

Medizinische Ausbildung nach den Prinzipien von *Primary Health Care*:
Der Aufbau der Medizinischen Fakultät
der *Universidad Nacional de San Antonio Abad* in Cusco/Peru (UNSAAC),
1980–1996

Inauguraldissertation
zur Erlangung des Grades eines Doktors der Medizin
des Fachbereichs Medizin
der Justus-Liebig-Universität Gießen

vorgelegt von
Rosa Lena Katharina Hollekamp
aus Duisburg

Gießen (2020)

Aus dem Fachbereich Medizin der Justus-Liebig-Universität Gießen

Institut für Geschichte der Medizin

Gutachter: PD Dr. Michael Knipper

Gutachter: Prof. Dr. Joachim Kreuder

Tag der Disputation: 16.09.2021

Inhalt:

1. Einleitung	1
1.1 Fragestellung und Hintergrund der Arbeit	1
1.2 Aufbau der Arbeit	6
1.3 Material und Methoden	8
2. Historischer Kontext	12
2.1 Public Health – Entwicklungszusammenarbeit – Primary Health Care	12
2.1.1 Public Health und das Recht auf Gesundheit	12
2.1.2 Die Entwicklung der öffentlichen Gesundheitsversorgung hin zu Primary Health Care	15
2.1.3 Primary Health Care in der medizinischen Lehre	31
2.2 Peru	35
2.2.1 Einblick in die Geschichte Perus seit 1400	35
2.2.2 Die Entwicklung der öffentlichen Gesundheitsversorgung Perus, 1900-1970	39
2.2.3 Die Gesundheitssituation Perus um 1980	42
2.2.4 Die Ausbildung medizinischen Fachpersonals in Peru	44
3. Die Geschichte der Medizinischen Fakultät der Universidad Nacional de San Antonio Abad de Cusco (UNSAAC)	45
3.1 Die Gründung einer Medizinischen Fakultät in Cusco	45
3.1.1 Ideen und Ziele bei der Gründung der Medizinischen Fakultät	46
3.1.2 Gründungsprozess	50
3.2 Das Medizinstudium an der UNSAAC	52
3.2.1 Der Aufbau des Curriculums	53
3.3 Nationale und internationale Kooperationen	60
3.3.1 Der Beginn der Zusammenarbeit der Medizinischen Fakultät der UNSAAC mit der GTZ	60

3.3.2	Problemstellung und Ziele der GTZ	63
3.3.3	Umsetzung der Zusammenarbeit mit der GTZ	65
3.3.4	Organisatorische Strukturen der GTZ-Zusammenarbeit	68
3.3.5	Die Zusammenarbeit von UNSAAC und GTZ aus Sicht der Akteure	69
3.3.6	Sonstige Kooperationen	72
3.4	Schwierigkeiten, Widerstände, Konflikte und Erfolge	75
4.	Diskussion	87
4.1	Die Bedeutung von Primary Health Care in Theorie und Praxis	87
4.2	Spannungsfelder und Widerstände	93
4.3	Primary Health Care in der medizinischen Lehre und die Rolle der Ärzte	98
5.	Fazit	102
6.	Zusammenfassung	105
7.	Quellen- und Literaturverzeichnis	109
	Erklärung zur Dissertation	122
	Danksagung	123

1. Einleitung

1.1 Fragestellung und Hintergrund der Arbeit

„Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000“ lautete der Slogan der 1978 von der WHO und UNICEF organisierten Konferenz in Alma Ata. Dieses hochgesteckte Ziel sollte durch die weltweite Umsetzung von *Primary Health Care* erreicht werden.

Die *Primary Health Care*-Strategie entwickelte sich in den 1960er und 1970er Jahren als Reformbewegung in der internationalen Gesundheitspolitik, weil es mit den bis dahin dominierenden Ansätzen nicht gelungen war, die medizinische Versorgung gerade ländlicher und sozioökonomisch schwächerer Bevölkerungsgruppen zu verbessern. Maßgeblich befördert wurde diese Strategie von dem seit 1973 amtierenden Generaldirektor der WHO Halfdan T. Mahler (1923-2016)¹. Bei diesem Ansatz ging es insbesondere um eine Abgrenzung von sogenannten „vertikalen“ Gesundheitsinitiativen, deren Bestreben es war, durch selektive Maßnahmen spezifische Krankheiten – in erster Linie Malaria und Tuberkulose – zu bekämpfen. Im Gegensatz dazu erhofften sich die Vertreter des *Primary Health Care*-Konzepts durch Strategien wie die aktive Partizipation und Mitbestimmung der lokalen Bevölkerung, die Nutzung lokaler Ressourcen, die intersektorale Vernetzung – also das Einbeziehen sozialer, kultureller, politischer und ökonomischer Aspekte in die Gesundheitsversorgung –, die Betonung von Prävention sowie die Dezentralisierung der Versorgungsstrukturen mittel- und langfristig eine grundlegende gesundheitliche Versorgung aller Menschen gewährleisten zu können.² Dieter Hampel, Soziologe und Mitarbeiter der Abteilung Tropenhygiene und öffentliches Gesundheitswesen der Universität Heidelberg, beschreibt *Primary Health Care* rückblickend entsprechend als ein umfassendes Gesundheitskonzept, das dazu beitragen sollte, gesunde Lebensbedingungen und eine weltweite menschenwürdige medizinische Versorgung zu schaffen.³

„Uns trug große Euphorie“⁴, erinnert sich die WHO-Mitarbeiterin Ingar Brueggemann⁵ mit Blick auf die *Primary Health Care*-Bewegung Ende der 1970er Jahre. *Primary Health Care*

¹ Halfdan T. Mahler war von 1973–1988 Generaldirektor der WHO.

² Zur Entwicklung von *Primary Health Care* im Kontext der Geschichte von *Global Health* vgl. Packard, Randall (2016): *A History of Global Health. Interventions into the Lives of Other Peoples*, Baltimore.

³ Vgl. Hampel, Dieter (2003): Das *Primary Health Care*-Konzept. Anmerkungen zu einem universellen wie visionären Konzept – 25 Jahre nach der Deklaration von Alma Ata, in: *curare* 26, 1+2, S. 9–16, hier: S. 9.

⁴ Brueggemann, Ingar (2013): *An der Sonne geradeaus 1966-2013*, Berlin, S. 89.

⁵ Ingar Brueggemann, geboren 1933 in Nordhorn, studierte Germanistik, Anglistik und Sozialwissenschaften in Deutschland und Großbritannien. Von 1966 bis 1993 war sie als WHO-Mitarbeiterin tätig und nahm aktiv an der Konferenz von Alma Ata 1978 teil.

wurde als „Schlüssel zur individuellen und kollektiven Erhaltung der Gesundheit“⁶ gesehen. Diese euphorische Stimmung gipfelte in der 1978 gemeinsam von WHO und UNICEF organisierten internationalen Konferenz von Alma Ata, Hauptstadt der damaligen Sowjetrepublik Kasachstan. In der Abschlusserklärung wurde Gesundheit, in Anlehnung an die Charta der WHO von 1946, erneut als grundlegendes Menschenrecht betont. Gleichzeitig wurde ein ebenso umfangreicher wie anspruchsvoller Katalog von Prinzipien und Leitlinien formuliert, um die bis dahin bestehende Benachteiligung breiter Bevölkerungsschichten vieler Länder im Hinblick auf Gesundheit zu überwinden.

Nach der anfänglichen Begeisterung kam es jedoch zu wachsenden Zweifeln bezüglich der Umsetzbarkeit des Konzepts, das in der Folge zunehmend in Misskredit geriet.⁷ Während es die einen als Lösungsansatz der Gesundheitsprobleme weltweit betrachteten, hielten es die anderen für eine bloße Utopie. Insbesondere an der mit der Deklaration von Alma Ata verbundenen Kritik am Vorrang technisch definierter medizinischer Maßnahmen – bei gleichzeitiger Förderung von sozialmedizinischen und breiten gesundheitspolitischen Ansätzen und der Betonung von basismedizinischen Diensten in ländlichen Regionen – schieden sich die Geister. So wurde bereits 1980, nur zwei Jahre nach der Konferenz von Alma Ata, dem ursprünglichen *Primary Health Care*-Ansatz das Konzept des *Selective Primary Health Care* entgegengestellt.⁸ Vor allem UNICEF setzte unter dem 1980 neu ins Amt gekommenen Direktor James P. Grant (1922-1995) ganz auf *Selective Primary Health Care*. Hierbei handelt es sich um eine Gesundheitsstrategie, die einen deutlich stärkeren Fokus auf die konkrete Planbarkeit von Gesundheitsprojekten und besser nachweisbare Effektivitätskriterien legt – also um eine erneut vertikal ausgerichtete Strategie im Vergleich zum ursprünglichen *Primary Health Care*-Konzept. Für UNICEF wurde es ein erfolgreicher Weg, denn die Kindersterblichkeit konnte mit einzelnen Maßnahmen wie Impfungen und oraler Rehydratation bei Durchfallerkrankungen deutlich reduziert werden. Die an einer umfassenden Verbesserung der Gesundheit gerade von bisher vernachlässigten ländlichen Bevölkerungsgruppen in Asien, Afrika und Lateinamerika interessierten Akteure wie Mahler sehen in dieser Abwen-

⁶ Hampel (2003), S. 9.

⁷ Vgl. Cueto, Marcos (2004): The Origins of Primary Health Care and Selective Primary Health Care, in: American Journal of Public Health 94. S. 1864–1874; Packard, Randall (2016).

⁸ Walsh, Julia, Kenneth Warren (1980): Selective Primary Health Care. An Interim Strategy for Disease Control in Developing Countries, in: Social Science & Medicine 14, S. 145–163. Zur historischen Einordnung vgl. Cueto (2004) und Packard (2016).

derung vom ursprünglichen *Primary Health Care*-Ansatz jedoch einen schwerwiegenden Fehler, da somit eine fundamentale und nachhaltige Stärkung der Gesundheitssysteme vernachlässigt würde.⁹

Bis heute ist das in Alma Ata formulierte Ziel – „Gesundheit für alle“ – offenkundig noch weit entfernt. Es besteht weiterhin eine ausgeprägte und sogar zunehmende Ungleichheit in der Gesundheitsversorgung sowohl zwischen als auch innerhalb der Länder.¹⁰ Beispielsweise heben Frenk et al. 2010 in einem *Lancet*-Artikel hervor, dass sich das nationale Einkommen der reichsten und ärmsten Länder um ein 100faches unterscheidet, die Gesundheitsausgaben pro Kopf gar um ein 1000faches.¹¹ Auch im Report der WHO-Kommission zu den sozialen Determinanten von Gesundheit aus dem Jahre 2008 werden soziale Ungleichheit im Hinblick auf Gesundheit und die Bedeutung der sozialen Hintergründe von Gesundheit erneut ausdrücklich betont.¹² In diesem Kontext werden *Primary Health Care* und die Geschichte der Konferenz von Alma Ata 1978 auch heute immer wieder in den Blick genommen und als Bezugspunkt für gegenwärtige Debatten um „Gesundheit für Alle“ oder „*global health*“, wie es heute international heißt, aufgerufen. 30 Jahre nach der Konferenz von Alma Ata, befasste sich die WHO erneut mit diesem Thema und stellte den *World Health Report* 2008 unter den Titel *Primary Health Care: Now more than ever*. Laut Oliver Razum, Leiter der Abteilung Epidemiologie und *International Public Health* der Universität Bielefeld, hatte man erkannt, dass „alternative [vertikale] Ansätze ebenfalls keine schnellen kostengünstigen Lösungen bieten.“¹³ Zwar sei *Primary Health Care* auch im 21. Jahrhundert kein Patentrezept. Der Systemansatz sei jedoch essentiell, wenn es nicht nur um einzelne Krankheiten, sondern um die Verbesserung der Gesundheit weltweit gehen soll.¹⁴ Weitere zehn Jahre später, am 40. Jahrestags der Konferenz, fand in der Hauptstadt der inzwischen unabhängigen Republik Kasachstan eine wiederum von der WHO und UNICEF gemeinsam organisierte Tagung zur Stärkung von *Primary Health Care* statt. Aus dieser Tagung ging

⁹ Vgl. Cueto (2004), S. 1868–1870.

¹⁰ Bozorgmehr, Kayvan (2010): „Primary Health Care“ von Alma Ata bis Almaty, in: *Prävention und Gesundheitsförderung* 5, S. 18–22, hier: S. 18.

¹¹ Frenk, Julio et al. (2010): *Health Professionals for a New Century. Transforming Education to Strengthen Health System in an Interdependent World*, in: *The Lancet* 376, S. 1923–1985, hier: S. 1946.

¹² Vgl. Commission on Social Determinants of Health (2008): *Closing the Gap in a Generation: Health Equity through Action on the Social Determinants of Health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health*. Geneva, WHO.

¹³ Razum, Oliver et al. (2010): „Primary Health Care“ – Schnee von gestern oder brennend aktuell?, in: *Prävention und Gesundheitsförderung* 5, S. 7–9, hier: S. 8.

¹⁴ Razum et al. (2010), S. 8.

die *Astana Declaration*¹⁵ hervor, in der abermals betont wird, dass *Primary Health Care* eine Strategie sei, die durch den Fokus auf eine umfassende Gesundheitsversorgung das Potential habe, das Menschenrecht auf Gesundheit umzusetzen.¹⁶

Michael Marx, Mitarbeiter des Instituts für *Public Health* am Universitätsklinikum Heidelberg, merkt in diesem Kontext an, dass „eine kritische Rückbesinnung und Analyse sog. gescheiterter Ansätze“ nie stattgefunden habe.¹⁷ Dabei gab es in der Geschichte immer wieder Versuche, die Gesundheitsversorgung grundlegend zu verbessern, indem man sich stärker auf soziale, kulturelle, ökonomische und politische Faktoren von Gesundheit und Krankheit konzentrierte. Bekanntermaßen hatte bereits Rudolf Virchow Mitte des 19. Jahrhunderts die Medizin als eine soziale Wissenschaft bezeichnet.¹⁸ Solche Ansichten traten jedoch durch die aufkommenden Erfolge der naturwissenschaftlichen Medizin zunehmend wieder in den Hintergrund.¹⁹ Die WHO vertrat schon Anfang der 1950er Jahre eine als *Basic Health Services* benannte Strategie, die sich laut Socrates Litsios²⁰ kaum von der *Primary Health Care*-Strategie unterschied.²¹ Sie wurde jedoch 1973 als gescheitert erklärt.²² Regelmäßig führten die auftretenden grundlegenden Schwierigkeiten und Widerstände dazu, dass die immer wieder aufkommenden Bestrebungen und Hoffnungen, eine umfassende Gesundheitsversorgung zu etablieren, gedämpft wurden und man sich in der Folge wieder stärker auf „vertikale“ Strategien fokussierte.

Gerade in diesem Kontext kann die historische Perspektive wichtig und aufschlussreich sein. Denn indem sie helfen kann, wiederkehrende Probleme aufzudecken, kann sie dazu beitragen, diesen zukünftig womöglich adäquater begegnen zu können. Ziel der vorliegenden Studie ist in diesem Sinne jene von Marx geforderte „kritische Rückbesinnung“ auf vergangene

¹⁵ WHO (2018): Astana Declaration on Primary Health Care: From Alma-Ata towards Universal Health Coverage and the Sustainable Development Goals (<https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/declaration/gcphc-declaration.pdf>, 08.10.2019).

¹⁶ Meier, Benjamin Mason et al. (2018): ALMA-ATA at 40: A Milestone in the Evolution of the Right to Health and an Enduring Legacy for Human Rights in Global Health, in: Health and Human Rights (Blog): <https://www.hhrjournal.org/2018/09/alma-ata-at-40-a-milestone-in-the-evolution-of-the-right-to-health-and-an-enduring-legacy-for-human-rights-in-global-health/>, 08.10.2018; Chapman, Audrey (2018): ALMA-ATA at 40: Revisiting the Declaration, in: Health and Human Rights (Blog): https://www.hhrjournal.org/2018/09/alma-ata-at-40-revisiting-the-declaration/#_ednref3, 03.11.2019.

¹⁷ Marx, Michael (2010): Viewpoint. „Primary Health Care“ und globale Gesundheitsinitiativen, in: Prävention und Gesundheitsförderung 5, S. 37–42, hier: S. 37.

¹⁸ Virchow, Rudolf (1848): Der Armenarzt, in: Die Medizinische Reform 18, S. 125–127.

¹⁹ Diesfeld, Hans Jochen (2006): Von Rudolf Virchow zu den Millenniums-Entwicklungszielen 2000, in: Oliver Razum et al. (Hg.): Globalisierung – Gerechtigkeit – Gesundheit. Einführung in International Public Health, Bern, Göttingen, S. 19–26, hier: S. 20–21.

²⁰ Socrates Litsios war von 1980 bis 1997 Mitarbeiter der WHO.

²¹ Litsios, Socrates (2002): The Long and Difficult Way to Alma-Ata. A Personal Reflection, in: International Journal of Health Services 32, S. 709–732, hier: S. 720.

²² Litsios (2002), S. 724. Vgl. auch Packard 2016.

Ansätze der praktischen Umsetzung von *Primary Health Care*, indem ein lokales, spezifisches Projekt zur Implementierung von *Primary Health Care* betrachtet und analysiert wird. Die diesbezüglich herausgearbeiteten Schwierigkeiten, Konfliktlinien und Widerstände des „speziellen Falls“ sollen anschließend auf allgemeine Debatten im Zusammenhang mit *Primary Health Care* bezogen werden. Hubertus Büschel zufolge lassen sich dort, „wo die globale Programmatik [...] in lokale Praktik überführt, wo ausgehandelt, gestritten und bewertet wurde, [...] aus konkreten Situationen heraus Aufschlüsse über die Beziehungen, die Übereinstimmungen, Wandlungen und Brechungen zwischen Theorie und Praxis gewinnen.“²³ Diese Annahme ist für die Untersuchung der Bedingungen und Möglichkeiten von *Primary Health Care* sehr relevant, da gerade hier die Diskrepanz zwischen Theorie und Praxis immer wieder zum Thema wird.

Dabei nimmt sich die Arbeit einem in der bisherigen historischen Forschung zu *Primary Health Care* kaum beachteten Thema an: Sie befasst sich mit einem konkreten Versuch, *Primary Health Care* in die Lehre des Medizinstudiums zu integrieren und damit mittel- und langfristig zu fördern.²⁴

Bei dem untersuchten Projekt handelt es sich um die Gründung einer Medizinischen Fakultät an der peruanischen *Universidad Nacional de San Antonio Abad in Cusco* (UNSAAC). Im Jahr 1980 – zwei Jahre nach Alma Ata – begannen die ersten Studierenden ihre medizinische Ausbildung an der UNSAAC. Die Motivation zur Gründung der neuen Medizinischen Fakultät bestand maßgeblich darin, die medizinische Versorgung der im Andenhochland Perus gelegenen Region *Cusco* zu verbessern. Insbesondere in den ländlichen Gebieten herrschte zu dieser Zeit ein Mangel an medizinischem Fachpersonal. Mit Hilfe der WHO wurde ein an *Primary Health Care* orientiertes Curriculum entwickelt, dass die Studierenden ermutigen und befähigen sollte, sich während des Studiums – und auch danach – für eine verbesserte Gesundheitsversorgung für *alle* – also auch für diejenigen, die durch die bisherige Gesundheitsversorgung unzureichend erreicht wurden – zu engagieren. Unterstützt wurde dieses Vorhaben von 1986 bis 1996 maßgeblich aus Deutschland, im Rahmen eines Entwicklungsprojekts der *Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit* (GTZ)²⁵.

²³ Büschel, Hubertus (2014): *Hilf Dir Selbst! Visionen Akteure und Aporien ost- und westdeutscher Entwicklungsarbeit in Tansania, Togo und Kamerun, 1960–1975*, Frankfurt/M., S. 373.

²⁴ Auch in dem einschlägigen Sammelband *Entwicklungsziel Gesundheit* von 2011, herausgegeben von Walter Bruchhausen, Helmut Görgen und Oliver Razum, findet dieser Aspekt kaum Beachtung.

²⁵ Heute „*Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit*“ (GIZ).

Eine genauere Untersuchung dieses Projekts ist aus verschiedenen Gründen interessant: Der Ansatz, durch die Ausbildung angehender Ärzte die Implementierung von *Primary Health Care* in die öffentliche Gesundheitsversorgung zu forcieren, ist, wie erwähnt, ein Aspekt, der bisher wenig berücksichtigt und beforscht wurde. Auch durch die Unterstützung der GTZ gewinnt das Projekt an wissenschaftlichem Interesse, da in diesem Zusammenhang Aspekte der internationalen bzw. deutschen Entwicklungszusammenarbeit in die Untersuchung einbezogen werden können. Hier besteht in der medizinhistorischen Forschung weiterhin ein ungedeckter Bedarf, zumal sich die bisherige Forschung vor allem auf die Aktivitäten beider deutscher Staaten in Afrika und Asien konzentriert.²⁶

Hinzu kommt, dass Peru eine weit zurückreichende Geschichte einer auf Verbesserung der Versorgung im ländlichen Raum – unter Einbeziehung lokaler Ressourcen – zielenden öffentlichen Gesundheitsversorgung hat. So wird etwa der peruanische Arzt Manuel Núñez Brutón (1900–1952) als Vorreiter der *Primary Health Care*-Strategie angesehen.²⁷ Darüber hinaus ist das Projekt der UNSSAC insofern interessant, als dass die Medizinische Fakultät mit dem an *Primary Health Care* orientierten Curriculum bis heute besteht und von den historischen Akteuren als ein weitgehend gelungenes Projekt bewertet wird.

Nicht zuletzt ist angesichts des weltweiten Fachkräftemangels und der fortschreitenden Spezialisierung der Medizin die Frage nach einer umfassenden, auch unterversorgte Regionen erreichenden Gesundheitsversorgung, von ungebrochener Aktualität. Welche Bedeutung der medizinischen Ausbildung dabei zukommen kann, wird heute – auch in Deutschland – immer wieder diskutiert.

1.2 Aufbau der Arbeit

In der vorliegenden Studie wird zunächst der historische Kontext untersucht. Zum einen wird hier auf *Public Health* sowie die Geschichte von *Primary Health Care* eingegangen und zum anderen werden allgemeine Entwicklungen der öffentlichen Gesundheitsversorgung in Peru beleuchtet.

²⁶ Vgl. z.B. Bruchhausen, Walter, Iris Borowy (2017): Development Aid and Solidarity Work: East and West German Health Cooperation with Low-Income Countries, 1945 to 1970, in: *Gesnerus* 74, S. 173–187; Rensch, Carola, Walter Bruchhausen (2017): Medical Science Meets „Development Aid“ Transfer and Adaption of West German Microbiology to Togo, 1960-1980, in: *Medical History* 61, S. 1–24.

²⁷ Vgl. Arroyo-Hernández, Hugo (2013): Runa Soncco. Manuel Núñez Butron y su Proyecto de Educación Sanitaria, in: *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública* 30, S. 336–339; Cueto, Marcos (1991): Indigenismo and Rural Health Medicine in Peru. The Indian Sanitary Brigade and Manuel Núñez Butrón, in: *Bulletin of the History of Medicine* 65, S. 22–41, hier: S. 35.

Im Hauptteil wird die Ereignisgeschichte des Vorhabens der UNSAAC, eine Medizinische Fakultät zu gründen, die *Primary Health Care* in die medizinische Ausbildung integriert, rekonstruiert. Maßgebliche Entscheidungsprozesse und Konfliktsituationen werden herausgearbeitet und die zentralen, oft heterogenen Motivationen, Handlungsoptionen, Argumente und Konfliktlinien zwischen den verschiedenen Akteuren und Organisationen nachvollzogen.

Bei den durch die historische Rekonstruktion gewonnenen Informationen soll dann zum einen erläutert werden, was spezifisch für das Projekt ist, zum anderen aber auch aufgezeigt werden, inwiefern hier Aspekte auftauchen, die sich auch in der Sekundärliteratur wiederfinden und somit allgemeine Debatten zu *Primary Health Care* widerspiegeln. In diesem Zusammenhang soll versucht werden, durch die Erkenntnisse der Untersuchung des lokalen Projekts Problemstellungen von *Primary Health Care* im Allgemeinen zu identifizieren und zu analysieren. Indem die Bedingungen und Möglichkeiten der praktischen Umsetzung von *Primary Health Care* herausgearbeitet werden, soll die diesbezügliche Bedeutung der medizinischen Lehre diskutiert werden.

In diesem Kontext ergaben sich folgende für die vorliegende Arbeit leitende Fragestellungen:

Was wurde an der Medizinischen Fakultät der UNSAAC unter *Primary Health Care* verstanden? In der Theorie wird meist eine klare Definition von *Primary Health Care* vorausgesetzt, in der Praxis zeigt sich jedoch, dass das, was konkret darunter verstanden wird, häufig unklar ist und stark variiert. Was bedeutet diese Unklarheit für die Praxis von *Primary Health Care*? Welche Spannungsfelder und Widerstände traten bei der Gründung der Medizinischen Fakultät der UNSAAC auf? Was sind typische Konfliktfelder von *Primary Health Care* und wie können diese verstanden werden? Insbesondere wird hier die Kritik an *Primary Health Care* als eine kostengünstige Medizin für Arme und die Debatte um „Barfußärzte“ – gemeint sind im Fall der UNSAAC weniger umfassend ausgebildete Ärzte, die zeitgemäßen wissenschaftlichen Ansprüchen nicht genügen – thematisiert. Zum Schluss wird analysiert, welche Rolle gerade Ärzte bei dem Widerstand gegen *Primary Health Care* spielten bzw. spielen. In diesem Zusammenhang wird die für diese Arbeit zentrale Frage nach der Bedeutung von *Primary Health Care* in der medizinischen Lehre erörtert: Welche Rolle spielte dieser Aspekt für die Medizinstudierenden? Und ist dies eventuell ein Bereich, der bislang zu wenig berücksichtigt wurde?

1.3 Material und Methoden

Zur Bearbeitung der oben genannten Fragestellungen wurden verschiedene Quellen herangezogen. Bei diesen kann zunächst zwischen schriftlichen und mündlichen Quellen unterschieden werden. Die schriftlichen Quellen unterteilen sich in veröffentlichte und unveröffentlichte Dokumente. Bei den veröffentlichten Quellen wiederum kann man Quellen aus dem beforschten Zeitraum (Primärquellen) von aktueller für die Studie relevanter Sekundärliteratur unterscheiden. Nicht zuletzt aufgrund der zeitlichen Nähe zur Gegenwart besteht ein fließender Übergang zwischen diesen letzten beiden Kategorien.

Bei den unveröffentlichten schriftlichen Dokumenten handelt es sich um Quellen aus Archivbeständen oder privaten Beständen von beteiligten Akteuren. Im Einzelnen handelt es sich um die folgenden:

Es wurden die Dokumente aus den Archiven der GTZ in Bonn, des Büros *Instituto Andino de Salud Pública* der UNSAAC in Cusco, des Bundesarchivs in Koblenz sowie Dokumente aus privaten Beständen herangezogen. Die Archivbestände wurden mit einer im Rahmen des Projektes erstellten Inventarnummer versehen.

In dem Archiv der GTZ in Bonn befanden sich 19 Aktenordner mit 132 verschiedenen Dokumenten, die das Projekt betreffen. Die Aktenordner wurden dem Institut für Geschichte der Medizin der Justus-Liebig-Universität in Gießen zur Verfügung gestellt, wo sie sich zurzeit auch befinden. Zur Erfassung der Dokumente wurde ein Inventar angelegt, in welchem die einzelnen Schriftstücke in die folgenden sieben Kategorien unterteilt wurden: Berichte, Evaluationen, Pläne, Anträge, Korrespondenzen, bisher unveröffentlichte Forschungsarbeiten sowie sonstige Dokumente. Wichtig für die Rekonstruktion der Ereignisgeschichte waren insbesondere die halbjährlich erstellten Projektdarstellungs- und Projektfortschrittsberichte aus den Kategorien Berichte und Evaluationen.

Die Dokumente stammen aus den Jahren von 1987 bis 2001, der überwiegende Teil aus den Jahren 1991 bis 1996. Aus den Jahren vor 1990 liegen nur vereinzelte Dokumente vor. Ein Großteil der Dokumente ist in deutscher Sprache verfasst, ein kleinerer Teil auf Spanisch.

Im Archiv des *Instituto Andino de Salud Pública*²⁸ der UNSAAC in Cusco befinden sich umfangreiche Quellen aus den Jahren von 1983 bis 1996, wobei auch hier wesentlich mehr

²⁸ Das *Instituto Andino de Salud Pública* wurde 1996 im Anschluss an die Zusammenarbeit mit der GTZ gegründet. Aufgabe des Instituts war zum einen, Kenntnisse und Lösungsansätze für die Gesundheitslage der

Dokumente zu den späteren Phasen des Projektes, also von 1990 bis 1996, vorliegen. Insgesamt wurden 100 Dokumente und 12 Aktenordner gesichtet und in das oben genannte Inventar eingefügt. Bei den Dokumenten handelt es sich wiederum um zahlreiche Projektdarstellungen, -fortschrittsberichte und -evaluationen, sowie Forschungsprojekte von Studierenden (Abschlussarbeiten). Von diesen Dokumenten sind die meisten in Spanisch verfasst und nur einige wenige auf Deutsch.

Im Bundesarchiv in Koblenz finden sich im Bestand B 213 (Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung) sowie in den noch nicht erschlossenen Akten unter dem Titel „Technische Hilfe für Peru“ und „Kapitalhilfe für Peru“ für die Studie relevante Dokumente. Von Bedeutung sind hier insbesondere Anfang der 1980er Jahre verfasste Studien und Reiseberichte von GTZ-Mitarbeitern, die Aufschluss über die Deutsch-Peruanische-Zusammenarbeit im Rahmen von *Primary Health Care* und den Beginn der GTZ-Unterstützung der Medizinischen Fakultät der UNSAAC liefern.

Insgesamt ist zu den Archivbeständen zu sagen, dass eine quellenhistorische Rekonstruktion des Projektverlaufs anhand der vorhandenen Dokumente nur lückenhaft möglich war. Zum einen konnte aufgrund der zeitlichen Verteilung der Entstehungsdaten der Quellen mit einem Schwerpunkt auf den 1990er Jahren, einigen Dokumenten aus den späten 1980er Jahren und dem Fehlen von Quellen aus den späten 1970er und den frühen 1980er Jahren, eine Rekonstruktion der Gründungszeit aus diesen Daten nur indirekt – durch später verfasste Dokumente über die Gründung und die Anfangsjahre der Fakultät – erfolgen. Zum anderen war die Rekonstruktion anhand der ausgewerteten Dokumente schwierig, da die Quellen inhaltlich meist sehr bürokratisch und in sachlicher Sprache verfasst sind. Es fallen viele über die Jahre hinweg bestehende inhaltliche Wiederholungen auf, bei denen in sehr ähnlichem „Ton“ oder häufig auch im gleichen Wortlaut über das Projekt berichtet wird. Es sind kaum freie oder persönliche Anmerkungen zu finden, sodass es aus diesen Archivbeständen nur in Ansätzen möglich war, neben dem offiziellen, meist von Seiten der GTZ geschilderten Verlauf, differenzierte und unmittelbare Aussagen zum Beispiel zur Entwicklung, zu Konfliktlinien, speziellen Aspekten und verschiedenen Fassetten und Details des Projektes zu erfassen. Zudem ist zu berücksichtigen, dass Dokumente wie Projektdarstellungen oder Fort-

Region Cusco zu entwickeln, und zum anderen, für eine, den Gesundheitsproblemen der Region angemessene Ausbildung von medizinischem Personal zu sorgen. Zudem sollte nach dem Ende der GTZ-Unterstützung durch die Einrichtung des Instituts eine Kontinuität der Lehre im Bereich der Primären Gesundheitsversorgung sichergestellt werden (vgl. N.N. (1997): El Instituto Andino de Salud Pública, in: SITUA 5, N° 10.)

schrittsberichte meist zu einem bestimmten Zweck verfasst wurden, nämlich um dem Geldgeber gegenüber Rechenschaft abzulegen. Somit muss die jeweilige Intention bzw. Interessenlage des Verfassers bei der Auswertung kritisch hinterfragt werden.

Um eine detailliertere Rekonstruktion der Ereignisgeschichte zu erreichen, waren, ergänzend zu den Archivbeständen, die persönlichen Bestände von beteiligten Akteuren interessant. Insbesondere sind hier die Aktenbestände von Santiago Saco, einem seit 1982 an der medizinischen Fakultät der UNSAAC beschäftigten Dozenten, zu nennen. Dort fanden sich deutlich mehr Dokumente aus den frühen 1980er Jahren. Relevant für die Auswertung waren hier insbesondere genaue Beschreibungen der verschiedenen, über die Zeit veränderten Curricula, Berichte zu fakultätsinternen Verhandlungen über die Lehrinhalte, Erfahrungsberichte und Kritik von Studierenden sowie ein Bericht eines Dozenten aus Lima zur Bewertung des Curriculums an der UNSAAC.

Ein weiterer wichtiger Teil der schriftlichen Quellen umfasst die veröffentlichten Dokumente aus dem Zeitraum von 1980 bis 1996. Die Zeitschrift SITUA – eine seit 1992 jedes Semester erscheinende Zeitschrift der Medizinischen Fakultät der UNSAAC – wurde systematisch durchgearbeitet. Dies war hilfreich, um den historischen Kontext und die Ereignisgeschichte genauer beleuchten zu können. Hier fanden sich Publikationen zur Gründungsgeschichte, zu Konzepten und Lehrinhalten der Fakultät, zu Praktikums- und Forschungsberichten von Studierenden und Dozenten sowie Evaluationen und Studien zu Ergebnissen und Erfolgen der Lehre der Medizinischen Fakultät. Zudem enthält jede Ausgabe die Rubrik *Medionoticias*, in der Neuigkeiten in Bezug auf die Fakultät aufgeführt werden.

Für die deutsche Perspektive wurde das „Deutsche Ärzteblatt“ nach relevanten Artikeln innerhalb dieses Zeitraums durchsucht. Dort fanden sich einige allgemein gehaltene Artikel zur medizinischen Entwicklungshilfe in Peru und *Primary Health Care*.

Die einbezogene aktuelle Sekundärliteratur diente dazu, sich einen Überblick über den Forschungsstand zu verschaffen, den historischen Kontext genauer zu beleuchten und die, bei der Rekonstruktion der Ereignisgeschichte gewonnenen Informationen auf die historischen Ereignisse und zeitgenössischen Debatten zum Thema *Primary Health Care* zu beziehen.

Ergänzt wurden die Informationen aus den schriftlichen Quellen durch Gespräche mit Zeitzeugen. Es wurden Interviews mit Dozenten und Studierenden der Medizinischen Fakultät geführt. Einige von ihnen waren bereits zur Zeit der Gründung an der Fakultät. Aus den

Interviews konnten Eindrücke zu der Bewertung des Projekts durch beteiligte Akteure gewonnen und typische Konflikte der ersten Jahre der Fakultät aufgedeckt werden.

Zudem wurden Gespräche mit den beiden deutschen Langzeitfachkräften Angelika Schrettenbrunner und Wolf Wagner geführt, die von der GTZ zur Unterstützung des Projektes für mehrere Jahre nach Cusco entsandt wurden. Bei der sogenannten *Oral History* ist zu bedenken, dass die Akteure über Erinnerungen an Ereignisse sprechen, die mehrere Jahrzehnte zurückliegen, und dass das menschliche Gedächtnis „nicht nur lückenhaft, sondern auch störanfällig“ ist.²⁹ Diese Erinnerungen sind meist durch die seitdem geschehene Entwicklung der Person und aktuelle Debatten zum Thema beeinflusst. So ist die *Oral History* nicht unbedingt dazu geeignet, die Faktenlage zu verbessern, aber sie kann Hinweise zu „Deutungsmustern und Handlungsmöglichkeiten von Akteuren“³⁰ aufzeigen.

Insgesamt ist zum Umgang mit den oben benannten Quellen zu bemerken, dass es bei der Auswertung, Büschel folgend,³¹ nicht nur um eine heuristische Darstellung gehen, sondern auch interpretiert werden soll, was das Material über seine eigene Entstehung und die Arbeitsweise der Verfasser aussagt. Implizite Ziele der Akteure sollen – so etwa hinsichtlich der Frage, welche Inhalte an die Zukunft übermittelt werden sollte bzw. welche nicht – reflektiert werden.

Auch die Historiker selbst sind bei der Rekonstruktion der Geschichte in gegenwärtige Sichtweisen verstrickt und folgen Fragestellungen, die aus dem gegenwärtigen Interesse gespeist sind und somit nie völlige Objektivität erreichen können; dies ist bei der Quellenanalyse zu bedenken, um sich eigener unwillkürlicher und unbemerkter Interpretationen bewusster zu werden.³²

²⁹ Eckard, Wolfgang Uwe, Robert Jütte (2007): *Medizingeschichte. Eine Einführung*, Köln, S. 66.

³⁰ Eckard, Jütte (2007), S. 66.

³¹ Büschel (2014), S. 374.

³² Paul, Norbert, Thomas Schlich (1998): *Einführung: Medizingeschichte – Aufgaben, Probleme, Perspektiven*, in: dies. (Hg.): *Medizingeschichte. Aufgaben, Probleme, Perspektiven*. Frankfurt/M, New York, S. 9–21.

2. Historischer Kontext

2.1 Public Health – Entwicklungszusammenarbeit – Primary Health Care

2.1.1 Public Health und das Recht auf Gesundheit

Der Begriff *Public Health* bezieht sich auf Maßnahmen zur Verbesserung des Gesundheitszustandes der gesamten Bevölkerung, nicht auf die Behandlung einzelner Patienten oder Erkrankungen. Farmer et al. sehen hier den Unterschied von *Public Health* zu einer Medizin, die sich mit Individuen befasst.³³ Im 2003 erschienenen Sammelband *Das Public Health Buch* schreibt der Mitherausgeber Friedrich Wilhelm Schwartz über das Konzept: „Public Health umfasst alle Analysen und Management-Ansätze, die sich vorwiegend auf ganze Populationen oder größere Subpopulationen beziehen, und zwar organisierbare Ansätze bzw. Systeme der Gesundheitsförderung, der Krankheitsverhütung und der Krankheitsbekämpfung unter Einsatz kulturell und medizinisch angemessener, wirksamer, ethisch und ökonomisch vertretbarer Mittel.“³⁴

Gerade die präventiven Bereiche – also Gesundheitsförderung und Krankheitsverhütung – stellen einen Schwerpunkt von *Public Health* dar. Aufgrund der alternden Bevölkerung und der Zunahme chronischer Erkrankungen, die durch medizinische Behandlungen nicht geheilt werden können, gewinnt dieser Bereich immer mehr an Bedeutung.³⁵ Eine Schwierigkeit präventiver Maßnahmen ist jedoch, dass sie in vielen Fällen keinen unmittelbaren Vorteil für die jeweilige Person bringen. Geoffery Rose bemerkt diesbezüglich: „Die Sorge um künftige Gesundheit ist ein Luxusgut – Arme und Arbeitslose benötigen ihre gesamten Kapazitäten, um die dringlicheren aktuellen Probleme zu bewältigen“.³⁶

Bei der Prävention von Krankheiten können zwei Ansatzpunkte unterschieden werden. Zum einen derjenige der Förderung von Aufklärung über Gesundheit und Erkrankungen bzw. gesund und krank machende Verhaltensweisen, deren Ziel die Erhöhung der Verantwortung des Einzelnen für die Erhaltung seiner Gesundheit ist. Diesem als Verhaltensprävention bezeichneten Ansatz steht zum anderen der Ansatz der Verhältnisprävention gegenüber, dessen

³³ Farmer, Paul et al. (2013): Introduction: A Biosocial Approach to Global Health, in: ders. et al. (Hg.): *Reimagining Global Health*, Berkeley, Los Angeles, London, S. 1–14, hier: S. 9.

³⁴ Schwartz, Friedrich Wilhelm (2003): *Das Public Health Buch*. Gesundheit und Gesundheitswesen, München, S. 4.

³⁵ Vgl. Marckmann, Georg, L. Geza Rothenberger (2012): *Public Health*, in: Urban Wiesing et. al. (Hg.): *Ethik in der Medizin*. Ein Studienbuch, Stuttgart, S. 507–516.

³⁶ Rose, Geoffery (2012): Strategien der Präventivmedizin. Warum überhaupt Prävention betreiben?, in: Urban Wiesing et. al. (Hg.): *Ethik in der Medizin*. Ein Studienbuch, Stuttgart, S. 520–522, hier: S. 520.

theoretische Grundlage es ist, dass der Gesundheitsstatus eines Menschen auch erheblich von seiner sozioökonomischen Lage abhängt und es einen „systematischen Zusammenhang zwischen dem sozioökonomischen Status und der Mortalität“³⁷ gibt; und das auch in Ländern mit einer guten Abdeckung an medizinischer Versorgung. Dies impliziert, dass zur Förderung von Gesundheit nicht nur am individuellen Verhalten des Einzelnen anzusetzen ist, sondern ebenso an den gesellschaftlichen Bedingungen, dass also „die Gesellschaft Objekt gesundheitlicher Verbesserungen“³⁸ werden muss. Dabei spielt nicht nur die absolute Armut eine Rolle für den Gesundheitsstatus der Bevölkerung, sondern auch die relativen Einkommensunterschiede innerhalb einer Population haben negative Auswirkungen auf den Gesundheitszustand der Menschen aus den unteren sozioökonomischen Schichten.³⁹ Die sozioökonomischen Determinanten von Gesundheit machen zudem deutlich, dass es nicht um das bloße *Anbieten* von Gesundheitsleistungen gehen kann, dass also der Gesundheitszustand des Einzelnen nur zu einem Teil von der medizinischen Versorgung im engeren Sinne abhängig ist.⁴⁰

So wird auch in der Ottawa-Charta, die 1986 auf der internationalen Konferenz der Weltgesundheitsorganisation in Ottawa verfasst wurde, betont, dass es grundlegende Voraussetzungen für Gesundheit – wie etwa Frieden, angemessene Wohnbedingungen, Bildung, Ernährung, Einkommen, ein stabiles Ökosystem, eine sorgfältige Verwendung vorhandener Ressourcen, soziale Gerechtigkeit und Chancengleichheit – gibt und dass „jede Verbesserung des Gesundheitszustandes [...] zwangsläufig fest an diese Grundvoraussetzungen gebunden“⁴¹ ist, dass also die Verbesserung des Gesundheitsstatus nicht unabhängig von den sonstigen Lebensumständen eines Menschen erfolgen kann.

Es ist aber auch zu betonen, dass es sich hier um einen wechselseitigen Einfluss handelt, insofern Gesundheit selbst „eine wesentliche Voraussetzung nicht nur für das Wohlergehen des Einzelnen, sondern auch für den Wohlstand und die Chancengleichheit innerhalb und zwischen Bevölkerungsgruppen ist.“⁴² Aufgrund dieser Wechselwirkungen von ökonomischer Entwicklung und Gesundheitsstatus scheint es Bruchhausen zufolge nicht sinnvoll, die Verbesserung des Gesundheitszustandes der Bevölkerung einfach dem wirtschaftlichen

³⁷ Marckmann, Rothenberger (2012), S. 511.

³⁸ Bruchhausen, Walter (2008): Gesundheit und Gesellschaft. Soziale Herausforderungen der Medizin, in: ders., Heinz Schott (Hg.): Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin, Göttingen, S. 165–178, hier: S. 167.

³⁹ Vgl. Krech, Rüdiger (2006): Public Health ist intersektoral, in: Oliver Razum et al. (Hg.): Globalisierung – Gerechtigkeit – Gesundheit. Einführung in International Public Health, Bern, S. 123–135, hier: S. 123.

⁴⁰ Vgl. Marckmann, Rothenberger (2012), S. 507.

⁴¹ WHO Europa (1986): Ottawa-Charta on health prevention, World Health Organization, Geneva (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf, 11.06.2020).

⁴² Marckmann, Rothenberger (2012), S. 507.

Fortschritt zu überlassen; eher wäre der wirtschaftliche Aufschwung durch eine bessere Gesundheitsversorgung zu beschleunigen.⁴³ Entsprechend ist der ehemalige WHO-Direktor für ethische und soziale Determinanten von Gesundheit Rüdiger Krech der Auffassung, dass Gesundheit den Finanzministern ebenso wichtig sein sollte wie den Gesundheitsministern.⁴⁴ Die oben angeklungenen Schlagwörter „Chancengleichheit“, „Gerechtigkeit“ und „sorgfältige Verwendung vorhandener Ressourcen“ verweisen auf ein weiteres wichtiges Thema des *Public-Health*-Bereichs, welches deutlich macht, dass die weltweite Gesundheitsversorgung nicht einfach sich selbst überlassen werden kann: die Mittelverteilung im Gesundheitswesen. Der Konflikt zwischen immer weiter steigenden Möglichkeiten in der medizinischen Versorgung einerseits und den begrenzten Ressourcen andererseits wirft die Frage nach der Verteilung der Ressourcen auf und nach welchen Regeln diese erfolgen sollte. So fragt Norman Daniels, ob die Gesundheitsversorgung nach marktwirtschaftlichen Prinzipien erfolgen darf: „Dürfen wir erlauben, dass Ungleichheiten im Zugang zur Gesundheitsversorgung entsprechend den ökonomischen Ungleichheiten variieren [...]?“⁴⁵ Dies beantwortet er damit, dass er Gesundheit als eine Voraussetzung für Chancengleichheit betrachtet und daraus das Recht auf Gesundheitsfürsorge ableitet.⁴⁶ Das Recht auf Gesundheit bzw. den „besten erreichbaren Gesundheitszustand“ ist auch im Internationalen Pakt über Wirtschaftliche, Soziale und Kulturelle Rechte (Sozialpakt) verankert, der 1966 von der Generalversammlung der Vereinten Nationen verabschiedet wurde und 1976 in Kraft trat; es gehört damit zu den Menschenrechten.

Das Recht auf Gesundheit umfasst dem BMZ zufolge vier Kernelemente: Die *Verfügbarkeit* – dass also genügend funktionierende Gesundheitseinrichtungen und -dienste sowie Medikamente, sauberes Wasser und adäquate Sanitäreinrichtungen zur Verfügung stehen; die *Zugänglichkeit*, die besagt, dass ein diskriminierungsfreier, erreichbarer und erschwinglicher Zugang zu medizinischen Einrichtungen und Diensten gewährleistet werden muss sowie dass ein Recht auf Gesundheitsinformationen besteht; die *Annehmbarkeit*, womit gemeint ist, dass die Gesundheitsdienste die medizinische Ethik und die kulturellen Werte der betreffen-

⁴³ Vgl. Bruchhausen (2008), S. 179.

⁴⁴ Vgl. Krech (2006), S. 125.

⁴⁵ Daniels, Norman (2012): Gerechte Gesundheitsverteilung, in: Urban Wiesing et. al. (Hg.): Ethik in der Medizin. Ein Studienbuch. Stuttgart, S. 303–306, hier: S. 303.

⁴⁶ Vgl. Daniels (2012), S. 303.

den Bevölkerung respektieren müssen, sofern diese nicht gegen die Menschenrechte verstoßen; die *Qualität*, die sich sowohl auf medizinisches Personal als auch auf Medikamente und medizinische Ausstattung bezieht.⁴⁷

Da für viele Staaten mit knappen Ressourcen eine augenblickliche Gewährleistung des Rechts auf Gesundheit nicht möglich ist, sieht der Sozialpakt eine schrittweise erfolgende Umsetzung vor, bei der die Vertragsstaaten konkrete Schritte unternehmen und Rechenschaftsberichte über diese gegenüber den VN-Vertragsorganen ablegen müssen. Die Umsetzung solcher Schritte zu unterstützen, ist auch die Pflicht aller an die Menschenrechte gebundenen Partnerländer.⁴⁸

Die aktive Verbesserung der weltweiten Gesundheitsversorgung ist also nicht nur eine wichtige Voraussetzung für die sozioökonomische Entwicklung, sondern es besteht – aufgrund des unveräußerlichen Menschenrechts auf den bestmöglichen erreichbaren Gesundheitszustand – auch eine internationale Verpflichtung, eine verfügbare, für alle zugängliche und annehmbare sowie qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung einzurichten. Da Menschenrechte per Definition jedem Menschen gleichermaßen zustehen, drängt sich die wichtige Frage auf, wie dies weltweit zu realisieren ist. Hier steht die Entwicklungszusammenarbeit vor einem bis heute ungelösten Problem. Meier et al. betonten erst jüngst aus Anlass der Astana-Konferenz zu „40 Jahren Alma Ata“ 2018 erneut, dass *Primary Health Care* ein Meilenstein sei und ein wichtiges Erbe, welches die öffentliche Gesundheitsversorgung hin zur Verwirklichung des Menschenrechts auf Gesundheit führen könne.⁴⁹

2.1.2 Die Entwicklung der öffentlichen Gesundheitsversorgung hin zu Primary Health Care

Public Health gewinnt an Bedeutung (19. Jahrhundert)

Hans Jochen Diesfeld, langjähriger Direktor des Instituts für Tropenhygiene der Universität Heidelberg und einer der wichtigsten Vertreter von *Primary Health Care* in Deutschland in den 1970er und 1980er Jahren, schreibt in einem Aufsatz zur Entwicklung der WHO, dass seit Mitte des 19. Jahrhunderts das Gemeinwohl und die Gesundheitssituation der Bevölkerung zunehmend in den Fokus des öffentlichen Interesses rückten. Begründet wird dies zum

⁴⁷ Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit (Hg.) (2009): Gesundheit und Menschenrechte, in: BMZ Spezial 162, Bonn, S. 8.

⁴⁸ Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit (Hg.) (2009), S. 8.

⁴⁹ Meier et al. (2018).

einen mit der Industrialisierung und Verstädterung und den damit entstehenden neuen Krankheitsrisiken. Zum anderen eröffneten sich durch neue Erkenntnisse in den Naturwissenschaften, insbesondere der Mikrobiologie, aussichtsreiche Möglichkeiten der Seuchenbekämpfung. Darüber hinaus führt Diesfeld an, dass es im 19. Jahrhundert durch eine verbesserte Infrastruktur und erweiterte Kommunikationsmöglichkeiten zu einer größeren internationalen Vernetzung bei Gesundheitsfragen kam.⁵⁰ Ein wichtiges Ziel war es, sich vor „exotischen Krankheiten“ zu schützen, ohne den internationalen Handel einschränken zu müssen.⁵¹ Seuchenzüge, die sich weltweit verbreiteten und natürlich nicht an Landesgrenzen Halt machten, führten zur Gründung internationaler Einrichtungen.⁵² 1851 fand die erste internationale Gesundheitskonferenz in Paris statt, die, so Rolf Korte, der lange Jahre die Gesundheitsabteilung der deutschen GTZ leitete, „als Beginn der Globalisierung von Gesundheitsfragen gelten [kann].“⁵³ Als erste überregionale Gesundheitsorganisation wurde 1902 das *Panamerikanische Gesundheitsamt* gegründet, und 1907 eröffnete in Paris das *Internationale Amt für öffentliche Hygiene*.⁵⁴ Im Jahr 1948 wurde am siebten April – der bis heute als Weltgesundheitstag gefeiert wird – die Weltgesundheitsorganisation (WHO) als Sonderorganisation der Vereinten Nationen gegründet.

Die technische Zielsetzung der WHO – vom Enthusiasmus zur Frustration (1948-1970er Jahre)

Die Ziele der WHO – nicht zuletzt das des höchstmöglichen Gesundheitsniveaus – waren, so Diesfeld, wesentlich höher gesteckt als die ihrer Vorgängerorganisationen.⁵⁵ Diesfeld unterteilt die Funktionen der WHO in drei Kategorien:

1. Die Entwicklung von normativen Standards in der Medizin
2. Technische Beratung und Unterstützung
3. Unterstützung von Mitgliedsstaaten in der Gesundheitspolitik

Die WHO habe in den ersten 30 Jahren nach ihrer Gründung einen starken Schwerpunkt zugunsten der ersten beiden Kategorien gelegt und somit eher technische Funktionen bei der

⁵⁰ Vgl. Diesfeld, Hans Jochen (1996): Entwicklung der WHO. Von der Seuchenbekämpfung zu „Primary Health Care“-Konzept, in: Heinz Schott (Hg.): Meilensteine der Medizin, Dortmund, S. 571–584, hier: S. 571.

⁵¹ Vgl. Beigbeder, Yves (2012): Weltgesundheitsorganisation im Wandel. Gesundheit für alle bleibt oberstes Ziel, in: Vereinte Nationen 5, S. 195 – 201, hier: S. 195.

⁵² Vgl. Bruchhausen (2008), S. 179.

⁵³ Korte, Rolf (2006): Globale Gesundheitsinitiativen, in: Oliver Razum (Hg.): Globalisierung – Gerechtigkeit – Gesundheit. Einführung in International Public Health, Bern, S. 111–122, hier: S. 111.

⁵⁴ Vgl. Beigbeder (2012), S. 195; vgl. auch Packard (2016).

⁵⁵ Vgl. Diesfeld (1996), S. 572.

Bekämpfung von Krankheiten übernommen. Dies sieht Diesfeld im Zusammenhang mit dem damaligen Zeitgeist, insofern „der Siegeszug der Antibiotika, Impfstoffe und Insektizide glauben machte, dass nunmehr alle Infektionskrankheiten unter Kontrolle gebracht, wenn nicht gar ausgerottet werden können“, so dass das „öffentliche Gesundheitswesen, Hygiene und Präventivmedizin in den Augen der Ärzte, Politiker wie auch der Bevölkerung überflüssig“⁵⁶ zu werden schien. Damit rückte die schon von Rudolf Virchow im 19. Jahrhundert vertretene These, dass Medizin eine soziale Wissenschaft sei, die eng mit der Politik in Verbindung stehe, wieder in den Hintergrund.

Nach anfänglichen Erfolgen erwies sich jedoch der Versuch, einzelne Epidemien in den Griff zu bekommen, ohne die auslösenden, aufrechterhaltenden oder verschlimmernden Faktoren zu beachten, als wenig nachhaltig, und die einzelnen Projekte, die zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung eingerichtet wurden, hatten – die Pockenbekämpfung ausgenommen – immer wieder systembedingte Rückschläge zu verzeichnen.⁵⁷ Es wurde deutlich, dass selbst modernste Technologien nicht die Lösung für die schlechte Abdeckung der gesundheitlichen Versorgung sein können.⁵⁸ So schreibt etwa Kenneth Newell, Mitarbeiter der WHO, dass 80 % der Landbevölkerung kaum oder gar keinen Zugang zur modernen Gesundheitstechnologie habe, obwohl diese als „*shining example of present-day man's technological ingenuity and progress*“ gelte.⁵⁹

Neben den Frustrationen bezüglich des Anspruchs, durch technische Fortschritte komplexe Gesundheitsprobleme lösen zu können, kam es in den 1960er und 1970er zu kritischen politischen Strömungen, die geprägt waren von der Suche nach den Ursachen für die globale Ungleichheit und die ungerechte Verteilung von Reichtum und Macht. In diesem Zusammenhang wandelte sich auch die Perspektive auf die Gesundheitsversorgung: Es begannen Diskussionen über politische Konzepte von Chancengleichheit, Mitbestimmung und Teilhabe und es kamen zunehmend kritische Stimmen gegenüber professioneller Dominanz auf.⁶⁰

⁵⁶ Vgl. Diesfeld (1996), S. 580.

⁵⁷ Vgl. Diesfeld (1996), S. 573–574.

⁵⁸ Schmidt, Bettina (2003): PHC – Primary Health Care. Editorial, in: *curare* 26, 1+2, S. 5–6.

⁵⁹ Newell, Kenneth (1975): Introduction, in: Kenneth Newell (Hg.): *Health by the People*, Genf, S. ix–xii, hier: S. ix.

⁶⁰ Vgl. Diesfeld (1996), S. 576–580; Vgl. auch Roelcke, Volker (1996): „Gesundheit für alle im Jahr 2000“? Die Grenzen der Medizin und die Herausforderung durch die Ethnomedizin, in: Heinz Schott (Hg.): *Meilensteine der Medizin*, Dortmund, S. 585–591.

Das Beispiel der chinesischen „Barfußärzte“ wird populär (1960er Jahre)

Im Zuge der Konfrontation von Kapitalismus und Kommunismus während des Kalten Krieges bildeten sich verstärkt sozialistische Strömungen, die auch Auswirkungen auf die Gesundheitsversorgung hatten. So wurden beispielsweise Entwicklungen im chinesischen Gesundheitssystem populär, die ein „Konzept der kommunalen Verantwortung für Gesundheit und der gemeindegetragenen Gesundheitsdienste“⁶¹ verfolgten. Diesem Ansatz entsprechend wurden anstelle von akademisch ausgebildeten Medizinerinnen sogenannte „Barfußärzte“ mit Kenntnissen der Basisgesundheitsversorgung zur medizinischen Grundversorgung in ländlichen Gebieten eingesetzt. Diese waren Dorfgesundheitsarbeiter, die in den jeweiligen Gemeinden lebten, einen Fokus auf präventive Maßnahmen legten und westliche Medizin mit traditioneller chinesischer Heilkunst verbanden.⁶²

Breitere Aufmerksamkeit erfuhr dieses System auch durch die Chinareise von Präsident Richard Nixon im Februar 1972. Dadurch wurde es möglich, anerkennend über das chinesische Gesundheitssystem zu berichten, ohne gleich kommunistischer Gesinnung verdächtigt zu werden.⁶³

Genauer beschrieben wird das Konzept der chinesischen Gesundheitsversorgung von Victor und Ruth Sidel, die es als eines der erfolgreichen Projekte zur Verbesserung der öffentlichen Gesundheitsversorgung in Newells *Health by the People* benennen.⁶⁴ In China habe es bereits in den 1930er und 1940er Jahren erste Versuche einer gemeindebasierten Medizin gegeben, in der die Bevölkerung aktiv an dem Aufbau ihrer Gesundheitsversorgung beteiligt sein sollte. Anfang der 1960er Jahre floss jedoch nach wie vor der größte Teil der finanziellen Mittel in die Gesundheitsversorgung der Stadtbevölkerung, sodass laut Zhang und Unschuld für die Gesundheitsversorgung der 8,3 Millionen Stadtbewohner mehr Geld zur Verfügung stand als für 500 Millionen Bauern.⁶⁵ Unter Mao Tse-tung wurden dann 1968 die oben erwähnten ersten Versuche einer ländlichen gemeindebasierten medizinischen Versorgung ausgeweitet und zur Nationalpolitik ernannt.⁶⁶

⁶¹ Diesfeld (1996), S. 578.

⁶² Vgl. Cueto (2004), S. 1864.

⁶³ Packard (2016), S. 242.

⁶⁴ Sidel, Victor, Ruth Sidel (1975): The Health Care Delivery System of the People's Republic of China, in: Kenneth Newell (Hg.): *Health by the People*, Genf, S.1–12, hier: S.1.

⁶⁵ Zhang, Daqing, Paul Unschuld (2008): China's Barefoot Doctor: Past, Present, and Future, in: *The Lancet* 372, S. 1865–1867, hier: S.1865.

⁶⁶ Zhang, Unschuld (2008), S. 1865.

Victor und Ruth Sidel fassen die Kernelemente dieser Gesundheitspolitik in vier Punkten zusammen:⁶⁷

1. Die Gesundheitsdienste sollten vor allem für vom vorherigen System benachteiligte Bevölkerungsgruppen wie Arbeiter, Bauern und Soldaten geschaffen werden.
2. Die präventive Medizin sollte hervorgehoben werden.
3. Es sollte eine Integration von traditioneller chinesischer und westlicher Medizin stattfinden, sodass beide Richtungen voneinander lernen, anstatt in Konkurrenz zu treten.
4. Die Partizipation der gesamten Bevölkerung sollte erreicht werden, sodass jeder einzelne eine organisierte Rolle bei der Erhaltung der eigenen Gesundheit und der seiner Mitmenschen zugewiesen bekommen sollte.

Der Terminus „Barfuß“ nimmt dabei laut Victor und Ruth Sidel auf die gleichzeitige Tätigkeit als Gesundheits- und Farmarbeiter Bezug.⁶⁸ Das Konzept der „Barfußärzte“ wurde – insbesondere von der WHO – als erfolgreiches Konzept angesehen, um in Entwicklungsländern die medizinische Versorgung zu verbessern.⁶⁹ Trotz des niedrigen technischen Standards bot das Konzept eine kostengünstige und zeitgerechte Versorgung der ländlichen Bevölkerung.⁷⁰ Durch dieses System wurden beeindruckende Veränderungen erzielt, die laut Basilico et al., zu einer signifikanten Steigerung der durchschnittlichen Lebenserwartung von 35 auf 68 Jahre zwischen 1952 und 1982 führten. Hierbei wird eingeräumt, dass es auch immer wieder zu Romantisierungen und Übertreibungen des Erfolgs der „Barfußärzte“ gekommen sei.⁷¹

Der WHO-Fokus verändert sich (1973 – 1980)

Den gesellschaftlichen Umbrüchen entsprechend, die dem chinesischen System eine Vorreiterfunktion einräumten, gab es Litsios zufolge von 1968 bis 1975 auch tiefgreifende Veränderungen des Arbeitsprogramms der WHO⁷²; sie nahm sich, 20 Jahre nach ihrer Gründung,

⁶⁷ Sidel, Sidel (1975), S.1–2.

⁶⁸ Sidel, Sidel (1975), S. 6–7.

⁶⁹ Jachertz, Norbert (1982): Hilfe für die Dritte Welt. Schwachstellenanalyse, in: Deutsches Ärzteblatt 79, 38, S. 74–80, hier: S. 76; Zhang, Unschuld (2008), S. 1866.

⁷⁰ Zhang, Unschuld (2008), S. 1865.

⁷¹ Basilico, Matthew et al. (2013): Health for all? Competing Theories and Geopolitics, in: Paul Farmer et al. (Hg.): Reimagining Global Health, Berkeley, S. 74–110, hier: S. 77.

⁷² Litsios, Socrates (2004a): The Christian Medical Commission and the Development of the World Health Organization's Primary Health Care, in: American Journal of Public Health 94, S. 1884–1993, hier: S. 1885.

auch des dritten Mandats – der Gesundheitspolitik – an.⁷³ Basilico et al. sehen die aus diesen Umbrüchen hervorgegangene *Primary Health Care*-Bewegung als ein Produkt der hoffnungsvollen und turbulenten 1970er Jahre an.⁷⁴ Fang benennt das chinesische Gesundheitssystem als Vorbild der WHO für den Aufbau von Gesundheitsversorgungen in Entwicklungsländern.⁷⁵ Packard betont die Bedeutung des fehlgeschlagenen *Malaria Eradication Programme* (MEP) für das Umdenken innerhalb der WHO.⁷⁶ Mitte der 1950er wurde dies zum zentralen Projekt der WHO. Dieses strikt vertikale Programm basierte, so Litsios, maßgeblich auf der Insektenbekämpfung durch DDT. Erst in den 1960er Jahren, als deutlich wurde, dass die Ausrottung von Malaria nicht erreicht würde, wurde die Relevanz der Gesundheitsinfrastruktur für den Erfolg von Projekten hervorgehoben.⁷⁷ So fand in der globalen Entwicklungszusammenarbeit ein Umschlag von vertikalen Projekten hin zu umfassenderen, intersektoralen Ansätzen statt, und es wurde ein stärkerer Fokus auf kulturelle, soziale, ökonomische und politische Elemente beim Aufbau einer funktionierenden Gesundheitsversorgung gelegt. Litsios erläutert diese Notwendigkeit mit dem Beispiel, dass Kinder, wenn man sie gegen Masern impfe, trotzdem noch an Dehydration, Diarrhö oder einer Pneumonie sterben könnten: „*It is like a leaky bucket which does not hold water even if you plug one of the holes.*“⁷⁸

Bereits in den späten 1960er Jahren kam es zu einem deutlichen Anstieg der WHO-Projekte, die im Zusammenhang mit dem Aufbau einer Basisgesundheitsversorgung standen⁷⁹, und man forcierte die Entwicklung der sogenannten *Basic Health Services* – ein Konzept der WHO aus den 1950er Jahren. Dementsprechend betonte 1968 der damalige Generalsekretär der WHO, Marcolino Candau, dass der Erfolg der Aktivitäten von der Effektivität dieser *Services* abhängen und es einer umfassenden Gesundheitsstrategie bedürfe.⁸⁰

In einem WHO-Bericht von 1973 erklärt Newell das Konzept der *Basic Health Services* jedoch als gescheitert. Litsios begründet dieses Scheitern mit einer ersten Krise in der Entwicklung von Gesundheitsdiensten, die dadurch gekennzeichnet sei, dass sich die Bevölkerung hilflos und nicht einbezogen in den Aufbau der Gesundheitsversorgung fühle. Dies, schreibt Litsios, „*may be satisfying to the health professionals but which is not what is*

⁷³ Vgl. Diesfeld (1996), S. 576.

⁷⁴ Basilico, Matthew et al. (2013), S. 75.

⁷⁵ Fang, Xiaoping (2012): *Barefoot Doctors and Western Medicine in China*, Rochester, S. 2.

⁷⁶ Packard (2016), S. 231.

⁷⁷ Vgl. Litsios (2004a).

⁷⁸ Litsios (2002), S. 724.

⁷⁹ Vgl. Cueto (2004), S. 1866.

⁸⁰ Litsios (2004a), S.1885.

wanted by the consumer.“⁸¹ In diesem Kontext zitiert Litsios Halfdan Mahler⁸², der das Versagen der WHO, die *Basic Health Services* zu stärken, als ihren eklatantesten Fehler bezeichnet. Mahler schlussfolgert hieraus, dass es nun umso wichtiger sei zu zeigen, wie effektiv *Primary Health Care* sein könne.⁸³

Und so entwickelte sich aus diesem Anstieg der gemeindebasierten Gesundheitsprogramme Ende der 1960er und Anfang der 1970er das Konzept *Primary Health Care*.⁸⁴ Bei dieser Entwicklung spielten unter anderem auch missionarische christliche Verbände eine bedeutende Rolle. Laut Cueto wurde der Begriff *Primary Health Care* vermutlich erstmals in der 1970 erschienenen christlichen Zeitschrift *Contact* genannt.⁸⁵

Auf der Weltgesundheitsversammlung der WHO von 1974 wurden mit dem Ziel, effektive Strategien zu finden, um den ungleichen Gesundheitsstatus der Länder zu verringern, erste Entscheidungen getroffen, die später zu Alma Ata führten.⁸⁶ Im Januar 1975 wurde der *Primary Health Care*-Ansatz erstmals dem Vorstand der WHO präsentiert.⁸⁷ Die WHO betonte in diesem Zusammenhang, dass *Primary Health Care* mehr als die Ausweitung der *Basic Health Services* bedeute, da es Sozial- und Entwicklungsdimensionen aufweise und das Gesundheitssystem beeinflussen solle.⁸⁸ Ebenfalls 1975 erschienen zwei wichtige Publikationen der WHO zum Thema *Primary Health Care*: Zum einen *Alternative Approaches to Meeting Basic Health Needs of Populations in Developing Countries* von Voyo Djukanovic und Edward P. Mach und zum anderen das bereits erwähnte *Health by the People* von Newell.⁸⁹ In beiden Publikationen werden erfolgreiche bzw. potentiell erfolgreiche Gesundheitsprogramme in Entwicklungsländern vorgestellt. Die WHO-Projekte waren laut Burci und Vignes sehr verschieden und spezifisch, hatten jedoch zwei Kernelemente gemeinsam: Zum einen den Anspruch, wirklich alle Menschen durch die Gesundheitsversorgung zu erreichen

⁸¹ Litsios (2002), S. 713.

⁸² Halfdan T. Mahler war von 1973–1988 Generaldirektor der WHO.

⁸³ Litsios, Socrates (2004b): *Primary Health Care, WHO and the NGO Community*, in: *Development*, 47, 2, S. 57–63, hier: S. 58. Litsios betont in Bezug auf BHS und PHC, dass es gar nicht so leicht sei, den Unterschied zwischen beiden Strategien auszumachen: „... it was hard to put one’s finger on how PHC differed from BHS.“ Eine Theorie sei gewesen, dass „PHC = BHS + community participation + intersectoral action“ bedeute. In den Beschreibungen von BHS von 1952 sei aber sowohl *community participation* als auch *intersectoral action* eingeschlossen gewesen. (Litsios (2002), S. 720.)

⁸⁴ Litsios (2004b), S. 57.

⁸⁵ Vgl. Cueto (2004), S. 1865.

⁸⁶ WHO (1988): *From Alma-Ata to the year 2000. Reflections at the Midpoint*, Geneva, S. 3.

⁸⁷ Litsios (2004a), S. 1884.

⁸⁸ WHO (1978): *Primary Health Care. Report of the International Conference on Primary Health Care. Alma-Ata, USSR, 6–12 September 1978*, Geneva, S. 38.

⁸⁹ Litsios (2004a), S. 1886–1887.

und zum anderen, die Individuen, Familien und Gemeinden aktiv in die Gesundheitsplanung mit einzubeziehen.⁹⁰

Die Konferenz von Alma Ata (1978)

Diese *Primary Health Care*-Bewegung, die Litsios als eine dramatische Veränderung der WHO Arbeit von der „*top down*“ Perspektive zu „*bottom up*“ Ansätzen⁹¹ bezeichnete, gipfelte, wie einleitend erwähnt, in der Konferenz von Alma Ata. Bereits Anfang der 1970er Jahre hatte sich der sowjetische Gesundheitsminister Dimitri Venediktov für eine internationale Gesundheitskonferenz zu nationalen Gesundheitsdiensten ausgesprochen.⁹² Litsios zufolge spielte gerade die Sowjetunion eine entscheidende Rolle für das Zustandekommen der Konferenz. Dort sei der Fokus auf die Ausrottung einzelner Krankheiten schon zuvor kritisch gesehen worden, sodass die Sowjets das Scheitern dieser Strategie als Möglichkeit sahen, eine führende Position bei der Entwicklung von Gesundheitsdiensten zu erreichen.⁹³ Auf diese Weise wollten sie ihr sozialistisches Gesundheitssystem in Entwicklungsländern stärken.⁹⁴ Mahler war zunächst gegen eine Konferenz in der Sowjetunion. Der Grund hierfür war, so Litsios, dass Mahler nicht gewollt habe, dass *Primary Health Care* von den Sowjets „gekidnappt“ würde, da das sowjetische Gesundheitssystem sehr zentralistisch und medikalisiert gewesen sei und somit keine Bewegung „von unten“ möglich gemacht habe.⁹⁵ Zudem erläutert Mahler in einem Interview, dass er sich mehr Vorbereitungszeit für eine Konferenz gewünscht habe.⁹⁶

Bei der Entscheidung für die Konferenz sei man davon ausgegangen, dass man das *Primary Health Care*-Konzept als bekannt voraussetzen könne, was Litsios als „*overoptimistic*“ bezeichnet. Ohne die Konferenz hätte man seiner Meinung nach zunächst mehr Energien darauf verwandt, die Strategie weiter zu erforschen und damit zu evaluieren. Dies hätte *Primary Health Care* mehr Substanz gegeben und somit gestärkt.⁹⁷ Durch die Konferenz seien

⁹⁰ Burci, Gian Luca, Claude-Henri Vignes (2004): World Health Organisation, The Hague, S. 161.

⁹¹ Litsios (2004a), S. 1892.

⁹² Basilico et al. (2013), S. 78.

⁹³ Litsios (2002), S. 711–712.

⁹⁴ Litsios (2002), S. 716.

⁹⁵ Litsios (2002), S. 719.

⁹⁶ WHO (2015): Primary Health Care Comes Full Circle. An Interview with Dr. Halfdan Mahler, in: Bulletin of the World Health Organization 2008, 86, 10 (<http://www.who.int/bulletin/volumes/86/10/08-041008/en/>, 03.11.2019).

⁹⁷ Litsios (2002), S. 727.

viele von Mahlers Energien verschluckt worden;⁹⁸ und so schaffte Alma Ata Zwänge, die mit den Bemühungen der WHO-Leitung interferierten.⁹⁹

Nichtsdestoweniger setzten sich die Befürworter der Konferenz – unter anderem durch diplomatischen Druck und finanzielle Mittel der Sowjetunion¹⁰⁰ – durch. Sie fand im September 1978 in Alma Ata, der heutigen Stadt Almaty, in Kasachstan statt. An dieser von der WHO und UNICEF organisierten Tagung nahmen Vertreter von 134 Ländern und 67 internationalen Organisationen teil.

Neben Mahler und anderen war Joshua Cohen, ein israelischer Arzt, der seit 1969 im Hauptsitz der WHO tätig war, ein wichtiger Akteur der Konferenz. So formuliert Ingar Brüggemann in ihrer Biographie: „Unter Mahler und Cohen schickte sich die Weltgesundheitsorganisation an, ein neues Kapitel ihrer Geschichte aufzuschlagen.“¹⁰¹ Brüggemann beschreibt Cohen in diesem Zusammenhang als Architekten der Implementierung von *Primary Health Care*.¹⁰²

Zu Beginn der Konferenz erinnerte John Reid, zu dieser Zeit Vorsitzender des Exekutivrats der WHO, daran, dass man zwei Gefahren internationaler Planungen bedenken müsse: Zum einen könne man so allgemein bleiben, dass die Umsetzung auf Ebene der Regionen und Länder schwierig würde. Zum anderen könnten Strategien so spezifisch sein, dass sie nur in sehr wenigen Ländern oder Situationen angewandt werden könnten.¹⁰³ Cohen prägte in diesem Zusammenhang den Begriff der *Systematic Indeterminacy*¹⁰⁴ – also der systematischen Unbestimmtheit; und auch Mahler betonte die Bedeutung der individuellen Anpassung des Gesundheitssystems an die jeweilige Region: „*Don't adopt – adapt*“ sah er als das entscheidende Motto von *Primary Health Care* an.¹⁰⁵

Die Deklaration von Alma Ata (1978)

Das Ergebnis der Konferenz ist die „Deklaration von Alma-Ata“, in der das Konzept *Primary Health Care* zusammengefasst wurde. Als gemeinsames Ziel wurde „Gesundheit für alle im Jahr 2000“ formuliert, was insbesondere unter Berücksichtigung der Definition von Gesundheit durch die WHO – als ein „Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und

⁹⁸ Litsios (2002), S. 728–729.

⁹⁹ Litsios (2002), S. 710. Vgl. hierzu auch Packard (2016), S. 244.

¹⁰⁰ Litsios (2002), S. 715–716.

¹⁰¹ Brüggemann (2013), S. 81.

¹⁰² Vgl. Brüggemann (2013), S. 77.

¹⁰³ WHO (1988), S. 3.

¹⁰⁴ Brüggemann (2013), S. 76.

¹⁰⁵ WHO (1988), S. 4.

sozialen Wohlergehens“¹⁰⁶ – als sehr ambitioniert gelten kann. Hierzu passend bezeichnet Mahler die Atmosphäre während der Konferenz als beinahe spirituell; nicht im religiösen Sinne, sondern in dem Sinne, dass alle etwas Großes erreichen wollten.¹⁰⁷ Betont wird in der Deklaration die Notwendigkeit eines dringenden Handelns aller Regierungen, aller Gesundheits- und Entwicklungsdienste und der Weltgemeinschaft zum Schutz und zur Förderung der Gesundheit aller Menschen.¹⁰⁸ Laut Dieter Hampel wurde durch diese internationale Erklärung die „Basis für eine erste *Weltgesundheitspolitik* gelegt“¹⁰⁹, denn es wurde eine gemeinsame Strategie entworfen, die es allen Ländern der Welt ermöglichen sollte, eine umfassende Basisgesundheitsversorgung zu etablieren. Brüggemann betont, *Health for All* erfordere „umfassende Maßnahmen in nahezu allen Bereichen der Gesellschaft“.¹¹⁰

Die in Alma Ata entstandene Deklaration ist in zehn Abschnitte gegliedert, die im Folgenden genauer beschrieben werden:

Der *erste* Abschnitt besagt, dass Gesundheit ein „grundlegendes Menschenrecht darstellt“¹¹¹, dessen Realisierung nicht allein dem Gesundheitssektor zufalle, sondern auch der Mitwirkung sozialer und ökonomischer Bereiche bedürfe.

Im *zweiten* Abschnitt wird – aufbauend auf der Prämisse, dass Gesundheit ein Menschenrecht ist – betont, dass der ungleiche Gesundheitszustand der Menschen in verschiedenen Ländern, aber auch innerhalb der Länder unannehmbar sei. Es wird also eine adäquate medizinische Versorgung gefordert, die unabhängig von Nationalität und sozialem, ökonomischem oder kulturellem Hintergrund gewährleistet sein müsse.

Der *dritte* Abschnitt greift wieder die Wechselwirkungen von Gesundheit und wirtschaftlicher sowie sozialer Entwicklung auf: Zum einen bedürfe es sozioökonomischer Voraussetzungen, um einen guten Gesundheitszustand aller Menschen zu erreichen, zum anderen sei eine ausreichende Gesundheit die Basis für eine nachhaltige wirtschaftliche und soziale Entwicklung und könne laut der Deklaration zu einer besseren Lebensqualität und sogar zum „Weltfrieden“¹¹² beitragen.

Der *vierte* Teil besagt, dass Menschen nicht nur das Recht, sondern auch die Pflicht hätten, an der Planung und Verwirklichung ihrer Gesundheitsversorgung mitzuwirken.

¹⁰⁶ WHO (1948): Constitution of the World Health Organization. Geneva: World Health Organization.

¹⁰⁷ WHO (2015).

¹⁰⁸ WHO (1978).

¹⁰⁹ Hampel (2003), S. 9.

¹¹⁰ Brüggemann (2013), S. 114.

¹¹¹ WHO (1978).

¹¹² WHO (1978).

Die Verantwortung der Regierungen für die Gesundheit der Bevölkerung wird im *fünften* Abschnitt betont. Deren Aufgabe sei es, ausreichende gesundheitliche und soziale Maßnahmen bereit zu stellen. Dadurch solle bis zum Jahr 2000 ein Gesundheitslevel für alle Menschen hergestellt werden, das ihnen die Führung „eines gesellschaftlich aktiven und wirtschaftlich produktiven Lebens“¹¹³ ermöglicht. Damit wird noch einmal der Zusammenhang von Gesundheit, Lebensqualität und ökonomischer Entwicklung hervorgehoben. Der „Schlüssel“¹¹⁴ zu diesem Ziel sei das Konzept *Primary Health Care*, das als Teil einer „Entwicklung im Geiste sozialer Gerechtigkeit“¹¹⁵ gesehen wird.

Im *sechsten* Abschnitt wird dargelegt, dass *Primary Health Care* auf „wissenschaftlich fundierte[n] und gesellschaftlich akzeptable[n] Methoden und Technologien“¹¹⁶ beruhen soll, die sich das jeweilige Land auch leisten können müsse. *Primary Health Care* solle ein integraler Bestandteil des jeweiligen Gesundheitssystems sein und so nahe wie möglich an die jeweiligen Wohn- und Arbeitsplätze der Menschen herangetragen werden.

Der *siebte* Abschnitt beschreibt in wiederum sieben Punkten, was *Primary Health Care* bedeute bzw. leisten solle. Zunächst wird hier betont, dass sich *Primary Health Care* aus den jeweiligen Gegebenheiten des Landes entwickeln und auf dem Forschungsstand sowie der Erfahrung bezüglich öffentlicher Gesundheitsversorgung beruhen solle. Im Weiteren wird darauf hingewiesen, dass *Primary Health Care* auf die Hauptgesundheitsprobleme der Gemeinden abziele und dabei sowohl präventive als auch kurative und rehabilitative Maßnahmen durchführe. Der dritte Punkt führt die „8 Elemente von *Primary Health Care*“¹¹⁷ auf; hier werden die verschiedenen Bereiche aufgelistet, die *Primary Health Care* abdecken solle. Dabei handelt es sich um die Gesundheitserziehung, die Nahrungsmittel- und Trinkwasserversorgung, die sanitäre Grundversorgung, die Mütter- und Kindergesundheit einschließlich Familienplanung, Impfungen, Verhütung und Bekämpfung lokal endemischer Krankheiten, die angemessene Behandlung der häufigen Erkrankungen und Verletzungen sowie die Versorgung mit essentiellen Arzneimitteln. Der nächste Punkt bezieht sich auf die intersektorale Ausrichtung von *Primary Health Care*, was bedeutet, dass eine Koordination der Gesundheitsversorgung im engeren Sinne mit Bereichen wie Landwirtschaft, Ernährung, Industrie, Ausbildung, Wohnungsbau und Kommunikationswesen erfolgen solle. Der fünfte Punkt des siebten Abschnitts besagt, dass *Primary Health Care* eine starke Eigenständigkeit

¹¹³ WHO (1978).

¹¹⁴ WHO (1978).

¹¹⁵ WHO (1978).

¹¹⁶ WHO (1978).

¹¹⁷ Hampel (2003), S. 10.

und die Beteiligung der Gemeinschaft und der einzelnen Personen erfordere. Im Hinblick darauf wird nochmals die Relevanz der Nutzung lokaler Ressourcen hervorgehoben. Die Bedeutung eines gut funktionierenden Überweisungssystems wird im sechsten Punkt betont, und der siebte und letzte Punkt besagt, dass *Primary Health Care* durch ein gut ausgebildetes „Health Team“¹¹⁸ und im Bedarfsfall auch durch traditionelle Heiler ausgeführt werden solle.

Der *achte* Abschnitt der Deklaration appelliert wiederum an den „politischen Willen“¹¹⁹ aller Länder, *Primary Health Care* in das nationale Gesundheitssystem zu integrieren und dabei auch verfügbare äußere Hilfsquellen rational zu nutzen.

Im *neunten* Teil wird die Bedeutung der Zusammenarbeit aller Länder bei der Verbesserung der Gesundheitsversorgung herausgestellt.

Im *zehnten* und letzten Abschnitt wird die politische Forderung erhoben, dass, um „Gesundheit für alle im Jahr 2000“ zu gewährleisten, eine bessere Nutzung der Weltressourcen nötig sei. Diese sollten nicht für Rüstung und militärische Konflikte, sondern vielmehr für die soziale und ökonomische Entwicklung und somit auch für *Primary Health Care* eingesetzt werden.¹²⁰

Die Abwendung von Primary Health Care (ab 1980)

Brueggemann bezeichnet das in der Deklaration festgehaltene *Primary Health Care*-Konzept, als „grundlegend und bahnbrechend.“¹²¹ So blieb es auch nicht aus, dass es viele kontroverse Einschätzungen und eine große Schar von Kritikern gab. Insbesondere der umfassende, wenig spezifische und nicht umsetzungsorientierte Charakter der Deklaration löste Widerspruch aus. Basilico et al. konstatieren, dass bei der Formulierung der abstrakten *Primary Health Care*-Prinzipien wenig auf deren konkrete Implementierung eingegangen werde, was dazu geführt habe, dass es den Bestrebungen von Alma Ata wie vielen anderen Versuchen der Gesundheitsreformierung in der Geschichte ergangen sei: „*Ambitious plans can fail to be translated into action.*“¹²² Packard beschreibt dementsprechend, dass die lokalen Regierungen häufig in einer „trial-and-error manner“ hätten arbeiten müssen, da die all-

¹¹⁸ WHO (1978).

¹¹⁹ WHO (1978).

¹²⁰ WHO (1978).

¹²¹ Brueggemann (2013), S. 81.

¹²² Basilico et al. (2013), S. 80.

gemeingehaltenen *Primary Health Care*-Richtlinien wenige Informationen darüber enthielten, wie sie unter den jeweiligen lokalen Gegebenheiten umgesetzt werden könnten. Die Ergebnisse der Konferenz von Alma Ata beinhalten laut Packard die idealisierte Version von dem, was kommen könnte, und würden dadurch die Schwierigkeiten und Herausforderungen ausklammern, die sich bei der Implementierung von *Primary Health Care* entwickeln könnten.¹²³ So wurde auch Mahler – als einem der wichtigsten Vertreter der *Primary Health Care*-Strategie – vorgeworfen, die WHO in eine politische Organisation umwandeln zu wollen und somit technische Aspekte zu vernachlässigen.¹²⁴

Besonders der integrative Ansatz des Konzepts, die Gesundheitsversorgung an die spezifischen Bedürfnisse der Bevölkerung anzupassen, konnte in der konkreten Umsetzung vieler Gesundheitsprojekte nicht erfüllt werden, sodass in der Praxis meist vertikale, also auf abgesteckte Problembereiche abzielende Interventionsstrategien dominierten.¹²⁵ Bei an *Primary Health Care* orientierten Projekten, die jeweils spezifisch an die lokalen Bedürfnisse angepasst werden sollen und eine aktive Beteiligung der Bevölkerung beinhalten, ist wesentlich mehr Flexibilität nötig, was einer möglichst exakten vorherigen Planung widerspricht. So stehen Büschel zufolge bei einem „so stark auf Freiheit und Selbstbestimmung angelegten Entwicklungskonzept [...] Standardisierungen, Planungen und Kontrollen im Spannungsfeld zu individuellen Vorstellungen und Wünschen ihrer Empfänger.“¹²⁶ Eben dieses Spannungsfeld greift Cohens Terminus der *Systematic Indeterminacy* auf, der *Primary Health Care* als ein *systematisches* Einsetzen eines *nicht* vorgefertigten, sondern unbestimmten und somit flexiblen Programmes versteht.

Gerade diese Unbestimmtheit bringt Schwierigkeiten mit sich, da im Gegensatz zu vertikalen Programmen bei an *Primary Health Care* orientierten Projekten keine genaue vorherige Planung, einschließlich exakter Kalkulation aufzubringender finanzieller Mittel und zeitnah messbarer Erfolgsindikatoren möglich ist, was insbesondere bei Investoren eine wichtige Rolle spielen kann. Auch sei, so Razum, eine Umverteilung der Ressourcen von hochtechnisierten Krankenhäusern zu Distriktgesundheitsdiensten nicht im Sinne wichtiger Interessenvertreter.¹²⁷

¹²³ Packard (2016), S.245-246.

¹²⁴ Cueto (2004), S. 1871.

¹²⁵ Knipper, Michael (2003): Krankheit, Kultur und Medizinische Praxis. Eine medizinethnologische Untersuchung zu „mal aire“ im Amazonastiefland von Ecuador, Münster, S. 5.

¹²⁶ Büschel (2014), S. 508.

¹²⁷ Razum (2010), S. 8.

Cueto führt an, dass es bisher überhaupt noch eine ungeklärte Frage sei, ob *Primary Health Care* nun teurer oder kostengünstiger sei als herkömmliche medizinische Versorgungskonzepte.¹²⁸ Kritik gibt es in beide Richtungen: Die einen begründen das Scheitern von *Primary Health Care* damit, dass deutlich wurde, dass „PHC nicht zum Nulltarif zu haben war“¹²⁹ und „unerwartet viele zusätzliche Ressourcen erforderte“¹³⁰; die anderen sehen in *Primary Health Care* eine „Medizin der Armen“¹³¹ bzw. eine „nicht evidenzbasierte Billigmedizin, die sogar als ethisch anrühlich angesehen wurde.“¹³² So schreibt auch Brüggemann, dass „gerade auch aus Entwicklungsländern kritische Stimmen kamen, die sich diskriminiert fühlten, sich mit einer ‚primären‘ Gesundheitsversorgung abfinden zu müssen.“¹³³

Als eine weitere Schwierigkeit bei der Umsetzung von *Primary Health Care* nach Alma Ata wird häufig die Wirtschaftskrise Anfang der 1980er Jahre, insbesondere in Lateinamerika, angeführt.¹³⁴ Diesfeld bezeichnet dies jedoch als „mehr vorgeschoben als begründet.“¹³⁵ Viel eher sei „mangelnder politischer Wille auf allen Seiten [und] reaktionäres Gegensteuern von verschiedenen Interessensgruppen [...] dafür verantwortlich, dass das ursprünglich weiterreichende PHC-Konzept nicht nur in den sog. ‚Entwicklungsländern‘ im Sande verlief.“¹³⁶ Eine dieser reaktionär gegensteuernden Interessengruppen war insbesondere auch die Ärzteschaft. So schreibt Jachertz 1989 im *Deutschen Ärzteblatt* bezüglich des präventiven Schwerpunkts der *Primary Health Care*-Bewegung: „Die Ärzte sollten aber auch im Kopf haben, daß bei der Politik mit der Prävention immer auch der Hintergedanke mitspielt, das ‚professionelle System‘ zu umgehen.“¹³⁷ Und die von 2006 bis 2017 amtierende Generalsekretärin der WHO, Margaret Chan, beschreibt, dass *Primary Health Care* von vielen als eine radikale Attacke auf das medizinische Establishment angesehen wurde.¹³⁸

Durch diesen starken Gegenwind entfernte sich *Primary Health Care* von seiner „ursprünglich umfassenden sozialpolitischen Ausrichtung.“¹³⁹ So wurde bereits wenige Monate nach

¹²⁸ Cueto (2004), S. 1871.

¹²⁹ Razum (2010), S. 8.

¹³⁰ Bozorgmehr (2010), S. 18.

¹³¹ Burci, Vignes (2004), S. 162.

¹³² Marx (2010), S. 37.

¹³³ Vgl. Brüggemann (2013), S. 84.

¹³⁴ Basilico et al. (2013), S. 81.

¹³⁵ Diesfeld, Hans Jochen (2010): „Primary Health Care“ im 21. Jahrhundert. Blick auf eine zukunftsfähige Gesundheitsversorgung 30 Jahre nach Alma Ata, in: *Prävention und Gesundheitsförderung* 5, S. 10–11, hier: S.10.

¹³⁶ Diesfeld (2010), S. 10.

¹³⁷ Jachertz, Norbert (1989): WHO. Politik mit Prävention, in: *Deutsches Ärzteblatt* 86, 13, S. 837.

¹³⁸ Chan, Margaret (2008): Return to Alma-Ata in: *The Lancet* 372, S. 865–866, hier: S.865.

¹³⁹ Müller, Olav, Oliver Razum (2008): 30 Jahre Primary Health Care. Die Neuaufgabe einer revolutionären Idee, in: *Deutsches Ärzteblatt* 105, 36, S. 1841–1843, hier: S. 1842.

der Konferenz in Alma Ata ein neues Konzept vorgestellt: In ihrem Artikel *Selective Primary Health Care: An Interim Strategy for Disease Control in Developing Countries* bezeichnen Julia Walsh und Kenneth Warren *Primary Health Care* zwar als „die beste Lösung“, werfen aber die Frage auf, wie man mit begrenzten Ressourcen den Bedürftigsten auch schon lange vor dem Jahr 2000 helfen könne. Ihre Antwort lautet: mit spezifischen Maßnahmen gegen die schwerwiegendsten *Public Health* Probleme – also mit *Selective Primary Health Care*. Die Idee war es, gezielt Krankheiten auszuwählen, die man selektiv bekämpfen könne. Als Kriterien für die Auswahl der zu bekämpfenden Erkrankungen wurden zum einen die Prävalenz, die Schwere der körperlichen Einschränkungen und das Mortalitätsrisiko herangezogen; zum anderen sollte danach entschieden werden, für welche Krankheiten es effektive, kostengünstige Kontroll- oder Behandlungsmöglichkeiten gäbe. Auf diese Weise wollte man eine optimale Nutzung vorhandener Ressourcen erreichen.¹⁴⁰

Aus der von UNICEF unterstützten *Selective Primary Health Care*-Bewegung entwickelten sich die vier mit GOBI abgekürzten Interventionen: *Growth monitoring, Oral rehydration therapy, Breastfeeding* und *Immunizations*.¹⁴¹ Später wurden diese durch die drei Aspekte *family planning, food supplementation* und *female literacy* auf GOBI-FFF erweitert. Basilico et al. zufolge war das Bündel spezifischer Maßnahmen von GOBI-FFF bzw. *Selective Primary Health Care* sowohl eine Stärke als auch ein entscheidender Schwachpunkt dieser Strategie. So konnte GOBI einerseits – insbesondere durch die orale Rehydratationstherapie und die Impfkampagnen – wichtige Erfolge verzeichnen; andererseits fehlte es an Unterstützung für Gesundheitssysteme und -infrastrukturen und somit an Nachhaltigkeit.¹⁴² Laut den Autoren wurde *Primary Health Care* durch einen neuen Idealismus, den Neoliberalismus mit seinem Glauben an die Märkte abgelöst.¹⁴³ Mahler beschreibt die Abwendung von *Primary Health Care* hin zu *Selective Primary Health Care* als eine große Enttäuschung und einen Rückschritt zu den selektiven Gesundheitsprogrammen der 1950er und 1960er Jahre.¹⁴⁴

Basilico et al. fassen zusammen, dass *Primary Health Care* nur in wenigen Ländern umgesetzt wurde und auch dort eher Ähnlichkeiten mit dem sowjetischen Gesundheitssystem gehabt habe.¹⁴⁵ Laut Diesfeld beschränkte sich die praktische Umsetzung von *Primary Health Care* auf zwei Punkte:

¹⁴⁰ Walsh, Warren (1980), S. 146.

¹⁴¹ Basilico et al. (2013), S. 81–92.

¹⁴² Basilico et al. (2013), S. 101.

¹⁴³ Basilico et al. (2013), S. 74.

¹⁴⁴ WHO (2015).

¹⁴⁵ Basilico et al. (2013), S. 80.

- „PHC als gesundheitsorientiertes Entwicklungskonzept“ mit den Kernforderungen der Partizipation der Bevölkerung sowie der sozialen Gerechtigkeit.
- „PHC als Reformprozess der Gesundheitsdienste“ mit einer präventiven, horizontalen Ausrichtung anstatt einer kurativen Krankenhausmedizin.

Primary Health Care habe jedoch nicht, wie in Alma Ata gefordert, als gesamtgesellschaftliches Entwicklungskonzept fungiert, sondern sei auf den Gesundheitssektor beschränkt geblieben.¹⁴⁶

Cueto greift vier Punkte auf, die Litsios und seiner historischen Forschung zufolge zu einer Abwendung von der *Primary Health Care*-Strategie geführt haben: Erstens habe *Primary Health Care* laut Cueto keine einheitliche Bedeutung gehabt, was die Kraft als Gesundheitsparadigma geschwächt habe.¹⁴⁷ In der mildesten Version sei *Primary Health Care* ein Bündel aus *Selective Primary Health Care*-Maßnahmen, die Gesundheitsdienste in den ländlichen Gebieten stärkten. Dieser Ansatz führe meist zu einer primitiven, statt primären Gesundheitsversorgung für die, die sich nichts anderes leisten können. Die radikalste Version hingegen impliziere eine soziale Revolution.¹⁴⁸ Zweitens sei die Finanzierung von *Primary Health Care* meist ungenügend und nicht kontinuierlich gewesen, sodass kein effektives Finanzsystem aufgebaut werden konnte. Im dritten Punkt arbeitet Cueto die Rolle der Ärzteschaft heraus: Die Implementierung von *Primary Health Care* sei auf Widerstand des Gesundheitspersonals gestoßen. Viele Ärzte insbesondere in Entwicklungsländern seien spezialisiert auf die kurative Arbeit in gut ausgestatteten städtischen Krankenhäusern. Eine Veränderung des beruflichen Profils führe zu Protest, da sich die Ärzte gerade durch die spezialisierten Fertigkeiten Aufstiegsmöglichkeiten erhofften. Cueto zufolge bedeutet dies, dass ein Gesundheitsprogramm, das nicht eng mit der Medizinischen Ausbildung verbunden sei, Gefahr laufe, von innen unterminiert zu werden.¹⁴⁹ Viertens sei durch notdürftige *Primary Health Care*-Maßnahmen in Entwicklungsländern eine *culture of survival* geschaffen worden. Die öffentliche Gesundheitsversorgung sei vielen als eine von außen kommende Notfallintervention erschienen. Die damit suggerierte Ressourcenknappheit sei zu einer Quelle der Macht für Politiker geworden und habe zur Verstärkung von Ungleichheit, Abhängigkeit und Passivität geführt.¹⁵⁰

¹⁴⁶ Diesfeld (2006), S. 23.

¹⁴⁷ Cueto, Marcos (2005): The Promise of Primary Health Care, in: Bulletin of the World Health Organization 83, S. 322.

¹⁴⁸ Cueto (2004), S. 1871.

¹⁴⁹ Cueto (2005), S. 322.

¹⁵⁰ Cueto (2005), S. 322.

Cueto betont, dass für eine Rückbesinnung auf Alma Ata diese vier Punkte bedacht werden müssen, um somit den politischen Kontext, in dem die *Primary Health Care*-Strategie erfolgreich werden könnte, stärker zu berücksichtigen.¹⁵¹ Diesfeld schreibt 1996 hierzu: „Die WHO steht heute, fast 50 Jahre nach ihrer Gründung, wieder vor der Frage, ob sie sich mehr als eine technisch-medizinische Beratungsorganisation und zu einem kleinen Teil als Durchführungsorganisation von Gesundheitsprogrammen versteht oder ob sie wieder politisch aktiv in den Prozeß einer Weltgesundheitsentwicklung über das Jahr 2000 hinaus eingreift.“¹⁵² Zu einer Rückbesinnung zu *Primary Health Care* kam es laut Litos in den Jahren 2003 und 2004, in denen das Konzept in den WHO-Programmen wieder hervorgehoben wurde.¹⁵³ Verstärkt wurde dies durch den Amtsantritt Margaret Chans als Generaldirektorin der WHO 2006, die das *Primary Health Care*-Konzept wieder in den Vordergrund rückte. Olaf Müller und Oliver Razum erklären diese erneute Hinwendung zu *Primary Health Care* unter anderem durch den in Folge der Globalisierung entstandenen *Brain Drain*, der zu einem Fachkräftemangel, insbesondere in ärmeren Ländern, führe und somit die Idee der Dorfgesundheitsarbeiter wiederbelebe.¹⁵⁴ Diese Wiederbelebung von *Primary Health Care* führte sogar so weit, dass der *World Health Report* 2008 den Titel *Primary Health Care: now more than ever* trägt. Und auch 2018 wurde auf der bereits genannten Konferenz von Astana erneut an PHC erinnert und die Bedeutung dieses Konzepts für die globale Gesundheit betont. Eine kritische, historisch informierte Reflexion des oft beschworenen Scheiterns von *Primary Health Care* und des trotzdem in regelmäßigen Abständen zelebrierten Erinnerns findet in der Regel jedoch nicht statt.

2.1.3 Primary Health Care in der medizinischen Lehre

Eine wichtige Frage in Bezug auf *Primary Health Care* ist, welche Aufgaben den Ärzten, gerade bei einem so stark auf Prävention abzielenden Ansatz, zugeordnet werden, und wie diese in die Ausbildung integriert werden sollten. Bereits 1973 betonten Joel Alpert und Evan Charney in ihrer Monographie *The Education of Physicians for Primary Care* die Bedeutung der Lehre für die Primäre Gesundheitsversorgung. Dabei stellen sie sich die Frage, wer diese

¹⁵¹ Cueto (2005), S. 322.

¹⁵² Diesfeld (1996), S. 584.

¹⁵³ Litos (2004b), S. 60.

¹⁵⁴ Müller, Razum (2008), S. 409.

überhaupt ausführen soll – Familienmediziner, Internisten, Pädiater oder doch gar keine Ärzte?¹⁵⁵ 1976 schreibt Carl Taylor¹⁵⁶ einen Artikel über die Rolle der Ärzte in der ländlichen Gesundheitsversorgung. Er kommt zu der Schlussfolgerung: „*Mass needs of villages cannot be met by doctors alone.*“¹⁵⁷ Dies betrachtet Taylor als eine fundamentale Realität. Es gebe zu wenige Ärzte, die auf dem Land arbeiten wollten, und selbst wenn sie es wollten, würde die Regierung sie nicht bezahlen können.¹⁵⁸ Taylor schlägt vor, Hilfspersonal für alle medizinischen Routinemaßnahmen einzusetzen, und nur komplexe Probleme von Ärzten behandeln zu lassen.¹⁵⁹ Er begründet dies unter anderem damit, dass sich Ärzte ohnehin eher für klinische Spezialfälle mit dramatischem Anklang interessierten, und dass für sie außerdem prompte Ergebnisse in Form von schneller Heilung das größte soziale Prestige brächten.¹⁶⁰ „*Primary medical care*“ sei vielen Ärzten zu „langweilig“, betonte Taylor, da es maßgeblich aus Routineprozeduren zur Behandlung häufiger und gewöhnlicher Krankheiten bestünde.¹⁶¹ Diese Argument unterstützte auch Newell. Seiner Ansicht nach wendeten sich viele Ärzte von den Gesundheitsproblemen in ländlichen Gebieten ab und bemühten sich stattdessen um Patienten aus ökonomisch besser gestellten Kreisen, die sich spezialisierte Behandlungen leisten können.¹⁶²

Auch Mahler betont die Bedeutung der medizinischen Ausbildung, wobei er die seinerzeit etablierte Form des Medizinstudiums als eine Hauptursache des Widerstands gegen *Primary Health Care* betrachtet.¹⁶³ In einer Rede von 1976 an der Universität in Genf spricht Mahler seine Sorge über die medizinische Ausbildung aus, die er isoliert von der medizinischen Versorgung der jeweiligen Länder sieht. Medizinische Fakultäten seien vielerorts „Elfenbeintürme“, die eine konfuse akademische Ausbildung verfolgten, ohne dabei die Bedürfnisse der Gesellschaft zu berücksichtigen. Auch die Kosten für spezielle medizinische Technologien würden immer weiter steigen und folglich nur einer zunehmend kleineren Anzahl von Personen zur Verfügung stehen. Laut Mahler würden in den meisten medizinischen

¹⁵⁵ Alpert, Joel, Evan Charney (1973): *The Education of Physicians for Primary Care*, Health Resources Administration (DHEW/PHS), Bethesda, Md. Bureau of Health Services Research, S. 5.

¹⁵⁶ Carl Taylor war ein hochrangiger WHO-Mitarbeiter und spielte eine wichtige Rolle bei der Vorbereitung der Konferenz von Alma Ata (Packard 2016, S. 244).

¹⁵⁷ Taylor, Carl (1976): *The Doctor's Role in Rural Health Care*, in: *International Journal of Health Services* 6, S. 219–230, hier: 220.

¹⁵⁸ Taylor (1976), S. 220.

¹⁵⁹ Taylor (1976), S. 229.

¹⁶⁰ Taylor (1976), S. 220.

¹⁶¹ Taylor (1976), S. 221.

¹⁶² Newell (1975), S. xi.

¹⁶³ Litsios (2002), S. 717.

Ausbildungsstätten der Welt keine Ärzte ausgebildet, die sich um das Wohlergehen der Gemeinde kümmern, sondern Mediziner, die sich – wie auch Taylor bereits anmerkte – für die außergewöhnlichen und seltenen Fälle, aber nicht für die „normalen“ Gesundheitsprobleme der Bevölkerung interessierten. Der Mensch in seiner Gesamtheit und seiner Interaktion mit der sozialen Umgebung würde kaum berücksichtigt. Die Ausbildungsidee sei häufig, dass Ärzte eine möglichst hohe wissenschaftliche Kompetenz erlangten, die sie dann am Individuum anwenden könnten. Dies berge die Gefahr, dass die medizinische Versorgung immer spezialisierter und an teure Technologien gekoppelt würde und sich von den Bedürfnissen der breiten Bevölkerung entferne. Die medizinischen Ausbildungsstätten seien jedoch von der Gesellschaft finanziert, seien ein Teil von ihr und sollten demnach auch Personal ausbilden, das in der und für die Gesellschaft arbeite.¹⁶⁴

In dem Bericht zur Konferenz von Alma Ata wird die Ausbildung insbesondere im Zusammenhang mit sogenannten *community health workers* thematisiert. Diese werden als Menschen mit limitiertem Bildungsgrad beschrieben, die eine medizinische Basisausbildung erhalten. Ob dies „Barfußärzte“, Arzthelfer, Krankenpfleger, Feldschere, Allgemeinmediziner oder traditionelle Heiler seien, könne von Gesellschaft zu Gesellschaft variieren. Diese in kurzer Zeit ausgebildeten *community health workers* sind laut dem Bericht die realistischste Lösung, eine umfassende Abdeckung mit „*essential health care*“ zu erreichen. Zur Aufgabe der Ärzte in Bezug auf *Primary Health Care* findet sich hingegen nur ein kleiner Abschnitt, in dem erklärt wird, dass sie Ansprechpartner für die *community health worker* bei komplizierteren Gesundheitsplänen sein sollen. Zudem sei es ihre Aufgabe, die *community health worker* zu unterrichten und zu supervidieren, sowie die Gesundheitserziehung der Gemeinden zu übernehmen. Der Aufgabenbereich der Mediziner solle hierbei nicht nur technischer Natur sein, sondern durch edukative und soziale Funktionen ergänzt werden. Auf diese Weise hätten dem Bericht zufolge Ärzte die Chance – falls sie die Herausforderung annehmen – „*leaders in health*“ zu werden.¹⁶⁵

Als Vorbild für die *Primary Health Care*-Strategie diene das chinesische Gesundheitssystem. Im Rahmen der Revolutionierung des chinesischen Gesundheitssystems kam es auch zu tiefgreifenden Veränderungen der medizinischen Ausbildung, die hier als Beispiel für eine an der primären Gesundheitsversorgung orientierten Ausbildung skizziert werden soll.

¹⁶⁴ Vgl. Mahler, Halfdan (1996/1997): La Medicina y los Medicos del Futuro. Auszug einer Rede an der Universität in Genf 1976, in: SITUA 5, N° 9, S. 35–37, hier: S. 35.

¹⁶⁵ WHO (1978), S. 61–63.

Ein zentraler Aspekt der Ausbildung des Gesundheitspersonals war die Aufgliederung in verschiedene Bereiche. In einem WHO-Bericht zu *Primary Health Care* in China wird die Unterteilung der Ausbildung in drei Ebenen erläutert: Die erste Ebene besteht aus freiwilligen, teilzeitarbeitenden *grassroots health workers*, die von der Gemeinde ausgewählt werden und keine offizielle Ausbildung durchlaufen. Die zweite Ebene bilden die „Barfußärzte“; sie werden spezifisch für ihre jeweilige Kommune in einem Kurs über sechs bis zwölf Monate trainiert und erhalten anschließend Auffrischkurse und Supervisionen. Die dritte Ebene umfasst das medizinische Gesundheitspersonal; dieses setzt sich aus sogenannten *middle-level doctors*, die ein verkürztes dreijähriges Studium auf den hierfür neu gegründeten *Middle Medical Schools* absolvieren, sowie aus Ärzten, die fünf bis sechs Jahre ein *Medical Collage* besuchen, zusammen.¹⁶⁶ Auf diese Weise konnte eine große Anzahl an Fachpersonal ausgebildet werden.¹⁶⁷

Im Rahmen dieser Umstrukturierungen fand auch eine Dezentralisierung der Gesundheitsversorgung statt. Es wurden neue medizinische Schulen gegründet und schon bestehende medizinische Fakultäten von den großen Städten in periphere Regionen mit einem stärkeren medizinischen Versorgungsmangel verlegt.¹⁶⁸

Während der Kulturrevolution unter Mao Tse-tung nahmen höhere medizinische Schulen Studierende auf, die eine geringere Schulbildung, dafür aber Erfahrungen in der Arbeit in Fabriken oder Gemeinden hatten. Darüber hinaus wurde das Curriculum der Fakultäten dahingehend umstrukturiert, dass der theoretische Bereich zugunsten des praktischen gekürzt und ein stärkerer Fokus auf die chinesische Medizin gelegt wurde. Nach ihrer Ausbildung wurden die Ärzte per Rotationssystem in die ländlichen Gebiete entsandt, um dort Gesundheitsarbeiter auszubilden; diese wurden wiederum als die oben erwähnten „Barfußärzte“ bekannt.¹⁶⁹

Auch heute noch ist das Thema der medizinischen Ausbildung hochaktuell. Ein 2010 im *Lancet* erschienener Artikel beschäftigt sich mit der Frage, wie die medizinische Ausbildung verändert werden müsse, um das Gesundheitssystem stärken zu können. Dabei kommen Frenk et al. zu der Schlussfolgerung: „*Primary health-care training should be seamlessly integrated into the overall health system, including the academic system. [...] The challenge*

¹⁶⁶ WHO (1983): *Primary Health Care. The Chinese Experience*, World Health Organization, Geneva, S. 49–51.

¹⁶⁷ Sidel, Sidel (1975), S. 3–4.

¹⁶⁸ Sidel, Sidel (1975), S. 3–4.

¹⁶⁹ Sidel, Sidel (1975), S. 6–7.

*for academic systems is to provide a more balanced environment for the education of professionals through engagement with local communities, to proactively address population-based prevention, anticipate future health threats, and to lead in the overall design and management of the health system.*¹⁷⁰

Laut den Autoren gibt es in der Geschichte der medizinischen Ausbildung des letzten Jahrhunderts drei zu unterscheidende Generationen. Die erste Generation zu Beginn des 20. Jahrhunderts – geprägt durch den *Flexner Report*¹⁷¹ – sei durch ein stark an Naturwissenschaften orientiertes Curriculum gekennzeichnet gewesen. Die zweite Generation habe in der Mitte des 20. Jahrhunderts begonnen und problembasierte Lehrinnovationen in den Vordergrund gestellt. Die dritte Generation wird Frenk et al. zufolge zurzeit dringend benötigt und solle „system based“ sein: Gesundheitssysteme sollten gestärkt werden, indem man professionelle Kompetenzen an spezifische Kontexte anpasst. Das Ziel hierbei sei eine universelle Abdeckung mit einer umfassenden und qualitativ hochwertigen medizinischen Versorgung für alle.¹⁷²

2.2 Peru

2.2.1 Einblick in die Geschichte Perus seit 1400

Dieser Abschnitt soll als kleiner Einblick in den politisch-historischen Kontext Perus dienen. Da das in dieser Studie untersuchte Projekt auf die Gesundheitsversorgung der indigenen Bevölkerung ausgerichtet war, liegt der Schwerpunkt hierbei auf der Rolle dieser Bevölkerungsgruppe.

Anfang des 14. Jahrhunderts setzten sich die Inka in kriegerischen Auseinandersetzungen gegen verschiedene konkurrierende Stämme in der Region Cusco durch, und von 1440 bis 1530 breitete sich das Inka-Reich aus, bis es sich schließlich von Nord-Chile bis an die heutigen Grenzen Perus zu Ecuador und Kolumbien erstreckte.¹⁷³ Dem Lateinamerikahistoriker Ulrich Mücke zufolge ist das damalige Inkareich dem „offiziellen Selbstverständnis nach“¹⁷⁴

¹⁷⁰ Frenk et al. (2010), S. 1940.

¹⁷¹ Bei dem *Flexner Report* handelt es sich um einen 1910 von Abraham Flexner veröffentlichten Bericht über die medizinische Ausbildung in den USA.

¹⁷² Frenk et al. (2010), S. 1924.

¹⁷³ Vgl. von Oertzen, Eleonore (1996): Peru, Beck'sche Reihe Länder, München, S. 39.

¹⁷⁴ Mücke, Ulrich (2007): Die unsichtbaren Indios: Ethnizität und Politik in Peru seit der Unabhängigkeit, in: Christian Büschges, Joanna Pfaff-Czarnecka (Hg.): Die Ethnisierung des Politischen. Identitätspolitik in Lateinamerika, Asien und den USA, Frankfurt/M., S. 81–104, hier: S. 82.

noch immer von großer Bedeutung für das heutige Peru, was unter anderem daran deutlich werde, dass in der peruanischen Nationalhymne von „Inka dem Herrn“ die Rede sei.¹⁷⁵

1532 erreichte der spanische Konquistador Francisco Pizarro mit fast 180 Begleitern das peruanische Festland. Innerhalb weniger Jahre eroberte er das Inka-Reich und machte es zu spanischem Kolonialbesitz.¹⁷⁶

Die frühere Inka-Hauptstadt Cusco wurde durch das an der Küste gelegene Lima ersetzt, das zur Hauptstadt des Vizekönigreichs Peru ernannt wurde. Unter der spanischen Vorherrschaft veränderten sich die wirtschaftlichen Ziele des Landes, sodass die Versorgung der Bevölkerung in den Hintergrund rückte und neuen Zielen wie der Gewinnung von Edelmetallen wich. Der damit einhergehende Verfall der landwirtschaftlichen Infrastruktur, eingeschleppte Krankheiten sowie Zwangsarbeit führten dazu, dass die einheimische Bevölkerung bald nach der Eroberung nur noch etwa ein Zehntel ihrer ursprünglichen Größe aufwies.¹⁷⁷

In der Zeit nach der spanischen Eroberung kam es immer wieder zu Unruhen. Der letzte große Aufstand der indianischen Bevölkerung ereignete sich 1780 unter Tupac Amaru II.¹⁷⁸

Der Aufstand wurde jedoch durch das spanische Militär niedergeschlagen und endete mit der Hinrichtung Tupac Amarus und seiner Anhänger in Cusco. Im Anschluss an dieses Ereignis wurden die Rechte der indianischen Bevölkerung weiter eingeschränkt und ihre Sprache *Quechua* verboten.¹⁷⁹

Mücke führt in diesem Zusammenhang die Schwierigkeit an, die Begriffe „indianische Bevölkerung“ bzw. „Indios“ genau zu definieren. Wer eigentlich unter diese Kategorie falle, sei häufig unklar und wandle sich im Laufe der Zeit. Zu Beginn der Kolonialzeit im 15. und 16. Jahrhundert habe der Begriff Indio dazu gedient, verschiedene Bevölkerungsgruppen als „die Anderen“ zusammenzufassen. In der kolonialen Ordnung wurde er dann zu einer juristischen Kategorie, die Tributpflicht, Zwangsarbeit und Zwangshandel einschloss.¹⁸⁰

Einfluss auf die Rolle der indigenen Bevölkerung hatte auch die im 19. Jahrhundert aufgekommene Unabhängigkeitsbewegung. Peru wurde 1824 als letztes lateinamerikanisches Land unabhängig von Spanien. Durch diese Veränderungen gewannen nationalstaatliche Vorstellungen an Bedeutung, was dazu führte, dass nun alle Bürger derselben „juristischen Sphäre“ angehörten und der „Indianertribut“ abgeschafft wurde. Wenige Jahre später wurde

¹⁷⁵ Vgl. Mücke (2007), S. 82.

¹⁷⁶ Vgl. von Oertzen (1996), S. 48.

¹⁷⁷ Vgl. von Oertzen (1996), S. 53.

¹⁷⁸ Teilweise wird der Aufstand von Historikern nicht als indigene Bewegung sondern als Steuerrevolte oder nationalistischer Unabhängigkeitskampf angesehen. (Mücke [2007], S. 83).

¹⁷⁹ Vgl. von Oertzen (1996), S. 60.

¹⁸⁰ Mücke (2007), S. 85–86.

er allerdings unter dem Namen „Eingeborenensteuer“ wieder eingeführt. Auch die koloniale Zwangsarbeit blieb unter verschiedenen Bezeichnungen erhalten. Endgültig aufgehoben wurde die „Eingeborenensteuer“ erst 1854, als Peru durch den Export von „Guano“, einem organischen Dünger, einen wirtschaftlichen Aufschwung erlebte.¹⁸¹

Mitte des 19. Jahrhunderts verlagerte sich die politische Macht noch stärker von den Anden nach Lima¹⁸² und in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts gab es zahlreiche Versuche der städtischen, westlich geprägten Gebiete, Einfluss auf die Landbevölkerung der Anden zu nehmen und sie zu „zivilisieren“. Mücke erläutert hierzu: „Die Indiander sollten aufhören, ihre Sprache zu sprechen, ihre Kleidung zu tragen, ihre Musik zu hören, ihr Essen zu essen und [...] – mit einem Wort – aufhören, Indianer zu sein.“¹⁸³

Die folgenden Jahrzehnte der peruanischen Geschichte waren durch kriegerische Auseinandersetzungen bestimmt, insbesondere durch den Salpeterkrieg mit Chile von 1879 bis 1884. Hieraus entwickelten sich auch neue Perspektiven auf die Bedeutung der indigenen Bevölkerung in Peru. Die Niederlage gegen Chile wurde unter anderem mit dem fehlenden nationalstaatlichen Engagement der in ihrem Land diskriminierten indigenen Bevölkerung begründet: „Hatte es vor dem Krieg geheißen, das Land entwickle sich nicht, weil die Indianer unzivilisiert seien, so lag nun die Schuld nicht mehr bei den Indianern, sondern bei der Oberschicht, welche die Indianer unterdrückte.“¹⁸⁴ In diesem Zusammenhang entstand die literarisch und politisch geprägte Strömung des sogenannten *Indigenismo*.¹⁸⁵

Im 20. Jahrhundert war die innenpolitische Lage äußerst instabil und es kam zu zahlreichen Staatsstreichern und Militärputschen. Kommunistische Bewegungen breiteten sich aus und 1924 wurde die *Alianza Popular Revolucionaria Americana* (APRA) von Victor Raúl Haya de la Torre gegründet.¹⁸⁶ Die APRA setzte sich gegen soziale Ungleichheit und Imperialismus ein.¹⁸⁷ Im Zusammenhang mit den aufkommenden kommunistischen Einflüssen wurde auch der Indigenismus in den 1920er in Peru Jahren zu einer breiten Strömung.¹⁸⁸ Dem peruanischen Historiker Marcos Cueto zufolge handelte es sich bei dem Indigenismus zunächst um eine literarische Bewegung, verbreitet durch Schriftsteller, Journalisten und Studenten, die sich gegen biologisierende Tendenzen richtete, in denen die indigene Bevölkerung als

¹⁸¹ Mücke (2007), S. 86–87.

¹⁸² Mücke (2007), S. 88.

¹⁸³ Mücke (2007), S. 88.

¹⁸⁴ Mücke (2007), S. 91.

¹⁸⁵ Mücke (2007), S. 91.

¹⁸⁶ Vgl. von Oertzen (1996), S. 73.

¹⁸⁷ Cueto (1991), S. 26.

¹⁸⁸ Mücke (2007), S. 92; Cueto (1991), S. 26.

von Natur aus unterlegen angesehen wurde.¹⁸⁹ Mücke zufolge sei der Indigenismus auch eine Bewegung der Provinzstädte, vor allem Cuscos, gegen die Vorherrschaft Limas gewesen.¹⁹⁰

Innerhalb der kommunistischen Bewegung spaltete sich in den 1960er Jahren als Folge eines Konflikts zwischen chinesisch und sowjetisch orientierten Gruppierungen in Ayacucho eine pro-chinesische maoistische Terrorgruppe ab, die unter dem Namen *Sendero Luminoso* („Leuchtender Pfad“) bekannt wurde. Ihr Anführer war der Philosophieprofessor Abimael Guzmán.¹⁹¹

Infolge der zunehmenden Urbanisierung Perus seit den 1950er Jahren wurde Lima zur Millionenstadt.¹⁹² Der Trend setzte sich fort und zwischen 1960 und 1990 wuchs die Bevölkerung in der Hauptstadt von zwei auf sechs Millionen. Die städtische Wirtschaft konnte mit diesem Tempo nicht Schritt halten und es mangelte an Arbeitsplätzen. So entstanden insbesondere in den Stadtrandgebieten wachsende Armutsviertel.¹⁹³

1980 kam unter dem Präsidenten Fernando Belaúde Terry, der zwölf Jahre zuvor durch einen Militärputsch gestürzt worden war, erstmals wieder eine zivile Regierung an die Macht.

Ebenfalls in den 1980ern begann der bewaffnete Kampf des *Sendero Luminoso* gegen die Regierung Perus, der von zahlreichen Terroranschlägen mit vielen Opfern geprägt war.

Im Jahr 1985 wurde Alan García Pérez mit der APRA Staatspräsident. Unter seiner Wirtschaftspolitik kam es zu einer starken Inflation und das Land versank im politischen Chaos.¹⁹⁴ 1990 gewann Alberto Fujimori, ein zunächst kaum bekannter Diplom-Landwirt aus einer japanischen Einwandererfamilie, mit dem Wahlspruch „Technologie, Ehrlichkeit und Arbeit“ die Wahlen gegen den peruanischen Schriftsteller Mario Vargas Llosa, der für einen radikalen Neoliberalismus stand.¹⁹⁵ Fujimori änderte die Verfassung und kandidierte noch zwei weitere Male. Nach zahlreichen Korruptionsvorwürfen und Verstößen gegen die Menschenrechte wurde er im Jahr 2000 seines Amtes enthoben. Toledo, der erste Präsident indigener Abstammung, wurde 2001 gewählt.

Im August 2003 veröffentlichte die peruanische Kommission für Wahrheitsfindung und Versöhnung ihre Untersuchungen zu Menschenrechtsverletzungen in den 1980er und 1990er

¹⁸⁹ Cueto (1991), S. 26.

¹⁹⁰ Mücke (2007), S. 93.

¹⁹¹ Mücke (2007), S. 99.

¹⁹² Vgl. von Oertzen (1996), S. 80.

¹⁹³ Vgl. Contreras, Carlos, Marcos Cueto (2004): *Historia del Perú Contemporáneo. Desde las Luchas por Independencia hasta el Presente*, Lima, S. 323.

¹⁹⁴ Vgl. Contreras, Cueto (2004), S. 352–357.

¹⁹⁵ Vgl. Contreras, Cueto (2004), S. 361–362.

Jahren.¹⁹⁶ Nach zweijähriger Arbeit, in deren Rahmen fast 17.000 Zeugenaussagen gesammelt wurden, legten die Vorsitzenden der Kommission den Abschlussbericht über die Ursachen und Konsequenzen des bewaffneten Konflikts zwischen Guerilla- und Terrororganisationen auf der einen und den Staatsorganen auf der anderen Seite vor. Der Bericht geht von 69.280 Todesopfern aus, von denen 54 % der *Sendero Luminoso* zu verantworten habe. Weiterhin wird in dem Bericht erfasst, dass 79 % der Opfer aus ländlichen Gebieten stammten und 75 % von ihnen Quechua oder eine andere indigene Sprache als Muttersprache hatten.¹⁹⁷ Die Ethnologin Kimberly Theidon betont in diesem Kontext, dass sich die politische Gewalt nach Geographie, Klasse und Ethnizität richtete.¹⁹⁸

2.2.2 Die Entwicklung der öffentlichen Gesundheitsversorgung Perus, 1900-1970

Anfang des 20. Jahrhunderts gewann Cueto zufolge die Sozialmedizin in Europa zunehmend an Bedeutung und sozialwissenschaftliche Einflüsse veränderten die zuvor – durch die wissenschaftlichen Revolutionen des 19. Jahrhunderts – weitgehend naturwissenschaftlich geprägte Sicht auf Gesundheit und Krankheit. Die europäischen Veränderungen beeinflussten auch die peruanische Perspektive. Dort stand man vor der Herausforderung, eine Verbindung zwischen den lokalen Traditionen der Gesundheitsversorgung, den regionalen Errungenschaften internationaler Gesundheitsorganisationen bei der Bekämpfung von Krankheiten wie Gelbfieber, sowie den neuen Ideen zu schaffen.¹⁹⁹ Im medizinischen Bereich herrschte in Peru eine Konkurrenz zwischen verschiedenen Praktikern wie einheimischen und ausländischen Ärzten, Schamanen und Kräuterheilkundlern. Den einheimischen Universitätsärzten war es dabei wichtig, ihre Stellung zu behaupten, was eine Schwierigkeit für *Public Health*-Ansätze darstellte, da diese laut Cueto ein weniger prestigebringender Bereich mit dürftiger wissenschaftlicher Basis und einer großen Abhängigkeit von politischen Präferenzen war, sodass die meisten Ärzte es vorzogen, in privaten Praxen in urbanen Zentren zu arbeiten.²⁰⁰ Die erste *Public Health*-Organisation Perus trug den Namen *Dirección de Salubridad* und wurde 1903 gegründet. Sie gilt als der Vorläufer des 1935 entstandenen Gesundheitsministeriums. 1908 wurde an der medizinischen Fakultät der Universität San Marcos in Lima –

¹⁹⁶ Contreras, Cueto (2004), S. 375.

¹⁹⁷ Theidon, Kimberly (2004): *Entre prójimos. El conflicto armado interno y la política de la reconciliación en el Perú*, Lima, S. 19.

¹⁹⁸ Theidon (2004), S. 19.

¹⁹⁹ Cueto, Marcos (2002): *Social Medicine in the Andes, 1920–50*, in: Esteban Rodríguez-Ocana (Hg.): *The Politics of the Healthy Life*, Midsomer Norton, S. 181–196, hier: S. 181.

²⁰⁰ Cueto (2002), S. 187.

damals die einzige medizinische Fakultät Perus – erstmals ein Lehrstuhl für Hygiene geschaffen. Besetzt wurde er mit dem europäisch geprägten Professor Francisco Graña. Dieser musste Cueto zufolge zunächst seine alteingesessenen Kollegen von der Bedeutung des *Public Health*-Ansatzes in der medizinischen Ausbildung überzeugen.²⁰¹ Grañas Nachfolger, Carlos Enrique Paz Soldán (Professor am Lehrstuhl für Hygiene von 1922 bis 1955) beschäftigte sich neben den Bereichen der Militärmedizin, Medizingeschichte und Eugenik maßgeblich mit sozialmedizinischen Themen und stand im Austausch mit international renommierten Fachleuten wie René Sand und Henry E. Sigerist.²⁰² Eine seiner größten Errungenschaften war die Gründung des Instituts für Sozialmedizin im Jahr 1927.²⁰³ Damit war Peru Vorreiter im Bereich der Sozialmedizin in Lateinamerika, wo diese weitestgehend erst in den 1950er Jahren in Abgrenzung zu anderen Disziplinen wie Hygiene, *Public Health* und Präventivmedizin aufkam.²⁰⁴ Cueto sieht die *Public Health*-Bewegung in Peru auch in Zusammenhang mit dem in den 1920er Jahren aufgekommenen Indigenismus, der zu einer Rückbesinnung auf einheimische Kulturen und Traditionen und somit zu einer positiven Neubewertung der indigenen Bevölkerung führte.²⁰⁵ Geprägt von der literarischen und politischen Propaganda der lokalen Inigenista-Gruppen war auch der peruanische Arzt Manuel Núñez Brutón (1900–1952).²⁰⁶ Laut Cueto entwickelten er und seine Anhänger aus der literarischen Indigenismusbewegung einen „medizinischen Indigenismus“.²⁰⁷

Núñez hatte Medizin in Peru in San Agustín de Arequipa und Lima sowie in Barcelona studiert.²⁰⁸ Anschließend arbeitete er als Arzt in der peruanischen Provinz San Román der Region Puno und setzte sich dort für die Prävention und Gesundheitsversorgung der indigenen Bevölkerung ein.²⁰⁹ Er bildete sogenannte *Rijcharis* aus, was übersetzt so viel wie „Ermunterer“ oder „Aufwecker“ bedeutet. Diese stammten aus der indigenen Bevölkerung und hatten die Funktion von Dorfgesundheitsarbeitern. Als Symbole für diesen *Rijcharismo* verwendete Núñez Wasser, Seife, Stift und Notizheft.²¹⁰ Von 1935 bis 1948 veröffentlichte er eine Zeitschrift mit dem Titel *Runa Soncco*, was mit „Herz des Indio“ übersetzt werden kann.

²⁰¹ Cueto (2002), S. 182.

²⁰² Vgl. Cueto (2002), S. 182 ff.

²⁰³ Vgl. Cueto (2002), S. 186.

²⁰⁴ Vgl. Tajer, Débora (2003): Latin American Social Medicine. Roots, Development During the 1990s, and Current Callenges, in: American Journal of Public Health, 93, 12, S. 2023–2027.

²⁰⁵ Vgl. Cueto (1991), S. 22.

²⁰⁶ Vgl. Cueto (1991), S. 27.

²⁰⁷ Vgl. Cueto (1991), S. 36.

²⁰⁸ Vgl. Neyra, José (2005): Héros en la Salud Pública en el Perú. Manuel Núñez Butrón (1900–1952), in: Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública 22, S. 148–149, hier: S. 148.

²⁰⁹ Vgl. Frisancho Pineda, David (2001): Manuel Núñez Butrón y el „Rijcharismo“, in: Acta Medica Peruana 18.

²¹⁰ Vgl. Neyra (2005), S.149.

Ziel dieser Zeitung war es, die indigene Kultur mit der öffentlichen Gesundheitsversorgung zu verbinden. Die Artikel waren in Quechua, Aymara und Spanisch verfasst und sollten der Gesundheitsedukation der indigenen Bevölkerung dienen.²¹¹ Schwerpunkte in der Arbeit Núñez' waren die Hygieneaufklärung, die Fleckfieberbekämpfung und die Pockenimpfung.²¹² Allein im ersten Halbjahr 1937 impften die *Rijcharis* über 10.000 Menschen. Zudem wurde eine „umherziehende“ Bibliothek eingerichtet und es wurden mindestens zwölf *Rijchary Primary Schools* gegründet.²¹³ Mit seinen Bemühungen, soziale Aspekte in die Gesundheitsversorgung einzubeziehen und lokale Ressourcen zu nutzen, gilt Núñez als peruanischer Vorreiter des *Primary Health Care*-Konzepts.²¹⁴

Ein weiterer wichtiger Akteur, der die peruanische *Public Health*-Bewegung prägte, war Maxime Kuczynski-Godard (1890–1967), ein Mitarbeiter des Instituts für Sozialmedizin. Er war ein deutscher Immigrant, der sich insbesondere für die Gesundheitsversorgung in abgelegenen ländlichen Gebieten interessierte.²¹⁵ Kuczynskis Arbeiten, in denen er den Gesundheitszustand der Amazonasbewohner vor dem Hintergrund ihres sozialen und kulturellen Kontexts betrachtete, hatten zum Ziel, die Versorgungsstrategien an die jeweilig spezifische Umgebung und Bevölkerung anzupassen.²¹⁶ Er vertrat die Position, dass die Situation der „Indios“ nicht nur durch Krankheit und materielle Armut, sondern auch durch Unwissenheit und gesundheitliches Fehlverhalten verursacht sei, dem durch intensive Erziehungsprozesse und die Verbreitung moderner kultureller Vorstellungen und Verhaltensweisen entgegen gewirkt werden sollte.²¹⁷

In den 1940er und 1950er Jahren rückte in Peru die soziale Perspektive im Gesundheitsbereich wieder in den Hintergrund und der *Public Health*-Fokus wich vertikalen Strategien, die sich auf die Bekämpfung einzelner Erkrankungen konzentrierten.²¹⁸ Aufgrund der peruanischen Universitätskrise und neu entstehender medizinischer Fakultäten verringerte sich die Bedeutung der sozialen Medizin an der Universität San Marcos in den 1960ern weiter und in den 1970er Jahren wurde das Institut für Sozialmedizin vollständig von einer Abteilung für präventive Medizin übernommen.²¹⁹

²¹¹ Vgl. Arroyo-Hernández (2013); Cueto (1991), S. 35.

²¹² Vgl. Cueto (1991), S. 31.

²¹³ Vgl. Cueto (1991), S. 36.

²¹⁴ Vgl. Arroyo-Hernández (2013); Cueto (1991), S. 35.

²¹⁵ Vgl. Cueto (2002), S. 188.

²¹⁶ Vgl. Knipper, Michael, Oswaldo Salaverry (2010): M. Kuczynski-Godard (1890–1967). Fotografías médico-antropológicas de la Amazonía y de los Andes peruanos, 1938–1948, in: *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública* 27, S. 146–150.

²¹⁷ Vgl. Cueto (2002), S. 190.

²¹⁸ Vgl. Cueto (2002), S. 191.

²¹⁹ Vgl. Cueto (2002), S. 192.

Entgegen dieser Abwendung von der Sozialmedizin in Peru gab es in Lateinamerika in den 1970er Jahren aber auch Veränderungen in Richtung eines politischeren Blicks auf Gesundheit. So begann man, dem damaligen Leiter der Abteilung für Humanressourcen der *Pan American Health Organization* (PAHO) Jose Roberto Ferreira zufolge, Gesundheit nicht mehr als Privileg einzelner, sondern als Menschenrecht für alle zu betrachten.²²⁰ Dementsprechend wurde auch auf der dritten Versammlung der amerikanischen Gesundheitsminister (III *Reunión Especial de Ministros de Salud de las Américas*) 1972 in Chile betont, dass die ganzheitliche Versorgung (*Salud Integral*), insbesondere auf die noch nicht ausreichend versorgten Gemeinden ausgeweitet werden müsse.²²¹ Zudem wurde beschlossen, die Anpassung der Versorgung an die lokalen Bedürfnisse zu stärken.²²² Auf der fünf Jahre später, 1977, in Washington D.C. stattfindenden vierten Versammlung der Gesundheitsminister wurde bekräftigt, diese Bemühungen zu verstärken, um die gesamte Bevölkerung zu erreichen.²²³

2.2.3 Die Gesundheitssituation Perus um 1980

Die weltweite *Primary Health Care*-Bewegung, die 1978 in der Konferenz von Alma Ata ihren Höhepunkt fand, hatte auch Einflüsse auf die peruanische Gesundheitsversorgung. In den 1980er Jahren befand sich Peru aufgrund der hohen Verschuldung „in der schwersten Wirtschaftskrise seiner Geschichte“.²²⁴ Diese Zeit war gekennzeichnet durch politische Instabilität, unter anderem ausgelöst durch Aktivitäten der maoistischen Terrororganisation *Sendero Luminoso*, die zeitweise weite Teile des Landes kontrollierte. Die politischen Turbulenzen wirkten sich auch erheblich auf das Gesundheitswesen aus. Laut einem Gutachten von 1985 zur Prüfung der Mitarbeitsmöglichkeiten des Deutschen Entwicklungsdienstes im Gesundheitsbereich von Peru war „die Zahl der Typhusfälle im Land [...] 1984 drei mal so hoch wie 1977.“²²⁵ Außerdem verzeichnete Peru zur dieser Zeit die höchste Müttersterblichkeit in Lateinamerika. Besonders gravierende Probleme zeigten sich in den ärmeren ländlichen Gebieten. Beispielsweise arbeiteten 74 % aller Ärzte in Lima, während auf dem Land

²²⁰ Vgl. Ferreira, Jose Roberto (1981): La necesidad de colaboración effective entre la educación médica y el servicio de salud, in: Educación Médica y Salud 15, S. 154–168, hier: S. 154.

²²¹ Vgl. Ferreira (1981), S. 154.

²²² Vgl. Frisancho, Ariel (1993): Salud Comunitaria en el Ande Peruano. Reflexion sobre una experiencia de Cooperación con Médicos y Enfermeras en Servicio Rural, Peru, S. 23.

²²³ Vgl. Ferreira (1981), S. 154.

²²⁴ Weber, Wolfgang (1985): Gutachten '85. Prüfung der Mitarbeitsmöglichkeiten des deutschen Entwicklungsdienstes im Gesundheitsbereich Peru, Heidelberg, S. 5.

²²⁵ Weber (1985), S. 11.

ein starker Mangel an medizinischem Fachpersonal herrschte.²²⁶ Anfang der 1980er Jahre lagen die Kindersterblichkeitsraten in den südlichen Anden bei 110 bis 129 pro tausend Geburten und damit wesentlich höher als in Lima. 60 % der peruanischen Bevölkerung lebte in extremer Armut. Hinzu kam, dass die Wirtschaftspolitik der Regierung die industrielle Entwicklung stärkte und dabei die ländlichen Gebiete vernachlässigte.²²⁷ Dieses Stadt-Land-Gefälle führte zu einer „anhaltenden Landflucht erheblichen Ausmaßes.“²²⁸ Allerdings war jetzt nicht mehr nur Lima Hauptziel der Umsiedelnden, sondern es entstanden neue Subzentren. Ursachen der Landflucht lagen laut dem Gutachten von 1985 im „ökonomischen und kulturellen Zerfall der ländlichen Gemeinden“²²⁹ begründet. Um diesem Problem entgegenzuwirken, sei eine Verbesserung der ökonomischen Situation, aber auch eine Ausweitung der Gesundheitsversorgung unerlässlich.²³⁰

Dementsprechend betont auch der GTZ-Mitarbeiter Ricardo Keim in einem Dienstreisebericht im Rahmen eines Projekts zur Beratung der Basisgesundheitsdienste Perus von 1982, dass in Lateinamerika und besonders in Peru die primäre Gesundheitsversorgung zu dieser Zeit immer mehr an Bedeutung gewonnen habe. In Peru habe sich das Gesundheitsministerium eindeutig für die Priorität von *Primary Health Care* ausgesprochen.²³¹ Diese starke Orientierung des peruanischen Gesundheitsministeriums an *Primary Health Care* wird in einem weiteren GTZ-Bericht mit dem Einfluss des peruanischen WHO-Funktionärs David Tejada de Rivero begründet, der das Konzept in Alma Ata aktiv mitentwickelte und 1985 peruanischer Gesundheitsminister wurde.²³²

In Bezug auf das Stadt-Land-Gefälle der medizinischen Versorgung erläutert Keim in seinem Dienstreisebericht, dass Gespräche mit dem peruanischen Gesundheitsministerium verdeutlichten, dass die Verbesserung der Versorgung in ländlichen Gebieten Priorität haben solle. Der Unterschied zwischen Stadt und Land sei so gravierend, dass „er als Mitverursachung für die politischen Unruhen auf dem Land wirken muß.“²³³ Geeignete Maßnahmen, um dem entgegenzuwirken, seien Keim zufolge „Auslandsprojekte die auf Gesundheitspersonal im ländlichen Raum ausgerichtet sind“²³⁴. In einer angefügten Ergänzung verweist er

²²⁶ Vgl. Weber (1985), S. 8.

²²⁷ Vgl. Leatherman, Tom, R. Brooke Thomas (2009): Structural Violence, Political Violence, and the Health Costs of Civil Conflict. A Case Study from Peru, in: Robert A. Hahn, Marcia C. Inhorn (Hg.): Anthropology and Public Health. Bridging Differences in Culture and Society, Oxford, S. 196–218, hier: S. 203.

²²⁸ Weber (1985), S. II.

²²⁹ Weber (1985), S. 9.

²³⁰ Vgl. Weber (1985), S. 9.

²³¹ BArch B 213/25602.

²³² GTZ (1991): Technische Zusammenarbeit mit Peru. Projektdarstellung, Archiv GTZ, INF 5, S. 1.

²³³ BArch B 213/25602.

²³⁴ BArch B 213/25602.

dabei explizit auf die zwei Jahre zuvor gegründete medizinische Fakultät der UNSAAC: „Zur Zeit befindet sich eine medizinische Hochschule mit dieser Zielrichtung in Cuzco, die unterstützt werden sollte.“²³⁵

2.2.4 Die Ausbildung medizinischen Fachpersonals in Peru

Versuche, die Gesundheitsversorgung durch Reformierungen der Ausbildung des medizinischen Fachpersonals zu verbessern, gab es in Peru schon zuvor. In den 1960er Jahren schickte der damalige Präsident Fernando Belaúde Terry 5000 Studierende verschiedener Fachbereiche in Gemeinden des Landesinneren, um dort zu arbeiten und Kontakt zwischen den Bewohnern der ländlichen Gemeinden und den Studierenden herzustellen.²³⁶ 1969 gründete die Regierung unter General Juan Valesco Alvarado den *Servicio Médico Rural* (ländlicher Gesundheitsdienst). Durch dieses Programm wurden Stellen für Gesundheitspersonal in 180 Distrikten der peruanischen Anden eingerichtet. Der *Servicio Médico Rural* entwickelte sich wenige Jahre später zum *Servicio Civil de Graduandos* (SECIGRA, Zivildienst der Absolventen), dessen Ziel es war, Absolventen verschiedener Fachbereiche für die Arbeit in benachteiligten ländlichen Gebieten zu motivieren und so der Zentralisierung der Fachkräfte entgegenzuwirken. Diese Einrichtung bestand von 1975 bis 1981.²³⁷ In einer Studie zum peruanischen Gesundheitssektor, die 1980 im Auftrag der GTZ durchgeführt wurde, wird beschrieben, dass sich „durch die Schaffung des *Servicio Civil de Graduandos* [...] rein zahlenmäßig die große Personallücke auf der Ebene der *Centros de Salud* geschlossen“²³⁸ habe. Allerdings wird in dem Bericht die Qualität der medizinischen Dienstleistungen angezweifelt, da Anleitungen und Supervisionen für die Studierenden fehlten.²³⁹ 1982 wurde der SECIGRA durch den *Servicio Rural y Urbano Marginal de Salud* (SERUMS, Gesundheitsdienst für ländliche- und Stadtrandgebiete) ersetzt, der bis heute besteht.²⁴⁰ Gemeinsamkeiten der beiden Projekte SECIGRA und SERUMS sind Ariel Frisancho²⁴¹ zufolge, dass sie die Gesundheitsversorgung, insbesondere in den zuvor unterversorgten Gebieten verbessern wollen, indem die Ausbildung an die „nationale Realität“ angepasst und das Fachpersonal

²³⁵ BArch B 213/25602.

²³⁶ Frisancho (1993), S. 22.

²³⁷ Frisancho (1993), S. 23.

²³⁸ BArch B 213/25589.

²³⁹ BArch B 213/25589.

²⁴⁰ Frisancho (1993), S. 24.

²⁴¹ Ariel Frisancho Arroyo ist ein peruanischer Arzt und Public Health Wissenschaftler und begleitete die Landpraktika der UNSAAC von 1989–1992.

ausgeglichener über das Land verteilt wird.²⁴² Bezüglich der Unterschiede betont Frisancho, dass bei SECIGRA Absolventen vor Abschluss ihres Studiums eingesetzt wurden, die den Dienst in ländlichen Gesundheitszentren als Bedingung für ihren Studienabschluss absolvieren mussten. Beim SERUMS hingegen müssen diejenigen, die sich für eine Stelle im öffentlichen Gesundheitswesen bewerben, zuvor einen einjährigen Dienst in Gesundheitszentren auf dem Land oder in Stadtrandgebieten leisten; es handelt sich hier also um bereits examiniertes Fachpersonal.²⁴³

Frisancho zufolge hatte die WHO-Konferenz in Alma Ata auch einen großen Einfluss auf die Entstehung des SERUMS. Kritisch merkt er jedoch an, dass viele Versuche, die peruanische Gesundheitsversorgung nach den Prinzipien von *Primary Health Care* umzugestalten, eher halbherzig gewesen seien.²⁴⁴

Die deutschen Ärzte und in Lateinamerika eingesetzten Entwicklungshelfer Axel Kroeger und Jürgen Gräbener kritisieren 1976 sowohl am Gesundheitswesen als auch an der medizinischen Ausbildung in Lateinamerika, dass diese als unkritische Importprodukte aus Europa und den USA übernommen worden seien, ohne sie ausreichend auf die spezifischen Probleme und Ressourcen der jeweiligen Länder abzustimmen.²⁴⁵

3. Die Geschichte der Medizinischen Fakultät der Universidad Nacional de San Antonio Abad de Cusco (UNSAAC)

3.1 Die Gründung einer Medizinischen Fakultät in Cusco

Im Folgenden werden zum einen der Hintergrund der Gründung der medizinischen Fakultät der UNSAAC und zum anderen die einzelnen Schritte des Gründungsprozesses näher erläutert.

²⁴² Frisancho (1993), S. 23–24.

²⁴³ Frisancho (1993), S. 25.

²⁴⁴ Frisancho (1993), S. 23–24.

²⁴⁵ Kröger, Axel, Jürgen Gräbener (1976): Dezentralisierte Gesundheitssysteme in Lateinamerika, in: Deutsches Ärzteblatt 73, S. 210–214, hier: S. 210.

3.1.1 Ideen und Ziele bei der Gründung der Medizinischen Fakultät

Zur Zeit der Gründung der medizinischen Fakultät der *Universidad Nacional de San Antonio Abad in Cusco* (UNSAAC) herrschte in Peru ein großer medizinischer Versorgungsmangel. Das Gesundheitswesen war stark zentralisiert, sodass insbesondere in abgelegenen ländlichen Gebieten nur unzureichende medizinische Strukturen vorhanden waren.²⁴⁶ Ende der 1970er Jahre war die Gesundheitssituation in der Region Cusco eine der schlimmsten im ganzen Land. Laut der Peruanischen Zentralbank (*Banco Central de Reserva de Perú*) gab es in Cusco im Jahr 1981 nur 0,21 Ärzte pro 1000 Einwohner, während es in Lima 2,38 waren.²⁴⁷ Auch die Ausbildung von Ärzten konzentrierte sich auf Lima, wo sich die größten und wichtigsten medizinischen Fakultäten befanden.

Durch die Gründung der Medizinischen Fakultät in Cusco sollte ein Prozess der Dezentralisierung und Regionalisierung der Gesundheitsversorgung eingeleitet werden.²⁴⁸ „*El médico que el país requiere*“ – also „Der Arzt, den das Land benötigt“ – lautet die Überschrift eines von dem späteren Dekan der Medizinischen Fakultät der UNSAAC, José Cáceres, im Jahre 1988 verfassten Aufsatzes zur medizinischen Ausbildung in Lateinamerika.²⁴⁹ Entsprechend war es ein wichtiges Ziel bei der Gründung der Fakultät, durch die Ausbildung von Ärzten einen Beitrag zur Verbesserung der Gesundheitssituation der Region Cusco zu leisten.²⁵⁰ Die entscheidende Frage in diesem Zusammenhang war, wie die medizinische Ausbildung aussehen müsse, um dieses Ziel erreichen zu können.

Humberto Covarrubias, der an der Gründung der Fakultät beteiligt war, beschreibt eine große Unzufriedenheit vieler Studierender und Dozenten mit der herkömmlichen medizinischen Ausbildung in Peru, da diese nicht der Realität und den Bedürfnissen des Landes entspräche.²⁵¹

Die Medizinstudierenden stammten meist aus den reicheren städtischen Gebieten, und es gab kaum Berührungspunkte mit der ländlichen Bevölkerung, deren Lebensverhältnisse und

²⁴⁶ Vgl. Frisancho (1993), S. 22.

²⁴⁷ Saco, Santiago (1992/1993): Ensenanza de la Atención Primaria de la Salud en la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco-Perú, in: SITUA 1, N° 1, S. 13–18, hier: S. 13.

²⁴⁸ Villar, Eugenio (1992): Estudio de Factibilidad para la Creación del Instituto de APS de la UNSAAC, Archiv GTZ, IP 6, S.3.

²⁴⁹ Cáceres, José (1988): El médico que el país requiere, Privatbestände Santiago Saco. SY 2.

²⁵⁰ Vgl. UNSAAC-GTZ (1989): Informe Evaluación del Proyecto, Archiv GTZ, EVA 33, S.1.

²⁵¹ Covarrubias, Humberto (o. D.): Programa Académico de Medicina Humana, Privatbestände Santiago Saco, SY 3.

kultureller Hintergrund sich oft erheblich von denen der städtischen Bevölkerung unterschieden. Auch das Studium orientierte sich vorwiegend an klinisch-kurativen Inhalten, die den Bedürfnissen der modernen hochtechnisierten Krankenhäuser der Großstädte entsprachen, die ländliche Realität aber kaum berücksichtigten. Eine Projektbeschreibung der GTZ aus dem Jahr 1997 kritisiert, dass auf Aspekte der Prävention, der lokalen Epidemiologie und Gesundheitsproblematik kaum eingegangen wurde.²⁵²

Dementsprechend erläutert Santiago Saco, der seit 1982 als Dozent im Bereich *Salud Publica* (spanisch für „Public Health“ oder „öffentliche Gesundheitsversorgung“) an der Medizinischen Fakultät der UNSAAC tätig ist, dass das Ausbildungskonzept der anderen medizinischen Fakultäten Perus für das Ziel der UNSAAC – Ärzte zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung der Region auszubilden – als unpassend empfunden wurde.²⁵³ Weiter betont Saco in einem Artikel der Universitätszeitschrift SITUA, dass mit einer solchen Ausbildung der anfängliche Enthusiasmus der Studierenden, sich in ländlichen Gebieten zu engagieren, rasch in Frustration umschlagen und zu Migration in andere Teile des Landes führen würde.²⁵⁴ Tomas Gutierrez, ein seit der Gründung an der Medizinischen Fakultät der UNSAAC angestellter Dozent, nennt in einem Interview einen weiteren Grund, der auch im neustrukturierten Curriculum von 1993 Berücksichtigung findet, warum nicht einfach die bestehenden Curricula anderer peruanischer Fakultäten übernommen werden konnten: die begrenzten ökonomischen Möglichkeiten der Universität. Für die Umsetzung fehlte es an entsprechend ausgebildeten Dozenten und den nötigen Strukturen, wie ausreichend ausgestatteten Laboren und Anatomiesälen.²⁵⁵ Es sollte also ein Curriculum erarbeitet werden, das mit den bestehenden Ressourcen umgesetzt werden konnte und gleichzeitig auch die oben erläuterte Zielsetzung berücksichtigte: die angehenden Ärzte zu befähigen und zu motivieren, sich für die Verbesserung der regionalen Gesundheitslage einzusetzen.

Orientierung lieferte hierfür das Konzept der Medizinischen Fakultät der *Universidad Autónoma de México* (UNAM). Laut Covarrubias war die mexikanische Fakultät aufgrund ihres Schwerpunktes im Bereich der „*Medicina Integrada*“²⁵⁶ – mit Praktika in den ländlichen Gemeinden – ein geeignetes Vorbild.²⁵⁷

²⁵² GTZ (1997): Projektbeschreibung, Archiv GTZ, INF 71.

²⁵³ Interview mit Santiago Saco, März 2015.

²⁵⁴ Vgl. Saco (1992/93), S. 14.

²⁵⁵ UNSAAC (1993): Curriculo reestructurado, Privatbestände Santiago Saco, INF 4; Interview mit Tomas Gutierrez, März 2015.

²⁵⁶ *Medicina Integrada* definiert Covarrubias als eine Medizin, die die physische, psychische und soziale Sicht auf den Menschen integriert, und Umweltfaktoren, die aktive Partizipation der Bevölkerung, die WHO-Definition von Gesundheit sowie das Recht auf Gesundheit berücksichtigt.

²⁵⁷ Covarrubias, Humberto (o. D.).

Zur weiteren Unterstützung bei der Entwicklung des neuen Curriculums habe man sich, so Saco, an die *Organización Panamericana de la Salud*²⁵⁸ (OPS) gewandt, die vorgeschlagen habe, das *Primary Health Care* systematisch in das Curriculum zu integrieren.²⁵⁹ In einem GTZ-Schreiben von 1983 wird hervorgehoben, dass es ein solches Vorhaben an keiner anderen Universität in Peru gegeben habe.²⁶⁰ Und in einem Artikel zur Lehre an der medizinischen Fakultät der UNSAAC erläutert Saco, dass die Studierenden durch ein an *Primary Health Care* orientiertes Curriculum einen Bezug zur Situation in den ärmeren ländlichen Gebieten aufbauen und Vorstellungen entwickeln sollten, wie eine basisorientierte Gesundheitsversorgung in den einzelnen Gemeinden umgesetzt werden könne. So sollten junge Menschen aus der Region Cusco die Möglichkeit erhalten, Medizin mit einem Ausbildungskonzept zu studieren, das sich an den Problemen der Region orientiert.²⁶¹ Weiter schreibt Saco, dass die medizinische Lehre im Bereich von *Primary Health Care* an der UNSAAC nicht nur wissenschaftliche und technische Kenntnisse vermitteln, sondern vorrangig eine Veränderung der Bewertung der Studierenden schaffen sollte, sodass diese sich ideologisch und auch affektiv mit der Gesundheitssituation der Bevölkerung identifizierten.²⁶² Einem Gründungsvater der medizinischen Fakultät, Ramiro Farfán, zufolge sollten die in der UNSAAC ausgebildeten Ärzte auf diese Weise „Agenten des sozialen Wandels“²⁶³ werden. Farfán und Saco fassten 1997 in einem Artikel der Zeitschrift SITUA die Ziele der Medizinischen Fakultät der UNSAAC in sieben Punkten zusammen, in denen sich zentrale Prinzipien der Deklaration von Alma Ata aus dem Jahre 1978 widerspiegeln:²⁶⁴

1. Es sollten Ärzte ausgebildet werden, die eine „ganzheitliche“ Sicht auf den Menschen haben. Ganzheitlich meint hier die Kombination biologischer, sozialer, psychologischer und umweltbedingter Ansätze.
2. Es sollten Maßnahmen zur Prävention, Heilung und Rehabilitation von Krankheiten in Familien, Gemeinden und Gesundheitseinrichtungen multidisziplinär und intersektoral durchgeführt werden können.
3. Der Gesundheitszustand sollte lokal und regional verbessert werden.

²⁵⁸ Die Panamerikanische Gesundheitsorganisation ist eine Regionale Organisation der *World Health Organization* (WHO). Die Zentrale der OPS hat ihren Sitz in Washington, D. C.

²⁵⁹ Interview mit Santiago Saco, März 2015.

²⁶⁰ Keim, Ricardo (1983): Angebot über Ausbildung von Ärzten für die primäre Gesundheitsversorgung, Archiv GTZ, Plan 10, S. 7.

²⁶¹ Vgl. Saco (1992/1993), S. 14.

²⁶² Vgl. Saco (1992/1993), S. 18.

²⁶³ Vgl. Farfán, Ramiro (1997/1998): Integración Universidad-Servicio de Salud-Comunidad en la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco, in: SITUA 6, N°11, S. 5–11, hier: S. 6.

²⁶⁴ Vgl. Farfán (1997/1998), S. 7.

4. Forschungen zu lokalen und regionalen Gesundheitsproblemen sollten gefördert und durchgeführt werden.
5. Es sollte eine gemeinsame Planung mit anderen Sektoren zur lokalen und regionalen Förderung der Gesundheit geben.
6. In den Gemeinden sollten Aktionen zur Gesundheitsförderung, Prävention und Gesundheitserziehung stattfinden.
7. Es sollten regelmäßige Evaluationen, mit dem Ziel die Lebensqualität in den Gemeinden zu verbessern, durchgeführt werden.

Für die erfolgreiche Umsetzung dieser Ziele war es Farfán und Saco zufolge wichtig, zunächst einen Überblick über die soziale, ökonomische und kulturelle Situation sowie die Gesundheitslage der Region zu erlangen, um dann die medizinische Ausbildung an diese Situation anpassen zu können. In diesem Kontext betonten die beiden Autoren die Bedeutung der Zusammenarbeit zwischen Universitäten, Gesundheitsdiensten und Gemeinden und forderten, dass die institutionalisierten Gesundheitsdienste in die Ausbildung von Medizinnern mit einbezogen werden.²⁶⁵ Gleichlautend betonte auch José Cáceres, dass die Fakultät aktiv zur Stärkung der lokalen Gesundheitsdienste beitragen solle.²⁶⁶

Zudem hoben Farfán und Saco die Rolle von intersektoralen Vernetzungen hervor. Die Zusammenarbeit mit anderen Fachbereichen wie den Krankenpflegewissenschaften, der Anthropologie, der Landwirtschaft, der Tierzucht und den Ingenieurwissenschaften sei essentiell für eine „ganzheitliche“ Lösung der regionalen Gesundheitsprobleme.²⁶⁷

Die Institutionalisierung von *Primary Health Care* und *Public Health* an der UNSAAC erfolgte schließlich mit der Einrichtung des *Instituto Andino de Salud Pública* (andines Institut für öffentliche Gesundheitsversorgung) an der Medizinischen Fakultät der UNSAAC in den 1990er Jahren.²⁶⁸

In einem Artikel zur Lehrtätigkeit an der Medizinischen Fakultät der UNSAAC aus dem Jahr 1993 betonte José Cáceres die Bedeutung der Didaktik für die Ausbildung von Ärzten. Man wolle keine passiv aufnehmenden Studierenden und auch keine autoritären, paternalistischen und realitätsfernen Dozenten. Wichtig sei, dass die Studierenden die zu untersuchenden Sachverhalte nicht nur betrachten und wiedergeben, sondern sie wirklich kennen lernen.

²⁶⁵ Vgl. Farfán (1997/1998), S. 8.

²⁶⁶ Cáceres, José (1993): Internado Médico Rural como Experiencia Docente en la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco, in: SITUA 2, N° 2, S. 5–7, hier: S. 6.

²⁶⁷ Vgl. Farfán (1997/1998), S. 11.

²⁶⁸ Vgl. Farfán (1997/1998), S. 11.

Hierzu müsse man mit der Pädagogik der traditionellen Fakultäten brechen.²⁶⁹ In Hinblick auf die Didaktik wird in mehreren Quellen zudem die Nutzung audiovisueller Medien in der Lehre hervorgehoben. Auch im Rahmen der Kooperation mit der GTZ wurden erhebliche Mittel in die Anschaffung von Geräten zur Produktion von audiovisuellen Lehrmitteln investiert, die über viele Jahre aktiv genutzt wurden.²⁷⁰

3.1.2 Gründungsprozess

Die *Universidad Nacional de San Antonio Abad in Cusco* (UNSAAC) wurde am 1. März 1692 gegründet. Sie ist die älteste und bedeutendste Universität der Region Cusco. Einen Medizinischen Fachbereich gab es zu Beginn nicht. Es bestand aber schon bei der Gründung der Universität das Sonderrecht, Abschlüsse im Fachbereich der Medizin zu erteilen, welches jedoch bis in die 1980er Jahre niemals realisiert wurde.

Während der Kolonialzeit und auch nach der Unabhängigkeit gab es immer wieder erfolglose Versuche, eine medizinische Ausbildung zu implementieren.²⁷¹ Beispielsweise wurde bereits in einer Universitätszeitschrift von 1933 gefordert, eine medizinische Fakultät zu gründen, um den Bedürfnissen der Gemeinden gerecht zu werden.²⁷² Von 1930 bis 1955 bestand im Bereich der Naturwissenschaften ein medizinischer Ausbildungszweig, der Studierende im Zeitraum von zwei Jahren auf das Medizinstudium an anderen Universitäten Perus vorbereiten sollte. Dieses Privileg wurde 1955 von der Universität San Marcos in Lima widerrufen. Als eine Kommission von Ärzten aus Cusco (Sergio Quevedo Aragón²⁷³, Humberto Covarrubias Campana²⁷⁴, Olinto Vesco Zamalloa²⁷⁵) nach Lima reiste, um diesen Beschluss anzufechten, riet ihnen der Rektor der Universität San Marcos, eine eigene medizinische Fakultät zu gründen.²⁷⁶ Im Jahr 1959 formierte die *Asociación Médica del Cusco* unter dem Vorsitzenden José Cáceres Pílares eine Kommission aus Ärzten (Sergio Quevedo

²⁶⁹ Cáceres (1993), S. 5.

²⁷⁰ Vgl. vorliegende Arbeit S. 66.

²⁷¹ Vgl. Covarrubias, Humberto (1992/1993): Fundación de la Facultad de Medicina de la UNSAAC, in: SITUA 1, N° 1, S. 2–5, hier: S. 2.

²⁷² Vgl. C.E.P.S. (2013): Los Intentos de enseñar Medicina en la Universidad de San Antonio Abad del Cusco, in: El Antoniano 23, N° 122, S. 77–83.

²⁷³ Sergio Quevedo arbeitete als Arzt in der Gemeinde Paucartambo nahe Cusco und später als Professor für Anthropologie (Vgl. Cáceres, Jose [1997/1998]: Apuntes para la Historia de la Medicina Cusca, in: SITUA 6, N° 11.)

²⁷⁴ Humberto Covarrubias arbeitete als Arzt in Cusco, veröffentlichte mehrere Artikel zur Medizinischen Ausbildung und wurde später Professor an der Medizinischen Fakultät der UNSAAC (Cáceres [1997/1998]).

²⁷⁵ Plintho Vesco studierte an der Fakultät San Marcos in Lima Medizin und arbeitete später als Chirurg in Cusco (Cáceres [1997/1998]).

²⁷⁶ Vgl. Covarrubias (1992/1993), S. 2.

Aragón, José Cáceres, Humberto Covarrubias, Nicolás Martínez und Olinto Vesco Zamalloa), die sich für die Gründung einer solchen Fakultät an der UNSAAC einsetzen sollte. Der von dieser Gruppe ausgearbeitete Antrag wurde dem damaligen Direktor der UNSAAC Juvenal Pesó Benavente vorgelegt, konnte jedoch aus unbekannten Gründen nicht durchgesetzt werden.²⁷⁷

Im Jahr 1976 fand der erste Medizinische Kongress Perus in der Hauptstadt Lima statt. Er wurde von der Peruanischen Ärztekammer organisiert (*Colegio Médico del Perú*).²⁷⁸ An diesem Kongress nahm Humberto Covarrubias als Beauftragter des *Hospital Regional del Cusco* (Regionalkrankenhaus von Cusco) teil und reichte einen Antrag ein, in dem er forderte, dass sich das *Colegio Médico del Perú* beim Nationalrat der peruanischen Universitäten (*Consejo Nacional de la Universidad Peruana*, CONUP)²⁷⁹ für die Gründung seines *Programa Academico de Medicina Humana* – also eines akademischen Programms für Humanmedizin – an der UNSAAC einsetzen möge. Der Antrag wurde einstimmig angenommen, und im November 1976 wurde eine Kommission zur Umsetzung des *Proyecto Integral* (ganzheitliches Projekt) – eines Projekts zur Erarbeitung einer akademisch medizinischen Ausbildung in Cusco – ins Leben gerufen. Diese Kommission setzte sich aus den Professoren Humberto Covarrubias, José Cáceres, Mario Escobar, Ramiro Farfán und Horacio Chávez zusammen. Zudem waren als Vertreter des *Colegio Médico del Perú* Dante Olivera Ortiz de Orue, José Chacon Polar als Berater für moderne technische Lehrmethoden, Luis Ernesto Giraldo aus dem Sektor für Humanressourcen der OPS und Carlos Monge Casinelli, Professor an der Universität Cayetano Heredia, beteiligt.²⁸⁰ Als die Kommission sechs Monate später die Ausarbeitungen des *Proyecto Integral* dem zuständigen Direktor des CONUP vorlegte, wies dieser das Vorhaben zurück, da die Lehrmethoden veraltet seien und nicht den technologischen modernen Unterrichtsmethoden entsprächen. Er empfahl, bei der WHO bzw. bei der lokal ansässigen OPS um Unterstützung anzufragen.²⁸¹ Widerstand gegen den Aufbau eines medizinischen Fachbereichs an der UNSAAC gab es laut Saco auch seitens der medizinischen Fakultäten in Lima und des Gesundheitsministeriums. Sie seien nicht mit der Form der Ausbildung und mit der Idee, dass eine Universität in der Provinz überhaupt

²⁷⁷ Farfán, Ramiro (2002): *Odisea de la Educación Médica en Cusco*, in: SITUA 10, N° 20, S. 5–6, hier: S. 5.

²⁷⁸ Das *Colegio Médico del Perú* wurde 1964 gegründet. Es ist eine Institution des öffentlichen Rechts und vertritt den Berufsstand der Mediziner in Peru.

²⁷⁹ Der *Consejo Nacional de la Universidad Peruana* ist das höchste Organ der universitären Vertretung in Peru.

²⁸⁰ Vgl. Farfán (2002).

²⁸¹ Vgl. Covarrubias (1992/1993), S. 2.

Ärzte ausbilden darf, einverstanden gewesen. Trotz der kritischen Stimmen konnte mit Unterstützung der OPS im Dezember 1977 die Zustimmung durch den *Consejo Nacional der Universidad Peruana* erreicht werden: Es wurde vereinbart, dass das Programa Académico de Medicina Humana an der UNSAAC im Jahr 1980 umgesetzt werden solle.²⁸²

In dem schriftlichen Beschluss wird ausdrücklich erwähnt, dass eine substantielle Änderung in der Ausbildung von Humanmediziner*innen stattfinden solle.²⁸³ Worin allerdings diese substantielle Änderung bestehen sollte, wird nicht erläutert.

Bis zur Umsetzung im Jahr 1980 sollte die Ausbildung der Dozenten und die Infrastruktur der Universität verbessert werden. In dieser Zeit wurde die *Comision Implementadora* (Implementierungskommission) gebildet. Beteiligte Professoren waren José Cáceres, Humberto Covarrubias, und Ramiro Farfán. Ziel der Kommission war es, Experten einzustellen und Absprachen mit anderen Institutionen zu treffen. Wichtige Aspekte waren hierbei die *Integración Docente Asistencial* (Integration von Lehre und Versorgung) – ein Abkommen zwischen der UNSAAC und den regionalen Gesundheitsposten – und die Anfrage bei nationalen und internationalen Organisationen sowie den ausländischen Botschaften, um Unterstützung für das Vorhaben zu erhalten.²⁸⁴ Mit Hilfe der OPS wurden mehrere Kurse zu neuen Lehrtechnologien organisiert. Es wurden Seminare für Dozenten zur Planung und Lehre in den Gesundheitswissenschaften und zur Didaktik abgehalten, und im personellen administrativen Bereich wurde eine Hilfskraft für audiovisuelle Medien eingestellt.²⁸⁵ Nach diesen Vorbereitungen wurde dann im Jahr 1980 die Medizinische Fakultät der UNSAAC eingerichtet, die ersten Studierenden konnten aufgenommen werden.

3.2 Das Medizinstudium an der UNSAAC

Laut einem Projektbericht der GTZ von 1983 nahm die Medizinische Fakultät der UNSAAC in den ersten drei Jahren 50 bis 60 Studierende pro Semester auf. Nach den ersten zwei Semestern verringerte sich diese Anzahl aufgrund von Studienabbrüchen jedoch um 30 bis 50%.²⁸⁶ Im Jahr 1987 waren 245 Studenten an der Fakultät eingeschrieben.²⁸⁷ 1992 hatte

²⁸² Vgl. Saco, (1992/1993), S. 14.

²⁸³ Vgl. Farfán (2002), S. 3.

²⁸⁴ Vgl. Covarrubias (1992/199), S. 3.

²⁸⁵ Vgl. Farfán (2002), S. 4–5.

²⁸⁶ Keim (1983), S. 3.

²⁸⁷ UNSAAC-GTZ (1987): Plan de Operaciones Febrero 1987, Archiv GTZ, Plan 12, S. 42.

sich die Zahl der Studierenden bereits auf ca. 335 erhöht.²⁸⁸ 1988 schlossen die ersten Medizinstudierenden ihr Studium ab.²⁸⁹ Aus einem Dokument der Medizinischen Fakultät der UNSAAC von 1987 wird ersichtlich, dass insgesamt 32 Dozenten an der Fakultät beschäftigt waren. 16 dieser Dozenten hatten eine Teilzeitstelle. Drei der Ärzte und vier Lehrtätige der Krankenpflegefakultät waren Dozenten für Primäre Gesundheitsversorgung.²⁹⁰ Die offizielle Studiendauer betrug zu Beginn fünf Jahre und wurde später auf sieben Jahre – wie es auch an anderen peruanischen Fakultäten üblich war – verlängert.

3.2.1 Der Aufbau des Curriculums

Das Curriculum der Medizinischen Fakultät der UNSAAC setzt sich aus drei Bereichen zusammen: Der erste Bereich umfasst Physiologie, Morphologie und die klinischen Fächer; der zweite Bereich „biodynamische Wissenschaften“, wie Chemie, Physik, Biologie und Mathematik und der dritte den Bereich *Salud Pública*, also die öffentliche Gesundheitsversorgung.²⁹¹ In der folgenden Beschreibung des Curriculums wird insbesondere auf den letztgenannten Bereich eingegangen.

Im Bereich *Salud Pública* werden im ersten Studienjahr die Kurse *Situación de Salud* (Gesundheitssituation), *Sociología* und *Instrucción Básica Médica* (Medizinische Soziologie und Basismedizin) unterrichtet; im zweiten Jahr *Quechua* I und II, im dritten *Epidemiología* (Epidemiologie) sowie *Atención Primaria de la Salud* I und II (*Primary Health Care* I und II) und im sechsten Jahr Gesundheitsplanung und -administration sowie *Medicina Comunitaria* (Gemeindemedizin).²⁹² Zwischen dem sechsten und dem zwölften Semester werden keine Kurse im Bereich *Salud Pública* oder *Atención Primaria de la Salud* (also „*Primary Health Care*“) angeboten.²⁹³

²⁸⁸ GTZ (1988-1995): Projektfortschrittsberichte, Archiv GTZ, EVA 32, Anhang 1.

²⁸⁹ Vgl. Asociación Peruana de Facultades de Medicina (ASPEFAM) (2009): Los XXXII Anos de la Facultad de Medicina Humana Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco (<http://www.aspefam.org.pe/prensa/aniversarioUNSAAC.pdf>, letzter Zugriff: 14.06.2015).

²⁹⁰ UNSAAC-GTZ (1987), S. 42.

²⁹¹ UNSAAC-GTZ (1987), S. 43.

²⁹² Vgl. Saco (1992/1993), S. 14.

²⁹³ Vgl. Saco (1992/1993), S. 17.

Im Folgenden werden die einzelnen Kurse im Bereich Öffentliche Gesundheitsversorgung bzw. *Primary Health Care* in der chronologischen Reihenfolge, in der sie im Studium gelehrt werden, aufgelistet und erläutert.²⁹⁴

Situación de la Salud (Gesundheitssituation): Dieser erste Kurs im Bereich der Öffentlichen Gesundheitsversorgung soll zu einer weiteren Beschäftigung mit der Thematik motivieren. Der Kurs soll den Studierenden die Grundlagen zur Analyse der lokalen, regionalen und nationalen Gesundheitssituation vermitteln. Es sollen Probleme im Gesundheitsbereich und ihre Ursachen aufgezeigt und alternative Lösungsansätze entwickelt werden. Das theoretische Wissen wird durch Praktika in den Wohnvierteln und Distrikten der Studierenden ergänzt.²⁹⁵

Sociología Médica (Medizinische Soziologie): Hier werden soziale, kulturelle und ökonomische Aspekte analysiert, die mit der Gesundheitsversorgung zusammenhängen. Mit Unterstützung von Sozialwissenschaftlern werden Begriffe und Themenkomplexe wie Gesundheit und Krankheit, medizinische Theorie, Arzt-Patient-Beziehung, Gesundheitserziehung, Geschichte der westlichen und der nationalen peruanischen Medizin, nationale medizinische Forschung, soziokulturelle Bedingungen und Limitationen sowie charakteristische Erkrankungen und demografische Faktoren in der Region Cusco behandelt. So sollen die Studierenden ihre eigenen Vorstellungen des Arztberufs und der modernen Medizin in Bezug auf die Bedürfnisse des Landes und der Region reflektieren lernen, was Saco zufolge unabdingbar ist, um *Atención Primaria de Salud* verstehen zu können.²⁹⁶

Instrucción Básica Médica (Basismedizin): Der Kurs soll den Studierenden Basisfertigkeiten der Medizin (Messen der Vitalparameter, Durchführen von Injektionen und Impfungen, intravenöse Zugänge legen) vermitteln, die sonst in Peru eher in den Zuständigkeitsbereich von Pflegekräften fallen. Dies seien, so Saco, wichtige Fertigkeiten im Bereich der *Atención Primaria de Salud*, die den MedizinerInnen helfen könnten, sich durch die Kenntnis der Aufgaben der Pfleger später besser in das Team zu integrieren.²⁹⁷

²⁹⁴ Als Hauptquelle diene hierfür ein Artikel von Santiago Saco aus der ersten Ausgabe der Zeitschrift SITUA (Saco [1992/1993]). Die Informationen aus dem Artikel decken sich mit denen aus verschiedenen anderen Quellen.

²⁹⁵ Vgl. Saco (1992/1993), S. 14.

²⁹⁶ Vgl. Saco (1992/1993), S. 14.

²⁹⁷ Vgl. Saco (1992/1993), S. 14–15.

Quechua: Die Medizinstudierenden sprechen zu Studienbeginn zum überwiegenden Teil kein Quechua.²⁹⁸ Dies führt insbesondere bei der Arbeit in ländlichen Gebieten zu Schwierigkeiten, da dort Quechua die meistgesprochene Sprache ist und die Bevölkerung auf dem Land oft kaum oder gar kein Spanisch versteht. In den Kursen sollen die Studierenden lernen, in der Sprache der ländlichen Bevölkerung zu kommunizieren, um so medizinische Aktivitäten in adäquater Weise ausführen zu können.²⁹⁹ In Quechua I werden die Grundlagen der Sprache vermittelt, während Quechua II auf Begriffe im medizinischen Kontext spezialisiert ist.³⁰⁰

Epidemiología (Epidemiologie): In diesem praktisch orientierten Kurs sollen Daten zu den häufigsten Erkrankungen, ihrer Ursache und Nosologie sowie ihren Entwicklungstendenzen gesammelt und analysiert werden.³⁰¹

Atención Primaria de la Salud I (*Primary Health Care I*): Das Ziel des Kurses ist es, eine Einführung in das Konzept der *Atención Primaria de la Salud* im „Geiste von Alma Ata“³⁰² zu geben. Es werden die internationale Lehre von *Atención Primaria de la Salud* und ihre nationalen und regionalen historischen Vorläufer gelehrt und untersucht.³⁰³ Bei den nationalen Vorläufern wird sich insbesondere auf Núñez Brutón und den *Rijcharismo* bezogen.³⁰⁴ Zudem sollen die Studierenden die Gesundheitseinrichtungen der „ersten Ebene“ (*Centro de Salud* und *Posta Sanitaria*) kennen lernen. Anschließend werden die nationalen Programme der Versorgung des Gesundheitsministeriums und die dazugehörigen Manuale (*Programas Nacional de Atención a las personas del Ministerio de Salud*) behandelt. Diese umfassen Programme zur Kontrolle von häufigen Krankheiten wie Leishmaniose, Tollwut, Malaria und Tuberkulose sowie zur Familienplanung, Vorsorge von schwangeren Frauen und Wachstums- und Entwicklungskontrollen von Kindern. Zudem werden in diesem Kurs Techniken und Methoden zur Gesundheitserziehung erlernt und Kenntnisse im Bereich der Hygiene erarbeitet. Es gibt geführte Besichtigungen der Gemeinden, um die Anlagen zur Wasserspeicherung, Kanalisation und Müllentsorgung zu verstehen und Einblicke in Vektorkontrollen und Lebensmittelverkäufe zu erhalten. Zudem werden Themen wie *Atención*

²⁹⁸ UNSAAC-GTZ (1989): Evaluación del proyecto 1989, Archiv UNSAAC, EVA 1, S. 6.

²⁹⁹ Vgl. Saco (1992/1993), S. 15.

³⁰⁰ UNSAAC (1993).

³⁰¹ Vgl. Saco (1992/1993), S. 15.

³⁰² Saco (1992/1993), S. 15.

³⁰³ Vgl. Saco (1992/1993), S. 15.

³⁰⁴ UNSAAC (1991): Atención Primaria I, Privatbestände Santiago Saco. SY 2, S. 1.

simplificada (einfache Gesundheitsversorgung) und Katastrophenschutz behandelt.³⁰⁵ Die theoretischen Inhalte werden durch unterrichtsbegleitende Praktika ergänzt. Hierbei verbringen die Studierenden der betreffenden Semester einen Tag pro Woche in einem urbano-marginalen oder ländlichen Gesundheitszentrum.³⁰⁶ In diesem Rahmen führen sie Hausbesuche bei Familien der Gemeinde durch und nehmen an Treffen der *clubes de madres* (Mütterversammlungen) teil.³⁰⁷

Atencion Primara de la Salud II (Primary Health Care II): Die erste Beschreibung dieses Kurses findet sich in einem Modul von 1982.³⁰⁸ In diesem Dokument wird als Hauptziel benannt, dass die Studierenden Kenntnisse und Fähigkeiten im Bereich von *Atención Primaria de la Salud* auf der primären Ebene erarbeiten sollen. Als Zwischenziele werden die folgenden acht Punkte benannt:

1. soziokulturelle Kenntnisse der ländlichen Gemeinden
2. Diagnostik in der Gemeinde
3. Kenntnisse zur sozioökonomischen Situation und Entwicklungsmöglichkeiten
4. Kenntnisse der Ressourcen der traditionellen andinen Gesundheitsversorgung
5. Identifizierung von Möglichkeiten zur Beteiligung der Bevölkerung an der primären Gesundheitsversorgung
6. Möglichkeiten und Strategien der Gesundheitsaufklärung
7. Identifizierung und Nutzung spezifischer Ressourcen der Gemeinden
8. Kenntnisse von nationalen und internationalen alternativen Systemen von *Atención Primara de la Salud* wie beispielsweise in Cuba, Kolumbien, China oder Ägypten

Eine sehr ausführliche Beschreibung des Kurses findet sich in einem Artikel von Santiago Saco in der Universitätszeitschrift SITUA von 1992/1993. Hier schreibt er, dass der Kurs *Atención Primara de la Salud II* dazu diene, dass die Studierenden Erfahrungen im Bereich *Atención Primaria de la Salud* in ländlichen und städtischen Gebieten sammeln und diese vor dem Hintergrund sozialer, kultureller, ökonomischer und gesundheitlicher Probleme reflektieren. Der Kurs beinhalte sowohl einen theoretischen als auch einen praktischen Teil. Im theoretischen Teil gehe es um die soziokulturellen Strukturen der ländlichen Gemeinden und städtischen Gebiete, meist sogenannte *pueblos jóvenes* – „junge Dörfer“ – die durch

³⁰⁵ Vgl. Saco (1992/1993), S. 15.

³⁰⁶ GTZ (1988-1995), Anhang 1.

³⁰⁷ Vgl. Saco (1992/93), S. 15.

³⁰⁸ UNSAAC (1982): Modulo de Atencion Primaria II, Privatbestände Santiago Saco, SY 2, S. 2–3.

Migration der Landbevölkerung in die Städte bzw. Stadtrandgebiete entstanden waren. Die Studierenden sollten sich mit den Charakteristika der lokalen Ökonomie, der regionalen sozioökonomischen Entwicklung und mit Konzeptionen von Dezentralisation und Regionalisierung auseinandersetzen. Als weiteres Lernziel nennt Saco, dass die Studierenden die Möglichkeiten der Partizipation der Gemeinde an der Gesundheitsversorgung analysieren sollen. Dabei lernen die Studierenden Strukturen wie die *comités de salud* (Gesundheitskomitee), die *parteras tradicionales* (traditionelle Geburtshelferinnen) und die *promotores de salud* (Gesundheitsarbeiter) kennen.

Darüber hinaus werden angesichts der knappen ökonomischen Ressourcen Seminare zu *tecnología apropiada* (angemessener Technologie) und dem Nutzen von lokalen Ressourcen (lokale Gesundheitsarbeiter, traditionelle Geburtshelferinnen) gehalten. Hinsichtlich der laut Saco in der Region Cusco sehr populären traditionellen Medizin werden wissenschaftliche Studien zu traditionellen Heilverfahren durchgeführt. Die soziokulturelle Bedeutung der traditionellen Medizin soll herausgearbeitet und es sollen Möglichkeiten ihrer Anwendung im Bereich von *Atención Primaria de la Salud* untersucht werden. Ein weiterer Baustein des Kurses sind Seminare zu den Gesundheitssystemen in Ländern wie den USA, England und Deutschland sowie Erfahrungen mit *Atención Primaria de la Salud* in Cuba und China. Der praktische Teil des Kurses *Atención Primaria de la Salud II* besteht seit 1982 und findet in den Stadtrandgebieten und den ländlichen Gemeinden statt. Die Studierenden absolvieren in den letzten zwei Wochen des Semesters ein Praktikum in den dortigen *Centros de Salud* (Gesundheitszentrum) und fertigen einen schriftlichen Abschlussbericht zu ihren Aktivitäten an.³⁰⁹ Während des Aufenthalts in den *Centros de Salud* sollen einem Projektbericht der GTZ von 1988 zufolge präventive, gemeindebezogene Gesundheitsaktivitäten wie Impfkampagnen, Vorsorgeuntersuchungen und Gesundheits-Surveys durchgeführt werden. Ein Dozent soll als Ansprechpartner für die Studierenden permanent anwesend sein und ein weiterer regelmäßige Supervision durchführen.³¹⁰

Medicina Comunitaria (Gemeindemedizin): Dieser Kurs besteht aus einem Praktikum im Bereich der *Medicina Integral* („ganzheitliche“ Medizin) in ländlichen Gemeinden.³¹¹ In den verschiedenen Dokumenten zum Curriculum finden sich immer wieder Diskussionen und

³⁰⁹ Vgl. Saco (1992/1993), 15–17.

³¹⁰ GTZ (1988-1995), Anhang 1.

³¹¹ Vgl. Saco (1992/1993), S. 17.

Veränderungen bezüglich der Dauer des Aufenthalts der Studierenden in den ländlichen Gebieten. Saco schreibt, dass das Praktikum von Beginn an als fünfte Rotation im Rahmen des *Internados*³¹² geplant gewesen sei (vergleichbar mit dem Praktischen Jahr in Deutschland), was eine Dauer von mindestens drei Monaten bedeutet hätte. Dies sei jedoch sowohl von Studierenden als auch von Dozenten abgelehnt worden, sodass der Kurs auf einen Monat reduziert wurde und in dem Semester vor dem *Internado* stattfand. Aufgrund der positiven Rückmeldungen der Studierenden konnte der Kurs Anfang der 1990er Jahre auf zwei Monate verlängert werden.³¹³ 1993 wurde das Praktikum schließlich doch als *Internado Rural* in das *Internado* integriert und auf drei Monate verlängert.³¹⁴ Laut Oscar Valiente, dem Dekan der Medizinischen Fakultät der UNSAAC im Jahr 2015, umfasst das *Internado Rural* aktuell sogar vier Monate.³¹⁵

1988 fand der Kurs *Medicina Comunitaria* zum ersten Mal statt. 14 Studierende nahmen teil und absolvierten die Praktika in zehn verschiedenen *Centros de Salud*. Die *Centros de Salud* mussten, so Saco, folgende Kriterien erfüllen, um für die Umsetzung der Praktika in Frage zu kommen:

1. Ein Arzt musste dort arbeiten und als Tutor für die Studenten zu Verfügung stehen.
2. Die Gemeinde musste den Studierenden Unterkunft und Verpflegung zur Verfügung stellen.

Die Aktivitäten der Studierenden sollten zu 30% im *Centro de Salud* und zu 70% in den die *Centros de Salud* umgebenden kleineren Gemeinden stattfinden. Gemeinsam mit den Mitgliedern der ländlichen Gemeinden sollte ein Arbeitsplan erstellt werden, indem festgelegt wurde, was während des Aufenthalts der Studierenden erreicht werden sollte.³¹⁶ Die Studenten sollten vom *Centro de Salud* aus regelmäßig die kleineren, teilweise nur zu Fuß zu erreichenden Gemeinden aufsuchen und die Gesundheitssituation, auch unter Einbeziehung von sozialen, kulturellen, ökonomischen und hygienischen Gesichtspunkten, analysieren. Hierbei war es erwünscht, dass die Studierenden einen sehr engen Bezug zu den Bewohnern der ländlichen Gemeinden entwickelten. Zum Beispiel gehörte es zu ihren Aufgaben, die Haushalte der einzelnen Familien aufzusuchen und genaue Karten zur Lage der Wohnstätten anzufertigen. Auch sollten bei den Besuchen wichtige Informationen über die jeweiligen Familien zusammengetragen werden, wie beispielsweise über die Anzahl, das Alter und den

³¹² Vergleichbar mit dem Praktischen Jahr am Ende des Medizinstudiums in Deutschland. An der UNSAAC bestanden zu der Zeit Rotationen in den Fächern Pädiatrie, Gynäkologie, Innere Medizin und Chirurgie.

³¹³ Vgl. Saco (1992/1993), S. 17.

³¹⁴ N.N. (1993): *Medionoticias*, in: SITUA 2, N°2, S. 54.

³¹⁵ Interview mit Oscar Valiente, März 2015.

³¹⁶ Vgl. Saco (1992/1993), S. 17.

Gesundheitszustand der Familienmitglieder, die finanzielle Situation und das Vorhandensein von Müllentsorgung und geeigneten Toiletten.

Einem Projektfortschrittsbericht der GTZ zufolge sollten die Studierenden in den *Centros de Salud* als „integrierte Mitarbeiter“³¹⁷ fungieren und administrative, diagnostische und kurative Aufgaben durchführen. Insgesamt sollten die Studierenden so 80% der edukativen, präventiven und promotorischen Gemeindearbeit in den jeweiligen Regionen übernehmen. Zudem sollten Forschungsarbeiten zu lokalen Gesundheitsproblemen durchgeführt werden.³¹⁸

Verantwortlich für die Studierenden waren die Ärzte, die in den *Centros de Salud* arbeiteten, meist *SERUMS*³¹⁹-Ärzte und ehemalige Studierende der UNSAAC. Nach Ablauf der ersten Hälfte des Praktikums kamen Professoren aus dem Bereich *Salud Pública* der Medizinischen Fakultät und supervidierten die Studierenden.³²⁰ Ramiro Farfán bezeichnet das *Internado Rural* als den wichtigsten Teil der Zusammenarbeit zwischen Universität, Gesundheitsdiensten und Gemeinden.³²¹

Durch Umstrukturierungen des Curriculums zwischen 1992 und 1993 wurden zusätzlich zwei weitere Kurse in den Bereich *Salud Pública* integriert:³²²

Medicina Tradicional (Traditionelle Medizin): Die Studierenden sollen hier Systeme traditioneller peruanischer Medizin kennen lernen.³²³ Darüber hinaus soll ein reflektierender Umgang mit den eigenen historisch-sozialen Wurzeln und damit eine kritische, realistische Perspektive auf die akademische Medizin angestrebt werden.³²⁴

Gestion de Servicios de Salud (Leitung von Gesundheitsdiensten): In diesem Kurs geht es um Kenntnisse in der Handhabung und Leitung von Gesundheitszentren und -posten. Die

³¹⁷ GTZ (1988-1995), Anhang 1.

³¹⁸ GTZ (1988-1995), Anhang 1.

³¹⁹ *Servicio Rural y Urbano Marginal de Salud* (Gesundheitsdienst für ländliche- und Stadtrandgebiete). Es handelt sich um einen einjährigen Dienst in Gesundheitszentren in ländlichen oder Stadtrandgebieten, den Ärzte leisten müssen, wenn sie im öffentlichen Gesundheitswesen arbeiten wollen.

³²⁰ Vgl. Wagner, Wolf, Santiago Saco, Giovanni Escalante (1992): Seminario Taller. Intercambio de Experiencias en la Enseñanza de Salud Pública y APS en las Facultades de Medicina Humana del Perú, Archiv GTZ, INF 30, Anhang.

³²¹ Vgl. Farfán (1997/1998), S. 9–10.

³²² Vgl. Farfán (1997/1998), S. 9–10.

³²³ Vgl. Farfán (1997/1998), S. 9–10.

³²⁴ UNSAAC (1993).

Studierenden sollen sich mit Gesundheitsplanung, -finanzierung und -administration sowie Konzepten von Partizipation, Dezentralisation und Evaluation auseinandersetzen.³²⁵

3.3 Nationale und internationale Kooperationen

3.3.1 Der Beginn der Zusammenarbeit der Medizinischen Fakultät der UNSAAC mit der GTZ

Bereits seit dem 06. Juni 1974 besteht ein Rahmenabkommen zur technischen Zusammenarbeit zwischen der Bundesrepublik Deutschland und der peruanischen Regierung.³²⁶ Am 18. Mai 1980 kam es nach 12-jähriger Militärregierung in Peru durch Fernando Belaúnde Terry und seine Partei *Accion Popular* erstmals wieder zu einer zivilen Regierung. Laut einer Studie über den Gesundheitssektor in Peru, die 1980 im Auftrag der GTZ erstellt wurde, kam es „anlässlich der Amtseinführung des neuen Präsidenten [...] zu Gesprächen zwischen dem bundesdeutschen Minister für wirtschaftliche Zusammenarbeit, Reiner Offergeld (Minister von 1978 bis 1982), und dem neuen Gesundheitsminister Perus, Uriel Garcia Cáceres, in denen das Interesse der Bundesregierung bekräftigt wurde, die finanzielle und technische Zusammenarbeit im Gesundheitssektor zu verstärken.“³²⁷ Innerhalb Perus, so heißt es weiter in der Studie, gäbe es ein „deutliches Gefälle des Gesundheitszustandes von der Stadt zum Land und von der Küstenregion zum Hochland.“³²⁸ Die Verteilung des Gesundheitspersonals sei „außerordentlich ungleich“³²⁹, sodass wesentlich mehr Fachkräfte in den Städten arbeiteten. In Hinblick darauf wird betont, dass ein „entscheidender Ansatzpunkt für die Ausdehnung der Versorgung [...] die Weiterentwicklung des *Primary Health Care*-Ansatzes im Gesundheitsprogramm des Landes“³³⁰ sei. Die hierfür erforderlichen Gesundheitseinrichtungen wie *Centros* und *Puestos de Salud* sowie die regionalen Krankenhäuser seien jedoch, sowohl in ihrer Infrastruktur als auch personell, unzureichend ausgestattet.³³¹ Die neue Regierung Perus, heißt es in der Studie weiter, habe bei der Verbesserung der Gesundheitsversorgung auf eine stärkere Nutzung der vorhandenen Ressourcen gesetzt. In Hinblick darauf solle das Ausbildungssystem für Gesundheitsberufe verbessert werden. Die vorhergehende

³²⁵ Vgl. Farfán (1997/1998), S. 9–10.

³²⁶ UNSAAC-GTZ (1987), S. 53.

³²⁷ BArch B 213/25589.

³²⁸ BArch B 213/25589.

³²⁹ BArch B 213/25589.

³³⁰ BArch B 213/25589.

³³¹ BArch B 213/25589.

Militärregierung habe einen Schwerpunkt der Gesundheitspolitik in der Erweiterung des öffentlichen Gesundheitssystems auf bisher unversorgte Bevölkerungsschichten, vor allem in ländlichen Bereichen, angestrebt. Dieses Konzept sei von der neuen Regierung teilweise übernommen worden und man habe insbesondere Laiengesundheitspersonal (*Promotores de Salud*) ausgebildet. Auch wurden in diesem Zusammenhang *Centros de Salud* und *Puestos Sanitarios* erweitert und aufgerüstet.³³² In der Studie der GTZ wird empfohlen, dass sich auch die technische Zusammenarbeit Deutschlands mit Peru auf die Verbesserung der Ausstattung der peripheren Gesundheitszentren und die Ausbildung von Dorfgesundheitsarbeitern konzentrieren müsse. Es sollten „Aktivitäten und Programme im Sinne einer dezentralisierten, simplifizierten Medizin [...], wie sie das WHO-Konzept der *Primary Health Care* fordert“³³³, unterstützt werden. Aus einer Ergebnisniederschrift der Dritten Regierungsverhandlungen über die finanzielle und technische Zusammenarbeit zwischen der Bundesrepublik Deutschland und Peru geht hervor, dass die Bundesrepublik im Jahr 1980 bereits 10.000.000 DM für die finanzielle Zusammenarbeit im Bereich der Basis-Gesundheitsdienste in den Departements Cusco und Apurimac bereitgestellt hatte.³³⁴ Im Jahr 1981 wurde dann das erste Verwaltungsbüro der GTZ in Lima geschaffen. Im selben Jahr entstand ein neues GTZ-Projekt mit dem Titel „Beratung des peruanischen Gesundheitsministeriums bei der Planung von Basisgesundheitsdiensten/Beratung für Basisgesundheitsdienste“³³⁵. Dieses Projekt sei in den Regionen Cusco und Apurimac durchgeführt worden, da beide Departements landesweit die schlechtesten Indikatoren für den Gesundheitszustand der Bevölkerung hätten und die medizinische Infrastruktur „weit unterdurchschnittlich“³³⁶ sei. In einem GTZ-Bericht von 1983 wird erläutert, dass dieses Projekt jedoch „keinen Einfluss auf die Aus- und Weiterbildung von Ärzten und Krankenschwestern“³³⁷ habe. Obwohl in der Studie zum Gesundheitssektor Perus angenommen wird, dass der neue Gesundheitsminister Ärzte stärker in die *Primary Health Care*-Programme einbinden wolle – da er die „optimistische Einschätzung [...] [des] kurzzeitig ausgebildeten Laienpersonals“³³⁸ nicht teile –, wird die 1980 gegründete Medizinische Fakultät der UNSAAC, die genau dieses Ziel verfolgt, in der Studie nicht erwähnt. In den Dokumenten der Deutsch-Peruanischen Technischen Zusammenarbeit wird die Medizinische Fakultät erstmals im Jahr 1982 benannt.

³³² BArch B 213/25589.

³³³ BArch B 213/25589.

³³⁴ BArch B 213/25589.

³³⁵ BArch B 213/25589.

³³⁶ BArch B 213/25589.

³³⁷ Keim (1983), S.3.

³³⁸ BArch B 213/25589.

Ricardo Keim, der als GTZ-Mitarbeiter an dem oben genannten Projekt zur Beratung von Basisgesundheitsdiensten beteiligt war, besuchte im Rahmen einer Dienstreise vom 23.08.1982 bis zum 12.09.1982 einen internationalen Kongress in Cusco zur Medizin in ländlichen Gebieten und zu *Primary Health Care (III Congreso Ibero-americano de Medicina Rural y Atención Primaria de Salud)*. Auf diesem Kongress hielt auch Oscar Liendo, Dozent der Medizinischen Fakultät der UNSAAC, einen Vortrag über die Ausbildung von Medizin-studierenden nach den Prinzipien von *Primary Health Care*. Am 09.09.1982 kam es zu einem Treffen von Keim und Liendo, um sich über die Ausbildung von Ärzten auszutauschen. Dies führte dazu, dass Keim in seinem Dienstbericht empfahl, die Medizinische Fakultät der UNSAAC zu unterstützen.³³⁹ Das erste vorliegende Dokument der GTZ zur Medizinischen Fakultät der UNSAAC ist ein Angebot zur Projektdurchführung der technischen Zusammenarbeit mit Peru bei der „Ausbildung von Ärzten für die primäre Gesundheitsversorgung“ von 1983, verfasst von Keim. Laut dieser Planung sollte die Medizinische Fakultät von August 1984 bis Ende 1987 von der GTZ unterstützt werden.³⁴⁰ Aus einem Brief der deutschen Botschaft geht hervor, dass die Technische Zusammenarbeit der Regierungen von Peru und Deutschland am 13. April 1984 beschlossen wurde. Das Ziel dieser Zusammenarbeit sei es, die UNSAAC zu unterstützen, Ärzte und Krankenpfleger für die Basisversorgung (*Atención Médica Básica*) in ländlichen Gebieten auszubilden, um so die Gesundheitsversorgung in diesen Regionen zu verbessern.³⁴¹ Das Projekt begann allerdings erst im Jahr 1986 und lief unter dem Titel *Proyecto Educación para la Atención Primaria de Salud UNSAAC/gtz (PE-APS)* – „Projekt zur Ausbildung für die primäre Gesundheitsversorgung UNSAAC/gtz“. Laut Angelika Schrettenbrunner, der ersten Langzeitexpertin der GTZ vor Ort, entstand die Verzögerung durch die Schwierigkeiten, geeignetes Personal der GTZ zur Betreuung des Projektes zu finden. Es habe zwei Bewerber gegeben, beide seien jedoch von den Mitarbeitern der Universität in Cusco abgelehnt worden. Der eine, weil er Chilene gewesen sei, der andere, weil er sich bei der Ärzteschaft durch ein Gutachten, was die Krankenschwestern als motivierter im Gegensatz zu den Ärzten beschrieb, unbeliebt gemacht habe.³⁴² Die Unterstützung wurde zunächst für drei Jahre von Oktober 1986 an bewilligt. Insgesamt bestand die Zusammenarbeit zwischen der GTZ und der UNSAAC bis zum 30. September 1996. Aufgabe der GTZ war es, dem bereits laufenden Projekt an der UNSAAC sowohl beratend als auch finanziell zur Seite zu stehen.

³³⁹ BArch B 213/25589.

³⁴⁰ Keim (1983), S. 14.

³⁴¹ UNSAAC-GTZ (1987), S. 48.

³⁴² Interview mit Angelika Schrettenbrunner, August 2010.

3.3.2 Problemstellung und Ziele der GTZ

Ricardo Keim schildert im ersten Angebot der GTZ zur Unterstützung der Medizinischen Fakultät der UNSAAC von 1983 die problematische Ausbildungssituation von Medizinern in Peru. Die Ausbildung erfolge fast ausschließlich in Lima, nach dem „üblichen Ausbildungsmuster der Industrieländer.“³⁴³ Dies führe dazu, dass 70% der Ärzte und Krankenschwestern in Lima arbeiteten und bei ihnen weder Interesse noch ausreichend Kenntnisse für „ *rurale* Medizin“ bestünden. Die Fachkräfte seien vornehmlich kurativ und krankenhauserorientiert und glaubten, eine hochtechnisierte Medizin sei besser, „auch wenn nachweislich damit viel weniger effizient“ gearbeitet würde, „d.h. es werden pro ausgegebener Mittelmeng e weniger Todes- und Krankheitsfälle verhindert als mit einem flächendeckenden ‘einfachen’ System.“³⁴⁴ In diesem Zusammenhang betont Keim anschließend, dass diese „einfache“ Medizin nicht weniger, sondern andere Kenntnisse oder Fähigkeiten erfordere.³⁴⁵ Im Weiteren geht Keim auf die Missstände an der Medizinischen Fakultät der UNSAAC ein: Es bestünde eine mangelnde Ausstattung für die Lehre im Bereich der Grundfächer und für die im Curriculum vorgesehenen Landpraktika. Darüber hinaus sei die Ausbildung der Dozenten ungenügend. Laut einer Projektbeschreibung der GTZ würden Untersuchungen zeigen, dass „an allen medizinischen Hochschulen des Landes weniger als 1/4 aller Dozenten des Bereichs Öffentliches Gesundheitswesen jemals eine fachliche Weiterbildung erhalten haben. Für 2/3 aller Dozenten, die an einer Weiterbildung teilnahmen, liegt diese mehr als 5 Jahre zurück.“³⁴⁶ Keim zufolge sei das Ausbildungskonzept der Medizinischen Fakultät der UNSAAC unter Berücksichtigung der oben genannten Probleme sehr fortschrittlich, die materielle und personelle Infrastruktur müsse allerdings noch ausgebaut werden.³⁴⁷ In einer Kurzbeschreibung des Vorhabens der GTZ wird die Ausgangslage in zwei Punkten zusammengefasst:³⁴⁸

- Es wird genügend Fachpersonal in Peru ausgebildet, jedoch fehlen Bewerber für die peripheren Gesundheitszentren.
- Die herkömmliche Ausbildung bietet weder Vorbereitung auf die Tätigkeit noch Motivation.

³⁴³ Keim (1983), S. 1.

³⁴⁴ Keim (1983), S. 1.

³⁴⁵ Keim (1983), S. 1.

³⁴⁶ GTZ (1992a): Projektbeschreibung, Archiv GTZ, INF 11, S. 2.

³⁴⁷ Keim (1983), S. 4.

³⁴⁸ GTZ (1991).

Um diese problematische Ausgangssituation zu verändern, setzte sich die GTZ das Ziel, die regionalen Ressourcen besser zu nutzen und insbesondere den Bereich der „Personalentwicklung“ weiter auszubauen.³⁴⁹ Das Projektziel wird 1988 wie folgt formuliert: Es sollten Ärzte und Krankenpfleger in „Primärer Gesundheitsversorgung“ ausgebildet werden, um damit den Bedürfnissen der peri-urbanen und ländlichen Bevölkerung zu entsprechen. Durch diese Orientierung der Ausbildung an *Primary Health Care* sollten die Studierenden sowohl die notwendigen Fähigkeiten erarbeiten als auch eine stärkere Motivation entwickeln, sich im Bereich der ländlichen Gesundheitsversorgung zu betätigen.³⁵⁰

In einem Bericht zur ersten Projektphase von 1986 bis 1989 nennt die GTZ fünf konkrete Ziele:³⁵¹

1. Es sollte genug Material für die Lehre im Bereich *Atención Primaria de Salud* (Bücher und audiovisuelle Materialien) zur Verfügung stehen.
2. Die Studierenden sollten Praktika im Bereich *Atención Primaria de Salud* in ausreichender „Quantität und Qualität“ absolvieren und sich mit *Atención Primaria de Salud* -Programmen identifizieren.
3. Die Dozenten sollten adäquat in *Atención Primaria de Salud* ausgebildet werden.
4. Das *Convenio Docente-Asistencial*³⁵² sollte effektiv funktionieren.
5. Die Lehre in den klinischen Fächern sollte an *Atención Primaria de Salud* orientiert sein.

In einem weiteren, Anfang der 1990er Jahre verfassten Projektbericht ergänzte Wolf Wagner diese Ziele um die Verbreitung des an *Primary Health Care* orientierten Ausbildungsmodells auf andere Universitäten und die Verbesserung der Zusammenarbeit der Medizinischen und der Krankenpflege Fakultät der UNSAAC. Zudem betonte er nochmals die Orientierung der Ausbildung an den Gesundheitsbedürfnissen der Bevölkerung.³⁵³ Dies sei, einem weiteren Projektbericht zufolge, durch die aktive Beteiligung der Bevölkerung zu erreichen: „Die Verbesserung der primären Gesundheitsdienste sucht die aktive Einbeziehung der Zielgruppe durch partizipative Methoden der operativen Forschung, Planung und Überwachung. Dadurch soll sichergestellt werden, dass die Veränderungen den sozialen, kulturellen und

³⁴⁹ GTZ (1997), S. 4.

³⁵⁰ GTZ (1988-1995), S. 1.

³⁵¹ Schrettenbrunner, Angelika (1989): Primera Fase del Proyecto UNSAAC-GTZ 1.10.86-30.9.89 Informe del Experto ante el Instituto Nacional de Planificación, Archiv GTZ, INF 47.

³⁵² Das *Convenio Docente-Asistencial* bezeichnet ein Abkommen zur Zusammenarbeit zwischen der Medizinischen Fakultät der UNSAAC und den regionalen Gesundheitsbehörden.

³⁵³ Wagner, Wolf (o. D.): Diskussion des HALFA-Entwurfs, Archiv GTZ, INF 9.

wirtschaftlichen Gegebenheiten bzw. Bedürfnissen der Zielgruppe entsprechen.“³⁵⁴ Was genau mit „partizipativen Methoden der operativen Forschung, Planung und Überwachung“ gemeint ist, oder was die Bedürfnisse der ländlichen Bevölkerung sind und wer diese auf welche Weise feststellt, bleibt unklar.

Ein weiteres Ziel der GTZ, das in verschiedenen Berichten immer wieder erwähnt wird, war, die Forschung im Bereich *Atención Primaria de Salud* auszubauen und stärker zu fördern.³⁵⁵

Die Zielgruppen, die durch die Unterstützung der GTZ erreicht werden sollten, werden wie folgt definiert: Die unmittelbare Zielgruppe sind die Dozenten, die mittelbare die Studierenden und die „Nutznießer“ die unterversorgte ländliche Bevölkerung.³⁵⁶

3.3.3 Umsetzung der Zusammenarbeit mit der GTZ

Um das oben genannte Ziel der besseren Materialausstattung für die Lehre im Bereich *Atención Primaria de Salud* umzusetzen, wurden folgende Maßnahmen eingeleitet: Zum einen sollten die Bibliotheken attraktiver gestaltet werden. Hierzu wurden sie mit neuen Büchern und Zeitschriften ausgestattet.³⁵⁷ Um die Nutzung zu verbessern, wurden studentische Hilfskräfte angestellt, Titel- und Autorenkataloge angefertigt sowie ein Literatursuchsystem zur Verfügung gestellt. Auch wurden in den jeweiligen *Centros de Salud*, in denen die Studierenden ihre Landpraktika absolvieren, Präsenzbibliotheken eingerichtet.³⁵⁸

Zum anderen sollten zur Verbesserung der Lehre im Bereich *Atención Primaria de Salud* innovative Lehrmethoden gefördert werden. Insbesondere wurde durch die GTZ immer wieder die Nutzung audiovisueller Medien hervorgehoben. So wurden Overhead- und Diaprojektoren angeschafft und die Videothek mit Videomaterial ausgestattet.³⁵⁹ Insgesamt wurden ca. 100 Lehrfilme zu Themen der Öffentlichen Gesundheitsversorgung und *Primary Health Care* erstellt.³⁶⁰ Inhaltlich befassten sich diese Videos beispielsweise mit Themen der Gesundheitserziehung oder der Nutzung von Heilpflanzen.³⁶¹

Um eine Durchführung der Praktika im Bereich *Atención Primaria de Salud* in „ausreichender Qualität und Quantität“ sicherzustellen, wurden zum einen die Landpraktika aktiv durch

³⁵⁴ GTZ (1997), S. 16.

³⁵⁵ Vgl. z. B. GTZ (1991) und GTZ (1988-1995).

³⁵⁶ GTZ (1993a): Entscheidungsvorlage für Durchführungsangebot, Archiv GTZ, Plan 2.

³⁵⁷ Vgl. Farfán (2002), S. 5.

³⁵⁸ GTZ (1988-1995), S. 20.

³⁵⁹ Vgl. Farfán (2002), S. 5.

³⁶⁰ GTZ (1988-1995), S. 20.

³⁶¹ Kroeger, Axel (1990): Workshop über Analyse und Planung von lokalen Gesundheitsdiensten, Archiv GTZ, INF 32.

die GTZ unterstützt und zum anderen Umstrukturierungen des Curriculums eingeleitet. So wurden mit Hilfe der GTZ die Landpraktika auf die sechs „traurigsten Provinzen von Cusco“³⁶² ausgeweitet. Gemeint waren hiermit die Regionen Paucartambo und Quispichis mit *Centros de Salud* in Quiquijana, Ccatcca, Ocongate, Huancarani, Paucartambo und Pilocapata.³⁶³

Um die Landpraktika und später das *Internado Rural* dort realisieren zu können, wurden die *Centros de Salud* für den Aufenthalt von Studierenden und Dozenten ausgestattet.³⁶⁴ Die GTZ sorgte für die nötige Ausrüstung der Gesundheitszentren, Reisegeld für Dozenten, die materielle Ausstattung der Studierenden, einschließlich Unterkunft und Versorgung während der Aufenthalte in den ländlichen Gemeinden und für die administrative Organisation der Praktika.³⁶⁵ Zudem wurde der Transport zu den Gemeinden auf dem Land unterstützt. So wurden vier Fahrzeuge angeschafft, um die Studierenden zu den *Centros de Salud* zu bringen.³⁶⁶ Diese Maßnahmen waren, Saco zufolge, ein wesentlicher Beitrag, um die Landpraktika überhaupt realisieren zu können.³⁶⁷

Zudem gab es während der Zusammenarbeit mit der GTZ drei Umstrukturierungen des Curriculums, durch die die Prinzipien, Elemente und Ziele von *Salud Pública* und *Atención Primaria de Salud* fester in das Curriculum implementiert und die Integration von *Salud Pública* und *Atención Primaria de Salud* in die Basiswissenschaften und klinischen Fächer verbessert werden sollte.³⁶⁸

Um eine adäquate Ausbildung der Dozenten der Medizinischen Fakultät der UNSAAC im Bereich *Salud Pública* und *Atención Primaria de Salud* zu gewährleisten, leitete die GTZ folgende Maßnahmen ein: Es wurden Weiterbildungen für Dozenten in den Bereichen Epidemiologie, Statistik, Gesundheitsforschung, Didaktik sowie *Salud Pública* und *Atención Primaria de Salud* ermöglicht.³⁶⁹ Die Dozenten der klinischen Fächer sollten durch Fortbildungen mehr Anregungen erhalten, wie sie Aspekte des Bereichs *Atención Primaria de Salud* in ihren Unterricht integrieren können.³⁷⁰ Um diese Fortbildungen zu realisieren, wur-

³⁶² Wagner et al. (1992), Anhang.

³⁶³ Wagner et al. (1992), Anhang.

³⁶⁴ Vgl. Farfán (2002), S. 5.

³⁶⁵ Vgl. Saco (1992/1993), S. 17.

³⁶⁶ Vgl. Farfán (2002), S. 5.

³⁶⁷ Vgl. Saco (1992/1993), S. 17.

³⁶⁸ Farías, León (1996): Proyecto de Educacion para la Atención Primaria de Salud PEAPS-UNSAAC/gtz in: SITUA 4, N° 8, S. 57–58, hier: S. 57.

³⁶⁹ Farías (1996), S. 57.

³⁷⁰ GTZ (1988-1995), S. 20.

den während der GTZ-Unterstützung immer wieder externe Dozenten – unter anderem Eugenio Villar, Pedro Brito, Axel Kröger und David Tejada Pardo – eingeladen.³⁷¹ Zudem bekamen einige Dozenten die Möglichkeit, ein ein- bis dreijähriges Aufbaustudium im Bereich *Salud Pública* in Chile, Mexico oder teilweise auch in Lima zu absolvieren.³⁷²

Die Fortbildungspläne seien jedoch laut dem GTZ-Personal unvollständig erstellt worden, sodass die Fortbildungen nur sporadisch stattgefunden hätten. Außerdem hätten die Fortbildungen zu Schwierigkeiten geführt, die Strukturen der Fakultät aufrecht zu erhalten, da es zu langen Abwesenheitszeiten und Wiedereingliederungsproblemen der Dozenten gekommen sei. Um diesen Schwierigkeiten entgegenzuwirken, organisierte die GTZ kürzere „*Postgrado*-Fortbildungen“ an anderen peruanischen Fakultäten sowie Fern-Fortbildungskurse.³⁷³ Zusätzlich zu den Fortbildungen versuchte die GTZ die Forschungsleistungen der Dozenten zu fördern.³⁷⁴ Dabei setzte sie statt auf kollektive Kurse auf „das Interesse einzelner Dozenten[, das] individuell durch motivierende Beratung und sehr viel technische und methodologische Hilfestellung wachgehalten und gefördert“³⁷⁵ werden sollte.³⁷⁶ Ziel dieser Maßnahmen war es nicht nur, eine bessere Ausbildung der Medizinstudierenden zu etablieren, sondern auch, die Dozenten aktiv in das ländliche Versorgungssystem einzubinden. So sollten „in Zukunft [...] klinische Kollegen wochenweise in den LGZ [Landesgesundheitszentren] mitarbeiten und dort außer der Supervision der Landbevölkerung ihre fachärztlichen Dienste anbieten.“³⁷⁷

Das Ziel, die Forschung im Bereich *Salud Pública* und *Atención Primaria de Salud* auszubauen, richtete sich nicht nur an Dozenten sondern auch an Studierende. Das medizinische Forschungsinstitut der Fakultät wurde von der GTZ finanziell unterstützt und der Forschungszweig des Bereichs *Salud Pública* mit Preisen für gelungene Forschungsarbeiten von Studierenden gestärkt.³⁷⁸ Auch sollte durch ein insgesamt angehobenes Forschungsbudget das Interesse der Studierenden an Sozialprojekten und Forschungsarbeiten zu vordringlichen Sozialthemen geweckt werden.³⁷⁹

³⁷¹ Schrettenbrunner (1989).

³⁷² GTZ (1988-1995), S. 26–27.

³⁷³ GTZ (1988-1995), S. 26–27.

³⁷⁴ Farías (1996), S. 57.

³⁷⁵ GTZ (1988-1995), S. 32.

³⁷⁶ In einem GTZ-Bericht wird das Beispiel eines „Kollegen“ der medizinischen Fakultät erwähnt, der zum „Jod-Mangelkropf“ und zum Jodgehalt des Salzes der *Saline Maras* forschte – einer seit „inkaischen Zeiten betriebenen Salzgewinnung, deren Produkt traditionell als gesundheitsfördernd“ gilt (GTZ (1988-1995), S. 32).

³⁷⁷ GTZ (1988-1995), S. 20.

³⁷⁸ N.N. (1994/1995): Medionoticias, in : SITUA 3, N° 5, S.62.

³⁷⁹ GTZ (1988-1995), S. 30.

Neben den Förderungen von Dozenten und Studierenden wurden durch die GTZ auch nationale und internationale Vernetzungen der Medizinischen Fakultät gefördert.³⁸⁰ Wichtige Kooperationen in diesem Zusammenhang sind das oben bereits erwähnte *Convenio Docente-Asistencial* und die Vernetzung zwischen den medizinischen Fakultäten Perus. Die einzelnen Kooperationen werden im entsprechenden Kapitel genauer erläutert.

3.3.4 Organisatorische Strukturen der GTZ-Zusammenarbeit

Um die genannten Vorhaben personell zu begleiten und somit nicht nur finanziell, sondern auch beratend zu unterstützen, wurde von der GTZ eine Langzeitfachkraft entsandt, die das Projekt kontinuierlich vor Ort betreuen sollte. Zunächst wurde die Stelle durch die Ärztin Angelika Schrettenbrunner besetzt, die von Oktober 1986 bis zum 31. Mai 1990 vor Ort war. Vom 08. Mai 1990 bis zum Ende der Projektlaufzeit 1996 betreute der deutsche Arzt Wolf Wagner das Projekt. Zudem wurden mehrmals Kurzzeitexperten entsandt, um in Cusco Fortbildungen zu geben. Diesbezüglich liegen Berichte von Axel Kröger, Arzt am Institut für Tropenhygiene und Öffentliches Gesundheitswesen der Universität Heidelberg, vor. Kröger war von 1988 bis 1991 jährlich mehrmals für einige Wochen vor Ort und leitete Workshops zur Analyse und Planung von lokalen Gesundheitsdiensten und angewandter Epidemiologie für das Personal der Gesundheitszentren und die Dozenten der Fakultät.³⁸¹ Auf peruanischer Seite waren zu Beginn des Projekts Ricardo Keim, Oscar Liendo Seminario und José Cáceres maßgebliche Akteure der Zusammenarbeit mit der GTZ.³⁸² Als Projektkoordinator war zunächst Dr. Paredes zuständig. Er wurde im März 1991 durch Santiago Saco abgelöst, der bis heute für den Bereich *Salud Pública* der Medizinischen Fakultät der UNSAAC zuständig ist.³⁸³ Projektträger der Zusammenarbeit war die UNSAAC. Durch die GTZ unterstützt wurden sowohl die Krankenpflege als auch die Medizinische Fakultät. Der nationale Projektkoordinator wurde von der Hochschulversammlung gestellt und hatte die Aufgabe, den Projektträger also die UNSAAC bei der Zusammenarbeit mit der GTZ zu vertreten. Die für das Vorhaben relevanten Entscheidungen wurden durch ein *Comité Directivo* (Lenkungsausschuss) getroffen, das sich aus dem nationalen Projektleiter, einer Vertreterin der Krankenschwestern-Fakultät und der Langzeitfachkraft der GTZ zusammensetzte.³⁸⁴ Die entsandten

³⁸⁰ Farías (1996), S. 57.

³⁸¹ GTZ (1988-1995), S. 3.

³⁸² Vgl. Farfán (2002), S. 5.

³⁸³ GTZ (1988-1995), S. 3–5.

³⁸⁴ GTZ (1991), S. 3.

Fachkräfte hatten dabei den Status von Beratern und waren „dem Rektor der UNSAAC verantwortlich und weisungsgebunden, soweit ihre vertraglichen Beziehungen zur GTZ dadurch nicht berührt“ wurden.³⁸⁵

Zeitlich gliederte sich die Zusammenarbeit von GTZ und UNSAAC in mehrere Phasen, in denen sich die Schwerpunkte der Arbeit veränderten. Insgesamt lassen sich drei Phasen unterscheiden: Die erste Phase von 1986 bis 1989 diente der Orientierung und der Schaffung „organisatorischer und konzeptioneller Grundlagen“³⁸⁶, also dazu, eine ausreichende materielle und auch inhaltliche Basis zu etablieren, um die „Strategie der Primären Gesundheitsversorgung“ in den Bereichen der Lehre und Forschung in das bisher bestehende System integrieren zu können. In der zweiten Phase von 1989 bis 1992 stand die Weiterentwicklung und Vertiefung dieser Neuerungen im Vordergrund. Außerdem sollte die Zusammenarbeit mit anderen in der Region Cusco laufenden GTZ-Projekten ausgebaut werden. Zum einen war damit das bereits erwähnte GTZ-Projekt „Beratung Basisgesundheitsdienste Cusco“ – auch als *Convenio Perú Alemania de Salud* (COPAS) bezeichnet – gemeint, als dessen „ergänzende Maßnahme“³⁸⁷ sich das Projekt an der UNSAAC verstand. Zum anderen war eine engere Zusammenarbeit mit dem Projekt COPACA, einem Vorhaben zur Verbesserung der Ernährungssituation in Cusco, geplant.³⁸⁸ Von 1992 bis 1996 befand sich das Projekt in der sogenannten Konsolidierungsphase, in der es um eine zunehmende Eigenverantwortung ging. Die laufenden Kosten sollten mehr und mehr von den Fakultäten übernommen werden, denn die Projektkonzeption sah vor, „das Programm selbstfinanzierbar zu gestalten und keine Abhängigkeiten zu schaffen“.³⁸⁹ Außerdem sollten während dieser letzten Phase die Erfahrungen der UNSAAC anderen peruanischen Universitäten zur Verfügung gestellt werden.³⁹⁰

3.3.5 Die Zusammenarbeit von UNSAAC und GTZ aus Sicht der Akteure

Wenn man heute mit den Akteuren der UNSAAC spricht, wird ein sehr positives Bild der Zusammenarbeit mit der GTZ gezeichnet. Das *Convenio* (Abkommen) sei ein Meilenstein

³⁸⁵ Keim (1983), S. 11.

³⁸⁶ GTZ (1993b): Änderungsangebot/Arbeitsvorschlag, Archiv GTZ, Plan 3, S. 5.

³⁸⁷ GTZ (1991), S. 3.

³⁸⁸ GTZ (1991), S. 3.

³⁸⁹ GTZ (1991), S. 3.

³⁹⁰ Vgl. GTZ (1993b), S. 5–6.

für die Entwicklung der Fakultät gewesen.³⁹¹ In diesem Zusammenhang sei, so Saco, insbesondere die materielle Unterstützung der Bibliotheken und der Landpraktika wichtig gewesen, da in diesem Bereich ein ausgeprägter Mangel vorgeherrscht habe. Zudem betont Saco die Hilfe bei der Ausbildung von Dozenten und die Umstrukturierung des Curriculums, welches mit kleineren Veränderungen bis heute bestehe.³⁹² Ramon Figuera, seit 1990 Dozent an der Medizinischen Fakultät der UNSAAC, hebt die „ethische“ Unterstützung der GTZ hervor. Es sei wichtig gewesen, erläutert Figuera, dass durch die Zusammenarbeit mit GTZ-Mitarbeitern wie Angelika Schrettenbrunner und Axel Kröger besondere Werte an Dozenten und Studierende vermittelt worden seien. Insbesondere betont er dabei den Aspekt, Gesundheit im Sinne von *Primary Health Care* als ein Menschenrecht anzuerkennen, das nicht von ökonomischen Kapazitäten abhängen dürfe. Für die Konsolidierung von *Salud Pública* und *Atención Primaria de Salud* im Curriculum war Figuera zufolge die technische Hilfe der GTZ mit Lehrprogrammen für Dozenten und Studierende, sowie die Förderung von Forschung und administrativen Bereichen von besonderer Bedeutung gewesen. Darüber hinaus habe die Unterstützung der GTZ auch eine politische Dimension gehabt, indem die Zusammenarbeit mit Gesundheitszentren und dem Gesundheitsministerium gefördert worden sei.³⁹³

Auch seitens der GTZ-Mitarbeiter wurden viele positive Aspekte der Zusammenarbeit hervorgehoben. Keim betonte bereits 1983 den Willen und die Motivation der Dozenten der UNSAAC. Dies sah er als eine wichtige Voraussetzung für den Erfolg „bei der gegebenen Zielsetzung.“³⁹⁴ Und auch der Rektor der UNSAAC wird in einem Dienstbericht von Wolf Wagner als ein „verlässlicher und seriöser“³⁹⁵ Projektpartner beschrieben.

Es gibt allerdings auch immer wieder Äußerungen in den Quellen, die auf Schwierigkeiten und Konfliktfelder bei der Zusammenarbeit hinweisen. Von der GTZ werden in diesem Zusammenhang äußere Rahmenbedingungen als Problembereiche beschrieben. So heißt es etwa in einem GTZ-Bericht von 1993: „Die Rahmenbedingungen für die Arbeit der TZ [technische Zusammenarbeit] in Peru haben sich in den vergangenen Jahren drastisch verschlechtert. Besonders zu erwähnen sind Terrorismus und die dadurch eingeschränkte Sicherheitslage, sowie die Verschlechterung der Wirtschaftssituation, die speziell die Leistungsfähigkeit der Partnerinstitutionen und damit die Projektarbeit beeinträchtigt.“³⁹⁶ Laut

³⁹¹ Vgl. Farfán (2002), S. 5.

³⁹² Interview mit Santiago Saco, März 2015.

³⁹³ Interview mit Ramon Figuera, März 2015.

³⁹⁴ Keim (1983), S. 2.

³⁹⁵ Wagner, Wolf (1993): Dienstbericht Peru, Archiv GTZ, INF 56.

³⁹⁶ Mohr, Ulrich (1993): Beurteilung für Auslandspersonal/ Wolf Wagner, Archiv GTZ, EVA 29.

einer Projektdarstellung der GTZ von 1991 hatten diese politischen Spannungen durch Streiks und die Gefahr terroristischer Übergriffe Auswirkungen auf das Projekt und stellten die Akteure vor besondere Herausforderungen. Um weitere Schwierigkeiten zu vermeiden sei es wichtig, den technischen Charakter der Zusammenarbeit hervorzuheben; so lautet es in der Projektdarstellung weiter, dass „die politische Gesamtsituation an der Universität [...] von dem Langzeitexperten gelegentlich ‘Drahtseilakte’[verlangt], um sich nicht politisch zu exponieren. Das strikte Beharren auf dem ‘technischen Standpunkt’ sei von entscheidender Bedeutung.“³⁹⁷ In einer Projektevaluation von 1992 wird hervorgehoben, dass der Fortschritt des Projekts trotz der politischen und ökonomischen Krisen zufriedenstellend sei.³⁹⁸

Eine weitere in den vorliegenden Quellen beschriebene Schwierigkeit der Zusammenarbeit zwischen der UNSAAC und der GTZ ist die Verteilung der Rollen beider Institutionen. Bereits 1985 wurde in einem offenen Beschwerdebrief der Medizinstudierenden an die Dozenten die Sorge geäußert, durch die Kooperation mit der GTZ könnten die „nationale Identität“ und die „universitäre Autonomie“ verloren gehen, da Fremde über Veränderungen im Curriculum mitentschieden.³⁹⁹ Auch in einer Versammlung der Dozenten zur Planung der Landpraktika im Bereich *Medicina Comunitaria* im Jahr 1992 wurde hervorgehoben, dass man mit Finanzierungen von außerhalb vorsichtig umgehen müsse, um die Entstehung von Paternalismus zu vermeiden. Während dieser Versammlung äußerte sich auch Wolf Wagner, der damalige Langzeitexperte der GTZ. Er betonte, dass die GTZ nicht unabhängig von der UNSAAC agiere. In diesem Zusammenhang sei, so Wagner, auch auf die Wortwahl der Studierenden zu achten. So sollten diese nicht von ihrem „Landpraktikum der GTZ“ sprechen – wie es häufig der Fall sei –, sondern von ihrem „Praktikum der Medizinischen Fakultät der UNSAAC“. Saco stellte in der Versammlung noch einmal heraus, dass alle neuen Projektentwicklungen von dem zuständigen Dozententeam der UNSAAC genehmigt werden müssten.⁴⁰⁰ In Hinblick darauf betont er in einem Interview, dass nicht die GTZ aufgetragen habe, dies und jenes zu verändern, sondern wichtige Entscheidungen immer bei den Dozenten der UNSAAC lagen.⁴⁰¹ In einem 1988 verfassten Evaluationsbericht von Jorge Alarcon Villaverde, einem Professor der *Universidad Nacional Mayor de San Marcos* in Lima, wird

³⁹⁷ GTZ (1991), S. 2–4.

³⁹⁸ UNSAAC-GTZ (1992): Ayuda Memoria. Evaluación del Proyecto PEAPS, Archiv GTZ, EVA 31.

³⁹⁹ N.N. (1985): Carta Abierta a los Docentes de las Facultad de Medicina Humana del Cusco, Privatbestände Santiago Saco, SY 3.

⁴⁰⁰ Area de Salud Publica (1992/1993): Medicina Comunitaria. II Reunion Plenaria de la Evaluación de las Practicas Rurales de Medicina Comunitaria, in: SITUA 1, N° 1, S. 24–27, hier: S. 27.

⁴⁰¹ Interview mit Santiago Saco, März 2015.

auch ein Paternalismus ausländischer Institutionen gegenüber der Landbevölkerung beschrieben.⁴⁰²

Kritik und eine negative Stimmung gegenüber der GTZ werden auch von studentischer Seite deutlich. So protestiert ein Medizinstudent in seinem Praktikumsabschlussbericht von 1988, dass die von der GTZ durchgeführten Supervisionen niemandem helfen würden. Während seines Praktikums seien ein Mitarbeiter der OPS und die Ärztin der GTZ um vier Uhr nachmittags vorbeigekommen und er habe nicht verstanden, was für eine Supervision das gewesen sein soll: Sie hätten nicht die „Güte“ gehabt das *Centro de Salud* zu betreten, hätten nur gegessen und gefragt, wie sie sich fühlten und ob sie einen Monat länger bleiben wollen und seien wieder gefahren. Laut dem Studenten würden die Gelder der Zusammenarbeit durch solche Supervisionen und unnütze Kurse in Lima verschwendet, wo doch eigentlich den Menschen in den Gemeinden geholfen werden sollte.⁴⁰³

3.3.6 Sonstige Kooperationen

An der Medizinischen Fakultät der UNSAAC bestanden zahlreiche weitere nationale und internationale Kooperationen. Wie oben erwähnt, wurde bereits zur Gründungszeit mit der OPS zusammengearbeitet. Diese unterstützte die Fakultät, indem Lehr- und Ausbildungsmaterialien für eine innovative Lehre finanziert wurden; zudem übernahm die OPS Stipendien für die Postgraduiertenausbildung.⁴⁰⁴

Mit der italienischen Regierung bestand von 1989 bis 1992 eine Zusammenarbeit über das *Programa de Salud Comunitario en el Trapecio Andino* (PSCTA; Programm der kommunalen Gesundheitsversorgung im Anden-Trapez).⁴⁰⁵ Insbesondere wurden dabei die Landpraktika finanziell und logistisch unterstützt. So wurden durch das Programm Reise- und Lebenshaltungskosten der Studierenden während der Praktika übernommen.⁴⁰⁶ Dies war besonders während der Wirtschaftskrise Anfang der 1990er von großer Bedeutung, da die Gemeinden nicht mehr in der Lage waren, die Kosten selbst zu tragen. Ramiro Farfán beschreibt die Zusammenarbeit als sehr wertvoll für die Durchführung der Praktika.⁴⁰⁷

⁴⁰² Alarcon Villaverde, Jorge (1988): Informe del Seminario de Evaluacion de las Practicas de Medicina Comunitaria Cusco, Privatbestände Santiago Saco, SY 1, S.3.

⁴⁰³ Juvenal Monge, David (1988): Medicina Comunitaria. Informe Final, Privatbestände Santiago Saco, SY 1.

⁴⁰⁴ GTZ (1993a).

⁴⁰⁵ Vgl. Farfán (1997/1998), S. 10.

⁴⁰⁶ GTZ (1988-1995), S. 17.

⁴⁰⁷ Vgl. Farfán (2002), S. 5.

Im Jahr 1992 wurden die ersten Kontakte zu der *Asociación de Médicos Peruanos residentes en Estados Unidos* (PAMS; Verband peruanischer Ärzte, die in den Vereinigten Staaten ansässig sind) hergestellt. Durch die Kooperation wurden Bibliotheken und Videotheken ausgestattet und Zeitschriftenabonnements eingerichtet.⁴⁰⁸

Über die Zusammenarbeit mit der GTZ kam ein Kooperationsvertrag zwischen dem Projekt an der UNSAAC und dem Institut für Tropenhygiene und Öffentliches Gesundheitswesen der Universität Heidelberg (ITHÖG) zustande.⁴⁰⁹ Die Kooperation war für Beratungen der Dozentenfortbildungen zuständig. In diesem Rahmen war Axel Kröger mehrmals als Kurzeitexperte in Cusco, um Workshops zur Weiterbildung von Dozenten zu betreuen.⁴¹⁰ Zudem bestanden Kooperationen mit den Universitäten in Brüssel und Quebec, über die Studentenaustausche organisiert wurden.

Bei den nationalen Kooperationen war insbesondere das bereits erwähnte *Convenio Docente-Asistencial* von großer Bedeutung. Es beinhaltete die Zusammenarbeit zwischen der Medizinischen und der Krankenpflegefakultät und den regionalen Gesundheitsbehörden. Durch das *Convenio* sollte „die integrierte Zusammenarbeit der Universitätsdozenten und Studenten in den Landgesundheitszentren der *Subregión de Salud Cusco* (SRSC; Teilregion des Gesundheitswesens Cusco) des Gesundheitsministeriums“⁴¹¹ geregelt werden. Die Gesundheitszentren, in denen die Studierenden ihre Landpraktika absolvierten, wurden vom peruanischen Gesundheitsministerium betrieben. Bei dem dort angestellten Personal handelte es sich um Mitarbeiter des Ministeriums – häufig selbst Absolventen der Medizinischen Fakultät der UNSAAC –, die als Tutoren für die Studierenden zuständig waren. Die beiden Fakultäten und das Ministerium entwickelten gemeinsam Fortbildungen und Supervisionen. Das Ministerium bevorzugte laut einem Artikel in der Universitätszeitschrift SI-TUA bei der Personaleinstellung Bewerber der UNSAAC.⁴¹² Durch häufige Wechsel der Verantwortlichen in der Region Cusco sei die Zusammenarbeit jedoch erschwert worden. Im Jahr 1990 wurde versucht, die Kooperation durch die Einrichtung eines eigens zuständigen Komitees – des *Comité Técnico Permanente de Integración Docente Asistencial* (ständiger Fachausschuss der Integration von Lehre und Versorgung) – zu stärken.⁴¹³ Das Kom-

⁴⁰⁸ Vgl. Farfán (2002), S. 5.

⁴⁰⁹ Mohr, Ulrich, Axel Kröger (1991): Ausbildung von Ärzten für die Primäre Gesundheitsversorgung in Cusco, Archiv GTZ, INF 49, S. 1.

⁴¹⁰ GTZ (1993a).

⁴¹¹ GTZ (1988-1995), S. 16–17.

⁴¹² Farías (1996), S. 58.

⁴¹³ Farías (1996), S. 58.

tee hatte die Aufgabe, den Kontakt mit der SRSC zu pflegen und die praktische Zusammenarbeit voranzutreiben. Laut einem Projektfortschrittsbericht der GTZ habe es jedoch bei der Umsetzung einige Schwierigkeiten gegeben, da, während sich die Krankenpflegefakultät „rege an den vorbereitenden Treffen“⁴¹⁴ beteiligt habe, von der Medizinischen Fakultät nur ein „geringes Interesse an den Tag“⁴¹⁵ gelegt worden sei. In einer Projektevaluation von 1992 wird zudem die fehlende Definition der Rolle der Dozenten kritisiert.⁴¹⁶ Die praktische Zusammenarbeit zwischen den Studierenden und dem Personal der Gesundheitszentren funktionierte, dem Projektfortschrittsbericht zufolge, jedoch gut.⁴¹⁷

Ab 1993 führten die Fakultäten der UNSAAC und die regionalen Gesundheitsbehörden gemeinsame halbjährliche Planungen der Landpraktika durch.⁴¹⁸ Darüber hinaus bestand eine Zusammenarbeit mit dem peruanischen Sozialversicherungsinstitut – dem *Instituto Peruano de Seguridad Social* (IPSS) –, um die integrative Zusammenarbeit von Universität, staatlichen Gesundheitsdiensten und Gemeinden zu fördern.⁴¹⁹

Eine weitere wichtige Kooperationsstruktur war die Zusammenarbeit zwischen den medizinischen Fakultäten Perus. Diese Zusammenarbeit zu fördern, war erklärtes Ziel der GTZ. Im Mai 1992 fand an der UNSAAC ein Treffen der Medizinischen Fakultäten statt, um sich über die Erfahrungen im Bereich der Lehre von *Salud Pública* und *Atención Primaria de Salud* auszutauschen. Auf diesem Treffen entstand die *Declaración del Qosqo* (Deklaration von Cusco), in der Beschlüsse zur Förderung von *Salud Pública* und *Atención Primaria de Salud* festgehalten wurden. 14 Universitäten und die *Escuela Nacional de Salud Publica del Peru*⁴²⁰ unterzeichneten diese Deklaration.⁴²¹ Ein weiterer Workshop zum Erfahrungsaustausch fand im März 1993 in Cusco statt. Er wurde von der Medizinischen Fakultät der UNSAAC und dem *Convenio Perú Alemania-PEAPS-UNSAAC/GTZ* organisiert. Diesmal nahmen wieder die *Escuela Nacional de Salud Pública*, Vertreter aller peruanischen Universitäten, der Vizegesundheitsminister sowie Vertreter der OPS, des *Convenio Perú Italia*

⁴¹⁴ GTZ (1988-1995), S. 16–17.

⁴¹⁵ GTZ (1988-1995), S. 16–17.

⁴¹⁶ UNSAAC-GTZ (1992).

⁴¹⁷ GTZ (1988-1995), S. 16–17.

⁴¹⁸ GTZ (1992b): Angebot zur Bearbeitung des Vorschlags/Projektdurchführung, Archiv GTZ, INF 10, S.7–8.

⁴¹⁹ Vgl. Farfán (1997/1998), S. 10.

⁴²⁰ Die *Escuela Nacional de Salud Publica del Peru* (Nationalschule für öffentliche Gesundheitsversorgung Perus) führt Postgraduiertenausbildungen und Forschungen im Bereich der öffentlichen Gesundheitsversorgung durch.

⁴²¹ Wagner et al. (1992),

(PSCTA), des Projektes *Salud Pública Boliviano-Alemán* und des Institutes *Juan Cesar Garcia* aus Quito teil.⁴²²

Im Anschluss an die Zusammenarbeit der UNSAAC und der GTZ unterstützte die *Agencia Interamericana de Desarrollo* (AID; *Inter-American Agency for Cooperation and Development*) die Medizinische Fakultät der UNSAAC bei der Lehre im Bereich von *Salud Pública* und *Atención Primaria de Salud*.⁴²³ Ab 1996 übernahmen die Regionale Gesundheitsleitung Cusco und die UNSAAC vermehrt die finanzielle Unterstützung der Studierenden während der Praktika.⁴²⁴

3.4 Schwierigkeiten, Widerstände, Konflikte und Erfolge

Im Folgenden sollen zum einen die in den Quellen benannten Schwierigkeiten, Konfliktlinien und Widerstände aufgezeigt, zum anderen aber auch die positiven Bewertungen der Akteure und die Erfolge des Projekts dargestellt werden.

Zunächst sind Schwierigkeiten bei der Umsetzung der Ziele der Medizinischen Fakultät der UNSAAC zu nennen. In einem Bericht von 1989 listete Angelia Schrettenbrunner Bereiche auf, die während der ersten Projektphase von 1986 bis 1989 noch nicht ausreichend funktionierten:⁴²⁵

- Die *Atención Primaria de Salud* sei noch nicht gut in das Curriculum integriert gewesen, insbesondere im Bereich der klinischen Fächer.
- Es habe weiterhin eine schlechte Ausbildung der Dozenten im Bereich *Salud Pública* bestanden.
- Die Zusammenarbeit *Docente-Asistencial* mit dem Gesundheitsministerium und den Gemeinden sei noch nicht optimal gewesen.
- Die Versorgung der Studierenden während der Landpraktika sei nicht immer gewährleistet.
- Das *Instituto Peruano de Seguridad Social* habe nicht erlaubt, dass das *Internado* einen Teil beinhaltete, der nicht im Krankenhaus absolviert wurde.

⁴²² Saco, Santiago, Wolf Wagner, Gionvanni Escalante (1992/1993): Seminario Taller der Intercambio de Experiencias en la Enseñanza de Salud Pública y Atención Primaria der Salud en las Facultades de Medicina Humana del Perú, in: SITUA 1, N° 1, S. 8–12.

⁴²³ Saco, Santiago (1996/1997): Editorial. El Trabajo Comunitario, in: SITUA 5, N° 9, S. 4.

⁴²⁴ Vásquez, Roy, Santiago Saco, Casar Pereira (2013): El Internado Rural como Acrecimiento a la Atención Primaria en Salud, la Experiencia de una Universidad de Cusco, Perú, in: Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública 30, S. 344–345, hier: S. 344.

⁴²⁵ Schrettenbrunner (1989), S. 18.

- Die Personalpolitik der Medizinischen Fakultät im Bereich *Salud Pública* sei nicht zufriedenstellend gewesen.
- Es habe Schwierigkeiten durch häufige Wechsel der Vorgesetzten im Gesundheitssektor gegeben.

1988 besuchte Pedro Brito, ein Dozent für *Public Health* der renommierten privaten Universität Cayetano Heredia in Lima, die Medizinische Fakultät der UNSAAC und fertigte einen Bericht über seine Eindrücke an. Brito war auch als Berater der OPS im Bereich der Entwicklung von Humanressourcen für das Gesundheitswesen tätig. Insgesamt fiel sein Bericht sehr kritisch aus und es wurden verschiedene Mängel am Curriculum der UNSAAC benannt: So schrieb Brito, dass der Unterrichtsplan in den Jahren zuvor einige Änderungen in die Richtung traditioneller Curricula erlitten hätte. Der Bereich *Salud Pública* mit der Orientierung an *Atención Primaria de Salud* sei sehr „schwach“ und habe große Lücken. In dreieinhalb von sieben Jahren des Studiums kämen im Curriculum keine Inhalte von *Salud Pública* vor und keiner der Dozenten habe eine Ausbildung in diesem Bereich. Auch die klinischen Fächer seien, laut Brito, sehr „fragmentiert“ und spezialisiert und somit nicht geeignet, um in allgemeiner Medizin kompetente Ärzte auszubilden. Die Kreditpunkte, die man für Fächer im Bereich *Salud Pública* erhalte, seien mit 12,3% für ein an *Atención Primaria de Salud* orientiertes Curriculum sehr wenig. Zudem sei die Gruppe der Dozenten klein und ihre Kenntnisse in qualitativer und quantitativer Forschung unzureichend. Brito schlussfolgert aus seinen Beobachtungen, dass der Fokus auf *Atención Primaria de Salud* durch eine bessere Integration dieses Themas im Gesamtcurriculum und die Förderung der Landpraktika zu stärken sei. Zuletzt gab er zu bedenken, dass an vielen Fakultäten Vorurteile, Ablehnung und Ideologien in Bezug auf *Atención Primaria* bestünden und somit ein Kompromiss für die Integration von *Atención Primaria de Salud* in das Medizinstudium gefunden werden müsse.⁴²⁶

In einem Workshop der Medizinischen Fakultäten Perus zu *Salud Pública* von 1993 wurden weitere Schwierigkeiten benannt, die an der UNSAAC und den anderen peruanischen Fakultäten vorherrschten. Zunächst wurden hierbei die Probleme im Bereich der Lehre von *Salud Pública* und *Atención Primaria de Salud* an den 14 peruanischen Universitäten zusammengetragen. Es wurde hervorgehoben, dass die Mediziner nicht so ausgebildet würden, wie das Land sie brauchte. Die Ausbildung sei nach wie vor sehr biologisch orientiert und berücksichtige soziale Bereiche und Entwicklungsaspekte zu wenig. Die Forschung verfolge

⁴²⁶ Brito, Pedro (1988): Informe de Consultoria a la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Nacional de Antonio Abad del Cusco, Archiv UNSAAC, DIV 9-1.

akademische Interessen und sei kaum auf die Interessen der Gemeinden ausgelegt, sodass Forschungsarbeiten selten einen Bezug zur Gesundheitssituation im Land hätten. Zudem sei der Unterricht in *Salud Pública* und *Atención Primaria de Salud* meist vertikal, ohne eine aktive Beteiligung der Studierenden oder kreative Unterrichtsmethoden zu berücksichtigen. Auch gäbe es einen Mangel an Dozenten für die Bereiche *Salud Pública* und *Atención Primaria de Salud*. Die Fortbildungen fänden sehr zentralisiert – in Lima oder anderen großen Städten – statt, sodass es vielen Dozenten aus Universitäten in Provinzstädten aus ökonomischen Gründen nicht möglich sei, teilzunehmen. Darüber hinaus bestünden materielle und finanzielle Defizite. Diese aber mit externen Kooperationen zu beseitigen, bringe die Sorge von fehlender Nachhaltigkeit mit sich. Des Weiteren sollten laut dem Workshopbericht *Salud Pública* und *Atención Primaria de Salud* auch in die Lehre anderer Fachbereiche wie beispielsweise der Sozialwissenschaften integriert werden. Zuletzt wird noch einmal die Relevanz einer besseren finanziellen Unterstützung von *Salud Pública* und *Atención Primaria de Salud* an den Universitäten hervorgehoben.⁴²⁷

In den Quellen der GTZ und auch in denen der UNSAAC finden sich immer wieder Passagen zu den Schwierigkeiten in Bezug auf die Landpraktika im Bereich der *Medicina Comunitaria*.

In einer Projektbeschreibung der GTZ von 1992 werden Mängel der Praktika in der „standardisierten Vorbereitung [...], der Überwachung der Praktikumsarbeiten, der interdisziplinären Zusammenarbeit der Fachbereiche beider Fakultäten und der Koordinierung des Programms mit den regionalen Gesundheitsdiensten“ benannt.⁴²⁸

In einem Evaluationsbericht werden die unzureichende Integration der Praktika in die klinische Lehre und die mangelnde Kommunikation zwischen Dozenten, Studierenden und dem Personal der *Centros* und *Puestos de Salud* erwähnt.⁴²⁹ Laut einem SITUA-Artikel aus dem Jahr 1992 würden viele Tutoren nicht wissen, was die Praktikanten vor Ort leisten sollen. Insbesondere sei dies bei SERUMS-Ärzten, die nicht aus der medizinischen Fakultät in Cusco stammten, der Fall.⁴³⁰ Diese Kommunikationsschwierigkeiten würden in Verbindung mit der fehlenden Kontinuität der Praktika zur Verärgerung in der Bevölkerung führen.⁴³¹

⁴²⁷ Saco, Wagner, Escalante (1992/1993), S. 8–12.

⁴²⁸ GTZ (1992b): S. 5.

⁴²⁹ UNSAAC-GTZ (1989), S. 5.

⁴³⁰ Vgl. Area de Salud Publica (1992/1993): *Medicina Comunitaria*. I Reunion Plenaria de la Evaluación de las Practicas Rurales, in: SITUA 1, N° 1, S. 22–23, hier: S. 22.

⁴³¹ UNSAAC-GTZ (1989), S. 5.

In einem Artikel von 1992/1993 listet Saco 13 Probleme auf, die bei den Landpraktika der Kurse *Atención Primaria de Salud* II und *Medicina Comunitaria* bestünden.⁴³²

1. Die Gemeinden seien zum Teil schlecht organisiert, was die Arbeit erschwere.
2. In viele *Centros de Salud* würde nur in dem Zentrum selbst gearbeitet und die Gemeinden würden nicht besucht.
3. Die karitative und paternalistische Arbeit verschiedener Institutionen habe den Geist der Landgemeinden verformt.
4. Die unzureichenden Quechuakenntnisse der Studierenden – trotz zweier zuvor absolvierter Sprachkurse – würden die Arbeit vor Ort limitieren.
5. Die Supervisionen könnten nicht immer stattfinden, da viele Dozenten aufgrund ihrer Krankenhaustätigkeit keine Kapazitäten hätten, aufs Land zu fahren.
6. Einige Studierende hätten negative Einstellungen zu den Praktika und würden sie als Zeitverschwendung ansehen.
7. Die Dozenten der anderen Fächer würden mit ihren Kursen nicht rechtzeitig fertig, sodass die Abreise zu den Landpraktika verschoben werden müsse.
8. Die akademischen Anforderungen anderer Fächer würden die Aktivitäten der Gemeindearbeit limitieren.
9. Viele Studierende würden die Praktika entwerten, da sie lieber mit spannenden und außergewöhnlichen Krankheitsfällen, die in den Krankenhäusern behandelt würden, zu tun hätten.
10. Die Dauer der Praktika im Bereich *Medicina Comunitaria* sei nicht ausreichend, um durch die Arbeit signifikante Veränderungen in den Gemeinden zu erwirken.
11. Es fehle an Kontinuität. Im Semester seien nur an zwei von vier Monaten Studierende vor Ort in den Gemeinden, was für die Landbewohner wenig hilfreich sei.
12. Erschwerend seien die Wechsel der Zuständigen im Gesundheitssektor und der Ärzte in den *Centros de Salud*, da es immer wieder Einarbeitungszeit bräuchte, um die Gemeindeaktivitäten der Studierenden zu verstehen und zu unterstützen.
13. Die Supervisionen, Reisekosten, Transportmittel und die Kosten für Studierende seien bisher durch internationale Kooperationen finanziert worden. Sie sollten jedoch von der UNSAAC und der lokalen Regierung übernommen werden.

Als Verbesserungsvorschläge für diese Schwierigkeiten schlägt Saco die folgenden vier Punkte vor:

⁴³² Vgl. Saco (1992/1993), S. 17–18.

1. Es sollte eine fünfte Rotation im Praktischen Jahr der Studierenden eingeführt und die Praktika im Bereich *Medicina Comunitaria* auf drei Monate verlängert werden. Dadurch wären die Studierenden kontinuierlich über das ganze Jahr verteilt vor Ort.
2. Zudem sei es wichtig für die Aufrechterhaltung des Projektes – auch nach dem Ende der internationalen Unterstützung –, dass die Finanzierung durch das *Ministerio de Salud* (MINSA, peruanisches Gesundheitsministerium) und das *Instituto Peruano de Seguridad Social* übernommen werde.
3. Die Lehre im Bereich Quechua sollte verbessert werden, um eine adäquate Kommunikation mit den Gemeinden zu gewährleisten.
4. Besonders gute Studierende sollten an der UNSAAC bleiben und zu Dozenten ausgebildet werden, da sie mit dem lokalen System vertrauter seien als Dozenten von außerhalb.⁴³³

Auf die von Saco in Punkt fünf und sieben benannten Probleme mit den Dozenten wird auch in mehreren Berichten der GTZ eingegangen. Zum einen wird beschrieben, dass die schlechte Bezahlung einen negativen Einfluss auf die Motivation der Ärzte gehabt habe, da diese bei Krankenhaustätigkeiten das Dreifache verdienten.⁴³⁴ Zum anderen wird auch die mangelnde Zeit der Dozenten beschrieben, da sie meistens neben der Tätigkeit in der Fakultät noch im Krankenhaus und in Privatpraxen gearbeitet hätten. Wegen dieser „Dreifachbelastung“ seien sie „kaum verfügbar, und sporadische Arbeitstreffen oder schriftliche Kommunikation führten zu keinem befriedigendem Ergebnis.“⁴³⁵

Zudem schreibt Wolf Wagner in einem Dienstreisebericht von 1993, dass die Dozenten im Fachbereich *Salud Pública* Fortbildungen eher nach Neigung als nach Bedarf wahrnehmen würden und dass verbindliche Vereinbarungen fehlten.⁴³⁶

In weiteren Quellen werden Schwierigkeiten erwähnt, die durch die im Workshop der medizinischen Fakultäten genannten unzureichenden finanziellen Mittel entstanden waren. Insbesondere Studierende beklagen sich in ihren Praktikumsberichten gehäuft über daraus resultierende Missstände. Die *Centros de Salud* seien schlecht ausgestattet, sodass keine Laboruntersuchungen möglich seien und es nur wenige Medikamente gäbe.⁴³⁷ Im Hinblick darauf schreibt der Medizinstudent David Juvenal Monge 1988, dass die „armen Landbewoh-

⁴³³ Vgl. Saco (1992/1993), S. 18.

⁴³⁴ UNSAAC-GTZ (1992).

⁴³⁵ GTZ (1988-1995), S. 33.

⁴³⁶ Wagner (1993).

⁴³⁷ Pion, Kim (1996/1997): Informe de Practica en Salud Internacional en el Centro de Salud de Huancarani, in: SITUA 5, N° 9, S. 44.

ner“ häufig mehrere Stunden zum *Centro de Salud* laufen müssten und man ihnen aus Mangel an wirksamen Medikamenten „irgendetwas“ gäbe, genau wissend, dass es nicht helfen werde. So würde häufig nur die Diagnostik in den *Centros de Salud* gemacht, ohne dass dies Konsequenzen hätte, da keine Therapie zur Verfügung stünde und die Landbewohner nicht genug Geld hätten, die Reise nach Cusco in ein besser ausgestattetes Krankenhaus zu finanzieren. Darüber hinaus schreibt Juvenal, dass nach Gesprächen zur Familienplanung abgelaufene Verhütungsmittel verteilt würden, was das Vertrauensverhältnis zu den Patienten gefährde. Aus Juvenals Bericht geht weiterhin hervor, dass nicht nur finanzielle, sondern auch organisatorische Probleme bestanden haben; so gäbe es beispielsweise in der Gemeinde Ocangate eine gut ausgestattete Zahnarztpraxis, aber keinen Zahnarzt.⁴³⁸

Eine weitere Problematik der Landpraktika, die insbesondere in Studentenberichten erwähnt wird, sind kulturelle Barrieren. So schreibt ein Student in seinem Praktikumsbericht, dass die Nutzung der *Centros de Salud* durch die Bevölkerung sehr gering sei. Neben geographischen Hindernissen – die Patienten müssten bis zu vier Stunden laufen, um das Gesundheitszentrum zu erreichen – und ökonomischen Ursachen – der Arztbesuch oder die Behandlung könne von den Patienten nicht bezahlt werden – werden für die geringe Inanspruchnahme der *Centros de Salud* auch kulturelle Unterschiede verantwortlich gemacht. Das medizinische Angebot entspräche nicht den Bedürfnissen der Bevölkerung. Um dies auszugleichen würde versucht, den Patienten entgegenzukommen und alternative Behandlungsmethoden wie pflanzliche Medikationen und die Betreuung von Hausgeburten anzubieten.⁴³⁹ Auch werden in dem Bericht kulturelle Irritationen der Studierenden deutlich: Es wird beschrieben, dass die Dorfbewohner wenig Wert auf ihre Gesundheit oder die ihrer Kinder legen würden und dafür „keine Kuh und kein Lama“⁴⁴⁰ hergäben, dass also Tiere wichtiger als die Gesundheit der eigenen Kinder seien.

Eine kanadische Austauschstudentin beschreibt zudem eine ausgeprägte Hierarchie zwischen den Ärzten im *Centro de Salud* und den Patienten. Die Ärzte hätten „Macht“ über die Patienten und würden sie mit Kosenamen wie „Mütterchen“ oder „Opa“ anreden.⁴⁴¹

⁴³⁸ Juvenal Monge (1988).

⁴³⁹ Pion (1996/1997), S. 44.

⁴⁴⁰ Pion (1996/1997), S. 44.

⁴⁴¹ Petit, Geneviere (1996/1997): Informe de Practica en Salud Internacional en el Centro de Salud de Paucartambo, in: SITUA 5, N° 9, S. 49–50, hier: S. 50.

Aber auch von Seiten der Patienten kam es zu Irritationen: So werden ängstliche und abgeschreckte Dorfbewohner beschrieben, wenn Studierende möglichst viele Teilnehmer aufforderten, Autopsien beizuwohnen, um beispielsweise den Schaden von Alkohol an der Leber vorzuführen.⁴⁴²

Neben den oben beschriebenen Problemen bei der Erreichung der Ziele der Medizinischen Fakultät gab es auch immer wieder inhaltliche Konflikte zwischen den Akteuren und Widerstände gegen den *Atención Primaria de Salud*-Schwerpunkt im Curriculum.

Die verschiedenen Ansätze und Meinungen der Dozenten und Studierenden zu den einzelnen Fächern im Curriculum lassen sich gut anhand eines Protokolls einer Plenarsitzung im November 1991 nachvollziehen. In dieser Sitzung wurde diskutiert, welche Fächer überflüssig seien und aus dem Curriculum gestrichen werden könnten.

Zunächst wurde überlegt, ob der Kurs Ökologische Medizin wirklich notwendig sei. Mit der Argumentation, dass im August des Jahres eine internationale Konferenz zum Thema Umwelt und Entwicklung stattgefunden habe, auf der die Bedeutung von Umweltfragen für die Gesundheit betont worden sei, wurde mehrheitlich für das Beibehalten des Kurses entschieden. Anschließend wurde diskutiert, ob man neben der Medizinischen Soziologie auch Medizinische Anthropologie unterrichten solle. Dagegen spräche einem Dozenten zufolge, dass die Medizinische Anthropologie die gleichen Themen wie die Medizinische Soziologie behandle. Schlussendlich wurde mit weitgehender Mehrheit entschieden, Themen der Medizinischen Anthropologie in den Kurs der Medizinischen Soziologie aufzunehmen. Im weiteren Verlauf der Sitzung sprachen sich einige Dozenten für Kurse mit den Titeln „Sprache und Literatur“ sowie „Kulturgeschichte“ aus. In diesem Zusammenhang betonte Saco, dass die Ausbildung von Medizinerinnen humanistisch und nicht nur technologisch sein müsse. Ob die beiden Kurse letztlich ins Curriculum aufgenommen wurden, wird aus dem Protokoll nicht ersichtlich. Anschließend wurde gefordert, die Kurse evolutionäre und generelle Psychologie aus dem Curriculum zu streichen. Es wurde beschlossen, dass die evolutionäre Psychologie in die Pädiatrie und die generelle in die Medizinische Psychologie aufgenommen werde. Bezüglich des Kurses *Atención Primaria de Salud II* entschied man, dass er – mit Einschluss von mehreren Praktika in den Gemeinden – über das gesamte Studium in die klinischen Fächer integriert werden solle. Ebenfalls wurde die Aufnahme eines Kurses mit dem Titel *Medicina Tradicional* in das Curriculum beschlossen. Zum Abschluss wurde der oben bereits erwähnte Vorschlag gemacht, ein *Internado Rural* einzuführen, dadurch könne

⁴⁴² Pion (1996/1997), S. 44.

man laut Saco eine permanente medizinische Versorgung auf dem Land sicherstellen. Von einigen Studierenden wurde jedoch Protest geäußert: Das aktuelle Ausmaß der Praktika sei adäquat und es brauche keine Verlängerung. Mit knapper Mehrheit wurde das *Internado Rural* abgelehnt.⁴⁴³ In einem Projektfortschrittsbericht der GTZ heißt es, dass die Mehrheit der Studierenden die Erweiterung des Landpraktikums auf ein dreimonatiges *Internado Rural* begrüßen, sich „jedoch kurioserweise Studentenvertreter der politisch linken Fraktion [...] sperren“.⁴⁴⁴

Konflikte zwischen Studierenden und Dozenten bezüglich des Aufbaus des Curriculums werden aus einem offenen Brief der Studierenden an ihre Dozenten von 1985 deutlich. Die Studierenden schrieben, dass das Curriculum „*sumamente pobre*“, also ausgesprochen armselig sei und keine gute Berufsausbildung ermögliche.⁴⁴⁵ Veränderungen seien dringend nötig, um mit medizinischen Fakultäten anderer Universitäten mithalten zu können. So sei es bereits vorgekommen, dass Studierende aufgrund des Curriculums der UNSAAC an andere Universitäten Perus wechselten oder ihr Studium ganz aufgäben. Die Studierenden beschwerten sich, dass nicht an ökonomische und infrastrukturelle Probleme sowie ausreichende Basisdienste gedacht werde.

Es wurde gefordert, dass die Studienlänge von fünf auf sechs Jahre erhöht werde. Zudem sprachen sich die Studierenden für mehr klinische Fächer aus, die notwendig seien, um eine adäquate Ausbildung zu gewährleisten. Es wurden Kurse in Physik, Chemie, genereller Pathologie, Infektions- und Tropenkrankheiten, medizinischer Genetik, Notfallchirurgie, Immunologie sowie Physiotherapie gefordert. Die Semester, in denen Pathologie und Chirurgie unterrichtet wurden, solle man entlasten. Hingegen müsse die Gewichtung der *Atención Primaria de Salud*-Kurse herabgesetzt werden. Weiterhin beschwerten sich die Studierenden, dass die Landpraktika im sechsten Semester stattfänden, da in dieser Zeit eigentlich andere Themen relevanter seien und durch den Kurs *Medicina Comunitaria* zwei Monate einer sehr wichtigen Zeit verloren gingen. Auch dupliziere sich der Kurs in unnötiger Weise mit dem SERUMS, das verpflichtend für alle Ärzte sei, die für den Staat arbeiteten. Zudem werde das Praktikum mit der baldigen Kooperation mit der GTZ verbunden, wobei es noch völlig unklar sei, ob diese überhaupt zustande käme.

Widerstand gegen das an *Atención Primaria de Salud* orientierte Curriculum gab es auch von Seiten der Dozenten. So heißt es in einem von Angelika Schrettenbrunner und Wolf

⁴⁴³ N.n (1991): Anexo N° 1. Plenaria del día 17 Noviembre, Privatbestände Santiago Saco, SY 3.

⁴⁴⁴ GTZ (1988-1995), S. 17.

⁴⁴⁵ N.N. (1985).

Wagner verfassten Projektfortschrittsbericht: „Schwierigkeiten bereiteten einige Ärzte, denen das UNSAAC-Curriculum mit seinem Schwerpunkt auf praktischer gemeindeorientierter Ausbildung nicht relevant erschien. Sie suchten die Studenten zu vorwiegend klinischen Hilfsdiensten in den LGZ zu verpflichten und behinderten oft die präventive und gesundheitsfördernde Gemeindearbeit.“⁴⁴⁶ Sowohl Dozenten als auch Studierende befürchteten, dass „*medicos descalzos*“, also sogenannte „Barfußärzte“ ausgebildet würden.⁴⁴⁷ Insbesondere in den Interviews mit den damaligen Studierenden und Dozenten ist dieses Thema sehr präsent. Hermogenes Mormontoy, ein Student des ersten Jahrgangs an der Medizinischen Fakultät der UNSAAC, berichtet im Rückblick, dass es besonders zur Gründungszeit viele Widerstände gegeben habe und die Sorge, nicht adäquat ausgebildet zu werden, sehr ausgeprägt gewesen sei. Verstärkt worden sei dies durch den Kontakt zu Medizinstudierenden anderer Universitäten, die Studierende der UNSAAC als keine „richtigen Ärzte“ bzw. *medicos descalzos* bezeichneten.⁴⁴⁸ Auch Santiago Saco erläutert in einem Interview, dass sich zu Beginn viele Studierende als „niedere Ärzte“ fühlten, die nur auf dem Land arbeiten könnten. Dies begründet Saco damit, dass das Studium an der UNSAAC nur fünf Jahre dauerte und nicht sieben wie an den Universitäten San Marcos und Cayetano Heredia in Lima. Saco räumt ein, dass die Kritik teilweise, jedoch nicht in allem berechtigt gewesen sei. Einen Konsens habe man gefunden, indem die Kritiker den Bereich der *Salud Pública* akzeptierten, der klinische Bereich aber weiter ausgebaut worden sei.⁴⁴⁹

Tómas Valasco, seit 1983 Dozent an der Medizinischen Fakultät der UNSAAC, beschreibt ebenfalls, dass die Sorge, um die Angemessenheit des Curriculums insbesondere in den ersten Jahren sehr präsent gewesen sei. Es gebe aber auch heute noch viele Kollegen, die die Bedeutung von *Atención Primaria de Salud* nicht anerkennen würden.⁴⁵⁰ Der ebenfalls seit Gründungszeiten an der Medizinischen Fakultät der UNSAAC angestellte Professor Tómas Gutierrez meint, dass die anfänglichen Ziele aufgrund der limitierten Akzeptanz von *Atención Primaria de Salud* nicht umgesetzt werden konnten und zum Schluss ein Kompromiss aus okzidentaler Medizin und *Salud Pública* entstanden sei. Insbesondere sieht er die traditionelle Ausbildung vieler Dozenten als Ursache der Schwierigkeit an.⁴⁵¹ Auch Ramon Figueroa, seit 1990 Dozent an der Fakultät, beschreibt ein geringes Interesse einiger Dozenten an *Atención Primaria de Salud*. Er erklärt sich dies unter anderem durch politische Gründe:

⁴⁴⁶ GTZ (1988-1995), S. 16.

⁴⁴⁷ Vgl. Farfán (1997/1998), S. 6.

⁴⁴⁸ Interview mit Hermogenes Mormontoy, März 2015.

⁴⁴⁹ Interview mit Santiago Saco, März 2015.

⁴⁵⁰ Interview mit Tómas Valasco, März 2015.

⁴⁵¹ Interview mit Tómas Gutierrez, März 2015.

In einem kapitalistischen Land, in dem die Gesundheitsdienste vom Prinzip des Gewinns beeinflusst seien, sei es schwierig, eine Fakultät zu betreiben, die den Schwerpunkt auf die Bedürfnisse der Bevölkerung und nicht auf kurative Maßnahmen lege. Man könne aber, so Figuera, trotzdem nicht auf eine „soziale Politik“ warten.⁴⁵²

Neben den zahlreichen Schwierigkeiten, Konflikten und Widerständen werden aber auch immer wieder Erfolge der Medizinischen Fakultät betont. So wird in einem Planungsbericht der GTZ hervorgehoben, dass die UNSAAC die einzige Uni sei, der die Orientierung der Ausbildung an den Bedürfnissen der ländlichen Bevölkerung gelungen sei; an allen anderen Fakultäten fehle es an Weiterbildungen für Dozenten.⁴⁵³

In dem bereits erwähnten offenen Brief der Studierenden von 1985 wird trotz der Kritik am Curriculum das professionelle Profil, das die Medizinische Fakultät der UNSAAC anstrebe, als eines der besten im ganzen Land beschrieben.

Insbesondere die vielfach kritisierten Landpraktika rufen bei vielen Studierenden auch Begeisterung hervor. So findet sich in einem handschriftlich von Studierenden ausgefüllten Evaluationsbericht, neben kleineren Kritikpunkten am Organisatorischen, viel Lob: Das Praktikum sei eine tolle Erfahrung, da man viele medizinische Kenntnisse erlange, die Realität der Region kennen lerne und helfen könne, Probleme zu lösen. Das Praktikum ermutige, sich in die örtlichen Strukturen zu integrieren.⁴⁵⁴ Alarcon Villaverde erläutert, dass die Studierenden durch diese Erfahrung *Atención Primara de Salud* verstehen und die ablehnende Haltung verlieren würden.⁴⁵⁵ Auch Pedro Brito schreibt am Ende seines sehr kritischen Berichts, dass ihm durch die Begleitung der Supervisoren zu den ländlichen Gesundheitszentren deutlich geworden sei, dass die Studierenden die Praktika als eine sehr wichtige und positive Erfahrung empfänden. Die meisten wünschten sich laut Brito sogar eine Verlängerung der Praktika und eine Erweiterung des Quechuaunterrichts.⁴⁵⁶ Ähnlich lautet es in einem Fortschrittsbericht der GTZ: „Für die Mehrzahl der Studenten sind die Landpraktika eine wertvolle Erfahrung in der Realität isolierter Gesundheitsposten und ihrer geographischen und sozialen Umwelt. Die Hälfte der FM-Studenten äußerte am Ende der zweimonatigen *Pasantia Rural* (Landpraktikum) den Wunsch, nach Abschluß des nun folgenden *Internado Clinico* (klinisches Praktikum am Ende des Studiums) als SERUMS in ihrem LGZ

⁴⁵² Interview mit Ramon Figuera, März 2015.

⁴⁵³ GTZ (1993b), S. 3.

⁴⁵⁴ N.N. (1988): Seminario de Evaluation de las Practicas. „Guia de Discusión“, Privatbestände Santiago Saco, SY 1.

⁴⁵⁵ Alarcon Villaverde (1988).

⁴⁵⁶ Brito (1988).

zu arbeiten.“⁴⁵⁷ Auch das Öffentliche Gesundheitswesen habe das Ausbildungskonzept der UNSAAC als Erfolg gesehen. So konstatierte die GTZ 1992, „dass die regionalen Gesundheitsbehörden bei der Besetzung ihrer Gesundheitseinrichtungen inzwischen UNSAAC-Studienabgänger bevorzugen“⁴⁵⁸.

Auch die in den Berichten der GTZ aufgeführten Zahlen sprechen für eine positive Entwicklung des Projekts. In den Projektberichten von 1995 bis 1997 heißt es, dass „ca. 2000 Gesundheitszentren wieder eröffnet oder verbessert und ca. 2.500 zusätzliche Ärzte, Krankenschwestern und Hebammen für die peripheren Dienste verpflichtet werden.“⁴⁵⁹ Zudem konnte die Nachfrage nach Gesundheitsdiensten von 1992 bis 1996 um bis zu 30% gesteigert werden.“⁴⁶⁰ Nach zehnjähriger Förderung durch die GTZ seien alle 25 Dozenten der Fachbereiche der öffentlichen Gesundheitsversorgung befähigt, die Ausbildungsmaßnahmen selbständig fortzuführen. Nahezu 30% der Ausbildung der medizinischen Fakultät würden Aspekte und Prinzipien der primären Gesundheitsversorgung enthalten, an der Krankenpflegefakultät seien es bis zu 50%. Im Vergleich dazu seien es an anderen Gesundheitsfakultäten Perus im Durchschnitt nur ca. 15% bzw. 35%. Die inhaltlich und methodisch fortschrittliche theoretische und praktische Ausbildung an der Universität in Cusco habe während der letzten zehn Jahre 829 Studenten geprägt. 60% der Studienabgänger würden sich für eine Tätigkeit in den öffentlichen Gesundheitseinrichtungen in Stadtrandgebieten oder im ländlichen Raum entscheiden und 716 Dozenten aller peruanischen Gesundheitsfakultäten seien durch Fortbildungsveranstaltungen mit dem in Cusco erarbeiteten Ausbildungsmodell vertraut gemacht worden.⁴⁶¹

Santiago Saco betont in einem Interview die persönliche Entwicklung von Studierenden und Dozenten im Rahmen des Projekts. Das Curriculum habe zu vielen Diskussionen geführt, die dazu beigetragen hätten, dass Dozenten und Studierende, die dem Ausbildungskonzept vorher abweisend gegenübergestanden haben, im Verlauf des Projekts die Bedeutung verstanden hätten.⁴⁶² Pablo Grajeda, ein Absolvent des ersten Jahrgangs der Medizinischen Fakultät der UNSAAC, meint dazu, dass gerade viele der sehr kritischen Studierenden heute im Bereich der öffentlichen Gesundheitsversorgung arbeiteten.⁴⁶³

⁴⁵⁷ GTZ (1988-1995), S. 29.

⁴⁵⁸ GTZ (1992b), S. 5.

⁴⁵⁹ GTZ (1997), S. 2.

⁴⁶⁰ GTZ (1997), S. 3.

⁴⁶¹ GTZ (1997), S. 6.

⁴⁶² Interview mit Santiago Saco, März 2015.

⁴⁶³ Interview mit Pablo Grajeda, März 2015.

Nicht zuletzt ist zu erwähnen, dass das an *Atención Primaria de Salud* orientierte Curriculum bis heute besteht. Tomás Gutierrez äußerte zum Abschluss des Interviews gar die Hoffnung, dass wenn die Medizinische Fakultät der UNSAAC so weiter mache, die meisten der medizinischen Probleme der Region gelöst werden könnten.⁴⁶⁴

⁴⁶⁴ Interview mit Tomás Gutierrez, März 2015.

4. Diskussion

Im folgenden Kapitel werden die in der Rekonstruktion der Ereignisgeschichte dargestellten Aspekte auf die allgemeinen Debatten um *Primary Health Care* bezogen, um die Erkenntnisse der Untersuchung dieses speziellen Falls in ihren Kontext einzuordnen und somit die Bedingungen und Möglichkeiten der praktischen Umsetzung von *Primary Health Care* genauer zu ergründen. Dabei wird insbesondere auf die in der Einleitung bereits erwähnten Fragen eingegangen: Was bedeutet eigentlich *Primary Health Care*? Welche Widerstände und Spannungsfelder traten bei der Gründung der Fakultät auf und welche Bedeutung hat *Primary Health Care* in der medizinischen Lehre? Zu bedenken ist in diesem Rahmen, dass aufgrund der Spezifität des Projekts und der Quellenlage Einschränkungen bezüglich der Aussagekraft der Studie bestehen. Zum einen sind die Quellen zur Rekonstruktion der Ereignisgeschichte zeitlich fragmentiert, was bedeutet, dass Informationen, insbesondere aus den frühen Jahren des Projekts, zum Teil nur indirekt durch später verfasste Dokumente gewonnen werden konnten und somit eher als Interpretationen der historischen Akteure zu bewerten sind. Zum anderen stammen die Dokumente maßgeblich von Akteuren, die selbst an dem Projekt beteiligt waren. Daher sind die daraus gewonnenen Informationen stets vor dem Hintergrund der persönlichen, beruflichen oder institutionellen Interessen und Einstellungen der Verfasser zu verstehen. Das Ziel der vorliegenden Studie ist es demzufolge nicht, generelle Aussagen über die Umsetzung von *Primary Health Care* oder das Gelingen und Scheitern des Projekts der Medizinischen Fakultät der UNSAAC zu treffen; vielmehr geht es darum, den theoretischen Blick auf *Primary Health Care* durch die Untersuchung eines spezifischen Falls zu erweitern und dadurch einen Beitrag zum Verständnis der Schwierigkeiten bezüglich der praktischen Umsetzung des *Primary Health Care*-Konzepts zu leisten.

4.1 Die Bedeutung von Primary Health Care in Theorie und Praxis

Primäre Gesundheitsversorgung, Basisgesundheitsversorgung, Gemeindemedizin, ländliche Medizin, medizinische Versorgung auf der ersten Ebene, ganzheitliche Versorgung und vereinfachte Medizin: All dies sind Begriffe, die in schriftlichen und mündlichen Quellen verwendet wurden, um den Schwerpunkt der medizinischen Ausbildung der UNSAAC zu beschreiben. Diese zahlreichen Termini verdeutlichen die Vielfalt dessen, was unter *Primary Health Care* verstanden wird. Doch was ist *Primary Health Care* eigentlich? Und wie wurde es in der Praxis umgesetzt? Diese Fragen werden im folgenden Abschnitt behandelt, indem

das Verständnis von *Primary Health Care* zum einen aus der Perspektive der peruanischen Akteure der UNSAAC und zum anderen von Seiten der GTZ beleuchtet wird. Im Anschluss werden diese Perspektiven auf die offiziellen Beschreibungen von *Primary Health Care* in der Deklaration von Alma Ata bezogen, um zu untersuchen, wie die theoretischen Ausführungen, denen häufig mangelnder Praxisbezug vorgeworfen wird, in der Praxis konkret umgesetzt wurden. Denn, so Büschel: „Von einer wirkungsgeschichtlichen Verflechtung von Theorie und Praxis von Entwicklungszusammenarbeit ist nicht von vornherein auszugehen.“⁴⁶⁵

In einem Plan von 1987 zur Integration von *Primary Health Care* in das Curriculum der UNSAAC findet sich eine Liste von über 50 Punkten, aus der hervorgehen soll, was *Primary Health Care* bedeutet bzw. nicht bedeutet.⁴⁶⁶ Die sehr allgemeingehaltenen Aspekte, etwa dass *Primary Health Care* eine Gesundheitsstrategie sei, auf technischen und praktischen Methoden beruhe, „Gesundheit für alle“ priorisiere oder Teamarbeit bedeute, zeigen, wie schwer es den Akteuren fiel, ein klares Bild von dem zu entwickeln, was sie praktisch umsetzen wollten.

Das Curriculum der UNSAAC ist so aufgebaut, dass *Primary Health Care* neben den Fächern Gesundheitslage, Soziologie, Basismedizin, Epidemiologie, Quechua und Gemeinmedizin eine Unterkategorie des *Salud Pública*-Bereichs bildet. Gleichzeitig wird *Primary Health Care* aber auch häufig als die theoretische Grundlage bzw. der Überbau des gesamten *Salud Pública*-Bereichs angesehen. Die *Primary Health Care*-Kurse weisen jeweils einen theoretischen und einen praktischen Teil auf. Der theoretische Teil bezieht sich dabei explizit auf die Inhalte der Konferenz von Alma Ata. Wesentlich häufiger und ausführlicher beschrieben finden sich in den Quellen jedoch Informationen über die praktischen Tätigkeiten des *Primary Health Care*-Bereichs. Die Studierenden sollen sich in diesem Rahmen mit der Arbeit auf „erster Ebene“, also in den peripher gelegenen Gesundheitszentren, auseinandersetzen. Dies beinhaltet Saco zufolge und den acht Elementen von *Primary Health Care* entsprechend die Aufklärung zu Gesundheit und Prävention, die Förderung von guter Ernährung, sauberem Trinkwassers und hygienischen Sanitäreinrichtungen, den Mutter-Kind-Schutz, die Familienplanung, Impfungen und die Behandlung häufiger Erkrankungen sowie die Bereitstellung essentieller Medikamente. Die dazu benötigten Strategien seien

⁴⁶⁵ Büschel (2014), S. 372.

⁴⁶⁶ UNSAAC-GTZ (1987), S. 26–28.

die Partizipation der Bevölkerung, die Multisektoralität und die Teamarbeit der verschiedenen Berufsgruppen.⁴⁶⁷ Ein weiterer Begriff, der in den *Primary Health Care*-Kursbeschreibungen immer wieder Verwendung findet, ist die *Medicina simplificada* (vereinfachte Medizin). Gemeint ist damit, dass die Studierenden die Alarmsignale der wichtigsten Krankheiten kennen und einfache Diagnostik sowie Therapiemaßnahmen durchführen können sollen. Die Literatur, die in diesem Kontext empfohlen wird, ist das 1982 von David Werner, einem Pionier der *Primary Health Care*-Bewegung, verfasste Werk *Donde no hay doctor* („Wo es keinen Arzt gibt“).⁴⁶⁸ Hier wird der ausgesprochen basale Charakter der praktischen Fertigkeiten der ärztlichen *Primary Health Care*-Ausbildung deutlich.

Die Ausführungen in den zahlreichen Projektberichten lassen die Vermutung zu, dass die Sicht der GTZ auf *Primary Health Care* ebenfalls äußerst pragmatisch war. So wird argumentiert, dass eine Orientierung an *Primary Health Care* deshalb sinnvoll sei, weil die Effizienz eines „flächendeckenden ‘einfachen’ System[s]“⁴⁶⁹ höher sei als die der hochtechnisierten Krankenhausmedizin, da jenes insgesamt mehr Todes- und Krankheitsfälle verhindern.⁴⁷⁰

Das Projektziel der GTZ an der UNSAAC lautete, dass die Ausbildung der zukünftigen Ärzte auf die „Probleme und Bedürfnisse der ländlichen und peri-urbanen Bevölkerung in der Region Inka“⁴⁷¹ ausgerichtet werden sollte, indem die Studierenden in die Lage versetzt werden sollten, Programme der Primären Gesundheitsversorgung „selbstständig planen, durchführen und auswerten zu können.“⁴⁷² In diesem Kontext werden verschiedene Indikatoren für das Erreichen dieser Ziele genannt, wie beispielsweise, dass „mindestens 75% der UNSAAC-Studienabgänger [...] eine Prüfung ihrer Kenntnisse und Fähigkeiten im Bereich PGV/ÖGW [bestehen]“⁴⁷³ und dass die „Zahl der Gesundheitsdienstleistungen, die auf vorrangige Gesundheitsprobleme (z.B. Impfabdeckung, Familienplanungsberatung etc.) ausgerichtet sind, [...] bis Ende 1996 um 20% zu[nehmen].“⁴⁷⁴ Diese Ziele sollten durch „die verstärkte Zusammenarbeit zwischen Universitäten und regionalen Gesundheitsbehörden, die

⁴⁶⁷ Saco, Santiago (1994/1995): Declaración de Alma Ata; a cinco años de la meta, in: SITUA 3, N° 5, S. 14–21, hier: S. 14.

⁴⁶⁸ UNSAAC (1984): Modulo Atencion Primaria I, Privatbestände Santiago Saco, SY 2, S. 4.

⁴⁶⁹ Keim (1983), S. 1.

⁴⁷⁰ Keim (1983), S. 1.

⁴⁷¹ GTZ (1988-1995), S. 1.

⁴⁷² GTZ (1988-1995), S. 1.

⁴⁷³ GTZ (1993b), S. 3.

⁴⁷⁴ GTZ (1993b), S. 4.

Verbesserung der theoretischen und praktischen Ausbildung, die Restrukturierung der Curricula und die Erforschung vordringlicher Gesundheitsprobleme der Region“ erreicht werden.⁴⁷⁵

In den Quellen wird die äußerst technische, umsetzungsorientierte Perspektive der GTZ auf *Primary Health Care* deutlich. Was unter *Primary Health Care* eigentlich verstanden wurde, ist nicht klar benannt. Anders scheint dies bei den direkt am Projekt beteiligten GTZ-Mitarbeitern gewesen zu sein. So betont Ramon Figuera, Professor der UNSAAC, dass GTZ-Mitarbeiter wie Axel Kröger und Angelika Schrettenbrunner nicht nur technische Unterstützung geleistet, sondern Werte wie etwa das Recht auf Gesundheit vermittelt hätten.⁴⁷⁶ Auch ein Artikel von Wolf Wagner in der Universitätszeitschrift SITUA zur Bedeutung von *Primary Health Care* schließt eine politische Perspektive ein und geht damit deutlich über den umsetzungsorientierten, technischen Blickwinkel der GTZ-Berichte hinaus. Wagner fasst in diesem Artikel sein Verständnis von *Primary Health Care* in den folgenden vier Punkten zusammen:

- Gesundheit meint nicht nur die Abwesenheit von Krankheit sondern einen Zustand körperlichen, psychischen und sozialen Wohlbefindens.
- Gesundheit ist ein Menschenrecht und kein Privileg. Gesundheitsdienste müssen demnach annehmbar und erreichbar für alle sein.
- Prävention und Förderung von Gesundheit haben Vorrang vor kurativer Medizin.
- Gesundheit ist ein Produkt aus verschiedenen Faktoren, die durch Bildung, sozio-ökonomischen Status, Ernährung, Umweltfaktoren und Politik beeinflusst werden.⁴⁷⁷

Inwieweit diese Sichtweise der GTZ-Akteure das Projekt an der UNSAAC beeinflusste, ist aus den Quellen nicht ersichtlich. Jedenfalls entsteht nach der Auswertung der verfügbaren mündlichen und schriftlichen Quellen der Eindruck, dass die Umsetzung des *Primary Health Care*-Schwerpunkts an der medizinischen Fakultät der UNSAAC eher der pragmatischen, technischen Perspektive entsprach.

Die äußerst politisch geprägte Deklaration von Alma Ata, die Gesundheit als Menschenrecht und als Voraussetzung für Entwicklung anerkennt, sowie die sehr offenen Formulierungen des Konferenz-Berichts bieten ein theoretisches und normatives Gerüst. Konkrete Handlungsanweisungen lassen sich jedoch kaum ausmachen. Diese Offenheit bedingt die Notwendigkeit einer Klärung der konkreten Prioritäten, Strategien und Initiativen vor Ort und

⁴⁷⁵ GTZ (1988-1995), S. 1.

⁴⁷⁶ Interview mit Ramon Figuera, März 2015.

⁴⁷⁷ Wagner, Wolf (1993): Salud Urbana, in: SITUA 2, N° 2, S. 8–11, hier: S. 8.

unterhalb der verschiedenen Akteure. Das Beispiel der Kooperation zwischen UNSAAC und GTZ im Bereich der medizinischen Ausbildung zeigt, mit welchen Herausforderungen dies in der Praxis verbunden ist.

Auch Mahler – der den Zeitpunkt der Konferenz als verfrüht ansah⁴⁷⁸ – thematisiert diese Unklarheiten bezüglich des *Primary Health Care*-Konzepts und erläutert in diesem Zusammenhang, dass die Ausführungen von Alma Ata noch nicht vollständig seien und es sich vielmehr um übergeordnete Prinzipien handele.⁴⁷⁹ Aus dem von Cohen geprägten Begriff der *Systematic Indeterminacy* (systematische Unbestimmtheit) lässt sich jedoch ableiten, dass gerade diese Unklarheiten auch eine Stärke des *Primary Health Care*-Ansatzes aufzeigen, nämlich die Möglichkeit, sich flexibel an die jeweiligen spezifischen Umstände anzupassen, dadurch vorgefertigte Top-down-Konzepte zu verhindern und somit eine „Bewegung von unten“ überhaupt erst möglich zu machen.

An dem Projekt der UNSAAC wird jedoch deutlich, dass gerade diese „Bewegung von unten“ nicht stattgefunden hat. Das Ziel bei der Gründung der medizinischen Fakultät war, die Gesundheitsversorgung zu dezentralisieren, indem man Versorgungsstrukturen dort schaffen wollte, wo sie vorher unzureichend waren.⁴⁸⁰ Geschehen sollte dies, indem man Studierende befähigt und motiviert, sich in diesen unterversorgten, meist ländlichen Gebieten zu engagieren. Insofern spielte der Aspekt, „Gesundheit für alle“ zu erreichen und sie nicht als Privileg einzelner anzusehen, durchaus eine wichtige Rolle. Andere zentrale Elemente von *Primary Health Care* wurden in dem Projekt der UNSAAC jedoch nur am Rande berücksichtigt. Insbesondere ist hier auf die Nutzung lokaler Ressourcen und die Partizipation der Bevölkerung einzugehen. In der Deklaration von Alma Ata heißt es, dass sich die Menschen vor Ort an der „Planung und Umsetzung ihrer Gesundheitsversorgung“⁴⁸¹ beteiligen sollen und im Bericht zur Konferenz von Alma Ata wird hervorgehoben, dass die Gemeinden nicht verpflichtet sind, konventionelle, vorgegebene Regeln zu verfolgen, sondern eigene Lösungen finden können, die zu ihren jeweiligen Problemen passen.⁴⁸² Gerade durch diese Mitwirkung in der Planung könne das Ziel realisiert werden, eine Gesundheitsversorgung zu schaffen, die den Bedürfnissen und Wünschen der Bevölkerung entspreche. Die Partizipation wäre somit als die Bedingung eines wirklichen „*Bottom-up*“-Ansatzes anzusehen.

⁴⁷⁸ WHO (2015).

⁴⁷⁹ WHO (1988), S. 4.

⁴⁸⁰ Villar (1992), S. 3.

⁴⁸¹ WHO (1978).

⁴⁸² WHO (1978), S. 50.

Die Medizinstudierenden an der UNSAAC wurden zwar über die Strukturen der traditionellen Geburtshelferinnen (*parteras tradicionales*) oder der Dorfgesundheitsarbeiter (*promotores de salud*) unterrichtet⁴⁸³ und durch das Programm wurden einem GTZ-Bericht zufolge „Kontakte mit der Bevölkerung im Einzugsbereich der Lehrgesundheitszentren hergestellt und vertieft“.⁴⁸⁴ Für eine direkte Beteiligung der einheimischen Bevölkerung an der Planung und Gestaltung der Gesundheitsversorgung gibt es jedoch keinen Hinweis. Die ländliche Bevölkerung wird in den GTZ-Dokumenten vielmehr als „Nutznießer“⁴⁸⁵ des Projekts bezeichnet, was die passive Rolle, die ihr zugeteilt wurde, noch einmal verdeutlicht. Auch in der Literatur findet sich diese Diskrepanz zwischen den Forderungen von Alma Ata, die Bevölkerung aktiv mit einzubeziehen einerseits und ihrer weitgehend ausbleibenden praktischen Umsetzung andererseits.⁴⁸⁶ Volker Roelcke beschreibt dies als Spannung zwischen dem Anspruch, lokale Ressourcen einzusetzen und trotzdem „von außen definierte Ziele“ anzustreben sowie „Effizienzkriterien“ zu erfüllen.⁴⁸⁷ Es entstünde ein „Konfliktfeld zwischen den Vorgaben nationaler oder supranationaler Institutionen und den Bedürfnissen einzelner lokaler Gruppen.“⁴⁸⁸

Eine wirkliche Partizipation und Selbstbestimmung der Bevölkerung hätte jedoch zur Folge, dass die Kontrolle aus der Hand gegeben würde und eine exakte vorherige Planung nicht mehr möglich wäre. Welche Bedeutung jedoch gerade diese exakte Planbarkeit hat, zeigte das baldige Umschwenken von *Primary Health Care* auf *Selective Primary Health Care*. So kritisieren Walsh und Warren, zwei Vorreiter der *Selective Primary Health Care*-Strategie, dass zwar einige *Primary Health Care*-Projekte durchaus erfolgreich gewesen seien, die Kosten und Resultate jedoch stark variierten, sodass der Ansatz verfeinert werden müsse.⁴⁸⁹ Diesen gesellschaftlichen und stark von ökonomischen und administrativen Zielen definierten Ansprüchen folgend stellt sich allerdings die Frage, ob *Primary Health Care* überhaupt die Chance hat, seine „systematische Unbestimmtheit“ zu nutzen oder, wie Cueto es formuliert, zur sozialen Revolution zu werden.⁴⁹⁰ Das Beispiel der Medizinischen Fakultät der UNSAAC lässt eher darauf schließen, dass die praktische Umsetzung von *Primary Health Care* in seiner „mildesten Version“⁴⁹¹ erfolgte: Die Gesundheitsversorgung auf ländliche

⁴⁸³ Vgl. Saco (1992/1993), S. 15–17.

⁴⁸⁴ GTZ (1992b), S. 12.

⁴⁸⁵ GTZ (1993a).

⁴⁸⁶ Vgl. Knipper (2003), S.4–5.

⁴⁸⁷ Roelcke, Volker (1996): S. 588.

⁴⁸⁸ Roelcke (1996), S. 589.

⁴⁸⁹ Walsh, Warren (1980), S. 149.

⁴⁹⁰ Cueto (2004), S. 1871.

⁴⁹¹ Cueto (2004), S. 1871.

Gebiete zu erweitern und an die soziokulturellen Gegebenheiten der Region anzupassen (z. B. durch Sprachunterricht in Quechua für die Studierenden), aber mit einer Konzentration auf eine medizinisch, technisch und ökonomisch wenig anspruchsvolle „Basismedizin“.

4.2 Spannungsfelder und Widerstände

Die *Primary Health Care*-Strategie wurde Ende der 1970er und Anfang der 1980er Jahre zunächst sehr enthusiastisch vertreten und die Prinzipien galten Diesfeld zufolge als visionär.⁴⁹² Nichtsdestoweniger kam es nur ansatzweise und in einigen wenigen Ländern zu einer nachhaltigen Umsetzung und *Primary Health Care* wurde nach und nach durch vertikale Strategien ersetzt.⁴⁹³ Auch Angelika Schrettenbrunner, die als GTZ-Mitarbeiterin am Aufbau der Medizinischen Fakultät der UNSAAC beteiligt war, schreibt, dass es sich wesentlich schwieriger und zeitaufwendiger gestaltete, *Primary Health Care* in die Gesundheitsversorgung zu implementieren, als man in den 1970er und 1980er Jahren angenommen hatte.⁴⁹⁴ Doch was machte es so schwierig, *Primary Health Care* in die Praxis umzusetzen und warum setzte es sich nicht durch? Diesen Fragen widmet sich der folgende Abschnitt, in dem die verschiedenen Spannungsfelder und Widerstände gegen *Primary Health Care* – anhand der Auswertung der Quellen über das Projekt der UNSAAC sowie der Sekundärliteratur zu *Primary Health Care* – aufgezeigt und näher beleuchtet werden.

Barfußärzte

Wenn man die beteiligten Akteure zu den Schwierigkeiten während der Gründungszeit der Medizinischen Fakultät befragt, kommen die meisten von ihnen auf die Sorge von Dozenten, Studierenden und ihren Angehörigen zu sprechen, dass an der UNSAAC „Barfußärzte“ ausgebildet würden. Der Terminus „Barfußarzt“ wird in diesem Zusammenhang mit einer kürzeren Studiendauer sowie einer „unwissenschaftlichen“ Medizin in Verbindung gebracht und ist daher für die Akteure negativ besetzt. Das von der WHO sowie zeitgenössischen peruanischen Zeitschriften⁴⁹⁵ positiv dargestellte Konzept der „Barfußmedizin“ wurde also an der medizinischen Fakultät als ein drohender Prestigeverlust empfunden. Diese Befürch-

⁴⁹² Vgl. Diesfeld (2010), S. 10.

⁴⁹³ Vgl. Diesfeld (2010), S. 10.

⁴⁹⁴ Schrettenbrunner, Angelika (1996): Nuevos Desafíos en la Formación de Profesionales de Salud, in: SITUA 4, N° 8, S. 6–8, hier: S. 7.

⁴⁹⁵ Vgl. Kamt Fupuy, David (1984): Así trabajan los médicos descalzos, in: La República, Privatbestände Santiago Saco, SY 3.

tungen und der Spott anderer medizinischer Fakultäten, dass an der UNSAAC keine „richtigen Ärzte“ ausgebildet würden, führten laut Hermogenes Mormontoy zu einer Umstrukturierung des Curriculums⁴⁹⁶ und Tomas Gutierrez zufolge zu einer Abweichung von den Zielen der Gründungszeit.⁴⁹⁷ Das Konzept aus dem kommunistischen China, das über „Barfußärzte“ eine möglichst breite Ausbildung von Gesundheitsarbeitern anstrebte und als wichtige Inspiration für *Primary Health Care* gilt⁴⁹⁸, war also in der konkreten praktischen Umsetzung, trotz seines berichteten Erfolgs, ein hinderliches Beispiel. Denn von den angehenden Ärzten wurde es nicht als angemessen oder gar progressiv angesehen, sondern als degradierend. Auf mögliche Ursachen wird im folgenden Abschnitt sowie im nächsten Kapitel zur Rolle der Ärzte und der Lehre von *Primary Health Care* eingegangen.

„Ganzheitlichkeit“ versus (Natur-)Wissenschaftlichkeit

Einen weiteren Konfliktbereich, der zu Widerstand gegen *Primary Health Care* führte und eng mit der Sorge um die „Barfußärzte“ verknüpft war, stellt der vermeintliche Gegensatz von wissenschaftlich fundierter moderner Medizin und umfassenden intersektoralen, auf Prävention beruhenden Ansätzen dar. So problematisiert Cueto, dass die meisten lateinamerikanischen Ärzte zur Ober- oder oberen Mittelschicht gehörten und *Primary Health Care* als eine unwissenschaftliche, pragmatische Lösung ansahen.⁴⁹⁹ Auch bei der Untersuchung des Projektes an der UNSAAC fanden sich Hinweise darauf, dass der *Primary Health Care*-Schwerpunkt als konkurrierend zum klinisch-naturwissenschaftlichen Bereich angesehen wurde. Dies ist einerseits nachvollziehbar, da die Menge an Stoff, die im Studium bearbeitet werden kann, begrenzt ist, und somit die Relevanz der einzelnen Fächer abgewogen werden muss. Andererseits wird aus den Quellen zur Medizinischen Fakultät der UNSAAC auch deutlich, dass der Rechtfertigungsbedarf für die Fächer im Bereich der öffentlichen Gesundheitsversorgung wesentlich höher ist. So wurden in der bereits erwähnten Plenarsitzung von 1991 insbesondere Fächer wie medizinische Soziologie, Psychologie und Anthropologie kritisch diskutiert und ihr zeitlicher Umfang im Curriculum verkleinert⁵⁰⁰ – also gerade diejenigen Fächer, die einer materialistischen Reduktion auf die naturwissenschaftliche Organmedizin entgegenwirken könnten. Und auch aus dem Beschwerdebrief der Studierenden von 1985 geht hervor, dass eine Erweiterung der naturwissenschaftlichen Basisfächer wie Physik

⁴⁹⁶ Interview mit Hermogenes Mormontoy, März 2015.

⁴⁹⁷ Interview mit Tomas Gutierrez, März 2015.

⁴⁹⁸ Vgl. Cueto (2004), S. 1865.

⁴⁹⁹ Cueto (2004), S. 1871.

⁵⁰⁰ Vgl. vorliegende Arbeit, S. 36–37.

und Chemie sowie klinischer Fächer wie Chirurgie, Pathologie und Genetik gefordert wurde und dies zu Lasten des – als nicht so relevant empfundenen – *Primary Health Care*-Bereichs erfolgen sollte.⁵⁰¹ In diesem Zusammenhang erläutert Volker Roelcke in einem Aufsatz zum Wissenschaftsverständnis, zur Anthropologie und zur Wertsetzung in der modernen Heilkunde, dass – trotz der Vielfältigkeit der verschiedenen Bereiche der Heilkunde und der damit einhergehenden Vielfalt der zugrunde liegenden Menschenbilder – die „aktuellen Biowissenschaften einen kaum oder gar nicht umgeharen Maßstab“⁵⁰² bilden. Dies bezeichnet Roelcke als „naturwissenschaftliche[s] Selbstmißverständnis“ der Medizin, das er in der fehlenden Berücksichtigung des „normative[n] Charakter[s] des Krankheitsbegriffs“⁵⁰³ begründet sieht.

Primary Health Care als „Billigmedizin“

Ist *Primary Health Care* eine kostengünstige Alternativversorgung für ärmere Menschen, bzw. wurde es als solche gesehen und umgesetzt? Diese Fragen werden in der Sekundärliteratur zu *Primary Health Care* immer wieder diskutiert.

An der UNSAAC war die Motivation zur Gründung der an *Primary Health Care* orientierten Fakultät durchaus auch ökonomisch motiviert. Ein Curriculum, dessen Schwerpunkt auf den einzelnen spezialisierten klinischen Fachbereichen, einschließlich der dazugehörigen naturwissenschaftlich-technischen Methodik liegt, hätte einer wesentlich teureren Ausstattung bedurft als Quechuakurse, Landpraktika und ein gesellschaftstheoretischer Fokus der einzelnen Fächer.

Aufgrund des präventiven Schwerpunkts und des weitgehenden Verzichts auf apparative Medizin mit teuren Technologien wurde *Primary Health Care* häufig als kostengünstiger im Vergleich zu anderen Konzepten angesehen. Die Bezeichnung *Primary* wird in diesem Zusammenhang immer wieder thematisiert, da sie dazu verleite, mit *primitiv* verwechselt zu werden und *Primary Health Care* somit zu einer Medizin dritter Klasse zu degradieren, die parallel zur „normalen“ Versorgung angeboten würde.⁵⁰⁴ Welche Probleme unzureichende finanzielle Mittel bei der Umsetzung von *Primary Health Care* jedoch verursachen können,

⁵⁰¹ Vgl. vorliegende Arbeit, S. 37–38.

⁵⁰² Roelcke, Volker (2003): Medizin – Eine Kulturwissenschaft? Wissenschaftsverständnis, Anthropologie und Wertsetzung in der modernen Heilkunde, in: Klaus E. Müller (Hg.): Phänomen Kultur. Perspektiven und Aufgaben der Kulturwissenschaften, Bielefeld, S. 107–130, hier: S. 120.

⁵⁰³ Roelcke (2003), S. 127.

⁵⁰⁴ Tejada, David (2013): Lo que es la atención primaria de salud: algunas consideraciones a casi treinta y cinco años de Alma Ata, in: Rev Peru Med Exp Salud Publica 30, 2, S. 283–287, hier: S. 284. Siehe auch Cueto (2004), S. 1871; Fleßa, Steffen (2010): „Primary Health Care“ und Effizienz der Gesundheitsversorgung, in: Prävention und Gesundheitsförderung 5, S. 12–17, hier: S. 16.

wird am Beispiel der UNSAAC deutlich: So berichtet Giovanni Escalante, ein Absolvent des ersten Jahrgangs der medizinischen Fakultät der UNSAAC, in einer Studie zur Qualität der Versorgung des Gesundheitszentrums in Paucartambo, dass aufgrund der geringen finanziellen Mittel ein Mangel an medizinischem Personal und eine inadäquate technische Ausstattung bestanden habe, was zur Unzufriedenheit der Patienten geführt habe.⁵⁰⁵

Auch in den Praktikumsberichten der Studierenden zeigt sich, dass in den Gesundheitszentren diagnostische Maßnahmen aufgrund der mangelhaften Ausstattung nur begrenzt möglich waren und kurative Interventionen teilweise gar nicht durchgeführt wurden. Die Studierenden konnten also vor Ort Prävention betreiben und einige Krankheiten diagnostizieren, im Anschluss allerdings aufgrund der fehlenden Behandlungsmöglichkeiten nicht weiterhelfen.⁵⁰⁶ Dieser Aspekt scheint eine wichtige Rolle für die Abwendung von der *Primary Health Care*-Strategie gespielt zu haben. So schreibt Stingel 1989 in einem Artikel im *Deutschen Ärzteblatt*, dass die anfängliche Begeisterung für *Primary Health Care* häufig abklinge, „wenn neben der präventiven Komponente keine oder nur unbefriedigende Kuration ermöglicht wird.“⁵⁰⁷ Steffen Fleßa, Professor für Allgemeine Betriebswirtschaftslehre und Gesundheitsmanagement an der Universität Greifswald, betont diesbezüglich, dass „Prävention regelmäßig kosten-wirksamer ist als Kuration“⁵⁰⁸ und ein „effizientes Gesundheitssystem [...] zu einem Konzept, das PHC sehr ähnlich ist“⁵⁰⁹, führe. Und auch Barbara Starfield äußert sich wie folgt: „*Primary health care-oriented health systems have been shown to be generally more effective in achieving better health (...) at lower costs than is the case for systems more oriented to disease management and specialty care.*“⁵¹⁰ Es ist also durchaus plausibel, anzunehmen, dass *Primary Health Care* eine auch in ökonomischer Hinsicht sinnvolle Strategie sein kann. Das Beispiel der UNSAAC zeigt aber deutlich, dass diese gleichwohl nicht zum „Nulltarif“ implementiert werden kann. Ohne einen funktionierenden und zuverlässig gut ausgestatteten kurativen Bereich besteht die Gefahr, dass PHC zu einer „Billiglösung für arme Länder“⁵¹¹ wird, die weder den Bedürfnissen und Erwartungen der Bevölkerung noch der Ärztinnen und Ärzte gerecht wird.

⁵⁰⁵ Escalante, Giovanni, Carlos Guarnizo (1993): Evaluacion de Servicios de Salud en Base a Indicadores. Estudio en el Centro de Salud de Paucartambo 1990, in: SITUA 2, N° 2, S. 33–36.

⁵⁰⁶ Vgl. vorliegende Arbeit, S. 35.

⁵⁰⁷ Stingel, Peter (1989): Alma-Ata – Zehn Jahre danach, in: Deutsches Ärzteblatt 86,13, S. 857–858.

⁵⁰⁸ Fleßa (2010), S. 12.

⁵⁰⁹ Fleßa (2010), S. 13.

⁵¹⁰ Starfield, Barbara (2011): Politics, Primary Health Care and Health: Was Virchow Right?, in: Journal of Epidemiology & Community Health 65, N° 8, S. 653–655, hier: S. 653.

⁵¹¹ Diesfeld (2010), S. 11.

Bottom-up versus nationale Vernetzung

Die im vorangegangenen Abschnitt angeführte „Lücke“ zwischen Prävention und Kuration im Konzept von *Primary Health Care* verweist auf Schwierigkeiten bei der Verbindung zwischen regional entstandenen Versorgungsstrukturen und höher gelegenen institutionellen Ebenen. In der Deklaration von Alma Ata wird *Primary Health Care* als das „erste Element eines kontinuierlichen Prozesses der Gesundheitsversorgung“⁵¹² beschrieben. Dabei soll die Versorgung „so nahe wie möglich an Wohnort und Arbeitsplatz der Menschen gerückt“ werden und über ein funktionierendes Überweisungssystem in die übrigen Strukturen der Gesundheitsversorgung integriert werden.⁵¹³ Im Verlauf des Projekts der UNSAAC zeigte sich jedoch, dass die Versorgung teilweise nicht über die erste Ebene in den Gesundheitszentren hinausging und den Patienten aufgrund ökonomischer oder infrastruktureller Schwierigkeiten keine weitere spezifischere Behandlung angeboten werden konnte.⁵¹⁴ Die WHO ginge Norbert Jachertz zufolge dabei „wie selbstverständlich davon aus, dass das Gesundheitswesen von der Basis bis zur Spitze staatlich organisiert ist“⁵¹⁵. Hier wird das Problem deutlich, einen Übergang vom „*Bottom-up*-Konzept“ – bei dem sich die Gesundheitsversorgung in den jeweiligen Gemeinden „von unten“ entwickeln soll – zu einer nationalen Gesundheitsversorgung zu finden, die über gut funktionierende Überweisungssysteme die einzelnen Ebenen der Gesundheitsversorgung miteinander verbindet. Der hieraus resultierende Konflikt besteht in der Frage, bis zu welchem Punkt die einzelnen Gemeinden zuständig sind und ab wann die Planung national koordiniert und somit *top-down* geregelt werden muss, damit *Primary Health Care* nicht zu einer „primitiven Parallelversorgung“ wird.

Paternalismus und Partizipation

Ein zentrales Element der *Primary Health Care*-Strategie ist die aktive Partizipation der Bevölkerung. In der Deklaration von Alma Ata wird betont, dass es das Recht, aber auch die Pflicht jedes Einzelnen sei, sich „an der Planung und Umsetzung ihrer Gesundheitsversorgung zu beteiligen.“⁵¹⁶ Darüber hinaus erfordere *Primary Health Care* „bei Individuum und Gesellschaft ein Höchstmaß an Eigenverantwortung“⁵¹⁷, womit beispielsweise ein gesunder Lebensstil und die Durchführung von Impfungen gemeint sind.

⁵¹² WHO (1978).

⁵¹³ WHO (1978).

⁵¹⁴ Vgl. vorliegende Arbeit, S. 35

⁵¹⁵ Jachertz (1982), S. 76.

⁵¹⁶ WHO (1978).

⁵¹⁷ WHO (1978).

Santiago Saco beschreibt die Partizipation im Rahmen des UNSAAC-Projekts als eine „technische Notwendigkeit“, um eine umfassende Gesundheitsversorgung zu erreichen,⁵¹⁸ und zudem als eine Möglichkeit, ein paternalistisches Vorgehen zu verhindern.⁵¹⁹ Auch in der Sekundärliteratur findet sich diese Auffassung. Fleßa etwa betont, dass „Partizipation kein Sozialromantizismus, sondern eine ökonomische Notwendigkeit“⁵²⁰ sei.

Wenn Partizipation jedoch als eine „ökonomische Notwendigkeit“ gesehen wird, stellt sich die Frage, ob eine adäquate Behandlung auch möglich ist, wenn man nicht partizipieren will. Hier entsteht ein Spannungsfeld zwischen der Forderung, die Bevölkerung einzubeziehen – gerade um Paternalismus zu verhindern und die Gesundheitsversorgung nicht von außen aufzuoktrozieren –, und der Gefahr eines Rückfalls in Paternalismus und Zwang durch die *Pflicht* zur Partizipation. So erläutert Büschel, dass *Primary Health Care* immer wieder Menschen verlange, „die sich da beteiligen müssen“⁵²¹. Diese Pflicht scheint aber, insbesondere für Menschen, die weder zeitliche noch finanzielle Ressourcen für gemeinnützige Arbeit erübrigen können – und die zumeist einer verbesserten Gesundheitsversorgung am dringendsten bedürften – nicht umsetzbar.⁵²² Aufgrund dieser Bedenken, dass also Programme zur Verbesserung der öffentlichen Gesundheitsversorgung individuelle Einschränkungen zur Folge haben können und man gerade aufgrund der „überindividuellen Perspektive“⁵²³ die Folgen für das Individuum aus den Augen verlieren kann, heben Marckmann und Rothemberg die Notwendigkeit einer sorgfältigen Bewertung von Public-Health-Maßnahmen hervor.⁵²⁴

4.3 Primary Health Care in der medizinischen Lehre und die Rolle der Ärzte

Schon kurz nach der Konferenz in Alma Ata konzentrierte sich die peruanische Regierung im Rahmen der Gesundheitsversorgung auf *Primary Health Care*-Projekte. Insbesondere

⁵¹⁸ Saco (1994/1995), S. 16.

⁵¹⁹ Saco, Santiago (1993): III Reunion de la Evaluacion de las Practicas Rurales de Medicina Comunitaria en la Evaluacion de los Pasantes VII Promocion, in: SITUA 2, N° 2, S. 26–27, hier: S. 26.

⁵²⁰ Fleßa (2010), S. 14.

⁵²¹ Büschel, Hubertus (2011) zitiert nach Bruchhausen, Walter, Helmut Görgen, Oliver Razum (Hg.): Entwicklungsziel Gesundheit. Zeitzeugen der Entwicklungszusammenarbeit blicken zurück. Frankfurt am Main, S. 37.

⁵²² Vgl. hierzu auch: Büschel, Hubertus (2009): Eine Brücke am Mount Meru. Zur Globalgeschichte von Hilfe zur Selbsthilfe und Gewalt in Tansania, in: ders., Daniel Speich (Hg.): Entwicklungswelten. Globalgeschichte der Entwicklungszusammenarbeit, Frankfurt/M., S.175–206.

⁵²³ Marckmann, Rothemberger (2012), S. 510.

⁵²⁴ Marckmann, Rothemberger (2012), S. 510–513. Eine genauere Untersuchung dieses Spannungsfeldes anhand der Geschichte der UNSAAC ist aufgrund der geringen Umsetzung und Überlieferung partizipativer Elemente des Projektes nicht möglich.

wurde in diesem Kontext der Mangel an medizinischem Fachpersonal thematisiert.⁵²⁵ Viele *Primary Health Care*-Projekte befassten sich mit der Ausbildung von Dorfgesundheitsarbeitern, die Aufgaben der Prävention und die Behandlung häufiger Erkrankungen übernehmen sollten. Welche Rolle der ärztlichen Ausbildung in diesem Rahmen zugedacht wurde, war häufig unklar. Mahler äußerte sich diesbezüglich provokativ: „*I think the first step is to close the medical schools for two years. Then we can discuss what the medical schools were supposed to do, because they really constitute the main focus of resistance to change.*“⁵²⁶ Auch aus anderen Quellen wird seine Position von vielen als „*radical, anti-medical*“⁵²⁷ bezeichnet. Das ärztliche Selbstbild beschreibt Mahler als „*pompous grandeur*“ – also als hochtrabende oder wichtigtuerische Erhabenheit – und sieht darin eine wichtige Ursache für die negative Einstellung von Ärzten gegenüber *Primary Health Care*.⁵²⁸ Diese sollten nämlich, so Mahler, in dem neuen Gesundheitssystem nicht mehr als ein Teil des Teams sein.⁵²⁹ Volker Roelcke betont in diesem Zusammenhang, dass es „in den meisten Gesellschaften [...] ganz unterschiedliche Spezialisten für verschiedene Formen von ‘medizinischen’ Herausforderungen, wie etwa ‘Hebammen’, Knochensetzer, Kräuterspezialisten, Schamanen und Exorzisten, nicht aber einen einheitlichen Berufsstand von Ärzten“⁵³⁰ gibt. Diesfeld verknüpft die Bedeutung der Ärzte in Bezug auf *Primary Health Care* mit der für ihn zentralen Frage nach „der Rolle der Medizin. [...] Weder die Medizin als System noch der Arzt (‘pars pro toto’ für alle Gesundheitsberufe) sind die einzigen oder gar entscheidenden Garanten für Gesundheit, wenn dies auch oft, v.a. von Standesvertretern so dargestellt wird.“⁵³¹ Demnach ist die „Rolle der Medizin“ und auch die Profession „Arzt“ nicht so selbstverständlich wie gemeinhin angenommen und insofern wird der Widerstand der Ärzteschaft gegenüber einem Ansatz, der die Bedeutung von „einfachen“ intersektoralen und präventiven Maßnahmen sowie Dorfgesundheitsarbeitern betont, verstehbar.

In diesem Zusammenhang stellt sich die Frage, welche Rolle den Universitäten und ihren medizinischen Fakultäten zukommt – vorausgesetzt man entscheidet sich gegen Mahlers provokativen Vorschlag, alle medizinischen Ausbildungsstätten für zwei Jahre zu schließen. Carlyle Guerra de Macêdo, Direktor der PAHO von 1983 bis 1995, sieht die Universitäten

⁵²⁵ Vgl. vorliegende Arbeit, S. 16.

⁵²⁶ Litsios (2002), S. 717.

⁵²⁷ Litsios (2002), S. 717.

⁵²⁸ Cueto (2004), S. 1872.

⁵²⁹ Vgl. Mahler (1996/1997), S. 36.

⁵³⁰ Roelcke (2003), S. 110.

⁵³¹ Diesfeld, Hans Jochen (2001): Sozioökonomische, politische und kulturelle Rahmenbedingungen von Gesundheit und Krankheit, in: ders. et al (Hg.): Gesundheitsversorgung in Entwicklungsländern, Berlin, Heidelberg, S. 1–33, hier: S. 1.

als das „wichtigste Instrument“, die notwendigen Veränderungen herbeizuführen, um Gesundheit für alle zu erreichen.⁵³² Auch Mahler betont die entscheidende Rolle der medizinischen Ausbildung für den Erfolg von *Primary Health Care*: „*I am convinced that if we do not understand how to go about the continuous training and upgrading of all levels of health manpower and how they relate to the larger concept [...] today's doctrines in primary health care [...] will be our doubts tomorrow.*“⁵³³ Gleichzeitig kritisiert er jedoch auch die hohen Ausgaben für Lehrkrankenhäuser im Vergleich zu den Gesundheitsinvestitionen in unterversorgten abgelegenen Gebieten.⁵³⁴ Die medizinische Arbeit dieser Lehrkrankenhäuser beschränke sich einer in Kolumbien durchgeführten Studie von 1982 zufolge auf die Krankenhausversorgung, wobei die Minderheit der Erkrankten jemals ein Krankenhaus aufsuche.⁵³⁵ Laut Mahler sei der geeignete Weg, diese Missstände zu beheben, jedoch nicht die unmittelbare Änderung der medizinischen Ausbildung. Vielmehr müsse zunächst das Gesundheitssystem erneuert werden und erst im Anschluss könne die Anpassung der ärztlichen Ausbildung an das jeweilige bereits bestehende System erfolgen.⁵³⁶ Diese Aussage Mahlers verdeutlicht die zweitrangige Position, die der Ausbildung von Medizinern zugedacht wurde. In diesem Zusammenhang ist das Projekt der UNSAAC interessant, dessen zentrales Ziel eine veränderte, an den Prinzipien von *Primary Health Care* orientierte Ausbildung und eine daraus resultierende Verbesserung der Versorgungsstrukturen ist. Dieser Ansatz löste jedoch Widerstände aus, die dem oben angeführten Selbstverständnis der Ärzteschaft entsprachen: Es bestand die Sorge, dass „Barfußärzte“ ausgebildet würden, denen es an wissenschaftlicher Expertise fehle und deren einzige Aufgabe es sei, eine basale medizinische Versorgung für die Ärmsten anzubieten. Auch die von Angelika Schrettenbrunner beschriebene größere Motivation der Fakultät für Pflegeausbildung im Vergleich zum eher geringen Engagement der Mediziner kann als Ausdruck des ärztlichen Widerstandes gegen *Primary Health Care* verstanden werden.⁵³⁷ Zudem wird bei der Betrachtung der Geschichte der medizinischen Fakultät deutlich, dass Widerstände insbesondere während der Gründungszeit auftraten und häufig von traditionell, meist in Lima ausgebildeten Dozenten ausgeübt wurden.⁵³⁸ Dies könnte ein Hinweis darauf sein, dass die Bedeutung der ärztlichen Ausbildung

⁵³² Macêdo, Carlyle Guerra de (1985): La Universidad y Salud para Todos en el año 2000, in: Boletín de la Sanitaria Panamericana 99, 3, S. 209–216, hier: S. 209.

⁵³³ WHO (1983), S. 8.

⁵³⁴ Litsios (2002), S. 717.

⁵³⁵ Guerrero, Rodrigo (1982): Medical Schools, Hospitals, and Health Departments in Colombia, in: Mack Lipkin, William Lybrand (Hg.): Population-Based Medicine, New York, S. 118–124.

⁵³⁶ Vgl. Mahler (1996/1997), S. 36.

⁵³⁷ Interview mit Angelika Schrettenbrunner, August 2010.

⁵³⁸ Interview mit Tomás Gutierrez, März 2015.

und damit die Bedeutung der Sozialisation in den „ärztlichen Stand“ für das *Primary Health Care*-Konzept unterschätzt wurden und sich Ärzte, die in einem wissenschaftlichen „Elfenbeinturm“⁵³⁹ ausgebildet werden, nicht ohne weiteres in ein auf *Primary Health Care* beruhendes System einfügen lassen. Vielmehr wäre es ein wichtiger Schritt zunächst, „anders denkende“ Mediziner auszubilden, um so umfassende Veränderungen überhaupt erst möglich zu machen. So könnte das Projekt der UNSAAC ein durchaus interessanter Ansatz sein, den Widerstand, der aus der Befürchtung heraus entsteht, dass *Primary Health Care* eine „radikale Attacke auf das medizinische Establishment“⁵⁴⁰ ist, in eine fruchtbare Auseinandersetzung mit dem ärztlichen Rollenbild bereits während der Ausbildung umzuwandeln.

⁵³⁹ Vgl. Mahler (1996/1997), S. 35.

⁵⁴⁰ Chan (2008), S.865–866.

5. Fazit

Das Ziel der vorliegenden Studie war es zum einen, die Bedingungen und Möglichkeiten der praktischen Umsetzung von *Primary Health Care* zu untersuchen und zum anderen, die Bedeutung der medizinischen Lehre für *Primary Health Care* zu erörtern. Zu diesem Zweck wurde eine historische Rekonstruktion des Gründungsprozesses der medizinischen Fakultät der UNSAAC durchgeführt und vor dem Hintergrund zeitgenössischer und aktueller Debatten zu *Primary Health Care* analysiert. Diese Analyse geschah der Annahme folgend, dass gerade durch die genaue Betrachtung der konkreten Umsetzung von *Primary Health Care* Brüche und Hindernisse zu erkennen sind, die eine umfassende Umsetzung der teils euphorisch vertretenen und teils als utopisch abgelehnten *Primary Health Care*-Theorie in die Praxis verhinderten.

Hinsichtlich der Bedingungen und Möglichkeiten der praktischen Umsetzung ergaben sich zwei relevante Punkte, auf die im Diskussionsteil näher eingegangen wurde: Zum einen wurde deutlich, dass bei der praktischen Umsetzung an der UNSAAC Unsicherheiten bezüglich der Bedeutung von *Primary Health Care* bestanden. Dabei zeigte sich eine Diskrepanz zwischen dem Verständnis von *Primary Health Care* in der Theorie und der Umsetzung in die Praxis. So wurde insbesondere aus den Projektbeschreibungen und Fortschrittsberichten der GTZ ersichtlich, dass die sehr tiefgreifende und politisch ambitionierte, jedoch wenig konkrete Deklaration von Alma Ata in der Praxis auf die Bereiche reduziert wurde, die sich in eine pragmatisch-technisch orientierte Planung integrieren ließen. Zwar war die Unbestimmtheit hinsichtlich der konkreten Umsetzung von *Primary Health Care*, Cohen und seinem Begriff der *Systematic Indeterminacy* folgend, durchaus erwünscht, da auf diese Weise eine individuelle Anpassung an die jeweiligen lokalen Gegebenheiten, Vorstellungen und Bedürfnisse erfolgen konnte. Jedoch führte sie an der Medizinischen Fakultät der UNSAAC zu einer gegenteiligen Entwicklung: Es wurden insbesondere die Aspekte der *Primary Health Care*-Theorie verwirklicht, die mit einer guten Planbarkeit und von außen definierten Zielkriterien vereinbar waren, also eher vertikal waren und der *Top-Down*-Perspektive entsprachen. Diejenigen Bereiche, die eine wirkliche *Bottom-up*-Bewegung bedeutet hätten, wie die Partizipation und die Mitbestimmung der lokalen Bevölkerung, traten jedoch in den Hintergrund.

Zum anderen wurden die Spannungsfelder und Widerstände deutlich, die eine erfolgreiche Umsetzung des Projekts an der UNSAAC erschwerten. Hierbei ließen sich fünf Kategorien herausarbeiten: Erstens wurde ersichtlich, dass Widerstand gegen die Implementierung einer

an *Primary Health Care* orientierten Fakultät u.a. deshalb geleistet wurde, weil die Sorge bestand, dass sogenannte Barfußärzte ausgebildet würden. Das gemeindeorientierte Konzept der Barfußmedizin aus dem kommunistischen China wurde zwar von der WHO als Vorbild für die *Primary Health Care*-Strategie angesehen, an der UNSAAC galt es jedoch als abschreckendes Beispiel, dass für eine primitive, unwissenschaftliche Medizin stand. Zweitens zeigte sich, dass die Forderung von Alma Ata, Gesundheit und Krankheit im Kontext sozialer, kultureller und ökonomischer Umstände zu betrachten, in der Praxis an der UNSAAC nicht nur als konkurrierend, sondern zum Teil auch als untergeordnet im Vergleich zum naturwissenschaftlichen Medizinverständnis angesehen wurde. Demnach war das naturwissenschaftliche Selbstverständnis der Medizin ein großes Hindernis bei der Implementierung von *Primary Health Care*. Drittens konnte herausgearbeitet werden, dass die aus der Sekundärliteratur bekannte Kritik, *Primary Health Care* sei eine Billiglösung für arme Menschen, auch in der praktischen Umsetzung an der UNSAAC eine Rolle spielte. Zum einen zeigte sich, dass ökonomische Faktoren durchaus zur Motivation des an *Primary Health Care* orientierten Curriculums beitrugen, denn auf diese Weise konnten Kosten umgangen werden, die für eine naturwissenschaftlich-technische Ausstattung nötig gewesen wären. Zum anderen wurden Schwierigkeiten deutlich, die durch unzureichende finanzielle Ressourcen ausgelöst wurden: Die kurative Medizin wurde vernachlässigt und dies führte zur Frustration bei Patienten und Behandelnden. Mit Bezug auf die Sekundärliteratur konnte daraus geschlossen werden, dass *Primary Health Care* zwar eine ökonomisch sinnvolle Strategie ist, jedoch ohne eine adäquate Finanzierung nicht funktionieren kann. Viertens wurde an dem Projekt der UNSAAC deutlich, dass bei der Umsetzung von *Primary Health Care* Schwierigkeiten durch die Forderung, die Gesundheitsversorgung möglichst dezentral in den Gemeinden zu entwickeln einerseits, und der Gewährleistung der nationalen Koordination der Versorgungsstrukturen andererseits entstanden. Dies birgt die Gefahr, dass *Primary Health Care* als primitive Parallelversorgung in abgelegenen Gebieten verwirklicht wird, ohne dass eine funktionierende Verbindung zu höheren Versorgungsebenen besteht. Der fünfte Punkt befasst sich mit dem Spannungsfeld von Partizipation und Paternalismus: Die Partizipation gehört zu den zentralen Prinzipien von *Primary Health Care* und soll dazu dienen, ein paternalistisches Oktroyieren der Gesundheitsversorgung zu verhindern. Wenn Partizipation jedoch als notwendige Bedingung gesehen wird, kann sie in Zwang umschlagen und somit wiederum Paternalismus hervorrufen. Demnach ist die Partizipation zur Stärkung der Selbstbestimmung der Gemeinden nur dann sinnvoll, wenn sie freiwillig ist.

Was die Bedeutung der medizinischen Ausbildung für *Primary Health Care* betrifft, konnte gezeigt werden, dass ein Ansatz, der intersektorale und präventive Maßnahmen sowie den Einsatz von Dorfgesundheitsarbeitern betont, gerade von Ärzten sehr kritisch und teilweise als Angriff auf den ärztlichen Berufsstand gesehen wird. Aus den Untersuchungen des Projekts der UNSSAC wird deutlich, dass der Widerstand insbesondere zur Gründungszeit und von traditionell ausgebildeten Dozenten geleistet wurde, jedoch das an *Primary Health Care* orientierte Curriculum, nach Überwindung der Anfangsschwierigkeiten, bis heute besteht. Dies könnte ein Hinweis darauf sein, dass die Implementierung von *Primary Health Care*-Inhalten an medizinischen Fakultäten ein fruchtbarer Ansatz ist. Denn durch solche Projekte kann eine Veränderung im ärztlichen Selbstbild und damit zusammenhängend auch eine Veränderung des Selbstverständnisses der Medizin erzielt werden. Dies könnte eine bisher unterschätzte Schlüsselfunktion für eine funktionierende Umsetzung von *Primary Health Care* darstellen.

Abschließend ist zu sagen, dass aufgrund der Quellenlage und der Spezifität des Projektes Einschränkungen bezüglich der Aussagekraft der Ergebnisse bestehen und Verallgemeinerungen nur bedingt möglich sind. Dennoch konnte zum einen die Bedeutung des ärztlichen Selbstverständnisses und damit die Bedeutung der medizinischen Ausbildung hinsichtlich einer Öffnung der Gesundheitsversorgung für gesellschaftliche Aspekte herausgestellt werden; dies gilt sicherlich nicht nur für Peru. Zum anderen ermöglicht die vorliegende Studie wichtige Einblicke in die konkrete Umsetzbarkeit eines vielversprechenden, jedoch äußerst umstrittenen Ansatzes, der kein geringeres Ziel hat, als Gesundheit für alle Menschen weltweit zu schaffen.

6. Zusammenfassung

Im Jahre 1978 verabschiedeten die Delegierten einer von der WHO (Weltgesundheitsorganisation) und UNICEF (UN-Kinderhilfswerk) veranstalteten Weltkonferenz zur Primären Gesundheitsfürsorge (im Original: *Primary Health Care*, abgekürzt: PHC) in Alma Ata (ehem. Sowjetrepublik Kasachstan) die so genannte „*Primary Health Care*“-Strategie zur nachhaltigen Verbesserung der gesundheitlichen Situation der Weltbevölkerung. Bis heute gilt die „Alma-Ata-Deklaration“ als Meilenstein in der Geschichte der globalen Gesundheitspolitik, obgleich sowohl die praktische Umsetzung in vielen Ländern der Erde als auch das 1978 ausgegebene Ziel „Gesundheit für Alle bis zum Jahre 2000“ rückblickend als weitgehend gescheitert gelten.

Gegenstand der vorliegenden Arbeit ist ein Teilaspekt der PHC-Strategie, dem bisher in der historischen Forschung wenig Beachtung geschenkt wurde: Der Einfluss der Prinzipien von Alma Ata auf die ärztliche Ausbildung, am Beispiel der 1980 – ausdrücklich unter Bezug auf PHC – gegründeten Medizinischen Fakultät der *Universidad San Antonio Abad* (UNSAAC) in Cusco, im Andenhochland von Peru. Die Gründung der Medizinischen Fakultät an der UNSAAC ist ferner deshalb interessant, weil sie von 1986 bis 1996 als Entwicklungsprojekt der Deutschen Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (GTZ) umfangreiche Unterstützung durch die Bundesrepublik Deutschland erfuhr.

Die Dissertation basiert auf mehreren Forschungsaufenthalten in Cusco und Lima, auf Archivrecherchen in Peru und Deutschland, sowie auf Interviews mit Zeitzeugen und beteiligten Akteuren (*oral history*) sowohl an der UNSAAC in Peru als auch in der GTZ.

Daraus ergaben sich neben der detaillierten historischen Rekonstruktion der Gründungsphase der Medizinischen Fakultät der UNSAAC drei Themenschwerpunkte, welche die Herausforderung, die mit der Umsetzung der Prinzipien und Ziele von PHC in die medizinische Praxis verbunden waren, deutlich aufzeigen. Die Vorschläge, Vorhaben, Diskussionen, Initiativen und Konflikte im Hinblick auf die Neuausrichtung der ärztlichen Ausbildung an der UNSAAC illustrieren dabei in besonderer Weise die von Befürwortern und Skeptikern von PHC vertretenen Vorstellungen und Argumente sowie die in der 1978 von WHO und UNICEF verabschiedeten Konzeption.

Erstens stellte sich heraus, dass das, was unter PHC verstanden wurde, keineswegs einheitlich war. Bis heute ist es umstritten, ob diese Offenheit im Sinne des Konzepts der „systematischen Unbestimmtheit“ in der Alma-Ata-Deklaration durchaus vorgesehen war, um eine

Anpassung an lokale Gegebenheiten zu gewährleisten, oder ob dies als ein Versäumnis hinsichtlich der für die praktische Umsetzung von vielen erwarteten Klarheit zu bewerten ist. Mit Blick auf das Projekt der UNSAAC wurde ersichtlich, dass die Offenheit des Konzepts eher zu einer Reduktion der Inhalte auf pragmatisch technische Aspekte führte, anstatt zu einer Öffnung und Flexibilität gegenüber den lokalen Gegebenheiten.

Zweitens resultierten aus dem Bestreben der Ausrichtung der ärztlichen Ausbildung auf PHC weitreichende Spannungen und Widerstände, die in der vorliegenden Arbeit in fünf Kategorien zusammengefasst werden: 1.) Die Sorge der Studierenden, zu sogenannten „Barfußärzten“ ausgebildet zu werden. 2.) Der vermeintliche Widerspruch einer „ganzheitlichen“ im Gegensatz zu einer naturwissenschaftlich ausgerichteten Medizin. 3.) Die Sorge, eine kostengünstige Medizin niedriger Qualität zu schaffen. 4.) Die Schwierigkeiten in der Vermittlung zwischen den lokalen Gesundheitseinrichtungen und spezialisierten Zentren und schließlich 5.) Das Spannungsfeld zwischen angestrebter Partizipation einerseits und Paternalismus andererseits.

Im dritten Themenschwerpunkt wird noch einmal explizit auf den Widerstand der Ärzteschaft gegen das PHC-Konzept eingegangen. In diesem Zusammenhang wird deutlich, dass die Integration der PHC-Perspektive bereits im Studium von entscheidender Bedeutung ist, da auf diese Weise das Selbstverständnis der Ärzte verändert werden kann.

Summary

In 1978, delegates at the World Conference on Primary Health Care (PHC) organized by WHO (World Health Organization) and UNICEF (United Nations Children's Fund) in Alma Ata (former Soviet Republic of Kazakhstan) adopted the so-called PHC-Strategy for the sustainable improvement of the health situation of the world population. To this day, the Alma Ata Declaration is considered a milestone in the history of global health policy, even though both the practical implementation in many countries of the world and the goal of "Health for All by the Year 2000" issued in 1978 have to be considered as largely unfulfilled.

The subject of the present study is a particular aspect of the PHC-Strategy that has received little attention by historical research so far: The impact of the principles of the Alma-Ata-Declaration on medical training, using the example of the Medical Faculty of the Universidad San Antonio Abad in Cusco (UNSAAC), in the Andean highlands of Peru, which was founded in 1980 - explicitly with reference to PHC . The foundation of the medical faculty at UNSAAC is moreover interesting because it received extensive technical support from the Federal Republic of Germany through a project of development cooperation from 1986-1996 by the German Agency for Technical Cooperation (GTZ).

The dissertation is based on several research stays in Cusco and Lima, on archival research in Peru and Germany, as well as on interviews with contemporary witnesses and actors involved (oral history) both at the UNSAAC in Peru and at GTZ.

In addition to the detailed historical reconstruction of the founding phase of the medical faculty at UNSAAC, the analysis lead to three main topics that highlight the challenges related to the implementation of the principles and aims of PHC in medical practice. The proposals, discussions, initiatives and conflicts with regard to the reorientation of the medical training at UNSAAC illustrate in a specific way the ideas and arguments of both advocates and sceptics of PHC as well as the concepts adopted by WHO and UNICEF in 1978.

First, it turned out that what was understood by PHC was by no means uniform. To this day, it is still disputed whether this openness in the sense of the concept of "systematic indeterminacy" in the Alma-Ata Declaration was certainly intended to ensure adaptation to local conditions, or whether this must be seen as a failure to provide clarity for practical implementation. With regard to the UNSAAC project, it became apparent that the openness of the concept rather led to a reduction of pragmatic technical aspects than to an openness and a flexibility towards local circumstances.

Secondly, the endeavor to focus medical training on PHC resulted in tensions and resistance across the board, which in the present work are summarized in five categories: 1.) The students' concerns to be trained as so called 'barefoot doctors'. 2.) The alleged contradiction between a 'holistic' understanding of medicine in opposite to 'scientific' medicine. 3.) The concern to create a low-cost medicine of low quality. 4.) The difficulties in mediating between local health institutions and specialized centers. 5.) The tension between the PHC-principle of community participation on the one hand and medical paternalism on the other hand.

In the final part of the study, the resistance of the medical profession to PHC concept is explicitly addressed. In this context, it becomes obvious that the integration of the PHC-perspective is already of decisive importance in the course of studies, since the self-image of doctors can be changed in this way.

7. Quellen- und Literaturverzeichnis

Unpublizierte Quellen:

Aktenbestände der GTZ, Bonn

Aus den Aktenbeständen der GTZ wurden die folgenden Dokumente herangezogen:

GTZ (1988-1995): Projektfortschrittsberichte, Archiv GTZ, EVA 32.

GTZ (1991): Technische Zusammenarbeit mit Peru. Projektdarstellung, Archiv GTZ, INF 5, S. 1.

GTZ (1992a): Projektbeschreibung, Archiv GTZ, INF 11, S. 2.

GTZ (1992b): Angebot zur Bearbeitung des Vorschlags/Projektdurchführung, Archiv GTZ, INF 10, S.7–8.

GTZ (1993a): Entscheidungsvorlage für Durchführungsangebot, Archiv GTZ, Plan 2.

GTZ (1993b): Änderungsangebot/Arbeitsvorschlag, Archiv GTZ, Plan 3.

GTZ (1997): Projektbeschreibung, Archiv GTZ, INF 71.

Keim, Ricardo (1983): Angebot über Ausbildung von Ärzten für die primäre Gesundheitsvorsorgung, Archiv GTZ, Plan 10.

Kroeger, Axel (1990): Workshop über Analyse und Planung von lokalen Gesundheitsdiensten, Archiv GTZ, INF 32.

Mohr, Ulrich, Axel Kröger (1991): Ausbildung von Ärzten für die Primäre Gesundheitsversorgung in Cusco, Archiv GTZ, INF 49.

Mohr, Ulrich (1993): Beurteilung für Auslandspersonal/ Wolf Wagner, Archiv GTZ, EVA 29.

Schrettenbrunner, Angelika (1989): Primera Fase del Proyecto UNSAAC-GTZ 1.10.86-30.9.89 Informe del Experto ante el Instituto Nacional de Planificación, Archiv GTZ, INF 47.

UNSAAC-GTZ (1987): Plan de Operaciones Febrero 1987, Archiv GTZ, Plan 12.

UNSAAC-GTZ (1989): Informe Evaluation del Proyecto, Archiv GTZ, EVA 33.

UNSAAC-GTZ (1992): Ayuda Memoria. Evaluación del Proyecto PEAPS, Archiv GTZ, EVA 31.

Villar, Eugenio (1992): Estudio de Factibilidad para la Creacion del Instituto de APS de la UNSAAC, Archiv GTZ, IP 6.

Wagner, Wolf (o. D.): Diskussion des HALFA-Entwurfs, Archiv GTZ, INF 9.

Wagner, Wolf, Santiago Saco, Giovanni Escalante (1992): Seminario Taller. Intercambio de Experiencias en la Ensenanza de Salud Pública y APS en las Facultades de Medicina Humana del Perú, Archiv GTZ, INF 30.

Wagner, Wolf (1993): Dienstbericht Peru, Archiv GTZ, INF 56.

Archiv des *Instituto Andino de Salud Pública* der UNSAAC, Cusco

Aus den Aktenbeständen des *Instituto Andino de Salud Pública* wurden die folgenden Dokumente herangezogen:

Brito, Pedro (1988): Informe de Consultoria a la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Nacional de Antonio Abad del Cusco, Archiv UNSAAC, DIV 9-1.

UNSAAC-GTZ (1989): Evaluación del proyecto 1989, Archiv UNSAAC, EVA 1.

Bundesarchiv, Koblenz

B 213: Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit (Technische Hilfe für Peru 1962–2005; Bd. 38: Beratung für Basisgesundheitsdienste.– Projekterweiterung Cusco–Apurimac 1980–1991):

B 213/25589: Bd. 38/1 1980–1981 (T 2032 PER)

B 213/25602: Bd. 38/2 1982 (T 2032 PER)

Privatbestände Santiago Saco, Cusco

Aus den Aktenbeständen der Privatbestände Santiago Sacos wurden die folgenden Dokumente herangezogen:

Alarcon Villaverde, Jorge (1988): Informe del Seminario de Evaluación de las Prácticas de Medicina Comunitaria Cusco, Privatbestände Santiago Saco, SY 1.

Cáceres, José (1988): El médico que el país requiere, Privatbestände Santiago Saco. SY 2.

Covarrubias, Humberto (o.D.): Programa Académico de Medicina Humana, Privatbestände Santiago Saco, SY 3.

Juvenal Monge, David (1988): Medicina Comunitaria. Informe Final, Privatbestände Santiago Saco, SY 1.

Kamt Fupuy, David (1984): Así trabajan los médicos descalzos, in: La República, Privatbestände Santiago Saco, SY 3.

N.N. (1985): Carta Abierta a los Docentes de la Facultad de Medicina Humana del Cusco, Privatbestände Santiago Saco, SY 3.

N.N. (1988): Seminario de Evaluación de las Prácticas. „Guía de Discusión“, Privatbestände Santiago Saco, SY 1.

N.N. (1991): Anexo N° 1. Plenaria del día 17 Noviembre, Privatbestände Santiago Saco, SY 3.

UNSAAC (1982): Módulo de Atención Primaria II, Privatbestände Santiago Saco, SY 2.

UNSAAC (1984): Módulo Atención Primaria I, Privatbestände Santiago Saco, SY 2.

UNSAAC (1991): Atención Primaria I, Privatbestände Santiago Saco. SY 2.

UNSAAC (1993): Currículo reestructurado, Privatbestände Santiago Saco, INF 4.

Personen:

Interview mit Santiago Saco in Cusco am 01. März 2015.

Interview mit Tomas Gutierrez, März 2015.

Interview mit Oscar Valiente, März 2015.

Interview mit Angelika Schrettenbrunner, 05. August 2010.

Interview mit Ramon Figuera, März 2015.

Interview mit Hermogenes Mormontoy, März 2015.

Interview mit Tomás Valasco, März 2015.

Interview mit Pablo Grajeda, März 2015.

Interview mit Wolf Wagner, Februar 2015.

Publizierte Quellen und Literatur:

Alpert, Joel, Evan Charney (1973): The Education of Physicians for Primary Care, Health Resources Administration (DHEW/PHS), Bethesda, Md. Bureau of Health Services Research.

Area de Salud Publica (1992/1993): Medicina Comunitaria. II Reunion Plenaria de la Evaluación de las Practicas Rurales de Medicina Comunitaria, in: SITUA 1, N° 1, S. 24–27.

Area de Salud Publica (1992/1993): Medicina Comunitaria. I Reunion Plenaria de la Evaluación de las Practicas Rurales, in: SITUA 1, N° 1, S. 22–23.

Arroyo-Hernández, Hugo (2013): Runa Soncco. Manuel Núñez Butron y su Proyecto de Educación Sanitaria, in: Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública 30, S. 336–339.

Asociación Peruana de Facultades de Medicina (ASPEFAM) (2009): Los XXXII Anos de la Facultad de Medicina Humana Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco (<http://www.aspefam.org.pe/prensa/aniversarioUNSAAC.pdf>, 14.06.2015).

Basilico, Matthew et al. (2013): Health for all? Competing Theories and Geopolitics, in: Paul Farmer et al. (Hg.): Reimagining Global Health, Berkeley, S. 74–110.

Beigbeder, Yves (2012): Weltgesundheitsorganisation im Wandel. Gesundheit für alle bleibt oberstes Ziel, in: Vereinte Nationen 5, S. 195– 201.

Bozorgmehr, Kayvan (2010): „Primary Health Care“ von Alma Ata bis Almaty, in: Prävention und Gesundheitsförderung 5, S. 18–22.

Bruchhausen, Walter (2008): Gesundheit und Gesellschaft. Soziale Herausforderungen der Medizin, in: ders., Heinz Schott (Hg.): Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin, Göttingen, S. 165–178.

Bruchhausen, Walter, Helmut Görden, Oliver Razum (Hg.) (2011): Entwicklungsziel Gesundheit. Zeitzeugen der Entwicklungszusammenarbeit blicken zurück. Frankfurt am Main.

Bruchhausen, Walter, Iris Borowy (2017): Development Aid and Solidarity Work: East and West German Health Cooperation with Low-Income Countries, 1945 to 1970, in: Gesnerus 74, S. 173–187.

Brueggemann, Ingar (2013): An der Sonne geradeaus 1966-2013, Berlin.

Büschel, Hubertus (2009): Eine Brücke am Mount Meru. Zur Globalgeschichte von Hilfe zur Selbsthilfe und Gewalt in Tanganjika, in: ders., Daniel Speich (Hg.): Entwicklungswelten. Globalgeschichte der Entwicklungszusammenarbeit, Frankfurt/M., S.175–206.

Büschel, Hubertus (2014): Hilf Dir Selbst! Visionen Akteure und Aporien ost- und westdeutscher Entwicklungsarbeit in Tansania, Togo und Kamerun, 1960–1975, Frankfurt am Main.

Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit (Hg.) (2009): Gesundheit und Menschenrechte, in: BMZ Spezial 162, Bonn.

Burci, Gian Luca, Claude-Henri Vignes (2004): World Health Organisation, The Hague.

Cáceres, José (1993): Internado Medico Rural como Experiencia Docente en la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco, in: SITUA 2, N° 2, S. 5–7.

Cáceres, Jose (1997/1998): Apuntes para la Historia de la Medicina Cuscena, in: SITUA 6, N° 11.

C.E.P.S. (2013): Los Intentos de enseñar Medicina en la Universidad de San Antonio Abad del Cusco, in: El Antoniano 23, N° 122, S. 77–83.

Chan, Margaret (2008): Return to Alma-Ata in: The Lancet 372, S. 865–866.

Chapman, Audrey (2018): ALMA-ATA at 40: Revisiting the Declaration (https://www.hhrjournal.org/2018/09/alma-ata-at-40-revisiting-the-declaration/#_ednref3, 03.11.2019)

Commission on Social Determinants of Health (2008): Closing the Gap in a Generation: Health Equity through Action on the Social Determinants of Health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva, WHO.

Contreras, Carlos, Marcos Cueto (2004): Historia del Perú Contemporáneo. Desde las Luchas por Independencia hasta el Presente, Lima, S. 323.

Covarrubias, Humberto (1992/1993): Fundación de la Facultad de Medicina de la UNSAAC, in: SITUA 1, N° 1, S. 2–5.

Cueto, Marcos (1991): Indigenismo and Rural Health Medicine in Peru. The Indian Sanitary Brigade and Manuel Núñez Butrón, in: Bulletin of the History of Medicine 65, S. 22–41.

Cueto, Marcos (2002): Social Medicine in the Andes, 1920–50, in: Esteban Rodríguez-Ocana (Hg.): The Politics of the Healthy Life, Midsomer Norton, S. 181–196.

Cueto, Marcos (2004): The Origins of Primary Health Care and Selective Primary Health Care, in: American Journal of Public Health 94. S. 1864–1874.

Cueto, Marcos (2005): The Promise of Primary Health Care, in: Bulletin of the World Health Organization 83, S. 322.

Daniels, Norman (2012): Gerechte Gesundheitsverteilung, in: Urban Wiesing et. al. (Hg.): Ethik in der Medizin. Ein Studienbuch. Stuttgart, S. 303–306

Diesfeld, Hans Jochen (1996): Entwicklung der WHO. Von der Seuchenbekämpfung zu „Primary Health Care“-Konzept, in: Heinz Schott (Hg.): Meilensteine der Medizin, Dortmund, S. 571–584.

Diesfeld, Hans Jochen (2001): Sozioökonomische, politische und kulturelle Rahmenbedingungen von Gesundheit und Krankheit, in: ders. et al (Hg.): Gesundheitsversorgung in Entwicklungsländern, Berlin, Heidelberg, S. 1–33.

Diesfeld, Hans Jochen (2006): Von Rudolf Virchow zu den Millenniums-Entwicklungszielen 2000, in: Oliver Razum et al. (Hg.): Globalisierung – Gerechtigkeit – Gesundheit. Einführung in International Public Health, Bern, Göttingen, S. 19–26.

Diesfeld, Hans Jochen (2010): „Primary Health Care“ im 21. Jahrhundert. Blick auf eine zukunftsfähige Gesundheitsversorgung 30 Jahre nach Alma Ata, in: Prävention und Gesundheitsförderung 5, S. 10–11.

Eckard, Wolfgang Uwe, Robert Jütte (2007): Medizingeschichte. Eine Einführung, Köln.

Escalante, Giovanni, Carlos Guarnizo (1993): Evaluacion de Servicios de Salud en Base a Indicadores. Estudio en el Centro de Salud de Paucartambo 1990, in: SITUA 2, N° 2, S. 33–36.

Fang, Xiaoping (2012): Barefoot Doctors and Western Medicine in China, Rochester.

Farfán, Ramiro (1997/1998): Integracion Universidad-Servicio de Salud-Comunidad en la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco, in: SITUA 6, N°11, S. 5–11.

Farfán, Ramiro (2002): Odisea de la Educación Médica en Cusco, in: SITUA 10, N° 20, S. 5–6.

Farías, León (1996): Proyecto de Educacion para la Atención Primaria de Salud PEAPS-UNSAAC/gtz in: SITUA 4, N° 8, S. 57–58.

Farmer, Paul et al. (2013): Introduction: A Biosocial Approach to Global Health, in: ders. et al. (Hg.): Reimagining Global Health, Berkeley, Los Angeles, London, S. 1–14.

Ferreira, Jose Roberto (1981): La necesidad de colaboración effective entre la educación médica y el servicio de salud, in: Educación Médica y Salud 15, S. 154–168.

Fleßa, Steffen (2010): „Primary Health Care“ und Effizienz der Gesundheitsversorgung, in: Prävention und Gesundheitsförderung 5, S. 12–17.

Frenk, Julio et al. (2010): Health Professionals for a New Century. Transforming Education to Strengthen Health System in an Interdependent World, in: The Lancet 376, S. 1923–1985.

Frisancho, Ariel (1993): Salud Comunitaria en el Ande Peruano. Reflexion sobre una experiencia de Cooperación con Médicos y Enfermeras en Servicio Rural, Peru.

Frisancho Pineda, David (2001): Manuel Núñez Butrón y el „Rijcharismo“, in: Acta Medica Peruana 18.

Guerrero, Rodrigo (1982): Medical Schools, Hospitals, and Health Departments in Colombia, in: Mack Lipkin, William Lybrand (Hg.): Population-Based Medicine, New York, S. 118–124.

Hampel, Dieter (2003): Das Primary Health Care-Konzept. Anmerkungen zu einem universellen wie visionären Konzept – 25 Jahre nach der Deklaration von Alma Ata, in: *curare* 26, 1+2, S. 9–16.

Jachertz, Norbert (1982): Hilfe für die Dritte Welt. Schwachstellenanalyse, in: *Deutsches Ärzteblatt* 79, 38, S. 74–80.

Jachertz, Norbert (1989): WHO. Politik mit Prävention, in: *Deutsches Ärzteblatt* 86, 13, S. 837.

Knipper, Michael (2003): Krankheit, Kultur und Medizinische Praxis. Eine medizinethnologische Untersuchung zu „mal aire“ im Amazonastiefland von Ecuador, Münster.

Knipper, Michael, Oswaldo Salaverry (2010): M. Kuczynski-Godard (1890–1967). Fotografías médico-antropológicas de la Amazonía y de los Andes peruanos, 1938–1948, in: *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública* 27, S. 146–150.

Korte, Rolf (2006): Globale Gesundheitsinitiativen, in: Oliver Razum (Hg.): Globalisierung – Gerechtigkeit – Gesundheit. Einführung in International Public Health, Bern, S. 111–122.

Krech, Rüdiger (2006): Public Health ist intersektoral, in: Oliver Razum et al. (Hg.): Globalisierung – Gerechtigkeit – Gesundheit. Einführung in International Public Health, Bern, S. 123–135.

Kröger, Axel, Jürgen Gräbener (1976): Dezentralisierte Gesundheitssysteme in Lateinamerika, in: *Deutsches Ärzteblatt* 73, S. 210–214.

Leatherman, Tom, R. Brooke Thomas (2009): Structural Violence, Political Violence, and the Health Costs of Civil Conflict. A Case Study from Peru, in: Robert A. Hahn, Marcia C. Inhorn (Hg.): Anthropology and Public Health. Bridging Differences in Culture and Society, Oxford, S. 196–218.

Litsios, Socrates (2002): The Long and Difficult Way to Alma-Ata. A Personal Reflection, in: *International Journal of Health Services* 32, S. 709–732.

Litsios, Socrates (2004a): The Christian Medical Commission and the Development of the World Health Organization's Primary Health Care, in: American Journal of Public Health 94, S. 1884–1993.

Litsios, Socrates (2004b): Primary Health Care, WHO and the NGO Community, in: Development, 47, 2, S. 57–63.

Macêdo, Carlyle Guerra de (1985): La Universidad y Salud para Todos en el año 2000, in: Boletín de la Sanitaria Panamericana 99, 3, S. 209–216.

Mahler, Halfdan (1996/1997): La Medicina y los Medicos del Futuro. Auszug einer Rede an der Universität in Genf 1976, in: SITUA 5, N° 9, S. 35–37.

Marckmann, Georg, L. Geza Rothenberger (2012): Public Health, in: Urban Wiesing et. al. (Hg.): Ethik in der Medizin. Ein Studienbuch, Stuttgart, S. 507–516.

Marx, Michael (2010): Viewpoint. „Primary Health Care“ und globale Gesundheitsinitiativen, in: Prävention und Gesundheitsförderung 5, S. 37–42.

Meier, Benjamin Mason et al. (2018): ALMA-ATA at 40: A Milestone in the Evolution of the Right to Health and an Enduring Legacy for Human Rights in Global Health (<https://www.hhrjournal.org/2018/09/alma-ata-at-40-a-milestone-in-the-evolution-of-the-right-to-health-and-an-enduring-legacy-for-human-rights-in-global-health/>, 08.10.2018).

Mücke, Ulrich (2007): Die unsichtbaren Indios: Ethnizität und Politik in Peru seit der Unabhängigkeit, in: Christian Büschges, Joanna Pfaff-Czarnecka (Hg.): Die Ethnisierung des Politischen. Identitätspolitik in Lateinamerika, Asien und den USA, Frankfurt/M., S. 81–104.

Müller, Olav, Oliver Razum (2008): 30 Jahre Primary Health Care. Die Neuauflage einer revolutionären Idee, in: Deutsches Ärzteblatt 105, 36, S. 1841–1843.

Newell, Kenneth (1975): Introduction, in: Kenneth Newell (Hg.): Health by the People, Genf, S. ix–xii.

Neyra, José (2005): Héros en la Salud Pública en el Perú. Manuel Núñez Butrón (1900–1952), in: Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública 22, S. 148–149.

N.N. (1993): Medionoticias, in: SITUA 2, N°2, S. 54.

N.N. (1994/1995): Medionoticias, SITUA 3, N° 5, S.62.

N.N. (1997): El Instituto Andino de Salud Pública, in: SITUA 5, N° 10.

Packard, Randall (2016): A History of Global Health. Interventions into the Lives of Other Peoples, Baltimore.

Paul, Norbert, Thomas Schlich (1998): Einführung: Medizingeschichte – Aufgaben, Probleme, Perspektiven, in: dies. (Hg.): Medizingeschichte. Aufgaben, Probleme, Perspektiven. Frankfurt/M, New York

Petit, Geneviere (1996/1997): Informe de Practica en Salud Internacional en el Centro de Salud de Paucartambo, in: SITUA 5, N° 9, S. 49–50.

Pion, Kim (1996/1997): Informe de Practica en Salud Internacional en el Centro de Salud de Huancarani, in: SITUA 5, N° 9, S. 44.

Razum, Oliver et al. (2010): „Primary Health Care“ – Schnee von gestern oder brennend aktuell?, in: Prävention und Gesundheitsförderung 5, S. 7–9.

Rensch, Carola, Walter Bruchhausen (2017): Medical Science Meets „Development Aid“ Transfer and Adaption of West German Microbiology to Togo, 1960-1980, in: Medical History 61, S. 1–24.

Roelcke, Volker (1996): „Gesundheit für alle im Jahr 2000“? Die Grenzen der Medizin und die Herausforderung durch die Ethnomedizin, in: Heinz Schott (Hg.): Meilensteine der Medizin, Dortmund, S. 585–591.

Roelcke, Volker (2003): Medizin – Eine Kulturwissenschaft? Wissenschaftsverständnis, Anthropologie und Wertsetzung in der modernen Heilkunde, in: Klaus E. Müller (Hg.): Phänomen Kultur. Perspektiven und Aufgaben der Kulturwissenschaften, Bielefeld, S. 107–130.

Rose, Geoffrey (2012): Strategien der Präventivmedizin. Warum überhaupt Prävention betreiben?, in: Urban Wiesing et. al. (Hg.): Ethik in der Medizin. Ein Studienbuch, Stuttgart, S. 520–522.

Saco, Santiago (1992/1993): Enseñanza de la Atención Primaria de la Salud en la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco-Perú, in: SITUA 1, N° 1, S. 13–18.

Saco, Santiago, Wolf Wagner, Gionvanni Escalante (1992/1993): Seminario Taller der Intercambio de Experiencias en la Ensenanza de Salud Pública y Atencion Primaria der Salud en las Facultades de Medicina Humana del Peru, in: SITUA 1, N° 1, S. 8–12.

Saco, Santiago (1993): III Reunion de la Evaluacion de las Practicas Rurales de Medicina Comunitaria en la Evaluacion de los Pasantes VII Promocion, in: SITUA 2, N° 2, S. 26–27.

Saco, Santiago (1994/1995): Declaración de Alma Ata; a cinco anos de la meta, in: SITUA 3, N° 5, S. 14–21.

Saco, Santiago (1996/1997): Editorial. El Trabajo Comunitario, in: SITUA 5, N° 9, S. 4.

Schmidt, Bettina (2003): PHC – Primary Health Care. Editorial, in: curare 26, 1+2, S. 5–6.

Schrettenbrunner, Angelika (1996): Nuevos Desafios en la Formación de Profecionales de Salud, in: SITUA 4, N° 8, S. 6–8.

Schwartz, Friedrich Wilhelm (2003): Das Public Health Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen, München.

Sidel, Victor, Ruth Sidel (1975): The Health Care Delivery System of the People's Republic of China, in: Kenneth Newell (Hg.): Health by the People, Genf, S.1–12.

Starfield, Barbara (2011): Politics, Primary Health Care and Health: Was Virchow Right?, in: Journal of Epidemiology & Community Health 65, N° 8, S. 653–655.

Stingel, Peter (1989): Alma-Ata – Zehn Jahre danach, in: Deutsches Ärzteblatt 86,13, S. 857–858.

Tajer, Débora (2003): Latin American Social Medicine. Roots, Development During the 1990s, and Current Callenges, in: American Journal of Public Health, 93, 12, S. 2023–2027.

Taylor, Carl (1976): The Doctor's Role in Rural Health Care, in: International Journal of Health Services 6, S. 219–230.

Tejada, David (2013): Lo que es la atención primaria de salud: algunas concideraciones a casi treinta y cinco anos de Alma Ata, in: Rev Peru Med Exp Salud Publica 30, 2, S. 283–287.

Theidon, Kimberly (2004): Entre prójimos. El conflicto armado interno y la política de la reconciliación en el Perú, Lima.

Vásquez, Roy, Santiago Saco, Casar Pereira (2013): El Internado Rural como Acrecimiento a la Atención Primaria en Salud, la Experiencia de una Universidad de Cusco, Perú, in: Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública 30, S. 344–345.

Virchow, Rudolf (1848): Der Armenarzt, in: Die Medizinische Reform 18, S. 125–127.

von Oertzen, Eleonore (1996): Peru, Beck'sche Reihe Länder, München.

Wagner, Wolf (1993): Salud Urbana, in: SITUA 2, N° 2, S. 8–11.

Walsh, Julia, Kenneth Warren (1980): Selective Primary Health Care. An Interim Strategy for Disease Control in Developing Countries, in: Social Science & Medicine 14, S. 145–163.

Weber, Wolfgang (1985): Gutachten '85. Prüfung der Mitarbeitsmöglichkeiten des deutschen Entwicklungsdienstes im Gesundheitsbereich Peru, Heidelberg.

WHO (1948): Constitution of the World Health Organization. Geneva: World Health Organization.

WHO (1978): Primary Health Care. Report of the International Conference on Primary Health Care. Alma-Ata, USSR, 6–12 September 1978, Geneva.

WHO (1983): Primary Health Care. The Chinese Experience, World Health Organization, Geneva.

WHO Europa (1986): Ottawa-Charta on health prevention, World Health Organization, Geneva

(http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf, 11.06.2020).

WHO (1988): From Alma-Ata to the year 2000. Reflections at the Midpoint, Geneva.

WHO (2015): Primary Health Care Comes Full Circle. An Interview with Dr. Halfdan Mahler, in: Bulletin of the World Health Organization 2008, 86, 10 (<http://www.who.int/bulletin/volumes/86/10/08-041008/en/>, 03.11.2019).

WHO (2018): Astana Declaration on Primary Health Care: From Alma-Ata towards Universal Health Coverage and the Sustainable Development Goals (<https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/declaration/gcphc-declaration.pdf>, 08.10.2019).

Zhang, Daqing, Paul Unschuld (2008): China's Barefoot Doctor: Past, Present, and Future, in: *The Lancet* 372, S. 1865–1867.

Erklärung zur Dissertation

„Hiermit erkläre ich, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig und ohne unzulässige Hilfe oder Benutzung anderer als der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe. Alle Textstellen, die wörtlich oder sinngemäß aus veröffentlichten oder nichtveröffentlichten Schriften entnommen sind, und alle Angaben, die auf mündlichen Auskünften beruhen, sind als solche kenntlich gemacht. Bei den von mir durchgeführten und in der Dissertation erwähnten Untersuchungen habe ich die Grundsätze guter wissenschaftlicher Praxis, wie sie in der „Satzung der Justus- Liebig-Universität Gießen zur Sicherung guter wissenschaftlicher Praxis“ niedergelegt sind, eingehalten sowie ethische, datenschutzrechtliche und tierschutzrechtliche Grundsätze befolgt. Ich versichere, dass Dritte von mir weder unmittelbar noch mittelbar geldwerte Leistungen für Arbeiten erhalten haben, die im Zusammenhang mit dem Inhalt der vorgelegten Dissertation stehen, oder habe diese nachstehend spezifiziert. Die vorgelegte Arbeit wurde weder im Inland noch im Ausland in gleicher oder ähnlicher Form einer anderen Prüfungsbehörde zum Zweck einer Promotion oder eines anderen Prüfungsverfahrens vorgelegt. Alles aus anderen Quellen und von anderen Personen übernommene Material, das in der Arbeit verwendet wurde oder auf das direkt Bezug genommen wird, wurde als solches kenntlich gemacht. Insbesondere wurden alle Personen genannt, die direkt und indirekt an der Entstehung der vorliegenden Arbeit beteiligt waren. Mit der Überprüfung meiner Arbeit durch eine Plagiatserkennungssoftware bzw. ein internetbasiertes Softwareprogramm erkläre ich mich einverstanden.“

Ort, Datum

Unterschrift

Danksagung

Bei der Entstehung dieser Arbeit haben mich verschiedene Menschen auf bemerkenswerte Weise unterstützt.

Ich möchte mich ganz herzlich bei meinem Promotionsbetreuer Michael Knipper bedanken, der mir immer mit Freundschaft und Geduld zur Seite stand. Zudem danke ich Volker Rolecke für seine herzliche Unterstützung und die institutionelle Anbindung. Bei Sascha Topp bedanke ich mich für die wertvollen Ratschläge.

Für die vielen hilfreichen Informationen und den Zugang zu den Akten der GTZ danke ich Angelika Schrettenbrunner.

Auch bei den anderen Interviewpartnern Ramon Figuera, Pablo Grajeda, Tomás Gutierrez, Hermogenes Mormontoy, Tomás Valasco, Oscar Valiente und Wolf Wagner bedanke ich mich herzlich. Darüber hinaus möchte ich die freundliche Unterstützung der Studierenden und Mitarbeiter/innen der UNSAAC dankend erwähnen.

Ganz nachdrücklich ist hier Santiago Saco zu nennen, der mir in der Zeit in Cusco stets unterstützend zur Seite stand, mir wichtige Informationen und Dokumente lieferte und mich sogar bei seiner Familie beherbergte.

Bei meinen Eltern Babara Dellen-Hollekamp und Werner Hollekamp sowie bei meiner Schwester Paula Hollekamp bedanke ich mich für die stetige und liebevolle Unterstützung.

Und zuletzt gilt mein ganz besonderer und inniger Dank Simon Duckheim, der mir die nötige Kraft und Unterstützung für diese Arbeit gegeben hat.