



# Politische Maßnahmen zur Verbesserung der Gesundheit und Bildung der Bevölkerung

Im Millenniums-Entwicklungspakt wird empfohlen, dass für Länder mit hoher und höchster Priorität Investitionen in den Bereichen Gesundheit und Bildung zu den allerersten politischen Maßnahmen zählen müssen, um aus der Armutsfalle wieder herauszufinden. Diese Investitionen tragen zum Wirtschaftswachstum bei, das sich wiederum auf die menschliche Entwicklung auswirkt (siehe Kapitel 3). Bildung, Gesundheit, Ernährung sowie Wasser- und Sanitärversorgung ergänzen einander, da Investitionen in einem der Bereiche zu besseren Resultaten in den anderen Bereichen führen. Die wichtigste Botschaft dieses Kapitels lautet, dass die politischen Entscheidungsträger erkennen müssen, welche Synergien es zwischen den vielen Aspekten der menschlichen Entwicklung gibt, wenn sie in die Umsetzung der Millenniums-Entwicklungsziele investieren.

Bildung wirkt sich auf alle Gebiete der menschlichen Entwicklung aus. Bildung ist mehr als nur eine Quelle von Wissen, sie fördert auch eine bessere Hygiene und führt zu einer häufigeren Nutzung von Dienstleistung im Gesundheitsbereich. Auch sauberes Wasser und eine angemessene sanitäre Versorgung sind entscheidend für den Gesundheitszustand. Da dadurch ansteckende Krankheiten reduziert werden, verbessert sich der Ernährungszustand der Kinder und ihre Lernfähigkeit wird gesteigert. Zusammengefasst tragen solche Maßnahmen zu einem Wandel im Gesundheitsbereich bei – größtes Krankheitsrisiko in einem Land wären dann nicht mehr ansteckende Krankheiten, sondern vor allem die chronischen Krankheiten.

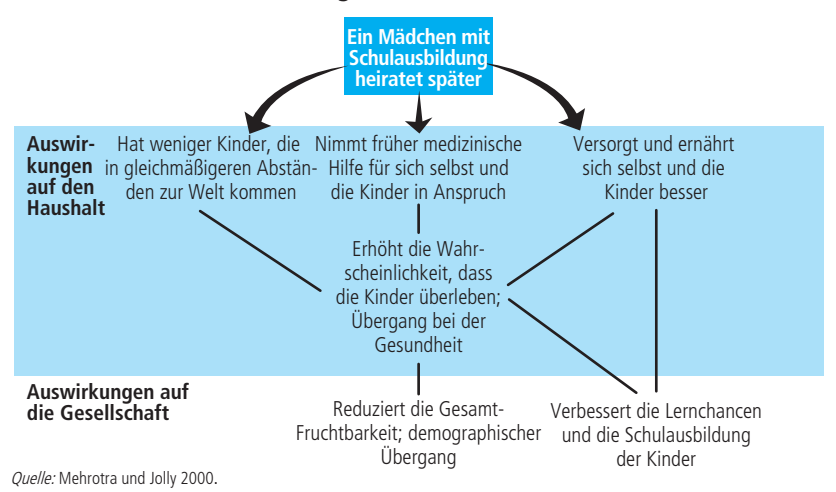
Durch den Wandel im Gesundheitsbereich wird sehr schnell ein Wandel im demografischen Bereich von hohen zu niedrigen Geburten- und Sterberaten möglich. Hinzu kommt, dass ein höheres Bildungsniveau in

engem Zusammenhang zu einer besseren Familienplanung steht. Wenn mehr Kinder am Leben bleiben, reduzieren die Familien die Zahl der Kinder, die sie bekommen. Die gewünschte Familiengröße wird kleiner, ein Prozess, der noch durch die freie Verfügbarkeit von Verhütungsmitteln unterstützt wird. So spielt im Laufe der Zeit eine niedrigere Säuglings- und Kindersterblichkeitsrate für ein Sinken der Fruchtbarkeitsraten eine entscheidende Rolle.<sup>1</sup> Eine solches Verständnis von Synergien bei sozialen Investitionen ist für die Reduzierung von Hunger, Unterernährung, Krankheit und Analphabetismus – und auch für die Förderung des menschlichen Entwicklungspotentials – von zentraler Bedeutung.

Um den größtmöglichen Nutzen aus den Synergien bei den grundlegenden sozialen Dienstleistungen zu ziehen, ist es von entscheidender Bedeutung, schon zu einem sehr frühen Zeitpunkt den Schwerpunkt auf die allgemeine Grundschulbildung zu legen, insbesondere für Mädchen. Dazu ist der Zugang zu einer wirklich funktionierenden Familienplanung, zu Wasser und zu sanitärer Versorgung erforderlich. Insofern sind diese Dienst-

GRAFIK 4.1

## Mädchen mit Schulausbildung heiraten später



leistungen integraler Bestandteil für das Erreichen aller Millenniums-Entwicklungsziele.

In diesem Kapitel wird auch dargelegt, dass die Gleichstellung der Geschlechter nicht nur ein Ziel um seiner selbst willen ist – es ist für das Erreichen aller anderen Ziele von zen-

traler Bedeutung. Anhand der Lebensläufe von Mädchen mit Schulbildung lassen sich die Synergien zwischen den einzelnen Interventionen im sozialen Bereich gut verdeutlichen (siehe Grafik 4.1). Mädchen mit Schulbildung heiraten in der Regel später – insbesondere,

#### KASTEN 4.1

### Potenzial und Handlungsspielraum von Frauen – Schlüssel für das Erreichen der Millenniumsziele

Wenn das Potenzial der Frauen nicht ausgeschöpft und die Geschlechtergerechtigkeit nicht verbessert wird, können die anderen Millenniumsziele nicht erreicht werden. Den Handlungsspielraum von Frauen zu erweitern und ihnen Gehör zu verschaffen, ist unverzichtbar für die Entwicklung ihres Potenzials – und die Verbesserung ihrer Fähigkeiten und Fertigkeiten ist unverzichtbar, wenn man ihren Handlungsspielraum erweitern und ihnen Gehör verschaffen will. Obwohl Ausbildung das einzige offizielle Ziel ist („Beseitigung der Geschlechterunterschiede bei der Primar- und Sekundarschulbildung, möglichst bis 2005, und auf allen Bildungsebenen bis 2015“), das zur Bewertung des Fortschritts hinsichtlich des Ziels der Gleichberechtigung der Geschlechter herangezogen wird, haben sich verschiedene weitere Indikatoren zur Beurteilung der Fortschritte etabliert:

- Das Verhältnis von Mädchen zu Jungen in der Grundschul-, weiterführenden Schul- und Hochschulausbildung
- Das Verhältnis alphabetisierter weiblicher und männlicher 15–24-Jähriger.
- Der Anteil von Frauen an bezahlten Arbeitsplätzen außerhalb der Landwirtschaft.
- Der Anteil von Frauen in nationalen Parlamenten.

Geschlechtergleichberechtigung in der Ausbildung hilft Frauen dabei, einen Arbeitsplatz außerhalb des eigenen Haushalts und politische Macht zu erlangen, was wiederum zu ihrem Handlungsspielraum in der Öffentlichkeit beiträgt. Aber Geschlechtergleichberechtigung muss sich auch auf den privaten Bereich erstrecken.

Heute unterminiert die fehlende Gleichberechtigung das Potenzial der Frauen in Bildung und Gesundheit. Trotzdem werden einige Fortschritte erreicht, beispielsweise stieg von 1990 bis 2001 das Verhältnis alphabetisierter weiblicher und männlicher 15–24-Jähriger in Ländern mit niedriger menschlicher Entwicklung von 70 auf 81 Frauen pro 100 Männer, während es in Ländern mit mittlerer menschlicher Entwicklung nur von 91 auf 93

stieg. Das Geschlechterverhältnis im Primarbereich machte ebenfalls gewisse Fortschritte und stieg in den Entwicklungsländern zwischen 1990 und 1999–2000 von 86 auf 92 Mädchen pro 100 Jungen. Beim gegenwärtigen Fortschrittstempo wird die Gleichheit der Geschlechter nicht vor 2025 erreicht werden – 20 Jahre nach dem Zieljahr der Millenniumsziele.

Bei jungen Frauen (15–24 Jahre) in Entwicklungsländern liegt die Alphabetisierungsrate bei 60%, verglichen mit 80% für junge Männer. Zusätzlich leiden mehr Frauen an HIV/AIDS. Die Müttersterblichkeit ist ein weiterer Aspekt der Bürde der Frauen. Und trotz biologischer Gründe für eine höhere Lebenserwartung der Frauen gibt es in vielen Entwicklungsländern Millionen „fehlender“ Frauen durch Ermordung von weiblichen Säuglingen, Abtreibungen aufgrund des Geschlechts oder systematischer lebenslänglicher Diskriminierung (was zu einer niedrigeren weiblichen Bevölkerung führt, mit 35–37 Millionen weniger Frauen in Südasien und 38–40 Millionen in China).

Ohne Maßnahmen zur Steigerung des Potenzials von Frauen in Gesundheit und Bildung werden sie nur begrenzte Aussichten auf Arbeitsplätze außerhalb des Haushalts und auf eigene, unabhängige Verdienstmöglichkeiten haben. In den neunziger Jahren stagnierte in den Entwicklungsländern das Verhältnis von Frauen, die außerhalb der Landwirtschaft tätig waren, bei 40% des Anteils der Männer.

Viele Herausforderungen beeinträchtigen die Gleichberechtigung der Geschlechter auf dem Arbeitsmarkt sowie bei der Partizipation in der Gemeinschaft und der Politik. In Entwicklungsländern sind die meisten armen Arbeiterinnen außerhalb der Landwirtschaft in informellen Arbeitsverhältnissen beschäftigt und erhalten niedrige, unregelmäßige Bezahlung. Weltweit beträgt der Frauenanteil bei den Parlamentssitzen gerade einmal in sieben Ländern mehr als 30%. Einer besseren politischen Vertretung muss oft durch Quoten nachgeholfen werden.

Geschlechterbeziehungen werden großenteils durch soziale und kulturelle Verhältnisse

bestimmt. Patriarchalische Werte aus der Kindheit beeinflussen die Einstellungen und Ansichten sowohl von Frauen als auch von Männern ihr ganzes Leben lang. Diese Werte manifestieren sich oft in Gesetzen, die die Rechte und Ansprüche von Frauen beschränken – insbesondere wenn es um Ehe, Scheidung, Vergewaltigung, Gewalt und Erbschaftsrecht geht. Frauenrechtsbewegungen konzentrieren sich oft auf die Reform solcher Gesetze.

Obwohl die Berufstätigkeit und die Ausbildung als grundlegende Strategien betrachtet werden, um den Handlungsspielraum von Frauen zu erweitern und ihnen mehr Gehör zu verschaffen, erfordert die Schaffung von mehr Handlungsspielraum nicht nur:

- Anerkennung der Bedeutung von Ausbildung, sondern auch die Verbesserung ihrer Inhalte, Vermittlung und ihres Nutzens.
- Schaffung von mehr Arbeitsplätzen für Frauen, sondern auch die Verbesserung ihrer Qualität und ihrer Bedingungen – einschließlich nachhaltiger Lebensweisen.
- Erhöhung der zahlenmäßigen Repräsentanz von Frauen in Parlamenten, sondern auch bessere Sichtbarkeit von Frauen in hochrangigen Positionen mit Entscheidungskompetenz – von der lokalen bis zur nationalen Ebene.

Das bedeutet, dass sowohl die praktischen Bedürfnisse (wie etwa die Verbesserung der Lebensverhältnisse, des Arbeitsplatzangebots, der Gesundheitsversorgung und des Angebots von sauberem Wasser) als auch die strategischen Bedürfnisse (den Frauen mehr Gehör verschaffen und ihren Handlungsspielraum durch geregelte Ansprüche auf Vermögen und gleichen Lohn, reproduktive Rechte und Freiheit vor Gewalt zu erweitern, damit sie ihre Rolle in der Familie und der Gesellschaft neu definieren können) politisch angegangen werden müssen, um Frauen mehr Macht zu geben. Diese Politik muss zudem noch durch Gesetze untermauert werden, die gleiche Rechte für Frauen und Männer garantieren – im privaten wie im öffentlichen Bereich, d.h. persönlich wie politisch.

Quelle: Christiansen, Conway, und Poston 2003; Dréze und Sen 2002; Landuyt 1998.

### Politische Erfahrungen aus Ländern mit ausgezeichneter Gesundheits- und Bildungsbilanz

Es gibt kein global einheitliches Rezept, wie die Millenniumsziele am besten erreicht werden können, und keinen festgelegten Weg, wie man „auf Kurs“ kommt. Unterschiedliche nationale Ausgangsbedingungen erfordern, dass die Länder unterschiedliche Strategien entwickeln, um die international festgelegten Ziele für Gesundheit und Bildung zu erreichen. Aber es gibt jede Menge Erfolgsgeschichten.

- In den 1980er Jahren machte Botsuana große Fortschritte bei Bildung und Gesundheit, die weit über die Erwartungen angesichts seines Einkommensniveaus hinausgingen.
  - Der indische Bundesstaat Kerala weist Gesundheitsindikatoren auf, die mit denen der USA vergleichbar sind – trotz eines um 99 Prozent niedrigeren Pro-Kopf-Einkommens und jährlichen Pro-Kopf-Gesundheitsausgaben von ganzen 28 US-Dollar.
  - Kubas Pro-Kopf-Einkommen beträgt nur einen Bruchteil desjenigen der USA, dennoch weist das Land dieselbe Säuglingssterblichkeitsrate auf und hat HIV/AIDS unter Kontrolle gehalten.
- Länder mit guten Leistungen in den Bereichen Gesundheit und Bildung zeigen den beachtlichen Fortschritt, der innerhalb einer Generation erreicht werden kann, und Ähnlichkeiten bei diesen Erfolgsbeispielen liefern nützliche Hinweise darauf, was funktioniert:
- *Die staatliche Haushaltspolitik war angemessen und gerecht.* In Ländern mit guten Ergebnissen spiegelt sich der politische Wille nicht nur in den Haushaltstiteln für Gesundheit und Bildung wider, sondern auch in ihrer gerechten Verteilung. Die Ausgaben konzen-

trieren sich eher auf die medizinische Grundversorgung, statt auf weiterführende Gesundheitsdienstleistungen und auf Grundschul-, statt auf höhere Bildung.

- *Bildungserrungenschaften gingen verbesserten Gesundheitsergebnissen voraus.* Schon zu Beginn ihres Entwicklungsprozesses haben alle Länder mit guten Ergebnissen hohe Einschulungsraten für alle Kinder, insbesondere Mädchen, angestrebt. Die Ungleichheit der Geschlechter in der Bildung war daher von Anfang an niedriger, und die Geschlechterunterschiede wurden viel schneller reduziert als in Ländern mit schlechten Ergebnissen. In dem Maße, in dem Investitionen in die öffentliche Gesundheitsfürsorge stiegen, drückte sich das gute Bildungsniveau in hoher Nachfrage nach und effektiver Nutzung von Gesundheitsdiensten aus.
- *Gebildete Frauen konnten Veränderungen vorantreiben.* Ergebnisse bei der Gesundheit und Bildung von Kindern sind nicht nur das Ergebnis von angemessener Nahrungsmittelversorgung und Gesundheitsdiensten, sondern auch von richtiger Kinderbetreuung. In dieser Hinsicht kommt den Fähigkeiten und Rollen von Frauen im Haushalt und in der Gesellschaft große Bedeutung zu. Wenn Frauen gebildet sind, Eigentumsrechte haben und frei sind, außerhalb des Haushalts zu arbeiten und ein eigenes Einkommen zu verdienen, verbessert sich der Wohlstand des gesamten Haushalts (Drèze und Sen 1995). In Ländern mit guten Ergebnissen erzielten Frauen nicht nur nahezu Gleichstand bei der Bildung, sondern auch ihre Partizipationsraten am Arbeitsmarkt außerhalb der Landwirtschaft waren hoch.

Source: Chen and Desai 2000; Mehrotra 2000; Drèze and Sen 1995.

wenn sie eine weiterführende Schule besucht haben und sie einer bezahlten Arbeit außerhalb des Elternhauses nachgehen. Mädchen und Frauen mit Schulbildung haben auch weniger Kinder, nehmen schneller medizinische Hilfe für sich und ihre Kinder in Anspruch, sorgen besser für ihre Kinder und ernähren sie besser.<sup>2</sup> Ein solches Verhalten reduziert das Auftreten von Krankheiten und erhöht die Wahrscheinlichkeit, dass die Kinder nicht vor dem fünften Lebensjahr sterben.

Im Laufe der Zeit führt die Reduzierung der Kindersterblichkeit zu kleineren Familien und einer verstärkten Anwendung von Verhütungsmitteln – und damit wird die Fruchtbarkeit insgesamt gesenkt. Kleinere Haushalte ermöglichen auch eine bessere Betreuung der Kinder, und bei niedrigeren Fruchtbarkeitsraten sinkt die Zahl der Kinder in schulpflichtigem Alter. Auf diese Weise werden die Vorteile der Schulbildung von Mädchen von Generation zu Generation größer. Es ist auf der einen Seite wichtig, die Gesundheit der Frauen und ihr Bildungspotenzial auf diese Weise zu stärken, auf der anderen Seite sind auch Maß-

nahmen erforderlich, um ihre Rolle in der Gesellschaft als Akteurinnen von Veränderung nachhaltig zu fördern (siehe Kasten 4.1).

Fortschritte in der Vergangenheit zeigen, was möglich ist. In den vergangenen 50 Jahren erzielten die meisten Entwicklungsländer Fortschritte in den Bereichen Gesundheit und Bildung, für die die reichen Länder fast 200 Jahre brauchten. Etwa ein Dutzend Entwicklungsländer machten sogar besonders schnelle Fortschritte und erreichten soziale Indikatoren, die durchaus mit denen in reichen Ländern vergleichbar sind. Diese Länder können anderen Ländern politische Nachhilfe erteilen, wie man die Millenniums-Entwicklungsziele erreichen kann (siehe Kasten 4.2).

Wer noch daran zweifelt, dass die Ziele in weniger als einer Generation erreicht werden können, sollte sich folgende Erfolge vor Augen führen. In Sri Lanka konnte die Lebenserwartung zum Zeitpunkt der Geburt in nur sieben Jahren (1945-52) um 12 Jahre erhöht werden.<sup>3</sup> In China waren es in neun Jahren (1953-62) 13 Jahre.<sup>4</sup> Von 1960 bis 1980 konnte Botsuana seine Bruttoeinschulungsra-

te in der Primarbildung von 40 Prozent auf 91 Prozent mehr als verdoppeln.<sup>5</sup> Und in Simbabwe stieg die Bruttoeinschulungsrate, fünf Jahre nach der Unabhängigkeit von 75 Prozent im Jahr 1960 auf 124 Prozent im Jahr 1985.<sup>6</sup>

Einige Entwicklungsländer machten gewaltige wirtschaftliche und soziale Sprünge – und haben jetzt Hochleistungs-Ökonomien (Republik Korea, Malaysia und Mauritius). Sie erzielten soziale Fortschritte schon zu einem frühen Zeitpunkt ihres Entwicklungsprozesses, als die nationalen Einkommen noch niedrig waren – was auf eine bestimmte Abfolge bei den Investitionen hindeutet. In anderen erfolgreichen Ländern war das Wirtschaftswachstum langsamer und nicht so stetig. Und trotzdem zeigen einige dieser Länder, dass eine soziale Entwicklung auf hohem Niveau auch ohne eine blühende Wirtschaft möglich

ist, wenn die Regierung die richtigen Prioritäten setzt und die entsprechenden politischen Maßnahmen ergreift.

In diesem Kapitel geht es darum, die richtigen politischen Prioritäten zu setzen – nämlich diejenigen, die die Länder mit guten Erfolgen gesetzt haben – um die Millenniums-Entwicklungsziele zu erreichen. Die Ziele in den Bereichen Hunger, Bildung, Gesundheit und Wasser und sanitäre Versorgung werden der Reihe nach untersucht – nach dem Grad der Herausforderung, die sie darstellen, bis hin zu den Maßnahmen, die erforderlich sind, um sie zu erreichen. In dem Kapitel wird dann ein Aktionsplan vorgeschlagen, um das Niveau, die gerechte Verteilung und die Effizienz der öffentlichen Ausgaben für grundlegende Dienstleistungen – ebenso wie die Quantität und Qualität der öffentlichen Entwicklungshilfe – zu verbessern.

### Millenniums- Entwicklungsziele und Zielvorgaben

Ziel 1: Beseitigung der  
extremen Armut und  
des Hungers

*Zielvorgabe 1: Zwischen  
1990 und 2015 den  
Anteil der Menschen  
halbieren, deren  
Einkommen weniger als  
1\$ pro Tag beträgt*

*Zielvorgabe 2: Zwischen  
1990 und 2015 den  
Anteil der Menschen  
halbieren, die Hunger  
leiden*

### WIE KANN DAS ZIEL DER REDUZIERUNG DES HUNGERS ERREICHT WERDEN?

Wenn man von den bisherigen Erfolgen ausgeht, müsste das Ziel, den Anteil der hungerten Menschen bis 2015 um die Hälfte zu verringern, leicht zu erreichen sein. 1996 wurde auf dem Welternährungsgipfel ein ähnliches Ziel verabschiedet: die Anzahl der hungerten Menschen in den Entwicklungsländern auf 400 Millionen zu verringern.<sup>7</sup>

Seit den frühen 1970er Jahren hat sich die Nahrungsmittelproduktion in den Entwicklungsländern verdreifacht und mit dem Bevölkerungswachstum mehr als Schritt gehalten.<sup>8</sup> Hinzu kommt, dass die realen Preise der wichtigsten Getreideerzeugnisse um 76 Prozent gefallen sind.<sup>9</sup> Von 1980 bis 1995 stieg die Nahrungsmittelproduktion pro Kopf der Bevölkerung in Asien um 27 Prozent und in Lateinamerika um 12 Prozent. In Afrika südlich der Sahara sank sie jedoch um 8 Prozent.<sup>10</sup> Die Anzahl der Hungernden ist zwar in Südasien am höchsten, sie sinkt jedoch – während in Afrika etwa ein Drittel der Bevölkerung unternährt ist und die Zahl der Hungernden wächst.<sup>11</sup> Wenn alle Nahrungsmittel, die weltweit erzeugt werden, gerecht verteilt würden, könnte jeder Mensch 2.760 Kalorien am Tag

konsumieren (Hunger ist so definiert, dass ein Mensch weniger als 1.960 Kalorien täglich zu sich nimmt).<sup>12</sup> Wenn man den Hunger bekämpfen will, muss man gewährleisten, dass die Menschen über die Ressourcen (insbesondere Einkommen) verfügen, die erforderlich sind, um Nahrungsmittel zu erwerben.

Hunger ist mehr als nur das Fehlen verfügbarer Nahrung. Er ist auch ein Problem des nicht vorhandenen Rechts auf Nahrung und der Nichtversorgung mit damit in Zusammenhang stehenden grundlegenden Dienstleistungen (Gesundheitsversorgung, Bildung, sauberes Trinkwasser, angemessene sanitäre Versorgung). Im Unterschied zur Verfügbarkeit von Nahrung bedeutet das Recht auf Nahrung, was eine Person mit Einkommen verlangen und daher konsumieren kann, und nicht, was auf dem Markt verfügbar ist.

### DAS AUSMASS DES PROBLEMS

Jeden Tag müssen 799 Millionen Menschen in den Entwicklungsländern Hunger leiden – das sind etwa 18 Prozent der Weltbevölkerung.<sup>13</sup> In Südasien hungert eine von vier Personen

und in Afrika südlich der Sahara sogar eine von drei Personen.<sup>14</sup> Die größte Anzahl hungernder Menschen, nämlich 233 Millionen, ist in Indien zu Hause, während in Afrika südlich der Sahara 183 Millionen leben, in China 119 Millionen, im Rest von Ostasien und im Pazifik 74 Millionen, in Lateinamerika 55 Millionen und in den arabischen Staaten 32 Millionen.<sup>15</sup>

In den Jahren 1990–92 und 1998–2000 sank der Anteil der hungernden Menschen in den Entwicklungsländern von 21 Prozent auf 18 Prozent.<sup>16</sup> Der bei weitem größte Rückgang fand in China statt, obwohl auch in Südostasien ein beachtlicher Rückgang zu verzeichnen war.<sup>17</sup> Aufgrund des Bevölkerungswachstums sinkt die Zahl der hungernden Menschen jedoch nicht ganz so schnell. Weltweit sank die Anzahl der hungernden Menschen von 1991 bis 1999 um 20 Millionen.<sup>18</sup> Dieser Fortschritt war jedoch nur möglich, weil 80 Millionen Chinesen nicht mehr hungern mussten: in 25 Entwicklungsländern nahm dagegen die Zahl der hungernden Menschen zu (siehe Grafik 4.2).<sup>19</sup>

Das Ziel, den Hunger zu reduzieren, beinhaltet auch, die Unterernährung von Kindern zu verringern. Auf diesem Gebiet waren bei 10 von 33 Ländern, über die Daten vorliegen, Rückschläge zu verzeichnen, oder es gelang ihnen nicht, in den 1990er Jahren Verbesserungen zu erzielen.<sup>20</sup> Und da es über die Unterernährung von Kindern verlässlichere Daten gibt, sind solche Trends beunruhigend.<sup>21</sup>

Mehr als drei Viertel der hungernden Menschen leben in ländlichen Gebieten der Entwicklungsländer.<sup>22</sup> Ungefähr die Hälfte lebt in kleinbäuerlichen Haushalten auf marginalen Böden, wo die landwirtschaftliche Produktion durch Umweltzerstörung bedroht ist.<sup>23</sup> Fast ein Drittel lebt in landlosen, nichtbäuerlichen Haushalten, wie beispielsweise diejenigen, die als Hirten, Fischer oder als Waldbauern beschäftigt sind.<sup>24</sup> Arme Fischer müssen jedoch mit ansehen, wie ihre Erträge beim Fischfang durch die kommerzielle Fischerei reduziert werden, und die Waldbauern verlieren ihre Rechte an Holzfällerfirmen, die mit Genehmigung der Regierung in die

Wälder vordringen. Hinzu kommt, dass die Anzahl der Menschen ohne Landbesitz in den meisten ländlichen Gebieten aufgrund einer größeren Anbaudichte und ungerechter Landverteilung steigt. Der Anteil durchschnittlich pro Kopf verfügbaren Landes sank bei Bauern in den Entwicklungsländern von 3,6 Hektar im Jahr 1972 auf 0,26 Hektar im Jahr 1992 – und er wird vermutlich bis zum Jahr 2020 weiter sinken.<sup>25</sup>

Ein weiterer beunruhigender Trend ist, dass die Unterernährung auf die Städte übergreift.<sup>26</sup> Inzwischen beträgt der Anteil städtischer armer Menschen mehr als ein Fünftel der hungernden Menschen in den Entwicklungsländern. Dieser Anteil wird wahrscheinlich noch größer werden, weil die Bevölkerung in den Städten schneller wächst als auf dem Land.<sup>27</sup>

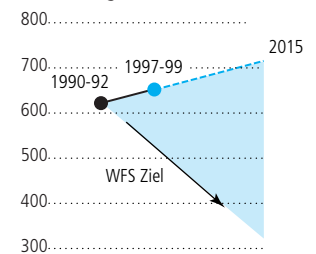
Jährlich sind in der Regel 5–10 Prozent der hungernden Menschen von Dürren, Seuchen, Überschwemmungen, Hurrikanen, extremen Stürmen oder gewaltsamen Konflikten betroffen.<sup>28</sup> Von den 21 Ländern, in denen 2002 extreme Nahrungsmittelengpässe auftraten, wurden diese in 15 Ländern durch Kriege, zivile Konflikte oder Nachwirkungen früherer Konflikte ausgelöst.<sup>29</sup>

Wenn man das Millenniums-Entwicklungsziel der Reduzierung des Hungers erreichen will, ist eine bessere Nahrungsmittelverteilung und eine Steigerung der Produktion erforderlich. Zu den wichtigsten Prioritäten bei der Steigerung der Produktion gehören:

- *Den Schwerpunkt auf Technologien setzen, die die landwirtschaftliche Produktivität steigern.* Wenn man dies tut, werden auch die Einkommen von Menschen steigen, die über nicht viel mehr verfügen als über Landbesitz.
- *Mehr Mittel in die Landwirtschaft investieren.* Viele arme Länder haben ihre Landwirtschaft vernachlässigt – ein Trend, der rückgängig gemacht werden muss.
- *Die Umweltzerstörung verhindern.* Neue politische Maßnahmen und Technologien zur Steigerung der Produktivität müssen auch für den Schutz wichtiger Ökosysteme sorgen. Arme Menschen leiden am stärksten unter Umweltzerstörung, Armut führt

GRAFIK 4.2  
**Die Ernährungsunsicherheit nimmt zu**

Anzahl der Menschen, deren Ernährung nicht gesichert ist, in allen Entwicklungsländern ohne China



Anmerkung: WFS steht für Welternährungsgipfel  
Quelle: FAO 2001c.

*Gerecht verteiltes Land  
verringert auch die Armut  
und verbessert die  
Einkommensverteilung*

jedoch auch zu Umweltzerstörung. In den Entwicklungsländern ist meist die niedrige Produktivität der Grund für solche Zerstörungen, während in Europa und Nordamerika die hohe Produktivität dafür verantwortlich ist.

- *Die Ressourcen gerechter verteilen.* Frauen, die fast alle Nahrungsmittel erzeugen, die in Afrika südlich der Sahara und in Asien konsumiert werden, müssen einen gesicherten Zugang zu Landbesitz haben. Das gleiche gilt für Menschen ohne Landbesitz.
- *Der Erderwärmung entgegenzutreten und die Agrarzölle und -subventionen in den reichen Ländern reduzieren.* Protektionistische Maßnahmen manipulieren die internationalen Märkte zum Nachteil der Bauern in den Entwicklungsländern. Die Erderwärmung kann inzwischen die klimatischen Bedingungen für Bauern, die von Regen abhängig sind, negativ beeinflussen.

**NAHRUNGSMITTELVORRÄTE FÜR EINE  
BESSERE VERTEILUNG UND VORBEUGUNG  
GEGEN PREISSCHWANKUNGEN**

Die Regierungen können Reserven der wichtigsten Verbrauchsgüter, insbesondere von Getreide, anlegen und diese auf den Markt bringen, wenn die Nahrungsmittelpreise unmäßig ansteigen – damit arme Menschen sie sich dann leisten können. Teil solcher Systeme könnte möglicherweise auch die öffentliche Verteilung der wichtigsten Verbrauchsgüter zu Preisen unter Marktniveau sein. In China und Indien gibt es eine lange Tradition der Nahrungsmittel-Reservehaltung, normalerweise auf staatliche Kosten.

Indien hat seit den siebziger Jahren Nahrungsmittelvorräte angelegt und war dadurch in der Lage, einer Ausbreitung von Hungersnöten entgegenzuwirken. Diese Bemühungen wurden noch unterstützt durch die gesteigerte Weizen- und Reisproduktivität – ein Ergebnis der Grünen Revolution. Getreide und wichtige Verbrauchsgüter (Zucker, Öl zum Kochen) wurden dabei im Rahmen eines staatlichen Verteilungssystems zur Verfügung gestellt. Zusätzlich gewährleisteten in Zeiten der Dürre „food for work“-Programme (Nahrungsmittel

als Entlohnung für geleistete Arbeit) eine Versorgung auf Subsistenzniveau.

Es ist sehr wichtig, dass Nahrungsmittel für arme Haushalte weiterhin erschwinglich bleiben, egal ob im Rahmen von staatlichen Verteilungssystemen oder Getreideabgaben an die Märkte (etwas, das die indische Regierung in den letzten Jahren nicht mehr getan hat). Ein Grund für die Ernährungssicherheit armer Haushalte in Kerala, einem indischen Bundesstaat mit guten Ergebnissen (siehe Kasten 4.3), ist, dass staatlich subventionierte Läden selbst in ländlichen Gebieten Getreide verteilen.<sup>30</sup> In anderen indischen Bundesstaaten findet die öffentliche Nahrungsmittelverteilung fast nur in städtischen Gebieten statt. In China werden Nahrungsmittelvorräte als Reserve auf kommunaler Ebene bereitgehalten.

In Sri Lanka – einem weiteren Land mit hohem Niveau bei den sozialen Indikatoren – wurden Nahrungsmittelsubventionen seit der Unabhängigkeit im Jahr 1947 beibehalten. 1979 wurden die Subventionen für die wichtigsten Verbrauchsgüter (Reis, Weizenmehl, Linsen, getrockneter Fisch, Milchpulver) durch ein Lebensmittelmarken-System ersetzt, mit dem 40 Prozent der Bevölkerung erreicht wurden.

In Afrika wurden Nahrungsmittelvorräte nicht in dem Maße angelegt, wie man es bei der niedrigen Produktivität im Agrarbereich, den empfindlichen Böden und den häufigen Hungersnöten auf diesem Kontinent erwarten könnte. Ein Grund für die Hungersnot im südlichen Afrika im Jahr 2002 war, dass die begrenzten Vorräte zur Neige gegangen waren; zum Teil deshalb, weil die Regierungen diese aufgrund finanzieller Schwierigkeiten nicht mehr aufrechterhalten konnten.

Insbesondere für Binnenländer ist es wichtig, Reserven anzulegen, denn die Kosten für den Bau und die Verwaltung von Lagerhäusern sind gerechtfertigt, wenn dadurch Leben gerettet, Leiden abgewendet und Produktivität gewonnen werden können. In Ländern mit Häfen müssen die Kosten für das Anlegen von Vorräten gegenüber dem Nutzen abgewogen werden. Sogar in Küstenländern können jedoch Reserven die negativen Auswirkungen

### Verbesserung der Bodenfruchtbarkeit in Afrika südlich der Sahara

Der Auslaugung von Bodennährstoffen wird üblicherweise durch den Einsatz von Mineraldüngern entgegengewirkt. Aber Düngemittel kosten für den Endverbraucher in Afrika zwei- bis sechsmal so viel wie in Europa, Nordamerika und Asien. Allerdings ist es den Pflanzen egal, ob sie ihre Nitrate und Phosphate aus einem Sack Dünger oder aus verrottenden Blättern aufnehmen. Es kommt also darauf an, pflanzliche Nährstoffe in ausreichender Menge aufzufrischen, und ob dies durch Mineraldünger oder organische Materialien geschieht, hängt im wesentlichen vom Geldbeutel der Bauern ab.

Am besten ist es, den Einsatz beider Nährstoffquellen in agronomisch vernünftiger Weise zu kombinieren. Das Sasakawa Global 2000-Netzwerk und andere Organisationen haben auf Tausenden afrikanischer Bauernhöfe gezeigt, dass Mineraldünger die Ernten um das Doppelte bis Vierfache steigern können. Aber selbst Bauern, die sich zugekauften Dünger nicht leisten oder ihn nicht erhalten konnten, können durch alternative Ansätze zum Bodenaufbau und zur Nährstoffauffrischung langfristige Ertragssteigerungen erzielen:

- *Stickstoffbindende Baumbrachen.* Leguminosenbäume werden gemeinsam mit jungen Maispflanzen gepflanzt, damit sie in Bra-

chen während der Trockenzeiten wachsen. Sie erzeugen in 6–24 Monaten in den subhumiden tropischen Regionen im östlichen und südlichen Afrika 100–200 Kilogramm Stickstoff pro Hektar. Diese Brachen sind ökonomisch und ökologisch sinnvoll und passen gut in den Alltag der Bauern und ihren Arbeitsrhythmus – was auch kaum überraschen kann, da die Bauern dieses Verfahren mitentwickelt haben.

- *Einheimisches Gesteinsphosphat.* Einheimische Gesteinsphosphatlagerstätten sind eine Alternative zu importierten Superphosphaten. Die milde Säure der meisten dieser Böden (pH 5–6) trägt zur langsamen Auslösung von Gesteinsphosphaten zu Düngezwecken über Jahre hinweg bei. Über einen Zeitraum von fünf Jahren kann ihre Verwendung Maisernten verdoppeln oder verdreifachen und 90 Prozent der Wirkung von Superphosphaten erzielen – zu weitaus geringeren Kosten.

- *Biomassenübertragung durch Blätter nährstoffakkumulierender Sträucher.* Die Übertragung von Blätter-Biomasse des nährstoffanreichernden Strauches *Tithonia diversifolia* von Straßenrändern und Hecken in bewirtschaftete Felder bringt zusätzliche Nährstoffe und verdoppelt Maisernten regelmäßig ohne weiteren Düngerezusatz.

Zehntausende von Bauernfamilien in Kenia, Malawi, Mosambik, Tansania, Uganda, Sambia und Simbabwe nutzen diese Verfahren mit guten Ergebnissen. Verbesserte Bracheperioden sind die am häufigsten angewandten Methoden. Das Wissen wird unter Bauern, Dörfern und örtlichen Organisationen, aber auch durch nationale Forschungs- und Anwendungsinstitute, Universitäten, nichtstaatliche Organisationen und Entwicklungsprojekte weitergegeben.

Die Herausforderung ist nun, die Akzeptanz und Übernahme solcher Verfahren durch Abermillionen von Bauernfamilien zu beschleunigen. Die Haupthindernisse hierfür sind das unzureichende Angebot von qualitativ hochwertigem Baum-Keimplasma (Saatgut und Setzlinge) und von Gesteinsphosphat sowie unzureichendes Bewusstsein und Wissen über die technologischen Komponenten. Aber auf die zunehmende Anwendung dieser Verfahren kommt es an, da dies bedeutende Chancen auf drastisch und nachhaltig erhöhte Nahrungsmittelproduktion mit sich bringt – und damit den Hunger in einer Weise zurückdrängt, die auch noch die natürlichen Ressourcengrundlagen verbessert.

*Quelle:* Millennium Project Task Force 2 2003a.

fluktuierender Nahrungsmittelpreise abmildern.

Bei politischen Konzepten für Afrika hat man aber eher in die entgegengesetzte Richtung gedrängt und argumentiert, dass sich die Versorgung des Kontinents mit Lebensmitteln über den freien Markt regulieren sollte. Regierungen, die mit Haushaltsdefiziten konfrontiert sind, sollten keine Mittel für Subventionen von Düngemitteln, Erzeugerpreissubventionen oder billige Kredite bereitstellen. Ein neuer Weltbankbericht schlägt vor, dass afrikanische Agrarländer *cash crops* für den Export anbauen sollten – um Einkommen für die armen Bauern zu schaffen und Devisen für Nahrungsmittelimporte zu erwirtschaften. Der Bericht gibt zwar zu, dass größere Ernteerträge einigen Bauern helfen würden, er kommt jedoch auch zu dem Schluss, dass viele so isoliert leben, dass sie nur das anbauen sollten, was sie für sich selbst benötigen, und das so billig wie möglich.<sup>31</sup>

### UNGLEICHHEIT – UND WAS MAN DAGEGEN TUN KANN

Der Zugang zu Nahrungsmitteln könnte stark verbessert werden, wenn die Regierungen Maßnahmen ergreifen würden, den schwächsten Bevölkerungsgruppen Besitz zu ermöglichen und ihr Einkommen zu steigern.

#### MARGINALE BEVÖLKERUNGSGRUPPEN.

Gemessen pro Einheit Landbesitz sind kleine Bauernhöfe produktiver als große. Eine gerechtere Landverteilung steigert daher die landwirtschaftliche Effizienz und die Ernteerträge. In Piauí, in Brasilien, stiegen die Boden-erträge auf nicht bewässerten Feldern um 10–40 Prozent und auf bewässerten Feldern um 30–70 Prozent, nachdem Land an Kleinbauern verteilt worden war.<sup>32</sup> Gerechtes Land verringert auch die Armut und verbessert die Einkommensverteilung. In El Salvador konnte

*Weniger als 1 von 10  
Bäuerinnen in Indien,  
Nepal und Thailand  
besitzen Land*

durch eine zehnprozentige Erhöhung des Landbesitzanteils der Bevölkerung, die das Land bebaute, das Pro-Kopf-Einkommen um 4 Prozent gesteigert werden. Auf ganz ähnliche Weise konnte beobachtet werden, dass in den indischen Bundesstaaten, die eine Bodenreform durchführten, die Armut in den Jahren 1958 bis 1992 schneller zurückging.<sup>33</sup>

Damit arme Menschen in natürliche Ressourcen investieren können, die sie brauchen, um die Produktivität zu steigern, müssen sie gesicherten Zugang zu diesen Ressourcen haben. In Thailand gibt es einen klaren Zusammenhang zwischen dem gesicherten Recht auf Landbesitz und dem Selbstvertrauen, eine nachhaltige Landwirtschaft zu praktizieren.<sup>34</sup>

Arme, hungernde Menschen profitieren ebenfalls von Ressourcen in Gemeinschaftsbesitz. In den letzten Jahren ist in Brasilien, Kamerun, Gambia, Indien, Nepal und Tansania öffentlicher Grund und Boden zur Nutzung beziehungsweise Mitnutzung durch indigene Gemeinschaften bereitgestellt worden. Auf vergleichbare Weise wurde die gemeinschaftliche Waldnutzung in Bolivien, Kolumbien, Indonesien, Mosambik, den Philippinen, Uganda und Sambia gestärkt. In China und Vietnam ist den Haushalten öffentlicher Waldbesitz übertragen worden. Die Anerkennung indigener Rechte und gemeinschaftlichen Besitzes - und der offenere Umgang mit öffentlichem Waldbesitz - eröffnen Möglichkeiten, das Leben von Millionen Waldbewohnern entscheidend zu verbessern. Das Recht armer Bevölkerungsgruppen auf Wasser muss ebenfalls anerkannt werden - und zwar nicht nur für Bedürfnisse des Haushalts, sondern auch für Bewässerung, Weiterverarbeitung von landwirtschaftlichen Produkten und für das Tränken von Vieh.<sup>35</sup>

#### *FRAUEN*

Frauen erzeugen fast alle Nahrungsmittel, die in Afrika südlich der Sahara und (in geringem Ausmaß) in Asien konsumiert werden. Sie haben jedoch selten ein gesichertes Anrecht auf das Land, das sie bebauen. Weniger als 1 von 10 Bäuerinnen in Indien, Nepal und Thailand besitzen Land. Ohne sicheren Besitztitel

fehlt den Frauen die finanzielle Sicherheit, sie haben keinen Zugang zu Kredit und keine finanziellen Mittel, um in Produktivitätssteigerungen zu investieren - und die Gesundheit und Ernährung ihrer Familien wird dadurch beeinträchtigt.<sup>36</sup> In einigen Gegenden haben Frauen nur begrenzte Ansprüche auf Nahrungsmittel innerhalb des Haushalts - ein besonderes Problem für schwangere und stillende Frauen, die mehr Kalorien benötigen.

#### *DIE ARME STADTBEVÖLKERUNG*

In den meisten Städten gibt es Land, das zum Anbau genutzt werden kann - das informelle Sicherheitsnetz für viele arme Stadtbewohner, die Nahrungsmittel in Parks, auf Hausdächern, auf Feuchtflächen, Friedhöfen, in Containern, auf freien Grundstücken, auf Wegerechten und an die Eisenbahn angrenzenden Parzellen anbauen. Sie lassen auch ihr Vieh auf Hügeln, un bebauten Flächen und Wegerechten grasen. Diesen Einwohnern sollte das Recht, diese Böden zu nutzen, um sich zu ernähren, nicht verwehrt werden.

#### *MENSCHEN IN ERNÄHRUNGS-NOTLAGEN*

Kriegsflüchtlinge und Flüchtlinge vor Naturkatastrophen brauchen Nothilfe, um zu überleben. Die Reaktionen auf Ernährungs-Notlagen müssen viel schneller erfolgen, damit verhungerte Menschen viel schneller mit Nahrungsmitteln versorgt werden können. Frühwarnsysteme für politische Krisen, wie diejenigen für Umweltkatastrophen, wären eine große Hilfe, weil politische Krisen inzwischen zur Hauptursache für Hungersnöte geworden sind.

Außerdem sollte ein permanenter Fonds eingerichtet werden, damit internationale Organisationen sofort auf Krisen reagieren können und nicht erst während sie zu helfen versuchen, Geldmittel einwerben müssen. Ein voll kapitalisierter Fonds würde das Welt ernährungsprogramm in die Lage versetzen, viel mehr strategische Planung für Nahrungsmittel-Nothilfeleistungen und Saatgut nach Hungersnöten sowie die Erholung des Viehbestands zu leisten. Die Ernährungs- und

Landwirtschaftsorganisation der Vereinten Nationen schätzt, dass es 5,2 Milliarden US-Dollar jährlich kosten würde, die 214 Millionen hungrigsten Menschen der Welt mit Nahrung zu versorgen.<sup>37</sup>

Wenn man den Nutzen der Ernährungssicherheit noch erweitern wollte, könnten die Nahrungsmittel für solche Programme in den Entwicklungsländern eingekauft werden. Die internationale Finanzierung für Ernährung und Nahrungsmittel-Banken auf kommunaler Ebene könnte unter dem Dach des Welternährungsprogramms als internationale Bank organisiert werden, die die Ernährungssicherheit weltweit gewährleistet.<sup>38</sup>

## DIE PRODUKTIVITÄT STEIGERN

Viele Technologien sind zur Steigerung der landwirtschaftlichen Produktivität und zur Reduzierung der Hungers entwickelt worden. Bei einigen Technologien zum Wohle der Armen wird der Schwerpunkt auf nachhaltige Produktivität gesetzt und darauf, dass sie für Frauen geeignet sind. Vielversprechende Management-Ansätze finden sich in den Bereichen Agroforstwirtschaft, Permakultur, Erhaltungs-Landwirtschaft, biologische Stickstoff-Fixierung, effiziente Wassernutzung, Geschlechtertrennung in der Viehwirtschaft, integriertes Schädlingsmanagement, integriertes Pflanzen-Nährstoffmanagement, integrierte Intensivlandwirtschaftssysteme sowie integriertes Boden- und Wassermanagement.<sup>39</sup>

Für viele afrikanische Bauern ist eine der dringendsten Notwendigkeiten die Verbesserung der Bodenqualität. Auf vielen Höfen können Düngemittel die Ernteerträge bei den Grundnahrungsmitteln verdoppeln oder sogar vervierfachen.<sup>40</sup> Selbst Bauern, die sich solche Mittel nicht leisten oder sie nicht bekommen können, haben viele Möglichkeiten, die Bodenfruchtbarkeit zu steigern, insbesondere in Afrika (siehe Kasten 4.4).

Die staatliche Politik muss besonderen Wert darauf legen, die natürlichen Lebensgrundlagen wiederherzustellen. Seit 1996 sind in China 5 Millionen Hektar Ackerland mit niedrigen und mittleren Ernteerträgen rehabilitiert worden. In einigen indischen bäuerli-

chen Gemeinschaften sind flächendeckend bessere Brachen und Bodendecker angewendet worden – 145 Systeme konnten identifiziert werden – angewendet von Bauern auf marginalen Böden, die gezwungen waren, ihre Brache-Perioden zu reduzieren.<sup>41</sup> Landwirtschaftliche Systeme können auch verbessert werden, wenn man Bauern, Fischer, Hirten und Förster für ihre Funktion beim Management der Ökosysteme entlohnt. In vielen Gebieten gibt es schon solche Systeme: in einer neueren Untersuchung fand man heraus, dass 75 Ausgleichszahlungen für Kohlendioxid-Emissionen leisten, 72 für die Artenvielfalt und 61 für Dienstleistungen in Wassereinzugsgebieten.<sup>42</sup>

Man kann durch Initiativen auch die nachhaltige Landwirtschaft in bäuerlichen Gemeinschaften fördern. Eine Studie über 17 afrikanische Länder ergab, dass 730.000 arme Haushalte in 45 Projekten nachhaltige Landwirtschaft praktizierten – die Definition bezog sich auf intensivierte Bodennutzung, diversifizierten Feldfruchtanbau und Viehhaltung, verstärkte Nutzung erneuerbarer Ressourcen und andere Kriterien.<sup>43</sup> In acht asiatischen Ländern konnten etwa 2,9 Millionen arme Haushalte, die nachhaltige Landwirtschaft praktizierten, die Nahrungsmittelproduktion auf 4,9 Millionen Hektar steigern.<sup>44</sup> Diese Programme müssen in viel größerem Umfang betrieben werden und Millionen und Abermillionen von Haushalten miteinbeziehen.

Bauern in Entwicklungsländern verfügen oft nicht über die Straßen, Lagerhäuser, Elektrizität und Kommunikations-Verbindungen, die erforderlich wären, um sie näher an die Märkte heranzubringen – sie sind dadurch stärker den Zwischenhändlern ausgeliefert, die hohe Preise für ihre Dienste verlangen oder den Monopol-Käufern, die ihre Einnahmen drücken. Leider wird der Landwirtschaft weltweit von den Regierungen, aber auch von den Gebern nur geringe Priorität eingeräumt. Viele Regierungen haben viel weniger in marginale Böden investiert als in günstiger gelegene landwirtschaftliche Gebiete.<sup>45</sup> In Afrika investieren die meisten Länder weniger als 5 Prozent ihrer Haushalte in die landwirtschaftliche Entwicklung – dies obwohl 75 Prozent

### Landwirtschaftspolitik und Ernährungssicherung

Wie die Interventionen der indischen Regierung auf den Getreidemärkten zeigen, kann die Politik für andere Gewinner – und Verlierer – bei verschiedenen Bevölkerungsgruppen sorgen.

Die Mindestaufkaufpreise, die die staatliche Food Corporation of India festsetzt, wurden zur Preisstabilisierung und zur Unterstützung von Getreidebauern eingeführt und sind stattdessen viel schneller als die Inflation gestiegen. Dieses Ergebnis kann teilweise durch starke Agrarlobbies (besonders für Reis und Weizen) erklärt werden, ferner durch die staatliche Politik, für die wirtschaftlichen Produktionskosten der Bauern aufzukommen. Die wirtschaftlichen Produktionskosten basieren auf den Materialkosten, auf

berechneten Werten für Ackerland und Arbeitskräfte sowie auf einem Bonus.

Theoretisch beruhen die Preise im öffentlichen Nahrungsmittel-Verteilungssystem auf den wirtschaftlichen Kosten (und damit auf den Mindestaufkaufpreisen). Aber die Marktpreise liegen unter den Preisen des Systems, was zu steigenden Nahrungsmittelvorräten in den Lagerhäusern der Regierung führt, obwohl Indien die weltweit höchste Zahl von Hungernen hat und fast die Hälfte der indischen Kinder unterernährt ist. Gegen die Agrarlobbies wirkt allerdings der Druck auf die Politiker, den Wählern entgegenzukommen und dementsprechend die Preise des öffentlichen Nahrungsmittel-Verteilungssystems zu kontrollieren.

Quelle: Kannan, Mahendra Dev und Sharma 2000; India 2002a.

ihrer Bürger (direkt oder indirekt) von der Landwirtschaft abhängig sind.<sup>46</sup>

Hinzu kommt, dass die landwirtschaftliche Forschung stark unterfinanziert ist. Viele Länder mit niedrigem Einkommen geben dafür nur 0,5 Prozent ihres landwirtschaftlichen Bruttoinlandsprodukts aus – und fast der gesamte Betrag wird für Böden mit besserer Qualität und für den kommerziellen Anbau eingesetzt.<sup>47</sup> Wenn arme Bauern auf marginalen Böden von der landwirtschaftlichen Forschung profitieren sollen, muss diese Unterstützung für vielversprechende Initiativen wie Mehrfruchtanbausysteme, Ökolandbau, frühreifende Samensorten und kostengünstige Methoden der Bodenverbesserung bieten.

Landwirtschaftliche Dienstleistungen, wenn überhaupt verfügbar, werden hauptsächlich von Privatfirmen angeboten, die Leistungen verkaufen und Beratung anbieten, die oft falsch ist und fast immer unvollständig. Die landwirtschaftlichen Beratungsdienste der Regierungen setzen meist den Schwerpunkt auf die Verteilung von Saatgut und Düngemitteln und bieten oft Sorten und Rezepturen an, die für die Bedingungen vor Ort ungeeignet sind.

Bei der Zuweisung von Subventionen für Leistungen oder beim Kauf von Getreide, subventionieren die meisten Entwicklungsländer Großproduzenten und -verarbeiter bezie-

ungsweise gewähren ihnen privilegierten Zugang. Die Regeln für diese Mechanismen führen oft zu einer Marktverzerrung, belasten Kleinproduzenten in unfairer Weise, etablieren offizielle Monopol-Käufer und setzen eine extrem hohe Besteuerung und hohe Gebühren für Dienstleistungen fest.<sup>48</sup> Politische Maßnahmen der Regierungen, die Kleinproduzenten diskriminieren, sollten sofort zurückgenommen werden, und die staatliche Finanzierung von Subventionen sollte so reformiert werden, dass sie armen Bauern Unterstützung bietet (siehe Kasten 4.3).

### DIE INTERNATIONALE VERANTWORTUNG

Die bilaterale öffentliche Entwicklungshilfe in den Bereichen Landwirtschaft, Forstwirtschaft und Fischerei stieg zwischen 1971 und 1990, aber sank im Anschluss daran wie auch die allgemeine öffentlich Entwicklungshilfe. Die multilaterale öffentliche Entwicklungshilfe stieg in den Jahren 1973-74 von 1,2 Milliarden US-Dollar jährlich auf 3,6 Milliarden US-Dollar jährlich in den Jahren 1982-83, sank aber in den darauffolgenden zwei Jahrzehnten wieder auf einen jährlichen Stand von 1,4 Milliarden US-Dollar in den Jahren 1999-2000 (US-Dollarkurs aus dem Jahr 2000). Der Anteil an den Gesamtkrediten der Weltbank für die Bereiche Land- und Forstwirtschaft sowie Fischerei reduzierte sich von 15 Prozent der Gesamtsumme im Jahr 1997 auf 10 Prozent im Jahr 1999.<sup>49</sup>

Um jedoch den Hunger in den Entwicklungsländern zu bekämpfen, sind nicht nur im Bereich Hilfe internationale Maßnahmen erforderlich, sondern auch bezüglich zweier anderer Probleme, die für die Zunahme der Nahrungsmittelproduktion und der kleinbäuerlichen Produktivität von entscheidender Bedeutung sind. Erstens behindern die Agrarsubventionen in den reichen Ländern – sie beliefen sich im Jahr 2002 auf eine Gesamtsumme von 311 Milliarden US-Dollar – das landwirtschaftliche Wachstum in den Entwicklungsländern (siehe Kapitel 8).

Zweitens führt die Erderwärmung, die durch Treibhausgasemissionen verursacht wird, zu häufigeren extremen Wetterbedin-

gungen – Überschwemmungen, Dürren, Schlammlawinen, Taifunen, Zyklone –, und dadurch steigt die Zahl der Menschen, die in einen Nahrungsmittel-Notstand geraten. In den kommenden Jahrzehnten werden durch den Klimawandel wahrscheinlich die Niederschläge zwischen dem 30. nördlichen Breitengrad und dem 30. südlichen Breitengrad zunehmen. In manchen tropischen und subtropischen Gebieten wird sich die Niederschlagsmenge jedoch vermutlich verringern und stark schwanken, wodurch die Ernteerträge in Ländern, in denen schon jetzt Ernährungsunsicherheit herrscht, zurückgehen werden.

Die Niederschläge in Afrika sind seit 1968 gesunken. Außerdem haben sich die Fluktuationen bei den Niederschlägen überall auf dem Kontinent ausgeweitet, was zu katastrophalen Überschwemmungen wie der geführt hat, die im März 2000 Mosambik verwüstet hat. Afrika südlich der Sahara ist für den Klimawandel besonders anfällig, weil die Landwirtschaft dort fast ausschließlich im Regenfeldbau betrieben wird – und weil die Landwirtschaft 70 Prozent der Arbeitsplätze in der Region stellt und 35 Prozent ihres Bruttoinlandsprodukts erwirtschaftet. Durch die Erderwärmung wird Afrika noch stärker von Nahrungsmittelimporten abhängig werden.

## WIE KÖNNEN DIE BILDUNGSZIELE ERREICHT WERDEN?

In den 1990er Jahren stiegen die Einschulungsraten im Primarbereich überall auf der Welt, und in vielen Regionen geht ein hoher Prozentsatz der Kinder zur Schule. In Ostasien und dem Pazifik, in Mittel- und Osteuropa und in der Gemeinschaft unabhängiger Staaten (GUS) ebenso wie in Lateinamerika und der Karibik besuchen mehr als 90 Prozent der Kinder die Grundschule. In Südasien sind es 79 Prozent und in den arabischen Staaten 77 Prozent. In Afrika südlich der Sahara stiegen die Netto-Einschulungsraten im Primarbereich in den 1990er Jahren um 3 Prozentpunkte,<sup>50</sup> trotzdem gehen weniger als 60 Prozent der Kinder zur Schule.<sup>51</sup>

### DAS AUSMASS DES PROBLEMS

In den Entwicklungsländern besuchen von den 680 Millionen Kindern im Grundschulalter 115 Millionen keine Schule – drei Fünftel davon sind Mädchen.<sup>52</sup> In Indien gehen 40 Millionen Kinder nicht zur Grundschule, das ist mehr als ein Drittel aller Kinder auf der Welt.<sup>53</sup>

Hinzu kommt, dass Einschulung noch nicht bedeutet, dass die Schule auch abgeschlossen wird. Nur etwas mehr als die Hälfte

der Kinder, die eingeschult wurden, erreichen auch einen Schulabschluss – und in Afrika südlich der Sahara ist es nur ein Kind von dreien.<sup>54</sup> Diese Versäumnisse spiegeln sich darin wieder, dass ein Viertel der Erwachsenen in den Entwicklungsländern nicht lesen und schreiben kann.<sup>55</sup> Und zwei Drittel der 879 Millionen erwachsenen Analphabeten der Welt sind Frauen.<sup>56</sup>

Bei der Ausweitung der Grundschulbildung sehen sich die Entwicklungsländer drei zentralen Herausforderungen gegenüber:

- *Begrenzte finanzielle Mittel.* Im Vergleich zu reichen Ländern geben die Entwicklungsländer auf allen Bildungsebenen viel weniger pro Schüler und als Anteil am BSP aus.
- *Ungleichheit.* Wenn wenig Mittel ausgegeben werden können, sichert sich die reiche Bevölkerung oft einen viel größeren Anteil davon – und die arme Bevölkerung profitiert nicht in gleichem Maße.
- *Ineffizienz.* Ineffiziente Mittelverwendung bedeutet, dass ein hoher Anteil der ständigen Ausgaben für Lehrergehälter aufgewendet wird und nur wenig für Lehrmaterial übrig bleibt. Hinzu kommt, dass ein qualitativ schlechter Unterricht bedeutet, dass die Schüler nicht so viel lernen wie sie eigentlich lernen könnten.

### Millenniums-Entwicklungsziele und Zielvorgaben

Ziel 2: Verwirklichung der allgemeinen Primarschulbildung

*Zielvorgabe 3: Bis zum Jahr 2015 sicherstellen, dass Kinder in der ganzen Welt, Jungen wie Mädchen, eine Primarschulbildung vollständig abschließen können*

Ziel 3: Förderung der Gleichheit der Geschlechter und Ermächtigung der Frau

*Zielvorgabe 4: Das Geschlechtergefälle in der Primar- und Sekundarschulbildung beseitigen, vorzugsweise bis 2005, und auf allen Bildungsebenen bis spätestens 2015*

### Verteidigungsausgaben oder Bildung? Die Inkonsistenz des Regierungshandelns

Was können Entwicklungsländer tun, um die Ausgaben für Bildung, insbesondere für Grundbildung zu erhöhen? Eine Möglichkeit sind Einschnitte bei den Ausgaben für andere Prioritäten (wie zum Beispiel das Militär). Die Verteidigungsausgaben gingen in den 1990er Jahren weltweit zurück – außer in Lateinamerika und Südasien. Zwischen 1991 und 2000 stiegen die Verteidigungsausgaben in Südasien um 59 Prozent.

In Afrika südlich der Sahara gingen die Verteidigungsausgaben in den 1990er Jahren zurück, von 9,3 Milliarden US-Dollar Anfang der 1990er Jahre auf 7,1 Milliarden US-Dollar im Jahr 1996. Doch in den Jahren 1999 und 2000 stiegen sie wieder steil an, auf durchschnittlich 9,8 Milliarden US-Dollar. In diesem plötzlichen Anstieg sind nicht die gesamten Verteidigungsausgaben in der Region erfasst. Die Daten geben lediglich die offiziellen Zahlen wider. Im Jahr 2001 gab Angola, einer der größten Empfänger beim Transfer wichtiger konventioneller Waffen, 3,1 Prozent seines Bruttoinlandsprodukts für das Militär aus – im Vergleich zu 2,7 Pro-

zent für den Bildungsbereich. Sierra Leone gibt 3,6 Prozent seines Bruttoinlandsprodukts für das Militär und 1,0 Prozent für die Bildung aus.

Alle Regierungen wichtiger waffenexportierender Länder haben sich den Millenniums-Entwicklungszielen verpflichtet. Also können die Regierungen der reichen Länder zu einer Verschiebung in dieser Ausgabenstruktur beitragen, indem sie ihre Waffenexporte einer Überprüfung unterziehen. Die G-8 gehören zu den zehn größten Lieferanten konventioneller Waffen. Die Waffenexporte aus den Vereinigten Staaten (49,2 Milliarden US-Dollar), der Russischen Föderation (15,6 Milliarden US-Dollar), Frankreich (10,8 Milliarden US-Dollar), dem Vereinigten Königreich (7,0 Milliarden US-Dollar), Deutschland (5,6 Milliarden US-Dollar), Italien (1,7 Milliarden US-Dollar) und Kanada (0,7 Milliarden US-Dollar) machen 85 Prozent des Weltvolumens aus. Ohne Reformen auf Seiten der Exporteure wie auch der Empfänger scheinen die Verpflichtungen auf die Ziele auf beiden Seiten fragwürdig.

Quelle: SIPRI 2002b.

#### BEGRENZTE FINANZMITTEL – UND WAS MAN DAGEGEN TUN KANN

Die Regierungen spielen in den Ökonomien von Ländern mit einem hohen Niveau menschlicher Entwicklung eine viel wichtigere Rolle als in Ländern mit mittlerem oder niedrigerem Niveau. Im Jahr 1999 lag der Mittelwert bei den öffentlichen Ausgaben in Ländern mit hoher menschlicher Entwicklung bei 35 Prozent des Bruttoinlandsprodukts (BIP) – während er in Ländern mit mittlerer menschlicher Entwicklung bei 25 Prozent lag und bei Ländern mit niedriger menschlicher Entwicklung bei 21 Prozent.

#### SCHLECHT AUSGESTATTETE BILDUNGSHAUSHALTE

In reichen Ländern werden selten weniger als 4 Prozent des BIP für das staatliche Bildungswesen ausgegeben. In Ländern mit hoher

menschlicher Entwicklung liegen die mittleren Ausgaben für das öffentliche Bildungswesen bei 4,8 Prozent des BIP, im Vergleich zu 4,2 Prozent in Ländern mit mittlerer menschlicher Entwicklung und 2,8 Prozent in Ländern mit niedriger menschlicher Entwicklung. Außerdem bedeuten niedrigere Einkommen, dass die Ausgaben pro Kopf der Bevölkerung in den armen Ländern viel geringer sind als in den reichen.

Wenn man bei den öffentlichen Ausgaben anderen Bereichen als der Bildung und Gesundheit höhere Priorität einräumt, leiden darunter die Ausgaben im sozialen Bereich. Der Schuldendienst ist in vielen Ländern mit niedriger menschlicher Entwicklung eine wichtige Komponente der öffentlichen Ausgaben, bei der es keinen Ermessensspielraum gibt (siehe Kapitel 8). Aber auch die Ausgaben im militärischen Bereich – Ausgaben, die im Ermessen der Länder liegen – können sich negativ auf die Ausgaben im Bildungsbereich auswirken (siehe Kasten 4.5).

In den Jahren 1975–97 wiesen die einzelnen Regionen der Entwicklungsländer unterschiedliche Muster beim Schulbesuch und bei den ständigen Ausgaben für die Grundschulbildung auf.<sup>57</sup> In Südasien, Westasien und in Afrika südlich der Sahara verdoppelte sich die Anzahl der Schüler fast, während die ständigen Ausgaben (US-Dollarkurs von 1995) nur geringfügig anstiegen.<sup>58</sup> In Ostasien und in Lateinamerika und der Karibik dagegen blieb die Anzahl der Schüler gleich, während die ständigen Ausgaben rasch anstiegen. Einige Regionen investierten anscheinend in Quantität (mehr Schüler) und andere in Qualität (höhere Ausgaben pro Schüler). Wenn die Qualität sich auch in der Gruppe der erstgenannten Regionen verbessern soll, werden mehr Mittel benötigt.

In einigen Untersuchungen wird argumentiert, dass die Höhe der staatlichen Ausgaben für die erzielten Bildungsergebnisse nicht wichtig ist.<sup>59</sup> Das ist nicht korrekt. Es stimmt zwar, dass ein effizienter Einsatz der Mittel entscheidend für das Erzielen der erwünschten Ergebnisse ist, die Höhe der Ausgaben ist jedoch auch wichtig.<sup>60</sup> Jedwede zusätzlichen Mittel könnte man grundsätzlich dazu nutzen, mehr

Lehrer einzustellen. Wenn man von einer Zahl von 26 Millionen Grundschullehrern in den Entwicklungsländern im Jahr 2000 ausgeht, bewegt sich die geschätzte Anzahl der bis 2015 benötigten zusätzlichen Lehrer zwischen 15 und 35 Millionen – davon mehr als 3 Millionen in Afrika südlich der Sahara, mehr als 1 Million allein in Nigeria.

#### *DIE FINANZIERUNGLÜCKE*

Das Kinderhilfswerk der Vereinten Nationen, UNICEF, schätzt, dass es zusätzliche 9 Milliarden US-Dollar jährlich kosten würde, wenn man bis 2015 das Ziel des allgemeinen Grundschulzugangs (nicht den Grundschulabschluss, das zweite Millenniums-Entwicklungsziel) in den Entwicklungsländern und den Transformationsländern erreichen will.<sup>61</sup> Diese Schätzung beinhaltet sowohl zusätzliche erforderliche Kapitalkosten als auch die Notwendigkeit, die Schulqualität zu verbessern – und ist mehr als viermal so hoch wie das, was die Geber derzeit ausgeben, und viel höher als die derzeitigen Regierungsausgaben. Die Ausgaben für Bildung sind in stark verschuldeten armen Ländern besonders niedrig. Eine andere Schätzung, die von einer ganzen Palette von Szenarien ausgeht, liegt sogar noch höher.<sup>62</sup>

#### *WER WIRD DIE RECHNUNG BEZAHLN?*

Es ist unwahrscheinlich, dass die Entwicklungsländer durch das Wirtschaftswachstum ausreichende Mittel erwirtschaften werden, um bis 2015 das Ziel des allgemeinen Grundschulabschlusses zu erreichen. In Afrika müsste das Wirtschaftswachstum jährlich höher als 8 Prozent liegen, um die erforderlichen Mittel zur Verfügung zu stellen – ein sehr unwahrscheinliches Ergebnis.<sup>63</sup> Daher ist eine viel stärkere Unterstützung durch die Geber erforderlich.<sup>64</sup>

Die Hilfe der Geberländer im Bildungsbereich ist jedoch unzureichend: Im Jahr 2000 betrug sie insgesamt 4,1 Milliarden US-Dollar, wovon nur 1,5 Milliarden US-Dollar für die Grundschulbildung bestimmt waren. In den 1990er Jahren sank die bilaterale Hilfe im Bildungsbereich von 5,0 Milliarden US-Dollar

auf 3,5 Milliarden und sank damit auf gerade einmal 7 Prozent der öffentlichen Entwicklungshilfe – ein vorher unerreichter Tiefstand.<sup>65</sup> Nur Frankreich, Deutschland, Japan, Großbritannien und die Vereinigten Staaten geben einen nennenswerten Anteil ihrer Hilfe für Bildung aus. Die Lücke zwischen der Rhetorik der Geberländer und der Realität muss dringend geschlossen werden.

Zwischen 1996 und 1998 gaben multilaterale Institutionen im Schnitt 954 Millionen US-Dollar jährlich für bildungsgebundene öffentliche Entwicklungshilfe.<sup>66</sup> Die Summe ging in den darauf folgenden Jahren 1999-2001 auf 799 Millionen US-Dollar zurück. Die Verpflichtungen für die Grundbildung betragen in den Jahren 1996-1998 402 Millionen US-Dollar jährlich und sanken rapide auf 222 Millionen US-Dollar pro Jahr im Zeitraum von 1999-2001. Das Programm Bildung für alle (Education for all Fast-Track Initiative) könnte die Mittel für einige Länder wieder erhöhen.

#### **UNGLEICHHEIT – UND WAS MAN DAGEGEN TUN KANN**

Wer profitiert von den öffentlichen Ausgaben für Grundschul-, weiterführende und höhere Bildung: die arme oder die nicht arme Bevölkerung? In den meisten Ländern profitieren die ärmsten 20 Prozent der Bevölkerung von weniger als 20 Prozent der öffentlichen Ausgaben im Bildungsbereich – und in einigen Ländern von noch weniger.<sup>67</sup> Die reichsten 20 Prozent dagegen sichern sich wesentlich mehr als 20 Prozent. Es gibt aber auch Ausnahmen – so zum Beispiel in Kolumbien, Costa Rica und insbesondere Chile – wo ein großer Anteil der öffentlichen Ausgaben für Grundschulbildung den ärmsten 20 Prozent der Bevölkerung zugute kommt. Nicht zufällig haben alle drei Länder beeindruckende Fortschritte in Richtung auf den allgemeinen Grundschulzugang gemacht.

Länder, die im Bildungsbereich gute Leistungen aufweisen können, investieren mehr Mittel in die Grundschulbildung (im Durchschnitt 1,7 Prozent des BIP) als Länder, die nur durchschnittliche Leistungen erbringen

*In Afrika müsste das  
Wirtschaftswachstum  
jährlich höher als 8  
Prozent liegen, um die  
erforderlichen Mittel zur  
Verfügung zu stellen – ein  
sehr unwahrscheinliches  
Ergebnis*

*In Malawi stiegen die Einschulungsquoten drastisch, nachdem 1994 Schulgebühren und Uniformen abgeschafft wurden*

(1,4 Prozent). Länder mit hohem Leistungs-niveau geben auch mehr für Grundschulbildung im Verhältnis zu ihrem Pro-Kopf-Einkommen aus. Und sie veranschlagen einen geringeren Anteil ihres Bildungshaushalts für Hochschulbildung.

Trotz Verbesserungen in den 1990er Jahren geben die Länder mit den niedrigsten Raten beim Grundschulbesuch mehr pro Schüler für die höhere Bildung aus als für die Grundschulbildung.<sup>68</sup> Je niedriger die Raten beim Grundschulbesuch tatsächlich sind, umso größer ist der Unterschied bei den Ausgaben.<sup>69</sup> Solche Länder müssen sich auf die Grundschulbildung konzentrieren und nicht mehr Geld für die Hochschulausbildung ausgeben. Für die Hochschulbildung sind jedoch ebenfalls zusätzliche Mittel erforderlich, wenn die Länder Kapazitäten aufbauen wollen, um in der Weltwirtschaft wettbewerbsfähig zu sein – jedoch nicht auf Kosten der Grundschulbildung. Die Bildungshaushalte insgesamt müssen besser ausgestattet werden.

*DEN SCHLECHTEN ZUGANG DER ARMEN BEVÖLKERUNG ZUR GRUNDSCHULE VERBESSERN*

Die Bildungsausgaben fallen bei den ärmsten Familien stärker ins Gewicht, weil sie einen größeren Anteil des ohnehin begrenzten Haushaltsbudgets verschlingen.<sup>70</sup> In einer beachtlichen Ansammlung von Literatur wird argumentiert, dass Schulabbrüche und Kinderarbeit reduziert werden können, indem die direkten und indirekten Kosten des Schulbesuchs gesenkt werden.<sup>71</sup> In Bhutan, Burkina Faso und Uganda stellen hohe Schulbesuchskosten pro Schüler – die zwischen 10 und 20 Prozent des Pro-Kopf-Einkommens liegen – ein Hindernis für den Grundschulbesuch dar, während in Myanmar und Vietnam niedrige Kosten zu einer höheren Einschulungsrate beitragen (siehe Grafik 4.3).<sup>72</sup>

Uniformen verursachen für die Eltern oft die höchsten Kosten. In acht indischen Bundesstaaten – in denen zusammen zwei Drittel der nicht zur Schule gehenden Kinder Indiens leben – gehören Uniformen zu den höchsten Bildungskostenfaktoren, die aus eigener Ta-

sche bezahlt werden müssen.<sup>73</sup> Eine politische Option ist es daher, das Tragen von Uniformen nicht mehr zur Pflicht zu machen und Schulleitungen und Eltern-Lehrer-Vereinigungen darüber entscheiden zu lassen, ob sie verlangt werden sollen.

Schulgebühren werden seit langem heftig umstritten, und in den 1980er und frühen 1990er Jahren haben internationale Finanzinstitutionen gemischte Signale hierzu ausgesandt. Aber Anfang und Mitte der 1990er Jahre äußerte sich die Weltbank, nach scharfer Kritik an den Konsequenzen für den Grundschulbesuch, zwar spät, aber dafür um so deutlicher gegen Gebühren für den Grundschulbesuch.<sup>74</sup> Wiederum zeigen Länder mit guten Ergebnissen den Weg. Um bereits in einer frühzeitigen Entwicklungsphase den allgemeinen Grundschulbesuch und –abschluss sicherzustellen, verzichteten sie im wesentlichen auf direkte Schulgebühren – und hielten auch die indirekten Kosten niedrig.

Es gibt also gute Gründe, die von den Eltern direkt zu bezahlenden Kosten für den Schulbesuch zu senken. Sri Lanka schaffte Schulgebühren 1945 ab und begann in den fünfziger Jahren, kostenlose Schulbücher und Schulmittagessen und 1991 kostenlose Schuluniformen bereitzustellen. Botsuana erhöhte die Einschulungsraten deutlich, als es im Jahr 1973 die Schulgebühren um die Hälfte reduzierte und sie 1980 ganz abschaffte.<sup>75</sup> Auch in Malawi stiegen die Einschulungsquoten drastisch, nachdem 1994 Schulgebühren und Uniformen abgeschafft wurden.

*BEENDIGUNG DER DISKRIMINIERUNG VON MÄDCHEN*

Geschlechterunterschiede bei Einschulungs- und Schulabbruchraten sind in Südasien und Afrika südlich der Sahara am größten. Wie können dann Geschlechterunterschiede in der Schule bis 2005 beseitigt werden – also in gerade einmal zwei Jahren – wie das die Millenniums-Ziele vorsehen? Länder, die solche Unterschiede beseitigt haben, lehren uns folgendes:<sup>76</sup>

- Mädchen in die Schule zu bekommen und dort zu halten erfordert, dass die Schulen in

ihrer Nähe sind. Die kartografische Erfassung von Schulen kann die am schlechtesten versorgten Gebiete aufzeigen, und damit die Einrichtung von mehrklassigen Schulen in entlegenen Gebieten erleichtern.

- Wenn die von den Eltern aus eigener Tasche zu bezahlenden Kosten für den Schulbesuch gesenkt werden, hält dies die Eltern davon ab, sich zwischen Mädchen und Jungen zu entscheiden, wenn es darum geht, ob Kinder zur Schule gehen sollen – und in Zeiten sinkender Haushaltseinkommen kann verhindert werden, dass Kinder die Schule abbrechen.
- Flexible Stundenpläne ermöglichen Mädchen mit Aufgaben im Haushalt und bei der Kinderbetreuung den Schulbesuch.<sup>77</sup>
- Lehrerinnen stellen für Mädchen auch Rollenmodelle dar – und geben Eltern ein Gefühl der Sicherheit für ihre Töchter.<sup>78</sup>

#### INEFFIZIENZ – UND WAS MAN DAGEGEN TUN KANN

Effizienz bedeutet, bessere Ergebnisse mit demselben Einsatz von Ressourcen zu erzielen – und eine Politik zu machen, die zum Lernen beiträgt statt es zu behindern.

#### INEFFIZIENZ IN DER UMSETZUNG

Ein großes Problem in nahezu allen Entwicklungsländern ist das Sitzenbleiben. Dies trägt zu höheren Schulabbruchraten bei und zu einer bedeutenden Ressourcenverschwendung. Länder mit einer guten Bilanz in der Grundschulbildung haben sich dieser Ineffizienz angenommen. Costa Rica halbierte Klassenwiederholungen, indem automatische Versetzungen in den 1960er Jahren eingeführt wurden. Malaysia und Zimbabwe haben ebenfalls automatische Versetzungen eingeführt.<sup>79</sup> Um ein gewisses Niveau aufrechtzuerhalten, sollten automatische Versetzungen jedoch von gewissen Mindestvoraussetzungen begleitet werden, insbesondere hinsichtlich der Materialausstattung in den Klassenzimmern und der Lehrerausbildung.

Kinder in der angemessenen Sprache zu unterrichten verbesserte ebenfalls die Bil-

dungsergebnisse, wie man an den Ländern mit guten Ergebnissen sieht. In allen diesen Ländern wurde für den Unterricht an der Grundschule die Muttersprache verwendet. Die Schüler lernen schneller lesen, wenn sie in der Sprache unterrichtet werden, die ihnen vertraut ist und können dann auch eine zweite Sprache schneller lernen.

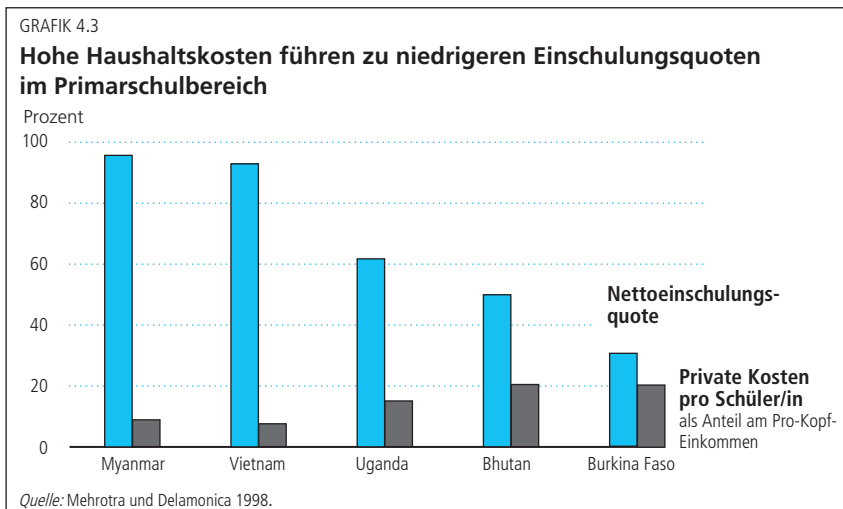
Dies ist eine wichtige Schlussfolgerung beispielsweise für das frankophone Afrika, wo in den meisten Ländern Französisch als Unterrichtssprache auf allen Ebenen verwendet wird.<sup>80</sup> Diese schulischen Erfahrungen führten nur zu Entfremdung und trugen schwerlich dazu bei, das Lernen zu erleichtern.

Schulspeisungsprogramme tragen ebenfalls dazu bei, Kinder in die Schulen zu bekommen und dort auch zu behalten. Einer der Faktoren hinter den steigenden Einschulungsraten in Indien in der zweiten Hälfte der 1990er Jahre war ein Mittagmahlzeit-Programm in allen Bundesstaaten.

#### FINANZIELLE INEFFIZIENZ

Etwa 55 Entwicklungsländer haben niedrige Grundschul-Einschulungsraten und benötigen neue Gebäude und Einrichtungen, um allgemeine Grundschulbildung zu erreichen.<sup>81</sup> Aber solche Kapitalinvestitionen sind auch oft ineffizient, und der Einsatz staatlicher Bauunternehmen und großer privater Auftragnehmer führt oft zu inflationären Kosten.<sup>82</sup>

Wie können die Baukosten für Schulen niedrig gehalten werden? Eine Möglichkeit



In den OECD-Ländern ist das höchste Gehalt bei Lehrern durchschnittlich 1,4 mal so hoch wie das niedrigste, während die Bandbreite in Entwicklungsländern sich zwischen 1,0 und 2,5 bewegt

ist, lokale statt importierte Baumaterialien zu verwenden – ein Ansatz, den Kamerun und Niger fördern, um die Effizienz zu steigern.<sup>83</sup> Seit 1994 werden in Indien nicht nur lokale Baumaterialien und Konstruktionstechniken verwendet, sondern auch Bauunternehmer vor Ort beauftragt, damit sich die Kosten des dortigen District Primary Education Programmes in Grenzen halten.

Das Management der ständigen Kosten – für ein besseres Gleichgewicht zwischen den Gehaltskosten und den nicht-gehaltsbezogenen Kosten – ist die bei weitem entmutigendste finanzielle Herausforderung für Länder mit niedrigen Einschulungsraten. Die Lohnkosten für Lehrer und Verwaltungspersonal machen oft 90 Prozent oder mehr der ständigen Kosten im Grundschulbereich aus, nicht-gehaltsbezogene Kosten werden dadurch zurückgedrängt und es bleibt wenig Geld für andere Leistungen wie zum Beispiel Lehrmaterial übrig.<sup>84</sup> Länder mit guten Erfolgen – wie zum Beispiel Botsuana, Kuba, Sri Lanka – haben dieses Problem erkannt und geben einen angemessenen Betrag für Lehrmaterialien aus.<sup>85</sup>

Begrenzte Haushaltsmittel erschweren es den Ländern ebenfalls, mehr Lehrer einzustellen, was für die allgemeine Grundschulbildung von grundlegender Bedeutung ist. Eine Erhöhung der Gehälter kann zwar nützlich sein, aber ebenso eine Veränderung der Gehaltsstruktur – wodurch vielleicht sogar die Kosten gesenkt werden können. Eine Option ist, die Kluft zwischen den niedrigsten und höchsten Lehrergehältern zu verringern. In den OECD-Ländern ist das höchste Gehalt bei Lehrern durchschnittlich 1,4 mal so hoch wie das niedrigste, während die Bandbreite in Entwicklungsländern sich zwischen 1,0 und 2,5 bewegt.<sup>86</sup> Die Organisation der Vereinten Nationen für Bildung, Wissenschaft und Kultur (*United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization* – UNESCO) und die Internationale Arbeitsorganisation (*International Labour Organization* – ILO) haben empfohlen, dass ein Lehrer erst nach 10-15 Jahren das Höchstgehalt erhalten sollte.<sup>87</sup> Eine weitere Option ist, die Lehrergehälter nicht mehr mit einer Hochschulausbildung zu kop-

plern, ein Ansatz, der in Südafrika ausprobiert wird.<sup>88</sup>

Eine bessere zeitliche Auslastung und ein besserer Einsatz der Lehrer könnte ebenfalls viel dazu beitragen, die Lehrerkosten zu regulieren. In Botsuana hat man einen Versuch gestartet, die Lehrer besser zu bezahlen, wenn sie doppelte Unterrichtsstunden gaben – und dadurch die Anzahl der unterrichteten Schüler bei einer geringen Steigerung der Gehaltskosten verdoppelt. Auch Investitionen in Informationstechnologie, um „Scheinlehrer“ und falsche Gehaltszahlungen auszumerzen, zahlen sich verhältnismäßig schnell aus, wie die nationalen statistischen Informationssysteme zu Bildung (*National Education Statistical Information Systems*) in mehreren Ländern in Afrika südlich der Sahara zeigen.

Gehälter, die von der Inflation aufgefressen werden, können sich auch negativ auf die Moral der Lehrer auswirken, da sie dadurch gezwungen sind, noch einen zweiten Job anzunehmen. Die Abwesenheit von Lehrern, ein großes Problem in Südasien und Afrika, kann teilweise dadurch verhindert werden, dass man Lehrer aus den Stadtvierteln rekrutiert, in denen sie auch unterrichten sollen. In Indonesien und Thailand, die schon sehr früh die allgemeine Grundschulbildung umgesetzt haben, wurden Lehrer üblicherweise vor Ort rekrutiert und angestellt. Die Lehrergehälter sind jedoch oft ein Grund für die Abwesenheit des Personals vom Arbeitsplatz.

In vielen Ländern mit mittlerem Einkommen hat sich die Situation für die Lehrer positiv entwickelt – insbesondere in China, Mauritius, Thailand und Uruguay, wo die Regierungen tatsächlich die Lehrergehälter erhöhen konnten. In vielen Ländern mit niedrigem Einkommen sind die Lehrergehälter jedoch allmählich immer stärker zusammengeschrumpft, so zum Beispiel in Kambodscha, der Zentralafrikanischen Republik, Kirgisistan, Madagaskar, Moldavien, Myanmar, Sierra Leone und Sambia. In solchen Ländern wird es zunehmend schwieriger, die Moral der Lehrer ohne höhere Löhne aufrechtzuerhalten. Einige dieser Länder müssen auch wesentlich mehr Lehrer einstellen, wenn sie das Millenniums-Entwicklungsziel der allgemeinen

Grundschulbildung erreichen wollen. Für solche Länder ist die Hilfe der Geberländer zumindest für einen begrenzten Zeitraum entscheidend, damit sie die ständigen Kosten bezahlen können.

Bei einem letzten Punkt zur Steigerung der finanziellen Effizienz geht es um die öffentliche Entwicklungshilfe im Bildungsbereich. Bei dieser Hilfe geht es vorrangig um Ausstattung, Ausbildung in Übersee und technische Hilfe. Etwa 60–80 Prozent der Hilfe im Bildungsbereich werden in den Empfängerländern ausgegeben, der Rest in den Geberländern – für die Bildung und Ausbildung von

Staatsbürgern aus den Entwicklungsländern und für Berater und Ausbilder aus den reichen Ländern.<sup>89</sup> Die Mittel werden auf diese Weise nicht wirklich effizient eingesetzt. Technische Hilfe kann die Institutionen vor Ort unterminieren, insbesondere wenn die Bildungsbehörden schließlich durch den Zustrom von Beratern, die zu ausgeklügelte Systeme durchsetzen wollen, überfordert sind. Von 1994 bis 1997 wurden in Äthiopien 66 Untersuchungen über das Bildungssystem durchgeführt, die Hälfte davon wurde von bilateralen Hilfsorganisationen finanziert – sie waren jedoch relativ nutzlos.<sup>90</sup>

## WIE KÖNNEN DIE ZIELE IM GESUNDHEITSBEREICH ERREICHT WERDEN?

Die Tatsache, dass es für viele Entwicklungsländer kaum Daten über Trends gibt, macht es schwierig einzuschätzen, wie hoch die Wahrscheinlichkeit ist, das Millenniums-Entwicklungsziel der Reduzierung der Müttersterblichkeit um drei Viertel bis zum Jahr 2015 zu erreichen. Viele Experten glauben jedoch, dass die jetzt schon hohe Müttersterblichkeitsrate – ein eklatantes Versagen der Entwicklungsbemühungen – in vielen Ländern weiter steigt. Am dringlichsten ist die Situation in Afrika südlich der Sahara, wo die Hälfte aller Todesfälle durch Müttersterblichkeit in den Entwicklungsländern auftritt – dort stirbt die Mutter des Kindes bei 1 von 100 Lebendgeburten.

Wegen fehlender Daten können auch die Fortschritte im Hinblick auf das Ziel, bis 2015 die Ausbreitung von HIV/AIDS zum Stillstand und zum Rückgang zu bringen, nicht gemessen werden. Fortschritte sind jedoch möglich – wie zum Beispiel in Brasilien, Senegal, Thailand (siehe Kasten 4.6), Uganda und Sambia.

Bei den messbaren Zielen im Gesundheitsbereich ist die Welt weiter von der Umsetzung des Ziels für die Kindersterblichkeit – eine Reduzierung um zwei Drittel bis 2015 – entfernt als bei irgendeinem anderen Ziel. Hier liegen die Länder mit der höchsten Priorität in Afrika südlich der Sahara und in Südasien. In Südasien sind Fortschritte zu verzeichnen. Die

Kindersterblichkeitsrate ist dort in den 1990er Jahren von 12,6 Prozent auf etwa 10,0 Prozent gesunken. Afrika südlich der Sahara liegt jedoch weit zurück: dort erreichen 17 Prozent der Kinder nicht das sechste Lebensjahr. Wenn sich der gegenwärtige Trend fortsetzt, wird die Region auch in den nächsten 150 Jahren das Ziel für die Kindersterblichkeit nicht erreichen.<sup>91</sup>

### DAS AUSMASS DES PROBLEMS

Täglich sterben mehr als 30.000 Kinder weltweit aufgrund von Ursachen, die verhindert werden könnten – Austrocknung, Hunger, Krankheiten.<sup>92</sup> In Sierra Leone, einem Land mit höchster Prioritätsstufe, sterben 18 Prozent der Kinder noch vor Vollendung ihres ersten Lebensjahres.

Jedes Jahr sterben mehr als 500.000 Frauen durch Schwangerschaft und Geburt – eine Frau in jeder Minute am Tag. Das Risiko für eine schwangere Frau während der Schwangerschaft oder der Niederkunft in Afrika südlich der Sahara zu sterben ist 100mal eher als in einem OECD-Land mit hohem Einkommen.<sup>93</sup>

42 Millionen Menschen weltweit leben mit HIV/AIDS. Außerdem haben durch die Krankheit 13 Millionen Kinder die Mutter oder beide Elternteile verloren.<sup>94</sup> Durch Tuberkulose, die andere weit verbreitete Infekti-

### Millenniums-Entwicklungsziele und Zielvorgaben

Ziel 4: Senkung der Kindersterblichkeit

*Zielvorgabe 5: Zwischen 1990 und 2015 die Sterblichkeitsrate von Kindern unter fünf Jahren um zwei Drittel senke*

Ziel 5: Verbesserung der Gesundheit von Müttern

*Zielvorgabe 6: Zwischen 1990 und 2015 die Müttersterblichkeitsrate um drei Viertel senken*

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

*Zielvorgabe 7: Bis 2015 die Ausbreitung von HIV/AIDS zum Stillstand bringen und allmählich umkehren*

*Zielvorgabe 8: Bis 2015 die Ausbreitung von Malaria und anderen schweren Krankheiten zum Stillstand bringen und allmählich umkehren*

## Thailands Erfolge beim Verhindern der Ausbreitung von HIV/AIDS

Thailands Präventionsprogramm ist eine der wenigen erfolgreichen Antworten auf HIV/AIDS in Entwicklungsländern. Nachdem die Zahl der HIV-Neuinfektionen in Thailand Anfang der 1990er Jahre einen Höhepunkt erreicht hatte, ist sie dann um über 80 Prozent gefallen. Wie war das möglich?

### Politischer Wille

In Thailand wurde AIDS zum ersten Mal im Jahr 1984 diagnostiziert. Im Jahr 1987 führte die Regierung ein nationales Programm zur AIDS-Prävention und Kontrolle (*National AIDS Prevention and Control Program - NAPCP*) ein, mit dem Premierminister als Vorsitzendem. Der politische Wille wurde durch finanzielles Engagement ergänzt. Zwischen 1987 und 1991 stiegen die Ausgaben der Regierung und der Geber sprunghaft an, von 684.000 auf zehn Millionen US-Dollar. Im Jahr 1997 hatten die staatlichen Ausgaben für Programme zur Kontrolle von AIDS ein Niveau von 82 Millionen US-Dollar pro Jahr erreicht.

### Zusammenarbeit mehrerer Akteure

Viele Beteiligte, von Patienten über Privatärzte bis hin zu buddhistischen Mönchen, arbeiten in der Planung und Umsetzung der AIDS-Programme mit der thailändischen Regierung zusammen. Zum Beispiel bieten 150 Gruppen von Menschen mit HIV/AIDS Unterstützung für andere Patienten an und vertreten ihre Interessen. Die thailändische NRO-Koalition zu AIDS koordiniert die AIDS-Aktivitäten der Nichtregierungsorganisationen. Die Regierung hat ein innovatives Programm entwickelt, das unter dem Titel „Die Anfälligkeit von Mädchen verringern“ Stipendien an junge

Frauen vergibt, damit sie weiter zur Schule gehen können. Ziel dieser Stipendien ist es, die Mädchen davon abzuhalten, Prostituierte zu werden.

### Auf besonders gefährdete Gruppen abzielen

Im Jahr 1989 fand man heraus, dass 44 Prozent der Sexarbeiterinnen und Sexarbeiter in Chiang Mai HIV-positiv waren. Statt zu bestreiten, dass es die Prostitution gibt, konzentrierte sich die thailändische Regierung darauf, die Anzahl der Bordellbesuche von Männern zu verringern und bei den Sexarbeitern und -arbeiterinnen die Verwendung von Kondomen zu fördern. Im Jahr 1991 wurde ein Programm zur Förderung der 100-prozentigen Verwendung von Kondomen auf den Weg gebracht, das pro Jahr 31 Millionen Kondome an besonders gefährdete Gruppen verteilte. Weitere 600 Millionen Kondome pro Jahr wurden von Kliniken abgegeben.

Diese Maßnahmen führten zu enormen Ergebnissen: Von 1988 bis 1992 stieg die Verwendung von Kondomen in Bordellen von 14 auf 90 Prozent. Außerdem sank die durchschnittliche Anzahl von Männern, die solche Etablissements besuchten je Bordell von 4,0 auf 1,5 pro Tag. Dies führte dazu, dass die HIV-Prävalenz unter Sexarbeiterinnen und -arbeitern von 50 Prozent im Jahr 1991 auf weniger als zehn Prozent im Jahr 2001 zurückging.

### Bildungskampagnen

Das Programm zur 100-prozentigen Verwendung von Kondomen war von einer nationalen Informations- und Öffentlichkeitskampagne

begleitet. Überall wurden Informationen über AIDS zugänglich gemacht – von Reklameflächen über Zerealien-Kartons bis hin zum Fernsehen. Stündlich liefen einminütige Radio- und Fernsehspots zur AIDS-Sensibilisierung. Botschaften halfen so, das mit einer HIV-Infektion verbundene Stigma zu zerstreuen.

### Überwachung und Evaluierung

Drei Überwachungssysteme sammeln Informationen zu HIV und sexuell übertragbaren Infektionskrankheiten. Diese Informationen werden dazu verwendet, Veränderungen bei der Verteilung der HIV-Neuinfektionen zu verfolgen, und sie dienen politischen Entscheidungsträgern als Anhaltspunkte bei der Entwicklung von Kontrollmaßnahmen.

### Internationale Unterstützung

Thailand hat für seine AIDS-Programme reichlich internationale finanzielle und technische Unterstützung erhalten. Das Gemeinsame Programm der Vereinten Nationen gegen HIV/AIDS (*United Nations Joint Programme for HIV/AIDS - UNAIDS*) hat zum Beispiel aktiv Mittel akquiriert, Programme evaluiert und HIV/AIDS-Patienten geholfen. Im Bereich der bilateralen Kooperation gibt es Partnerschaften mit der US-amerikanischen Organisation für internationale Entwicklung *USAID (US Agency for International Development)*, der Europäischen Union und der australischen Organisation für internationale Entwicklung *AusAID (Australian Agency for International Development)*.

*Quelle:* Avert.org 2003; Kongsin et al. 1998; Forster-Rothbart et al. 2002.

onskrankheit die zum Tod von Erwachsenen führt, sterben bis zu 2 Millionen Menschen im Jahr.<sup>95</sup> Malaria tötet 1 Million Menschen jährlich, und ohne wirksame Gegenmaßnahmen könnte sich die Zahl der Fälle in den nächsten 20 Jahren verdoppeln.<sup>96</sup>

Von vielen Krankheiten ist die arme Landbevölkerung viel stärker betroffen als die Stadtbewohner. Bei akuten Atemwegsinfektionen, einer häufige Todesursache bei Kindern, werden in den Entwicklungsländern weniger als die Hälfte der Kinder auf dem Land medizinisch behandelt.<sup>97</sup>

Viele dieser Todesfälle können leicht verhindert werden (siehe Kasten 4.7). Moskito-

netze um die Betten, preisgünstige Antibiotika, ausgebildete Geburtshelfer und eine grundlegende Hygiene- und Gesundheitsausbildung sind keine hochtechnisierten Lösungen. Wie jedoch im Bildungsbereich sind solche Lösungen aus tieferliegenden systemischen Gründen tragischerweise für Millionen armer Menschen nicht erreichbar:

- *Begrenzte Mittel.* Die Regierungen geben für die Gesundheit insgesamt nicht genug aus und sie geben für die medizinische Grundversorgung sogar noch weniger aus.
- *Ungleichheit.* Die Gesundheitssysteme im ländlichen Raum verfügen nicht über ausreichendes Personal beziehungsweise ausrei-

## Politische Prioritäten und technische Hilfsmaßnahmen

### Ziel 4: Die Sterblichkeitsrate von Kindern unter 5 Jahren um zwei Drittel senken

Um das Millenniums-Entwicklungsziel 4 – die Sterblichkeitsrate von Kindern unter fünf Jahren von 1990 bis 2015 um zwei Drittel zu senken – zu erreichen, muss gegen die Hauptursachen der Kindersterblichkeit vorgegangen werden. Die Maßnahmen der technischen Hilfe müssen sich auf die Unterernährung und auf ansteckende und durch Parasiten übertragene Krankheiten und Immunisierungen konzentrieren und von einem leistungsfähigeren gesundheitlichen Grundversorgungssystem umgesetzt werden.

**Unterernährung.** Auf ein niedriges Geburtsgewicht folgt oft eine Unterernährung des Kindes. Sie hängt direkt mit der Gesundheit der Mutter vor und während der Schwangerschaft zusammen. Auch lässt sich die Gesundheit von Müttern und ihren Kindern erheblich verbessern, wenn man den Zugang zu Leistungen im Bereich der reproduktiven Gesundheitsversorgung ausweitet und eine ausreichende Ernährung sicherstellt.

Wenn Säuglinge in den ersten vier bis sechs Lebensmonaten ausschließlich gestillt werden, hat das sehr positive Auswirkungen auf ihren Gesundheitszustand. Wenn die Mutter jedoch HIV-positiv ist, sollte ein Ersatz für die Muttermilch gefunden werden. Als ersten Schritt sollten die Länder den internationalen Kodex zum Marketing von Substitutionserzeugnissen für Muttermilch (*International Code of Marketing of Breast-milk Substitutes*), verbreitet durch die Weltgesundheitsorganisation WHO und das Kinderhilfswerk der Vereinten Nationen UNICEF) umgehend in nationales Recht umsetzen.

Die Gesundheit von Kindern kann durch einen Mangel an Vitaminen und Spurenelementen (Vitamin A, Eisen, Zink und Jod) extrem beeinträchtigt werden. Eine Möglichkeit, das Problem anzugehen, sind Nahrungszusätze (wie zum Beispiel Jod-Zusätze im Salz). Vitamin A-Mangel lässt sich reduzieren, indem man einfach zwei Kapseln hochdosiertes Vitamin A verabreicht. In Ländern ohne funktionierendes Gesundheitssystem sollten Vitaminzusätze über Kampagnen verteilt werden, ähnlich wie bei Massimpfkampagnen. Durch solche Maßnahmen gelang es im Jahr 1999 den am wenigsten entwickelten Ländern, eine Versorgung mit Nahrungszusätzen von 80 Prozent zu erreichen.

**Ansteckende und durch Parasiten übertragene Krankheiten.** Es wird erwartet, dass sich in den am schlimmsten betroffenen Gebieten die HIV/AIDS-bedingte Sterblichkeit von Kindern unter fünf Jahren bis zum Jahr 2010 mehr als verdoppeln wird. In vielen Ländern ist die Bekämpfung von HIV/AIDS – und die ausdrückliche Berücksichtigung von spezifischen Problemen der Frauen und Kinder – eine der obersten Entwicklungsprioritäten (siehe Kasten 4.1). Unterdessen sterben jedes Jahr mehr als 400.000 Kinder an Malaria – was diese Krankheit in vielen Ländern zu einer weiteren Priorität macht.

Zwar sind in den 1990er Jahren weniger Kinder unter fünf Jahren an Durchfall gestorben, doch die Krankheit fordert bei Kindern weiterhin viele Opfer. Ob die Zahlen weiter zurückgehen, wird davon abhängen, ob die Familien Durchfallerkrankungen zu Hause behandeln können (durch verstärkte Flüssigkeitszufuhr und indem sie erkrankten Kindern weiter zu Essen geben) und ob sie, wenn erforderlich, Gesundheitsdienste in Anspruch nehmen. Wie in diesem Kapitel ausgeführt, wird auch die Ausweitung des Zugangs zu sauberem Wasser und sanitären Einrichtungen dazu beitragen,

dass nicht mehr so viele Durchfallerkrankungen auftreten.

Schließlich sind fast 20 Prozent aller Todesfälle bei Kindern in Entwicklungsländern auf akute Atemwegsinfektionen zurückzuführen. Doch die meisten dieser Infektionen ließen sich leicht verhindern. Daten aus 42 Ländern zeigen, dass nur bei der Hälfte der Kinder mit solchen Infektionen medizinische Hilfe in Anspruch genommen wird. In Westafrika liegt ihr Anteil bei nur einem Fünftel. Wie in diesem Kapitel ausgeführt, ist ein funktionierendes Gesundheitssystem, das die Zahl der Stellen, wo medizinische Hilfe geleistet wird, in unterversorgten Gebieten erhöht, eine entscheidende Voraussetzung, um gegen diese Todesursache vorzugehen.

**Immunisierungen.** Nachdem Immunisierungen in Südasien über viele Jahre zugenommen hatten, stagnieren sie auf dem Niveau von 1990, und in Afrika südlich der Sahara sind sie zurückgegangen. Doch wie die in regelmäßigen Abständen durchgeführten staatlichen Kampagnen gegen Kinderlähmung zeigen, ist es möglich, einen höheren Immunisierungsgrad zu erreichen. Zwischen 1998 und 2000 wurde durch die Kampagne die Zahl der neuen Polio-Fälle um 99 Prozent reduziert. Zu den Maßnahmen der Kampagne gehörten breite Bildungs- und Öffentlichkeitskampagnen und bessere Routine-Immunisierungen sowie eine bessere Überwachung.

### Ziel 5: Die Müttersterblichkeit um drei Viertel senken

Jedes Jahr sterben rund 500.000 Frauen weltweit an Komplikationen während einer Schwangerschaft oder Geburt. Dreißig Mal mehr Frauen leiden unter Verletzungen, Infektionen oder anderen Komplikationen, die mit einer Schwangerschaft in Zusammenhang stehen. Um das Millenniums-Entwicklungsziel 5 – die Müttersterblichkeitsrate von 1990 bis 2015 um drei Viertel zu senken – zu erreichen, müssen die Entwicklungsländer den Zugang zu qualifizierter Geburtshilfe, zur Notfallversorgung bei Entbindungen und zur Versorgung im Bereich reproduktive Gesundheit ausweiten, indem sie diese Dienste in einem funktionierenden Gesundheits- und Überweisungssystem zusammenfassen. Die Länder müssen sich auch den breiteren sozialen Problemen widmen, die Frauen davon abhalten, gesundheitliche Versorgung in Anspruch zu nehmen.

**Qualifizierte Geburtshilfe.** Bei weniger als der Hälfte aller Geburten in Entwicklungsländern sind ausgebildete Geburtshelferinnen anwesend. Um die Müttersterblichkeit zu reduzieren, muss die Zahl der qualifizierten Hebammen und Geburtshelfer wesentlich erhöht werden, insbesondere in Gegenden, die durch das Gesundheitssystem nicht ausreichend versorgt sind. Medizinisches Fachpersonal kann auf zwei Arten helfen, die Müttersterblichkeit zu senken. Erstens durch ein sicheres und hygienisches Vorgehen bei Routinegeburten und die Überweisung komplizierter Geburten an Kliniken und Krankenhäuser. Zweitens, indem die Wehen während des Geburtsvorgangs aktiv kontrolliert werden – wodurch potentiell nach der Geburt auftretende Blutungen verringert werden können. Dies erfordert eine spezielle Ausbildung, die über die Verteilung von Utensilien-Sets für sichere Geburt („*safe birthing kits*“) hinausgeht. Ausgebildete Geburtshelferinnen und -helfer müssen in der Lage sein, zu erkennen, wenn Komplikationen eintreten, sie müssen notwendige Eingriffe vornehmen, mit der Behandlung beginnen und, wenn nötig, die Überweisung von Mutter und Kind an einen Notfalldienst überwachen.

**Notfallversorgung bei Entbindungen.** Selbst unter günstigsten Umständen kommt es bei mehr als zehn Prozent aller schwangeren Frauen zu potentiell tödlichen Komplikationen. Um die Müttersterblichkeit zu senken, müssen ausgebildete Geburtshelferinnen und -helfer in der Lage sein, komplizierte Geburten an Entbindungsnotfalldienste zu überweisen. In Entwicklungsländern fehlt es in großem Umfang an Einrichtungen zur Notfallversorgung bei Entbindungen. Mehr als 80 Prozent aller Geburten finden in Gegenden ohne derartige Einrichtungen statt. Daher müssen sich die Länder dem ersten Indikator der Vereinten Nationen in diesem Bereich verpflichten: über je eine solche Einrichtung pro 500.000 Menschen zu verfügen.

**Versorgung im Bereich reproduktive Gesundheit.** Den Zugang zu Verhütungsmitteln zu erhöhen, kann die Müttersterblichkeit wesentlich senken, indem einfach die Zahl der Schwangerschaften pro Frau reduziert wird – und damit das Risiko der damit zusammenhängenden Komplikationen. Wenn der ungedeckte Bedarf an Verhütungsmitteln gedeckt würde und Frauen nur die Anzahl der Schwangerschaften in den Abständen hätten, in denen sie es wollen, würde die Müttersterblichkeit um 20 bis 35 Prozent sinken. Hinzu kommen die unsicheren Abtreibungen, die von Anbietern ohne entsprechende Ausbildung bzw. unter unhygienischen Bedingungen vorgenommen werden. An solchen Abtreibungen sterben schätzungsweise 78.000 Frauen pro Jahr. Sie machen rund 13 Prozent aller Todesfälle von Müttern aus. Ziel 5 zu erreichen erfordert die rasche Ausweitung des Zugangs zu reproduktiver Gesundheitsversorgung.

### Ziel 6: Die Ausbreitung von HIV/AIDS stoppen

Im Jahr 2002 starben 3,1 Millionen Menschen an AIDS. Weitere 42 Millionen Menschen sind mit HIV/AIDS infiziert. AIDS ist eine der lähmendsten Geißeln der jüngeren Geschichte. Die Krankheit hat jedes Land getroffen und hat in vielen Ländern Afrikas südlich der Sahara verheerende Auswirkungen. Wenn dies auch beängstigend ist, so kann doch bei der ersten Zielvorgabe von Millenniums-Entwicklungsziel 6 – den Ausbreitungstrend der Krankheit bis 2015 umzukehren – auf über zwanzig Jahre erfolgreiche Prävention und Behandlungsmaßnahmen zurückgegriffen werden. Ferner verabschiedete die Generalversammlung der Vereinten Nationen im Jahr 2001 eine eindeutige Erklärung zum Schweregrad der Epidemie und betonte die Notwendigkeit entscheidender Maßnahmen als politische Wegweiser.

Der Umgang mit HIV/AIDS erfordert eine starke Führung, um der Trägheit der Institutionen zu begegnen und um sich den sozialen Themen zu widmen, die die Epidemie vorantreiben. Dazu gehören Stigmatisierung, Diskriminierung und ungleiche Machtverhältnisse zwischen Männern und Frauen. Der Frauenanteil der Menschen, die mit HIV/AIDS leben, ist stetig gestiegen, von 41 Prozent im Jahr 1997 auf 50 Prozent Ende 2002. Im südlichen Afrika ist die Wahrscheinlichkeit, dass eine junge Frau HIV-positiv ist, vier- bis sechsmal größer, als bei Männern der gleichen Altersgruppe. In Präventions- und Behandlungsprogrammen muss ausdrücklich auf die Bedingungen eingegangen werden, die einige Gruppen anfälliger für eine Infektion machen, und auf die es zurückzuführen ist, dass diese Gruppen

*Fortsetzung auf der nächsten Seite*

## Politische Prioritäten und technische Hilfsmaßnahmen

mit geringerer Wahrscheinlichkeit medizinische Hilfe in Anspruch nehmen.

Eine starke Führung auf Gemeinde-Ebene kann dazu beitragen, vor Ort akzeptable Maßnahmen zu entwickeln, zum Beispiel durch Diskussionen über das Verhalten und die Werte, die die Ausbreitung von HIV/AIDS begünstigen.

Eine starke Führung ist auch nötig, um mit dem Problem desorganisierter, überlasteter und stark unterfinanzierter Gesundheitssysteme umzugehen, um multi-sektorale Antworten auf die Epidemie zu fördern, um in wirkungsvolle Präventionstechniken (wie Kondome und Einweg-Spritzen) zu investieren und um durch die bessere Ausbildung von Mitarbeitern im Gesundheitswesen und auf Gemeinde-Ebene die Kapazitäten zu erhöhen. Solche Maßnahmen werden durch Entwicklungsländer-Kooperationen zur HIV/AIDS-Kontrolle unterstützt. Thailand stellt Kambodscha seine Expertise zur Verfügung, ebenso wie Brasilien seinen Nachbarländern.

Um die Ausbreitung der Krankheit einzudämmen, müssen außerdem die Präventionsanstrengungen intensiviert werden. Zwar werden sich Kontrollprogramme entsprechend den lokalen Bedürfnissen unterscheiden, doch es stehen viele wirksame Maßnahmen zur Verfügung (siehe Kasten 4.6). Wirkungsvolle Prävention hat viele Länder in die Lage versetzt, bei der Senkung der Infektionsraten bemerkenswerte Fortschritte zu machen.

Auch die Ausweitung der Behandlung wird breit unterstützt – insbesondere durch die Weltgesundheitsorganisation (WHO), die anti-retrovirale Medikamente auf ihre Liste unentbehrlicher Arzneimittel gesetzt hat. Auch hat die WHO Richtlinien veröffentlicht, wie die Krankheit behandelt werden sollte, wenn nur begrenzte Mittel vorhanden sind. Doch es gibt wesentliche Beschränkungen beim Ausbau dieser Programme. Der Zeitrahmen für die Ausweitung der Behandlung sollte ehrgeizig, aber realistisch sein. Die Einbeziehung verschiedener Gruppen in die Planung und Umsetzung von Behandlungsprogrammen hat in Brasilien, Thailand und Uganda Erfolge gezeigt.

Schwache Gesundheitssysteme bedeuten ernste Beschränkungen bei der Ausweitung der Behandlungsmöglichkeiten. Um sicherzustellen, dass sich Patienten an die Behandlungsanweisungen halten, und um die Arzneimittelresistenz zu überwachen, wird mehr gut ausgebildetes medizinisches Fachpersonal gebraucht sowie neue Verteil- und Lagerungssysteme für Arzneimittel und mehr Kliniken und Laboratorien in Gebieten mit hohen Infektionsraten.

### Ziel 6: Die Ausbreitung von Malaria und anderen schweren Krankheiten stoppen

Malaria und Tuberkulose gehören zu den Infektionskrankheiten, die insbesondere in Entwicklungsländern eine der Haupttodesursachen bei Erwachsenen darstellen. Um die zweite Zielvorgabe von Millenniums-Entwicklungsziel 6 – den Ausbreitungstrend von Malaria und anderen schweren Krankheiten bis 2015 umzukehren – zu erreichen, muss jedes Entwicklungsland die Krankheiten identifizieren, die seiner Bevölkerung den größten Schaden zufügen, und damit umgehen.

**Malaria.** Jedes Jahr infizieren sich 500 Millionen Menschen – fast zehn Prozent der Weltbevölkerung – mit Malaria, und über eine Million sterben daran. Viele Forscher befürchten, dass sich die Situation aufgrund von Umweltveränderungen, Unruhen unter der Zivilbe-

völkerung, Bevölkerungswachstum, ausgedehntem Reisen und der zunehmenden Resistenz gegen Medikamente und Insektizide sogar noch verschlechtern könnte. Aber es gibt neue Ansätze zur Malariakontrolle, und das wachsende internationale Bewusstsein hat zu einer Erhöhung der Mittel für Forschung und Kontrollmaßnahmen geführt. Doch den Ausbreitungstrend der Malaria umzukehren erfordert dauerhafte politische und finanzielle Verpflichtungen, um erfolgreiche Programme auszuweiten und in die Forschung zu investieren, die diesen Bemühungen großen Auftrieb verleihen würde.

Da die Malariafälle regional sehr ungleich verteilt sind, müssen Kontrollprogramme an die Bedürfnisse vor Ort angepasst sein. Eine Reihe von Maßnahmen kann in lokale Strategien integriert werden:

- Moskitonetze, die mit Insektiziden behandelt sind, an Menschen in Gebieten mit hohem Risiko zu verteilen und sicherzustellen, dass diese Netze jedes Jahr neu behandelt werden;
- Gesundheitshelfer auf Gemeinde-Ebene darin auszubilden, Malaria zu diagnostizieren und zu behandeln, indem einfache Diagnose-Instrumente und abgepackte Behandlungssets zur Verfügung gestellt werden;
- sicherzustellen, dass Säuglinge und schwangere Frauen präventiv behandelt werden, als Bestandteil der Routine-Immunisierungen und vorgeburtlicher Versorgung (wenngleich letztere ein funktionierendes Gesundheitssystem voraussetzt);
- eine Kombination von Anti-Malariamitteln zur Verfügung zu stellen, um die Wahrscheinlichkeit zu verringern, dass sich die Parasiten als resistent erweisen;
- neue Methoden einzusetzen, um die Arbeit der Gesundheitsdienste zu erleichtern, indem man die Bevölkerungsverteilung, die Gesundheitseinrichtungen und die Transportnetze kartiert. Es stehen auch Instrumente zur Verfügung, um Malaria-Epidemien vorauszusagen – was dazu beiträgt, Kontrollmaßnahmen in epidemiegefährdeten Gebieten zum richtigen Zeitpunkt einzuleiten und sie effektiver zu machen.
- Es ist auch dringend erforderlich, die Forschung nach neuen Medikamenten und Impfstoffen auszuweiten, denn die Resistenz gegen die zurzeit eingesetzten Mittel untergräbt ihre Wirksamkeit. Kooperationen zwischen öffentlichen und privaten Trägern, wie zum Beispiel das *Medicines for Malaria Venture*, haben wissenschaftlicher, finanzielle Mittel und Führungsfähigkeiten zusammengeführt, um die Entwicklung neuer Medikamente zu beschleunigen. Schließlich müssen die Kapazitäten der Gesundheitssysteme bedeutend erweitert werden, um sicherzustellen, dass existierende und neu aufkommende Behandlungsmethoden wirkungsvoll eingesetzt werden.

**Tuberkulose.** Fünfzig Jahre nach der Einführung einer wirksamen Chemotherapie sterben noch immer fast zwei Millionen Menschen pro Jahr an Tuberkulose. Dies macht die Tuberkulose neben AIDS zu der Infektionskrankheit, an der weltweit die meisten Erwachsenen sterben, und sie fordert eine zunehmende Zahl von Todesopfern. Von 1997 bis 1999 stieg die Zahl der neuen Tuberkulose-Fälle von 8,0 auf 8,4 Millionen. Wenn dieser Trend anhält, wird die Tuberkulose bis über das Jahr 2015 hinaus zu den Haupttodesursachen bei Erwachsenen zählen.

Es ist jedoch möglich, diesen Trend umzukehren. Die im Jahr 2000 gegründete Partnerschaftsinitiative *Stop TB* hat bemerkenswerte Fortschritte bei der Formulierung eines Plans gemacht, die Ausbreitung der Tuberkulose zum Stillstand zu bringen. Dieser Plan umfas-

st auch den vollständigen finanziellen Bedarf, um die internationalen Zielvorgaben zu erreichen. In diesem Rahmen wird dazu aufgerufen, die Kurzzeitbehandlung unter Direktbeobachtung DOTS (*directly observed therapy short-course*) zu verbreiten, anzupassen und zu verbessern. DOTS ist ein bemerkenswert wirkungsvolles Programm, in dem die Gesundheitshelferinnen und -helfer während der Überwachung des Behandlungsablaufs ihren Patienten eng verbunden sind.

Eine solche Therapie auszuweiten, erfordert die Verbesserung der Leistungsfähigkeit von Tuberkulose-Kontrollprogrammen sowie des Gesundheitssystems insgesamt, in viererlei Hinsicht:

- Erhöhung der politischen Unterstützung für die Ausweitung von DOTS.
- Erhöhung der finanziellen Unterstützung für die Ausweitung von DOTS.
- Verbesserung der Kapazitäten der Gesundheitssysteme zur Ausweitung von DOTS.
- Anhaltende Beschaffung von Nachschub an qualitativ hochwertiger Arzneimitteln zur Ausweitung von DOTS.

Die Anpassung von DOTS, um mit dem Problem der Resistenz gegen Arzneimittel umzugehen, wird beinhaltet, zu einer „DOTS plus“-Therapie zu gelangen – dem Grundstein beim Umgang mit Tuberkulose-Erregern, die gegen mehrere Arzneimittel resistent sind. DOTS plus erfordert die strenge Überwachung des Therapieplans. In der Russischen Föderation sind die Tuberkulosefälle von 1990 bis 1996 um über 300 Prozent angestiegen, und ein erheblicher Teil der Fälle erwies sich als arzneimittelresistent. Es gibt einen dringenden Bedarf an klinischer, epidemiologischer und operationeller Forschung, um die wirksamsten Ansätze zur Umsetzung von DOTS plus herauszufinden.

Durch die zunehmende Anzahl von Tuberkulosefällen, die mit HIV/AIDS in Zusammenhang stehen, entsteht ein enormer Druck auf die Kontrollprogramme gegen Tuberkulose – ein Druck, der durch den Mangel an ausgebildetem Gesundheitspersonal, durch zu wenig Labor-Ressourcen und fehlenden Nachschub an Arzneimitteln noch verschärft wird. Die Einführung gemeinsamer Programme gegen Tuberkulose und HIV/AIDS würde Überlappungen bei den beiden Epidemien berücksichtigen. Aber sie würde auch eine wesentliche Neugestaltung und eine größere Reichweite von Organisationen auf nationaler und kommunaler Ebene erfordern.

Schließlich ließe sich DOTS auch verbessern, indem man in folgenden Bereichen die Forschungstätigkeiten ausweitet:

- Neue Diagnose-Instrumente, um akute Tuberkulose-Fälle schneller, leichter und sicherer erkennen zu können;
- bessere Arzneimittel zur Vereinfachung des Behandlungsablaufs und zur Verbesserung der Maßnahmen bei Resistenzen der Tuberkuloseerreger gegen mehrere Arzneimittel und bei latenten Infektionen;
- einen besseren Impfstoff.

Ein Schritt in Richtung einer Verbesserung von DOTS war die Gründung eines globalen Bündnisses für die Entwicklung von Arzneimitteln gegen Tuberkulose (*Global Alliance for Tuberculosis Drug Development*), die solche Forschungsvorhaben voranbringen soll.

Quelle: Millennium Project Task Force 5 2003a, S. 2; Millennium Project Task Force 4 2003; Weiss 2002; WHO 2003; Forster-Rothbart et al. 2002.

chende Mittel speziell für Frauen und Kinder.

- *Ineffizienz.* Vertikale Programme für spezielle Krankheiten sind nicht in die allgemeinen Gesundheitssysteme integriert.

Genau an diesem Punkt treten die Verbindungen zwischen Gesundheit, Bildung und Einkommen am klarsten zutage, denn es sind die Armen, die keinen Zugang zu Wasser und sanitärer Versorgung haben, die sich keine Medikamente leisten können und die nicht über HIV-Vorsorge und Familienplanung informiert werden.

Frauen tragen dabei ein größeres Risiko als Männer. Weltweit sind etwa die Hälfte der von HIV/AIDS betroffenen Erwachsenen Frauen. Bei jungen Frauen ist der Anteil jedoch weit höher und wird sich wahrscheinlich noch verschlimmern. In vielen karibischen Ländern sind die Mehrheit der neuen HIV-infizierten Frauen. Und in vielen afrikanischen Ländern sind von den 15-24-Jährigen sechsmal mehr Frauen HIV-infiziert als Männer.<sup>98</sup>

Arme Frauen sind besonders anfällig für HIV - aufgrund ihres schlechten Ernährungszustands, ihrer begrenzten Bildung und ihrer eingeschränkten Chancen auf dem Arbeitsmarkt, und wegen ihres niedrigen sozialen Status und dem daraus resultierenden Unvermögen, sicheren Sex zu verlangen. Und wenn sie sich erst angesteckt haben, vermeiden Frauen eher, Hilfe in Anspruch zu nehmen beziehungsweise verschieben dies auf einen späteren Zeitpunkt aufgrund von geschlechtsbedingten Zwängen wie zum Beispiel häusliche Pflichten und Fahrt- und Behandlungskosten. Auch die Autonomie ist ein Problem: in Südasien entscheiden oft die Männer darüber, ob die Frauen sich einer medizinischen Behandlung unterziehen sollen.<sup>99</sup>

#### **BEGRENZTE FINANZMITTEL - UND WAS MAN DAGEGEN TUN KANN**

Jedes OECD-Land mit hohem Einkommen gibt mindestens 5 Prozent seines BIP für die öffentliche Gesundheitsversorgung aus. Nur wenige Entwicklungsländer erreichen jedoch diesen Prozentsatz - und in den meisten ist es weniger als die Hälfte davon. (Costa Rica - ein

Land ohne Militär, das in den Bereichen Gesundheit und Bildung gute Erfolge aufzuweisen hat - ist hier eine seltene Ausnahme.) In Ländern mit hoher menschlicher Entwicklung lagen die Gesundheitsausgaben im Jahr 2000 bei 5.2 Prozent des BIP - während sie in Ländern mit mittlerer menschlicher Entwicklung bei 2.7 Prozent lagen und in Ländern mit niedriger menschlicher Entwicklung bei 2.1 Prozent. Die Gesundheitsausgaben pro Kopf der Bevölkerung sind in den meisten Entwicklungsländern sehr niedrig: im Jahr 2000 lag der Durchschnitt bei 1.061 US-Dollar in Ländern mit hoher menschlicher Entwicklung, 194 US-Dollar in Ländern mit mittlerer menschlicher Entwicklung - und gerade einmal bei 38 US-Dollar in Ländern mit niedriger menschlicher Entwicklung (in Kaufkraftparitäten).<sup>100</sup>

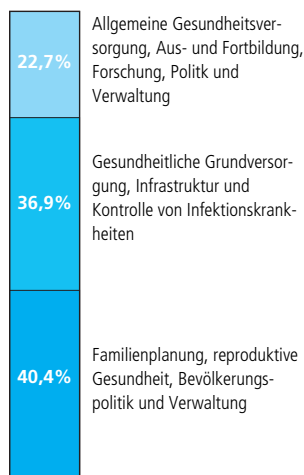
Die Kommission für Makroökonomie und Gesundheit der Weltgesundheitsorganisation (*World Health Organization* - WHO) hat empfohlen, die Geberhilfe und die Eigenausgaben der jeweiligen Staaten für Gesundheitssysteme in Ländern mit niedrigem Einkommen erheblich zu erhöhen. Die Kommission geht davon aus, dass eine Erhöhung der Geberzuschüsse für Gesundheit auf 35 Millionen US-Dollar jährlich bis 2015 (von 5 Millionen im Jahr 2001) bei einer entsprechenden Investition in die hochprioritären Bereiche (Infektionskrankheiten, Mangelernährung, Schwangerschaftskomplikationen) zusammen mit höheren Gesundheitsausgaben in den jeweiligen Ländern 8 Millionen Menschenleben im Jahr retten könnte und einen wirtschaftlichen Zuwachs von 360 Milliarden US-Dollar bringen könnte.

Die meisten Entwicklungsländer, die sich wirtschaftlichen Stabilisierungsprogrammen oder Anpassungsprogrammen unterwerfen, haben keine Möglichkeit, ihre Gesundheitsausgaben zu erhöhen, ohne die Einnahmen aus anderen Quellen zu erhöhen. Insbesondere hochverschuldete arme Länder haben keinen fiskalischen Spielraum, ihre Sozialausgaben zu erhöhen. Soziale Grunddienste machen jedoch nicht einmal die Hälfte der Staatsausgaben für Gesundheit und Bildung in solchen Ländern aus.<sup>101</sup> (Die Rolle des Privatsektors

GRAFIK 4.4

### Ein großer Teil der Entwicklungshilfe im Gesundheitsbereich geht in die Grundversorgung

Entwicklungshilfe im Gesundheitsbereich von Mitgliedern des Entwicklungsausschusses der OECD



Quelle: OECD, Development Assistance Committee 2003a.

im Gesundheitswesen wird in Kapitel 5 beschrieben.)

Was können Regierungen angesichts schwerwiegender Haushaltsbeschränkungen tun? Eine Quelle für zusätzliche Mittel ist die öffentliche Entwicklungshilfe, und für das Gesundheitswesen sind die Entwicklungshilfeleistungen gestiegen – mit Zusagen von durchschnittlich 3,6 Milliarden US-Dollar in den Jahren 1999–2001, gegenüber 3,3 Milliarden in den Jahren 1996–98. Dennoch macht die Entwicklungshilfe für Gesundheit ganze 0,01 US-Dollar pro 100 US-Dollar BIP der Entwicklungshilfe leistenden Geberländer aus – zu wenig, um auch nur die gesundheitlichen Grundbedürfnisse der Entwicklungsländer abdecken zu können.

In den Jahren 1996–98 stellten multilaterale Institutionen durchschnittlich 872 Millionen US-Dollar jährlich an Entwicklungshilfe im Zusammenhang mit Gesundheitsdiensten bereit, in den Jahren 1999–2001 ging dieser Betrag jedoch auf 673 Millionen US-Dollar jährlich zurück.<sup>102</sup> Zusagen für gesundheitliche Grundversorgung lagen in den Jahren 1996–98 jedoch bei 264 Millionen US-Dollar jährlich und blieben in den Jahren 1999–2001 weitgehend auf demselben Niveau (249 Millionen US-Dollar jährlich).

Ende der 1990er Jahre gingen 37 Prozent der Hilfe im Gesundheitsbereich von Mitgliedsländern des OECD-Entwicklungshilfeausschusses in die Grundversorgung, 23 Prozent in die allgemeine Gesundheitsversorgung und der Rest in die reproduktive Gesundheitsvorsorge (siehe Grafik 4.4). Dementsprechend konzentriert sich im Gegensatz zum Bildungsbereich die Entwicklungshilfe für Gesundheit auf Grunddienste – gut für die Ziele. In den 1990er Jahren stieg die Entwicklungshilfe für reproduktive Gesundheit von 572 Millionen US-Dollar auf 897 Millionen US-Dollar jährlich.<sup>103</sup>

### UNGLEICHHEIT – UND WAS MAN DAGEGEN TUN KANN

Wie sollten gering ausgestattete Gesundheitsbudgets zwischen Dienstleistungen und Nutzern aufgeteilt werden? Das ist die zentrale

Frage für die Gerechtigkeit, denn die armen Menschen sind derzeit die Verlierer. Eine kürzlich in den Entwicklungsländern durchgeführte Untersuchung kam zu dem Schluss, dass in jedem Fall die ärmsten 20 Prozent der Bevölkerung von weniger als 20 Prozent der Ausgaben für öffentliche Gesundheit profitieren. Sie bekommen auch weniger als die reichsten 20 Prozent (zu denen in vielen Ländern auch ein großer Teil der Mittelklasse zählt).<sup>104</sup>

Die Ausgaben für die medizinische Grundversorgung sind jedoch gerechter verteilt als die Gesundheitsausgaben insgesamt. In einigen Ländern nutzen arme Menschen die grundlegenden Gesundheitsdienste in wesentlich größerem Ausmaß. In Kenia werden 22 Prozent der Ausgaben der Regierung für die medizinische Grundversorgung für die ärmsten 20 Prozent der Bevölkerung ausgegeben, im Vergleich zu 14 Prozent der Gesundheitsausgaben insgesamt. In Chile – einem Land mit einem hohen Gesundheitsstandard – gehen 30 Prozent der Ausgaben für die medizinische Grundversorgung an die ärmsten 20 Prozent. Und in Costa Rica, einem weiteren Land mit hohem Standard, erhalten die ärmsten 20 Prozent der Bevölkerung 43 Prozent.<sup>105</sup> Wenn also die arme Bevölkerung profitieren soll, müssen mehr Mittel in die medizinische Grundversorgung fließen.

Eine gerechtere Ausgabenverteilung spiegelt sich stark bei den gesundheitlichen Resultaten wieder. In Ländern, in denen weniger als 70 von 1.000 Kindern vor Vollendung ihres fünften Lebensjahres sterben, erhalten die ärmsten 20 Prozent der Bevölkerung mehr als 25 Prozent der öffentlichen Ausgaben für die medizinische Grundversorgung – während in Ländern mit Kindersterblichkeitsraten über 140 die ärmsten 20 Prozent weniger als 15 Prozent erhalten. Außerdem liegt in Ländern mit hohen Kindersterblichkeitsraten die Krankenhausnutzer-Rate bei den ärmsten 20 Prozent der Bevölkerung bei weniger als 10 Prozent – bei den reichsten 20 Prozent liegt sie bei etwa 40 Prozent.<sup>106</sup>

Wenn nur begrenzte Mittel zur Verfügung stehen, müssen weniger entwickelte ländliche Gebiete die größten Kürzungen beim medizinischen Personal hinnehmen. Außerdem sind

normalerweise Bemühungen, medizinisches Personal in unterversorgten Gebieten einzusetzen, nicht sonderlich erfolgreich. In Kambodscha leben 85 Prozent der Bevölkerung in ländlichen Gebieten, nur 13 Prozent des Gesundheitspersonals der Regierung sind jedoch dort angesiedelt. In Angola leben 65 Prozent der Bevölkerung auf dem Land und nur 15 Prozent des medizinischen Personals der Regierung arbeiten in diesen Gegenden.<sup>107</sup> In Nepal sind auf dem Land nur 20 Prozent der Arztposten besetzt, im Vergleich zu 96 Prozent in den Städten.<sup>108</sup>

Verschiedene Maßnahmen können ergriffen werden, um das Ungleichgewicht bei der gesundheitlichen Versorgung zu beheben:

- *Die Anzahl der Krankenschwestern, Krankenpfleger und des Gesundheitspersonals auf kommunaler Ebene muss erhöht werden.* Krankenschwestern, ausgebildete Geburtshelfer und kommunales Gesundheitspersonal sind die Gliedmaßen des Gesundheitssystems, weil durch sie die Breitenwirkung ermöglicht wird, die für erfolgreiche Dienstleistungen im reproduktiven Gesundheitsbereich entscheidend ist. So kommen beispielsweise in Ländern mit guten Erfolgen – in denen die Lebenserwartung hoch ist und die Sterblichkeitsraten bei Unter-Fünffährigen im Vergleich zum Durchschnitt in den Entwicklungsländern niedrig sind – in der Regel mehr Krankenschwestern auf einen Arzt. Dies zeigt der Vergleich von Simbabwe (9,5 Krankenschwestern pro Arzt im Jahr 1990) und Thailand (4 im Jahr 1990) mit Indien (1,5 in den späten 1980er Jahren) und Bangladesch (1 im Jahr 1990). Neuere Daten bestätigen diese Beobachtung.<sup>109</sup>

- *Dienstverträge müssen abgeschlossen werden, damit das medizinische Personal eine bestimmte Anzahl von Jahren im öffentlichen Dienst bleibt.* Solche Verträge, die in Lateinamerika üblich sind, wurden inzwischen auch auf den Philippinen und in Tansania eingeführt. In den siebziger Jahren verlangte Malaysia, ein weiteres Land mit guten Erfolgen, von allen Ärzten mit einem medizinischen Abschluss, dass sie drei Jahre lang im Gesundheitsdienst der Regierung arbeiten – wodurch die Regierung Ärzte in ländli-

che Gebiete schicken konnte, die sie bisher gemieden hatten. Außerdem wurde durch politische Maßnahmen sichergestellt, dass die ärmsten Bevölkerungsgruppen einen größeren Anteil der öffentlichen Gesundheitsausgaben erhielten als die Mittel- und Oberschichten.<sup>110</sup>

- *Die Geberländer müssen Unterstützung bei den ständigen Ausgaben leisten.* Die Weltgesundheitsorganisation hat ein Paket grundlegender Gesundheitsdienstleistungen für die Entwicklungsländer empfohlen, das das öffentliche Gesundheitswesen und die stationäre Behandlung in Krankenhäusern mit einschließt. Dieses Paket kann jedoch nur mit mehr Personal angeboten werden, weshalb die Geberländer einen Teil der ständigen Personalkosten übernehmen sollten.

#### INEFFIZIENZ – UND WAS MAN DAGEGEN TUN KANN

Wenn die Leistungen der Gesundheitssysteme nicht verbessert werden, könnten sämtliche zusätzlichen Mittel sich als Verschwendung erweisen.

#### SICH AUF DIE WICHTIGSTEN MASSNAHMEN KONZENTRIEREN

Regierungen, denen es an Geld fehlte, haben bisher versucht, die Gesundheitsvorsorge zu rationalisieren, indem sie die Budgets insgesamt eingeschränkt haben – und nicht, indem sie Mittel für spezielle Krankheiten bereitgestellt haben. Ein anderer Ansatz wäre, die Mittel auf Grundlage der wichtigsten Maßnahmen zu rationalisieren. In Mexiko hat man diesen Ansatz gewählt, und in Bangladesch, Kolumbien und Sambia hat man gerade damit begonnen.<sup>111</sup>

#### EINEN INTEGRIERTEN ANSATZ WÄHLEN

Mit den Pocken- und Malaria-Ausrottungskampagnen der sechziger Jahre begann ein Trend zu von den Geberländern vorangetriebenen, krankheitsspezifischen vertikalen Programmen, die den Gesundheitssystemen der Entwicklungsländer aufgezwungen wurden. Seit den 1980er Jahren – als unzählige Strukturanpassungsprogramme aufgelegt wurden,

und insbesondere seit der Kampagne von Weltgesundheitsorganisation und UNICEF (*United Nations Children's Fund*) zur Förderung der weltweiten Impfung von Kindern (1985-90) – haben die Geber das Gewicht noch mehr auf solche Bemühungen verlagert. Und seit dem verstärkten Auftreten von Tuberkulose, Malaria und HIV/AIDS ist dieser Trend noch weiter verstärkt worden.

Solche Programme bergen Risiken. Auf diesen Gebieten werden Mittel auf Kosten des allgemeinen Gesundheitssystems konzentriert. Das kann dazu führen, dass Bemühungen zur öffentlichen Gesundheitsvorsorge außerhalb solcher vertikaler Strukturen zum Scheitern verurteilt sind. Und sogar vertikale Programme, deren Aufrechterhaltung teuer ist, können bedroht sein, wenn die Finanzierung durch die Geber eingestellt wird. Vertikale Programme sind wahrscheinlich nur bezahlbar und sinnvoll bei Krankheiten, bei denen die berechtigte Hoffnung besteht, dass sie in absehbarer Zeit ausgerottet werden können.

Krankheitsspezifische Programme sollten in die allgemeinen Strukturen des Gesund-

heitswesens integriert werden, wie das erfolgreiche Tuberkulose-Programm in Indien zeigt (siehe Kasten 4.8). Auch bei den Gesundheitsdiensten für Mütter und Kinder wird der Ruf nach Integration laut: in vielen Ländern wurde in der grundlegenden Gesundheitsversorgung der Schwerpunkt auf die Familienplanung gelegt, wodurch diese anderen Dienstleistungen ausgeschlossen wurden. Damit weitere Fälle von Müttersterblichkeit vermieden werden können, muss die Versorgung während der Schwangerschaft und insbesondere während der Entbindung mit verlässlichen Systemen gekoppelt werden, die eine qualifizierte Behandlung bei Entbindungs-Notfällen gewährleisten.

*DIE WICHTIGSTEN MEDIKAMENTE MÜSSEN IN DEN KRANKENHÄUSERN ANGEBOten WERDEN, DAMIT DIE PATIENTEN DORTHIN GEHEN*

Eine äußerst unangemessene Versorgung mit Medikamenten ist eine Grund dafür, dass öffentliche Gesundheitssysteme nicht mehr funktionsfähig sind. Wenn Patienten keine Medikamente für Therapien bekommen, gibt es für sie kaum einen Anreiz, öffentliche Gesundheitsvorsorge in Anspruch zu nehmen. Dadurch lässt die Nachfrage nach medizinischen Dienstleistungen nach, und ausgebildetes medizinisches Personal und Krankenpfleger erscheinen nicht mehr zur Arbeit.

In Indien funktionieren die Gesundheitseinrichtungen in vier südlichen Bundesstaaten – Andhra Pradesh, Karnataka, Kerala, Tamil Nadu – besser, weil im Rahmen des medizinischen Grundversorgungs-Netzwerks auch Medikamente ausgegeben werden, wodurch die Patienten einen Grund haben, die Einrichtungen zu besuchen. In anderen Ländern könnte die Ausgabe wichtiger Medikamente durch dezentralisierte Einrichtungen dazu beitragen, die medizinischen Grundversorgungssysteme wiederzubeleben. Wenn auch Behandlungsmöglichkeiten angeboten würden, würde dadurch das Netz der Vorsorgedienste ebenfalls erweitert.

In Ländern mit hoher menschlicher Entwicklung hat fast die gesamte Bevölkerung

#### KASTEN 4.8

### Integration vertikaler Programme in funktionierende Gesundheitssysteme

Wo krankheitsspezifische Programme in eine funktionierende Struktur des Gesundheitswesens integriert werden, ist – wie das indische Tuberkulose-Programm zeigt, – die Erfolgswahrscheinlichkeit hoch. Über 200.000 Gesundheitshelfer wurden ausgebildet. Rund 436 Millionen Menschen (mehr als 40 Prozent der Bevölkerung) haben Zugang zu Gesundheitsdiensten und 200.000 Menschen konnte das Leben gerettet werden, was indirekte Einsparungen von über 400 Millionen US-Dollar bedeutet – mehr als das achtfache der Kosten für die Umsetzung des Programms.

Beim Einsatz der Kurzzeitbehandlung unter Direktbeobachtung DOTS (*directly observed therapy short-course*) nutzt Indien für sein Programm die existierenden Strukturen im Gesundheitswesen, ergänzt aber die in diesem Rahmen durchgeführten Maßnahmen durch zusätzliche Ressourcen und Medikamente und durch zusätzliches Personal. Diagnose und Be-

handlung sind für die Patienten kostenfrei. Wenn die Entscheidung getroffen wurde, in einem Distrikt ein Programm gegen Tuberkulose einzuführen, gründet die Gesundheitsbehörde eine Gesellschaft, die die Mitarbeiter einer Tuberkulose-Einheit einstellt, welche 500.000 Menschen versorgt. Die Zentralregierung bildet die Ärzte aus und stellt die Labortechniker ein. Strategie, Arzneimittel und Mikroskope liefert die Zentralregierung, mit finanzieller Hilfe der Weltbank und bilateraler Geber.

Es gibt mehrere Ebenen der Unterstützung, der Überwachung und Kontrolle. Mitarbeiter der Regierung und der Weltgesundheitsorganisation (WHO) machen Besuche vor Ort. Von der WHO angestellte Berater mit Mobiltelefon und Internet-Zugang unterstützen die Tuberkulose-Einheiten. Die Regierung erstattet vierteljährlich detaillierte Rückmeldungen über die Leistungen jedes Bundesstaates und jedes Distrikts.

Quelle: Khatri und Frieden 2002, S. 1420–25.

### Unentbehrliche Arzneimittel für alle garantieren – Erfolge in Bhutan

Bhutan, ein kleines Königreich in Asien ohne Zugang zum Meer, zeigt, wie durch eine kohärente nationale Arzneimittelpolitik — unterstützt durch gemeinschaftliche internationale Hilfe — bei der Bereitstellung unentbehrlicher Arzneimittel beeindruckende Ergebnisse erzielt werden können. Bis 1986 war das Arzneimittelangebot im öffentlichen Gesundheitswesen in Bhutan chaotisch: mangelnde Verfügbarkeit, unberechenbare Qualität, irrationale Verordnungen und hohe Kosten. Dann begann das Land mit einem Programm zur Bereitstellung unentbehrlicher Arzneimittel (*essential drugs programme*), mit umfassender technischer und finanzieller Hilfe der Weltgesundheitsorganisation und aus Geberländern. Im Jahr 1987 wurden eine umfassende nationale Arzneimittelstrategie und die zur Umsetzung nötige Gesetzgebung verabschiedet. Zu den Schlüsselkomponenten des Programms gehören:

- Nationale Beschaffungs- und Verteilungseinrichtungen;
- Qualitätssicherung durch sorgfältige Auswahl der Lieferanten und durch Produkttests;
- rationalere Verordnungen durch die Entwicklung von Richtlinien zur Standardbehandlung und bessere Ausbildung und Kontrolle von Fachleuten im Pharma-Bereich;

Quelle: Stapleton 2000, S. 2.

- Abfallreduktion und Effizienzerhöhung durch Workshops für Lagerverwalter zur ordnungsgemäßen Lagerung und Verwaltung von Arzneimitteln;
- kostenfreie staatliche Bereitstellung unentbehrlicher Arzneimittel und Impfstoffe.

Seit 1993 wird das Programm von bhutanischem Personal durchgeführt, mit minimaler Hilfe internationaler Experten. Zu den Ergebnissen zählen:

- der Zugang zu qualitativ hochwertigen unentbehrlichen Arzneimitteln für mehr als 90 Prozent der Bevölkerung, wobei 90 Prozent der wichtigsten unentbehrlichen Arzneimittel erhältlich sind;
- ein Rückgang der Fehlerquote in der buchhalterischen Erfassung der Verordnungen, von 76 Prozent im Jahr 1989 auf 14 Prozent im Jahr 1997;
- weniger Abfall: nur 0,75 Prozent des Arzneimittel-Budget werden für Medikamente ausgegeben, deren Verfallsdatum erreicht ist, bevor sie verwendet werden;
- sehr viel niedrigere Preise, die durch das Programm zur Bereitstellung unentbehrlicher Arzneimittel bezahlt werden. Über dieses Programm werden 85 bis 90 Prozent aller Arzneimittel beschafft. Die Preise sind auf rund die Hälfte der durchschnittlichen internationalen Preise gesunken.

Zugang zu den wichtigsten Medikamenten. In Ländern mit mittlerer menschlicher Entwicklung gibt es eine große Bandbreite: in China haben 80-94 Prozent der Bevölkerung Zugang (je nach Region), in Indien 0-49 Prozent. In den meisten Ländern mit niedriger menschlicher Entwicklung ist der Zugang gering (definiert durch die Weltgesundheitsorganisation als Wert von 50-79 Prozent). Bhutan ist zwar ein Land mit niedriger menschlicher Entwicklung, hat es jedoch geschafft, 80-94 Prozent seiner Bevölkerung mit den wichtigsten Medikamenten zu versorgen (siehe Kasten 4.9).

Viele Länder mit niedrigem Einkommen werden zinsvergünstigte Finanzierung von den Geberländern benötigen, damit sie die Bevölkerung mit den wichtigsten Medikamenten versorgen können. In Ländern mit guten Erfolgen werden die wichtigsten Medikamente in öffentlichen Gesundheitszentren ausgegeben – wodurch die lokale Nachfrage nach anderen Dienstleistungen dieser Zentren gefördert wird. Durch ein gesteigertes Interesse der Nutznießer am öffentlichen Gesundheitssystem wird auch die Kontrolle des öffentlichen Gesundheitspersonals durch eine Überprüfung seitens der Kommunen verbessert.

### WIE KÖNNEN DIE ZIELE IM BEREICH WASSER UND SANITÄRE VERSORGUNG ERREICHT WERDEN?

Zugang zu sauberem Wasser und angemessener sanitärer Versorgung ist entscheidend zum Überleben. Wasser ist für die Umwelt, die Ernährungssicherheit und eine nachhaltige

Entwicklung von entscheidender Bedeutung. Und eine angemessene sanitäre Versorgung kann ebenfalls über Leben und Tod entscheiden.

### Millenniums-Entwicklungsziele und Zielvorgaben

Ziel 7: Sicherung der ökologischen Nachhaltigkeit

*Zielvorgabe 9: Die Grundsätze der nachhaltigen Entwicklung in einzelstaatliche Politiken und Programme einbauen und den Verlust von Umweltressourcen umkehren*

*Zielvorgabe 10: Bis 2015 den Anteil der Menschen um die Hälfte senken, die keinen nachhaltigen Zugang zu sauberem Trinkwasser haben*

*Zielvorgabe 11: Bis 2020 eine erhebliche Verbesserung der Lebensbedingungen von mindestens 100 Millionen Slumbewohnern herbeiführen*

## DAS AUSMASS DES PROBLEMS

Im Jahr 2000 hatten mindestens 1,1 Milliarde Menschen weltweit – etwa einer von fünf Menschen – keinen Zugang zu sauberem Wasser.<sup>112</sup> Zweimal so viele (2,4 Milliarden Menschen) hatten keinen Zugang zu einer verbesserten sanitären Versorgung.<sup>113</sup> In Asien leben 65 Prozent der Menschen, die keinen Zugang zu sauberem Wasser hat, und in Afrika 28 Prozent. Bei der sanitären Versorgung sind es in Asien 80 Prozent der unversorgten Bevölkerung und in Afrika 13 Prozent.<sup>114</sup>

In den 1990er Jahren gab es einige positive Entwicklungen: etwa 438 Millionen Menschen in den Entwicklungsländern bekamen Zugang zu sauberem Wasser und etwa 542 Millionen in städtischen Gebieten erhielten Zugang zu einer angemessenen sanitären Versorgung.<sup>115</sup> Durch das rasche Bevölkerungswachstum stieg die Anzahl der Stadtbewohner ohne Zugang zu sauberem Wasser jedoch um fast 62 Millionen.<sup>116</sup>

In den größeren europäischen und nordamerikanischen Städten sind mehr als 90 Prozent der Haushalte an Wasserleitungen und Abwassersysteme angeschlossen. Im Rest der Welt ist die Situation jedoch völlig anders. Wenn man unter angemessener sanitärer Versorgung eine Toilette versteht, die an eine Abwasserleitung angeschlossen ist, dann herrscht überall in den Entwicklungsländern starker Mangel an angemessener sanitärer Versorgung – sogar in den großen Städten. Und das sanitäre Versorgungsnetz ist in jeder Region noch viel schlechter als das Wasserversorgungsnetz (siehe Grafik 4.5).

In den 1990er Jahren war die Anzahl der Kinder, die an Durchfallerkrankungen starben – ein Ergebnis unsauberen Wassers und fehlender sanitärer Einrichtungen – größer als die Zahl der Menschen, die seit dem Zweiten Weltkrieg bei bewaffneten Konflikten starben.<sup>117</sup> Hinzu kommt, dass die Hälfte der Krankenhausbetten weltweit mit Patienten belegt ist, die an Krankheiten leiden, die durch Wasser übertragen werden. Das bedeutet, dass teure medizinische Dienstleistungen zur Behandlung von Krankheiten in Anspruch genommen werden, die leicht hätten verhindert werden können.

In Südasien haben nur 37 Prozent der Bevölkerung Zugang zu angemessener sanitärer Versorgung. Etwa 1,4 Millionen Menschen in der Region verrichten ihre Notdurft immer noch irgendwo in der Landschaft oder benutzen unhygienische Eimer-Latrinen.<sup>118</sup> In Afrika südlich der Sahara ist sauberes Wasser das dringlichste Problem, da darüber nur 57 Prozent der Bevölkerung verfügen<sup>119</sup> – ein Durchschnittswert, hinter dem sich noch eine große Kluft zwischen städtischen und ländlichen Gebieten verbirgt.<sup>120</sup>

Arme Menschen auf dem Land leiden stärker darunter, wenn sie kein sauberes Wasser haben, denn sie sind in der Regel von den Ressourcen Boden und Wasser abhängig, um ihren Lebensunterhalt zu sichern. Die arme Stadtbevölkerung leidet stärker unter einer unangemessenen sanitären Versorgung, die sich durch die überbevölkerten Städte noch schlimmer auswirkt.

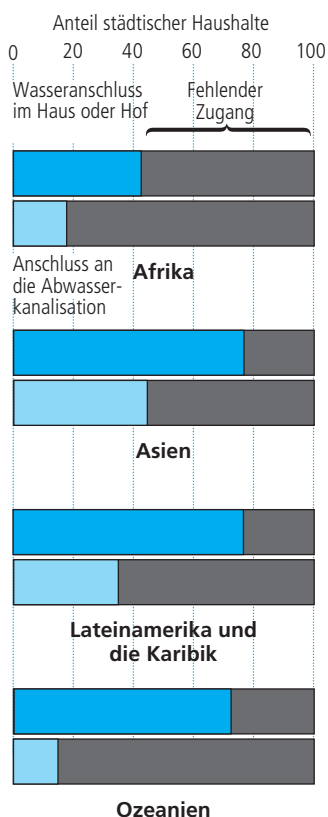
Wie bei den anderen Millenniums-Entwicklungszielen muss auch bei der Verbesserung des Zugangs zu sauberem Wasser und sanitärer Versorgung mehr Augenmerk auf die Ungleichheit der Geschlechter gerichtet werden. Afrikanische Frauen und Mädchen verbringen drei Stunden täglich mit Wasserholen und verbrauchen dabei mehr als ein Drittel ihrer Kalorienaufnahme. Solche Haushaltspflichten hindern viele Mädchen am Schulbesuch – und wenn sie doch eine Schule besuchen, untergräbt ihr Energieverbrauch für das Erledigen hausaltlicher Pflichten sehr stark ihre schulischen Leistungen. Hinzu kommt, dass, wenn andere Familienmitglieder krank werden, oft aufgrund von Krankheiten, die in Zusammenhang mit Wasser- oder fehlender sanitärer Versorgung stehen, die Mädchen viel eher zu Hause bleiben müssen, um für sie zu sorgen. Und wenn in den Schulen Wasser benötigt wird, werden die Mädchen geschickt, um es zu holen, und sie haben dann weniger Zeit zum Lernen und Spielen.

Die politischen Prioritäten für das Erreichen der Ziele im Bereich Wasser und sanitäre Versorgung sind folgende:

- *Mehr finanzielle Mittel.* Preisgünstige Technologien zur Verbesserung des Zugangs

GRAFIK 4.5

### In vielen städtischen Haushalten fehlt es an Trinkwasser und Sanitärversorgung



Quelle: WHO, UNICEF und WSSCC 2000.

zu sauberem Wasser und sanitärer Versorgung für Haushalte und Kommunen sind durchaus verfügbar. Angesichts der knappen Kassen der Regierungen ist die Installation und Wartung einer Abwasserentsorgungs-Infrastruktur jedoch extrem teuer.

- *Gerechtere Verteilung.* Die arme Bevölkerung kann sich die Kosten für Wasser und sanitäre Versorgung oft nicht leisten, weil die reicheren Nutzer nicht genug bezahlen. Und in armen Haushalten leiden Mädchen und Frauen stärker unter einem erschwerten Zugang zu Wasser und sanitärer Versorgung.
- *Verbesserte, angemessene Wartung.* Zu oft werden Wasserversorgungs- und Abwasserentsorgungssysteme von den Regierungen schlecht gewartet und entsprechen nicht den örtlichen Erfordernissen.
- *Begrenzung der Umweltschäden.* Für eine nachhaltige Wasserversorgung ist eine rationelle Wassernutzung erforderlich – insbesondere in der Landwirtschaft.

#### ANGEMESSENE TECHNOLOGIEN FÜR EINE EFFIZIENTE NUTZUNG

Bei der Wasserversorgung umfassen Technologien auf niedrigem technischen und kostengünstigen Niveau Haushalts-Anschlüsse, öffentliche Steigrohre, Bohrlöcher, Regenwassersammel-Becken und geschützte Quellen und Brunnen. Diese Technologien sind bei weitem besser als alternative Lösungen wie zum Beispiel in Flaschen abgefülltes Wasser, Wasserversorgung über Tanklastzüge und ungeschützte Quellen und Brunnen. Einige dieser Alternativen sind unhygienisch, während andere ungeeignet sind, weil sie nicht in ausreichenden Mengen gewährleistet werden können.

Bei der sanitären Versorgung ist es dringend erforderlich, Technologien anzubieten, die die Menschen auch benutzen wollen, denn Entscheidungen über sanitäre Einrichtungen werden auf Haushaltsebene getroffen. Man muss die Haushalte nicht von den Vorzügen eines Brunnens oder einer Steigleitung überzeugen. Es ist aber eventuell erforderlich, sie über die Vorzüge direkt verfügbarer sanitärer Einrichtungen zu informieren und

KASTEN 4.10

#### Erschwingliche Sanitärversorgung in Indien

In Indien geschieht ein großer Teil der Defäkation noch immer im Freien. Doch die Pionierarbeit der Nichtregierungsorganisation Sulabh International hat gezeigt, dass menschliche Fäkalien auf erschwingliche und gesellschaftlich akzeptable Weise entsorgt werden können. Der Ansatz von Sulabh basiert auf Partnerschaften mit Kommunalverwaltungen, unterstützt durch die Beteiligung der Gemeinschaften. Die Umweltqualität in ländlichen und städtischen Slums, die von Armen bewohnt werden, hat sich dadurch wesentlich verbessert.

Die von Sulabh angebotene Lösung ist eine kostengünstige Toilette mit Wasserspülung, Geruchsverschluss und Sickergruben zur Entsorgung menschlicher Fäkalien vor Ort. Die Technologie ist für die Armen erschwinglich, denn es gibt Designs für verschiedene Einkommensniveaus. Die Spülung erfordert nur zwei Liter Wasser, im Vergleich zu den zehn Litern, die andere Toiletten verbrauchen. Außerdem ist das System nie außer Betrieb, denn es gibt zwei Sickergruben, so dass eine immer benutzt werden kann, während die andere gereinigt wird. Die Latrine kann mit vor Ort verfügbaren Materialien gebaut werden und ist leicht in

Stand zu halten. Auch hat sie ein hohes Verbesserungspotential, denn sie kann leicht an ein Abwassersystem angeschlossen werden, wenn in der betreffenden Gegend eines gebaut wird.

Seit 1970 wurden in Häusern mehr als eine Million solcher Einheiten gebaut. Außerdem wurden 5.500 solcher Einheiten in öffentlichen kostenpflichtigen Toiletten installiert, wo rund um die Uhr ein Betreuer angestellt ist, der Seife zum Händewaschen ausgibt. Die öffentlichen Toiletten sind auch mit Duscmöglichkeiten und Möglichkeiten zum Wäschewaschen ausgestattet. Die Benutzung ist für Kinder, Behinderte und Arme kostenlos. So sind mehr als zehn Millionen Menschen mit verbesserten kostengünstigen sanitären Einrichtungen versorgt worden, und es wurden 50.000 Stellen geschaffen.

Mit Haus-zu-Haus-Kampagnen bietet Sulabh auch freie Gesundheitserziehung für Millionen von Menschen an. Die Organisation bildet Einheimische darin aus, selbst mehr Latrinen zu bauen, und sie hat dabei geholfen, in Slums und anderen Gebieten gebührenpflichtige Gemeinschaftstoiletten zu bauen und in Stand zu halten.

Quelle: WSSCC 2002, 2003.

ihnen eine angemessene Hygiene-Aufklärung zu bieten. Die beste Möglichkeit, dies zu tun, ist mittels Produkten, die den Ansprüchen der Verbraucher im Hinblick auf Preis und Qualität gerecht werden (siehe Kasten 4.10). Angemessene Technologien sind zum Beispiel Druckspülungs-Latrinen, einfache Plumpsklos, Plumpsklos mit Lüftung und Verbindungen zu septischen Tanks oder geschlossenen öffentlichen Abwasserleitungen. In ländlichen Gegenden ist mitunter die Abfallbeseitigung mittels Kompostierung angemessen.

Arme Kommunen können sich solche Technologien leisten, und sie sind leicht zu handhaben und zu warten. In der Vergangenheit handelten Regierungen oft von oben herab und installierten Handpumpen, Tiefbrunnen und sogar Plumpsklos mit Lüftung, ohne darauf Rücksicht zu nehmen, ob dafür überhaupt Akzeptanz in der Bevöl-

### Südafrika und das „Recht“ auf Wasser

Als im Jahr 1994 in Südafrika eine neue demokratische Regierung an die Macht kam, hatten mehr als 15 Millionen Südafrikaner keinen Zugang zu 25 Litern sauberen Wasser am Tag in einer Entfernung von höchstens 200 Metern von ihrem Zuhause. Bis 2001 war diese Zahl auf sieben Millionen gesunken. Wie war das möglich?

- Eine entscheidende Voraussetzung war die politische Unterstützung von höchster Ebene. Südafrikas Verfassung garantiert – als ein Menschenrecht – den Zugang zur Grundversorgung mit Wasser und eine Umwelt, die nicht gesundheitsgefährdend ist. Darauf folgte eine kürzlich verabschiedete politische Richtlinie, welche die kostenfreie Grundversorgung mit Wasser sicherstellen soll. Jedem Haushalt werden die ersten 6.000 Liter Wasser im Monat kostenfrei geliefert.
- Klare Gesetze und Richtlinien haben die Rolle der Wasserbehörden und der Versorger geklärt. Außerdem haben nationale Standards und eine ähnliche Gesetzgebung geholfen, die Wasserqualität und die Gebührenstrukturen zu regulieren.
- Von der neuen Regierung wurde schnell ein umfassendes Infrastruktur-Programm durchgeführt, um die Gebiete mit

dem größten Bedarf zu versorgen. Dieses Programm profitierte von einer beträchtlichen finanziellen Ausstattung mit staatlichen Mitteln und von der Unterstützung verschiedener Akteure, darunter Nichtregierungsorganisationen, Privatunternehmen und Basisgruppen.

- Die Übertragung von Verantwortlichkeiten auf die lokale Ebene gibt den Kommunalverwaltungen mehr Kontrolle über die Projekte und ermöglicht die bessere Anpassung an die Bedürfnisse vor Ort.

Trotz dieser Erfolge steht Südafrika immer noch vor Hindernissen bei der Aufrechterhaltung und Ausweitung des Zugangs zur Grundversorgung mit Wasser. Es wird weiterhin politisches und finanzielles Engagement nötig sein, um anhaltende Erfolge sicherzustellen. Die Tragfähigkeit der Strategie, die Grundversorgung mit Wasser kostenfrei zur Verfügung zu stellen, hängt zum Beispiel stark von den Staatseinnahmen ab sowie von der Anzahl der vorhandenen reichen Haushalte zur Quersubventionierung der ärmeren Haushalte. Außerdem waren die Erfahrungen mit der Beteiligung des Privatsektors gemischt, so dass ungewiss ist, welchen Umfang seine Rolle bei der zukünftigen Bereitstellung von Versorgungsleistungen haben wird.

Quelle: Millennium Project Task Force 2003; WSP 2002b.

kerung besteht. Daraus folgte, dass die Kommunen generell die Wartung vernachlässigten oder darauf vertrauten, dass die Regierung sich darum kümmerte. Wenn jedoch die Kommunen – insbesondere die Frauen – bei der Einrichtung und Finanzierung von Örtlichkeiten mit einbezogen und in der Wartung ausgebildet werden, fördert dies die eigenverantwortliche Übernahme und die Nachhaltigkeit.

Viele Stadtverwaltungen wollen nicht gern in grundlegende sanitäre Versorgung investieren ohne die darüber hinausgehenden Herausforderungen der Drainage und der Entsorgung von festen Abfällen ebenfalls anzugehen. In den Entwicklungsländern wird das Abwasser in den Städten in der Regel nicht aufbereitet, bevor es wieder in die Umwelt entsorgt wird. Eine Abwasseraufbereitung ist jedoch wesentlich teurer als einfach nur für Zugang zu sauberem Wasser und sanitärer Versor-

gung der Haushalte zu sorgen. Es ist daher erforderlich, Forschung über umsetzbare, bezahlbare Ansätze im Hinblick auf ein Gesamtangebot sanitärer Dienstleistungen zu betreiben.

Es ist vielleicht auch nötig, als ersten Schritt zu einer Verbesserung der sanitären Versorgung eine stärkere Umweltverschmutzung zu akzeptieren. In Europa und Nordamerika beispielsweise ging eine Verbesserung der sanitären Versorgung der Haushalte anfangs auf Kosten der Flüsse und Wasserwege, die verschmutzt wurden.

### BEGRENZTE FINANZIELLE MITTEL – UND WAS MAN DAGEGEN TUN KANN

In den Entwicklungsländern finanziert der öffentliche Sektor in dem jeweiligen Land 65-70 Prozent der Wasserversorgungs-Infrastruktur, Geber finanzieren 10-15 Prozent, internationale private Unternehmen 10-15 Prozent und der Privatsektor des Landes 5 Prozent.<sup>121</sup> In 90 Prozent der Entwicklungsländer werden die Dienstleistungen im Bereich Wasser- und sanitäre Versorgung vom öffentlichen Sektor übernommen. Die Finanzierung erfolgt über die Nutzer, die ihre Rechnungen an die Kommunalbehörden bezahlen – die normalerweise die Dienstleistungen anbieten – die Einnahmen decken jedoch normalerweise nur einen Teil der Kapital- und ständigen Kosten der Wasserversorgungs-Infrastruktur und der Dienstleistungen. Die Finanzierungslücke wird durch Steuereinnahmen und Geberfinanzierung geschlossen. Mit politischem Engagement und Geld kann der Zugang zu sauberem Wasser verbessert werden – wie man in Südafrika in den 1990er Jahren sehen konnte (siehe Kasten 4.11).

Viele Entwicklungsländer haben mit der Bezahlung für die Wasser- und Sanitärversorgungs-Infrastruktur zu kämpfen, da die Finanzierung aus den Einnahmen für die Versorgungsdienstleistungen sehr unzuverlässig ist.<sup>122</sup> Unangemessene Gebühren sind ein großes Problem. Wenn die grundlegende Infrastruktur jedoch fehlt, können bei den Wasseranschlüssen und der sanitären Versorgung der Haushalte keine Fortschritte erzielt wer-

den. Und ohne Hauptsammler und Kläranlagen fließt das Abwasser normalerweise in offene Bäche und Drainage-Kanäle – und stellt dadurch ein Gesundheitsrisiko dar beziehungsweise schädigt die Umwelt.

Die internationalen Privatinvestitionen in Wasserversorgungs-Dienstleistungen sind, nachdem sie 1996-99 auf einem Höhepunkt angekommen waren, wieder rückläufig, anscheinend, weil die Gewinne zu gering sind.<sup>123</sup> Hinzu kommt, dass bei Wasserversorgungs-Projekten höhere Anfangsinvestitionen erforderlich sind als bei Elektrizität, Telekommunikation und Erdgas. Währungsabwertungen – wie in der jüngsten Wirtschaftskrise in Argentinien – sind ebenfalls kein Anreiz zu Investitionen.

In den 1990er Jahren wurden im Jahr durchschnittlich 3 Milliarden US-Dollar der öffentlichen Entwicklungshilfe für Wasser- und Sanitärversorgungsprojekte bereitgestellt. 1996-98 lagen diese Mittel bei 3,5 Milliarden US-Dollar jährlich, 1999-2001 sanken sie jedoch auf 3,1 Milliarden US-Dollar jährlich. Der Anteil für Wasser- und Sanitärversorgung an der gesamten öffentlichen Entwicklungshilfe war in den 1990er Jahren relativ stabil, nämlich 6 Prozent der bilateralen und 4-5 Prozent der multilateralen Hilfe. Durch Kredite zu Marktbedingungen vor allem der Weltbank kamen noch 1,0-1,5 Milliarden jährlich hinzu. Japan leistete hier den bei weitem größten Beitrag.<sup>124</sup>

Drei Viertel der Hilfe im Wasserbereich flossen in den Jahren 1997-2001 in die Wasser- und Sanitärversorgung. Der größte Anteil der Hilfe für Wasser und Sanitärversorgung fließt in große Systeme.<sup>125</sup> Die Zahl der Projekte, die sich auf preisgünstige Technologien stützen und damit die besten Aussichten für eine bessere Versorgung der armen Bevölkerung bieten – Handpumpen, schwerkraftausnutzende Systeme, Regenwasser-Sammelbecken, Latrinen – ist nur sehr gering.<sup>126</sup> Die Zusammensetzung der Hilfe für Wasser- und Sanitärversorgung muss daher verändert werden. Die Hälfte der öffentlichen Entwicklungshilfe im Wasserbereich wird von zehn Ländern geleistet, und nur ein Geber allein – Japan – leistet ein Drittel dieser Hilfe.<sup>127</sup> Noch

schlechter ist, dass nur 12 Prozent der öffentlichen Entwicklungshilfe im Wasserbereich an Länder ging, in denen weniger als 60 Prozent der Bevölkerung Zugang zu sauberem Wasser haben.<sup>128</sup>

#### **UNGLEICHHEIT – UND WAS MAN DAGEGEN TUN KANN**

Um einen Teil der Finanzierungslücke für das Erreichen der Ziele im Wasser- und Sanitärversorgungsbereich zu schließen, müssen Kosten reduziert und die Einnahmen von den Nutzern erhöht werden. Um Kosten zu reduzieren, müssen die Kommunalverwaltungen das Management verbessern – dafür sollte es mehr Unterstützung seitens der Geberländer und Austausch unter den Entwicklungsländern geben.

Im Hinblick auf die Einnahmen rechnen die Kommunalverwaltungen üblicherweise die Kapitalkosten bei ihren politischen Maßnahmen zur Kostendeckung nicht mit – und decken dadurch nur teilweise die laufenden Kosten. Es wurde der Vorschlag gemacht, dass „im Wasser- und Sanitärversorgungsbereich die volle Kostendeckung durch die Nutzer das langfristige Idealziel ist“.<sup>129</sup> Bei einer solchen Strategie würden die städtischen Nutzer die vollen Kosten für Investitionen zahlen, während die Nutzer am Stadtrand und die Nutzer auf dem Land nicht zu den Kapitalkosten beitragen würden. Die Betriebs- und Wartungskosten würden von den städtischen Nutzern voll bezahlt, Nutzer am Stadtrand würden ebenfalls voll bezahlen, wenn möglich, und die Nutzer auf dem Land würden einen Teil der laufenden Kosten zahlen.

Ein solcher Ansatz wäre jedoch unfair. Da der soziale Nutzen durch sauberes Wasser und angemessene sanitäre Versorgung bei weitem die Kosten übersteigt, spricht vieles für eine Preispolitik, die den weitergehenden Nutzen für alle durch beispielsweise die Reduzierung des Auftretens von Durchfällen widerspiegelt. Das impliziert, dass diejenigen mit einem direkten Haushaltsanschluss auch die vollen Kosten zahlen sollten. Derzeit sind sie diejenigen, die unter Kostenniveau zahlen –

und so die höchsten Subventionen erhalten. Wenn sie den vollen Preis bezahlen müssten, könnten dadurch Einnahmen für den Bereich insgesamt geschaffen werden, und es wäre möglich, übergreifend diejenigen zu subventionieren, die nicht über sauberes Wasser oder sanitäre Einrichtungen verfügen oder nicht so viel bezahlen können. Solche übergreifenden Subventionen wären auch möglich, wenn den industriellen und landwirtschaftlichen Nutzern höhere Kosten in Rechnung gestellt würden.

Je nach Armutsniveau sollte in den städtischen Randgebieten und auf dem Land nur ein Teil der laufenden Kosten kostendeckend erhoben werden. In vielen Gegenden bezahlt die arme Bevölkerung extrem hohe Preise an Wasserverkäufer. Eine Form der Kostendeckung ist oft wünschenswert, weniger, um Finanzmittel zu erwirtschaften als vielmehr, um eine effiziente Nutzung zu gewährleisten. Die Kommunen sollten dazu ermutigt werden, Arbeitskräfte zur Verfügung zu stellen, damit eine zügige Installation von Handpumpen und öffentlichen Toiletten gewährleistet werden kann.

Wie schwierig ist es für arme Menschen, die Kosten für die Wasser- und Sanitärversorgungs-Infrastruktur aufzubringen? Dazu ein Beispiel aus Bolivien und einige Kostenschätzungen für die Wasser- und Sanitärversorgung aus einem Projekt in El Alto:

- *Durchschnittliches monatliches Einkommen*: 122 US-Dollar (0,80 US-Dollar pro Kopf pro Tag).
- *Anschlusskosten*: 229 US-Dollar für traditionelles Wasser, 276 US-Dollar für sanitäre Versorgung (ausschließlich Sammel-Infrastruktur).
- *Anschlusskosten für die technischen Anlagen in Wohnblocks, an denen die Kommunen beteiligt sind*: 139 US-Dollar für Wasser, 172 US-Dollar für sanitäre Versorgung.<sup>130</sup>

Wichtige zusätzliche Kosten für arme Haushalte entstehen durch den Bau eines Badezimmer oder einer ähnlichen Einrichtung innerhalb des Hauses, einschließlich einer Toilette. In El Alto beliefen sich diese Kosten auf durchschnittlich 400 US-Dollar plus 16

Tage Arbeit. Diese Kosten werden normalerweise bei den Kostenaufstellungen für Wasser- und sanitäre Versorgung nicht berücksichtigt. Selbst wenn Kleinkredite zur Verfügung standen, waren die Kosten für die meisten armen Menschen zu hoch. Nach einer Aufklärung über Hygienefragen stieg die Nachfrage nach Toiletten jedoch um das Doppelte.

Wenn arme Menschen mit Zahlungsproblemen zu kämpfen haben, sollte ihnen durch Kreditprogramme geholfen werden. Die Grameen Bank in Bangladesch hat den Kredit für Wasser- und Sanitärversorgung auf Gruppenbasis auf Jahre hinaus verlängert.

Die Frauen sind mit mehr Problemen in Bezug auf die Arbeitslast, Privatsphäre, Sicherheit und Hygiene konfrontiert als Jungen oder Männer – und sie haben daher ein größeres Interesse an einer Verbesserung der sanitären Versorgung. Sie besitzen jedoch oft weniger finanzielle Mittel, daher ist es wichtig, die Männer zu überzeugen, dass Verbesserungen bei der sanitären Versorgung dies auch wert sind. Die Verbesserungen sollten auch für von Frauen geführte Haushalte, die oft weniger Geld und weniger Arbeitskraftressourcen haben als Haushalte mit einem Mann und einer Frau, finanziell tragbar sein. Da Frauen vermutlich eher wissen, welche Typen und Räumlichkeiten sich für die Nutzung durch Frauen und Kinder eignen, sollten Männer und Frauen sich gemeinsam informieren und Entscheidungen gemeinsam treffen.

Frauen erweisen sich auch als verlässlicher bei der Wartung der Anlagen, wie zum Beispiel Handpumpen – teilweise deshalb, weil sie gewöhnlich dafür zuständig sind, Wasser für die Familie zu holen. Sie sollten daher dazu ermutigt werden, den Maurer- oder Klempnerberuf zu ergreifen, denn sie würden sich wohler dabei fühlen, einer anderen Frau zu zeigen, an welcher Stelle in einem Haus sie eine Latrine bauen sollte, als wenn sie es einem Mann zeigen müssten. Und wenn sie einen Arbeitsplatz im Wartungsbereich haben, werden sie vermutlich nicht so schnell aus der Kommune wegziehen, um anderswo Arbeit zu suchen.

## ÜBERGREIFENDE PRIORITÄTEN

Die Diskussion hat sich bisher auf die politischen Prioritäten in den einzelnen Bereichen konzentriert. Sie verlagert sich jetzt auf themenübergreifende politische Prioritäten, die zielübergreifend für alle Ländergruppen gelten.

### **DAS NIVEAU, DIE EFFIZIENZ UND DIE GERECHTE VERTEILUNG DER ÖFFENTLICHEN AUSGABEN FÜR GRUNDLEGENDE DIENSTLEISTUNGEN VERBESSERN**

In den meisten reichen Ländern beträgt die Staatsquote mehr als 40 Prozent des BIP – in den meisten Entwicklungsländern weniger als 20 Prozent. Man erwartet, dass mit zunehmender Entwicklung die Staatsquote wächst. Die ungeheuren Herausforderungen, den Hunger zu reduzieren, Todesfälle zu verhindern und die Alphabetisierung voranzutreiben, machen eine große Steigerung der öffentlichen Ausgaben erforderlich.

Es ist jedoch schwierig, in Ländern mit niedrigem Einkommen, wo die Steuereinnahmen in der Regel weniger als 15 Prozent des BIP ausmachen, multisektorale Maßnahmen durchzusetzen. Und für die Umsetzung der Millenniums-Entwicklungsziele werden bedeutende zusätzliche Mittel benötigt, die mit hoher Wahrscheinlichkeit nicht allein durch das Wirtschaftswachstum der armen Länder aufgebracht werden können (siehe Kapitel 3). Deren finanzielle Ressourcen werden durch die Schuldentrückzahlungen sehr stark eingeschränkt (siehe Kapitel 3 und 8). Und die Verwendung dessen, was übrig bleibt, ist viel zu sehr auf die Landesverteidigung ausgerichtet (siehe Kasten 4.5). Es wird nicht genug in die Landwirtschaft investiert – weniger als 5 Prozent der Haushaltsmittel in Afrika – oder in Gesundheit und Bildung.

Innerhalb der sozialen Dienstleistungen, insbesondere in den Bereichen Gesundheit und Bildung wurden Mittelzuweisungen tendenziell zum Nachteil von Dienstleistungen für medizinische Grundversorgung und Grundschulbildung vorgenommen. Ob die Regierungen wieder mehr für die grundlegen-

den Dienstleistungen ausgeben können, damit sie die Millenniums-Entwicklungsziele erreichen, hängt einerseits davon ab, ob es ihnen gelingt, Mittel aus dem Verteidigungshaushalt oder Schuldendienst abzuziehen, andererseits davon, ob sie mehr Einkommen im Inland erwirtschaften können. Die Erfüllung der Aufgaben wird wesentlich einfacher, wenn die Regierungseinnahmen steigen, weil dann ein größerer Ermessensspielraum für die Ausgaben pro Individuum existiert.

Das Problem, vor dem viele Regierungen in den Entwicklungsländern stehen, ist, dass sie durch große Haushaltsdefizite gezwungen sind, makroökonomische Stabilisierung und Anpassung vorzunehmen. Seit den frühen 1980er Jahren jedoch haben sich die Strukturanpassungsmaßnahmen darauf konzentriert, die öffentlichen Ausgaben zu reduzieren, um die Defizite abzubauen – statt Steuer- und andere Einnahmen zu mobilisieren. In einer kürzlich durchgeführten externen Untersuchung der Erweiterten Strukturanpassungsfazilitäts-Programme (*Extended Structural Adjustment Facility*) des Internationalen Währungsfonds (IWF) kam eine Gruppe unabhängiger Experten zu dem Schluss, dass die Grenzen für öffentliche Ausgaben oft zu eng gesetzt worden sind, was nachteilige Auswirkungen auf das Humankapital und das Wachstum hatte. Bei den politischen Konditionen, die mit der Reaktion des IWF auf die 1997 begonnene ostasiatische Wirtschaftskrise verbunden waren, war dies erneut der Fall – die Konditionen wurden erst nach einer weitverbreiteten Kritik des IWF wegen dieser und anderer Maßnahmen etwas gelockert.<sup>131</sup>

In einer weiteren kürzlich durchgeführten Untersuchung wird nachgewiesen, dass bei sämtlichen von mehr als einem Dutzend Ländern die realen öffentlichen Ausgaben pro Kopf der Bevölkerung für grundlegende soziale Dienstleistungen (medizinische Grundversorgung, grundlegende Bildung und Wasser- und Sanitärversorgung) nur zurückgingen, wenn die öffentlichen Ausgaben als Teil des BIP sanken.<sup>132</sup> Mit anderen Worten, wenn die öffentlichen Ausgaben stagnieren oder sinken,

*Innerhalb der sozialen Dienstleistungen, insbesondere in den Bereichen Gesundheit und Bildung wurden Mittelzuweisungen tendenziell zum Nachteil von Dienstleistungen für medizinische Grundversorgung und Grundschulbildung vorgenommen*

*Wenn die öffentlichen Ausgaben stagnieren oder sinken, ist es für Regierungen politisch nahezu unmöglich, mehr Mittel für soziale Dienstleistungen zur Verfügung zu stellen – insbesondere für soziale Grunddienste – ohne den Zorn der wohlhabenderen Bevölkerung auf sich zu ziehen*

ist es für Regierungen politisch nahezu unmöglich, mehr Mittel für soziale Dienstleistungen zur Verfügung zu stellen – insbesondere für soziale Grunddienste – ohne den Zorn der wohlhabenderen Bevölkerung auf sich zu ziehen.

Es könnte noch viel mehr getan werden, um die Steuererhebung zu stärken, damit Steuerflucht und Steuervermeidung verhindert werden können. Und es könnte auch noch viel mehr getan werden, um die steuerliche Basis zu stärken, indem man das Steuer-netz vergrößert, damit man diejenigen erreichen kann, die jetzt noch daraus entkommen. Die internationalen Finanzinstitutionen sollten viel ernster nehmen, dass die meisten Entwicklungsländer technische Unterstützung bei der Steuerverwaltung und -erhebung benötigen, insbesondere diejenigen in Afrika südlich der Sahara und in Lateinamerika.

Die Aussichten für eine Verbesserung der Ausgabeneffizienz (durch eine bessere Verfügbarkeit von Textbüchern in den Schulen, von Medikamenten in öffentlichen Krankenhäusern und so weiter) und für mehr Gerechtigkeit bei den Ausgaben für soziale Dienstleistungen wären viel erfreulicher, wenn die Ausgaben auch steigen würden. Wie bereits festgestellt, wirken sich die Ausgaben im Gesundheitsbereich – selbst in Ländern mit stagnierendem Einkommen – stark auf die gesundheitlichen Resultate aus. Das gleiche gilt für die Ausgaben im Bildungsbereich: sie führen zu besseren Ergebnissen.<sup>133</sup>

#### **DIE QUANTITÄT UND QUALITÄT DER HILFE FÜR GRUNDLEGENDE DIENSTLEISTUNGEN VERBESSERN**

Wenn man die Ziele erreichen will, muss man den Millenniums-Entwicklungspakt streng befolgen. Für die ärmsten Länder mit dem niedrigsten Einkommen wird ein bedeutender Teil der zusätzlichen Mittel, die für soziale Investitionen benötigt werden, aus externen Quellen kommen müssen. Für stark verschuldete arme Ländern aus der Schuldenstreicherung – und das noch viel stärker als bisher. Und für alle Länder mit niedrigem Einkommen aus einer weiteren Erhöhung der öffentlichen Entwicklungshilfe.

Wie hat die öffentliche Entwicklungshilfe darauf reagiert? Der Gesamtanteil für die soziale Grundversorgung (medizinische Grundversorgung, grundlegende Bildung und Wasser- und Sanitärversorgung) lag nie höher als 10 Prozent, obwohl gegen Ende der 1990er Jahre eine Steigerung bei den bilateralen Mittelzuflüssen zu verzeichnen war. Die multilateralen Beiträge beliefen sich auf ein Drittel der öffentlichen Entwicklungshilfe, einschließlich UN-Organisationen, Weltbank und Regionalbanken. Die öffentliche Entwicklungshilfe für kleine Wasser- und Sanitärversorgungsprojekte in ländlichen Gebieten ist unzureichend.

Die Öffentliche Entwicklungshilfe für grundlegende Dienstleistungen muss erhöht werden. Geberländer, die sich über die Austauschbarkeit der finanziellen Mittel der Regierungen der Empfängerländer Sorgen machen, sollten bedenken, dass, selbst wenn die Regierungen Mittel teilweise in anderen Bereichen einsetzen, sie dennoch die öffentlichen Ausgaben steigern.<sup>134</sup>

#### *SEKTORALE PROGRAMME VERBESSERN.*

Von projektorientierten zu sektoralen Ansätzen zu kommen ist ein entscheidender Schritt vorwärts. Ein sektoraler Ansatz vermeidet die Schwächen des projektbezogenen Ansatzes: schwache Verbindungen zu anderen Sektoren, geografische Isolation, fehlende Identifikation und an Bedingungen gebundene Hilfe. Von einem solchen Ansatz kann auch erwartet werden, dass ein integriertes Programm entwickelt wird, das politische Zielsetzungen, einen allgemeinen politischen Rahmen, einen Investitionsplan, einen Ausgabenplan und finanzielle Vorgaben für die Regierungen und Geber formuliert.

Dahinter steckt der Gedanke, dass sektorbezogene Programme Teil des gesamten politischen Umfelds werden sollten – anstatt nationale Strukturen zu umgehen wie es die Projektfinanzierung tut. Solche Programme könnten auch klare finanzielle Zusagen seitens der Geber gewährleisten, was eine Verbesserung gegenüber unvorhersehbaren Mittelflüssen in bestimmte Projekte wäre. Hier handelt es sich zwar um einen sehr komplexen Versuch, weil

die Programme eine effektive sektorale Politik im Land selbst voraussetzen, aber zumindest werden die Empfänger miteinbezogen.

Es hat allerdings Probleme mit dem sektoralen Ansatz gegeben, und in vielen Fällen hat ein „Poolen“ von Ressourcen noch nicht stattgefunden. Erstens vergehen Jahre bis der Ansatz wirklich entwickelt und in ein Abschlussstadium gebracht ist. Man schätzt, dass ein Planungszyklus für einen sektoralen Ansatz sich im Durchschnitt über fünf bis sieben Jahre erstreckt.

Zweitens bleibt die technische Zusammenarbeit (mit nicht-einheimischem technischen Personal), die beim Projekt-Ansatz vorherrschend ist, auch bei Sektorprogrammen ein Problem. Es wäre nützlich, einmal die fiktiven Kosten an Zeit und Finanzmitteln zu evaluieren, die für eine Geber-finanzierte Ausbildung anfallen würden.

Drittens verhindern die unterschiedlichen gesetzgeberischen Zwänge in den Geberländern über Ausgaben, rigide und unterschiedliche Verfahren für die Mittelzuweisung und Berichtserfordernisse und unzureichende Kapazitäten in den Empfängerländern, dass die Maßnahmen wirklich aufeinander abgestimmt werden. Die Regierung kann nicht die Federführung übernehmen, wenn die Projektträger, die von den Gebern mit der Durchführung beauftragt sind, und über die das zuständige Ministerium keine Kontrolle hat, weiter existieren.

In Sambia sind die Geber übereingekommen, die zweite Tranche ihrer Hilfe nur freizugeben, wenn die Regierung mindestens 20 Prozent ihres Haushalts für Bildung ausgegeben hat.<sup>135</sup> Außerdem haben alle beteiligten externen Organisationen ihre finanziellen Mittelflüsse an bestimmte Programme gebunden. Tatsächlich ist die Bindung von Mitteln an bestimmte Elemente sektorbezogener Ansätze weitverbreitet und hängt oft von der Bewertung der politischen Führung vor Ort durch die Geber und vom Engagement in bestimmten Gebieten ab.

Die Geber sind sich einiger dieser Probleme bewusst. Die Erklärung von Rom über Harmonisierung vom Februar 2003 ruft die Geber auf, sich darauf zu verpflichten, „finan-

zielle Unterstützung für den Haushalt, für einzelne Sektoren oder für die Handelsbilanz zur Verfügung zu stellen, wenn das Mandat des Gebers dies zulässt, und wenn angemessene politische und treuhänderische Vereinbarungen getroffen wurden“.<sup>136</sup>

#### *EINIGE LAUFENDE KOSTEN DECKEN*

Die meisten Geber waren bisher bereit, Investitionskosten zu finanzieren (Bau von Krankenhäusern), waren jedoch nicht bereit, laufende Kosten zu finanzieren (Arztgehälter). Diese Haltung ändert sich gerade – wenn die Ziele jedoch erreicht werden sollen, müssen die Geber auf diesem Gebiet noch flexibler werden als in der Vergangenheit. Die Regierungen sind oft nicht in der Lage, multilaterale Mittel für Kapitalkosten zu absorbieren, wenn sie, wie es oft verlangt wird, nachweisen müssen, dass sie für diese Kapitalausgaben Mittel in gleicher Höhe aufbringen müssen, um die laufenden Kosten der entstehenden Infrastruktur zu decken.

In der Zwischenzeit werden die Geber einige der laufenden Kosten, insbesondere für nicht gehaltsbezogene Zwecke auf Gebieten, die mit den Zielen in Zusammenhang stehen, für stark verschuldete arme Länder übernehmen müssen – sofern diese Länder auch finanzielle Einnahmen aus eigenen Quellen vorweisen können. In Fällen mit sehr starken finanziellen Schwierigkeiten werden die Geber eventuell dazu bereit sein müssen, sogar die Gehaltskosten der Lehrer an Schulen, der Krankenpfleger oder ausgebildeten Geburtshelfer für eine Übergangszeit zu übernehmen, bis der finanzielle Spielraum für die Regierung geschaffen werden kann, diese ständigen Kosten auf nachhaltiger Basis in Eigenregie zu tragen.

#### *FORSCHUNG UND ENTWICKLUNG AUF TECHNOLOGIEN FÜR DIE ARME BEVÖLKERUNG AUSRICHTEN*

In einigen Bereichen sind die fehlenden Forschungsmittel ein ernstes Problem. So wird zum Beispiel 90 Prozent der Medikamentenforschung weltweit über Krankheiten betrieben, die nur 10 Prozent der Krankheitslast in

*In einigen Bereichen sind die fehlenden Forschungsmittel ein ernstes Problem*

den Entwicklungsländern ausmachen. Es müssen daher internationale Anstrengungen mobilisiert werden, um dem Bedarf an Arzneimitteln bei Tropenkrankheiten gerecht zu werden. Ein eindeutiger Fall ist die rasche Entwicklung und Erprobung eines Impfstoffes gegen HIV/AIDS. Die Internationale Initiative für einen AIDS-Impfstoff (*International AIDS Vaccine Initiative*) geht auf diesem Gebiet mit großen Schritten voran und versucht, Impfstoffe zu entwickeln, die speziell bei den Arten von AIDS-Viren wirken, die in den verschiedenen Regionen der Entwicklungsländer vorkommen. Man hofft, bald mit der Erprobung von Impfstoffen in Uganda beginnen zu können - gegen die Art Virus, die in diesem Teil von Afrika vorkommt, 2004 will man in Indien beginnen. Viele andere Forschungsbereiche werden jedoch weiterhin vernachlässigt.

In vielen anderen Gebieten, die für das Erreichen der Ziele relevant sind, besteht das Problem, dass bereits existierende Technologien nicht weiterverbreitet werden. Die landwirtschaftlichen Erträge in Afrika südlich der Sahara beispielsweise sind stark durch die niedrige Produktivität beeinträchtigt worden und dies obwohl Hohertragsorten bei Mais, Reis und Weizen verfügbar sind. Gleichzeitig sind jedoch keine Hohertragsorten für die Getreidearten entwickelt worden, die von der armen Bevölkerung am häufigsten konsumiert werden, wie zum Beispiel Sorghum und Hirse. Die geringe kommerzielle Verfügbarkeit

und die hohen Preise von anorganischem Dünger sind ein Teil des Problems. Ein weiterer Teil des Problems ist der eingeschränkte Einsatz von organischem Dünger, obwohl er sehr einfach aus Ressourcen vor Ort hergestellt werden kann. Der Einsatz von organischem Dünger würde die Produktivität steigern und den ökologisch nachhaltigen Anbau in einer Region fördern, in der die ohnehin schon geringen landwirtschaftlichen Erträge durch die Umweltzerstörung noch stärker reduziert werden.

Ein weiteres Beispiel ist die geringe Verbreitung imprägnierter (oder ganz normaler) Moskitonetze, um die Malaria unter Kontrolle zu bekommen. Auf ähnliche Weise können Todesfälle durch Vergiftung in Innenräumen, verursacht durch den Rauch von Kochstellen, leicht vermieden werden, wenn man die kommerzielle Produktion rauchfreier Öfen ausweitet. Für eine solche kommerzielle Produktion wären natürlich angemessene Subventionen erforderlich, noch verstärkt durch eine Informationskampagne, mit der man die arme Bevölkerung in abgelegenen Gebieten erreichen könnte. Durch die Sulabh-Latrine kann eine umweltfreundliche sanitäre Versorgung in den am dichtesten bevölkerten städtischen Gebieten gefördert werden. Damit es jedoch dazu kommt, muss sie von den internationalen Organisationen als geeignetes Modell für einen weitverbreiteten Einsatz in den Entwicklungsländern anerkannt und übernommen werden.