

Sozialistische Transfers im Gesundheitswesen in Afrika in den 1970er-Jahren: Geografische Verschiebung und Wertewandel

1. Einleitung

In diesem Artikel untersuche ich die Besonderheiten und Probleme der Internationalisierung sozialistischer Gesundheitsvorsorge in den 1970er-Jahren in Afrika. Während der dritten Welle der Dekolonisierung kennzeichnete ein neues Phänomen diesen Prozess: der Export kompletter medizinischer Teams, besonders nach Nordafrika. Diese Gesundheitsteams sollten die effiziente Übertragung der sozialistischen Moderne in einen postkolonialen Raum sicherstellen. Als Osteuropa verstärkt auf die Gewinnung von Rohstoffen aus Afrika (z. B. Phosphate aus Marokko, Öl aus Libyen oder Nigeria etc.) abzielte, um auf den Zustrom von Petrodollars infolge des Ölschocks und später auf die Schuldenkrise zu reagieren, verlief der medizinische Bilateralismus zwischen osteuropäischen und afrikanischen Ländern in zwei Richtungen. In den Beziehungen der sozialistischen Regime zu den Entwicklungsländern wirkte das Prinzip der Solidarität fort, wurde aber durch wirtschaftliche Prioritäten ergänzt. Einige Länder wurden zum Ziel kommerzialisierter Hilfe, während andere als ideologische Verbündete in einer globalen sozialistischen Gemeinschaft verblieben.

Die Bereitschaft staatssozialistischer Regierungen, vertragsgebundene medizinische Entwicklungshilfe in harter Währung oder »brüderliche« Hilfe für verschiedene Regime in Afrika zu leisten, öffnete die Tür für Vereinbarungen über größere wirtschaftliche Interessen: Rohstoffimporte, Verträge über Infrastruktur oder Landwirtschaft. Gleichzeitig waren die osteuropäischen Entwicklungshelfer im postkolonialen Raum zunehmend umstritten. Die sozialistische Gesundheitsversorgung wurde in Afrika entsprechend den spezifischen Bedürfnissen des Gastlandes, den kulturellen Eigenheiten der Bevölkerung und im Hinblick auf die Erfüllung vertraglicher Verpflichtungen beurteilt. Die Politik des Mangels hatte großen Einfluss darauf, wie die osteuropäischen Funktioniäre ihre bilateralen Verpflichtungen erfüllten.

Die sozialistischen Staaten bemühten sich, die Möglichkeiten, die sich aus der Intensivierung der Wechselbeziehungen in den 1970er-Jahren ergaben, bestmöglich zu nutzen. Osteuropa und die Sowjetunion bestritten erfolgreich die westliche Dominanz in der Weltgesundheitsorganisation (World Health Organization, WHO). Sie begegneten den vertikalen Kampagnen der Organisation, indem sie auf die Rolle der Präventivmedizin, auf die Bedeutung der Sicherstellung grundlegender Dienstleistungen im gesamten Staatsgebiet ebenso wie auf die Bedeutung der Gesundheitsplanung hinwiesen. Im Kontext der Institutionalisierung der Bewegung der Blockfreien und des Eintritts Chinas in

die WHO (1973) kämpfte das sozialistische Lager jedoch darum, nicht dem Norden zugerechnet zu werden. Als die primäre Gesundheitsversorgung als alternatives Paradigma für den und aus dem Globalen Süden auftauchte, wurde die »zivilisatorische« Mission der sozialistischen Mediziner vor Ort angefochten, insbesondere in afrikanischen Ländern, die die primäre Gesundheitsversorgung zur Staatsdoktrin erklärten (z. B. Mosambik, Tansania oder Äthiopien).

Im Nachhinein erscheint das Jahrzehnt als Saatbeet zukünftiger Krisen. Wie Beispiele aus verschiedenen afrikanischen Ländern zeigen, wurde aus dem anfangs ambitionierten medizinischen Export allmählich ein konfuses Durcheinander. Sozialistische Engpässe, professionelle Dysfunktionalität, kulturelle Hierarchien und letztlich Eigeninteressen rückten den antiimperialistischen Internationalismus, der ursprünglich den Bilateralismus zwischen Ost und Süd begründete, in den Hintergrund.

2. Internationalisierung zwischen Profit und Hilfe

Im Jahr 1969 verabschiedete die Sowjetunion ein Gesetz, das die Universalisierung der Gesundheitsdienstleistungen reglementierte. Osteuropäische Staaten folgten dem Beispiel. Dieses Streben nach Ausdehnung ging einher mit einer wachsenden Zahl von Ärzten und Hilfskräften sowie dem Ausbau der nationalen Medizinindustrien (Pharmazie und medizinisches Gerät).¹ Das sozialistische Lager war Anfang der 1970er-Jahre für einen Aufschwung des Gesundheitsexports gerüstet. Die Ölkrisen (1971 und 1973) und der Zufluss von Petrodollars im Nahen Osten und in Nordafrika verstärkten lediglich den Trend zur Kommerzialisierung von medizinischer Expertise und Technologie aus dem Osten. Infolgedessen lässt sich eine zunehmende Abwanderung von medizinischem Personal aus Osteuropa nach Nordafrika beobachten: nach Algerien, Marokko, Tunesien und ab 1972 auch nach Libyen.

Anfang der 1970er-Jahre entwickelte sich eine Geografie der medizinischen Entwicklungshilfe, die die Interessen der osteuropäischen Staaten in verschiedenen Teilen der Welt widerspiegelte. Afrika ist ein Testfeld für das, was ich als zweigleisigen Ansatz für medizinische Exporte aus dem sozialistischen »Block« bezeichne. Auf der einen Seite setzte sich die »brüderliche« Gesundheitshilfe in solchen Regimen fort, die sich zum Sozialismus sowjetischer Prägung bekannten. In der zweiten Hälfte des Jahrzehnts waren Äthiopien und Mosambik die Vorzeigeprojekte eines solchen Entwicklungsweges. Wie zu sehen sein wird, bestanden in beiden Fällen erhebliche Unklarheiten über die Art der Gesundheitstransfers aus dem Osten.

Auf der anderen Seite gab es die vertragsbasierte Hilfe in Nordafrika oder im Nahen Osten (aber nicht nur). Sie wurde als bilaterale Alternative zum westlichen Neokolonialismus präsentiert. Solche Vereinbarungen waren Quellen für harte Devisen oder Sprungbrett für größere Verträge in anderen Wirtschaftsbereichen. Die Übereinkünfte waren das Ergebnis einer pragmatischen Verschiebung in Osteuropa in den 1960er-Jahren, die

1 Michael Kaser: *Health Care in the Soviet Union and Eastern Europe*, London 1976, S. 3, 10.

darauf abzielte, Entwicklungshilfe im Kosten-Nutzen-Rahmen aufzubauen. Sie wurde vor allem für Länder entwickelt, die einen Überschuss an harter Währung hatten und massenhaft sozialistisches Know-how importierten. Ein Artikel in der ungarischen Zeitschrift *Vilaggazdasag* beschrieb eine »einzigartige Situation, die in der Geschichte der wirtschaftlichen Entwicklung so gut wie nie dagewesen ist, da sie [die betroffenen Länder] ihre Entwicklungsprogramme trotz des verfügbaren Kapitals nicht aus eigenen Mitteln realisieren können. Sie besitzen nicht die nötige Anzahl an ausgebildeten technischen und wirtschaftlichen Experten.«²

In den 1980er-Jahren stieg die Dringlichkeit derartiger bilateraler Abkommen, weil sie die osteuropäischen Auslandsschulden abfederten. In einem Bericht von Radio Free Europe hieß es 1984, die »steilsten Zuwächse« bei der Zahl der in den globalen Süden entsandten Experten verzeichneten »jene Länder, in denen in den letzten Jahren erhebliche Zahlungsbilanzprobleme aufgetreten waren«. Dem Dokument zufolge »stieg das polnische technische Hilfspersonal um 14 300, das von Rumänien um 7700, während Bulgarien und Ungarn 5100 bzw. 2500 mehr Experten als im Vorjahr entsandten [1982 im Vergleich zu 1981].«³

Im Gesundheitswesens sollte das Gastland die Kosten für die osteuropäischen Vertragsarbeiter tragen. Dies war eine deutliche Abkehr von den späten 1950er- und frühen 1960er-Jahren, als sozialistische Staaten oft den größten Teil der Kosten ihrer Hilfe für die neuen unabhängigen Länder abdeckten. Die Transformation wurde durch die fortbestehenden Unklarheiten der medizinischen Mitarbeiter im Umgang mit den Umständen vor Ort verstärkt. Was sie als Primitivismus, Mystizismus, Mangel an Bildung empfanden – die Andersartigkeit nichtsozialistischer, außereuropäischer, nichtweißer Gesellschaften –, erzeugte kulturelle Hierarchien, die das internationalistische Ethos Lügen strafte, das ursprünglich der Präsenz des sozialistischen Lagers in Afrika zugrunde lag.

In den späten 1960er-Jahren, im Kontext einer Reihe von Staatsstreich in ganz Afrika, die in einigen postkolonialen Staaten eine Rechtswende signalisierten, bewerteten die osteuropäischen und sowjetischen Regierungen ihre Praktiken der Internationalisierung des Gesundheitswesens neu. Wie ein tschechoslowakischer Experte bemerkte, resultierten die Schwierigkeiten der technologischen Hilfe auf dem Kontinent aus »der Kluft zwischen den gewünschten materiellen und kulturellen Standards – die wenigstens die minimalen Bedürfnisse der Menschen der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts erfüllen würden – und der tristen Realität des gegenwärtigen Lebens in Afrika, die sich immer stärker ausprägt haben, statt zu enden.«⁴ Es bestand die Gefahr, dass die Idee staatlich entwickelter, planmäßiger Entwicklung wegen endemischer Korruption und Willkür kompromittiert und die Idee des Sozialismus potenziell diskreditiert werden könnte. Der neue Fokus richtete sich auf die Ideologie und den Aufbau starker marxistisch-leninisti-

2 Arpad Orosz: Our Economic Links with the Arab Countries. Part I, in: *Vilaggazdasag* [World Economy], 11. April 1978, Hungary Open Society Archives (im Folgenden: HU OSA) 300-40-2 Box 67, S. 21.

3 Der Westen überflügelt den Osten in der Hilfe, 18. Januar 1984, HU OSA 300-20-1, Box 191, S. 573.

4 Jozef Klansky: Africa without Putsches, in: *Prace*, April 1968, HU OSA 300-30-11 Box 1, S. 25 f.

scher Parteien im Globalen Süden mit dem Ziel, die lokalen Regime »weniger anfällig für Militärputsche und die ideologischen Versuchungen des Maoismus zu machen«.⁵

Dennoch war die Gruppe der »Bruderländer« im Globalen Süden bis zur Mitte des Jahrzehnts auf dem Vormarsch. Laos, Angola, Mosambik, Kambodscha (das gegen die Roten Khmer gerichtete Regime), Äthiopien, Nicaragua und Afghanistan schlugen einen marxistisch-leninistischen Entwicklungsweg ein. Die medizinische Entwicklungshilfe für diese Staaten war nicht gewinnorientiert, da die Osteuropäer in unterschiedlichem Maße weiterhin für die Ausdehnung des sozialistischen Lagers eintraten. Einige Länder wie die Sowjetunion, Kuba, Ostdeutschland oder die Tschechoslowakei zeigten größere Bereitschaft, trotz finanzieller Verluste nichtmonetäre Hilfe anzubieten. Andere Länder wie Rumänien und (außerhalb des sozialistischen Lagers) Jugoslawien betrachteten den Globalen Süden übergreifend in antiimperialistischen Farben. Sie konzentrierten sich auf die Konsolidierung bilateraler Beziehungen, die die nationale Souveränität im Sinne der blockfreien Länder stärkte. Dennoch gab es zwiespältige Situationen: Das Engagement der sozialistischen Staaten in Algerien war zusätzlich durch Ölexporte motiviert; die kubanische Regierung forderte Ende der 1970er-Jahre die Bezahlung ihrer Hilfe in Angola.

Die zweistufige Struktur der Hilfsempfänger spiegelte sich in der Planung der osteuropäischen Regierungen wider. In den späten 1970er-Jahren unterschieden tschechoslowakische Behörden zwischen Ländern mit hoher Priorität (Angola, Äthiopien, Mosambik, Jemen, Afghanistan oder Laos) und solchen, die für langfristige wirtschaftliche und politische Beziehungen als wichtig erachtet wurden (Irak, Syrien, Indien, Mexiko, Iran, Libyen usw.). Erstere sollten subventioniert werden, während die Hilfe für Letztere mehrere Funktionen erfüllte: Modernität demonstrieren, Devisen erwerben und Bilateralismus konsolidieren.⁶

Dagegen lehnte Rumänien die Idee ab, Länder aufgrund ihrer ideologischen Nähe zum Sozialismus einzuordnen. »Progressive Regime zu stützen« wurde als Zeichen ihrer Unfähigkeit angesehen, allein und ohne Hilfe zu überleben und vom Volk unterstützt zu werden. In Bukarest lag der Schwerpunkt darauf, die Fähigkeit der Entwicklungsländer zur nationalen wirtschaftlichen Unabhängigkeit auszubauen.⁷ Dabei war man auch frustriert über unerwiderte Hilfe für den Globalen Süden, insbesondere über die ausstehenden Schulden der afrikanischen Staaten gegenüber Rumänien.

5 Jeremy Friedman: *Shadow Cold War. The Sino-Soviet Competition for the Third World*, Chapel Hill 2015, S. 164.

6 Material für die Sitzung der Kommission zur Koordinierung der Bereitstellung von Hilfe für Entwicklungsländer und nationale Befreiungsbewegungen, Národní Archiv/Nationalarchiv der Tschechischen Republik (im Folgenden: NA), Finanzministerium, box 1 (nicht katalogisierte Akten, keine Seitennummerierung).

7 Stenograma ședinii Comitetului Politic Executiv al CC al PCR [Stenogramm der Sitzung des Politischen Exekutivkomitees des ZK der RKP], 27. Juli, Arhivele Nationale de Istorie Contemporană/Nationalarchiv für Zeitgeschichte (im Folgenden: ANIC), CC al PCR [ZK der RKP], Cancelarie 56/1978, S. 48, 26.

In Nordafrika sieht man eine Ballung von Exporten im Gesundheitsbereich, da die sozialistischen Länder oft miteinander konkurrierten, während sie gleichzeitig versuchten, Gegenangebote aus arabischen Staaten, Pakistan oder Indien an lokale Regierungen abzuwehren. Bis 1974 waren 500 jugoslawische medizinische Kräfte in Libyen präsent.⁸ 1979 führten rund 2000 jugoslawische Ärzte und Hilfskräfte zwölf Einrichtungen in wichtigen urbanen Zentren Libyens.⁹ In Algerien war die Situation nicht so beeindruckend, doch 1969 gab es dort immerhin rund 40 medizinische Experten, die entweder lehrten oder praktizierten. Diese Zahl erhöhte sich während des gesamten Jahrzehnts.¹⁰ Medizinische Exporte waren an Besonderheiten des Bilateralismus gebunden. In Algerien rühmte sich Jugoslawien einer Tradition der Unterstützung, die bis in die frühen Tage der Unabhängigkeit zurückreicht. In Libyen, wie Tito es ausdrückte, war die Gesundheitsfürsorge Teil einer »Brücke der Zusammenarbeit [...] der Annäherung der beiden befreundeten und blockfreien Mittelmeerländer«.¹¹

Nach der Rückkehr von einer Reise in den Nahen Osten (Anfang 1974) drängte Nicolae Ceaușescu seine Minister dazu, ihre Haltung gegenüber arabischen Ländern zu ändern, weil »die Beziehungen zu den Entwicklungsländern sowohl für Rumänien als auch für eine neue Politik von entscheidender Bedeutung seien«. Dieser neu entdeckte Bilateralismus war ein wesentlicher Bestandteil der Unterstützung der Rumänischen Kommunistischen Partei für die Neue Internationale Wirtschaftsordnung. Ceaușescu warnte, dass in Gebieten wie Libyen, Syrien oder Irak lokale Eliten und normale Bevölkerung gegenüber Ausländern besorgt seien. Die Rumänen müssten das Misstrauen überwinden, indem sie sich für Unternehmungen, die für beide Seiten nützlich sind, einsetzen.¹²

Auch libysche Gesundheitsbehörden sahen in der Partnerschaft mit Osteuropäern einen vorteilhaften Weg, sich Expertise in der Entwicklungshilfe zu sichern. Im selben Jahr, in dem Ceaușescu seine erste Reise nach Libyen antrat, besuchte der Direktor der Anstalt für öffentliche Gesundheit in Libyen im November Rumänien, um sich von den Fortschritten des Landes auf diesem Gebiet zu überzeugen. Kurz vor seiner Abreise gestand er seinem Kollegen aus Bukarest: »Es ist bequemer und vorteilhafter, wirtschaftliche, technische oder kulturelle Kooperationsverträge mit kleinen Staaten zu haben, die Verhandlungen auf der Grundlage der Gleichheit führen.«¹³ Er argumentierte, dass »die Zusammenarbeit mit Großmächten von Nachteil ist, weil sie immer durch politischen

8 Kooperation für großes Krankenhausprojekt in Libyen geplant: Privredni Pregled [Wirtschaftlicher Überblick], 4. Januar 1974, HU OSA 300-10-2 Box 245, S. 77.

9 31. Mai 1979, HU OSA 300-10-2, Box 246.

10 Handel, Hilfe zwischen Jugoslawien und Algerien 1969, 13. November: HU OSA 300-10-3, Box 3, S. 75.

11 Erklärung in Tripolis während Titos Besuchs im Jahr 1979: HU OSA 300-10-2, Box 246, S. 30.

12 Stenograma ședinței Comitetului Executiv al CC al PCR [Stenogramm der Sitzung des Exekutivkomitees des ZK der RKP], 22. Februar 1974, ANIC, ZK der RKP, Büro 13/1974, 43 f.

13 Besuch Dr. Mahomed Mabrouk El-Hageh, 8.–12. November 1974, Ministerul Sanatatii-Directia Coordonare Control Personal si Invatamant-Libia/Ministerium für Gesundheit – Abteilung für Personalkontrolle und -koordination – Libyen (im Folgenden: MS-DCCPI), 41–1974, S. 5.

Druck und unerwünschte politische und wirtschaftliche Verpflichtungen unterhöhlt wird«.

In ähnlicher Weise war 1974 die Errichtung von medizinischen Partneruniversitäten – in Oran und Katowice, Algier und Warschau und das Universitätsklinikum in Constantine mit dem Klinikum der medizinischen Fakultät in Lublin – ein Weg der Konsolidierung der polnisch-algerischen Partnerschaft. Polnische Ärzte waren in algerischen Städten allgegenwärtig.¹⁴ Im selben Jahr konzentrierte Ungarn seine Hilfe auf Algerien und Nigeria, Länder, mit denen Handelsabkommen für den Bau und die Ausrüstung von Krankenhäusern sowie über Arzneimittelexporte bestanden.¹⁵ Die Zahl der ungarischen Spezialisten in Algerien wuchs von 113 im Jahr 1970 auf über 200 im Jahr 1977. Der Anstieg in Libyen war noch dramatischer: von 10 (1971) auf 180 (1977). 30 Prozent von ihnen arbeiteten im Gesundheitswesen.¹⁶ Ende der 1970er-Jahre hatte Libyen die größte Anzahl an ungarischen Ärzten (in Tripolis und Tagiura).¹⁷ Auch Polen baute wegen der Verschärfung seiner Schuldenkrise das Engagement in Libyen stark aus. Gab es 1972 in ganz Afrika 200 Ärzte, so schickte Warschau bis 1978 220 bzw. 250 medizinische Mitarbeiter in die Krankenhäuser in Zliten und Tobruk.¹⁸ Andere waren in verschiedenen Institutionen tätig oder arbeiteten auf Grundlage individueller Verträge. Bis 1986 gab es in Libyen 1400 polnische Gesundheitsexperten.¹⁹

Im Jahr 1974 unterhielt Rumänien im Krankenhaus in Garian (Libyen) ein Team von 100 Personen, das sich bis Anfang der 1980er-Jahre fast verdreifachte. Es war integraler Bestandteil von Ceaușescus Versuchen, seine gegenhegemoniale politisch-ökonomische Partnerschaft mit Muammar al-Gaddafi zu stärken. Nach Marokko schickte Bukarest Anfang der 1970er-Jahre 50 Ärzte, eine Zahl, die bis zum Ende des Jahrzehnts auf über 100 anwachsen sollte. Diese Beispiele verweisen auf besondere, durch medizinische Hilfe untermauerte wirtschaftspolitische Beziehungen.

Die DDR ragte aus dem sozialistischen Lager heraus. Im Gegensatz zur profitorientierten Gesundheitsdiplomatie Rumäniens lag der Fokus der DDR auf dem Erhalt der ideologischen Integrität. Internationalistische Hilfe war Teil einer moralischen Mission, weshalb sie trotz ihrer Kosten notwendig war. Jude Howell wies darauf hin, dass »die DDR in den 1970er-Jahren nur drei Prozent der Hilfe des sozialistischen Blocks ausmachte, diese aber in den frühen 1980er-Jahren auf neun Prozent gestiegen war. Damit war sie der wichtigste Geber nach der UdSSR.«²⁰ Beispiele für die Beteiligung der DDR an der Katastrophenhilfe im späten Kalten Krieg waren die Krankenhäuser in Metemma

14 Besuch des polnischen Ministers in Algerien, 20. September 1974, HU OSA 300-2-6, Box 103, S. 5.

15 HU OSA 300-40-2, Box 40, 20. Juni 1974.

16 Orosz: *Our Economic Links with the Arab Countries* (Anm. 2), S. 27.

17 *Health Cooperation with Developing Countries*, 23. August 1978, in: *Weekly Bulletin*, vol. XVII, no. 34, HU OSA 300-2-5, Box 36, S. 9.

18 Polish Press Agency, 29. Juni 1978, HU OSA 300-2-6, Box 104.

19 Sophia Miskiewicz: *Health Services in Eastern Europe*, in: RAD background Report/161 (Eastern Europe), 10. November 1986, HU OSA 300-30-7, Box 351, S. 37.

20 Jude Howell: *The End of an Era. The Rise and Fall of G.D.R. Aid*, in: *The Journal of Modern African Studies* 32 (1994), Nr. 2, S. 307.

(Äthiopien 1987) und Managua (Nicaragua 1985). Aus Ärger über die Andeutungen von äthiopischen Oberen über sozialistische Staaten, die von der westlichen Hungerhilfe überflügelt wurden, überwand die SED-Führung ihre Sorgen »über Kosten, Sicherheit und jegliche Zweifel, die zum Sinn des Projekts geäußert wurden«. ²¹ Das Krankenhaus in Metemma war integraler Bestandteil der Unterstützung der DDR für das Derg-Regime. Mit dieser Institution war Ostdeutschland »das einzige Land außerhalb der Sowjetunion, das in einem Umsiedlungsgebiet komplexe und umfassende medizinische Hilfe geleistet hat«. ²²

Kubas Exporte im Gesundheitsbereich folgten einer deutlicheren Gewichtung von sozialistischer Entwicklungshilfe und Hilfe gegen Devisen. In Libyen, im Iran oder im Irak war medizinisches Personal ebenso wie in anderen sozialistischen Staaten die Quelle harter Währung. Das nach Algerien, Angola, Äthiopien oder Mosambik entsandte Personal war ein wesentlicher Bestandteil der kubanischen medizinischen Hilfsdiplomatie. In Erweiterung der in den 1960er-Jahren in Algerien begonnenen Politik ²³ nutzte Havanna seine Ärzte in den meisten dieser Länder zur Ergänzung seines militärischen Engagements. 1979 gab es 139 kubanische Ärzte in äthiopischen Hilfsprogrammen, in Angola waren es 323. Auf dem Höhepunkt der Hilfsleistungen für Angola befanden sich 800 medizinische Arbeiter im Land. Solch altruistische Hilfe war ein Ausgangspunkt von *soft power*. Sie war nicht mit einem Anstieg des bilateralen Handels mit Angola oder Äthiopien verbunden. Sie war Anlass einer internationalen Statuserhöhung im Rat für gegenseitige Wirtschaftshilfe (RGW), in der Bewegung der Blockfreien Staaten und in der Beziehung zur Sowjetunion. Sie schuf eine Art »Rückkopplungsschleife«, die zu einer effektiven Souveränität beitrug. ²⁴

Selbst im Fall Kubas sollte man nicht idealisieren. Christine Hatzky analysierte die von Havanna nach Angola entsandten Lehrer und hob hervor, dass die Hilfe trotz früherer Behauptungen, dass sie »nur die Toten wegbrachte«, einen wirtschaftlich pragmatischen Aspekt aufwies. ²⁵ Mindestens die Hälfte der Monatsgehälter der Lehrer wurde in US-Dollar bezahlt, die Lehrer erhielten die Gehälter indes nicht selbst. Der Bilateralismus stand auf dem Fundament von Angebot und Nachfrage und war für beide Seiten vorteilhaft. Im Gegensatz zu den Osteuropäern wussten die Experten nichts von der Transaktion. Sie mussten glauben, dass sie »im Geiste der Solidarität altruistische, ›internationalistische‹ Unterstützung leisten«. ²⁶

21 Iris Borowy: Medical Aid, Repression, and International Relations. The East German Hospital at Metema, in: *Journal of the History of Medicine and Allied Sciences* 71 (2015), Nr. 1, S. 84.

22 Ebd., S. 89.

23 Piero Gleijeses: *Conflicting Missions. Havana, Washington, and Africa, 1959–1976*, Chapel Hill 2002, S. 34–55.

24 John Kirk/Michael Erisman: *Cuban Medical Internationalism. Origins, Evolution, and Goals*, New York 2009, S. 73, 87, 92.

25 Christine Hatzky: Cuba's Concept of ›Internationalist Solidarity‹. Political Discourse South-South, Cooperation with Angola, and the Molding of Transnational Identities, in: Jessica Stites Mor (Hg.): *Human Rights and Transnational Solidarity in Cold War Latin America*, Madison 2013, S. 156.

26 Christine Hatzky: Cubans in Angola. Internationalist Solidarity, Transfers and Interactions in the Global South 1975–91, in: Sandra Bott u. a. (Hg.): *Neutrality and Neutralism in the Global Cold War. Between or Within the Blocs?*, London 2016, S. 205.

3. Ein Massenexport

Für den Anstieg der Zahlen von Medizinarbeitern aus Osteuropa in Afrika gibt es zwei Gründe (abgesehen von den Verlockungen der harten Währung). Erstens spiegeln die Zahlen die Expansion der sozialistischen Gesundheitsversorgung im Staatssozialismus wider. Die wachsende Zahl eigener Fachleute öffnete die Tür, um den Einsatz in Übersee zu erhöhen. Waren in den 1960er-Jahren die Teams in der Regel klein, kam es nun zu einer »Demokratisierung« der Beteiligung an der Internationalisierung der Gesundheitsversorgung. Anfänglich bestanden Gesundheitsteams, die in Entwicklungsländer entsandt wurden, aus Einzelpersonen, die aus der Hauptstadt oder den Großstädten kamen. In den 1970er- und 1980er-Jahren waren alle Regionen in den Entwicklungsländern vertreten. Zweitens erhielten die Osteuropäer Anfragen von Entwicklungsländern nach kompletten medizinischen Teams, die Einrichtungen auf ausschließlich nationaler Basis betreiben konnten. 1971 registrierte das tschechoslowakische Gesundheitsministerium solche Ersuche aus Algerien und Libyen, die größere Gruppen von Fachkräften anforderten, um ein Krankenhaus mit der Zuständigkeit für einen ganzen Bezirk zu übernehmen.

Dieses Arrangement ähnelte der Praxis der sozialistischen Länder in Nordkorea und Vietnam in den 1950er- und frühen 1960er-Jahren. Beispielsweise führten tschechoslowakische Ärzteteams zwischen 1957 und 1962 das regionale Krankenhaus in Haiphong/Vietnam, das zum Zentrum des Gesundheitswesens in der Region wurde. Die Vorteile der Vereinbarung mit Nordafrika in den 1970er-Jahren wurden von den Prager Behörden unterstrichen. Beamte betonten, dass diese kompletten Gesundheitsteams die Grundprinzipien einer »effektiven Verbreitung der Prinzipien der sozialistischen Gesundheitspflege« erfüllten. Diesen Chancen standen geringe, über verschiedene Orte verstreute Zahlen gegenüber, die für die 1960er-Jahre charakteristisch waren. In letzterem Fall konnten medizinische Probleme vor Ort nicht vollständig gelöst werden.²⁷

Rumänien reagierte auf ähnliche Vorschläge in gleicher Weise. Im Jahr 1976 schätzte eine Delegation des rumänischen Gesundheitsministeriums in Libyen ein, dass »homogene Teams« eine Vielzahl von Zielen erfüllen würden: effizient zu operieren, ohne die Belastung durch gemischte Praktiken, die aus der multinationalen Zusammensetzung des Personals resultierten – eine solche vollständige Übernahme würde das nationale Gesundheitssystem vorteilhaft repräsentieren; die Gelegenheit, rumänische Medizin und Technologie einzubringen.²⁸

Auch die WHO bewertete diese Entwicklung positiv. Ein Berater in Libyen definierte die von kompletten Teams aus sozialistischen Ländern betriebenen Einrichtungen als »One Nation Hospitals«, in denen die Mitarbeiter »frei miteinander kommunizieren

27 Entsendung tschechoslowakischer Gesundheitskräfte nach Libyen, NA, nichtkatalogisierte Sammlung 966/0/2, 1969–1989, ev.j. 28. Inventory 1971.

28 Raport privind activitatea delegației Ministerului Sănătății care a vizitat Libia [Bericht über die Arbeit der Delegation des Gesundheitsministeriums in Libyen], 19. Februar–1. März 1976, MS-DCCPI, Relații Externe [Internationale Beziehungen], 2–1984, S. 9 f.

können und, da sie in demselben Land ausgebildet wurden, leichter in ein vereinbartes Arbeitsmodell passen«. Er argumentierte, dass »dieses System viele Schwierigkeiten beseitigt, die die Effizienz und die Moral des Krankenhauses beeinflussen.«²⁹

Ein rumänischer Bericht aus dem Jahr 1976 betonte, dass »die UdSSR, Bulgarien, Jugoslawien und Ungarn ein wachsendes Interesse daran zeigen, starke Positionen in Libyen zu gewinnen«. Ein Weg, dies zu erreichen, sei der Bau von Musterkrankenhäusern oder die Zuweisung von Sachverständigen an das Gesundheitsministerium in Tripolis. Jugoslawische Teams übernahmen vier neue Krankenhäuser. Daneben gab es drei bulgarische Gruppen, während Polen und Ungarn jeweils ein Team stellten.³⁰

Ein Jahr zuvor betonten tschechoslowakische Beamte die Vorteile einer starken nationalen Präsenz: »[...] die Gesundheitsvorsorge wird die tschechoslowakische Außenpolitik des Friedens unterstützen, sie wird den Absichten des ideologischen Einflusses im Ausland ebenso entsprechen wie den Bedürfnissen der tschechoslowakischen Medizin [...], besonders im Hinblick auf die Gesundheits- und Pharmaindustrie, und wird auch technologische Unterstützung für Entwicklungsländer und Länder mit hoher Priorität bereitstellen.«³¹

Die neue Situation verschärfte jedoch ein Problem, das die sozialistischen Funktioniäre seit Anfang der 1960er-Jahre beunruhigte – das Personal für solche Exporte zu finden. In der Tschechoslowakei wurden bis 1979 rund 1900 Experten aus verschiedenen Bereichen der technischen Hilfe ausgewählt, von denen jedoch eine erhebliche Zahl keine Fremdsprachen beherrschte. Nur 1300 Personen waren »brauchbare Kader«, obwohl ihre Expertise oft nicht den Bedürfnissen der Gastländer entsprach.³² Im Fall der Gesundheitsfachkräfte bestand ein möglicher Ausweg aus diesem Dilemma in der Entsendung des betreffenden Personals zur Spezialisierung an das Institut für Weiterbildung von Ärzten und Pharmakologen in Prag oder an das Institut für Post-Graduale Medizinische Studien in Bratislava.³³

Bei der Schaffung solcher Reserven traten zwei weitere Hindernisse auf. Erstens waren die Verfahren für die Genehmigung von Abfertigungen nach Übersee umständlich und schwerfällig. In der Tschechoslowakei dauerte es neun bis zwölf Monate, um diesen Prozess abzuschließen. In Rumänien waren 1980 die Personalakten von 70 Ärzten von der Abteilung des Zentralkomitees für Partei- und Staatskader zwei Jahre lang nicht

29 Alexander Hutchinson: Assignment Report. The Organization of the Health Services in the Libyan Arab Republic, 13. April–17. November 1975, World Health Organization Archives, Lybia-Sanitary and Health Services/Archiv der Weltgesundheitsorganisation, Libyen – Hygiene- und Gesundheitsdienste in Libyen (im Folgenden: LIY-SHS) 001, 1976, WHO 22.0338, S. 7.

30 Raport privind activitatea delegației Ministerului Sănătății (Anm. 28), S. 6.

31 NA, Fond: 966/0/1, Sitzungen des Kollegiums des tschechischen Gesundheitsministeriums 1969–1986, ev.j. 19. Zweite Sitzung des Kollegiums des Gesundheitsministers, 10. April 1975.

32 »Material für die Sitzung der Kommission für die Koordinierung der Bereitstellung von Hilfe für Entwicklungsländer und nationale Befreiungsbewegungen«, NA, Finanzministerium, Box 1 (nicht katalogisierte Akten).

33 Der Leiter der Abteilung für Tropenmedizin am Institut für Weiterbildung von Ärzten und Pharmakologen in Prag war Vladimír Sery, der frühere Chefarzt des ehemaligen von der Tschechoslowakei betriebenen Krankenhauses in Haiphong. HU OSA 300-30-7 Box 355, S. 60.

durchgesehen worden – trotz der Klagen Libyens über die Unfähigkeit der Rumänen, die Personalquoten für das Krankenhaus in Garian einzuhalten.

Zweitens waren die sozialistischen Staaten Ende der 1970er-Jahre mit einem Personalmangel konfrontiert, der sich auf die Zuweisungen ins Ausland auswirkte. In verschiedenen osteuropäischen Ländern war die regionale Verteilung der Absolventen ungleich, und bestimmte Spezialisierungen wurden übersehen oder unterbewertet. 1977 fehlten in Ungarn 2000 Ärzte³⁴ und 1973 hatten 2500 Ortschaften kein medizinisches Personal.³⁵ In Rumänien praktizierten nur 7000 der insgesamt 44484 Ärzte in ländlichen Gebieten. Bukarest hatte Schwierigkeiten, für den Einsatz in Übersee genügend Spezialisten in Bereichen wie Anästhesie, Augenheilkunde, Gynäkologie und Geburtshilfe oder Neurologie bereitzustellen. Im Gegensatz dazu verfügte Polen über die meisten Absolventen der Medizin, aber ihr Zustrom nach Afrika und in den Nahen Osten führte zu Engpässen im Inland (insbesondere bei Krankenschwestern).³⁶ Kuba wandte eine andere Strategie als die Osteuropäer an. Die Regierung plante, Absolventen ins Ausland zu schicken. Im Fünfjahrplan 1981–1985 stellte Havanna über 10000 medizinische Kader für diesen Zweck zur Verfügung.³⁷

Die Tatsache, dass Transfers im Gesundheitswesen in den Globalen Süden zu systemischen Ungleichgewichten führten, lässt sich auch durch die finanziellen Anreize der Verträge erklären. Solche Aufträge waren bei osteuropäischen Kadern begehrt, weil die Gehälter viel höher waren als im jeweiligen Herkunftsland. Durch die Arbeit im Ausland entstand die Möglichkeit, Devisen zu sparen, knappe Güter zu erwerben und Reisen zu unternehmen in einer Zeit, in der die Mobilität zwischen Ost und West schwierig war. Trotz oft unangemessener Lebensbedingungen oder Verzögerungen bei der Lohnzahlung blieben Arbeitsplätze in den Entwicklungsländern attraktiv.

Der Massenexport von Gesundheitsdienstleistungen resultierte daraus, dass sich die sozialistischen Staaten bei der WHO für die Integration von Programmen zur Krankheitsbekämpfung in die grundlegenden Gesundheitsdienstleistungen eines Landes einsetzten. Doch seit den 1950er-Jahren blieben die Osteuropäer und die Sowjetunion ebenso wie ihre westlichen Gegenparts dem Bau großer, moderner medizinischer Zentren in Afrika als »Denkmäler« der medizinischen Moderne in ihrer sozialistischen Variante verhaftet.³⁸ In den 1970er-Jahren erreichten die Ausmaße dieses Prozesses ihren Höhepunkt, insbesondere in Staaten, deren Regierungen bereit waren, für massive Infrastrukturinvestitionen zu zahlen, die den Import nicht nur von Personal, sondern auch von medizinischer Ausrüstung und Pharmazeutika voraussetzten.

34 Report Radio Budapest, 13. September 1977, HU OSA 300-2-5, Box 36, S. 375.

35 Kaser: Health Care (Anm. 1), S. 180.

36 Elżbieta Goździak: Biała Emigracja. Variegated Mobility of Polish Care Workers [Weiße Emigration. Vielfältige Mobilität der polnischen Pflegekräfte], in: Social Identities 22 (2016), Nr. 1, S. 35.

37 Kirk/Erismann: Cuban Medical Internationalism (Anm. 24), S. 85.

38 Randall Packard: A History of Global Health: Interventions into the Lives of Other Peoples, Baltimore 2016, S. 232.

4. Gegenseitiger Vorteil und Anfechtungen

Die hospitalzentrierte Exportstrategie wurde kritisiert, weil sie die Gesundheitsbedürfnisse der überwiegend ländlichen Bevölkerung in afrikanischen Ländern ignorierte und Hierarchien zwischen sozialistischen Experten und Einheimischen auf Kosten der Letzteren festigte. Die negativen Auswirkungen einer solchen Herangehensweise an medizinische Transfers aus dem Osten nach Afrika waren bereits Ende der 1960er-Jahre offenkundig, insbesondere als die RGW-Staaten dem Druck von Chinas Hilfsangebot für verschiedene Regierungen Afrikas ausgesetzt waren.

Afrika war die Region, in der China den staatssozialistischen Export von Gesundheitsleistungen aus Europa in Bedrängnis brachte. Die Spezifik der Entwicklungsoffensive Pekings wurzelte in der Anfechtung der sowjetischen Hegemonie über die internationale kommunistische Bewegung und den Afro-Asianismus. Letzterer setzte eine nichtweiße Solidarität voraus, die sich aus der gemeinsamen kolonialen Unterdrückung ergab, einschließlich der Instrumentalisierung der Narrative über »weiße« Sowjets und Osteuropäer in Afrika.³⁹

Um meinen Standpunkt zu verdeutlichen, wende ich mich dem medizinischem Export Pekings nach Sansibar und Tansania (ab 1964 die Vereinigte Republik Tansania und Sansibar) zu.⁴⁰ Julius Nyereres 1967 geschaffenes System der *Ujamaa*-Dörfer symbolisierte sein Interesse am chinesischen Modell der ländlichen Medizin und der Doktrin der Eigenständigkeit.⁴¹ Die ersten beiden Gruppen von medizinischem Personal aus China kamen 1964 nach Sansibar, eine weitere Kohorte folgte 1968. Auf dem Festland gab es 64 Ärzte und Hilfskräfte (80 bis 1969), die auf Teams verteilt in acht Bezirken arbeiteten. Ihre Tätigkeit folgte einem »Kreislaufsystem«, in dem jeder einem bestimmten Gebiet und für eine bestimmte Zeit – von ein paar Tagen bis zu einem Monat – einem bestimmten Dorf zugeordnet wurde. Diese Anordnung ermöglichte es, »Hunderttausende« Tansanier zu behandeln und zu erziehen.⁴²

Aus der Perspektive der Einheimischen wurden die chinesischen Ärzte durch ihr Verhalten zu mustergültigen Vorbildern an Fleiß, Bescheidenheit und Disziplin, Eigenschaften, die im Vergleich mit dem verschwenderischen Lebensstil und der »vergnügungssüchtigen Mentalität« westlicher und sogar osteuropäischer und sowjetischer Experten hervortraten. Die Löhne der chinesischen medizinischen Arbeiter waren auf dem gleichen Niveau wie die ihrer lokalen Kollegen, ohne besondere Boni oder Vergüns-

39 Friedman: *Shadow Cold War* (Anm. 5), S. 90, 217.

40 1967 entsandte China trotz des eigenen Mangels an hochqualifiziertem Personal, vor allem während der Kulturrevolution, mehr als 3000 technische Experten ins Ausland. Die meisten von ihnen arbeiteten in Guinea, Mali und Tansania. Siehe Young-Sun Hong: *Cold War Germany, the Third World, and the Global Humanitarian Regime*, New York 2015, S. 288.

41 Priya Lal: *African Socialism in Postcolonial Tanzania*, Cambridge 2015, S. 33.

42 Alicia Altorfer-Ong: *Old Comrades and New Brothers. A Historical Re-Examination of the Sino-Zanzibari and Sino-Tanzanian Bilateral Relationships in the 1960s*, Ph.D. Dissertation, London School of Economics and Political Science, Februar 2014, S. 248, 258 f.

tigungen.⁴³ Die Teams lebten wie die Einheimischen und teilten ihre materiellen Nöte. Am wichtigsten war aber, dass die chinesischen medizinischen Arbeiter die Verantwortung für die Versorgung der ländlichen Gebiete und der Landbewohner übernahmen.

Nach der Revolution in Sansibar spielten ostdeutsche Ärzte eine führende Rolle bei der lokalen Gesundheitsreform.⁴⁴ Bis Ende der 1960er-Jahre, als die chinesische Präsenz zunahm, wurden sie ähnlich wie ehemalige Kolonialherren wahrgenommen, die den lokalen Standards widersprechende Löhne und Unterkünfte verlangten. Young-Sun Hong wies darauf hin: »Während das Engagement der DDR in Sansibar Anfang 1964 mit einem Paukenschlag begann, endete es 1971 mit einem Wimmern« – als die letzten ostdeutschen Ärzte das Land verließen.⁴⁵

In den 1970er-Jahren trafen die Osteuropäer auf die chinesische Herausforderung und westliche Konkurrenz und reagierten auf die durch bilaterale Probleme in den 1960er-Jahren verursachte Ernüchterung, indem sie eine »scharfe Kehrtwende zu wirtschaftlicher Rationalität vollzogen, gegenseitiger Vorteil wurde zum neuen Schlagwort«.⁴⁶ Trotz wachsender Kosten-Nutzen-Bedenken seit Mitte der 1960er-Jahre präsentierten die sozialistischen Staaten ihr Engagement im Globalen Süden weiterhin in Narrativen der Partizipation, die von der Idee geprägt waren, lokale Gesellschaften zu stärken.

Einerseits brachten osteuropäische Mediziner Gesundheit und moderne Hygiene in das Aufnahmeland. Andererseits nutzte das Aufnahmeland die finanzielle Hebelwirkung gegenüber seinen sozialistischen Partnern, um die Realisierung der Hilfen sicherzustellen und deren Investitionen zu maximieren. Der postkoloniale Staat spielte eine bedeutende Rolle. Die Abkommen waren so strukturiert, dass die Osteuropäer ihren Modernisierungsversprechen nachkommen konnten. Die Nichterfüllung der festgesetzten Aufgaben führte zu Kritik, Strafen und sogar zu einer Ablehnung der Unterstützung zugunsten von wettbewerbsfähigeren und kompetenteren Angeboten.

Im Februar 1976 besuchten Vertreter des rumänischen Gesundheitsministeriums Libyen, um Einzelheiten eines bereits bestehenden bilateralen Abkommens zu klären. Der libysche Gesundheitsminister verkündete: »Wir wollen diese Zusammenarbeit bis zum Jahr 2000 und länger fortsetzen.« Die von Rumänien ausgestatteten Krankenhäuser sollten »echte Schulen« für die kleineren Anstalten in den jeweiligen Regionen werden.⁴⁷ Der erste derartig institutionalisierte Gesundheitsexport von Bukarest nach Libyen war das brandneue, sehr moderne Krankenhaus in Garian im Nordwesten des Landes. Die Einrichtung wurde im April 1975 eröffnet und blieb bis Ende 1983 unter rumänischer medizinischer Verwaltung.

Trotz seines Status als Empfänger von Entwicklungshilfe war Libyen ein Ort der medizinischen Moderne. Obwohl es in den offiziellen Berichten des rumänischen

43 Ebd., S. 236.

44 Hong: *Cold War Germany* (Anm. 40), S. 307.

45 Ebd., S. 316.

46 Sara Lorenzini: *The Socialist Camp and the Challenge of Economic Modernization in the Third World*, in: Juliane Fürst u. a. (Hg.): *The Cambridge History of Communism*, Bd. 3: *Endgames? Late Communism in Global Perspective. 1968 to the Present*, Cambridge 2017, S. 351.

47 *Raport privind activitatea delegatiei Ministerului Santeii* (Anm. 28), S. 10.

Personals nicht vorkommt, haben die Bedingungen in der neuen Einrichtung in Garian wahrscheinlich Vergleiche mit denen in der Heimat ausgelöst. Eine polnische Krankenschwester erklärte in einem Interview: »Als wir in Misrata ankamen, war das Krankenhaus voll mit brandneuen Geräten, wie ich sie noch nie in Posen gesehen hatte. Alles war noch in der Originalverpackung. Wir haben Wochen gebraucht, um auszupacken und herauszufinden, wie das Zeug funktioniert hat.«⁴⁸

In Garian sollte die rumänische Gruppe 108 medizinische Arbeiter umfassen (1974). Diese Zahl wuchs auf 150 (1976) und später auf 325 (1981). Obwohl beeindruckende Zahlen (der größte rumänische Personalexport im Gesundheitswesen seit Mitte der 1950er-Jahre nach Nordkorea), verblissen sie im Vergleich zur polnischen oder jugoslawischen Präsenz in Libyen (siehe oben). Garian war ein Ort des Transfers der Dynamik des Mangels von zu Hause. Während der gesamten Zeit, in der das Krankenhaus von Rumänien betrieben wurde, war das Ministerium in Bukarest nicht imstande, das Personal zu vervollständigen. Im Mai 1981 war die reale Präsenz noch weit von den auf dem Papier beschlossenen Zahlen entfernt. Die letzten bilateralen Verhandlungen hatten 106 Ärzte festgelegt, aber nur 48 arbeiteten in Garian. Hinzukommen sollten 217 mittlere Kader, von denen nur 166 anwesend waren.⁴⁹

Die Situation konnte sich zu bestimmten Zeiten verschlechtern, wenn ganze Gruppen ihre Zweijahresverträge abgeleistet hatten. Wenn sie gingen, bevor die Behörden in Bukarest Ersatz geschickt hatten, konnte das Funktionieren bestimmter Abteilungen des Krankenhauses beeinträchtigt werden. Es überrascht daher nicht, dass die libyschen Behörden Mitte 1976 beschlossen, die Abreise von Personen, deren Verträge abgelaufen waren, nicht zu gestatten, bis sie durch ähnlich qualifiziertes Personal ersetzt wurden.

Die nach Libyen entsandten Rumänen bekamen nur kurze Vorbereitungskurse. Höher gebildete Kader wurden für zwei Wochen an die Parteischule »Ștefan Gheorghiu« geschickt. Hilfskräfte erhielten nur einen eintägigen Orientierungskurs, bevor sie die Ärzte trafen, mit denen sie zusammenarbeiten würden.

Das Ministerium teilte den Teams nicht mit, dass, obwohl auf dem Papier eine Unterkunft vorgesehen war, deren Verfügbarkeit nach der Ankunft begrenzt war und sie selbst nach einer Unterbringung suchen mussten. Der Mangel an Arbeitskräften für verschiedene Spezialisierungen im Krankenhaus wurde ebenfalls geheim gehalten. Das schwierige Wetter, der Kulturschock und ein harter Arbeitsplan führten dazu, dass die Mediziner darauf drängten, vertraglich einige Monate »Heimaturlaub« in Rumänien zugesichert zu bekommen, aus dem sie teilweise nicht nach Garian zurückkehrten, nachdem ihre bezahlte Auszeit zu Ende war. Die libyschen Behörden bestrafte dieses Verhalten, indem sie sich weigerten, Personen für die Zeit ihrer Arbeit im Krankenhaus zu

48 Goździak: *Biała Emigracja* (Anm. 36), S. 34.

49 Notă deplasare în Libia a unei delegații pentru negocierea creșterii retribuției personalului medical român și prelungirea contractului colectiv [Notiz über die Entsendung einer Delegation nach Libyen zur Verhandlung der Erhöhung der Bezüge des rumänischen medizinischen Personals und der Erweiterung des Tarifvertrags], 26. Mai 1981, MS-DCCPI, Relații Externe [Internationale Beziehungen], 2–1984, S. 1.

entschädigen. Oder sie kürzten Boni für die ganze Gruppe, wenn eine Stelle in vier Jahren mehr als zweimal besetzt wurde.⁵⁰

Einige Positionen, die von Rumänen nicht besetzt werden konnten, wurden von Fachleuten anderer Nationalitäten übernommen: Ärzte oder Krankenschwestern, meist aus Ägypten, Pakistan oder Palästina. Bis 1983 wurden ganze Abteilungen von nicht-rumänischen Spezialisten geleitet.⁵¹ Der Gesundheitsminister in Bukarest warnte vor der Möglichkeit, dass sich Libyen für einen anderen Partner in Garian entscheiden könnte. Die medizinische Hilfe in Libyen war auch eine Frage des nationalen und persönlichen Prestiges. Was die Angehörigen anderer Nationen in den Reihen des Personals und in der Führung des Krankenhauses erlebten, stellte die tatsächliche Fähigkeit zur Umsetzung der rumänischen Mission erheblich infrage.

Die Anfechtungen der sozialistischen medizinischen Leistungen durch postkoloniale Behörden verweisen auf ein weiteres Merkmal osteuropäischer Gesundheitstransfers in den 1970er-Jahren: eine Nivellierung der Verhandlungspositionen von Anbieter und Empfänger. Die Kommerzialisierung des Gesundheitswesens und die Stärkung des postkolonialen Nationalismus (wie sie in der Konsolidierung der Blockfreien-Bewegung zum Ausdruck kam⁵²) stärkten die afrikanischen Regierungen in ihren bilateralen Abkommen mit den Anbietern von Hilfe.

Als Antwort darauf verwandelten sich die Erlebnisse beruflicher Schwierigkeiten von Osteuropäern in verschiedenen afrikanischen Gesellschaften oft in Erzählungen von unüberwindlicher Rückständigkeit. 1976 berichtete der Direktor des Krankenhauses in Garian, dass das Management der Institution in Bukarest nicht leichtgenommen werden dürfe. Die Einrichtung war geografisch isoliert, mit begrenzten Kommunikationsmöglichkeiten ausgestattet und hatte »eine halbwilde Bevölkerung« zu behandeln, während die Stadt kein zentrales Abwassersystem besaß.⁵³ Der Bilateralismus in Garian wurde als ein *Modus Vivendi* zwischen »lokalen Bedingungen und den Anforderungen der Zivilisation« aufgefasst.⁵⁴

Medizinische Narrative der Rückständigkeit finden sich auch bei polnischen Ärzten in Nordafrika. Im Jahr 1972 veröffentlichte die Zeitung *Tygodnik Demokratyczny* einen Artikel über die Erfahrungen mehrerer Ärzte in Algerien, Marokko und Libyen. Einer von ihnen lieferte eine Beschreibung, die die Menschlichkeit der lokalen Bevölkerung

50 Aide-Mémoire, 22. Juli 1980, MS-DCCPI, Relații Externe [Internationale Beziehungen], 2–1982, S. 1 f.

51 Notă de convorbire intalnire cu delegația Secretariatului Sănătății din Libia [Notiz für ein Treffen mit der Delegation des Sekretariats für das Gesundheitswesen Libyens], 14. Juli 1983, MS-DCCPI, Relații Externe [Internationale Beziehungen], 2–1984, S. 4.

52 Jürgen Dinkel: »Third World Begins to Flex its Muscles.« The Non-Aligned Movement and the North-South Conflict during the 1970s, in: Bort u. a. (Hg.): *Neutrality and Neutralism* (Anm. 26), S. 109, 116.

53 Stimate tov. Ozun, Garian 12. Juli 1976, Ministerul Sănătății și Protecției Sociale [MSPS, Ministerium für Gesundheit und Soziales], Acte Libia, Referate, Note de convorbire, file no. 104 [keine Jahresangabe in der Akte], S. 1.

54 Dună Florea: Memoriu, 7. Juni 1976, MS, Relații Externe [Internationale Beziehungen], 60–1976, S. 1 f.

infrage stellte: »Kinder waren unterernährt und vernachlässigt. Mütter kamen mit so abgemagerten Kindern, dass sie nur Haut und Knochen waren. Zu Hause bekamen sie die Reste der Mahlzeiten der Erwachsenen, zuerst aßen Männer und dann Frauen. [...] Wir haben versucht, Müttern beizubringen, wie man Kinder füttert. Das war sehr schwierig. Letztendlich haben wir ihnen beigebracht, Kindern wenigstens Milch mit Reis und abgekochtem Wasser statt stark gewürzter Speisen zu geben.«⁵⁵ Ein anderer Arzt betonte, dass sie mit »Hexendoktoren« und Traditionen, die mit den grundlegenden Normen der Hygiene kollidieren, konkurrieren müssten. Trotzdem betonten polnische Ärzte ihren nichtkolonialen Behandlungsansatz, da sie leicht mit der Bevölkerung interagierten – eine Abkehr vom Unwillen der Kolonialärzte, »stinkende Araber« zu berühren.⁵⁶

Ähnliche Redewendungen treten in den Berichten des rumänischen Personals in Libyen auf. Faktoren, die von den Rumänen bei der Erklärung der Schwierigkeiten in der Gynäkologie und Geburtshilfe angeführt wurden, waren die »lokale Mentalität«, wie etwa die fehlende medizinische Überwachung schwangerer Frauen, die spät zur Geburt gebracht wurden, und die verweigerte Einwilligung der Familie zu Notfallmaßnahmen.⁵⁷ Chirurgische Interventionen wurden von Einheimischen oft abgelehnt, wofür die Rumänen religiöse Vorstellungen verantwortlich machten. Der Direktor berichtete in Bukarest (1976), dass eine »sanitäre Gesetzgebung fehlt«, was den kurativen und hygienischen Aktivitäten einen willkürlichen Charakter gebe.⁵⁸

Gegen diesen allgegenwärtigen Überlegenheitskomplex unter den Rumänen kam Gegenwind aus Libyen. Im Jahr 1983 erklärte ein Offizieller während eines Treffens mit seinen Kollegen in Bukarest, dass »die libysche Bevölkerung mittlerweile imstande ist, das Niveau der rumänischen Ärzte als nur durchschnittlich, nicht auf dem gleichen Niveau wie die Bulgaren und Inder zu erkennen«. Er schlussfolgerte vernichtend, dass die Einheimischen den rumänischen Kadern nicht trauten, insbesondere, weil früher Operationen allzu hastig durchgeführt worden waren, unabhängig davon, ob sie notwendig gewesen seien oder nicht.⁵⁹

Das postkoloniale Gesundheitswesen war ein Terrain, auf dem sozialistisches und einheimisches Personal um die Kontrolle kämpfte. Als Tansania auf ein System umstellte, das auf Distriktapotheken und -polikliniken basierte, die besser auf die Bedürfnisse der ländlichen Bevölkerung zugeschnitten waren, hatten ostdeutsche Ärzte Anpassungsprobleme. Die Identität dieser Fachleute konzentrierte sich eher auf das Krankenhaus und seinen technologischen Apparat als auf die hygienische Aufklärung der Bevölkerung. Daher nahmen sie ihre neue Rolle als medizinische Leiter in den Distrikten nur wider-

55 Krystyna Raczynska: Polish Doctors Acquire Experience in Africa, in: Tygodnik Demokratyczny [Demokratische Wochenzeitung], 2. Januar 1972, HU OSA 300-2-6 Box 103, S. 6.

56 Ebd., S. 7.

57 Ioviță Stănescu: Raport activitate Spital Gharian [Bericht über die Aktivitäten des Hospitals Garian], 3. September 1975, MS-Serviciul Relații Internaționale 7/1977, S. 1.

58 Dună Florea: Memoriu, 7. Juni 1976 (Anm. 54), S. 2.

59 Notă de convorbire (Anm. 51), S. 2.

willig an.⁶⁰ Dabei verstanden die Berliner Behörden die entscheidende Rolle des Transports für die ordnungsgemäße Tätigkeit ihrer Landsleute in Sansibar nicht und weigerten sich, Fahrzeuge bereitzustellen, was zu Verzögerungen bei der Auslieferung und beim Nachschub von Medikamenten führte. Die medizinische Reichweite des ostdeutschen Personals beschränkte sich weiterhin vorwiegend auf städtische Räume.

In den 1970er-Jahren kam es auch zu einer Auseinandersetzung mit »brüderlicher« medizinischer Hilfe für revolutionäre Staaten wie das Derg-regierte Äthiopien oder das von der FRELIMO befreite Mosambik. Diese Spannungen vor Ort waren mit breiteren Debatten verbunden, die die Dynamik des globalen Gesundheitswesens kennzeichneten. Zu Beginn des Jahrzehnts gab es »ein dramatisches Wiederaufleben des Interesses an einer Verbesserung der Gesundheitsversorgung für unterversorgte Bevölkerungsgruppen«, insbesondere in postkolonialen Ländern. Der Exekutivrat der WHO richtete 1972 eine Arbeitsgruppe ein, um die Gesundheitsdienstleistungen auf der ganzen Welt zu überprüfen. Ein Jahr später wurde ihr Bericht vorgelegt, der offenbarte, dass gerade eine »große Krise« im Entstehen begriffen sei. Sie werde durch die »weitverbreitete Unzufriedenheit der Bevölkerung« mit den bestehenden Gesundheitsdienstleistungen definiert.⁶¹

Sowjetische und osteuropäische Vertreter reagierten ambivalent auf den Bericht. Seit 1974 starteten sie eine Offensive innerhalb der WHO, um eine Konferenz über medizinische Grundversorgung zu organisieren. Gleichzeitig kritisierten sie die generalisierenden Bemerkungen der Untersuchung. Auch der sowjetische stellvertretende Gesundheitsminister Dimitri Venediktov erklärte, dass dieser Zustand nicht verallgemeinert werden könne, da die Situation in den verschiedenen Ländern eben keine universelle sei.⁶² Während der 1970er-Jahre drängten die sozialistischen Delegationen der Weltgesundheitsorganisation konsequent auf die offizielle Anerkennung des Gesundheitsmodells des Ostens als globales Rezept für die Entwicklungsländer. Der krönende Abschluss dieser Bemühungen schien die Internationale Konferenz über primäre Gesundheitsversorgung in Alma Ata (6.–12. September 1978) zu sein.

Es war ein Pyrrhussieg. Das neue Paradigma, das in der Hauptstadt der Kasachischen Sozialistischen Sowjetrepublik formuliert wurde, untergrub viele Grundsätze des staatssozialistischen stadtzentrierten, zentralisierten, hoch medikalisierten und spezialisierten Gesundheitsmodells. Primäre Gesundheitsversorgung wurde im Hinblick auf das wachsende Niveau der Auslandsschulden, ungünstigere Terms of Trade und ökonomische Rezession im Globalen Süden definiert. Primäre Gesundheitsversorgung bedeutete »erschwingliche, kostengünstige und geeignete Technologien, die für die besonderen Bedürfnisse der Entwicklungsländer geeignet sind«. Der Schwerpunkt lag auf in der Gemeinschaft verankerten Gesundheits Helfern, »Barfußärzten« für den ländlichen Raum

60 Hong: *Cold War Germany* (Anm. 49), S. 311.

61 Socrates Litsios: *The Third Ten Years of the World Health Organization. 1968–1977*, Genf 2008, S. 117f.

62 Dimitri Venediktov an David Tejada-de-Rivero, 3. August 1977, World Health Organization Archives P/21/87/5-WHO International Conference on Primary Health Care 1978, Mai 1977–October 1977, S. 1f.

(basierend auf dem chinesischen Modell) und entsprechenden Gesundheitssystemen für einkommensschwache Gebiete.⁶³ Die primäre Gesundheitsversorgung übernahm Prinzipien der dezentralisierten Sozialmedizin der Zwischenkriegszeit und bestand gleichzeitig auf der traditionellen Medizin.⁶⁴ Es war »eine hybride Form der zivilisatorischen Mission in der globalen Gesundheitspolitik«, die wesentliche nichteuropäische Elemente einbezog.⁶⁵

Osteuropäische Mitarbeiter vor Ort akzeptierten und kritisierten die primäre Gesundheitsversorgung als Paradigma für das postkoloniale Gesundheitswesen. In Äthiopien berichtete der jugoslawische WHO-Experte für Gesundheitsplanung Ante Catipovic enthusiastisch über die Derg-Kampagne zur Errichtung ländlicher Gesundheitsstationen, die 60 Prozent der Bevölkerung, die während der Herrschaft Haile Selassies nicht erfasst worden waren, medizinische Hilfe zukommen ließ.⁶⁶ 1976 betonte er: »Obwohl die Politik der Ausweitung der Gesundheitsversorgung auf ländliche Gebiete vor Jahrzehnten deklariert wurde, sieht es so aus, als hätte die wirkliche Expansion erst in den letzten 18 Monaten begonnen.« Das andauernde Problem sei die Qualität der medizinischen Versorgung: Obwohl weder ausgesprochen noch aufgeschrieben, scheinete es, als verfolge die Politik des Ministeriums in diesem Stadium eine schnelle Expansion statt einer Verbesserung der Qualität des bestehenden Netzwerks.⁶⁷ Diese Dienstleistungen der primären Gesundheitsversorgung mussten noch mit dem hauptsächlich städtischen Krankenhaussystem im Land verbunden werden. Ein Jahr später präsentierten die äthiopischen Behörden, beeinflusst vom sowjetischen Modell der normierten medizinischen Einrichtungen, ein Programm für »standardisierte ländliche Krankenhäuser« (mit gleichartiger Größe, Gestaltung, Konstruktion, Personalmuster, Ausrüstung und Budget) – 30 solcher Einrichtungen waren für die folgenden zwölf Jahre geplant.⁶⁸

Die Pläne des revolutionären Regimes in Äthiopien setzten sich nicht durch. Die Umsetzung des Sozialismus erbrachte gemischte Resultate. In den Jahren 1984 und 1985 gab es überhaupt kein Wachstum, und das Land wurde von einer der schlimmsten Hungersnöte seiner Geschichte erfasst.⁶⁹

Wie bereits erwähnt, beschloss die ostdeutsche Führung, Hilfe durch die Bereitstellung eines ländlichen Krankenhauses anzubieten. Diese Hilfe kam zweieinhalb Jahre

63 Kelley Lee: *Global Institutions. The World Health Organization*, London 2009, S. 73.

64 Socrates Litsios: *Revisiting Bandoeng*, in: *Social Medicine* 8 (2014), Nr. 3, S. 113–128.

65 Klaas Dykmann: *Only with the Best Intentions. International Organizations as Global Civilizers*, in: Klaas Dykmann/Katja Naumann (Hg.): *Changes from the »Margins«. Non-European Actors, Ideas, and Strategies* (= *Comparativ* 23 [2013], Nr. 4/5), Leipzig 2013, S. 40 f.

66 Ante Catipovic: *First Quarterly Report*, 30. März 1973, *World Health Organization Archives, Ethiopia Health Services Development* (im Folgenden: *ETH-HSD*) 001, *Health Planning*, JKT 1, 1966–1975, WHO 22.0145, S. 3.

67 Ante Catipovic: *Report July–December 1976*, *World Health Organization Archives, ETH-HSD-001 Health Planning* (ETH-68-023), JKT 2, 1975–1982, WHO 22.0145, S. 1.

68 Ante Catipovic: *Report January–June 1977*, *World Health Organization Archives, ETH-HSD-001 Health Planning* (ETH-68-023), JKT 2, 1975–1982, WHO 22.0145, S. 1–3.

69 Radoslav Yordanov: *The Soviet Union and the Horn of Africa during the Cold War*, Lanham 2016, S. 221.

nach Mengistu Haile Mariams erster Bitte. Das ostdeutsche Personal war von seinem Umfeld isoliert: »Im Großen und Ganzen haben die Menschen nur sehr wenig vom Land gesehen und erhielten so gut wie keine Informationen darüber.« Auch die Zusammenarbeit mit den äthiopischen Kollegen verlief nicht reibungslos. Die Ostdeutschen charakterisierten sie als unzuverlässig, arbeitsscheu und »erschreckend gleichgültig« im Hinblick auf das Wohlergehen ihrer Patienten. Das erklärte Ziel der solidarischen Hilfe stieß in der täglichen Zusammenarbeit mit den Einheimischen nicht immer auf Entgegenkommen: »Deutsche Ärzte haben es nie geschafft, die Menschen oder die Umstände im Land zu verstehen.«⁷⁰ Nach der Hungersnot begann Äthiopien, die Grenzen der Hilfsressourcen des Sowjetblocks genauer zu erkennen, und auch dieser stellte die Aussicht des Aufbaus einer sozialistischen sozialpolitischen Ordnung in Äthiopien nun offen infrage.⁷¹

Ähnliche Entwicklungslinien der sozialistischen Hilfe lassen sich in Mosambik, einem der Schaufenster der primären Gesundheitsversorgung in Afrika, feststellen. Nach Erreichen der Unabhängigkeit verstaatlichte die Mosambikanische Befreiungsfront FRELIMO den Gesundheitssektor. Die Regierung kontrollierte und übernahm den Import der Medikamente. Es gab Crashkurse für medizinisches und halbmedizinisches Personal. Außerdem implementierten die Behörden präventivmedizinische Maßnahmen durch die Beteiligung der Gemeinschaft.⁷² Diese Politik löste Unbehagen, wenn nicht gar Widerstand der osteuropäischen Ärzte in Mosambik aus. Dem Bericht eines rumänischen Arztes zufolge beschwerte sich medizinisches Fachpersonal 1978 über die Einführung festgeschriebener Behandlungsverfahren für die häufigsten Krankheiten des Landes durch die FRELIMO. Sie kritisierten die Durchsetzung der Verschreibung von Generika, die Manipulationen auf dem Pharmamarkt entgegenwirken und Kosten geringhalten sollte. Ärzte aus sozialistischen Ländern (zusammen mit anderen europäischen Mitarbeitern) misstrauten der Gewichtung des paramedizinischen und mittleren Personals durch die Regierung.⁷³ Die Einführung der primären Gesundheitsversorgung in Mosambik störte die symbolischen und beruflichen Hierarchien, an die osteuropäische Mitarbeiter gewöhnt waren.

5. Zusammenfassung

In den 1980er-Jahren verschwand der Filter der internationalistischen, antikolonialen Solidarität mit dem Globalen Süden als vitaler Bestandteil für nichtdeterministische sozialistische Lesarten des tatsächlichen Zustands des Gesundheitswesens in Afrika. Ein starker kommerzieller Einfluss verschleierte die osteuropäische Hilfe. Er wurde über-

70 Borowy: *Medical Aid, Repression, and International Relations* (Anm. 21), S. 86 f.

71 Yordanov: *The Soviet Union and the Horn of Africa* (Anm. 69), S. 223.

72 E. Onori: *Report on a Mission to Mozambique 17 February–13 March 1982*, World Health Organization Archives, Mozambique 1964–1982, SJ1, WHO7.0027, S. 26.

73 Vasile Furcovici: *Raport de relatii [Bericht über die Beziehungen]*, 30. Juni 1978, MS-DCCPI, *Relații Externe [Internationale Beziehungen]*, 1/1976–1980, S. 4.

deckt durch medizinische Narrative über Rückständigkeit, unabwendbare Bedingungen für Krankheit, Unkultiviertheit und die fragwürdige Kompetenz der Entwicklungsländer.

Die Monetarisierung von Gesundheitsabkommen erzeugte ein komplexes Verhandlungs- und Kontrollsystem. Die Wahrnehmung von Staaten wie Libyen, Nigeria, Marokko oder sogar Algerien als Devisenquellen und alternative Märkte für staatssozialistische Länder verlieh den postkolonialen Staaten einen beträchtlichen Einfluss. Oberflächlich betrachtet, erscheint die hohe medizinische Präsenz des Sozialismus in Afrika als Indikator für erfolgreiche osteuropäische Vorzeigeprojekte der sozialistischen Moderne. Die Details dieser Interaktionen stehen indes triumphierenden Lesarten entgegen. Das fortgesetzte Engagement in Libyen, Äthiopien, Algerien, Mosambik oder Angola sagt mehr über die Abhängigkeit dieser Regierungen von ausländischer Expertise aus, als es Beweis antiimperialistischer Solidarität wäre. Auch in Situationen selbstloser »brüderlicher« Hilfe wurden solche Verpflichtungen durch Widersprüche getrübt, die auf unterschiedlichen Vorstellungen der postkolonialen Partner und ihrer sozialistischen Förderer der medizinischen Versorgung beruhten.

Die Stärkung der postkolonialen Machthaber, sei es durch die Hebelwirkung der harten Währung oder durch alternative Politiken der primären Gesundheitsversorgung, verdichtete den Prozess des *othering* unter den sozialistischen Entwicklungshelfern. Die steigende Zahl osteuropäischer Gesundheitsfachkräfte in Afrika vertiefte die Isolation der postkolonialen Gesellschaften, die bereits in den 1960er-Jahren zu beobachten war. Medizinische Exporte und Hilfe von Ost nach Süd hatten Abgrenzungseffekte zur Folge. Räumliche Nähe und scheinbare Gemeinsamkeit der Ziele untergruben vor Ort häufig die offiziellen Absichten und Diskurse symbolischer oder ideologischer Annäherung. Die Geschichte des Transfers von Gesundheitsleistungen in den 1970er-Jahren zeigt, dass der Schock des Globalen für sozialistische Experten und Regime auch ein Schock des Postkolonialen war, als der Osten sich einst nach Süden wandte.

