

# **4. Berlin - Brandenburger Pflergetage**

(09.02.2006)

## **Workshop 3: Ethische Herausforderungen in der „Dritten Welt“**

### **Gesundheitsversorgung im südlichen Afrika**

Frank Gries

1. Einleitung
2. Gesundheitssysteme im südlichen Afrika - Ausrichtung und Geschichte
3. Probleme der Gesundheitssysteme
4. Exkurs: Die Konzeption des Todes im südlichen Afrika
5. Literatur

## **I. Einleitung**

Der folgende Beitrag will keinesfalls den Anspruch erheben, die Gesundheitsversorgung in den Staaten des südlichen Afrikas umfassend darzustellen. Allein ein Systemvergleich der verschiedenen Staaten würde den Rahmen dieses Seminars sprengen.

Vielmehr soll zunächst versucht werden, in einem ersten Teil einen allgemeinen Überblick über die Gesundheitsversorgung und deren geschichtliche Entstehung zu geben, bevor zumindest einige der Probleme dieser Systeme angerissen werden.

Abschließend soll, gemäß des Obertitels der Tagung, noch ein ethnologischer Exkurs zur Konzeption des Todes im südlichen Afrika gegeben werden.

## **II. Gesundheitsversorgung im südlichen Afrika: Systeme und Historie**

Die Gesundheitsversorgung im südlichen Afrika besteht im wesentlichen aus vier Säulen:

- einem naturwissenschaftlich begründeten System der öffentlichen oder staatlichen Gesundheitsvorsorge,
- einem wachsenden -ebenfalls naturwissenschaftlich begründeten - Sektor privater Anbieter,
- einem im europäischen Sinne naturheilkundlich ausgerichteten stark wachsenden Sektor ebenfalls privater Anbieter,
- und nicht zuletzt in der Familie des Patienten, die meist die Hauptlast im Falle der Erkrankung eines Mitgliedes zu tragen hat.

Aufgrund des meist informellen Charakters des naturheilkundlichen Sektors - den sogenannten „Heilern“, „Magiern“, Sangomas oder Nangas bestehen über diesen jedoch kaum verwertbare Zahlen.

Ich möchte jedoch darauf hinweisen, dass 1997 in Zimbabwe ca. 2000 öffentlichen Einrichtungen über 50.000 registrierte „traditionelle Heiler“ gegenüberstanden<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> Gries; 1998; Ashforth 2005 schätzt für Südafrika 350.000 “traditional medical practioners” und ca. weitere 150.000 Heiler/Propheten in den verschiedenen African Independent Churches. Diese verzeichnen momentan die höchsten Zuwachsraten. Die Propheten/Heiler dieser Konfessionen erhalten ihre heilenden Kräfte durch den Heiligen Geist.

Dennoch soll hier im weiteren Verlauf dieses Beitrages mehr Gewicht auf das öffentliche System gelegt werden, dass ohne Zweifel das Rückgrat der naturwissenschaftlichen Medizin in der Region darstellt.

Dessen Umfang wird meist vom historischen und natürlichen Umfeld wesentlich beeinflusst: Botswana beispielsweise beherbergt ca. 1,8 Mio Menschen auf einem riesigen Gebiet. Knapp die Hälfte der Bevölkerung konzentriert sich auf lediglich drei Städte. Fast eine Million dagegen lebt versprengt auf einer Fläche, die das Territorium Deutschlands übertrifft. Bei der Unabhängigkeit verfügte Botswana über ganze 26 km asphaltierter Straße.

Bis heute sind große Teile des Landes nur mit Kiesstraßen erschlossen.

In diesem Umfeld ein funktionierendes Gesundheitssystem aufzubauen, wäre selbst für eine Industrienation wie Deutschland eine logistische und finanzielle Herausforderung.

Derzeit rühmt sich Botswana zu Recht, es geschafft zu haben, jedem seiner Einwohner innerhalb eines Umkreises von 15 km eine medizinische Einrichtung anbieten zu können - was zu Fuß für einen gesunden Menschen noch immer einen Weg von mindestens drei Stunden bedeutet.<sup>2</sup>

Zur Unabhängigkeit verfügten all diese Länder praktisch nur über eine Gesundheitsversorgung, die für die weißen Kolonialherren als ausreichend angesehen werden konnte, während die Masse der Bevölkerung von guten Willen ihrer Arbeitgeber, den kirchlichen Missionsstationen oder den traditionellen Heilern abhängig blieb.

Gerade wegen dieser Kolonialen Erfahrung stand bei der Unabhängigkeit der meisten Staaten eine Überwindung aller Privilegien im Vordergrund, die im Aufbau einer allgemeinen kostenlosen Gesundheitsversorgung für die Bevölkerung kulminierte.

Hier sind allerdings in den letzten 20 Jahren erhebliche Rückschritte zu verzeichnen - nicht zuletzt aufgrund interner Haushaltsprobleme und einem Wechsel der Weltbankpolitik, haben inzwischen praktisch alle Staaten Gebühren für öffentliche Gesundheitsdienstleistungen eingeführt.

Obwohl diese Gebühren auf den ersten Blick gering erscheinen, sind sie für viele Patienten bereits eine erhebliche Zugangseinschränkung, was oft zu Verschleppung der Behandlung und Diagnosen in fortgeschrittenen Stadien führt - und dies betrifft gerade den ärmsten Bevölkerungsanteil, der aufgrund mangelnder Ressourcen zur Vorbeugung Krankheitsserregern gegenüber besonders verwundbar ist. Eine Ausnahme bildet Südafrika, welches entgegen dem allgemeinen Trend 1998 seine Gebühren abschaffte<sup>3</sup>.

---

<sup>2</sup> Angaben Webseite des Gesundheitsministeriums Botswana, 24.01.2006

<sup>3</sup> Wilkinson et.al. 2001

Die Gesundheitssysteme betonen dabei in erster Linie die sogenannte „primary care“, d.h. die Grundversorgung der Bevölkerung gegenüber den häufigsten Krankheiten sicherzustellen. Besonderes Gewicht wird dabei auf die Versorgung und Entwicklung von Kindern gelegt. Obwohl noch weit von europäischen Standards entfernt, wurden hier große Erfolge erzielt.

Dagegen kann bis heute die Versorgung akuter Notfälle, chronischer oder schwererer Erkrankungen, die spezielle medizinische Kenntnisse oder Techniken verlangen, nur als unzureichend bezeichnet werden. In diesem Falle bleibt meist nur der Transport in ein größeres Provinzkrankenhaus<sup>4</sup>.

### **III. Probleme der Gesundheitssysteme**

Das Ziel, eine ausreichende Gesundheitsversorgung für die Masse der Bevölkerung sicherzustellen ist überaus vielschichtig.

Der wichtigste Faktor diesbezüglich ist sicherlich die Armut der Staaten und ihrer Bevölkerung. Selbst in Zimbabwe, einem ehemals vergleichsweise reichen Land, generierten selbst zu besten Zeiten weniger als 150.000 Einwohner - d. h. weniger als 2% der Bevölkerung - ein Einkommen, das sie zur Zahlung von Einkommenssteuer - man muss wohl sagen - privilegierte<sup>5</sup>.

Praktisch alle Staatseinnahmen dieser Länder müssen durch Einfuhrzölle oder Ausfuhrsteuern generiert werden, wobei die Einkünfte wesentlich vom Weltmarktpreis abhängen, also häufig starken Schwankungen unterliegen.

Dies verhindert bisher den Aufbau eines umfassenden öffentlichen Krankenversicherungssystems. Derzeit entstehen jedoch immer häufiger private Krankenversicherungssysteme, inzwischen auch auf kommunaler Ebene, doch bleiben diese meist sehr begrenzt<sup>6</sup>.

Auch medizinische Transportmittel sind Mangelware: Auch wenn meist auf Distriktsebene zumindest ein Krankentransporter zur Verfügung steht, ist fraglich, ob dieser nicht wegen Benzinmangels oder eines nicht budgetierten Reparaturbedarfs einsatzfähig ist.

Im Falle eines akuten Notfalls ist ein Taxiruf meist die schnellere Alternative zum Notruf. Dies setzt allerdings voraus, dass ein Telefon und ein Taxi überhaupt zur Verfügung stehen. In den städtischen

---

<sup>4</sup> Zu den Unterteilungen und vor allem der Ausstattung von HealthCentern, Districts und Provinzkrankenhäusern siehe Chirenje et.al. 2001

<sup>5</sup> Gries; 2005

<sup>6</sup> hierzu siehe Preker et.al.; 2002

Bereichen sind Handys inzwischen Standard für Geschäftsleute. Öffentliche Telefone sind jedoch meist überfüllt und im ländlichen Raum praktisch nicht vorhanden. Hier bleibt meist nur die Nutzung von Bussen, die Ladefläche vorbeifahrender LKWs oder tiergezogenen *scotch-carts* zum Transport.

Das Ziel Südafrikas, des ökonomischen Schwergewichts der Region, bis 2010 dafür Sorge tragen zu wollen, dass niemand weiter als 2 km vom nächsten Telefon entfernt lebt, kann als durchaus ehrgeizig betrachtet werden.

Eine besondere Schwierigkeit für die schwachen Staatshaushalte ist zudem die Arzneimittelbeschaffung.

Im Falle von HIV/AIDS wurde dieses Problem Gegenstand einer weltweiten Debatte mit dem bekannten Ausgang, das Generika und auch verbilligte Originalmedikamente Afrika erreichten - ein großer Erfolg in diesem Bereich, auch wenn die neuesten Zahlen kundtun, dass auch nach dieser Entwicklung weniger als 10% der Bedürftigen im Vorreiterland Südafrika im vergangenen Jahr diese Medikamente erhalten konnten<sup>7</sup>.

Doch abseits der HIV/AIDS-Thematik ist die Problematik weitgehend unverändert geblieben - Medikamente, auf die noch Patentschutz besteht, sind meist für die afrikanischen Staaten unerschwinglich.

Dazu kommt die endemische Korruption in den Staatsapparaten<sup>8</sup>, von denen - mit der rühmlichen Ausnahme Botswanas - kein afrikanischer Staat befreit ist. Eine Untersuchung in Uganda ergab, dass lediglich 13% der für die „primary education“ vorgesehenen Haushaltssumme tatsächlich für Grundschulen verwendet wurde - 87% verschwand in mehr oder weniger bekannten Kanälen<sup>9</sup>.

Wenn dieses Beispiel in seiner Höhe auch eine Ausnahme sein mag - für das südliche Afrika sind mir hier keine genauen Zahlen bekannt -, so ist doch für alle Staaten davon auszugehen, dass auch im Gesundheitssystem nicht unerhebliche Mittel im zweistelligen Prozentbereich verschwinden<sup>10</sup>.

Die Überlastung und schlechte Ausstattung des Systems führt bei den Patienten und dem medizinischen Personal zu erheblichen Frustrationen: Patienten müssen auch auf der Dorfebene mit Wartezeiten von mehr als zwei Stunden rechnen - oft nach einem nicht weniger langen Fußmarsch.

---

<sup>7</sup> Bulletin of the World Health Organization March 2005, 83 (3), S. 165

<sup>8</sup> Zum Problem der Korruption siehe den Korruptionsindex von Transparency International sowie Olivier de Sardan (1999)

<sup>9</sup> Klasen/Schüler (2004), inzwischen entwickelt sich die Korruption insbesondere auch bei HIV/AIDS NGOs zu einem ernstem Problem, weshalb bereits die Unterstützung mehrerer Projekte eingestellt wurde.

<sup>10</sup> Dies schränkt den ohnehin begrenzten Nutzen internationaler Statistiken weiter ein. Neben der Frage der Datenerhebung in afrikanischen Ländern - so sind z.B. alle AIDS-Infektionsraten Schätzungen - wobei je nach Ausgangsindikator die Ergebnisse für das gleiche Land erheblich abweichen können - wird z.B. nicht die *purchase power parity* einbezogen.

Auf Distriktsebene musste z.B. ich selbst in einem Fall auf die Behandlung einer infizierten Wunde in einer Schlange fünf Stunden warten, die Medikamentenausgabe nahm eine weitere halbe Stunde in Anspruch - wogegen die eigentliche Untersuchung lediglich 5 Minuten beanspruchte.

Die Patienten können dies teilweise durch das Aufsuchen privater Ärzte umgehen, doch ist dies mit erheblichen Mehrkosten verbunden, die für die Masse unerschwinglich sind.

Das medizinische Personal reagiert auf die schlechten Arbeitsbedingungen und vor allem auf finanzielle Anreize häufig mit dem Verlassen des öffentlichen Sektors - und immer öfter auch mit der Auswanderung. Der sogenannte „Brain Drain“ hat sich gerade in den letzten Jahren extrem verschärft, was zu recht paradoxen Mustern führt: Der afrikanische Kontinent leistet allein für die USA jährlich Entwicklungshilfe in Höhe mehreren Millionen Dollar, in dem sich gut ausgebildete Ärzte dort ansiedeln<sup>11</sup>.

Die Betonung auf eine breite Basisversorgung führt zu dem zur Verschleppung von Diagnosen. Auf dem Niveau der dörflichen Gebiete ist ohne technische Mittel eine genaue Diagnose oft schwierig. Häufig bleibt zunächst einmal unklar, ob Bauchschmerzen eine einfache Magenverstimmung oder doch möglicherweise Symptome für eine ernsthafte innere chronische Erkrankung darstellen.

Die Behandlung besteht meist zunächst einmal darin, breit wirkende Medikamente zu verabreichen. Tritt dann eine positive Wirkung ein, wird der Patient beim Wiederauftreten der Symptome erneut das gleiche Medikament verlangen und ein Magengeschwür bleibt eine unglückliche Abfolge von einzelnen Magenverstimmungen und wird lange nicht erkannt - was eine spätere Behandlung noch schwieriger macht.

Trotz dieser Mängel muss anerkannt werden, dass die Staaten des südlichen Afrikas vor dem Hintergrunde ihrer begrenzten Mittel großartiges geleistet haben - gerade im Verhältnis zu anderen so genannten „Entwicklungsländern“.

Klar ist jedoch auch, dass diese Systeme mit einer Krankheit hoffnungslos überfordert sind, die in den Planungen nicht vorgesehen war: HIV/AIDS ist als Krankheit geradezu als Gegenkonzept der Ausrichtung dieser Gesundheitssysteme auf Vorbeugung und „primary care“ zu sehen. HIV/AIDS ist die chronische Krankheit per se, die darüber hinaus sich immer wieder in unterschiedlichen Symptomen äußert.

Und wie bereits erwähnt, scheinen auch neuere Perspektiven beim Medikamentenzugang hier leider nur wenig Abhilfe zu schaffen. Und auch ein wirksames Präventionskonzept bleibt eine ernste

---

<sup>11</sup> Für eine weitergehende Beschäftigung mit dem Thema sei der Physicians for Human Rights Report „An Action Plan to Prevent Brain Drain“ ([www.phrusa.org](http://www.phrusa.org)) empfohlen.

Herausforderung, wenn selbst in Südafrika, dem reichsten Land der Region im Jahre 2004 rein statistisch einem Paar drei Kondome zur Verfügung standen - trotz aller Spenden und UNO-Programme<sup>12</sup>.

In diesem Zusammenhang muss allerdings erwähnt werden, dass in diesem Zusammenhang auch die „traditionellen Heiler“, die lange behaupteten, AIDS heilen zu können sowie die Leugnungshaltung vieler afrikanischer Politiker sicherlich nicht hilfreich bei der Eindämmung der Infektionen waren<sup>13</sup>.

Die wirtschaftlichen Folgen für die nationalen Ökonomien sind bisher noch kaum abzusehen, sie werden aber den finanziellen Spielraum für die Gesundheitssysteme weiter einschränken. In fast allen Ländern des südlichen Afrikas ist von einer Infektionsrate zwischen 20 und 30% auszugehen. Die Lebenserwartung pegelt in der Region allgemein zwischen 35 und 40 Jahren<sup>14</sup>.

Die Masse der Patienten wird dabei aus der Gesundheitsversorgung „outgesourct“: Es sind vor allem die Familien, in zweiter Reihe caritative Nichtregierungsorganisationen, die sich diesen Fällen annehmen.

#### **IV. Exkurs: Konzeption des Todes im südlichen Afrika**

Die HIV/AIDS Krise hat jedoch neben diesen sozio-ökonomischen Problemen auch eine wesentliche kosmologische Dimension:

Bei den Shona-Völkern<sup>15</sup>, die den größten Bevölkerungsanteil in Zimbabwe stellen und die hier aufgrund der folgenden Beiträge als stellvertretendes Beispiel herangezogen werden sollen - existiert wie bei den meisten Völkern der Bantufamilie die Vorstellung oder vielmehr die Realität einer Welt, in der nicht nur sichtbare Materie vorhanden ist.

Im Gegensatz zu den Entwürfen des Christentums und des Islams, in dem das sogenannte „Jenseits“ klar getrennt von der Welt der Lebenden ist, existiert diese spirituelle Welt, in der auch die Verstorbenen leben, nicht nur parallel, sondern steht im ständigen Austausch mit der materiellen Welt.

---

<sup>12</sup> In diesem Falle sei hier das Beispiel Ugandas erwähnt, das erfolgreich seine HIV/AIDS-Rate von 15% auf 5% Prozent drücken konnte. Näheres zu diesem Programm siehe Sayagues;2004. Allerdings ist anzumerken, dass Uganda als singulärer Vorreiter massiv auf internationale Mittel zurückgreifen konnte. Neueste Untersuchungen aus Zimbabwe zeigen, dass die Infektionsrate bei Jüngeren langsam zurückgeht, was auf Verhaltensänderungen der Jugendlichen zurückzuführen sei (Science, No. 311:664)

<sup>13</sup> Dazu gehört z.B. die Vorstellung, dass der Geschlechtsverkehr mit einer Jungfrau AIDS heilen könnte - was zu einer erheblichen Steigerung der Vergewaltigungen bei Mädchen führte. Wenn auch die Aussagen Thabo Mbekis in ihrer internationalen Wirkung diskutiert werden können, waren sie für die Arbeit von AIDS-NGOs in Südafrika in jedem Falle ein schwerer Rückschlag.

<sup>14</sup> UN: Human Development Report 2005

<sup>15</sup> Zur Kosmologie der Shona siehe Bourdillon;1998, Gelfand; 1959, Gries; 2003

Diese spirituelle Welt ist hierarchisch geordnet: Auf ihrer unteren Stufe stehen die Geister von Tieren, die gelegentlich mit Menschen kommunizieren, die jedoch normalerweise keinen Einfluss auf den einzelnen ausüben können.

Über diesen stehen die Geister von Menschen, von denen es verschiedene Arten gibt. Bei den Shona, werden die Ahnen der eigenen Familie *Vadzimu* genannt. Sie sind ihren Nachfahren wohlgesonnen und halten ihre schützende Hand über diese. Einem Menschen kann kein Unglück geschehen, so lange seine *Vadzimu* über ihn wachen.

Die *Vadzimu* wollen jedoch in Kontakt mit ihren Nachfahren bleiben und durch Rituale, Feiern, Gebete und Opfer geehrt werden. Befreit von physischen und psychischen Eigenschaften und physischen Bedürfnissen sind sie als ideale Menschen vorstellbar, die eben auch als moralische Instanzen gelten können. Verhält sich ein Nachfahre also im traditionellen Sinne nicht korrekt, können die *Vadzimu* ihren Schutz entziehen. Und die Shona erklären auch selber, dass es nicht möglich ist, alle Gebote zu beachten, so dass immer mal wieder kleinere Unglücke geschehen.

Die *Vadzimu* strafen jedoch selten selber, sie können aber anderen spirituellen Kräften ihre bösen Absichten verwirklichen lassen. Dabei wird die Familie (vornehmlich in der väterlichen Linie) als eine Einheit gedacht, d.h. der Schuldige muss nicht immer der Leidtragende sein: Ich kann durch mein Fehlverhalten für Unfälle meiner Brüdern, Schwestern, Cousins sowie unseren Kindern und Kindeskindern verantwortlich sein.

Von diesen okkulten Kräften gibt es einige: Da sind zunächst die sogenannten *Ngozi* - Verstorbene, oft ermordete oder Personen, deren Ansprüche in der materiellen Welt nicht ausgeglichen worden. Es ist ein Fall bekannt, in dem ein *Ngozi* über 30 Jahre bei einer Familie wütete, Ernten vernichtete, Rinder und auch Menschen tötete, bis sein Rachegehlüste befriedigt waren.

Daneben stehen die *Varoyi*, die Hexen und Hexer, die wegen verschiedenster Gründe - oft einfach durch ihre Veranlagung - Menschen bis zum Tode schaden können.

Über den *Vadzimu*, *Ngozi* und *Varoyi* stehen nun noch die *Mhondoros*, die Geister von menschlichen Kulturheroen. So wie diese Menschen zu ihren Lebzeiten außergewöhnliche Fähigkeiten bewiesen, z.B. in dem sie eine bestimmte Region erstmals besiedelten, urbar machten oder eroberten, haben auch ihre Geister höhere Fähigkeiten. Diese manifestieren sich in der Natur: Ein *Mhondoro* schützt die Bewohner seines Gebietes, in dem er den Regen bringt und den Einfall von Plagen verhindert. Erzürnen ihn seine Schützlinge durch unmoralisches Verhalten, können Dürren, Heuschrecken oder Seuchen die Folge sein.



Auf dieser Stufe wird auch meistens Jesus Christus verordnet, als ein besonders mächtiger *Mhondoro*, spricht man mit christlichen Zimbabwern tiefer über Kosmologie, Religion und Philosophie. Und es wird als ein großer Vorteil gesehen, dass man sich als Christ durch Gebete jederzeit direkt an ein *Mhondoro* wenden kann, was traditionell nur in Ausnahmefällen möglich und mit erheblichen Aufwand verbunden war.

Über den *Mhondoros* steht nur noch *Mwari*, der Schöpfergott, der aber kaum mehr in das Leben der Menschen eingreift und an den für gewöhnlich<sup>16</sup> auch keine Gebete gerichtet werden.

Der natürliche physische Tod bedeutete in dieser Kosmologie keinen Schrecken, solange eine Person in ihrem Leben ihre wesentlichen Aufgaben erfüllt hatte, nämlich für den Fortbestand der Familie zu sorgen, also Kinder gezeugt oder geboren zu haben. In diesem Fall erreichte man nach einer Übergangszeit den Status eines *Mudzimu* (Einzahl von *Vadzimu*)<sup>17</sup>.

Und von alten Menschen wird oft gesagt, dass sie langsam auch zu ihren Ahnen wollen.

In Zeiten von HIV und AIDS sterben nun jedoch die falschen Menschen: Die jüngeren und aktiven, die eigentlich für den Bestand der Gesellschaft verantwortlich sein sollten. Ihr Tod wurde immer mit dem Eingreifen schadender okkultur Kräfte in Verbindung gebracht und musste dringend geklärt werden.

Dieses aktuelle Sterben einer ganzen Generation bedeutet im Umkehrschluss eine radikale Veränderung der Welt - die *Vadzimu* sind offenbar nicht mehr in der Lage, ihre Nachfahren zu schützen<sup>18</sup> ! Die Hexen/r und Rachegeister beginnen<sup>19</sup>, die Welt zu beherrschen.

Vergleicht man dies mit der europäischen Pestzeit, so wird ein entscheidender Unterschied deutlich: Wurde die Pest oft als Strafgericht oder als Vorbote der Apokalypse betrachtet, so bot das Christentum für seine Anhänger die tröstliche Vorstellung des Paradieses.

Dies existiert für die meisten Afrikaner jedoch nicht: Wenn das Böse in der physischen Welt obsiegt, dann hat es bereits in der spirituellen Welt die Macht übernommen und die ganze Welt wird zu einer Hölle.

---

<sup>16</sup> Es gibt auch einen *Mwari*-Kult und mehrere Schreine in den Matopos (Schoffeleers/Mwanza, 1979), allerdings ist die Anhängerschaft sehr gering, selbst in deren Kerngebiet im Südwesten Zimbabwes (eigene Forschung).

<sup>17</sup> Bezüglich der Frage, ob auch kinderlos Verstorbene zu *Vadzimu* werden, herrscht keine Einigkeit. Die meisten Gesprächspartner bejahten dies, allerdings hätten diese *Vadzimu* keinen Einfluß und werden kaum beachtet. In jedem Falle ist ein solcher Tod - im Grunde der wahre Tod für die Shona - mit einer Vielzahl von spirituellen Gefahren verbunden. Nicht wenige befürchten, dass ein solcher Geist ruhelos umherwandert und als *Ngozi* oder *Mhuroyi* wiederkehrt.

<sup>18</sup> Ashforth 2005, Kapitel 9; diskutiert die dialektische Abhängigkeit zwischen der schwindenden Macht der Ahnen, dem Verhalten der Nachfahren und der wachsenden Macht der destruktiven spirituellen Kräfte als fortschreitenden Prozess für Lesotho ausführlicher und überaus interessant.

<sup>19</sup> Für die schnellwachsenden Pentecostal und unabhängigen Afrikanischen Kirchen sind die Rachegeister und Hexer durch Dämonen und den Teufel zu ersetzen, die aber ebenfalls als immer präsenter angesehen werden.

## V. Literatur:

- Ashforth, A. (2005):** Witchcraft, Violence and Democracy in South Africa; Chicago
- Bourdillon, M.F.C. (1998):** The Shona Peoples; Harare
- Chirenje/Rusakaniko/ Kirumbi/ Ngwalle/ Makuta-Tlebere/ Kaggwa/Mpanju-Shumbusho/Makoae (2001):** Situation analysis for cervical cancer diagnosis and treatment in East, Central and Southern African countries; *IN: Bulletin of the World Health Organization, 2001, 79 (2)*
- Gelfand, M. (1959):** Shona Ritual; Cape Town
- Gries, F. (1998):** Geld ist die beste Magie (*unveröffentlichter Feldforschungsbericht*)
- Gries, F. (2003):** Demokratie ist Elektrifizierung und Chieftmacht; Berlin, Institut für Ethnologie
- Gries, F. (2005):** Die Parteien aus der Sicht der Wähler, *Vortragsmanuskript Friedrich-Naumann-Stiftung Hamburg, 02.05.2005*
- Of, R. (2005):** Unermüdlicher Einsatz für Aidskranke; *IN: afrika süd Nr.6/2005*
- Olivier de Sardan, J.P. (1999):** A moral economy of corruption in Africa ?; *IN: Journal of Modern African Studies, Vol.37/No.1*
- Palmer/Mills/Wadee/Gilson/Schneider (2003):** A new face for private providers in developing countries: what implications for public health? *IN: Bulletin of the World Health Organization 2003, 81 (4)*
- Prata/Montagu/Jefferys (2005):** Private sector, human resources and health franchising in Africa; *IN: Bulletin of the World Health Organization, 2005, 83 (4)*
- Preker/Carrin/Dror/Jakab/Hsiao/Arhin-Tenkorang (2002):** Effectiveness of community health financing in meeting the cost of illness; *IN: Bulletin of the World Health Organization 2002;80:143-150*
- Sayagues, M. (2004):** AIDS: Notes from Uganda; *IN: Electronic Journal of Governance and Innovation December 2004*
- Schoffeleers, J.M. /Mwanza, R. (1979):** An Organizational Model of the Mwari Shrines; *IN: J.M. Schoffeleers (ed.): Guardians of the Land; Gwelo*
- Schüler, D./Klasen, S. (2004):** Financing of Social Sectors - State of the Art in the International Development Debate; Bonn
- Sekhri, N./Savedoff, W.(2005):** Private health insurance: implications for developing countries *IN: Bulletin of the World Health Organization, 2005, 83 (2)*
- UN (2005):** Human Development Report 2005; New York/Genf
- Wilkinson/Gouws/Sach/Karim (2001):** Effect of removing user fees on attendance for curative and preventive primary health care services in rural South Africa; *IN: Bulletin of the World Health Organization, 2001, 79 (7)*