

Aus dem Institut für Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin
(Direktor Univ.-Prof. Dr. med. Dr. med. dent. Dr. phil. Dominik Groß)

**Humanitäre Hilfe und Entwicklungszusammenarbeit im Wandel –
eine Analyse von Diskursen und Aktivitäten deutscher Hilfsorganisationen im
Gesundheitsbereich seit 1970**

Der Medizinischen Fakultät der Rheinisch-Westfälischen Technischen Hochschule
Aachen vorgelegte Dissertation zur Erlangung des akademischen Grades einer Doktorin
der Medizin

von

Franziska Hommes

aus Bergisch Gladbach

Teile dieser Dissertation wurden vorveröffentlicht in:

Hommes F, Drees S, Geffert K, von Philipsborn P, Stratil JM: Representation of social determinants of health in German medical education: protocol of a content analysis study; *BMJ Open* 2018; 8:e020696. doi:10.1136/bmjopen-2017-020696;

Hommes F, von Philipsborn P, Geffert K, Karduck L: Public und Global Health in Deutschland – Eine Stellungnahme zur aktuellen Debatte; *Gesundheitswesen* 2016; 78:126-129. doi:10.1055/s-0041-111845.

INHALTSVERZEICHNIS

1	EINLEITUNG.....	1
1.1	Thema und theoretische Ausgangslage.....	1
1.2	Begriffsbestimmungen.....	1
1.3	Forschungsstand.....	5
1.4	Aufbau.....	7
2	FRAGESTELLUNG UND ZIELSETZUNG	10
3	HINTERGRÜNDE	11
3.1	Der Gesundheitsbereich in der Humanitären Hilfe.....	11
3.2	Der Gesundheitsbereich in der Entwicklungszusammenarbeit.....	13
3.3	Die untersuchten Hilfsorganisationen und weitere deutsche Akteure im humanitären und entwicklungspolitischen Gesundheitsbereich	17
4	METHODIK UND QUELLEN	24
4.1	Auswahl der Hilfsorganisationen.....	24
4.2	Forschungsfragen.....	24
4.3	Untersuchungszeitraum.....	26
4.4	Quellen.....	26
5	ERGEBNISSE	29
5.1	Internationale Gesundheitsarbeit – Selbstverständnis, Grundsätze und Motive	29
5.1.1	Selbstverständnis, Grundsätze und Motive der Bundesregierung in der internationalen Gesundheitsarbeit.....	29
5.1.2	Selbstverständnis, Grundsätze und Motive der untersuchten Hilfsorganisationen	32
5.1.3	Das Konzept <i>Hilfe zur Selbsthilfe</i> als Vergleichspunkt	47
5.2	Das Verhältnis zwischen humanitärer Gesundheitsarbeit und Politik.....	53
5.2.1	Hilfsorganisationen im Spannungsfeld	53
5.2.2	Humanitäre Gesundheitsarbeit und Politik in den Aktivitäten der untersuchten Hilfsorganisationen.....	56
5.3	Die Abgrenzung zwischen Humanitärer Hilfe und Entwicklungs- zusammenarbeit im Gesundheitsbereich.....	64
5.3.1	Veränderungen in der Abgrenzung seit den 1970er Jahren	64

5.3.2	Die Abgrenzung durch die untersuchten Hilfsorganisationen	71
5.4	Operative Arbeit und Projektinhalte	84
5.4.1	Gesundheitsprojekte in der Humanitären Hilfe und Entwicklungszusammenarbeit.....	84
5.4.2	Medizinische und gesundheitsbezogene Projektinhalte der untersuchten Hilfsorganisationen	87
5.4.3	Anforderungen an entsandtes Gesundheitspersonal in der Humanitären Hilfe und Entwicklungszusammenarbeit	99
5.4.4	Vergleich der Einsätze von Cap Anamur und des Deutschen Roten Kreuzes im Südchinesischen Meer Ende der 1970er Jahre	116
6	DISKUSSION UND AUSBLICK	124
7	ZUSAMMENFASSUNG.....	134
8	QUELLEN- UND LITERATURVERZEICHNIS.....	135
8.1	Unveröffentlichte Quellen, Archivalien.....	135
8.2	Veröffentlichte Quellen und Forschungsliteratur	136
8.3	Internetquellen	148
9	APPENDIX.....	150
9.1	Publikationen	150
9.2	Danksagung.....	151
9.3	Erklärung § 5 Abs. 1 zur Datenaufbewahrung.....	152
9.4	Eidesstattliche Erklärung gemäß § 5 Abs. (1) und § 11 Abs. (3) 12. der Promotionsordnung.....	153

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

AA	Auswärtiges Amt
BMZ	Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung
DED	Deutscher Entwicklungsdienst
DEval	Deutsches Evaluierungsinstitut der Entwicklungszusammenarbeit
DÜ	Dienste in Übersee
ESÜH	Strategie der entwicklungsfördernden und strukturbildenden Übergangshilfe
EZ	Entwicklungszusammenarbeit
GIZ	Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit
GTZ	Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit
IASC	Inter-Agency Standing Committee
IFRC	Internationale Föderation der Rotkreuz- und Rothalbmondgesellschaften
IKRK	Internationales Komitee vom Roten Kreuz
IWF	Internationaler Währungsfonds
LRRD	Linking relief, rehabilitation and development
MdM	Médecins du Monde (Ärzte der Welt)
MDGs	Millennium Development Goals (Millenniumentwicklungsziele)
MSF	Médecins Sans Frontières (Ärzte ohne Grenzen e.V.)
NGO	Non-governmental organization (Nichtregierungsorganisation)
OECD	Organisation für Wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung
PHC	Primary Health Care (Basisgesundheitsversorgung)
SDGs	Sustainable Development Goals (Nachhaltige Entwicklungsziele)
SDH	Social Determinants of Health (Soziale Determinanten von Gesundheit)
UHC	Universal Health Coverage (Allgemeine Gesundheitsabsicherung)
UN	United Nations (Vereinte Nationen)
UNHCR	United Nations High Commissioner for Refugees (Der Hohe Flüchtlingskommissar der Vereinten Nationen)
UNICEF	United Nations International Children's Emergency Fund (Kinderhilfswerk der Vereinten Nationen)
VENRO	Verband Entwicklungspolitik und Humanitäre Hilfe
WHO	World Health Organization (Weltgesundheitsorganisation)

1 EINLEITUNG

1.1 Thema und theoretische Ausgangslage

Diskurse und Aktivitäten in den Bereichen Humanitäre Hilfe und Entwicklungszusammenarbeit (EZ) haben seit den 1970er Jahren einen konzeptionellen und operativen Wandel durchlaufen. Neben einem Wandel innerhalb der jeweiligen Bereiche hat sich auch die Abgrenzung zwischen Humanitärer Hilfe und EZ verändert – mit entsprechendem Einfluss auf den institutionellen Aufbau und die inhaltliche Ausrichtung staatlicher und nichtstaatlicher Akteure in der Humanitären Hilfe und EZ. Hilfsorganisationen agieren im Gesundheitsbereich vor dem Hintergrund des Wandels in Humanitärer Hilfe und EZ und sind Teil der entsprechenden politischen, öffentlichen und konzeptionell-fachlichen Diskurse. Neben dem internationalen entwicklungspolitischen Kontext sind dabei Ansätze und Aktivitäten nationaler staatlicher Humanitärer Hilfe und Entwicklungspolitik von großer Bedeutung.

Gegenstand dieser Arbeit sind Diskurse und Aktivitäten von drei deutschen Hilfsorganisationen im Gesundheitsbereich, vor dem Hintergrund eines konzeptionellen und operativen Wandels in der Humanitären Hilfe und EZ. Bei den ausgewählten Hilfsorganisationen handelt es sich um Cap Anamur/Deutsche Not-Ärzte e.V. (im Folgenden „Cap Anamur“ genannt), das Deutsche Rote Kreuz (DRK) sowie medico international (im Folgenden „medico“ genannt), gegründet 1921 (DRK), 1968 (medico) und 1979 (Cap Anamur).

1.2 Begriffsbestimmungen

Humanitäre Hilfe

Die Definition von Humanitärer Hilfe sowie eine klare inhaltliche und zeitliche Begrenzung sind umstritten und Gegenstände fachinterner Diskussionen.¹ Während unter Humanitärer Hilfe in einer engen Definition lediglich akute, über einen kurzen Zeitraum während Nothilfe verstanden wird, kann eine weite Definition auch sehr viel langfristige Maßnahmen

¹ Vgl. Lieser, Jürgen; Dijkzeul, Dennis (2013) (Hrsg.): Handbuch Humanitäre Hilfe. Berlin/Heidelberg: Springer Verlag.

umfassen.² Neben dem Begriff Humanitäre Hilfe lassen sich zahlreiche Wendungen finden, die oftmals synonym verwendet werden, wie Nothilfe, Soforthilfe, Katastrophenhilfe oder Überlebenshilfe. Hierbei bezieht sich Katastrophenhilfe primär auf den Kontext von (Natur-) Katastrophen und Nothilfe, Soforthilfe oder Überlebenshilfe allgemein auf die früheste und akuteste Phase der Humanitären Hilfe.

Humanitäre Hilfe im Gesundheitsbereich wird primär verstanden als kurzfristige, über wenige Wochen andauernde Hilfe im Sinne des Versuchs Not und Leid zu lindern, Krankheit zu heilen und Krankheitsausbrüche einzudämmen oder zu verhindern. Gerade bei langanhaltenden Krisen und Katastrophen ist jedoch eine eindeutige Abgrenzung zu langfristiger Hilfe und EZ nicht leicht zu treffen. Humanitäre Hilfe soll politisch neutral und unabhängig sein, sich am akut bestehenden Bedarf der Patienten sowie dem Gesundheitsschutz vulnerabler Gruppen orientieren und als Mindeststandard die Sicherung eines menschenwürdigen Lebens zum Ziel haben.³ Grundpfeiler sind die humanitären Grundsätze: Neutralität, Unabhängigkeit und Unparteilichkeit im Sinne einer Hilfeleistung für alle Betroffenen, unabhängig von ihrer politischen, ethnischen und religiösen Zugehörigkeit.⁴

In dieser Arbeit wird in erster Linie der Begriff Humanitäre Hilfe verwendet, da dieser üblicherweise sowohl im Kontext menschengemachter Krisen (*man-made disaster*), als auch bei Naturkatastrophen verwendet wird und den Aspekt der direkten, bedarfsorientierten Hilfe betont. Dabei sollen unter Humanitärer Hilfe Aktivitäten und Konzeptionen verstanden werden, die auch über den Kontext akuter Notlagen hinausgehen können, sich aber – auch, um den Untersuchungsaspekt der Abgrenzung zwischen Humanitärer Hilfe und EZ adäquat erarbeiten zu können – von EZ-Maßnahmen hinsichtlich ihrer zeitlichen und inhaltlichen Ausrichtung unterscheiden.

An das akute Geschehen einer Krise oder Katastrophe schließt sich meist eine Rehabilitierungsphase an, die auf einen bedarfsgerechten Wiederaufbau (*rehabilitation*) abzielt und somit ein Bindeglied zwischen Nothilfe und langfristiger EZ darstellt – eine Phase, die über mehrere Monate bis Jahre andauern kann.⁵

² Vgl. Schmitz, Peter (2009): Die Grauzone in Krisenregionen und nach Katastrophen. In: Hackenbruch, Elgin (Hrsg.): Go international: Handbuch zur Vorbereitung von Gesundheitsberufen auf die Entwicklungszusammenarbeit und humanitäre Hilfe. 2. Auflage. Bern: Verlag Hans Huber, 71-80.

³ Vgl. Lieser, Jürgen (2013): Was ist humanitäre Hilfe? In: Lieser, Dijkzeul: Handbuch Humanitäre Hilfe, 9-28.

⁴ VENRO: Humanitäre Hilfe. www.venro.org/themen/themen-humanitaere-hilfe/, abgerufen am 16.08.2017.

⁵ Vgl. Schmitz (2009): Die Grauzone in Krisenregionen und nach Naturkatastrophen.

Entwicklung, Entwicklungshilfe, Entwicklungszusammenarbeit

Der seit dem 17. Jahrhundert gebräuchliche Begriff Entwicklung hat einen deutlichen Deutungs- und Anwendungswandel durchlaufen. Während im 18. und 19. Jahrhundert der Fokus auf die Beschreibung von fortschrittlichen Prozessen gelegt wurde, ist seit dem 19. Jahrhundert eine Tendenz zum Versuch zu erkennen, diesen Begriff als „Legitimationsgrundlage für die Übertragung westlicher wirtschaftlicher, kultureller, sozialer und politischer Lebensformen auf außereuropäische Gesellschaften“⁶ zu verwenden. Das moderne Konzept der Entwicklung reicht bis in die Kolonialzeit zurück, in der der Begriff instrumentalisiert, und nach dem Zweiten Weltkrieg in der Phase des Spätkolonialismus sowie im Rahmen des Dekolonisationsprozesses in den 1960er Jahren verstärkt bedeutsam wurde.⁷ Die begriffliche Unterscheidung in entwickelte und unterentwickelte Gebiete der Welt wurde in ihrer Bedeutung maßgeblich durch die Antrittsrede des ehemaligen amerikanischen Präsidenten Harry S. Truman im Jahre 1949 geprägt.⁸ Dieser zeichnete ein dichotomes Weltbild von „entwickelten“ und „unterentwickelten Regionen“⁹, was wesentlich zur Aufnahme internationaler Entwicklungshilfe beitrug.

Der Begriff der Entwicklung kann insofern als problematisch angesehen werden, als dass er eine weite Spannbreite an Fragen offenlässt (Wer wird entwickelt? Und von wem? Was sind die Maßstäbe von Entwicklung und wer legt diese fest? Was gilt als Ziel von Entwicklung? In welcher Zeitspanne soll diese stattfinden?) und primär einen linearen Verlauf suggeriert, der Gegenstand entwicklungspolitischer Kontroversen ist.¹⁰ Die Einschätzung davon, was und wer als entwickelt gelten, hat im letzten Jahrhundert einen deutlichen Wandel durchlaufen.¹¹

1961 sprach man nach Gründung der *Organisation für Wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung* (OECD) hauptsächlich von Entwicklungshilfe, und die Mitgliedsländer verfolgten

⁶ Stockmann, Reinhard; Menzel, Ulrich; Nuscheler, Franz (2010): Entwicklungspolitik: Theorien – Probleme – Strategien. München: Oldenbourg Verlag, 1.

⁷ Vgl. Eckert, Andreas; Wirz, Albert (2002): Wir nicht, die Anderen auch. Deutschland und der Kolonialismus. In: Conrad, Sebastian; Randeria, Shalini (Hrsg.): Jenseits des Eurozentrismus. Postkoloniale Perspektiven in den Geschichts- und Kulturwissenschaften. Frankfurt a.M.: Campus-Verlag, 372-329.

⁸ Ziai, Aram (2012): Post Development: Fundamentalkritik der „Entwicklung“. In: Geographica Helvetica, 2012, 67:133–138.

⁹ Truman, Harry S. (1949): Inaugural Address. January 20, 1949.

www.trumanlibrary.org/whistlestop/50yr_archive/inagural20jan1949.htm, abgerufen am 25.10.2017.

¹⁰ Z.B. Ziai (2012): Post Development: Fundamentalkritik der „Entwicklung“; Duffield, Mark (1994): Complex Emergencies and the Crisis of Developmentalism. In: IDS (Institute of Development Studies) Bulletin 25.4.

¹¹ Vgl. Menzel, Ulrich (2009): Vortrag „Dimensionen der Entwicklungspolitik“. 30.10.2009,

Entwicklungspolitische Hochschulwochen, TU Braunschweig, 2009. www.ulrich-menzel.de/vortraege/Vortrag_Entwicklungspolitik.pdf, abgerufen am 16.08.2017.

das Ziel, gemeinsam als Industrienationen die, ihrer Definition nach, weniger entwickelten Staaten auf dem Weg des Fortschritts zu unterstützen.¹² Seit den 1990er Jahren setzte sich, einhergehend mit der Intention einer stärkeren Betonung partnerschaftlicher Aspekte, zunehmend der Terminus Entwicklungszusammenarbeit durch. Letzterer wurde teilweise wiederum durch Begriffe wie Partnerorientierte Entwicklungszusammenarbeit, *Empowerment* und *Capacity Building* und *Capacity Development* ergänzt. Trotz der – zumindest rhetorischen – Dynamiken in Fachkreisen sind im allgemeinen Sprachgebrauch und Verständnis die Begriffe der „Dritten Welt“ und „Entwicklungsländer“ noch weit verbreitet. Letztlich gilt auch heute noch, was bereits in den 1970er Jahren zum Begriff der Entwicklung angemahnt wurde, nämlich, dass:

„[D]ie Wirklichkeit der unterentwickelten Welt zu verschieden und die Entwicklungsproblematik zu vielschichtig (ist), als daß sie mit simplifizierenden Erklärungsmustern angemessen erfaßt und erklärt werden könnten.“¹³

EZ im Gesundheitsbereich zielt, über eine Wiederaufbauhilfe im Sinne der Wiederherstellung des *status quo ante* hinausgehend, auf langfristige Verbesserungen der Qualität, des Zugangs und des Ausmaßes der Gesundheitsversorgung vor Ort ab. Damit weist EZ sowohl einen deutlich längeren Einsatzzeitraum als auch andere Instrumentarien als Humanitäre Hilfe zur Umsetzung dieser Ziele auf. Im engeren Sinne stellt Entwicklungshilfe nach aktuellem Verständnis den finanziellen Anteil der EZ dar, während EZ wiederum einen Teil der gesamten Maßnahmen der Entwicklungspolitik ausmacht. Für eine umfassende Darstellung der begrifflichen und konzeptuellen Hintergründe und Debatten der Begriffe Entwicklung und Entwicklungshilfe sei an dieser Stelle auf entsprechende Publikationen verwiesen.¹⁴

¹² Vgl. OECD: Übereinkommen über die Organisation für Wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung. www.oecd.org/berlin/dieoecd/ubereinkommenuberdieorganisationfurwirtschaftlichezusammenarbeitundentwicklung.htm, abgerufen am: 03.07.2017.

¹³ Simonis, Ernst Udo (1980): [Rezension]: Dritte Welt: Entwicklung und Unterentwicklung: Nohlen, Dieter; Nuscheler, Franz (Hrsg.): Handbuch der Dritten Welt. Hamburg: Hoffmann & Campe, 1976. In: Vorgänge: Zeitschrift für Bürgerrechte und Gesellschaftspolitik, Humanistische Union, 1980, 19(2=44):98-100, hier 100.

¹⁴ Z.B.: Nohlen, Dieter; Nuscheler, Franz (Hrsg.) (1976): Handbuch der Dritten Welt. Hamburg: Hoffmann & Campe; Büschel, Hubertus; Speich, Daniel (Hrsg.) (2009): Entwicklungswelten, Globalgeschichte der Entwicklungszusammenarbeit, Frankfurt a.M./New York: Campus Verlag; Hoffmann, Elisabeth (2003): Empowerment als Strategie der Entwicklungshilfe. In: Kurt-Eisner-Verein für politische Bildung (kev) (Hrsg.): Neue Kritik aus Schule und Hochschule. (Schriftenreihe des Kurt-Eisner-Vereins für politische Bildung e.V.). H.5; Munck, Ronald; O'Hearn, Denis (eds.) (1999): Critical development Theory: Contributions to a new paradigm. London: Zed Books; Esteva, Gustavo (1995): Fiesta – jenseits von Entwicklung, Hilfe und Politik. Frankfurt a. M: Brandes & Apsel/Südwind.

1.3 Forschungsstand

Zu den Bereichen Humanitärer Hilfe und EZ existieren, auch im deutschsprachigen Raum, vielfältige und umfassende Forschungsarbeiten, die eine große Bandbreite an relevanten Aspekten abdecken. Insgesamt wurden Gesundheit und Medizin hierbei bisher jedoch tendenziell vernachlässigt, insbesondere in der deutschsprachigen Geschichtsschreibung. Die im Folgenden genannten Publikationen bilden hier eher die Ausnahme.

Publikationen, die sich mit praktischen Handlungsfeldern und theoretischen Hintergründen Humanitärer Hilfe befassen, stammen aus Akteursperspektive etwa von Jürgen Lieser (2002, 2013), Dennis Dijkzeul (2013), Wolf-Dieter Eberwein (1997, 2002, 2004) und Peter Runge (2002). In einer Publikation des Politikwissenschaftlers Martin Quack (2016) wurde kritisiert, dass trotz eines wachsenden Stellenwertes ein Mangel an professioneller und kritischer Analyse von Humanitärer Hilfe in der deutschen Politik und Öffentlichkeit herrsche.¹⁵ Bisher wurde etwa die Frage, welchen (langfristigen) Einfluss NGOs auf die Gesundheitslage der lokalen Bevölkerung und das Gesundheitssystem nehmen, unzureichend untersucht.¹⁶ Einzelne Studien zeigen auf, wie ambivalent Theorie und Praxis der Gesundheitsarbeit von NGOs ausfallen können.¹⁷ Der Kommunikationswissenschaftler Patrick Merziger (2016) unterstrich diese Ambivalenz am Beispiel von Cap Anamur und stellte dar, wie schmal der Grat zwischen der kurzfristigen Leistung von Überlebenshilfe auf der einen und der Vernachlässigung langfristiger Folgen, struktureller Ursachen von Krisen und politischer Komplexität auf der anderen Seite sein kann. Hierbei handelt es sich jedoch nicht primär um ein organisationsspezifisches Phänomen, sondern vielmehr um eine inhärente Problematik Humanitärer Hilfe, wie im Laufe dieser Arbeit deutlich werden wird.

Einzelne Publikationen behandeln strukturelle Veränderungen der Humanitären Hilfe auf nationaler und internationaler Ebene und greifen singuläre Aspekte dieses Strukturwandels auf, um ihn in konkrete und praktische Zusammenhänge einzuordnen. Hier sei exemplarisch die Analyse der Auswirkungen des Strukturwandels Humanitärer Hilfe auf nationale Strukturen, vor allem innerhalb des AA, von Yasemin Topçu (1997) genannt. Der Politikwissenschaftler

¹⁵ Vgl. Quack, Martin (2016): Herausforderung Humanitäre Hilfe. Politische Bedeutung und kritische Reflexion in Deutschland. Berlin: Deutscher Caritasverband, Caritas international, Evangelisches Werk für Diakonie und Entwicklung e.V. – Diakonie Katastrophenhilfe, Médecins Sans Frontières/Ärzte ohne Grenzen e.V.

¹⁶ Nichter (2008): Global Health, 138.

¹⁷ Vgl. Pfeiffer, James (2004): Civil Society, NGOs, and the Holy Spirit in Mozambique. In: Human Organization, 2004, 63(3):359-372. doi: <https://doi.org/10.17730/humo.63.3.wr0rc09qeyafn84l>.

Wolf-Dieter Eberwein (1997) thematisierte diesen Strukturwandel Humanitärer Hilfe auf nationaler Ebene und in Bezug zur internationalen Gemeinschaft.

Ausführliche Darstellungen humanitärer und im Gesundheitsbereich tätiger Organisationen finden sich als einzelne Forschungsprojekte, so etwa die Arbeit des Anthropologen Peter Redfield über MSF (2013). Eberwein und die Politikwissenschaftlerin Catherine Götze (2001) untersuchten die Aktivitäten des DRK im Rahmen der Balkankriege. Merziger (2016) untersuchte Cap Anamur vor dem Hintergrund von Veränderungen in der Humanitären Hilfe in den 1980er Jahren, mit besonderem Fokus auf den für Cap Anamur charakteristischen Ansatz der „radikalen Humanität“¹⁸. Seltener finden sich vergleichende Darstellungen von Hilfsorganisationen untereinander oder in Bezug zu anderen Akteuren. Ein direkter Vergleich zweier im Gesundheitsbereich tätiger NGOs auf internationaler Ebene wurde von dem Medizinhistoriker Randall M. Packard (2016) durchgeführt, der im Rahmen seiner Arbeit *A History Of Global Health* die Reaktionen von *Médecins Sans Frontières* (MSF) und *Partners in Health* im Rahmen der Ebola-Epidemie im Jahre 2014 darstellte sowie die organisationsspezifischen Charakteristika in den Kontext allgemeiner Entwicklungen im Bereich globaler Gesundheit einbettete. Einen persönlichen Vergleich zwischen der operativen Arbeit zweier humanitärer Akteure zog Paul Krämer (1997), indem er subjektive Erfahrungen und „[e]rlebte Handlungsmöglichkeiten“¹⁹ seiner Zeit als Mitarbeiter von Cap Anamur und der *Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit* (GTZ) beschrieb. Der Rotkreuzmitarbeiter Jæger Tørris (2000) analysierte den Aspekt der Schutzfunktion Humanitärer Hilfe anhand von Fallbeispielen zweier international tätiger Hilfsorganisationen sowie des *European Community Humanitarian Office* (ECHO) (heute: *European Civil Protection and Humanitarian Aid Operations*).

Historische gesundheitsbezogene Entwicklungen in der deutschen EZ wurden lange Zeit nicht systematisch aufgearbeitet. Einen Beginn und Anstoß hierzu boten die Bonner Tagung mit Zeitzeugen der EZ im Gesundheitsbereich im Jahre 2009 sowie deren Dokumentation.²⁰ Eine in der Folge entstandene Geschichtsschreibung zu west- und ostdeutschen Ansätzen medizinischer EZ stammt aus medizinhistorischer Perspektive von Walter Bruchhausen (2012)

¹⁸ Vgl. Neudeck (1986): Radikale Humanität.

¹⁹ Krämer, Paul (1997): Entwicklungshilfe auf dem Prüfstand, Erlebte Handlungsmöglichkeiten in zwei Organisationen: Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (GTZ) und Komitee Cap Anamur/Deutsche Notärzte. Frankfurt a.M.: Verlag für Interkulturelle Kommunikation.

²⁰ Bruchhausen, Walter; Görden, Helmut; Razum, Oliver (Hrsg.) (2011): Entwicklungsziel Gesundheit, Zeitzeugen der Entwicklungszusammenarbeit blicken zurück. (Challenges in Public Health: 61.) Frankfurt am Main: Peter Lang Verlag.

und Iris Borowy (2017). Ebenfalls dem Gesundheitsbereich in der EZ widmeten sich die Gesundheitsexperten Hans-Jochen Diesfeld und Sigrid Wolter (1984) in praxisorientierten Publikationen sowie aus medizinethischer Sicht Andreas Frewer, Stefan Kolb und Kerstin Krása (2009) mit Fokussierung auf das Verhältnis zwischen Medizin und Menschenrechten. Insgesamt besitzt die deutschsprachige gesellschafts- und geisteswissenschaftliche Forschungsliteratur, die entwicklungspolitische Themen unter gesundheitsbezogenen Gesichtspunkten betrachtet, in Relation zu allgemeineren Abhandlungen und anderen entwicklungspolitischen Schwerpunkten einen deutlich kleineren Umfang.

Über die allgemeinen Veränderungen in der Abgrenzung zwischen Humanitärer Hilfe und EZ seit den 1970er Jahren fand ein wachsender und weitgehend fachspezifischer Diskurs statt, etwa im Bereich der NGOs unter den Mitgliedern von VENRO, und es hat sich diesbezüglich eine zunehmend breitere Forschungsbasis aufgebaut. Eine kritische Betrachtung der Konzeption eines Übergangs zwischen Humanitärer Hilfe und EZ im Sinne eines Kontinuums stammt von Götze (1999). Der Anthropologe und Politikwissenschaftler Mark Duffield (1994) untersuchte das Verhältnis zwischen Humanitärer Hilfe und EZ unter dem Gesichtspunkt von *complex emergencies* und in Bezugnahme auf internationale Akteure. Der Begriff *complex emergencies*, der in Kapitelabschnitt 5.3 näher erläutert wird, umfasst vor allem Konflikte, die von innerstaatlichen Konfliktparteien, einer hohen Konflikintensität sowie einem langwierigen Verlauf geprägt sind und sich durch multifaktorielle und politische Ursachen von Naturkatastrophen abgrenzen lässt.²¹

1.4 Aufbau

In der vorliegenden Arbeit folgt auf eine Einführung in die Thematik und den Forschungsstand die Erläuterung der Fragestellung und Zielsetzung (Kapitel 2). Daraufhin schließt sich eine zusammenfassende Darstellung der wichtigsten Eckpunkte historischer Hintergründe und Rahmenbedingungen an (Kapitel 3). Die Methodik und einbezogenen Quellen werden in Kapitel 4 beschrieben. Die Ergebnisdarstellung, gegliedert in die einzelnen Untersuchungsaspekte, erfolgt in Kapitel 5.

Kapitelabschnitt 5.1, der wesentliche Motive für die internationale Gesundheitsarbeit enthält, widmet sich dem Selbstverständnis und den Grundsätzen der Akteure vor dem Hintergrund des

²¹ Vgl. Duffield, Mark (1994): *Complex Emergencies*.

Wandels in der Humanitären Hilfe und EZ. Da unterschiedliche Auffassungen von Hilfskonzepten grundlegende Merkmale der untersuchten Akteure darstellen, werden diese exemplarisch ausgeführt.

Gegenstand von Kapitelabschnitt 5.2 ist die Analyse des Verhältnisses zwischen humanitärer Gesundheitsarbeit und Politik – ein komplexes Spannungsfeld, das Gegenstand einer intensiven Debatte zwischen Akteuren aus Politik, Humanitärer Hilfe und Militär ist²², vermehrte öffentliche Aufmerksamkeit erfährt und für die untersuchten Akteure von großer Bedeutung ist. Es wird aufgezeigt, wie wichtig die Fragen nach politischer (Nicht-)Einmischung, Beachtung politischer Kontextfaktoren sowie Neutralität und Unabhängigkeit als humanitäre Prinzipien für die untersuchten Akteure sind.

In Kapitelabschnitt 5.3 stehen die Frage nach der Abgrenzung zwischen Humanitärer Hilfe und EZ sowie Verhältnisverschiebungen über den Untersuchungszeitraum hinweg im Vordergrund. Dabei wird zuerst dargestellt, wie diese Abgrenzung auf staatlicher Ebene durch die entsprechenden Institutionen der Bundesregierung vorgenommen wurde. Darauf folgt die Analyse dieser Abgrenzung durch die drei, primär als Hilfsorganisationen gegründeten, Akteure.

Die operative Arbeit und wichtige Projektinhalte der Akteure sind Gegenstand von Kapitelabschnitt 5.4. Nachdem die besondere Rolle der Medizin als Teil der Gesundheitsarbeit in Humanitärer Hilfe und EZ analysiert wird, folgt eine Darstellung des Wandels der Anforderungen an entsandtes Gesundheitspersonal. Die Professionalisierung der Humanitären Hilfe und EZ und damit einhergehende wachsende Anforderungen an das Personal im Allgemeinen und Gesundheitsfachkräfte im Speziellen wurden bislang lediglich in wenigen Studien untersucht.²³ Aus den entsprechenden Quellen ging zudem eine große Bedeutung der das Personal betreffenden Fragen hervor.

Kapitel 5 endet mit einer Gegenüberstellung der Arbeit von Cap Anamur und des DRK anhand eines spezifischen, für beide Organisationen sehr bedeutenden Einsatzzeitraumes. Hierbei

²² Bezüglich Diskussionsgegenständen und Hintergründen der Debatte um das Verhältnis zwischen Humanitärer Hilfe und Politik vgl. z.B.: Eberwein, Wolf-Dieter; Runge, Peter (Hrsg.) (2002): Humanitäre Hilfe statt Politik? Berliner Schriften zur humanitären Hilfe und Konfliktprävention. Münster: LIT-Verlag.

²³ Vgl. Roth, Silke (2006): Humanitäre Hilfe – Zugänge und Verläufe. In: Kreutzer, Florian; Roth, Silke (Hrsg.): Transnationale Karrieren, Biografien, Lebensführung und Mobilität. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

handelt es sich um die jeweiligen Hilfseinsätze im Südchinesischen Meer Ende der 1970er Jahre nach dem Vietnamkrieg.

Am Ende dieser Arbeit stehen eine abschließende Diskussion der Analyseergebnisse, die einen Ausblick (Kapitel 6) enthält, sowie eine Zusammenfassung (Kapitel 7).

2 FRAGESTELLUNG UND ZIELSETZUNG

Im Wandel des politischen, öffentlichen und konzeptionell-fachlichen Diskurses in humanitärer Hilfe und EZ erwachsen für den Gesundheitsbereich zahlreiche sich verzweigende Fragestellungen, die eine Vielzahl an historischen und aktuellen Bezügen aufweisen. In dieser Arbeit soll es darum gehen, konzeptionelle Fragen jener Diskurse mit der praktischen Arbeit von Hilfsorganisationen im Gesundheitsbereich zu verknüpfen.

Dieser Arbeit liegt die Fragestellung zugrunde, wie sich der Diskurswandel in Humanitärer Hilfe und EZ seit den 1970er Jahren auf die konzeptionelle und operative Ebene der untersuchten deutschen Hilfsorganisationen im Gesundheitsbereich ausgewirkt hat. Zur Beantwortung dieser Fragestellung wurden folgende Teilaspekte anhand der ausgewählten Hilfsorganisationen – jeweils in Kontextualisierung zum genannten Diskurswandel – untersucht:

- i. Selbstverständnis, Grundsätze und Motive in Bezug auf die Leistung internationaler Gesundheitsarbeit
- ii. Das Verhältnis zwischen humanitärer Gesundheitsarbeit und Politik
- iii. Die Abgrenzung zwischen Humanitärer Hilfe und EZ im Gesundheitsbereich
- iv. Operative Arbeit und Projekteinhalte

Insgesamt wurde der Fokus der Arbeit aufgrund der Auswahl der Hilfsorganisationen mehr auf den Bereich der Humanitären Hilfe als auf den der EZ gelegt, wenn auch, wie gezeigt werden wird, oftmals eine klare Abgrenzung und eine einseitige Gewichtung kaum möglich war, da jeder der drei Hilfsorganisationen beide Bereiche in die eigene Arbeit integriert hat. Da eine Untersuchung des Diskurswandels bei gleichzeitiger Analyse der Frage nach dessen Implikationen für die internationale Gesundheitsarbeit deutscher Hilfsorganisationen bisher eine Lücke in der entsprechenden historischen Aufarbeitung darstellt, soll diese Arbeit dazu beitragen, die einschlägige Geschichtsschreibung in Deutschland zu ergänzen. Neben einem tiefgehenden Einblick in die internationale Gesundheitsarbeit der untersuchten Hilfsorganisationen bestand darüber hinaus eine Zielsetzung dieser Arbeit darin, durch die Analyse des Diskurswandels über den langen Untersuchungszeitraum hinweg und die Beleuchtung zeithistorischer Hintergründe zum Verständnis der Komplexität beider Bereiche, der Frage ihrer Abgrenzung sowie aktueller Herausforderungen in der Humanitären Hilfe und EZ beizutragen.

3 HINTERGRÜNDE

3.1 Der Gesundheitsbereich in der Humanitären Hilfe

Die Geschichte der internationalen Humanitären Hilfe reicht in Deutschland bis zum Beginn des 20. Jahrhunderts zurück. Als wichtigster Anstoß gilt hierbei die Gründung des heutigen *Internationalen Komitees vom Roten Kreuz* (IKRK) durch den Genfer Kaufmann Henri Dunant im Jahre 1863. Seither hat sich die Humanitäre Hilfe zu einem bedeutenden Mittel im internationalen Geschehen entwickelt, und mit der Verankerung in den Genfer Konventionen erhielt das humanitäre Völkerrecht eine international anerkannte Bedeutung.

Staatliche und nichtstaatliche Akteure standen in den letzten Jahrzehnten zahlreichen humanitären Krisen gegenüber, deren Komplexität und politische Hintergründe wiederum die Prozesse in der Humanitären Hilfe mitbestimmten. Einige dieser großen humanitären Krisen vor der Jahrtausendwende, die das kollektive Gedächtnis der Akteure in der Humanitären Hilfe prägten, waren etwa der Biafra-Krieg 1967-1970, die Hungersnot in Äthiopien Mitte der 1980er Jahre und der Genozid in Ruanda 1994. Die politisch-militärische Instrumentalisierung von Leid und die weltweite Übertragung von Bildern hungernder Kinder waren Teil einer Konstellation von Ereignissen, die den Biafra-Krieg für die Geschichte der Humanitären Hilfe zu einem Wendepunkt werden ließen.²⁴

Mit Beginn der 1990er Jahre ergaben sich entscheidende Veränderungen in der Humanitären Hilfe sowohl auf internationaler als auch auf nationaler Ebene. Ursachen hierfür wurden zum einen in globalpolitischen Strukturveränderungen nach Ende des Ost-West-Konflikts gesehen, zum anderen in einem Wandel der Inhalte, beteiligten Akteure und zeitlichen Ausdehnung von Konflikten. Der Wandel der internationalen Humanitären Hilfe in Deutschland bis zum Jahre 1993, deren staatliche Zuständigkeit seit 1978 beim *Auswärtigen Amt* (AA) liegt, kann in drei Ebenen unterteilt werden: Erstens in die zugrundeliegenden Definitionen und Ziele, zweitens in die Ursachen für Krisen und Katastrophen sowie drittens in den Umfang der geleisteten Hilfen.²⁵ Die gewachsene Bedeutung des erweiterten Ursachenspektrums zeigt sich auch darin,

²⁴ Vgl. Redfield, Peter (2013): *Life in crisis, the ethical journey of doctors without borders*. Berkeley/Los Angeles/London: University of California Press, 15.

²⁵ Vgl. Topçu, Yasemin (1997): *Die Neugestaltung staatlicher humanitärer Hilfe in der Bundesrepublik Deutschland*. (WZB Discussion Paper FS-P97 – 302). Berlin: Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung.

dass mittlerweile ein Großteil der Ausgaben für internationale Humanitäre Hilfe auf Einsätze in fragilen Staaten entfällt.²⁶

Die Zeit von 1991 bis 1993 wurde „als ‚hohe Zeit‘ der internationalen Hilfe“²⁷ beschrieben. Neben einem veränderten Anforderungsspektrum und erhöhten finanziellen Aufwendungen entwickelte sich ein entsprechender Bedarf adäquater Koordinationsstrukturen.²⁸ Auf institutioneller Ebene in Deutschland wurde 1992 das Amt des Beauftragten der Bundesregierung für Humanitäre Hilfe (seit 1998 Beauftragter der Bundesregierung für Menschenrechtspolitik und Humanitäre Hilfe) geschaffen, zu dessen Aufgabenbereich nationale und internationale Koordinierungsmaßnahmen gehörten.²⁹ Im gleichen Jahr wurde, mit dem Ziel einer verbesserten Koordinierung der beteiligten Akteure, im AA der Gesprächskreis Humanitäre Hilfe gegründet, aus dem zwei Jahre später der Koordinierungsausschuss Humanitäre Hilfe entstand. 1996 waren alle drei in dieser Arbeit untersuchten Hilfsorganisationen Teil des Koordinierungsausschusses.³⁰ Aktuell sind neben verschiedenen Bundesressorts und akademischen Einrichtungen noch das DRK und medico in der Gruppe der Hilfsorganisationen vertreten.³¹

Einschneidende Ereignisse in der Humanitären Hilfe führten zu einer Veränderung des inneren und äußeren Anforderungsprofils an humanitäre Hilfsorganisationen. Forderungen nach Rechenschaftspflicht (*accountability*) und einer Etablierung allgemeiner humanitärer Standards waren Teil der Reflexion dieser Ereignisse. Ergebnis hieraus war auch das 1996 als Zusammenschluss der Rotkreuz- und Rothalbmondbewegung sowie verschiedener Nichtregierungsorganisationen (NGOs) gegründete *Sphere Project* mit dem Ziel, einheitliche und universelle humanitäre Standards festzuhalten, die für alle im Hilfseinsatz tätigen Akteure gültig sind. In der humanitären Charta des *Sphere Handbooks*, sind unter anderem „das Recht auf ein Leben in Würde“, das „Recht auf humanitäre Hilfe“, „das Recht auf Schutz und

²⁶ Weingärtner, Lioba et al. (2011): Die deutsche humanitäre Hilfe im Ausland. Gemeinschaftsevaluierung. Bonn/Berlin: Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung/Auswärtiges Amt.

²⁷ Topçu (1997): Die Neugestaltung staatlicher humanitärer Hilfe, 1, angelehnt an: Hippler, Jochen (1996): Das langsame Austrocknen des Humanitären Interventionismus. In: Debiel, Tobias; Nuscheler, Franz (Hrsg.): Der neue Interventionismus – Humanitäre Einmischung zwischen Anspruch und Wirklichkeit. (Eine Welt – Texte der Stiftung Entwicklung und Frieden). Bonn: Dietz-Verlag, 77-102.

²⁸ Topçu (1997): Die Neugestaltung staatlicher humanitärer Hilfe, 1.

²⁹ Vgl. Deutscher Bundestag (1994): Bericht der Bundesregierung über die deutsche Humanitäre Hilfe im Ausland, 1990-1993. Bonn: Drucksache 12/7737.

³⁰ Vgl. Topçu (1997): Die Neugestaltung staatlicher humanitärer Hilfe.

³¹ Vgl. Auswärtiges Amt: Liste der Hilfsorganisationen im Koordinierungsausschuss Humanitäre Hilfe, www.auswaertiges-amt.de/blob/239806/2836dbbb732b6235637db91591783030/hilfsorganisationen-koa-data.pdf, abgerufen am 20.02.2018.

Sicherheit“ sowie die Grundsätze der Menschlichkeit, Unparteilichkeit und Nichtdiskriminierung festgeschrieben.³² Auch wenn bislang kein Instrument zur externen Überprüfung der Einhaltung und Durchsetzung existiert, geben diese Standards doch Orientierungspunkte für Planung, Ablauf, Koordinierung und Durchführung humanitärer Hilfseinsätze vor und sollen so insgesamt die Qualität Humanitärer Hilfe verbessern. Auf diese Weise soll auch verhindert werden, dass humanitäre Räume als bloßes „Abenteuer“ angesehen und damit zum Spielball für Akteure mit gut gemeinter Intention, doch geringem produktivem Nutzen und im schlimmsten Fall schadhaftem Ausgang werden.

Einen weiteren internationalen Ansatz zur langfristigen Verbesserung humanitärer Hilfseinsätze sowie der Möglichkeit zur Überprüfung und Evaluierung der durchgeführten Maßnahmen stellt das *Global Health Cluster* der WHO dar.³³ Insgesamt fand die Anwendung von Evaluierungsmethoden im Bereich der Humanitären Hilfe seltener statt als im Bereich der EZ.³⁴ Bislang existiert kein Äquivalent zum 2012 gegründeten *Deutschen Evaluierungsinstitut der Entwicklungszusammenarbeit* (DEval), dessen Aufgabe darin besteht, die Wirksamkeit der vom BMZ ausgehenden entwicklungspolitischen Projekte und Maßnahmen zu bewerten.³⁵ Dennoch kann die angestoßene Entwicklung hin zu vermehrter Wirksamkeitsprüfung der Humanitären Hilfe als Fortsetzung des Mitte der 1990er Jahren begonnenen Prozesses der Etablierung humanitärer Standards angesehen werden.

3.2 Der Gesundheitsbereich in der Entwicklungszusammenarbeit

Beschriebenes Ziel der Entwicklungshilfe in den 1960er Jahren, war es unter anderem, die unabhängig gewordenen Staaten in ihrer ökonomischen und gesellschaftlichen Entwicklung zu fördern, ähnlich wie es das *European Recovery Program (Marshall Plan)* für die von den Kriegsfolgen betroffenen Staaten Westeuropas nach dem Zweiten Weltkrieg vorgesehen hatte.

Deutschland nahm hierbei eine andere Rolle ein als Nationen, die deutlich länger, bis zur Unabhängigkeit ihrer ehemaligen Kolonialgebiete, Kolonialmächte geblieben waren und für

³² The Sphere Project (Hrsg.) (2011): Humanitäre Charta und Mindeststandards in der humanitären Hilfe. Rugby: The Sphere Project.

³³ WHO: Global Health Cluster. www.who.int/hac/global_health_cluster/about/en, abgerufen am 07.10.2017.

³⁴ Vgl. Cremer, Georg (1998): Gut gemeint, nicht immer gut, Standortsicherung für eine partnerorientierte Katastrophenhilfe. In: Herder-Korrespondenz, Monatshefte für Gesellschaft und Religion, 52. Jg., H.12, 624-628.

³⁵ Vgl. Deutsches Evaluierungsinstitut der Entwicklungszusammenarbeit: www.deval.org/de/ueber-uns.html, abgerufen am 14.08.2017.

die Entwicklungshilfe bedeuten konnte, „spätkoloniales Erbe unter veränderten Bedingungen fortzuführen.“³⁶ Die vorübergehende Sendung medizinischer Teams im Falle von Krisen und Katastrophen in Gebiete ehemaliger Kolonien sollte – in Analogie zu früherer Missionsmedizin – auch einen Wissens- und Technologietransfer fördern. Entwicklungshilfe im Gesundheitsbereich zielte nach Ende des zweiten Weltkriegs vor allem auf die Verbesserung von Gesundheitssystemen ab, die nach „westlichen Standards“³⁷ als mangelhaft bewertet wurden.³⁸

Eine staatlich organisierte Entwicklungshilfe als Vorläufer der EZ besteht in Deutschland seit Beginn der 1950er Jahre.³⁹ Im Jahr 1952 leistete die Bundesregierung erstmals im Rahmen eines Programms der Vereinten Nationen (UN) Finanzhilfen für Entwicklungsländer. 1956 wurden Finanzmittel des AA in Höhe von 50 Millionen DM für bilaterale Entwicklungshilfe bereitgestellt. Die Institutionalisierung der deutschen Entwicklungshilfe wurde 1961 mit der Gründung des *Bundesministeriums für wirtschaftliche Zusammenarbeit* – später ergänzt durch den Zusatz „und Entwicklung“ (BMZ) – vollzogen. Hiermit sollte dem schnell wachsenden Umfang und der Komplexität neuer Aufgabenbereiche begegnet werden.⁴⁰ Die Durchführung entwicklungspolitischer Maßnahmen wird dabei nicht durch das BMZ selbst vorgenommen, sondern durch das Bundesministerium in Auftrag gegeben und hauptsächlich über die *Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit* (GIZ) abgewickelt. In der gesundheitsbezogenen Entwicklungspolitik fanden seit den 1970er Jahren mehrere Umbrüche statt, die mit umwälzenden internationalen entwicklungs- und gesundheitspolitischen Konzeptionen verbunden waren.

Entwicklungspolitische Gesundheitsprogramme der Bundesregierung Ende der 1970er Jahre, geprägt von der Grundbedürfnisstrategie, waren auf Familienplanungsprogramme, Gesundheitsstrukturförderung, Ausbildungsmöglichkeiten von lokalem Gesundheitspersonal (*community health worker*), die Bekämpfung „tropische[r] Massenkrankheiten“⁴¹ wie Diarrhoe,

³⁶ Bruchhausen, Walter (2017): Globale Gesundheit vom Rhein – Die „ABC-Region“ als Ursprung medizinischer Auslandshilfe, 1889-1989. In: Schmidt, Mathias; Groß, Dominik; Karenberg, Axel (Hrsg.): Neue Forschungen zur Medizingeschichte, Beiträge des „Rheinischen Kreises der Medizinhistoriker. (Schriften des Rheinischen Kreises der Medizinhistoriker: 4). Kassel: kassel university press, 145-162, hier 145.

³⁷ Bruchhausen, Walter (2018): Health Care between Foreign Politics and Humanitarian Neutrality. Medical Emergency Aid from the two German States before 1970. In: Social History of Medicine (in print).

³⁸ ebd.

³⁹ Vgl. Bohnet (2015): Geschichte der deutschen Entwicklungspolitik, 29.

⁴⁰ Vgl. BMZ (Hrsg.): Journalisten-Handbuch Entwicklungspolitik 1978. Bonn: BMZ, 11.

⁴¹ BMZ: Journalisten-Handbuch Entwicklungspolitik 1978, 110.

Atemwegserkrankungen, Malaria und Wurmerkrankungen sowie die Versorgung mit sanitären Anlagen und sauberem Trinkwasser ausgerichtet. Der Ansatz *community health worker* auszubilden sah eine Schulung nichtärztlicher Gesundheitsfachkräfte für Basisgesundheitsdienste als Lösungsstrategie für Regionen vor, in denen öffentliche Gesundheitsdienste und ärztliches Personal deutlich unterrepräsentiert waren.⁴² Ein weiterer Schwerpunkt wurde auf den Aufbau von Distriktkrankenhäusern gelegt. Eine Neuerung in den entwicklungspolitischen Programmen dieser Zeit stellte der Aspekt länderübergreifender Sonderprogramme für Forschungsaktivitäten in Niedriglohnländern dar.⁴³

Das Ende des Ost-West-Konflikts stellte (nicht nur) für die deutsche staatliche EZ in den 1990er Jahren eine besondere Zäsur dar. Diese Zeit eröffnete neue Möglichkeiten für ein Agieren unabhängig von den Interessen der eigenen Blockzugehörigkeit und ließ Hoffnungen auf eine neue friedenspolitische Agenda aufkeimen. Tatsächlich ist, nach einem deutlichen Höhepunkt und einer stetigen Zunahme kriegesischer Konflikte um 1990, die Anzahl dieser Konflikte seit 1992 insgesamt rückläufig.⁴⁴ Entgegen einer weit verbreiteten Wahrnehmung, dass erst seit den 1990er Jahren innerstaatliche Konflikte dominieren, stieg der Anteil innerstaatlicher Kriege bereits nach 1945 an und macht seit den 1970er Jahren im Vergleich zu zwischenstaatlichen Kriegen und Mischtypen den weitaus größten Anteil aus.⁴⁵

Von den Vereinten Nationen werden vier große Entwicklungsdekaden⁴⁶ abgegrenzt, an denen sich auch die deutsche EZ orientiert hat, und die jeweils durch unterschiedliche Zielsetzungen und weltpolitische Lagen, geprägt waren. Diese allgemeinen und auf internationaler Ebene angesiedelten Entwicklungsdekaden wurden in einen medizinhistorischen Bezug zur jeweiligen

⁴² Vgl. Lehmann, Uta; Sanders, David (2007): Community health workers: What do we know about them? The state of the evidence on programmes, activities, costs and impact on health outcomes of using community health workers. Genf: World Health Organization.

⁴³ Vgl. BMZ: Journalisten-Handbuch Entwicklungspolitik 1984, 180.

⁴⁴ Schreiber, Wolfgang (2015): Innerstaatliche Kriege seit 1945, für bpb.de www.bpb.de/internationales/weltweit/innerstaatliche-konflikte/54508/innerstaatliche-kriege-seit-1945, abgerufen am 12.01.2018.; Schreiber, Wolfgang (2007): Entwicklungstrends seit 1945. In: Arbeitsgemeinschaft Kriegsursachenforschung (AKUF), Kriegearchiv. www.wiso.uni-hamburg.de/fachbereich-sowi/professuren/jakobeit/forschung/akuf/kriegearchiv.html, abgerufen am 23.01.2018.

⁴⁵ Schreiber (2015): Innerstaatliche Kriege seit 1945.

⁴⁶ Für eine kurze Übersicht über diese vier Entwicklungsdekaden s. z.B.: Büschel, Hubertus: Geschichte der Entwicklungspolitik, Version: 1.0. In: Docupedia-Zeitgeschichte, 11.2.2010. [www.docupedia.de/zg/Geschichte der Entwicklungspolitik](http://www.docupedia.de/zg/Geschichte_der_Entwicklungspolitik), abgerufen am 14.08.2017.

Situation in West- und Ostdeutschland gesetzt und zugleich die Notwendigkeit einer eigenen medizinischen Schwerpunktsetzung in der Geschichtsschreibung über EZ begründet.⁴⁷

In den späten 1960er Jahren setzten sich, nach technisch und vertikal ausgerichteten Gesundheitsprogrammen der 1950er Jahre, zunehmend gemeindebasierte Gesundheitsprogramme durch, die von großen Hoffnungen auf Entwicklung durch wirtschaftliches Wachstum im Sinne der Modernisierungstheorie bestimmt waren. Nach der Einsicht, dass sich nach Theorien wie dem *trickle-down-Effekt* zu erwartende Verbesserungen in der Realität nicht wie erhofft gezeigt hatten, stand die Grundbedürfnisstrategie im Vordergrund.

Von großer und nachhaltiger entwicklungspolitischer Bedeutung war die gemeinsame Erklärung der Weltgesundheitsorganisation (WHO) und UNICEF zu *Primary Health Care* (PHC)⁴⁸ aus dem Jahre 1978. Die Konferenz von Alma-Ata (heutiges Almaty, Kasachstan) 1978, die das Ziel „Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000“⁴⁹ beinhaltete, prägte mit dem Gedanken von PHC die Entwicklungspolitik bis heute. In der praktischen Umsetzung von PHC traten jedoch verschiedene Schwierigkeiten auf, die eine Realisierung des, als sehr umfassend intendierten, Konzepts limitierten. Zu diesen Schwierigkeiten gehörten ein Mangel an Gesundheitspersonal, Infrastruktur und eine Skepsis gegenüber einer zu starken Priorisierung präventiver Maßnahmen zulasten des Ausbaus kurativer Einrichtungen. So konnten kurative Ansätze und Bemühungen um breitangelegte Präventionsmaßnahmen zum Teil sogar in Konkurrenz zueinander treten, und erst nach und nach setzte sich die Erkenntnis durch, dass präventive und kurative Ansätze komplementär angelegt sein sollten, präventive Ansätze (noch nicht vorhandene) kurative Strukturen jedoch keinesfalls ersetzen konnten.⁵⁰

⁴⁷ Vgl. Bruchhausen, Walter (2012): Export und Import von Mediziner*innen und Gesundheitspolitik, Globalisierungsgeschichte der Medizin am Beispiel der deutschen Entwicklungshilfe. In: Fangerau, Heiner; Polanski, Igor J. (Hrsg.): Medizin im Spiegel ihrer Geschichte, Theorie und Ethik, Schlüsselthemen für ein junges Querschnittsfach. Stuttgart: Franz Steiner Verlag, 51-70.

⁴⁸ Für *Primary Health Care* bestehen im Deutschen verschiedene mögliche Übersetzungen. Der Einheitlichkeit halber wurde im Folgenden der Ausdruck Basisgesundheitsversorgung verwendet. Es finden sich in der Literatur, zum Teil synonym verwendet, auch die Termini Basisgesundheitsfürsorge, Basisgesundheitsdienst oder Basisgesundheitsarbeit.

⁴⁹ World Health Organization (WHO), UNICEF (1978): Primary Health Care, Report of the International Conference on Primary Health Care. Alma-Ata, USSR. 6-12 September 1978. Genf: WHO.

⁵⁰ Vgl. Egg, Matthias L.; Bruchhausen, Walter (2017): Krankenfürsorge unter Dekolonisierung und Primary Health Care – Die Gemeinschaft der Missionshelferinnen, 1952-1994. In: Schmidt, Mathias; Groß, Dominik; Karenberg, Axel (Hrsg.): Neue Forschungen zur Medizingeschichte, Beiträge des „Rheinischen Kreises der Medizinhistoriker. (Schriften des Rheinischen Kreises der Medizinhistoriker: 4). Kassel: kassel university press, 163-180.

Die dritte Entwicklungsdekade der 1980er Jahre wird gemeinhin mit dem Scheitern bisheriger entwicklungspolitischer Strategien sowie der für viele Länder in dieser Zeit verheerenden Folgen der Weltwirtschaftskrise in Verbindung gebracht und deshalb auch als „verlorenes Jahrzehnt“⁵¹ bezeichnet. Neoliberale Politikbestrebungen und Strukturanpassungsprogramme des *Internationalen Währungsfonds* (IWF) und der Weltbank wirkten sich durch Kürzungen von Sozialausgaben auf die personelle und finanzielle Situation vieler Staaten aus. Ende der 1980er Jahre fanden mit dem sogenannten Brundtland-Bericht der *Weltkommission für Umwelt und Entwicklung der Vereinten Nationen* aus dem Jahre 1987 Themen der Nachhaltigkeit Einzug in entwicklungspolitische Debatten. Dies setzte sich in der vierten Entwicklungsdekade der 1990er bis 2000er Jahre fort, in der Nachhaltigkeit im Fokus der entwicklungspolitischen Agenda statt.

Die Zeit ab den 2000er Jahren war geprägt von Debatten wie dem Verhältnis zwischen EZ und Menschenrechten, der Fokussierung auf *good governance*, multiplen veränderten Herausforderungen durch die Globalisierung und die 2015 beschlossenen nachhaltigen Entwicklungsziele (SDGs).

3.3 Die untersuchten Hilfsorganisationen und weitere deutsche Akteure im humanitären und entwicklungspolitischen Gesundheitsbereich

Neben NGOs spielten auf nationaler Ebene im humanitären und entwicklungspolitischen Gesundheitsbereich die kirchlichen Aktivitäten (die Gründungen des katholischen Hilfswerks *Misereor* 1958 und des evangelischen Hilfswerks *Brot für die Welt* 1959 fielen zeitlich in die Anfänge der staatlichen EZ in Deutschland) sowie verschiedene seit Ende der 1950er Jahre gegründete Entwicklungsdienste eine große Rolle. Zudem kooperierte die Bundesregierung mit politischen Stiftungen und weiteren Organisationen sowie Institutionen aus der EZ.

Die Bundesregierung betonte die Bedeutung nichtstaatlicher Organisationen, die durch Fachkompetenz, Erfahrung, Kontakte zu lokalen Partnern im Gesundheitsbereich und ihre neutralere Stellung eine besondere Funktion vor Ort in den Partnerländern innehaben. Dadurch könnten sie ihren Aufgaben möglicherweise auch dann noch nachkommen, wenn eine Kooperation auf staatlicher Ebene nicht mehr möglich erscheint. Zudem machte die

⁵¹ Wieczorek-Zeul, Heidemarie (2011): Ein Rückblick als Ausblick – 50 Jahre deutsche Entwicklungszusammenarbeit. In: Neue Gesellschaft/Frankfurter Hefte. Ausgabe 11/2011, 17-20, hier 20.

Bundesregierung deutlich, dass NGOs als Teil der Zivilgesellschaft zu einer öffentlichen Meinungs- und Bewusstseinsbildung beitragen können.⁵²

Ein wesentliches Kennzeichen der NGOs im humanitären Gesundheitsbereich ist die Diversität und Inhomogenität hinsichtlich ihrer Ausrichtung, Zielsetzung, Geschichte und Arbeitsweise.⁵³ Ein Versuch, durch gemeinsame Grundlinien die Position von NGOs zu stärken, stellt der 1995 als Dachverband entwicklungspolitischer und humanitärer NGOs gegründete *Verband Entwicklungspolitik und Humanitäre Hilfe* (VENRO) dar.⁵⁴

Im Folgenden werden die wichtigsten historischen Hintergründe der drei untersuchten, international tätigen, deutschen Hilfsorganisationen mit Schwerpunkt im Gesundheitsbereich dargestellt.

Cap Anamur

Die Hilfsorganisation Komitee Cap Anamur/Deutsche Not-Ärzte e.V., damals *Ein Schiff für Vietnam e.V.*, wurde im Februar 1979 von Dr. Rupert Neudeck und seiner Frau Christel Neudeck in Köln gegründet. R. Neudeck, geboren 1939 in Danzig, studierte Philosophie, Germanistik, Soziologie und Theologie und arbeitete als Journalist und Redakteur beim Deutschlandfunk in Köln.⁵⁵ Für R. Neudeck war die Gründung der Hilfsorganisation eine aus der Not heraus geborene Initiative, die sich plötzlich großen Herausforderungen gegenübergestellt sah. Der spontane Beginn der Arbeit von Cap Anamur war ein Charakteristikum der ersten Stunde, das sich durch die Geschichte und Projekte der Organisation erkennbar fortsetzte. „Der Name Neudeck ist ein Synonym für Humanität und Hilfe.“⁵⁶ hieß es in öffentlichen Ansprachen – R. und C. Neudeck schienen untrennbar mit der von ihnen gegründeten Hilfsorganisation und deren Werten verbunden zu sein.

⁵² Vgl. BMZ: Journalisten-Handbuch Entwicklungspolitik 1997/1998, 24-25.

⁵³ Für eine allgemeine Charakterisierung des Profils von Nichtregierungsorganisationen als zivilgesellschaftliche Akteure vgl. Nichter, Mark (2008): *Global Health: Why Cultural Perceptions, Social Representations, and Biopolitics Matter*. Tucson: University of Arizona Press, 133-149.

⁵⁴ Ende 2014 trug der 1995 als „Verband Entwicklungspolitik deutscher Nichtregierungsorganisationen (VENRO)“ gegründete Dachverband von NGOs den veränderten Strukturen und Anforderungen im Bereich von Humanitärer Hilfe und EZ durch die Umbenennung in „Verband Entwicklungspolitik und Humanitäre Hilfe“ Rechnung.

⁵⁵ Vgl. Neudeck, Rupert (Hrsg.) (1986): *Radikale Humanität. Notärzte für die Dritte Welt*. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt-Verlag.

⁵⁶ Neudeck, Rupert (1999): Aufzeichnung einer Rede von Rupert Neudeck. Einführung durch Dr. Bernhard Vogel. Archivordner Cap Anamur, 1.

Auslöser für die Gründung waren die Geschehnisse ab 1975 rund um die sogenannten *boat people*: Menschen, die versuchten nach Ende des Vietnamkriegs über das Südchinesische Meer aus ihrer Heimat zu fliehen. R. Neudeck erfuhr 1979 von einer französischen Initiative, die zur Rettung der Flüchtlinge ein Schiff gechartert hatte und begann daraufhin mit einer Mobilisierung personeller Unterstützung und finanzieller Mittel zur Initiierung einer eigenen Rettungsaktion – die Geburtsstunde von Cap Anamur.⁵⁷ Noch im Gründungsjahr 1979 war ein Team von Ärzten⁵⁸ in der thailändisch-kambodschanischen Grenzregion im Einsatz, um vor den Roten Khmer geflüchteten Menschen Hilfe zu leisten. So entstand mit dem Einsatz im Lager Nong Samet das Komitee Cap Anamur/Deutsche Not-Ärzte e.V., das ab diesem Zeitpunkt in Hilfsprojekten nicht nur auf dem Meer, sondern auch an Land Humanitäre Hilfe leistete.⁵⁹ 1980 fand der erste Projekteinsatz auf dem afrikanischen Kontinent, in Somalia, statt, gefolgt von einer Vielzahl an Einsätzen, vornehmlich in Afrika und in Asien, aber auch in Europa.

Deutsches Rotes Kreuz

Die Geschichte der Internationalen Rotkreuz- und Rothalbmondbewegung geht zurück auf Henry Dunant, der während der Schlacht von Solferino 1859 am Ende des Sardinischen Krieges Zeuge des Leids verwundeter Soldaten wurde. Erschüttert von seinen Eindrücken, die er später in dem Buch „Eine Erinnerung an Solferino“⁶⁰ festhielt, setzte er sich für eine direkte Versorgung der Verwundeten und die Organisation von Hilfsmaßnahmen vor Ort ein. „Tutti fratelli“⁶¹ – Alles Brüder; dies war das Prinzip der ersten Stunde. Der Anspruch, vor dem Hintergrund des Kriegsvölkerrechts (*ius in bello*) in Kriegs- und Krisensituationen allen Opfern unparteiliche Hilfe und medizinische Versorgung zukommen zu lassen, war für die Entwicklung zwischenstaatlicher Beziehungen von großer Bedeutung.

⁵⁷ Auch wenn die Bezeichnung „Geflüchtete“ für eine oder mehrere Gruppen von Menschen, die aus unterschiedlichsten Gründen die eigene Heimat verlassen mussten, adäquater erscheint als der Begriff „Flüchtlinge“, wird letzterer immer dann verwendet, wenn dieser den Quellen oder dem zeitlichen Kontext, auf den Bezug genommen wird, entsprach.

⁵⁸ Aus Gründen einer vereinfachten Schreibweise und Lesbarkeit wurde auf eine gendergerechte Sprache verzichtet. Sämtliche allgemeine Personenbezeichnungen sollen sich ungeachtet dessen auf jede Art der Geschlechtszugehörigkeit beziehen.

⁵⁹ Vgl. Komitee Cap Anamur/Deutsche Not-Ärzte e.V. (Hrsg.) (2005): *LebenHelfen*. Stuttgart: Lindemann, 9.

⁶⁰ Stefan Schröder (Hrsg.) (2011): *Henry Dunant, Eine Erinnerung an Solferino*. Berlin: epubli GmbH.

⁶¹ Khan, Daniel-Erasmus (2013): *Das Rote Kreuz, Geschichte einer humanitären Weltbewegung*. München: Verlag C.H. Beck, 9.

Zwar finden sich Berichte über humanitäre Einsätze immer wieder in der Geschichte und lassen sich bis zur Antike zurückverfolgen, doch kam es Ende des 19. Jahrhunderts, unter anderem durch den Einsatz von Henry Dunant, der englischen Krankenschwester Florence Nightingale und einer Reihe weiterer Initiativen zu einem neuen humanitären Momentum in der Geschichte kriegerischer Auseinandersetzungen.⁶² Ihr Ziel war es, Menschlichkeit in Kriegssituationen zu zeigen, zu verhindern, dass Krieg als komplett rechtloser Raum und die beteiligten Menschen als wertlose Instrumente der Kriegsführung behandelt wurden. Dabei spielte für Henry Dunant sein christlicher Glaube für die Bemühungen Kriegsführung zu „zivilisieren“ eine wichtige Rolle.⁶³ Neutralität als Grundsatz der Rotkreuz- und Rothalbmondbewegung reicht bis zu den Anstrengungen Dunants zurück, die primär auf die Linderung von Leid im Rahmen bestehender Strukturen ausgerichtet waren.⁶⁴ Bereits in der damaligen Zeit gab es Kritik an dem Versuch Kriege zu humanisieren und ihre Schrecken dadurch abzumildern, anstatt die Wurzeln des Krieges zu bekämpfen. Das Dilemma zwischen der Notwendigkeit und moralischen Verantwortung, Verwundeten die notwendige Hilfe zukommen zu lassen, und der Gefahr, durch eine Milderung der Schrecken und Gewalttaten des Krieges Legitimations- und Manipulationsmöglichkeiten für die Konfliktparteien zu schaffen, ist bis heute nicht gelöst.⁶⁵

Dunant regte an, die Gründung von Hilfsgesellschaften, die in Kriegszeiten neutrale Hilfe für Verwundete leisten sollten, vertraglich festzulegen. 1863 wurde das Internationale Komitee, das heutige Internationale Komitee vom Roten Kreuz (IKRK), gegründet. Ein Jahr später wurde die erste Genfer Konvention verabschiedet. Das IKRK hat sich neben der Hilfe für Verletzte zum Einsatz für die Einhaltung des humanitären Völkerrechts verpflichtet und ist als Kontrollorgan der Genfer Konventionen eingesetzt. 1919 wurde die Liga der Rotkreuzgesellschaften gegründet, die seit 1991 als *Internationale Föderation der Rotkreuz- und Rothalbmondgesellschaften* (IFRC) bekannt ist und als Dachorganisation der nationalen Rotkreuzgesellschaften fungiert.

⁶² Vgl. Khan (2013): Das Rote Kreuz.

⁶³ Vgl. Redfield (2013): Life in crisis, 46.

⁶⁴ Vgl. Vilain, Michael (2002): Das Internationale Rote Kreuz als NGO. In: Frantz, Christiane; Zimmer, Annette (Hrsg.): Zivilgesellschaft international. Alte und neue NGOs. Opladen: Leske + Budrich, 119-135, hier 121-122.

⁶⁵ Vgl. Götze, Catherine (2004): Humanitäre Hilfe – Das Dilemma der Hilfsorganisationen. In: Der Bürger im Staat, 54. Jg., H.4, 201-216; Haber, Emily: Das Humanitäre Dilemma – Neutralität der Humanitären Hilfe in Konflikten. Eröffnungsansprache zum 9. Forum Globale Fragen im Auswärtigen Amt: 1.03.2012.

www.auswaertiges-amt.de/de/newsroom/120301-stsin-fgf-kompakt/249212, abgerufen am 25.01.2018.

Was als private „Hilfsgesellschaft für Verwundete“⁶⁶ begann, ist heute mit der Internationalen Rotkreuz- und Rothalbmondbewegung die weltweit größte humanitäre Organisation.⁶⁷ Unter der Internationalen Rotkreuz- und Rothalbmondbewegung sind das IKRK, die IFRC sowie die nationalen Rotkreuzgesellschaften zusammengefasst. Alle Mitglieder haben es sich zur Aufgabe gemacht, die sieben Grundsätze der Internationalen Rotkreuz- und Rothalbmondbewegung – Menschlichkeit, Unparteilichkeit, Neutralität, Unabhängigkeit, Freiwilligkeit, Einheit und Universalität – zu achten.⁶⁸ Das DRK als nationale Rotkreuzgesellschaft besteht seit 1921 und arbeitet im Falle eines Einsatzes auf personeller, materieller und finanzieller Ebene mit dem IKRK und der IFRC zusammen. 1950 wurde das DRK, das durch die Besatzungsmächte aufgelöst worden war, in der Bundesrepublik und in der DDR neu gegründet. Neben internationaler Humanitärer Hilfe nimmt das DRK bis heute unterschiedliche Aufgaben im Gesundheits- und sozialen Versorgungsbereich im Inland wahr.

medico international

Die Geschichte von medico weist einen starken Veränderungsprozess auf. Die Organisation hat einen Profilwandel von dem Beginn mit Leistung „klassischer“ medizinischer Katastrophenhilfe hin zu einer sozialmedizinischen Hilfs- und Entwicklungsorganisation durchlaufen. Sowohl die Leistung von Hilfe für Menschen in Notlagen als auch EZ sind heute als Zweck in der Vereinssatzung festgeschrieben.⁶⁹ Medico international wurde im Mai 1986 vor dem Hintergrund des Biafra-Krieges gegründet. Eine Gruppe von Bürgern in Frankfurt a.M., darunter viele Studierende, schloss sich in dieser Zeit zusammen, um durch die Sammlung und den Versand von Medikamenten medizinische Nothilfe zu leisten.⁷⁰

Nach den ersten Hilfsgüterlieferungen wurde eine Organisation mit dem Ziel schneller und unbürokratischer Katastrophenhilfe gegründet. Es folgten weitere Einsätze in Erdbebengebieten und nach Flutkatastrophen. Für Auslandseinsätze wurden Krankenwagen erworben, die zwischenzeitlich auch in der Unfallrettung in Deutschland eingesetzt wurden.⁷¹

⁶⁶ Khan (2013): Das Rote Kreuz, 6.

⁶⁷ Vgl. DRK: Das Deutsche Rote Kreuz. www.drk.de/das-drk/geschichte/wissen-und-helfen/das-rote-kreuz/, abgerufen am 15.08.2017.

⁶⁸ Vgl. DRK: Das Rote Kreuz und seine Grundsätze. www.drk.de/das-drk/geschichte/wissen-und-helfen/das-rote-kreuz/die-sieben-rotkreuzgrundsätze/, abgerufen am 15.08.2017.

⁶⁹ Vgl. medico international (Hrsg.): Satzung medico international e.V. www.medico.de/fileadmin/user_upload/media/satzung_medico_2015.pdf, abgerufen am 24.10.2017.

⁷⁰ Vgl. medico international (1971): Protest war zu wenig, medico über sich selbst. In: info71, 2/1971, 2-3.

⁷¹ Vgl. medico international (1972): Katastrophen nehmen keine Rücksicht auf Feiertage, Ein Interview mit dem Geschäftsführer und Einsatzleiter der – medico Deutschland – Heinrich Strübig. In: info72, 1/1972.

In den ersten Jahren nach der Gründung wurden Projekte durch private Spenden, Großspenden und Sachspenden sowie Altkleidersammlungen finanziert.⁷² Sah sich medico Anfang der 1970er Jahre, ausgestattet mit entsprechenden technischen und personellen Mitteln und durch eine Zusammenarbeit mit dem Katastrophenstab des Bundesinnenministeriums zur schnellen und wirksamen Katastrophenhilfe befähigt⁷³, so wurde diese Selbsteinschätzung in den Folgejahren von innen heraus und getriggert durch die ersten Einsatzerfahrungen herausgefordert. In den 1970er Jahren begann der Veränderungsprozess der Organisation durch ein Umdenken der Mitarbeiter und verstärkt kritisches Hinterfragen der längerfristigen Wirkungen der eigenen Personaleinsätze. Dieser Prozess speiste sich primär aus den Erfahrungen der Einsätze, dass punktuelle Hilfeleistungen Leid linderten, zugrundeliegende Verhältnisse aber nicht zu verändern schienen und im schlimmsten Fall Personaleinsätze sogar „mehr schaden als nutzen“⁷⁴ können. Die nur wenige Jahre zuvor durchgeführten Medikamentensammlungen wurden ebenfalls noch in den 1970er Jahren kritisiert und als „Wohlstandsmüll“⁷⁵ bezeichnet. Auch in späteren Jahren spielten Themen aus dem Bereich der Pharmaindustrie immer wieder eine wichtige Rolle für medico.⁷⁶ Bereits in den 1970er Jahren bezeichnete medico die eigene Arbeit schließlich als „Entwicklungs- und Katastrophenhilfe in Ländern der Dritten Welt, vor allem im sozialmedizinischen Bereich.“⁷⁷ Nach Kriegsende in Vietnam Mitte der 1970er Jahre bemühte sich medico um eine Wiederaufbauhilfe – dies war ein erster Schritt der Entfernung von reiner Not- und Katastrophenhilfe hin zu der Verfolgung längerfristiger Ziele.

Ab Ende der 1970er Jahre dominierte die Betonung eines basismedizinischen Ansatzes, der sich an vielen Punkten des Konzepts von PHC orientierte. Der regionale Schwerpunkt lag hierbei in Lateinamerika. Im Vordergrund stand die Unterstützung bürgereigener Initiativen, die sich für den Schutz und die Durchsetzung des Rechts auf Gesundheit zusammengeschlossen hatten.

In den 1980er Jahren standen die Strukturanpassungsprogramme des IWF und der Weltbank im Zentrum der Kritik von medico. Ab Ende der 1980er Jahre bis zur Jahrtausendwende

⁷² medico international (1974): info 9/1974, 28.

⁷³ Vgl. medico international (1971): Protest war zu wenig, medico über sich selbst. In: info71, 2/1971, 2-3.

⁷⁴ medico international (Hrsg.) (1988): Von der Katastrophenhilfe zur Befreiungshilfe, 20 Jahre medico international. In: 20 Jahre medico. Frankfurt a.M.: medico international, 52-59, hier 54.

⁷⁵ Brandscheidt, Hans; Gebauer, Thomas (Hrsg.) (1988): Zum Beispiel Gesundheit. Süd-Nord: 13. Bornheim-Merten: Lamuv-Verlag, 73.

⁷⁶ Vgl. Bühler, Marcel (1982): Geschäfte mit der Armut: Pharma-Konzerne in der Dritten Welt. Frankfurt a.M.: medico international.

⁷⁷ medico international (1974): Was medico ist. In: info 9/1974, 9.

entwickelten sich Themen der Globalisierung immer mehr zu zentralen Inhalten der eigenen Arbeit. Es ging dabei vielfach um Konflikte, die nicht mehr hauptsächlich in der Ost-West-Achse stattfanden, sondern sich zunehmend in einem Nord-Süd-Gefälle von Wohlstand und gesundheitsförderlichen Lebensbedingungen äußerten. Die Rolle des globalen Nordens und seine Anteile an Krisen im globalen Süden rückten immer mehr in den Fokus der Arbeit von medico.⁷⁸ 1997 erhielt medico als Gründungsmitglied einer internationalen Kampagne zum Verbot von Landminen den Friedensnobelpreis.

Die Arbeit in globalen Netzwerken, etwa im Ärztenetzwerk *Health Action International* (gegründet Anfang der 1980er Jahre) oder dem *People's Health Movement* (gegründet 2000) stellt ein Charakteristikum für die Arbeit von medico dar. 2004 wurde die Stiftung medico international gegründet, mit Ziel der Unterstützung einer globalen Gesundheitsbewegung, der Entwicklung psychosozialer Arbeit und der Stärkung der Rechte von Menschen, die Opfer von Folter, Krieg und Katastrophen geworden sind.⁷⁹

⁷⁸ Die Begriffe „globaler Norden“ und „globaler Süden“ stellen hierbei keine rein geographische Einteilung dar, sondern beziehen sich auf ökonomische, gesellschaftliche und soziale Ungleichheiten, Positionen und Machtverhältnisse. Diese können in allen Teilen der Welt, auch auf nationaler und lokaler Ebene bestehen. Vgl. Bendix, Daniel; Danielzik, Chandra-Milena; Döll, Jana et al. (Red.) (2013): Mit kolonialen Grüßen...Berichte und Erzählungen von Auslandsaufenthalten rassismuskritisch betrachtet. 2. Auflage. Glocal e.V.: Berlin, 8.

⁷⁹ Vgl. medico international: Stiftung medico international, Schwerpunkte. www.stiftung-medico.de/stiftung/die-schwerpunkte/, abgerufen am 16.08.2017.

4 METHODIK UND QUELLEN

4.1 Auswahl der Hilfsorganisationen

Um die Fragestellung weiter einzugrenzen und mit der operativen Ebene zu verknüpfen, wurde mit den Hilfsorganisationen Cap Anamur, dem DRK und medico eine Auswahl von drei bedeutenden, im Gesundheitsbereich international tätigen Hilfsorganisationen vorgenommen. Das DRK besitzt als Teil der Internationalen Rotkreuz- und Rothalbmondbewegung die Aufgabe, die Verbreitung und Einhaltung der Genfer Abkommen und des humanitären Völkerrechts zu fördern.⁸⁰ Die Analyse des DRK, das im Inland weit zahlreichere Aktivitäten im Gesundheitsbereich durchführt, bezieht sich in dieser Arbeit lediglich auf die Auslandshilfe.

Durch Unterschiede in der Gründungsgeschichte, Selbstverständnis und Ausrichtung sowie personellen und finanziellen Ressourcen repräsentieren diese Organisationen ein breites Spektrum an Arbeitsweisen und Strukturen. Dies war Voraussetzung, um aus den Analysen nicht nur Einzelerkenntnisse, sondern allgemeinere Schlüsse ableiten zu können. Jede der drei Organisationen engagiert sich bis heute zum wesentlichsten Teil im Gesundheitsbereich. Andere bedeutende Arbeitsfelder, etwa im Bereich von Ernährung, Bildung und Infrastruktur, konnten hierbei lediglich am Rande erwähnt werden. Das Ziel der Analyse besteht daher nicht in einer umfassenden Gesamtdarstellung der drei Organisationen, sondern vielmehr in einer tiefgehenden Darstellung der internationalen Gesundheitsarbeit als Schwerpunktbereich.

4.2 Forschungsfragen

Angesichts der großen Vielfalt an Fragen, die an den Gesundheitsbereich in Humanitärer Hilfe und EZ gestellt werden können, waren eine starke Bündelung dieser Fragen und eine Auswahl einzelner Untersuchungsaspekte unumgänglich. So wurde die Auswahl auf deutsche Hilfsorganisationen begrenzt, und als medizinische Dissertation fokussiert sich die Fragestellung auf den Gesundheitsbereich in der Humanitären Hilfe und EZ, auch wenn – aufgrund der Natur der untersuchten Bereiche – Schnittstellen zu anderen Sektoren notwendiger- und sinnvollerweise gegeben sind.

⁸⁰ Aufgrund dieser Sonderrolle wurde bei Adressierung des DRK bevorzugt der Begriff Hilfsorganisation verwendet, in allgemeineren Kontexten mit Bezug zu mehreren nichtstaatlichen Akteuren der Terminus NGO.

Zur Beantwortung der übergeordneten Fragestellung, wie sich der Wandel im politischen, öffentlichen und konzeptionell-fachlichen Diskurs seit den 1970er Jahren in Humanitärer Hilfe und EZ auf die Gesundheitsarbeit der drei Hilfsorganisationen ausgewirkt hat, wurden die in Kapitel 2 genannten Teilaspekte (Selbstverständnis, das Verhältnis zwischen humanitärer Gesundheitsarbeit und Politik, Abgrenzung zwischen Humanitärer Hilfe und EZ im Gesundheitsbereich, operative Arbeit) ausgewählt. Die Auswahl dieser Untersuchungsaspekte richtete sich zum einen danach, welche, in den Quellen erkennbare, Bedeutung diesen durch die drei Hilfsorganisationen beigemessen wurde. Zum anderen wurden Themen ausgewählt, die sich, aufgrund ihrer Möglichkeit zur vergleichenden Darstellung und anhand der verfügbaren Quellen, besonders gut für die Beantwortung der Fragestellung eigneten und für das Profil der untersuchten Akteure markant waren. Des Weiteren wurden bevorzugt solche Aspekte in die Analyse miteinbezogen, die Fragen des jeweiligen Umgangs der Hilfsorganisationen mit der Abgrenzung zwischen Humanitärer Hilfe und EZ berücksichtigten, da diese Abgrenzungsfrage für den Diskurswandel eine wichtige Bedeutung hat.

Eine Kontextualisierung der Analyse im Hinblick auf die einschlägige Politik der Bundesregierung ist aus mehreren Gründen relevant: Sie kontrastiert die staatliche Perspektive mit den Möglichkeiten des Agierens der Hilfsorganisationen und bildet dabei zugleich den nötigen entwicklungspolitischen Hintergrund ab. Sowohl in der EZ als auch in der Humanitären Hilfe wiesen staatliche und nichtstaatliche Aktivitäten über den Untersuchungszeitraum hinweg wichtige Verbindungen auf. Nach der Komplementaritätsthese von Eberwein (1997) waren die Akteure in der Humanitären Hilfe in zahlreiche Interdependenzen eingebunden.⁸¹ Auch die Tatsache, dass das Subsidiaritäts- und Komplementaritätsprinzip einen wesentlichen Grundsatz der Humanitären Hilfe der Bundesregierung dargestellt und sich zuvor schon in der öffentlichen Kofinanzierung von Entwicklungsprojekten anderer Träger ausgewirkt hat, legte eine verbindende Thematisierung der Hilfsorganisationen zu staatlichen Institutionen nahe.

Angesichts der Breite der übergeordneten Themen wären noch viele weitere und alternative Aspekte möglich gewesen, die hier, auch aufgrund eines angemessenen Umfangs der Arbeit, nicht aufgegriffen werden konnten. Hierzu zählt beispielsweise die Frage nach einer Evaluierung und systematischen Wirkungsanalyse der Projekte durch die Hilfsorganisationen

⁸¹ Vgl. Eberwein, Wolf-Dieter (1997): Die Politik Humanitärer Hilfe: Im Spannungsfeld von Macht und Moral. (WZB Discussion Paper P 97-301). Berlin: Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung.

oder externe, unabhängige Stellen.⁸² Ergänzende Themen wie das Verhältnis zwischen Hilfsorganisationen und Massenmedien und deren Einfluss auf humanitäre Einsätze konnten ebenfalls – auch weil hier eher gesundheitsfernere Themenfelder und Forschungsmethoden berührt gewesen wären – allenfalls gestreift werden.

4.3 Untersuchungszeitraum

Die Auswahl des untersuchten Zeitraums mit Beginn um 1970 begründet sich in dem Anspruch, große Zäsuren in der deutschen Entwicklungspolitik in den 1970er und 1990er Jahren ebenso abzubilden wie bedeutende Ereignisse dieser Zeitspanne, die Anpassungen und Veränderungen in der Humanitären Hilfe mit sich brachten. Der Übergang von den 1960er zu den 1970er Jahren war geprägt von Ereignissen, die zur Gründung mehrerer Hilfsorganisationen führten. Die Gründungsjahre von medico (1968) und Cap Anamur (1979) fallen in diese Zeit, ebenso wie, auf internationaler Ebene, die Gründung von MSF. MSF ging 1971 im Rahmen des Biafra-Krieges aus einer Gruppe damals beim Französischen Roten Kreuz tätigen Ärzte hervor, was die Bedeutung dieser Zeit für den Bereich der Humanitären Hilfe unterstrich. Auch die folgenden Jahrzehnte brachten Entwicklungen mit sich, die entscheidend zur Veränderung sowohl der Humanitären Hilfe als auch der EZ beigetragen haben. Da prägende historische Ereignisse und Wendepunkte für eine Kontextualisierung der internationalen Gesundheitsarbeit essentiell sind, dienen solche Ereignisse in dieser Arbeit über den untersuchten Zeitraum hinweg als Bezugspunkte.

4.4 Quellen

Neben den in der Einleitung unter Forschungsstand aufgeführten Werken waren für den Bereich der Humanitären Hilfe vor allem Veröffentlichungen aus Akteursperspektive von Lieser (2002, 2013), Dijkzeul (2013) und Peter Schmitz (2009) sowie von dem Historiker Johannes Paulmann (2013) für Hintergründe und Kontextualisierung der Untersuchungsgegenstände dieser Arbeit von Bedeutung. In Bezug auf den entwicklungspolitischen Hintergrund stellten unter anderem Publikationen von Bruchhausen (2008, 2011, 2012), Hubertus Büschel, (2009, 2010, 2014) Daniel Speich (2009), Bastian Hein (2006) und Rudolf Wendorff (1984) relevante geschichtswissenschaftliche Forschungsliteratur dar. Im Bereich der sozial- und

⁸² Bzgl. der Wirkungsevaluierung im Bereich der EZ vgl. Faust, Jörg (2010): Wirkungsevaluierung in der Entwicklungszusammenarbeit. In: Bundeszentrale für politische Bildung (Hrsg.): Aus Politik und Zeitgeschichte (APuZ). Ausgabe 10/2010.

politikwissenschaftlichen Entwicklungsforschung waren dies insbesondere Publikationen von Franz Nuscheler (1976, 2004, 2010), Ulrich Menzel (2009, 2010), Dieter Nohlen (1976, 1980), Michael Bohnet (2015), Dirk Messner und Imme Scholz (2005).

Durch die untersuchten Hilfsorganisationen wurden mehrere Monographien herausgegeben, die für diese Arbeit wichtige Hintergrundliteratur darstellten und größtenteils als Untersuchungsgegenstand in die Analyse einbezogen wurden. Dies galt insbesondere für mehrere Werke, die von Cap Anamur (1988, 2005) und R. Neudeck (1986, 1998, 2014) veröffentlicht wurden sowie in Bezug auf medico von Thomas Gebauer (1988, 2007), der seit 1996 Geschäftsführer der Organisation ist. Darüber hinaus stellten veröffentlichte sowie einzelne interne unveröffentlichte Dokumente der untersuchten Akteure die wichtigsten Primärquellen dar. Diese konnten zum Großteil in den jeweiligen Archiven beziehungsweise Standorten der Organisationen in Köln (Cap Anamur), Berlin (DRK) und Frankfurt a.M. (medico) eingesehen werden.

Das DRK verfügt über ein umfangreiches historisches Archiv des Generalsekretariats in Berlin, das für Forschungszwecke zur Verfügung steht. Für diese Arbeit konnten daher neben Mitteilungen an die Spender in Form von Zeitschriften (bis ins Jahr 1970 zurückreichend) und Jahrbüchern (1979-2004), die detaillierte Aufschlüsselungen der Aktivitäten des jeweiligen Zeitraums enthielten, intern gesammelte Dokumente, etwa in Form von Zeitungsartikeln, Pressekonferenzen und Schriftverkehr mit Vertretern aus Politik, Medien und anderer Hilfsorganisationen, einbezogen werden.

Im Büro von Cap Anamur in Ordern aufbewahrte Dokumente ermöglichten eine umfangreiche Einsicht in die Geschichte dieser Organisation. Dazu gehörten neben Rundschreiben an die Spender, die bis in das Jahr 1986 zurückreichten, auch Zeitungsartikel, Pressemitteilungen, Leserbriefe, verschiedener und teils persönlicher Schriftverkehr, Projektberichte, Interviews und eine Vielzahl an Schriftstücken von R. Neudeck selbst. Letztere beinhalteten auch zahlreiche unveröffentlichte Manuskripte, Briefe und Kommentare R. Neudecks, die im Rahmen der Recherchen für diese Arbeit zugänglich waren.

Medico verfügt über eine Sammlung des größten Teils der bislang von der Organisation herausgegebenen Rundschreiben. Diese konnten im ehemaligen Standort von medico in der Burgstraße in Frankfurt a.M. eingesehen werden. Ergänzt durch den Bestand der Deutschen Nationalbibliothek in Frankfurt a.M. reichten die eingesehenen Quellen (anfänglich unter den

Titeln „extrablatt“ und „info“ erschienen) von medico bis 1971 zurück und umfassten somit mehr als 40 Jahre Organisationsgeschichte.

Die Analyse der Position der Bundesregierung für den entwicklungspolitischen Kontext erfolgte zum Großteil anhand der Journalistenhandbücher Entwicklungspolitik des Bundesministeriums für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (BMZ) aus den Jahren 1978-1998 (2000-2008 unter dem Titel Medienhandbuch Entwicklungspolitik erschienen), der Berichte der Bundesregierung über die deutsche Humanitäre Hilfe im Ausland aus den 1990er und 2000er Jahren sowie entsprechender Sekundärliteratur.⁸³

⁸³ Z.B. Bohnet, Michael (2015): Geschichte der deutschen Entwicklungspolitik. Konstanz/München: UVK Verlagsgesellschaft mbH.; Eppler, Erhard (1972): Wenig Zeit für die Dritte Welt. Berlin: W. Kohlhammer; Lohmann, Markus (2010): Von der Entwicklungspolitik zur Armenhilfe, Die Entwicklungspolitik der Bundesrepublik Deutschland 1961–1989 auf dem Weg in die Wirkungslosigkeit? (Perspektivenwechsel Interkulturell 4). Berlin: Weißensee Verlag.

5 ERGEBNISSE

5.1 Internationale Gesundheitsarbeit – Selbstverständnis, Grundsätze und Motive

Gesundheitsprojekte spielten in der Humanitären Hilfe und EZ im Allgemeinen und in der jeweiligen Arbeit der untersuchten Akteure eine große Rolle – und das von ihren Anfängen bis heute. Diese Projekte fanden in einem institutionellen und konzeptionellen Rahmen statt, der sich zwischen staatlichen Aktivitäten und NGOs, Humanitärer Hilfe und EZ sowie in den wechselnden Phasen internationaler Zusammenarbeit unterschied. Die untersuchten Hilfsorganisationen wiesen im Gegensatz zur Bundesregierung unterschiedliche Voraussetzungen bezüglich ihres Selbstverständnisses, ihrer Grundsätze und Hauptmotive zur Leistung internationaler Gesundheitsarbeit auf. Dies war nicht nur ihrem Status als Hilfsorganisation geschuldet, sondern auch den jeweils spezifischen historischen Hintergründen der Gründungsgeschichten.

5.1.1 Selbstverständnis, Grundsätze und Motive der Bundesregierung in der internationalen Gesundheitsarbeit

Die Hauptmotive und normativen Grundlagen, auf denen die Bundesregierung die Leistung Humanitärer Hilfe aufbaute, unterschieden sich deutlich von denen der Entwicklungspolitik. Der Ansatz zur Humanitären Hilfe leitete sich zu einem großen Anteil aus den humanitären Prinzipien selbst ab. Es bestand der Anspruch, als souveräner und über entsprechende Mittel verfügender Staat, Leiden zu lindern, Menschenleben zu retten und der allgemeinen menschlichen Verantwortung zur Hilfeleistung nachzukommen. Dieser Anspruch existierte in einem internationalen politischen Kontext, in dem das Ausmaß humanitären Engagements stets mit einer entsprechenden Außenwirkung verbunden war.

Entwicklungspolitik hingegen werde nicht nur aufgrund einer „moralischer Verantwortung“, sondern auch aus „politischer und wirtschaftlicher Weitsicht“ heraus betrieben und dürfe nicht als „Tributpflicht“ oder „Politik des schlechten Gewissens“ missverstanden werden.⁸⁴ Entwicklungspolitik wurde der Öffentlichkeit oftmals als vernunftbasiertes Politikinstrumentarium fernab emotionaler Beweggründe präsentiert. Während Humanitäre Hilfe einen Wert an sich darstellte und daher weniger Legitimierung durch Auswirkungen auf

⁸⁴ BMZ: Journalisten-Handbuch Entwicklungspolitik 1985, 9.

andere Politikbereiche benötigte, hatten Leistungen der EZ auch sicherheits-, außen- und finanzpolitische Bedeutung.

Die allgemeinen Zielvorstellungen der Bundesregierung zur Entwicklungspolitik wurden 1978 folgendermaßen formuliert:

„Die Bundesregierung strebt die Förderung des wirtschaftlichen und sozialen Fortschritts der Entwicklungsländer in einem System weltweiter Partnerschaft an, um die Lebensbedingungen der Bevölkerung in diesen Ländern zu verbessern. Dies liegt auch im Interesse der Bundesrepublik Deutschland.“⁸⁵

Entwicklungspolitik verfolgte langfristig eine Verbesserung der Lebensgrundlage in Ländern, welche aus Sicht der Bundesregierung (noch) weniger entwickelt waren und gleichzeitig ein gewisses Maß an Fortschrittspotenzial aufwiesen. Bereits zu dieser Zeit waren Zusammenhänge zwischen Armut und Gesundheit ausführlich beschrieben und die Erkenntnis gegeben, dass Bemühungen zu wirtschaftlichem und sozialem Fortschritt nicht unabhängig von Verbesserungen im Gesundheitsbereich wirken können, sondern dass diese sich vielmehr gegenseitig bedingen.⁸⁶ In der Ungerechtigkeit der bestehenden Weltordnung und somit auch dem Gesundheitsstatus von Bevölkerungen wurde schon in den frühen 1960er Jahren ein Konflikt- und somit Gefahrenpotenzial für die nationale Sicherheit gesehen. Die Tatsache, dass krankheitsverursachende Lebensumstände global direkte und indirekte Gefahren hervorrufen, ist durch die voranschreitende Globalisierung in den vergangenen Jahrzehnten nicht mehr zu übersehen. Der Schutz der eigenen Bevölkerung stellte einen Antrieb für die Leistung von EZ dar und findet sich auch in aktuelleren Positionen der Bundesregierung.⁸⁷

Neben den eigentlichen entwicklungspolitischen Erfordernissen bestimmten nationale Interessen, wie die wirtschaftliche Konjunkturlage, die internationale politische Stabilität sowie die Besetzung des Amtes des Bundesministers für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung, die Entscheidung für oder gegen die Aufnahme von EZ und gleichzeitig deren Ausgestaltung.⁸⁸ Zu den entwicklungspolitischen Grundsätzen gehörte, dass Entwicklungshilfe auch einen Beitrag zu einer stabilen wirtschaftlichen Situation in Deutschland leisten sollte.⁸⁹ Im Sinne sogenannter „Multiplikatoreffekte“ versprach man sich die Erschließung neuer

⁸⁵ BMZ: Journalisten-Handbuch Entwicklungspolitik 1978, 9.

⁸⁶ Diesfeld, Hans-Jochen (1984): Rahmenbedingungen für Gesundheit und medizinisches Handeln. In: Diesfeld, Hans-Jochen; Wolter, Sigrid (Hrsg.): Medizin in Entwicklungsländern – Handbuch zur praxisorientierten Vorbereitung für medizinische Entwicklungshelfer. Frankfurt a.M.: Verlag Peter Lang, 11-16, hier 12.

⁸⁷ Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (Hrsg.) (2013): Globale Gesundheitspolitik gestalten – gemeinsam handeln – Verantwortung wahrnehmen – Konzept der Bundesregierung. Berlin: BMG.

⁸⁸ Vgl. zum letzten Punkt: Bohnet (2015): Geschichte der deutschen Entwicklungspolitik.

⁸⁹ Vgl. BMZ: Journalisten-Handbuch Entwicklungspolitik 1985, 11.

Absatzmärkte in den Partnerländern, die Schaffung und Sicherung von Arbeitsplätzen sowie – trotz des Prinzips der Lieferungebundenheit – finanzielle Vorteile für das eigene Land⁹⁰, wobei wirtschaftliche Vorteile in dieser Art für den Gesundheitsbereich weniger relevant gewesen sein dürften als für andere Bereiche der Entwicklungspolitik. Überspitzt wurden diese finanziellen Vorteile für die Geberländer sogar als „Hilfe zur Selbsthilfe“⁹¹ im umgekehrten Sinne interpretiert. Auch R. Neudeck kritisierte vielfach den Einfluss wirtschaftlicher und innenpolitischer Interessen auf die Ausgestaltung der Entwicklungspolitik. Er konstatierte, dass EZ vor allem innenpolitischen Interessen diene und somit die Außenpolitik kaum eigenständige, unabhängige Ziele verfolge.⁹² Ganz konkret bezog sich R. Neudeck damit vor allem auf ökonomische Interessen und die finanziellen Profite für deutsche Großunternehmen, die sich bei Investitionen im Ausland ergeben können.⁹³ Nicht nur bei langfristigen EZ-Maßnahmen, sondern auch im Rahmen von Soforthilfe wurden „auch solche Projekte gefördert, die gleichzeitig struktur-, beschäftigungs- und konjunkturpolitisch (in der Bundesrepublik Deutschland) wirksam sind.“⁹⁴

Die Bundesregierung verpflichtete sich zu einer umfassenden Strukturpolitik auf globaler Ebene, die durch den Anspruch der Katastrophenreduzierung ein Zusammenwirken der Bereiche Humanitärer Hilfe und EZ zugrunde legte. Besonders im Laufe der 1990er Jahre wurde betont, dass entwicklungspolitische Maßnahmen nicht nur das Ziel hätten, langfristige, gesellschaftliche, soziale und politische Reformen in den Partnerländern zu fördern, sondern auch das Ausmaß und die Häufigkeit von Krisen und Katastrophen einzudämmen.⁹⁵ Die einzelnen Bestandteile entwicklungspolitischer Maßnahmen umfassten dabei neben dem Gesundheitsbereich zahlreiche andere Ziele, wie etwa Umweltschutz, Nahrungsmittelsicherheit, Ressourcenschonung und eine Begrenzung des Bevölkerungswachstums in der Welt. Diese Auswahl an breiten und komplexen Zielsetzungen legte den Umfang entwicklungspolitischer Herausforderungen dar und machte die

⁹⁰ Vgl. BMZ: Journalisten-Handbuch Entwicklungspolitik 1997/1998, 20.

⁹¹ Messner, Dirk; Scholz, Imme (Hrsg.) (2005): Zukunftsfragen der Entwicklungspolitik. Baden-Baden: Nomos Verlag, 28.

⁹² Vgl. Neudeck, Rupert (nach 1990): [Manuskript] versbu 3. Versagen der Diplomatie. Archivordner Cap Anamur, 1.

⁹³ Vgl. Neudeck, Rupert (nach 1990): [Manuskript] Das große FRESSEN in der Politik, Warum junge Menschen mit der Heuchelei und Unehrllichkeit im policy game POLITIK nichts zu tun haben wollen (Forts. Versagen der Politik). Archivordner Cap Anamur, 2.

⁹⁴ BMZ: Journalisten-Handbuch Entwicklungspolitik 1980, 155.

⁹⁵ Vgl. BMZ: Journalisten-Handbuch Entwicklungspolitik 1996, 11.

Schwierigkeit einer Politikkohärenz deutlich, wobei diese Kohärenz und die Frage der Einordnung von Humanitärer Hilfe und Entwicklungspolitik nicht unumstritten waren.⁹⁶

Ende der 1990er Jahre war insofern eine Veränderung in den Grundsätzen der Entwicklungspolitik zu erkennen, als dass vor dem Hintergrund der Notwendigkeit struktureller Veränderungen erklärt wurde, dass die deutsche Entwicklungspolitik immer mehr von einer „ehemals technischen zu einer politischen Aufgabe“⁹⁷ werden müsse. Hiermit wurde anerkannt, dass eine isolierte Bereitstellung finanzieller, personeller oder materieller Mittel sowie vertikaler Gesundheitsprogramme ohne Einbettung in integrierte Systeme Gefahr läuft, langfristig Defizite aufzuweisen. In diesem Kontext legte die Bundesregierung einen starken Fokus auf die politische Verantwortung der Partnerländer, die verschiedene Aufgaben zu grundlegenden Strukturveränderungen erfüllen müssten.⁹⁸ Als Grundvoraussetzung für den Aufbau einer entwicklungspolitischen Zusammenarbeit gab es von Seiten der Bundesregierung klare Vorgaben, insbesondere *good governance* - der Wille und die Fähigkeit einer Regierung zur Wahrung und Sicherstellung der Grundrechte der eigenen Bevölkerung, wie der Zugang zu Bildung und Gesundheit sowie eine Ermöglichung politischer Partizipation. War eine Regierung hingegen nicht in der Lage oder willens die Rechte und den Schutz der eigenen Bevölkerung zu gewährleisten, sollte die EZ entweder auf ein Minimum reduziert oder die Zusammenarbeit eingestellt werden. Als einzige Initiativen seien in solchen Gebieten lediglich noch Maßnahmen der Humanitären Hilfe durchsetzbar.⁹⁹

5.1.2 Selbstverständnis, Grundsätze und Motive der untersuchten Hilfsorganisationen

Cap Anamur

Der wesentlichste Handlungsgrundsatz der Arbeit im Gesundheitsbereich und Merkmal des eigenen Selbstverständnisses war für Cap Anamur die Humanität. Bedingungslose Hilfe, die dazu diene, akut notleidenden Menschen zu helfen, ihr Überleben zu sichern und menschenwürdige Lebensverhältnisse wiederherzustellen, zählte dabei mehr als gesetzliche Reglementierungen.¹⁰⁰ Humanitäre Hilfe bildete das Zentrum der eigenen Arbeit und sollte sich

⁹⁶ Vgl. Macrae, Joanna; Leader, Nicholas (2002): Auf der Suche nach „Kohärenz“ zwischen humanitären und politischen Antworten auf chronische politische Notlagen. In: Eberwein, Runge: Humanitäre Hilfe statt Politik? 113-147; Ashoff, Guido (2005): Der entwicklungspolitische Kohärenzanspruch, Begründung, Anerkennung und Wege seiner Umsetzung. In: Messner, Scholz, (Hrsg.): Zukunftsfragen der Entwicklungspolitik, 41-58.

⁹⁷ BMZ: Journalisten-Handbuch Entwicklungspolitik 1997/1998, 22.

⁹⁸ ebd.

⁹⁹ Vgl. BMZ: Journalisten-Handbuch Entwicklungspolitik 1983, 9.

¹⁰⁰ Vgl. Neudeck, Rupert (nach 1998): [Manuskript] kurdbu 16. Archivordner Cap Anamur, 7.

durch politische Komplexität und bürokratische Hürden, weder in Deutschland noch am Einsatzort, einschränken lassen. Die Kehrseite dieser Fokussierung auf reine Überlebenshilfe und „radikale Humanität“¹⁰¹ war Kritik an der Arbeitsweise von Cap Anamur, der zum Teil Vernachlässigung lokaler politischer Gegebenheiten und unzureichende Vorbereitung des entsandten Personals vorgeworfen wurde.¹⁰²

Die Konzepte von R. Neudeck, die der kurzfristigen medizinischen Hilfe sowie der langfristigen Gesundheitsarbeit zugrunde lagen, beinhalteten eine Vielzahl moralischer Attribute wie Nächstenliebe, Verantwortungsgefühl, Barmherzigkeit und Menschlichkeit. Dies kann auch auf seine christliche Prägung zurückgeführt werden. R. Neudeck beschrieb den ersten Einsatz von Cap Anamur als „Arbeit von Menschen-Fischern, so klassisch-biblich, wie Sie und ich es wahrscheinlich in den nächsten Jahren nie wieder bekommen werden.“¹⁰³ Emotionen und moralisches Verantwortungsgefühl alleine seien jedoch letztlich nicht ausreichend, um Projektvorhaben im Gesundheitsbereich erfolgreich durchzuführen, hierfür benötige es einen Transfer dieser Emotionen in konkrete und praktische Bemühungen.¹⁰⁴

Als Grundlage jedes Einsatzes, so forderte R. Neudeck, sollte folgende Frage gestellt werden:

„Warum haben wir uns nicht als erste geschworen, daß die dann nicht mehr nach der jurisdiktionellen Pforte fragen, sondern nur noch nach der Not? [...] Wir sind lahm, unangepaßt, wir wollen mit der beamteten Ethik [sic] und dem habitus [sic] von Juristen Weltpolitik machen. das [sic] mißlingt.“¹⁰⁵

Diese Aussage betont, dass bei den Projekteinsätzen großer Wert auf direkte, schnelle und unbürokratische Hilfe gelegt werden sollte. Der Verwaltungsaufwand und die damit verbundenen Kosten sollten auf ein Mindestmaß reduziert werden. Mitarbeiter von Cap Anamur begründeten die nach eigener Einschätzung im Vergleich zu anderen Hilfsorganisationen schnellere Handlungsfähigkeit mit dem geringen Maß an bürokratischem Aufwand.¹⁰⁶ Ein im Kosovo eingesetzter Mitarbeiter von Cap Anamur erklärte: „Aber zum Glück für die Vertriebenen fängt Cap Anamur schnell, unbürokratisch und oft improvisiert mit

¹⁰¹ Vgl. Neudeck (1986): Radikale Humanität.

¹⁰² Vgl. Merziger (2016): The ‘radical humanism’ of ‘Cap Anamur’; Spielberg, Petra (1994): Komitee Cap Anamur/Deutsche Not-Ärzte, Kritik am Führungsstil des Vorsitzenden. In: Deutsches Ärzteblatt, 1994, 91(34-35):26-28.

¹⁰³ Neudeck, Rupert (1991): Brief an Hr. Prälat Bocklet. Archivordner Cap Anamur, 1.

¹⁰⁴ Komitee Cap Anamur, Dt. Not-Ärzte e.V. (Hrsg.) (1988): Humanitäre Radikalität – Komitee Cap Anamur/Deutsche Not-Ärzte e.V. (Text: Neudeck, Rupert; Fotografie: Escher, Jürgen). Troisdorf: Komitee Cap Anamur, 23.

¹⁰⁵ Neudeck, Rupert (nach 1990): [Manuskript] Striptease unseres Humanismus. Archivordner Cap Anamur, 5.

¹⁰⁶ Vgl. Malzahn, Claus Christian (2000): Fröhliche Armut. In: Der Spiegel 35/2000. 28.08.2000.

der Hilfe an und verbessert dann nach und nach die Logistik.“¹⁰⁷ Auf der anderen Seite gehörten Improvisation und Desorganisation zu den Punkten, die im Zentrum der Kritik gegenüber Cap Anamur standen.¹⁰⁸

Während die Arbeitsweise von Cap Anamur bewusst bescheiden dargestellt wurde, kritisierte R. Neudeck oftmals das Vorgehen größerer Organisationen wie des DRK. Den Einsatz des DRK für kurdische Flüchtlinge in den 1990er Jahren wertete R. Neudeck als „reine[n] Aktionismus“¹⁰⁹. Dort trat das DRK seiner Meinung nach plötzlich und (material-)stark auf, nachdem ein eigenes Team schon längere Zeit und mit weitaus weniger Ausrüstung für die Kurden Hilfe geleistet hatte. Neben der umfangreichen technischen Ausrüstung des DRK kritisierte R. Neudeck eine den Einsätzen zugrundeliegende Motivation, die seiner Einschätzung nach an den Bedürfnissen der Bevölkerung vorbeiging.¹¹⁰ Wiederkehrende Kritik an der Arbeitsweise anderer Hilfsorganisationen wurde auch deutlich, als R. Neudeck folgendes in Frage stellte:

„Immerhin kann unser größerer Bruder das DEUTSCHE ROTE KREUZ, fast alle ihre Hilfsgüter mit den Regierungs- und Bundeswehr-Flugzeugen fliegen – auf Kosten der deutschen Steuerzahler. Warum dann nicht auch für uns?“¹¹¹

Cap Anamur grenzte sich daher bewusst von bestehenden Strukturen und der Arbeit anderer Hilfsorganisation ab: „Wir wollten die Zahl der guten, aber großen, humanitären, aber fett-etablierten Organisationen nicht um eine weitere vergrößern.“¹¹² R. Neudeck brachte einer institutionalisierten und organisierten Form der Projekthilfe Misstrauen entgegen, da diese mehr Formalitäten und Regularien enthalte, als seiner Meinung nach für eine Durchführung von Hilfsaktionen zulässig waren¹¹³ und bezeichnete Cap Anamur als „Anti-Organisation“¹¹⁴.

An vielen Stellen betonte R. Neudeck die Problematik, die er in fest verankerten Zuständigkeiten einzelner Institutionen und Organisationen sah, nämlich, dass deren

¹⁰⁷ Klebe, Roland (2000): Presseerklärung zur REPORT Mainz Sendung vom 31.08.2000 – Kritik an Cap Anamur. Archivordner Cap Anamur.

¹⁰⁸ Südwestrundfunk (SWR) (2000): [gedruckter Presstext] Report Mainz am 21. August 2000 im Ersten: Rupert Neudeck – Ein Wohltäter in der Kritik; Spielberg (1994): Kritik am Führungsstil.

¹⁰⁹ Neudeck, Rupert (nach 1990): [Manuskript] kurdbu10. Der deutsche Bundesminister – wenn Politiker reden. Archivordner Cap Anamur, 11.

¹¹⁰ ebd.

¹¹¹ Neudeck, Rupert (nach 1990): [Manuskript] Kurdenbuch 3, kurdbu 3. Das „Höllenlager“ Isikveren. Archivordner Cap Anamur, 1-2.

¹¹² Komitee Cap Anamur (1988): Humanitäre Radikalität, 13.

¹¹³ Vgl. Komitee Cap Anamur (1988): Humanitäre Radikalität.

¹¹⁴ Neudeck, Rupert (Hrsg.) (1998): Abenteuer Humanität, Mit der „Cap Anamur“ unterwegs. Münsterschwarzach: Vier-Türme-Verlag, 21.

Einhaltung dazu führen konnte, dass zwischen den Zuständigkeitsbereichen Lücken entstanden, für die sich niemand verantwortlich fühlte.¹¹⁵ R. Neudeck sah sich, die eigene Hilfsorganisation und jeden einzelnen Bürger daher in der besonderen Pflicht und Verantwortung selbst aktiv zu werden. Das Verlassen auf offizielle Stellen war R. Neudecks Überzeugung nach keine Möglichkeit der humanitären Verantwortlichkeit jedes Einzelnen ausreichend gerecht zu werden.¹¹⁶ Sein Aufruf zur Wahrnehmung der eigenen humanitären Verantwortung konnte neben einem Aufruf zur Spendenbereitschaft auch als Appell zur Beteiligung an öffentlichen Debatten, politischen Prozessen sowie dem Engagement in lokalen Projekten verstanden werden. Als positives Beispiel für eine Organisation, die sich primär an dem bestehenden Bedarf und der Notwendigkeit zur Übernahme von Verantwortung orientierte, führte R. Neudeck die *International Physicians for the Prevention of Nuclear War* (IPPNW) an. Auch wenn diese Initiative zu Beginn zum Teil aus den eigenen Reihen kritisiert wurde¹¹⁷, hat sie sich seit der Gründung 1980 mit dem Engagement gegen die Nutzung atomarer Waffen und Atomenergie etabliert und wurde 1985 als Organisation und 2017 für die Kampagne *International Campaign to Abolish Nuclear Weapons* (ICAN) mit dem Friedensnobelpreis ausgezeichnet.

Radikale Humanität als Grundprinzip zur Durchsetzung humanitärer Prinzipien und als Grundlage für die Durchsetzung gesellschaftlicher, politischer und struktureller Veränderungen spielte in der Geschichte und dem Verlauf der Einsätze eine wichtige und wiederkehrende Rolle.¹¹⁸ Dies kam auch durch die von R. Neudeck herausgegebenen Bücher „Radikale Humanität. Notärzte für die Dritte Welt“¹¹⁹, „Humanitäre Radikalität – Komitee Cap Anamur/Deutsche Not-Ärzte e.V.“¹²⁰ oder „Radikal Leben“¹²¹ zum Ausdruck. Bestandteil dieses Konzeptes war die häufige Kritik an offiziellen Zuständigkeiten, die nach Auffassung R. Neudecks großen und wichtigen Veränderungen im Weg standen.¹²² Die Überschreitung dieser Zuständigkeiten würde durch ihren Zweck und die Intention des Projektes legitimiert. Dies sei auch der Fall, wenn medizinische Nothilfe nicht unter offiziell geregelten oder legalen Bedingungen stattfand. Von „Illegalität“ wurde beispielsweise auch gesprochen, wenn medizinische Einsätze von Ärzten durchgeführt wurden, die kein gültiges Visum hatten. R.

¹¹⁵ Vgl. Komitee Cap Anamur (1988): Humanitäre Radikalität.

¹¹⁶ ebd.

¹¹⁷ ebd.

¹¹⁸ Vgl. Neudeck (2014): Radikal leben, 120.

¹¹⁹ Neudeck (1986): Radikale Humanität.

¹²⁰ Komitee Cap Anamur (1988): Humanitäre Radikalität.

¹²¹ Neudeck (2014): Radikal leben.

¹²² Vgl. Neudeck (2014): Radikal leben, 31-32.

Neudeck erklärte bezüglich der Arbeit des Komitees in der schwierigen und zum Projektzeitpunkt von Apartheid geprägten Situation in Südafrika:

„Wir müssen formell illegal ins Land. Illegal, aber legitim, illegal meint die Form, der Inhalt der Arbeit ist von der allerwichtigsten und wertvollsten Legitimation getragen, die man sich denken kann: Diese Mediziner sollen Menschen in schwerer physischer Not und akuten Emergency-Situationen helfen.“¹²³

Der Anspruch primär an den Bedürfnissen der Menschen orientierte medizinische Hilfe zu leisten, die weit über Soforthilfe hinausging, wurde auch durch die mehrjährige Arbeit unter den repressiven Bedingungen Nordkoreas deutlich. 2002 wurde die 1998 aufgenommene medizinische Arbeit, in deren Rahmen ärztliche Teams vor Ort versuchten Patienten zu betreuen, sich in der Ausbildung zu engagieren und Krankenhäuser in Stand zu setzen, eingestellt.¹²⁴ Die im Gesundheitsbereich tätigen Mitarbeiter, die sich durch die Überwachung und Einschränkungen der nordkoreanischen Regierung behindert sahen, versuchten in dieser Zeit Wege zu finden, trotz dieser Barrieren medizinische Hilfe zu leisten.¹²⁵

Generell spielte für Cap Anamur der Anspruch eine große Rolle, gerade dort tätig zu sein, wo der eigenen Einschätzung nach andere nichtstaatliche oder staatliche Akteure nicht oder nicht mehr zur Hilfeleistung fähig waren.¹²⁶ Dies war unter anderem in der mehrjährigen Arbeit in den Nuba-Bergen im Südsudan der Fall, wo Cap Anamur nach eigenen Angaben insgesamt mehr als fünf Jahre lang als einzige Organisation arbeitete¹²⁷ und neben dem Aufbau von Gesundheitsstationen Impfkampagnen und Mutter-Kind-Programme etablierte.¹²⁸ Außerdem wurde beim Einsatz in Afghanistan 2001 die Rolle verschiedener internationaler Organisationen kritisiert, die ihre eigenen Interessen über die Hilfsbedürftigkeit der notleidenden Bevölkerung stellen würden, wohingegen Cap Anamur über Weihnachten und den Jahreswechsel weiter in medizinischen Einrichtungen und Schulen aktiv bleibe.¹²⁹

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass das Selbstverständnis von Cap Anamur durch den Charakter des ersten Einsatzes zur Rettung von Bootsflüchtlingen in Vietnam sowie die Person

¹²³ Neudeck, Rupert (1987): Apartheid bedeutet gefrorenes Bewußtsein. Südafrika, Jahre vor seiner Enteistung und Befreiung. In: Orientierung, 1987, 51. Jg., Nr. 19, 204-208, hier 206.

¹²⁴ Vgl. Komitee Cap Anamur (2002): Köln/Pyöngyang: 13.08.2002. Cap Anamur beendet Ende 2002 seine humanitäre Arbeit in Nordkorea. Rundbrief. Köln: Komitee Cap Anamur.

¹²⁵ Vgl. Lietsch, Jutta (2001): Helfer sind mit der Geduld am Ende. In: Die Tageszeitung (taz) 6518. 9.8.2001.

¹²⁶ Wirtz, Astrid (2002): Waffenstillstand birgt Hoffnung für den Sudan. In: Kölner Stadt Anzeiger (ksta), 05.06.2002.

¹²⁷ Vgl. Komitee Cap Anamur (2002): Lwera/Köln: Sudan: Nuba Berge. Die Arbeit geht weiter. Der Waffenstillstand bringt Erleichterungen. Rundbrief. Köln: Komitee Cap Anamur.

¹²⁸ Vgl. Komitee Cap Anamur (2002): 14.06.2002: Süd-Sudan, Es geht um Öl und um Menschen. Rundbrief. Köln: Komitee Cap Anamur.

¹²⁹ Vgl. Neudeck, Rupert (2001): E-Mail Nachricht an Cap Anamur vom 5.12.2001. Archivordner Cap Anamur.

R. Neudeck wesentlich geprägt wurde. Der Anspruch Humanitäre Hilfe im Gesundheitsbereich in verschiedensten Gebieten zu leisten und die Motivation unkonventionelle Projekte durchzuführen begründete sich hauptsächlich in dem Wert der Humanität, der in der Organisationsgeschichte als Konstante bestehen blieb. Unter dieser Prämisse wurden Projekte verschiedenster Ausprägung durchgeführt, die oft – aber keinesfalls ausschließlich – medizinischen Bezug hatten und nicht allein auf kurzfristige Humanitäre Hilfe beschränkt blieben – auch wenn der Name „Not-Ärzte e.V.“ dies anders suggeriert.

Deutsches Rotes Kreuz

Das Selbstverständnis des DRK ist vor dem Hintergrund der im Vergleich zu Cap Anamur und medico sehr viel älteren Geschichte zu verstehen, die ihren Ursprung in einem Kontext von Kriegen zwischen Staaten hat. Unparteiische Hilfe für alle Verwundeten, unabhängig ihrer Zugehörigkeit zu Nationen, bildete hierfür die entscheidende Grundlage; dieses Selbstverständnis setzte sich bis in die heutige Arbeit des DRK fort. Neutralität, Unparteilichkeit und Unabhängigkeit als zentrale Grundsätze stellen somit seit der Gründung des DRK Grundpfeiler der eigenen Arbeit dar.¹³⁰ Weitere Rotkreuzgrundsätze sind Menschlichkeit, Freiwilligkeit, Einheit und Universalität.¹³¹

Unabhängige und unparteiliche Gesundheitsversorgung muss sich allein an der individuellen Not und Bedürftigkeit ausrichten, ungeachtet des persönlichen Hintergrundes und unabhängig von eigenen oder sonstigen Interessen. Das Prinzip der Neutralität hingegen hat in der Geschichte der Humanitären Hilfe immer wieder zu Kontroversen geführt, Hilfsorganisationen unterschiedlicher Ansätze hervorgebracht und bildet eine entscheidende Abgrenzung zu anderen Hilfsorganisationen.

„Diese Neutralität besteht darin, die Opfer aller Seiten in gleicher Weise als unterstützenswürdig zu betrachten und die Hilfe nicht aufgrund irgendeiner Vorliebe auf die eine Seite zu begrenzen. [...] dies ist die Stärke, aber auch die Grenze jeglicher Rotkreuz-Wirksamkeit, die Hilfe ausschließlich um des Leidenden selbst willen zu gewähren und alle anderen Gesichtspunkte und Unterscheidungen hierbei wegzulassen. Darum eignet sich das Rote Kreuz auch nicht als eine Institution, die in anderen Ländern Politik macht oder irgendwelche Gruppen einseitig fördert und unterstützt.“¹³²

¹³⁰ Vgl. Helms, Ursula (1991): Leiden lindern und nicht hinterfragen. In: Deutsches Rotes Kreuz (Hrsg.): Rotes Kreuz. Das Fachmagazin des DRK 1/1991, 54-55.

¹³¹ ebd.

¹³² DRK (1972): Internationale Katastrophenhilfe des Roten Kreuzes. In: Deutsches Rotes Kreuz. Zentralorgan des DRK in der Bundesrepublik Deutschland 8/1972, 6.

Aber bereits in den 1970er Jahren stellte das DRK fest: „Die Diskussionen der letzten Jahre haben gezeigt, daß dieser Grundsatz heute nicht mehr selbstverständlich ist.“¹³³ Nur unter der Voraussetzung des neutralen und unabhängigen Status könne das DRK eine humanitäre Arbeit für alle Bedürftigen leisten.¹³⁴ Gerade innerhalb politischer Konflikte erachtete das DRK die genannten Grundsätze für unabdingbar, um überhaupt im Konfliktgebiet tätig sein zu können und Zugang zu Hilfsbedürftigen zu erhalten. Offene politische Positionierungen wurden vom DRK abgelehnt, um die eigenen Möglichkeiten des Agierens nicht zu gefährden oder einzuschränken. Ein zentrales Ziel des DRK wurde entsprechend formuliert: „Nicht die Anklage und Parteinahme ist die Aufgabe des Roten Kreuzes, sondern die Hilfe und die Versöhnung.“¹³⁵

Das Selbstverständnis des DRK war neben den genannten Prinzipien wesentlich geprägt von der Art der Hilfeleistung und dem quantitativen Umfang der Projekteinsätze. Die Möglichkeiten zur Vernetzung und Zusammenarbeit mit Schwestergesellschaften weltweit spielten für Größe und Umfang der Einsatzmöglichkeiten eine entscheidende Rolle. Eine Betonung der technischen Qualität der Hilfe sowie der Quantität des Hilfsumfangs und der eigenen Leistungsfähigkeit sind seit den 1970er Jahren fast unverändert erkennbar. In den an die Spender gerichteten Projektberichten dominierten die Beschreibungen der Einsätze. Entsprechende Darstellungen waren geprägt von der Rolle des DRK als entscheidendem Akteur im Krisen- und Katastrophengeschehen und Hilfslieferant von technischen, finanziellen und personellen Ressourcen. Zudem bildeten die Spendenaufrufe einen gewichtigen Anteil in den Projektberichten. Es wurde betont, dass die Spender durch finanzielle Unterstützung einen sehr direkten Beitrag zur Verbesserung der zuvor beschriebenen Situationen leisten könnten. Hierdurch wurde den Spendern eine wichtige Rolle zugesprochen.

Durch umfangreiche finanzielle, materielle und personelle Ressourcen und jahrzehntelange Erfahrung in der weltweiten Projektarbeit und Zusammenarbeit mit Schwestergesellschaften verstand sich das DRK als humanitäre Organisation, die prinzipiell in der Lage ist, Humanitäre Hilfe zu jeder Zeit und an jedem Ort zu leisten, unabhängig von der Art und Komplexität des

¹³³ ebd.

¹³⁴ Vgl. Haug, Hans (1977): Gestärkte Einheit des Roten Kreuzes. In: Deutsches Rotes Kreuz. Zentralorgan des DRK in der Bundesrepublik Deutschland 12/1977. Stuttgart: Kohlhammer, 2-4.

¹³⁵ ebd., 4.

Einsatzes.¹³⁶ Hilfe in diesem Sinne bedeutete für das DRK: „Das Richtige, am richtigen Ort, zur richtigen Zeit zu tun“¹³⁷.

Das DRK berichtete wiederkehrend vom eigenen Expertenwissen, durch das es sich in der Position sah, die Schwestergesellschaften in den jeweiligen Ländern zu unterstützen. So sollten die Schwestergesellschaften durch das DRK nach dem Prinzip *Hilfe zur Selbsthilfe* dazu befähigt werden, zukünftige Notsituationen selbst adäquater bewältigen zu können. Durch diese Expertenposition nahm das DRK gegenüber den von Krisen und Katastrophen Betroffenen die Rolle des starken und aktiven Helfers ein. Demgegenüber wurde von den Betroffenen oftmals ein Bild passiver und hilfloser Opfer¹³⁸ gezeichnet, die auf ausländische Hilfe warteten und sich dankbar gegenüber der Unterstützung des DRK zeigten.¹³⁹ 1994 wurde diese Polarität, die an einigen Stellen als Hierarchisierung verstanden werden konnte, folgendermaßen zum Ausdruck gebracht: „Stark sein für die Schwachen“¹⁴⁰. Insgesamt vermittelte das DRK so das Bild einer leistungsfähigen, schnell und zielgerichtet agierenden Organisation, die über ein weltweites Kooperationsnetz verfügt und durch den eingenommenen neutralen Status weitreichende Möglichkeiten zur Gesundheitsversorgung in Katastrophen-, Konflikt- und Krisensituationen hat. Die individuelle Hilfeleistung und der Moment des akuten Bedarfs wurden in den Vordergrund gerückt und standen dabei mehr im Fokus als die Veränderung der allgemeinen Lebensumstände auf Bevölkerungsebene: „Ob hauptamtlich oder freiwillig, die Mitarbeiter der Organisation fragen nicht, warum jemand der Hilfe bedarf. Statt dessen [sic] fragen sie wie geholfen werden kann.“¹⁴¹

medico international

Medico hat seit der Gründung im Mai 1968, die vor dem Hintergrund der akuten Not in Biafra stattfand, im Laufe der Organisationsgeschichte einen starken Wandel des eigenen Selbstverständnisses, der Grundsätze und Motive zur Leistung internationaler Gesundheitsarbeit durchlaufen. Die stärksten und grundlegendsten Veränderungen haben sich in den Jahren nach der Gründung bis Ende der 1970er Jahre vollzogen. Der erste Abschnitt der Arbeit von medico war geprägt durch das Bild einer Katastrophenhilfeorganisation mit dem

¹³⁶ Vgl. Bericht des Deutschen Roten Kreuzes über internationale Hilfsaktionen, Katastrophensituation 1979/1980. Archivordner 2795. Archiv des DRK-Generalsekretariats.

¹³⁷ DRK (2005): Das Herz der Hilfe. In: Rotes Kreuz. Das Fachmagazin des DRK 2/2005, 10.

¹³⁸ ebd.

¹³⁹ Vgl. Deutsches Rotes Kreuz (DRK) (Hrsg.) (1991): Für Menschen in Not. Magazin zur Weltkampagne zum Schutz der Konfliktopfer/Weltrotkreuztag 1991. Bonn: DRK.

¹⁴⁰ Sayn-Wittgenstein, Botho Prinz zu (1994): Vorwort. In: Rotes Kreuz. Das Fachmagazin des DRK 5/1994, 2.

¹⁴¹ Deutsches Rotes Kreuz, Italienisches Rotes Kreuz, Schweizerisches Rotes Kreuz (1999): Das Thema: Für Menschen in Not. Helfen ohne Grenzen. Strasbourg: Editions du Signe, 3.

Ziel eines technischen und personellen Einsatzes im Ausland und entsprechender Einsatzvorbereitung durch Katastrophenübungen. 1971 unterhielt medico eine Verbindung zum Katastrophenstab des Bundesinnenministeriums und sah sich hierdurch in der Lage:

„[A]n jedem Ort der Welt bei Katastrophen in kürzester Zeit wirksame Hilfe zu leisten. Im Ernstfall ständig abrufbereit steht der Einsatzleitung in Frankfurt ein Katastrophenhilfszug mit Feldlazarett, Ambulanzwagen, Helfern und Ärzten und eine Suchhundestaffel zur Verfügung.“¹⁴²

In dem damaligen Profil lassen sich in einigen Punkten Parallelen zur Arbeit des DRK ziehen. Übereinstimmungen drückten sich auch durch eine Zusammenarbeit von medico und dem DRK, als einer in den 1970er Jahren bereits erfahrenen und etablierten Hilfsorganisation aus, als beide Organisationen gemeinsam Katastrophenübungen durchführten.¹⁴³ Das anfängliche Selbstverständnis einer Organisation, die möglichst schnelle und unbürokratische Hilfe durch die Entsendung von Personal und Medikamenten leistete, wurde durch die Erfahrungen der ersten Projekteinsätze zunehmend in Frage gestellt.

Das Ende der ersten Arbeitsphase von medico wurde markiert durch die Einstellung des Sammelns und der Versendung von Ärztemustern im Jahre 1977¹⁴⁴ sowie durch die Beendigung personeller Einsätze in auswärtigen Regionen Mitte der 1970er Jahre.¹⁴⁵ Wesentliche Gründe, die hierzu führten, waren die Erkenntnis, dass es zu viele Krisenregionen in der Welt gibt, um als Organisation dieser Größe überall mit eigenen Mitteln und Personal tätig werden zu können, und dass im Rahmen dieser Art der akuten Hilfeleistung kaum Möglichkeiten für tiefgreifende Strukturveränderungen zu bestehen schienen. Anstelle des Aktes der Hilfeleistung an sich wurden in der Folge Strukturveränderungen im Gesundheitsbereich zum eigentlichen Ziel der Arbeit von medico – „Katastrophenhilfe ist nur erste Hilfe.“¹⁴⁶ Medizinische Versorgung, der Aufbau von Gesundheitssystemen sowie die Erstreitung und Sicherung gesundheitsförderlicher Lebensumstände bildeten die Instrumente zur Veränderung politischer Verhältnisse und Sozialstrukturen. Projekteinsätze und Unterstützung sollten nicht mit der Sicherung des Überlebens von durch Krisen und Katastrophen betroffenen Menschen enden, sondern darüber hinaus ihre Lebensverhältnisse verändern. Die gesteckten Ziele waren damit nicht rein humanitär, wie dies beim DRK und

¹⁴² medico international (1971): Protest war zu wenig, medico über sich selbst. In: info71, 2/1971, 3.

¹⁴³ medico international (1971): Praktische Hilfe aus der Nähe gesehen. In: info71, 2/1971, 4.

¹⁴⁴ Vgl. medico international (1988): Von der Katastrophenhilfe zur Befreiungshilfe, 20 Jahre medico international. In: 20 Jahre medico. Frankfurt a.M.: medico international, 52-59, hier 56.

¹⁴⁵ Vgl. Brandscheidt, Gebauer (1988): Zum Beispiel Gesundheit.

¹⁴⁶ medico international (1977): In: Flüchtlingshilfe, Mitarbeit der Betroffenen entscheidet über Erfolg. In: info 12-2/1977, 13.

überwiegend auch bei Cap Anamur der Fall war, sondern sowohl humanitär im engeren Sinne als auch politisch und sozial. Gerade die starke Betonung dieser letzten Komponente der sozialmedizinischen Aspekte war das Merkmal, das medico in der eigenen Gesundheitsarbeit von den anderen Hilfsorganisationen unterschied.

Ab Ende der 1970er Jahre thematisierte medico als „sozialmedizinische Katastrophen- und Entwicklungshilfeorganisation“¹⁴⁷ zunehmend die Ursachen für Situationen, die Humanitäre Hilfe erforderlich machten. Medico betonte dabei – der zeitgenössisch dominierenden Dependenztheorie und Forderung nach einer neuen Weltwirtschaftsordnung entsprechend – immer wieder die Existenz von Unrechtsverhältnissen, die Abhängigkeiten der Entwicklungsländer geschaffen und gesundheitsförderliche Lebensumstände verhindert hatten.¹⁴⁸ Hieraus resultierte auch eine in dieser Zeit vorgenommene neue Schwerpunktsetzung auf die Öffentlichkeitsarbeit im Sinne von „Aufklärung über die Ursachen und Hintergründe von Ungerechtigkeit und Not“¹⁴⁹, die als Satzungsziel festgeschrieben wurde. Medico entschloss sich zunehmend zur Verfolgung einer Art Doppelstrategie: Die der praktischen Hilfstätigkeit im Gesundheitsbereich und die einer langfristigen Arbeit zur Veränderung struktureller Gegebenheiten, was auch politische (Bildungs-)Arbeit in Deutschland beinhaltete.

Hungersnöte wurden in der Vergangenheit oftmals medial primär als Naturkatastrophen präsentiert und als solche in der Öffentlichkeit wahrgenommen. Medico machte vielfach deutlich, dass Hungersnöte keine reine Naturkatastrophe darstellten, sondern dass langwierige Missstände auf verschiedenen Ebenen zu einem *circulus vitiosus* aus Hunger, Armut und Krankheit führten.¹⁵⁰ Um diese Probleme zu bekämpfen, wurde nach Ansicht von medico neben der akut notwendigen Hilfsmittellieferung in Form von Nahrungsmitteln und Medikamenten vor allem eine Veränderung jener Verhältnisse nötig, die einen krankheitsverursachenden Mangel an notwendigen Sozialstrukturen verursachte. Dies ließe sich nur durch langfristige Arbeit erreichen, die noch weit über das Bemühen um schnelle Hilfslieferungen hinausgehe und neben Sofort- und Katastrophenhilfe einen Strukturwandel und den Aufbau eines Basisgesundheitsystems ermögliche.¹⁵¹

¹⁴⁷ medico international (1977): Hoffnungsschimmer am Horizont. In: info 12-2/1977, 2.

¹⁴⁸ ebd.

¹⁴⁹ medico international (Hrsg.): Satzung medico international e.V.

www.medico.de/fileadmin/user_upload/media/satzung_medico_2015.pdf, abgerufen am 24.10.2017.

¹⁵⁰ Vgl. medico international (Hrsg.) (1985): Vorwort. In: medico Rundschreiben 1/85, Frankfurt a.M.: medico international.

¹⁵¹ Vgl. medico international (1977): Ziele der medico international. In: info 12-2/1977.

Ab Mitte der 1980er Jahre bezeichnete *medico* die Art der Maßnahmen, die sich in den Bereich der EZ einordnen lassen, als „Befreiungshilfe“¹⁵². Gemeint war hiermit eine Hilfe von außen mit dem Ziel, eine Befreiung durch die Betroffenen selbst, zu unterstützen: Eine Befreiung aus Krankheit, Repression und einem Zustand mangelnden Rechts hin zu mehr Selbstbestimmung. Hierfür waren nach Ansicht von *medico* ein Einsatz für die Veränderung politischer Verhältnisse und die Wahrnehmung sowie Durchsetzung der Menschenrechte, insbesondere des Menschenrechts auf Gesundheit, essentiell und unabdingbar mit dem Ziel einer Gesundheitsförderung auf Bevölkerungsebene verwoben. Hilfe im Gesundheitsbereich wurde gleichgesetzt mit „Demokratisierungshilfe“¹⁵³. Diese Auffassung spiegelte sich sehr deutlich in der Art der Berichterstattung der seit 1982 erscheinenden Rundschreiben wider, mit der die Spendergemeinschaft und die allgemeine Öffentlichkeit regelmäßig über die eigene Arbeit informiert werden sollten. Die Berichte in den Rundschreiben enthielten überwiegend Hintergrundinformationen zum jeweiligen Projekt, dem entsprechenden Land oder der Region, seiner Geschichte, den politischen und sozialen Verhältnissen sowie möglicherweise geplanten oder bereits bestehenden Initiativen durch lokale Akteure. In den meisten Fällen der oft sehr ausführlichen Berichte fand sich erst in einem kurzen Absatz am Ende des Schreibens der Hinweis auf die konkrete Aktivität von *medico* in dem zuvor beschriebenen Kontext, verbunden mit einem Spendenaufruf, um die Fortführung finanzieller oder materieller Hilfen zu gewährleisten. Diese Prioritätensetzung, die von der Betonung der Mitarbeiter lokaler Initiativen als Hauptakteure geprägt war, unterschied sich stark von der Berichterstattung von Cap Anamur und dem DRK. *Medico* selbst nahm dabei – nach den anfänglichen Katastrophenhilfeeinsätzen als Entsendeorganisation bis Ende der 1970er Jahre – eine eher passive Rolle des finanziellen, materiellen und ideellen Unterstützers und eines Sprachrohrs für die Partner ein.

Ab Ende der 1970er Jahren erfuhr das Konzept von PHC eine besondere und die nächsten Jahrzehnte fortwährende Bedeutung für die theoretische und praktische Arbeit von *medico*.¹⁵⁴ Die Organisation machte sich die Inhalte von PHC zu eigen und setzte Inhalte wie soziale und ökonomische Gerechtigkeit, intersektorale und sozialmedizinische Ansätze zur Gesundheitsförderung sowie die Partizipation der betroffenen Bevölkerung und die Berücksichtigung ihrer Bedürfnisse auf die Projektagenda. Dabei spielte die Partnerorientierung in der Findung, Ausrichtung und Durchführung der Projekte eine

¹⁵² *medico international* (1985): Befreiungshilfe. In: *medico Rundschreiben* 2/85, 26.

¹⁵³ *medico international* (1982): Vorwort. In: *medico Rundschreiben* 4/82, 3.

¹⁵⁴ Vgl. Brandscheidt, Gebauer (1988): Zum Beispiel Gesundheit.

entscheidende Rolle. Bei den unterstützten lokalen Akteuren handelte es sich vielfach um Gruppierungen, die als auf örtlichen Gemeinschaften basierende Organisationen (*community based organization*) bezeichnet werden können, wie etwa die Organisation ACCSS in Guatemala¹⁵⁵ oder ein Selbsthilfeprojekt in Südafrika in Zeiten der Apartheid.¹⁵⁶

Zu Beginn des 21. Jahrhunderts bezeichnete sich medico selbst als „Menschenrechts- und Entwicklungshilfeorganisation“¹⁵⁷ und betonte damit das der eigenen Arbeit bis dato seit mehr als zwei Jahrzehnten zugrundeliegende Konzept des langfristigen Einsatzes für gesundheitsförderliche Lebensumstände und des Versuchs einer Erstreitung und Bewahrung der Menschenrechte.

Der Wandel von der Bemühung um die Abdeckung grundlegender Bedürfnisse (*basic needs*) hin zu einer Betonung der grundlegenden Rechte jedes Menschen (*basic rights*) war als Perspektivwechsel auch bei anderen Hilfsorganisationen erkennbar.¹⁵⁸ Eine derart enge Verknüpfung zwischen den Menschenrechten und EZ war nicht immer gegeben. Erst das Ende des Kalten Krieges schuf neue Voraussetzungen für die Menschenrechtspolitik. Die Diskussion des „human rights approach to development“¹⁵⁹ wird auf internationaler Ebene seit Beginn der 1990er Jahren geführt. 1993 fand in Wien die Weltkonferenz über Menschenrechte statt, bei der die Zusammenhänge zwischen der Verwirklichung der bürgerlichen und politischen Rechte¹⁶⁰, der wirtschaftlichen, sozialen und kulturellen Rechte¹⁶¹ und Entwicklung aufgezeigt wurden. Im Allgemeinen hat der Menschenrechtsdiskurs auch Debatten in gesundheitsbezogener Sozialforschung wie der Medical Anthropology befördert, und Untersuchungen gesellschaftlicher Ungleichheit und struktureller Gewalt gewinnen zunehmend an Bedeutung.¹⁶²

¹⁵⁵ Vgl. medico international (2005): Guatemala. In: medico Rundschreiben 4/05, 31.

¹⁵⁶ Vgl. medico international (1983): Die „Hector-Peterson“ Initiative. In medico Rundschreiben 4/83, 27-28.

¹⁵⁷ Gebauer, Thomas (2001): „Access to health“, Wege zur sozialen Sicherung von Gesundheit. In: medico Rundschreiben 2/01, 4-7, hier 7.

¹⁵⁸ Vgl. Krennerich, Michael (2003): Menschenrechtsarbeit für die deutsche Entwicklungszusammenarbeit – Ansätze und Erfahrungen der Kirchen. Bonn: Deutsches Institut für Entwicklungspolitik.

¹⁵⁹ Hamm, Brigitte (2003): Menschenrechtsansatz in der Entwicklungszusammenarbeit – Ansätze und Erfahrungen von UNICEF und UNDP. Bonn: Deutsches Institut für Entwicklungspolitik, 1.

¹⁶⁰ Vereinte Nationen (1966): Resolution der Generalversammlung, 2200A (XXI), Internationaler Pakt über bürgerliche und politische Rechte.

¹⁶¹ Vereinte Nationen (1966): Resolution der Generalversammlung, 2200 A (XXI), Internationaler Pakt über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte.

¹⁶² Vgl. Nichter (2008): Global Health, 7-8; Farmer, Paul (2004): An Anthropology of Structural Violence. In: Current Anthropology, 45(3), 305-325.

Vergleich

Die anfänglichen Grundsätze von medico in Bezug auf schnelle, gezielte und unbürokratische Hilfeleistung stimmten vordergründig mit denen von Cap Anamur überein. Wesentliche Unterschiede bezüglich des Organisationsprofils, die sich in den folgenden Jahrzehnten verstärkt herausbildeten, lagen in den Antworten auf die Fragen, welche Art von Hilfe, mit welchen Zielen und welchen Mitteln durchgesetzt werden sollte. Ähnliches gilt für einen Vergleich der Grundsätze von medico in den ersten Jahren nach der Gründung mit denen des DRK, wenn das Ziel war, Hilfe zu leisten, „die Dienst an der geschundenen Menschheit ist, ohne Ansehung der Rasse, der Religion der Weltanschauung, des politischen Standpunktes und der Weltbanksicherheiten...“¹⁶³

Bis auf den letzten Punkt wies dieser Vorsatz von medico deutliche Parallelen zu den humanitären Grundsätzen des DRK im Sinne neutraler und unparteiischer Hilfe ohne Ansehen von Religion, Herkunft oder politischer Überzeugung auf.¹⁶⁴ Auch zwischen medico und dem DRK bildeten sich jedoch in der Folge Unterschiede in Selbstverständnis und Arbeitsweise immer deutlicher heraus. So stellte etwa für das DRK Hilfe ein Hauptanliegen und auch einen Selbstzweck der eigenen Arbeit dar. In diesem Punkt ergab sich eine Parallele zur Auffassung von Cap Anamur (Hilfe als Teil eines humanitären Auftrags), aber ein wesentlicher Unterschied zum Verständnis von medico (Hilfe als ein Mittel zur Verhältnisänderung).

Menschlichkeit, als humanitärer Grundsatz des DRK, stand für eine Verbindung derjenigen, die in der Lage sind zu helfen, mit Menschen, die dieser Hilfe bedürfen. Hierin war auch eine emotionale Komponente enthalten, umschrieben mit den Werten der Nächstenliebe und der Barmherzigkeit. Diese Werte hatten auch für Cap Anamur eine vielfach betonte Bedeutung. Innerhalb des Selbstverständnisses von medico besaß eine emotional geleitete und auf reiner Nächstenliebe beruhende Hilfe einen weniger großen Stellenwert. Zwar wurden die individuelle Bereitschaft zur Hilfeleistung und ihr ethischer und moralischer Anspruch geschätzt und als notwendig befunden, eine alleinige Fokussierung auf diese Werte wurde jedoch als problematisch angesehen. Medico sah hierin eine Gefahr für die Entstehung von Willkür, ebenso wie die Möglichkeit der Schaffung und Festigung von Hierarchien zwischen dem barmherzigen Gebenden und dem auf Hilfe angewiesenen und zu Dank verpflichteten Empfänger. Daher pochte medico auf eine Hilfe, die nach eigenem Verständnis Solidarität

¹⁶³ medico (1972): Subkontinent Indien, Problem und Aufgaben. In: info72, 1/1972. [ohne Seitenzahl].

¹⁶⁴ Vgl. Haug, Hans (1977): Gestärkte Einheit des Roten Kreuzes. In: Deutsches Rotes Kreuz. Zentralorgan des DRK in der Bundesrepublik Deutschland 12/1977. Stuttgart: Kohlhammer, 2-4.

genannt werden konnte und die statt auf veränderlichen Emotionen auf gleichen Rechten basieren sollte.¹⁶⁵

Eine wichtige Abgrenzung zwischen den Ansätzen der untersuchten Akteure bestand also darin, dass sowohl bei Cap Anamur als auch beim DRK humanitäre Motive zur freiwilligen, ehrenamtlichen Hilfeleistung eine besondere und wichtige Rolle spielten: Der persönliche Wille, die humanitären Prinzipien zu erfüllen und individuelle Hilfe zu leisten, war stets essentieller Motor der Gesundheitsarbeit beider Organisationen. Bei medico waren die Motive oftmals mehr auf Bevölkerungs- als auf individueller Ebene angesiedelt. Im Vordergrund standen daher in der überwiegenden Zahl der Projekte und auch in der Berichterstattung an die Spender keine individuelle Arzt-Patienten- oder Helfer-Opfer-Beziehung, sondern Versuche struktureller Veränderung der Gesundheitssituation auf breiter Bevölkerungsebene und der Durchsetzung des Menschenrechts auf Gesundheit; ein ergänzender, aber unterschiedlicher Ansatz zum Anspruch der Erfüllung humanitärer Prinzipien.

Die drei von Mark Nichter beschriebenen grundsätzlichen Motivationen von NGOs, Humanitarismus, Menschenrechte und soziale Gerechtigkeit¹⁶⁶, lassen sich auch bei im Gesundheitsbereich tätigen NGOs im Allgemeinen und bei den untersuchten Akteuren im Speziellen erkennen. In jeweils charakteristischer Gewichtung ist Humanitarismus das beim DRK und bei Cap Anamur prägnanteste Motiv, während für medico Menschenrechte und soziale Gerechtigkeit im Vordergrund stehen.

Hinsichtlich der Vermittlung der eigenen Arbeitsinhalte an die Öffentlichkeit war ein Unterschied zwischen medico und dem DRK deutlich erkennbar: Beim DRK nahmen politische und historische Hintergrundinformationen, welche in den Rundschreiben von medico dominierten, einen kaum wahrnehmbaren Raum innerhalb der Berichterstattung ein.

Ein weiterer Unterschied zwischen DRK und medico bestand in dem Anspruch der Reichweite der eigenen Arbeit. Während das DRK darauf abzielte, überall dort medizinische Hilfe zu leisten, wo Menschen in Not Hilfe bedürfen, verdeutlichte medico mit der Einstellung personeller Auslandseinsätze Ende der 1970er Jahre die eigene Auffassung, dass ein gleichzeitiger Einsatz in allen Katastrophengebieten der Welt nicht möglich sei. Vielmehr

¹⁶⁵ Vgl. Gebauer, Thomas (2007): Kritische Not- und Entwicklungshilfe. In: Brand, Ullrich; Lösch, Bettina; Thimmel, Stefan (Hrsg.): ABC der Alternativen: Von "Ästhetik des Widerstands" bis "Ziviler Ungehorsam". Hamburg: VSA-Verlag.

¹⁶⁶ Vgl. Nichter (2008): Global Health, 133-149.

müsse man sich um alternative, umfassendere Lösungsmöglichkeiten bemühen, und bei der unüberschaubaren Anzahl an Krisensituationen müssten Auswahlkriterien angewandt werden.¹⁶⁷ Dieser Einsicht der eigenen begrenzten Möglichkeiten stand das Selbstverständnis des DRK gegenüber, das sich selbst eine „Feuerwehrrolle“¹⁶⁸ zuschrieb und die vielen Möglichkeiten als Teil einer weltweit agierenden und international kooperierenden Organisation betonte. Es ist anzunehmen, dass dieser Unterschied in der Wahrnehmung der eigenen Möglichkeiten nicht nur durch die tatsächliche Verfügbarkeit der jeweiligen materiellen, finanziellen und personellen Ressourcen zustande kam, sondern auch durch die unterschiedliche Zielsetzung der operativen Arbeit. Cap Anamur verfügte, gerade in den ersten Jahren nach der Gründung, über ein eher geringes Maß an Ressourcen, und es wurde über partielle Schwierigkeiten berichtet, ausreichend geeignetes Einsatzpersonal zu finden.¹⁶⁹ Dennoch wurde die Notwendigkeit zur Aufstellung von Auswahlkriterien für die Projektstandorte nicht explizit formuliert. Vielmehr fanden sich vielfach Berichte von Cap Anamur als einzige aktive Organisation in komplexen Einsatzregionen. Daraus ergab sich weniger der Anspruch einer umfassenden, in allen großen Notsituationen dieser Welt agierenden, als die einer zielgerichtet Versorgungslücken schließenden Organisation.

Die Berufung von medico auf das Konzept von PHC war eine Besonderheit unter den untersuchten Akteuren. Zwar stellten Aufbau und Sicherung einer Basisgesundheitsversorgung für das DRK Teil ihrer entwicklungspolitischen Arbeit dar, aber weder Cap Anamur noch das DRK nahmen in den Berichten für die Spender derart deutlich Bezug auf das PHC-Konzept.

Die klassische Zielsetzung humanitärer Akteure lässt sich wie folgt pointieren: „Humanitäre Hilfsorganisationen sehen sich weder als Friedens- noch als Menschenrechtsorganisationen. Ihnen geht es nicht um Gerechtigkeit und ihnen geht es auch nicht um Frieden, sondern einzig um das Recht auf Leben jedes einzelnen Menschen.“¹⁷⁰ Vor diesem Hintergrund lassen sich die Diskrepanzen zwischen den untersuchten Akteuren besonders deutlich kontrastieren, insbesondere die zwischen dem DRK als zur Neutralität verpflichteter humanitärer Hilfsorganisation und medico als Organisation, die den Ansatz der sozialen Gerechtigkeit in den letzten Jahrzehnten besonders intensiv verfolgt hat und sich daher mittlerweile als Entwicklungs- und Menschenrechtsorganisation versteht. Cap Anamur ist auf vielerlei Ebenen

¹⁶⁷ medico international (1976): Neutralität ist Parteilichkeit. In: info 10/1976, 22.

¹⁶⁸ DRK (1985): Vorbemerkung. In: Deutsches Rotes Kreuz (DRK) (Hrsg.): Jahrbuch 1984/85. Bonn: Präsidium des Deutschen Roten Kreuzes, 88.

¹⁶⁹ Neudeck, Rupert (nach 1989): [Manuskript] Versagen der Vergangenheit. Die moderne Unfähigkeit, „Buße zu tun“. Archivordner Cap Anamur, 108.

¹⁷⁰ Götze (2004): Humanitäre Hilfe, 210.

weniger klar einer der beiden genannten Grundpositionen zuzuordnen, da es in der Geschichte der Organisation immer wieder Anteile eines offenen und parteiischen Einsatzes, gerade durch R. Neudeck selbst, gab. Cap Anamur setzte sich in diesem Sinne für gerechtere und gesundheitsförderliche Lebensumstände ein, betonte aber auch die Bedeutung einer neutralen unparteiischen Hilfe, die allein auf eine Linderung akuten und individuellen Leids und die Erbringung medizinischer Versorgungsleistungen ausgerichtet war. Dabei stehen diese drei Organisationen für unterschiedliche Punkte innerhalb eines breiten Spektrums, in dem sich international im Gesundheitsbereich tätige Hilfsorganisationen verorten lassen.

5.1.3 Das Konzept *Hilfe zur Selbsthilfe* als Vergleichspunkt

Die Ursprünge des Konzepts *Hilfe zur Selbsthilfe* können in Europa bis in das 18. Jahrhundert zurückverfolgt werden.¹⁷¹ Bei genauerer Betrachtung machen unterschiedliche Interpretationen der Konzepte von Hilfe und *Hilfe zur Selbsthilfe* deutlich, wie kontrovers sich scheinbar unumstrittene und vorwiegend positiv konnotierte Konzepte in der Realität im Gesundheitsbereich darstellen. Trotz kritisch zu betrachtender Implikationen der Wendung *Hilfe zur Selbsthilfe* hat sich diese über einen erstaunlich langen Zeitraum von mehr als vier Entwicklungsdekaden gehalten und scheint in ihrer Präsenz im öffentlichen Diskurs, außerhalb von Fachkreisen, auch aktuell noch weitgehend unangetastet zu sein. Es besteht eine Diskrepanz zwischen der auch heute noch weiten Verbreitung und allgemein positiven Konnotation des Konzepts *Hilfe zur Selbsthilfe* und Beispielen aus der Historie, die zeigen, dass hierunter bisweilen eine Legitimation machtbestimmter, hierarchischer sowie teils gewalttätiger Strukturen erfolgte.¹⁷²

Der Ansatz *Hilfe zur Selbsthilfe* hat sich nicht nur im politischen Diskurs bis heute gehalten, er bestimmt vor allem auch einen großen Teil der öffentlichen Wahrnehmung des Bereichs der EZ und wurde vielfach von Hilfsorganisationen in ihrer Öffentlichkeitsarbeit aufgegriffen. Medial besonders präsent ist das Konzept *Hilfe zur Selbsthilfe* etwa im Bereich von Nahrungsmittelhilfen, es findet jedoch vielfach auch im Gesundheitsbereich Anwendung, etwa in Form von Unterstützung und eines Aufbaus medizinischer Einrichtungen sowie in der Ausbildung von Gesundheitspersonal. Das Konzept *Hilfe zur Selbsthilfe* unterscheidet sich vom

¹⁷¹ Vgl. Büschel, Hubertus (2009): Eine Brücke am Mount Meru – Zur Globalgeschichte von Hilfe zur Selbsthilfe und Gewalt in Tanganjika. In: Büschel, Hubertus; Speich, Daniel (Hrsg.): Entwicklungswelten, Globalgeschichte der Entwicklungszusammenarbeit. Frankfurt a.M./New York: Campus Verlag, 175-206.

¹⁷² Büschel (2009): Eine Brücke am Mount Meru, 178.

neueren, seit Mitte der 1990er Jahre in der EZ etablierten Ansatz des *Empowerments* – der Befähigung zur Wahrnehmung und Erstreitung der eigenen Rechte, unter anderem des Rechts auf Gesundheit¹⁷³, wobei dieses in der öffentlichen Wahrnehmung im Zusammenhang mit EZ noch weniger präsent zu sein scheint.

Innerhalb der Außendarstellung der Bundesregierung war das Konzept *Hilfe zur Selbsthilfe* von den 1970er Jahren bis Ende der 1990er Jahre durchgehend erkennbar. Es wurde als wichtiger Bestandteil und Grundsatz entwicklungspolitischer Maßnahmen dargestellt und sogar mit Entwicklungshilfe gleichgesetzt.¹⁷⁴ Hinsichtlich der Grundsätze der entwicklungspolitischen Ausrichtung betonte die Bundesregierung, dass diese „nur Hilfe zur Selbsthilfe“¹⁷⁵ sei und dass als Grundlage für eine erfolgreiche EZ Eigenleistungen der Partnerländer erbracht werden müssten, um aus eigener Kraft und eigenem Willen heraus, beispielsweise in Form zivilgesellschaftlicher Bewegungen, soziale Strukturen aufzubauen und zu verbessern. Bei dem von der Bundesregierung als notwendig und förderungswürdig erachteten Entwicklungsprozess in Partnerländern wurden Rahmenbedingungen gefordert, die eine Verwirklichung des Selbsthilfepotenzials im Gesundheitsbereich ermöglichen sollten. Hierbei wurde eine eigene Bewertung dieser Rahmenbedingungen, etwa hinsichtlich der Ausrichtung des Wirtschaftssystems oder der gesamtgesellschaftlichen Strukturen, vorgenommen und somit darüber entschieden, welche Initiativen als adäquat einzuordnen waren.¹⁷⁶ Die externe Komponente des Konzepts blieb auf diese Weise letztlich dominant. Neben *Hilfe zur Selbsthilfe* stellten nach Ansicht der Bundesregierung „Partizipation“ und „Eigenverantwortung“ wesentliche Grundvoraussetzungen für einen nachhaltigen Entwicklungsprozess dar.¹⁷⁷

medico international

In der Analyse der Publikationen von *medico* fällt der seit Anfang der 1970er Jahre im Vergleich zu den anderen Akteuren deutlich seltenere Gebrauch des Begriffes *Hilfe* auf, was für eine Hilfsorganisation auf den ersten Blick verwundern mag, letztlich jedoch dem Selbstverständnis von *medico* entsprach. Stattdessen wurden die Leistungen von *medico* mit den Ausdrücken der Solidarität und der Unterstützung beschrieben. Während in Westdeutschland der Begriff der Entwicklungshilfe geläufiger war, wurde Solidarität als

¹⁷³ Zum Empowerment Begriff im Zusammenhang mit Entwicklungspolitik vgl. Hoffmann (2003): Empowerment als Strategie der Entwicklungshilfe.

¹⁷⁴ Vgl. BMZ: Journalisten-Handbuch Entwicklungspolitik 1989/1990, 9.

¹⁷⁵ BMZ: Journalisten-Handbuch Entwicklungspolitik 1983, 9-10.

¹⁷⁶ Vgl. BMZ: Journalisten-Handbuch Entwicklungspolitik 1989/1990, 9-10.

¹⁷⁷ BMZ: Journalisten-Handbuch Entwicklungspolitik 1996, 18.

Ausdruck einer Förderung von Ländern der „Dritten Welt“ eher in der DDR verwendet.¹⁷⁸ So existierte etwa in der DDR ein „Solidaritätskomitee“, eine Institution, die abhängig vom Zentralkomitee der SED war und Maßnahmen in „Entwicklungsländern“ finanzierte. Bewusst sollte bei medico durch diese Wortwahl auch Kritik und Abgrenzung gegenüber dem „klassischen“ Konzept und Verständnis Humanitärer Hilfe im Gesundheitsbereich geleistet werden, das oftmals mit Hierarchien zwischen dem professionellen Helfer und dem medizinischer Hilfe Bedürftigen, dem Gebenden und Nehmenden, dem Starken und Schwachen, dem aktiven und passiven Akteur assoziiert wird. Eine alternative Rhetorik sollte dazu beitragen, diese Hierarchie und Abgrenzung abzumildern und „Hilfe als solidarische Aktion zu verstehen.“¹⁷⁹ Mit dem Ausdruck Solidarität lag die Betonung mehr auf dem weiteren Prozess, der nach dem externen Anstoß folgte und der durch die Bevölkerung selbst getragen wurde, sowie auf bereits vor Beginn des Hilfsprozesses bestehenden gemeinsamen Interessen und Werten. Auch heute noch wird dieser Ausdruck von medico bevorzugt verwendet. Solidarität werde dadurch charakterisiert, dass eine gemeinsame Arbeit durch Akteure mit ähnlichem Selbstverständnis für übereinstimmende Ziele geleistet wird.¹⁸⁰

„Wenn überhaupt noch von Hilfe die Rede ist, wird zumeist nicht von Hilflosigkeit als Status, sondern als Statuspassage gesprochen.“¹⁸¹ Medico bezog sich auf den Soziologen Hauke Brunkhorst und versuchte, diese Theorie in die Praxis der eigenen Arbeit zu übersetzen, indem Hilfsbedürftigkeit der Betroffenen als transienter Zustand angenommen wurde. Dieser Zustand sei nicht nur veränderlich, sondern – dies war der entscheidende Punkt – Hilfe von außen sollte lediglich einen Anstoß darstellen, um die Entfaltung der vorhandenen eigenen Kräfte der Bevölkerung in der Gesundheitsarbeit wieder zu ermöglichen. Eine externe Komponente blieb bei diesem Ansatz letztlich auch erkennbar, Hierarchien sollten jedoch vermieden werden. Für medico war es ein „Mythos, von der Hilflosigkeit der Opfer zu sprechen, die selber genau wissen, wie sie ihre Zukunft gestalten möchten“.¹⁸²

Hilfe zur Selbsthilfe, als von den anderen untersuchten Akteuren häufig benutzte Wendung, wick in den Publikationen von medico meist dem alleinigen Begriff der Selbsthilfe. Hierdurch wurde die von medico angestrebte und bereits dargestellte Akteursbeziehung zum Ausdruck

¹⁷⁸ Bruchhausen, Walter; Borowy, Iris (2017): Development Aid and Solidarity Work. East and West German Health Cooperation with Low-Income Countries, 1945-1970. In: Gesnerus. Swiss Journal of the History of Medicine and Sciences, 74(2): 173-187.

¹⁷⁹ Brunkhorst, Hauke (2005): Solidarität als Recht. In: medico Rundschreiben 02/05, 23.

¹⁸⁰ Gebauer, Thomas: Protokoll eines Gesprächs mit Thomas Gebauer, Geschäftsführer von medico international. Fragen gestellt von Franziska Hommes. 14.10.2015. Berlin.

¹⁸¹ Brunkhorst (2005): Solidarität als Recht, 22.

¹⁸² medico international (1985): Vorwort. In: medico Rundschreiben 1/85, 3.

gebracht, in der die lokalen Partner Hauptakteur und kundiger Initiator der Gesundheitsprojekte sein sollten:

„Fachkenntnisse und Material von unserer Seite können nur in engem Bezug zu der gesellschaftlichen Wirklichkeit des jeweiligen Landes günstige Auswirkungen für die Bevölkerung haben. Aus dem Maß der Selbsthilfe, die durch unsere Hilfe ermöglicht wird, bestimmt sich auch ihr Wert. Die Hilfe, die in der Zukunft mehr Kosten verursacht als sie selbst wert ist, ist eine Belastung für den Empfänger.“¹⁸³

Die generelle Kritik von medico am Konzept der „klassischen“ medizinischen Humanitären Hilfe, die im ersten Jahrzehnt nach der Gründung immer mehr Diskussionsgegenstand wurde, bezog sich auf die angenommene Problematik, dass je nach Art und Gestaltung der Soforthilfe diese Gefahr laufe, einem tiefgreifenden Wandel hin zu gesundheitsförderlichen Lebensumständen sogar im Wege stehen. So richtete medico 1977 sowohl an andere Hilfsorganisationen als auch an sich selbst die Frage: „Sind Hilfsorganisationen nur das Feigenblatt, mit dem das Elend in der Dritten Welt vor unseren mitteleuropäischen Augen zugedeckt werden soll?“¹⁸⁴ Medico zählte die Kritik am Konzept der Humanitären Hilfe seit Ende der 1970er Jahre zu einem festen Bestandteil der eigenen Arbeit. Die Organisation definierte hierüber einen Teil des eigenen Selbstverständnisses und suchte nach anderen Konzepten: „Überwinden von Hilfe bedeutet, Daseinsfürsorge aus der Sphäre von freiwilligem Engagement und Charity herauszulösen und auf rechtliche Grundlagen zu stellen.“¹⁸⁵ Dennoch bezieht auch medico den größten Teil der Finanzgrundlagen aus Spenden¹⁸⁶ und ist daher in der eigenen Existenz ganz wesentlich, wenn auch nicht von „Charity“, zumindest jedoch von der privaten Spendenbereitschaft abhängig. Die Spannung zwischen der eigenen – zu bewerbenden – medizinischen Arbeit in ihrer Abhängigkeit von Spendengeldern und der internen Motivation und Zielsetzung kann hierbei durchaus zu Konflikten führen. Die von medico geäußerte Kritik an Konzepten und Inhalten medizinischer (Not-)Hilfe war nicht so zu verstehen, dass humanitären Prinzipien ihre Wertigkeit abgesprochen wurden. Entscheidend war vielmehr die Frage, wie und durch welche Akteure Humanitäre Hilfe geleistet wird.

¹⁸³ Wallauer, Peter (1976): Probleme der medizinischen Entwicklungshilfe. In: info 10/1976. Frankfurt a.M.: medico international, 18-20, hier 20.

¹⁸⁴ medico international (1977): Hoffnungsschimmer am Horizont. In: info 12-2/1977, 2-3.

¹⁸⁵ Gebauer, Thomas (2014): Beyond Aid – warum Kritik an der Hilfe notwendig ist. In: medico Rundschreiben 01/2014, 6.

¹⁸⁶ Vgl. medico international (Hrsg.) (2016): Jahresbericht 2016. Frankfurt a.M.: medico international.

Dieser beständige Reflexionsprozess innerhalb des eigenen Selbstverständnisses erfuhr im Rahmen der Konferenz „Macht und Ohnmacht von Hilfe“¹⁸⁷ (2003) sowie der „Beyond Aid“-Konferenz¹⁸⁸ (2014) eine besondere Bedeutung. Ziel war hierbei, neue, veränderte Hilfskonzepte zu entwickeln und umzusetzen, die den humanitären Problemen der Welt langfristig begegnen sollten, ohne in die Gefahr zu geraten, bestehende ungleiche Chancenverhältnisse hinsichtlich des Rechts auf Gesundheit zu verstetigen. Dieser Anspruch wurde unter dem Konzept der „kritischen Not- und Entwicklungshilfe“¹⁸⁹ zusammengefasst, das stets zwei Komponenten zu erfüllen versucht: Die notwendige akute medizinische Hilfeleistung für von Krisen und Katastrophen betroffene Menschen sowie der gleichzeitig stetige Einsatz für die Veränderung derjenigen Verhältnisse, die eben jene Notwendigkeit hervorrufen oder zum Ausmaß der Katastrophe beitragen. Medico kritisierte unter Berufung auf das beschriebene Konzept Interpretationen von Hilfe, die der Gefahr unterlägen zum Selbstzweck zu werden und kritisierte auch R. Neudecks Verständnis von Hilfe, das oft lediglich eine individuelle und auf moralischen Grundsätzen beruhende Leistung darstelle. Sei der Fokus mehr auf den professionellen Helfer gerichtet, anstatt auf die Verhältnisse gesundheitlicher Not und deren verursachende Hintergründe, könnten hierdurch keine gerechten Verhältnisse erwirkt werden.¹⁹⁰

Deutsches Rotes Kreuz

Das DRK legte seinen Projekten sowohl das Konzept der primär externen Hilfe als auch das der *Hilfe zur Selbsthilfe* zugrunde. Letzteres stelle seit Mitte der 1960er Jahre einen festen Bestandteil der eigenen Arbeit dar.¹⁹¹ Dabei zeichnete sich ab, dass unter dem Begriff Hilfe vorwiegend kurzfristige medizinische Not- und Katastrophenhilfe verstanden wurde, während Hilfe zur Selbsthilfe neben „[s]trukturbildende[r] Hilfe“ „‘strategischen‘ Charakter“¹⁹² besitze und damit eher in den Bereich langfristiger EZ einzuordnen war.

¹⁸⁷ medico international (Hrsg.) (2003): medico report 25. Macht und Ohnmacht der Hilfe. Frankfurt a.M.: Mabuse-Verlag.

¹⁸⁸ Zweite Frankfurter Hilfe-Konferenz 20.-22.02.2014: Beyond Aid. Von Wohltätigkeit zu Solidarität. www.medico.de/fileadmin/migrated/document/media/1/beyond-aid-programmheft.pdf, abgerufen am 17.01.2018.

¹⁸⁹ Gebauer (2007): Kritische Not- und Entwicklungshilfe.

¹⁹⁰ Vgl. Gebauer, Thomas (2003): Als müsse die Rettung erst noch erdacht werden, Grundlegende Gedanken zu einer Neubestimmung humanitärer Hilfe. In: medico international (Hrsg.): medico report 25. Macht und Ohnmacht der Hilfe. Frankfurt a.M.: Mabuse-Verlag.

¹⁹¹ Vgl. Kronenberger, Jürgen (1984): Zusammenarbeit im Internationalen Roten Kreuz (II): Grundlagen, Anmerkungen, Inhalte. In: Die Rotkreuz-Zeitung 3/1984. München: Süddt. Verlag, 4-5.

¹⁹² DRK (1986): Entwicklungszusammenarbeit des Deutschen Roten Kreuzes. In: Die Rotkreuz-Zeitung 5/1986, 2.

Das DRK betonte wiederholt die notwendige Hilfe für Schwestergesellschaften, die zum Teil nicht fähig seien, nationalen Katastrophen durch selbstständiges Handeln ausreichend zu begegnen.¹⁹³ Das DRK sah sich in der Position, jene Schwestergesellschaften in die Lage zu versetzen, auf Notstände zukünftig adäquater zu reagieren. Aus diesem Verständnis heraus ergab sich zum Teil eine deutliche Abstufung zwischen dem DRK als aktivem sowie über Wissen und materielle Mittel verfügenden Akteur und denjenigen Schwestergesellschaften, die gestärkt werden müssten, um zu verhindern, „daß eben nicht bei einer Katastrophe im Lande [...] sofort nach dem reichen Bruder in Europa gerufen werden muß.“¹⁹⁴ Neben dieser eher langfristig angesetzten Unterstützung zur Stärkung der Kapazitäten der Schwestergesellschaften wurde die Notwendigkeit der medizinischen Hilfe in Form von Sofort- und Katastrophenhilfe betont, die nach Auffassung des DRK oftmals die letzte Rettung der unter Krankheit, Armut und Hunger leidenden Menschen darstellte.¹⁹⁵

Cap Anamur

Hilfe zur Selbsthilfe wurde von Cap Anamur als bewährtes Konzept angenommen und zum Handlungsgrundsatz gemacht. Konkret bedeutete dies in der Praxis etwa eine Zusammenarbeit mit lokalen Akteuren beim Aufbau ambulanter Gesundheitseinrichtungen sowie der medizinischen Versorgung von Verletzten. Ein ehemaliger Mitarbeiter von Cap Anamur erklärte im Jahre 2000: „Ziel ist die Hilfe zur Selbsthilfe und nicht der Finanzielle Dauertropf.“¹⁹⁶ Eine technische Qualität der Hilfe wurde dadurch betont, dass Cap Anamur vielfach bevorzugt Materialhilfe im Sinne der Hilfe zur Selbsthilfe zur Verfügung stellte, um Wiederaufbaumaßnahmen durch die betroffene Bevölkerung selbst zu ermöglichen. Finanzhilfen hingegen würden weniger geleistet.¹⁹⁷

R. Neudeck nahm in einem seiner Manuskripte Bezug auf die scharfe Kritik der ehemaligen BMZ-Mitarbeiterin Brigitte Erler, die 1985 von Entwicklungshilfe als „tödliche[r] Hilfe“ sprach und dies damit begründete, dass die Hilfspolitik Abhängigkeiten schaffe und „die Reichen reicher und die Armen ärmer machte.“¹⁹⁸ Entwicklungspolitik diene der Erschließung

¹⁹³ ebd.

¹⁹⁴ DRK (1988): Unser Delegierter Wolf Reifenrath berichtet aus Ghana. In: Die Rotkreuz-Zeitung 4/1988, 3.

¹⁹⁵ Vgl. DRK (1994): Alptraum Benaco. In: Rotes Kreuz. Das Fachmagazin des DRK, 5/1994, 8-11.

¹⁹⁶ Heimann, Gerd (2000): Leserbrief an die Rheinische Post. Betr.: RP vom Dienstag, 22.08.00 „Vorwürfe gegen Cap Anamur“.

¹⁹⁷ ebd.

¹⁹⁸ Erler, Brigitte (1985): Tödliche Hilfe. Bericht von meiner letzten Dienstreise in Sachen Entwicklungshilfe. Freiburg (Breisgau): Dreisam-Verlag, 8.

neuer Absatzmärkte für westliche Industrieprodukte und würde in erster Linie Profite für die Geberländer mit sich bringen.¹⁹⁹ Diese Meinung teilte R. Neudeck in Einzelfällen, wie etwa einem Einsatz im Sudan Ende der 1980er Jahre und forderte hier eine Beendigung der offiziellen Hilfen, da diese seiner Meinung nach den Konflikt befördert und allein für die Geberländer Vorteile gebracht hätten. Er kritisierte vor allem, dass die Entwicklungspolitik es nicht geschafft habe, die ungleichen Verhältnisse in der Welt entscheidend zum Positiven zu verändern, und machte dafür ein Versagen der Bundesregierung und des BMZ sowie eigennützige Interessen der Industrie verantwortlich.²⁰⁰

5.2 Das Verhältnis zwischen humanitärer Gesundheitsarbeit und Politik

5.2.1 Hilfsorganisationen im Spannungsfeld

Eine Zäsur bezüglich des Verhältnisses zwischen Politik und Humanitärer Hilfe stellte die veränderte welt- und machtpolitische Lage nach Ende des Kalten Krieges dar.²⁰¹ Fragen nach dem Verhältnis zwischen politischen Interessen und den Grundsätzen Humanitärer Hilfe sowie Grenzen und Möglichkeiten einer zivil-militärischen Zusammenarbeit sind seitdem zu einem wichtigen Diskussionsgegenstand geworden.²⁰² Seit den 1990er Jahren hat laut Topçu eine in der Humanitären Hilfe zunehmende Politisierung stattgefunden, die sich „auch nicht mehr ohne weiteres rückgängig machen“²⁰³ ließe. Seitdem sind verschiedene Tendenzen wie eine Politisierung der Humanitären Hilfe und veränderte Krisencharakteristika Gegenstand einer anhaltenden Debatte, in der NGOs sich so positionieren müssen, dass sie unter Erhaltung ihrer Eigenständigkeit und Glaubwürdigkeit handlungsfähig bleiben.

Dass die Wahrung der politischen Neutralität zunehmend eine Herausforderung für nichtstaatliche Akteure darstellte, wurde durch die Forderung des NATO-Generalsekretärs Anders Fogh Rasmussen aus dem Jahre 2010, militärischen Operationen enger mit NGOs als „soft power“²⁰⁴ zu verknüpfen und bei Kriseninterventionen wie in Afghanistan seit 2001

¹⁹⁹ ebd.

²⁰⁰ Vgl. Neudeck (nach 1990): Striptease unseres Humanismus.

²⁰¹ Vgl. Lieser, Jürgen (2002): Sind Hilfsorganisationen überflüssig? Die Rolle der Hilfsorganisationen im Spannungsfeld zwischen Politik und Hilfe. In: Eberwein, Runge: Humanitäre Hilfe statt Politik? 90-110, hier 94.

²⁰² Vgl. Runge, Peter; Borries, Bodo von: Zwischen Distanz und Kooperation: Das schwierige Verhältnis von Streitkräften und humanitären Helfern. In: Lieser, Dijkzeul: Handbuch Humanitäre Hilfe, 389-408.

²⁰³ Topçu (1997): Die Neugestaltung staatlicher humanitärer Hilfe, 3.

²⁰⁴ Anders Fogh Rasmussen: Rede des NATO Generalsekretärs.

www.nato.int/cps/en/natolive/opinions_61891.htm, abgerufen am 27.09.2017.

zusammenzuarbeiten, unterstrichen. Gemeinsam ist der Position vieler NGOs, dass diese sich gegen eine Instrumentalisierung Humanitärer Hilfe und EZ im Gesundheitsbereich im Sinne sicherheitspolitischer Strategien stellen.²⁰⁵ Die Verbindung von militärischer Arbeit und humanitären Einsätzen, gekennzeichnet etwa durch die Begrifflichkeit der humanitären Intervention, lässt die Grenzen zwischen humanitärem und militärischem Eingreifen verwässern, kann die Sicherheit humanitärer Helfer bedrohen und Einsatzmöglichkeiten von NGOs auch im Gesundheitsbereich erheblich einschränken.²⁰⁶

Eine Ablehnung politischer Instrumentalisierung durch staatliche Politik ist nicht mit der Forderung nach einer politikfreien Humanitären Hilfe gleichzusetzen:

„Humanitäre Hilfe handelt also nicht in einem politisch neutralen Raum, in einem Vakuum, in dem Politik sozusagen draußen bleibt. [...] Nicht einmal die Katastrophen selbst sind unpolitisch, weil sie in ihren Auswirkungen Reiche und Arme unterschiedlich treffen. [...] Den Hilfsorganisationen ist heute in der Regel bewusst: Wer hilft, mischt sich ein, kann also gar nicht neutral bleiben.“²⁰⁷

Allein der Hilfseinsatz an sich kann so zum Politikum werden.²⁰⁸ Aus den Verflechtungen zwischen Humanitärer Hilfe und Politik kann die Notwendigkeit für NGOs zu „humanitär-politische[n]“ Analysen und Verhaltensweisen“²⁰⁹ abgeleitet werden:

„Humanitäre Hilfe sollte unparteiisch, unabhängig und neutral sein – doch ihre Notwendigkeit hat politische Ursachen, die Verwirklichung ihrer Prinzipien erfordert politische Rahmenbedingungen, und sie hat immer wieder auch politische Folgen.“²¹⁰

Eine vollständige Trennung zwischen Politik und Humanitärer Hilfe ist demnach nicht möglich, auch wenn Humanitäre Hilfe bei oberflächlicher Betrachtung als unpolitischer Akt erscheinen mag. Zudem ist das Prinzip der Neutralität nicht nur hinsichtlich seines Wertes, sondern auch in Bezug auf die Möglichkeiten der Durchsetzung in humanitären Krisen umstritten.²¹¹

Das Dilemma, inwieweit im Gesundheitsbereich agierende Hilfsorganisationen von den humanitären Prinzipien der Neutralität und Unabhängigkeit abweichen müssen, wenn sie sich

²⁰⁵ Vgl. Von Pilar (2002): Die Instrumentalisierung der Humanitären Hilfe. In: Eberwein, Runge: Humanitäre Hilfe statt Politik? 163-188; VENRO (Hrsg.) (2003): Streitkräfte als humanitäre Helfer? Möglichkeiten und Grenzen der Zusammenarbeit von Hilfsorganisationen und Streitkräften in der humanitären Hilfe. (VENRO-Positionspapier). Bonn: VENRO.

²⁰⁶ Vgl.: VENRO (Hrsg.) (2000): Humanitäre Hilfe von Staats wegen? Ein VENRO-Diskussionspapier. Bonn: VENRO; Gebauer (2003): Als müsse die Rettung erst noch erdacht werden; DRK (2004): Rotes Kreuz: Hilfsorganisationen im Irak. In: Rotes Kreuz. Das Fachmagazin des DRK 1/2004, 16.

²⁰⁷ Lieser (2002): Sind Hilfsorganisationen überflüssig? 90-110, hier 104.

²⁰⁸ Vgl. Götze (2004): Humanitäre Hilfe.

²⁰⁹ Vgl. Quack (2016): Herausforderung Humanitäre Hilfe, 7.

²¹⁰ ebd.

²¹¹ ebd.

zur Zusammenarbeit mit repressiven Regierungen, Führungsriegen oder Gruppen zum Zwecke einer Ermöglichung der humanitären Arbeit gezwungen sehen, zeigte sich besonders deutlich im Biafra-Krieg ab 1967. Für den französischen Arzt und Politiker Bernard Kouchner trugen Ereignisse dieser Zeit dazu bei, die internationale Nothilfeorganisation MSF zu gründen, aus der im Jahre 1993 die deutsche Sektion Ärzte ohne Grenzen e.V. hervorging. Ziel dieser Gründung war es, unparteiliche Hilfe zu leisten, aber den Geschehnissen nicht neutral gegenüber zu stehen, sondern vielmehr durch Veröffentlichung der ursächlichen Ereignisse an deren Überwindung zu arbeiten. Bemerkenswert ist, dass aus ähnlichen Gründen, nämlich dem Ziel der Nichtakzeptanz eines Stillschweigens über notbringende Verhältnisse und einer Zusammenarbeit mit Regierungen, die für eine humanitäre Notsituation verantwortlich sind, nach den Geschehnissen rund um die *boat people* im Südchinesischen Meer wiederum durch Kouchner die Organisation *Ärzte der Welt* (Médecins du Monde, MdM) gegründet wurde. Dies verdeutlicht, dass auch unter verschiedenen großen Hilfsorganisationen wie MSF, MdM oder dem IKRK keinesfalls immer Einigkeit hinsichtlich des besten Umgangs mit den beschriebenen Herausforderungen herrschte.

Dilemmata in Bezug auf nicht intendierte Wirkungen der eigenen humanitären Aktivitäten sind vielfältig, und es existieren multiple Gefahren einer Instrumentalisierung der Humanitären Hilfe. Schon im Jahre 1854 während des Krimkriegs warf die britische Krankenschwester Florence Nightingale die Frage auf, inwiefern eine Leistung Humanitärer Hilfe auch zur Verlängerung des Leidens beitragen kann, indem die damaligen medizinisch versorgten Soldaten teilweise wieder dazu befähigt wurden, erneut in den Krieg zu ziehen und Kampfhandlungen fortzuführen.²¹²

Bei einem wachsenden Bedarf an Humanitärer Hilfe kann von einer stärkeren Konkurrenz zwischen den einzelnen Organisationen ausgegangen werden.²¹³ Die ohnehin hochkomplexe Situation eines humanitären Hilfseinsatzes kann so durch eine große Anzahl von vor Ort tätigen Hilfsorganisationen, gerade im Hinblick auf die politische Positionierung, erschwert werden. Bei einem Einsatz mit vielen hunderten Organisationen ist es zudem wahrscheinlich, dass Aufgaben- und Kompetenzbereiche einer ausgeschiedenen Organisation sehr schnell durch andere ersetzt werden. Der Fall der französischen Sektion von MSF, die sich aufgrund der nicht mehr tragbaren Zustände und Bedingungen im Flüchtlingslager in Goma, im damaligen Zaire,

²¹² Vgl. Polman, Linda (2010): Die Mitleidsindustrie. Frankfurt a.M.: Campus Verlag, 16.

²¹³ Vgl. Eberwein (1997): Die Politik Humanitärer Hilfe.

1994 zurückgezogen und das Land verlassen hatte, rief internationale Aufmerksamkeit und zum Teil Sympathien von Spenderseite, aber auch scharfe Kritik aus den Reihen anderer Hilfsorganisationen hervor.²¹⁴

5.2.2 Humanitäre Gesundheitsarbeit und Politik in den Aktivitäten der untersuchten Hilfsorganisationen

Cap Anamur

Im Falle von Cap Anamur wies das Verhältnis zwischen humanitärer Gesundheitsarbeit und Politik eine Besonderheit auf, da R. Neudeck als Gründer, prägende Persönlichkeit und langjähriger Vorstand der Hilfsorganisation gleichzeitig auch als Journalist und Person des öffentlichen Lebens in Aktion trat. Im Zusammenhang mit einzelnen Projekten bezog er klare politische Positionen, wobei sich diese doppelte Funktion im Einzelnen nicht immer eindeutig trennen ließ. Grundsätzlich gilt es also bei der Analyse des Verhältnisses zwischen humanitärer Gesundheitsarbeit von Cap Anamur und Politik mehrere Dimensionen zu unterscheiden: Zum einen die Positionierung R. Neudecks als öffentliche Person und Journalist gegenüber der Entwicklungspolitik der Bundesregierung und zum anderen die Haltung der Organisation Cap Anamur zur politischen Positionierung in den eigenen Einsätzen.

R. Neudeck beklagte, dass sich viele Hilfsorganisationen den Vorgaben der Regierungen im Gastland beugen würden, auch wenn dies bedeute, sich den Forderungen eines „Knebel-Vertrag[s]“²¹⁵ zu unterziehen. Kritiker der Vorgehensweise von Cap Anamur konstatierten, dass der Ansatz „radikaler Humanität“ von Cap Anamur im Sinne einer Fokussierung allein auf kurzfristige Überlebenshilfe mit einer Vernachlässigung bedeutender Kontextfaktoren, darunter auch politischer Strukturen und Konsequenzen, sowohl am Einsatzort als auch in Deutschland, einherging.²¹⁶

Des Weiteren bezeichnete R. Neudeck die Leistung von Cap Anamur als „humanitäre, nicht politische Arbeit“²¹⁷. In der Geschichte sah sich Cap Anamur jedoch immer wieder dem Konflikt zwischen Neutralität und der Notwendigkeit zur politischen Positionierung ausgesetzt, und man bekannte sich zu der Schwierigkeit, diesen aufzulösen. So kam es bisweilen zu einem

²¹⁴ Vgl. Polman (2010): Die Mitleidsindustrie, 51-52.

²¹⁵ Neudeck (nach 1990): versbu 3. Versagen der Diplomatie, 4.

²¹⁶ Vgl. Merziger (2016): The ‘radical humanism’ of ‘Cap Anamur’.

²¹⁷ Komitee Cap Anamur (1988): Humanitäre Radikalität, 7.

schier unüberwindlichen Konflikt zwischen Situationen, in denen einerseits „das Politische gar nicht interessiert“ und in denen die Prämisse gilt: „Zupacken und nicht fragen, weshalb diese Menschen jetzt in diese Not geraten sind“, aber gleichzeitig „geht dieses Engagement mit dem höchsten politischen Bewußtsein einher.“²¹⁸

In Bezug auf Unrecht, das zu Krankheit und Not in der jeweiligen Einsatzsituation geführt hatte, bestand ein hoher Grad an Sensibilisierung und Willen zur Urteilsbekundung. Cap Anamur erklärte einerseits das eigene Interesse an der Sichtbarmachung und Veröffentlichung von gesundheitlichen Missständen, und allein die Tatsache der Durchführung eines Einsatzes, wie zur Gründungszeit im Südchinesischen Meer, wurde als politische Positionierung gegenüber der deutschen sowie der internationalen Politik verstanden. Zugleich konnte die Reaktion auf solche Missstände, zugunsten der Wahrung von Möglichkeiten humanitären Handelns, unpolitisch ausfallen, und für alle Mitarbeiter galt der Grundsatz der unparteilichen Hilfe.

In Veröffentlichungen, Briefen und weiteren internen Schreiben R. Neudecks fanden sich zahlreiche direkte und indirekte Bezüge zum damaligen politischen Geschehen sowie konkrete Forderungen und Kritik vor allem in Bezug auf die Entwicklungspolitik der Bundesregierung. „Alle Versuche, von seiten humanitären [sic] Organisationen, auch von mir selbst, das AA mal zu einer alternativen Politik und Aktivität zu bewegen, fielen ins Wasser.“²¹⁹ R. Neudeck sah seine Bestrebungen, auch außerhalb der eigenen Organisation eine Reduzierung von Bürokratie und ein erhöhtes Maß an zielstrebigem Handeln zu erreichen, oft als gescheitert an. Im Rahmen seiner zwischenzeitlich scharfen Kritik am Wesen und Vertretern der Entwicklungspolitik forderte er ein aktiveres Engagement für Humanitäre Hilfe und rief die Bundesregierung zu einer stärkeren Förderung dieses Bereichs auf.

Ein weiteres bedeutendes Thema für R. Neudeck innerhalb seiner politischen Positionierung war das der Diplomatie. Er sprach sich für eine aktivere Nutzung ihrer Möglichkeiten zur Beeinflussung der politischen Verhältnisse in den entwicklungspolitischen Partnerländern aus. Am Beispiel des Sudan machte R. Neudeck Anfang der 1990er Jahre deutlich, wie paradox er die Situation empfand, als die Bundesregierung die sudanesischen Armee durch finanzielle Mittel unterstützte und zugleich Entwicklungshelfer von der sudanesischen Luftwaffe angegriffen wurden.²²⁰ Dies wertete R. Neudeck als gravierende Konsequenz mangelnder Politikkohärenz zwischen der Außen- und Entwicklungspolitik der Bundesregierung. Des

²¹⁸ Komitee Cap Anamur (1988): Humanitäre Radikalität, 14-15.

²¹⁹ Neudeck (nach 1990): versbu 3. Versagen der Diplomatie, 2.

²²⁰ ebd., 2-3.

Weiteren warf R. Neudeck Regierungsvertretern zeitweise ein generelles Desinteresse an der Situation entwicklungspolitischer Partnerländer vor. So urteilte er: „Die Abgeordneten haben anderes und, wie sie meinen, Besseres zu tun – als sich mit den Schwarzafrikanern zu befassen.“²²¹ Weiterhin stellte er zu Beginn der 1990er Jahre die Frage: „Ist es deshalb weit hergeholt, daß es keine deutsche Afrika-Politik gibt?“²²² und kritisierte, dass die deutsche Außenpolitik noch immer Kennzeichen der Hallstein-Doktrin aufwiese. Tatsächlich schienen die Interessen der Bundestagsabgeordneten zum Teil mehr von Tagespolitik und finanziellen Fragen der Humanitären Hilfe bestimmt als von deren grundsätzlichen und im Wandel befindlichen Konzeptionen.²²³

R. Neudeck forderte eine grundsätzliche Neustrukturierung der Entwicklungspolitik Deutschlands und Europas, vor allem hinsichtlich der außenpolitischen Beziehungen zu Ländern Afrikas. Er räumte dabei der westlichen Außenpolitik die entscheidende Rolle für die weitere Entwicklung des Kontinents ein:

„Afrika ist nur diesem Europa zugeordnet, ja, uns aufgegeben, sonst niemandem. Von woher sollte es eine Perspektive bekommen, wenn überhaupt sie von außen kommen muß, wenn nicht von Europa.“²²⁴

Menschenrechte, wie das Recht auf Gesundheit und das Maß ihrer tatsächlichen Umsetzung stellten für R. Neudeck eine bedeutende und wiederkehrende Thematik dar.²²⁵ Hier lassen sich einzelne Parallelen zu Ansätzen von medico erkennen. Auch in den Ausführungen R. Neudecks wurde zwischenzeitlich scharfe Kritik an den Unrechtsverhältnissen in der Welt sowie der Diskrepanz zwischen Armut und Reichtum und den einhergehenden Auswirkungen auf die Gesundheit von Menschen geäußert²²⁶, wobei diese Kritik häufig Ausdruck der Position R. Neudecks war, aber seltener einen Teil der Öffentlichkeitsarbeit von Cap Anamur repräsentierte.

²²¹ Neudeck, Rupert (nach 1991): [Manuskript] Das Versagen der Afrika-(Entwicklungs)-Politik. Archivordner Cap Anamur, 69.

²²² ebd., 70.

²²³ Vgl. Topçu (1997): Die Neugestaltung staatlicher humanitärer Hilfe, 20.

²²⁴ Neudeck, Rupert (nach 1990): [Manuskript] Striptease unseres Humanismus. Das Versagen unseres Humanismus, den wir mit Löffeln gefressen und [sic] gepachtet zu haben glauben. Archivordner Cap Anamur, 2.

²²⁵ Vgl. Neudeck, Rupert (nach 1991): [Manuskript] Vorspann zu Versagen der Menschenrechte. Archivordner Cap Anamur.

²²⁶ Vgl. Neudeck, Rupert (nach 1991): [Manuskript] Choman? CHOMAN! (kurdbu18?). Archivordner Cap Anamur.

Deutsches Rotes Kreuz

Das DRK nahm hinsichtlich der Frage nach Verflechtungen von Politik und Humanitärer Hilfe eine besondere Rolle unter den untersuchten Akteuren ein. Neutralität, Unabhängigkeit und Unparteilichkeit stellten die grundlegenden Prinzipien der Arbeit des DRK dar. Humanitäre Projekte und medizinische Versorgung sollten, wenn auch nicht in einem politikfreien Raum, losgelöst von politischen Interessen durchgeführt werden. Das DRK sah eine zentrale Aufgabe in der Verteidigung des neutralen Status und wehrte sich gegen eine Vereinnahmung und Instrumentalisierung Humanitärer Hilfe für politische Ziele und Zwecke. Die Organisation sah sich angesichts von Angriffen auf den humanitären Wert der Neutralität herausgefordert und erklärte „unfreiwillig in den Sog der Politisierung der humanitären Hilfe“²²⁷ zu geraten. Der dargestellte Diskurswandel in Bezug auf das Verhältnis zwischen humanitärer Gesundheitsarbeit und Politik spielt für das DRK auf konzeptioneller sowie operativer Ebene eine große Rolle und führte in den 1990er Jahren unter anderem zu folgenden internen Diskussionsgegenständen:

„Welche Auswirkungen hat der Einsatz militärischer Ressourcen in der humanitären Hilfe im Umfeld von Friedensmissionen der Vereinten Nationen auf den Status und die Akzeptanz einer neutralen und unparteilichen Hilfsorganisation wie dem Roten Kreuz? Welche Sicherheitsrisiken ergeben sich aus der allgemeinen Politisierung von humanitärer Hilfe vor allem für das eingesetzte Rotkreuzpersonal und welche Schutzvorkehrungen müssen getroffen werden? Welche Rolle kann das weltweite Netz der Rotkreuz- und Rothalbmondgesellschaften in der Früherkennung von Konfliktherden und inneren Unruhen spielen?“²²⁸

Antworten auf diese und andere Fragen mussten in den spezifischen Einsatzsituationen individuell ausgelotet werden. Als grundlegendes Prinzip blieb jedoch bestehen, dass eine Abweichung von den humanitären Prinzipien (etwa im Sinne einer öffentlichen politischen Positionierung oder Parteiergreifung für eine Seite der Betroffenen) den Verlust der wesentlichsten Arbeitsgrundlagen der Internationalen Rotkreuz- und Rothalbmondbewegung und damit das Ende ihrer Aktivitäten bedeuten würde.²²⁹

Sich für die Bedürfnisse und Rechte von Hilfsbedürftigen im Sinne einer Anwaltschaft auch im politisch-öffentlichen Kontext einzusetzen, sah das DRK als notwendig und möglich an, „auch die Teilnahme an politischen Auseinandersetzungen, öffentlichen Stellungnahmen und Kampagnen, sofern die Unabhängigkeit und das Neutralitätsprinzip gewahrt werden.“²³⁰ Diese

²²⁷ DRK (1995): Internationale Hilfen, Grundsatzfragen. In: Jahrbuch 1994/95, 56.

²²⁸ ebd.

²²⁹ Vgl. DRK (1972): Internationale Katastrophenhilfe des Roten Kreuzes. In: Deutsches Rotes Kreuz. Zentralorgan des DRK in der Bundesrepublik Deutschland 8/1972, 6-8.

²³⁰ DRK: Verbreitungsarbeit. In: Jahrbuch 2000/2001, 49.

Einschränkung blieb für das DRK entscheidend – die Vorteile, die Neutralität, Unabhängigkeit und Unparteilichkeit für das humanitäre Agieren bedeuten, wurden als höherwertig angesehen. Aufgrund der langjährigen Erfahrungen im Bereich der Soforthilfe war das DRK überzeugt, dass gerade in Konfliktsituationen nur durch neutrale Akteure Humanitäre Hilfe überhaupt geleistet und Zugang zu Kranken und Verletzten garantiert werden könne. In dem klaren Bekenntnis zur Neutralität sah das DRK seine größte Stärke und zugleich auch eine gewisse Schwäche.²³¹ Dem Wirkungsspektrum wurden hierdurch Grenzen gesetzt und eine öffentliche politische Parteinahme ausgeschlossen. Auch bei einer massiven und wiederkehrenden Verletzung des Völkerrechts waren die Handlungsmöglichkeiten nach Ausschöpfung diplomatischer Bemühungen unter Ausschluss der Öffentlichkeit begrenzt, wenn der Grundsatz der Neutralität bewahrt werden sollte.²³² Zudem machen Ereignisse wie Angriffe auf medizinische Einrichtungen in Konfliktregionen und eine hohe Anzahl von Opfern unter humanitären Helfern deutlich, dass Neutralität alleine keinen ausreichenden Schutzschild mehr für die Organisation und ihre Mitarbeiter darstellt.

medico international

Schon zu Beginn der eigenen Geschichte stellte sich für medico die Frage, inwieweit Politik und Humanitäre Hilfe miteinander verwoben sein können und müssen: Fallen politische Herausforderungen in den Aufgaben- und Kompetenzbereich von im Gesundheitsbereich tätigen Hilfsorganisationen? 1973 fiel die Antwort von medico auf diese Frage entschieden zurückhaltend aus: „Politische Stellungnahme ist nicht die Aufgabe einer humanitären Hilfsorganisation.“²³³ Diese Haltung verschob sich mit dem geschilderten Wandel von einer technisch ausgerichteten Katastrophenhilfeorganisation zu einer auf soziale Gerechtigkeit pochenden Entwicklungs- und Menschenrechtsorganisation. Politik und Gesundheit waren für medico spätestens ab Ende der 1970er Jahre untrennbar miteinander verbunden. Stützte sich medico 1972 noch auf den Ruf „überall ohne Parteilichkeit oder parteinehmende Äußerungen den leidenden Menschen helfen zu wollen“²³⁴, herrschte schon wenige Jahre später die Ansicht, dass es ohne eine Änderung der politischen Verhältnisse keine langfristig wirksame, adäquate und für die breite Bevölkerung zugängliche Gesundheitsversorgung geben könne. Somit waren

²³¹ ebd.

²³² Vgl. Gnädiger, Angelo; Fox, Oliver (2002): Die humanitären Grundsätze – werden die Staaten ihrer Verantwortung gerecht? In: Eberwein, Runge: Humanitäre Hilfe statt Politik? 148-162, hier 155-156.

²³³ medico international (1973): Hilfe für den SAM (Servicio de asistencia medica) dem medizinischen Dienst der Volksbewegung zur Befreiung Angolas. In: info 1973, 20.

²³⁴ Vgl. medico international (1972): Katastrophen nehmen keine Rücksicht auf Feiertage, Ein Interview mit dem Geschäftsführer und Einsatzleiter der – medico Deutschland – Heinrich Strübig. In: info72, 1/1972.

die Bedingungen, unter denen sowohl Humanitäre Hilfe als auch EZ stattfinden sollten, klar definiert: In einem Kontext öffentlicher und auch politischer Positionierung für die Betroffenen und Notleidenden.

Wechselwirkungen zwischen politischen Faktoren und der Gesundheit auf Bevölkerungsebene wurden zu Beginn der 1980er Jahre zu einem, wenn nicht *dem* bestimmenden Thema in der Arbeit von medico. Medizin und Politik könnten demnach nicht getrennt voneinander betrachtet werden, gesundheitliche Fortschritte ließen sich nicht ohne eine Veränderung der politischen Verhältnisse erreichen. Medico erklärte: „Gesundheit ist letztlich eine politische Angelegenheit“²³⁵ und unterstützte Projekte, in denen galt: „Politik und Medizin. Inzwischen wurde daraus eine Welt, zusammengefügt durch einen gemeinsamen Kampf.“²³⁶ Damit bewegte sich medico nah am Ausspruch Rudolf Virchows, dass Politik „weiter nichts als Medizin im Großen“²³⁷ sei.

Unter dieser Prämisse standen auch die Projekte von medico, die seit Ende der 1970er Jahre unter anderem durch die Schwerpunktsetzung auf Regionen Lateinamerikas sowie der Hilfe für sahrausische Geflüchtete in der West-Sahara und in den 1980er Jahren verstärkt durch Projekte im vom Apartheid-System beherrschten Südafrika bestimmt waren. In diesen Kontexten resultierten Krankheit und fehlender Zugang zu medizinischer Versorgung offensichtlich aus gegebenen politischen Verhältnissen – eindrücklich verdeutlicht durch die Verwehrung adäquater Gesundheitsversorgung für die schwarze Bevölkerung in Südafrika während der Apartheid. Diese Missstände in der gesundheitlichen Versorgung konnten weder durch rein kurative Interventionen auf Individualebene noch durch Medikamentenlieferungen oder Finanzhilfen langfristig behoben werden. Aus diesem Verständnis der Ursachen von Krankheit und Gesundheit resultierte für medico als Konsequenz eine Notwendigkeit zu „parteiliche[m] Engagement“ als Bestandteil jedes Gesundheitsprojekts.²³⁸ Parteiergreifung für diejenigen, die unter krankheitsverursachenden Verhältnissen leben, denen Rechte verwehrt blieben und für die kein Zugang zu adäquater medizinischer Versorgung möglich war, stellte für medico den gangbarsten Weg dar, um einen Ausweg aus diesen Umständen zu ermöglichen. Ohne Kritik an bestehenden Verhältnissen, ohne Analyse von Strukturen der Ursachen und Verursachenden

²³⁵ Brandscheidt, Gebauer (1988): Zum Beispiel Gesundheit, 60.

²³⁶ medico international (1982): Teresa, Eine Medizinerin in den Bergen El Salvadors. In: medico Rundschreiben 4/82, 10.

²³⁷ Virchow, Rudolf (1848): Der Armenarzt. In: Die medicinische Reform. Nr. 18, 3.11.1848, 125.

²³⁸ medico international (1988): Von der Katastrophenhilfe zur Befreiungshilfe, 20 Jahre medico international. In: 20 Jahre medico. Frankfurt a.M.: medico international, 55.

sei keine dauerhafte Linderung von Leid, Armut und Krankheit möglich.²³⁹ Gleichzeitig verwehrte sich medico gegen eine Instrumentalisierung von Hilfeleistungen durch staatliche Interessen, etwa im Sinne der Außen- und Sicherheitspolitik.²⁴⁰

Daher grenzte sich medico deutlich von primär kurzfristigen medizinischen Interventionen internationaler Einsatzteams ab, die sich allein auf eine vorübergehende Verbesserung der gesundheitlichen Situation der Betroffenen fokussierten. Dennoch schloss medico schnelle Unterstützung in Form medizinischer Soforthilfe nicht grundsätzlich aus und leistete in der Geschichte auch mehrfach kurzfristige Einsätze. Voraussetzung hierfür war jedoch in der Regel eine bereits bestehende Kooperation mit lokalen Akteuren, die selbst Soforthilfe im Gesundheitsbereich vor Ort leisteten und ihre Kenntnisse der ansässigen Strukturen nutzen konnten. Exemplarisch kann hier die Unterstützung lokalen Gesundheitspersonals auf den Philippinen nach dem Sturm Haiyan im Jahre 2003 genannt werden. Ziel der kurzfristigen Hilfe sollte die Stärkung der Ressourcen und Kräfte der lokalen Partner sein, so dass diese ihre Arbeit wieder aufnehmen und fortsetzen konnten.

Das grundsätzliche Dilemma, das sich für medico aus Humanitärer Hilfe im Gesundheitsbereich ergab, lag in der Gefahr einer Verfestigung von mangelhaften Gesundheitsstrukturen indem originär staatliche Aufgaben der Gesundheitsversorgung durch internationale Hilfsorganisationen übernommen werden. Zwar mag dieses Dilemma bei einer akuten Notwendigkeit zur Nothilfe weniger existieren; dennoch wurden die Zusammenhänge zwischen Katastrophensituationen und der vorherigen Situation eines Gesundheitssystems und seiner Anfälligkeit als komplex und nie unabhängig von den nationalen und globalen politischen Verhältnissen wahrgenommen. Medico bemühte sich auf konzeptioneller und operativer Ebene um die Herstellung einer Verknüpfung zwischen politischen Einflussfaktoren und der Gesundheitssituation auf individueller und Bevölkerungsebene sowie um eine Analyse dieser Zusammenhänge.

Vergleich

Die Positionierung von Cap Anamur zum Verhältnis zwischen Gesundheitsarbeit und politischem Engagement stellt einen wichtigen Unterschied zu der entsprechenden Haltung von

²³⁹ medico international: Kritische Nothilfe, Eine Begriffsbestimmung. <https://www.medico.de/kritische-nothilfe-12993/>, abgerufen am 03.02.2018.

²⁴⁰ Vgl. medico international (2003): medico Konferenz, Hilfe in Zeiten von Globalisierung und Krieg, Rückblick und Resultate. In: medico Rundschreiben 2/2003, 23-25.

DRK und medico dar. Dieser Unterschied zu Ansätzen von medico zeigte sich etwa am Beispiel von Südafrika in Zeiten der Apartheid. Während medico immer wieder direkt Stellung zu den herrschenden Verhältnissen in Südafrika bezog und etwa den Aufruf zur Unterstützung des African National Congress an die Spendergemeinschaft in Deutschland weiterleitete²⁴¹, grenzte sich Cap Anamur öffentlich bewusst von einer Parteinahme dieser Art ab. Dennoch betrachtete Cap Anamur das eigene operative Engagement auch in diesem Kontext nicht als gänzlich unpolitisch. Allein die Tatsache einer Projektdurchführung, deren Notwendigkeit auf politische Verhältnisse zurückgeführt werden konnte, könne als Politikum empfunden werden. Mehr noch – durch den Akt einer adäquaten medizinischen Behandlung schwarzer Bürger durch deutsche Ärzte des Komitees könne ein Exempel gegen die Rassendiskriminierung gesetzt werden.²⁴²

Die Interpretation einer Abweichung von Unparteilichkeit und Neutralität fiel beim DRK und medico zum Teil gänzlich unterschiedlich aus. Während das DRK jegliche politische Parteinahme ablehnte, um Hilfe gleichermaßen für alle Opfer leisten zu können²⁴³, sah medico eine öffentliche Positionierung und die Bekanntmachung von Unrechtsverhältnissen und deren Ursachen nach den Anfangsjahren der Organisation in vielen Situationen als unerlässlich an. Medico konstatierte zahlreiche Schwierigkeiten in Bezug auf den Begriff der Neutralität und fragte:

„Ist es neutral, wenn das IKRK in seiner Arbeit in vielen Ländern der Dritten Welt sich veranlaßt sieht, bei kriegesischen Auseinandersetzungen die Soldaten schnellstmöglich bei Verletzungen im Lazarett wieder kampfbereit zu machen?“²⁴⁴

Neutralität stellte somit für medico keinen Wert dar, der auch im Gesundheitsbereich per se als uneingeschränkt positiv betrachten werden durfte – selbst wenn Neutralität in der Akutsituation eine medizinische Versorgung aller zur Folge haben konnte. Wenn unter Berufung auf Neutralität medizinische Hilfe geleistet wurde, die eine Anklageerhebung gegen Unrechtsverhältnisse vermied oder unmöglich machte und die womöglich kriegesische Handlungen oder zerstörerische Verhältnisse sogar verlängerte, stellte Neutralität für medico kein legitimes Mittel dar. In diesem grundsätzlichen Konflikt lassen sich Parallelen zu dem eingangs beschriebenen Dilemma, das Florence Nightingale bereits 1854 gegenüber Henry

²⁴¹ medico international (1990): Südafrika. In: medico Rundschreiben 2/90, 20.

²⁴² Vgl. Neudeck (1987): Apartheid bedeutet gefrorenes Bewußtsein.

²⁴³ Vgl. DRK (1972): Deutsches Rotes Kreuz, Heft 8/1972.

²⁴⁴ medico international (1976): Neutralität ist Parteilichkeit. In: info 10/1976, 22.

Dunant hervorgebracht hatte, erkennen.²⁴⁵ Medico kehrte den Begriff der Neutralität im Sinne des DRK um, indem erklärt wurde:

„Neutralität heißt also Parteilichkeit im Sinne der von den Vereinten Nationen beschlossenen Strategie: Engagement für die Gleichheit und Souveränität der Staaten und Gerechtigkeit für die Menschen in unterentwickelten Ländern.“²⁴⁶

Während das DRK jegliche Verflechtung zwischen Politik und humanitärer Arbeit ablehnte, warnte medico vor einer „Entpolitisierung der Hilfe“²⁴⁷, die letztlich die Gefahr ihrer Instrumentalisierung für nicht-humanitäre Zwecke beinhalte.

5.3 Die Abgrenzung zwischen Humanitärer Hilfe und Entwicklungszusammenarbeit im Gesundheitsbereich

5.3.1 Veränderungen in der Abgrenzung seit den 1970er Jahren

Neben dem strukturellen und inhaltlichen Wandel des Gesundheitsbereichs in der Humanitären Hilfe und EZ hat auch die Abgrenzung zwischen diesen Bereichen, vor dem Hintergrund besonderer Rahmenbedingungen und Herausforderungen der jeweiligen Zeit, Veränderungen durchlaufen. Von den 1970er bis Mitte der 1990er Jahre bestand im staatlichen Bereich eine eher klare Abgrenzung zwischen Humanitärer Hilfe und EZ. In dieser Zeitspanne war ein solches Maß an Eindeutigkeit hinsichtlich der Definition der Ziele und notwendigen Maßnahmen erkennbar, dass durch die Unterschiede eine theoretische und praktische Unterscheidung bestand, die sogar zuweilen bis zu einem Gefühl der Konkurrenz führte.²⁴⁸ Unterschiedliche Konzeptionen und Instrumente ließen kaum das Gefühl einer gemeinsamen Grundlage aufkommen.²⁴⁹ Die Aufgaben für Mitarbeiter in beiden Bereichen waren zumeist deutlich umrissen und institutionell getrennt, wobei eine klare Trennung in der praktischen Umsetzung nicht immer eingehalten werden konnte.

Inhaltliche und institutionelle Abgrenzung zwischen Humanitärer Hilfe und EZ der Bundesregierung

1978 hieß es zur Begriffsbestimmung Humanitärer Hilfe im Journalistenhandbuch des BMZ:

²⁴⁵ Vgl. Polman: Die Mitleidsindustrie, 16.

²⁴⁶ medico international (1976): Neutralität ist Parteilichkeit. In: info 10/1976, 22.

²⁴⁷ Gebauer (2003): Als müsse die Rettung erst noch erdacht werden, 16.

²⁴⁸ Bruchhausen (2018): Health Care between Foreign Politics and Humanitarian Neutrality.

²⁴⁹ Vgl. Schmitz (2009): Die Grauzone in Krisenregionen und nach Katastrophen.

„Humanitäre Hilfe zielt auf die schnelle Beseitigung oder Linderung einer akuten Notlage, die von dem betroffenen Land allein nicht oder nicht umgehend gemeistert werden kann. Sie will bedrohte Leben erhalten und kurzfristig die durch ein Schadenereignis verschlechterten Lebensbedingungen für die betroffene Bevölkerung wieder erträglich machen. Es kommt nicht darauf an, ob die Notlage durch Naturereignisse (z.B. Erdbeben, Überschwemmungen, Seuchen, Dürreperioden) verursacht wurde oder infolge äußerer oder innerer Auseinandersetzungen (z.B. Bürgerkriege) eingetreten ist.“²⁵⁰

Diese allgemeine Definition hat sich in den Journalistenhandbüchern der Bundesregierung in den vergangenen Jahrzehnten, trotz eines starken Wandels bezüglich der Inhalte und Umsetzung in der Humanitären Hilfe seit 1970, sinngemäß nicht verändert. Auf den ersten Blick mag die obige Definition klar und eindeutig erscheinen. Bei genauerer Betrachtung enthält diese jedoch Teilaspekte, die einen mehr oder weniger großen Interpretationsspielraum zulassen.²⁵¹ Einer dieser Punkte bezieht sich auf die zeitliche Komponente, die mit den Attributen „schnell“ und „kurzfristig“ zwar umrissen, jedoch keinesfalls konkretisiert wird und somit im Einzelfall unterschiedlich ausgelegt werden kann. Weitere Unklarheiten ergeben sich aus der Bezeichnung „Naturereignisse“, da bei Naturkatastrophen menschengemachte Einflüsse wie eine zunehmende Besiedlung tsunamigefährdeter Gebiete bei gleichzeitiger Erhöhung von Extremwetterereignissen und Überschwemmungsgefahren durch den Klimawandel, eine nicht zu vernachlässigende Rolle spielen.²⁵² Die Unterscheidung zwischen der Ursache einer Krise, die Humanitäre Hilfe erforderlich macht und ob es sich dabei um ein *man-made disaster* oder *natural disaster* handelt, ist unter verschiedenen Gesichtspunkten bedeutsam. Zum einen werden je nach Art der Krise oder Katastrophe unterschiedliche Hilfsmaßnahmen erforderlich und die zeitliche Komponente kann ebenso variieren wie die Arbeitsvoraussetzungen für das eingesetzte Personal. Zum anderen kann aber auch die Reaktion der öffentlichen Spendenbereitschaft im Einzelfall höchst unterschiedlich ausfallen – so folgte auf den Tsunami 2004 in Südostasien eine so große private Spendenbereitschaft, wie es bei komplexen und langjährigen humanitären Krisen selten vorkam.

Aus den aufgeführten Definitionen und Grundsätzen der Humanitären Hilfe und EZ leitete das BMZ eine Abgrenzung beider Bereiche ab, die sowohl das eigentliche Konzept als auch die Umsetzung von Maßnahmen in diesen Bereichen betrafen. So habe Humanitäre Hilfe lediglich kurzfristigen Charakter und beschränke sich auf die akuten Nöte und Bedürfnisse der Betroffenen, während EZ langfristig ausgerichtet sei.²⁵³ Zudem unterschieden sich auch die

²⁵⁰ BMZ: Journalisten-Handbuch Entwicklungspolitik 1978, 115.

²⁵¹ Vgl. Paulmann (2013): *Conjunctures in the History of International Humanitarian Aid*.

²⁵² Vgl. Chojnacki, Sven (2002): *Kriege und Katastrophen im internationalen System, Empirische Trends und neue Herausforderungen*. In: Eberwein, Runge: *Humanitäre Hilfe statt Politik?* 189-225.

²⁵³ BMZ: Journalisten-Handbuch Entwicklungspolitik 1978, 115.

Grundprinzipien beider Bereiche. Während die Leistung von Humanitärer Hilfe in jeder Situation und in allen Gebieten unabhängig von den politischen Rahmenbedingungen angestrebt wurde, war EZ keineswegs politisch neutral, sondern bemühte sich vielmehr um eine Einflussnahme auf langfristige Strukturen, wie die Art der Regierungsführung. Im Rahmen der Leistung medizinischer Nothilfe kann eine gewisse Notwendigkeit zur Etablierung kurzfristiger Versorgungsstrukturen entstehen. Unter Umständen weisen diese kurzfristigen Maßnahmen wenig Abstimmung mit lokalen Strukturen auf, während EZ hierauf im Idealfall größten Wert legt.

Die klare Abgrenzung wich Ende der 1970er Jahre der Auffassung, dass nach Krisen und Katastrophen „kurz-, mittel- oder langfristig wirkende entwicklungspolitische Maßnahmen die Humanitäre Hilfe im Einzelfall ablösen“²⁵⁴ können. Humanitäre Hilfseinsätze sollten zudem so gestaltet werden, dass sie eine Grundlage für spätere entwicklungspolitische Maßnahmen bilden und diese eher fördern als behindern. Eine Projektplanung, in der medizinische Soforthilfe nur „im Einzelfall“ durch langfristige Gesundheitsprojekte ergänzt wird, war jedoch noch Ausdruck einer stärkeren Abgrenzung und eines linearen Verlaufs von Humanitärer Hilfe über Wiederaufbaumaßnahme bis hin zur EZ. Zudem wurde impliziert, dass auf Humanitäre Hilfe nicht zwangsläufig Maßnahmen der Rehabilitation und der EZ folgen mussten, sondern dass jeder dieser drei Bereiche auch isoliert stattfinden konnte. Die Abgrenzung fiel demnach in den 1970er und 1980er Jahren deutlich stärker aus als die Betonung von Schnittstellen. Diese Auffassung bestand seitens der Bundesregierung sinngemäß bis Mitte der 1990er Jahre fort.

Verknüpfungen zwischen Humanitärer Hilfe, Wiederaufbau und EZ

Mag in den frühen Zeiten der Entwicklungspolitik in Deutschland und mit der Erklärung von Alma-Ata 1978 zeitweise die Hoffnung bestanden haben, durch Strukturverbesserungen von Gesundheitssystemen sowie einer breiten Basisgesundheitsversorgung den Bedarf an medizinischer Nothilfe zu verringern, zeigte sich spätestens seit den 1990er Jahren eine Notwendigkeit zum Ausbau Humanitärer Hilfe. Der stärkeren Verknüpfung beider Bereiche wurde von der Bundesregierung in verschiedenen Bereichen Rechnung getragen, auch wenn die institutionelle Trennung zwischen AA und BMZ auf staatlicher Ebene bestehen blieb. Andererseits erschweren die Gegebenheiten in einer Vielzahl an fragilen oder zerfallenden Staaten es zunehmend, schon während des Nothilfeinsatzes den Grundstein für eine

²⁵⁴ BMZ: Journalisten-Handbuch Entwicklungspolitik 1980, 156.

langfristige EZ zu legen. Seit Ende der 1980er Jahre wurde in Fachkreisen ein Diskurs über die Notwendigkeit zur stärkeren Verknüpfung von Humanitärer Hilfe, Wiederaufbau und EZ geführt.²⁵⁵ Angestoßen wurde dies unter anderem durch Kritik an einer fehlenden Übergangslösung zwischen Humanitärer Hilfe, Wiederaufbau und EZ, was konkret etwa in Finanzierungslücken bei Programmen und Projekten im Rahmen von Hungersnöten in verschiedenen afrikanischen Ländern in den 1980er Jahren mündete.²⁵⁶

Im fünften Bericht der Bundesregierung über die deutsche Humanitäre Hilfe im Ausland (1990-1993) erfolgte eine zweifache Erweiterung des definierten Arbeitsbereiches der kurzfristigen Not- und Soforthilfe: Erstens durch die Zusammenfassung der Aktionsbereiche Soforthilfe und Flüchtlingshilfe und zweitens durch die Ausdehnung des Ursachenspektrums Humanitärer Hilfe. Letzteres umfasste jetzt nicht mehr nur – wie noch in den 1970er Jahren – vordergründig Naturkatastrophen, sondern wurde im Sinne von Kriegen, Krisen und anderer menschengemachter Katastrophen, um eine politische Dimension erweitert.²⁵⁷ Es wurde von einem fließenden Übergang zwischen Humanitärer Hilfe und EZ gesprochen, was auch den veränderten Charakteristika von Krisen und Katastrophen geschuldet war.²⁵⁸

Die Bundesregierung erklärte in ihrem Bericht zur deutschen humanitären Hilfe im Ausland 2010-2013:

„Die AA-BMZ-Ressortvereinbarung ist eine Zäsur, die einen Wandel in der deutschen Humanitären Hilfe eingeleitet hat und die sich auch auf die Gestaltung humanitärer Projekte auswirkte. Die humanitäre Hilfe wird von kurzfristig geförderten Projekten der Soforthilfe in vorausschauende strategische Humanitäre Hilfe überführt.“²⁵⁹

Die Bundesregierung erkannte die Problematik komplexer Krisen und Katastrophen im Jahre 1996 an und betonte, dass diese sowohl den Bereich der Humanitären Hilfe als auch verstärkt den Bereich der EZ betreffen. Intensität und Komplexität von Krisen und Katastrophen wirkten sich damit auch auf die Abgrenzung der Zuständigkeitsbereiche zwischen AA und BMZ aus:

²⁵⁵ Vgl. VENRO (Hrsg.) (2006): Linking relief, rehabilitation and development. Ansätze und Förderinstrumente zur Verbesserung des Übergangs von Nothilfe, Wiederaufbau und Entwicklungszusammenarbeit. (Arbeitspapier Nr. 17). Bonn: VENRO.

²⁵⁶ Vgl. Ramet (2012): Policy briefing. Linking relief, rehabilitation and development: Towards more effective aid.

²⁵⁷ Vgl. Eberwein (1997): Die Politik Humanitärer Hilfe.

²⁵⁸ Vgl. BMZ: Journalisten-Handbuch Entwicklungspolitik 1995, 55.

²⁵⁹ Deutscher Bundestag (2014): Bericht der Bundesregierung über die deutsche Humanitäre Hilfe im Ausland, 2010-2013. Berlin: Drucksache 18/2900, 7.

„Krisen und Katastrophen sind damit nicht nur eine Herausforderung für die Humanitäre Hilfe, für die innerhalb der Bundesregierung das Auswärtige Amt zuständig ist; sie werden auch zunehmend zu einem Problem der Entwicklungszusammenarbeit.“²⁶⁰

Das BMZ sah wichtige und an Bedeutung zunehmende Aufgabenbereiche zum einen in der Krisenprävention (soziale und politische Stabilität) und Katastrophenvorbeugung (Verhütung von Naturkatastrophen) und zum anderen in einer „entwicklungsorientierten Not- und Flüchtlingshilfe“ im Sinne von:

„Maßnahmen, die nicht mehr reine Überlebenshilfe sind, aber auch nicht den strengen Kriterien der Nachhaltigkeit entsprechen. Sie sollen den Übergang von der reinen Humanitären Hilfe zur längerfristigen Entwicklungszusammenarbeit gewährleisten.“²⁶¹

Es wurden somit ein verbesserter Übergang sowie eine Beachtung der Auswirkung getroffener Maßnahmen auf die jeweils anderen Bereiche gefordert.

Linking relief, rehabilitation and development

Mit zunehmender Überlappung der Arbeitsfelder von Humanitärer Hilfe und EZ entstanden neue und veränderte Konzeptionen. Das in den 1980er Jahren von UN-Organisationen entwickelte Modell eines linearen Kontinuums von der Humanitären Hilfe über den Wiederaufbau (*rehabilitation*) bis hin zum letzten Schritt der EZ wurde noch 1993 in seiner Bedeutung gemeinsamer Bemühungen verschiedener humanitärer staatlicher und nichtstaatlicher Akteure unterstrichen.²⁶² Im Laufe der 1990er Jahre wurde dies jedoch zunehmend durch den Ansatz eines sogenannten *Kontiguums* abgelöst, der eine stärkere Überschneidung der genannten Bereiche betonte.²⁶³ Durch die Darstellung der Komplexität des Verhältnisses zwischen Humanitärer Hilfe und EZ im Sinne eines *Kontiguums* sollte auch eine Abgrenzung gegenüber dem Modell eines linearen Kontinuums erreicht werden, welches für die realen Gegebenheiten als zu simpel befunden wurde.²⁶⁴ Mit diesem Begriff ist nicht nur eine zeitliche Abfolge gemeint; ein *Kontiguum* beschreibt vielmehr auch einen Zustand, in dem

²⁶⁰ BMZ: Journalisten-Handbuch Entwicklungspolitik 1997/1998, 172-173.

²⁶¹ ebd.

²⁶² Vgl. United Nations, Economic and Social Council (ECOSOC) (1993): E/1993/90 Coordination of the policies and activities of the specialized agencies and other bodies of the United Nations System related to the following theme: Coordination of humanitarian assistance: emergency relief and the continuum to rehabilitation and development. Report of the Secretary-General. 21.6.1993. New York: UN.

²⁶³ Vgl. Fiege, Karin; Rauch, Theo (Hrsg.) (2012): Entwicklungszusammenarbeit gestalten, Inhalte und Methoden für ein erfolgreiches Wirken in einem komplexen Berufsfeld. (SLE Publikationsserie – S248, Seminar für ländliche Entwicklung (SLE), Entwicklungspolitische Themenreihe des SLE: 1). Berlin.

²⁶⁴ Hinds, Róisín (2015): Relationship between humanitarian and development aid (GSDRC Helpdesk Research Report 1185). Birmingham, UK: GSDRC, University of Birmingham; Mosel, Irina; Levine, Simon: (2014). Remaking the case for linking relief, rehabilitation and development: How LRRD can become a practically useful concept for assistance in difficult places. HPG Commissioned Report. London: ODI.

sowohl Nothilfe als auch EZ zur gleichen Zeit notwendig werden.²⁶⁵ Somit werden die Berührungspunkte zwischen Humanitärer Hilfe und EZ betont. Schließlich sollte das Konzept von *linking relief, rehabilitation and development* (LRRD), das 1996 von der EU-Kommission dem Europäischen Parlament vorgestellt wurde, einen Schlüssel für eine entwicklungsorientierte Not- und Übergangshilfe darstellen. Es brachte die Notwendigkeit zur Neustrukturierung der bisherigen Ansätze in der Humanitären Hilfe und der EZ zum Ausdruck, hielt Standards für eine entwicklungsorientierte Not- und Übergangshilfe fest und sollte die Lücke zwischen akuter Nothilfe und langfristiger, zu einem späteren Zeitpunkt einsetzenden, EZ schließen. Humanitäre Hilfe auf Grundlage des LRRD Gedankens sollte so konzipiert werden, dass die Möglichkeiten zur Verzahnung mit Maßnahmen der EZ verbessert sowie die wesentlichen Fragen nach *disaster preparedness* und *exit-Strategien* im Idealfall von Beginn an integriert werden können.²⁶⁶ Wichtige anerkannte Grundlagen für einen möglichen Übergang von der Humanitären Hilfe in weitere Entwicklungsmaßnahmen sind unter anderem eine frühe Partizipation der lokalen Bevölkerung sowie eine Beachtung der lokalen Strukturen und eine Fokussierung auf integrierte Programme.²⁶⁷

Zyklische und multidimensionale Krisen erfordern, dass bereits bei der Leistung Humanitärer Hilfe die langfristigen Folgen des eigenen Handelns in den Blick genommen werden. Ziel des LRRD-Konzepts sollte sein, schon während der akuten Nothilfephase den Einsatz so zu gestalten, dass sie eine bestmögliche Grundlage für Maßnahmen der EZ darstellen und dass wiederum die EZ auf eine Strukturveränderung abzielt, die die Ausprägung zukünftiger Krisen und Katastrophen im Sinne einer Risikominimierung und Krisenprävention verringert. Auf internationaler Ebene wurde diesen Zusammenhängen durch die für die 1990er Jahre von den Vereinten Nationen erklärte internationale Dekade zur Reduzierung von Naturkatastrophen (IDNDR) Rechnung getragen.²⁶⁸

Ein weiteres, inhaltlich verknüpft Konzept aus den Diskussionen nach den 1990er Jahren ist das der *Resilienz*. Hierunter wird in Bezug auf Katastrophen die Fähigkeit eines Systems oder einer Gesellschaft verstanden, auf die eintretenden Ereignisse und Gefahren zu reagieren, mit diesen umzugehen und sich anschließend wieder zu erholen, ohne langfristigen Schaden zu

²⁶⁵ Vgl. Schmitz (2009): Die Grauzone in Krisenregionen und nach Katastrophen.

²⁶⁶ Vgl. Schmitz, Peter (2002): "Link Relief Rehabilitation and Development" – LRRD oder: Kann Humanitäre Hilfe zur nachhaltigen Entwicklung beitragen? Vortrag vom 30.11.2002. Berlin, IV. Kongress Theorie & Praxis der Humanitären Hilfe.

²⁶⁷ VENRO (2006): Linking relief, rehabilitation and development, 6.

²⁶⁸ Vgl. Journalisten-Handbuch Entwicklungspolitik 1996, 229.

nehmen.²⁶⁹ Diese Fähigkeit ist damit abhängig von der jeweiligen Vulnerabilität des Systems, Teilen einer Gesellschaft oder einer Gesellschaft als Ganzes. Im besten Falle fällt die Reaktion auf ein katastrophales Ereignis oder eine Form von Stress für das angegriffene System derart aus, dass in der Folge nicht nur der *status quo ante* wiederhergestellt wird, sondern es gelingt, systemimmanente Verbesserungen zu erreichen (*bounce back better*).²⁷⁰

Das LRRD-Konzept ist hinsichtlich seiner Wirkungen und Wirksamkeit nicht unumstritten. Kritikpunkte stellen etwa eine mangelnde Berücksichtigung des Bereichs der Sicherheitspolitik dar²⁷¹, sowie die zunehmende Nähe der eigentlich unparteiischen, neutralen Humanitären Hilfe zur klar politisch zielgerichteten und zweckgebundenen EZ. Eine Verknüpfung oder sogar Bindung von Humanitärer Hilfe an Ansätze aus der EZ könnte die Grundsätze der Humanitären Hilfe berühren und eine Instrumentalisierung für politische Zwecke, etwa der Außen- und Sicherheitspolitik, begünstigen.²⁷² Auch eine Durchmischung der bedürfnisorientierten Humanitären Hilfe mit menschenrechtsbasierten Ansätzen, wie dem Recht auf Gesundheit, wird nicht von allen Seiten befürwortet.²⁷³ Des Weiteren wurde in Frage gestellt, ob das LRRD-Konzept der Realität von *complex emergencies* gerecht werden kann und ob die Konzentration auf einen hypothetischen Status der Entwicklung anderen Bemühungen zur Begegnung und Untersuchung anhaltender Krisen im Wege steht.²⁷⁴

Complex emergencies und protracted crises

Nach der Definition des Inter-Agency Standing Committee (IASC) aus dem Jahre 1994 handelt es sich bei *complex emergencies* um eine humanitäre Krise in einem Land, einer Region oder einer Gesellschaft mit vollständigem oder potenziellem Autoritätsverlust nach inner- oder interstaatlichen Konflikten; eine humanitäre Krise, die internationales Handeln erfordert, welches das Mandat oder die Kapazität einer einzelnen Institution überschreitet und bei der das IASC die Notwendigkeit einer weitreichenden politischen Koordination und Führung sieht.²⁷⁵ Im Zusammenhang von Kontexten, in denen eine Vielzahl an Menschen von Krankheit oder

²⁶⁹ Vgl. Department for International development (ed.) (2011): Defining disaster resilience, A DFID Approach Paper.

²⁷⁰ ebd.

²⁷¹ Vgl. Eberwein, Wolf-Dieter; Runge, Peter (2002): Neue Herausforderungen für die humanitäre Hilfe: Probleme und Perspektiven. In: Eberwein, Runge: Humanitäre Hilfe statt Politik? 9-52, hier 31.

²⁷² Vgl. Lieser (2002): Sind Hilfsorganisationen überflüssig?

²⁷³ ebd.

²⁷⁴ Vgl. Duffield (1994): Complex Emergencies.

²⁷⁵ Vgl. Inter-Agency Standing Committee (IASC) (1994): Working group XVIth Meeting. 30 November 1994: Definition of complex emergencies.

www.interagencystandingcommittee.org/system/files/legacy_files/WG16_4.pdf, abgerufen am 14.01.2018.

Tod bedroht ist, schwache oder zerfallende institutionelle Strukturen herrschen und es zu wiederkehrenden Naturkatastrophen oder politischen Konflikten kommt, wird auch von *protracted crises* gesprochen.²⁷⁶

Die Besonderheit für die humanitäre Gesundheitsarbeit in *complex emergencies* und *protracted crises* besteht darin, dass sie sich während Krisen und Katastrophen mit tendenziell langfristigem und zyklischem statt eines kurzfristigen und linearen Verlaufs an deren dynamischen Gegebenheiten anpassen und mit der Komplexität der ursächlichen und krisenaufrechterhaltenden Faktoren umgehen muss. Eine klare Abgrenzung und ein damit einhergehender Mangel an Koordinierung zwischen den Bereichen Nothilfe, Wiederaufbau und EZ erschien vor diesem Hintergrund nur noch wenig zeitgemäß und sinnvoll. Schwierigkeiten der Abgrenzung ergaben sich sowohl auf inhaltlich-konzeptioneller, organisatorisch-institutioneller sowie finanzieller Ebene. Im Falle von Konflikten, die über viele Jahre andauern, ohne dass sich entscheidende Veränderungen bezüglich der Machtverhältnisse zwischen den Konfliktparteien erkennen lassen, wird auch von „Low Intensity Conflicts“²⁷⁷ gesprochen. Solche chronischen Krisen und *complex emergencies* können zu einer sogenannten „Grauzone“²⁷⁸ führen. Diese Grauzone bezieht sich auf Kontexte, die zum einen Humanitäre Hilfe, zum anderen aufgrund ihres chronischen Charakters auch strukturelle und langfristige Maßnahmen aus dem EZ-Bereich, erfordern²⁷⁹ und meint damit auch eine Finanzierungslücke zwischen Humanitärer Hilfe und EZ.²⁸⁰

5.3.2 Die Abgrenzung durch die untersuchten Hilfsorganisationen

Cap Anamur

R. Neudeck machte 1991 deutlich, dass seiner Meinung nach eine Unterscheidung zwischen Humanitärer Hilfe und EZ lediglich noch nach außen hin und auf institutioneller Ebene existiere, dass aber die inhaltliche Arbeit in diesem Bereich keine Unterscheidung mehr zuließe. Er verwies darauf, dass auch das für den Bereich der EZ zuständige BMZ zum Teil über Maßnahmen entscheide, die in den Bereich der Humanitären Hilfe und damit in den

²⁷⁶ Vgl. Food and Agriculture Organization (FAO): Countries in protracted crisis: what are they and why do they deserve special attention? www.fao.org/docrep/013/i1683e/i1683e03.pdf, abgerufen am 23.01.2018.

²⁷⁷ Götze (2004): Humanitäre Hilfe, 212.

²⁷⁸ Schmitz (2009): Die Grauzone in Krisenregionen und nach Katastrophen.

²⁷⁹ ebd.

²⁸⁰ Vgl. Ramet, Valerie (2012): Policy briefing. Linking relief, rehabilitation and development: Towards more effective aid. Belgium: European Union.

Zuständigkeitsbereich des AA fallen. R. Neudeck forderte eine Aufhebung der getrennten Zuständigkeitsbereiche, die er als „Ressort-Spitzfindigkeit“²⁸¹ bezeichnete. So vertrat er die Position, dass die Abgrenzung zwischen Humanitärer Hilfe und EZ ohnehin längst obsolet sei und der praktischen Arbeit des BMZ und AA nicht mehr entspreche.²⁸² Vielmehr liege der einzige Grund, der zur Aufrechterhaltung der institutionellen Trennung der Zuständigkeitsbereiche im BMZ und AA führe, im Eigeninteresse der Verantwortlichen und ihrem Unwillen die eigenen Positionen aufzugeben, obwohl in vielen Fällen das BMZ von den offiziellen Zuständigkeitsbereichen abweiche.²⁸³ Eine institutionelle Trennung sei vielmehr innenpolitischen Interessen geschuldet als Gründen der Effektivität und Wirksamkeit für die Planung und Durchführung von Sofortmaßnahmen und entwicklungspolitischen Projekten.

Auch feste Organisations- und Verwaltungsstrukturen etablierter Hilfsorganisationen wurden von R. Neudeck in ähnlicher Weise kritisiert. Unter anderem erschien ihm eine interne Abgrenzung zwischen den Zuständigkeiten für Humanitäre Hilfe und EZ als wenig konstruktiv für eine Projektarbeit, die ausschließlich auf die akuten Erfordernisse der betroffenen Bevölkerung ausgerichtet sein sollte.²⁸⁴

Trotz der Prioritätensetzung auf Not- und Überlebenshilfe gab es in der Geschichte von Cap Anamur auch zahlreiche Projekte, die eher in den Bereich struktureller Hilfen fielen und eine klare Zuordnung zu Humanitärer Hilfe oder EZ kaum möglich machten. Es existierten nicht wenige Einsätze, die über mehrere Jahre andauerten und vom langfristigen Engagement im Bereich des Aufbaus infrastruktureller Maßnahmen im Gesundheitsbereich, wie etwa dem Bau von Krankenhäusern, geprägt waren. Bestimmte Projekte, wie die mehrjährige Arbeit in den Nuba-Bergen im Sudan fanden zudem unter solch schwierigen und wechselhaften Bedingungen statt, dass ein kurzfristiger Einsatz kaum möglich und wirksam erschien. Gerade dieser langjährige Einsatz verdeutlichte exemplarisch, dass eine Abgrenzung zwischen humanitärer Hilfe und EZ allein anhand der zeitlichen Dimension oft nicht gelingt, sondern dass hierfür eine differenzierte Betrachtung der jeweiligen Projektinhalte und –ziele nötig war. Die Ärztin Dr. Bärbel Krumme, die bei einem der ersten Einsätze auf dem Schiff „Cap Anamur“ sowie bei zahlreichen folgenden Einsätzen der Organisation beteiligt war, berichtete, dass sie den Einsatz in den Nuba-Bergen trotz seiner langjährigen Dauer als Humanitären Hilfseinsatz verstand, da

²⁸¹ Neudeck, Rupert (1991): Kommentar Rupert Neudeck am 2.10.1991. Archivordner Cap Anamur, 1.

²⁸² ebd.

²⁸³ Vgl. Neudeck, Rupert (1991/1992): Anm. Entwicklungshilfe. Archivordner Cap Anamur.

²⁸⁴ Vgl. Komitee Cap Anamur (1988): Humanitäre Radikalität.

die komplexe Situation stets akute Humanitäre Nothilfe erfordert habe.²⁸⁵ Bei diesem Einsatz handelte es sich um einen Fall, der mittlerweile als *protracted crisis* beschrieben werden könnte und in das von Schmitz beschriebene Konzept der „Grauzone“²⁸⁶ fällt.

Bei einigen Einsätzen veränderte sich das Spektrum der Maßnahmen zudem durch während dieser Zeit neu auftretende Geschehnisse, die nur sehr schwer vor Projektbeginn abgeschätzt werden konnten. Dies war etwa nach dem Einsatz zur Rettung der *boat people* im Südchinesischen Meer der Fall. Auf diese, in einem Akutkontext begonnene, Rettungsaktion folgte eine Erweiterung des Einsatzspektrums, da nach der Rettungsaktion deutlich wurde, dass die Menschen in den Flüchtlingslagern auf dem Festland Südostasiens weiterhin Hilfe und medizinische Versorgung benötigten. Das Folgeprojekt war weniger klar der Soforthilfe zuzuordnen, sondern ließ sich eher in den Bereich einer langfristigen Verbesserung der Gesundheitsversorgung der Bevölkerung einordnen. So wurde 1988 ein Projekt zur Unterstützung vietnamesischer Krankenhäuser und dem Aufbau einer Wasserversorgung in einigen Gebieten begonnen.²⁸⁷ Die Erfahrungen des ersten Projekteinsatzes brachten für R. Neudeck bereits die Erkenntnis mit sich, dass nur durch Herstellung eines „unmittelbaren Zusammenhang[s] zwischen Maßnahmen der allgemeinen Entwicklungshilfe und Humanitärer Hilfe“²⁸⁸ wirksame und langfristige Hilfe geleistet werden kann.

Die vorgesehene Einsatzdauer, als Abgrenzungsmöglichkeit zwischen Humanitärer Hilfe und EZ, wurde bei Cap Anamur im Laufe der Organisationsgeschichte ausgedehnt. In den Anfängen war eine Einsatzzeit von wenigen Wochen üblich. Diese Festlegung des Einsatzzeitraumes wurde auf sechs Monate erweitert²⁸⁹, was somit noch dem Bereich der Humanitären Hilfe zugeordnet werden konnte. Dennoch fanden auch zahlreiche langjährige Einsätze von Cap Anamur statt, so zum Beispiel der gerade erwähnte in den Nuba-Bergen im Südsudan ab 1997 oder in Kolumbien von 1988-1997.

²⁸⁵ Persönliches Gespräch mit Fr. Dr. Bärbel Krumme am 29.07.2017 im Rahmen der Jubiläumsfeier „20 Jahre Sommerakademie“ des Missionsärztlichen Instituts Würzburg.

²⁸⁶ Vgl. Schmitz (2009): Die Grauzone in Krisenregionen und nach Katastrophen.

²⁸⁷ Vgl. Komitee Cap Anamur (1988): Humanitäre Radikalität, 18.

²⁸⁸ Pressekonferenz, Komitee „Ein Schiff für Vietnam“ e.V. vom 22.4.1980. Bonn. Archivordner 2795. Archiv des DRK-Generalsekretariats, 3.

²⁸⁹ Vgl. Neudeck (1998): Abenteuer Humanität, 200.

Deutsches Rotes Kreuz

Gegründet im Kontext bilateraler Konflikte und konzipiert als primäre Nothilfeorganisation, hat sich die Frage einer Abgrenzung zwischen Humanitärer Hilfe und EZ in der konzeptionellen und operativen Schwerpunktsetzung des DRK in den letzten vier Jahrzehnten, und besonders seit Beginn der 1980er Jahre, verändert.²⁹⁰

Das DRK differenzierte die Bereiche der Humanitären Hilfe und der EZ im Jahre 1983 in erster Linie nach ihrer zeitlichen Komponente und erklärte, dass Soforthilfe lediglich kurzfristig, auf einen Zeitrahmen von wenigen Tagen, angelegt sei und allein der Überwindung akuter Not diene. Eine Analyse ursächlicher Probleme könne und sollte im Rahmen der Soforthilfe nicht erfolgen. Alle Nothilfemaßnahmen sollten jedoch längerfristige Aspekte einer Hilfeleistung mit in Betracht ziehen. Nach der Soforthilfe folge eine Übergangshilfe, die in einem Zeitrahmen von fünf Tagen bis drei Monaten nach der Katastrophe stattfinde, schließlich gefolgt von der Wiederaufbauhilfe. Zudem leistete das DRK auch EZ-Maßnahmen und beschrieb die Förderung von Entwicklungsprozessen als zweiten inhaltlichen Schwerpunkt der eigenen Arbeit.²⁹¹ Für die Durchführung der Soforthilfe bestanden Absprachen und gemeinsame Standards sowohl innerhalb des Rotkreuzverbandes, mit anderen nationalen und internationalen Hilfsorganisationen als auch mit UN-Organisationen wie UNHCR oder der WHO. Beide Bereiche sollten im Sinne „integrierte[r] Maßnahmen“ einen als notwendig erachteten Übergang aufweisen: „Es werden also oft mit der Katastrophenhilfe gleichzeitig Maßnahmen der Entwicklungshilfe erforderlich, um die Soforthilfe zu festigen und zu stabilisieren.“²⁹²

Ab den 1980er Jahren hob das DRK besonders deutlich Entwicklungshilfemaßnahmen hervor und nannte diese als Bestandteil des Organisationsprofils, das sich bis dahin vordringlich auf „klassische“ Nothilfeleistungen konzentriert hatte. Eine Agenda und theoretische Grundlage für die Leistung von Entwicklungshilfe bestand für das DRK seit 1965, nach entsprechendem Beschluss auf einer Internationalen Rotkreuz-Konferenz in Wien.²⁹³ Entwicklungshilfe im Sinne des DRK definierte sich primär durch die Unterstützung der Strukturen von Schwestergesellschaften sowie ihrer Befähigung zur adäquaten Reaktion auf Krisensituationen

²⁹⁰ Das DRK verwendete sowohl den Begriff der Entwicklungshilfe als auch den der EZ, insgesamt jedoch Ersteren häufiger. Es ließ sich hinsichtlich der Begriffsverwendung keine Konsistenz und auch keine eindeutige Tendenz zur Ersetzung des Begriffs Entwicklungshilfe durch EZ in jüngerer Zeit erkennen.

²⁹¹ Vgl. Kronenberger, Jürgen (1984): Zusammenarbeit im Internationalen Roten Kreuz : Grundlagen, Anmerkungen, Inhalte. In: Die Rotkreuz-Zeitung 2/1984, 4-5.
DRK (1984): Die Rotkreuz-Zeitung 2/1984.

²⁹² Kronenberger, Jürgen (1984): Zusammenarbeit im Internationalen Roten Kreuz: Grundlagen, Anmerkungen, Probleme, Inhalte. In: Die Rotkreuz-Zeitung 4/1984, 5.

²⁹³ Vgl. DRK (1980): DRK Partnerschaftshilfe in Entwicklungsländern. In: Jahrbuch 1979/80, 118.

und stand hiermit in Bezug zu den erläuterten Ansätzen der Reduktion von Vulnerabilität und der Förderung von *Resilienz*.

„Diese Bereiche machen deutlich, daß unter Entwicklungszusammenarbeit im DRK nicht das gleiche verstanden werden kann, wie unter dem Begriff Entwicklungszusammenarbeit wie ihn die Bundesregierung verwendet. Entwicklungszusammenarbeit im Roten Kreuz ist nicht ausschließlich auf eine bestimmte Zielgruppe in der Bevölkerung gerichtet, sondern heißt immer auch Entwicklung der jeweiligen Schwestergesellschaft und kann von dieser Aufgabe nicht getrennt werden. Deutlich wird dadurch auch, daß Katastrophenhilfe und entwicklungsorientierte Arbeit einander ergänzen und sich nicht gegenseitig ausschließen, und daß für das DRK entwicklungsorientierte Arbeit immer auch Katastrophenvorbeugung ist und die Verbindung zum Katastrophenschutz zu suchen hat.“²⁹⁴

Innerhalb der Entwicklungshilfemaßnahmen liege der Schwerpunkt im Gesundheitsbereich. In den 1980er Jahren berief sich das DRK auf schriftlich fixierte Handlungsvorgaben und Richtlinien, die eine Grundlage der geleisteten Entwicklungshilfe-Maßnahmen bilden sollten. Ziele stellten über die Sicherstellung der Grundbedürfnisse und adäquater medizinischer Versorgung hinausgehend die Verbesserung der allgemeinen Lebenssituation der Betroffenen dar.²⁹⁵ Diese Ziele wiesen, gerade vor dem Hintergrund der Grundbedürfnisstrategie der Bundesregierung in den 1980er Jahren, Parallelen zu der Ausrichtung der deutschen Entwicklungspolitik auf.

Die Zusammenhänge zwischen Katastrophenhilfe und Entwicklungshilfe wurden bei Betrachtung der Definition des DRK von Katastrophen Ende der 1980er Jahre besonders deutlich:

„Eine Katastrophe ist eine Krise, die aus einem Fehlverhalten in der Wechselbeziehung zwischen Mensch und physischer oder sozialer Umwelt resultiert. Katastrophensituationen überfordern die Fähigkeit von Einzelpersonen und Gesellschaften, Unglücke zu bewältigen, und können als Indikatoren für mangelnde Entwicklung gesehen werden.“²⁹⁶

Der Begriff Entwicklung wurde durch das DRK als lineare Abfolge verstanden, in der sich die westlichen Industriestaaten auf einer hohen Entwicklungsstufe befanden.²⁹⁷ Die Deutung von Katastrophen als Indikator mangelnder Entwicklung implizierte, dass deren Ursachen in der als Status mangelnder Entwicklung verstandenen Situation gesehen wurden. Somit lag der Fokus auf dem Mangel der betroffenen Strukturen und Systeme, wie einer nicht ausreichenden Gesundheitsversorgung. Die Entwicklungshilfe des DRK sollte dazu beitragen, diese Lücke in

²⁹⁴ DRK (1994): In: Internationale Hilfen, Entwicklungszusammenarbeit. In: Jahrbuch 1993/94, 64-65.

²⁹⁵ Kronenberger, Jürgen (1984): Zusammenarbeit im Internationalen Roten Kreuz: Grundlagen, Anmerkungen, Probleme, Inhalte. In: Die Rotkreuz-Zeitung 4/1984, 4-5.

²⁹⁶ DRK (1991): DRK nimmt Katastrophenhilfe unter die Lupe. In: Die Rotkreuz-Zeitung 10/1987, 5.

²⁹⁷ Vgl. Helms, Ursula (1991): Leiden lindern und nicht hinterfragen. In: Rotes Kreuz. Das Fachmagazin des DRK 1/1991, 54-55.

den Fähigkeiten mit Katastrophen umzugehen, zu schließen. Weitere globale strukturelle Zusammenhänge, die zu diesem Mangel und seiner Entstehung beigetragen haben konnten, wurden hierbei weniger berücksichtigt.

Die Frage nach der Abgrenzung zwischen Humanitärer Hilfe und EZ wurde für das DRK in den 1980er Jahren immer greifbarer und dringlicher. Vermehrte Bemühungen zur Integration und Koordinierung dieser Bereiche wurden gefordert und verstärkt Versuche zur Schaffung entsprechender Übergänge unternommen. Mit der Wahrnehmung der notwendigen Erweiterung des Aufgabenspektrums wurde eine Neuausrichtung der Mittelverteilung und Hilfsleistungen erforderlich. Die einst klare Einteilung dreier Schwerpunktbereiche der „DRK-Auslandshilfe in Nahrungsmittel-, Katastrophen- und Entwicklungshilfe“²⁹⁸ erschien angesichts veränderter humanitärer Herausforderungen und langfristiger komplexer Krisen nicht mehr adäquat. So wurde eine intensivere Verzahnung dieser Bereiche nicht nur als wünschenswert betrachtet, sondern angesichts der „Untrennbarkeit“²⁹⁹ als zwingend notwendig. Das DRK bekannte, dass unter dem Einsatz alleiniger Soforthilfe notwendige Maßnahmen meist sehr spät im Geschehen einsetzen würden und somit nur noch in der Lage seien, eine bereits eingetretene Katastrophe in ihren Folgen abzumildern. Eine alleinige Fortführung der bisherigen „traditionellen Soforthilfe“³⁰⁰ wurde angesichts dieser veränderten Umstände als nicht ausreichend bewertet. Die Strukturförderung von Schwestergesellschaften, als wesentliche Säule der Entwicklungsprogramme des DRK, wurde entsprechend stärker fokussiert.

Neben einer Stärkung der Schwestergesellschaften sollten „Warnsysteme, Früherkennung von sich anbahnenden akuten Notständen und Meßdaten für einzuleitende Hilfen [ausgebaut werden].“³⁰¹ Hinter diesen Vorhaben stand zum Teil eine sehr technische Auffassung von EZ als Mittel zur Krisenprävention. So ging es vor allem um den Auf- und Ausbau von „Depots, Werkstätten, Schulungszentren [...] und technische Hilfsmittel zur Ausbildung und Entwicklung von Katastrophenschutz-Plänen [...]“³⁰² Einige dieser Maßnahmen waren vor allem auf adäquate und umfassende Reaktionen in der Entstehungsphase oder nach Eintritt

²⁹⁸ DRK (1983): Vorbemerkung. In: Jahrbuch 1982/83, 84.

²⁹⁹ ebd.

³⁰⁰ Kronenberger, Jürgen (1984): Zusammenarbeit im Internationalen Roten Kreuz: Grundlagen, Anmerkungen, Probleme, Inhalte. In: Die Rotkreuz-Zeitung 4/1984, 4.

³⁰¹ ebd.

³⁰² ebd.

eines Geschehens ausgelegt. In diesem Ansatz spiegelte sich die vom DRK geäußerte Überzeugung wieder: „Wir können Katastrophen nicht verhindern, aber Menschen retten.“³⁰³ Neben technischen Maßnahmen des Katastrophenschutzes leistete das DRK eine Förderung von Sozialstrukturen, vorwiegend im medizinischen Bereich. Letzteres wurde unter dem Begriff *Medico-Sozialstationen*³⁰⁴ zusammengefasst, die der Sicherung einer Basisgesundheitsversorgung, einer Durchführung von Präventionsprogrammen und Ausbildungszwecken dienen sollten. Neben der inhaltlichen Neuausrichtung wurde auch eine zeitliche Kontinuität der Hilfen gefordert, um nicht zu sogenannten vergessenen Konflikten beizutragen.³⁰⁵

Das DRK grenzte sich letztlich in den 1980er Jahren vermehrt von dem Dreischritt eines Kontinuums aus Nothilfe, Wiederaufbau und EZ ab und tendierte zu einer stärker integrierten Form. Wiederaufbau als Form fließender Übergangshilfe zwischen Soforthilfe und Entwicklungshilfe bedeutete dem Verständnis des DRK nach eine Wiedererlangung des *status quo* vor der Katastrophe³⁰⁶, jedoch noch nicht zwangsläufig auch eine langfristige Verbesserung der Sozialstrukturen.

Ende der 1990er Jahre setzte sich das DRK zum Ziel, durch den verstärkten Einsatz in langfristigen Projektvorhaben und ein verstärktes Engagement im EZ-Bereich „von dem Image einer reinen Nothilfeorganisation loszukommen.“³⁰⁷ Sprachlich spiegelte sich der Wunsch nach stärkerer Verknüpfung mit der EZ in dem Begriff „Entwicklungsorientierte Nothilfe“³⁰⁸ wider, der in ähnlicher Weise („entwicklungsfördernde und strukturbildende Übergangshilfe“³⁰⁹) in jüngerer Zeit vom BMZ verwendet wird. Diese Formulierung verdeutlichte den Anspruch des DRK die bereits lange erkannten Notwendigkeiten zur Umstrukturierung der Bereiche Humanitärer Hilfe und EZ auch in der Außendarstellung deutlicher zu repräsentieren. Außerdem zeigte diese Aussage Ende der 1990er Jahre, dass innerhalb von fast zwei Jahrzehnten, in denen die Notwendigkeit zur Verknüpfung von Humanitärer Hilfe und EZ intern thematisiert wurde, noch kein ausreichender Transfer jenes Anspruchs an die Öffentlichkeit gelungen war. Eine Erklärung hierfür kann auch in der Schwerpunktsetzung der

³⁰³ DRK (Hrsg.) (2004): Soforthilfe-Report. 14 Jg., H.2. Berlin: DRK, 2-3.

³⁰⁴ Z.B.: DRK (1982): Uganda, die Hilfe kommt per Flugzeug. In: Die Rotkreuz-Zeitung 6/1982, 15.

³⁰⁵ Vgl. DRK (1982): Kontinuität der Hilfe. In: Jahrbuch 1981/82, 107.

³⁰⁶ Vgl. DRK (2001): Humanitäre Hilfe und Entwicklungszusammenarbeit. In: Jahrbuch 2000/2001, 54.

³⁰⁷ DRK (1997): Internationale Zusammenarbeit. In: Jahrbuch 1996/97, 42.

³⁰⁸ DRK (2001): Operation Ebola, Entwicklungsorientierte Nothilfe in Nord-Uganda. In: Rotes Kreuz. Das Fachmagazin des DRK 3/2001, 22.

³⁰⁹ BMZ (2013): Strategie der entwicklungsfördernden und strukturbildenden Übergangshilfe (ESÜH). BMZ-Strategiepapier 6/2013. Berlin: BMZ.

Öffentlichkeitsarbeit und Berichterstattung gesehen werden. Bei genauerer inhaltlicher Betrachtung ergab sich eine deutliche Diskrepanz zwischen der Schwerpunktsetzung in den an Spender adressierten Publikationen und den intern an lokale Rotkreuzverbände gerichteten Jahrbüchern. Die Berichterstattung in den Jahrbüchern wies in der Zusammenschau deutlich mehr Sachinformationen sowie Hintergrundberichte, einzelne kritische Reflexionen der eigenen Arbeit und eine Thematisierung der Frage zur Abgrenzung zwischen Humanitärer Hilfe und Entwicklungshilfe auf. Die an die Öffentlichkeit adressierten Berichte setzten insgesamt einen stärkeren Fokus auf Sofort- und Katastrophenhilfe, was auch darauf zurückgeführt werden kann, dass nach Ansicht des DRK menschengemachte Krisen „aufgrund ihres negativen Images dem Spender nur noch schwer vermittelbar“³¹⁰ seien. Zugleich übte das DRK jedoch auch Kritik an einer selektiven Fokussierung auf große medienwirksame Katastrophenereignisse in der allgemeinen Medienberichterstattung.³¹¹

Für das DRK, das zwischen Spendengeldern und deren Auswirkungen auf die Lebenssituation der Betroffenen oftmals direkte Wirkungszusammenhänge herstellte, trugen Aspekte der Finanzierung und des Spendenaufkommens zur Abgrenzung zwischen Humanitärer Hilfe und EZ bei. Der Umstand der institutionellen Trennung zwischen den Zuständigkeitsbereichen von BMZ und AA und den getrennten Haushaltstiteln wurde vom DRK als erschwerend bei Bemühungen zur Schaffung von Übergängen und sogar als hinderlich für Bemühungen der Krisenprävention- und Krisenbewältigung kritisiert.³¹² Ende der 1990er Jahre, nachdem das DRK bereits über zehn Jahre zuvor auf den Wandel der globalen Verhältnisse mit einer Betonung der Relevanz zu mehr Entwicklungshilfe reagiert hatte, wurden die Mittelverteilungen in beiden Bereichen durch die Gebergemeinschaft kritisiert. So seien Anfang der 1990er Jahre relativ und absolut die staatlichen Mittel für Katastrophenhilfe gestiegen, die Ausgaben für Entwicklungshilfe jedoch rückläufig gewesen. Das DRK sah hierin eine Konkurrenz zwischen beiden Bereichen und kritisierte die Diskrepanz zwischen den eigentlichen Bedürfnissen und gebotenen Reaktionen auf die mehr und mehr Entwicklungshilfe erfordernden Verhältnisse in der Welt und einer tatsächlichen Priorisierung kurzfristiger Katastrophenhilfen.

³¹⁰ DRK (1997): Internationale Zusammenarbeit. In: Jahrbuch 1996/97, 42.

³¹¹ Vgl. DRK (1994/1995): Internationale Hilfen, Grundsatzfragen. In: Jahrbuch 1994/95, 56-57.

³¹² Vgl. Kronenberger, Jürgen (1984): Zusammenarbeit im Internationalen Roten Kreuz (II): Grundlagen, Anmerkungen, Inhalte. In: Die Rotkreuz-Zeitung 3/1984, 4-5.

Bei Betrachtung der eigenen Ausgaben des DRK ergab sich jedoch ein ähnliches Bild: Von 1980 bis 1999 war zwar eine Tendenz zur Steigerung der Ausgaben für EZ erkennbar, diese blieben jedoch im Verhältnis zur Soforthilfe gering (1999: 32% Maßnahmen, die der EZ zugeordnet werden konnten; 68% Soforthilfe).³¹³ Eine finanzielle Prioritätenverschiebung wurde ab Beginn der 2000er Jahre deutlich. So überstieg der Posten „Hilfe bei anhaltenden Notständen“ (45%) zeitweilig die Leistungen der Nothilfe (31%).³¹⁴ Die neue Bezeichnung dieses Haushaltspostens machte deutlich, wie groß die Schwierigkeiten ausfallen konnten, Hilfen klar einem Bereich zuzuordnen und wie sehr die Veränderung der Einsatzanforderungen die Mitteleinteilung bestimmte.

Eine Finanzierungsproblematik sah das DRK nicht nur in der Haushaltstrennung zwischen BMZ und AA und in der Finanzmittelverteilung durch internationale Institutionen, sondern auch in einer erwarteten geringeren Spendenbereitschaft der Öffentlichkeit für langfristige Krisen und Katastrophen. Die Befürchtung, durch eine Verschiebung der Prioritäten hin zu vermehrter Leistung langfristiger EZ einen Spendenverlust zu erleiden, kann zu der verhältnismäßigen Verteilung der Finanzmittel als auch der Schwerpunktsetzung der Berichterstattung auf Katastrophenhilfe beigetragen haben.

medico international

1972 erklärte der ehemalige Geschäftsführer und Einsatzleiter von medico, Heinrich Strübig, „daß wir sehr wohl die Entwicklungs- und die Katastrophenhilfe kombinieren können, ja, daß oftmals hier gar keine scharfen Trennlinien zu ziehen sind.“³¹⁵ Und führte darüber aus, dass es „von Anfang an unser Hauptanliegen [war], langfristige Hilfe, Entwicklungshilfe zu leisten.“³¹⁶ Entwicklung wurde von medico einst definiert als Vorgang:

„[B]ei dem ein Objekt in seine ‘ursprüngliche’ Form gebracht wird, damit es seine Funktion erfüllen kann [...]. So bedeutet Entwicklung einen respektvollen Vorgang, bei dem die Möglichkeiten eines Objekts oder eines Wesens aktiviert werden, auf daß sie ihre ‘natürliche’ oder von ihm selbst vorgesehene Form erreichen.“³¹⁷

Die vor allem in den ersten Jahren nach der Gründung im Jahre 1986 vielfach durchgeführten materiellen Hilfslieferungen dienten dem Ziel, die Möglichkeit der medizinischen Hilfe durch

³¹³ Vgl. DRK (2000): DRK-Auslandshilfe 1999, Programmbereiche. In: Jahrbuch 1999/2000, 5.

³¹⁴ DRK (2004): Programme. In: Jahrbuch 2003/2004, 9.

³¹⁵ medico international (1972): Katastrophen nehmen keine Rücksicht auf Feiertage, Ein Interview mit dem Geschäftsführer und Einsatzleiter der – medico Deutschland – Heinrich Strübig. In: info72, 1/1972.

³¹⁶ ebd.

³¹⁷ medico international (1986): Ein kritisches Stichwort. In: medico Rundschreiben 2/86, 28.

lokales Personal aufrechtzuerhalten oder in Katastrophensituationen wiederherzustellen. Dabei wurden Entwicklungshilfe und Katastrophenhilfe als die beiden wesentlichen Arbeitsschwerpunkte benannt. Diese unterschieden sich hauptsächlich nach der Art der Hilfslieferungen in kurzfristige oder langfristige Hilfen. Verbindendes Element war dabei das Ziel einer Förderung eigenständiger lokaler Projekte. Kurzfristige Katastrophenhilfe von medico war in den 1970er Jahren sehr technisch geprägt und bestand aus Materiallieferungen in Form von Hilfsgütern und Medikamenten über Feldlazarette bis hin zu Krankentransportwagen. Zu Beginn der 1970er Jahre ließen sich hier durchaus Parallelen zu den Ansätzen des DRK ziehen.

Auch wenn sich diese Art der Hilfeleistung in den ersten Jahren nach der Gründung sehr deutlich von späteren Berichten über Inhalte von Humanitärer Hilfe und langfristiger Hilfe unterschied, wurde bereits damals ein grundsätzliches Merkmal des Hilfsansatzes von medico deutlich: Nothilfe und langfristige Projekte verband von Beginn der 1970er Jahre an der Anspruch einer Förderung lokaler Strukturen und der Wiederherstellung eigener Kräfte und Strukturen von den Betroffenen und Partnern.

Eine Abgrenzung zwischen Humanitärer Hilfe und EZ trat auf theoretischer Ebene und in Planungsprozessen insofern in den Hintergrund, als dass beide Bereiche sowohl eigenständig als auch kombiniert zum Einsatz kamen, um das Ziel der Wiederherstellung und Aufrechterhaltung von Gesundheit zu erreichen. Für medico war also weniger von Bedeutung, welches Instrument zum Einsatz kam, um dieses Ziel durchzusetzen. Letztlich war es der Bedarf der lokalen Partner, der die Art der Hilfen bestimmen sollte. Dennoch waren in der praktischen Umsetzung eine Abgrenzung und auch eine Abfolge zwischen den Bereichen vielfach erkennbar. So wurde zu Beginn der 1970er Jahre in verschiedenen Projekten deutlich, wie Wiederaufbau und langfristige Unterstützung der Soforthilfe nachfolgten oder dies im Sinne eines Kontinuums angestrebt wurde.

Vergleich

Die klare Abgrenzung begann im Laufe der 1990er Jahre zu verschwimmen, als die Lücke zwischen Humanitärer Hilfe und EZ zunehmend als problematisch anerkannt und Kooperationsbemühungen häufiger wurden.³¹⁸ In der staatlichen Entwicklungspolitik hatte sich bereits in den 1980er Jahren abgezeichnet, dass die Unterscheidung zwischen Humanitärer

³¹⁸ ebd.

Hilfe und EZ lediglich anhand einer zeitlichen Einteilung in kurz- und langfristige Einsätze und Projekte zu kurz griff. Humanitäre Hilfe ließ sich oftmals nicht mehr allein auf kurzfristige Einsätze und akute Kontexte beschränken, denn „nicht selten bekommt sie eine langfristige, nicht ganz unproblematische Folgekomponente.“³¹⁹ Veränderungen fanden auf praktischer und auf Diskursebene statt, was unter anderem an einer Auseinandersetzung mit neuen Zielen in der EZ lag.³²⁰ EZ sollte zukünftig nicht mehr auf reine Infrastruktur- und Versorgungsförderung ausgerichtet sein, sondern dazu beitragen, strukturelle Bedingungen langfristig so zu verändern, dass hierdurch Krisenprävention stattfand. Dieser konzeptionelle Wandel implizierte eine Strukturförderung, die nicht mehr vorwiegend technisch ausgelegt war, sondern sich zunehmend auf institutionelle Rahmenbedingungen, Förderung von Lebens- und Arbeitsbedingungen sowie Teilhaberechte der Bevölkerung an der Projektgestaltung konzentrierte. Für das Gesundheitspersonal beider Bereiche bedeutete dies:

„Beide Formen der Zusammenarbeit verlangen je spezifische Ansätze und dementsprechend eine fachliche und persönliche Vorbereitung, ohne jedoch den gemeinsamen Nenner aus den Augen zu verlieren.“³²¹

Trotz einer insgesamt wachsenden Hinwendung zu LRRD-Ansätzen, existieren nach Auffassung der Bundesregierung auch Situationen und Einsatzgebiete, in denen eine klare Unterscheidung zwischen den Bereichen der Humanitären Hilfe und der EZ notwendig bleibt. In Fällen von Staaten mit schlechter Regierungsführung (*bad governance*), in fragilen oder zerfallenen Staaten, mit deren Führung eine gemeinsame Durchführung entwicklungspolitischer Maßnahmen nicht mehr möglich scheint, kann dennoch, oder gerade aus diesem Grund, ein humanitärer Hilfseinsatz erforderlich sein. EZ-Maßnahmen hingegen seien in Kontexten von *bad governance* erschwert oder gar nicht erst möglich.³²²

Im Jahr 2012 wurde ein gemeinsamer Leitfaden zur Humanitären Hilfe (AA) und Entwicklungsfördernden strukturbildenden Übergangshilfe (BMZ) veröffentlicht. Die Strategie der entwicklungsfördernden und strukturbildenden Übergangshilfe (ESÜH) fiel hierbei unter den Zuständigkeitsbereich des BMZ und wurde als EZ-Maßnahme behandelt. Sie war auf 1-4 Jahre angelegt und zielte unter anderem auf eine Stärkung der *Resilienz*, etwa in Form von

³¹⁹ Diesfeld, Hans-Jochen (2009): Geleitwort. In: Hackenbruch: Go international, 17.

³²⁰ Vgl. Paulmann, Johannes (2013): Conjunctures in the History of International Humanitarian Aid during the Twentieth Century. In: *Humanity: An International Journal of Human Rights, Humanitarianism, and Development*, 2013, 4(2):215-238. doi: 10.1353/hum.2013.0016.

³²¹ Diesfeld, Hans-Jochen (2009): Geleitwort. In: Hackenbruch: Go international, 17.

³²² Vgl. BMZ: Journalisten-Handbuch Entwicklungspolitik 1984, 9.

Gesundheitssystemstärkung ab. Als Schwerpunkte der ESÜH wurden dabei Katastrophenvorsorge, Ernährungssicherung, Nahrungsmittelhilfen, Reintegration von Flüchtlingen und Wiederaufbau explizit genannt. Gesundheitsbezogene Aspekte waren in jedem dieser Bereich zwar implizit enthalten, bildeten aber keinen eigenen Schwerpunktbereich.³²³ 2012 kam die als Gemeinschaftsevaluierung vom AA und BMZ in Auftrag gegebene Evaluierung der deutschen Humanitären Hilfe im Ausland zu dem Schluss, dass die Schnittstellen zwischen AA und BMZ strukturelle und konzeptionelle Schwächen aufwiesen. Hierbei wurde die bereits seit Jahrzehnten anerkannte Notwendigkeit einer stärkeren Verzahnung von Humanitärer Hilfe und EZ unterstrichen, was Mängel an der bisherigen praktischen Umsetzung theoretischer Erkenntnisse in die humanitäre und entwicklungspolitische Praxis offenlegte.³²⁴

Für die Hilfsorganisationen entschied sich die Abgrenzung zwischen beiden Bereichen auf operativer Ebene in Form von Fragen wie den Folgenden: Wie lange bleibt ein Einsatzteam vor Ort? Wann und wie werden Projekte an lokale Zuständigkeiten übergeben, und wie wird dieser Übergang strukturiert? Beschränkt man sich auf medizinische Nothilfe für wenige Wochen, oder wird gleichzeitig oder in einer späteren Phase der Aufbau einer stabileren Gesundheitsinfrastruktur angestrebt?

Es existieren wesentliche Abgrenzungsmerkmale, die von allen untersuchten Akteuren anerkannt und genannt wurden, wie die zeitliche Unterscheidung zwischen kurzfristiger Überlebenshilfe und langfristigen gestaltenden, strukturellen Maßnahmen. So kann die Humanitäre Hilfe als primär reaktiv der aktiv gestaltenden EZ gegenübergestellt werden.³²⁵ Spätestens seit den 1990er Jahren war bei den untersuchten Hilfsorganisationen eine Tendenz hin zu größeren Überschneidungen und Verknüpfungen zwischen beiden Bereichen deutlich erkennbar.

Im Hinblick auf die Bedeutung, die der Abgrenzung zwischen Humanitärer Hilfe und EZ durch die Hilfsorganisationen beigemessen wurde, zeigte sich, dass für medico – mehr als die theoretische Unterscheidung zwischen Humanitärer Hilfe und EZ – im Vordergrund stand,

³²³ Vgl. AA; BMZ (2012): Leitfaden zur Erläuterung der Aufgaben des Auswärtigen Amtes (AA) und des Bundesministeriums für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (BMZ) in den Bereichen der Humanitären Hilfe und der Entwicklungsfördernden und strukturbildenden Übergangshilfe. www.auswaertiges-amt.de/blob/205126/c49a80349fffb45b5e5ec5cf9dd80a03/130110-leitfaden-aa-bmz-data.pdf, abgerufen am 13.01.2018.

³²⁴ Weingärtner et al. (2011): Die deutsche humanitäre Hilfe im Ausland.

³²⁵ Vgl. Eberwein, Runge (2002): Neue Herausforderungen für die humanitäre Hilfe, 9-52, hier 28.

welches Mittel am geeignetsten zur Durchsetzung des Projektzieles erschien. Auch Cap Anamur thematisierte eine Trennung zwischen Humanitärer Hilfe und EZ auf Organisationsebene weniger umfangreich als das DRK, für das die Abgrenzungsfrage seit den 1980er Jahren großen Raum einnahm.

In Bezug auf die praktische Umsetzung der Abgrenzung zwischen Humanitärer Hilfe und EZ zeigte sich im Falle des DRK, dass sich Forderungen nach Prioritätenverschiebung und zur Integration von Soforthilfe und EZ erkennbar auf die operative Arbeit auswirkten. So hat auch die „klassische“ Nothilfeorganisation DRK seit den 1980er Jahren eine zunehmende entwicklungsorientierte Strategie implementiert, die den Schwerpunkt der Not- und Katastrophenhilfe ergänzte. Hierzu gehörten die verstärkte strukturelle Förderung von Schwesterorganisationen sowie ein erhöhter Einsatz für die Basisgesundheitsversorgung in Form von kurativ und präventiv angelegten *Medico-Sozialstationen*. Medico führte zwar – auch nach den Gründungsjahren – immer wieder Projekte mit humanitärem Hilfscharakter durch, allerdings nur unter der Voraussetzung existierender Partnerstrukturen vor Ort. Für Cap Anamur entschied sich die Frage nach der Abgrenzung zwischen Humanitäre Hilfe und EZ in der operativen Arbeit letztlich nicht durch ministerielle Vorgaben, sondern anhand der praktischen Problematik, wann und wie ein Einsatz beendet und Verantwortlichkeiten an lokale Institutionen übergeben werden konnten. Cap Anamur hielt eine strikte Unterscheidung beider Bereiche vor allem dann für wenig konstruktiv, wenn ein Projekt die Fortsetzung von humanitärem Engagement im Gesundheitsbereich auch nach Ende einer unmittelbaren Notsituation verlangte.

Gesundheit im Kontext von Menschenrechten, Präventionsaspekte und die Stärkung gesundheitsförderlicher Lebensbedingungen überwogen bei medico insgesamt im Laufe der Organisationsentwicklung. Beim DRK hingegen blieb das öffentliche Bild der eigenen Auslandshilfe weiterhin stark vom Sofort- und Katastrophenhilfecharakter geprägt, was nicht zuletzt in einer Fortsetzung entsprechender Narrative durch das DRK selbst begründet lag. Der Fokus des DRK lag dabei in der Zusammenschau, sowohl in der Humanitären Hilfe als auch in der EZ, über die letzten vier Jahrzehnte primär auf dem Umgang mit Krisen und Katastrophen und deren Auswirkungen. Auch wenn bei Cap Anamur eine weniger eindeutige Zuordnung zu erkennen war, blieb insgesamt der Fokus auf Humanitäre Hilfe – dem Gründungszweck der Organisation – bestehen, wobei diese immer wieder durch langfristige, strukturelle EZ-Maßnahmen ergänzt wurde.

Bemerkenswert sind neben dem internen Selbstverständnis auch die Außenansichten auf die Ansiedlungen der jeweiligen Organisation im Spektrum zwischen Humanitärer Hilfe und EZ. In den 1980er Jahren wurden sowohl das DRK als auch medico in den Kreis der mit Medikamentenhilfen befassten Organisationen eingeordnet. Obwohl nach Einschätzung des Gesundheitsreferenten der kirchlichen Entwicklungsorganisation Misereor die Hilfe des DRK in dieser Zeit „zu 81% ausgesprochene medizinische Entwicklungshilfe“³²⁶ ausgemacht hätte, läge der Schwerpunkt des DRK, ebenso wie von Cap Anamur, weiterhin im Bereich der Katastrophenhilfe. Letztlich bestanden hierbei Unschärfen auf mehreren Ebenen: Sowohl seitens der Akteure und ihrer internen Ausrichtung und Organisationsstruktur als auch hinsichtlich der äußeren Wahrnehmung und der Begriffsinhalte.

5.4 Operative Arbeit und Projekteinhalte

5.4.1 Gesundheitsprojekte in der Humanitären Hilfe und Entwicklungszusammenarbeit

Die WHO definierte Gesundheit in ihrer 1948 ratifizierten Verfassung als:

„Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur [als] das Fehlen von Krankheit oder Gebrechen.“³²⁷

Demnach ist Gesundheit ein umfassender Zustand, der nicht allein durch individuelle kurative Medizin sichergestellt werden kann. Gesundheit auf individueller und Bevölkerungsebene ist neben dem Zugang zu adäquater medizinischer Versorgung wesentlich von den Sozialen Determinanten von Gesundheit (Social Determinants of Health, SDH), als den Bedingungen unter denen Menschen geboren werden, aufwachsen, arbeiten, leben und altern, abhängig.³²⁸ Dies ist insofern für den Kontext der Humanitären Hilfe relevant, als dass eine große Spannbreite zwischen Ansätzen besteht, die auf eine allgemeine Verbesserung der Gesundheitssituation von Menschen abzielen und solchen, die rein medizinische Humanitäre Hilfe leisten. Dabei stellt jedoch die direkte medizinische Versorgung, deren jeweiliger Bedarf

³²⁶ Radtke, Arnold (1984): Die deutsche Entwicklungshilfe und ihre Gesundheitsprojekte. In: Diesfeld, Hans-Jochen; Wolter, Sigrid (Hrsg.): Medizin in Entwicklungsländern – Handbuch zur praxisorientierten Vorbereitung für medizinische Entwicklungshelfer. Frankfurt a.M.: Verlag Peter Lang, 172-176, hier 176.

³²⁷ World Health Organization (WHO) (1946): Constitution of the World Health Organization. www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf, abgerufen am 19.01.2018.

³²⁸ Zur Geschichte und Bedeutung der SDH vgl. z.B.: Irwin, A; Scali, E (2010): Action on the Social Determinants of Health: learning from previous experiences. (Social Determinants of Health, Discussion Paper 1 (Debates)). Genf: World Health Organization.

von Art und Kontext der Krise und Katastrophe abhängt, einen essentiellen Teil der Humanitären Hilfe dar.

Die direkten und indirekten wechselseitigen Zusammenhänge zwischen Armut und Krankheit sind vielfältig, von großer Bedeutung und waren bereits in dieser Zeit seit langem bekannt.³²⁹ Daher ist es bemerkenswert, dass in der deutschen EZ Gesundheit neben Themenkomplexen wie Wirtschaft, Energieversorgung, Bildung und Umwelt lange Zeit nicht als eigener Bereich klassifiziert wurde und finanzielle sowie inhaltliche Prioritäten vielfach in anderen Sektoren gesetzt wurden. Zwar wurden Gesundheitsprogramme von der Bundesregierung inhaltlich im Rahmen des Sektors Gesundheit und Bevölkerungsplanung beschrieben, innerhalb der Schwerpunkte der EZ wurde Gesundheit jedoch nicht als eigener Bereich genannt, sondern unter dem Punkt „Befriedigung der Grundbedürfnisse zur Bekämpfung der absoluten Armut“³³⁰ subsummiert. Spätestens seit Beginn der HIV/AIDS Epidemie in den 1980er Jahren und der Verabschiedung der Millenniumentwicklungsziele (MDGs) im Jahr 2000 rückten Gesundheitsthemen jedoch immer mehr auf die internationale und nationale Agenda. Dennoch machen in Deutschland die Ausgaben für den Gesundheitsbereich auch aktuell nur einen geringen Teil der gesamten Leistungen für öffentliche Entwicklungszusammenarbeit (Official Development Assistance, ODA) aus und liegen damit unter den, von der WHO von den Industriestaaten geforderten, Ausgaben in Höhe von mindestens 0,1% des Bruttonationaleinkommens.³³¹

Das Ausmaß der zu leistenden Humanitären Hilfe ist stark abhängig von den sozialen, ökonomischen und politischen Rahmenbedingungen der betroffenen Region. Der Bedarf an medizinischer Versorgung im Rahmen humanitärer Einsätze ist oft nicht allein einer aktuellen Krisen- oder Katastrophensituation geschuldet, sondern ist stark abhängig von der jeweiligen Ausgangslage der Gesundheitsinfrastruktur.³³² Je geringer die *Resilienz* zuvor bestehender Strukturen und je eingeschränkter der Zugang zu Gesundheitsversorgung war, desto schwerwiegender fallen die Folgen für die Bevölkerung und das Gesundheitssystem in der

³²⁹ Z.B.: McKeown, Thomas (1976): The modern rise of population. London: Edward Arnold; Virchow (1848): Der Armenarzt; Cameron, Donald; Jones, Ian G. (1983): John Snow, the Broad Street Pump and Modern Epidemiology. In: International Journal of Epidemiology, 1983, 12:393-396.

³³⁰ BMZ: Journalisten-Handbuch Entwicklungspolitik 1983, 11.

³³¹ Vgl. Missionsärztliches Institut Würzburg: Deutschland zahlt zu wenig, 24.02.2015. www.medmissio.de/mi-aktuell/deutschland-zahlt-zu-wenig/ac8b2792-807a-4ff8-a30e-c677ced982a7?mode=detail, abgerufen am 14.08.2017.

³³² Vgl. Kieny, Marie-Paule et al. (2014): Health-System resilience: reflections on the Ebola crisis in western Africa. In: Bulletin of the World Health Organization, 2014, 92:850. doi: 10.2471/BLT.14.149278.

Regel aus – ein Umstand, der verkürzt auf die Formel „Bedrohungsrisiko x Vulnerabilität = Katastrophenauswirkung“³³³ gebracht werden kann. Daher sind Ansätze zur Gesundheitssystemstärkung auf internationaler und nationaler Ebene zu einem wichtigen Bestandteil humanitärer und entwicklungspolitischer Debatten und operativer Arbeit auch der Bundesregierung geworden.³³⁴

Die Vorbereitung und Planung von Humanitärer Hilfe und EZ-Projekten im Gesundheitsbereich, deren Ablauf und die zugrunde gelegten Strategien haben entscheidenden Einfluss auf die resultierende kurz- und langfristige Gesundheitsversorgung der betroffenen Bevölkerung. Daher ist die grundsätzliche Perspektive der untersuchten Organisationen hinsichtlich der Projektgestaltung, der Involvierung bestimmter Akteure als Partner und ihrer Anstrengungen zur Umsetzung der humanitären Prinzipien von großer Relevanz für den Projekterfolg, gemessen an der Verbesserung der Gesundheitssituation der Betroffenen.

Wie groß die Diskrepanz zwischen gut gemeinter Hilfsbereitschaft und tatsächlichen Verbesserungen für die Gesundheitslage der betroffenen Bevölkerung ausfallen kann, hat in der jüngeren Vergangenheit besonders eindrücklich das humanitäre Geschehen nach dem Tsunami in Südostasien 2004 gezeigt. Angesichts dieser Katastrophe und ihrer nachfolgenden Reaktionen wurden viele grundsätzliche Schwierigkeiten in der Humanitären Hilfe deutlich. Hierbei zeigte sich eine mediale Überrepräsentation einer Katastrophenregion, die sich nicht allein mit humanitären Argumenten rechtfertigen ließ und ein im Vergleich zu anderen Katastrophen- und Krisenregionen unverhältnismäßiges Spendenaufkommen hervorrief. Dies hatte zur Folge, dass MSF öffentlich dazu aufrief, keine zweckgebundenen Spenden mehr für die Nothilfe nach dem Seebeben an ihre Organisation zu richten, sondern finanzielle Hilfen stattdessen für andere Projektregionen zur Verfügung zu stellen.³³⁵ Zweitens erschwerten eine hohe Anzahl von NGOs mit unterschiedlichen Interessen und Arbeitsweisen eine adäquate Koordinierung der medizinischen Hilfsmaßnahmen. So kam es zu Situationen, in denen ausländische medizinische Helfer in hoher Zahl an Einsatzgebieten vorhanden waren, die teilweise weder einer solch hohen Ärztedichte, noch deren Ausbildungsspektrum der

³³³ Schmitz (2009): Die Grauzone in Krisenregionen und nach Katastrophen, adaptiert nach Perrin, Pierre (1996): War and Public Health. Genf: ICRC.

³³⁴ Vgl. Munir, Khullat; Worm, Ilse (2016): Health Systems Strengthening in German development cooperation: making the case for a comprehensive strategy. In: Globalization and Health, 2016, 12:81. doi: 10.1186/s12992-016-0215-3.

³³⁵ Williams, Howard Roy (2009): Response to the 2004 Tsunami: An international perspective. In: Raising the bar project, research volume, chapter 21. Berlin: Global Public Policy Institute, 401-411, hier 402.

Maximalversorgung bedurften. Im schlimmsten Fall wurden Interessen der Helfer beziehungsweise ihrer Organisationen über die eigentlichen Bedürfnisse der Bevölkerung gestellt.³³⁶

Der Anspruch „Do No Harm“³³⁷, der darauf abzielt mögliche negative Auswirkungen der eigenen Hilfeleistung für die betroffene Bevölkerung zu vermeiden und dies in die operative Projektplanung und -gestaltung miteinzubeziehen, hat sich spätestens seit Ende der 1990er Jahre vor allem im Bereich Humanitärer Hilfe, aber auch in der EZ etabliert.³³⁸

5.4.2 Medizinische und gesundheitsbezogene Projektinhalte der untersuchten Hilfsorganisationen

Deutsches Rotes Kreuz

Der Charakter medizinisch-technischer Soforthilfe blieb seit den 1970er Jahren in den vielfältigen Aktivitäten des DRK erkennbar bestehen, wurde jedoch in der Folge durch weitere Schwerpunktsetzungen ergänzt. Die Aktivitäten des DRK im medizinischen Bereich wiesen verschiedene Charakteristika auf. Hierzu zählten in erster Linie:

i. Technische Ausrüstungs- und Personalhilfe

Der dominierende Anteil der internationalen Gesundheitsarbeit des DRK war auf medizinisch-technische und personelle Not- und Katastrophenhilfe ausgerichtet. Konkret standen die Lieferung von Medikamenten und medizinisch-technischen Geräten, weitere Sachspenden sowie die Entsendung fachlichen Personals im Vordergrund. Entsandte Teams setzten sich zumeist aus Ärzten, Krankenpflegepersonal sowie gegebenenfalls Technikern zusammen.³³⁹ Ein Schwerpunkt der medizinischen Hilfe des DRK lag außerdem auf der Lieferung von Feldkrankenhäusern und ihrer Komponenten. Solche Hilfskrankenhäuser wurden vom DRK-Personal kurzfristig und zu temporären Zwecken errichtet und zur stationären sowie ambulanten Versorgung der betroffenen Bevölkerung genutzt, zum Teil dienten sie auch der

³³⁶ Vgl. Bruchhausen, Walter (2005): Die Welle nach dem Tsunami, Not- und Wiederaufbauhilfe in Aceh/Indonesien. Manuskript eines Vortrags des Medizinhistorischen Instituts, Universität Bonn, vom 18.04.2005.

³³⁷ Anderson, Mary B. (1999): Do no harm: How aid can support peace or war. Boulder/London: Lynne Rienner Publishers.

³³⁸ Vgl. Jamann, Wolfgang (2013): Do No Harm – Humanitäre Hilfe in Konfliktsituationen. In: Lieser, Dijkzeul: Handbuch Humanitäre Hilfe, 351-362.

³³⁹ Vgl. DRK (1980): Um Allahs Willen, vergesst uns nicht. In: Deutsches Rotes Kreuz. Zentralorgan des DRK in der Bundesrepublik Deutschland 3/1980, 1-2.

Ergänzung der Kapazitäten von bereits bestehenden Gesundheitsversorgungseinrichtungen. Erfahrungen aus bisherigen Projekteinsätzen wurden genutzt, um ein System aus Modulen zu entwickeln, die in Form von „Rapid-Modul“³⁴⁰ Einheiten oder „Emergency Response Units“ (ERU)³⁴¹ schnell mobilisierbar und standardisiert, gleichzeitig individuell angepasst, einsetzbar sein sollten. Die Prämisse bestand in möglichst kurzfristiger Reaktion auf akute Notsituationen, denen durch standardisierte und im Vorhinein soweit wie möglich geplante Prozeduren sowie der Entsendung bereitstehender medizinisch-technischer Güter begegnet werden sollte.

ii. Chirurgie als Schwerpunkt der (berichteten) Projekteinhalte

Durch die Geschichte der Internationalen Rotkreuz- und Rothalbmondbewegung und kriegerischer Auseinandersetzung als Kontext ihrer Entstehung erklärt sich die jahrzehntelange Schwerpunktsetzung des DRK auf medizinische Nothilfe für Verletzte, vor allem im chirurgischen Bereich.³⁴² Das Einsatzspektrum wurde jedoch entsprechend des Bedarfs im Laufe der Zeit angepasst und auf breite medizinische Hilfen im Rahmen von Naturkatastrophen, Epidemien sowie kurz- und langfristige menschengemachte Krisensituationen erweitert.

iii. Spezifische Krankheitsbekämpfung

Infektionskrankheiten waren bei DRK-Projekten aus verschiedenen Gründen von besonderer Bedeutung. Zum einen herrschte nach Naturkatastrophen immer wieder Sorge vor einem Ausbruch von Epidemien, zum anderen bewegten sich viele der DRK-Projekte im Ausland in Gebieten, in denen tropische Infektionskrankheiten für ein hohes Maß an Krankheitslast verantwortlich waren. So wurde beispielsweise 1980 vom DRK in Uganda ein Projekt gegen die Schlafkrankheit durchgeführt.³⁴³

iv. Gesundheitssystemstärkung und *Medico-Sozialstationen*

Neben kurzfristigen rein kurativen Projekten spielte in verschiedenen Einsätzen des DRK immer wieder auch Engagement mit dem Ziel einer langfristigen Verbesserung des Gesundheitszustandes von Bevölkerungen eine Rolle. Dies lässt sich neben der medizinisch-

³⁴⁰ DRK (1994): Rotes Kreuz hilft Ruanda Flüchtlingen. In: Rotes Kreuz. Das Fachmagazin des DRK 4/1994, 4.

³⁴¹ Römer, Johann Wilhelm (2000): Fit für das Abenteuer Menschlichkeit. In: Rotes Kreuz. Das Fachmagazin des DRK 1/2000, 30.

³⁴² DRK (1993): Die Besten Ersten, Medizinische Hilfen des Roten Kreuzes. In: Rotes Kreuz. Das Fachmagazin des DRK 6/1993, 18-19.

³⁴³ Vgl. DRK (1980): In: Soforthilfe gegen Schlafkrankheit. In: Deutsches Rotes Kreuz. Zentralorgan des DRK in der Bundesrepublik Deutschland 4/1980, 1.

technischen und personellen kurzfristigen Hilfe als eine zweite wichtige Säule der medizinischen Auslandsarbeit des DRK charakterisieren. Es wurde seit den 1980er Jahren anerkannt, dass eine Verbesserung sowohl der kurzfristigen als auch der langfristigen Gesundheitssituation viele ergänzende Sektoren miteinbeziehen muss, wie etwa im Falle von Unter- und Fehlernährung: „[D]enn Medizin ohne Nahrung hilft gar nichts.“³⁴⁴ Wichtige Kontextfaktoren der Ursachen von Gesundheit und Krankheit wie Ernährung, Zugang zu sauberem Trinkwasser, Sanitärversorgung und Wohnbedingungen fanden in diesem Zusammenhang Erwähnung und wurden in ihrer Bedeutung für Gesundheit auf breiter Bevölkerungsebene anerkannt.³⁴⁵ *Medico-Sozialstationen*, als Basisgesundheitszentren, sollten an vielen Orten den Zugang zu Gesundheitsversorgung verbessern, indem sie als kleine Gesundheitseinrichtungen eine unterste niederschwellige Basis in der Pyramide der Gesundheitsversorgung, vor Kreiskrankenhäusern und urbanen Krankenhäusern, bildeten. Konkrete Aktivitäten, die Planung und Durchführung der medizinischen Versorgung sowie die Eruierung des spezifischen Bedarfs vor Ort sollten in enger Absprache mit lokalen Akteuren vorgenommen werden.³⁴⁶ Die Etablierung von Basisgesundheitsstrukturen in Form von *Medico-Sozialstationen* fügte sich in die zweite Säule der medizinischen Auslandsarbeit des DRK ein, die charakterisiert war durch das Ziel längerfristiger struktureller Verbesserung der Gesundheitsversorgung auf breiter Bevölkerungsebene unter Einbezug, Förderung und Trägerschaft der jeweiligen Rotkreuzgesellschaft vor Ort. Ein weiterer Arbeitsschwerpunkt langfristiger Projekte bildete die Aus- und Weiterbildung lokaler Gesundheitsfachkräfte durch Personal des DRK. Ziel dieser Ausbildungsarbeit war sowohl die dauerhafte Stärkung der regulären Basisgesundheitsversorgung als auch eine bessere Vorbereitung lokaler Fachkräfte auf mögliche Katastrophensituationen. In der Zusammenschau des berichteten Einsatzspektrums nahmen Projekte mit langfristiger Ausrichtung auf Gesundheitssystemstärkung im Gegensatz zu kurzfristigen Hilfseinsätzen einen vergleichsweise kleineren Anteil ein, so dass der Charakter des DRK in der öffentlichen Darstellung und Wahrnehmung als Hilfsorganisation mit primärem Schwerpunkt auf Not- und Katastrophenhilfe bestehen blieb.

³⁴⁴ DRK (1985): Interview: „Machen Sie weiter?“ – „Ja“. In: Die Rotkreuz-Zeitung 10/1985, 2.

³⁴⁵ Vgl. DRK (1994): Endloshilfe, Flüchtlinge in und aus Ruanda. In: Rotes Kreuz. Das Fachmagazin des DRK 6/1994, 14-15.

³⁴⁶ Vgl. Sitzung der Arbeitsgruppe Entwicklungsgroßprojekt vom 7.7.78. Archivordner 3294. Archiv des DRK-Generalsekretariats, 1-5.

medico international

Seit Gründung der Organisation räumte medico Gesundheitsthemen einen besonderen Platz in der Projektarbeit ein. Die Förderung von Gesundheit, im Sinne der Definition von Gesundheit der WHO, ist heute als erster Punkt des Vereinszwecks in der Satzung von medico festgeschrieben.³⁴⁷ Konzentrierte sich die Arbeit anfänglich in erster Linie auf medizinische Katastrophenhilfe, so lag in den folgenden Jahrzehnten der Fokus zunehmend auf präventions- und menschenrechtsbasierten Ansätzen der Gesundheitsarbeit. Als wesentliche Charakteristika der Gesundheitsarbeit von medico können genannt werden:

i. Basisgesundheitsversorgung

Ab Ende der 1970er Jahre lag ein Schwerpunkt vieler Projekte auf dem Aufbau und der Stärkung einer Basisgesundheitsversorgung. Der Aufbau der Gesundheitsversorgung, die von Prävention und Basisgesundheitsprogrammen als Grundlage, über lokale Gesundheitsposten, bis hin zu komplexeren und hochspezialisierten Versorgungseinrichtungen reicht, fußt letztlich auf einer stabilen Primärversorgung. Der Ansatz von medico in der Gesundheitsarbeit stützte sich vorwiegend auf die präventive und breitenwirksame Basisebene der Gesundheitspyramide. Konkret setzte sich etwa ein von medico unterstütztes nationales Gesundheitsprogramm in Burkina Faso aus dem Jahre 1987 für eine flächendeckende Gesundheitsversorgung ein. Inhalte waren unter anderem die Verbesserung von Mutter-Kind-Gesundheit sowie die Eindämmung übertragbarer Krankheiten wie Malaria, Masern, Meningitis und Bilharziose. Zum einen bestand das Programm aus der Etablierung von Gesundheitsposten in jedem Dorf innerhalb des Landes, zum anderen beinhaltete es die Ausstattung lokaler Apotheken mit essentiellen Arzneimitteln sowie die Bereitstellung von Lehrmaterial zu medizinischen Ausbildungszwecken. (Es handelte sich dabei um das Buch „Wo kein Arzt ist“ von David Werner, Carol Thuman und Jane Maxwell, im Original „Donde No Hay Doctor“, später übersetzt in die englische Version „Where there is no doctor“³⁴⁸.) Medico wurde nicht als Initiator dieses Projektes angefragt, sondern sollte Unterstützung der laufenden Prozesse des nationalen Gesundheitsprogramms leisten und wurde vom Gesundheitsministerium um Mitwirkung bei Aufbau und Renovierung von Gesundheitszentren gebeten.³⁴⁹ Weitere

³⁴⁷ medico international (Hrsg.): Satzung medico international e.V.

www.medico.de/fileadmin/user_upload/media/satzung_medico_2015.pdf, abgerufen am 24.10.2017.

³⁴⁸ Werner, David; Thuman, Carol, Maxwell, Jane (2015): Where there is no doctor – a village healthcare handbook. (revised edition, first English edition 1977). Berkeley: Hesperian Health Guides.

³⁴⁹ Vgl. medico international (1987): Burkina Faso – eine Hoffnung für Afrika? In: medico Rundschreiben 03/87, 24-26.

Arbeitsinhalte waren die Erste-Hilfe-Ausbildung lokalen Personals sowie die medizinische Versorgung von Geflüchteten.

Inhaltliche Schwerpunkte von Gesundheitsprogrammen in Regionen Lateinamerikas zu Beginn der 1980er Jahre bildeten unter anderem Gesundheitserziehungsmaßnahmen, in deren Rahmen Mitglieder lokaler Dorfgemeinschaften über einen Zeitraum von mehreren Wochen präventivmedizinisch ausgebildet wurden. Ziel war eine breite Etablierung von Gesundheitspromotoren in lokalen Gemeinden. Die Ausbildung und der Bau von Gesundheitseinrichtungen sowie die Ausarbeitung des Gesundheitsprogramms erfolgten oft durch lokale Partner. Medico unterstützte dies durch entsprechende finanzielle Mittel, gab aber einen großen Teil der Verantwortung im Bereich der Projektdurchführung an lokale Partner ab.³⁵⁰ Kennzeichnend für Programme der Basisgesundheitsversorgung war auch in einzelnen Projekten die Einbeziehung breiter Bevölkerungsschichten im Sinne von „Volksgesundheitskampagnen“³⁵¹, die in die Bekämpfung von großen Gesundheitsproblemen einbezogen wurden; hierzu zählten etwa Malariabekämpfung und Masernimpfungen in Nicaragua Anfang der 1980er Jahre.

ii. Veränderungen in der Schwerpunktsetzung der Gesundheitsarbeit

Neben den Elementen der Gesundheitssystemstärkung, etwa durch Ausbildung von Gesundheitspersonal und dem Fokus auf Basisgesundheitsprogramme bestanden in den 1980er Jahren viele der Projekte von medico anfänglich aus konkreten kurativen medizinischen Hilfen, wie der Lieferung von Hilfsgütern, etwa Medikamenten, chirurgischem Material, Notfallsets und Feldhospitälern.³⁵² In diesen Bereichen lassen sich für die ersten Jahre nach der Gründung, in denen medico auf schnelle materielle und personelle Hilfen in Krisen- und Katastrophengebieten ausgerichtet war, wie bereits ausgeführt, Parallelen zu der Vorgehensweise des DRK und auch von Cap Anamur ziehen. Medizinische Notversorgung in Form materieller Hilfsgüterlieferungen diente der akuten Versorgung von Betroffenen nach Naturkatastrophen und in Kriegssituationen. Die Leistung Humanitärer Hilfe im Gesundheitsbereich wurde oft als notwendig erachtet, blieb jedoch nicht das primäre Ziel und wurde zumeist eingebettet in längerfristige Projekte, die Ansätze zur Verbesserung der allgemeinen Gesundheitssituation verfolgten. So fand ein Wandel in den Inhalten der

³⁵⁰ Vgl. medico international (1982): „Wir lehnen jede Hilfe ab, die unsere Selbstbestimmung bedroht.“ In: medico Rundschreiben 02/82, 24-27.

³⁵¹ medico international (1982): Sind die Erfolge bedroht? Die gesundheitliche Lage in Nicaragua – heute! In: medico Rundschreiben 02/82, 6.

³⁵² Vgl. medico international (1982): Flutkatastrophe in Nicaragua. In: medico Rundschreiben 02/82, 4.

operativen Gesundheitsarbeit von primärer Not- und Katastrophenhilfe hin zu partner- und entwicklungsorientierter Projektarbeit statt, die in globale Netzwerke eingebunden ist.

iii. Das Menschenrecht auf Gesundheit als zentrales Element der Gesundheitsarbeit
Wie in Kapitelabschnitt 5.2 ausgeführt, wies das Verhältnis zwischen humanitärer Gesundheitsarbeit und Politik im Falle von medico im Vergleich zu den anderen untersuchten Akteuren einige Besonderheiten auf. Dazu gehörte insbesondere die explizite Berufung auf das Menschenrecht auf Gesundheit und Versuche seiner Wahrnehmung und Verwirklichung. Orientiert am Menschenrecht auf Gesundheit existierte für medico primär eine staatliche Verantwortung, dieses Recht auf Gesundheit und einen adäquaten Zugang zu medizinischer Versorgung zu gewährleisten. Es war eine Tendenz zur Positionierung von medico innerhalb des jahrzehntelangen Diskurses der Biomedizin vs. Sozialmedizin zu letzterer³⁵³ und einer über die Geschichte der Organisation zunehmende Fokussierung auf breitenwirksame präventive Ansätze erkennbar.

iv. Gesundheit im sozialen und politischen Kontext
Für medico stellte die Medizin und mehr noch Gesundheit ein Mittel zur Veränderung sozialer und politischer Rahmenbedingungen dar.³⁵⁴ Medizinische personelle und technische Hilfe sollten Schritte auf dem Weg eines weitreichenden Veränderungsprozesses sein:

„[J]ede Unterstützung, jede medizinische Maßnahme, jede noch so sorgfältig ausgewählte angepasste Technik [...] sollte daran gemessen werden, wie sie die Bewegung in Richtung auf selbstbestimmte soziale Verhältnisse ermöglicht und vorantreibt.“³⁵⁵

In diesem Zusammenhang verwies medico auf den Zusammenhang zwischen Krankheit und Armut und den *circulus vitiosus*, der sich hieraus ergeben kann.³⁵⁶ Krankheit sollte demnach weniger als Ausdruck eines individuellen schicksalhaften Geschehens, sondern sozialer, politischer, wirtschaftlicher und kultureller Determinanten gewertet werden. Hierbei bezog sich medico immer wieder auf die umfassende Definition von Gesundheit der WHO.

³⁵³ Vgl. Doyal, Lesley (1982): Den Tod verhindern – ohne das Leben zu verbessern: Zum Widerspruch imperialistischer Medizin in der Dritten Welt. Frankfurt a.M.: medico international.

³⁵⁴ Vgl. medico international (1986): In: Südafrika, die große Umkehr. In: medico Rundschreiben 03/86, 6-9.

³⁵⁵ Brandscheidt, Gebauer (1988): Zum Beispiel Gesundheit, 10.

³⁵⁶ Vgl. medico international (1991): Hamburg Chimbote – Die Cholera in Zeiten des Handels. In: medico Rundschreiben 2-3/91, 20-23.

Die Programme, die auf eine Basisgesundheitsversorgung ausgerichtet waren, gingen mit Versuchen einher, das jeweilige Gesundheitswesen langfristig und umfassend zu stärken. Charakteristisch ist der in der Geschichte von medico frühe Einbezug lokaler Kapazitäten, die Berücksichtigung gegebener personeller und organisatorischer Strukturen, ideeller Ressourcen und vor Ort praktizierter traditioneller Heilmethoden.³⁵⁷ Als Beispiel kann hierfür die Kooperation von medico Anfang der 1980er Jahre in Peru mit Angehörigen der indigenen Aguaruna genannt werden, wobei eine Auseinandersetzung mit ihren Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit und den resultierenden Differenzen zu entsprechenden Vorstellungen, die in Europa in dieser Zeit verbreiteter waren, stattfand. Medico respektierte ihre Vorstellung von Gesundheit als „Einheit von Leib und Seele“³⁵⁸, als Betrachtung des „Körper[s] als Ganzheit“³⁵⁹ im Gegensatz zur in europäischen Gebieten weit verbreiteten Vorstellung von Krankheit als differenzieller Störung einzelner Körperfunktionen, die oft am Ort der physischen Störung selbst therapiert werden kann. Medico forderte eine Auseinandersetzung mit Zusammenhängen zwischen der Gesundheit von Menschen und ihrem sozialen Kontext. Heilung ohne Auflösung sozialer Konflikte erschien demnach nicht möglich und der Mediziner oder lokale Heiler nahm einen bedeutenden Platz im gesellschaftlichen Kontext ein, die weit über einen einzelnen Berufszweig und die Rolle in einer individuellen Arzt-Patienten-Beziehung hinausging. Die Anerkennung lokaler Heilmethoden durch medico äußerte sich in einer Aufwertung der Kenntnisse und Praktiken lokalen Gesundheitspersonals und dem Versuch der Einbeziehung ihrer besonderen Fähigkeiten und engen gesellschaftlichen Einbindung.³⁶⁰

v. Kritische Nothilfe

Medico bemühte sich um eine Verknüpfung der Projektarbeit mit Kritik an den eigens analysierten Ursachen von Krisen, Katastrophen und gesundheitsschädlichen Lebensbedingungen. Hierzu zählte die Herstellung zahlreicher Verbindungen zu sozialen und politischen Determinanten auf Individual- und Bevölkerungsebene. Aus diesen Verbindungen erwuchs im Laufe der Organisationsgeschichte das Konzept der „Kritischen Not- und Entwicklungshilfe“³⁶¹, unter dem akut notwendige Hilfeleistungen als Überbrückung geleistet,

³⁵⁷ Vgl. medico international (1982): Projekt Peru. In: medico Rundschreiben 02/82, 1.

³⁵⁸ medico international (1982): „Wir lehnen jede Hilfe ab, die unsere Selbstbestimmung bedroht.“ In: medico Rundschreiben 02/82, 25.

³⁵⁹ ebd.

³⁶⁰ Vgl. medico international (1982): „Wir lehnen jede Hilfe ab, die unsere Selbstbestimmung bedroht.“ In: medico Rundschreiben 02/82, 24-27.

³⁶¹ Gebauer (2007): Kritische Not- und Entwicklungshilfe.

gleichzeitig aber Hintergründe und Ursachen identifiziert und benannt werden sollten. Exemplarisch für den Ansatz der Reduktion einer Abhängigkeit von externer Humanitärer Hilfe steht der Versuch eines Aufbaus einer eigenen Medikamentenproduktion auf den Kapverden seit 1978. Eine lokale Produktion essentieller Arzneimittel verfolgte das Ziel, Unabhängigkeit von Medikamentenlieferungen zu erreichen, welche lediglich eine kurzfristige Linderung, nicht aber eine Lösung für das Problem der unzureichenden Medikamentenversorgung darstellten.³⁶²

Cap Anamur

Die Namensgebung der Organisation als *Not-Ärzte Komitee*, später umbenannt in *Cap Anamur/Deutsche Not-Ärzte e.V.* präsentiert nach außen hin eine Fokussierung auf kurzfristige Humanitäre Hilfe mit medizinischem Schwerpunkt. Bei eingehender Betrachtung der Projekte von Cap Anamur seit Ende der 1970er Jahre ist jedoch ein breites und umfassenderes Spektrum erkennbar, dass eine Vielzahl an gesundheitsrelevanten humanitären Hilfsprojekten sowie langfristiges Engagement beinhaltet. So existierten viele Projekte über mehrere Jahre und reichten sowohl von ihrem zeitlichen Rahmen als auch ihrer inhaltlichen Zusammensetzung weit über alleinige Soforthilfe hinaus. Medizinische Projekte wurden vielfach ergänzt durch Versuche Infrastrukturförderung, Bildung und Ernährungssicherheit zu gewährleisten und so zu einem umfassenden Konzept von Gesundheit beizutragen. Dies bedeutete auch, dass ärztliches Personal nicht nur im eigentlichen Tätigkeitsgebiet aktiv war, sondern sich zum Teil auch an pädagogischen oder logistischen Aufgaben beteiligte.³⁶³ Ein weiterer Kritikpunkt an der Namensgebung bezog sich daher letztlich auf den Umstand, dass hiermit die Arbeit von Cap Anamur nicht in Gänze wiedergegeben wurde, da die allermeisten Einsätze neben ärztlichem Personal von einem Team aus „Not-Krankenschwestern“ oder „Not-Krankenpflegern“ sowie „Not-Logistiker[n]“ und „Not-Techniker[n]“ durchgeführt wurden.³⁶⁴ Dass die Bezeichnung Ärzte im Titel von Organisationen auftaucht, deren Arbeitsspektrum nicht primär oder nicht allein im ärztlich-kurativen Bereich liegt, ist allerdings kein seltenes Phänomen³⁶⁵, ebenso wie die Prägung des Ethos einiger humanitärer Organisationen durch die Rhetorik in Bezug auf „Not-“ und „Katastrophen“.³⁶⁶

³⁶² medico international (1982): Projekt Kapverdische Inseln. In: medico Rundschreiben 03/82, 2.

³⁶³ Vgl. Cap Anamur (nach 1999): Projekte in Kurdistan und der Türkei. Rundbrief. Köln: Komitee Cap Anamur.

³⁶⁴ Komitee Cap Anamur (1988): Humanitäre Radikalität, 27.

³⁶⁵ Bruchhausen, Walter (2008): Von der Kolonialmedizin zu „Global Health“. Der Umgang mit medizinischen Herausforderungen der "Dritten Welt". In: Groß, Dominik; Winckelmann, Hans Joachim (Hrsg.): Medizin im 20. Jahrhundert. Fortschritte und Grenzen. München: Ärztliche Praxis, 233-243.

³⁶⁶ Vgl. Redfield (2013): Life in crisis, 13.

Das breite Einsatzspektrum von Cap Anamur lässt sich in fünf wesentliche Charakteristika unterteilen:

i. Kurzfristige humanitäre Hilfseinsätze

Ein Schwerpunkt von Cap Anamur lag auf kurzfristigen humanitären Hilfseinsätzen, bei denen medizinische Hilfen oftmals in der Lieferung von Hilfsgütern wie Medikamenten und technischen Geräten bestand. Ein Fokus lag hierbei auf chirurgischer Notversorgung.³⁶⁷ Die in den Projekten eingesetzten Ärzte, die zum Teil auf sich gestellt oder in kleinen Teams agierten, wurden in den Berichten als engagiert und sich in erster Linie ihrem humanitären Ziel verpflichtet sehend beschrieben.³⁶⁸ Cap Anamur hat vielfach Hilfsgüterlieferungen aus Deutschland mit Materialien wie Decken, Betten, Medikamenten, Generatoren, Schulausstattung, Nahrungsmitteln und Ähnlichem durchgeführt. Materielle und personelle Hilfen besaßen insgesamt in der praktischen Arbeit einen großen Stellenwert.

Verbindendes Element der Einsätze von Cap Anamur war die bereits ausgeführte Fokussierung auf Humanität. Merziger, der Einsätze von Cap Anamur in den 1970er und 1980er Jahren als partiell gescheitert ansah, machte den Ansatz der „radikalen Humanität“³⁶⁹ für dieses Scheitern mitverantwortlich, was er exemplarisch an einem der ersten Einsätze von Cap Anamur in einem Flüchtlingscamp in Somalia in den frühen 1980er Jahren ausführte. Das während des Einsatzes durchgeführte Tuberkuloseprogramm wurde, nach anfänglichen Erfolgen, von einigen der Ärzte am Ende sogar als schädlich bewertet, da durch unvollständige Behandlungen Antibiotikaresistenzen zunahmen. Ein Hauptproblem wurde in dem Versuch gesehen, westliche Standards ohne adäquate Anpassung auf die lokalen Verhältnisse zu übertragen. Kurzzeiteinsätze stellten sich angesichts der Komplexität von Tuberkulose und der Gegebenheiten vor Ort als für diesen Zweck nicht geeignet heraus.³⁷⁰

ii. Langjährige Projekteinsätze

Langjährige Einsätze, bei denen das Medieninteresse tendenziell gering ausfiel, fanden unter sehr komplexen Bedingungen statt, die dazu führen konnten, dass kaum weitere internationale Akteure vor Ort waren. Hierzu zählte neben dem langjährigen Einsatz von Cap Anamur in den Nuba-Bergen im Sudan/Südsudan beispielsweise auch das langfristige Engagement gegen die

³⁶⁷ Vgl. Unbekannter Autor (1994): Jeder zweite auf der Flucht, in: Der Stern 29/94, 24.

³⁶⁸ Vgl. Komitee Cap Anamur (1988): Humanitäre Radikalität, 16.

³⁶⁹ Vgl. Merziger (2016): The ‘radical humanism’ of ‘Cap Anamur’.

³⁷⁰ ebd.

Produktion und den Einsatz von Landminen. Letzteres wurde nach der schweren Verletzung der eigenen Mitarbeiterin Helmien Hendrikse, einer holländischen Krankenschwester, und ihrer somalischen Kollegin Nimao Abdulkader durch eine Landmine im Jahre 1991 aufgenommen und über mehrere Jahre fortgesetzt.³⁷¹ Dabei forderte R. Neudeck sowohl die Politik als auch deutsche Waffenproduzenten zu einem Produktionsverbot von Minen auf.³⁷² Der Einsatz von Cap Anamur zur Bekämpfung der Folgen der Apartheid in Südafrika zielte neben der rein medizinischen Versorgung der Hilfsbedürftigen auch darauf ab, die politischen Verhältnisse durch die selbstverständliche Behandlung schwarzer Bürger durch Mediziner weißer Hautfarbe zu beeinflussen.³⁷³ Dies war eine besondere Art der Nothilfe, dem ein menschengemachter, durch Rassismus begründeter akuter Mangelversorgungszustand eines Teils der Bevölkerung zugrunde lag – ein Notstand, der sich ohne Veränderung der politischen Situation nicht beheben ließ.

iii. Lokalprojekte in Deutschland

Hierbei ging es oft vielmehr um die langfristige Veränderung struktureller Probleme als um die Leistung Humanitärer Nothilfe, wie zum Beispiel bei dem Aufbau des Friedensdorfes im brandenburgischen Storkow 1994, bei dem Cap Anamur ein Projekt zur Integrationsförderung ausländischer Familien aufbaute.³⁷⁴ Das Engagement von Cap Anamur blieb also weder thematisch auf akute Nothilfe noch geographisch auf entfernte Regionen beschränkt.

iv. Unkonventionelle Einsätze

Eine weitere Besonderheit stellten jene Einsätze und Projekte dar, die sich auf den ersten Blick weit von den eigentlichen Aufgaben einer medizinischen Nothilfeorganisation entfernt zu haben schienen, als unkonventionell wahrgenommen wurden und daher teils für großes öffentliches Interesse sorgten. Dies war etwa der Fall, als sich Cap Anamur im Rahmen der 1998 begonnenen Arbeit in Nordkorea im Jahre 2001 für Rindfleischlieferungen an die unter- und mangelernährte Bevölkerung einsetzte, nachdem der Absatzmarkt für dieses Fleisch im Rahmen eines BSE-Skandals eingebrochen war. Trotz der geäußerten Bedenken des

³⁷¹ Vgl. Neudeck, Rupert (1991): Brief an den Bundesaußenminister Hans Dietrich Genscher vom 26.9.1991. Archivordner Cap Anamur.

³⁷² Vgl. Neudeck, Rupert (1991): [Manuskript] Versagen unserer eigenen Glaubwürdigkeit. Archivordner Cap Anamur.

³⁷³ Vgl. Neudeck (1987): Apartheid bedeutet gefrorenes Bewußtsein.

³⁷⁴ Vgl. Kowalke, Roland (1994): Ein Symbol des friedlichen Zusammenlebens von Deutschen und Ausländern. In: Die Liberale 4/94, 38.

Koordinierungsausschusses Humanitärer Hilfe, der von der Lieferung des Rindfleisches an Nordkorea abriet, erfolgte die Maßnahme mit Zustimmung der Bundesregierung. Vertreter des Koordinierungsausschusses waren überzeugt, dass diese umstrittene Maßnahme auf öffentlichen Druck hin durchgesetzt wurde.³⁷⁵ Als ungewöhnliches Projekt galten auch der Kauf und die Bereitstellung von Müllfahrzeugen und Müllcontainern für Gebiete im Kosovo, was dem Komitee von öffentlicher Seite Kritik einbrachte. R. Neudeck verteidigte sich gegen den Vorwurf, durch diese Aktion keine Nothilfe zu leisten, und erklärte das Projekt zu einer „der wichtigsten Aktionen medizinischer Vorsorge“³⁷⁶.

v. Gesundheitssystemstärkung

Der medizinischen Nothilfe in unterschiedlichem Zeitabstand nachfolgend, führte Cap Anamur oftmals Maßnahmen aus dem Bereich der Gesundheitssystemstärkung durch, etwa in Form des Aufbaus von Krankenhäusern und Gesundheitsstationen. R. Neudeck beurteilte derartige Projekte als notwendige, aber möglichst vorübergehende Maßnahmen.³⁷⁷ Mit der Bezeichnung von Aufbauhilfen als „Assistenz-Operationen“³⁷⁸ stellte R. Neudeck die Arbeit des Not-Ärzte Komitees bisweilen eher in den Hintergrund und sprach lokalen Akteuren eine Hauptverantwortung zu. Längerfristiges Engagement empfand Cap Anamur als Strukturhilfe, die nicht nur eine zeitliche, sondern auch eine inhaltliche Ausweitung bedeutete. So wurden Gesundheitsdienstleistungen ergänzt durch Versuche Infrastruktur, Bildungsreinrichtungen oder auch landwirtschaftliche Projekte auszubauen.³⁷⁹ Zu Maßnahmen, die keinen direkten Bezug zu Humanitärer Nothilfe aufwiesen, zählten auch Städtepartnerschaften, die in der Vergangenheit mehrfach von Cap Anamur angestrebt und umgesetzt wurden. Diese Art der Kooperation zielte darauf ab, langfristig fruchtbare Verbindungen aufzubauen und die Lebensverhältnisse vor Ort zu verbessern. Neben dem Bau von medizinischen Ambulanzen, Häusern und Elektrizitätswerken gehörte sogar der Aufbau einer eigenen Nachrichtenstation zum Repertoire der geleisteten Maßnahmen, bei denen es oftmals mehr um langfristige Infrastrukturmaßnahmen mit mehr oder weniger direktem Gesundheitsbezug ging als um lebensrettende medizinische Nothilfe.³⁸⁰

³⁷⁵ Vgl. Von Pilar (2002): Die Instrumentalisierung der Humanitären Hilfe, 163-188, hier 174-175.

³⁷⁶ Neudeck, Rupert (anzunehmend 2001). In: [Zeitungsartikel, unbekannte Zeitschrift]: Cap Anamur zieht Bilanz: Engagement im Kosovo sichtbar erfolgreich. Archivordner Cap Anamur.

³⁷⁷ Vgl. Neudeck, Rupert (nach 1990): [Manuskript] Striptease unseres Humanismus (versbu12?). Archivordner Cap Anamur.

³⁷⁸ ebd.

³⁷⁹ Vgl. Cap Anamur (2002): Hazar Bagh/Köln: „KLEIN-CAP-ANAMURISTAN“ in Afghanistan: Wir suchen einen zweiten Chirurgen, Eröffnung der Klinik mit OP in Deshte Kalar. Rundbrief. Köln: Komitee Cap Anamur.

³⁸⁰ ebd.

Vergleich

Die Aktivitäten im Gesundheitsbereich der untersuchten Organisationen und ihre jeweiligen Zielsetzungen, die von medizinischer Nothilfe über Gesundheitssystemstärkung bis hin zu einer allgemeinen Verbesserung der Lebensbedingungen von Bevölkerungen reichten, wiesen – sowohl hinsichtlich ihrer inhaltlichen als auch zeitlichen Ausrichtung – ein sehr breites Spektrum auf. So zeigte sich etwa anhand des Einsatzspektrums von Cap Anamur, mit zum Teil unkonventionellen Maßnahmen, dass Aufgaben einer im Gesundheitsbereich tätigen Hilfsorganisation in der Regel deutlich mehr umfassen als rein kurativ-medizinische Versorgung und kurzfristige Nothilfe. In Gebieten, in denen ein Großteil notwendiger Infrastruktur nicht oder nicht mehr existiert oder unbenutzbar ist, mussten eine Vielzahl an Maßnahmen getroffen werden, um dauerhafte medizinische Maßnahmen überhaupt erst zu ermöglichen.

Langfristigeres Engagement, das auf Gesundheitssystemstärkung und die Förderung einer Basisgesundheitsversorgung ausgerichtet war, stellte ein verbindendes Element in der Vielzahl an Schwerpunktsetzungen aller drei Organisationen dar. Zwischen Cap Anamur und der Auslandsarbeit des DRK ergaben sich insofern Parallelen, als dass beide Organisationen in den letzten Jahrzehnten folgende Schwerpunkte in ihrer Arbeit etabliert haben: Zum einen Humanitäre Hilfe mit medizinischem Fokus, zum anderen eine systembasierte Gesundheitsarbeit, die zeitlich und inhaltlich über medizinische Nothilfe hinausging. Ersteres blieb das Kernelement beider Organisationen, was sich vor allem auch in der Präsentation nach außen, in der Berichterstattung und Namensgebung widerspiegelte.

Medico hingegen hat nach der anfänglichen Ausrichtung auf Not- und Katastrophenhilfe eine Verschiebung hinsichtlich der inhaltlichen und operativen Ausrichtung vorgenommen. Ziel war seither nicht die Verfolgung humanitärer Prinzipien als Wert an sich, sondern deren Nutzung als Mittel zur Unterstützung gesundheitsförderlicher Lebensumstände. Charakteristisch in der Organisationsgeschichte war die frühe Orientierung an Elementen der Basisgesundheitsversorgung. Hierbei sind vor allem die Ausbildung von Dorfgesundheitsarbeitern sowie der Einbezug lokaler Kapazitäten und auch „traditioneller“ Heilmethoden zu nennen. Außerdem rief die stetige Betonung der Notwendigkeit zur Durchsetzung des Menschenrechts auf Gesundheit ein breites Spektrum an Aktivitäten hervor, etwa politische Forderungen, Aufklärungs- und Bildungsarbeit in Deutschland oder auch Engagement im juristischen Bereich.

5.4.3 Anforderungen an entsandtes Gesundheitspersonal in der Humanitären Hilfe und Entwicklungszusammenarbeit

5.4.3.1 Veränderungen in den Anforderungen an entsandtes Gesundheitspersonal in der Humanitären Hilfe und Entwicklungszusammenarbeit

Das Anforderungsprofil des humanitären Helfers ist bis heute weder eindeutig definiert, noch sagt es etwas über den Grad der Professionalität, die berufliche Kompetenz oder das Fachgebiet des Helfers aus.³⁸¹ Neben Gesundheitspersonal spielen vor allem Logistiker, Techniker und Dolmetscher eine entscheidende Rolle in der Teamzusammensetzung humanitärer Einsätze.

In dieser Arbeit bezieht die Bezeichnung entsandtes Personal alle Mitarbeiter der untersuchten Organisationen ein, die in den Einsatzländern vor Ort tätig sind. Das soll diese Gruppe von denjenigen Mitarbeitern, die in Deutschland tätig sind, und von lokalem Personal, das für den Einsatzzeitraum von den Organisationen angestellt worden ist, unterscheiden. An Stellen, die sich auf allgemeine Aussagen oder solche anderer Autoren beziehen, wurde aus Gründen der Orientierung am Originalkontext der Ausdruck humanitäre Helfer bevorzugt, der zusätzlich einheimisches Personal miteinbeziehen kann.

Die Thematisierung der Anforderungen an entsandtes Gesundheitspersonal soll nicht die Tatsache in den Hintergrund rücken, dass die zentralen und zeitlich zuerst aktiven Helfer in humanitären Krisen und Katastrophen in aller Regel Menschen aus der lokalen Bevölkerung selbst sind. Lokales³⁸² Gesundheitspersonal ist nicht nur lange vor Ort, bevor eine internationale Organisation Mittel und Personal entsenden kann, auch Kenntnisse über Strukturen vor Ort, die direktere Betroffenheit und engere Verbindung mit den Opfern qualifiziert lokale Helfer für ihre Tätigkeiten in besonderem Maße. Umso stärker wirkt die Diskrepanz zu medialer Berichterstattung, in der die Darstellung des entsandten Personals als dem zentralen Akteur in humanitären Räumen oftmals überwiegt.³⁸³ Hilfsorganisationen greifen mittlerweile bei ihren

³⁸¹ Vgl. Lieser, Jürgen (2013): Humanitäres Personal: Anforderungen an die Professionalität. In: Lieser, Dijkzeul: Handbuch Humanitäre Hilfe, 295-304, hier 296.

³⁸² Die Bezeichnung „lokal“ umfasst im derzeit üblichen Sprachgebrauch des Humanitären Hilfssektors nicht nur direkt am Einsatzort beheimatetes Personal, sondern auch Personen aus geographisch entfernteren Gebieten, etwa Personal aus angrenzenden Regionen oder Nachbarländern. Die Unterscheidung zwischen „lokalem“ und von Hilfsorganisationen „entsandtem“ Personal besteht darin, dass Ersteres in der Regel vor und/oder nach dem Hilfseinsatz vor Ort ist.

³⁸³ Zur Problematik verzerrter Darstellungen humanitärer Helfer und ihrer Aktivitäten durch die Medien vgl. Munz, Richard (2007): Im Zentrum der Katastrophe. Was es wirklich bedeutet, vor Ort zu helfen. Frankfurt a.M.: Campus Verlag.

Einsätzen im Ausland zu großen Teilen auf lokale Mitarbeiter zurück, so dass dieses 95% des gesamten humanitären Personals ausmacht.³⁸⁴

Wie aus den bisherigen Ausführungen hervorging, fiel die Abgrenzung zwischen Humanitärer Nothilfe und EZ anhand inhaltlicher und zeitlicher Kriterien der Einsätze nicht immer eindeutig aus. Daher lassen sich – auch wenn bei den nachfolgenden Ausführungen von Hilfsorganisationen entsandtes Gesundheitspersonal im Vordergrund steht – einige Aspekte sowohl auf humanitäre Helfer als auch auf Mitarbeiter aus dem EZ-Bereich beziehen. Im Allgemeinen bestehen jedoch zwischen der Entsendung von Entwicklungshelfern und humanitären Helfern bedeutende Unterschiede. Der Status von Entwicklungshelfern wurde im deutschen Entwicklungshelfergesetz (EhfG) aus dem Jahre 1969 definiert, das eine Tätigkeit im Entwicklungsdienst ohne Erwerbsabsichten festlegte. Entwicklungsexperten hingegen arbeiten mit erwerbstätigem Hintergrund.³⁸⁵ Seit Beginn des Entwicklungsdienstes in Deutschland vor über 50 Jahren wurden über 28.000 Entwicklungshelfer vermittelt. Die Gründungen mehrerer deutscher Entsendeorganisationen für Entwicklungshelfer (z.B. *EIRENE Internationaler Christlicher Friedensdienst e.V.* 1957, *Arbeitsgemeinschaft für Entwicklungshilfe e.V. (AGEH)* und *Weltfriedensdienst e.V. (WFD)* 1959, *Dienste in Übersee GmbH (DÜ)* 1960, *Deutscher Entwicklungsdienst gGmbH (DED)* 1963) fielen dabei zeitlich eng zusammen. Bereits Ende der 1970er Jahre verwies die Bundesregierung auf die Tendenz einer Erhöhung der Anforderungen an die entsandten Entwicklungshelfer. Demnach hätten sich schon damals die Erwartungen der Partnerländer an ausländisches Gesundheitspersonal verändert, woraufhin eine verstärkte Entsendung von fachlich hochqualifiziertem Personal erfolgte, wie etwa in höherem Maße weitergebildete ärztliche Mitarbeiter, während zuvor vornehmlich Krankenpflegepersonal entsandt worden war.³⁸⁶

Nachdem in den 1960 und 1970er Jahren vor allem Fachkräfte als Entwicklungshelfer entsandt wurden, die zumeist temporär einen Fachkräftemangel in den Partnerländern überbrücken sollten, verschob sich die Funktion der Entwicklungshelfer in den 1980er Jahren mehr in Richtung ausbildender Tätigkeiten. In der zweiten Hälfte der 1990er Jahren ging die Nachfrage nach Personalentsendungen von Entwicklungshelfern zurück und die Tendenz der Professionalisierung der entsandten Fachkräfte nahm zu. Zusammenfassend lässt sich die Veränderung der Rollen von durch deutsche Entsendeorganisationen vermittelte

³⁸⁴ Vgl. Lieser (2013): Humanitäres Personal, 296.

³⁸⁵ Vgl. BMZ: Journalisten-Handbuch Entwicklungspolitik 1978, 123.

³⁸⁶ ebd., 123-124.

Entwicklungshelfer wie folgt skizzieren: Während diese in den Anfängen primär als „Macher“ fungierten, übernahmen sie in den 1980er Jahren, um eine Funktion als „Lückenfüller“ zu vermeiden, eher Aufgaben als „Ausbilder“ und schließlich in Folge wachsender Kapazitäten und Ressourcen in den Partnerländern ab den 1990er Jahren eher eine Rolle als „Berater“.³⁸⁷

Das *Deutsche Evaluierungsinstitut für Entwicklungszusammenarbeit* (DEVal) hat eine systematische Analyse der Vermittlung von Entwicklungshelfern staatlicher und nichtstaatlicher Entsendedienste als Personalinstrument der deutschen EZ im Zeitraum 2000-2014 durchgeführt.³⁸⁸ Diese Evaluierung kam zu dem Schluss, dass die Vermittlung von Entwicklungshelfern auch aktuell wichtiges Mittel der personellen Zusammenarbeit ist. Wesentliche Voraussetzung für die Wirksamkeit der Vermittlung von Entwicklungshelfern sei die vollzogene Anpassung an Veränderungen des Bedarfs und der Bedingungen in den Partnerländern gewesen, was allen voran höhere fachliche und soziale Anforderungen für die Entwicklungshelfer bedeutet habe. Professionalität, partnerschaftliche Zusammenarbeit und Solidarität hätten gegenüber einer einstigen Fokussierung auf das Element der Freiwilligkeit und unilaterale Dienste zunehmend an Bedeutung gewonnen. Der Einsatz von Entwicklungshelfern stelle damit keineswegs eine überholte Maßnahme dar.³⁸⁹

Der Frage nach den Auswirkungen des Diskurswandels im Bereich Humanitärer Hilfe und EZ auf die Anforderungen an das entsandte Personal im Gesundheitsbereich wurde folgende These zugrunde gelegt: Es liegt eine Tendenz hin zu einer stärkeren Professionalisierung des entsandten Personals und zum Teil auch der institutionellen Struktur der entsendenden Organisation vor. Zudem ist ein steigendes Gefahrenpotenzial für humanitäre Helfer erkennbar.

Professionalisierung als Veränderung in den Anforderungen an entsandtes Personal in der Humanitären Hilfe

Der Begriff der Professionalisierung bezieht sich auf den Wandel von freiwilligen, ehrenamtlichen Helfern, die kurzfristig von ihrer Arbeitsstelle in medizinische Hilfsprojekte wechseln, hin zu längerfristig eingesetztem Personal, für das die medizinische Nothilfe vollständig oder in Ansätzen zum Beruf geworden ist. Außerdem wird hiermit Bezug auf ein erhöhtes Anforderungsprofil im Sinne gestiegener Erwartungen an die Professionalität der

³⁸⁷ Vgl. DEVal (2015): Entwicklungshelferinnen und Entwicklungshelfer, 25-26.

³⁸⁸ ebd.

³⁸⁹ ebd.

medizinischen Helfer genommen. In Bezug auf die Professionalität kann eine operative, ethische und politische Dimension unterschieden werden, was die Vielschichtigkeit dieses Begriffes und seiner möglichen Auslegungen verdeutlicht.³⁹⁰ Die Anforderungen, die an entsandtes Personal im Gesundheitsbereich gestellt werden, lassen sich kategorisieren in solche, die aus dem Projekt selbst erwachsen, wie die konkreten Arbeitsbedingungen und fachlichen Aufgaben, solchen, die standortbedingt sind, wie Sprache, Infrastruktur und kulturelle oder gesellschaftliche Besonderheiten, sowie Anforderungen, die sich aus dem Charakter humanitärer Arbeit ergeben, die also oft mit Krankheit, Gefahr, Leid und Tod einhergehen. Hinzu kommen Erwartungen an Persönlichkeitsfaktoren wie Flexibilität, Effizienz, Anpassungsvermögen oder Kommunikationsgeschick. Zum Teil sind diese Kriterien derart umfassend, dass von humanitären Helfern das Bild eines „Übermenschen“³⁹¹ gezeichnet wird. Mit der Veränderung der Anforderungen an das Gesundheitspersonal ging der Versuch der Standardisierung und der Sicherung von Mindestanforderungen in den durchgeführten Projekten einher. Dieser ist von Hilfsorganisationen in Form verschiedener Dokumente der Selbstverpflichtung vorgenommen worden.

Bei entsandtem Personal im Gesundheitsbereich lässt sich unterscheiden zwischen freiwilligen Helfern (*volunteers*), die vorwiegend kurzfristig eingesetzt werden und deren Haupterwerb nicht in der Humanitären Hilfe besteht, und denjenigen, die Humanitäre Hilfe zu ihrem Beruf gemacht haben (*professionals*) oder dies anstreben. Letztere sind oft längerfristig eingesetzt und verfügen durch zahlreiche Projekte über ein hohes Maß an Erfahrung. In den letzten Jahren ist die Zahl der eingesetzten Helfer insgesamt gestiegen, was auch an einer wachsenden Zahl agierender NGOs liegt und das Verhältnis von *volunteers* zu *professionals* hat sich zugunsten letzterer verschoben.³⁹² Die Tendenz zu steigenden spezifischen und systematisierten Anforderungen spiegelt sich auch in dem wachsenden Angebot an Weiterbildungsprogrammen und Zusatzqualifikationen für humanitäre Helfer wider, etwa in Form von Masterkursen in Humanitärer Hilfe oder International Health, Tropenmedizinkursen sowie spezifischen Vorbereitungskursen auf Auslandseinsätze. Trotz des wachsenden Angebotes an Vorbereitungs- und Weiterbildungsmöglichkeiten existieren bisher jedoch weder ein einheitliches Anforderungsprofil noch ein standardisierter Ausbildungskatalog, den humanitäre Helfer im Gesundheitsbereich erfüllen müssen.

³⁹⁰ Vgl. Lieser (2013): Humanitäres Personal, 301-302.

³⁹¹ Vgl. Lieser (2013): Humanitäres Personal, 297.

³⁹² Bronner, Uta (1999): Helfer in humanitären Projekten: Strategien und Probleme der Personalplanung. (WZB Discussion Paper P 99-305). Berlin: Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, 1.

Des Weiteren wird an das entsandte Personal Anforderungen gestellt, die zum Teil von ihren fachlichen Qualifikationen abweichen, beziehungsweise über diese hinausgehen. In den meisten Fällen gestalten sich die Projekte derart, dass ein flexibles Handeln in breiteren gesundheitsbezogenen, technischen und organisatorischen Bereichen erforderlich und in jedem Fall ein hohes Maß an interdisziplinärem Handeln von Nöten ist. Das Arbeitsspektrum des entsandten Personals kann, neben der medizinischen Akutversorgung und gesundheitsbezogenen Basismaßnahmen aus den Bereichen Hygiene, Wasser und Ernährung, auch Elemente der Übergangshilfe, etwa in Form einer medizinischen Infrastrukturerrichtung oder längerfristige Gesundheitsprogramme wie die Ausbildung lokalen Gesundheitspersonals beinhalten.

In gewissen Situationen bilden die Vorstellung „Jede Hand wird gebraucht“³⁹³ und der „Mythos von unserer Unentbehrlichkeit“³⁹⁴ einen Gegensatz zu der zunehmenden Professionalisierung auf fachlicher Ebene. Mit diesem Mythos ist gemeint, dass in bestimmten Hilfseinsätzen, die ein hohes Maß an medialer Aufmerksamkeit erfahren, – wider vielverbreiteter Annahmen – nicht zwangsläufig ein Mangel an hochqualifiziertem ärztlichem Personal herrscht. Zudem trägt nicht jede Intention, mit helfender Hand vor Ort aktiv zu sein, zur konstruktiven Bewältigung der Situation bei – ein Punkt, der auch von C. Neudeck betont wurde.³⁹⁵ Nicht jede Art der Katastrophe erfordert die gleiche Präsenz von Fachpersonal und ärztlichen Fachrichtungen, und nicht immer stellt eine hohe fachliche Qualifikation in der klinischen Praxis in Deutschland eine Befähigung zur Bewältigung der medizinischen Erfordernisse im Katastrophengebiet dar. Eine allein auf fachlichen Kompetenzen beruhende Professionalität garantiert zudem noch keine effektive Hilfe.³⁹⁶

Die Arbeit als entsandter Mitarbeiter im Gesundheitsbereich bringt neben fachlichen Anforderungen zahlreiches Potenzial für persönliche Probleme mit sich, die sich je nach Art der Krise oder Katastrophe und individuell in den Projekten unterscheiden. Dennoch lassen sich einige grundsätzliche Merkmale festhalten: Humanitäre Helfer sind großen physischen und psychischen Belastungen ausgesetzt, die sie sich im Verlauf verstärken können.³⁹⁷ Auch die Belastung durch eine möglicherweise deutliche Diskrepanz zwischen den persönlichen

³⁹³ Munz (2007): Im Zentrum der Katastrophe, 96.

³⁹⁴ ebd.

³⁹⁵ Vgl. Neudeck, Christel (1986): Eine Organisation, die keine ist. In: Neudeck (Hrsg.): Radikale Humanität.

³⁹⁶ Vgl. Eberwein, Wolf-Dieter (2004): Terrorismus und humanitäre Hilfe – Kontinuität und Wandel des Politikfeldes der humanitären Hilfe. (WZB Discussion Paper P 2004-301). Berlin: Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, 34.

³⁹⁷ Vgl. Bronner (1999): Helfer in humanitären Projekten.

Ansprüchen Hilfe zu leisten und die Situation vor Ort aktiv verändern zu wollen und der Erkenntnis über die Grenzen der eigenen Einflussmöglichkeiten birgt erhebliches Frustrationspotenzial. Hinzu kommen zähe und langwierige bürokratische Hürden, die der tatkräftigen Arbeit im Wege stehen. Gefühle von Ohnmacht, Überforderung und Enttäuschung beinhalten die Gefahr, dass diese in Zynismus, Ablehnung oder übermäßige Abgrenzung umschlagen.

In der medialen Darstellung humanitärer Helfer sind oftmals zwei konträre Narrative erkennbar: Zum einen die Negativdarstellung humanitärer Helfer mit gut sichtbarem NGO-Logo als Teil einer „Mitleidsindustrie“³⁹⁸, die durch ihre Anwesenheit bisweilen sogar drohen Schaden zu verursachen, zum anderen die überhöhte Zeichnung der Helfer als altruistische Helden, die in erster Linie eine Rettung für die sonst hilflosen Opfer darstellen. Ausgewogene Darstellungen, die kritisch, aber realistisch die Rolle des entsandten Personals im lokalen Kontext beleuchten, sind gegenüber solchen Darstellungen eher rar. Humanitäres Gesundheitspersonal bewegt sich auf einer Gratwanderung zwischen dem „naive[n] Moment eines ‚Mitleidens‘“³⁹⁹ und einer rationalen professionellen medizinischen Arbeit.

Zwischen den entsandten Mitarbeitern und lokalem Personal besteht oft eine klare Rollenverteilung zugunsten der internationalen Mitarbeiter. Differenzen bezüglich der Entlohnung, des Lebensstils und der sozialen Sicherung führten zu einem Zwei-Klassen-System unter den Gesundheitshelfern.⁴⁰⁰ Oftmals bestehen die Hauptaufgaben von entsandtem Gesundheitspersonal in Bereichen der Koordination und Ausbildung, während lokales Personal vielfach für ausführende Aufgaben angestellt wird.⁴⁰¹ Dieser Umstand kann in dem Bestreben begründet sein, langfristig nach gezielter Aus-, Fort- und Weiterbildung einheimischen Personals alle Aufgaben an lokale Strukturen zu übergeben. Dieser Art der Aufgabenverteilung liegt jedoch oft auch eine Hierarchie zugrunde, die durch die Tendenz der Professionalisierung primär nicht aufgehoben wurde. Eine besondere Herausforderung stellt daher die Eingliederung des entsandten Personals in lokale Strukturen, die Kommunikation mit örtlichem Gesundheitspersonal und zuständigen Behörden, die Bewegung in sozialen Räumen und unbekannten Kontexten sowie die Reflexion der eigenen Rolle vor Ort dar.

³⁹⁸ Polman (2010): Die Mitleidsindustrie.

³⁹⁹ Bronner, Uta (2013): Zwischen Opfermut und Heldentat, Die psychologische Grauzone der humanitären Hilfe. (WZB-Mitteilungen, Heft 102). Berlin: Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, 26.

⁴⁰⁰ Vgl. Lieser (2013): Humanitäres Personal, 296-297.

⁴⁰¹ Vgl. Bronner (1999): Helfer in humanitären Projekten, 4.

Gefahren für humanitäre Helfer im Gesundheitsbereich

Gefahren, denen sich humanitäre Helfer ausgesetzt sehen, waren und sind zahlreich. Hierzu gehören Entführungen, körperliche Gewalt, Morde und gezielte Angriffe auf Gesundheitseinrichtungen.⁴⁰² Von Seiten verschiedener Hilfsorganisationen werden ein steigendes Gefahrenpotenzial sowie ursächliche Faktoren diskutiert. Ein Bedeutungsverlust des Prinzips der Neutralität bedeutet eine Gefährdung für humanitäre Helfer in besonderem Maße. Durch Einsatz in politischen Konflikten stellen humanitäre Helfer vielfach einen gezielten Angriffspunkt dar.⁴⁰³ Seit Ende der 1990er Jahre ist die Anzahl von gewalttätigen Angriffen auf humanitäre Helfer um ein Vielfaches angestiegen und betrug 2016 158 Ereignisse (Entführungen, tödliche Angriffe oder Angriffe anderer Art mit schweren Verletzungen als Folge), während 1997 35 solcher Ereignisse aufgezeichnet wurden. Hierbei sind Übergriffe auf nationale und internationale Mitarbeiter zusammengefasst, die Anzahl nationaler Opfer ist dabei durchweg um ein vielfaches höher als die Anzahl von internationalen Mitarbeitern, die Opfer eines Angriffs wurden.⁴⁰⁴

Hilfsorganisationen besitzen neben der Verantwortung für die Projekte und die Betroffenen eine Fürsorgepflicht für das von ihnen entsandte und das vor Ort eingesetzte Personal.⁴⁰⁵ Diese Fürsorgepflicht hat durch die hohe Zahl an gewaltsamen Übergriffen auf humanitäre Helfer noch eine besondere Bedeutung erhalten. Ein zentrales Dilemma ergibt sich in Krisensituationen, in denen die lokale Bevölkerung unter einer systematischen Verletzung ihres Rechts auf Zugang zu adäquater Gesundheitsversorgung leidet, so dass Hilfsorganisationen ihrem Anspruch gemäß aktiv werden müssen, die Organisationen ihr entsandtes Gesundheitspersonal aber besonders hohen Gefahren aussetzen würden. Nicht nur auf Organisationsebene ist ein solches Dilemma erkennbar, auch das Gesundheitspersonal muss im Einsatzgebiet immer wieder zwischen der eigenen physischen und psychischen Integrität und dem persönlichen Anspruch und der Pflicht Hilfe zu leisten abwägen.⁴⁰⁶ Der Umgang mit Gefahren für die humanitären Helfer vor Ort stellt somit eine besondere Anforderung für das

⁴⁰² Vgl. Stoddard, Abby; Harmer, Adele; Ryou, Kathleen (2014): Humanitarian Outcomes: Aid worker security report. www.aidworkersecurity.org/sites/default/files/Aid%20Worker%20Security%20Report%202014.pdf, abgerufen am 14.01.2018.

⁴⁰³ Vgl. Chojnacki (2002): Kriege und Katastrophen im internationalen System.

⁴⁰⁴ Vgl. Humanitarian Outcomes: Aid Worker Security Database. www.aidworkersecurity.org/incidents/report/incidents, abgerufen am 28.10.2017.

⁴⁰⁵ Vgl. Bronner (2013): Zwischen Opfermut und Heldentat.

⁴⁰⁶ Vgl. Bronner (2013): Zwischen Opfermut und Heldentat, 26.

Personal selbst sowie die dahinterstehenden Hilfsorganisationen dar, wie die Psychologin Uta Bronner formulierte:

„Humanitäre Helfer sind keine Helden und Märtyrer und sollten auch nicht zu dem Gedanken verleitet werden, sie könnten welche werden.“⁴⁰⁷

5.4.3.2 Unterschiede in den Anforderungen der untersuchten Hilfsorganisationen an entsandtes Gesundheitspersonal

Cap Anamur

Die Tendenz der Professionalisierung wurde bei Cap Anamur ergänzt durch den Wandel, der sich auf Ebene der Organisationsstruktur ergeben hat. Es war eine Besonderheit der anfänglichen Arbeitsjahre von Cap Anamur, dass es keine Festanstellungen der Mitarbeiter gab und die Projekte bis in die 1990er Jahre in den privaten Wohnräumen der Mitglieder des Komitees, vor allem bei R. und C. Neudeck, geplant und koordiniert wurden. Diese Besonderheit brachte dem Komitee nicht nur Respekt und Anerkennung ein, sondern rief auch wiederholt die Kritik mangelnder Professionalität hervor.⁴⁰⁸ Die Zentrale von Cap Anamur wurde erst 1994 nach fast 15 Jahren in ihren Sitz in ein Kölner Büro verlegt. In dieser Veränderung kann mehr als die Bedeutung eines reinen Ortswechsels gesehen werden; sie symbolisierte einen Wandel hin von der direkten, unbürokratischen und auch persönlichen Arbeitsweise, die Herzstück von Cap Anamur, aber zugleich auch einen Kritikpunkt darstellte, hin zu einer systematischeren Organisationsstruktur.

Teams vor Ort waren meist aus wenigen Mitarbeitern zusammengesetzt, so exemplarisch beim Einsatz in Ruanda 1994 aus einem Techniker sowie zwei Ärzten und Krankenschwestern.⁴⁰⁹ Aus zahlreichen Berichten über Einsätze von Cap Anamur wurde deutlich, dass entsandtes Gesundheitspersonal neben medizinischen Maßnahmen vielfach technische und logistische Aufgaben bewältigen musste. Im Einzelfall galt es diese Aufgabenbereiche von Ärzten abzudecken, wenn es an weiterem Personal vor Ort mangelte.⁴¹⁰ Die emotionalen Anforderungen, die sich für das entsandte Personal im Rahmen eines Einsatzes ergaben, wurden von R. Neudeck vielfach aufgegriffen und diskutiert. Eine besondere Bedeutung kam hierbei dem Mitleid zu. Für ihn war dies kein Gefühl, das im Bereich der zunehmend

⁴⁰⁷ ebd.

⁴⁰⁸ Vgl. Neudeck, Christel (1998): Sind wir heute noch so mutig wie 1979? In: Neudeck (Hrsg.): Abenteuer Humanität, 11.

⁴⁰⁹ Unbekannter Autor (1994): Jeder zweite auf der Flucht, in: Der Stern 29/94, 24.

⁴¹⁰ Vgl. Cap Anamur (2002): Köln/Goma: 21.1.2002. Nahrungsmittel und Medizin für die Goma Flüchtlinge. Rundbrief. Köln: Komitee Cap Anamur.

professionalisierten humanitären Hilfe keinen Platz mehr haben sollte, sondern vielmehr ein Potenzial, aus dem ein hohes Maß an konstruktiver Kraft und Energie geschöpft werden könne. Er zeigte sich überzeugt, dass Mitleid und Sentimentalität als Grundlage für die Motivation Hilfe zu leisten und Leiden zu lindern dienen können, dass diese aber darüber hinaus zum Motor aktiven Handelns werden müssten.⁴¹¹ C. Neudeck betonte neben der Bedeutung einer ausreichenden interkulturellen Kompetenz, der Fähigkeit zur Akzeptanz und Toleranz verschiedener Kulturen und Lebenswirklichkeiten und dem Willen zur Hilfeleistung auch die Notwendigkeit einer ausreichenden Fachkompetenz des entsandten medizinischen Personals. So formuliert sie die eigentlich offensichtliche, aber dennoch in der Praxis teils unzureichend beachtete Tatsache: „[...] gesunde Hände und Füße gibt es in den sogenannten Entwicklungsländern schon genug, die müssen nicht teuer eingeflogen werden.“⁴¹²

Cap Anamur berichtete nach 1990 von wiederkehrenden Schwierigkeiten geeignetes ärztliches Personal für die Projekteinsätze zu finden: „Die Bereitschaft, das Abenteuer Dritte-Welt-Projekt oder Dritte-Welt-Einsatz mitzumachen, nimmt rapide ab.“⁴¹³ Die Gründe, die R. Neudeck hierfür anführte, waren vorwiegend ein aus seiner Sicht gestiegenes Maß an Bequemlichkeit der Ärzte, der persönliche Wunsch nach Absicherung und der Unwillen die eigene Sicherheit und möglicherweise auch persönliche Karrierechancen aufzugeben.⁴¹⁴ In den Anfängen favorisierte Cap Anamur eher freiwillige, ehrenamtliche Helfer als ärztliches Personal, das Humanitäre Hilfe zum Beruf gemacht hat. R. Neudeck beklagte zudem die Erwartung von Ärzten für ihre Arbeit in Nothilfeprojekten von der heimischen Arbeitsstelle freigestellt zu werden.⁴¹⁵ Auch von einzelnen Mitarbeitern wurde geäußert, dass „Wohlstandsegoismus“⁴¹⁶ und ein gestiegenes Sicherheitsbedürfnis zu den zwischenzeitlichen Schwierigkeiten, geeignetes ärztliches Personal zu finden, beitrage.

Das Idealbild, das Cap Anamur einst von Ärzten gezeichnet hat, die bereit waren ein „Abenteuer Dritte-Welt-Projekt“⁴¹⁷ durchzuführen, war das eines selbstlosen humanitären

⁴¹¹ Vgl. Komitee Cap Anamur (1988): Humanitäre Radikalität, 23.

⁴¹² Neudeck (1986): Eine Organisation, die keine ist, 24.

⁴¹³ Neudeck, Rupert (nach 1989): [Manuskript] Versagen der Vergangenheit. Die moderne Unfähigkeit, „Buße zu tun“. Archivordner Cap Anamur, 108.

⁴¹⁴ Vgl. Neudeck, Rupert (2012): [Manuskript] Sind wir alle nur noch WASCHLAPPEN? Warum es die Worte „feige“ und „Feigheit“ nicht mehr gibt! Die Angst der Deutschen vor dem Risiko. 14.12.12. Archivordner Cap Anamur, 108.

⁴¹⁵ ebd.

⁴¹⁶ Klebe, Roland (2000): Presseerklärung zur REPORT Mainz Sendung vom 31.08.2000 – Kritik an Cap Anamur. Archivordner Cap Anamur.

⁴¹⁷ Neudeck (nach 1989): Versagen der Vergangenheit, 108.

Helfers, der ohne Rücksicht auf eigene – persönliche und materielle – Verluste bedingungs- und anspruchslos Hilfe leistet. R. Neudeck äußerte Kritik an Ärzten, die sich „als mutigen, risikobewußten Arzt!“⁴¹⁸ feiern ließen, um danach wieder in ihre sichere, geregelte Anstellung in Deutschland zurückzukehren. Cap Anamur war jedoch selbst stets auf Gesundheitspersonal angewiesen, das bereit war das eigene Arbeitsfeld zugunsten eines humanitären Einsatzes von wenigen Wochen bis Monaten aufzugeben. Daher schien R. Neudeck seine Kritik vor allem auf eine Einstellung gelenkt zu haben, die es erlaubte, nach einer Arbeit im Nothilfeprojekt die medizinische Tätigkeit in Deutschland ohne weiteres Engagement wiederaufzunehmen und darüber hinaus die gemachten Erfahrungen als Aushängeschild zu benutzen.

Ein weiteres Charakteristikum der Anforderungen an das Gesundheitspersonal von Cap Anamur bestand darin, dass dieses während des Einsatzes oft am gleichen Ort lebte wie die betroffene Bevölkerung und in diesen Fällen das Einsatzgebiet, im Gegensatz zu vielen anderen Hilfsorganisationen, zumeist auch nachts nichts verließ.⁴¹⁹ Eine anderweitige Unterbringung, separiert von der Zielgruppe der eigenen Hilfe, etwa in Bezug auf Flüchtlingslager, wurde von R. Neudeck als Ungleichbehandlung verurteilt und letztlich als „Bruch der Bewahrung wesentlicher Grundsätze un[d] Imperative der Flüchtlingsarbeit“⁴²⁰ gewertet. R. Neudeck äußerte scharfe Kritik an dem diesbezüglichen Vorgehen anderer Hilfsorganisationen:

„Auf dem weiter zum Fließchen liegenden Plateau hatte sich Stunden vor unserer Ankunft mit dem Feldlazarett am 10. April das Deutsche Rote Kreuz und der Malteser [sic] Hilfsdienst breit gemacht. Und zwar mit der vollen Hubschrauber-Unterstützung, mit der das DRK hier in der Türkei rechnen kann. Ich konnte vier/fünf Ambulanzzelte und fünf Patientenzelte zählen, es gab nominell dort sieben Ärzte. Nur: die meisten trieben sich in der Luft als fliegende Begleitung der Journalisten herum.“ Die Ärzte ließen sich zur Übernachtung in mehrere hundert Kilometer weit entfernte Hotels fliegen, „weil man das Lagerleben den Ärzten dieser beiden Organisationen einfach nicht zumuten darf...“⁴²¹

Dabei bewegte sich Cap Anamur auf einem schmalen Grat zwischen der Chance einen engeren Kontakt mit den Betroffenen aufzubauen, Hierarchisierungen zu minimieren sowie schnell auf erneute Krisen reagieren zu können und den Risiken ein erhöhtes Maß an Gefahrenpotenzial einzugehen oder die Koordinierung mit anderen Hilfsorganisationen zu erschweren.

⁴¹⁸ ebd.

⁴¹⁹ Vgl. Krumme, Bärbel: Einsatz im Bürgerkrieg.

www.krummefamily.org/Baerbel70/UgandaBuergerkrieg.html, abgerufen am 28.10.2017.

⁴²⁰ Neudeck, Rupert (1991): [Manuskript] Versagen des Leitmediums. Archivordner Cap Anamur, 112.

⁴²¹ ebd., 111-112.

Ein Dilemma zwischen dem Anspruch medizinische Hilfe für Verletzte und Kranke zu leisten und der Fürsorgepflicht für die eingesetzten Mitarbeiter beschrieb Cap Anamur im Rahmen der 1997 begonnenen Arbeit in den Nuba-Bergen.⁴²² Die Überlegung, das in einer sehr entlegenen Region und mit großen Mühen aufgebaute Krankenhaus und die sich darin befindlichen Patienten zu verlassen, stand gegenüber der Gewissheit, dass das eingesetzte internationale Arzt- und Pflegepersonal, ebenso wie die Zivilbevölkerung, vor Armeeangriffen nicht mehr geschützt war.⁴²³ Dennoch wurde die Arbeit weiterhin fortgeführt. Von den Mitarbeitern wurde hohes persönliches Engagement, die Bereitschaft eigene, oftmals unkalkulierbare Risiken einzugehen und der Verzicht auf eine „Total-Versicherung“⁴²⁴ vorausgesetzt. Dennoch existieren in der Geschichte der Organisation auch Projekte, die aufgrund einer nicht mehr akzeptablen Sicherheitslage abgebrochen wurden, wie etwa 1983 im Libanon.⁴²⁵

Die Problematik der Gefahren, denen sich entsandte Mitarbeiter in Einsätzen ausgesetzt sahen, war für Cap Anamur und für R. und C. Neudeck persönlich ein zentrales Thema. Als 1991 die holländische Krankenschwester Helmien Hendrikse und ihre somalische Kollegin Nimao Abdulkader in Somalia von einer Landmine verwundet wurden, stellte dies eine tiefgehende Erschütterung der Organisation und Anlass für R. Neudeck zur intensiven Selbstreflexion dar.⁴²⁶ Auch wenn Angriffe auf internationale Hilfsorganisationen zahlreicher geworden sind und die reine Ausweisung als unparteiische und humanitäre Organisation keinesfalls mehr einen Garant für Schutz auf Unversehrtheit darstellt, besteht immer noch eine erhebliche Diskrepanz in der internationalen medialen Aufmerksamkeit und den Folgen zwischen dem Verlust eines Menschenlebens eines Einheimischen aus dem Krisengebiet und eines ausländischen Mitarbeiters einer humanitären Organisation. Genau diese Ungerechtigkeit sollte laut R. Neudeck gezielt dafür genutzt und eingesetzt werden, Hilfe in möglichst großem Umfang zu leisten.⁴²⁷ Trotz Anerkennung der Gefahren für das entsandte Personal zeigte sich R. Neudeck insgesamt überzeugt, dass für internationale Mitarbeiter prinzipiell meist nicht nur der Rückweg in geschütztes Gebiet offenstehe, sondern dass allein ihre Rolle und ihre Herkunft einen eigenen Schutzschild bildeten:

⁴²² Vgl. Cap Anamur (2001): Köln/Nuba-Berge: „Hier wird ein ganzes Volk gequält!“ Rundbrief. Köln: Komitee Cap Anamur.

⁴²³ ebd.

⁴²⁴ Komitee Cap Anamur (1988): Humanitäre Radikalität, 13.

⁴²⁵ Vgl. Komitee Cap Anamur (1988): Humanitäre Radikalität, 20.

⁴²⁶ Vgl. Neudeck, Rupert (anzunehmend 1991): [Manuskript] Mein Versagen (Schlußkapitel). Archivordner Cap Anamur, 1-6.

⁴²⁷ Vgl. Komitee Cap Anamur (1988): Humanitäre Radikalität, 25.

„Wir Deutsche, Weiße, Ärzte sind immer schon ‚V.I.P.‘ im höchsten politischen Sinn des Wortes. Wir werden in jedem Fall geschont, weil man weiß, daß unser einzelnes Leben verdammt wertvoll ist.“⁴²⁸

Als R. Neudeck über einen Einsatz der deutschen Ärztin Dr. Bärbel Krumme in Uganda berichtete, betonte er die beschriebene Sonderrolle und die konkreten Möglichkeiten, die sich daraus für den Schutz des Lebens ihrer Mitmenschen ergeben können. R. Neudeck begründete dies „mit dem dreifachen Schutzschild auf der Stirn 1. Des Weißen, 2. Der Ärztin, 3. Des deutschen Not-Arzttes [...]“.⁴²⁹

Schließlich musste aber auch Dr. Bärbel Krumme ihren Einsatz in Uganda Mitte der 1980er Jahre beenden, als die Sicherheitsrisiken vor Ort zu groß wurden.⁴³⁰ 1985 wurde in Uganda ein Fahrzeug von Cap Anamur beschossen. Die weiteren Personen im Auto, darunter ein deutscher Krankenpfleger, blieben unverletzt, ein neun Jahre alter ugandischer Junge hingegen wurde durch einen Kopfschuss getötet. R. Neudeck drückte drastisch und ironisch aus, wie er die Reaktionen auf dieses Geschehnis empfand:

„Da gab es auch nur Aufatmen, schließlich war es keiner von uns wertvollen Deutschen, die bei dieser Attacke draufgegangen waren. Es war doch *nur* ein kleiner Ugander. Die sterben und morden sich ja zuhauf.“⁴³¹

Deutsches Rotes Kreuz

Die lange Geschichte des DRK, die Größe der Organisation und der Umfang an Projekterfahrungen prägten das Anforderungsprofil, das vom DRK an die entsandten im Gesundheitsbereich tätigen Mitarbeiter gestellt wurde. In den 1980er Jahren wurden Fähigkeiten und Kenntnisse, die von den vor Ort tätigen Mitarbeitern erwartet wurden, systematisch aufgelistet. Neben einer gesunden und stabilen physischen und psychischen Verfassung, wurden von den 25-55 Jahre alten Einsatzkräften unter anderem fachliche Kenntnisse, Tropentauglichkeit, Erfahrung in der Rotkreuzarbeit, Fremdsprachenkenntnisse, persönliche und berufliche Flexibilität und Organisationsvermögen vorausgesetzt. Hinzu kamen die Fähigkeit zur Arbeit im Projektteam, diplomatisches Geschick und Disziplin. Darüber hinaus bildeten „ein hohes Maß an Hilfsbereitschaft, Idealismus und humanitärem

⁴²⁸ ebd.

⁴²⁹ Komitee Cap Anamur (1988): Humanitäre Radikalität, 24.

⁴³⁰ Vgl. Ruhr Nachrichten Nr. 252, 27. Oktober 1984. Auszug veröffentlicht unter: www.krummefamily.org/Baerbel70/UgandaBuergerkrieg.html, abgerufen am 28.10.2017.

⁴³¹ Komitee Cap Anamur (1988): Humanitäre Radikalität, 13.

Engagement“⁴³² für das DRK die Grundlage für die humanitäre Gesundheitsarbeit. Das DRK verfügte seit Jahrzehnten über eine Struktur, die es der Organisation erlaubt, bei Einsätzen kurzfristig auf Personal zurückzugreifen.⁴³³ In der Praxis bedeutete dies für Mitarbeiter eine kurzfristige Freistellung von ihrem Arbeitsplatz sowie wenige Stunden nötiger reisebezogener Vorbereitungen die, soweit möglich, weitestgehend im Vorhinein getroffen sein sollten. Eine allgemeine Vorbereitung auf Anforderungen in Projekten konnte im Rahmen von Schulungen geleistet werden⁴³⁴, für eine spezifische Vorbereitung blieb jedoch vor kurzfristigen Einsätzen nur wenig Zeit.

Hinsichtlich der medizinischen Fachkenntnisse wurde eine Spezialisierung in Chirurgie, Anästhesie, Innere Medizin, Gynäkologie oder Pädiatrie bevorzugt, aber auch Basiskenntnisse in allen klinischen Fächern erwartet. Medizinisches Personal ohne Berufserfahrung wurde als nicht geeignet befunden.⁴³⁵ Dennoch ging aus einzelnen Berichten hervor, dass durchaus Mitarbeiter ohne Berufserfahrung als medizinische Helfer eingesetzt wurden.⁴³⁶ Aus Berichten der Mitarbeiter und ihrer Tätigkeiten vor Ort wurde ersichtlich, dass es teilweise auch zu einer Überschreitung der eigenen Fachqualifikationen kam.⁴³⁷

Eine besondere Anforderung für die DRK-Mitarbeiter bestand in der strikten Vorgabe der Beachtung der Rotkreuzgrundsätze. Immer wieder beriefen sich Mitarbeiter in persönlichen Berichten über ihre Projekterfahrungen auf ihre Pflicht zur Neutralität. Die Berufung auf die Grundsätze des DRK und das Ausmaß der Netzwerkstruktur, der finanziellen und personellen Kapazität sowie der langjährigen Erfahrung in Auslandseinsätzen konnte für die Mitarbeiter in schwierigen Situationen durchaus auch eine Stütze und Schutz darstellen.⁴³⁸ Das DRK beschrieb die Anforderungen, die während der Einsätze an die Mitarbeiter gestellt werden, als „übermenschliche Anstrengungen“⁴³⁹. Dies war mit einer positiven Konnotation verbunden, einer Anerkennung für die vielfach als aufopfernd dargestellte Tätigkeit der Mitarbeiter. Die Beschreibungen der Anforderungen an die Mitarbeiter und deren praktische Tätigkeit waren

⁴³² DRK (1982): Eine Aufgabe, die alle angeht. In: Die Rotkreuz-Zeitung 6/1982, 4.

⁴³³ DRK (1980): In wenigen Stunden klar zum Einsatz. In: Deutsches Rotes Kreuz. Zentralorgan des DRK in der Bundesrepublik Deutschland 4/1980, 4.

⁴³⁴ Vgl. DRK (1993): Die Besten Ersten, Medizinische Hilfen des Roten Kreuzes. In: Rotes Kreuz. Das Fachmagazin des DRK 6/1993, 18-19.

⁴³⁵ Vgl. DRK (1993): Grundsätzliches. In: Rotes Kreuz. Das Fachmagazin des DRK 1/1993, 32.

⁴³⁶ Vgl. DRK (1999): Ein neuer Tag in Brazda. In: Rotes Kreuz. Das Fachmagazin des DRK 4/1999, 8-9.

⁴³⁷ Hoter, Beate; Krönke, Albrecht (1986): Aus dem „Feld“ zurück nach Bonn. In: Die Rotkreuz-Zeitung 4/1986.

⁴³⁸ Vgl. DRK (1991): Nervenkitzel oder berufliches Können, Abenteuerlust: Motiv für den Auslandseinsatz. In: Rotes Kreuz. Das Fachmagazin des DRK 4/1991, 16-17.

⁴³⁹ DRK (1980): In wenigen Stunden klar zum Einsatz. In: Deutsches Rotes Kreuz. Zentralorgan des DRK in der Bundesrepublik Deutschland 4/1980, 4.

von zwei unterschiedlichen Schwerpunkten geprägt: Der nüchternen Skizzierung hoher fachlicher und projektbezogener Kompetenzen einerseits sowie der Beschreibung des persönlichen und emotionalen Einsatzes für die Gesundheitsarbeit vor Ort andererseits. Es wurde jedoch deutlich, dass emotionale Motive allein für eine konstruktive medizinische Arbeit und eine realistische Einschätzung der Notsituation nicht ausreichten.⁴⁴⁰ Dennoch bildeten diese in den Berichten der Mitarbeiter über persönliche Projekterfahrungen oft einen Schwerpunkt.⁴⁴¹ So kennzeichneten moralische Motive, Verweise auf Selbstlosigkeit und persönliches Engagement bis hin zu Aufopferung vielfach die Charakterisierung der im Ausland tätigen medizinischen Helfer.⁴⁴² Diese beiden Pole bilden die Enden eines breiten Anforderungsspektrums, dessen Gesamtheit die Eignung eines im Gesundheitsbereich tätigen Mitarbeiters für das DRK ausmachte.

Das DRK warnte vor einer Verkennung der großen Anforderungen im Rahmen eines Auslandseinsatzes von medizinischen Helfern als Abenteuer und lehnte eine Annahme der Arbeit in einem Gesundheitsprojekt aus Motiven der persönlichen Neugierde ab.⁴⁴³ Dennoch ließen sich einzelne Berichte über Projekterfahrungen von eingesetzten Mitarbeitern durchaus passager als Abenteuerbericht lesen. So stellte es, neben offensichtlicheren Aspekten wie der Fachqualifikation, Sprachkenntnissen, Flexibilität, Improvisationsvermögen sowie physischer und psychischer Stabilität, für entsandtes Gesundheitspersonal im Allgemeinen eine besondere Herausforderung dar, die Geschehnisse vor Ort zu beobachten und zu erleben, ohne diese, beeinflusst durch die eigene Sozialisation, zu bewerten. In Einzelfällen kam in Schilderungen durch Mitarbeiter des DRK zum Ausdruck, dass eigentlich als Experten eingesetztes medizinisches Personal durch Beobachtung des Umgangs von lokalem Personal mit Gesundheitsproblemen vor Ort mehr Lernender als Vermittler war.⁴⁴⁴ Überwiegend präsentierten sich das DRK und seine Mitarbeiter jedoch in der Rolle als starker und professioneller Akteur, dessen Hauptaufgabe in der Versorgung von Hilfsbedürftigen bestand.

Berichte über Gefahren, denen die entsandten DRK-Mitarbeiter ausgesetzt waren, erschienen weniger präsent als in den Berichten von Cap Anamur, allerdings war – wie für humanitäre

⁴⁴⁰ Vgl. DRK (1982): Eine Aufgabe, die alle angeht. In: Die Rotkreuz-Zeitung 6/1982, 4.

⁴⁴¹ Vgl. Hoter, Krönke (1986): Aus dem „Feld“ zurück nach Bonn. In: Die Rotkreuz-Zeitung 4/1986, 3.

⁴⁴² Vgl. DRK (1998): Lichtblicke in Lima, Rostocker DRK-Team operiert in Peru. In: Rotes Kreuz. Das Fachmagazin des DRK 1/1998, 36-38.

⁴⁴³ Vgl. DRK (1991): Nervenkitzel oder berufliches Können, Abenteuerlust: Motiv für den Auslandseinsatz. In: Rotes Kreuz. Das Fachmagazin des DRK 4/1991, 16-17.

⁴⁴⁴ Vgl. Deutsches Rotes Kreuz (DRK) (1993): Für Menschen in Not. Magazin zum Weltrotkreuztag 1993. Bonn: DRK, 10.

Hilfsorganisationen im Allgemeinen – der beschriebene Verlust der Schutzfunktion der Neutralität für das DRK seit den 1990er Jahren von besonderer Relevanz.

medico international

Medico wurde mit dem Ziel gegründet, Humanitäre Hilfe in Notsituationen an vielen Orten der Welt zu leisten, und bildete hierfür medizinisches Personal selbst aus. Ärzte und Krankenpflegepersonal wurden in der Katastrophenarbeit geschult, es fand 1971 sogar eine Zusammenarbeit mit Personal des DRK zur Ausbildung freiwilliger Helfer statt.⁴⁴⁵ In Spenderrundschreiben wurde Bezug genommen auf private und öffentliche Spenden, die den Einsatz von medizinischen Helfern im Ausland ermöglichten. Es bestand ein Stab an Helfern, die im Katastrophenfall innerhalb von kurzer Zeit einsatzbereit sein sollten. In einem der ersten Einsätze von medico im Jahre 1970, einem Erdbeben in der Türkei, standen bei der Berichterstattung für die Spender die Zeitspanne des Eintreffens der medizinischen Helfer nach dem Erdbeben sowie der Umfang technischer Hilfe im Vordergrund.⁴⁴⁶ Vor dem Hintergrund dieser Schwerpunktsetzung stellte die Entscheidung, die Entsendung von Mitarbeitern der Organisation zum Zwecke kurzfristiger medizinischer Humanitärer Hilfe einzustellen, eine Zäsur in der Geschichte der Organisation dar. Medico begründete diese Umbruchsphase mit der aus den ersten Einsätzen gewonnenen Erkenntnis, dass zum einen humanitäre Helfer nicht nur positive Auswirkungen auf Verlauf und Ausgang einer Katastrophensituation haben müssen, sondern bei inadäquatem Einsatz auch behindernd wirken können.⁴⁴⁷ Auslandsaufenthalte der Mitarbeiter von medico sollen seither der Kommunikation mit Projektpartnern, der gemeinsamen Planung zukünftiger und der Evaluierung bisheriger Maßnahmen sowie der Beobachtung der Situation vor Ort zum Zwecke der Berichterstattung dienen.

Eine Systematisierung bezogen auf die generelle Arbeitsweise von medico wurde in der Kooperation mit Partnern vor Ort erkennbar. Während zu Beginn der Kooperation mit lokalen Partnern bei Auswahl und Durchführung von Projekten einzelne strategische Partnerschaften im Vordergrund standen, wurde die Dichte und Tiefe dieser Zusammenarbeit zunehmend intensiviert und im Sinne einer Netzwerkarbeit institutionalisiert. Wichtige Schritte in dieser

⁴⁴⁵ Vgl. medico international (1971): Praktische Hilfe aus der Nähe gesehen. In: info71, 2/1971, 4-5.

⁴⁴⁶ Vgl. medico international (1972): Katastrophen nehmen keine Rücksicht auf Feiertage, Ein Interview mit dem Geschäftsführer und Einsatzleiter der – medico Deutschland – Heinrich Strübig. In: info72, 1/1972. [ohne Seitenzahl].

⁴⁴⁷ Vgl. medico international (1988): Von der Katastrophenhilfe zur Befreiungshilfe, 20 Jahre medico international. In: 20 Jahre medico. Frankfurt a.M.: medico international, 52-59.

Entwicklung war die Aufnahme der Arbeit im Netzwerk *Health Action International* in den 1980er Jahren sowie im *People's Health Movement* 2004. Unter anderem eröffnete diese Netzwerkarbeit durch ein breiteres Spektrum von Partnern mit gemeinsamen Zielen und Grundsätzen die Möglichkeit, an mehr Orten humanitärer Krisen und Katastrophen aktiv zu werden als dies zuvor durch Einzelpartnerschaften möglich war.

Vergleich

Alle drei untersuchten Akteure verfügten über Erfahrungen in der Personalentsendung, wobei bezüglich der Entsendepraxis wesentliche Unterschiede bestanden. So stellte medico die Entsendung von Personal für medizinische Hilfseinsätze bereits Mitte der 1970er Jahre, wenige Jahre nach der Gründung, ein.⁴⁴⁸ Demgegenüber machte die Personalentsendung beim DRK und bei Cap Anamur über den ganzen Untersuchungszeitraum hinweg ein zentrales Element der operativen Arbeit aus. Die jeweiligen Aufgaben und die Erwartungen, die an das entsandte Personal gestellt wurden, waren zum einen Ausdruck struktureller Veränderungen in der humanitären Nothilfe, zum anderen charakterisierten diese das Selbstverständnis und die Arbeitsweise der Organisationen.

Das DRK verfügte aufgrund seiner jahrzehntelangen Erfahrung im Bereich Humanitärer Hilfe im Vergleich zu den anderen untersuchten Akteuren früh über Standards und festgesetzte Anforderungskriterien sowie Vorbereitungskurse im Rahmen der Entsendung von Gesundheitspersonal. Bereits zu Beginn des Untersuchungszeitraumes wurde ein breites Anforderungsspektrum an die entsandten Fachkräfte gestellt, was auch auf die lange Geschichte der Organisation sowie die Einbettung in internationale Organisationsstrukturen zurückgeführt werden kann. Mitarbeiter berichteten in Veröffentlichungen für die Spender regelmäßig und ausführlich über ihre Einsätze und Erfahrungen. So stellte das DRK durch emotionale Momente, persönliche Bezüge zu individuellen Eindrücken der Helfer sowie Verweise auf die essentielle Rolle der Spender stets einen Gegenpol zum eigenen Anspruch auf nüchterne Professionalität her.

Cap Anamur wies eine Profiländerung hinsichtlich der Anforderungen und einer Systematisierung hinsichtlich der Vorbereitung und Durchführung von Projekten auf. Von dem Anforderungsprofil, das mit Eigenschaften wie Mut, Spontaneität, Unerschrockenheit, Flexibilität und Idealismus die Entstehungsgeschichte von Cap Anamur widerspiegelte, ist,

⁴⁴⁸ Vgl. Brandscheidt, Gebauer (1988): Zum Beispiel Gesundheit, 71-72.

ohne dass diese Eigenschaften an Anerkennung und Wertigkeit verloren hätten, eine Tendenz hin zu verstärkter Nachfrage nach Fachkompetenz und Erfahrung erkennbar.

Über die Geschichte von Cap Anamur hinweg waren Gefahren für die eingesetzten Mitarbeiter ein zentrales Thema für die Organisation. Aus dem Anspruch, gerade dort tätig zu werden, wo niemand anders mehr in der Lage oder willens ist Menschen medizinische Versorgung zukommen zu lassen, resultierte eine besondere Sicherheitsbedrohung sowohl für das entsandte als auch das lokale Gesundheitspersonal. Letztlich überwog jedoch immer der Wunsch, dem eigenen Vorsatz zur Hilfeleistung und dem humanitären Imperativ so weit wie möglich nachzukommen. Insgesamt lag der Anspruch von Cap Anamur an die Professionalität der medizinisch tätigen Helfer nah an der „ethischen Dimension des Helfens“⁴⁴⁹.

Der bei DRK und Cap Anamur erkennbare Wandel in den Anforderungen an entsandtes Personal unterschied sich bei medico durch die Kürze der Zeitspanne, in der Personalentsendungen zu operativen Zwecken in der Humanitären Hilfe stattgefunden haben. Der entscheidende Wandel in den Anforderungen an das entsandte Personal stellte bei medico der Wechsel von praktisch medizinischer Tätigkeit hin zu konzeptionell-projektorientierter Gesundheitsarbeit und Intensivierung der Kooperation mit lokalen Organisationen und Akteuren dar. Hier zeigte sich eine Systematisierungs- und auch Professionalisierungstendenz vor allem in der verstärkten Arbeit in globalen Netzwerken.

⁴⁴⁹ Lieser (2013): Humanitäres Personal, 302.

5.4.4 Vergleich der Einsätze von Cap Anamur und des Deutschen Roten Kreuzes im Südchinesischen Meer Ende der 1970er Jahre

Das DRK und Cap Anamur berichteten, sowohl in den öffentlichen Berichten als auch in internen Dokumenten, ausführlich über die Einsätze im Südchinesischen Meer Ende der 1970er Jahre und thematisierten diese jeweils auch in Bezugnahme und Abgrenzung zur Vorgehensweise der anderen Organisation. Es handelte sich um eine Krisensituation, die zum damaligen Zeitpunkt ein hohes Maß an öffentlicher Aufmerksamkeit in der deutschen Gesellschaft und Politik erfuhr⁴⁵⁰ und die neben der Gründung von Cap Anamur zur Aktion des damals bereits etablierten DRK führte.

Medico veröffentlichte 1973 in der damaligen Ausgabe der Rundschreiben an die Spender einen mehrseitigen Beitrag unter dem Titel „Vietnam“, in dem die eigenen Bemühungen zum Wiederaufbau des Gesundheitswesens in Vietnam dargelegt wurden. Hieraus gingen die seit 1972 bestehenden Verbindungen von medico zu der in Düsseldorf ansässigen Vereinigung *Hilfsaktion Vietnam e.V.* hervor, über die wiederum eine Kooperation mit der nationalen Rotkreuzgesellschaft der damaligen nordvietnamesischen Demokratischen Republik Vietnam bestand.⁴⁵¹ Nachdem in den Berichten aus dem Jahre 1974 dieses Projekt keine und 1975 nur knapp Erwähnung gefunden hatte⁴⁵², wurden in den weiteren verfügbaren Rundschreiben aus den Jahren 1977 und 1979 keine weiteren Aktivitäten diesbezüglich thematisiert. Daher konzentriert sich der folgende Vergleich auf die humanitären Einsätze im Südchinesischen Meer von Cap Anamur und des DRK, für die der Einsatz von großer Bedeutung war und deren unterschiedliche Einsatzstrategien und Situationsbewertungen einen Konflikt zwischen beiden Hilfsorganisationen hervorriefen.

Nach Ende des Vietnamkriegs mit der Einnahme Saigons durch nordvietnamesische Truppen im April 1975 kam es zur Flucht hunderttausender Menschen, die versuchten vor der Gewalt, und Verfolgung durch die kommunistische Herrschaft zu fliehen. Schätzungsweise 1,5 Millionen Menschen flohen vor dem Vietcong und den eingerichteten Umerziehungslagern und versuchten dabei oftmals in kleinen Booten über das Südchinesische Meer zu entkommen – so wurde der Begriff *boat people* geprägt.⁴⁵³ Diese Krisensituation war im Jahre 1979 Anlass für R. und C. Neudeck zur Gründung der Initiative *Ein Schiff für Vietnam*, woraus später das Not-

⁴⁵⁰ Vgl. Kleinschmidt, Julia (2013): Die Aufnahme der ersten "boat people" in die Bundesrepublik. In: Deutschland Archiv Online, 26.11.2013. www.bpb.de/170611, abgerufen am 05.07.2017.

⁴⁵¹ Vgl. medico international (1973): Vietnam. In: info 1973, 12-15.

⁴⁵² Vgl. medico international (1976): Bilanz '75. In: info 10/1976, 3.

⁴⁵³ Vo, Nghia M. (2006): *The Vietnamese Boat People, 1954 and 1975-1992*. Jefferson, North Carolina, London: McFarland & Company.

Ärzte-Komitee und die, nach dem Namen des ersten Schiffes benannte, Organisation Cap Anamur hervorgingen. Das DRK war mit dem Schiff *MS Flora* bereits im gleichen Jahr im Südchinesischen Meer im Einsatz. Die turbulente Gründungszeit des Not-Ärzte-Komitees mit dem Einsatz der *Cap Anamur* stellte einen bedeutenden Anlass zum Konflikt mit dem zu dieser Zeit bereits seit mehr als fünf Jahrzehnten in der Not- und Katastrophenhilfe operierenden DRK dar. Die Arbeitsweise und Zielsetzung beider Organisationen unterschieden sich in einigen Punkten in erheblichem Maße.

Deutsches Rotes Kreuz

Im September 1979 brach das Hilfsschiff *MS Flora* des DRK zur medizinischen Versorgung vietnamesischer Flüchtlinge im Südchinesischen Meer auf. Es handelte sich nach eigenen Angaben um die bis zu dieser Zeit umfangreichste Hilfsaktion des DRK für Flüchtlinge.⁴⁵⁴ Während das DRK die politischen Ursachen anerkannte, die zur Flucht der *boat people* führten, drängte die Zeit für die Hilfsorganisationen schnell und in ihrem jeweiligen Ermessensspielraum zu handeln.⁴⁵⁵ Das DRK brach mit dem Auftrag zu unparteilicher Hilfe in diesen Einsatz auf. Die Organisation verfügte zu dieser Zeit bereits über jahrzehntelange Erfahrung in der medizinischen Humanitären Hilfe und der Einsatz der *MS Flora* stellte nach dem Einsatz des Hospitalschiffes „Helgoland“ während des Vietnamkriegs (1966-1972) nicht den ersten maritimen Einsatz dar.⁴⁵⁶

Die personelle Ausstattung an Bord setzte sich aus mehreren Ärzten, Krankenpflegepersonal und ehrenamtlichen Helfern zusammen. Es bestand an Bord prinzipiell auch die Möglichkeit zur chirurgischen Versorgung von Verletzten. Aufgabenschwerpunkt der *MS Flora* sollte eine „konsequente Beschränkung auf Versorgungsaufgaben, einschließlich medizinischer Nothilfe“⁴⁵⁷ sein. Mehr als die Funktion als Hospitalschiff stand die medizinische Versorgung der südostasiatischen Flüchtlingslager in Küstennähe sowie die Übernahme von Transportfunktionen und Aufgaben als Organisationszentrale für Hilfsgüter im Vordergrund. Die Rettung von *boat people* aus dem Meer sollte lediglich in Ausnahmefällen erfolgen: Eine

⁴⁵⁴ Vgl. DRK (1979): DRK-Hilfsschiff „Flora“ macht die Spender mobil. In: Deutsches Rotes Kreuz. Zentralorgan des DRK in der Bundesrepublik Deutschland 9/1979, 1-2.

⁴⁵⁵ Vgl. DRK (1979): Der Auftrag aus Bangkok, Botschafter-Konferenz: Flüchtlingshilfe nicht aufschieben. In: Deutsches Rotes Kreuz. Zentralorgan des DRK in der Bundesrepublik Deutschland 10/1979, 2.

⁴⁵⁶ Vgl. DRK (1972): Die „Helgoland“ – am Ende eines beispiellosen Einsatzes. In: Deutsches Rotes Kreuz. Zentralorgan des DRK in der Bundesrepublik Deutschland 1/1972, 4-5.

⁴⁵⁷ DRK (1979): DRK-Hilfsschiff „Flora“ macht die Spender mobil. In: Deutsches Rotes Kreuz. Zentralorgan des DRK in der Bundesrepublik Deutschland 9/1979, 1.

Rettung von Flüchtlingen aus dem Meer erfolgte „notfalls“⁴⁵⁸, war demnach aber nicht das eigentliche Ziel des Einsatzes. Die Arbeit in den küstennahen Flüchtlingslagern auf indonesischen Inseln wie den Anambas-Inseln, Galang und Bintan sollte, im Sinne längerfristiger Entwicklungshilfe, die Schwestergesellschaften vor Ort beim Aufbau ihrer Arbeit unterstützen und so lokale Gesundheitssystemstrukturförderung betreiben. Das DRK bezeichnete dabei den Einsatz der *MS Flora* selbst als „Rückgrat der Versorgung“⁴⁵⁹ und essentiellen Bestandteil der internationalen Hilfe in diesem Gebiet. Neben medizinischer Hilfe für Geflüchtete übernahm das DRK auch eine medizinische Versorgung für die Menschen, die in den Einsatzgebieten lebten, richtete Ambulanzen ein und führte Gesundheitsmaßnahmen außerhalb des Soforthilfespektrums durch.

Die Verbindung zur Bundesregierung und deren staatliche finanzielle und ideelle Unterstützung spielten bei diesem Einsatz des DRK eine wichtige Rolle. Das DRK finanzierte den mehrjährigen Einsatz der *MS Flora* neben Spendengeldern unter anderem durch Bundesmittel. Der als „deutsche Flüchtlingshilfe“⁴⁶⁰ gewertete Einsatz wurde vom AA als gelungene Zusammenarbeit zwischen einem staatlichen und nichtstaatlichen Akteur begrüßt. Der engen Kooperation in diesem Einsatz zwischen dem DRK und der Bundesregierung wurde auch durch die gehisste deutsche Flagge auf der *MS Flora* Ausdruck verliehen. Es sollte – so der ehemalige DRK-Präsident Walter Bargatzky – allgemein sichtbar gemacht werden:

„[D]aß wir an den Schauplätzen der Weltkatastrophen, wo sie von See her zugänglich sind, präsent sein sollen, um auch auf diese Weise die allgemeine Bereitschaft unseres Landes zu humanitärer Hilfe zu dokumentieren.“⁴⁶¹

Insgesamt waren die Beschreibungen des Schiffes *MS Flora* durch das DRK zum einen geprägt durch detaillierte Darstellungen der technischen Ausstattung, zum anderen durch Hervorhebung des karitativ-humanitären Charakters des Schiffes. So wurde die *MS Flora* als „Schutzengel“⁴⁶² bezeichnet und dadurch in das eigentliche Zentrum der Aufmerksamkeit in der Berichterstattung gerückt. Es war die für viele Berichte des DRK charakteristische Bipolarität in den Projektdarstellungen erkennbar: Auf der einen Seite war die Betonung

⁴⁵⁸ ebd, 2.

⁴⁵⁹ DRK (1980): Das Rückgrat der Versorgung. In: Deutsches Rotes Kreuz. Zentralorgan des DRK in der Bundesrepublik Deutschland 6/1980, 11.

⁴⁶⁰ Willems, Karl (1979): Wir ahnen nur, was dies bedeutet. In: Deutsches Rotes Kreuz. Zentralorgan des DRK in der Bundesrepublik Deutschland 10/1979, 1.

⁴⁶¹ Bargatzky, Walter (1979): Kein größeres Abenteuer als das der Humanität. In: Deutsches Rotes Kreuz. Zentralorgan des DRK in der Bundesrepublik Deutschland 10/1979, 5.

⁴⁶² DRK (1980): Schutzengel im Südchinesischen Meer. In: Deutsches Rotes Kreuz. Zentralorgan des DRK in der Bundesrepublik Deutschland 5/1980, 6.

rationaler technischer und quantitativer Stärke bestimmend, auf der anderen Seite eine an Emotionen appellierende und oft an christliche Rhetorik angelehnte Darstellung des medizinischen Einsatzzweckes. Nach zwei Jahren Einsatz im Südchinesischen Meer wurde die *MS Flora* für anderweitige Hilfszwecke verwendet. Der Charakter des Schiffes als ‚humanitäre[r] Tramper‘⁴⁶³ sollte bestehen bleiben. Ziel war nun ein langfristiger Einsatz „zur Stabilisierung der afrikanischen Krisen“.⁴⁶⁴

Cap Anamur

Der Einsatz des Schiffes *Cap Anamur* prägte nicht nur den Namen, sondern beeinflusste auch R. Neudecks Folgerfahrungen in verschiedenen Konfliktregionen der Welt. So bezeichnet er zu einem späteren Zeitpunkt etwa Eritrea als „Vietnam Afrikas“⁴⁶⁵ und begründet dies unter anderem mit der Tapferkeit des Landes und dem Sieg im Kampf gegen eine große und starke Armee. In diesem Einsatz vereinten sich wesentliche Charakteristika, die das Profil der Organisation langfristig kennzeichneten. Schnelles, zupackendes, aktives, aber auch unerprobtes Handeln prägte die erste Rettungsaktion von Cap Anamur, die aus dem spontanen Wunsch zur direkten Hilfeleistung entstand.

Die große Anzahl an Geflüchteten, die sich mit kleinen und unsicheren Holzbooten auf dem Meer befand und dort zum Teil schutzlos Piratenangriffen und Überfällen ausgesetzt war, und die Tatsache, dass für diese Menschen zudem wenig bis kein Zugang zu Nahrungsmitteln, Wasser oder sonstigen lebensnotwendigen Gütern bestand, waren in der Weltöffentlichkeit bekannt. R. Neudeck klagte an, dass trotz dieses Wissens in Deutschland keine Bereitschaft und Initiative zur Hilfeleistung existierte.⁴⁶⁶ Er traf im Februar 1979 in Paris den französischen Philosophen André Glucksmann, der von den vietnamesischen Bootsflüchtlingen und ihrer Notlage berichtete. R. Neudeck erfuhr von der französischen Initiative *Île de Lumière*, ein Schiff, mit dem Krankenversorgung in Malaysia und Indonesien geleistet und Geflüchtete aus dem offenen Meer gerettet und nach Frankreich gebracht werden sollten.⁴⁶⁷ Bei der *Île de Lumière* handelte es sich um ein, von Bernard Kouchner ins Leben gerufenes, humanitäres Projekt. R. Neudeck rief daraufhin in Deutschland zu einer Spendenaktion auf und informierte die Öffentlichkeit über die französische Aktion sowie die Situation der Geflüchteten. Er

⁴⁶³ Brower-Rabinowitsch, Axel (1982): Der Tropfen auf dem heißen Stein bedeutet Rettung vor dem Hunger und vor dem Tod. In: Die Rotkreuz-Zeitung 1/1982, 15.

⁴⁶⁴ ebd.

⁴⁶⁵ Neudeck (nach 1990): *Striptease unseres Humanismus*, 1.

⁴⁶⁶ Vgl. Neudeck (1998): *Abenteuer Humanität*, 23.

⁴⁶⁷ Vgl. Komitee Cap Anamur (2005): *LebenHelfen*, 8.

entschloss sich, gemeinsam mit seiner Frau C. Neudeck, ein eigenes Schiff zu chartern, um eine medizinische Rettungsaktion im Südchinesischen Meer durchzuführen. Das Schiff *Cap Anamur* war mit medizinischen und technischen Materialien, Operationssälen sowie Krankenhausbetten ausgestattet, und ein Team aus Ärzten und Krankenpflegepersonal befand sich für die medizinische Notversorgung an Bord des Schiffes. Die ehrenamtlich arbeitenden Teammitglieder wechselten anfangs monatlich.⁴⁶⁸ Von 1980 bis 1982 fanden insgesamt 29 Teileinsätze unter der Zielsetzung „Suchen und Retten“⁴⁶⁹ statt. Insgesamt wurden auf diese Weise von 1979 bis 1986 10.375 Menschen gerettet.⁴⁷⁰ Es wurden vor allem ehrenamtlich arbeitende Ärzte und Krankenpflegepersonal, aber auch Logistiker eingesetzt.

Eine kurze Zeitspanne für vorbereitende organisatorische Maßnahmen, die Mobilisierung von bekannten Unterstützern wie Heinrich Böll und ein hohes Spendenaufkommen innerhalb weniger Tage gingen dem Auslaufen des Schiffes voraus. Die Überzeugung, dass keine andere Institution sich der *boat people* in gleicher Weise annehmen würde, war dabei eine entscheidende Grundlage. R. Neudeck sah letztlich keine andere Möglichkeit als selbst aktiv zu werden und die Umsetzung der eigenen Forderungen selbstständig durchzusetzen, um Menschenleben zu retten. Anfang August 1979 nahm ein ärztliches Team die Arbeit im Rahmen des Einsatzes mit der *Cap Anamur* auf. Der Titel des ersten Einsatzes lautete *Ein Schiff für Vietnam* und bildete den Ausgangspunkt für die Gründung der Organisation, wobei dies mehr Ausdruck einer Reaktion auf die akut beobachteten Ereignisse dieser Zeit als die Umsetzung einer langfristigen Intention darstellte. R. Neudeck selbst bezeichnete die *Cap Anamur* als Rettungsschiff mit dem primären Ziel Suchaktionen durchzuführen.⁴⁷¹ In den ersten Monaten konzentrierte sich die Arbeit neben der Rettung von Flüchtlingen auf hoher See auf die medizinische Versorgung von Menschen in Flüchtlingslagern an Land und den Transport von Medikamenten sowie weiteren Hilfsgütern. Zum Teil wurden Menschen aus den Flüchtlingslagern für eine medizinische Versorgung auf das Schiff verlegt, wo Möglichkeiten zur operativen und intensivmedizinischen Versorgung bestanden, so dass an Bord des Schiffes eine medizinische Versorgung teils umfassender geleistet werden konnte als in den Einrichtungen an Land.⁴⁷²

⁴⁶⁸ Vgl. Archiv des DRK-Generalsekretariats, Archivordner 3329/1, Pressekonferenz vom 28. Februar 1980, Deutsches Komitee Not-Ärzte e.V., Bonn.

⁴⁶⁹ Neudeck (1998): Abenteuer Humanität, 24.

⁴⁷⁰ Vgl. Kleinschmidt, Julia (2013): Die Aufnahme der ersten "boat people" in die Bundesrepublik. In: Deutschland Archiv Online, 26.11.2013. www.bpb.de/170611, abgerufen am 05.07.2017.

⁴⁷¹ Pressekonferenz vom 28.2.1980. Deutsches Komitee Not-Ärzte e.V. Bonn. Archivordner 3329/1. Archiv des DRK-Generalsekretariats, 2.

⁴⁷² ebd.

Als weitere Einsätze außerhalb der ersten akuten Krisensituation begannen, fiel die Entscheidung zur Namensweiterung um den Zusatz „Not-Ärzte-Komitee“, um dem Anspruch der konkreten medizinischen Hilfeleistung Rechnung zu tragen. Die Ereignisse rund um den ersten Einsatz der *Cap Anamur* führten somit weitergehend zu einer Profilbildung und -schärfung mit Ausrichtung auf medizinische Hilfeleistung.

Die Ereignisse rund um den Einsatz der *Cap Anamur* führten zwischenzeitlich zu Konflikten mit der Bundesregierung und Vertretern einiger Bundesländer, als R. Neudeck sich mehrfach für eine Erhöhung der Kontingente zur Aufnahme von Geflüchteten einsetzte. Ein zentraler Streitpunkt in der Auseinandersetzung, unter anderem mit der Bundesregierung und der Führung des DRK, war die Debatte um die Wirkung der Anwesenheit und Zielsetzung der *Cap Anamur* auf hoher See. Befürworter erhoben den Einsatz des Schiffes zu einem „Symbol für Humanität“⁴⁷³ und „Symbol der Menschlichkeit, zu einem Zeichen des Willens, sich mit dem Unrecht dieser Welt nicht abzufinden und die Ärmsten der Armen nicht im Stich zu lassen.“⁴⁷⁴ Von einigen Kritikern hingegen wurde der Einsatz bisweilen als Fluchthilfe gewertet, so dass sich *Cap Anamur* öffentlich der Frage stellen musste, ob die Mitarbeiter auf der *Cap Anamur* in der Rolle als „Lebensretter oder Fluchthelfer?“⁴⁷⁵ agierten. Der damalige Generalsekretär des DRK sprach im Kontext der Hilfsaktion von *Cap Anamur* von einer „organisierten Einwanderungshilfe“⁴⁷⁶. Dies wurde von *Cap Anamur* entschieden zurückgewiesen.⁴⁷⁷

Vergleich

Die dargestellten Einsätze Ende der 1970er Jahre bildeten einen Kristallisationspunkt, an dem sich Unterschiede und Charakteristika der untersuchten Hilfsorganisationen hinsichtlich der jeweiligen Ansätze, Ziele und Verbindungen mit der deutschen staatlichen Humanitären Hilfe deutlich gezeigt haben. Der Einsatz der *MS Flora* sollte sich von dem Charakter der Initiative *Île de Lumière*, die als Vorbild für die Initiative R. und C. Neudecks diente, sowie von dem Profil der *Cap Anamur* abgrenzen. Während dieser Einsatz den Gründungsanlass für *Cap Anamur* darstellte, hatte das DRK zu dieser Zeit bereits über 50 Jahre Erfahrung in der Humanitären Hilfe, darunter auch in Form maritimer Einsätze. Im Kontext der dargestellten Einsätze unterschied sich die Beziehung zur Bundesregierung zwischen *Cap Anamur* und dem

⁴⁷³ Neudeck (1998): Abenteuer Humanität, 26.

⁴⁷⁴ Walden, Mathias, zitiert nach: Neudeck (1998): Abenteuer Humanität, 26.

⁴⁷⁵ Südwestfunk Baden-Baden, I. Programm, Februar 1981, 2. Archivordner 2795. Archiv des DRK-Generalsekretariats.

⁴⁷⁶ Deutsche Presse Agentur (1980): Generalsekretär des DRK attackiert. In: Rheinische Post vom 10.9.1980, Düsseldorf. [ohne Seitenzahl].

⁴⁷⁷ ebd.

DRK erheblich. Die zeitliche Gestaltung des Einsatzes fiel durch die jahrelangen Folgeeinsätze von *Cap Anamur* bis 1986 sehr unterschiedlich aus und die Berichterstattung der jeweiligen Organisation an die Spender setzte unterschiedliche Schwerpunkte.

Der größte Unterschied zwischen den Einsätzen von *Cap Anamur* und des DRK im Südchinesischen Meer lag in der spezifischen Zielsetzung des jeweiligen Einsatzes und in der Einschätzung der Auswirkungen des eigenen Handelns. Während mit der *Cap Anamur* gezielt Seenotrettung betrieben wurde und das Personal an Board als „Menschenfischer“⁴⁷⁸ *boat people* aus dem offenen Meer rettete, verstand das DRK die *MS Flora* als medizinisches Versorgungs- und nicht primär als Rettungsschiff. Dieses sollte primär medizinische Arbeit in den Flüchtlingslagern in Küstennähe leisten und Schiffbrüchige nur in Einzelfällen aufnehmen. Die *MS Flora* sollte neben der Funktion als Versorgungsbasis als medizinisches Hospital- und Ambulanzschiff fungieren, das technisch und personell für medizinische Maßnahmen, auch solche, die über akute Geschehen hinausgingen, ausgerüstet war. Die Kehrseite des in größere und etablierte Strukturen eingebetteten Vorgehens des DRK zeigte sich in der, auch von Vertretern der Bundesregierung geäußerten, Kritik an einem zu langsamen bürokratischen Anlaufen der medizinischen Hilfsaktion, während Vorteile und kurzfristige Möglichkeiten kleiner Hilfsorganisationen im Allgemeinen betont wurden.⁴⁷⁹

Bei genauer Betrachtung ergeben sich neben den genannten Unterschieden zwischen den Einsätzen der *MS Flora* und der *Cap Anamur* jedoch mehr Gemeinsamkeiten, als dies vordergründig ersichtlich und nach außen hin kommuniziert wurde. Zumindest eine semantisch ähnliche Bewertung der Lage im Südchinesischen Meer wurde durch das DRK und von *Cap Anamur* in der Hinsicht vorgenommen, als das beim DRK „kein größeres Abenteuer als das der Humanität“⁴⁸⁰ beschrieben wurde – eine Ausdruckweise, die auch bei *Cap Anamur* auf ähnliche Weise vielfach Verwendung fand. „Abenteuer Humanität. Mit der ‚Cap Anamur‘ unterwegs“⁴⁸¹ ist der Titel einer der Publikationen über die entsprechenden Aktivitäten des Not-Ärzte-Komitees. Außerdem arbeiteten beide Akteure, wenn auch mit sehr unterschiedlicher Schwerpunktsetzung, sowohl an Land in Flüchtlingslagern als auch in der medizinischen Versorgung an Bord des Schiffes. Eine weitere Gemeinsamkeit stellt die Tatsache dar, dass

⁴⁷⁸ Neudeck (1991): Brief an Hr. Prälat Bocklet, 1.

⁴⁷⁹ Archiv des DRK-Generalsekretariats, Archivordner 3329/1, Pressekonferenz vom 28. Februar 1980, Deutsches Komitee Not-Ärzte e.V., Bonn.

⁴⁸⁰ Bargatzky, Walter (1979): Kein größeres Abenteuer als das der Humanität. In: Deutsches Rotes Kreuz. Zentralorgan des DRK in der Bundesrepublik Deutschland 10/1979, 5.

⁴⁸¹ Neudeck (1998): Abenteuer Humanität.

weder der Einsatz des DRK, noch der von Cap Anamur sich auf medizinische Nothilfe beschränkte, sondern darüber hinaus strukturelle Hilfeleistung zum Ziel hatte. So sollte der DRK Einsatz der *MS Flora* auch eine Unterstützung der Schwestergesellschaften an Land bewirken, um dem Zweck längerfristiger Strukturförderung zu dienen – Maßnahmen, die vom DRK selbst als Entwicklungshilfe gewertet wurden.⁴⁸² Auch Cap Anamur erweiterte das selbst gewählte Mandat der Humanitären Hilfe, indem es – etwa in Form eines Aufbaus von Schulen – sektoral breitere und zeitlich langfristige Unterstützung für die Bevölkerung leistete. Des Weiteren war ein Charakteristikum der analysierten Berichterstattung, dass nicht nur Cap Anamur, sondern auch das DRK und zuvor im Jahre 1973 medico⁴⁸³ die, der eigenen Ansicht nach, jeweilige Einzigartigkeit der geleisteten Hilfen betonen.

⁴⁸² Vgl. Bargatzky, Walter (1979): Kein größeres Abenteuer als das der Humanität. In: Deutsches Rotes Kreuz. Zentralorgan des DRK in der Bundesrepublik Deutschland 10/1979, 5.

⁴⁸³ Vgl. medico international (1973): Vietnam. In: info 1973, 14.

6 DISKUSSION UND AUSBLICK

Aus dem breiten Spektrum an Quellen konnten über den langen Untersuchungszeitraum wiederkehrende Thematiken und klare Tendenzen als Ergebnisse abgeleitet werden. Bei der Interpretation der Ergebnisse ist zu beachten, dass ein Großteil der Quellen Außendarstellungen der Hilfsorganisationen und der Bundesregierung bildeten, die sich an die Öffentlichkeit richteten. Allerdings wurden diese durch eine Vielzahl an internen und unveröffentlichten Archivalien ergänzt und trugen so zu einem repräsentativen Gesamtbild bei. Auf die besondere Rolle von R. Neudeck, die er zum einen als öffentliche politische Person, Journalist und Schriftsteller innehatte und zum anderen als Gründer und langjähriger Vorstand von Cap Anamur, wurde bereits in Kapitelabschnitt 5.2 hingewiesen. Dementsprechend waren Trennlinien zwischen der einstigen Position R. Neudecks und den (späteren) Überzeugungen der Organisation Cap Anamur nicht immer eindeutig zu ziehen.

Die untersuchten Hilfsorganisationen agierten vor dem Hintergrund des Diskurswandels in Humanitärer Hilfe und EZ seit den 1970er Jahren unter wechselseitigem Einfluss. Das Aufgabenspektrum und die Komplexität der Arbeitsfelder für Hilfsorganisationen haben in den letzten Jahrzehnten insbesondere im Gesundheitsbereich und der medizinischen Versorgung in Humanitärer Nothilfe und EZ auf nationaler und internationaler Ebene an Bedeutung gewonnen. Neben dem erklärten Ziel der Linderung menschlichen Leids und der Sicherung gesundheitsförderlicher Lebensumstände stehen multiple politische Herausforderungen auf der Agenda der humanitären Organisationen. Innerstaatliche und oftmals chronische Konfliktsituationen, die wachsende Anzahl und Diversität von Akteuren im humanitären und entwicklungspolitischen Gesundheitsbereich und die ebenfalls durch Globalisierungsprozesse verstärkte Komplexität in zwischenstaatlichen Beziehungen seien hier als einige dieser wesentlichen Veränderungen und Herausforderungen genannt.

Internationale Gesundheitsarbeit - Selbstverständnis, Grundsätze und Motive

Das in Kapitelabschnitt 5.1 erläuterte Selbstverständnis, die jeweiligen Gründe und Motive zur Leistung internationaler Gesundheitsarbeit unterschieden sich zwischen den untersuchten Hilfsorganisationen erheblich, und die Entwicklung des eigenen Selbstverständnisses hatte weitreichenden Einfluss auf die Inhalte und Konzeption ihrer Diskurse und Aktivitäten. Besonders deutlich war dies beim Wandel von medico zu erkennen, als sich das Selbstverständnis innerhalb weniger Jahren nach der Gründung vom Schwerpunkt der Not- und

Katastrophenhilfe zu einer sozialmedizinischen Entwicklungs- und Menschenrechtsorganisation verschob. Das bestimmende Merkmal in der Geschichte der Arbeit des DRK stellte die strikte Bindung an die humanitären Prinzipien dar, wobei die Umsetzung des Grundsatzes der Neutralität ein wesentliches Unterscheidungsmerkmal zu Cap Anamur und medico bildete. Angesichts veränderter Anforderungen und Herausforderungen in der Humanitären Hilfe, insbesondere durch die große Anzahl innerstaatlicher Konflikte stellt sich hierbei die Frage nach der verbleibenden Wirksamkeit eines auf Neutralität basierenden Ansatzes. Die Kraft der humanitären Prinzipien ist nur solange gegeben, wie die Kriegsparteien bereit sind, das Kriegsvölkerrecht (*ius in bello*) anzuerkennen – eine hohe Anzahl von Opfern unter humanitären Helfern sowie gezielte Angriffe auf medizinische Einrichtungen belegen auf grausame Weise, wie angreifbar das Schutzschild der Neutralität ist.

Die Analyse der unterschiedlichen Ansätze und Konzepte von Hilfe ist insofern relevant, als dass diese Konzepte den Projekten der internationalen Gesundheitsarbeit zugrunde gelegt werden und damit die konkrete Versorgung, die Arbeit und den Umgang mit der betroffenen Bevölkerung sowohl kurz- als auch langfristig beeinflussen. Aufgrund dieser Bedeutung wäre es wünschenswert, dass zum einen wissenschaftliche Forschung noch mehr zu einer Überprüfung der Wirkungen dieser Konzepte beiträgt und sie zum anderen Teil eines breiteren internen und öffentlichen Diskurses werden. Hierzu benötigt es neben kritischer Forschung vor allem eine differenzierte Darstellung durch die Bundesregierung, NGOs und die mediale Öffentlichkeit. Um den spezifischen Anforderungen und Herausforderungen jeder Notlage Rechnung zu tragen, muss die Diskrepanz zwischen der Komplexität humanitärer Notlagen und teilweise als zu simpel wahrgenommenen und dargestellten Konzepten der Hilfeleistung, verringert werden.

Angesichts dieser veränderten und sich verändernden Anforderungen und Herausforderungen, die der Diskurswandel in Humanitärer Hilfe und EZ und die zunehmende Internationalisierung mit sich bringen, stellt sich die grundsätzliche Frage nach der zukünftigen Ausrichtung von Humanitärer Nothilfe und EZ, einschließlich der Suche nach angepassten Konzepten. *Empowerment*, im Sinne einer Ermächtigung und Autonomieförderung, Partizipation und Selbstbestimmung kann Teil veränderter Ansätze sein, die mehr zu internationaler Kooperation beitragen, als einen einseitigen Hilfstransfer in einer überholten Nord-Süd-Aufteilung der Welt

darzustellen.⁴⁸⁴ Sowohl Humanitäre Hilfe als auch EZ sollen nicht mehr als unilateraler Ressourcentransfer von Waren, medizinischem Material und Wissen durch einen aktiven entwickelten Akteur (im globalen Norden) an einen unterentwickelten passiven Empfänger (im globalen Süden) verstanden werden.⁴⁸⁵ Forderungen nach einer kollektiven internationalen Verantwortung⁴⁸⁶ bleiben weiterhin bedeutsam und aktuell. Die diskursiven Veränderungen im Bereich der EZ können als Ausdruck einer allgemeinen Verschiebung der Akteursbeziehungen gesehen werden. Der Begriff *beyond aid* umfasst Dimensionen, Konzepte und Lösungsstrategien, welche Ansätze von EZ sowie weiterer internationaler Kooperationen so zu vereinen versuchen, dass Problemen und Defiziten auf globaler Ebene adäquater begegnet werden kann.⁴⁸⁷ Dies ist ein Ansatz, um sich von rein finanziellen und materiellen unidirektionalen Hilfstransfers zu lösen und Ziele zu verfolgen, die außerhalb des klassischen EZ-Spektrums liegen. Ein wichtiges Element könnte dabei eine zukünftige Fokussierung auf den Ausbau, die Stärkung und Umsetzung einer globalen Kooperation bilden, die mehr die weltweiten Probleme und Möglichkeiten eines Netzwerks anstelle einseitiger Verbindungslinien anerkennt. Es konnte gezeigt werden, dass von den untersuchten Hilfsorganisationen besonders medico die Notwendigkeit und Vorteile des Agierens in globalen Netzwerkstrukturen deutlich betonte und dies zum Charakteristikum der eigenen Arbeit machte.

Das Verhältnis zwischen humanitärer Gesundheitsarbeit und Politik

Fragen zivil-militärischer Zusammenarbeit, auf die in Kapitelabschnitt 5.2 Bezug genommen wurde, sind von wachsender Bedeutung für die Hilfsorganisationen. Das Verhältnis von zwischen- zu innerstaatlichen Konflikten und Mischtypen hat sich seit 1945 hin zu innerstaatlichen Konflikten verschoben, die seitdem einen Anteil von über 70% ausmachen.⁴⁸⁸ In solchen Situationen sind Hilfsorganisationen multiplen Herausforderungen und Gefahren ausgesetzt. Auch eine hohe Anzahl an Opfern von – zum Teil gezielten – Angriffen auf humanitäre Helfer und Gesundheitseinrichtungen droht die Möglichkeiten und den Umfang von Humanitärer Hilfe erheblich einzuschränken. Duffield konstatierte 1994, dass es der

⁴⁸⁴ Vgl. Janus, Heiner; Klingenberg, Stephan; Paulo, Sebastian (2013): *Beyond aid, Konzeptionelle Überlegungen zum Wandel der Entwicklungszusammenarbeit.* (Discussion Paper 18/2013). Bonn: Deutsches Institut für Entwicklungspolitik.

⁴⁸⁵ Vgl. Büschel, Hubertus; Speich, Daniel (2009): *Einleitung – Konjunkturen, Probleme und Perspektiven der Globalgeschichte von Entwicklungszusammenarbeit.* In: Büschel, Hubertus; Speich, Daniel (Hrsg.): *Entwicklungswelten, Globalgeschichte der Entwicklungszusammenarbeit.* Frankfurt a.M./New York: Campus Verlag, 7-32, hier 15.

⁴⁸⁶ Vgl. Duffield (1994): *Complex Emergencies.*

⁴⁸⁷ Vgl. Janus, Klingenberg, Paulo (2013): *Beyond aid.*

⁴⁸⁸ Schreiber (2015): *Innerstaatliche Kriege seit 1945.*

Humanitären Hilfe auf internationaler Ebene bis zu dieser Zeit nicht gelungen sei, sich wachsenden Herausforderungen in Form von Krisen politischen und sozialen Ursprungs anzupassen. Auch heute bestehen diese dynamischen Herausforderungen weiterhin. Ein aus der Katastrophenhilfe stammender Ansatz zur Hilfeleistung nach einer Naturkatastrophe, wie etwa nach Erdbeben oder Überschwemmungen, sei keineswegs geeignet, unangepasst auf politische Krisen übertragen zu werden, und Humanitäre Hilfe allein könne umfassende und multikausale langfristige Krisen nicht auflösen.⁴⁸⁹

Die festzustellende Verwässerung der Grenze zwischen humanitären Einsätzen und militärischen Interventionen wird vielfach als schwindende Anerkennung von Neutralität, die ein Schutzschild humanitärer Organisationen und ihres Gesundheitspersonals darstellt, wahrgenommen.⁴⁹⁰ Da Neutralität vor allem in politischen Krisen Schutz für die humanitären Gesundheitsfachkräfte und Zugang zu allen Verletzten gewähren soll, muss gerade das DRK in solchen Einsätzen um die Einhaltung der humanitären Prinzipien ringen. Auch wenn eine Zusammenarbeit nicht grundsätzlich ausgeschlossen wird, lehnt eine große Anzahl an Hilfsorganisationen eine zivil-militärische Zusammenarbeit ab, wenn dadurch die humanitäre Arbeit und ihr Status als neutrale und unabhängige Akteure gefährdet sind.⁴⁹¹ Eine Kooperation von humanitären Organisationen und Militär sollte demnach nur nach dem Subsidiaritätsprinzip und unter strengen Bedingungen erfolgen.⁴⁹²

In einer Zusammenschau der unterschiedlichen Positionen zum Verhältnis zwischen humanitärer Gesundheitsarbeit und Politik zeigte sich, wie in dem weiten Feld von Humanitärer Hilfe und EZ die unterschiedlichen Ansätze nicht nur Raum und Berechtigung finden, sondern geradezu notwendig waren, um verschiedene Teile der möglichen Einsatzspektren abzudecken. Vor dem Hintergrund steigender Komplexität und der hohen Anzahl an Krisen und Katastrophen, die humanitäre Einsätze erfordern, wäre es fahrlässig und zynisch, sich auf einen der verschiedenen Ansätze festzulegen und einer Komplementarität ihre Berechtigung abzusprechen.

Die Abgrenzung zwischen Humanitärer Hilfe und Entwicklungszusammenarbeit

Die Abgrenzung zwischen humanitärer Hilfe und EZ hat seit den 1970er Jahren einen tiefgreifenden Wandel durchlaufen: Die in den 1970er und 1980er Jahren konzeptionell und

⁴⁸⁹ Vgl. Duffield (1994): Complex Emergencies.

⁴⁹⁰ Vgl. Von Pilar (2002): Die Instrumentalisierung der Humanitären Hilfe.

⁴⁹¹ VENRO (Hrsg.) (2003): Streitkräfte als humanitäre Helfer?

⁴⁹² ebd.

institutionell deutlich getrennten Bereiche haben eine zunehmende Annäherung erfahren, bis in den 1990er Jahren mit dem LRRD-Konzept verstärkt integrierte Ansätze aufkamen. Eine Verzahnung beider Bereiche und Kooperation der Akteure haben zugenommen. Bei den untersuchten Hilfsorganisationen war, wenn auch mit großen Unterschieden in den jeweiligen Hintergründen und operativen Inhalten, im Laufe des Untersuchungszeitraums eine Erweiterung des Spektrums der internationalen Gesundheitsarbeit erkennbar, so dass alle drei – primär als Nothilfeorganisationen gegründeten – Organisationen neben kurzfristiger Humanitärer Hilfe parallel EZ-Maßnahmen als weiteren Schwerpunkt etabliert haben. Angesichts der Realitäten in *complex emergencies* und *protracted crises* wird das LRRD-Konzept vor große Herausforderungen gestellt. Die Abgrenzungsfrage zwischen Humanitärer Hilfe und EZ scheint wieder aktueller zu werden, und Hilfsorganisationen müssen sich im Ausmaß ihrer Handlungsmöglichkeiten dynamischen und wiederkehrenden Krisen anpassen. Ein Grundgedanke des LRRD-Konzepts war, dass durch eine verbesserte Koordinierung und Kooperation zwischen Akteuren der Humanitären Hilfe und EZ Krisen und Katastrophen besser begegnet und ein möglichst reibungsloser Übergang von akuter Überlebenshilfe bis hin zu strukturellen Verbesserung des *status quo ante* geschaffen werden könne. Doch insbesondere chronische Notlagen machen deutlich, dass Hilfe in „Grauzonen“⁴⁹³ diesen reibungslosen Übergängen kaum folgen kann. Hierbei sind die Gesundheitsfachkräfte und Organisationen oftmals gezwungen, sich auf Humanitäre Hilfe und eventuell Ansätze zum Wiederaufbau zu beschränken, obwohl chronische Krisen über Jahre andauern können und eigentlich (auch) EZ-Ansätze erfordern. Hieraus kann die Gefährdung von Ansätzen zur besseren Integration und Koordinierung der Humanitären Nothilfe und EZ durch ein verändertes Krisen- und Katastrophenprofil entstehen. Die Bedingungen, unter denen Humanitäre Nothilfe und EZ in *complex emergencies* und *protracted crises* zum Teil stattfinden, können aus entwicklungspolitischer Sicht einen Rückschritt hin zu einer Fokussierung auf kurzfristige Nothilfe bedeuten und Strukturveränderungen mit dem Ziel einer langfristigen Sicherung gesundheitsförderlicher Lebensverhältnisse massiv erschweren.

Die Erweiterung des operativen Spektrums in der Geschichte der untersuchten Organisationen um Projekte mit langfristigem Fokus, unterstreicht folgende Punkte: Zum einen die Bedeutung der Abgrenzungsfrage zwischen humanitärer Hilfe und EZ, der sich auch, und vielleicht gerade die Organisationen stellen müssen, die primär als medizinische Nothilfeorganisation konzipiert wurden. Zum anderen macht die Ausweitung von Arbeitsbereichen und der Einschluss von

⁴⁹³ Vgl. Schmitz (2009): Die Grauzone in Krisenregionen und nach Katastrophen.

Themen wie mentale Gesundheit oder dem Zugang zu essentiellen Medikamenten in die eigene operative Tätigkeit deutlich, wie viel umfassender die Inhalte Humanitärer Hilfe sind, als dies zum Teil in einem medizinisch-kurativen Sinn verstanden wird.⁴⁹⁴ Auf internationaler Ebene waren diese Entwicklungen auch bei MSF, als einem der größten und bedeutendsten Akteure in der medizinischen Humanitären Nothilfe, vielfach erkennbar.

Während der Wandel der EZ allein durch begriffliche Veränderungen auch in der Öffentlichkeit als Prozess wahrgenommen werden konnte, war dies im Bereich der Humanitären Hilfe nicht in gleicher Weise der Fall. Humanitäre Hilfe wird bis heute oftmals als akute Reaktion mit eindeutigem Handlungsauftrag verstanden. Dies kann zu der Problematik beitragen, dass Katastrophenhilfe zu lange in ihrer Komplexität verkannt wurde.⁴⁹⁵

Operative Arbeit und Projekthinhalte

Die Analyse der Rolle der Medizin als Teil des Gesundheitsbereichs in der Humanitären Hilfe setzt Kenntnisse über die Zielsetzung des jeweiligen Akteurs und seine Verortung im Spektrum zwischen Gesundheit und Medizin voraus. Unabhängig von der genauen Ausrichtung dieser Zielsetzung ist Medizin jedoch in aller Regel essentieller Bestandteil der untersuchten Akteure. Daher ist eine Gegenüberstellung, Bedeutungsgewichtung und Abgrenzung des Bereichs Gesundheit zu anderen Bereichen der Humanitären Hilfe schwieriger, als es in der EZ der Fall ist, wo Handlungsfelder wie Gesundheits-, Außen-, Wirtschafts- und Sicherheitspolitik klarer unterscheidbar sind. So stehen letztere nicht selten in Konkurrenz zueinander, während die Krankenversorgung integraler Bestandteil Humanitärer Hilfe ist und historischer Kernpunkt in der Entwicklung Humanitärer Hilfe war. Des Weiteren geben die humanitären Prinzipien derart klare Grundlinien vor, dass in der Humanitären Hilfe weniger umfangreiche gesundheitspolitische Debatten erfolgten als in der EZ. Diskurse in der Humanitären Hilfe waren vor allem geprägt durch Reaktionen auf aktuelle internationale politische Gegebenheiten und befinden sich in stetigen Anpassungsprozessen an diese. Auf politisch-wissenschaftlicher Ebene haben unter anderem die Diskussionen um eine veränderte Wahrnehmung von Krisencharakteristika und das Ringen um das Verhältnis zwischen Humanitärer Hilfe und militärischen Interventionen die Praxis Humanitärer Hilfe beeinflusst. Hinzu kommen Anpassungen auf operativer Ebene im Gesundheitsbereich der Humanitären Hilfe, festgehalten in Dokumenten wie dem *Sphere Project*. Zudem ist es zu einzelnen Verschiebungen

⁴⁹⁴ Vgl. Redfield (2013): Life in crisis, 27.

⁴⁹⁵ Vgl. Cremer (1998): Gut gemeint, nicht immer gut, 624.

hinsichtlich der Ausrichtung Humanitärer Hilfe gekommen, etwa in Form des Einbezugs besonders vulnerabler Gruppen, von vernachlässigten Themenschwerpunkten wie mentaler Gesundheit und lokalem Gesundheitspersonal als wichtigen Akteuren. All diese Veränderungen sind Lernprozessen und Debatten in der Geschichte der Humanitären Hilfe geschuldet, wirken jedoch weniger grundsätzlich als es bei gesundheitspolitischen Debatten in der EZ der Fall war.

Im Gesundheitsbereich kann eine hohe Diskrepanz zwischen den internalisierten prozeduralen und technischen Standards eines bestimmten Niveaus der entsandten Mitarbeiter und den realen Gegebenheiten vor Ort bestehen. Mitarbeiter müssen innerhalb von kurzer Zeit einen Ausgleich zwischen dieser Beobachtung, dem Versuch der Etablierung eigener erlernter Methoden sowie dem Umgang mit anderen und begrenzten Ressourcen finden. Die Anforderungen, die an entsandtes Gesundheitspersonal im Rahmen von humanitären Einsätzen und EZ-Projekten gestellt werden, haben sich in mehrfacher Hinsicht verändert. Im Verlauf des Untersuchungszeitraums ist es im Rahmen einer Professionalisierung zur Steigerung der fachspezifischen Anforderungen gekommen, dementsprechend hat auch das Angebot an möglichen Zusatzqualifikation zugenommen. Dies ging in der EZ einher mit einer veränderten Rolle der entsandten Mitarbeiter im Sinne einer Tendenz zu vornehmlich koordinierenden und ausbildenden Funktionen.⁴⁹⁶ Auch Hilfsorganisationen stellen an die Durchführung eigener Projekte veränderte Anforderungen, indem sie sich im Rahmen von Selbstverpflichtungen zur Einhaltung humanitärer Mindeststandards verpflichtet haben.

Aus dem Vergleich der Einsätze von Cap Anamur und des DRK im Südchinesischen Meer Ende der 1970er Jahre und den jeweils identifizierten Lücken in der humanitären Arbeit im Gesundheitsbereich ging beispielhaft hervor, dass ein zeitweiliges Empfinden, die eigene Hilfeleistung sei *der* herausstechende Beitrag zur Gesundheitsversorgung in humanitären Krisen, und diesbezügliche Berichte oft einer Kontextualisierung bedürfen. Die unmittelbare Situationswahrnehmung der Hilfsorganisationen untereinander und im systemischen Zusammenhang können deutliche Diskrepanzen aufweisen. Zudem wirkte der Anspruch der Folgeeinsätze für die *MS Flora*, die als einzelnes Schiff eine Vielzahl an Krisen des gesamten afrikanischen Kontinents abfangen sollte, zumindest ohne weitere Konkretisierung der Ziele, sehr weitgefasst. Letztlich kristallisierte sich anhand dieses Kontextes die Debatte um Vor- und Nachteile von Größe und Organisationsstruktur einer medizinischen Hilfsorganisation. Dieser

⁴⁹⁶ Vgl. Bronner (1999): Helfer in humanitären Projekten.

Konflikt und das Aufeinandertreffen unterschiedlicher Arbeitsweisen können als Ausdruck genereller Schwierigkeiten in der Koordinierung unterschiedlicher Akteure in der Humanitären Hilfe gewertet werden, wobei in diesem Vergleich nur auf die Ebene des Verhältnisses zwischen DRK und Cap Anamur eingegangen werden konnte. Beispiele aus der Geschichte haben wiederholt gezeigt, dass Koordinierungsschwierigkeiten zwischen Hilfsorganisationen mit ihren jeweiligen vielschichtigen Interessen größer sind, je höher die Anzahl an vor Ort agierenden Akteuren ausfällt, was oft mit besonders umfangreicher Medienaufmerksamkeit einhergeht. Der Zuwachs an NGOs, eine mediengesteuerte Aufmerksamkeit auf bestimmte Krisen und die Vernachlässigung anderer schaffen in dieser Hinsicht keine Abhilfe. Für die Priorisierung humanitärer Arbeit sollten Medienwirksamkeit und die Anzahl weiterer anwesender Hilfsorganisationen keine entscheidende Rolle spielen. Genau diese Einflüsse wurden in den letzten Jahrzehnten in einer vielfach lautgewordenen Kritik an der „Mitleidsindustrie“ thematisiert.⁴⁹⁷ Wünschenswert wäre eine Besinnung auf die gemeinsamen und überlappenden Ziele, eine, wie in den *Sphere Standards* beschriebene Koordinierung und Abstimmung, die eine bestmögliche Versorgung nach den Bedürfnissen der Betroffenen ermöglicht, sowie eine Anerkennung der Notwendigkeit zur Komplementarität unterschiedlicher Ansätze und Arbeitsweisen in der humanitären Arbeit im Gesundheitsbereich.

Ausblick

Eine Vielzahl der in dieser Arbeit untersuchten Aspekte und dargestellten Themen weisen einen engen Bezug zu aktuellen Herausforderungen auf. Die behandelten Diskurse in Humanitärer Hilfe und EZ sind damit keinesfalls abgeschlossen – sie befinden sich weiterhin im Wandel und bleiben beeinflusst von den jeweiligen nationalen und internationalen humanitären und entwicklungspolitischen Rahmenbedingungen. Dies gilt insbesondere für die Rolle der humanitären Grundsätze, die Notwendigkeit von Anpassungen der Hilfsorganisationen auf konzeptioneller (veränderte Hilfskonzepte) und operativer Ebene (veränderte Anforderungen an das entsandte Personal) sowie Koordinierungsschwierigkeiten zwischen Hilfsorganisationen unterschiedlicher Ausrichtung.

Bilder, welche die Rettungsaktion der *Cap Anamur* von *boat people* Ende der 1970er Jahre dokumentieren, erinnern an die erschreckende Aktualität und Ausmaße der Umstände von Menschen, die sich auf eine lebensgefährliche Flucht über das offene Meer nach Europa

⁴⁹⁷ Z.B. Polman (2010): Die Mitleidsindustrie.

begeben. Es handelt sich hierbei um eine aktuelle humanitäre Krise, die – wenn auch in einem neuen Kontext und deutlich anderen Dimensionen – doch zum Teil zu ähnlichen Umständen und Rettungsaktionen führt. Die wiederkehrenden Debatten um die Rolle und Legitimität von NGOs, die versuchen, fliehende Menschen aus dem Meer zu retten, zeigen zum einen, dass eine Unterstützung der Grundsätze Humanitärer Hilfe noch nicht uneingeschränkt im öffentlichen und politischen Bewusstsein verankert ist. Zum anderen unterstreichen diese Debatten die Komplexität Humanitärer Hilfe, deren Auswirkungen sehr viel weitreichender sein können als die der kurzfristigen humanitären Aktion selbst. Der Vorwurf an Hilfsorganisationen, die Seenotrettung leisten, Fluchtanreize darzustellen, macht außerdem deutlich, wie die in der Theorie allein den humanitären Grundsätzen folgende Humanitäre Hilfe in der Praxis als politisches Werkzeug ge- und missbraucht werden kann. Die veränderten Rahmenbedingungen, unter denen Humanitäre Hilfe geleistet wird, wie etwa eine Politisierung Humanitärer Hilfe, werfen Fragen nach weiteren notwendigen Anpassungsprozessen auf, um auf aktuelle und zukünftige Krisen adäquat reagieren zu können. Auch Koordinierungsschwierigkeiten von Hilfsorganisationen, inhaltliche Debatten um Hilfskonzepte und der Einfluss politischer Interessen auf Humanitäre Hilfe sind aktuell weiter von großer Bedeutung und werden es in absehbarer Zukunft bleiben.

Im Kontext einer wachsenden Anzahl an Akteuren in der Humanitären Hilfe und EZ und einer Verschiebung der Akteursbeziehungen ist auch die Einflussnahme neuer bedeutender Akteure zu nennen, vor allem der, seit Ende der 1990er Jahren nach der Gründung der *Bill and Melinda Gates*-Stiftung wachsenden Zahl finanzstarker philanthropischer Organisationen. Die quantitative Zunahme und vermehrtes Engagement von NGOs sollten nicht als Legitimation einer Rücknahme staatlicher Verantwortlichkeit dienen, da NGOs weder im selben Maße wie Regierungen demokratisch legitimiert werden können noch eine allgemeine Rechenschaftspflicht aufweisen. Ihr Engagement kann und darf letztlich nicht zu einem Ersatz für notwendige Politik und diplomatische Bemühungen werden. Es ist zu erwarten, dass die Diskussion um das Verhältnis zwischen Humanitärer Hilfe und Politik noch lange und unter Einfluss aktueller politischer Verhältnisse fortgesetzt werden wird – dabei sollte den Auswirkungen auf den Bereich der Gesundheitsversorgung besondere Aufmerksamkeit gewidmet werden.

Letztlich agieren die untersuchten Hilfsorganisationen sowie die deutsche Bundesregierung in einem veränderten Gefüge von *Global Health Governance*. In diesem Kontext muss die jeweilige Schwerpunktsetzung, die Ausrichtung und Vernetzung mit anderen Akteuren an

stattgefundene Veränderungen und dynamische Entwicklungen angepasst werden. Dabei geht es aktuell keineswegs mehr nur um den Kampf gegen „tropische Massenerkrankungen“⁴⁹⁸, wie in den 1980er Jahren formuliert wurde – Themen globaler Gesundheit wie weltweite Antibiotikaresistenzen, Gesundheitssystemstärkung, Versuche der Prävention und des Managements von Gesundheitskrisen stehen so prominent auf der internationalen und nationalen Agenda wie selten zuvor. Spätestens mit dem Beschluss der MDGs im Jahre 2000 und nochmals deutlicher im Rahmen der SDGs 2015 bekannte sich die internationale Staatengemeinschaft dazu, dass die Förderung und Sicherung von Gesundheit keine allein nationalstaatliche Aufgabe sein kann, sondern dass diese Formen globaler Kooperation erfordern. „Der Umgang mit medizinischen Herausforderungen der ‚Dritten Welt‘“⁴⁹⁹, der zurückreicht bis zur Kolonialmedizin und Tropenhygiene und heute im Bereich *Global Health* verortet werden kann, bleibt also in Form von Problemkomplexen und offenen Fragestellungen bestehen. Hinzugekommen ist eine Sensibilisierung für die Notwendigkeit veränderter Lösungsansätze, die der Komplexität in einer globalisierten Welt Rechnung tragen.

⁴⁹⁸ BMZ: Journalisten-Handbuch Entwicklungspolitik 1981, 146.

⁴⁹⁹ Bruchhausen (2008): Von der Kolonialmedizin zu „Global Health“, 233.

7 ZUSAMMENFASSUNG

Gegenstand dieser Arbeit sind Diskurse und Aktivitäten deutscher Hilfsorganisationen im Gesundheitsbereich seit den 1970er Jahren vor dem Hintergrund des konzeptionellen Wandels in der Humanitären Hilfe und Entwicklungszusammenarbeit (EZ). Bei den untersuchten Hilfsorganisationen handelt es sich um Cap Anamur, das Deutsche Rote Kreuz (DRK) und medico international. Das Selbstverständnis, die Grundsätze und Motive zur Leistung internationaler Gesundheitsarbeit, die Konzeption und Inhalte der Projekte prägten, unterschieden sich zwischen den untersuchten Hilfsorganisationen erheblich und veränderten sich auch innerhalb der Organisationen. Medico international hat einen deutlichen Wandel von der Gründung als humanitäre Hilfsorganisation mit Fokus auf Katastrophenhilfe bis hin zum aktuellen Selbstverständnis als in globalen Netzwerken agierende Entwicklungs- und Menschenrechtsorganisation durchlaufen. Cap Anamur und das DRK wiesen Veränderungen auf anderen Ebenen, wie der Erweiterung des Einsatzspektrums, auf, wobei die primäre Ausrichtung auf Humanitäre Hilfe bestehen blieb. Das Verhältnis zwischen humanitärer Gesundheitsarbeit und Politik stellte zunehmend eine Herausforderung für Hilfsorganisationen dar, die sich in diesem Spannungsfeld positionieren müssen. Insbesondere das DRK musste in politischen Konfliktsituationen Neutralität als zentralen Grundsatz der Organisation verteidigen. Die Frage der Abgrenzung zwischen Humanitärer Nothilfe und EZ im Gesundheitsbereich war für die untersuchten Hilfsorganisationen von großer Bedeutung. Während bis in die 1990er Jahre eine eher klare Trennung zwischen Humanitärer Hilfe und EZ bestand, entwickelten sich mit dem, Mitte der 1990er Jahre etablierten, Konzept *linking relief, rehabilitation and development* (LRRD), stärker integrierte Ansätze. Die Analyse hat gezeigt, dass sich dabei innerhalb der jeweiligen Organisationen Verschiebungen in der Schwerpunktsetzung ergeben haben und dass neben Humanitärer Hilfe die Leistung langfristiger EZ-Maßnahmen als verbindendes Element existierte. Der Vergleich zentraler Aspekte der operativen Arbeit, wie wichtige Projektinhalte, Anforderungen an das entsandte Personal und Unterschiede in den Arbeitsansätzen, zeigten Charakteristika der untersuchten Akteure auf und ordneten diese in einen größeren entwicklungspolitischen und historischen Kontext ein. Die Ergebnisse der Untersuchung machten des Weiteren deutlich, wie weitreichende Veränderungen des globalen Mehrebenensystems adäquate Ansätze der Hilfe und Zusammenarbeit auf internationaler Ebene erfordern – dies schlägt die Brücke vom historischen Untersuchungsgegenstand hin zu aktuellen und zukünftigen Herausforderungen der Humanitären Hilfe und EZ.

8 QUELLEN- UND LITERATURVERZEICHNIS

8.1 Unveröffentlichte Quellen, Archivalien

Im Privatbesitz der Verfasserin

Bruchhausen, Walter (2005): *Die Welle nach dem Tsunami, Not- und Wiederaufbauhilfe in Aceh/Indonesien*. Manuskript eines Vortrags des Medizinhistorischen Instituts, Universität Bonn, vom 18.04.2005.

Gebauer, Thomas: Protokoll eines Gesprächs mit Thomas Gebauer, Geschäftsführer von medico international. Fragen gestellt von Franziska Hommes. 14.10.2015. Berlin.

Schmitz, Peter (2002): *“Link Relief Rehabilitation and Development” – LRRD oder: Kann Humanitäre Hilfe zur nachhaltigen Entwicklung beitragen?* Vortrag vom 30.11.2002. Berlin, IV. Kongress Theorie & Praxis der Humanitären Hilfe.

Archiv des DRK-Generalsekretariats

Bericht des Deutschen Roten Kreuzes über internationale Hilfsaktionen, Katastrophensituation 1979/1980. Archivordner 2795.

Pressekonferenz, Komitee “Ein Schiff für Vietnam“ e.V. vom 22.4.1980. Bonn. Archivordner 2795.

Südwestfunk Baden-Baden, I. Programm, Februar 1981, 2. Archivordner 2795.

Sitzung der Arbeitsgruppe Entwicklungsgroßprojekt vom 7.7.78. Archivordner 3294.

Pressekonferenz vom 28.2.1980. Deutsches Komitee Not-Ärzte e.V. Bonn. Archivordner 3329/1.

Archivordner Cap Anamur, Köln

Klebe, Roland (2000): Presseerklärung zur REPORT Mainz Sendung vom 31.08.2000 – Kritik an Cap Anamur.

Neudeck, Rupert (nach 1989): [Manuskript] *Versagen der Vergangenheit. Die moderne Unfähigkeit, “Buße zu tun“.*

Neudeck, Rupert (nach 1998): [Manuskript] *kurdbu 16.*

Neudeck, Rupert (nach 1990): [Manuskript] *Das große FRESSEN in der Politik, Warum junge Menschen mit der Heuchelei und Unehrllichkeit im policy game POLITIK nichts zu tun haben wollen (Forts. Versagen der Politik).*

Neudeck, Rupert (nach 1990): [Manuskript] *kurdbu 10. Der deutsche Bundesminister – wenn Politiker reden.*

Neudeck, Rupert (nach 1990): [Manuskript] *Kurdenbuch 3, kurdbu 3. Das “Höllenlager“ Isikveren.*

Neudeck, Rupert (nach 1990): [Manuskript] *Striptease unseres Humanismus.*

- Neudeck, Rupert (nach 1990): [Manuskript] *Striptease unseres Humanismus. Das Versagen unseres Humanismus, den wir mit Löffeln gefressen und [sic] gepachtet zu haben glauben.*
- Neudeck, Rupert (nach 1990): [Manuskript] *Striptease unseres Humanismus (versbu12?).*
- Neudeck, Rupert (nach 1990): [Manuskript] *versbu 3. Versagen der Diplomatie.*
- Neudeck, Rupert (1991): *Brief an Hr. Prälat Bocklet.*
- Neudeck, Rupert (1991): *Kommentar Rupert Neudeck am 2.10.1991.*
- Neudeck, Rupert (1991): *Brief an den Bundesaußenminister Hans Dietrich Genscher vom 26.9.1991.*
- Neudeck, Rupert (1991): [Manuskript] *Versagen unserer eigenen Glaubwürdigkeit.*
- Neudeck, Rupert (1991): [Manuskript] *Versagen des Leitmediums.*
- Neudeck, Rupert (nach 1991): [Manuskript] *Choman? CHOMAN! (kurdbu18?).*
- Neudeck, Rupert (nach 1991): [Manuskript] *Das Versagen der Afrika-(Entwicklungs)-Politik.*
- Neudeck, Rupert (nach 1991): [Manuskript] *Vorspann zu Versagen der Menschenrechte.*
- Neudeck, Rupert (anzunehmend 1991): [Manuskript] *Mein Versagen (Schlußkapitel).*
- Neudeck, Rupert (1991/1992): *Anm. Entwicklungshilfe.*
- Neudeck, Rupert (1999): Aufzeichnung einer Rede von Rupert Neudeck. Einführung durch Dr. Bernhard Vogel. Archivordner Cap Anamur, 1.
- Neudeck, Rupert (2001): *E-Mail Nachricht an Cap Anamur vom 5.12.2001.*
- Neudeck, Rupert (anzunehmend 2001). In: [Zeitungsartikel, unbekannte Zeitschrift]: *Cap Anamur zieht Bilanz: Engagement im Kosovo sichtbar erfolgreich.*
- Neudeck, Rupert (2012): [Manuskript] *Sind wir alle nur noch WASCHLAPPEN? Warum es die Worte „feige“ und „Feigheit“ nicht mehr gibt! Die Angst der Deutschen vor dem Risiko.* 14.12.12.

8.2 Veröffentlichte Quellen und Forschungsliteratur

- Anders Fogh Rasmussen: Rede des NATO Generalsekretärs.
www.nato.int/cps/en/natolive/opinions_61891.htm, abgerufen am 27.09.2017.
- Anderson, Mary B. (1999): *Do no harm: How aid can support peace or war.* Boulder/London: Lynne Rienner Publishers.
- Ashoff, Guido (2005): Der entwicklungspolitische Kohärenzanspruch, Begründung, Anerkennung und Wege seiner Umsetzung. In: Messner, Dirk; Scholz, Imme (Hrsg.): *Zukunftsfragen der Entwicklungspolitik.* Baden-Baden: Nomos Verlag, 41-58.
- Auswärtiges Amt; Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (2012): Leitfaden zur Erläuterung der Aufgaben des Auswärtigen Amts (AA) und des Bundesministeriums für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (BMZ) in den Bereichen der Humanitären Hilfe und der Entwicklungsfördernden und strukturbildenden Übergangshilfe.
www.auswaertiges-amt.de/blob/205126/c49a80349fffb45b5e5ec5cf9dd80a03/130110-leitfaden-aa-bmz-data.pdf, abgerufen am 13.01.2018.

- Bargatzky, Walter (1979): Kein größeres Abenteuer als das der Humanität. In: Deutsches Rotes Kreuz. Zentralorgan des DRK in der Bundesrepublik Deutschland 10/1979.
- Bendix, Daniel; Danielzik, Chandra-Milena; Döll, Jana et al. (Red.) (2013): *Mit kolonialen Grüßen...Berichte und Erzählungen von Auslandsaufenthalten rassismuskritisch betrachtet*. 2. Auflage. Glocal e.V.: Berlin.
- Bohnet, Michael (2015): *Geschichte der deutschen Entwicklungspolitik*. Konstanz/München: UVK Verlagsgesellschaft mbH.
- Brandscheidt, Hans; Gebauer, Thomas (Hrsg.) (1988): *Zum Beispiel Gesundheit*. (Süd-Nord: 13.) Bornheim-Merten: Lamuv-Verlag.
- Bronner, Uta (1999): *Helfer in humanitären Projekten: Strategien und Probleme der Personalplanung*. (WZB Discussion Paper P 99-305). Berlin: Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung.
- Bronner, Uta (2013): *Zwischen Opfermut und Heldentat, Die psychologische Grauzone der humanitären Hilfe*. (WZB-Mitteilungen, Heft 102). Berlin: Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung.
- Brower-Rabinowitsch, Axel (1982): Der Tropfen auf dem heißen Stein bedeutet Rettung vor dem Hunger und vor dem Tod. In: *Die Rotkreuz-Zeitung* 1/1982, München: Süddt. Verlag, 15.
- Bruchhausen, Walter (2008): Von der Kolonialmedizin zu „Global Health“. Der Umgang mit medizinischen Herausforderungen der "Dritten Welt". In: Groß, Dominik; Winckelmann, Hans Joachim (Hrsg.): *Medizin im 20. Jahrhundert. Fortschritte und Grenzen*. München: Ärztliche Praxis, 233-243.
- Bruchhausen, Walter (2012): Export und Import von Medizinerinnen und Gesundheitspolitik, Globalisierungsgeschichte der Medizin am Beispiel der deutschen Entwicklungshilfe. In: Fangerau, Heiner; Polanski, Igor J. (Hrsg.): *Medizin im Spiegel ihrer Geschichte, Theorie und Ethik, Schlüsselthemen für ein junges Querschnittsfach*. Stuttgart: Franz Steiner Verlag, 51-70.
- Bruchhausen, Walter (2017): Globale Gesundheit vom Rhein – Die „ABC-Region“ als Ursprung medizinischer Auslandshilfe, 1889-1989. In: Schmidt, Mathias; Groß, Dominik; Karenberg, Axel (Hrsg.): *Neue Forschungen zur Medizingeschichte, Beiträge des „Rheinischen Kreises der Medizinhistoriker*. (Schriften des Rheinischen Kreises der Medizinhistoriker: 4). Kassel: kassel university press, 145-162.
- Bruchhausen, Walter; Borowy, Iris (2017): Development Aid and Solidarity Work. East and West German Health Cooperation with Low-Income Countries, 1945-1970. In: *Gesnerus. Swiss Journal of the History of Medicine and Sciences*, 74(2): 173-187.
- Bruchhausen, Walter (2018): Health Care between Foreign Politics and Humanitarian Neutrality. Medical Emergency Aid from the two German States before 1970. In: *Social History of Medicine* (in print).
- Bruchhausen, Walter; Görgen, Helmut; Razum, Oliver (Hrsg.) (2011): *Entwicklungsziel Gesundheit, Zeitzeugen der Entwicklungszusammenarbeit blicken zurück*. (Challenges in Public Health: 61.) Frankfurt am Main: Peter Lang Verlag.
- Brunkhorst, Hauke (2005): Solidarität als Recht. In: *medico Rundschreiben* 02/05. Frankfurt a.M.: medico international.

- Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (Hrsg.) (2013): *Globale Gesundheitspolitik gestalten – gemeinsam handeln – Verantwortung wahrnehmen – Konzept der Bundesregierung*. Berlin: BMG.
- Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (BMZ) (Hrsg.): *Journalisten-Handbuch Entwicklungspolitik* 1978, 1980, 1983, 1984, 1985, 1989/90, 1995, 1996, 1997/98. Bonn: BMZ.
- Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (2013): *Strategie der entwicklungsfördernden und strukturbildenden Übergangshilfe (ESÜH)*. BMZ-Strategiepapier 6/2013. Berlin: BMZ.
- Bühler, Marcel (1982): *Geschäfte mit der Armut: Pharma-Konzerne in der Dritten Welt*. Frankfurt a.M.: medico international.
- Büschel, Hubertus; Speich, Daniel (Hrsg.) (2009): *Entwicklungswelten, Globalgeschichte der Entwicklungszusammenarbeit*. Frankfurt a.M./New York: Campus Verlag.
- Büschel, Hubertus; Speich, Daniel (2009): Einleitung – Konjunkturen, Probleme und Perspektiven der Globalgeschichte von Entwicklungszusammenarbeit. In: Büschel, Hubertus; Speich, Daniel (Hrsg.): *Entwicklungswelten, Globalgeschichte der Entwicklungszusammenarbeit*. Frankfurt a.M./New York: Campus Verlag, 7-32.
- Büschel, Hubertus (2009): Eine Brücke am Mount Meru – Zur Globalgeschichte von Hilfe zur Selbsthilfe und Gewalt in Tansania. In: Büschel, Hubertus; Speich, Daniel (Hrsg.): *Entwicklungswelten, Globalgeschichte der Entwicklungszusammenarbeit*. Frankfurt a.M./New York: Campus Verlag, 175-206.
- Büschel, Hubertus (2014): *Hilfe zur Selbsthilfe: deutsche Entwicklungsarbeit in Afrika 1960 – 1975*. (Reihe „Globalgeschichte“:16.) Frankfurt a.M./New York: Campus Verlag.
- Cameron, Donald; Jones, Ian G. (1983): John Snow, the Broad Street Pump and Modern Epidemiology. In: *International Journal of Epidemiology*, 1983, 12:393-396.
- Cap Anamur (nach 1999): Projekte in Kurdistan und der Türkei. *Rundbrief*. Köln: Komitee Cap Anamur.
- Cap Anamur (2001): Köln/Nuba-Berge: „Hier wird ein ganzes Volk gequält!“ *Rundbrief*. Köln: Komitee Cap Anamur.
- [Komitee] Cap Anamur (2002): Lwera/Köln: Sudan: Nuba-Berge. Die Arbeit geht weiter. Der Waffenstillstand bringt Erleichterungen. *Rundbrief*. Köln: Komitee Cap Anamur.
- Cap Anamur (2002): Hazar Bagh/Köln: „KLEIN-CAP-ANAMURISTAN“ in Afghanistan: Wir suchen einen zweiten Chirurgen, Eröffnung der Klinik mit OP in Deshte Kalar. *Rundbrief*. Köln: Komitee Cap Anamur.
- [Komitee] Cap Anamur (2002): Köln/Pyongyang: 13.08.2002. Cap Anamur beendet Ende 2002 seine humanitäre Arbeit in Nordkorea. *Rundbrief*. Köln: Komitee Cap Anamur.
- Cap Anamur (2002): Köln/Goma: 21.1.2002. Nahrungsmittel und Medizin für die Goma Flüchtlinge. *Rundbrief*. Köln: Komitee Cap Anamur.
- Chojnacki, Sven (2002): Kriege und Katastrophen im internationalen System, Empirische Trends und neue Herausforderungen. In: Eberwein, Wolf-Dieter; Runge, Peter (Hrsg.): *Humanitäre Hilfe statt Politik? Berliner Schriften zur humanitären Hilfe und Konfliktprävention*. Münster: LIT-Verlag, 189-225.

- Cremer, Georg (1998): Gut gemeint, nicht immer gut, Standortsicherung für eine partnerorientierte Katastrophenhilfe. In: *Herder-Korrespondenz, Monatshefte für Gesellschaft und Religion*, 52. Jg., H.12, 624-628.
- Department for International development (ed.) (2011): *Defining disaster resilience, A DFID Approach Paper*.
- Deutsche Presse Agentur (1980): Generalsekretär des DRK attackiert. In: *Rheinische Post* vom 10.9.1980, Düsseldorf. [ohne Seitenzahl].
- Deutscher Bundestag (1994): *Bericht der Bundesregierung über die deutsche Humanitäre Hilfe im Ausland, 1990-1993*. Bonn: Drucksache 12/7737
- Deutscher Bundestag (2014): *Bericht der Bundesregierung über die deutsche Humanitäre Hilfe im Ausland, 2010-2013*. Berlin: Drucksache 18/2900.
- Deutsches Evaluierungsinstitut der Entwicklungszusammenarbeit (DEval) (Hrsg.) (2015): *Entwicklungshelferinnen und Entwicklungshelfer*. In: Personalinstrument der deutschen Entwicklungszusammenarbeit. Bonn: DEval.
- Deutsches Rotes Kreuz (DRK): *Deutsches Rotes Kreuz. Zentralorgan des DRK in der Bundesrepublik Deutschland* 1/1972, 12/1977, 9/1979, 10/1979, 3/1980, 4/1980, 5/1980, 6/1980. Stuttgart: Kohlhammer [bis 1979], München: Süddt. Verlag.
[Ab 1982 unter dem Titel:]
- Die Rotkreuz-Zeitung / hrsg. vom Präsidium des Deutschen Roten Kreuzes in der Bundesrepublik Deutschland* 1/1982, 6/1982, 3/1984, 4/1984, 10/1985, 4/1986, 5/1986, 10/1987, 4/1988. München: Süddt. Verlag.
[Ab 1991 unter dem Titel:]
- Rotes Kreuz. Das Fachmagazin des DRK* 1/1991, 4/1991, 1/1993, 6/1993, 4/1994, 5/1994, 6/1994, 1/1998, 4/1999, 1/2000, 3/2001, 1/2004, 2/2005. München: Süddt. Verlag [bis 2006], Berlin: DRK Service.
- Deutsches Rotes Kreuz (DRK) (1991): *Für Menschen in Not. Magazin zur Weltkampagne zum Schutz der Konfliktopfer/Weltrotkreuztag 1991*. Bonn: DRK.
- Deutsches Rotes Kreuz (DRK) (1993): *Für Menschen in Not. Magazin zum Weltrotkreuztag 1993*. Bonn: DRK.
- Deutsches Rotes Kreuz, Italienisches Rotes Kreuz, Schweizerisches Rotes Kreuz (1999): *Das Thema: Für Menschen in Not. Helfen ohne Grenzen*. Strasbourg: Editions du Signe.
- Deutsches Rotes Kreuz (DRK) (Hrsg.) (2004): *Soforthilfe-Report*. 14. Jg., H.2. Berlin: DRK.
- Deutsches Rotes Kreuz (DRK) (Hrsg.): *Jahrbuch* 1979/80, 1981/82, 1982/83, 1984/85, 1993/94, 1994/95, 1996/97, 1999/2000, 2000/2001, 2003/2004. Bonn (bis 2000), Berlin: Präsidium des Deutschen Roten Kreuzes.
- Diesfeld, Hans-Jochen; Wolter, Siegfried (Hrsg.) (1984): *Medizin in Entwicklungsländern, Handbuch zur praxisorientierten Vorbereitung für medizinische Entwicklungshelfer*. Heidelberg: Verlag Peter Lang.
- Diesfeld, Hans-Jochen (1984): Rahmenbedingungen für Gesundheit und medizinisches Handeln. In: Diesfeld, Hans-Jochen; Wolter, Sigrid (Hrsg.): *Medizin in Entwicklungsländern – Handbuch zur praxisorientierten Vorbereitung für medizinische Entwicklungshelfer*. Frankfurt a.M.: Verlag Peter Lang, 11-16.

- Diesfeld, Hans-Jochen (2009): Geleitwort. In: Hackenbruch, Elgin (Hrsg.): *Go international: Handbuch zur Vorbereitung von Gesundheitsberufen auf die Entwicklungszusammenarbeit und humanitäre Hilfe*. 2. Auflage. Bern: Verlag Hans Huber, 17-18.
- Doyal, Lesley (1982): *Den Tod verhindern – ohne das Leben zu verbessern: Zum Widerspruch imperialistischer Medizin in der Dritten Welt*. Frankfurt a.M.: medico international.
- Duffield, Mark (1994): Complex Emergencies and the Crisis of Developmentalism. In: *IDS (Institute of Development Studies) Bulletin* 25.4.
- Eberwein, Wolf-Dieter (1997): *Die Politik Humanitärer Hilfe: Im Spannungsfeld von Macht und Moral*. (WZB Discussion Paper P 97-301). Berlin: Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung.
- Eberwein, Wolf-Dieter; Götze, Catherine (2001): Humanitarian activities of the German Red Cross in the Balkans. In: *International Review of the Red Cross*, 83(844), 1127-1150.
- Eberwein, Wolf-Dieter; Runge, Peter (Hrsg.) (2002): *Humanitäre Hilfe statt Politik? Berliner Schriften zur humanitären Hilfe und Konfliktprävention*. Münster: LIT-Verlag.
- Eberwein, Wolf-Dieter; Runge, Peter (2002): Neue Herausforderungen für die humanitäre Hilfe: Probleme und Perspektiven. In: Eberwein, Wolf-Dieter; Runge, Peter (Hrsg.): *Humanitäre Hilfe statt Politik? Berliner Schriften zur humanitären Hilfe und Konfliktprävention*. Münster: LIT-Verlag, 9-52.
- Eberwein, Wolf-Dieter (2004): *Terrorismus und humanitäre Hilfe – Kontinuität und Wandel des Politikfeldes der humanitären Hilfe*. (WZB Discussion Paper P 2004-301). Berlin: Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung.
- Eckert, Andreas; Wirz, Albert (2002): Wir nicht, die Anderen auch. Deutschland und der Kolonialismus. In: Conrad, Sebastian; Randeria, Shalini (Hrsg.): *Jenseits des Eurozentrismus. Postkoloniale Perspektiven in den Geschichts- und Kulturwissenschaften*. Frankfurt a.M.: Campus-Verlag, 372-329.
- Egg, Matthias L.; Bruchhausen, Walter (2017): Krankenfürsorge unter Dekolonisierung und Primary Health Care – Die Gemeinschaft der Missionshelferinnen, 1952-1994. In: Schmidt, Mathias; Groß, Dominik; Karenberg, Axel (Hrsg.): *Neue Forschungen zur Medizingeschichte, Beiträge des „Rheinischen Kreises der Medizinhistoriker*. (Schriften des Rheinischen Kreises der Medizinhistoriker: 4). Kassel: kassel university press, 163-180.
- Eppler, Erhard (1972): *Wenig Zeit für die Dritte Welt*. Berlin: W. Kohlhammer.
- Erler, Brigitte (1985): *Tödliche Hilfe. Bericht von meiner letzten Dienstreise in Sachen Entwicklungshilfe*. Freiburg (Breisgau): Dreisam-Verlag.
- Esteva, Gustavo (1995): *Fiesta – jenseits von Entwicklung, Hilfe und Politik*. Frankfurt a. M: Brandes & Apsel/Südwind.
- Farmer, Paul (2004): An Anthropology of Structural Violence. In: *Current Anthropology*, 45(3), 305-325.
- Faust, Jörg (2010): Wirkungsevaluierung in der Entwicklungszusammenarbeit. In: Bundeszentrale für politische Bildung (Hrsg.): *Aus Politik und Zeitgeschichte (APuZ)*. Ausgabe 10/2010.
- Fiege, Karin; Rauch, Theo (Hrsg.) (2012): *Entwicklungszusammenarbeit gestalten, Inhalte und Methoden für ein erfolgreiches Wirken in einem komplexen Berufsfeld*. (SLE

- Publikationsserie – S248, Seminar für ländliche Entwicklung (SLE), Entwicklungspolitische Themenreihe des SLE: 1). Berlin.
- Food and Agriculture Organization (FAO): Countries in protracted crisis: what are they and why do they deserve special attention?
www.fao.org/docrep/013/i1683e/i1683e03.pdf, abgerufen am 23.01.2018.
- Frewer, Andreas; Kolb, Stefan; Krása, Kerstin (Hrsg.) (2009): *Medizin und Menschenrechte*. Göttingen: V&R unipress.
- Gebauer, Thomas (2001): "Access to health", Wege zur sozialen Sicherung von Gesundheit. In: *medico Rundschreiben* 2/01, 4-7.
- Gebauer, Thomas (2003): Als müsse die Rettung erst noch erdacht werden, Grundlegende Gedanken zu einer Neubestimmung humanitärer Hilfe. In: *medico international* (Hrsg.): *medico report 25. Macht und Ohnmacht der Hilfe*. Frankfurt a.M.: Mabuse-Verlag.
- Gebauer, Thomas (2007): Kritische Not- und Entwicklungshilfe. In: Brand, Ullrich; Lösch, Bettina; Thimmel, Stefan (Hrsg.): *ABC der Alternativen: Von "Ästhetik des Widerstands" bis "Ziviler Ungehorsam"*. Hamburg: VSA-Verlag.
- Gebauer, Thomas (2014): Beyond Aid – warum Kritik an der Hilfe notwendig ist. In: *medico Rundschreiben* 01/2014. Frankfurt a.M.: medico international.
- Gnädiger, Angelo; Fox, Oliver (2002): Die humanitären Grundsätze – werden die Staaten ihrer Verantwortung gerecht? In: Eberwein, Wolf-Dieter; Runge, Peter (Hrsg.): *Humanitäre Hilfe statt Politik? Neue Herausforderungen für ein altes Politikfeld, Berliner Schriften zur humanitären Hilfe und Konfliktprävention*. Münster: LIT-Verlag, 148-162.
- Götze, Catherine (1999): *Von der humanitären zur Entwicklungshilfe: Entwicklung, Konflikt, Nothilfe und die ambivalente Aktualität des Kontinuum-Ansatzes*. (WZB Discussion Paper P 99-304). Berlin: Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung.
- Götze, Catherine (2004): Humanitäre Hilfe – Das Dilemma der Hilfsorganisationen. In: *Der Bürger im Staat*, 2004, 54. Jg., H.4, 201-216.
- Haber, Emily: Das Humanitäre Dilemma – Neutralität der Humanitären Hilfe in Konflikten. Eröffnungsansprache zum 9. Forum Globale Fragen im Auswärtigen Amt: 1.03.2012.
www.auswaertiges-amt.de/de/newsroom/120301-stsin-fgf-kompakt/249212, abgerufen am 25.01.2018.
- Hamm, Brigitte (2003): *Menschenrechtsansatz in der Entwicklungszusammenarbeit – Ansätze und Erfahrungen von UNICEF und UNDP*. Bonn: Deutsches Institut für Entwicklungspolitik.
- Haug, Hans (1977): Gestärkte Einheit des Roten Kreuzes. In: *Deutsches Rotes Kreuz. Zentralorgan des DRK in der Bundesrepublik Deutschland* 12/1977. Stuttgart: Kohlhammer, 4.
- Heimann, Gerd (2000): Leserbrief an die Rheinische Post. Betr.: RP vom Dienstag, 22.08.00 "Vorwürfe gegen Cap Anamur".
- Hein, Bastian (2006): *Die Westdeutschen und die Dritte Welt: Entwicklungspolitik und Entwicklungsdienste zwischen Reform und Revolte 1959-1974*. München: Oldenbourg Verlag.
- Helms, Ursula (1991): Leiden lindern und nicht hinterfragen. In: Deutsches Rotes Kreuz (Hrsg.): *Rotes Kreuz, Das Fachmagazin des DRK* 1/1991. München: Süddt. Verlag, 54-55.

- Hinds, Róisín (2015): *Relationship between humanitarian and development aid* (GSDRC Helpdesk Research Report 1185). Birmingham, UK: GSDRC, University of Birmingham.
- Hippler, Jochen (1996): Das langsame Austrocknen des Humanitären Interventionismus. In: Debiel, Tobias; Nuscheler, Franz (Hrsg.): *Der neue Interventionismus – Humanitäre Einmischung zwischen Anspruch und Wirklichkeit*. (Eine Welt – Texte der Stiftung Entwicklung und Frieden). Bonn: Dietz-Verlag, 77-102.
- Hoffmann, Elisabeth (2003): Empowerment als Strategie der Entwicklungshilfe. In: Kurt-Eisner-Verein für politische Bildung (kev) (Hrsg.): *Neue Kritik aus Schule und Hochschule*. (Schriftenreihe des Kurt-Eisner-Vereins für politische Bildung e.V.). H.5.
- Hoter, Beate; Krönke, Albrecht (1986): Aus dem „Feld“ zurück nach Bonn. In: *Die Rotkreuz-Zeitung* 4/1986. München: Süddt. Verlag.
- Inter-Agency Standing Committee (IASC) (1994): Working group XVIth Meeting. 30 November 1994: Definition of complex emergencies.
www.interagencystandingcommittee.org/system/files/legacy_files/WG16_4.pdf,
abgerufen am 14.01.2018.
- Irwin, A; Scali, E (2010): *Action on the Social Determinants of Health: learning from previous experiences*. (Social Determinants of Health, Discussion Paper 1 (Debates)). Genf: World Health Organization.
- Jamann, Wolfgang (2013): Do No Harm – Humanitäre Hilfe in Konfliktsituationen. In: Lieser, Jürgen; Dijkzeul, Dennis (Hrsg.): *Handbuch Humanitäre Hilfe*. Berlin/Heidelberg: Springer Verlag, 351-362.
- Janus, Heiner; Klingenbiel, Stephan; Paulo, Sebastian (2013): *Beyond aid, Konzeptionelle Überlegungen zum Wandel der Entwicklungszusammenarbeit*. (Discussion Paper 18/2013). Bonn: Deutsches Institut für Entwicklungspolitik.
- Khan, Daniel-Erasmus (2013): *Das Rote Kreuz, Geschichte einer humanitären Weltbewegung*. München: Verlag C.H. Beck.
- Kieny, Marie-Paule et al. (2014): Health-System resilience: reflections on the Ebola crisis in western Africa. In: *Bulletin of the World Health Organization*, 2014, 92:850. doi: 10.2471/BLT.14.149278.
- Klein, Ansgar; Roth, Silke (Hrsg.) (2007): *NGOs im Spannungsfeld von Krisenprävention und Sicherheitspolitik*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Komitee Cap Anamur/Dt. Not-Ärzte e.V. (Hrsg.) (1988): *Humanitäre Radikalität – Komitee Cap Anamur/Deutsche Not-Ärzte e.V.* (Text: Neudeck, Rupert; Fotografie: Escher, Jürgen). Troisdorf: Komitee Cap Anamur.
- Komitee Cap Anamur (2002): 14.06.2002: Süd-Sudan, Es geht um Öl und um Menschen. *Rundbrief*. Köln: Komitee Cap Anamur.
- Komitee Cap Anamur (2005): *Tätigkeitsbericht 2005*. Köln: Komitee Cap Anamur.
- Komitee Cap Anamur/Deutsche Not-Ärzte e.V. (Hrsg.) (2005): *LebenHelfen*. Stuttgart: Lindemann.
- Kowalke, Roland (1994): Ein Symbol des friedlichen Zusammenlebens von Deutschen und Ausländern. In: *Die Liberale* 4/94, 38.
- Krämer, Paul (1997): *Entwicklungshilfe auf dem Prüfstand, Erlebte Handlungsmöglichkeiten in zwei Organisationen: Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (GTZ) und*

- Komitee Cap Anamur/Deutsche Notärzte*. Frankfurt a.M.: Verlag für Interkulturelle Kommunikation.
- Krennerich, Michael (2003): *Menschenrechtsarbeit für die deutsche Entwicklungszusammenarbeit – Ansätze und Erfahrungen der Kirchen*. Bonn: Deutsches Institut für Entwicklungspolitik.
- Kronenberger, Jürgen (1984): Zusammenarbeit im Internationalen Roten Kreuz: Grundlagen, Anmerkungen, Inhalte: In: *Die Rotkreuz-Zeitung* 2/1984, 3/1984, 4/1984. München: Süddt. Verlag.
- Lehmann, Uta; Sanders, David (2007): *Community health workers: What do we know about them? The state of the evidence on programmes, activities, costs and impact on health outcomes of using community health workers*. Genf: World Health Organization.
- Lieser, Jürgen (2002): Sind Hilfsorganisationen überflüssig? Die Rolle der Hilfsorganisationen im Spannungsfeld zwischen Politik und Hilfe. In: Eberwein, Wolf-Dieter; Runge, Peter (Hrsg.): *Humanitäre Hilfe statt Politik? Neue Herausforderungen für ein altes Politikfeld, Berliner Schriften zur humanitären Hilfe und Konfliktprävention*. Münster: LIT-Verlag, 90-110.
- Lieser, Jürgen (2013): Humanitäres Personal: Anforderungen an die Professionalität. In: Lieser, Jürgen; Dijkzeul, Dennis (Hrsg.): *Handbuch Humanitäre Hilfe*. Berlin/Heidelberg: Springer Verlag, 295-304.
- Lietsch, Jutta (2001): Helfer sind mit der Geduld am Ende. In: *Die Tageszeitung (taz)* 6518. 9.8.2001.
- Lohmann, Markus (2010): *Von der Entwicklungspolitik zur Armenhilfe, Die Entwicklungspolitik der Bundesrepublik Deutschland 1961–1989 auf dem Weg in die Wirkungslosigkeit?* (Perspektivenwechsel Interkulturell 4). Berlin: Weißensee Verlag.
- Macrae, Joanna; Leader, Nicholas (2002): Auf der Suche nach „Kohärenz“ zwischen humanitären und politischen Antworten auf chronische politische Notlagen. In: Eberwein, Wolf-Dieter; Runge, Peter (Hrsg.): *Humanitäre Hilfe statt Politik? Neue Herausforderungen für ein altes Politikfeld, Berliner Schriften zur humanitären Hilfe und Konfliktprävention*. Münster: LIT-Verlag, 113-147.
- Malzahn, Claus Christian (2000): Fröhliche Armut. In: *Der Spiegel* 35/2000. 28.08.2000.
- McKeown, Thomas (1976): *The modern rise of population*. London: Edward Arnold.
- medico international (Hrsg.): *info* 2/1971, 1/1972, 1973, 9/1974, 10/1976, 12-2/1977. Frankfurt a.M.: medico international.
- medico international (Hrsg.) (1982-2005): *medico Rundschreiben* 02/82-04/82, 4/83, 01/85, 02/85, 02/86, 03/86, 03/87, 2/90, 2-3/91, 2/01, 02/03, 02/05, 04/05, 01/2014. Frankfurt a.M.: medico international.
- medico international (Hrsg.) (1988): *20 Jahre medico*. Frankfurt a.M.: medico international.
- medico international (Hrsg.) (2003): *medico report 25. Macht und Ohnmacht der Hilfe*. Frankfurt a.M.: Mabuse-Verlag.
- medico international (Hrsg.) (2016): *Jahresbericht 2016*. Frankfurt a.M.: medico international.
- medico international (Hrsg.): Satzung medico international e.V.
www.medico.de/fileadmin/user_upload/media/satzung_medico_2015.pdf, abgerufen am 24.10.2017.

- Menzel, Ulrich (2009): Vortrag „Dimensionen der Entwicklungspolitik“. 30.10.2009, Entwicklungspolitische Hochschulwochen, TU Braunschweig, 2009. www.ulrich-menzel.de/vortraege/Vortrag_Entwicklungspolitik.pdf, abgerufen am 16.08.2017.
- Merziger, Patrick (2016): The ‘radical humanism’ of ‘Cap Anamur’/‘German Emergency Doctors’ in the 1980s: a turning point for the idea, practice and policy of humanitarian aid. In: *European Review of History: Revue européenne d'histoire*, 2016, 23:1-2:171-192. DOI: 10.1080/13507486.2015.1117423.
- Messner, Dirk; Scholz, Imme (Hrsg.) (2005): *Zukunftsfragen der Entwicklungspolitik*. Baden-Baden: Nomos Verlag.
- Mosel, Irina; Levine, Simon: (2014). *Remaking the case for linking relief, rehabilitation and development: How LRRD can become a practically useful concept for assistance in difficult places*. HPG Commissioned Report. London: ODI.
- Munir, Khullat; Worm, Ilse (2016): Health Systems Strengthening in German development cooperation: making the case for a comprehensive strategy. In: *Globalization and Health*, 2016, 12:81. doi: 10.1186/s12992-016-0215-3.
- Munz, Richard (2007): *Im Zentrum der Katastrophe. Was es wirklich bedeutet, vor Ort zu helfen*. Frankfurt a.M.: Campus Verlag.
- Munck, Ronald; O’Hearn, Denis (eds.) (1999): *Critical development Theory: Contributions to a new paradigm*. London: Zed Books.
- Neudeck, Christel (1986): Eine Organisation, die keine ist. In: Neudeck, Rupert (Hrsg.): *Radikale Humanität. Notärzte für die Dritte Welt*. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt-Verlag.
- Neudeck, Rupert (Hrsg.) (1986): *Radikale Humanität. Notärzte für die Dritte Welt*. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt-Verlag.
- Neudeck, Rupert (1987): Apartheid bedeutet gefrorenes Bewußtsein. Südafrika, Jahre vor seiner Enteisierung und Befreiung. In: *Orientierung*, 1987, 51. Jg., Nr. 19, 204-208.
- Neudeck, Christel (1998): Sind wir heute noch so mutig wie 1979? In: Neudeck, Rupert (Hrsg.): *Abenteuer Humanität, Mit der „Cap Anamur“ unterwegs*. Münsterschwarzach: Vier-Türme-Verlag.
- Neudeck, Rupert (Hrsg.) (1998): *Abenteuer Humanität, Mit der „Cap Anamur“ unterwegs*. Münsterschwarzach: Vier-Türme-Verlag.
- Neudeck, Rupert (2014): *Radikal leben*. Gütersloh: Gütersloher Verlagshaus.
- Nichter, Mark (2008): *Global Health: Why Cultural Perceptions, Social Representations, and Biopolitics Matter*. Tucson: University of Arizona Press.
- Nohlen, Dieter; Nuscheler, Franz (Hrsg.) (1976): *Handbuch der Dritten Welt (Band 3)*. Hamburg: Hoffmann & Campe.
- Nuscheler, Franz (2004): *Lern- und Arbeitsbuch Entwicklungspolitik*. Bonn: Dietz Verlag.
- Packard, Randall M. (2016): *A History of Global Health, Interventions into the Lives of Other Peoples*. Baltimore: John Hopkins University Press.
- Paulmann, Johannes (2013): Conjunctures in the History of International Humanitarian Aid during the Twentieth Century. In: *Humanity: An International Journal of Human Rights, Humanitarianism, and Development*, 2013, 4(2):215-238. doi: 10.1353/hum.2013.0016.

- Perrin, Pierre (1996): War and Public Health. Genf: ICRC.
- Pfeiffer, James (2004): Civil Society, NGOs, and the Holy Spirit in Mozambique. In: *Human Organization*, 2004, 63(3):359-372. doi: <https://doi.org/10.17730/humo.63.3.wr0rc09qeyafn84l>.
- Polman, Linda (2010): *Die Mitleidsindustrie*. Frankfurt a.M.: Campus Verlag.
- Quack, Martin (2016): *Herausforderung Humanitäre Hilfe. Politische Bedeutung und kritische Reflexion in Deutschland*. Berlin: Deutscher Caritasverband, Caritas international, Evangelisches Werk für Diakonie und Entwicklung e.V. – Diakonie Katastrophenhilfe, Médecins Sans Frontières/Ärzte ohne Grenzen e.V.
- Radtke, Arnold (1984): Die deutsche Entwicklungshilfe und ihre Gesundheitsprojekte. In: Diesfeld, Hans-Jochen; Wolter, Sigrid (Hrsg.): *Medizin in Entwicklungsländern – Handbuch zur praxisorientierten Vorbereitung für medizinische Entwicklungshelfer*. Frankfurt a.M.: Verlag Peter Lang, 172-176.
- Ramet, Valerie (2012): *Policy briefing. Linking relief, rehabilitation and development: Towards more effective aid*. Belgium: European Union.
- Redfield, Peter (2013): *Life in crisis, the ethical journey of doctors without borders*. Berkeley/Los Angeles/London: University of California Press.
- Roth, Silke (2006): Humanitäre Hilfe – Zugänge und Verläufe. In: Kreutzer, Florian; Roth, Silke (Hrsg.): *Transnationale Karrieren, Biografien, Lebensführung und Mobilität*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Römer, Johann Wilhelm (2000): Fit für das Abenteuer Menschlichkeit. In: Präsidium Deutsches Rotes Kreuz (Hrsg.): *Rotes Kreuz. Das Fachmagazin des DRK* 1/2000. Berlin: DRK.
- Ruhr Nachrichten Nr. 252, 27. Oktober 1984. Auszug veröffentlicht unter: www.krummefamily.org/Baerbel70/UgandaBuergerkrieg.html, abgerufen am 28.10.2017.
- Runge, Peter; Borries, Bodo von (2013): Zwischen Distanz und Kooperation: Das schwierige Verhältnis von Streitkräften und humanitären Helfern. In: Lieser, Jürgen; Dijkzeul, Dennis (Hrsg.): *Handbuch Humanitäre Hilfe*. Berlin/Heidelberg: Springer Verlag, 389-408.
- Sayn-Wittgenstein, Botho Prinz zu (1994): Vorwort. In: *Rotes Kreuz. Das Fachmagazin des DRK* 5/1994. Bonn.
- Schmitz, Peter (2009): Die Grauzone in Krisenregionen und nach Katastrophen. In: Hackenbruch, Elgin (Hrsg.): *Go international: Handbuch zur Vorbereitung von Gesundheitsberufen auf die Entwicklungszusammenarbeit und humanitäre Hilfe*. 2. Auflage. Bern: Verlag Hans Huber, 71-80.
- Simonis, Ernst Udo (1980): [Rezension]: Dritte Welt: Entwicklung und Unterentwicklung: Nohlen, Dieter; Nuscheler, Franz (Hrsg.): *Handbuch der Dritten Welt*. Hamburg: Hoffmann & Campe, 1976. In: *Vorgänge: Zeitschrift für Bürgerrechte und Gesellschaftspolitik, Humanistische Union*, 1980, 19(2=44):98-100.
- Spielberg, Petra (1994): Komitee Cap Anamur/Deutsche Not-Ärzte, Kritik am Führungsstil des Vorsitzenden. In: *Deutsches Ärzteblatt*, 1994, 91(34-35):26-28.
- Stefan Schröder (Hrsg.) (2011): *Henry Dunant, Eine Erinnerung an Solferino*. Berlin: epubli GmbH.

- Stockmann, Reinhard; Menzel, Ulrich; Nuscheler, Franz (2010): *Entwicklungspolitik: Theorien – Probleme – Strategien*. München: Oldenbourg Verlag.
- Stoddard, Abby; Harmer, Adele; Ryou, Kathleen (2014): Humanitarian Outcomes: Aid worker security report.
www.aidworkersecurity.org/sites/default/files/Aid%20Worker%20Security%20Report%202014.pdf, abgerufen am 14.01.2018.
- Südwestrundfunk (SWR) (2000): [gedruckter Presstext] Report Mainz am 21. August 2000 im Ersten: Rupert Neudeck – Ein Wohltäter in der Kritik.
- The Sphere Project (Hrsg.) (2011): *Humanitäre Charta und Mindeststandards in der humanitären Hilfe*. Rugby: The Sphere Project.
- Topçu, Yasemin (1997): *Die Neugestaltung staatlicher humanitärer Hilfe in der Bundesrepublik Deutschland*. (WZB Discussion Paper FS-P97 – 302). Berlin: Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung.
- Tørris, Jæger (2000): *Die Schutzfunktion humanitärer Hilfe*. (WZB Discussion Paper P 00-303). Berlin: Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung.
- Truman, Harry S. (1949): Inaugural Address. January 20, 1949.
www.trumanlibrary.org/whistlestop/50yr_archive/inagural20jan1949.htm, abgerufen am 25.10.2017.
- Unbekannter Autor (1994): Jeder zweite auf der Flucht. In: *Der Stern* 29/94, 24.
- United Nations, Economic and Social Council (ECOSOC) (1993): E/1993/90 Coordination of the policies and activities of the specialized agencies and other bodies of the United Nations System related to the following theme: Coordination of humanitarian assistance: emergency relief and the continuum to rehabilitation and development. Report of the Secretary-General. 21.6.1993. New York: UN.
- Verband Entwicklungspolitik und Humanitäre Hilfe (VENRO) (Hrsg.) (2000): *Humanitäre Hilfe von Staats wegen? Ein VENRO-Diskussionspapier*. Bonn: VENRO.
- Verband Entwicklungspolitik und humanitäre Hilfe (VENRO) (Hrsg.) (2003): *Streitkräfte als humanitäre Helfer? Möglichkeiten und Grenzen der Zusammenarbeit von Hilfsorganisationen und Streitkräften in der humanitären Hilfe*. (VENRO-Positionspapier). Bonn: VENRO.
- Verband Entwicklungspolitik und Humanitäre Hilfe (VENRO) (Hrsg.) (2006): *Linking relief, rehabilitation and development. Ansätze und Förderinstrumente zur Verbesserung des Übergangs von Nothilfe, Wiederaufbau und Entwicklungszusammenarbeit*. (Arbeitspapier Nr. 17). Bonn: VENRO.
- Vereinte Nationen (UN) (1948): Resolution der Generalversammlung, 217 A (III), *Allgemeine Erklärung der Menschenrechte*.
- Vereinte Nationen (UN) (1966): Resolution der Generalversammlung, 2200 A (XXI), *Internationaler Pakt über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte*.
- Vereinte Nationen (UN) (1966): Resolution der Generalversammlung, 2200A (XXI), *Internationaler Pakt über bürgerliche und politische Rechte*.
- Vereinte Nationen (UN) (2000): Ausschuss für wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte: General Comment No. 14: *The Right to the Highest Attainable Standard of Health* (Art. 12 of the Covenant).

- Vilain, Michael (2002): Das Internationale Rote Kreuz als NGO. In: Frantz, Christiane; Zimmer, Annette (Hrsg.): *Zivilgesellschaft international. Alte und neue NGOs*. Opladen: Leske + Budrich, 119-135.
- Virchow, Rudolf (1848): Der Armenarzt. In: *Die medicinische Reform*. Nr. 18, 3.11.1848.
- Vo, Nghia M. (2006): *The Vietnamese Boat People, 1954 and 1975-1992*. Jefferson, North Carolina, London: McFarland & Company.
- Von Pilar, Ulrike (2002): Die Instrumentalisierung der Humanitären Hilfe. In: Eberwein, Wolf-Dieter; Runge, Peter (Hrsg.): *Humanitäre Hilfe statt Politik? Berliner Schriften zur humanitären Hilfe und Konfliktprävention*. Münster: LIT-Verlag, 163-188.
- Wallauer, Peter (1976): Probleme der medizinischen Entwicklungshilfe. In: info 10/1976. Frankfurt a.M.: medico international, 18-20.
- Weingärtner, Lioba et al. (2011): *Die deutsche humanitäre Hilfe im Ausland. Gemeinschaftsevaluierung*. Bonn/Berlin: Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung/Auswärtiges Amt.
- Wendorff, Rudolf (1984): *Dritte Welt und westliche Zivilisation, Grundprobleme der Entwicklungspolitik*. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Werner, David; Thuman, Carol; Maxwell, Jane (2015): *Where there is no doctor – a village healthcare handbook*. (revised edition, first English edition 1977). Berkeley: Hesperian Health Guides.
- Wieczorek-Zeul, Heidemarie (2011): Ein Rückblick als Ausblick – 50 Jahre deutsche Entwicklungszusammenarbeit. In: *Neue Gesellschaft/Frankfurter Hefte*. Ausgabe 11/2011, 17-20.
- Willems, Karl (1979): Wir ahnen nur, was dies bedeutet. In: *Deutsches Rotes Kreuz. Zentralorgan des DRK in der Bundesrepublik Deutschland* 10/1979. Stuttgart: Kohlhammer, 1-2.
- Williams, Howard Roy (2009): *Response to the 2004 Tsunami: An international perspective*. In: Raising the bar project, research volume, chapter 21. Berlin: Global Public Policy Institute, 401-411.
- Wirtz, Astrid (2002): Waffenstillstand birgt Hoffnung für den Sudan. In: *Kölner Stadt Anzeiger (ksta)*, 05.06.2002.
- World Health Organization (WHO), UNICEF (1978): *Primary Health Care, Report of the International Conference on Primary Health Care*. Alma-Ata, USSR. 6-12 September 1978. Genf: WHO.
- World Health Organization (WHO) (1946): Constitution of the World Health Organization. www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf, abgerufen am 19.01.2018.
- Ziai, Aram (2012): Post Development: Fundamentalkritik der „Entwicklung“. In: *Geographica Helvetica*, 2012, 67:133–138.
- Zweite Frankfurter Hilfe-Konferenz 20.-22.02.2014: Beyond Aid. Von Wohltätigkeit zu Solidarität. www.medico.de/fileadmin/migrated/document/media/1/beyond-aid-programmheft.pdf, abgerufen am 17.01.2018.

8.3 Internetquellen

- Auswärtiges Amt (AA): Liste der Hilfsorganisationen im Koordinierungsausschuss Humanitäre Hilfe.
www.auswaertiges-amt.de/blob/239806/2836dbbb732b6235637db91591783030/hilfsorganisationen-koa-data.pdf, abgerufen am 20.02.2018.
- Büschel, Hubertus: Geschichte der Entwicklungspolitik, Version: 1.0. In: Docupedia-Zeitgeschichte, 11.2.2010.
www.docupedia.de/zg/Geschichte_der_Entwicklungspolitik, abgerufen am 14.08.2017.
- Deutsches Evaluierungsinstitut der Entwicklungszusammenarbeit (DEval).
www.deval.org/de/ueber-uns.html, abgerufen am 14.08.2017.
- Deutsches Rotes Kreuz (DRK): Das Deutsche Rote Kreuz.
www.drk.de/das-drk/geschichte/wissen-und-helfen/das-rote-kreuz/, abgerufen am 15.08.2017.
- Deutsches Rotes Kreuz (DRK): Das Rote Kreuz und seine Grundsätze.
www.drk.de/das-drk/geschichte/wissen-und-helfen/das-rote-kreuz/die-sieben-rotkreuzgrundsaeetze/, abgerufen am 15.08.2017.
- Humanitarian Outcomes: The Aid Worker Security Database.
www.aidworkersecurity.org/incidents/report/incidents, abgerufen am 28.10.2017.
- Kleinschmidt, Julia (2013): Die Aufnahme der ersten "boat people" in die Bundesrepublik. In: Deutschland Archiv Online, 26.11.2013.
www.bpb.de/170611, abgerufen am 05.07.2017.
- Krumme, Bärbel: Einsatz im Bürgerkrieg.
www.krummefamily.org/Baerbel70/UgandaBuergerkrieg.html, abgerufen am 28.10.2017.
- medico international: Stiftung medico international, Schwerpunkte. www.stiftung-medico.de/stiftung/die-schwerpunkte/, abgerufen am 16.08.2017.
- medico international: Kritische Nothilfe, Eine Begriffsbestimmung.
<https://www.medico.de/kritische-nothilfe-12993/>, abgerufen am 03.02.2018.
- Missionsärztliches Institut Würzburg: Deutschland zahlt zu wenig, 24.02.2015.
www.medmissio.de/mi-aktuell/deutschland-zahlt-zu-wenig/ac8b2792-807a-4ff8-a30e-c677ced982a7?mode=detail, abgerufen am 14.08.2017.
- Organisation für Wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD): Übereinkommen über die Organisation für Wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung.
www.oecd.org/berlin/dieoecd/ubereinkommenuberdieorganisationfurwirtschaftlichezusammenarbeitundentwicklung.htm, abgerufen am: 03.07.2017.
- Schreiber, Wolfgang (2007): Entwicklungstrends seit 1945. In: Arbeitsgemeinschaft Kriegsursachenforschung (AKUF), Kriegearchiv.
www.wiso.uni-hamburg.de/fachbereich-sowi/professuren/jakobeit/forschung/akuf/kriegearchiv.html, abgerufen am 23.01.2018.

- Schreiber, Wolfgang (2015): Innerstaatliche Kriege seit 1945, für bpb.de
www.bpb.de/internationales/weltweit/innerstaatliche-konflikte/54508/innerstaatliche-kriege-seit-1945, abgerufen am 12.01.2018.
- Verband Entwicklungspolitik und Humanitäre Hilfe (VENRO): Humanitäre Hilfe.
www.venro.org/themen/themen-humanitaere-hilfe/, abgerufen am 16.08.2017.
- Weltgesundheitsorganisation (WHO): Global Health Cluster.
www.who.int/hac/global_health_cluster/about/en, abgerufen am 07.10.2017.

9 APPENDIX

9.1 Publikationen

Hommes F, Drees S, Geffert K, von Philipsborn P, Stratil J: Representation of Social Determinants of Health in German medical education: Protocol of a content analysis study. *BMJ Open*, manuscript under review.

Geffert K, Hagedorn C, Havemann M, Hommes F, Schwienhorst-Stich EM, Stratil J (2018): Global Health Alliance Deutschland, Ein Netzwerk für Lernende und Lehrende im Bereich Globaler Gesundheit. *Das Gesundheitswesen*, 80:1-2

Von Philipsborn P, Geffert K, Hommes F, Drees S, Springer J, Stratil J (2018): Öffentlicher Gesundheitsdienst, Weg von verstaubten Klischees, *Dtsch Arztebl* 2018; 115(8): A-328.

Enderlein U, Schmidt T, Esenamanov V, Hommes F, (2018): The International Health Regulations (2005) Monitoring and Evaluation framework and its implementation in the WHO European Region. *Public Health Panorama*, 4(1): 134-139.

Geffert K, Hommes F, Klock W, Mohsenpour W, von Philipsborn P, Stratil J (2017): 360° – Eine Einführung in die Globale Gesundheit als Vorbereitung auf Auslandsaufenthalte. Berlin: Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland e.V.

Hommes F, Drees S, Geffert K, Stratil JM, von Philipsborn P (2017): Werden soziale Determinanten von Gesundheit im Medizinstudium abgebildet? Eine semiquantitative Inhaltsanalyse von zentralen Dokumenten. *Gemeinsame Jahrestagung der Gesellschaft für Medizinische Ausbildung (GMA) und des Arbeitskreises zur Weiterentwicklung der Lehre in der Zahnmedizin (AKWLZ)*. Münster, 20.-23.09.2017. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House; 2017. Doc249.

Geffert K, Hagedorn C, Havemann M, Hommes F (2017): Global Health: Mehr als ein Nischenfach. *Medizin studieren*, 2/2017/18:16.

Hommes F, von Philipsborn P, Geffert K, Karduck L (2016): Public und Global Health in Deutschland – Eine Stellungnahme zur aktuellen Debatte. *Das Gesundheitswesen*, 78:126-129.

Hommes F (2016): Globale Gesundheit braucht universales Denken. In: Hommes F, Jung A (Red.): *Krankes System? Dokumentation der Fachtagung „Perspektiven für eine gerechte Gesundheitspolitik“*. Berlin: Deutsche Plattform Globale Gesundheit.

Hommes F (2016): Die bleibende Bedeutung der sozialen Determinanten von Gesundheit. *Gesundheit braucht Politik*, 4/2016:24-25.

9.2 Danksagung

Mein besonderer Dank gilt PD Dr. med. Walter Bruchhausen. Er hat den Grundstein zu meiner Beschäftigung mit der Thematik dieser Arbeit gelegt und meine Dissertation sowie zahlreiche Projekte im Bereich Globaler Gesundheit während der letzten Jahre kontinuierlich begleitet. Seine konstruktive Unterstützung, kritischen Denkanstöße, vielfältige Inspiration und die stets zuverlässige Betreuung waren unschätzbar wertvoll.

Ich bedanke mich bei den Organisationen Cap Anamur (insbesondere bei Bernd Göken), dem Deutschen Roten Kreuz sowie medico international (insbesondere bei Gudrun Kortas, Hendrik Specken, Anne Jung und Thomas Gebauer) für die Möglichkeit, Zugang zu privaten und öffentlichen Archivmaterialien zu erhalten, ohne die sich diese Arbeit nicht hätte verwirklichen lassen.

Des Weiteren geht mein Dank an Peter von Philipsborn für die inspirierenden Diskussionen und das Aufzeigen neuer Blickwinkel während der letzten Jahre. Bei ihm und insbesondere auch bei Konstantin Hauff bedanke ich mich für das sorgfältige Lektorat.

Ich bedanke mich bei Thomas Gebauer, Bärbel Krumme und Hans-Jochen Diesfeld für die wertvolle Möglichkeit zu einem persönlichen Gespräch.

In besonderer Weise bedanke ich mich bei meiner Familie und meinen guten Freunden, die für mich die größte persönliche Unterstützung waren und die mich während Zweifeln und auf meinen (Um-)wegen mit viel Verständnis, Vertrauen und Zuspruch eng begleitet haben.

9.3 Erklärung § 5 Abs. 1 zur Datenaufbewahrung

Hiermit erkläre ich, dass die dieser Dissertation zu Grunde liegenden Originaldaten in meinem Privatbesitz,

Franziska Hommes, Siefen 17, 51467 Bergisch Gladbach,

hinterlegt sind.

9.4 Eidesstattliche Erklärung gemäß § 5 Abs. (1) und § 11 Abs. (3) 12. der Promotionsordnung

Hiermit erkläre ich, **Franziska Hommes** an Eides statt, dass ich folgende in der von mir selbstständig erstellten Dissertation „**Humanitäre Hilfe und Entwicklungszusammenarbeit im Wandel – eine Analyse von Diskursen und Aktivitäten deutscher Hilfsorganisationen im Gesundheitsbereich seit 1970**“ dargestellten Ergebnisse erhoben habe:

Auswertung aller Quellen, Analyse der so gewonnenen Daten, Aufstellung und argumentative Prüfung der Thesen, Verfassung des Manuskripts.

Bei der Durchführung der Arbeit hatte ich folgende Hilfestellungen, die in der Danksagung angegeben sind:

	F. Hommes	Prakt. Betreuer: PD Dr. med. W. Bruchhausen	Archiv des DRK, Berlin	Medico international, Frankfurt a.M.	Cap Anamur, Köln	P. v. Philipsborn	K. Hauff	Summe (%)
Formulierung der Fragestellung	50	50						100
Literaturrecherche	80	20						100
Bereitstellung archivalischer Quellen		25	25	25	25			100
Lektorat		80				5	15	100