



- Editorial
- HAART-Programme zur Behandlung von Kindern mit HIV
- Der Zahnarzt und HIV/AIDS-Patienten
- Impfen und Impfprogramme
- Gesundheit und Ernährung
- Ernährung und HIV/AIDS
- PJ-Phase in der Pädiatrie in Kamerun
- Arzneimittelfälschungen – ein weltweites Phänomen
- Armut und Strategien der Armutsbekämpfung
- Ärzteprogramm: Erfahrungsberichte sowie HIV/AIDS-Online-Kurs
- Fachliteratur

Editorial

Seit 1987 führten die frühere DSE – später InWEnt – und die Abteilung Tropenhygiene und Öffentliches Gesundheitswesen der Universität Heidelberg (ATHOEG) im Auftrag des Bundesministeriums für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (BMZ) das Ärzteprogramm durch. Insgesamt wurden in dieser Zeit 3.432 Teilnehmer/innen aus Afrika, Asien und Lateinamerika gefördert. Davon sind 1.439 in ihre Heimatländer zurückgekehrt, 1.993 befinden sich noch in der Aus- und Fortbildung in Deutschland.

Im Laufe dieser Jahre haben sich die Rahmenbedingungen in den Partnerländern verändert, der Auf- bzw. Ausbau leistungsfähiger, breitenwirksamer und equitärer Gesundheitssysteme und der damit zusammenhängende Kapazitätsbedarf an Public-Health-Institutionen und Personal hat mehr Gewicht erhalten. Das Ärzteprogramm hat daher immer wieder neue Themenfelder aufgegriffen und das Programmangebot aktualisiert.

Um den erfolgten Änderungen in der Schwerpunktsetzung der deutschen Entwicklungszusammenarbeit gerecht zu werden und den Bedarf der Partnerländer mit den zur Verfügung stehenden Mitteln optimal abzudecken, beginnt für das Ärzteprogramm nun eine neue Phase: Ab 01. Juli 2005 führt der Deutsche Akademische Austausch Dienst (DAAD) das Programm im BMZ-Auftrag weiter. Im Mittelpunkt steht weiter-

hin die fachliche Vorbereitung der in Deutschland studierenden Human- und Zahnmediziner/innen aus Entwicklungsländern für einen adäquaten Einsatz in ihrem Heimatland. Hinzu kommt zum Beispiel die Begleitung bei der Rückkehr durch eine Hochschule im Heimatland.

InWEnt und ATHOEG blicken auf einen erfolgreichen Programmabschnitt und Jahre eines fruchtbaren Austauschs mit unseren zahlreichen Programmteilnehmern/innen zurück. Die Möglichkeit von Austausch und Networking soll auch weiterhin bestehen bleiben. Bereits in den Ausgaben 34 und 36 des Ärzte-Infos haben wir das Alumni-Programm von InWEnt vorgestellt. Ab August 2005 wird es auf der Online-Plattform Global Campus 21 ein Fachportal Gesundheit mit einem eigenen Bereich für die Alumni des Ärzteprogramms geben (www.gc21.de/alumni/gesundheit).

Wir freuen uns darauf, Sie dort wieder zu treffen!

Claudia Kornahrens

Leiterin der Abteilung
Gesundheit von InWEnt

Bonn/Heidelberg, Juni 2005

Dieter Hampel

Leiter des Ärzteprogramm-
teams Uni Heidelberg

Inhalt:

Editorial		PJ-Phase in der Pädiatrie in Kamerun	22
HAART-Programme zur Behandlung von Kindern mit HIV	1	Arzneimittelfälschungen – ein weltweites Phänomen	24
Der Zahnarzt und HIV/AIDS-Patienten	6	Armut und Strategien der Armutsbekämpfung	28
Impfen und Impfprogramme	10	Ärzteprogramm: Erfahrungsberichte sowie HIV/AIDS-Online-Kurs	40
Gesundheit und Ernährung	13	Fachliteratur	43
Ernährung und HIV/AIDS	17		

Fotos auf der Titelseite: Florian Neuhann/Helmut Görger

Dank moderner Arzneimittel und verbesserter Therapieformen besteht für Menschen aus Industriestaaten, die mit HIV und AIDS leben, begründete Hoffnung, dass sie nicht mehr zwangsläufig an ihrer Immunschwächekrankheit sterben müssen. Die Entwicklung von Arzneimitteln, die die Vermehrung von HI-Viren unterdrücken, sog. hochaktive antiretrovirale Therapie (HAART), wurde erfolgreich bei Erwachsenen und Kindern eingesetzt. Bisher erstreckten sich Forderungen HAART weltweit zur Verfügung zu stellen nur auf Erwachsene. Doch nach dem die Weltgesundheitsorganisation (WHO) im Dezember 2003 Richtlinien zur Behandlung von Kindern in Entwicklungsländern veröffentlicht hat, stellt sich ein neuer ethischer und politischer Imperativ. Auch Kinder mit HIV haben ein Grundrecht auf Behandlung. Doch mit Medikamenten allein ist es nicht getan!

Große Erfolge durch HAART

In Deutschland ist seit der konsequenten Einführung der Therapie die Anzahl der Menschen, die jährlich an AIDS sterben, von 2000 auf unter 300 zurückgegangen. Die Erfolge dieser sog. hochaktiven antiretroviralen Therapie (HAART) bei Erwachsenen haben Ärzte ermutigt, diese Arzneimittel auch zur Behandlung von Kindern mit HIV einzusetzen. Dabei mussten zunächst eine Reihe wissenschaftlicher Fragen geklärt werden, z. B. die Dosierung der Arzneimittel.

Besonderheiten bei Kindern

Bei der Therapie von Kindern mit HIV sind eine Reihe von Besonderheiten zu beachten. Sie hängen z. B. mit dem Krankheitsverlauf der HIV-Infektion bei Kindern zusammen. Im Gegensatz zu Erwachsenen trifft das HI-Virus bei Kindern auf ein sich entwickelndes Immunsystem. Es kann deshalb nicht in ähnlicher Weise seine krank machende Wirkung entfalten. Dies führt zu sehr unterschiedlichen Verläufen und einer großen Unsicherheit bei der Prognose. Ein Teil der Kinder stirbt innerhalb von 24 Monaten an einer HIV-Infektion. Bei einer anderen Gruppe findet man dagegen einen chronischen Verlauf, der sich über viele Jahre hinziehen kann. Weitere Besonderheiten betreffen die Wirksamkeit oder die Dosierung der Arzneimittel, die Wechselwirkung mit anderen Medikamenten oder die langfristigen Nebenwirkungen.

WHO macht den Weg frei für die Behandlung von Kindern

Seit Dezember 2003 hat die Weltgesundheitsorganisation (WHO) Empfehlungen veröffentlicht, wie Kinder in ressourcenarmen Ländern, die mit HIV/ AIDS leben Zugang zu der hochaktiven antiretroviralen Therapie bekommen sollten. Die Empfehlungen beruhen auf Pilotstudien in Afrika, Asien und Lateinamerika, die die Machbarkeit und den Erfolg der Behandlung unter Beweis gestellt haben. Durch Vereinfachung und Standardisierung der Therapie, durch klare Richtlinien zur Diagnose von HIV bei Kindern und durch Empfehlungen für die

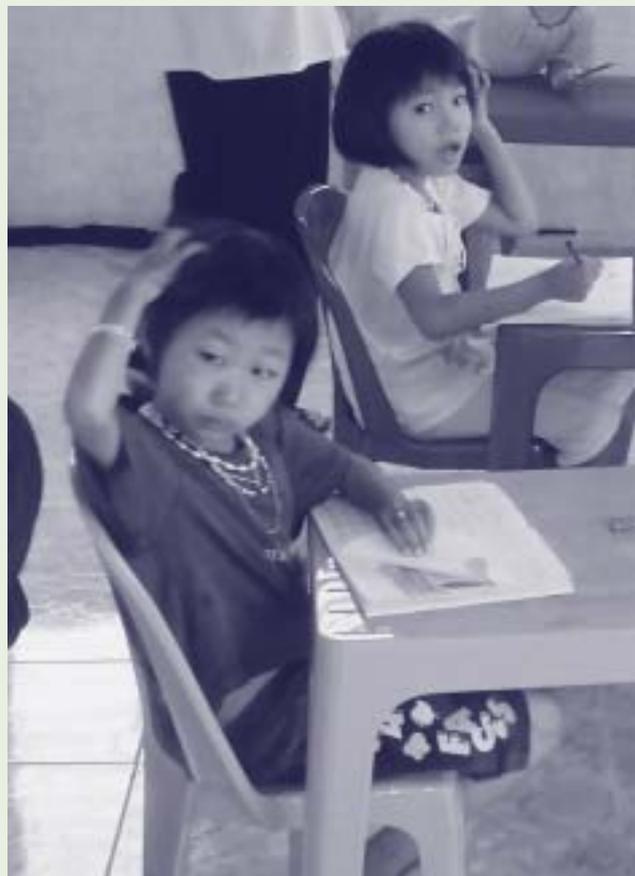


Foto: Klemens Ochel

Begleitung der Therapie durch ein angepasstes Labor, strebt die WHO eine breite Versorgung an. Sie macht damit den Weg frei, dass HAART-Programme für Kinder von staatlichen wie zivilgesellschaftlichen Gesundheitseinrichtungen durchgeführt werden können.

Erfolgskriterien

Auch Kinder in ressourcenarmen Ländern haben einen Nutzen von sog. HAART Programmen. Voraussetzungen sind:

- Kinder müssen als HIV-positiv diagnostiziert und in ihrem Krankheitsverlauf optimal begleitet werden können.
- Eltern oder Erziehungsberechtigte müssen in die Lage versetzt werden eine informierte Entscheidung über die Therapie fällen zu können und von ihrer Seite den Behandlungsverlauf zu überwachen.
- Die Versorgung mit kindgerechten Arzneimitteln zu fairen Kosten muss über Jahre gewährleistet sein.
- HAART muss eingebunden sein in ein umfassendes Therapiekonzept der HIV-Infektion bei Kindern, das die Organisation eines Versorgungskontinuums zwischen häuslicher Versorgung und Krankenhausebene ermöglicht.

Grundlagen für Behandlungsprogramme

Behandlungsprogramme sind nur dann von Nutzen für Betroffene, wenn sie nachweisen können, dass sie die Gesundheitssituation der Kinder umfassend verbessern und ihre Lebensqualität erhöhen. Dazu müssen Therapieprogramme eine klare Struktur aufweisen, sie müssen in sinnvoller Weise aufgebaut, geplant und begleitet werden und ihr Erfolg muss durch Begleitmaßnahmen abgesichert werden. Behandlungsprogramme verlangen von den Institutionen und medizinischen Einrichtungen, die sie unternehmen wollen, hohe technische Anforderungen.

Diagnostik

Es beginnt bereits mit der Problematik der Diagnostik einer HIV-Infektion bei Kindern. Die üblicherweise eingesetzten HIV-Antikörpertests, um fest zu stellen, ob ein Patient HIV-positiv ist oder nicht, haben bei Kindern eine entscheidende diagnostische Schwäche. Unter der Geburt und während der Schwangerschaft werden im Rahmen des sog. Nestschutzes mütterliche Antikörper, also Eiweißstoffe, die das neugeborene Kind vor Infektionskrankheiten schützen sollen, auf den Säugling übertragen. Darunter sind auch HIV-Antikörper, die

aber keinen kompletten Schutz darstellen. So sind alle Kinder einer HIV-positiven Mutter selbst auch HIV-positiv. Die mütterlichen Antikörper bleiben bis zum 18. Lebensmonat erhalten. Während dieser Zeit kann mit üblichen Antikörpertests nicht nachgewiesen werden, ob das Kind nur mütterliche Antikörper bekommen hat oder selbst auch mit dem HI-Virus infiziert wurde. Als Alternativen stehen z.Zt. nur technisch sehr aufwendige und teure Untersuchungsverfahren zur Verfügung, deren Einsatz in Entwicklungsländern nicht flächendeckend möglich ist.

So wird sich die Diagnostik bei Kindern wesentlich auf die regelmäßige klinische Untersuchung und sicheren Zeichen einer HIV-Infektion stützen müssen. In manchen Fällen wird die Diagnose auch durch den klinischen Verlauf und die körperliche und geistige Entwicklung des Kindes zu stützen sein. Das Gesagte macht deutlich, dass bereits die Diagnostik weit über rein medizinische Aspekte hinaus geht und ein multidisziplinäres Team erfordert. Dies ist in der medizinischen Versorgung von Kindern in Entwicklungsländern kein Standard.

Counselling

Ein weiteres wichtiges Element eines Behandlungsprogramms ist die Beratung, das Counselling. Dieses muss sich je nach Alter des Kindes natürlich in einer ansprechenden Weise an die Kinder selbst wenden. Wesentlich für die Behandlung ist jedoch die Beratung und Ausbildung der Eltern und Erziehungsberechtigten. Diese müssen z.B. über die Wichtigkeit über die regelmäßige Einnahme einer lebenslangen Therapie aufgeklärt werden. Sie müssen Nebenwirkungen und Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln, sowie die toxische Reaktionen rechtzeitig erkennen, um ärztliche Hilfe aufsuchen zu können.

Labor

Auch wenn die klinisch-medizinische Arbeit die höchste Priorität in der Therapie von Kindern bekommt, so ist der Aufbau von qualifizierten Labordiensten eine nicht zu vernachlässigende Komponente. Zu den Routinelaboruntersuchungen für die Behandlung von Kindern mit antiretroviralen Arzneimitteln gehören Blutzellzählungen, Leber- und Nierenfunktionsteste und die Bestimmung der Helferzellen. Die Helferzellen stellen die Zielzelle einer HIV-Infektion dar und nehmen im Laufe der Erkrankung kontinuierlich ab. Im Rahmen der Entwicklung des Immunsystems bei Kindern kommt es jedoch natürlicherweise zu erheblichen Schwan-

kungen. Dies macht empfindliche Bestimmungsmethoden und gute Kenntnisse erforderlich, um die Ergebnisse auch interpretieren zu können.

Daten

Als weiteres wichtiges Element müssen alle erhobenen persönlichen und medizinischen Daten in ein gutes Überwachungssystem eingebracht und regelmäßig ausgewertet werden. Erst solch ein Datensystem erlaubt eine optimale Patientenführung. Mit ihr gelingt der Nachweis, dass die Therapie den Kindern nützt.

Arzneimittel

Letztendlich hängt der Erfolg eines Behandlungsprogramms aber auch von der sicheren, kontinuierlichen Versorgung der Arzneimittel zu bezahlbaren Preisen ab. Mittlerweile sind preiswerte Alternativen für Markenarzneimittel für Erwachsene auf dem Weltmarkt verfügbar, die sog. Generika. Es mangelt jedoch noch an entsprechenden kostengünstigen, erprob-

ten Zubereitungen von Arzneimitteln, die für Kinder geeignet sind. Die Marktkräfte allein scheinen offensichtlich nicht auszureichen, die forschende Arzneimittelindustrie zu bewegen, solche Produkte zu entwickeln und herzustellen. Lobbyarbeit in den Industriestaaten ist gefordert!

Notwendige Planungsschritte

Beim Aufbau von sog. HAART Programmen sind einige Planungsschritte wesentlich. Antiretrovirale Therapie erfordert eine lebenslange Einnahme von Arzneimittel. Es muss gewährleistet sein, dass möglichst alle verordneten Dosen vom Patienten auch eingenommen werden. Dies kann nur gelingen, wenn die Therapie in das Leben und sein Lebensumfeld eingebunden wird. Als erfolgreich hat sich die Begleitung durch Vertrauenspersonen in der Familie erwiesen. Entsprechend dem Krankheitsverlauf und möglichen Folgen der Therapie sind auch ganz unterschiedliche medizinische Hilfestellungen nötig. Eine Vielzahl von Problemen kann bereits im Rahmen von Hausbesuchen, selbst von Freiwilligen oder medizinischem Fachpersonal gelöst werden. Andere machen dagegen regelmäßige Begleitung in Gesundheitszentren oder kompliziertere Laboruntersuchungen auf Krankenhausebene erforderlich (**Versorgungskontinuum**).

Ein zweites wichtiges Element, das bei der Planung berücksichtigt werden muss, ist deshalb die **Ausbildung des Personals**. Sie muss das klinische Management der HIV-Infektion sowie der begleitenden Erkrankungen und den sicheren Umgang mit antiretroviralen Arzneimitteln beinhalten. Häufig vernachlässigt wird auch eine angemessene Ernährungsberatung und Begleitung des Ernährungszustandes. Die Mitarbeiter müssen nicht nur das erforderliche medizinische Fachwissen erwerben, sondern sie müssen auch für den Umgang mit der **Datenerhebung**, der Auswertung der Daten und der Entscheidungsfindung für den weiteren Therapieverlauf ausgebildet werden.

Im **Laborbereich** ist wichtig, dass man sich auf funktionierende, im Land verfügbare und angepasste Laborverfahren verständigt, entsprechende Geräte zur Verfügung stellt und das Personal in Qualitätskontrolle ausbildet.

Im Bereich der **Arzneimittelversorgung** ist durch weltweite Initiativen z.B. der Förderung von Behandlungsprogrammen durch die WHO, der Kooperation von Industriestaaten mit afrikanischen Ländern wie z.B. das Programm der US Amerikanischen Regierung oder durch Finanzierungsinitiativen wie



Foto: Klemens Ochel

dem Globalen Gesundheitsfonds eine deutliche Verbesserung eingetreten. Wie bereits angedeutet, ist jedoch für den Aufbau von Behandlungsprogrammen für Kinder problematisch, dass noch zu wenig Darreichungsformen, die für Kinder geeignet sind, hergestellt werden bzw. zu einem Preis angeboten werden, der für Menschen in ressourcenarmen Ländern nicht bezahlbar ist. Sicherer und effektiver Umgang mit diesen Arzneimitteln bedeutet aber auch auf der lokalen Ebene darauf zu achten, dass sie sicher gelagert werden und in einer Form an den Patienten gegeben werden, die ihm bei der regelmäßigen Einnahme unterstützen.

Antiretrovirale Therapie

Zur Behandlung von HIV-Infektionen wird in den westlichen Industrieländern seit 1996 eine Kombinationstherapie mit antiretroviralen Medikamenten (**ARV**) eingesetzt. Dies sind spezifisch gegen das HIV-Virus wirkende Medikamente, die in mehreren Klassen unterteilt werden. Dabei kommen NRTI (nukleosidische Reverse Transkriptase-Inhibitoren), NNRTI (nicht-nukleosidische Reverse Transkriptase Inhibitoren) und PI (Protease-Inhibitoren) zum Einsatz. Diese Medikamente müssen in Kombinationen von mindestens 3 Medikamenten (teilweise aus verschiedenen Klassen) lebenslang regelmäßig eingenommen werden, weil nur so eine dauerhafte Unterdrückung der Virusvermehrung erreicht werden kann. Diese sog. **HAART** (Highly Active Antiretroviral Therapy) gilt für alle Länder.

Mit dieser Therapie, die die Erkrankung nicht heilt, aber die Lebensqualität der betroffenen Menschen verbessert, ist es möglich, die Virusvermehrung weitgehend zu unterdrücken, den Krankheitsverlauf zu verlangsamen, sowie Krankheitshäufigkeit und Todesraten zu senken. 39,4 Millionen Menschen leben zurzeit laut UNAIDS mit HIV, fünf Millionen davon benötigen die Leben verlängernden Aidsmedikamente, doch nur ein Bruchteil erhält sie.

Dieter Hampel

Als letztes Element, das in Behandlungsprogrammen Beachtung finden muss, ist der **Aufbau und die Koordination einer kontinuierlichen Versorgung** im Rahmen der verschiedenen Strukturen und Aktivitäten der Gesundheitsarbeit in einer Region. Die Zusammenarbeit muss gefördert werden zwischen z. B. ehrenamtlichen Therapiebegleitern zu Hause, Versorgung in Gesundheitszentren und Spezialambulanzen oder stationären Therapien bei komplizierten Krankheitsverläufen.

Voraussetzungen

Aus der Komplexität von Behandlungsprogrammen folgt, dass medizinische Einrichtungen oder Institutionen, die sich bereits um HIV-positive Kinder kümmern verschiedenartige **Voraussetzungen** mitbringen müssen, um ein solches Programm erfolgreich durchzuführen.

Die Klärung und Bewertung solcher Voraussetzungen und die Bestimmung von Maßnahmen, die erforderlich sind, damit ein solches Programm durchgeführt werden kann, sollten Gegenstand einer sog. **Machbarkeitsuntersuchung** sein. Bei Interesse an der Durchführung von Behandlungsprogrammen sollten sich Projektträger und Partnerorganisation darauf verständigen, eine Machbarkeitsuntersuchung an den Anfang einer Programmentwicklung zu stellen. Im Rahmen einer solchen Untersuchung kann der **Ausbildungsbedarf** geklärt werden, der Aufbau von **Strukturen geplant** und die Formen der **Zusammenarbeit** verbindlich vereinbart werden.

Behandlungsprogramme müssen sich darauf einstellen, dass in naher Zukunft neue wissenschaftliche Erkenntnisse die Chancen für eine erfolgreiche Durchführung von Therapieprogrammen verbessern werden. Dies verlangt eine sehr große **Flexibilität**.

Andererseits geht man mit Behandlungsprogrammen auch eine ethische Verpflichtung ein, den Patienten ein Leben lang dabei zu unterstützen, Zugang zu dieser besonderen Form der Therapie zu bekommen. Daraus erwächst die Verpflichtung eines **Engagements über Jahre!**



**Pro-HAART:
was spricht dafür, sich jetzt zu engagieren**

Auf der „Aids in Afrika Konferenz“ in Durban im Jahr 2000 wurde als ethischer Imperativ postuliert, dass Menschen in Entwicklungsländern Zugang zu medizinisch-wissenschaftlichem Fortschritt und Behandlung bekommen müssen.

Dabei waren stillschweigend aus Mangel an verfügbarem Wissen die Gruppe der Kinder, die mit HIV und AIDS leben, weitgehend ausgeschlossen. Wesentliche wissenschaftlich-technische Fragen konnten in der Zwischenzeit geklärt werden.

Nun stellt sich die moralische und ethische Frage neu! Staaten und Zivilgesellschaft sind herausgefordert, Ungerechtigkeiten zu beseitigen und auch das Grundrecht der Kinder auf Behandlung in seinen globalen Dimensionen glaubwürdig umzusetzen.

Von Erwachsenenprogrammen weiß man, dass kaum eine andere Maßnahme im HIV/AIDS Bereich so wirksam das Stigma abbauen kann und helfen kann die Diskriminierung von Betroffenen zu überwinden. Die Therapie von Betroffenen baut übertriebene Ängste vor Ansteckung ab, hilft, Betroffene wieder in ihr soziales und wirtschaftliches Leben zu integrieren und gibt ihnen Hoffnung im Rahmen der Vorbeugung und Kontrolle HIV/AIDS aktiv zu werden.

Diese Vorteile haben in den letzten Jahren zu einem größeren politischen Engagement geführt, wie z.B. der Aufbau des Globalen Gesundheitsfonds zeigt. Zivilgesellschaftlichen Organisationen und Trägern von Gesundheitsdiensten in Entwicklungsländern mangelt es jedoch oft an Wissen und Erfahrung bei der Planung und dem Aufbau von Programmen, die von globalen Finanzierungsmechanismen unterstützt werden. Durch Pilotprogramme zur Behandlung von HIV-positiven Kindern könnte gezeigt werden, dass es praktisch möglich ist auch marginalisierten Gruppen zu ihren Menschenrechten zu verhelfen und Partner zu qualifizieren, mit staatlichen und multinationalen Stellen besser zusammen zu arbeiten.

Zum Autor: Dr. med. Klemens Ochel, MPH, ist Allgemein- und Tropenmediziner. Er leitet die Arbeitsgruppe Gesundheitsdienste und HIV/AIDS am Missionsärztlichen Institut/ Würzburg.

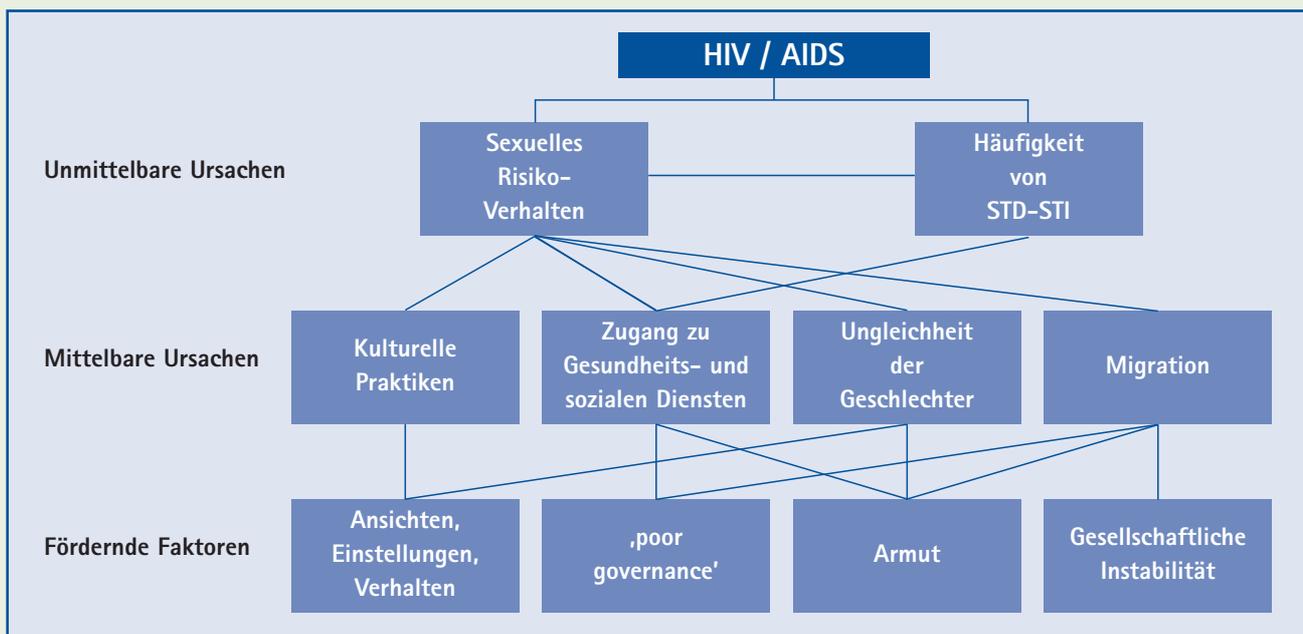




Foto. Walter Mautsch

Als AIDS wird das Syndrom verschiedener Symptome und Krankheitsbilder bezeichnet, die durch die Schwächung des Immunsystems als Folge einer Infektion mit HIV hervorgerufen werden. Dabei können **Zahnärzte** eine wichtige Rolle bei der Behandlung von AIDS Patienten spielen. Da mehrere Manifestationen der HIV Infektion oraler Natur sind (Candidiasis, Haarige Leukoplakie, Akute nekrotisierende ulzerierende Gingivitis (ANUG), Herpes simplex, Kaposi-Sarkom), können Zahnärzte die ersten Personen sein, die Infektion und assoziierte Krankheitsbilder bei einem Patienten entdecken. In der letzten Phase treten viele opportunistische Infektionen auf, wie z.B. Lungenentzündung, Durchfallerkrankungen, Hautentzündungen, Gehirnhautentzündungen. In Afrika ist die Tuberkulose die häufigste opportunistische Infektion.

Es gibt vier verschiedene **Übertragungswege**:

- Sexualverkehr (vaginal, oral, anal)
- Blut und Blutprodukte
- Injektionsnadeln und Instrumente
- Mutter-zu-Kind-Übertragung (während Schwangerschaft, unter Geburt, durch Muttermilch).

Entgegen der Befürchtung vieler Zahnärzte ist **der Speichel bzw. die Mundhöhle** kein Übertragungsmedium für HIV. Mehrere Studien zeigen, dass Speichel bei der AIDS Übertragung keine wichtige Rolle spielt (Hardie 1995).

Stigma, Diskriminierung, Tabuisierung

Leider ist HIV/AIDS fast überall noch mit einer Stigmatisierung, Diskriminierung und Tabuisierung verbunden. Obwohl Hepatitis B die gleichen Übertragungswege besitzt, löst diese bei weitem nicht solche Reaktionen aus. HIV wird verdrängt, infizierte Menschen werden häufig ungerecht behandelt und benachteiligt. Solche Verhaltensmechanismen kann man auch leider noch bei Angehörigen der Gesundheitsberufe antreffen. Aufgrund der Furcht vor Ansteckung kommt es sogar vor, dass die Pflege verweigert wird.

Auch unter Zahnärzten und zahnmedizinischem Personal herrscht sehr viel Unsicherheit bezüglich des möglichen Infektionsrisikos und daraus folgend die Tendenz, HIV-Infizierte und AIDS-Kranke als Risikogruppe zu isolieren und damit auch zu stigmatisieren. Mehrere Untersuchungen stellen fest, dass Zahnärzte Personen mit HIV/AIDS nicht gerne behandelten oder ihnen sogar die Behandlung verweigert hatten (Coulter et al. 2000) und diese somit diskriminieren, was mit den ethischen Grundsätzen und dem Eid des Hippokrates nicht vereinbar ist.

Dies wiegt umso schwerer, als Leute mit HIV eine besondere Notwendigkeit für zahnmedizinische Behandlung haben, nicht nur weil sie das normale Spektrum an Munderkrankungen haben, sondern auch weil Zahnärzte möglicherweise frühzeitig fähig sind, geringfügigere Änderungen die mit dem Fortschritt ihrer HIV Infektion assoziiert sind zu identifizieren. Die Erkennung des Fortschreitens der HIV Erkrankung ist ein wichtiges Stadium im ärztlichen Management der Krankheit. Auf diese Weise haben Zahnärzte eine wichtige Rolle bei der Verlängerung der Lebenserwartung von Leuten mit HIV.

Wie groß ist eigentlich das Risiko einer HIV-Übertragung von Patienten zu zahnärztlichem Personal?

Laut verschiedenen Studien sehen sich Zahnärzte einem beträchtlichen HIV-Infektionsrisiko ausgesetzt (Coulter et al 2000). Diese Ängste stehen deutlich im Gegensatz zu den bisher verfügbaren Daten und veröffentlichten retrospektiven und prospektiven Studien, in denen das Übertragungsrisiko untersucht worden ist.

Scully und Porter (1991) haben in einer Literaturübersicht dargestellt, dass das Risiko der HIV Übertragung auf Gesundheitspersonal extrem gering ist. Bis Juni 1990 wurde über maximal 31 berufliche HIV-Übertragungen von Patienten auf Gesundheitspersonal weltweit berichtet. Tatsächlich bewiesen ist die berufliche Übertragung jedoch lediglich bei 19 Personen. Es gebe weltweit keinen einzigen beschriebenen bewiesenen Fall einer beruflichen Übertragung von HIV an zahnärztliches Personal. Es wird lediglich von einem Zahnarzt in New York berichtet, der möglicherweise beruflich infiziert worden sei.

Prospektive Studien über Gesundheitspersonal, das Stich-/Schnittverletzungen oder Schleimhautkontakt mit HIV-infiziertem Blut/Körperflüssigkeiten hatte, zeigen dass das Risiko für dieses Personal infiziert zu werden, bei weniger als 0,5% pro Exposition zu HIV-infiziertem Blut ist. Obwohl das größte Berufsrisiko in der Blutübertragung von Antigenen infolge scharfer Verletzungen (Nadelstiche, Schnittwunden) besteht, scheint die HIV-Übertragung sehr selten zu sein. Dies zeigt die größte derartige Studie in New York, einer Region mit der höchsten HIV Prävalenz: nur ein Drittel von 1300 zahnmedizinisch tätigen Personen hatten Handschuhe für alle Arbeiten getragen und 94% erinnerten sich, scharfe Verletzungen erlitten zu haben. Dennoch konnte keine HIV-Infektion festgestellt werden.

Die wenigen Studien zeigen auch, dass keine Patienten bekannt sind, die durch die Behandlung durch HIV-infiziertes Personal mit HIV infiziert worden sind. Das Risiko muss auch ins Verhältnis gesetzt werden zum Risiko, sich mit Hepatitis B zu infizieren. Ende der 80er Jahre stellte das Centre for Disease Control (CDC), USA fest, dass sich ungefähr 12000 medizinisch tätige Personen pro Jahr mit HBV infizierten, und dass jedes Jahr 250 an einer Hepatitis B starben, mit der sie sich infolge der Berufsausübung infiziert hatten. Bei ungefähr 10-30% des medizinischen und zahnmedizinischen Personals konnte serologisch eine abgelaufene oder gegenwärtige HBV-Infektion nachgewiesen werden.



Hygienebedingungen: So sollte es nicht sein!

Foto: Walter Mautsch

Verhaltensempfehlungen

Da die Gefahr besteht, dass ein relativ hoher Prozentsatz an HIV-positiven Patienten entweder bewusst ihre Erkrankung verschweigen oder evtl. noch nichts von ihrer Erkrankung wissen, ist es unbedingt notwendig, in der zahnärztlichen Praxis die allgemein gültigen Regeln der Infektionskontrolle zu befolgen.

Eine spezielle Infektionskontrolle für die „Risikogruppe HIV“ ist nicht notwendig, sie würde evtl. zu einer Stigmatisierung der Patienten mit dem daraus möglicherweise entstehenden kontraproduktiven Entschluss der Betroffenen führen, ihre Erkrankung nicht mehr zu erwähnen.

Da wir auch nicht wissen, welche Patienten HIV oder HBV Träger sind, ist es viel sinnvoller, die entsprechenden allgemein anerkannten Hygienemaßnahmen bei jedem Patienten anzuwenden. Das Risiko einer Kontamination wird somit generell auf ein vernachlässigbares Minimum reduziert.

Welche **Infektionskontrollmaßnahmen** sollten angewendet werden?

► Desinfektion:

Hygienische bzw. chirurgische Händedesinfektion

Instrumentendesinfektion und -reinigung in der Reihenfolge:
Desinfektion – Reinigung – Sterilisation

Desinfektion der Arbeitsflächen

► Sterilisation

Heissluft- oder Dampfsterilisation sind geeignete Verfahren. Ist dies nicht möglich, sollten die Instrumente zumindest in einem Dampfdruckkochtopf sterilisiert werden.

► Hygienebewusstes Verhalten:

Händewaschen: Händewaschen ist eine der einfachsten und wichtigsten Methoden um nosokomiale Infektionen und Übertragungen zu vermeiden.

Vorsichtiger Umgang mit Nadeln und anderen scharfen Instrumenten. Nadeln nicht mit der Hand berühren: weder biegen, noch von den Spritzen ohne Schutzkappe entfernen, die Schutzkappe nach Gebrauch der Nadeln mit der sog. Einhandtechnik aufstecken, Skalpellklingen nur mit Instrument vom Klingenhalter entfernen. Die gebrauchten scharfen Instrumente in einen festen Behälter geben, der dementsprechend sicher gelagert und entsorgt werden kann (z.B. Auffüllen mit Gips)

► Handschuhe:

Handschuhe sollten getragen werden wenn man mit Blut und Speichel in Kontakt kommt. Nach dem Patienten sollten die Handschuhe gewechselt werden. Der Zahnarzt sollte sich im Klaren sein, dass ein relativ hoher Prozentsatz der Handschuhe nicht dicht ist. Studien gehen davon aus, dass ca. 25 % der Handschuhe bereits nach wenigen Minuten des Gebrauchs nicht mehr dicht sind. Eine Untersuchung stellte z.B. fest, dass 83 % der Vinyl-Handschuhe, 35 % der regulären Latex-Handschuhe und 7,5 % der puderfreien modifizierten Latex-Handschuhe (Biogel-D) das Eindringen eines Bakteriums erlaubte, das ungefähr 10mal so groß ist als HIV und 20mal größer als HBV. Latex Handschuhe haben weniger Fehler als Vinyl, sterile Handschuhe sind unsterilen Handschuhen überlegen (Hardie 1995). Gerade bei Stich- und Schnittverletzungen, bei denen die höchste Gefahr einer Übertragung besteht, stellen Handschuhe keinen Schutz dar.

Zusammengefasst kann festgestellt werden, dass Handschuhe nur als ein Mittel angesehen werden kann, das Risiko einer groben Beschmutzung mit Körperflüssigkeiten zu reduzieren.

► Nasen-Mund-Schutzmasken:

Masken können Partikel in der Größenordnung von 3-5 µm filtern, sind jedoch uneffektiv gegen Viren, die eine Größe von 0.042 (HBV) bis 0,1µm (HIV) haben. Außerdem werden weder HBV noch HIV durch Tröpfcheninfektion übertragen. Es gibt daher keinen überzeugenden Beweis, dass das Tragen von Gesichtsmasken bei zahnärztlichem Personal einen Effekt auf die Häufigkeit von Infektionsübertragungen hat. Sie dienen jedoch als Schutz des Patienten bei Erkältungen des Arztes und als Schutz gegen die Inhalierung von kleinen Partikeln, die evtl. durch den Gebrauch der rotierenden Instrumente aus dem Mund geschleudert werden.

Maßnahmen bei Verletzung (Stich/Schnitt) und Verdacht auf HIV Infektion

- Sofort Blutung provozieren und intensive Haut- oder/und Wunddesinfektion.
- Aufsuchen eines Arztes/Gesundheitszentrums und antiretrovirale Prophylaxe, z. B. mit Zidovudin (oral).
- HIV-Testung, wenn möglich durchführen.

Die Postexpositionsprophylaxe nach Nadelstich oder Schnittverletzung ist sehr zu empfehlen, um eine mögliche HIV Infektion zu verhindern. Es wird geschätzt, dass die Postexpositionsprophylaxe (PEP) mit antiretroviralen Medikamenten 1 Stunde nach Infektion das Risiko um 50 % und mehr reduziert. Naidoo (1997) berichtet aus dem afrikanischen Kontinent, dass bisher diese Möglichkeit der Infektionskontrolle zu wenig benutzt worden ist.

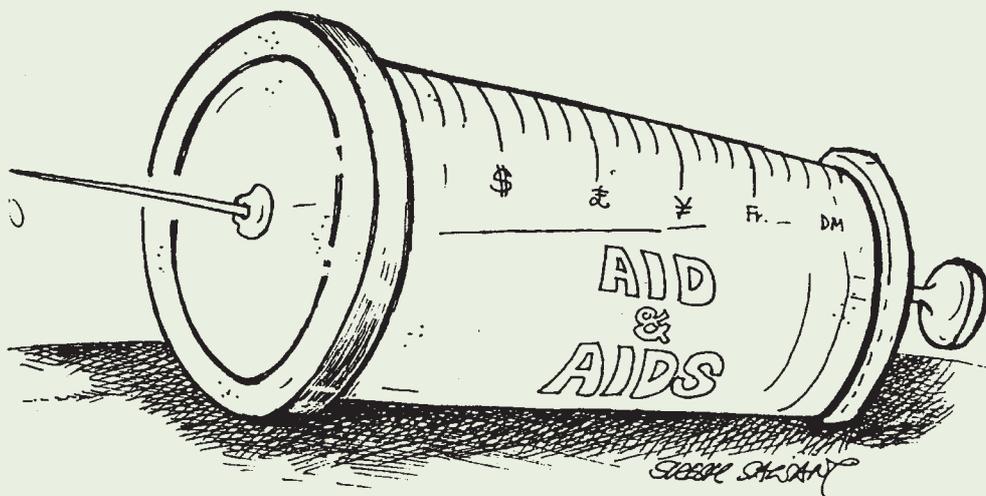
Abschließend ist noch zu bemerken, dass die beste Infektionskontrolle durch eine ständige Fortbildung erfolgt. Das Wissen um die tatsächlichen Infektionsquellen und -wege und die Wirkungsweise der Infektionskontrollmaßnahmen geben dem Zahnarzt und dem zahnmedizinischen Personal die nötige Sicherheit mit so genannten Risikopatienten vorurteilsfrei und ohne Diskriminierung umzugehen.

Eine Aufklärung über das medizinisch-ethische Verantwortungsbewusstsein ist notwendig, um zukünftig eine gute zahnmedizinische Versorgung von HIV-Patienten zu gewährleisten. Darauf weisen auch Studien hin. Zahnärzte, die jünger waren, mehr Fortbildung über HIV/AIDS, Hepatitis und Infektionskontrolle hatten und bereits früher HIV-infizierte Patienten behandelt hatten, waren viel eher bereit, HIV-infizierte Patienten zu behandeln. (Greene et al. 1997).

Verwendete Literatur:

1. Coulter, I. D.; M. Marcus; J. R. Freed; C. Der-Martirosian; W. E. Cunningham; R. M. Andersen; W. R. Maas; I. Garcia; D. A. Schneider; B. Genovese; M. F. Shapiro; S. A. Bozzette: use of dental care by HIV-infected medical patients. *Journal of Dental research* 2000; 79 (6): 1356-1361
2. Greene, V. A.; S. Y. Chu; T. Diaz; B. Schable: Oral health problems and use of dental services among HIV-infected adults. *JADA*, 1997; 128: 1417-1422
3. Hardie, J.: *Aids, dentistry, and the illusion of infection control*, Mellen University Press, Lewiston, USA, 1995
4. Matee, M. H. Nguvumali; B. Lembariti; B. Kalyanyama; F. Shubi; F. Scheutz: HIV infection, dental treatment demands and needs among patients seeking dental services at the Muhimbili Medical Centre in Dar-es-Salaam, Tanzania. *International dental Journal* 1999; 49: 153-158
5. Murphy et al. *HIV Infection and Aids*, Churchill Livingstone 2000
6. Naidoo, S. *Dentists and cross-infection*. *Journal of the Dental Association of South Africa*, 1997, 52: 165-167
7. Ogunbodede, E. O.: *HIV/AIDS Situation in Africa*. *International dental Journal* 2004; 54: 352-360
8. Perry, S.; M. Moffatt; Ch. A. L. card; B. Fishman; R. Azim-Heller; L. B. Jacobsberg: Self-disclosure of HIV-infection to dentists and physicians. *JADA*, Sept 1993; 124: 51-54
9. Robinson, P. G.; R. Croucher: Access to dental care – experiences of men with HIV infection in the United Kingdom. *Community Dentistry and Oral Epidemiology* 1993, 21: 306-8
10. Scully, C.; S. Porter: The level of risk of transmission of human immunodeficiency virus between patients and dental staff. *British Dental Journal* 1991, 170: 97-100
11. UNAIDS 2004 report on the global aids epidemic
12. Weinreich, S.; Ch. Benn: *Aids – eine Krankheit verändert die Welt*, Lembeck, 2003

Zum Autor: Dr. med. dent. Walter Mautsch, MSc.(London) in Dental Public Health, ist Leitender Oberarzt der Klinik für Zahnärztliche Prothetik, Universität Aachen. Er war 4 Jahre in Peru tätig, Berater in einem EU-Projekt in Ägypten, WHO-Berater im Kosovo, sowie Kurzzeitexperte für GTZ und DSE. Zur Zeit betreut er Oral Health Promotion Projekte im Kosovo und in Peru. Er ist Mitbegründer der NRO „Zahnmedizinische Entwicklungshilfe e.V. (ZME)“ (wmautsch@ukaachen.de)



Quelle: epd-Entwicklungspolitik 4/2002

1. Einleitung

„Vaccination is widely recognized as one of the most powerful and cost-effective public health tools. Often immunization is a child's first - sometimes only - contact with the health system.“ (UNICEF Executive Director, Carol Bellamy)

Impfungen haben nicht nur eine individualmedizinische, sondern auch eine soziale Bedeutung, denn Impfungen schützen die gesamte Gesellschaft. **Durch Impfungen kommt es zu einer Reduktion der Morbidität und Mortalität.** Die Effekte die durch Impfungen erreicht werden können sind so effektiv, wie die durch die Versorgung mit sauberem Trinkwasser. **Impfungen sind Kosten** effektiv, denn gesunde Kinder bedeuten für die Familien weniger Ausgaben für Krankheiten.

Man schätzt, dass durch Impfungen über 20 Mio Leben in den letzten 20 Jahren gerettet wurden. Die Impfraten lagen 1970 bei unter 10%, im Jahr 2000 lagen sie bei ca. 75%! Die Polio gilt als bald ausgerottet. Die Mortalität am Hauptkiller Masern ist um $\frac{2}{3}$ gesunken. Die Tetanusimpfung verhinderte 100.000-de von Todesfällen bei Müttern und bei Neugeborenen. Der NG Tetanus ist in 104 von 161 Entwicklungsländern bereits eliminiert. Durch die Ende der 90-iger Jahre eingeführte Vitamin A Supplementierung sind seit 1998 allein 1 Mio. Todesfälle verhindert worden!

Infektionskrankheiten bei Kindern in ressourcearmen Ländern

Warum ein wichtiges Thema?

- Mehr als 70% aller Erkrankungen und mehr als 50% aller Todesfälle geschehen aufgrund von Infektionskrankheiten.
- Viele sind auch mit einfachen Mitteln zu diagnostizieren und mit wenigen Medikamenten erfolgreich zu behandeln.
- Mangel- und fehlernährte Kinder sind besonders betroffen.
- Etliche Erkrankungen lassen sich mit Impfungen verhindern.

2. Geschichte

1776 impfte Dr. E. Jenner in Großbritannien erstmal gegen Pocken mit Hilfe von Kuhpocken. Er hatte beobachtet, dass Personen die Kuhpocken hatten, nie an Pocken erkrankten. Der Durchbruch in Sachen Impfen gelang Louis Pasteur, als er 1885 einen von einem tollwütigen Hund gebissenen Jungen gegen Tollwut erfolgreich impfte. Den größten Erfolg in der Geschichte der Impfungen gelang in den 70 Jahren des letzten Jahrhunderts, als die Pocken erfolgreich eradiziert wurden.

3. Impfprogramme

Im Rahmen seines GOBI-Programms, setzte sich UNICEF ab 1982 massiv für die breitflächige Impfung von Kindern in Entwicklungsländern ein. Dies geschah in Folge der Beschlüsse der WHO Konferenz in Alma Ata 1978, welches das Primary Health Care Konzept (PHC) proklamierte (bekannt geworden unter dem Schlagwort „Gesundheit für alle im Jahr 2000“).

Die im Rahmen von GOBI (G = Gewichtskontrolle; O = Orale Rehydratation; B = Fördern des Stillen; I = Impfungen) propagierten Impfungen waren die Impfungen gegen Tuberkulose, gegen Diphtherie-Pertussis-Tetanus (DPT) und gegen Masern, sowie die Polio Schluckimpfung. Diese Impfungen bildeten das **Extended Program of Immunization (EPI)**.

In den letzten Jahren wurde das EPI um Hib, Hepatitis B und in einzelnen Ländern noch um die Gelbfieberimpfung erweitert. Zusätzlich wurde noch die Vitamin A Supplementierung der Kinder während der Impfkampagnen eingeführt (= „Immunization Plus“).

Impfprogramme können generell unterteilt werden in:

- Horizontale Programme, d.h. wo die Impfkampagnen in Basisgesundheitsdienste (PHC, SMI) integriert sind;
- Vertikale Programme, wie zum Beispiel nationale Impftage, internationale Kampagnen.

4. Impfungen

Die folgenden Angaben über Impfungen und Impfzeiten sind im Wesentlichen die von der WHO empfohlenen. Maßgeblich ist in einem gegebenen Land sind aber immer die jeweiligen nationalen Impfempfehlungen. Umfang der Impfprogramme und Zeiten der Verabreichung können stark von dem hier dargelegten abweichen!

► BCG-Impfung (Tuberkuloseimpfung mit dem Bacille Calmette Guérin)

Die Tuberkulose-Impfung schützt nicht vor der Erkrankung.

Sie soll Schutz vor den schweren Formen bieten wie Miliar-Tuberkulose, sowie vor der Meningitis tuberculosa. Diese Aussage ist aber umstritten. In Deutschland wurde die Tuberkuloseimpfung daher aus dem Katalog der öffentlich empfohlenen Impfungen herausgenommen.

Die Tuberkuloseimpfung wird so bald wie möglich nach der Geburt (bis maximal 4 Wochen danach) einmalig streng intrakutan am linken Oberarm verabreicht.

► DPT-Impfung

Die Diphtherie-Pertussis-Tetanus-Impfung wird ab der 6. Lebenswoche dreimal im Abstand von 4 Wochen i.m. in den Oberschenkel verabreicht.

► Diphtherie-Impfung

Die Diphtherie wird durch das Toxin des Corynebakterium diphtheriae verursacht. Klinisch imponiert die Erkrankung wie eine Tonsillitis. Charakteristisch ist der bellende Husten (= echter Krupp). Die Krankheit zeichnet sich durch eine hohe Mortalität bei Kindern aus. Die antibiotische Behandlung führt zwar zu einer raschen Elimination des Erregers, entscheidend ist aber die Neutralisation des Toxins durch die rasche Gabe eines Diphtherie Antitoxins.

Die Impfung richtet sich gegen das Toxin und sie wird in der Kombination mit der Tetanus- und der Pertussisimpfung (DPT) verabreicht. Beim Impfen von Erwachsenen ist darauf zu achten, ihnen die Td-Impfung zu geben. Zum Schutz vor heftigen Nebenwirkungen enthält sie weniger Diphtherietoxoid.

► Pertussisimpfung

Wie die Diphtherie ist Keuchhusten eine Tröpfcheninfektion. Der Erreger ist Bordetella pertussis. Keuchhusten hat vor allem bei Säuglingen und Kleinkindern eine hohe Komplikationsrate (vor allem Pneumonien). Junge Säuglinge sind zusätzlich durch tödliche Atemstillstände bedroht.

Weltweit wird meistens noch die alte Ganzkeim Vakzine verwendet. Sie führt in der Regel zu Fieber bei den Kindern. Der neue azelluläre Impfstoff wird deutlich besser vertragen, ist aber entsprechend teurer.

► Tetanus-Impfung

Tetanus wird durch das Toxin von Clostridium tetani hervorgerufen. Clostridien kommen ubiquitär vor. Ein anaerobes Milieu wie es in verschmutzten und nekrotischen Wunden vorkommen kann, stellt einen idealen Nährboden dar.

Besonders bedroht in Entwicklungsländer sind Neugeborene. Haupteintrittspforte ist dabei der Nabel. Zur Verhinderung des Neugeborenentetanus ist die Impfung aller Mädchen und Frauen notwendig. So werden die Neugeborenen durch eine mütterliche Leihimmunität geschützt.

Die flächendeckende Tetanusimpfung aller Mädchen und Frauen ist daher teil der nationalen Impfprogramme.

► Masern-Impfung

Die Masern gelten weltweit als Hauptkiller bei Kindern unter 5 Jahren. Die Masern führen zu einer passageren Abwehrschwäche, so dass die Kinder häufig an sekundären Erkrankungen (Pneumonien und Durchfallerkrankungen) versterben. Durch die flächendeckende Masernimpfung könnten ca. 20% der Mortalitätsrate in dieser Altersgruppe verhindert werden. Die hohe Morbiditätsrate (Enzephalitiden, Erblindung) wurde ebenfalls drastisch reduziert.

Die Masernimpfung ist eine Lebendimpfung mit attenuierten Viren. Als Komplikation können so genannte Impfmasern auftreten. Die Impfung erfolgt einmalig subkutan in den linken Oberarm, in der Regel ab dem 9. Lebensmonat. Vorher haben die Kinder noch eine Leihimmunität von ihrer Mutter, die gleichzeitig den Impferfolg in Frage stellen würde.

► Orale Polio-Impfung

Polioerreger werden auf fäkal-oralem Weg übertragen. Die Erkrankung führt vorwiegend durch Befall der Vorderhornzellen zu schlaffen Lähmungen. Im günstigen Fall verläuft die Krankheit asymptomatisch, im ungünstigen Falle zu Lähmungen. Sind das Zwerchfell oder die Interkostalmuskeln betroffen, so führt dies zu Tod durch Ersticken. Bei Befall der Medulla und des Mittelhirns kann es zu einer tödlichen zentralen Atemlähmung kommen.

Zwei Impfstoffe stehen zur Verfügung:

- Die orale Vaccine nach Sabin (Schluckimpfung): Es handelt sich hier um abgeschwächte Polioviren. Die Viren können durch die Passage des Darmes virulenter werden. Wenn eine nicht immune Person, z.B. die Mutter mit dem Stuhl in Kontakt kommt, so kann sie an Polio erkranken. Aus diesem Grund ist dieser Impfweg in den europäischen Ländern verlassen worden.
- Die Totvaccine nach Salk; sie wird i.m. gegeben und birgt nicht das Risiko der Impfpolio. Somit kann sie auch bei Immunschwäche gegeben werden.

In den Entwicklungsländern wird der Sabin Impfstoff verwendet, was bei der hohen Durchseuchung mit Wildpolio auch problemlos möglich ist. Die Impfung erfolgt mit 2 Tropfen Impfstoff, so früh wie möglich nach der Geburt, sowie im Alter von 6, 10 und 14 Wochen.

► Hepatitis B-Impfung

Je jünger die Patienten an einer Hepatitis B erkranken, desto aktiver ist der Krankheitsverlauf. Es besteht eine hohe vertikale Transmissionsrate von der Mutter auf das Kind. Ca. 25% der erkrankten Babys entwickeln eine chronische Hepatitis, mit der Gefahr der Entwicklung einer Leberzirrhose oder eines hepatocellulären Karzinoms. Die Übertragung erfolgt über Blut und andere Körperflüssigkeiten, eine Übertragung von Kind zu Kind ist aber möglich. Die Impfung erfolgt nach Geburt, sowie im Alter von 6 und 14 Wochen, durch eine i.m. Injektion in den Oberschenkel.

► Hib-Impfung

Haemophilus influenzae Typ B verursacht bei Kleinkindern vor allem Pneumonien, Hirnhautentzündungen und Epiglottitiden. Die Mortalitätsraten sind dabei, vor allem bei unterentwickelten Gesundheitssystemen sehr hoch. In Europa ist Hib seit Einführung der Impfung als Ursache dieser Erkrankungen praktisch verschwunden. Die Impfung erfolgt i.m. in den Oberschenkel, zusammen mit der DPT-Impfung.

► Gelbfieber-Impfung

Gelbfieber ist eine durch Moskitos übertragene Viruserkrankung, die mit hohem Fieber und häufig mit einem Ikterus einhergeht. Es können alle Körpersysteme befallen werden (Leber, Nieren, ZNS, Blut). In den betroffenen tropischen Ländern Südamerikas und Afrikas wird versucht, die Gelbfieber Impfung generell einzuführen. Bei Epidemien hat Gelbfieber eine Letalitätsrate von 50%. Viele Länder verlangen ein entspre-

chendes Impfzertifikat bei der Einreise. Die Impfung erfolgt einmalig subkutan in den Oberarm.

5. Impfmateriel und Kühlkette

Damit ein Impfprogramm erfolgreich durchgeführt werden kann, ist eine enorme Logistik notwendig. Neben ausreichend ausgebildetem Personal und Fortbewegungsmittel, damit die Impfstoffe auch die Adressaten erreichen, ist vor allem eine **lückenlose Kühlkette** sicher zu stellen. Dabei müssen die Impfstoffe gekühlt ins Land kommen und vor allem gekühlt bis zur Impfsession in dem Land weitertransportiert werden. Dies ist in den oft heißen und infrastrukturell benachteiligten Ländern ein aufwendiges Unterfangen.

Vor allem Unicef hat dazu in vielen Ländern umfangreiches Material zur Verfügung gestellt (Kühlschränke, Kühlboxen, Autoclaven, Impfmateriel, ...). Dadurch konnten in den letzten Jahren weltweit große Erfolge im Kampf gegen die impf präventablen Krankheiten erzielt werden. Die Situation in einigen Ländern Afrikas, aber auch in einigen GUS-Staaten, zeigen uns aber auch, dass sich die gesundheitliche Situation und damit die Impfbedeckungsrate in einem Land jederzeit schnell zum Negativen verändern kann.

Es gibt viel zu tun, impfen wir weiter!

Literatur: Viele Angaben sind dem Impfmanual der WHO entnommen. Es kann kostenlos aus dem Internet herunter geladen werden unter: www.who.ch/gpv-documents. Es informiert über sämtliche Aspekte des Impfens!

Zum Autor: Dr. Benno Kretzschmar ist Kinderarzt und arbeitet als Oberarzt im Kinderkrankenhaus Park Schönfeld in Kassel. Von 1989 bis 1992 war er mit dem Deutschen Entwicklungsdienstes (DED) in Benin/Westafrika tätig (b.kretzschmar@park-schoenfeld.de).

WHO Impfschema

Age	Vaccines	Hepatitis B vaccine*	
		Scheme A**	Scheme B**
Birth	BCG, OPV0	HB1	
6 weeks	DPT1, OPV1	HB2	HB1
10 weeks	DPT2, OPV2		HB2
14 weeks	DPT3, OPV3	HB3	HB3
9 months	Measles, Yellow fever		

* Scheme A is recommended in countries where newborns are at risk of being exposed to hepatitis B through their mothers.*

** Scheme B is recommended where this risk does not exist.

Am Beginn des 21. Jahrhunderts ist die Ernährungssituation der Weltbevölkerung dadurch gekennzeichnet, dass immer noch weit über 800 Millionen Menschen hungern, gleichzeitig jedoch die Verbreitung von Übergewicht und Fettsucht weltweit zunimmt. Der Zusammenhang zwischen Armut, Hunger und Mangelernährung ist unbestritten. Die Bedeutung der Hungerbekämpfung für Gesundheit und Entwicklung ist lange bekannt und wurde kürzlich in der Millennium Development Deklaration wieder deutlich unterstrichen (siehe Beitrag von Dieter Hampel).

Das Problem des Mangels an adäquater Nahrung hat viele Ursachen wirtschaftlicher, politischer, globaler und individueller Art, auf die hier nicht eingegangen werden kann. Im Folgenden wird dargestellt, welches Ausmaß die negative Auswirkung unzureichender Ernährung auf **Gesundheit und Entwicklung** hat.

Unterernährung beginnt oft schon im Mutterleib: Der Anteil an Kindern mit zu niedrigem Geburtsgewicht (intrauterine Wachstumsverzögerung), häufig bedingt durch einen **unzureichenden Ernährungszustand** der Mutter, liegt im Durchschnitt der EL bei 15 %, in Südasien sogar bis zu 25 % (UNICEF 2001). Diese Kinder haben ein höheres Sterberisiko in den ersten Lebensjahren verglichen mit normalgewichtigen Säuglingen und auch später größere Gesundheitsrisiken. Setzt sich die unzureichende Ernährung im Kleinkindalter fort, so bleiben die Kinder in ihrer Gesamtentwicklung zurück. Dies gilt nicht nur für die **körperliche Entwicklung** (stunting = zu klein für das Lebensalter), sondern auch für die **geistige**. So erkunden diese Kinder zum Beispiel ihr Umfeld weniger aktiv und zeigen geringere Schulleistungen.

Beides hat langfristige Auswirkungen, insbesondere bei Mädchen: kleinwüchsige Frauen haben ein größeres Risiko von Geburtskomplikationen und damit steigt die Müttersterblichkeit in dieser Gruppe. Schlecht ernährte, kleinwüchsige Frauen bringen häufiger Kinder mit geringem Geburtsgewicht zur Welt und so wird das Problem in die nächste Generation weitergegeben. Sowohl die individuelle als auch die gesamtgesellschaftliche Produktivität leiden durch die Einbußen an intellektueller und körperlicher Leistungsfähigkeit.

Auf weitere Zusammenhänge zwischen Mangelernährung und Infektion wird unter anderem im Artikel „Ernährung und HIV/AIDS“ in diesem Heft eingegangen.

Haupttodesursachen für 90% der Todesfälle <5 J. (42 Länder)	
Ursache	Proportion der Todesfälle unter 5 Jahre
Neonatale Erkrankungen	33 %
Durchfallerkrankungen	22 %
Pneumonie	21 %
Malaria	9 %
AIDS	3 %
Masern	1 %
Andere	9 %
Fehlernährung ist die zugrunde liegende Ursache von 53% aller Todesfälle im Kindesalter	

Erstellt von Ajoke Sobanjo/GTZ

Quelle: The Lancet. Vol.361, June 28, 2003

Nicht nur eine zu niedrige Gesamtzufuhr an Nahrung wirkt sich negativ auf Gesundheit und Entwicklung aus. Ebenso einschneidend wirkt sich ein **Mangel an einzelnen Mikronährstoffen** (Mineralstoffen und Vitaminen) aus. Aus Public Health-Sicht von größter Bedeutung sind Vitamin A, Eisen und Jod, wie unter anderem die folgenden Angaben der Micronutrient Initiative (MI, 2004) zeigen:

Vitamin A Mangel verursacht verminderte Immunabwehr in ca. 40% der Kinder unter 5 Jahren in Entwicklungsländern und ist so verantwortlich für ca. 1 Mill. Kindertodesfälle pro Jahr. Millionen schwere Fälle von Vitamin A Mangel führen zu Blindheit, die ebenso mit einer hohen Sterblichkeit assoziiert ist.

Es wird geschätzt, dass **Jodmangel** in den betroffenen Regionen (siehe Abb. 1) die intellektuelle Kapazität der Bevölkerung um 10–15 Prozent vermindert. Jodmangel in der Schwangerschaft führt zu mentalen Schäden bei fast 18 Millionen Babys pro Jahr.

Durch **Eisenmangel** verursachte Anämie ist die am weitesten verbreitete Mangelkrankung und ist verantwortlich für ca. 60.000 mütterliche Todesfälle jährlich. Eisenmangel trägt ebenso wie Vitamin A Mangel zur hohen Kindersterblichkeit in Entwicklungsländern bei und führt zu verringerter intellektueller Entwicklung bei 40–60% der Kinder in Entwicklungs-

Land	Ärmste 20 % der Bevölkerung	Reichste 20 % der Bevölkerung	Ration
Bolivien	52	68	1,3
Dominik. Republik	10	33	3,4
Lesotho	36	94	2,6
Mongolei	22	69	3,3
Philippinen	12	53	4,6
Rwanda	91	94	1,0
Vietnam	31	56	1,8
Gewichteter Mittelwert 28 Länder	37	60	1,6

Tab 1.: Versorgung der Bevölkerung mit jodhaltigem Speisesalz (ausgewählte Länder; Quelle MI 2004)

ländern. Auch die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit wird dadurch betroffen: Durch die von Eisenmangel bedingte verminderte Produktivität der Arbeitskräfte reduziert sich das Bruttosozialprodukt wirtschaftlich armer Länder um bis zu 2%.

Neben den Programmen der Weltgesundheitsorganisation (WHO), der Food and Agriculture Organisation (FAO) und zahlreichen bilateralen und multilateralen Regierungs- und Nichtregierungsorganisationen ist die „**micro nutrient initiative**“ eine bekannte weltweit agierende Initiative zur Bekämpfung des Mikronährstoff-Mangels. Sie wurde 1992 mit Unterstützung von Weltbank, UNICEF, USAID, und den kanadischen Organisationen CIDA und IDRC gebildet und setzt schwerpunktmäßig auf drei Interventionen:

- Fortifikation (Anreicherung von Nahrungsmitteln mit Mikronährstoffen),
- Supplementierung (periodische hochdosierte Gabe von Mikronährstoffen),
- Aufklärung (Ernährungsberatung/ Information) und Krankheitsbekämpfung (Parasiten wie Hakenwurm und Malaria, Durchfälle).

Die beiden erstgenannten Maßnahmen werden dabei besonders von der pharmazeutischen und Nahrungsmittelindustrie unterstützt, die hier große Absatzmärkte sieht. Im Stadium der Grundlagenforschung befinden sich Strategien zur Erhöhung des Anteils kritischer Nährstoffe in pflanzlichen Nahrungsmitteln durch konventionelle und gentechnische Verfahren. (z. B. „golden rice“ mit β -Karotin).

Die größten Erfolge konnten bisher mit der Fortifikation bei der Bekämpfung von Jodmangel erzielt werden: etwa 70% des verkauften Speisesalzes weltweit ist heute jodiert, und die Prävalenz von Jodmangel ist durch diese Fortifikation von 30% auf ca. 15% gesunken (MI, 2004). Doch trotz dieser insgesamt positiven Entwicklung ist dieser technologische Ansatz auch kritisch zu sehen und es bleibt viel zu tun:

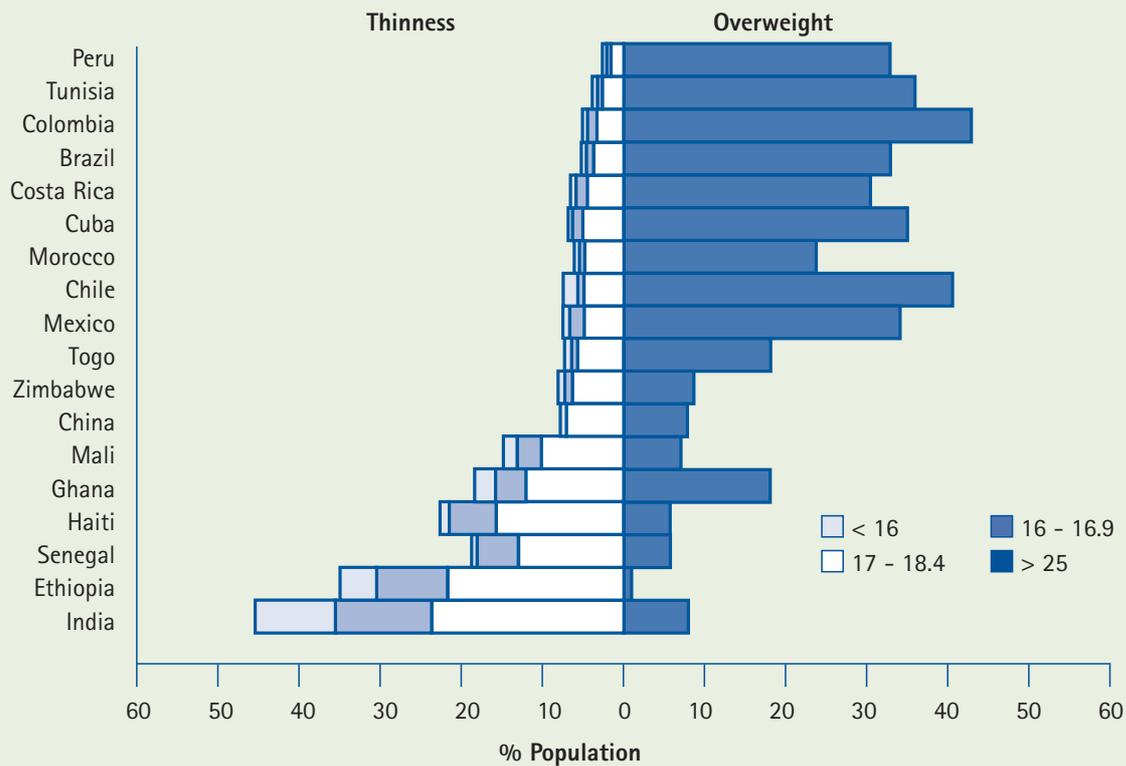
Die Ärmsten werden am wenigsten erreicht (siehe Tab. 1), und es erweist sich als schwierig, die hohe Rate an Salzjodierung aufrecht zu halten – so ist z. B. Indien als sehr bevölkerungsreiches und mit der höchsten absoluten Zahl an von Jodmangel-Betroffenen wieder auf unter 50% der Salzjodierung zurückgefallen.

Dieser Abriss mag genügen, um deutlich zu machen, dass das Problem von Hunger, Unter- und Mangelernährung in wirtschaftlich armen Bevölkerungen nach wie vor ungelöst ist und rein technische Ansätze nicht ausreichen. Benötigt werden weiterhin massive integrierte globale Anstrengungen zur Ernährungssicherung (siehe z. B. den Report „Halving Hunger: it can be done“ der UN Millennium Taskforce; zu finden unter <http://www.unmillenniumproject.org/>).

Zunehmend stellt sich das **Problem der Fehlernährung** durch übermäßige Nahrungsaufnahme, in anderen Worten: Übergewicht und Adipositas (Fettsucht), nicht weniger drängend neben die Problematik des Hungers. Die Weltgesundheitsorganisation weist mit ihrem Bericht „Obesity: preventing and managing the global epidemic“ nachdrücklich daraufhin, dass Übergewicht nicht mehr nur ein Problem der reichen Länder ist (WHO, 2000).

In der erwachsenen Bevölkerung wird der Ernährungszustand durch den „**body mass index**“ (BMI) beschrieben. Der BMI ist das Verhältnis von Körpergewicht zum Quadrat der Körpergröße in m (kg/m^2). Beispiel: eine 1,60 m große Frau mit einem Gewicht von 60 kg hat einen BMI von 60: $(1,60)^2 = 23,4$. Als Grenzwerte gelten: Untergewicht $<18,5$; Übergewicht >25 ; Adipositas $>30 \text{ kg}/\text{m}^2$.

Abb.2: BMI Distribution of various adult populations worldwide (both sexes)*



There is a tendency for an almost symmetrical increase in the proportion of a population with high BMI as the proportion with low BMI decreases.

* Source reference 11.

Quelle: WHO Technical Report series 894, Genf 2000

Erwachsene mit einem BMI zwischen 18,5 und 25 kg/m² sind am wenigsten gefährdet, an ernährungsbedingten Erkrankungen zu erkranken. Allerdings spielt neben dem Gewicht immer auch das Niveau an körperlicher Aktivität eine Rolle, d.h. körperlich aktive Menschen haben unabhängig von ihrem Körpergewicht ein geringeres Risiko als gleichgewichtige nicht körperlich aktive Menschen.

Abbildung 2 (WHO 2000) zeigt deutlich die Gleichzeitigkeit im Vorkommen von Unter- und Übergewicht in vielen Entwicklungsländern. Am Beispiel Brasiliens, als einem der weniger wirtschaftlich ärmeren Länder, für die nationale Erhebungen existieren, zeigt sich auch die rasche Zunahme an Adipositas:

während 1975 ein BMI von >30 kg/m² bei 3,1% der Männer und 8,2% der Frauen gemessen wurde, waren es 1989 schon 5,9% der Männer bzw. 13% der Frauen – eine Größenordnung, die vergleichbar ist mit z. B. 12% in England (1986–87) bzw. 15% in England (1991) oder 15% in Kanada (1986–1990), (alle Daten aus WHO, 2000).

Adipositas ist nicht nur eine Krankheit für sich, sondern auch ein entscheidender Faktor, der zur Entstehung von chronischen Erkrankungen beiträgt: Herz-Kreislauf-Krankheiten, Diabetes, bestimmte Krebserkrankungen, um nur die wichtigsten zu nennen. Diese zählen heute auch in vielen wirtschaftlich ärmeren Ländern neben Infektionen – wie insbesondere HIV/AIDS und

Malaria – zu den häufigsten Todesursachen. Weltweit betrachtet, liegt die Hauptlast (79 %) aller Todesfälle an chronischen Erkrankungen bereits heute in den Entwicklungsländern.

Zusätzlich belastend kommt bei dieser Entwicklung hinzu, dass sich pränatale und frühkindliche Unterernährung als Risikofaktor für spätere chronische Erkrankungen – verstärkt durch Überernährung im Erwachsenenalter – erweisen. Diese **Verschiebung im Ernährungszustand von Unter- zu Übergewicht** ist ein weltweites Phänomen, das insbesondere Länder trifft, die sich ökonomisch günstig entwickeln und die damit verbundenen „life-style“ Änderungen vollziehen (z. B. Urbanisierung, weniger körperlich anstrengende, mehr sitzende Tätigkeiten und größeres Nahrungsangebot insbesondere an fettreichen, zuckerhaltigen Lebensmitteln). Gleichzeitig heißt ein zu reichlicher Verzehr von Lebensmitteln, die viel Eiweiß, Fette und Zucker enthalten nicht, dass auch genug Mikronährstoffe, wie Jod und Eisen, aufgenommen werden.

Die Gesundheitsdienste in Entwicklungsländern sind völlig unzureichend ausgerüstet, um Diagnose und Therapie von chronischen ernährungsbedingten Erkrankungen zu leisten. Daher sind die Überlebenschancen von Patienten verglichen mit den Industrieländern deutlich geringer.

Die **ernährungsbedingten chronischen Krankheiten** stellen somit die Gesundheitssysteme der ressourcen-armen Länder vor enorme zusätzliche Aufgaben: notwendig sind vor allem Qualifizierungsmaßnahmen für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sowie Budgets für die Diagnostik und Behandlung.

Notwendig ist aber auch ein Umdenken in der Gesundheitsaufklärung und Prävention, denn nur durch effektive Vorbeugung – insbesondere Vermeidung bzw. Reduzierung von Übergewicht und Adipositas durch gesundheitsbewusste Ernährung und körperliche Aktivität – lässt sich die neue globale Epidemie unter Kontrolle bringen.

Weiterführende Literatur:

UNICEF (2001), A decade of progress, a lifetime of hope – MI 1990-2000 (<http://www.micronutrient.org/about/decade.pdf>)

MI (2004), Vitamin and Mineral Deficiency – a global progress report (<http://www.micronutrient.org/reports/default.asp>)

WHO (2000) Technical Report Series 894, Obesity: Preventing and managing the global epidemic

WHO (2003) Technical Report Series 916, Diet, Nutrition and the prevention of chronic diseases

The Nutrition Transition – Diet and Disease in the Developing World, Hrsg.: Caballero B und Popkin BM, Academic Press, Elsevier Science Ltd, Amsterdam 2002

Zur Autorin: Dr. rer. nat Sigrid Wolter, Ernährungswissenschaftlerin, langjährige Mitarbeiterin an der Abteilung Tropenhygiene und Öffentliche Gesundheit der Universität Heidelberg mit Schwerpunkt in der Lehre. Verschiedene Arbeits- und Forschungsaufenthalte hauptsächlich in Afrika (Sierra Leone, Ghana, Tanzania).



Mangelernährung gehört zum Krankheitsbild einer HIV Infektion. Andererseits verschlechtert sich dadurch die Prognose. Leider finden die bekannten Zusammenhänge im klinischen Management von Betroffenen in ressourcenarmen Ländern noch viel zu wenig Beachtung. Im Folgenden sollen die Formen der in Zusammenhang mit HIV auftretenden Mangelernährung beschrieben, neuere Erkenntnisse über Interaktionen und Auswirkungen auf das Immunsystem dargestellt und Grundlagen eines besseren Management erläutert werden.

Einleitung

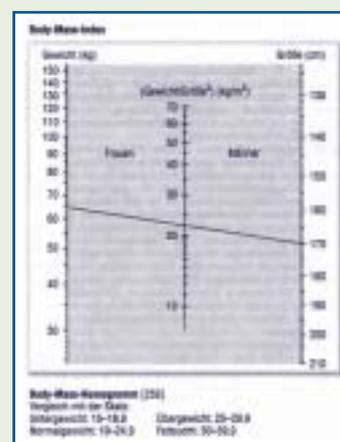
Mangelernährung ist eine große Gefahr für Menschen mit HIV/ AIDS. Sogar in frühen klinisch nicht symptomatischen Phasen der HIV-Infektion wird der Ernährungszustand negativ beeinflusst. Das Risiko, dass sich daraus eine Mangelernährung entwickelt, steigt mit der Dauer der Infektion.

Durch gute Ernährung kann HIV/AIDS weder geheilt noch einer HIV-Infektion vorgebeugt werden. Aber eine Erhaltung und Verbesserung des Ernährungsstatus verzögert den **Krankheitsverlauf** und verbessert die **Lebensqualität**. Ernährungsberatung und Therapie sind von den ersten Stadien der Infektion unverzichtbar. Gesunde, ausgewogene Diät erhält das Abwehrsystem leistungsfähig. Andererseits beeinflussen viele Krankheitserscheinungen von HIV die Nahrungsaufnahme, die Verdauung und den Stoffwechsel. Viele klinische Symptome und Bedingungen, wie z.B. Durchfallerkrankung, Gewichtsverlust, Entzündungen im Hals-Nasen-Bereich, Übelkeit und Erbrechen können wesentlich durch angepasste Ernährung günstig beeinflusst werden. Nicht zuletzt ergänzt und verstärkt gute Ernährung die Arzneitherapie.

Im Folgenden sollen die Zusammenhänge von HIV und AIDS und Ernährung unter den Aspekten, Formen der Mangelernährung, klinische Aspekte, Diagnostik der Mangelernährung und Optionen für Ernährungsberatung dargestellt werden.

Formen der Mangelernährung

Im Zusammenhang mit HIV/AIDS und Mangelernährung kennt man einmal die Proteinenergie Mangelernährung (**PEM**). Sie wird üblicherweise durch die Bestimmung der Körpermaße diagnostiziert. Zum anderen gibt es Mangelzustände in Bezug auf Spurenelemente, Mineralien und Vitamine.



Proteinenergiemangelernährung wird üblicherweise bei Erwachsenen durch den „Body Mass Index“ (BMI) angegeben. Der Body Mass Index wird errechnet aus dem Quotient des Körpergewichts (in kg) und dem Quadrat der Körpergröße (in m²). Die Bestimmung erfolgt mit einem Body-Mass-Nomogramm.

Als Normal gilt bei Männern ein Wert zwischen 20 und 25 und bei Frauen zwischen 18 und 24. Indikatoren für PEM bei Kindern sind eine niedrige Größe fürs Alter (engl. stunting), ein niedriges Gewicht fürs Alter (Untergewicht), oder ein niedriges Gewicht in bezug auf die Körpergröße (engl. wasting oder akute Mangelernährung). Dieses wird ebenfalls mit Standardtafeln bestimmt.

Mangelzustände von Spurenelementen treten bei Erwachsenen und Kindern in Form eines Mangels an Eisen, Vitamin A oder Jod auf. Vitamine, Mineralien und Spurenelemente sind lebenswichtig und entscheidend für die normale Funktion des Abwehrsystems. In der klinischen Routine werden sie normalerweise nicht gemessen. Mangelzustände treten in Patientengruppen auf, die unter häufigen Infektionskrankheiten leiden oder die eine einseitige Diät zu sich nehmen mit eingeschränktem Verzehr von tierischen Nahrungsbestandteilen oder saisonalen Nahrungsmittelmangel.



Abbildung 1: Mutter pflegt ihre an AIDS erkrankte Tochter

Foto: TALC

Klinik

Alle Infektionskrankheiten, auch wenn sie nur mild verlaufen, beeinflussen den Ernährungsstatus ungünstig und führen zu Mangelzuständen. Bestehende Mangelernährung verschlechtert die Abwehrlage und die Heilungsaussichten für jegliche Infektionskrankheit. Infektionskrankheiten reduzieren die Aufnahme von Nährstoffen, die Absorption von Nahrungsbestandteilen, erhöhen den Verbrauch und die Ausscheidung von Eiweißen und Spurenelementen, besonders im Rahmen der Abwehrreaktion des Körpers.

Die akute Phase einer Infektion ist gekennzeichnet durch Anorexie, Fieber und **Katabolismus**. Durch die Freisetzung von Zytokinen im Rahmen von Infektionen kommt es zum Auftreten freier Sauerstoffradikale. Dies führt zu **oxidativem Stress**. Dadurch werden vermehrt antioxidative Vitamine, z. B. Vitamin E, Vitamin C und Betakarotine benötigt. Gleichzeitig ist der Verbrauch von Mineralien wie Eisen, Zink, Selen, Mangan oder Kupfer erhöht. Diese werden gebraucht um antioxidative Enzyme zu bilden. Die Folge von oxidativen Stress ist Zerstörung von Proteinen, Inaktivierung von Zellenzymen und Zerstörung von Zellen und Geweben. HIV-Pathogenese und Mangel an Spurenelementen verstärken sich wechselseitig.

Mangelernährung schwächt die **Funktionalität**, z. B. von Makrophagen und Killerzellen, die ihrerseits von HIV zerstört werden können. Oxidativer Stress dagegen kann im Rahmen einer Aktivierung von Helferzellen indirekt die HIV-Replikation anregen.

HIV beeinflusst direkt die Produktion von **Hormonen** wie Glucagon, Insulin und Cortisol, die eine wesentliche Rolle im Stoffwechsel von Kohlehydraten, Eiweißen und Fett spielen. Die Steigerung dieser Hormone führt zum Katabolismus und damit zum Gewichtsverlust bis zur Ausprägung des Wasting Syndroms.

Mangelernährung kann somit Folge der HIV-Infektion sein als auch den natürlichen Krankheitsverlauf beschleunigen. Der Ausbildung eines Wasting Syndroms geht in der Regel ein Gewichtsverlust, wiederholte Infektionen, Gewichtsschwankungen und Veränderungen in der Zusammensetzung der Körpergewebe mit Verschiebungen von Muskel- und Fettgewebe voraus.

Es können zwei **Verlaufsformen** von Wasting bei Menschen mit HIV/AIDS beobachtet werden. Es gibt einen langsam fortschreitenden Gewichtsverlust, der mit Appetitlosigkeit beginnt und sich durch gastrointestinale Beschwerden auszeichnet. Das zweite klinische Bild ist gekennzeichnet durch rapiden, aber episodischen Gewichtsverlust in Folge einer opportunistischen Infektion.

Bei Menschen mit HIV geht selbst ein relativ geringer Gewichtsverlust unter 5% laut Überlebensstudien mit einer höheren Sterblichkeitsrate einher. Deshalb ist es wichtig, das Körpergewicht regelmäßig zu überwachen. Ursachen und Symptome von Gewichtsverlust und Wasting müssen in Zusammenhang mit der **Nahrungsaufnahme**, der **Absorptions- und metabolischen Störungen** gesucht werden.

Nahrungsaufnahme kann beispielsweise durch schmerzhafte Geschwüre im Mund, Rachen oder Ösophagus, durch depressive Verstimmungen oder psycho-soziale Faktoren, durch ökonomische Faktoren oder Nebenwirkungen von Arzneimitteln gestört sein. Zu Malabsorption kommt es sehr häufig in Zusammenhang durch Giardia-Lambia verursacht Durchfallerkrankungen oder durch Schwächung des Immunsystems durch Kryptosporidien-Infektionen. Durch direkte Wirkung von HIV wird das Darmepithel geschädigt.

Dadurch wird die Resorption von Fetten und Kohlehydraten gestört. Die **Malabsorption** betrifft auch die fettlöslichen Vitamine A und E. Alle Infektionen einschließlich HIV führen zu einem erhöhten Bedarf an Energie und Eiweißen und einer ineffizienten Nutzung vorhandener Nahrungsbestandteile. Auf unzureichende Nahrungsmittelaufnahme reagiert der Körper mit Insulin und Glucagonbildung. Dies führt dazu, dass die Kohlenhydratvorräte im Muskel- und Lebergewebe aufgebraucht werden. Im weiteren Verlauf greift der Körper das Muskeleiweiß an, um daraus Glukose zu produzieren. Dies führt zum Schwund der Muskulatur.

Wasting ist gekennzeichnet durch **Kachexie**, was man auch bei Krebserkrankungen sieht. Während der akuten Phase der Infektion kommt es zu starken Verlusten im Bereich der Körperweichteile. Dies wird damit erklärt, dass die Leber große Mengen von Eiweißen produziert, die infektiöse Bestandteile binden sollen, um sie dann abzubauen und ausscheiden zu können. Diese Proteine stammen zum großen Teil aus Eiweißen von der Skelettmuskulatur. Wenn jedoch bei einer chronischen Infektion die Herstellung solcher spezifischen Proteine verlangsamt erfolgt, kommt es zu einem massiven Muskelschwund. Andererseits führen Abbauprodukte dieser mit infektiösem Antigen beladenen Proteine selbst wieder zum Appetitverlust und Schlafstörungen.

Beurteilung des Ernährungsstatus

Die Beurteilung des Ernährungsstatus erfolgt durch

- Erhebung der Anamnese und
- die Suche nach Risikofaktoren,
- der Bestimmung des Gewichts,
- des Wachstums,
- der Ermittlung des Body Mass Index und
- Laboruntersuchungen.

Die objektive Bestimmung des Gewichts durch Messen ist von besonderer Bedeutung, weil Gewichtsverlust von den Personen oft nicht wahrgenommen wird. Dabei ist auch eine kontinuierliche Dokumentation der Gewichtsentwicklung wichtig. Eine gute Aussage über die Gewichtsentwicklung bekommt man, wenn eine Person immer am selben Wochentag zum selben Tageszeitpunkt in vergleichbaren Lebensumständen, z. B. morgens nach dem Aufstehen, das Gewicht misst. Ein ernsthafter Gewichtsverlust bedeutet eine Abnahme von mehr als 10% des Körpergewichts oder ein Gewichtsverlust von mehr als 6 kg in einem Monat.

Als Laboruntersuchungen sind zu empfehlen: Blutbild, Blutsenkungsgeschwindigkeit, Gesamteiweiß-, Albumin- und Präalbuminbestimmung. Wenn möglich sollten auch Harnstoff, Stickstoff, Bestimmung von Fetten und Blutzucker durchgeführt werden.

Nachfolgende Formel gibt die Berechnung des Idealgewichts für Männer und Frauen an.

- Männer: $48 \text{ kg} + 1,07 \text{ kg/cm}$, wenn über 152 cm
- Frauen: $45,5 \text{ kg} + 0,9 \text{ kg/cm}$, wenn über 152 cm

Die Mangelernährung von Kindern sollte entsprechend den Empfehlungen der nationalen Gesundheitsbehörden, meist durch eine Wachstumsgrafik, gemessen werden.

Grundlagen von Ernährungsprogrammen

Ernährungsprogramme müssen einerseits darauf abzielen bei Menschen mit HIV einer Mangelernährung vorzubeugen, andererseits die eingetretene Mangelernährung zu behandeln.

Die Ziele von Ernährungsprogrammen sollten sein:

- Entwicklung und Verbesserung von Ernährungsgewohnheiten und der Nahrungsmittelzusammensetzung,
- Aufbau der körpereigenen Reserven für Spurenelemente und Mineralien und Vitamine,
- Stabilisierung oder Vorbeugung von Gewichtsverlust,
- Erhaltung und Aufbau von Muskelmasse,
- Vorbeugung von durch Nahrungsmittel übertragenen Krankheiten,
- das Management von HIV-bedingten Symptomen und Krankheiten, die die Nahrungsmittelaufnahme ungünstig beeinflussen, und
- gegebenenfalls Nahrungsmittelhilfe für Betroffene mit Problemen der Nahrungsmittelversorgung.

Ein Ernährungsberater sollte unbedingt zu einem Team gehören, das sich um Menschen mit HIV und AIDS kümmert. Umfassende Versorgung des Ernährungsproblems umfasst aber auch Stressbewältigung, körperliche Aufbauübungen, psychosoziale und spirituelle Begleitung.

Zusammenfassende Empfehlungen

Folgende Empfehlungen zur Verbesserung der Ernährungssituation können HIV-positiven asymptomatischen Individuen gegeben werden.

- Eine Ernährung, die ausgewogen ist an Energie, Eiweiß, Fett, Spurenelementen und Vitaminen ist eine gesunde Ernährung.
- Ernährungsberatung ist ein Schlüsselement für ein positives Leben mit der HIV.
- Eine Person mit HIV braucht 10-15% mehr Energie und 50 bis 100% mehr Eiweiß am Tag als im Normalfall. Die Mindestenergiezufuhr sollte um 300 bis 400 kcal pro Tag gesteigert werden. Weiter sollten 25 bis 30 Gramm Eiweiß aufgenommen werden sollte.
- Die Nahrungsaufnahme sollte mindestens auf 3 Mahlzeiten am Tag verteilt sein. Zusätzlich ist darauf zu achten, dass die ausgewählten Nahrungsmittel reich an Spurenelementen und antioxidativen Vitaminen sind. Davon sollten Menschen mit HIV die zwei bis fünffache Menge der sonst üblichen Empfehlung für Erwachsene zu sich nehmen. Um Mangelzustände zu beseitigen, ist auch eine Mehrfach-einnahme von Vitamin- und Mineralientabletten sinnvoll. Dadurch können die körpereigenen Vorräte wieder aufgebaut werden.
- Zurückhaltung ist dagegen mit der Substitution von Zink und Eisen geboten. Das HI-Virus braucht Zink zur Expression seiner Erbsubstanz, zur Replikation und Integration.

Obwohl es im Zusammenhang mit HIV zur Anämie kommen kann, fand man jedoch bei Patienten vermehrte körpereigene Eisenreserven im Knochenmark, Muskeln und in der Leber. Zu große Eisenreserven können selbst wieder oxidativen Stress verursachen und gehen mit einem erhöhten Risiko für Infektionskrankheiten einher.

- Ernährungsempfehlungen sollten vor Ort verfügbare Lebensmittel mit einbeziehen.
- Menschen mit HIV/AIDS sollten unterstützt werden, das übliche Niveau von körperlicher Aktivität und Übung aufrecht zu erhalten.
- Die Ernährungsberatung sollte auch Nahrungsmittelhygiene und sichere Zubereitung enthalten.
- Menschen mit HIV/AIDS sollten angeleitet werden auf Gewicht zu achten und bei geringsten Auffälligkeiten medizinische Hilfe und Beratung auf zu suchen.
- Allen Betroffenen sollte empfohlen werden, ungesunde Ernährungs- und Lebensgewohnheiten zu beenden. Dies gilt vor allem für den Konsum von Alkohol, Tabak, Genussmitteln und Drogen.

Die folgende Tabelle fasst praktisches Vorgehen bei einigen Symptomen zusammen.

Zum Autor: Dr. med. Klemens Ochel, MPH, ist Allgemein- und Tropenmediziner. Er leitet die Arbeitsgruppe Gesundheitsdienste und HIV/AIDS am Missionsärztlichen Institut/Würzburg.



Praktische Vorschläge zur Maximierung der Nahrungsaufnahme während und im Anschluss an eine HIV/AIDS bezogene Infektion

Symptom	Vorschlag
Fieber und Appetitverlust	<ul style="list-style-type: none"> • Trinken Sie Energiedrinks, Flüssigkeiten mit hohem Proteinanteil und Fruchtsäfte. • Essen Sie kleine Portionen von weichen Lebensmitteln, die Ihnen schmecken über den Tag verteilt. • Essen Sie nahrhafte Snacks wann immer es möglich ist. • Trinken Sie häufig.
Entzündeter Mund und Rachen	<ul style="list-style-type: none"> • Vermeiden Sie Zitrusfrüchte, Tomaten und scharf gewürzte Speisen. • Vermeiden Sie Süßigkeiten. • Trinken Sie Energiedrinks und Flüssigkeiten mit hohem Proteinanteil mit dem Strohhalm. • Essen Sie Nahrungsmittel auf Zimmertemperatur oder kälter. • Essen Sie feste, weiche Nahrung wie z.B. Pudding, Reisbrei, zerdrückte Tomaten, Karotten oder anderes Gemüse und Früchte, die keine Säure beinhalten. Vermeiden Sie Zitrusfrüchte, Tomaten und scharf gewürzte Speisen. • Vermeiden Sie Süßigkeiten. • Trinken Sie Energiedrinks und Flüssigkeiten mit hohem Proteinanteil mit dem Strohhalm. • Essen Sie Nahrungsmittel auf Zimmertemperatur oder kälter. • Essen Sie feste, weiche Nahrung wie z.B. Pudding, Reisbrei, zerdrückte Tomaten, Karotten oder anderes Gemüse und Früchte, die keine Säure beinhalten.
Übelkeit und Erbrechen	<ul style="list-style-type: none"> • Essen Sie kleine Snacks über den Tag verteilt und vermeiden Sie große Mahlzeiten. Essen Sie Cracker, Toast und andere einfache, trockene Nahrungsmittel. Vermeiden Sie Nahrungsmittel mit einem starken Aroma. Trinken Sie verdünnte Fruchtsäfte, andere Flüssigkeiten oder Suppe. Essen Sie einfache, gekochte Nahrungsmittel wie Reisbrei, Kartoffeln und Bohnen.
Durchfälle	<ul style="list-style-type: none"> • Essen Sie Bananen, zerdrückte Früchte, weichen Reis und Porridge. Essen Sie kleine Mahlzeiten, aber dafür häufiger. Vermeiden Sie Diätprodukte um zu sehen, ob diese die Ursache sind. Reduzieren Sie fettreiche Nahrung. Essen Sie keine Nahrungsmittel mit unlösbarer Faser (Ballaststoffe). Trinken Sie häufig.
Schlechte Fettaufnahme	<ul style="list-style-type: none"> • Vermeiden Sie Öle, Butter, Margarine und Nahrungsmittel, welche diese beinhalten oder damit zubereitet wurden. Essen Sie nur mageres Fleisch. Essen Sie Früchte und Gemüse und andere fettreduzierte Nahrung.
Schwere Durchfälle	<ul style="list-style-type: none"> • Trinken Sie häufig. Trinken Sie orale Rehydrationslösungen. Trinken Sie verdünnte Säfte. Essen Sie Bananen, zerdrückte Früchte, weichen Reisbrei.
Müdigkeit, Lethargie	<ul style="list-style-type: none"> • Organisieren Sie jemanden, der Essen vorkocht, um Kräfte und Zeit bei der Zubereitung der Nahrung zu sparen. (Geben Sie acht beim Wiederaufwärmen) Essen Sie frische Früchte, die nicht zubereitet werden müssen. Essen Sie Snacks über den Tag verteilt. Trinken Sie Energiedrinks und Flüssigkeiten mit hohem Proteinanteil. Nehmen Sie sich jeden Tag Zeit zum Essen.



Foto: Florian Neuhann

Ich wollte auf jeden Fall ein Teil meines praktischen Jahres (PJ) zu Hause in Kamerun absolvieren. Ich hatte als Wahlfach Pädiatrie ausgesucht, denn ich will in diesem Bereich später weiterarbeiten. Ich wollte Erfahrungen in zwei verschiedenen Gesundheitssystemen sammeln, deshalb habe ich mich für acht Wochen in Kamerun (März/April 2004) und sechs Wochen hier in Deutschland in der Pädiatrie entschieden.

Ich wusste von meiner Famulatur, die ich 2002 mit der Unterstützung des Ärzteprogramms in Yaounde in der Gynäkologie gemacht hatte, dass ich dadurch nicht nur fachlich viel gewinnen würde, sondern auch die Möglichkeit haben würde, die heimische Realität wieder näher in mein Bewusstsein rücken zu lassen, die durch die Jahre in Deutschland doch immer fern wird.

Yaounde ist die Hauptstadt von Kamerun und hat ca. 1,5 Millionen Einwohner. Da bin ich groß geworden und da wollte ich auch zurück; zu meinen Freunden und meiner Familie.

Das Krankenhaus und mein Arbeitsbereich

Ich hatte mir die „Centre Mere et Enfant“ der Fondation Chantal Biya ausgesucht. Diese Gesundheitseinrichtung ist die ehemalige pädiatrische Abteilung des „Hopital Central“ in Yaounde (seit Februar 1999 umbenannt). Die folgenden Bereiche sind vorhanden: eine Notaufnahme, (die einzige pädiatrische Nachtaufnahme in Yaounde), eine Poliklinik, pädiatrische Spezialitäten (Onkologie, Hämatologie, Neonatologie, Infektiologie, Allgemeinpädiatrie), ein AIDS-Arzt, der sich speziell um HIV-infizierte Kinder kümmert, ein Notfalllabor, eine kleine Apotheke, eine Mutter-Kind-Vorsorge, wo z.B. Impfungen durchgeführt werden. Insgesamt gibt es 258 stationäre Betten. Das Ganze wird von ca. 20 Ärzten betreut.

Ich habe vier Wochen in der Notaufnahme, zwei Wochen in der Allgemeinpädiatrie und zwei Wochen in der Neonatologie verbracht. So konnte ich mir einen guten Überblick über die häufigsten pädiatrischen Krankheitsbilder verschaffen.

Unsere Arbeitszeiten waren täglich von 7.30 Uhr bis 16.00 Uhr. Außerdem mussten wir alle fünf Tage einen Nachtdienst absolvieren. Die Studenten haben als erster die Patienten untersucht, die weitere erforderliche Diagnostik und eine Therapie vorgeschlagen. Danach haben sie ihre Ergebnisse einem Arzt vorgestellt und mit ihm alles noch einmal diskutiert. Während der Chefarztvisite haben die Studenten die Patienten vorgestellt. Diese Prozedere hat den Vorteil, dass man sich als Student seine Gedanken über die Erkrankung machen muss und später eine Rückmeldung bekommt, um sich dann zu korrigieren. Außerdem durften wir die ärztlichen Eingriffe unter Aufsicht durchführen, z.B. Lumbalpunktionen, arterielle Punktionen, Blasenpunktionen. Als Student hatte man die Möglichkeit, die körperliche Untersuchung gut zu üben.

Die Erkrankungen

Die Erkrankungen, mit denen die Kinder zum Arzt gebracht wurden, waren vielfältig: Malaria (mit Komplikationen wie schwere Anämien, Krämpfe), Lungenentzündungen, Meningitiden, Durchfälle, Harnwegsinfekte, Sichelzellanämie, Mangel- und Fehlernährung etc. In der Neonatologie war die neonatale Infektion die Hauptdiagnose und einige Neugeborene mit angeborenen Fehlbildungen wie Pierre-Robin-Sequenz, Spina



Foto:
Florian Neuhann

Bifida, Darmatresien. Für diese Kinder war die Diagnose aufgrund mangelnder (Kinder-) chirurgischer Versorgungsmöglichkeiten oder finanzieller Möglichkeiten der Eltern sehr schlecht.

Die Kinder kamen meist in einem sehr schlechten Zustand; dafür gibt es viele Gründe. Die finanziellen Schwierigkeiten: die Eltern schieben den Gang zum Arzt immer vor sich her, bis das Kind halb tot ist. Das niedrige Bildungsniveau der oft sehr jungen Eltern: sie erkennen den Ernst der Krankheit nicht früh genug; sie ernähren die Kinder oft falsch oder mangelhaft. Das traditionelle Behandlungssystem, das heutzutage leider mehr aus Abzocken besteht: die keine fundierte Ahnung von der traditionellen Medizin haben und so mehr Schaden als Gutes anrichten. Die schlechten sanitären Einrichtungen, die zu Durchfallerkrankungen führen.

Die Ärzte müssen die Kinder oft „blind“ behandeln, weil sie auf paramedizinische diagnostische Mittel verzichten oder lange darauf warten mussten, was zu vielen Komplikationen geführt hat. Auch die Glaubwürdigkeit dieser Befunde stand oft in Frage, was die Arbeit noch mehr erschwert hat. Der Umgang mit Hygiene ließ oft zu wünschen übrig. Ich war oft von den Umständen, unter denen man gearbeitet hat, geschockt. Das Schlimmste für mich war die Promiskuität im

stationären Bereich: in einem kaum 30 qm großen Saal waren 15 schwerkranke Kinder und auch mindestens 15 Mütter untergebracht! In diesen Umständen darf man sich nicht wundern, wenn sich ansteckende Krankheiten rapide verbreiten und bei den schon geschwächten Kindern tödlich enden.

Trotz diesen schweren Arbeitsbedingungen war ich froh, zu Hause zu sein und diese Realität wieder zu erleben: so weiß ich bescheid, was mich erwartet, wenn ich zurückkehre.

Zur Vorbereitung der PJ-Phase

Als Vorbereitung für so ein Praktikum empfiehlt sich die Teilnahme an Seminaren des Ärzteprogramms, weil man sich dadurch bereits einen Einblick in die Tropenmedizin ermöglicht. Außerdem sollte man auch schon die Vorlesung an der Uni gehört haben, um auch schneller bei der Sache zu sein.

Man sollte ausgestattet sein mit: Kittel, Stethoskop, Othoskop, Handschuhen, Händedesinfektionsmittel und ein Buch zum Nachlesen. Es ist auch gut, sich mit den heimischen Studenten auszutauschen, weil sie das System am besten kennen und auch für die Reintegration sehr hilfreich sind.

Rebecca Kenmeni Tchaiwou absolvierte ihren PJ-Abschnitt im März/April 2004

Stellen Sie sich vor, Sie hätten sich bei einer Reise in Thailand von den ständigen Kälteduschen der Klimaanlage eine schwere fieberhafte Bronchitis geholt. Der gerufene Hotelarzt hätte Ihnen Paracetamol zur Fiebersenkung, Ampicillin als Antibiotikum und Codein zur Hustenblockade verschrieben. Ein Hotelbote besorgt die Medikamente aus der nächsten Apotheke und erleichtert schlucken Sie das Zeug und helfen dem Schlaf noch mit einem Drink nach. Nach zwei Tagen geht es Ihnen besser und Sie sind überzeugt, dass das Ampicillin geholfen hat. Die Frage, ob das Ampicillin echt und damit wirksam war stellt sich gar nicht, da Ihre gute Abwehr den Infekt von sich aus überwand. Stellen Sie sich nun aber eine Bauernfamilie in einem nahe gelegenen Dorf vor, deren kleines Haus seit Wochen feucht und undicht ist vom Monsunregen und die mit den Feldern unter Wasser nicht wissen, wohin sie fliehen können. Eines der Kinder hat seit zwei Tagen hohes Fieber und Husten und ist schwer krank. Der gerufene Gesundheitshelfer des Ortes erkennt eine Lungenentzündung und verordnet die gleichen Medikamente wie bei Ihnen. Mit eigenem und geliehenem Geld des Nachbarn kann der Bauer vier Tabletten Ampicillin und ebensoviel Paracetamol und Hustensaft kaufen. Voller Hoffnung geben die Eltern dem Kind die Medizin und tatsächlich lassen Fieber und Husten vorübergehend nach. Trotzdem stirbt das Kind zwei Tage später. Die Eltern und wohl auch der Gesundheitshelfer werden nie erfahren, dass das Ampicillin eine Fälschung war und ihre Hoffnung betrogen wurde.

Wie groß ist das Problem?

Situationen wie diese spielen sich täglich zu Abertausenden in den Ländern des Südens, am meisten in Schwarzafrika, aber auch in den armen Regionen Asiens und Lateinamerikas ab. Der Umfang der Arzneimittelfälschungen kann aus den wenigen hundert aufgedeckten Fällen nur annähernd geschätzt werden. Zwischen 1983 und 1999 dokumentierte die Weltgesundheitsorganisation (WHO) etwa 770 Arzneimittelfälschungen, davon etwa 70% in Entwicklungsländern, besonders in Afrika. In den vergangenen fünf Jahren hat sich dieser Trend nach Beobachtung von Fachagenturen wie „Essential Drugs Monitor“ bei der WHO in hohem Tempo verstärkt. Die auf informierten Schätzungen beruhenden Angaben zum Marktwert liegen zwischen 5 und 10% des gesamten globalen Pharmahandels, nämlich zwischen 20–50 Milliarden US Dollar bei einem globalen Pharmamarkt von geschätzten

500 Milliarden Dollar. Gefälscht wird alles, was einen hohen Profit verspricht, vor allem Präparate wie Antibiotika, Antimalariamittel, Fiebermittel, Schmerzmittel und außerdem besonders Präparate, die bei immens gefährlichen Erkrankungen längerfristig oder dauernd genommen werden müssen. Dies sind in erster Linie Tuberkulosemedikamente, die ein Patient wenigstens ein halbes Jahr einnehmen muss oder neuerdings lebenserhaltende antiretrovirale Medikamente bei AIDS.

Fälschungen von Malariamedikamenten sind am besten dokumentiert

Hierzu gibt es einige qualifizierte, „peer reviewed“ Fachbeiträge in internationalen Journalen. Im April 2004 publizierte Basco aus Frankreich eine Studie aus Kamerun. Von 284 auf den Straßenmärkten gesammelten Antimalariamedikamenten aus insgesamt 132 verschiedenen Plätzen in Dörfern und Städten hatten 38% der Chloroquin-Präparate, 74% der Chininpräparate und 10% der Sulfadoxin-/Pyrimethamin-Präparate (Handelsname: Fansidar), keinen aktiven Inhaltstoff. Vergleichbare ältere Studien gibt es aus Kambodscha, Indonesien und Vietnam, wenn auch nicht derart genau durchgeführt. Chloroquin war über mehr als 30 Jahre der Klassiker weltweit gegen alle Formen der Malaria. In den letzten zehn Jahren hat sich dagegen eine rasche, in Ostafrika und Südostasien komplette Resistenz entwickelt. Ein bekanntes Phänomen bei Chloroquine war, dass Personen mit dunkler Haut, also Afrikaner, bei seiner Einnahme oft einen sehr unangenehmen, über Tage anhaltenden Juckreiz erlitten, was bei uns Bleichgesichtern nicht vorkommt. Dieser Juckreiz war etwas weniger bei dem chloroquinverwandten Präparat Amodiaquin. Es ist teurer und hat bei uns in der westlichen Welt keine Zulassung wegen einer sehr seltenen Knochenmarksbelastung. In Afrika wird es produziert und breit verwendet. Der Hinweis auf lokal produzierten Packungen, dass kein Juckreiz danach auftritt bei voller Anti-Malariawirkung war deshalb ein besonderer Werbegag, der zu gutem Umsatz führte. (Natürlich tritt bei gepresstem Maniokmehl kein Juckreiz auf!)

Aus Thailand und benachbarten Staaten in Südostasien wurden wiederholt Fälschungen von Mefloquine (Handelsname: Lariam) berichtet. Wenn ein schwerkranker, an Malaria tropica erkrankter Patient ein solches Falschpräparat einnimmt, wird er sterben. Die Malaria tropica nimmt gegenüber den drei sog. gutartigen Formen der Malaria (M. tertiana, quartana und ovale) zu und liegt weltweit bei etwa 70 % der Fälle vor. Besonders unanständig war die Fälschung eines Malariamittels in Kenia, hier fehlte der Antimalariawirkstoff, aber es war eine kleine Menge Paracetamol zur Fiebersenkung enthalten. Ein Patient, der das Präparat einnahm, erzielte eine kurzfristige Fiebersenkung und Erleichterung der Kopf- und Gliederschmerzen, so dass er veranlasst wurde, mehr vom gleichen Präparat zu kaufen.

Antibiotika sind ein Klassiker unter den Fälschungen

Dies gilt insbesondere für die etwas älteren Präparate wie Ampicillin und Cotrimoxazol. Eine journalistische Untersuchung in Indonesien mit einem Universitäts-Pharmazieinstitut in Jakarta hat gezeigt, dass etwa ein Viertel der im Lande im Umlauf befindlichen Präparate illegal nachgemacht oder gefälscht sind. Die Herkunft dieser auf dem offenen Markt verkauften Präparate ist meist nicht zu eruieren. Medikamente gegen die Tuberkulose sind ein beliebtes Beutefeld, hier insbesondere das Rifampicin. Jeder Patient, der dieses essentielle Medikament bei Tuberkulose, natürlich auch bei Lepra einnehmen muss, weiß, dass es zu einer Gelbfärbung des Urins führt. Er wird diese Gelbverfärbung also als Qualitätsmerkmal ansehen. Man kann dies aber auch mit einem billigen Farbstoff erreichen, ohne eine Spur des Wirkstoffes eingenommen zu haben. Zudem weiß jeder Zöllner, Soldat und Polizist, dass Rifampicin nicht nur gegen die Tuberkulose eingenommen werden muss, sondern man mit einigen Tabletten oder Kapseln auch die verbreitete Gonorrhoe beseitigen oder zumindest vorübergehend unterdrücken kann. Rifa ist daher eine beliebte Modedroge im Straßen- und Hafenumfeld, an den Haltestellen der Überlandlastwägen und den Busbahnhöfen geworden. Die Pillen werden grundsätzlich einzeln in die Hand verkauft und nach der grellen Farbe beurteilt, etwa nach dem Motto 8 blaue und 6 rote. Die Magie der westlichen Arzneien wird verstärkt durch eine Farben-Magie, die sich mit traditionellen Krankheitsvorstellungen von Heiß und Kalt, von Kopf und Bauch, von Tag und Nacht mischt.

Diese bei Geschlechtskrankheiten und Tuberkulose verbreitete, von naturwissenschaftlicher Betrachtung weit entfernte Vorstellung der Arzneimittelwirkung wurde in den Hochendemiegebieten von AIDS, auf Straßenmärkten von Sambia oder den Wohnstätten in Südafrika auf AIDS-Medikamente übertragen. Das Wissen, dass es gegen die „neue Erkrankung“, die „Familienkrankheit“ oder „Tuberkulose 2“, wie es in Südafrika heißt, Medikamente im Westen gibt, ist längst angekommen. Auch die Medikamente selbst sind auf dem schwarzen Markt vorhanden und mischen sich in krasser Form, in der Regel nachts gehandelt, mit echten Medikamenten und nachgemachten Produkten.

Fälschungen sind in vielfacher Weise möglich

Gefälscht wird alles was zu einem Medikament gehört: Wirkstoff, Dosierungen innerhalb der Tablette, Kapsel oder des Sirups, Beipackzettel, Verpackungen, Herstellername, Chargen-Nr., Verfallsdaten, neuerdings auch Hologramme und natürlich Dokumente über angebliche Qualitätskontrollen. Grob lassen sich vier Gruppen von Fälschungen unterscheiden:

- ▶ Die perfekte Imitation eines Präparates mit denselben Wirkstoffen, Gewicht, Prägung und der identischen Verpackung kann man zur Not als unautorisiertes Generikum durchgehen lassen, wenn sie auch eine ordentliche Galenik, die eine Auflösung im Darm und Bioverfügbarkeit ermöglichen, besitzt. Oft aber fehlt gerade diese pharmazeutische Leistung, so dass diese Pillen nicht selten wie ein Kirschkern auf natürlichem Wege wieder abgehen.
- ▶ Manche Fälschungen haben nur die identische Verpackung, aber eine deutlich verminderte oder qualitativ schlechte Wirkstoffzusammensetzung. Bei einem Suchtest, bei dem der Wirkstoff nur qualitativ mit einem Farbstoff gesucht wird, passieren sie die Kontrolle noch, in der Wirkung sind sie aber schlecht und tragen vor allem massiv zur Resistenzentwicklung der Zielkeime bei, wenn es sich um Malariamittel, Antibiotika, Tuberkulose- und AIDS-Medikamente handelt.

► Die Primitivform der Fälschung enthält keinerlei Wirkstoff, sondern nur einen billigen Ersatz, etwa Farbstoff oder Backpulver oder Maniokmehl, das sich entsprechend in Form pressen lässt. Diese Fälschungen sind die typischen Massenprodukte aus dem großen Glas, die in Unmengen im Straßenhandel auftauchen. Sie kommen und gehen, sind ein paar Wochen da, in bunten Schachteln mit viel versprechenden Fantasienamen und verschwinden wieder, bevor ihr Versagen allzu offensichtlich wird. Nach kurzer Zeit sind die gleichen Fälschungen mit anderer Farbe und neuem Versprechen wieder da. Sie sind wesentlich preisgünstiger als Markenpräparate, erscheinen in einfacher Sprache und in Zeichen, die auch der Mann auf der Straße, der oft nicht lesen kann, versteht. Die Straßenhändler selbst haben keine Ahnung, was sie verkaufen.

► Die gefährlichste, erfreulicherweise kleine Gruppe von Fälschungen enthält schädliche, oft sehr giftige Stoffe. Häufig sind beigemischte Farben, die Arsen, Antimon oder andere Schwermetalle enthalten, oder der Hustensaft, der aus süßem Frostschutzmittel/Glykol besteht wie in Haiti. Wir haben etwas Vergleichbares von köstlichen „Spätlesen“ in Erinnerung und spotteten über „viel Glyk“.

Wie sind Arzneimittel in Entwicklungsländern zu kontrollieren

Unter dem Phänomen der Armut verbirgt sich auch ein massiver Niedergang der Gesundheitssysteme in vielen Ländern. Die Situation ist heute deutlich schlechter als noch vor zehn Jahren, da sich Regierungen vielerorts aus der Verpflichtung, sich um die Gesundheit ihrer Bürger zu kümmern, verabschiedet haben. Wir haben eine große Kluft zwischen der einfachen staatlichen Versorgung und dem wuchernden privaten Sektor und dem in vielen Gegenden, besonders in Afrika, relativ gut funktionierenden, nicht-staatlichen, frei gemeinnützigen Sektor, der vor allem von den großen Kirchen getragen wird. Alle leiden aber unter dem gleichen Problem der fehlenden Kontrolle der überall angebotenen Medikamente. Der Staat kommt seiner Aufgabe der Kontrolle mit üblichen Berufskammern (Boards) nicht nach, Zoll- und Qualitätszertifikate werden per Stempel und nicht durch echte Kontrolle vergeben. Dies hängt vor allem mit der fehlenden Ausbildung, weniger der Technik, zusammen. Ein Phänomen schlägt brutal zu und dies ist der „Brain-Drain“ nach dem Norden.



Silvia Miksch von der AG „Angepasste Technologie im Gesundheitswesen“ mit den beiden Koffern des Mini-Lab® Foto: Andrea W.-Zumbrägel

Es wäre verkürzt die Abwanderung von Ärzten/innen, Apothekern/innen, Krankenschwestern und Ingenieuren nach dem Norden ausschließlich auf den besseren Verdienst zu schieben. Die mangelnden Weiterbildungsmöglichkeiten und die Unsicherheit im gesamten Rechtsgefüge stellen mindestens so große Auswanderungsgründe dar wie das Geld. Dem gegenüber steht in einer Reihe von Ländern eine hemmungslose Bereicherung von Mächtigen, die in der notwendigen Arzneimittelversorgung ein neues Feld gefunden haben, das mancherorts mehr bringt als der Handel mit Koks.

Als alter Afrikafan – ich war genau vor 40 Jahren das erste Mal in Nigeria und Ghana als junger Student und war seither lange Jahre und immer wieder nahezu jährlich dort – verfolge ich mit Freude die positiven Ansätze, wie sie in Ghana nun sehr stark und in Nigeria langsam im Kommen sind.

Eine einigermaßen funktionierende Arzneimittelversorgung trägt wesentlich zur ökonomischen Stabilisierung bei. Die Weltbank hat Gesundheit als eine wesentliche Voraussetzung für Wirtschaftsentwicklung definiert.

Selbsthilfe ist die Lösung

Drei Beispiele sollen zeigen, wie sich Betroffene selbst gegen Arzneimittelfälschungen wehren können. Das erste Beispiel stammt aus dem katholischen „Drug-Center“ in Accra/Ghana, das die insgesamt 29 kirchlichen Hospitäler und über 200 Gesundheitsstationen des Landes versorgt. Dort wurde das Mini-Lab des „German-Pharma-Health-Fond“, an dem das Missionsärztliche Institut wesentlich mitgebaut hat, eingeführt. Die Apotheker des Drug-Centers in Accra haben das Gerät allen Händlern in einer Sitzung vorgestellt. Alle waren beeindruckt. Die Qualität der Angebote wurde in den folgenden Monaten schon etwas besser. Dann wurden wieder einmal Kostenvoranschläge ausgeschrieben für die Lieferung von 100.000 Tabletten Ampicillin. Bei stets knapper Kasse musste der Apotheker das günstigste Angebot wählen, von dem er weder wusste, in welchem Land es produziert, noch über welche Wege es nach Ghana gekommen war. Mit dem Mini-Lab stellte er fest, dass die gesamte Ware eine Fälschung war. Was tun? Eine Anzeige an die Polizei oder die Politik einzuschalten ist in Afrika sehr gefährlich; in Kenia bezahlten zwei junge Apotheker dafür mit dem Leben. Die Ghanaer wählten eine kluge andere Form. Sie luden alle Händler zu einer großen Abendparty ein. Es gab gutes Essen und reichlich zu trinken. Nach dem Essen sagte der leitende Apotheker: „und da ist dann noch ein Problem, wir haben eine Fälschung, wir fragen Sie, was wir damit machen sollen?“ Damit verließ er den Raum. Die Händler blieben unter sich und legten eine derart drakonische Strafe für den Übeltäter fest, die in der Öffentlichkeit nie durchzusetzen gewesen wäre. Es wurde nicht nur die ganze Ware doppelt ersetzt, sondern auch eine hohe Strafe gezahlt. Viel wichtiger aber war zu beweisen, dass Apotheker in der Lage sind eine Fälschung aufzudecken. Neue Fälschungsversuche sind seit drei Jahren nicht bekannt geworden.

Ein staatliches Beispiel stammt aus Nigeria. Ich kenne es nicht selbst, sondern habe es dem Wallstreet-Journal vom 28.05.04 entnommen, das die nigerianische Medikamenten-Kontrollbehörde, die sog. „National Agency for Food- and Drug-Administration and Control“ vorstellt. Deren Chefin ist eine streit-

bare Lady, gelernte Apothekerin, die es geschafft hat die im Lande oft an sehr hoher, einflussreicher Position stehenden Drogenfälscher ins Licht der Öffentlichkeit zu bringen und eine nationale, seit Monaten anhaltende Zeitungskampagne anzufachen. Die Stimulation und Belehrung der Bevölkerung, der kleinen Verbraucher und Straßenhändler ist ihr in hohem Maße gelungen durch öffentliche Verbrennung von konfiszierten, gefälschter Ware, durch Anfragen im Parlament, durch demonstrative Polizeiaktionen in Fälschereinrichtungen und Anklagen vor Gericht. Das notorisch käufliche Gerichtswesen in Nigeria konnte sich diesem Druck nicht entziehen und hat den Kampf gegen gefälschte Medikamente nun zur öffentlichen Herausforderung erklärt. Es ist eindrucksvoll was innerhalb von zwei Jahren geleistet wurde. Gegen Mrs. Dora wurden inzwischen mehrere Attentat-Versuche unternommen, wie bei der Drogenmafia in Kolumbien. Es geht dort sehr handfest zu und immer wieder werden nicht nur Rivalen, sondern auch Ankläger umgebracht. Trotzdem ist die Situation massiv in Bewegung gekommen in Richtung Besserung.

Ein drittes Beispiel ist der Aufbau eines Medikamentenkontroll-Institutes und einer Lehreinrichtung für Apotheker in Moshi/Tansania durch die Evangelische Kirche. Mitarbeiter unseres Instituts machen in guter Ökumene nun seit 11 Jahren die technische Begleitung und Qualitätskontrolle. Hervorgegangen aus dem „Infusion Unit Project“, einer Einrichtung zur Selbstherstellung von Infusionen, die die Abhängigkeit von importiertem Wasser unterbrach, entstand eine hervorragende Einrichtung von hoher Qualität mit einheimischen Apothekern. Dort gibt es den einzig funktionierenden Flüssigkeits-Chromatographen (HPLC-Gerät) in Ostafrika. Soeben hat der Tansanische Staat die Hoheitsaufgabe der Medikamentenkontrolle auf dieses funktionierende Zentrum übertragen.

Zum Autor: Prof. Dr. med. Klaus Fleischer, Facharzt für Innere Medizin sowie Tropenmedizin, war langjähriger Chefarzt der Tropenmedizinischen Abteilung der Missionsärztlichen Klinik in Würzburg, u.a. Gründung des Armauer-Hansen-Instituts und der Arbeitsgruppe AIDS und internationale Gesundheit.

Anmerkung: Dieser von uns leicht gekürzte Beitrag erschien zuerst in „Heilung und Heil“ 3/2004

1. Weltweite Armut ...

Die Schere zwischen Arm und Reich geht immer weiter auseinander, und die Zahl der Menschen, die in völliger Armut – von weniger als einem Dollar pro Tag – leben, hat zugenommen. Etwa 1,3 Milliarden Menschen, also ein Viertel der Weltbewohner, müssen mit der Kaufkraft von einem Dollar oder weniger am Tag auskommen – und führt einen schier hoffungslosen Überlebenskampf. Die Mehrzahl der Menschen, die in extremer Armut leben, sind Frauen. Setzt man die Schwelle bei 2 US-Dollar am Tag an, dann steigt diese Zahl auf 2,8 Milliarden, was etwas weniger als der Hälfte der Weltbevölkerung entspricht.

Armut ist Inbegriff der Verletzungen der Menschenwürde. „Ein Leben am oder unter dem physischen Existenzminimum negiert in jeder Kultur die Menschenwürde, die das Maß aller Dinge ist“ (Franz Nuscheler).

Armut und Ausgrenzung gehören weltweit zu den Hauptursachen dafür, dass Menschen nicht in Sicherheit leben können. Derzeit leiden etwa 840 Millionen Menschen unter ungenügender Ernährung. Drei Viertel der Weltbevölkerung leben dem „Social Watch Report 2004“ zufolge in bedrohlichen sozialen Verhältnissen.

Eine zunehmende soziale Desintegration im Norden und Süden, eine extreme Ungleichverteilung von Reichtum, Einkommen und Lebenschancen, kennzeichnet die Weltsituation. Zur Vereinheitlichung der Weltgesellschaft über den Weltmarkt gehört, dass weltweit, wenn auch in unterschiedlichem Ausmaß, Armut und Elend anwachsen.

Dabei verläuft die Entwicklung in den Regionen der Welt unterschiedlich: Während insbesondere Ostasien (China, Thailand, Malaysia, Vietnam, Indonesien) sowie Indien große Fortschritte bei der Armutsreduktion gemacht hat, fällt Afrika südlich der Sahara weiter zurück. Während Lateinamerika stagniert, verliert Schwarzafrika insgesamt absolut wie relativ. Doch selbst auf dem ärmsten Kontinent kommt die Bekämpfung von Armut unterschiedlich voran: Einige Länder melden soziale Fortschritte, andere verzeichnen Rückschritte.

2025 sollen 61% der **Weltbevölkerung in Städten** leben, so der 2. Bericht des UN Center for Human Settlements (HABITAT) zum „Zustand der Städte der Welt“. Knapp ein Drittel der städtischen Weltbevölkerung lebt heute nach dem Bericht in **Elendsvierteln**, in Slums – Tendenz steigend. Das sind gut eine Milliarde Menschen, die ein Leben unter entwürdigenden Bedingungen fristen; oft jeder Unterstützung durch traditionelle Lebensweisen, durch ererbte religiöse oder ethnische Lebensformen beraubt. Sie leben neben Abfallhalden, giftigen Industrieanlagen und anderen Gefahrenzonen. Von fließend Wasser und Strom, gar sanitären Anlagen oder geregelter Müllabfuhr können die meisten nur träumen, genauso wie von einem festen Einkommen. Nach UN-Schätzung gibt es weltweit mehr als eine Viertel Millionen solcher Elendsviertel, rechtlose wie rechtsfreie Räume.

(UN-Habitat, The State of the World Cities 2004/2005: Globalization and Urban Culture, Earthscan, London 2004, www.un-habitat.org)

.... und ihre Ursachen

Die Ursachen der weltweiten Armut liegen in den weltwirtschaftlichen und innerstaatlichen/gesellschaftlichen Rahmenbedingungen. Zu den wesentlichen Aspekte zählen hierbei

a) interne Ursachen

- **Gewaltkonflikte:** In vielen Ländern haben die zum Teil seit Jahrzehnten andauernden gewaltsamen Konflikte die Bekämpfung der Armut nicht nur unmöglich gemacht, sondern sie noch verstärkt (z.B. durch die Zerstörung der ohnehin schlechten sozialen Infrastruktur). Kriege, vor allem Bürgerkriege, führen zu noch größeren und breiteren Verelendungen. Kriege sind die Verursacher schlimmster Notlagen und schwerster Menschenrechtsverletzungen. Die Beendigung von Kriegen kann sich auf die Umschichtung knapper finanzieller Ressourcen zugunsten der Sozial- etats auswirken.
- **Naturkatastrophen:** Naturkatastrophen treiben viele Menschen in Ländern Afrikas, Asiens und Lateinamerikas ins Elend. Der Teufelskreis von Naturkatastrophe und Armut ist bekannt. Wissenschaftliche Analysen belegen die Tatsache, dass arme Bevölkerungsschichten besonders von Naturkatastrophen betroffen sind. Die Mitte 2004 veröffentlichte

Studie von UNDP mit dem Titel „Reducing Disaster of Risk – A Challenge for Development“ ermittelte Armut als die Hauptursache für Todesfälle im Zusammenhang mit Naturkatastrophen.

- HIV/AIDS: Insbesondere in Afrika südlich der Sahara ist aufgrund der Pandemie mit schweren Rückschlägen für die soziale Entwicklung zu rechnen.
- Ökologische Degradierung: Die Zerstörung einer intakten Umwelt und der natürlichen Ressourcen wirkt sich deutlich auf die Verschärfung von Armut aus.
- Bad Governance: Eine „schlechte“ Regierungsführung, gekennzeichnet z.B. durch hochgradige Korruption, hat negative Auswirkungen auf die Bekämpfung von Armut. Ausbeuterische, korrupte und allgemein ineffiziente Regime, bis hin zu zerfallenden Staaten verbreitern und vertiefen die Verarmung langfristig. Formen der Selbstbereicherung wie Bestechung/Bestechlichkeit, Veruntreuung und Vetternwirtschaft vermischen sich oft – so in Ländern Afrikas südlich der Sahara – mit traditionellen Gesellschaftsstrukturen. Von der Politikwissenschaft als Neopatrimonialismus bezeichnet, tragen sie zur Verstärkung der Krise bei.
- Ungleiche Geschlechterverhältnisse: Das Ausmaß der sozialen, wirtschaftlichen und politischen Benachteiligung von Mädchen und Frauen ist nicht nur Folge, sondern auch eine Ursache für Armut.

b) externe Ursachen

Die Länder Afrikas, Asiens und Lateinamerikas leiden unter den verschärfenden globalen Rahmenbedingungen, dem Welthandelssystem. Dazu zählen die ungünstigen weltwirtschaftlichen Faktoren, wie z.B. die Agrarsubventionspolitik der EU oder der Protektionismus der Industrieländer ebenso wie die langjährige und nahezu überall gescheiterte Struktur- anpassungspolitik des IWF und der Weltbank. Hinzu kommt die Unfähigkeit der wirtschaftlich reichen Länder angemessen auf die Überschuldung der Länder dieser Regionen zu reagieren. Auch die Folgen globaler Umweltveränderungen – wie z.B. die voranschreitende Wüstenbildung – spielen hier eine Rolle.

Wir erleben einen nie gekannten Zuwachs an materiellen Wohlstand – aber nur für einen kleinen Teil der Menschheit. Denn ein großer Teil der Weltbevölkerung ist von diesen Entwicklungen ausgeschlossen. Extreme Armut und die zunehmende Ungleichheit zwischen den Ländern und innerhalb einzelner Länder sind große Herausforderungen unserer Zeit. Denn sie sind Nährboden für Instabilität und Konflikte. Die Minderung der weltweiten Armut ist daher auch eine wesentliche Voraussetzung für die Wahrung von Frieden und Sicherheit.

Bundeskanzler Gerhard Schröder, April 2001 im Bundestag

2. Zur Historie der Strategien zur Armutsbekämpfung

Die Bekämpfung der Armut war schon immer das Ziel der Entwicklungshilfe. US-Präsident Truman sprach in seinen zwei Kongressreden 1949 von „conditions approaching misery“ und von „grinding poverty“, die es zu bekämpfen gelte. Doch die propagierte Verbreitung moderner Technologie und die Politik der Industrialisierung sowie der Großprojekte trug wenig zur Erreichung der Ziele bei. Die Regierungen der Industrieländer des Nordens betrieben eine rein wirtschaftlich orientierte Entwicklung, in der Hoffnung, die Erträge solcher Entwicklung würden auch zu den Armen „durchsickern“ (trickle down). Die entwicklungspolitische Maxime lautete: zuerst Wachstum, dann Verteilung – und schon gar nicht „Die Armen zuerst“. Erst 20 Jahre später, nachdem der Fehlschlag dieser Politik deutlich wurde, wandte sich das Interesse direkt den Armen zu.

Die Internationale Arbeitsorganisation (ILO) legte 1969 ein beschäftigungsorientiertes Programm gegen die Armut vor. Und Robert McNamara, der 1968 die Leitung der Weltbank übernommen hatte, erklärte, dass die Weltbank künftig den Hauptakzent nicht mehr auf die Finanzierung von Großprojekten, sondern auf die Bekämpfung von Hunger und Armut in der „Dritten Welt“ legen werde. 1973, in seiner berühmt gewordenen Rede auf der Jahrestagung von Weltbank und Internationaler Währungsfonds (IWF) in Nairobi, wies er darauf hin, dass 40% der Bevölkerung in den Entwicklungsländern von „absoluter Armut“ betroffen seien und dass hier die Hauptaufgabe für die Entwicklungshilfe der reichen Länder liege.

McNamara hatte das Versagen der trickle-down-Strategie festgestellt und die damalige Industrialisierungs-/Wachstums-politik für unverantwortlich erklärt, da sie „die extremen Unterschiede zwischen Privilegierten und Benachteiligten eher verschärfen als vermindern“ werde: „Die verfügbaren Daten lassen darauf schließen, dass das schnelle Wachstum im ver-gangenen Jahrzehnt in vielen Entwicklungsländern von einer größeren Ungleichheit der Einkommensverteilung begleitet war und dass dieses Problem in ländlichen Gebieten am kritischsten ist ... Daraus lässt sich schließen, dass primär wachstumsfördernde Maßnahmen in den meisten Entwick-lungsländern den reichsten 40% der Bevölkerung zugute kamen und dass öffentliche Dienstleistungen und Investitio-nen diesen Trend eher verstärkt als abgeschwächt haben“.

Diese Kampfansage gegen die absolute Armut war auch die Geburtsstunde der „Grundbedürfnisstrategie“. Die internati-onalen Organisationen überboten sich in den siebziger Jahren mit armutsorientierten Aktionsprogrammen für die verblei-benden Dekaden des Jahrtausends: „Nahrung für alle“ (FAO), „Gesundheit für alle“ (WHO), „Bildung für alle“ (UNESCO) und „Arbeit für alle“ (ILO). Mit Hilfe der Grundbedürfnisstrategie sollten diese Ziele, die auf die Beseitigung der Armut abziel-ten, erreicht werden.

Die Weltbank vergaß nach den Ausscheiden McNamaras 1981 ihre Einsichten und propagierte eine weltmarktorientierte Wachstumsstrategie, genau die, von der McNamara abgeraten hatte. Und die Entwicklungsverwaltungen änderten zwar ihre Rhetorik, aber nur ansatzweise ihre entwicklungspolitische Praxis, die sich weiterhin mehr an außenpolitischen und kom-merziellen Interessen denn am proklamierten Ziel der Armuts-bekämpfung orientierte. Auch der Weltentwicklungsbericht von 1982, der den ärmsten Ländern eine „dramatische Zu-nahme von Armut, Arbeitslosigkeit und menschlichen Elend“ androhte, konnte die zu Beginn der achtziger Jahre einge-läutete neoliberale Wende nicht verhindern, die die Grund-bedürfnisstrategie als „Sozialklimbim“ abwertete und Robert McNamara „zum Don Quichotte einer hoffungslosen Attacke auf die Armut abstempelte“ (Franz Nuscheler).

3. Vom Washington-Consensus zur Millennium Declaration

3.1 Die Politik der Weltbank und des IWF

Der so genannte Konsens von Washington („Washington Con-sensus“) legte 1990 den IWF und die Weltbank auf die Linie der US-Regierung fest. Er erhob Liberalisierung, Deregulierung und Privatisierung zu den obersten Geboten wirtschafts-politischen Wohlverhaltens. Das neoliberale Credo setzte auf marktwirtschaftliche Strukturreformen, Entstaatlichung („Minimalstaat“), Deregulierung und Privatisierung, auf Wirt-schaftswachstum und den Vorrang der Marktgesetze vor der Sozial- und Beschäftigungspolitik. So waren die Kredite des IWF mit der Einhaltung strenger Auflagen verknüpft – darun-ter Exportsteigerung, Liberalisierung, Privatisierung sowie Deregulierung. Die Länder traten die wirtschaftspolitische Souveränität über ihr Land an den IWF ab. „Allzu oft hat sich der IWF gegenüber den Entwicklungsländern wie ein kleiner Kolonialherrscher aufgeführt“ (Joseph E. Stiglitz) (1). Der Neoliberalismus liefert dem globalisierten „Raubtierkapitalis-mus“, dem bedingungslosen Recht des wirtschaftlich Stärkern, die ideologische Rechtfertigung.

Der Washington-Konsens setzte unflexibel und dogmatisch auf Liberalisierung und Privatisierung. Die Umverteilung der Wachstumserfolge oder gar der Produktionsmittel (z.B. durch Agrarreformen in Lateinamerika) gehörten nicht zu den **Strukturanpassungsprogrammen**, die das Kartell der Geber-länder und internationalen Finanzorganisationen (Weltbank, IWF, regionale Entwicklungsbanken) den auf internationale Hilfe angewiesenen Ländern aufzwangen. Vielmehr wurden die Armutsgruppen durch Auflagen zu Einsparungen im Bildungs- und Gesundheitswesen sowie bei Subventionen für Grundnahrungsmittel zu den Hauptleidtragenden der Ver-schuldungskrise. (Die Rüstungsausgaben blieben in der Regel unangetastet). Die Armen sollten, wie es verharmlosend hieß, den Gürtel enger schnallen.

An der sozialen Apartheid änderte sich im Zeitalter der neo-liberalen Globalisierung nichts, er wirkte eher verschärfend. Liberalisierung und Privatisierung führten nicht automatisch zu Erfolgen. Die Strukturanpassungspolitik ging mit einen Verlust an sozialer Sicherheit und mit harten Schnitten in den Leistungen des Gesundheits- und Bildungssektors einher, die soziale Grunddienste zunehmend kostenpflichtig machten.

„Die wirtschaftliche Stabilität kehrte der sozialen Gerechtigkeit den Rücken zu“, so der brasilianische Präsident Lula da Silva (2).

Die neoliberale Politik führte in den Ländern zu einer zunehmenden Polarisierung der Gesellschaft; die Strukturanpassungspolitik zu einer Verschlechterung der sozialen Indikatoren (Gesundheit, Erziehung, Ernährung). Statt globale Armutsbekämpfung weltweite Armutsproduktion, ist nach Meinung vieler Fachleute die zerstörerische Bilanz der Strukturanpassungspolitik. Der Wirtschaftsnobelpreisträger Joseph E. Stiglitz, ehemaliger Chefökonom der Weltbank, wirft dem IWF und der Weltbank vor, sie hätten sich zu „Sachwaltern der Sonderinteressen der internationalen Finanzwelt“ entwickelt, ihre Politik diene allein den Interessen der Finanzmärkte und der reichen Ländern (3).

Die armutsverschärfende und sozial polarisierende Wirkungsweise der neo-liberalen Strukturanpassungsprogramme/-politik, die eineinhalb Jahrzehnte das Kernstück der Strategie von Weltbank und Internationalen Währungsfonds war, wurde infolge der anhaltenden öffentlichen Kritik im Herbst 1999 vom IWF und Weltbank durch ein neues Konzept abgelöst, die **Poverty Reduction Strategy**: Die Strukturanpassungsprogramme wurden durch die Strategie „Armutsbekämpfung und Wachstum“ (Poverty Reduction and Growth Facility, PRGF) ersetzt. Der Ansatz enthält weniger Wirtschaftsaufgaben, dafür müssen die Regierungen unter Einbeziehung von Nichtregierungsorganisationen selbstverantwortlich nationale Armutsbekämpfungsstrategien/-programme erstellen (Poverty Reduction Strategy Papers, PRSP).

Die PRSPs sollen „partizipativ“ sein, d.h. die Zivilgesellschaft soll in die Formulierung einbezogen sein und sie sollen dem Prinzip der nationalen „ownership“ (Eigenverantwortung) Rechnung tragen, d.h. vom Land selbst und nicht von IWF und Weltbank entworfen werden. Allerdings müssen die PRSPs dennoch den beiden Internationalen Finanzinstitutionen zur Billigung vorgelegt werden.

Ob die PRSP-Prozesse tatsächlich Fortschritt bringen, kann derzeit noch nicht abschließend bewertet werden. Für einige Fachleute bilden sie eine reale Chance für einen Paradigmenwandel in der entwicklungspolitischen Strategiebildung mit möglicherweise nachhaltigen Effekten auf die Armutsbekämpfung im Süden.

Weltbank und IWF wird Versagen vorgeworfen

Zu einem vernichtenden Urteil über die Strukturanpassungspolitik von Weltbank und IWF kommt eine Studie des SAPRIN (Structural Adjustment Participatory Review International Network/www.saprin.org), „The Policy Roots of Economic Crisis and Poverty. A Multi-Country Participatory Assessment of Structural Adjustment“, Washington D.C. 2002. Die Initiative war gemeinsam von der Weltbank und Nichtregierungsorganisationen aus aller Welt ins Leben gerufen worden, um an Hand von zehn typischen Länderbeispielen die Auswirkungen der Strukturanpassungsprogramme (SAP) zu untersuchen.

Das Urteil: Statt die Armut in den betroffenen Ländern zu reduzieren, hätten die Programme sie noch verschärft. Diese Politik habe massiv zur Verarmung und weiteren Ungleichheit beigetragen und so die soziale Desintegration beschleunigt. Frauen und Kinder seien am stärksten von dieser Politik betroffen.

Die zentrale Kritik lautet: Durch das blinde Vertrauen auf die vermeintlich entwicklungsfördernden Kräfte des Marktes und die einseitige Konzentration auf exportorientiertes Wachstum (weitgehend auf wenige Rohstoffe und auf solche Fertigwaren, die von transnationalen Konzernen mit billigen und gering qualifizierten Arbeitskräften hergestellt werden) seien in den betroffenen Ländern lokale Industrien benachteiligt oder gar zerstört worden. Damit sei der wichtigste Motor für eine eigenständige Entwicklung abgewürgt worden.

Die Öffnung der Märkte im Rahmen der exportorientierten Wachstumsstrategie hätten zu einem starken Anstieg der Importe geführt. Diese hätten einheimische Güter verdrängt und zu einem Rückgang der Produktion sowie zu einem Anstieg der Arbeitslosigkeit geführt. Strukturanpassungen in der Landwirtschaft und im Bergbau hätten die ländliche Bevölkerung marginalisiert sowie die Ernährungsunsicherheit erhöht. Die restriktive öffentliche Ausgabenpolitik und Privatisierung öffentlicher Dienstleistungen habe die Qualität des Bildungs- und Gesundheitssektors verschlechtert.

Die Privatwirtschaft habe nicht etwa den Zugang zu öffentlichen Dienstleistungen wie Strom- und Wasserversorgung verbessert, vielmehr seien in den meisten Fällen die Preise deutlich gestiegen – mit weitreichenden Konsequenzen. Die Studie stellt fest, dass die Einführung von Nutzungsgebühren (so bei der Gesundheitsversorgung) und steigenden Tarifen angesichts niedriger Löhne und hoher Arbeitslosigkeit das Elend der armen Bevölkerung vergrößert. Die Qualität der medizinischen Versorgung hat sich nicht verbessert und in manchen Regionen sogar verschlechtert. Ein großes Stadt-Land-Gefälle ist geblieben.

SAPRIN kommt zu dem Schluss, dass Anbieter grundlegender Dienstleistungen in öffentlicher Hand bleiben sollten, „um die bestmögliche Versorgung aller Teile der Gesellschaft mit bezahlbaren hochwertigen Leistungen zu gewährleisten“.

Andere sehen in einem neuen Etikett noch keine Gewähr für eine neue Politik. Schon öfters hat sich ein vermeintlicher Paradigmenwechsel in einer neuen Rhetorik erschöpft. So scheint es eher, dass die alten Konzepte und Rezepte aus Zeiten der Strukturanpassungsprogramme lediglich in ein neues Gewand gekleidet wurden (4) und in Wirklichkeit auf Kontinuität zu den wirtschaftspolitischen Strategien bisheriger SAPs gesetzt wird.

3.2. Der Weltgipfel für soziale Entwicklung (Kopenhagen 1995)

Am 11./12. März 1995 kamen in Kopenhagen die Regierungen auf höchster Ebene zum „Weltgipfel der Vereinten Nationen für soziale Entwicklung“ („World Summit for Social Development“/UN-WSSD) zusammen: In einer Zeit der beschleunigten Globalisierung des kapitalistischen Wirtschaftsmodells wurde die Auseinandersetzung über dessen soziale Folgen auf die internationale Tagesordnung gesetzt.

Der Kopenhagener Weltsozialgipfel erklärte feierlich den „Krieg gegen die Armut“. Die Teilnehmerstaaten unterwarfen sich durch ihre – freilich völkerrechtlich unverbindliche – Unterschrift der folgenden „Verpflichtung 2“: „Wir verpflichten uns, das Ziel der Ausrottung von Armut in der Welt durch entschiedenes nationales Handeln und internationale Zusammenarbeit zu verfolgen“. Diese Erklärung der Staatengemeinschaft und der Vereinten Nationen rief also nicht nur zur Bekämpfung und Verringerung der Armut, sondern zur „Ausrottung der Armut“ auf – „ein entwicklungspolitischer Quantensprung“ (Franz Nuscheler).

Der Weltsozialgipfel in Kopenhagen hat die Bedeutung des Auf- und Ausbaus der sozialen Sicherung als unverzichtbarem Bestandteil der Armutsbekämpfung und einer breitenwirksamen Sozialentwicklung hervorgehoben. Die politische Erklärung des Gipfels enthält die Verpflichtung, „Politiken auszuarbeiten und umzusetzen, die sicherstellen, dass alle Menschen bei Arbeitslosigkeit, Krankheit, Mutterschaft, und während der Kindererziehung, bei Verwitwung, bei Invalidität und im Alter einen angemessenen wirtschaftlichen und sozialen Schutz genießen“.

Im Rückblick auf Kopenhagen hört man heute berechtigterweise oft, die wichtigste Errungenschaft der Konferenz sei das **20/20-Konzept** gewesen, das vorsieht, dass die Industrieländer/Geberländer 20% ihrer Entwicklungshilfemittel, die Entwicklungsländer 20% ihrer Staatsbudgets für die sozialen Grunddienste ausgeben sollen, d.h. für Grundbildung, Basisgesundheitsdienste, Beseitigung der Mangelernährung, reproduktive Gesundheitsfürsorge/Familienplanung sowie Trinkwasserversorgung und Abwasserentsorgung (5). Aber auch das Prinzip 20:20 wurde ohne jegliche Verbindlichkeit abgeschlossen. Mehrere Länder entzogen sich dieser sozialen Verantwortung, so dass zum Ende der Kompromiß, dass nicht generell, sondern nur für „interessierte Staaten“ 20:20 zum neuen Prinzip erhoben wurde.

Die 20:20-Initiative zur Förderung der sozialen Grunddienste strebte eine Neuorientierung der internationalen Entwicklungszusammenarbeit sowie die Umschichtung der öffentlichen Ausgaben im Süden nach sozialen Prioritäten an. Als Finanzierungskonzept zielte 20:20 primär auf ein verbessertes Angebot an staatlichen Sozialleistungen ab. Sie setzte auf der Verwendungsseite des Volkseinkommens, bei der Verteilung öffentlicher Gelder an und verlangt eine Umschichtung vorhandener Gelder.

Ein weiteres innovatives Element in der 20:20-Initiative ist ihre Konstruktion als wechselseitige Verpflichtung von Geber- und Nehmerseite. Das stärkt die Verantwortung der Südgovernments für den Gesamtprozeß und seine Ergebnisse. Die Beiträge des Nordens machen nur dann Sinn, wenn sie von einer gleichgerichteten Änderung der strukturellen Rahmenbedingungen und der Umschichtung staatlicher Mittel in den Empfängerstaaten begleitet werden.

Ausgangspunkt der 20:20-Initiative war/ist, dass die **sozialen Grunddienste** ein unverzichtbares Bestandteil eines umfassenden Programms der unmittelbaren Armutsorientierung sind. Die sozialen Grunddienste schaffen überhaupt erst die notwendigen Voraussetzungen für eine optimale Entfaltung des produktiven Potentials der Armen. Der allgemeine Zugang zu sozialen Grunddiensten ist der Schlüssel für die Verwirklichung elementarer Menschenrechte! Da entgegen dem Abkommen von Alma Ata (1978) gerade der ärmeren Bevölkerung der Zugang zu einer qualitativ ausreichenden Gesundheitsversorgung verwehrt bleibt, hat die 20:20-Initiative große Bedeutung.

20:20-Ziel

Entwicklungshilfe für soziale Grunddienstleistungen
(Basisgesundheits, Grundbildung, Wasser und Hygiene)
in % der Gesamtleistungen:

Niederlande	19,09	Belgien	3,56
Finnland	11,58	Portugal	3,03
Spanien	10,41	Schweden	2,79
Österreich	7,57	Italien	0,57
Dänemark	6,73	Irland	keine Angabe
Deutschland	6,57	Griechenland	keine Angabe
Frankreich	5,72	Luxemburg	keine Angabe
Großbritannien	4,96		

Quelle: Informationsbrief Weltwirtschaft & Entwicklung,
Sonderdienst Nr. 2/2005

Kritisch zu der Förderung der sozialen Grunddienste, die im Mittelpunkt einer armutsorientierten Wirtschafts- und Sozialpolitik stehen muss, ist zu vermerken, dass sie durch entsprechende Politik- und Strukturveränderungen auf der Makroebene flankiert werden muss. Hierzu wurden in Kopenhagen keine Beschlüsse gefasst.

Kein Ziel des Kopenhagener Weltsozialgipfels wurde bisher erreicht/umgesetzt. Die Zusagen wurden auf Grund mangelndem politischen Willen nicht realisiert. Die Niederlande kommen als einziges Land mit ihren 19% für soziale Grunddienstleistungen dem 20%-Ziel nahe. Die EU stellte im Jahre 2000 nur 4 Prozent ihrer Hilfe für Grundbildung und nur 2 Prozent für grundlegende Gesundheitsdienste zu Verfügung. Die indische Regierung zieht es vor, ein gutes Sechstel ihrer Haushaltsausgaben in die Rüstung zu pulvern und nur vier Prozent in Gesundheit und Bildung. In Pakistan lautet das Verhältnis 31 zu drei Prozent (6). Laut UNDP-Sonderberater Mahbub ul Haq könnte schon bei einer Reduzierung der Rüstungsgelder um drei Prozent die Sozialprogramme weitgehend finanziert werden (7).

Die mangelnde Unterstützung für soziale Grunddienste steht im Widerspruch zu den vorhandenen Einsichten und wohlfeilen Absichtserklärungen/Beschlüssen. Dass die Förderung der sozialen Grunddienste einen unverzichtbaren Baustein bei der Armutsüberwindung darstellt, wird verbal von allen Seiten anerkannt, aber die daraus folgende Konsequenz einer neuen Prioritätensetzung der Entwicklungszusammenarbeit bleibt aus. Dabei bietet die 20:20-Initiative den geeigneten Finanzierungsrahmen für die globale Armutsstrategie, weil hier die Mobilisierung einheimischer Ressourcen mit dem Nord-Süd-Transfer zu einem Gesamtkonzept verknüpft wird.

3.3 „Shaping the 21st Century“ – Die DAC-Strategie (1996)

Nach dem der Kopenhagener Weltsozialgipfel 1995 feierlich den „Krieg gegen die Armut“ erklärt hatte, visierten 1996 die OECD-Staaten in einer entwicklungspolitischen Dekadenstrategie das Ziel an, durch gezielte Investitionen in soziale Grunddienste bis zum Jahre 2015 die Zahl der Armen in der Welt zu halbieren. (In der OECD, ein Club der reichen Länder, befinden sich die Europäische Kommission, die USA, Japan, Kanada, Australien, Neuseeland, Norwegen, die Schweiz, sowie 15 EU-Staaten). Konkret nahm der Entwicklungshilfeausschuß (Development Assistance Committee, DAC) der OECD die ein Jahr zuvor verabschiedeten Beschlüsse des Weltsozialgipfels im Dokument „Shaping the 21st Century“ („Das 21. Jahrhundert gestalten“/inzwischen mit S 21 abgekürzt) auf und legte die Entwicklungsziele bis 2015 fest. Damit verpflichteten sich die Industrieländer zur Erreichung dieser Ziele beizutragen. Dieses Dokument war die Basis, auf der die Vereinten Nationen im Herbst 2000 die Millenniumsziele für das Jahr 2015 erklärten.

Das Dokument „Shaping the 21st Century“ verdichtete die Ergebnisse der in den neunziger Jahren veranstalteten Weltkonferenzen in verwirklichtbaren Schlüsselzielen und verknüpfte sie mit einem präzisen Zeitplan zum Erreichen dieser Ziele.

Die DAC gab die folgenden **Teilziele** vor:

- Verringerung des Anteils der in absoluter Armut lebenden Menschen um mindestens 50% bis 2015;
- Sicherstellung genereller Grundbildung für alle Kinder in allen Ländern bis zum Jahre 2015;
- Beseitigung der Benachteiligung von Mädchen beim Zugang zu Primar- und Sekundarschulen bis zum Jahre 2005;
- Senkung der Säuglings- und Kindersterblichkeit in allen Entwicklungsländern um zwei Drittel (gegenüber 1990) sowie der Müttersterblichkeit um drei Viertel (gegenüber 1990) bis zum Jahre 2015;
- Generelles Angebot von Familienplanungsdiensten im Rahmen des Basisgesundheitsystems bis 2015;
- Umsetzung nationaler Strategien für nachhaltige Entwicklung in allen Ländern spätestens ab 2005 mit dem Ziel, die gegenwärtigen Trends der Umweltbelastung national und weltweit bis 2015 umzukehren.

Die meisten Regierungen der OECD-Länder, die EU und der G8-Gipfel 1998 in Birmingham bekannten sich ausdrücklich zu den Zielen von S 21. Ebenso erfolgte die Zustimmung wichtiger UN-Organisationen wie UNDP, UNESCO, UNFPA; UNICEF, WHO – und der „Gruppe der 77“, die für die Gesamtheit der Entwicklungsländer spricht, sowie von China. Deshalb konnte sich auch die Millennium-Erklärung der Vereinten Nationen vom September 2000 auf einen breiten Konsens stützen.

Die Vereinten Nationen proklamierten dann das Jahr 1996 – ziemlich unbemerkt von der Weltöffentlichkeit – zum „Jahr der Armutsbeseitigung“. Der von UNDP, dem Entwicklungsprogramm der Vereinten Nationen, vorgelegte **„Bericht über die menschliche Entwicklung 1997“** erklärte die völlige Ausrottung der Armut überall auf der Welt innerhalb von ein bis zwei Jahrzehnten nicht nur zu einem moralischen Imperativ, sondern auch zu einer durch Steigerung der internationalen Entwicklungshilfe finanzierbaren „praktischen Möglichkeit“. Eine kühne Aussage. Zu ihrem Index der menschlichen Entwicklung (Human Development Index – HDI), der sich aus drei Variablen zusammensetzt: Lebenserwartung, Bildungsstand und Mindesteinkommen, das die Menschen in ihren jeweiligen Gesellschaften benötigen, um ein angemessenes Leben zu führen, nahm UNDP seit 1997 einen Armutsindex hinzu.

3.4 Die Millenniums-Deklaration der Vereinten Nationen (September 2000)

Im September 2000 fasste die Generalversammlung der Vereinten Nationen die Entwicklungsziele der Industriestaaten des letzten Jahrzehnts in einer eigenen Millenniums-Deklaration zusammen. Die Generalversammlung fügte auch noch weitere Teilziele hinzu. Zur Weiterverfolgung der Millenniums-Deklaration hat der Generalsekretär der Vereinten Nationen schließlich in Absprache mit der OECD, der Weltbank und dem Internationalen Währungsfonds eine überarbeitete Liste mit sozialen und Umweltzielen vorgelegt, die an elf quantifizierte Teilziele gekoppelt sind. Desweiteren hat Kofi Annan auch ein neues Ziel – „Partnerschaft für Entwicklung“ – eingebracht. Damit soll dem Anliegen der Generalversammlung Rechnung getragen werden, die Weltwirtschaft für die Länder mit niedrigen Einkommen günstiger zu gestalten. Insgesamt kann von einer globalen Armutsstrategie mit überprüfbaren, zeitgebundenen Festlegungen gesprochen werden.

Nachfolgend (Seite 36/37) die Zusammenfassung der Formulierungen der Ziele der Millenniums-Deklaration, auf die sich Entwicklungs- und Industrieländer geeinigt haben (9).

Es sind hohe Ziele auf die sich die Staats- und Regierungschefs der 191 UN-Mitgliedsstaaten auf der Generalversammlung der Vereinten Nationen im September 2000 in New York verpflichtet haben – gemeinsam bis 2015 unter den übergreifenden Ziel der Armutsbekämpfung acht zentrale „Millenniums-Entwicklungsziele“ (**Millennium Development Goals/MDGs**), zu verwirklichen und legten sich auf acht prioritäre Handlungsfelder fest (www.un.org/millenniumgoals).

„Das neue Jahrhundert begann mit einem beispiellosen Bekenntnis zu Solidarität und Entschlossenheit im Kampf gegen die Armut in der Welt. Im Jahr 2000 wurde die Millenniums-Erklärung der Vereinten Nationen von der bisher größten Zusammenkunft von Staatsoberhäuptern verabschiedet. Sie verpflichtete die Reichen wie die Armen Länder alles daran zu setzen, um die Armut zu beseitigen, die menschliche Würde und die Gleichberechtigung zu fördern und Frieden, Demokratie und ökologische Nachhaltigkeit zu verwirklichen. Die Führer der Welt versprachen, mit vereinten Kräften bis zum Jahre 2015 oder schon früher konkrete Zielvorgaben für die Förderung der Entwicklung und die Verminderung der Armut zu erreichen. Die aus der Millenniums-Erklärung hervorgegangenen Millenniums-Entwicklungsziele verpflichten die Länder dazu, verstärkt gegen unzureichende Einkommen, weit verbreiteten Hunger, die Ungleichheit zwischen Mann und Frau, Umweltschäden und Mängel bei der Bildung, der Gesundheitsversorgung und dem Zugang zu sauberem Wasser vorzugehen. Sie enthalten auch Maßnahmen für den Schuldenabbau, die Erhöhung der Entwicklungshilfe sowie die Ausweitung des Handels und des Technologietransfers in die Armen Länder.“

United Nations Development Programme (UNDP),
Bericht über die menschliche Entwicklung 2003, S. 1

Jüngstes Produkt dieser Anstrengung auf internationaler Ebene sind die **2001** verabschiedeten ausführlichen Leitlinien des **Entwicklungsausschusses der OECD** zur Armutsbekämpfung (10). Prinzipien dieser Leitlinien sind unter anderem:

- Armut ist ein multidimensionales Phänomen;
- Armutsbekämpfung verlangt einen kohärenten Politikansatz (einschließlich Maßnahmen der Handelspolitik, der Umweltpolitik u.v.a.m.);
- Wachstum ist nötig, muss aber den Armen dienen (pro-poor growth);
- Armutsbekämpfung erfordert die demokratischen Beteiligung aller Gruppen;
- die Geber müssen sich besser koordinieren.

Die Weltbank hat in ihrem **Weltentwicklungsbericht 2001** („Attacking Poverty“) mit den Schwerpunkt Armutsbekämpfung ausdrücklich auf die 2015-Ziele Bezug genommen. Sie schlägt eine Armutsbekämpfungsstrategie vor, die auf drei Säulen beruht: Verbesserung der wirtschaftlichen Möglichkeiten für die Armen (opportunity), Stärkung ihrer politischen Teilhabe (empowerment) und Schaffung sozialer Sicherheit (security).

Der **Weltentwicklungsbericht 2004** („Making Services work for Poor People“) der Weltbank zeigt, wie wichtig es für die Erreichung der Millenniumsziele ist, dass die Armen besseren Zugang zu sozialen Dienstleistungen erhalten. Um Effektivität und Qualität von Dienstleistungen in den Sektoren Bildung, Gesundheit und Wasser zu erhöhen und den Zugang für Arme zu verbessern, bedarf es – so der Bericht – weitreichender institutioneller Reformen.

4. „Wir sind nicht auf Kurs“ – Zur Realisierung der Millenniumsziele

„Die Glaubwürdigkeit der ganzen Entwicklungsgemeinschaft steht auf dem Spiel wie nie zuvor.“

Der scheidende Weltbankpräsident James Wolfensohn (11)

Am 25. September 1972 rief der damalige Vorsitzende der Weltbank, Robert McNamara, vor deren Verwaltungsrat dazu auf, „der Armut das letzte Gefecht zu liefern“ und „die elenden Lebensbedingungen (auszurotten), die ein Hohn für

die menschliche Würde sind.“ Auf dem Weltsozialgipfel in Kopenhagen erklärten am 12. März 1995 die Regierungen auf höchster Ebene „den Krieg gegen die Armut“, riefen zur „Ausrottung der Armut“ auf.

Der Kampf gegen die Armut hat seinen Preis. Auf 40 Milliarden Dollar jährlich schätzte der UN-Generalsekretär Kofi Annan im Juli 1999 die notwendigen zusätzlichen Ausgaben, um der in Armut lebenden Hälfte der Erdbevölkerung Schulbesuch, ärztliche Versorgung, Familienplanung, ausreichende Nahrung und sauberes Trinkwasser zu gewährleisten. „40 Milliarden Dollar pro Jahr sind weniger, als die Europäer für Zigaretten ausgeben, und bloß ein Zehntel des Drogenhandels“, betonte der UN-Generalsekretär. Und: „Die Entwicklungsländer, die am wenigsten Ressourcen zu verschleudern haben, geben dreimal soviel fürs Militär aus“ (12).

Aber schon die UN-Konferenz über Entwicklungsfinanzierung in Monterrey (März 2002), die die seit der Rio-Konferenz von 1992 auf diversen UN-Treffen formulierten Ziele, deren Verwirklichung und Bezahlung, voranbringen sollte, („Monterrey muss ein Wendepunkt in der Geschichte der öffentlichen Entwicklungshilfe markieren“, so Kofi Annan), brachte **keine Wende in der Entwicklungspolitik**. Vielmehr kürzten die meisten Industriestaaten ihre Entwicklungsetats und entfernten sich immer weiter von den unterzeichneten Selbstverpflichtungen.

So kommen die reichen Länder ihrer vor über 30 Jahren eingegangenen Verpflichtung nicht nach, 0,7 Prozent des (Brutto) Sozialprodukts für Entwicklungszusammenarbeit bereit zu stellen (UN Proklamation von 1970). Danach müssten allein die USA jährlich zusätzlich 60 Mrd. US-Dollar aufbringen, mehr als derzeit die gesamten Entwicklungsleistungen (ODA) weltweit. Die US-Regierung hat ihre eigenen strategischen Prioritäten. Deutschland müsste zusätzlich sieben Mrd. US-Dollar zur Verfügung stellen. Die USA geben derzeit nur 0,1 Prozent ihres Bruttonationalprodukts für Entwicklungshilfe aus, und bilden das Schlusslicht unter den Geberländern. Der Durchschnitt in Europa liegt bei 0,33 Prozent, einige wenige Länder (Dänemark, die Niederlande, Norwegen und Schweden) reichen die 0,7 Prozent-Marke. Die Industriestaaten haben viel Übung darin, ihren Einsatz für die Ärmsten schön zu reden.

Die „Staatschefs ergehen sich in scheinheiligen Floskeln, wie wichtig man doch den Kampf gegen die weltweite Armut nehme“ (Arne Perras) (13). Aber das Gegenteil ist richtig: Die reichen Staaten meinen es nicht ernst mit ihrem Engagement für die Entwicklungsländern. Sonst würden sie nicht so kläglich jenen Zielen hinterherhinken, auf die sie sich selbst feierlich verpflichtet haben.

Dass die Bekämpfung der Armut im Interesse aller Staaten liegt, spiegelt sich in der Entwicklungspolitik und den Haushalten der Industrieländer nicht wider. Das derzeitige **Verhältnis zwischen den Haushaltsmitteln**, die für die nationale Sicherheit und für internationale Entwicklung ausgegeben wird, ist mehr als fragwürdig. „Die Welt war nie wohlhabender, dennoch geben die reichen Nationen immer weniger“,

so die britische Organisation Oxfam in ihren Bericht „Paying the Price – Why rich countries must now invest in a war on poverty“ (2005). Bereits Anfang Dezember 2004 hatte Oxfam darauf hingewiesen, dass die reichen Länder gegenwärtig nur noch halb soviel Entwicklungshilfe leisten wie in den 60er Jahren.

Während also die Erhöhung der Entwicklungshilfe hinter den Erfordernissen und Zusagen bislang zurückgeblieben ist, gab es gleichzeitig erhebliche Steigerungen in den Militärs Haushalten. Die weltweiten Rüstungsausgaben haben 2004 – wie das Stockholmer Friedensforschungsinstitut SIPRI im Jahresbericht 2004 im Juni 2005 feststellte – eine Billion Dollar überschritten. (Fast die Hälfte geht auf das Konto der USA. Hohe Rüstungsausgaben kennzeichnen auch den Nahen

Die Ziele der »Millenium-Deklaration« im Überblick

Ziele und Teilziele

Ziel 1: Bekämpfung von extremer Armut und Hunger

Teilziel 1: Zwischen 1990 und 2015 soll der Anteil der Bevölkerung, deren Einkommen unter einem Dollar pro Tag liegt, halbiert werden.

Teilziel 2: Zwischen 1990 und 2015 soll der Anteil der Bevölkerung, die unter Hunger leidet, halbiert werden.

Ziel 2: Universeller Zugang zu Basisbildung

Teilziel 3: Bis 2015 sollen Kinder überall auf der Welt, Jungen wie Mädchen, eine vollständige Basisausbildung auf Primärniveau erhalten.

Ziel 3: Fördern der Geschlechtergleichheit und Stärkung der Frauenrechte

Teilziel 4: Die ungleiche Geschlechterverteilung soll in der Primär- und Sekundärbildung bis 2005 und in allen Bildungsstufen bis spätestens 2015 verschwunden sein.

Ziel 4: Verringerung der Kindersterblichkeit

Teilziel 5: Zwischen 1990 und 2015 soll die Sterblichkeitsrate bei Kindern unter 5 Jahren um zwei Drittel gesenkt werden.

Ziel 5: Verbesserung der Müttergesundheit

Teilziel 6: Zwischen 1990 und 2015 soll die Müttersterblichkeit um drei Viertel gesenkt werden.

Ziel 6: Bekämpfung von HIV/Aids, Malaria und anderen Krankheiten

Teilziel 7: Bis 2015 soll die Ausbreitung von HIV/Aids gestoppt bzw. rückläufig sein.

Teilziel 8: Bis 2015 soll die Ausbreitung von Malaria und anderen verbreiteten Krankheiten gestoppt bzw. rückläufig sein.

Ziel 7: Sichern eines nachhaltigen Umweltschutzes

Teilziel 9: Die Grundsätze nachhaltiger Entwicklung müssen in nationale Politiken und Programme integriert und der Verlust und Umweltressourcen verhindert werden.

Indikatoren

1. Anteil der Bevölkerung mit weniger als 1 US-Dollar pro Tag
2. Armutsgefälle [Verbreitung x Armutsgrad]
3. Anteil des ärmsten Bevölkerungsquintils am nationalen Verbrauch
4. Fälle von Untergewicht bei Kindern unter 5 Jahren
5. Anteil der Bevölkerung, die weniger als die Minimalernährung zur Verfügung hat
6. Nettoanteil der Anmeldungen in primären Bildungseinrichtungen
7. Anteil der Schüler, die ihre Ausbildung bis zum Ende absolvieren
8. Anteil der 15- bis 24-Jährigen, die lesen und schreiben können
9. Verhältnis Jungen-Mädchen in primären, sekundären und tertiären Bildungseinrichtungen
10. Verhältnis Frauen-Männer im Alter von 15-24, die lesen und schreiben können
11. Anteil der Frauen, die außerhalb der Landwirtschaft erwerbstätig sind
12. Anteil der Frauen in den nationalen Parlamenten
13. Sterblichkeitsrate bei Kindern unter 5 Jahren
14. Säuglingssterblichkeitsrate
15. Anteil der Kinder im Alter von 1 Jahr, die gegen Masern geimpft sind
16. Müttersterblichkeit
17. Anteil der Geburten mit geschulter medizinischer Betreuung
18. HIV-Fälle bei schwangeren Frauen zwischen 15 und 24 Jahren
19. Verwendung von Verhütungsmitteln
20. Zahl der Waisen durch HIV/Aids
21. Erkrankungen und Todesfälle durch Malaria
22. Anteil der Bevölkerung in malariegefährdeten Gegenden, die wirksame Malariavorbereitung und -behandlung erhält
23. Erkrankungen und Todesfälle durch Tuberkulose (TB)
24. Anzahl erkannter und behandelter TB-Fälle durch DOTS (Directly Observed Treatment Short Course)
25. Anteil der Waldgebiete an der Gesamtfläche der Länder
26. Gebiete, die zum Erhalt der Artenvielfalt geschützt sind
27. BIP pro Energieverbrauchseinheit (als Indikator der effizienten Energienutzung)
28. Kohlendioxidemissionen (pro Kopf)

Osten und Eritrea aus). Dies sind umgerechnet 132 Euro pro Kopf der Weltbevölkerung. Die öffentliche Entwicklungshilfe nahm zwischen 1999 und 2003 um zehn Milliarden Dollar zu, die Militärausgaben stiegen dagegen um 26 Milliarden US-Dollar (siehe Jahresbericht des Konversionszentrums BICC/ Bonn, Juni 2005).

Zur Zeit belaufen sich die weltweiten Militärausgaben auf ca. zwei Milliarden Dollar pro Tag (14). Nach Angaben der Weltbank wurden 2003 demgegenüber rund 69 Milliarden Dollar Entwicklungshilfe geleistet. Allein die Kosten des Irakkriegs werden auf 100 Mrd. US-Dollar geschätzt; für die längerfristige Stabilisierung rechnet man mit bis zu 500 Mrd. US-Dollar (15) – eine Summe, die vermutlich genügen würde, die Erreichung der UN-Millenniumsziele zu finanzieren.

Die meisten Entwicklungsländer werden die Millenniumsziele bis 2015 nicht erreichen. Das geht aus einer Erklärung hervor, die der Entwicklungsausschuss von Weltbank und Internationalem Währungsfonds (IWF) auf der Frühjahrstagung der beiden Institutionen Ende April 2004 abgab: „Die meisten Millenniumsziele werden nach gegenwärtigen Trend von den meisten Entwicklungsländern nicht erreicht werden“, so der „Global Monitoring Report“. Besonders unzureichend seien die Fortschritte bei den Gesundheits- und Umweltzielen, wie der Kinder- und Müttersterblichkeit oder dem Zugang zu sauberem Trinkwasser.

Der Weltbankpräsident James Wolfensohn meint auf dieser Frühjahrstagung, dass die Militärausgaben von jährlich 900 Milliarden Dollar die Welt nicht sicherer machen würde,

Ziele und Teilziele	Indikatoren
Teilziel 10: Bis 2015 soll der Anteil der Menschen ohne nachhaltigem Zugang zu sicherem Trinkwasser halbiert sein.	29. Anteil der Bevölkerung mit nachhaltigem Zugang zu besserer Trinkwasserversorgung
Teilziel 11: Bis 2020 sollen die Lebensbedingungen von mindestens 10 Millionen Slumbewohnern verbessert werden.	30. Anteil der Personen mit Zugang zu verbesserten Sanitäreinrichtungen 31. Anteil der Personen mit Zugang zu sicheren Wohnungen
Ziel 8: Entwicklung einer Globalen Partnerschaft für Entwicklung	
Teilziel 12: Entwicklung eines offenen, geregelten, planbaren und diskriminierungsfreien Handels- und Finanzwesens; dazu gehört die Verpflichtung zu Good Governance, Entwicklung und Armutsbekämpfung auf nationaler und internationaler Ebene	<i>Staatliche Entwicklungshilfe (ODA)</i> 32. Netto-ODA prozentual zu DAC-Geber (GDI) 33. Anteil der ODA zur Finanzierung der sozialen Basisdienste 34. Anteil der nichtzweckgebundenen ODA 35. Anteil der ODA für Umweltprojekte in kleinen Inselstaaten 36. Anteil der staatlichen Entwicklungshilfe für die Förderung des Verkehrssektors in Binnenländern
Teilziel 13: Eingehen auf die speziellen Bedürfnisse der am wenigsten entwickelten Länder. Dazu gehören: zoll- und quotenfreier Zugang zu LDC-Exporten; verstärkte Maßnahmen zum Schuldenabbau für HIPC und Erlass offizieller bilateraler Schulden; großzügigere ODA für Länder mit Armutsbekämpfungsprogrammen	37. Anteil der zoll- und quotenfreien Exporte (nach Handelswert und ohne Waffenexporte) 38. Durchschnittliche Zolltarife und Quoten für landwirtschaftliche Produkte, Textilien und Bekleidung 39. Agrarzuschüsse für den Binnen- und Exportmarkt in OECD-Ländern
Teilziel 14: Eingehen auf die speziellen Bedürfnisse von Binnenländern und kleinen Inselstaaten (durch das Barbados-Programm und die Beschlüsse der 22. Vollversammlung)	40. Anteil der staatlichen Entwicklungshilfe (ODA) am Aufbau von Handelskapazität
Teilziel 15: Umfassende Unterstützung der Entwicklungsländer bei der Bewältigung ihrer Schuldensituation durch nationale und internationale Maßnahmen, um die Verschuldung langfristig nachhaltig zu gestalten	<i>Nachhaltigkeit der Verschuldung</i> 41. Anteil der offiziellen bilateralen HIPC-Schulden, die erlassen wurden 42. Schuldendienst prozentual zum Export von Waren und Dienstleistungen 43. Anteil der zum Schuldenabbau geleisteten staatlichen Entwicklungshilfe 44. Zahl der Länder, die HIPC-Entscheidungs- und Erfüllungspunkte erreichen
Teilziel 16: Zusammen mit den Industrieländern Entwicklung und Umsetzung von Strategien zur Schaffung menschenwürdiger, produktiver Arbeitsplätze für Jugendliche	45. Arbeitslosenrate bei Jugendlichen zwischen 15 und 24 Jahren
Teilziel 17: Zusammen mit pharmazeutischen Unternehmen Sichern des Zugangs zu erschwinglichen, lebenswichtigen Medikamenten in den Entwicklungsländern	46. Anteil der Bevölkerung mit Zugang zu erschwinglichen, lebenswichtigen Medikamenten auf nachhaltigen Grundlagen
Teilziel 18: Zusammen mit dem privaten Sektor Nutzbarmachung der Vorteile der neuen Technologien, vor allem der Informations- und Kommunikationstechnik.	47. Telefonanschlüsse je 1.000 Einwohner 48. PCs je 1.000 Einwohner

solange für Auslandshilfe nur 60 Milliarden Dollar aufgewendet würde (16) Die Weltbank errechnet 2001, dass die öffentliche Entwicklungshilfe (ODA) real um 20 % ansteigen müsste, wenn die Weltgemeinschaft ihr Ziel, nämlich die Armut auf dem Planeten in den nächsten 15 Jahren um die Hälfte zu reduzieren, erreichen will (17).

„Wir sind nicht auf Kurs“, stellte der US-Ökonom Jeffrey Sachs bei der Vorstellung eines im Auftrag der Vereinten Nationen erstellten Reports im Februar 2005 in Berlin fest. Das Dokument hat den langen Titel „Investing in Development: A Practical Plan to Achieve the Millennium Development Goals“ (www.unmillenniumproject.org) (18).

Der Bericht identifiziert zunächst generelle Ursachen, warum die Ziele bisher nicht erreicht wurden. Fehlende Rechtstaatlichkeit und eine falsche Wirtschaftspolitik hätten in vielen Ländern die wirtschaftliche Entwicklung beeinträchtigt. Weiterhin hätte der Mangel an finanziellen Ressourcen den Aufbau der Infrastruktur (Straßen, Schulen, Krankenhäuser etc.) und einer funktionsfähigen Verwaltung verhindert. Einige Entwicklungsziele würden nicht erreicht, weil die Politiker der betroffenen Länder die Probleme nicht erkennen oder bewusst ignorieren würden. Dies betreffe u. a. ökologische und genderbezogene Probleme.

Der Report übt vernichtende Kritik am bisherigen System der Entwicklungszusammenarbeit und kommt zu dem Schluss: „Development finance is of very poor quality“. So sei die Höhe der Hilfe völlig unzureichend, um die MDGs in den nächsten zehn Jahren zu verwirklichen. Finanziell hält Jeffrey Sachs eine Verdoppelung der derzeit von den Industriestaaten für Entwicklungsaufgaben bereitgestellten öffentlichen Gelder für notwendig (von 68 auf 135 Milliarden US-Dollar). Weiterhin verlangt der Report von den Regierungen der Industrieländer die Öffnung der Märkte für Exportprodukte aus den Entwicklungsländern, den Abschluss der Doha-Runde bis Ende 2006 sowie Schuldenstreichungen.

Von den Regierungen der einzelnen Entwicklungsländer werden auf zehn Jahre ausgerichtete Entwicklungsstrategien sowie detaillierte 3- bis 5-Jahrespläne gefordert, in denen die politischen Maßnahmen aufgelistet werden (mit Kosten- und Budgetplan). Ein staatliches Investitionsprogramm soll vor allem dazu dienen, die notwendig Infrastruktur und einen funktionsfähigen Verwaltungsapparat aufzubauen. Denn Märkte allein würden die drängenden Armutprobleme nicht

lösen. Öffentliche Investitionen und Subventionen seien erforderlich, um zunächst die Grundlagen für eine funktionierende Marktwirtschaft zu schaffen. Das Team um Jeffrey Sachs fordert damit explizit eine stärkere Rolle des Staates.

Strukturelle Ursachen der Armut und sozialer Ungerechtigkeit wie die Ungleichverteilung von Vermögen, Landbesitz und politischer Macht in den Ländern, sowie die weltwirtschaftlichen Rahmenbedingungen bleiben weitgehend ausgeblendet. Kritiker (so von der deutschen „Aktion 2015“, R. Neudeck/W. Pinger) betonen, dass ausgerechnet dort, wo das Geld am meisten gebraucht würde, werde sträflich gespart, bei der Grundbildung, bei der Gesundheitsvorsorge, bei der ländlichen Entwicklung.

5. Fazit

„Warum veranstalten wir diese Konferenzen eigentlich, wenn die Regierungen ihren hehren Worten keine Taten folgen lassen?“

UN-Generalsekretär Kofi Annan in seiner Eröffnungsrede auf der Konferenz der Vereinten Nationen über die ärmsten Entwicklungsländer (Least Developed Countries) am 14.-20.5.2001 in Brüssel

Der UNDP-Bericht – Human Development Report 2003 – zeigt, dass das „Millenniumsprojekt“ zur Reduzierung menschlicher Armut sowie seinen ehrgeizigen gesundheits- und bildungspolitischen Zielen sich normativ begründen lässt (weltweite Verelendung als Skandal), es aus der Perspektive aufgeklärtem Eigeninteresse der Industrieländer ratsam ist (Armut – politische Instabilität – Humus für Gewalt und Gesellschaftszerfall) sowie ökonomisch sinnvoll ist, denn ohne ein Minimum an sozialer Sicherheit und Stabilität entsteht keine tragfähige ökonomische Dynamik.

Ein Blick in den Implementierungsteil der Aktionsprogramme zur Armutsbekämpfung der letzten Jahrzehnte stimmt pessimistisch. Es existiert ein Riesenunterschied zwischen den Erklärungen und der Umsetzung der Ziele. Die Implementierung scheiterte an der geringen Bereitschaft, die Konsequenzen aus den vorhandenen Einsichten und wohlfeilen Absichtserklärungen zu ziehen. Die Verbesserung der Lebensverhältnisse in den Entwicklungsländern ist „machbar und nur eine Frage des politischen Willens“, stelle auch die Bundesministerin Heide Wiecek-Zeul fest.

Bekanntlich ist auch das beste **Aktionsprogramm** nur so gut wie seine **Umsetzung**. Hehren Worte/Ziele müssen reale Taten folgen. Das Ziel der Armutsreduzierung bedarf anstelle einer Sammlung von Absichtserklärungen, wohlklingender Ankündigungen eines konkreten Implementierungsplans mit Verbindlichkeiten und Entschlossenheit. Ansonsten wird der Millenniumsplan – die Halbierung der Armut bis zum Jahre 2015, die Abschaffung von Analphabetismus, eine Basisgesundheitsversorgung für alle Armen in der Welt, etc. – zum Armutszeugnis, zur Lebenslüge des beginnenden Jahrhunderts.

Das Millenniums-Aktionsprogramm klingt gut und ist auch gut gemeint, aber das waren die gleichlautenden Versprechungen zur Armutsbekämpfung in den letzten fünfzig Jahren ebenso, aus denen dann sämtlich nichts geworden ist. Nachdem z.B. das Ziel der UN-Wasserdekade in den achtziger Jahren, „Wasser für alle“ bis zum Jahr 2000 bereitzustellen, verfehlt wurde, soll nun die Zahl der Menschen, die ohne Wasserversorgung sind, bis zum Jahre 2015 – man ist bescheidener geworden – lediglich halbiert werden. Es bleibt die berechtigte Frage bestehen, warum der ärmste Teil der Weltbevölkerung nach den bisherigen gescheiterten Aktionsprogrammen, mehr Vertrauen in den neuen Versuchen haben sollte.

Das Ziel einer nennenswerten Reduzierung der weltweiten Armut konnte in den letzten Jahrzehnten nicht erreicht werden. Oft genug bauten die westlichen Industriestaaten einen Erwartungshorizont auf und versprechen Recht und Gerechtigkeit, aber die Realität, die sie dann schaffen, spricht eine andere Sprache. Mit „business as usual“ sind die Millenniums-Entwicklungsziele nicht zu erreichen. Es reicht nicht Strategien zu formulieren, man muss auch bereit sein, sie zu verwirklichen. „Es ist spät, aber nicht zu spät“, so die Bilanz der UN-Sonderbeauftragten von Generalsekretär Kofi Annan und Leiterin der UN-Millenniumskampagne, Eveline Herfkens.

Die **Reduzierung von Armut** ist ein integraler Bestandteil des Konzepts der menschlichen Entwicklung; sie ist Ausgangspunkt und Ziel menschlicher Entwicklung. Armut ist nicht unvermeidbar. Allerdings nur, wenn die armen Länder weitreichende Reformen anpacken und die reichen Länder im Gegenzug günstigere Handelsbedingungen einräumen und mehr Entwicklungshilfe leisten. Aber es geht nicht allein um mehr Entwicklungshilfegelder, sondern um grundlegende Struktur-, Politik- und Verhaltensänderungen (19)*.

Und um einen gezielten Einsatz der innerstaatlichen und internationalen Ressourcen zur Armutsbekämpfung.

Zum Autor: Dieter Hampel, Sozialwissenschaftler, wiss. Mitarbeiter der Abteilung Tropenhygiene und Öffentliches Gesundheitswesen der Universität Heidelberg, Ärzteprogramm.

* In einem weiteren Beitrag wird im nächsten Heft auf diesen Aspekt gezielt eingegangen, falls noch eine weitere Ausgabe realisiert werden kann.

Anmerkungen:

- (1) Joseph E. Stiglitz in *Le monde diplomatique*, April 2002
- (2) Joseph E. Stiglitz hierzu in obigen Artikel: „Die Kreditwürdigkeit eines Landes wie Argentinien wird mit 'A' (also gut bis befriedigend) bewertet, solange sein Haushalt ausgeglichen und die Inflation unter Kontrolle zu sein scheint, obwohl es seit Jahren eine zweistellige Arbeitslosenrate aufweist!“
- (3) Joseph E. Stiglitz, *Die Schatten der Globalisierung*, Berlin 2002
- (4) Walter Eberlei/Thomas Siebold, *Armutsbekämpfung in Afrika: Neue Ansätze oder alte Konzepte?*, INEF-Report 64, Duisburg 2002
- (5) siehe Studie: Deutsches NRO-Forum Weltsozialgipfel/Arbeitsgruppe 20:20 (Hrsg.), *Priorität für menschliche Entwicklung. Soziale Grunddienste als neuer Schwerpunkt der Entwicklungszusammenarbeit*, Lit Verlag, Münster 1998
- (7) siehe UNICEF-Bericht „Zur Lage der Kinder in der Welt“, Dezember 1999
- (8) Frankfurter Rundschau vom 11.3.1995
- (9) Entnommen: *Brot für die Welt* (Hrsg.), HungerReport 2002/2003, Brandes & Apsel Verlag, Frankfurt 2002, S. 98/99
- (10) OECD, *The DAC Guidelines on Poverty Reduction*, Paris 2001
- (11) Frankfurter Rundschau vom 14.4.2005
- (12) Frankfurter Rundschau vom 6.7.1999
- (13) *Süddeutsche Zeitung* vom 19.4.2002
- (14) *Worldwatch Institute, State of the World 2002*, Washington D.C. 2002,
- (15) *Stiftung Entwicklung und Frieden, Globale Trends 2004/2005*, Frankfurt 2003, S. 63
- (16) Frankfurter Rundschau vom 27.4.2004
- (17) *World Bank, Global Development Finance 2001: Building Coalitions for Effective Development Finance*, 2 Vol., Washington D.C. 2001
- (16) siehe auch „Index für Entwicklungsengagement“ (CDI): *Center for Global Development and Foreign Policy, Commitment to Development Index 2003*, Washington D.C.
- (18) *Un Millennium Project, Investing in Development. A Practical Plan to Achieve the Millennium Development Goals*, Earthscan, London 2005
- (19) siehe u.a. Thomas Pogge, *World Poverty and Human Rights: Cosmopolitan Responsibilities and Reforms*, Polity Press 2002 sowie VENRO, *Wie kommen die Armen zu ihren Rechten? Armutsbekämpfung und Menschenrechte* (www.2015.venro.org/publikationen/dokumente/mr/mr.pdf)

Mit tiefen Gefühlen hörte ich vom Ende des Ärzteprogramms. Nach zahlreichen Wochenend-Seminaren und dem Diplomkurs, die eine wichtige Rolle in meiner beruflichen Entwicklung gespielt haben, soll es nun ausgelöscht werden. Ich denke mit Nostalgie an dieses wirklich einzigartige Konzept, das die Leben und Karrieren so vieler Ärzte aus Entwicklungsländern beeinflusst hat, die in Deutschland ausgebildet wurden.

Das erste **Wochenend-Seminar**, an dem ich teilnahm, befasste sich mit dem öffentlichen Gesundheitswesen und dem Management der Gesundheitsversorgung in Flüchtlingslagern. Die Lehrmethoden mit Pinwänden, Karten in verschiedenen Farben und Gruppenarbeit, gewürzt mit den persönlichen Erfahrungen der Referenten, wick erfrischend von der Norm ab. Ein volles Wochenende lang studierten, aßen und entspannten wir uns gemeinsam. Wir bewunderten die Erfahrungen der Referenten, von denen die meisten einen wesentlichen Teil ihres Arbeitslebens der Arbeit in Entwicklungsländern gewidmet hatten. Aber besonders bemerkenswert war auch: Wir tauschten untereinander die Erfahrungen aus unseren Heimatländern aus und darüber, wie wir es geschafft hatten das Studium in Deutschland zu bewältigen mit all seinen Hindernissen. Ein Wochenende, an dem wir vorübergehend den täglichen Kampf vergaßen und uns vorrangig auf die Probleme der Länder konzentrierten, die unsere Länder waren und in die wir alle zurückkehren wollten. Das war anregend und erfrischend.

So wurden die Wochenenden Teil meines Lebens. Das Bewerbungsverfahren war straff, man hoffte eingeladen zu werden, man war neugierig, wen von denen, die man beim letzten mal getroffen hatte, in diesem Kurs sein würden, manchmal ein Kollege aus dem eigenen Land, oder sogar aus der eigenen Stadt. Und schließlich kam der Brief mit der Post! Ja, die Teilnahme war sicher!

Was war so besonders an uns, dass die deutsche Regierung ein so großartiges Programm für uns förderte, fragten wir uns oft. Wichtig war, dass wir etwas gemeinsam hatten durch unsere Geburt: Wir gehörten zu einem „Entwicklungsland“! So oft sollten wir mit dieser Bezeichnung kämpfen. Entwickeln wir uns tatsächlich oder sind wir unterentwickelt, oder ganz einfach „Dritte Welt“? Wie viel haben Kollegen aus Vietnam wirklich gemeinsam mit Kollegen aus Ghana, wenn sie in einem Kurs „Anästhesie in Entwicklungsländern“ zusammen-

gebracht wurden. Ich würde sagen, nicht viel, aber gleichzeitig alles. Diejenigen von uns, die so glücklich waren, nach Deutschland zu kommen, um Medizin zu studieren, sind keine Zufallsauswahl von Medizinstudenten aus unseren Ländern.

Wir sind eine ausgewählte und hoch motivierte Gruppe, und das ist es, was wir gemeinsam hatten. Das ist es, was jedes dieser Seminare so höchst interessant machte. Die Diskussionen waren oft aufgeheizt und emotional. Viele von uns kannten die Probleme und suchten nach Lösungen. Das war so viel mehr als die gemeinsame Identität von Heimatländern, definiert durch ihren Entwicklungsstatus, ein starkes Band, das Privileg einer westlichen Ausbildung zu haben und daher die Verantwortung, dies im besten Interesse unseres Landes zu nutzen.

Dann der **Diplomkurs**. Drei hektische Monate über Öffentliches Gesundheitswesen und klinische Probleme, die mit der sich entwickelnden Welt verbunden sind. Wir mussten uns in diesen drei Monaten ganz auf die akademischen Herausforderungen konzentrieren. Das war ein Luxus, von dem viele von uns vorher nicht gewagt hatten zu träumen. Die Erinnerungen an viele der Gespräche sind heute so gegenwärtig wie an dem Tag als sie stattfanden. Die Einführung in die Epidemiologie bestand darin, sich durch die praktischen Schritte einer Untersuchung eines Ausbruchs durchzuarbeiten, Einsicht in HIV/AIDS, Malaria, Gelbfieber, zu denen wir in einer deutschen medizinischen Ausbildung nie Zugang haben würden. Dann die Prüfungen zum Schluss und natürlich die Party! Heidelberg mag Geschichte sein, aber die Erinnerungen leben weiter.

Eines der ausdrücklichen Ziele dieses Programms ist es, Ärzte aus Entwicklungsländern auf die eigene Rückkehr vorzubereiten. Nun, nach all diesen vorbereitenden Kursen, ich bin immer noch in Europa! Habe ich beim Ärzteprogramm versagt, oder hat das Ärzteprogramm bei mir versagt? War alles Verschwendung? Nein! Denn jetzt in Europa zu sein, heißt nicht, für immer in Europa zu bleiben. Viele von uns versuchen, nach dem Grundstudium eine fachärztliche Weiterbildung zu erreichen.

Das Interesse, das sich im Zusammenhang mit den besonderen Problemen, Herausforderungen und passenden Mechanismen für Entwicklungsländer ergibt, wurde so gut durch das Ärzteprogramm beeinflusst, dass es einen bleibenden Eindruck

hinterlassen hat. Ein Feuer wurde angezündet. Der Wunsch, einen Unterschied zu machen, der Grund dafür, dass die meisten von uns diesen Karrierepfad an erster Stelle wählten, wurde durch unsere Erfahrungen als Teil des Programms gestützt. Formale und informale Netzwerke wurden gegründet und blühen bis heute. Ich persönlich habe feste Kontakte mit Kollegen in verschiedenen Ländern, und das war ein großer Nutzen in verschiedener Weise.

In diesem Requiem auf das Ärzteprogramm ist das beste, was wir tun können, Botschafter zu sein. Die meisten von uns fühlten, dass das Programm zu Ende gehen würde, wie verschiedene andere Programme in dieser Zeit wirtschaftlicher Anpassungen in Deutschland, aber das eine, das nie aufhört ist das gewonnene Wissen. Das Ärzteprogramm ist ein gehüteter Teil meiner Geschichte wie auch verschiedener anderer, und auch wenn es aufgehört hat zu existieren, die Erinnerungen, die Freunde, die Anregungen und das Wissen leben weiter.



Die Teilnehmer/innen des letzten Diplomkurses (2005);
18 Teilnehmer/innen aus 17 Ländern.

Zum Autor: Chikwe Ihekweazu/Nigeria – Zur Zeit in der Facharztausbildung, graduiert im Diplomkurs, Teilnahme an verschiedenen Wochenendseminaren des Ärzteprogramms

Meine Erfahrung mit dem Ärzteprogramm

Die Vielfalt der Angebote des Ärzteprogramms in seiner bisherigen Form, welche als Zielgruppe Studenten, AIPlers und junge Assistenzärzte hatte, brachte mir viele neue Erkenntnisse.

Einerseits wurde durch die verschiedenen Seminare fachliches Wissen auf die Realität von unterschiedlichen Entwicklungsländern angewendet, d. h., es wurden durch qualifizierte Referenten und in Gruppenarbeit die spezifischen Gesundheits- und Sozialprobleme in unseren Heimatländern bzw. Regionen erkannt, und es wurden dann unterschiedliche Ansätze für Lösungsmöglichkeiten diskutiert.

Dies war für mich besonders wichtig, denn das Medizinstudium in Deutschland hat keinen Platz – was auch verständlich ist – um auf die Problematik anderer Länder einzugehen. Dies bedeutet, dass wir eine Medizin lernen, die auf ein hochtechnisches Niveau basiert ist und welche in dieser Form nicht ohne weiteres auf die Realität unserer Ländern übertragen werden kann. Durch die Seminare ist es immer wieder möglich gewesen, das während des Studiums angeeignete Wissen auf andere Realitäten zu

übertragen und anzuwenden, letzteres vor allem durch die Unterstützung von Famulaturen und PJ im Heimatland.

Andererseits fand ich das Konzept vom Ärzteprogramm, die Frühförderung von ausländischen Studenten im Hinblick auf die Rückkehr zum Heimatland, ausgezeichnet, denn die Sensibilisierung für die medizinische und soziale Realität und Problematik unserer Heimatländer findet am besten während der beruflichen Ausbildung statt, denn in dieser Zeit ist meiner Ansicht nach die Weltoffenheit am ausgeprägter und hier wird unseren beruflichen Schwerpunkt entschieden.

Die Seminare beim Ärzteprogramm waren aus diesen Gründen und auch vom menschlichen Aspekt – verschiedene Kulturen, Lebensansichten, Menschen kennen zu lernen – eine unglaubliche Bereicherung für mich gewesen und dafür bin ich sehr dankbar.

Ich bedauere sehr, dass dieses fruchtbare Konzept nun nicht mehr weitergeführt wird.

Miriam Helena Ott/PJ-Studentin, Brasilien

Den Abschluss eines spannenden Pilotkurses zum Thema HIV/AIDS bildete das Präsenzseminar „Planung und Evaluierung von Maßnahmen im HIV/AIDS-Bereich“, das vom 25.-29.04.2005 im vietnamesisch-deutschen Zentrum der Technischen Universität in Hanoi stattfand.

Die Teilnehmenden aus Vietnam, unter ihnen zahlreiche ehemalige Stipendiat/innen des Ärzteprogramms, haben somit eine internetbasierte Fortbildung abgeschlossen, die in dieser Form zum ersten Mal in Vietnam stattgefunden hat. Neben seiner Durchführung in vietnamesischer Sprache als eine besondere Komponente der spezifischen Anpassung an den vietnamesischen Kontext, basiert dieser Onlinekurs auf ein doch relativ neues Lernkonzept, dem **blended learning**. Es umfasst die Kombination von netzbasierten Lernformen mit traditionellen Lernmethoden bzw. Präsenzunterricht.

Inhalt des abschließenden Präsenzseminars des Onlinekurses, bei dem sich die Teilnehmer/innen nach sechs Monaten gemeinsamer Online-Erfahrung zum ersten Mal alle gemeinsam trafen, war die Ausbildung in Planung und Management von HIV/AIDS-Projekten, die in zwei Schritten erfolgte. Zunächst bewerteten die Teilnehmer/innen in Gruppenarbeit anhand eines vorgegebenen Beurteilungsrasters Projektbeispiele aus Vietnam. Im Folgenden wurden Projektteams

gebildet, die nach Vorlage einer Planungsmatrix ein Projekt ausarbeiteten. Diese Entwürfe wurden dann anschließend gemeinsam diskutiert und bewertet.

Zu betonen ist in diesem Zusammenhang die Praxisrelevanz der Planungsübung, die möglichst einem realen Kontext entspringen sollte. Da die am Ende des Seminars vorgestellten Projektentwürfe durchaus in Vietnam umzusetzen sind bzw. es zum Teil bereits werden, leistet das Präsenzseminar zum Abschluss des Onlinekurses einen wichtigen Beitrag dahingehend, Vorhaben im HIV/AIDS-Bereich zu initiieren.

Insgesamt werden die Ergebnisse der Evaluierung wichtige Impulse für die weitere spezifische Anpassung des Kurses an den vietnamesischen Kontext und seiner Fortführung geben.

Zur Autorin: Tanja Schwering, Geographin, ist Projektleiterin in der Abteilung Gesundheit der InWEnt gGmbH in Bonn.

Informationen zum
Alumni-Network des Ärzteprogramms
finden Sie unter www.gc21.de/alumni/gesundheit



Foto: Frau Pham Phuong Thao

Krankenversicherungssysteme

Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit: **Soziale Krankenversicherung – Solidarität mit System. Erfahrungen aus der deutschen Entwicklungszusammenarbeit**, Eschborn 2004, 50 Seiten, kostenfrei in Deutsch wie Englisch bei: GTZ/Abteilung 4300, Postfach 5180, 65726 Eschborn (health-insurance@gtz.de).

Diese Broschüre reflektiert die Erfahrungen der deutschen Entwicklungszusammenarbeit auf diesem Gebiet mit anschaulichen Länderbeispielen aus Afrika, Asien und Lateinamerika. Anhand verschiedener Projektbeispiele aus diesen Ländern werden die konkrete Arbeit als auch die theoretischen Hintergründe und die analytischen Konzepte beschrieben. Es kommen namhafte Expertinnen und Experten aus den verschiedenen Ländern zu Wort. Außerdem enthält die Broschüre zahlreiche Lese- und Webtipps für weitergehende Informationen. So bietet die Publikation einen informativen Einblick in die aktuelle Diskussion über soziale Sicherheit und soziale Krankenversicherungssysteme in Entwicklungsländern.

Die Abteilung 4300 (Health, Education, Social Protection) der GTZ bietet auch einen Infoletter an (in deutsch oder englisch): „Soziale Krankenversicherung – Der Weg nach vorn“: www.gtz.de/health-insurance/english/aktuell.htm



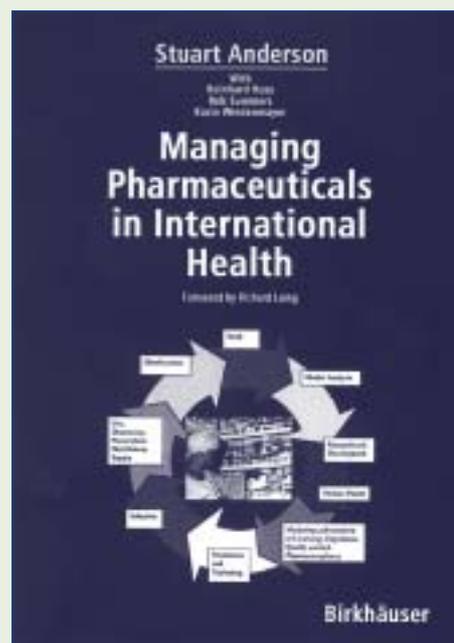
Einführung in die internationale Arzneimittelszene

Stuart Anderson with Reinhard Huss, Rob Summers and Karin Wiedenmayer: **Managing Pharmaceuticals in International Health**, Birkhäuser Verlag, Basel 2004, 256 pages, 39 Euro.

The ready availability of essential drugs to entire populations is a key determinant of public health in all countries. Addressing the great inequalities in drug supply is one of the major challenges in international health. Many of the problems can only be tackled at a global level by agencies, governments and pharmaceutical companies working together.

This book aims to provide the student of international health with an introduction to the international pharmaceutical scene: Who are the key players and what are their roles? What has been achieved so far, and what remains to be done? What are the prospects for the future?

The book should be of interest to all those who wish to learn more about an important area of international health. It will be of particular interest to those involved with the management of medicines at any level, and to those with an interest in improving access to medicines for all in a fair and equitable way.



Armut, Gesundheit und Menschenrechte

Paul Farmer: Pathologies of Power – Health, Human Rights and the new war on the poor.

University of California Press, Berkeley 2003, 402 pages, 23,50 Euro, ISBN 0-520-23550-9 (Hardback)

Die ökonomische These, dass wir in einem Zeitalter begrenzter Ressourcen leben, wird von Paul Farmer umgedeutet in die Perspektive, dass die wirtschaftlichen Ressourcen in der Geschichte der Menschheit nie größer waren als heute. Das Problem ist nicht die Begrenztheit der Ressourcen sondern ihre Verteilung in der Welt, in der zum Beispiel 358 Milliardäre soviel wie 2,3 Milliarden Menschen zusammen besitzen. Diese pathologische Missverteilung wird durch eine neoliberale Wirtschaftspolitik verstärkt, die den Staat als Institution der gerechten Umverteilung schwächt und seine Mittel reduziert. Wir beobachten gleichzeitig eine enorme Zunahme der Ressourcen in der globalisierten Wirtschaft und eine Schwächung vieler Staaten, so dass als Konsequenz die sozialen und wirtschaftlichen Menschenrechte immer weniger verwirklicht werden können.

Diese dauernde Verletzung von wirtschaftlichen und sozialen aber auch politischen und zivilen Menschenrechten findet unter den Augen der Weltöffentlichkeit auf lokaler und globaler Ebene statt. Allerdings konzentriert sich die offizielle Sichtweise meistens auf lokale Akteure und Faktoren, um die strukturelle Gewalt globaler Wirtschaftsstrukturen ignorieren zu können.

Farmer bringt dazu überzeugende Fallbeispiele aus so unterschiedlichen Kontexten wie russischen und US-amerikanischen Gefängnissen, den ländlichen Regionen in Haiti und Chiapas in Mexiko. In diesen Situationen sind die Möglichkeiten des Individuums, entsprechend seiner Interessen angemessen zu reagieren, durch historische und wirtschaftliche Prozesse eingeschränkt. Andere Personen mit pathologischer Macht entscheiden für die Opfer, um ihre eigenen Interessen verwirklichen zu können. So breiten sich Medikamentenresistente Tuberkulose unter russischen Gefangenen und HIV/AIDS unter den Armen von Haiti aus. Die Mikroben brauchen nicht zu „wissen“ wer machtlos in der Gesellschaft ist. Die gesellschaftlichen Strukturen und Prozesse sorgen dafür, dass die Armen von den Mikroben gefunden werden. Für die Opfer gibt es weder Prävention vor Infektion noch eine adäquate Behandlung für die Infizierten.

Der Autor verwendet das Konzept der strukturellen gesellschaftlichen Gewalt aus der Befreiungstheologie und beschreibt die Pathologien des Machtmissbrauches als wichtige Ursachen vieler Gesundheitsprobleme. Seine Gegenstrategie ist das Recht auf Gesundheit aller Menschen, das in den wirtschaftlichen und sozialen Menschenrechten verankert ist und von allen Staaten als politisches Ziel verwirklicht werden soll. Dieses Vorgehen ist nicht neu, sondern wurde schon von Rudolf Virchow im 19. Jahrhundert dargestellt. Eine gute medizinische Versorgung besteht sowohl aus biomedizinischen als auch sozialen Interventionen und die Politik sollte die öffentliche Gesundheits auf der höchsten Ebene fördern.

Paul Farmer gibt dem Gesundheitspersonal und insbesondere den ÄrztInnen eine besondere Verantwortung bei der Verwirklichung des Menschenrechtes auf Gesundheit. Medizin und „Public Health“ behandeln die existenziellen Themen Gesundheit und Krankheit und versuchen Faktoren der Prävention und Heilung zu finden. Dies gibt dem Gesundheitspersonal eine ausserordentlich starke Position in der Gesellschaft und gleichzeitig eine besondere Verantwortung, sich für das Menschenrecht auf Gesundheit für den Einzelnen und die Bevölkerung einzusetzen.

Das Buch liefert eine sehr gute und ausführliche Analyse, wie die Konzentration und der Missbrauch von lokaler und globaler Macht Krankheiten fördert und ihre angemessene Behandlung verhindert. Leider ist die Gegenstrategie des Menschenrechtes auf Gesundheit in der Darstellung nur kurz und wenig konkret beschrieben worden.

Dr. med. Reinhard Huss, Universität Heidelberg/Abteilung Tropenhygiene und Öffentliches Gesundheitswesen

Leserbrief zum Ärzte-Info Nr.36/2004

Sehr geehrter Herausgeber,

Diabetes hat zwar schwerwiegende Schäden am Auge, rangiert aber bei Weitem nicht an erster Stelle der Erblindungen. Das ist und bleibt der Katarakt.

Mit freundlichen Grüßen

Dr. Trojan, Tropenmediziner und Augenarzt

Dr. Trojan hat recht. Korrekt sollte es heißen, dass Diabetes weltweit zu den häufigsten Ursachen für Blindheit, Amputationen und Nierenversagen zählt, aber nicht die häufigste Ursache darstellt.

Das Distriktgesundheitsystem

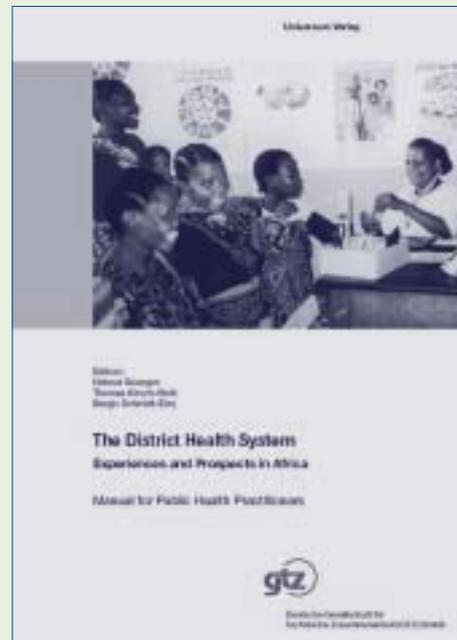
H. Görge, T. Kirsch-Woik, B. Schmidt-Ehry: The District Health System. Experiences and Prospects in Afrika. Manual for Public Health Practitioners. Universum Verlag, Wiesbaden 2004, 2. Auflage, 264 Seiten, in englischer und französischer Sprache, 14,80 Euro.

Undoubtedly, the district health system is still the core piece of health system development, and with the decentralisation trends apparent in many countries, it has continued to increase in importance. The manual intends to support those on the ground who are involved in the reform of health systems in general or in attempts to improve the district health systems in low-income countries, particularly in Africa.

GTZ is strongly committed to health system development and has been supporting the implementation of district health systems in about 20 countries in Africa for the past 20 years. The manual is based on the rich experience of its collaborators gained on the African continent. However, this does not mean that district health systems are only appropriate for Africa. Districts also play a key role in the national health systems of Latin America and Asia. The manual's focus on Africa is due to the fact that it is the most neglected continent, permanently hit by socio-economic crisis and epidemics and therefore in obvious need for stronger support than other continents.

All in all, 18 authors have made contributions to the manual based on the experiences they personally gained in projects

and programmes run by GTZ in Africa. Many more colleagues, both Africans and Europeans, have worked on these projects and programmes and could have contributed as well. The large number of authors indicates how deeply GTZ has been and will continue to be involved in the development of appropriate health systems that provide good quality services within the limited resources available. The manual can be considered as GTZ's collective experience in the field of district health system development.



„Gesundheit ist der Zustand des völligen körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens – und nicht nur die Abwesenheit von Krankheit und Gebrechen.“

Definition von Gesundheit durch die Weltgesundheitsorganisation (WHO), verabschiedet 1947 bei der Gründung der WHO

Die WHO deklarierte 1978 als hauptsächliches sozialpolitisches Ziel für alle Regierungen und die WHO „für alle Bürger der Erde einen Gesundheitszustand zu erreichen, der ihnen erlaubt, ein gesellschaftlich und wirtschaftlich produktives Leben zu führen“.

„Nur ein gemeinwesenorientiertes, an den Grundbedürfnissen und an den primären Ursachen von Krankheit ansetzendes, gesundheitsorientiertes Entwicklungskonzept kann die Länder der Dritten Welt aus Armut und gesundheitlichem Elend und damit zu einer gesunden ökonomischen und sozialen Entwicklung führen.“

World Health Organization: Basic Document, Genf 1982



Internationale Weiterbildung und Entwicklung gGmbH Capacity Building
International, Germany

Herausgeber:
InWEnt – Internationale Weiterbildung und Entwicklung gGmbH
Abteilung Gesundheit/Ärzteprogramm
Postfach 120623, 53113 Bonn
Tel.: +49 (0) 228/2 43 48 04 · Fax: +49 (0) 228/2 43 48 44
Email: aerzteprogramm@inwent.org

Redaktion:
Dieter Hampel, Universität Heidelberg, Abteilung Tropenhygiene
und Öffentliches Gesundheitswesen · Im Neuenheimer Feld 324,
69120 Heidelberg · Tel.: 0 62 21/56 71 90 · Fax: 0 62 21/56 49 18
Email: dieter.hampel@urz.uni-heidelberg.de

Herstellung: Druckerei Groer+Möhler GmbH · 64678 Lindenfels/Odw. · Tel. 0 62 54/94 22 94 · Email: gmdruck@t-online.de

