



Challenges in Public Health

Editor: Prof. Dr. Oliver Razum

61

Walter Bruchhausen
Helmut Görgen
Oliver Razum
(Hrsg.)

Entwicklungsziel Gesundheit

Zeitzeugen der
Entwicklungszusammenarbeit
blicken zurück

Peter Lang

Einführung:

Die Geschichte der deutschen Entwicklungszusammenarbeit im Gesundheitsbereich als Thema von Erinnerung und Forschung

Schlagworte wie „*International Health*“, „*Global Health*“ oder „*World Health*“ zeigen an, dass die Verbesserung der Gesundheitssituation in Entwicklungsländern durch immer wieder neue Ansätze angestrebt wird – von denen sich aber im Rückblick auf frühere Zeiten viele als gar nicht so neu erweisen. Gesundheitsprogramme als Voraussetzung für wirtschaftliche Entwicklung, Seuchenbekämpfung auf der Grundlage aktueller wissenschaftlicher Erkenntnisse, Einbeziehung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern aus den Dorfgemeinschaften und der „traditionellen“ Gesundheitsversorgung, flächendeckende Impfprogramme, Ernährungsberatung und Hygieneaufklärung, internationale Kooperationen und Organisationen – all das hat es immer wieder gegeben. Deshalb ist der Blick zurück nicht in erster Linie nostalgische Erinnerung, die er bei der nötigen Selbstkritik auch sein darf, sondern vor allem eine Vergeewisserung, unter welchen Bedingungen und von wem solche Aktivitäten akzeptiert oder abgelehnt wurden, erwünschte oder unerwünschte Auswirkungen hatten, von Dauer oder kurzfristig waren.

Historische Forschung: bisherige Interessen und neue Aufgaben

Die Erforschung europäischer Beteiligung an Entwicklungen in anderen, vor allem südlichen Erdteilen wird seit einigen Jahren und Jahrzehnten im Rahmen von neuen Gebieten wie „*Postcolonial Studies*“, „*Global History*“ oder „*Entangled History*“ intensiv betrieben. Dabei ist für die Kolonialzeit gerade die Geschichte der Kolonialmedizin ein besonders ergiebiges Forschungsgebiet geworden. Für die Zeit nach Erlangung der politischen Unabhängigkeit, vor allem seit den 1960er Jahren, wurde in den bereits vorliegenden historischen Studien der Gesundheitsbereich insgesamt weitaus weniger berücksichtigt. Deshalb erscheint die Geschichte der deutschen Entwicklungszusammenarbeit (EZ) im Gesundheitssektor als bisher nicht etabliertes Forschungsfeld, das aber sowohl für die internationale Gesundheitspolitik als auch für die historische Erforschung der Entwicklungshilfe aufschlussreich sein kann. Nach einem halben Jahrhundert west- und ostdeutscher Ansätze, Programme und Projekte zur medizinischen Entwicklungshilfe ist die Zeit für einen Überblicks-

versuch reif. Dabei sind für eine ganze Reihe von Fragen anschlussfähige Einsichten in Veränderungen zu erwarten, nämlich insbesondere für das Verhältnis

- zwischen staatlicher und nicht-staatlicher EZ
- zwischen kurativen und präventiven Ansätzen
- zu anderen Sektoren der EZ
- zur medizinischen Entwicklung und Wissenschaft in den Industrienationen
- zum Aufstieg der internationalen medizinischen Not-, Katastrophen- und Wiederaufbauhilfe.

Zu fragen wäre dabei ebenso, welche Beiträge Deutschland zum Konzept von *Primary Health Care* geleistet hat, wie sich dieses Konzept in der deutschen EZ auswirkte, wie die deutsche Vorbereitung von Personal für die EZ im internationalen Vergleich aussah.

Die Tagung: Begegnung von historischer Forschung und Praxiserfahrung

Als Pilotprojekt zu einer solchen Erforschung veranstaltete das Medizinhistorische Institut der Universität Bonn am 25./26. Juni 2009 eine einschlägige Tagung in Bonn. Das Institut beschäftigt sich im Rahmen eines Arbeitskreises Ethnomedizin/Medical Anthropology schon seit bald 20 Jahren intensiv mit Medizin im globalen Austausch. Die Tagung wurde in Zusammenarbeit mit der Gesellschaft für technische Zusammenarbeit (GTZ) organisiert, die im Auftrag des Bundesministeriums für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (BMZ) das Vorhaben personell und finanziell unterstützte.

Das erste Ziel der Fachtagung bestand in einer Bestandsaufnahme der laufenden geschichts- und kulturwissenschaftlichen Forschungen zu einschlägigen deutschen Aktivitäten der EZ im Gesundheitsbereich. Dazu wurden durch direkte Ansprache und eine öffentliche Ausschreibung Wissenschaftler eingeladen, die sich mit Fragen aus diesem Bereich beschäftigen. Der erste Tag bestand entsprechend aus einer Reihe von akademischen Vorträgen, um die bisherige Forschung darzustellen und zu diskutieren.

Das zweite, etwas ungewöhnlichere Ziel war die Erschließung neuer Quellen zur Geschichte der deutschen EZ. Die hierzu Eingeladenen sollten aus ihren eigenen beruflichen Erfahrungen Sichtweisen und Informationen beitragen, die in vorliegenden publizierten und unpublizierten Dokumenten vielleicht fehlen oder weniger präsent sind. Dieses Programm des zweiten Tages verdankt sich einer Anregung des britischen *Wellcome Trust*. Er hat eine Reihe von Zeitzeugengesprächen zu verschiedenen Themen der Medizin im 20. Jahrhundert, darunter auch zur britischen medizinischen Forschung in Afrika,

in oft höchst informativen und unterhaltsamen Bänden dokumentiert. Entsprechend wurden führende, schon (offiziell) im Ruhestand befindliche deutsche Vertreter von Organisationen eingeladen, die den Bereich der Entwicklungszusammenarbeit im Gesundheitssektor maßgeblich prägten. Es ist bemerkenswert, dass alle angefragten Zeitzeugen der Einladung folgten, sie teilweise mit spürbarer Begeisterung annahmen. Zur Moderation dieses Tages konnte zusätzlich zu den Vertretern von Medizinhistorischem Institut (Walter Bruchhausen) und GTZ (Helmut Görden) noch Oliver Razum gewonnen werden, der aus langjähriger Arbeit in diesem Bereich und als Leiter der Abteilung Epidemiologie und *International Public Health* an der Universität Bielefeld mit den deutschen Akteuren und Programmen im weltweiten Gesundheitssektor vertraut ist.

Durch die Berufsfelder und Interessen der Zeitzeugen erweiterte sich die Thematik über die ursprüngliche, oben genannte Themenliste hinaus. Hinzu kamen beispielsweise Fragen zum Verhältnis von internationaler EZ und deutscher EZ-Politik, zur Beziehung zwischen (neuen) „vertikalen“ und „horizontalen“ Programmen und insbesondere zum Scheitern von PHC.

Diese Vorträge, Erinnerungen, Gespräche, teilweise hitzigen Diskussionen werden im vorliegenden Band vollständig dokumentiert. Durch eine zusätzliche Unterstützung von Seiten der GTZ konnte die ganze Tagung durch ein professionelles Filmteam aufgezeichnet und dies zu einem ebenso inhaltsreichen wie ansprechenden Dokumentationsfilm geschnitten werden.

Zur Vorbereitung: Die Anregungen für die Zeitzeugen

Im Vorfeld der Tagung erhielten die eingeladenen Zeitzeugen als Anregung für ihre Vorträge und Diskussionsbeiträge einen orientierenden Text. Er wird im Folgenden vollständig wiedergegeben, um den Entstehungskontext dieser oralen Quellen offen zu legen.

„Das übergeordnete Anliegen der Tagung besteht darin, das Feld der deutschen EZ im Gesundheitsbereich für eine historische Erforschung zu erschließen. Gerade bei geringem zeitlichem Abstand ist es in der Geschichtsschreibung von zentraler Bedeutung, sich über die gewählten oder möglichen Annäherungen und Perspektiven Rechenschaft zu geben, sehr spezielle von breit geteilten Interessen, Binnen- von Außenansichten zu unterscheiden. Jede Bearbeitung ist eine Selektion, doch es gibt auch immer eher repräsentative und eher willkürliche, besser und schlechter begründete Auswahl.

Deshalb geht es in gleicher Weise um die Inhalte der einzelnen Vorträge wie die Diskussion darüber. Denn so lässt sich abschätzen, ob es sich z.B. eher um die Sichtweise einer einzelnen Institution oder Person handelt, die von anderen Akteuren und bisherigen Forschungen so nicht geteilt wird und

sich deshalb hier vielleicht ein entsprechender Forschungsbedarf zur Klärung eröffnet. Von daher ergibt sich die Notwendigkeit, die Beiträge strikt auf 15 – 20 Minuten zu begrenzen, um eine ebenso lange Aussprache darüber zu ermöglichen.

Langjährig Verantwortliche der EZ und historisch Forschende zusammenzubringen, stellt Ansprüche an beide Seiten, die über die gewohnten Treffen im jeweiligen Kollegenkreis hinausgehen. Deshalb seien einige Hinweise erlaubt, die für die jeweils eine Seite vielleicht banal klingen, die andere aber durchaus als hilfreich empfinden kann.

Eine Diskussion der EZ im Gesundheitsbereich, die (geschichts-)wissenschaftlichen Ansprüchen genügt, kann nicht in einer Wiederholung der Darstellungen in Programmen, Berichten und Stellungnahmen bestehen. Eine medizinhistorische Betrachtung der EZ weitet vielmehr den Blick auf die verschiedenartigen Einflussfaktoren und Determinanten der EZ, um ihre Dynamik und Entwicklung besser zu verstehen.

Medizinhistorisches Anliegen ist, offizielle oder gängige Geschichte ‚gegen den Strich zu bürsten‘, die oft allzu glatte Darstellung ‚aufzurauen‘, wie es im Jargon heißt. Damit ist keineswegs eine Art Denunziation gemeint, also etwa grundsätzlich Erfolgs- in Misserfolgsgeschichten, Befreiungs- in Unterdrückungsszenarien verwandeln zu wollen, gute Absichten oder fachliche Expertise zu bezweifeln. Es geht vielmehr darum, die geläufige ‚große Erzählung‘ (*master narrative*) daraufhin zu befragen, ob nicht z.B. doch entscheidende Alternativen zur Debatte gestanden hatten und es manchmal eher zufällige persönliche oder institutionelle Konstellationen, und nicht angeblich zwangsläufige Entwicklungen waren, die für bestimmte Konzepte den Durchbruch oder aber das Ende bedeuteten.

Nicht nur die Neurowissenschaften lehren uns, dass unser Gedächtnis aus Erinnerungsstücken immer neue Geschichten formt, dass wir nachträglich Sinnzusammenhänge zu konstruieren bereit sind, die von den Geschehnissen selbst nicht herzustellen sind. Deshalb besteht die Herausforderung darin, nicht nur die eigene (aktuelle) Sicht der Vergangenheit zu präsentieren, sondern durch Rückkehr zu den Quellen, z.B. einzelnen Dokumenten, die eigene Sicht auf ihre Plausibilität hin zu überprüfen und eventuell zu revidieren oder zu belegen.

Gegenüber dem Blick der Geschichtsschreibung auf Rahmenbedingungen und kontingente Situationen ist die Reflexion innerhalb der EZ selbst sehr stark ergebnisorientiert. Die zunehmend formalisierte Evaluation bleibt der Goldstandard des Blicks auf Programme und Projekte. Theorie und Praxis der Evaluation können damit für Historiker durchaus lehrreich sein, weil es das methodische Ideal mancher sozialhistorischer Ansätze anhand einer Historikern kaum je verfügbaren Vollständigkeit des Datenmaterials umzusetzen

vermag. Auch wenn diese Form der quantitativen Sozialgeschichte heute weniger vertreten ist, wird dies geschichtswissenschaftlich nicht bedeutungslos, weil der Austausch so gewissermaßen auch einen Rückblick in die jüngere Geschichte der Geschichtsschreibung bietet.“

Zur Bearbeitung der Zeitzeugenbeiträge: zwischen Authentizität und Lesbarkeit

Bei den Zeitzeugenbeiträgen handelt es sich nicht um artikulationsgetreue Transkriptionen, wie sie der Auswertung von Interviews in ethnographischer Feldforschung zugrunde gelegt werden. Da lesbare und verständliche Texte für eine breitere Leserschaft entstehen sollten, war eine Bearbeitung der gesprochenen Sprache unumgänglich.

Anders als bei einem üblichen Sammelband von Autoren-Beiträgen musste als authentische Dokumentation von Vortrag und Gespräch das Engagement des Vortrags und der Diskussion spürbar bleiben. Dieser Balanceakt führte für die Überarbeitung der wörtlichen Tonband-Abschriften zu verschiedenen Grundsätzen, die jedoch nötigenfalls auch flexibel gehandhabt wurden. Bloß moderierende, verbindende und eher floskelhafte spontane Zusätze sowie allgemeiner Dank, Lob und Organisatorisches wurden weitgehend gestrichen. Füllwörter wurden entfernt und ungrammatische Satzstellungen behutsam korrigiert. In einer gewissen Annäherung an übliche wissenschaftliche Beiträge wurden erläuternde und belegende Fußnoten, insbesondere zu angesprochenen Publikationen und Personen eingefügt. Abkürzungen wurden beim ersten Auftauchen erläutert und nur verwendet, wenn sie auch so gesprochen wurden, nicht zur Verkürzung des Schrifttextes.

Die Bearbeitung sollte auch dafür sorgen, dass nichts stehen bleiben musste, was von den Zeitzeugen selbst nachträglich oder von den Herausgebern als falsche Information, despektierlich oder allzu missverständlich empfunden wurde. Allerdings sollten die Eingriffe keineswegs so tief gehen, dass der ursprüngliche Gesprächsbeitrag nicht mehr wieder zu erkennen war. Was nach späterem Urteil der Zeitzeugen ganz fehlte, konnte nachträglich nicht mehr eingebracht werden, was von anderen angefragt wurde, nicht verändert werden. Das galt insbesondere deshalb, weil sich sonst die anschließenden, ebenfalls dokumentierten Diskussionen nicht mehr auf den vorstehenden Beitrag bezogen hätten.

Entsprechende Bearbeitungsvorschläge der Herausgeber konnten die Zeitzeugen selbst übernehmen, ablehnen oder verändern. Diese Fassung haben wir als Herausgeber wiederum bearbeitet, bevor die nun abgedruckte Version endgültig von den Zeitzeugen gebilligt wurde.

Danksagung

Wir danken den ausgesprochen engagierten Teilnehmenden und den Zeitzeugen für ihre Beiträge sowie für ihre Unterstützung bei der Überarbeitung und ihre Zustimmung zum Abdruck. Dem Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung mit dem zuständigen Referatsleiter Herrn Dr. Simon Koppers und der Gesellschaft für technische Zusammenarbeit, vor allem Frau Dr. Angelika Schrettenbrunner, danken wir für die ideelle, finanzielle, personelle und organisatorische Unterstützung der Tagung und dieser Publikation. Der Sekretärin des Medizinhistorischen Instituts Frau Annett Schmidt und den beiden studentischen Mitarbeitern Herrn Maurin Broil und Frau Sarah Marmagen gilt unser Dank für die Unterstützung bei der Tagungsorganisation sowie insbesondere letzterer für die sorgfältige und mühselige Abschrift der Tonmitschnitte. Frau Raniah El-Jezawi in Bielefeld und Frau Katharina Böcker in Bonn, waren an der Überarbeitung der Texte beteiligt. Frau El-Jezawi hat zudem das Layout dieses Bandes übernommen.

Nächste Schritte

Die Tagung sollte einen Auftakt zu mehrjährigen Forschungsprojekten in diesem Themengebiet bilden, deren endgültiger Umfang derzeit noch nicht absehbar ist. Neben der erwähnten Unterstützung aus BMZ und GTZ hat sowohl die entwicklungspolitische Fachöffentlichkeit als auch die der Medizingeschichte mit unerwartet großem Interesse auf die Vorstellung dieses Vorhabens reagiert.

Die DVD mit dem Dokumentationsfilm der Tagung wird inzwischen schon an mehreren Orten in Kursen für Medizinstudierende und zur Vorbereitung von Personal für die EZ im Gesundheitsbereich eingesetzt. Sie kann sowohl im Bonner Medizinhistorischen Institut als auch in der Abteilung Epidemiologie und *International Public Health* der Universität Bielefeld angefordert werden.

So hoffen wir, mit der Tagung und der jetzt vorgelegten Dokumentation der Zeitzeugen-Beiträge einer breiten Reflexion des deutschen Engagements im Gesundheitssektor von Entwicklungsländern Anstöße gegeben zu haben.

Bonn, Potsdam und Bielefeld, im November 2010

Walter Bruchhausen, Helmut Görgen und Oliver Razum

Grußwort:

Dr. Simon Koppers und Dr. Jochen Böhmer

Das Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (BMZ), Referat Gesundheit und Bevölkerungspolitik, ist hoch erfreut, dass die Universität Bonn die Herausforderung angenommen hat, die Geschichtsschreibung der deutschen Entwicklungszusammenarbeit (EZ) im Gesundheitssektor akademisch aufzuarbeiten, insbesondere die Zeitgeschichte der Entwicklung seit 1945. Die internationale Zusammenarbeit auch im Gesundheitsbereich hat sich in der Tat enorm verändert und wir im BMZ sind Zeugen, wie die gesamten Entwicklungen im Zuge der Globalisierung, aber auch veränderte interne Systemzwänge, auf unsere tägliche Praxis Einfluss nehmen. Insbesondere seit der Verabschiedung der Millenniumserklärung im Jahr 2000 hat sich viel getan im Gesundheitssektor – auf globaler Ebene und in den Partnerländern. Immerhin beziehen sich drei der acht Millenniumsentwicklungsziele (MDG) auf den Gesundheitsbereich.

Bemerkenswert ist in dem Zusammenhang auch, dass die Ausgaben für Gesundheit weltweit sehr stark gestiegen sind. Allein die gesundheitsrelevanten Entwicklungsausgaben, also die ODA, stiegen von weltweit 2,5 Mrd. Dollar 1990 über 6,8 Mrd. Dollar 2000 auf jetzt 16,7 Mrd. Dollar im Jahr 2008. Dies sind wirklich dramatische Anstiege. Dennoch trägt in Subsahara-Afrika diese externe Finanzierung nur 15% zu den Gesamtaufwendungen im Gesundheitsbereich bei, was die große Bedeutung der sogenannten *out-of-pocket payments* für Gesundheitsversorgung unterstreicht.

Die erläuterten Mittelzuwächse gehen auf Steigerungen der staatlichen Leistungen zurück, gleichzeitig hat aber auch die Bedeutung privater Geber erheblich zugenommen. Eine besondere Rolle spielt hier die Bill & Melinda Gates Stiftung, mit der wir inzwischen auch zusammenarbeiten. Diese privaten Geber, also Stiftungen und Andere, stellen inzwischen zusätzlich rund 4 Mrd. US-Dollar jährlich bereit, *on top* der 16 Mrd. Dollar, die wir jetzt schon haben. Diese Mittel werden von einer inzwischen äußerst komplexen Struktur an die Akteure in die Partnerländer vergeben. Diese Struktur besteht aus 40 bilateralen Gebern, aus 26 VN-Organisationen, 20 globalen und regionalen Fonds und über 90 globalen Gesundheitsinitiativen sowie zahlreichen internationalen NROen und Stiftungen. Damit müssen wir täglich in unserer Arbeit umgehen.

Diese Entwicklungen spiegeln sich auch in der deutschen EZ wider. Von 2000 bis 2008 wurden die jährlichen Zusagen für den Gesundheitsbereich von 200 Millionen Euro auf über 700 Millionen Euro erhöht. Damit ist der Gesundheitssektor der derzeit am schnellsten wachsende Bereich in der deutschen EZ.

Aktuell hat die deutsche Entwicklungspolitik mit 16 Partnerländern den Schwerpunkt Gesundheit, Familienplanung und HIV/AIDS vereinbart, insgesamt ist die deutsche bilaterale Zusammenarbeit in rund 40 Ländern im Gesundheitsbereich aktiv.

Die Zielgrößen der BMZ-Planung für Gesundheit wurden für 2010 weiter angehoben, um den besonderen Herausforderungen gerade auch in den MDG-relevanten Politikbereichen gerecht zu werden.

Auch die Zahl der Akteure, mit denen wir zusammenarbeiten, hat sich stark erhöht. Um hier nur einige zu nennen: Der Globale Fund zur Bekämpfung von Tuberkulose, Aids und Malaria (GFATM), 2002 gegründet, ist ein ganz wichtiger Akteur geworden, und ist inzwischen der größte Finanzier global für Tuberkulose- und Malariamaßnahmen. Auch der eben beschriebene Mittelzuwachs in der deutschen EZ geht wesentlich darauf zurück, dass wir in den GFATM 200 Millionen Euro jährlich einzahlen und dass wir auch im Verwaltungsrat aktiv mitwirken. Dann gibt es noch die 2007 gegründete International Health Partnership. Diese Initiative wurde nach dem G8-Gipfel 2007 von Premierminister Gordon Brown und Bundeskanzlerin Angela Merkel gestartet und zielt darauf ab, dass es für diese ganze Vielfalt von Akteuren zumindest auf Länderebene eine Koordinierung gibt und dass man auf Länderebene zu konsistenten Strategien kommt, in die all diese Akteure eingebettet sind und dass auch die Mittel entsprechend verteilt werden. Da wirken wir ebenso mit, sowohl auf der globalen Ebene, (z.B. gibt es Videokonferenzen alle 8 Wochen) aber auch auf Länderebene (u.a. sind wir in Kambodscha und Nepal mit dabei, weil da richtungsweisend für die EZ ganz neue Mechanismen der Geberkoordinierung und das Monitoring entwickelt werden. Wir haben eine Mitarbeiterin in unserem Referat, die nur damit beschäftigt ist, diesen Prozess zu betreuen und auch im BMZ mit dem Grundsatzreferat zu verlinken, weil da am Beispiel des Gesundheitsbereichs ganz neue Verfahren entwickelt werden. Dies ist historisch im gesamten Kontext der EZ vielleicht nicht ganz uninteressant.

Kurz erwähnt sei die *Global Health Workforce Alliance*, auch eine neue Institution, die sich mit der Knappheit der Personalressourcen in Entwicklungsländern beschäftigt. Mit dieser arbeiten wir inzwischen auch zusammen. Dann

gibt es eine hochrangige neue Taskforce¹ zur Entwicklung neuer Instrumente der innovativen Finanzierung für den Gesundheitssektor. Das ist zum Glück keine neue Institution, sondern nur eine temporäre Veranstaltung, an der wir aber auch teilnehmen bzw. unsere Ministerin *in persona* mitmacht und die kürzlich ihren Bericht vorgelegt hat. Wir werden Schuldenumwandlung weiter fördern und uns dafür einsetzen, dass die Erlöse aus dem sogenannten Emissionshandel auch für klimarelevante Anpassungsprozesse im Gesundheitsbereich verwendet werden.

Eine weitere neue Entwicklung ist, dass Deutschland auf der globalen Ebene erhebliche Erfolge vorweisen kann. So ist z.B. der G8-Gipfel in Heiligendamm im Jahr 2007 von der deutschen Regierung genutzt worden, um die Bekämpfung von Aids, Tuberkulose und Malaria und die Stärkung der Gesundheitssysteme hoch auf die Agenda zu setzen. Auch wurden auf diesem G8-Gipfel erstmals wichtige Beschlüsse gefasst mit dem Ziel, die Geschlechterungleichheiten im Gesundheitsbereich zu bekämpfen. Dass diese Themen überhaupt auf die G8-Agenda kommen, wäre ohne unsere Intervention nicht möglich gewesen, da hat unsere Ministerin natürlich eine wichtige Rolle gespielt, aber auch, indem sie die Kanzlerin davon überzeugen konnte, dass dies wichtige Themen sind. Wir haben hier durchaus Maßstäbe gesetzt, aber auch in der Umsetzung dieser Beschlüsse haben wir eine führende Rolle übernommen, und haben insbesondere im GFATM dafür gesorgt, dass dort letztes Jahr ein entsprechendes Konzept vom Board verabschiedet worden ist, in dem eine stärkere geschlechtersensible Ausrichtung der Arbeit dieses Fonds verankert ist.

Der starke Mittelanstieg und die verstärkten Aktivitäten, die ich eben beschrieben habe, haben inzwischen auch zu einer Verbesserung der Gesundheitsindikatoren geführt, dazu vielleicht einige Beispiele: Die Kindersterblichkeit ist erheblich gesunken, zwischen 1990 und 2008 um 27%. In den meisten Ländern Subsahara-Afrikas haben sich die HIV-Infektionsraten stabilisiert oder sind rückläufig. In 14 afrikanischen Ländern konnte die Infektionsrate von jungen schwangeren Frauen seit 2000/2001 deutlich reduziert werden, in einigen Ländern um mehr als 25%. Der größte Erfolg ist, glaube ich, dass die Behandlungsraten von Menschen mit AIDS und Tuberkulose immens gestiegen sind. Insgesamt konnte die Zahl der Menschen in Entwicklungsländern, die die sogenannte Antiretrovirale Therapie erhalten, von Dezember 2003 bis Dezember 2008, also innerhalb von 5 Jahren, nahezu verachtfacht werden, von 0,4 Milli-

¹ High Level Taskforce on Innovative International Financing for Health Systems, HTLF.

onen auf über 3 Millionen. Das sind Erfolge, die, glaube ich, wirklich erheblich und auch ziemlich einmalig sind in der Gesundheitshistorie. Polio ist nahezu ausgerottet. Da haben wir in Deutschland als einem der größten Geber in diesem Bereich einen hohen Anteil. Erst im Januar dieses Jahres hat Bundesministerin Wieczorek-Zeul erneut 100 Millionen Euro zugesagt, um die endgültige Eliminierung auch in den letzten verbleibenden Ländern unterstützen zu können.

Dennoch bleibt die Gesundheitssituation in vielen Regionen, insbesondere in Subsahara-Afrika, kritisch und die Unterschiede zwischen den armen und reichen Ländern bleiben gewaltig. Obwohl die Lebenserwartung in den Entwicklungsländern insgesamt in den letzten Jahrzehnten gestiegen ist, liegt sie in den Ländern mit niedrigem Einkommen mit 57 Jahren weit unter den 77 Jahren in den reicheren Ländern. Deutliche Unterschiede sind zudem in der Müttersterblichkeit zu konstatieren und bei der Sterblichkeit von Kindern unter 5 Jahren. Diese Kontraste spiegeln den häufig eingeschränkten Zugang zu Gesundheitsdienstleistungen in den Entwicklungsländern und entsprechende strukturelle Probleme wider. Dazu zählen fehlende finanzielle Ressourcen, die dazu führen, dass Entwicklungsländer nicht einmal eine minimale Gesundheitsversorgung ihrer Bevölkerung sicherstellen können. Hinzu kommen in vielen Ländern unzureichend funktionierende öffentliche Gesundheitssysteme, unzureichende Ressourcenausstattung (vor allem ein ausgeprägter Mangel an Fachkräften), Dysfunktionalitäten durch Managementdefizite, Intransparenz, mangelnde politische Priorisierung, unangepasste politische Systeme usw. Diese strukturellen Probleme sind Ihnen ja, wenn sie mehrere Jahrzehnte in dem Bereich tätig sind, nicht ganz unvertraut und wahrscheinlich gibt es da eine gewisse Konstanz.

Ich komme nun zu dem Forschungsvorhaben, um das es hier geht, und möchte dazu feststellen, dass die Fragen, denen Sie sich hier widmen, aus BMZ-Sicht hochrelevant und umfassend sind. Sie werden sich beschäftigen und Erkenntnisse generieren zu Themen wie der Beziehung zwischen staatlicher und nichtstaatlicher Entwicklungshilfe oder zwischen kurativen und präventiven Ansätzen – da ist natürlich gerade die AIDS-Bekämpfung eine ganz heikle Frage, auch in Zukunft. Auch andere Sektoren der EZ sind hochaktuell, zumal der diesjährige G8-Gipfel sich auch mit Gesundheit in Afrika beschäftigen wird, denn über den Gesundheitsbereich hinaus spielt Gesundheit auch in anderen Sektoren eine wichtige Rolle. Die Forschung zu den lokalen Gesundheitssystemen ist weiterhin ganz zentral, um die Situation auf Länderebene zu verbessern, gerade auch die strukturellen Probleme. Zur medizinischen Entwicklung und Wissenschaft in den Industrienationen, auch das ein ganz wichtiges Thema mit der, wie man so schön sagt, 10%-zu-90%-Lücke. Das bedeutet, dass 90% der Forschungsaufwendungen im medizinischen Bereich die In-

dustrieländer betreffen und nur 10% der medizinischen Forschung mit für Entwicklungsländer relevanten Fragen befasst sind. Auch das eine Baustelle, an der wir arbeiten. Zum Aufstieg der internationalen medizinischen Not-, Katastrophen- und Wiederaufbauhilfe: Die Beziehung zwischen deutscher und internationaler EZ und zur internationalen Gesundheitspolitik hat in den letzten Jahren stark an Bedeutung gewonnen.

Erfreulicherweise handelt es sich hier um ein längerfristiges Forschungsvorhaben, denn die Agenda ist ambitiös, und wir erwarten von dieser Auftaktveranstaltung und den Zeitzeugeninterviews, dass sie viele neue Hypothesen generieren, die dann im Laufe der Zeit weiterentwickelt und beantwortet werden sollen. Wir freuen uns ganz besonders, unter den anwesenden Zeitzeugen unseren ehemaligen Referatsleiter Gesundheit, Herrn Klaus Gördel, hier begrüßen zu dürfen. Er hat auf der Seite des politischen Auftraggebers die EZ im Gesundheitssektor selbst mitgestaltet und wird die Perspektive des BMZ in den Diskussionen mit den Historikern kompetent repräsentieren. Wir möchten Sie auch unserer Unterstützung für das weitere Vorhaben versichern. Wenn Sie Zugang brauchen zu unseren Archiven, wir haben einen großen Raum im Keller, wo viele Akten und Publikationen direkt zugänglich sind, ohne dass man erst über die Registratur gehen muss, dann sind Sie dazu jederzeit herzlich willkommen.