



universität
wien

MASTERARBEIT / MASTER'S THESIS

Titel der Masterarbeit / Title of the Master's Thesis

„Einfluss der COVID-19 Pandemie auf
Ernährungssicherungsprojekte von
Entwicklungsorganisationen – im Vergleich zur Ebola
Epidemie“

verfasst von / submitted by

Lena Zweimüller, BSc BSc

angestrebter akademischer Grad / in partial fulfilment of the requirements for the degree of

Master of Science (MSc)

Wien, 2021 / Vienna, 2021

Studienkennzahl lt. Studienblatt /
degree programme code as it appears on
the student record sheet:

UA 066 838

Studienrichtung lt. Studienblatt /
degree programme as it appears on
the student record sheet:

Masterstudium Ernährungswissenschaften

Betreut von / Supervisor:

Dr. Friederike Bellin-Sesay

Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre hiermit Eides statt, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe. Die aus fremden Quellen direkt oder indirekt übernommenen Gedanken sind als solche kenntlich gemacht. Die Arbeit wurde bisher in gleicher oder ähnlicher Form keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt und auch noch nicht veröffentlicht.

Wien, am 5. Oktober 2021

Lena Zweimüller

Danksagung

An erster Stelle bedanke ich mich herzlich bei Frau Dr. Friederike Bellin-Sesay für die Betreuung meiner Masterarbeit. Vielen Dank, dass Sie mir jederzeit zur Seite standen und mir stets wertvolle Anregungen und Tipps gaben.

Ein großer Dank gilt auch meiner Familie und meinen Freunden, welche mich während der gesamten Studienzeit unterstützten. Danke für die motivierenden Worte, die Geduld und den starken Rückhalt, den ihr mir stets botet. Da meine Eltern mir das Studium an der Universität Wien ermöglichten, gebührt ihnen ein besonders großer Dank.

Zum Schluss bedanke ich mich bei meinem Freund Andreas für die liebevollen Worte, die mich immer wieder motivierten.



Kurzfassung

Diese Masterarbeit hat das Ziel zu untersuchen, welchen Einfluss die COVID-19 Pandemie auf die Projektarbeit von Entwicklungsorganisationen hat. Es ergibt sich folgende Forschungsfrage: „Welchen Einfluss hat die COVID-19 Pandemie auf die Projektarbeit von verschiedenen Entwicklungsorganisationen, die unter anderem ihren Fokus auf Ernährungssicherung legen?“ Zusätzlich wurden drei detailliertere Teilfragen erstellt. Zuerst wird ermittelt, inwiefern die COVID-19 Pandemie die Projektarbeit der Mitarbeiter*innen von Entwicklungsorganisationen veränderte. Im nächsten Schritt werden die Arbeitsbereiche, welche für die Mitarbeiter*innen besonders herausfordernd waren, näher erörtert. Die letzte Teilfrage legt den Fokus auf die Zielgruppen der Entwicklungsorganisationen und untersucht die Beeinflussung durch die COVID-19 Pandemie auf die Ernährungssicherheit. Um die Forschungsfrage zu beantworten, wurde ein Online-Fragebogen erstellt, welcher sich an die Mitarbeiter*innen von Entwicklungsorganisationen richtete. Die Auswertung der Studienergebnisse zeigte, dass sich der Arbeitsalltag von Entwicklungsorganisationsmitarbeiter*innen durch die COVID-19 Pandemie deutlich veränderte. Vor allem ist erkennbar, dass sich der Arbeitsort nach Hause ins Homeoffice verlagerte. Zusätzlich verlängerte sich die Arbeitszeit seit der Gesundheitskrise. Aufgrund von erschwerten Reisebedingungen kam es beispielsweise zu personellen Schwierigkeiten, sowie zu Problemen bei der Beschaffung von Gütern wie etwa Hygieneartikeln. Die COVID-19 Pandemie forderte Adaptionen der Projekteportfolios, wodurch es unter anderem zu Umwidmungen von Projektgeldern kam. Die Untersuchung ergab, dass es für die Personen, welche in Entwicklungsländern leben, vor allem herausfordernd ist, wenn diese ihr Einkommen verlieren, denn dadurch kann eine Negativspirale in Gang gesetzt werden, welche wiederum indirekt zu einer stärker ausgeprägten Ernährungsunsicherheit führen kann.

Abstract

This Master's thesis aims to investigate the impact of the COVID-19 pandemic on the project work of development organisations. The research question is: "What influence does the COVID-19 pandemic have on the project work of various development organisations that focus on nutrition security? In addition, three more detailed subquestions were created. First, the extent to which the COVID-19 pandemic has changed the project work of the staff of development organisations is determined. In the next step, the areas of work that were particularly challenging for the staff are examined in more detail. The last subquestion focuses on the target groups of development organisations and examines the impact of the COVID-19 pandemic on nutrition security. To answer this research question, an online questionnaire was created, which was addressed to employees of development organisations. The evaluation of the study results showed that the daily work of development organisation staff has changed significantly due to the COVID-19 pandemic. It is particularly noticeable that the place of work has shifted to home office. In addition, working hours have increased since the health crisis. Due to the fact, that traveling is more difficult, there were staffing difficulties, for example, as well as problems with the procurement of goods such as hygiene articles. The COVID-19 pandemic required adaptations of project portfolios, which led to the reallocation of project funds, among other things. The study found that it is particularly challenging for people living in developing countries to lose their income. This can set in motion a negative spiral, which in turn can indirectly lead to greater nutrition insecurity.

Inhaltsverzeichnis

1.	Einleitung und Motivation	1
1.1	Allgemeine Einleitung und Problemstellung	1
1.2	Forschungsfrage und Ziel	2
1.3	Aufbau und Struktur.....	3
2	Methodik.....	5
2.1	Literaturrecherche	5
2.2	Datenerhebung.....	5
2.3	Zielgruppe	6
2.4	Zeitlicher Ablauf.....	7
2.5	Datenanalyse	7
3	Ernährungssicherheit	8
3.1	Nahrungssicherheit.....	9
3.2	Mangelernährung	10
3.3	Unterernährung	12
3.4	Kleinwuchs	12
3.5	Auszehrung	12
3.6	Übergewicht	13
3.7	Hunger	13
3.8	Derzeitige Ernährungssituation.....	15
4.	COVID-19 Pandemie.....	18
4.1	Symptome	18
4.2	Risikofaktoren.....	18
4.3	Verbreitung.....	19
4.4	Prävention und Maßnahmen	21
4.5	Auswirkungen.....	22
4.6	Einfluss auf die Ernährungssicherheit.....	26

5	Ebola Epidemie	36
5.1	Symptome	36
5.2	Diagnose	36
5.3	Übertragung	37
5.4	Verbreitung.....	37
5.5	Prävention und Behandlung	39
5.6	Auswirkungen.....	40
5.7	Einfluss auf die Ernährungssicherheit.....	42
5.8	Interventionen.....	47
6	Empirische Untersuchung	48
6.1	Studienpopulation.....	48
6.2	Arbeitsalltag.....	50
6.3	Personal & Güter.....	53
6.4	Maßnahmen & Prävention	56
6.5	Finanzen	62
6.6	Herausforderungen.....	66
7	Diskussion.....	68
7.1	Die COVID-19 Pandemie im Vergleich mit der Ebola Epidemie.....	70
7.2	Beantwortung der Forschungsfrage.....	71
7.3	Limitationen	75
7.4	Ausblick.....	75
8	Fazit	76
9	Abkürzungsverzeichnis.....	78
10	Abbildungsverzeichnis.....	79
11	Tabellenverzeichnis	82
12	Literaturverzeichnis	83



1. Einleitung und Motivation

Folgendes Kapitel gibt eine Einführung in die Thematik und die damit verbundenen Problemstellungen dieser Masterarbeit. Weiters wird eine Forschungsfrage formuliert. Zur detaillierteren Darstellung wird diese Forschungsfrage in mehrere Teilfragen gegliedert. Ein Einblick in die Methodik ist ebenso Teil dieses Kapitels. Zum Schluss werden der Aufbau und die Struktur der vorliegenden Masterarbeit dargestellt.

1.1 Allgemeine Einleitung und Problemstellung

Die aktuelle COVID-19 Pandemie bringt für die weltweite Bevölkerung in vielerlei Hinsicht zahlreiche Herausforderungen mit. Vor allem stehen in Österreich die gesundheitlichen, aber auch die wirtschaftlichen Folgen im Vordergrund. Dabei werden häufig die Personen vergessen, welche schon vor der derzeitigen Krise mit unzähligen Problemen konfrontiert worden sind. Länder, welche immer wieder Hungersnöten, Kriegen, Naturkatastrophen und der damit verbundenen Armut ausgesetzt sind, trifft die COVID-19 Pandemie besonders hart. (Welthungerhilfe, 2020a, Seite 1) Im Jahr 2019 waren 135 Millionen Menschen von Krisen oder einer stark ausgeprägten Nahrungsunsicherheit betroffen. Deshalb ist die unterstützende Arbeit in Zeiten der Pandemie umso wichtiger. (FAO, 2020) Diese vorliegende Masterarbeit soll genau an diesen Punkt anknüpfen. Es werden die Herausforderungen verschiedener Organisation beleuchtet, welche den Fokus auf Projektarbeiten rund um die Thematik der Welternährung, legen.

Im Jahr 2019, also vor der COVID-19 Pandemie, galten laut des FAO-Berichts 2019 weltweit 690 Millionen Menschen als unterernährt. Das ist gleichbedeutend mit 8,9% der gesamten Weltbevölkerung. Außerdem hatten 2019 zwei Milliarden Leute, das entspricht 25,9% der Weltbevölkerung, nur unregelmäßigen Zugang zu einer ausreichenden Menge an Lebensmitteln. (FAO, IFAD, UNICEF, WFP and WHO, 2020, S. 16) Aktuellen Schätzungen zufolge könnten durch die COVID-19 Pandemie 83 bis 132 Millionen Menschen zusätzlich von Unterernährung betroffen sein. Diese Zahl ist jedoch vom wirtschaftlichen Wachstum abhängig. (FAO, IFAD, UNICEF, WFP and WHO, 2020, S. 16)

Aufgrund dieser Ernährungsproblematik wurde unter anderem im Jahr 2015 die Agenda 2030 von den Vereinten Nationen beschlossen. Diese legten siebzehn

Sustainable Development Goals (SDGs) fest, welche bis zum Jahr 2030 erreicht werden sollten. Das erste Ziel beschreibt das Ende von extremer Armut. Ziel Nummer zwei dieser SDGs ist die Beendigung des weltweiten Hungers und die Verbesserung der Ernährungssicherheit. Es soll ein ausreichender und nährstoffreicher Lebensmittelzugang für jeden ermöglicht werden. (United Nations, 2019) Die Erreichung dieser Ziele wird jedoch durch die COVID-19 Pandemie weiter erschwert. (FAO, IFAD, UNICEF, WFP and WHO, 2020, S. 18)

1.2 Forschungsfrage und Ziel

Das Ziel dieser Masterarbeit soll sein, zum noch sehr geringen Forschungsstand im Bereich „Auswirkung der COVID-19 Pandemie auf die Ernährungssicherung“, beizutragen. Ebenso soll die Situation für die Mitarbeiter*innen von Entwicklungsorganisationen sowie für die Zielgruppe dargestellt werden.

Somit ergibt sich folgende Forschungsfrage:

Forschungsfrage:

Welchen Einfluss hat die COVID-19 Pandemie auf die Projektarbeit von verschiedenen Entwicklungsorganisationen, die unter anderem ihren Fokus auf Ernährungssicherung legen?

Aufgrund der Komplexität der Forschungsfrage ergeben sich folgende Teilfragen

Teilfrage 1:

*Inwiefern hat die COVID-19 Pandemie die Projektarbeit für Mitarbeiter*innen verändert?*

Teilfrage 2:

*Welche Arbeitsbereiche stellen seit der COVID-19 Pandemie für Mitarbeiter*innen eine besonders große Herausforderung dar und wie gehen diese damit um?*

Teilfrage 3:

In welcher Weise beeinflusst die COVID-19 Pandemie die Zielgruppe hinsichtlich der Ernährungssicherheit und was wird von den Entwicklungsorganisationen unternommen, um die Ernährungssicherheit zu gewährleisten?

1.3 Aufbau und Struktur

Das erste Kapitel dieser Masterarbeit beschäftigt sich mit einer allgemeinen Einleitung in das Themengebiet. Der darauffolgende Teil dieser wissenschaftlichen Arbeit befasst sich mit der Methodik.

Das dritte Kapitel dieser Masterarbeit gibt einen Einblick in die Thematik der Ernährungssicherung und die damit verbundenen Begrifflichkeiten.

Im dritten Kapitel wird der Fokus vermehrt auf die COVID-19 Pandemie gelegt. Dabei wird neben der aktuellen Ernährungssituation auch der Einfluss auf die Nahrungs-, beziehungsweise Ernährungssicherheit in Entwicklungsländern dargestellt. Aufgrund des derzeitig noch geringen Forschungsstandes diesbezüglich, wird im folgenden Kapitel ein Bezug zur Ebola Epidemie durchgeführt.

Als nächstes folgt die empirische Untersuchung. Ergebnisse und daraus abgeleitete Schlussfolgerungen und Limitationen werden im Anschluss diskutiert. Mittels des empirischen Teils soll die Forschungsfrage dieser Masterarbeit beantwortet werden.

Nach der Diskussion und dem Fazit sind das Literaturverzeichnis, ebenso das Abbildungs-, Tabellen- und Abkürzungsverzeichnis zu finden.

Die Struktur dieser Masterarbeit wird in folgender Abbildung dargestellt:

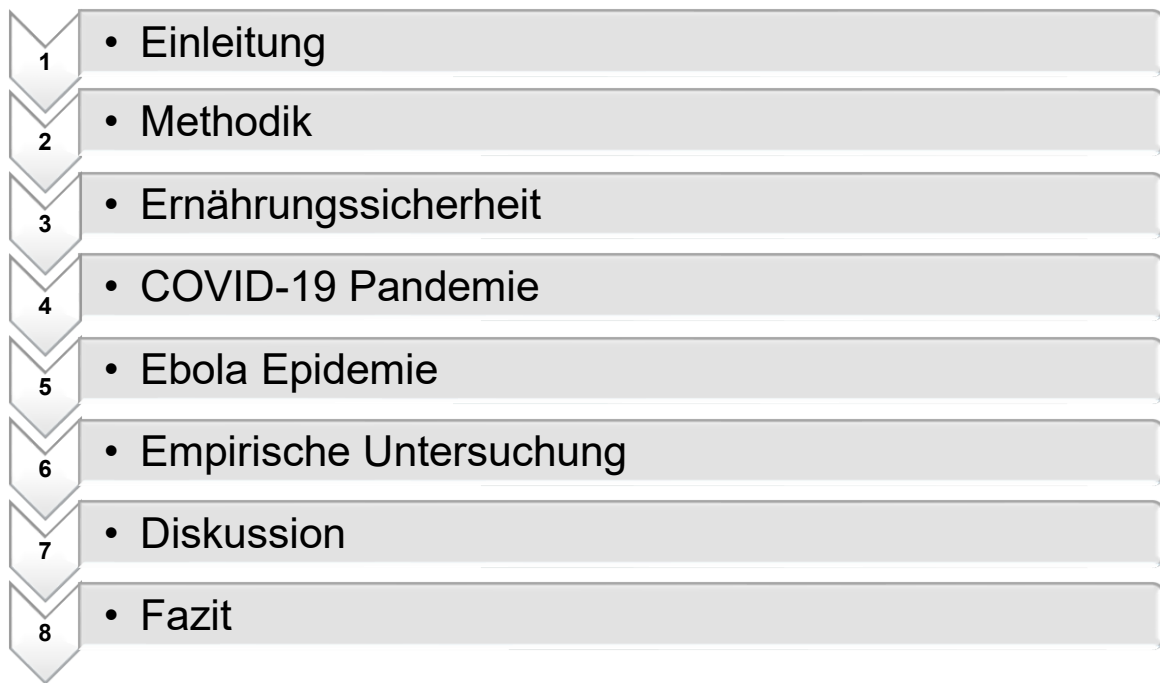


Abbildung 1: Aufbau der Masterarbeit

2 Methodik

Als methodisches Forschungsdesign wurde eine quantitative Herangehensweise gewählt, und zwar in Form eines Online-Fragebogens. Dieser Fragebogen soll an Mitarbeiter*innen verschiedener Entwicklungsorganisationen gerichtet sein. Der Hauptfokus liegt auf den Herausforderungen, die durch die COVID-19 Pandemie entstanden sind.

2.1 Literaturrecherche

Im ersten Teil dieser Masterarbeit wurde eine Literaturrecherche durchgeführt. Diese erfolgte vor allem in der Bibliotheksdatenbank der Universität Wien, aber auch in der Online-Datenbank Google Scholar.

Für den Literaturteil wurden folgende Schlagworte verwendet:

- COVID-19 AND nutrition
- COVID-19 AND development organisation
- COVID-19 AND food security
- COVID-19 AND nutrition security
- Ebola AND nutrition
- Ebola AND development organisation
- Ebola AND food security
- Ebola AND nutrition security

Zusätzlich wurde auf diversen Internetseiten von Entwicklungsorganisationen nach themenrelevanten Publikationen gesucht.

Aufgrund der Aktualität der Thematik erscheint laufend neue Literatur. Aus diesem Grund wurde ein zeitlicher Rahmen für die Literaturrecherche von Jänner bis Mai 2021 festgelegt.

2.2 Datenerhebung

Es wurde ein Online-Fragebogen auf der Internetseite www.suscisurvey.de erstellt. Die Fragen wurden hierbei zweisprachig (deutsch und englisch) formuliert, um auch internationale Teilnehmer*innen erreichen zu können.

Der Fragebogen setzt sich aus 28 Fragen zusammen, wobei die Anzahl der Fragen von den gegebenen Antworten abhängig ist. Die meisten Fragen wurden als geschlossene Fragen mit mehreren Antwortmöglichkeiten, sowie einer Möglichkeit für sonstige Anmerkungen, konzipiert.

Die Verbreitung des Online-Fragebogens erfolgte per E-Mail an verschiedene Entwicklungsorganisationen. Dabei konnte von folgenden Organisationen positive Rückmeldungen erreicht werden:

- Horizont 3000
- Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit
- Concern worldwide
- World Vision
- Welthungerhilfe
- Rotes Kreuz
- World Food Programme
- Brot für die Welt
- Caritas
- Kindernothilfe
- Solidaritätsteam international
- Zentrum für Entwicklungsforschung
- Dreikönigsaktion
- Jugend eine Welt – Don Bosco Entwicklungszusammenarbeit
- Ingenieure ohne Grenzen
- Welthaus – Diözese Graz-Seckau

2.3 Zielgruppe

Zur Zielgruppe der Befragung zählen jene Personen, welche bei einer Entwicklungsorganisation, die sich unter anderem mit Ernährungssicherheit beschäftigt, tätig sind.

Hierbei ist jedoch hinzuzufügen, dass es sich nicht um eine repräsentative Stichprobe handelt. Grund dafür ist, dass nur die Antworten der Teilnehmer*innen, welche gewillt waren am Fragebogen teilzunehmen, gewonnen werden konnten.

2.4 Zeitlicher Ablauf

Der Fragebogen konnte im Zeitraum vom 01.04.2021 bis zum 15.06.2021 ausgefüllt werden. Innerhalb dieses Zeitraums wurden in Summe 45 Studienteilnehmer*innen gezählt. Jedoch haben davon 13 Personen den Fragebogen nicht komplett ausgefüllt und mussten somit ausgeschlossen werden.

So ergeben sich insgesamt 32 Teilnehmer*innen, welchen den Fragebogen zur Gänze ausfüllten. Diese wurden zur weiteren Auswertung herangezogen.

2.5 Datenanalyse

Die statistische Analyse und die Erstellung der Diagramme und Tabellen erfolgte mittels Microsoft Excel.

3 Ernährungssicherheit

Folgendes Kapitel gibt einen Überblick über die verschiedenen Unterscheidungen, welche es hinsichtlich der Bezeichnung „Ernährungssicherheit“ gibt. Folglich wird näher auf deren Indikatoren, das heißt die anthropometrischen Messgrößen eingegangen. Im Anschluss folgt eine Auseinandersetzung mit der aktuellen Ernährungssituation.

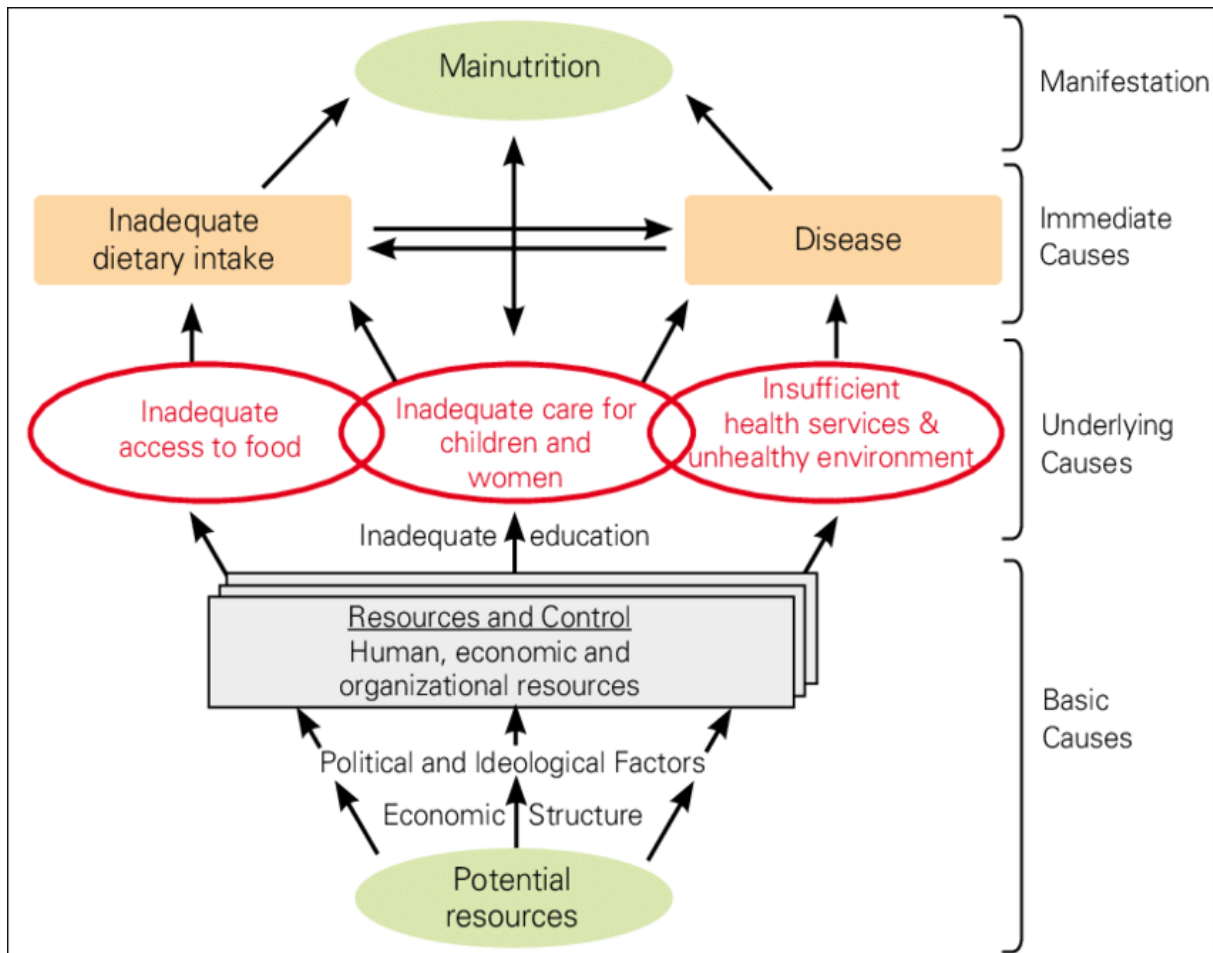


Abbildung 2: UNICEF Conceptual Framework (UNICEF, 1990)

Das UNICEF Conceptual Framework Modell gibt einen aufschlussreichen Einblick in die Ursachen für eine Mangelernährung. An unterster Stelle stehen die möglichen Quellen, welche mit der wirtschaftlichen Struktur und den politischen sowie ideologischen Faktoren im Zusammenhang stehen. Zu den grundlegenden Ursachen, welche zu einer Mangelernährung führen können, zählen in weiterer Folge die Ressourcen und die Kontrolle. Folglich sind die zu Grunde liegenden Ursachen neben einer mangelhaften Bildung, ein ungenügender Zugang zu Nahrungsmitteln, das heißt die Nahrungsunsicherheit, sowie eine unzureichende Betreuung von Kindern und

Frauen und ein ungenügendes Gesundheitsangebot in Kombination mit einer ungesunden Umwelt. All dies führt zu den direkten Einflussfaktoren. Diese sind eine nicht ausreichende Nährstoffzufuhr und Krankheiten. Relevant ist, dass sich diese Umstände auch untereinander beeinflussen können. Als Manifestation steht die Mangelernährung an oberster Stelle des UNICEF Conceptual Framework Modells. (UNICEF, 1990)

Betrachtet man die Ernährungssicherheit als Gegensatz zur Mangelernährung, ergibt sich, dass die Ernährungssicherheit von einer ausreichenden Verfügbarkeit von nährstoffreichen Lebensmitteln und von der Gesundheit abhängt. Diese Faktoren stehen in Verbindung mit der Nahrungssicherheit, einer angemessenen Pflege und ausreichender Gesundheitsfürsorge. Ebenso wie bei dem UNICEF Conceptual Framework Modell basieren diese Schlussfolgerungen auf einer genügenden Bildung, sowie den Ressourcen. Wenn dies nicht gegeben ist, spricht man von einer Ernährungsunsicherheit. (UNICEF, 1990)

3.1 Nahrungssicherheit

Unter "Nahrungssicherheit" versteht man einen adäquaten Zugang zu Essen hinsichtlich Qualität und Quantität. Somit ist dies ein Teil der Ernährungssicherheit. Eine "moderate Nahrungsunsicherheit" beschreibt eine Unsicherheit bezüglich der Beschaffung von Lebensmitteln. Betroffene müssen sich hinsichtlich der Qualität und/oder der Quantität ihrer Nahrung einschränken. Unter "schwerer Nahrungsunsicherheit" versteht man Menschen, welche keine Lebensmittel zur Verfügung haben. Im schlimmsten Fall kann es sogar dazu kommen, dass ein oder mehrere Tage ohne Essen verbracht werden müssen. (FAO, IFAD, UNICEF, WFP and WHO, 2020, S. 47)

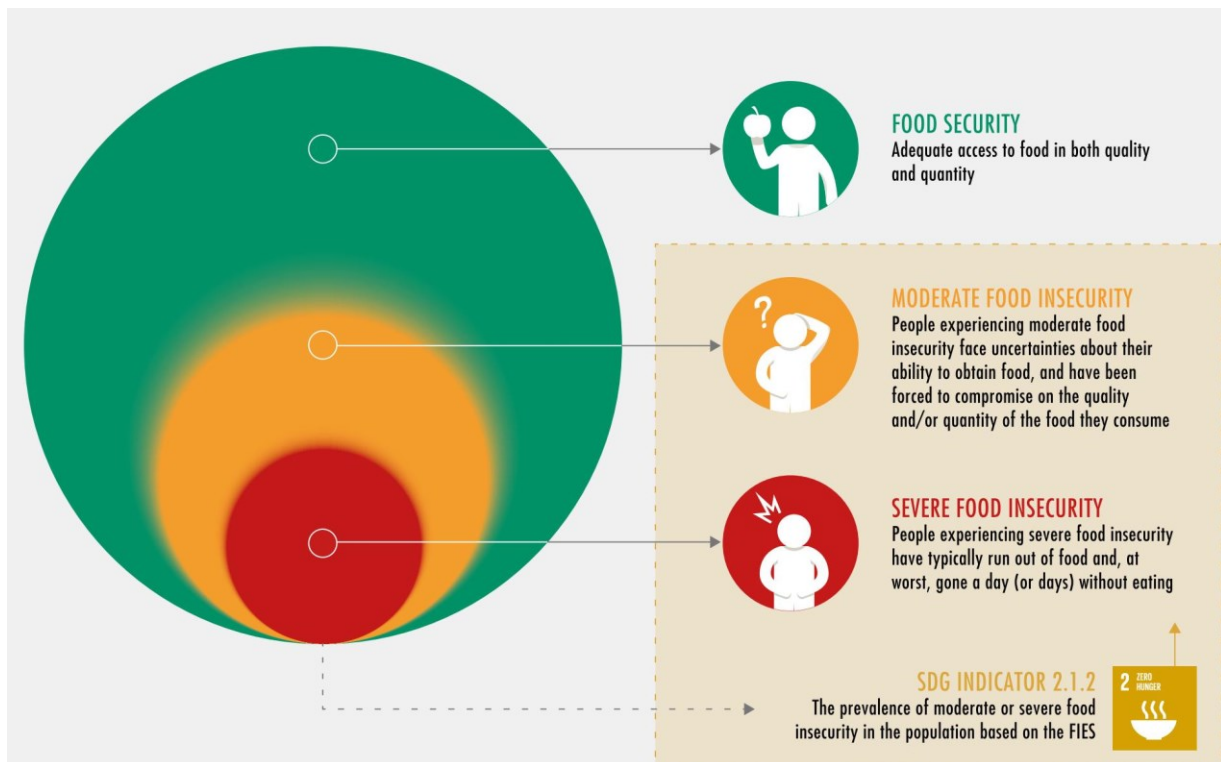


Abbildung 3: Definition Nahrungssicherheit (FAO, IFAD, UNICEF, WFP and WHO, 2020, S. 47)

Im Jahr 2019 waren weltweit zwei Milliarden Menschen von moderater oder schwerer Nahrungsunsicherheit betroffen. (FAO, IFAD, UNICEF, WFP and WHO, 2020, S. 16) Davon waren auf der ganzen Welt 2019 allein 9,7%, also 750 Millionen Menschen, von einer schweren Nahrungsunsicherheit betroffen. (FAO, IFAD, UNICEF, WFP and WHO, 2020, S. 48) Verglichen mit anderen Kontinenten ist klar ersichtlich, dass in Afrika die moderate und schwere Nahrungsunsicherheit deutlich am höchsten liegen. Zusätzlich ist auch ein jährlicher Anstieg erkennbar. (FAO, IFAD, UNICEF, WFP and WHO, 2020, S. 50)

3.2 Mangelernährung

Um von einer krankheitsspezifischen Mangelernährung sprechen zu können, muss zumindest einer der folgenden drei Diagnosekriterien laut der DGEM zutreffen:

1. BMI < 18,5kg/m²
2. ungewollte Gewichtsabnahme von > 10% in den vergangenen 3-6 Monaten
3. BMI < 20kg/m² in Kombination mit einer ungewollten Gewichtsabnahme von > 5% in den vergangenen 3-6 Monaten. (Valentini et al., 2013, S. 101)

Unter dem Body Mass Index (BMI) versteht man das Verhältnis von Körpergewicht in kg zur Körpergröße in m². Anhand des BMIs werden Untergewicht, Normalgewicht, Übergewicht und Adipositas von Erwachsenen klassifiziert. (WHO, 1991)

Es gibt zahlreiche Ursachen, welche zu einem Gewichtsverlust und folglich zur Mangelernährung führen können. Relevant hierbei sind unter anderem die Armut, soziale Isolation und psychische Erkrankungen, welche einen erheblichen Einfluss auf das Risiko für eine Mangelernährung haben. Ein gesteigerter Energieverbrauch sowie -bedarf sind außerdem als Auslöser für eine Mangelernährung zu nennen. Eine reduzierte Nahrungsaufnahme, welche unzählige Ursachen haben kann, wie zum Beispiel schlechter Zahnstatus, Schluckstörungen, allgemeine Schwäche, Alkoholismus, Medikamente und chronische Infektionen, ist ebenfalls ein Ausgangspunkt für eine Mangelernährung. Auch viele Erkrankungen können hier erwähnt werden, beispielsweise gastrointestinale Erkrankungen, Tumorerkrankungen, Erkrankungen des Hals-Nasen-Ohren-Bereiches, der Lunge und der Leber, Niereninsuffizienz und viele mehr. (Löser et al., 2007, S. 3413)

Die WHO beschreibt mittels des ICD-10 Codes den Begriff der Mangelernährung in verschiedenen Untergruppen, welche in der folgenden Tabelle dargestellt werden. (WHO & DIMDI, 2019)

Tabelle 1: Mangelernährung (E40-E46) nach ICD-10 (WHO & DIMDI, 2019)

E40	Kwashiorkor
E41	Alimentärer Marasmus
E42	Kwashiorkor-Marasmus
E43	Nicht näher bezeichnete erhebliche Energie- und Eiweißmangelernährung
E44	Energie- und Eiweißmangelernährung mäßigen und leichten Grades
E44.0	Mäßige Energie- und Eiweißmangelernährung
E44.1	Leichte Energie- und Eiweißmangelernährung
E45	Entwicklungsverzögerung durch Energie- und Eiweißmangelernährung

3.3 Unterernährung

Die FAO beschreibt den Begriff "Unterernährung" als eine Unterversorgung an Nahrungsenergie, welche für ein normales, aktives und gesundes Leben benötigt wird. (FAO, IFAD, UNICEF, WFP and WHO, 2020, S. 218)

Neben einem Defizit an Nahrungsenergie ist auch eine mangelhafte Aufnahme oder Absorption an Proteinen charakteristisch für die Unterernährung. Dabei spricht man von einer Protein-Energie-Mangelernährung, welche häufig als Synonym für die Unterernährung verwendet wird. Auch treten zusätzlich häufig Defizite von einem oder mehreren Mikronährstoffen auf. Eine Unterernährung zeigt sich durch Veränderungen der Körperzusammensetzung. Dazu zählt der Verlust an Körperfett und Magermasse und ein Anstieg des Volumens von extrazellulärem Wasser. (Lochs et al., 2006, S. 182)

3.4 Kleinwuchs

Unter einem Kleinwuchs (engl. „stunting“) versteht man ein reduziertes Verhältnis von Körpergröße (in cm) zum Alter in Jahren um zwei Standardabweichungen, welche mit Standarddaten verglichen werden. Dieser Begriff wird für Kinder unter fünf Jahren verwendet. Ein niedriger Wert ist ein Risikofaktor für eine Unterernährung. (FAO, IFAD, UNICEF, WFP and WHO, 2020, S. 224)

3.5 Auszehrung

Ist das Körpergewicht (in kg) im Verhältnis zur Körpergröße (in cm) zwei Standardabweichungen kleiner als bei den Standarddaten, spricht man bei Kindern unter fünf Jahren von einer Auszehrung (engl. "wasting"). Diese Kennzahl ist ein Maß zur Bestimmung von Gewichtsverlust oder einer mangelhaften Gewichtszunahme. Dies kann bei einer nicht ausreichenden Nahrungszufuhr oder bei Krankheiten, wie zum Beispiel Diarrhoe, auftreten. (FAO, IFAD, UNICEF, WFP and WHO, 2020, S. 224)

3.6 Übergewicht

Bei Kindern unter fünf Jahren spricht man von Übergewicht, wenn das Körpergewicht (in kg) im Verhältnis zur Körpergröße (in cm) zwei Standardabweichungen größer ist als in den Standarddaten. (FAO, IFAD, UNICEF, WFP and WHO, 2020, S. 224)

Bei Erwachsenen spricht man von Übergewicht ab einem BMI von mindestens 25kg/m². Zwischen einem BMI von 25-29,9kg/m² handelt es sich um Präadipositas. Ab einem BMI von 30kg/m² wird von Adipositas gesprochen. Diese lässt sich in drei Grade einteilen, welche jeweils in 5kg/m² Schritten ansteigend klassifiziert werden. Steigend mit dem Adipositas Grad, steigt auch das Risiko für Begleiterkrankungen. (WHO, 1991)

Tabelle 2: BMI Klassifikation für Erwachsene (WHO, 1991)

Klassifikation	BMI in kg/m ²
Untergewicht	< 18,5
Normalgewicht	18,5 – 24,9
Übergewicht	≥ 25,0
Präadipositas	25,0 – 29,9
Adipositas Grad I	30,0 – 34,9
Adipositas Grad II	35,0 – 39,9
Adipositas Grad III	≥ 40,0

3.7 Hunger

„Im Allgemeinen bezeichnet Hunger das Leid, das durch einen Mangel an Kalorien entsteht.“ (Grebmer et al., 2020)

Man kann verschiedene Formen von Hunger unterscheiden. Eine davon ist der chronische Hunger. Darunter versteht man einen längerfristigen Zustand von Unterernährung, welche häufig mit Armut im Zusammenhang steht. Eine Folge von chronischem Hunger kann eine beeinträchtigte körperliche und geistige Leistungsfähigkeit sein. (Welthungerhilfe, 2020b, Seite 2)

Im Gegensatz zum chronischen Hunger, tritt die akute Form über eine bestimmte Zeit auf. Als Beispiel kann hier eine stark ausgeprägte Unterernährung, bedingt durch eine Naturkatastrophe, genannt werden. (Welthungerhilfe, 2020b, S. 2)

Eine weitere Form des Begriffs „Hunger“ ist der „verborgene Hunger“ (engl. "hidden hunger"). Diese Form ist besonders gefährlich, da sie, wie der Name bereits sagt, häufig nicht sofort erkannt wird. Meist tritt der verborgene Hunger in Verbindung mit Armut auf. Dies führt schließlich häufig zur Unter- und Mangelernährung. (Welthungerhilfe, 2020b, S. 2)

Die Empfehlung für die minimale tägliche Energiezufuhr eines Erwachsenen liegt im Durchschnitt bei 2100 kcal. Diese Menge ist zwischen den Geschlechtern, dem Alter, dem Gewicht, der körperlichen Aktivität und den Ländern unterschiedlich. Liegt diese Energiezufuhr für längere Zeit unterhalb der benötigten Menge, kann dies eine Unterernährung begünstigen. (UNHCR et al., 2002)

Ein Tool zur Einschätzung und besseren Darstellung der weltweiten Hungersituation ist der Welthunger-Index. Hierbei werden vier verschiedene Faktoren (Unterernährung, Auszehrung bei Kindern, Wachstumsverzögerung bei Kindern und Kindersterblichkeit) untersucht. Anhand einer Skala von maximal 100 Punkten wird der Schweregrad des Hungers dargestellt. Wobei der Wert 0 „kein Hunger“ bedeutet. Die Wertebereiche eines Landes gehen von niedrig ($\leq 9,9$) bis gravierend ($\geq 50,0$). Weltweit gesehen gibt der Welthunger-Index ein mäßiges Hungerniveau (10,0 - 19,9) auf der Skala an. Jedoch sollte auf jedem Fall berücksichtigt werden, dass es hierbei sehr große regionale Unterschiede gibt. (Grebmer et al., 2020)

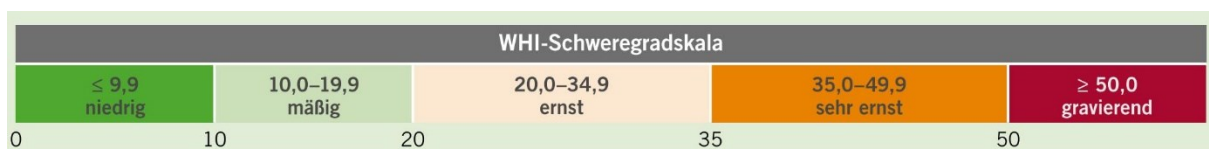


Abbildung 4: WHI-Schweregradskala (Grebmer et al., 2020)

Der ICD-10 Code T73.0 beschreibt die Schäden durch Hunger. Dazu werden der Hungertod und der Nahrungsmittelmangel gezählt. Die Schäden durch Durst, das heißt Wassermangel, wird dem Code T73.1 zugeordnet. (WHO & DIMDI, 2019)

3.8 Derzeitige Ernährungssituation

Im Jahr 2019, also vor der COVID-19 Pandemie, galten laut des FAO-Berichts 2019 weltweit 690 Millionen Menschen als unterernährt. Das ist gleichbedeutend mit 8,9% der gesamten Weltbevölkerung. Außerdem hatten 2019 zwei Milliarden Leute, das entspricht 25,9% der Weltbevölkerung, nur unregelmäßigen Zugang zu einer ausreichenden Menge an Lebensmitteln. Aktuellen Schätzungen zufolge könnten durch die COVID-19 Pandemie 83 bis 132 Millionen Menschen zusätzlich von Unterernährung betroffen sein. Diese Zahl ist jedoch vom wirtschaftlichen Wachstum abhängig. (FAO, IFAD, UNICEF, WFP and WHO, 2020, S. 16)

Folgende Abbildung zeigt die Prävalenz der Unterernährung (PoU) der vergangenen Jahre, sowie vorrausschauend bis zum Jahr 2030. Dieser Wert gibt die Anzahl der Menschen an, welche schätzungsweise unzureichend mit Grundnahrungsmitteln versorgt sind und somit ihre täglich benötigte Energie nicht aufnehmen können. Die PoU wird in Prozent angegeben. Wie aus der Abbildung ersichtlich, ist in den kommenden Jahren ein starker Anstieg zu verzeichnen. Um das zweite Sustainable Development Goal der Vereinten Nationen erreichen zu können, muss dieser Entwicklung entgegengewirkt werden. (FAO, IFAD, UNICEF, WFP and WHO, 2020, S. 32)

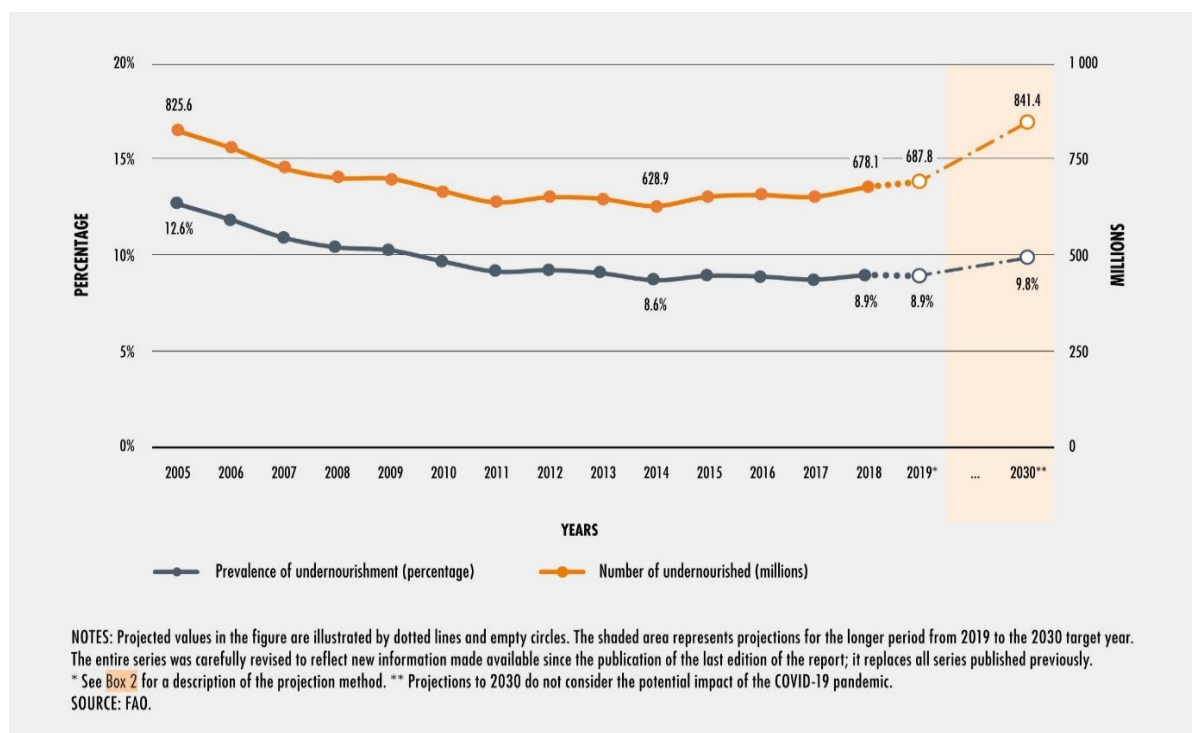


Abbildung 5: Verlauf der PoU von 2005 bis 2030 (FAO, IFAD, UNICEF, WFP and WHO, 2020, S. 32)

In Afrika beträgt die Zahl der Unterernährten im Jahr 2019 19,1%, das sind 250 Millionen Menschen. Diese Anzahl ist mehr als doppelt so hoch im Vergleich zum weltweiten Durchschnitt. (FAO, IFAD, UNICEF, WFP and WHO, 2020, S. 18)

Mehr als die Hälfte der unterernährten Personen leben in Asien. In Zahlen ausgedrückt waren das im Jahr 2019 381 Millionen Menschen. Dennoch ist dieser Wert prozentuell gesehen unter dem weltweiten Durchschnitt von 8,9%. Die PoU beträgt in Asien 8,3% der Population. (FAO, IFAD, UNICEF, WFP and WHO, 2020, S. 18)

In Lateinamerika und der Karibik konnte 2019 eine PoU von 7,4% verzeichnet werden. Umgerechnet sind das 48 Millionen Menschen, die als unterernährt gelten. In diesen Regionen gab es zwischen 2015 und 2019 einen starken Anstieg von neun Millionen Betroffenen. (FAO, IFAD, UNICEF, WFP and WHO, 2020, S. 18)

Die COVID-19 Pandemie wird vermutlich einen drastischen Einfluss auf die Anzahl der unterernährten Personen nehmen. Schätzungen zufolge wird es zu einer Verlagerung kommen, bei der Afrika statt Asien die höchste Anzahl an Unterernährten haben wird. (FAO, IFAD, UNICEF, WFP and WHO, 2020, S. 19)

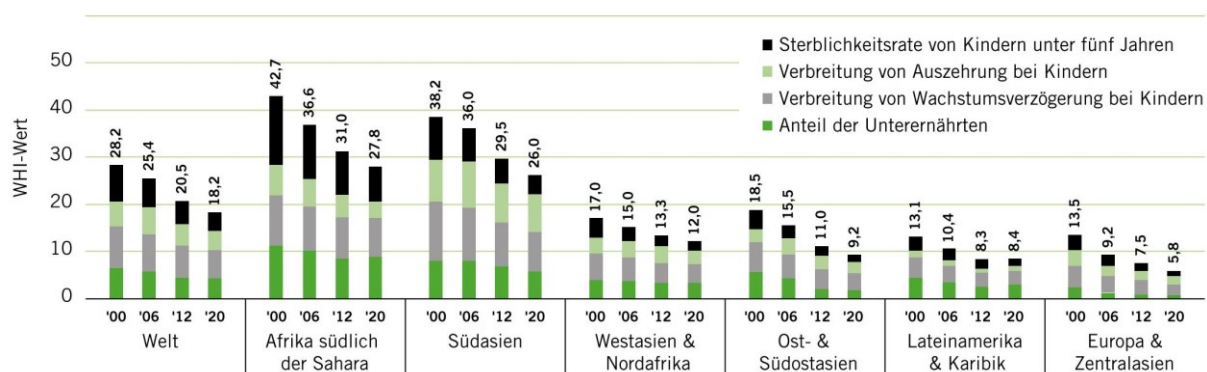


Abbildung 6: WHI-Werte für 2000, 2006, 2012 und 2020 (Grebmer et al., 2020)

In der oben angeführten Abbildung sind die Werte des Welthungerindexes für die Jahre 2000, 2006, 2012 und 2020 angeführt. Hierbei sind sehr große regionale Unterschiede zu erkennen. Auch die vier Kriterien, welche den Welthungerindex ergeben, sind anteilmäßig dargestellt. Die Länder Afrikas, welche südlich der Sahara liegen und Südasien weisen im Jahr 2020 jeweils eine ernste Hungersituation auf. Klar ersichtlich ist, dass sich die Lage seit 2000 deutlich gebessert hat. Damals lagen die Werte noch im sehr ernsten Bereich. Auch weltweit kam es zu einer deutlichen Reduktion der Welthungerindex-Werte. (Grebmer et al., 2020)

Dennoch wird das zweite SDG "kein Hunger" bis 2030 kaum möglich sein. Schätzungen zufolge werden bis 2030 circa 37 Länder nicht den Grad "niedrig" auf der Skala erreichen. Hierbei sind die Auswirkungen durch die COVID-19 Pandemie jedoch noch nicht mit einberechnet. Auch gibt es zwischen den Ländern teils große Unterschiede hinsichtlich der vier Indikatoren, welche den Welthunger-Index bestimmen. (Grebmer et al., 2020) Die Agenda 2030 hat für die Erreichung des zweiten Zieles noch knapp zehn Jahre Zeit. Doch zurzeit deuten die Zeichen darauf hin, dass dieses Ziel nicht erreicht werden wird. (FAO, IFAD, UNICEF, WFP and WHO, 2020, S. 88)

4. COVID-19 Pandemie

Die COVID-19 Pandemie hat ihre Anfänge Ende 2019 in China. Dort trat das COVID-19 Virus zuerst auf. Die World Health Organization (WHO) proklamierte am 11.03.2020 eine weltweite Pandemie. Von da an kam es auf der ganzen Welt zu Lockdowns und anderen Einschränkungen, um die Virusverbreitung einzudämmen. Seitdem starben Millionen Menschen an beziehungsweise mit dem COVID-19 Virus. (Swinnen & McDermott, 2020, S. 5)

Bei COVID-19 handelt es sich um eine Infektionskrankheit, welche durch das Virus SARS-CoV-2 ausgelöst wird. Eine Übertragung mit diesem Virus geschieht vorrangig über Tröpfchen aus dem Speichel, beispielsweise beim Reden oder aus der Nase beim Husten oder Niesen. (WHO, 2020a)

4.1 Symptome

Die klinischen Symptome können individuell sehr unterschiedlich sein. Ein Großteil der Infizierten verzeichnet nur leichte bis mittlere Krankheitserscheinungen. Zu den häufigsten Symptomen zählen Fieber, trockener Husten und Müdigkeit. Etwas weniger oft treten Schmerzen, Halsschmerzen, Diarrhoe, Bindehautentzündungen, Kopfschmerzen, Geschmacksverlust und Hautausschläge auf. Im Vergleich zu den genannten Symptomen können folgende Beschwerden besonders schwerwiegend sein: Probleme beim Atmen und Kurzatmigkeit, Brustschmerzen und Druckgefühl auf der Brust, sowie der Verlust der Stimme und eine Bewegungseinschränkung. In der Regel dauert es fünf bis sechs Tage von der Infektion bis zum Auftreten der ersten Symptome. (WHO, 2020a)

Bereits innerhalb kurzer Zeit war ersichtlich, dass es zu einer sehr schnellen Verbreitung des COVID-19 Virus kam. Ursache dafür war die Tatsache, dass Betroffene häufig keine Symptome zeigten, jedoch trotzdem andere anstecken konnten. (Swinnen & McDermott, 2020, S. 8)

4.2 Risikofaktoren

Es gibt unterschiedliche Faktoren, welche mit einem erhöhten Risiko für schwere Verläufe bei COVID-19 Infizierten assoziiert werden. Dazu zählen unter anderem ein erhöhtes Alter und gewisse Vorerkrankungen. Außerdem konnte beobachtet werden,

dass Personen mit einem erhöhtem Body Mass Index besonders oft von einem schweren Verlauf betroffen sind. Dies könnte darauf hindeuten, dass die Sarkopenie bei Übergewichtigen eine beeinflussende Rolle bezüglich des Verlaufs hat. (Laviano et al., 2020)

Zu den Begleit- beziehungsweise Vorerkrankungen, mit welchen ein schwerer Verlauf häufig beobachtet wird, zählen Hypertonie, Diabetes mellitus, Herz-Kreislauf-Erkrankungen und chronische Atemwegserkrankungen. (Mittal et al., 2020, S. 302)

Auch konnte festgestellt werden, dass eine Lymphopenie, das heißt eine reduzierte Anzahl an Lymphozyten, einen negativen Einfluss auf den Verlauf nehmen kann. Lymphopenie kann außerdem als Marker für eine Malnutrition angesehen werden. (Laviano et al., 2020)

Wie bereits erwähnt, gilt als Risikofaktor für einen schwereren Verlauf von COVID-19, neben Begleiterkrankungen ein hohes Alter. Es ist bekannt, dass die Letalität mit dem Alter ansteigt. Somit stellt sich die Frage, wie sich diese Tatsache in Entwicklungsländern mit einer im Vergleich zu Europa jüngeren Bevölkerung auswirkt. In Subsahara-Afrika ist die jüngste Bevölkerung weltweit zu verzeichnen. Das mittlere Alter befindet sich in diesen Ländern unter 20 Jahren. 65 Jahre oder älter sind in den afrikanischen Ländern südlich der Sahara nur 2,9%. Dennoch verzeichnet Subsahara-Afrika eine Letalitätsrate durch das COVID-19 Virus von 2,3%. Grund dafür ist, dass in diesen Ländern zu den Komorbiditäten unter anderem auch HIV, AIDS und Malaria zählen. (Renzaho, 2020)

4.3 Verbreitung

Am 31. Dezember 2019 wurde die WHO zum ersten Mal über Patient*innen aus Wuhan (China) mit Lungenentzündungen, bei denen die Ursache dafür unbekannt war, informiert. Bis zum 3. Januar 2020 stieg diese Patient*innenanzahl auf 44 Betroffene. Am 11. Januar 2020 gab die National Health Commission China bekannt, dass ein möglicher Zusammenhang zwischen dem Krankheitsausbruch und einem Lebensmittelmarkt in Wuhan besteht. Anfang Januar 2020 wurde ein neuer Typ des Coronavirus entdeckt. Nur wenige Tage darauf wurden die ersten Fälle außerhalb Wuhans bekannt. Zuerst berichteten Thailand, Japan und Korea von Erkrankten. (WHO, 2020c)

Bereits Anfang März bestätigten 100 Länder COVID-19 Fälle. Mit der Zeit verlagerte sich das Epizentrum von China nach Europa und in die USA. Kurze Zeit später stieg auch die Anzahl an Erkrankten in vielen Entwicklungsländern an. (Swinnen & McDermott, 2020, S. 8)

Am 11. März 2020 erklärte die WHO COVID-19 als Pandemie. (WHO, 2020b)

Betrachtet man die Infektionszahlen, macht es den Anschein, als würde das COVID-19 Virus Länder mit niedrigem oder mittlerem Einkommen etwas später erreichen. Dies ist jedoch vermutlich darauf zurückzuführen, dass die Dunkelziffer aufgrund weniger Tests größer sein könnte. In Entwicklungsländern leben sehr häufig besonders viele Menschen auf kleinem Raum. Diese Tatsache in Kombination mit einem weniger ausgebautem Gesundheitssystem trägt zu einer schnelleren Ausbreitung von Infektionskrankheiten bei. Durch diese Gegebenheiten ist die Bewältigung einer solchen Gesundheitskrise auch um vieles schwieriger. Zur Strategie der Bekämpfung der COVID-19 Pandemie kommen häufig ähnliche Maßnahmen wie in westlichen Ländern zum Einsatz. Dies kann wiederum zu Schwierigkeiten für Entwicklungsländer führen. (Mittal et al., 2020, S. 301)

Allgemein gesehen sind die Menschen in Asien und Afrika besonders anfällig für Virusinfektionen. Grund dafür ist, dass in Afrika die Population am schnellsten wächst und relativ jung ist. Während 1900 in den afrikanischen Ländern südlich der Sahara circa 100 Millionen Menschen lebten, sind es heutzutage bereits circa eine Milliarde. Berechnungen zufolge werden im Jahr 2100 dort circa vier Milliarden Menschen leben. Steigt die Zahl der dort lebenden Menschen an, steigt auch der Bedarf an tierischen Lebensmitteln wie Milch, Fleisch und Eiern. Außerdem werden die Menschen immer dichter zusammenleben. Dies alles lässt das Risiko für Erkrankungen, welche von Tieren auf die Menschen übertragbar sind, ansteigen. (Swinnen & McDermott, 2020, S. 124)

Neben dem Bevölkerungswachstum ist es auch ausschlaggebend, dass immer mehr Reisen in das Ausland durchgeführt werden. So kann es deutlich schneller zu einer Ausbreitung einer Infektionskrankheit kommen. Der erste COVID-19 Fall in Afrika, welcher offiziell bekannt wurde, war ein Reisender aus Italien. (Swinnen & McDermott, 2020, S. 128)

Mit Stand Anfang Februar 2021 infizierten sind über hundert Millionen Menschen mit dem COVID-19 Virus. Mehr als zwei Millionen Erkrankte sind an beziehungsweise mit COVID-19 gestorben. (WHO, 2020d)

4.4 Prävention und Maßnahmen

Um eine Ansteckung mit COVID-19 zu verhindern und somit eine Ausbreitung der Viruserkrankung zu verlangsamen, empfiehlt die WHO folgende Maßnahmen:

- Regelmäßiges Händewaschen mit Wasser und Seife oder die Hände mit einem Mittel auf Alkoholbasis desinfizieren
- Mindestens einen Meter Abstand halten zu anderen Personen
- Vermeiden, sich ins Gesicht zu greifen
- Mund und Nase beim Husten und Niesen bedecken
- Zuhause bleiben, wenn man sich nicht gesund fühlt
- Nicht rauchen und andere Tätigkeiten, welche der Lunge schaden können, vermeiden
- Große Menschenmengen meiden und möglichst auf überflüssige Reisen verzichten (WHO, 2020a)

Es wurden bereits zahlreiche Dinge in den Projektländern unternommen, um die COVID-19 Pandemie an der weiteren Ausbreitung zu hindern. Wie die Welthungerhilfe berichtet, wurden Möglichkeiten zum Waschen der Hände geschaffen. Seifen wurden an öffentlichen Orten wie Schulen und Märkten bereitgestellt. Außerdem werden diese Hygieneanlagen häufiger gereinigt. (Welthungerhilfe, 2020a, S. 1)

Die Aufklärung über die geltenden Hygienemaßnahmen ist eine andere Säule in der Bewältigung dieser Gesundheitskrise. Es werden Hygiene-Schulungen in den Projekten der Welthungerhilfe angeboten. Weiteres ist diese Organisation bemüht, Partnerorganisationen in den Entwicklungsländern bei der Informationsverbreitung der verschiedenen Maßnahmen zu helfen. (Welthungerhilfe, 2020a, S. 1)

Bezüglich der Maßnahmen setzen einige Länder auf unterschiedliche Schwerpunkte. In Bangladesch werden Bauernfamilien bei der Lagerung und Konservierung von Saatgut unterstützt, weil es durch die COVID-19 Pandemie Schwierigkeiten bei der Beschaffung gibt. In Sierra Leone werden ebenfalls Bauern unterstützt. In diesem Fall vor allem mit Hygieneartikeln wie zum Beispiel Seife. Ebenfalls werden dort vor Ort

Aufklärungsarbeiten getätigt, bei denen beispielsweise die Abstandsregelungen thematisiert werden. In Malawi wird auf die Sanierung von Brunnen und die Verteilung von Seife gesetzt. Auch in Uganda ist die Verbreitung der Hygienemaßnahmen in vollem Gange. Hier geschieht dies unter anderem über Radiosender. (Welthungerhilfe, 2020a, S. 2)

Als weitere Maßnahme zur Bekämpfung des COVID-19 Virus ist der Lockdown zu nennen. Menschen sollen ihr Zuhause nur für dringende Erledigungen, wie das Einkaufen von Lebensmitteln oder einem Arztbesuch verlassen. So sollen die Ansteckungen reduziert werden. In Uganda wurden beispielsweise öffentliche und private Verkehrsmittel verboten. Außerdem wurden Märkte und Einkaufszentren geschlossen. In Südafrika wiederum betrafen Verbote auch das Joggen im Freien, den Verkauf von Alkohol und Zigaretten oder Spaziergänge mit dem Hund. Für den urbanen Teil Afrikas stellte die Bewegung an der frischen Luft eine Herausforderung dar, weil es kaum Bereiche in Städten gibt, die unbebaut und für die Öffentlichkeit zugänglich sind. Diese sehr strikten Maßnahmen könnten wiederum einen schädlichen Einfluss auf die Gesundheit haben und die Armut und Unterernährung sowie häusliche Gewalt fördern. (Renzaho, 2020)

4.5 Auswirkungen

Folgendes Kapitel setzt sich mit den bereits erkennbaren Folgen bedingt durch die COVID-19 Pandemie auseinander. Selbstverständlich können zum aktuellen Zeitpunkt noch nicht alle Auswirkungen hinreichend dargestellt werden. Dennoch gibt es bereits einige Tendenzen und Beobachtungen, welche im Folgenden aufgezeigt werden. Im empirischen Teil dieser Masterarbeit werden die durch COVID-19 bedingten Auswirkungen auf die Projekte von Entwicklungsorganisationen genauer beleuchtet.

Wirtschaft:

Um den gesamten wirtschaftlichen Effekt der COVID-19 Pandemie auf die Entwicklungsländer abschätzen zu können, ist es zu diesem Zeitpunkt noch zu früh. Doch bereits bestehende Untersuchungen zeigen, dass viele Teile der Wirtschaft deutlich beeinträchtigt sind. (Swinnen & McDermott, 2020, S. 23)

Finanziell betrachtet trifft es die Bevölkerungsschichten, welche bereits vor dieser Gesundheitskrise ein niedriges oder unregelmäßiges Einkommen hatten, besonders

stark. Häufig kam es im Zuge der COVID-19 Pandemie zum Verlust des Jobs. (Swinnen & McDermott, 2020, S. 9)

Im Gegensatz zu vielen Teilen der Welt verfügt Subsahara-Afrika über keine finanziellen Mittel, um die Wirtschaft in den Ländern zu unterstützen. Firmen, die durch die COVID-19 Gesundheitskrise an Gewinn verlieren, können nicht angemessen finanziell entschädigt werden. Durch diese unzureichende wirtschaftliche Unterstützung von Firmen und Betrieben in Subsahara-Afrika, wird die Zahl an Arbeitslosen durch die COVID-19 Pandemie steigen. Auch das wirtschaftliche Wachstum wird wahrscheinlich nach einem 25-jährigen Anstieg wieder abfallend sein. 2019 war noch ein Plus von 2,4% zu verzeichnen. (Renzaho, 2020)

Im Jahr 2020 wird das Bruttoinlandsprodukt (BIP) verursacht durch COVID-19 für einen weltweiten Abfall von circa 5% sorgen. Dabei ist in Subsahara Afrika der Rückgang mit 9% am höchsten. (Laborde et al., 2021)

Internationale Reiseeinschränkungen setzten dem Tourismus schwer zu. Auch Teile Afrikas spürten die Auswirkungen. Als Beispiel kann hier das Land Ägypten genannt werden. In den letzten zwei Jahren verzeichnete Ägypten ein wirtschaftliches Wachstum von mehr als 5%. Dabei war der Tourismussektor besonders stark vertreten. Diese positive Entwicklung wurde durch die COVID-19 Pandemie schlagartig unterbrochen. Die Maßnahmen, welche getroffen wurden, um das Virus unter Kontrolle zu haben, ließen den Tourismus in Ägypten still stehen. Dadurch sind negative Auswirkungen auf die Wirtschaft zu verzeichnen. (Swinnen & McDermott, 2020, S. 56)

Der vermehrte Einsatz von digitalen Technologien durch die COVID-19 Pandemie ist einerseits positiv zu sehen, andererseits wird dadurch der Unterschied zwischen Arm und Reich, sowie einzelnen Personen, welche keinen Zugang zu digitalen Technologien haben, weiter verstärkt. (International Food Policy Research Institute, 2021)

Geschlossene Ländergrenzen:

Die meisten afrikanischen Ländergrenzen wurden im Zuge der Gesundheitskrise für Touristen geschlossen. Nur noch Lebensmittel oder Landwirtschaftsprodukte durften Grenzen passieren. Viele Länder stellten den internationalen Flugverkehr im März

2020 ein. Dies war jedoch nicht in allen Ländern Afrikas gleich. In manchen, wie zum Beispiel Kenia, Liberia, DR Kongo oder Namibia durfte man unter gewissen Bedingungen einreisen. Der Handel innerhalb Afrikas bekam diese Maßnahmen ebenso zu spüren. (Swinnen & McDermott, 2020, S. 69)

Zusätzliche Probleme beim Grenzübergang konnten verursacht werden, wenn die Ausgangsbeschränkungen der Nachbarländer unterschiedlich waren. Dies bedarf einer guten Koordination. Um auf die Schwierigkeiten an den Ländergrenzen aufmerksam zu machen, sollte vermehrt auf soziale Sicherheitsnetze gesetzt werden. Doch solche Sicherheitsnetze sind teuer und in der Umsetzung schwierig. (Swinnen & McDermott, 2020, S. 71)

Es gibt multiple Gründe, warum ein soziales Sicherheitsnetz bei Krisen, wie die COVID-19 Pandemie, hilfreich sein kann. Sie helfen dabei, die Ernährungssicherheit zu schützen und die Gesundheit zu verbessern. Weiters unterstützen soziale Sicherheitsnetze Menschen in finanzieller Hinsicht, wenn das Einkommen fehlt. (Swinnen & McDermott, 2020, S. 102–103)

Die WHO äußerte mehrmals ihre Bedenken bezüglich der Sperren von Ländergrenzen. Dadurch steigt die Wahrscheinlichkeit, dass Betroffene die Grenze an Stellen übertreten, die nicht kontrolliert und so die Gesundheitschecks umgangen werden. An den Grenzen sollten Gesundheitstests und Screenings angeboten werden und wenn benötigt, sollte eine Quarantäne oder eine Hospitation bei Infizierten stattfinden. Die Einhaltung von Abstand zu anderen Personen sollte auch an Ländergrenzen streng eingehalten werden, um einer Ausbreitung des Virus zu verhindern. (Swinnen & McDermott, 2020, S. 71)

Gesundheitssystem:

Wenn nur wenige Menschen eine Krankenversicherung haben, wie zum Beispiel in Subsahara-Afrika, und zusätzlich das Gesundheitssystem schlecht ausgestattet ist und finanzielle Nöte herrschen, wird die Erholung von der COVID-19 Pandemie besonders langwierig ausfallen. Es bedarf neuer Reformen und eine Veränderung bezüglich des Gesundheitssystems und der Finanzierung dafür, um dem entgegenzuwirken. (Renzaho, 2020)

Außerdem ist anzumerken, dass Personen, die in Ländern mit mittlerem oder niedrigem Einkommen leben, weniger Geld in ihre Gesundheit investieren. (Mittal et al., 2020, S. 303)

In vielen Teilen der Welt ist eine uneingeschränkte Versorgung mit sauberem Wasser nicht gegeben. Somit haben Betroffene auch keine Möglichkeit, sich regelmäßig die Hände zu waschen und vor einer Ansteckung mit dem COVID-19 Virus zu schützen. (Swinnen & McDermott, 2020, S. 115) Würde man diese Problematik und somit auch die Hygiene verbessern, könnte man 9,1% der weltweiten Krankheitslast und sogar 6,3% der Todesfälle vermeiden. Zu beachten ist, dass diese Zahlen auf die Zeit vor der COVID-19 Pandemie bezogen sind. (Prüss-Üstün et al., 2008)

Es gibt weltweit 4,2 Milliarden Menschen, die keinen regelmäßigen Zugang zu sanitären Anlagen haben und drei Milliarden Menschen ist es nicht möglich, ihre Hände täglich zu waschen. Diese Tatsache wiederum fördert Erkrankungen, wie zum Beispiel Diarrhoe, welche durch unreines Wasser verursacht werden. Folglich nimmt dadurch die Mangelernährung wiederum zu. (Swinnen & McDermott, 2020, S. 115)

Zu einer der Strategien, um eine Ansteckung durch das COVID-19 Virus zu vermeiden, gehört das regelmäßige Händewaschen mit Wasser und Seife. In Subsahara-Afrika ist diese Maßnahme jedoch nur schwer umzusetzen, da es häufig an Leitungswasser fehlt. Nur 15% der dort lebenden Bevölkerung haben die Möglichkeit, regelmäßig die Hände mit Wasser und Seife zu waschen. 42% der Menschen leben ohne Wasserversorgung, außerdem verfügen 72% der Subsahara-Afrikaner*innen über keine sanitären Einrichtungen. (Renzaho, 2020)

Das Concern Country Programme in Somalia sorgte kürzlich dafür, dass zwei weitere Handwasch-Stationen errichtet wurden. Dies wiederum entlastet andere Bereiche, in denen bereits sauberes Wasser zur Verfügung gestellt wird, da das Angebot größer geworden ist. (Emergency Nutrition Network, 2021)

Damit es zu einer Eindämmung der COVID-19 Pandemie kommt, ist eine funktionierende Wasserversorgung essenziell. Diese kann jedoch auch durch Naturkatastrophen, welche leider sehr häufig in bereits armen Ländern auftreten, gefährdet werden. Solche Katastrophen bringen meist extreme Wetterlagen, Dürre und Überschwemmungen. Betroffene, welche dadurch ihr Zuhause verloren haben,

werden häufig in Notlagern untergebracht. Dort kommt es immer wieder zu Schwierigkeiten bei der hygienischen Versorgung. Aus diesem Grund und weil viele Personen auf engstem Raum untergebracht werden müssen, könnten sich dort das COVID-19 Virus und andere Erkrankungen besonders schnell verbreiten. (Swinnen & McDermott, 2020, S. 116)

Im Vergleich zu anderen Ländern hat sich das Gesundheitssystem in Afrika nur sehr zögerlich weiterentwickelt. Bei einem enormen Zuwachs an Bevölkerung wäre jedoch ein genau gegenteiliger Trend wünschenswert. Durch diese Entwicklung und die Tatsache, dass in Afrika immer wieder Konflikte ausbrechen, ist das Risiko einer Ausbreitung von Infektionskrankheiten besonders hoch. (Swinnen & McDermott, 2020, S. 128)

Länder mit einem schwachen Gesundheitssystem sind auf die Unterstützung anderer angewiesen, um eine Gesundheitskrise in solch großem Ausmaß bewältigen zu können. Es bedarf einer Bereitstellung von strategischen Anleitungen, Implementierungswerkzeugen und einer Kapazitätssteigerung innerhalb des Gesundheitssystems. (Keerti, 2020)

Auch wenn die COVID-19 Pandemie noch nicht gänzlich überstanden ist, sollte bereits überlegt werden, inwiefern man sich auf eine mögliche weitere Pandemie vorbereiten kann. Durch die COVID-19 Pandemie wurde klar, welche Personengruppen am meisten mit den Auswirkungen der Gesundheitskrise zu kämpfen hatten. Dazu zählen vor allem Menschen, welche keinen Zugang zu einer medizinischen Versorgung haben und eine unzuverlässige Existenzgrundlage besitzen. (International Food Policy Research Institute, 2021)

4.6 Einfluss auf die Ernährungssicherheit

Am meisten wurden folgende vier Bereiche durch die COVID-19 Pandemie hinsichtlich der Ernährungssicherheit beeinflusst:

- Einkommensverlust
- Störungen der Lebensmittelkette
- Konsumverhalten: zum Beispiel Lebensmittelverschwendung, Änderung des Ess- und des Einkaufsverhaltens
- Politik: zum Beispiel Exportstopps von Lebensmitteln (Laborde et al., 2021)

Der Einfluss der COVID-19 Pandemie auf die Ernährungssicherheit ist folgenschwer. Schätzungen zufolge könnte die Zahl der Menschen, welche in extremer Armut leben, auf 150 Millionen weltweit ansteigen, wenn keine Unterstützung für die Länder aufgebracht wird. Prozentual ausgedrückt wäre das eine Erhöhung um 20% des aktuellen Armutsstatus. (Swinen & McDermott, 2020, S. 8)

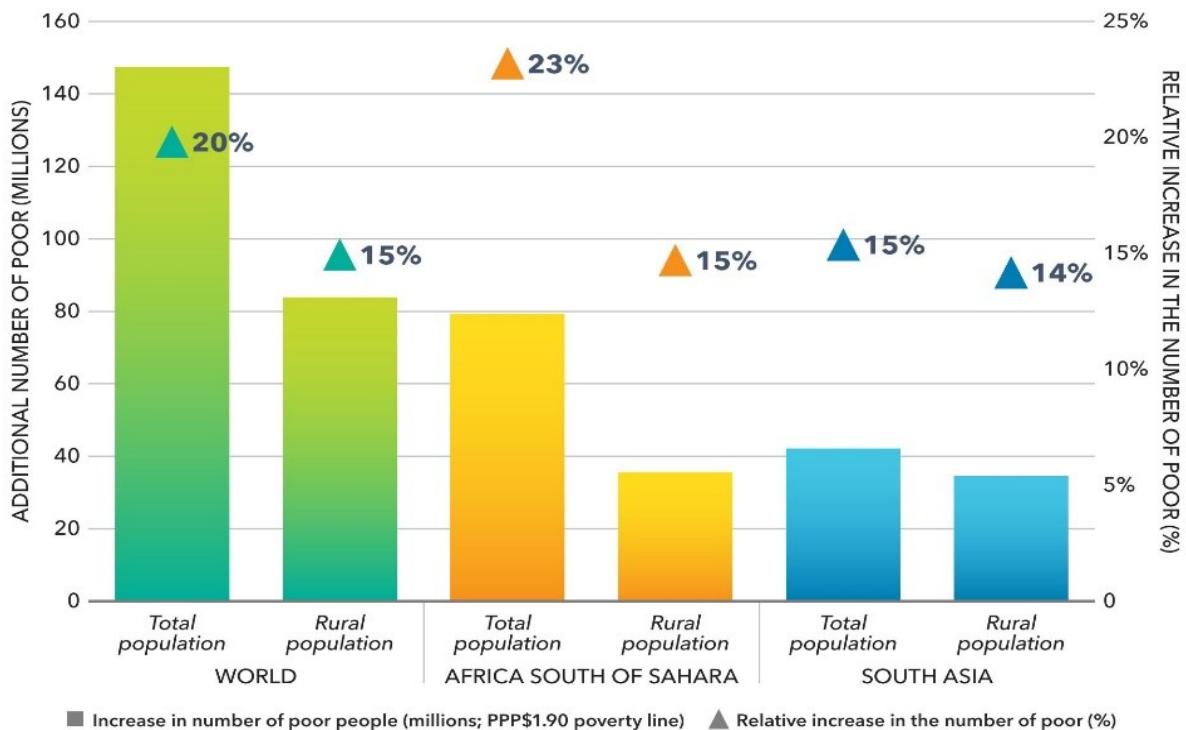


Abbildung 7: Einfluss durch COVID-19 auf die extreme Armut (Swinen & McDermott, 2020, S. 18)

Diese Gesundheitskrise hat das Lebensmittelsystem und die Nahrungssicherheit auf unterschiedliche Weise verändert. Einerseits ist das Lebensmittelangebot, andererseits die Nachfrage nach Lebensmitteln betroffen. Lebensmittelversorgungsketten wurden durch die COVID-19 Pandemie beeinflusst. (FAO, IFAD, UNICEF, WFP and WHO, 2020, S. 45)

Bereits frühere Gesundheitskrisen haben gezeigt, dass das Risiko einer Ernährungsunsicherheit von der wirtschaftlichen Entwicklung abhängt. Wenn die Arbeitsverhältnisse und das damit verbundene Einkommen wegfällt, wird die Schere zwischen den Armen und Reichen immer größer. Die Ernährungssicherheit der armen Bevölkerung wird durch folgende Gründe im Zuge der COVID-19 Pandemie beeinflusst:

-
- Der weltweite wirtschaftliche Rückgang beeinflusst das Einkommen der Ärmern stärker.
 - Die arme Bevölkerung gibt einen größeren Teil des Einkommens für Lebensmittel aus.
 - Körperliche Arbeiten, welche sehr häufig von den Armen getätigt werden, sind besonders stark durch die Gesundheitskrise betroffen.
 - Die Armen haben häufig schlechteren Zugang zu gesundheitlicher Versorgung und zu sanitären Einrichtungen.
 - Arme Länder haben geringere wirtschaftliche Kapazitäten für eine Kompensation des sinkenden Einkommens. (Swinnen & McDermott, 2020, S. 20)

Mangelernährung:

Als Folge der COVID-19 Pandemie ist mit einem Anstieg von 83-132 Millionen Menschen, welche als unterernährt gelten, zu rechnen. Diese Zahl ist jedoch von der wirtschaftlichen Entwicklung abhängig. (FAO, IFAD, UNICEF, WFP and WHO, 2020, S. 19)

Durch eine steigende Nahrungsunsicherheit wird indirekt auch das Risiko einer Malnutrition gefördert. Die Ursachen dafür sind sehr unterschiedlich. Lebensmittelketten werden unterbrochen, weil es zu Schwierigkeiten beim Transport von Lebensmitteln kommt. Konsument*innen werden durch Ausgangsbeschränkungen und anderen Maßnahmen zur Einschränkung der Verbreitung des COVID-19 Virus, der Zugang zu Märkten, auf dem sie Lebensmittel erwerben, erschwert. Außerdem sind Preissteigerungen von Gütern möglich. Ein weiterer wichtiger Punkt ist die steigende Arbeitslosigkeit und das kann ein niedrigeres Einkommen zur Folge haben. All diese Faktoren begünstigen eine weniger gesunde Ernährung und lassen somit das Risiko für eine Mangel- und/oder Fehlernährung ansteigen. (FAO, IFAD, UNICEF, WFP and WHO, 2020, S. 57)

Staatsprogramme für Ernährungssicherheit, Gesundheit und Armut werden ebenfalls stark durch die COVID-19 Pandemie beeinflusst. Da beispielsweise die Schulen geschlossen wurden, müssen Programme, welche sich für ein regelmäßiges Schulessen einsetzen, eingestellt werden. (Swinnen & McDermott, 2020, S. 22) Durch die Schließung von Schulen, müssen unzählige Schüler*innen auf das Essen in der

Schule verzichten. Dies wiederum lässt das Risiko einer Mangelernährung ansteigen. (FAO, IFAD, UNICEF, WFP and WHO, 2020, S. 57)

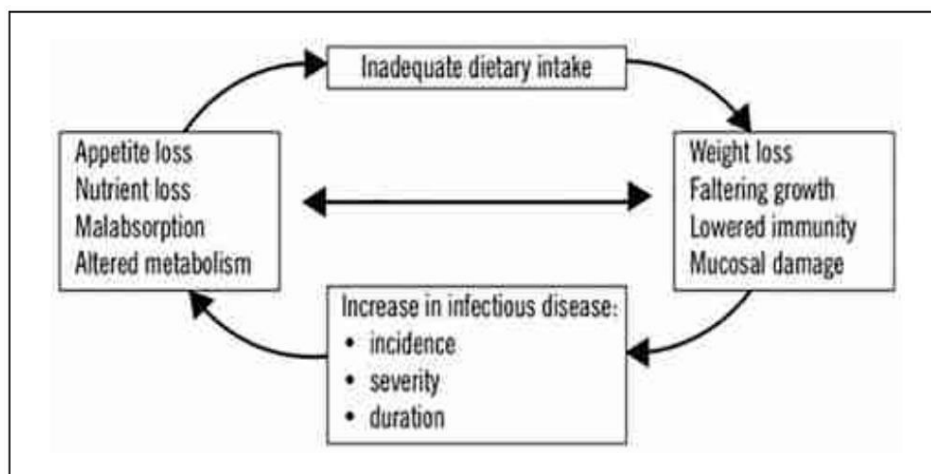


Abbildung 8: Kreislauf zwischen Malnutrition und Infektionen (Ong et al., 2020)

Wie Abbildung acht zeigt, hängen Mangelernährung und Infektionen eng zusammen. Denn wenn der Körper gegen eine Infektion ankämpft, ist der Energie- und Nährstoffbedarf erhöht. Wenn aber wiederum eine unausgewogene Ernährung vorliegt, dann kann das Immunsystem beeinträchtigt werden. (Ong et al., 2020)

Ernährungsqualität:

Die Qualität der Ernährung hängt von verschiedenen Faktoren ab. Dazu zählt die Vielfalt innerhalb und zwischen Lebensmittelgruppen. Weiters ist die ausreichende Menge an Lebensmitteln entsprechend des Bedarfs relevant. Als weiterer Punkt kann der mäßige Konsum von Lebensmitteln, welche nur begrenzt aufgenommen werden sollten, genannt werden. Der vierte Punkt beschreibt eine Ausgeglichenheit der Makronährstoffe. (FAO, IFAD, UNICEF, WFP and WHO, 2020, S. 69)

Die Qualität der Ernährung des Menschen ist ausschlaggebend für die Gesundheit. So kann eine ungesunde Ernährung nicht übertragbare Krankheiten, wie zum Beispiel kardiovaskulären Erkrankungen und Diabetes, hervorrufen. Diese Erkrankungen können wiederum zum Tod führen, wenn diese nicht rechtzeitig erkannt oder adäquat behandelt werden. Übergewicht und Adipositas stellen einen Risikofaktor für diese Erkrankungen dar. Weltweit sind 71 Prozent der Todesfälle den nicht übertragbaren Krankheiten zuzuschreiben. (FAO, IFAD, UNICEF, WFP and WHO, 2020, S. 92)

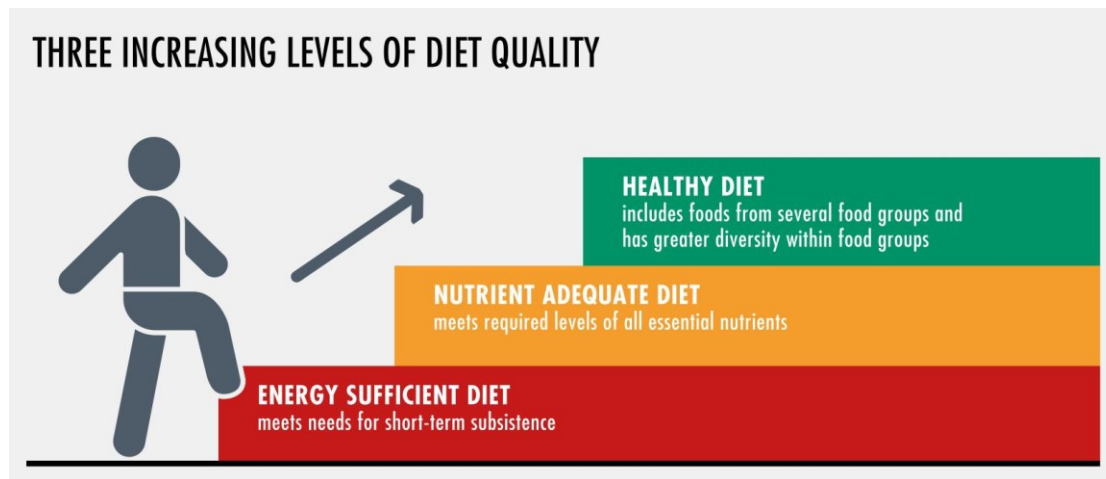


Abbildung 9: 3 Level der Nahrungsqualität (FAO, IFAD, UNICEF, WFP and WHO, 2020, S. 101)

Abbildung neun beschreibt die drei Level der Nahrungsqualität. Eine Ernährung, welche nur den Energiebedarf deckt, stellt die unterste Stufe dar. Um den Bedarf aller essenziellen Nährstoffe aufzunehmen, ist eine Ernährung entsprechend dem zweiten Level zu nennen. Der Goldstandard ist eine gesunde Ernährung. (FAO, IFAD, UNICEF, WFP and WHO, 2020) Unter einer gesunden Ernährung versteht man eine adäquate Energie- und Nährstoffzufuhr, die dem individuellen Bedarf entspricht. Außerdem ist eine Variabilität von verschiedenen Lebensmittelgruppen von Bedeutung. Durch eine ausgewogene und gesunde Ernährung soll einer Fehlernährung und verschiedenen Erkrankungen entgegengewirkt werden. (FAO, IFAD, UNICEF, WFP and WHO, 2020, S. 92)

Eine Ernährung, welche als gesund und ausgewogenen bezeichnet werden kann, ist um 60% teurer als eine Ernährung, welche nur den Bedarf an essenziellen Nährstoffen deckt. Im Vergleich zu einer Ernährungsform, welche nur den Energiebedarf eines Menschen durch Grundnahrungsmittel deckt, ist eine gesunde Ernährung sogar fünf Mal so teuer. (FAO, IFAD, UNICEF, WFP and WHO, 2020, S. 93) Deshalb können sich auch viele diese Ernährungsform nicht oder nur schwer leisten. Einkommensschwache Personen müssten somit mehr oder sogar den Großteil ihres Gehalts für nährstoffreiche und abwechslungsreiche Lebensmittel ausgeben. Untersuchungen haben ergeben, dass sich im Jahr 2017 mehr als drei Milliarden Menschen keine gesunde Ernährung leisten können. Den höchsten prozentuellen Anteil weist Westafrika mit 82% auf. (FAO, IFAD, UNICEF, WFP and WHO, 2020, S. 112)

Eine Analyse der Ernährungsgewohnheiten zeigte, dass das Ausmaß der Nahrungsunsicherheit Einfluss auf die Lebensmittelqualität hat. Die Qualität sinkt mit der Stärke der Nahrungsunsicherheit. (FAO, IFAD, UNICEF, WFP and WHO, 2020, S. 21)

Die Folgen der COVID-19 Pandemie haben mehr nachteilige Effekte auf die Qualität der Lebensmittel als auf die Quantität. Die Versorgung mit Grundnahrungsmitteln ist durch die gegenwärtige Gesundheitskrise kaum in Gefahr, da diese weniger arbeitsintensiv sind und meist lange gelagert werden können. Bei Obst, Gemüse, Fleisch und Milchprodukten ist dies jedoch anders. Diese Lebensmittelgruppen sind auch anfälliger für Preisschwankungen. (FAO, IFAD, UNICEF, WFP and WHO, 2020, S. 80) Durch steigende Lebensmittelpreise und einem sinkenden Einkommen bleibt vielen Leuten folglich weniger Geld für Lebensmittel. (Swinnen & McDermott, 2020, S. 21)

Man kann in Entwicklungsländern zwischen zwei Lebensmittelgruppen, teure und günstige Nahrungsmittel, unterscheiden. Reis, Mais, Weizen und Kassava sind erschwinglicher, jedoch auch nicht so reich an relevanten Nährstoffen wie tierische Produkte, Obst und Gemüse, deshalb bevorzugen einkommensschwache Familien häufig die preiswerteren Lebensmittel. Dies wiederum nimmt Einfluss auf die Nahrungsqualität. (Swinnen & McDermott, 2020, S. 38)

Durch die Tatsache, dass frische Lebensmittel auch meistens leicht verderblich und mit einem höheren Arbeitsaufwand verbunden sind, sind hier die Probleme beim Transport häufiger. Genau diese Lebensmittelgruppen sind jedoch besonders nährstoffreich und relevant für eine qualitativ hochwertige Ernährung. Durch die Schließung von (in)-offiziellen Märkten, ist es jedoch für viele Menschen nicht mehr möglich, frische Produkte zu kaufen. In Ländern mit einem vermehrt mittleren oder hohen Einkommen ist es hingegen oft so, dass stark verarbeitete und verpackte Lebensmittel billiger sind als frische Produkte. Außerdem sind die verarbeiteten Lebensmittel häufig reich an Fetten, Zucker und Salz und tragen somit zu einer schlechten Ernährungsqualität bei. (FAO, IFAD, UNICEF, WFP and WHO, 2020, S. 80) Es zeigt sich, dass Ernährungsunsicherheit nicht nur mit Unterernährung im Zusammenhang steht. Auch Übergewicht und Adipositas können durch eine

Ernährungsunsicherheit bedingt sein. (FAO, IFAD, UNICEF, WFP and WHO, 2020, S. 69)

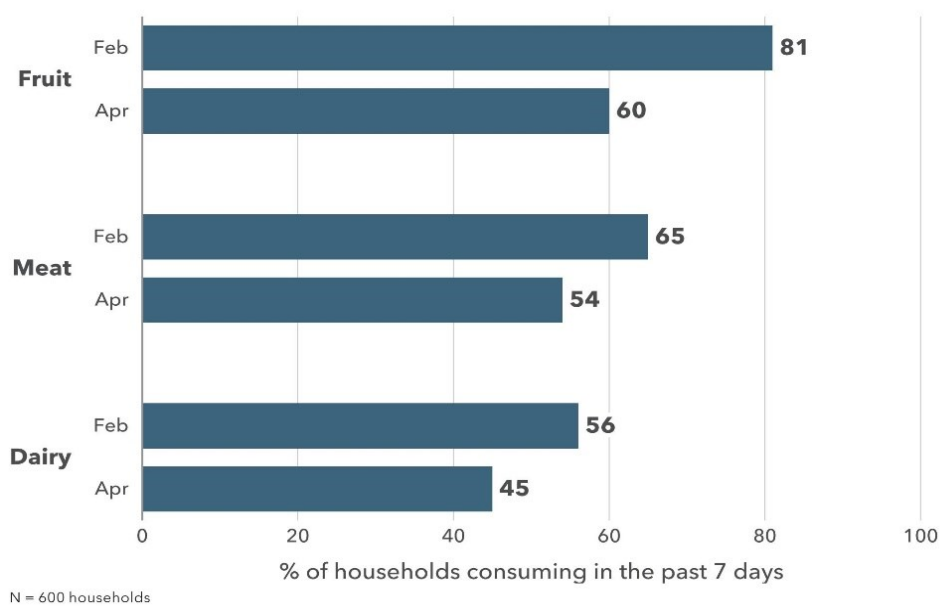


Abbildung 10: Änderung der Lebensmittelauswahl durch COVID-19 im Jahr 2019 (Swinnen & McDermott, 2020, S. 48)

Es ist eine sinkende Ernährungsqualität in Ländern mit einem niedrigen oder mittleren Einkommen durch die Folgen der COVID-19 Pandemie zu erwarten. Diese Feststellung zeigt auch die Abbildung zehn. Neben den bereits genannten Gründen sind auch eingeschränkte Programme, zum Beispiel bezüglich der schulischen Verpflegung, dafür verantwortlich. (Swinnen & McDermott, 2020, S. 38)

Bei vorhergehenden Krisen konnten durch das Absinken der Nahrungsqualität verschiedene Mangelkrankungen festgestellt werden. Unter anderen trat ein Eisenmangel bei Kindern auf. Generell stieg die Zahl an unterernährten Kindern an. (Swinnen & McDermott, 2020, S. 39)

Es wird bereits eine steigende Nahrungsunsicherheit in Ländern wie zum Beispiel Afghanistan und Zentralafrika festgestellt. Auch besonders hart ist Somalia von dieser Gesundheitskrise betroffen. Zwischen Juli und September 2020 waren dort 3,5 Millionen Menschen von Krisen oder extremer Nahrungsunsicherheit betroffen. Das entspricht einer Zunahme um das Dreifache zum Vergleich der Zeit vor der COVID-19 Pandemie. Somalia wurde jedoch neben der Gesundheitskrise auch noch von Überschwemmungen, Trockenheit und einer Heuschreckenplage herausgefordert. (FAO, 2020)

Die FAO diskutiert verschiedene Ansätze von Empfehlungen für die Regierung, um den Zugang zu nährstoffreichen Lebensmitteln für alle möglichst während und nach der COVID-19 Gesundheitskrise aufrecht zu erhalten. Folgende politische Maßnahmen könnten helfen:

- Lebensmittelhilfen und Programme ausbauen und verbessern
- Humanitäre Hilfen
- Globalen Handel offen halten
- Lebensmittelversorgungsketten unterstützen
- Kleinbauern unterstützen
- Food Safety Management Systems + HACCP
- Zahl der Arbeitslosen beachten (FAO, IFAD, UNICEF, WFP and WHO, 2020, S. 168)

Lieferketten:

Auf der ganzen Welt sind die Auswirkungen der COVID-19 Pandemie auf die Lebensmittelversorgungsketten beobachtbar. Wie zum Beispiel in Indien, wo zum Teil Kühe mit Obst gefüttert werden mussten, weil das Obst nicht am Markt verkauft werden konnten. In den USA und in Kanada mussten Lebensmittel, wie beispielsweise Milch, wieder weggeschüttet werden, weil Restaurants und Hotels, für die diese bestimmt waren, geschlossen hatten. Eine große Zahl an Erntehelfer*innen konnten durch geschlossene Ländergrenzen nicht zu ihrem Arbeitsplatz anreisen. Folglich verrotteten viele Lebensmittel noch am Feld. (Maximo, 2020, S. 588)

Die COVID-19 Pandemie hat nicht nur Einfluss auf die Nahrungssicherheit bezüglich des Mangels an Nahrungsmitteln und anderen Gütern. Dabei ist laut FAO das Nahrungsangebot nicht das Hauptproblem, sondern der erschwerte Transport von den Bauern und Häfen zu den Konsumenten. Aus diesem Grund nahmen die Vorräte in den Supermärkten ab und große Mengen an frischen Lebensmitteln mussten entsorgt werden, weil sie verdorben waren. (Ong et al., 2020)

Ein Mangel an Arbeitskräfte erschwerte vor allem arbeitsintensive Lebensmittelbereiche, wie die Obst- und Gemüseplantagen. Durch geschlossene Grenzen und Arbeitseinschränkungen kam es zu steigenden Preisen. Dies wiederum erschwerte die Gewährleistung der Nahrungssicherheit für alle Schichten der

Bevölkerung, am meisten jedoch für finanziell schwache Personen. Viele Personen, welche im Bereich der Lebensmittelkette arbeiteten, zum Beispiel im Transport oder Verkauf von Lebensmitteln, aber auch Bauernfamilien, litten durch die Lockdowns besonders stark. (Swinnen & McDermott, 2020, S. 9)

Ein großer Teil der Bevölkerung in Afrika arbeitet auf Märkten oder als Straßenverkäufer*in. Durch Lockdowns und Abstandsregeln wurde auch in diesen Bereichen die Arbeit deutlich erschwert. Händler*innen pendeln häufig mittels öffentlicher Verkehrsmittel jeden Tag in das Stadtzentrum. Die Arbeit erfolgt oft auf kleinsten Raum und eng aneinandergedrängt. Meistens sind diese Arbeiter*innen auf diesen Job und das damit verbundene Geld angewiesen, dass diese sich trotz Krankheit gezwungen fühlen, weiterzuarbeiten. (Swinnen & McDermott, 2020, S. 73)

Lebensmittelhändler*innen sind ein wichtiger Bestandteil im afrikanischen Lebensmittelsystem. Sie bieten ein Einkommen für Bauernfamilien und überbringen die Nahrung an die Konsument*innen. Aus diesen Gründen ist es umso wichtiger, diese Händler*innen in Krisen, zu unterstützen und zu fördern. (Swinnen & McDermott, 2020, S. 74)

In Westafrika werden Lebensmittel und Güter meist in der Nacht transportiert, weil es während des Tages zu heiß dafür ist. Viele Lebensmittel würden durch die Hitze zu schnell verderben. Durch die Ausgangsbeschränkungen wird der nächtliche Transport jedoch zusätzlich erschwert. Außerdem werden Transportzeiten durch Gesundheitschecks verlängert. Folglich steigt die Menge an verdorbenen Lebensmitteln und es kommt zu einem Verlust der benötigten Ware. (Swinnen & McDermott, 2020, S. 70)

Auf den Philippinen wurden vor der COVID-19 Pandemie bereits 30% aller Lebensmittel weggeworfen. Diese Zahl stieg jedoch seitdem Ausbruch der Viruserkrankung auf 60% an. (Emergency Nutrition Network, 2021)

Um Bauern und Händler von Lebensmitteln zu unterstützen, sollte die Regierung eventuelle Unterschiede bei den Ausgangsbeschränkungen bedenken, da diese vor allem für leichtverderbliche Lebensmittel nachteilig sind. Bezüglich der Handelspolitik innerhalb den Ländern Afrikas sollten die Steuern auf Landwirtschafts- und Lebensmittelprodukte reduziert werden, um die höheren Transportkosten zu

kompensieren. Außerdem sollte eine Aufhebung von Transportverboten für diese Güter angedacht werden. (Swinnen & McDermott, 2020, S. 72)

Durch die Gesundheitskrise wird die Wertschöpfungskette gestört. Beispiele dafür sind, dass die Ernte durch eine zu geringe Anzahl von Arbeiter*innen behindert ist. Wiederum kann weniger am Feld angebaut werden, weil zu wenige Samen und Düngemittel vorhanden sind. Der Transport ist durch die verringerten Transportmöglichkeiten eingeschränkt und der Verkauf auf den Märkten kann durch die Ausgangsbeschränkungen und die Abstandsregeln nicht wie gewohnt abgehalten werden. (Swinnen & McDermott, 2020, S. 21)

5 Ebola Epidemie

Folgendes Kapitel beschäftigt sich mit der Ebola Epidemie in Westafrika von 2014 bis 2016. Im Diskussionsteil wird ein Vergleich zur COVID-19 Pandemie gezogen. Es werden die Gemeinsamkeiten und Unterschiede zwischen den beiden Viruserkrankungen beleuchtet.

Bei der Ebola-Viruserkrankung handelt es sich um eine seltene, aber oft schwer verlaufende Infektionskrankheit, für welche ein hämorrhagisches Fieber charakteristisch ist. Häufig wird daher auch die Bezeichnung "Ebolafieber" verwendet. Die Letalität beträgt durchschnittlich 50%. Diese Zahl wies in den vergangenen Ausbrüchen jedoch große Schwankungen von 25-90% auf. (WHO, 2021)

5.1 Symptome

Die Inkubationszeit beträgt zwei bis einundzwanzig Tage. Das Virus kann nur übertragen werden, wenn bereits Symptome aufgetreten sind. Symptome des Ebolafiebers treten häufig sehr spontan auf. Folgende Auflistung zeigt das klassische klinische Bild:

- Fieber
- Müdigkeit
- Muskelschmerzen
- Kopfschmerzen
- Halsschmerzen
- Erbrechen
- Durchfall
- Hautausschlag
- eingeschränkte Leber- und Nierenfunktion
- innere und äußere Blutungen
- geringe Anzahl an weißen Blutkörperchen und Blutplättchen
- erhöhte Leberenzyme (WHO, 2021)

5.2 Diagnose

Häufig kann eine Ebola-Viruserkrankung nur schwer von einer anderen Infektionskrankheit wie zum Beispiel Malaria oder Meningitis unterschieden werden,

da die Symptome sehr ähnlich sind. Außerdem sollten potenziell Schwangere oder bereits Schwangere schnell auf das Ebolavirus getestet werden. Grund dafür ist, dass auch hier die Begleiterscheinungen identisch sein können. (WHO, 2021)

Um eine Diagnose stellen zu können, gibt es verschiedene Methoden um zu testen, ob eine Person mit dem Ebolavirus infiziert ist. Hierzu zählen:

- ELISA
- Antigen-Test, Serumneutralisationstest
- RT-PCR
- Elektronenmikroskopie
- Virusisolation mittels Zellkultur (WHO, 2021)

5.3 Übertragung

Flughunde gelten als der natürliche Wirt des Ebolavirus. Eine Übertragung des Virus auf den Menschen kann durch den Kontakt von Blut, Sekret, Organen oder anderen Körperflüssigkeiten von infizierten Tieren wie zum Beispiel Flughunden, Schimpansen, Gorillas, Affen, Waldantilopen oder Stachelschweinen geschehen. (WHO, 2021)

Durch direkten Kontakt von Menschen zu Menschen konnte sich das Ebolavirus weiter ausbreiten. Menschen können sich anstecken, wenn sie in Kontakt mit Blut oder anderen Körperflüssigkeiten von infizierten Personen kommen. Außerdem kann eine Übertragung über kontaminierte Gegenstände stattfinden. (WHO, 2021)

Sehr häufig kam es zu Ansteckungen von Gesundheitspersonal, weil der Patient*innenkontakt häufig sehr körpernah und somit das Risiko sehr hoch ist, wenn die entsprechenden Schutzmaßnahmen nicht ausreichend eingehalten werden. (WHO, 2021)

Schwangere Frauen können auch nach einer Ebola-Erkrankung noch das Virus über die Muttermilch übertragen. Deshalb sollte die Muttermilch auf das Virus getestet werden, bevor die Mutter das Stillen wieder fortsetzt. (WHO, 2021)

5.4 Verbreitung

Die Ebola-Viruskrankheit trat zum ersten Mal 1976 im heutigen südlichen Sudan und in der Demokratischen Republik Kongo auf. Die Bezeichnung "Ebola" stammt von

einem Fluss, an dem das Virus zu Beginn vorkam. Der größte Ausbruch war von 2014 bis 2016 in Westafrika. Vor allem Guinea, Sierra Leone und Liberia waren hierbei besonders stark betroffen. (WHO, 2021)

In Summe waren dort 28.603 Personen an Ebola erkrankt oder galten als Verdachtsfall. 11.301 Menschen starben an dem Ebolavirus. Besonders zwischen August und Dezember 2014 stiegen die Infektionszahlen drastisch an. Danach sank die Inzidenz aufgrund von Präventionsmaßnahmen wie zum Beispiel Isolation und Behandlung. Dieser Zeitabschnitt, der bis zum Halbjahr 2015 andauerte, wird als erste Phase bezeichnet. (WHO, 2016b)

Außerhalb Westafrikas konnten nur wenige Ebola-Erkrankte verzeichnet werden. Vereinzelt gab es in Italien, Spanien, England, USA, Mali, Nigeria und Senegal. (WHO, 2016b)

Anfang Juni 2016 erklärt zuerst Guinea und schließlich auch Liberia das Ende der Ebolavirus-Epidemie. (WHO, 2016c)

Country	Case definition	Cumulative cases	Cases in past 21 days	Cumulative deaths
Guinea [#]	Confirmed	3351	0	2083
	Probable	453	*	453
	Suspected	0	*	‡
	Total	3804	0	2536
Liberia ^{**}	Confirmed	3151	-	‡
	Probable	1879	-	‡
	Suspected	5636	-	‡
	Total	10 666	-	4806
	Confirmed	9	0	3
	Probable	*	*	‡
	Suspected	*	*	‡
	Total	9	0	3
Sierra Leone [§]	Confirmed	8704	-	3589
	Probable	287	-	208
	Suspected	5131	-	158
	Total	14 122	-	3955
	Confirmed	2	0	1
	Probable	*	*	*
	Suspected	*	*	*
	Total	2	0	1
Total	Confirmed	15 217	0	‡
	Probable	2619	*	‡
	Suspected	10 767	*	‡
	Total	28 603	0	11 301

Abbildung 11: Ebola-Viruserkrankung Fälle und Tote (WHO 2016a)

Diese Abbildung stellt die Erkrankungsfälle und die an dem Ebolavirus verstorbenen Personen in Westafrika dar. Die meisten Fälle hatte Sierra Leone zu verzeichnen. In Liberia ist die Anzahl der Verstorbenen mit 4806 Menschen am höchsten. Guinea liegt bezüglich beider Kennzahlen an dritter Stelle. (WHO, 2016a)

Weiters ist zu erwähnen, dass in dieser Abbildung die Fälle nach bestätigten, wahrscheinlichen und Verdachtsfällen unterteilt werden. Die jeweiligen Definitionen dafür sind in folgender Abbildung näher erläutert. (WHO, 2016a)

Classification	Criteria
Suspected	Any person, alive or dead, who has (or had) sudden onset of high fever and had contact with a suspected, probable or confirmed Ebola case, or a dead or sick animal OR any person with sudden onset of high fever and at least three of the following symptoms: headache, vomiting, anorexia/ loss of appetite, diarrhoea, lethargy, stomach pain, aching muscles or joints, difficulty swallowing, breathing difficulties, or hiccup; or any person with unexplained bleeding OR any sudden, unexplained death.
Probable	Any suspected case evaluated by a clinician OR any person who died from 'suspected' Ebola and had an epidemiological link to a confirmed case but was not tested and did not have laboratory confirmation of the disease.
Confirmed	A probable or suspected case is classified as confirmed when a sample from that person tests positive for Ebola virus in the laboratory.

Abbildung 12: Klassifikation von bestätigten, wahrscheinlichen und Verdachtsfällen (WHO 2014b)

5.5 Prävention und Behandlung

Um eine Verbreitung des Virus einzudämmen, bedarf es einiger Präventionsmaßnahmen. Dazu zählten beispielsweise die Kontaktverfolgung von erkrankten Personen, zuverlässige Laborergebnisse oder aber auch eine sichere Bestattung von verstorbenen Ebola-Patient*innen. Nur durch das Bewusstsein der Bevölkerung über die Risikofaktoren und die benötigten Präventionsmaßnahmen konnte eine Verbreitung auf weitere Personen reduziert werden. (WHO, 2021)

Damit es nicht zu weiteren gefährlichen Viruserkrankungen kommt, sollte das Risiko der Übertragung von Erregern von Wildtieren auf den Menschen minimiert werden. Deshalb ist vom Verzehr von rohem Wildtierfleisch abzuraten. Außerdem sollte bei der

Verarbeitung von Fleisch immer auf strenge Hygiene geachtet werden. Dabei ist besonders wichtig, dass die Arbeiter*innen bei der Verarbeitung von Fleisch stets Handschuhe und schützende Arbeitskleidung tragen. (WHO, 2021)

Um das Risiko der Übertragung von Menschen zu Menschen zu reduzieren, ist vor allem beim Kontakt mit infizierten Personen und Verdachtsfällen Vorsicht geboten. Auch hierbei ist die strikte Einhaltung von Hygienemaßnahmen von großer Bedeutung. (WHO, 2021)

Eine weitere Maßnahme zur Verhinderung einer ungehinderten Verbreitung des Ebolavirus ist die Überwachung von Personen, welche sich eventuell angesteckt haben könnten. Hierbei ist besonders von Bedeutung, dass die Inkubationszeit von einundzwanzig Tagen eingehalten wird. Außerdem sollten gesunde unbedingt von erkrankten Personen räumlich getrennt werden. (WHO, 2021)

Unter "Community Care Centres" versteht man kleine Unterkünfte mit bis zu zehn Betten, welche Menschen mit einer Ebola-Erkrankung einen Ort zur Isolation, aber auch zur Pflege und Betreuung durch Gesundheitspersonal, bieten. Dadurch kann eine Übertragung an andere Bewohner*innen in einem Haushalt verhindert werden. (WHO, 2014)

Neben einer unterstützenden Behandlung mit oraler oder intravenöser Flüssigkeit, steht vor allem eine Symptomlinderung im Fokus. Auch verschiedene Medikamente und Impfstoffe sind in Verwendung. (WHO, 2021)

Es sollte auf jeden Fall betont werden, dass durch eine rasche Hilfe die Anzahl der Todesfälle reduziert werden kann. (Laviano et al., 2020)

5.6 Auswirkungen

In einer Studie von Kodish et al. wurden die Auswirkungen durch die Ebola Virus-Erkrankung untersucht. Dabei stellte sich heraus, dass die Teilnehmer*innen prinzipiell mit den durchgeführten Bewältigungsstrategien zufrieden waren. Bezüglich dreier Punkte herrschte jedoch Verbesserungsbedarf. Diese sind das unvorbereitet Sein, der Einschränkungen hinsichtlich von Märkten und die gesellschaftliche Haltung. (Kodish et al., 2018)

Eines der Hauptprobleme bei der Bekämpfung des Ebolavirus war, dass die Behörden nicht auf eine derartige Gesundheitskrise vorbereitet waren. Dadurch fehlt ein Reaktionsplan. Dies wiederum führte dazu, dass die Reaktionskette sich stark verzögerte. Durch das ohnehin bereits schlecht ausgebaute Gesundheitssystem und ein schwaches epidemiologisches Überwachungssystem waren die Gegebenheiten in Westafrika nicht optimal. Aus diesem Grund ist eine internationale Zusammenarbeit zur Mobilisierung von Ressourcen besonders von Bedeutung. Die Untersuchung ergab jedoch, dass mit der Zeit diese anfänglichen Problematiken leichter in den Griff zu bekommen waren. (Kodish et al., 2018)

Durch eine fehlerhafte Kommunikation kam es wiederum zur Verstärkung von Verwirrung, Stigmatisierung und Ängsten rund um die Viruserkrankung. Außerdem waren viele Menschen zu Beginn gegenüber den medizinischen Maßnahmen skeptisch. (Kodish et al., 2018)

Das dritte Problem, auf welches in der Studie von Kodish et al. ein Hauptaugenmerk gelegt wurde, sind die Einschränkungen auf Märkten, bedingt durch die Maßnahmen zur Eindämmung der Ebola Epidemie. Die Studienteilnehmer*innen gaben an, dass es zu einer reduzierten Verfügbarkeit von Lebensmitteln kam. Grund dafür war, dass weniger Personen ihren Beruf in landwirtschaftlichen Bereichen wegen der Erkrankungen ausüben konnten. Außerdem kam es wegen der Einschränkungen im Lebensmittel- und export ebenso zu einer Reduktion in der Lebensmittelverfügbarkeit. (Kodish et al., 2018)

Gesellschaft:

Die Ebola Epidemie zeigte auf, dass durch Schulschließungen die Kinderarbeit, Vernachlässigung von Kindern und sexuelle Missbräuche sowie Teenager-Schwangerschaften signifikant angestiegen sind. (Renzaho, 2020)

Gesundheitssystem:

Das Gesundheitspersonal ist häufig einem großem Ansteckungsrisiko ausgesetzt, da es täglich mit vielen verschiedenen Menschen in Kontakt kommt. Zwischen 1. Jänner 2014 und 31. März 2015 erkrankten 815 Menschen mit Berufen im Gesundheitsbereich an Ebola. Dies betrug zu dem Zeitpunkt ein Prozentsatz von 3,9.

Die Hälfte der Erkrankten waren Gesundheits- und Krankenpfleger*innen und deren Assistent*innen. (WHO, 2015)

Circa 500 Personen, welche im Gesundheitsbereich tätig waren, sind durch das Ebolavirus verstorben. Durch die Epidemie in Westafrika wurde das Gesundheitssystem im Gesamten geschwächt, da das Gesundheitsbudget des Staates zur Bekämpfung der Ebola Epidemie im vollen Umfang verwendet wurde. Dies bringt drastische Folgen mit sich, wie zum Beispiel Rückschritte in der Malariabewältigung oder auch eine sinkender Anteil an anderen Impfungen. (Stingl, 2015)

Damit das Gesundheitspersonal vor der Viruserkrankung Ebola ausreichend geschützt war, sollte penibel auf Hygiene geachtet werden. Dazu zählte nicht nur regelmäßiges Händewaschen, sondern auch eine sichere Verabreichung von Injektionen. Es sollte darauf geachtet werden, dass kein direkter Kontakt mit Blut oder anderen Körperflüssigkeiten zwischen den Patient*innen entsteht. Bei engem Kontakt von weniger als einem Meter sollte das Gesundheitspersonal medizinische Masken und eine Schutzbrille tragen. Auf eine saubere Schutzkleidung war ebenso zu achten. Neben dem Gesundheitspersonal, waren auch Laborarbeiter*innen einem Risiko, sich mit Ebola anzustecken, ausgesetzt. (WHO, 2021)

Um die Kapazität des Gesundheitssystems zu bewahren ist der Schutz des Gesundheitspersonals eine bedeutende Voraussetzung. Diese Tatsache konnte den Umgang mit der Ebola Epidemie bestätigt werden. (WHO, 2015)

5.7 Einfluss auf die Ernährungssicherheit

In einer Studie von Kelly et. al wurde untersucht, ob Ernährungsunsicherheit ein Risikofaktor für die Erkrankung an Ebolafieber ist. Die Ergebnisse ergaben, dass zwar 87% der Erkrankten einer Ernährungsunsicherheit ausgesetzt waren, dennoch konnte in dieser Untersuchung kein signifikanter Zusammenhang festgestellt werden. (Kelly et al., 2018)

Bezüglich der Ebola Epidemie kann zwischen direkter und indirekter Ernährungsunsicherheit unterschieden werden. Man spricht von einem direkten Einfluss, wenn ein Mensch an Ebola erkrankt und somit einer Ernährungsunsicherheit ausgesetzt sein kann, weil damit eine Quarantäne verbunden ist. Die erkrankte Person

kann nicht mehr selbst einkaufen gehen. Zusätzlich kann es auch dazu kommen, dass weitere Familienmitglieder ebenfalls betroffen sind. (WFP, 2014)

Zu den indirekten Faktoren für eine Ernährungsunsicherheit während der Ebola Epidemie zählen folgende Punkte:

- Ernährungsunsicherheit vor der Krise
- Sozialer Einfluss
- Zugang zu Märkten
- Einfluss auf den Lebensunterhalt (WFP, 2014)

Viele Regionen, welche besonders stark unter der Ebola Epidemie litten, waren vor der Gesundheitskrise weniger stark von Ernährungsunsicherheit betroffen als Gebiete, welche bereits zuvor große Ernährungsunsicherheit aufwiesen. Als Beispiel können hierbei die Provinzen im Süden Liberias genannt werden. Diese Regionen waren weniger stark von der Ebola-Erkrankung betroffen, jedoch aber von einer größeren Ernährungsunsicherheit. Im Gegensatz dazu war in Sierra Leone vor der Epidemie die Nahrungssicherheit höher. (WFP, 2014)

In einer Untersuchung von Kodish et al. wurden die wichtigsten Herausforderungen hinsichtlich der Ernährung von Säuglingen und Kindern seit dem Ebola Ausbruch ermittelt. Hierbei wurde zwischen den Ländern Guinea und Sierra Leone unterschieden. In Guinea zählt unter anderem zu den bedeutendsten Herausforderungen die eingeschränkte Verfügbarkeit von Ernährungsprogrammen, der Zugang und die Nutzung des Gesundheitssystems und die mangelhafte Pflege und Praktiken der Säuglings- und Kinderernährung. In Sierra Leone stellen die Lieferungen und Abnahmen von Lebensmittelhilfe, die Herausforderungen bei der Implementierung und die Ernährungsunsicherheit in den Haushalten besonders große Herausforderungen dar. (Kodish, Simen-Kapeu et al., 2019)

Weiters wurden Faktoren ermittelt, welche es Organisationen ermöglicht, auf die Nahrungsbedürfnisse von Menschen in Guinea und Sierra Leone einzugehen. In Guinea wurden hierbei folgende drei Punkte als besonders wichtig erachtet: politischer Wille, steigende Finanzierung für Lebensmittel und die Lebensmittelhilfe. In Sierra Leone wird hingegen eine verstärkte Koordinierung als den relevantesten Faktor

angegeben. Der politische Wille und die Lebensmittelhilfe sind hier an Platz zwei und drei. (Kodish, Simen-Kapeu et al., 2019)

Im dritten Teil der Studie von Kodish et al. wurde untersucht, welche Lehren durch die Ebola Epidemie hinsichtlich der Ernährung gezogen werden konnten. Auch hier wurde erneut zwischen Sierra Leone und Guinea unterschieden. Die Studienteilnehmer*innen konnten bei der Angabe ihrer Erkenntnisse zwischen sehr wichtig, mäßig wichtig und weniger wichtig wählen. Folgende Abbildungen zeigen die Studienergebnisse jeweils für die beiden Länder. Es ist jedoch anzumerken, dass es sich in Sierra Leone nur um 15 Teilnehmer*innen und in Guinea um 21 Teilnehmer*innen handelte. (Kodish, Simen-Kapeu et al., 2019)

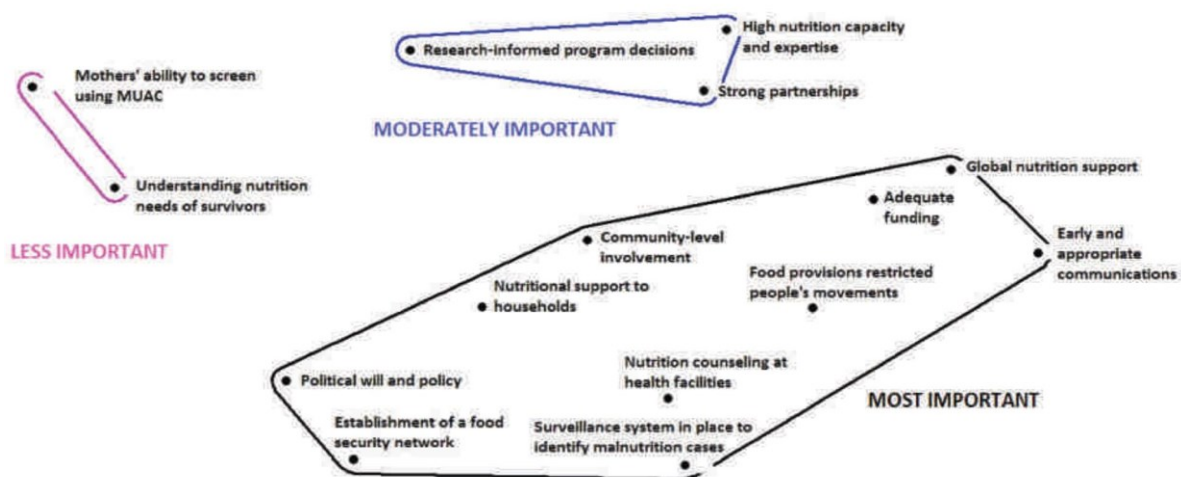


Abbildung 13: gelernte Faktoren durch die Ebola Virus-Erkrankung in Sierra Leone nach Wichtigkeit (Kodish et al. 2019b, S. 87)

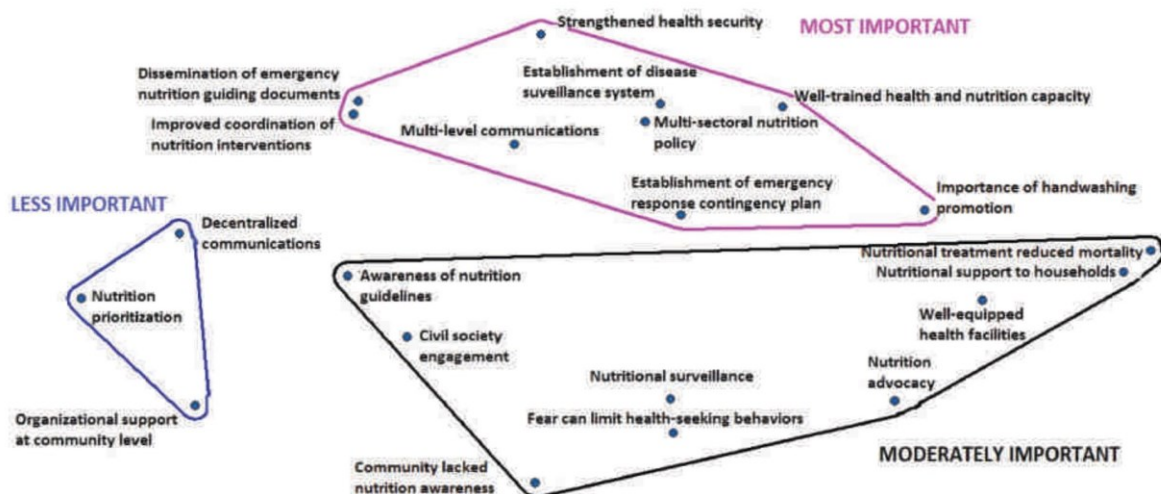


Abbildung 14: gelernte Faktoren durch die Ebola Virus-Erkrankung in Guinea nach Wichtigkeit (Kodish et al. 2019b, S. 88)

Es konnte gezeigt werden, dass während des Ebola Ausbruchs 2014 in Sierra Leone die Anzahl der akut mangelernährten Menschen zurückging. Grund dafür ist, dass zu dieser Zeit deutlich weniger Screenings durchgeführt wurden. Die Studie von Kamara et al. zeigte, dass es nach dem Ausbruch wiederum zu einem Anstieg an akuter Mangelernährung kam. (Kamara et al., 2017)

Auch die Beikost von Kleinkindern hat sich durch die Ebola Epidemie deutlich verändert. Aufgrund des fehlenden Zugangs zu Lebensmitteln kam es häufig zu einer Reduktion der Mahlzeiten der Kleinkinder. Auch waren die Eltern oft gezwungen auf qualitativ weniger hochwertige Lebensmittel zurückzugreifen, da es zu einer Preissteigerung gekommen war. (Kodish, Bio et al., 2019)

Ein weiterer relevanter Punkt ist, dass stillenden Müttern im Falle einer Erkrankung mit dem Ebolavirus oder bereits bei leichten Krankheitsanzeichen und dem Verdacht auf eine erfolgte Ansteckung geraten wurde, mit dem Stillen ihres Säuglings aufzuhören. Die Kinder wurden von ihren Müttern separiert, da es zu einer Übertragung mit dem Virus über die Muttermilch kommen konnte. (Kodish, Bio et al., 2019)

Die durch die Ebola Epidemie verursachten Auswirkungen betreffen alle Bereiche der Lebensmittel-Wertschöpfungskette. Einerseits sind Betroffene mit den klinischen Nebenwirkungen der Erkrankung selbst, aber auch mit den Maßnahmen zur Einschränkung einer weiteren Verbreitung des Virus konfrontiert. In Sierra Leone wurden Straßen gesperrt, um die Bewegung der Bevölkerung einzuschränken. Die Lebensmittelsicherheit wurde also negativ durch die Folgen der Epidemie beeinflusst. (Kodish, Bio et al., 2019)

Als Beispiel kann hier die Lebensmittelproduktion genannt werden. Dadurch, dass die Bewegungsmöglichkeit der Bevölkerung eingeschränkt wurde und auch viele Arbeitskräfte nicht mehr zum Arbeitsplatz konnten, gab es nachteilige Effekte auf die Landwirtschaft. Es kam zu Ernteeinbußen, da viele Erntehelfer*innen nicht anreisen konnten, selbst erkrankt waren oder sich in Quarantäne befanden. (Kodish, Bio et al., 2019)

Aufgrund der Problematik in Bereichen der Lebensmittelproduktion, kommt es auch zu Auswirkungen bei der Lagerung und Verarbeitung von Lebensmitteln. Sinkt die Menge an Lebensmitteln in der Produktion, reduziert sich folglich auch die Lebensmittelmenge

zur weiteren Verarbeitung und Lagerung. Jedoch werden vor allem während der Quarantäne vermehrt gelagerte Lebensmittel benötigt. (Kodish, Bio et al., 2019)

Auch die Menge an Lebensmitteln für den Handel sank als Folge der Ebola Epidemie. Durch die geringere Menge in der Produktion, konnten auch weniger Lebensmittel am Markt verkauft werden. (Kodish, Bio et al., 2019)

Märkte in Sierra Leone waren während der Epidemie weniger stark besucht. Grund dafür ist, dass die Bewegungsfreiheit eingeschränkt war und viele Personen sich in Quarantäne befanden. Außerdem gab es auch Märkte, welche komplett geschlossen waren. Auch kam es auf öffentlichen Plätzen wie zum Beispiel auf Märkten häufig zu Stigmatisierung von Personen, welche die Viruserkrankung bereits überstanden hatten. Viele Personen hatten Angst, sich auch nach einer bewältigten Erkrankung mit dem Ebolavirus anzustecken. (Kodish, Bio et al., 2019)

Um Auswirkungen auf die Lebensmittelkette beziehungsweise die Nahrungssicherheit zu vermeiden, sollte auf folgende drei Bereiche besonders geachtet werden:

1. Zugang zu Lebensmitteln und Verfügbarkeit
2. Kapazität, Koordination und Logistik
3. Screening auf Mangelernährung

Zum ersten Punkt ist anzumerken, dass während des Ebola Ausbruchs der Lebensmittelpreis stark angestiegen war, da weniger Güter vorhanden waren. Somit wurde die Verfügbarkeit von Lebensmitteln und der Zugang dazu für jeden Menschen weiter erschwert. (Kodish, Bio et al., 2019)

Beim zweiten Punkt ist vor allem darauf zu achten, dass während einer Gesundheitskrise nicht nur die Eindämmung der weiteren Verbreitung des Virus im Fokus liegt, sondern auch eine adäquate Koordination zur Bereitstellung von sicheren Lebensmitteln für jeden. Bei der Bereitstellung von Lebensmitteln ist besonders auf Betroffene aus schwer erreichbaren ländlichen Gegenden zu achten. (Kodish, Bio et al., 2019)

Durch den Ebola-Ausbruch kam es zu einer Reduktion von Screenings auf Mangelernährung bei Kindern. Grund dafür ist ein sinkendes Gesundheitsbewusstsein gegenüber anderen Erkrankungen. Dem sollte auf jeden Fall entgegengewirkt werden. (Kodish, Bio et al., 2019)

5.8 Interventionen

Während der Ebola Epidemie wurde die Nahrungssicherheit durch die Bereitstellung von Lebensmitteln gestärkt. Die Lebensmittelhilfe beinhaltete vor allem Reis, Linsen, Erbsen, Bohnen, Öl, Salz und Zucker. Kinder, welche nicht mehr gestillt werden konnten, wurden mit Ersatzmilch versorgt. Bei stark Untergewichtigen kamen Spezialnahrungsmittel wie "ready-to-use therapeutic foods" (RUTF) zum Einsatz. Zu Beginn war die Bevölkerung skeptisch gegenüber dieser Lebensmittelhilfe. Grund dafür war, dass viele Personen dachten, dass Lebensmittel, welche vom Gesundheitspersonal ausgegeben wurden, das Ebolavirus enthielten. Diese Angst legte sich jedoch mit der Zeit, sodass es teilweise sogar zu einer größeren Nachfrage an RUTF kam, als vorhanden waren. (Kodish et al., 2018)

6 Empirische Untersuchung

Folgendes Kapitel beschäftigt sich mit den Ergebnissen der empirischen Untersuchung, welche im Zuge dieser Masterarbeit durchgeführt wurde.

6.1 Studienpopulation

Die erste Frage der Befragung lautet „Bei welcher Organisation sind sie tätig?“. Hierbei gab es 11 Antwortmöglichkeiten die nationale und internationale Entwicklungsorganisationen beinhalten. Eine weitere Antwortmöglichkeit ist das Feld „Sonstiges“, in dem die Teilnehmer*innen eine offene Antwortmöglichkeit hatten.

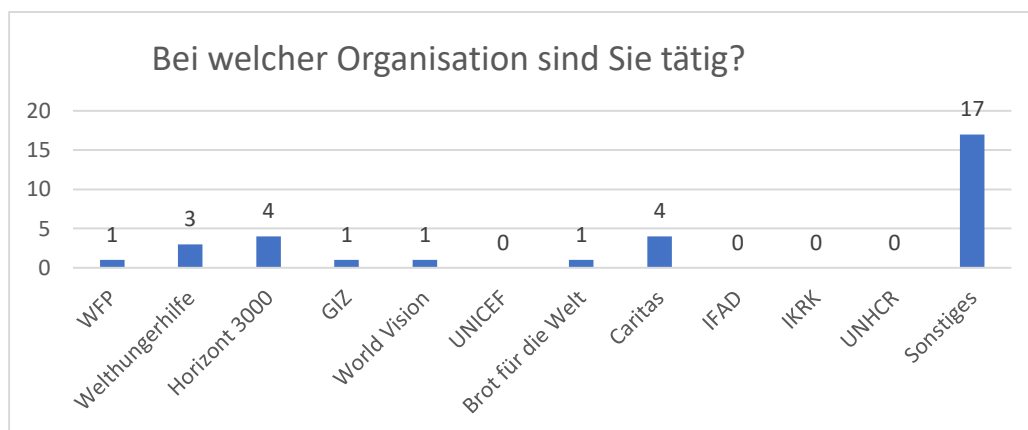


Abbildung 15: Bei welcher Organisation sind Sie tätig?

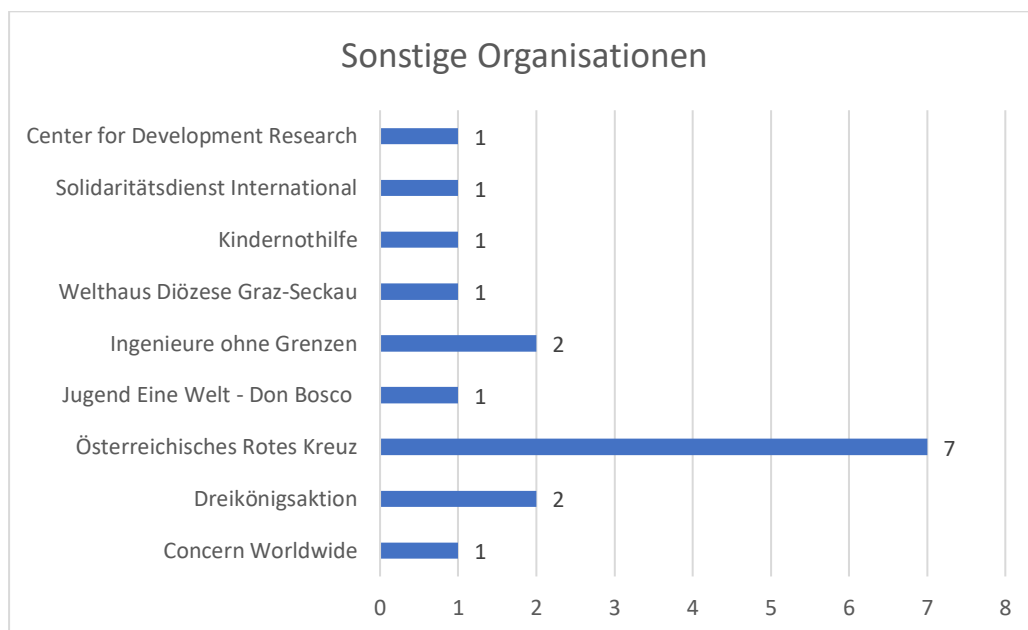


Abbildung 16: Bei welcher sonstigen Organisation sind Sie tätig?

Die Antworten auf die erste Frage lässt darauf schließen, dass die Befragung bei 13 verschiedenen Organisationen positive Rückmeldungen erzielen konnte. Die meisten Teilnehmer*innen sind Mitarbeiter*innen beim Österreichischen Roten Kreuz. Es wurden vor allem im deutschsprachigen Raum einige unterschiedliche Entwicklungsorganisationen und folglich auch verschiedene Tätigkeitsbereiche erreicht.

Die zweite Frage handelt von den Arbeitsbereichen, in denen die Studienteilnehmer*innen tätig sind. Hierbei waren auch Mehrfachantworten möglich.

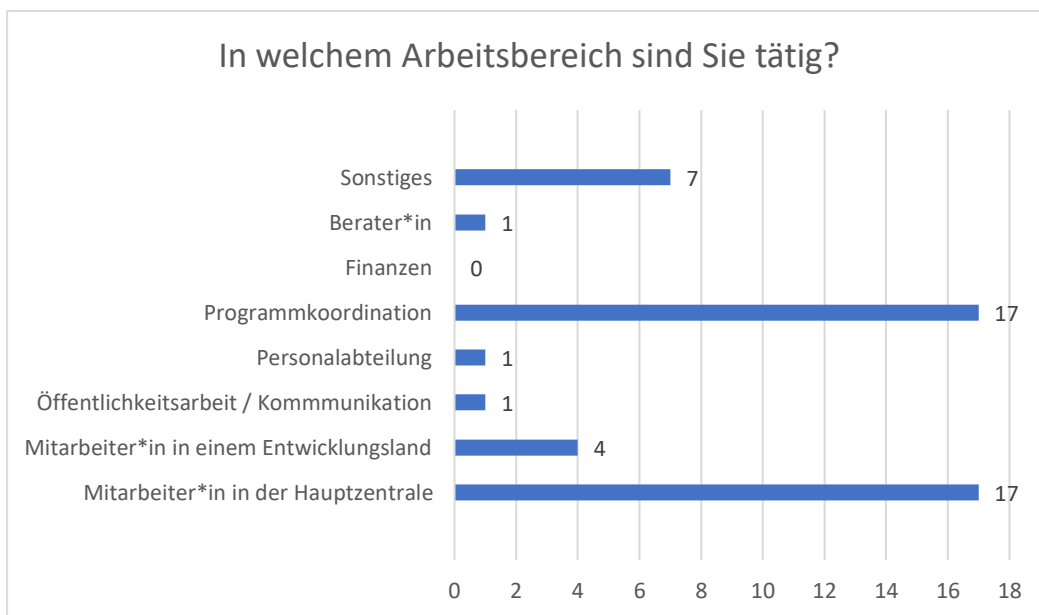


Abbildung 17: In welchem Arbeitsbereich sind Sie tätig?

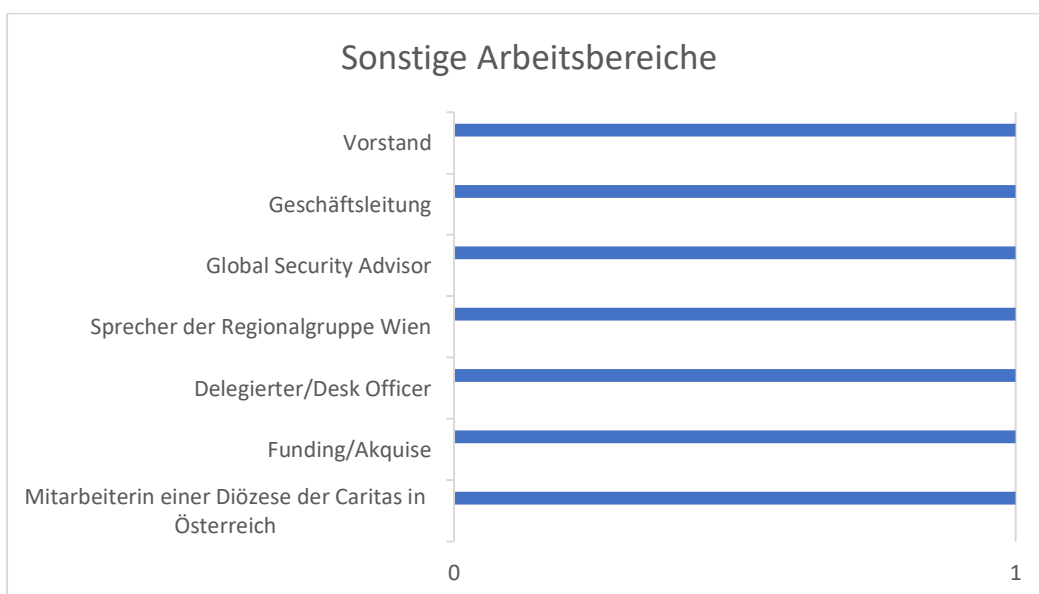


Abbildung 18: sonstige Arbeitsbereiche

Klar erkennbar ist, dass mehr als die Hälfte der Teilnehmer*innen als Projektkoordinator*in und/oder als Mitarbeiter*in in der Hauptzentrale tätig sind.

6.2 Arbeitsalltag

Der nächste Teil der Befragung befasst sich mit den Veränderungen durch die COVID-19 Pandemie auf den Arbeitsalltag der Studienteilnehmer*innen.

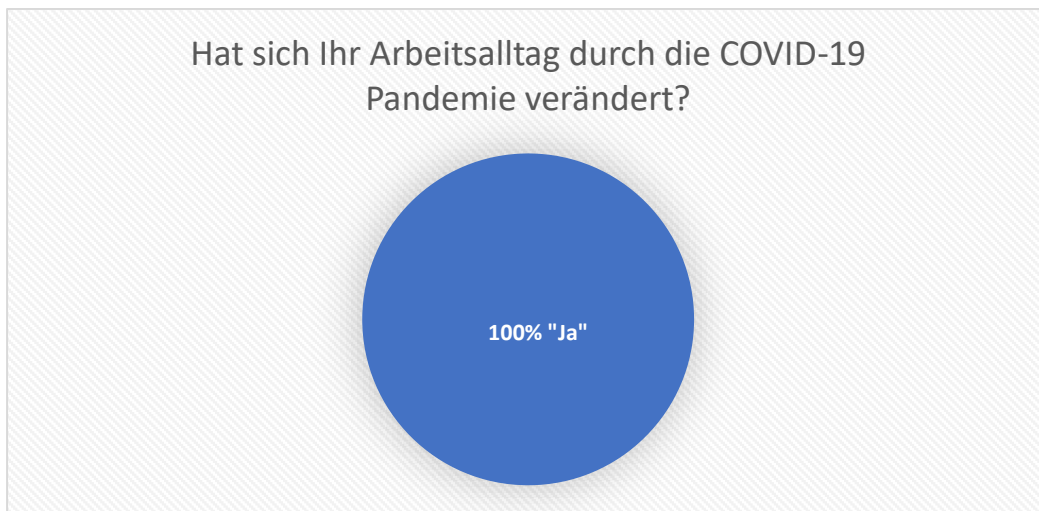


Abbildung 19: Hat sich Ihr Arbeitsalltag durch die COVID-19 Pandemie verändert?

Hinsichtlich der Antworten auf dieser Frage sind sich die Befragten zu 100% einig. Alle 32 Teilnehmer*innen gaben an, dass die COVID-19 Pandemie ihren Arbeitsalltag verändert hat. Dies deutet auf die Relevanz dieser Thematik hin.

Im Folgenden konnten in einer offenen Frage die für die Personen bedeutendsten Veränderungen in Hinblick auf den Arbeitsalltag kundgemacht werden. Bei den Antworten ist besonders auffällig, dass das Stichwort „Homeoffice“ sehr häufig genannt wurde. 65% der Studienteilnehmer*innen schrieben, dass durch die COVID-19 Pandemie das Arbeiten im Homeoffice zugenommen habe. Auch wurde von 40% der Personen erwähnt, dass Dienstreisen nur noch eingeschränkt möglich waren.

Folgendes wurden von den Mitarbeiter*innen von Entwicklungsorganisationen ebenso hinzugefügt: eingeschränkte Kontrollmöglichkeiten von Projekten, weniger Austausch mit Kollegen*innen und Ansprechpersonen in Entwicklungsländern, aufwändigere Administration, häufig verändernde Maßnahmen hinsichtlich Quarantäne und COVID-19 Tests, mehr Förderanträge und zusätzliche Programmanpassungen der Projekte.

Die nächsten Fragen betreffen die Arbeitszeit und den Arbeitsort und ob sich diese durch die COVID-19 Pandemie verändert haben. Wenn diese Fragen mit „Ja“ beantwortet wurden, öffneten sich weitere Fragen. Es soll ermittelt werden, ob sich die Arbeitszeit verlängert oder verkürzt hat und von welchem Ort aus aktuell hauptsächlich gearbeitet wurde.

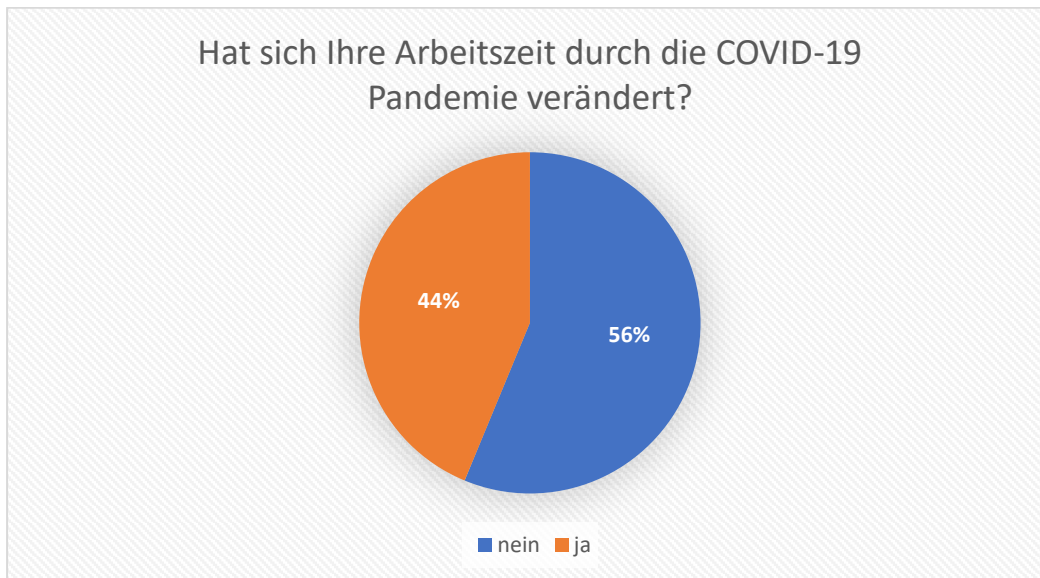


Abbildung 20: Hat sich Ihre Arbeitszeit durch die COVID-19 Pandemie verändert?

56% der Studienteilnehmer*innen gaben an, dass sich die Arbeitszeit durch die Gesundheitskrise verändert habe. Davon gaben 93%, das entspricht 17 Personen, an, dass sie seit der COVID-19 Pandemie länger arbeiten als zuvor. Nur bei einem Menschen verkürzte sich die Arbeitszeit durch die COVID-19 Pandemie.

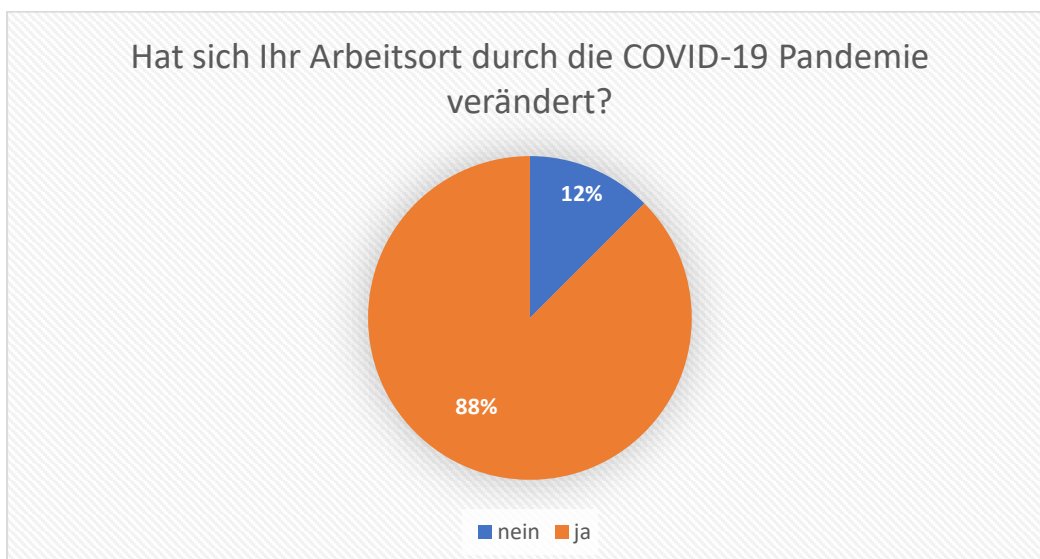


Abbildung 21: Hat sich Ihr Arbeitsort durch die COVID-19 Pandemie verändert?

Auf die Frage, ob sich der Arbeitsort durch die COVID-19 Pandemie für die Studienteilnehmer*innen verändert hat, antworteten 88% mit „Ja“. Für nur 12%, das sind vier Personen, hat sich der Arbeitsort nicht verändert.

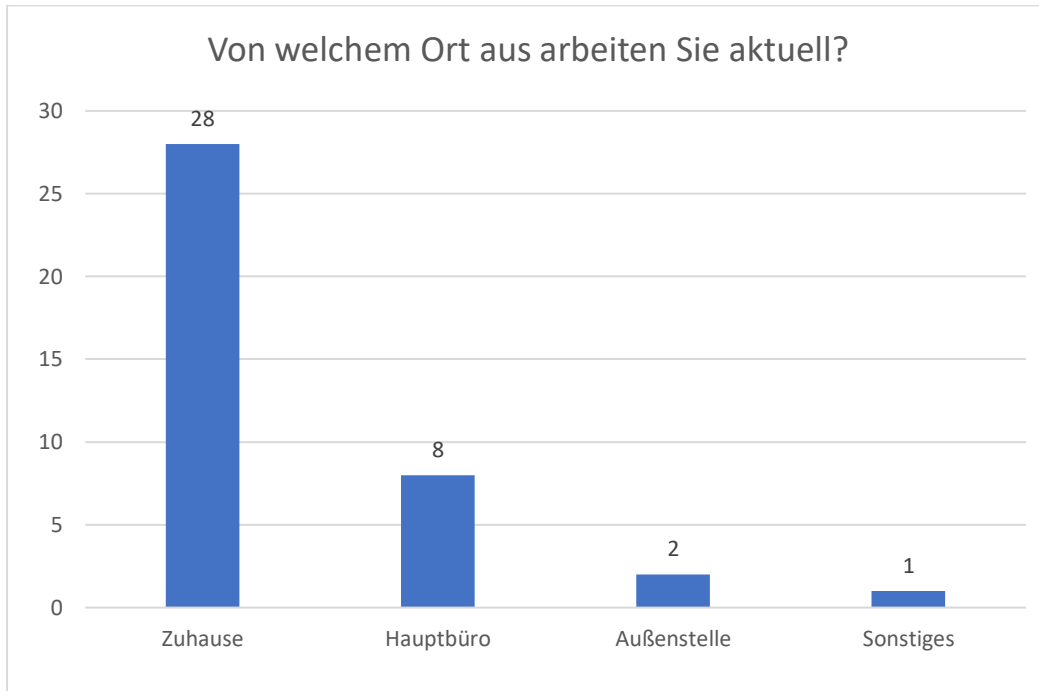


Abbildung 22: Von welchem Ort aus arbeiten Sie aktuell?

Auf diese Frage betreffend des aktuellen Arbeitsortes war ein mehrfaches Ankreuzen möglich. Von den 28 Personen, welche angaben, dass sich der Arbeitsort durch die COVID-19 Pandemie verändert hat, arbeiten alle zumindest zum Teil von Zuhause aus. Acht davon sind zusätzlich im Hauptbüro tätig. Nur zwei Personen verrichten ihre Tätigkeiten in einer Außenstelle. Als sonstige Antwort wurde einmal der Nebenwohnsitz genannt.

6.3 Personal & Güter

Die folgenden Fragen betreffen Schwierigkeiten hinsichtlich des Personals und der Güterbeschaffung durch die COVID-19 Pandemie.

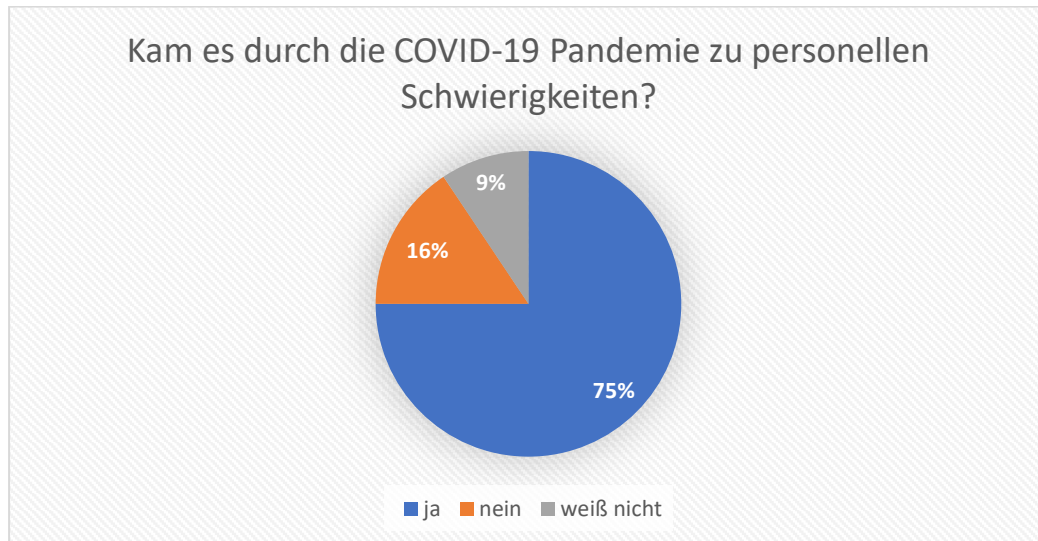


Abbildung 23: Kam es durch die COVID-19 Pandemie zu personellen Schwierigkeiten?

Dreiviertel der Studienteilnehmer*innen beantworteten die Frage „Kam es durch die COVID-19 Pandemie zu personellen Schwierigkeiten?“ mit „Ja“. An diese Personen richtete sich eine weitere Frage, welche die größten Hindernisse diesbezüglich waren. 16% gaben an, dass es zu keinen personellen Schwierigkeiten kam. Drei Personen wissen nicht, ob es durch die Gesundheitskrise Probleme wegen des Personals gab.

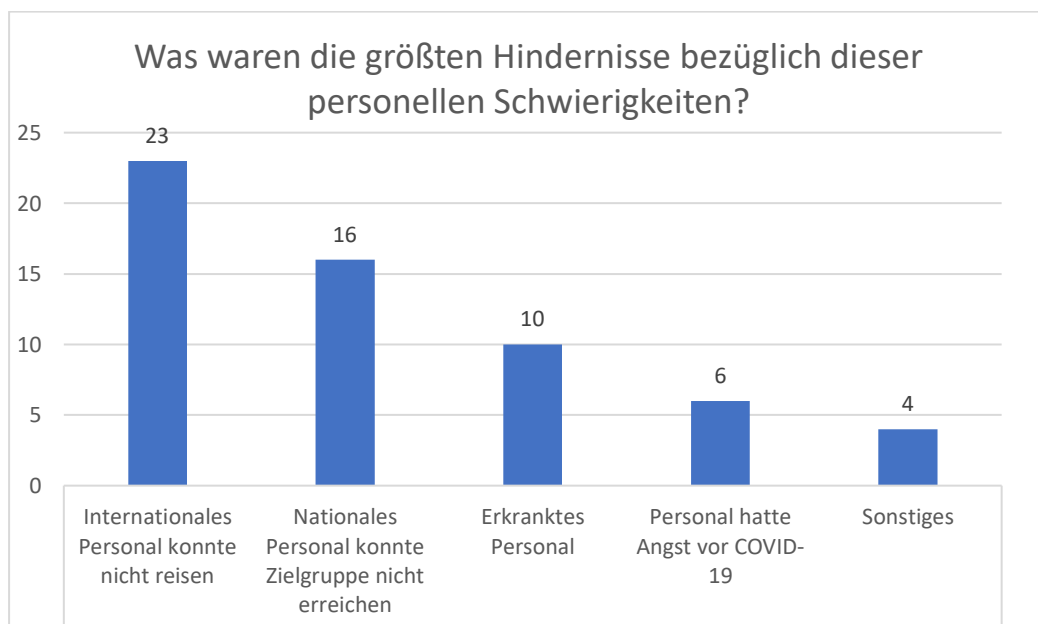


Abbildung 24: Was waren die größten Hindernisse bezüglich dieser personellen Schwierigkeiten?

Als Hauptproblem galt die Tatsache, dass das internationale Personal nicht uneingeschränkt reisen konnte. Gründe dafür waren unter anderem der eingeschränkte Flugverkehr und die Empfehlung, von größeren Reisen abzusehen. Ein weiteres Hindernis für die Mitarbeiter*innen von Entwicklungsorganisationen war, dass nationales Personal ihre Zielgruppe vor Ort nicht mehr erreichen konnte. Mögliche Erklärungen dafür waren unter anderem die geschlossenen Ländergrenzen und die Angst der Zielgruppe vor einer Ansteckung. Zehn Personen gaben an, dass es zu personellen Problemen kam, weil das Personal selbst an COVID-19 erkrankt war. Auch die Angst vor dem COVID-19 Virus sorgte für personelle Schwierigkeiten. Als sonstige Anmerkung wurde zweimal der eingeschränkte Flugverkehr, die Unplanbarkeit und Budgetschwierigkeiten genannt.

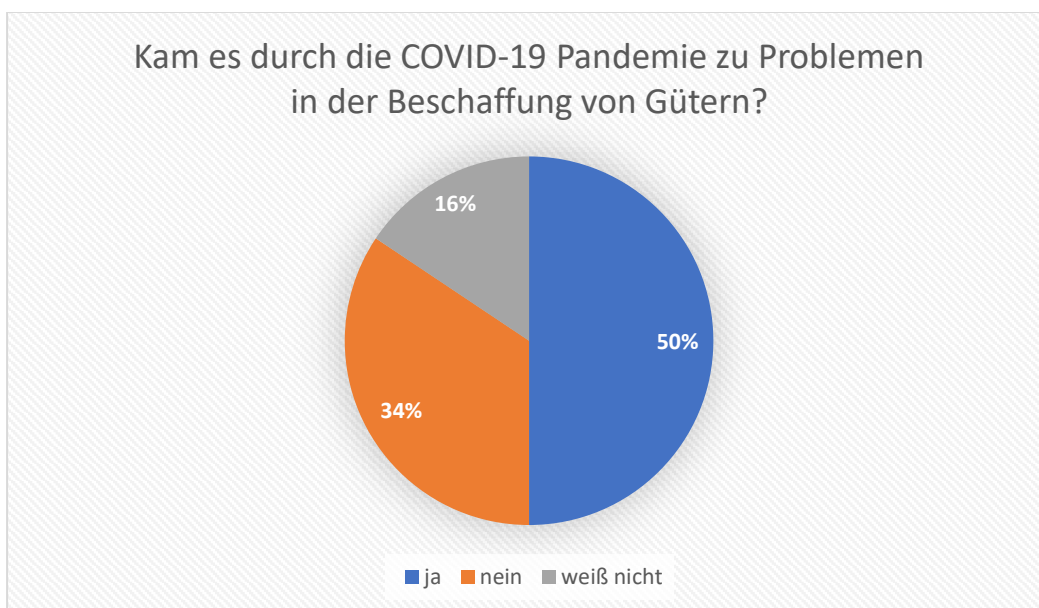


Abbildung 25: Kam es durch die COVID-19 Pandemie zu Problemen in der Beschaffung von Gütern?

Die Hälfte, also sechzehn Studienteilnehmer*innen, gab an, dass es zu Problemen bei der Güterbeschaffung durch die COVID-19 Pandemie kam. Bei 34% der Personen kam es nicht zu Schwierigkeiten bei der Erwerbung von Gütern. 16% wissen nicht, ob es diesbezüglich zu Problemen kam.

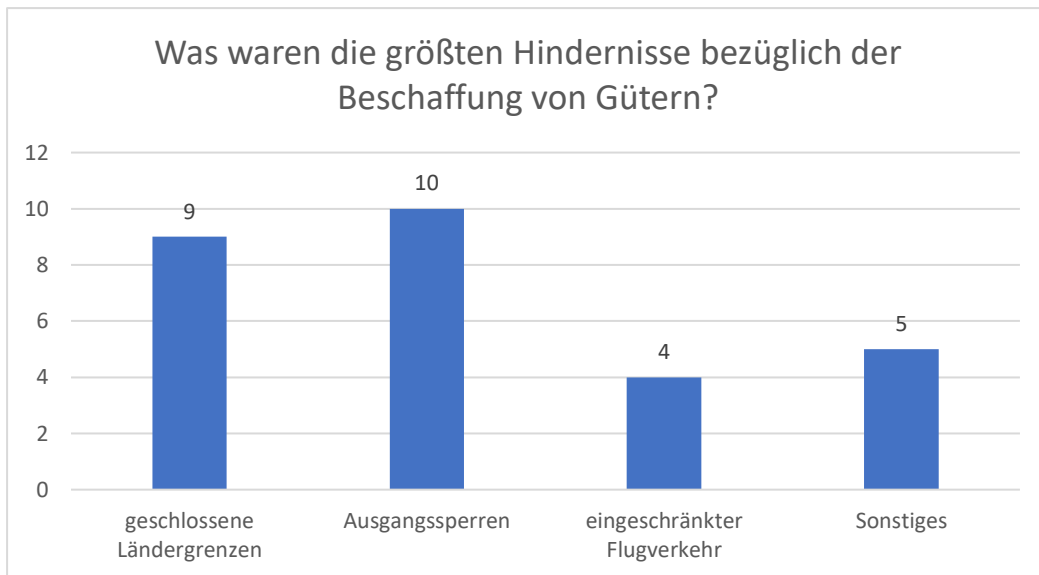


Abbildung 26: Was waren die größten Hindernisse bezüglich der Beschaffung von Gütern?

Folgende Frage beschäftigt sich mit den Gründen, warum es zu Problem bei der Güterbeschaffung kam. Am häufigsten wurde hier die Antwort „Ausgangssperre“ gewählt. Aber auch „geschlossene Ländergrenzen“ wurde von neun Personen genannt. Der eingeschränkte Flugverkehr war ebenso eine Problematik. Als sonstige Antworten wurde folgende Punkte ergänzt: Lieferschwierigkeiten, Preissteigerung, Transportrestriktionen, Verfügbarkeit von Gütern, eingeschränkte Verdienstmöglichkeit und geschlossene Märkte.

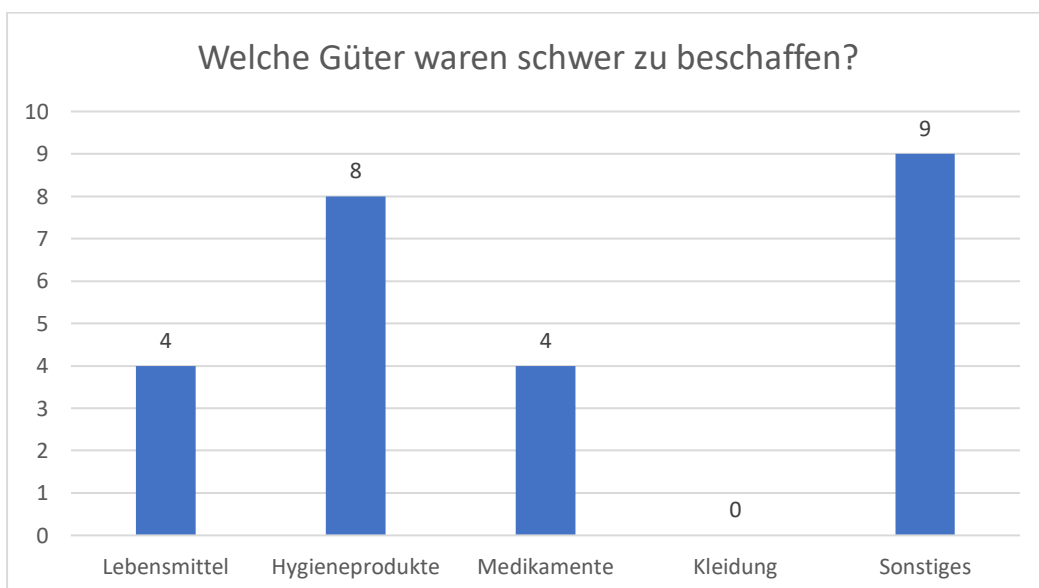


Abbildung 27: Welche Güter waren schwer zu beschaffen?

Vor allem Hygieneprodukte galten laut dieser Umfrage als Güter, welche durch die COVID-19 Pandemie schwer zu beschaffen waren. Hierbei wird jedoch im weiteren

Verlauf der Befragung noch einmal genau darauf eingegangen. Gleich häufig erwähnen Studienteilnehmer*innen, dass es Schwierigkeiten bei der Erwerbung von Lebensmitteln und Medikamenten gab. Als schwer zu erhaltenden Gütern wurden unter anderem Schutzkleidung, Baumaterialien, Laborbedarf und technisches Equipment ergänzt.

6.4 Maßnahmen & Prävention

Kommende Fragen handeln von verschiedene Präventionsmaßnahmen hinsichtlich der Verbreitung der COVID-19 Viren.

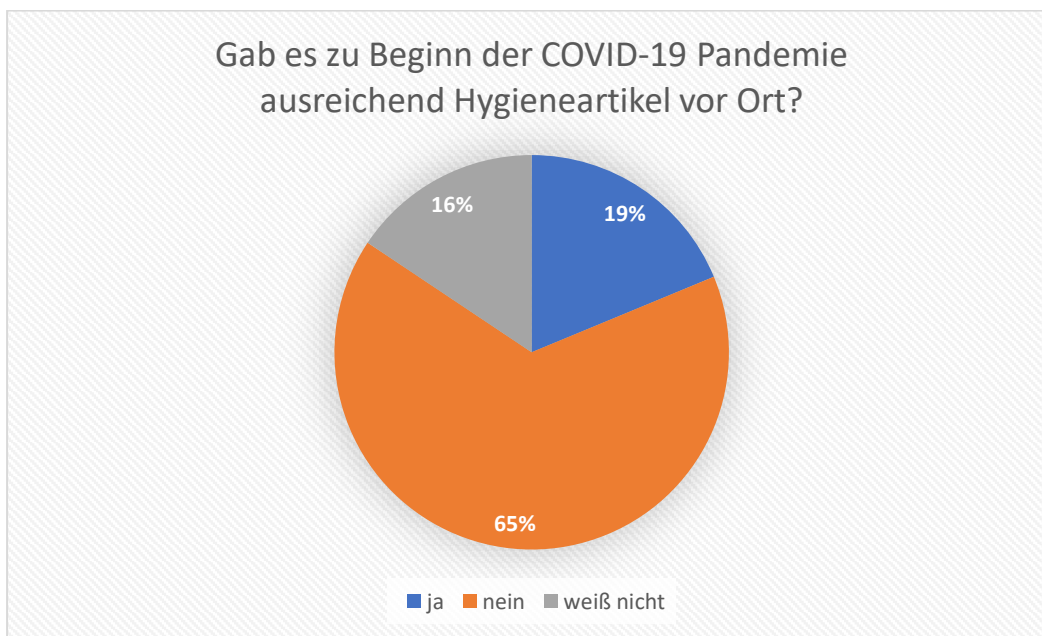


Abbildung 28: Gab es zu Beginn der COVID-19 Pandemie ausreichend Hygieneartikel vor Ort?

Auf die Frage, ob es vor der aktuellen Gesundheitskrise bereits ausreichend Hygieneartikel, wie beispielsweise Seife, Masken, Desinfektionsmittel et cetera. vor Ort vorhanden waren, antworteten 65% der Teilnehmer*innen mit „Nein“. 19% waren in dieser Hinsicht bereits vor der COVID-19 Pandemie gut versorgt und 16% gaben an, es nicht zu wissen.

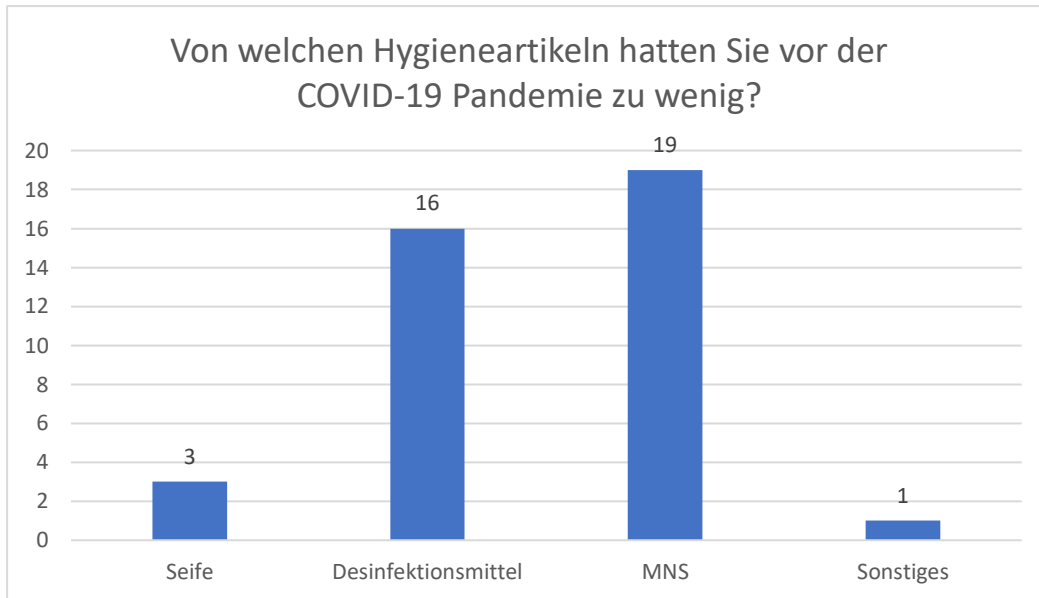


Abbildung 29: Von welchen Hygieneartikeln hatten Sie vor der COVID-19 Pandemie zu wenig?

An die Personen, welche angaben, dass nicht ausreichend Hygieneartikel vor der COVID-19 Pandemie vor Ort waren, wurde die Frage gestellt, welche Hygieneartikel vor Ort fehlten. Hierbei wurden vor allem Desinfektionsmittel und Mundnasenschutz genannt. Als sonstige Antwortmöglichkeit wurden Schutzkleidung und Handschuhe hinzugefügt.

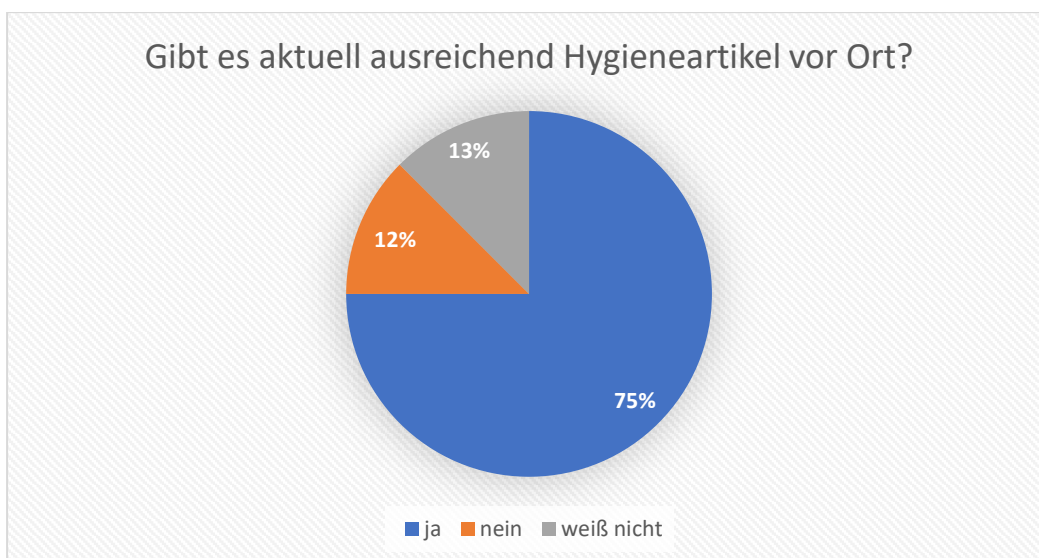


Abbildung 30: Gibt es aktuell ausreichen Hygieneartikel vor Ort?

Auf die Frage ob es aktuell ausreichend Hygieneartikel vor Ort gibt unterscheiden sich die Antworten deutlich mit der vorhergehenden Frage. Waren es vor der COVID-19 Pandemie noch 65%, welche nicht ausreichend Hygieneartikel hatten, sind es aktuell

nur mehr 12% der Studienteilnehmer*innen. 75% gaben an, dass die Personen in den Entwicklungsländern über genügend Hygieneartikel verfügen.

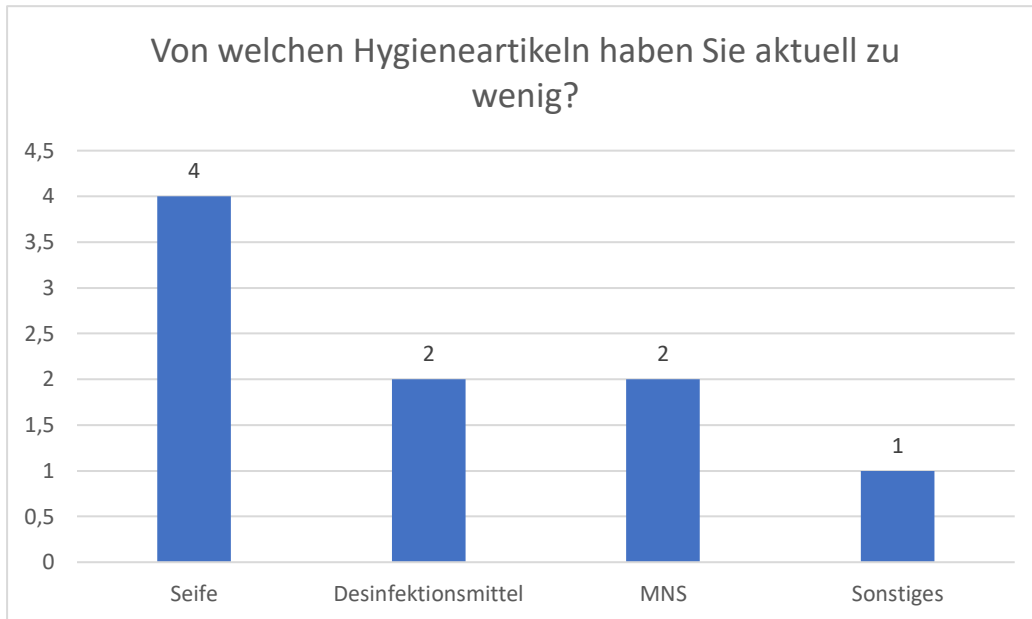


Abbildung 31: Von welchen Hygieneartikeln haben Sie aktuell zu wenig?

Zum Zeitpunkt der Umfrage fehlte es vor allem an Seife, aber auch an Desinfektionsmitteln und Masken. Weiters wurden die fehlenden COVID-19-Tests ergänzt. Hierbei ist jedoch anzumerken, dass es in Summe nur wenige Antworten gab, da bei der vorherigen Frage nur vier Studienteilnehmer*innen angaben, dass es unzureichend Hygieneartikel vor Ort gab.

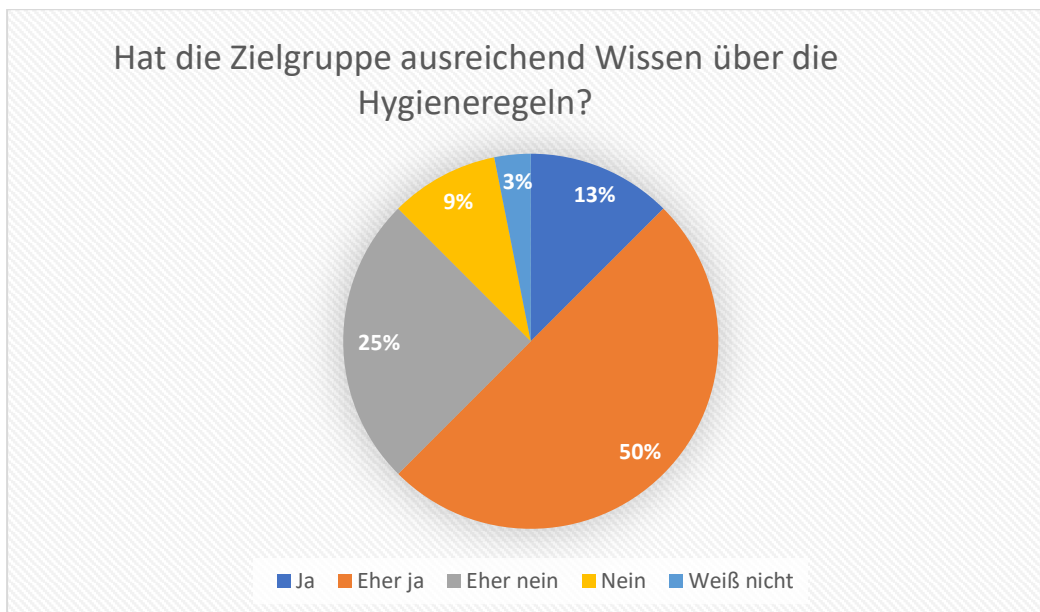


Abbildung 32: Hat die Zielgruppe ausreichend Wissen über die Hygieneregeln?

Auf die Frage „Hat die Zielgruppe ausreichend Wissen über die Hygieneregeln?“ antworteten 63% der Teilnehmer*innen mit „Ja“ oder „Eher ja“. 34% denken, dass die Zielgruppe eher nicht, beziehungsweise nicht über ausreichend Wissen hinsichtlich der empfohlenen Hygieneregeln Bescheid weiß.

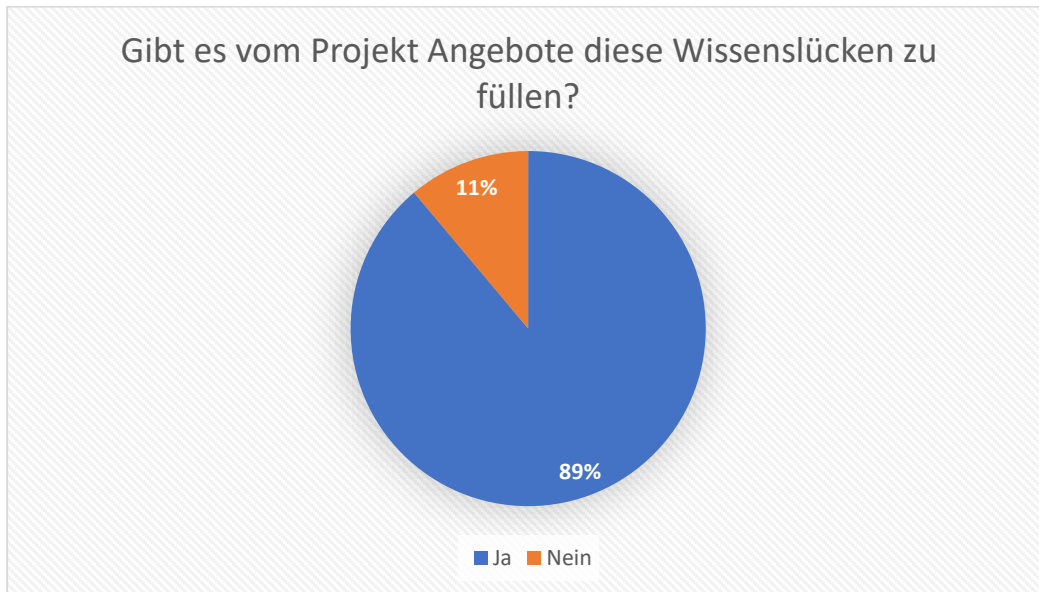


Abbildung 33: Gibt es von Projekt Angebote diese Wissenslücken zu füllen?

An die Studienteilnehmer*innen, welche „Eher nein“ oder „Nein“ bei der Frage aus Abbildung 32 geantwortet haben, wurde im Anschluss erfragt, ob es Angebote von Seiten des Projekts gibt, diese Wissenslücken zu füllen. 89% stimmten dem zu.

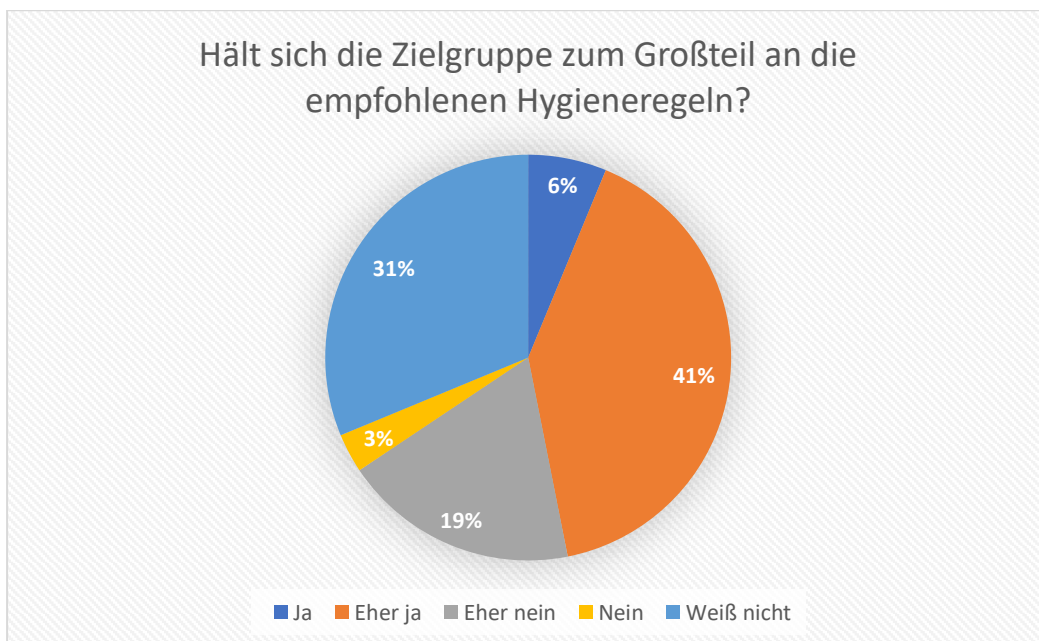


Abbildung 34: Hält sich die Zielgruppe zum Großteil an die empfohlen Hygieneregeln?

Über empfohlene Hygieneregeln Bescheid zu wissen heißt nicht, dass diese auch eingehalten werden. Dies bestätigen auch die Ergebnisse dieser Frage. Knapp die Hälfte der Teilnehmer*innen geben an, dass sich deren Zielgruppe zum Großteil an die Hygieneregeln hält und beantworteten die Frage mit „Eher ja“ oder „Ja“. Ein großer Teil der Personen, 31%, gab an, dass sie nicht wissen, ob sich die Menschen in den Entwicklungsländern an die empfohlenen Hygieneregeln halten. 22% sind der Meinung, dass sich die Zielgruppe eher nicht oder nicht an die Regeln hält.

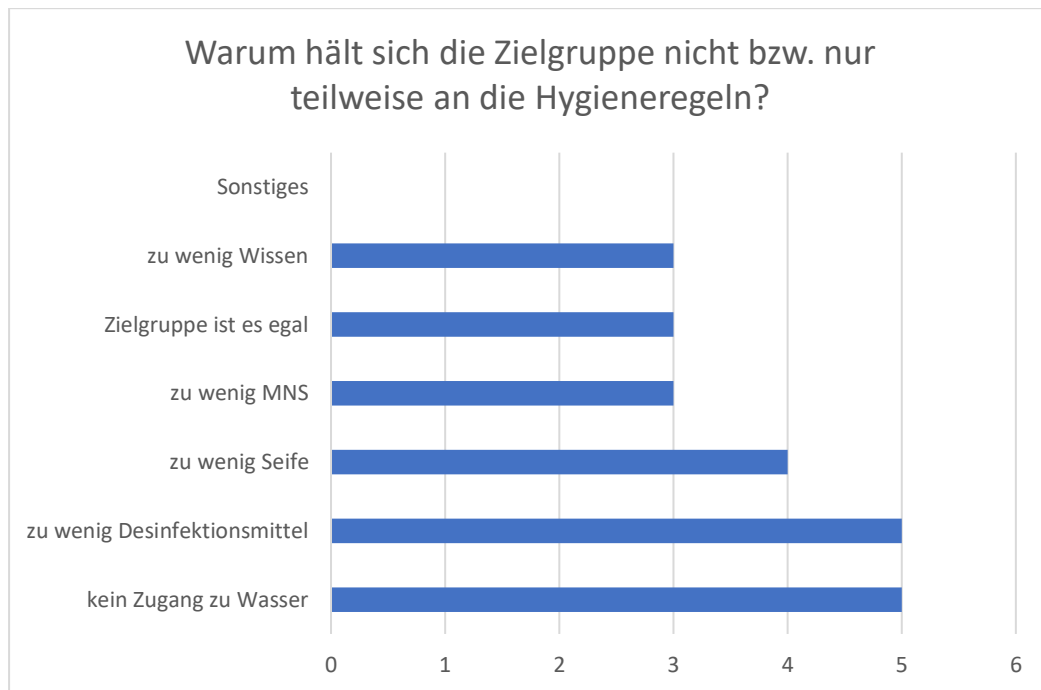


Abbildung 35: Warum hält sich die Zielgruppe nicht bzw. nur teilweise an die Hygieneregeln?

Als Grund für das Nichteinhalten der Hygieneregeln ist häufig die Tatsache, dass kein regelmäßiger Zugang zu sauberem Wasser besteht oder zu wenig Hygieneartikel wie zum Beispiel Desinfektionsmittel, Seife oder Masken zur Verfügung stehen. Dies dürfte sich, wie die vorangegangenen Fragen zeigen, jedoch bereits im Laufe der COVID-19 Pandemie verbessert haben. Drei Personen gaben an, dass es den Menschen vor Ort egal sei und weitere drei denken, dass ein zu geringes Wissen über die empfohlenen Maßnahmen Grund dafür sei.

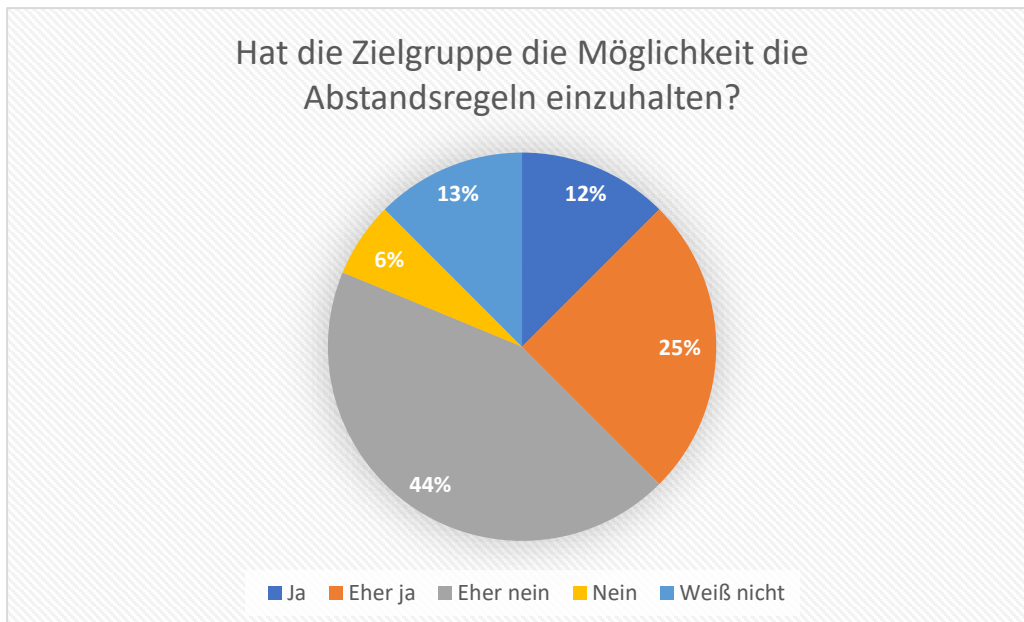


Abbildung 36: Hat die Zielgruppe die Möglichkeit die Abstandregeln einzuhalten?

Ebenso wie die Hygieneregeln ist auch das Abstandhalten zu Personen, mit denen man nicht in einem Haushalt lebt, eine relevante Maßnahme um die weitere Verbreitung des COVID-19 Virus einzudämmen. Doch dies ist für viele Personen nicht immer möglich. Die Hälfte der Studienteilnehmer*innen ist der Meinung, dass deren Zielgruppe eher nicht oder nicht die Möglichkeit hat, sich an die empfohlenen Abstandsregeln zu halten. 12% der Personen gab jedoch an, dass der Abstand zu haushaltsfremden Personen eingehalten werden kann. 25% antworteten auf die Frage mit „Eher ja“ und 13% der Teilnehmer*innen wissen es nicht.

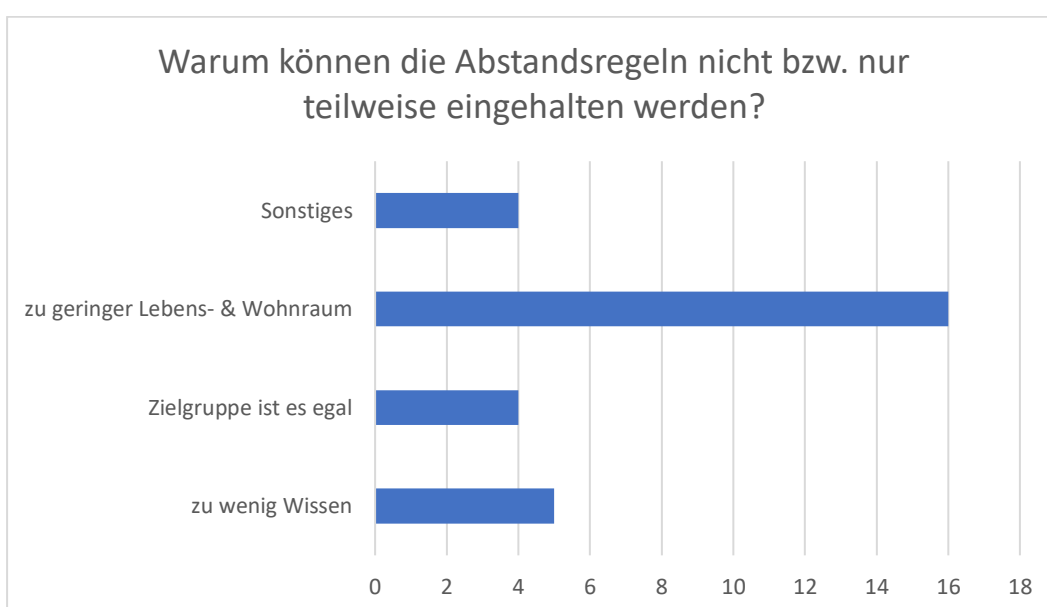


Abbildung 37: Warum können die Abstandregeln nicht bzw. nur teilweise eingehalten werden?

Als Grund für das nicht oder nur teilweise Einhalten der Abstandregeln ist vor allem auffallend, dass zu geringer Wohn- und Lebensraum besonders häufig genannt wurde.

6.5 Finanzen

Folgende Fragen sind rund um das Thema Finanzen seit der COVID-19 Pandemie.

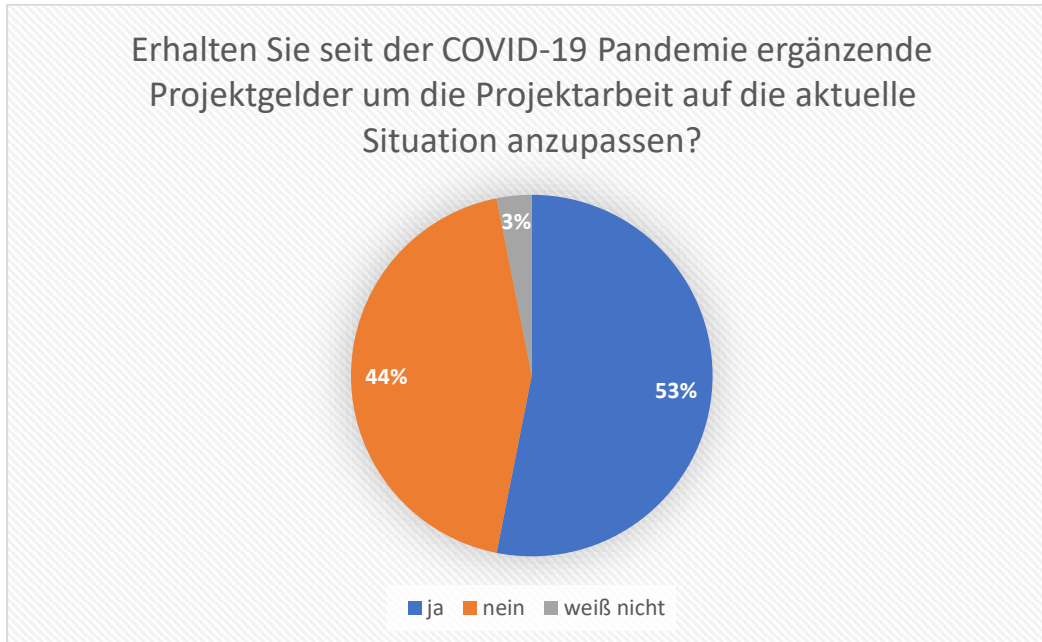


Abbildung 38: Erhalten Sie seit der COVID-19 Pandemie ergänzende Projektgelder um die Projektarbeit auf die aktuelle Situation anzupassen?

Relativ ausgeglichen sind die Antworten auf die Frage, ob es ergänzende Projektgelder um die Projektarbeiten auf die aktuelle Situation anzupassen, gibt. 53% erhalten zusätzliches Geld für die Projekte und 44% bekommen dieses nicht.

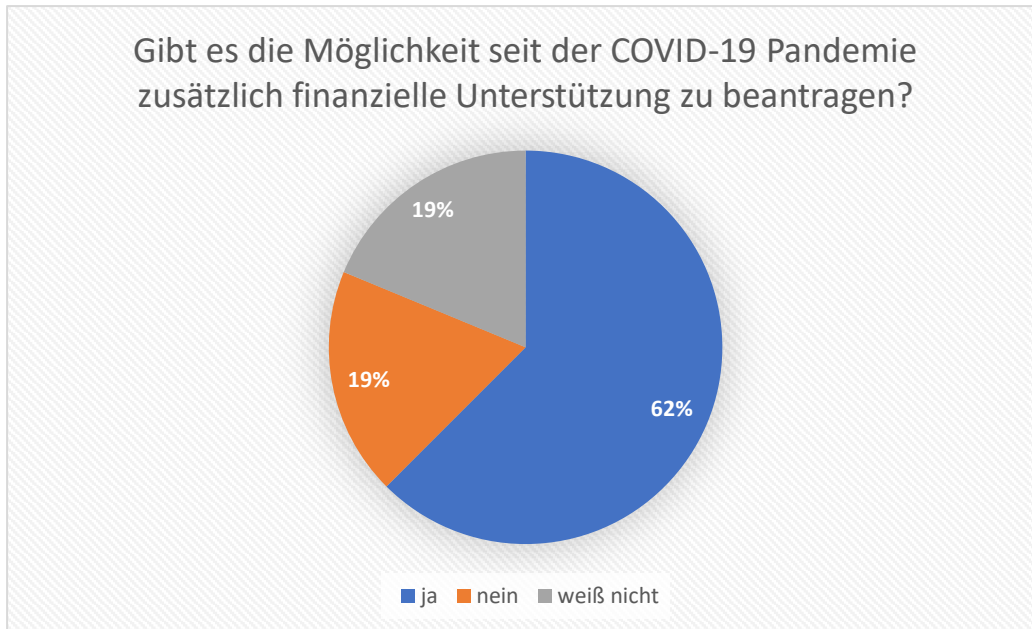


Abbildung 39: Gibt es die Möglichkeit seit der COVID-19 Pandemie zusätzliche finanzielle Unterstützung zu beantragen?

Die Mehrheit, also 62%, geben an, dass es seit der COVID-19 Pandemie die Möglichkeit gibt, ergänzende finanzielle Unterstützung zu beantragen. 19% verneinen diese Frage und gleich viele wissen diesbezüglich nichts.

Von jenen 62% gaben 90% der Studienteilnehmer*innen an, dass sie auch diese finanzielle Unterstützung beantragen.

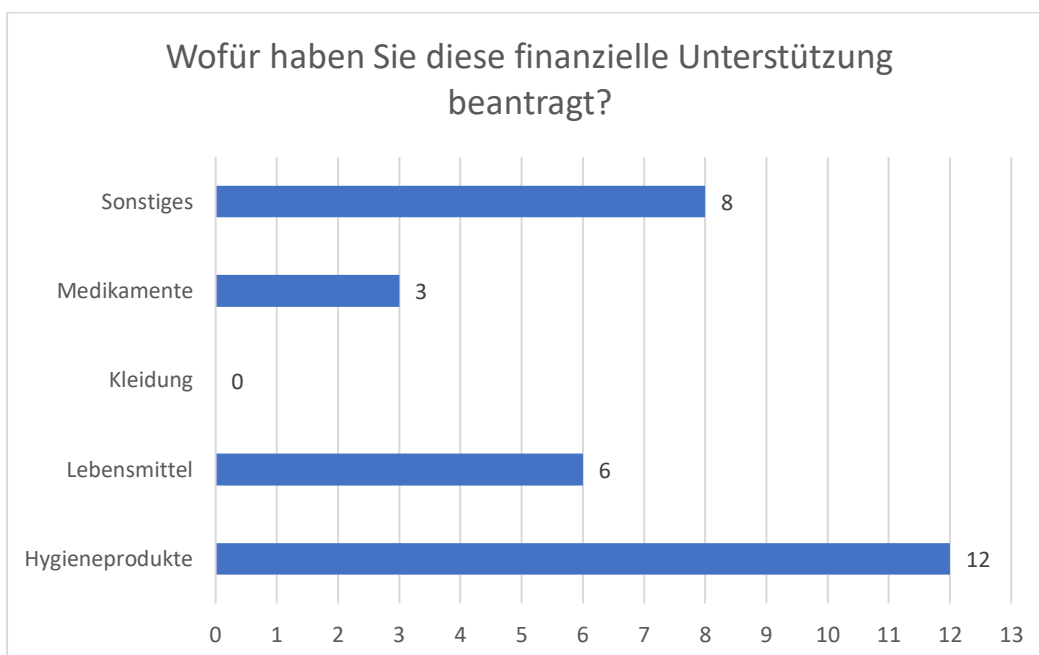


Abbildung 40: Wofür haben Sie diese finanzielle Unterstützung beantragt?

Vor allem für Hygieneprodukte, aber auch Lebensmittel, wurden diese zusätzlichen finanziellen Mittel verwendet. Von den Studienteilnehmer*innen unter „Sonstiges“ ergänzt wurden folgende Punkte: Gesundheitsprojekte, psychosoziale Unterstützung, Ausbau von Dienstleistungen, Unterstützung für Strom, Heizung, Wasser und Informationsmaterial. Außerdem ist auffallend, dass das zusätzliche Geld von keinem der Teilnehmer*innen in Kleidung investiert worden ist.

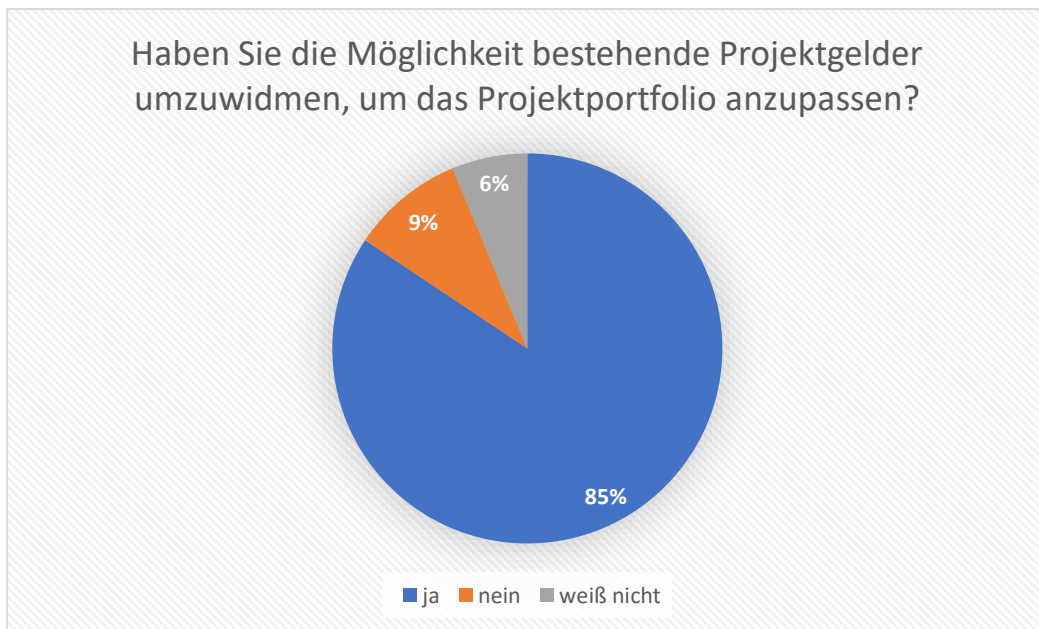


Abbildung 41: Haben Sie die Möglichkeit bestehende Projektgelder umzuwidmen, um das Projektportfolio anzupassen?

Um auf unvorhersehbare Situationen, wie beispielweise die COVID-19 Pandemie, aber auch Naturkatastrophen reagieren und das Projektportfolio anpassen zu können, ist häufig eine Umwidmung von Projektgeldern erforderlich. 85% der Studienteilnehmer*innen gaben an, dass dies bei ihnen möglich sei. Bei 9% sei eine solche Umwidmung nicht möglich und 6% wissen diesbezüglich nicht Bescheid.

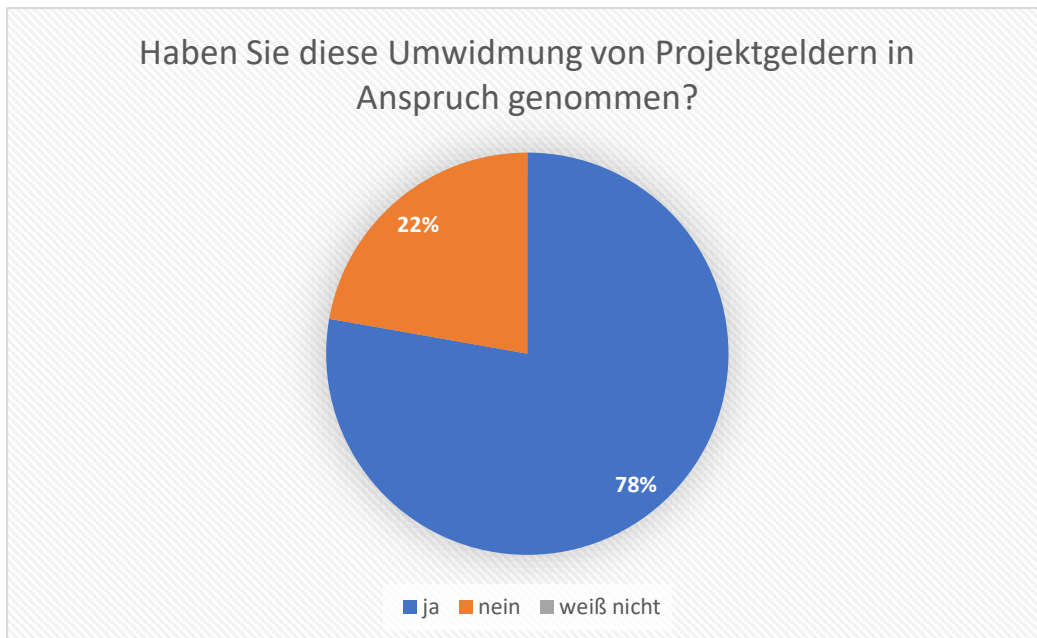


Abbildung 42: Haben Sie diese Umwidmung von Projektgeldern in Anspruch genommen?

Von diesen 85% nahmen auch 78% der Mitarbeiter*innen bei Entwicklungsorganisationen diese Umwidmung von Projektgeldern in Anspruch.

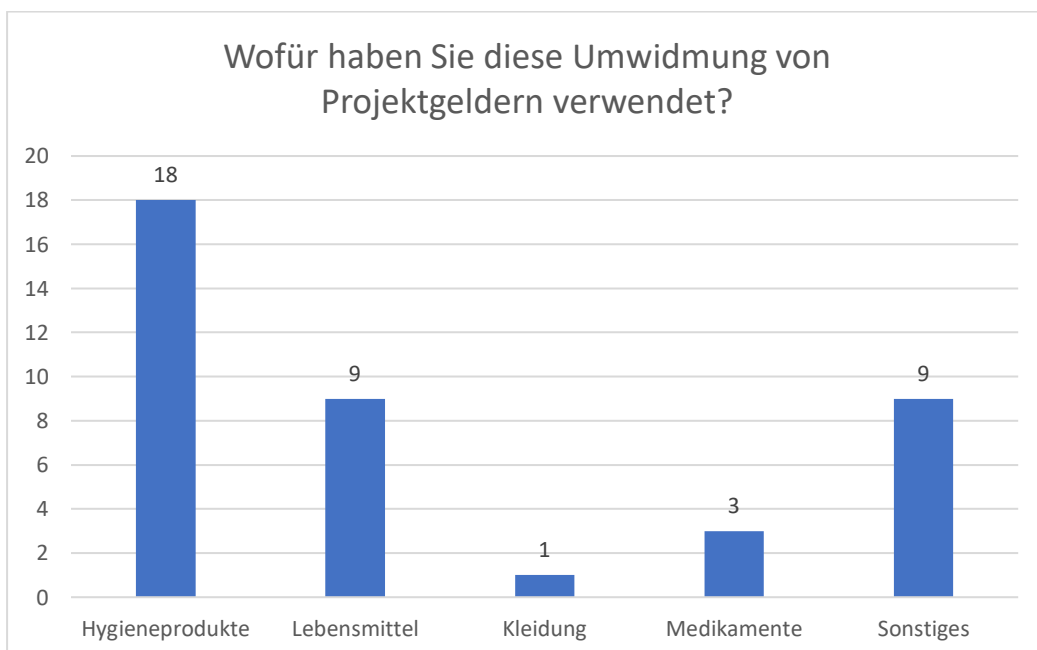


Abbildung 43: Wofür haben Sie diese Umwidmung von Projektgeldern verwendet?

Die Antworten auf die Frage „Wofür haben Sie diese Umwidmung von Projektgeldern verwendet“ decken sich zum Teil mit den vorherigen Antworten auf den Verwendungszweck der zusätzlichen finanziellen Unterstützung. Auch hier wurde viel in Hygieneprodukte und Lebensmittel investiert. Mehrmals unter „Sonstiges“ wurde

Schutzkleidung, Informationsmaterial beziehungsweise -kampagnen zur Aufklärung von COVID-19 und psychosoziale Unterstützung genannt. Außerdem wurde auch hinzugefügt, dass bei Projekten teilweise die Laufzeit durch die COVID-19 Pandemie verlängert wurde. Zusätzlich wurde von einer Person erwähnt, dass durch Projektgeldumwidmung die Folgen von anderen Krisen, wie zum Beispiel Naturkatastrophen, abgedeckt werden sollen.

6.6 Herausforderungen

Die letzte Frage dieser Umfrage soll die für die Zielgruppe größten Herausforderungen, bedingt durch die COVID-19 Pandemie, zusammenfassen. Hier waren ebenfalls Mehrfachantworten möglich.

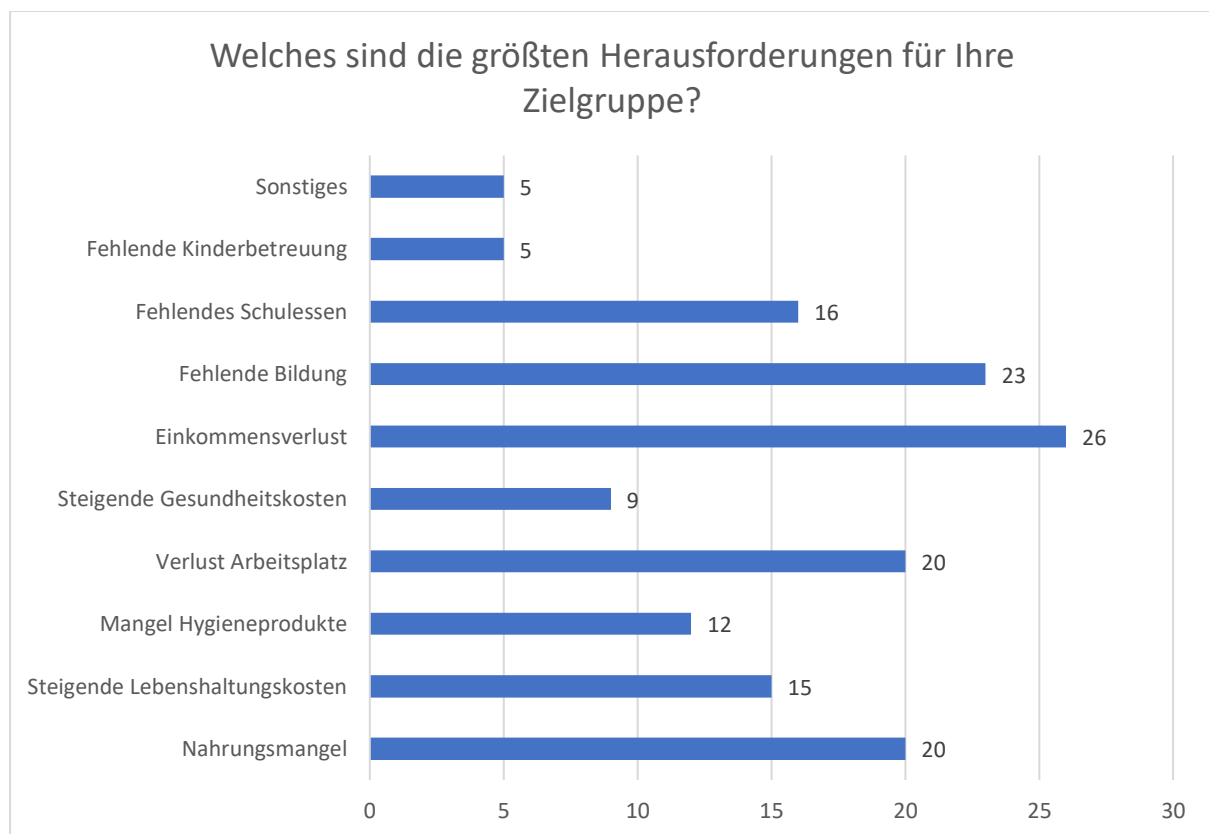


Abbildung 44: Welches sind die größten Herausforderungen für Ihre Zielgruppe?

Die am meisten gegebene Antwort, und somit auch laut der Studienteilnehmer*innen größte Herausforderung für deren Zielgruppe, ist der Einkommensverlust, dicht gefolgt von fehlender Bildung. Von jeweils 20 Personen wurden auch der Arbeitsplatzverlust und der Nahrungsmangel genannt. An nächster Stelle kommt das fehlende Schulessen, sowie die steigenden Lebenshaltungskosten und ein Mangel an

Hygieneprodukten. Die steigenden Gesundheitskosten und die fehlende Kinderbetreuung werden am wenigsten oft angekreuzt. Von den Teilnehmer*innen wurden noch zweimal die Einschränkungen durch (teil)-geschlossene Märkte ergänzt. Außerdem merkten die Mitarbeiter*innen von Entwicklungsorganisationen noch folgende Herausforderung für deren Zielgruppen an: weiteres Zurückfallen, psychische Belastung, Unterbrechung der Transportkette und neu entstandene Konflikte.

Hinzuzufügen ist, dass viele dieser Herausforderungen auch durch eine andere Krise bedingt sind beziehungsweise in eine andere Krise überführen können. So kann zum Beispiel der Verlust des Arbeitsplatzes dafür sorgen, dass es zu einem Einkommensverlust und folglich zu Nahrungsmangel kommen kann.

7 Diskussion

Im folgenden Kapitel folgt eine Auseinandersetzung der Studienergebnisse im Vergleich zum theoretischen Literaturteil. Weiters werden die größten Unterschiede zwischen der COVID-19 Pandemie und der Ebola Epidemie ermittelt. Im nächsten Schritt wird die Forschungsfrage ausführlich beantwortet. Zum Schluss werden Limitationen diskutiert und mögliche nächste Schritte in der Forschung erläutert.

Die Studienergebnisse zeigen deutlich, dass die COVID-19 Pandemie Einfluss auf die Projektarbeit von Entwicklungsorganisationen genommen hat. Dadurch wurde nicht nur der Arbeitsalltag von Entwicklungsorganisationsmitarbeiter*innen verändert, sondern auch die Inhalte der Projekte wurden adaptiert. Dies zeigt unter anderem die durchgeführte Umfrage damit, dass zusätzliche Projekte angeboten werden, um die Personen in den Entwicklungsländern über beispielsweise Hygienemaßnahmen aufzuklären.

Dieses Ergebnis kann durch die Aussagen des Emergency Nutrition Networks (ENN) gestärkt werden. Das ENN gibt an, dass es durch die COVID-19 Pandemie zu Adaptionen der ursprünglich geplanten Projekte kam. In Somalia beispielsweise änderte sich einiges in einem Projekt bezüglich der IYCF (Infants and Young Children Feeding). Hier konnten die Gesundheitseinrichtungen durch die Pandemie nur noch in unregelmäßigen Abständen besucht werden. Grund dafür war vor allem die Angst vor einer Ansteckung mit COVID-19. Außerdem gab es einige Gerüchte im Zusammenhang mit dem Stillen und der Viruserkrankung, welche von den Organisationen vor Ort aufgeklärt werden mussten. (Emergency Nutrition Network, 2021)

Folgendes stellt einige Änderungen, welche von Organisationen, bedingt durch die COVID-19 Pandemie durchgeführt werden müssen, dar:

- Möglichkeiten zum Händewaschen schaffen
- Schutzausrüstung für das Personal schaffen
- Aufmerksamkeit auf die Hygienemaßnahmen fördern
- Gruppenberatungen auf maximal fünf Personen beschränken und Hygienerichtlinien beziehungsweise auf eine Einzelberatung setzen

-
- Hotlines und Internetseiten anbieten (Emergency Nutrition Network, 2021)

Ein weiterer wichtiger Punkt ist die Aufklärungsarbeit über das Virus vor Ort. Am Beginn der Pandemie dachten viele Personen, dass COVID-19 nicht existieren würde, weil sie niemanden kannten, der erkrankt war. Häufig wurde in den Medien nur von Menschen aus dem öffentlichen Leben berichtet, welche sich mit dem Virus angesteckt hatten. Dies ließ viele Personen aus Entwicklungsländern schlussfolgern, dass nur reiche Personen, welche viel reisen, betroffen waren. Mitarbeiter*innen von Organisationen und freiwillige Mitarbeiter*innen setzten sich vor Ort für eine Aufklärung über das COVID-19 Virus ein. Hier waren Themen wie das Händewaschen und Hygiene, Symptome einer möglichen Erkrankung, „Social distancing“, Lebensmitteleinkauf und das Tragen von Masken besonders relevant. (Emergency Nutrition Network, 2021)

Die Umfrage zeigte, dass vor allem zu Beginn der COVID-19 Pandemie in Entwicklungsländern vermehrt Hygieneartikel benötigt wurden, beziehungsweise nicht ausreichend vorhanden waren. Dies verbesserte sich jedoch mit der Zeit. Dafür bedurfte es selbstverständlich der tatkräftigen Unterstützung von Entwicklungsorganisationen, welche sich dafür einsetzten, dass vermehrt Hygieneartikel in die Länder gebracht werden und vor Ort auch an die Menschen verteilt wurden. Ein Beispiel dafür ist die Welthungerhilfe, welche beispielsweise mehrere Länder Afrikas mit Hygieneartikeln und anderen lebensnotwendigen Gütern versorgt hatte. (Welthungerhilfe, 2020a, S. 2)

Wie Swinnen und McDermott darstellt, sind die Menschen in den Entwicklungsländern auf den Arbeitsplatz angewiesen, um Geld für lebensnotwendige Güter wie zum Beispiel Lebensmittel und Medikamente zu haben. Sehr viele Personen arbeiten auf Märkten oder als Straßenverkäufer*innen. Deshalb treffen Lockdowns und Ausgangsbeschränkungen diese Personengruppen besonders hart. Hinzu kommt, dass diese Menschen häufig auf sehr engem Raum arbeiten müssen. Dies ist wiederum hinsichtlich empfohlener Abstandsregeln problematisch. (Swinnen & McDermott, 2020, S. 73) Auch die Ergebnisse des durchgeführten Online-Fragebogens zeigen ähnliche Erkenntnisse auf. Laut den Studienteilnehmer*innen ist die größte Herausforderung für die Menschen in Entwicklungsländern der Verlust der Arbeit und folglich ein Mangel an Einkommen. Trotzdem ist es zum jetzigen Zeitpunkt

schwer einzuschätzen wie hoch der Anstieg der Zahl an Menschen, welche unter schwerer Nahrungsunsicherheit und/oder an Mangelernährung, verursacht durch die Folgen der COVID-19 Pandemie leiden, tatsächlich sein wird.

7.1 Die COVID-19 Pandemie im Vergleich mit der Ebola Epidemie

Ein großer Unterschied der beiden Viruserkrankungen ist, dass es sich bei der COVID-19 Erkrankung um eine Pandemie handelt, das heißt es betrifft die ganze Welt. Die WHO erklärt am 11.03.2020, dass es sich um eine Pandemie handelt. (Swinnen & McDermott, 2020, S. 5) Bei der Ebola-Viruserkrankung war es jedoch eine Epidemie. Hier waren vor allem Länder in Westafrika wie Liberia, Sierra Leone und Guinea betroffen. Außerhalb dieser Länder wurden nur wenige Fälle bekannt. (WHO, 2016b) Dieser Unterschied lässt wiederum darauf schließen, dass durch die COVID-19 Pandemie die Auswirkungen deutlich schwerwiegender sind, da eine größere Anzahl an Menschen davon betroffen ist. Dies sollen die nachteiligen Effekte der Ebola Epidemie nicht schmälern, vor allem weil die Erkrankung in Ländern auftrat, welche bereits davor eine große Anzahl an mangelernährten und armen Menschen verzeichneten und somit doppelt belastet waren, beziehungsweise immer noch sind.

Bezüglich der Symptomatik der beiden Erkrankungen lässt sich sagen, dass diese prinzipiell sehr ähnlich sind. Bei der COVID-19 Viruserkrankung ist eine Ansteckung jedoch auch schon vor dem Auftreten der ersten Symptome oder auch asymptomatisch möglich und begünstigt somit die Weiterverbreitung. (Swinnen & McDermott, 2020, S. 8) Im Gegensatz dazu können Menschen, welche an Ebola erkrankt sind, nur andere anstecken, wenn bereits klinische Symptome auftreten. (WHO, 2021)

Die Diagnostik zur Identifizierung der Krankheit und die Maßnahmen, welche als Folge für die Ausbreitung dieser ansteckenden Krankheiten gesetzt wurden, gestalteten sich wie oben genannt sehr ähnlich.

Hinsichtlich des Einflusses auf die Ernährungssicherheit und -qualität lässt sich zusammenfassen, dass durch den weltweiten Einfluss der COVID-19 Pandemie im Gegensatz zur Ebola-Epidemie deutlich mehr Menschen von negativen Effekten betroffen waren beziehungsweise sind. Als Folge der COVID-19 Pandemie ist mit einem Anstieg an Unterernährung von 83-132 Millionen Menschen zu rechnen. (FAO,

IFAD, UNICEF, WFP and WHO, 2020, S. 19) Die Qualität und Menge der Lebensmittel sank bereits während der Ebola Epidemie und beeinflusst somit die Ernährungssicherheit der Betroffenen negativ. (Kodish, Bio et al., 2019) Und auch im Zuge der COVID-19 Pandemie kam es durch beispielsweise Lieferschwierigkeiten oder Personalmangel zur Beeinflussung der Ernährungsqualität vieler Menschen. Die Versorgung mit Grundnahrungsmitteln gestaltete sich als weniger problematisch. Als schwierig stellte sich eher die Versorgung mit frischen und somit nährstoffreichen Lebensmitteln heraus. (FAO, IFAD, UNICEF, WFP and WHO, 2020, S. 80)

Schlussendlich kann gesagt werden, dass es bezüglich der Ebola Erkrankung und der COVID-19 Erkrankung viele Gemeinsamkeiten gibt. Dadurch, dass COVID-19 die gesamte Welt betrifft sind hier die Auswirkungen jedoch schwerwiegender. Dennoch kann und soll sich durch eine solche Gesundheitskrise viel Wissen hinsichtlich der Bewältigung von weltweiten Krisensituationen angeeignet werden.

7.2 Beantwortung der Forschungsfrage

In diesem Unterkapitel erfolgt die Beantwortung und Diskussion der am Beginn festgelegten Forschungsfrage, inklusive der drei Teilfragen.

Die Forschungsfrage lautet:

Welchen Einfluss hat die COVID-19 Pandemie auf die Arbeit in den Projekten von unterschiedlichen Organisationen, die unter anderem ihren Fokus auf Ernährungssicherung legen?

Allgemein betrachtet lässt sich deutlich sagen, dass die COVID-19 Pandemie die Projektarbeiten von Entwicklungsorganisationen in vielerlei Hinsicht beeinflusst hat. Wie die Ergebnisse des Fragebogens zeigen, sind diese Veränderungen auf vielen verschiedenen Ebenen spürbar. Dennoch sollte angemerkt werden, dass nicht nur die COVID-19 Pandemie Einfluss auf die Arbeit von Entwicklungsorganisationen nimmt, sondern auch andere Faktoren eine Rolle spielen. Hier können beispielsweise Naturkatastrophen oder Unruhen genannt werden. Da es sich bei der COVID-19 Pandemie jedoch um ein weltweites Ereignis handelt und sowohl Mitarbeiter*innen einer Entwicklungsorganisation sowie deren Zielgruppe in Entwicklungsländern davon betroffen sind, sind hierbei die Einflussfaktoren mannigfaltig.

Die erste Teilfrage beschäftigt sich mit den Veränderungen für die Mitarbeiter*innen von Entwicklungsorganisationen hinsichtlich derer Projektarbeiten. Diese lautet:

*Inwiefern hat die COVID-19 Pandemie die Arbeit in den Projekten für Mitarbeiter*innen verändert?*

Klar erkennbar ist, dass alle Studienteilnehmer*innen angaben, dass sich der Arbeitsalltag durch die COVID-19 Pandemie verändert habe. Zusammengefasst kann gesagt werden, dass vor allem der Arbeitsort, das heißt die Verlagerung vom Büro beziehungsweise der Außenstelle nach Hause in das Homeoffice eine drastische Veränderung für die Mitarbeiter*innen der Entwicklungsorganisationen darstellt. Folglich kann der Austausch mit Kolleg*innen, aber auch mit Ansprechpersonen vor Ort in den Entwicklungsländern darunter leiden.

Auch die Arbeitszeit, welche sich bei einem Großteil der Teilnehmer*innen durch die COVID-19 Pandemie verlängerte, nimmt Einfluss auf den Arbeitsalltag. Gründe dafür konnten zusätzliche Aufgabenbereiche und Projektanpassungen, wie zum Beispiel neue Projekte zur Ausweitung der Hygieneeinrichtungen oder Aufklärungsarbeiten, wie eine Ansteckung mit dem COVID-19 Virus vermieden werden kann, sein. Eventuell könnte auch mitspielen, dass sich der Tagesablauf im Homeoffice ändert und es so den Mitarbeiter*innen schwerer fällt, Pausen zu machen, beziehungsweise in den Feierabend zu gehen. Ein weiterer Punkt, welcher hier Einfluss haben konnte ist, dass es im Kolleg*innenkreis zu COVID-19 Erkrankungen kam und somit andere Mitarbeiter*innen deren Arbeit übernehmen mussten.

Die zweite Teilfrage handelt von den Arbeitsbereichen, welche für die Mitarbeiter*innen von Entwicklungsorganisationen besonders herausfordernd waren. Sie lautet wie folgt:

*Welche Arbeitsbereiche stellen seit der COVID-19 Pandemie für Mitarbeiter*innen eine besonders große Herausforderung dar und wie gehen diese damit um?*

Die Umfrage zeigt, dass es bei 3/4 der Studienteilnehmer*innen zu personellen Schwierigkeiten vor allem aufgrund von Reiseeinschränkungen kam. Einerseits konnte internationales Personal nicht in die Entwicklungsländer fliegen und andererseits war es

auch für nationale Mitarbeiter*innen, welche bereits vor Ort waren, schwierig, die Zielgruppe zu erreichen, da man beispielsweise durch Lockdowns das Haus nur aus bestimmten Gründen verlassen durfte. Hierbei kamen vermehrt digitale Medien zum Einsatz, um die Personen in den Entwicklungsländern vor Ort zu erreichen. Studienteilnehmer*innen berichteten auch, dass es zu einer geringeren Kontrollmöglichkeit der Projektfortschritte vor Ort gekommen ist.

Eine weitere Herausforderung stellt die Beschaffung von Gütern dar. Am häufigsten wurden hierbei fehlende Hygieneartikel genannt. Das Vorhandensein der Hygieneartikel veränderte sich jedoch im Verlauf dieser Pandemie deutlich. 65% der Studienteilnehmer*innen gaben an, dass zu Beginn nicht ausreichend Hygieneartikel vor Ort vorhanden waren. Damals fehlte es vor allem an Desinfektionsmitteln und Mundnasenschutz. Zum Zeitpunkt der Umfrage verzeichneten nur 12% der Menschen einen Mangel an Hygieneartikeln. Dies lässt darauf schließen, dass es hinsichtlich dieser Thematik viele Initiativen gab, um die Lage in den Entwicklungsländern rasch zu verbessern.

Weiteres kann hinzugefügt werden, dass neue Projektinhalte eine Herausforderung darstellen können, da diese einen größeren Arbeitsaufwand für die Mitarbeiter*innen bereiten. Die Maßnahmen zur Eindämmung der weiteren Verbreitung des COVID-19 Virus waren vielseitig. Viele Personen vor Ort hielten sich nicht oder nur zum Teil an die Abstands- und Hygieneregeln. Deshalb gab es von einigen Organisationen Projekte, um diese Wissenslücken zu füllen, sodass sich die Menschen in den Entwicklungsländern so gut wie möglich vor einer Ansteckung schützen konnten. Solche neuen Projekte sind arbeitsaufwändig und zeitintensiv für die Entwicklungsorganisationsmitarbeiter*innen. Wie bereits zuvor diskutiert, könnte dies der Grund für den Anstieg der Arbeitszeit sein.

Neue Projektinhalte sind selbstverständlich eng verbunden mit einer veränderten finanziellen Situation. Eine Möglichkeit für die ausreichende Finanzierung ist neben einem zusätzlichen Zuschuss auch die Umwidmung von bereits bestehenden Projektgeldern. 85% der Studienteilnehmer*innen gaben an, die Möglichkeit einer solchen Umwidmung zu haben. Dieses Geld wurde wiederum zum Großteil für Hygieneartikel verwendet.

In der dritte Teilfrage soll ermittelt werden, inwiefern die COVID-19 Pandemie die Personen vor Ort in den Entwicklungsländern beeinflusst und mit welchen Herausforderungen vor allem hinsichtlich der Ernährungssicherheit die Zielgruppe zu kämpfen hat. Diese Frage lautet:

In welcher Weise beeinflusst die COVID-19 Pandemie die Zielgruppe hinsichtlich der Ernährungssicherheit und was wird von den Entwicklungsorganisationen unternommen, um die Ernährungssicherheit zu gewährleisten?

Die Herausforderungen, mit denen die Zielgruppe konfrontiert wird, sind einerseits stark unterschiedlich, andererseits sehr eng miteinander verknüpft. Der Verlust an Einkommen ist für die Personen in den Entwicklungsländern besonders herausfordernd. Der Einkommensverlust ist nicht zwingend mit dem Verlieren des Arbeitsplatzes verbunden. Durch die Ausgangsbeschränkungen und geschlossenen Ländergrenzen und Märkten konnten viele Personen ihren Arbeitsplatz nicht mehr erreichen. Besonders schwierig ist es auch für Menschen, welche auf Tageslohnbasis arbeiten. Durch den Verlust an Einkommen fehlt folglich auch das Geld für Lebensmittel und andere Güter, das heißt die Nahrungssicherheit sank durch die Folgen und auch durch die Präventionsmaßnahmen der COVID-19 Pandemie ab. Ein weiterer beeinflussender Faktor sind die steigenden Lebenserhaltungs-, und Gesundheitskosten. Denn je mehr Fixkosten man hat, desto weniger bleibt für lebenswichtige Güter wie die Nahrung. Viele Familien sind auf das Schulesse angewiesen. Durch das vorübergehende Schließen von Schulen, fiel diese Möglichkeit der Nahrungsbeschaffung ebenso weg. Dies erschwerte die Lage zusätzlich. Außerdem spielt der Bildungsgrad eine bedeutende Rolle. Fehlt eine abgeschlossene Schulausbildung, ist dies automatisch meist mit einem Job in der unteren Hierarchieebene und folglich mit einem geringeren Einkommen verbunden. Diese Personen können vermehrt von Ernährungsunsicherheit betroffen sein.

Die Maßnahmen, welche von den Entwicklungsorganisationen getroffen werden, um diese Folgen der COVID-19 Pandemie bestmöglich abzupuffern decken sich zum Großteil mit den bereits besprochenen Tätigkeiten der Mitarbeiter*innen. Zusammengefasst bieten Projektadaptionen und neue Projekte, finanzielle Zuschüsse und Umwidmungen von Projektgeldern eine gute Möglichkeit zur Unterstützung der in den Entwicklungsländern lebenden Personen.

7.3 Limitationen

Bei dieser Masterarbeit müssen folgende Limitationen berücksichtigt werden:

Eine Limitation dieser Befragung ist die geringe Teilnehmer*innenzahl von 32 Personen, welche den Fragebogen bis zum Schluss ausgefüllt haben. Dadurch ist eine Verallgemeinerung nur schwer möglich. Diese Umfrage bietet somit nur einen kleinen Einblick in diese Thematik.

Weiters handelt es sich bei den Studienteilnehmer*innen um keine repräsentative Probandengruppe, da diese bereit sein mussten, den Fragebogen auszufüllen. Somit sind die Antworten nicht auf die gesamte mögliche Studienpopulation übertragbar.

Bei der Verwendung eines Online-Fragebogens kann die Kontrolle über die Befragungssituation nicht sichergestellt werden. So weiß man nicht, ob sich die Teilnehmer*innen gerade im Stress befanden und wie viel Zeit sie sich für die Beantwortung des Fragebogens genommen hatten.

7.4 Ausblick

Um weitere Daten rund um dieses Thema zu sammeln, bedarf es noch weiterer Forschung. Vor allem sollten Befragungen und Untersuchungen mit einer größeren Teilnehmer*innenzahl durchgeführt werden. Hinsichtlich der Fragenentwicklung sollte im nächsten Schritt vermehrt in die Tiefe gegangen werden.

Da bei dieser Masterarbeit fast ausschließlich Entwicklungsorganisationen, welche ihren Sitz im deutschsprachigen Raum haben, erreicht werden konnten, wäre eine internationale Herangehensweise als nächster Schritt spannend. Zusätzlich könnte eine direkte Befragung der Zielgruppe in den Entwicklungsländern noch aufschlussreiche Ergebnisse und Erkenntnisse bringen.

Je mehr Erkenntnisse gewonnen werden können, desto besser können Entwicklungsorganisationen auf Krisen wie die COVID-19 Pandemie reagieren und somit deren Zielgruppe, aber auch den Mitarbeiter*innen einen Benefit bieten.

8 Fazit

Ziel dieser Masterarbeit war es, zu untersuchen, welchen Einfluss die COVID-19 Pandemie auf die Projekte von Entwicklungsorganisationen ausübt. Deshalb wurde im ersten Teil der Arbeit eine Literaturrecherche durchgeführt. Hier wurden die COVID-19 Pandemie, sowie auch die Ebola Epidemie näher beleuchtet. Aufgrund der Aktualität des Themas folgte ein Vergleich zwischen der Ebola Epidemie, welche bereits in den Jahren 2014 – 2016 ihren Höhepunkt hatte und über die bereits mehr Forschungsdaten zur Verfügung stehen, und der COVID-19 Pandemie. Zusammenfassend kann gesagt werden, dass sich diese beiden Viruserkrankungen hinsichtlich Symptomatik, Diagnose und Maßnahmen in vielen Punkten ähnlich sind. Aufgrund der Tatsache, dass es sich bei COVID-19 um eine Pandemie handelt und somit die ganze Welt betrifft und Ebola hauptsächlich in Regionen in Westafrika auftrat, ist zu sagen, dass die Folgen durch die COVID-19 Pandemie deutlich schwerwiegender für die Bevölkerung, aber auch für Entwicklungsorganisationen sind.

Im Zuge der Masterarbeit wurde eine empirische Untersuchung in Form eines Online-Fragebogens durchgeführt. Die Umfrage richtete sich an Mitarbeiter*innen von Entwicklungsorganisationen und beinhaltete einerseits Fragen zu ihrem Arbeitsalltag seit COVID-19 und den damit verbundenen Herausforderungen und Veränderungen, andererseits auch zu den Problemen, mit denen die Personen vor Ort in den Entwicklungsländern zu kämpfen haben.

Aus den Ergebnissen des Fragebogens lässt sich schlussfolgern, dass sich bei allen Teilnehmer*innen der Arbeitsalltag durch die COVID-19 Pandemie verändert hat. Bei einem Großteil verlängerten sich die Arbeitszeiten und der Arbeitsort verlagerte sich hauptsächlich nach Hause ins Homeoffice. Häufig kam es zu personellen Einschränkungen aufgrund von erschwerten Reisemöglichkeiten und erkranktem Personal. Außerdem zeigte die Umfrage, dass es in den Entwicklungsländern vor allem an Gütern wie Hygieneartikel fehlte. Hierbei konnte jedoch im Laufe der Zeit eine Verbesserung erzielt werden. Die Studienteilnehmer*innen gaben an, dass zum Teil noch Steigerungspotential bei den in Entwicklungsländern lebenden Personen hinsichtlich des Wissens über Hygiene- und Abstandsregeln gebe. Aus diesem Grund finden vermehrt Projektadaptionen statt, um Projektportfolios an die aktuelle Situation anzupassen. Um dies finanziell möglich zu machen, nehmen

Entwicklungsorganisationen häufig die Möglichkeit der Umwidmung von bereits erhaltenen Projektgeldern in Anspruch. Hinsichtlich der Herausforderungen für die Zielgruppe in den Entwicklungsländern ist vor allem der Verlust an Einkommen, verbunden mit dem Verlieren des Jobs und somit ein geringeres Budget für lebensnotwendige Waren wie Lebensmittel, zu nennen.

Die Arbeit von Entwicklungsorganisationen ist für die Personen vor Ort von sehr großer Relevanz. Deshalb ist es umso wichtiger, dass diese auch in Zeiten wie diese, aber auch während anderer Krisen wie Naturkatastrophen oder Unruhen, vor Ort präsent sind und ihre Unterstützung weitergeht. Auch wenn die COVID-19 Pandemie zahlreiche Nachteile mit sich brachte, ist es umso wichtiger, das daraus Gelernte für die Zukunft festzuhalten und dadurch von den Erkenntnissen zu profitieren.

9 Abkürzungsverzeichnis

AIDS	Acquired Immune Deficiency Syndrome
BIP	Bruttoinlandsprodukt
BMI	Body Mass Index
bzw.	beziehungsweise
cm	Zentimeter
COPD	Chronic Obstructive Pulmonary Disease
DGEM	Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin
ENN	Emergency Nutrition Networks
ELISA	Enzyme-linked Immunosorbent Assay
FAO	Food and Agricultural Organization
HIV	human immunodeficiency virus
ICD	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems
IYCF	Infants and young children feeding
kg	Kilogramm
m ²	Quadratmeter
MNS	Mundnasenschutz
PoU	Prevalence of undernourishment
RT-PCR	Reverse Transcription Polymerase Chain Reaction
SDG	Sustainable Development Goal
UN	United Nations
WHI	Welthungerindex
WHO	World Health Organization

10 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Aufbau der Masterarbeit	4
Abbildung 2: UNICEF Conceptual Framework (UNICEF, 1990)	8
Abbildung 3: Definition Nahrungssicherheit (FAO, IFAD, UNICEF, WFP and WHO, 2020, S. 47)	10
Abbildung 4: WHI-Schweregradskala (Grebmer et al., 2020)	14
Abbildung 5: Verlauf der PoU von 2005 bis 2030 (FAO, IFAD, UNICEF, WFP and WHO, 2020, S. 32).....	15
Abbildung 6: WHI-Werte für 2000, 2006, 2012 und 2020 (Grebmer et al., 2020).....	16
Abbildung 8: Einfluss durch COVID-19 auf die extreme Armut (Swinnen & McDermott, 2020, S. 18)	27
Abbildung 9: Kreislauf zwischen Malnutrition und Infektionen (Ong et al., 2020)	29
Abbildung 10: 3 Level der Nahrungsqualität (FAO, IFAD, UNICEF, WFP and WHO, 2020, S. 101).....	30
Abbildung 11: Änderung der Lebensmittelauswahl durch COVID-19 im Jahr 2019 (Swinnen & McDermott, 2020, S. 48)	32
Abbildung 12: Ebola-Viruserkrankung Fälle und Tote (WHO 2016a)	38
Abbildung 13: Klassifikation von bestätigten, wahrscheinlichen und Verdachtsfällen (WHO 2014b)	39
Abbildung 14: gelernte Faktoren durch die Ebola Virus-Erkrankung in Sierra Leone nach Wichtigkeit (Kodish et al. 2019b, S. 87)	44
Abbildung 15: gelernte Faktoren durch die Ebola Virus-Erkrankung in Guinea nach Wichtigkeit (Kodish et al. 2019b, S. 88)	44
Abbildung 16: Bei welcher Organisation sind Sie tätig?	48
Abbildung 17: Bei welcher sonstigen Organisation sind Sie tätig?	48
Abbildung 18: In welchem Arbeitsbereich sind Sie tätig?	49

Abbildung 19: sonstige Arbeitsbereiche.....	49
Abbildung 20: Hat sich Ihr Arbeitsalltag durch die COVID-19 Pandemie verändert? 50	
Abbildung 21: Hat sich Ihre Arbeitszeit durch die COVID-19 Pandemie verändert? .51	
Abbildung 22: Hat sich Ihr Arbeitsort durch die COVID-19 Pandemie verändert?.....51	
Abbildung 23: Von welchem Ort aus arbeiten Sie aktuell?	52
Abbildung 24: Kam es durch die COVID-19 Pandemie zu personellen Schwierigkeiten?	53
Abbildung 25: Was waren die größten Hindernisse bezüglich dieser personellen Schwierigkeiten?	53
Abbildung 26: Kam es durch die COVID-19 Pandemie zu Problemen in der Beschaffung von Gütern?.....	54
Abbildung 27: Was waren die größten Hindernisse bezüglich der Beschaffung von Gütern?	55
Abbildung 28: Welche Güter waren schwer zu beschaffen?	55
Abbildung 29: Gab es zu Beginn der COVID-19 Pandemie ausreichend Hygieneartikel vor Ort?	56
Abbildung 30: Von welchen Hygieneartikeln hatten Sie vor der COVID-19 Pandemie zu wenig?.....	57
Abbildung 31: Gibt es aktuell ausreichen Hygieneartikel vor Ort?	57
Abbildung 32: Von welchen Hygieneartikeln haben Sie aktuell zu wenig?	58
Abbildung 33: Hat die Zielgruppe ausreichen Wissen über die Hygieneregeln?	58
Abbildung 34: Gibt es von Projekt Angebote diese Wissenslücken zu füllen?	59
Abbildung 35: Hält sich die Zielgruppe zum Großteil an die empfohlen Hygieneregeln?	59
Abbildung 36: Warum hält sich die Zielgruppe nicht bzw. nur teilweise an die Hygieneregeln?	60

Abbildung 37: Hat die Zielgruppe die Möglichkeit die Abstandregeln einzuhalten?...	61
Abbildung 38: Warum können die Abstandregeln nicht bzw. nur teilweise eingehalten werden?	61
Abbildung 39: Erhalten Sie seit der COVID-19 Pandemie ergänzende Projektgelder um die Projektarbeit auf die aktuelle Situation anzupassen?	62
Abbildung 40: Gibt es die Möglichkeit seit der COVID-19 Pandemie zusätzliche finanzielle Unterstützung zu beantragen?.....	63
Abbildung 41: Wofür haben Sie diese finanzielle Unterstützung beantragt?	63
Abbildung 42: Haben Sie die Möglichkeit bestehende Projektgelder umzuwidmen, um das Projektportfolio anzupassen?.....	64
Abbildung 43: Haben Sie diese Umwidmung von Projektgeldern in Anspruch genommen?	65
Abbildung 44: Wofür haben Sie diese Umwidmung von Projektgeldern verwendet?	65
Abbildung 45: Welches sind die größten Herausforderungen für Ihre Zielgruppe? ...	66

11 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Mangelernährung (E40-E46) nach ICD-10 (WHO & DIMDI, 2019)..... 11

Tabelle 2: BMI Klassifikation für Erwachsene (WHO, 1991) 13

12 Literaturverzeichnis

- Emergency Nutrition Network (2021). Special section on COVID-19 nutrition programming. *Field Exchange issue*(65).
- FAO. (2020). *FAO COVID-19 Response and Recovery Programme - Global Humanitarian Response Plan: Addressing the impacts of COVID-19 and safeguarding livelihoods in food crisis contexts*. FAO.
<https://doi.org/10.4060/cb0285en>
- FAO, IFAD, UNICEF, WFP and WHO. (2020). *The State of Food Security and Nutrition in the World 2020: Transforming food systems for affordable healthy diets*. FAO. <https://doi.org/10.4060/ca9692en>
- Grebmer, K. von, Bernstein, J., Wiemers, M., Acheampong, K., Hanano, A., Higgins, B., Cheilleachair, R. N., Foley, C., Gitter, S., Ekstrom, K. & Fritschel, H. (2020). Welthunger-Index: Kein Hunger bis 2030: Gesundheit und nachhaltige Ernährungssysteme zusammen denken, 1–73.
- International Food Policy Research Institute. (2021). *Global food policy report 2021: Transforming food systems after COVID-19*. Washington, DC.
<https://doi.org/10.2499/9780896293991>
- Kamara, M. H., Najjemba, R., van Griensven, J., Yorpoi, D., Jimissa, A. S., Chan, A. K. & Mishra, S. (2017). Increase in acute malnutrition in children following the 2014-2015 Ebola outbreak in rural Sierra Leone. *Public health action*, 7(Suppl 1), S27-S33. <https://doi.org/10.5588/pha.16.0084>
- Keerti, G. (2020). Covid-19 highlights the need for greater support for global health systems. <https://blogs.bmj.com/bmj/2020/02/25/keerti-gedela-coronavirus-outbreak-highlights-need-greater-support-global-health-systems/>
- Kelly, J. D., Richardson, E. T., Drasher, M., Barrie, M. B., Karku, S., Kamara, M., Hann, K., Dierberg, K., Hubbard, A., Lindan, C. P., Farmer, P. E., Rutherford, G. W. & Weiser, S. D. (2018). Food Insecurity as a Risk Factor for Outcomes Related to Ebola Virus Disease in Kono District, Sierra Leone: A Cross-Sectional Study. *The American journal of tropical medicine and hygiene*, 98(5), 1484–1488. <https://doi.org/10.4269/ajtmh.17-0820>

-
- Kodish, S. R., Bio, F., Oemcke, R., Conteh, J., Beauliere, J. M., Pyne-Bailey, S., Rohner, F., Ngnie-Teta, I., Jalloh, M. B. & Wirth, J. P. (2019). A qualitative study to understand how Ebola Virus Disease affected nutrition in Sierra Leone-A food value-chain framework for improving future response strategies. *PLoS neglected tropical diseases*, *13*(9), e0007645. <https://doi.org/10.1371/journal.pntd.0007645>
- Kodish, S. R., Rohner, F., Beauliere, J.-M., Daffe, M., Ayoya, M. A., Wirth, J. P. & Ngnie-Teta, I. (2018). Implications of the Ebola virus disease outbreak in Guinea: Qualitative findings to inform future health and nutrition-related responses. *PloS one*, *13*(8), e0202468. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0202468>
- Kodish, S. R., Simen-Kapeu, A., Beauliere, J.-M., Ngnie-Teta, I., Jalloh, M. B., Pyne-Bailey, S., Schwartz, H. & Wirth, J. P. (2019). Consensus building around nutrition lessons from the 2014-16 Ebola virus disease outbreak in Guinea and Sierra Leone. *Health policy and planning*, *34*(2), 83–91. <https://doi.org/10.1093/heapol/czy108>
- Laborde, D., Martin, W. & Vos, R. (2021). Impacts of COVID-19 on global poverty, food security, and diets: Insights from global model scenario analysis. *Agricultural Economics*. Vorab-Onlinepublikation. <https://doi.org/10.1111/agec.12624>
- Laviano, A., Koverech, A. & Zanetti, M. (2020). Nutrition support in the time of SARS-CoV-2 (COVID-19). *Nutrition (Burbank, Los Angeles County, Calif.)*, *74*, 110834. <https://doi.org/10.1016/j.nut.2020.110834>
- Lochs, H., Allison, S. P., Meier, R., Pirlich, M., Kondrup, J., Schneider, S., van den Berghe, G. & Pichard, C. (2006). Introductory to the ESPEN Guidelines on Enteral Nutrition: Terminology, definitions and general topics. *Clinical nutrition (Edinburgh, Scotland)*, *25*(2), 180–186. <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2006.02.007>
- Löser, C., Lübbers, H., Mahlke, R. & Lankisch, P. G. (2007). Der ungewollte Gewichtsverlust des alten Menschen. *Deutsches Ärzteblatt*, *104*(49), 3411–3420.
- Maximo, T. (2020). Without food, there can be no exit from the pandemic. *Nature*(Vol 580), 588–589.
- Mittal, N., Viswanath, R. & Vollmer, S. (2020). Covid-19 in Ländern mit niedrigem oder mittlerem Einkommen: Das Beispiel Indien. *Perspektiven der Wirtschaftspolitik*, *21*(3), 301–310. <https://doi.org/10.1515/pwp-2020-0028>
- Ong, M. M., Ong, R. M., Reyes, G. K. & Sumpaico-Tanchanco, L. B. (2020). Addressing the COVID-19 Nutrition Crisis in Vulnerable Communities: Applying a

-
- Primary Care Perspective. *Journal of primary care & community health*, 11, 2150132720946951. <https://doi.org/10.1177/2150132720946951>
- Prüss-Üstün, A., Bos, R., Gore, F. & Bartram, J. (2008). Safer water, better health: Costs, benefits and sustainability of interventions to protect and promote. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43840/9789241596435_eng.pdf;jsessionid=DB4A0EF7C718EC96503579538E52A13D?sequence=1
- Renzaho, A. M. N. (2020). The Need for the Right Socio-Economic and Cultural Fit in the COVID-19 Response in Sub-Saharan Africa: Examining Demographic, Economic Political, Health, and Socio-Cultural Differentials in COVID-19 Morbidity and Mortality. *International journal of environmental research and public health*, 17(10). <https://doi.org/10.3390/ijerph17103445>
- Stingl, P. (2015). Ebola - Virus der Armen: Wie sich die Seuche ausbreitete und was sie stoppen könnte. *MMW-Fortschr.Med.*, 157(14), 50–53.
- Swinnen, J. & McDermott, J. (2020). *COVID-19 and global food security*. Washington, DC. <https://doi.org/10.2499/p15738coll2.133762>
- UNHCR, UNICEF, WFP & WHO (2002). Food and Nutrition Needs for Emergencies.
- UNICEF. (1990). *Strategy for improved Nutrition of Children and Women in developing countries*.
- United Nations. *Sustainable Development Goals: Communication materials*. <https://www.un.org/sustainabledevelopment/news/communications-material/>
- United Nations (2019). The Sustainable Development Goals Report 2019.
- Valentini, L., Volkert, D., Schütz, T., Ockenga, J., Pirlich, M., Druml, W., Schindler, K., Ballmer, P., Bischoff, S., Weimann, A. & Lochs, H. (2013). Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin (DGEM): DGEM-Terminologie in der Klinischen Ernährung. *Aktuelle Ernährungsmedizin*, 38(02), 97–111. <https://doi.org/10.1055/s-0032-1332980>
- Welthungerhilfe (2020a). COVID-19 - Eine weltweite Herausforderung: Die Arbeit der Welthungerhilfe in Zeiten von Corona. *Welthungerhilfe*.
- Welthungerhilfe (2020b). Hunger - Ausmass, Verbreitung, Ursachen.
- WFP (2014). Special Focus Ebola: How can we estimate the impact of Ebola on food security in Guinea, Liberia and Sierra Leone? <https://documents.wfp.org/stellent/groups/public/documents/ena/wfp268882.pdf>

-
- WHO. (1991). Obesity: preventing and managing the global epidemic. In P. Grandjean (Hrsg.), *Ecogenetics* (S. 3–18). Springer Netherlands.
https://doi.org/10.1007/978-94-011-3136-0_1
- WHO (2014). Key considerations for the implementation of Community Care Centres.
- WHO (2015). Health worker Ebola infections in Guinea, Liberia and Sierra Leone: A preliminary report.
- WHO (2016a). Ebola Situation Report: 16 March 2016.
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/204629/ebolasitrep_16Mar2016_eng.pdf?sequence=1
- WHO (2016b). Ebola Situation Report: 2 March 2016.
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/204521/ebolasitrep_2Mar2016_eng.pdf;jsessionid=802E5D6F44D9E87F8B293BFBA025E7E9?sequence=1
- WHO (2016c). Situation Report: Ebola virus disease.
- WHO. (2020a). *Coronavirus*. https://www.who.int/health-topics/coronavirus#tab=tab_3
- WHO (2020b). Coronavirus disease 2019 (COVID-19): Situation Report - 51.
https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200311-sitrep-51-covid-19.pdf?sfvrsn=1ba62e57_10
- WHO (2020c). Novel Coronavirus (2019-nCoV): Situation Report - 1.
https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200121-sitrep-1-2019-ncov.pdf?sfvrsn=20a99c10_4
- WHO. (2020d). *WHO Coronavirus Disease (COVID-19) Dashboard*.
<https://covid19.who.int/>
- WHO. (2021). *Ebola virus disease*. <https://www.who.int/news-room/factsheets/detail/ebola-virus-disease>
- WHO & DIMDI. (2019). *ICD-10-WHO Version 2019: Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00-E90)*.
<https://www.dimdi.de/static/de/klassifikationen/icd/icd-10-who/kode-suche/htmlamtl2019/>