



KAMBODSCHA: Gesundheitsfürsorge für die Ärmsten durch den „Health Equity Fund“

Institut für
Entwicklung
und Frieden



UNIVERSITÄT
DUISBURG
ESSEN

Offen im Denken

Wege aus extremer Armut, Vulnerabilität
und Ernährungsunsicherheit (AVE)

06 GOOD
PRACTICE
REIHE

Frank Bliss

Gesundheitsfürsorge für die Ärmsten durch den „Health Equity Fund“ in Kambodscha

In diesem Beitrag geht es um den kambodschanischen Gesundheitsfonds für Arme (Health Equity Fund, HEF), der in modifizierter Form seit dem Jahr 2000 rund drei Millionen als extrem arm eingestuft Menschen, d.h. etwa 20% der Gesamtbevölkerung des Landes, eine kostenfreie Gesundheitsversorgung auf verschiedenen Ebenen ermöglicht. Der über den HEF finanzierte Service beginnt bei den Leistungen lokaler Gesundheitszentren (Health Centers) und führt über Distrikt- und Provinzkrankenhäuser (Referral Hospitals) bis hin zur Spezialbehandlung in der Hauptstadt Phnom Penh.

Die im Rahmen einer Studie des Instituts für Entwicklung und Frieden (INEF) der Universität Duisburg-Essen im Jahre 2017 durchgeführten Befragungen in insgesamt 28 Gesundheitseinrichtungen und bei zahlreichen Akteuren in deren Umfeld bestätigen die positiven Wirkungen des HEF-geförderten Versorgungssystems auf die armen PatientInnen. Einerseits suchen nun sehr viele Personen, die sich zuvor gar keine medizinische Versorgung leisten konnten, die staatlichen Einrichtungen zu Behandlungszwecken auf. Andererseits sind die dort angebotenen Leistungen im Vergleich zu früher in den letzten Jahren deutlich verbessert worden. Dies liegt auch daran, dass ein Teil der Zahlungen aus dem HEF (60%) an das Personal geht, dessen Motivation auf diese Weise deutlich gesteigert wird.

Besonders profitieren vom HEF werdende Mütter (z.B. kostenfreie Geburten in qualifizierten Gesundheitseinrichtungen) und Frauen mit Kleinkindern durch eine umfassende Nachbetreuung, die auch Ernährungsberatung umfasst und damit das Problem weit verbreiteter Mangelernährung in Kambodscha gerade bei Kindern angeht.

Eine Herausforderung bleibt die Tatsache, dass ein großer Teil der Bevölkerung Kambodschas vulnerabel ist (inklusive der extrem Armen sind dies rund 55%), so dass auch für die Menschen, die nur knapp oberhalb der Armutsgrenze leben, eine Lösung gefunden werden muss, die ihnen einen erschwinglichen Zugang zu Gesundheitsdienstleistungen ermöglicht.

Kambodscha, Gesundheitsförderung, Soziale Sicherung, Armutsbekämpfung, Ernährungssicherung

Projekthintergrund

Bevor im Jahr 2000 mit einem ersten HEF für arme Bevölkerungsgruppen eine kostenfreie Gesundheitsfürsorge eingeführt wurde, herrschte bei der medizinischen Versorgung in Kambodscha ein erhebliches Maß an Willkür. Einem Bericht des Netzwerks Medicus Mundi (Schweiz) zufolge erhielt das Gesundheitspersonal seinerzeit Löhne von lediglich 10 bis 20 US\$ im Monat, die natürlich die Lebensunterhaltskosten in keiner Weise decken konnten. Dies habe zur Folge gehabt, dass das Einkommen „unter der Hand“ aufgebessert werden musste (vgl. Schenker 2000). Entsprechend hing die Motivation des Personals und damit auch die Qualität der Leistungen in den staatlichen Einrichtungen oftmals von der Höhe der „freiwilligen“ finanziellen Beiträge der PatientInnen ab. Wer arm war und dieses Geld nicht aufbringen konnte, bekam keine oder nur eine sehr schlechte medizinische Versorgung.



In den ersten Jahren nach Einführung des HEF verbesserte sich punktuell die Qualität der von nun an aus dem Fonds bezahlten Gesundheitsdienstleistungen für Arme. Aber das Budget war insgesamt niedrig und nur wenige Einrichtungen waren überhaupt in das System einbezogen. Zwischen den Jahren 2008 und 2018 kam es indes budgetmäßig und bezogen auf die Zahl der Begünstigten zu einer starken Zunahme, zumal seit 2015/16 in Kambodscha medizinische Leistungen allen als arm identifizierten Menschen flächendeckend zugänglich sind.

Ziele und Aktivitäten des HEF-Systems im Überblick

Der HEF ist Kernbestandteil eines größeren Programms, dem Cambodia Health Equity and Quality Improvement Project (H-EQIP), das für fünf Jahre bis 2021 insgesamt 174,2 Mio. US\$ kosten wird. Ziel ist die Steigerung der Leistungsfähigkeit des nationalen Gesundheitssystems generell und mit Blick auf die Versorgung armer Bevölkerungsgruppen im Besonderen (vgl. World Bank 2016). Mit 94,2 Mio. US\$ ist der kambodschanische Staat mit Abstand größter Beitragender des Programms, was auch auf die starke Ownership hinweist. Die Weltbank steuert 30 Mio. US\$ bei und koordiniert die externe Unterstützung. Die deutsche Entwicklungszusammenarbeit ist mit 15 Mio. US\$ an einem Geberpaket von insgesamt 50 Mio. US\$ beteiligt, zu dem auch Südkorea und Australien beitragen.

Das genannte Ziel soll vor allem erreicht werden durch die Erhöhung der Zahl der verfügbaren Gesundheitszentren, die zugleich die Qualität ihrer Leistungen deutlich verbessern sollen. Generell soll die Nutzung der Zentren durch Menschen mit ID Poor Status, also solchen Personen, die durch HEF gefördert werden können, signifikant gesteigert werden. Hierdurch soll wiederum erreicht werden, dass deutlich weniger Haushalte als bisher durch anfallende Gesundheitsausgaben in die Armut getrieben werden.



Aus dem HEF als Kernelement des Programms in Höhe von 70 Mio. US\$ auf fünf Jahre werden die Aufwendungen für arme PatientInnen in den Gesundheitszentren, den staatlichen Distrikt- und Provinzhospitälern und einem Spezialkrankenhaus in Phnom Penh diesen nach einem festgelegten Schlüssel erstattet. Die Begünstigten müssen zuvor im Rahmen eines

Identifikationsprozesses für arme Haushalte, dem „ID Poor-Verfahren“ (vgl. Bliss / Hennecke 2018), einen ihre soziale Lage bestätigenden Status und damit verbunden einen Ausweis erhalten haben. Zusätzlich können bedürftige Personen ohne diesen Ausweis im Rahmen eines speziellen Aufnahmeverfahrens in den staatlichen Krankenhäusern ebenfalls kostenfreie Leistungen erhalten.



Die Erstattungsbeträge, die die Gesundheitseinrichtungen für HEF-geförderte Personen erhalten, sind niedrig, aber stets an der Obergrenze der Tarife, die in den staatlichen Einrichtungen für selbstzahlende PatientInnen festgelegt sind. Sie werden einzeln abgerechnet, die Rechnungen monatlich einer Prüfstelle in Phnom Penh vorgelegt, und dann von dieser zur Zahlung freigegeben. Wichtig ist für das Funktionieren des Systems, dass 60% der Rechnungsbeträge an den HEF ebenso wie von den Einnahmen der selbstzahlenden PatientInnen an das Personal der Gesundheitseinrichtungen gehen. Der Rest wird überwiegend für den Unterhalt und Betrieb der Gesundheitszentren und Hospitäler verwendet und ergänzt damit die eher knapp bemessenen Basisgelder, die der Staat den Einrichtungen jährlich zuweist.

Länderhintergrund und Projekteinbindung

Heute sind aufgrund erheblichen Wirtschaftswachstums (vor allem in der Textilindustrie) in Kambodscha nach nationalen Kriterien je nach Quelle nur noch 13,5% bis 17% der Menschen extrem arm (vgl. ADB 2017 für 2014, CIA 2018 für 2012, beides Schätzungen). Bei der Heranziehung multidimensionaler Armutskriterien (neben Einkommen also z.B. Zugang zu guter Ernährung, Gesundheitsversorgung, Bildung) steigt der Anteil auf über ein Drittel. Hinzu kommt, dass

ein noch größerer Anteil vulnerabel ist, d.h. weniger als das Doppelte dessen zur Verfügung hat, was als Armutsgrenze gilt. Entsprechend müssen rund 55% der Bevölkerung des Landes als arm und / oder vulnerabel angesehen werden (vgl. UNDP 2017).

Wie bei der Armutsbekämpfung zeigen sich in Kambodscha auch Erfolge im Bereich der Ernährungssicherheit. So ging das Untergewicht von Kindern unter fünf Jahren zwischen 2000 und 2010 von 38 auf 28,3% zurück, bei abgemagerten Kindern sank der Anteil im gleichen Zeitraum von 16,8 auf 10,9% (vgl. UNICEF 2017). Allerdings fallen diese Trends in allen Bereichen hinter der Verbesserung der Sozialindikatoren zurück. Ursachen für dieses Auseinanderklaffen von Einkommensentwicklung und kaum zunehmender Ernährungsqualität sind den übereinstimmenden Aussagen der zahlreichen GesprächspartnerInnen zufolge sozio-kulturelle wie auch historische Gründe, wie die herausragende Bedeutung von Reis während des Genozids der Roten Khmer (1975-1979).



Auf die Schreckensherrschaft der Roten Khmer geht auch der vollständige Zusammenbruch des Gesundheitswesens zurück, das nach 1979 erst wieder mühsam aufgebaut wurde. Staatliche Strukturen wurden dabei nur sehr zögerlich entwickelt, so dass bis etwa 2000 überwiegend private Gesundheitsdienstleistungen in Anspruch genommen wurden. Diese waren oft von zweifelhafter Qualität, aber in der Regel einfacher erreichbar als die wenigen staatlichen Angebote, die zudem einen schlechten Ruf hatten, weil das Personal demotiviert und wegen der notwendigen Nebentätigkeiten häufig auch während der Kernarbeitszeiten nicht erreichbar war.

An diesem Punkt setzten das H-EQIP bzw. sein Vorgängerprogramm mit seiner HEF-Finanzierungskomponente an. Es galt, einerseits die Erreichbarkeit von

staatlichen Gesundheitseinrichtungen für alle Teile der Bevölkerung deutlich zu verbessern, was vor allem durch die Erweiterung des Netzes der Gesundheitszentren hin zu einem flächendeckenden Angebot erfolgte und weiterhin umgesetzt wird. Andererseits sollte die Qualität des Gesundheitswesens deutlich verbessert und dabei das Vertrauen in die Einrichtungen gestärkt werden.



Bisher erzielte Projektwirkungen

Der ID Poor-Status berechtigt die betreffenden Familien bzw. Individuen tatsächlich zu kostenlosen Gesundheitsdienstleistungen im ganzen Land. Diese umfassen alle lokalen Gesundheitszentren und die staatlichen Distrikt- und Provinzkrankenhäuser. Hinzu kommt die Behandlung in besonders schweren Fällen in einem der sieben Spezialkrankenhäuser des Landes in Phnom Penh. Im Rahmen einer zweiten Untersuchung, die das Institut für Entwicklung und Frieden im Rahmen seiner Forschung zu dem Identifikationssystem ID Poor selbst durchgeführt hat (Bliss / Hennecke 2018) wurde bestätigt, dass die Behandlungen tatsächlich kostenlos sind und die Schmiergeldzahlungen als Voraussetzung für medizinische Qualität sowie Empathie gegenüber den PatientInnen – von wenigen Ausnahmen abgesehen – völlig entfallen sind.

Neben den direkten Kosten für die Behandlung Kranker oder Verletzter werden durch den HEF auch Anreizkosten zu den Gesundheitseinrichtungen bezahlt und Begleitpersonen, die sich um die Kranken kümmern, können ein Tagesgeld erhalten. Wenn jemand während der Behandlung in einem Gesundheitszentrum oder im Hospital stirbt, erhalten dessen Angehörige zudem eine Zuwendung für die Beerdigungskosten. Vor dem Hintergrund der Abgeschlossenheit vieler

ländlicher Gebiet und der dadurch bedingten hohen Transportaufwendungen ist die Beteiligung des HEF an den Reisekosten zu den Hospitälern besonders wichtig. Auf diese Weise wird vielen ernsthaft erkrankten Personen die Entscheidung zwischen dem mühevollen Weg zum staatlichen Gesundheitszentrum und Hospital oder zu einer vielleicht leichter und billiger erreichbaren privaten „clinic“ – möglicherweise nur ein Quacksalberbetrieb – erleichtert. In der Folge hat die Frequentierung vor allem der Distrikt- und Provinzhospitäler durch HEF-geförderte PatientInnen sehr stark zugenommen.

Frauen sind bei der Inanspruchnahme von Leistungen auf Grundlage des ID Poor-Status deutlich stärker als Männer vertreten, ganz besonders profitieren sie von Gesundheitsdienstleistungen im Rahmen des HEF und hier wiederum von der relativ umfassenden Vor- und Nachsorge bei Geburten sowie der Geburtshilfe selbst durch die Hebammen der Gesundheitszentren und Krankenhäuser. In manchen Einrichtungen übersteigt die Zahl der über den HEF abgerechneten Geburten die der SelbstzahlerInnen erheblich.



Durch H-EQIP und vor allem den HEF hat sich die Ausstattung der Einrichtungen und damit die Qualität der angebotenen Leistungen sowie die Motivation des Gesundheitspersonals deutlich verbessert, wobei allerdings noch erheblicher Spielraum für weitere Verbesserungen besteht (vgl. Hauptbericht zu diesem Good Practice: Bliss 2018). Vielleicht noch wichtiger ist indes die Motivation des Personals, die durch die Formel von 60% Boni-Direktzahlungen aus den HEF-Erstattungen natürlich gestiegen ist. Auch wenn das Gleiche für die Rechnungen der SelbstzahlerInnen gilt, so hat durch den HEF die Höhe der zahlenden (bzw. bezahlten) PatientInnen so stark zugenommen, dass damit die Boni heute zu einem relevanten Teil

der Einkommen geworden sind. In manchen Zentren mögen es mit fünf US\$ Zusatzeinkommen zum Basis-einkommen bei KrankenpflegerInnen von 150 US\$ im Monat nur symbolische Beträge sein. In einzelnen Krankenhäusern betragen diese Boni aber auch 50 bis 100 US\$ im Monat und damit oft mehr als ein Drittel der staatlichen Gehälter.

Erfolgsbedingungen und Herausforderungen

Die wichtigste Voraussetzung für die deutliche Verbesserung der Gesundheitsdienstleistungen für extrem arme Bevölkerungsgruppen ist die Bereitschaft der kambodschanischen Regierung, sich auf die flächen-deckende Umsetzung des HEF einzulassen und dabei den Großteil der Kosten aus dem nationalen Budget aufzubringen. Auf diese Weise konnte ein nationales System anstelle einer Reihung von andernorts üblichen flickenteppichhaften und sich teilweise sogar über-lappenden Sonderprogrammen geschaffen werden. Die vorliegenden Berichte (ADRA 2016, World Bank 2016) und die Befragung von wichtigen Beteiligten im Rahmen dieser Untersuchung zeigen, dass zumindest in den letzten Jahren die Abwicklung des HEF zunehmend effektiver erfolgt.

Ein wichtiger Beitrag zur Armutsminderung und Verbesserung der Lebensbedingungen armer Familien ist die Tatsache, dass auch Personen, die keinen aktuellen ID Poor-Status haben, im Rahmen einer nachträglichen Identifizierung in den Hospitälern in den Genuss der HEF-Leistungen kommen können. Dieses Instrument berücksichtigt die Tatsache, dass es in Kambodscha viele Haushalte gibt, die nur knapp oberhalb der Armutsgrenze leben. Für diese Betroffenen würden selbst relativ bescheidene Gesundheitsausgaben zu Verschuldung und damit in der Regel verbundener langfristiger Verarmung führen.



Wenn Arme in den letzten Jahren in stark zunehmender Zahl die Gesundheitsdienstleistungen in Anspruch nehmen, so liegt das nicht nur an der für sie kostenlosen medizinischen Versorgung, sondern auch an der gestiegenen Versorgungsqualität und dem deutlich verbesserten Ruf des staatlichen Personals. Insofern hat sich die Formel, 60% der Einnahmen dem Personal als Boni zur Verfügung zu stellen, als besonders wirksam erwiesen. Hinzu kommt dabei die Tatsache, dass diese Boni innerhalb eines Rahmens von minimal 60 (Putzpersonal) und maximal 100 Punkten (Direktor) relativ egalitär verteilt werden und damit teilweise auch die mittleren und geringen Einkommen des Pflegepersonals substantiell aufbessern.

Eine Herausforderung an das System der Sozialen Sicherung über den HEF bleibt aber angesichts der Frage, wie mit den vulnerablen Haushalten in Kambodscha umzugehen sei, die es neben den etwa 20% Personen mit ID Poor-Status gibt. Dies sind immerhin weitere rund 35 % aller Haushalte, von denen sehr viele „near poor“ sind, d.h. knapp oberhalb der Armutsgrenze leben – und ärztliche Leistungen derzeit aus eigener Tasche bezahlen müssen. Sollte hier eine Erweiterung der Zielgruppen des HEF erfolgen oder wäre vielleicht eine allgemeine, bei den Beiträgen mittelfristig einkommensabhängige Krankenversicherung für alle die preisgünstigere Lösung?



Schlussfolgerungen für die EZ allgemein

► Auch in einem an der untersten Grenze des Status „mittleres Einkommen“ angesiedelten Land kann ein Soziales Sicherungssystem, wie es durch den HEF landesweit und für alle als arm klassifizierten Personen eingeführt wurde, aufbaubar und finanzierbar sein. Im besonderen Kontext Kambodschas mit insgesamt bis zu 55% armen bzw. vulnerablen Menschen müsste

aber nach Möglichkeiten gesucht werden, die Basis der geförderten Personen zumindest in die Gruppe vulnerabler Bevölkerungsgruppen, zumindest die „near poor“ hinein zu erweitern.



► Zur Erreichbarkeit medizinischer Leistungen für extrem Arme gehört es auch, den physischen Zugang zu diesen zu fördern, d.h. den Betroffenen den Transport zur nächstgelegenen Gesundheitseinrichtung, die eine dem Fall angemessene Versorgung bietet, zu ermöglichen und ggf. auch zu bezahlen. Wo dies notwendig ist, d.h. eine Betreuung durch den medizinischen Apparat auf dem Weg zur Erstversorgung nicht gegeben ist, stellt die Unterstützung einer Begleitperson durch das Gesundheitssystem (in Kambodscha in Form von Tages- oder Essensgeldern) einen kleinen, aber wichtigen Beitrag dar, um armen Personen die Möglichkeit zur Inanspruchnahme einer Gesundheitsdienstleistung zu sichern.

► Boni-Systeme bzw. Geldtransfers an Gesundheitseinrichtungen auf Basis einer Performance nach festen Qualitätskriterien können ein sehr guter Weg sein, neben der technisch-medizinischen Qualität auch die Motivation des Gesundheitspersonals zu steigern und damit das System für die potenziellen PatientInnen deutlich attraktiver zu machen. Wichtig dabei ist der Aspekt einer möglichst gerechten Zuweisung der Boni an die Beteiligten, die die Last der Dienstleistungen tragen, wie dies in Kambodscha transparent und insgesamt offensichtlich mustergültig erfolgt.

► Ein System Sozialer Sicherung, das schwangeren Frauen und Frauen mit Neugeborenen aus armen Haushalten den flächendeckenden und zeitlich durchgängigen Zugang zur Vor- und Nachsorge bietet, stellt eine gute Möglichkeit dar, durch die Beratungsangebote auch bei den Kindern die Ernährungssicherung der kritischen ersten tausend Tage positiv zu beeinflussen.

Diese institutionelle Verankerung ist in jedem Fall geeigneter als eine Ernährungsberatung für Mutter und Kind, die projektbezogen, also oft räumlich selektiv und fast immer zeitlich begrenzt erfolgt. Zudem kann somit Müttersterblichkeit reduziert und Mangelernährung bekämpft werden.

Literatur

ADB. Asian Development Bank (2014): Cambodia. Country Poverty Analysis 2014. Manila.

ADB. Asian Development Bank (2017): Poverty in Cambodia <https://www.adb.org/countries/cambodia/poverty> [4-2018].

ADRA. Australian Development Research Award (2016): National coverage and health service utilization by Health Equity Fund members, 2004-2015. ADRA Report 31.

Bliss, Frank (2018): Gesundheitsfürsorge für die Ärmsten: Der „Health Equity Fund“ (HEF) in Kambodscha. Institut für Entwicklung und Frieden (INEF), Universität Duisburg-Essen (AVE-Studie 11/2018, Wege aus extremer Armut, Vulnerabilität und Ernährungsunsicherheit).

Bliss, Frank / Hennecke, Rosa (2018): Wer sind die Ärmsten im Dorf? Mit dem ID-Poor-Ansatz werden die Armen in Kambodscha partizipativ und transparent identifiziert. Institut für Entwicklung und Frieden (INEF), Universität Duisburg-Essen (AVE-Studie

9/2018, Wege aus extremer Armut, Vulnerabilität und Ernährungsunsicherheit).

CIA. Central Intelligence Agency (2018): World Factbook Cambodia. Washington <http://bit.ly/1pIAsH7> [4-2018].

KoC. Kingdom of Cambodia (2014): National Strategic Development Plan 2014-2018. Phnom Penh.

Schenker, Margit (2000): Kambodscha: Die Bevölkerung trägt die Gesundheitskosten. *Medicus Mundi Schweiz Bulletin* 79, Dezember 2000.

UNDP. United Nations Development Programme (2017): Human Development for Everyone. Human Development Report 2016. New York.

UNICEF. United Nations International Children's Emergency Fund (2017): <https://www.unicef.org/cambodia/> [4-2018].

World Bank (2016): Health Equity and Quality Improvement Project (H-EQIP). Project Appraisal Document. Report No: PAD1647. Washington.

Abbildungen

1. Fachärzte in einem Provinzkrankenhaus, 2. Gut besuchte PatientInnenaufnahme in einem ländlichen Health Center, 3. Zur Nachbetreuung gehört die regelmäßige Gewichtskontrolle der Babies, 4. Impfung eines neugeborenen Kindes in einem Health Center, 5. Pädiatrische Abteilung in einem Referral Hospital, 6. Eine der wenigen Spezialabteilungen für Frühgeborene in Siem Reap, 7. Aufnahme von HEF-Patientinnen in einem Referral Hospital, 8. Das Khmer-Soviet Friendship Hospital in Phnom Penh nimmt auch HEF-Patientinnen auf, 9. Ernährungsberatung mit UNICEF-Lehrmaterial in einem Health Center, 10. Diskussion mit dem Team eines ländlichen Health Center

Alle Bilder © Frank Bliss 2017

Projektkenndaten*

B4 – Bearbeitungsintensität durch Forschungsteam
G1-G2 – Gender-Kennung
P2 – Partizipation
A1 – Zielgruppenkennung

* Erläuterung siehe Good-Practice-Handreichung oder auf www.inef-reachthepoorest.de

Bislang in der Good-Practice-Reihe erschienen:

- AVE Handreichung zur Good-Practice-Reihe
- 01 Kenia: Mitunguu Smallholder Irrigation Project
- 02 Kambodscha: Das Kommunale Landtitelprogramm für indigene Bevölkerungsgruppen
- 03 Kambodscha: Schulspeisung mit lokaler Beschaffung. Das "Home-Grown School Feeding Project" des World Food Programme
- 04 Kenia: Der Selbsthilfegruppen-Ansatz in Kitui
- 05 Kambodscha: Verbesserung der Ernährungssicherung ehemals landloser und landarmer Haushalte

INEF - Forschungsvorhaben

Das Forschungsvorhaben zielt darauf ab, Empfehlungen für die staatliche Entwicklungszusammenarbeit (EZ) zu entwickeln. Ziel ist es, Maßnahmen zu identifizieren, welche extrem arme, ernährungsunsichere und vulnerable Bevölkerungsgruppen besser erreichen können.

Wir untersuchen die Wirkungszusammenhänge von extremer Armut, Vulnerabilität und Ernährungsunsicherheit, um sowohl Blockaden als auch Erfolgsfaktoren für die EZ zu identifizieren.

Basierend auf Literaturanalysen und Befragungen von Fachorganisationen im In- und Ausland sollen erfolgreich praktizierte Ansätze („good practices“) ausfindig und im Rahmen der Feldforschung intensiv analysiert

werden. Neben einer soziokulturellen Kontextualisierung findet die Gender-Dimension durchweg konsequente Berücksichtigung. Bei den Untersuchungen vor Ort steht die Partizipation der betroffenen Bevölkerung im Mittelpunkt, um deren Wahrnehmung der Probleme sowie Ideen für Lösungsansätze zu erfassen.

Unsere Forschungsarbeiten führen wir zunächst in den Ländern Äthiopien, Benin, Kenia und Kambodscha durch.

Das Projekt wird aus Mitteln des Bundesministeriums für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (BMZ) im Rahmen der Sonderinitiative „EINEWELT ohne Hunger“ (SEWOH) finanziert.

AutorInnen der Reihe

Prof. Dr. Frank Bliss
Prof. Dr. sc. pol. Tobias Debiel
Dr. rer. pol. Karin Gaesing
Anika Mahla, M.A.

Herausgeber

Institut für Entwicklung und Frieden (INEF)
Universität Duisburg-Essen

Gestaltung

cMore.MEDIA
Anne Löscher

© Institut für Entwicklung und Frieden 2018

Lotharstr. 53 – D-47057 Duisburg
Tel: +49 203 379-4420 – Fax: +49 203 379-4425
inef-sek@inef.uni-due.de
www.inef-reachthepoorest.de
www.inef.uni-due.de
ISSN: 2512-4552