

Youth on the world

### **Workshop Armut und Gesundheit**

Am 2.6. 08, 10-13 Uhr in der Stadtbibliothek Bremen

Mit Sven Voigtländer, Uni Bielefeld, und Harchil Hagmou, Uni Göttingen

Leitung: Heidrun Schmitt, VePIK e.V.

In Kooperation mit der Heinrich-Böll-Stiftung Bremen

Wir begannen mit einer Präsentation zum Zusammenhang zwischen Armut und Gesundheit von Sven Voigtländer, Mitarbeiter der Universität Bielefeld, Gesundheitswissenschaften:

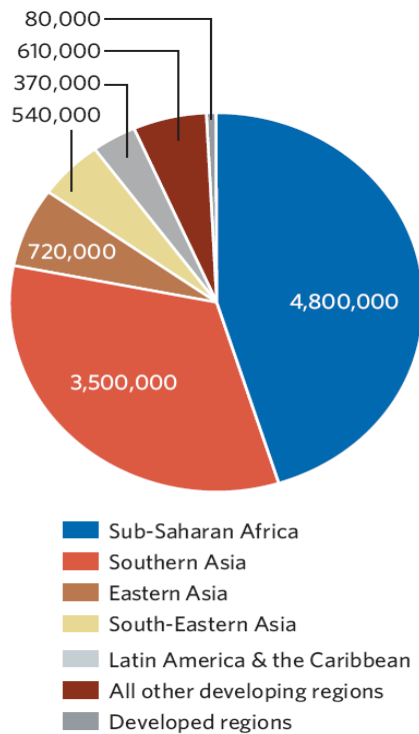
Der Zusammenhang zwischen Armut und Gesundheit ist deutlich – und ist ein Teufelskreis: Ursache für Krankheit ist Armut. Krankheit bewirkt Armut. Dementsprechend ist es dringend notwendig, Gesundheit als ein übergreifendes Phänomen zu betrachten – und Armuts- statt Krankheitsbekämpfung . Dies vor dem Hintergrund, daß die MDGs bei weitem nicht erreicht sind. Notwendig ist der Zugang zu Gesundheit für alle, eine global health policy, so daß alle die gleiche Chance haben, gesund zu sein.

#### Gesundheitliche Unterschiede in der Welt

Land	Lebenserwartung in Jahren	
	2000-2005	1970-1975
Japan	81.9	73.3
Deutschland	78.7	71.0
Costa Rica	78.1	67.9
USA	77.3	71.5
Kuba	77.2	70.7
China	71.5	63.2
Indien	63.1	50.3
Zambia	37.4	50.2
Zimbabwe	37.2	55.6
Botswana	36.6	56.1

Festzustellen ist das Sinken der Lebenserwartung in afrikanischen Ländern. Insbesondere die Kindersterblichkeit wird als stille Katastrophe bezeichnet – und ist gut nach außen darstellbar (Mitleid, Aufmerksamkeit etc.).

Die Bill & Melissa Gates Foundation gibt ca. 1 Milliarde US-\$ pro Jahr für Gesundheit aus (entspricht dem Budget der WHO), Weltgemeinschaft 11 Milliarden, benötigt würden 25-70 Milliarden. Der Fokus lag bisher auf Malaria, Tuberkulose und HIV, jetzt auch auf Impfungen. Die private Stiftung ist damit bestimmend für die Weltgesundheitspolitik.



Number of deaths among children under age five, 2003

---

### Was hilft?

1. Vertikale, technische Lösungen: Beispiel Impfungen: Wunderwaffe?
2. Woran sterben die Kinder? - Keine Medizin oder kein Gesundheitssystem? Armut und Krankheit
3. Gleicher Zugang aller zu Gesundheit: Gesundheit als Global Public Good

### 1. Wunderwaffe Impfstoff?

Am Beispiel der Polio-Impfung wurde deutlich gemacht, daß Impfung allein keine Lösung birngt: Zwar ist der Poliovirus flächendecken eingedämmt, jedoch zeigen Untersuchungen, daß die Massenimpfungen folgende „Nebenwirkungen“ haben:

- Gesundheitsposten haben keinen Impfstoff
- Personal propagiert nur noch Polio-Impfung, andere werden vernachlässigt
- Mütter sind demotiviert, weil sie nur über Polio informiert werden
- Die Masern-Impfabdeckung sinkt um 25% (Bsp. Meerut-District)

### 2. Woran sterben Kinder?

- Weltweit 10,8 Mio. kindliche Todesfälle pro Jahr
- 50% davon auf 6 Länder konzentriert (6 Länder mit der höchsten Sterblichkeit (Indien, Nigeria, China, Pakistan, DR Kongo, Äthiopien)
- Afrika südlich der Sahara: 29 Mal so hohe Sterblichkeit wie in Europa
- Wichtige Todesursachen: Diarrhö, Pneumonie, neonatale Ursachen, Malaria, AIDS

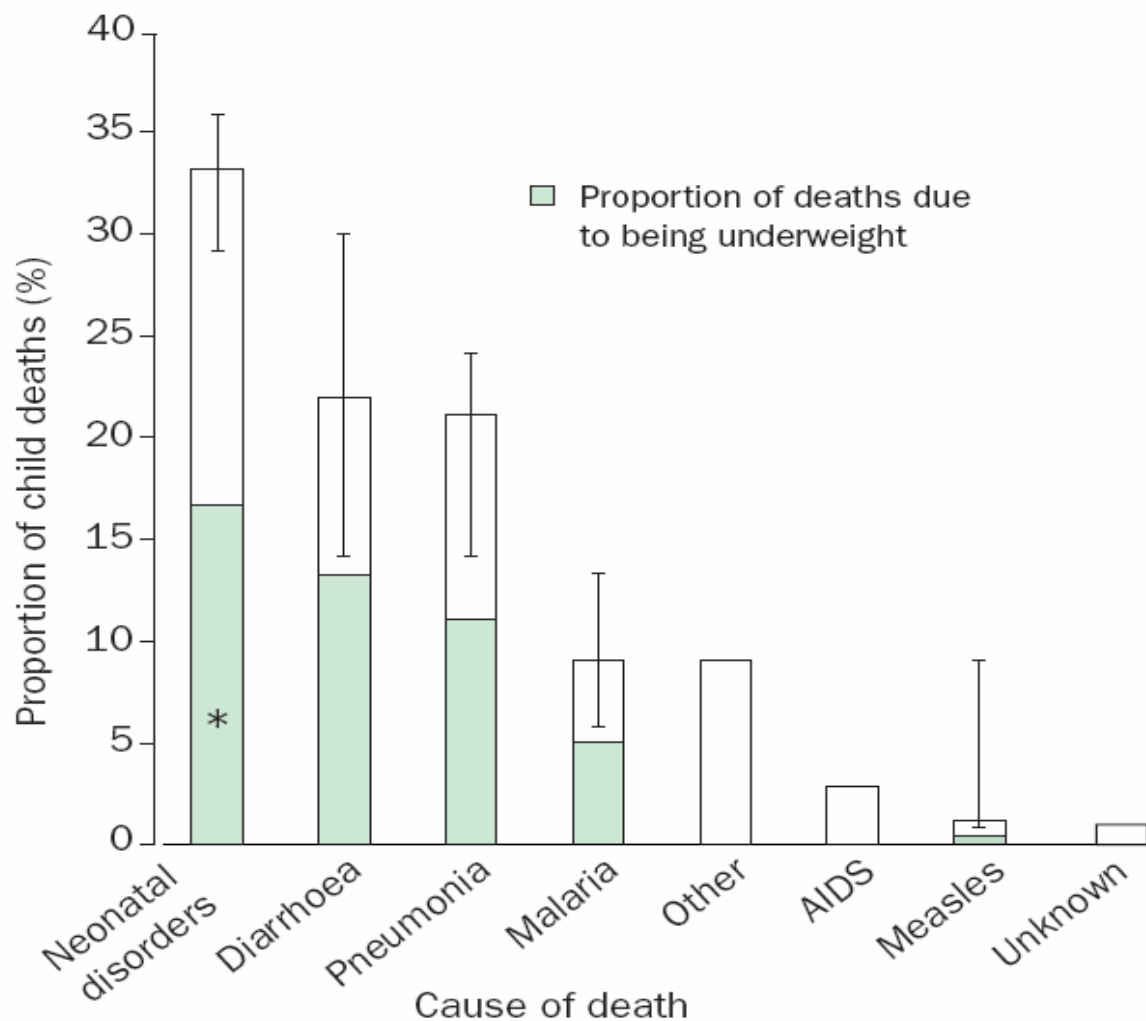


Figure 3: **Distribution of global child deaths by cause**

Bars=uncertainty bounds. \*Work in progress to establish the cause-specific contribution of being underweight to neonatal deaths.

- 60% der Todesfälle vermeidbar
- Wirksame Interventionen vorhanden! Z.B. einfache Zucker-Salz-Lösung

Das Ursache für die Kindersterblichkeit ist v.a. in der Armut zu suchen: keine hygienischen Verhältnisse; kein Zugang zu medizinischer Versorgung, Medikamente zu teuer: Die Armut macht krank.

- Weltweit leben 1 Mrd. Menschen von 1 US\$/Tag und insgesamt 2,7 Mrd. Menschen leben von weniger als 2 \$ pro Tag, was einen Anstieg von 10% seit 1987 entspricht
- Die Kombination Infektionskrankheit + Unterernährung erhöhen das Gesundheitsrisiko und die Sterblichkeit
- Das Risiko steigt mit der *Schwere* der Unterernährung
- Fehlende soziale Sicherung →

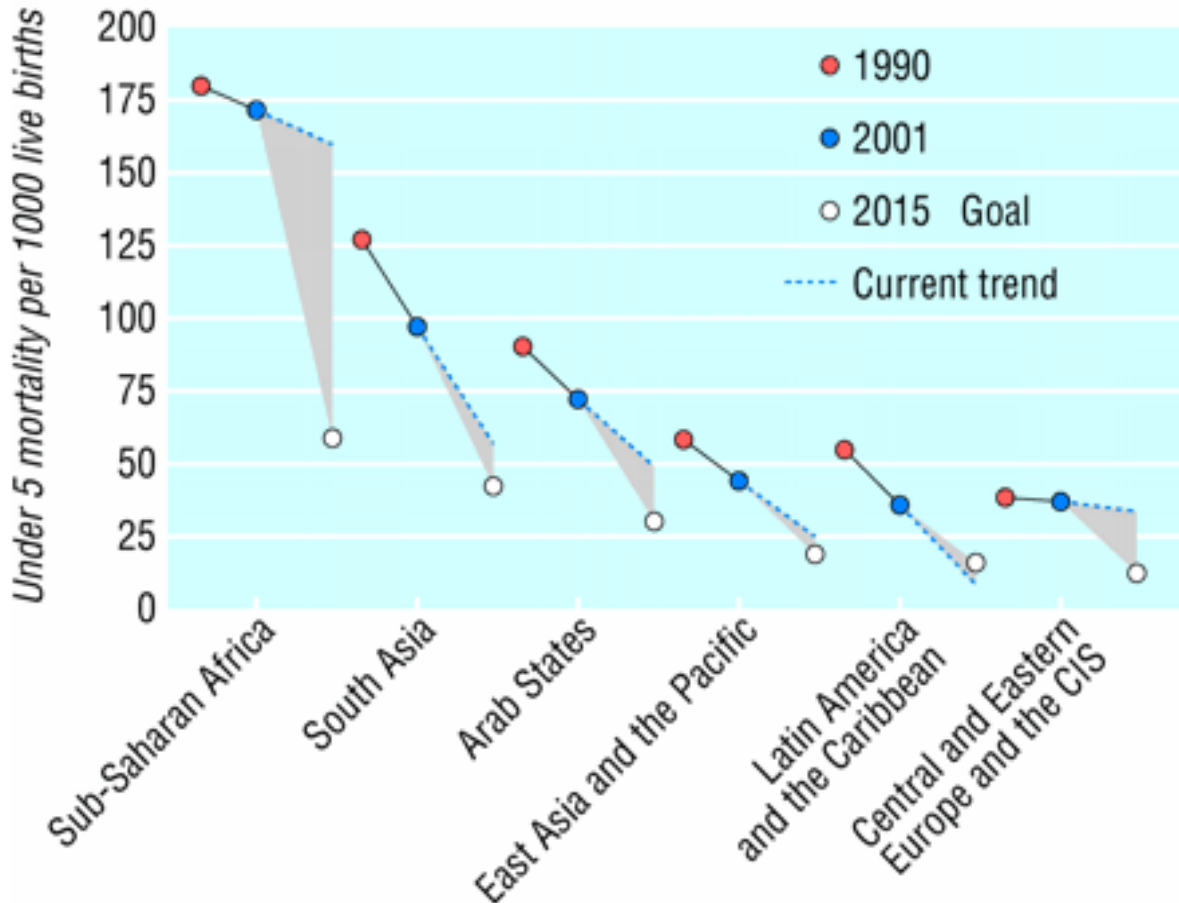
Das führt dazu, daß **Krankheit arm macht**.

Die MDGs, *Millennium Development Goals*, 2000-2015, verfolgen diese Ziele:

1. Bekämpfung von extremer Armut und Hunger
2. Primärschulbildung für alle
3. Stärkung der Rolle der Frauen
4. Senkung der Kindersterblichkeit (um 2/3)

5. Verbesserung der Gesundheit von Müttern
6. Bekämpfung von HIV/AIDS, Malaria u.a.
7. Ökologische Nachhaltigkeit
8. Aufbau einer globalen Entwicklungspartnerschaft

Die Ziele sind bei weitem nicht erreicht.



### 3. Gleicher Zugang aller:

Es ist notwendig, in Gesundheitssysteme zu investieren, mit universellem Zugang, gerechter Gesundheitsfinanzierung und Vermeidung von Parallelstrukturen.

Dieser Aspekt gehört auch zur good governance. So steuert z.B. die Bhagwati tax dazu bei, daß die Ausbildungskosten für Krankenhelfer im Ausland durch das Land getragen werden, Unternehmen sollen zuzahlen, so daß die interne Ausbildung gefördert wird.

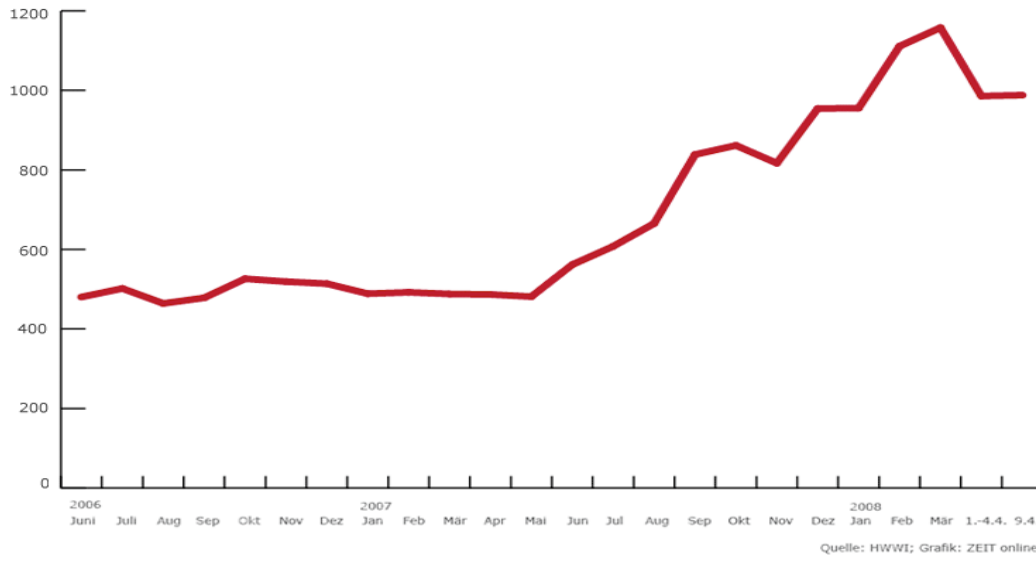
Alle Politikfelder sind mit Gesundheit verflochten das zeigt z.B. die Verdopplung der Preise für Grundnahrungsmittel, was wiederum arm – und damit krank macht. Indien hat nun Exportstopp veranlaßt, was eine Preissenkung im Inland bewirkt; die Unternehmen werden dafür vom Staat subventioniert.

## Aktuelles Beispiel: Die Nahrungsmittelkrise

### WEIZEN

US hard red winter, erstnotierter Monat

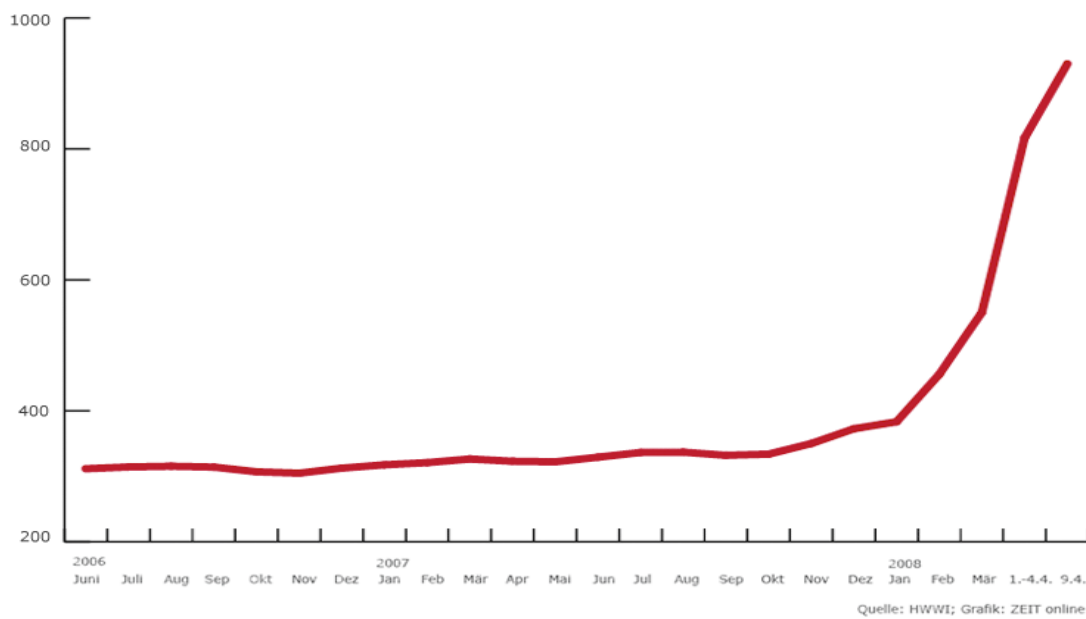
Monatsdurchschnitte der Preise im HWWI-Index, in US-Dollar



### REIS

Thailändisch, weiß, Langkorn, 100% B Grade, fob

Monatsdurchschnitte der Preise im HWWI-Index, in US-Dollar





Zeit, 17.4.2008, S.21: „Schon Ende 2007 konnten sich 880 Mio. Menschen nicht genug Essen kaufen.“ und schon vor der Preiskrise hungerten 800 Mio. Menschen

### Ursachen der Nahrungsmittelkrise

- Vermehrte Nutzung landwirtschaftlicher Flächen zur (subventionierten) Herstellung von Bio-Kraftstoffen (Treiber: hoher Ölpreis, Klimawandel; in den USA, dem größten Maisproduzenten der Welt, landet ein Drittel der jährlichen Maisproduktion in subventionierten Spritfabriken; Ziel der EU-Kommission bis 2020: Mitgliedsstaaten sollen mind. 10% des Treibstoffs aus Energiepflanzen gewinnen)
- Klimawandel: Zunahme von Dürren, Fluten und Schädlingsepidemien
- Fehlende Investitionen in den Agrarsektor der Entwicklungsländer in der Vergangenheit
- Historische Entwicklung vieler Länder vom Selbstversorger zum Importeur (Anstieg globaler Abhängigkeit)
- Verknappung der Grundnahrungsmittelproduktion

Zusätzlich:

- Spekulation an Warenterminbörsen („Futures“) für Rohstoffe durch Investmentfonds und Kleinanleger (vorher Farmer und Silobetreiber)
  - Problem: Kuchen der landwirtschaftlichen Produktion zu klein (Ursachen sind angebots-, vor allem aber nachfragebedingt)
  - Hoher Ölpreis
    - höhere Transportkosten sowie Kosten zur Herstellung von Dünger → Exporteure beschränken Ausfuhren → Spekulation
    - Vermehrte Nutzung landwirtschaftlicher Flächen zur (subventionierten) Herstellung von Bio-Kraftstoffen → Verknappung landwirtschaftlicher Flächen zur Herstellung von Nahrungsmitteln
  - Klimawandel: Dürre, Fluten, Schädlingsepidemien → Missernten?
  - Spekulationen an Warenterminbörsen?
  - In der Vergangenheit fehlende Investitionen in den Agrarsektor von Entwicklungsländern
  - Marktmechanismen: höhere Margen
  - Weltweit gestiegener Fleischverzehr: Gestiegener Getreidebedarf als Futtermittel
  - Historische Entwicklung vieler Länder vom Selbstversorger zum Exporteur (Eritrea z.B. importiert 87% seines Getreidebedarfs)
    - Umwidmung landwirtschaftlicher Flächen
    - Weniger Entwicklungshilfe für Landwirte, Stoppen von Landreformen
    - Wenige hochproduktive und spezialisierte Exportländer
    - Anbau von Produkten mit höheren Margen (z.B. Gemüse, Schnittblumen)
- Gleichzeitiger Anstieg globaler Abhängigkeit

### **Zukünftige Entwicklungen:**

- Weiterhin kontinuierliches Bevölkerungswachstum (9 Mrd. in 2040)
- Höherer Bedarf an Nahrungsmitteln, aber auch höherer Verbrauch von Kohle, Öl, Gas
- Höhere CO<sub>2</sub>-Emm. und höhere Temperaturen
- Viele Pflanzen können unter diesen Bedingungen nicht existieren (technischer Fortschritt, z.B. überschwemmungsresistenter Reis, Reis auf salzhaltigen Böden)
- Wasser?
- Verdrängung des Nahrungsanbau durch Energiepflanzen
- Auswirkungen: höhere Nahrungsmittelpreise (gleichzeitig auch ein Anreiz für Produzenten)  
→ Verteilungseffekte (bestimmte Nachfrager können sich diese nicht leisten)

Die Diskussion zeigte große Betroffenheit, was können die Regierungen tun, was die Bevölkerung? Zunächst wurde deutlich, daß durchaus (s. Indien) Handlungsmöglichkeiten vorhanden sind. Die aktuelle Diskussion über mehr Gentech, mehr EZ im Agrarbereich zeigt eine einseitige Betrachtungsweise: Auch der Westen kann Verhalten ändern, z.B. indem auf Fleisch verzichtet wird. In Kenia zeigt ein Projekt, daß lokale Nahrungsmittel erfolgreich wieder „schmackhaft“ gemacht wurden, wo die Städter westliche Nahrungsmittel bevorzugten. Die EU-Subventionen für Getreide etc. müssen gestoppt werden; ebenso die Patentierungen von Keimgut, traditionellen Heilpflanzen (Bsp. hungerstille Pflanze in Afrika, die nun als Appetitzügler im Westen vermarktet wird). Ziel muß die Schaffung regionaler Märkte sein und damit eine gewisse Unabhängigkeit vom Weltmarkt. Kamerun z.B. ist ein Land, das reich an Agrarprodukten ist – der Export führt jedoch dazu, daß a) Nahrungsmittel billig verkauft werden (was nicht dem Aufwand entspricht wegen fehlender kostensenkender Infrastruktur und b) Nahrungsmittel teuer reimportiert werden. Ebenso wurde angeregt diskutiert über TRIPS etc., die Frage von Entdeckungen und Erfindungen sowie der Verbot von Generika und die Macht der Pharmakonzerne Neben der individuellen Handlungsmöglichkeit wurde auch hier ein systemisches Umdenken eingefordert.

Nach diesem präzisen Einblick in globale Gesundheit(spolitik) wurde der Fokus auf Kamerun gerichtet (Harchil Hagmou):

### **1- Kamerun: Allgemeine Informationen**

#### **Armut:**

.Einkommensarmut: Bruttoinlandsprodukt 2007: 42,48Mrd US\$; Bruttoinlandsprodukt Pro Einwohner in 2007: ca. 2370 US \$ ( Deutschland 34180 US \$) Das Bruttoinlandsprodukt (BIP) des Landes wird erwirtschaftet : zu rund 44 % von der Landwirtschaft, zu 15% vom sekundären Sektor und zu etwa einem Drittel vom tertiären Sektor. Rund 60% der Erwerbstätigen sind in der Landwirtschaft tätig.

.Armutslinie: Rund 17 % der Bevölkerung haben weniger als einen US\$ pro Tag zur Verfügung. Rund 50 % der Bevölkerung müssen mit weniger als zwei US\$ pro Tag auskommen. Das Armutsgefälle zwischen Stadt und Land und auch zwischen verschiedenen Regionen ist hoch.

.Das durchschnittliche Jahreseinkommen pro Einwohner liegt bei etwa 780 Euro (2002: 500 Euro). Die Zahlen sind nur Annäherung, da die Lebenshaltungskosten von Ort zu Ort sehr unterschiedlich sind.

• Ganz konkret kann die Arbeitslosigkeit in Kamerun nicht erfasst werden. Sie lag im Jahr 1992 bei durchschnittlich 25 % der Bevölkerung. Auch diese Angaben sind approximativ, weil es kein Einwohnermeldeamt gibt.

• Die Inflation wuchs von 1,9 % in 2005 auf 5,4 % in 2006.

-Bevölkerung und Armut:

.Bevölkerung aktuell: 18,1 Mio; Geburten pro 1000 Einwohner 37; Todesfälle pro 1000 Einwohner: 14; Bevölkerungsprojektion: 2025: 25,4Mio; 2050: 34,9Mio

.Bevölkerungsanteil nach Alter: 42 Prozent sind jünger als 15 Jahre und nur 3 Prozent sind älter als 65 Jahre.

.53 % der Bevölkerung lebt in Städten : Promiskuität

#### **Gesundheit:**

.Theorie des demographischen Übergangs: Lebenserwartung bei der Geburt: gesamt: 50 Jahre (Männer 50, Frauen 51)

.Säuglingssterblichkeit: 74 pro 1000, also im „typischen“ Bereich von „wenig entwickelten Ländern“  
.Anteil der HIV infizierten Erwachsenen 2005/2006: 5,4 Prozent

• Zwischen 1992 und 2000 lag der Anteil der Staatsausgaben für das Gesundheitswesen bei 3%, für das Bildungswesen bei 12% und für das Militär bei 10%.

-Informationen für das Jahr 2001:

.Im 2001 gab es nur circa einen Arzt pro 9000 Einwohner und 1 Krankenpfleger pro 2000 Einwohner im Durchschnitt.

.Nur 60% der Kameruner hatten sich im Jahr 2001 untersuchen lassen.

.In 2001 fühlten sich die ärmsten 20% der Kameruner weniger krank als die anderen.

.Verhütung gegen AIDS: Im 1998 gab eine Frau von fünf, dass sie vorbeugende Maßnahmen gegen AIDS benutzt, im 2001 waren es 2 von 5. Die üblichen Methoden waren und sind periodische Enthaltensamkeit und dann Kondome.

.Krankheiten: für die gefährlichen Kinderkrankheiten Tuberkulose, Tetanus, Masern, nur 55% der Kinder von 12 bis 23 Monaten haben eine Impfung dagegen bekommen.

.In 2001 musste ein Kameruner durchschnittlich circa 4 Km von zuhause zu einem Krankenhaus laufen/fahren. (ca. 1 Km im städtischen und 5 Km in ländlichen Gegenden).

.Durchschnittlich musste man circa 680 FCFA in 2001 in Kamerun ausgeben für eine ärztliche Untersuchung. Das ist ca. 200 FCFA mehr als die Armutsgrenze (1US\$ = 400 FCFA)

### **Kinder, Frauen, Medizin:**

Die Investition in Kinder ist in Kamerun wichtig. Kinder sind eine Investition in die Zukunft, kein Konsum oder Luxus (wie im Westen). Gleichzeitig stehen sie als Symbol für Reichtum und Anerkennung. Auf der einen Seite können und sollen sie die Familie ernähren, sind also eine Einkommensquelle (der erste Sohn muß meist alle versorgen); auf der anderen Seite muß für sie als Kinder erst Geld ausgegeben werden. Je mehr Kinder (also je größer die Familie), desto weniger Ressourcen braucht man für jedes einzelne Mitglied, dennoch hat jedes Mitglied infolgedessen weniger Ressourcen zur Verfügung als ein Mitglied einer kleinen Familie. Hinzu kommen die direkte Kosten für die Kinder (Schulbildung, Bekleidung, Gesundheit...). Kinder können also als ein Armutsfaktor betrachtet werden. Jungen sind dabei deutlich beliebter, denn::

--Jungen haben später höhere Arbeits- und Verdienstmöglichkeit (gesellschaftlich bedingt)

--Jungen haben eine größere Kontrolle über ihr Verdienst als Mädchen, denn in Haushalt hat meistens der Mann das Sagen, und damit die Familie des Mannes mehr Einfluß.

--Der Brautpreis ist eine „Ablösesumme“ für die Braut als Arbeitskraft (anders als die Mitgift z.B. in Indien).

Der Familie stellt sich bzgl. Ihrer Kinder die Frage nach dem Wert der Investition: Oft stehen die Eltern vor schwierigen Entscheidungen, weil ihr sehr geringer Verdienst ihnen kaum Spielraum läßt. „Sollen wir jetzt in die Bekleidung der Kinder investieren und dafür weniger in das Essen oder in die Schule? Das Kind ist krank: sollen wir noch ein bisschen warten? Oder erst mal zum Heilpraktiker gehen? Und dann wenn es gar nicht mehr geht zum Krankenhaus?“

Frauen sind von Armut besonders betroffen, dies zum einen, weil ihnen der Zugang zu Bildung häufig verwehrt bleibt; weil sie für den Haushalt verantwortlich sind und nicht eigenes Geld verdienen dürfen; weil sie keine gute gesundheitliche Versorgung erhalten (mann entscheidet über die Ausgaben). Frauen gelten nach wie vor meist als diejenigen, die den Haushalt managen müssen, dem Mann den Rücken freihalten und viele Kinder gebären. Junge Mütter, Frauen mit Kindern ohne Mann, sind von der Gesellschaft häufig geächtet und dürfen z.B. nicht in die Schule.

Chronische Unterernährung (schlechtere Zufuhr von Nahrungsmittel, über längere Zeit) ist weiter verbreitet im ganzen Land (dies führt zu einer höheren Krankheitsanfälligkeit von Kindern im Land). Kinder werden als Säuglinge als in einer Art Zwischenstadium zwischen Leben und Jenseits gesehen. Wenn sie älter werden, ist die Aufgabe der Familie häufig nicht sie zu unterstützen, sondern sie so schnell wie möglich der Familie dienlich zu machen; das hängt natürlich von der Familie, dem sozialen Stand etc. ab., ist jedoch ein häufig anzutreffendes Urteil.



Traditionelle Heiler werden häufig vorgezogen: diese liegt zum einen daran, daß der Weg oft kürzer (und damit günstiger) und die Behandlung preiswerter ist; zum anderen daran, daß der traditionelle Glaube an Geister und Vorfahren sehr verankert ist: Die Seele gilt als mit dem Körper verbunden. Hexerie ist ein häufiges Problem in Kamerun und wird oft als Ursache für Krankheiten angesehen. Schulmedizin wird häufig erst als letzter Schritt gewählt – und oftmals zu spät. (Junge Menschen haben oftmals eine andere Einstellung dazu, sind jedoch zerrissen zwischen „Aberglaube“ und moderner Medizin und nicht zuletzt unter dem Druck der Familie. Viele Kameruner sind gegen Hexerei geschützt (blindage). Hexen stammen aus der eigenen Familie (oft auch aus der Nachbarschaft, Freundschaft etc.) und haben mit dem Bösen paktiert: Als Preis müssen sie Familienmitglieder töten – dies betrifft v.a. erfolgreiche oder erfolgversprechende Mitglieder. In früheren Zeiten sorgte dies für eine gleiche Verteilung von Gütern – heute wird es als Bremse der Entwicklung diskutiert.)

### **Lösungsansätze für Armutsreduktion in armen Regionen**

-Verbesserung der Ausstattung

- a) Landreform
- b) Investition des Staates in Bildung und Gesundheit (freier Zugang zur Grundversorgung )
- c) Zugang zu Kapital (z.B: Mikrokredite)
- d) Parallele Investition (z.B. im Arbeitsmarkt)
- e) Fertilität senken

Gemeinsam diskutierten wir Lösungen bzgl. Armut und Gesundheit. Die drastische Lösung wäre, die Grenzen dicht zu machen und aus eigenen Mitteln zu gestalten und damit auch eine Abkehr von Europa-Idealen, die häufig nicht zweckmäßig sind. Eine Mischung aus Selbständigkeit und Offenheit wurde genannt: der sekundäre Sektor müsse gestärkt werden, um die Produktion zu steigern und organisiert zu nutzen. Die Politik müsse sich verändern (z.B. Einfuhr gefrorener Hühnchen und dadurch ausgelöste Krankheiten; Fischindustrie und leergefischtes Meer, fair trade statt günstigen Exporten). Die Geber müßten ihre Verantwortung an der Situation erkennen. Ein weiterer Punkt war die Investition in Infrastruktur, z.B. Einrichtung von health centern, ggf. in Verbindung mit traditioneller Medizin (wie z.B. in China). Ein letzter Punkt war die Bildung: Insbesondere die Bildung von Frauen wurde betont, denn sie zeigen sich verantwortlicher gegenüber Kindern: Sie überlegen, ob sie es sich leisten können, Kinder zu bekommen und ob diese dann ausreichend versorgt sind; sie setzen sich dafür ein, daß Kinder in die Schule gehen können. Hier wurde die Verbindung zu den Menschenrechten gemacht. Ein komplexes, vieldimensionales System, an dem alle gleichermaßen beteiligt sind: Politik, Wirtschaft, Gesellschaft, Individuen.