

50 Jahre Tübinger Erklärung, Außenwirkung einst und jetzt „Teilnehmende Beobachtung“ eines Zeitzeugen

Zu einem Beitrag anlässlich des 50. Jahrestages der „Tübinger Erklärung“ von 1964 gebeten zu werden, freut mich als Zeitzeuge dieser epochalen Entwicklung ganz besonders. Es gibt mir noch einmal Gelegenheit, meinen Dank und meine Verbundenheit auszusprechen, auch im Namen aller ehemaligen Teilnehmer/innen unseres Heidelberger Entwicklungshelfer-Kurses, für die Anregungen und die Unterstützung, die wir in diesen Jahrzehnten von DIFÄM in unserem gemeinsamen Bemühen bekommen haben.

Auch wir können 2014 ein Jubiläum feiern, 40 Jahre „ökumenische Allianz“ – wie ich es nenne - DIFÄM Tübingen– Institut für Public Health, Universität Heidelberg – Missio-Würzburg. Dass diese Allianz seit 2012 mit einem neuen Kapitel unserer Zusammenarbeit in Form der Akademie für Globale Gesundheit und Entwicklung (AGGE) fortgesetzt wird, ist für mich eine ganz besondere Freude.

1964, im Jahr der „Tübinger Erklärung“, war ich als Internist am damaligen Haile Selassie Hospital in Addis Abeba tätig und haderte mit dem Problem der geringen Nachhaltigkeit (sagt man heute) unserer klinischen Tätigkeit und suchte nach einer Alternative.

Nach diesen Jahren in Äthiopien und einem durch eine Public Health Weiterbildung an der London School of Hygiene and Tropical Medicine 1965/66 etwas erschütterten ärztlichen Weltbild stellte ich mir, inzwischen an der Universität Heidelberg, die Frage nach der Daseinsberechtigung eines Instituts für Tropenhygiene und Öffentliches Gesundheitswesen in einem „nicht-tropischen“ Land.

In London hatten mich Maurice King, David Morley, William Cutting, diese Vorkämpfer, mit dem „neuen Geist“ einer „Medizin in Entwicklungsländern“ infiziert.

Der Anstoß, diese Ideen in eine medizinische Fachvorbereitung für ausreisende Entwicklungshelfer/innen einzubringen, kam 1973 von Kollegen Arnold Radtke, damals ärztlicher Fachberater bei Misereor/AGEH. Ihm gebührt hierfür auch posthum noch großer Dank. Ich erklärte mich bereit, auf dem neutralen Boden universitärer Freiheit von Forschung und Lehre, falls es so etwas gibt, ein für die unterschiedlichen kirchlichen und weltlichen Entsendeorganisationen geeignetes Kurskonzept zu erarbeiten.

Was lag näher, als sich um fachlichen Rat beim DIFÄM zu bemühen, nach meiner Einschätzung damals der einzigen für diese Fragen kompetenten Stelle. Martin Scheel, Johannes Püschel und Aart van Soest waren die Kollegen, mit denen ich hierüber intensive Gespräche führen durfte. Es gab heftige Diskussionen mit der klassischen Tropenmedizin in Hamburg, die diesen Ansatz „unwissenschaftlich“ nannte.

Es war die Zeit kritischer entwicklungspolitischer und gesundheitspolitischer Fragen; eurozentrische „Tropenmedizin“ wurde hinterfragt. Auf UN-Ebene wurden Menschenrechte und Grundbedürfnisstrategien diskutiert. Meadows' „Grenzen des Wachstums“, Gunnar Myrdals „Asian Drama“, Ivan Illichs „Nemesis der Medizin“ und Paulo Freires „Pädagogik der Unterdrückten“ bewegten nicht nur meine Studenten.

Im Mai 1973 hatte die Weltgesundheitsversammlung festgestellt, dass in weiten Teilen der Welt die Bevölkerung mit der Qualität der Gesundheitsversorgung unzufrieden sei und dass umfassende Reformen notwendig seien. Dies war ein Startsignal mit weitreichenden Konsequenzen.

Es waren die Jahre, in denen auch und gerade die Christliche Gesundheits-Kommission (CMC)

des Weltrates der Kirchen ihre Kritik an der Rolle der westlichen Medizin in Entwicklungsländern vorbrachte. Carl Taylor und John Bryant, den wir später in Heidelberg mehrfach als brillanten Referenten erleben durften, waren die Promotoren eines neuen medizinischen Paradigmas. CONTACT, die Zeitschrift der CMC, die in zahlreichen Ländern der Dritten Welt neue Wege der Gesundheitsversorgung beobachtete und betreute, wurde bei uns zur Pflichtlektüre.

Die Fragen um Gesundheit, Krankheit und Heilung, auch im kulturellen Kontext, wurden gestellt und Antworten gesucht. Ärztliche Verantwortung und Ethik, Verantwortung des Nordens gegenüber dem Süden, Medizin als Natur- und Sozialwissenschaft, wie sie Rudolf Virchow Mitte des 19. Jahrhunderts in der Morgendämmerung der modernen Medizin definierte, und „Ärztliche Mission“ nicht nur als christliche, sondern auch als entwicklungspolitische Verantwortung wurden diskutiert.

Im Herbst 1973 (also noch fünf Jahre vor Alma Ata) konnten wir gemeinsam mit der damaligen Deutschen Stiftung für Internationale Zusammenarbeit (DSE) in Berlin ein hochrangig besetztes internationales Seminar zu „Community Health and Health Motivation in South East Asia“ durchführen. James McGilvray von der CMC stellte hier die Prinzipien und Forderungen der „Tübinger Erklärung I und II“ vor. Vertreter einer Reihe von südostasiatischen Ländern/Projekten diskutierten alternative Ansätze medizinischer Versorgung. Dieses Symposium gab uns letzte Anregungen zu Konzeption und Inhalt unseres geplanten 6-wöchigen Kurses zur praxisorientierten Vorbereitung für medizinische Entwicklungshelfer/innen (EH Kurs), der dann ab 1974 zweimal jährlich in Heidelberg durchgeführt wurde und bis heute unter laufender Anpassung an die Bedürfnisse und Berücksichtigung der internationalen Entwicklung existiert. Viele Jahre wurde der dreiwöchige klassisch-tropenmedizinische Teil am Bernhard - Nocht - Institut für Tropenmedizin in Hamburg bzw. am Tropeninstitut der Universität Tübingen und später am Tropeninstitut Berlin durchgeführt. Das Missionsärztliche Institut Würzburg (Missio Würzburg) hat uns mit Referent/innen und hervorragenden Kurskursen zu „Labor unter eingeschränkten Bedingungen“ unterstützt.

Die Ausstrahlung der „Tübinger Erklärung“ und von CMC ging über Doppelmitgliedschaft ihrer Vertreter bei der WHO und UNICEF in deren gesundheitspolitische Konzepte ein. Ich denke hier besonders an Halfdan Mahler, Generaldirektor der WHO, und Kenneth Newell ; beide kamen aus dem Missionsumfeld. Aus dem US- und lateinamerikanischen Raum kam u. a. David Werner, der die hochpolitische Frage stellte: „Ist ein PHC Worker: Lackey or Liberator?“, was z. B. auf den Philippinen zu Marcos' Zeiten für manche Gesundheitsarbeiter tödlich endete.

All dies führte 1978 zu der berühmten Alma- Ata- Konferenz und dem heute mehr denn je aktuellen Konzept von Primärer Gesundheitsversorgung (nicht gleichzusetzen mit Primärer medizinischer Versorgung). Ursprünglich von der CMC geprägt, beeinflusste es endlich im Jahr 2000 die Formulierung der Millenniums-Entwicklungsziele der Vereinten Nationen zur Bekämpfung von Armut und Hunger. „Alter Wein in neuen Schläuchen“ kann man sagen, wenn man bedenkt, dass 1848 Rudolf Virchow bereits den Zusammenhang von Armut und Krankheit erkannt und hieraus gesundheitspolitische Konsequenzen gefordert hat. Auch die Präambel zur Satzung der WHO formuliert 1948 nahezu wörtlich die Forderungen Virchows.

Die globale Bedeutung der „Tübinger Erklärung“ wird auch daraus ersichtlich, dass gesundheitsentwicklungspolitische Konzepte der Bundesregierung, wie sie vom Bundesministerium für Entwicklung und Zusammenarbeit (BMZ) und seinen Exponenten, GTZ (GIZ), KfW, DED und DSE, in diesen Jahren in konstruktiven Konsultationen mit den Trägern der Entwicklungszusammenarbeit, u. a. das DIFAM und Misereor in Übereinstimmung mit dem

internationalen Trend im Sinne der WHO entwickelt wurden.

Der Arbeitskreis medizinische Entwicklungshilfe (AKME), ein inoffizieller „Club“ von Engagierten der Entwicklungszusammenarbeit im Gesundheitswesen, ist ein Forum staatlicher und nicht-staatlicher Akteure, so auch das DIFÄM. Hier wird frei und ohne sich hinter dem Namensschild einer Organisation zu verstecken diskutiert, und Probleme und Lösungsversuche werden ausgetauscht.

In Beratergremien des Bundesministeriums für Wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung haben bei der Erarbeitung von Positionspapieren z. B. zur entwicklungspolitischen Zusammenarbeit im Gesundheitsbereich, zu Bevölkerungs- und Familienplanungsfragen Vertreter des DIFÄM mitgewirkt und somit Einfluss genommen. Weit über den inneren Kreis hinaus wirkt das DIFÄM im Ökumenischen Pharmazeutischen Netzwerk (EPN), bei Health Action International (HAI) oder im Aktionsbündnis gegen AIDS.

Die gesundheits- und entwicklungspolitischen Denkanstöße und die Fachkompetenz des DIFÄM haben wesentlich dazu beigetragen, dass damals an meinem Institut der fachliche Vorbereitungskurs für Entwicklungshelfer/innen im Gesundheitsbereich entstehen und bestehen konnte. Bis heute bekommen dort junge, aber auch gelegentlich ältere Kolleginnen und Kollegen ihre allgemeine und spezifische Orientierung und Sensibilisierung für die Gesundheitsprobleme und die Gesundheitsarbeit in einem fremden und schwierigen Umfeld. Das DIFÄM hat dazu beigetragen, dass Medizin ganzheitlich als sozial- und kulturwissenschaftliche Herausforderung und als soziale Verantwortung vermittelt wird. Der Geist des DIFÄM, wie er sich auch in den „Tübinger Erklärungen I und II“ spiegelt, hat seither durch unsere Vorbereitungskurse mittelbar zweitausendfache Frucht getragen. Dafür danke ich, auch im Namen der vielen Kursteilnehmerinnen und Kursteilnehmer, sowie aller Institutsmitglieder, die auch ganz persönlich hiervon profitiert haben.

Schlüssel-Literatur der 1960er und - 70er Jahre in der Reihenfolge ihres Erscheinens:

King, Maurice (Hrsg.) 1966: Medical Care in Developing Countries, A Symposium from Makerere, Oxford University Press Nairobi

Myrdal, Gunnar 1968: Asian Drama. An Inquiry into the Poverty of Nations, Vol. I-III, Penguin Books, Harmondsworth, England

Bryant, John 1969: Health and the Developing World, Cornell University Press, Ithaca and London

Meadows, Dennis 1972: Die Grenzen des Wachstums. Bericht des Club of Rome zur Lage der Menschheit, Deutsche Verlagsanstalt, Stuttgart

Morley, David 1973: Paediatric Priorities in the Developing World, Butterworth, London

Freire, Paulo 1973: Pädagogik der Unterdrückten. Bildung als Praxis der Freiheit, Rowohlt, Reinbek bei Hamburg

Rifkin, SB, Kaplinsky, R. 1973: Health Strategy and Development. Lessons from the People's Republic of China: J. of Development Studies, 9, 213-232

Diesfeld HJ, Kröger E. (Hrsg.) 1974: Community Health and Health Motivation in South East Asia, Proceedings of an international Seminar, Foundation for International Development (DSE, Berlin) and Institute of Tropical Hygiene and Public Health, South Asia Institute, University of Heidelberg, Franz Steiner Verlag, Wiesbaden

Illich, Ivan 1975: Die Enteignung der Gesundheit. „Medical nemesis“. Rowohlt, Reinbek bei Hamburg

Newell, Kenneth (Hrsg.) 1975: Health by the People, WHO, Geneva,

Werner, David, 1977: Where there is no Doctor, A Village Health Care Handbook: The Hesperian Foundation, Palo Alto, California 94302

Primary Health Care 1978: A Joint Report by the Director-General of the World Health Organization and The Executive Director of the United Nations Children's Fund, Geneva – New York 1978

Diesfeld HJ, Schröder E. (Hrsg.) 1978: Medizin in Entwicklungsländern (Skriptensammlung) Hamburg, Heidelberg, Tübingen (gefolgt von weiteren 7 Auflagen mit verschiedenen Herausgebern und Autoren bis 2001)

Erläuterung der im Text verwendeten Abkürzungen:

DIFÄM: Deutsches Institut für ärztliche Mission /Tübingen www.difaem.de

MI: Missionsärztliches Institut /Würzburg www.medmissio.de

AKME : Arbeitskreis für medizinische Entwicklungszusammenarbeit informeller Zusammenschluss von ca. 100 Vertretern deutscher Institutionen der Entwicklungszusammenarbeit, der Humanitären Hilfe und Universitätsinstituten sowie dem Bundesministerium für Wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (BMZ) und seinen Durchführungsorganisationen. Die Mitglieder des Arbeitskreises beschäftigen sich mit aktuellen Fragen der medizinischen Entwicklungszusammenarbeit und der Gesundheitsförderung. www.weltbevoelkerung.de/informieren/unsere-themen/armutsbedingte-krankheiten/arbeitskreis-medizinische-entwicklungszusammenarbeit.html

CMC: Christian Medical Commission / Christliche Gesundheits-Kommission beim Weltrat der Kirchen in Genf

Misereor: Hilfswerk der Katholiken in Deutschland für die Entwicklungszusammenarbeit mit den Armen in den Ländern des Südens. www.misereor.de

AGEH: Fachdienst der dt. Katholiken für internationale Zusammenarbeit; vermittelt Personen in Entwicklungsprojekte. www.ageh.de

GTZ (GIZ): Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit, seit 1. Januar 2011 ist die GTZ in der neuen Gesellschaft GIZ der neuen Deutschen Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ) aufgegangen. www.giz.de

KfW: (Kreditanstalt für Wiederaufbau), ehemals KfW Bankengruppe, ist die größte nationale Förderbank der Welt sowie nach Bilanzsumme die drittgrößte Bank Deutschlands. <https://www.kfw.de>

DED: Deutsche Entwicklungsdienst,

http://de.wikipedia.org/wiki/Deutscher_Entwicklungsdienst

DSE: die frühere „Deutsche Stiftung für internationale Entwicklung“, seit 2011 ist sie in der Deutschen Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ) aufgegangen

WHO: Weltgesundheitsorganisation www.euro.who.int/de/home

UNICEF: Kinderhilfswerk der Vereinten Nationen www.unicef.de

Bernhard- Nocht- Institut für Tropenmedizin: <http://www.bni-hamburg.de>

BMZ: Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung
www.bmz.de/de/ministerium/index.html

PHC: Primary Health Care= Primäre Gesundheitsversorgung (nicht gleichzusetzen mit Primärer medizinischer Versorgung), www.mmh-mms.com/gesundheitsversorgung/phc--now-more-than-ever/index.php

Prof.Dr.med. Hans Jochen Diesfeld, Arzt für Innere Krankheiten und Tropenmedizin, DTPH

(London). 1963 bis 1965 Oberarzt am Haile Selassie Hospital in Addis Abeba, Äthiopien.

Habilitation 1969, 1976 bis 1997 Ärztlicher Direktor der Abteilung für Tropenhygiene und öffentliches Gesundheitswesen am Klinikum der Universität Heidelberg

Forschungsschwerpunkte: Gesundheitssystemforschung. Tropenmedizin, medizinische

Parasitologie, Feldforschung in West- und Ostafrika und in Indien. Entwicklung postgraduierter

Lehrangebote „Medizin in Entwicklungsländern“ seit 1974, seit 1990 internationaler

Aufbaustudiengang „Community Health Management in Developing Countries“ .