

Geld für Gehälter

Finanzierung von Fachkräften, um Gesundheit und Bildung für alle zu erreichen

Millionen Menschen sterben, sind krank oder können nicht zur Schule gehen, weil es in armen Ländern nicht genügend Lehrer/innen, Krankenpflegekräfte sowie Ärzte und Ärztinnen gibt. Die Regierungen verschiedener armer Länder haben die Ausgaben für Gesundheitsfürsorge und Bildung seit dem Jahr 2000 verdoppelt, können es sich aber immer noch nicht leisten, die benötigten Fachkräfte zu bezahlen. Entwicklungshilfe muss dieses Loch stopfen. Gegenwärtig aber lässt die internationale Gebergemeinschaft arme Menschen im Stich –

von jedem Dollar Entwicklungshilfe fließen lediglich 8 Cent in öffentliche Programme zur Ausbildung und in Gehälter von Lehrer/innen und Gesundheitsfachkräften. Zwei Millionen Lehrer/innen und 4,25 Millionen Gesundheitsfachkräfte müssen eingestellt werden, damit das Millennium-Entwicklungsziel „Gesundheit und Bildung für alle“ Wirklichkeit wird. Geberländer und multilaterale Geberinstitutionen müssen langfristige Verpflichtungen eingehen und nationale Programme unterstützen.

Zusammenfassung

Dies ist das erste von drei Oxfam-Positionspapieren, die die Finanzierung von Grunddienstleistungen in Entwicklungsländern untersuchen. Es behandelt die externe Unterstützung von armen Ländern in Form von Entwicklungshilfe und Schuldenerlass. Die folgenden Positionspapiere werden sich mit der Verwendung der in den Ländern selbst erzielten Einnahmen beschäftigen, eines mit den Steuereinnahmen in Entwicklungsländern, das andere mit Einnahmen aus der Rohstoffgewinnung.

Ohne Gesundheitsfürsorge und Bildung wird armen Menschen die Fähigkeit genommen, sich aus Armut zu befreien. Dabei sind Gesundheitsfürsorge und Bildung Grundrechte, die allen Bürger/innen zustehen. Aber nach Jahrzehnten ungenügender Finanzausstattung und schlecht konzipierter Reformen bleiben diese Rechte auch zu Beginn des 21. Jahrhunderts ein ferner Traum für Millionen Menschen. 80 Millionen Kinder gehen heute nicht zur Schule, und am heutigen Tag werden 1.400 Frauen während der Schwangerschaft oder der Entbindung sterben, vor allem da sie keinen Zugang zu professioneller medizinischer Versorgung haben. Es sind besonders Frauen und Mädchen, arme Menschen in ländlichen Gebieten, Menschen mit Behinderungen und indigene Gemeinschaften, denen der Zugang zu Grunddienstleistungen versagt ist. Ebenso fehlt ihnen die Möglichkeit, in diesen Dienstleistungssektoren zu arbeiten. Zudem tragen Frauen und Mädchen die Hauptlast der Fürsorge für kranke Verwandte, wenn die Gesundheitsfürsorge versagt.

Gesundheits- und Bildungssysteme werden von Menschen getragen, sie können nicht allein mit Technik betrieben werden. Auch wenn es kein Klassenzimmer gibt, kann eine Lehrkraft Kinder unterrichten. Aber wenn es keine/n Lehrer/in gibt, können selbst unzählige Klassenzimmer nicht gewährleisten, dass Kinder eine Schulbildung erhalten. Zwei Millionen ausgebildete Grundschullehrer/innen werden dieses Jahr weltweit gebraucht – und weitere zwei Millionen jedes Jahr bis 2015. Es werden mehr als 4 Millionen Gesundheitsfachkräfte und weitere Hilfspersonen benötigt, davon ein Viertel in Afrika. Wenn es keine Änderungen gibt, werden diese Lücken nicht gefüllt. Dann bleibt der Gesundheits- und Bildungssektor der betroffenen Länder personell weiterhin massiv unterbesetzt und die Menschen arbeiten für einen Armutslohn und unter entsetzlichen

Bedingungen. Eine Lehrerin an einer öffentlichen Schule in Kamerun fasste die Situation in einem Gespräch mit Oxfam im April 2006 mit den Worten zusammen: "Lehrerin zu werden bedeutet, einen Vertrag mit der Armut zu schließen."

Sowohl in Industrie- als auch in einigen Entwicklungsländern ist es in der Vergangenheit ausschließlich durch öffentliche Investitionen gelungen, die Einstellung von Lehrer/innen und Gesundheitsfachkräften in großer Zahl zu gewährleisten. Sogar Länder mit niedrigem Einkommen haben es geschafft, substanzielle Verbesserungen in der Ausbildung und Einstellung von Fachkräften zu erzielen, mit entsprechenden Verbesserungen der Gesundheits- und Bildungsergebnisse. Die Verantwortung, die Grundrechte auf Gesundheitsfürsorge und Bildung zu verwirklichen, liegt voll und ganz bei den Regierungen der Entwicklungsländer selbst. Aber sie sind auf externe Unterstützung angewiesen.

Manche Entwicklungsländer erhalten Hilfen in Form von Schuldenerlass sowie direkter finanzieller Unterstützung des nationalen Budgets oder des Etats für den Gesundheits- und Bildungssektor. Hoch verschuldete arme Länder, die im Rahmen der HIPC (Highly Indebted Poor Countries)-Initiative Schuldenerlass erhalten, haben zwischen 1999 und 2005 ihre Ausgaben für Programme zur Armutsreduktion mehr als verdoppelt. Aber zu wenig Geld fließt in die übergreifenden nationalen Gesundheits- und Bildungsprogramme: Nur 8% der Entwicklungshilfe unterstützt Regierungen darin, die Gehälter für die erforderlichen Fachkräfte zu bezahlen. Und die Entwicklungshilfe ist zu kurzfristig angelegt, als dass Regierungen vernünftig und planvoll in die Ausbildung ihrer Fachkräfte investieren könnten – es fehlt die Sicherheit, dass Geld zur Verfügung stehen wird, um die Gehälter nach Abschluss der Ausbildung zu bezahlen.

Geberländer sollten den Anteil der Budgethilfe (siehe S.38) auf 25% der bilateralen Entwicklungshilfe erhöhen. Sie sollten die direkte finanzielle Unterstützung für die Bereiche Gesundheitsfürsorge und Bildung in denjenigen Ländern erhöhen, in denen Budgethilfe nicht angemessen ist. Zudem sollten sie Verpflichtungen für Zeiträume von mindestens sechs Jahren eingehen und Schritte zur Minimierung der mit der Budgethilfe verbundenen Risiken unternehmen. Voller Schuldenerlass ist noch immer erforderlich für 20 Länder, deren Schulden so hoch sind, dass sie die Millennium-Entwicklungsziele (Millennium Development Goals, MDGs) keinesfalls werden erreichen können.

Regierungen armer Länder haben im vergangenen Jahrzehnt enorme Fortschritte bei den Investitionen in Gesundheitsfürsorge und Bildung sowie bei der Anstellung Tausender zusätzlicher Fachkräfte gemacht. Aber sie haben gegenüber ihren Bürger/innen auch Versprechungen gemacht, die nicht eingehalten worden sind. Das Ziel muss sein, mindestens einen Anteil von 20% des nationalen Haushalts für Bildung und 15% für Gesundheit auszugeben. Wichtiger denn je ist es, die Beteiligung von Bürger/innen und ihrer Vertretungen an der Kontrolle der öffentlichen Grunddienstleistungen sowie an lokalen und nationalen Planungsprozessen und Budgetverhandlungen sicherzustellen.

Die Schwierigkeit, den Fortschritt von Geberländern und -institutionen einerseits und von Regierungen andererseits zu bewerten, wird durch das

Fehlen klarer Informationen verschärft. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat deutliche Fortschritte in der Analyse der wahrscheinlichen Kosten für die Einstellung und langfristige Bindung von Fachkräften im Gesundheitswesen erzielt. Die UNESCO sollte nun eine ähnliche Analyse für Lehrkräfte anfertigen, um Zweifel am tatsächlichen Bedarf an Lehrer/innen zu zerstreuen.

Diese Entscheidungen verlangen Mut und Engagement und dürfen nicht vertagt werden. Millionen Menschen sterben aufgrund von bitterer Armut, oder ihnen werden ihre Entwicklungschancen genommen. Die Staats- und Regierungschefs der reichen Länder haben einen radikalen Richtungswechsel hinsichtlich der Verwendung von Entwicklungshilfe versprochen. Bislang aber halten sie dieses Versprechen nicht.

1. Im Gesundheits- und Bildungssektor fehlen Millionen Fachkräfte

Gesundheits- und Bildungssysteme werden von Menschen getragen. In armen Ländern auf der ganzen Welt fehlen derzeit zwei Millionen Lehrer/innen und mehr als vier Millionen Gesundheitsfachkräfte, um in den Bereichen Gesundheit und Bildung eine Grundversorgung zu gewährleisten. Die Pläne, um die fehlenden Kräfte auszubilden und einzustellen, sind unzureichend. Der Personalmangel trifft arme Menschen überproportional, besonders diejenigen in ländlichen Gebieten in Ländern mit niedrigem und mittlerem Einkommen. Nach Jahrzehnten unzureichender Investitionen wird diesen Menschen ihr Recht auf Gesundheitsfürsorge und Bildung weiterhin vorenthalten. Frauen und Mädchen haben die größten Schwierigkeiten, Zugang zu Grunddienstleistungen zu erhalten und einen Arbeitsplatz im Gesundheits- und Bildungssektor zu bekommen.

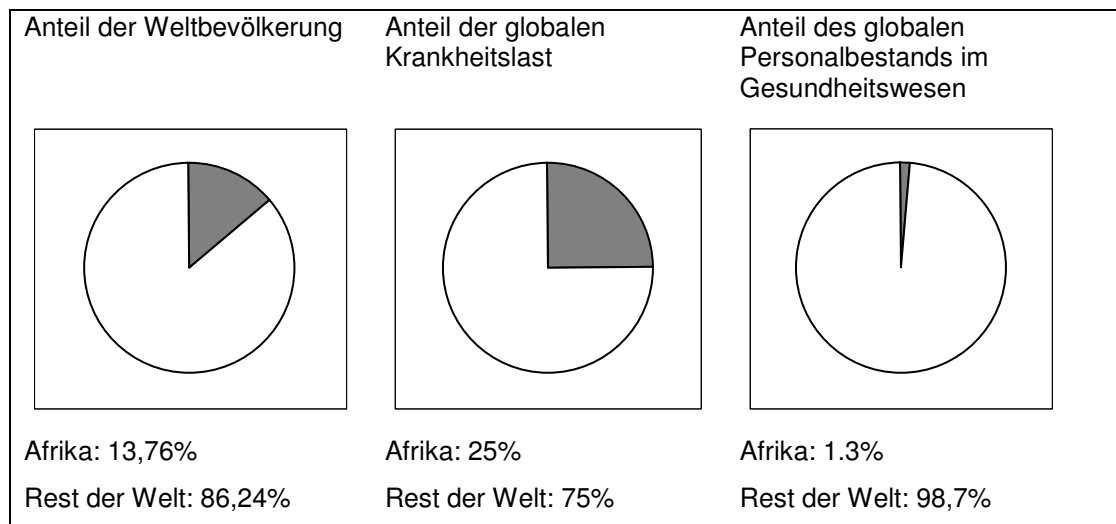
Jeden Tag sterben 1.400 Frauen während der Schwangerschaft oder der Entbindung. Manche Länder haben jedoch die Sterblichkeitsraten von Müttern und Säuglingen drastisch reduzieren können, indem sie allgemeine Betreuung durch Gesundheitsfachkräfte garantieren. 96% der Mütter in Sri Lanka haben nun Zugang zu Geburtshelfer/innen. Die Wahrscheinlichkeit, dass sie Komplikationen während der Entbindung überleben, hat sich seit 1990 mehr als verdoppelt.¹

Laut Weltgesundheitsbericht 2006 der Weltgesundheitsorganisation (WHO) fehlen insgesamt 4,25 Millionen Ärzte und Ärztinnen, Krankenpflegekräfte und Helfer/innen in insgesamt 57 Ländern, um eine allgemeine Grundversorgung in den Bereichen Gesundheit und Bildung weltweit zu gewährleisten. Mit heute nur 600.000 Fachkräften ist Afrika südlich der Sahara die am schlimmsten vom Personalmangel im Gesundheitswesen betroffene Region (siehe Abb.1). Hier fehlen eine Million weiterer Fachkräfte. In Tansania schließen gegenwärtig jährlich rund 640 Ärzte und Ärztinnen, Krankenpflegekräfte und Geburtshelfer/innen ihre Ausbildung ab. Um in zehn Jahren die von der WHO empfohlene Personal-ausstattung zu erreichen, müsste diese Zahl bei 3.500 pro Jahr liegen - und dies nur unter der Annahme, dass es keine Personalabgänge aus dem Gesundheitssystem durch Pensionierung, Todesfälle oder

¹ Oxfam (2006) „Im Interesse der Allgemeinheit: Gesundheitsfürsorge, Bildung, Wasserversorgung und Hygienemaßnahmen für Alle“, Oxford: Oxfam International.

Migration gibt. Tendenziell ist der tatsächliche Bedarf also noch höher.

Abb. 1: Das globale Ungleichgewicht – Afrikas Anteil am Fachkräftemangel im Bereich Gesundheit



Quelle: Commission for Africa (2005) „Our Common Interest“, S. 193

Das größte Hemmnis bei der Ausbildung und Einstellung von Fachkräften im Gesundheitswesen ist das Fehlen finanzieller Ressourcen für ein starkes öffentliches Gesundheitswesen. Die Kommission für Makroökonomie und Gesundheit der WHO empfahl im Jahr 2001 Pro-Kopf-Ausgaben von 34 US-Dollar, um grundlegende Gesundheitsfürsorge für alle zu gewährleisten. Derzeit liegen die Ausgaben zwischen 13 und 21 US-Dollar pro Kopf. In diesen 34 US-Dollar wären die Kosten für Ausbildung und Einstellung von Gesundheitsfachkräften für grundlegende Dienstleistungen vor allem im prä- und perinatalen Bereich sowie hinsichtlich der wichtigsten übertragbaren Krankheiten enthalten. Diese Leistungen umfassen nur ein Minimum grundlegender Gesundheitsfürsorge. Oxfam und andere Organisationen befürworten umfangreichere Leistungen, die den Rechten von Bürger/innen auf Gesundheit und Wohlbefinden stärker Rechnung tragen. Sie ermitteln einen höheren Finanzbedarf (s. unten).

Bildungsdienstleistungen sind in ähnlicher Weise vom Personal-mangel betroffen. Jeden Tag gehen 80 Millionen Kinder im Grund-

schulalter nicht zur Schule.² Zumeist sind es Mädchen. Das Millennium-Entwicklungsziel, bis zum Jahr 2005 das Geschlechterungleichgewicht an Grundschulen zu korrigieren, wurde verfehlt, obwohl in den letzten Jahren der Fortschritt zum Erreichen des Ziels „Grundschulbildung für alle“ deutlich beschleunigt wurde. Dabei ist die Beseitigung des Ungleichgewichts der Geschlechter im Bereich Bildung von zentraler Bedeutung: Bereits ein einziges Jahr Schulbildung erhöht das Einkommen einer Frau um 10 bis 20%; ein Kind, dessen Mutter lesen kann, hat eine um 50% höhere Wahrscheinlichkeit, die ersten fünf Lebensjahre zu überleben; und sieben Millionen Fälle von HIV/AIDS könnten im nächsten Jahrzehnt verhindert werden, wenn jedes Kind zur Schule gehen könnte.³ Grundschulbildung ist kein Geschenk, das nur wenigen Ausgewählten zuteil werden sollte. Es ist ein Grundrecht, das von Regierungen auf der ganzen Welt – zumindest in der Theorie – garantiert wird. Viele Regierungen schaffen es jedoch nicht, dieses Recht durchzusetzen. Millionen armer Menschen, die jetzt nicht die Schule besuchen und nicht Lesen und Schreiben lernen können, haben schlechte Entwicklungsperspektiven – ihnen droht Armut. Fehlende Bildung wird letztendlich dem Wirtschaftswachstum, der Entwicklung von guter Regierungsführung und schließlich auch der Stabilität der internationalen Beziehungen schaden.

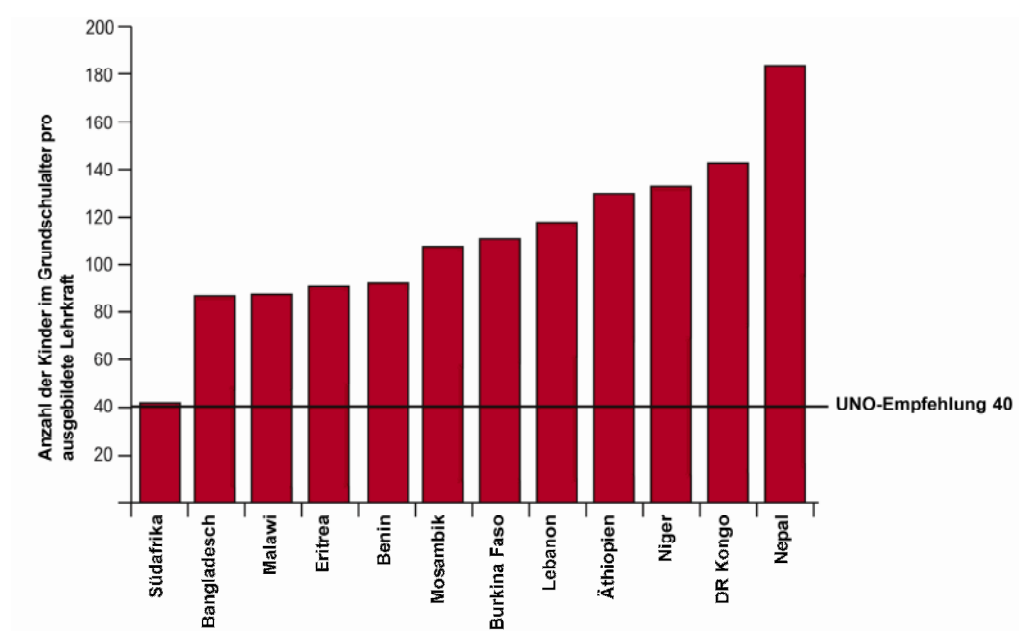
Oxfam kalkuliert, dass derzeit weltweit 1,9 Millionen Grundschullehrer/innen fehlen. Diese Anzahl ist erforderlich, um zu gewährleisten, dass jedes Kind im Grundschulalter von einer qualifizierten Lehrkraft unterrichtet werden kann - und zwar in einer Klasse von maximal 40 Kindern, der von Institutionen wie der Weltbank und der UNESCO empfohlenen Obergrenze. Abb. 2 zeigt, dass in einigen Teilen Afrikas südlich der Sahara und Südasiens nur ein Drittel bis ein Viertel der erforderlichen adäquat ausgebildeten Lehrkräfte zur Verfügung steht. In den Ländern Afrikas südlich der Sahara wird der Bestand von 2,4 Millionen Lehrer/innen in den nächsten zehn Jahren um 68% erhöht werden müssen, um das UNESCO-Ziel zu erreichen. Ein weiteres zentrales Problem besteht darin, dass viele der derzeit dort arbeitenden Lehrer/innen schlecht ausgebildet sind. Beispielsweise erreichen 43% der Lehrer/innen im Kongo die minimalen

² Kailash Satyarthi, President, Global Campaign for Education. High-Level Group on Education for All, Cairo, 22. November 2006.

³ Global Campaign for Education (2007), <http://campaignforeducation.org/news/news.html>, Zugriff: 17. Januar 2007.

Qualitätsstandards für Lehrkräfte nicht.⁴ Die UNESCO schätzt, dass bis 2015 weitere 18 Millionen ausgebildete Grundschullehrer/innen eingestellt werden müssen, da der Abgang von Fachkräften und das Bevölkerungswachstum zu berücksichtigen sind. Für Millionen Kinder bedeutet der Lehrkräftemangel eine Schulbildung niedriger Qualität in überfüllten Klassenräumen – oder gar keine Schulbildung.

Abb. 2: Anzahl der Kinder im Grundschulalter pro ausgebildete Lehrkraft



Quelle: Oxfam (2006): „In the Public Interest: Health, Education, and Water and Sanitation for All“, Oxford: Oxfam International. (Die deutsche Zusammenfassung des Berichts „Im Interesse der Allgemeinheit: Gesundheitsfürsorge, Bildung, Wasserversorgung und Hygienemaßnahmen für Alle“ ist bei Oxfam erhältlich.)

Der Mangel an Lehrkräften aufgrund zu geringer Investitionen in die Bildungs- und Gesundheitssysteme wird durch mehrere Faktoren verschlimmert:

- *Migration*: Fachkräfte arbeiten lieber in Städten, wodurch in ländlichen Gebieten der Notstand noch größer wird. Von den Städten aus emigrieren Fachkräfte mit global einsetzbaren

⁴ UNESCO UIS (2006) “Teachers and educational quality: monitoring global needs for 2015“, Montreal: UNESCO UIS.

Fähigkeiten in großer Zahl ins Ausland. Die direkten Kosten, die in Afrika aufgrund der Migration von Gesundheitsfachkräften entstehen, belaufen sich auf 500 Millionen US-Dollar jährlich. Darin sind die Kosten für die Ausbildung dieser Fachkräfte eingerechnet.⁵ Die darüber hinaus entstehenden indirekten Kosten, z.B. die höhere Krankheitslast, sind noch weitaus höher.

- *Fragmentierte Systeme:* Aktuelle Forschungsergebnisse aus Äthiopien haben gezeigt, dass spezialisierte Mediziner/innen bei einer amerikanischen Hilfsorganisation dreimal soviel verdienen können wie im nationalen Gesundheitswesen.⁶ Insbesondere im Gesundheitssektor verlieren die öffentlichen Systeme Personal an private Dienstleister und an von Geberländern finanzierte Programme, die für spezifische Krankheiten bestimmt sind. Obwohl diese Fachkräfte immer noch im Gesundheitswesen arbeiten, sind sie nicht in ein allgemein zugängliches System integriert, das alle Bürger/innen eines Landes versorgt. Die Anreize, das staatliche Gesundheitssystem zu verlassen, sind hauptsächlich finanzieller Natur.
- *Das Ungleichgewicht der Geschlechter:* Frauen stehen besonderen Hindernissen gegenüber, wenn sie Lehrerin oder Gesundheitsfachkraft werden wollen. Da sie bereits im Schulalter diskriminiert werden, haben sie weniger Möglichkeiten, die notwendigen Qualifikationen zu erwerben, um Stellen im öffentlichen Dienst zu bekommen. Wenn sie auf untergeordneten Positionen in Krankenhäusern arbeiten, sind sie auf ungenügend ausgestatteten und überfüllten Stationen einem erhöhten HIV-Ansteckungsrisiko ausgesetzt. Gewalt gegen Frauen ist ein besonderes Problem für weibliche Angestellte in ländlichen Gegenden, wo sicherer Wohnraum und sichere Transportmöglichkeiten fehlen.
- *HIV/AIDS:* Die jüngsten Fortschritte bei der Bereitstellung von antiretroviralen Therapien in armen Ländern gibt Hoffnung, die Zahl der Todesfälle aufgrund von HIV/AIDS unter Gesundheits-

⁵ The Commission for Africa (2005) „Our Common Interest“, London: The Commission for Africa.

⁶ G. Davey, D. Fekade und E. Parry (2006) „Must aid hinder attempts to reach the Millennium Development Goals?“, *The Lancet* 367: 629–31. Ergebnis der Studie war, dass ein/e ausgewiesene/r medizinische/r Spezialist/in im staatlichen Gesundheitsdienst ein monatliches Basisgehalt von 354 bis 513 US-Dollar verdienen kann, verglichen mit 950 bis 1.200 US-Dollar bei US-amerikanischen Entwicklungshilfeorganisationen.

fachkräften senken zu können. Jedes Jahr sind 170.000 Gesundheitsfachkräfte aufgrund der unsicheren Entsorgung von Nadeln und anderer biomedizinischer Abfälle der HIV-Infektion ausgesetzt.⁷ Botsuana hat zwischen 1999 und 2005 17% seiner Angestellten im Gesundheitswesen aufgrund von HIV/AIDS verloren. Obwohl die Mortalitätsrate aufgrund von HIV/AIDS noch immer hoch ist, scheint die Anzahl der Todesfälle zu sinken. Die Mortalitätsrate von Grundschullehrer/innen in Botsuana und Sambia, wo von der Regierung angestellte Lehrer/innen kostenlos antiretrovirale Therapien erhalten, erreichte um 2001/2002 ihren Höhepunkt und ist seitdem signifikant gesunken.⁸ Aber HIV/AIDS und Tuberkulose haben weiterhin gravierende Auswirkungen auf Gesundheitsfürsorge und Bildung. Mädchen werden aus dem Unterricht herausgenommen, um kranke Verwandte zu versorgen und Verantwortung im Haushalt zu übernehmen. Das Gesundheitswesen ist mit der Versorgung der enormen Zahl an Patient/innen bis an die Grenze der Belastbarkeit beansprucht. Wenn grundlegende Arbeitsmittel wie Handschuhe und sichere Gefäße zur Entsorgung von Spritzen nicht zur Verfügung stehen, wird das Personal durch das Risiko der Infektion zusätzlich demotiviert.

- *Bildung*: Neben dem Grundschulwesen müssen die Möglichkeiten weitergehender Bildung verbessert werden. Ohne ein Bildungssystem hoher Qualität auf Sekundarstufen- und Hochschulniveau wird es nicht genügend qualifizierte Personen geben, die eine Berufslaufbahn im Gesundheits- oder Bildungswesen überhaupt in Betracht ziehen. In der Sekundarstufe und an den Hochschulen ist der Anteil der Mädchen im Vergleich zu Jungen noch niedriger als in der Grundschule. Dies bedeutet, dass weniger Frauen die Möglichkeit haben, eine Berufslaufbahn im Gesundheits- und Bildungssektor einzuschlagen. Erfahrungsgemäß wird der Zugang von Frauen zu diesen sozialen Grunddiensten dadurch negativ beeinflusst.

⁷ WHO (2006) „World Health Report“, S. 107.

⁸ P. S. Bennell (2006) „Anti-Retroviral drugs are driving down teacher mortality in sub Saharan Africa“, Brighton: Knowledge & Skills for Development. Mortalitätsraten bei Grundschullehrer/innen in Botsuana: 1999: 0,71 %; 2002: 0,88 %; 2005: 0,18 %; Mortalitätsraten bei Grundschullehrer/innen in Sambia; 2000: 2,0 %; 2002: 1,6 %; 2005: 1,4 %

Kasten 1: Der Einfluss des Internationalen Währungsfonds auf das Personalwesen in den Bereichen Gesundheitsfürsorge und Bildung

Das Schwergewicht der Arbeit des IWF in Ländern, die stark von der Entwicklungshilfe abhängig sind, sollte auf der Vereinbarkeit von makroökonomischer Stabilität mit breiteren ökonomischen und sozialen Zielsetzungen liegen. Zu diesen Zielen zählt auch der Fortschritt hinsichtlich des Erreichens der Millennium-Entwicklungsziele. Es gilt daher u.a., Regierungen über angemessene Wege für den Umgang mit einem fiskalischen Defizit und hinsichtlich seiner Finanzierung zu beraten. Der IWF hat noch nicht genügend dafür getan, alternative Politikoptionen für derartige fiskalische Problemlagen aufzuzeigen. Dabei verfügt der IWF über beträchtliche Expertise und das entsprechende Mandat auf diesem Gebiet.

Die Festsetzung von Obergrenzen für Lohnkosten fällt jedoch nicht in diesen Kompetenzbereich. Lohnkostenobergrenzen schränken die politische Entscheidungsfähigkeit über den Einsatz staatlicher Gelder ein und bedingen unbeabsichtigte Konsequenzen für die Bereiche Gesundheitsfürsorge und Bildung, in denen Gehälter einen großen Anteil der Ausgaben ausmachen. Auch wenn der IWF sich um den Schutz solcher Sektoren bemüht, wenn er derartige Lohnkostenobergrenzen herleitet – und Aussagen in den Programmen des IWF deuten an, dass er dies tut –, gibt es normalerweise keine praktikable Möglichkeit, einen solchen Schutz durchzusetzen. Zudem legen vom Center for Global Development (CGD) angefertigte Fallstudien für Mosambik und Sambia, die in Kürze erscheinen werden, nahe, dass derartige Lohnkostenobergrenzen nicht gut zu Budgetmechanismen passen, die bestimmten öffentlichen Ausgaben zur Armutsreduktion in den Bereichen Gesundheitsfürsorge und Bildung Priorität einräumen sollen. Es ist unmöglich, die Vereinbarkeit von Lohnkostenobergrenzen und diesen Prioritätsbereichen zu garantieren, ohne eine umfassende mittelfristige Analyse bezüglich der Entwicklung von Personalkosten für Gesundheitsfürsorge und Bildung durchzuführen. Dies geht über die Expertise des IWF hinaus, und er hat eine darauf abzielende Analyse auch nicht in Angriff genommen. Daher kann der IWF nicht beurteilen, welcher Anteil des Staatsetats für Gehälter mittelfristig angemessen wäre.

Selbstverständlich werden nicht alle staatlichen Gelder sinnvoll genutzt, und Länder müssen bei der Prioritätensetzung schwierige Entscheidungen fällen. Aber diese Entscheidungen müssen im politischen Prozess eines jeden Landes getroffen werden. Der IWF argumentiert, dass Lohnkostenobergrenzen dort angewandt werden, wo die Lohnkosten eine Quelle starken makroökonomischen Drucks sind. Aber dies kann schwerlich damit in Einklang gebracht werden, dass die meisten afrikanischen Länder großenteils erfolgreich makroökonomische Stabilität wiederhergestellt haben. Dennoch enthält etwa die Hälfte der IWF-Programme in Afrika eine bestimmte Form von Lohnkostenobergrenzen, und nur in einem Land (Mosambik) ist eine solche Obergrenze nach ihrer Einführung wieder aufgehoben worden. Obwohl die Einführung einer Lohnkostenobergrenze im Jahr 2003 als kurzfristige Maßnahme gegen den Zusammenbruch grundlegender Budgetkontrollen von Gehaltsabrechnungen gerechtfertigt war, betont die in Kürze erscheinende Fallstudie des CGD, dass die Obergrenze heute nicht mehr sinnvoll ist.

David Goldsbrough, Center for Global Development, Washington/DC, Korrespondenz mit dem Autor, Januar 2007.

2. Erfolgreiche Programme zur Personalanwerbung

Die Erfahrung in mehreren Ländern zeigt, dass Programme für eine substantielle Erhöhung des Personalbestandes kurzfristig umsetzbar sind. Dieser Abschnitt beleuchtet je drei Beispiele erfolgreicher Personalsteigerung im Gesundheitswesen und im Bildungswesen. Anschließend werden einige Gemeinsamkeiten in den verfolgten Ansätzen aufgezeigt.

Beispiele für erfolgreiche Personalsteigerung im Gesundheitswesen

Pakistan: Der positive Einfluss der „Lady Health Workers“

1994 hat Pakistan ein Programm eingeführt, um Dienstleistungen in der Familienplanung und in der medizinischen Grundversorgung auszuweiten. Mittlerweile gibt es rund 80.000 „Lady Health Workers“, die die medizinische Grundversorgung und Datenverwaltung für fast 70% der Bevölkerung leisten.⁹ Dadurch werden Dienstleistungen der öffentlichen Gesundheitsfürsorge und einige Gesundheitsdienstleistungen für Mütter und für viele Menschen in ländlichen Gegenden angeboten, die sonst keine Versorgung erhalten würden. Dass zunehmend weibliches Personal im Gesundheitssektor arbeitet, ermutigt mehr Frauen, dessen Dienste in Anspruch zu nehmen. Der positive Einfluss dieser Entwicklung auf die Müttersterblichkeit zeigt sich bereits. Der Ansatz ist kostenwirksam und hat den Informationsfluss an die Planungsstellen verbessert, sodass diese die Situation und Bedürfnisse vor Ort besser einschätzen können.

Thailand: Personalanwerbung für die ländliche Bevölkerung

Die thailändische Regierung hat 1979 einen Entwicklungsplan für Gesundheit im ländlichen Raum umzusetzen begonnen. Der Plan hatte zum Ziel, die geographisch ungleiche Verteilung von

⁹ WHO (2006) „World Health Report“, S. 59.

Gesundheitsfachkräften in Thailand zu bekämpfen.¹⁰ Bis 1985 erhöhte sich die Anzahl von Ärzten und Ärztinnen im ländlichen Raum von 300 auf 1.162.

1979 standen in der Hauptstadt Bangkok proportional zur Bevölkerung 21mal mehr Ärzte und Ärztinnen als in der ärmsten Region im Nordosten des Landes zur Verfügung. 1986 waren es nur noch 8,6mal mehr Ärzte und Ärztinnen in Bangkok. Der Ausbau von städtischen Krankenhäusern wurde zwischen 1982 und 1986 vollständig eingestellt. Gute logistische Unterstützung, Wohnungsbau und andere Anreize unterstützten die Migration von Fachkräften in ländliche Gebiete. Das Ergebnis war eine fast vollständige Verschiebung der ambulanten Versorgung von städtischen Provinzkrankenhäusern hin zu ländlichen Gesundheitszentren. Diese erstaunliche Verbesserung wurde leider durch spätere Reformen, die Investitionen in private Krankenhäuser unterstützten, unterminiert. Sie führten zu einer bedeutenden Abwanderung hoch qualifizierter Fachkräfte vom öffentlichen Sektor zu privaten Krankenhäusern in städtischen Gebieten. Der Nettoverlust an Ärzten und Ärztinnen im öffentlichen Gesundheitssektor erhöhte sich von 8% in 1994 auf 30% in 1997. Die Wirtschaftskrise 1997 führte zu einer gegenläufigen Tendenz, da die Nachfrage nach privaten Gesundheitsdienstleistungen zurückging. Somit stieg die Zahl an Ärzten und Ärztinnen in Distriktkrankenhäusern von 1.653 im Jahr 1997 auf 2.725 im Jahr 2001. In den vergangenen Jahren hat der Wirtschaftsaufschwung die Abwanderung abermals umgekehrt, dieses Mal zurück in den privaten städtischen Sektor. Nichtsdestotrotz illustriert der thailändische Ansatz, wie Regierungen die geographische Verteilung des Gesundheitspersonals positiv beeinflussen können.

Iran: Umfassende Ausbildung und Entwicklung des Gesundheitswesens

1985 hat der Iran ein nationales Ministerium eingerichtet, um das notwendige Personal für eine umfassende Gesundheitsversorgung und -bildung bereitzustellen. Gesundheitsfachkräfte für den ländlichen Raum – die sog. *behtarzes* – werden seitdem aus der lokalen Bevölkerung rekrutiert und vor Ort ausgebildet. Ihre Arbeit ist in ein Überweisungssystem eingebettet, das durch integrierte Bildungssysteme unterstützt wird. Der Zugang zum System ist in

¹⁰ S. Wibulpolprasert und P. Pengpaibon (2003) „Integrated strategies to tackle the inequitable distribution of doctors in Thailand: four decades of experience“, *Human Resources for Health* 1(12).

allen Gebieten rapide angestiegen, Schlüsselindikatoren für die Gesundheit haben sich signifikant verbessert, und das lokale Gesundheitswesen ist nicht mehr von ausländischen Gesundheitsfachkräften abhängig, da die Anzahl lokal ausgebildeter Ärzte und Ärztinnen um ein Fünffaches erhöht wurde.¹¹ Innerhalb der Bevölkerung wurde eine fast vollständige Durchimpfung erreicht und die Sterblichkeitsrate bei Kindern unter fünf Jahren von 70 auf 33 Todesfälle pro 1.000 Personen innerhalb von 15 Jahren gemindert.

Beispiele für erfolgreiche Personalsteigerung im Bildungswesen¹²

Brasilien: Ansätze zur gerechten Verteilung von Lehrkräften auf arme und reiche Gegenden

1995 wurde in Brasilien ein Verfassungszusatz verabschiedet, der den „Fonds für die Entwicklung fundamentaler Bildung und die Weiterbildung von Lehrkräften“ (FUNDEF) etablierte.¹³ Ziel des Fonds ist es, Ungleichheiten innerhalb und zwischen den Bundesstaaten zu reduzieren. Dafür wurden pro Schüler/in¹⁴ und Jahr mindestens 315 brasilianische Real an staatlichen Finanzmitteln garantiert, wenn Bundesstaaten und Gemeinden dieses Minimum nicht selbst bereitstellen konnten. 60% der FUNDEF-Gelder sind für Lehrer/innengehälter vorgesehen. Diese können für die Ausbildung und Zertifizierung von Lehrkräften ausgegeben werden, die das Minimum von acht Jahren Schulbildung nicht vorweisen können. Während seines ersten Jahres hat FUNDEF 13,3 Mrd. brasilianische Real von reicheren zu ärmeren Bundesstaaten und Gemeinden

¹¹ S. Vatankhah (2002) „Human Resource Development for Health in the Islamic Republic of Iran“, Papier, das bei der 49. Sitzung des WHO-Regionalkomitees für den östlichen Mittelmeerraum, Kairo, Oktober 2002 präsentiert wurde, zitiert in „Joint Learning Initiative“ (2004) *Human Resources for Health*. Der Iran hat von 1985 bis 2000 die Anzahl lokal arbeitender Ärzte und Ärztinnen von 14.000 auf 20.000 erhöht. Die Säuglingssterblichkeitsrate fiel von 51 auf 25 pro 1.000 Lebendgeburten, und die Durchimpfung stieg von 20% auf 95%. Die Anzahl ausländischer medizinischer Fachkräfte fiel von 3.153 auf Null.

¹² Zu den drei genannten Beispiele (Brasilien, Indonesien, Uganda) siehe: M. Nilufar (2005) „Creating a public service ethos in education: What has worked for improving the conditions of teachers?“, Hintergrundpapier zu Bildung für Oxfam, 21. August 2005.

¹³ F. Delannoy und G. Sedlacek (2000) „Brazil: Teachers’ Development and Incentives: A Strategic Framework“, Washington DC: World Bank. Document no. 20408-BR. Alle Daten in diesem Absatz stammen aus diesem Paper.

¹⁴ Für 1998 – diese Zahl stieg auf 350 Brasilianische Real im Jahr 1999.

umverteilt. Die Gehälter der Lehrkräfte stiegen im nationalen Durchschnitt um 13% (und um fast 50% in den Gemeindeschulen im Nordosten). Die Etablierung von FUNDEF wirkte sich zudem positiv auf die Schüler/innenzahlen aus. Viele Schulbezirke haben zum ersten Mal Transportsysteme für Schüler/innen eingerichtet. Während FUNDEF das Problem des Zugangs zur Schule weitestgehend gelöst hat, gibt es noch immer enorme Herausforderungen hinsichtlich der Qualität der Schulbildung: Die Wiederholung von Klassenstufen ist noch sehr hoch, und Ergebnisse bei standardisierten Tests zeugen von einem niedrigen Leistungsniveau.

Indonesien: Hochwertige Grundschulbildung für alle

1973 hat Indonesien das erste Programm des Präsidenten (INPRES) ins Leben gerufen, um einen gleichmäßigeren Bildungsstand im gesamten Land und insbesondere auf vielen entlegenen Inseln zu gewährleisten. Ausgehend von einer anfänglichen Grundschulbesuchsrate von etwa 60% hat Indonesien der Grundschulbildung Priorität eingeräumt und eines der weltweit zügigsten Programme zur Anwerbung von Lehrkräften und zum Bau von Schulen begonnen. Um die Qualität des Unterrichts zu verbessern, bildete die Regierung genügend Lehrkräfte aus und stellte diese ein. Somit konnte ein Verhältnis von einer Lehrkraft auf 40 Schüler/innen erreicht werden, wie von der UNESCO empfohlen. Klassenräume wurden entsprechend angepasst. Zwischen 1973/74 und 1978/79 wurden 61.807 Grundschulen für über 500 Mio. US-Dollar (im Wert des US-Dollar von 1990) errichtet. Dieser Betrag entspricht 1,5% des indonesischen Bruttosozialprodukts von 1973. 1978 hat die Regierung zudem das Schulgeld für die Grundschule abgeschafft. Heute betragen die Schulbesuchsraten sowohl für Jungen als auch für Mädchen fast 100%.

Uganda: Verpflichtung zur Grundschulbildung

1997 kündigte Uganda eine neue Politik der Grundschulbildung für alle (Universal Primary Education, UPE) an und führte eine Kampagne zur Förderung der Bildung von Mädchen und Jungen durch. Um dieses Ziel zu erreichen, hat die Regierung kostenlose Schulbildung für bis zu vier Kinder je Haushalt eingeführt. Lehrkräfte erhielten eine bessere Ausbildung und ihre Gehälter wurden substantiell erhöht (von etwa 8 auf 72 US-Dollar pro Monat). Der Lehrstoff wurde überarbeitet und z.B. um das Thema HIV/AIDS erweitert. Das Schulbuchmonopol wurde durch ein liberalisiertes Beschaffungswesen ersetzt. Zudem setzte die Regierung fest, dass 3% des jährlichen Budgets für Bücher und Unterrichtsmaterialien ausgegeben werden. Um das UPE-Programm zu finanzieren, hat die Regierung das Bildungsbudget drastisch erhöht: Im Jahr 1999 wurde

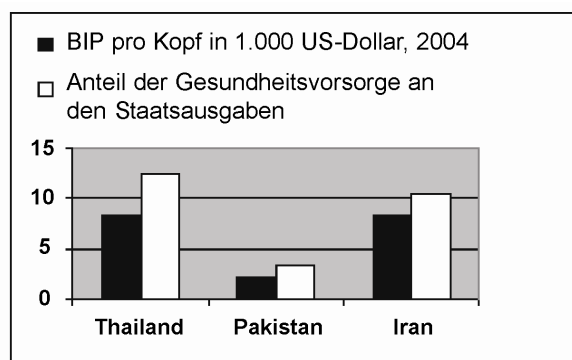
der Anteil des Bildungshaushalts am Staatshaushalt von 22% auf 31% erhöht. Gleichzeitig reduzierte die Regierung den Verteidigungshaushalt. Der Bildungshaushalt stieg damit von 1,6% des Brutto-sozialprodukts auf über 4%. Bis zum Jahr 2000 stiegen die Netto-schulbesuchsraten im Rahmen von UPE von 54% auf über 90%. Gewiss verbleiben Herausforderungen bezüglich der Qualität der Bildung und der Zahlenverhältnisse von Lehrkräften im Vergleich zu Schüler/innen. Nichtsdestotrotz ist dies eine große Leistung für ein armes Land, das gerade einen Bürgerkrieg hinter sich hat.

Gemeinsame Ansätze

Eine nachhaltige Erhöhung der staatlichen Ausgaben

Alle sechs in diesen Fallstudien betrachteten Länder haben ihre staatlichen Ausgaben für Gesundheitsfürsorge und Bildung über einen Zeitraum von mindestens zehn Jahren erhöht und auf dem erreichten Niveau gehalten. Viele konnten dies während einer Periode nachhaltigen Wirtschaftswachstums realisieren, aber der Fall Uganda zeigt, dass kräftiges Wirtschaftswachstum nicht der einzige bestimmende Faktor bei Entscheidungen über die Erhöhung öffentlicher Ausgaben in diesen Sektoren ist. In Uganda fließen rund 40% der staatlichen Ausgaben in die Bereiche Gesundheit und Bildung, und ein großer Teil dieser Gelder wird durch Geberländer und -institutionen bereitgestellt. Die Regierung hat zudem entschieden, dass das Empowerment von Frauen wichtig ist – sowohl aus Gründen der Gleichberechtigung als auch hinsichtlich der nationalen Entwicklung. Länder wie Thailand, Pakistan und der Iran haben die Gesundheitsausgaben über das Bruttosozialprodukt pro Kopf hinaus erhöht (s. Abb. 3).

Abb. 3: Staatliche Ausgaben für Gesundheitsfürsorge



Quelle: WHO National Health Accounts. <http://www.who.int/nha/country/en/>

Erfolgreiche Programme unterstützen nicht nur die Rekrutierung von Fachkräften, sondern auch ihre Ausbildung und die Qualität ihrer Arbeit

In den meisten erfolgreichen Programmen zur Anwerbung von Fachkräften, insbesondere im Gesundheitswesen, spielt nicht nur deren Rekrutierung eine Rolle. Ihre Fähigkeiten und die vorhandene Ausbildung werden berücksichtigt und den Bedürfnissen der Bevölkerung angepasst. Dabei sind Reformen, die mit Gewerkschaften ausgehandelt werden, in der Regel erfolgreicher bei der Anpassung der Systeme an die Bedürfnisse der Bevölkerung. Außerdem bewirken Gehaltserhöhungen eine direkte Leistungsverbesserung.¹⁵ Es ist wichtig, dass Frauen nicht nur für schlechter bezahlte Stellen mit geringeren Ausbildungsanforderungen eingestellt werden, wie dies oft der Fall ist. Während die Arbeit von Frauen auf Stellen mit direktem Kontakt zur Bevölkerung zweifellos die Inanspruchnahme von Dienstleistungen durch Frauen und Mädchen erhöht, sind Frauen auch in höheren Managementpositionen erforderlich – sowohl aus Gründen der Gerechtigkeit als auch deswegen, weil Entscheidungen des höheren Managements dann die Interessen von Frauen und Mädchen berücksichtigen. Von zentraler Bedeutung ist zudem, dass unausgebildete Arbeitskräfte nicht als langfristige Lösung für den Fachkräftemangel gesehen werden (s. Kasten 2).

Kasten 2: Mit ausgebildeten Lehrkräften „Bildung für alle“ erreichen

Der Einsatz nicht ausgebildeter Lehrkräfte erhöht sich in einem alarmierenden Tempo, da er als kostengünstige und dauerhafte Lösung angesehen wird. Er hat jedoch verheerende Auswirkungen auf Qualität und Gerechtigkeit im Bildungswesen. Die Organisationen Education International und ActionAid International empfehlen in ihrem im Jahr 2006 erschienenen Hintergrundpapier „Building a Strategic Partnership on the Need for Quality Teachers to Achieve EFA (Education For All)“, in Situationen schneller Expansion zunächst arbeitslose ausgebildete Lehrkräfte oder Lehrkräfte im Ruhestand einzustellen – und zu versuchen, ausgebildete Lehrkräfte, die in anderen Berufen arbeiten, wieder für die alltägliche Arbeit als Lehrer/in zu gewinnen. Wenn dann noch immer eine

¹⁵ In Bogotá, Kolumbien stiegen die Schüler/innenzahlen um fast 40%, während die Kosten nur halb so stark anstiegen. Dies gelang dank eines neuen Informationssystems und nach Verhandlungen mit den Lehrer/innengewerkschaften, aufgrund derer Lehrer/innen dort eingesetzt werden, wo sie gebraucht werden, und „fiktive“ Lehrer/innen ersetzt wurden (Oxfam und WaterAid 2006, „Im Interesse der Allgemeinheit“).

Lücke besteht, sollten in Abstimmung mit Lehrer/innengewerkschaften Notmaßnahmen eingeleitet werden, um vorübergehend weitere Kräfte anzuwerben. Diese sollten die Möglichkeit erhalten, ihre Ausbildung innerhalb von höchstens fünf Jahren abzuschließen. Notmaßnahmen können auch in Konfliktsituationen nötig sein, aber es sollte feste Zeitpläne für einen Übergang zur geregelten Ausbildung und Anwerbung von Lehrkräften geben, die von Vornherein vereinbart sind.

Quelle: Education International und ActionAid International (2006) „The Parktonian Recommendations“.

Öffentliche Institutionen wurden reformiert, um Planung und Management zu verbessern

Der Erfolg der genannten Programme zur Personalausstattung wurde auch dadurch begünstigt, dass Planung, Ausbildung und Management verbessert und Infrastrukturinvestitionen erhöht wurden. In vielen Fällen wurden nicht-gewinnorientierte Anbieter wie Nichtregierungsorganisationen (NRO) und religiös orientierte Gruppen in die öffentlichen Systeme integriert. Dabei ist es von zentraler Bedeutung, dass diese Anbieter die Verpflichtung von Staaten teilen, ihre Dienste für alle anzubieten, unabhängig von der Identität der Menschen.

Die Höhe des Gehalts ist nicht die einzige Motivation für Menschen, sich auf Stellen im Bildungs- und Gesundheitswesen zu bewerben und dort zu bleiben. Professionelle Standards, angepasste Managementmethoden, das Arbeitsumfeld und die Möglichkeit zur Weiterbildung sind wichtige Aspekte – zusammen betrachtet sind sie wichtiger als das Gehaltsniveau allein.

Das gemeinsame Ziel: Substanzielle Fortschritte bei der Bereitstellung von öffentlichen Dienstleistungen

Die beschriebenen Ansätze setzen allesamt auf massive Steigerungen bei der Bereitstellung öffentlicher Dienstleistungen. Auch entwickelte Länder, die Gesundheits- und Bildungssysteme für alle anbieten, sind diesen Weg gegangen. Eine Erhöhung der Anzahl von Lehrkräften und Fachkräften im Gesundheitswesen ist notwendig, aber nicht hinreichend, um Dienste für alle anzubieten. Alle drei Komponenten – eine nachhaltige Erhöhung der staatlichen Ausgaben, erfolgreiche Programme zur Rekrutierung, Ausbildung und Qualitätssicherung sowie die Reform öffentlicher Institutionen – müssen berücksichtigt werden.

3. Derzeitige Ausgaben für Gesundheit und Bildung in Entwicklungsländern

Verpflichtung, politischer Wille und Mangel an Ressourcen

Wie die reichen Nationen haben auch ärmere Länder die Verpflichtung, ihren Bürger/innen Gesundheits- und Bildungsdienste anzubieten. Sie haben dies in Menschenrechtserklärungen niedergelegt und sich in internationalen Übereinkommen zu Zielen wie den MDGs verpflichtet. Oxfams im Jahr 2006 erschienener Bericht „Im Interesse der Allgemeinheit: Gesundheitsfürsorge, Bildung, Wasserversorgung und Hygienemaßnahmen für Alle“ unterstreicht die Pflicht der Regierungen armer Länder, Dienstleistungen für alle in gerechter Weise anzubieten. Die angebotenen Dienstleistungen müssen den Bedürfnissen der Bevölkerung entsprechen, ihre Inanspruchnahme darf nicht davon abhängen, ob für sie bezahlt werden kann. Dies impliziert, Nutzungsgebühren abzuschaffen und die Bereitstellung von öffentlichen sowie staatlich verwalteten Dienstleistungen auf marginalisierte Bevölkerungsteile wie Frauen, arme Menschen in ländlichen Gebieten und ethnische Minderheiten auszuweiten. Zudem müssen die angebotenen Dienstleistungen die Bedürfnisse und Interessen dieser Gruppen berücksichtigen. Um diese Ziele zu erreichen, müssen Millionen weiterer Lehrer/innen und Fachkräfte im Gesundheitswesen eingestellt werden. Der Vertreter Sambias beim Internationalen Währungsfonds (IWF) fasste die derzeitige Situation mit den Worten zusammen: „Wenn man Geld für Bildung ausgibt, aber keine Lehrkräfte bereitstellt, wird es nicht möglich sein (den herrschenden Zustand zu verbessern).“¹⁶

Die Staats- und Regierungschefs der Afrikanischen Union haben sich auf einem Gipfeltreffen im nigerianischen Abuja im Jahr 2002 verpflichtet, die öffentlichen Ausgaben für das Gesundheitswesen auf 15% des gesamten Staatshaushalts zu erhöhen. Das Ziel ist anspruchsvoll: Nur sieben Staaten mit einem Mangel an Fachkräften im Gesundheitswesen geben 15% oder mehr des Staatshaushalts für

¹⁶ GCE (2004) „Undervaluing Teachers: IMF policies squeeze Zambia’s education system“, London: Global Campaign for Education.

Gesundheitsfürsorge aus.¹⁷ Wenn die 38 afrikanischen Länder mit Fachkräftemangel im Gesundheitswesen ihre in Abuja geleistete Verpflichtung in die Tat umsetzen, würden jährlich weitere 8 Mrd. US-Dollar für Investitionen in nationale Gesundheitssysteme auf dem Kontinent bereitstehen (s. Tabelle 1).

Tabelle 1: Abuja-Ziele in afrikanischen Ländern mit Mangel an Fachkräften im Gesundheitswesen

Fehlende Fachkräfte im Gesundheitswesen	Öffentliche Ausgaben im Gesundheitswesen, in Mio. US-Dollar	Abuja-Ziel, in Mio. US-Dollar	Zusätzlich verfügbar, wenn Ziel erreicht, in Mio. US-Dollar
1.073.360	5.929	13.828	7.898

Quellen: Harvard Joint Learning Initiative, 2004; WHO National Health Accounts, Daten für 2004.

Die WHO schätzt, dass ein Land mit einem gravierenden Mangel an Fachkräften im Gesundheitswesen durchschnittlich seine Ausgaben um etwa 1,60 US-Dollar pro Kopf erhöhen müsste, um die Kosten für die Ausbildung neuer Fachkräfte zu decken. Um die Gehälter eines um ein Vielfaches vergrößerten Personalbestandes im Gesundheitswesen nach der Ausbildung zu bezahlen, wäre eine weitere Erhöhung um 8,30 US-Dollar pro Kopf nötig. Die Berechnungen basieren auf existierenden Gehaltsniveaus und brächten zusätzliche Ausgaben von mindestens 7 Mrd. US-Dollar jährlich mit sich.

Die Länder Afrikas südlich der Sahara können nicht aus eigener Kraft die notwendigen Ressourcen aufbringen, um Gesundheitsfachkräfte auszubilden, einzustellen, zu bezahlen und in professionell betriebenen und gut ausgestatteten Kliniken arbeiten zu lassen. Unterstützung durch Geberländer und -institutionen ist von essenzieller Bedeutung, um die gegenwärtige Situation zu ändern.

Dasselbe gilt für den Bildungsbereich. Aktuelle Schätzungen gehen davon aus, dass jedes Jahr etwa 10 Mrd. US-Dollar externer Finanzierung nötig sein werden, um bis 2015 das Ziel zu erreichen, jedem Kind eine Grundschulbildung hoher Qualität zu

¹⁷ Joint Learning Initiative (2004). Es handelt sich um Paraguay, die Zentralafrikanische Republik, El Salvador, Honduras, Kolumbien, Costa Rica und Haiti.

ermöglichen.¹⁸ Eine Weltbank-Analyse derjenigen armen Länder, die den größten Herausforderungen bei der Bewältigung dieser Aufgabe gegenüber stehen, empfiehlt maximal 67% der Gesamtausgaben für Bildung für die laufenden Gehaltskosten aufzuwenden.. Dies schließt aber weder die weiteren Kosten der Ausbildung für die fehlenden Lehrkräfte noch die Ausgaben für entsprechende Ausbildungszentren ein. Für diese Aufgaben werden daher zusätzlich mindestens 6,7 Mrd. US-Dollar benötigt. Die Globale Bildungskampagne empfiehlt, dass sich Entwicklungsländer zum Ziel setzen sollten, 20% des Staatshaushalts für Bildung auszugeben und den fehlenden Betrag durch externe Unterstützung zu decken.

Die Schätzungen für Ausbildungs- und Gehaltskosten sind weiterhin zu niedrig

Aktuelle offizielle Schätzungen der Mindestkosten für Ausbildung und Bezahlung sowohl von Lehrer/innen als auch von Gesundheitsfachkräften belaufen sich auf etwa 13,7 Mrd. US-Dollar (7 Mrd. US-Dollar für Gesundheit plus 6,7 Mrd. US-Dollar für Bildung). Aber die eigentliche Aufgabe ist viel größer.

Das gegenwärtige Gehaltsniveau im Gesundheitssektor erweist sich als unzureichend, um Fachkräfte langfristig zu halten. Die WHO betont, dass ihre Schätzung für Gehaltskosten leicht verdoppelt werden könnte. Für die 700 Millionen Menschen, die in Ländern mit Fachkräftemangel im Gesundheitswesen leben, würde dies zusätzliche Ausgaben im Gesundheitssektor von 13 Mrd. US-Dollar statt 7 Mrd. US-Dollar jährlich bedeuten.¹⁹ Die Abwanderung

¹⁸ EFA Global Monitoring Report (2007) „Strong Foundations“, Paris: UNESCO; DFID und HM Treasury (2005) „Education: from commitment to action“, London: DFID.

¹⁹ Im „World Health Report“ der WHO (2006) wurden zwei Szenarien entwickelt. Im ersten Szenario wurden den Kosten für die Ausbildung neuer Gesundheitsfachkräfte ein Anstieg der jährlichen Ausgaben für Gesundheitsfürsorge von 1,60 US-Dollar pro Kopf der Bevölkerung zugrundegelegt. Die Kosten für die Beschäftigung dieser neuen Fachkräfte beim existierenden Gehaltsniveau wurden mit 8,30 US-Dollar pro Kopf der Bevölkerung berechnet. Im zweiten Szenario hat die WHO einen realistischeren Ansatz gewählt und eine Verdoppelung der Gehälter zugrundegelegt, um ausreichende Anreize für Fachkräfte zu bieten, Arbeitsstellen im Gesundheitswesen anzunehmen. Dies hat das Ergebnis um weitere 8,30 US-Dollar pro Kopf der Bevölkerung erhöht. Allerdings ist hier nicht eingerechnet, dass die Gehälter der bisherigen Gesundheitsfachkräfte ebenfalls verdoppelt werden müssten.

Tausender Fachkräfte zu besser bezahlten Arbeitsstellen im Ausland verdeutlicht, dass das Thema Gehälter angegangen werden muss.

Die Berechnungen der WHO gehen zudem davon aus, dass die Länder, für die der Finanzbedarf ermittelt wurde, bereits über die notwendige Ausbildungskapazität verfügen, um die benötigten Fachkräfte im Gesundheitswesen auszubilden. Hier aber werden zusätzliche Investitionen notwendig sein. In Afrika befinden sich nur 4% der medizinischen Ausbildungsinstitutionen der Welt, 5% der Ausbildungsinstitutionen für Krankenpflegekräfte und Hebammen, sowie 13% der Ausbildungseinrichtungen für das öffentliche Gesundheitswesen.²⁰ Die Zahlen zeugen von massiven Engpässen, die dringend behoben werden müssen.

Die Fallstudien erfolgreicher substanzieller Anwerbung von Fachpersonal in Abschnitt 2 zeigen, dass auch für die öffentlichen Institutionen, die die Gesundheits- und Bildungsdienstleistungen verwalten, Ausgaben erforderlich sind. Ohne starke staatliche Institutionen wird das Personal schlecht und unregelmäßig bezahlt. Die Verwaltung funktioniert insgesamt schlechter, und es werden weniger Anreize geboten, hohe Qualität zu erbringen. Die meisten Reformen seit den 1980er Jahren hatten zum Ziel, die Rolle des Staates zu verringern. Von Oxfam durchgeführte Recherchen zeigen jedoch, dass die tatsächliche Herausforderung darin besteht, den Staat zu einem besseren Planer und Manager starker Anreizsysteme für Fachkräfte zu machen.²¹

Eine Analyse der umfassenden Kosten einer massiven Personalanwerbung würde den Rahmen dieses Positionspapiers sprengen. Oxfam ist der Ansicht, dass die globalen Institutionen dringend realistischere Kalkulationen bezüglich dieser Kosten aufstellen müssen. Allerdings ist bereits der Mindestbetrag von 13,7 Mrd. US-Dollar für die Bereitstellung der notwendigen Zahl an Gesundheits- und Lehrkräften so hoch, dass selbst diejenigen Entwicklungsländer, die ihre Verpflichtungen ernst nehmen, keine ausreichenden eigenen Mittel besitzen, um genügend Personal zu bezahlen. Entwicklungshilfe im Bereich sozialer Grunddienstleistungen ist daher dringend erforderlich.

²⁰ H. Mercer und M. R. Dal Poz (2006) „Global health professional training capacity“, Hintergrundpapier für „The World Health Report“ 2006, Geneva: WHO.

²¹ Oxfam (2006) „Im Interesse der Allgemeinheit: Gesundheitsfürsorge, Bildung, Wasserversorgung und Hygienemaßnahmen für Alle“, Oxford: Oxfam International.

4. Die richtige Form von Entwicklungshilfe

Regierungen benötigen stabile, berechenbare Einnahmen, um eine große Anzahl neuer Kräfte ausbilden, einstellen und langfristig halten zu können. Die in Abschnitt 2 vorgestellten Fallstudien belegen, dass in der Regel in drei Ausgabenbereiche investiert werden muss:

- Erhöhte Ausgaben für Gehälter bereits angestellter Kräfte, um die Abwanderung zu beenden und um Anreize für neu eingestellte Kräfte zu bieten. Im ländlichen Raum wurden Gehaltsaufbesserungen oft mit anderen Anreizen wie Wohnraum, Transportmöglichkeiten und Krediten kombiniert.
- Erhöhte Ausgaben für die Ausbildung und Einstellung neuer Kräfte für unterversorgte Bevölkerungsgruppen.
- Erhöhte Ausgaben für öffentliche Institutionen, um Personalplanung und -management zu verbessern und die Motivation der Fachkräfte zu erhöhen.

Inländische Ressourcen in armen Ländern sind zu gering, um diese Ausgaben decken zu können. Im Jahr 2000 haben sich Regierungen in reichen wie armen Ländern zur Kooperation verpflichtet, um die Millennium-Entwicklungsziele zu erreichen. Zu den Zielvereinbarungen gehört eine komplette Grundschulbildung für alle Kinder bis 2015, die Reduzierung der Kindersterblichkeitsraten, die Verbesserung der Gesundheit von Müttern, der Kampf gegen HIV/AIDS, Malaria und andere Krankheiten sowie die Förderung der Geschlechtergleichheit und des Empowerments von Frauen, d.h. Strategien und Maßnahmen einzuleiten, die die Autonomie und Selbstbestimmung von Frauen erhöhen. Das Erreichen der genannten Ziele erfordert Ausgaben für die Einstellung von Gesundheitsfachkräften und Lehrer/innen, und Geberländer und -institutionen haben sich verpflichtet, finanzielle Unterstützung in denjenigen Fällen zu leisten, in denen Länder über unzureichende eigene Ressourcen verfügen. Es ist dabei von zentraler Bedeutung, diese Mittel in der richtigen Art und Weise zur Verfügung zu stellen. Bislang geschah dies oft nicht.

Warum Entwicklungshilfe in der Vergangenheit öffentliche Dienstleistungen nicht nachhaltig gestärkt hat

Sowohl die Regierungen armer Länder als auch die der Geberländer trugen in der Vergangenheit die Verantwortung für die Verschwendung von Entwicklungshilfegeldern. Während die beiden folgenden Oxfam-Positionspapiere zu sozialen Grunddienstleistungen das Verhalten der Regierungen armer Länder diesbezüglich thematisieren, konzentriert sich das vorliegende Papier auf die Qualität der Entwicklungshilfe und die Bedingungen für ihre Gewährung, die von den Geberländern und -institutionen bestimmt werden.

Die Strukturanpassungsprogramme der 1980er und frühen 1990er Jahre haben soziale Sicherungssysteme komplett unterminiert. Sie setzten fragile öffentliche Institutionen, die zum Teil nur ein oder zwei Jahrzehnte alt waren, den Kräften des globalen Marktes aus. Regierungen armer Länder mussten soziale Ausgaben kürzen und die Anzahl der Lehrer/innen und Gesundheitsfachkräfte im öffentlichen Dienst reduzieren. Institutionen wie die Weltbank und der IWF versuchten, Gesundheits- und Bildungssysteme zu reformieren, ohne die Bedürfnisse der Angestellten zu berücksichtigen und ohne Anreize für hohe Arbeitsqualität zu bieten. Beide Institutionen konzentrierten sich auf eng definierte Effizienzstandards, unterließen es dabei aber, die Rechte aller Bürger/innen auf eine ausreichende Versorgung mit Dienstleistungen zu schützen. Die Idee, dass Gesundheitsfürsorge und Bildung unveräußerliche Rechte sind, trat rasch gegenüber der Einschätzung in den Hintergrund, Gesundheitsfürsorge und Bildung als Waren zu begreifen, für die man wie für jede andere Ware auch bezahlen muss. Dass Nutzungsgebühren verheerende Auswirkungen auf arme Menschen haben, wird jetzt erkannt.

Geberländern wird vorgeworfen, Entwicklungshilfe nicht zur Armutsbekämpfung einzusetzen, sondern sie vielmehr für ihre eigenen geopolitischen Interessen zu nutzen. Hilfsmittel sind oft nicht notwendigerweise in die ärmsten Länder geflossen, und die Leistungen für Gesundheitsfürsorge, Bildung, Wasserversorgung und Hygienemaßnahmen waren relativ gering. Erst 1995 verpflichteten sich Geberländer und -institutionen dazu, ein Minimum von 20% für grundlegende soziale Dienstleistungen bereitzustellen.

Entwicklungshilfe im Bereich sozialer Dienstleistungen unterteilt sich in eine Vielzahl zumeist kleinerer Projekte verschiedener Geberländer und -institutionen. Diese haben sich derart vermehrt, dass Regierungen in armen Ländern viel Zeit für die Koordination mit Gebern verbringen müssen. Hier gehen wertvolle Ressourcen verloren. In einem Bericht des britischen Ministers für Internationale Entwicklung heißt es: „Mehr als vier Fünftel der 35.000 Entwicklungshilfetransaktionen, die jedes Jahr stattfinden, haben einen Wert unter 1 Mio. US-Dollar. Sie erfordern 2.400 Fortschrittsberichte in jedem Quartal. In Vietnam verwalten elf verschiedene UNO-Dienststellen nur 2% der Entwicklungshilfe. Die meisten arbeiten zum Thema HIV/AIDS. Sie bemühen sich um dieselben Geldgeber und jede Dienststelle betreibt ihren eigenen Verwaltungsaufwand. Auf Sansibar, wo nur eine Million Menschen leben, sind 20 verschiedene Entwicklungshilfeorganisationen aktiv.“²² Mit der Aussicht auf ein höheres Gehalt und ein besseres Management wechseln öffentliche Angestellte oftmals in diese Projekte.

Schließlich wird zu viel Entwicklungshilfe für teure Berater/innen aus dem Ausland geleistet. Bis zu 70% der Entwicklungshilfe für Bildung wird für technische Unterstützung ausgegeben.²³ Ein Teil davon ist offensichtlich notwendig und sinnvoll, aber in manchen Ländern kosten 100 Tage Beratung so viel wie die jährlichen Aufwendungen für 100 Lehrer/innen oder für den Schulbesuch von 5.000 Schüler/innen.²⁴ Eine Studie zur technischen Unterstützung in Mosambik ergab, dass die Geberländer 350 Mio. US-Dollar pro Jahr für 3.500 technische Berater/innen ausgaben, während 100.000 Angestellte im öffentlichen Dienst Mosambiks insgesamt 74 Mio. US-Dollar verdienen.²⁵

²² H. Benn (2006) ODI meetings. *An international development system fit for the 21st Century*, ODI/APGOOD series „What's next in international development?“.

²³ World Bank (2005) „Global Monitoring Report 2005“, Washington: International Bank for Reconstruction and Development/World Bank, S. 93.

²⁴ World Bank (2006) „Global Monitoring Report 2006“, Washington: World Bank, S. 60.

²⁵ Persönliche Mitteilung des Berichtsverfassers Richard Jolly, Institute of Development Studies, University of Sussex.

Weniger Angestellte und Armutslöhne

Die Einstellung von Fachkräften ist nicht nur ins Stocken geraten – sie ist vielmehr zurückgegangen. Dieser Trend hatte auf Frauen besonders schwerwiegende Auswirkungen, nicht nur weil Frauen ihre Stellen in den Bereichen Schule und Gesundheitsfürsorge verloren, sondern weil die Einschränkung öffentlich zugänglicher sozialer Dienste dazu führte, dass Frauen zunehmend die Versorgung kranker Familienmitglieder zu Hause übernehmen mussten. Viele Mädchen blieben aus diesem Grund dem Unterricht fern. Entsprechend der abnehmenden Anzahl von Lehrer/innen und Gesundheitsfachkräften, die im Verhältnis zur Gesamtbevölkerung zur Verfügung standen, sanken auch die Ausgaben für die erforderlichen Arbeitsmittel. Damit fehlten Schulen und Kliniken die notwendigen Materialien. Gehälter gingen so stark zurück, dass viele Fachkräfte nur noch Armutslöhne erhielten. Bezogen auf den Anteil am Bruttosozialprodukt pro Kopf, haben sich die Gehälter von Lehrer/innen seit 1970 halbiert.²⁶ Unter diesen Rahmenbedingungen litten die Arbeitsleistungen. Die von Weltbank und IWF vorgeschlagenen Ansätze, das Problem unzureichender Arbeitsleistung öffentlicher Angestellter zu lösen, schlugen fehl. Im Sinne des sog. Konsenses von Washington, der beiden Institutionen als Grundlage ihrer Politik dient, wurden bei der Lösungssuche zu oft nur Auswirkungen untersucht, die Ursachen des Problems jedoch ignoriert.²⁷ Fachkräfte wanderten in den privaten Sektor und in die Städte ab, wo sich bessere Möglichkeiten auf dem Arbeitsmarkt und für Nebenjobs boten. Letztendlich wurden damit die öffentlichen Systeme unterminiert, sodass nun eine minimale Anzahl öffentlicher Angestellter unter immensem Druck arbeitet und einen Armutslohn verdient – wenn sie überhaupt bezahlt wird (s. Kasten 3).

²⁶ Oxfam (2006) „Im Interesse der Allgemeinheit: Gesundheitsfürsorge, Bildung, Wasserversorgung und Hygienemaßnahmen für Alle“, Oxford: Oxfam International.

²⁷ Der Begriff „Konsens von Washington“ bezeichnet das Paket wirtschaftspolitischer Reformen und der ihnen zugrundeliegenden Strategie für Länder in Krisensituationen, die von in Washington angesiedelten Institutionen wie der Weltbank, dem Internationalen Währungsfonds und dem US-Finanzministerium während der 1980er und 1990er Jahre den Empfängerländern von Entwicklungshilfe vorgeschrieben wurden.

Kasten 3: Einen Vertrag mit der Armut unterzeichnen – Einblicke in die Situation von Lehrkräften in Niger und Kamerun

Der Grundschullehrer Herr Boureima aus Niger beschreibt seinen Arbeitsalltag vor dem Hintergrund niedriger Bezahlung und schwieriger Arbeitsbedingungen:

„Monatelang war mein Leben voller Qual, Pein und Unentschiedenheit, ich durchlebte viele lange Tage und schlaflose Nächte, in denen ich immer und immer wieder Gedanken wälzte. Auf der einen Seite sagte mir mein Gewissen, ich sollte Kurs halten, denn die 67 sieben- und achtjährigen Jungen und Mädchen meiner Klasse schienen meine Präsenz in ihrer Mitte als lebensrettend zu betrachten; und auf der anderen Seite war ich gewiss, dass das Glück nie auf mich herablächeln würde, und dass ich mein Leben hier draußen, in diesem abgelegenen, abgeschlossenen Ort nie würde verbessern können. Zusätzlich zu diesen psychischen und emotionalen Belastungen gab es schwierige physische Bedingungen – besonders der Mangel an Materialien und Schreibtischen und das ungenügende Schulgebäude ... Hier draußen ist die Schule die einzige Institution, die den Staat symbolisiert. Aber der Staat kümmert sich nicht.“

Eine Lehrerin an einer öffentlichen Schule in Kamerun bemerkte gegenüber Oxfam im April 2006: „Lehrerin zu werden bedeutet, einen Vertrag mit der Armut zu schließen.“

Quelle: Oxfam (2006) „Im Interesse der Allgemeinheit“, Oxford: Oxfam International.

Fachkräfte in den Bereichen Gesundheit und Bildung müssen mit ihrem Gehalt ihre Familien ernähren können. Sie haben Kinder, für deren Ausbildung und Verwandte, für deren Gesundheit sie zu sorgen haben. Das Jesuit College for Theological Reflection in Sambia hat im Mai 2006 berechnet, dass die monatlichen Kosten für die absoluten Grundbedürfnisse einer sechsköpfigen Familie 1,4 Millionen Kwacha (ca. 410 US-Dollar) betragen. Der monatliche Durchschnittslohn für Lehrkräfte betrug jedoch nur 660.000 Kwacha (ca. 191 US-Dollar), für Krankenpflegekräfte 1,2 Millionen Kwacha (ca. 351 US-Dollar).²⁸

Gesundheits- und Bildungsfachkräfte spielen zudem eine fundamentale Rolle bei der künftigen Entwicklung des ganzen Landes. Ohne Zugang zu Lehrkräften und Gesundheitsfachkräften hoher Qualität werden arme Menschen ärmer. Diese Arbeitskräfte sind eine Säule der Entwicklung. Man muss ihnen die Ausbildung und Unterstützung bieten, damit sie ihre Aufgabe erfüllen und ihre Familien

²⁸ <http://www.jctr.org.zm/bnb/may06.html>, Zugriff: Februar 2007.

ernähren können. Geberländer und -institutionen haben die moralische Pflicht, ihre Entwicklungshilfe zu diesem Zweck einzusetzen.

Mindestens 13,7 Mrd. US-Dollar müssen jedes Jahr in Ausbildung und Gehälter fließen. Zum Vergleich: es handelt sich dabei um denselben Betrag, der im Jahr 2007 aller Voraussicht nach für mobile Musik-Downloads ausgegeben werden wird.²⁹ Mehr Geld ist nötig, um die Kapazitäten der öffentlichen Institutionen zu verbessern, Finanzen und Menschen zu verwalten, die Planung zu verbessern, und die Fähigkeit der Zivilgesellschaft aufzubauen, Regierungen zur Rechenschaft zu ziehen. Heute, da die globalen Entwicklungshilfenausgaben mehr als 100 Mrd. US-Dollar betragen, ist dieses Ziel zum ersten Mal in Reichweite.

Viel versprechende Anzeichen: Entwicklungshilfe im Gesundheits- und Bildungsbereich beginnt zu wirken

Beim Zugang zu Bildung für alle wurden signifikante Fortschritte erreicht: Im Vergleich zum Jahr 2000 besuchen rund 37 Millionen mehr Kinder die Schule. Die Anzahl der Lehrer/innen ist ebenfalls gestiegen, in manchen Fällen außerordentlich stark. In nur vier Jahren gab es Steigerungen von über 30% in Benin, Burkina Faso, Burundi, Äthiopien, Guinea, Guyana, Madagaskar, Mali, Mosambik und Senegal.³⁰ Die Fast-Track-Initiative Bildung für Alle (FTI) ist ein wegweisendes Beispiel für eine neue Form der Kooperation zwischen Geber- und Empfängerländern. Im Rahmen der im Jahr 2002 gestarteten Initiative sind die Regierungen armer Länder aufgerufen, realistische langfristige Pläne für den Bildungssektor aufzustellen und inländische Bildungsausgaben zu erhöhen. Die Geberländer verpflichten sich ihrerseits, diese Pläne zu finanzieren, sodass „kein Land, das sich ernsthaft für Bildung für alle einsetzt, dieses Ziel aufgrund eines Mangels an Ressourcen verfehlt.“³¹ Bislang wurden im Rahmen der FTI die Pläne von rund 30 Entwicklungsländern gebilligt. In 70 Ländern hat sich der Anteil der Bildungsausgaben am Staatshaushalt erhöht.³² Entwicklungshilfe für Bildung steigt zwar

²⁹ <http://www.gartner.com/it/page.jsp?id=500295>, Zugriff: 24. Januar 2007.

³⁰ Education for All Fast Track Initiative (2006) Progress Report 25. Juli 2006. Tabelle B4.

³¹ Communiqué der High-level Group on Education for All. Erstes Meeting, UNESCO, Paris, Oktober 2001.

³² EFA Global Monitoring Report (2006) „Literacy for Life“, Paris: UNESCO.

langsamer als notwendig,³³ aber die Resultate ermutigen weitere Geberländer und -institutionen, dieser Initiative beizutreten.

Eine Untersuchung von Ländern, die stark von der Entwicklungshilfe abhängig sind, zeigt, dass der Fortschritt seit dem Jahr 2000 enorm ist (Tabelle 2). Die Herausforderung für die Gebergemeinschaft und die Empfängerregierungen besteht nun darin, auf diesem Fortschritt aufzubauen und sicherzustellen, dass die vorgelegten Pläne auch tatsächlich umgesetzt werden können.

³³ Im Jahr, als die globalen Militärausgaben die Marke von 1 Billion US-Dollar überschritten, standen die 16 Länder, die von der Fast Track Initiative für Bildung unterstützt wurden, vor einem Defizit von mehr als 400 Millionen US-Dollar – eine Barriere für die 16 Millionen Kinder, denen die Chance auf Bildung im Jahr 2006 verwehrt wurde. Siehe dazu GCE (2006) „Underachievers: A School Report on rich countries' contribution to universal primary education by 2015“, Johannesburg: Global Campaign for Education.

Tabelle 2: Ausgaben für Gesundheit und Bildung in Ländern, die von Entwicklungshilfe abhängig sind

Malawi	
Regierung	Geberländer und -institutionen
<ul style="list-style-type: none"> • Die Bildungsausgaben der Regierung wurden zwischen 2000/2001 und 2003/2004 von 2,8% auf 5,0% des Bruttosozialprodukts erhöht. • Der Anteil der Ausgaben für Grundschulbildung an den Gesamtausgaben für Bildung stieg in diesem Zeitraum von 25% auf 54%. • Der Bildungssektor hat von staatlichen Ausgaben zur Armutsbekämpfung profitiert (d.h. Schutz vor Haushaltskürzungen; Erhöhungen durch die Verwendung der Einnahmen aus dem Schuldenerlass für hoch verschuldete arme Länder). • Die Gesamtausgaben für Gesundheitsfürsorge wurden von 4,7 Mrd. Malawische Kwacha in 2000/01 auf 8 Mrd. Malawische Kwacha in 2003/04 erhöht. Dies entspricht einem Anstieg von 5,1% auf 7,7% des BSP. • Die Ausgaben für die medizinische Grundversorgung stiegen zwischen 2000/01 und 2003/04 von 24% auf 34%; die Ausgaben für sekundäre, d.h. von spezifischen Fachärzten geleistete Gesundheitsversorgung, stiegen von 22% auf 42%; die Ausgaben für tertiäre, d.h. in bestimmte Fachzentren geleistete Versorgung, fielen von 19% auf 16% der Gesamtausgaben. 	<ul style="list-style-type: none"> • Signifikanter Anstieg der Zahlungen von Geberländern und -institutionen für Bildung – von 25,9 Mio. US-Dollar in 2000/01 auf 35,4 Mio. US-Dollar in 2003/04. • Der extern finanzierte Anteil an den Gesamtausgaben für Gesundheitsfürsorge stieg im selben Zeitraum von 64% auf 74%.

Mosambik	
Regierung	Geberländer und -institutionen
<ul style="list-style-type: none"> • Die Gesamtausgaben für Bildung stiegen zwischen 1997 und 2001 real um 50%, was einem Anstieg von 3,9% auf 5,8% des Brutto-sozialprodukts entspricht. • Aktuelle Daten sind zwar nicht verfügbar, aber es besteht „kein Zweifel, dass die letzten fünf Jahre durch einen bedeutenden Anstieg der Ausgaben für Bildung charakterisiert sind“ (Mozambique Review of Health and Education Progress (MoRHEP), S. 7). • Die intrasektorale Allokation ist stabil; 61% der laufenden Ausgaben und 80% der Investitionen gehen in den Grundschulsektor. • Die Staatsausgaben für Gesundheitsfürsorge sind gemessen am Anteil der Gesamtausgaben von 1997 bis 2001 von 7,7% auf 8,8% angestiegen. • Der staatliche Anteil an Gesamtausgaben für Gesundheit liegt bei 46,4%. 51% stammen aus externen Finanzquellen. 	<ul style="list-style-type: none"> • Die Budgethilfe stieg von 30 Mio. US-Dollar im Jahr 2000 auf 239 Mio. US-Dollar im Jahr 2005 an. • Die externe Unterstützung für den Gesundheitssektor wird auf ca. 100 Mio. US-Dollar pro Jahr geschätzt, eine Erhöhung wird erwartet.

Tansania	
Regierung	Geberländer und -institutionen
<ul style="list-style-type: none"> • Die Gesamtausgaben für Bildung stiegen von 189,2 Mrd. Tansania-Schilling in 2000/2001 auf 464,4 Mrd. Tansania-Schilling in 2003/04. Dies entspricht einem Anstieg von 3,3% auf 5,1% des Bruttosozialprodukts. • Laufende Ausgaben sind im selben Zeitraum von 74% auf 81% des Gesamtetats für Bildung angestiegen. • Der Anteil der Ausgaben für die Grundschulbildung ist von 65% auf 71% des Gesamtetats für Bildung angestiegen. • Die Gesamtausgaben für das Gesundheitswesen sind von 118,8 Mrd. Tansania-Schilling in 2000/01 auf 201,1 Mrd. Tansania-Schilling in 2003/04 angestiegen. Dies entspricht einem Anstieg von 2,1% auf 2,25% des Bruttosozialprodukts. • Der Anteil der Regierung an den Gesamtausgaben für Gesundheit stieg im selben Zeitraum von 68% auf 78% an. 	<ul style="list-style-type: none"> • Die sog. Korbfinanzierung³⁴ machte 50% der gesamten externen Finanzierung in 2003/04 aus.

³⁴ Korbfinanzierung ist eine Finanzierungsform, bei der Mittel verschiedener Geberländer und -institutionen zusammenlegt und in einem einzigen Finanzmanagementsystem gemeinsam verwaltet werden.

Uganda	
Regierung	Geberländer und -institutionen
<ul style="list-style-type: none"> • Real stiegen die Bildungsausgaben zwischen 1998/99 und 2003/04 um 38% an (zu Preisen von 1998). • Der Anteil der Bildungsausgaben an den gesamten jährlich beschlossenen Ausgaben (sog. discretionary expenditure) stieg im selben Zeitraum von 30% auf 32%. • Die tatsächlichen Ausgaben für Grundschulbildung stiegen im selben Zeitraum von 66% auf 68% des Gesamtetats für Bildung. • Real stiegen die Ausgaben für Gesundheitsfürsorge zwischen 2000/01 und 2003/04 um 19% (zu Preisen von 2003). • Die Zusammensetzung der Ausgaben änderte sich deutlich aufgrund eines Wechsels zur allgemeinen Budgethilfe. Der Anteil der Regierung an den gesamten Ressourcen (inkl. der allgemeinen Budgethilfe) stieg im selben Zeitraum von 37% auf 48%. • Zwischen 1999/2000 und 2003/2004 stieg der von der Regierung für die medizinische Grundversorgung zugewiesene Anteil von 33% auf 54% des Gesundheitsbudgets. 	<ul style="list-style-type: none"> • Die Budgethilfe stieg von 66 Mio. US-Dollar im Jahr 1998 auf 409 Mio. US-Dollar in 2005.

Quelle: Nach DFID (2005) „Review of health and education progress in selected African countries (RHEP-SAC) Synthesis Report“, London: DFID Africa Policy Department.

5. Schuldenerlass und Entwicklungshilfe für mehr Fachkräfte

Geberländer und -institutionen besitzen primär drei Einflussmöglichkeiten, um die Ausbildung, Einstellung und langfristige Bindung von Lehrkräften und Gesundheitsfachkräften zu unterstützen: Schuldenerlass, sektorale Budgethilfe und allgemeine Budgethilfe.

Schuldenerlass hat dazu beigetragen, die Ausgaben für Gesundheit und Bildung in Entwicklungsländern zu erhöhen

Auf dem G8-Gipfel in Gleneagles im Jahr 2005 wurde eine historische Vereinbarung für hoch verschuldete arme Länder getroffen. Die G8-Staaten als große Anteilseigner sorgten dafür, dass IWF, Weltbank und die African Development Bank diesen Ländern ihre Schulden erließen. Dadurch hat sich der Spielraum für Sozialausgaben vergrößert. Die Ausgaben für neue Lehrkräfte und Gesundheitsfachkräfte können somit gesteigert werden.

Diese und andere Vereinbarungen zum Schuldenerlass für hoch verschuldete arme Länder, wie die auf dem G8-Gipfel in Köln im Jahr 1999 verabschiedete HIPC-Schuldeninitiative, haben in den vergangenen Jahren den davon profitierenden Ländern neue Perspektiven eröffnet. Schuldendienstzahlungen durch die 29 hoch verschuldeten armen Länder, die die Bedingungen für einen Schuldenerlass erfüllt haben, sanken von 3,5% des Bruttoinlandsprodukts im Jahr 1999 auf 1,8% im Jahr 2005. Bei einem Bruttoinlandsprodukt dieser Länder von insgesamt 222,3 Mrd. US-Dollar im Jahr 2004³⁵ entspricht dies einer Summe von etwa 3,8 Mrd. US-Dollar, die nun zusätzlich den nationalen Haushalten zur Verfügung steht (s. Kasten 4).

³⁵ World Bank (2006) *World Development Indicators 2006*.

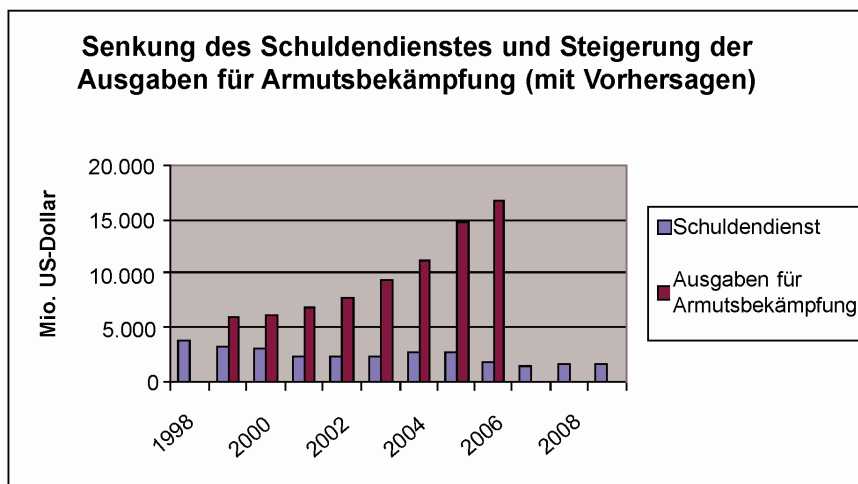
Kasten 4: Sambia – die Vorteile des Schuldenerlasses nutzen

Der Schuldenerlass für Sambia wird die Schulden des Landes von 7 Mrd. US-Dollar auf etwa 500 Mio. US-Dollar reduzieren und dadurch wichtige Ressourcen für die Armutsbekämpfung freimachen. Sambias Staatshaushalt für das Jahr 2006 hat den Ausgabenanteil sowohl für Gesundheitsfürsorge als auch für Bildung substantiell erhöht. Die Nutzungsgebühren für die medizinische Grundversorgung in ländlichen Gebieten wurden abgeschafft. Im Bildungsbereich werden Mittel für die Einstellung von mehr als 4.500 Lehrkräften und für den Bau und die Sanierung von Schulen in ländlichen und städtischen Gebieten frei. Zusätzliche Mittel fließen in Programme zur Bekämpfung von HIV/AIDS, zur medizinischen Grundversorgung (vor allem in Gemeinden), zur Einstellung von Fachpersonal und zum Kauf von medizinischer Ausrüstung und Medikamenten.

Aus Oxfam (2006) „Im öffentlichen Interesse: Gesundheitsfürsorge, Bildung, Wasserversorgung und Hygienemaßnahmen für Alle“, Oxford: Oxfam International.

Ein Bericht der Weltbank über hoch verschuldete arme Länder vom August 2006 zeigt, dass hoch verschuldete Länder, die Schuldenerlass erhielten, ihre Ausgaben für Armutsbekämpfungsprogramme zwischen 1999 und 2005 mehr als verdoppelten (Abb. 4).

Abb. 4: Die Auswirkungen von reduziertem Schuldendienst auf Ausgaben für Armutsbekämpfung



Quelle: <http://siteresources.worldbank.org/INTDEBTDEPT/Resources/Table11A.pdf>

Zu den Ausgaben für die Armutsreduzierung gehören Ausgaben für Gesundheitsfürsorge und Bildung, d.h. auch für die Gehälter der Fachkräfte. Die Einstellung der notwendigen Fachkräfte braucht Zeit,

aber die Ergebnisse sind in den hoch verschuldeten armen Ländern bereits spürbar. Ein sofortiger Anstieg an Fachkräften konnte in Benin, Burkina Faso, Madagaskar, Malawi, Mosambik, Tansania, Uganda und Sambia beobachtet werden. Profitierend von einer separaten Schuldenerlassvereinbarung, bildet auch Nigeria Tausende neuer Lehrkräfte aus.³⁶

Dennoch leben noch immer Millionen Menschen in Armut, deren Regierungen den Schuldendienst für Kredite leisten müssen, die in den letzten drei Jahrzehnten aufgenommen wurden. Oxfam stimmt mit den Berechnungen der britischen Jubilee-Entschuldungskampagne überein, dass 60 Ländern sämtliche Schulden erlassen werden müssen, um die Millennium-Entwicklungsziele erreichen zu können. Weitere Länder benötigen einen teilweisen Schuldenerlass. Zudem sollten einigen Ländern ungerechtfertigte Schulden erlassen werden. Dazu zählen z.B. die Schulden, die das Apartheidregime Südafrikas angehäuft hat .

Höhere Entwicklungshilfe unterstützt staatliche Budgets für Gesundheit und Bildung

Zudem können Geber durch die direkte Unterstützung sektorweiter Ansätze (Sector-Wide Approaches, SWAs) den Aufbau sozialer Grunddienste in Entwicklungsländern unterstützen. SWAs in den Sektoren Gesundheit und Bildung sind Vorgänger einer Form von „Vertrag“ zwischen Geberländern und -institutionen auf der einen und Regierungen auf der anderen Seite, die letztendlich in die bereits erwähnte Fast-Track-Initiative für Bildung mündete. Regierungen in armen Ländern verpflichten sich im Rahmen der Initiative zu längerfristigen Plänen und zur Erhöhung der inländischen Ausgaben. Die Geberländer verpflichten sich, diese Pläne in Partnerschaft mit den Regierungen und anderen Geberländern zu finanzieren sowie technische Unterstützung bereitzustellen, um die Kapazität

³⁶ Derzeit rechnen Geberländer und multilaterale Geberinstitutionen diejenigen Beträge, die sie für den Schuldenerlass ausgegeben haben, in ihre Entwicklungshilfebudgets mit ein. Die Entwicklungshilfebeträge (ODA-Quoten) der OECD für 2005 und 2006 werden die vollen Kosten des Schuldenerlasses von 18 Mrd. US-Dollar für Nigeria berücksichtigen. Die tatsächliche Ersparnis für Nigeria wird aber nur ungefähr 1 Mrd. US-Dollar pro Jahr über die nächsten 20 Jahre betragen. Obwohl der Schuldenerlass für arme Länder wichtig ist, spiegelt die Praxis, diese Kosten als Entwicklungshilfeausgaben zu zählen und auf die ODA-Quote anzurechnen, nicht das reale Volumen an zusätzlichen Mitteln wider, die im selben Jahr den entschuldeten Ländern zur Verfügung gestellt werden.

öffentlicher Institutionen auszubauen und deren Management zu verbessern. Mary Muduuli, die stellvertretende Finanzministerin von Uganda, erläutert: „Sektorweite Ansätze haben sich als sehr nützliches Mittel erwiesen, um die Koordination zwischen der Regierung und den Geberländern und -institutionen zu verbessern, um das Vertrauen seitens der Geberländer und -institutionen zu stärken und ihre Unterstützung für die Ausgabenstrategie der Regierung zu gewinnen, sowie um die Kapazität in Fachministerien zu erhöhen“.³⁷

SWAps ermöglichen den Geberländern und -institutionen, Entwicklungshilfegelder für bestimmte Sektoren festzulegen, etwa für Gesundheit und Bildung. Der Mechanismus ist hilfreich, wenn Korruption seitens der Regierung oder ein Mangel an Transparenz die nationale Entscheidungsfindung über den Anteil eines Budgets, der für Sozialausgaben ausgegeben werden soll, unterminiert. SWAps tragen oftmals dazu bei, Politikentscheidungen in Ministerien zu zentralisieren, was den Behörden vor Ort weniger Spielraum lässt, lokal bedeutsame Entscheidungen zu treffen. Es besteht allerdings kein Zweifel, dass SWAps in einigen Ländern, wo keine national und lokal geführte Debatte stattfindet, ein wertvolles Instrument sein können, um Planung, Finanzierung und Umsetzung öffentlicher Dienstleistungen zu verbessern und politische Entscheidungen für die Öffentlichkeit transparent zu machen.

Die Erfahrungen mit SWAps divergieren, da sie das Ergebnis kontinuierlicher Verhandlungen zwischen der Regierung und den Geberländern und -institutionen sowie zwischen nationalen Fach- und Finanzministerien sind und unter sehr unterschiedlichen politischen Rahmenbedingungen entwickelt und umgesetzt werden müssen. Ghana, Tansania, Uganda und Bangladesch experimentieren seit vielen Jahren mit SWAps. Die Länder haben sich dabei unterschiedlich entwickelt. Erhöhte Einstellungen von Fachkräften sind besonders in Uganda und Tansania erkennbar. Ghana hat mit Anreizpaketen experimentiert, um Fachkräfte für Schlüsselpositionen in abgelegenen Gegenden zu gewinnen. Vor dem Hintergrund, dass jedes Jahr mehr als 100 Krankenschwestern und -pfleger emigrieren und nur 9% der Gesundheitseinrichtungen genügend Personal haben, um das Minimum an Gesundheitsdienstleistungen erbringen zu können (s. Kasten 5), hat Malawi mit seinem SWAp im Bereich Gesundheit gezielt versucht, die Gehälter anzuheben.

³⁷ ODI (2006) „Learning from Experience“.

Kasten 5: Die Finanzierung der Gehälter durch Geberländer und -institutionen, um Gesundheitsfachkräfte in Malawi zu halten

Im Oktober 2004 hat die Regierung Malawis einen großen SWAp für den Gesundheitssektor eingeleitet. Ziel ist es, die Gesundheitsfürsorge in Malawi zu revitalisieren und ein nationales Maßnahmenpaket im Bereich der Basisgesundheitsfürsorge (Essential Health Package, EHP) bereitzustellen. Innerhalb des SWAp sollen die Hilfszahlungen der Hauptgeberländer und -institutionen – Großbritannien, Norwegen und die Weltbank – für den Sektor im Haushalt des Gesundheitsministeriums gebündelt werden. Damit soll über einen 7-Jahres-Zeitraum die Umsetzung des EHP finanziert sowie das Gesundheitspersonal und das System insgesamt gestärkt werden.

Die Gesamtkosten des SWAp betragen 735,7 Mio. US-Dollar, von denen 71% von externen Geldgebern bereitzustellen ist. Die Regierung Malawis hat sich zudem verpflichtet, den Anteil der Staatsausgaben für Gesundheit von 11,2% im Haushaltsjahr 2002/03 auf 13,5% bis zum Ende des Programms im Haushaltsjahr 2009/10 zu erhöhen. 40% der Kosten des SWAp sind für Investitionen in das Gesundheitspersonal vorgesehen. Ein beträchtlicher Teil davon fließt in die Gehaltserhöhungen für die Angestellten im öffentlichen Gesundheitswesen.

Ranghohe Ärzte und Ärztinnen haben die signifikantesten Gehaltserhöhungen erhalten, das Bruttomonatsgehalt der Stufe P4 ist von 243 auf 1.600 US-Dollar angestiegen. Die Gehälter der meisten Gehaltsstufen sind mit Steigerungen von 40 bis 60% weniger stark gestiegen. Das Bruttomonatsgehalt von Krankenpfleger/innen der mittleren Gehaltsstufen stieg von 108 auf 190 US-Dollar.

Aus: R. Record und A. Mohiddin (2006), „An economic perspective on Malawi's medical ‚brain drain‘“, *Globalization and Health* 2(12).

Allgemeine Budgethilfe

Allgemeine Budgethilfe ist „Entwicklungshilfe für Regierungen, die nicht an spezifische Projekte oder Ausgabenposten gebunden ist. Sie wird durch das Finanzsystem der Empfängerregierung ausgezahlt. Obwohl die Mittel nicht an bestimmte Ausgaben gebunden sind, sind sie Teil eines Pakets, das aus verschiedenen Komponenten besteht: Dialog und Bedingungen, technische Unterstützung und Kapazitätsaufbau, sowie Bemühungen der Geberländer und -institutionen, ihre

Entwicklungshilfe zu harmonisieren und auf die Strategien und Vorgehensweisen der Regierung auszurichten“.³⁸

Budgethilfe bildet derzeit einen sehr kleinen Teil der Entwicklungshilfe. Tabelle 3 stellt Auszahlungen der allgemeinen Budgethilfe durch Mitgliedsländer der OECD dar. Demnach entfielen im Jahr 2004 nur 3% der gesamten Entwicklungshilfe auf Budgethilfe.

Die Europäische Kommission, Großbritannien und die Niederlande sind die größten Unterstützer der allgemeinen Budgethilfe. Die Europäische Kommission befürwortet dieses Instrument seit 1995 und hat seine Anwendung im Rahmen des Cotonou-Abkommens im Jahr 2000 ausgeweitet. Zu Beginn der mit dem Abkommen verbundenen 9. Finanzierungsrunde des Europäischen Entwicklungsfonds (EEF), mit dem die EU die Länder Afrikas, der Karibik und des Pazifiks (sog. AKP-Staaten) unterstützt, bekundete die Kommission ihre Absicht, 30% der insgesamt 13,8 Mrd. Euro des 9. EEF in Form allgemeiner Budgethilfe auszus zahlen.

Die Auszahlungen Japans hingegen sind nicht Budgethilfe, wie sie in diesem Positionspapier definiert ist, sondern größtenteils Unterstützung zum Ausgleich der Zahlungsbilanz.³⁹ Japan beabsichtigt, im April 2007 mit einem neuen Entwicklungshilfeplan zu beginnen, der einen Beitrag in Form allgemeiner Budgethilfe sowie Sektorunterstützung und Gemeinschaftsfinanzierung mit anderen Gebern vorsieht. Schweden, Norwegen, Irland und Dänemark erhöhen stetig ihre Entwicklungshilfe in Form von allgemeiner Budgethilfe, Deutschland erwägt deutliche Erhöhungen. Kanada hat 2005/06 die allgemeine Budgethilfe bereits auf über 20% der bilateralen Entwicklungshilfe erhöht.⁴⁰ Italien, die USA und Spanien sind von diesem Instrument weiterhin nicht überzeugt und geben nur sehr kleine Anteile ihrer Entwicklungshilfe in Form allgemeiner Budgethilfe.

³⁸ IDD and Associates (2006) *Joint Evaluation of General Budget Support 1994–2004*, Birmingham: University of Birmingham.

³⁹ Die Unterstützung zum Ausgleich der Zahlungsbilanz bezieht sich auf Entwicklungshilfe, die gewährt wird, um ein Handelsbilanzdefizit in Waren oder Dienstleistungen zwischen Ländern zu beseitigen.

⁴⁰ Persönliche Mitteilung, CIDA Policy Branch, Januar 2006.

Tabelle 3: Allgemeine Budgethilfe in Mio. US-Dollar im Jahr 2004

Europäische Kommission	650
Großbritannien	606
Niederlande	168
Japan	157
Schweden	86
Norwegen	83
Frankreich	55
Deutschland	55
Irland	30
Dänemark	29
Italien	23
Belgien	21
USA	12
Neuseeland	10
Kanada	8
Australien	5
Portugal	5
Griechenland	4
Spanien	0
Gesamt	2.007

Quelle: OECD DAC online database

Im Jahr 2005 wurde eine umfangreiche Evaluation der Auswirkungen allgemeiner Budgethilfe in sieben Ländern durchgeführt. Fünf dieser Länder hatten über einen Zeitraum von mindestens vier Jahren allgemeine Budgethilfe erhalten: Burkina Faso, Mosambik, Ruanda, Uganda und Vietnam. Die Evaluation ergab, dass die allgemeine Budgethilfe tatsächlich die Ausweitung grundlegender öffentlicher Gesundheits- und Bildungsdienstleistungen förderte und Strategien zur Armutsreduzierung unterstützte. Ein weiterer Vorteil lag darin, dass allgemeine Budgethilfe dazu beiträgt, die Qualität der Entwicklungshilfe landesweit zu verbessern, da Transaktionskosten reduziert werden konnten und die Kohärenz der Entwicklungshilfe flüsse zunahm. Bisläng sind die Auswirkungen auf Einkommensarmut und das Empowerment armer Menschen weniger eindeutig, aber die Evaluation stellte „in allen Fällen die Fähigkeit [fest], aus Erfahrungen zu lernen, was nahe legt, dass allgemeine

Budgethilfe im Laufe der Zeit effektiver werden und einen breiteren Anwendungsbereich finden könnte".⁴¹

Die Risiken der Budgethilfe müssen eingedämmt werden

Die Auswirkungen allgemeiner Budgethilfe sind insgesamt noch relativ unerforscht. Evaluationen zeigen aber, dass sie gute Resultate hinsichtlich steigender Sozialausgaben liefert, wenn Geberländer und -institutionen und Regierungen gegenseitiges Vertrauen und Transparenz aufgebaut haben. Allgemeine Budgethilfe produziert dann erfolgversprechende Ergebnisse, wenn die Zivilgesellschaft die Regierung überprüfen kann. Sie liefert Resultate, wenn die öffentlichen Finanzen besser verwaltet werden. Gleichzeitig fördert sie Vertrauen, Transparenz, Rechenschaftspflicht und den Verwaltungsaufbau.

Allgemeine Budgethilfe ist aber auch mit Risiken behaftet. Es gilt, diese Risiken einzudämmen.

Regierungen benötigen langfristige Zusagen

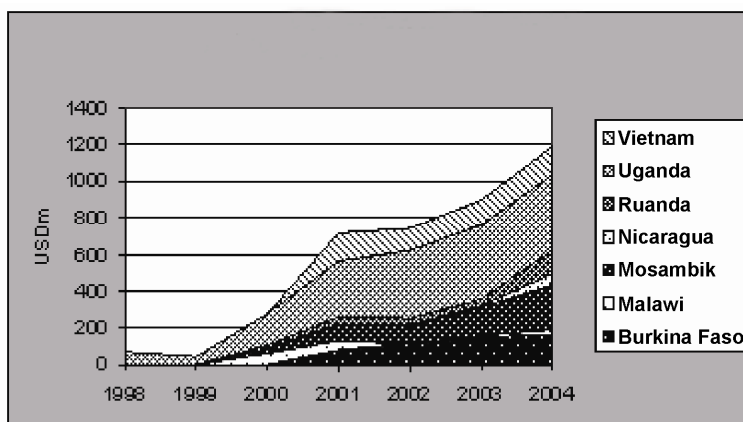
Die zentrale Frage für Empfängerländer ist, ob sie sich darauf verlassen können, dass allgemeine Budgethilfe langfristig gewährt wird. Dies würde ihnen die Möglichkeit geben, Fachkräfte auszubilden und zu bezahlen – denn sie wissen, dass das benötigte Geld auch zukünftig zur Verfügung stehen wird. Budgethilfe in ihrer gewöhnlichen Form ist im Prinzip eine kurzfristige Vereinbarung zwischen Geberländern/-institutionen und Regierungen. Wenige Vereinbarungen haben eine Laufzeit von mehr als drei Jahren. Manche Geber wie Großbritannien und die Europäische Kommission suchen nach Wegen, den Verpflichtungszeitraum der allgemeinen Budgethilfe zu verlängern. Diskussionen innerhalb der Europäischen Kommission über „MDG-Verträge“ zum Erreichen der Millennium-Entwicklungsziele legen nahe, Verpflichtungen über einen Zeitraum von sechs Jahren abzuschließen. Diese Verträge könnten als Absicherung klare Vereinbarungen darüber enthalten, unter welchen Bedingungen die Unterstützung ausgesetzt werden könnte.

Der langsame Anstieg der allgemeinen Budgethilfe⁴² in den von der OECD evaluierten Ländern (Abb. 5) deutet auf einen Trend zu langfristigerer Unterstützung hin.

⁴¹ IDD and Associates (2006), *op.cit.*

⁴² Malawi ist die Ausnahme. Die Budgethilfe wurde im Jahr 2002 suspendiert, da es der Regierung nicht gelang, die öffentlichen Ausgaben zu kontrollieren.

Abb. 5: Auszahlungen in Form allgemeiner Budgethilfe an von der OECD evaluierte Länder



Quelle: IDD and Associates (2006) "Evaluation of General Budget Support: Synthesis Report", Paris: OECD Development Assistance Committee.⁴³

Die Verpflichtungen zur allgemeinen Budgethilfe sind keineswegs gezielt, sondern in Ermangelung anderer Möglichkeiten eingegangen worden. Es ist offensichtlich, dass arme Länder bestimmte Eignungskriterien erfüllen müssen, um sich für langfristige Kooperationen zu qualifizieren. Derartige Kriterien können vernünftigerweise an das Vorhandensein von gut definierten Entwicklungsstrategien und -plänen, an eine stabilitätsorientierte makroökonomische Politik und an ein glaubwürdiges Programm zur Verbesserung des Managements der öffentlichen Finanzen gekoppelt sein. Ist dies gegeben, sollten über sechs Jahre laufende Vereinbarungen eine jährliche Mindestauszahlung garantieren. Die übrigen Gelder werden entsprechend bestimmter Anreize, die das Erreichen der Millennium-Entwicklungsziele beinhalten, ausgezahlt. Entsprechend der von der Europäischen Kommission festgelegten Eignungskriterien könnten derzeit 15 Länder geeignet sein, auf diese Weise längerfristige

⁴³ Die Afrikaabteilung des IWF hat in Korrespondenz bemerkt, dass die Daten der Studie für Ruanda nicht mit den Daten des IWF übereinstimmen. Die Daten des IWF zeigen einen höheren Durchschnitt von 85 Mio. US-Dollar zwischen 2001 und 2003, mit einer Verdoppelung im Jahr 2004. Die IDD-Daten zeigen einen Durchschnitt von 33 Mio. US-Dollar in den Jahren 2001 bis 2003, mit einer Vervierfachung im Jahr 2004. In beiden Fällen wird ein Ansteigen konstatiert, aber die Zuwachsrate ist unterschiedlich. Für Vergleichszwecke mit anderen Ländern behalten wir die Daten aus der IDD-Studie in dieser Tabelle bei.

Verträge zu erhalten.⁴⁴ Die Verträge sollten im dritten Jahr ihrer Laufzeit überprüft werden, mit der ausdrücklichen Perspektive, bei weiterhin guten Ergebnissen den ursprünglichen Sechsjahresvertrag zu verlängern.

Viele Regierungen in Geberländern sind durch Einschränkungen in ihrer Verfassung daran gehindert, langfristige Entwicklungshilfeszusagen zu geben. In Deutschland wären Gesetzesänderungen nötig, um sich für einen Zeitraum von mehr als zwei Jahren zu verpflichten. Kanadas Treasury Board verhängt zusätzliche Restriktionen auf Verpflichtungen über 20 Mio. Kanadische Dollar, was die kanadische Behörde für Internationale Entwicklung dazu veranlasst, jeden Vertrag auf zwei Jahre zu beschränken. Nichtsdestotrotz hat Kanada programmorientierte Finanzierung – eine Art sektorale Budgethilfe – auch mit kleinen Budgetzusagen erhöht (von weniger als 2% der gesamten bilateralen Entwicklungshilfe in 2001/02 auf über 20% in 2005/06).

Regierungen benötigen kalkulierbare Entwicklungshilfe

Die Daten für Malawi in Abb. 5 zeigen, dass hier die allgemeine Budgethilfe im Jahr 2002 vollkommen eingestellt wurde. Malawi hatte zuvor die vereinbarten makroökonomischen Ziele verfehlt. Kanada und Großbritannien haben die Budgethilfe für Äthiopien im Jahr 2006 suspendiert, nachdem die Regierung Oppositionelle inhaftiert hatte. Entwicklungshilfe ist während dieser Zeit nur für einzelne Projekte weiter geflossen, nicht aber für die Ausbildung und Bezahlung von Fachkräften. Mittlerweile werden Maßnahmen diskutiert, um das mit allgemeiner Budgethilfe verbundene politische und ökonomische Risiko anzugehen. Die Europäische Kommission schlägt vor, Zuwächse, die über eine stabile Grundüberweisung an die Empfängerregierung hinausgehen, als Anreiz für gute Regierungsführung zu betrachten, anstatt die allgemeine Budgethilfe in Folge schlechter Regierungsführung oder des Verfehlens ökonomischer Zielsetzungen vollkommen zu beenden. In Uganda, Burkina Faso, Mosambik, Sambia, Malawi und Tansania verfolgen Geberländer und -institutionen denselben Ansatz.⁴⁵ Ein ebenfalls in diese Richtung zielender Mechanismus wurde zunächst in Uganda und dann in vielen anderen Ländern angewandt: Gemäß der „Poverty Action Fund“-Vereinbarung wurde ein Mindestsatz armuts-

⁴⁴ Benin, Botsuana, Burkina Faso, Ghana, Guyana, Jamaika, Madagaskar, Mali, Mauritius, Mosambik, Niger, Ruanda, Uganda, Tansania, Sambia.

⁴⁵ S. Ndaruhutse und L. Brannelly (2006) „The Role of Donors in Creating Aid Volatility and How to Reduce It“, London: Save the Children UK.

reduzierender Aktivitäten und Ausgaben zwischen der Regierung und Geberländern festgesetzt. Unabhängig von Änderungen der Regierungszuweisungen für Gesundheitsfürsorge und Bildung haben sich die Geberländer und -institutionen dazu verpflichtet, ihre Unterstützung solange weiter zu gewähren, wie diese Mindestausgaben getätigt werden. In Malawi wurde dieselbe Idee angewandt, aber mit der Maßgabe, dass die dringendsten Ausgaben zur Armutreduzierung, zu denen sich die Regierung verpflichtet hat, nicht ohne die ausdrückliche Zustimmung des gesamten Parlaments gekürzt werden konnten. Dort, wo man der Regierung nicht bedingungslos traut, gibt es häufig die Option, zu einem sektorweiten Arrangement zurückzukehren.

Die Auszahlungen müssen stärker mit den Verpflichtungen übereinstimmen

Bürokratische Engpässe auf Seiten der Geberländer und -institutionen oder seitens der Empfängerländer können pünktliche Auszahlungen blockieren. Laut der Strategischen Partnerschaft für Afrika, einer informellen Vereinigung von Gebern und afrikanischen Partnern, die sich zum Ziel gesetzt hat, die Qualität und Quantität von Entwicklungshilfe zu erhöhen, wurden 81% der Verpflichtungen zur allgemeinen Budgethilfe für afrikanische Staaten für 2003 auch im Jahr 2003 ausgezahlt, weitere 10% im Jahr 2004. „Allerdings wurden große Unterschiede in verschiedenen Ländern beobachtet: Im Senegal wurden weniger als 25% der Ressourcen pünktlich ausgezahlt, in Äthiopien und Niger 100%.“⁴⁶ Eine Untersuchung der Verzögerungen bei der Auszahlung durch die Europäische Kommission im Jahr 2005 zeigte, dass 40% der Verzögerungen auf Engpässe in den administrativen Prozessen der EU zurückzuführen waren, 25% aufgrund von Verwaltungsproblemen in den Empfängerländern. Die verbleibenden 35% erklärten sich daraus, dass Bedingungen seitens der Empfängerländer nicht erfüllt wurden.⁴⁷

Oxfam schlägt daher einen neuen Versicherungsmechanismus vor, der das Risiko von den Empfängerländern auf die Geber verlagert. Es ist unhaltbar, dass Empfängerländer aufgrund von administrativen Engpässen bei den Geberländern Verzögerungen ausgesetzt sind.

⁴⁶ Strategic Partnership for Africa – Budget Support Working Group (2005) *Survey of the Alignment of Budget Support and Balance of Payments Support with National PRS Processes*, Brüssel und London.

⁴⁷ Europäische Kommission (2005) „EC Budget Support: An Innovative Approach to Conditionality“, Brüssel: Europäische Kommission, S. 44.

Geberländer sollten daher ihre Entwicklungshilfeverpflichtungen versichern, sodass auch im Fall von Verwaltungsproblemen Gelder weiter fließen können.

Mehr Forschung über die Auswirkungen allgemeiner Budgethilfe auf Frauen und marginalisierte Gruppen ist erforderlich

Wie die oben zitierte OECD-Untersuchung konzentrieren sich die meisten Evaluationen nicht auf die Implikationen allgemeiner Budgethilfe auf die Gleichstellung der Frauen und das Geschlechterverhältnis. Auch wenn sich die Finanzströme insgesamt vergrößern, wird das Problem des ungleichen Zugangs und des niedrigeren Status von marginalisierten Gruppen (auch von Frauen) nicht notwendigerweise behoben. Viele Regierungen haben ihre auf der Weltfrauenkonferenz der Vereinten Nationen in Peking im Jahr 2005 eingegangenen Verpflichtungen zum sog. Gender-Mainstreaming, d.h. der Integration der Gleichstellungsperspektive in alle gesellschaftliche Bereiche, und zum Empowerment von Frauen nicht in die Tat umgesetzt.⁴⁸ Ob Gesundheits- und Bildungsdienstleistungen denjenigen Menschen, die sie benötigen, zur Verfügung stehen, hängt von der Bereitschaft der diese Bereiche leitenden Personen ab, die genannten Verpflichtungen in ihre Politik und Praxis zu integrieren. Neue Verfahren sollen dabei helfen sicherzustellen, dass Arbeit zur Gleichstellung der Geschlechter vollständig in nationale Politiken und Strategien einfließt. Ein Beispiel dafür sind die sektorweiten Bildungsreformen in Uganda. Es ist von zentraler Bedeutung, dass zukünftige Evaluationen der allgemeinen Budgethilfe die unterschiedlichen Auswirkungen des Instruments auf Frauen, Männer und marginalisierte Gemeinschaften analysieren.

Die Rechenschaftspflicht der Regierung gegenüber den Bürger/innen muss gefördert werden

Die oben erwähnte OECD-Evaluation konstatierte Bedenken in den Empfängerländern, dass Budgethilfe Geberländern und -institutionen mehr Kontrolle über die Politik der Regierung gibt als den Parlamentarier/innen der jeweiligen Länder. Ein weiteres Problem besteht darin, dass allgemeine Budgethilfe zur Zentralisierung von Politikentscheidungen in den nationalen Finanzministerien beitragen kann. Dies kann dazu führen, dass der Gesundheits- und Bildungssektor nicht die angemessenen Zuweisungen aus dem nationalen Budget erhält.

⁴⁸ Gender and Development Network (im Erscheinen, 2007) *Gender equality, new aid modalities and civil society organisations*, London: GADN.

Die Fähigkeit von Parlamenten und der Zivilgesellschaft, Regierungen zur Rechenschaft zu ziehen – sowohl was die Budgetzuteilung für die sozialen Sektoren betrifft als auch hinsichtlich der Kontrolle, dass das Geld die beabsichtigten Empfänger/innen erreicht – ist von wachsender Bedeutung. Oxfams Unterstützung für zivilgesellschaftliche Gruppen und Allianzen hat der Zivilgesellschaft geholfen, sich stärker in der Politikformulierung und im Monitoring zu engagieren. Beispiele sind die Kampagne für kostenlose Bildung in Kenia, die Aufsicht über Schulbudgets durch Gemeinschaften in Malawi, rechtliche Änderungen in der Gesundheitspolitik in Armenien und die Bindung von ghanaischen Lehrkräften auf Distriktebene. Im Januar 2007 riefen zivilgesellschaftliche Koalitionen in Indien die "Nine is Mine"-Kampagne ins Leben. Die Kampagne setzt sich zum Ziel, Druck auf die Regierung auszuüben, damit sie 6% des Bruttoinlandsprodukts für Bildung und 3% für Gesundheitsfürsorge bereitstellt. Gemessen am Anteil des Bruttonational-einkommens gibt Indien gegenwärtig weniger für soziale Dienste aus als Uganda – ein Skandal in einem Land, das stolz auf sein starkes Wirtschaftswachstum ist und noch nicht einmal in hohem Maße auf externe Entwicklungshilfe angewiesen ist. Die Stärkung der Zivilgesellschaft geht langsam voran und muss auf dem aufbauen, was bereits in sehr unterschiedlichen politischen Kontexten geschieht. Es gibt aber langfristige Verpflichtungen, diese zivilgesellschaftlichen Bewegungen zu unterstützen, und die Gebergemeinschaft hat die Pflicht sicherzustellen, dass sie die Stärkung zivilgesellschaftlicher Akteure und nationaler Parlamente nicht unterminiert. Es ist daher sehr positiv zu bewerten, dass Geberländer und -institutionen mehr und mehr dazu bereit sind, parlamentarische Überwachungsorgane bei der Kontrolle nationaler Budgetentscheidungen zu unterstützen.

Möglichkeiten, das Risiko von Budgethilfe zu verringern

Spezifische Absprachen können sicherstellen, dass Regierungen allgemeine Budgethilfe für die Gehälter von Fachkräften verwenden können. Diese Absprachen müssen bestimmten Anforderungen genügen:

- Sie müssen Verpflichtungen zur Budgethilfe über mindestens sechs Jahre in denjenigen Ländern enthalten, in denen die Bedingungen günstig sind.
- Es sollten klare Vereinbarungen darüber getroffen werden, warum, wann und wie Budgethilfe während der Vertragslaufzeit entzogen werden kann. Solche Bedingungen sollten sich nur auf die erzielten Ergebnisse und auf Probleme der Regierungsführung und des Menschenrechtsschutzes beziehen.

- Die allgemeine Budgethilfe könnte unter diesen Umständen sukzessiv entzogen werden. Die Gelder würden für mindestens zwei Jahre in einen Treuhandfonds eingezahlt. Sie würden den Empfängerländern zur Verfügung gestellt, sobald die vereinbarten Bedingungen wieder erfüllt wären.⁴⁹
- Geberländer und -institutionen, die allgemeine Budgethilfe gewähren, könnten sich gegen Auszahlungsverzögerungen aufgrund administrativer Engpässe versichern. Wenn die Empfängerländer die notwendige Kapazität besitzen, dieses Geld zu absorbieren, könnten so die Auszahlungen wie vereinbart geleistet werden. Empfängerländer sollten nicht in die Situation gebracht werden, Mittel als Reserve bereithalten zu müssen, weil Geber ihre Zahlungen nicht in voller Höhe leisten.
- Diejenigen Regierungen der Geberländer, in denen legislative Hürden langfristige Budgethilfe verhindern, sollten einen Zeitplan für eine parlamentarische Debatte zur Aufhebung dieser Hindernisse festlegen.

Manche Länder verfügen gegenwärtig nicht über die für die Unterstützung durch Budgethilfe notwendigen Institutionen und politischen Strategien. Unter solchen Rahmenbedingungen ist es vollkommen akzeptabel, dass Entwicklungshilfe auf Sektorunterstützung oder auf Projekte mit streng definierten Aktivitäten und Verfahren für das Finanzmanagement beschränkt wird.

Mehr Schuldenerlass, Budgethilfe und Sektorunterstützung sind erforderlich

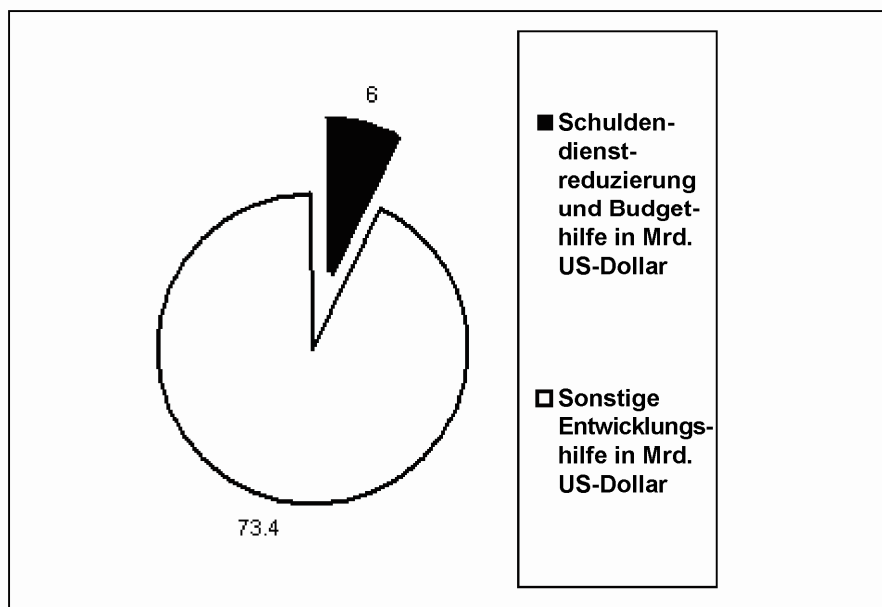
Die dargelegten Daten zeigen, dass die Gesamtmenge aus jährlicher Budgethilfe und zusätzlich aufgrund von Schuldenerlass zur Verfügung stehender Mittel etwa 6 Mrd. US-Dollar beträgt. Gemessen am Anteil der gesamten Entwicklungshilfe, die im Jahr 2004 79,4 Mrd. US-Dollar betrug, bedeutet dies, dass weniger als 8% der Entwicklungshilfe in Pläne und Budgets der Regierungen geflossen ist (Abb. 6). Die gesamte übrige Entwicklungshilfe wurde in

⁴⁹ Ein Treuhandfonds ist ein Konto, das von einem Dritten verwaltet wird. Geberländer und -institutionen zahlen entsprechend des vereinbarten Zeitplans auf das Konto ein. Der Dritte gibt die Gelder an die Empfängerländer frei, wenn er sich davon überzeugt hat, dass sie die vereinbarten Bedingungen erfüllen.

einzelne und Kapitalprojekte, technische Unterstützung und vertikale krankheitsspezifische Initiativen gelenkt.

Diese Maßnahmen können wichtig und nützlich sein. Beispielsweise haben krankheitsspezifische Initiativen wie der Globale Fonds zur Bekämpfung von HIV/AIDS, Malaria und Tuberkulose oder der US-amerikanische President's Emergency Plan for AIDS in Africa (PEPFAR) bemerkenswerte Ergebnisse dahingehend erzielt, Behandlung, Pflege und Präventivmaßnahmen denjenigen Menschen zugute kommen zu lassen, die sie benötigen. Dennoch: Ohne Fachkräfte ist es unmöglich, alle Bedürftigen mit Medikamenten zu versorgen. Dasselbe gilt für die langfristige Pflege und Präventivmaßnahmen. Die genannten Fonds benötigen ihr eigenes Personal, und sie gewinnen Arbeitskräfte aus den öffentlichen Systemen, da sie höhere Gehälter bezahlen. Aber dort fehlen die Fachkräfte dann.

Abb. 6: Budgethilfe und reduzierter Schuldendienst, als Anteil der Entwicklungshilfe insgesamt im Jahr 2004



Quelle: OECD DAC online database

Regierungen in armen Ländern benötigen mehr Geld, das sie für Gehälter ausgeben können. Allgemeine Budgethilfe, Sektorbudgethilfe und Schuldenerlass sind die einzigen externen Mittel, die den Regierungen zur Verfügung stehen, um ihre Ausgaben für diese Gehälter zu erhöhen. Die aus diesen Quellen zur Verfügung stehenden 6 Mrd. US-Dollar sind weniger als die Hälfte des absoluten Minimalbedarfs von 13,7 Mrd. US-Dollar, der benötigt wird, um neue Fachkräfte einzustellen. Von den 37 Mrd. US-Dollar, die für das

Erreichen der Millennium-Entwicklungsziele in den Bereichen Gesundheitsfürsorge und Bildung gebraucht werden,⁵⁰ werden aller Voraussicht nach etwa 67% – 25 Mrd. US-Dollar – für die laufenden Gehaltskosten der gegenwärtigen Fachkräfte benötigt. Dieser Betrag muss - zusätzlich zum Finanzbedarf von 13,7 Mrd. US-Dollar - für neue Fachkräfte aufgebracht werden. Regierungen armer Länder und Geberländer und -institutionen müssen daher gemeinsam insgesamt ca. 38,7 Mrd. US-Dollar zur Bekämpfung des Fachkräftemangels in den Bereichen Bildung und Gesundheit ausgeben.

Oxfam ruft die Geberländer und -institutionen dazu auf, Schulden-erlass auf weitere Länder auszuweiten, da diese andernfalls keine Möglichkeit haben, die Millennium-Entwicklungsziele zu erreichen. Die Budgethilfe sollte auf mindestens 25% der bilateralen Entwicklungshilfe erhöht werden – mittels der oben skizzierten Mechanismen, die die Risiken für die Geber und für die Empfängerländer minimieren. Die Gebergemeinschaft sollte zudem die Ausgaben für sektorweite Ansätze in den Bereichen Gesundheitsfürsorge und Bildung in denjenigen Ländern erhöhen, die wahrscheinlich nicht von allgemeiner Budgethilfe profitieren werden.

⁵⁰ Oxfam (2006), *op.cit.*

Schlussbemerkung

Gesundheitsfürsorge und Bildung sind zwingend erforderlich, wenn arme Menschen die Chance und Fähigkeit haben sollen, die Fesseln der Armut abzuwerfen. Gesundheits- und Bildungssysteme können ohne Lehrer/innen, Pflegekräfte sowie Ärzte und Ärztinnen, die von guten Planungs- und Managementinstitutionen unterstützt werden, nicht funktionieren. In armen Ländern werden Millionen dieser unverzichtbaren Gesundheits- und Bildungsfachkräfte gebraucht. Für die wenigen Fachkräfte, die heute in den seit Jahrzehnten unterfinanzierten Systemen arbeiten, ist das Leben ein ständiger Kampf gegen die eigene Armut und den Mangel an Unterstützung.

Bei der Erhöhung der Ausgaben für Gesundheitsfürsorge und Bildung in armen Ländern sind enorme Fortschritte erzielt worden. Geberländer und multilaterale Geberinstitutionen haben die Entschlossenheit der Empfängerländer zusätzlich bestärkt. Sie haben versprochen, ihre Entwicklungshilfe für diejenigen Länder zu erhöhen, die sich die Verwirklichung dieser Grundrechte nicht leisten können. Zudem haben sie zugesagt, die Qualität ihrer Entwicklungshilfe zu verbessern, um solide Systeme in Entwicklungsländern aufzubauen anstatt sie zu unterminieren. Die Taten der Geberländer und -institutionen bleiben jedoch hinter den Versprechen zurück. Noch immer müssen Millionen von Lehrer/innen und Gesundheitsfachkräften eingestellt werden. Es gilt jetzt zu handeln.

Die Regierungen der Geberländer sollten

- Schuldenerlass auf weitere Länder ausdehnen, die unter der jetzigen Schuldenlast die Millennium-Entwicklungsziele nicht erreichen können.
- bis zum Jahr 2010 die allgemeine Budgethilfe auf mindestens 25% ihrer bilateralen Entwicklungshilfe anheben.
- die Dauer ihrer Verpflichtungen zur Budgethilfe auf mindestens sechs Jahre verlängern.
- Maßnahmen ergreifen, um die Risiken dieser Form von Entwicklungshilfe für die Steuerzahler/innen in ihren eigenen Ländern und für die Bürger/innen in armen Ländern zu reduzieren.
- sektorale Budgethilfe dort erhöhen, wo allgemeine Budgethilfe nicht angemessen ist.

- sicherstellen, dass Evaluationen der Budgethilfe strenge Analysen hinsichtlich der Auswirkungen auf Frauen und Männer beinhalten.
- sicherstellen, dass krankheitsspezifische Initiativen in gerechte Gesundheitssysteme, die die Rechte armer Bürger/innen garantieren, integriert sind.

Die Regierungen armer Länder sollten:

- in Zusammenarbeit mit den Gewerkschaften die derzeitigen Gehälter von Gesundheitsfachkräften und Lehrer/innen auf ein ausreichendes Niveau festsetzen.
- die benötigten Millionen zusätzlicher Gesundheitsfachkräfte und Lehrer/innen ausbilden und einstellen. Dabei sollten sie dem Beispiel der erfolgreichen Ausweitung des Personalbestandes in anderen Ländern folgen.
- einen Zeitplan aufstellen, um das Ziel, mindestens 20% des Staatshaushalts für Bildung auszugeben, zu erreichen.
- einen Zeitplan aufstellen, um das Ziel, 15% des Staatshaushalts für Gesundheitssysteme auszugeben, zu erreichen.
- die Vertretung von und Aufsicht durch die Bürger/innen bei der Überwachung der öffentlichen Dienstleistungen sicherstellen und die Beteiligung der Zivilgesellschaft an lokalen und nationalen Planungs- und Budgetverfahren erleichtern. Dies beinhaltet auch die Partizipation der Zivilgesellschaft bei Vereinbarungen und Verträgen, die mit Geberländern, der Weltbank und dem IWF unterzeichnet werden.

Die UNESCO sollte:

- die Kosten für die Lehrer/innenausbildung und -gehälter abschätzen, um verlässliche Daten für die internationalen Finanzierungsbemühungen bereitzustellen. Dazu sollte eine Gender-Analyse gehören, die die Rechte von Mädchen und Frauen in Ländern, die von Fachkräftemangel betroffen sind, untersucht.

© Oxfam International April 2007

Dieses Dokument wurde von Tom Noel verfasst. Wir danken David Archer, Sasja Bokkerink, Sita Dewkalie, Bethan Emmett, Mark Fried, Lucia Fry, David Goldsbrough, Duncan Green, Mohga Kamal Yanni, Hetty Kovach, Max Lawson, Elizabeth Stuart, Caroline Sweetman und Takumo Yamada für ihre Kommentare sowie Sandra Lustig (Berlin) für die deutsche Übersetzung. Wir danken Mitarbeiter/innen der Weltbank, des IWF und des DFID für ihre hilfreiche Kommentierung eines Entwurfs dieses Dokuments. Dieses Dokument ist Teil einer Reihe von Veröffentlichungen, die die Öffentlichkeit über entwicklungspolitische und humanitäre Themen informieren.

Der Text kann für Kampagnen-, Bildungs- und Forschungszwecke unentgeltlich genutzt werden, sofern die vollständige Quelle angegeben wird. Der Inhaber des Urheberrechts bittet darum, dass ihm sämtliche derartige Nutzungen für Zwecke der Auswertung gemeldet werden. Für die Vervielfältigung unter sonstigen Umständen oder für die Wiederverwendung in anderen Veröffentlichungen oder für die Übersetzung oder Bearbeitung ist unsere vorherige Zustimmung erforderlich, und es können Gebühren anfallen. Senden Sie eine E-mail an: publish@oxfam.org.uk.

Für weitere Informationen über die in diesem Papier behandelten Themen senden Sie bitte eine E-mail an: advocacy@oxfaminternational.org.

Oxfam International ist ein Verbund von dreizehn Organisationen, die in mehr als 100 Ländern zusammenarbeiten, die sich für eine gerechte Welt ohne Armut einsetzen. Oxfam Amerika, Oxfam Australien, Oxfam Belgien, Oxfam Kanada, Oxfam Frankreich – Agir ici, Oxfam Deutschland, Oxfam Großbritannien, Oxfam Hong Kong, Intermón Oxfam (Spanien), Oxfam Irland, Oxfam Neuseeland, Oxfam Novib (Niederlande) und Oxfam Québec. Wenden Sie sich bitte telefonisch oder schriftlich an uns, um weitere Informationen zu erhalten, oder besuchen Sie www.oxfam.org.

<p>Oxfam Amerika 226 Causeway Street, Floor 5, Boston, MA 02114-2206, USA Tel: +1.617.482.1211 E-mail: info@oxfamamerica.org www.oxfamamerica.org</p>	<p>Oxfam Hong Kong 17/fl., China United Centre, 28 Marble Road, North Point, Hong Kong Tel: +852.2520.2525 E-mail: info@oxfam.org.hk www.oxfam.org.hk</p>
<p>Oxfam Australien 156 George St., Fitzroy, Victoria 3065, Australien Tel: +61.3.9289.9444 E-mail: enquire@oxfam.org.au www.oxfam.org.au</p>	<p>Intermón Oxfam (Spanien) Roger de Llúria 15, 08010, Barcelona, Spanien Tel: +34.902.330.331 E-mail: info@intermonoxfam.org www.intermonoxfam.org</p>
<p>Oxfam Belgien Rue des Quatre Vents 60, 1080 Brüssel, Belgien Tel: +32.2.501.6700 E-mail: oxfamsol@oxfamsol.be www.oxfamsol.be</p>	<p>Oxfam Irland Dublin Office, 9 Burgh Quay, Dublin 2, Irland Tel: +353.1.672.7662 Belfast Office, 115 North St, Belfast BT1 1ND, UK Tel: +44.28.9023.0220 E-mail: communications@oxfamireland.org www.oxfamireland.org</p>
<p>Oxfam Kanada 250 City Centre Ave, Suite 400, Ottawa, Ontario, K1R 6K7, Kanada Tel: +1.613.237.5236 E-mail: info@oxfam.ca www.oxfam.ca</p>	<p>Oxfam Neuseeland PO Box 68357, Auckland 1032, Neuseeland Tel: +64.9.355.6500 (Toll-free 0800 400 666) E-mail: oxfam@oxfam.org.nz www.oxfam.org.nz</p>
<p>Oxfam Frankreich - Agir ici 104 rue Oberkampf, 75011 Paris, Frankreich Tel: + 33 1 56 98 24 40. E-mail: info@oxfamfrance.org www.oxfamfrance.org</p>	<p>Oxfam Novib (Niederlande) Mauritskade 9, Postbus 30919, 2500 GX, Den Haag, Niederlande Tel: +31.70.342.1621 E-mail: info@oxfamnovib.nl www.oxfamnovib.nl</p>
<p>Oxfam Deutschland Greifswalder Str. 33a, 10405 Berlin, Deutschland Tel: +49.30.428.50621 E-mail: info@oxfam.de www.oxfam.de</p>	<p>Oxfam Québec 2330 rue Notre Dame Ouest, bureau 200, Montréal, Québec, H3J 2Y2, Kanada Tel: +1.514.937.1614 E-mail: info@oxfam.qc.ca www.oxfam.qc.ca</p>
<p>Oxfam Großbritannien Oxfam House, John Smith Drive, Cowley, Oxford, OX4 2JY, Vereinigtes Königreich Tel: +44 (0)1865.473727 E-mail: enquiries@oxfam.org.uk www.oxfam.org.uk</p>	

Oxfam International Secretariat: Suite 20, 266 Banbury Road, Oxford, OX2 7DL, Vereinigtes Königreich
Tel: +44.(0)1865.339100. E-mail: information@oxfaminternational.org. Website: www.oxfam.org

Oxfam International Kampagnenbüros: E-mail: advocacy@oxfaminternational.org
Washington: 1112 16th St., NW, Ste. 600, Washington, DC 20036, USA Tel: +1.202.496.1170.
Brüssel: 22 rue de Commerce, 1000 Brüssel, Belgien Tel: +322.502.0391.
Genf: 15 rue des Savoises, 1205 Genf, Schweiz Tel: +41.22.321.2371.
New York: 355 Lexington Avenue, 3rd Floor, New York, NY 10017, USA Tel: +1.212.687.2091.

Mit Oxfam verbundene Organisationen. Die folgenden Organisationen sind mit Oxfam International verbunden:

Oxfam Japan Maruko bldg. 2F, 1-20-6, Higashi-Ueno, Taito-ku, Tokyo 110-0015, Japan
Tel: + 81.3.3834.1556. E-mail: info@oxfam.jp Website: www.oxfam.jp

Oxfam Indien B55, First Floor, Shivalik, New Delhi, 1100-17, Indien
Tel: + 91.11.26693 763. E-mail: info@oxfamint.org.in Website: www.oxfamint.org.in

Oxfam-Mitglieder mit Beobachterstatus. Folgende Organisation hat derzeit Beobachterstatus bei Oxfam International und beabsichtigt, Vollmitgliedschaft zu erreichen.

Fundación Rostros y Voces (México) Alabama No. 105 (esquina con Missouri), Col. Nápoles, C.P. 03810 Mexiko, D.F.

Tel/Fax: + 52 55 687 3002. E-mail: comunicacion@rostrosyvoces.org
Website: www.rostrosyvoces.org