

2010

WELTHUNGER-INDEX

HERAUSFORDERUNG HUNGER:
DIE CHANCE DER ERSTEN 1.000 TAGE



welt
hunger
hilfe



IFPRI®

INTERNATIONAL
FOOD
POLICY
RESEARCH
INSTITUTE

CONCERN
worldwide

2010

WELTHUNGER-INDEX

HERAUSFORDERUNG HUNGER:
DIE CHANCE DER ERSTEN 1.000 TAGE

IFPRI:

Klaus von Grebmer, Marie T. Ruel, Purnima Menon,
Bella Nestorova, Tolulope Olofinbiyi,
Heidi Fritschel, Yisehac Yohannes

Concern Worldwide und Welthungerhilfe:

Constanze von Oppeln, Olive Towey,
Kate Golden, Jennifer Thompson

Bonn, Washington, D.C., Dublin
Oktober 2010



INTERNATIONAL
FOOD
POLICY
RESEARCH
INSTITUTE

CONCERN
worldwide



Die Ursachen des Hungers und der Unterernährung von Kindern sind **vorhersehbar und vermeidbar** und können mit erschwinglichen Mitteln bekämpft werden.

World Food Programme, 2006

VORWORT

Die weltweite Ernährungssicherheit ist weiter entfernt denn je. Obwohl sich die führenden Staaten dieser Welt mit dem ersten Millenniumsentwicklungsziel (Millennium Development Goal – MDG) darum bemühen, den Anteil der hungernden Menschen von 1990 bis 2015 zu halbieren, sind wir diesem Ziel bislang nicht entscheidend näher gekommen. Der Anteil der unterernährten Menschen fiel zwar von 20 Prozent in den Jahren 1990 bis 1992 auf 16 Prozent in den Jahren 2004 bis 2006. Die tatsächliche Zahl der Hungernden ist jedoch in den letzten Jahren wieder gestiegen. 2009 hatte die Zahl der unterernährten Menschen im Zuge der weltweiten Nahrungsmittelpreiskrise und der globalen Rezession die Grenze von einer Milliarde überschritten, obwohl jüngste Schätzungen der UN-Organisation für Ernährung und Landwirtschaft (Food and Agriculture Organization of the United Nations – FAO) davon ausgehen, dass im Jahre 2010 die Zahl der Hungernden wieder auf 925 Millionen sinken wird. Eine Bevölkerungsgruppe ist hierbei besonders gefährdet – die der Kleinkinder. Während der ersten beiden Lebensjahre eines Kindes ist Unterernährung besonders lebensbedrohlich und kann die physische, motorische und geistige Entwicklung negativ beeinflussen. Selbst diejenigen, die Unterernährung während der ersten zwei Jahre überstehen, können langfristige und irreversible Folgeschäden davontragen. Deshalb ist es besonders wichtig, dass der Hunger – gerade bei Kleinkindern – durch gemeinsame Initiativen bekämpft wird. Dies ist der Themenschwerpunkt des Welthunger-Indexes (WHI) 2010, der gemeinsam vom Internationalen Forschungsinstitut für Agrar- und Ernährungspolitik (IFPRI), von Concern Worldwide und der Welthungerhilfe herausgegeben wird.

Mit dem WHI 2010 führt das IFPRI bereits zum fünften Mal eine mehrdimensionale Berechnung und Analyse der weltweiten Hungersituation durch. Ziel der WHI-Berichte ist es, die Entwicklung des Hungers weltweit und auf Länderebene zu dokumentieren, wobei insbesondere auf die Länder und Regionen eingegangen wird, in denen dringender Handlungsbedarf besteht. Hierdurch bietet sich der WHI als Beratungsgrundlage für die Politikgestaltung an und unterstützt *Advocacy*-Arbeit auf nationaler wie auch auf internationaler Ebene.

Der vorliegende Bericht zeichnet ein Bild der Vergangenheit, nicht der Gegenwart. Die Berechnungen des WHI basieren auf Daten, die von Regierungen und internationalen Institutionen erhoben werden. Die aktuellsten Daten zur weltweiten Hungersituation sind aus diesem Grund schlicht nicht verfügbar. Der WHI 2010 umfasst die neuesten verfügbaren Daten, aber spiegelt die Auswirkungen aktueller wirtschaftlicher Entwicklungen nicht wider.

Der WHI identifiziert jedoch diejenigen Länder und Regionen, die am stärksten und beharrlichsten vom Hunger betroffen sind. In 29 Ländern ist die Hungersituation „sehr ernst“ beziehungsweise „gravierend“. Von allen Regionen weltweit leiden Menschen in Südasien und Afrika südlich der Sahara weiterhin am stärksten unter Hunger. Es darf dabei nicht vergessen werden, dass diese Ergebnisse ein abstrakter Ausdruck des extremen Leids sind, das Millionen von Menschen konkret erfahren.

Der WHI 2010 beleuchtet zudem einen Schlüsselfaktor der Hungerproblematik: Unterernährung in der frühen Kindheit. In Kapitel 03 wird erklärt, welche lebenslangen Folgen die Mangelernährung von Kindern unter zwei Jahren für ihre Gesundheit, Leistungsfähigkeit und spätere wirtschaftliche Lage haben kann. Für eine Verbesserung der weltweiten Hungersituation ist die Bekämpfung der Unterernährung von Kleinkindern daher dringend notwendig. Vor diesem Hintergrund stellt Kapitel 04 jeweils ein Projekt von Concern Worldwide und der Welthungerhilfe vor, das dieses Problem angeht.

Wir hoffen, dass dieser Bericht nicht nur Diskussionen anstößt, sondern auch weltweite Initiativen zur Bekämpfung des Hungers, vor allem bei Kleinkindern, anregt.



Dr. Wolfgang Jamann
Generalsekretär und
Vorstandsvorsitzender
Welthungerhilfe



Dr. Shenggen Fan
Direktor
Internationales Forschungsinstitut
für Agrar- und Ernährungspolitik



Tom Arnold
Direktor
Concern Worldwide

INHALT

ZUSAMMENFASSUNG		5
KAPITEL 01	Das Konzept des Welthunger-Indexes	6
KAPITEL 02	Globale, regionale und nationale Trends	10
KAPITEL 03	Frühkindliche Unterernährung bekämpfen Das entscheidende Handlungsfenster der ersten 1.000 Tage	20
KAPITEL 04	Frühkindliche Unterernährung aus Sicht der Betroffenen „Jetzt erkennen wir das Problem und wissen, wie man es angehen kann“	32
KAPITEL 05	Wege zur gesunden frühkindlichen Ernährung Politische Handlungsempfehlungen	44
ANHANG		
A	Datenquellen und Berechnung der Welthunger-Indizes 1990 und 2010	48
B	Zugrunde liegendes Datenmaterial der Welthunger-Indizes 1990 und 2010	49
C	Literatur	52
D	Partner	55

ZUSAMMENFASSUNG

Die Welt nähert sich dem Jahr 2015 und damit dem Ablauf der Frist zum Erreichen der Millenniumsentwicklungsziele (MDGs), die unter anderem die Halbierung des Anteils hungernder Menschen anstreben. Gerade zu diesem Zeitpunkt bietet der Welthunger-Index (WHI) eine nützliche und mehrdimensionale Momentaufnahme der weltweiten Hungersituation. Der weltweite WHI-Wert 2010 zeigt gegenüber dem WHI 1990 eine Verbesserung: Er ist um fast ein Viertel gesunken. Dennoch bleibt der WHI weltweit auf einem Niveau, das als ernst zu bezeichnen ist. Dies überrascht nicht, wenn man bedenkt, dass die Gesamtzahl der hungernden Menschen 2009 die Milliardengrenze überschritten hatte.

Die höchsten regionalen WHI-Werte erzielen Südasien und Afrika südlich der Sahara, wobei Südasien seit 1990 deutlich größere Fortschritte gemacht hat. Dort geht der hohe Anteil untergewichtiger Kinder unter fünf Jahren zu einem großen Teil auf den schlechten Ernährungs-, Bildungs- und Sozialstatus der Frauen zurück. In Afrika südlich der Sahara erklären sich dagegen die hohe Kindersterblichkeit und der hohe Anteil an Menschen, die ihren Kalorienbedarf nicht decken können, hauptsächlich aus einer schlechten Regierungsführung, Konflikten, politischer Instabilität und hohen HIV-/Aids-Raten.

Einige Staaten haben bedeutende Fortschritte bei der Bekämpfung des Hungers erzielt: Zwischen 1990 und 2010 konnten Angola, Äthiopien, Ghana, Mosambik, Nicaragua und Vietnam ihre absoluten Werte im WHI besonders deutlich verbessern.

In 29 Ländern ist die Hungersituation noch immer gravierend beziehungsweise sehr ernst. Die Länder mit gravierenden WHI-2010-Werten – Burundi, die Demokratische Republik Kongo, Eritrea und der Tschad – liegen in Afrika südlich der Sahara. Sehr ernste WHI-Werte sind in afrikanischen Ländern südlich der Sahara und in Südasien zu finden. Die deutlichste Verschlechterung der WHI-Werte zeigte die Demokratische Republik Kongo, größtenteils aufgrund von Konflikten und politischer Instabilität.

Wirtschaftliche Leistung und Hunger stehen in negativer Korrelation zueinander. Länder mit einem hohen Bruttonationaleinkommen (BNE) pro Kopf, ein wichtiger Messwert für wirtschaftliche Leistung, haben in der Regel niedrige WHI-Werte, während Länder mit einem niedrigen BNE pro Kopf eher hohe WHI-Werte aufweisen. Dieser Zusammenhang besteht jedoch nicht immer. Konflikte, Krankheiten, ungleiche Einkommensverteilung, schlechte Regierungsführung und Diskriminierung von Frauen sind Faktoren, die die Hungersituation in einem Land gegenüber dem, was gemäß dem BNE zu erwarten wäre, verschlechtern können. Andersherum können breitenwirksames wirtschaftliches Wachstum, eine starke Landwirtschaft und die verbesserte Gleichberechtigung von Mann und Frau den Hunger-Index gegenüber dem, was das BNE erwarten ließe, verbessern.

Ein hoher Anteil von unterernährten Kindern trägt entscheidend dazu bei, dass Hunger weiterhin existiert. Global gesehen trägt Untergewicht bei Kindern am meisten zum weltweiten WHI-Wert bei. Obwohl der Anteil der untergewichtigen Kinder unter fünf Jahren nur eines von drei Elementen des WHI darstellt, ist er für fast die Hälfte des globalen WHI-Werts verantwortlich. Das Auftreten von Unterernährung bei Kindern ist dabei nicht gleichmäßig über den Globus verteilt, sondern konzentriert sich auf wenige Länder und Regionen. Über 90 Prozent der *stunted* Kinder (Kinder, die für ihr Alter zu klein sind) weltweit leben in Afrika und Asien, wo die *Stunting*-Raten von Kindern 40 beziehungsweise 36 Prozent betragen.

Um ihre WHI-Werte zu verbessern, müssen die Länder die Bekämpfung der Unterernährung von Kindern vorantreiben. Neue Belege zeigen, dass das entscheidende Handlungsfenster zur Verbesserung der Ernährungssituation von Kindern den Alterszeitraum -9 bis +24 Monate umfasst (also die 1.000 Tage zwischen Empfängnis und der Vollendung des zweiten Lebensjahres). In diesem Zeitraum haben Kinder den größten Bedarf an nahrhafter Kost, Gesundheitsvorsorge und medizinischer Behandlung sowie einer altersgerechten Fürsorge für eine gesunde Entwicklung. Zudem beugen innerhalb dieser Zeitspanne entsprechende Maßnahmen einer Unterernährung am wirkungsvollsten vor. Ab einem Alter von zwei Jahren hingegen lassen sich die Folgen von Unterernährung größtenteils nicht mehr rückgängig machen.

Um der Unterernährung bei Kindern entgegenzuwirken, müssten die Regierungen in wirksame Ernährungsprogramme investieren, die innerhalb dieses Handlungsfensters sowohl bei den Müttern als auch bei den Kindern ansetzen. Diese Maßnahmen müssten auf eine bessere Ernährung der Mütter während Schwangerschaft und Stillzeit abzielen, gesunde Stillpraktiken und altersgemäße Beikostgabe fördern, wichtige Mikronährstoffe zur Verfügung stellen, die Anreicherung der Nahrung mit Jodsalz fördern sowie angemessene Schutzimpfungen gewährleisten. Eine umfangreiche Umsetzung dieser Maßnahmen wird eine schnelle Verbesserung der Ernährungssituation in der frühen Kindheit zur Folge haben. Die Regierungen sollten zudem die indirekten Ursachen der Unterernährung wie Ernährungsunsicherheit, begrenzter Zugang zu medizinischer Versorgung sowie unzureichende Versorgungs- und Ernährungspraktiken, die durch Armut und mangelnde Gleichberechtigung verstärkt werden, stärker in ihre Politik einbeziehen. Strategien zur Armutsbekämpfung, die auf eine Verminderung von Ungleichheit ausgerichtet sind, sind daher ebenso Teil der Bekämpfung frühkindlicher Unterernährung wie politische Maßnahmen zur Verbesserung der Gesundheit, der Ernährungssituation und des sozialen Status von Frauen und Mädchen.



Unterernährung ist die **größte Gefahr** für Gesundheit und Wohlergehen – nicht nur in Ländern mit niedrigem oder mittlerem Einkommen, sondern weltweit.

United Nations Standing Committee on Nutrition, 2006

DAS KONZEPT DES WELTHUNGER-INDEXES

Der Welthunger-Index (WHI) ist ein vom Internationalen Forschungsinstitut für Ernährungspolitik (IFPRI) entwickeltes Instrument, mit dem die weltweite Hunger- und Ernährungssituation umfassend berechnet und verfolgt wird.¹ Der WHI basiert auf drei zur Erhebung der Hungersituation relevanten Indikatoren: dem Anteil der Unterernährten an der Bevölkerung, dem Anteil der Kinder unter fünf Jahren mit Untergewicht und der Sterblichkeitsrate von Kindern unter fünf Jahren (siehe Seiten 8 und 9 für Informationen zur Berechnung des WHI und für die Definitionen verschiedener Konzepte des Hungers).² Der WHI zielt darauf ab, das Bewusstsein für regionale und nationale Unterschiede des Hungers zu steigern und Initiativen zur Hungerbekämpfung anzustoßen. Er richtet sich an ein breites Publikum – darunter politische Entscheidungsträger, Geldgeber, Nichtregierungsorganisationen, Bildungsträger, die Medien und die breite Öffentlichkeit –, bietet Erklärungen für die Ursachen von Hunger und zeigt Erfolge und Misserfolge bei der Hungerbekämpfung auf.

Der diesjährige WHI berücksichtigt Daten aus den Jahren 2003 bis 2008 und damit die aktuellsten weltweit verfügbaren Messwerte zu den drei WHI-Komponenten. Die jüngsten Änderungen der Hungersituation können jedoch nicht wiedergegeben werden. Für einige Länder, in denen mäßiger bis ernster Hunger herrscht, wie in Afghanistan, Irak, Papua-Neuguinea und Somalia, stehen nicht genügend Daten zur Berechnung des WHI zur Verfügung. Um eine umfassendere und aktuellere Bewertung der weltweiten Hungersituation vornehmen zu können, werden dringend neuere und umfangreichere Daten der einzelnen Länder zur Hungersituation benötigt. Obwohl eine Vielzahl von technischen Hilfsmitteln zur nahezu unmittelbaren Datenerfassung und Berichterstattung verfügbar sind, bestehen bei den Statistiken zur Hungersituation immer noch enorme Zeitabstände zwischen dem Zeitpunkt der Datenerhebung und der Berichterstattung. Qualitativ hochwertige Daten zum Nahrungsmittelverbrauch zu sammeln, bleibt eine mühsame und zeitintensive Aufgabe, für die spezielle Kenntnisse nötig sind.

Der WHI 2010 und der WHI 1990³, die in dem vorliegenden Bericht präsentiert werden, umfassen die in Hinsicht auf die drei Komponenten zuletzt überarbeiteten Daten. Wenn Schätzungen für die WHI-Indikatoren vorgenommen wurden, standen keine erhobenen Daten zur Verfügung. Seit dem WHI-Bericht 2009 wurde die Kindersterblichkeits-Komponente des WHI 1990 überarbeitet, um die aktuellsten Informationen des Kinderhilfswerks der Vereinten Nationen UNICEF einzubeziehen. Außerdem wurden überarbeitete Daten der Ernährungs- und Landwirtschaftsorganisation der Vereinten Nationen (FAO) bezüglich der Kalorienverfügbarkeit verwendet, um die Schätzungen zum Untergewicht von Kindern sowohl für den WHI 1990 als auch den WHI 2010 zu erstellen. Obwohl diese Überarbeitungen der zugrunde liegenden Daten die Qualität des WHI erhöhen, hat dies

auch zur Folge, dass die Werte des WHI 2010 und die überarbeiteten Werte des WHI 1990 auf nationaler, regionaler und globaler Ebene nicht ohne Weiteres mit den vorher berechneten WHI-Werten verglichen werden können (weitere Informationen zu früheren WHI-Berechnungen: von Grebmer et al. 2009, von Grebmer et al. 2008, IFPRI/Welthungerhilfe/Concern 2007, Wiesmann 2006a, b und Wiesmann, Weingärtner und Schöninger 2006).

Die Daten über den Anteil der Unterernährten stammen aus den Jahren 2004 bis 2006 (FAO 2009), die Daten zur Kindersterblichkeit aus dem Jahr 2008 (UNICEF 2009a) und die Daten zum Untergewicht bei Kindern stammen aus dem letzten Jahr des Zeitraums 2003 bis 2008, für den Daten verfügbar sind (WHO 2010a, UNICEF 2010 und MEASURE DHS 2010). Für den WHI 1990 wurden die Daten in den Jahren 1988 bis 1992 ermittelt. Die Daten über den Anteil der Unterernährten stammen aus den Jahren 1990 bis 1992 (FAO 2009), die Daten zur Kindersterblichkeit aus dem Jahr 1990 (UNICEF 2009a) und die Daten zum Untergewicht bei Kindern aus der Zeit von 1988 bis 1992 (WHO 2010a). Die Tabelle in Anhang A gibt detaillierte Auskunft über die Datenquellen und die Berechnung des WHI 1990 und 2010.

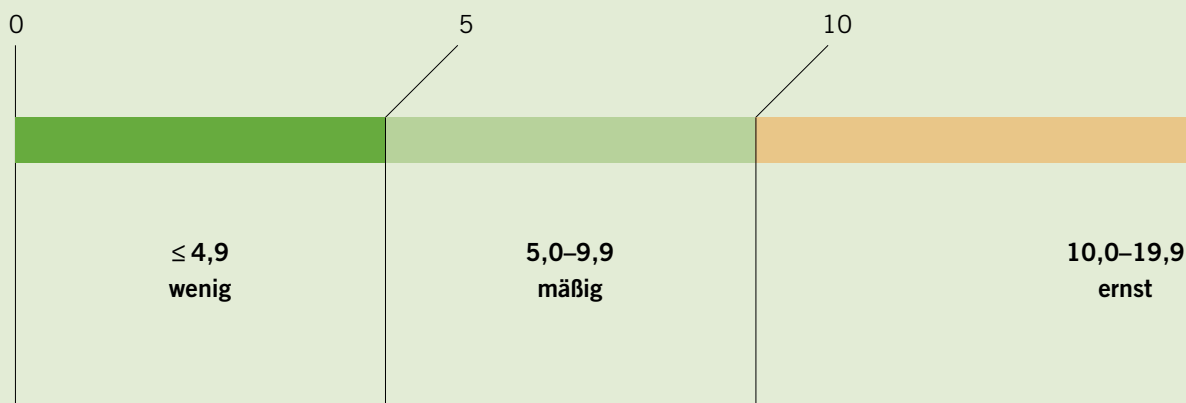
Der WHI 2010 wird für 122 Länder ermittelt, von denen Daten zu allen drei Indikatoren verfügbar sind und für die eine Berechnung des Hungers relevant erscheint (einige einkommensstarke Länder wurden bei der Ermittlung des WHI nicht mit einbezogen, da die Verbreitung von Hunger dort sehr gering ist).

¹ Hintergrundinformationen zum Konzept finden Sie in Wiesmann (2004) und Wiesmann, von Braun und Feldbrügge (2000).

² Eine mehrdimensionale Messmethode für Armut bietet der von der Oxford Poverty and Human Development Initiative (OPHI) für das United Nations Development Programme entwickelte Index (Alkire and Santos 2010).

³ Es wurde das Jahr 1990 als Vergleich gewählt, da es einen Referenzpunkt zum Erreichen der Millenniumsentwicklungsziele darstellt.

WAS IST DER WELTHUNGER-INDEX?

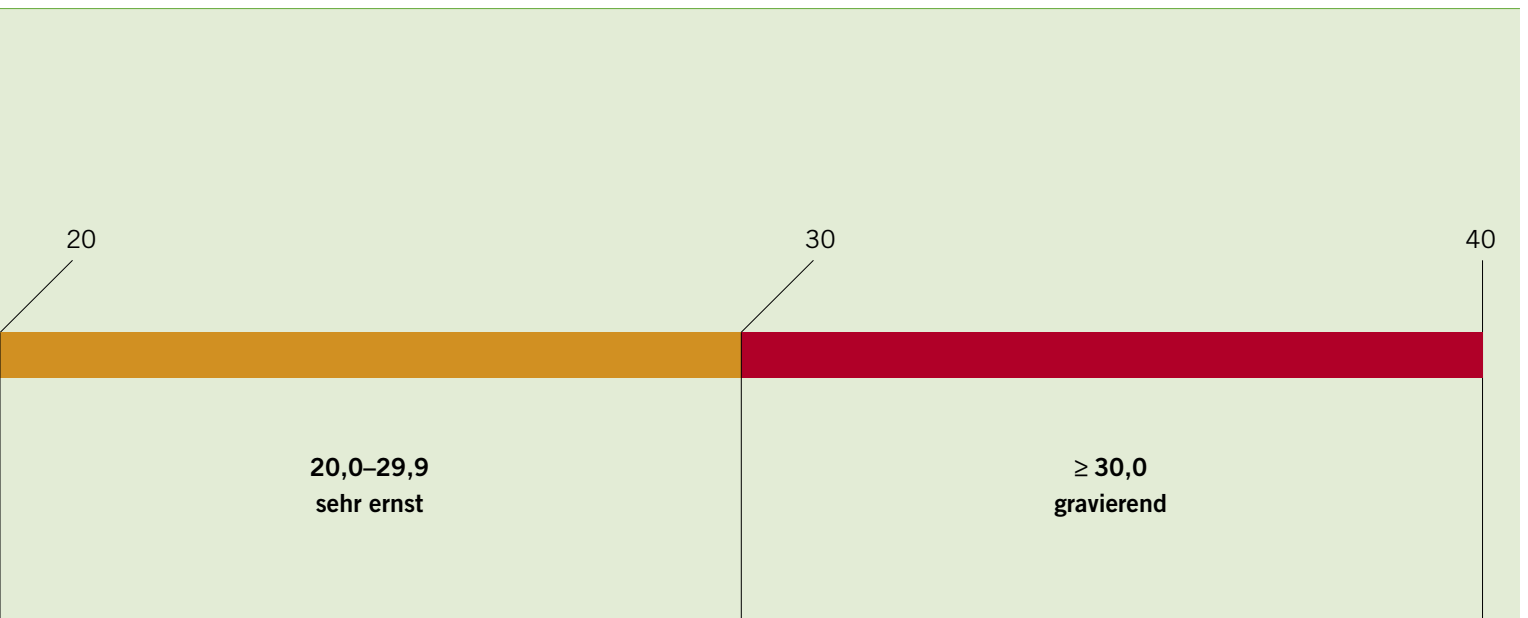


Der WHI basiert auf einem mehrdimensionalen Ansatz für die Berechnung und Verfolgung der Hungersituation. Er umfasst drei gleichwertige Indikatoren:

1. den Anteil der Unterernährten an der Bevölkerung in Prozent (Indikator für den Anteil der Menschen, die ihren Kalorienbedarf nicht decken können),
2. den Anteil von untergewichtigen Kindern unter fünf Jahren (Indikator für den Anteil der Kinder, die für ihr Alter zu wenig wiegen) und
3. die Sterblichkeitsrate von Kindern unter fünf Jahren (Indikator, der zum Teil das fatale Zusammenwirken von mangelnder Nährstoffversorgung und einem ungesunden Umfeld widerspiegelt).

Dieser mehrdimensionale Ansatz des WHI bietet mehrere Vorteile. Er erfasst unterschiedliche Aspekte des Hungers in einer Indexzahl, was einen schnellen Überblick über ein komplexes Problem gibt. Er berücksichtigt sowohl die Versorgungslage der Bevölkerung insgesamt als auch die Ernährungslage der Kinder, für die Mangelerkrankung ein besonderes Krankheits- und Todesrisiko ist und eine fortdauernde Gefährdung der körperlichen und geistigen Entwicklung bedeutet. Darüber hinaus kann durch die Kombination unabhängig voneinander gemessener Indikatoren der Einfluss zufallsbedingter Messfehler verringert werden.

Der Index bewegt sich zwischen dem besten Wert 0 (kein Hunger) und dem schlechtesten Wert 100, wobei keiner dieser Extremwerte tatsächlich erreicht wird. Werte, die weniger als 5,0 betragen, zeigen wenig und Werte zwischen 5,0 und 9,9 mäßigen Hunger an; Werte zwischen 10,0 und 19,9 weisen auf eine ernste Hungersituation hin, Werte zwischen 20,0 und 29,9 signalisieren ein sehr ernstes und Werte von oder über 30,0 ein gravierendes Hungerniveau.



KONZEPTE DES HUNGERS

Die Terminologie bezüglich verschiedener Konzepte des Hungers kann verwirrend sein. Der Begriff „Hunger“ bezeichnet gewöhnlich das Unbehagen, das von einem Mangel an Nahrungsmitteln erzeugt wird. Die FAO definiert Hunger im Speziellen als eine Kalorienaufnahme von weniger als etwa 1.800 Kilokalorien am Tag, dem Minimum, das die meisten Menschen für ein gesundes und leistungsfähiges Leben benötigen. Der Begriff „Unterernährung“ bezeichnet den Mangel an Energie, Proteinen, wichtigen Vitaminen und Mineralien, unabhängig davon, ob nur einzelne Mängel oder alle auftreten (siehe Kasten auf Seite 22). Unterernährung ist das Ergebnis einer mangelhaften Nahrungsmittelversorgung – entweder in Bezug auf die Menge oder die Qualität – oder einer unzureichenden Nährstoffaufnahme aufgrund von Infektionen oder anderen Krankheiten beziehungsweise einer Kombination aus beidem. Der breiter angelegte Begriff „Fehlernährung“ bezieht sich sowohl auf Unterernährung (Mangel) als auch auf Überernährung (unausgewogene Ernährung wie die Aufnahme zu vieler Kalorien im Vergleich zum Bedarf mit oder ohne zu geringer Aufnahme von Mikronährstoffen). Beides trägt zu einem schlechten Gesundheitszustand bei. Im vorliegenden Bericht bezieht sich der Begriff „Hunger“ auf den Index, der auf den drei auf Seite 8 beschriebenen Indikatoren basiert.



Der WHI 2010 zeigt gegenüber dem WHI 1990 eine Verbesserung. Dennoch bleibt der Hunger-Index weltweit auf einem Niveau, das als **ernst** zu bezeichnen ist.

Globale, regionale und nationale Trends

Der weltweite¹ WHI 2010 ist im Vergleich zum weltweiten WHI 1990 etwas gesunken: Er fiel von 19,8 auf 15,1 und damit um fast ein Viertel (siehe Abbildung unten). Der Anteil der untergewichtigen Kinder unter fünf Jahren am WHI ging um 2,6 Prozentpunkte zurück. Ebenfalls gesunken sind die Sterblichkeitsrate der Kinder unter fünf Jahren und der Anteil der Unterernährten. Dennoch bleibt das Niveau des WHI weltweit besorgniserregend hoch. Die Gesamtzahl hungernder Menschen, berechnet von der FAO, hat 2009 die Schwelle von einer Milliarde überschritten, obwohl neuere Schätzungen der FAO für 2010 von einer Gesamtzahl von 925 Millionen ausgehen (FAO 2009; FAO 2010a).

Je nach Region und Land ist das Bild allerdings sehr unterschiedlich. Der WHI-2010-Wert in Afrika südlich der Sahara fiel im Vergleich zum Wert von 1990 um 14 Prozent (siehe Abbildung unten), in Südasien um 25 Prozent und im Nahen Osten und Nordafrika um 33 Prozent. Besonders groß war der Fortschritt in Südostasien sowie in Lateinamerika und der Karibik mit einem Rückgang des WHI um jeweils mindestens 40 Prozent.

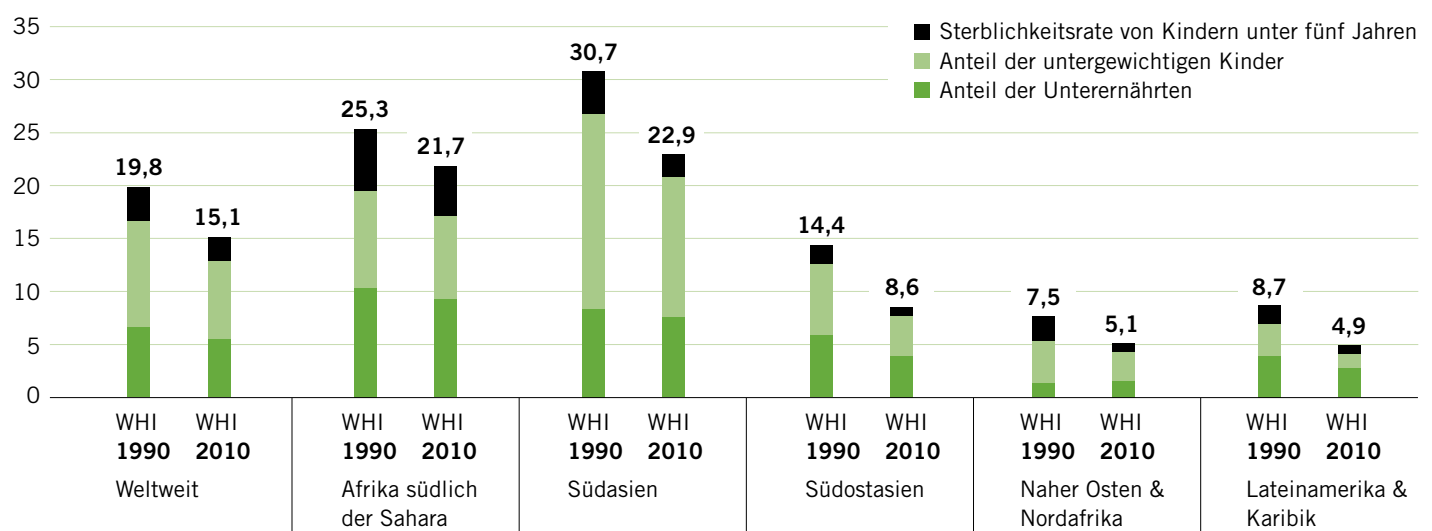
Die höchsten regionalen WHI-Werte zeigen Südasien mit 22,9 und Afrika südlich der Sahara mit 21,7 Prozent, wobei Südasien seit 1990 deutlich größere Fortschritte gemacht hat. Die Ursachen für den Hunger sind in beiden Regionen unterschiedlich. In Südasien geht der hohe Anteil untergewichtiger Kinder unter fünf Jahren zu einem großen Teil auf den niedrigen Ernährungs-, Bildungs- und Sozialstatus der Frauen zurück. In Afrika südlich der Sahara erklären sich dagegen die hohe Kindersterblichkeit und der hohe

Anteil an Menschen, die ihren Kalorienbedarf nicht decken können, hauptsächlich aus einer schlechten Regierungsführung², Konflikten, politischer Instabilität und hohen HIV-/Aids-Raten.

Ein Fortschritt bei der Hungerbekämpfung, gemessen an der jährlichen Verbesserung der WHI-Werte, geht oft Hand in Hand mit der Senkung der Armut (siehe Abbildung auf Seite 12 oben). Das ist nicht überraschend, da Armut eine der indirekten Ursachen für Unterernährung, die Anzahl untergewichtiger Kinder und Kindersterblichkeit darstellt. In Südasien, wo die höchste Anzahl armer Menschen lebt, nehmen Armut und Hunger langsam ab – in ungefähr gleichem Ausmaß. In manchen Fällen sind jedoch größere Erfolge bei der Bekämpfung von Hunger und in anderen bei der Reduzierung von Armut zu verzeichnen. In Südostasien beispielsweise ging die Armut jährlich durchschnittlich um fast acht Prozent zurück, während sich der WHI nur um rund drei Prozent verbesserte. In Lateinamerika und der Karibik dagegen ging die Armut um ein Prozent zurück, während der WHI sogar um 3,5 Prozent sank.

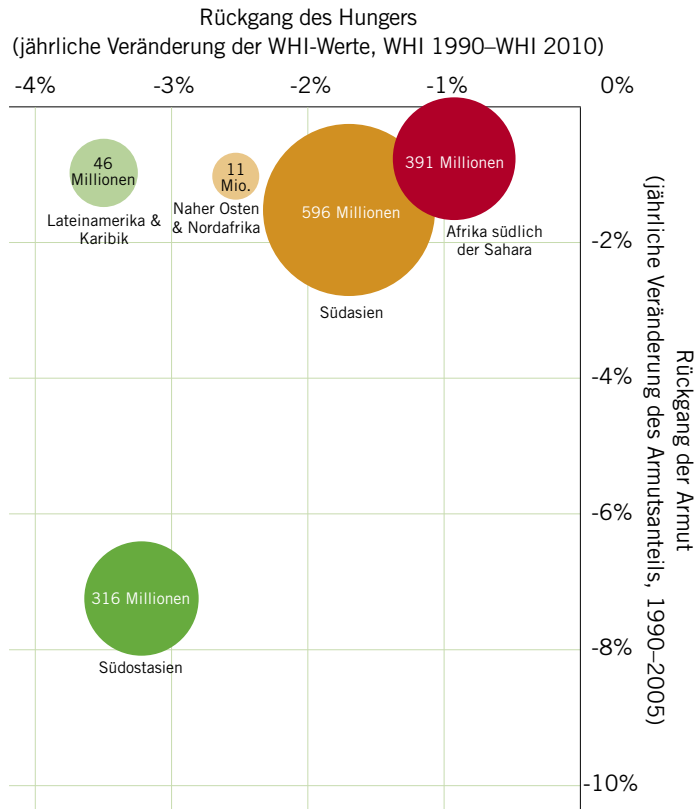
Nur wenige Länder konnten den WHI 2010 gegenüber dem WHI 1990 um 50 Prozent oder mehr senken (siehe Karte auf Seite 13). Rund ein Drittel der Länder zeigte mäßige Fortschritte – die WHI-Werte sanken um 25 bis 49,9 Prozent –, während ein weiteres Drittel seine WHI-Werte um 0 bis 24,9 Prozent verbesserte. Von den Ländern der Region Afrika südlich der Sahara ist nur Ghana unter den zehn Besten bei der Verbesserung des WHI-Werts seit 1990 zu finden (siehe Abbildung auf Seite 12 unten). Kuwaits scheinbar be-

BEITRAG DER INDIKATOREN ZUM WHI 1990 (BASIEREND AUF DATEN VON 1988 BIS 1992) UND WHI 2010 (BASIEREND AUF DATEN VON 2003 BIS 2008)



Anmerkung: Für den WHI 1990 stammen die Daten zum Anteil der Unterernährten aus den Jahren 1990 bis 1992, die Daten zu untergewichtigen Kindern aus dem letzten Jahr des Zeitraums 1988 bis 1992, für das Daten verfügbar waren, und die Daten zur Kindersterblichkeit aus dem Jahr 1990. Für den WHI 2010 stammen die Daten zum Anteil der Unterernährten aus den Jahren 2004 bis 2006, die Daten zu untergewichtigen Kindern aus dem letzten Jahr des Zeitraums 2003 bis 2008, für den Daten verfügbar waren, und die Daten zur Kindersterblichkeit aus dem Jahr 2008.

RÜCKGANG VON HUNGER UND ARMUT NACH REGIONEN



Quelle: Daten zur Armut von Chen und Ravallion (2008).

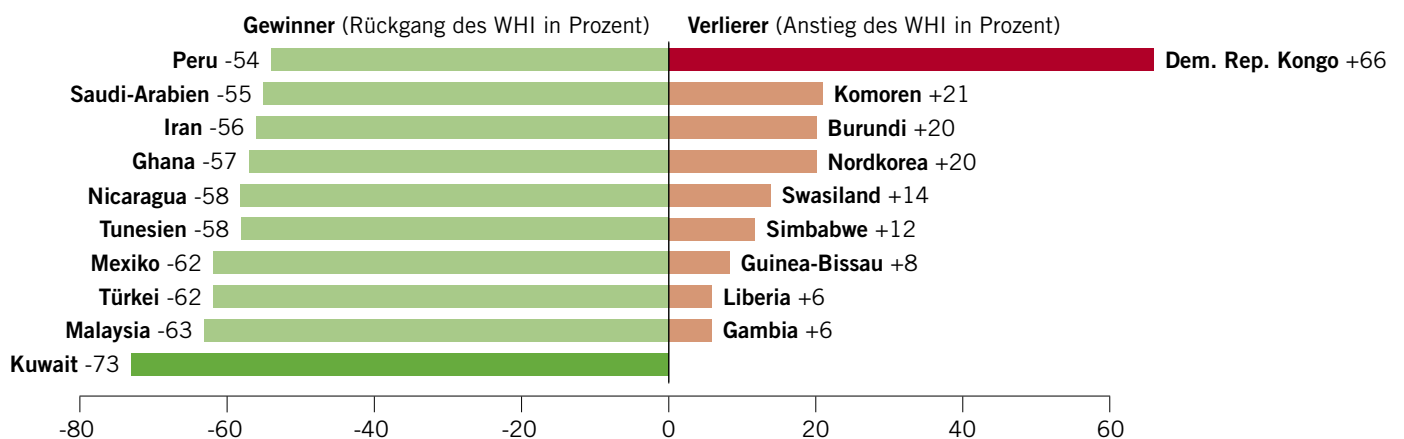
Anmerkung: Das Referenzjahr für den WHI 2010 bei den Berechnungen der jährlichen Veränderung ist 2006. Die Größe der Kreise spiegelt die Menge der armen Menschen in jeder Region im Jahr 2005 wider.

merkwürdige Fortschritte bei der Hungerbekämpfung sind hauptsächlich im ungewöhnlich hohen Niveau im Jahr 1990 begründet, als der Irak in das Land einmarschierte. Malaysia, das in diesem Zeitraum am zweitbesten abschneidet, verbesserte die Hungersituation durch eine enorme Senkung des Anteils untergewichtiger Kinder (siehe Kasten auf Seite 13).

Ein echter Sonderfall unter den neun Ländern, in denen der WHI am deutlichsten gestiegen ist (außer Nordkorea liegen alle in Afrika südlich der Sahara), ist die Demokratische Republik Kongo, in der sich der WHI um mehr als 65 Prozent verschlechtert hat. Konflikte und politische Instabilität haben den Hunger in diesem Land verstärkt (siehe Kasten auf Seite 13). Dies ist auch in Burundi, auf den Komoren, in Guinea-Bissau und in Liberia der Fall gewesen. In Swasiland, wo sich das nationale Einkommensniveau erhöht hat, wurde die Ernährungssicherheit durch große soziale Unterschiede und hohe HIV-/Aids-Raten erheblich gefährdet. Negative Trends beim Wirtschaftswachstum und bei der Lebensmittelproduktion haben in Nordkorea zu höheren Raten der Unterernährung geführt. In Gambia hat sich die Unterernährung zum Teil durch geringere Ausgaben im Bereich der sozialen Sicherung in gefährdeten Haushalten verstärkt. In Simbabwe, das lange als Kornkammer Afrikas galt, sind der Anteil untergewichtiger Kinder und die Kindersterblichkeitsrate mit dem wirtschaftlichen Zusammenbruch gestiegen (weitere Informationen zum Zusammenhang von Wirtschaftslage und Hunger siehe Kasten auf Seite 14).

Einige Staaten haben bemerkenswerte Fortschritte bei der Bekämpfung des Hungers erzielt: Zwischen 1990 und 2010 konnten Angola, Äthiopien, Ghana, Mosambik, Nicaragua und Vietnam mit über 13 Prozentpunkten ihre absoluten Werte im WHI am deutlichsten

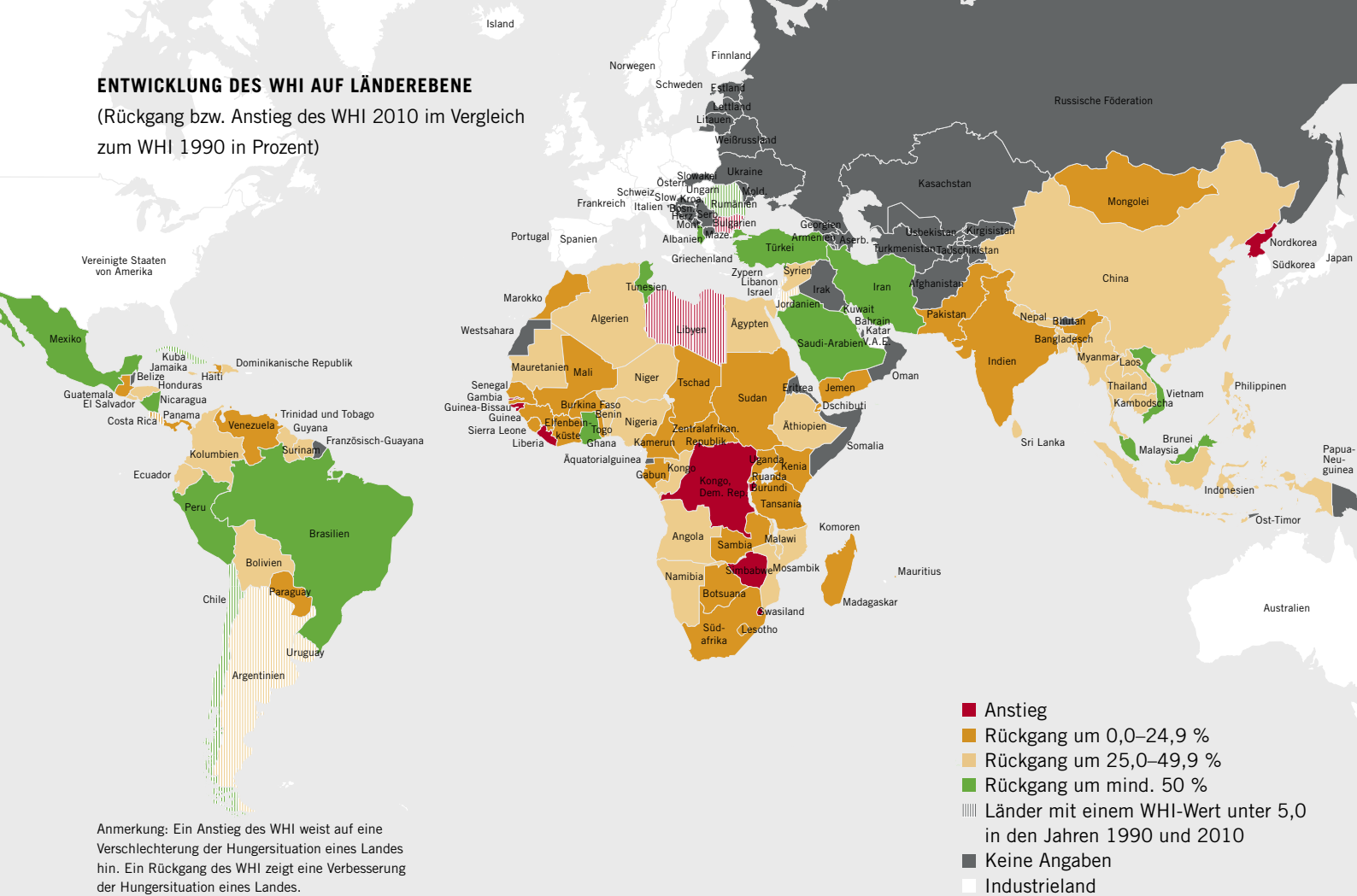
WHI-GEWINNER UND -VERLIERER VON 1990 BIS 2010



Anmerkung: Staaten, die sowohl im WHI 1990 als auch im WHI 2010 einen Wert von weniger als fünf aufweisen, wurden nicht einbezogen.

ENTWICKLUNG DES WHI AUF LÄNDEREBENE

(Rückgang bzw. Anstieg des WHI 2010 im Vergleich zum WHI 1990 in Prozent)



DIE RASANTE VERBESSERUNG DER ERNÄHRUNGSSITUATION IN MALAYSIA

Der Anteil der Unterernährten an der Gesamtbevölkerung und die Kindersterblichkeitsrate in Malaysia sind bereits seit Jahrzehnten gering, doch der Anteil untergewichtiger Kinder unter fünf Jahren lag stets wesentlich höher. Von 1990 bis 2005 hat der Anteil der untergewichtigen Kinder jedoch erheblich abgenommen: von 22,1 auf 7,0 Prozent. Dieser beeindruckende Rückgang kann einerseits auf das schnelle Wirtschaftswachstum und andererseits auf Maßnahmen der Regierung und anderer Organisationen zurückgeführt werden, die sich an Frauen und Kinder richteten. Ernährung und Gesundheit waren schon immer Prioritäten der Regierung und in der jüngeren Vergangenheit hat das Land umfassende nationale Ernährungsprogramme umgesetzt. Wichtige Maßnahmen umfassen unter anderem Nahrungsmittelhilfen für wirtschaftlich schwache Familien mit fehlernährten Kindern, Programme zur Nahrungsergänzung für Vor- und Grundschulkinder, die Ausgabe von Mikronährstoffen an Schwangere und die Durchführung von Informationsveranstaltungen zur richtigen Ernährung (Khor 2005).

DIE AKUTE UND ANHALTENDE ERNÄHRUNGSUNSIKERHEIT IN DER DEMOKRATISCHEN REPUBLIK KONGO

Die Demokratische Republik Kongo hat den größten Anteil an Unterernährten in der Bevölkerung – drei Viertel – und eine der höchsten Kindersterblichkeitsraten der Welt. Seit 1990 hat sich die dortige Lage bezüglich der Unterernährung wesentlich verschlechtert. Langwierige Bürgerkriege in den 1990er-Jahren haben zum wirtschaftlichen Zusammenbruch, zu Vertreibung und einer chronischen Ernährungsunsicherheit geführt. Die Verfügbarkeit von und der Zugang zu Nahrungsmitteln haben sich durch eine geringere Lebensmittelproduktion verschlechtert und abgeschiedene Regionen wurden durch die desolate Infrastruktur noch mehr isoliert. Die Demokratische Republik Kongo versucht nun, sich von den Konflikten zu erholen und das Land wieder aufzubauen. Wenn es jedoch hauptsächlich durch Nothilfen unterstützt wird, durch die eine nachhaltige Verbesserung der Situation nicht bewirkt werden kann, wird sich das Land hinsichtlich der Ernährungssicherheit weiterhin in einer prekären Lage befinden (FAO 2010b). Stattdessen müssen Programme mit wirksamen Komponenten der Entwicklungshilfe erweitert und zur maßgebenden Praxis werden. Dazu gehört die Einbeziehung der Ernährungssicherheit, der angemessenen Ernährung und der Gesundheit (Rossi et al. 2006).

WIRTSCHAFTLICHE LEISTUNG UND HUNGER

Wirtschaftliche Leistung und Hunger stehen in negativer Korrelation zueinander. Länder mit einem hohen Bruttonationaleinkommen (BNE) pro Kopf – ein wichtiger Messwert für wirtschaftliche Leistung – haben in der Regel niedrige WHI-Werte, während Länder mit niedrigem BNE pro Kopf eher hohe WHI-Werte aufweisen (siehe Abbildungen auf Seite 15 und 16).

Viele Länder weichen jedoch von den WHI-2010-Werten ab, die gemäß ihrem Einkommensniveau anzunehmen wären. Länder mit WHI-Werten oberhalb der prognostizierten Linie (basierend auf Daten aus 119 Ländern) schneiden schlechter ab, als man aufgrund ihres Einkommensniveaus annehmen würde; Länder mit WHI-Werten unterhalb der prognostizierten Linie schneiden besser ab, als ihr Einkommensniveau vermuten ließe. In Afrika südlich der Sahara weisen 2010 viele Länder deutlich höhere WHI-Werte auf als ihr BNE pro Kopf vermuten ließe: Beispiele dafür sind Angola, Botsuana, Burundi, die Demokratische Republik Kongo, Dschibuti und Eritrea (siehe Abbildung auf Seite 15 oben). Außer in Botsuana haben Krieg und Konflikte in allen diesen Ländern zumindest einen Anteil am relativ

schlechten Abschneiden. In Botsuana haben eine starke soziale Ungleichheit sowie hohe HIV- und Aids-Raten das hohe Hungerniveau im Vergleich zum BNE pro Kopf verursacht. Andere Länder wie Ghana und Uganda weisen 2010 geringere WHI-Werte auf, als man bei ihrem BNE pro Kopf annehmen würde. In den letzten 20 Jahren haben beide Länder ihre Hungersituation verbessert, was teilweise auf das breitenwirksame wirtschaftliche Wachstum und eine höhere landwirtschaftliche Produktion zurückzuführen ist. Dies wiederum kam durch gestiegene Investitionen zustande.

In Süd- und Südostasien zählen Bangladesch, Indien, Pakistan und Ost-Timor zu den Ländern, in denen die Hungersituation schlechter ist, als das BNE pro Kopf vermuten ließe, während China, Fidschi und Vietnam zu den Ländern gehören, die ein wesentlich geringeres Hungerniveau aufweisen (siehe Abbildung auf Seite 15 unten). So werden beispielsweise in Indien die WHI-Werte 2010 durch den hohen Anteil untergewichtiger Kinder nach oben getrieben. Dieser wird verursacht durch den niedrigen Sozialstatus und die damit verbundene schlechte Ernährungssituation

der Frauen vor Ort. In Lateinamerika und der Karibik sticht Haiti als Land hervor, dessen WHI-Wert sogar schlechter ist, als es das niedrige Pro-Kopf-Einkommen vermuten ließe (siehe Abbildung auf Seite 16 oben). Noch vor dem verheerenden Erdbeben Anfang 2010, das noch mehr Menschen in Haiti in eine Situation der Ernährungsunsicherheit trieb, war das Land bereits Faktoren ausgesetzt, die Hunger und Armut verstärken. Dazu gehören politische Instabilität, schlechte Regierungsführung und unzureichende soziale Sicherung. Guyana, Honduras, Nicaragua und Paraguay zählen dagegen zu den Ländern, die ein geringeres Hungerniveau aufweisen, als aufgrund ihres BNE anzunehmen wäre. Im Nahen Osten und Nordafrika zeigen sogar alle Länder außer Libyen, wo die Werte den Erwartungen entsprechen, und dem Jemen ein niedrigeres Hungerniveau als erwartet (siehe Abbildung auf Seite 16 unten). Im Jemen ist der Hunger vor allem auf die großen Unterschiede zwischen ländlichen und städtischen Gebieten, eine vom Öl abhängige Wirtschaftsstruktur, ineffiziente soziale Sicherung und ein hohes Bevölkerungswachstum zurückzuführen.

ten verbessern. In der Demokratischen Republik Kongo und Burundi stiegen die WHI-Werte dagegen um 16 beziehungsweise um 7 Prozentpunkte an.

In 29 Ländern ist die Hungersituation immer noch sehr ernst beziehungsweise gravierend (siehe Karte auf Seite 18 und 19). Die Länder mit gravierenden WHI-2010-Werten – Burundi, die Demokratische Republik Kongo, Eritrea und der Tschad – liegen in Afrika südlich der Sahara. Sehr ernste WHI-Werte sind in afrikanischen Ländern südlich der Sahara und in Südasien zu finden.

Burundi, die Demokratische Republik Kongo, Eritrea, Haiti und die Komoren weisen gegenwärtig mit über 50 Prozent den höchsten Anteil an Unterernährten in der Bevölkerung auf. In Bang-

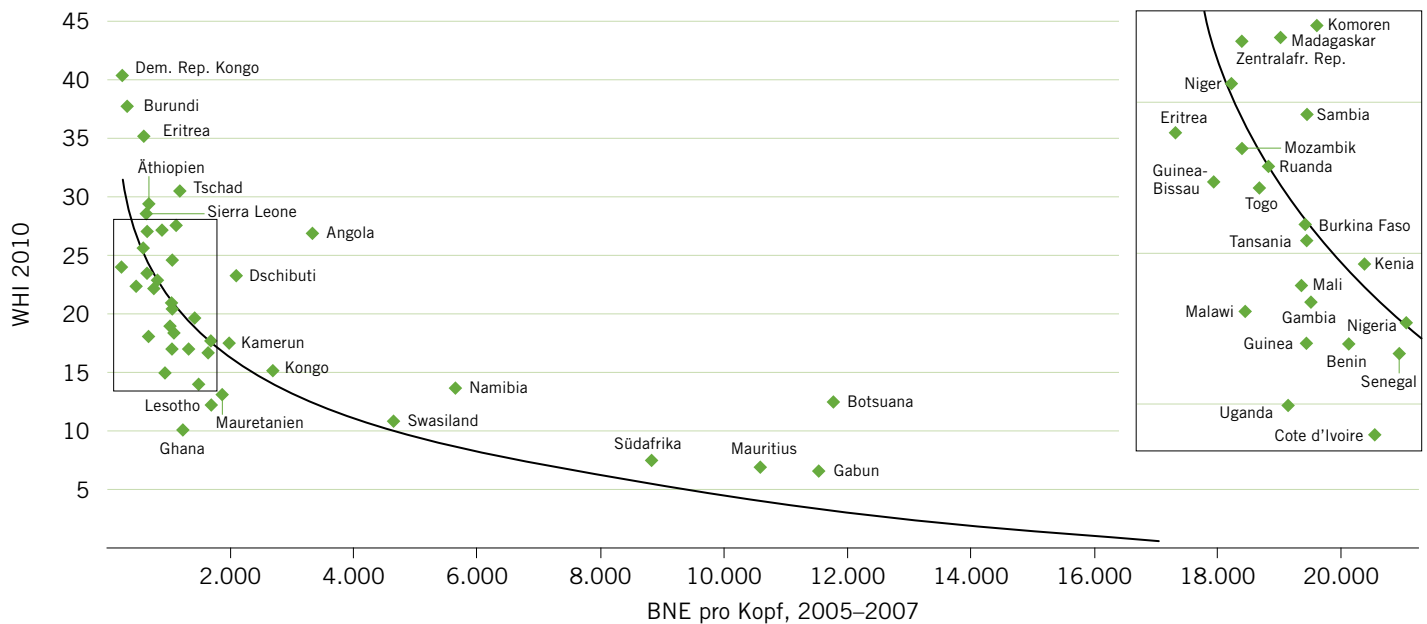
ladesch, Indien, im Jemen und in Ost-Timor gibt es die höchsten Raten untergewichtiger Kinder unter fünf Jahren – jeweils mehr als 40 Prozent. Afghanistan, Angola, Somalia und der Tschad haben die höchsten Sterblichkeitsraten von Kindern unter fünf Jahren: 20 Prozent oder mehr.

¹ Der Begriff „weltweit“ umfasst alle Länder in den Regionen, für die der WHI 2010 und 1990 berechnet wurde. Wie bereits erwähnt, sind für einige Länder keine Daten verfügbar, und die meisten einkommensstarken Länder sind aus der Berechnung des WHI ausgeschlossen.

² Gemäß der Weltbank „werden bei der Bewertung der Regierungsführung die Qualität des öffentlichen Dienstes, die Qualität der Behörden und der Grad ihrer Unabhängigkeit von politischem Druck, die Qualität der Formulierung und Umsetzung politischer Maßnahmen sowie die Glaubwürdigkeit der Regierung bei der Verpflichtung zu solchen Maßnahmen einbezogen“ (Übersetzung eines Auszugs aus World Bank 2009).

BNE PRO KOPF UND DER WELTHUNGER-INDEX

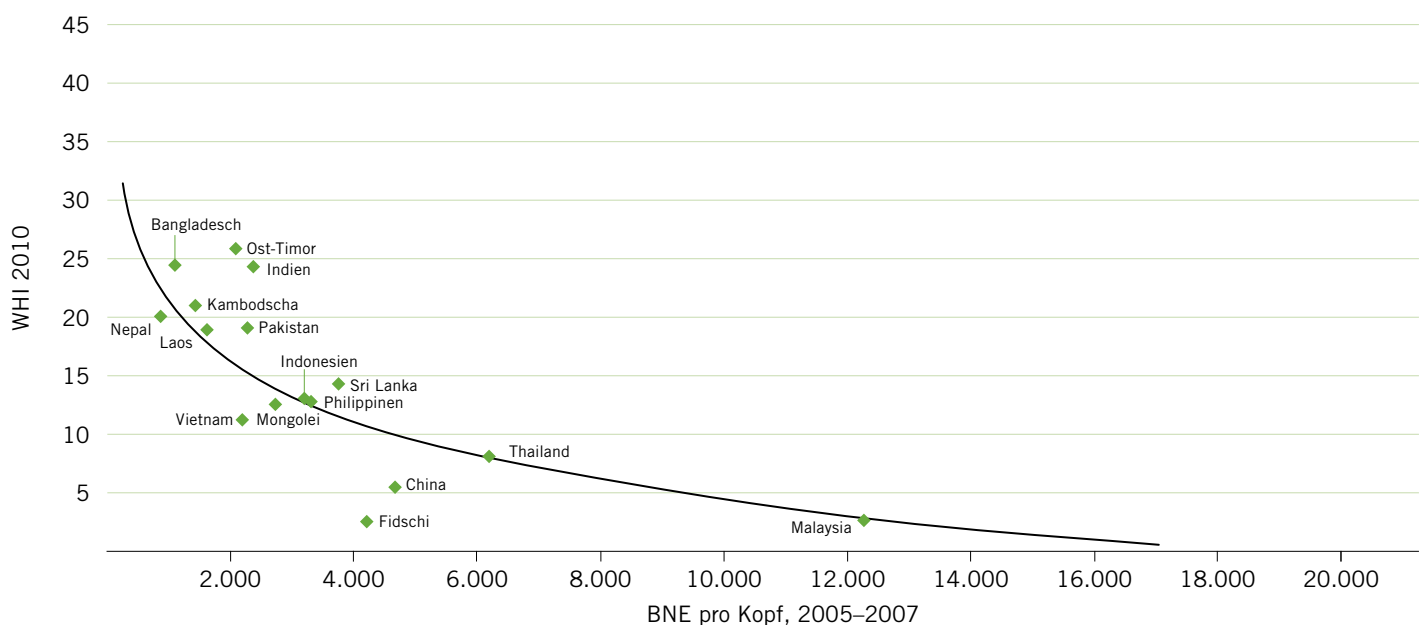
AFRIKA SÜDLICH DER SAHARA



Quelle: Daten zum BNE pro Kopf aus World Bank 2010.

Anmerkung: Die schwarze Trendlinie repräsentiert die erwarteten WHI-Werte für alle Länder in allen Regionen, für die sowohl Daten zum WHI 2010 als auch zum BNE pro Kopf für 2005-2007 verfügbar sind. Das BNE pro Kopf bezieht sich auf das durchschnittliche BNE pro Kopf in International Dollar auf Basis der Kaufkraftparität von 2005 bis 2007.

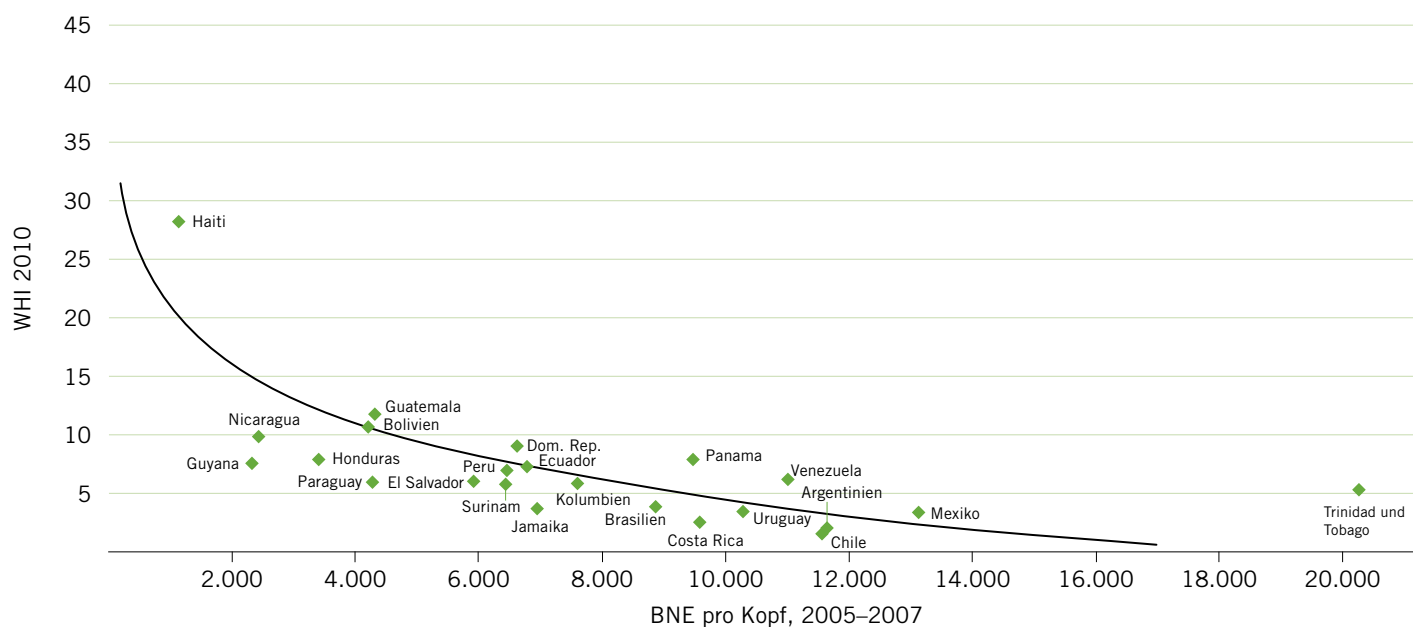
SÜD- UND SÜDOSTASIEN



Quelle: Daten zum BNE pro Kopf aus World Bank 2010.

Anmerkung: Die schwarze Trendlinie repräsentiert die erwarteten WHI-Werte für alle Länder in allen Regionen, für die sowohl Daten zum WHI 2010 als auch zum BNE pro Kopf für 2005-2007 verfügbar sind. Das BNE pro Kopf bezieht sich auf das durchschnittliche BNE pro Kopf in International Dollar auf Basis der Kaufkraftparität von 2005 bis 2007.

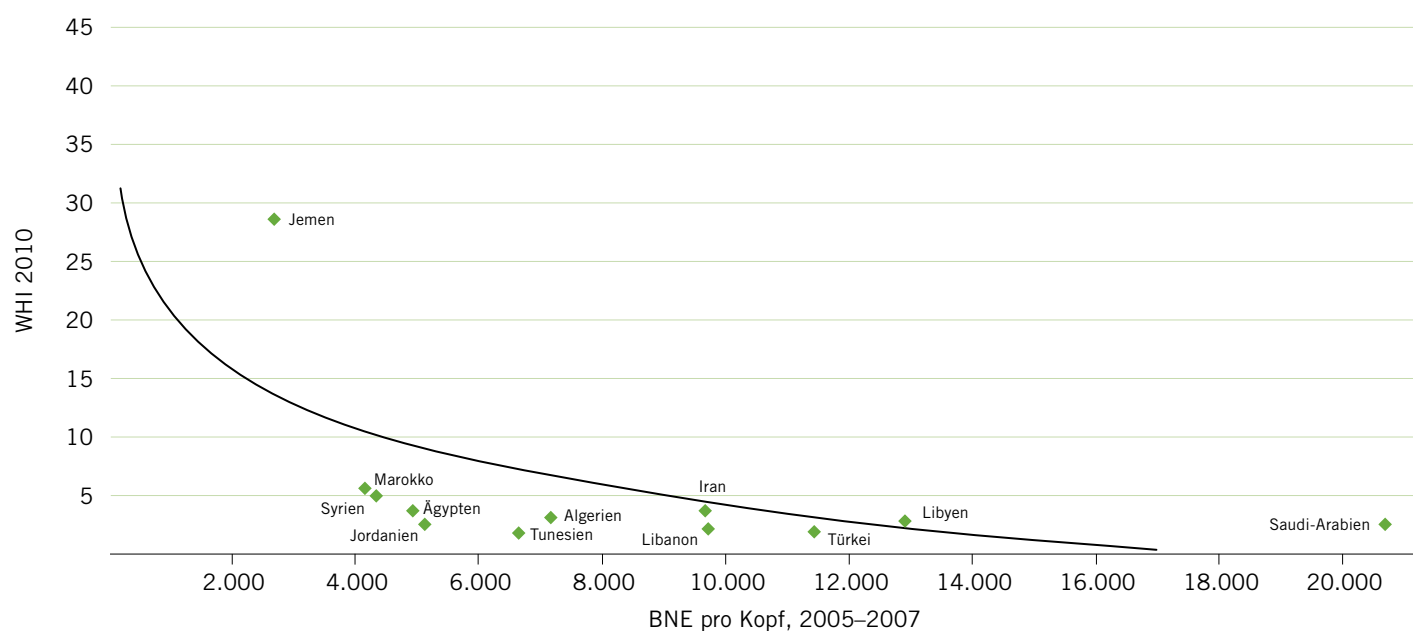
LATEINAMERIKA UND DIE KARIBIK



Quelle: Daten zum BNE pro Kopf aus World Bank 2010.

Anmerkung: Die schwarze Trendlinie repräsentiert die erwarteten WHI-Werte für alle Länder in allen Regionen, für die sowohl Daten zum WHI 2010 als auch zum BNE pro Kopf für 2005-2007 verfügbar sind. Das BNE pro Kopf bezieht sich auf das durchschnittliche BNE pro Kopf in International Dollar auf Basis der Kaufkraftparität von 2005 bis 2007.

NAHER OSTEN UND NORDAFRIKA



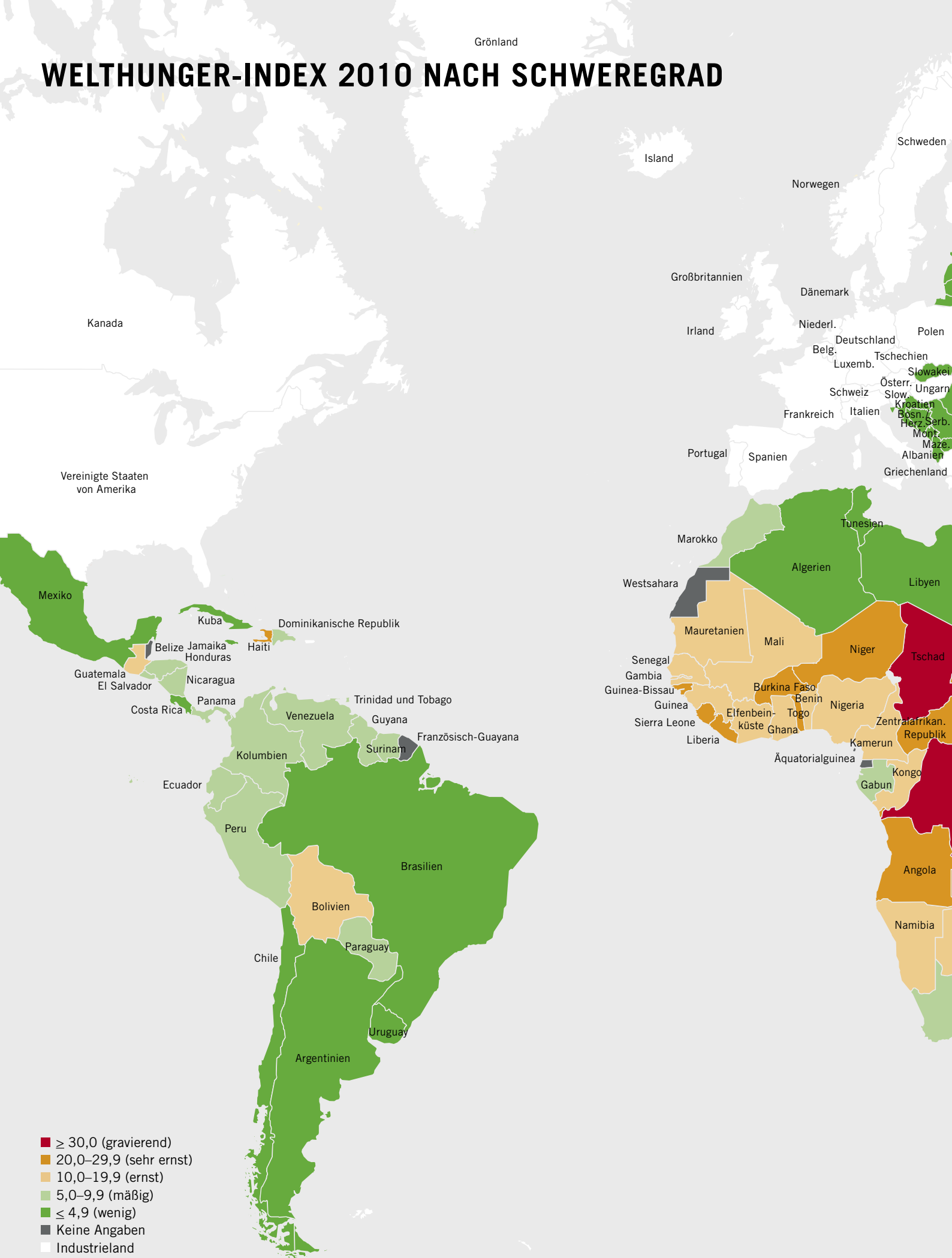
Quelle: Daten zum BNE pro Kopf aus World Bank 2010.

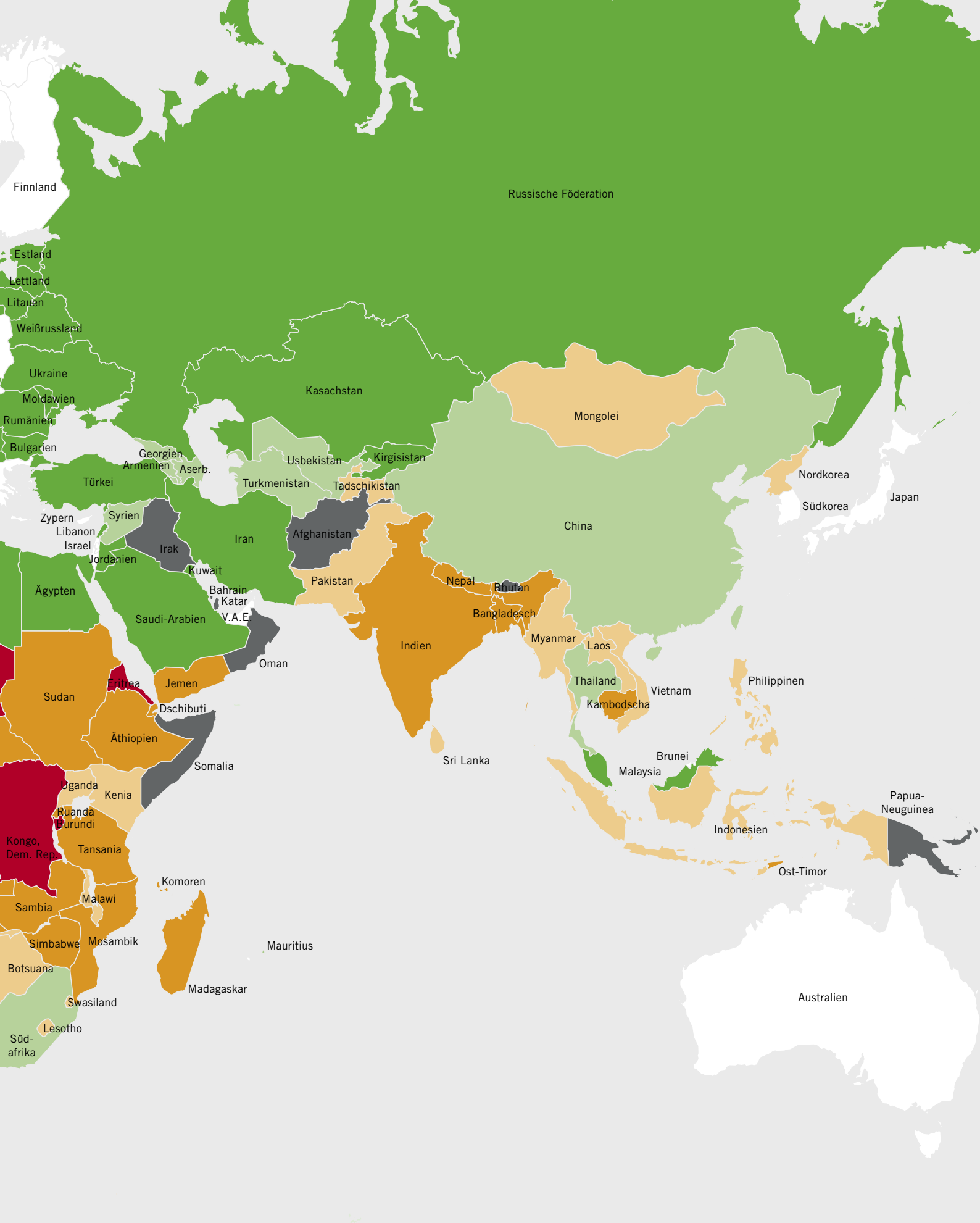
Anmerkung: Die schwarze Trendlinie repräsentiert die erwarteten WHI-Werte für alle Länder in allen Regionen, für die sowohl Daten zum WHI 2010 als auch zum BNE pro Kopf für 2005-2007 verfügbar sind. Das BNE pro Kopf bezieht sich auf das durchschnittliche BNE pro Kopf in International Dollar auf Basis der Kaufkraftparität von 2005 bis 2007.

DIE WELTHUNGER-INDIZES 1990 UND 2010 NACH LÄNDERN

Rang	Land	1990	2010	Rang	Land	1990	2010		
1	Syrien	7,3	5,2	56	Nepal	27,5	20,0		
2	Trinidad und Tobago	6,9	5,3	57	Tansania	22,9	20,7		
3	Surinam	9,6	5,6	58	Kambodscha	31,5	20,9		
4	Kolumbien	9,1	5,7	58	Sudan	26,4	20,9		
5	Georgien	-	5,8	58	Simbabwe	18,6	20,9		
5	Marokko	7,3	5,8	61	Burkina Faso	22,7	21,1		
7	El Salvador	8,8	5,9	62	Togo	27,8	22,4		
7	Paraguay	7,7	5,9	63	Guinea-Bissau	20,9	22,6		
9	China	11,6	6,0	64	Ruanda	28,9	23,1		
10	Venezuela	6,6	6,1	65	Dschibuti	30,8	23,5		
11	Turkmenistan	-	6,3	66	Mosambik	37,4	23,7		
12	Gabun	7,7	6,4	67	Indien	31,7	24,1		
13	Mauritius	7,3	6,7	68	Bangladesch	35,8	24,2		
14	Peru	15,0	6,9	69	Liberia	22,9	24,3		
15	Usbekistan	-	7,1	70	Sambia	25,6	24,9		
16	Ecuador	12,9	7,2	71	Ost-Timor	-	25,6		
17	Südafrika	7,3	7,3	72	Niger	36,5	25,9		
18	Guyana	14,4	7,6	73	Angola	40,6	27,2		
19	Aserbaidtschan	-	7,7	74	Jemen	30,1	27,3		
20	Honduras	13,4	7,9	75	Zentralafrikanische Republik	30,0	27,4		
20	Panama	10,0	7,9	76	Madagaskar	28,1	27,5		
22	Thailand	16,5	8,5	77	Komoren	23,0	27,9		
23	Dominikanische Republik	13,9	9,2	78	Haiti	33,5	28,0		
24	Armenien	-	9,8	79	Sierra Leone	32,7	28,9		
25	Nicaragua	23,4	9,9	80	Äthiopien	43,7	29,8		
26	Ghana	23,4	10,0	81	Tschad	37,6	30,9		
27	Swasiland	9,5	10,8	82	Eritrea	-	35,7		
28	Bolivien	15,3	10,9	83	Burundi	31,8	38,3		
29	Vietnam	24,8	11,5	84	Kongo, Dem. Rep.	24,7	41,0		
30	Guatemala	15,1	12,0						
31	Lesotho	13,0	12,2						
32	Botsuana	14,3	12,5						
33	Mongolei	16,9	12,8						
34	Philippinen	19,0	13,0	Land	1990	2010	Land	1990	2010
35	Mauretanien	22,0	13,1	Albanien	8,7	<5	Kirgisistan	-	<5
36	Indonesien	19,5	13,2	Algerien	6,1	<5	Lettland	-	<5
37	Namibia	19,2	13,6	Argentinien	<5	<5	Libanon	<5	<5
38	Elfenbeinküste	16,0	14,0	Weißrussland	-	<5	Libyen	<5	<5
39	Sri Lanka	21,1	14,5	Bosnien u. Herzeg.	-	<5	Litauen	-	<5
40	Uganda	19,1	15,0	Brasilien	7,2	<5	Mazedonien	-	<5
41	Kongo	22,4	15,2	Bulgarien	<5	<5	Malaysia	8,6	<5
42	Tadschikistan	-	15,8	Chile	<5	<5	Mexiko	7,8	<5
43	Senegal	20,8	16,8	Costa Rica	<5	<5	Moldawien	-	<5
44	Benin	24,0	17,1	Kroatien	-	<5	Montenegro	-	<5
44	Guinea	21,9	17,1	Kuba	<5	<5	Rumänien	<5	<5
46	Kamerun	22,3	17,6	Ägypten	7,0	<5	Russ. Föderation	-	<5
47	Nigeria	24,4	17,8	Estland	-	<5	Saudi-Arabien	6,2	<5
48	Malawi	30,6	18,2	Fidschi	6,0	<5	Serbien	-	<5
49	Gambia	17,5	18,5	Iran	8,8	<5	Slowakei	-	<5
50	Myanmar	29,5	18,8	Jamaika	6,5	<5	Tunesien	5,0	<5
51	Laos	29,0	18,9	Jordanien	<5	<5	Türkei	6,0	<5
52	Mali	24,2	19,1	Kasachstan	-	<5	Ukraine	-	<5
52	Pakistan	24,7	19,1	Kuwait	9,4	<5	Uruguay	<5	<5
54	Nordkorea	16,2	19,4	Anmerkung: Rangfolge gemäß den Werten des WHI 2010. Länder mit einem Wert von weniger als 5,0 im WHI 2010 werden nicht angegeben. Die Unterschiede in der Gruppe von Ländern mit einem WHI von weniger als 5,0 sind minimal. Länder mit identischen WHI-Werten 2010 haben denselben Rang (zum Beispiel werden Georgien und Marokko beide mit Rang 5 bewertet).					
55	Kenia	20,3	19,8						

WELTHUNGER-INDEX 2010 NACH SCHWEREGRAD





Anmerkung: Die Daten über den Anteil der Unterernährten für den WHI 2010 stammen aus den Jahren 2004–2006, die Daten zu untergewichtigen Kindern aus dem letzten Jahr im Zeitraum 2003–2008, für das Daten verfügbar waren, und die Daten zur Kindersterblichkeit aus dem Jahr 2008.



Unterernährung in den **ersten 1.000 Lebenstagen** kann bleibende gesundheitliche Schäden verursachen und die Lebenserwartung einschränken.

FRÜHKINDLICHE UNTERERNÄHRUNG BEKÄMPFEN

Das entscheidende Handlungsfenster der ersten 1.000 Tage

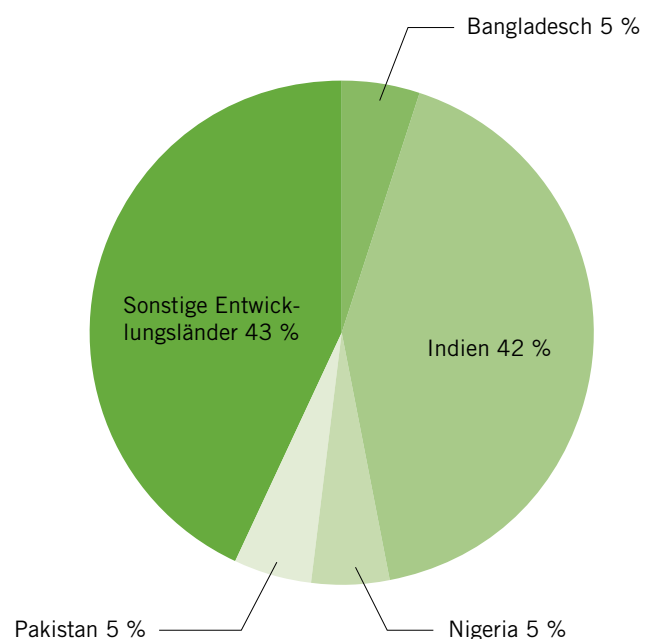
Wie bereits in den vorherigen Kapiteln dargelegt, umfasst der Welthunger-Index (WHI) drei Indikatoren (den Anteil der Unterernährten in der Bevölkerung, den Anteil der untergewichtigen Kinder und die Sterblichkeitsrate von Kindern unter fünf Jahren). Der globale WHI-Wert liegt bei 15,1 (siehe Abbildung auf Seite 11). Der Anteil untergewichtiger Kinder macht bis zu 7,4 Punkte aus, das heißt fast die Hälfte des Gesamtwertes. Auf den Anteil der Unterernährten in der Bevölkerung und die Sterblichkeitsrate von Kindern unter fünf Jahren entfallen 5,4 beziehungsweise 2,2 Punkte. In Südasien entfällt über die Hälfte des WHI-Wertes von 22,9 auf den Anteil untergewichtiger Kinder unter fünf Jahren. In Afrika südlich der Sahara stellt sich die Situation etwas anders dar. Dort hat sich der WHI-Wert in den letzten 20 Jahren kaum verbessert. Beim Anteil untergewichtiger Kinder unter fünf Jahren ist nach neuesten Schätzungen nur ein leichter Rückgang von 27,2 auf 23,6 Prozent zu verzeichnen. Zur Verbesserung der WHI-Werte müssen in den jeweiligen Ländern die Fortschritte bei der Bekämpfung der Unterernährung von Kindern durch eine verbesserte Ernährung vorangetrieben werden. Wie ist dies zu bewerkstelligen? Zunächst muss das Augenmerk auf die Gruppe der Kinder gerichtet werden, deren Alter dem Zeitraum des Handlungsfensters entspricht, das für die weitere Entwicklung entscheidend ist. Zwar zielten bereits in der Vergangenheit in vielen Ländern politische Maßnahmen und Programme auf die Verbesserung der Ernährung von Kindern unter fünf Jahren ab, jedoch zeigen gerade neueste Belege, dass dieses entscheidende Handlungsfenster zur grundlegenden Verbesserung der Ernährungssituation wesentlich kleiner ist und lediglich den Alterszeitraum -9 bis +24 Monate umfasst (also die 1.000 Tage zwischen Empfängnis und der Vollendung des zweiten Lebensjahres). In diesem Zeitraum ist für eine gesunde Entwicklung der Kinder nicht nur eine dem Bedarf angemessene Menge und Qualität an Nahrungsmitteln dringend erforderlich, sondern hier besteht auch die größte Chance, mit entsprechenden Maßnahmen der Unterernährung vorzubeugen. Ab einem Alter von zwei Jahren lassen sich die Folgen der Unterernährung größtenteils nicht mehr rückgängig machen (Ruel 2010). Kinder, die in den ersten 1.000 Tagen ihres Lebens unzureichend ernährt wurden, können bleibende Schäden davontragen, etwa eine eingeschränkte körperliche und geistige Entwicklung, ein schwaches Immunsystem bis hin zu einer geringeren Lebenserwartung. Meist bleiben diese Kinder klein und dünn, sind nur eingeschränkt leistungsfähig und bei mangelhafter Gesundheit. Zudem bringen junge Frauen, die in ihrer Kindheit an Unterernährung gelitten haben, selbst untergewichtige Babys zur Welt und tragen so dazu bei, dass sich der Kreislauf der Unterernährung fortsetzt. Somit ist auch das Wohlergehen der Mütter bei der Lösung dieses Problems ganz wesentlich.

Die entscheidenden Faktoren der richtigen frühkindlichen Ernährung sind bereits hinreichend bekannt: eine Mutter in einer guten Ernährungssituation und bei guter Gesundheit. Sie ist sowohl vor als auch während ihrer Schwangerschaft gesund und wohlgenährt und erhält eine angemessene Gesundheitsversorgung, so dass die notwendigen Voraussetzungen für eine komplikationslose Entbindung bestehen. Das Kind wird in den ersten sechs Monaten ausschließlich gestillt und dies wird bis zum zweiten Lebensjahr fortgesetzt, jedoch ab dem sechsten Monat durch Beikostgabe in ausreichender Menge und Häufigkeit ergänzt. Zudem müssen Zugang zu sauberem Wasser, Abwasserentsorgung und sanitären Einrichtungen sowie zu Gesundheitsversorgung gewährleistet sein. Dennoch fehlt es Millionen von Menschen an dieser Grundversorgung.

Das weltweite Problem der Unterernährung bei Kindern

Die Unterernährung bei Kindern hat mittlerweile erschreckende Ausmaße angenommen. In den Entwicklungsländern sind ca. 195 Millionen der Kinder unter fünf Jahren *stunted* – das entspricht etwa einem Drittel aller Kinder. Fast ein Viertel der unter Fünfjährigen, d. h. 129 Millionen, ist untergewichtig und ein Zehntel leidet sogar an starkem Untergewicht (UNICEF 2009b; siehe Kasten auf Seite 22).

HERKUNFT UNTERGEWICHTIGER KINDER UNTER FÜNF JAHREN



Quelle: UNICEF (2009b).

UNTERERNÄHRUNG BEI KINDERN KANN GANZ UNTERSCHIEDLICH AUSFALLEN: FORMEN DER MANGELERNÄHRUNG

Unterernährung bei Kindern kann je nach Ursache, Ausmaß und Dauer verschiedene Formen annehmen. Es gibt im Wesentlichen drei Kategorien der Unterernährung bei Kindern:

- **Stunting (Unterentwicklung)** – das Kind bleibt für sein Alter zu klein (Anzeichen für chronische Unterernährung),
- **Wasting (Auszehrung)** – das Kind ist für seine Größe zu leicht (Anzeichen für akute Unterernährung) und
- **Untergewicht** – das Kind ist für das jeweilige Alter zu leicht.

Die Kategorie *Stunting* ist ein sinnvoller Gesamtindikator für Unterernährung, da sie alle Auswirkungen von chronischer Unterernährung widerspiegelt. *Wasting* steht für akute Unterernährung, die durch unzureichende Nahrungs- und Nährstoffzufuhr beziehungsweise wiederholte Krankheit entsteht. Untergewicht zeigt entweder *Stunting* oder *Wasting* oder beides an.

In der Forschung werden diese Indikatoren mittels sogenannter Z-Werte (Anzahl der Standardabweichungen, abgeleitet von der

statistischen Normalverteilungskurve) gemessen. Anhand dieser Werte lassen sich die Abweichungen in Gewicht oder Größe eines Kindes von den durch die WHO ermittelten Normwerten für die Entwicklung eines gesunden Kindes festmachen. Je näher der Z-Wert eines Kindes bei null liegt, desto geringer ist die Abweichung vom Mittelwert und desto eher entspricht die Entwicklung des betreffenden Kindes internationalen Wachstumsstandards. Dieser Vergleichswert gilt weltweit und beruht auf der Annahme, dass Kinder, ungeachtet ihrer ethnischen Zugehörigkeit oder Nationalität, theoretisch in der Lage sind, Normalgewicht und -größe zu erreichen. Die WHO hat 2006 ihre Datenbank zu Wachstum und Mangelernährung von Kindern überarbeitet, wobei deutlich wurde, dass die Unterernährung von Kindern weltweit noch stärker ausgeprägt ist als ursprünglich angenommen. Bei allen drei Indikatoren (auftretend in Form von *Stunting*, *Wasting* oder Untergewicht) zeigt ein Z-Wert von weniger als minus zwei Unterernährung und ein Z-

Wert von weniger als minus drei starke Unterernährung an.

Eine weitere Form der Unterernährung ist der Mangel wichtiger Mikronährstoffe wie Vitamine und Mineralien, insbesondere Eisen, Jod, Zink und Vitamin A. Oft wird dieser Mangel an Mikronährstoffen als „versteckter Hunger“ bezeichnet, da er sich meist nicht unmittelbar in klinischen Symptomen manifestiert. Ohne Blutuntersuchungen bleibt ein solcher Mangel oft verborgen und wird erst entdeckt, wenn er bereits stark ausgeprägt und somit lebensbedrohlich ist. Bei Frauen und Kleinkindern kann Mikronährstoffmangel verheerende Auswirkungen haben. Das Wachstum der Kinder, ihre motorische und kognitive Entwicklung, die Entwicklung des Immunsystems und ihre Lebenserwartung werden beeinträchtigt. Bei Frauen können das sichere Austragen des Kindes und die Entbindung sowie die Produktion von Muttermilch in ausreichender Qualität, aber auch die eigene Gesundheit negativ beeinflusst werden.

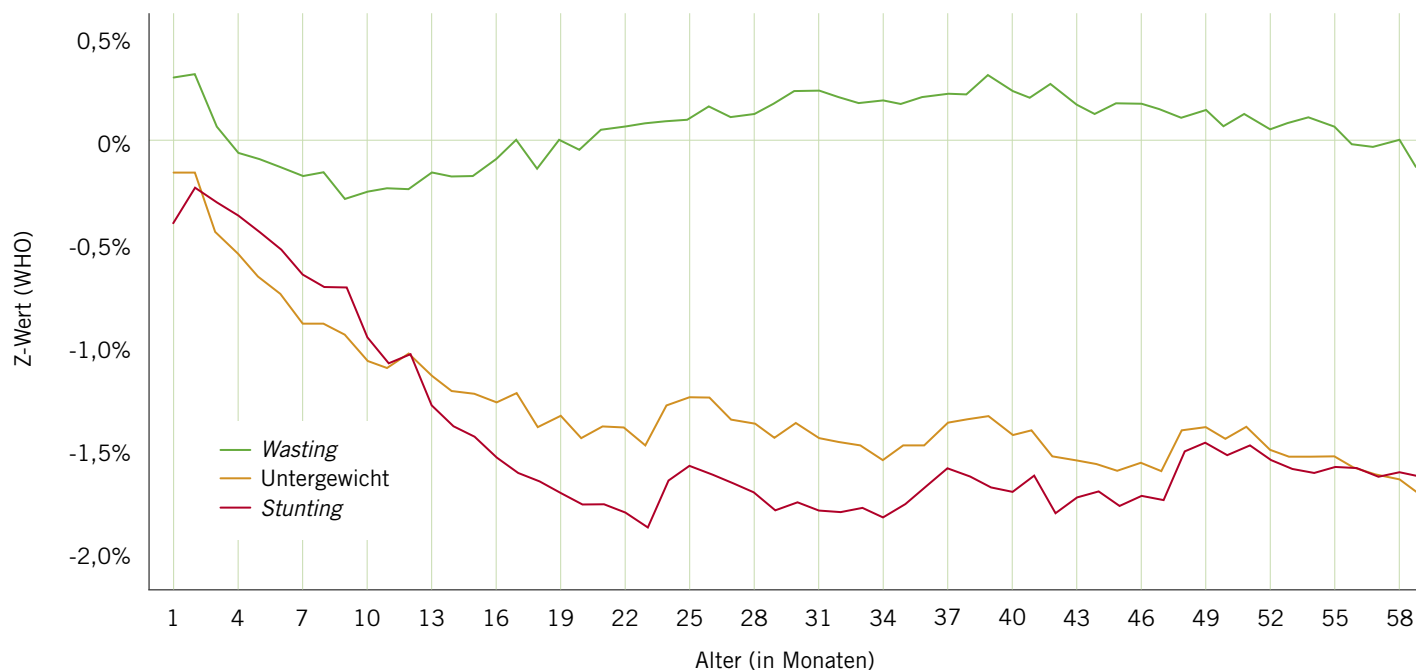
Das Problem der Unterernährung bei Kindern ist nicht gleichmäßig über den Globus verteilt, sondern konzentriert sich auf wenige Länder und Regionen. Über 90 Prozent der *stunted* Kinder leben in Afrika und Asien, wo der Anteil an *Stunting* 40 beziehungsweise 36 Prozent beträgt (UNICEF 2009b). Über 80 Prozent der an Unterernährung (gemessen anhand von *Stunting*) leidenden Kinder leben in gerade einmal 24 Ländern. Indien stellt den weltweit größten Anteil an unterernährten Kindern. 2005–2006 waren etwa 44 Prozent der Kinder unter fünf Jahren in Indien untergewichtig und 48 Prozent *stunted* (WHO 2010b). Allein aufgrund der Größe des Landes bedeutet dies, dass 42 Prozent aller untergewichtigen Kinder und 31 Prozent aller *stunted* Kinder weltweit in Indien leben (siehe Abbildung auf Seite 21) (UNICEF 2009b).

Auch viele andere südasiatische und afrikanische Länder weisen einen hohen Anteil unterernährter Kinder auf. In einigen Ländern in Afrika südlich der Sahara ist etwa die Hälfte aller Kinder *stunted*: 53 Prozent

der Kinder in Burundi, Madagaskar und Malawi sind *stunted*; in Äthiopien und Ruanda sind es 51 Prozent und in Guinea-Bissau und Niger 47 Prozent (UNICEF 2009b). Über die Hälfte der Kinder unter fünf Jahren in Afghanistan, Guatemala, Ost-Timor und im Jemen ist ebenfalls *stunted*.

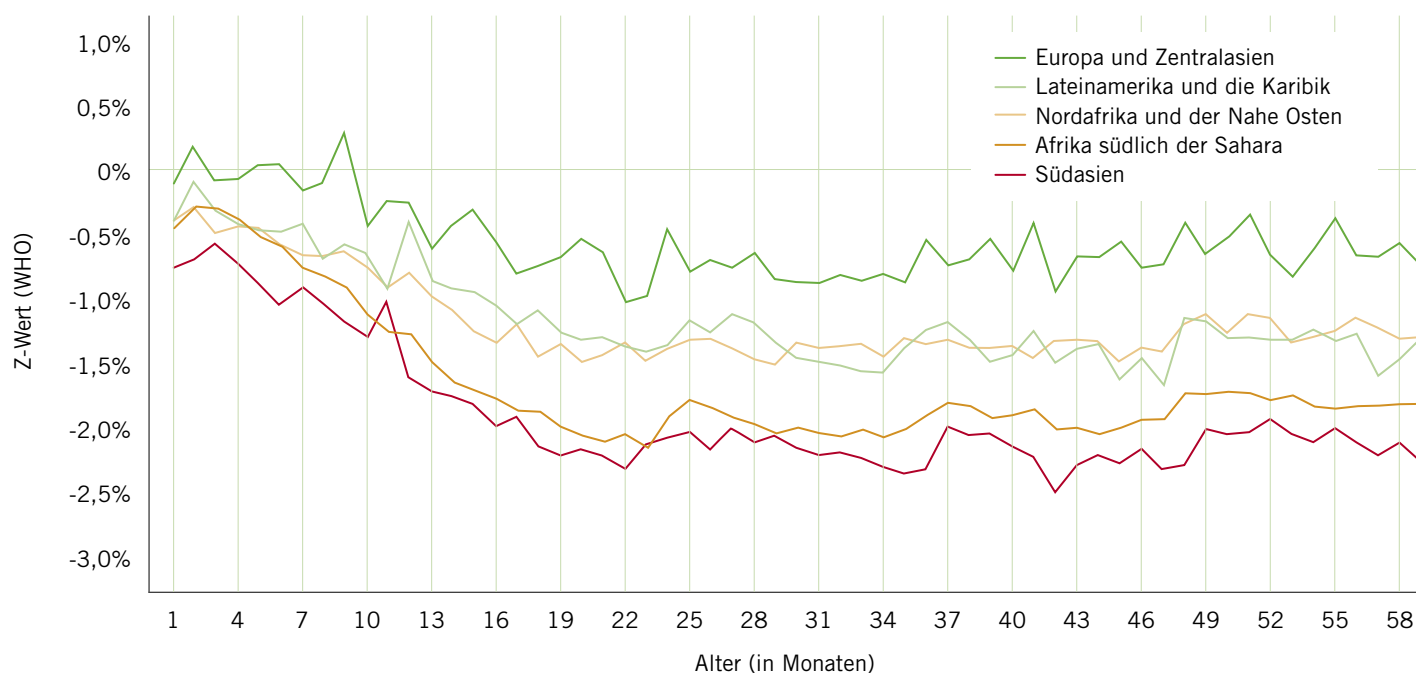
Der sogenannte „versteckte Hunger“, der meist keine sichtbaren Symptome aufweist und durch einen Mangel an Mikronährstoffen ausgelöst wird, tritt sogar noch häufiger auf als Untergewicht, *Stunting* und *Wasting*. Insgesamt leiden auf der Welt zwei Milliarden Menschen an Jodmangel, 285 Millionen davon sind Kinder zwischen sechs und zwölf Jahren (de Benoist et al. 2004). Fast 50 Prozent der Kinder unter fünf Jahren leiden an Anämie, die in der Hälfte der Fälle durch Eisenmangel ausgelöst wird (de Benoist et al. 2008). Der größte Anteil der an Anämie leidenden Kinder im Vorschulalter – 68 Prozent – lebt in Afrika. 190 Millionen Kinder im Vorschulalter sind von Vitamin-A-Mangel betroffen (WHO 2009).

UNTERGEWICHT, *WASTING* UND *STUNTING* BEI KINDERN IN 54 ENTWICKLUNGSLÄNDERN



Quelle: Victora et al. (2010).

STUNTING NACH REGIONEN



Quelle: Victora et al. (2010).

ERNÄHRUNGSPRAKTIKEN: ENTSCHEIDENDE FAKTOREN BEI DER FRÜHKINDLICHEN ERNÄHRUNG

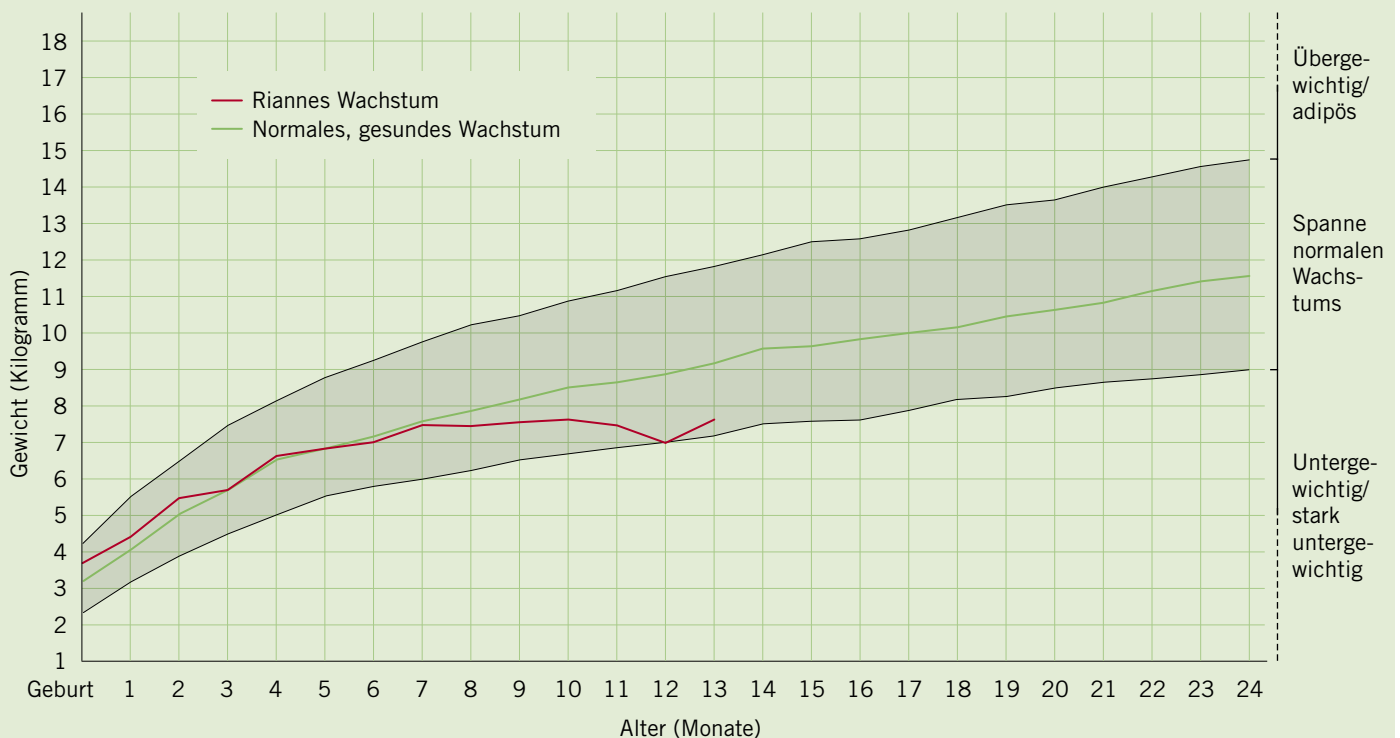


Rianne ist ein 14 Monate altes Mädchen aus Indonesien, deren Leben zunächst einen vielversprechenden Anfang zu nehmen schien. Im Gegensatz zu Millionen anderer Kinder in armen Ländern hatte sie bei der Geburt Normalgewicht und entwickelte sich bis zum vierten Monat gesund (siehe Abbildung unten). Ab dem fünften Lebensmonat jedoch nahm Rianna langsamer zu als erwartet, und während einiger Monate verlor sie sogar an Gewicht. Mit jedem weiteren Monat lag Rianna deutlicher unter den Normalwerten der Wachstumskurve. Nach 13 Monaten galt sie mit ihrem Gewicht für ihr Alter als untergewichtig.

So wie Rianna ergeht es Millionen von Kindern in Entwicklungsländern, die in den ersten zwei Lebensjahren plötzlich in ihrer Entwicklung zurückbleiben. Für diese verlangsamte Entwicklung bei Kindern gibt es eine Reihe von Ursachen, so zum Beispiel die Armut ihrer Familien, eine unzureichende Nahrungsmittelversorgung, schlechte hygienische Verhältnisse und Krankheiten. Auch schlechte Ernährungspraktiken können verantwortlich sein. Nach den für ihre Gegend typischen Essgewohnheiten gab Riannes Mutter ihrer Tochter zweimal am Tag einen mit Wasser zubereiteten Reisbrei. Dann jedoch änderte Riannes Mutter infolge eines Ernährungsprogramms die Ernährung ihrer Tochter. Über Durchsagen im

Radio und durch Aufklärung eines Ernährungsberaters wurden Riannes Familie Kenntnisse zur bestmöglichen Ernährung von Kleinkindern und zur Zubereitung eines altersgerechten, nahrhaften Reisbreis vermittelt. Somit fütterte Riannes Mutter ihre Tochter nun dreimal statt nur zweimal am Tag mit Reisbrei, den sie mit anderen in der Region erhältlichen Nahrungsmitteln anreicherte (die Mägen von Kleinkindern sind noch so klein, dass sie mehr Mahlzeiten als Erwachsene am Tag brauchen, um die von ihnen benötigte Menge an Nahrungsmitteln aufnehmen zu können). Diese Verbesserungen in Riannes Ernährung vor ihrem zweiten Lebensjahr trugen dazu bei, gesund und leistungsfähig zu werden.

RIANNES ENTWICKLUNG VOR IHRER TEILNAHME AM ERNÄHRUNGSPROGRAMM



Quelle: Marcia Griffiths, Vortrag „Focusing on improving household practices and strengthening community support“ (Verbesserung der Lebensgewohnheiten in den Familien und verstärkte Unterstützung durch die Gemeinden) bei dem nationalen Treffen von Brot für die Welt an der American University in Washington, D. C., Juni 2009.

Das Problem der Unterernährung wirkt sich verheerend auf die Gesundheit und die Lebenserwartung von Kindern aus. Schätzungen zufolge sterben jedes Jahr 2,2 Millionen Kinder an *Stunting*, *Wasting* und intrauteriner Wachstumsretardierung (die zu einem niedrigen Geburtsgewicht führt) (Black et al. 2008). Bei Vitamin-A-Mangel drohen eine Reihe von gesundheitlichen Problemen, wie Augenerkrankungen, die in besonders schweren Fällen auch zur Blindheit führen, und das Risiko von Kindern, an anderen Erkrankungen wie Durchfall oder Malaria zu sterben, steigt. Zinkmangel erhöht die Anfälligkeit für Durchfallerkrankungen, Lungenentzündung und Malaria. Durch Eisenmangel kann sich die Müttersterblichkeitsrate erhöhen und die kognitive Fähigkeit der Kinder eingeschränkt werden. Jodmangel während der Schwangerschaft kann nicht nur das Austragen des Kindes gefährden, sondern sich auch negativ auf die geistige und motorische Entwicklung des Fötus auswirken. Chronischer Jodmangel kann zu einer starken Beeinträchtigung der kognitiven Entwicklung des Kindes führen.

Die entscheidenden 1.000 Tage

In Entwicklungsländern kommt es bei vielen Kindern während des ersten Lebensjahres und oft sogar schon vor der Geburt zu ersten Wachstumsverzögerungen. Die Auswertung von Daten aus 54 Ländern in Afrika, Asien, Lateinamerika und der Karibik hat ergeben, dass die meisten Wachstumsverzögerungen, vor allem *Stunting* und Untergewicht, zwischen der Geburt und der Vollendung des zweiten Lebensjahres auftreten (siehe Abbildung auf Seite 23 oben; Victora et al. 2010).

Die Abbildung auf Seite 23 unten zeigt, dass die Kinder in den meisten Regionen mit einer durchschnittlichen Größe geboren werden, sich das Wachstum aber nach einigen Monaten verlangsamt und bis zum Alter von 24 Monaten stark gehemmt ist. Kinder in Südasien sind besonders betroffen, da sie bereits zu Beginn beeinträchtigt sind – schon bei der Geburt leiden zahlreiche Säuglinge an *Stunting*. Überall auf der Welt entstehen die meisten Entwicklungsverzögerungen in der Zeit bis zum zweiten Lebensjahr. Danach verschlechtert sich der Zustand dieser Kinder nur wenig oder gar nicht. Meist bleibt es bei einem für ihr Alter zu geringen Gewicht und einer zu geringen Größe. Am weitesten verbreitet ist *Stunting* bei Kindern in Südasien und in Afrika südlich der Sahara.

Warum ist der Zeitraum zwischen der Empfängnis und dem zweiten Lebensjahr für die Ernährung so entscheidend? Hier spielen mehrere Faktoren eine Rolle. Eine Mutter, die vor und während der Schwangerschaft an Mangelernährung leidet, bringt mit hoher Wahrscheinlichkeit ein zu kleines Baby zur Welt. Ein besonders großes Problem stellt die Mangelernährung von Müttern in Asien dar. In einigen südasiatischen Ländern sind zehn Prozent der Frauen kleiner als 145 cm. Dabei handelt es sich um einen Schwellenwert, der als Indikator für mögliche Komplikationen während der Geburt und für eine



Yat Samath

Provinz Ratanakiri, Kambodscha

„Im Gesundheitszentrum unseres Bezirks habe ich während der Schwangerschaft zweimal Eisentabletten bekommen, insgesamt etwa 40 Tabletten. Ich habe sie alle genommen, obwohl einige schwangere Frauen aus dem Dorf mir geraten haben, das nicht zu tun. Sie befürchteten, dass der Fötus fett wird und dann schwer auszutragen ist.“

„Wenn ich schwanger bin, esse ich keine Schildkröten oder Schlangen, weil ich Angst habe, dass meine Kinder Schildkröten werden könnten, wenn ich diese Tiere esse.“

„In den ersten beiden Tagen bekam mein Baby zusätzliche Milch, aber das hat nicht ausgereicht. Ich habe ihr auch die Brust gegeben, aber ich hatte keine Milch und sie saugte, ohne trinken zu können. Ich trank eine traditionelle Medizin namens ‚MemayKounMouy‘, um mehr Milch zu produzieren.“



Dr. Kyawt Thazin Oo

Ernährungswissenschaftlerin,
Irawadi-Division, Myanmar

„Die meisten Mütter beginnen mit dem Zufüttern bereits, bevor ihre Kinder sechs Monate alt sind. Dabei werden vor allem Reis und weiche Früchte verwendet.“

„Innerhalb der Familien entspricht das Essen der Kinder weitestgehend dem der Erwachsenen. Die Mahlzeiten im Ayerwaddy-Delta bestehen hauptsächlich aus den traditionellen Grundnahrungsmitteln Reis und Fischpaste, die aus vergorenem Fisch und Garnelen hergestellt wird. Für die sehr kleinen Kinder, die noch kein vollständiges Gebiss haben, kauen die Mütter das Essen vor und füttern dann die Kinder damit.“

geringe Geburtsgröße der Babys dient. Über 20 Prozent der Frauen in den meisten Ländern Süd- und Südasiens sowie in Afrika südlich der Sahara haben einen niedrigen *Body-Mass-Index* (Black et al. 2008). In vielen dieser Länder haben Frauen einen niedrigen Sozialstatus, das heißt zum Beispiel, dass sie im Haushalt erst essen, nachdem alle anderen Familienmitglieder ihre Mahlzeit zu sich genommen haben. Zudem fehlt ihnen häufig der Zugang zu einer angemessenen Fürsorge, insbesondere im gebärfähigen Alter. Die Mangelernährung, unter der diese Frauen leiden, setzt sich somit über Generationen fort: An Unterernährung leidende Mädchen erreichen auch im Erwachsenenalter keine normale Größe und bringen wiederum kleinere Kinder zur Welt. Ein niedriger Sozialstatus und ein geringer Bildungsstand der Frauen verfestigen diesen Teufelskreis.

Nach der Geburt werden viele Babys nicht ausschließlich mit Muttermilch ernährt, da dies vielen Frauen aufgrund der eigenen Mangelernährung oder der starken Arbeitsbelastung nicht möglich ist. Zudem ist häufig nicht bekannt, dass Muttermilch als einziges Nahrungsmittel für Kleinkinder bis zum sechsten Monat völlig ausreichend ist. Oftmals werden den Babys daher zur Muttermilch noch Wasser, Tee oder andere Getränke hinzugegeben, was einerseits zu Magen-Darm-Infektionen und andererseits zu einer unzureichenden Nahrungsaufnahme führen kann, da die Aufnahme der Nährstoffe aus der Muttermilch erschwert wird. Ab dem sechsten Monat sollte altersgemäße Beikost hinzugefüttert werden, doch geschieht dies häufig nicht zum richtigen Zeitpunkt. In einigen Ländern erhalten Kinder schon mit einer Woche oder einem Monat Säuglingsnahrung (Tontisirin und Winichagoon 1999). In anderen Ländern wird erst lange nach dem empfohlenen sechsten Monat mit der Beikostgabe begonnen. Hinzu kommt, dass solche Beikost häufig nur einen geringen Nährwert hat oder zu unregelmäßig verabreicht wird (siehe Kasten auf Seite 24). Andere Familien verfügen einfach nicht über ausreichend nährstoffhaltige Lebensmittel zur Herstellung von hochwertiger Beikost für Kleinkinder. Darüber hinaus beeinträchtigen die hygienischen Bedingungen die Ernährungslage eines Kindes stark. Fehlen der Zugang zu sauberem und ausreichendem Trinkwasser, zu Abwasserentsorgung und zu sanitären Einrichtungen, kommt es gerade bei kleinen Kindern oft zu wiederholten Magen-Darm-Infektionen. Diese können zu Appetitlosigkeit sowie – aufgrund von Fieber, Durchfall oder Erbrechen – zu einer unzureichenden Aufnahme von Nährstoffen und damit zu Nährstoffmangel führen. In einem solchen Umfeld erhalten Kinder zudem nur selten entsprechende Schutzimpfungen und regelmäßige Vorsorgeuntersuchungen.

Die Spätfolgen frühkindlicher Mangelernährung

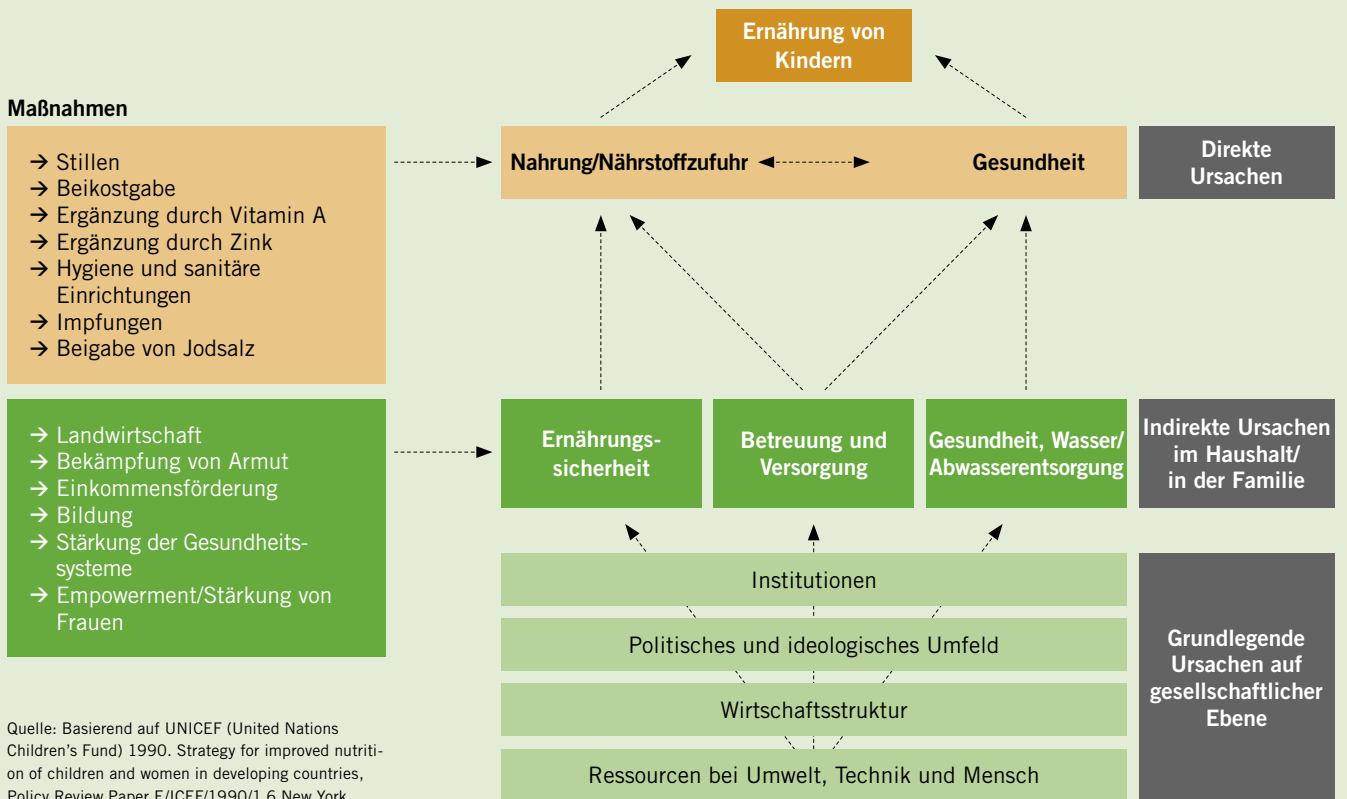
Mangelernährung in frühester Kindheit hat sowohl kurzfristige als auch langfristige Folgen, die bis ins Erwachsenenalter spürbar sind.

Kinder, die bereits in der Gebärmutter und/oder während der ersten zwei Lebensjahre an Mangelernährung litten, sind im Erwachsenenalter häufig nicht so groß wie andere, besuchen nicht so lange die Schule, verdienen weniger und bekommen selbst Kinder mit einem niedrigeren Geburtsgewicht. Schätzungen zufolge ist Unterernährung in Entwicklungsländern oftmals für einen Rückgang des BIP von zwei bis drei Prozent im Jahr, unter Umständen auch bis zu sechs Prozent, verantwortlich (CEPAL/PMA 2007). Einer Studie zufolge wurden Kinder aus Simbabwe, die in der Vorschule als *stunted* galten, sieben Monate später eingeschult als normal entwickelte Kinder. Zudem waren ihre Schulnoten um durchschnittlich 0,7 Punkte schlechter (Alderman, Hoddinott und Kinsey 2003). Der verzögerte Beginn der schulischen Ausbildung und schlechtere Leistungen können schließlich ein um bis zu zwölf Prozent geringeres Einkommen zur Folge haben. Wer in früher Kindheit an Unterernährung litt, wird zudem als Erwachsener eher übergewichtig und chronisch krank. Bei unterernährten Kindern, die im späteren Verlauf ihrer Kindheit und im Erwachsenenalter schnell zugenommen haben, treten häufiger ernährungsbedingte Krankheiten wie Diabetes und Herz-Kreislauf-Erkrankungen auf als bei Erwachsenen, die in jungen Jahren gesund ernährt worden sind. Insgesamt geht man davon aus, dass elf Prozent aller Erkrankungen auf der Welt durch Unterernährung bedingt sind (Black et al. 2008).

Die wirtschaftlichen Vorteile der Bekämpfung von Unterernährung

Die direkt und indirekt notwendigen Maßnahmen für einen erfolgreichen Kampf gegen die Unterernährung sind bereits weitgehend bekannt. Die finanzielle Unterstützung der Bekämpfung von Unterernährung ist zudem wirtschaftlich gewinnbringend. In Guatemala verdienten Männer, die als Kleinkinder im Alter von zwei bis drei Jahren an einem Programm zur Verbesserung der frühkindlichen Ernährung teilgenommen hatten, 46 Prozent mehr als solche, die nicht an dem Programm teilnahmen (Hoddinott et al. 2008). Im Rahmen des Kopenhagener Konsenses 2008 setzte sich ein Expertenausschuss aus acht führenden Wirtschaftsexperten kritisch mit den größten Problemen dieser Welt auseinander und stufte sie nach ihrer Bedeutung ein. Man gelangte zu der Schlussfolgerung, dass der größte Entwicklungsnutzen durch ein Ernährungsprogramm hervorgerufen werden würde (Bereitstellung ergänzender Mikronährstoffe für Kinder: alle vier bis sechs Monate Zugabe von Vitamin A für Kinder im Alter zwischen fünf und sechs Jahren sowie Zink zu therapeutischen Zwecken bei Durchfall). Berechnungen zufolge würden Investitionen in ergänzende Mikronährstoffe für Kinder einen Ertrag von 14 US-Dollar (Zink) beziehungsweise 17 US-Dollar (Vitamin A) pro ausgegebenem US-Dollar einbringen (Horton S., Begin France, Greig A., Lakshman A. 2008).

ENTSCHEIDENDE FAKTOREN BEI DER ERNÄHRUNG VON KINDERN UND MÖGLICHKEITEN ZUR EINFLUSSNAHME



Frühkindliche Unterernährung verhindern

Nach Vollendung des zweiten Lebensjahres sind die Folgen von Unterernährung größtenteils irreversibel. Wird während des Handlungs-fensters, also im Zeitraum zwischen der Empfängnis und der Vollen-dung des zweiten Lebensjahres, die Ernährung nicht qualitativ und quantitativ optimal sichergestellt, kann dies zu bleibenden Schäden führen (Victora et al. 2008). Daher ist es ganz entscheidend, dass die Programme zur Vermeidung von Unterernährung bei Müttern und Kleinkindern während der ersten 1.000 Tage greifen. Auch bei Kin-dern, die im Alter von über zwei Jahren schweren Konflikten oder Krisen, Schocks oder einer Notsituation ausgesetzt sind, erweisen sich gezielte Maßnahmen zur Genesung und Behandlung von akuter Mangelernährung und Hunger als bedeutend. Dies gilt ebenso für diejenigen Kinder, die während ihrer ersten zwei Lebensjahre nicht an einem Ernährungsprogramm zur Vorsorge teilnehmen konnten. Untersuchungen zufolge ist es jedoch sinnvoller und effizienter, Un-terernährung bei Kindern vorzubeugen, als sie zu behandeln (Ruel et al. 2008). Aus diesem Grund sollte die finanzielle Unterstützung zur

Verbesserung der Ernährungssituation vor allem auf die ersten 1.000 Tage abzielen.

Zur Verbesserung der Ernährungssituation gibt es für jedes Kind ein klar abgrenzbares Handlungs-fenster, das sich nach zwei Jah-ren mit großer Geschwindigkeit zu schließen beginnt. Nach Ablauf die-ses Zeitraums ist es kaum noch möglich, entstandene Gesundheits-schäden rückgängig zu machen.

Zur Verbesserung des Gesundheitszustandes und des Wohlbe-findens von Millionen von Menschen in Entwicklungsländern muss die-ses frühe Handlungs-fenster in der menschlichen Entwicklung genutzt werden – mit anderen Worten: Das Augenmerk muss auf Maßnahmen zur Bekämpfung der Unterernährung von heranwachsenden Mädchen, Frauen im gebärfähigen Alter und Kindern unter zwei Jahren gelegt wer-den. Weltweite Vorsorgeprogramme zur Verbesserung der Gesundheit und der Ernährung für Kinder unter zwei Jahren und deren Mütter könn-ten den Anteil der unterernährten Kinder um 25–36 Prozent senken und somit den Gesundheitszustand und die Überlebenschancen von Millionen von Kindern verbessern (Bhutta et al. 2008).

Francisca Champi Condena

Provinz Pisco, Peru



„Wenn ich viel Arbeit auf den Feldern habe, koche ich selten. Manchmal haben wir nicht genug Geld, um Milch, Käse und Eier zu kaufen. Die Ernte bringt unseren Familien genug zu essen, aber das Essen ist nicht mehr ausgewogen. Gemüse haben wir zum Beispiel nur in der Regenzeit.“

„Man hat uns beigebracht, dass Kinder, die mit Käse gefüttert werden, Probleme haben, sprechen zu lernen. Ich höre aber nicht darauf. In den Schulungen haben sie uns gesagt, dass wir unseren Kindern regelmäßig Käse geben können. Das habe ich auch gemacht, und meine Kinder können sprechen.“

Eva Champierri

Leiterin eines Grundversorgungszentrums, Provinz Fianarantsoa, Madagaskar



„Vor allem sind wir über die Qualität unserer Nahrungsmittel besorgt, nicht über die Menge. Die Frauen hier wissen sehr wenig über ausgewogene Ernährung und Hygiene. Um eine breitere Vielfalt an Nahrungsmitteln zu haben, müssen zusätzliche Zutaten wie Garnelen, Erdnüsse und Kuhmilch verwendet werden.“

„Die Bereitstellung medizinischer Versorgung ist sehr schwierig. Viele Familien leben rund 15 Kilometer weit vom Krankenhaus entfernt. Und obwohl die Preise für medizinische Versorgung gering sind, gibt es zu wenig Arzneimittel, medizinisches Personal und Versorgungseinrichtungen.“

Dafür sollten die Regierungen zunächst in wirksame Ernährungsprogramme investieren, die die Unterernährung bereits in der frühen Kindheit bekämpfen. Diese Initiativen müssten auf eine bessere Ernährung der Mütter während Schwangerschaft und Stillzeit ausgerichtet sein, auf die Förderung gesunder Stillpraktiken und die Versorgung der Kinder mit altersgemäßer Beikost sowie auf eine generelle Verwendung von Jodsalz und, wenn nötig, auf eine Versorgung mit künstlichen Mikronährstoffen (zum Beispiel nahrungsergänzendes Vitamin A und Zink für therapeutische Zwecke). Gleichmaßen wichtig sind Impfkampagnen für Kinder sowie die Förderung von optimalen hygienischen und sanitären Praktiken. Darüber hinaus muss den Eltern Wissen über die richtige Ernährung und Pflege von Kindern insgesamt, vor allem aber auch im Zusammenhang mit HIV/Aids vermittelt werden. Diese Maßnahmen setzen gezielt an den direkten Ursachen von Unterernährung an (siehe Abbildung auf Seite 27).

Die Mangelernährung von Kindern steht mit den indirekten Ursachen in Verbindung, die sich aus dem Lebensumfeld, in dem die Kinder aufwachsen, ableiten (siehe Abbildung auf Seite 27). Daher sind für die nachhaltige und tief greifende Verbesserung der Ernährung von Kindern dringend politische Maßnahmen zur Lösung von Missständen nötig. Zu diesen gehören Armut, unsichere Nahrungsmittelversorgung, fehlende Bildung, der niedrige Status von Frauen und fehlender Zugang zu Wasser, Abwasserentsorgung und sanitären Einrichtungen sowie mangelhafte medizinische Versorgung. Die Relevanz dieser Faktoren wird deutlich bei der Betrachtung der Fortschritte im Kampf gegen Unterernährung in Brasilien, China, Thailand und Vietnam. Vielversprechend ist unter anderem die Einbindung von Maßnahmen zur Verbesserung der Ernährung in sektorübergreifende Programme zur Bekämpfung von Armut, für größere Ernährungssicherheit und mehr Gleichberechtigung zwischen den Geschlechtern. Derartige Programme, wie die „Conditional Cash Transfers“ (die Überweisung von Bargeld an Familien unter der Bedingung, dass ihre Kinder die Schule besuchen und die Gesundheitsversorgung nutzen), haben sich zur Verbesserung der frühkindlichen Ernährung innerhalb des entscheidenden Handlungsfensters als sehr geeignet erwiesen (Leroy, Ruel und Verhofstadt 2009). Einen wesentlichen Beitrag zu einer qualitativ besseren und vielfältigeren Nahrungsmittelversorgung aller Familienmitglieder leisten auch Programme, die den Eigenanbau und den Verzehr von nährstoffreichem Obst und Gemüse sowie von Nahrungsmitteln tierischen Ursprungs fördern (World Bank 2007).

Bemerkenswerte Erfolge

In vielen Ländern ist die Verbesserung der Ernährung in früher Kindheit noch nicht als wichtiges politisches Ziel anerkannt worden. Jedoch konnte in einigen wenigen die Unterernährung bei Kindern be-

reits erheblich eingedämmt werden. Obwohl jedes Land eigene, der dortigen Situation angepasste Maßnahmen und Programme entwickeln muss, können aus den Erfahrungen der in dieser Hinsicht erfolgreichen Länder politische Handlungsoptionen abgeleitet und nützliches Wissen gewonnen werden.

In Thailand beispielsweise konnte die Fehlernährung bei Kindern während der 1980er Jahre in weniger als zehn Jahren von 50 auf 25 Prozent, also um die Hälfte, gesenkt werden. Dieser bemerkenswerte Erfolg ist dem gezielten Einsatz von Ernährungsprogrammen zur Bekämpfung schwerer Fehlernährung zu verdanken. Auch die Einrichtung eines weitreichenden Netzes von Freiwilligen, durch deren Hilfe eine Veränderung der Gewohnheiten und somit die Verhinderung von leichter bis mittlerer Fehlernährung erreicht wurde, trug dazu bei. Die freiwilligen Helfer, von denen etwa einer auf 20 Haushalte in Thailand kam, erhielten umfassende Schulungen zur Kontrolle der Entwicklung von Kindern und zur Anleitung von deren Betreuern im Hinblick auf Stillen und Beikostgabe. Des Weiteren wurden Informationen zur Schwangerschaftsvorsorge und zu anderen Grundversorgungsdiensten verbreitet. Die thailändische Regierung beschloss, die Förderung von Ernährungsprogrammen nicht als soziale Unterstützung, sondern als Investition in die Entwicklung zu betrachten, und machte sie daher zu einem Teil ihres nationalen Wirtschafts- und Entwicklungsplans (Tontisirin und Winichagoon 1999). Zudem wurden in dieser Zeit Projekte im Bereich Gesundheit, Abwasserentsorgung und sanitäre Einrichtungen sowie Bildung finanziell stark gefördert.

Zwischen 1990 und 2002 gelang es auch China, die Fehlernährung bei Kindern um mehr als die Hälfte von 25 auf 8 Prozent zu senken. Ausschlaggebend waren hierbei eine extrem erfolgreiche Anti-Armutsstrategie, groß angelegte Programme zur Verbesserung von Gesundheit und Ernährung sowie größere Investitionen im Bereich Wasserversorgung, Abwasserentsorgung und sanitärer Einrichtungen (Ruel 2008). Dank dieser Investitionen scheinen zahlreiche Ursachen für Unterernährung bei Kindern erfolgreich bekämpft worden zu sein, wie die mangelhafte Ernährungssituation und die unzureichende Gesundheitsversorgung der Mütter, das niedrige Geburtsgewicht der Kinder sowie die hohe Analphabetenquote. Des Weiteren konnte die Geburtenrate gesenkt und die Armut verringert werden (Svedberg 2007).

Ähnlich erfolgreich war Brasilien, wo der Anteil der *stunted* Kinder von 37 Prozent in den Jahren 1974–75 auf 7 Prozent in den Jahren 2006–07 fiel. Zwischen 1970 und 1980 nahm das Wirtschaftswachstum des Landes stark zu und die Armut sank, doch führte dies nicht unmittelbar zu einem Rückgang der Fehlernährung unter Kindern. In den späten 1970er- und 1980er-Jahren jedoch erhöhte Brasilien seine Sozialausgaben deutlich, vor allem die Ausgaben für



Haja Adam Mohamed

Nord-Dafur, Sudan

„Wir würden unsere Kinder gerne besser ernähren, aber durch unser geringes Einkommen und die hohen Getreidepreise können wir das einfach nicht. Manchmal stehen noch nicht einmal den stillenden und schwangeren Frauen genügend Kilokalorien zur Verfügung, um genug Muttermilch für ihre Babys zu produzieren.“

„Wenn ein Kind fehlernährt ist, bringt die Mutter es zur Großmutter, die es dann mit bestimmten Pflanzen oder der Milch einer schwarzen Ziege füttert, oder sie bittet traditionelle Heiler um Hilfe.“



Phorn Moern

Provinz Ratanakkiri, Kambodscha

„Ich esse fast nur Chilibrei mit Salz und Bambussprossen. Wenn wir Geld haben, kaufen wir manchmal auf dem Markt Obst, Hühner- und Enteneier oder Fleisch. Dafür müssen wir eine Stunde zu Fuß gehen, weil in der Nähe unseres Dorfes die Nahrungsmittel aus dem Wald immer knapper werden.“

„Ich frage mich auch, was mit meinen Kindern los ist. Ich gebe ihnen viel zu essen, wann immer das möglich ist, aber sie sehen dennoch dünn aus, und ich weiß nicht, warum und was ich tun soll. (...) Meine Nachbarn haben gesagt, dass es an meiner Muttermilch liegen könnte, die vielleicht sauer ist.“

Rodine Norosea

Ernährungstechnikerin, Provinz
Fianarantsoa, Madagaskar



„Die Ernährung vor Ort besteht gewöhnlich aus zu vielen Kohlenhydraten, da enorm viel Reis gegessen wird. Oft ist es für die Menschen nicht möglich, unsere Empfehlungen und Rezepte umzusetzen, da die benötigten Lebensmittel nicht erhältlich sind oder die Menschen nicht genug Geld haben, um sie zu kaufen.“

„Alleinstehende Mütter mit vielen Kindern und nicht genügend Nahrungsmitteln geben ihren älteren Kindern meist den größeren Anteil bei der Essensverteilung. Für die Jüngsten ist dann oft nur noch wenig übrig.“

Tatiana Medina Sánchez

Provinz Cajamarca, Peru



„Die Ernährung der Kinder verbessert sich langsam aufgrund der Aktivitäten der Nichtregierungsorganisationen und Gemeinden. Einige Familien ändern ihre Ernährungsweise jedoch nicht, da sie mehr Zeit mit der Landwirtschaft, der Vermarktung und anderen Arbeiten verbringen. Andere sind immer noch nicht daran gewöhnt, bestimmte Nahrungsmittel zu essen.“

„Die Einwohner einiger Gemeinden sehen die Unterernährung von Kindern nicht als schwerwiegendes Problem. Die Vorschläge der Bürger für die Verwendung der Gemeindegelder zielen eher auf andere Bereiche als auf die Bekämpfung der Unterernährung.“

Lebensmittel- und Ernährungsprogramme, Gesundheit und Bildung. Die Versorgung mit sauberem Wasser konnte entscheidend verbessert werden und ein größerer Anteil von Kindern wurde mit Impfungen versorgt (Ruel 2008). Zwischen 1996 und 2007 waren vor allem eine bessere Ausbildung der Mütter, ein höheres Einkommen pro Familie, eine verbesserte Gesundheitsversorgung von Mutter und Kind sowie eine flächendeckendere Wasserversorgung und Abwasserentsorgung für Fortschritte bei der Ernährungssituation von Kindern verantwortlich. Das brasilianische „Conditional Cash Transfer“-Programm (Bolsa Familia) stellt nur ein Beispiel für erfolgreiche Hilfsprogramme zur Armutsbekämpfung dar, die Ernährung, Gesundheit und Bildung und die entsprechenden Maßnahmen miteinander verbinden (Leroy, Ruel und Verhofstadt 2009). Dieses Programm und andere politische Maßnahmen der brasilianischen Regierung haben sich zudem entscheidend auf den Abbau sozialer Ungleichheiten ausgewirkt, so dass sich die Ernährungslage von Kindern aus wirtschaftlich schwachen Familien schnell an die Situation besser gestellter Kinder angeglichen hat (Monteiro et al. 2009; Monteiro et al. 2010).

Auch auf lokaler Ebene konnten durch solche Programme sowohl die direkten als auch die indirekten Ursachen für Unterernährung bei Kindern bekämpft werden, so zum Beispiel in Bangladesch durch geschlechterspezifische Programme zur Förderung des Eigenanbaus von Nahrungsmitteln (Iannotti, Cunningham und Ruel 2009). Bei vielen dieser Programme geht es nicht nur darum, direkte Maßnahmen zur Verbesserung der Ernährung zu ergreifen, sondern die Armut zu bekämpfen, für größere Ernährungssicherheit zu sorgen und mehr Gleichberechtigung durch die Bereitstellung von Ressourcen und Schulungen für Frauen zu schaffen.

Den Hunger bekämpfen

Das Bewusstsein für die Bedeutung von Ernährung wächst, so dass diese Thematik inzwischen auch auf der Agenda der internationalen Entwicklungspolitik angelangt ist. Auch infolge der Bemühungen im Rahmen der Millenniumsentwicklungsziele (MDGs), den Anteil der hungernden Menschen zu halbieren, wurde das Thema Ernährung in den Mittelpunkt des Interesses gerückt. Im Kopenhagener Konsens von 2008 werden Investitionen in Ernährungsprogramme als die bezüglich des Kosten-Nutzen-Verhältnisses wirksamste Entwicklungsinvestition betrachtet. Bei einer Reihe von neuen Maßnahmen liegt der Fokus insbesondere darauf, das Problem der Ernährung von verschiedenen Seiten anzugehen. Eine Gruppe von Akteuren aus dem Ernährungsbereich, die jeweils verschiedene Interessengruppen vertreten, hat eine Reihe von Empfehlungen für ein Programm auf nationaler und internationaler Ebene mit dem Titel „Scaling Up Nutrition: A Framework for Action“ herausgegeben (Bezanson und Isenman 2010). In diesem Dokument wird ein Maßnahmenpaket zur Ernäh-

rungsverbesserung befürwortet, das auf das besagte Handlungsfenster ausgerichtet ist. Zusätzlich enthält es eine Schätzung der anfallenden Kosten bei Ausdehnung der derzeitigen Aktivitäten auf den Umfang, der zur schnellen Bekämpfung der Unterernährung nötig wäre. Des Weiteren kamen die Industriestaaten der G8 bei den Gesprächen zur weltweiten Lebensmittel-, Öl- und Finanzkrise überein, im Rahmen ihrer Erklärung von L'Aquila zur Lage der Welternährung die Thematik Ernährungssicherheit und Ernährung in armen Ländern erneut in den Mittelpunkt des Interesses zu rücken. Ausgehend von dieser Erklärung haben verschiedene Geldgeber dem Programm für Landwirtschaft und Ernährungssicherung (Global Agriculture and Food Security Program – GAFSP) finanzielle Mittel zukommen lassen. So sollen die Entwicklungsländer in ihrem Vorhaben unterstützt werden, die Probleme in der Landwirtschaft und bei der Ernährungssicherung anzugehen. Diese beiden indirekten Ursachen spielen eine wichtige Rolle bei der Verbesserung derjenigen Mittel, die den Haushalten für die Bekämpfung der Unterernährung von Kindern zur Verfügung stehen. Der Ausschuss für Welternährungssicherung (Committee on World Food Security – CFS) wurde im Jahr 2009 umstrukturiert. Im entsprechenden Dokument wird sein Engagement für eine stärkere Beteiligung seitens der verschiedenen Interessengruppen für Ernährungssicherheit dargelegt sowie die einstimmige Erklärung abgegeben, dass Ernährung ein integraler Bestandteil des Ernährungssicherungskonzepts und der Arbeit des CFS ist. Schließlich hat die US-Behörde für internationale Entwicklung (United States Agency for International Development – USAID) erst kürzlich die Initiative *Feed the Future* ins Leben gerufen. Im Rahmen dieser Bemühungen werden die Maßnahmen in den Bereichen Landwirtschaft, Gesundheit und Ernährung miteinander verknüpft. Mit einer Summe von mindestens 3,5 Milliarden US-Dollar sollen Investitionsvorhaben von Ländern wie Äthiopien, Guatemala, Nepal und Ruanda zur Verbesserung der Landwirtschaft, Bekämpfung der Armut und Verbesserung der Ernährungssituation unterstützt werden. Das britische Ministerium für Entwicklungshilfe (United Kingdom Department for International Development – DFID) hat erst kürzlich eine neue Ernährungsstrategie auf den Weg gebracht mit dem Ziel, das „vernachlässigte Problem der Unterernährung“ anzugehen. Dabei soll Kindern in der kritischen Phase der ersten 1.000 Tage zwischen Empfängnis und der Vollendung des zweiten Lebensjahres durch eine Reihe von kurz- und langfristigen Maßnahmen geholfen werden (DFID 2010). Der „Hunger Task Force Report“, in dem die wesentlichen Ziele der irischen Regierung im Hinblick auf die Verringerung und vollständige Beseitigung des Hungers festgehalten werden, enthält zudem als einen seiner drei zentralen Punkte die Umsetzung von Programmen zur Bekämpfung der Unterernährung bei Frauen und Kleinkindern. Die anderen zwei Punkte betreffen die Erhöhung der Produktivität

von Kleinbauern, insbesondere Bäuerinnen, in Afrika und die Bemühungen um ein echtes politisches Engagement auf allen Ebenen zur notwendigen Festlegung des Kampfes gegen den Hunger als oberste Priorität (Government of Ireland 2008).

In ihrer Gesamtheit stellen diese weltweiten Bemühungen einen wichtigen ersten Schritt dar. Um jedoch internationale Anstrengungen für die betroffenen Bevölkerungsteile umsetzen zu können und das eigentliche Ziel – die gesunde Ernährung von Kindern – zu erreichen, braucht es zudem entscheidende und weitreichende politische Maßnahmen auf nationaler und regionaler Ebene. Trotz des wissenschaftlichen Konsenses hinsichtlich der Bedeutung frühkindlicher Ernährung werden diese Erkenntnisse in vielen Ländern nur sehr langsam in effektive politische Maßnahmen und Initiativen umgesetzt. Oft lassen politische Entscheidungsträger in Entwicklungsländern die Ernährungssituation von Kleinkindern weitestgehend außer Acht, obwohl diese die Zukunft ihres Landes darstellen. Die Länder, die sich bereits verstärkt um eine Festschreibung von gesunder Ernährung als oberstes Ziel bemüht haben, können dort, wo dies noch nicht der Fall ist, mit ihrem Erfolg als Beispiel dienen. Alle Erfolgsgeschichten, auch wenn jeweils sehr verschiedene Bedingungen und Mittel zur Bekämpfung von Unterernährung vorlagen, beruhen auf einigen wenigen Grundsätzen: auf entschiedenen Maßnahmen seitens der Regierung in allen Bereichen sowie auf kommunaler, regionaler und staatlicher Ebene. Das umfasst die Stärkung des bestehenden Gesundheitssystems sowie eine deutliche Aufstockung der Staatsausgaben und den Ausbau von Führungskompetenzen und Engagement auf allen Ebenen. Auf diese Weise können die besonders betroffenen Bevölkerungsteile, Haushalte und Altersgruppen gestärkt werden. Außerdem sind stetige Kontrolle und Evaluierung als Grundlage für Fördergelder und Anpassungen der politischen Maßnahmen während deren Umsetzung unverzichtbar (von Braun, Ruel und Gulati 2008).

Wird Unterernährung nur unzureichend bekämpft, lassen politische Entscheidungsträger die Chance auf eine bedeutende Verbesserung der Lebenssituation von Millionen ihrer Bürger und für eine Umsetzung allgemeiner politischer Ziele wie weniger Hunger, weniger Armut und stärkeres Wirtschaftswachstum ungenutzt verstreichen.



Nur durch stetige **Zusammenarbeit auf allen Ebenen** kann die Unterernährung bei Kindern umfassend bekämpft und letztendlich beseitigt werden.

FRÜHKINDLICHE UNTERERNÄHRUNG AUS SICHT DER BETROFFENEN

„Jetzt erkennen wir das Problem und wissen, wie man es angehen kann“

Concern Worldwide und die Welthungerhilfe setzen sich mit allen Kräften für den Kampf gegen Hunger und Unterernährung ein. Bei ihrer Arbeit in verschiedenen Projekten in Afrika, Asien, Lateinamerika und der Karibik konnten die beiden Organisationen eine ganze Reihe auf kommunaler Ebene ansetzende Maßnahmen zur Bewältigung der Unterernährung bei Kindern umsetzen und entsprechend weiterentwickeln. Das Problem wird dabei gezielt angegangen, indem die drei indirekten Ursachen der Unterernährung bekämpft werden: Ernährungsunsicherheit, unzureichende Fürsorge für Frauen und Kinder und begrenzter Zugang zu medizinischer Versorgung und einem gesunden Lebensumfeld (siehe Abbildung auf Seite 27). Beide Organisationen versuchen im Rahmen der bestehenden Gemeindesysteme und -strukturen vor Ort diejenigen Maßnahmen umzusetzen, die das größte Potential für langfristige Erfolg beinhalten.

Die folgenden Fallstudien stellen zwei Projekte vor: eines im ländlichen Mali (Welthungerhilfe) und eines im städtischen Bangladesch (Concern). Sie geben Eindrücke von Projektteilnehmern wieder, die während jüngster Besuche vor Ort gesammelt wurden.¹ Diese Ein-

drücke, die für die Erstellung des Welthunger-Indexes zusammengetragen wurden, stammen von Menschen, die unmittelbar von der Fehlernährung bei Kindern betroffen sind: Mütter, freiwillige Helfer und lokale Führungskräfte. Sie sprechen für all jene, die sich täglich um eine gesunde Ernährung für Kinder und Mütter bemühen.

Das Programm der Welthungerhilfe zur lokalen Förderung von Landwirtschaft, Ernährung und Gesundheit

Die Welthungerhilfe ist seit 1968 in Mali tätig und unterstützt derzeit in 100 Dörfern, die besonders von Ernährungsunsicherheit betroffen sind, ein Programm zur Förderung der Landwirtschaft, Ernährung und Gesundheit.² Diese Dörfer liegen in den beiden Landkreisen Nioro du Sahel und Diéma in der Kayes-Region nahe der mauretanischen Grenze. Von dem von 2008 bis 2011 geplanten Vier-Jahres-Programm sollen etwa 125.000 Menschen profitieren. Im Wesentlichen zielt es darauf ab, die Ernährungssituation von Kindern unter fünf Jahren, Schwangeren

ERNÄHRUNG VON KINDERN IN MALI

Über ein Drittel (34 Prozent) der Kinder in Mali ist *stunted*, und mehr als jedes zehnte (11 Prozent) leidet unter *Wasting*. Noch gravierender ist die Tatsache, dass sich keiner dieser Werte in den vergangenen 15 Jahren verbessert hat: Die *Stunting*-Rate blieb im Vergleich zu 1996 (33 Prozent) fast unverändert und der Anteil derer, die an *Wasting* leiden, hat sich von fünf Prozent im Jahr 1996 mehr als verdoppelt (UNICEF 2003–2008). Mali ist ein in Westafrika gelegenes Binnenland mit einer geschätzten Einwohnerzahl von 13,5 Millionen (Samaké 2007). Es gehört zu den ärmsten Ländern dieser Welt. 2006 mussten über die Hälfte der Bevölkerung von weniger als 1,25 US-Dollar und über 70 Prozent von weniger als zwei US-Dollar am Tag leben. Über zwei Drittel der Bevölkerung leben auf dem Land und die große Mehrheit (etwa 80 Prozent) arbeitet in der Landwirtschaft (République du Mali 2005).

Wie in den meisten anderen Teilen der Sahelzone birgt die Abhängigkeit von der Landwirtschaft als Haupteinnahmequelle auch in Mali große Risiken. Aufgrund fehlender Bewässerungssysteme ist die Ernte fast ausschließlich vom Niederschlag abhängig. Dieser fällt meist nur spärlich und unregelmäßig. Daher sind starke Schwankungen bei der jährlichen Agrarproduktion die Regel – eine Tatsache, die für Familien und insbesondere Kinder bedrohlich sein kann. Die Folgen einer Dürre werden durch den Befall von Heuschrecken und Körnerfressern zu bestimmten Jahreszeiten noch verstärkt und können für eine durchschnittliche Bauernfamilie verheerend sein. So auch 2004, als schlechte Ernten im ganzen Land zu einem schweren Hungersnot 2005 führten. Eine ähnliche Notsituation erlebte der Norden Malis Anfang 2010 infolge von ungewöhnlich wenigen Niederschlägen im Vorjahr. Wegen der Dürre erging ein Hilfesuch, und die

entsprechenden Notfallmaßnahmen sollen über das ganze Jahr 2010 andauern. Oft wird jedoch eingewandt, dass solche Maßnahmen meist zu spät und nur unzureichend erfolgen.

In Mali findet man sämtliche indirekte Ursachen für Unterernährung. Neben begrenztem Zugang zu medizinischer Versorgung, Wasser und sanitären Einrichtungen sind Armut und hohe Ernährungsunsicherheit weit verbreitet. Außerdem ist die Fürsorge für Mütter und Kinder in vielen Gegenden nicht optimal. In einer nationalen Umfrage von 2006 gab die Mehrheit der auf dem Land lebenden Frauen (72 Prozent) an, große Probleme beim Zugang zur Gesundheitsversorgung zu haben. Fehlende finanzielle Mittel (59 Prozent), zu große Entfernung zu den Gesundheitszentren (48,2 Prozent) und die nicht vorhandenen Transportmittel (42 Prozent) wurden dabei als die häufigsten Gründe angegeben (Samaké 2007).

und stillenden Frauen zu verbessern und die Ernährungssicherheit der besonders betroffenen Bevölkerungsteile zu verbessern. Insbesondere soll durch dieses Projekt der Anteil der chronischen Unterernährung bei Kindern in besagter Region halbiert werden (siehe Kasten auf Seite 33).

In dem betreffenden Gebiet wurde vor Beginn der Projektmaßnahmen (März–Mai 2008) eine repräsentative Grundlagenstudie unter Verwendung von *Cluster*-Stichproben durchgeführt. Die Studie belegte, dass die Quote der Unterentwicklung in der Zielregion (37 Prozent) annähernd den für das ganze Land erhobenen Zahlen entsprach. Auch zeigte sich, dass die Verhaltensweisen in Bezug auf Gesundheit und Ernährung verbesserungswürdig waren. Kleine Mengen an Wasser und ergänzende Nahrungsmittel wurden oft schon vor Vollendung des sechsten Lebensmonats verabreicht, während altersgemäße Beikost teilweise erst weit nach dem sechsten Monat zugefüttert wurde. Des Weiteren war die Häufigkeit der Beikostgabe nach deren Einführung gering. Oftmals waren die Mütter selbst unterernährt (18,1 Prozent waren mit einem BMI von unter 18,5 untergewichtig und weitere 23,5 Prozent waren mit einem BMI von unter 20 von Untergewicht bedroht) und auch das Bildungsniveau war sehr niedrig (nur 1,4 Prozent konnten lesen und schreiben, 67,9 Prozent besaßen überhaupt keine Schulbildung).

Des Weiteren stellte sich heraus, dass die Kinder häufig erkrankten: In den zwei Wochen vor der Umfrage litten 31,8 Prozent unter verschiedenen Krankheiten und 32,4 Prozent der Kinder tranken laut der Umfrage regelmäßig von unsicheren Wasserquellen. Der Zugang zu medizinischer Versorgung war beschränkt und über die Hälfte der Schwangeren (55 Prozent) hatte an keiner pränatalen Vorsorgeuntersuchung teilgenommen.

Hinzu kommt das Problem der jahreszeitlich bedingten „Hungerlücke“, die entsteht, wenn die jährliche Ernte bereits aufgebraucht und die nächste Ernte noch nicht reif ist. Im Durchschnitt beträgt der jährliche Niederschlag zwischen 300 und 550 Millimeter und konzentriert sich auf die Monate zwischen Juli und Oktober. Die Zeit nach der Ernte ist durch eine lange Dürreperiode geprägt. Angebaut werden hauptsächlich kleine Hirsen und Mohrenhirse, einige Bauern pflanzen auf kleineren Flächen auch Erdnüsse und Augenbohnen an.

Um die beschriebenen Probleme ganzheitlich anzugehen, startete die Welthungerhilfe das vorliegende Projekt. Dabei bestand die Zielsetzung darin, Kenntnisse und Praktiken im Bereich Gesundheit und Ernährung zu verbessern. Gleichzeitig wird eine höhere landwirtschaftliche Produktivität gefördert und der Ausbau der bestehenden



● Standorte des Programms zur lokalen Förderung von Landwirtschaft, Ernährung und Gesundheit der Welthungerhilfe

Strukturen in den Gemeinden unterstützt, um die erzielten Fortschritte aufrechterhalten zu können.

Zwei Jahre nach der Umsetzung wurden den teilnehmenden Gemeinden Veränderungen bewusst – aktuelle Gespräche zeigten, dass diese dem Projekt zugeschrieben werden.

Bessere Versorgung von Frauen und Kindern

Laut einer zu Beginn des Projekts durchgeführten Untersuchung gab es – trotz der schwachen Gesundheitsförderung auf Gemeindeebene – einige gemeinnützige Helfer für den Gesundheitsbereich vor Ort, die jedoch diesbezüglich nicht mehr tätig waren. Zwar war zuvor eine Reihe von freiwilligen Helfern ausgebildet worden, doch aufgrund fehlender Anschlussförderung hatten die meisten ihre Tätigkeiten wieder eingestellt. Um die bereits vorhandenen Kapazitäten zu nutzen, wurden diese Freiwilligen ermittelt und für das Projekt reaktiviert. Sie besuchten Fortbildungs- und Auffrischkurse zu einer Vielzahl von ernährungs- und gesundheitsbezogenen Themen. Dabei wurden sie von Gesundheitsberatern des Projekts betreut.

Die Ernährungsgewohnheiten im Nordwesten von Mali zu verändern, ist eine große Herausforderung. Die Familien vertreten die traditionelle Überzeugung, dass Säuglinge mit tierischer Milch ernährt werden sollten. Aufgrund des niedrigen Bildungsniveaus der Frauen in der Region war es entscheidend für die freiwilligen Helfer aus dem Gesundheitsbereich, nicht nur zu wissen, welche Inhalte sie vermitteln sollten, sondern auch auf welche Weise. Alle Freiwilligen wurden daher auch hinsichtlich kommunikativer Fähigkeiten und Vermittlungsmethoden geschult. Ferner lernten sie, wie man Informationsgespräche, Beratungen und Hausbesuche durchführt. Um der Aufklärung durch die freiwilligen Helfer der Gemeinden mehr Gewicht zu verleihen, wurden zudem die wichtigsten Informationen auch in der Lokalsprache über das Radio verbreitet.

Es gibt Anzeichen dafür, dass die Mütter im Projektgebiet ihre Verhaltensweisen mithilfe der Radiodurchsagen und der Beratungsgespräche mit den Freiwilligen veränderten. Eine Mutter erklärte, dass sie entgegen der verbreiteten Gewohnheit die nahrhafte Erstmilch nicht mehr entsorgen würde. Bei ihrem jüngsten Kind wäre sie dazu übergegangen, ausschließlich zu stillen und später Beikost zuzufüttern: „Jetzt geben wir den Kinder in den ersten sechs Monaten nur noch Muttermilch. Davor gaben wir den Neugeborenen anfangs Ziegenmilch, doch nun bekommen



Frauen einer Gartenbaugemeinschaft gießen ihre Beete.

sie zuerst Muttermilch. Der Projektmitarbeiter hat uns erklärt, dass wir bei Tieren, zum Beispiel Ziegen, Kühen und Pferden, sehen können, dass sie ihren Neugeborenen auch die Erstmilch geben. Wenn Tiere ihrem Nachwuchs die Erstmilch geben, kann sie nicht giftig sein. (...) Vorher wussten wir nicht, wie man mit den Lebensmitteln, die man bei uns bekommt, angemessene Speisen zubereitet. Wir haben unserem Kind beim Essen einfach etwas [vom Teller der Erwachsenen] abgegeben.

Ich habe bemerkt, dass ich durch die Beratungsgespräche mein Verhalten verändert habe und sich das auch bei der Entwicklung meines [jüngsten] Kindes zeigt. In den ersten sechs Monaten habe ich meine Tochter gestillt und danach angemessen zugefüttert. Ich kann einen Unterschied zu meinem älteren Kind erkennen. Seit ihrer Geburt ist meine jüngste Tochter kein einziges Mal krank geworden.“

Die Projektmitarbeiter veranstalteten zudem Kochvorführungen. Sie verwendeten dabei Rezepte mit vor Ort erhältlichen Lebensmitteln und veranschaulichten, wie man für eine ausgewogene Ernährung sorgt.

Verbesserter Zugang zu medizinischer Versorgung

Um eine angemessene Versorgung der unterernährten Kinder sicherzustellen, mussten den freiwilligen Helfern zunächst weitere Kenntnisse vermittelt werden, berichtete einer der Gesundheitsberater des Projekts: „Während der Schulungen zeigten wir Fotos von Kindern mit

verschiedenen Erscheinungsformen von Unterernährung, zum Beispiel Kwashiorkor, Marasmus und Gewebewassersucht. Dabei verwendeten wir Fotos von Kindern aus der Region. Das war das erste Mal, dass sie Fotos von fehlernährten Kindern sahen. Zunächst konnten die Freiwilligen gar nicht glauben, dass die Kinder unterernährt waren oder aus ihrer Gegend stammten.“

Einer der Freiwilligen bestätigte: „Wir kannten die Symptome nicht. Jetzt erkennen wir das Problem und wissen, wie man es angehen kann.“

Um den Müttern fehlernährter Kinder trotz aller Hindernisse Zugang zu medizinischer Versorgung zu gewähren, wurden gemeinschaftliche Ernährungsfonds mit Geldern aus den Familien eingerichtet und durch das Projekt ergänzt. Der jeweilige Fonds wird von einem Gemeindevorstand verwaltet und bei einer Bank vor Ort verwahrt. Eine Mutter sagte über den Fonds in ihrem Dorf: „Wir verfügen mittlerweile über einen Ernährungsfonds in der Gemeinde. Wird ein Kind krank und von den Gesundheitsbeauftragten der Gemeinde an das Zentrum in Nioro überwiesen, bezahlen wir mit Geldern aus diesem Fonds den Transport des Kindes.“

Bis zum Januar 2010 wurden in 48 Dörfern Ernährungsfonds mit einer Gesamtsumme von 1.583.075 CFA-Franc (etwa 3.130 US-Dollar) eingerichtet. Die Beschäftigten in den öffentlichen Gesund-

BEISPIEL FÜR BERATUNGSKARTEN, DIE IM RAHMEN DES WELTHUNGERHILFE-PROJEKTS EINGESETZT WERDEN



heitszentren bestätigten, dass ihre Zentren von immer mehr Gemeindemitgliedern besucht würden. Insbesondere die Zahl der überwiesenen unterernährten Kinder sei angestiegen. Dies lässt darauf schließen, dass mehr Kinder behandelt werden.

Verbesserter Zugang zu gesunden Lebensmitteln

Die verbesserte Aufklärung über Essgewohnheiten und gesunde Ernährung kann nur dann etwas bewirken, wenn hinreichend Zugang zu Nahrungsmitteln besteht. Den Ergebnissen der Grundlagenstudie zufolge sind vor allem der unbeständige Regen, die schlechte Bodenqualität, Erosion und die schlechte Saatgutqualität dafür verantwortlich, dass die Agrarproduktion nicht ausreicht, um die saisonale „Hungerlücke“ zu schließen.

Auf der Grundlage einer weiteren Studie zu Bedürfnissen und Ressourcen der Dörfer wurden im Projektgebiet verschiedene Maßnahmen zur Ernährungssicherung, Landwirtschaft und zum *capacity-building* in der jeweiligen Gemeinde umgesetzt.³ Für die Familienvorstände wurden Schulungen zum Thema Erosionsschutz sowie zur Saatgutverbesserung durchgeführt. Das Ziel bestand darin, die Erzeugnisse aus dem Regenfeldanbau zu maximieren und die Ernte zu diversifizieren. Ergänzt wurden diese Maßnahmen durch Schulungen zur richtigen Lagerung der Ernte, insbesondere während der Trockenzeit. Das Projekt unterstützte außerdem die Gründung von Gartenbaugemeinschaften für Frauen und den Brunnenbau.

Trotz anfänglicher Skepsis ließen sich die Bauern von den ersten Erfolgen schnell überzeugen und setzten sich für weitere Programmmaßnahmen ein.

„Im ersten Jahr säten wir nur kleine Mengen vom neuen Saatgut. Wir sahen, wie viel besser es funktionierte, und verwendeten im zweiten Jahr mehr davon. Dieses Jahr nehmen einige von uns nur noch das neue Saatgut. Das neue Saatgut ergibt rund 500 Kilo pro Kilo Samen. Beim alten Saatgut waren es nur 300 Kilo.“

Zuvor war die Produktion von Bohnen so niedrig, dass sie nur für einen Teil des Jahres reichten. Jetzt reicht der Bohnenvorrat in den Haushalten das ganze Jahr.“

Es ist entscheidend, dass gleich zu Beginn des Projekts Vertrauen zur Bevölkerung aufgebaut wird, um im nächsten Schritt mit den Bauern an der Vermehrung ihrer eigenen und der verbesserten Saatgutsorten zu arbeiten und so ihre Vorräte aufzustocken.

Durch die Schulungen für die Mitglieder der Gartenbaugemeinschaften wird nun eine größere Vielfalt an Nahrungsmitteln angebaut, verzehrt und verkauft. Eine Dorfbewohnerin berichtete: „Wir bauen eine Vielzahl an unterschiedlichem Gemüse an, darunter Zwiebeln, Kohl, Tomaten, Karotten und Auberginen. Früher kannten wir nur Kopfsalat und Zwiebeln. (...) Den ersten Teil der Ernte essen wir, aber wenn die Ernte gut ausfällt, verkaufen wir auch einen Teil und sparen



Förderung des Stillens



Zugabe von Beikost



Lagerung von Getreide



Verwendung von Jodsalz



Medizinische Versorgung



Malariavorsorge

das eingenommene Geld. Im Rahmen des Projekts wurden in unserem Dorf ein großer und zwei kleine Brunnen gebaut. Wir müssen nicht mehr ins Nachbardorf, um Wasser zu holen. Selbst im Juni können einige noch Gartenbau betreiben.“

Nach zwei Jahren Projektlaufzeit hatten 289 Gärtnerinnen eine Ausbildung im Trocknen und Konservieren von Gemüse erhalten, um so die Versorgung mit verschiedenen Nahrungsmitteln während der „Hungerlücke“ gewährleisten zu können.

Durch viele kleine Maßnahmen konnte das Projekt wesentlich zum Haushaltseinkommen und zur Ernährungssicherung beitragen.

Dauerhafte Herausforderungen

Nach zwei Jahren Projektlaufzeit hat die Welthungerhilfe einige der Herausforderungen auf dem Weg zu nachhaltigen Fortschritten erfasst und ihre Maßnahmen ausgeweitet. Sie bemüht sich um Lösungen, die diesen Erkenntnissen Rechnung tragen.

Eine Herausforderung besteht darin, dass nach dem Agrar Kalender genau dann Arbeitskräfte für das Säen und Jäten der Pflanzen benötigt werden, wenn für die Bauern in Mali die „Hungerperiode“ anbricht. Den freiwilligen Helfern im Gesundheitsbereich, die selbst Bauern sind, fällt es deshalb schwer, in dieser Zeit ihren Pflichten nachzukommen. Ein Freiwilliger sagte dazu: „Alle haben tagsüber viel zu tun, sind nachts müde und möchten schlafen. Das macht es schwierig, bei den Familien vorbeizugehen, um sie über Gesundheitsthemen aufzuklären und sich nach ihrer Gesundheit zu erkundigen.“

Somit ist die Kontrolle der Gesundheit und der Ernährungssituation der Kinder genau dann am schwierigsten, wenn sie am notwendigsten ist. Im Rahmen des Programms wird versucht, dieses Problem durch Aufwandsentschädigungen für die Freiwilligen zu lösen. Jene werden von den Gemeinden verwaltet und ermöglichen es den Freiwilligen, Feldarbeiter zu ihrer Unterstützung einzustellen.

Problematisch ist auch die langfristige Wirkung der Maßnahmen. Da die Gemeindemitglieder – Bauern, Mütter und andere kommunale Interessengruppen – Verbesserungen in ihrem Alltag feststellen konnten, ließen sie sich erfolgreich in das Projekt einbinden und konnten sich mit den Maßnahmen identifizieren. Behörden nehmen gezielt an der Planung und Betreuung aller Maßnahmen teil, wobei alle Tätigkeiten im Rahmen des Projekts in die Strategien der Gemeinde zur ökologischen, sozialen und kulturellen Entwicklung eingebunden werden. Dennoch könnte es angesichts der begrenzten Unterstützung auf regionaler und nationaler Ebene für die Behörden vor Ort schwierig werden, ihr Engagement fortzuführen, wenn die Hilfe von außen ausläuft.

Die Erwägungen der Freiwilligen und anderer Gemeindemitglieder deuten darauf hin, dass das Programm den richtigen

Ansatz verfolgt, indem es umfassend auf gesundheitliche und ernährungsbezogene Aufklärung, einen besseren Zugang zur medizinischen Versorgung und die Beseitigung der Nahrungsmittelknappheit abzielt. Eine abschließende Auswertung des Programms soll Aufschluss darüber geben, inwiefern das zusätzliche Wissen der Freiwilligen und Gemeindemitglieder Verhaltensweisen dauerhaft ändern und somit den Anteil der unterernährten Kinder in der Bevölkerung senken kann.



Das *Child Survival Program* von Concern Worldwide

Vor über zehn Jahren begann Concern in Saidpur und Parbatipur, zwei großen Gemeinden (sogenannte upazilas) im Norden Bangladeschs, mit einem Projekt zur Verbesserung der Überlebenschancen von Müttern und Kindern. Ziel war es, durch Aufklärung von Einzelpersonen und Gemeinden ein Bewusstsein dafür zu schaffen, welche Art der Versorgung für eine Verbesserung der Lebenssituation von Mutter und Kind notwendig und wie sie umzusetzen ist. Unter anderem wurde empfohlen, Gesundheitsleistungen wie Impfung und medizinische Behandlung bereits bei den ersten Anzeichen einer Krankheit in Anspruch zu nehmen. Auf diese Weise stieg die Nachfrage nach hochwertigen Gesundheitsdienstleistungen in den Gemeinden. Gleichzeitig versuchte das Programm, die bereits bestehenden Netzwerke auf lokaler Ebene für die Verwaltung und Umsetzung eigener Gesundheitsdienste zu nutzen. So sollte sichergestellt werden, dass die Gesundheitsdienste den Betroffenen bei Bedarf zur Verfügung standen.

Diese Bemühungen wurden im Rahmen der bestehenden politischen Maßnahmen vorgenommen. Die Gründung von Gesundheitsausschüssen auf kommunaler und Gemeindeebene war zu diesem Zeitpunkt zwar bereits geplant, aber noch nicht umgesetzt. Das Programm trug der Diskrepanz zwischen Theorie und Praxis Rech-

- Standorte, an denen das *Child Survival Program* von Concern Worldwide ursprünglich stattfand
- Standorte, auf die das *Child Survival Program* von Concern Worldwide ausgedehnt wurde

nung. Auch der Umstand, dass die Gemeinden in den städtischen Slums nur über wenige funktionierende Gesundheitsdienste verfügten, wurde berücksichtigt. Während sich Concern bisher um die direkte Bereitstellung medizinischer Versorgung bemühte, markiert der neue Ansatz einen wichtigen Schritt hin zu einer konkreten Berücksichtigung und größeren Gewichtung eines Rechte-basierten Gesundheitsansatzes (siehe Kasten auf Seite 39).

Obwohl der Fokus ausdrücklich auf die Gesundheit gelegt wurde, lag ein weiterer Schwerpunkt des Programms auf der Bedeutung von Ernährung. Ausgangspunkt war dabei die Erkenntnis, dass das Überleben eines Kindes von einer gesunden Ernährung abhängt, insbesondere von richtigem Stillen und der zusätzlichen Einnahme von Vitamin A. Das Programm bemühte sich um einen besseren Zugang zu medizinischer Versorgung, zu Wasser, Abwasserentsorgung und sanitären Einrichtungen sowie um eine bessere Fürsorge und mehr Ressourcen für Frauen und Kinder und ging damit gegen zwei der wichtigsten indirekten Ursachen von Unterernährung vor. Auf diese Weise sollte das Programm nicht al-

ERNÄHRUNG VON KINDERN IN BANGLADESCH

In den letzten 25 Jahren machte Bangladesch deutliche Fortschritte bei der Senkung der Sterblichkeitsrate von Kindern unter fünf Jahren und der Bekämpfung von Untergewicht und *Stunting*. Trotz dieser Verbesserungen sterben 54 von 1.000 Kindern bereits vor ihrem fünften Geburtstag, und noch immer sind 43 Prozent der Kinder in Bangladesch *stunted*. Mit 160 Millionen Einwohnern zählt Bangladesch zu den am dichtesten bevölkerten Ländern der Welt. Angesichts der hohen Bevölkerungszahl leben in dem Land etwa vier Prozent aller *stunted* Kinder weltweit (UNICEF 2009b). Die häufigste Todesursache im Land sind Krankheiten bei Neugeborenen (48 Pro-

zent), gefolgt von Durchfall (20 Prozent), Lungenentzündung (15 Prozent), weiteren Erkrankungen und anderen Ursachen (17 Prozent). Mittlerweile ist bekannt, dass die Unterernährung bei Müttern und Kindern für 35 Prozent aller Todesfälle von Kindern unter fünf Jahren weltweit verantwortlich ist. Bangladesch scheint dabei keine Ausnahme darzustellen. Die Verstädterung schreitet dramatisch voran, so dass mittlerweile schon fast 30 Prozent der Bevölkerung in städtischen Gebieten leben. Auch wenn einige Statistiken belegen, dass in den städtischen Zentren ein besserer Zugang zu medizinischer Versorgung herrscht, verdecken die-

se Zahlen oftmals die große Lücke, die zwischen den wirtschaftlich besser gestellten und den ärmeren Bevölkerungsschichten besteht. Das Leben in den städtischen Slums beeinträchtigt insbesondere die Überlebenschancen der Kinder. Die Überlebenschancen und Entwicklung der Kinder aus wirtschaftlich schwachen Familien sind in diesen Gebieten ständig durch die drei indirekten Ursachen für Unterernährung und Kindersterblichkeit bedroht: Die Ernährungsunsicherheit, die unzureichende Fürsorge für Frauen und Kinder sowie der begrenzte Zugang zu medizinischer Versorgung und einem gesunden Lebensumfeld.

lein die Überlebenschancen der Kinder verbessern, sondern sich durch eine verbesserte Ernährung auch positiv auf deren körperliche und geistige Entwicklung auswirken (siehe Kasten auf Seite 38).

Grundlagen schaffen: Stärkung der Gemeinden und verbesserte Aufklärung

Um die Stärkung der Gemeinden voranzutreiben, mussten zunächst die kommunalen Vertreter, einschließlich Bürgermeister und Ratsmitglieder, zur Bildung von Gesundheitsausschüssen in den Gemeinden und Stadtvierteln angeregt werden. Durch Informationsveranstaltungen und Gespräche zu den bestehenden politischen Rahmenbedingungen konnte das Programm die Zustimmung und Teilhabe der Vertreter der Gemeinden erreichen. Dies war für die Bildung der Ausschüsse ganz entscheidend. Funktion und Verantwortung der lokalen Behörden bei der Verwaltung und Durchführung von Gesundheitsdienstleistungen wurden dabei

hervorgehoben. Besonders wichtig waren diese Bemühungen in Bezug auf die städtischen Gebiete in Bangladesch. Konnten die Ausschussmitglieder angeworben werden, erhielten sie Anleitung zum bestmöglichen Umgang mit ihren Pflichten, zur Beschaffung finanzieller Mittel auf staatlicher Ebene, zur Unterstützung und Betreuung der Freiwilligen und zur Kontrolle der Maßnahmen und Ergebnisse des Programms.

Die freiwilligen Gesundheitsbeauftragten in den Gemeinden wiederum wurden in den wesentlichen medizinischen Praktiken ausgebildet. Dabei wurden Kenntnisse zu Anzeichen von und Umgang mit Krankheiten bei Kindern, dem sicheren Verlauf einer Schwangerschaft, der Versorgung von Neugeborenen und der richtigen Ernährungsweise vermittelt. Jedem Freiwilligen wurden 20–25 Haushalte zur Betreuung zugeteilt. Er oder sie hatte zur Aufgabe, gesundheitsbewusstes Verhalten bei den Müttern zu fördern, Patienten an Gesundheitseinrichtungen zu überweisen und in der Gemeinde Informationen zur Durchführung

DAS RECHT AUF ANGEMESSENE NAHRUNG UND GESUNDE ERNÄHRUNG

Auf dem Welternährungsgipfel 2009 bekräftigten die Mitgliedsstaaten der UN noch einmal „das Recht eines jeden Menschen auf Zugang zu sicherer, ausreichender und nährstoffreicher Nahrung in Übereinstimmung mit der schrittweisen Umsetzung des Rechtes auf angemessene Ernährung im Sinne der nationalen Ernährungssicherheit“.

Das Recht auf angemessene Nahrung ist als Menschenrecht in den international gültigen Menschenrechtsübereinkommen festgeschrieben, zusammen mit anderen Rechten zur Ernährungssicherung und gesunder Ernährung. Die Mehrheit der UN-Mitgliedsstaaten hat diese Vereinbarungen ratifiziert und ist daher zu deren Umsetzung verpflichtet.

In jüngster Zeit arbeiten immer mehr Staaten, internationale Organisationen und Zivilgesellschaften an einem Rechte-basierten Ansatz, um die Entwicklungsbemühungen auch im Hinblick auf die Ernährungssicherung und gesunde Ernährung voranzubringen. Sie haben erkannt, dass eine Erhöhung der Nahrungsmittelproduktion allein im Kampf gegen Hunger und Fehlernährung

nicht ausreicht – die Armen, Hungernden und Unterernährten müssen vor allem Zugang zu Nahrung erhalten.

Zunächst muss ermittelt werden, wo und wer die betroffenen Personengruppen sind, und die Ursachen für deren Lage muss vollständig analysiert und dargelegt werden. Dann können sie durch soziale und landwirtschaftliche Fördermaßnahmen unterstützt werden, die jeden einzelnen Bedürftigen mit einschließen.

Legt man diesen Maßnahmen einen menschenrechtsbasierten Ansatz zugrunde, müssen bei ihrer Umsetzung bestimmte Grundsätze systematisch angewendet werden. Einige dieser Grundsätze sind bereits in den Sprachgebrauch der Entwicklungspolitik eingegangen, so zum Beispiel Transparenz, *Empowerment* und Partizipation. In den Menschenrechten werden allerdings auch die Anerkennung der Menschenwürde, Nichtdiskriminierung, eine starke Forderung nach Verantwortlichkeit und die Einhaltung der Rechtsstaatlichkeit festgeschrieben.

Der Aspekt der „angemessenen Nahrung“

bezieht sich nicht nur auf die Menge, sondern auch auf die enthaltenen Nährstoffe und die Nahrungsvielfalt zur Deckung des vorhandenen Bedarfs. Außerdem muss die Nahrung sicher sein und den jeweiligen kulturellen Wertvorstellungen über Nahrungsmittel entsprechen. Diese Aspekte haben in der Politik und den Programmen zur Ernährungssicherung bisher keine hinreichende Beachtung gefunden. Es bleibt zu hoffen, dass die Regierungen der Staaten, in denen Unsicherheit in Bezug auf Ernährung und Nahrungsmittel herrscht, neue politische Pläne und Initiativen auf den Weg bringen. Diese sollten wiederum zu politischen Maßnahmen und Programmen zur Umsetzung des Rechts auf angemessene Nahrung führen und von den Geberländern und den Nichtregierungsorganisationen gleichermaßen tatkräftig unterstützt werden. Verbindliche Auslegungen und Richtlinien liegen nun vor, um alle verantwortlichen Akteure bei der Umsetzung des Rechts auf angemessene Nahrung im jeweiligen Kontext zu unterstützen.

Quelle: W.B. Eide

ERGEBNISSE ZWEIER STUDIEN ZUM *CHILD SURVIVAL PROGRAM*, 2005 UND 2009

Indikator	Ausgangswert (2005)	Endwert (2009)	Änderung in %-Punkten
Vitamin A für Kinder (% der Kinder zwischen 6 und 23 Monaten, die in den letzten 6 Monaten Vitamin-A-Kapseln erhielten, <i>n</i> = 1.405/1.520)	59	92	33
Vitamin A nach der Geburt (% der Mütter, die innerhalb von 42 Tagen nach der letzten Entbindung Vitamin A erhielten, <i>n</i> = 1.499/1.513)	26	49	23
Ernährung von Schwangeren (% der Mütter, die während der letzten Schwangerschaft mehr Nahrung als gewöhnlich zu sich nahmen, <i>n</i> = 1.499/1.513)	32	43	11
Eisenfölate in der Schwangerschaft (% der Mütter, die während der letzten Schwangerschaft mindestens 90 Tage lang Eisenfölate zu sich nahmen, <i>n</i> = 987/1.156)	42	52	10
Betreute Entbindung (% der Mütter, die während der letzten Entbindung von einem geschulten Helfer betreut wurden, <i>n</i> = 1.499/1.513)	49	58	9
Sterile Durchtrennung der Nabelschnur (% der Mütter, bei denen die Nabelschnur während der letzten Geburt mit einem neuen/sterilen Instrument durchtrennt wurde, <i>n</i> = 1.449/1.513)	87	96	9
In den ersten 6 Monaten ausschließlich Muttermilch (% der Kinder zwischen 0 und 6 Monaten, die ausschließlich gestillt wurden, <i>n</i> = 600/780)	65	72	7
Richtiges Hinzufüttern (% der Kinder zwischen 6 und 11 Monaten, die in den letzten 24 Stunden 3-mal oder öfter gestillt wurden und Säuglingsnahrung erhielten, <i>n</i> = 702/733)	57	63	6
Unmittelbares Stillen nach der Geburt (% der Mütter, die ihren Säugling innerhalb von einer Stunde nach der letzten Geburt gestillt haben, <i>n</i> = 511/230)	44	49	5
Orale Rehydrierung (ORT) (% der Kinder zwischen 6 und 23 Monaten mit Durchfall während der letzten 2 Wochen, die eine ORT erhielten, <i>n</i> = 376/273)	73	75	2
Schutz gegen Wundstarrkrampf (% der Mütter von Kindern zwischen 0 und 11 Monaten, die während der letzten Schwangerschaft mindestens 2 Tetanus-Impfungen erhielten, <i>n</i> = 1.499/1.513)	64	67	3
Händewaschen mit Seife (% der Mütter von Kindern zwischen 12 und 23 Monaten, die sich in den 5 entscheidenden Momenten die Hände mit Seife wuschen, <i>n</i> = 1.496/1.520)	16	17	1
Aktive Nahrungszufuhr während einer Durchfallerkrankung (% der Kinder zwischen 6 und 23 Monaten mit Durchfall in den letzten 2 Wochen, die die gleiche oder eine größere Menge als gewöhnlich an Nahrung/Flüssigkeit/Muttermilch zu sich genommen haben, <i>n</i> = 329/242)	36	28	-8

Quelle: Werte bei Projektanfang (Januar 2005) und -abschluss (März 2009) aus den Umfragen zu Theorie, Praxis und Erfassung, durchgeführt für Concern International.
Anmerkung: Bei den Umfragen in den sieben Gemeinden wurde die losweise Stichprobenprüfung zur Qualitätssicherung angewendet. Die Grundwerte von 2005 wurden in einer Studie von Associates for Community and Population Research ermittelt, die Studie von 2009 wurde von Pathways Consulting Services Ltd, Dhaka, durchgeführt.

des Programms zusammenzutragen. Im Rahmen des Programms wurden in den Gemeinden auch Geburtshelfer ausgebildet, die werdende Mütter bei ersten Gefahrenanzeichen an ein Krankenhaus überweisen und für den Transport dorthin sorgen sollten.

Die Ergebnisse des Programms nach fünf Jahren Laufzeit (1999–2004) zeigten neben Fortschritten bei anderen Indikatoren besonders Verbesserungen im Hinblick auf die Anzahl von Impfungen und die Versorgung mit Vitamin A. Ausgehend von diesen positiven Ergebnissen wurde das Programm zwischen 2005 und 2009 auf sieben weitere Gemeinden ausgedehnt, wobei die zwei ursprünglichen Projektstandorte zu Schulungszentren umgewandelt wurden. In einem Zeitraum von zehn Jahren erreichte das Programm etwa eine Million Menschen in neun Regionen.

Erste Erfolge: Verbesserte Nutzung von wichtigen Gesundheitsdiensten und -praktiken

Die zu Beginn (2005) und am Ende (2009) des Programms durchgeführten Umfragen in den sieben Gemeinden (siehe Abbildung auf Seite 40) deuten darauf hin, dass die wichtigen Gesundheitsdienste für Mutter und Kind in dem erweiterten Gebiet des *Child Survival Program* stärker in Anspruch genommen wurden. Die größte Veränderung konnte bei der Vitamin-A-Versorgung von Kleinkindern und Müttern nach der Geburt verzeichnet werden. Auch hinsichtlich anderer Indikatoren gibt es Verbesserungen, auch wenn diese nicht so deutlich ausfallen. Insgesamt zeichnet sich somit zwar eine positive Tendenz ab, doch die unterschiedlichen Ergebnisse deuten darauf hin, dass noch immer kulturelle und auf fehlendem Zugang begründete Hindernisse überwunden werden müssen, damit die Mütter und Gemeinden die verbesserten Bedingungen auch umfassend nutzen können.

Langzeiteffekte: Anzeichen für eine nachhaltige Stärkung und verbesserte Aufklärung

Anhaltend positive Ergebnisse im Bereich Gesundheit und Ernährung über einen längeren Zeitraum (vor allem nach Ende des offiziellen Projektzeitraums) zu erzielen, ist zumeist die größte Herausforderung eines jeden Projekts. Ein Jahr nach dem offiziellen Ende des *Child Survival Programs* wurde die entsprechende Region bereist und das Gespräch mit den Gemeinden gesucht. Ihre Eindrücke lassen die Auswirkungen des Programms und die daraus gewonnenen Erkenntnisse deutlich werden. Dabei wird ersichtlich, dass die Mütter, die freiwilligen Helfer für den Gesundheitsbereich und die Vertreter der Gemeinden nachhaltig aufgeklärt und in ihren Rollen gestärkt werden konnten. Dennoch zeigt sich auch, dass die Familien in ihren Bemühungen um richtige Essgewohnheiten und einen angemessenen Umgang mit ihrer Gesundheit immer noch einer Reihe von Herausforderungen gegenüberstehen.

Mütter, die an dem Programm teilnahmen, erklärten: „Wir erkennen jetzt Anzeichen von Fehlernährung bei einem Kind, beispielsweise Gewichtsverlust, Änderung der Haar- oder Hautfarbe oder Gereiztheit. Wir kennen die verschiedenen Arten von Nahrung. Ein fehlernährtes Kind braucht Energie, also Reis, Brot und Kartoffeln, und Proteine, d. h. Fisch oder Dal (Bohnen). Gelbes Obst und grünes Gemüse sind wichtige Vitaminquellen.“

Ein Geburtshelfer der Gemeinde erklärte, wie sich die Praktiken verändert haben: „Vorher wussten wir nicht, wie man eine sichere Entbindung durchführt. Meist fand sie auf dem Boden statt, ohne sauberen Untergrund. Aber nun wissen wir, dass wir auf einen sauberen Untergrund ebenso achten müssen wie auf unsere Hygiene und saubere Fingernägel. Bei den Schulungen haben wir viele neue Methoden gelernt und begriffen, dass unsere Methoden früher nicht so gut waren. Das hat uns dabei geholfen, unsere Wahrnehmung zu verändern.“

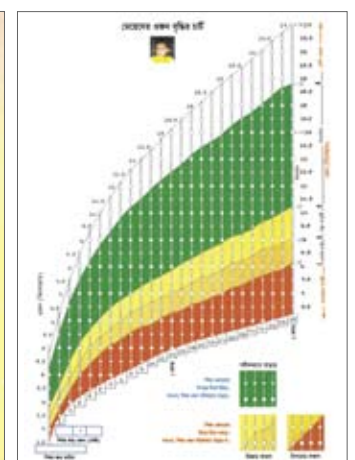
Die Freiwilligen setzten ihr Wissen um und führten ihre Arbeit in der Gemeinde auch nach Ende des Programms fort: „Wir sind sehr stolz, weil uns viele kennen und von unseren sozialen Tätigkeiten gehört haben (...). Selbst nach Ende des Projekts wissen sie, wer wir sind und dass wir das nötige Wissen haben. Daher bitten sie uns um Hilfe.“

Auch in den Gesundheitsausschüssen der Stadtbezirke wurde die Aufklärung verbessert. Die Mitglieder sprachen detailliert über richtige Ernährungspraktiken und ihre eigene, weitergehende Verantwortung.

BEISPIELE FÜR WACHSTUMSKARTEN, DIE IN DEN ERNÄHRUNGSPROGRAMMEN IN BANGLADESCH EINGESETZT WERDEN



Gesundheitsaufklärung über Stillen, Beikostgabe, Behandlung von Durchfall, Schutzimpfungen für Kinder usw.



Wachstumstabelle zur Identifikation von Übergewicht, Normalgewicht sowie leichter, mittlerer und schwerer Fehlernährung (siehe auch Beispiel auf Seite 24)



Müttertreffen in der Entbindungsstation, Rangpur, Bangladesch.

wortung: „Vorher wussten wir nicht viel und engagierten uns nur im Rahmen von nationalen Maßnahmen. Jetzt nehmen wir aktiv teil und es herrscht ein Informationsaustausch zwischen den Gruppen. Auch die Aufgaben des Gesundheitsausschusses sind genau festgelegt. Wir haben eine Karte, auf der die Wohnorte der Familien, der Ausschussmitglieder, der Freiwilligen und der Geburtshelfer der Gemeinde eingezeichnet sind. Wir haben ein Bild von unserer Gemeinde und den zur Verfügung stehenden Mitteln. Wir wissen nun, wie diese einzusetzen sind. Zudem haben die Mütter Kenntnis darüber, wo sie gesundheitlich versorgt werden und wo sich kostenlose Kliniken befinden, wenn sie sich keine medizinische Versorgung leisten können.“

Durch das Engagement und die Einbeziehung der Gemeindevetreter in das Programm entsteht Verantwortungsbewusstsein und das Gefühl, im Hinblick auf die Verbesserung der medizinischen Versorgung ein gemeinsames Ziel zu haben. Ein Bürgermeister erklärte: „Vorher bestand die Aufgabe der Gemeinde [nur] darin, für Impfungen zu sorgen und das Geburtenregister zu führen. Jetzt sehe ich meine Funktion anders. Wenn vorher beispielsweise eine Schwangere einen Kaiserschnitt brauchte, musste sie abends oder zu einem anderen Zeitpunkt, zu dem kein Kaiserschnitt durchgeführt wird, warten. Darunter litten sie und das Kind. Wir haben dafür gesorgt, dass die öffentlichen Einrichtungen rund um die Uhr geöffnet sind. Für die Zukunft

erhoffe ich mir, dass niemand mehr aufgrund mangelnder medizinischer Versorgung sterben muss.“

Die Gesundheitsausschüsse der Stadtbezirke setzen die Arbeit fort, die sie 2005 begonnen haben. Sie stellen denjenigen finanzielle Mittel zur Verfügung, die sich bei einem Notfall keine Gesundheitsversorgung leisten können. Ein Mitglied des Ausschusses erklärte: „Wenn es einen Notfall in der Familie gibt, diese aber kein Geld hat, springt der Gesundheitsausschuss des Viertels ein und die Freiwilligen oder Geburtshelfer begleiten sie zu einer Gesundheitseinrichtung.“

Die Ausschüsse organisieren auch weiterhin Veranstaltungen zum Thema Gesundheit, motivieren und unterstützen Freiwillige und tragen Informationen über ihre jeweiligen Gebiete zusammen. Die Freiwilligen und Geburtshelfer der Gemeinden überweisen und begleiten Mütter und kranke Kinder zu den Gesundheitseinrichtungen. Die Gemeinderegierungen sorgen dafür, dass die freiwilligen Helfer im Gesundheitsbereich und die Geburtshelfer leicht Zugang zu Krankenhäusern und Kliniken bekommen und bei der Überweisung von Patienten jedwede Unterstützung erhalten. Die Freiwilligen und die Geburtshelfer erhalten Ausweise von der Gemeinde.

Die Gemeindeglieder vertrauen auf das Wissen der Freiwilligen, und es hat sich bewährt – denn oft konnten Leben gerettet werden. Der Bericht einer Freiwilligen zeigt diese Entwicklung: Sie stellte

bei einem Kind eine Atemwegserkrankung fest, was in einer Gesundheitseinrichtung bestätigt wurde. Die Mutter sah dann, dass es ihrem Kind nach der Behandlung besser ging. Dies stärkt das Vertrauen in die Freiwilligen seitens der Gemeinde.

Das *Child Survival Program* wurde im Umfeld eines nicht funktionierenden Gesundheitssystems gestartet, das nur die nationalen Impftage förderte. Hinterlassen hat das Programm geschulte und motivierte Kräfte und einen besseren Zugang zur medizinischen Versorgung für die Mütter. Dies ist ein großer Schritt zur Reduzierung von Unterernährung bei Kindern. Die Auswertungen zeigten eine Reihe positiver Veränderungen.

Durch die wirksame Verwendung bestehender Ressourcen in den Gemeinden, die Zusammenarbeit mit den Regierungen für die Schaffung eines besseren Umfeldes zur Gesundheitsversorgung und durch das Angebot der notwendigen Weiterbildung sowie einer Reihe von weiteren Unterstützungsmaßnahmen können sich die Mütter nun besser um ihre Säuglinge und Kleinkinder kümmern. Mithilfe einer strengen Kontrolle und Auswertung konnten die Auswirkungen gemessen und für zukünftige Programme erweitert werden. Ein freiwilliger Helfer für den Gesundheitsbereich sagte dazu: „Die Mitglieder der Gemeinde kennen uns Freiwillige. Concern kannten sie jedoch nicht. Selbst nach Ende des Projekts wissen sie, wer wir sind und dass wir das nötige Wissen haben. Daher bitten sie uns um Hilfe.“

2009 wurde eine Auswertung vorgenommen, um die Nachhaltigkeit des zwischen 2000 und 2004 durchgeführten Programms zu beurteilen. Obwohl die Unterstützung von außen fast vollständig abgezogen wurde, konnten die Gemeinden der Auswertung zufolge die grundlegenden Maßnahmen aufrechterhalten und viele Gesundheitsindikatoren verbessern. Die Auswertung zeigte zwar einige Lücken auf, doch im Wesentlichen wurde der nachhaltige Wert eines städtischen Gesundheitsmodells auf Grundlage der Gemeinderegierungen und Gesundheitsausschüsse der Stadtbezirke bestätigt. Aus der Auswertung ergaben sich eine Reihe von Empfehlungen an die Gemeinden und Interessengruppen. Damit konnten diese ihr Augenmerk auf die Gebiete legen, in denen sich die Umsetzung der Maßnahmen als schwierig erwies, und weiterhin auf dem bereits vorhandenen Fundament aufbauen.

Die Ergebnisse der beiden vorgestellten Projekte von Concern und der Welthungerhilfe und die entsprechenden Betrachtungen verdeutlichen die Veränderungen und Herausforderungen auf Gemeindeebene. Sie veranschaulichen die möglichen und vor allem die notwendigen Erfolge und Lernprozesse. Vor dem Hintergrund der breiter angelegten Analyse des WHI zeigen diese Studien auch, dass gemeinsame und andauernde Bemühungen auf allen Ebenen notwendig sind, um die Unterernährung bei Kindern umfassend bekämpfen und letztendlich beseitigen zu können.

¹ Im Juni 2010 haben Concern Worldwide und die Welthungerhilfe die externe Beraterin Sally Newman Abbott darum gebeten, die von den Programmen umfassten Gebiete zu besuchen, um dort mit den lokalen Akteuren über deren Ansichten zum Problem der frühkindlichen Unterernährung sowie über die beobachtbaren Veränderungen und Grenzen zu sprechen.

² Die Welthungerhilfe ist der Europäischen Kommission für die finanzielle Unterstützung des Programms sehr dankbar.

³ Die Diagnosestudie wurde von der örtlichen Nichtregierungspartnerorganisation ADG (Association pour l'Appui au Développement Global oder Vereinigung zur Unterstützung der Entwicklung weltweit) durchgeführt. Hierbei wurden die vorhandene Literatur geprüft und Arbeitssitzungen mit verschiedenen Beteiligten, einschließlich der gewählten Vertreter und Dorfbewohner, durchgeführt. Es wurde ein partizipatorischer Ansatz verfolgt. Die Studie zeigte für jedes Dorf die genaue Lage, das Klima, die Vegetation, die Demografie sowie das Potenzial und die Grenzen der Agrarproduktion, laufende Projekte und Einrichtungen der Gemeinden sowie grundlegende Probleme und Hindernisse.



Bei der Lösung des Ernährungsproblems gibt es ein klar abgrenzbares Handlungsfenster, das sich nach dem Alter von zwei Jahren mit **großer Geschwindigkeit** schließt.

WEGE ZUR GESUNDEN FRÜHKINDLICHEN ERNÄHRUNG

Politische Handlungsempfehlungen

Es gibt eine ganze Reihe von Faktoren, die zum Problem der frühkindlichen Unterernährung beitragen. Politische Maßnahmen und Programme müssen deshalb sowohl auf die direkten wie auch auf die indirekten Ursachen von Unterernährung abzielen. Auf Grundlage des vorliegenden Materials und früherer Erfahrungen geben wir folgende politische Handlungsempfehlungen:

→ Gezielte Ernährungsinterventionen während des entscheidenden Handlungsfensters

Regierungen und entwicklungspolitische Organisationen sollten gezielte Ernährungsprogramme für Frauen und Kinder im entscheidenden Handlungsfenster (also zwischen Empfängnis und dem Alter von zwei Jahren) intensivieren und ausweiten. Dabei sollten sich die Programme an bereits erfolgreichen Methoden und den lokalen Gegebenheiten orientieren. Diese Initiativen sollten sich auf eine verbesserte Ernährung von schwangeren und stillenden Frauen konzentrieren, gesunde Stillpraktiken und angemessene Beikostgabe an Kleinkinder unterstützen, einen ausreichenden Impfschutz der Kinder sicherstellen, bei Bedarf Nahrungsergänzungstoffe wie Vitamin A und Zink zur Verfügung stellen und die generelle Verwendung von Jodsalz fördern. Außerdem müssen die medizinische Versorgung von Kindern mit Durchfall und HIV/Aids sowie die hygienischen und sanitären Zustände verbessert werden. Weltweite Ernährungsprogramme zur Versorgung von Kindern unter zwei Jahren könnten das globale Problem der Unterernährung von Kindern um 25 bis 36 Prozent senken (Bhutta et al. 2008). Eine verstärkte Umsetzung dieser Maßnahmen stellt jedoch keine leichte Aufgabe für die ärmeren Länder dar. Dies erfordert weitere Entwicklungsanstrengungen hinsichtlich ihrer Ressourcenverwendung, Regierungsführung und Leistungsfähigkeit.

→ Bekämpfung der indirekten Ursachen von Unterernährung

Um die Ernährung von Kindern nachhaltig zu verbessern, müssen die Entscheidungsträger die indirekten Ursachen von Unterernährung bekämpfen: Ernährungsunsicherheit, unzureichende Fürsorge für Frauen und Kinder und begrenzter Zugang zu medizinischer Versorgung und einem gesunden Lebensumfeld. Politische Strategien zur Verbesserung der Ernährung, vorbeugende und wirksame soziale Sicherungsprogramme sowie gezielte breitenwirksame Maßnahmen und Programme im Bereich der Landwirtschaft können entscheidende Faktoren für die Verbesserung des allgemeinen Umfelds sein, in dem Kleinkinder aufwachsen und sich entwickeln. Derartige Programme sollten auf die Ärmsten der Armen (*Pro Poor*) ausgerichtet sein, den Status von Frauen verbessern sowie Ziele und Maßnahmen zur Verbesserung der Ernährung integrieren und deren Auswirkungen auf die Ernährungssituation beobachten.

→ Gleichstellung von Frauen fördern

Die Benachteiligung von Frauen und mangelhafte Ernährung sind eng miteinander verknüpft (Smith und Haddad 2000, Smith et al. 2003, Ackerson und Subramanian 2008, von Grebmer et al. 2009). In Gegenden, in denen die Gesundheit und Ernährungssituation von Frauen unzureichend sind und ihr Sozialstatus gering, erweist sich die Wirksamkeit von Interventionen innerhalb des kritischen Handlungsfensters als eingeschränkt und die allgemeine Ernährungssicherheit der Haushalte wird vermindert. Gleichberechtigung muss in allen Lebensphasen gefördert werden, um Frauen ein gesundes und sicheres Leben während Schwangerschaft und Geburt für sich und ihre Kinder zu ermöglichen. Besonders wichtig ist dabei der Schutz der Gesundheit und Ernährung von Mädchen und jungen Frauen, bevor sie schwanger werden. Dies kann über eine Verbesserung des Zugangs zu Programmen, die sich mit Gesundheit, Ernährung, Bildung und sozialer Sicherung in der Jugend und im frühen Erwachsenenalter befassen, erreicht werden.

→ Ernährung als Priorität bei politischen Entscheidungen und Maßnahmen

Die Einführung neuer Initiativen zu Ernährung und Ernährungssicherung hat gerade erst begonnen. Es sind noch zahlreiche Schritte notwendig, um zu gewährleisten, dass die Ernährung ihre zentrale Rolle in diesen Initiativen auch in Zukunft beibehält. Entscheidend werden dabei die nächsten ein bis zwei Jahre sein. Die eingegangene Verpflichtung zur verstärkten Konzentration auf Ernährung muss durch zusätzliche Ressourcen abgesichert werden. Mechanismen zur Rechenschaftslegung und Nachprüfbarkeit sind ausschlaggebend dafür, dass diese Verpflichtungen auch umgesetzt werden. Damit die Initiativen Wirkung zeigen, sind gemeinsames Handeln und eine enge Zusammenarbeit aller Beteiligten – Regierungen, Zivilgesellschaft, Privatwirtschaft, Wissenschaft und Forschungsinstitute – erforderlich. Die Beteiligten müssen sich dabei über ihre Rolle und Verantwortung im Klaren sein. Es ist wichtig dafür zu kämpfen, dass die Ernährung auch weiterhin eine hohe Priorität auf der politischen Agenda hat und in den beschriebenen Initiativen eine zentrale Rolle spielt.

→ Nachhaltige Unterstützung fördern, verstärken und sicherstellen

Diese Unterstützung muss denjenigen Akteuren vor Ort und auf Gemeindeebene zugute kommen, die aufgrund ihrer Befugnisse und Kompetenzen wirksam zur Verbesserung der Ernährungssituation beitragen können. Die Fallstudien von Welthungerhilfe und Concern (siehe Kapitel 04) verdeutlichen in zwei unterschiedlichen Kontexten und mit verschiedenen Projektansätzen die komplexen

Zusammenhänge bei der Bekämpfung von Unterernährung von Müttern und Kindern. Diese Projekte und die daraus gewonnenen Erfahrungen zeigen deutlich eine Reihe klarer Prinzipien auf, die die wesentlichen Voraussetzungen zur erfolgreichen Planung und Umsetzung von Programmen zur Bekämpfung von Unterernährung darstellen:

- **Identifikation und Verantwortungsbewusstsein (Ownership) durch die Einbeziehung aller relevanten Beteiligten sicherstellen.** Der „erste Grundsatz“ muss sein, dass Mütter, medizinisches Personal, lokale Führungskräfte und Gemeindebehörden in die Planung, Umsetzung, Überwachung und Auswertung der Programme einbezogen werden. Ihre Einbindung und ihr Engagement sind ein wesentlicher Faktor für die Nachhaltigkeit aller Bemühungen, die Unterernährung von Kindern wirksam zu bekämpfen.
- **Auf bestehende Strukturen und Kapazitäten zurückgreifen, wo immer es möglich ist.** Die Kenntnisse und Kompetenzen von medizinischem Personal und Koordinierungsgremien spielen eine zentrale Rolle bei der erfolgreichen Etablierung nachhaltiger Programme. Sowohl ihre Kenntnisse als auch ihre Kompetenzen sollten erfasst, gefördert und genutzt werden, wobei freiwilligen Helfern eine besondere Unterstützung gewährt werden sollte.
- **Die Kompetenzen von Mitgliedern und Führungspersönlichkeiten der Gemeinden stärken.** Die Förderung von Kompetenzen muss über technische Fachkenntnisse hinausgehen. Zusätzlich sollten daher Fähigkeiten zur Kommunikation, zu richtigen Vermittlung von Vorschlägen zur Verhaltensänderung und zur Beratung der Betreuer genauso wie zur Organisation, Verwaltung und Überwachung der Aktivitäten und Ergebnisse gefördert werden. Politische Rahmenbedingungen – auf lokaler und nationaler Ebene – zu kennen, zu verstehen und zu beeinflussen ist notwendig, um die zahlreichen Hürden auf dem Weg zu einer verbesserten Ernährungslage zu überwinden.

- **Durch Vermittlung von Ergebnissen Vertrauen aufbauen und eine Beteiligung der Gemeindemitglieder erreichen.** Die beiden Fallstudien in Kapitel 04 unterstreichen die Bedeutung und den Einfluss von positiven Ergebnissen. Diese haben eine wichtige Rolle dabei gespielt, die Mütter von der Umsetzung ihres erworbenen Wissens in die Praxis zu überzeugen. Positive Ergebnisse waren ebenfalls ausschlaggebend dafür, dass die Bauern schließlich unterschiedliches Saatgut und Mechanismen zur Erosionskontrolle eingeführt haben, womit sie vorher noch keine Erfahrung hatten.

Maßnahmen zur Verbesserung der frühkindlichen Ernährung weisen enormes Potenzial auf. Der WHI 2010 hilft dabei, diejenigen Länder und Regionen herauszufiltern, in denen der größte Handlungsbedarf besteht. Die Verbesserung der frühkindlichen Ernährung kann dazu beitragen, eine gesündere und leistungsfähigere Bevölkerung hervorzubringen und so die Wirksamkeit aller anderen entwicklungspolitischen Aktivitäten zu steigern. An erster Stelle steht jedoch, dass solche Verbesserungen das unnötige Leiden von Millionen oder sogar Milliarden von Menschen auf der ganzen Welt mildern. Dies ist nicht nur der klügste Weg, sondern auch der richtige.



Auf dem Weg in eine gesunde Zukunft: Kinder beim gemeinschaftlichen Mittagessen vor ihrem Kindergarten.

Datenquellen und Berechnung der Welthunger-Indizes 1990 und 2010

Alle drei Variablen, auf deren Grundlage der WHI berechnet wird, sind in Prozentwerten angegeben; sie werden gleich gewichtet. Ein hoher WHI-Wert ist ein Indikator für ein großes Ausmaß von Hunger. Der Index bewegt sich zwischen dem besten Wert von 0 und dem schlechtesten Wert von 100, wobei diese Extremwerte in der Praxis nicht erreicht werden. Der Maximalwert 100 könnte statistisch nur erreicht werden, wenn alle Kinder vor ihrem fünften Lebensjahr stürben, die gesamte Bevölkerung unterernährt und sämtliche Kinder unter fünf Jahren untergewichtig wären. Gleichermaßen wird der Bestwert 0 in der Praxis nie erreicht, weil damit verbunden wäre, dass keine Unterernährung in der Bevölkerung existierte, kein Kind unter fünf Jahren an Untergewicht leiden würde und kein Kind vor seinem fünften Geburtstag stürbe. Die folgende Tabelle gibt einen Überblick über die Datenquellen des Welthunger-Index.

DER WELTHUNGER-INDEX WIRD FOLGENDERMASSEN BERECHNET:

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

KOMPONENTEN DER WELTHUNGER-INDIZES 1990 UND 2010				
WHI	Anzahl von Ländern im WHI	Indikatoren	Referenzjahre	Datenquellen
1990	99	Anteil der Unterernährten in der Bevölkerung ^a	1990–1992 ^b	FAO 2009 und eigene Schätzungen
		Verbreitung von Untergewicht bei Kindern unter fünf Jahren	1988–1992 ^c	WHO 2010a und eigene Schätzungen
		Sterblichkeitsrate bei Kindern unter fünf Jahren	1990	UNICEF 2009b
2010	122	Anteil der Unterernährten in der Bevölkerung ^a	2004–2006 ^b	FAO 2009 und eigene Schätzungen
		Verbreitung von Untergewicht bei Kindern unter fünf Jahren	2003–2008 ^e	WHO 2010a, UNICEF 2010, MEASURE DHS 2010 ^d und eigene Schätzungen
		Sterblichkeitsrate bei Kindern unter fünf Jahren	2008	UNICEF 2009b

^a Anteil der Bevölkerung mit Kaloriendefizit.
^b Dreijahresdurchschnitt.
^c Datenerhebung aus dem Jahr, das 1990 am nächsten kommt. Soweit Daten von 1988 und 1992 oder 1989 und 1991 vorhanden waren, wurde ein Mittelwert gebildet. Eigene Schätzungen beziehen sich auf 1990.
^d Erste Datenquelle sind die Angaben in WHO 2010a, zweite Datenquelle die Angaben von UNICEF 2010 und MEASURE DHS 2010.
^e Die aktuellsten Daten, die in diesem Zeitraum gesammelt wurden.

ZUGRUNDE LIEGENDES DATENMATERIAL DER WELTHUNGER-INDIZES 1990 UND 2010

Land	Anteil unterernährter Menschen in der Bevölkerung (%)		Verbreitung von Untergewicht bei Kindern unter fünf Jahren (%)		Sterblichkeitsrate bei Kindern unter fünf Jahren (%)		WHI	
	1990-92	2004-06	1988-92	2003-08	1990	2008	1990 (Datensatz von 1988-92)	2010 (Datensatz von 2003-08)
Afghanistan	-	-	-	32,8 *	26,0	25,7	-	-
Ägypten	3,0 *	3,0 *	9,1	6,8	9,0	2,3	7,0	<5
Albanien	11,0 *	5,0 *	10,6 *	6,6	4,6	1,4	8,7	<5
Algerien	4,0 *	3,0 *	8,0	3,0	6,4	4,1	6,1	<5
Angola	66,0	44,0	29,8 *	15,5 *	26,0	22,0	40,6	27,2
Argentinien	1,0 *	1,0 *	3,5 *	2,3 *	2,9	1,6	<5	<5
Armenien	-	23,0	3,7 *	4,2	5,6	2,3	-	9,8
Aserbaidtschan	-	11,0	10,6 *	8,4	9,8	3,6	-	7,7
Äthiopien	71,0	44,0	39,2	34,6	21,0	10,9	43,7	29,8
Bahrain	-	-	6,3	4,5 *	1,6	1,2	-	-
Bangladesch	36,0	26,0	56,5	41,3	14,9	5,4	35,8	24,2
Benin	28,0	19,0	25,7 *	20,2	18,4	12,1	24,0	17,1
Bhutan	-	-	34,0	12,0 *	14,8	8,1	-	-
Bolivien	24,0	23,0	9,7	4,3	12,2	5,4	15,3	10,9
Bosnien u. Herzeg.	-	3,0 *	3,5 *	1,6	2,3	1,5	-	<5
Botsuana	20,0	26,0	18,0 *	8,4 *	5,0	3,1	14,3	12,5
Brasilien	10,0	6,0	6,1	2,2	5,6	2,2	7,2	<5
Bulgarien	4,0 *	8,0 *	2,5 *	2,2 *	1,8	1,1	<5	<5
Burkina Faso	14,0	9,0	33,9 *	37,4	20,1	16,9	22,7	21,1
Burundi	44,0	63,0	32,4 *	35,0	18,9	16,8	31,8	38,3
Chile	7,0	2,0 *	1,1 *	0,5 *	2,2	0,9	<5	<5
China	15,0	10,0	15,3	6,0	4,6	2,1	11,6	6,0
Costa Rica	3,0 *	4,0 *	2,5	1,1 *	2,2	1,1	<5	<5
Dominikanische Rep.	27,0	21,0	8,4	3,4	6,2	3,3	13,9	9,2
Dschibuti	60,0	31,0	20,2	30,1	12,3	9,5	30,8	23,5
Ecuador	24,0	13,0	9,5 *	6,2	5,3	2,5	12,9	7,2
El Salvador	9,0	10,0	11,1	5,8 *	6,2	1,8	8,8	5,9
Elfenbeinküste	15,0	14,0	18,1 *	16,7	15,0	11,4	16,0	14,0
Eritrea	-	66,0	- *	35,3 *	15,0	5,8	-	35,7
Estland	-	4,0 *	6,1 *	1,2 *	1,8	0,6	-	<5
Fidschi	8,0	3,0 *	7,7 *	4,4 *	2,2	1,8	6,0	<5
Gabun	5,0	3,0 *	8,8 *	8,4 *	9,2	7,7	7,7	6,4
Gambia	20,0	29,0	17,3 *	15,8	15,3	10,6	17,5	18,5
Georgien	-	12,0	1,6 *	2,3	4,7	3,0	-	5,8
Ghana	34,0	8,0	24,4	14,3	11,8	7,6	23,4	10,0
Guatemala	14,0	16,0	23,6 *	16,5 *	7,7	3,5	15,1	12,0
Guinea	19,0	16,0	23,7 *	20,8	23,1	14,6	21,9	17,1
Guinea-Bissau	20,0	31,0	18,6 *	17,2	24,0	19,5	20,9	22,6
Guyana	18,0	6,0	16,4 *	10,8	8,8	6,1	14,4	7,6
Haiti	63,0	58,0	22,5	18,9	15,1	7,2	33,5	28,0
Honduras	19,0	12,0	15,8	8,6	5,5	3,1	13,4	7,9
Indien	24,0	22,0	59,5	43,5	11,6	6,9	31,7	24,1
Indonesien	19,0	16,0	31,0	19,6	8,6	4,1	19,5	13,2
Irak	-	-	10,4	7,1	5,3	4,4	-	-
Iran	3,0 *	4,0 *	16,0 *	4,4	7,3	3,2	8,8	<5
Jamaika	11,0	5,0	5,2	2,2	3,3	3,1	6,5	<5
Jemen	30,0	32,0	47,7 *	43,1	12,7	6,9	30,1	27,3
Jordanien	3,0 *	3,0 *	4,8	3,5 *	3,8	2,0	<5	<5
Kambodscha	38,0	25,0	44,7 *	28,8	11,7	9,0	31,5	20,9
Kamerun	34,0	23,0	18,0	16,6	14,9	13,1	22,3	17,6

Anmerkung: * Bezeichnet eigene Schätzungen.

ZUGRUNDE LIEGENDES DATENMATERIAL DER WELTHUNGER-INDIZES 1990 UND 2010

Land	Anteil unterernährter Menschen in der Bevölkerung (%)		Verbreitung von Untergewicht bei Kindern unter fünf Jahren (%)		Sterblichkeitsrate bei Kindern unter fünf Jahren (%)		WHI	
	1990-92	2004-06	1988-92	2003-08	1990	2008	1990 (Datensatz von 1988-92)	2010 (Datensatz von 2003-08)
Kasachstan	-	1,0 *	2,7 *	4,9	6,0	3,0	-	<5
Katar	-	-	-	-	2,0	1,0	-	-
Kenia	33,0	30,0	17,4 *	16,5	10,5	12,8	20,3	19,8
Kirgisistan	-	3,0 *	4,8 *	2,7	7,5	3,8	-	<5
Kolumbien	15,0	10,0	8,8	5,1	3,5	2,0	9,1	5,7
Komoren	40,0	51,0	16,2	22,1	12,8	10,5	23,0	27,9
Kongo	40,0	21,0	16,9 *	11,8	10,4	12,7	22,4	15,2
Kongo, Dem. Rep.	29,0	75,0	25,2 *	28,2	19,9	19,9	24,7	41,0
Kroatien	-	3,0 *	0,5 *	0,2 *	1,3	0,6	-	<5
Kuba	5,0	1,0 *	4,5 *	3,5	1,4	0,6	<5	<5
Kuwait	20,0	4,0 *	6,8 *	2,5 *	1,5	1,1	9,4	<5
Laos	27,0	19,0	44,4 *	31,6	15,7	6,1	29,0	18,9
Lesotho	15,0	15,0	13,8	13,6	10,1	7,9	13,0	12,2
Lettland	-	2,0 *	2,0 *	0,9 *	1,7	0,9	-	<5
Libanon	3,0 *	2,0 *	4,6 *	4,2	4,0	1,3	<5	<5
Liberia	30,0	38,0	16,9 *	20,4	21,9	14,5	22,9	24,3
Libyen	1,0 *	2,0 *	4,1 *	5,6	3,8	1,7	<5	<5
Litauen	-	0,0 *	2,5 *	1,3 *	1,6	0,7	-	<5
Madagaskar	32,0	35,0	35,5	36,8	16,7	10,6	28,1	27,5
Malawi	45,0	29,0	24,4	15,5	22,5	10,0	30,6	18,2
Malaysia	2,0 *	2,0 *	22,1	7,0	1,8	0,6	8,6	<5
Mali	14,0	10,0	33,5 *	27,9	25,0	19,4	24,2	19,1
Marokko	5,0	4,0 *	8,1	9,9	8,8	3,6	7,3	5,8
Mauretanien	10,0	8,0	43,2	19,4 *	12,9	11,8	22,0	13,1
Mauritius	7,0	6,0	12,6 *	12,4 *	2,4	1,7	7,3	6,7
Mazedonien	-	4,0 *	2,8 *	2,0	3,6	1,1	-	<5
Mexiko	5,0 *	4,0 *	13,9	3,4	4,5	1,7	7,8	<5
Moldawien	-	6,0 *	3,6 *	3,2	3,7	1,7	-	<5
Mongolei	30,0	29,0	10,8	5,3	9,8	4,1	16,9	12,8
Montenegro	-	9,0 *	-	2,2	1,5	0,8	-	<5
Mosambik	59,0	37,0	28,4 *	21,2	24,9	13,0	37,4	23,7
Myanmar	44,0	17,0	32,5	29,6	12,0	9,8	29,5	18,8
Namibia	29,0	19,0	21,5	17,5	7,2	4,2	19,2	13,6
Nepal	21,0	16,0	47,2 *	38,8	14,2	5,1	27,5	20,0
Nicaragua	52,0	21,0	11,3 *	6,0	6,8	2,7	23,4	9,9
Niger	38,0	28,0	41,0	32,9 *	30,5	16,7	36,5	25,9
Nigeria	15,0	8,0	35,1	26,7	23,0	18,6	24,4	17,8
Nordkorea	21,0	32,0	22,0 *	20,6 *	5,5	5,5	16,2	19,4
Oman	-	-	21,4	8,4 *	3,1	1,2	-	-
Ost-Timor	-	23,0	-	44,6	18,4	9,3	-	25,6
Pakistan	22,0	23,0	39,0	25,3 *	13,0	8,9	24,7	19,1
Panama	18,0	17,0	8,8 *	4,3 *	3,1	2,3	10,0	7,9
Papua-Neuguinea	-	-	18,0 *	18,0 *	9,1	6,9	-	-
Paraguay	16,0	12,0	2,8	3,0	4,2	2,8	7,7	5,9
Peru	28,0	13,0	8,8	5,4	8,1	2,4	15,0	6,9
Philippinen	21,0	15,0	29,9	20,7	6,1	3,2	19,0	13,0
Ruanda	45,0	40,0	24,3	18,0	17,4	11,2	28,9	23,1
Rumänien	3,0 *	0,0 *	5,0	2,8 *	3,2	1,4	<5	<5
Russische Föderation	-	2,0 *	2,5 *	1,6 *	2,7	1,3	-	<5
Sambia	40,0	45,0	19,5	14,9	17,2	14,8	25,6	24,9

Anmerkung: * Bezeichnet eigene Schätzungen.

ZUGRUNDE LIEGENDES DATENMATERIAL DER WELTHUNGER-INDIZES 1990 UND 2010

Land	Anteil unterernährter Menschen in der Bevölkerung (%)		Verbreitung von Untergewicht bei Kindern unter fünf Jahren (%)		Sterblichkeitsrate bei Kindern unter fünf Jahren (%)		WHI	
	1990-92	2004-06	1988-92	2003-08	1990	2008	1990 (Datensatz von 1988-92)	2010 (Datensatz von 2003-08)
Saudi-Arabien	2,0 *	1,0 *	12,2 *	5,3	4,3	2,1	6,2	<5
Senegal	28,0	25,0	19,6	14,5	14,9	10,8	20,8	16,8
Serbien	-	9,0 *	-	1,8	2,9	0,7	-	<5
Sierra Leone	45,0	46,0	25,4	21,3	27,8	19,4	32,7	28,9
Simbabwe	40,0	39,0	8,0	14,0	7,9	9,6	18,6	20,9
Slowakei	-	4,0 *	8,5 *	0,8 *	1,5	0,8	-	<5
Somalia	-	-	-	32,8	20,0	20,0	-	-
Sri Lanka	27,0	21,0	33,4 *	21,1	2,9	1,5	21,1	14,5
Südafrika	6,0 *	5,0 *	10,3 *	10,1	5,6	6,7	7,3	7,3
Sudan	31,0	20,0	35,9 *	31,7	12,4	10,9	26,4	20,9
Surinam	11,0	7,0	12,6 *	7,0	5,1	2,7	9,6	5,6
Swasiland	12,0	18,0	8,1 *	6,1	8,4	8,3	9,5	10,8
Syrien	4,0 *	4,0 *	14,2 *	10,0	3,7	1,6	7,3	5,2
Tadschikistan	-	26,0	10,0 *	15,0	11,7	6,4	-	15,8
Tansania	28,0	35,0	25,1	16,7	15,7	10,4	22,9	20,7
Thailand	29,0	17,0	17,2 *	7,0	3,2	1,4	16,5	8,5
Togo	45,0	37,0	23,5	20,5	15,0	9,8	27,8	22,4
Trinidad u. Tobago	11,0	10,0	6,2 *	2,4 *	3,4	3,5	6,9	5,3
Tschad	59,0	38,0	33,8 *	33,9	20,1	20,9	37,6	30,9
Tunesien	1,0 *	1,0 *	9,1	3,3	5,0	2,1	5,0	<5
Türkei	1,0 *	2,0 *	8,6 *	2,6	8,4	2,2	6,0	<5
Turkmenistan	-	6,0	13,4 *	8,0	9,9	4,8	-	6,3
Uganda	19,0	15,0	19,7	16,4	18,6	13,5	19,1	15,0
Ukraine	-	2,0 *	1,6 *	0,6 *	2,1	1,6	-	<5
Uruguay	5,0	2,0 *	6,6 *	6,0	2,4	1,4	<5	<5
Usbekistan	-	13,0	9,3 *	4,4	7,4	3,8	-	7,1
Venezuela	10,0	12,0	6,7	4,4	3,2	1,8	6,6	6,1
Vietnam	28,0	13,0	40,7	20,2	5,6	1,4	24,8	11,5
Weißrussland	-	2,0 *	2,4 *	1,3	2,4	1,3	-	<5
Zentralafrikan. Rep.	47,0	41,0	25,3 *	24,0	17,8	17,3	30,0	27,4

Anmerkung: * Bezeichnet eigene Schätzungen.

- Ackerson, L. und S. V. Subramanian. 2008. **Domestic violence and chronic malnutrition among women and children in India.** American Journal of Epidemiology 167 (10): 1188–96.
- Alderman, H., J. Hoddinott und B. Kinsey. 2003. **Long-term consequences of early childhood malnutrition.** Food Consumption and Nutrition Division Discussion Paper 168. Washington, D. C.: International Food Policy Research Institute.
- Alkire, S. und M. E. Santos. 2010. **Multidimensional Poverty Index: 2010 data.** Oxford Poverty and Human Development Initiative. www.ophi.org.uk/policy/multidimensional-poverty-index/.
- Bezanson, K. und P. Isenman. 2010. **Scaling Up Nutrition: A Framework for Action.** Food and Nutrition Bulletin 31 (1): 178–86.
- Bhutta, Z. A., T. Ahmed, R. E. Black, S. Cousens, K. Dewey, E. Giugliani, B. A. Haider, B. Kirkwood, S. S. Morris, H. P. S. Sachdev und M. Shekar für die Maternal and Child Undernutrition Study Group. 2008. **What works? Interventions for maternal and child undernutrition and survival.** The Lancet 371 (9610): 417–40.
- Black, R. E., L. H. Allen, Z. A. Bhutta, L. E. Caulfield, M. de Onis, M. Ezzati, C. Mathers und J. Rivera für die Maternal and Child Undernutrition Study Group. 2008. **Maternal and child undernutrition: Global and regional exposures and consequences.** The Lancet 371 (9608): 243–60.
- CEPAL/PMA. 2007. **Análisis del impacto social y económico de la desnutrición infantil en América Latina. Resultados del Estudio en Centroamérica y República Dominicana, Panorama General.** Santiago, Chile.
- Chen, S. und M. Ravallion. 2008. **The developing world is poorer than we thought, but no less successful in the fight against poverty.** Policy Research Working Paper 4703. Washington, D. C.: World Bank.
- de Benoist, B., M. Andersson, I. Egli, B. Takkouche und H. Allen. 2004. **Iodine status worldwide: WHO global database on iodine deficiency.** Geneva: World Health Organization.
- de Benoist, B., E. McLean, M. Cogswell, I. Egli und D. Wojdyla. 2008. **Worldwide prevalence of anaemia 1993–2005: WHO global database on anaemia.** Geneva: World Health Organization.
- DFID (UK Department for International Development). 2010. **The neglected crisis of undernutrition: DFID's strategy.** London. [http://www.reliefweb.int/rw/lib.nsf/db900sid/DNEO-83GJH4/\\$file/DFID_mar10.pdf?openelement](http://www.reliefweb.int/rw/lib.nsf/db900sid/DNEO-83GJH4/$file/DFID_mar10.pdf?openelement).
- FAO (Food and Agriculture Organization of the United Nations). 2009. **State of food insecurity in the world 2009.** Rom.
- . 2010a. **State of food insecurity in the world 2010.** Rom.
- . 2010b. **When emergencies last for decades: How to improve food security in protracted crises.** Economic and Social Perspectives Policy Brief 7. Rom.
- Gillespie, S., J. Mason und R. Martorell. 1996. **How nutrition improves.** Nutrition Policy Discussion Paper No. 15. Geneva: United Nations Administrative Committee on Coordination–Subcommittee on Nutrition (ACC/SCN).
- Government of Ireland. 2008. **Hunger Task Force: Report to the Government of Ireland.** http://www.irishaid.gov.ie/uploads/hunger_task_force.pdf.
- Griffiths, M. 2009. **Focusing on improving household practices and strengthening community support. Presentation at the Bread for the World's National Gathering,** American University, Washington, D. C., June.
- Hoddinott, J., J. A. Maluccio, J. R. Behrman, R. Flores und R. Martorell. 2008. **Effect of a nutrition intervention during early childhood on economic productivity in Guatemalan adults.** The Lancet 371 (9610): 411–16.
- Horton, S., B. France, A. Greig und A. Lakshman. 2008. **Best Practice Paper: Micronutrient Supplements for Child Survival (Vitamin A and Zinc),** Copenhagen Consensus Centre, Copenhagen.
- Iannotti, L., K. Cunningham und M. Ruel. 2009. **Diversifying into healthy diets: Homestead food production in Bangladesh.** In D. J. Spielman und R. Pandya-Lorch (Hrsg.). **Millions fed: Proven successes in agricultural development.** Washington, D. C.: International Food Policy Research Institute.
- IFPRI (International Food Policy Research Institute)/Welthungerhilfe/Concern. 2007. **The challenge of hunger 2007: Global Hunger Index: Facts, determinants, and trends.** Washington, D. C., Bonn und Dublin.

- Khor, G. L. 2005. **Micronutrient status and intervention programs in Malaysia.** Food and Nutrition Bulletin 26 (2): 281–85.
- Leroy, J. L., M. Ruel und E. Verhofstadt. 2009. **The impact of conditional cash transfer programmes on nutrition: A review of evidence using a programme theory framework.** Journal of Development Effectiveness 1 (2): 103–29.
- MEASURE DHS. 2010. **Demographic health surveys.** Calverton, USA. http://www.measuredhs.com/aboutsurveys/search/search_survey_main.cfm?SrvyTp=type.
- Monteiro, C. A., M. H. D'Aquino Benicio, S. C. Konno, A. C. F. Silva, A. L. L. Lima und W. L. Conde. 2009. **Causes for the decline in child under-nutrition in Brazil, 1996–2007.** Revista de Saude Publica 43: 35–43, PMID:19169574.
- Monteiro, C. A., M. H. D'Aquino Benicio, W. L. Conde, Silvia Konno, A. L. Lovadino, A. J. D. Barros und C. G. Victora. 2010. **Narrowing socioeconomic inequality in child stunting: The Brazilian experience, 1974–2007.** Bulletin of the World Health Organization 88: 305–11.
- République du Mali, Ministère de la Santé. 2005. **Plan stratégique national pour l'alimentation et la nutrition.** Bamako. <http://www.sante.gov.ml/cps/Documents/PSNAN.pdf>.
- Rossi, L., T. Hoerz, V. Thouvenot, G. Pastore und M. Michael. 2006. **Evaluation of health, nutrition, and food security programmes in a complex emergency: The case of Congo as an example of a chronic post-conflict situation.** Public Health Nutrition 9 (5): 551–56.
- Ruel, M. T. 2008. **Addressing the underlying determinants of under-nutrition: Examples of successful integration of nutrition in poverty-reduction and agriculture strategies.** SCN News 36: 21–29.
- Ruel, M. T., P. Menon, J.-P. Habicht, C. Loechl, G. Bergeron, G. Pelto, M. Arimond, J. Maluccio, L. Michaud und B. Hankeba. 2008. **Age-based preventive targeting of food assistance and behaviour change and communication for reduction of childhood undernutrition in Haiti: A cluster randomised trial.** The Lancet 371 (9612): 588–95.
- Ruel, M. T. **The Oriente study: program and policy impacts.** 2010. Journal of Nutrition 140: 415–418.
- Samaké, S., S. M. Traoré, S. Ba, E. Dembélé, M. Diop, S. Mariko und P. R. Libité. 2007. **Enquête démographique et de santé du Mali 2006.** Calverton, MD, USA: Macro International. <http://www.measuredhs.com/pubs/pdf/FR199/FR199.pdf>.
- SCN (United Nation Standing Committee on Nutrition). 2006. **Third World Urban Forum – Vancouver 19-23 June SCN Statement.** The double burden of malnutrition – A challenge for cities worldwide. Presseerklärung vom 19. Juni. http://www.unscn.org/files/Statements/The_Double_Burden_of_Malnutrition_A_Challenge_for_cities_Worldwide.pdf.
- Smith, L. und L. Haddad. 2000. **Explaining malnutrition in developing countries: A cross-country analysis.** Washington, D. C.: International Food Policy Research Institute.
- Smith, L. C., U. Ramakrishnan, A. Ndiaye, L. Haddad und R. Martorell. 2003. **The importance of women's status for child nutrition in developing countries.** Washington, D. C.: International Food Policy Research Institute.
- Svedberg, P. 2007. **Child malnutrition in India and China. 2020 Focus Brief on the World's Poor and Hungry People.** Washington, D. C.: International Food Policy Research Institute.
- Tontisirin, K. und P. Winichagoon. 1999. **Community-based programmes: Success factors for public nutrition derived from the experience of Thailand.** Food and Nutrition Bulletin 20 (3): 315–22.
- UNICEF (United Nations Children's Fund). 2003–08. **Mali: Statistics.**
- . 2009a. **The state of the world's children 2010: Child rights.** New York.
- . 2009b. **Tracking progress on child and maternal nutrition: A survival and development priority.** New York.
- . 2010. **Childinfo statistics on child nutrition.** New York. http://www.childinfo.org/undernutrition_underweight.php.
- Victora, C. G., L. Adair, C. Fall, P. C. Hallal, R. Martorell, L. Richter und H. Singh Sachdev für die Maternal and Child Undernutrition Study Group. 2008. **Maternal and child undernutrition: Consequences for adult health and human capital.** The Lancet 371 (9609): 340–57.

Victora, C. G., M. de Onis, P. C. Hallal, M. Blössner und R. Shrimpton. 2010. **Worldwide timing of growth faltering: Revisiting implications for interventions.** *Pediatrics* 125 (3): e473.

von Braun, J., M. Ruel und A. Gulati. 2008. **Accelerating progress toward reducing malnutrition in India: A framework for action.** Washington, D. C.: International Food Policy Research Institute.

von Grebmer, K., H. Fritschel, B. Nestorova, T. Olofinbiyi, R. Pandya-Lorch und Y. Yohannes. 2008. **Global Hunger Index: The challenge of hunger 2008.** Bonn, Washington, D. C., und Dublin: Deutsche Welthungerhilfe, International Food Policy Research Institute und Concern.

von Grebmer, K., B. Nestorova, A. Quisumbing, R. Fertziger, H. Fritschel, R. Pandya-Lorch und Y. Yohannes. 2009. **2009 Global Hunger Index: The challenge of hunger: Focus on financial crisis and gender inequality.** Washington, D. C., Bonn und Dublin: Deutsche Welthungerhilfe, International Food Policy Research Institute und Concern.

WFP (World Food Programme). 2006. **Ending child hunger and undernutrition initiative. Global framework for action: summary note.** Informal consultation on the ending child hunger and undernutrition initiative. Presseerklärung vom 9. Oktober. <http://documents.wfp.org/stellent/groups/public/documents/resources/wfp111813.pdf>.

WHO (World Health Organization). 2009. **Global prevalence of vitamin A deficiency in populations at risk, 1995–2005: WHO global database on vitamin A deficiency.** Genf.

———. 2010a. **Global database on child growth and malnutrition.** Genf. <http://www.who.int/nutgrowthdb/database/countries/en/index.html>.

———. 2010b. **Global database on child growth and malnutrition.** India. http://www.who.int/nutgrowthdb/database/countries/who_standards/ind.pdf.

Wiesmann, D. 2004. **An international nutrition index: Concept and analyses of food insecurity and undernutrition at country levels.** Development Economics and Policy Series 39. Frankfurt am Main: Peter Lang.

———. 2006a. **2006 Global hunger index: A basis for cross-country comparisons.** Washington, D. C.: International Food Policy Research Institute.

———. 2006b. **A global hunger index: Measurement concept, ranking of countries, and trends.** Food Consumption and Nutrition Division Discussion Paper 212. Washington, D. C.: International Food Policy Research Institute.

Wiesmann, D., J. von Braun und T. Feldbrügge. 2000. **An International Nutrition Index: Successes and failures in addressing hunger and malnutrition.** ZEF Discussion Papers on Development Policy No. 26. Bonn: Zentrum für Entwicklungsforschung (ZEF).

Wiesmann, D., L. Weingärtner und I. Schöninger. 2006. **The challenge of hunger: Global Hunger Index: Facts, determinants, and trends.** Bonn und Washington, D. C.: Deutsche Welthungerhilfe und International Food Policy Research Institute.

World Bank. 2007. **From agriculture to nutrition: Pathways, synergies, and outcomes.** Washington, D. C.

———. 2009. **Governance matters 2009: Worldwide governance indicators, 1996–2008.** Washington, D. C. <http://info.worldbank.org/governance/wgi/faq.htm>.

———. 2010. **World development indicators database.** Washington, D. C.

Die Autoren danken der Ernährungs- und Landwirtschaftsorganisation der UNO (FAO) für die Bereitstellung unveröffentlichter Daten zum Kalorienverbrauch, die für die Berechnungen des WHI 2010 verwendet wurden und für die Zahl der hungernden Menschen 2010.

PARTNER



INTERNATIONAL
FOOD
POLICY
RESEARCH
INSTITUTE

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 nichtstaatlichen Organisationen zusammenarbeiten. Das IFPRI hat seinen Hauptsitz in Washington, D. C., und weitere Regionalbüros in Indien, China, Äthiopien und dem Senegal.



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

Wer wir sind

Die Welthungerhilfe entstand 1962 als Teil einer wegweisenden globalen Kampagne, der „Freedom from Hunger Campaign“. Unter dem Dach der UN-Ernährungs- und Landwirtschaftsorganisation (FAO) gegründet, sind wir heute eine der größten privaten Hilfsorganisationen in Deutschland, unabhängig und über unsere Mitgliedsorganisationen, Spender und Unterstützer breit in der deutschen Gesellschaft verankert. Wir stehen für Mut, Lebensfreude und Menschlichkeit bei der Erfüllung unseres Auftrags.

Was wir wollen

Wir setzen uns für eine gesicherte Ernährung aller Menschen ein, für die ländliche Entwicklung und den Erhalt der natürlichen Ressourcen. Wir sind von der Kraft der Träume überzeugt, weil sie Menschen antreiben und machtvoll politische Instrumente zur Verbesserung der Lebensbe-

dingungen der Hungernden und Armen, aber auch zur Sicherung unserer gemeinsamen Zukunft sind. Deshalb verbinden wir in Deutschland und in den Projektländern Partner verstärkt zu einem dynamischen globalen Netzwerk und machen Entwicklungszusammenarbeit erlebbar.

Was wir leisten

Wir ermöglichen es Menschen in Entwicklungsländern, jetzt und in Zukunft für sich selbst zu sorgen. Als große deutsche Hilfsorganisation mit langjähriger internationaler Erfahrung schreiben wir Erfolgsgeschichten in Afrika, Asien und Lateinamerika. In unserer politischen Arbeit kämpfen wir für die Veränderung der Verhältnisse, die zu Hunger und Armut führen. In Deutschland mobilisieren wir Menschen für unsere Vision.

Wie wir arbeiten

Wir verfolgen ein ganzheitliches, qualitäts- und wirkungsorientiertes Konzept von der schnellen Katastrophenhilfe über den Wiederaufbau bis zu langfristig angelegten Entwicklungsprojekten. Dabei arbeiten wir auf Augenhöhe mit den betroffenen Menschen zusammen – kompetent, verlässlich, transparent. Wir unterstützen Partnerorganisationen in den Projektländern und stellen damit sicher, dass Strukturen von unten gestärkt und die Erfolge in der Projektarbeit langfristig gesichert werden.



Unsere Identität – wer wir sind

Concern Worldwide ist Irlands größte Nicht-regierungsorganisation und setzt sich ein für eine Welt ohne Leid und extreme Armut.

Wir sind in den 28 ärmsten Ländern weltweit tätig und haben über 3.300 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 Worldwide 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.

IMPRESSUM

Deutsche Welthungerhilfe e. V.

Friedrich-Ebert-Str. 1
53173 Bonn, Deutschland
Tel. +49 228-2288-0
Fax +49 228-2288-333
www.welthungerhilfe.de

Generalsekretär und Vorstandsvorsitzender:

Dr. Wolfgang Jamann

International Food Policy Research Institute (IFPRI)

2033 K Street, NW
Washington, D. C. 20006-1002, USA
Tel. +1 202-862-5600
Fax +1 202-467-4439
www.ifpri.org

Direktor:

Dr. Shenggen Fan

Concern Worldwide

52-55 Lower Camden Street
Dublin 2, Irland
Tel. +353 1 417 7700
Fax +353 1 475 7362
www.concern.net

Direktor:

Tom Arnold

Redaktion:

Nina Wünsche
Dr. Klaus von Grebmer
Olive Towey

Autoren:

IFPRI: Dr. Klaus von Grebmer (Director Communications Division), Dr. Marie T. Ruel (Director, Poverty, Health, and Nutrition Division), Purnima Menon (Research Fellow, Poverty, Health, and Nutrition Division), Bella Nestorova (Research Analyst), Tolulope Olofinbiyi (Research Analyst), Heidi Fritschel (Consultant Writer), Yisehac Yohannes (Research Analyst)

Concern Worldwide und Welthungerhilfe: Constanze von Oppeln (Senior Policy Adviser for Food Aid and Food Security), Olive Towey (Advocacy Officer for Aid Effectiveness), Kate Golden (Senior Nutrition Adviser), Jennifer Thompson (Advocacy Officer for Hunger)

Konzeption, Gestaltung und Produktion:

muehlhausmoers kommunikation gmbh, Köln
Tobias Heinrich, Pascal Schöning, Dorina Volkhausen

Druck:

D+L Printpartner GmbH, Bocholt, info@dul-print.de

Bestellnummer:

460-5391

Bildnachweise:

Titel: Philip Flämig/Welthungerhilfe, Mali, Ernährungsberatung für schwangere und stillende Frauen, 2008; Seite 2: Jörg Böthling/Welthungerhilfe, Indien, Sundarbans, Kontrolluntersuchung im Mutter-Kind-Zentrum von schwangeren Frauen und neugeborenen Babys, 2008; Seite 6: Miriam Böttner/Welthungerhilfe, Äthiopien, Millenniumsdorf Sodo, Bauer bei der Hirseernte, 2006; Seite 10: Florian Kopp/Welthungerhilfe, Bolivien, Millenniumsdorf Cañadón Peñas, Frau mit traditionellem bolivianischen Gebäck für den Verkauf auf der Straße, 2010; Seite 20: Andreas Bretz/Welthungerhilfe, Burkina Faso, Millenniumsdorf Ouagadougou, Frauen mit ihren Kindern in einer Krankenstation, 2008; Seite 24: Marcia Griffiths/Kecamatan Godean, Indonesien, Java, außerhalb von Yogyakarta, 1979; Seite 32: Jörg Böthling/Welthungerhilfe, Indien, Sundarbans, Ernährungsberatung im Mutter-Kind-Zentrum für schwangere Frauen und neugeborene Kinder, 2008; Seite 35: Mahamane Maïga/Welthungerhilfe, Mali, Bema, im Landkreis Diéma, Frauen aus Gartenbaugemeinschaft bei Bewässerung der Beete, 2008; Seite 42: Allyson Brown/Concern Worldwide, Bangladesch, Rangpur, Treffen von Frauen bei einer Krankenstation für Mütter, 2007; Seite 44: Eva Häberle/Welthungerhilfe, Burundi, Frauen nach der Teilnahme an einer Kochvorführung, 2008; Seite 47: Christian Weische/Welthungerhilfe, Indien, Kinder beim gemeinschaftlichen Mittagessen vor ihrem Kindergarten, 2006; Porträts: Die Personen wurden von Mitarbeitern der Welthungerhilfe fotografiert.



FSC
www.fsc.org

MIX

Papier aus verantwortungsvollen
Quellen

FSC® C030157



Scannen Sie diesen QR-Code für weitere
Informationen zum WHI oder besuchen
Sie die Website www.welthunger-index.de

Deutsche Welthungerhilfe e. V.

Friedrich-Ebert-Str. 1
53173 Bonn, Deutschland
Tel. +49 228-22 88-0
Fax +49 228-22 88-333
www.welthungerhilfe.de

**International Food Policy
Research Institute**

2033 K Street, NW
Washington, D. C. 20006-1002, USA
Tel. +1 202-862-5600
Fax +1 202-467-4439
www.ifpri.org

Concern Worldwide

52-55 Lower Camden Street
Dublin 2, Irland
Tel. +353 1-417-7700
Fax +353 1-475-7362
www.concern.net

