

# DAS SPIEL MIT DEM LEBEN

Eine Agenda die Kindersterblichkeit aufgrund  
vermeidbarer Ursachen zu beenden



Save the Children



Titel: Drei Tage altes Baby in Liberia (Foto: Jonathan Hyams/ Save the Children)

Der Report wurde verfasst von Smita Baruah, Steve Haines, Ben Hewitt, Louise Holly, Paul Jensen, Robert Johnson, Patrick Watt und Simon Wright, unter Mitarbeit von Michel Anglade, Kitty Arie, Krista Armstrong, Lara Brearley, Michael Kiernan, Grace Kite, Michael Klosson, Karin Lapping, David Oot, Nora O'Connell and David Olayemi. Wir bedanken uns bei den Kollegen in Afghanistan, Bangladesch, Pakistan, Indien, Indonesien, Kenia, Nigeria, Pakistan und Sierra Leone für ihre Mitarbeit.

Kimberly Adis, Michael Amaditz Layout  
Ein Dank an Vishna Shah für das Projektmanagement

Copyright © Save the Children Association 2013

[www.savethechildren.de](http://www.savethechildren.de)



FOTO: JANE HAHN FÜR SAVE THE CHILDREN

**“NO CHILD SHOULD DIE  
WHEN WE KNOW  
HOW TO STOP IT!”**  
PRESIDENT ELLEN JOHNSON SIRLEAF



Mangelernährtes Tutu Mädchen  
(4 Jahre alt) im Krankenhaus





FOTO: SAVE THE CHILDREN

# KINDERSTERBLICHKEIT: FORTSCHRITT UND HERAUSFORDERUNGEN

Im Jahr 2000 verständigte sich die Welt auf ambitionierte Millenniumsziele bis 2015: die Armut sollte halbiert werden, jedes Kind sollte zur Schule gehen und die Kinder- und Müttersterblichkeit um zwei Drittel verringert werden. Zwei Jahre vor Ablauf der Umsetzungsfrist sind beachtliche Fortschritte sichtbar. Ein Leben in extremer Armut trifft Millionen Menschen weniger als in einer Generation vorher. Die meisten Kinder schließen die Grundschule ab und Mangel- bzw. Unterernährung wurden um ein Drittel reduziert. Ein besonders großer Erfolg lässt sich in der Reduzierung der Kindersterblichkeit verzeichnen.

Noch 1990 starben mehr als 12 Millionen Kinder jedes Jahr vor ihrem 5. Geburtstag. Heute sterben 6,6 Millionen Kinder jedes Jahr, obwohl die Weltbevölkerung seitdem um mehr als 1,5 Milliarden gewachsen ist. Jetzt überleben jeden Tag 17.000 Kinder mehr als 1990.

Im historischen Kontext betrachtet, sind diese Fortschritte außergewöhnlich. Im Jahr 1900 war die Kindersterblichkeitsquote in Europa höher als heute in Sierra Leone. Noch 1960 starben mehr als fünfundzwanzig Prozent der Kinder in Afrika vor dem 5. Lebensjahr.<sup>1</sup> Bis heute wurde dieser Anteil auf weniger als 10 Prozent reduziert. Viele Länder mit mittlerem Einkommen haben die Kindersterblichkeit auf weniger als 2 Prozent (20 pro 1.000 Geburten) reduziert – die festgelegte Definitionsschwelle zur Beendigung von vermeidbaren Todesfällen. 1990 hatte Brasilien eine Sterblichkeitsquote von 62 Todesfällen pro 1.000 Lebendgeburten, das ist höher als die gegenwärtige Quote in Indien. Aber Brasilien ist es gelungen, die Kindersterblichkeit innerhalb einer Generation um mehr als drei Viertel auf 14 Todesfällen pro 1.000 Geburten zu reduzieren.<sup>2</sup>

Der Fortschritt ist zwischen einzelnen Nationen aber auch innerhalb von Ländern unterschiedlich verteilt. Dennoch hat es weltweit eine wesentliche Reduzierung gegeben. Sogar in West- und Zentralafrika, die Region die am weitesten hinten lag, wurde seit 1990 die Kindersterblichkeit um fast 40 Prozent reduziert. In Ostasien, Lateinamerika, Osteuropa und Zentralasien wurde Kindersterblichkeit um 60 Prozent oder mehr reduziert; während in Ostafrika, dem südlichen Afrika und Südasien die Sterblichkeitsquote in der Zeit der MDG-Umsetzung bisher mehr als halbiert werden konnte.

Noch nie wurde seit 1990 so schnell und erfolgreich Kindersterblichkeit reduziert wie heute. Zwischen 1990 und 1995 wurde die Sterblichkeit um einen jährlichen Durchschnitt von 1,2 Prozent reduziert. Während der letzten sieben Jahre hat sich diese Reduzierungsrate mehr als verdreifacht, auf 3,9 Prozent. Afrika hat die Reduzierungsrate im Vergleich zu den 90er Jahren über das letzte Jahrzehnt verdoppelt.<sup>3</sup>

Links: Dora Luna Galeano, 28 Jahre alt, wurde von Save the Children ausgebildet, um in ihrer Gemeinde als brigadista, oder Gesundheitshelfer zu arbeiten. Sie spricht mit Edixia de los Angeles López Bravo, 21 Jahre alt, wie sie am besten für ihre 21 Monate alte Tochter, Jannea Criceyda López, sorgt.





FOTO: PRAASHANTH VISHWANATHAN/SAVE THE CHILDREN

Der 3 Jahre alte Adarsh zwischen Müttern, die anstehen, um sich bei der mobilen Gesundheitsstation von Safe the Children in Jahangir Puri, New Delhi, Indien, zu registrieren.

Der Erfolg vieler einkommensschwacher Nationen zeigt die Möglichkeiten, diese Erfolge noch auszuweiten. Bangladesch, Bolivien, Osttimor, Äthiopien, Liberia, Malawi, Nepal und Tansania haben MDG 4 bereits vor 2015 erreicht. Noch 1990 hatten die genannten Länder Sterblichkeitsraten von mehr als 13 Prozent. In Liberia lag die Sterblichkeitsrate bei 25 Prozent.<sup>4</sup> Weitere Länder wie Bolivien, Kambodscha, Kap Verde, Eritrea, Niger, Madagaskar, Mosambik, Ruanda und Uganda haben die Kindersterblichkeit um mehr als 60 Prozent während der MDG Periode reduziert. Insgesamt 28 der 75 *entwicklungsschwachen*<sup>5</sup> Länder – die zusammen 98 Prozent der gesamten Kindersterblichkeitsrate zu verzeichnen haben – sind auf dem Weg das Millenniumsziel zu erreichen und nur ein Land, Simbabwe, hat eine Erhöhung der Sterblichkeitsrate in dieser Periode erlebt.<sup>6</sup>

Diesem Fortschritt liegen einige wichtige Veränderungen in der Ursachenbekämpfung von Kindersterblichkeit zugrunde. Lungenentzündung bleibt die häufigste Todesursache bei Kindern und macht 17 Prozent aller Todesfälle (1,1 Millionen Kinder jedes Jahr) aus. Durchfall ist noch immer eine verbreitete globale Todesursache (9 Prozent aller Todesfälle bei Kindern unter fünf Jahren) – ein Verlust von mehr als 580.000 Kinderleben 2012. Seit 2000 ist die Kindersterblichkeit wegen Durchfalls allerdings insgesamt um mehr als die Hälfte gesunken, auf 600.000 in 2012. Maßgeblich dafür sind der erweiterte Zugang zu Rehydrationsalzen und Zink, und neuerdings der Rotavirus-Impfstoff.<sup>8</sup> Die Reduzierung von Todesfällen hervorgerufen durch Malaria ist auch ähnlich erfolgreich. Obwohl Malaria immer noch 14 Prozent aller Todesfälle bei Kindern in Afrika ausmacht, sind mehr als eine Million Leben durch Interventionen gegen Malaria gerettet worden. Im Fall von Niger zum Beispiel: 2013 schlafen 64 Prozent der Kinder unter Moskitonetzen, 2000 waren es nur ein 1 Prozent. Die Kindersterblichkeit ist in Niger seit 2000 um fast die Hälfte gesunken.<sup>9</sup>

Die größte grundlegende Ursache von Kindersterblichkeit bleibt Mangelernährung. Auf Mangelernährung gehen nicht nur fast die Hälfte aller Kindertodesfälle zurück, sondern auch körperliche und geistige Entwicklungsverzögerungen bei Kindern. Etwa 800.000 Kindertodesfälle werden durch mangelhafte Stillmethoden verursacht. Die Überlebenschancen von Kindern, die während der ersten 6 Monate ausschließlich gestillt werden, sind 14mal größer als die von Kindern, die nicht gestillt werden.<sup>10</sup>

TABELLE I. LÄNDER MIT HOHER KINDERSTERBLICHKEIT, DIE MDG 4 ERZIELT HABEN ODER WESENTLICHE FORTSCHRITTE GEMACHT HABEN.<sup>7</sup>

Land	Prozent Reduzierung in Kindersterblichkeit erzielt	
Bangladesch	72	ERZIELT
Malawi	71	
Nepal	71	
Liberia	70	
Tansania	68	
Timor-Leste	67	
Äthiopien	67	
Bolivien	66	WESENTLICHER FORTSCHRITT IN DER ERFÜLLUNG
Bhutan	66	
Eritrea	65	
Niger	65	
Ruanda	64	
Madagaskar	63	
Mosambik	61	
Uganda	61	
Südsudan	59	
Senegal	58	
Guinea	58	
Gambia	57	
Demokratische Volksrepublik Laos	56	
Indien	55	
Sambia	54	
Jemen	52	
Myanmar	51	
Benin	50	

\*Länder mit einer Sterblichkeitsquote von unter 5-Jährigen von 40 oder mehr Todesfällen pro 1.000 Lebendgeburten in 2012.

Die Tabelle ist adaptiert von UNICEF 2013. Committing to Child Survival: A Promise Renewed 2013 Progress Report. Online. [http://www.unicef.org/publications/files/APR\\_Progress\\_Report\\_2013\\_9\\_Sept\\_2013.pdf](http://www.unicef.org/publications/files/APR_Progress_Report_2013_9_Sept_2013.pdf). September 2013.



Die Länder, in denen die größten Fortschritte gemacht wurden, stehen als Lehrbeispiele zur Verfügung. Erstens gibt es relativ einfache und bezahlbare Lösungen zur Ursachenbekämpfung von Kindersterblichkeit. Dazu gehören Impfungen, orale Rehydratation, mit Insektiziden behandelte Moskitonetze, Aufklärung über Familienplanung, Schwangerschaftsvorsorge und eine ausgewogene Ernährung während der Schwangerschaft und danach sowie Stillberatung und -förderung. Zweitens konnten Länder, die Gesundheitsfürsorge auf kommunaler Ebene bereitgestellt haben und in die Fortbildung und die Ausstattung von Gesundheitsfachkräften investiert haben, diese Lösungen in die Praxis umsetzen. Das Gesundheitsprogramm in Äthiopien, das 2004 gestartet wurde und für 40.000 Gesundheitshelfer gesorgt hat, ist ein wesentlicher Grund für die erfolgreiche Reduzierung von Kindersterblichkeit und die Ausweitung der Gesundheitsfürsorge insgesamt.<sup>11</sup>

Länder, die sich am schnellsten verbessert haben, haben sich mit Investitionen in Gesundheitsbudgets politisch auf Veränderungen und Maßnahmen-Monitoring verpflichtet. Ein Beispiel dafür ist Sambia. Dort will die Regierung in den kommenden vier Jahren 100.000 Kindertodesfälle verhindern. In Bangladesch sollen regelmäßige Impfungen auf das ganze Land ausgedehnt werden.<sup>12</sup>

Der Erfolg aller Länder auf dem Weg zur Beendigung vermeidbarer Kindertodesfälle wird davon abhängen, ob sie in Gesundheitssysteme investieren und die notwendige Versorgung für jedes Kind und seine Familien gewährleisten. Bessere Gesundheitsergebnisse basieren auf mehr als nur gerecht verteilter Gesundheitsversorgung. Aber ohne die starke Basis voll-funktionsfähiger Gesundheitssysteme, wird es unmöglich sein, die Hauptherausforderungen zum Überleben von Neugeborenen, der Verhinderung von Ungleichheit und Mangelernährung zu erreichen.

Mobile Gesundheitsstation in Jahangir Puri, Dehli, Indien.



FOTO: PRASHANTH VISHWANATHAN/SAVE THE CHILDREN



FOTO: JOHN AHERN/BILL & MELINDA GATES FOUNDATION

Ein zu früh geborenes Baby wird auf der Säuglingsstation des Krankenhaus in Addis Abeba versorgt.

# DREI WESENTLICHE HERAUSFORDERUNGEN

## ZUR REDUZIERUNG VON KINDERSTERBLICHKEIT

Die Fortentwicklung der Bekämpfung von Kindersterblichkeit ist absehbar. Sie kann aber nur erfolgreich sein, wenn die drei großen Herausforderungen:

- der wachsende Anteil von Kindertodesfällen bei Neugeborenen,
- die Ausdehnung der Maßnahmen auf Kinder, die bisher nicht erreicht wurden, und
- die Bekämpfung von Mangelernährung entsprechend adressiert werden.

### NEUGEBORENENSTERBLICHKEIT

Um die Kindersterblichkeitsraten zu senken, müssen Maßnahmen getroffen werden, damit Babys während der ersten 28 Lebenstage überleben. Diese Neugeborenenperiode ist die riskanteste im Leben eines Kindes. Die Gesundheitsbedürfnisse sind am Vielfältigsten. Ein Drittel aller Todesfälle unter Neugeborenen passieren am ersten Lebenstag.<sup>13</sup>

Die momentane Reduzierung der Neugeborenensterblichkeit ist wesentlich niedriger als die Reduzierung der Kindersterblichkeit unter 5 Jahren. Aktuell hätte ein Neugeborenes, das südlich der Sahara auf die Welt kommt, erst in 140 Jahren die gleiche Überlebenschance wie ein Neugeborenes, das in Großbritannien geboren wird. Während sich die Kindersterblichkeit seit 1990 um die Hälfte reduziert hat, hat sich die Neugeborenensterblichkeit nur um ein Drittel reduziert. Die meisten einkommenschwachen Länder liegen dabei besonders zurück. Demzufolge ist der Anteil von Todesfällen bei Neugeborenen weltweit seit 1990 gestiegen: von 37 Prozent auf 44 Prozent 2013. Das sind 2,9 Millionen der 6,6 Million Todesfälle weltweit.<sup>14</sup> Nur in Regionen Afrikas ist die Neugeborenensterblichkeit geringer als die Kindersterblichkeit. 60 Prozent der Todesfälle bei Kindern in Bangladesch und Nepal hingegen ereignen sich innerhalb der ersten 28 Tage.

Vergleicht man wenig entwickelte Länder wie Mali oder Sierra Leone, wo Todesfälle unter Neugeborenen dennoch weniger als 30 Prozent der Gesamtzahl ausmachen, und eine besser entwickelte Nation wie Brasilien, mit 66 Prozent aller Kindertodesfälle während des ersten Lebensmonats, sieht man die Relevanz und Möglichkeiten.

Eine nachhaltige Reduzierung der Kindersterblichkeit wird von der deutlichen Reduzierung der Neugeborenensterblichkeit abhängen. Besonders in Ländern Südasiens, wo Kindersterblichkeit besonders hoch ist, aber die Neugeborenensterblichkeit überproportional noch höher ist. Trotz des relativ langsamen Fortschritts in diesem Bereich konnten viele Länder dennoch erhebliche Verbesserungen erzielen; Bangladesch, Kambodscha, Indonesien, Nepal und Vietnam haben ihre Neugeborenensterblichkeitsraten um mehr als 47 Prozent seit 1990 reduzieren können, während China, Ägypten und Peru Reduzierungen von mehr als 60 Prozent erreicht haben.<sup>15</sup> Diese Länder haben in nachhaltige und finanzierbare Gesundheitspflege für Mütter und ihre Babys investiert.



Die Ursachen von Neugeborenensterblichkeit sind bekannt. Die meisten Todesfälle werden durch Infektionen, Komplikationen während der Geburt (Asphyxie, Frühgeburten und niedriges Geburtsgewicht), durch Lungenentzündungen sowie Durchfall verursacht. Etwa zwei Drittel dieser Todesfälle könnten durch relativ kostengünstige Lösungen verhindert werden; dazu gehören sauberes und infektionsfreies Abtrennen der Nabelschnur, verbessertes Stillen, Antibiotika gegen Infektionen und die Anwendung der Kängurumethode – das Wärmen von Neugeborenen durch kontinuierlichen Hautkontakt mit der Mutter. Wenn diese und andere Maßnahmen umgesetzt werden, ist es entscheidend, dass erfahrene Geburtshelfer vor und nach der Geburt anwesend sind, um Mütter und Kinder bestens zu betreuen und zu versorgen. In jedem Jahr bringen 48 Millionen Frauen ihre Babys ohne die Unterstützung eines ausgebildeten Geburtshelfers zur Welt, darunter sind 2 Millionen Frauen, die ganz auf sich gestellt gebären.

Immer mehr Staaten erkennen die Notwendigkeit, in Mütter- und Neugeborenenversorgung zu investieren als Teil, eines umfangreichen Ausbaus des Gesundheitssystems an. Dafür ist Äthiopien ein besonders gutes Beispiel. Dort hat sich die Anzahl von Hebammen vervierfacht, und die Anzahl von Geburten, die in Anwesenheit einer qualifizierten Fachperson stattfanden, wurde von 18 Prozent auf 60 Prozent erhöht. Maßnahmen zur Verbesserung der Ernährung von Müttern und Neugeborenen, die entscheidend für ein gesundes Geburtsgewicht und gute Stillpraktiken sind, finden auch zunehmend Anerkennung als politische Priorität bei Regierungen, besonders in Plänen, die durch die Scaling Up Nutrition (SUN) Bewegung entwickelt wurden.<sup>16</sup>

Global hilft die Entwicklung eines "Every Newborn Action Plan" – der 2014 bei der Weltgesundheitsversammlung veröffentlicht wird – nationale Verpflichtungen zur Reduzierung von Neugeborenensterblichkeit zu erzielen und Regierungen und andere Interessengruppen zu Fortschritten im Rahmen der *Every Woman, Every Child* Strategie zu verpflichten.<sup>17</sup>

## UNGLEICHHEIT

Trotz aller Verbesserungen sind Millionen gerade der ärmsten Kinder diese Fortschritte (MDZ 4) nicht zugute gekommen. Zwischen Kindern in den reichsten und ärmsten Ländern sind die Unterschiede zwar geringer geworden - bleiben aber dennoch signifikant. Es ist 90mal wahrscheinlicher, dass ein Kind in Sierra Leone vor dem 5. Geburtstag stirbt als ein Kind in Luxemburg, wo die Kindersterblichkeitsrate bei nur 0,2 Prozent liegt. Innerhalb von Entwicklungsländern sind Kinder aus den unteren Einkommensgruppen und aus ländlichen Gebieten – beide Gruppen sind fast deckungsgleich – einem weit höheren Sterblichkeitsrisiko ausgesetzt als Kinder aus höheren Einkommensgruppen und aus städtischen Gebieten. In Indien zum Beispiel ist Kindersterblichkeit im ärmsten Quintil fast dreimal höher als im reichsten Quintil. In Nigeria ist es 2,5mal wahrscheinlicher, dass die Kinder aus der Gruppe der ärmsten Familien vor dem 5. Geburtstag sterben werden als die Reichsten.

In den Subsaharastaaten, der Region mit der höchsten Kindersterblichkeitsrate (die Hälfte aller Kindertodesfälle), sind diese Unterschiede zwischen 1998 und 2008 größer geworden. Im schlimmsten Fall ist die Sterblichkeitsrate innerhalb bestimmter Gruppen trotz des allgemeinen Fortschritts gestiegen. In Burkina Faso zum Beispiel ist Kindersterblichkeit unter den ärmsten 20 Prozent der Bevölkerung zwischen 1993 und 2003 gestiegen.<sup>18</sup> Neben diesen wohlstandsbedingten Diskrepanzen verschlimmern sich auch Ungleichheiten zwischen Jungen und Mädchen über Regionen um durchschnittlich einen Prozentpunkt jährlich.<sup>19</sup>

Diese Ungerechtigkeiten zu erkennen ist relevant, weil jedes Kind das gleiche Überlebensrecht hat, und weil durch gleiche Bedingungen für alle die Fortschritte zur Reduzierung von Kindersterblichkeit (MDG4) schneller und nachhaltiger sein könnten. Das Leben von schätzungsweise 4 Millionen Menschen hätte über einen Zeitraum von 10 Jahren gerettet werden können, hätten sich die Fortschritte für alle Einkommensgruppen in 40 weniger entwickelten Ländern gebessert.<sup>20</sup>

Dass Kinder unter 5 Jahren nicht länger durch vermeidbare Krankheiten sterben, liegt in greifbarer Nähe. Ein Meilenstein wird sein, ob die hohen Sterblichkeitsraten in regionalen und sozialen Gruppen zurückgehen. Drei wichtige Bausteine sind für dieses Ziel maßgebend: Die übergreifende Reduzierung von Sterblichkeit, Gerechtigkeit und Nachhaltigkeit. In unserem neuen EVERY ONE Index haben wir die Entwicklung der Verringerung von Kindersterblichkeitsquoten innerhalb der Gruppen, die keinen Zugang zur Gesundheitsversorgung haben (Kinder in armen Haushalten, Mädchen und Kinder,

In Malamu, Liberia schläft das neugeborene Baby Grace, 6 Monate alt, während ihre Mutter ein Moskitonetz sicher um sie herum befestigt. Malamu ist eine von neun benachbarten Gemeinden von Kingsville, in denen eins von neun Kindern vor ihrem fünften Lebensjahr sterben. Verschmutztes Trinkwasser und eine nicht gut ausgestattete Klinik lassen heilbare Krankheiten tödlich enden.





Mütter und Ihre Kinder im Ramada Health Post. Der Ramada Health Post im südlichen Äthiopien bietet Menschen aus abgelegenen Gebieten Gesundheitsfürsorge.

## GERECHTIGKEITSLÜCKEN

- Die **Gerechtigkeitslücke** misst den Unterschied zwischen der Kindersterblichkeitsrate unterschiedlicher Gruppen von Kindern. Die Sterblichkeitsrate misst die Anzahl von Kindern, die pro 1.000 Lebendgeburten sterben.
- Die **Wohlstandsgerechtigkeitslücke** ist die Differenz von Sterblichkeitsraten zwischen den Kindern, der reichsten 10 Prozent der Familien und der Kinder, der ärmsten 40 Prozent.
- Die **Geschlechtergerechtigkeitslücke** ist die Differenz von Sterblichkeitsraten zwischen Jungen und Mädchen.
- Die **geographische Gerechtigkeitslücke** ist die Differenz von Sterblichkeitsraten zwischen Kindern in städtischen und ländlichen Regionen.

die in ländlichen Gebieten leben) und der Gruppen, die typischerweise besseren Zugang haben (Kinder in reicheren Haushalten, Jungen und Kinder in städtischen Gebieten) als Unterscheidungsmerkmal zugrunde gelegt. Für jedes Gruppenpaar haben wir gemessen, ob sich die Gerechtigkeitslücke schließt oder vergrößert. Der Index berücksichtigt auch die politische Nachhaltigkeit, gemessen an dem Grad des politischen Engagements eines Landes und der politischen Stabilität.

In den 34 Ländern, für die Daten vorlagen, haben wir die durchschnittliche jährliche prozentuale Änderung der Gerechtigkeitslücke gemessen (siehe Tabelle 2). Der Index zeigt, dass trotz erfreulicher Fortschritte in der Reduzierung von Kindersterblichkeit, Geschlechts- und geographische Diskrepanzen fortbestehen, mit Geschlechtsdiskrepanzen in den berücksichtigten afrikanischen Ländern, die sich um einen Prozentpunkt vergrößert haben. Die Wohlstandslücke im Zusammenhang mit Sterblichkeitsraten hat sich zwischen den reichsten 10 Prozent der Familien und die ärmsten 40 Prozent der Familien weltweit verringert, allerdings nur sehr langsam, um einen jährlichen Durchschnitt von nur einem Prozentpunkt. Im Durchschnitt verbessern sich einzelne Länder in nur einem Bereich, der im Index gemessen wurde in Bezug auf Gerechtigkeitslücken.

Niger schneidet im Ländervergleich am besten ab. Obwohl die Kindersterblichkeit noch immer sehr hoch ist (114 Tote pro 1.000 Lebendgeburten in 2012), hat das Land die Quote sehr schnell und nachhaltig reduziert (326 Kinder in 1990). Die Regierung von Niger hat eine kostenlose Gesundheitsversorgung für Schwangere und Kinder sowie gute Ernährungsprogramme umgesetzt, sodass die Kindersterblichkeitsrate reduziert werden konnte. Dies in einem Maße, dass MDG 4 schneller erfüllt werden kann.<sup>21</sup>

Manche Länder, wie z.B. Bangladesch und Kambodscha haben die Kindersterblichkeit ebenfalls reduziert, sind aber relativ weit unten in der Rangliste platziert. Wollen Länder übergreifende Erfolge erzielen, müssen sie stärkeren politischen Fokus auf die Schließung der Ungerechtigkeitslücke legen. Wenn diese Länder auf dem schon erzielten Fortschritt aufbauen wollen, müssen sie auch politisch einen viel stärkeren Fokus auf das Schließen von Gerechtigkeitslücken legen.

Bangladesch hat 0,17 für Gerechtigkeit gepunktet, d.h. obwohl das Land bei der Reduzierung der Diskrepanzen in Kindersterblichkeit Fortschritte gemacht hat<sup>22</sup>, gibt es noch immer Ungerechtigkeiten in Sterblichkeitsquoten zwischen Jungen und Mädchen, reichen und armen Kindern und Kindern, die in ländlichen und städtischen Regionen leben.

Bangladesch hat auch bei Nachhaltigkeit schlecht abgeschnitten – eine Tatsache, die unterstreicht wie notwendig es ist, dafür zu sorgen, dass Absichtserklärungen auch tatsächlich politisch umgesetzt werden. Es bedarf ferner der andauernden Anwaltschaft der zivilgesellschaftlichen Gruppen, um die Fortschritte zu sichern und auszubauen.





FOTO: PRASHANTH/ISHWANATHAN/SAVE THE CHILDREN

Die Gesundheitshelferin Durgesh (links), kümmert sich um Mutter Shahistha (26 Jahre alt), und ihre Kind Alishan (40 Tage alt), in Jahangir Puri, New Delhi, Indien.

Im Gegensatz dazu haben Länder wie Senegal in Bereich Gerechtigkeit und Nachhaltigkeit relativ gut abgeschnitten, werden aber wahrscheinlich die Ziele unter MDG 4 nicht erreichen – die wiederum den Weg zur weiteren und beschleunigten Reduzierungen der Kindersterblichkeit nach 2015 ebnet. Die Länder auf den hinteren Plätzen des Index sind häufig von Konflikten und Instabilität betroffen. Sie verfügen über nur schwach ausgeprägte Gesundheitssysteme und benötigen verstärkte inländische Bemühungen, die von Gebern unterstützt werden, um wieder auf Kurs zur Erreichung MDG 4 gebracht zu werden.

Keine Region weist Verbesserungen in allen drei Ungleichheitskategorien auf. So vergrößern sich die Wohlstands- und geographischen Gerechtigkeitslücken in den südamerikanischen Ländern, aus denen valide Daten zur Verfügung stehen, schleppend aber um 2 Prozentpunkte pro Jahr. In den afrikanischen Ländern mit validen Daten sind Wohlstands- und Geschlechtergerechtigkeitslücken größer geworden, die geographische Gerechtigkeitslücke weist keine Veränderung auf.

Wenn eine gerechte und nachhaltige Verbesserung erzielt werden soll, ist die Umsetzung eines umfassenden Ansatzes zur Reduzierung der Kindersterblichkeit notwendig, um die zugrundeliegenden sozialen Bedingungen zu verändern. Ein solcher Ansatz beinhaltet die Verpflichtung, den universellen Zugang zu einem Mindestangebot von nötigen Diensten für alle zu ermöglichen, anstatt ausschließlich benachteiligte Gruppen einzuschließen. Ein starkes politisches Engagement zur Erzielung der MDG 4 muss sich in einer effizienteren Verteilung von öffentlichen Ressourcen für das Überleben von Kindern widerspiegeln; Transparenz und Haftung von Regierungen, können helfen, öffentliche Forderungen zum Handeln gegen Kindersterblichkeit zu erzeugen und sicherzustellen, dass Verpflichtungen erfüllt werden.

## DER KAMPF GEGEN MANGELERNÄHRUNG

Wenn MDG4 und das langfristige Ziel zum Überleben von Kindern bis zu fünf Jahren und darüber hinaus erreicht werden soll, muss das Problem von Mangelernährung bei Kindern im Fokus stehen – insbesondere während der ersten 1.000 Tage.

Eine ausgewogene Ernährung ist der Schlüssel zum Überleben. Laut des Kopenhagener Konsensus – einem Gremium bedeutender Ökonomen – führt jeder Dollar zur Reduzierung chronischer Mangelernährung zu einem ökonomischen Vorteil von mindestens US\$30.<sup>23</sup>

Gut ernährte Kinder sind besser gegen Krankheiten gewappnet, sie lernen effektiver und tragen als vollwertige Mitglieder der Gesellschaft zu deren Entwicklung bei. Mädchen mit ausgewogener Ernährung werden gesunde, kräftige Frauen, gebären gesündere Kinder und leben in besseren wirtschaftlichen Verhältnissen. Schlechte Ernährung während der Schwangerschaft kann zu Entwicklungsdefiziten und Mangelernährung bei Neugeborenen führen. Ein Drittel aller Neugeborenen sind mangelernährt.<sup>24</sup>

Obwohl die Kindersterblichkeitsrate in den letzten Jahren gesunken ist, bleibt die chronische Mangelernährungsquote hoch. Fast die Hälfte der Todesfälle bei Kindern unter 5 Jahre ist auf Mangelernährung zurückzuführen. Kinder, die an chronischer Mangelernährung leiden, haben oft körperliche und kognitive Schäden, die lebenslang wirken.<sup>25</sup>

165 Millionen Kinder sind 2013 von chronischer Mangelernährung betroffen.<sup>26</sup> Obwohl diese Statistik einen Rückgang von 253 Millionen (1990) sichtbar macht, ist die durchschnittliche Reduzierungsrate von nur 2,1 Prozent pro Jahr niedrig. In Mai 2012 verabschiedete die Weltgesundheitsversammlung eine Resolution mit dem Ziel, weltweit chronische Mangelernährung bis 2025 um 40 Prozent zu reduzieren. Um dieses Ziel zu erreichen, muss die jährliche Reduzierungsrate auf 3,9 Prozent pro Jahr erhöht werden.<sup>27</sup> Die Quote von Kindern, die an chronischer Mangelernährung leiden, beläuft sich in einer Reihe von Ländern auf weniger als 1 Prozent, darunter Nigeria.<sup>28</sup> Obwohl Nigeria ein Land mit mittlerem Einkommen ist, hat es die höchste chronische Mangelernährungsquote in Afrika südlich der Sahara und die Dritthöchste der Welt; 41 Prozent aller nigerianischen Kinder unter fünf Jahren leiden an chronischer Mangelernährung, 23 Prozent von ihnen sogar an schwerer Mangelernährung.<sup>29</sup>

Es muss eine Priorität dieser Länder werden, für eine ausgewogene Ernährung während der ersten 1.000 Tage ab Beginn der Schwangerschaft bis zum zweiten Geburtstag eines Kindes zu sorgen und so chronische Mangelernährung bei Säuglingen zu verringern. Wenn sich Regierungen dieser Herausforderung nicht stellen, wird es keinen Fortschritt zur Verbesserung der Überlebenschancen von Kindern geben.



## THE EVERY ONE INDEX

Jedes der 75 Länder ist nach ihrer Gesamtquote für die Reduzierung der Kindersterblichkeit, Gleichheit und Nachhaltigkeit eingestuft. Länder mit fehlenden Daten (in blau markiert) bekommen eine Durchschnittsquote, die in ihre Index-Einstufung einfließt.

Ländername	Reduktion der Kindersterblichkeit unter 5 (1=100%) <sup>30</sup>	Gleichheit (1=100%) <sup>31</sup>	Nachhaltigkeit (1=100%) <sup>32</sup>	Gesamtergebnis (3=100%)	Rangliste
Niger	1.0	0.67	0.88	2.54	1
Liberia	1.0	—	0.88	2.21	-
Ruanda	1.0	0.17	1.00	2.17	2
Indonesien	1.0	0.67	0.50	2.17	3
Madagaskar	1.0	0.67	0.50	2.17	4
Indien	1.0	0.33	0.75	2.08	5
China	1.0	—	0.75	2.08	-
Ägypten, Arabische Rep.	1.0	0.67	0.38	2.04	6
Tansania	1.0	0.67	0.38	2.04	7
Mosambik	1.0	0.50	0.50	2.00	8
Nepal	1.0	0.50	0.50	2.00	9
Sambia	1.0	0.33	0.63	1.96	10
VK Laos	1.0	—	0.63	1.96	-
Äthiopien	1.0	0.17	0.75	1.92	11
Vietnam	0.5	0.67	0.75	1.92	12
Süd Sudan	1.0	—	—	1.85	-
Benin	1.0	0.33	0.50	1.83	13
Malawi	1.0	0.33	0.50	1.83	14
Senegal	1.0	0.33	0.50	1.83	15
Aserbaidschan	1.0	—	0.50	1.83	-
Brasilien	1.0	—	0.50	1.83	-
Nordkorea	1.0	—	0.50	1.83	-
Südafrika	1.0	—	0.50	1.83	-
DR Kongo	0.5	—	1.00	1.83	-
Ghana	0.5	0.67	0.63	1.79	16
Burkina Faso	1.0	0.00	0.75	1.75	17
Bolivien	1.0	0.33	0.38	1.71	18
Eritrea	1.0	—	0.38	1.71	-
Afghanistan	0.5	—	0.88	1.71	-
Angola	0.5	—	0.88	1.71	-
Guinea Bissau	0.5	—	0.88	1.71	-
Irak	0.5	—	0.88	1.71	-
Kambodscha	1.0	0.00	0.63	1.63	19
Mali	1.0	0.00	0.63	1.63	20
Sao Tome and Principe	1.0	—	0.25	1.58	-
Bangladesch	1.0	0.17	0.38	1.54	21
Peru	1.0	0.00	0.50	1.50	22
Uganda	1.0	0.00	0.50	1.50	23
Nigeria	0.5	0.50	0.50	1.50	24
Pakistan	0.5	0.50	0.50	1.50	25
Kirgisien	1.0	—	0.13	1.46	-
Botswana	0.5	—	0.63	1.46	-
Burundi	0.5	—	0.63	1.46	-
Zentralafrikanische Republik	0.5	—	0.63	1.46	-
Tadschikistan	0.5	—	0.63	1.46	-

Der Gleichheits-Durchschnitt liegt bei 0.333. Der Nachhaltigkeits-Durchschnitt liegt bei 0.512.

Ländername	Reduktion der Kindersterblichkeit unter 5 (1=100%) <sup>30</sup>	Gleichheit (1=100%) <sup>31</sup>	Nachhaltigkeit (1=100%) <sup>32</sup>	Gesamtergebnis (3=100%)	Rangliste
Togo	0.5	—	0.63	1.46	-
Usbekistan	0.5	—	0.63	1.46	-
Guinea	1.0	0.00	0.38	1.38	26
Kamerun	0.5	0.33	0.50	1.33	27
Kongo	0.5	—	0.50	1.33	-
Djibouti	0.5	—	0.50	1.33	-
Gambia	0.5	—	0.50	1.33	-
Mauretanien	0.5	—	0.50	1.33	-
Mexico	0.5	—	0.50	1.33	-
Sierra Leone	0.5	—	0.50	1.33	-
Sudan	0.5	—	0.50	1.33	-
Kenia	0.5	0.50	0.25	1.25	28
Zimbabwe	0.5	0.50	0.25	1.25	29
Tshad	0.5	0.33	0.38	1.21	30
Gabun	0.5	—	0.38	1.21	-
Salomonen	0.5	—	0.38	1.21	-
Somalia	0.5	—	0.38	1.21	-
Swasiland	0.5	—	0.38	1.21	-
Yemen,	0.5	—	0.38	1.21	-
Elfenbeinküste	0.5	—	0.38	1.21	-
Komoren	0.5	—	0.25	1.08	-
Guatemala	0.5	—	0.25	1.08	-
Myanmar	0.5	—	0.25	1.08	-
Turkmenistan	0.5	—	0.25	1.08	-
Philippinen	0.5	0.17	0.38	1.04	31
Lesotho	0.5	0.00	0.50	1.00	32
Marokko	0.5	0.00	0.50	1.00	33
Haiti	0.5	0.33	0.13	0.96	34
Äquatorialguinea	0.5	—	0.13	0.96	-
Papua-Neuguinea	0.5	—	0.13	0.96	-

TABELLE 2: REGIONALVERGLEICH KINDERSTERBLICHKEIT (UNGLEICHHEIT)

Region	Durchschnittl. Veränderung der Ungleichheit pro Jahr (Wohlstand)	Durchschnittl. Veränderung der Ungleichheit pro Jahr (Geschlechter)	Durchschnittl. Veränderung der Ungleichheit pro Jahr (Stadt-Land)
Östlicher Mittelmeerraum [3 Länder]	-1	+1	-1
Afrikanische Länder [21 Länder]	-1	+1	0
Mittel- und Südamerika [3 Länder]	+2	0	+2
Länder in Südostasien [4 Länder]	-3	0	-1
Western Pacific Region [3 Länder]	0	-1	+9
Gesamt [34 Länder]	-1	0	0

Anmerkung: Eine Negativ-Veränderung impliziert eine Ungleichheitsvergrößerung. Eine positive Veränderung steht für eine Verbesserung der Gleichheit.



# WAS MUSS GETAN WERDEN?

Bis zum Ende des Jahres 2015 sollten Regierungen vier Schritte zur Beendigung vermeidbarer Todesfälle bei Kindern beschließen und veröffentlichen:

- MEDIZINISCHE VERSORGUNGSPLÄNE FÜR ALLE KINDER, NEUGEBORENE EINGESCHLOSSEN, BEKANNT MACHEN UND UMSETZEN.
- NATIONALE KAMPAGNEN STARTEN, UM MANGELERNÄHRUNG ZU VERMINDERN, DAMIT JEDES KIND DIE ERNÄHRUNG ERHÄLT, DIE ES BRAUCHT, UM ZU ÜBERLEBEN UND GUT UND ERFOLGREICH AUFZUWACHSEN.
- ÖFFENTLICHE MITTEL FÜR DAS GESUNDHEITSWESEN ERHÖHEN.
- SICH IN DER POST 2015 AGENDA VERPFLICHTEN, VERMEIDBARE TODESFÄLLE BEI KINDERN ZU BEENDEN UND DIE GESUNDHEITSVERSORGUNG FÜR ALLE MENSCHEN ZU SICHERN.



# FUSSNOTEN

- 1 Kenny C. 2011. Getting Better: Why Global Development is Succeeding
- 2 IGME, 2013. Levels and Trends in Child Mortality: Report 2013.
- 3 UNICEF 2013, Committing to Child Survival: A Promise Renewed Progress Report 2013.
- 4 Ibid; IGME, op. cit.
- 5 The Countdown to 2015 project, in collaboration with the Lancet, tracks progress in the 75 countries where more than 95% of all maternal and child deaths occur, including the 49 lowest-income countries. Got to <http://www.countdown2015mnch.org/>
- 6 IGME, 2013. Levels and Trends in Child Mortality: Report 2013
- 7 Table is adapted from UNICEF 2013. Committing to Child Survival: A Promise Renewed 2013 Progress Report. Online. [http://www.unicef.org/publications/files/APR\\_Progress\\_Report\\_2013\\_9\\_Sept\\_2013.pdf](http://www.unicef.org/publications/files/APR_Progress_Report_2013_9_Sept_2013.pdf). Accessed September 2013.
- 8 UNICEF 2013, Committing to Child Survival: A Promise Renewed Progress Report 2013
- 9 UNDP, 2013. Assessing Progress in Africa Toward the Millennium Goals: MEZ Report 2013.
- 10 Black, R.E., Victora, C.G., Walker, S.P., Bhutta, Z.A., Christian, P., de Onis, M., Ezzati, M., Grantham-McGregor, S., Katz, J., Martorell, R., Uauy, R. 2013; 'Maternal and Child undernutrition and overweight in low-income and middle-income countries,' *The Lancet*, Volume 362, Issue 9890. Pp. 427-451.
- 11 UNICEF, 2013, Ending Preventable Child Deaths, unpublished briefing.
- 12 UNICEF, 2013. Committing to Child Survival: A Promise Renewed Progress Report 2013.
- 13 Save the Children, 2013. State of the World's Mothers 2013: Surviving the first day.
- 14 UNICEF 2013. Committing to Child Survival: A Promise Renewed Progress Report 2013.
- 15 Save the Children 2013. State of the World's Mothers 2013: Surviving the first day. 2013, op. cit.
- 16 The Secretary-General's High-Level Task Force on the Global Food Security Crisis. 'Scaling Up Nutrition fact sheet' [http://www.un.org/en/issues/food/taskforce/pdf/UN\\_SUN\\_FactSheet.pdf](http://www.un.org/en/issues/food/taskforce/pdf/UN_SUN_FactSheet.pdf). (Accessed: August 2013)
- 17 Every Newborn Action Plan. Online: <http://www.globalnewbornaction.org> (Accessed: August 2013)
- 18 UNICEF analysis based on Pedersen et al., 2013: 'Levels and trends in inequality and child mortality, (working paper) unpublished.'; Save the Children, 2010. A fair chance at life.
- 19 Save the Children, 2013. EVERY ONE index-internal research paper (unpublished).
- 20 Save the Children 2010, A Fair Chance at Life: Why equity matters for child mortality
- 21 *The Lancet*, Volume 381, Issue 9892, Pages 587-588, 17 August 2013.
- 22 Bangladesh Maternal Mortality Survey, 2010; Bangladesh Demographic and Health Survey 2011.
- 23 Copenhagen Consensus Centre, 2012. Expert Panel Findings: Outcome document. Ee. Online: <http://www.copenhagenconsensus.com/projects/copenhagen-consensus-2012/outcome> (Accessed: August 2013)
- 24 Bhutta ZA, Das JK, Rizvi A, Gaffey MF, Walker N, Horton S, Webb P, Lartey A, Black RE. 2013. Evidence-based interventions for improvement of maternal and child nutrition: what can be done and at what cost? *The Lancet*. 382(9890): 452-477.
- 25 UNICEF. 2013. Improving Child Nutrition: The Achievable Imperative for Global Progress.
- 26 Ibid.
- 27 Scaling Up Nutrition SUN Movement Progress Report 2011-2012 Online. [http://scalingupnutrition.org/wp-content/uploads/2012/10/SUN-MP-REPORT\\_EN.pdf](http://scalingupnutrition.org/wp-content/uploads/2012/10/SUN-MP-REPORT_EN.pdf) Accessed October 2013
- 28 Ibid.
- 29 Save the Children, June 2012 Social Protection and Child Malnutrition Nigeria Online. <http://www.savethechildren.org.uk/sites/default/files/docs/social-protection-Nigeria-briefing-BT.pdf> (Accessed: October 2013)
- 30 DataBank. Online: <http://databank.worldbank.org/data/home.aspx>. (Accessed September 2013).
- 31 The U5 mortality rate ratios for each dimension were constructed by Save the Children, based on data from DHS surveys conducted in the 34 countries profiled between 1990 and 2011. Online. <http://www.measuredhs.com/What-We-Do/Survey-Search.cfm>. (Accessed: September 2013).
- 32 The World Bank DataBank. Online. <http://databank.worldbank.org/data/home.aspx>. (Accessed: September 2013).



SAVE THE CHILDREN DEUTSCHLAND E.V.

CHARLOTTENSTR. 16

10117 BERLIN

**SPENDENKONTO:**

KONTO-NR.: 929

BANK FÜR SOZIALWIRTSCHAFT

BANKLEITZAHL 100 205 00

[WWW.SAVETHECHILDREN.DE/SPENDEN](http://WWW.SAVETHECHILDREN.DE/SPENDEN)

[WWW.SAVETHECHILDREN.DE](http://WWW.SAVETHECHILDREN.DE)



**Save the Children**