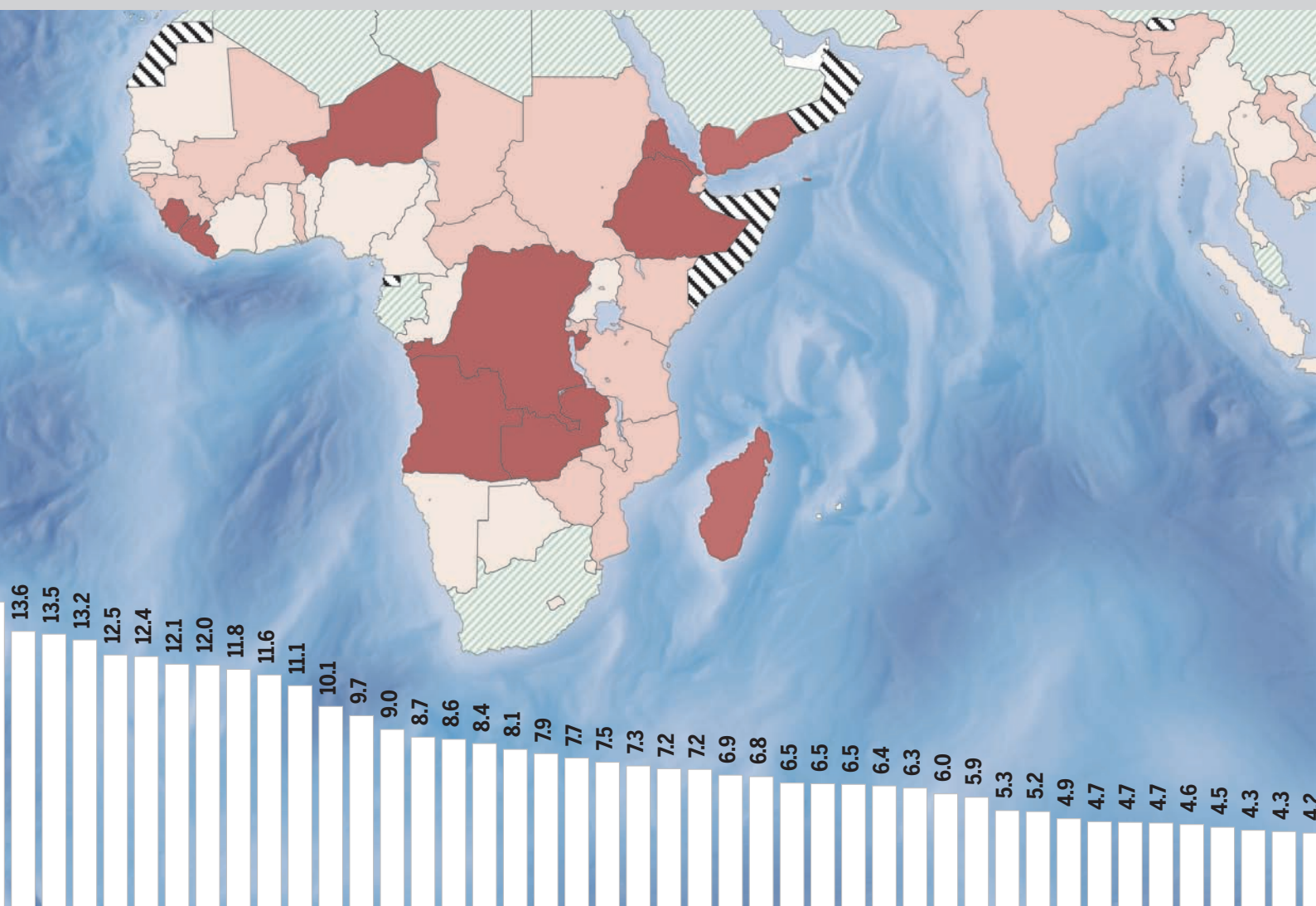




Herausforderung Hunger 2007

Welthungerindex: Fakten, Ursachen, Entwicklungen
Maßnahmen zur Bekämpfung von akuter Unterernährung
und chronischem Hunger



Herausforderung **Hunger 2007**

Welthungerindex: Fakten, Ursachen, Entwicklungen
Maßnahmen zur Bekämpfung von akuter Unterernährung
und chronischem Hunger



INTERNATIONAL FOOD
POLICY RESEARCH INSTITUTE
sustainable solutions for ending hunger and poverty



Bonn, Oktober 2007

Inhalt

Einer von sieben Menschen geht hungrig zu Bett 4

Teil I

1. Welthunger-Index macht das Problem messbar 7
- 1.1 Das Konzept des Welthunger-Indexes (WHI) 7
- 1.2 Globale Trends 2007 8
- 1.3 Regionale Unterschiede bei Index-Komponenten 10
2. Fortschritte zwischen 1990 und 2015 13
- 2.1 Halbzeit-Bilanz: WHI-Fortschrittsindikator zeigt Entwicklungen bei Hungerbekämpfung 13
- 2.2 Tendenzen in verschiedenen Weltregionen 14
- 2.3 Regionale Besonderheiten bei der WHI-Fortschrittsmessung 18
3. Wege aus dem Teufelskreis von Armut und Hunger 19

Teil II

4. Nachhaltige Hungerbekämpfung mit der Initiative Millenniumsdörfer 23
5. Was Hunger in Äthiopien, Angola und Nicaragua bedeutet 26
- 5.1 Die Gegend um Sodo ist abgeholzt 26
- 5.2 Noch spürt man den Krieg in Mangué 28
- 5.3 Wer kann, geht weg aus Auhya Pihni 29
6. Millenniumsziele „von unten“ bis 2010 32
- 6.1 Ziele: Wichtig sind höhere Erträge, eine bessere Gesundheitsversorgung und Infrastruktur 32
- 6.2 Perspektive: Neben Alltagsverbesserungen steht „Empowerment“ im Mittelpunkt 33

Teil III

7. Bekämpfung akuter Unterernährung auf Gemeindeebene 37
- 7.1 Hungerkrisen waren Auslöser für neuen Forschungsansatz 37
- 7.2 Zentren auf Dorfebene können flexibler reagieren 38
- 7.3 Vom Forschungskonzept zur internationalen Strategie (CTC) 40
- 7.4 CTC – Die richtige Idee zur richtigen Zeit 40
- 7.5 Dialog mit wichtigen Beteiligten 41
- 7.6 Herausforderungen und nächste Schritte 43

Zusammenfassung 44

Anhang

- A Datenquellen und Berechnung des WHI und WHI-Fortschrittsindikators 46
- B Entwicklung des WHI in Subregionen und Ländern 48
- C Basisdaten zur Berechnung des WHI 52
- D Literatur zum Welthunger-Index 54

Einer von sieben Menschen geht hungrig zu Bett

Von Prof. Joachim von Braun, Direktor des Internationalen Forschungsinstituts für Ernährungspolitik (IFPRI), Tom Arnold, Direktor von Concern Worldwide, und Dr. Hans-Joachim Preuß, Generalsekretär der Deutschen Welthungerhilfe

Einer von sieben Menschen geht jeden Tag hungrig zu Bett, weltweit sind es 854 Millionen. Hunger gehört zu den größten globalen Problemen und Herausforderungen. Wer ständig von der Hand in den Mund lebt, kann kein Leben in Würde führen. Der Welthunger-Index 2007 zeigt, dass Hunger alarmierende Ausmaße in 36 Ländern angenommen hat: 25 von ihnen liegen in Afrika südlich der Sahara, neun in Asien, je eines im Nahen Osten und in Lateinamerika. Fortschritte bei der Hungerbekämpfung wurden in einzelnen Weltregionen erzielt. Das im Jahr 2000 von 189 Staatschefs vereinbarte Millenniumsziel, den Anteil der Hungernden bis zum Jahr 2015 zu halbieren, könnte erreicht werden: Falls sich der bisherige Trend fortsetzt, hungern 2015 dennoch 580 Millionen Menschen, eine Situation, die wir nicht akzeptieren werden.

Ohne öffentlichen Druck bewegt sich wenig bei der Hungerbekämpfung. Es fehlt nicht an entsprechenden Erkenntnissen, sondern am politischen Willen: Der von IFPRI entwickelte und im vergangenen Jahr erstmals der Öffentlichkeit vorgestellte Welthunger-Index (WHI) ist ein geeignetes Instrument, um Hunger zu erfassen und für Lobby- und Advocacy-Arbeit auf nationaler und internationaler Ebene zu nutzen.

Hunger hat viele Gesichter, die Ursachen sind vielfältig. Kriege und bewaffnete Auseinandersetzungen sind maßgeblich für Unterernährung verantwortlich. Flüchtlinge können sich nicht mehr selbst versorgen, Familien zerbrechen, Felder sind vermint oder liegen brach und die Wirtschaft stagniert. Meist dauert es Jahre, bis der Wiederaufbau in Postkonflikt-Ländern erste Früchte trägt und die Versorgung in destabilisierten Staaten wieder funktioniert. Aber auch gesundheitliche Probleme verursachen Hunger, hier in dramatischer Form die Infektion

mit HIV. Gerade in Afrika können familiäre Netzwerke die Auswirkungen der Pandemie nicht mehr abfedern, vor allem wenn die in der Landwirtschaft produktiven jungen Frauen und Männer sterben. Unterernährung ist das Los vieler der 15 Millionen Aidsweisen weltweit.

Dürren und Hochwasser, also witterungsbedingte Katastrophen, sind mitverantwortlich für zahlreiche Hungerkrisen. Nach Voraussagen internationaler Klimaforscher werden diese Phänomene im Zuge des Klimawandels zunehmen und vor allem in Afrika die bestehenden Probleme weiter verschärfen. Bereits jetzt herrscht in vielen Regionen weltweit Wassermangel, der zukünftig zunehmen und zu Migration führen wird. Sauberes Trinkwasser ist für 1,1 Milliarden Menschen nicht verfügbar.

Armut ist die Hauptursache für Hunger. Arme haben keinen Zugang zu wichtigen Ressourcen und verlieren damit die Möglichkeit, ihr Leben aktiv zu gestalten. Armut in Verbindung mit Hunger: das ist Tag für Tag ein neuer Kampf ums Überleben, ohne Perspektiven für die Zukunft entwickeln zu können. Regierungen tragen durch Korruption und Missmanagement zu Hunger und Unterernährung in ihren Ländern bei. In Ländern mit schlechter Regierungsführung gibt es keine Fortschritte. Auch handelsverzerrende Praktiken der Industrieländer wirken sich negativ auf die Situation armer Kleinbauern im Süden aus, konkret vor allem die Abschottung der Märkte der Wohlhabenden für verarbeitete Produkte aus Entwicklungsländern.

Hunger und Unterernährung sind ein Teufelskreis, der oft von Generation zu Generation „vererbt“ wird: Kinder armer Eltern kommen bereits mit Untergewicht zur Welt und haben wenig Widerstandskräfte. Sie wachsen unter Bedingungen auf, die ihre geistigen Fähigkeiten lebenslang beeinträchtigen. Nach Schätzungen der



Weltgesundheitsorganisation leiden weltweit 150 Millionen Kinder an chronischer Unterernährung und deren lebenslangen Folgen. Jedes Jahr erblinden 500.000 Kinder aufgrund von Vitamin-A-Mangel, und Jodmangel ist häufig Ursache vermeidbarer Gehirnschäden. Erwachsene, die als Kinder unterernährt waren, sind körperlich und geistig weniger produktiv, haben einen niedrigeren Ausbildungsgrad und Verdienst und sind häufiger krank.

Fortschritte im Kampf gegen Hunger und Armut sind dringend nötig. Das IFPRI stellt die dafür notwendigen wissenschaftlichen Ergebnisse bereit. Die Deutsche Welthungerhilfe und Concern, beide Mitglied im europäischen Netzwerk Alliance2015, engagieren sich auf mehreren Ebenen: durch direkte Unterstützung unterernährter Menschen in Hungerkrisen, auch mit speziellen Therapien. Bei chronischer Unterernährung durch kurz- und langfristige Maßnahmen, möglichst in Zusammenarbeit mit lokalen Partnerorganisationen.

Als Anwalt für Arme und Hungernde ist Lobbyarbeit

– gemeinsam mit Nichtregierungsorganisationen aus Nord und Süd – ein weiterer Schwerpunkt. Auf diesem Weg brauchen wir Partner aus Wissenschaft, Politik und Zivilgesellschaft, die uns unterstützen.

J. v. Braun

Prof. Joachim von Braun, Direktor des Internationalen Forschungsinstituts für Ernährungspolitik

Tom Arnold

Tom Arnold, Direktor von Concern Worldwide

Dr. Hans-Joachim Preuß

Dr. Hans-Joachim Preuß, Generalsekretär der Deutschen Welthungerhilfe



Weltweit werden genug Lebensmittel produziert, um alle Menschen zu ernähren.

1. | Welthunger-Index macht das Problem messbar

Von Doris Wiesmann

1.1 | Das Konzept des Welthunger-Indexes (WHI)

Weil Hunger viele Gesichter hat, ist es sinnvoll, für die Berechnung des Welthunger-Indexes einen mehrdimensionalen Ansatz zu wählen. Damit gelingt es,

1. unterschiedliche Aspekte von Hunger und Unterernährung gleichzeitig zu erfassen,
2. die Auswirkungen zufälliger Messfehler durch die Kombination von unabhängig voneinander gemessenen Indikatoren zu verringern,
3. einen schnelleren Überblick für Entscheidungsträger durch die Verdichtung von Informationen zu ermöglichen.

Indizes sind hilfreiche Instrumente für die Lobby- und Advocacy-Arbeit. Bei der Verwendung im Rahmen internationaler Rankings können sie den Wettbewerbsgeist zwischen einzelnen Ländern fördern und zu positiven politischen Maßnahmen anregen.

Durch die Kombination des Anteils der Unterernährten in der Gesamtbevölkerung mit den beiden Indikatoren für Kinder unter fünf Jahren ist sichergestellt, dass sowohl die Versorgungssituation der Bevölkerung insgesamt als auch die Folgen und Begleitfaktoren einer unzureichenden Ernährung für eine physiologisch sehr gefährdete Gruppe erfasst werden.

Der Welthunger-Index basiert auf drei gleichwertigen Indikatoren:

- dem Anteil der **Unterernährten** in der Bevölkerung in Prozent (Indikator für den Anteil der Menschen, die ihren Kalorienbedarf nicht decken können),
- dem Anteil der **Kinder unter fünf Jahren mit Untergewicht** (Indikator für den Anteil der Kinder, die an Gewichtsverlust und/oder zu geringem Wachstum leiden),
- der **Sterblichkeitsrate von Kindern unter fünf Jahren** (Indikator, der teilweise das fatale Zusammenwirken von mangelnder Nährstoffversorgung und einem schlechten gesundheitlichen Umfeld widerspiegelt).

Der Ernährungszustand von Kindern ist deshalb von großer Bedeutung, weil diese bei Nährstoffmangel einem hohen Risiko körperlicher und geistiger Beeinträchtigungen und auch einem hohen Sterberisiko ausgesetzt sind. Viele Kinder in Entwicklungsländern sterben an Infektionskrankheiten, indirekt ist jedoch ein geschwächtes Immunsystem aufgrund von Mangel an Nahrungsenergie, Vitaminen und Mineralstoffen dafür verantwortlich. Weil die ersten beiden Indikatoren – der Anteil der Unterernährten und der Anteil von Kindern mit Untergewicht – nichts über den vorzeitigen Tod als tragischste Folge von Hunger aussagen, wird zusätzlich die Kindersterblichkeitsrate mit einbezogen.

Der Welthunger-Index hat den Vorteil, dass sein Konzept über die Verfügbarkeit von Energie aus Nahrungsmitteln (Kalorienzufuhr) hinausgeht, die den Schwerpunkt des FAO-Maßstabs für Unterernährung bildet. Die breitere konzeptionelle Basis spiegelt die vielschichtigen Ursachen und Erscheinungsformen von Hunger besser wider. Ungleichverteilung der Ressourcen zwischen den Haushalten und innerhalb des Haushalts wird berücksichtigt, da letztere sich im physischen Wohlergehen von Kindern niederschlägt. Eine ausreichende Verfügbarkeit von Nahrung innerhalb eines Haushalts garantiert nämlich nicht, dass alle Mitglieder gleichermaßen davon profitieren.

Alle drei Index-Komponenten werden in Prozentsätzen ausgedrückt und gleich gewichtet.¹ Der WHI bewegt sich zwischen dem bestmöglichen Wert von 0 und dem schlechtesten von 100.² Höhere Werte zeigen also mehr Hunger an, je niedriger der Wert, umso besser stehen die Länder da. WHI-Werte über 10 sind als bedenklich, Werte über 20 als kritisch und Werte über 30 als äußerst besorgniserregend einzustufen.

In diesem Bericht wurde der Welthunger-Index 2007 auf Basis der Daten aus den Jahren 2000 bis 2005 ermittelt.³ Die Berechnung der WHI-Werte ist auf 97 Entwicklungsländer und 21 Transformationsländer beschränkt, für die der Messung von Hunger die größte Bedeutung beigelegt wird. Einige osteuropäische Länder und die westlichen Industrienationen wurden nicht berücksichtigt,⁴ weil Hunger dort weitgehend beseitigt werden konnte und Über- bzw. Fehlernährung ein größeres Problem darstellen als Nahrungsmangel.

1.2 | Globale Trends 2007

In knapp drei Viertel der 115 Länder, für die der WHI 2007 und WHI 2006 berechnet wurde, hat sich der Welthunger-Index im Vergleich zum Vorjahr leicht verbessert.⁵ In zwei Ländern blieben die WHI-Werte exakt gleich und in rund einem Viertel verschlechterten sie sich geringfügig.

Zu den „Top Ten“ beim Welthunger-Index mit einem hohen sozialen und wirtschaftlichen Entwicklungsstand gehören wie auch bereits 2006 Libyen, Argentinien, Litauen, Rumänien, Chile, Ukraine und Kuba.⁶ Uruguay, Lettland und Estland sind neu in diese Gruppe aufgestiegen. Libyen belegt nun den ersten Platz, weil das Untergewicht bei Kindern nach Schätzungen der Autorin abgenommen hat.

Auf der Verliererseite stehen weiterhin Eritrea, die Demokratische Republik Kongo und Burundi. Sie rangierten bereits 2006 am untersten Ende der Liste. Bewaffnete Konflikte und die daraus resultierende weit verbreitete Armut sind Hauptursachen für die schlechten WHI-Werte.

Während es insgesamt nur wenige Veränderungen im Vergleich zu 2006 gab, fällt positiv auf, dass der WHI für Äthiopien um drei Punkte gefallen ist: Das Land steht jetzt auf der Rangliste vor dem Nachkriegsland Sierra Leone. Zurückzuführen ist diese Verbesserung teils auf einen minimalen Rückgang der Sterblichkeitsrate von Kindern unter fünf Jahren um 0,3 Prozentpunkte (drei Todesfälle weniger auf 1000 Lebendgeburten) und maßgeblich auf einen bemerkenswerten Rückgang des Anteils untergewichtiger Kinder von 47,2 Prozent im Jahr 2000 auf 38,4 Prozent im Jahr 2005.⁷ Dies ist das positive Resultat höherer Investitionen in Bildung und Gesundheit seit den 1990er Jahren. In Äthiopien ist nach Schätzungen der Weltbank der Anteil von Menschen, die mit weniger als einem Dollar pro Tag auskommen müssen, von 31 Prozent im Jahr 1995 auf 23 Prozent im Jahr 2003 gesunken. Parallel dazu werden heute dreimal so viele Kinder eingeschult wie Anfang der 1990er Jahre; der Anteil der Frauen, die lesen und schreiben können, stieg von 20 Prozent im Jahr 1990 auf 34 Prozent im Jahr 2002.⁸ Hilfreich für die Landwirtschaft und damit auch das Bruttoinlandsprodukt waren außerdem

Alle Länder im Vergleich

Welthunger-Index in 118 Ländern

WHI-Rang	Land	Welthunger-Index		WHI-Rang	Land	Welthunger-Index	
		1990	2007			1990	2007
1	Libyen	2,70	0,87	60	Lesotho	14,93	13,20
2	Argentinien	2,03	1,10	61	Nicaragua	16,33	13,47
3	Litauen		1,63	62	Usbekistan		13,60
4	Rumänien	3,96	1,73	63	Swasiland	11,27	14,97
5	Chile	4,03	1,83	64	Ghana	25,43	15,10
5	Lettland		1,83	65	Mongolei	19,03	15,30
7	Ukraine		1,90	66	Myanmar	19,77	15,80
8	Estland		2,03	67	Philippinen	21,90	16,23
9	Kuba	5,90	2,20	68	Guatemala	16,40	16,47
10	Uruguay	5,50	2,23	69	Sri Lanka	24,40	16,60
11	Russische Föderation		2,33	70	Dschibuti	30,73	17,07
12	Tunesien	5,23	2,50	71	Benin	20,67	17,37
13	Slowakei		2,63	72	Elfenbeinküste	15,33	17,40
14	Fidschi	7,47	2,93	73	Vietnam	27,10	17,70
15	Kuwait	10,20	3,07	74	Namibia	22,93	17,77
16	Kroatien		3,23	75	Senegal	20,03	18,00
17	Libanon	4,87	3,50	76	Botsuana	18,53	18,03
18	Mauritius	8,43	3,83	77	Mauretanien	25,30	18,10
19	Syrien	7,30	4,17	78	Uganda	21,00	18,57
20	Türkei	6,90	4,20	79	Gambia	18,17	18,80
21	Ägypten	8,27	4,27	80	Nigeria	23,77	19,13
22	Mazedonien		4,33	81	Kamerun	20,67	19,33
23	Serbien und Montenegro		4,47	82	Kongo, Rep.	30,83	19,73
24	Brasilien	8,33	4,60	83	Nordkorea	16,37	20,00
25	Mexiko	7,93	4,67	84	Togo	24,20	20,43
26	Jordanien	4,80	4,70	85	Timor-Leste		20,60
27	Iran	9,37	4,73	86	Kenia	22,03	20,97
28	Bosnien und Herzegowina		4,87	87	Guinea	29,00	21,77
29	Jamaika	7,30	5,20	88	Pakistan	25,73	22,70
30	Südafrika	7,17	5,25	89	Laos	26,43	23,23
31	Kasachstan		5,87	90	Nepal	28,33	24,30
32	Moldawien		6,03	91	Malawi	33,90	24,50
33	Trinidad und Tobago	8,43	6,30	92	Burkina Faso	23,03	24,63
34	Paraguay	8,60	6,40	93	Simbabwe	21,33	24,83
35	Algerien	7,03	6,47	94	Indien	33,73	25,03
36	Malaysia	10,07	6,50	95	Sudan	25,57	25,60
37	Ecuador	9,93	6,53	96	Tansania	27,33	26,13
38	Marokko	8,13	6,83	97	Ruanda	29,90	26,27
39	Saudi-Arabien	7,00	6,90	98	Haiti	35,20	26,97
40	Albanien	9,84	7,17	99	Guinea-Bissau	23,73	27,43
41	Georgien		7,20	100	Kambodscha	30,73	27,57
42	Kirgisische Republik		7,33	101	Mali	25,20	27,70
43	Peru	20,23	7,50	102	Mosambik	45,43	27,97
44	Kolumbien	10,23	7,70	103	Bangladesch	36,97	28,40
45	El Salvador	11,07	7,90	104	Zentralafrikanische Republik	32,90	29,53
46	Venezuela	7,13	8,10	105	Tschad	36,30	29,90
47	China	12,77	8,37	106	Tadschikistan		29,93
48	Aserbaidshan		8,57	107	Madagaskar	30,90	30,73
49	Gabun	11,43	8,67	108	Sambia	29,43	31,10
50	Surinam	12,17	9,03	109	Komoren	26,03	31,47
51	Guyana	15,93	9,67	110	Angola	39,77	31,50
52	Turkmenistan		10,10	111	Jemen	26,07	31,53
53	Panama	11,80	11,07	112	Niger	38,53	32,67
54	Indonesien	18,53	11,57	113	Liberia	25,87	33,00
55	Dominikanische Republik	14,60	11,83	114	Äthiopien	45,98	33,67
56	Thailand	18,77	12,03	115	Sierra Leone	34,97	35,17
57	Armenien		12,07	116	Eritrea		40,27
58	Bolivien	17,20	12,43	117	Kongo, Dem. Rep.	28,23	41,17
59	Honduras	15,63	12,50	118	Burundi	32,03	42,37

gute Wetterbedingungen zwischen 2004 und 2006, um die Produktionsverluste nach einer großen Dürre 2002 wieder aufzuholen.⁹ Im Jahr 2000 endete außerdem der zweijährige Krieg gegen Eritrea was eine wirtschaftliche Erholung ermöglichte, die sich auch in den neueren Daten über Unterernährung von Kindern niederschlägt. Detailliertere Informationen zu Äthiopien sind in Teil 2 über die Millenniumsdörfer der Deutschen Welthungerhilfe zu finden.

Weitere größere Veränderungen des WHI 2007 gegenüber dem WHI 2006 für einzelne Länder wie beispielsweise Mauretanien, Georgien und Dschibuti müssen mit Vorsicht interpretiert werden, weil sie weitgehend das Resultat rückwirkender Revisionen der Daten durch FAO und UNICEF sind, die den Berechnungen des WHI zugrunde liegen.¹⁰ Angesichts möglicher Fehlerquoten bei den einzelnen Indikatoren des WHI – gerade bei Daten aus ärmeren Ländern – ist es schwierig, für kurze Zeitspannen wie ein Jahr Veränderungen und neue Trends in einzelnen Ländern zu benennen. Aussagekräftiger sind Beobachtungen über größere Zeiträume, wie wir im Kapitel 2 zeigen: Geht es beispielsweise darum, ob Staaten bei der Erreichung der hungerbezo-

genen Millenniumsentwicklungs-Ziele auf Kurs sind, ist der Welthunger-Index das geeignete Instrument zur Kontrolle.

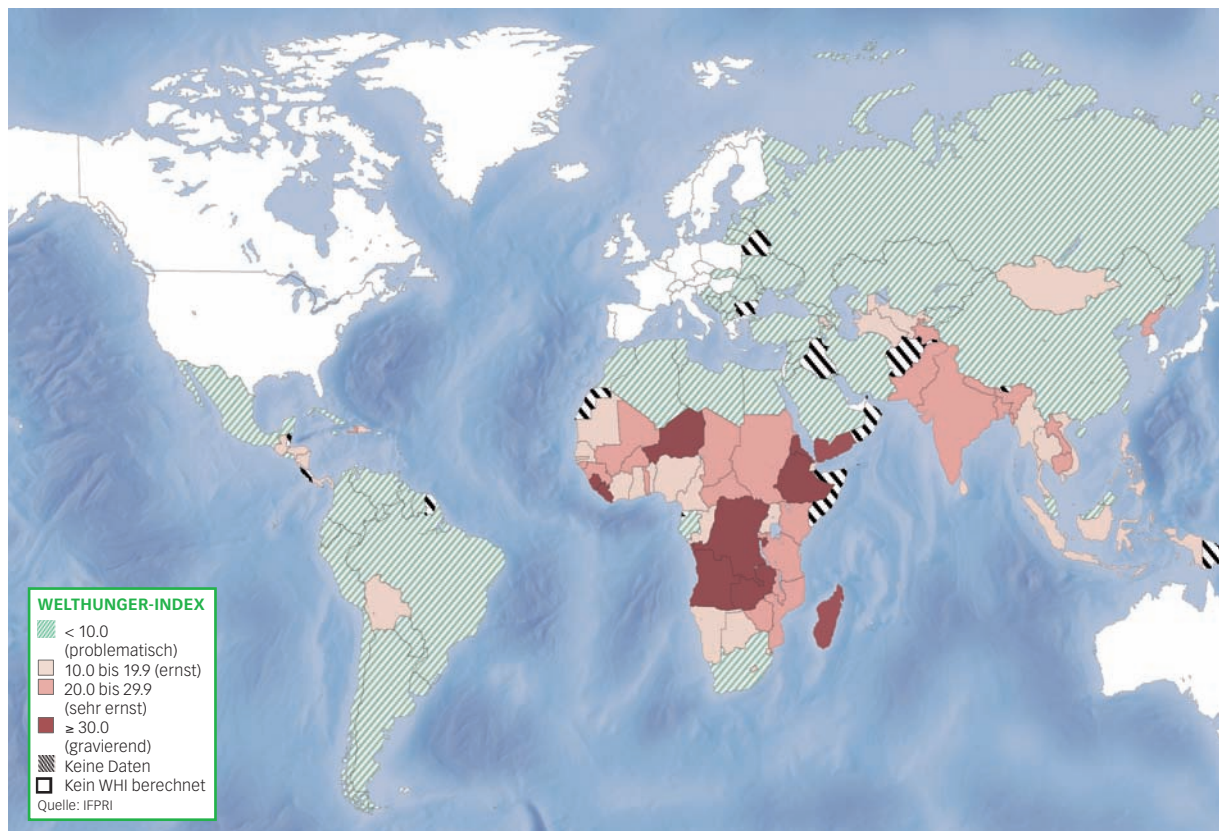
1.3 | Regionale Unterschiede bei Index-Komponenten¹¹

Die Ursachen und Erscheinungsformen von Hunger unterscheiden sich in den einzelnen Weltregionen. Dies wird deutlich an den unterschiedlichen Werten der drei Teilindikatoren des WHI für die Regionen: In Südasien ist der Anteil untergewichtiger Kinder verhältnismäßig hoch, in Afrika südlich der Sahara wiederum spielen Kindersterblichkeit und der Anteil der Menschen, die ihren Kalorienbedarf nicht decken können, eine größere Rolle.

Zwar sind die aktuellen Werte des Welthunger-Indexes beider Weltregionen nahezu identisch, doch das Ergebnis unterschiedlicher Ursachen: In Südasien haben

Die Ernährungslage der Welt

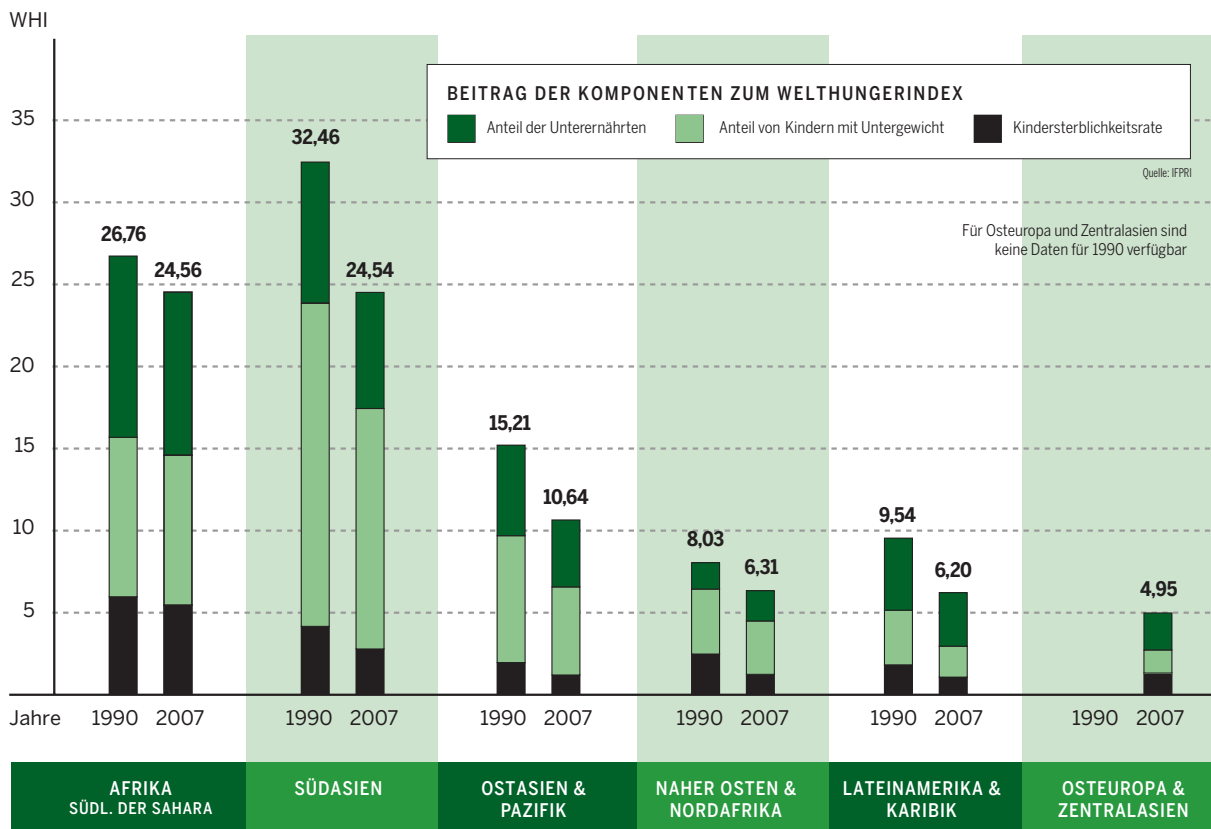
Welthunger-Index 2007 (Daten von 2000 bis 2005)



Frauen einen schlechteren Ernährungszustand und bringen häufiger Kinder mit geringem Geburtsgewicht zur Welt.¹² Außerdem werden Kleinkinder nicht altersgerecht ernährt und sind daher untergewichtig. Ursache ist der niedrige Bildungsstand von Frauen und ihr niedriger sozialer Status in der Gesellschaft. Doch ist hier auch zu beachten, dass in Südasien zwar ein deutlich geringerer Anteil von Menschen den Minimalbedarf an Nahrungsenergie (rund 1800 Kilokalorien) nicht decken kann als in Afrika südlich der Sahara, dass jedoch weiterhin ein hoher Prozentsatz eine Kalorienversorgung unterhalb des Durchschnittsbedarfs von etwa 2100 Kilokalorien hat.¹³ In Indien, wo die große Mehrheit der Bevölkerung Südasiens lebt, ist das wirtschaftliche Wachstum im Agrarbereich in den letzten Jahren deutlich hinter dem in anderen Sektoren zurückgeblieben. Das wirkte sich negativ auf die Fortschritte bei der Reduzierung von Armut und Hunger in ländlichen Gebieten aus. Darüber hinaus werden Angehörige der untersten Kasten und bestimmter ethnischer Minderheiten nach wie vor gesellschaftlich diskriminiert und sind daher bei der Ausbildung und auf dem Arbeitsmarkt benachteiligt.¹⁴

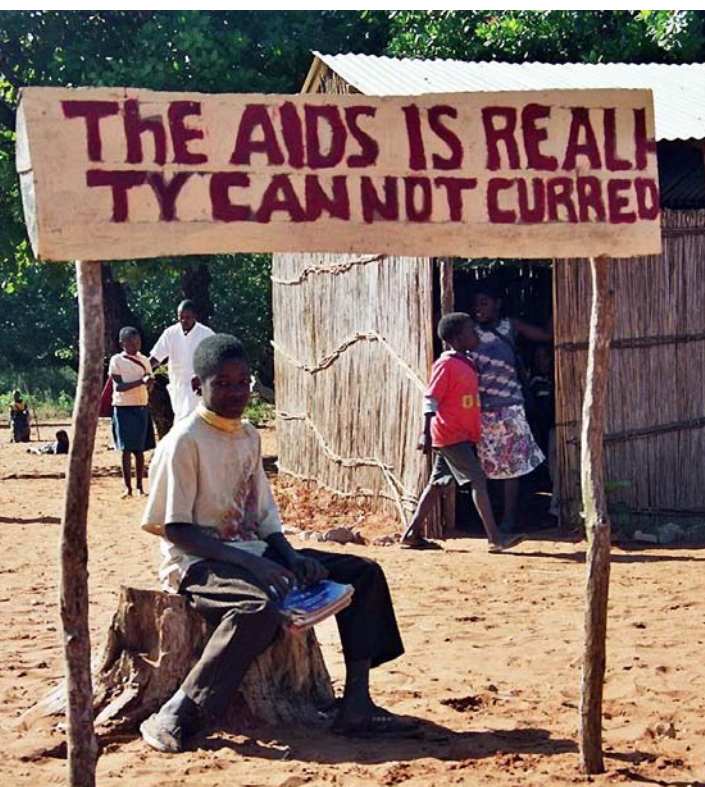
Anders als in Asien spielen in Afrika Dürren, Kriege, Malaria und HIV/Aids eine viel größere Rolle. Sie sind – neben einer niedrigen landwirtschaftlichen Produktivität – maßgeblich verantwortlich für Nahrungsmittelknappheit und hohe Kindersterblichkeit. Auch extreme Armut in Subsahara-Afrika trägt neben Malaria und Aids zur hohen Kindersterblichkeit bei: 40 Prozent der Bevölkerung leben unterhalb der absoluten Armuts-grenze von einem Dollar pro Tag, doch etwa zwei Fünftel der Armen haben weniger als umgerechnet 50 Cent pro Tag zur Verfügung. In Südasien müssen gut 30 Prozent mit weniger als einem Dollar pro Tag auskommen, doch nur etwa vier Prozent aus dieser Gruppe leben von weniger als 50 Cent täglich.

Höchste Kindersterblichkeit in Afrika, Südasien hat die meisten unterernährten Kinder Beitrag der drei Komponenten zum Welthunger-Index





Drei maßgebliche Ursachen für Hunger: Frauen ohne Bildung, Aids und bewaffnete Konflikte.



2. | Fortschritte zwischen 1990 und 2015

2.1 | Halbzeit-Bilanz: WHI-Fortschrittsindikator zeigt Entwicklungen bei Hungerbekämpfung

Mit der Unterzeichnung der Millenniumserklärung haben sich 189 Regierungschefs zur Erreichung weltweit verbindlicher und überprüfbarer Ziele verpflichtet. Berechnungszeitraum für die Erreichung der Millenniums-entwicklungs-Ziele (MDGs) ist die Periode von 1990 bis 2015. Messbare Unterziele der MDGs legen für diesen Zeitraum fest, dass beispielsweise die Sterblichkeitsrate von Kindern unter fünf Jahren mindestens auf ein Drittel gesenkt werden soll. Auf dieser Basis kann jedes Land berechnen, welche Werte es bis 2015 erreichen muss, um die international eingegangenen Verpflichtungen zu erfüllen.

Für alle drei Komponenten des Welthunger-Indexes – den Anteil der Menschen, die ihren Kalorienbedarf nicht decken können, die Verbreitung von Untergewicht bei Kindern wie auch die Sterblichkeitsrate von Kindern unter fünf Jahren – sind messbare Unterziele festgelegt worden: und zwar zu Millenniumsziel 1 und 4.

Mithilfe eines WHI-Fortschrittsindikators lässt sich messen, welche Trends sich für einzelne Länder im Zeitraum von 1990 bis 2015 speziell bei der Hungerbekämpfung abzeichnen bzw. ob sie dabei gemessen an den MDGs überhaupt auf Kurs sind.¹⁵ Eine erste „Halbzeit-Bilanz“ zeigt den aktuellen Trend auf und ermöglicht gleichzeitig noch Korrekturen bis zum Jahr 2015: Liegt der Wert des aktuellen WHI-Fortschrittsindikators im negativen Bereich, ist auch das Land auf negativem Kurs und entfernt sich von der Zielerreichung. Positive

Ergebnisse wiederum weisen auf Fortschritte hin. Allerdings besteht bei Fortsetzung der bisherigen Entwicklung nur bei einem Wert von 0,5 oder höher die Chance, dass ein Land bis zum Jahr 2015 tatsächlich den aus den MDGs abgeleiteten Zielwert für den Welthunger-Index erreicht (indem es den Anteil der Unterernährten und den Anteil der Kinder unter fünf Jahren mit Untergewicht halbiert wie auch die Sterblichkeitsrate bei Kindern unter fünf Jahren um zwei Drittel senkt und damit das „Plan-Soll“ des WHI erfüllt). Im Idealfall würde ein Wert des WHI-Fortschrittsindikators von 1 zeigen, dass das betreffende Land alle drei im WHI berücksichtigten MDG-Unterziele bereits Mitte 2003¹⁶ – also in der Hälfte der Zeit – erreicht hat. Bei Werten zwischen -0,10 und 0,10 sind die Veränderungen zu klein für eine Aussage, so dass wir hier von Stagnation reden.

Millenniumsziele mit Relevanz für den Welthunger-Index

Millenniumsziel 1:

Extreme Armut und Hunger beseitigen

Unterziel: zwischen 1990 und 2015 den Anteil hungernder Menschen halbieren

Indikatoren:

- Anteil der Menschen, die ihren Kalorienbedarf nicht decken können
- Anteil der Kinder unter fünf Jahren, die untergewichtig sind

Millenniumsziel 4:

Reduzierung der Kindersterblichkeit

Bis 2015 die Sterblichkeitsrate von Kindern unter fünf Jahren um zwei Drittel senken

Indikator:

- Sterblichkeitsrate von Kindern unter fünf Jahren

2.2 | Tendenzen in verschiedenen Weltregionen

Den besten Wert beim WHI-Fortschrittsindikator hat Kuba direkt vor Kuwait, das sich von den Folgen des zweiten Golfkriegs zu Beginn der 1990er Jahre schnell wieder erholte. Auch das Andenland Peru ist auf Kurs: Bereits 2003 hatte es das Ziel, den Anteil der unterernährten Bevölkerung zu halbieren, übertroffen. Auch ging die Sterblichkeitsrate bei Kindern unter fünf Jahren um mehr als zwei Drittel zurück und das Land ist auf gutem Weg, die Verbreitung von Untergewicht bei Kindern zu halbieren.

Die Republik Kongo, Malawi und Mosambik starteten 1990 mit sehr hohen und damit ungünstigen WHI-Werten. Inzwischen machen diese Staaten Fortschritte bei allen drei Indikatoren und könnten bei Beibehaltung der positiven Entwicklung den für ihr Land formulierten Zielwert erreichen. Indien und Äthiopien haben nur

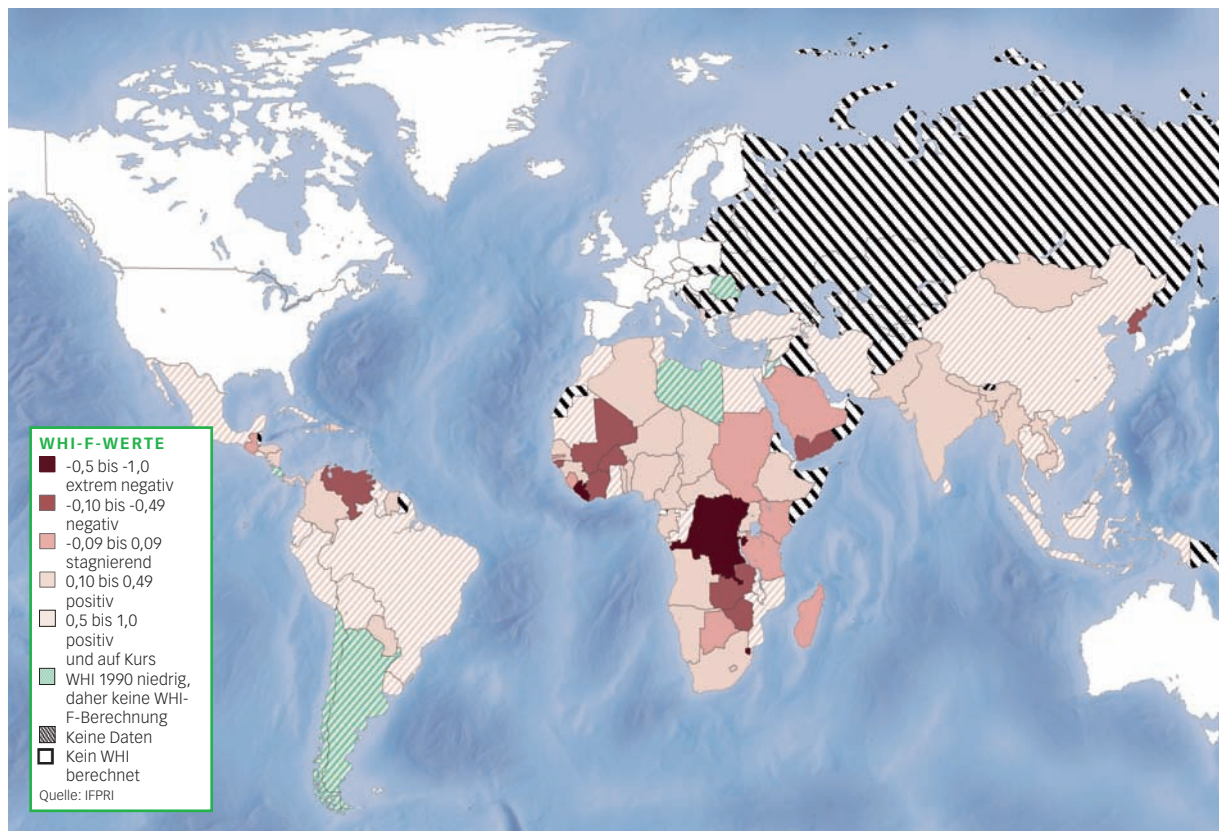
knapp den Wert von 0,5 verfehlt, bei dem man noch von Fortschritt im Einklang mit den MDGs sprechen kann.

Am weitesten entfernt von der Erreichung der auf Hunger bezogenen MDGs hat sich die Demokratische Republik Kongo, wiederum ein typisches Konfliktland mit einer sehr schwachen Regierung. Auch Burundi und Liberia haben sich noch nicht von bewaffneten Auseinandersetzungen erholt und rangieren am unteren Ende. Nordkorea wiederum verdankt seine schlechten Werte seiner Abschottungs- und jahrzehntelangen verfehlten Wirtschaftspolitik.

Asien

Mit Ausnahme von Nordkorea herrschen in Asien positive Trends vor. Nichtsdestotrotz verfehlen gerade Bangladesch, Pakistan, Indien, Nepal, Laos und Kambodscha ihr Halbzeit-Ziel für den Welthunger-Index. In diesen Ländern wären Erfolge deshalb sehr wichtig, weil der WHI im Basisjahr 1990 sehr hoch war und weiterhin alarmierend ist. Für das Konfliktland Afghanistan können mangels ausreichender Daten keine Aus-

Halbzeitbilanz: Fortschritte des WHI mit Blick auf Millenniums-Entwicklungsziele



Alle Länder im Vergleich

Welthungerindex-Fortschrittsindikator (WHI-F) in 91 Ländern

WHI-F-Rang	Land	Angestrebte Verringerung des WHI 1990-2015	Tatsächliche Veränderung des WHI seit 1990	WHI-F-Wert 2007	WHI-F-Rang	Land	Angestrebte Verringerung des WHI 1990-2015	Tatsächliche Veränderung des WHI seit 1990	WHI-F-Wert 2007
1	Kuba	-3,0	-2,9	0,971	47	Honduras	-8,4	-3,1	0,374
2	Kuwait	-5,2	-4,8	0,925	48	Mongolei	-10,3	-3,7	0,363
3	Fidschi	-3,9	-3,6	0,917	49	Dominikan. Rep.	-7,7	-2,8	0,358
4	Peru	-10,7	-9,7	0,909	50	Nigeria	-13,2	-4,6	0,352
5	Uruguay	-2,9	-2,6	0,900	51	Nicaragua	-8,5	-2,9	0,336
6	Ägypten	-4,7	-4,0	0,849	52	Tschad	-19,3	-6,4	0,332
7	Tunesien	-2,8	-2,4	0,848	53	Togo	-12,6	-3,8	0,298
8	Dschibuti	-16,1	-13,5	0,837	54	Benin	-11,4	-3,3	0,290
9	Syrien	-3,9	-3,1	0,805	55	Marokko	-4,7	-1,3	0,277
10	Iran	-5,1	-4,0	0,777	56	Niger	-21,6	-5,9	0,271
11	Brasilien	-4,5	-3,3	0,746	57	Nepal	-15,0	-4,0	0,269
12	Indonesien	-9,5	-7,0	0,732	58	Laos	-14,1	-3,2	0,227
13	Mosambik	-24,0	-17,5	0,727	59	Ruanda	-16,3	-3,6	0,223
14	Mauritius	-4,3	-3,1	0,714	60	Pakistan	-13,9	-3,0	0,219
15	Thailand	-9,6	-6,7	0,702	61	Uganda	-11,2	-2,4	0,217
16	Vietnam	-13,5	-9,4	0,694	62	Lesotho	-8,3	-1,7	0,208
17	Kongo, Rep.	-16,0	-11,1	0,693	63	Kambodscha	-16,0	-3,2	0,198
18	Malaysia	-5,2	-3,6	0,692	64	Zentralafrik. Rep.	-17,4	-3,4	0,194
19	Türkei	-3,9	-2,7	0,691	65	Senegal	-11,1	-2,0	0,183
20	Mexiko	-4,0	-2,8	0,689	66	Algerien	-4,0	-0,6	0,141
21	Guyana	-8,5	-5,8	0,682	67	Panama	-6,1	-0,7	0,120
22	Ecuador	-5,3	-3,4	0,644	68	Kamerun	-11,2	-1,3	0,119
23	China	-6,9	-4,4	0,639	69	Kenia	-11,6	-1,1	0,092
24	Sri Lanka	-12,4	-7,8	0,630	70	Tansania	-14,9	-1,2	0,080
25	Ghana	-13,0	-8,2	0,627	71	Saudi-Arabien	-3,7	-0,1	0,027
26	El Salvador	-5,7	-3,2	0,559	72	Botsuana	-9,6	-0,2	0,021
27	Jamaika	-3,8	-2,1	0,558	73	Madagaskar	-16,9	-0,2	0,010
28	Mauretanien	-13,7	-7,2	0,525	74	Sudan	-13,5	0,0	-0,002
29	Bolivien	-9,3	-4,8	0,513	75	Guatemala	-8,7	0,1	-0,008
30	Malawi	-18,7	-9,4	0,504	76	Sierra Leone	-19,2	0,2	-0,010
31	Philippinen	-11,3	-5,7	0,502	77	Gambia	-9,9	0,6	-0,064
32	Äthiopien	-24,7	-12,3	0,498	78	Sambia	-15,7	1,7	-0,106
33	Indien	-17,6	-8,7	0,496	79	Burkina Faso	-12,7	1,6	-0,126
34	Surinam	-6,4	-3,1	0,493	80	Mali	-14,0	2,5	-0,179
35	Albanien	-5,2	-2,5	0,487	81	Elfenbeinküste	-8,5	2,1	-0,242
36	Trinidad u. Tobago	-4,4	-2,1	0,485	82	Venezuela	-3,7	1,0	-0,260
37	Kolumbien	-5,2	-2,5	0,483	83	Guinea-Bissau	-13,3	3,7	-0,279
38	Paraguay	-4,5	-2,2	0,482	84	Simbabwe	-11,0	3,5	-0,319
39	Guinea	-15,8	-7,2	0,457	85	Jemen	-14,2	5,5	-0,384
40	Haiti	-18,4	-8,2	0,447	86	Komoren	-13,9	5,4	-0,390
41	Gabun	-6,2	-2,8	0,444	87	Nordkorea	-8,5	3,6	-0,428
42	Bangladesch	-19,3	-8,6	0,444	88	Liberia	-14,2	7,1	-0,501
43	Südafrika	-3,9	-1,7	0,428	89	Swasiland	-6,2	3,7	-0,593
44	Namibia	-12,3	-5,2	0,420	90	Burundi	-17,1	10,3	-0,605
45	Angola	-21,3	-8,3	0,388	91	Kongo, Dem. Rep.	-15,3	12,9	-0,848
46	Myanmar	-10,6	-4,0	0,374					

Quelle: IFPRI

sagen für den WHI getroffen werden, allerdings hat sich der Ernährungszustand von Kindern in letzter Zeit verbessert: Die Verbreitung von Untergewicht bei Kindern sank zwischen 1997 und 2003 von 49 Prozent auf 39 Prozent. UNICEF-Daten zufolge ist die Sterblichkeitsrate von Kindern jedoch zwischen 1990 und 2004 so gut wie gleich geblieben.¹⁷

In Nordkorea hungern immer mehr Menschen¹⁸ und das Land ist seit Mitte der 1990er Jahre stark von internationaler Nahrungsmittel-Hilfe abhängig. Hatten Nordkoreaner 1990 bis 1992 im Mittel noch 2470 Kilokalorien pro Tag zur Verfügung, sank ihre Versorgung in den Jahren 2001 bis 2003 auf 2150 kcal, obwohl inzwischen ein Fünftel der Lebensmittel von Hilfsorganisationen ins Land gebracht wurde.¹⁹ Starke Überschwemmungen im Sommer und anschließende Trockenheit haben im vergangenen Jahr zusätzlich zu großen Nahrungsmittelengpässen geführt. Daneben fehlt es in der Landwirtschaft an verfügbaren Ackerflächen, verbesserten Anbaumethoden und Hilfsmitteln wie Traktoren und Treibstoff. Stattdessen verschlingen gewaltige Militärausgaben die Ressourcen, die für staatliche Investitionen benötigt werden. So waren 2004 13 Prozent der Arbeitskräfte beim Militär beschäftigt und das Land sorgt insbesondere mit seiner Atompolitik immer wieder für große Spannungen in der internationalen Gemeinschaft.²⁰

Naher Osten und Nordafrika

Ägypten gehört zu den Ländern, deren WHI-Fortschrittsindikator für die MDG-Erreichung positiv ist. Die Kindersterblichkeit sank von 104 Todesfällen pro 1000 Lebendgeburt im Jahr 1990 auf 36 im Jahr 2004: Dies entspricht fast dem für 2015 angestrebten Ziel einer Reduzierung um zwei Drittel. Untergewicht bei Kindern ging von etwa 10 auf 6 Prozent zurück. Positiven Einfluss hatten die Verbesserung der Trinkwasserversorgung und Impfkampagnen für Kinder, auch schwangere Frauen werden besser versorgt. Investitionen im Bildungssektor begünstigten diese Entwicklung: Die Einschulungsrate von Kindern und die Alphabetisierung Erwachsener erhöhten sich deutlich, gerade auch für Frauen und Mädchen, doch ihre bisherige Benachteiligung beim Zugang zu Bildung konnte in so kurzer Zeit nicht ausgeglichen werden. Bereits im Basisjahr 1990 stellte die Versorgung mit ausreichend Nahrungsenergie kein nennenswertes Problem mehr dar, weil Lebensmittel massiv subventioniert werden.²¹

In Saudi-Arabien hat sich die Situation im Zuge wirtschaftlicher Stagnation kaum verändert, im Jemen sogar

verschlechtert. In Libyen und Jordanien war der WHI bereits 1990 mit 5 Punkten niedrig, so dass der WHI-Fortschrittsindikator nicht ermittelt wurde. Die anderen Länder in der Region machten Fortschritte, indem sie ihren WHI seit 1990 verringerten. Dennoch halten Marokko und Algerien das für die Erreichung des WHI-Zielwerts für 2015 erforderliche Tempo nicht ein. Für den Irak wurden aufgrund der instabilen politischen Lage keine Zahlen über die Kalorienversorgung erhoben, so dass eine Berechnung des WHI und WHI-Fortschrittsindikators nicht möglich ist. Allerdings hält das Land den traurigen Rekord beim Anstieg der Sterblichkeitsrate von Kindern unter fünf Jahren: Sie stieg zwischen 1990 und 2004 von 50 auf 125 pro 1000 Lebendgeburt und hat sich damit mehr als verdoppelt, statt zielgemäß auf ein Drittel reduziert zu werden. Das Untergewicht bei Kindern stieg um ein Drittel von etwa 12 Prozent 1991 auf 16 Prozent im Jahr 2000.²² Seit der von den USA geführten Invasion 2003 haben Stromausfälle, Trinkwassermangel, ein marodes Gesundheitswesen und die galoppierende Inflation die desolaten Lebensbedingungen weiter verschlechtert.

Subsahara-Afrika

Subsahara-Afrika bietet ein wenig erfreuliches Bild mit vereinzelt Lichtblicken. Zwar machen die meisten Länder Fortschritte in Bezug auf eine Verbesserung des WHI nach den Vorgaben der MDGs, doch nur sechs von 42 Ländern²³ sind auf Kurs: Dschibuti, Mosambik, die Republik Kongo, Ghana, Mauretanien und Malawi. In sieben weiteren Ländern kann man allenfalls von Stagnation sprechen, u. a. in Sierra Leone, Botsuana, Tansania und Sudan. Eigentlich erwartet man angesichts des jahrelangen Bürgerkriegs in Darfur, dass sich der WHI für Sudan dramatisch verschlechtert hätte. Da in der Region Greater Darfur nur sechs von 40 Millionen Sudanesen leben, fällt der Konflikt jedoch zahlenmäßig wenig ins Gewicht und der WHI hat sich in diesem Land praktisch nicht verändert: Im Sudan ist der Anteil von Menschen mit Kaloriendefizit und Kindersterblichkeit zurückgegangen, gleichzeitig nahm die Unterernährung bei Kindern zu. Insgesamt stagnierend verläuft die Entwicklung des WHI auch in Botsuana. Das rapide Wirtschaftswachstum hat sich in den vergangenen Jahren verlangsamt. Eine sehr hohe HIV-Infektionsrate, Arbeitslosigkeit und die Vernachlässigung ländlicher Regionen wirken entwicklungshemmend.²⁴ Seit 1990 können immer mehr Menschen ihren Kalorienbedarf nicht mehr decken. Außerdem steigt die Kindersterblichkeit und wiegt damit Erfolge bei der Verringerung von Unterernährung bei Kindern zum Teil wieder auf.

Desolat ist die Lage in der *Demokratischen Republik Kongo*: Auch hier ist wiederum ein langjähriger Krieg Hauptursache für die katastrophale Ernährungs- und Gesundheitssituation in verschiedenen Regionen des Landes. Konnten 1990 bis 1992 noch 32 Prozent der Bevölkerung ihren Kalorienbedarf nicht decken, so stieg diese Zahl für 2001 bis 2003 auf dramatische 72 Prozent. Während bewaffneter Auseinandersetzungen zwischen Regierungstruppen und Milizen starben in den vergangenen Jahren rund 3,5 Millionen Menschen in Folge von Gewalt, Hunger und Krankheit. Viele Flüchtlinge konnten trotz offiziellem Friedensschluss bis heute nicht in ihre Heimat zurückkehren. Der „Ressourcenfluch“, d.h. die Vorkommen zahlreicher Bodenschätze, liefert Zündstoff für immer neue Konflikte.²⁵ Diese haben nicht nur die landwirtschaftliche, sondern auch die nationale Produktion und die Regierungseinnahmen drastisch reduziert. Zwischen 1990 und 2003 sank das Bruttonationaleinkommen pro Kopf von 1300 auf 590 Dollar.²⁶ Nach wie vor wird die Situation im Land von einer prekären Sicherheitslage, Korruption und extremer sexueller Gewalt gegen Frauen bestimmt.

Burundi bleibt Schlusslicht beim WHI und ist vorletztes Land bei der WHI-Fortschrittsmessung. Auch hier sind ein langjähriger Bürgerkrieg verbunden mit wirtschaftlichem Niedergang Hauptursache für einen hohen Anteil von Menschen mit Kaloriendefizit und die zunehmende Mangelernährungsrate von Kindern, wobei die Kindersterblichkeit nach Angaben von UNICEF seit 1990 nicht weiter stieg. Die Armutsrate in Burundi ist sehr hoch und der im Jahr 2006 geschlossene Frieden bleibt fragil. Auch *Liberia* ist ein weiteres Post-Konfliktland, das sich in den 1990er Jahren deutlich von der Erreichung der im WHI berücksichtigten Millenniumsziele entfernt hat. Der Wiederaufbau von zerstörter Infrastruktur wie auch wirtschaftlichen und politischen Strukturen macht nur langsam Fortschritte. Gleichzeitig verfügt das Land allerdings über große Ressourcen an Bodenschätzen, Holz und ein für die Landwirtschaft günstiges Klima.

Lateinamerika und Karibik

In dieser Region sind zahlreiche Länder auf Kurs, die in Bezug auf Hungerbekämpfung entscheidenden MDGs zu erreichen. *Argentinien*²⁷, *Chile* und *Costa Rica* hatten bereits im Jahr 1990 einen positiven Trend unter 5 und haben seither weitere Fortschritte gemacht. *Brasilien* und *Mexiko* könnten die Ziele erreichen, während *Kolumbien*, *Paraguay*, *Surinam* und einige Karibikstaaten zwar positive Trends vorweisen, der Zielerreichung allerdings hin-



Menschen auf der Flucht – wie hier im Kongo – können sich nicht mehr selbst ernähren.

Foto: Meissner/Welthungerhilfe

terherhinken. Selbst *Haiti*, ärmstes Land der westlichen Hemisphäre, sorgte für positive Entwicklungen: konkret für Reduzierung der Unterernährung, der Kindersterblichkeit und Mangelernährung von Kindern. Das einzige Land in der Region, für das der WHI-Fortschrittsindikator Stagnation anzeigt, ist *Guatemala*. Zwar wurden die Kindersterblichkeitsrate und Mangelernährung bei Kindern gesenkt, doch diese Fortschritte werden durch einen Anstieg des Anteils unterernährter Menschen im Gesamtbild des WHI wieder ausgeglichen. Ähnlich stellt sich die Situation in *Venezuela* dar, wo zwar in den sozialen Sektor investiert wurde, die Armutsrate jedoch trotz des Ölreichtums in den 1990er Jahren deutlich zugenommen hat.

Kuba führt die Positivliste mit einem WHI-Fortschrittsindikator von 0,97 an. Es hatte bereits im Jahr 1990 einen niedrigen WHI-Wert von 5,9; gleichzeitig machte es relativ zum Basisjahr die größten Fortschritte: Der Anteil der unterernährten Bevölkerung fiel von 8 auf 2 Prozent. Die Verbreitung von Untergewicht bei Kindern unter fünf Jahren wurde von geschätzten 8 Prozent im Jahr 1990 auf weniger als die Hälfte bis zum Jahr 2000 verringert und die Sterblichkeitsrate von Kindern unter fünf Jahren sank von 13 auf 7 pro 1000 Lebendgeburt. Erreicht Kuba noch eine Kindersterblichkeitsrate von 4 pro 1000 Lebendgeburt, hat es damit bereits alle Millenniumsziele erreicht, die für die Welthungerindexkomponenten von Bedeutung sind.

Diese Entwicklung folgte keinem linearen Trend: Nach einer schweren ökonomischen Rezession im Zuge der versiegenden finanziellen Unterstützung durch die Sowjetunion in den 1990er Jahren stieg der WHI 1997 auf 7,6. Inzwischen erholte sich das Land von der Krise und hat landwirtschaftliche Reformen durchgeführt. Gut funktioniert das kubanische Gesundheitssystem: Die Säuglingssterblichkeitsrate ist vergleichbar mit der von Industrieländern. Außerdem leisten kubanische Gesundheitsexperten technische Unterstützung in Nachbarstaaten wie Haiti und sogar im Tschad.²⁸ Infolge eines weit verbreiteten Schulbesuchs auch auf dem Land können fast alle Erwachsenen lesen und schreiben, selbst Mädchen und Frauen sind von der Grundschule bis in die Universitäten ausgewogen vertreten.²⁹

2.3 | Regionale Besonderheiten bei der WHI-Fortschrittsmessung

Seit 1990 ist der WHI in Afrika südlich der Sahara nur wenig gefallen, in Südasien stärker. Größere politische Stabilität und Wirtschaftswachstum haben sich für Südasien vorteilhaft ausgewirkt. Wenn man den WHI-Fortschrittsindikator für die Regionen vergleicht, zeigt sich, dass nur Lateinamerika und die Karibik sowie die Regionen Ostasien und Pazifik bei der Reduzierung des Welthunger-Indexes auf Kurs sind. Die beiden letztgenannten Regionen haben deutliche Fortschritte gemacht

bei der Verringerung von Unterernährung in der Bevölkerung, Kindersterblichkeit und Mangelernährung bei Kindern. In Ostasien ist China die treibende Kraft: Die Armutsrate ist dort besonders stark gefallen. Außerdem haben gezielte Maßnahmen zur Bekämpfung von Mangelernährung und die Förderung der Landwirtschaft dazu beigetragen, den WHI zu reduzieren.

Südasien wie auch die Regionen Nordafrika und Naher Osten werden – nach aktuellem Stand – die Ziele nicht erreichen. Südasien hinkt bei der Halbierung des Anteils der Menschen mit Kaloriendefizit den Zielvorgaben hinterher: u. a. wegen zu geringer Fortschritte in Indien, wo drei Viertel der südasiatischen Bevölkerung leben. Dennoch steht diese Region bei der Messung des WHI-Fortschrittsindikators besser da als Subsahara-Afrika: Dort stagniert die Entwicklung nahezu. Zwar gibt es geringfügige positive Trends für alle drei WHI-Indikatoren, doch müsste vor allem die Reduzierung der Mangelernährung von Kindern und der Kindersterblichkeit sehr viel schneller vor sich gehen. Fakt ist, dass sich in Afrika der Anteil extrem armer Menschen, die sogar weniger als 50 Cent pro Tag zur Verfügung haben, seit 1990 kaum verändert hat: Er ist minimal von 18 auf 17 Prozent gefallen.³⁰ Haushaltsbefragungen zeigen, dass „Armutsfallen“ hier maßgeblich wirksam sind: Arme Menschen können sich weder angemessen ernähren noch in ihre Zukunft investieren – gleichzeitig fehlt es an Infrastruktur in ihrem Land. Auch Dienstleistungen im Agrar-, Bildungs- und Gesundheitsbereich stehen ihnen nicht zur Verfügung.

WHI-Fortschrittsmessung in verschiedenen Weltregionen

Region	WHI-Fortschrittsindikator	Fortschrittsmessung für WHI-Komponenten		
		Anteil der Unterernährten	Untergewicht bei Kindern	Kindersterblichkeit
Lateinamerika und Karibik	0.66	0.52	0.87	0.63
Ostasien und Pazifik	0.58	0.52	0.61	0.59
Südasien	0.47	0.35	0.51	0.50
Naher Osten und Nordafrika	0.39	-0.30	0.36	0.76
Subsahara-Afrika	0.15	0.20	0.12	0.13

Anmerkung: Regionen mit einem WHI-Fortschrittsindikator von 0.5 oder höher erreichen bei Fortsetzung der bisherigen Entwicklung den aus den MDGs abgeleiteten Zielwert des WHI für 2015.

3. | Wege aus dem Teufelskreis von Armut und Hunger

Hunger und Armut haben viele Ursachen, doch entscheidend sind Fragen der Verteilung und damit des Zugangs zu lebenswichtigen Ressourcen. Im Katastrophenfall sind die Ärmsten der Armen am elementarsten betroffen. Gerechte Strukturen begünstigen eine Verwirklichung der Menschenrechte – und damit auch des Menschenrechts auf Nahrung, während in Konfliktländern und Ländern mit schlechter Regierungsführung viele gar nichts von ihrem Recht wissen.

Zwar werden momentan genügend Nahrungsmittel produziert, um alle Menschen angemessen ernähren zu können. Doch während es heute in erster Linie eine Frage der globalen Verteilung ist, dass viele hungern, könnte sich diese Situation in Zukunft verändern: Im Zuge des Klimawandels geht in Entwicklungsländern Ackerland verloren, die Weltbevölkerung wächst weiter. Schwellenländer wie Indien und China stellen höhere Ansprüche an die Ernährung; darüber hinaus steigt der Anbau von Biomasse zur Energiegewinnung. Dies führt zu einer Konkurrenz mit dem Anbau von Nahrungsmitteln, kann langfristig die bereits geringeren Getreidevorräte weiter verknappen und auf dem Weltmarkt zu drastischen Erhöhungen der Preise für Grundnahrungsmittel führen. Nach Experteneinschätzungen werden zudem einige der ärmsten Entwicklungsländer beim Klimawandel zu den Verlierern gehören.

Wirtschaftliches Wachstum in Ländern mit niedrigem Einkommen hat dann einen positiven Effekt für die Hungerbekämpfung, wenn auch der landwirtschaftliche Sektor davon profitiert und in den Bildungs- und Gesundheitssektor investiert wird. Arme Kleinbauern müssen gezielt in Maßnahmen zur ländlichen Entwicklung einbezogen werden, denn ihre Haushalte leiden am stärksten unter den Folgen von Kriegen und Hungerkatastrophen. In der Regel haben sie nur geringe oder keine Reserven, um Krisen zu bewältigen. Häufig federn familiäre und traditionelle Netzwerke die schlimmste Not ab, vor allem wenn seitens des Staates keine Unterstützung zu erwarten ist. Reichen die vorhandenen Res-

ourcen nicht aus, kommt internationalen Organisationen eine wichtige Funktion zu, Hilfe zu mobilisieren. In den folgenden Kapiteln stellen wir Ihnen konkrete Instrumente der Hungerbekämpfung vor, die kurz- und langfristig wirken. Sind Menschen lebensbedrohlich unterernährt, oft während und nach Kriegen und Katastrophen, dann benötigen sie Soforthilfe: Hier kann lokal produzierte Spezialnahrung ein wichtiges Mittel sein, damit sie wieder zu Kräften kommen und ihr Leben eigenverantwortlich führen können. In den Millenniumsdörfern der Welthungerhilfe geht es vor allem darum, chronischen Hunger und Armut langfristig zu bekämpfen – unter Einbeziehung der einheimischen Zivilgesellschaft und gemäß dem Prinzip der Hilfe zur Selbsthilfe.

Autorin: Dr. Doris Wiesmann arbeitet als Ernährungswissenschaftlerin am International Food Policy Research Institute in Washington D.C.



Kleinbauern müssen gezielt gefördert werden. Foto: Shirley/Welthungerhilfe

- ¹ Die Ergebnisse einer Hauptkomponentenanalyse legen dieses Vorgehen nahe.
- ² Diese theoretischen Extremwerte werden in der Praxis nicht erreicht, siehe dazu auch die Erläuterung im Anhang.
- ³ Der Durchschnitt für die Jahre 2001-2003 für den Prozentsatz der Bevölkerung mit unzureichender Kalorienversorgung, Daten aus den neuesten Erhebungen zu Mangelernährung bei Kindern im Zeitraum 2000-2005 oder Schätzwerte für 2004 und die Kindersterblichkeitsrate für 2004. Weitere Details zu Datenquellen finden sich im Anhang.
- ⁴ Folgende Länder-Auswahlkriterien wurden angewandt: Nicht berechnet wurde der WHI für Länder mit einem Nahrungsenergieangebot pro Kopf über 2900 kcal (Durchschnitt für 1995-97) und einer Kindersterblichkeitsrate unter 1,5 Prozent (15 pro 1000 Lebendgeburten) in 1997. Ausnahmen sind Kuwait, Malaysia und die Slowakei, die aufgrund besonderer Gegebenheiten in die Berechnung eingeschlossen wurden. Für eine detailliertere Beschreibung und Begründung des Auswahlverfahrens s. Wiesmann 2004.
- ⁵ Große Veränderungen gab es deshalb nicht, weil der Anteil unterernährter Menschen aus Durchschnittswerten berechnet wird, die zeitlich teils deckungsgleich sind. Zudem stehen neue Daten zur Unterernährung von Kindern nicht regelmäßig zur Verfügung. Für den WHI 2006 wurden die neuesten Zahlen aus den Jahren 1999-2003 benutzt, für den WHI 2007 die neuesten Zahlen aus den Jahren 2000-2005. Da sich diese Zeiträume teils überlagern, wurden de facto in manchen Ländern dieselben Daten zur Mangelernährung von Kindern verwendet.
- ⁶ Weißrussland, das 2006 den besten WHI-Wert hatte, steht 2007 nicht auf der Rangliste, weil Schätzwerte für die Verbreitung von Untergewicht bei Kindern für 2004 nicht ermittelt werden konnten. Costa Rica steht aus demselben Grund nicht auf der Liste. Die Republik Kongo wurde aufgenommen, da vor kurzem Daten aus einer national repräsentativen Studie über Unterernährung von Kindern aus dem Jahr 2005 veröffentlicht wurden. Somit sank die Zahl der Länder auf der Ranking-Liste von 119 im Jahr 2006 auf 118 im Jahr 2007.
- ⁷ Man beachte, dass sich diese Verbesserung auf einen Vergleich des WHI 2006 mit dem WHI 2007 bezieht, die Zeitspanne jedoch, in dem sie stattfand, fünf Jahre umfasst. Das erklärt sich aus der Tatsache, dass die neuesten Zahlen über Unterernährung bei Kindern im Jahr 2006 aus dem Jahr 2000 stammen, während neue Daten aus dem Jahr 2005 schon 2007 zur Verfügung standen. Bei anderen Ländern mit einer deutlichen Veränderung der Mangelernährungsrate von Kindern hat sich diese ebenfalls über einen längeren Zeitraum und nicht innerhalb eines Jahres ergeben.
- ⁸ World Bank 2005; Mogues et al. 2007.
- ⁹ CIA 2006.
- ¹⁰ S. Wiesmann 2007 für weitere Details.
- ¹¹ Eine ausführliche Darstellung der Entwicklung des WHI 1990 und 2007 in Subregionen findet sich im Anhang.
- ¹² Smith und Wiesmann 2007.
- ¹³ Dies wird durch neuere Forschungen, die auf Daten aus Haushaltserhebungen basieren, gezeigt (Smith und Wiesmann 2007). Der Indikator der FAO zum Anteil der Bevölkerung mit Kaloriendefizit beruht dagegen auf dem Minimal- und nicht dem Durchschnittsbedarf und kann den Anteil der Menschen, die mit ihrer Kalorienversorgung im Bereich dazwischen liegen, deshalb nicht erfassen.
- ¹⁴ Ahmed et al. 2007.
- ¹⁵ Für detaillierte Hinweise zur Berechnung des WHI-Fortschrittsindikators s. Anhang.
- ¹⁶ Die Halbzeit zwischen dem MDG-Basisjahr 1990 und dem Zieljahr 2015 ist nach 12 ½ Jahren erreicht und entspricht in etwa dem Jahresmittel der Daten von 2000 bis 2005 im WHI 2007.
- ¹⁷ Möglicherweise handelt es sich hier um mangelnden Zugang zu neuen Daten.
- ¹⁸ Nach FAO-Angaben konnten 1990-1992 rund 18 Prozent der nordkoreanischen Bevölkerung ihren Kalorienbedarf nicht decken, 2001-2003 waren es bereits 35 Prozent. Die Verbreitung von Untergewicht bei Kindern stieg von geschätzten 26 Prozent in 1990 auf 28 Prozent im Jahr 2000 und sank dann auf 20 Prozent, während die Sterblichkeitsrate von Kindern unter fünf Jahren bei 55 pro 1000 Lebendgeburten konstant blieb (WHO 2006, UNICEF 2006).
- ¹⁹ FAO 2006.
- ²⁰ World Bank 2007; CIA 2006.
- ²¹ Ahmed et al. 2001; FAO 2006.
- ²² WHO 2006.
- ²³ In diese Zahl sind nur Länder eingeschlossen, für die der WHI-Fortschrittsindikator berechnet werden konnte.
- ²⁴ Thurlow 2007.
- ²⁵ Bannon und Collier 2003; UCDP 2006.
- ²⁶ World Bank 2007 unter Berücksichtigung von Kaufkraftparitäten. Dennoch laufen zahlreiche Aktivitäten im informellen Sektor, die sich nicht in diesen Zahlen widerspiegeln (CIA 2006).
- ²⁷ Die vorübergehende Finanzkrise in Argentinien hat die überwiegend positive Entwicklung seit 1990 nicht grundlegend beeinträchtigt.
- ²⁸ Cohen et al. 2007; World Bank 2007.
- ²⁹ Hier gilt zu beachten, dass der WHI und sein Fortschrittsindikator nicht alle Dimensionen des menschlichen Wohls erfassen. So werden beispielsweise politische Freiheit und Bürgerrechte nicht berücksichtigt, und Amnesty International weist auf schwere Menschenrechtsverletzungen durch die kubanische Regierung hin, insbesondere auf die Verhaftung politischer Dissidenten und Journalisten. Kuba ist zudem ein Ursprungsland für den Handel mit Frauen und Kindern, die sexuell ausgebeutet werden, und ein beliebtes Ziel für Sex-touristen. (CIA 2006)
- ³⁰ Ahmed et al. 2007.



Mais dient als Nahrungsmittel und zur Treibstoffherstellung: In Zukunft kann es deshalb zu drastischen Preissteigerungen bei Grundnahrungsmitteln kommen – zu Lasten der Hungernden.



Mangue in Angola ist eines der 15 Millenniumsdörfer der Welthungerhilfe. Inzwischen gibt es für die ersten Klassen wieder eine Schule, die Landwirtschaft kommt nach dem Krieg allmählich wieder in Schwung.



4. | Nachhaltige Hungerbekämpfung mit der Initiative Millenniumsdörfer

Von Iris Schöninger und Ann Kathrin Sost

CHRONISCHEN HUNGER erkennt man oft nicht auf den ersten Blick. Auf lange Sicht unterminiert er die Möglichkeit von Menschen, eine Zukunftsperspektive zu entwickeln und ihr Leben aktiv zu gestalten. Drei von vier Hungernden leben auf dem Land.¹ Ländliche Armut ist vor allem eine Folge ungerechter globaler Wirtschaftsstrukturen und schlechter Regierungsführung. Diese Situation wird sich erst grundlegend verbessern, wenn nationale Regierungen Kleinbäuerinnen und -bauern beispielsweise Zugang zu Land oder Krediten einräumen, die ländliche Infrastruktur ausbauen und internationale Geberorganisationen mehr Geld für die ländliche Entwicklung bereitstellen. Entwicklungsländer wiederum sind nur in bedingtem Maß in der Lage, sich vor Billigimporten etwa bei Grundnahrungsmitteln aus Industrieländern zu schützen: Denn Erzeugerbeihilfen für Landwirte dort ermöglichen diesen, ihre Produkte unterhalb der Produktionskosten abzusetzen und damit selbst auf Märkten in Entwicklungsländern mit einheimischen Bauern zu konkurrieren.

Seit Jahrzehnten engagiert sich die Deutsche Welthungerhilfe – 1962 hervorgegangen aus der von der FAO ins Leben gerufenen „Freedom from Hunger Campaign“ – schwerpunktmäßig für die Erreichung von Millenniumsziel 1 – der Beseitigung extremer Armut und von Hunger. Dass hier noch großer Handlungsbedarf besteht, wurde bei der vorhergehenden Darstellung aktueller Trends des Welthunger-Indexes sehr deutlich. Mit ihrer 2006 gestarteten Initiative Millenniumsdörfer² zeigt die Organisation nun fünf Jahre lang konkret,

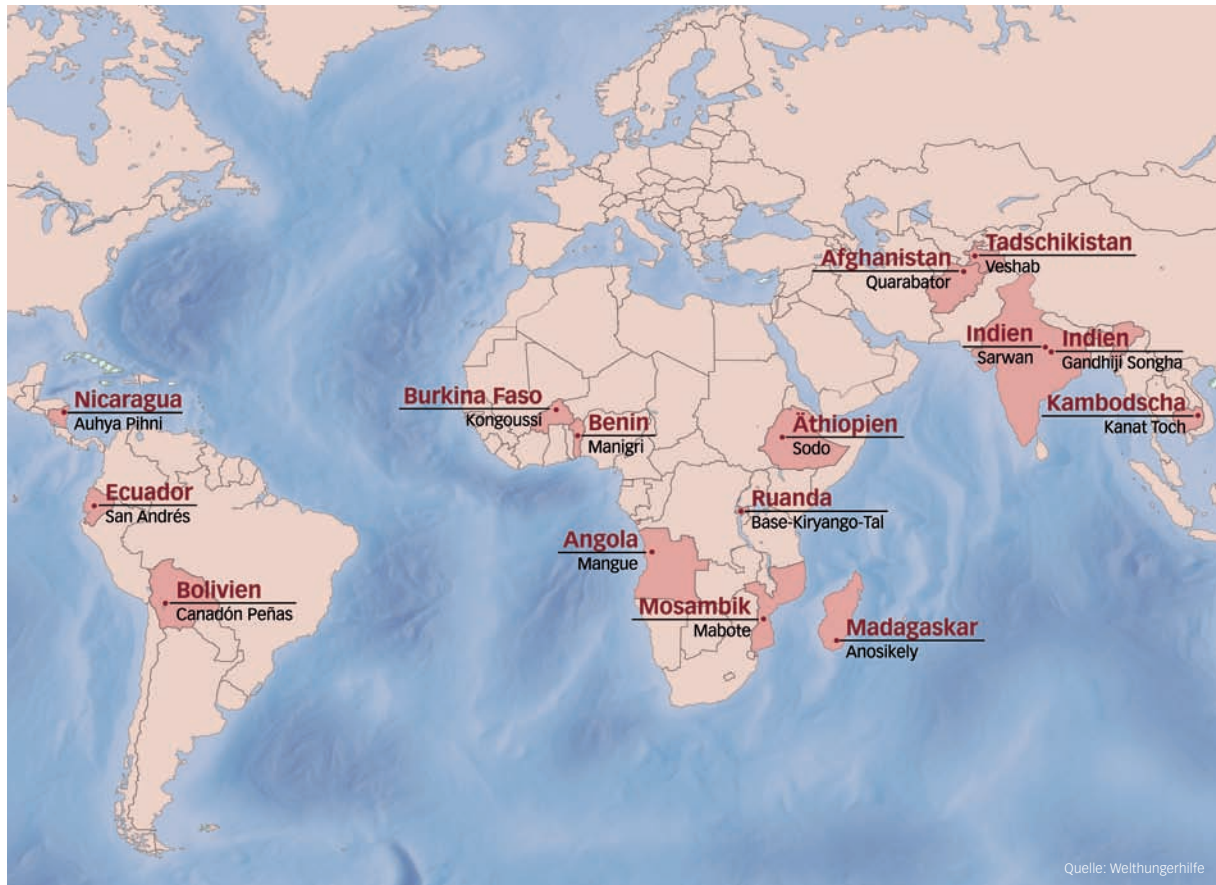
„Alle Menschen dieser Welt führen ihr Leben eigenverantwortlich in Würde und Gerechtigkeit – frei von Hunger und Armut.“

(aus dem Leitbild der Deutschen Welthungerhilfe)

In der Millenniumserklärung haben sich Staaten und Regierungen erstmals auf gemeinsame Ziele zur weltweiten Armutsbekämpfung verpflichtet: Wesentliche Dimensionen menschlicher Entwicklung werden global anhand von Zielen, Zielvorgaben und Indikatoren einheitlich definiert, um Entwicklung messbar zu machen.

welchen Beitrag sie zur MDG-Erreichung leistet. Im Unterschied zu den UN-Millenniumsdörfern sind alle DWHH-Dörfer in laufende Projektmaßnahmen integriert und erhalten nur eine geringe zusätzliche Finanzierung. Drei Beispiele aus Angola, Äthiopien und Nicaragua stellen wir hier vor.

Die Millenniumsdörfer der Welthungerhilfe



Quelle: Welthungerhilfe

In den 15 ausgewählten Dörfern und Regionen – in Afrika, Asien und Lateinamerika – verständigten sich die Bewohner nach gemeinsamen Beratungen mit der DWHH und einheimischen Partnerorganisationen darauf, bis Ende 2010 mehrere Millenniumsziele zu erreichen. Das Besondere dieses Ansatzes: Abgestimmt auf die Situation vor Ort, die gesellschaftlichen Strukturen, das Klima und weitere Faktoren definieren die Bewohner, wie die von ihnen ausgewählten Millenniumsziele „lokalisiert“ und praktisch erreicht werden können. Projekte in den jeweiligen Dörfern und Ländern orientieren sich dabei am Prinzip der Hilfe zur Selbsthilfe.³ Für die Arbeit der DWHH bedeutet das:

- Menschen in Not bekommen unmittelbare Hilfe,
- Selbsthilfe-Initiativen erhalten Beratung, um eigene Interessen besser durchsetzen und sich ggf. vernetzen zu können,
- Partnerorganisationen in Entwicklungsländern werden bei der Organisationsentwicklung und Lobbyaktivitäten gegenüber ihrer Regierung gefördert.

In den meisten Millenniumsdörfern arbeitet die Welthungerhilfe mit Partnerorganisationen, so auch in Äthi-

opien mit der Nichtregierungsorganisation Community Development Service Ethiopia und in Nicaragua mit Aikuki Wal zusammen. In einem Land wie Angola wiederum, das ein jahrzehntelanger Bürgerkrieg verwüstet hat, gibt es allenfalls Selbsthilfegruppen. Zivilgesellschaftliche Organisationen sind nach wie vor sehr schwach. Alle Millenniumsdörfer liegen in meist abgelegenen ländlichen Regionen. Deshalb werden benachbarte Orte in die Projektaktivitäten einbezogen, die langfristig auch von den Verbesserungen in ausgewählten Dörfern profitieren sollen.

Neu an dem kontinentübergreifenden Vorhaben der Welthungerhilfe: Trotz unterschiedlicher Lebenswelten und geplanter Aktivitäten soll ein Vergleich möglich sein. Hierfür wurde das MDG-Monitoring der Deutschen Welthungerhilfe entwickelt. Bis 2010 führen Mitarbeiter der Partnerorganisationen und der Welthungerhilfe einmal im Jahr bei bis zu 100 Familien eines Millenniumsdorfs eine quantitative Haushaltsbefragung zu allen acht MDGs durch. Parallel dazu finden jeweils Workshops mit rund 30 Vertretern verschiedener Altersgruppen, Berufe, Geschlechter etc. aus den Millenniumsdörfern statt, die die aktuellen Entwicklungen mit



Einfache Holzhütten bieten den Familien in Auhya Pinhi Schutz. Tropischen Wirbelstürmen halten sie allerdings nicht stand.

Augenmerk auf die MDGs diskutieren.⁴ Mithilfe dieses Monitorings können kontinuierlich Fortschritte – oder auch Rückschläge – in den Dörfern gemessen werden.

Offensichtlich war nach der ersten Befragung in allen 15 Dörfern 2006/2007: Abhängig von der konkreten Lebenssituation, Erfahrungen mit Kriegen oder auch aufgrund der Zugehörigkeit zu einer benachteiligten Bevölkerungsgruppe wird Armut unterschiedlich definiert. Daran orientieren sich auch die Maßnahmen, die oberste Priorität für die Dorfbewohner haben, um die MDGs zu erreichen. Analog zu den Indikatoren beim Welthunger-Index zeigen wir im Folgenden, welche Gesichter Hunger und extreme Armut in den Millenniumsdörfern in Äthiopien, Angola und Nicaragua haben und welche Schwerpunkte die Dorfbewölkerung setzt.

Die UN-Millenniumsziele

1. Extreme Armut und Hunger beseitigen
2. Grundschulbildung für alle Kinder gewährleisten
3. Gleichstellung der Geschlechter fördern und die Rolle der Frauen stärken
4. Die Kindersterblichkeit senken
5. Die Gesundheit von Müttern verbessern
6. HIV/Aids, Malaria und andere Krankheiten bekämpfen
7. Die ökologische Nachhaltigkeit sichern
8. Eine globale Partnerschaft für Entwicklung aufbauen

5. | Was Hunger in Äthiopien, Angola und Nicaragua bedeutet

Sodo in Äthiopien, Mangué in Angola und Auhya Pihni in Nicaragua sind drei der 15 DWHH-Millenniumsdörfer, in denen Hunger und extreme Armut an der Tagesordnung sind. Die meisten Menschen leben von dem, was auf ihren Feldern wächst, Bargeld ist äußerst knapp. So stehen einer Person in Sodo im Jahr etwa rund 96 US-Dollar zur Verfügung, 97 Prozent der Einwohner müssen täglich mit weniger als einem US-Dollar leben, durchschnittlich handelt es sich hier um 23 US-Cent am Tag. In Mangué verdienen die Menschen im Schnitt 180 US-Dollar jährlich und 91 Prozent der Dorfbewohner leben am Tag mit weniger als einem US-Dollar, durchschnittlich mit 37 US-Cent. Rund 0,26 US-Dollar stehen 88 Prozent der Bewohner von Auhya Pihni täglich zur Verfügung, die von weniger als einem Dollar leben. Im Jahr verdient man dort im Schnitt 222 US-Dollar.⁵

Wie lebt man unter solchen Bedingungen? Krankheiten sind alltäglich, die Kindersterblichkeit hoch und viele haben über längere Perioden im Jahr nicht genug zu essen und vor allem nicht ausreichend Mineralien zur Verfügung. Ein Vergleich des ersten Monitorings im Jahr 2006 und 2007 in diesen drei Millenniumsdörfern macht das deutlich.

5.1 | Die Gegend um Sodo ist abgeholzt

Knapp 100 Kilometer südwestlich der Hauptstadt Addis Abeba liegt Sodo. 2.208 Menschen leben in meist runden, grasbedeckten Häusern, sogenannten Tukuls gemeinsam mit ihrem Kleinvieh. Fast 95 Prozent der Männer und 87 Prozent der Frauen ernähren sich von der Landwirtschaft, einige versuchen sich im Kleinhandel. Das Leben als Subsistenzbauer in Sodo ist hart: Die meisten besitzen kleine, weit auseinanderliegende Felder, die während der Regenzeit nicht immer erreichbar sind. In der Region sind alle Bäume abgeholzt, Dürre und starker Regen verschärfen die Erosion. Mangels Feuerholz werden Dung und Getreidereste als Brennmaterial statt als Dünger benutzt.

Ein voller Magen ist in Sodo alles andere als selbstverständlich: 76,4 Prozent der Bewohner hatten im vergangenen Jahr mehr als drei Monate Nahrungsmittelknappheit. Im Durchschnitt essen Männer 2,2 Mahlzeiten und Frauen 2,1 am Tag. Bei Kindern unter fünf

Jahren sind 18 Prozent der Jungen und 25 Prozent der Mädchen untergewichtig. Vitamine und Mineralien fehlen im Essen. Hauptnahrungsmittel ist Injera, ein aus dem Hirsegetreide Teff hergestelltes säuerliches Fladenbrot. Gärten mit Kohl, Zwiebeln, Knoblauch und Chili sorgen für ein wenig Abwechslung, sind aber viel zu klein. Fleisch gibt es nur zu Festen. Der nächste Markt ist zwölf Kilometer entfernt und Obst und Gemüse dort sind nicht erschwinglich.

Sauberes Trinkwasser ist ein großes Problem. Bisher hat Sodo zwei Brunnen, die von einem Komitee gegen eine kleine Wassergebühr instandgehalten werden. Viele holen ihr Wasser aus Flüssen, während der Regenzeit wird Regenwasser aufgefangen. Krankheiten sind deshalb ein großes Problem. Dies trifft gerade kleine Kinder, die Sterblichkeitsrate liegt bei 2,5 Prozent.

Mädchen werden oft mit zwölf oder 13 Jahren verheiratet und verlassen dann die Schule. Auch die lebensgefährliche Tradition der Genitalverstümmelung ist geduldete Praxis für ein Viertel bis die Hälfte der dreijährigen Mädchen in Sodo. Noch ist Bildung alles andere als selbstverständlich: 53 Prozent der Männer und 36,5 Prozent der Frauen sind überhaupt eingeschult worden, oft erst mit neun oder zehn Jahren. Dies ändert sich gerade, es gibt inzwischen eine Schule mit bisher zwei Klassen. Zwar ist der Besuch kostenlos, doch für Bücher oder Schreibhefte müssen sich Eltern oft als Tagelöhner verdienen.



Foto: Boettner/Welthungerhilfe

In Äthiopien ist Teff – eine Getreideart – Grundnahrungsmittel.



ÄTHIOPIEN: Rang 114 mit einem Welthunger-Index von 33,7 (gravierend), auch wenn sich das Land seit 2006 um drei WHI-Punkte verbessert hat. Kindersterblichkeit und das Untergewicht von Kindern sind stark gesunken, was u. a. auf Investitionen der Regierung in Bildung und Gesundheit seit den 90er Jahren zurückzuführen ist. 23 Prozent der Bevölkerung lebt von weniger als einem US-Dollar pro Tag. Heute werden dreimal so viele Kinder eingeschult wie Anfang der 90er Jahre, der Anteil alphabetisierter Frauen stieg von 20 Prozent 1990 auf 34 Prozent im Jahr 2002. Mit einem WHI-Fortschrittsindikator von knapp 0,5 verfehlt das Land ganz knapp die Umsetzung der eigenen Ziele.

Äthiopien hat rund 75 Millionen Einwohner. Aufgrund des starken Bevölkerungswachstums hat die Pro-Kopf-Produktion von Nahrungsmitteln in den

letzten 30 Jahren ständig abgenommen. Wegen Landknappheit gaben Bauern traditionelle Maßnahmen zum Schutz der Böden auf, Erosion ist inzwischen ein großes Problem. Die in Äthiopien verbreitete Hirseart Teff, das Hauptnahrungsmittel, ist zudem das weltweit ertragärmste Getreide. Außerdem bestellen viele christlich-orthodoxe Bauern an bis zu 180 Feiertagen im Jahr das Feld nicht. Auch müssen Kredite oft nach der Ernte zurückgezahlt werden, wenn die Getreidepreise besonders niedrig sind. Bisher durften sie auch kein eigenes Land erwerben und kümmerten sich daher nicht um Bodenverbesserung: Diese Situation ändert sich jedoch allmählich.

Aufgrund der harten Reaktion der Regierung gegenüber der Opposition mit Hunderten von Toten nach den Wahlen 2005 hielten die internationalen Geber Hilfe von rund einer Milliarde US-Dollar zurück.

5.2 | Noch spürt man den Krieg in Mangué

Das 1.350-Einwohner-Dorf Mangué im Hochland der Provinz Kwanza Sul steckt noch immer im Wiederaufbau. Die meisten waren während des Krieges geflohen und kehrten erst 2003 in das zerstörte Dorf zurück. Sie bauten ihre roten, mit Stroh gedeckten Lehmziegelhütten wieder auf und machten das Land urbar. Nahezu



ANGOLA: Rang 110 mit Welthunger-Index von 31,5 (gravierend). Angola hat nach 27 Jahren Bürgerkrieg seit 2002 bescheidene Fortschritte gemacht. Der Anteil Unterernährter fiel von 58 auf 38 Prozent, die Untergewichtsrate von Kindern sank leicht. 2004 war die Sterblichkeitsrate von Kindern wieder auf dem Stand von 1990, nachdem sie während des Kriegs dramatisch auf 292 von 1000 Lebendgeburten gestiegen war. Fortschritte bei der Hungerbekämpfung reichen zur MDG-Zielerreichung nicht aus.

15,9 Millionen Menschen leben nach Schätzungen der Weltbank in Angola – genau weiß das wenige Jahre nach dem Krieg niemand. Angola hätte gute Voraussetzungen, ein wohlhabendes afrikanisches Land zu werden, denn es besitzt reiche Vorräte an Öl und

die gesamte Bevölkerung lebt von der Subsistenz-Landwirtschaft – die Frauen ausnahmslos, von den Männern verdienen lediglich 1,3 Prozent mit Kleinhandel und Dienstleistungen ein wenig Geld. Die wenigsten sind in der Lage, Bücher oder Schreibhefte für die Schule, Medikamente oder Lebensmittel wie Öl und Zucker zu kaufen.

Die klimatischen Voraussetzungen für die Landwirtschaft sind aber gut: Zwei Regenzeiten sorgen für gute Anbaubedingungen. Doch die Feldarbeit ist knochenhart, weil die Felder mit Handhacken umgegraben werden müssen. Während des Kriegs wurden alle Rinder in Mangué beschlagnahmt. Auch Saatgut, Dünger und Spritzmittel sind zu teuer und kommen daher kaum zum Einsatz. An den Verkauf landwirtschaftlicher Überschüsse ist nicht zu denken: Der nächste Markt liegt mehrere Stunden Fußweg entfernt, eine ausgebaute Straße gibt es nicht.

Im vergangenen Jahr hatten 37 Prozent der Menschen zwischen ein und drei Monate lang nicht genug zu essen, weitere 17 Prozent zwischen drei und fünf Monate. Im Schnitt können Männer täglich 2,5 Mahlzeiten zu sich nehmen, Frauen 2,6. Kinder unter fünf Jahren wurden gewogen: 14 Prozent der Jungen und 32 Prozent der Mädchen waren untergewichtig. Die Kindersterblichkeitsrate liegt bei 7,5 Prozent. Zudem ist die Ernährung alles andere als ausgewogen: Täglich gibt es Funje, einen wenig nahrhaften Mais- oder Maniokbrei, dazu Trockenfisch, Maniokblätter und Bohnen, falls überhaupt vorhanden. Aufgeblähte Bäuche bei vielen Kindern sind ein typische Zeichen für Mangelerscheinungen.

Diamanten. Davon profitiert bisher jedoch nur eine kleine korrupte Elite, die nicht in die Entwicklung des Landes investiert. Wasserversorgung, Gesundheitszentren und Infrastruktur sind zu großen Teilen zerstört. Zwei Drittel der Angolaner leben in Armut, nur 40 Prozent der Bewohner auf dem Land haben Zugang zu sauberem Wasser.

Die Landwirtschaft steckt nach dem Krieg noch in den Kinderschuhen. Doch die Produktivität steigt: Das Klima in dem tropischen südwestafrikanischen Land ist günstig, die Vegetation üppig. Vielleicht können bald wieder, wie bereits vor Jahrzehnten, erfolgreich „cash crops“ wie Kaffee angebaut werden, dessen viertgrößter Produzent Angola einst war.

Um schmutziges Trinkwasser, Hauptursache für Krankheiten bei Kindern, macht sich in Mangué hingegen niemand mehr Sorgen, nachdem die Bewohner mit DWHH-Unterstützung im Dorfzentrum drei Brunnen, am Dorfrand zwei weitere gebaut haben, die auch von den Nachbarorten genutzt werden.

Den Familien in Mangué liegt sehr am Herzen, dass mehr Kinder zur Schule gehen. Denn durch den jahrzehntelangen Krieg ist die Einschulungsrate extrem niedrig: bei Jungen 5,4 Prozent, bei Mädchen gerade einmal 2,9 Prozent. Zwar wurde mithilfe der DWHH inzwischen eine Schule instandgesetzt, allerdings nur für die ersten zwei Schuljahre. Eine weitere ist im Bau. Wer länger zur Schule gehen will, muss ins etwa 50 Kilometer entfernte Amboiva. Die Schüler horten dafür so viel Essen, wie sie können, marschieren los und bleiben so lange in der Schule, bis das Essen aufgebraucht ist. Dann kommen sie wieder nach Hause.



Foto: Lyons/Weithungerhilfe

Wegen schmutzigen Trinkwassers muss sich in Mangué niemand mehr Sorgen machen.

5.3 | Wer kann, geht weg aus Auhya Pihni

Nur 20 Kilometer von der Ostküste Nicaraguas entfernt liegt Auhya Pihni. 2.630 Menschen leben dort. Wie überall in der Region Autónoma del Atlántico sind die Ernten mager, es fehlt an Arbeit und sauberem Wasser. Auf engstem Raum leben die Familien in Holzhäusern auf Pfählen, um sich vor Überschwemmungen und ungebeten Gästen wie Schlangen zu schützen: Sie gehören zu den Miskitu, einer indigenen Bevölkerungsgruppe mit eigener Sprache. Knapp die Hälfte der Männer und ein Drittel der Frauen arbeiten in der Landwirtschaft. Ein weiterer wichtiger Arbeitsbereich ist der Fischfang, viele verdienen ein wenig Geld mit Kleinhandel, verdienen sich auf dem Bau oder als Hilfsarbeiter. Auf der Suche nach Arbeit sind viele Männer nach Costa Rica oder in die USA ausgewandert.

Verglichen mit Sodo und Mangué geht es den Menschen in Auhya Pihni ein wenig besser: Sie essen täglich im





Fleisch steht in Auhya Pinhi nur selten auf dem Speiseplan.

Foto: Bolesch/Welthungerhilfe

Schnitt 2,9 Mahlzeiten, Kinder bekommen in der Schule etwas zu essen⁶. Allerdings litt im vergangenen Jahr mehr als ein Drittel der Bevölkerung über einen Zeitraum von drei bis fünf Monaten an Lebensmittelknappheit, ein weiteres Drittel zwischen einem und drei Monaten. 13 Prozent der Jungen unter fünf und 11 Prozent der Mädchen waren untergewichtig. 7 Prozent der Kinder unter fünf Jahren starben. Ausgewogen ernähren können sich die Familien nicht: Meist gibt es nur Reis, Bohnen, Yucca und Bananen und selten ein wenig Hühner- oder Schweinefleisch. Am Rotstich in den Haaren der Kinder sieht man, dass Vitamine fehlen.

In letzter Zeit setzten die Einwohner mit Unterstützung der DWHH elf Trinkwasserbrunnen wieder instand. Es gibt eine Gesundheitsstation, die allerdings sehr unzulänglich ist. Malaria ist ein großes Problem, meist gibt es Medikamente und immerhin Moskitonetze für Kinder. Bisher gehen nur rund 43 Prozent der Jungen und 49 Prozent der Mädchen zur Grundschule, 300 Kinder teilen sich drei Klassenräume. Unterrichtet wird morgens und abends, um alle unterzubringen.

NICARAGUA: Rang 61 mit einem Welthunger-Index von 13,5 (ernst). Nicaragua erholt sich langsam vom Bürgerkrieg in den 80er Jahren und den Folgen von Hurrikan Mitch 1998. Seit 1990 fällt der Anteil Unterernährter und auch die Kindersterblichkeitsrate langsam. Das Land ist nicht auf Kurs bei der Erreichung hungerrelevanter MDGs.

Nicaragua ist nach Haiti das zweitärmste Land in Lateinamerika. Fast 80 Prozent der Bevölkerung lebten 2005 von weniger als zwei US-Dollar pro Tag, rund 45 Prozent von einem US-Dollar oder weniger. Die

Arbeitslosenquote beträgt nach Schätzungen 60 Prozent, viele suchen in anderen Ländern Arbeit. Nicaragua ist ein Agrarland mit wenig Industrie. Das Land profitierte 2006 von mehreren Entschuldungsinitiativen. Ein Drittel des staatlichen Haushalts wird derzeit von ausländischen Gebern beigesteuert. Rund 79 Prozent der Kinder besuchen eine Grundschule, doch nur 29 Prozent schließen sie auch ab. Viele Familien können das Geld für Schulbücher und andere wichtige Dinge nicht aufbringen.

Shimeket Shiferaw, 35, aus Sodo:

Shiferaw ist so etwas wie ein erfolgreicher Landwirt in Sodo. Sein Gehöft voller Teff, Weizen, Erbsen und Kichererbsen, Rinder und Hühner brachte so viel ein, dass er nicht nur seine Frau und zwei Kinder ernähren kann – er stellte auch noch drei jugendliche Arbeiter ein, die bei der Familie wohnen. Shiferaw und seine Frau haben weiterbildende Schulen besucht. Sie verdienen rund 400 Birr (knapp 33 Euro) im Monat, mehr als viele andere. Dennoch hatten sie zwei Monate lang nicht genug zu essen. Die Shiferaws teilen das Essen gut ein – für das Ehepaar gibt es nur zwei Mahlzeiten pro Tag, für die Kinder und Arbeiter drei, meist Injera oder Getreidebrei. Shimeket hofft, dass durch die Wahl Sodos zum Millenniumsdorf seine Mahlzeiten bald ausgewogener sein werden und er in der Landwirtschaft dazulernt.

Jonny Sanders, 26, aus Auhya Pihni:

„Früher war ich jung und kräftig“, sagt Jonny. Das war vor dem Unglück, das ihn und die anderen 16 Familienmitglieder, mit denen er in einem Pfahlbau wohnt, um das wichtigste Einkommen brachte. „Seit ich 14 war, bin ich tauchen gegangen. Ich habe die Meeresfrüchte an verschiedene Firmen aus Nicaragua und dem Ausland verkauft. Manchmal habe ich bis zu 220 US-Dollar bei einer zwölftägigen Tour verdient, eine Menge Geld. Doch dann hatte ich einen Unfall, wegen der schlechten Taucherausrüstung.“ Jetzt ist der 26-Jährige querschnittsgelähmt. Ein Jahr lang bezahlte sein Arbeitgeber für die medizinische Versorgung. Jetzt muss ihn seine Familie rund um die Uhr versorgen, verdient aber nicht mehr als 65 US-Dollar im Monat. „Ich will nicht, dass meine Brüder als Taucher arbeiten gehen“, das ist Jonnys größter Wunsch.

Domingas Jamba, 31, aus Mangue:

Jamba war glücklich, 2003 nach dem langen Krieg in ihr Heimatdorf Mangue zurückkehren zu können. Doch kurz nach der Ankunft starb ihr Mann, nicht einmal den dritten Sohn Francisco konnte er noch kennenlernen. Die beiden älteren Söhne starben kurz danach. Die Schule musste Jamba schon in der ersten Klasse wieder verlassen – der Krieg zwang sie zur Flucht, später musste sie in der Landwirtschaft mithelfen. Jetzt hofft sie auf eine Abendschule, um etwas lesen und schreiben zu lernen. Auf einem Feld baut sie Mais, Bohnen, Süßkartoffeln und Maniok an, zum Leben reicht das aber nicht aus und Francisco ist oft krank. An zwei oder drei Tagen pro Woche verdingt Jamba sich deshalb auf Feldern anderer, um ihr Einkommen aufzubessern und Dinge wie Speiseöl, Kleidung oder Medikamente zu kaufen. Sie ist froh, dass Francisco mit seinen drei Jahren ihr schon helfen kann – beim Feuerholztragen.



Shimeket Shiferaw mit Frau und Sohn.



Jonny Sanders im Kreis seiner Familie.



Domingas Jamba mit Sohn Francisco.

6. | Millenniumsziele „von unten“ bis 2010

6.1 | Ziele: Wichtig sind höhere Erträge, eine bessere Gesundheitsversorgung und Infrastruktur

Ob Sodo, Mangué oder Auhya Pihni: Alle drei Millenniumsdörfer sind über Straßen schlecht zu erreichen, liegen weit entfernt von städtischen Zentren und sind regelrecht abgehängt von lebensnotwendiger Infrastruktur. Neben der Subsistenzlandwirtschaft, die nur geringe Erträge abwirft, gibt es so gut wie keine Alternativen, um Geld zu verdienen. Hunger ist daher – zumindest zeitweise – für die meisten Menschen dort Normalität. Verantwortlich hierfür sind auch fehlende Ausbildungsmöglichkeiten und Gesundheitsposten.

Während der Workshops mit den Bewohnerinnen und Bewohnern von Sodo, Mangué und Auhya Pihni kristallisierte sich heraus, dass es von ihrer Seite sehr klare Vorstellungen über die weitere Dorfentwicklung gibt. Hier ihre Prioritätenliste bis zum Jahr 2010, und zwar unmittelbar bezogen auf die Reduzierung von Hunger, Armut und Kindersterblichkeit:

Subsistenzlandwirtschaft wirft zu wenig ab, um angemessen davon leben zu können. In Sodo wollen die

Menschen deshalb weitere Einkommensquellen erschließen. Gleichzeitig möchten sie ihre Anbaumethoden verbessern und die Überschüsse vermarkten. Diesen Wunsch haben auch die Bäuerinnen und Bauern in Mangué. Dünger ist rar, sie brauchen Bewässerungssysteme und vor allem Zugtiere zur Landbearbeitung, weil sie im Krieg alles verloren haben. Anders die Einwohner von Auhya Pihni: Sie würden gerne Maschinen zur Bearbeitung der Felder nutzen, allerdings gibt es bisher weder Brücken noch Straßen und der schwere Lehmbooden eignet sich wenig zur mechanisierten Bearbeitung. Auch besseres Saatgut ist wichtig.

Um die Hungerperioden vieler Familien während des Jahres zu vermeiden, wollen die Bewohner von Sodo Zugang zu Krediten und Düngemitteln haben. Besser ausgestattete Gesundheitsposten sollen den Lebensstandard erhöhen. Auch in Auhya Pihni benötigen Landwirte kleine Darlehen, weil sie eine Genossenschaft gründen wollen und in ihr Land investieren. Mit besserem Saatgut hoffen sie auf höhere Erträge, die sie dann auch verkaufen können. In Mangué will man ebenfalls die Erträge steigern: allerdings durch den Einsatz von Zugtieren. Mangelernährung soll damit der Vergangenheit angehören.

Mit sauberem Trinkwasser, besserer Gesundheitsfürsorge und Familienplanung sinkt die Kindersterblichkeit. Davon sind die Einwohner Sodos überzeugt. In Mangué



Foto: Lyons/Weithungerhilfe

Wer keine Zugtiere hat, muss das Feld mit der Hacke umgraben.

wiederum setzen Menschen auf Impfkampagnen und einen gut ausgestatteten Gesundheitsposten mit medizinischen Analysemöglichkeiten, die es bisher nicht gibt. Ähnlich in Auhya Pihni: Der Zugang zu Medikamenten, Beratung bei der Pflege von Kleinkindern und Transportmöglichkeiten im Krankheitsfall sind wichtig für die Menschen im nicaraguanischen Millenniumsdorf.

Auf die Frage, welche äußeren Einflüsse für die weitere Dorfentwicklung wichtig sind, unterscheiden sich die Antworten: in Äthiopien setzt man auf gute Regierungsführung, funktionsfähige landwirtschaftliche Genossenschaften und verbesserte Kommunikationsmöglichkeiten ins ganze Land. In Angola haben befestigte Straßen Vorrang, um überhaupt Überschüsse transportieren und verkaufen zu können. Wichtig ist den Menschen in Mangué auch eine Modernisierung der Landwirtschaft weg von der Handhacke und der Zugang zu Kleinkrediten: An diesem Punkt werfen sie ihrer Regierung Versagen vor. Auch die Menschen in den meisten zu Auhya Pihni gehörenden Weilern wollen nicht länger mangels Straßen von der Außenwelt abgeschnitten sein; für sie direkt damit verbunden ist der Zugang zu regionalen Märkten. Um ihre Ausbildungsmöglichkeiten zu verbessern, wünschen sie sich außerdem Möglichkeiten, Stipendien zu erhalten.

6.2 | Perspektive: Neben Alltagsverbesserungen steht „Empowerment“ im Mittelpunkt

In vielen Millenniumsdörfern herrscht Aufbruchsstimmung. Doch klar ist: Ohne den Aufbau tragfähiger Strukturen, d.h. der Beratung von Selbsthilfegruppen und Beratung einheimischer Partnerorganisationen, sind die Projekte nicht nachhaltig.

In Sodo pflanzten die Menschen erste Baumsetzlinge, um die Erosion zu stoppen. Eine Baumschule für Obst- und Futterpflanzen ist in Planung. Statt Teff wird vermehrt das widerstandsfähige Weizen-Roggen-Hybrid Triticale angepflanzt. Neue, bessere Sorten von Kichererbsen warten auf die nächste Aussaat. Auch der regenunabhängigere Anbau von Maniok und Süßkartoffeln soll ausgeweitet werden. Gut zwei Dutzend Bauern werden außerdem zu Imkern ausgebildet und haben von der DWHH Bienenstöcke erhalten.

Der Aufbau von Saatgutbanken soll verhindern, dass Bauern künftig ihre Samen in Notsituationen aufbrau-

chen. Derzeit organisieren sich gerade je zehn Mitglieder in 20 Gruppen zum Aufbau eines Komitees. Langfristig sollen sie die Ernte von den Bauern aufkaufen, in Getreidesilos lagern und bei attraktiven Marktpreisen verkaufen.

Um Mangelernährung zu bekämpfen, informieren Mitarbeiter der Partnerorganisation (Community Development Service) die Frauen, wie sie ihre Familien ausgewogen ernähren können – mit Hoffnung auf entsprechenden Multiplikatoreffekt. Malaria stellt gerade für Kinder ein Problem dar. Nach einer von der Weltgesundheitsorganisation finanzierten Maßnahme haben 92 Prozent der Kinder in Sodo ein mit Insektiziden behandeltes Moskitonetz. Die Welthungerhilfe wiederum hat den Anbau von Artemisia eingeführt: Aus den Pflanzenblättern gekochter Tee lindert die Beschwerden von Malaria.

Den Kauf der ersten 20 sehnlich erwarteten Zugtiere in Mangué finanzierte die DWHH, zumal die Bewohner keine 1000 US-Dollar für zwei Tiere und Gespann bezahlen konnten. 20 weitere Zugtiere sollen folgen. Anders als üblich bestehen die Gespanne aus einem Ochsen und einer Kuh, damit die Bewohner Mangués ihre Tiere künftig selber züchten können. Auch verteilte die DWHH im Jahr 2006 Ananassetzlinge und Gemüse Saatgut. Parallel dazu finden Aufklärungskurse für eine gesündere Ernährung statt. Viele bauen bereits Bohnen an, um mehr Proteine zu haben. In einer Notlage werden diese allerdings als zuerst verkauft – denn noch geht es den Bewohnern nicht gut genug.

Zwei Brunnen wurden gebaut und der Gesundheitsposten mit finanzieller DWHH-Unterstützung instandge-

setzt. Dort arbeiten jetzt zwei Krankenpfleger und eine Sozialarbeiterin. Früher mussten die Dorfbewohner 45 Kilometer bis zur nächsten Station zurücklegen. Jetzt gibt es hier nicht nur Medikamente und Kondome, sondern auch Aufklärungskurse zu Themen wie Aids, der Gesundheit von Frauen und Hygiene. Außerdem werden Kinder geimpft. Noch gibt es hier keine Möglichkeit, größere Mengen an Medikamenten zu lagern, obwohl der Posten Anlaufstelle für 5.500 Menschen aus der Umgebung ist. Auch Moskitonetze hat bisher so gut wie kein Haushalt, allerdings führte die Welthungerhilfe auch hier den Anbau von Artemisia ein.

In Auhya Pinhi haben die Bauern verbessertes Reis- und Bohnensaatgut zur Ertragssteigerung erhalten, Überschüsse sollen verkauft werden. 77 kleine Getreidesilos zur Lagerung des Saatguts wurden aufgebaut. Die DWHH berät die Dorfbewohner beim Anbau neuer Nahrungsmittel wie Zitrusfrüchte; Schafzucht und eine Reisschälmaschine sollen für zusätzliches Einkommen sorgen.

Auch sauberes Wasser war in der Großgemeinde Auhya Pinhi ein Problem. Mittlerweile gibt es elf wieder instandgesetzte Tiefbrunnen, die auch bei langer Trockenheit nicht versiegen. Weitere sollen folgen. Die Schule soll noch um wenigstens zwei Räume erweitert werden: Ein kleiner Beitrag im Kampf gegen die Analphabetenrate, die in dieser Region mit mehr als 44 Prozent viel höher ist als anderswo in Nicaragua.

In diesen Millenniumsdörfern hat sich im Alltag bereits einiges zum Besseren verändert. Doch in den kommenden Jahren geht es parallel hierzu um das „Empowerment“ der Armen: Sie sollen in der Lage sein, ihre Be-

Wo es keine Brunnen gibt, müssen Frauen täglich weite Wege zum Wasserholen zurücklegen.



Hunger und Armut – Millenniumsdörfer und Deutschland im Vergleich

	Sodo/ Äthiopien	Mangue/ Angola	Auhya Pihni/ Nicaragua	Deutschland
Unterernährte	Männer 2,2 Mahlzeiten tgl. Frauen 2,1 Mahlzeiten tgl.	Männer 2,5 Mahlzeiten tgl. Frauen 2,6 Mahlzeiten tgl.	Männer/Frauen 2,9 Mahlzeiten tgl.	keine
Untergewicht bei Kindern unter fünf	Jungen 18 % Mädchen 25 %	Jungen 14 % Mädchen 32 %	Jungen 13 % Mädchen 11 %	keine
Kindersterblichkeitsrate unter fünf	2,5 %	7,5 %	7 %	0,5 %
Einkommen	8 US\$/Monat (97 % haben weniger als 1 US\$ täglich/durch- schnittlich 23 US-Cent)	15 US\$/Monat (91 % haben weniger als 1 US\$ täglich/durch- schnittlich 37 US-Cent)	18,50 US\$/Monat (88 % haben weniger als 1 US\$ täglich/durch- schnittlich 26 US-Cent)	Bruttomonatsver- dienst Arbeiter in Landwirtschaft 1548 Euro/Monat ⁷

dürfnisse selbst zu äußern, sich zu organisieren und ihre Rechte einzufordern. Hierfür sind auch die im Monitoring regelmäßig erhobenen Daten von Bedeutung, die ebenfalls lokalen Verwaltungen zur Verfügung gestellt werden. Wichtige Akteure in diesem Prozess sind einheimische Partnerorganisationen. Viele, wie hier beispielsweise in Äthiopien oder Nicaragua, sind zwar erfahren in der Arbeit mit Selbsthilfegruppen, aber wenig erfahren in Netzwerk und Lobbyarbeit. An diesem Punkt setzt die Organisationsberatung der Welthungerhilfe an. In Mosambik hat die Partnerorganisation eines Millenniumsdorfs bereits mit zahlreichen weiteren lokalen Organisationen einen Schattenbericht zur Armutssituation im Land verfasst und Rechenschaft von der Regierung eingefordert. In Bolivien wird gerade von der Millenniumsdorf-Partnerorganisation ein Bericht zur Umsetzung des Rechts auf Nahrung durch die Regierung vorbereitet. In den kommenden Jahren wird es hier immer wieder Ansatzpunkte für internationale Organisationen wie die Welthungerhilfe und Organisationen im Süden geben, sich gemeinsam für gerechtere internationale Rahmenbedingungen zu engagieren – dies auf der Grundlage ihrer konkreten Erfahrungen in der Praxis.

Ann Kathrin Sost ist Journalistin mit Schwerpunkt Entwicklungspolitik, Dr. Iris Schöninger ist Koordinatorin für Entwicklungspolitik und Kampagnen bei der Deutschen Welthungerhilfe.

¹ UN (2005), Halving Hunger: it can be done“, New York.

² Weitere Informationen finden sich unter www.welthungerhilfe.de (Stichwort Millenniumsdörfer).

³ Dieser Ansatz basiert auf der Annahme, dass Menschen ihr Schicksal in die Hand nehmen können, vorausgesetzt sie verfügen über entsprechende soziale Möglichkeiten (Amar-tya Sen, 1998: Freedom of Choice. Concept and Content. European Economic Review).

⁴ Das vom Koordinator des Sektorvorhabens Florian Wieneke entwickelte MDG-Monitoring der Deutschen Welthungerhilfe besteht aus zwei Instrumenten: einer jährlichen Befragung mittels eines Haushaltsfragebogen, die die Entwicklung der Situation in den Millenniumsdörfern auf Basis der offiziellen UN-Indikatoren erfasst, sowie einer partizipativen Bewertung (Participatory Impact Assessment), die qualitative Informationen über neun Schlüsselthemen in Anlehnung an die MDGs (Armut, Hunger, Bildung, Gender, Kindersterblichkeit, Müttergesundheit, schwere Krankheiten, Umwelt und Naturressourcen, externe Bedingungen für Entwicklung) mit den jeweiligen Projektmaßnahmen in Bezug setzt. Das MDG-Monitoring dient einer transparenten und kontinuierlichen Darstellung des Beitrags der DWHH zur Erreichung der MDGs auf Dorfebene.

⁵ Alle Berechnungen beruhen auf repräsentativ gezogenen Stichproben der Haushalte jedes Dorfes. Aus Gründen der übersichtlichen Darstellung wurden die Ergebnisse von Kim Gerber (Universität Köln) auf die Haushalte des gesamten Dorfes ohne Schätzverfahren übertragen und stützen sich auf die Ebene der Haushalte und der Personen eines Haushalts.

⁶ Weil das Welternährungsprogramm die Kosten der Schulspeisung übernimmt.

⁷ S. Informationen des Statistischen Bundesamtes vom 16.2.2007 (www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Presse/pm/2007/02/PD07__063__62311.psml)



Unterernährung bei Kindern hinterlässt oft bleibende Schäden.

7. | **Bekämpfung akuter Unterernährung auf Gemeindeebene**

Von Howard Dalzell, Steve Collins, Lynnda Kiess und Tom Arnold

7.1 | **Hungerkrisen waren Auslöser für neuen Forschungsansatz**

Wie dieser Bericht zeigt, müssen Maßnahmen zur Hungerbekämpfung an den jeweiligen Kontext angepasst sein. In diesem Kapitel stellen wir einen innovativen Ansatz zur Bekämpfung schwerer akuter Unterernährung vor. Er wurde erstmals von Concern Worldwide und Valid International umgesetzt und ist inzwischen von der UN übernommen worden. Wir zeigen hier, wie eine konkrete Idee als internationaler Politikansatz für Ernährung übernommen wurde, nachdem Pilotmaßnahmen für Unterernährte von Wissenschaftlern begleitet und evaluiert wurden.

Schätzungsweise 5,5 Millionen Kinder leiden an akuter Unterernährung, der schwersten Form von Hunger. Nach UN-Angaben ist der Tod von schätzungsweise ein bis zwei Millionen Kindern pro Jahr die Folge schwerwiegender akuter Unterernährung.¹ Die von uns hier dargestellte Strategie setzt auf Gemeindeebene an und wird kurz „Therapeutische Pflege auf Gemeindeebene (Community-based Therapeutic Care, CTC) genannt. Traditionell stützte man sich bislang bei der Bekämpfung akuter Unterernährung auf Therapeutische Ernährungszentren (Therapeutic Feeding Centres, TFC): also große stationäre Zentren mit medizinischem Fachpersonal. Die Behandlung von schwerer akuter Unterernährung in einem TFC erfordert eine durchschnittlich 30-tägige stationäre 24-Stunden-Pflege. Aus Kostengründen existieren nur wenige TFCs, und diese liegen oft weit entfernt von den Menschen, die von akuter Unterernährung betroffen sind.

Während der schweren Ernährungskrise im Sudan Ende

der 90er Jahre beobachtete die Hilfsorganisation Valid International, dass sehr viele Kinder, die Nahrungshilfe brauchten, über TFCs nicht erreicht werden konnten. So entwickelte Valid International schließlich auf Grundlage seiner langjährigen Erfahrung mit Unterernährung und Hungerkrisen das hier beschriebene CTC-Konzept, das die stationäre Behandlung akuter Unterernährung in die öffentliche Gesundheitspflege integriert.²

2001 wandte sich Valid International an Concern Worldwide, das sich zu einer Partnerschaft bei der Entwicklung des CTC-Konzeptes bereit erklärte und um Finanzierung und Teststandorte kümmerte. Concern wiederum wandte sich an die Organisation Irish Aid, die sich bereit erklärte, ein gemeinsames Pilotprojekt zu finanzieren. Concern und Valid vereinbarten mit Äthiopien, Südsudan und Malawi ein dreijähriges Forschungsprogramm: Die Ergebnisse zeigten, dass die Unterernährungssituation, der Mangel und die Sterblichkeitsraten so weit verbessert wurden, dass die international akzeptierten Mindeststandards sogar übertroffen und wesentlich mehr Kinder als erwartet erreicht und behandelt wurden.

Die Resultate waren so überzeugend, dass immer mehr Regierungen, UN-Agenturen und internationale Nichtregierungsorganisationen (INROs) CTC als bevorzugte Strategie gegen akute Unterernährung übernahmen. Im Mai 2007 gaben die wichtigsten UN-Agenturen für die Bekämpfung von Unterernährung und ihren Folgen – die Weltgesundheitsorganisation (WHO), das Welternährungsprogramm (WFP), der Ständige Ernährungsausschuss der Vereinten Nationen und das Kinderhilfswerk der Vereinten Nationen (UNICEF) – eine gemeinsame Erklärung ab zum Thema „Community-Based Management of Severe Acute Malnutrition“: Sie befürworteten den CTC-Ansatz, verpflichteten sich selbst zu dessen Umsetzung und empfahlen Regierungen dessen Übernahme in ihre nationalen Gesundheitssysteme.

Es geht im Folgenden um:

- wesentliche Elemente der therapeutischen Pflege auf Gemeindeebene (Community-based Therapeutic Care, CTC),
- den Nachweis der Wirksamkeit von CTC im Hinblick auf Kindersterblichkeit und verbesserte Kindergesundheit,
- Schlüsselfaktoren, Zeitachse und Erfahrungen auf dem Weg der Entwicklung eines Forschungskonzeptes bis hin zur Veränderung internationaler Ernährungspolitik-Ansätze,
- Herausforderungen und nächste Schritte zur weiteren Verbreitung dieses neuen Konzeptes, um akute Unterernährung noch stärker zu bekämpfen und, was genauso wichtig ist, zu verhindern, dass Kinder überhaupt unterernährt sind.

deln. CTC mobilisiert auf Gemeindeebene, damit Fälle akuter Unterernährung früh erkannt werden, und unterstützt die örtlichen Gesundheitsdienste dabei, akut Unterernährte schnell, effektiv und Kinder ohne lange Krankenhausaufenthalte zu behandeln. Der Einsatz von gebrauchsfertigen therapeutischen Nahrungsmitteln (Ready to Use Therapeutic Food, RUTF) spielt dabei eine wichtige Rolle.

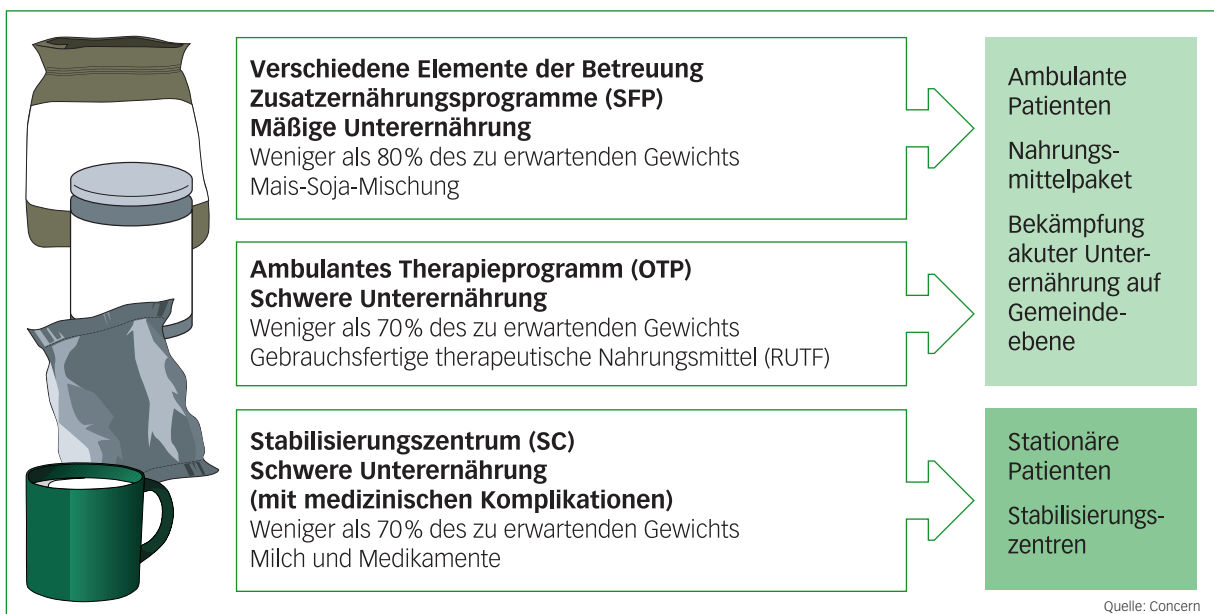
Die CTC-Methode hat verschiedene Ansatzpunkte: Schwer Unterernährte, bei denen keine medizinischen Komplikationen oder Krankheiten vorliegen, was überwiegend der Fall ist, können direkt in das ambulante Programm aufgenommen werden. RUTF wird ihnen mit nach Hause gegeben. Menschen mit gesundheitlichen Komplikationen werden zunächst in Gesundheitszentren aufgenommen, in denen sie medizinisch betreut und nach Behandlung ihrer Krankheit in die Ambulanz überwiesen werden. Bei erhöhter Nahrungsmittelknappheit erhalten weniger schwer unterernährte Menschen zur Sicherheit und Prävention zusätzliche Nahrungsmittel. Hierbei handelt es sich um ein Nahrungsmittelpaket mit einer Mais-Soja Mischung (Corn Soya Blend, CSB) oder ein ähnliches Produkt, das sie mit nach Hause nehmen.

7.2 | Zentren auf Dorfebene können flexibler reagieren

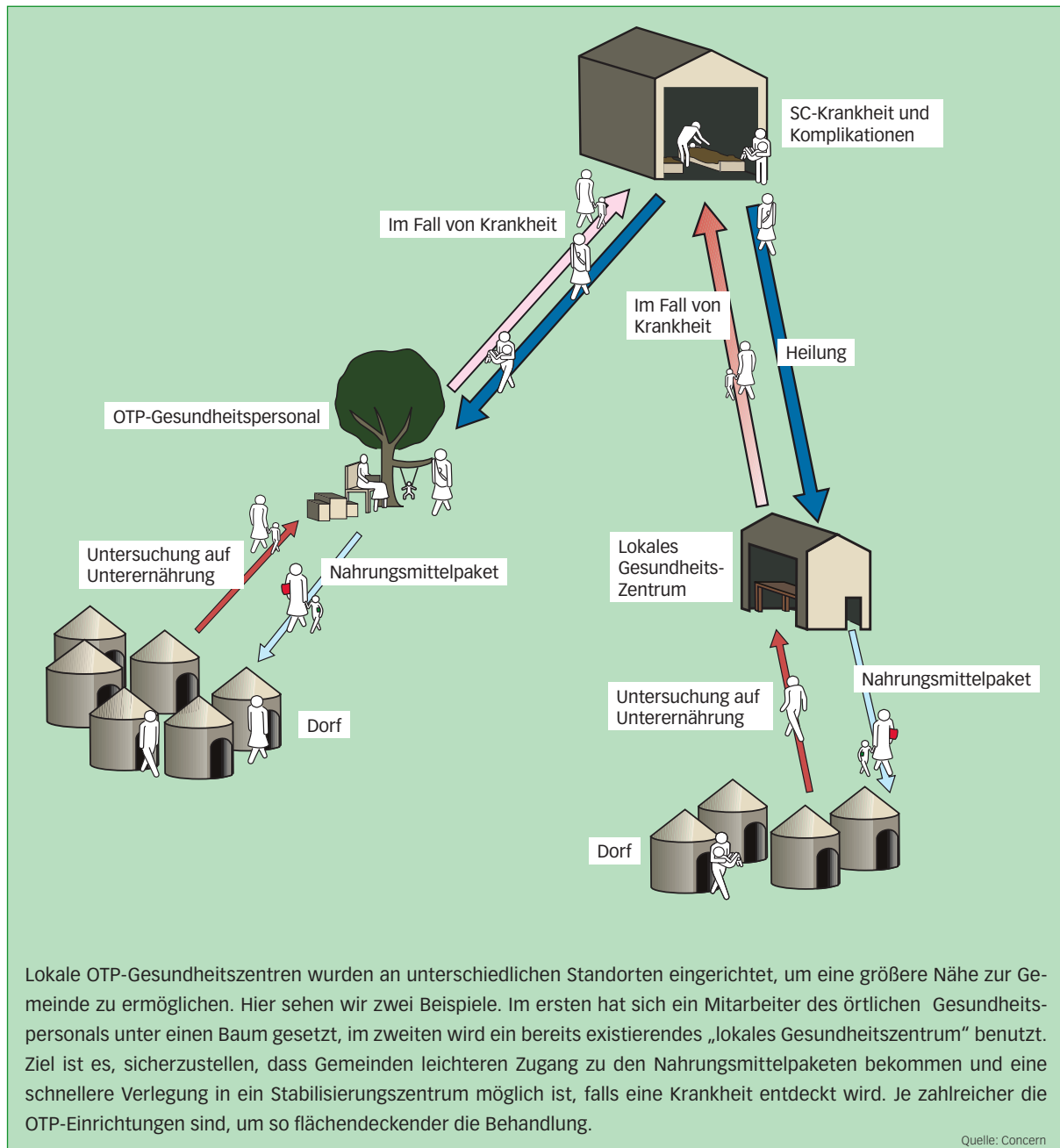
Im Vergleich zur klassischen Vorgehensweise gegen akute Unterernährung mittels therapeutischer Ernährungszentren liegt das Hauptaugenmerk der Pflege innerhalb von Gemeinden darauf, Unterernährung im Rahmen der öffentlichen Gesundheitspflege zu behan-

Ambulantes Therapieprogramm (Out-patient Therapeutic Programme) und Zusatzernährungsprogramm (Supplementary Feeding Programme): Diese dezentralen Verteilungsstandorte befinden sich in örtlichen Gebäuden des Gesundheitswesens und sind bei der jeweiligen

Verschiedene Elemente der Betreuung



Anlaufstationen für die Betreuung



Gesundheitsbehörde und bei der Gemeindeverwaltung angemeldet. Bei der Auswahl der Standorte werden Demografie und Geografie berücksichtigt, um eine größtmögliche Abdeckung zu erreichen. Bei den Standorten kann es sich auch um öffentliche Gebäude, Provisorien oder sogar Plätze unter Bäumen handeln. Die Menschen kommen einmal wöchentlich dorthin, um ihre Wochenration RUTF oder CSB abzuholen.

Stabilisierungszentren (Stabilisation Centres, SC): Falls möglich, werden diese Zentren in die örtlichen Gesund-

heitsstrukturen wie Kliniken und Krankenhäuser integriert, die bereits in der Region tätig sind. Ihre Aufgabe besteht darin, Infektionen zu behandeln, spezifische Ernährungsdefizite auszugleichen und mit der Spezialernährung zu beginnen (z.B., wenn stärkere Infektionen zurückgehen und die Patienten sich so weit erholen, dass sie wieder Appetit bekommen – dies kann 3-7 Tage dauern).

Für eine Mobilisierung der Gemeinden werden das lokale Gesundheitspersonal und andere Freiwillige genutzt,

um Bewusstseinsbildung für die Ziele, den Standort und den zeitlichen Ablauf des Programms zu betreiben. Diese wesentliche Komponente sollte schnell umgesetzt werden. Dieses Netzwerk wird ebenfalls dazu genutzt, Mütter und Pflegekräfte über die Ursachen von Unterernährung und Krankheiten aufzuklären.

7.3 | Vom Forschungskonzept zur internationalen Strategie (CTC)

Die Erarbeitung einer Beweisgrundlage mittels wissenschaftlicher Daten war von höchster Bedeutung in einem Prozess, der zum Ziel hatte, die bisherigen Politikansätze zu verändern. Die für das Valid/Concern-Forschungsprogramm zu diesem Zweck ausgewählten Teststandorte waren Äthiopien, Südsudan und Malawi.

Das CTC-Konzept wurde von Praktikern vor Ort entwickelt, die auf Grund ihrer Erfahrung festgestellt hatten, dass schwere akute Unterernährung größtenteils ein Nahrungsmittel- und weniger ein medizinisches Problem ist. Das CTC-Forschungsprogramm wendete strenge Standards bei Konzeptentwicklung und Datenanalyse an. Standardisierte Datenerfassungs- und Berichtsinstrumente wurden entwickelt und angewandt, mit denen die Forscher vergleichbare Daten an den unterschiedlichen Standorten erheben und eine Datenbank auf Basis von 24.000 Fallbeispielen aufbauen konnten. Neben einer Betrachtung der Wirkungen und Effektivität der Methode wurden Kosteneffektivitätsanalysen erstellt: Sie berechneten rückblickend die Kosten zur Rettung eines Menschenlebens.

Gleichzeitig führten andere Forscher Studien zur Messung der Wirksamkeit handelsüblicher und lokal produzierter, gebrauchsfertiger therapeutischer Nahrungsmittel (RUTF) im Vergleich zu in therapeutischen Ernährungszentren verwendeter therapeutischer Milch durch. Diese Studien erforschten weitere Aspekte des CTC-Ansatzes – Rechtzeitigkeit, Reichweite, Dezentralisierung, Behandlung zu Hause und Akzeptanz von Gemeindehelfern/Pflegekräften.⁴

Die Forscher kamen in den einzelnen Forschungsbereichen zu übereinstimmenden Ergebnissen, so dass die Glaubwürdigkeit weiter erhöht wurde und die Ergebnisse aus verschiedenen Situationen generalisiert werden können (z. B. politische Konflikte, Dürre, Entwicklung). „Lessons learnt“ aus diesen unterschiedlichen

Kontexten halfen den Forschern, Behandlungsprotokolle zu verfeinern und Berichtsformate verbessern.

Ergebnisse aus dem Forschungsprogramm 2002-2005 wurden in den Folgejahren durch weitere Belege untermauert und zeigten, dass der CTC-Ansatz, eine Kombination von stationärer und ambulanter Behandlung, die Standards für humanitäre Hilfe⁵ (SPHERE-Standards) erfüllen konnte und therapeutische Ernährungszentren in der Reichweite ganz klar übertraf – in den Gemeinden werden 80 Prozent der Unterernährten gegenüber 10-20 Prozent in speziellen Ernährungszentren erreicht.

Entscheidend bei der Geschichte der auf Gemeindeebene arbeitenden Betreuungszentren (CTC) ist, welche Faktoren eine wichtige Rolle spielten, so dass CTC ausgehend von einer Forschungsidee die internationale Ernährungspolitik veränderte. Hier spielen zwei Schlüsselfaktoren eine Rolle:

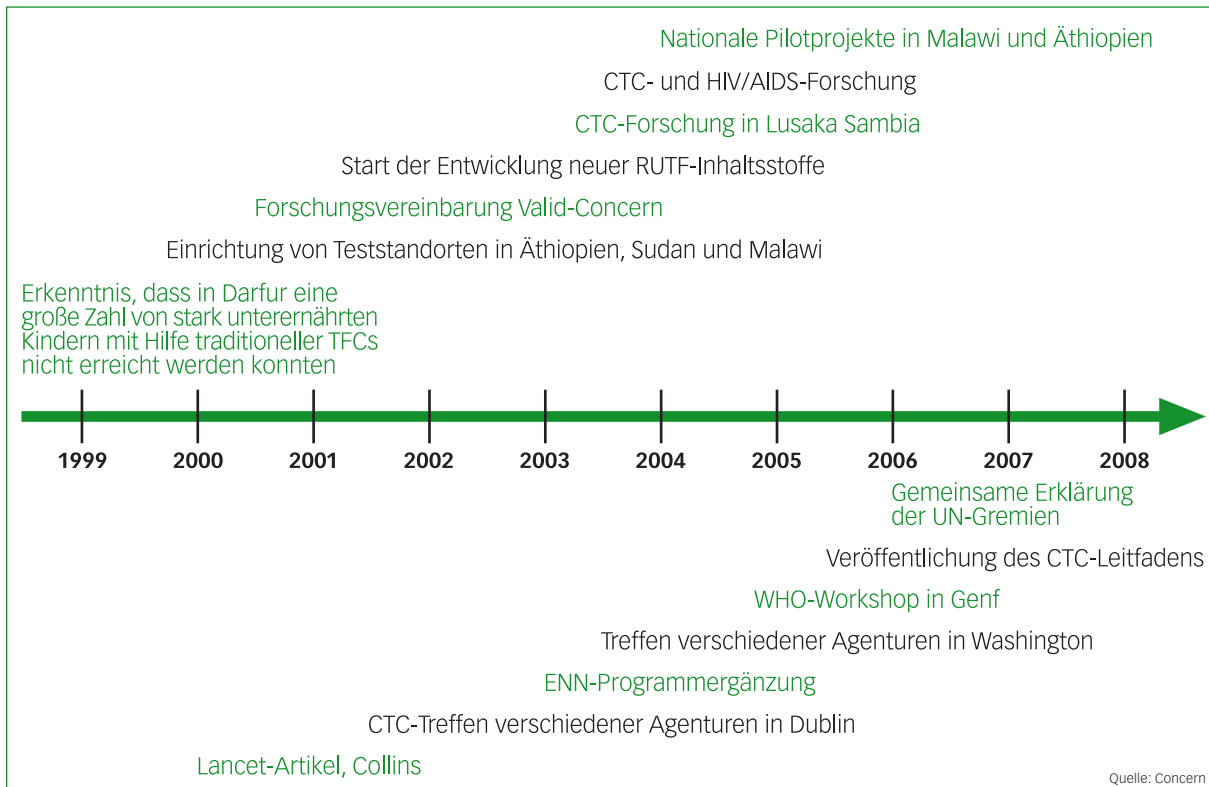
- die Zeitnähe der gemeindebasierten Zentren im Lichte einer Reihe externer Bedingungen,
- der in allen Phasen dieses Prozesses stattfindende Dialog mit wichtigen Interessenvertretern – Notleidenden, Mitarbeitern vor Ort und Politikern.

Unterhalb der Zeitachse finden sich Schlüsselereignisse während der Erarbeitung, des Austauschs und der Nutzung von CTC-Ergebnissen, die eine Veränderung internationaler Ernährungspolitik zum Ziel hatten. Hier handelt es sich um die Verbreitung von Forschungsergebnissen, den Aufbau von Unterstützungsnetzwerken, Publikationen und Tagungen. Die Schlüsselereignisse während der Entwicklung des Feldforschungsprogramms befinden sich über der Linie. Die Verbindung von Feldforschung und Advocacy-Arbeit auf höchster Ebene führte letztendlich zu Veränderungen des Politikansatzes.

7.4 | CTC – Die richtige Idee zur richtigen Zeit

In den vergangenen Jahren spielten eine Reihe von Faktoren eine wichtige Rolle für die Akzeptanz der CTC-Initiative. Im Bereich der Nothilfe herrschte allgemeiner Konsens darüber, dass die therapeutischen Ernährungszentren und Zusatzernährungsprogramme nicht so gut funktionierten wie erwartet. Die Bereitschaft war also

Entwicklung von Forschungsidee zu neuem Ernährungspolitik-Ansatz



da, etwas Neues auszuprobieren, auch wenn die CTC-Methode enorme Änderungen von Kernprinzipien bereits existierender Strategien und Programme zur Bekämpfung akuter Unterernährung bedeutete.

CTC wurde in einer Zeit entwickelt, als es mehrere gravierende Notlagen gab (Darfur-Konflikt, Dürre in Äthiopien, Dürre in Südafrika, Ernährungskrise in Niger, Tsunami in Asien, Erdbeben in Pakistan). Zwar war nicht in allen diesen Krisen Ernährungshilfe notwendig, aber es herrschte ein erhöhtes Bewusstsein für die Notwendigkeit effektiver humanitärer Hilfe. In mehreren dieser Katastrophen gab es eine große Zahl unterernährter Kinder. Hier wurde offensichtlich, dass die klassischen therapeutischen Ernährungszentren den größten Teil der betroffenen Kinder nicht effektiv erreichen konnten. Somit wirkte sich die Dringlichkeit im Zusammenhang mit der Rettung von Menschenleben in einer Notsituation günstig auf eine schnellere Akzeptanz der CTC-Methode bei den Mitarbeitern vor Ort aus.

Der CTC-Forschungs- und Veröffentlichungsprozess fand in einer Zeit statt, als zwei weitere Themen – Überlebenshilfe für Kinder und HIV/AIDS – auf der politischen Agenda ein größeres Gewicht erhielten. Unter-

ernährung trägt maßgeblich zu Kindersterblichkeit bei und ist Hauptrisikofaktor für Krankheiten. Mediziner nahmen den Erfolg von CTC zum Anlass, für eine bessere Einbindung von Gesundheits- und Ernährungsmaßnahmen im Bereich Kindergesundheit zu werben. An der HIV/AIDS-Front erhöhte das verstärkte Augenmerk auf den Zusammenhang von HIV und Unterernährung und die Notwendigkeit angemessener Ernährungsangebote ebenfalls das Interesse an einer genaueren Erforschung der CTC-Methode.

7.5 | Dialog mit wichtigen Beteiligten

Von Beginn des CTC-Projektes an gab es eine klare Verpflichtung zum Dialog mit wichtigen Beteiligten, insbesondere mit den unterernährten Menschen, den CTC-Mitarbeitern vor Ort und den politischen Entscheidungsträgern.

In den Ländern, in denen die Studie durchgeführt wurde, wurde die CTC-Methode von Pflegekräften, Haushalten, Gemeinden und Mitarbeitern der örtlichen Gesundheitsdienste weithin akzeptiert. Gebrauchsfähige therapeutische Nahrungsmittel (RUTF) führten bei Kindern eindeutig zu einer Gewichtszunahme. Auch andere Elemente der Methode – Maßnahmen zur Vereinfachung des Zugangs, etwa kürzere Wegstrecken zu CTC-Zugangspunkten, klare Informationen in lokalen Sprachen und Begriffserklärungen über Unterernährung und das CTC-Programm, eine höhere Eigenverantwortung der Pflegekräfte bei der Behandlung und Rehabilitation von Kindern und die Früherkennung schwerer Fälle von Unterernährung – wurden vollständig von den Zielgruppen akzeptiert, bei denen die Methode getestet wurde. Das verhalf der CTC-Strategie zu starker Glaubwürdigkeit.

In Gemeinden können mehr Unterernährte betreut werden

Die Betreuung von extrem unterernährten Menschen innerhalb ihrer Gemeinden ist effizienter und kostengünstiger. Forschungsergebnisse belegen, dass

- **Kranke zu Hause leben können** statt wie bisher bis zu 30 Tagen in speziellen Ernährungszentren bleiben müssen,
- die **Behandlung in lokale Gesundheitsdienste integriert** werden kann,
- in Gemeinden **80 Prozent der Unterernährten erreicht** werden, in speziellen Zentren nur 10 bis 20 Prozent.

Als erste Nutzer der Forschungsergebnisse wurden die internationalen Nichtregierungsorganisationen (INROs), die in der Nothilfe arbeiten, zu maßgeblichen Partnern für die Einführung und Unterstützung der neuen Strategie. In der frühen Pilotphase von CTC waren Concern Worldwide, Tearfund, Save UK, Save US, Care und Oxfam beteiligt. Durch die Beteiligung von INROs an den Pilotstudien und den Erfahrungsaustausch über die neue Methode wurde die INRO-Gemeinschaft schrittweise davon überzeugt, ihre Vorgehensweisen bei gravierender Unterernährung in ihren Programmen zu ändern.

Netzwerkorganisationen, die in Kontakt mit den INROs standen – zum Beispiel das Emergency Nutrition Network (ENN) und das Humanitarian Practice Network

(HPN) – beteiligten sich, indem sie spezielle Programmergänzungen förderten, die sich auf konkrete Ergebnisse, Instrumente und Erfahrungen konzentrierten. Diese Netzwerke wurden zu starken Befürwortern der neuen Methode. Mitarbeiter der Gesundheitsministerien wurden eingeladen, ihre Erfahrungen mit der Behandlung von akuter Unterernährung zu schildern und Einblicke in die Einbindung von CTC in die Gesundheitssysteme der Entwicklungsländer zu bieten. Ihre Beteiligung stärkte die Einführung von CTC auf nationaler Ebene.

Der Dialog mit Politikern fand über Netzwerke auf unterschiedlichen Ebenen und bereichsübergreifend statt. Die CTC-Strategie ist interdisziplinär (Landwirtschaft und Märkte, Sozialwissenschaften einschließlich Anthropologie, Lebensmitteltechnologie, Gesundheit) und bezieht sich auf unterschiedliche Kontexte (Nothilfe, Situationen nach der Nothilfe oder Übergangsphasen, Entwicklung). So wurde von Beginn an die lokale Herstellung von therapeutischen Nahrungsmitteln gefördert, außerdem wurden mögliche Verknüpfungen zu Landwirtschaft, Lebensmitteltechnologie und Absatzmärkten für die Produktion von RUTF-Inhaltsstoffen sondiert.

Zahlreiche Workshops mit Partnern und Interessenvertretern fanden statt, um sich über Erfahrungen, Ergebnisse und Probleme auszutauschen. Ein im Oktober 2003 von Concern in Dublin organisierter Workshop schuf die Voraussetzungen für den routinemäßigen und transparenten Austausch von Forschungsergebnissen. Im Februar 2005 organisierte Save-US ein Nachfolge-Meeting in Washington.

Auf internationalen Konferenzen wurden die Forschungsergebnisse auch mündlich weitergegeben. Es fanden spezielle Tagungen und Präsentationen mit wichtigen Entscheidungsträgern statt. Außerdem wurden praktische Instrumente für internationale NROs und Gesundheitsministerien zur Bekämpfung akuter Unterernährung auf Gemeindeebene entwickelt, darunter Fachberichte, ein Leitfaden und Schulungsmaterial. Diese verschiedenen Foren trugen zur detaillierten Entwicklung und breiten Annahme der CTC-Strategie bei. In Verbindung mit klaren Belegen für deren Effektivität führte dies letztendlich im November 2005 auf einem von der Weltgesundheitsorganisation einberufenen Workshop zu einem Konsens zur Übernahme des Ansatzes sowie zu der gemeinsamen Erklärung der UN-Gremien im Juni 2007 zur Bekämpfung akuter Unterernährung auf Gemeindeebene.

7.6 | Herausforderungen und nächste Schritte

Angesichts der breiten Übereinstimmung, dass die Bekämpfung akuter Unterernährung auf Gemeindeebene, wie in der gemeinsamen Erklärung der UN dargelegt, die bevorzugte Strategie ist, besteht die Herausforderung nun darin, Verbreitungswege zu finden. Mehrere Länder (Malawi, Äthiopien, Kenia) sind dabei oder haben sich verpflichtet, die Methode in ihr öffentliches Gesundheitswesen zu integrieren. Andere Länder haben Pilotprojekte gestartet. Immer mehr Gesundheitsministerien melden Bedarf an, die Bekämpfung akuter Unterernährung auf Gemeindeebene zu planen und umzusetzen. Die gemeinsame Erklärung der UN wird unweigerlich zu einer erhöhten Nachfrage führen.

Bei einer Ausweitung auf andere Länder werden weitere Forschungsarbeiten bei den Zielgruppen überaus wichtig sein, um eine gleich bleibende TCT-Qualität zu gewährleisten und Hindernisse für die Umsetzung zu erkennen und aus dem Weg zu räumen. Ein Hindernis kann beispielsweise die unzuverlässige Verfügbarkeit kostengünstiger RUTF sein, eine schwache Gesundheitsinfrastruktur und überfordertes Gesundheitspersonal bei der Versorgung, auf Gemeinde- und Führungsebene.

Eine weitere Herausforderung liegt darin, die Bekämpfung akuter Unterernährung auf Gemeindeebene nicht nur auf Notsituationen zu beschränken. Die meisten Todesfälle bei Kindern unter fünf Jahren ereignen sich nicht in humanitären Krisen oder akuten Notsituationen, sondern in Ländern, die relativ stabil sind. Ein hohes Maß an akuter Unterernährung außerhalb von Nothilfesituationen erfordert die Integration der Strategie auf Gemeindeebene in die routinemäßige medizinische Versorgung unter Einbeziehung von Programmen für Kindergesundheit, gegen Malaria und gegen HIV/Aids.

Die Strategie zur Bekämpfung von Unterernährung auf Gemeindeebene kann sogar dazu führen, dass akute Unterernährung von vornherein verhindert wird. Zunehmend wird anerkannt, dass Nothilfe- und Entwicklungskontexte nicht voneinander unabhängig sind und dass chronische Armut oft der zugrunde liegende Faktor ist, der einen externen Schock, etwa eine Dürre, in eine komplette humanitäre Katastrophe verwandeln kann (z. B. die Ernährungskrise im Niger im Jahr 2005). Akute Unterernährung im Entwicklungskontext anzu-

gehen ist ein Weg, um Auswirkungen von Krisen auf die Ernährung abzumildern und zu verhindern. Länder mit einem höheren Krisenrisiko sollten einen Plan zur schnellen Expansion der CTC in ihren Katastrophenplan integrieren.

Zusammengefasst ist die Entwicklung der CTC und ihre Einführung durch die internationale Gemeinschaft als bevorzugte Methode gegen akute Unterernährung eine wichtige Innovation auf politischer und praktischer Ebene. Bei einer breiten Einführung und Ausweitung hat CTC das Potenzial, Tausende von Menschenleben zu retten. Die der CTC zugrunde liegenden Prinzipien (Arbeiten auf der Gemeindeebene) haben auch über die Nothilfe hinaus ihre Bedeutung und müssen als Teil einer integrierten Methode gegen akute und chronische Unterernährung gleichermaßen in die nationalen Gesundheitssysteme eingebunden werden.

Die Ansätze im Programmdesign, die Erbringung von Nachweisen, die Datenanalyse, der Dialog mit wichtigen Interessenvertretern und politische Lobbyarbeit waren Schlüsselfaktoren dafür, dass eine Forschungsidee zu einer Veränderung der internationalen Ernährungspolitik führte. Erfahrungen aus diesem Prozess müssen dokumentiert, veröffentlicht und ausgewertet werden – damit wir noch weitere innovative Strategien entwickeln können, um Hunger und seine schrecklichen Folgen zu besiegen.

Autoren: Howard Dalzell ist Policy Director, Lynnda Kiess ist Senior Nutrition Advisor und Tom Arnold ist Chief Executive bei Concern Worldwide in Dublin, Irland. Dr. Steve Collins ist Managing Director bei Valid International.

¹ UNICEF State of the World's Children, 2006

² Collins, S. Changing the way we address severe malnutrition during famine. *Lancet*, 2001 358. 498-501.

³ Community-based management of severe acute malnutrition. A Joint Statement by the World Health Organisation, the World Food Programme, the UN Standing Committee on Nutrition and United Nations Children's Fund, May, 2007.

⁴ Briend A, Lacsala R, Prudhon C, Mounier B, Grellety Y, Golden MH. Ready-to-use therapeutic food for treatment of marasmus. *Lancet*. 1999 May 22;353(9166):1767-8. Manary MJ, Ndeha MJ, Ashorn P, Maleta K, Briend A. Home based therapy for severe malnutrition with ready-to-use food. *Arch Dis Child*. 2004 Jun; 89(6):557-61.

⁵ Gegründet wurde das Sphere-Projekt 1997 von einer Reihe humanitärer Nichtregierungsorganisationen, dem Roten Kreuz und Roten Halbmond. Weitere Informationen unter www.sphereproject.org.

Zusammenfassung

WHI-Rangliste: Investitionen in Bildung, Gesundheit und Wirtschaft haben positive Effekte, Afrika bleibt Schlusslicht

An erster Stelle im Welthunger-Index 2007 stehen Libyen, Argentinien, Litauen, Rumänien und Chile, dicht gefolgt von Lettland, der Ukraine, Estland, Kuba und Uruguay: Alle Länder sind wirtschaftlich entwickelt und verfügen über relativ funktionsfähige Bildungs- und Gesundheitssysteme. Am Ende der Rangliste finden wir Eritrea, Burundi, die Demokratische Republik Kongo (ehemals Zaire), gefolgt von weiteren Ländern Afrikas südlich der Sahara. Unterentwicklung, Kriege und schlechte Regierungsführung sind hier maßgeblich verantwortlich für die hohen Welthunger-Index-Werte. Teils wird die bereits schwierige Lage durch häufig wiederkehrende Dürrekatastrophen und die rasante Ausbreitung der AIDS-Epidemie verschärft. Armut ist die Hauptursache von Unterernährung und Hunger: Arme Menschen können nicht genug und auch keine ausgewogene Nahrung kaufen. Als Kleinbauern wiederum sind sie nicht in der Lage, diese in ausreichender Menge und Qualität für den Eigenbedarf zu produzieren.

Hunger-Brennpunkte: Benachteiligung von Frauen fördert Unterernährung

Brennpunkte von Hunger bleiben Afrika südlich der Sahara, wo extreme Armut am ausgeprägtesten ist, und Südasien. In Ländern wie Indien, Nepal, Bangladesch und Pakistan kann zwar ein größerer Anteil der Bevölkerung als in Subsahara-Afrika den Nahrungsenergiebedarf decken, und auch die Kindersterblichkeit ist geringer. Doch kulturelle Gebräuche und der niedrige soziale Status von Frauen in der Region sind verantwortlich für eine Rekordrate bei Mangelernährung von Kindern: So essen beispielsweise in manchen Gebieten Indiens männliche Mitglieder der Familie zuerst und

Frauen müssen sich mit den Resten begnügen. Kinder unterernährter und anämischer Mütter haben ein höheres Risiko, bereits mit zu geringem Gewicht geboren zu werden. Mehr als die Hälfte aller Kinder mit zu geringem Geburtsgewicht kommt in Südasien zur Welt. In Indien allein leben 40 Prozent aller untergewichtigen Kinder unter fünf Jahren.

Halbzeitbilanz bei MDGs: Fortschritte in Kuba, Rückschritte in Konfliktländern

Folgendes Bild ergibt sich bei der Überprüfung mit dem WHI-Fortschrittsindikator, welche Länder und Regionen bei der Hungerbekämpfung – gemessen an den MDGs – zur Zielerreichung im Jahr 2015 auf Kurs sind: Etwa ein Drittel von 91 Ländern, für die der WHI-Fortschrittsindikator ermittelt wurde, folgen einem positiven Trend und könnten das „Plansoll“ für den WHI 2015 erreichen. Hier liegt Kuba an der Spitze, gefolgt von weiteren lateinamerikanischen Ländern, Staaten aus dem Nahen Osten und Nordafrika (die Transformationsländer in Osteuropa und Zentralasien konnten nicht berücksichtigt werden, da Daten für das MDG-Basisjahr 1990 fehlen).

Eine Verbesserung zeichnet sich zwar auch für ein weiteres Drittel der Länder ab, doch reichen bisherige Anstrengungen nicht aus: In neun Ländern, sieben davon in Subsahara-Afrika, stagniert die Entwicklung. Rückschritte machte knapp ein Fünftel der Länder – vor allem die Verlierer auf der WHI-Rangliste: Burundi und die Demokratische Republik Kongo, beide Länder mit einer sehr fragilen Sicherheitslage. Auch Liberia leidet noch unter den Folgen eines langjährigen Bürgerkriegs, Swasiland ist besonders hart von der Aids-Epidemie betroffen. Aber auch Nordkorea mit seiner extremen Isolationspolitik, Misswirtschaft und hohen Militärausgaben fällt in diese Gruppe.

Kontinente im Vergleich

In Afrika zeigen sich überwiegend unzureichende Fortschritte. Wenige Länder sind auf Kurs: so Mosambik, das nach jahrzehntelangem Bürgerkrieg den Wiederaufbau erfolgreich meistert, und Ghana mit einer seit längerem stabilen innenpolitischen Situation. Alle vier Länder am unteren Ende der Fortschritts-Rangliste (Liberia, Swasiland, Burundi, Kongo) liegen südlich der Sahara.

In Asien überwiegen positive Trends bei einer Messung mit dem WHI-Fortschrittsindikator: Selbst Länder Südasiens mit hoher Unterernährung machen Fortschritte. Diese reichen allerdings nicht aus, mit Blick auf das Jahr 2015 auf Kurs zu sein. Das starke Wirtschaftswachstum in vielen Ländern – insbesondere in China und Indien – ist ein Motor dieser positiven Entwicklung in Verbindung mit Investitionen in die Grundversorgung der Bevölkerung. Allerdings steht diese Verbesserung in einigen Ländern Asiens in keinem Verhältnis zum enormen wirtschaftlichen Wachstum: Denn die ärmsten Bevölkerungsschichten profitieren viel weniger vom Wirtschaftsboom als wohlhabendere. Hier wären gezielte Maßnahmen zur Bekämpfung von Mangelernährung – speziell bei Kindern – notwendig.

Instrumente direkter Hungerbekämpfung: therapeutische Pflege auf Gemeindeebene und die Initiative Millenniumsdörfer

Wissenschaftler und internationale Experten der Entwicklungszusammenarbeit – darunter auch die Hilfsorganisation Concern – entwickelten aufgrund ihrer Erfahrungen mit Hungerkrisen im Südsudan, in Äthiopien und Malawi gemeinsam eine neue Methode zur Versorgung akut Unterernährter. Diese ist effizient und kostengünstig, da die Versorgung innerhalb der

Gemeinden und nicht wie bisher üblich in speziellen Ernährungszentren erfolgt. Statt 10 bis 20 Prozent behandlungsbedürftiger Unterernährter werden jetzt 80 Prozent erreicht: Die Therapie kann auch von lokalen Gesundheitsdiensten durchgeführt werden, so dass die Betroffenen nicht mehr bis zu 30 Tagen fern ihrem Heimatort verbringen müssen. Seit 2005 ist dieser neue Ansatz bei der Weltgesundheitsorganisation, seit Juni 2007 auf UN-Ebene allgemein anerkannt und soll künftig verstärkt umgesetzt werden.

Chronischer Hunger ist weit verbreitet in ländlichen Regionen, drei von vier Armen leben dort. Von 2006 bis 2010 führt die Deutsche Welthungerhilfe ein Pilotvorhaben durch: In 15 Dörfern weltweit werden in Abstimmung mit der lokalen Bevölkerung MDGs definiert, deren Zielerreichung durch konkrete Projekte unterstützt wird. Jährlich wird ein Monitoring durchgeführt, um Fortschritte zu messen und ggf. Korrekturen durchzuführen. In den drei Fallbeispielen in Angola, Äthiopien und Nicaragua leben 88 bis 97 Prozent der Bevölkerung von weniger als 37 US-Cent am Tag, Kindersterblichkeit und Untergewicht von Kindern sind hoch. Konkrete Projektmaßnahmen konzentrieren sich auf die Schaffung von Einkommen in der Landwirtschaft – auch durch höhere Erträge –, Gesundheitsberatung und Aufbau von Infrastruktur. Selbsthilfe-Gruppen werden gefördert, lokale Partnerorganisationen beraten. Perspektivisch sollen letztere in der Lage sein, mit entsprechendem Knowhow von der eigenen Regierung Rechenschaft einzufordern und sich als Anwalt für Hungernde im eigenen Land zu engagieren.

Anhang

A | Datenquellen und Berechnung des WHI und WHI-Fortschritts-indikators

Die Berechnung der WHI-Werte ist auf Entwicklungsländer und Transformationsländer beschränkt, für die der Messung von Hunger die größte Bedeutung beigelegt wird. Die Tabelle gibt einen Überblick über die Datenquellen für den Welthunger-Index. Die erste Spalte gibt das Bezugsjahr des WHI an, und die zweite Spalte listet die zugehörige Anzahl der Länder auf, für die der Index berechnet werden kann.

Die Datengrundlage für den Welthunger-Index (WHI)

WHI	Anzahl der Länder mit WHI	Index-Komponenten		
		Indikatoren	Bezugsjahre	Datenquellen
1990	98	• Prozentsatz der Unterernährten in der Bevölkerung ¹	1990-1992 ²	FAO 2006, eigene Schätzungen
		• Prozentualer Anteil von Kindern unter fünf Jahren mit Untergewicht	1988-1992 ³	WHO 2006 ⁴ , UN ACC/SCN 1993, eigene Schätzungen
		• Sterblichkeitsrate von Kindern unter fünf Jahren	1990	UNICEF 2006
2007	118	• Prozentsatz der Unterernährten in der Bevölkerung ¹	2001-2003 ²	FAO 2006, eigene Schätzungen
		• Prozentualer Anteil von Kindern unter fünf Jahren mit Untergewicht	2000-2005 ⁵	WHO 2006 ⁴ , verschiedene DHS-Berichte ⁶ , eigene Schätzungen
		• Sterblichkeitsrate von Kindern unter fünf Jahren	2004	UNICEF 2006

Anmerkungen: ¹ Anteil der Menschen in der Bevölkerung mit Kaloriendefizit; ² Drei-Jahres-Durchschnitt; ³ Erhebung aus dem Jahr, das 1990 am nächsten kommt; falls Daten für 1988 und 1992 oder 1989 und 1991 vorhanden waren, wurde der Mittelwert gebildet. Schätzwerte aus UN ACC/SCN 1993 und eigene Schätzungen sind für 1990. ⁴ Die für die Globale WHO-Datenbank zu Wachstum und Mangelernährung von Kindern angewandte Methodik ist in de Onis und Blössner 2003 beschrieben. ⁵ Aktuellste Erhebung in diesem Zeitraum, eigene Schätzungen sind für 2004; ⁶ Berichte zu Erhebungen über Demographie und Gesundheit (Demographic and Health Surveys), siehe <http://www.measuredhs.com>.

Welthunger-Index und WHI-Fortschrittsindikator werden folgendermaßen berechnet:

- (1) $WHI = (PUN + KUW + KS)/3$
 mit WHI: Welthunger-Index
 PUN: Anteil der Unterernährten in der Bevölkerung (in %)
 KUW: Anteil der Kinder unter fünf Jahren mit Untergewicht (in %)
 KS: Anteil der Kinder, die vor Erreichen des fünften Lebensjahres sterben (in %)

Alle drei Index-Komponenten werden in Prozentsätzen ausgedrückt, und die Ergebnisse einer Hauptkomponentenanalyse legen nahe, sie gleich zu gewichten. Höhere WHI-Werte zeigen mehr Hunger an. Der Index variiert zwischen einem Minimum von 0 und einem Maximum von 100. Der Maximalwert von 100 würde jedoch nur erreicht, wenn alle Kinder vor ihrem fünften Geburtstag sterben würden, die gesamte Bevölkerung unterernährt wäre und alle Kinder unter fünf Jahren untergewichtig wären. Der Minimalwert von 0 kommt in der Praxis ebenfalls nicht vor, weil hierfür nicht nur 0 % an Unterernährten in der Bevölkerung notwendig wären, sondern dieser Wert außerdem erfordern würde, dass kein Kind unter fünf Jahren untergewichtig ist und kein Kind vor seinem fünften Geburtstag stirbt.

Die Berechnung des WHI-Fortschrittsindikators erfolgt in mehreren Schritten. Zunächst wird auf der Grundlage der Komponenten des WHI 1990 ein Zielwert für das Jahr 2015 ermittelt. Die angestrebten Reduzierungen für die drei Teilindikatoren des WHI ergeben sich dabei aus den Millenniumszielen, die die zwischen dem Basisjahr 1990 und 2015 vorgesehenen Fortschritte festlegen: Halbierung des Anteils der Hungernden (der Prozentsatz der Unterernährten und der Anteil der Kinder unter fünf Jahren mit Untergewicht wurden von den Vereinten Nationen als Indikatoren ausgewählt)¹ und Verringerung der Kindersterblichkeit auf ein Drittel (die Sterblichkeitsrate von Kindern unter fünf Jahren ist hierfür der Millenniumsziel-Indikator). Die Zielwerte für diese drei Indikatoren werden nach der Formel für den WHI addiert und durch drei geteilt:

$$(2) \text{ WHI-Zielwert für 2015} = ((PUN \text{ 1990-92})/2 + (KUW \text{ 1990})/2 + (KS \text{ 1990})/3)/3$$

In einem nächsten Schritt wird die Verringerung des WHI 1990, die zur Erreichung der Millenniumsziele notwendig ist, sowie die bisher erfolgte Veränderung des WHI berechnet.

$$(3) \text{ angestrebte Reduzierung des WHI} = \text{WHI-Zielwert für 2015} - \text{WHI 1990}$$

$$(4) \text{ tatsächliche bisherige Veränderung des WHI} = \text{WHI 2007 (MDG-Limit)} - \text{WHI 1990}$$

Im Mittel beträgt der zeitliche Abstand zwischen den in den WHI 1990 und den WHI 2007 eingehenden Daten ungefähr zwölftehalb Jahre, so dass der WHI 2007 in etwa der Halbzeit für die Millenniumsziele entspricht. Der WHI 2007 (MDG-Limit) wird im Gegensatz zum „normalen“ WHI 2007 so berechnet, dass für jeden Teilindikator, der bereits über das Millenniumsziel hinaus reduziert wurde, statt des tatsächlichen Wertes der Zielwert für 2015 eingesetzt wird². In Anlehnung an eine von Gentilini und Webb 2006 entwickelte Methode werden im Folgenden die angestrebte Reduzierung und die tatsächliche Veränderung des WHI zueinander ins Verhältnis gesetzt, um den WHI-Fortschrittsindikator zu erhalten:

$$(5) \text{ WHI-Fortschrittsindikator} = \text{bisherige Veränderung des WHI/bis 2015 angestrebte Reduzierung des WHI}$$

Falls die bisherige Veränderung des WHI genau der angestrebten Reduzierung bis 2015 entspricht, ergibt sich daraus ein Wert von 1 für den Fortschrittsindikator. Dieser zeigt an, dass die Millenniumsziele für alle drei WHI-Komponenten bereits erreicht wurden. Ein Wert von 0.5 entspricht einer Abnahme des WHI, wie sie bei gleichmäßiger Reduzierung zwischen 1990 und 2015 für die Millenniumsziel-Halbzeit zu erwarten wäre. Länder, die einen Wert des WHI-Fortschrittsindikators von 0.5 oder höher aufweisen, sind bislang auf Kurs zur Erreichung des WHI-Zielwertes für 2015. Der WHI-Fortschrittsindikator wird dann Null, wenn sich der Index seit 1990 nicht verändert hat. Negative Werte für den WHI-Fortschrittsindikator ergeben sich, wenn der WHI sich erhöht statt verringert hat, was eine Verschlechterung der Situation darstellt.

¹ Für den Prozentsatz der Unterernährten ist der Zeitraum 1990-92 die offizielle Basis für die Millenniumsziele. Falls der Anteil der Kinder mit Untergewicht aus einem anderen Jahr als 1990 stammt (siehe die Tabelle zur Datengrundlage auf der vorhergehenden Seite), wird dies durch eine entsprechende Anpassung des Zielwerts berücksichtigt (siehe Wiesmann 2007 für Details). Für die Jahre 1988 und 1989 wird eine etwas höhere, für die Jahre 1991 und 1992 eine etwas geringere Reduzierung als die exakte Halbierung zugrunde gelegt.

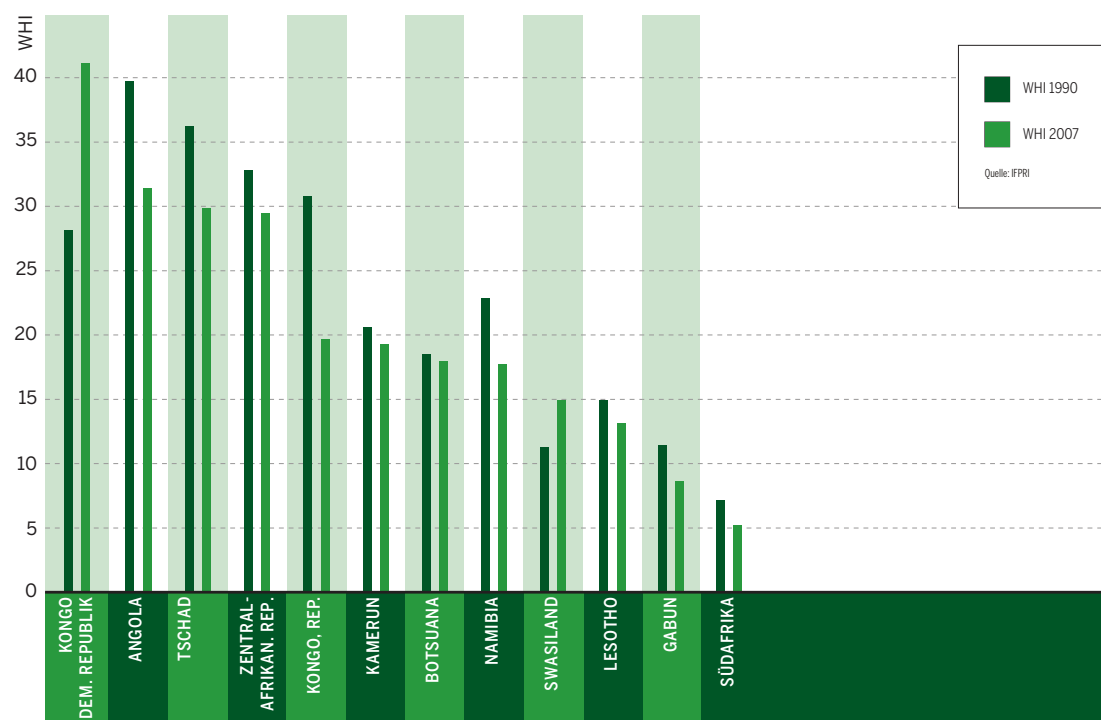
² Andernfalls könnte der WHI-Fortschrittsindikator anzeigen, dass das Ziel für 2015 erreicht wurde, obwohl dies möglicherweise nicht für alle drei Komponenten des WHI zutrifft. Durch die gewählte Methode kann vermieden werden, dass die Reduzierung eines Teilindikators des WHI über das Millenniumsziel hinaus in der Gesamtberechnung mangelnde Fortschritte in den anderen beiden Teilindikatoren ausgleicht.

B | Entwicklung des WHI in Subregionen und Ländern

Schaut man nur auf WHI-Durchschnittswerte für ganze Weltregionen, so verliert man leicht Ungleichheiten zwischen Subregionen und einzelnen Ländern aus dem Blick. Besonders Länder mit einer großen Bevölkerung in sehr verschiedenartigen Landesgebieten sollten künf-

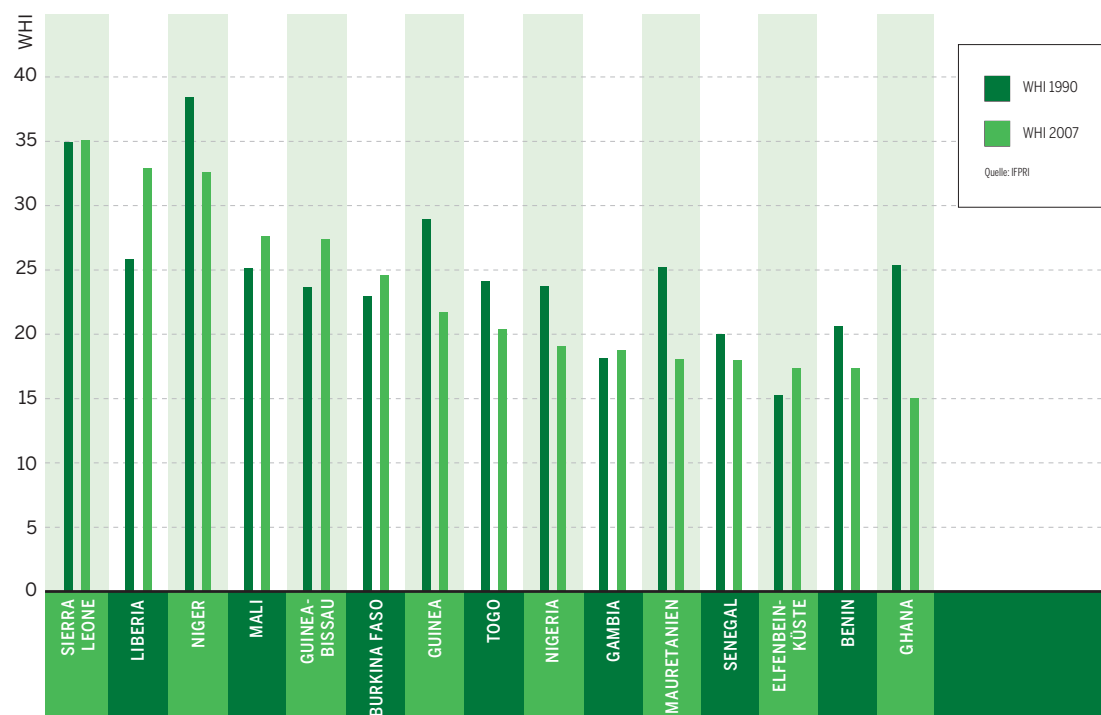
Zentrales und südliches Afrika

WHI-Trends von 1990 bis 2007 nach Ländern



Westafrika

WHI-Trends von 1990 bis 2007 nach Ländern

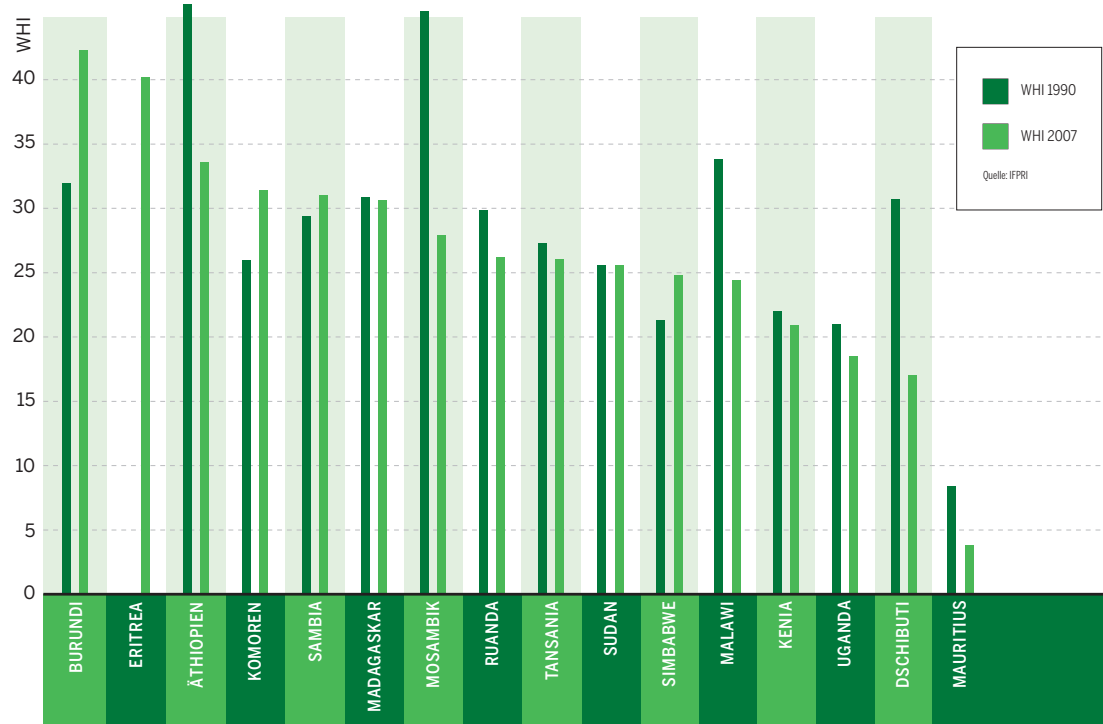


tig in ihren Indexwerten subnational aufgeteilt werden. De facto kann es innerhalb eines solchen Landes weiterhin einzelne Hunger- und Armutsregionen geben, selbst wenn der nationale WHI positiv erscheint. Deshalb erfolgt eine weitere Differenzierung nach Weltregionen,

innerhalb deren wiederum Länder entsprechend ihrem WHI 2007 aufgelistet sind. Einige Trends und Entwicklungsmuster können dadurch verdeutlicht werden.

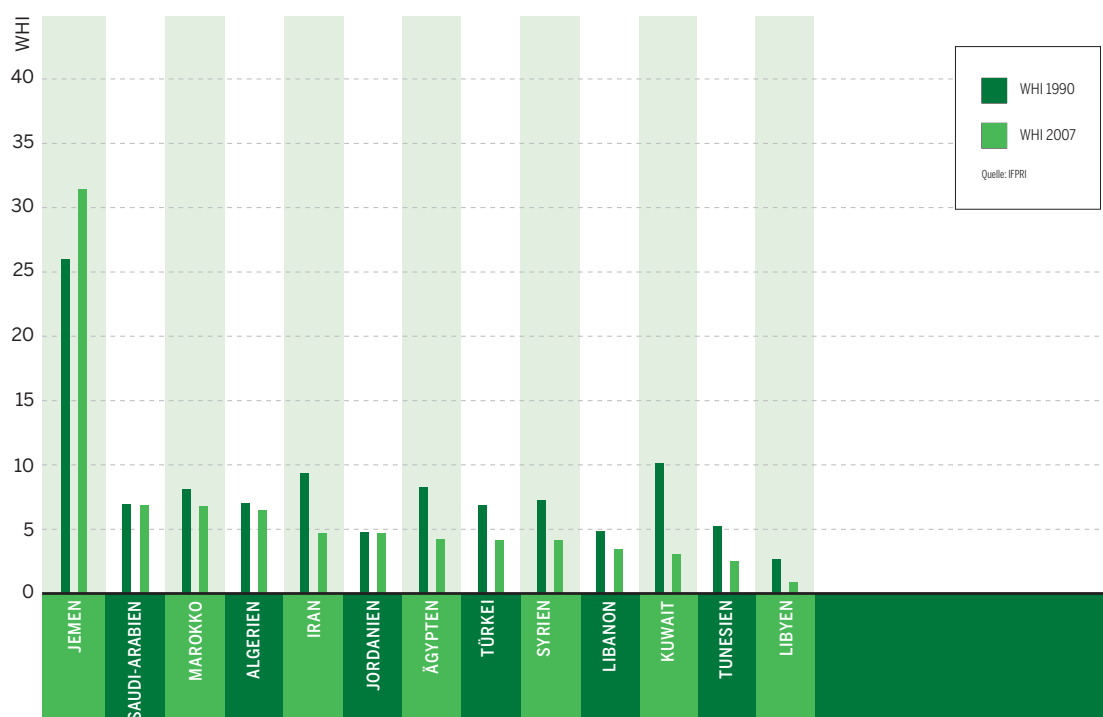
Ostafrika

WHI-Trends von 1990 bis 2007 nach Ländern



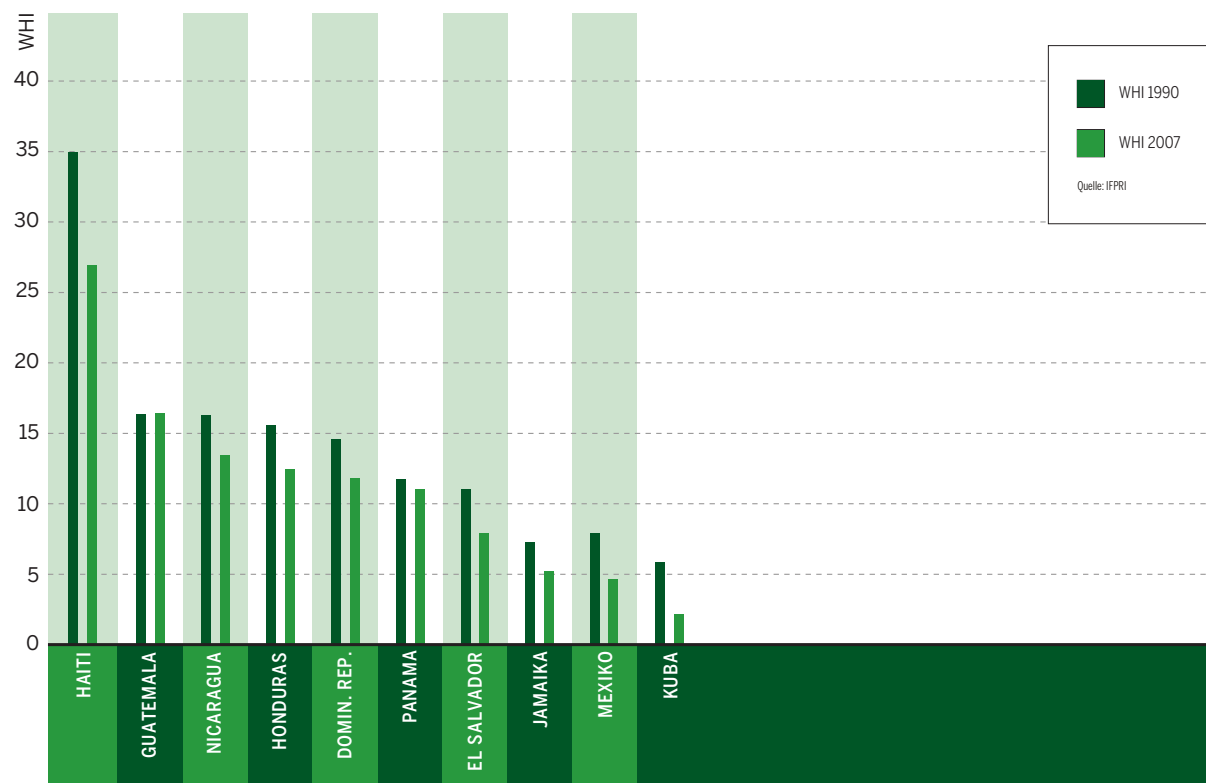
Naher Osten und Nordafrika

WHI-Trends von 1990 bis 2007 nach Ländern



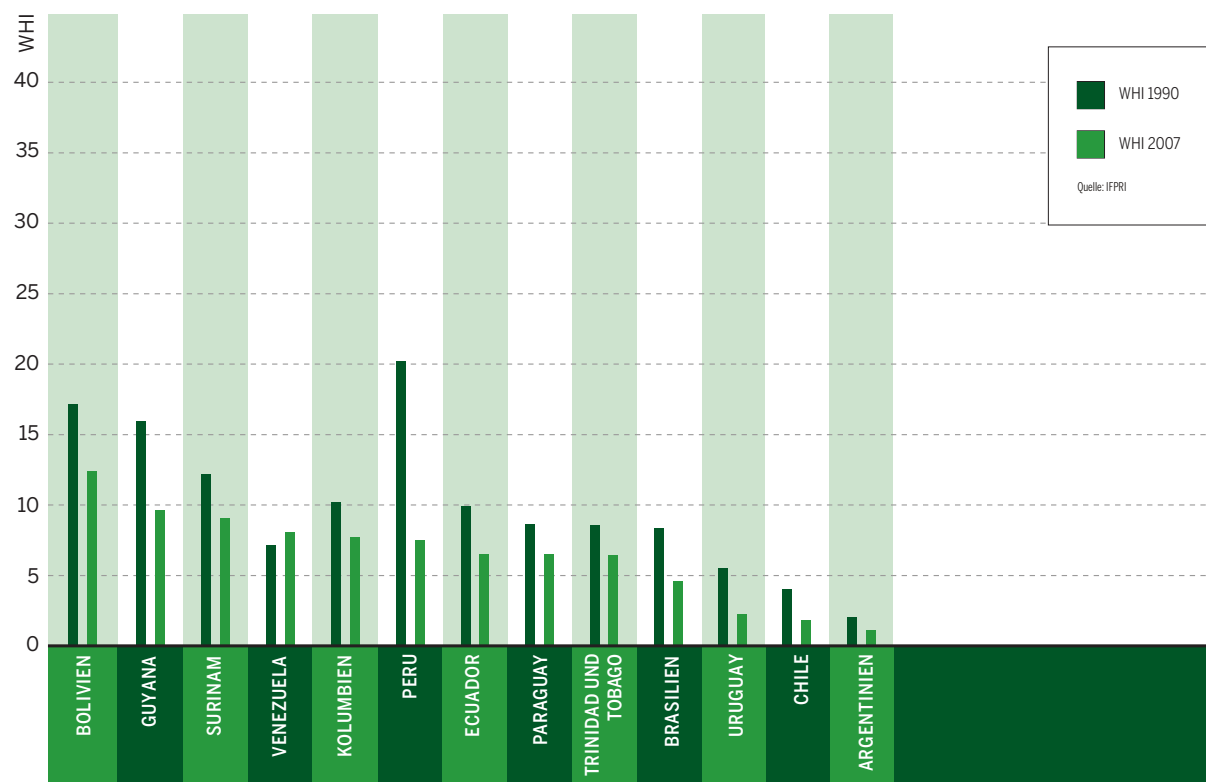
Zentralamerika und Karibik

WHI-Trends von 1990 bis 2007 nach Ländern



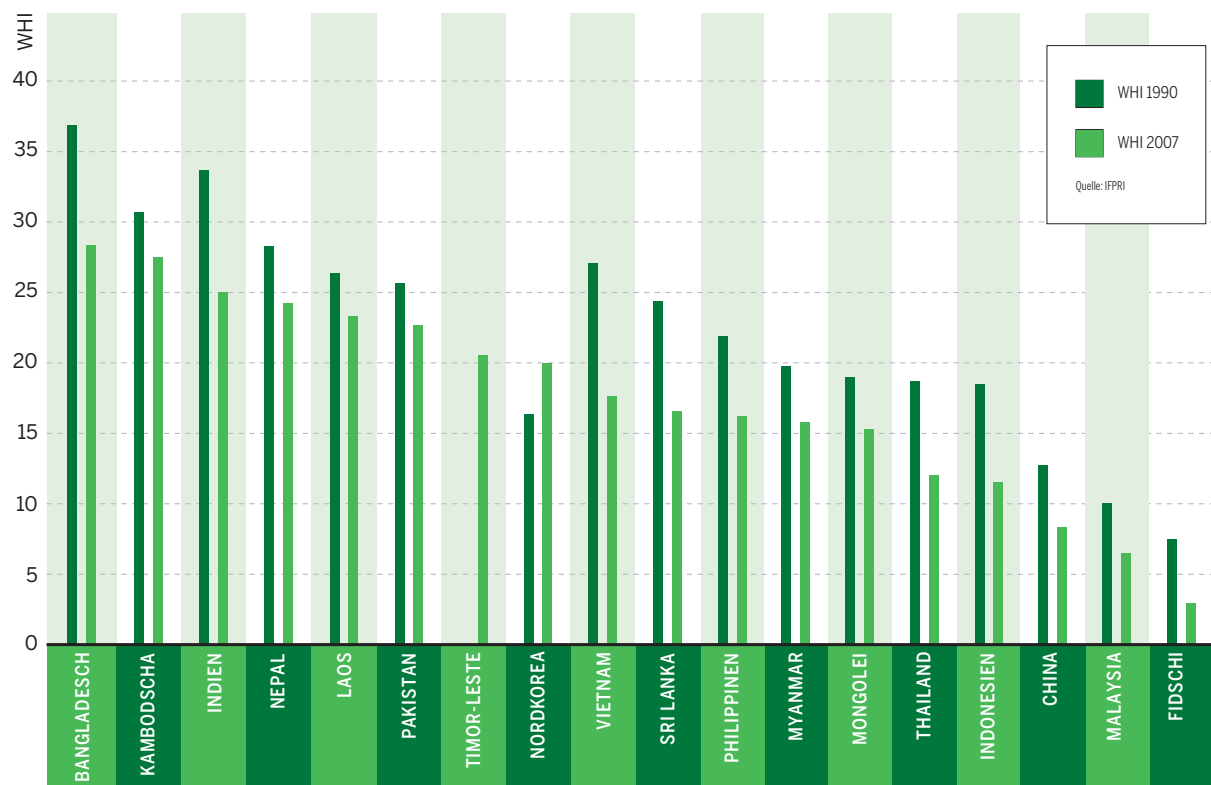
Südamerika

WHI-Trends von 1990 bis 2007 nach Ländern



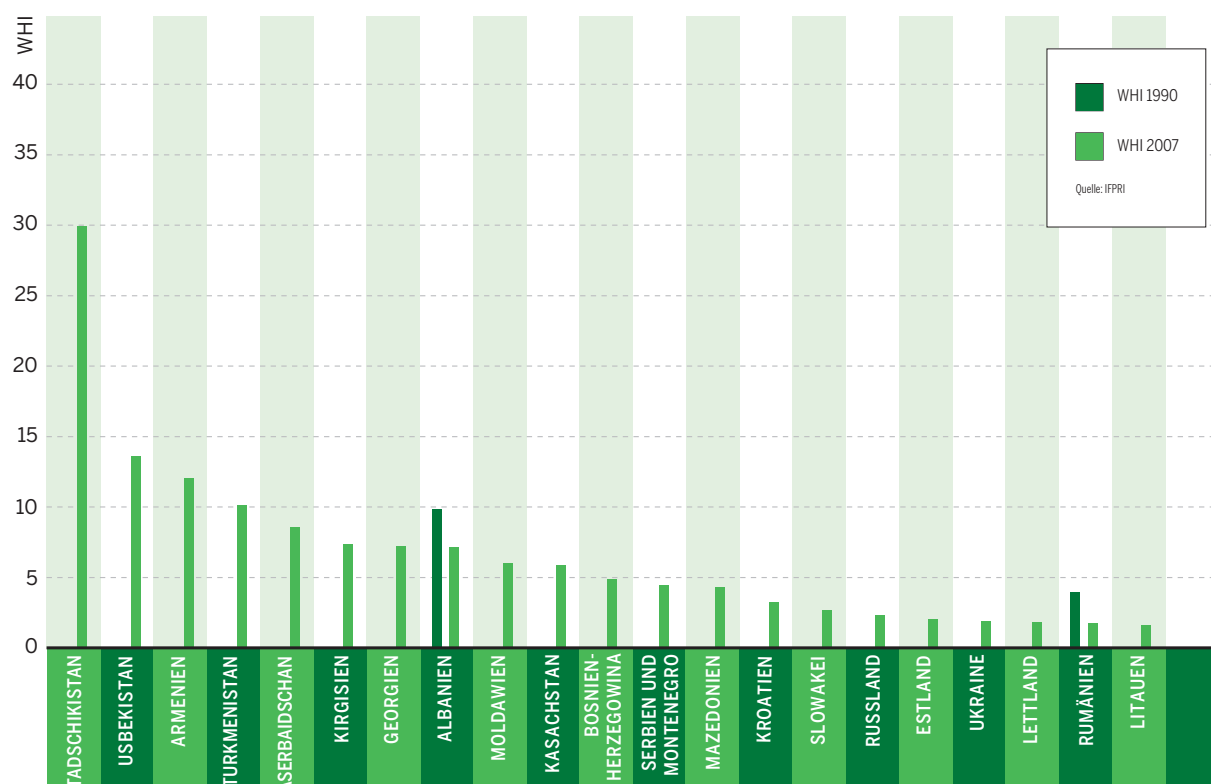
Südasien, Ostasien und Pazifik

WHI-Trends von 1990 bis 2007 nach Ländern



Osteuropa und Zentralasien

WHI-Trends von 1990 bis 2007 nach Ländern



C. | Basisdaten zur Berechnung des Welthunger-Indexes

Land	Anteil der Unter- ernährten in der Gesamtbevölkerung (in %)		Verbreitung von Untergewicht bei Kindern unter fünf Jahren (in %)		Sterblichkeitsrate von Kindern unter fünf Jahren (in %)		Welthunger-Index (WHI)		MDG- Zielwert des WHI	WHI- Fortschritts- indikator (WHI-F)
	1990-92	2001-03	1988-92	2000-05	1990	2004	1990	2007	2015	2007
Afghanistan	-	-	40,3**	-	26,0	25,7	-	-	-	-
Ägypten	4,0	3,0	10,4	6,2 ^a	10,4	3,6	8,27	4,27	3,56	0,849
Albanien	12,9*	6,0	12,1***	13,6	4,5	1,9	9,84	7,17	4,67	0,487
Algerien	5,0	5,0	9,2	10,4	6,9	4,0	7,03	6,47	3,01	0,141
Angola	58,0	38,0	35,3**	30,5	26,0	26,0	39,77	31,50	18,44	0,388
Argentinien	2,0	1,0	1,2**	0,5***	2,9	1,8	2,03	1,10	0,86	-
Armenien	-	29,0	-	4,0 ^a	6,0	3,2	-	12,07	-	-
Aserbaidshan	-	10,0	-	6,7	10,5	9,0	-	8,57	-	-
Äthiopien	73,7*	46,0	43,8	38,4 ^a	20,4	16,6	45,98	33,67	21,27	0,498
Australien	-	-	-	-	1,0	0,6	-	-	-	-
Bahrain	-	-	7,2	7,0***	1,9	1,1	-	-	-	-
Bangladesch	35,0	30,0	61,0	47,5	14,9	7,7	36,97	28,40	17,66	0,444
Belgien	-	-	-	-	1,0	0,5	-	-	-	-
Benin	20,0	14,0	23,5**	22,9	18,5	15,2	20,67	17,37	9,31	0,290
Bhutan	-	-	37,9	-	16,6	8,0	-	-	-	-
Bolivien	28,0	23,0	11,1	7,4	12,5	6,9	17,20	12,43	7,91	0,513
Bosnien-Herzegowina	-	9,0	-	4,1	2,2	1,5	-	4,87	-	-
Botsuana	23,0	30,0	26,8**	12,5	5,8	11,6	18,53	18,03	8,94	0,021
Brasilien	12,0	8,0	7,0	2,4***	6,0	3,4	8,33	4,60	3,88	0,746
Bulgarien	-	9,0	-	-	1,8	1,5	-	-	-	-
Burkina Faso	21,0	17,0	27,1**	37,7	21,0	19,2	23,03	24,63	10,35	-0,126
Burundi	48,0	67,0	29,1**	41,1	19,0	19,0	32,03	42,37	14,96	-0,605
Chile	8,0	4,0	2,0**	0,7	2,1	0,8	4,03	1,83	1,90	-
China	16,0	12,0	17,4	10,0	4,9	3,1	12,77	8,37	5,88	0,639
Costa Rica	6,0	4,0	2,8	-	1,8	1,3	3,53	-	1,67	-
Dänemark	-	-	-	-	0,9	0,5	-	-	-	-
Deutschland	-	-	-	-	0,9	0,5	-	-	-	-
Dominikan. Rep.	27,0	27,0	10,3	5,3	6,5	3,2	14,60	11,83	6,87	0,358
Dschibuti	53,0	26,0	22,9	12,6***	16,3	12,6	30,73	17,07	14,61	0,837
Ecuador	8,0	5,0	16,1***	12,0***	5,7	2,6	9,93	6,53	4,65	0,644
El Salvador	12,0	11,0	15,2	9,9	6,0	2,8	11,07	7,90	5,40	0,559
Elfenbeinküste	18,0	14,0	12,3**	18,8***	15,7	19,4	15,33	17,40	6,79	-0,242
Eritrea	-	73,0	-	39,6	14,7	8,2	-	40,27	-	-
Estland	-	3,0	-	2,3***	1,6	0,8	-	2,03	-	-
Fidschi	10,0	4,0	9,3***	2,8***	3,1	2,0	7,47	2,93	3,56	0,917
Finnland	-	-	-	-	0,7	0,4	-	-	-	-
Frankreich	-	-	-	-	0,9	0,5	-	-	-	-
Gabun	10,0	5,0	15,1**	11,9	9,2	9,1	11,43	8,67	5,21	0,444
Gambia	22,0	27,0	17,1**	17,2	15,4	12,2	18,17	18,80	8,23	-0,064
Georgien	-	13,0	-	4,1***	4,7	4,5	-	7,20	-	-
Ghana	37,0	12,0	27,1	22,1	12,2	11,2	25,43	15,10	12,40	0,627
Griechenland	-	-	-	-	1,1	0,5	-	-	-	-
Großbritannien	-	-	-	-	1,0	0,6	-	-	-	-
Guatemala	16,0	23,0	25,0**	21,9	8,2	4,5	16,40	16,47	7,74	-0,008
Guinea	39,0	24,0	24,0**	25,8 ^a	24,0	15,5	29,00	21,77	13,17	0,457
Guinea-Bissau	24,0	37,0	21,9***	25,0	25,3	20,3	23,73	27,43	10,46	-0,279
Guyana	21,0	9,0	18,0**	13,6	8,8	6,4	15,93	9,67	7,48	0,682
Haiti	65,0	47,0	25,6	22,2 ^a	15,0	11,7	35,20	26,97	16,77	0,447
Honduras	23,0	22,0	18,0	11,4 ^a	5,9	4,1	15,63	12,50	7,25	0,374
Indien	25,0	20,0	63,9	46,6 ^b	12,3	8,5	33,73	25,03	16,18	0,496
Indonesien	9,0	6,0	37,5	24,9***	9,1	3,8	18,53	11,57	9,01	0,732
Irak	-	-	11,9	15,9	5,0	12,5	-	-	-	-
Iran	4,0	4,0	16,9***	6,4***	7,2	3,8	9,37	4,73	4,28	0,777
Irland	-	-	-	-	1,0	0,6	-	-	-	-
Israel	-	-	-	-	1,2	0,6	-	-	-	-
Italien	-	-	-	-	0,9	0,5	-	-	-	-
Jamaika	14,0	10,0	5,9	3,6***	2,0	2,0	7,30	5,20	3,54	0,558
Japan	-	-	-	-	0,6	0,4	-	-	-	-
Jemen	34,0	37,0	30,0	46,5***	14,2	11,1	26,07	31,53	11,84	-0,384
Jordanien	4,0	7,0	6,4	4,4	4,0	2,7	4,80	4,70	2,18	-
Kambodscha	43,0	33,0	37,7**	35,6 ^a	11,5	14,1	30,73	27,57	14,73	0,198
Kamerun	33,0	25,0	15,1	18,1	13,9	14,9	20,67	19,33	9,46	0,119
Kanada	-	-	-	-	0,8	0,6	-	-	-	-
Kasachstan	-	8,0	-	2,3***	6,3	7,3	-	5,87	-	-
Katar	-	-	7,6***	3,4***	2,6	2,1	-	-	-	-
Kenia	39,0	31,0	17,4**	19,9	9,7	12,0	22,03	20,97	10,48	0,092
Kirgisien	-	4,0	-	11,2***	8,0	6,8	-	7,33	-	-
Kolumbien	17,0	14,0	10,1	7,0 ^a	3,6	2,1	10,23	7,70	4,98	0,483
Komoren	47,0	62,0	19,1	25,4	12,0	7,0	26,03	31,47	12,10	-0,390
Kongo, Dem. Rep.	31,0	72,0	33,2**	31,0	20,5	20,5	28,23	41,17	12,98	-0,848
Kongo, Rep.	54,0	34,0	27,5**	14,4 ^a	11,0	10,8	30,83	19,73	14,81	0,693
Kroatien	-	7,0	-	2,0***	1,2	0,7	-	3,23	-	-
Kuba	8,0	2,0	8,4**	3,9	1,3	0,7	5,90	2,20	2,88	0,971
Kuwait	24,0	5,0	5,0**	3,0***	1,6	1,2	10,20	3,07	5,01	0,925
Laos	29,0	21,0	34,0**	40,4	16,3	8,3	26,43	23,23	12,31	0,227
Lesotho	17,0	12,0	15,8	19,4 ^a	12,0	8,2	14,93	13,20	6,59	0,208
Lettland	-	3,0	-	1,3***	1,8	1,2	-	1,83	-	-
Libanon	2,0	3,0	8,9**	4,4***	3,7	3,1	4,87	3,50	2,23	-
Liberia	34,0	49,0	20,1**	26,5	23,5	23,5	25,87	33,00	11,63	-0,501
Libyen	0,0	0,0	4,0**	0,6***	4,1	2,0	2,70	0,87	1,12	-
Litauen	-	0,0	-	4,1***	1,3	0,8	-	1,63	-	-
Madagaskar	35,0	38,0	40,9	41,9	16,8	12,3	30,90	30,73	13,97	0,010
Malawi	50,0	34,0	27,6	22,0 ^a	24,1	17,5	33,90	24,50	15,24	0,504

Land	Anteil der Unter- ernährten in der Gesamtbevölkerung (in %)		Verbreitung von Untergewicht bei Kindern unter fünf Jahren (in %)		Sterblichkeitsrate von Kindern unter fünf Jahren (in %)		Welthunger-Index (WHI)		MDG- Zielwert des WHI	WHI- Fortschritts- indikator (WHI-F)
	1990-92	2001-03	1988-92	2000-05	1990	2004	1990	2007	2015	2007
Malaysia	3,0	3,0	25,0	15,3***	2,2	1,2	10,07	6,50	4,91	0,692
Mali	29,0	28,0	21,6**	33,2	25,0	21,9	25,20	27,70	11,21	-0,179
Marokko	6,0	6,0	9,5	10,2	8,9	4,3	8,13	6,83	3,45	0,277
Mauretanien	15,0	10,0	47,6	31,8	13,3	12,5	25,30	18,10	11,59	0,525
Mauritius	6,0	6,0	17,0**	4,0***	2,3	1,5	8,43	3,83	4,09	0,714
Mazedonien	-	7,0	-	4,6***	3,8	1,4	-	4,33	-	-
Mexiko	5,0	5,0	14,2	6,2***	4,6	2,8	7,93	4,67	3,90	0,689
Moldawien	-	11,0	-	4,3 ^a	4,0	2,8	-	6,03	-	-
Mongolei	34,0	28,0	12,3	12,7	10,8	5,2	19,03	15,30	8,75	0,363
Mosambik	66,0	45,0	46,8**	23,7	23,5	15,2	45,43	27,97	21,41	0,727
Myanmar	10,0	5,0	36,3	31,8	13,0	10,6	19,77	15,80	9,16	0,374
Namibia	34,0	23,0	26,2	24,0	8,6	6,3	22,93	17,77	10,64	0,420
Nepal	20,0	17,0	50,5**	48,3	14,5	7,6	28,33	24,30	13,36	0,269
Neuseeland	-	-	-	-	1,1	0,6	-	-	-	-
Nicaragua	30,0	27,0	12,2***	9,6	6,8	3,8	16,33	13,47	7,79	0,336
Niederlande	-	-	-	-	0,9	0,6	-	-	-	-
Niger	41,0	32,0	42,6	40,1	32,0	25,9	38,53	32,67	16,92	0,271
Nigeria	13,0	9,0	35,3	28,7	23,0	19,7	23,77	19,13	10,61	0,352
Nordkorea	18,0	35,0	25,6***	19,5	5,5	5,5	16,37	20,00	7,88	-0,428
Norwegen	-	-	-	-	0,9	0,4	-	-	-	-
Österreich	-	-	-	-	1,0	0,5	-	-	-	-
Oman	-	-	21,6	17,7***	3,2	1,3	-	-	-	-
Pakistan	24,0	23,0	40,2	35,0	13,0	10,1	25,73	22,70	11,88	0,219
Panama	21,0	25,0	11,0**	5,8***	3,4	2,4	11,80	11,07	5,71	0,120
Papua-Neuguinea	-	-	29,0***	-	10,1	9,3	-	-	-	-
Paraguay	18,0	15,0	3,7	1,8***	4,1	2,4	8,60	6,40	4,07	0,482
Peru	42,0	12,0	10,7	7,6*	8,0	2,9	20,23	7,50	9,53	0,909
Philippinen	26,0	19,0	33,5	26,3***	6,2	3,4	21,90	16,23	10,61	0,502
Polen	-	-	-	-	1,8	0,8	-	-	-	-
Portugal	-	-	-	-	1,4	0,5	-	-	-	-
Ruanda	43,0	36,0	29,4	22,5 ^a	17,3	20,3	29,90	26,27	13,60	0,223
Rumänien	3,1*	0,0	5,7	3,2	3,1	2,0	3,96	1,73	1,77	-
Russische Föderation	-	3,0	-	1,9***	2,9	2,1	-	2,33	-	-
Sambia	48,0	47,0	22,3	28,1	18,0	18,2	29,43	31,10	13,72	-0,106
Saudi-Arabien	4,0	4,0	12,6**	14,0***	4,4	2,7	7,00	6,90	3,26	0,027
Schweden	-	-	-	-	0,7	0,4	-	-	-	-
Schweiz	-	-	-	-	0,9	0,5	-	-	-	-
Senegal	23,0	23,0	22,3	17,3 ^a	14,8	13,7	20,03	18,00	8,90	0,183
Serbien u. Montenegro	-	10,0	-	1,9	2,8	1,5	-	4,47	-	-
Sierra Leone	46,0	50,0	28,7	27,2	30,2	28,3	34,97	35,17	15,81	-0,010
Simbabwe	45,0	45,0	11,0	16,6 ^a	8,0	12,9	21,33	24,83	10,37	-0,319
Singapur	-	-	-	3,4	0,9	0,3	-	-	-	-
Slowakei	-	6,0	-	1,0***	1,4	0,9	-	2,63	-	-
Slowenien	-	3,0	-	-	1,0	0,4	-	-	-	-
Somalia	-	-	38,8**	25,8	22,5	22,5	-	-	-	-
Spanien	-	-	-	-	0,9	0,5	-	-	-	-
Sri Lanka	28,0	22,0	42,0**	26,4	3,2	1,4	24,40	16,60	12,02	0,630
Südafrika	5,8*	4,9*	9,7***	4,1***	6,0	6,7	7,17	5,25	3,25	0,428
Sudan	31,0	27,0	33,7**	40,7	12,0	9,1	25,57	25,60	12,12	-0,002
Südkorea	2,0	1,0	-	-	0,9	0,6	-	-	-	-
Surinam	13,0	10,0	18,7***	13,2	4,8	3,9	12,17	9,03	5,82	0,493
Swasiland	14,0	19,0	8,8**	10,3	11,0	15,6	11,27	14,97	5,02	-0,593
Syrien	5,0	4,0	12,5**	6,9	4,4	1,6	7,30	4,17	3,41	0,805
Tadschikistan	-	61,0	-	17,0***	12,8	11,8	-	29,93	-	-
Tansania	37,0	44,0	28,9	21,8 ^a	16,1	12,6	27,33	26,13	12,39	0,080
Thailand	30,0	21,0	22,6***	13,0***	3,7	2,1	18,77	12,03	9,18	0,702
Timor-Leste	11,0	8,0	-	45,8	17,2	8,0	-	20,60	-	-
Togo	33,0	25,0	24,4	22,3***	15,2	14,0	24,20	20,43	11,58	0,298
Trinidad und Tobago	13,0	11,0	9,0**	5,9	3,3	2,0	8,43	6,30	4,03	0,485
Tschad	58,0	33,0	30,6**	36,7 ^a	20,3	20,0	36,30	29,90	17,02	0,332
Tschechien	-	-	1,0	-	1,3	0,4	-	-	-	-
Tunesien	1,0	1,0	9,5	4,0	5,2	2,5	5,23	2,50	2,45	0,848
Türkei	2,0	3,0	10,5**	6,4***	8,2	3,2	6,90	4,20	2,99	0,691
Turkmenistan	-	8,0	-	12,0	9,7	10,3	-	10,10	-	-
Uganda	24,0	19,0	23,0	22,9	16,0	13,8	21,00	18,57	9,76	0,217
Ukraine	-	3,0	-	0,9	2,6	1,8	-	1,90	-	-
Ungarn	-	-	-	-	1,7	0,8	-	-	-	-
Uruguay	7,0	3,0	7,0**	2,0***	2,5	1,7	5,50	2,23	2,61	0,900
Usbekistan	-	26,0	-	7,9	7,9	6,9	-	13,60	-	-
Venezuela	11,0	18,0	7,7	4,4	2,7	1,9	7,13	8,10	3,42	-0,260
Vereingte Arab. Emirate	4,0	3,0	-	-	1,4	0,8	-	-	-	-
Vereinigte Staaten (USA)	-	-	-	-	1,2	0,8	-	-	-	-
Vietnam	31,0	17,0	45,0	33,8	5,3	2,3	27,10	17,70	13,56	0,694
Weißrussland	-	3,0	-	-	1,7	1,1	-	-	-	-
Zentralafrikan. Rep.	50,0	45,0	31,9**	24,3	16,8	19,3	32,90	29,53	15,52	0,194
Zypern	-	-	-	-	1,2	0,5	-	-	-	-

Anmerkungen zur Tabelle: *eigene Schätzung des Anteils der Unterernährten in der Bevölkerung · **Schätzwert für den prozentualen Anteil von Kindern mit Untergewicht aus UN ACC/SCN 1993 · ***eigene Schätzung des prozentualen Anteils von Kindern mit Untergewicht · ^aDaten aus Demographic and Health Surveys (DHS), siehe www.measuredhs.com · ^bDaten des dritten National Family Health Survey 2005/06 in Indien, siehe www.nfhsindia.org
Falls nicht anders gekennzeichnet, sind Daten zu Untergewicht bei Kindern WHO 2006 entnommen (basierend auf der NCHS/WHO Referenz).
Daten zu Untergewicht bei Kindern, die sich auf eine andere Altersgruppe als Kinder unter fünf Jahren beziehen, wurden mittels Korrekturfaktoren angepasst (siehe Wiesmann 2006 zu methodischen Details)
Quelle: IFPRI

D | Literatur zum Welthunger-Index

Ahmed, A.U. (2000), Targeted distribution. In *Out of the shadow of famine: Evolving food markets and food policy in Bangladesh*, ed. R. Ahmed, S. Haggblade, T. E. Chowdury eds., Baltimore, Johns Hopkins University Press

Ahmed, A. U., H. E. Bouis, T. Gutner, H. Löfgren (2001), *The Egyptian Food Subsidy System: Structure, performance, and options for reform*, Research Report 119, Washington, D.C., International Food Policy Research Institute

Ahmed, A. U., R. V. Hill, L. C. Smith, D. Wiesmann, T. Frankenberger (2007), *The world's most deprived: characteristics and causes of extreme poverty and hunger*, Washington, D.C., International Food Policy Research Institute

Bannon, I., P. Collier, eds. (2003), *Natural resources and violent conflict: options and actions*, Washington, D.C., World Bank

BBC News (2007), Country profile: Swaziland, London, Posted at http://news.bbc.co.uk/1/hi/world/africa/country_profiles/1069035.stm

Behrman, J. R., H. Alderman, J. Hoddinott (2004), *Hunger and malnutrition*. In *Global crises, global solutions*, B. Lomborg ed., Cambridge, U.K., Cambridge University Press

Bouis, H., M. Palabrica-Costello, O. Solo, D. Westbrook, A. Limbo (1998), *Gender equality and investments in adolescents in the rural Philippines*, Report 108, Washington, D.C., International Food Policy Research Institute

Chen, S., M. Ravallion (2007), *Absolute Poverty Measures for the Developing World, 1981-2004*, Policy Research Working Paper 4211, Washington, D.C., World Bank

Christiaensen, L., L. Demery, J. Kühl (2006), *The role of agriculture in poverty reduction – An empirical perspective*, Washington, D.C., World Bank

CIA (2006), *The world factbook 2006*, Washington, D.C., Posted at www.cia.gov/cia/publications/factbook/index.html

Cohen, M., D. Wiesmann, P. Menon, N. Smith, M. Ruel (2007), *Implementing a conditional cash transfer program in Haiti: Opportunities and challenges*, Report submitted to the Inter-American Development Bank, Washington, D.C., International Food Policy Research Institute

Collier, P. (2007), *The Bottom Billion: Why the poorest countries are failing and what can be done about it*, Oxford, Oxford University Press

de Onis, M., M. Blössner (2003), *The World Health Organization global database on child growth and malnutrition: Methodology and applications*, International Journal of Epidemiology 32, 518-526

de Onis, M., M. Blössner, E. Borghi, R. Morris, E. A. Frongillo (2004), *Methodology for estimating regional and global trends of child malnutrition*, International Journal of Epidemiology 33, 1-11

Dercon, S. (1996), *Risk, crop choice and savings: Evidence from Tanzania*, Economic Development and Cultural Change 44, 3, 385-514

Dercon, S., P. Krishnan (2000), *In sickness and in health: Risk-sharing within households in Ethiopia*, Journal of Political Economy 108, 4, 688-727

Deutsche Welthungerhilfe und International Food Policy Research Institute eds (2006), *Herausforderung Hunger. Welthunger-Index: Fakten, Ursachen, Entwicklungen*, Bonn Oktober 2006

FAO (2002), *Democratic Republic of Congo – a forgotten emergency*, Rome, Posted at www.fao.org/english/newsroom/news/2002/11168-en.html

FAO (2006), *The state of food insecurity in the world 2006*, Rome

Frankenberger, T. R. (1996), *Measuring household livelihood security: An approach for reducing absolute poverty*, Food Forum, no. 34, 1-5

Gasparini, L. (1999), *The Cuban education system: lessons and dilemmas*, Human Development Department, LCSHD Paper Series 48, Washington, D.C., World Bank

Gentilini, U., P. Webb (2006), *How are we doing on poverty and hunger reduction? A new measure of country-level progress*, Dipartimento di Economia, Working Paper 68, Rome, Università degli Studi Roma Tre

Handoussa, H., S. Tawila, H. Sholkamy, M. Zaalouk (2005), *Egypt Human Development Report 2005*, Cairo, United Nations Development Programme and the Institute of National Planning, Egypt

Hoddinott, J., B. Kinsey (2001), *Child growth in the time of drought*, Oxford Bulletin of Economics and Statistics 63, 4, 409-436

Macro International Inc. (2001-2007), *Demographic and Health Surveys – various country reports*, Calverton, MD, Posted at www.measuredhs.com

- Messer, E., M. J. Cohen, T. Marchione (2001), Conflict: A cause and effect of hunger. Environmental Change and Security Project (ECSP) 7, 1-16, Washington, D.C., Woodrow Wilson Center for Scholars
- Mogues, T., G. Ayele, Z. Paulos (2007), The Bang for the Birr: Public Expenditures and Rural Welfare in Ethiopia, IFPRI Discussion Paper 702, Washington, D.C., International Food Policy Research Institute
- Ravallion, M., M. Chen, P. Sangraula (2007), New evidence on the urbanization of global poverty, World Bank Policy Research Working Paper No. 4199
- Save the Children (2007), State of the World's Mothers 2007: Saving the Lives of Children under 5. Westport, USA
- Sinclair, M., M. Thompson (2001), Cuba: Going against the grain, Oxfam America Research Paper, Boston, Posted at www.oxfamamerica.org/newsandpublications/publications/research_reports/art1164.htm
- Smith, L. C., L. Haddad (2000), Explaining child malnutrition in developing countries: A cross-country analysis, Research Report 111, Washington, D.C., International Food Policy Research Institute
- Smith, L. C., U. Ramakrishnan, A. Ndiaye, L. Haddad, R. Martorell (2003), The importance of women's status for child nutrition in developing countries, Research Report 131, Washington, D.C., International Food Policy Research Institute
- Smith, L. C., D. Wiesmann (2007), Is food insecurity more severe in South Asia or in Sub-Saharan Africa? A comparative analysis using household expenditure survey data, IFPRI Discussion Paper 712, Washington, D.C., International Food Policy Research Institute
- Thurlow, J. (2007), Is HIV/AIDS Undermining Botswana's 'Success Story'? Implications for Development Strategy, IFPRI Discussion Paper 697, Washington, D.C., International Food Policy Research Institute
- The Economist (2007), Congo. Backgrounder, April 3rd 2007, Posted at www.economist.com/background/display-Background.cfm?story_id=8091363
- UCDP (2006), Uppsala Conflict Database, Uppsala, Department of Peace and Conflict Research, University of Uppsala, Posted at www.pcr.uu.se/database/index.php
- UN (2007), What are the Millennium Development Goals? New York, Posted at www.un.org/millenniumgoals
- UN (2007), UN expert on violence against women expresses serious concerns following visit to Democratic Republic of Congo, New York, Posted at www.transafricaforum.org/documents/ViolenceAgainstWomeninDRC_3_.pdf
- UN ACC/SCN (1993), Second report on the World Nutrition Situation: Country trends, methods and statistics, volume II, Geneva
- UNAIDS/WHO (2006), Report on the Global HIV/AIDS epidemic - June 2006, New York and Geneva
- UNICEF (1998), The state of the world's children 1998, New York
- UNICEF (2005), The state of the world's children 2005, New York
- UNICEF (2006), The state of the world's children 2006, New York
- UNS SCN (2004), Fifth report on the World Nutrition Situation: Nutrition for improved development outcomes, Geneva, World Health Organization
- US State Department, Bureau of African Affairs (2007), Background note: Swaziland, Washington, D.C., Posted at www.state.gov/r/pa/ei/bgn/2841.htm
- WHO (2006), WHO Global Database on Child Growth and Malnutrition: NCHS/WHO reference data, Geneva, Posted at www.who.int/nutgrowthdb/reference/en
- Wiesmann, D. (2004), An International Nutrition Index: Concept and Analyses at Country Levels, Frankfurt a. M., Auch Dissertation, Universität Bonn, 2002
- Wiesmann, D. (2006), A Global Hunger Index : Measurement concept, ranking of countries, and trends, FCND Discussion Paper 212, Washington, D.C., International Food Policy Research Institute
- Wiesmann, D. (2007), 2007 Global Hunger Index and progress towards the Millennium Development Goals, Mimeo, Washington, D.C., International Food Policy Research Institute
- World Bank (1998), Rwanda poverty note – Rebuilding an equitable society: poverty and poverty reduction after the genocide, Washington, D.C., World Bank
- World Bank (2005), World development indicators on CD-ROM, Washington, D.C., Development Data Group
- World Bank (2007), World development indicators on CD-ROM, Washington, D.C., Development Data Group



Das Internationale Forschungsinstitut für Agrar- und Ernährungspolitik (IFPRI) wurde 1975 gegründet. Es entwickelt strategische Lösungsansätze, um in Entwicklungsländern die Armut zu reduzieren, die Ernährung und Gesundheit der Menschen nachhaltig zu verbessern und landwirtschaftliches Wachstum umweltverträglich zu fördern. Um diese Ziele zu erreichen, konzentriert sich das Institut auf Forschung sowie Fortbildung, Training und Kommunikation von Forschungsergebnissen. Das IFPRI arbeitet dabei eng mit nationalen Agrar- und Ernährungsforschungszentren in Entwicklungsländern zusammen, damit diese eigene Forschungskapazitäten aufbauen oder stärken können. Das IFPRI fördert die politische Umsetzung von Forschungsergebnissen durch regionale Netzwerke. Das Institut befindet sich im steten Dialog über Forschungsergebnisse mit allen gesellschaftlichen Interessengruppen, damit neue wissenschaftliche Erkenntnisse ihren Niederschlag in der Agrar- und Ernährungspolitik finden und das öffentliche Bewusstsein für die Themen Ernährungssicherheit, Armut und Umweltschutz gestärkt wird. Das IFPRI wird von Staaten, internationalen und regionalen Organisationen und privaten Stiftungen unterstützt, die sich in der Beratungsgruppe für Internationale Agrarforschung (www.cgiar.org) zusammengeschlossen haben. Dieses Bündnis unterstützt 15 internationale Agrarforschungszentren, die eng mit nationalen Agrarforschungseinrichtungen, Regierungen, dem privaten Sektor und nicht-staatlichen Organisationen zusammenarbeiten.



Unsere Vision

Alle Menschen dieser Welt führen ihr Leben eigenverantwortlich in Würde und Gerechtigkeit – frei von Hunger und Armut.

1962 wurde die Deutsche Welthungerhilfe als Nationales Komitee zur Unterstützung der UN-Ernährungs- und Landwirtschaftsorganisation (FAO) gegründet. Heute ist sie eine der größten privaten Hilfsorganisationen in Deutschland. Gemeinnützig, politisch und konfessionell unabhängig, arbeitet die Organisation unter einem ehrenamtlichen Vorstand und unter der Schirmherrschaft des Bundespräsidenten. Sie finanziert ihre Arbeit durch Spenden und öffentliche Zuschüsse.

Was wir wollen

- Die Welthungerhilfe setzt sich weltweit für Menschenrechte, nachhaltige Entwicklung, eine gesicherte Ernährung und die Erhaltung der Umwelt ein. Unsere Arbeit ist dann erfolgreich, wenn Menschen ihre Lebensbedingungen so verbessern, dass sie eigenverantwortlich für ihren Lebensunterhalt sorgen können.
- Als Bürgerinnen und Bürger eines reichen Landes tragen wir Verantwortung dafür, dass Solidarität mit den Ärmsten kein leeres Wort bleibt. Wir werben deshalb für eine gerechtere Zusammenarbeit mit Ländern der Dritten Welt, gemeinsam mit Partnern aus Politik, Schule und Medien.
- Mit den uns anvertrauten Mitteln gehen wir sparsam und effektiv um. Unsere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter stehen für Engagement, Erfahrung und Kompetenz bei der Erfüllung ihres Auftrags.

Wie wir arbeiten

- Wir leisten Hilfe aus einer Hand: durch schnelle humanitäre Hilfe in Krisenregionen; wo Hunger und Armut chronisch sind, arbeiten wir bei langfristig angelegten Vorhaben eng mit einheimischen Partnern zusammen.
- Dabei unterstützen wir Landlose, Kleinbauern, Frauen, Kinder und Jugendliche; Menschen, die Starthilfen brauchen, um ein eigenverantwortliches Leben in Würde und Gerechtigkeit zu führen.
- Wir finanzieren unsere Arbeit aus Spenden der Bevölkerung und öffentlichen Zuschüssen. Für die sparsame und transparente Verwendung der Mittel haben wir das Spendensiegel des Deutschen Zentralinstituts für soziale Fragen (DZI) erhalten.
- Kontrollinstanzen wie Revision, Evaluation oder regelmäßige Berichte aus den Projekten stellen sicher, dass die Mittel ordnungsgemäß eingesetzt werden.



Unsere Identität – wer wir sind

Concern Worldwide ist Irlands größte Nichtregierungsorganisation und setzt sich ein für eine Welt ohne Leid und extreme Armut. Wir sind in den 30 ärmsten Ländern weltweit tätig und haben über 4000 engagierte und erfahrene Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter.

Unsere Mission – was wir tun

Wir sehen unsere Aufgabe darin, Menschen in extremer Armut zu helfen, ihre Situation zu verbessern, um langfristig ohne Unterstützung leben zu können. Deshalb arbeitet Concern mit armen Menschen wie auch lokalen und internationalen Partnern zusammen, die unsere Vision teilen: Ziel ist die Schaffung einer gerechten und friedlichen Gesellschaft, in der Arme weltweit ihre grundlegenden Rechte wahrnehmen können. Hierfür engagieren wir uns in langfristigen Entwicklungsprojekten, reagieren auf Notsituationen und benennen Ursachen von Armut im Rahmen von Bewusstseinsbildung und Lobbyarbeit.

Unsere Vision – für Veränderung:

Für eine Welt, in der niemand in Armut, Angst oder Unterdrückung leben muss, in der alle Zugang zu einem angemessenen Lebensstandard sowie Möglichkeiten für ein langes, gesundes und kreatives Leben haben; für eine Welt, in der jeder mit Würde und Respekt behandelt wird.

Deutsche Welthungerhilfe (DWHH)
Friedrich-Ebert-Straße 1
53173 Bonn
Tel. 0049 228-22 88-0
Fax 0049 228-22 88-333
www.welthungerhilfe.de

International Food Policy Research Institute (IFPRI)
2033 K Street, NW
Washington, DC 20006-1002, USA
Tel. 001 202-862-5600
Fax 001 202-467-4439
www.ifpri.org

Concern Worldwide
52-55 Lower Camden Street
Dublin 2, Republic of Ireland
Tel. 00353 1-417-7700
Fax 00353 1-475-7362
www.concern.net

Verantwortlich:
Dr. Hans-Joachim Preuß, Prof. Dr. Joachim von Braun, Tom Arnold

Redaktion:
Dr. Iris Schöninger

AutorInnen:
Dr. Doris Wiesmann (S. 7–21), Ann Kathrin Sost und Dr. Iris Schöninger (S. 22–35),
Howard Dalzell, Lynnda Kiess, Tom Arnold und Dr. Steve Collins (S. 36–43).

Gestaltung:
neues handeln GmbH
Lindenstraße 20, 50674 Köln

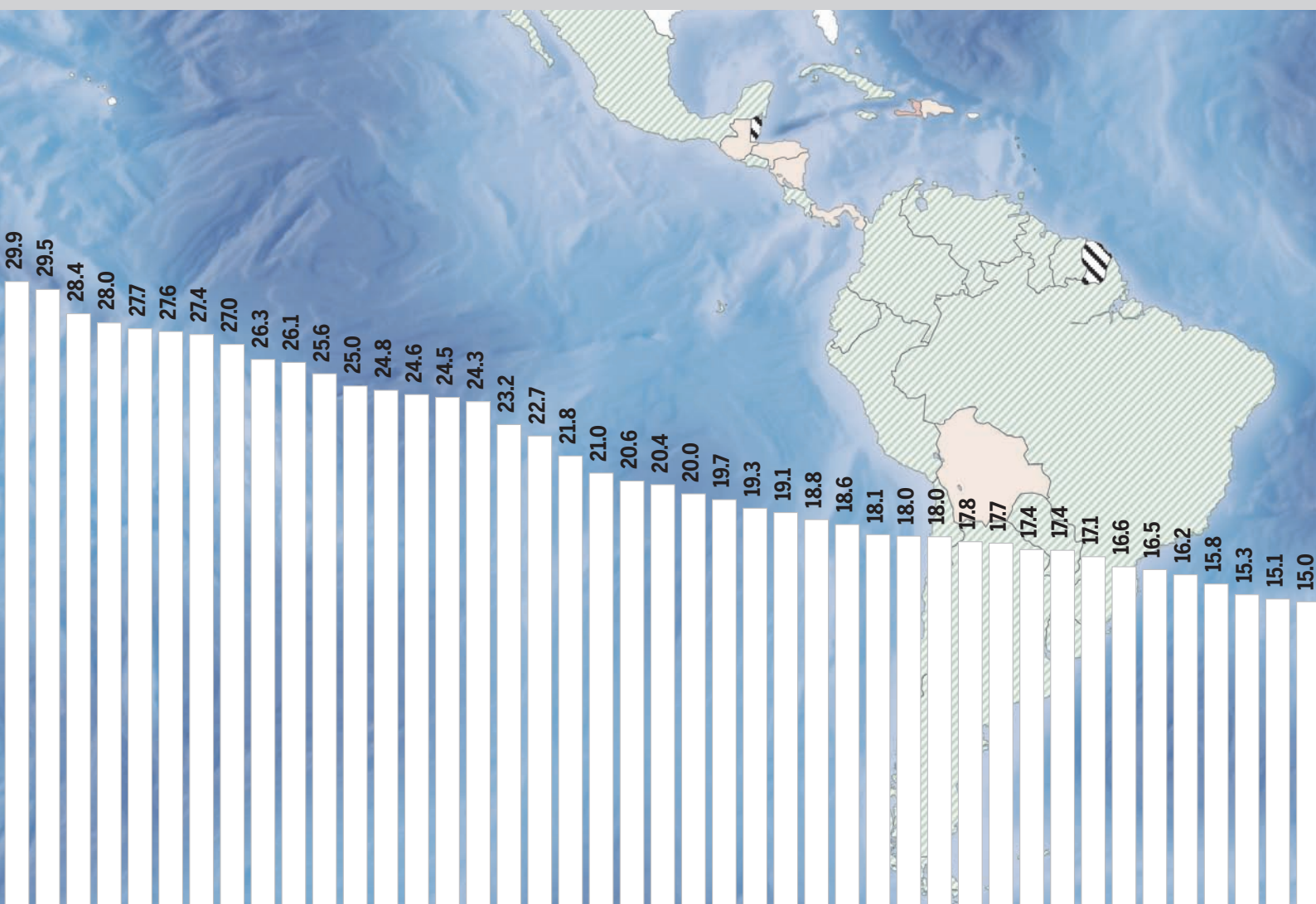
Druck:
Druckhaus Süd GmbH + Co.KG
Bonner Straße 536, 50968 Köln

Übersetzung:
Silvia de Hollanda

Bestellnummer:
460-5356

Titelfoto:
Grafik DWHH/IFPRI/Concern

Bonn, Oktober 2007



Deutsche Welthungerhilfe
Friedrich-Ebert-Str. 1
53173 Bonn
Tel. 0049 228-22 88-0
Fax 0049 228-22 88-333

www.welthungerhilfe.de

International Food Policy Research
Institute
2033 K Street, NW
Washington, DC 20006-1002, USA
Tel. 001 202-862-5600
Fax 001 202-467-4439

www.ifpri.org

Concern Worldwide
52-55 Lower Camden Street
Dublin 2, Republic of Ireland
Tel. 00353 1-417-7700
Fax 00353 1-475-7362

www.concern.net