FRAUENGESUNDHEIT UND BEWEGUNG IN AFRIKA

KATHARINA KUSS, AFRIKANISTIN UND PROJEKTBERATERIN

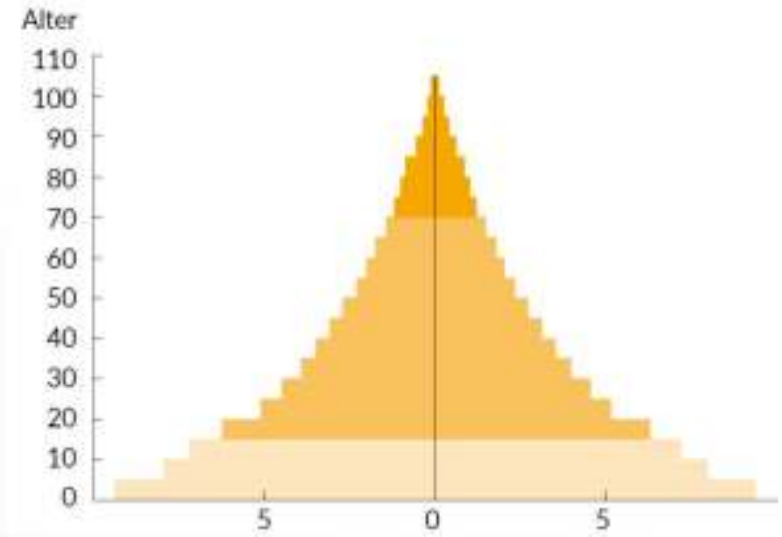
Auswirkungen von Kulturen und subjektiven Überzeugungen auf die Gesundheit von Frauen AKF e.
5 November, 2017

INHALT

- Frauengesundheit in Afrika
- Gesundheitswesen in Afrika
- Initiativen zur Stärkung der Frauenbewegung und Gesundheit in Afrika
  - Afrikanische Initiativen (CARMMA, Impfkampagne, Feministische Organisationen)
  - Die Rolle der Diaspora (USA, CHANGE , Lessan, ADERFA)
  - Initiativen in Deutschland (Vereine und Stiftungen)
  - Gesundheitsforschung mit Afrika (EDCTP und DFG)

JUNGES AFRIKA!! DEMOGRAFISCHE ENTWICKLUNG

- Die Bevölkerung Afrikas beträgt derzeit 1,2 von den 7,5 Milliarden Menschen, die derzeit auf der Erde leben.
- Die Bevölkerungsprojektion für Afrika Im Jahr 2030 ist 1.706 Mio. und für 2015: 2.574 Mio. - Verdopplung in den nächsten 33 Jahren!
- Zu den bevölkerungsreichsten Ländern Afrikas gehören: Nigeria 190 Mio., Äthiopien 105 Mio., Ägypten 93 Mio., Kongo 81 Mio., Tansania 57 Mio., Südafrika 56 Mio.
- In einigen Ländern Afrikas, wie z.B. Niger, Burkina Faso und Uganda ist fast die Hälfte der Bevölkerung jünger als 15 Jahre!



LEBENSERWARTUNG DER FRAU

- Die durchschnittliche Lebenserwartung bei der Geburt beträgt in Afrika für Männer 61 und für Frauen 64 Jahre
- In nördlichen Ländern Afrikas ist die Lebenserwartung vom Frauen deutlich höher als in Afrika südlich der Sahara: 78 Jahre in Algerien und Tunesien, 77 in Marokko, 75 in Libyen, 66 in Sudan
- In Réunion erreichen Frauen im Durchschnitt das Alter von 84 Jahren, auf den Seychellen 78, 69 in Botswana und Sao Tome, 67 in Tansania, Gabun, Äthiopien und Südafrika
- Am niedrigsten ist die Lebenserwartung für Frauen in Sierra Leone 52 Jahre, in der zentralafrikanischen Republik 53, Tschad und Nigeria 54, Elfenbeinküste 55 und Lesotho 56 Jahre
- Im Vergleich: weltweit liegt die durchschnittliche Lebens-erwartung von Frauen bei 74 Jahren, in Industrieländern sogar bei 82 Jahren

VIELE KINDER UND DAS ÜBERLEBEN

Fertilitätsrate

- Die durchschnittliche Zahl an Kindern, die eine Frau im Laufe ihres Lebens zur Welt bringt, ist in einigen afrikanischen Ländern sehr hoch.
- Im Niger sind das 7,3 Kinder, in Somalia und Tschad 6,4, in Kongo 6,3, Angola 6,2, Burkina Faso 5,7, Nigeria, Gambia und Burundi 5,5 Kinder und in Uganda 5,4 Kinder pro Frau.
- Im Vergleich: Weltweit liegt die Fertilitätsrate bei durchschnittlich 2,5 Kindern pro Frau, in Afrika bei 4,6.

Säuglingssterblichkeitsrate

- Die Säuglingssterblichkeitsrate ist in einigen afrikanischen Ländern sehr hoch
- In Westafrika liegt sie im Durschnitt bei 64 Todesfällen und in Zentralafrika bei 62 von Säuglingen im ersten Lebensjahr pro 1.000 Lebendgeborene
- Am höchsten ist die Säuglings-sterblichkeitsraten in Sierra Leone 92, Zentralafrikanische Republik 87, Guinea-Bissau und Mauretanien 75, Somalia 74, Südsudan und Tschad 72.
- Im Vergleich: Weltweit liegt die Säuglingssterblichkeitsrate bei 32, in Industrieländern bei 5

FAMILIENPLANUNG – KEIN THEMA!?

Der Protzentsatz der Frauen im gebärfähigen Alter (15–49 Jahre), die in irgendeiner Form Familienplanung betreiben, variiert innerhalb Afrikas erheblich.

Werte beziehen sich auf traditionelle und moderne Methoden wie Pille, Spirale, Kondom und Sterilisation

≥50% aller Frauen verhütten in: Ägypten, Algerien, Marokko, Tunesien, Kap Verde, Kenia, Malawi, Mauritius, Réunion, Ruanda, Sambia, Simbabwe, Botswana, Lesotho, Namibia, Swasiland und Südafrika

20-50% aller Frauen verhütten in: Libyen, Burkina Faso, Ghana, Senegal, Äthiopien, Burundi, Madagaskar, Mosambik, Sambia, Tansania, Uganda, Gabun, Kamerun, Kongo, Sao Tomé

10-20% aller Frauen verhütten in: Sudan, Elfenbeinküste, Guinea-Bissau, Liberia, Mali, Mauretanien, Niger, Nigeria, Sierra Leone, Togo, Dschibuti, Komoren, Somalia, Angola, Äquatorialguinea, Demokratische Republik Kongo und Zentralafrikanische Republik

<10% aller Frauen verhütten in : Gambia, Guinea, Eritrea, Südsudan und Tschad

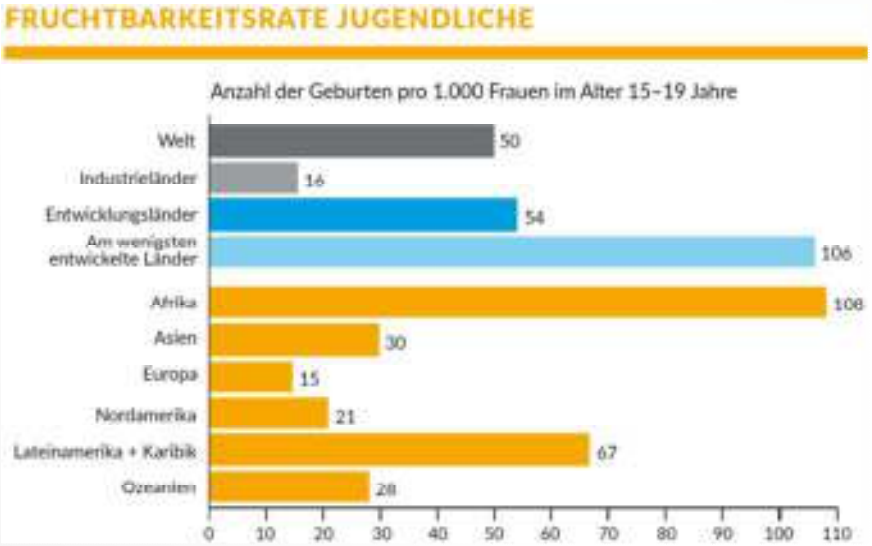
FRUCHTBARE MÄDCHEN

Die Fruchtbarkeitsrate bei Jugendlichen bezeichnet die Anzahl der Geburten pro 1.000 Frauen im Alter von 15–19 Jahren.

In einigen afrikanischen Ländern ist die Fruchtbarkeitsrate der jungen Frauen sehr hoch, für afrikanische Länder Südlich der Sahara beträgt sie 119 Geburten pro 1000 Frauen im Alter 15-19 Jahren.

Im Vergleich: weltweit liegt die Fruchtbarkeitsrate von jugendlichen Frauen bei 50, in Industrieländern bei 16 Geburten pro 1000 Frauen im Alter 15-19 Jahre

Am meisten betroffen sind junge Mädchen und Frauen in: Niger 206, Mosambik 194, Tschad 179, Mali 174, Angola 163, Äquatorialguinea 159, Madagaskar 152, Liberia 149, Guinea 146….



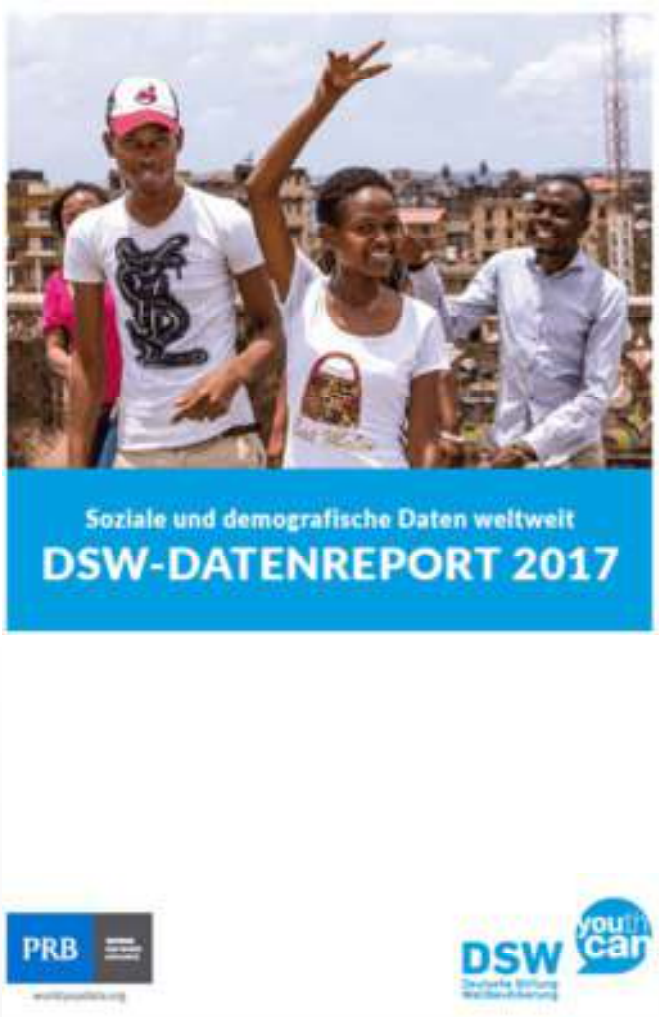
HIV-BETROFFENE

Der Anteil, der von HIV betroffenen Jugendlichen (15-24 Jährigen) ist besonders hoch in Ländern des südlichen Afrikas.

>10 % aller jungen Frauen in Botswana, Lesotho, Swasiland und Südafrika sind HIV positiv

4-10% der junger Frauen in Uganda, Simbabwe, Sambia, Mosambik und Malawi

3,5% in Kenia und 1.6% in Nigeria



FISTELN -VERSEHRT UND STIGMATISIERT

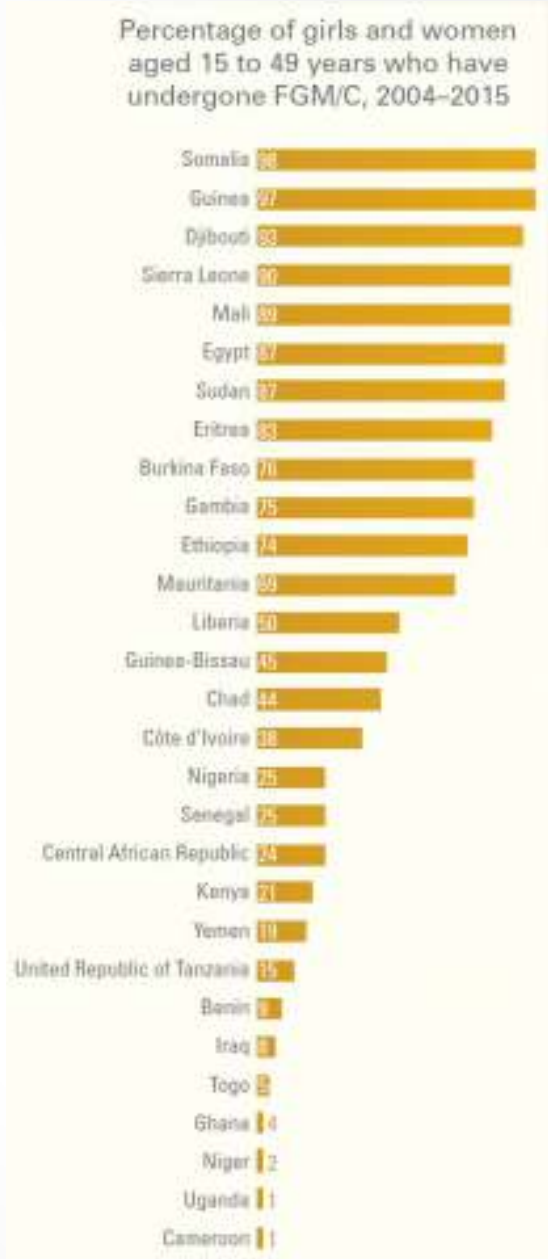
- Durch Vergewaltigung oder fehlende Geburtshilfe werden jedes Jahr Tausende Afrikanerinnen inkontinent und von der Gesellschaft verstoßen.
- Eine Reportage aus Äthiopien und der Demokratischen Republik Kongo „Leben in Scham“ erschien unter: http://www.spiegel.de/gesundheit/diagnose/wie-afrikanerinnen-unter-fisteln-leiden-leben-in-scham-a-1163441.html
- Fisteln im Genitalbereich sind abnormale Verbindungen zwischen Blase und Vagina oder zwischen Darm und Vagina, die durch Verletzungen entstehen. Das trennende Gewebe reißt oder löst sich unter Druck auf, Urin und Stuhl gelangen in die Vagina und von dort aus dem Körper.

GENITALVERSTÜMMELUNG (FGM)

Die Weltgesundheitsorganisation definiert weibliche Genitalverstümmelung als alle Praktiken, bei denen das äußere weibliche Genital teilweise oder vollständig entfernt wird sowie andere medizinisch nicht begründete Verletzungen am weiblichen Genital.

- **Typ I - Entfernung oder Beschädigung der Klitoris und/oder Klitorisvorhaut**
- **Typ II - zusätzlich zu Typ I werden die inneren Schamlippen gekürzt oder komplett entfernt**
- **Typ III - komplettes äußeres Genital wird entfernt und bis auf ein kleines Loch zugenäht**
- **Typ IV - jegliche andere Praktiken die teilweise physische und/oder psychische Schäden hinterlassen**

Zu Prevälenz in Afrika siehe:
https://www.unicef.org/media/files/FGMC_2016_brochure_final_UNICEF_SPREAD.pdf



ZYSTEN IN FOLGE VON FGM

Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction (2014) 43, 328–331

ELSEVIER MASSON

Disponible en ligne sur
ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France
EM|consulte
www.em-consulte.com

TECHNIQUE ET INSTRUMENTATION

Traitement chirurgical des kystes clitoridiens compliquant des mutilations génitales féminines

Surgical treatment of clitoral cysts complicating female genital mutilation

A.A. Diouf[a,*], M. Mbaye[b], M. Gueye[b], A.N. Coly[a], P. Moreira[b], J.C. Moreau[b], A. Diouf[a]

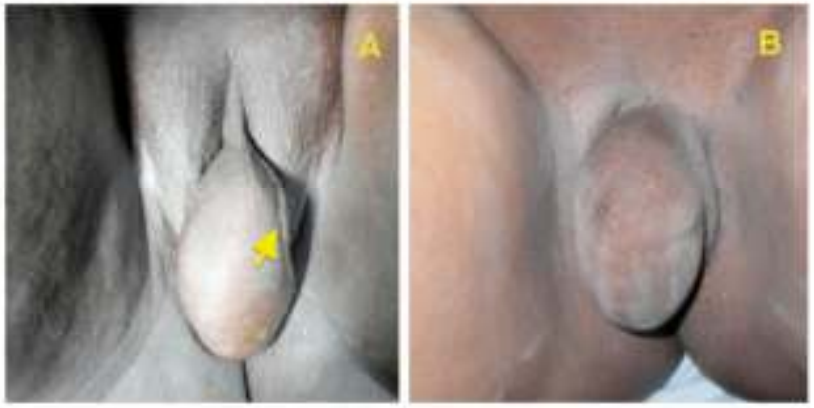


Figure 1 Patientes A et B. Kystes siégeant en regard de la zone de mutilation génitale féminine (flèche : grosse veine dorsale du clitoris). Noter bien le caractère obstructif des kystes pouvant rendre impossible tout rapport sexuel.
Patients A and B. Cysts sitting next to the area of female genital mutilation (arrow: large dorsal vein of the clitoris). Note well the obstructive nature of cysts which may prevent sexual intercourse.

HIV, MALARIA, TB UND NICHT ÜBERTRAGBARE KRANKHEITEN (NCD)

HIV, Malaria und Tuberkulose gehören weiterhin zu wichtigen Erkrankungen in Afrika.

Durch die internationale Zusammenarbeit und Forschung in den Bereichen bestehen relative gute Kapazitäten zu Prävention, Diagnose und Behandlung dieser Krankheiten.

"The disease burden for AIDS, malaria and TB is furthermore predicted to decrease significantly over the next two decades and will, as a group, contribute with **<15% of the total disease burden by 2030**. A major part of this predicted decline is due to wider availability and access to highly efficient and affordable medication for HIV/AIDS."

Die Zahl der **Brustkrebsfälle** ist in den letzten 20 Jahren gestiegen. In Gabun z.B. von 33 auf 43 % Prozent, in Äquatorial-Guinea von 22 auf 43 %.

Der Anstieg der Erkrankungen an **Gebärmutterhalskrebs** ist evident

" in the next 10–20 years we will see a dramatic increase in the prevalence of non-communicable diseases (NCD), **which will account for 46% of mortality and nearly 40% of disease burden in SSA by 2030**"

Artikel: Ole F. Olesen, M. Iqbal Parker, Health research in Africa: getting priorities right, June 2012, DOI: 10.1111/j.1365-3156.2012.03027.x

MENTAL HEALTH

- Psychische Erkrankungen finden in Afrika nicht genug Beachtung, sie werden als niedrige Priorität gesehen und es gibt kaum Ressourcen und Kapazitäten in dem Bereich. Weltweit ist ein Anstieg von psychischen Erkrankungen um 38% in den Jahren 1990 and 2010 zu beobachten.

- In a survey of 45 African countries, fewer than one-half reported having a dedicated mental health policy and only one-quarter reported having manuals available for the management and treatment of mental health disorders in the majority of primary health-care settings. Mental health services for young people, however, can play a key role in reducing the burden of mental health disorders and help curb the rise of NCDs.

- Psychisch Kranke haben in Afrika einen schweren Stand. Geistige Beeinträchtigungen werden als böser Zauber betrachtet. Den Kranken müsse folglich der Teufel innewohnen. Oft werden sie deshalb weggesperrt, versteckt und sogar angekettet wie wilde Tiere. Ihre Namen finden selbst in der eigenen Familie keine Erwähnung mehr, um sich vor der vermeintlichen Schande zu schützen.

- Artikel: **Falscher Zauber** http://www.faz.net/aktuell/gesellschaft/ueber-stigmatisierung-psychisch-kranker-in-afrika-14543583.html

Due to insufficient staff numbers, family members are encouraged to stay with patients at Brothers of Charity Sante Mental. This relative would often beat, tie up and drag the patient when she did not obey his instructions. Goma, The Democratic Republic of Congo.

INHALT

- Frauengesundheit in Afrika
- Gesundheitswesen in Afrika
- Initiativen zur Stärkung der Frauenbewegung und Gesundheit in Afrika
  - Afrikanische Initiativen (CARMMA, Impfkampagne, Feministische Organisationen)
  - Die Rolle der Diaspora (USA, CHANGE , Lessan, ADERFA)
  - Initiativen in Deutschland (Vereine und Stiftungen)
  - Gesundheitsforschung mit Afrika (EDCTP und DFG)

aw
3/2016
DAS MAGAZIN DES AFRIKA-VEREINS DER DEUTSCHEN WIRTSCHAFT
HEALTHCARE SYMPOSIUM
WIE GEHT'S AFRIKA?
Ein Heft mit dem Schwerpunkt Gesundheit

01
Tunesien

Tunesien hat über die vergangenen Jahre hinweg eines der fortschrittlichsten Gesundheitssysteme in ganz Afrika entwickelt. Durch zahlreiche Investitionen in das Gesundheitswesen garantiert das nordafrikanische Mittelmeerland heute eine Basisversorgung für jeden Bürger des Landes. Seit 2005 ist die staatliche Krankenversicherung »Caisse Nationale d'Assurance Maladie«, kurz CNAM, für alle Tunesier verpflichtend. Die Kosten werden durch einen Beitragssatz von 6,75 Prozent des jeweiligen Gehaltes gedeckt. 4 Prozent davon trägt der Arbeitgeber. Er ist verpflichtet, seine Mitarbeiter bei der Caisse Nationale de Sécurité Sociale zu registrieren. Mitversichert werden auch die Kinder und der Ehepartner des Arbeitnehmers. Bislang deckt dieses System rund 70 Prozent der Bevölkerung ab, die den Großteil der Gesamtkosten tragen. Tunesier, die kein oder ein sehr geringes Einkommen haben, erhalten kostenlosen oder vergünstigten Versicherungsschutz. Die Ausgaben dafür übernimmt der Staat.

Die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung steht ganz oben auf der Prioritätenliste der Regierung in Tunis. Der Erfolg kann sich sehen lassen. Kein Tunesier ist derzeit mehr als 5 Kilometer von medizinischer Hilfe entfernt. Die Kindersterblichkeit ist signifikant zurückgegangen, von 200 (1956) auf 23 (2014) pro 1000 Geburten. Die durchschnittliche Lebenserwartung ist von 68,9 Jahren (1987) auf 75,7 Jahre (2014) gestiegen. Begleitet wird diese positive Entwicklung durch eine systematische Verbesserung der medizinischen Aus- und Weiterbildung im gesamten Pflegebereich. In den kommenden Jahren will das Land internationale Standards erreichen.

Um eine flächendeckende Versorgung zu gewährleisten, ist die öffentliche Gesundheitsversorgung Tunesiens in drei Bereiche gegliedert: primäre Gesundheitsversorgung in den ländlichen Gebieten, regionale Krankenhäuser und Universitätskliniken, an denen sich die medizinischen Fakultäten für Forschung und Ausbildung befinden. Der stark zentralisierte öffentliche Sektor verwaltet mehr als 80 Prozent der Klinikbetten im Land. 60 Prozent der Ärzte sind Angestellte des Staats. Künftig will die Regierung vor allem die Pflegedienste ausbauen sowie mehr Geld in hochwertige Diagnosegeräte für die Universitätskliniken investieren.

Neben dem öffentlichen floriert auch der private medizinische Sektor in Tunesien. Er besteht hauptsächlich aus freien Arztpraxen, Zahnärzten, Apotheken, multidisziplinäre Kliniken und privaten Krankenhäusern. Im Vergleich zum öffentlichen Sektor verfügt der private oft über eine bessere und technologisch neuwertigere Ausstattung.

Mittlerweile hat die gute Gesundheitsversorgung in Tunesien zu einem regelrechten Gesundheitstourismus innerhalb der Region geführt. Vor allem Patienten aus Algerien und Libyen kommen aufgrund der höheren Standards zur Behandlung nach Tunesien. Im Reformjahr 2005 wurden über 55.000 ausländische Patienten in Tunesien versorgt. Tendenz steigend.

02
Algerien

Das Gesundheitssystem im größten Land Afrikas hat sich seit der Unabhängigkeit zunächst sehr gut entwickelt. Seit ein paar Jahren machen sich jedoch auch in diesem Bereich die steigende Korruption und die politische Unsicherheit im Land bemerkbar. Medikamente sind nicht immer verfügbar und oft fehlt es an moderner Ausrüstung. Die meisten Gesetze im Gesundheitssektor stammen aus dem Jahr 1983 oder sind noch älter. Eine Reform des algerischen Gesundheitssystems wäre dringend notwendig. So kommen auf 1000 Einwohner rechnerisch lediglich 1 Arzt und 2,1 Krankenhausbetten. Zum Vergleich: In Deutschland sind es fast 4 Ärzte pro 1000 Einwohner und 8,3 Klinikbetten.

Die algerische Regierung hat die Probleme erkannt und arbeitet an einer Verbesserung der schlechten Bedingungen. So sollen in den kommenden Jahren beispielsweise fast 60.000 neue Stellen im Gesundheitssektor geschaffen werden.

Eines der größten Probleme des Landes ist der Zugang zu sauberem Trinkwasser sowie sanitären Anlagen. Vor allem in ländlichen Gebieten ist dies oft der Grund für die hohe Zahl an Erkrankungen wie Tuberkulose, Hepatitis, Typhus oder Cholera. Zudem liegen die meisten öffentlichen Gesundheitseinrichtungen und fast alle privaten Kliniken im Norden des Landes. Für Menschen im südlichen Teil Algerien ist das ein großes Problem.

Abgesichert sind die Bürger durch die »Caisse Nationale des Assurance Sociales« (CNAS). Eingeführt wurde die Krankenversicherung bereits in den 1970er-Jahren. Der Beitrag liegt bei 14 Prozent, wovon 12,5 Prozent der Arbeitgeber übernimmt und Arbeitnehmer lediglich 1,5 Prozent zahlen. Nicht erwerbstätige Ehepartner und Kinder des Versicherten werden dabei mit abgedeckt. Mehr als 90 Prozent der Algerier sind über dieses System krankenversichert.

Mit der CNAS wird ein Zugang zur medizinischen und chirurgischen Behandlung, ambulant oder stationär, gewährleistet. Die Versicherung übernimmt 80 Prozent der Kosten, die restlichen 20 Prozent trägt der Patient. Für Menschen mit chronischen Krankheiten und einem Einkommen unter dem garantierten Mindestlohn gelten Ausnahmeregelungen. Deren Behandlungskosten trägt in der Regel die Regierung.

Aufgrund der teils schlechten Versorgung im öffentlichen Sektor erlebt der private Sektor vor allem in den Großstädten ein rasantes Wachstum. 2015 gab es bereits mehr als 250 private Kliniken, in denen 20 Prozent der Ärzte des Landes arbeiten. Die meisten Menschen können sich private Pflege jedoch aufgrund der hohen Kosten nicht leisten.

Obwohl Algerien eine flächendeckende Krankenversicherung hat, raten Experten dringend zu Reformen, um der Bevölkerung ein qualitativ besseres Gesundheitssystem zu bieten. Die Regierung scheint dazu bereit. So sind in den vergangenen Jahren beispielsweise die staatlichen Ausgaben für den Sektor gestiegen. Lagen sie 2003 noch bei 4,1 Prozent des Bruttoinlandsproduktes, waren es 2014 immerhin 7,2 Prozent.

03
Sierra Leone

Von insgesamt drei Ländern war Sierra Leone von der Ebola-Epidemie am stärksten betroffen. Mehr als 8000 Infektionen und mehr als 3000 Tote sind die Bilanz nach einem mehrjährigen Kampf gegen das Virus.

Die sozio-ökonomischen Folgen für das Land sind verheerend und haben das Gesundheitssystem stark getroffen. Gut ausgebildetes Personal ist kaum noch vorhanden und eine grundlegende Versorgung nicht gewährleistet. Schon vor dem Ausbruch zählte das Gesundheitssystem in Sierra Leone zu den schlechtesten der Welt und hat dazu beigtragen, dass sich Ebola so rasant ausgebreitet hat. Nur mit einem gesamtgesellschaftlichen Akt und der Selbstlosigkeit vieler freiwilliger Helfer konnte das Problem überhaupt wieder kontrolliert werden. Von der internationalen Gemeinschaft fühlte sich das Land im Stich gelassen.

Dass das Gesundheitswesen so unter der Ebola-Krise gelitten hat, liegt auch daran, dass fast alle medizinischen Kapazitäten auf die Bekämpfung des Virus ausgerichtet waren. Die Folgen: mangelnde Versorgung von Patienten mit Malaria oder HIV sowie einen Anstieg der Kindersterblichkeitsrate. Neben dem Kampf gegen Ebola-Neuinfektionen soll die Eindämmung der endemischen Krankheiten jedoch schon bald wieder oberste Priorität werden.

Die Regierung wird große Anstrengungen unternehmen müssen, um eine weitere Abwanderung der wenigen verbleibenden Fachkräfte zu verhindern. Insbesondere in den Bereichen Gesundheit und Bildung sind die Löhne sehr niedrig und bieten nur einen geringen Anreiz. Von zehn Medizinstudenten bleibt nach dem Abschluss nur einer im Land.

Vor der Ebola-Krise war Sierra Leone auf dem Weg zu einem sozialen und frei verfügbaren Gesundheitssystem. Schwangere und stillende Frauen sowie Kinder unter fünf Jahren konnten sich in den Kliniken des Landes umsonst behandeln lassen. In der frühen Phase des Projekts traten bereits Probleme auf, aber mit dem Ausbruch der Epidemie wurde die Initiative vor massive Probleme gestellt. Heute gibt es lediglich vereinzelt und teilweise nur temporäre Stationen, in denen sich insbesondere Ebola-Überlebende kostenfrei behandeln lassen können. Von einem flächendeckenden System ist das Land weit entfernt, ebenso von einer nationalen institutionalisierten Krankenversicherung.

Die Regierung hat eine Strategie zum Wiederaufbau des Gesundheitssektors veröffentlicht, die bis Ende 2017 eine grundlegende Versorgung ermöglichen soll. Künftig sollen alle Akteure nationaler und internationaler Institutionen an einem Strang ziehen. Neben dem klassischen Wiederaufbau des Gesundheitssektors soll vor allem der landwirtschaftliche Sektor reaktiviert werden. Um sich von Rohstoffexperten unabhängiger zu machen, steht auch die Diversifizierung der Wirtschaft an. Trotz aller Anstrengungen ist eins sicher: Sierra Leone wird in absehbarer Zukunft kein Gesundheitswesen selbst finanzieren können und bleibt auf externe Geldgeber angewiesen.

04
Nigeria

Urbane und ländliche Gebiete, Norden und Süden, arm und reich – die Kontraste in Nigeria sind enorm. Die Kontraste im Gesundheitswesen sind es auch. Obwohl der Staat die meisten medizinischen Einrichtungen betreibt, wird die tatsächliche Versorgung häufig von privaten und konfessionellen Trägern erbracht. In ländlichen Regionen hat traditionelle Heilkunst nach wie vor eine große Bedeutung. Für die ärmere Bevölkerung ist der Zugang zu medizinischer Versorgung fast unmöglich. Laut dem »African Economic Outlook« wurden im Jahr 2012 etwas mehr als 6 Prozent des Bruttoinlandsprodukts für Gesundheitsausgaben aufgewendet. Im Durchschnitt trägt ein Drittel dieser Ausgaben der Staat, zwei Drittel werden privat getätigt.

Die Aufnahme in eines der staatlichen Hospitäler ist für Mitglieder des nigerianischen Mittelstandes vergleichsweise erschwinglich. Den Aufenthalt in einem der vielen privaten Krankenhäuser mit einer Versorgung, die teilweise mit westlichen Standards mithält, kann sich allerdings nur der vermögende Teil der Gesellschaft leisten. Vor Beginn der Behandlung in einer Klinik muss eine Vorauszahlung getätigt werden. Den Rest muss der Patient bezahlen, wenn er entlassen wird. Einige staatliche und private Unternehmen haben Aufnahmevereinbarungen mit Gesundheitsdienstleistern getroffen, um die medizinische Versorgung ihrer Belegschaft zu gewährleisten.

Offiziell existiert seit 1999 eine gesetzliche Krankenversicherung für alle Nigerianer. Das nicht ohne Probleme eingeführte National Health Insurance Scheme (NHIS) soll den Zugang für die Gesamtbevölkerung erleichtern. Ähnlich dem deutschen System kann sich der Beitragszahler zwischen privater und gesetzlicher Variante entscheiden. Nach Anmeldung bei der Health Maintenance Organisation (HMO) bekommt er einen Ausweis, mit dem er Leistungen in Anspruch nehmen kann.

So viel zur Theorie. In der Praxis hat das System bisher nicht einmal vier Prozent der Bevölkerung erreicht. Profitiert haben bisher hauptsächlich Zivilbeamte der Regierung und reiche Nigerianer. Diese lassen sich jedoch eher im Ausland behandeln. Immerhin möchte die Regierung mit ihrem »Maternal and Child Health Project« (MCHP) künftig Schwangeren und Kindern besondere Fürsorge zukommen lassen.

Leider ist auch die Versorgung mit Medikamenten in Nigeria ein Problem. Häufig sind die Produkte gefälscht und enthalten mitunter keinen Wirkstoff oder sogar lebensgefährliche Substanzen. Nigeria ist auf Medikamentenimporte angewiesen, und diese sind teuer und nur für die Elite zugänglich.

Anfang dieses Jahres hat die Regierung in Abuja einen Anreiz geschaffen, damit künftig mehr Medikamente im Land hergestellt werden. So wurden die meisten Waren, die für die Herstellung von Medikamenten notwendig sind, auf eine Liste mit Gütern gesetzt, die vom Import ausgeschlossen sind. Bislang hat dieser Ansatz allerdings nicht zu neuen Investitionen im Gesundheitsbereich geführt.

05
Uganda

Eine bessere Gesundheitsversorgung der Bevölkerung gehört zu den wichtigsten Zielen der Regierung in Kampala. So konnte das Land trotz finanzieller Not schon einige Erfolge im Gesundheitsbereich erzielen. Berühmt ist vor allem das Uganda Virus Research Institut – eines der fortschrittlichsten viralen Forschungseinrichtungen weltweit, das besonders im Kampf gegen Gelbfieber und Ebola erfolgreich und Teil des »African AIDS Vaccine Programme« der Weltgesundheitsorganisation (WHO) ist.

Die meisten medizinischen Einrichtungen Ugandas befinden sich zwar in der Hauptstadt, dennoch ist das Gesundheitssystem mit seinen Verwaltungsorganen auf Bezirksebene dezentral organisiert. Fast 80 Prozent der Ugander sind heute nicht weiter als fünf Kilometer von einer Gesundheitseinrichtung entfernt. Allerdings sind diese Zentren oft schlecht ausgestattet und leiden unter zu wenig Personal. Statistisch kommen auf einen Arzt mehr als 7000 Einwohner. 70 Prozent der Mediziner praktizieren in der Stadt, obwohl mehr als 80 Prozent der Menschen auf dem Land leben.

Seit 2007 läuft die Einführung einer Krankenversicherung. Die Social Health Insurance soll verpflichtend für alle Ugander sein. Der Plan sieht vor, die 25 Prozent der Einwohner abzudecken, die im formellen Sektor arbeiten. Den Beitrag von acht Prozent des Bruttogehaltes sollen sich Arbeitgeber und Arbeitnehmer teilen. In einem zweiten Schritt soll der informelle Sektor durch eine Community Health Insurance versichert werden. Bislang scheiterte der Plan jedoch an politischen Unstimmigkeiten. Momentan sind nur etwa zehn Prozent der Bevölkerung krankenversichert. Laut einer WHO-Studie gibt jeder Ugander im Schnitt 22 Prozent seines Einkommens für Gesundheitsversorgung aus. Der Mangel an einer breiten Versicherung trifft daher insbesondere die ärmeren Bevölkerungsschichten. Darüber hinaus sind auch die Verwaltung und Verteilung von Medikamenten ein Schwachpunkt des Systems.

Die Regierung versucht, mit innovativen Ansätzen die Herausforderungen des Gesundheitssektors zu lösen. 2010 wurde zum Beispiel mTrac eingeführt. Dabei handelt es sich um ein SMS-basiertes Überwachungssystem, das Daten zum Gesundheitsmanagement überträgt. 140 Einrichtungen haben Zugang zu mTrac. Über eine gebührenfreie Kurzwahlnummer kann medizinisches Personal vor Ort Daten an zentrale Stellen wie das Gesundheitsministerium übermitteln. Neben der Überwachung von Krankheiten spielt die Arzneimittelüberwachung eine wichtige Rolle. Die Erfassung von Echtzeitdaten kann Engpässe in der Medikamentenversorgung vermeiden. Zudem können Gemeinden regelmäßig mit Beamten des Gesundheitsministeriums über relevante Themen diskutieren. Der Erfolg ist offensichtlich: mehr als 85 Prozent der Gesundheitszentren berichten regelmäßig. Hinzu kommen die geringen Kosten von 14 US-Dollar pro Bezirk. Gemeinsam mit dem Kinderhilfswerk UNICEF und der WHO soll das System jetzt auf eine nationale Ebene ausgeweitet werden.

06
Ruanda

Ruanda hat sich in den vergangenen 20 Jahren hervorragend entwickelt. Nicht umsonst wird der Binnenstaat das Silicon Valley Afrikas genannt. Die Regierung hat ein Wirtschaftsmodell auf die Beine gestellt, das eine breite Mittelschicht hat entstehen lassen. Mit dem Wirtschaftsaufschwung hat Ruanda auch das Gesundheitssystem effizienter gemacht. Die Folge: Verglichen mit den Gesundheitssystemen anderer Länder nutzt Ruanda jeden Dollar erfolgreicher.

2004 implementierte die Regierung von Paul Kagame eine Krankenversicherung. Das System dezentralisierte die Gesundheitsdienste und erreichte damit mehr als 95 Prozent der Bevölkerung. Die Erfolge sind beachtlich: 20 Jahre nach dem Genozid ist die Kindersterblichkeit um zwei Drittel gesunken. Die Lebenserwartung liegt deutlich höher. Die Müttersterblichkeit hat sich verringert. Und die Verwendung von Verhütungsmitteln hat sich verdreifacht. Die Zahl der Aids- und Tuberkulose-Toten geht zurück. Und die Ruander leben gesünder. Außerdem gehört das Land zu den wenigen afrikanischen Staaten, die es geschafft haben, die Milleniumentwicklungsziele für Gesundheit zu erreichen.

Das Versicherungssystem ist in drei Kategorien eingeteilt. Es gibt eine klassische öffentliche Krankenversicherung für die Mitarbeiter des Staates und der Regierung und eine Reihe von privaten Versicherungen für Beschäftigte im formellen Sektor, die nicht für den Staat arbeiten. Der Erfolg des ruandischen Systems liegt jedoch in der dritten Kategorie: der Community-Based Health Insurance (CBHI). Sie deckt den informellen Sektor ab, zu dem fast 90 Prozent der Bevölkerung gehören.

Durch die CBHI hat die Regierung ein territoriales Netzwerk geschaffen, das nahezu die komplette Bevölkerung erreicht. So wird fast jedem ein Zugang zur Grundversorgung gewährleistet. In jedem Bezirk des Landes gibt es ein CBHI-Gesundheitszentrum. Meistens besteht es aus einer Klinik mit Apotheke. Im Notfall wird dort Erste Hilfe geleistet. Durch diese Grundversorgung werden tödliche Krankheiten wie Lungenentzündung, Malaria, Unterernährung und Infektionen schnell erkannt und behandelt. Jedes Dorf wählt neben Gesundheitshelfern einen Vertreter, der Beziehungen zu dem Ministerium für Gesundheit hat. So kümmern sich insgesamt 30.000 Gesundheitshelfer um die Grundversorgung und Vorsorge. Von den 8000 Krankenschwestern arbeiten fast 78 Prozent auf dem Land. Dadurch kann selbst in Dörfern ein großer Teil alltäglicher Leiden schnell und vorort behandelt werden. In den kommenden Jahren soll die Zahl der Ärzte in den Distrikten erhöht werden.

Durch die Reform von 2011 bezahlen die Ärmsten (cirka 25 Prozent der Einwohner) nichts für ihre Krankenversicherung. Ruander der mittleren Einkommensklasse zahlen 3000 ruandische Franc im Jahr (umgerechnet etwa 3 Euro) und die oberen Schichten 7000 ruandische Franc pro Familienmitglied. Einzig wunder Punkt: Mehr als die Hälfte der Kosten werden durch ausländische NGOs und internationale Geldgeber finanziert.

07
Kenia

Kenias Gesundheitssystem steht vor großen Herausforderungen. Zum einen ist das nationale Budget für Gesundheit extrem geberabhängig. Zum anderen gibt es je nach Region große Unterschiede. So sind die Gesundheitszentren in der Central Province und Nairobi vergleichsweise gut entwickelt. Vor allem in den nordöstlichen Regionen herrschen dagegen deutlich schlechtere Zustände.

Die regionale Aufteilung bei Bildung, Einkommen und Infrastruktur ist ähnlich. Zudem fehlt es Kenia an einem breiten territorialen Netzwerk. So ist die Erreichbarkeit der medizinischen Versorgung für viele Kenianer das größte Problem. In manchen Regionen ist das nächste Versorgungszentrum 50 bis 200 Kilometer entfernt. Aufgrund dieser großen Entfernungen werden viele Krankheiten oft nicht schnell genug erkannt und rechtzeitig behandelt.

Durch den Anfang dieses Jahres ins Leben gerufenen »National Hospital Insurance Fund« haben inzwischen alle 40 Millionen Kenianer Zugang zu einer Krankenversicherung. Arbeitgeber und Arbeitnehmer zahlen ihre Beiträge prozentual zu ihrem Einkommen. Freiberufler und Arbeiter aus dem informellen Sektor zahlen eine festgelegte Summe ein. Die Beiträge der ärmeren Bevölkerungsschichten will die Regierung bezahlen. Viele große Firmen versichern ihre Angestellten und deren Familien privat. 2014 hatten lediglich 20 Prozent aller Kenianer eine Krankenversicherung.

Neben dem klassischen Versicherungsmodell sichern immer mehr Kenianer ihre Gesundheit für kleine Beträge über das Prinzip »Micro Insurance« zusätzlich selbst ab. Für umgerechnet 30 US-Dollar im Monat schließen sie Verträge mit Firmen wie Jubilee Care, Avenue und APA Insurance und legen dort Geld an. Die Beiträge richten sich nach dem Einkommen, nicht nach dem gesundheitlichen Risiko. Im Notfall wird ihre Behandlung aus dem Angesparten bezahlt.

Neben der neueingeführten Krankenversicherung soll auch die Erreichbarkeit von Gesundheitszentren verbessert werden. In der Kenya Health Policy 2014–2030 ist eine Dezentralisierung des Gesundheitswesens vorgesehen. Dafür hat die Regierung große Teile der Verantwortung den 47 Counties übergeben. Sie hofft, damit auch für mehr Effizienz zu sorgen. Künftig ist das System in vier Bereiche aufgeteilt: Community Health Services (Gesundheitsberatung), Primary Care Services (Gesundheitszentren, Apotheken, Geburtskliniken), County Referal Services (Krankenhäuser) und National Referal Services (spezialisierte Hospitäler).

In der Vision 2030 hat sich Kenia »high quality life for all citizens« als Aufgabe gesetzt. Dazu gehört auch die Reform des Gesundheitssektors, um der Bevölkerung einen besseren Zugang zu Arztpraxen und Kliniken zu ermöglichen. Eine solche Reform ist dringend notwendig, um die Gesundheitsversorgung im Land zu verbessern. Die Milleniumentwicklungsziele hat Kenia im Gesundheitsbereich nämlich noch nicht erreicht.

08
Malawi

Malawi gilt als eines der am wenigsten entwickelten Länder im südlichen Afrika. Das spiegelt sich auch im Gesundheitssystem des Landes. Private Gesundheitsversicherungen spielen nur eine untergeordnete Rolle und fast alle Gesundheitsdienstleistungen werden von öffentlichen oder kirchlichen Institutionen erbracht. So boten 2011 staatliche Einrichtungen 63 Prozent und christliche Einrichtungen 26 Prozent der Leistungen an. Die restlichen 11 Prozent verteilten sich auf eine Anzahl kleinerer, privatwirtschaftlicher Anbieter.

Insgesamt gibt das Land 11,4 Prozent seiner Wirtschaftsleistung für das Gesundheitswesen aus. Private Zuzahlungen machen fast 11 Prozent der Gesundheitsausgaben aus. Trotzdem ist Malawi in diesem Sektor stark von Hilfsgeldern abhängig; mehr als 50 Prozent der Ausgaben werden darüber gedeckt.

2015 lag die Müttersterblichkeit bei 634 Frauen je 100.000 Geburten, womit das Land unter dem Durchschnittswert für Subsahara-Afrika liegt (574). Die Lebenserwartung liegt bei knapp 63 Jahren, die Kindersterblichkeit bei 64 pro 1000 Lebendgeburten. Auch wenn andere Länder bessere Werte vorweisen können, hat Malawi in den vergangenen Jahren eine positive Entwicklung gemacht. So lag die Müttersterblichkeit 1990 noch bei 957 pro 100.000 Geburten, die Lebenserwartung bei lediglich 44 Jahren und die Kindersterblichkeit bei 242 pro 1000 Lebendgeburten.

Viele der Verbesserungen, auch die im Kampf gegen die vergleichsweise hohe Aids-Rate, sind Folge der gesundheitspolitischen Ansätze der frühen 2000er-Jahre. Durch diese war das Land in der Lage, einer der größten Herausforderungen für das örtliche Gesundheitswesen zu begegnen: dem Mangel an medizinisch geschultem Personal. Von 2005 bis 2010 wurde so die Anzahl der Beschäftigten in diesem Sektor um 50 Prozent angehoben.

Weitere Bestrebungen der Regierung beweist der 2011 vorgelegte »Health Sector Strategic Plan«, der dafür sorgen soll, dass die Millenniumentwicklungsziele erreicht werden. Teil des Plans ist auch eine eHealth Strategie, welche die Digitalisierung im Gesundheitswesen vorantreiben soll.

Das Ziel der Regierung in Lilongwe ist eine möglichst kostengünstige allgemeine medizinische Grundversorgung. Viel mehr wird derzeit auch nicht möglich sein, da das Gesundheitswesen nach wie vor mit wenig Geld auskommen muss. Deshalb lotet das Land neue Wege der Finanzierung aus. Laut dem Strategieplan für das Gesundheitswesen will man mit Anbietern privater Versicherungen sprechen, um das Krankenhausangebot zu verbessern. Außerdem sind höhere Gesundheitssteuern auf Tabak und Alkohol angedacht. Pikantes Detail: Tabak gehört zu den wichtigsten Anbauprodukten des Landes.

Innovative Finanzierungsmöglichkeiten wie Mikroversicherungen nach dem Vorbild Kenias sind bislang noch keine Option. Dabei könnten gerade solche Instrumente dabei helfen, fundamentale Gesundheitsleistungen nicht nur bezahlbar, sondern überhaupt zugänglich zu machen.

09
Botswana

Die medizinische Grundversorgung ist in Botswana öffentlich gesteuert und für jedermann kostenfrei zugänglich. 98 Prozent der medizinischen Einrichtungen im Land werden vom öffentlichen Sektor betrieben. Der zwei-Millionen-Einwohner-Staat zeichnet sich zudem durch ein umfangreiches Netz von Gesundheitseinrichtungen aus. Leistungen sind auf Bezirksebene dezentralisiert und Patienteninformationen sind in einem Computersystem zusammengefasst.

Im Ranking der Weltgesundheitsorganisation (WHO) von 2014 liegt Botswanas Gesundheitssystem noch vor Südafrika, Angola oder Nigeria – vor allem aufgrund der Zugänglichkeit von Leistungen. Es darf allerdings nicht unterschätzt werden, warum Botswana diese positive Entwicklung in den vergangenen 20 Jahren gelingen musste: HIV und AIDS waren und sind die größten Hindernisse für das Land. Und das, obwohl staatliche Therapieprogramme wie das 2002 ins Leben gerufene »Masa« die Anzahl der Neuinfektionen bis 2013 um mehr als 50 Prozent reduzieren konnte. Unterstützt wird dieses Programm von der Bill and Melinda Gates Foundation sowie einem US-amerikanischen Pharmahersteller. Wissenschaftlich begleitet wird »Masa« von der Harvard Medical School in Boston.

Die Notwendigkeit von medizinischer Forschung und einem besseren Zugang zu Gesundheitsversorgung für die Bevölkerung hat in Botswana so zu einer Verbesserung des gesamten Gesundheitssystems geführt. Finanziert wird das System zu 76 Prozent aus staatlicher Hand, die restlichen 24 Prozent werden privat (Versicherungen und NGOs) getragen. Das macht das Gesundheitswesen vergleichsweise unabhängig von ausländischen Subventionen. Eine staatlich verpflichtende Krankenversicherung gibt es allerdings nicht, lediglich staatlich geförderte private Versicherungen, die nicht nur Angestellte der Regierung, sondern auch einige Bevölkerungsgruppen versichern. Auch »Out-of-pocket payments« für kleinere Eingriffe und Behandlungen werden vom Staat getragen. Möglich macht das unter anderem das beträchtliche Diamantenvorkommen im Land.

Der »Integrated Health Service Plan 2010–2020« sieht vor, die Regierung und den privaten Sektor enger miteinander zu verknüpfen. Einerseits soll so die Kostenübernahme für Menschen ohne finanzielle Mittel sichergestellt, andererseits Botswana als medizinischer Hub ausgebaut werden.

Das Land besitzt viele unbebaute Flächen, betreibt Forschung und ist im Kampf gegen HIV und AIDS einer der Vorreiter auf dem afrikanischen Kontinent. Man strebt Kooperationen mit der Pharmaindustrie und privaten Investoren im Gesundheitssektor an, um die Bedingungen zu verbessern. Der erste Schritt ist getan: Im Juni 2016 hat die Regierung den im Kampf gegen Aids wohl größten Ausschreibungsvertrag Afrikas mit dem britischen Pharmakonzern GlaxoSmithKline unterschrieben. Dabei geht es um ein neues HIV-Medikament, das vor allen anderen auf dem botswanischen Markt eingeführt werden soll.

10
Mauritius

Der Gesundheitssektor gilt als eine der größten Chancen für Mauritius. Denn im Vergleich zu anderen afrikanischen Staaten ist das Land viele Schritte voraus. Die Lebenserwartung auf der Insel liegt bei 75 Jahren und damit nur knapp hinter Deutschland mit 81 Jahren. Das liegt nicht nur an dem fortschrittlichen Gesundheitssystem, sondern auch an externen Faktoren wie der guten Trinkwasserqualität. 91 Prozent der Bewohner von Mauritius genießen sanitäre Einrichtungen. Es gibt keine epidemischen Tropenkrankheiten. Die Insel ist praktisch malariafrei.

Bedarf für eine gesetzliche Krankenversicherung gibt es auf Mauritius nicht, da es genügend staatlich geführte Praxen und Krankenhäuser gibt, die eine kostenfreie medizinische Grundversorgung gewährleisten. Die staatlichen Hospitäler behandeln sogar Touristen kostenlos. Das Angebot an Medikamenten in den Apotheken entspricht europäischem Standard. 2015 waren mehr als 99 Prozent der Kinder gegen Masern geimpft und 98 Prozent aller Geburten wurden von ausgebildeten Kräften begleitet. Tendenz steigend. So fortschrittlich die staatliche Versorgung der Bevölkerung auch ist, sie schützt nicht vor hohen Arztrechnungen – zum Beispiel nach einer Operation. Private Krankenversicherungen sind für die normale Bevölkerung leider oft zu teuer. Bei Arbeitsunfällen und Berufsunfähigkeit sind Arbeitnehmer durch eine Sozialversicherung abgesichert, die mit Steuergeldern finanziert wird. Neben den öffentlichen Einrichtungen gibt es eine Vielzahl von privaten, spezialisierten Kliniken. Geprägt wird der Markt von Investoren aus Nordamerika und Asien. Laut Angaben der Bank of Mauritius sind die Direktinvestitionen im Gesundheitssektor in den vergangenen fünf Jahren um mehr als das Fünfzigfache gestiegen. Die Folge: Der Medizintourismus ist auf Mauritius zu einem wichtigen Bestandteil des nachhaltigen Wirtschaftswachstums geworden. Kamen 2005 rund 1000 ausländische Patienten zur medizinischen Behandlung auf die Insel, waren es im Jahr 2010 bereits mehr als 10.000.

Grund hierfür sind neben den gut ausgestatteten Privatkliniken auch eine gut entwickelte Industrie für Medizinprodukte, die vor Ort eine breite Palette an hochwertigen Produkten herstellt. Zu den ansässigen Unternehmen der Branche gehören europäische Schwergewichte wie Johnson & Johnson, Carl Zeiss Inc., Laboratoire Perouse oder Natec Medical, die zusammen mehr als 500 Menschen beschäftigen. Der Pharmasektor, High-Tech-Medizinequipment, Gesundheitstourismus, medizinische Ausbildungen und der Faktor Wellness prägen das Entwicklungsbild auf Mauritius.

Mauritius verlinkt den vorhandenen Luxustourismus mit dem Thema Gesundheit und bietet so Investitionsmöglichkeiten auf vielen Ebenen. Neben den bereits vorhandenen Teilbranchen sieht die Regierung insbesondere Wachstumsmöglichkeiten bei Zentren, die Diabetes behandeln oder erforschen, in der Sparte Altenpflege und rehabilitative Medizin sowie plastische und dentale Chirurgie oder Schmerzkliniken.

11
Südafrika

Verglichen mit vielen anderen afrikanischen Staaten ist das südafrikanische Gesundheitssystem sehr gut aufgestellt. In Südafrika gibt es Krankenhäuser auf europäischem Niveau. Gut ausgebildete Allgemein- und Fachärzte und ein großes Spektrum an Arzneimitteln. 2012 brachte das Land am Kap 8,8 Prozent seiner Wirtschaftsleistung für Gesundheitsausgaben auf. Diese verteilen sich gleichmäßig auf Ausgaben des öffentlichen Gesundheitswesens und Ausgaben privater Versicherer. Nichtregierungsorganisationen und die Zivilgesellschaft übernehmen als dritte Säule zwar wichtige Aufgaben, ihr Anteil macht insgesamt aber nicht mehr als 1,7 Prozent der Gesamtausgaben aus.

Gut 20 Prozent der Südafrikaner sind privat versichert. Diese private Gesundheitsversorgung kann sich mit den besten der Welt messen. Bei Notfällen werden ausländische Touristen im südlichen Afrika meist nach Südafrika evakuiert. Allerdings zählen die Leistungen auch zu den teuersten auf der Welt. Der Markt der Privatversicherungen wird zu 75 Prozent von den drei Unternehmen Netcare, Mediclinic Southern Africa und der Life Healthcare Group dominiert. Die Qualität der Versorgung scheint die Preise zu rechtfertigen, der Medizintourismus nimmt zu – besonders für Eingriffe der plastischen Chirurgie.

80 Prozent der Bevölkerung wird durch die Leistungen des öffentlichen Gesundheitswesens versorgt, dessen Bezahlung fast 11 Prozent des Staatshaushaltes ausmacht. Private Zusatzzahlungen sind mit einem Anteil von 6,5 Prozent an den Gesamtausgaben gering und halb so groß wie in Deutschland. Gemessen an den Ausgaben für das Gesundheitswesen erbringt das System jedoch nur unterdurchschnittliche Leistungen. So liegt das Ärzte-Patienten-Verhältnis mit sechs Medizinern pro 10.000 Patienten sogar unter dem globalen Durchschnitt von 15 Ärzten. Zudem befinden sich die meisten Kliniken in den Städten. Die Landbevölkerung muss häufig weite Wege in Kauf nehmen.

Die Müttersterblichkeit liegt mit 269 pro 100.000 Geburten weit über den Millenniumsentwicklungszielen (38 pro 100.000 Geburten). Mit einer Kindersterblichkeitsrate von 41 liegt Südafrika wiederum vor Indien (48) aber auch hinter Brasilien (16). Dennoch hat es das Land geschafft, die Lebenserwartung von 2009 bis 2015 von 54 Jahren auf mehr als 62 Jahre anzuheben – ein beträchtlicher Zugewinn, der die Erfolge im Kampf gegen HIV/Aids spiegelt. Inzwischen sind am Kap 11,2 Prozent der Bevölkerung mit dem Virus infiziert. Neue Medikamente ermöglichen einen kostengünstigeren und zuverlässigeren Schutz. Von dieser Entwicklung wird das Land auch in Zukunft ökonomisch enorm profitieren.

Die geplante Einführung einer nationalen Gesundheitsversicherung soll die Kosten im privaten Sektor senken und zugleich die Qualität des öffentlichen Gesundheitswesens anheben. Ob das allerdings über einen einzigen, zentral geregelten Fonds oder besser über die verstärkte Zusammenarbeit der beiden Sektoren in Form von vermehrten Public Private Initiatives passieren sollte, ist derzeit Gegenstand einer hitzigen Debatte. ▪

INHALT

- Frauengesundheit in Afrika
- Gesundheitswesen in Afrika
- Initiativen zur Stärkung der Frauenbewegung und Gesundheit in Afrika
  - Afrikanische Initiativen (CARMMA, Impfkampagne, Feministische Organisationen)
  - Die Rolle der Diaspora (USA, CHANGE , Lessan, ADERFA)
  - Initiativen in Deutschland (Vereine und Stiftungen)
  - Gesundheitsforschung mit Afrika (EDCTP und DFG)

CARMMA

CAMPAIGN ON ACCELERATED REDUCTION OF MATERNAL, NEWBORN AND CHILD MORTALITY IN AFRICA

SEARCH Enter Keywords ...

HOME | ABOUT | EVENTS | RESOURCES | COUNTRY SCORECARDS | PRESS | CHAMPIONS | UPDATES | CONTACT

OUR SCORECARDS: We've developed scorecards to track progress on maternal and newborn health

Our scorecards track status of CARMMA countries for eight different indicators that affect maternal, newborn and child survival as defined by African Union officials. Read more to find out how your country is doing...

Read more >

NEONATAL MORTALITY RATE

38

1,000

41 deaths per 1,000 live births

2010

MATERNAL MORTALITY RATIO

300

100,000

450 deaths per 100,000 live births

2010

PROPORTION OF BIRTHS ATTENDED BY SKILLED HEALTH PERSONNEL

67%

2010

WELCOME

Campaign for accelerated reduction of maternal mortality

Africa has the technology to save the lives of women. Africans have the powerful spirit and the will to demand our rights. More than this - we have thousands of heroes and heroines of maternal health across the continent. Find out more about the African Union's CARMMA campaign.

MORE ABOUT CARMMA

- WHY CARMMA?
- HISTORY
- VISION, MISSION & VALUES
- PARTNERS
- TESTIMONIALS

LAUNCHING CARMMA

46

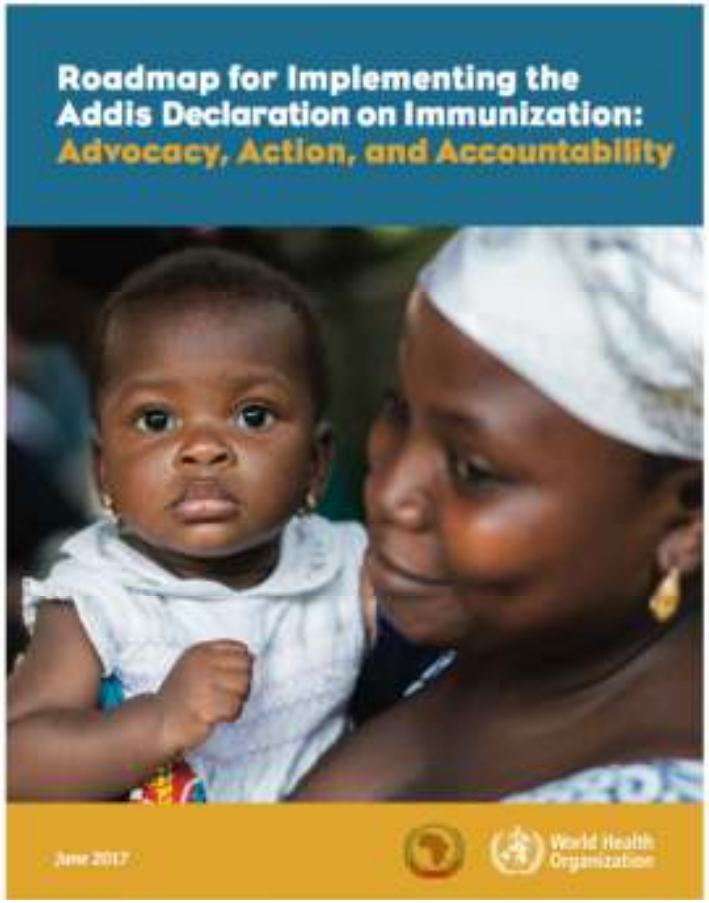
COUNTRIES HAVE LAUNCHED CARMMA

6

COUNTRIES ARE PREPARING TO LAUNCH CARMMA

More Information on Countries >

IMMUNISIERUNG IN AFRIKA



ADVOCACY, ACTION, ACCOUNTABILITY: IMPLEMENTING THE ADDIS DECLARATION ON IMMUNIZATION

On January 31, 2017, at the 28th African Union Summit, Heads of State from across Africa endorsed the ADI, a historic pledge to ensure that everyone in Africa receives the full benefits of immunization.

To guide the implementation of the ADI, a roadmap has been developed in close collaboration with the World Health Organization Offices in the African Region and Eastern Mediterranean Region, the African Union Commission and immunization partners. The roadmap provides Member States with three specific strategies that can be incorporated into existing efforts to improve immunization.

READ THE ROADMAP:

English | French | Portuguese

PRINT THE ROADMAP (A4):

English | French | Portuguese

The African Women's Development and Communication Network

Home | About us | Our Strategic Priorities | News & Resources | Join US

Search

Search Results for "health"

Feeling the Temperatures on Sexual and Reproductive Health & Rights

post | August 16, 2017 | FEMNET

The controversies that cloud the sexual and reproductive health and rights discussions are deeply intertwined with various perspectives. One would be the reproductive rights debate that is multi dimensional. The debate on reproductive rights has been angled from religious, moral, public health and women's rights perspectives. As a feminist I like to gravitate towards it [...]

#SRHRDialogues on how to facilitate and advocate for #RightToHealth with a special focus on access to Contraception for Young Women Living with HIV

post | October 24, 2016 | FEMNET

Insights from Juliana Odindo on #Voices Q1. What barriers do young women living with HIV face in accessing Contraception? Young women living with HIV don't have many contraceptive options. This is due to the fact that they are forced to reduce the pill burden given that some of the Anti-retrovirals interact with some of the [...]

Briefing on Sexual and Reproductive Health and Rights (SRHR) and the 2030 Agenda for Sustainable Development

post | June 15, 2016 | FEMNET

This Briefing Pack has been prepared by FEMNET with support from Hivos Southern Africa and the Ford Foundation. It aims

Search

Recent Posts

- Keep the Promises Made to African Women and Girls
- Women's Economic Empowerment Misunderstood
- Factsheet: What are the Gender Dimensions of IFFs?
- FEMNET joins over 100 Organizations Calling for Meaningful Solutions on Inequality
- Africa must close the macroeconomics gender gap to achieve sustainable development

Recent Comments

FEMNET Admin on About FEMNET

WOMANKIND
WORLDWIDE EQUAL RESPECTED PROUD

Donate

What we do | Where we work | Policy & campaigns | Support us | About us | Blog

- Focus: Ethiopia
- Focus: Kenya
- Focus: Nepal
- Focus: Uganda
- Focus: Zimbabwe
- Tanzania
- Zambia
- Afghanistan
- Bolivia
- Peru
- Ghana
- Liberia
- Sierra Leone

- Aims
- Our approach
- Impact
- Stories

ankind's aims

1. An end to all forms of violence against women and girls

African Feminist Forum

FEMINIST OD TOOL

FEMINIST CHARTER

About | National Forums | Resources | African Feminists | #Afrifem News | Get Involved | Contact Us

En Fr

- About
- Working Group Members
- OurStory
- Frequently Asked Questions

About

The African Feminist Forum (AFF) regional gathering brings together African feminist activists to discuss strategy, refine approaches and develop stronger networks to advance women's rights in Africa. The AFF held its inaugural convening in Ghana in 2006, and has since convened in Uganda (2008) and Senegal (2010). The forum itself is framed by the Charter of

„Hennen“ an der Macht

Afrikas Feminismus in der Krise

21. SEPTEMBER 2016 | VON SIMONE SCHLINDWEIN | KEINE KOMMENTARE

Einfach nur die Anzahl der Frauen in der Politik zu erhöhen hat keine Veränderung gebracht, sagt Sylvia Tamale. © Fotos: Simone Schlindwein

Sylvia Tamale gilt als Afrikas führende Feministin. In ihrem jüngsten Vortrag in ihrer Heimat Uganda wettert sie jedoch nicht gegen Männer, sondern gegen das eig[redacted]Nämlich die Frauen an der Macht, die die

AFRIKANISCHE DIASPORA

Afrikanische Diaspora verteilt sich auf alle Kontinente: in Nordamerika leben 39 Millionen der Afrikanischen Diaspora, 113 Millionen in Lateinamerika und 3.5 Millionen in Europa

Frauen der afrikanischen Diaspora spielen eine große Rolle für Frauenrechte und Frauengesundheit in ihren Herkunftsländern

- Jaha Dukureh – Afrikanerin kämpft gegen Mädchenbeschneidung

About us
Objectives
Project Partners
Patronage
News & Press Releases
Archive: CHANGE News
Publications

"Amina" – CHANGE Plus Awareness Raising Video

Watch video now...

Save the Date:
November 23rd, 2017
CHANGE Plus
Final Conference in Berlin

Final CHANGE Plus Conference „Protecting Girls! Together against Female Genital Mutilation" on 23rd November 2017 in Berlin

On the occasion of the International Day „NO to violence against women!" TERRE DES FEMMES organizes together with seven European partners the final conference of the CHANGE Plus project.

When: 23.11.2017, 11 a.m. – 5 p.m.
Where: European House, Unter den Linden 78, 10117 Berlin

The final conference brings together FGM activists, community members, policymakers, key professionals and researchers to exchange experiences and to evaluate the impact of the CHANGE Plus project as well as to discuss the outcome of the strategies for the eradication of female genital mutilation across the European Union.

The morning session is dedicated to the presentation and evaluation of the project and its impact towards behaviour change in practicing communities. Community members will discuss challenges and opportunities for change and share their experiences of community activities.

Five expert roundtables are offered in the afternoon discussing strategies for addressing FGM in Europe. The roundtables cover cultural aspects, policy aspects, community needs and strategies, as well as how to evaluate social change in communities.

Registration deadline is the 30th September 2017 (deadline extended). Places are limited, therefore early registration is recommended. Participation is free of charge; however, participants will have to pay for their own travel and accommodation.

Gegen FGM

Deine Stimme gegen Genitalverstümmelung Unsere MultiplikatorenInnen, Imame und Pastoren setzen sich gegen Genitalverstümmelung (FGM) in den Gemeinden in Hamburg ein ...

Postanschrift
Lessan e. V.
c/o Freerdelde Jrutkhoue Deringer
Jochen Dieselhorst
Hohe Bleichen 7
20354 Hamburg

E-Mail info@lessan.eu

Koordination
Gwadys Aiko (Vorsitzende / Telefon +49 175 48 38 56)
Wamke Gnamba (Stellvertretende Vorsitzende)
Jochen Dieselhorst (Schatzmeister)

Benin: Brücken bauen mit der Sonne

In Benin leiden Menschen unter eklatanter Energiearmut. Energie bedeutet Gesundheit, Bildung und Arbeit - die Grundlagen eines selbst bestimmten Lebens. Aber: Die Energieversorgung muss sauber sein und in Form angepasster ...

Mehr erfahren

GamBoosa

GamBoosa - Das Mädchenprojekt gegen Gewalt Das Theaterprojekt ermöglicht Flüchtlingen und Personen mit Migrationshintergrund, sich gegen Gewalt gegen Frauen und Mädchen künstlerisch einzusetzen. Bleib aktiv und wachsam gegen Gewalt gegen ...

Mehr erfahren

Lessan Lichtblick

Lessan Lichtblick ist ein Frauen Empowerment Projekt. Es bietet Training für von Gewalt oder FGM betroffene Frauen, damit sie lernen wieder bei sich zu sein und sich aktiv mit den ...

Mehr erfahren

ADEFRA e. V. - Schwarze Frauen in Deutschland ist ein kulturpolitisches Forum von und für Schwarze Frauen

Themen & Aktionen
Genitalverstümmelung
Häusliche und sexualisierte Gewalt
Gewalt im Namen der Ehre
Frauenhandel und Prostitution
Flucht und Frauenrechte
Internationale Zusammenarbeit
- Aktuelles
  - Archiv
- Begriffsdefinition
- Unser Engagement
- Internationale Kooperationen
- Forderungen

Projektbesuch von TERRE DES FEMMES bei ihrer Partnerorganisation in Bamako/Mali und grünes Licht für den Aufbau eines Frauenschutzhauses in Gao/Nordmali

Vom 24.03.-03.04.2017 waren Renate Staudenmeyer/Referat Internationale Zusammenarbeit und Susanne Meister/TDF-ehrenamtliche Projektkoordinatorin in Mali, um das neue Projekt mit unserer Partnerorganisation APDF tatkräftig voranzubringen: der Aufbau eines Frauenschutzhauses in Gao/Nordmali ist ein großes und mutiges Projektvorhaben.

Für TERRE DES FEMMES (TDF) war es bei dem Projektbesuch vor Ort zuerst angesagt mit der malischen Partnerorganisation APDF die grundsätzliche Zusammenarbeit zu klären und die evtl. Risiken abzuwägen.

Über die Deutsche Stiftung Weltbevölkerung (DSW)

Die DSW ist eine international tätige Entwicklungsorganisation. Sie wurde 1991 mit dem Ziel gegründet, zur Umsetzung des Menschenrechts auf Familienplanung und zu einer zukunftsfähigen Bevölkerungsentwicklung beizutragen. Jugendliche sind daher unsere wichtigste Zielgruppe. Ob, wann und wie viele Kinder sie bekommen werden, trägt entscheidend dazu bei, wie viele Menschen in Zukunft auf der Erde leben und wie sie leben werden.

Durch unsere Projekte im östlichen Afrika erhalten junge Menschen umfassende Sexualaufklärung, eine bessere Gesundheitsversorgung und Weiterbildungsmöglichkeiten. Gleichzeitig lernen die Jugendlichen, für ihre Rechte einzutreten. Dadurch können sie ihre Lebensperspektiven selbst verbessern. Auf nationaler und internationaler Ebene nimmt die Stiftung Einfluss auf politische Entscheidungsprozesse in den Bereichen Gesundheit, Familienplanung und Gleichstellung der Geschlechter. Neben dem Hauptsitz in Hannover ist die DSW in Äthiopien, Kenia, Tansania und Uganda sowie in Berlin und Brüssel vertreten.

- On the Move – Aufklärung zu psychiatrischen Erkrankungen

Informationen zum Verein

On The Move e. V. ist eine im Jahr 2013 gegründete deutsche Nichtregierungsorganisation

Haupttätigkeitsfelder:

- **Wir organisieren Freiwilligendienste.** – Durch die Vermittlung von Aufenthalten in afrikanischen Ländern bauen wir Vorurteile ab, verschaffen Freiwilligen ein realistisches Bild und fördern persönliche Kontakte zwischen den Kontinenten.
- **Wir organisieren (Spenden-)Projekte.** – Wir ermutigen Menschen, sich im Rahmen einer Vereinsmitgliedschaft, durch Vorträge oder durch Spenden in konkreten Hilfsprojekten zu engagieren. Hauptkriterien bei der Auswahl und Organisation von (Spenden)Projekten ist dabei die Nachhaltigkeit und die Zusammenarbeit mit lokalen Strukturen. Wir führten sie bislang in regelmäßigen Abständen für medizinische und bildungsorientierte Institutionen in Ghana, Südafrika und Kenia durch.
- **Wir organisieren Kampagnen.** – Unsere „Brain Awareness Initiative" hat sich zum Ziel gesetzt, mit psychiatrischen Erkrankungen einhergehende Stigmata durch Aufklärung multimodal zu reduzieren und insbesondere junge Menschen für die Wissenschaft zu begeistern. Durch Vorträge, Dialoge und Diskussionen fördern wir die Neugier zum Themenfeld Gehirn in Schulen, Dorfgemeinschaften, Kirchen und Krankenhäusern.

Unser Verein besteht derzeitig aus 19 ehrenamtlichen Mitgliedern (12 Männer, 7 Frauen), die aus unterschiedlichen Ländern kommen (14 Deutsche, 3 Ghanaer, 1 Südafrikaner, 1 Kenianer). Viele von uns sind im medizinischen Bereich tätig sind, weshalb uns, aufbauend auf eigener Erfahrung und Forschung, soziale und medizinische Kampagnen wie die Brain Awareness Initiative sehr am Herzen liegen. Natürlich sind aber Interessierte aller Fachrichtungen herzlich eingeladen, sich bei uns einzubringen. Es besteht die Möglichkeit einer Mitgliedschaft bei On The Move e.V. und das Engagement in selbst ausgewählten oder bereits bestehenden Projekten. Deine Ideen und Vorschläge sind erwünscht. On The Move e.V. soll und darf aktiv mitgestaltet werden.

SID

Society for International Development

Berlin Chapter

INISA

BERLINER AFRIKAKREIS

Liebe Afrikainteressierte,

anlässlich des Weltgesundheitsgipfels in Berlin laden wir Sie hiermit sehr herzlich zum nächsten Berliner Afrikakreis der Initiative Südliches Afrika (INISA) und der Society for International Development (SID-Berlin) in Kooperation mit dem Berliner Afrikahaus am

Donnerstag, 12. Oktober 2017, 19:00 – 21.00 Uhr im Berliner Afrikahaus
(Bochumer Str. 25, 10555 Berlin) ein.

Krankenversicherungen in Afrika – Der Weg zur Gesundheitsversorgung für Alle?

ARBEITSGRUPPE FRAUEN
Merseburger Str. 3
10823 Berlin
tel 030 / 785 98 44
fax 030 / 786 52 24
agfrauen@umverteilen.de
www.umverteilen.de

Umverteilen!
Stiftung für eine, solidarische Welt

ANTRAG AUF FÖRDERMITTEL

Aktueller Aufruf
Über uns
Projektbeispiele

PDF Antragsformular
PDF Finanzierungsplan

Being organised 2

Flucht und Asyl von Frauen und Trans* sind auch 2017 wieder ein Schwerpunkt der Arbeit der AG Frauen der Stiftung Umverteilen. Im letzten Jahr haben wir 30 Anträge zu unserer Ausschreibung *Being Organised* erhalten und 8 davon unterstützt. Wir haben uns sehr gefreut, damit einen Beitrag zur Stärkung von geflüchteten Frauen und Trans* leisten zu können und wollen in diesem Jahr eine 2. Runde starten.

Gefördert werden künstlerische, politische, soziale und kulturelle Projekte, die die Selbstorganisation von geflüchteten Frauen und Trans*stärken und sich mit dem Thema Flucht auseinandersetzen.

Die Fördermittel sollen Frauen und Trans* dabei unterstützen, ihre Rechte einzufordern, sich eigenständig zu organisieren und gesellschaftliche Veränderungen zu bewirken. Die Fördersumme liegt zwischen 500 - 5000 €.

Der Ausschreibungszeitraum für Projektanträge ist vom 1. September 2017 bis 15. November 2017. Anträge können von unabhängigen, autonomen Frauen und Trans*gruppen oder NGOs weltweit gestellt und die Projekte überall, bis Ende 2018 durchgeführt werden. Die Anträge sollten in Deutsch oder Englisch verfasst und per Email eingereicht werden. Das Antragsformular und der Finanzierungsplan können hier heruntergeladen werden.

- PDF Antragsformular
- PDF Finanzierungsplan

Wir freuen uns auf eure Anträge!

INFORMATIONEN FÜR ÄRZTE

Informieren Sie Ihre Patienten in Klinik und Praxis. Sprechen Sie mit Ihrer Familie und Freunden über das Fistelproblem in Entwicklungsländern. Je präsenter das Thema bei uns ist, desto eher wird sich in den Entwicklungsländern etwas ändern.

Fistula Infopaket fürs Wartezimmer

- 1 Aufsteller (mit 20 Informationsbroschüren)
- 20 Postkarten (siehe Foto)
- 1 Fistula Wandposter (DIN A 2)

Hier können Sie die kostenlosen Informationsmaterialien bestellen: www.astellas.de/fistula.html

DFG Deutsche Forschungsgemeinschaft

Forschung mit und in Afrika

Projekte, Partner und Themen im Überblick

Der Kampf gegen tödliche Infektionskrankheiten fordert die Forschung. Noch sind viele Fragen rund um Bakterien, Viren und Parasiten offen - und wirksame Medikamente fehlen. In der "Afrika-Initiative" der DFG gehen Teams aus afrikanischen und deutschen Wissenschaftlern diese Fragen an. Der DFG sind bei der Initiative die Beteiligung von Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern aus den betroffenen Ländern und die Unterstützung beim Aufbau einheimischer Forschungskapazitäten („capacity building") ein zentrales Anliegen. Doch auch in anderen Kontexten fördert die DFG die Zusammenarbeit mit Afrika.

Dieses Dossier gibt Einblick in Themen, Projekte und Partner.

Füntes Treffen der DFG-Afrika-Initiative

(Sept. 2015) Was kann Forschung dazu beitragen, Infektionskrankheiten besser zu bekämpfen? Mehr als hundert Wissenschaftler aus 19 Ländern kamen auf Einladung der DFG-Afrika-Initiative vom 10. bis zum 13. Juni 2015 am Biozentrum der Universität Würzburg zusammen, um diese Frage zu diskutieren.

[mehr]

Deutsch-afrikanische Kooperationsprojekte in der Infektiologie

Es werden bislang 30 Projekte mit 71 Partnern in 20 afrikanischen Ländern gefördert.

Bild vergrößern (JPG | 107 KB)

CAAST-Net PLUS

Science, Technology and Innovation Cooperation Between Sub-Saharan Africa and Europe

Search...

Menu

Newsletter Login

CAAST-Net Plus is funded by the European Union's Seventh Framework Programme under grant agreement 311806

Published on September 15, 2017

Addressing Climate Change Challenges Collaboratively

A seminar hosted by CAAST-Net Plus partner UNEP-DTU Partnership, attracted close to 40 representatives from commerce and policy to unpack the crucial role of Africa-Europe collaboration in climate change challenges. [Image credit: UNEP-DTU Partnership]

LATEST NEWS

News | 4. Aug. 2017
CAAST-Net Plus Magazine - Issue 9 | July 2017

FEATURED EVENTS

Event | 26. Sep. 2017
Knowledge Management and Communication in Food Security and

Learn More About Us

Discover Horizon 2020

EU-Africa Research Networks

Explore the Policy Landscape

Tweets on Social Media

CAAST-Net Plus Retweeted

#LeaveNoYouthBehind
@NAYOZimbabwe

FACTS: @NAYOZimbabwe is representing Zim at AU-EU Plug In starting at Africa Union tomoro @nangozim @P_VanDamme_EU @euinzim @AUYouthProgram

1st ed. 2018, Approx. 130 p. 30 illus.

A. **Cherry**, J.A. **Haselip**, G. **Ralphs**, I.E. **Wagner** (Eds.)

Africa-Europe Research and Innovation Cooperation

Global Challenges, Bi-regional Responses

▸ Open Access

This book is open access under a CC BY 4.0 license.

This edited volume is concerned with the evolution and achievements of cooperation in research and innovation between Africa and Europe, and points to the need for more diversified funding and finance mechanisms, and for novel models of collaboration to attract new actors and innovative ideas. It reflects on the political, economic, diplomatic and scientific rationale for cooperation, while also examining practical developments, illustrated with examples, in the fields of food security, health, and climate change. The need to mobilise scientific knowledge and to ensure equality and fairness in the cooperation are recurrent themes. *Africa-Europe Cooperation in Research and Innovation* is essential reading for policy makers and researchers in international relations and science diplomacy.

EDCTP

The power of sharing science

Supported by the EU

Save the date!

Ninth EDCTP Forum 2018

Clinical research and sustainable development in sub-Saharan Africa: the impact of North-South partnerships

When: 17-21 September 2018

Where: Lisbon, Portugal

Who: Scientists, policy makers, funders and global health partners in the field of clinical research and development for poverty-related diseases

The EDCTP Forum is hosted by the Portuguese Foundation for Science and Technology and will take place at the Calouste Gulbenkian Foundation.

Stay up to date and visit www.edctp.org to subscribe to our newsletter.

EDCTP

Home | Calls for Proposals | Funded Projects | How we work | Prizes | Get to know us

< Go back

Clinical trials to reduce health inequities in pregnant women, newborns and children

Status:	Active
Type of action:	Research and Innovation Action (RIA)
Call budget:	€38.23 M
Funding level:	Up to 100% of eligible costs
Stage 1 Open date:	4 July 2017, 17:00
Stage 1 Close date:	13 October 2017, 17:00
Stage 2 Open date:	22 December 2017, 17:00
Stage 2 Close date:	14 March 2018, 17:00

Go to EDCTPgrants

Danke für Ihre Aufmerksamkeit

Katharina Kuß
Email: katharina.kuss@gmx.de