

10.07.81

Sachgebiet 212

## Antwort der Bundesregierung

auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Dr. Köhler (Wolfsburg), Pieroth, Braun, Breuer, Burger, Dr. Faltlhauser, Frau Fischer, Herkenrath, Höffkes, Dr. Hornhues, Dr. Hüscher, Kalisch, Kroll-Schlüter, Dr. Kunz (Weiden), Lamers, Frau Dr. Neumeister, Dr. Pinger, Dr. Pohlmeier, Repnik, Schmöle, Schröder (Lüneburg) und der Fraktion der CDU/CSU  
– Drucksache 9/569 –

### Medizinische Entwicklungshilfe

*Der Bundesminister für wirtschaftliche Zusammenarbeit hat mit Schreiben vom 10. Juli 1981 die Kleine Anfrage namens der Bundesregierung wie folgt beantwortet:*

Gesundheitspolitisch wirksame Maßnahmen in Entwicklungsländern müssen heute nicht nur im medizinischen Bereich, sondern vor allem auch auf präventivem Gebiet wie Gesundheitsberatung, Hygiene, Ernährung und Trinkwasserversorgung ansetzen. Von dieser Konzeption geht die Bundesregierung bei ihrer Zusammenarbeit im Gesundheitsbereich aus. Daher versteht sie die Fragen nach der „medizinischen Entwicklungshilfe“ als solche nach deutschen gesundheitspolitisch wirksamen Maßnahmen in den Entwicklungsländern.

- I. 1. Wie beurteilt die Bundesregierung die heutige gesundheitliche Lage der Bevölkerung in den Entwicklungsländern, und welche Veränderungen sind während der vergangenen 20 Jahre eingetreten?

Die durchschnittliche Lebenserwartung in Ländern mit mittleren Einkommen ist seit 1950 um neun Jahre gestiegen, in Ländern mit niedrigem Einkommen um 15 Jahre. Obwohl die EL erhebliche Anstrengungen im Gesundheitssektor unternehmen, existieren nach wie vor erhebliche Versorgungsdefizite, vor allem in ländlichen und Vorstadt-Gebieten. Noch immer leiden Millionen von Menschen in EL an tropischen und nichttropischen Krankheiten sowie an Mangel- und Fehlernährung. Trotz der Fortschritte der Medizin – z.B. bei dem erfolgreichen WHO-Programm der Pok-

kenausrottung und bei der Bekämpfung anderer Krankheiten – ist die medizinische Infrastruktur in EL weiterhin unzureichend.

- I. 2. Wieviel Prozent der Bevölkerung der Entwicklungsländer werden, differenziert nach städtischer und ländlicher Situation, durchschnittlich durch medizinische Dienste erreicht?

Ausreichende Statistiken hierfür fehlen. Nach globalen Schätzungen der WHO haben aber z. B. in ländlichen Gebieten der LLDCs bis zu 85 v. H der Bevölkerung keinen Zugang zu angemessenen Einrichtungen der medizinischen Versorgung.

- I. 3. Stimmt die Bundesregierung der Aussage zu, daß es eine Wechselbeziehung zwischen Gesundheit, Infrastruktur, Landwirtschaft und Gewerbe gibt, und zwar in dem Sinne, daß einerseits Gesundheit die Verbesserung der Lebensumstände voraussetzt, andererseits diese aber auch bewirkt?

Ja.

- I. 4. Welchen Zusammenhang sieht das BMZ zwischen der gesundheitlichen Situation der Menschen in den Entwicklungsländern und dem Erfolg bzw. Mißerfolg von Entwicklungsprojekten?

Der Erfolg von Entwicklungsprojekten wird auch von der gesundheitlichen Situation der Bevölkerung beeinflusst.

Der Einfluß dieser Situation ist umso stärker, je unmittelbarer die Bevölkerung an dem Projekt mitwirkt. Daher bemüht sich die Bundesregierung z. B., in ihre ländlichen Entwicklungsprojekte gesundheitspolitisch wirksame Maßnahmen mit einzubauen.

- II. 1. Welche Entwicklung hat der Sektor „Gesundheitshilfe“ im Vergleich zu den Steigerungsraten des Gesamtetats des BMZ seit 1975 genommen?

Vgl. nachstehende Tabelle. Die jährlichen Schwankungen erklären sich insbesondere aus unterschiedlichen Ländergruppierungen bei Mehrjahreszusagen und Unterschieden in der Durchführungsreife.

„Gesundheitshilfe“ umfaßt in der Tabelle die gesundheitspolitischen Maßnahmen der bilateralen Technischen und Finanziellen Zusammenarbeit, der Privaten Träger, internationalen Organisationen und Fortbildungsprogramme einschl. der Ernährungsprojekte ohne Vorhaben der Wasserversorgung. Die außerordentliche Steigerungsrate der „Gesundheitshilfe“ im Jahre 1980 ist auf einzelne größere Projekte im Bereich der Finanziellen Zusammenarbeit zurückzuführen (z. B. Bevölkerungsprogramm in Bangla

Desh 35 Mio. DM). Gesundheitsministerien in Entwicklungsländern verfügen vielfach nicht über ausreichende Planungskapazitäten.

*Entwicklung des Sektors Gesundheitshilfe 1975 bis 1980*  
(Basis: Ist-Ausgaben)

|   | 1975    | 1976    | 1977    | 1978     | 1979    | 1980     |
|---|---------|---------|---------|----------|---------|----------|
| Jährliche Steigerungsraten des Einzelplans 23             | + 20,7% | – 13,2% | – 0,5%  | + 14,7%  | + 46,4% | + 5,1%   |
| Jährliche Steigerungsraten des Sektors „Gesundheitshilfe“ | —       | – 46,6% | + 75,5% | + 0,002% | + 14,4% | + 125,1% |
| Anteile am Gesamtetat des BMZ in %                        | 2,6     | 1,6     | 2,8     | 2,4      | 1,9     | 4,1      |

II. 2. Wie gliedern sich die Mittel des Sektors „Gesundheitshilfe“ im einzelnen auf, insbesondere in welcher Höhe werden die vorhandenen Mittel für deutsche medizinische Programme verwendet?

*Aufteilung der Gesundheitshilfe nach Trägern (Angaben in DM)*

|  | 1975       | 1976       | 1977       | 1978       | 1979       | 1980        |
|--|------------|------------|------------|------------|------------|-------------|
| Bilaterale staatliche Techn. Zusammenarbeit        | 25 174 509 | 14 526 070 | 17 608 037 | 16 596 318 | 34 319 493 | 53 064 287  |
| Bilaterale staatliche Finanz. Zusammenarbeit       | 15 000 000 | —          | 6 000 000  | 29 000 000 | 5 200 000  | 97 400 000  |
| Nichtstaatliche Organisationen                     | 35 484 900 | 15 545 000 | 40 078 095 | 20 891 961 | 31 731 806 | 34 730 000  |
| Programmführende Stellen (CDG, DSE)                | 1 638 000  | 1 848 600  | 1 817 400  | 2 246 400  | 1 934 400  | 2 932 800   |
| DED  | 4 399 000  | 7 231 000  | 8 340 000  | 7 680 000  | 8 340 000  | 10 402 000  |
| Integrierte Fachkräfte einschließlich Ausbildung   | 495 000    | 505 000    | 1 919 006  | 2 149 000  | 2 740 000  | 4 009 697   |
| Summe:   | 82 191 409 | 39 655 670 | 75 762 538 | 78 563 679 | 84 265 599 | 202 538 784 |
| Internationale Organisationen (WHO, UNICEF, UNHCR) | 9 315 621  | 9 250 588  | 10 064 442 | 7 423 332  | 14 138 917 | 17 908 796  |
| Gesamtsumme:                                       | 91 507 030 | 48 906 258 | 85 826 980 | 85 987 011 | 98 404 516 | 220 447 580 |

- II. 3. Welche medizinischen Programme werden gegenwärtig mit welchem finanziellen und zeitlichen Umfang und in welcher Trägerschaft durchgeführt bzw. sind geplant?

Hinsichtlich des finanziellen Umfangs siehe Tabelle zu Frage II. 2. Der zeitliche Umfang der einzelnen Projekte im Gesundheitsbereich ist sehr unterschiedlich; im Durchschnitt beträgt die Laufzeit fünf bis acht Jahre.

Die – vertrauliche – Rahmenplanung für 1981 liegt dem zuständigen Fachausschuß vor.

- II. 4. Wie ist das Verhältnis des Mitteleinsatzes für medizinische Einzel- und Großprojekte zu den Programmen zur Verbesserung der medizinischen Basisversorgung?

Zu den Basisgesundheitsdiensten gehören Gesundheitsstationen vor Ort, Referenzkrankenhäuser auf Bezirks-, Provinz- und manchmal auch Landesebene sowie medizinische Hilfsdienste (Zentrallaboratorien, Ausbildungsstätten für paramedizinisches Personal usw.). Insoweit besteht kein Gegensatz zwischen „Basisversorgung“ und Krankenhausprojekten. Die deutschen Krankenhausprojekte entsprechen diesem Verständnis und sind so angelegt, daß sie Referenzleistungen für Basisgesundheitsdienste in den Entwicklungsländern erbringen.

- II. 5. Bestehen Pläne zur Aufstockung der Mittel für medizinische Entwicklungshilfe (auf Kosten anderer Ansätze)?

Die Befriedigung der Grundbedürfnisse, zu denen die Gesundheit zählt, ist in den entwicklungspolitischen Grundlinien der Bundesregierung zur vorrangigen Aufgabe der deutschen Entwicklungspolitik erklärt worden. Der Mitteleinsatz in der Entwicklungszusammenarbeit hierfür hängt jedoch von den Wünschen der Entwicklungsländer ab (Antragsprinzip). Die Entwicklungsländer sind z. T. jedoch bei ihren Anträgen für Gesundheitsprojekte sehr zurückhaltend, u. a. weil Investitionen in das Gesundheitswesen zusätzliche laufende Ausgaben für Dienste nach sich ziehen, die von der Masse der Bevölkerung weder durch Gebühren noch durch Sozialversicherungsbeiträge eingebracht werden können und somit den Staatshaushalt belasten.

- II. 6. a) Welche Entwicklungshilfe-Organisationen in freier Trägerschaft beteiligen sich an medizinischen Programmen und verfügen über Ansprechpartner mit Basisstrukturen in Entwicklungsländern?  
b) Wie hoch ist deren Mitteleinsatz; können diese Organisationen durch finanzielle Unterstützung des BMZ verstärkt in die Bemühungen der Gesundheitshilfe einbezogen werden?

In ständiger Zusammenarbeit mit dem BMZ stehen folgende nicht-staatliche Organisationen:

- Katholische Zentralstelle für Entwicklungshilfe/Aachen
- Evangelische Zentralstelle für Entwicklungshilfe/Bonn
- Deutsches Rotes Kreuz, Bundesverband/Bonn
- Deutsches Aussätzigen Hilfswerk/Würzburg
- Arbeitsstelle für soziale Arbeit in Übersee des deutschen Caritasverbandes/Freiburg
- Medico International/Frankfurt
- Deutsche Ärztegemeinschaft für medizinische Zusammenarbeit/Berlin
- Andheri-Hilfe/Bonn
- Terre des Hommes
- Hanns-Seidel-Stiftung/München
- Friedrich-Thieding-Stiftung

Gemeinsames Merkmal der medizinischen Programme der meisten dieser Organisationen ist, daß sie schwerpunktmäßig im Bereich der präventivorientierten Basisversorgung tätig sind und dazu geeignete lokale Trägerstrukturen aufzubauen oder zu stärken suchen.

Die nachfolgende Tabelle zeigt die von vorgenannten Organisationen für 1980 eingesetzten Mittel:

| Organisationen                                   | Eigenmittel<br>in Mio. DM |
|--|---------------------------|
| Katholische Zentralstelle für Entwicklungshilfe  | 32,4 <sup>+) </sup>       |
| Evangelische Zentralstelle für Entwicklungshilfe | 20,5 <sup>+) </sup>       |
| Deutsches Rotes Kreuz                            | 2,591                     |
| Deutsches Aussätzigen Hilfswerk                  | ca. 30,0                  |
| Arbeitsstelle für soziale Arbeit in Übersee      | 0,2                       |
| Medico International                             | 1,3                       |
| Deutsche Ärztegemeinschaft                       | 4,017                     |
| Andheri-Hilfe                                    | 0,846                     |
| Terre des Hommes                                 | 6,0                       |
| Hanns-Seidel-Stiftung                            | —                         |
| Friedrich-Thieding-Stiftung                      | 0,191                     |
| <b>Summe</b>                                     | <b>98,045</b>             |

<sup>+)</sup>  Mitveranschlagt sind hier die eingesetzten Eigenmittel von Misereor und Brot für die Welt

Die Zuwendungen des BMZ betragen insgesamt 34,730 Mio. DM. Inwieweit diese Zusammenarbeit noch verstärkt werden kann, hängt wesentlich von den eigenständigen Organisationen selbst ab.

- III. 1. Von welcher Konzeption für die medizinische Entwicklungshilfe geht das BMZ aus?

Schwerpunkt der gesundheitspolitischen Zusammenarbeit der Bundesregierung mit Entwicklungsländern ist die Verbesserung der medizinischen Versorgung breiter Bevölkerungsschichten auf der Grundlage ihrer aktiven Beteiligung. Die Bundesregierung ist bemüht, die Empfehlungen der Alma-Ata-Deklaration vom September 1978 sowie die Resolutionen der jährlichen Weltgesundheitsversammlungen zu gesundheitspolitischen und fachtechnischen Fragen im Bereich der Entwicklungszusammenarbeit besonders zu berücksichtigen.

- III. 2. In welchem Bereich will das BMZ nach den Erfahrungen der vergangenen Jahre künftig den Schwerpunkt setzen: in kurativen oder in präventiven Maßnahmen?

Bisher durchgeführte Maßnahmen beinhalten sowohl kurative als auch präventive Leistungen, wobei der Schwerpunkt – angesichts der beschränkten personellen und finanziellen Ressourcen – im präventiven Bereich liegt.

- III. 3. Welche Bedeutung kommt der medizinischen Entwicklungshilfe im Rahmen der Grundbedürfnisstrategie zu?

Gesundheit gehört zu den Grundbedürfnissen, deren Befriedigung nach den entwicklungspolitischen Grundlinien der Bundesregierung vorrangige Aufgabe der deutschen Entwicklungspolitik ist.

- III. 4. In welcher Weise erfolgt eine Abstimmung der Ziele und Maßnahmen mit den zuständigen Stellen in den Entwicklungsländern?

Die Einzelheiten der Projektdurchführung werden in Regierungsvereinbarungen und den Vereinbarungen der deutschen durchführenden Organisationen mit den Projektträgern im Entwicklungsland festgelegt.

- III. 5. Wie bewertet die Bundesregierung das Programm der „Primary Health Care“, und soll das Konzept dieser Hilfsmaßnahmen übernommen werden?

Die Bundesregierung befürwortet das Konzept der „primären Gesundheitsversorgung“. Dieses Konzept dient bereits als Orientierung für laufende und geplante Maßnahmen im Gesundheitssektor.

- III. 6. Wie ist die Meinung der Bundesregierung zu dem Vorschlag, im Rahmen der medizinischen Entwicklungshilfe eine Schwerpunktbildung und Konzentrierung auf bestimmte Regionen der Dritten Welt durchzuführen mit dem Ziel, innerhalb eines mittelfristigen Zeitraumes (ca. zehn Jahre) ein die gesamte Bevölkerung erfassendes gesundheitliches Versorgungssystem einschließlich Familienplanung aufzubauen?
- III. 7. Wäre es im Rahmen eines solchen Konzeptes denkbar, daß Krankheiten, die für die jeweilige Region typisch sind, durch konsequente Prävention und Behandlung überwunden werden?

Diesem Konzept ist im Prinzip zuzustimmen. Die Bundesregierung bevorzugt die Förderung von integrierten Gesundheitssystemen. Als integraler Bestandteil kann die Familienplanung mit eingebaut werden, die als isolierte Maßnahme erfahrungsgemäß wenig Aussicht auf Erfolg hat. Zum anderen bietet das Konzept die Möglichkeit, für eine Region typische Krankheiten unter Kontrolle zu bringen. Wegen dieser Vorteile führt die Bundesregierung derartige Projekte bereits im Sudan, Obervolta und Thailand durch, die zwar nicht das ganze Land, aber doch weite Teile davon abdecken.

- III. 8. Ließen sich auch die sogenannten „traditional healer“ in den Entwicklungsländern nach entsprechenden Fortbildungsprogrammen im Rahmen des skizzierten Konzeptes für Aufgaben der Basisgesundheitsversorgung erfolgversprechend einsetzen?

Die organisatorische Einbindung der traditionell Heilkundigen bereitet große Schwierigkeiten aufgrund der sozio-kulturellen Besonderheiten (Gebräuche, Mythen, lokale Sprache etc.). Deshalb muß diese äußerst sensible Aufgabe den Entwicklungsländern selbst überlassen bleiben. Jedoch konnte bisher in deutschen Gesundheitsprojekten die Mitarbeit von erfahrenen traditionellen Hebammen aktiviert werden (Sudan und Obervolta). In einigen anderen Projekten wird versucht, die Wirksubstanzen traditioneller Heilpflanzen zu erforschen, um sie für die Gesundheitsversorgung in Entwicklungsländern zu nutzen.

- IV. 1. a) Welche Aktivitäten entwickeln die Universitäten bei der Behandlung von allgemeinen medizinischen Problemen der Entwicklungsländer?

In der Bundesrepublik Deutschland behandeln vorwiegend folgende Institute allgemeine gesundheitspolitische Aspekte der Entwicklungsländer:

- das Institut für Tropenhygiene und öffentliches Gesundheitswesen am Südasiens-Institut in Heidelberg,
- das Bernhard-Nocht-Institut für Tropenkrankheiten in Hamburg,
- das tropenmedizinische Institut der Universität Tübingen.

Der Schwerpunkt der Institutsarbeit in Hamburg und Tübingen liegt im Bereich der klinischen Parasitologie.

Außerdem beschäftigen sich weitere Institute an deutschen Universitäten mit tropenmedizinischen Einzelproblemen in ihren Fachgebieten, z. B. im Bereich Immunbiologie und Parasitologie. Diese Institute stellen außerdem BMZ, GTZ und KfW medizinisches Fachpersonal als Gutachter und Kurzzeitexperten zur Verfügung und beteiligen sich im Rahmen der Bildungs- und Wissenschaftshilfe an Projekten im medizinischen Hochschulbereich in Entwicklungsländern.

IV. 1. b) Welche Unterstützung erhalten sie dabei durch das BMZ?

Am Tropenmedizinischen Institut in Heidelberg werden – in Zusammenarbeit mit den Tropeninstituten in Hamburg und Tübingen – zweimal jährlich sechswöchige Vorbereitungskurse über Fragen der Tropenmedizin vom BMZ finanziert.

IV. 2. Welche Maßnahmen plant das BMZ, um eine bezüglich der Bedürfnisse der Entwicklungsländer effektivere medizinische Ausbildung ausländischer Studenten zu erreichen?

An den Hochschulen in der Bundesrepublik Deutschland studieren gegenwärtig ca. 2800 Medizinstudenten aus Entwicklungsländern. Für die Gestaltung der Studienangebote deutscher Hochschulen sind die Bundesländer und die Hochschulen verantwortlich. Sie entzieht sich damit der unmittelbaren Einwirkungsmöglichkeiten durch das BMZ.

Aus der Erkenntnis, daß ein Medizinstudium in Entwicklungsländern selbst in vieler Hinsicht eine effektivere Ausbildung bietet, weil es besser auf die tatsächlichen Bedürfnisse dieser Länder abstellen kann, fördert das BMZ z. Z. bereits – im Rahmen der Bildungs- und Wissenschaftshilfe – medizinische Fakultäten in EL durch bilaterale Projekte und durch die Vermittlung von integrierten Fachkräften, die als Dozenten tätig sind.

IV. 3. Können die in der Bundesrepublik Deutschland aus- bzw. weitergebildeten ausländischen Ärzte – versehen mit einer zusätzlichen Qualifizierung auf den Gebieten der „Primary-Health-Care“, der „Mother-and-Child-Care“ und der sogenannten „Community-based-Health-Care“ – wirkungsvoll im Rahmen eines Konzepts der Basisgesundheitsversorgung in ihren Ländern eingesetzt werden?

Das hängt von der jeweiligen Gestaltung der Fortbildungsprogramme ab, die zu den genannten Qualifikationen führen. In der Bundesrepublik Deutschland gibt es z. Z. keine normierten Programme dieser Art.

- IV. 4. Inwieweit ist das BMZ bereit, Forschungsvorhaben, die medizinische Fragen der Dritten Welt betreffen, zu initiieren und zu unterstützen?

Das BMZ unterstützt bereits seit Jahren Forschungsvorhaben über medizinische Fragen der Dritten Welt in bilateralen Projekten, über multilaterale Organisationen und über die Deutsche Forschungsgemeinschaft (DFG).

- V. 1. Stimmt das BMZ zu, daß gerade im Bereich der medizinischen Entwicklungshilfe besonderer Wert auf die fachliche Qualifikation (medizinische Ausbildung) der Entscheidungsträger gelegt werden muß?

Dem ist grundsätzlich zuzustimmen. Allerdings muß die besondere fachliche Qualifikation der Entscheidungsträger nicht allein in medizinischer Ausbildung bestehen. Die gesundheitspolitisch wirksamen Maßnahmen der Bundesregierung liegen nämlich nicht nur auf medizinischem Gebiet im engeren Sinne, sondern auch und vor allem in den Bereichen Primäre Gesundheitsversorgung, Ernährung und Trinkwasserversorgung, welche Kenntnisse in Community Development und Selbsthilfeeinrichtungen sowie administrativer und rechtlicher Art erfordern.

- V. 2. Sieht das BMZ Möglichkeiten, die Gestaltung von Konzeptionen, die Projektauswahl und die Abwicklung des Antragverfahrens künftig verstärkt unter Hinzuziehung von Fachleuten durchzuführen, wobei insbesondere die an der Programmkonzipierung mitwirkenden Personen in erster Linie medizinisch qualifiziert, daneben aber auch entwicklungsprogrammatisch erfahren sein sollten?

Bei Projektauswahl und -konzeption werden bereits ausschließlich medizinische Fachkräfte mit langjähriger Erfahrung in Entwicklungsländern beteiligt. Sowohl BMZ als auch die durchführenden Organisationen sind bemüht, den bereits bestehenden Bestand von erfahrenen Experten zu vergrößern.

Seit kurzem hat das BMZ die Möglichkeit, über Kurzzeitexperten- und Studienfonds spezielle Fachgutachten auch zum Gesundheitssektor in EL in Auftrag zu geben.

- V. 3. Stimmt das BMZ zu, daß die medizinischen Fachkräfte des Ersteinsatzes dafür eine breite Basis darstellen?

Ja. Für diese Aufgaben wird auf bewährte medizinische Fachkräfte zurückgegriffen, die über eine langjährige Tätigkeit in Entwicklungsländern verfügen.

- V. 4. Trifft es zu, daß für medizinische Fachkräfte in der Bundesrepublik Deutschland nur überaus begrenzte Möglichkeiten bestehen, eine speziell auf die medizinischen Probleme der Entwicklungsländer bezogene Weiterbildung zu absolvieren, eine Qualifizierung auf diesem Gebiet also weitgehend nur im Ausland erfolgen kann?

Fachliche Weiterbildungsmöglichkeiten – speziell bezogen auf medizinische Probleme in EL – bestehen in der Bundesrepublik Deutschland kaum. Zu nennen sind aber die bereits erwähnten sechswöchigen Vorbereitungskurse an dem Tropenmedizinischen Institut in Heidelberg für Ärzte und Krankenschwestern für einen Ersteinsatz in EL und ein drei- bis viermonatiger Spezialkurs am Bernhard-Nocht-Institut in Hamburg mit einer anerkannten tropenmedizinischen Qualifizierung. Ferner ist das vom BMZ finanzierte Programm der Friedrich-Thieding-Stiftung zu erwähnen, welches eine bedarfsbezogene Vorbereitung von Ärzten aus Entwicklungsländern in der Bundesrepublik Deutschland auf ihre beruflichen Aufgaben in den Herkunftsländern beinhaltet.

Für Mediziner ohne Berufserfahrung gibt es außerdem das sog. Projektassistentenprogramm der GTZ mit einem einjährigen Einsatz in einem Entwicklungsland. Bei besonderem Bedarf und entsprechender Qualifikation werden Bildungsmöglichkeiten durch die GTZ auch im Ausland genutzt (z. B. an der London School for Hygiene and Tropical Medicine).

- V. 5. Sieht das BMZ einen Weg, die medizinischen Fachkräfte des Ersteinsatzes verstärkt weiterzubilden, in Institute zu vermitteln und ständig an der Entwicklung von Konzeptionen, der Auswahl von Projekten, ihrer Durchführung und Überwachung zu beteiligen?

Wie unter V. 2 bereits erwähnt, werden sowohl für die Konzeption, die Durchführung als auch für die fachliche Evaluierung von Projekten der gesundheitspolitischen Zusammenarbeit qualifizierte medizinische Fachkräfte mit Entwicklungsländererfahrung eingesetzt. Damit haben diese Fachkräfte gleichzeitig die Möglichkeit einer verstärkten Weiterbildung. Die Vermittlung an Universitätsinstitute wird vom BMZ befürwortet.

- V. 6. Stimmt das BMZ zu, daß das Argument, durch verstärkte Hinzuziehung von Beratern würden die Kosten erhöht, nicht zutrifft, da ohne den verstärkten Einsatz von Fachkundigen allzu vieles im Bereich der Gesundheitshilfe fehlgeleitet wird und dadurch Kosten entstehen, die sich in keinem Verhältnis zum Erfolg befinden?

Ja. Daher zieht das BMZ bei Problemen im Bereich der gesundheitspolitischen Zusammenarbeit mit den Entwicklungsländern, die es allein nicht bewältigen kann, stets externen Sachverstand zu seiner Beratung hinzu.



