur Gesundheitsversorgung zu ermöglichen. Bis heute gibt es in Tansania ein mehrstufiges und dezentralisiertes Gesundheitssystem, welches PatientInnen von einer allgemeinen Versorgung zu zunehmend spezialisierten und zentraleren Einrichtungen weiterleitet.⁴⁸

Das System funktioniert zusammengefasst folgendermaßen: Zunächst findet eine medizinische Grundversorgung bei einem sogenannten *Village Health Worker* (kurz: *VHW*) statt, von dem es in den meisten Dorfgemeinschaften zwei gibt. Diese sind für die Versorgung einfacher zu behandelnder Krankheiten zuständig.⁴⁹

Die zweite Stufe ist die *Hospital Care* (Betreuung im Krankenhaus). Tansania selbst ist in 132 Bezirke mit sehr unterschiedlichen Einwohnerzahlen unterteilt. Die meisten Bezirke besitzen ein Bezirkskrankenhaus, welches Untersuchungen anbietet, die außerhalb der Möglichkeiten der *VHW* liegen. Darunter fallen beispielsweise Labor- und Röntgenuntersuchungen, chirurgische Eingriffe und Notfallgeburtshilfe. Viele dieser Bezirke sind wiederum in Regionen zusammengefasst, in denen teilweise regionale Krankenhäuser etabliert wurden. Im Jahr 2012 gab es 18 dieser regionalen Krankenhäuser. Sie bieten ähnliche Leistungen an, sind aber in der Regel größer und spezialisierter als die Bezirkskrankenhäuser. Zusätzlich gibt es dort geschultes Personal,

⁴⁷ Vgl. Walter *Bruchhausen*, Helmut *Goergen*, Kirsten *Kuelker* (Hrsg.), *The history of health care in Tanzania – an exhibition on the development of the health sector in more than 100 years* (Dar es Salaam 2001) 2.

⁴⁸ Gideon *Kwesigabo* et al., *Tanzania's health system and workforce crisis*. In: *Journal of Public Health Policy*, Vol. 33, Supplement 1. *Universities in transition to improve public health: A Tanzanian case study* (2012) 36.

⁴⁹ Ebenda, 37.

welches Programme initiiert, um die Bevölkerung vor Krankheiten und Verletzungen zu schützen.⁵⁰

Des Weiteren werden diese regionalen Krankenhäuser in vier Zonen unterteilt, für die jeweils ein spezialisiertes Überweisungskrankenhaus zuständig ist. Dies sind Lehrkrankenhäuser, die neben fortgeschrittener Technologie auch auf hochqualifiziertes Personal setzen. Zwei dieser Lehrkrankenhäuser sind kirchlich organisiert.⁵¹

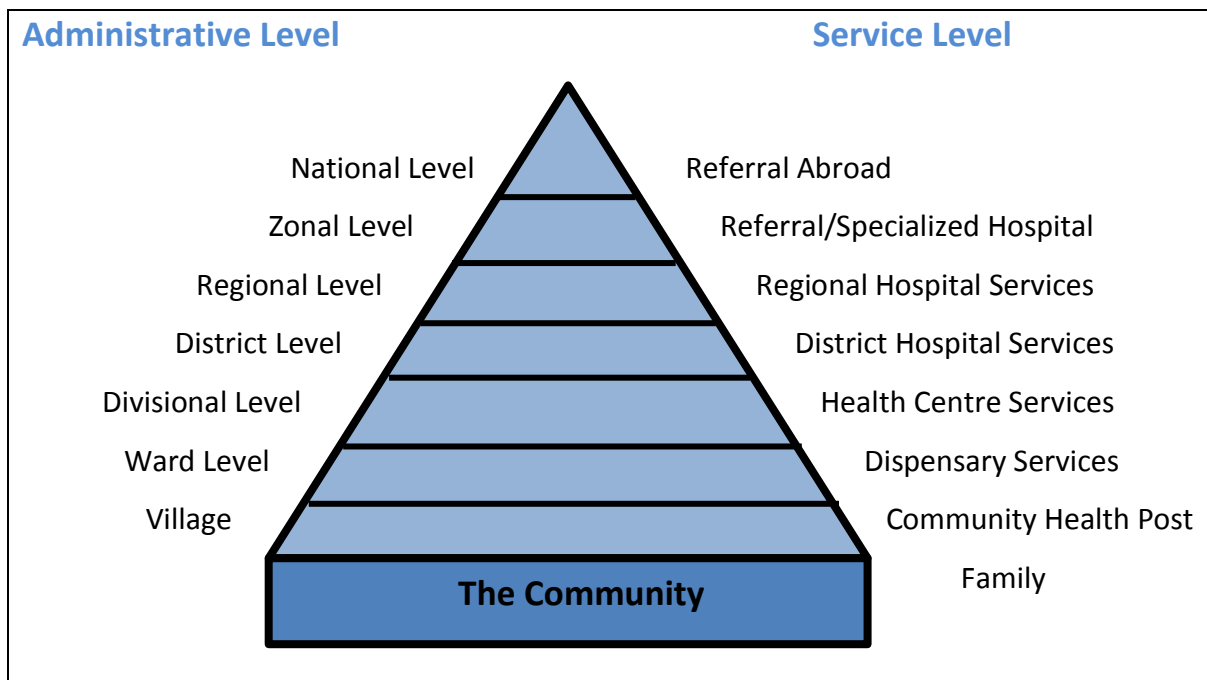


Abbildung 2: Hierarchie der Dienstleistungen im Gesundheitsbereich in Tansania (adaptiert nach: Kwesigabo (2012) 38).

Tansania ist ein sehr schnell wachsendes Land, welches auch aufgrund des niedrigen Durchschnittsalters in den kommenden Jahren weiterhin rasant anwachsen und große Herausforderungen für das Gesundheitssystem mit sich bringen wird. Laut Statistiken der Central Intelligence Agency⁵² liegt die Bevölkerungswachstumsrate derzeit bei 2,8 Prozent (in Österreich dagegen bei lediglich 0,5 Prozent). Die Geburtenrate für das Jahr 2017 wird

⁵⁰ Ebenda, 37 - 38.

⁵¹ Ebenda.

⁵² Central Intelligence Agency, The World Factbook: Africa – Tanzania, online unter: <<https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/geos/tz.html>> (1. Oktober 2017). Central Intelligence Agency, The World Factbook: Europe - Austria, online unter: <<https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/geos/au.html>> (1. Oktober 2017).

auf 35,6 Geburten pro 1.000 EinwohnerInnen geschätzt (in Österreich liegt diese bei 9,5 Geburten pro 1.000 EinwohnerInnen). Aufschluss über das Wachstum gibt auch die Sterberate. Diese wird für das Jahr 2017 in Tansania auf 7,6 pro 1.000 EinwohnerInnen geschätzt (in Österreich liegt sie derzeit bei 9,6 pro 1.000 EinwohnerInnen und ist damit in etwa gleich groß wie die Geburtenrate).

In Tansania liegt die total Fertilitätsrate bei 4,77 Kindern pro Frau, in Österreich gebärt eine Frau im Durchschnitt 1,47 Kinder (Stand 2017).⁵³ Auch diese Rate weist auf das hohe Bevölkerungswachstum in Tansania hin, welches zu immer größeren Problemen und Herausforderungen in der Gesundheitsversorgung führen wird.

Die Säuglingssterblichkeit lag in Tansania im Jahr 2016 bei 41,2 je 1.000 Lebendgeburten (in Österreich lag die Säuglingssterblichkeit im Jahr 2016 bei 3,4 je 1.000 Lebendgeburten). Die Lebenserwartung betrug in Tansania im Jahr 2016 62,2 Jahre, wobei Frauen im Durchschnitt mit 63,8 Jahren älter wurden als die Männer mit 60,8 Jahren (in Österreich lag die Lebenserwartung im selben Jahr bei 81,5 Jahren, wobei auch hier die Frauen mit 84,3 Jahren im Durchschnitt deutlich älter wurden als die Männer mit 78,9 Jahren).⁵⁴

Im Durchschnitt stehen in Tansania 0,03 ÄrztInnen für 1.000 EinwohnerInnen (Stand 2012) sowie 0,7 Betten pro 1.000 EinwohnerInnen zur Verfügung (Stand 2010). Auch hier ist ein Vergleich mit Österreich sinnvoll, um eine ungefähre Vorstellung über die Situation im Gesundheitswesen zu erlangen, auch wenn keine Daten aus den gleichen Jahren verglichen werden können. In Österreich standen im Jahr 2015 im Durchschnitt 5,15 ÄrztInnen pro 1.000 EinwohnerInnen zur Verfügung. Ein ebenfalls drastischer Unterschied zeigt sich in der Anzahl der Betten. Hier standen im Jahr 2011 im Durchschnitt 7,6 Betten pro 1.000 EinwohnerInnen zur Verfügung.⁵⁵ Damit gehört Tansania nach Libyen, Malawi,

⁵³ *Central Intelligence Agency*, The World Factbook: Africa – Tanzania, online unter: <<https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/geos/tz.html>> (1. Oktober 2017).
Central Intelligence Agency, The World Factbook: Europe - Austria, online unter: <<https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/geos/au.html>> (1. Oktober 2017).

⁵⁴ Ebenda.

⁵⁵ Ebenda.

Nigeria, Sierra Leone und Äthiopien zu den 20 Ländern mit der niedrigsten Ärztedichte (Stand 2013).⁵⁶

Interessant ist es auch, einen Blick auf die öffentlichen Gesundheitsausgaben zu werfen. In Tansania betrug der Anteil am GDP im Jahr 2014 5,6 Prozent (in Österreich dagegen lagen die Ausgaben im selben Jahr bei 11,2 Prozent des GDP).⁵⁷

Ein besonders großes Problem stellt in Tansania die Erkrankung HIV/AIDS dar. Im Jahr 2016 waren geschätzt rund 1,4 Millionen Menschen mit dem Virus infiziert, rund 33.000 sind an dieser Erkrankung gestorben. Damit gehört Tansania zu den Ländern mit der höchsten Anzahl an HIV-Erkrankten weltweit.⁵⁸

Unter der Regierung von Magufuli wurde nun erkannt, dass im staatlichen Gesundheitswesen Reformen und Investitionen unabdingbar sind. Bereits im Jahr 2015/2016 wurde das Budget für den Kauf von Medikamenten von 41 Milliarden Tansania-Schilling (kurz: TZS) auf 251 Milliarden TZS angehoben. Zusätzlich sollen rund 320 Milliarden TSZ in das staatliche Gesundheitswesen investiert werden.⁵⁹

Eine weitere Neuerung ist für die regionalen Überweisungskrankenhäuser geplant. Da die Geräte oft nicht funktionsfähig sind und die PatientInnen somit auf teure private Einrichtungen ausweichen müssen, sollen alle regionalen Überweisungskrankenhäuser moderne Röntgengeräte und Computertomographen erhalten. Diese Maßnahme soll mithilfe einer engen Zusammenarbeit mit den Niederlanden umgesetzt werden.⁶⁰

Wie bereits erwähnt gibt es derzeit vier dieser Überweisungskrankenhäuser, drei weitere sind geplant. Außerdem setzt die Regierung auf den Ausbau bereits vorhandener

⁵⁶ Statista, Länder mit der niedrigsten Ärztedichte im Jahr 2013 (pro 10000 Einwohner), online unter: <<https://de.statista.com/statistik/daten/studie/232532/umfrage/laender-mit-der-niedrigsten-aerztedichte-weltweit/>> (1. Oktober 2017).

⁵⁷ *Central Intelligence Agency*, The World Factbook: Africa – Tanzania, online unter: <<https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/geos/tz.html>> (1. Oktober 2017).
Central Intelligence Agency, The World Factbook: Europe - Austria, online unter: <<https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/geos/au.html>> (1. Oktober 2017).

⁵⁸ Ebenda.

⁵⁹ Vgl. *Tansania Information*, Thema: Gesundheitswesen II: Maßnahmen und Planungen – 06/2016, online unter: <http://tansania-information.de/index.php?title=Thema:_Gesundheitswesen_II:_Massnahmen_und_Planungen_-_06/2016> (02. Oktober 2017).

⁶⁰ Ebenda.

Krankenhäuser. So soll bis 2018 beispielsweise das seit 1915 bestehende Mount Meru Hospital in Arusha zu einem regionalen Überweisungskrankenhaus ausgebaut werden.⁶¹

Weitere Änderungen, die bereits stattgefunden haben, waren Maßnahmen zur Bekämpfung und Vorbeugung von Infektionen. Hier wurden im Jahr 2015 in 46 Gesundheitseinrichtungen die Standards angehoben und es konnten deutliche Verbesserungen wahrgenommen werden. In den beteiligten Überweisungskrankenhäusern wurde der Hygienestandard von 31 auf 64 Prozent gesteigert, in Bezirkskrankenhäusern von 30 auf 51 Prozent und auch in Einrichtungen auf Sansibar war eine deutliche Verbesserung von 20 auf 40 Prozent der Standards zu erkennen.⁶² Erreicht wurde dies insbesondere durch Verhaltensänderungen hinsichtlich der *Infection Prevention and Control Practices* (Deutsch: *Verfahren zur Vorbeugung und Bekämpfung von Infektionen*, kurz: IPC), indem MitarbeiterInnen im Gesundheitsbereich speziell geschult wurden. Des Weiteren wurden zusätzliche Schulungen durchgeführt, die zum einen die Zusammenarbeit untereinander stärken, zum anderen das beste Hygieneverhalten in bestimmten Gebieten vermitteln sollten.⁶³

Neuerungen soll es auch, auf Anraten des UN-Ausschuss für Betäubungsmittel-Kontrolle (kurz: *INCB – International Narcotics Control Board*), in der Schmerztherapie geben. Da Tansania als „Drehscheibe des illegalen internationalen Drogenhandels“⁶⁴ gilt, verfolgt das Land einen sehr restriktiven Umgang mit Betäubungsmitteln in der Schmerz- und Palliativmedizin. Der UN-Ausschuss plädiert für eine Lockerung, um Todkranken eine effektive Schmerztherapie zu ermöglichen, die keine unnötigen bürokratischen Verzögerungen mit sich bringt.⁶⁵

⁶¹ Ebenda.

⁶² Ebenda.

⁶³ Vgl. *Ministry of Health and Social Welfare*, Situation Analysis of Quality Improvement in Health Care, Tanzania (2012), online unter: <http://www.tzdpg.or.tz/fileadmin/documents/dpg_internal/dpg_working_groups_clusters/cluster_2/health/Sub_Sector_Group/Quality_Assurance/11.a_Situation_Analysis_of_Quality_Improvement_in_Health_Care_Tanzania_-_Final.pdf> (letzter Zugriff: 16. November 2017) 11-12.

⁶⁴ Vgl. *Tansania Information*, Thema: Gesundheitswesen II: Maßnahmen und Planungen – 06/2016, online unter: <http://tansania-information.de/index.php?title=Thema:_Gesundheitswesen_II:_Massnahmen_und_Planungen_-_06/2016> (02. Oktober 2017).

⁶⁵ Ebenda.

Des Weiteren laufen zahlreiche Fortbildungsprogramme zur Erkennung, Vorbeugung und Behandlung diverser Krankheiten (beispielsweise Tuberkulose, HIV und Malaria). Zusätzlich wurden Programme für den Ausbau des Zugangs zu fluorreduziertem Trinkwasser sowie einer Anreicherung von Eisen, Zink und Vitamin A/B im Maismehl und anderen Grundnahrungsmitteln initiiert. Die Umsetzung geht jedoch aufgrund fehlender Technologien nur schleppend voran.⁶⁶

Wie bereits erwähnt gehört Tansania zu den Ländern mit der niedrigsten Ärztedurchschnittsquote weltweit. Auch Pflegekräfte gibt es deutlich zu wenig, weshalb die Regierung noch im Finanzjahr 2016/2017 10000 neue GesundheitsarbeiterInnen einstellen wird. Um den Bedarf an Gesundheitspersonal auch in Zukunft zu sichern, wurde zudem eine neue Ausbildungsstätte der Aga Khan Universität für Pflegekräfte und Hebammen errichtet. Die Universität von Dar es Salaam (kurz: UDSM) etablierte außerdem eine „Schule für Gesundheitswissenschaften“ mit rund 150 Studienplätzen.⁶⁷

Eine weitere Maßnahme wird durch neue Verträge mit ÄrztInnen und Pflegepersonal in ländlichen Gebieten ergriffen. Diese werden verpflichtet, drei bis fünf Jahre am Einsatzort zu bleiben, um dort dem akuten Fachpersonalmangel entgegenzuwirken. Zum einen versucht man die Arbeits- und Lebensbedingungen in ländlichen Regionen attraktiver zu machen, zum anderen möchte man Personal auch gegen deren Willen zum Einsatz in Gegenden mit Fachpersonalmangel verpflichten.⁶⁸

Eine weitere Verbesserung der medizinischen Versorgung in Tansania findet derzeit außerdem in Zusammenarbeit mit anderen Ländern statt. SpezialistInnen bilden tansanische KollegInnen aus und weiter, wodurch die Spitzenmedizin auch in Tansania Einzug erhalten hat.

⁶⁶ Ebenda.

⁶⁷ Ebenda.

⁶⁸ Ebenda.

3. Traditionelle afrikanische Medizin (TAM)

Die traditionelle afrikanische Medizin (kurz: TAM) verweist im Allgemeinen auf indigene Heilungsformen, die auf dem gesamten afrikanischen Kontinent praktiziert werden. Die TAM beruht grundsätzlich auf den Erfahrungen afrikanischer VorfahrInnen. Die Weitergabe des Wissens erfolgt zu einem großen Teil mündlich, weshalb die TAM nicht auf einer niedergeschriebenen Theorie basiert.⁶⁹

Laut der Weltgesundheitsorganisation (Englisch: *World Health Organisation*, kurz: WHO) wird die traditionelle Medizin folgendermaßen definiert:

„It is the sum total of the knowledge, skill, and practices based on the theories, beliefs, and experiences indigenous to different cultures, whether explicable or not, used in the maintenance of health as well as in the prevention, diagnosis, improvement or treatment of physical and mental illness.“⁷⁰

Es handelt sich dabei um ein System, das parallel zu westlichen und orthodoxen Medizintraditionen existiert und von vielen Menschen, vor allem in ländlichen Gebieten von Entwicklungsländern, genutzt wird. Da oftmals der Zugang zu einer konventionellen Gesundheitsversorgung fehlt, ist die traditionelle medizinische Versorgung dort in vielen Fällen die erste Anlaufstation.⁷¹ In Tansania nutzen rund 70 bis 80 Prozent der Bevölkerung die Behandlungsmethoden der traditionellen Medizin.⁷² Dieser hohe Prozentsatz liegt darin begründet, dass sie für fast jeden zugänglich und finanziell erschwinglich ist. Eine gegensätzliche Situation zeigt sich in den Industrienationen: hier wird die traditionelle Medizin in den meisten Fällen als Alternative zu herkömmlichen Behandlungsformen gewählt.⁷³

Im folgenden *Kapitel 3.1.* soll nun auf die Handlungsweise, die Praktiken und die Ansichten der traditionellen Medizin näher eingegangen werden. Im Anschluss daran wird

⁶⁹ Vgl. David T. *Okpako*, Traditional African Medicine: theory and pharmacology explored. In: Trends in Pharmacological Sciences, Vol. 20 (12) (1999) 482.

⁷⁰ *World Health Organization*, Traditional, complementary and integrative medicine: Definitions, online unter: <<http://who.int/traditional-complementary-integrative-medicine/about/en/>> (08. Oktober 2017).

⁷¹ Vgl. Torunn *Stangeland*, Shivcharn S. *Dhillon*, Haavard *Reksten*, Recognition and development of traditional medicine in Tanzania. In: Journal of Ethnopharmacology, Vol. 117 (2) (2008) 290.

⁷² Vgl. *Bruchhausen*, The history of health care in Tanzania, 2.

⁷³ Vgl. *World Health Organization*, WHO Traditional Medicine Strategy 2002 – 2005 (2002), online unter: <http://www.wpro.who.int/health_technology/book_who_traditional_medicine_strategy_2002_2005.pdf> (08. Oktober 2017) 1.

in *Kapitel 3.2.* noch einmal ein besonderer Fokus auf die TAM in Tansania und deren geschichtliche Entwicklungen gelegt.

3.1. Handlungsweise, Praktiken und Ansichten

Die traditionelle afrikanische Medizin wird, wie bereits erwähnt, in ganz Afrika praktiziert und ist eine Bezeichnung für indigene Heilungsmethoden, die von Kultur zu Kultur variieren.

Allgemein kann die TAM folgendermaßen charakterisiert werden: Zum einen steht der Glaube an „das Übernatürliche“ als Grund für Krankheiten im Vordergrund. Des Weiteren spielen Weissagung bei der Diagnose und die ritualisierte Nutzung von pflanzlichen und tierischen Substanzen bei der Behandlung von Krankheiten eine wichtige Rolle.⁷⁴

Laut Statistiken der WHO vertrauen rund 80 Prozent der Weltbevölkerung auf die Heilungsmethoden traditioneller Medizin. Vor allem in den letzten Jahrzehnten ist ein Anstieg in der Nutzung von komplementärer Medizin (auch Alternativmedizin) zu verzeichnen.⁷⁵ Unter komplementärer bzw. alternativer Medizin (kurz: CAM) versteht man gemäß der WHO:

„The terms “complementary medicine” or “alternative medicine” refer to a broad set of health care practices that are not part of that country’s own tradition or conventional medicine and are not fully integrated into the dominant health-care system. They are used interchangeably with traditional medicine in some countries.“⁷⁶

Traditionelle Heilmethoden werden zwar auf der ganzen Welt praktiziert, nichtsdestotrotz liegt ein großer Prozentteil in afrikanischen Ländern. Dies liegt primär in kulturellen und wirtschaftlichen Ursachen begründet. Zum einen kann sich die Mehrheit der afrikanischen Bevölkerung eine moderne Gesundheitsversorgung nicht leisten, zum anderen fehlen häufig moderne Heilmittel gegen Krankheiten wie Malaria oder HIV/AIDS.

⁷⁴ Vgl. David T. *Okpako*, *Traditional African Medicine: theory and pharmacology explored*, 482.

⁷⁵ Vgl. M. Fawzi *Mahomoodally*, *Traditional medicines in Africa: An Appraisal of Ten Potent African Medicinal Plants*. In: *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, Vol. 2013 (2013) 1.

⁷⁶ *World Health Organization*, *Traditional, complementary and integrative medicine: Definitions*, online unter: <<http://who.int/traditional-complementary-integrative-medicine/about/en/>> (11. Oktober 2017).

Aus diesem Grund fördert die WHO auch Bestrebungen, die traditionelle Medizin in die nationalen Gesundheitssysteme zu integrieren.

Die traditionelle afrikanische Medizin bezieht sich auf Körper und Seele und ist damit eine Heilungsmethode, die eine gesamtheitliche Sicht auf den Menschen praktiziert. In aller Regel werden zunächst psychologische Ursachen einer Krankheit diagnostiziert, bevor pflanzliche Arzneimittel zur Bekämpfung der Symptome verschrieben werden.⁷⁷

Eine weit verbreitete Ansicht in der traditionellen Medizin ist zudem eine übernatürliche Kraft als Ursache für schwerwiegende Krankheiten. Der sogenannte „Ancestor spirit anger“ (Deutsch in etwa: *die Wut des Geistes der VorfahrInnen*) wird dabei als Metapher für emotionalen Stress verwendet. Dieser kann beispielsweise durch versteckte Schuldgefühle ausgelöst werden. Ziel der Behandlung ist demnach eine Aussöhnung mit den Geistern und als Folge die Befreiung von belastenden Schuldgefühlen.⁷⁸

Die VorfahrInnen selbst sind „lebende Tote“, Geister, die mit den Menschen blutsverwandt sind, die an sie glauben und weiterhin ein Interesse am Leben jener zeigen. Da sie bereits den Übergang zur anderen Seite des Lebens vollzogen haben, dienen sie als MediatorInnen zwischen den Lebenden und Gott. Wichtig ist hier den Unterschied hervorzuheben, dass dies als Verehrung und nicht als Anbetung der VorfahrInnen verstanden wird. Es handelt sich bei Gott um den gleichen Gott, an den auch ChristInnen glauben. Da jedoch die traditionellen Religionen Gott als das Höchste ansehen, kommunizieren sie mit ihm nicht direkt, sondern über die Geister der VorfahrInnen. An dieser Stelle gibt ein traditioneller Heiler bzw. eine traditionelle Heilerin häufig Hilfestellung hinsichtlich der Kommunikation und der Rituale, die vollzogen werden müssen.⁷⁹

Traditionelle HeilerInnen selbst sind keine homogene Gruppe, auch hier gibt es unterschiedliche Typen. Für Tansania selbst können vier Hauptgruppen unterschieden werden.

⁷⁷ Vgl. Mahomoodally, *Traditional medicines in Africa*, 1 -2.

⁷⁸ Vgl. David T. *Okpako*, *Traditional African Medicine: theory and pharmacology explored*, 482.

⁷⁹ Vgl. Maboie G. *Mokgobi*, *Understanding traditional African healing*. In: *Afr J Phys Health Educ Recreat Dance*, Vol. 20 (Suppl. 2) (2014) 25 – 26.

Als erste Gruppe bezeichnet man die *herbalists* (Deutsch: *KräuterkennerInnen*), die ihre PatientInnen mit reinen Heilkräutern, Mineralien oder Tierextrakten behandeln. Eine zweite Einheit bilden die *herbalist-ritualists* (Deutsch: *Kräuterkenner-RitualistInnen*), die neben Heilkräutern auch Rituale für die Diagnose und Behandlung von Krankheiten anbieten. Eine dritte Hauptgruppe sind die sogenannten *ritualist-herbalists* (Deutsch: *Ritualist-KräuterkennerInnen*). Der Unterschied zur vorherigen Gruppe liegt in der Art der Rituale begründet. Diese basieren auf den Merkmalen, die den Geistern zugeschrieben werden, die wiederum für die gesundheitlichen Probleme der PatientInnen verantwortlich gemacht werden. Die vierte und letzte Gruppe ist die der *spiritualists* (Deutsch: *SpiritualistInnen*), welche soziokulturelle Rituale und Weissagungen ausführen. Ihre Art der Behandlung fokussiert auch Probleme des alltäglichen Lebens und geht über die Heilung von gesundheitlichen Beschwerden hinaus. Der Großteil der in Tansania lebenden HeilerInnen sind AllgemeinpraktikerInnen und verwenden Kräuter für die Behandlung. Daneben gibt es jedoch auch Spezialisten, wie beispielsweise traditionelle GeburtshelferInnen.⁸⁰

In den meisten Fällen läuft die Diagnose nach folgenden Schritten ab: Zunächst wird sich nach der Vergangenheit und den Symptomen der PatientInnen erkundigt. Oftmals sind Verwandte bei den Sitzungen anwesend, die zusätzliche Informationen geben können. In einem zweiten Schritt findet eine Untersuchung des Körpers statt, die häufig auf die Messung der Körpertemperatur und die Kontrolle von Haut und Haaren auf Unregelmäßigkeiten reduziert ist. Manche HeilerInnen gehen anschließend zur Weissagung (Swahili: *ramli*) über. Diese findet jedoch nicht bei allen Untersuchungen statt, da in vielen Fällen eine Beobachtung der PatientInnen ausreichend ist. Oftmals wird auch zwischen normalen (Swahili: *ugonjwa wa kawaida*) und traditionellen Gesundheitsproblemen (Swahili: *ugonjwa wa kienyeji*) unterschieden. HeilerInnen in den Städten schicken ihre PatientInnen gelegentlich auch für Blut- und Urinuntersuchungen in die nächstgelegenen Krankenhäuser, um Unterstützung in ihrer Diagnose zu bekommen. Die Behandlung selbst bezieht sich meist sowohl auf den Körper, als auch auf den Geist. Einflussfaktoren, wie das soziale Umfeld, Geister der VorfahrInnen, die Familie und die

⁸⁰ Vgl. M.C. Gessler et al., Traditional healers in Tansania: sociocultural profile and three short portraits. In: Journal of Ethnopharmacology, Vol. 48 (1995) 146.

Gemeinschaft, werden dabei in den Heilungsprozess einbezogen und einer besonderen Bedeutung zugeschrieben.⁸¹

Am häufigsten findet, wie bereits erwähnt, eine Behandlung mit Heilpflanzen statt. Einerseits sind diese in Afrika leicht zugänglich, andererseits sind sie die bevorzugte Behandlungsmethode der PatientInnen. Afrika weist eine besonders hohe Biodiversität hinsichtlich der Ressourcen auf. Man schätzt den Bestand auf ca. 40.000 bis 45.000 Pflanzenarten, von welchen rund 5.000 für medizinische Zwecke verwendet werden.⁸²

Durch menschliche Eingriffe in die Natur gehen jedoch stetig natürliche Habitats von Pflanzen verloren. Daher wird eine Dokumentation der medizinischen Nutzung afrikanischer Pflanzen immer notwendiger.⁸³

Bereits die früheren afrikanischen HeilerInnen hatten eine sorgfältig ausgearbeitete *materia medica*, welche verschiedene Kräuter, Teile von Tieren, Mineralien sowie Tonerden beinhaltete. Besonders wichtig waren Nahrungspflanzen, auch wenn bis heute keine klare Abgrenzung zwischen Kräutern als Nahrungs- beziehungsweise Heilmittel vollzogen wird. In der TAM werden viele Nahrungspflanzen für therapeutische Zwecke verwendet.⁸⁴

Pflanzliche Heilmittel werden vor allem für die Behandlung von weniger schwerwiegenden Krankheiten, beispielsweise Kopfschmerzen und Fieber, herangezogen. Das pflanzliche Arzneimittel wird dann in Form von Pulvern, Abkochungen, Inhalationen, Säften, Bädern oder durch äußerliche Anwendung auf der Haut verabreicht. Ein Heilmittel kann sich auch aus mehreren Pflanzen zusammensetzen, die unterschiedliche physiologische Effekte zeigen.⁸⁵

Um die große Bandbreite an Anwendungsmöglichkeiten aufzuführen, wird nun kurz auf drei Beispiele eingegangen. Die Zubereitung und Verabreichung der Heilpflanzen variiert dabei von Krankheit zu Krankheit.

⁸¹ Ebenda, 151 – 152.

⁸² Vgl. Mahomoodally, *Traditional medicines in Africa*, 2.

⁸³ Vgl. Maurice M. *Iwu*, *Handbook of African Medicinal plants* (Boca Raton ²2014) 2.

⁸⁴ Ebenda.

⁸⁵ Vgl. David T. *Okpako*, *Traditional African Medicine: theory and pharmacology explored*, 482.

Eine Pflanze, die sehr häufig in traditionellen Heilmethoden zum Einsatz kommt und als Hoffnungsträger im Kampf gegen Malaria gilt, ist der einjährige Beifuß (Lateinisch: *Artemisia annua*). Vor allem in Tansania hat diese Pflanze, aus der Familie der Korbblütler, an Bedeutung gewonnen. Schon seit den 1990er Jahren gab es zahlreiche Bestrebungen, die Heilpflanze zu Therapie Zwecken nutzbar zu machen.⁸⁶ Auf Seiten der MedizinerInnen werden jedoch einige Bedenken gegenüber dem Artemisia-Tee geäußert. Zum einen ist die genaue Dosierung von Artemisinin (ein aus *Artemisia* gewonnener sekundärer Pflanzenstoff) noch nicht hinreichend erforscht, was dazu führen kann, dass Krankheitserreger nicht vollständig abgetötet werden. Zum anderen bestehen auch Zweifel hinsichtlich der Wirksamkeit, da im Laufe der Resistenzentwicklung der Tee sowie auch Kombinationspräparate langfristig gesehen wirkungslos werden können.⁸⁷

Des Weiteren finden auch Pflanzenteile des Niembaum (Lateinisch: *Azadirachta indica*), aus der Familie der Mahagonigewächse, Verwendung in der TAM. Werden die Blätter abgekocht und der Sud getrunken, so soll dies beispielsweise gegen Malaria und Rheuma helfen. Die abgekochte Baumrinde dagegen gilt als Heilmittel für Diabetes. Sollen Hautkrankheiten oder Wunden versorgt werden, so wird die Haut mit dem Pulver, das aus den Blättern gewonnen wurde, benetzt.⁸⁸

Ebenfalls eine positive Wirkung wird dem Wilden Veilchenbaum (Lateinisch: *Securidaca longepedunculata*), aus der Familie der Kreuzblumengewächse, nachgesagt. Die Wurzeln werden abgekocht oder das daraus gewonnene Pulver mit Bier getrunken, um der männlichen Impotenz entgegenzuwirken. Wird die getrocknete Wurzelrinde aufgeweicht und getrunken, so soll dies bei Kindern krampflösend wirken. Bei Epilepsie, Bauchschmerzen, Herzrasen oder auch Schmerzen in der Schwangerschaft wird den pulverisierten Wurzeln Haferbrei beigemischt.⁸⁹

Neben der Behandlung mit Kräutern gibt es noch viele weitere Anwendungsformen, die traditionelle HeilerInnen einsetzen. Diese führen von Magie, über biomedizinische

⁸⁶ Vgl. Caroline Meier zu Biesen, Globale Epidemien – lokale Antworten. Eine Ethnographie der Heilpflanze *Artemisia annua* in Tansania (Frankfurt/New York 2013) 18.

⁸⁷ Ebenda, 11.

⁸⁸ Vgl. Hans Dieter Neuwinger, African Traditional Medicine. A Dictionary of Plant Use and Applications (Stuttgart 2000) 59.

⁸⁹ Ebenda, 464 – 466.

Methoden (beispielsweise Fasten und Diäten⁹⁰) bis hin zu Operationen. Besonders wichtig sind dabei Gespräche mit den PatientInnen, in denen nach den Ursachen für eine Störung gesucht wird, um anschließend das Problem lösen zu können. Oftmals wird hier auch der Kontakt zu Familienmitgliedern und Verwandten gesucht.⁹¹

Um ein Verständnis für die TAM aufzubringen, ist es zudem notwendig, sich mit dem Begriff der Spiritualität auseinanderzusetzen. Es ist nahezu unmöglich, die traditionelle Medizin getrennt von afrikanischen Religionen und Spiritualität zu betrachten. In der Literatur werden hierfür zwei Gründe genannt: Zum einen wird Krankheit in der afrikanischen Philosophie immer in Beziehung zu Gott, den VorfahrInnen und dem Universum betrachtet, zum anderen fungieren viele traditionelle HeilerInnen zusätzlich als religiöse WegweiserInnen, beispielsweise als PriesterInnen oder ProphetInnen.⁹²

Die HeilerInnen selbst werden in den meisten Fällen berufen. Oftmals geht dieser eine seltsame Krankheit oder ein bedeutungsvoller Traum voraus, der von den Stammesältesten einer Gemeinschaft interpretiert wird. Werden eine Begabung und Fähigkeit zum Heilen und eine spirituelle Macht erkannt, so beginnt die Ausbildung. Die Zulassung zum Heilen erfolgt schließlich durch den Lehrmeister bzw. die Lehrmeisterin, durch Mitglieder der Gemeinschaft und durch die Führung der Geister der VorfahrInnen. In den meisten Fällen finden nach der Ausbildung auch Treffen mit anderen HeilerInnen statt und der Kontakt zu LehrmeisterInnen bleibt ein Leben lang bestehen.⁹³

Wie bereits erwähnt, ist die traditionelle afrikanische Medizin für viele Menschen oftmals die einzig finanzierbare Gesundheitsversorgung. Nichtsdestotrotz werden die HeilerInnen sehr unterschiedlich bezahlt. In einigen Fällen erfolgt die Begleichung der Kosten für die Behandlung mit Bargeld, teilweise in Form von Naturalien.⁹⁴ Zudem wird häufig auf den Wohlstand der PatientInnen Rücksicht genommen.⁹⁵

⁹⁰ Vgl. C.N. *Fokunang*, Traditional medicine: past, present and future research and development prospects and integration in the National Health System of Cameroon. In: African Journal of traditional, complementary, and alternative medicines, Vol. 8 (3) (2011) 286.

⁹¹ Vgl. *Gessler et al.*, Traditional healers in Tanzania, 152 – 153.

⁹² Vgl. *Mokgobi*, Understanding traditional African healing, 24.

⁹³ Vgl. Marc S. *Micozzi*, Fundamentals of complementary and alternative medicine (St. Louis⁵ 2015) 662.

⁹⁴ Vgl. *Gessler et al.*, Traditional healers in Tanzania, 155.

⁹⁵ Vgl. *World Health Organization*, WHO Traditional Medicine Strategy 2002 – 2005, 13.

Auch wenn die TAM immer mehr Zuspruch findet, so gibt es jedoch einige Kritikpunkte, die immer wieder Raum für hitzige Diskussionen bieten. Bedenken werden beispielsweise dahingehend geäußert, dass es ohne das wissenschaftliche Wissen über die Zusammensetzung, die Inhalte und die Stärke von Heilmitteln nicht möglich ist, etwas über die Wirkungen als auch Komplikationen zu sagen.

Ein weiterer Kritikpunkt, der damit einhergeht ist die Frage nach der Legalisierung und Regulierung der traditionellen Medizin. Vor allem westliche Gesundheitskonzepte unterliegen strikten Richtlinien, die versuchen, den möglichen Schaden gesundheitlicher Behandlungen zu minimieren. Dies ist in der TAM nicht der Fall, was jedoch hinsichtlich von fragwürdigen Praktiken (unter anderem die Verwendung von menschlichen Körperteilen oder Geschlechtsverkehr mit Jungfrauen, um sich von „schlechtem Blut“ zu befreien) durchaus notwendig und sinnvoll erscheint.⁹⁶

Nichtsdestotrotz muss man sich immer vor Augen führen, dass die traditionelle afrikanische Medizin für einen Großteil der Bevölkerung eine lebensnotwendige und oftmals einzig finanzierbare medizinische Grundversorgung bietet. Daher wäre eine Verbesserung der Zusammenarbeit mit anderen MedizinerInnen und eine effizientere Einbettung in bestehende Gesundheitssysteme ein durchaus erstrebenswertes Ziel, das jedoch in vielen afrikanischen Staaten noch realisiert werden muss.

3.2. Die traditionelle afrikanische Medizin in Tansania

Die Geschichte der traditionellen afrikanischen Medizin in Tansania ist wesentlich älter als jene der allopathischen Medizinpraktiken.⁹⁷

Bereits in der antiken römischen Medizin wurden Krankheiten als Ungleichgewicht zwischen den Körpersäften Blut, gelbe Galle, schwarze Galle sowie Schleim definiert („Humoralpathologie“). Diese Flüssigkeiten bestehen aus unterschiedlichen Qualitäten von Wärme und Feuchtigkeit: heiß, kalt, nass und trocken. Ist von einer Qualität zu viel vorhanden, so muss sie durch die entgegengesetzte Qualität relativiert werden.

⁹⁶ Vgl. Donna Knapp van Bogaert, Ethical considerations in African traditional medicine: A response to Nyika. In: *Developing World Bioethics*, Vol. 7 (1) (2007), 36 – 37.

⁹⁷ Vgl. Gerard Bodeker et al., WHO Global Atlas of traditional, complementary and alternative medicine (Genf 2005) 33.

Im Mittelalter bezogen schließlich arabische Ärzte diese Überlegungen in ihre Wissenschaften mit ein. Durch den Handel mit und der Besiedlung der Küste durch die arabische Welt, kamen diese Ansätze schließlich nach Ostafrika. In einigen Gemeinschaften findet man auch heute noch Parallelen zu den Krankheitskonzepten, die auf Vorgehensweisen mittelalterlicher Ärzte fußen (so wird eine „heiße Krankheit“ mit „kalten Heilmitteln“ behandelt).⁹⁸

Generell kann man die vorkoloniale Zeit als eine Zeit beschreiben, in der sogenannte traditionelle HeilerInnen (Englisch: *traditional healers*, oder auch: *traditional health practitioners*, *traditional medical* oder *medicine practitioners*) einen wesentlich größeren Einfluss auf die Gesundheitsbedingungen hatten als es in den Jahren und Jahrhunderten danach je wieder der Fall war.⁹⁹

Mit dem Kolonialismus kam es schließlich zu grundlegenden Veränderungen für die traditionelle Medizin. Zwischen den 1890er Jahren und der Unabhängigkeit im Jahr 1961, wurden sowohl HeilerInnen als auch die Praktiken der TAM stark unterdrückt.¹⁰⁰ Diese Unterdrückung führte sogar bis zur Diskreditierung und im Jahr 1928 zu einem gesetzlich zulässigen Verbot der traditionellen Medizin („Witchcraft Ordinance“). Kolonialmächte assoziierten mit der TAM übernatürliche Kräfte und Zauberei.¹⁰¹ In dem erlassenen Gesetz (The Witchcraft Act) vom 28. Dezember 1928 heißt es:

*„[...] ,instrument of witchcraft‘ means anything which is used or intended to be used or is commonly used, or which is represented or generally believed to possess the power, to prevent or delay any person from doing any act which he may lawfully do, or to compel any person to do any act which he may lawfully refrain from doing, or to discover the person guilty of any alleged crime or other act of which complaint is made, or to cause death, injury or disease to any person or damage to any property, or to put any person in fear, or by supernatural means to produce any natural phenomena, and includes charms and medicines commonly used for any of the purposes aforesaid; [...]“.*¹⁰²

⁹⁸ Vgl. *Bruchhausen*, The history of health care in Tanzania, 5.

⁹⁹ Vgl. *Bodeker*, WHO Global Atlas of traditional, complementary and alternative medicine, 33.

¹⁰⁰ Ebenda.

¹⁰¹ Vgl. *Stangeland et al.*, Recognition and development of traditional medicine in Tanzania, 290.

¹⁰² *The Witchcraft Act*, online unter: <<http://www.icla.up.ac.za/images/un/use-of-force/africa/Tanzania/The%20Witchcraft%20Act.pdf>> (08. Oktober 2017).

Das Ziel dieses Gesetzes war es, die Zauberei (Swahili: *Uchawi*) von der Heilung (Swahili: *Uganga*) zu trennen, da dies nicht den Vorstellungen europäischer Medizin und damit der Kolonialmächte entsprach. Das Gesetz führte letztendlich auch zu einer Spaltung in der Bezeichnung afrikanischer Heilmethoden. Zauberei wurde als Betrug, die HeilerInnen als Scharlatane bezeichnet. Auf der anderen Seite wurde Kräuterkunde als mögliche Protowissenschaft gehandhabt, deren Erkenntnisse durch Versuch und Irrtum gewonnen wurden. Der Versuch, afrikanische Heilmethoden auf diese Art und Weise voneinander zu separieren, führte vor allem zu einer wachsenden Skepsis gegenüber der TAM, die auch heute noch Nährboden vieler Debatten ist.¹⁰³

Nach dem Ende der Kolonialzeit und dem Beginn der Unabhängigkeit im Jahr 1961 herrschte mehr Toleranz gegenüber traditionellen Behandlungsmethoden. Im Jahr 1968 wurde sogar vom Gesundheitsministerium ein neues Gesetz erlassen, welches traditionellen HeilerInnen das Recht zum Behandeln zusprach („Medical Practitioners and Dentist Ordinance“).¹⁰⁴ Im Jahr 1970 wurde von der „United Nations Economic Commission for Africa“ (kurz: ECA/UNESCO) eine regionale Fachkonferenz ausgetragen. Ein wichtiger Teil dieser Fachkonferenz war die Zusammenarbeit der TeilnehmerInnen mit traditionellen HeilerInnen. Noch im selben Jahr wurde zudem der erste Versuch unternommen, HeilerInnen in das System einzugliedern. Das Problem war jedoch, dass ein Großteil der traditionellen HeilerInnen durch ihre Erfahrungen mit dem Kolonialismus staatlichen Aktivitäten eher skeptisch gegenüberstand. Der Versuch der Etablierung eines geordneten hierarchischen Systems innerhalb der HeilerInnen, die zuvor unabhängig voneinander gearbeitet hatten, führte zur Gründung der sogenannten „National Union of Indigenous Healers“ (kurz: UWATA) durch das Kulturministerium.¹⁰⁵ Diese Union begann jedoch schon kurz nach ihrer Gründung auseinanderzufallen und wurde im Jahre 1974 sogar offiziell verboten. Aufgrund des Scheiterns, die HeilerInnen in einem System zu organisieren, legte die Regierung das Augenmerk von da an vorerst auf die Forschung in der Medizin.¹⁰⁶

¹⁰³ Vgl. Stacey Ann *Langwick*, *Bodies, Politics and African Healing. The Matter of Maladies in Tanzania* (Bloomington 2011), 39 – 40.

¹⁰⁴ Vgl. *Bodeker et al.*, *WHO Global Atlas of traditional, complementary and alternative medicine*, 33.

¹⁰⁵ Vgl. Stacey Ann *Langwick*, *Bodies, Politics and African Healing*, 62.

¹⁰⁶ Vgl. Murray *Last* (Hrsg.), *The professionalization of African medicine* (Manchester 1986), 87.

Im Jahr 1974 wurde die „Traditional Medicine Research Unit“ in Dar es Salaam errichtet. Zu Beginn lag der Fokus vor allem darauf, Gespräche mit traditionellen HeilerInnen zu führen und Proben der verwendeten Substanzen zu sammeln und zu analysieren.

Die WHO konzentrierte sich ebenfalls darauf, wie man den Fortschritt in der traditionellen Medizin in moderne Projekte integrieren könnte. Diskutiert wurde vor allem, wie man die Vorteile moderner Medizin mit traditionellen afrikanischen Heilmethoden verknüpfen könnte.

Ende der 1970er Jahre begannen die Vereinten Nationen schließlich, die Rolle der traditionellen Medizin im Hinblick auf deren Entwicklung zu analysieren. Ab 1980 wurde die traditionelle Medizin auch von der Weltbank anerkannt und Initiativen zu deren Förderung gestartet. Die wachsende Fürsprache auf internationaler Seite führte außerdem dazu, dass nationale Bestrebungen in der Entwicklung der traditionellen Medizin unterstützt wurden.¹⁰⁷

Obwohl in der Gesellschaft ein stetig ansteigendes Interesse und Akzeptanz der *materia medica* (Deutsch: *die Lehre von Arzneimitteln*) zu beobachten war, wurden traditionelle HeilerInnen Ende der 1980er Jahre der beginnenden Krise im Gesundheitswesen beschuldigt. Auf Seiten des Gesundheitsministeriums wurde argumentiert, dass sich Cholera verbreite, weil PatientInnen, die mit traditionellen Heilmethoden behandelt wurden, annehmen, dass jene „Zaubertränke“ als Schutz dienten und aus diesem Grund Quarantänevorsichtsmaßnahmen ignorieren würden. Dies führte dazu, dass Kliniken mit traditionellen Heilmethoden genauer untersucht und Hygieneregeln eingeführt wurden. Ziel war es, die Kontrolle über Aktivitäten traditioneller HeilerInnen zu gewinnen, die als gefährlich eingestuft wurden. Allgemein versuchte die Regierung jede kulturelle als auch wirtschaftliche Entwicklung, die durch die traditionelle Medizin angeregt wurde, zu überwachen.¹⁰⁸

Im Jahr 1991 wurde schließlich das „Institute of Traditional Medicine“ (kurz: ITM) errichtet, ein Nachfolger der im Jahre 1974 gegründeten „Traditional Medicine Research Unit“. Erstens war das Institut dafür zuständig, nach pflanzlichen und tierischen Materialien zu suchen, die für die Medizin von Nutzen sein könnten. Zweitens sollte

¹⁰⁷ Vgl. Stacey Ann Langwick, *Bodies, Politics and African Healing*, 62 – 65.

¹⁰⁸ Ebenda, 65 – 66.

dadurch auch die kulturelle Bedeutung traditioneller HeilerInnen und deren Rolle für Tansania wieder in das Bewusstsein der Gesellschaft gerückt werden. Inzwischen ist das Institut in der Erforschung und Entwicklung von homöopathischen Heilmitteln tätig.¹⁰⁹

Während den 1990ern wurde die TAM schließlich Teil von Tansanias Strategie, die Entwicklungsziele im Gesundheitsbereich umzusetzen. Die WHO und später auch die Weltbank schlugen vor, die Pflanzenheilkunde in das nationale Gesundheitssystem zu integrieren, um die Ziele der „Global Strategy for Health for All by the year 2000“ zu erreichen, obwohl das Land immer noch großem internationalen wirtschaftlichen Druck ausgesetzt war.¹¹⁰

Mit der Jahrtausendwende setzte in Tansania ein Prozess ein, die traditionellen medizinischen Heilmethoden zu verstehen und diese im bestehenden Gesundheitssystem zu berücksichtigen. Im Jahr 2002 wurde das „Traditional and Alternative Medicine Act“ verabschiedet, das auf der einen Seite die traditionelle Medizin in das nationale Gesundheitssystem integrieren, auf der anderen Seite die Zusammenarbeit zwischen traditionellen HeilerInnen und ÄrztInnen fördern sollte. Gleichzeitig wurde damit die TAM legalisiert. Seit 2005 wird das Gesetz nun umgesetzt.¹¹¹

Die Idee einer Zusammenarbeit zwischen westlichen und traditionellen Medizinmethoden wird in der Literatur durchaus positiv beurteilt, jedoch gestaltet sich deren Umsetzung schwierig. Dies ist nicht verwunderlich. Stellt man beide Medizintraditionen gegenüber, so werden die Unterschiede in den Theorien hinsichtlich der Krankheitsursachen sowie der Umgang mit Gesundheitsproblemen schnell sichtbar. Die TAM geht davon aus, dass Gesundheitsprobleme entweder sozial (beispielsweise durch Zauberei und Hexerei), übernatürlich (durch Gott oder die Geister der VorfahrInnen) oder natürlich (beispielsweise durch Unfälle, das Wetter oder die Lebenswelt) bedingt sind. Des Weiteren ist die Weissagung eine häufig angewendete Prozedur, um Krankheiten und deren Ursachen zu analysieren. In der Biomedizin dagegen wird Krankheit als Abweichung

¹⁰⁹ Vgl. *Stangeland et al.*, Recognition and development of traditional medicine in Tanzania, 294-295.

¹¹⁰ Vgl. *Stacey Ann Langwick*, Bodies, Politics and African Healing, 68 – 69.

¹¹¹ Vgl. *Stangeland et al.*, Recognition and development of traditional medicine in Tanzania, 294.

von normalen Werten gesehen und an die Stelle von Weissagungen treten pathologische Prozeduren, wie beispielsweise Blut- oder Röntgenuntersuchungen.¹¹²

Für eine Zusammenarbeit bedarf es außerdem viel mehr, als lediglich an einem gemeinsamen „Projekt“ zu arbeiten. Vielmehr geht es auch darum, Verständnis für die jeweils andere Medizintradition zu schaffen und das Maximum für die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung herauszuholen. Tansania ist zwar in dieser Hinsicht auf einem guten Weg, allerdings sind auch hier noch Ausbaumöglichkeiten gegeben. Diese Möglichkeiten werden jedoch in *Kapitel 7* ausführlicher diskutiert.

¹¹² Vgl. Edmund J. *Kayombo* et al., Experience of initiating collaboration of traditional healers in managing HIV and AIDS in Tanzania. In: *Journal of Ethnobiology and Ethnomedicine*, Vol. 3 (6) (2007) 2 -3.

4. Überblick über den Aufbau westlicher Gesundheitsstrukturen in Tansania

Auch wenn es traditionelle Heilmethoden schon seit vielen Jahrhunderten gibt, so kann man von den Anfängen eines funktionierenden Gesundheitssystems erst mit der Unabhängigkeit Tansanias sprechen. Nichtsdestotrotz haben westliche Gesundheitsstrukturen schon früher Einzug in die medizinische Versorgung des Landes gefunden.

Als die portugiesische Kolonialmacht die ostafrikanische Küste des heutigen Tansanias für Handelszwecke besetzte, hatten sie Schiffsärzte aus ihrer Heimat an Bord. Dabei handelte es sich meist um nicht-akademisch ausgebildete Mediziner, die lediglich für die gesundheitliche Versorgung der Besatzung sowie der aus Europa stammenden Personen zuständig waren. Ungeachtet dessen konsultierten viele PatientInnen afrikanische HeilerInnen, da diese eher mit lokalen Krankheiten vertraut waren als die europäischen Heilkundigen.¹¹³

Die nächste Gruppe westlicher Mediziner kam mit Forschern und MissionarInnen nach Ostafrika. Manchmal fungierten sie selbst als LeiterInnen, in vielen Fällen begleiteten sie jedoch lediglich die Expeditionen und waren für die Versorgung der TeilnehmerInnen zuständig. Auf Nachfrage der einheimischen Bevölkerung behandelten sie auch PatientInnen, denen sie während ihrer Erkundungen begegneten. Nach Sansibar gelangten die ersten westlichen Mediziner aus diplomatischen Gründen.¹¹⁴

Man versuchte zwar, auch die Versorgung der afrikanischen Bevölkerung zu gewährleisten, jedoch war ein Ausbau der medizinischen Strukturen aufgrund mangelnder Ressourcen und einer schlecht ausgebauten Infrastruktur nicht möglich.¹¹⁵

Im Jahr 1891 wurde schließlich das Deutsch-Ostafrika-Protektorat errichtet und es folgte der Aufbau einiger Dispensatorien in den Küstenregionen des heutigen Tansanias. Die ersten Krankenhäuser wurden schließlich in den Küstenstädten Bagamayo, Pangani und Kilwa etabliert. Dabei handelte es sich um kleine Spitäler, die sich ausschließlich um die

¹¹³ Vgl. Susanne Harlfinger, *Die Geschichte der Lepraarbeit in Ostafrika – Ein Vergleich der Entwicklung in Tanzania, Uganda und Kenya* (Bonn 2012) 52.

¹¹⁴ Vgl. *Bruchhausen et al.*, *The history of Health care in Tanzania*, 5 - 6.

¹¹⁵ Ebenda.

Versorgung der eigenen Truppen kümmerten. Erst später wurde auch schwerverletzten AfrikanerInnen der Zugang zur Gesundheitsversorgung gewährt, jedoch unter der Bedingung, dass sie durch ihre Familien mit Nahrung versorgt wurden.¹¹⁶

Die deutsche Kolonialmacht sah zwar die Notwendigkeit der Weiterentwicklung Deutsch-Ostafrikas im gesundheitlichen Bereich, allerdings das Budget hierfür erschöpft. Dem Oberarzt der Kolonie, Alexander Becker, gelang es schließlich dem wohlhabenden indischen Geschäftsmann Sewa Hadji als Spender zu gewinnen. Mit einer Summe von 12.400 Rupien konnte im Jahr 1893 das „Sewa Hadji Hospital“ als auch eine Schule mit seinem Namen in Dar es Salam gebaut und im Jahr 1897 eingeweiht werden. Die Bedingung, die er an die Spende knüpfte war, dass *„the school as well as the hospital were to serve the natives whatever their origin, be they Indians, Arabs, Swahili and the like.“*¹¹⁷ Armen PatientInnen wurde eine kostenlose Behandlung gewährt. Im Jahr 1895 wurde in Dar es Salam schließlich ein staatliches Krankenhaus errichtet und auch im Landesinneren wurden zusätzliche medizinische Stationen konstituiert.¹¹⁸ Da ein Großteil der Krankenversorgungseinrichtungen von missionarischen Gesellschaften errichtet wurde¹¹⁹, kann man davon ausgehen, dass jene, sofern die nötigen Ressourcen vorhanden waren, westlichen Standards folgten.

Der Aufbau eines staatlichen Gesundheitssystems wurde in ganz Deutsch-Ostafrika sukzessive vorangetrieben und die Anzahl der verfügbaren Mediziner stieg allmählich an. Waren es im Jahr 1889 lediglich drei ÄrztInnen, so stieg die Zahl im Jahr 1900 bereits auf 26 und im Jahr 1914 sogar auf 74 an.¹²⁰

Im Jahr 1904 wurde von der deutschen Besatzung angeordnet, dass Dispensatorien eine kostenlose ambulante Behandlung ermöglichen müssen. Arzneimittel und Verbandsmaterial musste jedoch von den PatientInnen bezahlt werden. Die Kosten variierten hinsichtlich des Einkommens. So bezahlten EuropäerInnen eine Rupie, AsiatInnen eine halbe Rupie und AfrikanerInnen 20 Heller. PatientInnen ohne Einkommen

¹¹⁶ Vgl. *Bruchhausen et al.*, The history of Health care in Tanzania, 7.

¹¹⁷ Ann Beck, *Medicine and Society in Tanganyika, 1890 – 1930: A Historical Inquiry*. In: *Transactions of the American Philosophical Society*, Vol. 67 (3) (1977) 11.

¹¹⁸ Vgl. Ebenda, 10 – 11.

¹¹⁹ Vgl. *Bruchhausen et al.*, The history of Health care in Tanzania, 32.

¹²⁰ Ebenda, 9.

konnten davon befreit werden, sofern sie keine zahlenden ArbeitgeberInnen vorweisen konnten. Trotzdem wurden die gesundheitlichen Vorsorgemöglichkeiten der Kolonialmacht von einem Großteil der Bevölkerung nicht in Anspruch genommen. Am Ende des deutschen Protektorates konnten 12 etablierte Krankenhäuser verzeichnet werden.¹²¹

Neben der Behandlung von Krankheiten wurde auch die Prävention ein immer wichtigeres Thema. Die hygienischen Bedingungen wurden regelmäßig überprüft und zudem auch Lebensmittelkontrollen eingeführt. Zusätzlich wurden Kontrollprogramme für Epidemien wie beispielsweise Malaria, die Schlafkrankheit, sexuell übertragbare Krankheiten, Lepra oder Wurmerkrankungen initiiert. Für das Gelingen dieser Projekte war die Zusammenarbeit mit der afrikanischen Bevölkerung gefragt, denen geschultes Personal aus Europa an die Seite gestellt wurde.¹²²

Im Jahr 1905 begann der Maji-Maji-Aufstand und damit verbunden eine drastische Verschlechterung der Situation. Die Schätzungen über die Anzahl der AfrikanerInnen, die in den blutigen Auseinandersetzungen ihr Leben verloren, gehen jedoch weit auseinander. In deutscher Literatur ist von 75.000 die Rede, während der tansanische Historiker Gilbert Gwassa von 200.000 bis 300.000 Todesopfern ausgeht. Ein Großteil jener fiel den Folgen von Ressourcenmangel, Hunger und Vertreibung zum Opfer.¹²³

Die Sterberaten blieben auch noch Jahre nach dem Krieg sehr hoch, da viele Menschen, die den Krieg und dessen Folgen überlebten, zahlreichen Epidemien erlagen.¹²⁴ All diese Ereignisse führten in der praktizierten Gesundheitspolitik der Kolonialmacht dazu, dass man sich verstärkt der Sozialhygiene und medizinischen Studien zuwandte. So führte man die hohe Sterberate beispielsweise auf die Mangelernährung, die große Anzahl an Schwangerschaftsabbrüchen und auf die Verbreitung sexuell übertragbarer Krankheiten zurück.¹²⁵

¹²¹ Ebenda.

¹²² Ebenda, 10.

¹²³ Vgl. Susanne Kuss, *German Colonial Wars and the Context of Military Violence* (Cambridge 2017) 64 – 65.

¹²⁴ Ebenda, 73.

¹²⁵ Vgl. *Bruchhausen et al.*, *The history of Health care in Tanzania*, 11.

Die bis dato vorangetriebenen Entwicklungen wurden erneut durch den Ausbruch des Ersten Weltkrieges unterbrochen. Die initiierten Kontrollprogramme wurden kurzfristig auf Eis gelegt und die verfügbaren Ärzte mussten sich um die kämpfenden Truppen kümmern.¹²⁶

Zusammenfassend kann man sagen, dass die Deutschen als Kolonialmacht in den Jahren 1890 bis 1916 die ersten staatlichen medizinischen Institutionen hervorgebracht haben. Zusätzlich wurden Krankenhäuser an mehreren zentralen Standorten errichtet. Man muss jedoch auch festhalten, dass das übergeordnete Bestreben in der Versorgung der kolonialen Funktionäre, der sich niedergelassenen Bauern und Bäuerinnen, HändlerInnen, militärischen Truppen sowie ArbeiterInnen auf eigenen Plantagen lag.¹²⁷

Nachdem die Verantwortung für Tanganyika an Großbritannien übergeben wurde, begann man mit einigen Umstrukturierungen. Ungeachtet dessen lässt sich die Situation in der Gesundheitsversorgung nach dem ersten Weltkrieg als sehr schlecht bewerten. Das medizinische Personal bestand im Jahr 1918 lediglich aus einem leitenden und vier weiteren Stabsärzten sowie 15 afrikanischen Inspektoren und 751 GesundheitsarbeiterInnen.¹²⁸

Anfang der 1920er Jahre versuchte man die medizinische Betreuung auszuweiten und zudem deren Administration zu modernisieren. Des Weiteren bemühte man sich, auch ländliche Gebiete mit medizinischer Versorgung zu erschließen und AfrikanerInnen als medizinisches Personal zu schulen.¹²⁹ Viele dieser Einrichtungen in ländlichen Gebieten wurden durch Missionen ermöglicht.¹³⁰

Zudem wurden in dieser Zeit erstmals Strategien auf einen längeren Zeitraum hin entwickelt. Im Jahr 1925 machte schließlich der Bericht der East Africa Commission auf

¹²⁶ Ebenda.

¹²⁷ Vgl. Sherif Amer, Towards Spatial Justice in Urban Health Service Planning: A spatial-analytic GIS-based approach using Dar es Salaam, Tanzania as a case study (Utrecht University 2007) 90.

¹²⁸ Vgl. Bruchhausen et al., The history of Health care in Tanzania, 12.

¹²⁹ Vgl. Anna Crozier, The colonial medical officer and colonial identity: Kenya, Uganda and Tanzania before World War Two (London 2005) 31.

¹³⁰ Vgl. Amer, Towards Spatial Justice in Urban Health Service Planning, 90.

den unzureichenden Zugang zu medizinischer Versorgung der AfrikanerInnen aufmerksam.¹³¹

*„As in the case of the Agricultural Department, the Medical Department in Tanganyika Territory is at the present insufficiently staffed both in regard to European officers and native assistance. The shortage of staff is particularly noticeable in the most populous northwestern districts. Apart altogether from the incidence of such topical diseases as sleeping-sickness, malaria, yaws, and elephantiasis, venereal disease is a serious problem. This accounts in part for the terribly high rate of infant mortality throughout the greater part of Tanganyika Territory.“*¹³²

Report of the East Africa Commission 1925

Dabei betonte der Bericht auch die Notwendigkeit, dass eine wachsende Bevölkerung frei von Krankheiten sein müsste.¹³³

Des Weiteren schlug der Report folgende Maßnahmen vor:

*„In conclusion, we may mention the suggestion which was made to us by settlers in some districts that the Government should maintain stocks of the more common medicines for sale to the settlers who need them in providing medical treatment for their native employees as required by the Masters' and Servants' Ordinances. At present considerable difficulty is experienced in many areas in obtaining such medicines, bandages, etc., and the prices are very high. We are of opinion that stores of this nature should be provided by the Government, at any rate in the more outlying districts, for re-sale to settlers and planters, at as nearly as possible cost price. It was also suggested to us that the Government should publish a small handbook dealing with the treatment of the more usual diseases and injuries.“*¹³⁴

Report of the East Africa Commission 1925

¹³¹ Vgl. *Bruchhausen et al.*, The history of Health care in Tanzania, 13.

¹³² *Report of the East Africa Commission*: Presented to the British Parliament (by the Secretary of State for the Colonies 1925), online unter:
<http://www.waado.org/colonial_rule/east_africa/east_africa_commission_1925.pdf> (letzter Zugriff: 18. Oktober 2017) 119.

¹³³ Vgl. *Bruchhausen et al.*, The history of Health care in Tanzania, 13.

¹³⁴ *Report of the East Africa Commission*, 61.

Ab dem Jahr 1926 wurden schließlich sogenannte „native tribal dispensaries“ (Deutsch: *einheimische stammeszugehörige Dispensatorien*) in ländlichen Gebieten etabliert, um der stetig wachsenden Nachfrage nach westlicher Medizin gerecht werden zu können. Dies war eine große Veränderung, immerhin hatten sich vor dem Ersten Weltkrieg die meisten EinwohnerInnen noch geweigert, PraktikerInnen der westlichen Medizintradition aufzusuchen. Nun kamen Anfragen für die Errichtung solcher Dispensatorien sogar von Seiten der Einheimischen. Die Qualifikation der dortigen GesundheitsarbeiterInnen blieb jedoch auf einem niedrigen Niveau. Das Gehalt war gering und die Überwachung durch die KreisärztInnen eher dürftig. Aus diesem Grund startete im Jahr 1933 ein Programm, das medizinischem Hilfspersonal eine umfassende Ausbildung ermöglichte.¹³⁵

Es zeigt sich, dass bis zum Ausbruch des Zweiten Weltkrieges der Fokus nicht auf die wirtschaftliche Entwicklung gelegt wurde, sondern darauf, tropische Krankheiten zu kontrollieren, AfrikanerInnen für Positionen im gesundheitlichen Bereich auszubilden und mit Hinblick auf die Ernährung die allgemeine Gesundheit der Bevölkerung zu verbessern.¹³⁶

Wie bereits der Erste Weltkrieg, führte auch der Beginn des Zweiten Weltkrieges zu einem abrupten Ende der Entwicklungen im medizinischen Bereich, auch wenn Tanganyika dieses Mal nicht direkt am Krieg beteiligt war. Dies lag zum einen im Finanziellen, zum anderen in der Verfügbarkeit von Personal begründet, welches für einen Ausbau des Systems notwendig gewesen wäre.¹³⁷

Nach dem Zweiten Weltkrieg wurde erneut die Frage aufgeworfen, ob qualitativen oder quantitativen Aspekten im Ausbau des Gesundheitssystems Priorität zugeschrieben werden sollte. Aufgrund der finanziellen Situation war jedem bewusst, dass nicht sowohl eine flächendeckende als auch gleichzeitig qualitativ hochwertige gesundheitliche Versorgung gewährleistet werden konnte. Offizielle Bestrebungen einigten sich schließlich darauf, das Augenmerk auf den Ausbau der Qualität zu richten, bis die finanziellen und personellen Gegebenheiten für eine quantitative Expansion gegeben

¹³⁵ Vgl. *Bruchhausen et al.*, The history of Health care in Tanzania, 14.

¹³⁶ Vgl. *Ann Beck*, Medicine and Society in Tanganyika, 46.

¹³⁷ Vgl. *Bruchhausen et al.*, The history of Health care in Tanzania, 15 - 16.

waren. In der Realität wurde der Fokus dennoch auf eine Ausweitung des Angebots anstatt der Anhebung des Niveaus gelegt.¹³⁸

Im Jahr 1949 untersuchte der damalige medizinische Hauptleiter Dr. Eric Pridie die medizinischen Gegebenheiten der Kolonie und plädierte dafür, präventive Leistungen in das Gesundheitssystem zu implementieren. Er machte jedoch auch deutlich, dass dies nicht zu einer Verminderung kurativer Behandlungsangebote führen dürfe, da die diesbezügliche Nachfrage weiterhin ungebrochen war.

Des Weiteren schlug der Bericht vor, auch in Zukunft auf die Angebote nichtstaatlicher Organisationen (wie beispielsweise die Missionen) zurückzugreifen und mehr AfrikanerInnen zu ÄrztInnen, KrankenpflegerInnen, GeburtshelferInnen und medizinischem Hilfspersonal auszubilden. Diese Maßnahmen, vor allem aber der Ausbau des Angebots kurativer als auch präventiver Behandlungsmethoden, sollten auch in ländlichen Gebieten umgesetzt werden.¹³⁹

Im Jahr 1956 hatte der Aufbau ländlicher Gesundheitszentren oberste Priorität und damit war auch der erste Versuch gestartet, kurative und präventive Versorgung mit den gegebenen ländlichen sanitären Einrichtungen und einer zusätzlichen Gesundheitserziehung zu verwirklichen. Damit war der erste Schritt in Richtung präventiver Gesundheitsversorgung zwar gemacht, nichtsdestotrotz wurde damit ein anderer Diskussionspunkt erneut aufgegriffen. Die Frage, die im Raum stand war, ob die Bevölkerung bereits an dem Punkt angelangt war, um Angebote wie Gesundheitserziehung, Hygiene und andere Gesundheitskampagnen anzunehmen oder ob der allgemeine Fokus dennoch auf der Verbesserung und Ausweitung kurativer Behandlungsmöglichkeiten lag. Vor allem offizielle Gremien zweifelten und plädierten dafür, das Budget vorerst in den Ausbau von Krankenhäusern zu stecken, um in Folge eine höhere Akzeptanz der präventiven Medizin zu erreichen.

Im Jahr 1959 legte die Weltbank als neue oberste Ziele für die Entwicklung die Themen Wasser, Straßen und Brücken sowie Bildung fest, was dazu führte, dass der Gesundheitssektor nicht über die nötigen finanziellen Mittel verfügte, um sowohl den

¹³⁸ Ebenda.

¹³⁹ Vgl. Barbara Mann Wall, *Into Africa: A Transnational History of Catholic Medical Missions and Social Change* (New Brunswick/ New Jersey/ London 2015) 66.

Zugang der gesamten Bevölkerung zu gesundheitlicher Versorgung als auch ein bestimmtes Maß an Qualität zu gewährleisten.¹⁴⁰

Dies führte dazu, dass das Gesundheitssystem zur Zeit der Unabhängigkeit Tansanias sehr unterentwickelt war. Im ganzen Land gab es rund 1.000 mittelständische Dispensatorien und in etwa 100 Krankenhäuser (ca. 11.000 Betten). 40 Prozent dieser Gesundheitsinstitutionen lagen in den Händen von freiwilligen Organisationen. Es wurde schnell deutlich, dass an der bestehenden Situation etwas geändert werden musste und so wurde bereits kurz nach der Unabhängigkeit der erste Plan für die wirtschaftliche und soziale Entwicklung für die Jahre 1964 bis 1969 veröffentlicht. Ziel war es in erster Linie, eine gerechte Verteilung der Gesundheitsversorgung zu schaffen. Dafür sollte ein landesweites Netzwerk gesundheitlicher Versorgung in ländlichen Gebieten aufgebaut und zusätzlich Referenzkrankenhäuser in größeren städtischen Gegenden etabliert werden. Es wurde sich darum bemüht, eine grundlegende Versorgungsmöglichkeit für die am Existenzminimum lebende ländliche Bevölkerung zu schaffen und auszuweiten.¹⁴¹

Der Plan selbst brachte keine Lösung der Probleme mit sich, da lediglich ein Bruchteil umgesetzt wurde. Fazit: lediglich 13 Prozent der geplanten Dispensatorien und 24 Prozent der ländlichen Gesundheitszentren wurden fertig gestellt. Stattdessen wurden 80 Prozent der geplanten Betten in städtischen Krankenhäusern realisiert. Letztendlich waren der Mangel an ausgebildetem Personal und die Knappheit der Finanzen erneut Ursache dafür, dass sich der Gesundheitssektor nur sehr langsam entwickelte.¹⁴²

Eine Veränderung brachte die Arusha-Deklaration aus dem Jahr 1967 mit sich. Die Zielsetzung blieb gleich, jedoch wurde die Strategie in der Gesundheitsversorgung in vielerlei Hinsicht geändert. Zunächst übernahm der Staat die komplette Verantwortung in der Errichtung des Gesundheitssystems. Dies führte zu dem, dass profitorientierte private Einrichtungen verboten wurden, zum anderen erhielten Organisationen, wie beispielsweise die Bundeswehr, zwar die Genehmigung Gesundheitsinstitutionen zu etablieren, jedoch unter der Voraussetzung, ihre Leistungen öffentlich und gegen angemessene Gebühren anzubieten.

¹⁴⁰ Vgl. *Bruchhausen et al.*, The history of Health care in Tanzania, 16.

¹⁴¹ Vgl. *Amer*, Towards Spatial Justice in Urban Health Service Planning, 90.

¹⁴² Ebenda.

Des Weiteren versuchte man die ländlichen Gebiete zu erschließen und all diese Regionen mit einer grundlegenden medizinischen Versorgung auszustatten. Zusätzlich wurden Standards hinsichtlich der Größe der Institutionen und der Beschäftigten festgelegt.

Außerdem wurde entschieden, dass allen BürgerInnen eine kostenfreie Behandlung in staatlichen Gesundheitszentren zustehen müsse. Die Mittel für deren Finanzierung, sollten mithilfe von Steuereinnahmen und Spendengeldern aufgebracht werden.¹⁴³

In den 1970er Jahren war schließlich ein enormes Wachstum des Gesundheitssektors zu verzeichnen. Ein Großteil davon konnte in ländlichen Gebieten verbucht werden. Zwischen den Jahren 1969 und 1978 hatte sich die Anzahl ländlicher Gesundheitszentren mehr als verdreifacht und jener der Dispensatorien nahezu verdoppelt. Dabei handelte es sich zu einem Großteil um Zentren, die von den EinwohnerInnen selbst errichtet wurden und schließlich Personal, Ausstattung und Medikamente vom Staat gestellt bekamen. Dies führte dazu, dass bis zum Jahr 1978 etwa 90 Prozent der Bevölkerung in einer Reichweite von maximal 10 Kilometern Zugang zu einer Gesundheitsversorgung hatten, Dreiviertel der EinwohnerInnen sogar binnen 5 Kilometern.¹⁴⁴

Mit der Wirtschaftskrise Ende der 1970er Jahre wurden die Entwicklungen erneut unterbrochen und die Sorge kam auf, die bestehenden Gesundheitsstrukturen nicht mehr organisieren und finanzieren zu können. In den 1980er Jahren hatte Tansania außerdem ein enormes Bevölkerungswachstum zu verzeichnen, was einmal mehr die Notwendigkeit funktionierender Gesundheitsversorgung offenlegte. Zusätzlich sanken die staatlichen Einnahmen aufgrund der wirtschaftlichen Krise.¹⁴⁵

Vor allem das geringe Budget, das für Ausgaben im medizinischen Bereich vorhanden war, führte dazu, dass die bestehenden Gesundheitsstrukturen kaum aufrechterhalten werden konnten. Medikamente und anderes medizinisches Equipment wurden immer knapper und das Gehalt der im Gesundheitsbereich arbeitenden Personen stark reduziert, was zu einer kontinuierlich wachsenden Unzufriedenheit und unethischen Verhaltensweisen führten. Ein weiteres Problem waren lange Wartezeiten vor allem im

¹⁴³ Ebenda, 91.

¹⁴⁴ Ebenda.

¹⁴⁵ Ebenda, 92 – 93.

städtischen Bereich.¹⁴⁶ Allgemein zusammenfassend kann man sagen, dass die 1970er und 1980er Jahre zu einer Verschlechterung des Gesundheitssektors geführt haben.¹⁴⁷

Neben der Rückwärtsentwicklung im Gesundheitsbereich, war außerdem eine Verschlechterung der Lebensbedingungen der tansanischen Bevölkerung zu beobachten. Die Arbeitslosigkeit stieg, die Realeinkommen sanken und die Kosten für Grundgüter stiegen an, was sich wiederum in den Einkommen der Haushalte widerspiegelte. Zudem war die Nahrungsversorgung der armen Bevölkerungsschichten nicht mehr gewährleistet, was in weiten Teilen des Landes zu einer Mangelernährung führte und Infektionen und Krankheiten eine gute Basis für ihre Ausbreitung bot.¹⁴⁸

Anfang der 1990er Jahre wurde schließlich über neue Reformen im Gesundheitssektor nachgedacht. In diesen sollten neue Arten der Finanzierung und des Managements, als auch neue Verantwortliche inbegriffen sein, um das Gesundheitssystem effizienter und effektiver zu gestalten.¹⁴⁹

Die erste Bewertung des Gesundheitssystems wurde schließlich im Jahr 1993 vorgenommen. Von da an wurden sukzessive Gesundheitsreformen umgesetzt.¹⁵⁰ Im Jahr 1993 wurde schließlich die „cost-sharing policy“ (Deutsch: *Kostenbeteiligungsstrategie*) in das öffentliche Gesundheitssystem integriert. Die Strategie war Teil des „economic recovery and structural adjustment programmes“ und sollte die Effizienz und Nachhaltigkeit der Leistungen im Gesundheitsbereich durch Beteiligung der Gesellschaft verbessern.

Ausgenommen von der Kostenbeteiligung waren Kinder unter fünf Jahren, Schwangere und zusätzlich PatientInnen mit Krankheitsbildern wie Diabetes, Krebs, Meningitis, Tuberkulose, Lepra, HIV/AIDS und EinwohnerInnen, die Dienstleistungen für die

¹⁴⁶ Ebenda, 93.

¹⁴⁷ Vgl. *Global Health Workforce Alliance*, Mid-level health workers for delivery of essential health services: A global systematic review and country experiences. Annex 5 Tanzania (2013), 28, online unter: <http://www.who.int/workforcealliance/knowledge/resources/MLHWCountryCaseStudies_annex5_Tanzania.pdf?ua=1> (letzter Zugriff: 22. Oktober 2017).

¹⁴⁸ Vgl. *Amer*, Towards Spatial Justice in Urban Health Service Planning, 93.

¹⁴⁹ Ebenda.

¹⁵⁰ Ebenda.

Familienplanung in Anspruch nehmen wollten. Ab dem Jahr 1999 waren auch Personen über 60 Jahren von Nutzungsgebühren ausgenommen.¹⁵¹

Unter der Regierung des Präsidenten Benjamin William Mkapa (1995 – 2005) wurde im Jahr 2004 schließlich das „Health Sector Development Program“ (kurz: *HSDP*) entwickelt.¹⁵² Dieses sollte vor allem auf die Reformen im Gesundheitssektor aufmerksam machen. Dabei wurde folgendes Ziel formuliert:

“Using a sector wide approach (SWAP), the HSDP aimed to improve access, utilization, quality, and financing of health services through increased efficiency and effectiveness in use and allocation in resources, to maximize impacts on health outcome, especially among the poor, women and children.”¹⁵³

Health Sector Development Program 2004

Die größten Veränderungen der Reform beinhalteten den privaten Sektor mehr in das System der Gesundheitsversorgung einzubeziehen und neue Kontrollprogramme im Kampf gegen unterschiedliche Krankheiten (beispielsweise Malaria) zu verabschieden. Durch verschiedene Medien wurde zudem in der Gesellschaft für die Reformen plädiert.¹⁵⁴ Des Weiteren wurden neue Wege der Finanzierung diskutiert und Gesundheitsfonds eingeführt. Außerdem orientierte sich die Regierung hinsichtlich ihrer Ausgaben mehr an kosteneffizienten Programmen wie beispielsweise Schutzimpfungen und Mutter-Kind-Gesundheitsprogrammen. Neu war auch die Dezentralisierung hin auf die Bezirksebene.¹⁵⁵

Das Ergebnis der Reformen war insbesondere die Entstehung eines pluriformen Gesundheitssystems. Nebeneinander existierten die dezentralisierte gesundheitliche

¹⁵¹ Vgl. Godfrey *Mubyazi* et al, User charges in public health facilities in Tanzania: effect on revenues, quality of services and people’s health-seeking behaviour for malaria illnesses in Korogwe district. In: Health Services Management Research, Vol. 19 (1) (2006) 24.

¹⁵² Vgl. Anna *Muganda*, Tanzania’s Economic Reforms - and Lessons Learned (2004) 8, online unter: <<http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.500.4963&rep=rep1&type=pdf>> (letzter Zugriff: 23. Oktober 2017).

¹⁵³ *World Bank*, Tanzania – Health Sector Development Program (Washington 2004) 1, online unter: <<http://documents.worldbank.org/curated/en/670631475100505305/pdf/000020051-20140612150700.pdf>> (letzter Zugriff: 23. Oktober 2017).

¹⁵⁴ Vgl. *Muganda*, Tanzania’s Economic Reforms - and Lessons Learned, 8.

¹⁵⁵ Vgl. *Amer*, Towards Spatial Justice in Urban Health Service Planning, 94 - 95.

Versorgung durch den Staat, gewinnorientierte private Arztpraxen sowie eine freiwillige und nicht-gewinnorientierte Gesundheitsversorgung.¹⁵⁶ Die Dezentralisierung hatte vor allem die Absicht, die Gesundheitsversorgung näher an die Menschen zu bringen, in dem die Bezirke selbstständig für die Planung und Implementierung der Gesundheitsprogramme zuständig waren.¹⁵⁷

Interessant zu beobachten ist außerdem, dass die Staatsausgaben im Gesundheitsbereich vor allem ab den 1990er Jahren gestiegen sind.¹⁵⁸ Lag der Prozentanteil für Gesundheitsausgaben im Jahr 1995 noch bei 1,4 Prozent des GDP, so war 2014 bereits ein Anstieg auf 2,6 Prozent des GDP zu beobachten.¹⁵⁹

Inzwischen hat Tansania einen mittleren Einkommensstatus erreicht und demnach das Augenmerk in den Gesundheitsstrukturen mehr auf die Qualität der Leistungen gelegt. Laut dem Health Sector Strategic Plan July 2015 – June 2020 (kurz: *HSSP IV*) ist es dem Staat Tansania gelungen, die Sterberate der unter Fünfjährigen als auch die der Säuglinge zu reduzieren. Zum einen haben die Morbidität und Mortalität aufgrund von Malaria und anderen Kinderkrankheiten abgenommen, zum anderen ist auch die Verbreitung von HIV gesunken. Einigen Zielen der Millennium Development Goals (kurz: *MDG*) (beispielsweise die Reduzierung der Mütter- oder Neugeborenensterblichkeit) wurde sich zwar angenähert, jedoch wurden diese bis 2015 nicht zur Gänze erreicht. An dieser Stelle soll nun jener HSPP IV ansetzen.¹⁶⁰

Als allgemeines Ziel wurde hierfür formuliert:

„The overall objective of HSSP IV is to reach all households with essential health and social welfare services, meeting, as much as possible, the expectations of

¹⁵⁶ Ebenda, 95.

¹⁵⁷ Vgl. Nathanael *Sirili* et. al., Training and Development of medical doctors in Tanzania post – 1990s health sector reforms: assessing the achievements. In: *Human Resources for Health*, Vol. 15 (2017) 16.

¹⁵⁸ Vgl. *Amer*, Towards Spatial Justice in Urban Health Service Planning, 96.

¹⁵⁹ *The World Bank*, Health expenditures, public (% of GDP), online unter: <<https://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.PUBL.ZS?locations=TZ>> (letzter Zugriff: 24. Oktober 2017).

¹⁶⁰ Vgl. *Ministry of Health and Social Welfare*, Health Sector Strategic Plan July 2015 – June 2020 (HSSP IV) (2015) Foreword, online unter: <http://www.tzdp.org.tz/fileadmin/documents/dpg_internal/dpg_working_groups_clusters/cluster_2/health/Key_Sector_Documents/Induction_Pack/Final_HSSP_IV_Vs1.0_260815.pdf> (letzter Zugriff: 25. Oktober 2017).

the population, adhering to objective quality standards, and applying evidence-informed interventions through efficient channels of service delivery.”¹⁶¹

Zusammenfassend kann man sagen, dass Tansania bis zum heutigen Tag ein Gesundheitssystem etabliert hat, welches von der lokalen Versorgung bis hin zur nationalen Ebene reicht (für eine genauere Ausführung zum aktuellen Gesundheitssystem sei an dieser Stelle auf *Kapitel 2.3.* verwiesen).

Allerdings entsprechen nicht alle Versorgungseinrichtungen den wünschenswerten Standards. So ist beispielsweise immer noch ein Teil der Bevölkerung zu weit von westlichen gesundheitlichen Dienstleistungen entfernt, was insbesondere in der Versorgung von Müttern und ihren Neugeborenen ein Problemfeld darstellt.

Eine weitere Problematik entsteht zudem dadurch, dass das System nicht immer so funktioniert, wie es notwendig wäre. Dies betrifft vor allem den Transport zwischen den einzelnen Ebenen der Versorgung als auch die Unfähigkeit der höheren Institutionen (insbesondere der Referenzkrankenhäuser) eine adäquate medizinische Betreuung zu gewährleisten.¹⁶²

Ungeachtet dessen sind die Entwicklungen im Aufbau westlicher Gesundheitsstrukturen, die durch diverse geschichtliche Ereignisse immer wieder unterbrochen wurden, durchaus positiv zu bewerten. Wie die Fortschritte in Zukunft dennoch effizienter gestaltet werden können, wird in *Kapitel 9* diskutiert werden.

¹⁶¹ Ebenda, xiii.

¹⁶² Ebenda, xii.

5. Die Korrelation zwischen traditioneller und westlicher Medizin in Tansania

Mit dem Einzug westlicher Gesundheitsstrukturen hat im medizinischen System Tansanias eine grundlegende Wende stattgefunden, in der die bis zu diesem Zeitpunkt dominierende traditionelle Medizin stark in den Hintergrund gedrängt wurde.

Dieses Kapitel wird sich nun der Frage widmen, welche Korrelation zwischen traditioneller afrikanischer und westlicher Medizin in Tansania in den einzelnen Phasen der Geschichte vom 19. Jahrhundert bis in die Gegenwart zu beobachten ist. Zusätzlich wird analysiert, wie sich diese Wechselbeziehungen auf die Gesundheitsstrukturen des Landes ausgewirkt haben beziehungsweise immer noch auswirken.

Bevor jedoch auf diese Korrelationen näher Bezug genommen wird, soll kurz auf die unterschiedlichen Denkweisen der traditionellen afrikanischen Medizin auf der einen Seite und die der westlichen/europäischen Medizin auf der anderen Seite eingegangen werden. Dies ist wichtig, um ein Verständnis für die häufig auftretende Diskrepanz zwischen den beiden Medizintraditionen aufbauen zu können, die in allen Phasen der Vergangenheit zum Vorschein kommt. In seinem Artikel „Traditionelle Medizin in Afrika – Kranke und Heiler als Objekt böser und guter Absichten“¹⁶³ nimmt Bruchhausen auf vier Punkte Bezug, die für die traditionelle Medizintradition charakteristisch sind. Es ist jedoch nicht ausgeschlossen, dass diese auch in der Auffassung der westlichen Medizintradition auftreten können.

Im ersten Punkt beschreibt Bruchhausen die Dynamik und Offenheit afrikanischer Heilkunde. Von Anfang an war die Bereitschaft der AfrikanerInnen vorhanden gewesen, im Falle einer Erkrankung oder Verletzung auf die Versorgung durch westliche Medizin zurückzugreifen. Zur Zeit des Kolonialismus wurde die Behandlung durch westliche Heilmethoden jedoch häufig verweigert. Dies war allerdings in den meisten Fällen in der Skepsis gegenüber den Absichten der Kolonialmächte verankert und weniger einer allgemeinen Abneigung gegenüber der westlichen Medizintradition geschuldet.

¹⁶³ Walter *Bruchhausen*, Traditionelle Medizin in Afrika – Kranke und Heiler als Objekt böser und guter Absichten. In: Dirk *Stederoth*/Timo *Hoyer* (Hrsg.), *Der Mensch in der Medizin. Kulturen und Konzepte* (Freiburg/München 2011) 17.

Bruchhausen macht in diesem Punkt außerdem deutlich, dass man nicht von einer grundlegenden Entscheidung für die traditionelle beziehungsweise westliche Medizin ausgehen kann, sondern die Nutzung einer der beiden Praktiken von ihren jeweiligen Stärken und Schwächen abhängig gemacht wurde.¹⁶⁴

In seinem zweiten Punkt kommt die Spiritualität zur Sprache, der wohl größte Unterschied zwischen traditioneller und westlicher Medizin. So werden Krankheiten und Geister in der afrikanischen Kultur sowohl als Störung als auch als Hilfe aus einer Lebenssituation gesehen, die den Betroffenen schaden und aus diesem Grund zu Krankheiten führen. Damit handelt es sich bei der traditionellen Medizin um eine Heilungsart, die über die praktizierte Medizin in westlichen Krankenhäusern hinausgeht und deren Einordnung in westliche Gesundheitskonzepte schwierig ist.¹⁶⁵

Auch die Heilung an sich wird sehr unterschiedlich interpretiert. So spielen in der traditionellen Heilung AhnInnen eine sehr große Rolle. Oftmals wird deren Zorn als Erklärung für Krankheiten beziehungsweise andere Unglücke herangezogen, während zufriedene Geister durchaus als hilfreich erachtet werden. Zwar orientieren sich auch EuropäerInnen häufig an den VorfahrInnen, jedoch werden Krankheiten selten als Folge davon gesehen, dass ein anderer Lebensweg beschritten wurde, als es im Sinne der AhnInnen gewesen wäre.¹⁶⁶

Ein ebenfalls wichtiger vierter Punkt in der traditionellen Medizinpraxis sind die „Hexerei“ und „Zauberei“ als Ursache und Symptom von Krankheiten. Der Umgang damit hat sich jedoch während der Kolonialzeit deutlich verändert. Vor dem Kolonialismus hatten traditionelle HeilerInnen die Aufgabe der Befragung und eventuellen Neutralisierung beziehungsweise Bestrafung von „Hexen und Hexern“ übernommen. Während des Kolonialismus - und dieses Phänomen ist in manchen Regionen auch heute noch zu beobachten - übernahmen diese Aufgabe sogenannte Hexenfinder, die zum Teil ganze Dörfer von „Hexerei“ (beispielsweise mit Rauschmitteln) reinigten. Dies ist nicht unproblematisch zu bewerten, da gerade durch den Einsatz von Drogen, die den Hexer/die Hexe von ihrem Opfer lösen sollten, auch Menschen ums Leben kamen.

¹⁶⁴ Ebenda, 19.

¹⁶⁵ Ebenda, 19 – 22.

¹⁶⁶ Ebenda, 22 – 25.

Hier lässt sich ein weiterer bedeutsamer Unterschied zwischen westlichen und traditionellen medizinischen Behandlungsmethoden ausmachen, da sich westliche ÄrztInnen (insbesondere durch den hippokratischen Eid) dem Wohl der PatientInnen verpflichtet sehen.¹⁶⁷

Die von Bruchhausen angeführten Punkte dienen vorab für das bessere Verständnis dieses Kapitels. Ob zwei Dinge – in diesem Fall die beiden Medizintraditionen – positiv oder negativ miteinander korrelieren ist nicht immer nur äußeren Gegebenheiten (beispielsweise Machtstrukturen) geschuldet, sondern liegt zum Großteil in kulturellen und individuellen Sichtweisen begründet. Verständnis, Toleranz und in einer gewissen Weise auch Übereinstimmungen in der Ansichtswiese spielen dabei eine enorme Rolle und dürfen in den nachfolgenden Ausführungen nicht in Vergessenheit geraten.

Dieses Kapitel gliedert sich nun in vier Unterkapitel. *Kapitel 5.1.* beschäftigt sich mit der Korrelation beider Medizintraditionen vor dem Kolonialismus, während sich *Kapitel 5.2.* mit der Phase des Kolonialismus auseinandersetzt. *Kapitel 5.3.* setzt schließlich am Beginn der Unabhängigkeit an und *Kapitel 5.4.* widmet sich der Gegenwart. *Kapitel 5.5.* wird schließlich noch einmal die wichtigsten Ergebnisse dieses Kapitels zusammenfassen.

5.1. Die Korrelation vor dem Kolonialismus

Schon bevor der Kolonialismus die Gesundheitsversorgung in Tansania maßgeblich bestimmt hat, hat es immer wieder Kontakte zwischen der westlichen und traditionellen Medizintradition gegeben. Man kann zwar an dieser Stelle nicht wirklich von einer Korrelation sprechen, nichtsdestotrotz begann die Christianisierung durch die Kolonialmächte und damit der Einfluss der Kirchen auf das Gesundheitssystem bereits vor der kolonialen Übernahme. Da der gesamte Einzug westlicher Strukturen durch den Kolonialismus in Tansania maßgeblich dafür gesorgt hat, dass die traditionelle Medizin negativ beeinflusst wurde, soll hier kurz auf die Entwicklungen vor dem Kolonialismus eingegangen werden.

¹⁶⁷ Ebenda, 25 – 27.

Die Geschichte des Christentums in Tansania beginnt bereits im 15. Jahrhundert mit Vasco Da Gama und der damit verbundenen Ankunft der ersten portugiesischen augustinischen MissionarInnen auf Sansibar.¹⁶⁸ Während der Besatzungszeit durch die portugiesische Kolonialmacht zwischen den Jahren 1505 und 1513 wurden MissionarInnen auch an die Küste Tanganyikas entsendet. Bis zum Ende der 1840er Jahre waren sowohl katholische als auch protestantische MissionarInnen entlang der gesamten Küste von Tanganyika tätig.¹⁶⁹

Die Erfolge der Missionierung währten jedoch nur kurz, da man versuchte, das Christentum gewaltsam durchzusetzen. Mit der anschließenden Herrschaft des Islams durch den Oman, endete die erste Phase der Christianisierung.¹⁷⁰

Seit der Mitte des 19. Jahrhunderts und der deutschen Kolonialherrschaft kamen schließlich erneut vereinzelt MissionarInnen nach Afrika. Der wohl bekannteste Missionar, David Livingston, verbrachte mehrere Jahre als Arzt und Forscher in Tansania.¹⁷¹ Er wurde im Jahr 1815 geboren und stammte aus Schottland.¹⁷² Neben seinem Beruf als Baumwollspinner wandte er sich sowohl der Medizin als auch Theologie zu und schon während seines Medizinstudiums plante er als Missionar nach China zu reisen. Im Laufe der Zeit geriet Afrika jedoch mehr und mehr in den Fokus seiner Interessen und so führte ihn seine Neugier im Jahr 1840 zunächst nach Südafrika¹⁷³ und später auch nach Tansania.¹⁷⁴

David Livingston spielt insofern eine wichtige Rolle, da er - obwohl der Schwerpunkt seiner Reise auf der Wissenschaft und weniger auf medizinischen Tätigkeiten lag – auch die Hilfe suchenden AfrikanerInnen behandelte. Aus der Position als Beobachter schrieb er über die traditionelle Medizin:

¹⁶⁸ Vgl. Frans *Wijzen*/Bernardin *Mfumbusa*, *Seeds of Conflict. Religious Tensions in Tanzania* (Kenya 2004) 41.

¹⁶⁹ Vgl. Lissi *Rasmussen*, *Christian-Muslim relations in Africa: the cases of Northern Nigeria and Tanzania compared* (London 1993) 30.

¹⁷⁰ Vgl. Daniela *Eiletz-Kaube*, *KulturSchock Tansania* (Bielefeld 32014) 79.

¹⁷¹ Vgl. *Bruchhausen*, *The history of health care in Tanzania*, 32.

¹⁷² Vgl. David *Livingstone*, *The Life and African Explorations of Dr. David Livingstone*. In: First Cooper Square Press edition (2002) 28.

¹⁷³ Ebenda, 37.

¹⁷⁴ Vgl. *Bruchhausen*, *The history of health care in Tanzania*, 6.

„The native medical profession is reasonably well represented. In addition to the regular practitioners, who are a really useful class, and know something of their profession, and the nature and power of certain medicines, there are others who devote their talents to some speciality. They possess medical men among themselves who are generally the most observant people to be met with.“¹⁷⁵

Dies ist insofern besonders erwähnenswert, da erstmals ein westlicher Arzt der traditionellen Medizin Aufmerksamkeit schenkte und sogar den HeilerInnen für ihr Wissen und ihre Art der Zuwendung Anerkennung aussprach.¹⁷⁶ Wäre diese Einstellung auch bei anderen MedizinerInnen und ForscherInnen weitgehend verbreitet gewesen, so hätte vielleicht die Möglichkeit einer positiven Wechselwirkung und des gegenseitigen Respekts beider Medizintraditionen bestanden.

In der Zeit vor dem Kolonialismus kann man also nicht wirklich von einer Korrelation beider Medizintraditionen sprechen. Vielmehr war es eine Zeit, in der sowohl traditionelle als auch westliche Behandlungsmethoden nebeneinander praktiziert wurden, es jedoch nicht versucht wurde, traditionelle HeilerInnen zu unterdrücken oder gar zu verfolgen. Der Fokus lag eher auf der Erforschung des noch weitgehend unbekanntes Kontinents sowie der afrikanischen Werte und Kulturen. Man muss hier also klar von einer Koexistenz und weniger von einer Korrelation beider Medizintraditionen sprechen.

Nachdem Livingstone nach Großbritannien zurückkehrte und über seine Reise berichtete, nahmen die Missionsbewegungen nach Ostafrika kontinuierlich zu. Neben dem Ziel der Christianisierung wurden auch Bildungs- und Gesundheitsversorgungsleistungen angeboten. Dadurch wurden die ersten Gesundheitseinrichtungen auf dem heutigen Gebiet Tansanias etabliert.¹⁷⁷

¹⁷⁵ Sjoerd Rijpma, David Livingstone and the Myth of African Poverty and Disease: A Close Examination of His Writing on the Pre-colonial Era (Leiden/Boston 2015) 271.

¹⁷⁶ Ebenda.

¹⁷⁷ Vgl. Bruchhausen, The history of health care in Tanzania, 32.

5.2. Die Korrelation während des Kolonialismus

Vor allem in der Zeit des Kolonialismus muss man von einer negativen Korrelation beider Medizintraditionen sprechen. Eine besonders große Rolle spielt hierbei die kontinuierlich zunehmende Christianisierung Tansanias.

Während der Kolonialzeit kamen erneut MissionarInnen in das Land, die aus den unterschiedlichsten religiösen Gruppen stammten, beispielsweise aus der *African Inland Mission*, der *Augustinian Lutheran Mission*, der *Neukirchen Mission*, der *London Missionary Society* und aus vielen weiteren Organisationen.¹⁷⁸

Die ersten Missionsgesellschaften, die AfrikanerInnen im Medizinwissen schulten, stammten aus Frankreich (*French Catholic Missionaries*) und kamen um die 1890er Jahre nach Tansania. Etwa zur gleichen Zeit erreichten auch britische Missionen Ostafrika und etablierten dort kleine Krankenhäuser mit eigenen Ärzten (unter anderem *The British Anglicans and Presbyterians of the Universities' Mission to Central Africa* oder die *London Missionary Society*).¹⁷⁹ Sie gelten als die ersten professionellen Vertreter europäischer Medizin.¹⁸⁰

Mit der deutschen kolonialen Expansion kamen schließlich auch deutsche Missionsgesellschaften nach Ostafrika. Sie stellten ebenfalls eigene Missionsärzte und Krankenschwestern zur Verfügung, die die medizinische Erstversorgung des Landes verbesserten.¹⁸¹ Zuvor gab es lediglich einzelne Missionsstationen im nördlichen und westlichen Teil des Landes, durch welche die lokale Gesundheitsversorgung mit westlicher Medizin möglich war. Im Süden und im Landesinneren gab es dagegen kaum Kontakte mit der neuen Medizintradition.¹⁸²

Parallel zum Aufbau erster Gesundheitsversorgungseinrichtungen wurden auch viele Schulen errichtet, die Bildung nach westlichem Vorbild vermittelten. Primäres Ziel der MissionarInnen war allerdings die Zivilisierung und Christianisierung der „heidnischen“

¹⁷⁸ Vgl. East Africa Living Encyclopedia, Tanzania – Religion, online unter: <<http://www.africa.upenn.edu/NEH/treligion.htm>> (letzter Zugriff: 13. November 2012).

¹⁷⁹ Vgl. *Bruchhausen*, The history of health care in Tanzania, 32.

¹⁸⁰ Vgl. Walter *Bruchhausen*, Medizin zwischen den Welten. Geschichte und Gegenwart des medizinischen Pluralismus im südöstlichen Tansania (Bonn 2006) 51.

¹⁸¹ Vgl. *Bruchhausen*, The history of health care in Tanzania, 32.

¹⁸² Vgl. *Bruchhausen*, Medizin zwischen den Welten, 56.

Bevölkerung. Es ist daher nicht verwunderlich, dass vor allem zu Beginn die EinwohnerInnen den Tätigkeiten der MissionarInnen sehr kritisch gegenüberstanden.¹⁸³ Bildung hieß in erster Linie, das Christentum zu verbreiten und die Menschen nach westlichem Vorbild zu erziehen, denn aus Sicht der MissionarInnen waren die AfrikanerInnen „zurückgeblieben“, „unzivilisiert“, „unkultiviert“, „ohne Tradition und Geschichte“, „ungebildet“ und „faul“.¹⁸⁴

Während der Phase von Deutsch-Ostafrika wurden schließlich auch die ersten staatlichen Krankenhäuser errichtet. Das älteste Spital ist das Ocean Road Hospital. Es wurde von den MissionarInnen zunächst nur für die Versorgung der Deutschen auf Sansibar errichtet und im Jahr 1898 nach Dar es Salaam übersiedelt.¹⁸⁵ Die „schwarze“ Population wurde lediglich abseits in kleinen Barracken behandelt. Im Jahr 1903 wurde schließlich das Government Hospital in Tanga errichtet, welches ebenfalls nur für EuropäerInnen vorgesehen war und PatientInnen aus der afrikanischen Bevölkerung in die nächstgelegenen Baracken verwies. Das größte Krankenhaus war jedoch das Sewa Haji Hospital, welches im Jahr 1897 eröffnet wurde.¹⁸⁶ Das Besondere an diesem Krankenhaus war, dass es allen Personen zur Verfügung stand, die den Status als „Einheimische“ trugen. Außerdem wurden PatientInnen ohne finanzielle Mittel kostenlos versorgt.¹⁸⁷

Wann auch Einheimischen in einem größeren Rahmen westliche medizinische Versorgung zugutekam, beziehungsweise diese überhaupt deren Hilfe annahmen, ist nicht genau festzulegen. Allerdings wurde die Behandlung von AfrikanerInnen bewusst als Teil der europäischen Zivilisierung gesehen.¹⁸⁸

Aus diesem Grund wurde die westliche Medizin zunehmend für die einheimische Bevölkerung zugänglich gemacht. Das, als auch das Interesse an westlicher medizinischer Versorgung auf Seiten der afrikanischen Bevölkerung wuchs kontinuierlich an. Im

¹⁸³ Vgl. Philemon Andrew K. *Mushi*, History and Development of Education in Tanzania (Dar es Salaam 2009) 57.

¹⁸⁴ Ebenda, 58.

¹⁸⁵ Vgl. Katharina Kunter/Jens Holger *Schjørring* (Hrsg.), Changing Relations between Churches in Europa and Africa. The Internationalization of Christianity and Politics in the 20th Century (Wiesbaden 2008) 56.

¹⁸⁶ Vgl. *Bruchhausen*, The history of health care in Tanzania, 38.

¹⁸⁷ Vgl. Manuela *Bauche*, Medizin und Herrschaft. Malariabekämpfung in Kamerun, Ostafrika und Ostfriesland (1890 – 1919) (Frankfurt am Main 2017) 89.

¹⁸⁸ Vgl. *Bruchhausen*, Medizin zwischen den Welten, 63 – 64.

Gegenzug wurde die traditionelle afrikanische Medizin von den christlichen MissionarInnen jedoch von Anfang an abgelehnt. Es war afrikanischen ChristInnen sogar untersagt, traditionelle HeilerInnen aufzusuchen.¹⁸⁹

Im Rahmen der für das *Kapitel 6* relevanten Interviews lieferte Dr. Gunter Dorsch, der Ende der 1980er/Anfang 1990er Jahre als deutscher Arzt in Tansania tätig war, dafür die Erklärung, dass MissionarInnen den in der traditionellen Medizin praktizierten Ahnenkult und die Geisterbeschwörungen als heidnisch und mit dem christlichen Glauben nicht vereinbar hielten.¹⁹⁰

Wie bereits in einem vorherigen Kapitel erwähnt, hängen in Afrika Religion und Medizin stark zusammen und können kaum gesondert voneinander betrachtet werden. Dies liegt zum einen darin begründet, dass Krankheit immer in Bezug zu Gott, den VorfahrInnen und dem Universum gesetzt wird, zum anderen auch darin, dass sich viele traditionelle HeilerInnen als religiöse WegweiserInnen sehen.¹⁹¹ Es ist wichtig, diesen Zusammenhang zu betrachten, um den maßgeblichen Einfluss, den die Christianisierung auf die traditionelle Medizin ausgeübt hat, verstehen zu können. Christliche missionarische Bestrebungen gingen oftmals mit einer grundlegenden westlichen medizinischen Gesundheitsversorgung einher. Diese diente vor allem als Mittel zu Bekehrung. Die Verknüpfung von Gesundheitsversorgung und Missionierung ist eine Struktur, die sich bis heute noch in Afrika wiederfindet.¹⁹²

Mit der Verbreitung des Christentums ging also insbesondere auch die Verbreitung westlicher Gesundheitsstrukturen in Tansania einher. In Folge führten der Einfluss christlicher Missionen und die zunehmende Christianisierung zu einem enormen Bedeutungsverlust der TAM. Das impliziert jedoch nicht, dass die traditionellen Heilpraktiken von der Gesellschaft im Allgemeinen nicht mehr in Anspruch genommen wurden. Vielmehr wurden HeilerInnen meist heimlich konsultiert, da ein Aufsuchen jener seitens der Kirche strikt verboten war.¹⁹³

¹⁸⁹ Vgl. *Nwokolo*, *Inculturation in pastoral care of the sick*, 199.

¹⁹⁰ Vgl. Interview mit Dr. Gunter Dorsch vom 1. November 2017.

¹⁹¹ Vgl. *Mokgobi*, *Understanding traditional African healing*, 24.

¹⁹² Vgl. Ruth *Kutalek*, *Krankheit und Gesundheit in Afrika: Aspekte an der Schnittstelle von Anthropologie und Medizin*. In: Katarina *Greifeld* (Hrsg.) *Medizinethnologie. Eine Einführung* (Berlin 2013) 105.

¹⁹³ Vgl. *Nwokolo*, *Inculturation in pastoral care of the sick*, 199.

Man muss an dieser Stelle einfügen, dass die traditionelle Medizin in Deutsch-Ostafrika von Seiten der Kolonialmächte nie verboten wurde. Allerdings waren sogenannte „Schadenszauber“ strafbar.¹⁹⁴

Im Jahr 1920 wurde Tanganyika schließlich britisches Mandatsgebiet.¹⁹⁵ Die Briten hatten ebenfalls ein Interesse daran, die Praktiken der traditionellen HeilerInnen einzuschränken, auch wenn sie sich nach außen hin liberal zeigten.¹⁹⁶ Genannt werden muss an dieser Stelle erneut „The Witchcraft Ordinance“ aus dem Jahr 1928 in Tansania, welcher der Bestrafung von Hexerei und den damit verbundenen Tätigkeiten dienen sollte.¹⁹⁷ Es sollte ein gesetzliches Verbot von Praktiken erreicht werden, die von der Kolonialmacht als Zauberei und Hexerei wahrgenommen wurden.¹⁹⁸ Wiedersetzte man sich dieser gesetzlichen Verordnung, drohten hohe Strafen. Bot man Magie mit bössartigen Absichten (*black magic*) an, so konnten entweder sieben Jahre Gefängnis oder eine Geldstrafe über 4.000 TZS verhängt werden. Im Falle von magischen Dienstleistungen ohne böse Absichten (*white magic*), verringerte sich die Geldstrafe auf 1.000 TZS beziehungsweise eine Gefängnisstrafe von bis zu einem Jahr.¹⁹⁹ Dieses Verbot kann als ein Beispiel dafür gesehen werden, wie westliches Denken, insbesondere im medizinischen Bereich, die traditionellen afrikanischen Handlungsweisen und Vorstellungen negativ beeinflusst und in weiterer Folge enormen Einfluss auf die Werte der lokalen afrikanischen Gesellschaften genommen hat.²⁰⁰

Für die Zeit des Kolonialismus lassen sich also folgende Punkte festhalten:

Durch die christlichen Missionen hielt die westliche Medizin Einzug in Tansania. Inkompatible Denkweisen führten jedoch vor allem auf Seiten der VertreterInnen der westlichen Medizin dazu, dass kein Austausch zwischen den Medizintraditionen stattfand.

¹⁹⁴ Vgl. Ruth *Kutalek*, Krankheit und Gesundheit in Afrika, 106.

¹⁹⁵ Vgl. *Bruchhausen*, Medizin zwischen den Welten, 102.

¹⁹⁶ Vgl. Ruth *Kutalek*, Krankheit und Gesundheit in Afrika, 106.

¹⁹⁷ *The Witchcraft Act*, online unter:

<<http://www.icla.up.ac.za/images/un/use-of-force/africa/Tanzania/The%20Witchcraft%20Act.pdf>> (12. November 2017).

¹⁹⁸ Vgl. John Warui *Kringe*, Ecological and Anthropological Threats to Ethno-Medicinal Plant Resources and their Utilization in Massai Communal Ranches in the Amboseli Region of Kenya. In: *Ethnobotany Research and Applications*, Vol. 3. (2005) 232.

¹⁹⁹ Vgl. Simeon *Mesaki*, Witchcraft and the law in Tanzania. In: *International Journal of Sociology and Anthropology*, Vol. 1 (8) (2009) 134.

²⁰⁰ Vgl. *Kringe*, Ecological and Anthropological Threats to Ethno-Medicinal Plant Resources and their Utilization in Massai Communal Ranches in the Amboseli Region of Kenya, 232.

Die Praktiken der traditionellen afrikanischen Medizin wurden grundlegend verurteilt und deren Nutzung sanktioniert. Aus diesem Grund muss man im genannten Zeitraum von einer größtenteils negativen Korrelation sprechen.

Des Weiteren kann man sagen, dass ein Interesse an der traditionellen Medizin seitens der MissionarInnen, ForscherInnen und ÄrztInnen zu jener Zeit kaum vorhanden war. Wendeten sich während der Kolonialzeit dennoch europäische ForscherInnen, vor allem ÄrztInnen und EthnologInnen, der traditionellen Medizin zu, so suchten sie vor allem nach Heilmitteln, die auch in Europa von Nutzen sein könnten.²⁰¹ In diesem Punkt lässt sich vielleicht ein winziger Aspekt positiver Korrelation ausmachen, da die Erkenntnisse der traditionellen Medizin, insbesondere die Pflanzenheilkunde, somit nach Europa kamen und neuen Arzneimittelformen angeboten werden konnten. In diesem Punkt hat also die traditionelle afrikanische Medizin einen positiven Einfluss auf die westliche Medizin genommen. Alles, was jedoch über den Gebrauch von Heilpflanzen hinausging, wurde als „rituell“, beziehungsweise „abergläubisch“ abgetan und entweder ignoriert oder gar bekämpft.²⁰²

5.3. Die Korrelation seit der Unabhängigkeit

Als die Kolonialzeit zu Ende ging, gingen viele WissenschaftlerInnen davon aus, dass auch das Christentum sein Ende finden würde. Damit wäre der vermutlich größte Gegner der traditionellen Medizin vom Bildschirm verschwunden. Derartige Erwartungen haben sich jedoch nicht erfüllt.²⁰³ Im Gegenteil dazu hat der Anteil der ChristInnen an der Gesamtbevölkerung kontinuierlich zugenommen. Im Jahr 2010 waren rund 61,4 Prozent der Bevölkerung dem Christentum angehörig.²⁰⁴

Dennoch gab es viele Veränderungen. Mit der Unabhängigkeit im Jahr 1961 nahm die Toleranz gegenüber traditioneller medizinischer Praktiken und deren Förderung zu. Im

²⁰¹ Vgl. *Bruchhausen*, Traditionelle Medizin in Afrika – Kranke und Heiler als Objekt böser und guter Absichten, 15.

²⁰² Vgl. *Ruth Kutalek*, Krankheit und Gesundheit in Afrika, 104

²⁰³ Vgl. *Klaus Fiedler*, Christentum und afrikanische Kultur: Konservative deutsche Missionare in Tansania 1900 – 1940 (Malawi 2016) 9.

²⁰⁴ *Central Intelligence Agency*, The World Factbook: Africa – Tanzania, online unter: <<https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/geos/tz.html>> (14. November 2017).

Jahr 1968 wurde ein neues Gesetz –das sogenannte „Medical Practitioners and Dentists Ordinance“ – verabschiedet, welches den HeilerInnen das Recht auf ihre Existenz und Behandlung zusprach.²⁰⁵

Um die *Health Development Goals* (Deutsch: Ziele in der Gesundheitsentwicklung) zu erreichen, hat das tansanische Gesundheitsministerium mit Unterstützung der WHO, der Weltbank und anderen internationalen AkteurInnen außerdem seit den 1970er Jahren die wissenschaftliche Entwicklung der traditionellen Medizin finanziell gefördert. Seit den 1980er Jahren wird zudem auch in die Professionalisierung traditioneller HeilerInnen investiert.²⁰⁶

Im Jahr 1974 wurde innerhalb des Muhimbili University College of Health Sciences in Dar es Salaam sogar eine eigene Abteilung für traditionelle afrikanische Medizin gegründet. Im Jahr 1989 wurde zusätzlich ein „Office of Traditional Medicine“ im Gesundheitsministerium etabliert.²⁰⁷

Vor allem in den 1990er Jahren wurden schließlich zahlreiche Konferenzen und Treffen abgehalten, in denen es um die Nutzbarmachung der TAM sowie der Aufnahme bewährter Heilmittel in die bestehenden Drogenrichtlinien und -verordnungen ging.²⁰⁸ Man kann hier also von den Anfängen der Anerkennung traditioneller Medizin sprechen, deren Potenzial für die Effizienz des bestehenden Gesundheitssystems Tansanias erkannt wurde.

Auch wenn die traditionelle Medizin in Tansania zunehmen an Bedeutung gewann, so wurde sie dennoch von der Kirche nach wie vor nicht anerkannt. Dr. Gunter Dorsch beschreibt seine Erfahrungen aus den 1980er/1990er Jahren in seinem privaten Aufsatz mit dem Titel „Medizinmann in Tansania“ folgendermaßen:

²⁰⁵ Vgl. *Bodeker*, WHO Global Atlas of traditional, complementary and alternative medicine, 33.

²⁰⁶ Vgl. Stacey A. *Langwick*, Articulate(d) bodies: Traditional medicine in a Tanzanian hospital. In: *American Ethnologist*, Vol. 35 (3) (2008) 428.

²⁰⁷ Vgl. Ruth *Kutalek*, Krankheit und Gesundheit in Afrika, 107.

²⁰⁸ Vgl. *Stangeland*, Recognition and development of traditional medicine in Tanzania, 191.

„Natürlich gab es auch Medizinmänner und traditionelle Hebammen. Diese leisteten teilweise sicher eine gute Arbeit. Es gibt auch eine Menge an traditionellen Heilmitteln. Doch auch dies, vor allem der Besuch beim Medizinmann wurde strengsten verboten und sanktioniert. Trotzdem hatte ich bei meiner Arbeit im Krankenhaus kaum einen Patienten erlebt, der nicht vorher schon einmal beim Medizinmann war. Selbst die Tochter eines Pfarrers ging wegen Beschwerden, und wohl vor allem Ängsten in der Schwangerschaft zuerst zum Medizinmann. Ich erkannte es immer daran, dass sich bei den Patienten auf der Haut dicht nebeneinander liegend Haut-Ritzungen fanden. Bei ihr eben am Bauch, dem Ort des Geschehens, bei Blinddarm-Patienten dann vor allem am rechten Unterbauch, bei Schulterschmerzen über der Schulter usw., wobei nach dem Ritzen wohl in der Regel Heilkräuter eingerieben wurden. Auch Patienten mit offensichtlichen Knochenbrüchen waren nicht selten zunächst beim Medizinmann. Ursprünglich gab es bestimmt auch eine traditionelle Behandlung bei Knochenbrüchen, das hatte ich aber nie mitbekommen. Die Patienten verschwiegen dies immer und schämten sich, wenn ich sie darauf hinwies. Eigentlich hätte ich es schon für hilfreich erachtet, wenn traditionelle Heilmittel, wie bei uns Kamille u.a. auch im Krankenhaus einsetzbar gewesen wären. Aber da fiel einfach pauschal alles Traditionelle unter das Verbot „heidnisch“ der Kirche. Dass sich alles Traditionelle aber nicht einfach verbieten lässt, ist völlig klar.“²⁰⁹

Es zeigt sich also, dass zwar der Kontakt zu Medizinmännern von der Kirche verboten wurde, sich die Menschen aber größtenteils nicht daran hielten, wenn sie sich von solchen Praktizierenden Hilfe erwarteten.

Im Jahr 2002 wurde schließlich der „Traditional and Alternative Medicine Act“ verabschiedet. Dieses beinhaltet eine Reihe an Initiativen, wie etwa einen eigenen Nationalrat für traditionelle Medizin und eine Gruppe in den National Institutes of Medical Research. In diesen Gremien geht es vor allem um indigene (hauptsächlich pflanzliche) Heilmittel und um die Untersuchung von deren Wirksamkeit sowie Sicherheit. Allerdings wird der Erforschung des Systems der traditionellen Medizin und den HeilerInnen selbst kaum Aufmerksamkeit zuteil. In politischen Bestrebungen geht es primär darum, Heilmittel in das westliche Gesundheitssystem zu integrieren. Das ist insofern zu hinterfragen, da dies nur einen winzigen Teil der traditionellen Medizin

²⁰⁹ Dr. Gunter Dorsch, Medizinmann in Tansania (Memmelsdorf 2017) 1.

betrifft. Viele Menschen suchen HeilerInnen aber hauptsächlich wegen der mit pflanzlichen Heilmitteln verbundenen Rituale auf, die sie als eigentlich heilsam empfinden. Daher ist es nicht unproblematisch, traditionelle Medizin auf diese Weise in das bestehende Gesundheitssystem zu integrieren.²¹⁰

Im selben Jahr wurde schließlich auch die erste „WHO Traditional Medicine Strategy 2002 – 2005“²¹¹ veröffentlicht. Dabei ging es vor allem darum, die Rolle der traditionellen Medizin aufzuwerten:

„The WHO Traditional Medicine Strategy 2002 – 2005 reviews the status of TM/CAM globally, and outlines WHO’s own role and activities in TM/CAM. But more importantly it provides a framework for action for WHO and its partners, aimed at enabling TM/CAM to play a far greater role in reducing excess mortality and morbidity, especially among impoverished populations.“²¹²

Ebenfalls ein wichtiger Schritt im Hinblick auf den Bedeutungszuwachs der traditionellen Medizin war die im Jahr 2008 vom Kongress der Weltgesundheitsorganisation beschlossene „Peking Deklaration“. Sie ist insofern von besonderer Bedeutung, da sie dazu appelliert, die traditionelle Medizintradition zu respektieren und sie in die bestehenden Strukturen zu integrieren. Des Weiteren fordert sie zur Weiterentwicklung der traditionellen Medizin auf.²¹³ Der aber wichtigste Aspekt für die Korrelation zwischen traditioneller und westlicher Medizin ist der fünfte Punkt der Erklärung:

„The communication between conventional and traditional medicine providers should be strengthened and appropriate training programmes be established for health professionals, medical students and relevant researchers.“²¹⁴

Hier wird besonders die Bedeutung des kommunikativen Austausches für eine gelingende Zusammenarbeit sowie die daraus folgende effizientere Gesundheitsversorgung unter Einbindung der traditionellen Medizin angesprochen.

²¹⁰ Vgl. Ruth Kutalek, Krankheit und Gesundheit in Afrika, 107.

²¹¹ World Health Organization, WHO Traditional Medicine Strategy 2002 – 2005 (2002), online unter: <http://www.wpro.who.int/health_technology/book_who_traditional_medicine_strategy_2002_2005.pdf> (letzter Zugriff: 22. November 2017).

²¹² Ebenda, 5.

²¹³ World Health Organization, Beijing Declaration (2008), online unter: <http://www.who.int/medicines/areas/traditional/TRM_BeijingDeclarationEN.pdf> (letzter Zugriff: 22. November 2017).

²¹⁴ Ebenda.

Die Korrelation zwischen traditioneller und westlicher Medizin nach der Unabhängigkeit lässt sich in der Theorie als positiv bewerten. Mit der Betonung auf Theorie ist hier gemeint, dass zwar in sämtlichen Strategien und Richtlinien versucht wurde, der traditionellen Medizin einen wichtigen Platz im Gesundheitssystem einzuräumen, sich in der Praxis die Umsetzung jedoch als weitaus schwieriger gestaltet (siehe folgendes *Kapitel 5.4.*). Nichtsdestotrotz hat seit der Unabhängigkeit eine sukzessive Annäherung beider Medizintraditionen stattgefunden, die mit einer zunehmenden Wertschätzung und dem gegenseitigen Respekt einhergeht und damit die Grundlage für eine mögliche Zusammenarbeit bildet.

5.4. Die Korrelation in der Gegenwart

Obwohl, wie im vorherigen Kapitel erwähnt, eine zunehmend positive Korrelation beider Medizintraditionen zu beobachten ist, gibt es erhebliche Herausforderungen und Probleme, die mit den Zielen der Regulierung, Standardisierung und der Integration der TAM in das bestehende Gesundheitssystem einhergehen. Eines dieser Probleme liegt nach Abdullahi in ethnozentrischen (Englisch: *ethnocentric*) und arztzentrierten (Englisch: *medicocentric*) Tendenzen der vorherrschenden westlichen Medizin begründet.²¹⁵ Unter einem arztzentrierten Blickpunkt versteht man dabei eine Betrachtungsweise eines/einer PatientIn, die sich auf die Krankheit fokussiert.²¹⁶ Im Hinblick auf die TAM wird allgemein angenommen, dass sich die traditionelle Medizin wissenschaftlichen Vorgehensweisen in Bezug auf die Objektivität, Messbarkeit, Kodifizierung und Klassifizierung entzieht. Trotz dieser weit verbreiteten Ansicht muss man aber beachten, dass die körperlichen Aspekte (der Gesundheit) der TAM durchaus wissenschaftlich gemessen und ausgewertet werden können. Dies ist im Gegensatz dazu bei den spirituellen Elementen, die in der traditionellen Medizin ebenfalls eine wichtige Rolle spielen, nicht möglich. Die Problematik besteht als in der Messbarkeit der spirituellen Bestandteile der TAM. Sollte die traditionelle Medizin zur Gänze und mit Erfolg in das bestehende System integriert werden, so stellt sich in weiterer Folge außerdem die Frage, wie ÄrztInnen trotz der

²¹⁵ Vgl. *Abdullahi*, Trends and challenges of traditional medicine in Africa, 119.

²¹⁶ Vgl. *Elisa J. Sobo/ Martha O. Loustaunau*, The cultural context of health, illness and medicine (Santa Barbara 2010) 8.

ethnozentrischen Tendenzen der modernen Medizin hinsichtlich der Ontologie, Epistemologie und Wirksamkeit der TAM geschult werden können. Damit verbunden muss man sich außerdem fragen, wer die Wirksamkeit und Effektivität der TAM beurteilt und festlegt. Insbesondere dieses Problem gab WissenschaftlerInnen immer wieder Anlass zu der Ansicht, dass beiden Medizintraditionen das Recht auf ihre Tätigkeit und Entwicklung unabhängig voneinander zugesprochen werden sollte.²¹⁷

Im Hinblick auf den Ausbau einer möglichen positiven Korrelation zwischen traditioneller und westlicher Medizin in Afrika schrieb der Wissenschaftler Richard Taye Oyelakin im Jahr 2009:

„After all, the western people did not develop their medical aspect in order to integrate it with anyone else. Theirs was to first make themselves and later the rest of the world live a healthy life.“²¹⁸

Mit dieser Aussage kreiert Oyelakin den Anspruch der modernen Medizin als Vorreiter und langfristig gesehen auch Spitzenreiter der weltweiten medizinischen Versorgung sowie deren Verbesserung. Betrachtet man eine mögliche Kooperation außerdem aus dieser Perspektive, so würde die moderne Medizin gegenüber der traditionellen Medizin eine Vormachtstellung und Überlegenheit einnehmen, welche wiederum die Integration der TAM in das bestehende Gesundheitssystem gefährden würde.²¹⁹ Zusammenarbeit sollte aus Sicht der Autorin dieser Arbeit jedoch auf Augenhöhe stattfinden und davon geprägt sein, dass beide Medizintraditionen sich gegenseitig respektieren und anerkennen.

Eine weitere Herausforderung der Integration besteht darin, dass es eine große Anzahl an sogenannten *fake healers* (Deutsch: *unechte HeilerInnen*) gibt. Allerdings muss dazu gesagt werden, dass sich solche Fälle nicht nur auf die TAM beziehen. Vor allem seit sich kompetente HeilerInnen auf dem „Gesundheitsmarkt“ etabliert haben, ist es schwierig geworden, ScharlatanInnen von diesen zu unterscheiden.²²⁰

²¹⁷ Vgl. *Abdullahi*, Trends and challenges of traditional medicine in Africa, 119.

²¹⁸ Vgl. Richard Taye *Oyelakin*, Yoruba Traditional Medicine and the Challenge of Integration. In: The Journal of Pan African Studies, Vol. 3 (3) (2009) 83.

²¹⁹ Vgl. *Abdullahi*, Trends and challenges of traditional medicine in Africa, 119.

²²⁰ Ebenda, 120.

Natürlich wird die Akzeptanz der TAM durch die transferierte westliche Religion und Bildung, sowie durch Prozesse der Verstädterung und Globalisierung stark beeinflusst. So herrscht derzeit in der Bevölkerung eher ein Zwiespalt hinsichtlich der Bewertung der traditionellen afrikanischen Medizin. Der Einfluss der westlichen Medizin ist dabei immer noch enorm. John Warui Kiringe geht noch einen Schritt weiter und spricht hier sogar von einer negativen Korrelation:

„Introduction of Western culture particularly into rural parts of Africa has had a tremendous negative impact on the role traditional medicine plays. As Western education, Christianity and increased contact with the global community become an integral part of rural communities, taboos, traditions and customs have been affected and in some instances abandoned altogether and therefore traditional medicine may not retain the significance it once held.“²²¹

Seiner Meinung nach hat die westliche Kultur vor allem in ländlichen Gebieten einen negativen Einfluss auf die traditionelle Medizin genommen. Sie habe die traditionelle Medizin in eine Hintergrundposition gezwungen, aus der sie sich bis heute nicht zur Gänze befreien konnte.

Aus heutiger Perspektive muss man sagen, dass sich Tansania auf einem guten Weg befindet, beide Medizintraditionen gleichermaßen in das bestehende Gesundheitssystem einzubeziehen. Die laufenden Bestrebungen und Bemühungen sind gegeben und bieten Potenzial für eine durchaus positive Korrelation zweier unterschiedlicher Medizinpraktiken mit ihren Vor- und Nachteilen. Jedoch muss hier in erster Linie noch an der Toleranz und Respektierung der jeweils anderen medizinischen Herangehensweise gearbeitet werden. Nur wenn sich keine der beiden über die andere Medizintradition erhebt und den Rang als „bessere Medizin“ beansprucht, kann eine positive gegenseitige Beeinflussung ermöglicht werden.

5.5. Zusammenfassung

Zusammenfassend können nun also folgende Punkte festgehalten werden:

²²¹ Vgl. Kringe, Ecological and Anthropological Threats to Ethno-Medicinal Plant Resources, 232.

Vor dem Kolonialismus hat es kaum Austausch zwischen den Medizintraditionen gegeben. Das Interesse an anderen medizinischen Praktiken, beziehungsweise Heilmethoden war nicht gegeben und so muss man in der Zeit vor der kolonialen Übernahme mehr von einer Koexistenz statt von einer Korrelation von traditioneller Medizin auf der einen Seite sowie westlicher Medizin auf der anderen Seite sprechen.

In der Zeit des Kolonialismus wurde schließlich die traditionelle Medizin maßgeblich vom Einzug westlicher Strukturen in den Hintergrund gerückt. Sie verlor beträchtlich an Bedeutung und wurde seitens der Kirche, die durch die zunehmende Christianisierung an Einfluss gewann, stark kritisiert. Teilweise wurden die Behandlungsmöglichkeiten der traditionellen HeilerInnen in dieser Zeit mit entsprechenden Gesetzen sogar komplett unterbunden. Man muss also während der kolonialen Herrschaft von einer überwiegend negativen Korrelation sprechen, die vor allem der Verdrängung traditioneller Werte und Normen durch den Westen geschuldet war.

Festhalten muss man jedoch auch, dass das ohnehin mäßige Interesse der europäischen WissenschaftlerInnen und ÄrztInnen an der traditionellen Medizin auf Heilmittel gerichtet war, die auch für die Versorgung in Europa von Bedeutung sein könnten.²²² Damit kann man zumindest in diesem Punkt von einer positiven Wechselwirkung während der Kolonialzeit sprechen, da Kenntnisse der traditionellen Medizin in westliche Gesundheitssysteme übernommen werden konnten.

Um nach der Unabhängigkeit der wachsenden Nachfrage nach alternativen Heilmethoden nachzukommen und zusätzlich dem Bedarf an medizinischer Versorgung gerecht zu werden, wurden in ganz Afrika schließlich immer wieder Stimmen laut, die die Einbindung der traditionellen Medizin in das bestehende Gesundheitssystem forderten. Primäres Ziel dabei war es vor allem, den Zugang zur medizinischen Versorgung zu verbessern. Man war der Ansicht, würde man die traditionelle Medizin in die bestehende Struktur einbinden, könnte man nicht nur die Qualität verbessern, sondern auch gezielter eine kostengünstige Versorgung anbieten.²²³ Die theoretischen Umsetzungen deuten durchaus

²²² Vgl. *Bruchhausen*, Traditionelle Medizin in Afrika – Kranke und Heiler als Objekt böser und guter Absichten, 15.

²²³ Vgl. Ali Arazeem *Abdullahi*, Trends and challenges of traditional medicine in Africa. In: African journal of traditional, complementary, and alternatives medicines, Vol. 8 (5 Suppl.) (2011) 119.

auf eine positive Korrelation hin, da sie mit der Einbindung der TAM eine gegenseitige Unterstützung beider Medizintraditionen erreichen wollen. Wie jedoch aktuelle Untersuchungen zeigen, gestaltet sich diese Umsetzung aufgrund unterschiedlicher Denkweisen und Ansichten schwieriger als zu Beginn erwartet.

Man kann also vermerken, dass Tansania durchaus auf einem guten Weg ist, beiden Medizintraditionen ihre Berechtigung im bestehenden Gesundheitssystem zuzusprechen. Jedoch ist man noch nicht zur Gänze an dem Punkt angelangt, an dem man sagen kann, dass beide so positiv miteinander korrelieren, dass eine Zusammenarbeit in weiterer Folge die Effizienz des bestehenden Gesundheitssystems steigert. Welche Möglichkeiten es hinsichtlich dieser Frage gibt, beziehungsweise wo man in dieser Hinsicht ansetzen sollte, soll in *Kapitel 9* noch kurz zusammenfassend in einem Ausblick analysiert werden.

6. Die Wahrnehmung traditioneller Medizin aus westlicher Sicht

Wie bereits in den vorangegangenen Kapiteln deutlich geworden ist, spielt die persönliche Wahrnehmung und Einstellung der Beteiligten eine besonders wichtige Rolle im Hinblick darauf, wie die traditionelle Medizin mit westlichen Gesundheitssystemen korreliert. Diese Wahrnehmung trägt außerdem maßgeblich dazu bei, ob sich um Zusammenarbeit bemüht wird oder nicht.

Ende des vergangenen Jahrhunderts hat die traditionelle Medizin einen Bedeutungszuwachs erfahren und es gab erste Bestrebungen, diese Medizintradition in das bestehende Gesundheitssystem zu integrieren. Inwieweit nun zwischen den 1980er/1990er Jahren und heute eine Veränderung stattgefunden hat und wie die traditionelle Medizin von Seiten der medizinischen und kirchlichen VertreterInnen der westlichen Kultur wahrgenommen wird, soll nun in diesem Kapitel diskutiert werden.

Vorab muss allerdings angemerkt werden, dass es sich hierbei lediglich um zwei qualitative Interviews handelt. Der Autorin ist durchaus bewusst, dass mit einer solch geringen Anzahl keine allgemeingültigen Aussagen für die Wahrnehmung generiert werden können. Nichtsdestotrotz dienen sie einer ersten Analyse, inwieweit ein Umdenken gegenüber traditionellen Medizinpraktiken zwischen den 1980er/1990er Jahren und heute stattgefunden hat und ob, beziehungsweise in welcher Hinsicht Potenzial für die Zusammenarbeit zwischen westlicher und traditioneller Medizin besteht.

Dieses Kapitel gliedert sich in vier Unterkapitel. *Kapitel 6.1.* wird ausführlich auf die Untersuchungsmethode des qualitativen Interviews Bezug nehmen. *Kapitel 6.2.* stellt schließlich kurz die befragten Personen vor. *Kapitel 6.3.* widmet sich im Anschluss der Auswertung der Interviews. Dabei wird sich *Kapitel 6.3.1.* mit der Situation in den 1980er/1990er Jahren auseinandersetzen, während *Kapitel 6.3.2.* auf die heutige Sicht und Wahrnehmung zu sprechen kommt. *Kapitel 6.3.3.* wird abschließend aufzeigen, welche Veränderungen zwischen den 1980er/1990er Jahren und der Gegenwart zu beobachten sind.

6.1. Untersuchungsmethode

Für diese Arbeit hat sich die Autorin bewusst für die Methode des qualitativen Interviews entschieden, da es konkret um die persönliche Wahrnehmung der interviewten Personen geht. Damit handelt es sich um einen subjektorientierten Zugang, bei dem die Erfahrung der Befragten im Zentrum steht.

Aufgrund der räumlichen Distanz wurden die Interviews mit allen Personen über Email-Kontakt (asynchrone schriftliche Befragung) geführt. Aus diesem Grund musste bereits im Vorfeld entschieden werden, welche Form des Interviews am sinnvollsten erscheint. Folglich wurde die halbstandardisierte Interviewform gewählt, in der mithilfe eines halbstrukturierten und offen formulierten Leitfadens die Fragen zwar definiert, die Antwortmöglichkeiten jedoch nicht vorgegeben waren. Ziel war es so, den Befragten einen möglichst großen Antwortspielraum zur Verfügung zu stellen.²²⁴

Unter dem schriftlichen qualitativen Interview versteht man *„eine vom Forscher stimulierte schriftliche Textproduktion, die der Interviewpartner unter Abwesenheit des Interviewers und in einer deutlich verzögerten Kommunikation vollzieht.“*²²⁵ Schriftliche Interviews können dabei in zwei Grundformen unterschieden werden. Zum einen erzählgenerierende Interviews, zum anderen Leitfadeninterviews. Für diese Arbeit wurde die Methode des Leitfadeninterviews gewählt, welche dem Interview eine gewisse Strukturierung verleiht.²²⁶

Im Gegensatz zur mündlichen Befragung liegt der entscheidende Vorteil darin, dass keine direkten Bewertungen und Äußerungen abgegeben werden können. Gerade in wissenschaftlichen Interviews sollte auf die direkte Bewertung verzichtet werden. Zweitens geben schriftliche Interviews den Befragten die Möglichkeit zur erneuten Prüfung oder Formulierung der Antworten. Gegebenenfalls können Informationen wieder aus dem Kontext gelöscht werden.²²⁷

²²⁴ Vgl. Ernst *Halbmayer*/Jana *Salat*, *Qualitative Methoden der Kultur- und Sozialanthropologie* (Wien 2011), online unter: <<http://www.univie.ac.at/ksa/elearning/cp/qualitative/qualitative-titel.html>> (letzter Zugriff: 18. November 2017).

²²⁵ Daniela *Schiek*, Das schriftliche Interview in der qualitativen Sozialforschung. In: *Zeitschrift für Soziologie*, Vol. 43 (5) (2014) 379 – 395.

²²⁶ Ebenda, 380 – 381.

²²⁷ Ebenda, 386 – 387.

Die Nachteile liegen unter anderem darin, dass die Befragungssituation nicht kontrollierbar ist. Der/die InterviewerIn weiß nicht, ob die Fragen tatsächlich von dem/der Befragten beantwortet wurden oder ob die Beantwortung durch andere Personen beeinflusst wurde. Außerdem steht kein/e InterviewerIn für Rückfragen zur Verfügung, wodurch die Gefahr entsteht, dass einzelne Fragen nicht vollständig, beziehungsweise gar nicht beantwortet werden.²²⁸

Die Autorin war sich der Nachteile des schriftlichen Interviews durchaus bewusst, jedoch lag die Wahl des schriftlichen Austausches nicht nur in der teils schlechten telefonischen Verbindung begründet, sondern auch darin, dass mehr Zeit zur Reflexion und gegebenenfalls zur Revidierung der eigenen Erfahrungen gegeben war.

Die gewählte qualitative Forschungsmethode ist das problemzentrierte Interview, welches alle Formen der offenen, halbstrukturierten Befragung zusammenfasst. Bei dieser Form wird eine Problemstellung mithilfe eines teilstandardisierten Interviews erörtert. Zuvor wird ein Interviewleitfaden erstellt.²²⁹ Das problemzentrierte Interview zielt dabei zum einen auf die Beantwortung einer bestimmten Problemstellung ab, andererseits soll es den Befragten aber auch die Möglichkeit geben, möglichst frei berichten zu können. Aus diesem Grund wurde sich für diese Variante entschieden.²³⁰

Die Interviewform des problemzentrierten Interviews zeichnet sich durch drei Kriterien aus:

Als Erstes die Problemzentrierung. Hier orientieren sich ForscherInnen an einer Problemstellung, die gesellschaftlich relevant erscheint.²³¹ Für diese Arbeit stellt sich die Frage, wie die traditionelle Medizin aus Sicht der VertreterInnen westlicher Medizin wahrgenommen wird und inwieweit diese Wahrnehmung dafür verantwortlich ist, ob Entwicklungszusammenarbeit stattfindet oder nicht.

²²⁸ Vgl. Stephan *Barth*, Die schriftliche Befragung (1998), online unter: <<https://www.hb.fh-muenster.de/opus/fhms/volltexte/2011/713/pdf/SchriftlicheBefragung.pdf>> (letzter Zugriff: 19. November 2017).

²²⁹ Vgl. Philipp *Mayring*, Einführung in die qualitative Sozialforschung. Eine Anleitung zu qualitativem Denken (Weinheim 3¹⁹⁹⁶) 50.

²³⁰ Ebenda.

²³¹ Vgl. Andreas *Witzel*, Das problemzentrierte Interview. In: Gerd *Jüttemann* (Hrsg.): Qualitative Forschung in der Psychologie: Grundfragen, Verfahrensweisen, Anwendungsfelder (Weinheim 1985) 230.

Das zweite Kriterium ist die Gegenstandsorientierung, nach welcher sich Methoden am Gegenstand selbst orientieren sollen. So ist es in diesem Fall sinnvoll, dem Interview viele narrative Elemente einzuräumen. Eine andere, jedoch für diese Arbeit nicht relevante Möglichkeit, wäre die Etablierung eines Dialogs.²³²

Das dritte Kriterium ist die Prozessorientierung. Hierbei geht es darum, dass sich die Erkenntnisgewinnung und Analyse auf den gesamten Forschungsverlauf bezieht. Ziel ist es, zwischen InterviewerInnen und Interviewten ein Vertrauensverhältnis zu kreieren.²³³

Ziel der Befragung war es, die Veränderungen hinsichtlich der Wahrnehmung der traditionellen Medizin aus westlicher Sicht zwischen den 1980er/1990er Jahren und der Gegenwart aufzuzeigen. Die Anwendung der Methode des problemorientierten Interviews ist dafür besonders geeignet, da es einen Vergleich aufgrund des teilstrukturierten Aufbaus ermöglicht.

Auf Basis der in dieser Arbeit relevanten Fragestellungen wurde schließlich ein Interviewleitfaden entwickelt. In einem nächsten Schritt folgte die Kontaktaufnahme mit den Interviewpersonen und im Anschluss daran der Austausch via Email-Kontakt.

Der Leitfaden selbst, der im Anhang ersichtlich ist, gliedert sich grob in drei Themenkomplexe. Die einleitenden Fragen beziehen sich dabei auf die Biographie der befragten Personen und zielen darauf ab, sowohl Informationen über die berufliche Tätigkeit als auch den Bezug zu Tansania zu gewinnen.

Der zweite Themenkomplex beschäftigt sich schließlich konkret mit der westlichen und traditionellen Medizin. Hier soll erhoben werden, ob und wenn ja welche Erfahrungen mit traditioneller Medizin gemacht wurden, welcher Austausch zwischen beiden Medizintraditionen beobachtet wurde und wie die TAM persönlich bewertet wird.

Im dritten Themenkomplex wird gezielt nach der Bereitschaft für Zusammenarbeit gefragt und welche Vor- beziehungsweise Nachteile eine solche für das bestehende Gesundheitssystem Tansanias bringen würde.

Zur besseren Veranschaulichung zeigt *Tabelle 1* den Leitfaden in Themenkomplexe unterteilt:

²³² Ebenda, 232.

²³³ Ebenda, 233.

Themenkomplex 1 – „Biographie und Bezug zu Tansania“
<ol style="list-style-type: none"> 1. Könnten Sie kurz etwas zu Ihrer Person sagen? Wer sind Sie, was machen Sie beruflich und wie lange leben Sie schon in Tansania (beziehungsweise in welchem Zeitraum haben Sie in Tansania gelebt?) 2. Falls Sie im medizinischen Bereich arbeiten: Was sind dort Ihre konkreten Aufgaben?
Themenkomplex 2 – „Erfahrungen mit TAM, Austausch, persönliche Bewertung“
<ol style="list-style-type: none"> 3. Haben Sie bereits Erfahrungen mit traditioneller Medizin gemacht? Falls ja, wann und welche? 4. Wie würden Sie den Kontakt, beziehungsweise Austausch zwischen westlichen ÄrztInnen und Medizinmännern/HeilerInnen beschreiben? War/ist ein Austausch überhaupt vorhanden? 5. Wie bewerten Sie selbst die traditionelle afrikanische Medizin? Was ist ihre persönliche Meinung zu/auf die TAM? 6. Falls Sie im medizinischen Bereich arbeiten: haben Sie je PatientInnen davon abgehalten, einen Medizinmann/HeilerInnen zu konsultieren? Falls ja, warum? Falls nein, warum nicht? 7. Auf Swahili wird „daktari“ für den Arzt verwendet, „mganga“ für den Heiler/Medizinmann. Haben Sie das Gefühl gehabt, dass hier eine Überlegenheit der westlichen ÄrztInnen vorherrscht (dass diesen mehr vertraut wurde/wird oder der Großteil der Bevölkerung eine Behandlung durch westliche MedizinerInnen der traditionellen Medizin vorgezogen hat/vorzieht?) Wie würden Sie sagen, werden die beiden Medizintraditionen bewertet? 8. In der Literatur wird zwischen den beiden oftmals so unterschieden, dass in der TAM nach der Ursache für ein Leiden gesucht wird, während die westliche Medizin ihren Fokus auf den Heilungsprozess und damit auf die Bekämpfung der Symptome an sich legt. Wie würden Sie das bewerten? Trifft dies zu? 9. Welche Vor- und Nachteile sehen Sie für Tansania jeweils in den unterschiedlichen Behandlungsmethoden? Würden Sie sagen, dass beide Medizintraditionen ihre Berechtigung haben? Wenn ja, warum? Wenn nein, warum nicht?
Themenkomplex 3 – „Bereitschaft für Zusammenarbeit“
<ol style="list-style-type: none"> 10. Falls Sie im medizinischen Bereich arbeiten: Bestände die Möglichkeit gemeinsam am Aufbau eines Gesundheitskonzeptes für Tansania zu arbeiten, wäre dann von Ihrer Seite aus Bereitschaft dazu? Wenn ja, warum? Wenn nein, warum nicht? 11. Wäre es Ihrer Meinung nach sinnvoll, gemeinsam an einem Gesundheitskonzept zu arbeiten, in dem beide Medizintraditionen ihre Berechtigung haben? Würde eine Zusammenarbeit im medizinischen Bereich dazu beitragen, die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung in Tansania noch effizienter zu gestalten?

Tabelle 1: Unterteilung der Leitfragen nach Themenkomplexe.

6.2. Vorstellung der interviewten Personen

Für die Interviews selbst haben sich Dr. Gunter Dorsch und Dr. Günter Kohler bereit erklärt.

Dr. Gunter Dorsch ist ein deutscher Chirurg, der in den Jahren 1987 bis 1991 als Arzt in den Krankenhäusern der lutherischen Kirche in Tansania tätig war. Im Jahr 1987 fungierte er als Oberarzt im Krankenhaus in Machame (Kilimanjaro) und nach seinem Wechsel im Jahr 1989 ans Krankenhaus in Bumbuli (Usambaraberge) als Chefarzt der Chirurgie.

Das Krankenhaus in Machame hatte damals rund 200, jenes in Bumbuli um die 150 Betten. Täglich wurden bis zu 300 PatientInnen, die aus dem ländlichen Raum und aus einem Umkreis von bis zu 20 km anreisen, ambulant versorgt.

Dr. Günter Kohler ist ein pensionierter deutscher Pfarrer. Er lebte zwischen den Jahren 1984 und 1991 und von 2007 bis 2011 in Tansania. Zuletzt war er in der Krankenhauseelsorge tätig.

6.3. Auswertung der Interviews

Die Auswertung der Interviews erfolgt in Anlehnung an die Methode der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring. Sie wurde Anfang des 19. Jahrhunderts in den USA entwickelt, um das zunehmende massenmediale Datenmaterial auswerten zu können.²³⁴

*„Das Ziel von Inhaltsanalysen ist die systematische Bearbeitung von Material aus Kommunikationen.“*²³⁵

Mayring selbst unterscheidet dabei drei Formen der Inhaltsanalyse. Eine Form ist die *Zusammenfassung* mit dem Ziel, das Material so zu reduzieren, dass nur noch die wesentlichen Inhalte vorhanden sind, diese jedoch das Grundmaterial repräsentieren.²³⁶

Eine weitere Form ist die *Exemplifikation*. Bei dieser Art wird zusätzliches Material herangezogen, um bei unklaren Textteilen Verständnis zu schaffen.²³⁷ Die dritte

²³⁴ Vgl. Philipp Mayring, Qualitative Inhaltsanalyse. In: Uwe Flick/Ernst von Kardoff/Heiner Keupp/Lutz von Rosenstiel (Hrsg.), Handbuch qualitative Forschung: Grundlagen, Konzepte, Methoden und Anwendungen (München 1991) 209.

²³⁵ Ebenda.

²³⁶ Vgl. Siegfried Lamnek, Qualitative Sozialforschung (Weinheim 2010) 473.

²³⁷ Ebenda, 474.

Analysetechnik ist die *Strukturierung* und hat, wie der Name bereits verrät, zum Ziel, eine gewisse Struktur in das Material zu bringen.²³⁸

In dieser Arbeit wurde sich für die letzte Variante, die strukturierte Inhaltsanalyse entschieden. „*Sie hat das Ziel, bestimmte Aspekte aus dem Material herauszufiltern und unter vorher festgelegten Ordnungskriterien einen Querschnitt durch das Material zu legen oder das Material unter bestimmten Kriterien einzuschätzen.*“²³⁹

In einem zusätzlichen Schritt kann die strukturierende Inhaltsanalyse noch einmal nach weiteren Unterkategorien vorgenommen werden. So gibt es die Möglichkeit der formalen, der inhaltlichen, der typisierenden und der skalierenden Strukturierung.²⁴⁰ Für diese Arbeit eignet sich die inhaltliche Strukturierung, da die Interviews nach bestimmten Kategorien unterteilt und anschließend zusammengefasst werden können.

Die Analyse erfolgt dabei nach dem Ablaufmodell der strukturierenden Inhaltsanalyse, die nach Mayring in acht Schritte unterteilt wurde:

²³⁸ Ebenda, 478.

²³⁹ Mayring, Qualitative Inhaltsanalyse, 213.

²⁴⁰ Vgl. Lamnek, Qualitative Sozialforschung, 478.

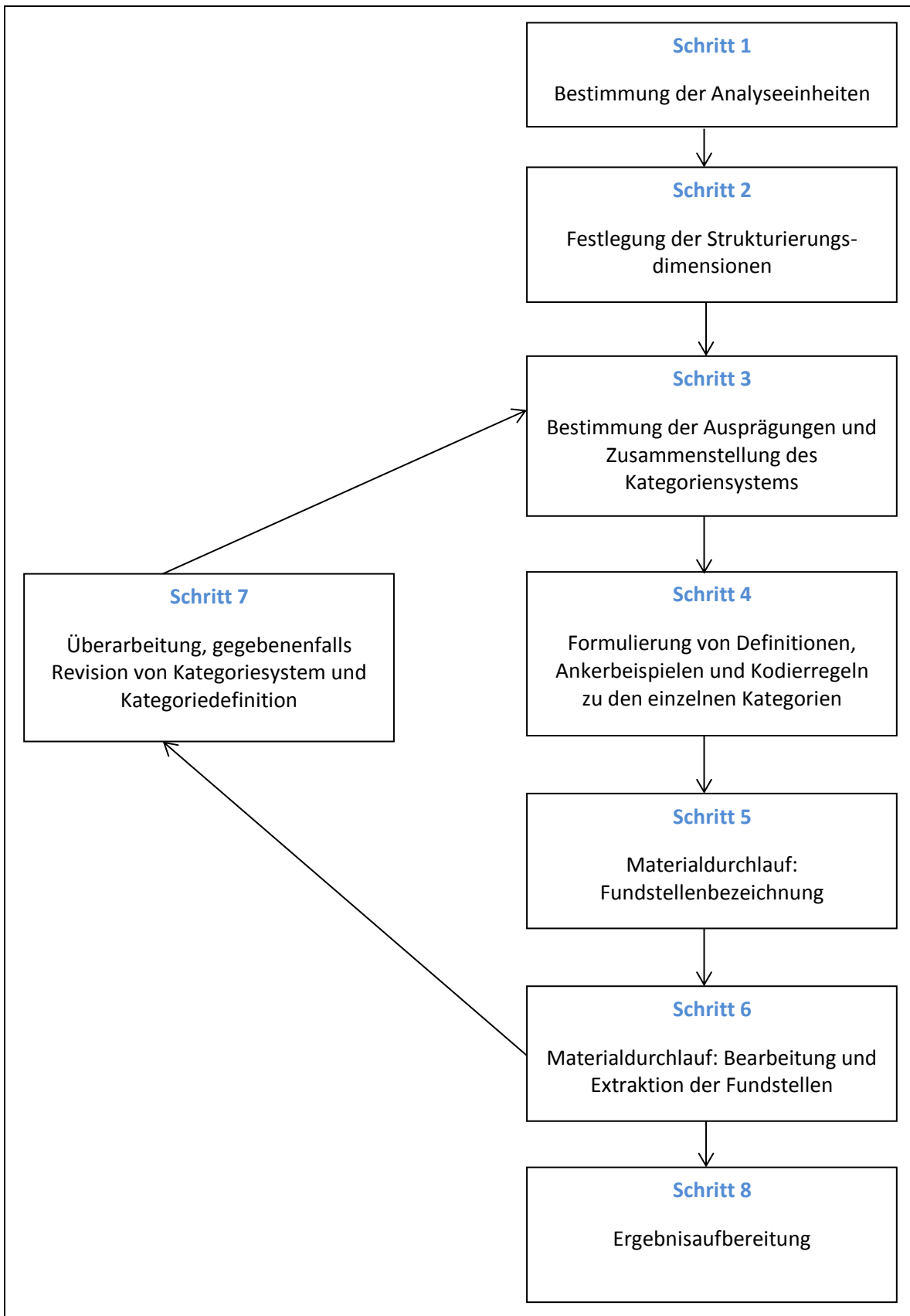


Abbildung 3: Allgemeines Ablaufmodell strukturierter Inhaltsanalyse (adaptiert nach: Lamnek (2010) 479).

Das Kategoriensystem stellt demnach das zentrale Element der qualitativen Inhaltsanalyse dar. Die Bildung erfolgt anhand des Datenmaterials, welches durch die Interviews gewonnen wurde. Dabei können sich sowohl Kategorien als auch Subkategorien bilden, welchen schließlich in einem weiteren Schritt Textstellen des Datenmaterials zugeordnet werden.²⁴¹

Als Analyseeinheiten fungieren die zwei geführten Interviews mit VertreterInnen der westlichen Medizin. In einem zweiten Schritt werden nun Kategorien bestimmt, die dazu dienen, die relevanten Informationen aus diesen zu filtern. Die Kategorien müssen klar definiert werden, um die Inhalte zuordnen zu können.

Für die geführten Interviews wurden vier Hauptkategorien gebildet:

1. **Kategorie:** Personenbezogene Angaben
 - Name
 - berufliche Tätigkeit
 - Bezug zu Tansania
2. **Kategorie:** Erfahrungen mit traditioneller afrikanischer Medizin
 - persönliche Erfahrungen
 - Austausch zwischen westlicher und traditioneller Medizin
3. **Kategorie:** Persönliche Bewertung der traditionellen afrikanischen Medizin
 - eigene Sichtweise
 - Verwendung in der Literatur
 - Sprachgebrauch
4. **Kategorie:** Zusammenarbeit
 - Bereitschaft zur Zusammenarbeit
 - Bewertung der Effizienz

Anhand dieser Kategorien wird nun in den folgenden Unterkapiteln das Datenmaterial analysiert und den entsprechenden Bereichen zugeordnet. Abschließend werden die Ergebnisse für jeden Fall einzeln zusammengefasst und anhand der Fragestellung generalisiert.

²⁴¹ Vgl. Philipp *Mayring*, Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken (Weinheim/Basel 2003) 76.

6.3.1. Wahrnehmung der traditionellen Medizin in den 1980er/1990er Jahren

Für die Wahrnehmung der traditionellen Medizin in den 1980er/1990er Jahren wurde zunächst das Interview mit Dr. Gunter Dorsch einer Datenreduktion unterzogen. Die Darstellung in *Tabelle 2* beinhaltet die Unterkategorie, die Textfundstelle aus dem Interview sowie die Paraphrase.

Unterkategorie	Textfundstelle	Paraphrase
Personenbezogene Angaben		
Name		Dr. Gunter Dorsch
berufliche Tätigkeit	„Ich entschied mich dafür, nach dem Studium und Doktorarbeit eine Ausbildung zum Chirurgen zu beginnen.“	Arzt (Chirurg)
Bezug zu Tansania	„Die Arbeit an Krankenhäusern der lutherischen Kirche in Tansania war für mich außerordentlich bereichernd, und sehr vielseitig, als Chirurg musste ich sämtliche Operationen außer den Kaiserschnitten vornehmen.“	Arzt in Tansania in den Jahren 1987 bis 1991
Erfahrungen mit traditioneller Medizin		
persönliche Erfahrungen	„Von Aktivitäten bzw. Behandlungen durch Medizinmänner hatte ich nur gelegentlich vage Informationen bekommen. Meine Mitarbeiter vermuteten öfters, dass ein Medizinmann im Spiel war, wenn es etwas ungewöhnliche Verläufe bei Patienten gab.“	Erfahrungen nur dann, wenn PatientInnen ungewöhnliche Krankheitsverläufe zeigten
Austausch	„Einen Austausch hatte ich damals überhaupt nicht erlebt oder wahrgenommen.“	kein Austausch
Persönliche Bewertung der traditionellen Medizin		
Eigene Sichtweise	„Was ich in den Jahren von 1989	kritische Haltung gegenüber der

	– 1991 von den Behandlungen der Medizinmänner so mitbekommen habe, das betrachte ich schon eher kritisch.“	TAM
	„Vor- und Nachteile, Berechtigung für beide.“	Daseinsberechtigung beider Medizintraditionen
	„Ich will nicht behaupten, dass Maßnahmen der Medizinmänner ausschließlich zu Komplikationen geführt hatten. Lediglich bei Kindern mit heftigen Durchfällen waren manchmal traditionelle Mittel gegeben worden, die zwar den Durchfall schlagartig beendeten, aber unter Umständen zu einer Lähmung des Darmes führten, mit vereinzelt tödlichen Folgen.“	Maßnahmen der Medizinmänner nicht nur Komplikationen, aber teilweise gefährliche Nebenwirkungen
Verwendung in der Literatur	„Meiner Meinung nach ist das wichtigste „Medikament“ der Arzt selbst. Behandeln muss man immer den Menschen, die Krankheit kann man ja gar nicht ‚anfassen‘, reine Symptombekämpfung reicht nie, muss aber immer im Vordergrund stehen.“	Mensch/Arzt als wichtigster Faktor, bei Schmerzen aber generell Symptombekämpfung im Vordergrund
Sprachgebrauch	„An den Krankenhäusern in Machame und Bumbuli war ich einfach in dieses ‚westliche‘ Modell eingebunden, das wurde nicht hinterfragt. Da wurde auch weiterhin als überlegen betrachtet, ganz grundsätzlich wurde mir als Weißem in aller Regel mehr vertraut als den tansanischen Ärzten, und dann	in Bevölkerung Ansicht der Überlegenheit westlicher ÄrztInnen

	natürlich noch viel mehr als den Medizinmännern.“	
Zusammenarbeit		
Bereitschaft	„Da würde ich wiederum sagen, dass die Methoden des ‚echten‘ Medizinmannes eben von einem völlig anderen Weltbild ausgehen, und daher eine Zusammenarbeit kaum möglich ist, von Medizinmännern wohl oft auch gar nicht gewünscht wird.“	zu unterschiedliche Weltbilder, Zusammenarbeit eher schwierig, von Medizinmännern nicht erwünscht
	„Mich hätte es durchaus interessiert, mehr über die Vorstellungen und das Wissen der Medizinmänner zu erfahren.“	von eigener Seite zumindest Interesse an Austausch
Bewertung der Effizienz	„Dass eine Zusammenarbeit zu einer effizienteren Behandlung geführt hätte, daran zweifle ich sehr. In meinem chirurgischen Fachgebiet eh kaum.“	Zweifel hinsichtlich Zusammenarbeit auf Fachgebiet der Chirurgie

Table 2 : Reduktion des Datenmaterials aus dem Interview mit Dr. Gunter Dorsch.

6.3.2. Wahrnehmung der traditionellen Medizin in der Gegenwart

Die gleiche Vorgehensweise wurde beim Text des Interviews mit Dr. Günter Kohler vorgenommen, um im Anschluss daran eine vergleichende Analyse durchführen zu können.

Unterkategorie	Textfundstelle	Paraphrase
Personenbezogene Angaben		
Name		Dr. Günter Kohler
berufliche Tätigkeit	„Ich bin pensionierter Pfarrer.“	pensionierter Pfarrer
Bezug zu Tansania	„In Tansania habe ich von 1984 bis 1991 und von 2007 bis 2011 gearbeitet, zuletzt in der KH- Seelsorge“	Pfarrer in Tansania in den Jahren 1984 bis 1991 und 2007 bis 2011

Erfahrungen mit traditioneller Medizin		
persönliche Erfahrungen	„Nur indirekt. Patient*innen im Kilimanjaro Christian Medical Center, die ich und meine Studenten im Seelsorgekurs besuchten, baten immer wieder um Vergebung dafür, dass sie wegen Krankheiten traditionelle Heiler aufgesucht hatten. Sie wussten, dass die Kirche das verurteilt, und befürchteten wohl teilweise auch eine Art Bestrafung dafür von Gott.“	PatientInnen baten um Vergebung, wenn sie traditionelle HeilerInnen aufsuchten, da sie mit Bestrafung von Gott rechneten
Austausch	„Ich habe keinen solchen Kontakt beobachtet.“	kein Kontakt
Persönliche Bewertung der traditionellen Medizin		
Eigene Sichtweise	„Traditionelle Heiler haben oft a) sehr gute Menschenkenntnisse und b) gute Kenntnisse über Heilpflanzen. Sie können daher sowohl eine Art psychologischer Beratung als auch manchmal medikamentöse Heilung leisten. Es gibt allerdings viele Scharlatane.“	HeilerInnen gute Menschen und Pflanzenkenntnisse und teilweise hilfreich für psychologische Beratung und medikamentöse Heilung, aber leider auch viele Scharlatane
	„Es gibt eine von der Regierung verordnete Vereinigung traditioneller Heiler, die eine Art Qualitätssicherung darstellt. Wenn die traditionellen Heiler ihr pflanzliches Wissen einsetzen und nicht mit Zauberei arbeiten, halte ich ihre Arbeit in Ergänzung zur westlichen Medizin für sinnvoll.“	Heilpflanzenwissen positiv, Zauberei negativ beurteilt, ohne Zauberei aber als Ergänzung zu westlicher Medizin sinnvoll
Verwendung in der Literatur	„Das ist natürlich ein vernichtendes Urteil über die westliche Medizin. Aber es	unterschiedliche Ausbildung, Schulmedizin bisweilen eher an Symptomen interessiert (da es in

	könnte wohl sein, dass tansanische Ärzte der Schulmedizin, die ja ein verschiedenes Maß an Ausbildung haben, bisweilen eher am Symptom interessiert sind.“	vielen Fällen schwierig ist, Ursache zu behandeln)
Sprachgebrauch	„Der mganga wird wohl manchmal aufgesucht, weil er näher ist. Er kann auch aufgesucht werden, wenn die westliche Medizin – vermeintlich – versagt hat. Ich kann keine allgemeine Aussage darüber machen, wer das bessere Ansehen genießt. Das dürfte von Mensch zu Mensch und auch von Region zu Region sehr verschieden sein.“	keine allgemeine Aussage, von Mensch zu Mensch und Region zu Region sehr verschieden
Zusammenarbeit		
Bereitschaft	-	-
Bewertung der Effizienz	„Ja. Die Schulmedizin in TZ finde ich häufig sehr schematisch, technisch: Für die jeweilige Diagnose gibt es die Therapie aus dem Lehrbuch und die eingeführten Medikamente (so sie denn vorhanden sind). Die traditionellen Heiler haben eher den ganzen Menschen im Blick, auch sein psychosoziales Umfeld. Wenn die das einbringen können, fände ich das verheißungsvoll. Eine Zusammenarbeit statt einer gegenseitigen Ablehnung wäre gut.“	Zustimmung, Mensch als ganzer im Fokus könnte die häufig schematisch/technische Schulmedizin bereichern, Zusammenarbeit statt gegenseitige Ablehnung

Tabelle 3 : Reduktion des Datenmaterials aus dem Interview mit Dr. Günter Kohler.

6.3.3. Veränderungen hinsichtlich der Wahrnehmung zwischen den 1980er/1990er Jahren und der Gegenwart

Die ausgewerteten Ergebnisse werden nun anhand der Hauptkategorien dargestellt und analysiert, um schließlich einige Aussagen generieren zu können. Bei der Darstellung fließen auch zusätzliche Informationen mit ein, die durch den regen Emailkontakt gewonnen werden konnten.

Hinsichtlich der Kategorie „Erfahrungen mit traditioneller Medizin“ gaben beide Interviewpartner an, dass sie nur indirekt Erfahrungen mit dieser Medizintradition gemacht haben. So war dies bei Dr. Gunter Dorsch der Fall, als PatientInnen ungewöhnliche Krankheitsverläufe zeigten und MitarbeiterInnen der Meinung waren, dass hier zuvor ein Mediziner konsultiert worden war. Bei Dr. Günter Kohler war der Kontakt ebenfalls nur indirekt, wenn PatientInnen, die eine/n HeilerIn aufgesucht hatten, um Vergebung baten.

Auch berichteten beide Interviewpartner, dass sie keinen Austausch zwischen traditioneller und westlicher Medizin beobachtet, beziehungsweise wahrgenommen hatten.

Man kann also basierend auf diesen Interviews davon ausgehen, dass es in den 1980er/1990er kaum Kontakt zwischen traditioneller und westlicher Medizin gegeben hat. Man muss jedoch an dieser Stelle anmerken, dass es sich bei den Erfahrungen einmal um jene eines kirchlichen Vertreters, zum anderen um die eines Arztes, der in Krankenhäusern der lutherischen Kirche tätig war, handelt. Wie im Kapitel zuvor bereits deutlich wurde, sah die Kirche traditionelle Heilmethoden sehr kritisch, weswegen dies noch einmal als möglicher Faktor für wenig bis keinen Kontakt gesehen werden kann.

Inwieweit dies auch auf nicht-kirchlich organisierte Spitäler zutraf, wäre ein interessanter Gesichtspunkt, konnte aber für diese Arbeit nicht erhoben werden.

Hinsichtlich der Kategorie „Persönliche Bewertung der traditionellen Medizin“ zeichnen sich unterschiedliche Tendenzen ab. Dr. Gunter Dorsch sieht zwar die Daseinsberechtigung beider Medizintraditionen mit ihren jeweiligen Vor- und Nachteilen, vertritt dennoch eine kritische Haltung gegenüber der TAM. So entfalteten zwar

Behandlungsmethoden der Medizinmänner häufig ihre Wirkung, mitunter brachten sie jedoch oft auch gefährliche Nebenwirkungen mit sich.

In seinem privaten Aufsatz „Erinnerungen als Arzt – Vergleiche zwischen Tansania und Deutschland“ berichtet Dr. Gunter Dorsch von einigen negativen Nebenwirkungen durch Behandlungen von Medizinmännern:

„Wie schon gesagt gingen die Patienten in Tansania zunächst oft einmal zum Medizinmann. Der hatte eine Menge an Heilpflanzen, sozusagen Naturheilmittel zur Verfügung. Manches war sicher hilfreich, manches aber auch gefährlich. Mehrmals habe ich erlebt, dass ein Kind mit Durchfall zunächst so behandelt wurde, da gibt es ein Mittel, da stoppt der Durchfall schlagartig, und die Angehörigen sind begeistert. Diese Wirkung beruht aber auf einer Lähmung des Darmes, der sich daher einfach nicht mehr entleert, die Giftstoffe der pathogenen Keime bleiben damit aber im Darm. Außerdem führt das Ganze zu einem paralytischen Ileus, das ist wie ein Darmverschluss, und das war manchmal nicht mehr zu beheben, auch mit der Operation nicht, und so sind mir mehrere Kinder gestorben.“²⁴²

Dr. Günter Kohler vertritt dagegen die Ansicht, dass HeilerInnen sehr gute Menschen- und Heilpflanzenkenntnisse besitzen. Demnach können sie für psychologische Beratung, teilweise auch für medikamentöse Heilung hilfreich sein. Wenn traditionelle HeilerInnen ohne Zauberei fungieren, sieht er diese Medizin als sinnvolle Ergänzung zur westlichen Medizin.

In dieser Hinsicht unterscheiden sich die Meinungen beider Befragten. Während Dr. Gunter Dorsch eher eine kritische Haltung vertritt, die vor allem persönlichen Erfahrungen geschuldet ist, sieht Dr. Günter Kohler die positiven Seiten traditioneller Medizin, die in einer guten Menschen- und Pflanzenkenntnis begründet liegen. In diesem Punkt ist die Meinung sehr stark von persönlichen Erfahrungen abhängig und kann schwer verallgemeinert werden.

Hinsichtlich dem in der Literatur oftmals beschriebenen Vorurteil, westliche Medizin ziele auf die Behandlung der Symptome ab, während die traditionelle Medizin versucht, die

²⁴² Dr. Gunter Dorsch, Erinnerungen als Arzt – Vergleiche zwischen Tansania und Deutschland (Memmelsdorf 2015) 8.

Ursachen einer Krankheit herauszufinden, gab es ähnliche Meinungen. Zwar ist auch die westliche Medizin daran interessiert, die Ursache einer Erkrankung zu finden, jedoch müssen häufig die Symptome (beispielsweise Schmerzen) behandelt werden, um anschließend der Ursache auf den Grund zu gehen. So ist Dr. Gunter Dorsch zwar der Meinung, dass es nie ausreichte, nur die Symptome zu bekämpfen, dies gleichzeitig jedoch im Vordergrund der Behandlung stehen sollte. Dr. Günter Kohler sieht diese Herangehensweise in der unterschiedlichen medizinischen Ausbildung begründet.

In der Frage, ob sich im Sprachgebrauch dagegen eine Überlegenheit der westlichen Medizin abzeichnet, gehen die Meinungen auseinander. Für den/die westliche/n Arzt/Ärztin der Begriff *daktari* verwendet, für den/die HeilerIn/Medizinmann der Begriff *mganga*, der sich von einem Verb ableitet, das „reparieren“ bedeutet. Dr. Günter Kohler ist der Ansicht, dass sich darüber keine allgemeine Aussage treffen lasse, da der Gebrauch von Region zu Region stark variere. Dr. Gunter Dorsch hat aus eigenen Erfahrungen dagegen sehr wohl eine Überlegenheit des/der westlichen Ärztin/Arztes wahrnehmen können.

Auch im Hinblick auf eine mögliche Zusammenarbeit sind beide Interviewpartner unterschiedlicher Meinung. Dr. Gunter Dorsch sieht eine Zusammenarbeit als eher schwierig, da zu unterschiedliche Weltbilder aufeinandertreffen würden. Von seiner Seite hätte damals durchaus Interesse an einem Austausch bestanden, jedoch glaubt er, dass seitens der Medizinmänner kein Interesse für gemeinsame Arbeit bestanden hätte. Vor allem in seinem Fachgebiet der Chirurgie wäre eine Zusammenarbeit kaum denkbar gewesen.

Hier ist Dr. Günter Kohler wiederum anderer Meinung. Da in der traditionellen Medizin der Mensch als ganzer im Fokus steht, sieht er diese durchaus als Bereicherung für die in seinen Augen oftmals sehr schematische Schulmedizin. Würde die traditionelle Medizin diese Ansicht einbringen, so sieht er in einer Zusammenarbeit durchaus Potenzial.

Für die Kategorie „Zusammenarbeit“ lassen sich also einige Punkte festhalten: Beide Medizintraditionen werden stark hinsichtlich ihres unterschiedlichen Fokus und ihrer Weltansichten wahrgenommen. Während Dr. Gunter Dorsch hier, bezogen auf sein Fachgebiet, eine Barriere für gemeinsame Zusammenarbeit sieht, ist Dr. Günter Kohler

der Ansicht, dass beide positiv miteinander korrelieren und sich gegenseitig bereichern könnten. Damit könnte die Effizienz des Gesundheitssystems in Tansania gesteigert werden. Wie Dr. Günter Kohler treffend sagte: *„Eine Zusammenarbeit statt einer gegenseitigen Ablehnung wäre gut.“*²⁴³

Die Veränderung in den genannten Zeiträumen hinsichtlich der traditionellen Medizin beschreibt er folgendermaßen:

„Ich denke, zwischen den 80ern und den Nullern hat sich die Stimmung in TZ gegenüber den traditionellen Heilern geändert - wobei ich Ihnen das leider nicht nachweisen kann. Ich habe den Eindruck, Regierung und Öffentlichkeit differenzieren stärker zwischen Zauberern und ernsthaften Naturheilkundigen und können sich vorstellen, mit letzteren zusammenzuarbeiten. Das dürfte auch für die Kirchen teilweise zutreffen.“

Man kann also festhalten, dass in der Betrachtung traditioneller Heilmethoden ein Umdenken stattgefunden hat, welches jedoch weder auf politischer noch auf praktischer Ebene ausreichend zum Tragen gekommen ist. Zwar wird - in Bezug auf Dr. Günter Kohlers Zitat - zunehmend eine Differenzierung innerhalb der Berufsgruppe des Medizinmannes vorgenommen worden, doch hat diese bisher keine Auswirkungen auf eine Zusammenarbeit von traditioneller und westlicher Behandlungsmethodik. Beide Interviewpartner ziehen den logischen Schluss, dass eine Zusammenarbeit beider Berufsgruppen im richtigen Rahmen einen Fortschritt im Gesundheitsbereich Tansanias bedeuten könnte.

²⁴³ Vgl. Interview mit Dr. Günter Kohler vom 31. Oktober 2017.

7. Entwicklung und Entwicklungszusammenarbeit in Tansania

Obwohl Tansania als eines der beständigsten und politisch friedlichsten afrikanischen Länder gilt und das Wirtschaftswachstum seit Jahren konstant zwischen sechs und sieben Prozent liegt, spielen die Themen Entwicklung und Entwicklungszusammenarbeit nach wie vor eine große Rolle. Dies liegt vor allem in der hohen Armutsrate begründet, die aufgrund des rasanten Bevölkerungswachstums kaum reduziert werden kann.²⁴⁴ Demnach ist Tansania auch heute noch eines der ärmsten Länder auf dem afrikanischen Kontinent.

Aufschluss über die Entwicklung eines Landes gibt unter anderem der sogenannte Human Development Index (kurz: *HDI*). Bei diesem Index, der im Hinblick auf Tansanias Entwicklung in *Kapitel 7.2.* genauer analysiert werden soll, belegte das Land im Jahr 2016 Platz 151 von 185 und gehört damit zu jenen Ländern, die einen geringen menschlichen Entwicklungsstand aufweisen.²⁴⁵

Folgende Fragen stellen sich jedoch: Wie viel Entwicklungshilfe beziehungsweise -zusammenarbeit ist notwendig und ab wann wirkt sie sogar eher kontraproduktiv? Inwieweit sollen andere Länder in die Entwicklung Tansanias intervenieren oder müssen die Veränderungen nicht durch das Land und seine EinwohnerInnen selbst angestoßen werden?

Der tansanische Politiker Julius Nyerere sagte:

*„You cannot develop people. You must allow people to develop themselves.“*²⁴⁶

Dass Entwicklung vor allem aus eigener Kraft bewältigt werden sollte, um nachhaltig zu sein, ist klar, denn nur so kann der Teufelskreis der Armut langfristig durchbrochen werden. Ungeachtet dessen haben aber Abhängigkeiten in der Vergangenheit immer wieder dazu geführt, dass für die Republik Tansania eine selbstständige Entwicklung nicht möglich war. Im folgenden *Kapitel 7.1.* werden nun zunächst zwei Theorien der

²⁴⁴ Vgl. *Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung*, Afrika südlich der Sahara: Tansania, online unter: <http://www.bmz.de/de/laender_regionen/subsahara/tansania/index.html> (letzter Zugriff: 27. Oktober 2017).

²⁴⁵ Vgl. *United Nations Development Programme*, Human Development Report 2016: Human Development for Everyone (New York 2016) 200.

²⁴⁶ *Az Quotes*, Julius Nyerere, online unter <http://www.azquotes.com/author/20568-Julius_Nyerere> (27. Oktober 2017).

Entwicklungsforschung erläutert, sowohl die Dependenz- also auch die Modernisierungstheorie. In einem weiteren Schritt werden in *Kapitel 7.2.* deren Sichtweisen konkret auf das Land Tansania angewendet und eine Analyse durchgeführt, warum sich Tansania auch heute noch - trotz seiner Unabhängigkeit - in einem recht niedrigen Entwicklungsstadium befindet.

Abschließend wird eine Bewertung des aktuellen Entwicklungsstands und dessen Ursachen sowie der derzeitigen Entwicklungshilfen und Zusammenarbeiten mit anderen Ländern vorgenommen.

7.1. Theorien und Konzepte der Entwicklungsforschung

Um sich mit den Theorien und Konzepten der Entwicklungsforschung auseinanderzusetzen, ist es zunächst notwendig, sich mit den Begriffen „Entwicklung“ und „Entwicklungsforschung“ vertraut zu machen.

Scheint der Begriff der Entwicklung auf den ersten Blick selbsterklärend, so ist es auf den zweiten Blick gar nicht so einfach, eine einheitliche Bezeichnung zu finden.

Laut Definition des Lexikons der Geographie ist „Entwicklung“ allgemein ein:

„[...]naturwissenschaftlicher und älterer naturphilosophischer Grundbegriff sowie Begriff der Geschichtsphilosophie und -schreibung, Soziologie und Sozialgeschichte zur Kennzeichnung des gesetzmäßigen Prozesses der Veränderung von Dingen und Erscheinungen als Aufeinanderfolge von verschiedenen Formen und Zuständen.“²⁴⁷

Im Bereich der Geographie und insbesondere im Bereich der Entwicklungsforschung wird unter diesem Begriff *„die wirtschaftliche und gesellschaftliche Entwicklung von Entwicklungsländern“²⁴⁸* verstanden. Allerdings ist es wichtig anzumerken, dass sich die Begriffe „Entwicklung“ und „Entwicklungsländer“ in diesem Zusammenhang nicht einheitlich definieren lassen. Sie sind nicht unproblematisch und bieten gerade in der Entwicklungsforschung immer wieder Nährboden für Debatten und hitzige Diskussionen.

²⁴⁷ *Lexikon der Geographie*: Entwicklung, online unter:

<<http://www.spektrum.de/lexikon/geographie/entwicklung/2068>> (letzter Zugriff: 27. Oktober 2017).

²⁴⁸ Ebenda.

Kritisiert wird der Begriff „Entwicklungsland“ insbesondere aus dem Grund, da er impliziert, dass in jedem Fall eine Entwicklung in diesem Land stattfindet. Der Begriff „Entwicklung“ generell ist problematisch, da er oftmals synonym für einen Übergang von Arm zu Reich verwendet wird, jedoch viel mehr Aspekte (beispielsweise menschliche Würde und Sicherheit) einschließen sollte.²⁴⁹

Trotzdem soll die oben genannte Annäherung an eine Definition für die Auseinandersetzung mit dem Thema dieser Arbeit genügen.

Einfacher als die Definition der Begriffe „Entwicklungsland“ und „Entwicklung“ ist dagegen die Präzisierung des Begriffs „Entwicklungsforschung“. Entstanden ist diese Wissenschaft vor dem Hintergrund der Dekolonialisierung des afrikanischen und asiatischen Kontinents und der damit verbundenen Neuordnung der Machtstrukturen. Dies führte auch zur Polarisierung zwischen „entwickelten“ und „unterentwickelten“ Staaten – eine Unterscheidung, die lediglich durch die westliche Sicht auf „Entwicklung“ geprägt wurde.²⁵⁰ John Harriss, Professor an der Universität von London und Entwicklungsforscher, definiert sein Forschungsgebiet folgendermaßen:

„Development studies’, thus constituted, is a cross-disciplinary field of enquiry, concerned with analyzing and understanding processes of social change [...]. But development studies even more than is usually the case in the social sciences, is also centrally concerned with studying how and why people act in particular ways, through ‘policy interventions’ or through political action, to change the structure of the social world. Much of social science is concerned with change, but development studies is concerned specifically with structural and institutional change, in context where countries are engaged in transformations towards an ‘image of their own future’ drawn from models usually provided by the experience of ‘first comers’.“²⁵¹

²⁴⁹ Vgl. Uwe Anderson, Entwicklungsdefizite und mögliche Ursachen. In: Informationen zur politischen Bildung, Heft 286 (Bonn 2005), online unter: <<http://www.bpb.de/izpb/9049/entwicklungsdefizite-und-moegliche-ursachen?p=0>> (letzter Zugriff: 16. November 2017).

²⁵⁰ Vgl. Karin Fischer/ Gerhard Hauck/ Manuela Boatcă (Hrsg.), Handbuch Entwicklungsforschung (Wiesbaden 2016) 5.

²⁵¹ Vgl. John Harriss, Great promise, hubris and recovery: a participant’s history of development studies. In: Uma Kothari, A radical history of development studies. Individuals, institutions and ideologies (Cape Town/London/New York 2005) 17.

Demzufolge kann man allgemein zusammengefasst Entwicklungsforschung als Wissenschaft verstehen, die sich mit den Prozessen und Ursachen von Entwicklung auseinandersetzt.

Im folgenden Unterkapitel soll nun auf zwei Theorien der Entwicklungsforschung eingegangen werden. Zum einen auf die Modernisierungstheorie, zum anderen auf die Dependenztheorie. Beide werden die Grundlage für die Bewertung der Entwicklung Tansanias bilden. Es sei an dieser Stelle angemerkt, dass es viele weitere Theorien und Konzepte der Entwicklungsforschung gibt, die sicherlich ebenfalls ihre Berechtigung an dieser Stelle hätten. Jedoch hat sich die Autorin im Hinblick auf den Umfang und die Übersicht dieser Arbeit dazu entschieden, ihren Fokus auf die beiden Genannten zu legen.

7.1.1. Grundlagen der Modernisierungstheorie

Modernisierungstheorien in der Disziplin der Entwicklungsforschung sind in der Zeit nach dem Zweiten Weltkrieg entstanden und behaupten, dass eine eingeschränkte Entwicklung nicht primär aus wirtschaftlichen Defiziten entsteht, sondern vielmehr in den traditionellen Wertvorstellungen der betreffenden Gesellschaft begründet liegt. Demnach sind endogene Faktoren für den Entwicklungsstand zuständig. Einer defizitären Entwicklung kann somit durch die Modernisierung der Gesellschaft und der Wirtschaft entgegengewirkt werden. Damit ist gemeint, dass sich das „Entwicklungsland“ an die modernen Ideen der Industrieländer anpasst, beziehungsweise jene selbst übernimmt.²⁵² Um diesen Zustand der modernen Lebensweise zu erreichen, ist eine nachholende Entwicklung notwendig.²⁵³

Als Vertreter der traditionellen Modernisierungstheorie gilt Walt. W. Rostow mit seinem Werk „The five stages of economic growth“ aus dem Jahr 1960. In diesem beschreibt er fünf Stadien, beziehungsweise Entwicklungsstufen, die jedes Land durchlaufen muss, um das sogenannte „Stadium der Modernisierung“ zu erreichen.²⁵⁴

²⁵² Vgl. Tim Freytag/Hans Gebhardt/Ulrike Gerhard/Doris Wastl-Walter (Hrsg.) Humangeographie kompakt (Heidelberg 2016) 166.

²⁵³ Vgl. Fischer et al., Handbuch Entwicklungsforschung, 27.

²⁵⁴ Ebenda, 32.

Die Stadien definiert er folgendermaßen²⁵⁵:

1. **Stadium:** Die Traditionelle Gesellschaft (Englisch: *The traditional society*)
2. **Stadium:** Die Voraussetzungen für den wirtschaftlichen Aufstieg (Englisch: *The preconditions for take-off*)
3. **Stadium:** Die Periode des wirtschaftlichen Aufstiegs (Englisch: *The take-off*)
4. **Stadium:** Die Entwicklung zum Reifestadium (Englisch: *The drive to maturity*)
5. **Stadium:** Das Zeitalter des Massenkonsums (Englisch: *The age of high mass-consumption*)

Das erste Stadium ist durch begrenzte Produktionsmöglichkeiten geprägt, da moderne Produktionstechniken nicht vorhanden sind, beziehungsweise nicht genutzt werden. Das zweite Entwicklungsstadium zeichnet sich bereits durch eine Gesellschaft aus, die sich auf die Periode des wirtschaftlichen Aufstiegs vorbereitet. Dafür ist es notwendig, dass sich die modernen Wirtschaftssektoren ausdehnen und eine Veränderung der Produktionstechniken stattfindet. Der wirtschaftliche Aufstieg kann anschließend als industrielle Revolution bezeichnet werden, in der sich die Produktionsmethoden grundlegend ändern. In der Entwicklung zum Reifestadium ist die Gesellschaft schließlich in der Lage, den Großteil der Ressourcen effizient und mithilfe der neuen Produktionstechniken zu nutzen. Im letzten Stadium ist das Pro-Kopf-Einkommen schließlich so hoch, dass die Menschen nicht mehr nur Basisgüter, wie beispielsweise Grundnahrungsmittel und Kleidung beziehen, sondern der Konsumfokus zunehmend auf Luxusgüter gerichtet ist. Zudem steht auch die Technologisierung nicht mehr primär im Vordergrund.²⁵⁶

Diese dargelegte Modernisierungstheorie von Rostow sowie andere Ansätze stießen jedoch auch schnell auf viel Kritik. Kritisiert werden vor allem drei Punkte: Zum einen geht es um die Unterscheidung der Begriffe von „Tradition“ und „Moderne“, die aus Sicht der Kritiker zu sehr voneinander getrennt werden. Daraus resultiert die Annahme, dass sich Länder strikt nach „modern“ und „traditionell“ voneinander abgrenzen lassen müssen. Ein zweiter Kritikpunkt fußt darauf, dass Modernisierungsprozesse nicht immer gleich

²⁵⁵ Vgl. Walt W. Rostow, *The Five Stages of Economic Growth: A Non-Communist Manifesto* (Cambridge 1960) 4 – 10.

²⁵⁶ Ebenda.

verlaufen und daher von Land zu Land „Modernität“ und „Traditionalität“ unterschiedlich interpretierbar sind. Der dritte zentrale Kritikpunkt bezieht sich auf die Annahme der Endogenität in Modernisierungsprozessen. Den KritikerInnen zufolge kann Modernisierung schon aus dem Grund, dass alle Länder unterschiedlichen historischen Gegebenheiten unterliegen, nicht überall gleich ablaufen. Auch wenn die meisten Modernisierungsprozesse in Europa durch endogene Faktoren verursacht wurden, so ist dies heute in nicht-westlichen Kulturen nur noch selten der Fall.²⁵⁷

7.1.2. Grundlagen der Dependenztheorie

Als Reaktion auf die Kritik der Modernisierungstheorie wurde in den 1960er Jahren schließlich die Dependenztheorie entwickelt. Zum einen kritisiert sie die Ideologie der Modernisierungstheorie, zum anderen begründet sie mangelhafte Entwicklung und Rückständigkeit mit der Abhängigkeit, welcher „Entwicklungsländer“ von Industrienationen durch koloniale Strukturen ausgesetzt waren und deren Auswirkungen sich auch in der Gegenwart noch bemerkbar machen. Im Gegensatz zum modernisierungstheoretischen Paradigma sieht sie Entwicklungshemmnisse in exogenen Faktoren begründet. Das Grundproblem lässt sich laut der Dependenztheorie auf den globalen Handel zurückführen, welcher für die „Entwicklungsländer“ weitaus mehr Nach- als Vorteile mit sich bringt.²⁵⁸ Dies ist auch heute noch gültig. Beispielsweise schlagen sich die damals geschaffenen Macht- und Welthandelsstrukturen auch heutzutage noch auf niedrigere Löhne in „Entwicklungsländern“ nieder.

Es ist nicht möglich, sogar falsch, von einer einheitlichen Theorie zu sprechen, da sich die Dependenztheorie in viele heterogene Ansätze spaltet.²⁵⁹ Die Unterschiede beziehen sich vor allem auf den Zusammenhang zwischen Abhängigkeit und „Unterentwicklung“. So liegt beispielsweise bei André Gunder Frank und Samir Amin die mangelhafte Entwicklung lediglich in den ungleichen Tauschbedingungen begründet, während andere TheoretikerInnen zusätzlich interne regionale Disparitäten dafür verantwortlich machen.

²⁵⁷ Vgl. Bettina Heintz/Richard Münch/Hartmann Tyrell, Weltgesellschaft: Theoretische Zugänge und empirische Problemlagen. In: Zeitschrift für Soziologie, Sonderheft „Weltgesellschaft“ (2005) 96.

²⁵⁸ Vgl. Freytag et al., Humangeographie kompakt, 166.

²⁵⁹ Vgl. Fischer et al., Handbuch Entwicklungsforschung, 44.

Zudem sind sich die VertreterInnen der Theorie nicht einig, ob Entwicklung überhaupt in Abhängigkeitssituationen möglich ist.²⁶⁰ Den vielen Ansätzen der Dependenztheorie ist jedoch die Verwerfung des Standpunktes gemein – und hier zeigt sich der Gegensatz zur Modernisierungstheorie – dass sich mangelhaft entwickelte Gesellschaften bloß in einem früheren Entwicklungsstadium befinden und durch Modernisierung dem gleichen Entwicklungsprozess wie Industrienationen folgen würden.²⁶¹

Ferner können drei gemeinsame Annahmen zwischen den unterschiedlichen Ansätzen der Dependenztheorie ausgemacht werden. Erstens wird unter „Abhängigkeit“ ein internationales Paar zweier Staatenarten verstanden, das meistens als „herrschend“ vs. „abhängig“ (Englisch: *dominant/dependent*), „Zentrum“ vs. „Peripherie“ (Englisch: *center/periphery*) beziehungsweise „Metropolen“ vs. „Satelliten“ (Englisch: *metropolitan/satellite*) charakterisiert wird. Auf der einen Seite stehen somit die Industrienationen als Teil der „Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung“ (Englisch: *Organisation for Economic Cooperation and Development*, kurz: OECD), auf der anderen Seite die Staaten Lateinamerikas, Asiens und Afrikas, die ein verhältnismäßig niedriges Bruttonationalprodukt pro Kopf aufweisen (Englisch: *Gross National Product*, kurz: GNP) und zu einem Großteil auf den Export eines ihrer Produkte angewiesen sind.

Des Weiteren ist allen Ansätzen gemein, dass äußere Einflüsse von besonderer Bedeutung für die wirtschaftlichen Aktivitäten abhängiger Staaten sind. Darunter gefasst sind beispielsweise multinationale Kooperationen, Auslandshilfen und andere Eingriffe der Industrienationen, die das Interesse an den „Entwicklungsländern“ deutlich machen.

Drittens gehen alle Konzepte in ihre Definition von „Abhängigkeit“ davon aus, dass die Beziehung zwischen abhängigen und dominanten Staaten dynamisch ist und dass sie in historischen Begebenheiten (beispielsweise in der Internationalisierung des Kapitalismus) begründet liegt.²⁶²

²⁶⁰ Vgl. Heintz et al., Weltgesellschaft: Theoretische Zugänge und empirische Problemlagen, 98.

²⁶¹ Vgl. Fischer et al., Handbuch Entwicklungsforschung, 44.

²⁶² Vgl. Vincent Ferraro, Dependency Theory: An Introduction. In: Giorgio Secondi, The Development Economics Reader (London 2008), 59.

Die allgemein vorherrschende Definition von „Abhängigkeit“ wurde im Jahr 1970 von dem brasilianischen Soziologen und Wirtschaftswissenschaftler Theotonio Dos Santos entwickelt:

„By dependence we mean a situation in which the economy of certain countries is conditioned by the development and expansion of another economy to which the former is subjected. The relation of interdependence between two or more economies, and between these and world trade, assumes the form of dependence when some countries (the dominant ones) can expand and can be self-sustaining, while other countries (the dependent ones) can do this only as a reflection of that expansion, which can have either a positive or a negative effect on their immediate development.“²⁶³

Allgemein gesehen versucht die Dependenztheorie also mittels der Austauschbeziehungen zwischen einzelnen Nationen zu erklären, warum in vielen Ländern immer noch ein Entwicklungsdefizit vorzufinden ist. Die Ungleichheit wird durch Interaktionen dieser Art begründet.²⁶⁴

Die zentralen Aussagen der Theorie lassen sich in folgenden Punkten zusammenfassen: Erstens muss der Begriff *underdevelopment* (Deutsch: *Unterentwicklung*) grundlegend von dem Begriff des *undevelopment* (Deutsch: sowohl *un-/nicht entwickeltes als auch nicht bebautes/erschlossenes Land*) unterschieden werden. Der für die Theorie wichtige Begriff der „Unterentwicklung“ bezeichnet einen Zustand, in welchem Rohstoffe so genutzt werden, dass sie für dominante Staaten, jedoch nicht für die armen, eigentlichen Eigentümerstaaten der Rohstoffe, Vorteile mit sich bringen. Konkret bedeutet der Begriff des *undevelopment* also, dass Ressourcen nicht voll ausgeschöpft werden, während dies beim *underdevelopment* zwar der Fall ist, die Ressourcen aber nicht dem armen, sondern lediglich den dominanten Staaten zugutekommen.

Zweitens sind die ärmeren Staaten deshalb arm, weil sie als Anbieter von Rohmaterialien in das bestehende Wirtschaftssystem integriert wurden und als billige Arbeitskräfte dienen. Dies führt in weiterer Folge dazu, dass sie der Möglichkeit beraubt werden, ihre Ressourcen auf Augenhöhe mit den dominanten Staaten zu handeln.

²⁶³ Theotonio Dos Santos, The Structure of Dependence. In American Economic Review, Vol. 60 (1970) 231.

²⁶⁴ Vgl. Ferraro, Dependency Theory, 60.

Drittens wird betont, dass es in jedem Land ein spezifisches nationales Wirtschaftsinteresse gibt, welches für jedes Land einzeln definiert werden muss. Es ist schwierig festzulegen, was allgemein als „das Beste“ für die armen Länder anzusehen ist. Als letzten Punkt ist es wichtig festzuhalten, dass sich im Laufe der Zeit nicht nur die dominierenden Staaten, sondern auch Machtpersonen in den abhängigen Staaten der Ressourcen im betreffenden Land bedient haben. Die Dependenztheorie geht davon aus, dass diese Elite in armen Ländern die Machtstrukturen, die sich mit den Interessen der Metropolstaaten decken, aufrechterhält, da sie ihrem eigenen Vorteil dienen.²⁶⁵

Allerdings sah sich auch die Dependenztheorie mit Kritik konfrontiert. Ein Aspekt dabei war, dass es unmöglich sei, das Konzept der „Abhängigkeit“ zu definieren. Nur allein durch die Situation der Abhängigkeit kann nicht belegt werden, dass dies die Ursache für „Unterentwicklung“ ist. Weitere Kritik wurde außerdem daran geübt, dass der Welthandel und der damit verbundene ungleiche Tausch von Gütern als Schlüsselfaktoren für „Unterentwicklung“ und „Abhängigkeit“ gesehen werden. Demnach würde exogenen Faktoren aus Sicht der KritikerInnen zu viel Bedeutung zugeschrieben. Es wird argumentiert, dass diese Handelsbeziehungen zwar die mangelhafte Entwicklung aufrechterhalten, diese jedoch nicht erzeugen.²⁶⁶

7.2. Die Situation in Tansania

Wie bereits erwähnt, befindet sich Tansania gemessen am Human Development Index im Bereich jener Länder, die nur einen geringen menschlichen Entwicklungszustand aufweisen. Dieser Index, der den Wohlstand eines Landes misst, setzt sich aus der Lebenserwartung bei der Geburt (Englisch: *Life expectancy at birth*), den erwarteten Jahren an Schulbildung (Englisch: *Expected years of schooling*), der durchschnittlichen Jahresanzahl an Schulbildung (Englisch: *Mean years of schooling*) und dem Bruttonationaleinkommen pro Kopf (Englisch: *Gross National Income*, kurz: GNI) zusammen. Damit wird der Wohlstand in drei Dimensionen gemessen. Die erste Dimension umfasst ein langes und gesundes Leben, die Zweite den Zugang zu Wissen und

²⁶⁵ Ebenda, 62 – 63.

²⁶⁶ Vgl. Young *Namkoong*, *Dependency Theory: Concepts, Classifications, and Criticisms*. In: *International Area Review*, Vol. 2(1) (1999) 142 – 144.

Bildung und die dritte Dimension einen akzeptablen Lebensstandard.²⁶⁷ Basierend auf den Daten des Jahres 2015 lag dieser Wert im Jahr 2016 in Tansania bei 0,531.²⁶⁸ Im Vergleich dazu: In Österreich lag dieser Wert im Jahr 2016 bei 0,893.²⁶⁹ Zusätzlich anzumerken bleibt, dass der HDI in drei Kategorien unterteilt wird. Liegt er bei 0,8 bis 1,0 so ist die Entwicklung in einem Land *very high* (Deutsch: *sehr hoch*). *High* (Deutsch: *hoch*) klassifiziert Länder mit einem HDI von 0,7 bis 0,799, *medium* (Deutsch: *mittel*) mit einem HDI von 0,55 bis 0,699 und *low* (Deutsch: *niedrig*) mit einem HDI von unter 0,55. Tansania sowie die meisten Länder der Sub-Sahara lassen sich der letzten Kategorie zuordnen²⁷⁰. *Abbildung 4* veranschaulicht die Entwicklung des HDI im Laufe der Zeit im weltweiten regionalen Vergleich:

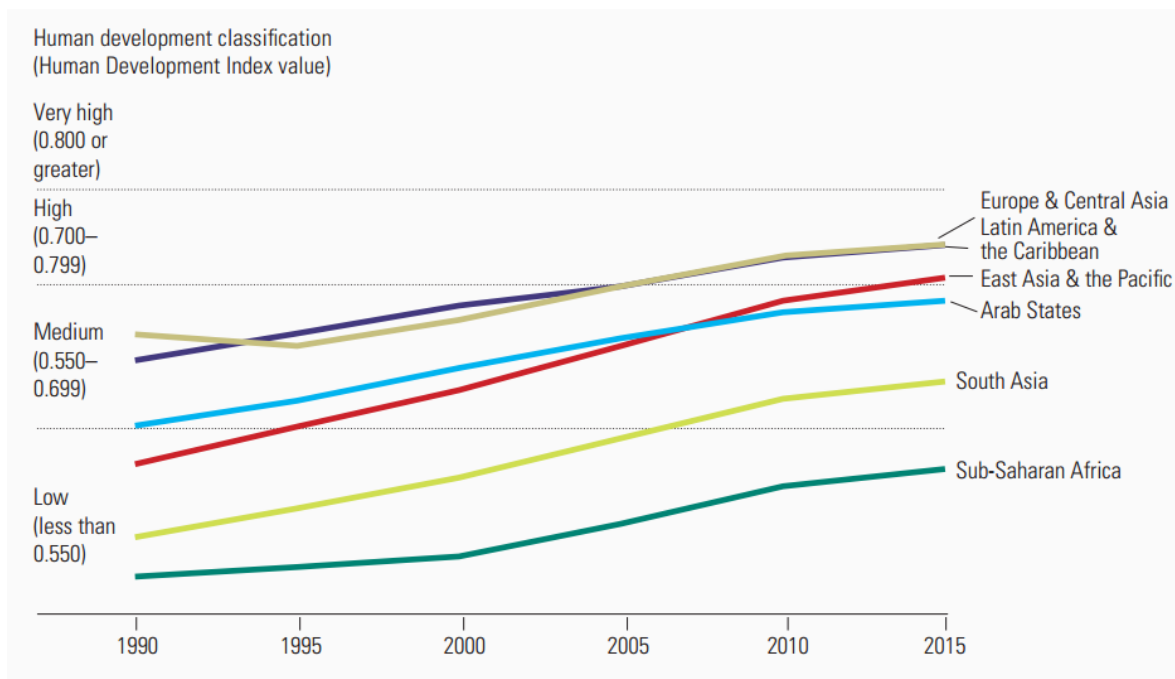


Abbildung 4: Regional trends in Human Development Index Values (Human Development Report (2016) 27).

²⁶⁷ Vgl. *United Nations Development Programme*, Human Development for Everyone. Briefing Note for countries on the 2016 Human Development Report: Tanzania (United Republic of), online unter: <http://hdr.undp.org/sites/all/themes/hdr_theme/country-notes/TZA.pdf> (letzter Zugriff: 01. November 2017) 2.

²⁶⁸ Vgl. *United Nations Development Programme*, Human Development Report 2016, 200.

²⁶⁹ Ebenda, 198.

²⁷⁰ Ebenda, 27.

Interessant ist zusätzlich, sich den HDI in Tansania im Zeitverlauf anzuschauen. Im Jahr 1990 lag jener noch bei 0,370, im Jahr 2000 bei 0,391, im Jahr 2010 bei 0,498, 2011 bei 0,504, 2012 bei 0,513, 2013 bei 0,512, 2014 bei 0,519 und im Jahr 2015 schließlich bei 0,531.²⁷¹ Damit ist ein Anstieg von rund 43,4 Prozent zwischen den Jahren 1990 und 2015 zu verzeichnen.²⁷² Die Entwicklungen in den einzelnen Bereichen sind in *Tabelle 5* dargestellt.

Jahr	Life expectancy at birth	Expected years of schooling	Mean years of schooling	GNI per capita	HDI value
1990	50,0	5,5	3,6	1,417	0,370
1995	48,7	5,4	4,1	1,341	0,368
2000	50,5	6,2	4,2	1,471	0,391
2005	55,6	7,6	4,8	1,798	0,446
2010	61,6	9,0	5,1	2,089	0,498
2011	62,7	9,0	5,1	2,190	0,504
2012	63,5	8,9	5,5	2,215	0,513
2013	64,2	8,4	5,5	2,314	0,512
2014	65,0	8,4	5,6	2,395	0,519
2015	65,5	8,9	5,8	2,467	0,531

Tabelle 4: Tansanias HDI Entwicklung basierend auf konsequenten Zeitreihendaten (adaptiert nach: United Nations Development Programme – Human Development for Everyone).

Allerdings muss auch hier angemerkt werden, dass es sich beim HDI nur um einen Mittelwert des Landes handelt und jener von Region zu Region stark variieren kann.

Es stellt sich also die Frage, warum Tansania, trotz seiner vorbildlichen Entwicklung und einem kontinuierlichen Anstiegs des HDI (mit der Ausnahme des Jahres 2013) dennoch einen verhältnismäßig geringen menschlichen Entwicklungsstand aufweist.

Laut der Modernisierungstheorie müssen die Gründe für diese Situation im „Entwicklungsland“ Tansania selbst gesucht werden. Demnach spielen endogene Faktoren wie Bildungsdefizite, ein schlecht ausgebautes Kommunikationswesen, eine

²⁷¹ Ebenda, 204.

²⁷² Vgl. *United Nations Development Programme, Human Development for Everyone, Briefing Note for countries on the 2016 Human Development Report: Tanzania (United Republic of) 2.*

mangelhafte Infrastruktur sowie eine traditionell-landwirtschaftlich geprägte Struktur eine wichtige Rolle im Hinblick auf diesen Mangel.²⁷³

Zieht man Statistiken heran, so zeigt sich im Hinblick auf die drei Wirtschaftssektoren folgende Verteilung:

Im Jahr 2016 betrug das GDP nach Sektoren 25,1 Prozent in der Landwirtschaft, 27,6 Prozent im Produktionsbereich und 47,3 Prozent im Dienstleistungssektor.²⁷⁴ Wirft man dagegen einen Blick auf die Verteilung der Erwerbstätigen in den einzelnen Sektoren, so zeigt sich eine starke Konzentration auf den landwirtschaftlichen Sektor mit 68,1 Prozent. Im Produktionsbereich sind lediglich 6,2 Prozent, im Dienstleistungsbereich 25,7 Prozent beschäftigt (Stand 2014).²⁷⁵ Die Drei-Sektoren-Hypothese von Jean Fourastié besagt nun, dass mit dem technischen Fortschritt als treibende Kraft eine Verschiebung vom primären über den sekundären hin zum tertiären Sektor stattfindet. In Ländern mit einem niedrigen Entwicklungsstand, gemessen am Volkseinkommen dominiert der primäre Sektor.²⁷⁶

Obwohl in Tansania also ein Großteil der Bevölkerung im landwirtschaftlichen Bereich beschäftigt ist, trägt dennoch der tertiäre Sektor am meisten zum GDP bei. Dennoch kann, um die Modernisierungstheorie anzuwenden, die traditionell-landwirtschaftliche Struktur als eine Ursache des Entwicklungsdefizites gesehen werden, da viele EinwohnerInnen im landwirtschaftlichen Bereich beschäftigt sind und demnach sehr wenig verdienen.

Im Bereich der Bildung zeigt sich, dass rund 3,5 Prozent des GDP (Stand 2014) für das Bildungswesen ausgegeben wurden. Im Jahr 2015 waren 77,9 Prozent der über 15-Jährigen in der Lage, Swahili zu lesen und zu schreiben (dabei lag der Prozentsatz der Männer mit 83,2 Prozent jedoch deutlich höher als jener der Frauen mit 73,1 Prozent).²⁷⁷

²⁷³ Vgl. Frithjof *Kuhnen*, Causes of underdevelopment and concepts for development: An introduction to development theories. In: The Journal of Institute of Development, Vol 8 (Peshawar 1986) 2.

²⁷⁴ *Central Intelligence Agency*, The World Factbook: Africa – Tanzania, online unter: <<https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/geos/tz.html>> (1. November 2017).

²⁷⁵ *Wirtschaftskammer Österreich*, Länderprofil Tansania, online unter: <<http://wko.at/statistik/laenderprofile/lp-tansania.pdf>> (1. November 2017).

²⁷⁶ Vgl. *Springer Gabler Verlag (Hrsg.)*, Gabler Wirtschaftslexikon, Stichwort: Drei-Sektoren-Hypothese, online unter: <<http://wirtschaftslexikon.gabler.de/Archiv/58475/drei-sektoren-hypothese-v6.html>> (letzter Zugriff: 01. November 2017).

²⁷⁷ *Central Intelligence Agency*, The World Factbook: Africa – Tanzania, online unter: <<https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/geos/tz.html>> (1. November 2017).

Der Abbau der Bildungsdefizite und insbesondere des Analphabetismus sind wichtige Ziele in „The Tanzania Development Vision 2025“.²⁷⁸

Auch im Kommunikationswesen lassen sich einige Defizite ausmachen. Vor allem das Festnetztelefonsystem funktioniert schlecht, was dazu führt, dass sehr viele EinwohnerInnen auf Mobiltelefonservices zurückgreifen. Im Jahr 2016 hatten außerdem geschätzt nur rund 13 Prozent der Bevölkerung Zugang zum Internet.²⁷⁹

Die Infrastruktur ist vor allem in den Küstenregionen gut ausgebaut, nimmt jedoch mit zunehmender Entfernung von dieser ins Landesinnere ab. Das Infrastrukturnetz umfasst rund 4,567 km Eisenbahnlinien (Stand 2014) sowie 86.472 km Straßenwege (Stand 2010).²⁸⁰

Endogene Faktoren, wie aus der Sicht der Modernisierungstheorie erklärt, lassen sich also nur zum Teil als Grund für die mangelhafte Entwicklung Tansanias ausmachen. Die Entwicklungsstrategie Tansanias versucht jedoch bereits der Armut entgegenzuwirken, indem mehrere Bereiche (Bildung, Infrastruktur, medizinische Versorgung etc.) gleichzeitig ausgebaut werden.²⁸¹ Das Land ist außerdem bestrebt, die *Sustainable Development Goals* (Deutsch: *Ziele für nachhaltige Entwicklung*, kurz: SDGs) umzusetzen, die primär auf die Entwicklung des Gesundheits- und sozialen Wohlfahrtsbereiches abzielen.²⁸²

Die Dependenztheorie sieht die Gründe für Entwicklungsdefizite dagegen in exogenen Faktoren begründet. Aus ihrer Sicht ist die Situation des Landes das Ergebnis der historisch bedingten Abhängigkeit von den Industrienationen, denen Entwicklungsländer durch den Kolonialismus ausgesetzt waren. Demnach bestimmen sowohl die wirtschaftlichen als auch die politischen Interessen der Industrieländer, ob sich das abhängige Land entwickelt oder nicht. Auch wenn die einzelnen Ansätze der

²⁷⁸ Vgl. The Tanzania Development Vision 2025 (1999), online unter: <<http://www.unesco.org/education/edurights/media/docs/061eb2eed52b8f11b09b25a8845436f19d5ae0ad.pdf>> (letzter Zugriff: 01. November 2017).

²⁷⁹ *Central Intelligence Agency*, The World Factbook: Africa – Tanzania, online unter: <<https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/geos/tz.html>> (1. November 2017).

²⁸⁰ Ebenda.

²⁸¹ Vgl. The Tanzania Development Vision 2025 (1999), online unter: <<http://www.unesco.org/education/edurights/media/docs/061eb2eed52b8f11b09b25a8845436f19d5ae0ad.pdf>> (letzter Zugriff: 01. November 2017).

²⁸² Vgl. *Ministry of Health and Social Welfare*, Health Sector Strategic Plan July 2015 – June 2020, 24.

Dependenztheorie voneinander abweichen, so dominieren dennoch ökonomische Faktoren in der Erklärung für mangelhafte Entwicklung.²⁸³

Tansania hat formell zwar seine Unabhängigkeit im Jahr 1961 erreicht, die strukturelle Abhängigkeit hat aber, so kann man sagen, noch bis heute Bestand. Der Export lag im Jahr 2016 bei rund 5,697 Milliarden US-Dollar, die Importe wesentlich höher bei 8,464 Milliarden-Dollar, wodurch Tansania immer noch maßgeblich vom Weltmarkt abhängig ist. Exportiert werden überwiegend Güter wie Gold, Baumwolle, Cashewnüsse und Kaffee. Die größten Exportpartner sind dabei die Schweiz mit 15,1 Prozent, Indien mit 13,8 Prozent, Südafrika mit 12,4 Prozent, China mit 7 Prozent, Kenia mit 6,2 Prozent, die Demokratische Republik Kongo mit 5,7 Prozent und Belgien mit 5,6 Prozent (Stand 2016). Des Weiteren hat Tansania hohe Schulden im Ausland. Sie betragen im Dezember des Jahres 2016 rund 15,21 Milliarden US-Dollar.²⁸⁴

Auch mithilfe der Dependenztheorie lassen sich die Ursachen für das Entwicklungsdefizit Tansanias begründen. Sie liefert eine plausible Erklärung für die rückständige Entwicklung durch historische Abhängigkeiten, die in einer anderen Form auch heute noch Bestand haben.

Aus Sicht der Dependenztheorie müsste sich Tansania also aus dem Weltmarkt herauslösen, um mithilfe der eigenen Ressourcen eine eigenständige Ökonomie aufzubauen.²⁸⁵

Ein weiterer Grund, der für die Dependenztheorie sprechen würde, wäre außerdem das hohe Maß an Hilfsleistungen, die Tansania in den vergangenen Jahren und Jahrzehnten erhalten hat. Im Jahr 2014 war Tansania auf Platz 4 der Top-Empfänger in der Öffentlichen Entwicklungszusammenarbeit (Englisch: *Official Development Assistance*, kurz: ODA) und erhielt rund 2.580 Millionen US-Dollar an Entwicklungshilfen.²⁸⁶ Dies wirft außerdem die Frage auf, in welchem Maß Hilfeleistungen wirklich von Nutzen sind oder inwieweit sie für die Entwicklung eines Landes sogar schädlich sein können.

²⁸³ Vgl. Kuhn, Causes of underdevelopment and concepts for development, 8.

²⁸⁴ Central Intelligence Agency, The World Factbook: Africa – Tanzania, online unter: <<https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/geos/tz.html>> (1. November 2017).

²⁸⁵ Vgl. Kuhn, Causes of underdevelopment and concepts for development, 8.

²⁸⁶ OECD, *Development aid at a glance: statistics by region. Africa* (2016), online unter: <<https://www.oecd.org/dac/stats/documentupload/2%20Africa%20-%20Development%20Aid%20at%20a%20Glance%202016.pdf>> (letzter Zugriff: 01. November 2017) 2.

Auf einzelne Bereiche aufgeteilt erhielt Tansania im Jahr 2014 folgende Beträge an Hilfsleistungen: Auf den sozialen Sektor entfielen 1.354 Millionen US-Dollar, für die Wirtschaft erhielt Tansania 770 Millionen US-Dollar, für die Produktion 194 Millionen US-Dollar, sektorübergreifende Programme erhielten 164 Millionen US-Dollar, die allgemeine Entwicklungshilfe umfasste rund 115 Millionen US-Dollar, für humanitäre Zwecke wurden 10 Millionen US-Dollar ausgegeben und 11 Millionen US-Dollar entfielen auf andere Nutzungsbereiche.²⁸⁷

In der Literatur zeichnen sich unterschiedliche Bewertungen hinsichtlich Entwicklungshilfen in Afrika ab. So argumentieren einige WissenschaftlerInnen, dass sich Auslandshilfen durchaus positiv auf die politischen Reformen und insbesondere die Demokratie in Subsahara-Afrika auswirken. Andere wiederum sind der Meinung, dass es nur wenig Hinweise auf die förderliche Wirkung solcher Hilfen hinsichtlich der Demokratie eines Landes gibt und wieder andere ForscherInnen sind sogar der Ansicht, dass sie die Wahrscheinlichkeit einer politischen Transformation einschränken.²⁸⁸

Für Tansania selbst wird die Korrelation zwischen Auslandshilfen und politischen Reformen jedoch als positiv bewertet, auch wenn Entwicklungshilfen nur einer von vielen Gründen für Veränderung ist. In Tansania haben vor allem die Legislative und Judikative, aber auch Bewegungen in der Gesellschaft und in der wachsenden Mittelschicht, maßgeblich zu Veränderungen und Verbesserungen im Land beigetragen.²⁸⁹

Zwar war es ein Ziel von Nyereres Ujamaa-Politik Tansania in die Eigenständigkeit (Englisch: *self-reliance*) zu führen, aber betrachtet man die aktuellen Gegebenheiten, so ist das Land davon noch weit entfernt. Obwohl die Auslandshilfen einen positiven Einfluss auf die politischen Reformen genommen haben, gehört Tansania, gemessen am HDI, immer noch zu den ärmsten Ländern der Welt.²⁹⁰

Zusammenfassend kann die Entwicklung Tansanias in den letzten Jahren dennoch positiv bewertet werden. Der Weg zur Eigenständigkeit und wirtschaftlichen Unabhängigkeit

²⁸⁷ Ebenda, 15.

²⁸⁸ Vgl. Aili Mari Tripp, *Donor Assistance and Political Reform in Tanzania*. Working Paper No. 2012/37, online unter: <<https://www.wider.unu.edu/sites/default/files/wp2012-037.pdf>> (letzter Zugriff: 01. November 2017) 3.

²⁸⁹ Ebenda, 3 - 4.

²⁹⁰ Vgl. *United Nations Development Programme*, Human Development Report 2016, 200.

wird allerdings ein weiter sein. Zudem muss man sich immer wieder in das Bewusstsein rufen, dass Entwicklungshilfen zwar notwendig sind und in jedem Fall ihre Berechtigung haben, jedoch auch dazu führen können, dass das Land in einer Abhängigkeit gefangen bleibt, welche die eigenständige Entwicklung maßgeblich einschränkt.

8. Zusammenfassung

Diese Diplomarbeit hat es sich zur Aufgabe gemacht, die Korrelation zwischen traditioneller und westlicher Medizin in Tansania zwischen dem 19. Jahrhundert und der Gegenwart zu untersuchen.

Mithilfe von Literaturrecherchen als auch zwei qualitativ geführten Interviews konnten folgende Ergebnisse erzielt werden:

Es hat sich gezeigt, dass die Geschichte von traditioneller und westlicher Medizin in Tansania durch Phasen positiver und negativer Korrelation geprägt ist. Vor dem Kolonialismus kann man kaum Kontakte, beziehungsweise einen Austausch beider Medizintraditionen beobachten. Die koloniale Herrschaft und insbesondere die Verbreitung des Christentums haben schließlich zu einer maßgeblichen Verdrängung, zeitweise auch zu einer Unterdrückung der TAM geführt. Erst mit der Unabhängigkeit kann man von einer beginnenden positiven Korrelation sprechen, da man der traditionellen Medizin mehr Bedeutung zuschrieb und durch entsprechende Gesetze versucht wurde, die TAM in das bestehende Gesundheitssystem zu integrieren. Heute hat zwar die traditionelle Medizinpraxis mehr Anerkennung und Respekt gewonnen, für eine Zusammenarbeit, die das tansanische Gesundheitssystem effizienter gestalten soll, ist in dieser Hinsicht und in der Kommunikation untereinander jedoch noch erhöhter Handlungsbedarf gegeben.

Des Weiteren wurde untersucht, wie die traditionelle Medizin aus Sicht von VertreterInnen der westlichen Medizinpraxis wahrgenommen wurde und wie sich diese zwischen den 1980er/1990er Jahren bis in die Gegenwart geändert hat. Als Fazit kann geschlossen werden, dass bei der Bewertung traditioneller Heilmethoden ein Umdenken stattgefunden hat und in der Gegenwart stärker zwischen HeilerInnen und „ZauberInnen“ differenziert wird. Auch wird eine Zusammenarbeit zwischen traditionellen HeilerInnen und westlichen MedizinerInnen als förderlich für die Effizienz der Gesundheitsversorgung in Tansania gesehen.

Auch im Bereich der Entwicklung hat Tansania einige Fortschritte gemacht. Zwar ist das Land noch zu einem Großteil von Auslandshilfen abhängig und der Weg zur Eigenständigkeit und wirtschaftlichen Unabhängigkeit ist noch nicht in greifbarer Nähe.

Dennoch können aber die Entwicklungen selbst als positiv bewertet werden und bilden eine gute Grundlage, das bestehende Gesundheitssystem mit Einbezug der westlichen als auch traditionellen Medizintradition effizienter gestalten zu können.

9. Ausblick und Vorschläge für eine effizientere Gestaltung der Zusammenarbeit zwischen traditioneller und westlicher Medizin

Vor allem in den letzten Jahren wurde von internationaler Seite sehr viel Geld in die Gesundheitsversorgung Afrikas investiert. Zu einem Großteil handelte es sich dabei um vertikale Programme. Darunter sind Maßnahmen zu verstehen, die gegen spezifische Krankheiten gerichtet sind, beispielsweise gegen HIV/AIDS oder Malaria. Sie haben in vielen Fällen zu einer Verbesserung beigetragen, jedoch muss man auch die Schattenseite der meist extern finanzierten vertikalen Programme betrachten. Durch von außen finanzierte Gesundheitsprogramme wird dem Staat selbst ein großer Teil der Verantwortung für die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung entzogen. Dies hat zur Folge, dass primäre Gesundheitsstrukturen weniger Unterstützung erhalten.²⁹¹

Vor allem horizontale Programme werden zunehmend vernachlässigt. Dabei sind gerade diese Programme, die präventive Maßnahmen und die primäre gesundheitliche Versorgung (Englisch: *Primary Health Care*, kurz: PHC) des Großteils der Bevölkerung gewährleisten, von besonderer Bedeutung. Die PHC kann als generalisierte Gesundheitsversorgung bezeichnet werden und ist dadurch charakterisiert, dass sie „leicht zugänglich, integrativ (umfasst also Prävention, kurative Medizin, Pflege, Rehabilitation und Palliativmedizin), kontinuierlich, holistisch, personen- statt krankheitsorientiert [...]“²⁹² ist. Die primäre Gesundheitsversorgung dient dazu, den Zugang zu medizinischer Versorgung für alle Bevölkerungsgruppen zu verbessern, jedoch erhalten diese zu wenig föderative Mittel und sind oftmals schlecht ausgestattet, was wiederum dazu führt, dass PatientInnen fernbleiben.²⁹³

Dies wäre ein Punkt, an dem angesetzt werden könnte, um die Gesundheitsversorgung und auch die Zusammenarbeit zwischen traditionellen und westlichen MedizinerInnen in Tansania effizienter zu gestalten. Die primäre Gesundheitsversorgung müsste stärker gefördert werden, dabei jedoch auch traditionelle Heilmethoden mitberücksichtigt werden. Durch das im Jahr 2002 verabschiedete „Traditional and Alternative Medicine Act“ wurde zwar ein erster wichtiger Schritt in diese Richtung gemacht, dennoch wird die

²⁹¹ Vgl. Ruth Kutalek, Krankheit und Gesundheit in Afrika, 125.

²⁹² Ebenda, 126.

²⁹³ Ebenda.

traditionelle Medizin bei weitem nicht in dem Ausmaß gefördert, wie westliche Heilmethoden. Eine intensivere Förderung wäre jedoch auch für das Selbstbewusstsein traditioneller HeilerInnen von besonderer Bedeutung.

Der wichtigste Punkt im Hinblick auf eine konstruktive und gelingende Zusammenarbeit und demnach einer positiven Korrelation beider Medizintraditionen ist jedoch die Akzeptanz. Eine Zusammenarbeit kann nur dann funktionieren, wenn beide Seiten die jeweils andere Medizinpraxis anerkennen und die eigene Medizin nicht als überlegen gegenüber der anderen verstehen. Sowohl die traditionelle als auch die westliche Medizin bringt, wie in dieser Arbeit deutlich gemacht wurde, ihre Vor- und Nachteile mit sich. Diese gilt es aufzuzeigen und gemeinsam an einem Konzept zu arbeiten, wie die jeweiligen Vorteile für eine effizientere Gesundheitsversorgung in Tansania genutzt werden können.

Ein weiterer wichtiger Aspekt ist die Kommunikation. Zusammenarbeit kann nur dann gelingen, wenn VertreterInnen beider Seiten für einen Austausch offen sind. So könnten, auch in Einbezug der Bevölkerung durch Aufklärungsarbeit, neue Erkenntnisse gewonnen und gemeinsam weiter verbessert werden.

10. Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Landkarte Tansania (Überblickskarte), online unter: <<https://www.weltkarte.com/afrika/tansania/uebersichtskarte-tansania.htm>> (letzter Zugriff: 28. Oktober 2017).

Abbildung 2: Hierarchie der Dienstleistungen im Gesundheitsbereich in Tansania (adaptiert nach: Kwesigabo (2012) 38).

Abbildung 3: Allgemeines Ablaufmodell strukturierter Inhaltsanalyse (adaptiert nach: Lamnek (2010) 479).

Abbildung 4: Regional trends in Human Development Index Values (Human Development Report (2016) 27).

11. Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Unterteilung der Leitfragen nach Themenkomplexe.

Tabelle 2 : Reduktion des Datenmaterials aus dem Interview mit Dr. Gunter Dorsch.

Tabelle 3 : Reduktion des Datenmaterials aus dem Interview mit Dr. Günter Kohler.

Tabelle 4: Tansanias HDI Entwicklung basierend auf konsequenten Zeitreihendaten (adaptiert nach: United Nations Development Programme – Human Development for Everyone).

12. Literaturverzeichnis

12.1. Monographien, Sammelwerke und Aufsätze

Ali Arazeem *Abdullahi*, Trends and challenges of traditional medicine in Africa. In: African journal of traditional, complementary, and alternatives medicines, Vol. 8 (5 Suppl) (2011) 115 – 123.

Sherif *Amer*, Towards Spatial Justice in Urban Health Service Planning: A spatial-analytic GIS-based approach using Dar es Salaam, Tanzania as a case study (Utrecht University 2007).

Samuel G. *Ayany*, A history of Zanzibar. A Study in Constitutional Development. 1934 – 1964 (Nairobi/ Dar es Salaam/Kampala 1970).

Manuela *Bauche*, Medizin und Herrschaft. Malariabekämpfung in Kamerun, Ostafrika und Ostfriesland (1890 – 1919) (Frankfurt am Main 2017).

Ann *Beck*, Medicine and Society in Tanganyika, 1890 – 1930: A Historical Inquiry. In: Transactions of the American Philosophical Society, Vol. 67 (3) (1977) 1 – 59.

Gerard *Bodeker* et al., WHO Global Atlas of traditional, complementary and alternative medicine (Genf 2005).

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

Walter *Bruchhausen*, Helmut *Goergen*, Kirsten *Kuelker* (Hrsg.), The history of health care in Tanzania – an exhibition on the development of the health sector in more than 100 years (Dar es Salaam 2001).

Walter *Bruchhausen*, Traditionelle Medizin in Afrika – Kranke und Heiler als Objekt böser und guter Absichten. In: Dirk *Stederoth*/Timo *Hoyer* (Hrsg.), Der Mensch in der Medizin. Kulturen und Konzepte (Freiburg/München 2011).

Anna *Crozier*, The colonial medical officer and colonial identity: Kenya, Uganda and Tanzania before World War Two (London 2005).

Theotonio *Dos Santos*, The Structure of Dependence. In *American Economic Review*, Vol. 60 (1970) 231 – 236.

Daniela *Eiletz-Kaube*, KulturSchock Tansania (Bielefeld ³2014).

Vincent *Ferraro*, Dependency Theory: An Introduction. In: Giorgio *Secondi*, The Development Economics Reader (London 2008), 58 – 64.

Klaus *Fiedler*, Christentum und afrikanische Kultur: Konservative deutsche Missionare in Tansania 1900 – 1940 (Malawi 2016).

Karin *Fischer*/ Gerhard *Hauck*/ Manuela *Boatcă* (Hrsg.), Handbuch Entwicklungsforschung (Wiesbaden 2016).

C.N. *Fokunang*, Traditional medicine: past, present and future research and development prospects and integration in the National Health System of Cameroon. In: *African Journal of traditional, complementary, and alternative medicines*, Vol. 8 (3) (2011) 284 – 295.

Tim *Freytag*/Hans *Gebhardt*/Ulrike *Gerhard*/Doris *Wastl-Walter* (Hrsg.) *Humangeographie kompakt* (Heidelberg 2016).

M.C. *Gessler* et al., Traditional healers in Tansania: sociocultural profile and three short portraits. In: *Journal of Ethnopharmacology*, Vol. 48 (1995) 145 – 160.

Susanne *Harlfinger*, Die Geschichte der Lepraarbeit in Ostafrika – Ein Vergleich der Entwicklung in Tansania, Uganda und Kenya (Bonn 2012).

John *Harriss*, Great promise, hubris and recovery: a participant's history of development studies. In: Uma *Kothari*, *A radical history of development studies. Individuals, institutions and ideologies* (Cape Town/London/New York 2005) 17 - 46.

Hans *Hecklau*, Ostafrika - Kenya, Tansania, Uganda. In: Werner *Storkebaum*, *Wissenschaftliche Länderkunden*, Bd. 33 (Darmstadt 1989).

Bettina *Heintz*/Richard *Münch*/Hartmann *Tyrell*, Weltgesellschaft: Theoretische Zugänge und empirische Problemlagen. In: *Zeitschrift für Soziologie, Sonderheft „Weltgesellschaft“* (2005) 89 – 119.

Jürgen *Herzog*, *Geschichte Tansanias Vom Beginn des 19. Jahrhunderts bis zur Gegenwart* (Berlin 1986).

Maurice M. *Iwu*, *Handbook of African Medicinal plants* (Boca Raton ²2014).

Edmund J. *Kayombo* et al., Experience of initiating collaboration of traditional healers in managing HIV and AIDS in Tanzania. In: *Journal of Ethnobiology and Ethnomedicine*, Vol. 3 (6) (2007) 1-9.

John Warui *Kringe*, Ecological and Anthropological Threats to Ethno-Medicinal Plant Resources and their Utilization in Massai Communal Ranches in the Amboseli Region of Kenya. In: *Ethnobotany Research and Applications*, Vol. 3. (2005) 231 – 241.

Donna *Knapp van Bogaert*, Ethical considerations in African traditional medicine: A response to Nyika. In: *Developing World Bioethics*, Vol. 7 (1) (2007), 35 – 40.

Frithjof *Kuhnen*, Causes of underdevelopment and concepts for development: An introduction to development theories. In: *The Journal of Institute of Development*, Vol 8 (Peshawar 1986) 1 – 14.

Katharina *Kunter*/Jens Holger *Schjørring* (Hrsg.), *Changing Relations between Churches in Europa and Africa. The Internationalization of Christianity and Politics in the 20th Century* (Wiesbaden 2008).

Susanne *Kuss*, *German Colonial Wars and the Context of Military Violence* (Cambridge 2017).

Ruth *Kutalek*, *Krankheit und Gesundheit in Afrika: Aspekte an der Schnittstelle von Anthropologie und Medizin*. In: Katarina *Greifeld* (Hrsg.) *Medizinethnologie. Eine Einführung* (Berlin 2013).

Gideon *Kwesigabo* et al., Tanzania's health system and workforce crisis. In: *Journal of Public Health Policy*, Vol. 33, Supplement 1. Universities in transition to improve public health: A Tanzanian case study (2012) 35 – 44.

Siegfried *Lamnek*, *Qualitative Sozialforschung* (Weinheim ⁵2010).

Stacey A. *Langwick*, Articulate(d) bodies: Traditional medicine in a Tanzanian hospital. In: *American Ethnologist*, Vol. 35 (3) (2008) 428 – 439.

Stacey Ann *Langwick*, Bodies, Politics and African Healing. The Matter of Maladies in Tanzania (Bloomington 2011).

Murray *Last* (Hrsg.), The professionalization of African medicine (Manchester 1986).

David *Livingstone*, The Life and African Explorations of Dr. David Livingstone. In: First Cooper Square Press Edition (2002).

M. Fawzi *Mahomoodally*, Traditional medicines in Africa: An Appraisal of Ten Potent African Medicinal Plants. In: Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine, Vol. 2013 (2013) 1 – 14.

Barbara *Mann Wall*, Into Africa: A Transnational History of Catholic Medical Missions and Social Change (New Brunswick/ New Jersey/ London 2015).

Philipp *Mayring*, Einführung in die qualitative Sozialforschung. Eine Anleitung zu qualitativem Denken (Weinheim ³1996).

Philipp *Mayring*, Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken (Weinheim/Basel 2003).

Philipp *Mayring*, Qualitative Inhaltsanalyse. In: Uwe *Flick*/Ernst von *Kardoff*/Heiner *Keupp*/Lutz von *Rosenstiel* (Hrsg.), Handbuch qualitative Forschung: Grundlagen, Konzepte, Methoden und Anwendungen (München 1991) 209 – 213.

Caroline *Meier zu Biesen*, Globale Epidemien – lokale Antworten. Eine Ethnographie der Heilpflanze *Artemisia annua* in Tansania (Frankfurt/New York 2013).

Simeon *Mesaki*, Witchcraft and the law in Tanzania. In: *International Journal of Sociology and Anthropology*, Vol. 1 (8) (2009) 132 – 138.

Marc S. *Micozzi*, Fundamentals of complementary and alternative medicine (St. Louis ⁵2015).

Maboe G. *Mokgobi*, Understanding traditional African healing. In: Afr J Phys Health Educ Recreat Dance, Vol. 20 (Suppl. 2) (2014) 24– 34.

Godfrey *Mubyazi* et al, User charges in public health facilities in Tanzania: effect on revenues, quality of services and people's health-seeking behaviour for malaria illnesses in Korogwe district. In: Health Services Management Research, Vol. 19 (1) (2006) 23 – 35.

Anna *Muganda*, Tanzania's Economic Reforms - and Lessons Learned (2004) 8, online unter: <<http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.500.4963&rep=rep1&type=pdf>> (letzter Zugriff: 23. Oktober 2017).

Philemon Andrew K. *Mushi*, History and Development of Education in Tanzania (Dar es Salaam 2009).

Young *Namkoong*, Dependency Theory: Concepts, Classifications, and Criticisms. In: International Area Review, Vol. 2(1) (1999) 121 – 150.

Hans Dieter *Neuwinger*, African Traditional Medicine. A Dictionary of Plant Use and Applications (Stuttgart 2000).

David T. *Okpako*, Traditional African Medicine: theory and pharmacology explored. In: Trends in Pharmacological Sciences, Vol. 20 (12) (1999) 482 – 485.

Richard Taye *Oyelakin*, Yoruba Traditional Medicine and the Challenge of Integration. In: The Journal of Pan African Studies, Vol. 3 (3) (2009) 73 - 90.

Lissi *Rasmussen*, Christian-Muslim relations in Africa: the cases of Northern Nigeria and Tanzania compared (London 1993).

Sjoerd *Rijpma*, David Livingstone and the Myth of African Poverty and Disease: A Close Examination of His Writing on the Pre-colonial Era (Leiden/Boston 2015).

Walt W. *Rostow*, The Five Stages of Economic Growth: A Non-Communist Manifesto (Cambridge 1960).

Elisa J. *Sobo*/ Martha O. *Loustaunau*, The cultural context of health, illness and medicine (Santa Barbara 2010).

Walter *Schicho*, Handbuch Afrika in drei Bänden. Band 3: Nord- und Ostafrika (Frankfurt am Main 2004).

Daniela *Schiek*, Das schriftliche Interview in der qualitativen Sozialforschung. In: Zeitschrift für Soziologie, Vol. 43 (5) (2014) 379 – 395.

Nathanael *Sirili* et. al., Training and Development of medical doctors in Tanzania post – 1990s health sector reforms: assessing the achievements. In: Human Resources for Health, Vol. 15 (2017) 15 – 27.

Torunn *Stangeland*, Shivcharn S. *Dhillion*, Haavard *Reksten*, Recognition and development of traditional medicine in Tanzania. In: Journal of Ethnopharmacology, Vol. 117 (2) (2008) 290 – 299.

United Nations Development Programme, Human Development Report 2016: Human Development for Everyone (New York 2016).

Frans *Wijzen*/Bernardin *Mfumbusa*, Seeds of Conflict. Religious Tensions in Tanzania (Kenya 2004).

Andrea Sylvia *Winkler* et al., Attitudes towards African traditional medicine and Christian spiritual healing regarding treatment of epilepsy in a rural community of northern Tanzania. In: African journal of traditional, complementary and alternative medicines, Vol. 7 (2) (2009) 162 – 170.

Heinz *Wirth*, Aspekte des Zusammenhangs zwischen Entwicklungshilfe und Entwicklungsplanung in Tansania (Bonn 1985).

Andreas *Witzel*, Das problemzentrierte Interview. In: Gerd *Jüttemann* (Hrsg.): Qualitative Forschung in der Psychologie: Grundfragen, Verfahrensweisen, Anwendungsfelder (Weinheim 1985).

12.2. Unveröffentlichte und private Aufsätze

Dr. Gunter *Dorsch*, Erinnerungen als Arzt – Vergleiche zwischen Tansania und Deutschland (Memmelsdorf 2015).

Dr. Gunter *Dorsch*, Mediziner in Tansania (Mommelsdorf 2017).

12.3. Quellen aus dem Internet

Az Quotes, Julius Nyerere, online unter:

<http://www.azquotes.com/author/20568-Julius_Nyerere > (letzter Zugriff: 27. Oktober 2017).

Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung, Afrika südlich der Sahara: Tansania, online unter:

<http://www.bmz.de/de/laender_regionen/subsahara/tansania/index.html> (letzter Zugriff: 27. Oktober 2017).

Central Intelligence Agency, The World Factbook: Africa – Tanzania, online unter: <<https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/geos/tz.html>> (letzter Zugriff: 14. November 2017).

Central Intelligence Agency, The World Factbook: Europe - Austria, online unter: <<https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/geos/au.html>> (letzter Zugriff: 14. November 2017).

East African Community, online unter <<http://www.eac.int/>> (letzter Zugriff: 27. November 2017).

Global Health Workforce Alliance, Mid-level health workers for delivery of essential health services: A global systematic review and country experiences. Annex 5 Tanzania (2013), online unter:

<http://www.who.int/workforcealliance/knowledge/resources/MLHWCountryCaseStudies_annex5_Tanzania.pdf?ua=1> (letzter Zugriff: 22. Oktober 2017).

Ernst *Halbmayer*/Jana *Salat*, Qualitative Methoden der Kultur- und Sozialanthropologie (Wien 2011), online unter:

<<http://www.univie.ac.at/ksa/elearning/cp/qualitative/qualitative-titel.html>> (letzter Zugriff: 18. November 2017).

Lexikon der Geographie: Entwicklung, online unter:

<<http://www.spektrum.de/lexikon/geographie/entwicklung/> 2068> (letzter Zugriff: 27. Oktober 2017).

Ministry of Health and Social Welfare, Health Sector Strategic Plan July 2015 – June 2020 (HSSP IV) (2015), online unter:

<http://www.tzdpq.or.tz/fileadmin/documents/dpg_internal/dpg_working_groups_clusters/cluster_2/health/Key_Sector_Documents/Induction_Pack/Final_HSSP_IV_Vs1.0_260815.pdf> (letzter Zugriff: 25. Oktober 2017).

Ministry of Health and Social Welfare, Situation Analysis of Quality Improvement in Health Care, Tanzania (2012), online unter:

<http://www.tzdpq.or.tz/fileadmin/documents/dpg_internal/dpg_working_groups_clusters/cluster_2/health/Sub_Sector_Group/Quality_Assurance/11.a_Situation_Analysis_of_Quality_Improvement_in_Health_Care_Tanzania_-_Final.pdf> (letzter Zugriff: 16. November 2017).

OECD, *Development aid at a glance: statistics by region. Africa* (2016), online unter:

<<https://www.oecd.org/dac/stats/documentupload/2%20Africa%20-%20Development%20Aid%20at%20a%20Glance%202016.pdf>> (letzter Zugriff: 1. November 2017).

Report of the East Africa Commission: Presented to the British Parliament (by the Secretary of State for the Colonies 1925), online unter:

<http://www.waado.org/colonial_rule/east_africa/east_africa_commission_1925.pdf> (letzter Zugriff: 18. Oktober 2017).

Springer Gabler Verlag (Hrsg.), Gabler Wirtschaftslexikon, Stichwort: Drei-Sektoren-Hypothese, online unter: <<http://wirtschaftslexikon.gabler.de/Archiv/58475/drei-sektoren-hypothese-v6.html>> (letzter Zugriff: 1. November 2017).

Statista, Das Statistikportal, online unter <<https://de.statista.com/>> (letzter Zugriff: 1. Oktober 2017).

Stephan *Barth*, Die schriftliche Befragung (1998), online unter: <<https://www.hb.fh-muenster.de/opus/fhms/volltexte/2011/713/pdf/SchriftlicheBefragung.pdf>> (letzter Zugriff: 19. November 2017).

Tansania Information, Thema: Gesundheitswesen II: Maßnahmen und Planungen – 06/2016, online unter: <http://tansania-information.de/index.php?title=Thema:_Gesundheitswesen_II:_Massnahmen_und_Planungen_-_06/2016> (letzter Zugriff: 2. Oktober 2017).

The Arusha-Declaration, A Declaration Outlining Tanzania's Policy on Socialism and Self-Reliance, online unter: <<http://www.ntz.info/gen/n01209.html>> (letzter Zugriff: 06. Oktober 2017).

The Tanzania Development Vision 2025 (1999), online unter: <<http://www.unesco.org/education/edurights/media/docs/061eb2eed52b8f11b09b25a8845436f19d5ae0ad.pdf>> (letzter Zugriff: 1. November 2017).

The Witchcraft Act, online unter: <<http://www.icla.up.ac.za/images/un/use-of-force/africa/Tanzania/The%20Witchcraft%20Act.pdf>> (letzter Zugriff: 12. November).

The World Bank, Health expenditures, public (% of GDP), online unter: <<https://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.PUBL.ZS?locations=TZ>> (letzter Zugriff: 23. Oktober 2017).

The World Bank, Tanzania – Health Sector Development Program (Washington 2004), online unter: <<http://documents.worldbank.org/curated/en/670631475100505305/pdf/000020051-20140612150700.pdf>> (letzter Zugriff: 24. Oktober 2017).

Aili Mari *Tripp*, Donor Assistance and Political Reform in Tanzania. Working Paper No. 2012/37, online unter: <<https://www.wider.unu.edu/sites/default/files/wp2012-037.pdf>> (letzter Zugriff: 1. November).

United Nations Development Programme, Human Development for Everyone. Briefing Note for countries on the 2016 Human Development Report: Tanzania (United Republic of), online unter:

<http://hdr.undp.org/sites/all/themes/hdr_theme/country-notes/TZA.pdf> 2 (letzter Zugriff: 1. November 2017).

Uwe *Anderson*, Entwicklungsdefizite und mögliche Ursachen. In: Informationen zur politischen Bildung, Heft 286 (Bonn 2005), online unter:

<<http://www.bpb.de/izpb/9049/entwicklungsdefizite-und-moegliche-ursachen?p=0>> (letzter Zugriff: 16. November 2017).

Wirtschaftskammer Österreich, Länderprofil Tansania, online unter:

<<http://wko.at/statistik/laenderprofile/lp-tansania.pdf>> (1. November 2017).

World Health Organization, Beijing Declaration (2008), online unter:

<http://www.who.int/medicines/areas/traditional/TRM_BeijingDeclarationEN.pdf> (letzter Zugriff: 22. November 2017).

World Health Organization, Traditional, complementary and integrative medicine: Definitions, online unter: <<http://who.int/traditional-complementary-integrative-medicine/about/en/>> (letzter Zugriff: 11. Oktober 2017).

World Health Organization, WHO Traditional Medicine Strategy 2002 – 2005 (2002), online unter:

<http://www.wpro.who.int/health_technology/book_who_traditional_medicine_strategy_2002_2005.pdf> (letzter Zugriff: 22. November 2017).

13. Anhang

13. 1. Interviewleitfaden

13. 1.1. Interviewfragen (Deutsche Version)

Frage 1	Könnten Sie kurz etwas zu ihrer Person sagen? Wer sind Sie, was machen Sie beruflich und wie lange leben sie schon in Tansania (beziehungsweise in welchem Zeitraum haben Sie in Tansania gelebt)?
Frage 2	Falls Sie im medizinischen Bereich arbeiten (beziehungsweise gearbeitet haben): Was sind/waren dort Ihre konkreten Aufgaben?
Frage 3	Haben Sie bereits Erfahrungen mit traditioneller Medizin gemacht? Falls ja, wann und welche?
Frage 4	Wie würden Sie den Kontakt, beziehungsweise Austausch zwischen westlichen ÄrztInnen und Medizinmännern/HeilerInnen beschreiben? War/ist ein Austausch überhaupt vorhanden?
Frage 5	Wie bewerten Sie selbst die traditionelle afrikanische Medizin? Was ist Ihre persönliche Meinung zu/auf die TAM?
Frage 6	Falls Sie im medizinischen Bereich arbeiten: haben Sie je PatientInnen davon abgehalten, einen Medizinmann/HeilerInnen zu konsultieren? Falls ja, warum? Falls nein, warum nicht?
Frage 7	Auf Swahili wird „daktari“ für den Arzt verwendet, „mganga“ für den Heiler/Medizinmann. Haben Sie das Gefühl gehabt, dass hier eine Überlegenheit der westlichen ÄrztInnen vorherrscht (dass diesen mehr vertraut wurde/wird oder der Großteil der Bevölkerung eine Behandlung durch westliche MedizinerInnen der traditionellen Medizin vorgezogen hat/vorzieht?) Wie würden Sie sagen, werden die beiden Medizintraditionen bewertet?
Frage 8	In der Literatur wird zwischen den beiden oftmals so unterschieden, dass in der TAM nach der Ursache für ein Leiden gesucht wird, während die westliche Medizin ihren Fokus auf den Heilungsprozess und damit auf die Bekämpfung der Symptome an sich legt. Wie würden Sie das bewerten? Trifft dies zu?
Frage 9	Welche Vor- und Nachteile sehen Sie für Tansania jeweils in den unterschiedlichen Behandlungsmethoden? Würden Sie sagen, dass beide Medizintraditionen ihre Berechtigung haben? Wenn ja, warum? Wenn nein, warum nicht?
Frage 10	Falls Sie im medizinischen Bereich arbeiten: Bestände die Möglichkeit gemeinsam am Aufbau eines Gesundheitskonzeptes für Tansania zu arbeiten, wäre dann von Ihrer Seite aus Bereitschaft dazu? Wenn ja, warum? Wenn nein, warum nicht?
Frage 11	Wäre es Ihrer Meinung nach sinnvoll, gemeinsam an einem Gesundheitskonzept zu arbeiten, in dem beide Medizintraditionen ihre Berechtigung haben? Würde eine Zusammenarbeit im medizinischen Bereich dazu beitragen, die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung in Tansania noch effizienter zu gestalten?

13. 1.2. Interviewfragen (Englische Version)

Question 1	Could you give a few information about your person? Who are you, what is your profession and since when are you living in Tanzania (or during which period did you live there?)
Question 2	In case you are working in the medical profession: What are your specific tasks?
Question 3	Have you any experience with traditional medicine? If so, which one?
Question 4	How would you describe the contact/exchange between western practitioners and traditional healers? Is/was there any exchange at all
Question 5	How would you evaluate the traditional African medicine? What is your personal opinion on it?
Question 6	In case you are working in the medical profession: Have you ever kept someone from consulting a traditional healer? If so, why? If not, why not?
Question 7	In Swahili you use the word „daktari“ for a doctor, „mganga“ for a traditional healer. Do you have the feeling, that there exists a superiority of practioners of the western medicine (that they are/were more trustworthy or that the majority of the population prefers a treatment through western medicine rather than traditional medicine?) How would you say, both medicine traditions are/were evaluated?
Question 8	In the literature it is often said, that the TAM is searching for the cause of a suffering, while western medicine focuses on the treatment of a disease and the symptoms. Do you agree?
Question 9	Which advantages and disadvantages do you see in these different methods of treatment? Would you say that both medicine traditions have their right to exist? If so, why? If not, why not?
Question 10	In case you are working in the medical profession: If there was the possibility of working together on the development of a health concept in Tanzania, would you be willing to work together with traditional healers? If so, why? If not, why not?
Question 11	Do you think it would be reasonable to work together on a health concept, in which both medicine traditions have their right to exist? Would cooperation in the medical sector help to organize the medical care of the population even more efficiently?

13.2. Abstracts

13.2.1. Abstract (Deutsch)

In der vorliegenden Diplomarbeit wird die Korrelation zwischen westlicher und traditioneller Medizin im ostafrikanischen Tansania untersucht. Dabei erstreckt sich der Zeitraum überwiegend vom 19. Jahrhundert bis zur Gegenwart.

Als zentrale Frage, die beantwortet werden soll, stellt sich, wie sich die Beziehung zwischen westlicher und traditioneller Medizin über den Verlauf der Jahre geändert hat und in welchen Phasen man von einer positiven (beziehungsweise negativen) Korrelation sprechen kann. Von besonderer Bedeutung ist es daher, die grundlegenden Denk- und Handlungsweisen beider Medizintraditionen zu verstehen, die in dieser Arbeit ausführlich beleuchtet werden. Außerdem wird die Historie Tansanias, vor allem aber die Zeit des Kolonialismus und dem damit verbundenen Einzug westlicher Gesundheitsstrukturen, eine wichtige Rolle bei der Analyse der Forschungsfrage spielen. Ein empirischer Teil beschäftigt sich zudem mit der Wahrnehmung der traditionellen Medizin aus Sicht von VertreterInnen der westlichen Medizinpraktiken. Es wird angenommen, dass die Wahrnehmung maßgeblich dazu beiträgt, ob Entwicklungszusammenarbeit zwischen traditioneller und westlicher Medizin stattfindet oder nicht.

Die Ergebnisse zeigen, dass sowohl Phasen positiver als auch negativer Korrelation zu beobachten sind. Während man vor dem Kolonialismus mehr von einer Koexistenz statt einer Korrelation traditioneller und westlicher Medizin sprechen muss, hat die koloniale Herrschaft maßgeblich dazu beigetragen, dass westliche Strukturen die traditionelle Medizin stark in den Hintergrund gedrängt, teilweise sogar unterdrückt haben. Nach dem Kolonialismus kann man dagegen von einer zunehmend positiven Korrelation sprechen, die bis zur Gegenwart anhält. Das Land ist der traditionellen Medizin gegenüber offener geworden und von öffentlicher Seite werden immer mehr Strategien und Programme entwickelt, die eine effizientere Gesundheitsversorgung mit beiden Medizinpraktiken gewährleisten sollen. Jedoch kommt die Analyse in dieser Diplomarbeit zu dem Ergebnis, dass noch mehr Akzeptanz, Anerkennung und in erster Linie Kommunikation untereinander nötig ist, damit eine nachhaltige Zusammenarbeit im medizinischen Bereich gelingen kann.

Schlüsselwörter: Westliche Medizin, Traditionelle Medizin, Tansania, Korrelation

13.2.2. Abstract (Englisch)

The subject matter of the thesis at hand is the correlation between Western and traditional medicine in East African Tanzania. Therefore its focus is on examining the relevant period between the 19th century and today.

The main question to be answered is how the relation between Western and traditional medicine changed over the course of time and during which periods a positive (or rather a negative) correlation can be established. It is therefore of particular importance to understand the fundamental ways of thinking as well as the different procedures in healing, which will be illuminated in detail. Furthermore, the history of Tanzania, in particular the period of colonialism and the related adoption of Western structures, plays an important role in analyzing the main research issue. In addition, an empirical part deals with the perception of traditional medicine from the point of view of representatives of Western medical practice. It is assumed that perception significantly contributes to whether development cooperation between traditional and Western medicine takes place or not.

The results show that periods of positive as well as of negative correlation can be observed. Whereas it is rather a coexistence than a correlation of both medicine traditions before colonialism, the colonial control made a decisive contribution towards pushing the traditional medicine in the background, in parts suppressing it completely. After colonialism an increasingly positive correlation is noticeable, lasting until today. The country is more open-minded about traditional medicine and even the public sector arranges strategies and programmes for providing more efficient healthcare including both medical practices. The conclusion reached by the author of this thesis is that more acceptance, respect and most of all communication among each other is necessary in order to make sustainable cooperation possible.

Keywords: Western Medicine, Traditional Medicine, Tanzania, Correlation