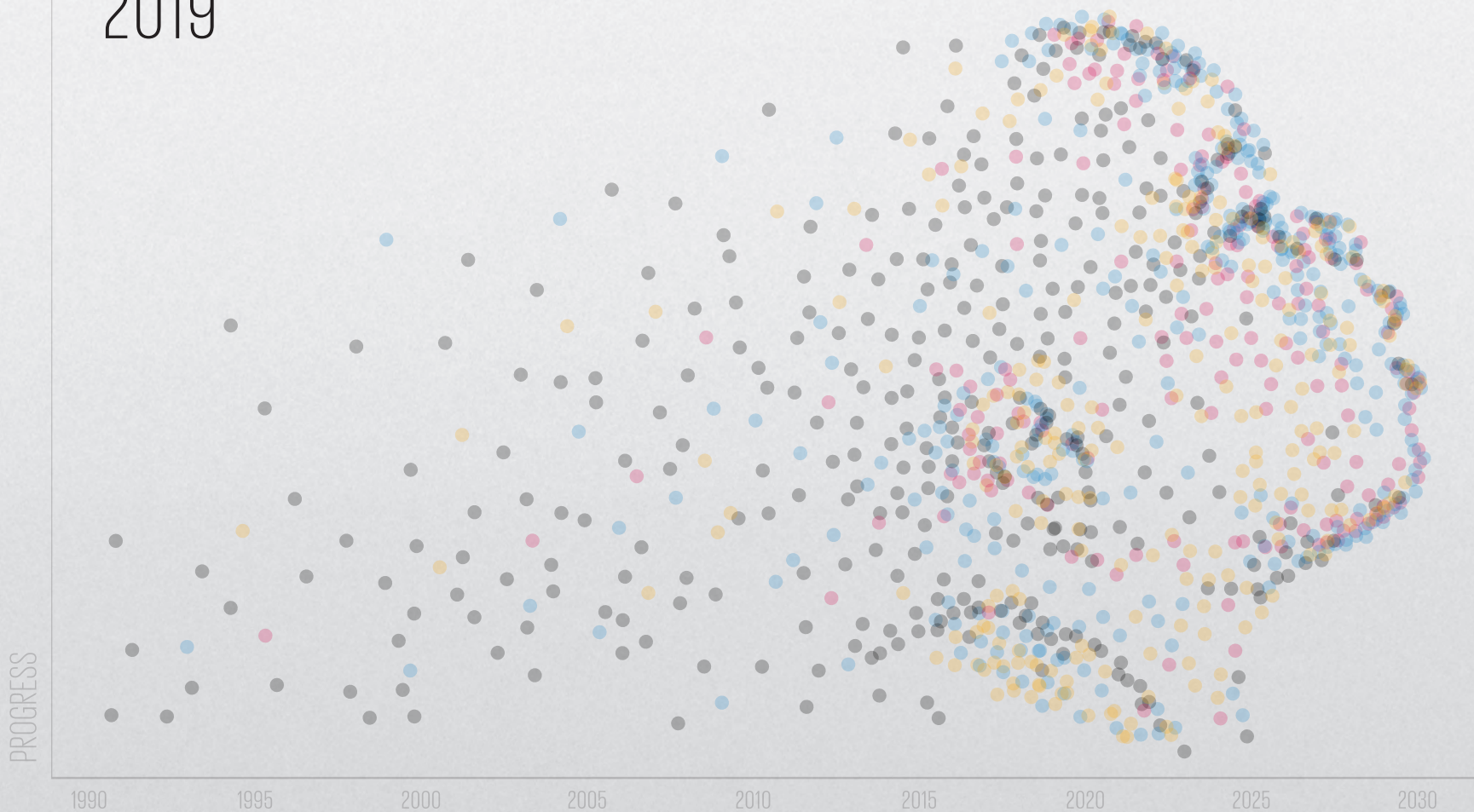


UNGLEICHHEITEN UNTERSUCHEN

2019







INHALT

02

UNGLEICHHEITEN
UNTERSUCHEN

26

DIGITALE
INTEGRATION

38

DATEN
ANALYSIEREN

20

MEDIZINISCHE
GRUNDVERSORGUNG

32

ANPASSUNG AN
DEN KLIMAWANDEL

UNGLEICHHEITEN UNTERSUCHEN

WIE HERKUNFT UND GESCHLECHT CHANCEN ERÖFFNEN (ODER ZUNICHTE MACHEN)



BILL UND MELINDA GATES
Ko-Vorsitzende,
Bill & Melinda
Gates Stiftung

Wir wurden in einem prosperierenden Land mit weißen, wohlhabenden Eltern geboren, die in wirtschaftlich erfolgreichen Gemeinden lebten und uns in ausgezeichnete Schulen schicken konnten.

Durch diese und viele andere Faktoren hatten wir eine gute Ausgangsposition, um erfolgreich zu sein.

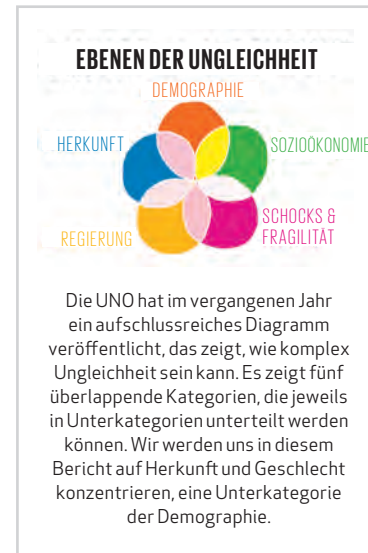
Es gibt jedoch Milliarden von Menschen, die bei weitem keine so sorglose Lebensperspektive haben. Für Hunderte von Millionen Menschen auf der ganzen Welt ist die Not beinahe ihr sicheres Schicksal.

Wir glauben, dass das falsch ist. Jeder Mensch sollte die gleiche Chance haben, ein gesundes, produktives Leben zu führen.

In den letzten 20 Jahren haben wir in einkommensschwachen Ländern in Gesundheit und Entwicklung investiert, denn die schlimmste Ungleichheit, die wir je gesehen haben, sind Kinder, die an leicht vermeidbaren Ursachen sterben. In den Vereinigten Staaten haben wir vor allem in Bildung investiert, denn eine gute Schule ist ein Schlüssel zum Erfolg. Die Menschen haben aber einen schlechteren Zugang zu Bildung, wenn sie ein geringes Einkommen haben, eine andere Hautfarbe haben oder beides.

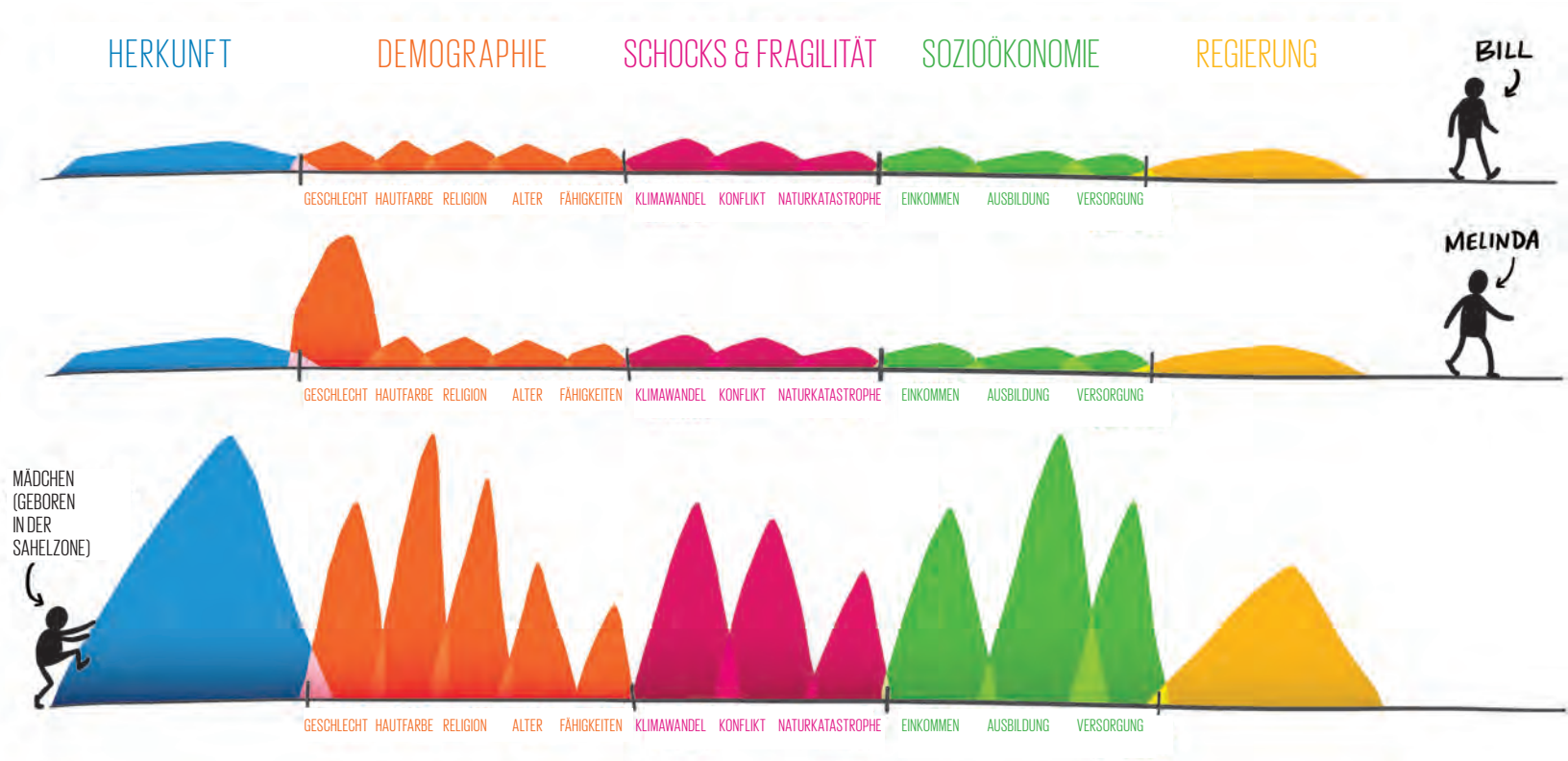
Goalkeepers ist unser jährlicher Bericht über die weltweiten Fortschritte bei der Erreichung

der Ziele der nachhaltigen Entwicklung (SDGs). Dahinter stehen 17 ehrgeizige Ziele, zu deren Erreichung sich die Mitgliedstaaten der Vereinten Nationen bis 2030 verpflichtet haben. Während wir diese Zeilen schreiben, verfehlen vermutlich Milliarden von Menschen diese Ziele, die wir alle vereinbart haben und die für ein menschenwürdiges Leben stehen. Wenn wir den Fortschritt beschleunigen wollen, müssen wir jene Ungleichheiten angehen, die über Glück und Unglück entscheiden.



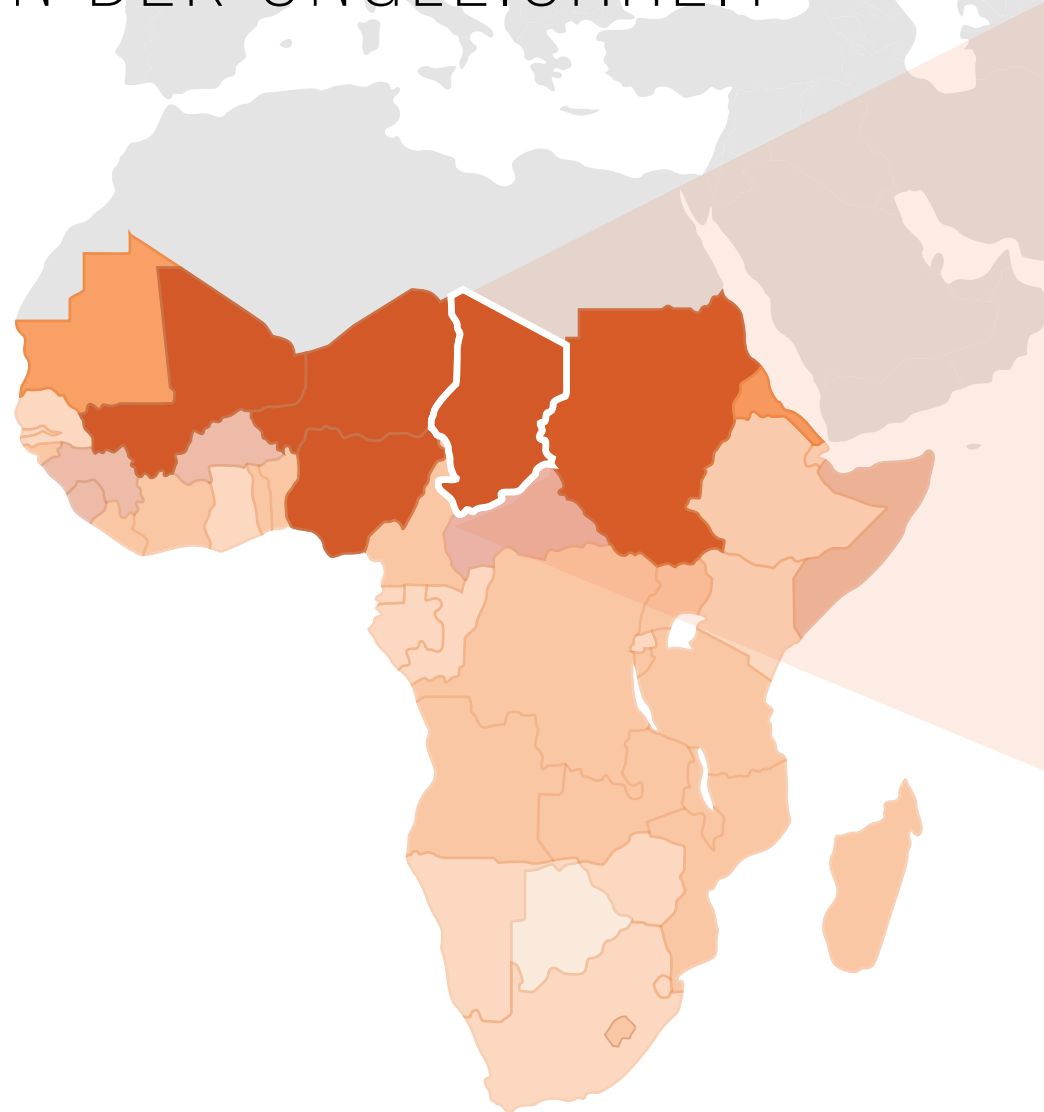
EBENEN DER UNGLEICHHEIT

Wenn man das Leben als Reise betrachtet, macht jeder einzelne Nachteil die Reise schwieriger. Wie die folgende Abbildung zeigt, war unser Weg nach vorne relativ frei von Hindernissen. Ein Mädchen, das in der Sahelzone, einer der ärmsten Regionen der Welt, geboren wurde, muss viele Hindernisse überwinden, um ein gesundes und produktives Leben führen zu können.



WERFEN WIR EINEN GENAUEREN BLICK AUF VERSCHIEDENE EBENEN DER UNGLEICHHEIT

1. DIESER SCHMALE STREIFEN im Norden des afrikanischen Kontinents ist die Sahelzone, wo die Kindersterblichkeit (sowie die meisten anderen Arten von Leiden) schlimmer ist als überall sonst auf dem Planeten. Wir haben viele Länder in der Sahelzone besucht und uns mit Regierungsvertretern getroffen, die sich für die Verbesserung des Lebens ihrer Bürger einsetzen. Sie haben uns über ihre Ziele für ihre Länder und auch über die Schwierigkeiten informiert, mit denen sie konfrontiert sind.



KINDERSTERBLICHKEITSRATE

(Kinder unter fünf Jahren)

- 0-3 %
- >3-6 %
- >6-9 %
- >9-12 %
- >12-15 %

2. SCHAUEN WIR UNS NUN EIN EINZELNES LAND INNERHALB DER SAHELZONE AN

Wir sind kürzlich in den Tschad gereist. Die Kindersterblichkeit im Tschad ist fast 55-mal höher als in Finnland. Dieses Verhältnis ist so unausgewogen und überdeutlich, dass es kaum zu begreifen ist.

3. DAS IST EINE DÜRREGEFÄHRDETE REGION

im Südwesten des Landes. Sie wird immer anfälliger für Trockenheit und damit wird auch die Landwirtschaft in dieser Region immer schwieriger, da sich das Klima ändert.



4. IN DIESER TROCKENEN REGION

gibt es eine traditionell marginalisierte ethnische Gruppe – eine von vielen.

5. UND INNERHALB DIESER GEMEINSCHAFT GIBT ES EIN MÄDCHEN, DAS

durch gesellschaftliche Normen gefangen ist, wonach ihre Rolle im Leben darin besteht, ihrem Mann zu dienen und ihm Kinder zu gebären.

(Guélengdeng, Tschad)

Jedes Mal, wenn wir genauer hinschauen, sehen wir ein neues Level der Benachteiligung. Das Leben ist schon schwer genug, wenn sich diese Benachteiligungen nicht addieren – aber wenn diese noch zu einem ohnehin schweren Leben hinzukommen, wie bei dem Mädchen im Tschad, dann ist der Effekt brutal.

Wie ist ihr Leben? Die Daten zeigen, dass sie wahrscheinlich mehrmals kurz davor war, zu verhungern. Es besteht eine hohe Wahrscheinlichkeit, dass sie nie die Nährstoffe bekommen hat, die ihr Körper und ihr Gehirn benötigen, um sich voll zu entwickeln. Es ist wahrscheinlich, dass sie weder lesen noch schreiben kann und dass sie deutlich vor ihrem 20. Geburtstag schwanger wird, obwohl ihr Körper für die Strapazen der Geburt noch nicht bereit ist.

Und wenn die Zeit kommt, gibt es eine hohe Wahrscheinlichkeit, dass sie allein gebären wird.

Sie verdient ein besseres Leben. Und wir glauben, dass sie ein besseres Leben haben kann, solange die Welt die vielen Herausforderungen, mit denen sie konfrontiert ist, versteht und daran arbeitet, sie anzugehen.



WO MAN GEBOREN WIRD, IST ENTSCHEIDENDER FÜR DIE EIGENE ZUKUNFT ALS JEDER ANDERE FAKTOR

Die folgenden Diagramme zeigen einen deutlichen Zusammenhang von Herkunft und Ungleichheiten.

Wir haben Gesundheit und Bildung in diese Diagramme aufgenommen, weil sie die Schlüsselkomponenten dessen sind, was

Ökonomen als „Humankapital“ bezeichnen. Im letztjährigen Goalkeepers-Bericht haben wir dies als „den besten Weg für ein Land zur Freisetzung von Produktivität und Innovation, zur Verringerung der Armut, zur Schaffung von Chancen und zur Schaffung von Wohlstand“ bezeichnet.

Wenn wir heute in Humankapital investieren, helfen wir dadurch den Menschen, ihr Einkommen morgen zu steigern. Aber ohne Humankapital – also für diejenigen, die nicht gesund sind und keine Bildung bekommen haben – ist es praktisch unmöglich, der Armut zu entkommen.

GESUNDHEIT UND BILDUNG FÜHREN ZUR VERBESSERUNG DER LEBENSUMSTÄNDE ÜBERALL AUF DER WELT

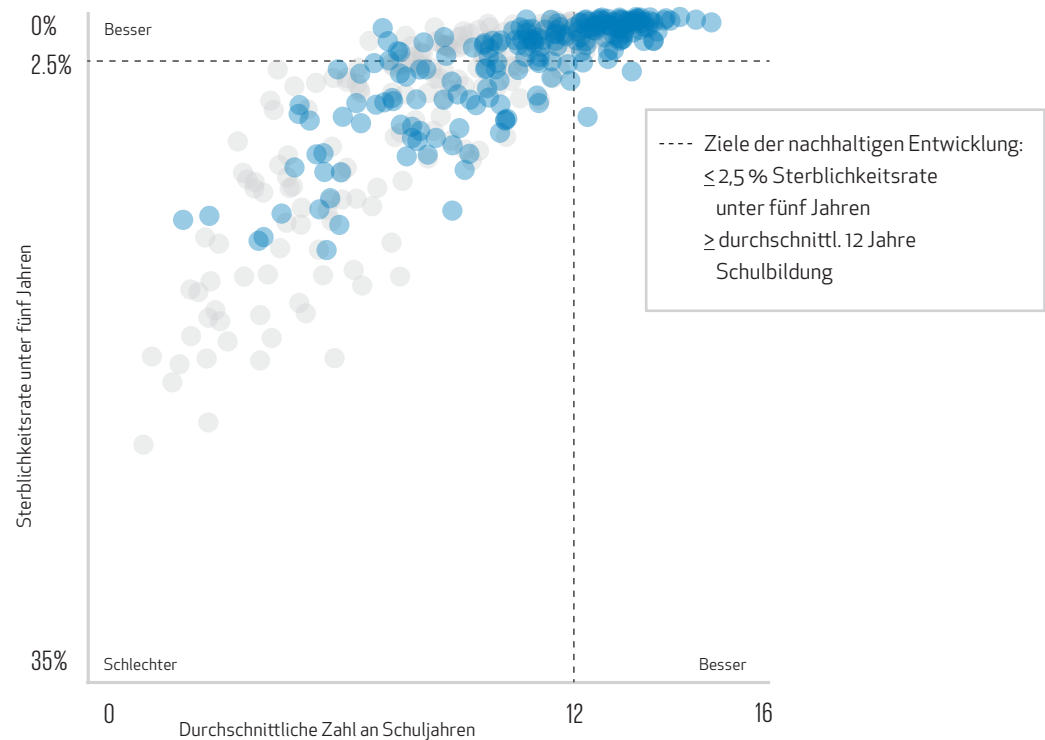
Zunächst ist ein allgemeiner Fortschritt erkennbar. Denken Sie an das Land mit den schwierigsten Herausforderungen. Die Menschen dort sind gesünder und besser gebildet als früher.

ERKLÄRUNG ZUR GRAFIK

Die vertikale Achse stellt die Sterblichkeitsrate für Kinder unter fünf Jahren und die horizontale Achse die durchschnittliche Dauer der Schulbildung für 20- bis 24-Jährige in Jahren dar. Jeder Punkt spiegelt die Kindersterblichkeitsrate pro Jahr der Schulbildung in einem ausgewählten Land wider. Jeder graue Punkt repräsentiert dieses Land im Jahr 2000. Jeder blaue Punkt zeigt das gleiche Land im Jahr 2017, was unseren aktuellsten Daten entspricht.

Länderfortschritte bei Kindersterblichkeit und Bildung, 2000-2017

Jeder Punkt steht für ein Land im Jahr ● 2000 ● 2017



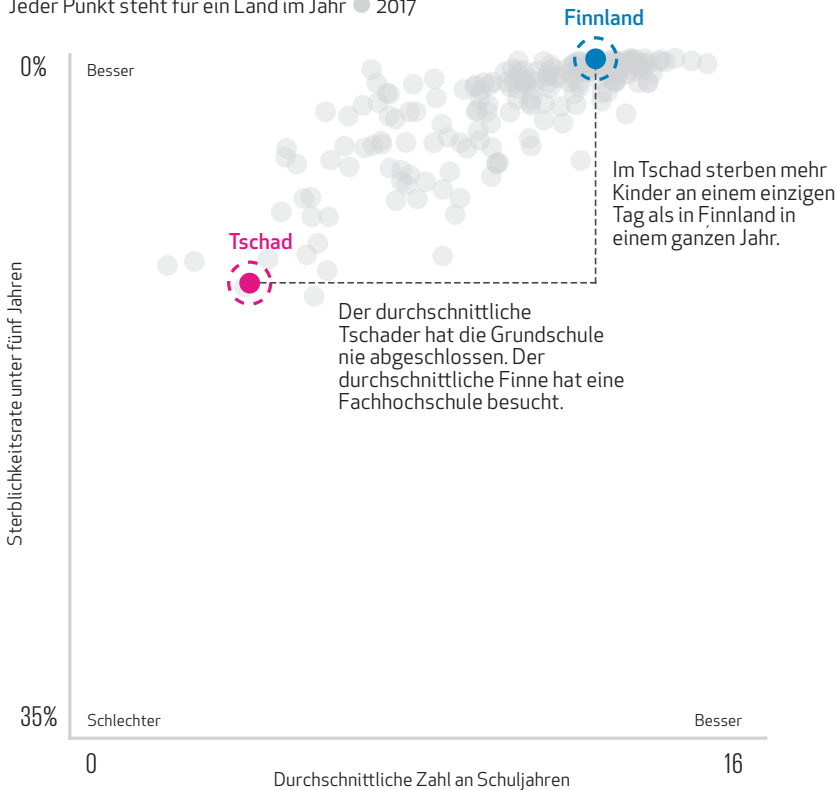
DIE UNGLEICHHEIT ZWISCHEN DEN LÄNDERN HAT SICH VERRINGERT, BLEIBT ABER GROSS

Auf den zweiten Blick erkennt man jedoch, dass das Leben in vielen Ländern – auch wenn es sich verbessert hat – noch immer schlecht ist. Die Kluft zwischen dem Tschad

und Finnland schließt sich, aber sie bleibt enorm groß. Im Tschad sterben jeden Tag mehr Kinder als in Finnland in einem ganzen Jahr.

Kindersterblichkeit und Bildung im Tschad und in Finnland, 2017

Jeder Punkt steht für ein Land im Jahr ● 2017



DIESE KLUFT GIBT ES AUCH INNERHALB DER LÄNDER

Die Diagramme zeigen außerdem, dass dieses Muster (große Fortschritte und große Unterschiede) auch innerhalb der Länder gilt. Zum ersten Mal überhaupt verfügen wir über Daten zum Humankapital auf Distriktebene. (Verschiedene Länder haben unterschiedliche Bezeichnungen für diese politische bzw. organisatorische Unterteilung. In den Vereinigten Staaten sind es Counties, in Indien Distrikte und in Nigeria lokale Regierungsbezirke oder LGAs.)

In den letzten 17 Jahren ist das Humankapital in mehr als 99 Prozent der Distrikte in Entwicklungsländern gestiegen. Egal wie oft man das Gegenteil hört: Das Leben wird besser, auch für die Ärmsten.

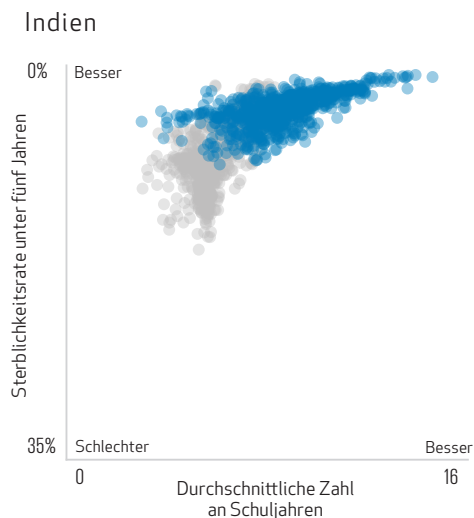
Die Ungleichheit zwischen den Distrikten in den Ländern ist jedoch enorm. Betrachten wir Indien. Im Distrikt Kollam im Bundesstaat Kerala sterben ein Prozent der Kleinkinder. Der Durchschnittsbürger hat eine mehr als 14-jährige Ausbildung, die fast mit den am weitesten entwickelten Ländern der

Welt vergleichbar ist. Im Vergleich dazu sterben im Distrikt Budaun im Staat Uttar Pradesh mehr als acht Prozent der Kinder und der Durchschnittsbürger hat eine etwa sechsjährige Ausbildung. Budaun ist übrigens nicht klein. Rund vier Millionen Menschen leben dort.

In Nigeria zeigen die Daten das Gleiche: hervorragende Ergebnisse auf der einen Seite im Gegensatz zu schwerer Entbehrung auf der anderen Seite. So hat beispielsweise ein Mensch in Ado-Ekiti im Staat Ekiti im Durchschnitt eine mehr als 12-jährige Ausbildung, während er in Garki im Staat Jigawa nur eine fünfjährige Ausbildung genießt. Wenn wir in diesen Diagrammen die künftige Entwicklung modellieren, erkennen wir, dass die Tschads, Budauns und Garkis der Welt nicht schnell genug aufholen.

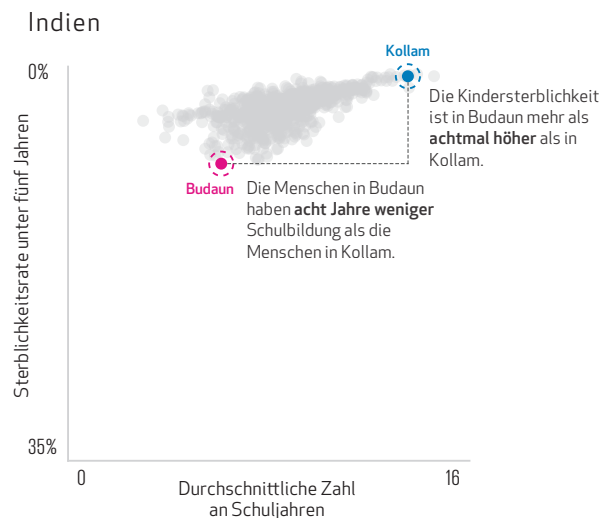
Die Distrikte machen stetige Fortschritte

Jeder Punkt steht für einen Distrikt in Indien oder einen lokalen Regierungsbezirk (LGA) in Nigeria
 ● 2000 ● 2017



Aber die Ungleichheit zwischen den Distrikten besteht nach wie vor

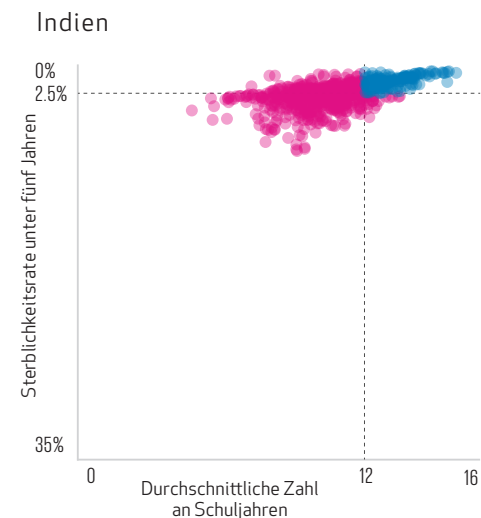
Jeder Punkt steht für einen Distrikt in Indien oder einen lokalen Regierungsbezirk (LGA) in Nigeria
 ● 2017



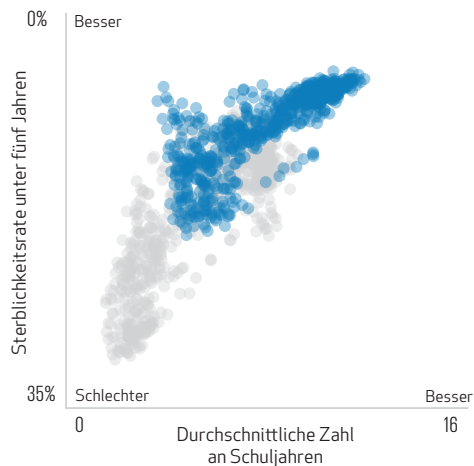
Und viele Distrikte sind nicht auf dem richtigen Weg, um die Ziele der nachhaltigen Entwicklung zu erfüllen

Jeder Punkt steht für einen Distrikt in Indien oder einen lokalen Regierungsbezirk (LGA) in Nigeria

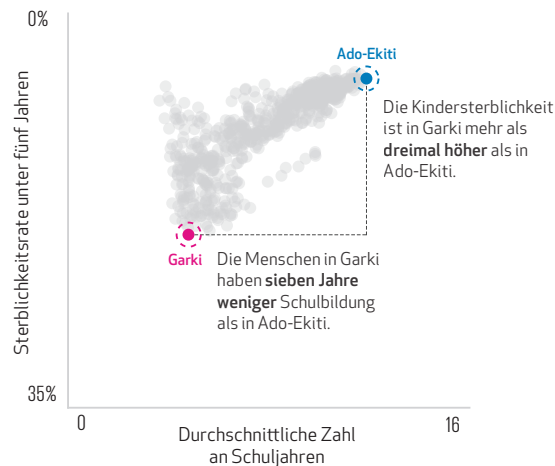
- Es wird nicht erwartet, dass die Gesundheits- und Bildungsziele erreicht werden
- Es wird erwartet, dass beide Ziele erreicht werden



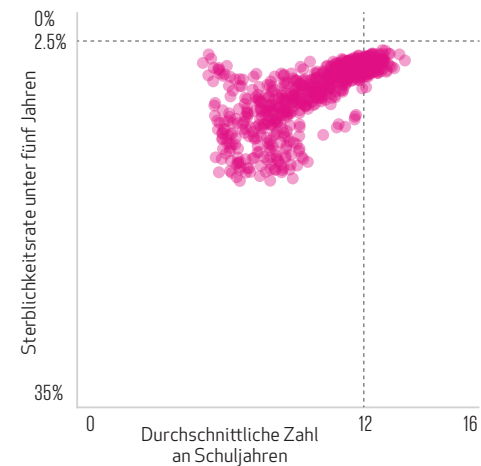
Nigeria



Nigeria



Nigeria



UNTERSCHIEDE BESTEHEN BIS WEIT IN DIE ZUKUNFT HINEIN

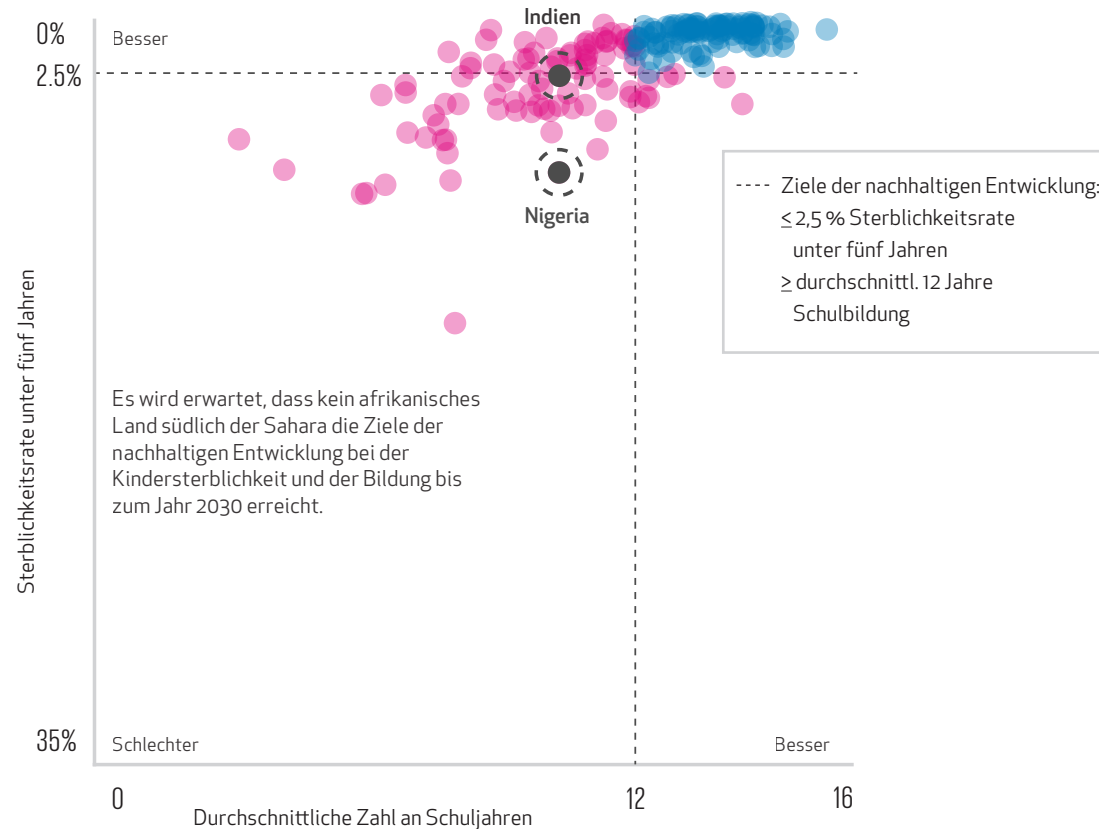
Voraussichtlich werden nur sehr wenige Entwicklungsländer die Ziele der nachhaltigen Entwicklung für Gesundheit und Bildung erreichen. Beinahe zwei Drittel der Kinder in Ländern mit geringem bis niedrigem mittlerem Einkommensniveau leben in Distrikten, die mit ihrer derzeitigen Geschwindigkeit das Ziel der nachhaltigen Entwicklung bei der Kindersterblichkeit bis 2030 nicht erreichen werden. Ein Drittel lebt in Distrikten, die es nicht einmal bis 2050 erreichen werden.

Wenn wir es mit den Zielen der nachhaltigen Entwicklung ernst meinen, dann müssen wir den Kampf gegen geografische Ungleichheiten beschleunigen und dafür sorgen, dass mehr Distrikte wie Kollam und Ado-Ekiti hervorragende Ergebnisse erzielen.

Voraussichtliche Fortschritte bis 2030

Jeder Punkt steht für ein Land

- Es wird nicht erwartet, dass die Gesundheits- und Bildungsziele erreicht werden
- Es wird erwartet, dass beide Ziele erreicht werden



**EGAL WIE OFT MAN
DAS GEGENTEIL HÖRT:
DAS LEBEN WIRD
BESSER, AUCH FÜR
DIE ÄRMSTEN.**



Sushila und Sakshi (Kamrawan Village, Indien)



UNGLEICHBEHANDLUNG DER GESCHLECHTER BETRIFFT DIE HÄLFTE DER MENSCHHEIT

Die Ungleichbehandlung der Geschlechter betrifft jedes Land der Erde. Unabhängig vom Herkunftsort ist das Leben härter, wenn du als Mädchen geboren wirst. Wenn du in einem armen Land

oder Distrikt geboren wirst, ist es sogar noch härter.

In der Pubertät beginnt die Zukunft von Mädchen und Jungen wirklich

auseinanderzuklaffen. Für die Jungen wird die Welt größer. Sie verlassen sich immer weniger auf ihre Eltern, wagen sich immer weiter von zu Hause weg, besuchen weiterführende Schulen oder Universitäten

oder ergreifen einen Beruf. Das bringt sie in Kontakt mit der Gesellschaft.

Für Mädchen wird die Welt hingegen kleiner. Manchmal wechseln sie schon in sehr jungen Jahren aus hierarchischen Familienverhältnissen in ebenso hierarchische Ehe-Strukturen, wo sie von ihren Männern dominiert werden. Obwohl sie

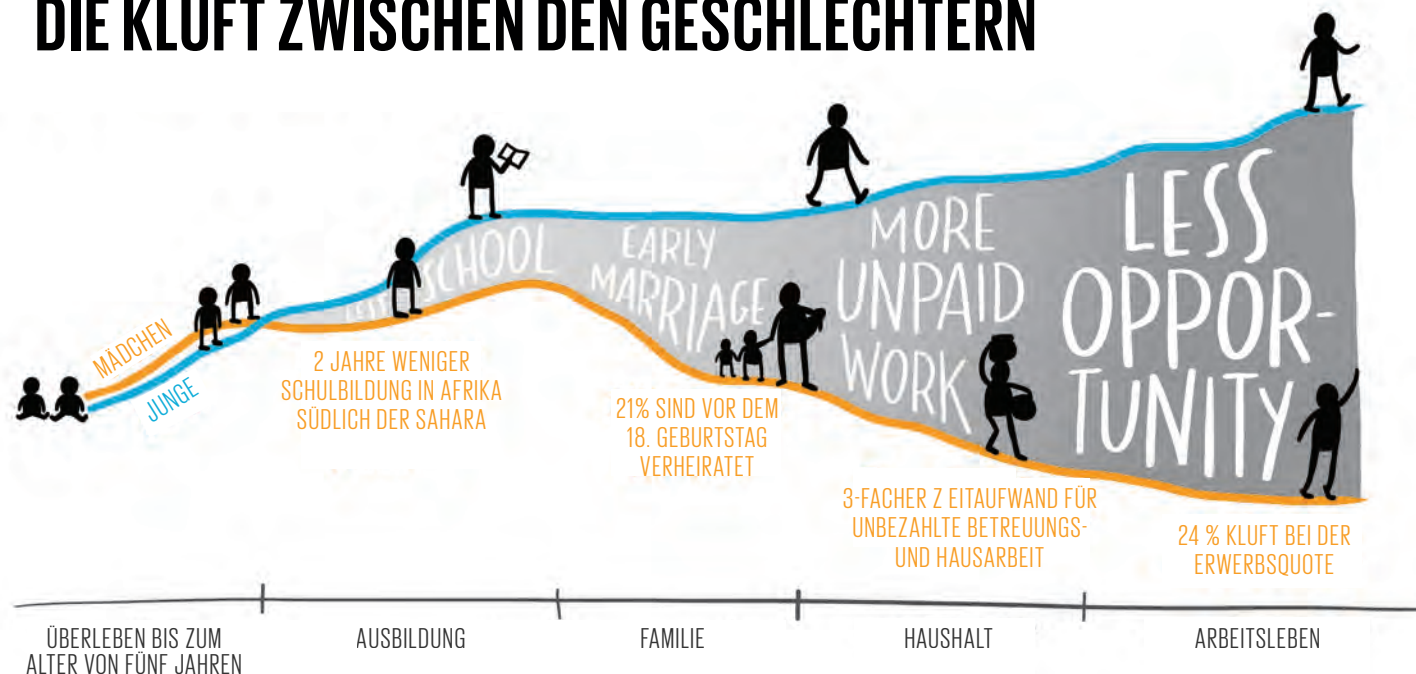
während des Besuchs der Grundschule ein gewisses Maß an Freiheit genossen, wird von ihnen erwartet, dass sie in die engen Grenzen des Hauses und Haushalts zurückkehren, sich dem Kochen, Putzen und Erziehen von Kindern widmen.

Der Anteil der Mädchen, die mindestens zwei Stunden pro Tag unbezahlte Hausarbeit

leisten, verdoppelt sich nach Erreichen des 15. Lebensjahres fast. Wenn sie erwachsen ist, verbringt die durchschnittliche Frau mehr als vier Stunden pro Tag mit unbezahlter Arbeit. Bei Männern ist es hingegen durchschnittlich nur etwas mehr als eine Stunde pro Tag.

Diese Verpflichtungen im Haus sind nur ein Beispiel dafür, wie gesellschaftliche

DIE KLUFT ZWISCHEN DEN GESCHLECHTERN



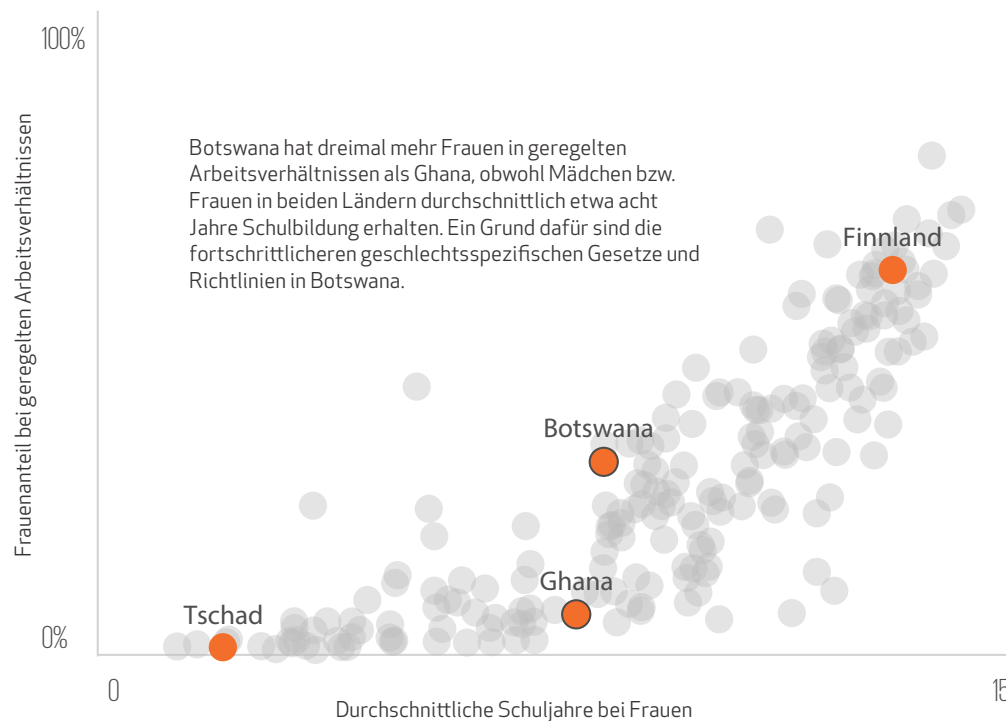
Normen die Chancen von Mädchen im Erwachsenenalter begrenzen. In allen Ländern südlich der Sahara haben Mädchen z. B. durchschnittlich zwei Jahre weniger Bildung als Jungen. Und selbst wenn Mädchen gut ausgebildet sind, ist es viel

unwahrscheinlicher, dass sie nach ihrer Schulzeit in ein geregeltes Arbeitsverhältnis wechseln. Weltweit besteht eine Kluft von 24 Prozent zwischen der Erwerbsquote von Frauen

und Männern. Dieser fehlende Zugang zu Bildung und Arbeitsplätzen ist für alle schädlich. Es hält Frauen in einer schwachen und machtlosen Position, begrenzt die Lebenschancen ihrer Kinder und verlangsamt das Wirtschaftswachstum.

Bildung ist notwendig, aber nicht ausreichend, um die geschlechtsspezifische Kluft bei den wirtschaftlichen Chancen zu schließen

Dieses Diagramm macht vor allem deutlich, dass Mädchen im Durchschnitt bessere Jobs bekommen, je länger sie in der Schule bleiben. Es zeigt aber auch, dass in einigen Ländern Mädchen in der Regel gut ausgebildet, aber in der Arbeitswelt unterrepräsentiert sind. Mit anderen Worten: Solange die diskriminierenden Normen und Richtlinien nicht angegangen und geändert werden, haben Frauen keinen gleichberechtigten Zugang zu hochwertigen Arbeitsmöglichkeiten.





LERNEN VON POSITIVBEISPIELEN

Die großen und anhaltenden Unterschiede zwischen den Ländern, Distrikten sowie zwischen Jungen und Mädchen zeigen, dass die Entwicklungsinvestitionen der Welt zwar funktionieren, dass sich das Leben der Glücklichen und Unglücklichen aber nicht schnell genug angleicht. Wir glauben, dass

die Entwicklungsgemeinschaft anfangen muss, ihr Engagement anders zu gestalten.

Im letztjährigen Goalkeepers-Bericht haben wir argumentiert, dass das Humankapital für das Wirtschaftswachstum in armen Ländern entscheidend ist. In diesem Jahr argumentieren wir, dass Investitionen in

Humankapital darauf ausgerichtet sein sollten, Mädchen zu erreichen und solche Länder und Distrikte in den Vordergrund zu stellen, die bei der Entwicklung am meisten aufholen müssen.

Das ist nicht einfach. Das Problem der Ungleichheit ist, wie wir bereits gesagt

haben, äußerst komplex. Es gibt kein Allheilmittel, durch das Herkunft, Geschlecht und andere zufällige Faktoren plötzlich kein Kriterium für die Entscheidung zwischen Glück und Unglück mehr sind. Aber die Garantie, dass jedes einzelne Kind Zugang zu einem guten Gesundheits- und Bildungssystem hat, ist ein sehr guter Anfang in diese Richtung. Dies ist nicht nur ein moralischer Anspruch; wir sind vielmehr der Meinung, dass es ein erreichbares Ziel ist.

Im Falle der Gesundheit muss die medizinische Grundversorgung Vorrang haben. Wenn die Systeme der medizinischen Grundversorgung gut konzipiert und vollständig finanziert sind, erreichen sie alle Menschen und decken den weitaus größten Teil von deren Gesundheitsbedarf ab.

In diesem Bericht beschreibt Githinji Gitahi, der die größte Gesundheits-NGO Afrikas leitet, was Länder wie Äthiopien, Ruanda und Thailand bei der medizinischen Grundversorgung aller ihrer Bürger richtig machen und erklärt, was andere Länder aus ihren Erfahrungen lernen können.

In Bezug auf die Bildung war es vor nicht allzu langer Zeit die gängige Meinung, dass arme Kinder nicht wirklich gebildet werden müssen. Diese Meinung wurde in den letzten

50 Jahren in jeder Region der Welt widerlegt, und die meisten Länder der Welt nähern sich der Grundschulbildung für alle. Jetzt geht es darum, sicherzustellen, dass alle Schulen eine qualitativ hochwertige Ausbildung anbieten. Es gibt bewährte Ansätze für das Unterrichten von Lesen, Schreiben und Rechnen in einem einzigen Klassenzimmer, aber es besteht noch kein Konsens darüber, was notwendig ist, um die Grundfertigkeiten jedes Kindes in jeder Schule in jedem Land zu verbessern. Im vergangenen Jahr wurden in diesem Bericht vielversprechende Innovationen in der Elfenbeinküste, Indien und Sambia sowie der landesweite Erfolg Vietnams hervorgehoben.

DAS GESAMTE HUMANKAPITAL DER WELT WIRD JEDOCH NICHT ZU GLEICHHEIT UND WOHLSTAND FÜHREN, WENN GESUNDE, GUT AUSGEBILDETE MÄDCHEN GESELLSCHAFTLICHEN NORMEN UNTERLIEGEN, DIE SIE ENTMÄCHTEN.

Schädliche Normen sind manchmal schwer zu erkennen und nur sehr wenige ändern sich.

Aber die Länder unternehmen Schritte, um Frauen bei ihrer Auseinandersetzung mit diesen Normen zu unterstützen.

Ein großer Teil der Lösung sind Richtlinien, die Frauen und Mädchen helfen, neue Wege für sich selbst zu gehen. Zum Beispiel in Orten wie Peru, wo Frauen das Recht auf Land und andere Vermögenswerte sowie Zugang zu Verhütungsmitteln haben. Hier steigt die Erwerbsquote der Frauen. An anderer Stelle in diesem Bericht schreibt Arshi Aadil, ein Experte für digitale finanzielle Integration, über politische Reformen in Indien, die nicht nur die staatlichen Dienstleistungen für die Armen verbessern, sondern auch die Grundlagen der männlichen Vorherrschaft abschütteln.

Rebhia, Kukawa und Hassan
(Gesundheitszentrum Umoja,
Nairobi, Kenia)

CHANCEN DES LEBENS ÄNDERN

Goalkeepers geht nur auf einige wenige Möglichkeiten ein, um eine bessere, gerechtere Welt zu schaffen. Glücklicherweise denken viele Befürworter gerade jetzt kreativ über Ungleichheit und ihre Lösungen nach. Bislang hat noch niemand eine vollständige Antwort auf diese Probleme, aber wir kommen ihr näher.


Eines wissen wir jedoch ganz sicher. Das Leben darf kein Würfelspiel sein, bei dem der pure Zufall über Glück oder Unglück entscheidet. Wurdest du in Lebensumständen wie den unseren geboren und hattest alle Möglichkeiten? Oder bist du einer von Milliarden Menschen, die mit weniger Chancen geboren wurden? Unser Ziel ist es, die Chancen für alle auszugleichen.

Wenn uns das gelingt, wird die Zukunft nicht durch den puren Zufall bestimmt, wie z. B. wo du geboren wirst oder wie viele X-Chromosomen du hast. Dein Schicksal ist dann tatsächlich nicht mehr vorbestimmt. Es wird gelingen – durch die Träume der Menschen und durch harte Arbeit.

A photograph of a woman in a dark headwrap and a striped sleeveless top carrying a baby in a colorful patterned sling. She is holding a black umbrella. The background shows lush green foliage and a blue-roofed building. The image is overlaid with large, semi-transparent geometric shapes in yellow, red, and purple.

FORTSCHRITTSGESCHICHTEN

MEDIZINISCHE GRUNDVERSORGUNG



Als wir die Arbeit mit unserer Stiftung begannen, konzentrierten wir uns auf die Entdeckung und Entwicklung neuer Werkzeuge und Technologien. Wir haben schnell gelernt, dass wir uns auch darauf konzentrieren müssen, sie an die Menschen weiterzugeben, die sie brauchen. Die medizinische Grundversorgung ist mit Abstand das wichtigste Element eines Gesundheitssystems. Eine starke medizinische Grundversorgung erreicht alle, auch die Ärmsten und Schwächsten, und sie bietet die überwiegende Mehrheit der Leistungen, die ein Mensch benötigt, um gesund zu bleiben. Wir wissen, dass sich die Gesundheit insgesamt verbessert, wenn die Regierungen mehr in die medizinische Grundversorgung investieren. Leider geben Länder mit niedrigem und mittlerem Einkommen durchschnittlich nur 36 Prozent ihrer Gesundheitsbudgets für die medizinische Grundversorgung aus. Einige Regierungen legen Wert auf eine fortschrittliche Gesundheitsversorgung für eine Minderheit von Bürgern und zwingen die Mehrheit der Bürger, aus eigener Tasche für ihre Gesundheit zu zahlen. Diese Ungleichheit befeuert den Teufelskreis von Armut und Krankheit. Mehr und effizientere Investitionen in die Grundversorgung können helfen, diesen Teufelskreis zu durchbrechen.

Bill & Melinda



ICH VERBRINGE VIEL ZEIT DAMIT, EINE GROSSE IDEE MIT EINER KLEINEN ZAHL IN EINKLANG ZU BRINGEN.



DR. GITHINJI GITAHI

Global CEO,
Amref Health Africa
& Co-Chair UHC2030

Der Grundgedanke ist, dass Gesundheit kein Luxus sein darf – dass alle Menschen die Versorgung erhalten müssen, die sie brauchen, ohne in finanzielle Schwierigkeiten zu geraten. Dies wird als allgemeine Gesundheitsversorgung bezeichnet. Die UN-Generalversammlung hat 2012 eine Resolution verabschiedet, in der die Mitgliedstaaten aufgefordert wurden, der allgemeinen Gesundheitsversorgung Priorität einzuräumen. Dieser Gedanke gewinnt seither an Popularität.

51 ist die Zahl, um die es geht. Das ist die Summe in Dollar, die ein durchschnittliches afrikanisches Land südlich der Sahara – nach meiner groben Rechnung – unter idealen Umständen pro Person für Ausgaben in der Gesundheitsversorgung zur Verfügung hätte. (Meine Definition von „idealen

Umständen“ ist ein Land, das 20 Prozent seines BIP als Steuern einnimmt und 15 Prozent seines Haushalts für Gesundheit ausgibt; die Realität in den meisten afrikanischen Ländern ist weit von diesem Idealzustand entfernt...)

Zu Klarstellung: Ich sage nicht, dass die meisten Länder derzeit 51 Dollar pro Person ausgeben (denn sie tun es nicht) oder dass, wenn sie es täten, es genug wäre (denn es wäre nicht genug). Ich stelle nur dar, dass die afrikanischen Länder südlich der Sahara im Vergleich zu reicheren Ländern, die Tausende von Dollar pro Kopf für die Gesundheit ausgeben können, herausfinden müssen, wie man mit sehr wenig Geld auskommt.

Wie können diese Länder also zu einer allgemeinen Gesundheitsversorgung kommen, wenn sie weniger als 51 Dollar ausgeben können? Die



Antwort lautet: Durch Investitionen in die medizinische Grundversorgung, also in der Nähe der Wohn- und der Arbeitsorte der Menschen. Ein gutes medizinisches Grundversorgungssystem ist angemessen und gerecht, für alle leicht zugänglich, lässt die Armen nichts aus der eigenen Tasche zahlen und deckt den größten Teil der Gesundheitsbedürfnisse im Leben eines Menschen ab. Das Ziel dieser Grundversorgung ist es, die Menschen gesund zu halten, denn Krankheit ist teuer für den Einzelnen, die Familie, die Gemeinschaft und den Staat!

Wenn ich an die medizinische Grundversorgung denke, erinnere ich mich daran, wie ich mit meiner Mutter Hand in Hand zu unserem örtlichen Krankenhaus im ländlichen Kenia lief, das etwa einen Kilometer entfernt war. Dort wurde ich geimpft. Dort fand die Schwangerschaftsvorsorge meiner Mutter statt, als sie mit unserer jüngsten Schwester schwanger war. Und dorthin gingen alle, die wir kannten, wenn sie krank waren und Rat oder Behandlung suchten.

Seit der Jahrtausendwende haben mehrere afrikanische Länder in den Aufbau weitreichender, qualitativ hochwertiger medizinischer Grundversorgungssysteme investiert. Äthiopien und Ruanda haben z. B. Zehntausende von Gesundheitsfachkräften rekrutiert, Frauen, die von ihren Nachbarn ausgewählt und von der Regierung ausgebildet werden, um sich um die Gesundheit der Menschen zu kümmern.

Das Gesundheitspersonal der Gemeinschaft geht zu den Menschen, und nicht umgekehrt. Und sie sind nicht nur dann mit Menschen in Kontakt, wenn sie krank sind. Sie fördern auch gesundes Verhalten (wie die richtige Ernährung und Hygiene) und bieten oder fördern präventive Pflege (wie Impfungen), um Menschen davor zu bewahren, überhaupt krank zu werden. Und sie werden natürlich darin geschult, häufige Krankheiten (wie Durchfall und Malaria) zu behandeln, grundlegende Familienplanungsdienste anzubieten und Patienten an Gesundheitseinrichtungen zu verweisen, wenn sie eine anspruchsvollere Versorgung oder Pflege benötigen.

Diese Investitionen zeigen Resultate: Äthiopien und Ruanda zählen zu den führenden Ländern in der Region, denen es gelungen ist, die Mütter- und Kindersterblichkeit zu senken. Übrigens liegt das Pro-Kopf-BIP in beiden Ländern deutlich unter dem regionalen Durchschnitt.

Viele andere afrikanische Länder müssen noch die notwendigen Investitionen tätigen. Mein eigenes Land, Kenia, ist viel reicher als Äthiopien und Ruanda, aber das medizinische Grundversorgungssystem ist schwächer (obwohl es endlich politisches Engagement auf höherer Ebene für seine Stärkung gibt). Worauf es ankommt, sind die Entscheidungen, die Politiker treffen.

DREI MÖGLICHKEITEN, UM MIT BEGRENZTEN BUDGETS BESSERE GESUNDHEITSERGEBNISSE ZU ERZIELEN

1 EIN WENIG MEHR AUSGEBEN

Im Jahr 2001 verpflichteten sich alle 54 Mitgliedsstaaten der Afrikanischen Union, 15 Prozent ihrer Staatshaushalte für Gesundheit auszugeben. Nur wenige haben diese Verpflichtung jemals erfüllt, und diejenigen, die sie dauerhaft erfüllen, können an einer Hand abgezählt werden. Die Regierungen müssen unzählige Prioritäten abwägen, sodass es nicht einfach ist, mehr Geld für Gesundheit zu allokalieren. Aber wenn man mit so kleinen Budgets auskommen muss, zählt jeder zusätzliche Dollar. Kenia gibt derzeit 36 US-Dollar pro Person und Jahr oder 7 Prozent seines Haushalts für Gesundheit aus. Wenn dieser Betrag auf z. B. 51 US-Dollar ansteigen würde, dann würden sich deutlich mehr Möglichkeiten eröffnen. Eine Analyse auf Grundlage von WHO-Daten zeigt, dass Regierungen von Ländern mit niedrigem Einkommen die medizinische Grundversorgung mit einem Betrag von 86 US-Dollar vollständig finanzieren könnten.

2 PRIORITÄTEN SETZEN

Viele Länder geben mehr für die sogenannte sekundäre und tertiäre Versorgung aus als für die Grundversorgung. Das ist in einer Hinsicht sinnvoll, denn MRTs, Röntgenaufnahmen und viele andere Merkmale der Sekundär- und Tertiärversorgung sind teuer. Aber afrikanische Regierungen können es sich nicht leisten, den größten Teil ihres Geldes für die Befriedigung der Bedürfnisse nur weniger Menschen auszugeben. In Thailand, das über eines der besten Grundversorgungssysteme der Welt verfügt, hat die Regierung vorübergehend alle Ausgaben für die Gesundheitsinfrastruktur auf den ländlichen Raum verlagert, weil die gesundheitliche Kluft zwischen ländlichen und städtischen Gebieten so groß war. Heute gibt es in jedem einzelnen thailändischen Dorf mindestens ein Gesundheitszentrum. Afrikanische Regierungen müssen sagen: „Solange wir nicht sicher sind, dass die medizinische Grundversorgung die Investitionen bekommt, die sie benötigt, werden wir mit dem auskommen, was wir für die sekundäre und tertiäre Versorgung haben.“ Es ist schwierig, diese Position einzunehmen, aber es ist genau das, was Länder tun müssen, die sich mit so geringen finanziellen Mitteln um die allgemeine Gesundheitsversorgung ihrer Bevölkerung kümmern müssen.

3 EFFIZIENTER AUSGEBEN

In der medizinischen Grundversorgung können die zur Verfügung stehenden Mittel sinnvoll und effizient eingesetzt werden. Sie können beispielsweise in die digitale Gesundheit investiert werden, insbesondere in elektronische Krankenakten. Oder sie können sich auf organisatorische Innovationen konzentrieren, wie z. B. neue Wege zur Bündelung von Beschaffung und Einkauf sowie Verbesserung von Lieferketten auf einem Kontinent mit vielen Ländern und einer sehr großen Fläche. Dadurch wird sichergestellt, dass die richtigen Produkte zu den richtigen Preisen verfügbar sind und zur richtigen Zeit an die richtigen Orte geliefert werden.

Am Ende ist es entscheidend, auf Grundlage von realistischen und zuverlässigen Daten zwei Schlüsselfragen zum Thema allgemeine Gesundheitsversorgung zu beantworten: Was und wer?

Wenn man weiß, dass man nicht jede Versorgungsleistung anbieten kann, dann sind die Entscheidungen darüber, was bzw. welche Leistungen man anbietet, von großer Bedeutung. Meiner Meinung nach muss in afrikanischen Ländern der reproduktiven und sexuellen Gesundheit sowie den damit verbundenen Rechten eine höhere Priorität eingeräumt werden. Und dann steht noch die Entscheidung aus, wo die Ressourcen einzusetzen sind – und zwar nicht auf Grundlage allgemeiner globaler Berechnungen, sondern anhand der tatsächlichen Bedingungen vor Ort. Vasektomien können z. B. auf dem Papier kostengünstig erscheinen und die Zahlen erscheinen gut und ermutigend. Aber in einem Land, in dem nur wenige Spezialisten eine Vasektomie durchführen können, Männer beratungsresistent sind oder die größte Herausforderung in einer zunehmenden heranwachsenden Bevölkerung liegt, ist der letztendliche Erfolg einer solchen Maßnahme entsprechend gering.

Die nächste Frage lautet „Wer“. Um sicherzustellen, dass niemand in finanzielle Schwierigkeiten gerät, müssen die am stärksten marginalisierten und gefährdeten Menschen unterstützt werden, einschließlich Frauen, Kinder und Mädchen sowie



(Krankenhaus Iloodariak, Kiserian, Kenia)

die Bedürftigen. In Ländern, in denen die meisten Menschen in der informellen Wirtschaft arbeiten und die Daten unzuverlässig sind, ist es jedoch schwer zu ermitteln, wer genau die Bedürftigen sind. Kenia, wo 80 Prozent der Bevölkerung informell beschäftigt sind, arbeitet an der Entwicklung rigoroser Methoden, um die Versorgung effektiver zu gestalten. Wenn das medizinische Grundversorgungssystem beginnt, die gleichen Ergebnisse für weniger Geld zu erzielen, wird das, was übrig bleibt, in noch bessere Ergebnisse investiert.

Als ich sieben Jahre alt war, verkündete die Weltgesundheitsversammlung ihr Engagement

für „Gesundheit für alle“. Die Tragödie ist, dass die Welt aufgehört hat, darüber nachzudenken, als sich herausstellte, dass es schwer zu bezahlen war. Selbst über das moralische Prinzip wird nicht mehr nachgedacht. Heute bin ich 49 Jahre alt, und wir glauben endlich wieder an die Gesundheit für alle. Im Zuge des globalen Dialogs über die allgemeine Gesundheitsversorgung denken wir auch konkret darüber nach, wie wir dieses Ziel erreichen können. Mit anderen Worten, wir haben eine zweite Chance. Das müssen führende Politiker in Afrika und auf der ganzen Welt jetzt nutzen.



FORTSCHRITTSGESCHICHTEN

DIGITALE INTEGRATION



Einige Pessimisten warnen davor, dass Technologie eine dystopische Zukunft einläuten wird. Einige naive Optimisten sagen voraus, dass die Technologie eine Utopie schaffen wird. Die Wahrheit liegt irgendwo dazwischen. Die Technologie führt zu tiefgreifenden Veränderungen und die Länder müssen investieren, um die positiven Aspekte zu maximieren und die negativen zu bewältigen.

Wenn es darum geht, digitale Technologien zu nutzen, um das Leben der Menschen besser zu machen, waren nur wenige Länder so innovativ und umsichtig wie Indien. Die Regierung verstand schon früh, dass es die Technologie möglich machte, Bürger direkt zu erreichen, anstatt sich durch einen schier endlosen Bürokratieaufwand zu arbeiten. Sie begann also mit der Entwicklung von digitalen staatlichen Dienstleistungen, die nun mehr Menschen erreichen und eine bessere Qualität haben. Dieser Beitrag beschreibt die Reform der Subventionen für Kochgas und zeigt, wie die Abstimmung von Technologie und Politik einen überraschenden Dominoeffekt erzeugen kann.

Bitt & Malenka



DIES IST DIE GESCHICHTE VON DREI GENERATIONEN VON KOCHGAS-SUBVENTIONEN IN INDIEN.



ARSHI AADIL

Manager—Government and Social Impact,
MicroSave Consulting

Um das Kochgas geht es allerdings nur im engeren Sinne. Im weiteren Sinne geht es darum, wie die digitale Technologie der indischen Regierung geholfen hat, eine Reihe innovativer Strategien zu entwickeln, die das Leben von 75 Millionen marginalisierten Frauen verbessert haben. Und im weitesten Sinne geht es darum, wie Regierungen den Bürgern besser dienen können.

Jahrzehntlang kauften indische Haushalte das Propangas, mit dem sie kochten, zu einem festen, niedrigen Preis, der von der Regierung garantiert wurde. Diese Subvention war schlecht ausgerichtet, weil jeder, auch die Reichen, sie erhalten konnten. (Nach Angaben des Weltwährungsfonds erhielten die reichsten 10 Prozent der indischen Haushalte siebenmal

mehr Subventionen als die ärmsten 10 Prozent.) Es war ineffizient, weil viel subventioniertes Gas auf dem Schwarzmarkt an Hotels, Restaurants und andere Unternehmen verkauft wurde, die eigentlich den Marktpreis hätten zahlen sollen. Und unterm Strich war es teuer. Verschiedene Gassubventionen konnten die Regierung – je nach dem weltweiten Gaspreis – fast 10 Milliarden Dollar pro Jahr kosten.

Und nun kommt der Wendepunkt dieser Geschichte: Indiens Pionierarbeit beim so genannten „JAM-Paket“ Das J steht für Jan Dhan Yojana, ein indisches Regierungsprogramm zur Unterstützung armer Menschen bei der Eröffnung von Bankkonten. Das A steht für Aadhaar, ein Programm, das jedem indischen Einwohner eine eindeutige

Identifikationsnummer zur Verfügung stellt, die mit biometrischer Authentifizierung wie Fingerabdrücken verbunden ist. Und das M steht für Mobiltelefone, die sich in Indien schnell verbreiten. Gemeinsam machen es Konten, ID-Kennung und Mobiltelefone der Regierung möglich, Geld direkt auf die Bankkonten der Menschen einzuzahlen und die Identität der Empfänger zu überprüfen. Dadurch kann die Regierung wiederum ihre Politik wesentlich präziser und ehrgeiziger gestalten.

Von 2012 bis 2015 nutzte die Regierung das JAM-Paket, um schrittweise von der Subventionierung des Gaspreises auf die Überweisung von Bargeld direkt auf die Bankkonten der Menschen umzusteigen, nachdem sie das Gas zum Marktpreis gekauft hatten. Die völlig neu gestaltete Förderung, die 2015 unter der Bezeichnung PAHAL landesweit eingeführt wurde, ist das größte Bargeldtransferprogramm der Welt.

Mit PAHAL wurden alle drei großen Probleme der alten Subvention angegangen. Durch Aadhaar war die Regierung in der Lage, 36 Millionen doppelte oder unbekannte Leistungsempfänger aus den Listen zu entfernen, die Abzweigung zum Schwarzmarkt zu reduzieren und die Gesamteffizienz zu erhöhen. Nach einer Regierungskampagne, die besser gestellte Menschen ermutigte, die

Das JAM-Paket

In einer analogen Welt erreichten die staatlichen Leistungen bedürftige Menschen durch ein ineffizientes Netzwerk von Vermittlern. In einer digitalen Welt kann die Regierung die Menschen mit dem JAM-Paket direkt erreichen – und die Menschen können direkt antworten.



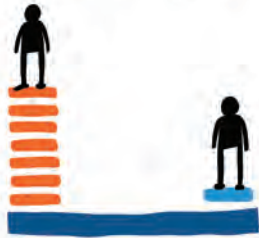
Subvention nicht mehr in Anspruch zu nehmen, ließen sich weitere 10 Millionen Inder von der Liste streichen. Dadurch wurde die Zielrichtung der Gesamtmaßnahme nochmals verbessert. Mit PAHAL gelang es in der Folge, die finanzielle Belastung der Regierung zu senken: Die Schätzungen variieren zwar, aber die Regierung geht seit der Einführung von PAHAL von Einsparungen in Höhe von knapp 9 Milliarden US-Dollar aus.

Aber die Regierung kann nicht nur diese Einsparungen als Erfolg verbuchen. Die freigewordenen Mittel aus den Einsparungen werden verwendet, um eine völlig neue Kochgas-Förderung mit der Bezeichnung Ujjwala zu entwickeln, die ebenfalls auf dem JAM-Paket basiert. Dieses neue Förderprogramm wurde sorgfältig entwickelt, um armen Frauen zu helfen, ihr Leben tiefgreifend zu verändern.

Vor allem in ländlichen Gebieten kochen die meisten armen Familien nicht mit Gas, selbst wenn es subventioniert wird. Denn das Gas ist immer noch teurer als das Feuern mit Holz oder Tiermist. Allerdings füllen Holz- und Mistbrände die Küchen mit gefährlichem Rauch. Die Luftverschmutzung der Haushalte ist in Indien für fast 500.000 Todesfälle pro Jahr verantwortlich. Um diesem Problem zu begegnen, gewährt das Ujjwala-Programm qualifizierten ländlichen Haushalten einen 50-prozentigen Zuschuss für den Kauf eines Gasanschlusses und eines Ofens. Die restlichen 50 Prozent können in Raten bezahlt werden. Bisher haben etwa 75 Millionen Frauen von Ujjwala profitiert. Die Regierung erwägt derzeit zusätzliche Reformen, um die Leistungsempfänger von Ujjwala zu ermutigen, ihre Gasflaschen wieder aufzufüllen, da diese nicht immer erschwinglich genug oder einfach erhältlich sind.

ERSTE GENERATION

7X MEHR
VORTEILE FÜR DIE
WOHLHABENDSTEN 10%



ZWEITE GENERATION

~9 MILLIARDEN
DOLLAR EINSPARUNGEN
BIS HEUTE



DRITTE GENERATION

75 MILLIONEN
BEDÜRFTIGE FRAUEN AUS
LÄNDLICHEN GEBIETEN PROFITIEREN
VON SUBVENTIONIERTE GASHERDEN



WIRKUNGSVOLL

Aber die Wirkung des Ujjwala-Programms endet nicht im Bereich Gesundheit. Das Programm hilft Frauen auch, diskriminierende gesellschaftliche Normen zu überwinden, die bislang ihren Horizont und ihre Möglichkeiten eingeschränkt haben.

Die durchschnittliche indische Frau verbringt z. B. mehr als 40 Stunden pro Woche mit Hausarbeit – das lässt kaum Zeit für etwas anderes. Die Nutzung von Kochgas erspart Frauen mehrere Stunden am Tag das Sammeln von Brennholz, das Anzünden und Beaufsichtigen von Feuern, die sie krank machen, sowie das Reinigen und Entsorgen von Asche und Staub.

Darüber hinaus traf die Regierung eine wichtige Entscheidung darüber, wie die Leistungen ausgezahlt werden. Das ändert die traditionelle Machtdynamik im Haushalt fundamental. Im Gegensatz zu traditionellen Sozialleistungsprogrammen in Indien sind es hier die Frauen und nicht ihre Ehemänner, die Anspruch auf Leistungen aus dem Ujjwala-Programm haben. Um die Gas-Subvention zu erhalten, müssen Frauen ein Bankkonto eröffnen.

Die bloße Führung und Nutzung eines Bankkontos verändert das Leben von Frauen, da es ihnen Entscheidungsbefugnisse über die Finanzen der Familie gibt. Eine stichprobenartige Kontrollstudie zu einem

anderen indischen Sozialhilfeprogramm, einem Arbeitsgarantieprogramm, ergab, dass jene Frauen, die Zahlungen direkt auf ihre eigenen Konten erhielten (anstelle von Konten auf den Namen ihres Mannes) und eine Schulung zur Verwendung der Konten machten, mehr arbeiteten und mehr verdienten. Ihre Ehemänner sagten auch, dass sie sich wohler fühlen, wenn ihre Frauen außerhalb des Hauses arbeiten. Mit anderen Worten: Frauen, die ihre Finanzen selbst kontrollieren, haben ein anderes Verständnis der eigenen Identität und der eigenen Möglichkeiten.

Die politischen Konzepte, die auf dem JAM-Paket basieren, stärken die Armen auch dadurch, dass sie die Regierung

verantwortungsbewusster machen. So erhalten beispielsweise Regierungsbeamte in 640 indischen Distrikten mit der neuen Kochgas-Subvention tägliche Fortschrittsberichte über PAHAL, einschließlich Anmeldung, Bargeldtransfer und Fehlerraten. Dadurch können sie Probleme unmittelbar nach ihrer Entstehung erkennen und beheben.

Verschiedene Staaten experimentieren auch mit Möglichkeiten, wie Bürgerinnen und Bürger proaktiv einbezogen werden können, wenn sie mit der Regierung in Kontakt treten. In einem indischen Staat erhalten die Begünstigten z. B. einen automatisierten Anruf, mit dem ein Feedback über die Qualität der staatlichen Dienstleistung eingeholt wird: Wurde die

Kundin höflich behandelt? Hat sie die Vorteile bzw. Leistungen erhalten, die sie erwartet hat? Hat sie die Leistungen erhalten, ohne ein Bestechungsgeld zahlen zu müssen? Negatives Feedback wird vom automatisierten System in einen direkten persönlichen Kontakt überführt, um formale Beschwerden aufzunehmen.

Allein und für sich genommen bringt das JAM-Paket nicht viel. Es muss mit intelligenten, bedürftigkeitsorientierten Richtlinien und Leistungen kombiniert werden, die auf digitaler Technologie basieren. Selbst dann werden digital unterstützte Richtlinien und Leistungen die Armut und Ungleichheit der Geschlechter nicht allein beseitigen können. Sie müssen von analogen Reformen wie der Änderung diskriminierender Gesetze begleitet werden. Wenn all diese Komponenten zusammenkommen, kann sich der Status quo jedoch schnell ändern.




Sangeeta (Dorf Targaon, Indien)



FORTSCHRITTSGESCHICHTEN

ANPASSUNG AN DEN KLIMAWANDEL



Die globale Debatte über den Klimawandel konzentriert sich vor allem darauf, wie die Kohlenstoffdioxid-Emissionen begrenzt werden können. Wir warten immer noch auf die großen technologischen und politischen Durchbrüche, die wir brauchen. Inzwischen verändert sich das Klima bereits. Es ist eine schreckliche Ungerechtigkeit, dass die ärmsten Bauern der Welt gleichzeitig diejenigen sind, die am meisten unter dem Klimawandel leiden. Sie haben nichts getan, das den Klimawandel verursacht hätte, aber weil sie für ihren Lebensunterhalt auf Regen angewiesen sind, müssen sie an vorderster Front damit umgehen. Diese Landwirte haben bereits jetzt keinen Spielraum mehr für Fehler. Sie haben nicht die Mittel, auf Dürren und Überschwemmungen, Krankheitsausbrüche in ihren Herden oder neue Schädlinge zu reagieren, die ihre Ernte vernichten. In Äthiopien haben die Regierung und Millionen von Landwirten beeindruckend schnell reagiert und einen Plan etabliert, mit dem die Landwirtschaft widerstandsfähiger werden soll – und er funktioniert. Wie Staatsminister Kaba Urgessa schreibt, hat die Dürre von 2015 bei weitem nicht das riesige Ausmaß an Tod und Zerstörung verursacht wie die katastrophale Dürre von 1984. Dieser Erfolg Äthiopiens gibt Hoffnung. Weltweit brauchen wir mehr Investitionen in die Entwicklung und die Verbreitung verbesserter Pflanzensorten, die Belastungen wie extreme Hitze oder Überschwemmungen vertragen. Die landwirtschaftliche Forschung weltweit braucht mehr Unterstützung.

Bill & Melenita



DIE HUNGERSNOT VON 1984 IST EIN DUNKLES KAPITEL UNSERER GESCHICHTE.



DR. KABA URGESSA

Staatsminister für natürliche Ressourcen und Ernährungssicherheit im Landwirtschaftsministerium, Äthiopien

Es mag sich seltsam anhören: Manchmal bietet eine Krise auch neue Chancen. Kurz nach der Hungersnot haben wir Katastrophenschutzmaßnahmen festgelegt und Lebensmittelreserven aufgebaut, damit wir bei Dürren zumindest das Leben unserer Bevölkerung retten können.

Im Laufe der Jahre haben wir stark in die Produktivität und Widerstandsfähigkeit unseres Agrarsektors investiert. Das mussten wir, denn mehr als 80 Prozent unserer Bevölkerung leben in ländlichen Gebieten. Im Jahr 2003 traf sich die Afrikanische Union in Maputo, Mosambik, und die Regierungen verpflichteten sich, 10 Prozent ihres Haushalts für die Landwirtschaft auszugeben – Äthiopien gibt sogar noch mehr aus. Im Jahr 2015

litten wir unter einer Dürre, die genauso schwer war wie die Dürre, die 1984 zur Hungersnot führte. Aber die Welt hat nie vom Ausmaß dieser Dürre gehört, weil wir bessere Systeme gebaut hatten, um den Landwirten bei der Bewältigung ihrer Probleme zu helfen.

Unser florierender Agrarsektor ist einer der Gründe, warum das gesamtwirtschaftliche Wachstum in Äthiopien so beeindruckend war und warum wir auf dem besten Weg sind, bis 2025 ein Land mit mittlerem Einkommen zu werden. Dennoch stehen wir vor einer Situation, die unseren Erfolg zunichtemachen kann: der Klimawandel. Der Klimawandel wird durch das Handeln reicherer Länder verursacht, aber die am stärksten gefährdeten Menschen in ärmeren Ländern spüren ihn zuerst.

Seit meiner Kindheit ist die Temperatur hier um etwa 1 Grad Celsius gestiegen. Der Regen ist jedoch das weitaus größere Problem. Insgesamt fällt weniger Regen – in einigen Regionen sind es sogar 20 Prozent weniger. Was an Regen übrig bleibt, ist kaum vorhersehbar. Der Regen kommt spät und geht früh. Teilweise kommt er in zerstörerischem Ausmaß. Alle Kalkulationen und Maßnahmen der Landwirte basieren auf dem Wetter. Kleinbauern sind sehr gute Agronomen, aber sie haben ihr Leben lang Dinge über ein Klima gelernt, das nicht mehr existiert.

Glücklicherweise wird unsere Arbeit der letzten 20 Jahre den Landwirten helfen, auf den Klimawandel der nächsten 20 Jahren zu reagieren. Im Jahr 2005 haben wir ein sehr umfangreiches Programm aufgelegt, das Menschen für die Arbeit in agrarbezogenen öffentlichen Bauprojekten bezahlt. Die Auswirkungen zeigen sich in zweifacher Hinsicht: Die bedürftigen Menschen erhalten ein Einkommen, um Lebensmittel und andere Notwendigkeiten zu kaufen, wenn Notfälle eintreten. Und sie bauen Gemeinschaftsgüter wie Terrassen, Wälle, Kontrolldämme, tiefe Gräben und Mikrobecken, die Wasser zurückhalten, Bodenerosion verhindern und letztendlich zu höheren Erträgen beitragen. Drei Jahre später starteten wir ein weiteres Programm zur Förderung einer Massenbewegung rund um nachhaltiges Landmanagement.

Wir haben auch eines der größten landwirtschaftlichen Beraterteams der Welt eingestellt. Durch diese Experten erhalten wir rechtzeitige Informationen. Sie liefern beispielsweise Frühwarnungen vor Dürren und geben Ratschläge, wie sich die Landwirte darauf einstellen können. Sie konzentrieren sich auch auf die längerfristige Ausbildung. Unser Netzwerk von Beratern ist einer der Gründe, warum äthiopische Landwirte eher Dünger, verbessertes Saatgut oder Bewässerung einsetzen als Bauern in vielen Nachbarländern.

Wir machen uns keine Illusionen darüber, welche Aufgabe wir vor uns haben. Vor einigen Jahren haben wir unsere klimaresistente Green Economy-Strategie gestartet, die anerkennt, dass unser zukünftiger Wohlstand auf dem richtigen Umgang mit unserer Umwelt beruht.

Wir können die Dürren nicht aufhalten. Aber wir können uns trotz der Dürren erfolgreich weiterentwickeln.



(Alaba Kuito, Äthiopien)

DAS WETTER IN UNSERER GEGEND IST DER WILLE GOTTES.



MITSELAL TEKELE TEFAY

Landwirtin,
Äthiopien

Vor zwanzig Jahren, als ich anfing, dieses Land zu bewirtschaften, war das Wetter besser. Aber es wird immer heißer. Der Juli sollte eigentlich ein kalter Monat sein, aber in diesem Jahr ist er viel heißer als sonst. Und die Regenfälle sind nicht zuverlässig. Im einen Jahr gibt es gute Regenfälle, und im nächsten Jahr gibt es Dürre. In der Regel beginnt die Regenzeit Ende Mai oder Anfang Juni. Dieses Jahr ist es bereits Ende Juli und es hat noch nicht geregnet. Wir warten immer noch. Wir versuchen, zum optimalen Zeitpunkt zu säen, aber wir können den Regen nicht kontrollieren. Wenn es nicht bis Juli anfängt zu regnen und die Regenzeit bis Oktober andauert, werden wir nichts von unseren Feldern ernten können. Wenn es sehr schlecht wird, habe ich wenigstens einige Schafe, die ich verkaufen oder tauschen kann. Ich denke darüber nach, in Bienenstöcke für Honig zu investieren.

Obwohl das Klima schlechter ist – unsere Landwirtschaft ist jetzt viel besser aufgestellt. Als ich auf dem Hof meiner Eltern aufwuchs, war das Land zerstört. Sie bekamen keine Hilfe von der Regierung. Als die Hungersnot 1984 kam, war der Umzug der Familie in den Sudan die einzige Option.

Jetzt erhalten wir Informationen und Ausbildung von Landwirtschaftsexperten, die in unsere Gemeinde kommen. Früher haben wir kein modernes Saatgut verwendet. Jetzt verwende ich die besten Weizensamen. Ich pflanze Weizen, der früher erntereif ist, also ist er in einer Dürre besser geeignet. Früher haben wir keine Düngemittel, Herbizide oder Pestizide verwendet. Jetzt kann ich alle drei einsetzen. Ich kenne mich mit Unkraut jäten aus. Ich weiß, wie ich mein Feld vor dem Austrocknen in der Sonne schützen kann. Meine Erträge haben sich fast verdoppelt.

In diesem Jahr wurde uns gesagt, dass die Regenfälle geringer sein würden, und wir erhielten Schulungen darüber, was zu tun ist. Wir sammeln Regenwasser, indem wir das abfließende Wasser sammeln und für später speichern. Mit all unserer Kraft und Fähigkeit versuchen wir, den Boden feucht zu halten. Das tun wir auf viele verschiedene Arten: Mulch auftragen, Gräben ausheben, pflügen, Rinnen flicken. Wenn ein wenig Regen fällt, arbeitet jeder Haushalt nach Kräften daran, dass er im Boden bleibt. Niemand sitzt im Haus, wenn es regnet.

**WIR VERSUCHEN,
UNS AN DIE
BEDINGUNGEN
HIER ANZUPASSEN
UND SIE ZU
ÜBERWINDEN.**



Mitselal
(Kal Amin kebele,
Äthiopien)

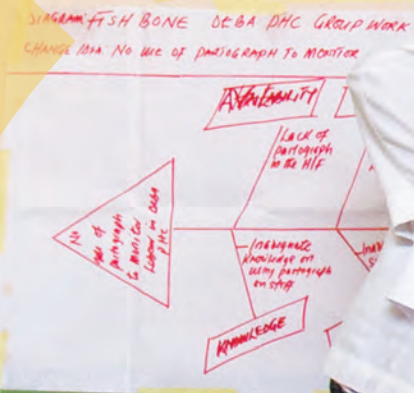
Wir versuchen, uns an die Bedingungen hier anzupassen und sie zu überwinden. Ich möchte, dass meine Kinder eine Ausbildung bekommen. Ich habe als Kind keine bekommen; ich bin in meinem Leben keinen Tag zur Schule gegangen. Aber alle meine

drei Kinder sind in der Schule. Ich muss dafür sorgen, dass sie sich gut ernähren können. Wenn ich Anfang dieses Jahres Weizen anbaue, werde ich in der nächsten Anbausaison auf Gerste umsteigen, weil ich möchte, dass meine Kinder Gerste essen

können. Meine Kinder können nicht lernen und studieren, wenn ihr Magen leer ist. Bei jeder Entscheidung, die ich treffe, geht es darum, was meine Familie braucht.

Aus einem Interview

ISSUES/PROBLEMS	
ISSUES/PROBLEMS	NUMBER
1. INADEQUATE ANSWERS ON ANC BY COM. MEMBERS	5
2. NO 24hrs SHIPPING DUTY	4
3. LACK OF MONITORING DEL. VERY LONG PARAGRAPH	4
4. CLIENT WAITING TIME	3
5. LOW DELIVERY RATE	2
6. EARLY DISCHARGE OF MOTHERS BEFORE 24hrs AFTER DELIVERY	2



DATEN ANALYSIEREN

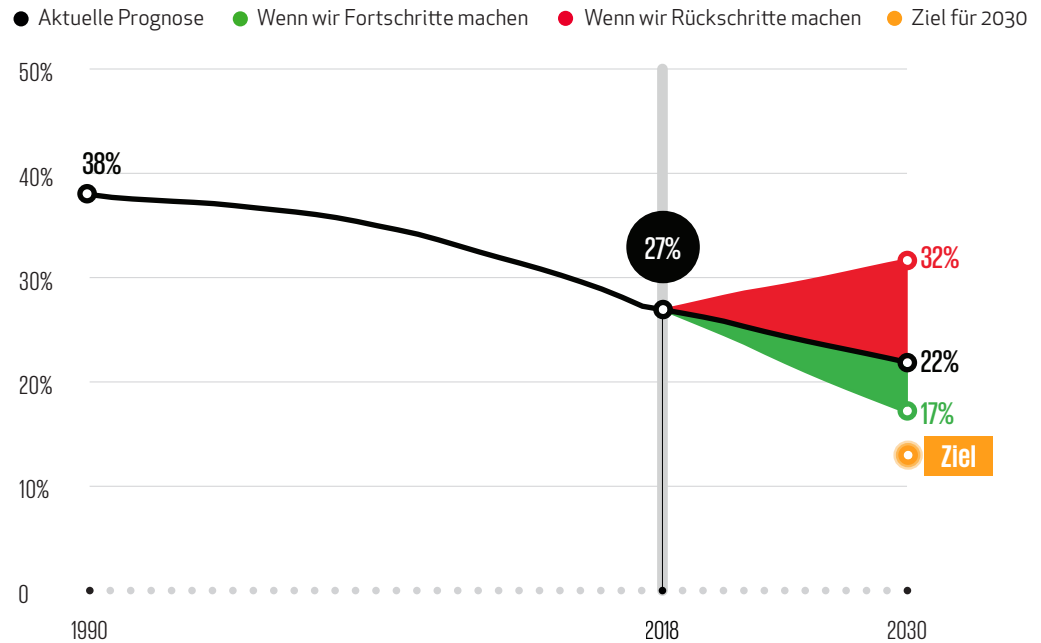
WACHSTUMSSTÖRUNGEN

Das Problem der Wachstumsstörungen ist komplex. Es gibt nicht den einen Hebel, den man ansetzen kann, um diesem Problem zu begegnen. Man muss viele Hebel gleichzeitig ansetzen, um tatsächlich spürbare Fortschritte zu erzielen. Das mag der Grund dafür sein, dass die weltweite Rate von Wachstumsstörungen langsamer gesunken ist als einige andere Indikatoren. Es ist allerdings auch der Grund, weshalb ein Rückgang von Wachstumsstörungen ein deutliches Zeichen für eine gute Entwicklung ist.

Eine Möglichkeit, den Fortschritt zu beschleunigen, besteht darin, Beispiele aus Ländern heranzuziehen, die beeindruckende Fortschritte gemacht haben, wie z. B. Nepal.

1996 litten zwei von drei nepalesischen Kindern an Wachstumsstörungen. Das war die höchste Rate der Welt. Im Jahr 2016 war es nur noch eines von drei Kindern. Grundlage dieser Fortschritte waren Investitionen in Gesundheit, Ernährung und Bildung. So hat sich beispielsweise der Anteil der schwangeren Frauen, die von einem qualifizierten Betreuer in der Schwangerschaft begleitet werden, seit der Jahrtausendwende verdreifacht (auf

Prävalenz für Wachstumsstörungen bei Kindern unter fünf Jahren



SDG-Ziel: Bis 2025 alle Formen der Unterernährung zu beenden, einschließlich der Erreichung der international vereinbarten Ziele für die Bekämpfung von Wachstumsstörungen und Muskelschwund bei Kindern unter fünf Jahren. Das im Diagramm dargestellte Ziel ist vorläufig und wurde auf der Grundlage des bestehenden Ziels für 2025 hochgerechnet.

84 Prozent), und die Einschulungsrate für die Grundschule beträgt nun 97 Prozent.

Ein genauerer Blick auf die Daten zeigt, dass Nepal zwar seine Probleme mit

Wachstumsstörungen verringert hat, die Unterschiede innerhalb der Verteilung aber noch nicht ausgeglichen hat. Auf der rechten Seite sehen Sie eine Darstellung der Wachstumsstörungen von 1996 bis 2016

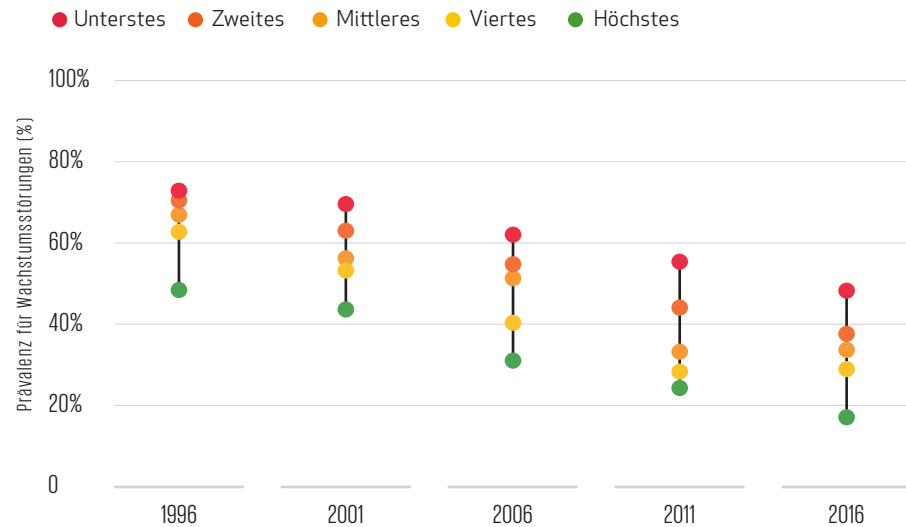
nach Wohlstandsquintil. Obwohl in jedem Quintil erhebliche Verbesserungen festzustellen sind, hat sich das reichste Quintil mehr verbessert als das ärmste. Und es gibt jetzt eine noch größere Kluft zwischen den Ärmsten und allen anderen.

Die Priorität für Nepal besteht jetzt darin, diese Lücke zu schließen. Hierbei kann sich Nepal ein Beispiel an Peru nehmen.

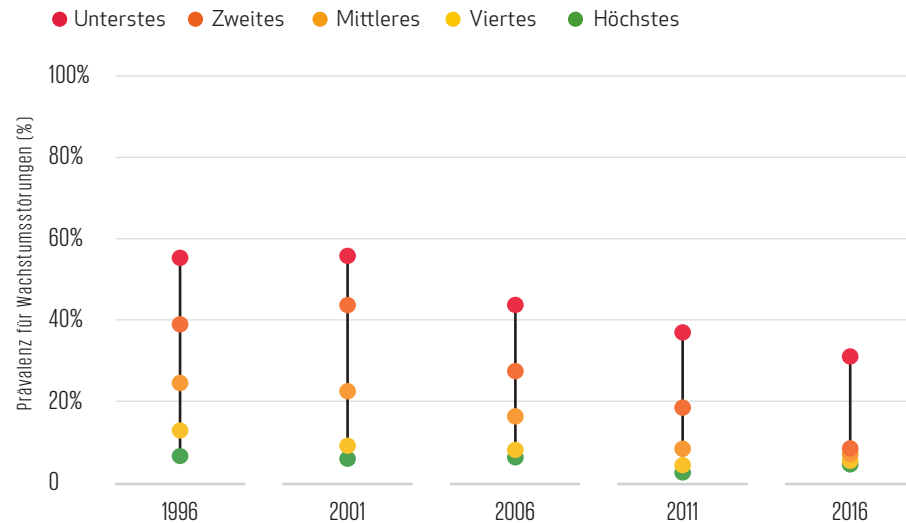
Das gleiche Diagramm zeigt für Peru, ein exemplarisches Land, dessen Problem mit Wachstumsstörungen im Jahr 2000 nahe dessen Nepals lag, dass sich die Kluft zwischen den ärmsten und reichsten Quintilen in nur 15 Jahren um die Hälfte verringert hat. Diese Fortschritte hin zur Gleichstellung waren von vornherein geplant: Die peruanische Regierung schuf ein Krankenversicherungssystem für die Armen, führte ein bedingtes Bargeldtransferprogramm ein, um Frauen in Schlüsselbereichen zu ermutigen, Gesundheits-, Ernährungs- und Bildungsdienste in Anspruch zu nehmen, und traf gezielte Schlüsselmaßnahmen im Bereich Gesundheit und Ernährung, um sicherzustellen, dass die Menschen, die sie am dringendsten benötigten, Vorrang erhalten.

Gemeinsam bieten Nepal und Peru in jeder Phase wichtige Einblicke und Erkenntnisse für Länder, die gegen Wachstumsstörungen kämpfen.

Prävalenz der Wachstumsstörungen nach Wohlstandsquintil in Nepal



Prävalenz der Wachstumsstörungen nach Wohlstandsquintil in Peru



MÜTTERSTERBLICHKEIT

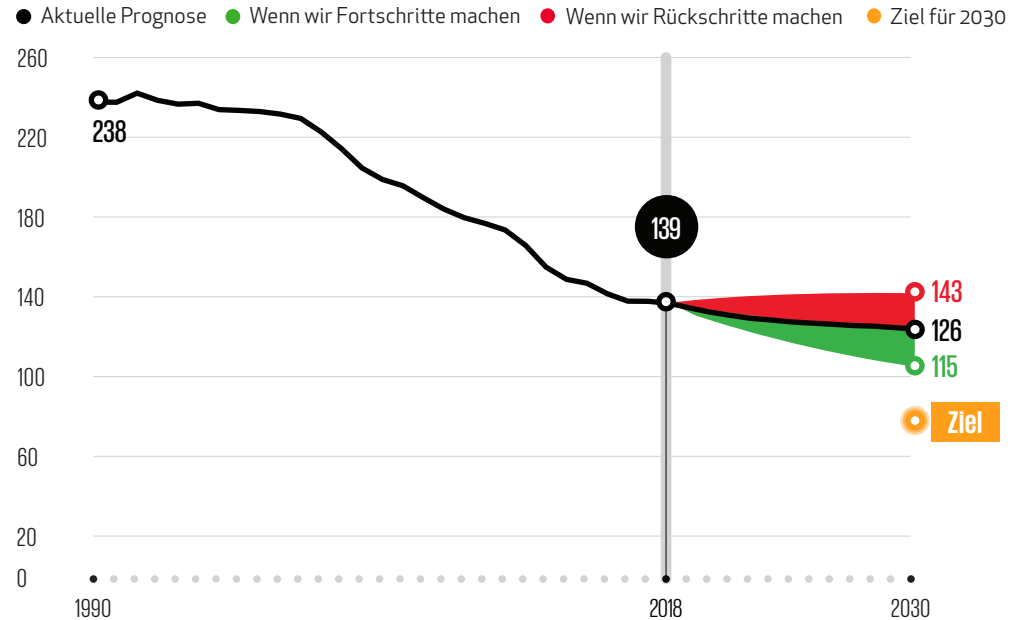
Die meisten Todesfälle bei Müttern können mit Mitteln und Wegen verhindert werden, die uns bereits zur Verfügung stehen. Der Schlüssel dazu ist eine qualitativ hochwertige Betreuung der Mütter während der Schwangerschaft und während der Geburt.

Tragischerweise erhalten viele Mütter überhaupt keine Betreuung. Eines der bedrückendsten Bilder von Ungleichheit ist eine junge Frau, die ihr Kind alleine auf die Welt bringen muss.

Glücklicherweise sind viele Regierungen und ihre Entwicklungspartner innovativ dabei, dieses Bild zu beseitigen. So geht unser Partner Jhpiego beispielsweise bei der Interaktion zwischen schwangeren Frauen und dem Gesundheitssystem neue Wege.

Die meisten schwangeren Frauen erhalten während der Schwangerschaft mehrmals Betreuung von einer Krankenschwester oder Hebamme, die jeweils einige Minuten dauert. Persönliche Aufmerksamkeit klingt gut, aber diese Begegnungen sind in der Regel unpersönlich und finden unter Zeitdruck statt.

Müttersterblichkeit pro 100.000 Lebendgeburten



SDG-Ziel: Senkung der weltweiten Müttersterblichkeitsrate auf weniger als 70 pro 100.000 Lebendgeburten.

Jhpiego lud in Kenia und Nigeria Gruppen von jeweils 15-20 Frauen in ähnlichen Schwangerschaftsstadien in 20 Gesundheitseinrichtungen ein, um an einer Reihe von zweistündigen Gruppenveranstaltungen zur

Schwangerschaftsvorsorge teilzunehmen. Sie hatten mehr Zeit (bis zu 30-mal mehr!) mit einer Betreuung, die sie persönlich kennengelernt hatten. Außerdem lernten sie sich kennen und bauten ein Unterstützungsnetz auf, das über die Schwangerschaft hinausging.

Diese Gruppen-Pilotveranstaltungen für die Schwangerschaftsvorsorge (G-ANC) erzielten beeindruckende Ergebnisse.

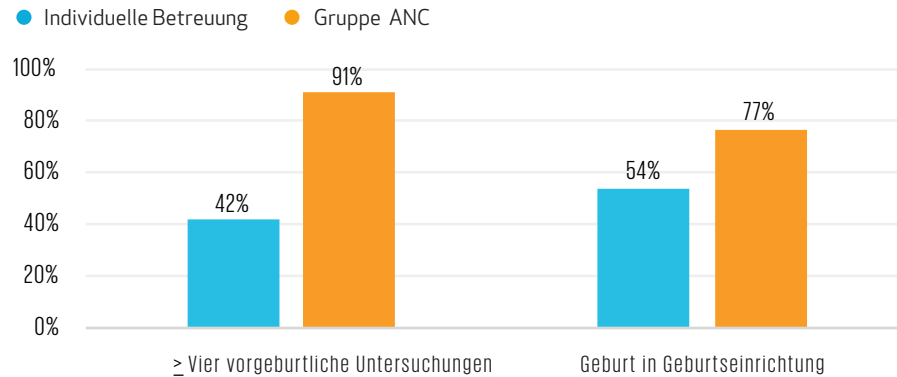
Erstens war die Betreuung einfach besser. Sowohl in Kenia als auch in Nigeria erhielten Frauen in der Schwangerschaftsvorsorge eher wichtige Impulse und Informationen darüber, wie sie für sich selbst und ihre Neugeborenen sorgen können.

Zweitens empfanden die Frauen diese Erfahrung als positiv, was darauf hindeutet, dass sie eher weiterhin das Gesundheitssystem nutzen werden. Nigerianische Frauen, die an der Schwangerschaftsvorsorge teilgenommen haben, hatten eine viel höhere Wahrscheinlichkeit, in einer Gesundheitseinrichtung zu gebären, wo das Personal einen geburtshilflichen Notfall bewältigen kann.

Drittens erreichten die Frauen höhere Werte beim Frauenbeteiligungsindex (GEM), was darauf hindeutet, dass die Schwangerschaftsvorsorge nicht nur die Gesundheit der Mütter, sondern auch andere wichtige Entwicklungsprioritäten beeinflussen kann.

Obwohl das Projekt 2017 endete, boten alle 20 Teststandorte weiterhin Schwangerschaftsvorsorge eigenständig an, auch weil die Anbieter und Mütter es forderten. Der nächste Schritt ist die Skalierung auf andere Distrikte und Länder, so dass sich die Müttersterblichkeitskurve schneller verändert.

Veränderung der Nutzung von Gesundheitsleistungen durch Mütter an nigerianischen G-ANC-Standorten



Ladi und Lami, Lucy und Godwin
(Agyaragu Yakubu, Nigeria)

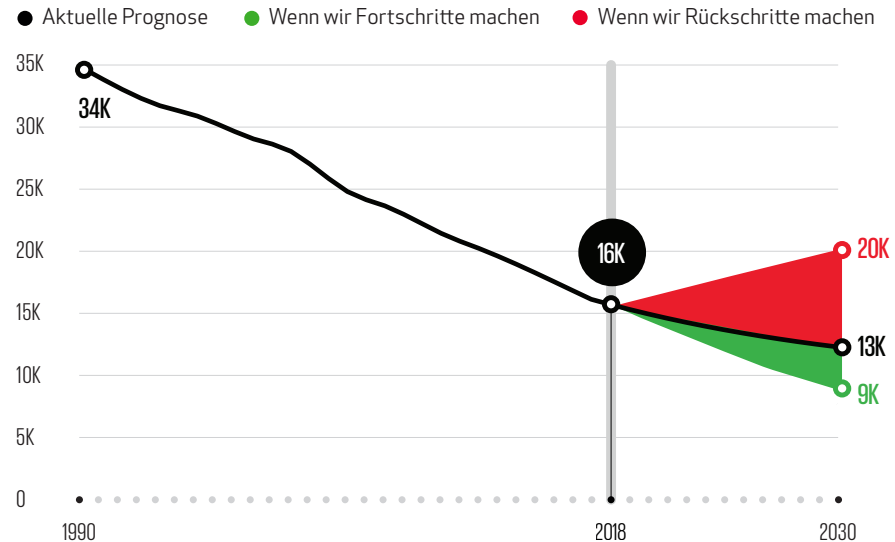
VERNACHLÄSSIGTE TROPENKRANKHEITEN (NTDs)

Das Adjektiv „vernachlässigt“ in der Bezeichnung „vernachlässigte Tropenkrankheiten“ (NTDs) bezieht sich auf eine Gruppe von etwa 20 Krankheiten, könnte aber ebenso gut die 1,5 Milliarden von ihnen betroffenen Menschen beschreiben. Um den Kampf gegen NTDs zu gewinnen, muss man lernen, wie man die Bedürfnisse von Menschen erfüllt, deren Bedürfnisse noch nie zuvor erfüllt wurden.

Nehmen wir beispielsweise die Onchozerkose, eine parasitäre Krankheit, die schrecklichen Juckreiz und in schweren Fällen Blindheit verursacht (sie wird auch als Flussblindheit bezeichnet). Die Onchozerkose wird von schwarzen Fliegen übertragen, die sich in der Nähe von schnell fließenden Flüssen vermehren. Wegen dieser Krankheit waren einige der ärmsten Bauern der Welt gezwungen, die besten Böden der Flusseinzugsgebiete zu verlassen und zu versuchen, ein Leben auf unfruchtbarem Land zu führen.

Die gute Nachricht ist, dass Onchozerkose mit Ivermectin behandelt werden kann, einem Medikament, das Merck seit 1987

Prävalenzrate von 15 NTDs pro 100.000 Menschen



SDG-Ziel: Beendigung der Epidemien von AIDS, Tuberkulose, Malaria und vernachlässigten tropischen Krankheiten.

kostenlos anbietet. Ivermectin tötet zwar die symptomverursachenden Würmer, solange sie sich noch im Entwicklungsstadium befinden, aber es tötet keine erwachsenen Würmer – die können sich bis zu 15 Jahre lang fortpflanzen. In Afrika sind in abgelegenen Dörfern südlich der Sahara 200 Millionen Menschen von einer Infektion bedroht.

Angesichts dieser Herausforderungen basiert die Ausrottung der Onchozerkose auf der so genannten Massenbehandlung (Mass Drug Administration, MDA): Jedes Jahr geben ehrenamtliche Gesundheitshelfer in Zehntausenden weit abgelegenen Dörfern jedem Einwohner das Medikament Ivermectin. Wenn die Massenbehandlung konstant hoch ist, sterben die erwachsenen Würmer

nach etwa 15 Jahren im Körper der Menschen an Überalterung und die Übertragung ist unterbrochen.

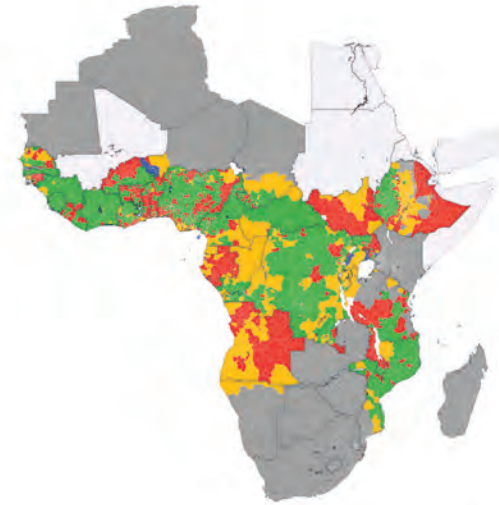
Aber je erfolgreicher wir sind, desto härter wird die Arbeit. Erstens sind Menschen, die ein Medikament 10 Jahre lang eingenommen haben und sich wahrscheinlich nicht krank fühlen, nicht besonders motiviert, es weiterhin einzunehmen. Zweitens können diagnostische Tests nicht zielsicher feststellen, wann die Krankheit vollständig verschwunden ist und wann sie sich nur auf einem sehr niedrigen Niveau befindet. Folglich wissen wir nicht, wann es sicher ist, mit der Massenbehandlung aufzuhören.

Wir investieren weiterhin in bessere Diagnosen und Medikamente, aber wir müssen uns auf einige der anfälligsten Gesundheitssysteme der Welt verlassen, um die massive Logistik von hochwertigen, weitreichenden Massenbehandlungen Jahr für Jahr zu bewältigen. Viele Menschen stellen sich der Herausforderung. Die Übertragung der Onchozerkose wurde in zwei nigerianischen Staaten und Teilen von Mali, Senegal, Sudan und Uganda unterbrochen. Darüber hinaus haben Länder wie Malawi und Sierra Leone mit einem Pro-Kopf-BIP von unter 1.000 US-Dollar drei Jahre in Folge 75 Prozent der Massenbehandlungsabdeckung für mehrere NTDs überschritten.

Die Aufgabe besteht nun darin, dass jedes Land diesen Fortschritt überall dort erreicht und aufrechterhält, wo NTDs endemisch sind, bis sie entweder unter Kontrolle sind oder vollständig ausgerottet werden.

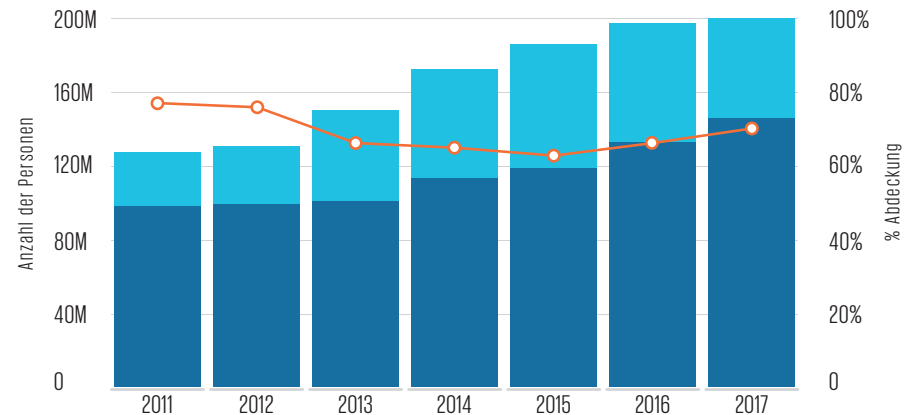
Status der Programme zur Ausrottung der Onchozerkose in Afrika nach Distrikt

- Keine Massenbehandlung oder <65% Abdeckung
- Effektive Massenbehandlung durchgeführt
- Nicht endemisch
- Keine Massenbehandlung, da die Ausrottungsschwellen erreicht wurden
- Keine Massenbehandlung aufgrund geringer Prävalenz (aber nicht unbedingt unterhalb der Ausrottungsschwelle)



Menschen, die eine präventive Behandlung gegen Flussblindheit erhalten

- Bedürftige Menschen, abgedeckt
- Bedürftige Menschen, nicht abgedeckt
- Abdeckung präventive Behandlung



ARMUT

Das große Problem an diesem Diagramm ist das Abfallen der Kurve für afrikanische Länder südlich der Sahara. Im Idealfall würde diese Kurve dem jüngsten Verlauf Südasiens folgen und einen starken Rückgang der Armut zeigen. Stattdessen wird erwartet, dass die Fortschritte in der Region bis 2030 relativ langsam sein werden. Der Schlüssel zur langfristigen Armutsbekämpfung in Afrika südlich der Sahara liegt in gezielten Investitionen in Gesundheit und Bildung, damit sie Menschen erreichen, die oft vergessen werden.

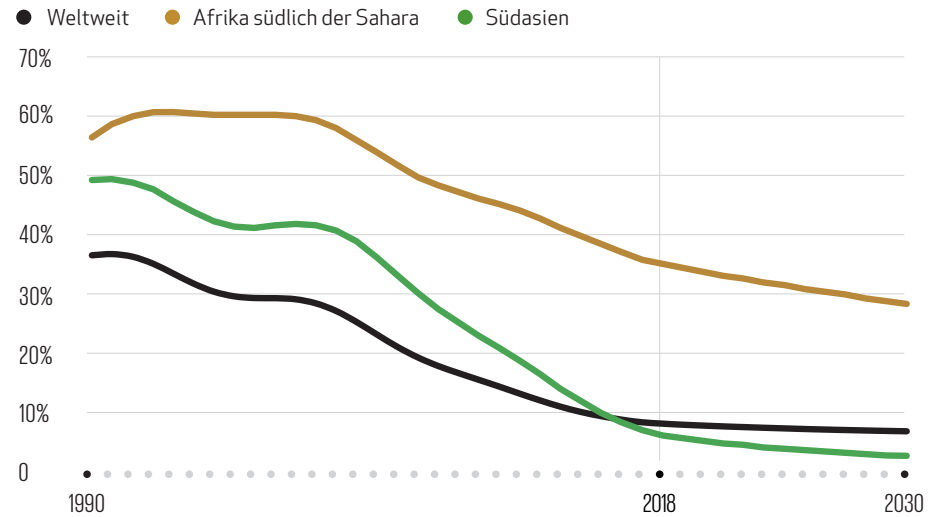
SDG-Ziel: Extreme Armut für alle Menschen überall beseitigen.

LANDWIRTSCHAFT

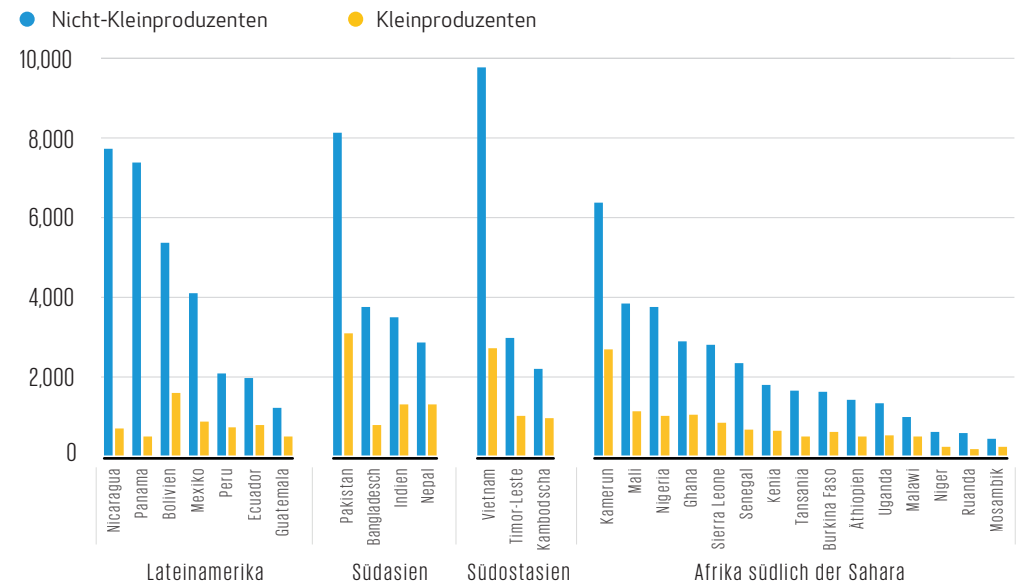
Früher mussten wir bei der landwirtschaftlichen Produktivität mit „unzureichenden Daten“ arbeiten. Dieses Diagramm zeigt nicht das SDG-Ziel an sich, aber es stellt einen Durchbruch dar, da wir zum ersten Mal relevante Daten haben, die länderübergreifend vergleichbar sind. Obwohl die landwirtschaftlichen Kleinerzeuger in fast allen diesen Ländern die Zahl der Großerzeuger weit übertreffen, verdienen sie nur einen Bruchteil des Einkommens, weil sie keinen Zugang zu Finanzdienstleistungen, verbesserten Materialien wie Saatgut und Düngemittel, landwirtschaftlichem Fachwissen und effizienten Märkten haben. Darüber hinaus verdienen sowohl kleine als auch große Produzenten in Afrika südlich der Sahara tendenziell weniger als in anderen Regionen.

SDG-Ziel: Verdoppelung der landwirtschaftlichen Produktivität und des Einkommens der kleinen Nahrungsmittelproduzenten, insbesondere von Frauen, indigenen Völkern, Familienbauern, Viehzüchtern und Fischern.

Prozentsatz der Bevölkerung unterhalb der internationalen Armutsgrenze (1,90 US-Dollar/Tag)



Durchschnittliches Jahreseinkommen aus der Landwirtschaft, KKP (konstant 2011 international \$)



STERBLICHKEITSRATE UNTER FÜNF JAHREN

Lungenentzündung ist die häufigste infektiöse Ursache der Kindersterblichkeit und nach neonatalen Störungen die zweithäufigste Ursache für Kindersterblichkeit insgesamt. Allerdings werden nur 3 Prozent der weltweiten Forschungs- und Entwicklungsausgaben und 6 Prozent der weltweiten Auslandshilfe für Infektionskrankheiten in den Kampf gegen Lungenentzündung investiert. Weniger als die Hälfte aller Kinder weltweit ist durch den führenden Impfstoff gegen Lungenentzündungen geschützt. Ein kostengünstigerer Impfstoff könnte bald verfügbar sein, der es mehr Ländern ermöglichen würde, mehr Kinder zu schützen und die weltweite Kindersterblichkeitsrate zu senken.

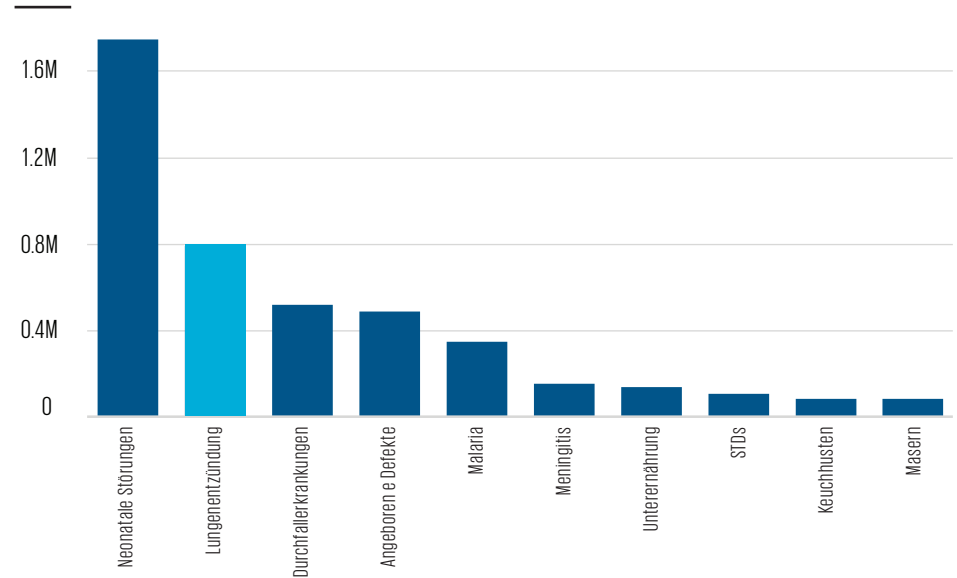
SDG-Ziel: Beendigung von vermeidbaren Todesfällen bei Neugeborenen und Kindern unter fünf Jahren, wobei alle Länder bestrebt sind, die Sterblichkeit von Kindern unter fünf Jahren auf höchstens 25 pro 1.000 Lebendgeburten zu senken.

NEUGEBORENENSTERBLICHKEIT

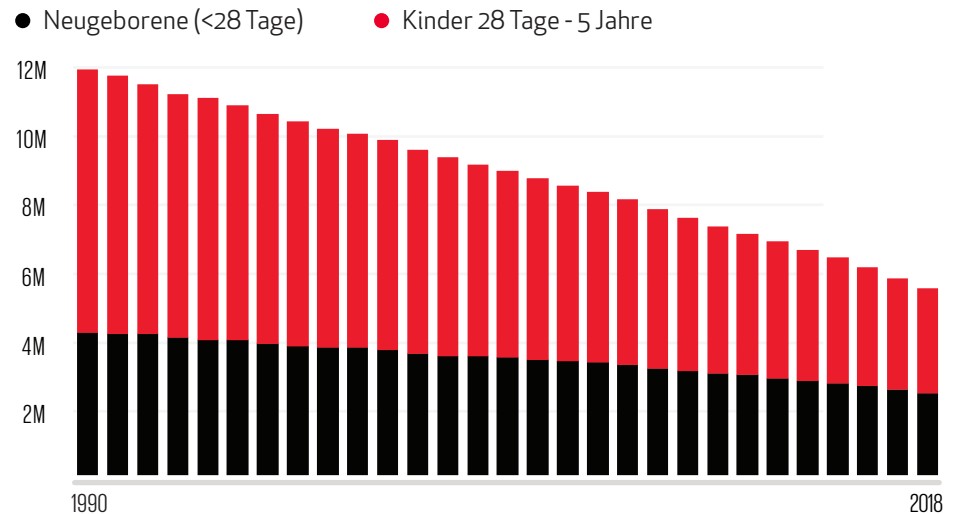
Die Kindersterblichkeit unter fünf Jahren ist stetig zurückgegangen. Die Neugeborenensterblichkeit (0-28 Tage) ist ebenfalls gesunken, aber langsamer. Als prozentualer Anteil der gesamten Kindersterblichkeit steigt daher die Neugeborenensterblichkeit. Fast die Hälfte aller Kindstode tritt heute in den ersten 28 Lebenstagen auf. Künftige Fortschritte beim Überleben von Kindern erfordern einen erneuten Fokus auf die Gesundheit von Neugeborenen. Neben der Bereitstellung eines bewährten Pakets von Basismaßnahmen ist es für Länder mit niedrigem und mittlerem Einkommen besonders wichtig, dafür zu sorgen, dass in Einrichtungen, in denen Mütter gebären, eine spezielle Betreuung für frühgeborene und kranke Babys zur Verfügung steht.

SDG-Ziel: Beendigung von vermeidbaren Todesfällen bei Neugeborenen und Kindern unter fünf Jahren, wobei alle Länder bestrebt sind, die Neugeborenensterblichkeit auf höchstens 12 pro 1.000 Lebendgeburten zu senken.

Anzahl der Todesfälle unter fünf Jahren nach Todesursache



Weltweiter Trend der Zahl der Todesfälle unter fünf Jahren über die Zeit



HIV

Im Alter zwischen 10 und 24 Jahren sind Frauen signifikant häufiger mit HIV infiziert als Männer. (Im Alter von über 24 Jahren, ist es übrigens häufig genau das Gegenteil.) Junge Frauen sind aus einer Vielzahl von Gründen gefährdet. Zum Beispiel führt ein Machtungleichgewicht in Beziehungen dazu, dass junge Frauen ungeschützten Sex haben. Außerdem führt das soziale Stigma dazu, dass sie keine angemessene reproduktionsmedizinische Versorgung (bspw. im Bereich der Familienplanung) nutzen oder diese nicht erhalten. Diese Kluft ist besonders besorgniserregend, da die Zahl der Jugendlichen stark ansteigt: Die Zahl der Mädchen, die das Alter erreichen, in dem sie am meisten gefährdet sind, wächst weiter.

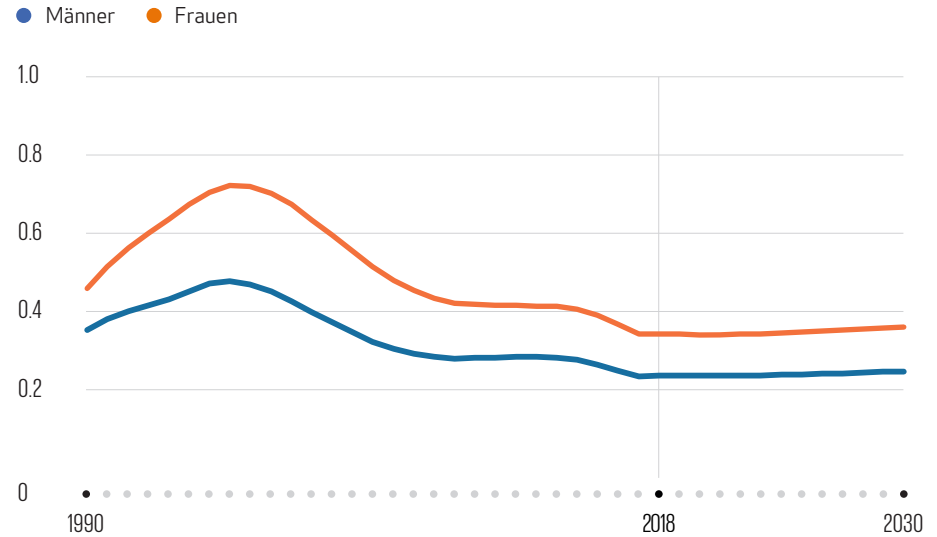
SDG-Ziel: Beendigung der Epidemien von AIDS, Tuberkulose, Malaria und vernachlässigten tropischen Krankheiten.

TUBERKULOSE

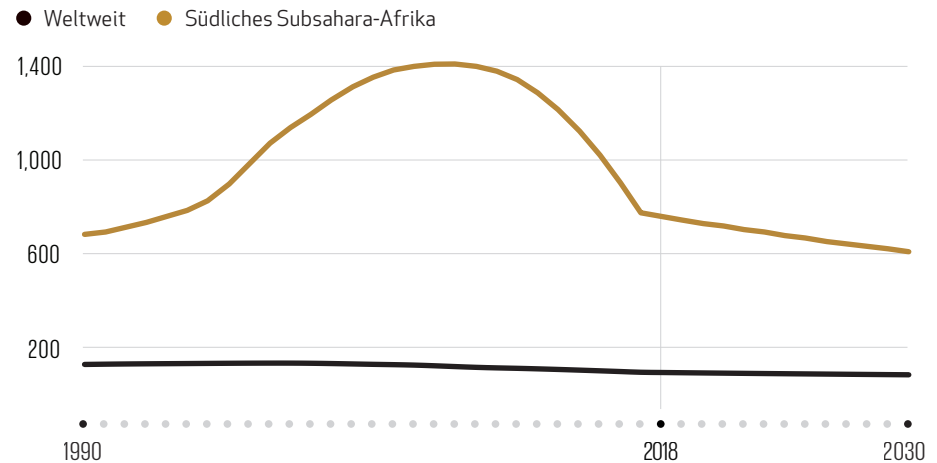
Die Zunahme der TB-Fälle (Tuberkulose) in den 1990er und 2000er Jahren in Afrika südlich der Sahara ist ein weiterer Beweis dafür, wie verheerend die HIV/AIDS-Epidemie war. HIV macht Menschen anfälliger für TB. Das erklärt wiederum, warum die TB-Inzidenz in der Region gestiegen ist. Die Tatsache, dass sie nach 2008 wieder genauso stark zurückgegangen ist, zeigt jedoch, wie erfolgreich die Antwort Afrikas auf die HIV-Epidemie war. Die nächste Priorität besteht darin, dass die afrikanischen Länder südlich der Sahara sowie Südasien alle aktiven Fälle von TB diagnostizieren und behandeln und die Lücke zu anderen Regionen schließen.

SDG-Ziel: Beendigung der Epidemien von AIDS, Tuberkulose, Malaria und vernachlässigten tropischen Krankheiten.

Neue HIV-Fälle zwischen 10-24 Jahren pro 1.000 Personen



Neue Tuberkulosefälle pro 100.000 Menschen



MALARIA

Dieses Schaubild zeigt, warum Malaria ein Paradebeispiel für die weltweite Ungleichheit im Gesundheitsbereich ist. Länder mit niedrigem Einkommen tragen die globale Last. In Ländern mit hohem Einkommen gibt es fast keine Fälle. Auch innerhalb der Länder gibt es erhebliche Unterschiede in der Belastung durch Malaria; meist leiden die am schwersten erreichbaren, ärmsten Bevölkerungen am meisten. Weltweit ist die Belastung stetig gesunken, aber ein durchschlagender Erfolg wird nur dann eintreten, wenn die Ungleichheiten bei Malaria innerhalb von Landesgrenzen und darüber hinaus angegangen werden. Die Orte mit der höchsten Belastung sind wahrscheinlich auch die letzten Orte, an denen die Krankheit noch zu besiegen ist. Je früher wir also Ungleichheiten angehen, desto näher kommen wir dem Ziel, die Malaria auf der ganzen Welt auszurotten.

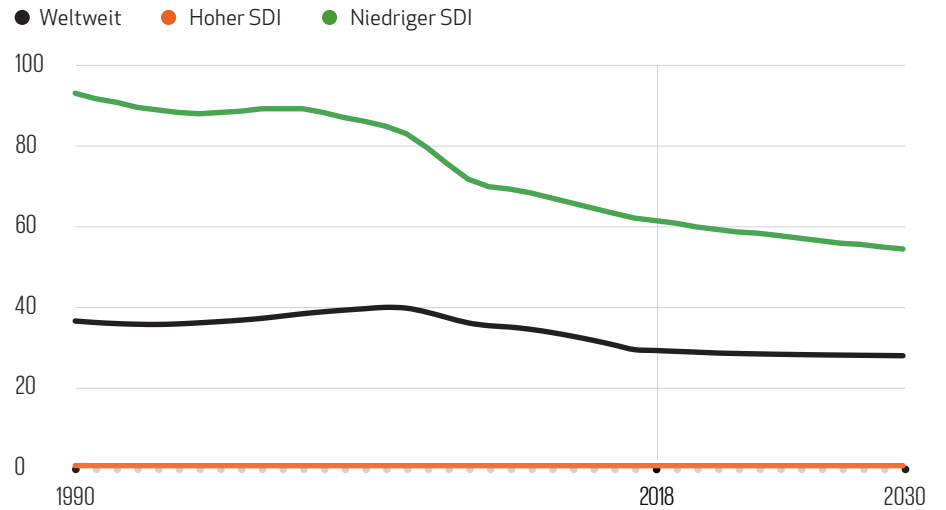
SDG-Ziel: Beendigung der Epidemien von AIDS, Tuberkulose, Malaria und vernachlässigten tropischen Krankheiten.

FAMILIENPLANUNG

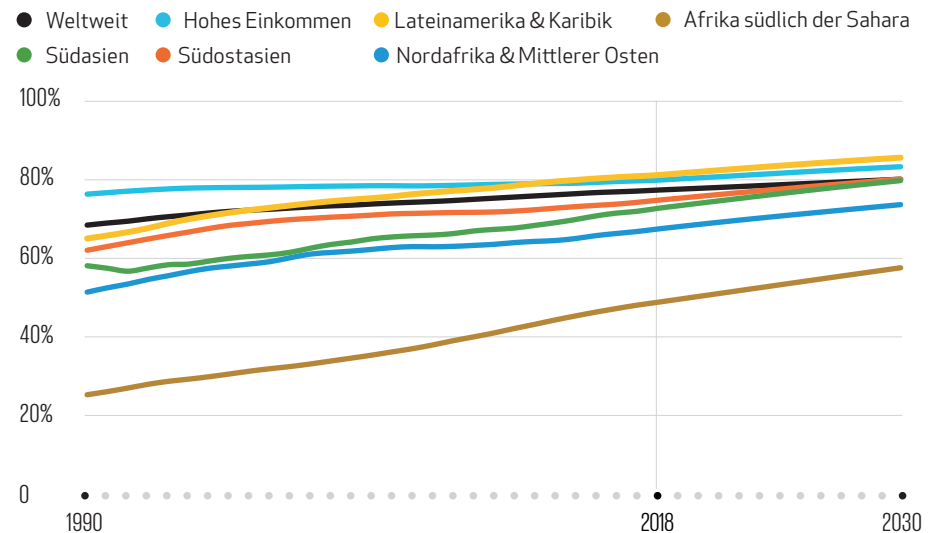
Was die Familienplanung betrifft, so ist Afrika südlich der Sahara eine Region für sich. Inzwischen ist jede andere Region der Welt nahe der Spitze des Diagramms angesiedelt. Danach gibt es eine Lücke und dann kommt die Kurve für Afrika südlich der Sahara. Es wird erwartet, dass sich die Lücke schließt, aber nur allmählich. Wenn nur eine Handvoll afrikanischer Länder südlich der Sahara ihre Verbesserung der Familienplanung beschleunigen können, dann wird die Region ihre globalen Ziele erreichen, den Bedarf der Frauen an Verhütungsmitteln und reproduktiver Gesundheit zu decken.

SDG-Ziel: Gewährleistung des allgemeinen Zugangs zu Leistungen im Bereich der sexuellen und reproduktiven Gesundheit, einschließlich derjenigen zur Familienplanung.

Neue Malariafälle pro 1.000 Menschen



Prozentsatz der Frauen im gebärfähigen Alter (15-49 Jahre), die ihren Bedarf an Familienplanung mit modernen Methoden gedeckt haben, nach Region

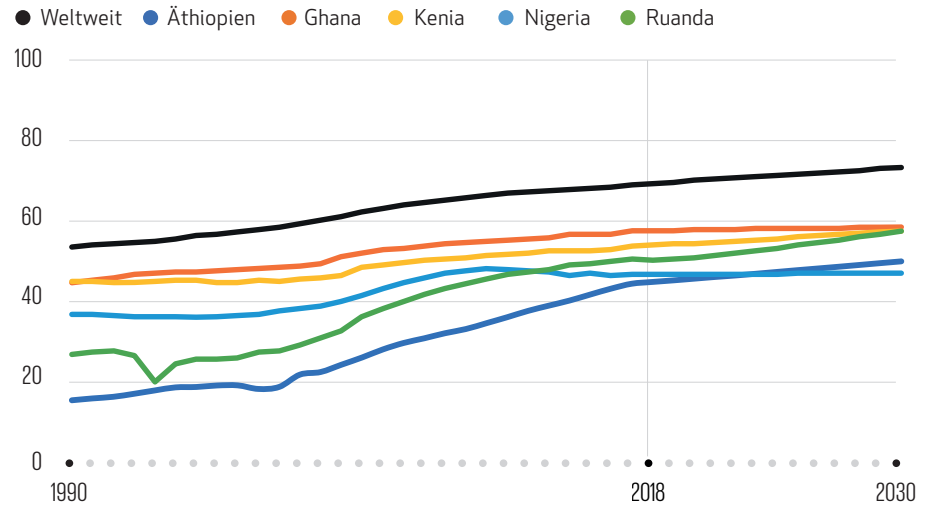


ALLGEMEINE GESUNDHEITSVERSORGUNG

Mit der allgemeinen Gesundheitsversorgung haben alle Menschen in einem Land Zugang zu grundlegenden Gesundheitsleistungen, ohne in finanzielle Schwierigkeiten zu geraten. In Ländern mit höherem Einkommen ist das Erreichen einer allgemeinen Gesundheitsversorgung wahrscheinlicher als in Ländern mit niedrigem Einkommen, aber dieses Diagramm zeigt auch, dass einige Länder mit niedrigem Einkommen viel bessere Ergebnisse erzielen als andere. Obwohl Ruanda und Äthiopien ärmer sind als die anderen Länder, haben beide stark in eine lokale medizinische Grundversorgung investiert. Infolgedessen hat sich ihre allgemeine Gesundheitsversorgung sehr stark verbessert.

SDG-Ziel: Erreichen einer allgemeinen Gesundheitsversorgung für alle.

Leistungsbewertung für die Versorgung mit wesentlichen Gesundheitsleistungen



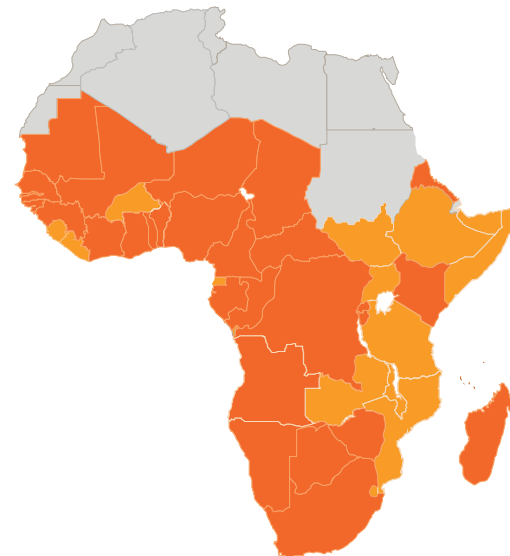
RAUCHEN

In zwei Dritteln aller afrikanischen Länder südlich der Sahara ist die Wahrscheinlichkeit, dass Mädchen rauchen, höher als bei erwachsenen Frauen. Traditionell sind Raucher in Afrika eher Männer, aber das könnte sich ändern. Die Länder können diesen beunruhigenden Trend umkehren, indem sie bewährte Strategien zur Tabakbekämpfung anwenden. Eine der wirksamsten Maßnahmen, insbesondere für Jugendliche, ist die Erhöhung der Zigarettenpreise durch höhere Tabaksteuern. Diese Steuern senken die Gesundheitskosten insgesamt, da sie das Rauchen einschränken und gleichzeitig Einnahmen generieren, die Regierungen für andere Prioritäten verwenden können.

SDG-Ziel: Stärkung der Umsetzung des Rahmenübereinkommens der Weltgesundheitsorganisation zur Eindämmung des Tabakkonsums in allen Ländern.

Raucherquoten bei Mädchen vs. Frauen in 30 Ländern in Afrika südlich der Sahara

- Höhere Raucherprävalenz bei jungen Frauen (10-19 Jahre)
- Höhere Raucherprävalenz bei erwachsenen Frauen (ab 20 Jahren)



IMPfstOFFE

Der diesjährige Ausbruch der Masern in den USA war der schlimmste seit einer Generation. Weltweit sind noch größere Ausbrüche im Tschad, in der Demokratischen Republik Kongo und in Madagaskar aufgetreten. Die Masern-Epidemiologie macht es notwendig, einen extrem hohen Prozentsatz der Kinder zu impfen, aber wie diese Karte zeigt, leben mehr als die Hälfte der einjährigen Kinder in Afrika in Distrikten, in denen die Masernimpfquote unter 80 Prozent liegt. Allerdings kann sich die Situation in kritischen Regionen verbessern. Nach vorläufigen Daten aus dem nordwestlichen Bereich Nigerias hat sich das erneute Engagement der Regierung bei der Masernimpfung und anderen Routineimpfungen ausgezahlt, wobei sich in den letzten zwei Jahren eine rasch steigende Abdeckung abzeichnete.

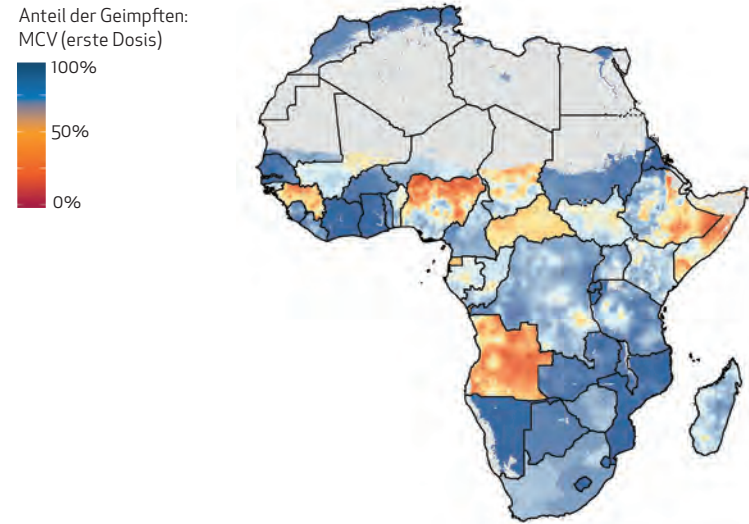
SDG-Ziel: Unterstützung der Forschung und Entwicklung von Impfstoffen und Arzneimitteln für übertragbare und nicht übertragbare Krankheiten, die in erster Linie die Entwicklungsländer betreffen. Ermöglichung des Zugangs zu erschwinglichen grundlegenden Arzneimitteln und Impfstoffen gemäß der Erklärung von Doha zum TRIPS-Übereinkommen und zur öffentlichen Gesundheit, in der das Recht der Entwicklungsländer bekräftigt wird, die Bestimmungen des Übereinkommens über handelsbezogene Aspekte der Rechte des geistigen Eigentums in vollem Umfang zu nutzen, was die Flexibilität zum Schutz der öffentlichen Gesundheit betrifft. Gewährleistung des Zugangs zu Medikamenten für alle.

AUSBILDUNG

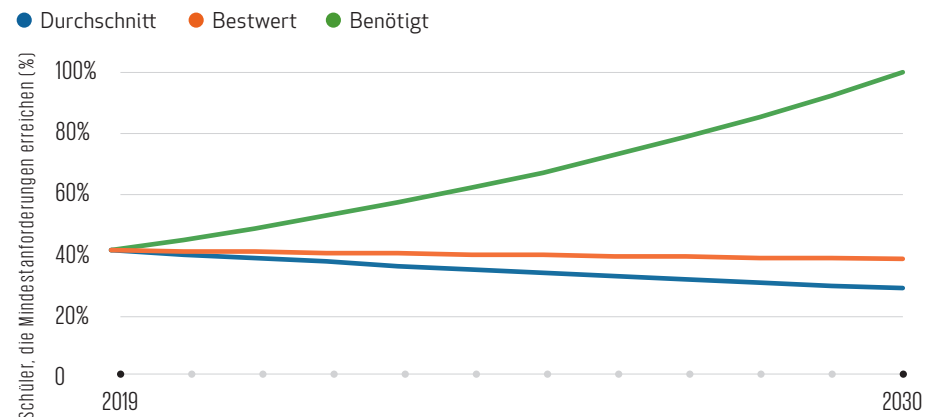
In der vergangenen Generation ist die Einschulungsrate enorm gestiegen. Während sich jedoch immer mehr Schüler anmelden, erweist es sich als schwierig, eine konstant gute Ausbildung zu gewährleisten. Heute beherrscht mehr als die Hälfte der Sechstklässler in zehn französischsprachigen afrikanischen Ländern nicht einmal annähernd das Rechnen und Lesen. Schlimmer noch, der Trend ist negativ: Wenn sich nichts ändert, werden zwei Drittel der Schüler in der Schule im Jahr 2030 die Grundlagen nicht beherrschen. Um dies zu ändern, müssen die Führungskräfte im Bildungswesen in den ersten Klassen die Lese- und Rechenfertigkeiten in den Vordergrund stellen.

SDG-Ziel: Bis 2030 sicherstellen, dass alle Mädchen und Jungen eine vollständig kostenlose, angemessene und qualitativ hochwertige Grund- und Sekundarschulbildung erhalten, die zu relevanten und effektiven Lernergebnissen führt.

Subnationale Abdeckung Masern-Impfstoff (erste Dosis) 2017



Prozentsatz der Schüler der sechsten Klasse, die in 10 Jahren ein Minimum an Kenntnissen erreichen in französischsprachigen afrikanischen Ländern südlich der Sahara



GESCHLECHTERGLEICHHEIT

Weltweit leisten Frauen dreimal mehr unbezahlte Betreuungs- und Hausarbeit als Männer. In Nordafrika und Westasien ist die Lücke am größten, aber sie besteht in jeder Region. Diese Arbeit wird derzeit auf 10 Billionen Dollar pro Jahr geschätzt, aber selbst diese riesige Zahl erfasst noch nicht das volle Ausmaß des verlorenen wirtschaftlichen Potenzials von Frauen. Im Jahr 2013 wurde die internationale Definition von „Arbeit“ präzisiert, um unbezahlte Betreuungs- und Hausarbeit anzuerkennen. Seitdem entwickeln unsere Partner Leitlinien, um die Arbeit von Frauen in Umfragen auf der ganzen Welt besser zu erfassen. Dies ist ein entscheidender Schritt zur Beseitigung geschlechtsspezifischer Unterschiede bei bezahlter und unbezahlter Arbeit.

SDG-Ziel: Anerkennung und Wertschätzung unbezahlter Pflege- und Hausarbeit durch die Bereitstellung öffentlicher Dienstleistungen, Infrastrukturen und Sozialschutzpolitik sowie die Förderung der gemeinsamen Verantwortung innerhalb des Haushalts und der Familie, soweit dies national angemessen ist.

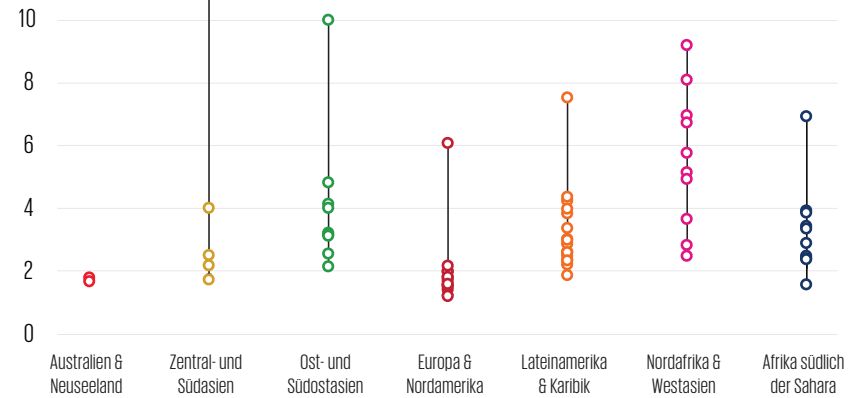
SANITÄRANLAGEN

Dieses Diagramm vermittelt einen falschen Eindruck: Es deutet darauf hin, dass Fortschritte nur durch Kanalanschlüsse, Kläranlagen und andere teure Infrastrukturen erzielt werden können, die vielerorts unpraktisch sind. Die Ziele der nachhaltigen Entwicklung haben zu Recht ein neues Ziel für Sanitäranlagen zur „sicheren Entsorgung“ festgelegt, um dazu beizutragen, die von Milliarden von Menschen in Ländern mit niedrigem Einkommen genutzten Sanitärsysteme zu kontrollieren und zu verbessern. Die Herausforderung besteht darin, dass Entscheider noch nicht über genügend Daten verfügen, um die sichere Entsorgung bei Sanitäranlagen zu messen oder Schlüsselbereiche für Verbesserungen in den Blick zu nehmen. Wenn es die Länder mit Ziel 6 für nachhaltige Entwicklung (SDG 6) ernst meinen, ist es wichtig, dass mehr von ihnen anfangen, an das „Joint Monitoring Project“ von UNICEF und der WHO zu berichten.

SDG-Ziel: Zugang zu angemessener und gerechter sanitärer Grundversorgung und Hygiene für alle und Beendigung der öffentlichen Defäkation unter besonderer Berücksichtigung der Bedürfnisse von Frauen und Mädchen sowie von Menschen in schwierigen Situationen.

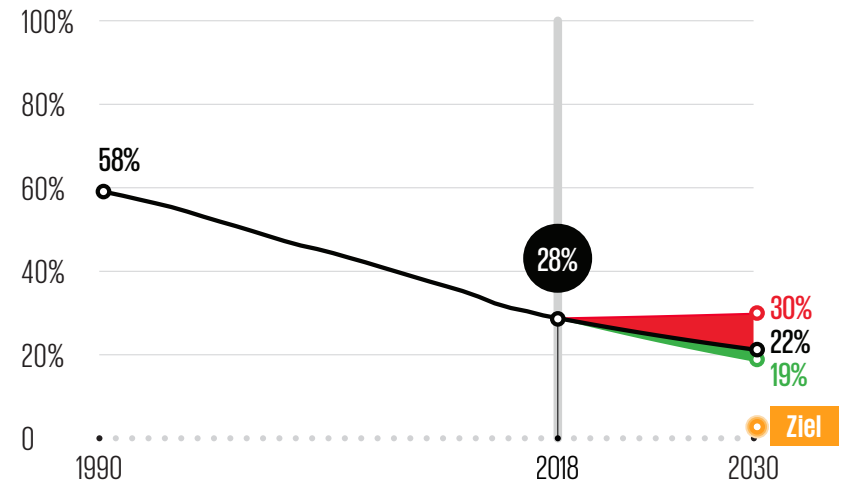
Verhältnis der aufgewendeten Zeit von Frauen und Männern für unbezahlte Arbeit in Pflege und Haushalt nach Regionen, letztes verfügbares Jahr

Jeder Punkt steht für ein Land



Prävalenz der Bevölkerung, die unsichere oder unverbesserte sanitäre Einrichtungen nutzt

- Aktuelle Prognose
- Wenn wir Fortschritte machen
- Wenn wir Rückschritte machen
- Ziel für 2030



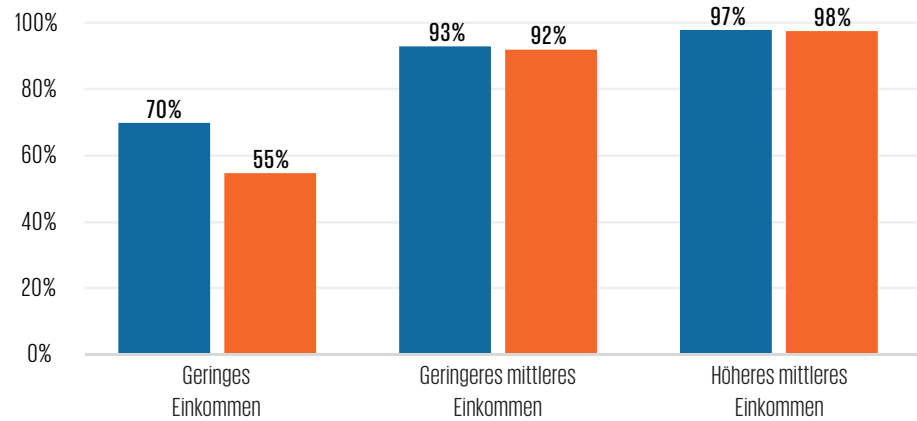
FINANZDIENSTLEISTUNGEN FÜR BEDÜRFTIGE

Sich ausweisen zu können ist zentral, um Finanz- und Sozialleistungen zu erhalten, um seine Rechte zu wahren (z. B. bei Wahlen und Abstimmungen) sowie um wirtschaftliche Chancen nutzen zu können (z. B. Registrierung eines Unternehmens). Dennoch fehlt 1 Milliarde Menschen ein grundlegender Identitätsnachweis, und die Hälfte der Weltbevölkerung hat keinen Ausweis, den Behörden routinemäßig akzeptieren und nutzen. Darüber hinaus besteht in Ländern mit niedrigem Einkommen ein gravierender Unterschied zwischen Männern und Frauen: Nur 55 Prozent der Frauen können ihre Identität nachweisen verglichen mit 70 Prozent der Männer.

SDG-Ziel: Stärkung der Fähigkeit der inländischen Finanzinstitute, den Zugang zu Bank-, Versicherungs- und Finanzdienstleistungen für alle zu fördern und zu erweitern.

Abdeckung bei Erwachsenen-ID nach Einkommensgruppen und Geschlecht

● Männer ● Frauen



QUELLEN UND ANMERKUNGEN

Die Datenquellen für die im Bericht enthaltenen Daten und Fakten sind im Folgenden nach Abschnitten geordnet aufgeführt. Dies beinhaltet kurze Hinweise zur Methodik nicht veröffentlichter Analysen. Vollständige Zitate, Links zu Quellmaterialien und weitere Referenzen finden Sie auf der Goalkeepers-Website.

UNGLEICHHEITEN ANALYSIEREN

Ebenen der Ungleichheit

Das Diagramm auf Seite 4 ist an die Originalversion des Entwicklungsprogramms der Vereinten Nationen angelehnt und dem Dokument *What Does It Mean to Leave No One Behind? A UNDP discussion paper and framework for implementation* vom Juli 2018 entnommen.

Herkunft

Das Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME) schätzte die Sterblichkeitsrate bei Kindern unter fünf Jahren und den Bildungsstand auf Grundlage von 5x5 km-Rasterzellen für Länder mit niedrigem und mittlerem Einkommen und unter Berücksichtigung der Entwicklungen für den Zeitraum 2000 bis 2017. Die se Schätzungen basieren auf den zuvor detailliert beschriebenen Methoden für die Sterblichkeit unter fünf Jahren (Golding und Burstein et al., 2017) und Bildung (Graetz et al., 2018). Darüber hinaus hat das IHME Zukunftsszenarien für diese Indikatoren erstellt, um die Wahrscheinlichkeit zu untersuchen, dass Länder und subnationale Einheiten, z. B. Distrikte, die Ziele der nachhaltigen Entwicklung (SDGs) erreichen werden. Das IHME stellte drei Zukunftsszenarien vor: ein Referenzszenario, das auf vergangenen Trends und Beziehungen zu den wichtigsten Triebkräften basiert, und alternative „Fortschritts-“

und „Rückschrittsszenarien“, um das Potenzial für schnelleren Fortschritt aufzuzeigen und das Potenzial für einen Abbau der Ungleichheiten in Gesundheit und Bildung zu untersuchen.

Um die Referenzszenarien für die Sterblichkeit unter fünf Jahren und den Bildungsstand auf Ebene von 5x5km zu erstellen, berechnete das IHME die annualisierte Veränderungsrate (AROC) über den Zeitraum 2000 bis 2017 für jede 5x5km Rasterzelle. Für den Bildungsabschluss berechnete IHME die AROC unter Verwendung einer Halb-Logit-Transformation, die die durchschnittlichen Bildungsjahre zwischen Null und 18 Jahren begrenzt und auch die größeren AROCs erfasst, die auf niedrigeren durchschnittlichen Bildungsniveaus beobachtet wurden. Die AROC jeder 5x5 km-Rasterzelle wurde verwendet, um eine vorläufige Prognose der Sterblichkeit unter fünf Jahren sowie des Bildungsniveaus für alle Rasterzellen für den Zeitraum von 2018 bis 2100 zu erstellen. Die vorläufigen Schätzungen für die 5x5 km-Ebene wurden dann auf nationale Referenzszenarien für die Sterblichkeit unter fünf Jahren und den Bildungsstand skaliert. Diese nationalen Referenzszenarien beziehen umfangreichere Daten und Methoden in die Zukunftsprognosen ein. Bei der Sterblichkeit unter fünf Jahren berücksichtigen sie z. B. geschätzte zukünftige Trends bei treibenden Faktoren wie dem Pro-Kopf-Einkommen, Risikofaktoren wie

Unterernährung bei Kindern sowie Maßnahmen wie der Impfstoffversorgung (Foreman et al., 2018).

Um die Fortschritts- und Rückschrittsszenarien zu erstellen, ermittelte das IHME für den Zeitraum 2000 bis 2017 den 85. und 15. Perzentil der beobachteten Distrikt-AROC. Die AROCs werden auf alle Distrikte zukunftsbezogen angewendet, es sei denn, das distriktsspezifische Referenzszenario ist besser als das Fortschrittsszenario oder das distriktsspezifische Referenzszenario ist schlechter als das Rückschrittsszenario. In diesen Fällen ersetzt das Referenzszenario die alternativen Fortschritts- und Rückschrittsszenarien.

Geschlecht

Für die in der Abbildung „Die Kluft zwischen den Geschlechtern“ genannten Datenpunkte wird auf die folgenden Quellen verwiesen: Geschlechtsspezifisches Gefälle in Bildung und Erwerbsquote vom IHME, 2019; frühe Heirat aus der UNICEF Global Database (2018) basierend auf dem Demographic Health Survey, Multiple Indicator Cluster Survey und National Survey, 2000-2017; unbezahlte Betreuungs- und Hausarbeit von UN Women, 2019.

Unbezahlte Betreuungs- und Hausarbeit – Siehe UN Women, 2019, und Internationale Arbeitsorganisation (ILO), 2018.

Erwerbsquote – Das IHME schätzt die Gesamtbeschäftigungsquote (Anteil der erwerbstätigen Bevölkerung) unter Anwendung der räumlich-zeitlichen Gaußschen Prozessregression (ST-GPR) nach fünfjährigen Altersgruppen und Geschlecht für den Altersbereich 15 bis 69 Jahre. Die Eingabedaten stammen aus Haushaltserhebungen, Umfragen und ILO-Tabellen. Um als erwerbstätig zu gelten, müssen die Befragten melden, dass sie in den letzten sieben Tagen mindestens eine Stunde gegen Entgelt, in der Selbstständigkeit, als Auszubildender oder für ein Familienunternehmen gearbeitet haben, oder sie müssen melden, dass sie in der Vorwoche vorübergehend von einer solchen Stelle abwesend waren. Das IHME verwendet dann die ST-GPR, um den Anteil der erwerbstätigen Bevölkerung zu modellieren, die von der ILO anhand von Daten aus ILO-Tabellen als informelle Arbeitnehmer definiert sind. Aus den Ergebnissen wird der Anteil der in der formalen Arbeit Beschäftigten an der Gesamtbevölkerung ermittelt.

Schulbildung – Die durchschnittliche Schulzeit der Frauen wird für den Altersbereich von 15 bis 69 Jahren geschätzt. Die Abbildung auf Seite 16 ist als Log-Skala dargestellt.

FORTSCHRITTSGESCHICHTEN

Medizinische Grundversorgung

Das Diagramm auf Seite 23 ist abgeleitet aus dem BIP und den Bevölkerungsschätzungen der Weltentwicklungsindikatoren der Weltbank, 2018. Die Schätzungen beziehen sich auf den aktuellen US-Dollar.

Das geschätzte Ziel von 86 US-Dollar pro Kopf bei den staatlichen Gesundheitsausgaben wird von Gitahi von Chatham House, 2014, genannt. Die Schätzung basiert auf einer ersten Analyse der High Level Taskforce on Innovative International Financing for Health Systems (HLTF, 2009) und wird in 2012 US-Dollar angegeben.

Digitale Integration

Weitere Informationen finden Sie in den folgenden Quellen: Anand et al., 2013. Feld et al., 2016. Gelb

& Diofasi, 2015. Ministerium für Erdöl und Erdgas, Regierung von Indien, Juli 2019. Mittal, Mukherjee, & Gelb, 2017. Muralidharan et al., 2016.

Anpassung an den Klimawandel

Weitere Informationen über die Dürre in Äthiopien im Jahr 2015 finden Sie unter FEWS NET, 2015. Weitere Informationen über das Wachstum und die Widerstandsfähigkeit des äthiopischen Agrarsektors finden Sie unter Dorosh & Rashid, 2015, und Bachewe et al., 2015.

DATEN ANALYSIEREN

Für die Gesundheitsindikatoren erstellt das IHME drei Zukunftsszenarien. „Aktuelle Prognosen“ basieren auf vergangenen Trends. Um die Fortschritts- und Rückschrittsszenarien zu erstellen, ermittelte das IHME für den Zeitraum 1990 bis 2017 den 85. und 15. Perzentil der beobachteten Distrikt-AROCs des Indikators oder seiner Treiber über die Länderjahre hinweg.

Wachstumsstörungen

IHME ermittelte die Prävalenz von Wachstumsstörungen als Körpergröße-Alter-Verhältnis mit mehr als zwei Standardabweichungen unterhalb des Referenzmedians auf der Wachstumskurve für Körpergröße/Alter basierend auf den Wachstumsstandards der WHO 2006 für Kinder von 0-59 Monaten. Die Schätzungen basieren auf der Studie „Global Burden of Disease“ (GBD) 2017, mit Prognosen für 2018-2030. Für eine detaillierte Beschreibung der Methoden, siehe GBD 2017 Risk Factor Collaborators, 2018.

Forschungsergebnisse und Diagramme zu Peru und Nepal bereitgestellt vom SickKids Stunting Reduction Exemplars Research Team, 2019.

Müttersterblichkeit

Das IHME definiert den Tod einer Mutter als jeden Tod einer Frau während der Schwangerschaft oder innerhalb eines Jahres nach Ende der Schwangerschaft, unabhängig von der Dauer und

dem Ort der Schwangerschaft, aus jedem Grund, der mit der Schwangerschaft oder ihrer Betreuung bzw. Behandlung zusammenhängt oder verschlimmert wird, aber nicht aus zufälligen oder unfallbedingten Gründen. Der Altersbereich umfasst 10 bis 54 Jahre. Die Schätzungen basieren auf der Studie „Global Burden of Disease“ (GBD) 2017, mit Prognosen für 2018-2030. Für eine detaillierte Beschreibung der Methoden, siehe GBD 2017 Causes of Death Collaborators, 2018.

Vernachlässigte Tropenkrankheiten

Das IHME misst die Summe der Prävalenz der 15 vernachlässigten Tropenkrankheiten pro 100.000 Personen, die derzeit in der Studie „Global Burden of Disease“ untersucht werden: Schlafkrankheit (auch Afrikanische Trypanosomiasis genannt), Chagas-Krankheit, zystische Echinokokkose, Cysticercose, Dengue-Fieber, durch Lebensmittel übertragene Trematoden, Guinea-Wurm-Krankheit, durch den Boden übertragene Helminthen, Leishmaniose, Lepra, Lymphatische Filariose, Onchozerkose, Tollwut, Bilharziose, Hakenwurm, Trichuriasis, Ascariasis und Trachom. Die Schätzungen basieren auf der Studie „Global Burden of Disease“ (GBD) 2017, mit Prognosen für 2018-2030. Für eine detaillierte Beschreibung der Methoden, siehe GBD 2017 Causes of Death Collaborators, 2018 und GBD 2017 SDG Collaborators, 2018.

Die Karte der Onchozerkose-Ausrottungsprogramme in Afrika stammt von Expanded Special Project for Elimination of Neglected Tropical Diseases, 2016.

Das Balkendiagramm wurde von der Website „Uniting to Combat Neglected Tropical Diseases“ angepasst und basiert auf WHO-Daten.

Armut

Die Extrem-Armutsraten geben den Anteil der Bevölkerung eines Landes an, der schätzungsweise von weniger als 1,90 US-Dollar pro Tag lebt, gemessen in 2011 kaufkraftparitätangepassten Dollar (KKP). National repräsentative Daten über Extrem-Armutsraten für den Zeitraum 1980 bis 2018 wurden der Weltbank entnommen. Diese Daten liefern jedoch

nicht für jedes Land eine vollständige Zeitreihe der Armutsraten. Um eine vollständige Zeitreihe für alle Länder zu schätzen, verwendeten wir eine von der Studie „Global Burden of Disease Studie“ entwickelte und weit verbreitete Methode: die raumzeitliche Gaußsche Prozessregression (ST-GPR). Die ST-GPR wurde gewählt, weil sie Prognosen durch den Aufbau von Daten vornimmt, sofern verfügbar, und die Stärke über die Zeit, Herkunft und prädiktive Kovariablen (BIP pro Kopf, weibliche Bildung und Kilokalorienverbrauch) aufbaut, wenn keine Daten verfügbar waren. Die prognostizierten Armutsschätzungen wurden für 2018 bis 2030 berechnet, indem die Veränderung der Armutsquote gegenüber dem Vorjahr mit einem Ensemble-Modell geschätzt wurde. Weitere Informationen finden Sie beim IHME, 2019.

Landwirtschaft

Siehe FAO, Rural Livelihoods Information System (RuLIS), Zugriff im Juli 2019. Dies sind die neuesten verfügbaren Daten für ausgewählte Länder, die von 2005-2016 reichen; weitere Informationen finden Sie im RuLIS. Zur Methodik siehe FAO, 2018.

Sterblichkeitsrate unter fünf Jahren

Das IHME definiert die Sterblichkeitsrate unter fünf Jahren als die Wahrscheinlichkeit des Todes zwischen Geburt und einem Alter von fünf Jahren. Sie wird als Anzahl der Todesfälle pro 1.000 Lebendgeburten ausgedrückt. Die Schätzungen basieren auf den vorläufigen Erkenntnissen der Studie „Global Burden of Disease“ (GBD) 2019, mit Prognosen für 2019-2030. Für eine detaillierte Beschreibung der Methoden, siehe GBD 2017 Mortality Collaborators, 2018.

Neugeborenensterblichkeit

Das IHME definiert die Neugeborenensterblichkeit als die Wahrscheinlichkeit des Todes innerhalb der ersten 28 abgeschlossenen Lebensstage. Sie wird als Anzahl der Todesfälle pro 1.000 Lebendgeburten ausgedrückt. Eine detaillierte Beschreibung der Methoden finden Sie beim IHME. Das IHME definiert die Neugeborenensterblichkeit als die Anzahl der Todesfälle innerhalb der ersten 28 abgeschlossenen Lebensstage pro 1.000 Lebendgeburten in einem bestimmten Jahr oder Zeitraum. Die Schätzungen basieren auf den vorläufigen Erkenntnissen der

Studie „Global Burden of Disease“ (GBD) 2019, mit Prognosen für 2019-2030. Für eine detaillierte Beschreibung der Methoden, siehe GBD 2017 Mortality Collaborators, 2018.

HIV

Das IHME schätzt die altersstandardisierte Rate von HIV-Neuinfektionen pro 1000 Einwohner. Die Schätzungen basieren auf der Studie „Global Burden of Disease“ (GBD) 2017, mit Prognosen für 2018-2030. Für eine detailliertere Beschreibung der Methoden siehe GBD 2017 Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators, 2018.

Tuberkulose

IHME schätzt neue und rezidive Tuberkulosefälle, die innerhalb eines bestimmten Kalenderjahres (Inzidenz) diagnostiziert wurden, anhand von Daten aus Prävalenzerhebungen, Fallmeldungen und ursachenspezifischen Mortalitätsschätzungen als Input für ein statistisches Modell, das die innere Konsistenz der Schätzungen durchsetzt. Die Schätzungen basieren auf der Studie „Global Burden of Disease“ (GBD) 2017, mit Prognosen für 2018-2030. Für eine detailliertere Beschreibung der Methoden siehe GBD 2017 Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators, 2018.

Malaria

Das IHME schätzt die altersstandardisierte Rate der Malaria-Fälle pro 1000 Einwohner. Die Schätzungen basieren auf der Studie „Global Burden of Disease“ (GBD) 2017, mit Prognosen für 2018-2030. Für eine detailliertere Beschreibung der Methoden siehe GBD 2017 Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators, 2018 sowie Weiss et al., 2019.

Der soziodemographische Index (SDI) ist eine vom IHME erstellte Messmethode, die angibt, wo Länder oder andere geografische Gebiete im Spektrum der Entwicklung liegen. Auf einer Skala von 0 bis 1 ausgedrückt, ist SDI ein zusammengesetzter Durchschnitt aus den Ranglisten der Einkommen pro Kopf, des durchschnittlichen Bildungsniveaus und der Fruchtbarkeitsraten aller Gebiete in der GBD-Studie.

Familienplanung

Das IHME schätzt den Anteil der Frauen im gebärfähigen Alter (15-49 Jahre), die ihren Bedarf an Familienplanung mit modernen Methoden gedeckt haben. Zu den modernen Verhütungsmethoden gehören die aktuelle Anwendung von männlicher oder weiblicher Sterilisation, männlichen oder weiblichen Kondomen, Diaphragmen, Spermizid-Schaum oder -Gel, oralen Hormonpräparaten, Implantaten, Injektionen, Hormonspiralen (IUPs) oder Notfallverhütungsmitteln. Die Schätzungen basieren auf den vorläufigen Erkenntnissen der Studie „Global Burden of Disease“ (GBD) 2019, mit Prognosen für 2019-2030. Für eine detaillierte Beschreibung der Methoden, siehe GBD 2017 SDG Collaborators, 2018.

Allgemeine Gesundheitsversorgung (UHC, Universal Health Coverage)

Das IHME definiert den UHC-Index als die Abdeckung von neun Tracer-Interventionen und risikostandardisierten Todesraten von 32 Ursachen, die unter die persönliche Gesundheitsversorgung fallen. Zu den Tracer-Interventionen gehören die Impfstoffversorgung (drei Dosen DPT, Masernimpfstoff und drei Dosen des oralen Polioimpfstoffs oder des inaktivierten Polioimpfstoffs), die Deckung des Bedarfs an moderner Verhütung, die pränatale Versorgung (ein und vier Besuche), die qualifizierte Geburtshelferabdeckung, die Geburtsraten in entsprechenden Geburtseinrichtungen und die Deckung der antiretroviralen Therapie bei Menschen mit HIV. Zu den 32 Ursachen, die für die persönliche Gesundheitsversorgung in Frage kommen, gehören Tuberkulose, Durchfallerkrankungen, Infektionen der unteren Atemwege, Infektionen der oberen Atemwege, Diphtherie, Keuchhusten, Tetanus, Masern, Krankheiten der Mutter, neonatale Störungen, Dickdarm- und Enddarmkrebs, Nicht-Melanom-Krebs, Brustkrebs, Hals- und Gebärmutterhalskrebs, Hodenkrebs, Hodgkin-Lymphom, Leukämie, rheumatische Herzkrankheiten, ischämische Herzerkrankungen, zerebrovaskuläre Erkrankungen, hypertensive Erkrankungen, Magengeschwür, Blinddarmentzündung, Leistenbruch, Erkrankungen der Gallenblase und der Gallenwege, Epilepsie, Diabetes, chronische Nierenerkrankungen,

angeborene Herzfehlbildungen und Nebenwirkungen von Medikamenten.

Das IHME skalierte dann die 41 Inputs auf einer Skala von 0 bis 100, wobei 0 die schlechtesten und 100 die besten zwischen 1990 und 2016 beobachteten Werte darstellten. Sie nahmen das arithmetische Mittel dieser 41 skalierten Indikatoren, um ein breites Spektrum grundlegender Gesundheitsleistungen im Zusammenhang mit der Gesundheit von gebärfähigen Frauen, Müttern, Neugeborenen und Kindern sowie Infektionskrankheiten, nicht übertragbaren Krankheiten und Versorgungskapazität sowie den Zugang hierzu zu erfassen. Die Schätzungen basieren auf der Studie „Global Burden of Disease“ (GBD) 2017, mit Prognosen für 2018-2030. Für eine detaillierte Beschreibung der Methoden, siehe GBD 2017 SDG Collaborators, 2018.

Rauchen

Das IHME ermittelt den aktuellen Verbrauch des gerauchten Tabaks. Das IHME sammelt Informationen aus allen verfügbaren Umfragen, die Fragen zur Häufigkeit des Tabakkonsums (z. B. täglich, gelegentlich), entweder aktuell oder innerhalb der letzten 30 Tage, sowie Informationen über die Art des gerauchten Tabakerzeugnisses (einschließlich Zigaretten, Zigarren, Pfeifen, Wasserpfeifen sowie lokale Produkte) beinhalten. Das IHME konvertiert alle Daten in seine Standarddefinition, so dass aussagekräftige Vergleiche über Standorte und Zeiträume hinweg möglich sind. Die Schätzungen basieren auf den vorläufigen Erkenntnissen der Studie „Global Burden of Disease“ (GBD) 2019, mit Prognosen für 2019-2030. Für eine detaillierte Beschreibung der Methoden, siehe GBD 2017 Risk Factor Collaborators, 2018.

Impfstoffe

Die IHME-Messung der Immunisierungsabdeckung zeigt die Abdeckung folgender Impfstoffe getrennt voneinander: Dritte Dosis Diphtherie-Tetanus-Keuchhusten (DTP3), Zweite Dosis Masern (MCV2) und Dritte Dosis Pneumokokken-Konjugatimpfstoff (PCV3). Die Schätzungen basieren auf den vorläufigen Erkenntnissen der Studie „Global Burden of Disease“ (GBD) 2019, mit Prognosen für 2019-2030. Für eine

detaillierte Beschreibung der Methoden, siehe GBD 2017 SDG Collaborators, 2018..

Schätzungen lokaler Muster der Impfstoffabdeckung des IHME werden mit Hilfe von geografischen Modellierungsmethoden erstellt, die in Mosser et al., 2019 beschrieben sind. Zum Zeitpunkt der Veröffentlichung des Goalkeepers-Berichts 2019 waren die Masern-Schätzungen noch nicht veröffentlicht.

Ausbildung

Die UNESCO-Projektionen basieren auf annualisierten Unterschieden zwischen den durchschnittlichen Werten des Analyseprogramms der CONFEMEN Education Systems (PASEC) im Jahr 2006 und 2014. Es ist zu beachten, dass die in jedem Jahr durchgeführten Tests nicht psychometrisch vergleichbar waren, obwohl sie weitgehend ähnliche Inhalte umfassten. Das UNESCO-Institut für Statistik (UIS) hat in jedem Jahr eine gleichwertige Definition von Mindestkenntnissen in den Bewertungen angewandt, um eine harmonisierte Leistungsskala zu schaffen, die aufgrund der Gestaltung der Bewertungen nicht empirisch validiert wurde. Weitere Informationen finden Sie unter UNESCO, 2019, und UIS, 2019.

Geschlechtergleichheit

Das Diagramm auf Seite 52 ist an UN Women, 2019, angepasst. Bei den Daten handelt es sich um die neuesten Daten, die für 88 Länder und Gebiete verfügbar sind (2001-2017). Die Altersgruppe ist 15+, sofern verfügbar (18+ in Ghana). In einer Reihe von Fällen beziehen sich die Daten auf die Altersgruppen 10+ oder 12+. Im Falle Thailands (2015) sind sie für Personen ab 6 Jahren und in der Vereinigten Republik Tansania (2014) für Personen ab 5 Jahren. Die Daten für Bulgarien, Dänemark, Lettland, die Niederlande, Slowenien und Spanien entsprechen nur bei den 20- bis 74-Jährigen der für unbezahlte Pflege und Haushalt aufgewendeten Zeit. Im Falle von Katar werden in der Analyse nur städtische Gebiete berücksichtigt. Unterschiede zwischen den Ländern sollten nur mit Vorbehalt interpretiert werden, da die Umfragen in den Ländern in Bezug auf Definitionen, Methodik und Stichprobenabdeckung sehr heterogen ist. Weitere Informationen zu den Daten auf Länderebene finden

Sie in der Global SDG Indicators Database der Statistikabteilung der Vereinten Nationen.

Sanitäranlagen

Das IHME ermittelte Haushalte mit Wasser-/Abwasseranschluss (mit Kanalschluss), Haushalte mit verbesserter Sanitärversorgung ohne Kanalschluss (Grubenlatrine, belüftete verbesserte Latrine, Grubenlatrine mit Platte, Komposttoilette) und Haushalte ohne verbesserte Sanitärversorgung (Spültoilette, die nicht in die Kanalisation oder den Faulbehälter geleitet wird, Grubenlatrine ohne Platte oder offene Grube, Eimer, Hängetoilette oder Hängelatrine, Gemeinschaftseinrichtungen, keine Einrichtungen), wie im Gemeinsamen Monitoringprogramm für Wasserversorgung und Abwasserentsorgung definiert. Die Schätzungen basieren auf der Studie „Global Burden of Disease“ (GBD) 2017, mit Prognosen für 2018-2030. Für eine detaillierte Beschreibung der Methoden, siehe GBD 2017 Risk Factor Collaborators, 2018.

Finanzdienstleistungen für Bedürftige

Siehe Weltbankgruppe, Identification for Development, Stand Juli 2019. Die Daten sind die jüngsten, für 99 Länder verfügbaren Daten, die 2017 im Rahmen der globalen Findex-Umfragen erhoben wurden. Zur Methodik siehe ID4D, 2018.

FOTOS

Die Fotos wurden vom Gates-Archiv zur Verfügung gestellt, mit den folgenden Ergänzungen:
 Seiten 6 und 7 (Fotos mit freundlicher Genehmigung von The Carter Center/Emily Staub)
 Seite 14 (Foto mit freundlicher Genehmigung von LightRocket via Getty Images /SOPA Images/ Marcus Valance)
 Seite 35 (Foto mit freundlicher Genehmigung von Corbis via Getty Images/Art in All of Us/ Eric Lafforgue)
 Seite 43 (Foto mit freundlicher Genehmigung von Jhpiego/Paul Joseph Brown)

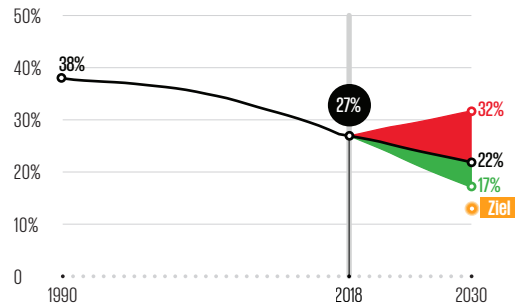
ÜBERBLICK ÜBER DIE 18 INDIKATOREN, DIE IM BERICHT VERFOLGT WERDEN

Wir begannen mit der Veröffentlichung des Goalkeepers-Berichts, um die Fortschritte bei der Erreichung der Ziele der nachhaltigen Entwicklung zu verfolgen. In diesem Zuge haben wir versprochen, jedes Jahr die neuesten globalen Daten über die 18 Indikatoren zu veröffentlichen, die am engsten mit der Arbeit unserer Stiftung verbunden sind.

- Aktuelle Prognose ● Ziel für 2030
- Wenn wir Fortschritte machen
- Wenn wir Rückschritte machen

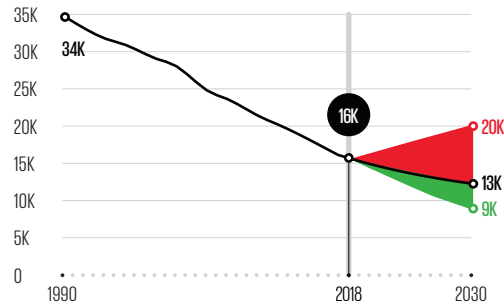
WACHSTUMSSTÖRUNGEN

Prävalenz für Wachstumsstörungen bei Kindern unter fünf Jahren



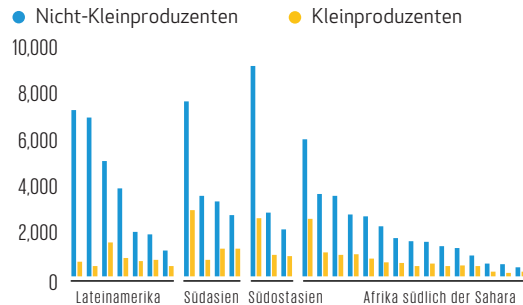
VERNACHLÄSSIGTE TROPENKRANKHEITEN (NTDs)

Prävalenz von 15 NTDs pro 100.000 Menschen



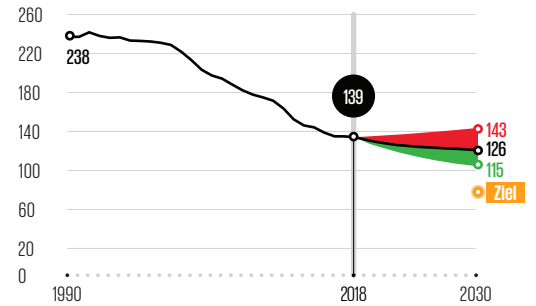
LANDWIRTSCHAFT

Durchschnittliches Jahreseinkommen aus der Landwirtschaft, KKP (konstant 2011 international \$)



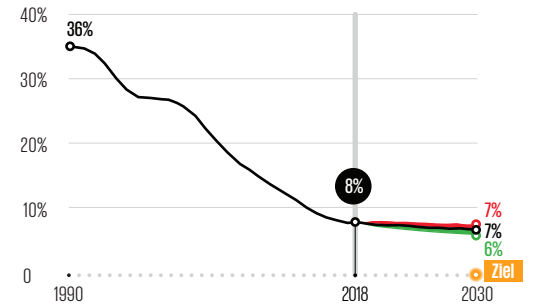
MÜTTERSTERBLICHKEIT

Müttersterblichkeit pro 100.000 Lebendgeburten



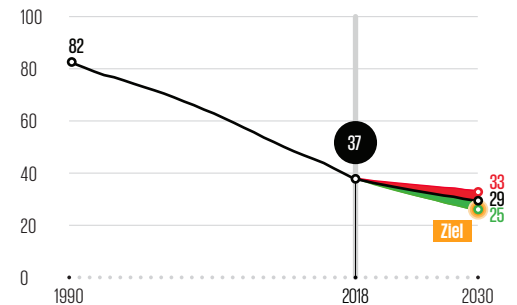
ARMUT

Prozentsatz der Bevölkerung unterhalb der internationalen Armutsgrenze (1,90 US-Dollar/Tag)



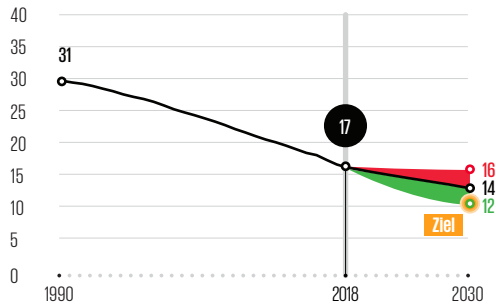
STERBLICHKEITSRATE UNTER FÜNF JAHREN

Sterblichkeit unter fünf Jahren pro 1.000 Lebendgeburten



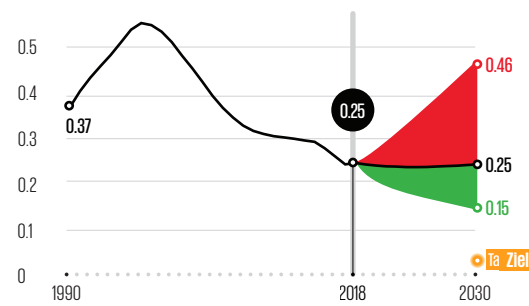
NEUGEBORENENSTERBLICHKEIT

Sterblichkeit von Neugeborenen pro 1.000 Lebendgeburten



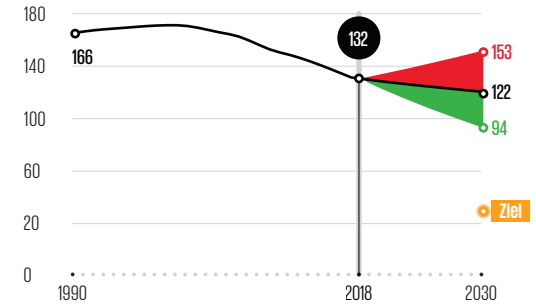
HIV

Neue HIV-Fälle pro 1.000 Menschen



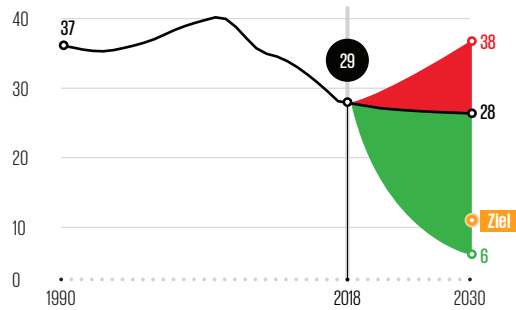
TUBERKULOSE

Neue Tuberkulosefälle pro 100.000 Menschen



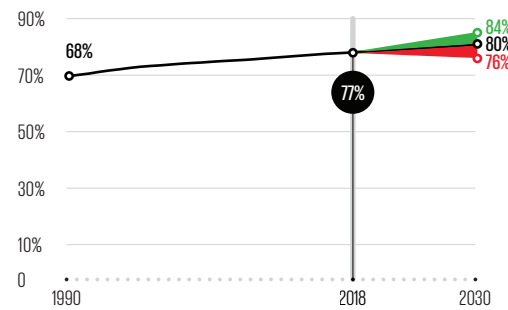
MALARIA

Neue Malariafälle pro 1.000 Menschen



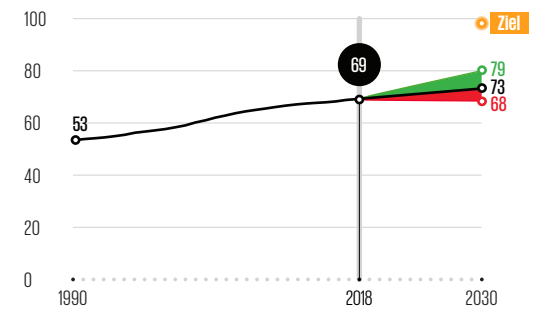
FAMILIENPLANUNG

Prozentsatz der Frauen im gebärfähigen Alter (15-49 Jahre), die ihren Bedarf an Familienplanung mit modernen Methoden gedeckt haben



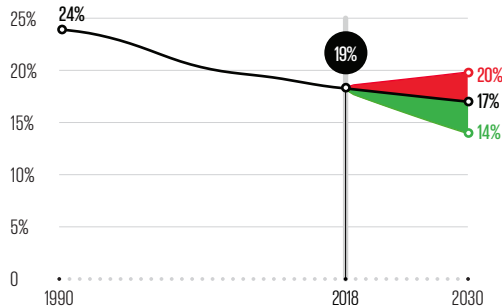
ALLGEMEINE GESUNDHEITSVERSORGUNG (UHC)

Leistungsbewertung für die Versorgung mit wesentlichen Gesundheitsleistungen



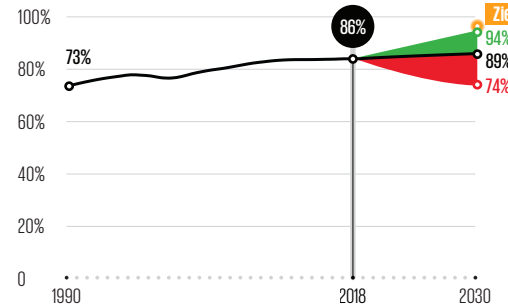
RAUCHEN

Prävalenz des aktuellen Tabakkonsums in der Bevölkerung im Alter von 10 Jahren und älter



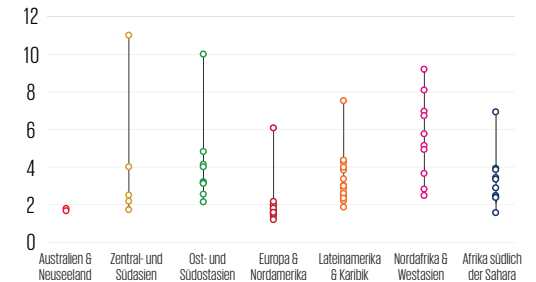
IMPfstoffe

Abdeckung von DTP (dritte Dosis)



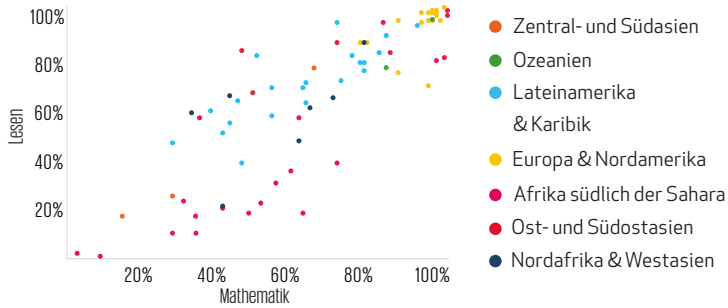
GESCHLECHTERGLEICHHEIT

Verhältnis der aufgewendeten Zeit von Frauen und Männern für unbezahlte Arbeit in Pflege und Haushalt nach Regionen. Jeder Punkt steht für ein Land



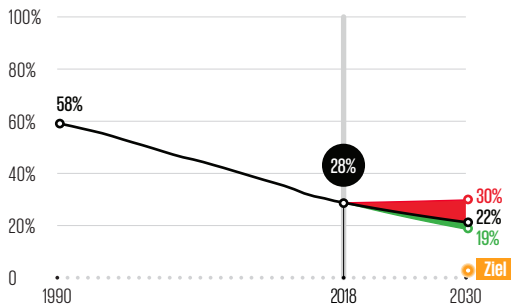
AUSBILDUNG

Prozentsatz der Schüler in der zweiten oder dritten Klasse, die mindestens ein Mindestmaß an Lese- und Mathematikkenntnissen erreichen, beide Geschlechter



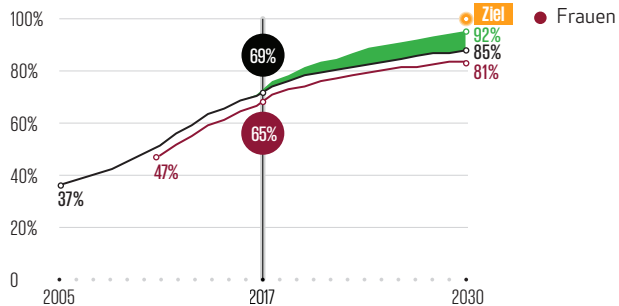
SANITÄRANLAGEN

Prävalenz der Bevölkerung, die unsichere oder unverbesserte sanitäre Einrichtungen nutzt



FINANZDIENSTLEISTUNGEN FÜR BEDÜRFTIGE

Prozentsatz der Erwachsenen (ab 15 Jahren) mit einem Konto bei einer Bank oder einem anderen Finanzinstitut oder bei einem Mobilfunkanbieter



DIE GLOBALEN ZIELE

Für Nachhaltige Entwicklung

1 KEINE ARMUT 	2 KEIN HUNGER 	3 GESUNDHEIT UND WOHLERGEHEN 	4 HOCHWERTIGE BILDUNG
5 GESCHLECHTERGLEICHHEIT 	6 SAUBERES WASSER UND SANITÄRVERSORGUNG 	7 BEZAHLBARE UND SAUBERE ENERGIE 	8 MENSCHENWÜRDIGE ARBEIT UND WIRTSCHAFTSWACHSTUM
9 INDUSTRIE, INNOVATION UND INFRASTRUKTUR 	10 WENIGER UNGLEICHHEITEN 	11 NACHHALTIGE STÄDTE UND GEMEINDEN 	12 NACHHALTIGER KONSUM UND PRODUKTION
13 MASSNAHMEN ZUM KLIMASCHUTZ 	14 LEBEN UNTER WASSER 	15 LEBEN AN LAND 	16 FRIEDEN, GERECHTIGKEIT UND STARKE INSTITUTIONEN
17 PARTNERSCHAFTEN ZUR ERREICHUNG DER ZIELE 	 DIE GLOBALEN ZIELE		

BILL & MELINDA GATES foundation

IHME | UNIVERSITY of WASHINGTON

© Bill & Melinda Gates Foundation