

Der lange Schatten struktureller Fehlentscheidungen: FachärztInnenmangel in der Frauenheilkunde in Laos und Vietnam ; im Gespräch mit Michael Runge (Universität Freiburg)

Schippers, Lan-Katharina

Veröffentlichungsversion / Published Version

Zeitschriftenartikel / journal article

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Schippers, L.-K. (2012). Der lange Schatten struktureller Fehlentscheidungen: FachärztInnenmangel in der Frauenheilkunde in Laos und Vietnam ; im Gespräch mit Michael Runge (Universität Freiburg). *ASEAS - Austrian Journal of South-East Asian Studies*, 5(1), 166-173. <https://doi.org/10.4232/10.ASEAS-5.1-11>

Nutzungsbedingungen:

Dieser Text wird unter einer CC BY-NC-ND Lizenz (Namensnennung-Nicht-kommerziell-Keine Bearbeitung) zur Verfügung gestellt. Nähere Auskünfte zu den CC-Lizenzen finden Sie hier:

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.de>

Terms of use:

This document is made available under a CC BY-NC-ND Licence (Attribution-Non Commercial-NoDerivatives). For more information see:

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0>

Der lange Schatten struktureller Fehlentscheidungen: FachärztInnenmangel in der Frauenheilkunde in Laos und Vietnam. Im Gespräch mit Michael Runge (Universität Freiburg)

LAN-KATHARINA SCHIPPERS¹

Citation Schippers, L.-K. (2012). Der lange Schatten struktureller Fehlentscheidungen: FachärztInnenmangel in der Frauenheilkunde in Laos und Vietnam. Im Gespräch mit Horst-Michael Runge (Universität Freiburg). *ASEAS - Österreichische Zeitschrift für Südostasienwissenschaften*, 5(1), 166-173.

Seit über 50 Jahren sind Vietnam und Laos Zielländer der westlichen Entwicklungszusammenarbeit. Dennoch ist der Zustand der Gesundheitssysteme in den Ländern weiterhin von gravierenden Mängeln geprägt. Besonders in der Frauenheilkunde und Geburtshilfe fehlt es an gut ausgebildeten medizinischen Fachkräften. Der deutsche Gynäkologe Prof. Dr. Horst-Michael Runge engagiert sich seit einem Vierteljahrhundert für bessere Frauengesundheit in Südostasien. Seine Projekte basieren auf der Überzeugung, dass die Ausbildung der Fachkräfte in den Zielländern den Schlüssel für ein funktionierendes Gesundheitssystem darstellt. Im Gespräch mit ASEAS spricht Runge über die medizinische Ausbildung in Südostasien, strukturelle Fehlentscheidungen der Entwicklungshilfe und die Erfolge seiner Projekte.

For over 50 years, Vietnam and Laos have been target countries of Western development cooperation. Nevertheless, the state of the healthcare systems in these countries is still characterised by serious shortcomings. Particularly in obstetrics and gynaecology, there is a lack of well-trained medical professionals. For a quarter century, German gynaecologist Prof. Dr. Horst-Michael Runge has worked on improving women's health in South-East Asia. His projects are based on the conviction that education for skilled workers in target countries is key to a functioning health system. In this interview, Runge talks about medical training in South-East Asia, structural mistakes of development assistance, and successes of his projects.

LAN-KATHARINA SCHIPPERS: Seit wie vielen Jahren engagieren Sie sich in Südostasien, was hat Sie anfangs in die Region gebracht und in welchem Bereich sind Sie schwerpunktmäßig aktiv?

MICHAEL RUNGE: Ich war früher Mitglied des „Deutschen Komitees Notärzte Cap Anamur“. Die Cap Anamur war ein Rettungsschiff im südchinesischen Meer und hat Ende der 1970er-Jahre ungefähr 10.000 Boatpeople² aus der Seenot gerettet. Dies war der ursprüngliche Kon-

¹ Lan-Katharina Schippers hat Politikwissenschaft mit den Schwerpunkten Entwicklungspolitik, Migrationspolitik und Staatstheorie an der Universität Wien, Österreich, und der University of Nottingham, Großbritannien, studiert.

² Anmerkung der ASEAS-Redaktion: Der Begriff „Boatpeople“ bezeichnete ab Mitte der 1970er-Jahre die in Folge des

takt in die Region. Hinzu kommt, dass die medizinische Fakultät der Universität Hue in Vietnam unter Mithilfe der Freiburger Universität aufgebaut wurde. Die früheren Lehrer aus meinem Studium haben in Hue unterrichtet. Bei der Tet-Offensive 1968 des Vietcong gegen die Amerikaner wurden sie zum großen Teil getötet. Danach brach der Kontakt erst einmal ab. Deutschland ist damals ja den Vorgaben der Alliierten gefolgt und hat Vietnam wirtschaftlich, politisch und auch im Gesundheitsbereich in jeder Form boykottiert. Genauso erging es Laos, das ab 1975 von den Pathet Lao regiert wurde. Beide Länder wurden isoliert.

In dieser politischen Isolation, in der sich Vietnam und auch Laos befanden, ging es diesen Ländern wirtschaftlich immer schlechter, sodass es zu Hungersnöten kam. Bis Ende der 1980er-Jahre haben große Teile der vietnamesischen Bevölkerung richtig gehungert, die Cap Anamur brachte damals noch Reislieferungen nach Vietnam. Insofern war Vietnam an einem historischen Tiefpunkt angekommen, das Volk hungerte, die Wirtschaft lag danieder, und, was ich damals noch nicht wusste, die akademische Situation hatte sich seit Beginn des Krieges 1961 auch enorm verschlechtert.

Nach Stationen in Afrika und auf den Cook-Inseln bin ich dann 1993 nach Deutschland zurückgekommen und habe mit Freunden eine Frauengesundheitsstiftung gegründet: MATERRA. Später kam dann das *Collaborating Centre for Postgraduate Training and Research in Reproductive Health* an der Universitätsfrauenklinik Freiburg hinzu. Über die Jahre konnten wir unsere Projekte mit Hilfe von öffentlichen und privaten Förderungen, beispielsweise von der Else Kröner-Fresenius-Stiftung, der Mercator-Stiftung, dem Wissenschaftsministerium Baden-Württemberg, dem Deutschen Akademischen Austauschdienst (DAAD) sowie dem Asia-Link-Programm der EU umsetzen.

Schon 1993 hatten wir dann in mehreren Ländern Projekte, unter anderem auch in Vietnam. Dort haben wir mit einem Kleinkreditprojekt für Landfrauen begonnen, ähnlich dem System der Grameen-Bank in Pakistan. Das Projekt läuft bis heute in Nordvietnam, da es sich als sehr erfolgreich herausstellte. Ebenso haben wir ein Trainingszentrum für die Berufsausbildung für Frauen in Hue aufgebaut. Als ich damals diese Projekte besucht habe, konnte ich dann erste Kontakte zu den medizinischen Fakultäten in Hanoi, Hue und Ho-Chi-Minh-Stadt aufbauen.

Ich habe dort gesehen, dass die Universitäten in einem schrecklichen Zustand waren. Zum einen gab es kaum mehr ausgebildete ProfessorInnen oder Lehrkräfte. Es waren Leute tätig, die selbst nur zwei Jahre Berufserfahrung hatten und die dann wiederum MedizinstudentInnen und FachärztInnen ausbilden sollten. Damit waren sie natürlich komplett überfordert. Es gab einfach keine vernünftige FachärztInnenausbildung mehr, weil es an Fachkräften gefehlt hat. Seit 1968 wurden zudem keine medizinischen Fachbücher mehr geschrieben. Für die FachärztInnenausbildung gab es überhaupt keinerlei Bücher.

Im Vergleich dazu: Wir haben ungefähr 3.000 laufende Titel in Deutschland in deutscher Sprache allein zu Frauenheilkunde und Geburtshilfe jedes Jahr. Damals gab es kein einziges für ein 80 Millionen-Volk. Es gab also keine Lehrmaterialien, es gab keine ausgebildeten Hoch-

Indochinakriegs auf dem Seeweg geflohenen Menschen zumeist vietnamesischer Herkunft. Heute wird er auch in anderen Weltregionen verwendet.

schullehrerInnen, und der technische Stand der Medizin entsprach dem der 1960-er Jahre. Als ich diese drei Faktoren gesehen habe, dachte ich, dass da etwas in der akademischen Ausbildung getan werden muss, um die Universitäten wieder zu stärken. Denn ohne Universitäten mit guten HochschullehrerInnen gibt es niemanden, der die Fach- und AllgemeinärztInnen, Hebammen und das Pflegepersonal ausbilden kann.

Welchen Schwierigkeiten begegnen Sie bei der täglichen Arbeit vor Ort?

In den ersten Jahren war es in Vietnam sehr schwierig, weil die kommunistischen Kader damals versucht haben zu intervenieren, ihre Leute zu bevorzugen und anderen Steine in den Weg zu legen.

In Laos waren von der lokalen Seite her alle immer hilfsbereit, nur die Effizienz der einheimischen Strukturen ließ zu wünschen übrig. Wenn in Vietnam zum Beispiel ein Krankenhaus oder die Verwaltung sagt, „Wir machen das!“, dann wird das auch schnellstmöglich umgesetzt. Wenn in Laos jemand sagt, „Wir machen das!“, dann passiert noch lange nichts. Die zentrale Regierung in Laos hat eigentlich kaum Einfluss in der Peripherie, das Durchsetzungsvermögen von zentralen Entscheidungen ist da sehr schwierig.

Darunter leiden natürlich auch alle Projekte. Wenn es auf Provinzniveau ein paar korrupte Beamten gibt, die nicht mitmachen, dann ändert sich da nichts. Die Korruption und die Vorteilsnahme vieler AmtsträgerInnen sowie das fehlende Interesse am Gemeinwohl verhindern immer noch häufig zügige Verbesserungen. Das ist heute in Laos noch wesentlich problematischer als in Vietnam.

Können Sie noch ein bisschen genauer auf die Projekte eingehen, die Sie in Laos und Vietnam umgesetzt haben?

Wir haben für die vietnamesischen Universitäten und die Universität in Laos Lehrmaterialien in englischer Sprache entwickelt, 18 Lehrbücher, 25 Powerpoint-Module und 14 DVDs. Die Lehrmaterialien wurden alle in die vietnamesische und laotische Sprache übertragen.

Über 10 Jahre lang haben 27 Freiburger und andere deutsche Professoren und Dozenten in Vietnam und Laos diese Module unterrichtet, Abschlussprüfungen durchgeführt und die Teilnahme innerhalb des nationalen Curriculums für die FachärztInnenausbildung in Frauenheilkunde und Geburtshilfe zertifiziert. Der Projektleiter hat 10 Jahre in Laos und Vietnam gelebt und gearbeitet, die vielfältigen Aktivitäten des Projektes koordiniert und darauf geachtet, dass die Lehrinhalte in einem *On-the-job*-Training umgesetzt wurden.

Im Jahr 2010 wurde dieses von uns konzipierte Lehrprogramm nach 14 Jahren in die alleinige Verantwortung der vietnamesischen KollegInnen übergeben. Für Laos gilt dies nach 10 Jahren intensiver Zusammenarbeit ab diesem Jahr. Wir haben aber eine Nachbetreuungsphase von drei Jahren in Laos, damit wären wir dann bei insgesamt 13 Jahren Engagement vor Ort.

In dieser Zeit hat sich auch wirklich etwas geändert. Laos hatte davor keine selbst ausgebildeten FachärztInnen im Bereich der Frauenheilkunde. Wir haben damit angefangen. Heute sind

in 17 Provinzkrankenhäusern jeweils mindestens zwei FachärztInnen tätig und in der Hauptstadt Vientiane auch noch einmal 20. Früher fehlte diese Expertise und daher gab es auch keine Überweisungsmöglichkeit für schwer kranke Frauen und geburtshilfliche Notfälle.

Wenn Expertise vermittelt und gleichzeitig in der Umsetzung den Strukturen vor Ort angepasst wird, dann kann man auch langfristig mit Erfolg rechnen. Man muss schon einen langen Atem für solche Projekte mitbringen, aber gerade für die Ausbildung gilt: besseres Wissen wird angewandt, wenn die Strukturen es erlauben. Als Ergebnis geht es den Frauen und Kindern besser, und zusammen mit anderen internationalen Projekten ist es gelungen, die mütterliche und kindliche Sterblichkeit deutlich zu senken. In Vietnam ist dies bereits passiert, in Laos geht alles etwas langsamer, aber auch dort zeigen die Zahlen, dass es bereits deutliche Verbesserungen gegeben hat.

Man muss die einheimischen ProjektpartnerInnen mit verpflichten und an den Projekten beteiligen, auch im Sinne der finanziellen Verantwortung. Man sollte daher keine Projekte machen, wo einem Land etwas geschenkt wird. Das ist ein wichtiger Grundsatz unserer Zusammenarbeit. Im Schnitt müssen unsere Partnerorganisationen 10 bis 20 Prozent der Projektkosten mittragen.

Wie war die konkrete Situation in der Frauenheilkunde damals, als Sie Ihre Arbeit in Südostasien begonnen haben? An wen haben sich die Frauen in Notfällen gewandt?

Bei Notfällen sind die Frauen in die Krankenhäuser gegangen und wurden dort überwiegend von AllgemeinmedizinerInnen, die ihrerseits auch nicht gut ausgebildet waren, versorgt. Die frauenärztliche Versorgung war miserabel. Das konnte man vor allem an den Gesundheitsparametern wie Mütter- und Kindersterblichkeit und den Erkrankungsdaten in diesen Fachbereichen ablesen.

Laos war zum Beispiel das Land in Südostasien mit der höchsten Müttersterblichkeit. Im Jahr 1998, als ich das erste Mal nach Laos kam, gab es dort eine Müttersterblichkeit von 700 pro 100.000 Lebendgeburten. Jede dreizehnte bis fünfzehnte Frau ist an geburtshilflichen Komplikationen gestorben. Das heißt, wenn eine Frau damals in so einem Land schwanger wurde – und das gilt heute noch für das ländliche Laos –, dann wusste sie, dass sie unter Umständen an Schwangerschaft, Geburt oder Wochenbett sterben wird. Stellen Sie sich einmal vor, Sie sagen das einer deutschen Frau im Jahr 2012!

In Laos ist im Jahr 1998 auch noch jedes vierte Kind vor dem fünften Lebensjahr gestorben, heute ist es nur noch jedes elfte Kind. Die Müttersterblichkeit ist in diesem Zeitraum von über 700 auf unter 300 pro 100.000 Lebendgeburten gesunken. Es ist schon enorm viel besser geworden als in den Jahrzehnten davor. Das liegt natürlich nicht nur an den Projekten, die wir gemacht haben, sondern vor allem auch an den erfolgreichen Projekten vieler anderer internationaler Organisationen.

An den Universitäten haben allerdings in erster Linie wir uns engagiert, weil viele Organisationen einfach nicht erkannt haben, wie wichtig fachärztliche Medizin ist. 1978 gab es eine Weltgesundheitskonferenz in Alma Ata unter der Leitung der WHO und dem UNDP. Damals hat

man gesagt, um die Gesundheitsprobleme in der „Dritten Welt“ lösen zu können, muss man zwei Dinge tun: Erstens muss man die kommunale Basisgesundheitsversorgung auf ländlichem Niveau (*community level*) stärken und zweitens muss man *capacity building* auf ministerieller Ebene betreiben, um richtige gesundheitspolitische Entscheidungen treffen zu können.

Der ganze Sektor Ausbildung und Universitäten wurde damals ausgeklammert und in Folge nicht mehr gefördert. Zum Beispiel gab es damals bei der Deutschen Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit/GTZ³ eine Abteilung für Hochschulzusammenarbeit mit mehreren hundert MitarbeiterInnen. Diese ganze Abteilung wurde in Folge dieser Entscheidung eingestampft und auf null heruntergefahren.

Und wer hat sich dann noch um die Universitäten gekümmert? Nicht mehr die Entwicklungshilfe, sondern die Kulturzusammenarbeit, sprich der DAAD. Und beim DAAD waren plötzlich die Medizin und die Gesundheit nur noch eine von vielen Fakultäten und Bereichen, und entsprechend klein wurden dann das Budget und auch das Interesse. Das heißt, es gab kaum mehr Förderung der akademischen Zusammenarbeit und keine Ausbildungsprogramme mehr.

In Ihren Augen kam es also zu einer strukturellen Fehlentscheidung?

Das war eine massive strukturelle Fehlentscheidung mit der Konsequenz, dass die Universitäten in vielen Entwicklungsländern nicht nur auf Grund der schlechten wirtschaftlichen Situation und ungenügenden Staatsführung dieser Länder ihre Qualität einbüßten, sondern auch weil die internationale Unterstützung fehlte. Mit dem Resultat, dass es in letzter Konsequenz kaum mehr ausgebildete Fachleute in diesen Ländern gab.

Gleichzeitig haben die Weltgesundheitsorganisation (WHO) und das Entwicklungsprogramm der Vereinten Nationen (UNDP) noch weitere Fehlentscheidungen getroffen. Sie argumentierten, dass mehr im kommunalen Bereich getan werden müsse, um die mütterliche und kindliche Sterblichkeit zu senken – was grundsätzlich richtig ist, dem stimme ich zu, aber man muss dort qualifizierte Leute haben. Stattdessen wurden die fachärztliche Medizin und die qualifizierte Hebammenausbildung massiv heruntergefahren.

Infolge der Fehlentscheidungen von 1978 wurde die Geburtshilfe von AllgemeinärztInnen und Gemeindehebammen übernommen, die in großer Zahl ausgebildet wurden. Die Ausbildungszeit betrug lediglich 14 bis 16 Wochen für das gesamte Fach Frauenheilkunde und Geburtshilfe – das heißt, nicht mehr als sieben bis acht Wochen in der Geburtshilfe, während international eine dreijährige Ausbildung für Hebammen und eine fünfjährige FachärztInnenausbildung üblich sind. Dieses Gesundheitspersonal wurde dann auf die Bevölkerung losgelassen. Wundert es Sie da, dass die Mehrzahl der Projekte zur Senkung der Mütter- und Kindersterblichkeit fehlschlugen? Der Unsinn ging sogar so weit, dass die WHO selbst 1997 die bestehende Hebammenschule in Vientiane zugunsten der 14-wöchigen Ausbildung schloss.

³ Anmerkung der Redaktion: 2011 entstand aus dem Zusammenschluss der GTZ, des Deutschen Entwicklungsdienst und der Internationalen Weiterbildung und Entwicklung gGmbH die Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ).

Das ist in der Tat eine fragwürdige Entscheidung und nur schwer zu rechtfertigen.

Ja, das ist das Resultat, wenn Leute Entscheidungen fällen, die keinerlei fachärztliche Ausbildung und/oder Felderfahrung vor Ort haben und die Situation nicht wirklich kennen. Außerdem muss man diese Länder individuell sehen, man kann nicht ein Konzept für alle entwickeln, das funktioniert nicht. Man braucht für jedes Land eigene Expertise und maßgeschneiderte Programme.

Es fehlen einfach Leute, die Felderfahrung haben und bei der Ausarbeitung von Entwicklungshilfekonzepten mitarbeiten. Da gibt es Leute wie mich, die 10, 20 oder 30 Jahre vor Ort Erfahrung gesammelt haben und die wissen, was geht und was nicht – ich bin ja nicht der Einzige. Das größte Problem sind die großen Entwicklungshilfeorganisationen selbst. Sie verharren oft in dem Irrglauben, dass sie die Alleinwissenden sind, nur weil sie groß sind und an den Geldquellen sitzen. Hinzu kommt, dass das, was andere ExpertInnen zu sagen hätten, nicht in ihr Denken und ihre Programme passt.

Womöglich ist das auch eine Frage der Interessen. Die neue Rohstoffstrategie Deutschlands in Laos ist zum Beispiel besser mit wirtschaftlichen Interessen vereinbar, als es die Förderung eines funktionierenden lokalen Gesundheitssystems wäre.

Es ist auch nicht immer in deren Interesse, richtig. Die Ergebnisse vor Ort interessieren eigentlich auch niemanden. Die Regierungen wollen erstmal, dass man vor Ort präsent ist und Meinung macht, aber die Ergebnisse der Projekte interessieren sie kaum. Die Entwicklungszusammenarbeit sollte stärker ergebnisorientiert sein. Sie sollte nachweisen können, wo Erfolge erzielt wurden und was daher sinnvoll ist.

Milliarden sind in der Entwicklungshilfe verschwunden. Impfprogramme und andere *Public-Health*-Programme waren in der Tat sehr erfolgreich und haben funktioniert. Aber im Bereich der kurativen Medizin ist in den letzten 30 Jahren nur wenig besser geworden, und in diese Wunde müssen wir unseren Finger legen.

Die vietnamesischen und laotischen Regierungen haben die Ausbildungskomponente in der Frauenheilkunde bzw. im reproduktiven Gesundheitssektor schon vor Jahren als eine der wesentlichen Säulen im Kampf gegen die mütterliche und kindliche Sterblichkeit definiert. Die haben das schon lange vor unseren Entwicklungshilfeorganisationen begriffen. Auch das muss einmal gesagt werden.

Was denken Sie über die Ausrichtung der momentanen Gesundheitspolitik im Rahmen der Entwicklungszusammenarbeit? Welche strukturellen Fehler bestehen weiterhin und wie könnten Verbesserungen erzielt werden?

Ich war beim Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (BMZ) in Deutschland eingeladen und habe dort mit einem Referatsleiter gesprochen, und da wurde mir gesagt: „Herr Runge, Sie haben Recht mit Ihren Ansätzen in der Ausbildung, aber

bis sich politische Schwerpunkte verändern, da vergehen Jahre. Da sind Sie nicht mehr in Amt und Würden und wir auch nicht mehr“.

Und genau das ist der springende Punkt: Man muss sagen, dass selbst die GIZ und das BMZ bis zur Jahrtausendwende nicht begriffen haben, was im Gesundheitssektor der Entwicklungsländer wirklich falsch gelaufen ist. Neben vielen guten Dingen wurden die Universitäten und ihre Bedeutung für die Ausbildung vernachlässigt und die Entwicklungsländer daran gehindert, eigenes intellektuelles Potential aufzubauen. Das war kontraproduktiv und hat diesen Ländern sehr geschadet.

Viele Leute, die wie ich das Problem erkannt hatten, haben immer wieder ihre Bedenken geäußert, aber wir wurden nur belächelt. Die erste Organisation, die es überhaupt begriffen hat, war die Weltbank 2004. Damals hat sie das erste Mal in einem offiziellen Statement eingeräumt, dass die *Millennium Development Goals* nur dann erreicht werden können, wenn zusätzlich zu den bisherigen Bemühungen der tertiären Bildung eine ganz zentrale Rolle zukommt. Sie haben erkannt, dass die Universitäten in den Entwicklungsländern massiv gefördert werden müssen. Bis sich dieses neue Denken in veränderten politischen Schwerpunkten unseres Landes ausdrückt, werden wohl noch Jahre vergehen.

Wobei, so lange wie Sie bereits tätig sind, wäre ja genug Zeit für ein bisschen mehr Veränderung gewesen, oder?

Man konnte seine Bedenken und seine Meinung äußern, aber man wurde belächelt. Die GTZ hat mich auch als Referent eingeladen und in diesem Rahmen habe ich ihnen gesagt, was ich glaube, und ich habe auch mit Zahlen belegt, wie die Situation sich darstellt. Langsam setzt das Umdenken ein, mittlerweile hat die GIZ wieder eine Abteilung für Hochschulzusammenarbeit, die aber personell immer noch sehr schwach ausgestattet ist.

In der öffentlichen Wahrnehmung hat sich Deutschland aus dem Bereich der Gesundheit in der Entwicklungszusammenarbeit vielerorts verabschiedet und ist heute mehr in der Armutsbekämpfung und infrastrukturellen Maßnahmen tätig. Eigentlich sehr schade, da gerade Deutschland als ein Land mit einem der am besten funktionierenden Gesundheitssysteme, einem beispielhaften Sozialsystem, hervorragenden Ausbildungsstrukturen und Universitäten und einer weltführenden Medizintechnik als gutes Beispiel gerade in Entwicklungs- und Schwellenländern gesehen wird. Hier können von uns mit Recht mehr Führungseigenschaften und Input in die Gesundheitsentwicklung dieser Länder erwartet werden.

Das geht aber nicht im bisherigen Stil, indem man Workshops mit teuren ausländischen ExpertInnen organisiert und dann glaubt, dass sich in deren Folge etwas ändert. Solche Veranstaltungen rangieren häufig unter dem Codenamen NATO, was für *No Action, Talk Only* steht. Nein, nachhaltige Projekte im Bildungssektor und in der Gesundheit brauchen integrierte ExpertInnen vor Ort, die mit den KollegInnen vor Ort Weiterbildung organisieren, für Qualität sorgen, gemeinsam Prüfungen abnehmen, neues Wissen im medizinischen Alltag umsetzen. Es braucht langjährig engagierte Fachkräfte, die die Probleme in der Umsetzung sehen und gemeinsam mit den Counterparts in Universitäten und Verwaltung versuchen,

neue Standards zu definieren, um sie dann im Gesundheitswesen umzusetzen. Erst dann werden solche Projekte nachhaltig und tragfähig.

Mit kurzen Programmen, Interventionen und *Consultancies* ist das allerdings nicht zu machen. Unsere Projekte in Vietnam und Laos waren deshalb so erfolgreich, weil wir 10 Jahre pro Projekt investiert haben, vor Ort gelebt und als integrierte ExpertInnen mit den Leuten unter den lokalen Gegebenheiten zusammengearbeitet haben.

Was wünschen Sie sich konkret in Bezug auf Ihre Projekte?

Ich wünsche mir, dass meine laotischen und vietnamesischen KollegInnen noch besser und effektiver werden. Wir sind ja in den letzten 20 Jahren gemeinsam einen weiten Weg gegangen und ich hoffe, dass wir diesen Weg noch weiter gehen. Ich hoffe, dass die Universitätsstrukturen weiter gefestigt werden, um langfristig und nachhaltig eine bessere Ausbildung möglich zu machen. Wenn wir in den einzigen Ausbildungsstätten dieser Länder – nämlich in den Universitäten – die Ausbildung der FrauenärztInnen und Hebammen verbessern, dann kommt das Millionen von Frauen und Kindern zugute.

Was die Geberseite in Europa angeht, wünsche ich mir einen politischen Schwerpunkt in der universitären Zusammenarbeit und der Gesundheitsausbildung mit Entwicklungsländern. Die universitäre Ausbildung ist eine der wichtigsten Voraussetzungen für gesellschaftliche Entwicklung und ein tragfähiges Gesundheitswesen, das auch die Gesundheit der Frauen und ihrer Kinder in den Vordergrund stellt. In Europa haben wir das schon vor Jahrzehnten als richtig erkannt und umgesetzt. Warum sollten wir diese Erkenntnis den ärmeren Ländern vorenthalten?

Ich danke Ihnen sehr für dieses Interview.