

Deutsche Gynäkologen in Afrika: Handfeste Taten statt hohler Worte

Über die Zusammenarbeit zwischen deutschen und afrikanischen Fachgesellschaften in der Gynäkologie und Geburtshilfe

J. Wacker, A. M. Barth, W. Harlfinger, E. Kantelhardt, K. Kunz,
R. Lange

Vor dem Hintergrund steigender Flüchtlingszahlen aus Afrika und der stagnierenden Bekämpfung der Ursachen der Massenflucht in den afrikanischen Herkunftsländern betitelte Caterina Lobenstein in der Ausgabe der ZEIT vom 17. August 2017 ihren Beitrag mit der Überschrift: „Hohle Worte“. Lobenstein kritisiert darin die europäische Afrikahilfe, die statt die Ursachen der Massenflucht zu bekämpfen, lediglich Migration erschwert und Zäune zieht. „Wo bleiben all die versprochenen Arbeitsvisa für Menschen, die in Europa auch in einfachen Jobs Geld verdienen – und später in ihre Heimat zurückkehren wollen?“ Für uns stellen sich in diesem Zusammenhang die Fragen: Was können wir Gynäkologen tun? Was können wir Geburtshelfer beitragen, um die Situation der Frauen und Schwangeren in Afrika zu verbessern? Was ist bisher geschehen?

Um die Entwicklung der Zusammenarbeit zwischen Europa und Afrika in den letzten 50 Jahren zu verstehen, sei aus dem Übersichtsartikel von Hubertus Büschel (1) zitiert, der diesen Zeitraum hinsichtlich der Entwicklungshilfe in die folgenden Dekaden einteilt:

– **Die erste entwicklungspolitische Dekade zwischen 1960 und 1970:** Hoch-Zeit globaler ökonomischer Modernisierungsbestrebungen. Man ging davon aus, dass zugeschossenes Kapital Wachstum und Wohlstand fördere („Trickle-down-Effekt“, d. h. Durchsickern von Kapital an die Basis der Bevölkerung).

– **Die zweite entwicklungspolitische Dekade zwischen 1970 und 1980:** Zeit der Revision. Zeit der Sicherung von Grundbedürfnissen. Der 1969 erschienene Pearson-Bericht (8) stellte fest, dass Wachstum trotz reicher Kapitalzuschüsse ausgeblieben und Kapital wirkungs-

los versickert sei. In manchen Regionen sei die Armut sogar angestiegen. Häufig profitierten nur die Eliten der afrikanischen Länder. Eine Grundbedürfnisstrategie wurde entwickelt, die als Basis von ökonomischem Wachstum die Befriedigung von Grundbedürfnissen der Menschen vor Ort erkannte.

– **Die dritte entwicklungspolitische Dekade zwischen 1980 und 1990:** Verlorenes Jahrzehnt. Viele Entwicklungsländer waren zu Beginn der 1980er-Jahre nahezu zahlungsunfähig. Die Ölkrise der 1970er-Jahre, die Wirtschaftskrise zu Beginn der 1980er-Jahre und fallende Rohstoffpreise führten zu einem starken Anstieg der Auslandsverschuldung der Entwicklungsländer.

– **Die vierte entwicklungspolitische Dekade zwischen 1990 und 2000:** Diese Periode steht unter dem Zeichen des Strebens nach Nachhaltigkeit entsprechend dem 1987 veröf-

fentlichten „Brundtland-Bericht“. Von starkem Einfluss auf diese Dekade war die Konferenz für Umwelt und Entwicklung in Rio de Janeiro im Jahr 1992, in deren Verlauf die Agenda 21 aufgestellt wurde. Schwerpunkte waren neben der Forderung nach Nachhaltigkeit der erneute Aufruf zur „Hilfe zur Selbsthilfe“.

– **Die Zeit nach 2000** wird nach Büschel „gemeinhin als Periode massiver Kritik bezeichnet und bisweilen sogar das baldige Ende der Entwicklungszusammenarbeit prognostiziert“. Diese Diskussion innerhalb der Entwicklungshilfe wird von Vertretern aus den Entwicklungsländern selbst beherrscht. Büschel zitiert in seinem Übersichtsartikel James Shikwati aus Kenia, der fordert, jegliche Entwicklungshilfe sofort einzustellen, denn erst dann würden die Afrikaner beginnen, Verantwortung zu übernehmen und ihre wirtschaftlichen Probleme zu lösen. Ähnlich urteilte die Kamerunerin Axelle Kabou, die auch auf das unvermeidliche Machtgefälle zwischen „schwarzen Eliten“ und „weißen Helfern“ einerseits und den Empfängern von Entwicklungshilfe, den „kleinen Leuten“ vor Ort, andererseits hinwies (7). Auch Dambisa Moyo aus Sambia forderte ein baldiges Ende der Entwicklungspolitik (11).

Die Entwicklungsziele der Vereinten Nationen

Nach jahrelangen internationalen Verhandlungen verabschiedeten die Vereinten Nationen Ende September 2015 die sogenannte 2030-Agenda. Ihr Herzstück sind 17 Ziele für nachhaltige Entwicklung (Sustainable Development Goals, SDGs), die bis 2030 von allen Staaten umgesetzt werden sollen. Sie folgen auf die Millennium-

Entwicklungsziele (Millennium Development Goals, MDGs), die 2000 beschlossen wurden und bis Ende 2015 erreicht sein sollten.

Daniel Jüttner schreibt in einem aktuellen Beitrag von 2016 (6) über die „Die Sustainable Development Goals – 17 neue Ziele für eine nachhaltige Entwicklung“ als Weiterentwicklung der Millennium Development Goals und beginnt seinen Beitrag mit der Frage: Haben wir die Millennium Development Goals erreicht?

In einzelnen Ländern wurden Fortschritte gemacht, aber noch bleibt z. B. hinsichtlich mütterlicher und kindlicher Mortalität in vielen Ländern viel zu tun.

Noch immer leben 1,2 Milliarden Menschen auf der Welt von weniger als 1,25 Dollar am Tag, fast 800 Millionen Menschen hungern. Weil die Millenniumziele nicht alle erreicht wurden und wichtige Aspekte ausgelassen haben, gehen die neuen nachhaltigen Entwicklungsziele wesentlich weiter: Sie verbinden soziale, ökologische und ökonomische Nachhaltigkeit und fordern Frieden, Rechtsstaatlichkeit und eine unabhängige Justiz ein. Außerdem gelten sie universell und somit für Industrieländer, Schwellenländer und den globalen Süden gleichermaßen.

Im Gegensatz zu dem Anfang der 2000er-Jahre verbreiteten Pessimismus besteht Grund zur Hoffnung bei dem Weg zur Erreichung der SDGs, da die Vertreter aus den armen und reichen Ländern aus den Fehlern und Folgen einer schlechten Entwicklungshilfe gelernt haben und jetzt gemeinsame Ziele nennen, die von allen Ländern im Norden und Süden angestrebt werden.

Einige medizinische Projekte deutscher Gynäkologen

Innerhalb der DGGG bestehen bereits folgende Aktivitäten bzw. Kooperationen mit afrikanischen Ländern:

■ Äthiopien

Im Rahmen der AG Frauengesundheit in der Entwicklungszusammenarbeit (FIDE) bündeln sich seit vielen Jahren Kooperationen mit Kollegen in Äthiopien. Schon seit 2005 gibt es eine formale Kooperation mit der äthiopischen Gynäkologen-Gesellschaft ESOG unter der Schirmherrschaft der FIGO, damals noch mit Schwerpunkt Mutter-Kind-Gesundheit. Es ist eine Tradition geworden, sich gegenseitig zu den Jahrestagungen zu besuchen.

Mittlerweile ist auch die Aus- und Weiterbildung in den Mittelpunkt gerückt. Das Eichsfeld-Klinikum (Dr. Annegret Kiefer), die Klinik Eilenburg (Dr. Debru Addissae), das Klinikum Esslingen (Prof. Dr. Thorsten Kühn) und das Universitätsklinikum Halle (Prof. Dr. Christoph Thomssen, Dr. Tilmann Lantzsch und Dr. Eva Kantelhardt) wollen gemeinsam die gynäkologische Ausbildung und auch die Facharztausbildung in Äthiopien stärken. So waren seit 2010 mittlerweile über 100 äthiopische Facharzt- und Subspezialisierungskandidaten zu Hospitationen an den jeweiligen Institutionen.

Forschungszusammenarbeit zum Thema Onkologie in Afrika findet an der Universität Halle zusammen mit äthiopischen Kollegen, aber auch Kollegen im „Netzwerk afrikanischer Krebsregister“ mit 20 Ländern statt. Da Mamma- und Zervixkarzinom die häufigsten Karzinome in Afrika sind, ist das Thema zunehmend im Fokus der Gesundheitsministerien und Einrichtungen. Mittlerweile haben 23 deutsche Doktoranden ihre Daten in Afrika gesammelt, einige ihre Arbeit schon abgeschlossen. Auch sind nun sieben äthiopische Ph.D.-Kandidaten im Rahmen der Kooperation gefördert und bilateral betreut.

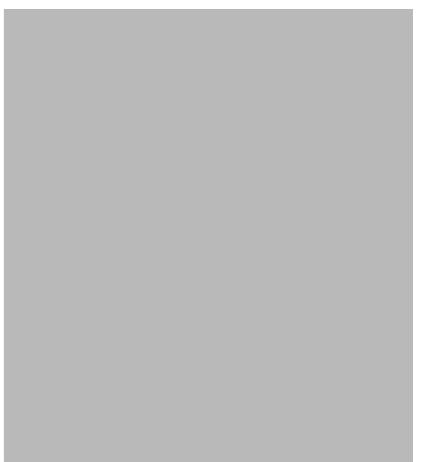
Diese spannenden und lebendigen Aktivitäten zeigen immer wieder, wie erfolgreich es ist, Kräfte auf allen Seiten zu bündeln, Synergien zu nutzen und wie viel man doch voneinander lernen kann.

Außerdem hat am Rand der Danakilwüste beim Volk der Afar die Menschenrechtsorganisation TARGET e.V. von Rüdiger Nehberg in Kooperation mit dem Berufsverband der Frauenärzte (BVF) eine Geburtshilfeklinik errichtet. Ziel des Projekts ist es, den an den Folgen von Genitalverstümmelung (female genital mutilation, FGM) leidenden Mädchen und Frauen medizinische Hilfe zu bringen. Die Früchte der Aufklärungsarbeit von Annette und Rüdiger Nehberg in diesem Bereich haben dazu geführt, dass die FGM bei den Afar eingestellt wurde.

Die Klinik wird von einem aus Syrien stammenden Gynäkologen und Facharzt für Geburtshilfe geleitet. Ehrenamtlich arbeitende deutsche Gynäkologen unterstützen ihn mit ihrem Freiwilligeneinsatz. Zusätzlich wird äthiopisches Personal rekrutiert, geschult und eingearbeitet.

Oft bringen die Gebärenden sogar ihre traditionelle Hebamme mit, sie begleitet dann gemeinsam mit den Ärzten die Geburt. Die Akzeptanz der Geburtshilfeklinik ist unter der Bevölkerung mittlerweile groß und das Ziel ist es, noch mehr äthiopisches Personal zu rekrutieren und zu schulen. Die Hitze, die karge Gegend und oft weit entfernt lebende Familien machen die Mitarbeitersuche jedoch schwierig. Die ehrenamtlich tätigen Gynäkologen aus Deutschland spielen

Anzeige



daher eine wichtige Rolle bei der Behandlung und Versorgung der Patienten in der Geburtshilfeklinik.

■ Burkina Faso

Auch wenn die dritte entwicklungspolitische Dekade von einigen Historikern als das verlorene Jahrzehnt bezeichnet wird, empfanden wir Entwicklungshelfer, die in den 1980er-Jahren in Burkina Faso unseren Dienst ableisteten, oft als Alternative zum Wehrdienst, dies als Jahrzehnt des Aufbruchs in eine neue Form der Entwicklungszusammenarbeit. Gerade in Burkina Faso wurde durch die Revolution von 1983 und die Politik von Thomas Sankara die Entwicklung besonders der ländlichen Regionen vorangetrieben. Thomas Sankara bekämpfte erfolgreich die zuvor bestehende Korruption, was sich programmatisch in dem neuen Namen Burkina Faso (Land des integren Menschen) für die ehemalige französische Kolonie Obervolta ausdrückte.

Das deutsch-burkinische Gesundheitsprojekt von DED/GTZ besaß lange Zeit Vorbildfunktion für andere vergleichbare Staaten in Afrika. Neben Gesundheitseinrichtungen zur Durchführung von „Primary Health Care“-Maßnahmen (Impfkampagnen, Schwangerenvorsorge, Gesundheitsaufklärung) wurden besonders in abgelegenen Regionen Centres médicaux mit angeschlossenen operativen

Einheiten von DED/GTZ unterstützt und von DED-Entwicklungshelfern geleitet. Einige Entwicklungshelfer blieben über ihre DED-Dienstzeit Burkina Faso verbunden und führten kleinere Projekte, Fortbildungen und Forschungsvorhaben zusammen mit burkinischen Partnern durch. Inzwischen haben einige burkinische Ärzte ihre Fachausbildung in Deutschland beendet und sind nach Burkina Faso zurückgekehrt. Es gibt einen regelmäßigen Austausch von Ärzten und Studenten, die gemeinsam operative Workshops (VVF, Deszensus-chirurgie) in Dori und in Ouagadougou durchführten (siehe dazu auch den Hospitationsbericht von Dr. Sabine Heim auf Seite 975).

■ Ghana

In Ghana unterstützten die German Rotary Volunteer Doctors (GRVD) zwölf Krankenhäuser mit Ärzten, medizinischem Fachpersonal und Ausrüstung. Ein Schwerpunkt dabei ist die Gynäkologie/Geburtshilfe. An verschiedenen Orten war es notwendig, die hygienischen Bedingungen durch neue Frauenkliniken und ausreichende Ausstattung zu verbessern. Der Schwerpunkt von GRVD liegt aber auf der Ausbildung. So wurden z. B. Hebammen geschult, mit neuen CTG-Geräten Komplikationen frühzeitig zu erkennen. Gynäkologen nahmen an Kolposkopie-Kursen teil, gleichzeitig bildeten sich Pathologen in Zytologie fort, so

dass Früherkennungsuntersuchungen möglich wurden. So oft wie möglich kommen Volunteers, um Ärzte wie auch Hebammen im Umgang mit der Ultraschalltechnik zu schulen. Einige Kollegen haben mithilfe von Volunteers vor Ort, aber auch an Kliniken in Deutschland die Laparoskopie-Technik erlernt, die jetzt insbesondere diagnostisch genutzt wird. Auch hierbei braucht es noch begleitende Unterstützung.

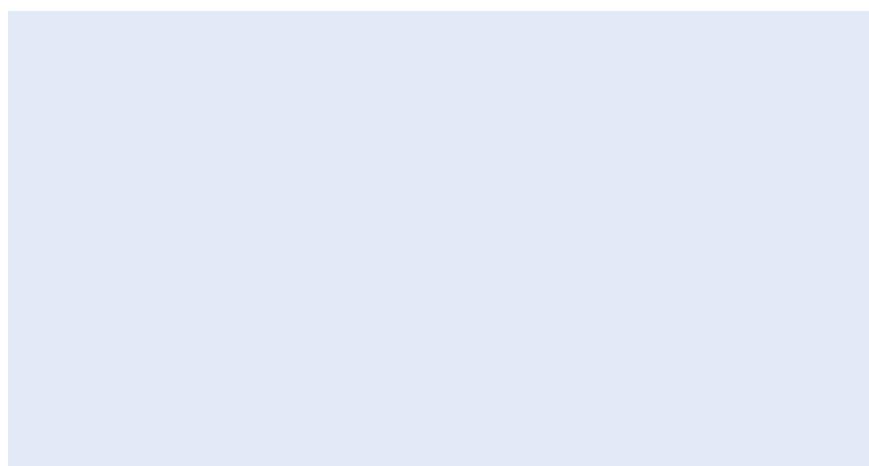
■ Guinea

Seit 2001 führt der Frankfurter Verein Mango e.V. OP-Kampagnen in Koolo Hinde (Präfektur Dabola) in Guinea durch. Das OP-Team setzt sich aus Gynäkologen, Chirurgen und Anästhesisten sowie ausgebildetem Pflegepersonal zusammen. Dr. Angelika M. Barth ist ständige Teilnehmerin dieser Kampagnen. Im Rahmen des nächsten Einsatzes ist eine Erweiterung der Zusammenarbeit mit dem Distriktkrankenhaus in Dabola geplant. Dabei wird unter anderem Frau Dr. Barth mit einer Hebammenfortbildung beginnen.

■ Tansania

In Daressalaam gibt es eine Rehabilitationsklinik, die über 500 Fisteloperationen pro Jahr durchführt. Auf Einladung der AGUB (Arbeitsgemeinschaft Urogynäkologie und Beckenbodenrekonstruktion e.V.) besuchten tansanische Kollegen den Europäischen Urogynäkologie-Kongress 2015 in Warschau, und 2016 hospitierte eine Delegation der AGUB bei einem Fistula-Workshop im CCBRT-Hospital in Daressalaam. Man beschloss, eine Tanzanian-German Organisation for Obstetrics and Gynaecology zu gründen, da sehr schnell klar war, dass man durch die sehr differenten Arbeitsbedingungen eine Menge voneinander lernen konnte. Es war in der Tat ein Treffen „auf Augenhöhe“. Dieses Jahr im Januar wurde die Gründung auf einem zweiten Treffen vollzogen, inzwischen wird diese Gesellschaft in die FIDE integriert. Weitere Aspekte ergeben sich dadurch, dass man durch

Anzeige



Hospitalisation in Tansania Praxis im Management von Komplikationen bekommen kann, die man hier nur selten zu Gesicht bekommt, wie z. B. Eklampsie.

Weitere jährliche Treffen sind geplant. Letztlich ist ein willkommener Nebenaspekt der Benefit für die Tourismusbranche in Tansania, denn die meisten Teilnehmer blieben nicht nur zum Kongress. Hierzulande ist zu wenig bekannt, dass Tansania nicht nur besonders schöne, interessante und tierreiche Reservate hat, sondern auch inzwischen sehr komfortable Lodges und eine gut organisierte Safaribranche.

Migrantenmedizin

2015 sind rund 890.000 Asylsuchende nach Deutschland gekommen – statt der bislang kalkulierten 1,1 Millionen. Mittlerweile sind nach Angaben des Bundesinnenministeriums 820.000 Flüchtlinge vollständig registriert. 2016 waren 210.000 Asylsuchende angekommen. Wie viele Personen zusätzlich zu den 890.000 unerkannt einreisten, sich nie bei einer Behörde meldeten und auch nie in eine Polizeikontrolle gerieten, weiß niemand.

Sicher ist, dass Migranten auch uns Ärzte herausfordern, sei es aufgrund uns wenig bekannter, mitgebrachter Erkrankungen oder aufgrund uns fremder Religionen und Traditionen. Bei der Bewältigung dieser durch die Migration entstandenen Probleme können wir ehemalige Entwicklungshelfer und Tropengynäkologen im Rahmen der DAEG (Deutsch-Afrikanische Freundschaftsgesellschaft in der Gynäkologie) viel zur Lösung beitragen.

Vor 30 Jahren, am 15. Oktober 1987, starb mit nur 37 Jahren der Präsident von Burkina Faso Thomas Sankara. Einer seiner politischen Schwerpunkte war die Verbesserung der Rolle der Frauen. Zu seiner Zeit verbot er als erster Präsident in Westafrika die Be-

schniedung von Frauen, verurteilte die Polygamie und propagierte Verhütungsmaßnahmen. Kurz nach Amttritt seiner Präsidentschaft setzte er ein bevölkerungsweites Impfprogramm in Bewegung, in der Hoffnung, Polio, Meningitis und Masern zu beseitigen. Innerhalb von zwei Wochen wurden 2 Millionen Burkina-Bewohner geimpft, was die WHO lobend kommentierte. Außerdem war die burkinische Regierung unter Thomas Sankara eine der ersten Regierungen in Afrika, die die AIDS-Epidemie öffentlich als ein großes Risiko für Afrika anerkannten.

Wir Entwicklungshelfer haben schon lange vor 2015 versucht, Fluchtsachen gar nicht erst aufkommen zu lassen, indem wir versuchten, Krankheiten vor Ort zu behandeln, Hebammen und Kollegen vor Ort auszubilden, um an Ort und Stelle einen kleinen, bescheidenen Beitrag zu leisten, Armut und Elend ein wenig zu lindern.

Afrikanische Politiker wie Thomas Sankara würden in ihren Ländern dafür sorgen, dass junge Männer und Frauen ihre Heimatländer nicht verlassen müssten. Andererseits würde Thomas Sankara nur wenig Verständnis für Männer aufbringen, die ihre Familien und Dörfer im Stich lassen, um in den reichen Ländern des Nordens ein bequemes Leben zu führen. Thomas Sankara war definitiv der Meinung, dass die Afrikaner selbst ihre sozialen und politischen Probleme in ihren Ländern lösen müssen. Flucht war für Sankara nie eine Alternative zum Kampf für ein besseres Leben der Armen und Unterdrückten.

Warum bedarf es einer deutsch-afrikanischen Gesellschaft in der DGGG?

Anfang Dezember 1994 wurde in Heidelberg die AG Frauengesundheit in der Entwicklungszusammenarbeit (FIDE) gegründet. Ein Ziel dieser AG der DGGG war die Entwicklung ange-

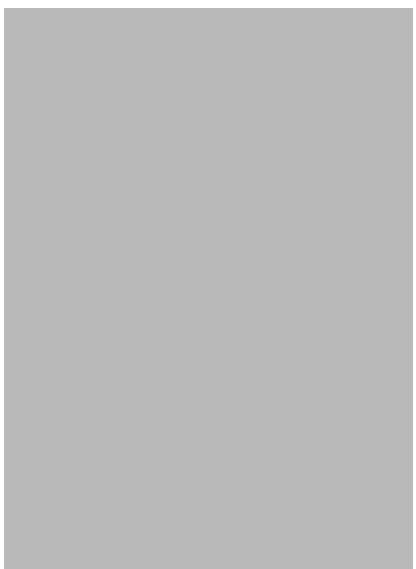
passter Methoden in Diagnostik und Therapie, die im ländlichen Raum von Entwicklungsländern angewandt werden konnten. Gemeinsam veröffentlichten wir 1994 unser Manual „Geburthilfe unter einfachen Bedingungen“.

Einige unserer Gründungsmitglieder, die selbst in den 1980er-Jahren als Entwicklungshelfer in Übersee gearbeitet hatten, bereiteten in Kursen an den Tropeninstituten in Hamburg, Heidelberg und Tübingen Ärzte und Hebammen für ihre Tätigkeit in Übersee vor. Außerdem betreuten wir eine große Anzahl von Medizinstudenten bei ihrer Promotion in afrikanischen Partnerländern. Im Literaturverzeichnis sind einige repräsentative Publikationen aus diesen Projekten aufgeführt.

Inzwischen entstand eine Vielzahl von Initiativen und Projekten deutscher Gynäkologen mit zahlreichen afrikanischen Fachkollegen in zahlreichen Ländern Afrikas. Die Beispiele aus Äthiopien, Burkina Faso, Ghana, Guinea und Tansania zeigen die Vielfalt und die Unterschiede zwischen den verschiedenen Projekten auf.

Daraus haben die einzelnen Gruppen unterschiedliche Erfahrungen gewonnen, die es auszutauschen gilt.

Anzeige



Die 8 Millenniumsziele (MDG) der Vereinten Nationen



Die 8 Millenniumsziele (Ziel 5: Verbesserung der Gesundheitsversorgung der Mütter). In den Entwicklungsländern stirbt eine von 48 Frauen bei der Entbindung. (Quelle: NOEXCUSE 2015 Deutsche Millenniumskampagne)

Wir wollen z. B. Klinikpartnerschaften zwischen Deutschland und Afrika unterstützen und falls erwünscht auch beraten. Doch zur Priorisierung weiterer Pläne sei in der Abbildung nochmals auf die acht Millenniumsziele der Vereinten Nationen hingewiesen: Wir wissen, dass MDG 5 (Senkung der mütterlichen Mortalität zwischen 1990 und 2015 um drei Viertel) noch nicht in allen afrikanischen Ländern erreicht ist. Wir wissen um die Begrenztheit von finanziellen Ressourcen im Bereich des Gesundheitswesens. Wir wissen um die Notwendigkeit, sein Wissen zu erweitern, aber wir kennen auch die hohen Kosten von Kongressbesuchen und die Verschwendungen von

Zeit, Geld und Konzentration in der humanitären Hilfe und Entwicklungshilfe.

Wir wissen auch, dass zum Erreichen der geburtshilflichen und allgemein-medizinischen Ziele (MDG 4, 5 und 6) auch die anderen Ziele beachtet und erreicht werden müssen.

Wer meint, dass sich Ärzte mit diesen politischen und sozialen Zielen der Vereinten Nationen nicht beschäftigen müssen, sei an den Satz von Rudolf Virchow (1821–1902) erinnert: „Die Ärzte sind die natürlichen Anwälte der Armen und die soziale Frage fällt zu einem erheblichen Teil in ihre Jurisdiktion“.

Sie engagieren sich in der Entwicklungszusammenarbeit? Dann kommen Sie am 1./2. Dezember 2017 nach Bruchsal!

Wir wollen uns am ersten Dezemberwochenende 2017 in Bruchsal treffen, um gemeinsam die angesprochenen Fragen zu erörtern und Thesen für eine deutsch-afrikanische Zusammenarbeit aufzustellen. Dazu sind alle interessierten Gynäkologen, die auch Projekte in Afrika durchführen, herzlich eingeladen! Mehr dazu über das Sekretariat der Frauenklinik Bruchsal, Tel. 07251 708-57351 und www.menschenfuerfrauen.de

Literatur

Bei den Autoren oder in der Online-Version des Beitrags unter www.frauenarzt.de



Für die Autoren

Prof. Dr. med. Jürgen Wacker
Fürst-Stirum-Klinik Bruchsal
Frauenklinik
Gutleutstraße 1-14
76646 Bruchsal
juergen.wacker@kliniken-lk.de

Literatur

zum Beitrag „Deutsche Gynäkologen in Afrika: Handfeste Taten statt hohler Worte“, FRAUENARZT 11/2017

1. Büschel H: Geschichte der Entwicklungspolitik; Version 1.0 in Docupedia-Zeitschichte, 11.02.2010.
2. Fanon F: Die Verdammten dieser Erde. Frankfurt a. M. 2008 (französisch 1961).
3. Hauff V (Hrsg.): Unsere gemeinsame Zukunft. Der Brundtland-Bericht der Weltkommission für Umwelt und Entwicklung. Greven 1987.
4. Heim S: Bitte helfen Sie uns! Erfahrungsbericht zu einer Hospitalisation in gynäkologischen Abteilungen in Ouagadougou, Burkina Faso. Frauenarzt 2017; 58: 975–8.
5. Hoestermann C et al.: Maternal mortality in the main referral hospital in The Gambia, West Africa. Trop Med Int Health 1996; 1(5): 710–7.
6. Jüttner D (Brot für die Welt): Die Sustainable Development Goals – 17 neue Ziele für eine nachhaltige Entwicklung. Brot für die Welt – Aktuell Nr. 51; Februar 2016.
7. Kabou A: Weder arm noch ohnmächtig. Eine Streitschrift gegen schwarze Eliten und weiße Helfer. Basel 2001.
8. Pearson LB: Der Pearson-Bericht. Be standsaufnahme der Kommission für Internationale Entwicklung. Wien 1969.
9. Lobenstein C: Hohle Worte. Die ZEIT, 17.08.2017, Nr. 34.
10. Meiler O: Wo sind sie? – Plötzlich kommen viel weniger Flüchtlinge als früher in Südtalien an. Süddeutsche Zeitung, 16.08.2017, Nr 187.
11. Moyo D: Dead aid: Why aid is not working and how there is a better way for Africa. Oxford 2009.
12. Neubert D: Weg mit der Entwicklungshilfe! Die provokanten Thesen des kenianischen Publizisten James Shikwati. Le Monde Diplomatique 5 (2009), S. 20–25, hier S. 22.
13. Nuscheler F (Hrsg.): Entwicklung und Frieden im 21. Jahrhundert. Zur Wirkungsgeschichte des Brandt-Berichts. Bonn 2000.
14. Rahnema M, Bawtree V (Hrsg.): The Post-Development Reader. London 1997.
15. Rapp JP, Ziegler J: Burkina Faso – eine Hoffnung für Afrika? Gespräch mit Thomas Sankara. Zürich 1987, ISBN 3-85869-043-0.
16. Falola T, Heaton MM (Hrsg.): HIV/AIDS, illness, and African well-being. University Rochester Press, 2007, S. 290. ISBN 1-58046-240-5.
17. Wacker J, Baldé MD, Bastert G: Geburts hilfe unter einfachen Bedingungen. Springer-Verlag, Heidelberg 1994.
18. Wacker J et al.: Seasonal change in the incidence of preeclampsia in Zimbabwe. Acta Obstet Gynecol Scand 1998; 77: 712–6.
19. Wacker J et al.: Introduction of a simplified round partogramm in rural maternity units: Seno province, Burkina Faso, West-Africa. Tropical Doctor 1998; 28: 146–52.
20. Wacker J, Ünkels R, Dehne KL: Training birth attendants in the detection of pre-eclampsia/eclampsia. Int J Gynecol Obstet 1998; 62: 287–8.
21. Wacker J et al.: Riboflavin deficiency and preeclampsia. Obstet Gynecol 2000; 96: 37–44.
22. Wacker J et al.: Obstetrics unplugged. 2. Aufl. Regionalverlag Ubstadt-Weiher 2005.
23. Wacker J et al.: Vesikovaginale Fisteln. Gynäkol Prax 2009; 33: 679–94.
24. Wacker J et al.: Female genital mutilation and female genital schistosomiasis bourowel, the worm: Traditional belief or medical explantation for a cruel practice? Midwifery 2013; e73– e77.
25. Ziegler J: Der Sieg der Besiegten – Unterdrückung und kultureller Widerstand. Peter Hammer Verlag, Wuppertal 1989.
26. Zida A et al.: Epidemiological and clinical aspects of urogenital schistosomiasis in women, in Burkina Faso, West Africa. Infectious Diseases of Poverty 2016; 5: 81.