



**ACTION FOR
GLOBAL HEALTH**

GESUNDHEITSSYSTEME
FINANZIERUNG
ZUGANG

Deutsche Ausgabe

GESUNDHEIT IN GEFAHR

Warum Europa jetzt handeln muss, um die gesundheitsbezogenen Millenniumsentwicklungsziele zu retten



DAS NETZWERK ACTION FOR GLOBAL HEALTH WURDE IM OKTOBER 2006 GEGRÜNDET UND BRINGT 15 NICHTREGIERUNGSORGANISATIONEN (NRO) AUS BRÜSSEL, FRANKREICH, DEUTSCHLAND, ITALIEN, SPANIEN UND DEM VEREINIGTEN KÖNIGREICH ZUSAMMEN. ZIEL DES NETZWERKS IST ES, AKTIVITÄTEN UND MASSNAHMEN DER EUROPÄISCHEN REGIERUNGEN DARAUFHIN ZU ÜBERPRÜFEN, WELCHE AUSWIRKUNGEN SIE AUF DAS GESUNDHEITSWESEN IN ENTWICKLUNGSLÄNDERN HABEN UND ENTSCHEIDUNGSTRÄGER ZU BEEINFLUSSEN, IHRE PRAXIS ZU VERBESSERN.

Wir sind besorgt darüber, dass Europa noch nicht genug unternimmt, um die Entwicklungsländer bei der Verwirklichung der gesundheitsbezogenen Millenniumsentwicklungsziele (MDGs) bis 2015 zu unterstützen (s. Tabelle 1). Im Mittelpunkt dieses ersten Berichts stehen die von den europäischen Regierungen durch ihre öffentliche Entwicklungshilfe (ODA) bereitgestellten Mittel für Gesundheit in den Entwicklungsländern. Der Bericht gibt die gemeinschaftliche Position des Netzwerks wieder und ist als kollektiver Aufruf zu verstehen. Zukünftige Berichte werden die weitere Verfügbarkeit der ODA für Gesundheit überprüfen sowie andere wichtige Politikfelder einschließlich der Stärkung von Gesundheitssystemen, von Chancengleichheit und Gesundheit sowie Forschung und Entwicklung.

Veröffentlicht: Juli 2007 von Action for Global Health
Action for Global Health wird koordiniert von ActionAid und unterstützt von der Bill und Melinda Gates-Stiftung.
www.actionforglobalhealth.eu

Herausgeber: Action for Global Health Germany
www.actionforglobalhealth.eu/de

Kontakt: deutschland@actionforglobalhealth.eu

Deutsche Mitglieder: Deutsche Welthungerhilfe e.V.,
terre des hommes Deutschland e.V.

Autorinnen/Autoren: Kapitel eins: Kollektive Autorenschaft
Kapitel zwei: Mirjam van Reisen
Kapitel drei: Dr. Christine Winkelmann

Redaktion: Birgit Dederichs-Bain (Deutsche Welthungerhilfe)
Koordination: Ruth Duggan (terre des hommes)
Redaktionsassistent: Ruth Duggan (terre des hommes),
Stephan Kreischer (Deutsche Welthungerhilfe), Cornelia Dernbach (terre des hommes)

Übersetzung: Simona Füger, Stephan Korff

Gestaltung: sec GmbH, Osnabrück

1. Auflage 2.000, Juli 2007

Redaktionsschluss: 4. Juli 2007

Diese Broschüre wurde auf 100% Recycling-Papier gedruckt

Titelbild: © Jan Banning, Panos pictures

Inhaltsverzeichnis

| | | | | | |
|----|--|----|--|----|--|
| 2 | ZUSAMMENFASSUNG | 30 | KAPITEL ZWEI: EURO-PAS BEITRAG ZU DEN GESUNDHEITSBEZOGENEN MDGs | 44 | Gesundheit als entwicklungs-politisches Thema – stärker im Bewusstsein der Öffentlichkeit verankern |
| 4 | EMPFEHLUNGEN | 30 | Europa als Geber | 45 | TEIL 2: Faktoren, die die Verwen-dung von gesundheitsbezogener Entwicklungshilfe (ODA) beein-flussen |
| 6 | KAPITEL EINS: RETTUNG DER GESUNDHEITSBEZOGENEN MDGs | 32 | Die entwicklungspolitischen Verpflichtungen der EU im Bereich Gesundheit | 45 | Stärkung von Gesundheits-systemen – die Förderung steckt noch in den Kinderschuhen |
| 6 | TEIL 1: Fortschritte bei der Umsetzung der MDGs | 33 | Die Sonderverpflichtungen der EU im Bereich Gesundheit | 46 | Regierungspolitik zur Pariser Deklaration und zur Effektivität von ODA - mehr Komplementarität und Arbeitsteilung, aber deutsche EZ-Strukturen sind nicht förderlich |
| 6 | Die Millenniumsentwicklungsziele und Gesundheit | 34 | Finanzielle Verpflichtungen zur gesundheitsbezogenen ODA | 47 | Gender und Gesundheit – stärker im Blickwinkel, aber Überprüfungsindikatoren fehlen noch |
| 8 | Gesundheit, Menschenrechte und wirtschaftliche Entwicklung | 35 | Die finanziellen Zuwendungen der EU für Gesundheit | 48 | TEIL 3: Gesundheitsrelevante ODA – oder wie viel Geld fließt in die Gesundheit? |
| 10 | Fortschritte bei der Umsetzung der gesundheitsbezogenen MDGs | 35 | Die Europäische Kommission und gesundheitsbezogene ODA | 48 | Deutsche Gesamt-ODA-Zahlen halten nicht, was sie auf den ersten Blick versprechen |
| 14 | TEIL 2: Finanzierung der Millenniumsentwicklungsziele | 36 | Europäische Kommission | 49 | Gesundheitsrelevante ODA seit 2000 – deutlich unter 5% |
| 14 | Was ist zur Finanzierung der MDGs erforderlich? | 36 | Die Europäische Kommission und die Entwicklungszusammenarbeit | 51 | Budgetfinanzierung |
| 14 | Die Leistungen der Entwicklungsländer bei gesundheitsbezogenen Investitionen | 38 | Auszahlungsmechanismen der Europäischen Kommission | 52 | TEIL 4: Multilaterale Hilfe – die bessere Alternative im Bereich Gesundheitsförderung? |
| 15 | Die Rolle der Geberregierungen | 38 | Länderstrategieprogramme | 52 | a) EU |
| 16 | Gesundheitsausgaben als Anteil der gesamten öffentlichen Entwicklungshilfe | 38 | Allgemeine Budgethilfe | 53 | b) Weltbank / IDA (International Development Association) |
| 18 | Gesundheitsausgaben der Geber als Anteil ihres Bruttonational-einkommens/BNE | 39 | Themenbezogene Zuwendungen | 54 | c) Der Globale Fond zur Bekämpfung von AIDS, Tuberkulose und Malaria (GFATM) |
| 18 | Wie sollen diese erhöhten Beiträge der Geber erreicht werden? | 39 | Unterstützung des globalen Fonds | 54 | d) GAVI Alliance |
| 20 | TEIL 3: Wie werden gesteigerte öffentliche Entwicklungshilfemittel für Gesundheit eingesetzt? | 39 | Die Pariser Erklärung und die Arbeitsteilung in der Europäischen Union | 55 | e) UN-Organisationen |
| 20 | Verbesserter Zugang zu grundlegender Gesundheitsversorgung durch Stärkung der Gesundheitssysteme | 40 | Schlussfolgerungen und Empfehlungen an die Europäische Union und die Europäische Kommission | 55 | Zusammenfassung |
| 21 | Gleichberechtigter Zugang zu Gesundheitsdiensten | 42 | KAPITEL DREI: DEUTSCHLAND UND DIE GESUNDHEITS-MDGs - MEHR ALS EIN LIPPENBEKENNTNIS? | 56 | TEIL 5: Zusammenfassende Schlussfolgerungen |
| 22 | Fiskalischer Spielraum | 42 | TEIL 1: Hintergrund: Integration der Millenniumsentwicklungsziele (MDGs) in die deutsche (Entwicklungs)-Politik - eher Vision als praktische Planungsgrundlage | 58 | Empfehlungen an die deutsche Bundesregierung (DBR) |
| 24 | Globale Gesundheitsinitiativen | 43 | Gesundheit in der deutschen EZ – lange Zeit kein Schwerpunkt in der Praxis, aber Trendwende in Sicht | 60 | Danksagungen |
| 24 | Gesundheitspersonal | 29 | Fazit | 62 | ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS |
| 26 | Geschlechtergerechte Partizipation | | | 62 | QUELLENANGABEN |

Zusammenfassung

Im Jahr 2000 setzte sich die Welt acht ehrgeizige Entwicklungsziele, die bis zum Jahr 2015 erreicht werden sollen. Diese Ziele sind allgemein als Millenniumsentwicklungsziele (MDGs – Millennium Development Goals) bekannt. Drei davon konzentrieren sich in besonderem Maße auf Gesundheit und diese gesundheitsbezogenen MDGs stehen im Mittelpunkt dieses Berichts. Wir befinden uns momentan auf halber Strecke zwischen dem Zeitpunkt im Jahr 2000, an dem diese Ziele beschlossen wurden, und 2015, dem Zeitpunkt, zu dem sie erreicht sein sollen. Die bisher erzielten Fortschritte sind unausgewogen und lückenhaft, was zur Folge hat, dass man bei der Erreichung aller drei Ziele bei Weitem nicht auf Kurs ist. Dieser Bericht kommt zu dem Schluss, dass ein »Business-as-usual«-Ansatz bedeutet, dass die gesetzten Ziele nicht erreicht werden. Es muss dringend gehandelt werden. Die europäischen Staaten haben eine noch nie dagewesene Möglichkeit, auf diesem bedeutenden Gebiet Führungsstärke zu beweisen, und dieser Bericht wird erklären wie.

Die Initiative Action for Global Health stellt eine neue Partnerschaft von 15 Nichtregierungsorganisationen (NRO) dar. Unser Netzwerk vereint NRO mit Sitz in Brüssel, Frankreich, Deutschland, Italien, Spanien und dem Vereinigten Königreich. Wir sind besorgt darüber, dass die gesundheitsbezogenen Millenniumsentwicklungsziele (MDGs) ganz erheblich in der Umsetzung hinterherhinken und dass Europa nicht genug unternimmt, um den Entwicklungsländern dabei zu helfen, sie bis 2015 zu erreichen.

»Gesundheit in Gefahr: Warum die europäischen Staaten jetzt handeln müssen, um die Millenniumsentwicklungsziele zu retten« ist der erste einer Reihe von geplanten Folgeberichten des Action for Global Health/ AFGH-Netzwerks und befasst sich hauptsächlich mit der Höhe öffentlicher Entwicklungshilfe (Official Development Assistance, ODA) für Gesundheit, die die Europäische Union insgesamt und bestimmte europäische Regierungen, darunter Frankreich, Deutschland, Italien, Spanien und das Vereinigte Königreich, aufbringen müssen, um schnellere Fortschritte bei den gesundheitsbezogenen MDGs zu erreichen. Der Bericht besteht aus drei Kapiteln: Das erste Kapitel befasst sich mit den insgesamt erforderlichen Aktivitäten zur Rettung der gesundheitsbezogenen MDGs; das zweite konzentriert sich auf die Rolle, die Europa dabei spielen kann. Das dritte befasst sich in der vorliegenden Berichtsversion mit der gesundheitsbezogenen ODA der deutschen Bundesregierung. Es existieren länderspezifische Ausgaben mit Schwerpunkt auf der Rolle der jeweiligen nationalen Regierung für alle AFGH-Partner. Der Bericht formuliert eine Reihe von Empfehlungen für die EU und die nationalen Regierungen.

Gesundheit stellt eine grundlegende Komponente der internationalen Entwicklung dar. Eine Reihe der Millenniumsentwicklungsziele sind gesundheitsbezogen, drei konzentrieren sich ganz auf Gesundheit. Viele internationale Dokumente erkennen Gesundheit als grundlegendes Menschenrecht an. Wirtschaftliche Entwicklung und Gesundheit sind eng miteinander verknüpft. Erstere zieht verbesserte Bedingungen im Gesundheitsbereich nach sich, verbesserte Gesundheitsbedingungen wiederum haben beträchtlichen Einfluss auf die Entwicklung.

Vor diesem Hintergrund ist es besorgniserregend, dass die derzeitigen Fortschritte bei den gesundheitsbezogenen MDGs im Hinblick auf ihre Umsetzung bis zum Jahr 2015 hinterherhinken, insbesondere in Afrika südlich der Sahara. Bei der Kindersterblichkeit beispielsweise ist der südlich der Sahara liegende Teil Afrikas Schlusslicht hinter anderen Regionen: Nahezu ein Fünftel der Kinder stirbt vor Erreichen des fünften Lebensjahres. Auch die Müttersterblichkeitsrate bleibt hoch, die Zahl der auf AIDS und neue HIV-Infektionen zurückzuführenden Todesfälle steigt weiterhin, und es gibt eine neue Tuberkulosewelle. Mehr als eine Million Menschen sterben jährlich an den Folgen von Malaria, einer Krankheit, der vorgebeugt und die behandelt werden kann; die meisten davon sind Kinder im subsaharischen Afrika.

Es wird mehr Geld für die Gesundheit benötigt. Die Kommission für Makroökonomie und Gesundheit (CMH) schätzte 2001, dass bis 2007 jährlich 57 Mrd. US-Dollar (ca. 43 Mrd. Euro) zusätzlich und bis 2015 jährlich 94 Mrd. US-Dollar (ca. 70 Mrd. Euro) zusätzlich benötigt würden, um die gesundheitsbezogenen MDGs zu erreichen. Obgleich die Entwicklungsländer versuchten zu reagieren, z. B. durch die Verpflichtung, mindestens 15% ihres Staatshaushalts zur Verbesserung des Gesundheitswesens zur Verfügung zu stellen, bedeutet der Mangel an inländischen Ressourcen, dass der Großteil der Mittel durch die Entwicklungshilfe von Geberländern aufgebracht werden muss. Nach Schätzungen der CMH müssten die Geberländer bis 2007 27 Mrd. US-Dollar (ca. 20 Mrd. Euro) an öffentlicher Entwicklungshilfe für den Gesundheitsbereich bereitstellen. Bis 2015 müsste dieser Betrag auf 38 Mrd. US-Dollar (ca. 28 Mrd. Euro) steigen. Momentan liegen die Beträge weit darunter – zwischen 6 und 12 Mrd. (ca. 4,5-9 Mrd. Euro) US-Dollar im Jahr 2004.

Die berechneten Summen können erreicht werden, wenn die Geber es schaffen, 0,7% ihres Bruttonationaleinkommens (BNE) als öffentliche Entwicklungshilfe (ODA) bereitzustellen und wenn sie gleichzeitig sicherstellen, dass mindestens 15% davon für Gesundheit ausgegeben wird. Da derzeit nur sehr wenige Geberländer die 0,7 Prozent-Marke erreichen, müssen die Geber einen höheren Anteil ihrer ODA für die Gesundheit aufwenden. Die Kommission für Makroökonomie und Gesundheit hat errechnet, dass dieser höhere Anteil der ODA für Gesundheit 0,1% des BNE betragen sollte.

Mehr Geld allein reicht jedoch nicht aus; auch politische und praktische Veränderungen sind erforderlich:

- Änderung der beispielsweise von Seiten des internationalen Währungsfonds angewandten restriktiven makroökonomischen Politik, die die Menge der für öffentliche Dienste ausgegebenen Mittel beschränkt;
- Stärkung der Gesundheitssysteme, sowohl durch schon bestehende bi- und multilaterale Kanäle als auch durch neue globale Gesundheitsinitiativen, wie z. B. den Globalen Fonds zur Bekämpfung von AIDS, Tuberkulose und Malaria (GFATM) und die GAVI;
- Behebung des Mangels an Arbeitskräften im Gesundheitssektor;
- Gewährleistung eines besseren und gerechteren Zugangs zur grundlegenden Gesundheitsversorgung, insbesondere die Ungleichbehandlung der Geschlechter muss angegangen werden;
- Bereitstellung von mehr Geldern für die Erforschung von Krankheiten, die vor allem arme Menschen betreffen – auf sie entfallen 90% der Weltkrankheitslast, aber nur 10% der Forschungsausgaben des Gesundheitswesens;
- Entwicklungshilfe muss harmonisierter und besser abgestimmt erfolgen und im Einklang mit den Prinzipien der Pariser Erklärung zur Wirksamkeit der Entwicklungshilfe stehen.

Die europäischen Staaten spielen beim Erreichen der gesundheitsbezogenen MDGs eine entscheidende Rolle. Nach den vom OECD-Entwicklungshilfesausschuss (DAC) veröffentlichten Zahlen für 2005 machte der Beitrag der europäischen Länder insgesamt mehr als die Hälfte (52%) der gesamten bilateralen öffentlichen Entwicklungshilfe aller im Entwicklungshilfesausschuss vertretenen Länder aus. Zurzeit haben sich alle EU-Mitgliedsstaaten (die zehn neuesten Mitglieder ausgeschlossen) verpflichtet, das 0,7 Prozent-Ziel bis zum Jahr 2015 zu erreichen. Bereits 2010 sollen 0,51% des Bruttonationaleinkommens als ODA-Anteil bereitgestellt werden.

Ein bedeutender Anteil an der gesamten öffentlichen Entwicklungshilfe der EU wird von der Europäischen Kommission getragen, und zwar durch die für Entwicklungshilfe bereitgestellten Haushaltsgelder und den Europäischen Entwicklungsfonds (EEF). Die Europäische Kommission/EK hat sowohl zu den Millenniumsentwicklungszielen allgemein als auch speziell zum Bereich Gesundheit politische Richtlinien erarbeitet und unterstützt einen Aktionsplan zur Bekämpfung von HIV und AIDS, Tuberkulose und Malaria. Darüber hinaus war sie einer der Hauptgründer des Globalen Fonds. Der Rat für Allgemeine Angelegenheiten und Außenbeziehungen der Europäischen Union (General Affairs and External Relations

Council – GAERC) verabschiedete vor kurzem ein Programm zur Bekämpfung des kritischen Mangels an Arbeitskräften im Gesundheitswesen in Entwicklungsländern. Die Europäische Kommission hat sich verpflichtet, bis 2009 20% der im Rahmen der geographischen Programme des Entwicklungshilfebudgets zur Verfügung stehenden Mittel für Basisgesundheits- und für Grundschul- und Sekundarausbildung auszugeben. Es müsste jedoch auf folgenden Gebieten noch mehr getan werden:

- Gegenwärtig kommt dem Gesundheitsbereich von Seiten der Europäischen Kommission ein ODA-Anteil von nur etwa 4,7% zugute. Dieser Wert liegt weit unter den in diesem Bericht empfohlenen 15%.
- Die Gelder für die themenbezogenen Programme der Europäischen Kommission werden in einer Kategorie mit dem Titel »In die Menschen investieren« zusammengefügt. Obgleich 55% dieses Programms für Gesundheit ausgegeben werden, bedeutet dies doch eine Verringerung der gesundheitsbezogenen ODA von 110 Mrd. Euro auf 84 Mrd. Euro jährlich.
- Gesundheit bildet momentan selten einen Schwerpunkt in den Länderprogrammen der Europäischen Kommission.
- Ein großer Teil der von der EU-Kommission geleisteten Entwicklungshilfe erfolgt durch allgemeine Budgethilfe. Gegenwärtig kann nicht genau zurückverfolgt werden, wie viel auf diesem Weg für das Gesundheitswesen ausgegeben wird. Vorschläge, einen theoretischen Anteil der allgemeinen Budgethilfe für die Gesundheit zu berechnen, bergen die Gefahr, die ODA für Gesundheit der Europäischen Kommission zu hoch anzugeben.

Action for Global Health hat die Beiträge zur Entwicklungshilfe der Länder analysiert, in denen das Netzwerk ansässig ist. Die einzelnen Berichte können auf unserer Website abgerufen werden. Neben anderen Ergebnissen zeigt die Analyse, die sich auf die Zahlen des Entwicklungshilfesausschusses/DAC der OECD für den bilateralen ODA-Anteil am BNE und den ausgezahlten Prozentsatz für Gesundheit und Bevölkerung stützt, dass alle untersuchten Regierungen nicht annähernd an die Marke von 0,1% des BNE pro Jahr für gesundheitsbezogene ODA herankamen: Frankreich 0,014%, Deutschland 0,006%, Italien 0,001%, Spanien 0,027% und das Vereinigte Königreich 0,042%.



Empfehlungen

1. VERPFLICHTUNG ZU SOFORTIGEM HANDELN

Zur Halbzeit rufen wir die Geberregierungen auf, die mangelnden Fortschritte bei der Umsetzung der Millenniumsentwicklungsziele öffentlich anzuerkennen und sich zu sofortigem Handeln zu verpflichten, um es den Entwicklungsländern zu ermöglichen, die gesundheitsbezogenen MDGs planmäßig bis 2015 zu erreichen.

2. VOLLE FINANZIELLE UNTERSTÜTZUNG

Das von der Kommission für Makroökonomie und Gesundheit für die Erreichung der gesundheitsbezogenen MDGs errechnete Ziel, im Jahr 2007 27 Mrd. US-Dollar der öffentlichen Entwicklungshilfe für Gesundheit auszugeben, ist zur MDG-Halbzeit noch sehr weit von seiner Verwirklichung entfernt. Action for Global Health ruft die Geberregierungen deswegen zu sofortigem Handeln auf, damit diese Finanzierungslücke geschlossen werden kann; ferner sollten sich die Geberregierungen auf ein neues Zieldatum 2009 verständigen, damit diese Summe erreicht wird.

3. DER GESUNDHEIT JETZT VORRANG GEBEN

Zur Verwirklichung der Gesundheits-MDGs bis zum Jahr 2015 muss früh und in ausreichendem Maß in Gesundheit investiert werden. Wir rufen die europäischen Geberregierungen auf, Gesundheit zu einem Schwerpunkt im Rahmen neuer ODA-Mittel zu erheben und sicherzustellen, dass der bilaterale ODA-Anteil für Gesundheit nicht unter 15% fällt.

4. 0,1 PROZENT DES BNE

Die europäischen Geberregierungen sollten sich die Bereitstellung eines ODA-Anteils von 0,1% ihres BNE für Gesundheit als Ziel setzen. Dieser Beitrag sollte nicht bis zum Erreichen des 0,7 Prozent-Ziels warten, da Investitionen in Gesundheit langfristig sein und so schnell wie möglich umgesetzt werden müssen, damit in den Entwicklungsländern bis 2015 bereits Erfolge in den Gesundheitssystemen realisiert werden können.

5. STARKE GESUNDHEITSSYSTEME

Action for Global Health stellt fest, dass Investitionen zur Stärkung der Gesundheitssysteme in den letzten Jahren weitgehend vernachlässigt wurden. Wir rufen die Geberregierungen daher auf sicherzustellen, dass alle zusätzlich zur Verfügung stehenden ODA-Mittel in langfristige, nachhaltige Maßnahmen investiert werden, die der Stärkung von Gesundheitssystemen zugute kommen. Darüber hinaus sollten aus diesen Mitteln beträchtliche Investitionen für Arbeitskräfte im Gesundheitsbereich (im formellen wie informellen Sektor) zur Verfügung gestellt werden.

6. FAIRER ZUGANG

Geber sollten sicherstellen, dass ihre gesundheitsbezogenen ODA-Investitionen den gleichberechtigten und allgemeinen Zugang zur Gesundheitsversorgung fördern und dass sie die Entwicklungsländer beim Abbau finanzieller Hürden unterstützen, die den Zugang armer Menschen zur Gesundheitsversorgung einschränken.

7. MEHR FISKALISCHEN SPIELRAUM GEWÄHRLEISTEN

Die Gebernationen sollten dafür eintreten, dass der Internationale Währungsfonds den Druck auf die öffentlichen Haushalte von Ländern mit geringem und mittlerem bis geringem Einkommen verringert und mehr steuerlicher Spielraum für Ausgaben im Gesundheitswesen eingeräumt wird.

8. GLOBALE GESUNDHEITSINITIATIVEN KOMPATIBEL MACHEN

Wir rufen die europäischen Geberregierungen dazu auf, globale Gesundheitsinitiativen wie GFATM und GAVI weiterhin zu unterstützen und gemeinsam an der Vereinbarkeit solcher Maßnahmen mit der Stärkung von Gesundheitssystemen zu arbeiten. Die Geber sollten insbesondere spezifische Maßnahmen zur Bereitstellung langfristiger und planbarer Finanzierungsmittel für Gesundheitssysteme seitens dieser Initiativen unterstützen.

9. SOFORTIGER FINANZIELLER AUSGLEICH FÜR GESUNDHEITSFACHKRÄFTE AUS ENTWICKLUNGSLÄNDERN, DIE IN EUROPA ARBEITEN

Wir rufen Europa dazu auf, den Ländern, die Gesundheitsfachkräfte ausgebildet haben, die jetzt in Europa arbeiten, einen finanziellen Ausgleich zukommen zu lassen. Um die Praxis aktiver Rekrutierung in Entwicklungsländern zu beenden, sollte dieser Ausgleich den Kosten für eine Ausbildung in einem europäischen Land entsprechen.

10. GLEICHSTELLUNG DER GESCHLECHTER

Die gesundheitsbezogene ODA muss den gleichberechtigten Zugang zu Dienstleistungen fördern, einschließlich von Diensten im Bereich der sexuellen und reproduktiven Medizin; auch sollten die europäischen Geberregierungen sicherstellen, dass nach Geschlechtern aufgeschlüsselte Daten für Kinder, Jugendliche und Erwachsene dazu beitragen, Ungleichheiten beim Zugang zur Gesundheitsversorgung zu beseitigen.

11. SCHLIESSEN DER 10/90-LÜCKE

Action for Global Health erachtet Investitionen in Forschung und Entwicklung als ein grundlegendes Element für ein vollständig funktionierendes Gesundheitssystem. Deswegen rufen wir die Geberregierungen auf, die 10/90-Investitions-lücke in Mittel für Forschung und Entwicklung umzuwandeln. Die zur Verfügung stehenden Gelder zur Entwicklung neuer Medikamente und Technologien sollten signifikant erhöht werden, um die vordringlichsten Probleme in den Gesundheitssystemen der Entwicklungsländer anzugehen, wo 90% der weltweiten Gesundheitsprobleme auftreten.

12. SICHERSTELLEN DER WIRKSAMKEIT VON ENTWICKLUNGSHILFE

Die gesundheitsbezogene ODA sollte die Prinzipien der Pariser Erklärung zur Wirksamkeit der Entwicklungshilfe einhalten, einschließlich des Konzeptes der Eigenverantwortlichkeit der Länder, der Anpassung und der Harmonisierung. Die allgemeine und sektorale Budgethilfe muss von klaren Indikatoren zur Überwachung der Ausgaben, von der genauen Überprüfung durch die Zivilgesellschaft sowie von einer kohärenten Anwendung der Politiken flankiert werden.

KAPITEL EINS:

RETTUNG DER GESUNDHEITS- BEZOGENEN MDGs

TEIL 1:

Fortschritte bei der Umsetzung der MDGs

Die Millenniumsentwicklungsziele und Gesundheit

Beim Millenniumsgipfel der Vereinten Nationen im September 2000 gingen die Staats- und Regierungschefs sowohl reicher als auch armer Länder die ehrgeizige Verpflichtung einer globalen Partnerschaft ein, die extreme Armut¹ und Ungleichheit verringern soll. Aus dieser Erklärung entstanden die acht Millenniumsentwicklungsziele (MDGs) (s. Tabelle 1). Sie wurden in einer Reihe von UN-Konferenzen in den 1990er Jahren² formuliert und bilden die Grundlage für die Entstehung globaler Pläne zur internationalen Entwicklungshilfe (UN Millennium Project, 2005a). Trotz einiger Kritiken an den MDGs (z.B. Attaran, 2005) stellen sie die gegenwärtig akzeptierteste und spezifischste Zielsetzung zur Verringerung von Armut dar. Sie genießen eine noch nie dagewesene politische

Unterstützung sowohl in entwickelten als auch in Entwicklungsländern, werden von Regierungen wie Nichtregierungsorganisationen gleichermaßen angenommen und sie sind erreichbar (UN, 2005/2006).

Drei der MDGs beziehen sich ausdrücklich auf die Verbesserung der Gesundheit von Menschen, die in Ländern mit niedrigem und mittlerem bis niedrigem Einkommen leben. Ihr Fokus liegt auf der Verringerung der Kindersterblichkeit, einer Verbesserung der Gesundheit von Müttern und dem Kampf gegen HIV und AIDS, Malaria, Tuberkulose und andere Krankheiten. Obwohl die Gesundheit auch für andere MDGs eine bedeutende Rolle spielt (WHO, 2007a; Tabelle 1), konzentriert sich dieser Bericht auf diese drei.

Tabelle 1: Die Millenniumsentwicklungsziele³: Gesundheitsbezogene Zielsetzungen und Indikatoren (WHO, 2007a)

| | |
|---------------|--|
| MDG 1: | Beseitigung von extremer Armut und Hunger |
| Ziele: | Zwischen 1990 und 2015 den Anteil der an Hunger leidenden Menschen halbieren |
| Indikatoren: | Häufigkeit untergewichtiger Kinder im Alter unter fünf Jahren Anteil der Bevölkerung, der weniger als die empfohlene Mindestmenge an Energieverbrauch zur Verfügung steht |
| MDG 2: | Grundschulbildung für alle |
| MDG 3: | Die Gleichstellung der Geschlechter fördern und die Rechte von Frauen stärken |
| MDG 4: | Verringerung der Kindersterblichkeit |
| Ziele: | Zwischen 1990 und 2015 die Sterblichkeit von Kindern unter fünf Jahren um zwei Drittel verringern |
| Indikatoren: | Kindersterblichkeit unter fünf Jahren Säuglingssterblichkeit Anteil der Einjährigen, die gegen Masern geimpft sind |



Foto:
Gideon Mendel
Corbis/Actionaid

MDG 5: Die Gesundheit der Mütter verbessern

Ziele: Zwischen 1990 und 2015 die Müttersterblichkeitsrate um drei Viertel verringern

Indikatoren: Müttersterblichkeitsrate

Anteil an Geburten in Gegenwart von ausgebildetem medizinischen Personal

MDG 6: Bekämpfung von HIV und AIDS, Malaria und Tuberkulose

Ziele: Die Ausbreitung von HIV und AIDS bis 2015 zum Stillstand gebracht und ihren Rückgang eingeleitet haben
Das Auftreten von Malaria und anderen schweren Krankheiten bis 2015 zum Stillstand gebracht und den Rückgang ihrer Ausbreitung eingeleitet haben

Indikatoren: Häufigkeit von HIV bei schwangeren Frauen im Alter zwischen 15 und 24 Jahren

Anteil der Verhütung mit Kondomen an der gesamten Kontrazeptionsrate

Verhältnis des Schulbesuchs von Waisen zum Schulbesuch von Nicht-Waisen zwischen zehn und 14 Jahren

Verbreitung von Malariaerkrankungen und damit verbundene Todesraten

Anteil der Bevölkerung in Malaria-Risikogebieten, der wirksame Maßnahmen zur Prävention und Behandlung von Malaria verwendet

Verbreitung von Tuberkulose und damit zusammenhängende Todesraten

Anteil der festgestellten und mit der DOTS-Strategie geheilten Tuberkulose-Fälle

MDG 7: Sicherung der ökologischen Nachhaltigkeit

Ziele: Bis 2015 den Anteil der Menschen ohne nachhaltigen Zugang zu sicherem Trinkwasser und sanitären Einrichtungen halbieren
Bis 2020 eine erhebliche Verbesserung der Lebensbedingungen von mindestens 100 Millionen Slumbewohnern erreicht haben

Indikatoren: Bevölkerungsrate, die feste Brennstoffe benutzt

Bevölkerungsrate mit nachhaltigem Zugang zu verbesserten Wasserquellen in der Stadt und auf dem Land

Bevölkerungsrate mit Zugang zu verbesserten sanitären Einrichtungen, in der Stadt und auf dem Land

MDG 8: Eine globale Entwicklungspartnerschaft aufbauen

Ziele: In Zusammenarbeit mit Pharmaunternehmen den Zugang zu bezahlbaren, lebenswichtigen Arzneimitteln in Entwicklungsländern gewährleisten

Indikatoren: Bevölkerungsrate mit Zugang zu bezahlbaren lebenswichtigen Arzneimitteln auf nachhaltiger Basis

¹ In ihren zahlreichen Dimensionen wie Einkommensarmut, Hunger, Krankheit, Mangel an angemessener Unterkunft und Ausschluss.

² Wie der Weltgipfel für Soziale Entwicklung in Kopenhagen 1995.

³ Die ausdrücklich gesundheitsbezogenen MDGs (d. i. MDGs 4-6) sind orange unterlegt.

Gesundheit, Menschenrechte und wirtschaftliche Entwicklung

Gesundheit wurde als ein Zustand körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens definiert (s. Kasten 1). Action for Global Health konstatiert, dass Gesundheit sowohl ein grundlegendes Menschenrecht als auch ein Motor für wirtschaftliche Entwicklung ist.

Viele internationale Dokumente stellen eine enge Verbindung zwischen Menschenrechten und Gesundheit her (s. Kasten 2), jedoch auch über 30 Jahre später haben viele Menschen in ressourcenarmen Gebieten noch immer keinen gleichberechtigten Zugang zu grundlegender Gesundheitsversorgung (Hall und Taylor, 2003).

Krankheit und Armut hängen miteinander zusammen und verstärken sich gegenseitig. Arme Menschen werden mit größerer Wahrscheinlichkeit krank, verzeichnen eine höhere Krankheitsrate, haben einen eingeschränkteren Zugang zur Gesundheitsversorgung und sind dazu gezwungen, Besitz zu verkaufen oder Kredite zu hohen Zinssätzen aufzunehmen, um Gesundheitskrisen zu bewältigen (UNDP, 1998). Die Verringerung von Armut kann also für die Gesundheit von Vorteil sein, eine verbesserte Gesundheit ist jedoch nicht nur das Ergebnis wirtschaftlicher Entwicklung, sondern trägt selbst zum Wirtschaftswachstum bei (s. Kasten 3).

Kasten 2: Gesundheit als Menschenrecht

Die Allgemeine Erklärung der Menschenrechte schreibt fest, dass »jeder das Recht auf einen Lebensstandard hat, der seine und seiner Familie Gesundheit und Wohl gewährleistet, einschließlich Nahrung, Kleidung, Wohnung, ärztliche Versorgung und notwendige soziale Leistungen« (UN, 1948).

Der Internationale Pakt über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte wurde im Jahr 1966 als Teil der Internationalen Menschenrechtscharta verabschiedet und verpflichtet die Staaten zur Anerkennung des Rechts »eines jeden auf das für ihn erreichbare Höchstmaß an körperlicher und geistiger Gesundheit« (Art. 12, ICESCR).

Die Verfassung der Weltgesundheitsorganisation (WHO) erklärt: »Der Genuss des bestmöglichen Gesundheitszustands bildet eines der Grundrechte jedes Menschen, ohne Unterschied der Rasse, der Religion, der politischen Anschauung und der wirtschaftlichen oder sozialen Stellung« (WHO, 2006).

Die Erklärung von Alma Ata bekräftigt, dass Gesundheit, wie in der Definition der WHO »ein grundlegendes Menschenrecht darstellt und dass das Erreichen des höchstmöglichen Gesundheitszustands ein äußerst wichtiges Ziel ist, dessen Realisierung das tatkräftige Handeln zahlreicher anderer sozialer und ökonomischer Sektoren außer des Gesundheitssektors erfordert« (Internationale Konferenz zur Primären Gesundheitsversorgung, 1978).

Kasten 3: Verbindungen zwischen Armut und Gesundheit

Krankheiten tragen mit zur Armut von Haushalten bei. Wenn beispielsweise der Ernährer an aktiver Tuberkulose erkrankt ist, können ca. 20 bis 30% des Jahreseinkommens verloren gehen. Stirbt die Person, geht das Einkommen von 15 Jahren verloren (WHO, 2002).

Krankheiten behindern das nationale Wirtschaftswachstum. Wirtschaftsexperten sind beispielsweise der Auffassung, dass Malaria in einigen afrikanischen Ländern verantwortlich für eine Art »Wachstumsbestrafung« von bis zu 1,3% pro Jahr ist (RBM, ohne Datum). Eine systematische Überprüfung der Einschätzung der Krankheitskosten im Zusammenhang mit der Gesundheit von Müttern und Neugeborenen kam zu dem Schluss, dass dies jährliche Produktivitätsverluste von bis zu 95 Millionen USD für Äthiopien und rund 85 Millionen USD für Uganda bedeutet (Islam und Gerdtham, 2006). Die volkswirtschaftlichen Auswirkungen von HIV und AIDS sind gut dokumentiert worden, zum Beispiel:

- in Botswana muss voraussichtlich jeder Ernährer im Laufe der nächsten zehn Jahre einen zusätzlichen Unterhaltsabhängigen durchbringen aufgrund der Auswirkungen der AIDS-Epidemie (UNAIDS, 2006).
- eine Überprüfung von elf Studien über die wirtschaftlichen Auswirkungen von AIDS kam zu dem Schluss, dass durch die Krankheit die durchschnittlichen Wirtschaftswachstumsraten überall in Afrika um zwei bis vier Prozent jährlich verringert werden (Dixon et al., 2002).
- in Südafrika legte eine Studie nahe, dass ein Anstieg auf 50% der Anzahl der Personen, die ARV benötigen und sie auch tatsächlich bekommen, die Auswirkungen der Epidemie auf das Wirtschaftswachstum um 17% verringern würde (Bureau for Economic Research, 2006).

Bessere Gesundheit erhöht das Wirtschaftswachstum. Es wurde beispielsweise berichtet, dass bis zu einem Drittel des jährlichen Wachstums des BIP dem Gesundheitskapital zugeschrieben werden kann; eine Verlängerung der Lebenserwartung um ein Jahr geht sowohl in entwickelten Ländern als auch in Entwicklungsländern mit einem Anwachsen der langfristigen Wachstumsrate auf

Foto:
© Jenny
Matthews
ActionAid



Kasten 1: Definitionen von Gesundheit, Gesundheitssystemen und Gesundheitsvorsorge

Die WHO definiert Gesundheit allgemein als »nicht nur die Abwesenheit von Krankheit und Gebrechen, sondern ein Zustand vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens« (WHO, 1948). Ähnlich definiert die WHO auch Gesundheitssystem sehr allgemein als »all jene Aktivitäten, deren Hauptziel es ist, Gesundheit zu fördern, beizubehalten oder wiederherzustellen« (Crisp, 2007).

Andere dagegen liefern engere Definitionen von Gesundheitssystemen mit folgenden Erfordernissen:

- gemeinsamer politischer Bezugsrahmen, gemeinsame Werte, gemeinsame Regeln und Möglichkeiten gemeinsamer Verweisung sowie gemeinsame Nutzung von Informationen;
- eine Organisationsstruktur und Managementprozesse (Crisp, 2007).

Dies spiegelt vielleicht eine engere Sichtweise von Gesundheit wider, und zwar im Sinne von Gesundheitsvorsorge, die mit Prävention, Behandlung, dem Management von Krankheiten und der Wahrung geistigen und physischen Wohlergehens definiert werden könnte, die von medizinischen Diensten und den vereinten Gesundheitsberufen angeboten werden.

Fortschritte bei der Umsetzung der gesundheitsbezogenen MDGs

Juli 2007 stellt genau die Mitte zwischen dem Gipfel, auf dem die MDGs verabschiedet wurden und dem Zieldatum für die Umsetzung der MDGs im Jahr 2015 dar. Es können einige Erfolge verzeichnet werden. So hieß es beispielsweise 2006, dass die Zielsetzungen für sicheres Trinkwasser »in Sicht« seien (UN, 2006).

Die Meldungen zu anderen MDGs sind allerdings weitaus weniger positiv:

- mehr Kinder überleben jetzt ihre ersten Lebensjahre, wobei Subsahara-Afrika weit hinterherhinkt (s. Abb. 1);

- in den Regionen mit den höchsten Sterberaten bleibt die Müttersterblichkeit hoch;
- in manchen Regionen erweisen sich HIV-Präventionsmaßnahmen als erfolgreich, aber die Zahl der Todesfälle und Infektionen wächst weiter;
- neue Tuberkulosefälle sind auf dem Vormarsch, selbst wenn die mit HIV in Verbindung stehenden Fälle nicht mit eingerechnet werden (UN, 2006).

Verfügbare Daten bezüglich der Fortschritte bei der Umsetzung der gesundheitsbezogenen MDGs werden in Kasten 4 ausführlicher dargestellt.

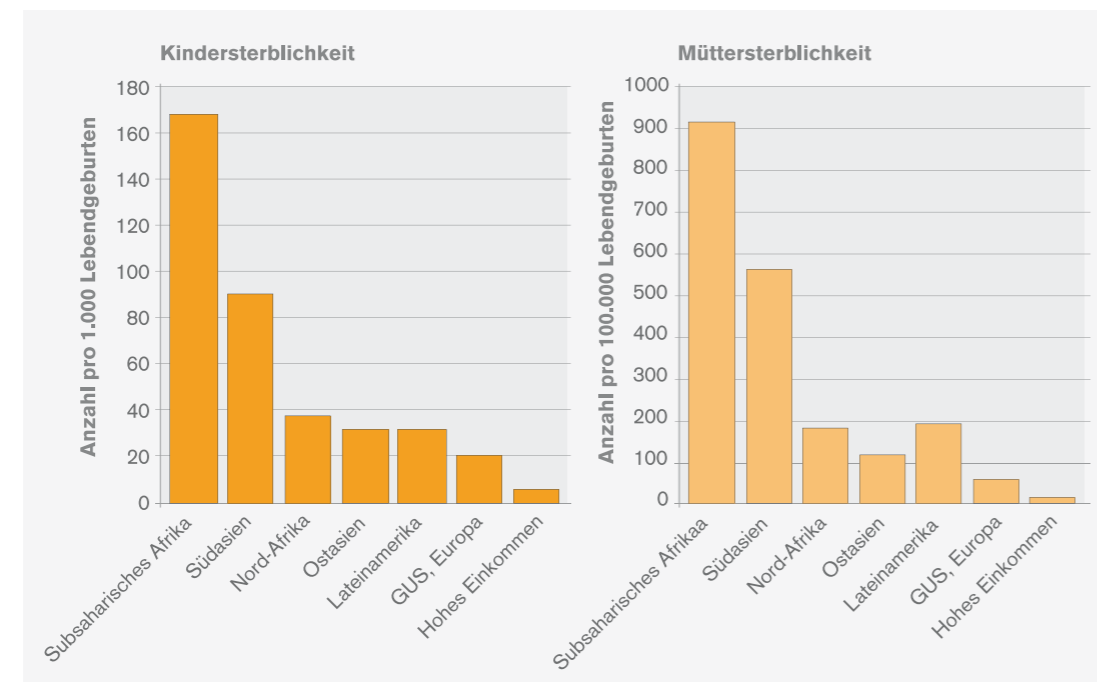


Abb. 1: Kinder- und Müttersterblichkeitsraten in ausgesuchten Regionen⁴

EMPFEHLUNG 1: VERPFLICHTUNG ZU SOFORTIGEM HANDELN

Zur Halbzeit rufen wir die Geberregierungen auf, die mangelnden Fortschritte bei der Umsetzung der Millenniumsentwicklungsziele öffentlich anzuerkennen und sich zu sofortigem Handeln zu verpflichten, um es den Entwicklungsländern zu ermöglichen, die gesundheitsbezogenen MDGs planmäßig bis 2015 zu erreichen.

Kasten 4: Fortschritte bei den gesundheitsbezogenen MDGs

MDG 4: Verringerung der Kindersterblichkeit

Kurzdarstellung – Insgesamt hinkt dieses MDG trotz der Verfügbarkeit einfacher, kostengünstiger und erfolgreicher Interventionen hinterher (World Bank, 2007).

Details – Berichten aus dem Jahr 2003 zufolge starben jedes Jahr 10,8 Mio. Kinder unter fünf Jahren (Black et al., 2003), 2004 wurde diese Größe mit 10,5 Mio. angegeben (UN, 2006). Einige Länder konnten positive Entwicklungen verzeichnen. In Malawi beispielsweise sinkt die Unter-5-Jahre-Sterblichkeit seit den 1960er Jahren kontinuierlich (WHO, 2007b) und Eritrea verringerte seine Kindersterblichkeitsrate zwischen 1990 und 2005 um die Hälfte (World Bank, 2007). In Lateinamerika, dem karibischen Raum, in Südost- und Ostasien und in Nordafrika sinken die Kindersterblichkeitsraten um drei Prozent pro Jahr. Diese positiven Trends genügen nicht zur Erfüllung der MDGs, sie entwickeln sich nicht gleichmäßig innerhalb der Länder und können für Subsahara-Afrika nicht festgestellt werden. Kein afrikanisches Land südlich der Sahara ist auf dem Weg, dieses Ziel zu erreichen. Obwohl nur 20% der Kleinkinder weltweit in Subsahara-Afrika leben, ist in dieser Region die Hälfte der weltweiten Unter-5-Jahre-Sterblichkeitsrate zu verbuchen. Insgesamt starben 2004 in Subsahara-Afrika 168 von 1000 lebend geborenen Kindern vor Erreichen des fünften Lebensjahres (UN, 2006; World Bank, 2007; s. Abb. 1). 2005 befanden sich nur 32 von 147 Ländern auf dem Weg zum Erreichen dieses MDGs, wobei besonders schlechte Erfahrungen in fragilen Staaten vorherrschen. Nur zwei der 35 instabilen Staaten befinden sich auf dem Weg zur Realisierung dieses MDGs (World Bank, 2007). Fortschritte wurden bei den steigenden Impfraten gegen Masern erzielt: Zwischen 1990 und 2004 stiegen die Impfungen in Subsahara-Afrika von 56 auf 65% und in Südasien von 58 auf 62%. 2004 starben dennoch 454.000 Kinder an Masern. Zwei Drittel der Anzahl der nicht geimpften Kinder weltweit entfallen auf sechs Länder, und zwar: Volksrepublik China, Demokratische Republik Kongo, Indien, Indonesien, Nigeria und Pakistan (UN, 2006).

MDG 5: Verbesserung der Müttergesundheit

Kurzdarstellung – Nur wenige Informationen sind zu diesem Thema verfügbar, aber die Sterblichkeitsraten haben sich in Subsahara-Afrika und Südasien, den Regionen mit den höchsten Sterberaten, kaum verändert (UN, 2006).

Details – Nach Schätzungen sterben jährlich 500.000 Mütter, davon 99% in Entwicklungsländern. Im Hinblick auf die Müttersterblichkeit gibt es eine große Diskrepanz zwischen reichen und armen Ländern. Reiche Länder verzeichnen zum Beispiel Müttersterblichkeitsraten von zehn bis 14 Frauen pro 100.000 Lebendgeburten. In Subsahara-Afrika sind es 921 pro 100.000 Lebendgeburten (s. Abb. 1). Da zur Müttersterblichkeit nur eingeschränkt Daten vorhanden sind, greifen viele Länder auf die Verfügbarkeit von ausgebildetem medizinischen Personal als Indikator für den Umgang mit Komplikationen bei der Geburt zurück. In 27 von 32 Entwicklungsländern ist die Zahl der Geburten in Anwesenheit eines Geburtshelfers gestiegen, z. B. in Marokko (31,8%), Nicaragua (25,1%), Indonesien (17,1%), und Ägypten (14,7%). Die Länder südlich der Sahara jedoch schnitten schlecht ab, z. B. Sambia (-3,1%) und Kenia (-2,8%), und sogar in Ländern mit positiver Entwicklung waren diese hauptsächlich auf die reichsten Haushalte zurückzuführen (s. Abb. 2). Daraus geht hervor, dass die Unterschiede beim gerechten Zugang zu medizinisch geschulter Geburtshilfe zwischen den ärmsten und reichsten Quintilen in den meisten Ländern gravierender sind als bezüglich jedes anderen Gesundheitsdienstes (World Bank, 2007).

MDG 6: Bekämpfung von HIV und AIDS, Malaria und anderen Krankheiten

Kurzdarstellung – MDG 6 ist vom Weg abgekommen. Neue HIV-Infektionen, durch AIDS verursachte Todesfälle und neue Tuberkulosefälle treten vermehrt auf.

Details – Ende 2006 lebten weltweit schätzungsweise 39,5 Mio. Menschen mit HIV, eine Ziffer, die im Vergleich zu 2004 einen Anstieg von 2,6 Mio. bedeutete. Schätzungsweise 2,9 Mio. Menschen starben an AIDS. Während die Ausbreitung von HIV sich in Teilen Subsahara-Afrikas verlangsamt, bleibt es doch das Zentrum der Epidemie. Beinahe zwei Drittel (63%) aller mit HIV lebenden Menschen leben im Afrika südlich der Sahara. Frauen sind in dieser Region ganz besonders von HIV betroffen. Bei ihnen sind nicht nur höhere Infektionsraten zu verzeichnen, sondern sie pflegen auch mit größerer Wahrscheinlichkeit HIV-infizierte. Am größten war der Anstieg an HIV-Infektionen in jüngster Zeit in Osteuropa, Zentral- und Ostasien. Es gibt immer mehr Zugang zu erfolgreicher Prävention und zu Behandlungsprogrammen. Die Zahl der Menschen in Subsahara-Afrika, die sich zwischen Dezember 2003 und Juni 2006 Zugang zu antiretroviraler Therapie hatten, stieg um ein Zehnfaches; über eine Million Menschen konnten behandelt werden. Ein besonders drastischer Fortschritt ist in einer Reihe afrikanischer Länder zu verzeichnen, einschließlich Botswana, Kenia,

⁴ Datenquellen: UN, 2006; WHO, 2007b und World Bank, 2007.

Kasten 4: Fortsetzung

Nach Schätzungen gibt es 350 bis 500 Mio. klinische Malariafälle jährlich, mit über 1 Mio. daraus folgender Todesfälle. Ca. 60% aller Malariafälle und über 80% der damit in Verbindung stehenden Todesfälle entfallen auf Subsahara-Afrika (RBM et al., ohne Datum). Es gab jedoch auch Erfolge zu verzeichnen, zum Beispiel bei der Verteilung von Moskitonetzen für Betten. In nur vier Jahren, zwischen 1999 und 2003, erhöhte sich das Verhältnis Moskitonetze - Betten im subsaharischen Afrika um das Zehnfache. Stadtbewohner benutzen die Netze jedoch mit einer sechsmal größeren Wahrscheinlichkeit als Bewohner ländlicher Gegenden. Gleichermaßen verwendet das reichste Bevölkerungsfünftel die Netze mit einer elfmal höheren Wahrscheinlichkeit als das ärmste (UN, 2006).

Es wurde geschätzt, dass 2005 8,8 Mio. neue Tuberkulosefälle auftraten und 1,6 Mio. Menschen an Tuberkulose starben. In den letzten Jahren wurden Fortschritte bei der Eindämmung von TB und den daraus resultierenden Todesfällen erzielt. Es wird berichtet, dass die TB-Häufigkeit weltweit den Höchststand hinter sich gelassen hat. Insgesamt stieg die Anzahl neuer TB-Fälle aufgrund einer wachsenden Verbreitung in Afrika, dem östlichen Mittelmeerraum und Südostasien dennoch langsam an (WHO, 2007c).

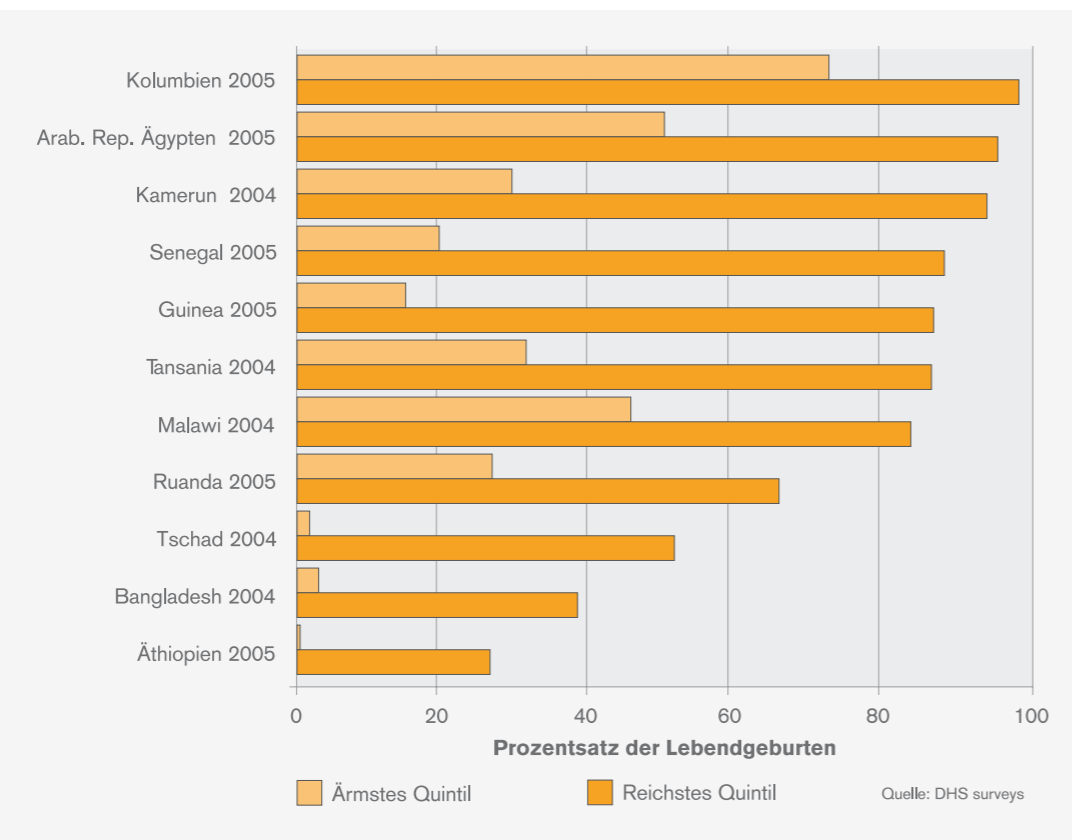


Abb. 2: Zugang zu medizinisch ausgebildetem Personal nach Haushaltswohlstand in Quintilen

TEIL 2:

Finanzierung der Millenniums-entwicklungsziele

Dieser Teil des Berichts befasst sich mit der Finanzierung der für die Realisierung der gesundheitsbezogenen MDGs notwendigen Interventionen im Gesundheitswesen⁵ und behandelt die Rolle der Geberregierungen bei der Erfüllung dieser Notwendigkeit.

Was ist zur Finanzierung der MDGs erforderlich?

2001 lieferte die Kommission für Makroökonomie und Gesundheit (CMH) der Weltgesundheitsorganisation die vollständigste Schätzung bezüglich der notwendigen Gelder zur Finanzierung der gesundheitsbezogenen MDGs (CMH, 2001). Nach ihrer Schätzung mussten die Ausgaben für Gesundheit in 83 armen Ländern von 106 Mrd. USD im Jahr 2002 auf 163 Mrd. USD im Jahr 2007 und bis auf 200 Mrd. USD bis 2015 ansteigen⁶. Dies würde pro Jahr zusätzliche Ausgaben von 57 Mrd. USD bis 2007 und 94 Mrd. USD bis 2015 erfordern und gleichzeitig sowohl den Bevölkerungszuwachs als auch den gestiegenen Bedarf an abzudeckenden Dienstleistungen widerspiegeln. Die CMH schätzte, dass die Bereitstellung dieser zusätzlichen Mittel durch ODA das Erreichen der gesundheitsbezogenen MDGs unterstützen und acht Millionen Menschenleben retten würde und dass sich für Länder mit geringem und mittlerem Einkommen wirtschaft-

liche Vorteile im Wert von um die 186 Mrd. USD jährlich ergeben würden.

Andere Schätzungen nennen ähnliche oder noch höhere Zahlen. Eine Reihe von länderbasierten Studien zeigt, dass die Kosten insbesondere in Ländern mit hoher HIV-Rate extrem hoch sind⁷ (UN Millennium Project, 2004). Andere Ansätze zur Kostenberechnung versuchten, Erfordernisse zur Stärkung von Gesundheitssystemen zu überprüfen und schlossen detailliertere Kalkulationen verschiedener Bestandteile der Basisgesundheitsversorgung mit in die Untersuchungen ein (Johns et al., 2007; Stenberg et al., 2007). Action for Global Health arbeitet mit den CMH-Zahlen. Sie überschreiten die zurzeit von Gebern bereitgestellte Summe beträchtlich. Sie werden dennoch als am unteren Ende der Skala des tatsächlich Benötigten stehend betrachtet.

Die Leistungen der Entwicklungsländer bei gesundheitsbezogenen Investitionen

Die CMH sagte voraus, dass der Großteil der benötigten Mittel von den Entwicklungsländern selbst käme, zusätzliche 35 Mrd. USD bis 2007 und 63 Mrd. USD bis 2015 (CMH, 2001). Die Entwicklungsländer haben sich dazu verpflichtet, Ressourcen für Investitionen in den Ausbau der Leistungsfähigkeit ihrer Gesundheitssysteme zu identifizieren, um die gesundheitsbezogenen Millenniumsentwicklungsziele erreichen zu können. So unterschrieben beispielsweise afrikanische Staatschefs die Erklärung von Abuja zu HIV und AIDS, Tuberkulose und anderen Infektionskrankhei-

ten, in der sie sich dazu verpflichteten, mindestens 15% ihres Staatshaushalts zur Verbesserung des Gesundheitssektors bereitzustellen (OAU, 2001).

Die Fortschritte zur Erreichung der Ziele der Abuja-Erklärung gehen nur mäßig voran. Bis 2006 hatte nur ein afrikanisches Land dieses Ziel umgesetzt. Etwa ein Drittel der Länder im Afrika südlich der Sahara stellten zehn Prozent ihrer Haushalte oder mehr für den Gesundheitssektor bereit, 38% der Länder fünf bis zehn Prozent und 29% der Länder stellten unter 5% bereit (African Union, 2005/2006).

Die Rolle der Geberregierungen

Trotz dieser Anstrengungen zog die CMH in Betracht, dass die Geber zusätzliche Mittel zum Erreichen der gesundheitsbezogenen MDGs beisteuern müssten. Ausgehend von der Annahme, dass 2002 sechs Milliarden USD⁸ von Gebern für die Gesundheitsversorgung zur Verfügung stehen würden, forderte die CMH von den Gebern insgesamt einen für Gesundheit vorgesehenen ODA-Anteil von 27 Mrd. USD bis 2007 und 38 Mrd. USD bis 2015. Dies würde einen Anstieg der Geberausgaben für Gesundheit von 22,1 Mrd. USD bis 2007 und 30,7 Mrd. USD bis 2015 bedeuten (CMH, 2001). Tabelle 2 stellt die Mittelbindungen und Auszahlungen für Gesundheit und Bevölkerung⁹ zwischen 2001 und 2005 dar (DAC, OECD, 2007). Über diesen Zeitraum gab es einen

großen Anstieg der Mittelbindungen für Gesundheit¹⁰, aber die Mittelbindungen im Jahr 2002 beliefen sich nur auf 3,5 Mrd. USD, was deutlich unter den von der CMH vorgesehenen sechs Milliarden USD lag¹¹. Andere Veröffentlichungen geben höhere Zahlen für die ODA-Gesundheitsausgaben an, beispielsweise zwölf Milliarden USD im Jahr 2004¹² (Michaud, 2003; Schieber et al., 2006; WHO, 2006c). Trotz dieser Unsicherheit bezüglich gegenwärtiger und vergangener Summen an öffentlicher Entwicklungshilfe für die Gesundheit¹³ gibt es eindeutig noch immer eine große Lücke zwischen von Gebern bereitgestellten und den nach Schätzungen benötigten Ressourcen.

Tabelle 2: Mittelbindungen der Geber und Auszahlungen für Gesundheit und Bevölkerung, nach OECD/DAC Daten: 2001-2005 (USD Mio.) (DAC, OECD, 2007)

| 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | |
|--|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| MB | Aus | MB | Aus | MB | Aus |
| Bilateral | | | | | |
| Österreich | 4 | 23 | 8 | 5 | 14 |
| Belgien | 66 | 69 | 126 | 69 | 86 |
| Dänemark | 33 | 27 | 66 | - | 85 |
| Finnland | 23 | 15 | 36 | 15 | 36 |
| Frankreich | 143 | 159 | 153 | 160 | 192 |
| Deutschland | 123 | 129 | 171 | 99 | 214 |
| Griechenland | - | - | 4 | 4 | 12 |
| Irland | 26 | 2 | 64 | 64 | 90 |
| Italien | 24 | - | 74 | 9 | 78 |
| Luxemburg | 24 | - | 26 | - | 25 |
| Niederlande | 138 | 130 | 220 | 157 | 144 |
| Portugal | 8 | 8 | 8 | 8 | 8 |
| Spanien | 73 | 90 | 85 | 95 | 86 |
| Schweden | 44 | 81 | 114 | 74 | 120 |
| Vereinigtes Königreich | 324 | 210 | 644 | 418 | 593 |
| EU insgesamt | 1,052 | 943 | 1,797 | 1,174 | 1,784 |
| Andere Bilateral | 1,727 | 309 | 2,244 | 1,792 | 3,009 |
| Insges. bilateral | 2,779 | 1,252 | 4,041 | 2,966 | 4,793 |
| Multilateral | | | | | |
| Europäische Kommission | 294 | 73 | 213 | 76 | 234 |
| Andere multilateral | 1,032 | 426 | 1,146 | 470 | 2,786 |
| Multilateral gesamt | 1,326 | 499 | 1,359 | 546 | 3,020 |
| ODA f. Gesundheit gesamt | 4,104 | 1,751 | 5,400 | 3,512 | 7,812 |
| EU gesamt ¹⁴ | 1,346 | 1,016 | 2,010 | 1,250 | 2,018 |
| Prozentsatz der gesamten EU-ODA für Gesundheit | 33 | 58 | 37 | 36 | 26 |
| | | | | | 31 |
| | | | | | 32 |
| | | | | | 34 |
| | | | | | 36 |
| | | | | | 35 |

✿ EMPFEHLUNG 2: VOLLE FINANZIELLE UNTERSTÜTZUNG

Das von der Kommission für Makroökonomie und Gesundheit für die Erreichung der gesundheitsbezogenen MDGs errechnete Ziel, im Jahr 2007 27 Mrd. USD der öffentlichen Entwicklungshilfe für Gesundheit auszugeben, ist zur MDG-Halbzeit noch sehr weit von seiner Verwirklichung entfernt. Action for Global Health ruft die Geberregierungen deswegen zu sofortigem Handeln auf, damit diese Finanzierungslücke geschlossen werden kann: ferner sollten sich die Geberregierungen auf ein neues Zieldatum 2009 verständigen, damit diese Summe erreicht wird.

⁵ Es gibt eine ganze Reihe von Herausforderungen bei dem Versuch, Informationen über Gesundheitsausgaben zu identifizieren und zu vergleichen. Eine davon ist die begrenzte Datenverfügbarkeit, die lange Dauer, bis internationale Daten verfügbar werden, verschiedene Untersuchungszeiträume, die Verwendung verschiedener Währungen, Unterschiede zwischen Mittelbindungen und Auszahlungen, das Ziel der jeweiligen Aktivitäten, z.B. ob Ausgaben zur Familienplanung inbegriffen sind; ob Finanzierungen durch multilaterale Kanäle inbegriffen sind und wie mit nicht zweckgebundenen Entwicklungshilfemitteln, z.B. allgemeiner Budgethilfe, umgegangen wird.

⁶ Siehe CMH 2001, Tabelle A2.4, S. 166.

⁷ Schätzungen bezüglich jährlicher Finanzierungserfordernisse für die Gesundheit reichen von 20,6 USD pro Kopf in Bangladesch bis hin zu 34,8 USD pro Kopf in Tansania.

⁸ Die CMH merkte an, dass genaue Zahlen nicht vorlagen – s. S.11 und Endnote 19, S. 112 (CMH, 2001).

⁹ Diese Zahlen entsprechen dem, was dem DAC der OECD von den Gebern berichtet wurde. Da die Berichterstattung nach den DAC-Klassifizierungen stattfindet, kann es vorkommen, dass sie nicht den von individuellen Gebern erhobenen Daten entsprechen. Die Zahlen decken alle unter den Kategorien Gesundheit und Bevölkerung klassifizierten Aktivitäten ab.

¹⁰ Gestiegen von 1,75 Mrd. USD 2001 auf 7,24 Mrd. USD 2005.

¹¹ Obwohl die Zahlen der CMH die Familienplanung ausschlossen, wurden sie auf rund 600 Mio. USD pro Jahr geschätzt (CMH, 2001).

¹² Die Summe des DAC der OECD für 2004 war sechs Milliarden US-Dollar.

¹³ Die CMH merkte an, dass es schwierig war, exakte und kohärente Zahlen für die ODA-Ausgaben für Gesundheit zu bekommen. (CMH, 2001, Fußnote 19, S. 112).

s. Fußnote 8, S.15.

¹⁴ EU bilateral plus Europäische Kommission.

Gesundheitsausgaben als Anteil der gesamten öffentlichen Entwicklungshilfe

Der Anstieg der ODA für Gesundheit bis 2009 auf 27 Mrd. USD erfordert eine Erhöhung sowohl der gesamten ODA, als auch des für die Gesundheit vorgesehenen Anteils. Zwischen 1990 und 2005 stieg der ODA-Anteil für Gesundheit sehr stark an (s. Abb. 3). Diese Tendenz muss fortgesetzt werden. Trotz dieser Erhöhungen bleibt der ODA-Anteil, der im Rahmen ihrer bilateralen Programme von den einzelnen Gebern für Gesundheit bereitgestellt wird, weit unter der erforderlichen 15-Prozent-Marke, die notwendig ist, um die

gesundheitsbezogenen MDGs zu erreichen. Zwischen den Gebern bestehen erhebliche Unterschiede (s. Abb. 3).

Es sei angemerkt, dass diese Zahlen nicht sämtliche von Gebern für die Gesundheit aufgebrauchten Mittel beinhalten. Es bedarf einer neuen Kalkulationsmethode, um es den Geberländern zu ermöglichen, die gesamte für das Gesundheitswesen aufgebrauchte Finanzierung einschließlich der durch multilaterale Agenturen und allgemeine Budgethilfe bereitgestellten Gelder einzubeziehen¹⁵.

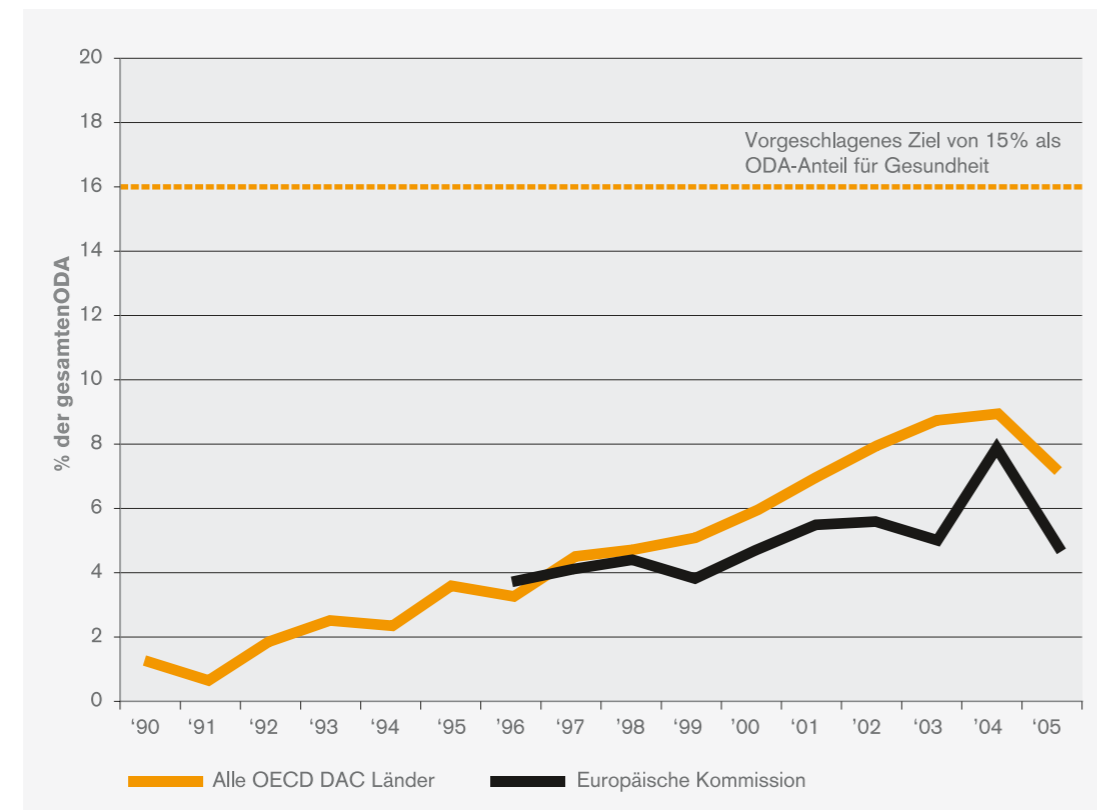


Abb. 3: Auszahlungen der Geber für Gesundheit und Bevölkerung als Prozentsatz ihrer gesamten ODA: Alle DAC-OECD Länder und die Europäische Kommission: Zahlen des DAC der OECD 1990-2005

¹⁵ s. Fußnote 8, S. 15.

Tabelle 3: Anteil der ODA-Auszahlungen (Mio. USD) für Gesundheit und Bevölkerung: DAC-OECD Zahlen: Ausgesuchte Länder und Jahre zwischen 1990 und 2005

| | 1990 | 1995 | 2000 | 2003 | 2004 | 2005 |
|---|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| Frankreich | | | | | | |
| ODA-Auszahlungen für Gesundheit und Bevölkerung | 28 | 26 | 41 | 195 | 256 | 310 |
| ODA-Auszahlungen gesamt | 1972 | 2220 | 2153 | 8792 | 8378 | 10018 |
| ODA-Anteil für Gesundheit und Bevölkerung | 1.4 | 1.2 | 1.9 | 2.2 | 3.1 | 3.1 |
| Deutschland | | | | | | |
| ODA-Auszahlungen für Gesundheit und Bevölkerung | 5 | 62 | 54 | 181 | 232 | 252 |
| ODA-Auszahlungen gesamt | 2065 | 2519 | 1131 | 5261 | 5193 | 13489 |
| ODA-Anteil für Gesundheit und Bevölkerung | 0.2 | 2.5 | 4.8 | 3.4 | 4.5 | 1.9 |
| Italien | | | | | | |
| ODA-Auszahlungen für Gesundheit und Bevölkerung | 3 | 1 | - | 72 | 52 | 9 |
| ODA-Auszahlungen gesamt | 557 | 325 | 87 | 1293 | 792 | 1886 |
| ODA-Anteil für Gesundheit und Bevölkerung | 0.5 | 0.3 | - | 5.6 | 6.6 | 0.5 |
| Spanien | | | | | | |
| ODA-Auszahlungen für Gesundheit und Bevölkerung | - | 35 | 106 | 100 | 116 | 99 |
| ODA-Auszahlungen gesamt | - | 115 | 886 | 1345 | 1615 | 969 |
| ODA-Anteil für Gesundheit und Bevölkerung | - | 30.4 | 12.0 | 7.4 | 7.2 | 10.2 |
| UK | | | | | | |
| ODA-Auszahlungen für Gesundheit und Bevölkerung | - | - | 187 | 379 | 453 | 648 |
| ODA-Auszahlungen gesamt | - | - | 972 | 2747 | 4082 | 7186 |
| ODA-Anteil für Gesundheit und Bevölkerung | - | - | 19.2 | 13.8 | 11.1 | 9.0 |
| Alle bilateralen DAC-Geber | | | | | | |
| ODA-Auszahlungen für Gesundheit und Bevölkerung | 163 | 552 | 914 | 4155 | 4561 | 5503 |
| ODA-Auszahlungen gesamt | 12819 | 15294 | 17703 | 58085 | 64627 | 93011 |
| ODA-Anteil für Gesundheit und Bevölkerung | 1.3 | 3.6 | 5.2 | 7.2 | 7.1 | 5.9 |

EMPFEBUNG 3: DER GESUNDHEIT JETZT VORRANG GEBEN

Zur Verwirklichung der Gesundheits-MDGs bis zum Jahr 2015 muss früh und in ausreichendem Maß in Gesundheit investiert werden. Wir rufen die europäischen Geberregierungen auf, Gesundheit zu einem Schwerpunkt im Rahmen neuer ODA-Mittel zu erheben und sicherzustellen, dass der bilaterale ODA-Anteil für Gesundheit nicht unter 15% fällt.



Foto:
© Kalpesh Lathigra
NB Pictures/ActionAid

Gesundheitsausgaben der Geber als Anteil ihres Bruttonational-einkommens/BNE

Die Kommission für Makroökonomie und Gesundheit schätzte, dass die erforderliche zusätzliche Entwicklungshilfe zur Erreichung der gesundheitsbezogenen MDGs ungefähr 0,1% des Geber-BNE entspräche und ging dabei von der Annahme aus, dass das Einkommensniveau der reichen Länder ansteigt (CMH, 2001)¹⁶. Action for Global Health

betrachtet dies als eine nützliche finanzielle Zielsetzung zur Orientierung für die Geber. Da viele Geberländer gegenwärtig weniger als 0,7% ihres BNE für Entwicklungshilfe aufwenden, wird die Bereitstellung eines ODA-Anteils von 0,1% ihres BNE kurzfristig sehr große Erhöhungen der gesundheitsbezogenen Entwicklungshilfe bedeuten.

✦ EMPFEHLUNG 4: 0,1% DES BNE

Die europäischen Geberregierungen sollten sich die Bereitstellung eines ODA-Anteils von 0,1% ihres BNE für Gesundheit als Ziel setzen. Dieser Beitrag sollte nicht bis zum Erreichen des 0,7-Prozent-Ziels warten, da Investitionen in Gesundheit langfristig sein und so schnell wie möglich umgesetzt werden müssen, damit in den Entwicklungsländern bis 2015 bereits Erfolge in den Gesundheitssystemen realisiert werden können.

Photograph:
© Sven Torfinn
Panos pictures



Wie sollen diese erhöhten Beiträge der Geber erreicht werden?

Für eine erfolgreiche Vorgehensweise müssen diese Erhöhungen den Ländern mit außerordentlich großen Finanzlücken zukommen. Um wirkungsvolle Entwicklungshilfe zu leisten, wird eine Kombination verschiedener Mechanismen zur Kanalisierung der Mittel erforderlich sein, einschließlich der folgenden:

- bilaterale Finanzhilfe für Länder mit niedrigem und mittlerem Einkommen;
- Finanzhilfen multilateraler Organisationen, wie beispielsweise der Weltbank und von UN-Organisationen;
- Finanzhilfen globaler Gesundheitsinitiativen, wie beispielsweise des Globalen Fonds zur Bekämpfung von AIDS, Tuberkulose und Malaria oder der GAVI.

Nicht jeder Geber muss für die Gesundheit in den Entwicklungsländern die gleiche Art finanzieller Unterstützung leisten. Geber, die in verschiedenen Gesundheitsbereichen über relative Vorteile verfügen, sollten davon auch Gebrauch machen. Die Länder, die geringere Erfahrungen mit der Bereitstellung bilateraler ODA haben, wie die Länder, die der EU zuletzt beigetreten sind, könnten ihre Ressourcen durch andere finanzielle Mechanismen, z. B. multilaterale oder globale Gesundheitsinitiativen kanalisieren.

¹⁶ Tatsächlich bezog sich die CMH auf das BSP, das inzwischen größtenteils durch das BNE ersetzt wurde. Der DAC der OECD z. B. stellte 2001 auf BNE um. BSP und BNE sind grundsätzlich dasselbe, abgesehen von ihrem Umgang mit dem Einkommen im Ausland lebender Staatsbürger. Dieser Unterschied ist in manchen Ländern erheblich, z. B. in Irland.

TEIL 3:

Wie werden gesteigerte öffentliche Entwicklungshilfemittel für Gesundheit eingesetzt?

Verbesserter Zugang zu grundlegender Gesundheitsversorgung durch Stärkung der Gesundheitssysteme

Der Ausbau der Kapazitäten des Gesundheitssystems mit dem Ziel, allen Einwohnern eine grundlegende Gesundheitsversorgung zu bieten, ist ein zentraler Punkt bei der Erreichung der gesundheitsbezogenen MDGs. So wurde zum Beispiel geschätzt, dass, wenn man 90% der Kinder durch Maßnahmen erreichte, die eine hinreichende oder eingeschränkte belegte Wirkung haben, 63% der Kindstode verhindert werden könnten (Jones et al., 2003). Auch wenn konzentrierte Interventionen kurzfristig spürbare Verbesserungen hinsichtlich einer oder mehrerer Ursachen von Kindstoden bewirken, so ist zur nachhaltigen Durchführung aller Interventionen über einen langen Zeitraum eine Investition in die Stärkung der Gesundheitssysteme nötig. Die WHO definiert dies als den »Ausbau von Kapazitäten in kritischen Komponenten der Gesundheitssysteme mit dem Ziel, fairere und nachhaltigere Verbesserungen in allen Gesundheitsdiensten und -resultaten zu erreichen« (WHO, 2006b).

Die Gesundheitssysteme in Entwicklungsländern sind jedoch für die Erreichung der gesundheitsbezogenen MDGs oft zu schwach. Um sie zu stärken, bedarf es weiterer finanzieller Mittel. Zwischen reichen und armen Ländern bestehen enorme Unterschiede in den Ausgaben für Gesundheit. Ein Beispiel: Obwohl die 30 OECD-Länder nur 20% der Weltbevölkerung stellen, leisten sie 90% der Gesundheitsausgaben. Tabelle 4 zeigt die extremen Diskrepanzen in den Gesundheitsausgaben zwischen ausgewählten europäischen Ländern und einigen der ärmsten Länder der Welt. Diese Diskrepanz bleibt in absoluten Zahlen selbst für Länder bestehen, die einen großen Prozentsatz ihres Nationaleinkommens und ihrer staatlichen Ausgaben für Gesundheit ausgeben, so z.B. Malawi (WHO, 2007b).

Die Erkenntnis der Notwendigkeit größerer Finanzhilfen zur Stärkung der Gesundheitssysteme bewegte die WHO dazu, die »50:50-Richtlinie« zu formulieren

(WHO, 2006c). Dadurch würde die Hälfte der gesundheitsbezogenen Entwicklungshilfegelder für die Stärkung der Gesundheitssysteme ver-

wendet, wovon wiederum mindestens die Hälfte den Strategien zur Stärkung der Beschäftigten im Gesundheitssektor zugewiesen würde (s. S. 20).

Gleichberechtigter Zugang zu Gesundheitsdiensten

Ein fairer Fortschritt in Richtung der Erreichung der Gesundheits-MDGs kann nur gewährleistet werden, wenn auch die Ärmsten Zugang zu Gesundheitsdiensten haben. Jedoch bestehen häufig innerhalb eines Landes deutliche Unterschiede zwischen Arm und Reich im Zugang zu Gesundheitsdiensten (s. Abb. 4). In armen Ländern können sich die Reichen Gesundheitsdienste leisten, die den Armen vorenthalten bleiben. Dies gilt im Besonderen für ländliche Regionen (Weltbank, 2007).

Diese Unterschiede zwischen Arm und Reich belegen, dass finanzielle Hürden auf der Ebene der Haushalte eine große Einschränkung im Zugang zu

Gesundheitsdiensten bedeuten. Einige Länder versuchen, diese Hürden auf unterschiedliche Weise zu überwinden (s. Kasten 5). Einige alternative Ansätze zur Gesundheitsfinanzierung, z. B. andere Versicherungsformen, haben dahingehend Bedenken ausgelöst, dass durch sie das Risiko besteht, dass den Ärmsten und Hilfebedürftigsten der Zugang zu grundlegenden Gesundheitsdiensten verwehrt wird und dass finanzielle Überlegungen Vorrang vor der Gesundheit der Bevölkerung haben. Andererseits könnten sie die finanzielle Basis für Gesundheitsdienste vergrößern und die Abhängigkeit von Spendern verringern.

Tabelle 4: Pro-Kopf-Ausgaben für Gesundheit 2004: Ausgewählte Länder

| Land | Staatliche Pro-Kopf-Ausgaben für Gesundheit zum durchschnittlichen Wechselkurs (US\$) | Gesamtausgaben für Gesundheit in Prozent des Bruttoinlandsprodukts | Gesamtausgaben für Gesundheit in Prozent der staatlichen Gesamtausgaben |
|---------------------------|---|--|---|
| OECD-Länder | | | |
| Frankreich | 2715 | 10,5 | 15,4 |
| Deutschland | 2709 | 10,6 | 17,3 |
| Italien | 1936 | 8,7 | 13,7 |
| Spanien | 1397 | 8,1 | 14,7 |
| Großbritannien | 2502 | 8,1 | 15,9 |
| Entwicklungsländer | | | |
| Kambodscha | 6 | 6,7 | 11,4 |
| Äthiopien | 3 | 5,3 | 9,4 |
| Haiti | 13 | 7,6 | 23,9 |
| Malawi | 14 | 12,9 | 28,8 |
| Nepal | 4 | 5,6 | 8,1 |
| Nigeria | 7 | 4,6 | 3,5 |

✱ EMPFEHLUNG 5: STARKE GESUNDHEITSSYSTEME

Action for Global Health stellt fest, dass Investitionen zur Stärkung der Gesundheitssysteme in den letzten Jahren weitgehend vernachlässigt wurden. Wir rufen die Geberregierungen daher auf sicherzustellen, dass alle zusätzlich zur Verfügung stehenden ODA-Mittel in langfristige, nachhaltige Maßnahmen investiert werden, die der Stärkung von Gesundheitssystemen zugute kommen. Darüber hinaus sollten aus diesen Mitteln beträchtliche Investitionen für Arbeitskräfte im Gesundheitsbereich (im formellen wie informellen Sektor) zur Verfügung gestellt werden.



Foto:
© Gideon Mendel
Corbis/ActionAid

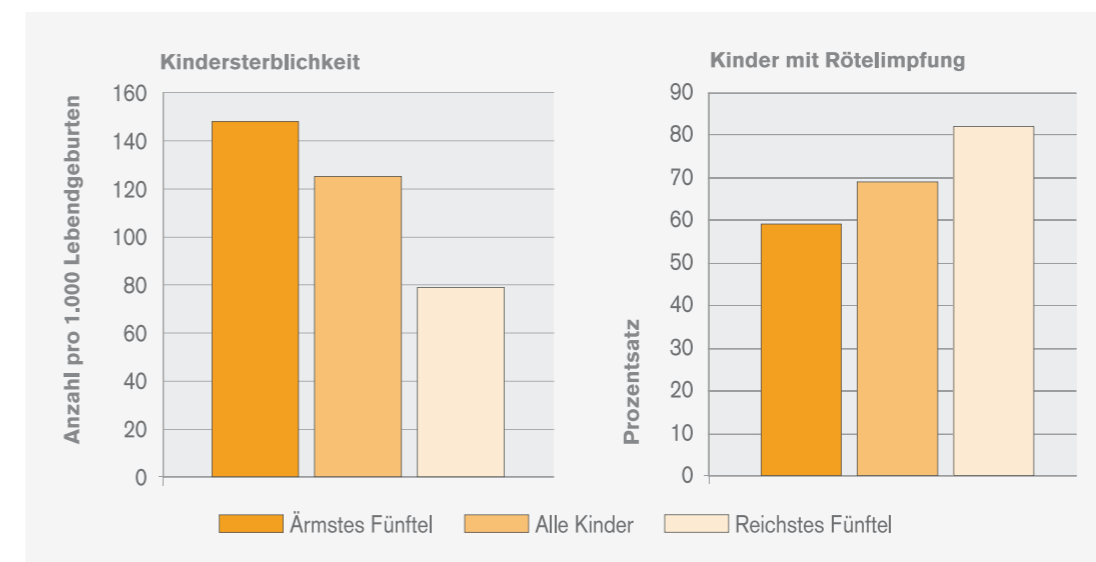


Abb. 4: Gesundheits-Ungleichgewicht zwischen Arm und Reich: Daten aus demografischen und gesundheitsbezogenen Umfragen in 21 Ländern (Weltbank, 2007)

Kasten 5: Länderbeispiele für unterschiedliche Ansätze zur Überwindung finanzieller Hürden im Zugang zur Gesundheitsversorgung

In **Ghana** hat die Regierung Gebühren für Gesundheitsdienste für Mütter abgeschafft. Das Resultat ist, dass die Klinikgeburten unter den ärmsten und am wenigsten gebildeten Frauen am stärksten anstieg. So war der stärkste Anstieg der Klinikgeburten bei Frauen ohne jede Schulbildung zu verzeichnen. Der Prozentsatz stieg von etwa einem Drittel (35%) auf mehr als die Hälfte (51%) (Penfold et al., 2006).

In **Nepal** führte die Regierung ein Prämien-/Gutschein-System sowohl für Anbieter als auch für Mütter ein, um Entbindungen durch ausgebildetes Personal zu fördern. Sie kooperierte auch mit NRO, um den Zugang zu Gesundheitsdiensten unter Randgruppen zu fördern (DFID, 2005).

Ruanda führte Versicherungsmodelle auf Gemeindeebene ein. Mitglieder zahlen einen jährlichen Beitrag und erhalten dafür eine grundlegende Gesundheitsversorgung ohne weitere Kosten. Es zeigte sich, dass Mitglieder dieses Versicherungsmodells verstärkt Gesundheitsdienste in Anspruch nehmen. In drei Regierungsbezirken **Ägyptens** bieten Sozial- und Krankenversicherungsfonds ihren Mitgliedern ein Basispaket von Gesundheitsdiensten an. In **Mali** wird ein Transport- und Überweisungssystem für Frauen, die eine Notfallversorgung während der Wehen und der Geburt benötigen, durch Beiträge des Bezirks, der Gemeinde und der einzelnen Patienten getragen. In **Bolivien** sind Gemeinden dazu verpflichtet, 6% der Gelder der Zentralregierung dafür zu verwenden, einen Versicherungsfonds zu unterhalten, der allen Bürgern kostenlos ein Grundmaß an geburtshygienischer Betreuung und Kindergesundheitsdiensten garantiert. Dieser Fonds hat die Inanspruchnahme und die Qualität der Gesundheitsdienste gesteigert (Dmytraczenko et al., 2003).

✿ EMPFEHLUNG 6: FAIRER ZUGANG

Geber sollten sicherstellen, dass ihre gesundheitsbezogenen ODA-Investitionen den gleichberechtigten und allgemeinen Zugang zur Gesundheitsversorgung fördern und dass sie die Entwicklungsländer beim Abbau finanzieller Hürden unterstützen, die den Zugang armer Menschen zur Gesundheitsversorgung einschränken.

Fiskalischer Spielraum

Viele Organisationen, besonders NRO, befürchten, dass die Politik internationaler Finanzinstitutionen, vor allem die des Internationalen Währungsfonds (IWF), einige Länder in ihren Möglichkeiten beschneiden, in staatliche Dienstleistungen wie Bildung und Gesundheitswesen zu investieren (z. B. Christian Aid, 2006; Wemos, 2006). Ghana, Kenia und Sambia zum Beispiel haben ihr Budget für Löhne im öffentlichen Dienst nach oben hin begrenzt, da dieses nah an die Marke von 8% des BIP heran kommt. Jenseits dieser Marke werden laut Berichten Lohnausgaben vom IWF als »exzessiv angesehen«. In Ghana bedeutete dies, dass ohne die Zustimmung des Finanzministeriums keine neuen Arbeitsplätze im Gesundheitswesen geschaffen werden bzw. keine Gehälter/Zuwendungen angehoben werden konnten (Wemos, 2006).

Diese Probleme zogen Forderungen nach sich nach mehr fiskalischem Spielraum, der definiert ist¹⁷ als »Spielraum innerhalb eines Staatsetats, der der Regierung ermöglicht, Ressourcen für einen bestimmten Zweck¹⁸ bereitzustellen, ohne damit die Nachhaltigkeit der finanziellen Situation oder die wirtschaftliche Stabilität zu gefährden« (Heller, 2005). Obwohl der IWF »offen für die Schaffung

fiskalischen Spielraums ist«, bewirken Bedenken bezüglich der Inflation, Effekte auf andere Sektoren und die Nachhaltigkeit der benötigten Finanzhilfen (vgl. Heller, 2006; IMF, 2005/6), dass der IWF »einen sehr zurückhaltenden Ansatz« verfolgt (Wemos, 2006).

Ein Grund für diese Bedenken ist die kurze Dauer und Unsicherheit des internationalen Entwicklungshilfeengagements. In Guinea zum Beispiel fiel der Prozentsatz von Entwicklungshilfegeldern am Gesundheitsetat von 19% im Jahr 1998 auf nur 2% im Jahr 1999 und stieg 2000 wieder auf 18% (Weltbank, 2005a). Ähnliche Muster sind in anderen Ländern zu beobachten (s. Abb. 5). Seit der Pariser Erklärung zur Wirksamkeit der Entwicklungshilfe wurden Anstrengungen unternommen, diese Instabilität zu reduzieren (High Level Forum, 2005). Das britische Ministerium für internationale Entwicklung (DFID), die Europäische Kommission und die GAVI haben ihre Absicht erklärt, auf zehnjährige Entwicklungshilfeprogramme hinzuarbeiten (z. B. DFID, 2006). Diese Art der langfristigen, stabilen Entwicklungshilfeprogramme wird begrüßt und sollte einer größeren Zahl an Entwicklungsländern verfügbar gemacht werden, damit diese ihre MDG-Vorhaben verfolgen können.



Abb. 5: Entwicklungshilfe für Gesundheit in sieben afrikanischen Staaten:

✿ EMPFEHLUNG 7: MEHR FISKALISCHEN SPIELRAUM GEWÄHRLEISTEN

Die Gebernationen sollten dafür eintreten, dass der Internationale Währungsfonds (IWF) den Druck auf die öffentlichen Haushalte von Ländern mit geringem und mittlerem bis geringem Einkommen verringert und mehr steuerlicher Spielraum für Ausgaben im Gesundheitswesen eingeräumt wird.

¹⁷ Vom IWF.

¹⁸ Wie z.B. Gesundheit.

Globale Gesundheitsinitiativen

Globale Gesundheitsinitiativen (GHI) oder Globale Gesundheitspartnerschaften (GHP) konzentrieren sich häufig auf bestimmte Krankheiten wie HIV und AIDS, Tuberkulose und Malaria, oder andere »vertikale« Gesundheitsinitiativen wie Impfungen und Immunisierungen; darunter die GAVI und der Globale Fonds zur Bekämpfung von AIDS, Tuberkulose und Malaria. Sie waren erfolgreich in der Motivation der Gebernationen und der Steigerung der Ressourcen. Viele ODA-Verbesserungen in der unmittelbaren Vergangenheit sind über diese Kanäle gelaufen. Ebenso haben sie eine deutliche Verbesserung in der gezielten Bereitstellung von Gesundheitsdiensten bewirkt. Folglich werden diese Initiativen von einigen als notwendige Ergänzung zum längerfristigen Fokus auf den Gesundheitssystemen gesehen. So fordert Sachs: »Wir brauchen gezielte Krankheitsbekämpfungsprogramme ebenso wie Programme zum Aufbau von Afrikas Gesundheitssystemen« (Sachs, 2007).

Auf der anderen Seite gibt es Stimmen, die davor warnen, dass diese Initiativen die Aufmerksamkeit von längerfristigen Ansätzen mit Fokus auf der Errichtung von nachhaltigen Gesundheitssystemen ablenken könnten (Garrett, 2007). Die Gefahr besteht, dass die zunehmende Zahl von Spendenprojekten die Entwicklungshilfe als Ganzes noch weiter fragmentiert und so immer höhere Transaktionskosten verursacht. Diese Risiken stellen eine beträchtliche Belastung für die ausgereizten staatlichen Kapazitäten in vielen Entwicklungsländern dar, da sie Zeit und Ressourcen von anderen zentralen Staatsaufgaben abziehen (ODI, 2005). Fakten belegen, dass Globale Gesundheitspartnerschaften sich zunehmend dieser Problematik bewusst werden und sich darum bemühen, ihre Ressourcen auch zur Stärkung der Gesundheitssysteme zu verwenden (s. Kasten 6).

Kasten 6: Globale Gesundheitspartnerschaften helfen dabei, Gesundheitssysteme zu stärken. Beispiele:

In Zentral-Haiti wurden Gelder des AIDS-Fonds dafür verwendet, das öffentliche Gesundheitssystem insgesamt zu stärken. Laut Berichten führte dies zu einer Verringerung der Müttersterberate und einer erhöhten Lebenserwartung (Farmer, 2006).

Der Vorstand der GAVI hat beschlossen, von 2006 bis 2010 500 Mio. USD in die Stärkung von Gesundheitssystemen zu investieren. Dies sei unabdingbar, wenn die MDGs 4 und 5 erreicht werden sollen (GAVI, 2007).

Der Globale Fonds hat in seiner fünften Runde eine eigene Komponente zur Stärkung der Gesundheitssysteme vorgesehen und in diesem Rahmen Kambodscha, Malawi und Ruanda Kredite zu diesem Zweck gewährt. Die Gesamterfolgsraten sind jedoch niedrig. In den Runden 6 und 7 müssen Aktionen zur Stärkung der Gesundheitssysteme in die krankheitsspezifischen Vorhaben integriert werden. In Vorschlägen für Runde 7 müssen solche Elemente sogar präzise formuliert und kalkuliert sein (Globaler Fonds, 2007a).

✱ EMPFEHLUNG 8: GLOBALE GESUNDHEITSINITIATIVEN KOMPATIBEL MACHEN

Wir rufen die europäischen Geberregierungen dazu auf, globale Gesundheitsinitiativen wie GFATM und GAVI weiterhin zu unterstützen und gemeinsam an der Vereinbarkeit solcher Maßnahmen mit der Stärkung von Gesundheitssystemen zu arbeiten. Die Geber sollten insbesondere spezifische Maßnahmen zur Bereitstellung langfristiger und planbarer Finanzierungsmittel für Gesundheitssysteme seitens dieser Initiativen unterstützen.

Gesundheitspersonal

Humanressourcen im Gesundheitssektor werden zunehmend als entscheidender Faktor in der Erreichung der gesundheitsbezogenen MDGs bis 2015 erkannt. Der Weltgesundheitsbericht 2006 zum Beispiel konzentrierte sich auf dieses Thema (WHO, 2006c). 57 Staaten weisen einen kritischen Mangel an Personal im Gesundheitssektor auf; das

entspricht etwa 2,4 Mio. fehlenden Ärzten, Krankenschwestern und Hebammen weltweit. Dieser Mangel ist besonders ausgeprägt in Subsahara-Afrika (s. Abb. 6) und unterminiert die Möglichkeiten der Gesundheitssysteme in den betroffenen Staaten, effektive Dienste anzubieten.

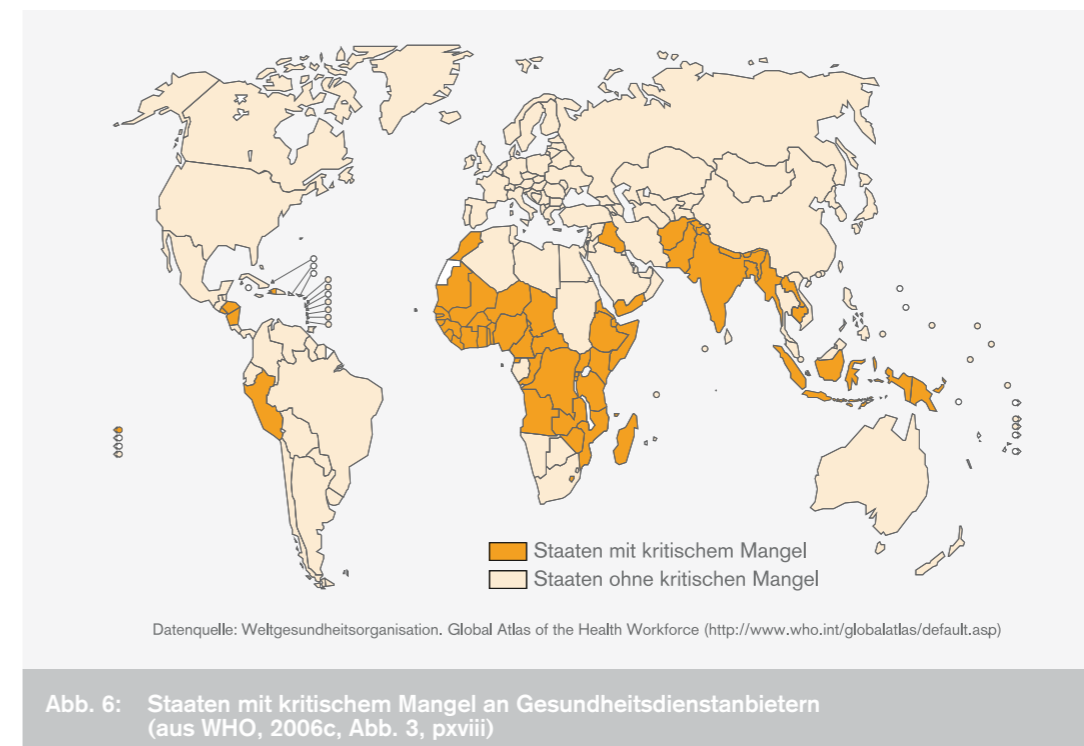


Abb. 6: Staaten mit kritischem Mangel an Gesundheitsdienstleistern (aus WHO, 2006c, Abb. 3, pxviii)

Die Ursachen der Krise sind vielfältig und komplex. Darunter:

- schlechte Arbeitsbedingungen im Gesundheitssektor, darunter Gehälter und andere Anreize;
- eingeschränkte Möglichkeiten, niedrige Gehälter im Gesundheitssektor zu verbessern, wegen fehlendem fiskalischem Spielraum (s. S. 22) und der Zurückhaltung von Gebern, laufende Kosten für Gesundheitspersonal zu finanzieren (UN-Millennium-Projekt, 2005a);
- Abwanderung von medizinischem Personal vom Land in die Stadt, vom öffentlichen Sektor zum privaten/NRO-Sektor, vom Gesundheitssektor zu anderen sowie ins Ausland. Als Zusammenschluss europäischer NRO ist sich Action for Global Health der Rolle Europas im Sogeffekt bewusst, den reiche Länder auf ärmere ausüben.
- Krankheits- und Todesfälle von medizinischem Personal aufgrund von AIDS. Botswana hat

beispielsweise zwischen 1999 und 2005 17 % seiner Beschäftigten im Gesundheitssektor aufgrund von AIDS verloren (Avert, 2007a). Eine Untersuchung in der Region von Sambia stellte fest, dass 40% der Hebammen HIV-positiv waren (UNAIDS, 2006).

Als Antwort auf diese Probleme wurde eine Reihe von Initiativen ins Leben gerufen. In Malawi wurde zum Beispiel das Emergency Human Resources Programme (s. DFID, 2004) mit einem Volumen von 272 Mio. USD geschaffen, um einige der zugrundeliegenden Push-Faktoren in der Emigration zu bekämpfen, unter anderem durch Anreizschaffung für Beschäftigte im Gesundheitssektor. Der Rat für Allgemeine Angelegenheiten und Außenbeziehungen der Europäischen Union (GAERC) hat kürzlich ein Programm bewilligt, das den kritischen Mangel an medizinischem Personal in Entwicklungsländern bekämpfen soll und unter anderem Grundsätze für die Einstellung von Personal im Gesundheitswesen enthält (Rat der EU, 2007a; s. Kasten 11).

✱ EMPFEHLUNG 9: SOFORTIGER FINANZIELLER AUSGLEICH FÜR GESUNDHEITSFACHKRÄFTE AUS ENTWICKLUNGSLÄNDERN, DIE IN EUROPA ARBEITEN

Wir rufen Europa dazu auf, den Ländern, die Gesundheitsfachkräfte ausgebildet haben, die jetzt in Europa arbeiten, einen finanziellen Ausgleich zukommen zu lassen. Um die Praxis aktiver Rekrutierung in Entwicklungsländern zu beenden, sollte dieser Ausgleich den Kosten für eine Ausbildung in einem europäischen Land entsprechen.

Geschlechtergerechte Partizipation

Das dritte MDG fördert die Gleichbehandlung der Geschlechter und die Stärkung der Rolle der Frau. Das Erreichen der Gleichbehandlung hat jedoch Implikationen weit über das MDG 3 hinaus. Wenn bei der Gleichbehandlung von Mann und Frau und der Stärkung der Rolle der Frauen keine Fortschritte gemacht werden, wird keines der gesundheitsbezogenen MDGs erreicht werden (MDGgender.Net, ohne Datum).

Mangelnde Ernährung von Mädchen und Frauen aufgrund von geschlechtsspezifischer Diskriminierung kann das Vorkommen lebensbedrohlicher Komplikationen während der Schwangerschaft erhöhen. Gesellschaftliche Normen, die die Mobilität der Frauen einschränken oder die Erlaubnis eines männlichen Familienmitglieds erfordern, damit sie medizinisch versorgt werden, kann den Zugang der Frauen zu lebensrettenden Maßnahmen während eines Notfalls bei der Entbindung bedrohlich verspäten oder sogar verhindern (WHO, 2003). Es wird geschätzt, dass 200 Mio. Frauen in Entwicklungsländern keinen Zugang zu wirksamer Verhütung haben, was zu beträchtlicher Mortalität und Morbidität während und in der Zeit um die Schwangerschaft führt (UNFPA, 2007). Nach großangelegten Kampagnen von Verfechterinnen reproduktiver Gesundheit wurde im Rahmen des MDG 5 ein neues Unterziel bezüglich des allgemeinen Zugangs zu reproduktiver Gesundheit vereinbart. Diese Initiative geht auf das Aktionsprogramm der Internationalen Konferenz über Bevölkerung und Entwicklung zurück (ICPD, 1994) und ist für die Verringerung der Müttersterblichkeit sowie für die Armutsbekämpfung und die Rechte der Frauen von grundlegender Bedeutung (Baroness Royal, 2007). Es wurde eine Reihe von Indikatoren zur Verfolgung der Fortschritte zu diesem Ziel vorgeschlagen (WHO, 2006d/e).

Die Einbeziehung und Beteiligung von Frauen an den betreffenden Gesundheitsdiensten ist von entscheidender Bedeutung (UN Millennium Project, 2005b). Oft ist diese Partizipation jedoch eingeschränkt und wird von soziokulturellen Normen unterminiert, die die Teilnahme der Frauen am öffentlichen Leben und ihre Mobilität begrenzen oder ihnen eine unverhältnismäßig hohe Arbeitslast und Verantwortung

gegenüber der Familie auferlegen. So zeigte ein Überblick von Strategiedokumenten zur Armutsbekämpfung (PRSPs) in vier Ländern, dass die Bemühungen der Regierungen, Frauen auf allen Ebenen anzuhören und zu konsultieren, ungenügend waren. Als Folge werden geschlechterspezifische Fragen in diesen Papieren nur bruchstückhaft und willkürlich behandelt (Whitehead, 2003). Partizipation ist jedoch ein Wert mit eigenem Recht und ist Teil eines Prozesses, durch den Menschen tatsächlich Akteure in ihrem Leben und ihrer Gesellschaft werden¹⁹. Die Strategiedokumente zur Armutsbekämpfung (PRSPs) waren dazu bestimmt, den Armen eine Stimme zu geben, die Zivilgesellschaft miteinzubinden und für Bürger und Regierungen das Konzept der Eigenverantwortlichkeit (Ownership) zu realisieren. Auswertungen der PRSP-Prozesse kamen zu dem Schluss, dass die auf mehr Partizipation abzielenden Prozesse zwar neue Akteure in den Dialog einbrachten, sie jedoch von den begrenzten Kapazitäten der Regierungen und mangelndem Willen zur Einbeziehung der Zivilgesellschaft erschwert wurden und nur geringen Einfluss auf die Gestaltung der PRSPs hatten und abnahmen, sobald das PRSP entwickelt war (World Bank, 2004/2005b).

Gewisse Bereiche, wie z. B. makroökonomische Politik, wurden bei den partizipatorischen Prozessen weitgehend umgangen (IMF, 2004). Das Maß, in dem Frauen in mit den PRSPs einhergehenden Prozessen der Partizipation eingebunden waren, wurde in diesen Evaluierungen nicht untersucht.

Eine vermehrte Einbindung von Frauenorganisationen und Verbänden der Zivilgesellschaft, die sich mit der Gesundheit marginalisierter Gruppen befassen, könnte sicherstellen, dass Gesundheitspolitik nach ihren Bedürfnissen geformt wird. Dies ist vor allem vor dem Hintergrund, dass viele Geber auf Entwicklungshilfeinstrumente wie sektorale Unterstützung der Haushaltsmittel und Budgethilfe umschwenken, von großer Bedeutung. Die Gewährleistung, dass alle durch Monitoring gesammelten Informationen geschlechterspezifisch aufgeschlüsselt werden, wird gleichermaßen dazu beitragen, Ungleichbehandlungen der Geschlechter auszumachen und entsprechend dagegen vorzugehen.

Kasten 7: Die gesundheitsbezogenen MDGs und die Geschlechter: Beispiele und Probleme

In **Indien** zeigte eine Studie mit mehr als 85.000 Kindern, dass Mädchen eine geringere Nutzung von Krankenhausleistungen zukommt als Jungen (Bahl et al., 2005).

In **Südasien** ist der eingeschränkte Zugang zu Gesundheitsdiensten für Frauen und Mädchen ein Teil einer Vielzahl von geschlechtsabhängigen Ungleichbehandlungen (Fikree und Pasha, 2004).

Menschen, deren **geschlechtliche Identität** nicht mit den vorherrschenden Normen übereinstimmt, stehen beim Aufsuchen von Gesundheitsdiensten besonderen Problemen gegenüber, z. B. Transgender. Dies hat negative Auswirkungen auf die Gesundheit von Menschen außerhalb geschlechtlicher Normen und verhindert ihr relatives Vermögen, Zugang zu angemessenen Gesundheitsdiensten innerhalb eines ihrer Bedürfnisse gerecht werdenden Gesundheitssystems zu bekommen (Collins und Sheehan, 2004).

¹⁹ Freedman, L., u. a. »Who's got the Power: Transforming health systems for Women and Children«, UN Millennium Project Task Force on Child Health and Maternal Health (2005).

EMPFEHLUNG 10: GLEICHSTELLUNG DER GESCHLECHTER

Die gesundheitsbezogene ODA muss den gleichberechtigten Zugang zu Dienstleistungen fördern, einschließlich von Diensten im Bereich der sexuellen und reproduktiven Medizin; auch sollten die europäischen Geberregierungen sicherstellen, dass nach Geschlechtern aufgeschlüsselte Daten für Kinder, Jugendliche und Erwachsene dazu beitragen, Ungleichheiten beim Zugang zur Gesundheitsversorgung zu beseitigen.

Forschung und Entwicklung

1990 schätzte die Commission on Health Research for Development (Kommission für Gesundheitsforschung für Entwicklung), dass weniger als zehn Prozent der für die weltweite Gesundheitsforschung zur Verfügung stehenden finanziellen Ressourcen, für die Gesundheitsprobleme der Entwicklungsländer verwendet wurden; auf diese entfielen aber mehr als 90% der Gesundheitsprobleme weltweit. Dieses Ungleichgewicht wurde die 10/90-Lücke genannt. Diese Lücke besteht weiterhin, obwohl die insgesamt für die Gesundheitsforschung zur Verfügung stehenden Finanzmittel, von geschätzten 30 Mrd. USD 1986 auf 109 Mrd. USD im Jahr 2001 angestiegen sind. 44% dieser Summe stammen vom öffentlichen Sektor, 48% vom gewinnorientierten Privatsektor und acht Prozent vom gemeinnützigen Privatsektor (Global Forum for Health Research, 2007a). Es muss dringend mehr über den Bedarf der Entwicklungsländer im Gesundheitsbereich geforscht werden. Diese Studien sollten den Mangel an benötigten Medikamenten und Technologien behandeln und Wissen und Daten darüber generieren, welche Politiken, Systeme und Dienstleistungen an verschiedenen Orten und in verschiedenen Situationen und Rahmenbedingungen wirksam werden.

Das Global Forum for Health Research hat eine Reihe von Berichten zur 10/90-Lücke herausgegeben: Der letzte befasste

sich mit dem Zeitraum 2003/2004 (Global Forum for Health Research, 2007b). Sachverhalte mit Bezug auf Forschung und Entwicklung, die im Rahmen dieses Forums beleuchtet werden, schließen folgende Punkte mit ein:

- bei weitem zu wenig Investitionen in Gesundheitsforschung, die die Gesundheitsprobleme von Ländern mit niedrigem und mittlerem Einkommen direkt angeht;
- ein großes Defizit auf Länderebene bei der Gestaltung, Durchführung und Nutzung der Gesundheitsforschung;
- ein genereller Mangel der Fähigkeit, die Gesundheitsforschung so zu gestalten, dass sie optimale Auswirkungen auf die Gesundheit schwacher Gruppen, die Leistung von Gesundheitssystemen und die Priorisierung von Gesundheitsinterventionen hat, insbesondere in den Ländern, die die höchste Krankheitslast tragen.

Zusätzlich dazu gibt es politische Prozesse im Zusammenhang mit der Entwicklung neuer Arzneimittel, beispielsweise für die Behandlung von AIDS, dargestellt in Abb. 7²⁰. Die ODA sollte den Zugang zu neuen und bereits existierenden medizinischen Hilfsmitteln durch effektive Nutzung der im TRIPS eingeräumten Flexibilität und durch innovative Finanzierungsmodelle von Forschung und Entwicklung sicherstellen.

Abb. 7: Zeitachse politischer Prozesse im Zusammenhang mit der Entwicklung neuer Medikamente

| | | | |
|---|--|--|---|
| 1995 verabschiedet die Welt-handelsorganisation (WTO) das Übereinkommen über handelsbezogene Aspekte der Rechte am geistigen Eigentum (TRIPS) für den Schutz geistigen Eigentums der Mitgliedsstaaten | 2001 verabschiedete die WTO-Ministerkonferenz in Doha eine Erklärung, die besagte, dass geistiges Eigentum keinen Vorrang vor der öffentlichen Gesundheit haben darf | 2003 fügte die WTO dem TRIPS eine befristete Ausnahmeregelung zu »Paragraph 6« der Doha Erklärung hinzu, die den Ländern erlaubte, zur Bewältigung von Gesundheitskrisen Nachhmepräparate aus anderen Ländern zu importieren | Die WTO-Ministerkonferenz richtet 2005 in Hongkong die »Paragraph 6«-Ausnahmeregelung dauerhaft ein |
| 1995 | | | 2005 |

EMPFEHLUNG 11: SCHLIESSEN DER 10/90-LÜCKE

Action for Global Health erachtet Investitionen in Forschung und Entwicklung als ein grundlegendes Element für ein vollständig funktionierendes Gesundheitssystem. Deswegen rufen wir die Geberregierungen auf, die 10/90-Investitions-lücke in Mittel für Forschung und Entwicklung umzuwandeln. Die zur Verfügung stehenden Gelder zur Entwicklung neuer Medikamente und Technologien sollten signifikant erhöht werden, um die vordringlichsten Probleme in den Gesundheitssystemen der Entwicklungsländer anzugehen, wo 90% der weltweiten Gesundheitsprobleme auftreten.

²⁰ Die Abbildung basiert auf Informationen von Avert, 2007b, wo diese Probleme noch detaillierter behandelt werden.

Wirksamkeit der Entwicklungshilfe

Die Entwicklungshilfe befindet sich nicht nur auf einem ungenügenden Stand, was das Erreichen der gesundheitsbezogenen MDGs betrifft, (s. S. 12), sondern die Hilfeleistungen werden in einer Weise erbracht, die nicht effektiv auf die dringendsten Probleme des Gesundheitsbereichs der Entwicklungsländer reagieren. Um die gesundheitsbezogenen MDGs zu erreichen, müssen die europäischen Geberregierungen sowohl die Quantität als auch die Qualität ihrer Entwicklungshilfe verbessern. Die Pariser Erklärung zur Wirksamkeit der Entwicklungshilfe (High Level Forum, 2005) setzt fünf Prinzipien zur Steigerung der Effektivität von Entwicklungshilfe fest (s. Kasten 8). Es gab eine Reihe von Initiativen, um die Wirksamkeit von Entwicklungshilfe zu messen; dazu wurde die als nicht effektiv oder real betrachtete Entwicklungshilfe abgezogen. (ActionAid, 2006; Roodman, 2006).

Die Geber finanzieren Entwicklungshilfe immer häufiger durch allgemeine und sektorale Budgethilfe und stellen Gelder durch Regierungssysteme für den Regierungshaushalt bereit. Sie stellen nicht-zweckgebundene Mittel zur Verfügung, die je nach den Prioritäten der Regierung und gemäß den Angaben der Länderstrategie zur Armutsbekämpfung (PRS) und des Mittel-

fristigen Finanzrahmens (MTEF) ausgegeben werden können. Sowohl allgemeine als auch sektorale Budgethilfe kann jeweils zur Finanzierung von umfassender Politik und Ausgabenprogrammen innerhalb eines Sektors, z. B. Gesundheit, benutzt werden. Solche Programme heißen Sector Wide Approaches (SWAs) und beinhalten typischerweise einen gemeinsamen Mechanismus zur Überprüfung und ein Monitoringsystem für die Umsetzung, das auf dem regierungseigenen Rahmenprogramm zur Bewertung beruht (DFID, 2007). Budgethilfen sind nicht in allen Situationen das geeignetste Entwicklungshilfeinstrument (s. Abb. 5). Überall, wo Haushaltsbeihilfen gewährleistet werden, bedarf es der:

- Stärkung der Überwachung der Ausgaben, Aktivitäten und Ergebnisse;
- Stärkung der Überprüfung von politischen Strategien und der Praxis durch die Zivilgesellschaft;
- Sicherstellung der kohärenten Umsetzung der Politiken.

Damit Entwicklungshilfe effektiv sein kann, muss sie bedarfsgemäß auf die Länder verteilt werden. In Kasten 8 wird gezeigt, dass dies gegenwärtig nicht immer der Fall ist.

Kasten 8: Prinzipien der Pariser Erklärung zur Wirksamkeit der Entwicklungshilfe

Eigenverantwortlichkeit (Ownership): Die Entwicklungsländer sollten bei der Ausführung ihrer Entwicklungspolitiken und -strategien eine tatsächliche Führungsrolle innehaben und die Entwicklungshilfemaßnahmen koordinieren. Die Geber haben diese Führungsrolle anzuerkennen und zu unterstützen.

Anpassung: Die Geber sollten ihre Unterstützung insgesamt auf die nationalen Strategien, Institutionen und Verfahren der Entwicklungsländer stützen.

Harmonisierung: Die Geber sollten ihr Handeln transparenter, koordinierter und gemeinsam effektiv gestalten.

Management für Ergebnisse: Entwicklungshilfe sollte derart organisiert und umgesetzt werden, dass sie sich auf die erwünschten Ergebnisse konzentriert und Informationen zur verbesserten Entscheidungsfindung nutzt.

Gegenseitige Rechenschaftspflicht: Geber und Entwicklungsländer sollten ihre gegenseitige Rechenschaftspflicht und die Transparenz im Umgang mit Entwicklungsressourcen verstärken.

Tabelle 5: Wie geeignet sind Budgethilfen in verschiedenen Ländern²¹

| Kontexte, in denen Budgethilfen ein angemessenes Instrument der Entwicklungshilfe sind | Kontexte, in denen Budgethilfen durch andere Entwicklungshilfeinstrumente ersetzt oder ergänzt werden müssen ²² |
|--|--|
| Von Entwicklungshilfe abhängige Länder. | Länder mit hohem Risiko. |
| Länder mit einem stabilen makroökonomischen Rahmen und erwiesenem Einsatz im Hinblick auf Reformen und die Verbesserung der Qualität der Überprüfung öffentlicher Finanzen. Diese Länder können als Länder mit niedrigem oder mittlerem Risiko betrachtet werden ²³ . | Krisengeschüttelte Länder. |
| | Fragile Staaten. |
| | Bereiche oder bereichsübergreifende Belange, die wenige und teure öffentliche Güter erfordern. |
| | Situationen mit nachfragebedingten Einschränkungen. |
| | Situationen, in denen die Allokationen externer Finanzen nationale Prioritäten, Pläne und Haushaltspläne nicht unterstützen. |

Kasten 9: Verteilung der gesundheitsbezogenen Entwicklungshilfe auf die Länder

Die WHO führte jüngst eine Studie in 67 Ländern durch, um die Verteilung der gesundheitsbezogenen Entwicklungshilfe im Verhältnis zu Gesundheitsstatus und Entwicklungsebene zu untersuchen. Die Studie verglich vom DAC der OECD erhobene Finanzdaten zur öffentlichen Entwicklungshilfe mit Gesundheits- und Entwicklungsstatistiken, die von der WHO, der Weltbank und anderen UN-Organisationen veröffentlicht wurden. Die Länder wurden in Gruppen mit vergleichbaren Gesundheitssituationen eingeteilt, diese Situation wurde aufgrund von Informationen über Kindersterblichkeitsraten, die Lebenserwartung bei der Geburt und die geschätzte Häufigkeit von HIV bei Erwachsenen beurteilt. Es wurde die Verteilung der gesundheitsbezogenen Entwicklungshilfe sowohl innerhalb eines Landes als auch auf die verschiedenen Länder untersucht.

Allgemein ist zu sagen, dass die Entwicklungshilfe für Gesundheit nach Bedarf verteilt wird. Länder mit schlechteren Ergebnissen im Gesundheitsbereich tendieren dazu, höhere ODA zu erhalten, während Länder mit besseren Gesundheitsergebnissen weniger bekommen. Dagegen gibt es unter Ländern mit ähnlichem Bedarf an Entwicklungshilfe enorme Variationen an Hilfeleistungen.

Einige Beispiele:

- die Kindersterblichkeitsraten in Sambia und der Zentralafrikanischen Republik betragen 182 bzw. 193 pro 1.000. Die Lebenserwartung bei der Geburt ist in Sambia 40 Jahre und in der Zentralafrikanischen Republik 41. Zwischen 2000 und 2005 erhielt Sambia ODA-Beihilfen für Gesundheit von 16,61 USD pro Kopf verglichen mit nur 5,30 USD in der Zentralafrikanischen Republik.
- Uganda und Togo haben vergleichbare Raten an Kindersterblichkeit, Lebenserwartung und Häufigkeit von HIV. Uganda erhielt jedoch 7,81 USD an Entwicklungshilfe pro Kopf und Togo 2,40 USD (WHO, 2007d).

EMPFEHLUNG 12: SICHERSTELLEN WIRKSAMER ENTWICKLUNGSHILFE

Die gesundheitsbezogene ODA sollte die Prinzipien der Pariser Erklärung zur Wirksamkeit der Entwicklungshilfe einhalten, einschließlich des Konzepts der Eigenverantwortlichkeit der Länder, der Anpassung und Harmonisierung. Die allgemeine und sektorale Budgethilfe muss von klaren Indikatoren zur Überwachung der Ausgaben, von der genauen Überprüfung durch die Zivilgesellschaft sowie von einer kohärenten Anwendung der Politiken flankiert werden.

Fazit

Kapitel eins dieses Berichtes hat sich damit befasst, was zu tun ist, wenn die Welt die gesundheitsbezogenen Millenniumsentwicklungsziele bis 2015 erreichen will. Die bis zum heutigen Tag erzielten Fortschritte sind ungenügend und alle drei Ziele sind erheblich vom Weg abgekommen. Der Hauptgrund dafür ist, dass die gegenwärtig von Gebern im Rahmen der Entwicklungshilfe für Gesundheit zur Verfügung gestellten Mittel weit unter den 27 Mrd. USD liegen, die 2007 zur Verwirklichung der Ziele erforderlich gewesen wären.

Dieses Kapitel des Berichts zeigt Möglichkeiten auf, wie diese zusätzlichen Mittel aufgebracht werden können und stellt Prinzipien vor, wie sie ausgegeben werden sollten.

Action for Global Health ruft die europäischen Geberregierungen dringend dazu auf, die Führungsrolle dabei zu übernehmen sicherzustellen, dass die Entwicklungshilfe für Gesundheit das Erreichen der MDGs gewährleisten kann. Kapitel zwei dieses Berichts untersucht genauer die Rolle, die Europa dabei spielen sollte.

²¹ Aus SSS, 2007 – insbesondere die Teile 6.5 und 6.15-6.17.

²² Budgethilfen erfordern sehr wahrscheinlich Unterstützung durch politischen Dialog und technische Unterstützung in allen Situationen.

²³ Allgemeine Budgethilfen sind geeigneter für Länder mit geringem Risiko, sektorale Haushaltsunterstützung für die Länder mit mittlerem Risiko.

Dieses Kapitel gibt einen Überblick über den EU-Beitrag für Entwicklungshilfe im Bereich Gesundheit im Allgemeinen und befasst sich insbesondere mit dem Beitrag der Europäischen Kommission.

KAPITEL ZWEI:

EUROPAS BEITRAG ZU DEN GESUNDHEITSBEZOGENEN MDGs

Europa als Geber

In ihrer Gesamtheit ist die Europäische Union der größte Geber von Entwicklungshilfe (mit einem Beitrag von 52% der weltweiten ODA). Daraus leitet sich auch die Verpflichtung ab, einen grundlegenden Beitrag zur Erfüllung der Millenniums-entwicklungsziele (MDGs) und damit auch zur endgültigen Abschaffung der Armut zu leisten. Gerade für den Gesundheitsbereich ist die EU in ihrer Entwicklungszusammenarbeit bereits zahlreiche Verpflichtungen eingegangen und hat verbindliche Ziele verabschiedet. Für diese Ziele und Verpflichtungen wurde jedoch weder die entsprechende notwendige Finanzierung bereitgestellt, noch wirksame Instrumente zur Verausgabung der Mittel geschaffen.

Der Beitrag der Europäischen Union zur Entwicklungshilfe setzt sich aus den Beiträgen der 27 Mitgliedstaaten und der Europäischen Kommission

zusammen. Im März 2002 verpflichteten sich die 15 Mitgliedstaaten der EU (die EU15)²⁴ dazu, jeweils 0,33% ihres BNE für die Entwicklungshilfe bereitzustellen (0,39% bis 2006), um das Ziel der Vereinten Nationen von 0,7% bis 2015 zu erreichen (die Barcelona-Verpflichtungen). Im Jahr 2005 wurden diese Zahlen auf 0,51% der ODA / des BNE korrigiert (EU15) bzw. 0,17% der ODA / des BNE für die neuen Mitgliedstaaten (EU10) bis 2010. Zusammengenommen würde sich der gemeinsame Beitrag auf 0,56% bis 2010 belaufen bzw. zusätzliche 20 Mrd. Euro an Entwicklungshilfe. Die Hälfte dieser zusätzlichen Gelder ist für Afrika bestimmt²⁵.

Gegenwärtig müssen Griechenland (0,17%), Italien (0,29%), Portugal (0,21%) und Spanien (0,27%) ihre ODA noch anheben, um dieses Ziel zu erreichen (s. Abb. 8).

Foto:
© Pep Bonet
Panos pictures



Foto:
© Lahcène Abib
Médecins du Monde

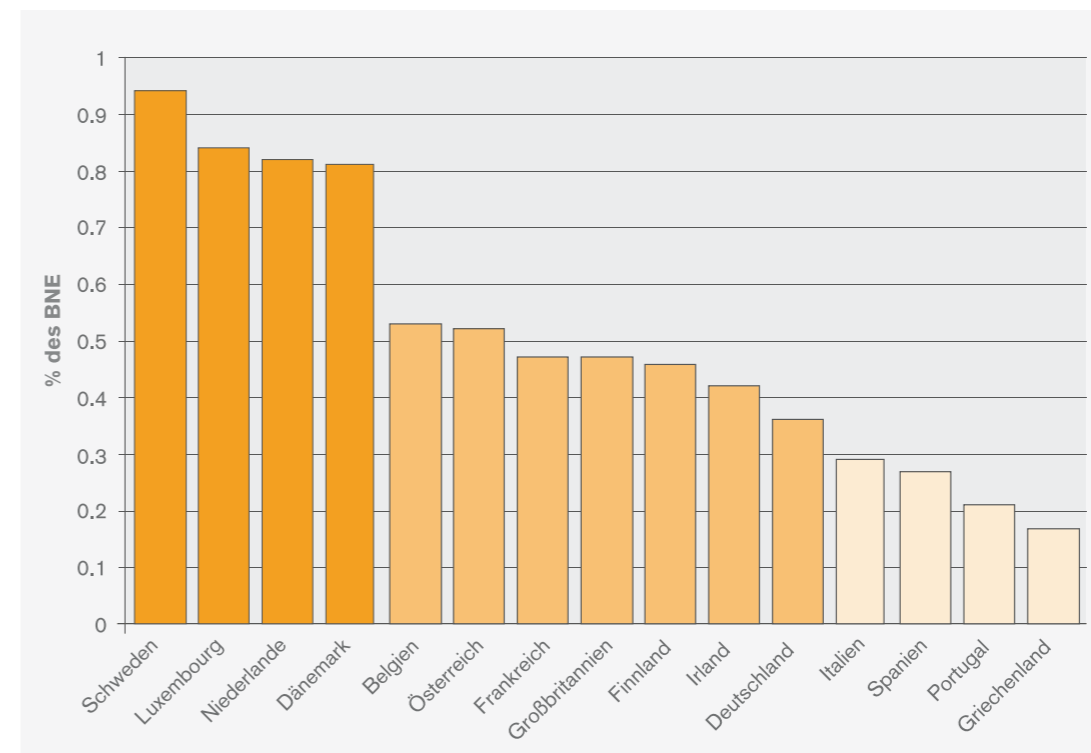


Abb. 8: Prozent des BNE, das von den DAC EU-Ländern für Entwicklungshilfe bereitgestellt wird: Zahlen des DAC der OECD für 2005 (OECD, 2006)

²⁴ Die EU15 bestehen aus Belgien, Dänemark, Deutschland, Finnland, Frankreich, Griechenland, Großbritannien, Irland, Italien, Luxemburg, den Niederlanden, Österreich, Portugal, Schweden und Spanien.

²⁵ Bekanntmachung der Kommission an den Rat und das Europäische Parlament zur Finanzierung von Entwicklungshilfe und Wirksamkeit der Hilfeleistungen, COM(2006) 85 final.

Die entwicklungspolitischen Verpflichtungen der EU im Bereich Gesundheit

Die Europäische Union hat den folgenden Verpflichtungen zugestimmt. Diese gelten für alle Mitgliedstaaten sowie die Europäische Kommission und stellen ein Rahmenwerk für die Umsetzung ihrer Hilfsprogramme dar:

Politische Verpflichtungen der EU zu internationaler Hilfe

Die EU hat sich ausdrücklich dazu verpflichtet, die **Millenniumsentwicklungsziele** zu unterstützen, wobei die jüngste Erneuerung dieser Verpflichtung am 23. und 24. Mai 2005 beim Rat für Außenbeziehungen stattfand. Hier wurde zum einen der Ansatz der EU bestärkt, dass die Partnerschaft zwischen Entwicklungsländern und der EU durch nationale Eigenverantwortlichkeit angetrieben werden solle, zum anderen wurde beschlossen, dass eine genauer vorhersagbare Finanzierung bereitgestellt werden solle.

Das **Europäische Parlament** hat eine Reihe von Resolutionen zu internationaler Entwicklungshilfe verabschiedet, unter anderem

- eine **Resolution zur Wirksamkeit der Entwicklungshilfe und Korruption in Entwicklungsländern** (Europäisches Parlament, 2006), die ihr Hauptaugenmerk auf Mechanismen zur Erhöhung der Verantwortlichkeit und Transparenz richtet, einschließlich freier und unabhängiger Medien, Hüter der Zivilgesellschaft und einer stärkeren Teilhabe von Frauen. Gemäß dieser Resolution sollen die Haushaltsmittel immer für einen bestimmten Bereich festgelegt sein.
- eine **Resolution zu Budgethilfen für Entwicklungsländer** (Europäisches Parlament, 2007), gemäß der sektoralen Unterstützung aus Haushaltsmitteln bzw. sektorweite Ansätze als privilegierte Instrumente für Maßnahmen in den Bereichen Gesundheit und Bildung zu betrachten sind.

Der von der Europäischen Kommission, dem Europäischen Parlament und dem EU-Rat im Jahr 2006 als gemeinsamer politischer Rahmen für die Entwicklungszusammenarbeit verabschiedete Europäische Konsens über Entwicklungspolitik benennt die Verfolgung der MDGs als das Hauptziel der Entwicklungszusammenarbeit der EU. Er beinhaltet sehr klare Verpflichtungen zur Förderung von sexueller und reproduktiver Gesundheit sowie den entsprechenden Rechten; zum Kampf gegen HIV und AIDS, Tuberkulose und Malaria; zur Bekämpfung der außergewöhnlichen Personalkrise bei den Gesundheitsdiensten; zum Kampf für eine gerechte Finanzierung und Stärkung der Gesundheitssysteme; ebenso wie Verpflichtungen im Hinblick auf bezahlbare Medikamente für die Armen. Er beinhaltet darüber hinaus eine Verpflichtung zur Einbeziehung der Geschlechterfrage in alle Aspekte der Entwicklungszusammenarbeit.

Während der Feierlichkeiten des 50. Jahrestages der Gründung der EU im Jahr 2007 wurde von den Entwicklungsministern und -ministerinnen der EU das **Petersberger Kommuniqué zur Europäischen Entwicklungspolitik** (Bundesministerium für Wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung, 2007) verabschiedet. Damit wurde die Verpflichtung erneuert, sich den Gesundheitsproblemen der Entwicklungsländer anzunehmen. Das Kommuniqué nennt die Bekämpfung der Kindersterblichkeit als eines der Hauptziele der Europäischen Entwicklungshilfe. Es unterstreicht die Bedeutung der gesundheitlichen Basisversorgung und des Schutzes vor vermeidbaren Krankheiten wie etwa HIV.

Im Mai 2007 verabschiedete der General Affairs and External Relations Council (GAERC) der EU seine Schlussfolgerungen zur **Geschlechtergleichstellung und zum Empowerment der Frau in der Entwicklungszusammenarbeit**. Darin wird die Sorge über den begrenzten Zugang von Frauen zu gesundheitlicher Basisversorgung unterstrichen. Sexuelle und reproduktive Gesundheit sowie die entsprechenden Rechte werden als Hauptfelder der Arbeit genannt. Gemäß den Schlussfolgerungen sind erhöhte Investitionen zur Verbesserung der sexuellen und reproduktiven Gesundheit ein Grundrecht. Eine Verbesserung des Status der Frau im Bereich Gesundheit habe positive Auswirkungen auf die Wirtschaft als Ganzes. Als Anlass zu tiefer Sorge nennen die Schlussfolgerungen schließlich auch die steigende Rate an HIV-Infektionen bei Frauen und Mädchen.

Im Mai 2007 bestätigten die EU-Entwicklungsminister und -ministerinnen einen Entwurf für die vorgeschlagene **Gemeinsame EU-Afrika Strategie** (Europa, 2007), die zum Ziel hat, dass bis 2015 alle Millenniumsentwicklungsziele (MDGs) in allen afrikanischen Ländern erreicht werden. Ein den Schlüsselementen von Entwicklung gewidmeter Abschnitt beinhaltet auch die Stärkung nationaler Gesundheitssysteme, um eine ausreichende Anzahl an Personal, Infrastruktur, Managementsystemen und Versorgung zum Erreichen der MDGs sicherzustellen. Er nennt auch das Ziel des allgemeinen Zugangs zu reproduktiver Gesundheit bis zum Jahr 2015 und das «Gender Mainstreaming» in allen Politikbereichen, insbesondere im Bereich Zugang zu sozialen Diensten für Frauen.



Foto:
© Médecins
du Monde

Die Sonderverpflichtungen der EU im Bereich Gesundheit

Die folgenden Verpflichtungen der EU sind darauf ausgerichtet, politische Rahmenbedingungen für EU-Hilfen im Bereich Gesundheit zu schaffen:

Politische Verpflichtungen der EU im Hinblick auf das Gesundheitswesen in Entwicklungsländern

Im März 2002 verabschiedet die Europäische Kommission (EK) eine **Mitteilung zu »Gesundheit und Armutsbekämpfung in den Entwicklungsländern«**. Diese soll die Anstrengungen der Gemeinschaft im Bereich der Investitionen in das Gesundheitswesen, der Bevölkerungsentwicklung und im Kampf gegen AIDS lenken, um so die MDGs im Bereich Gesundheit zu erfüllen. Dieses Rahmenwerk umfasst vier Elemente: Verbesserung der Ergebnisse in den Bereichen Gesundheit, AIDS und Bevölkerung auf Länderebene, insbesondere in den ärmsten Ländern; Maximierung der positiven Auswirkungen von Gesundheit und Minimierung potentieller negativer Auswirkungen auf die Gesundheit, die eine Unterstützung seitens der EK für andere Bereiche mit sich tragen könnte; Schutz der Schwächsten vor Armut durch Unterstützung gleichberechtigter und fairer Finanzierungsmechanismen von Gesundheit; Investitionen in die Entwicklung von bestimmten globalen öffentlichen Gütern.

Diese Zielsetzungen wurden im Mai 2002 durch die **Schlussfolgerungen des Rats** bekräftigt: Im Hinblick auf das Erreichen eines besseren Gesundheitsstatus und die international beschlossenen gesundheitsbezogenen Entwicklungsziele wird die EU jene Entwicklungsländer verstärkt unterstützen, die verstärkt auf eigene Zielvorgaben im Bereich der Investitionen für Gesundheit hinarbeiten, so z. B. in Abuja (15% des Staatshaushalts). Aber sogar im bestmöglichen Fall guter Gesundheitspolitik und erhöhter Finanzierung für Gesundheit durch die Regierungen der Entwicklungsländer wird es eine Finanzierungslücke geben. Das Erreichen der gesundheitsbezogenen MDGs wird einen gewaltigen Anstieg an externer Entwicklungshilfe für diesen Bereich erfordern.

2005 verabschiedete die EU das **»Europäische Aktionsprogramm zur Bekämpfung von HIV und AIDS, Malaria und Tuberkulose durch Außenmaßnahmen«**. Dieses Programm stellte einen großen und steigenden Mangel bei der Finanzierung von Maßnahmen zur Bekämpfung dieser Krankheiten fest. Diese Finanzierungslücke sollte sich 2007 bereits auf geschätzte 14,9 Mrd. USD belaufen, davon entfallen 11,5 Mrd. USD für HIV und AIDS, 2,6 Mrd. USD für Malaria und 0,8 Mrd. USD für Tuberkulose. Das Aktionsprogramm schlägt vor, dass die EU mit ihren Beiträgen auf die Schließung dieser Finanzierungslücke im Hinblick auf diese drei Krankheiten abzielen sollte, um MDG 6 zu erreichen; dieser Vorschlag spiegelt Europas Bedeutung als internationaler Partner im Bereich Entwicklungshilfe wider.

Der Europäische Rat verabschiedete vor kurzem ein **»Europäisches Aktionsprogramm zur Bekämpfung des akuten Gesundheitspersonalmangels in den Entwicklungsländern«**, darin enthalten waren auch Prinzipien zur Rekrutierung von im Gesundheitsbereich tätigen Personen (14. Mai 2007). Die Notwendigkeit gesteigerter Unterstützung durch die EU für die Entwicklung von mehr Potential in der öffentlichen Verwaltung wurde herausgestellt. Dazu gehören auch: Personalmanagement, berufliche Aus- und Weiterbildung, die Umsetzung von Reformen im Bereich der öffentlichen Verwaltung und die Förderung angemessener Gehälter sowie nicht-gehaltsgebundene Anreize. Es wurde anerkannt, dass angemessene finanzielle Ressourcen erforderlich sind, insbesondere langfristige und vorhersehbare, wie etwa allgemeine und sektorale Budgethilfe zur Erweiterung des fiskalischen Spielraums, der im Hinblick auf die Investitionen in Gesundheit zur Verfügung steht.

Finanzielle Verpflichtungen zur gesundheitsbezogenen ODA

Seit 2001 schließt der Haushalt der EU Richtwerte für die ODA der EU mit ein. Diese Richtwerte sind über die Jahre gestärkt worden:

- Im Jahr 2003 einigten sich das Europäische Parlament und die Europäische Kommission darauf, einen Richtwert von 35% an Ausgaben für Gesundheit und Bildung einzuführen;
- Im Jahr 2004 sahen alle Haushaltslinien für die Beziehungen der EU mit den Entwicklungsländern der AKP-Staaten, Lateinamerika, Asien, dem Nahen Osten und dem Mittelmeerraum einen Richtwert von 35% an jährlichen Mittelbindungen für soziale Infrastrukturen vor – hauptsächlich Gesundheit und Bildung, aber auch makroökonomische Hilfe bei der Auflagenbindung des sozialen Sektors;²⁶
- In den Jahren 2005 und 2006 wurden die Richtwerte von 20% und 35% aufrechterhalten. Seit 2005 ist die Europäische Kommission darüber hinaus dazu verpflichtet worden, Bericht zu erstatten, wie ihre Arbeit dazu beigetragen hat, das Ziel der 35 Prozent-Mittelbindung für soziale Infrastruktur und die MDGs generell zu erreichen²⁷.

- Im Jahr 2007 wurden die Richtwerte für die Finanzmittel beibehalten, aber die 20% wurden nun für Primar- und Sekundarbildung sowie Basisgesundheits²⁶ vorgesehen, und die Berichtspflicht der Europäischen Kommission schloss nun auch den Bericht über diesen Richtwert mit ein. Die Europäische Kommission verpflichtete sich, bis 2009 20% der Mittel im Rahmen der vom Development Cooperation Instrument (DCI) abgedeckten geographischen Programme für Basisgesundheits und Grund- und Sekundarbildung bereitzustellen.

Die oben genannten Verpflichtungen zeigen, dass die EU die Gesundheit wiederholt als wesentlichen Bestandteil der Entwicklungszusammenarbeit anerkannt und sie zu einem Schlüsselement ihrer Entwicklungszusammenarbeit erklärt hat. Doch bis jetzt hat sie ihre Verpflichtungen noch nicht umgesetzt!

Foto:
© Giacomo Pirozzi
Panos pictures



²⁶ Das Budget der EU für 2004 würde innerhalb dieses Entwurfs ein Minimum von 20% der gesamten jährlichen Mittelbindungen bereitstellen für Aktivitäten in den Bereichen Basisgesundheits und grundlegender Bildung, darin eingeschlossen auch die sektorale Budgethilfe für Gesundheit und die Bildungsministerien, dort wo es der Basisgesundheits und Grundbildung zugute kommt.

²⁷ EU-Budget 2006

Die finanziellen Zuwendungen der EU für Gesundheit

Von 2001 bis 2004 betrug der Anteil der Europäischen Kommission an den ODA-Mittelbindungen (MB) der EU 22 bis 25%, an den Auszahlungen (Aus) jedoch nur 7 bis 9% (s. Tabelle 6). 2005 verbesserte sich diese Situation. Die Europäische

Kommission erhöhte ihre Auszahlungen um mehr als das Dreifache von 2,7 Mrd. USD 2004 auf 9,0 Mrd. USD 2005. Der Anteil der Europäischen Kommission an den ODA-Auszahlungen der EU stieg 2005 damit auf 17%.

Tabelle 6: Anteil der Europäischen Kommission an EU-ODA-Mitteln: Mittelbindungen und Auszahlungen – Daten des OECD DAC 2001-2005; in Mrd. USD (OECD DAC, 2007)

| | MB | 2001 Aus | MB | 2002 Aus | MB | 2003 Aus | MB | 2004 Aus | MB | 2005 Aus |
|--|------|----------|------|----------|------|----------|------|----------|-------------------|----------|
| bilaterale Gesamt-ODA der EU15-Staaten | 16,8 | 14,9 | 23,7 | 20,2 | 27,3 | 27,6 | 29,9 | 29,5 | 45,1 | 44,8 |
| ODA der Europäischen Kommission | 5,5 | 1,4 | 6,6 | 1,4 | 8,0 | 2,0 | 9,1 | 2,7 | 11,4 | 9,0 |
| Gesamt-ODA der EU | 22,3 | 16,3 | 30,3 | 21,6 | 35,3 | 29,6 | 39,0 | 32,1 | 56,5 ⁷ | 53,829 |
| Anteil an Gesamt-ODA der Europäischen Kommission | 25% | 9% | 22% | 7% | 23% | 7% | 23% | 8% | 20% | 17% |

Die Europäische Kommission und gesundheitsbezogene ODA

Von den 55,7 Mrd. USD²⁸, die 2005 von der EU kollektiv der ODA zugewiesen wurden, waren 3,5 Mrd. USD (6,2%) für Gesundheit vorgesehen. Der Anteil der EU an den gesundheitsbezogenen ODA-Ausgaben der DAC-Länder beträgt etwa ein Drittel²⁹. Um das CMH-Ziel von 0,1% der Geberländer für Gesundheit zu erreichen (s. S. 15), müssten die EU-Mitgliedsländer des DAC bis 2007

gesundheitsbezogene ODA-Mittel in Höhe von 13,5 Mrd. USD bereitstellen, bis 2015 19,1 Mrd. USD. Eine vergleichbare Erhöhung würde für die Europäische Kommission gesundheitsbezogene ODA-Ausgaben in Höhe von 1,3 Mrd. USD für 2007 und 1,9 Mrd. USD für 2015 bedeuten (Action for Global Health, 2007).

Tabelle 7: Anteile der ODA der Europäischen Kommission für Gesundheit und Bevölkerung: Mittelbindungen und Auszahlungen – Daten des DAC 2001-2005; in Mio. USD (OECD DAC, 2007)

| | MB | 2001 Aus | MB | 2002 Aus | MB | 2003 Aus | MB | 2004 Aus | MB | 2005 Aus |
|---|-------|----------|-------|----------|-------|----------|-------|----------|--------|----------|
| ODA der Europäischen Kommission für Gesundheit und Bevölkerung | 294 | 73 | 213 | 76 | 234 | 98 | 523 | 201 | 669 | 421 |
| Gesamt-ODA der Europäischen Kommission | 5.476 | 1.364 | 6.609 | 1.397 | 8.024 | 2.001 | 9.099 | 2.651 | 11.355 | 9.023 |
| Anteil der ODA der Europäischen Kommission für Gesundheit und Bevölkerung | 5,4% | 5,4% | 3,1% | 5,4% | 2,9% | 4,9% | 5,8% | 7,6% | 5,9% | 4,7% |

²⁸ EU-Budget 2007

²⁹ Im Jahr 2005 36% der Mittelbindungen und 35% der Auszahlungen (siehe Tabelle 2, S. 15).

Europäische Kommission

Die Europäische Kommission ist für etwa 20% der Gesamtzusendungen im Rahmen der ODA der EU zuständig. Von 2007 bis 2013 hat sie 51 Mrd. Euro für die Entwicklungszusammenarbeit zugesichert. Diese Zuwendungen können in themenbezogene Zuwendungen und in solche, die im Rahmen von Entwicklungsländerprogrammen geleistet werden, aufgeteilt werden. Trotz des

Anstiegs der Gesamt-ODA-Mittel der EU ist die Zuweisung von Mitteln zur gesundheitsbezogenen ODA durch die Europäische Kommission seit 2006 gesunken, und das trotz der klaren Vorgaben der Millenniumsentwicklungsziele. Die Zuwendungen der Europäischen Kommission für Gesundheit liegen im EU-Durchschnitt von 4,5% der ODA.

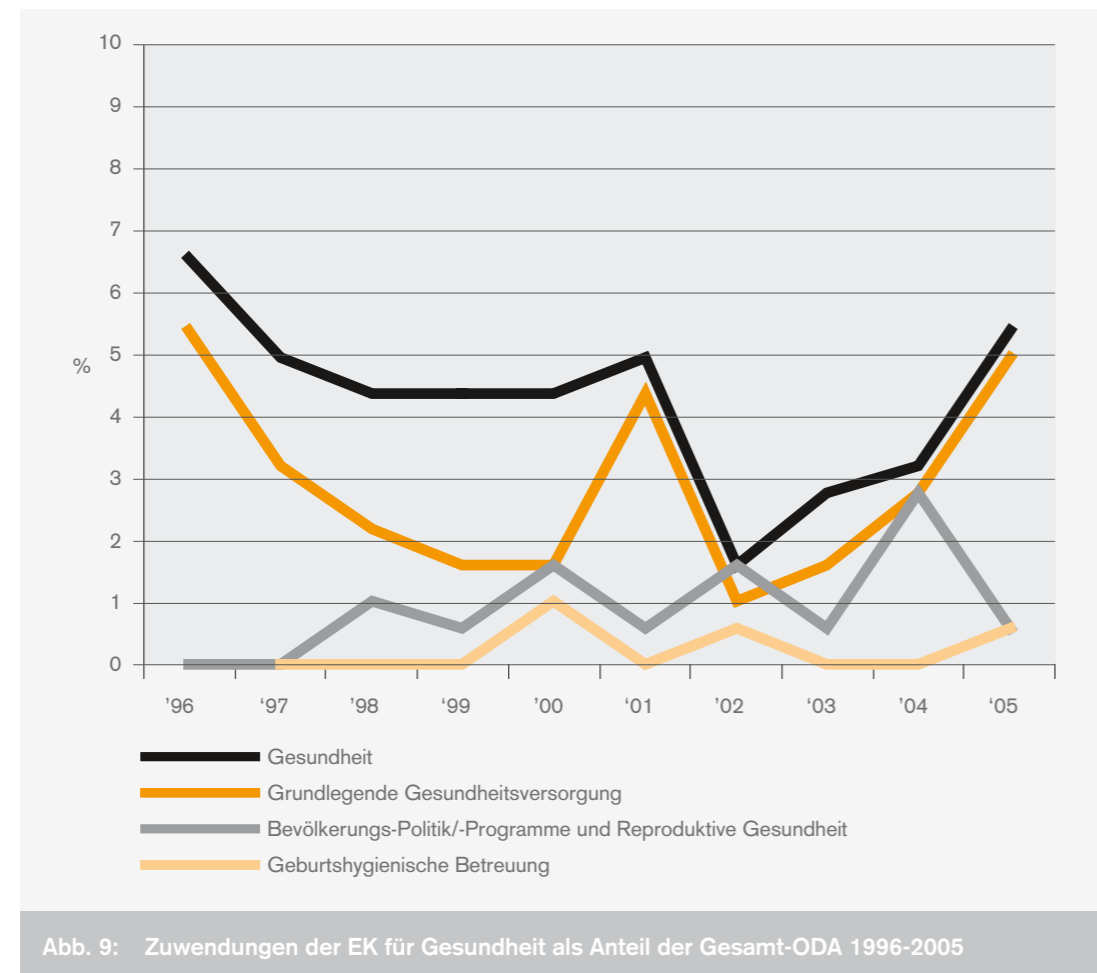


Abb. 9: Zuwendungen der EK für Gesundheit als Anteil der Gesamt-ODA 1996-2005

Die Europäische Kommission und die Entwicklungszusammenarbeit

Die Europäische Kommission zahlt Entwicklungshilfe über zwei Hauptkanäle aus: durch das Development Cooperation Instrument (DCI) und den Europäischen Entwicklungsfonds (EEF). Die Charakteristika dieser beiden Kanäle sind in Tabelle 8 aufgeführt. Der zehnte EEF wird den Zeitraum von 2008 bis 2013 abdecken und muss noch

ratifiziert werden (Europafrica, 2006). Tabelle 9 zeigt die Beiträge der EU-Mitgliedsstaaten zum DCI und zum zehnten EEF. Vier Länder – Frankreich, Deutschland, Italien und Großbritannien – tragen jeweils mehr als zehn Prozent sowohl zum DCI als auch zum EEF bei; zusammengenommen 62% zum DCI und 68% zum EEF.

Tabelle 8: Charakteristika des DCI und des EEF

| DCI | EEF |
|--|--|
| Teil des allgemeinen EU-Haushalts. | Unabhängig vom allgemeinen EU-Haushalt. EU-Mitgliedsstaaten tragen direkt zum EEF bei. |
| Für Länder in Asien, Lateinamerika, im Nahen Osten und Südafrika. | Für Länder in Afrika, in der Karibik und im Pazifik (AKP). |
| Finanzentscheidungen werden vom Europäischen Parlament (EP) und dem Rat der EU getroffen, wobei das EP die Entlastung für das jeweilige Haushaltsjahr erteilt. | Der EEF basiert auf dem AKP-EG-Partnerschaftsabkommen (Abkommen von Cotonou). In Finanzfragen entscheiden die EU-Mitgliedsstaaten; das EP erteilt die Entlastung für das jeweilige Haushaltsjahr. |

Tabelle 9: Beiträge der EU-Mitgliedstaaten zum DCI im EU-Haushalt für 2007 und zum zehnten EEF (European Commission, 2007a; EU Council, 2005c)

| Mitgliedsstaat | DCI anteiliger Beitrag (%) | Beitrag (Mio. €) | EEF anteiliger Beitrag (%) | Beitrag (Mio. €) |
|-----------------------|----------------------------|------------------|----------------------------|------------------|
| Österreich | 2,3 | 13,7 | 2,4 | 546,6 |
| Belgien | 3,0 | 18,1 | 3,5 | 800,7 |
| Bulgarien | 0,2 | 1,5 | 0,1 | 31,8 |
| Zypern | 0,1 | 0,9 | 0,1 | 20,4 |
| Tschechische Republik | 1,0 | 6,3 | 0,5 | 115,7 |
| Dänemark | 2,1 | 12,4 | 2,0 | 453,6 |
| Estland | 0,1 | 0,7 | 0,1 | 11,3 |
| Finnland | 1,6 | 9,4 | 1,5 | 333,4 |
| Frankreich | 17,4 | 104,9 | 19,6 | 4434,3 |
| Deutschland | 19,9 | 120,1 | 20,5 | 4649,8 |
| Griechenland | 1,9 | 11,7 | 1,5 | 333,4 |
| Ungarn | 0,8 | 4,9 | 0,6 | 124,8 |
| Irland | 1,5 | 8,9 | 0,9 | 206,4 |
| Italien | 13,3 | 80,8 | 12,9 | 2916,9 |
| Lettland | 0,2 | 1,0 | 0,1 | 15,9 |
| Litauen | 0,2 | 1,3 | 0,1 | 27,2 |
| Luxemburg | 0,3 | 1,5 | 0,3 | 61,2 |
| Malta | 0,1 | 0,3 | 0,03 | 6,8 |
| Niederlande | 4,7 | 28,3 | 4,9 | 1100,1 |
| Polen | 2,5 | 15,0 | 1,3 | 294,9 |
| Portugal | 1,5 | 8,8 | 1,2 | 260,8 |
| Rumänien | 0,9 | 5,6 | 0,4 | 83,9 |
| Slowakei | 0,4 | 2,5 | 0,2 | 47,6 |
| Slowenien | 0,3 | 1,8 | 0,2 | 40,8 |
| Spanien | 9,6 | 57,7 | 7,9 | 1780,5 |
| Schweden | 2,7 | 16,2 | 2,7 | 621,5 |
| Großbritannien | 11,5 | 69,7 | 14,8 | 3361,5 |
| GESAMT | 100,0 | 604,0 | 100,00 | 22682,0 |

Auszahlungsmechanismen der Europäischen Kommission

Länderstrategieprogramm

Die Länderstrategieprogramme (Country Strategy Programmes – CSPs) bilden die Grundlage für die Verteilung der Gelder auf verschiedene Regionen. In Übereinstimmung mit der Pariser Erklärung zur Harmonisierung und Angleichung der Entwicklungshilfe sollten die CSPs an den Prioritäten ausgerichtet werden, die die nationalen Regierungen festgelegt haben. Gesundheit wird hierbei selten als Schwerpunkt gewählt und nur gelegentlich als Nebensache aufgenommen³⁰. Die Zuweisung von Geldern an den Gesundheitssektor ist unter den AKP-Ländern (Länder in Afrika, der Karibik und dem Pazifik) offensichtlich besonders niedrig. Im Auftrag von 2015-Watch vorgenommene Untersuchungen (Juni 2007) zeigen, dass von 61 AKP-CSP-Entwürfen nur zwei Gesundheit als Schwerpunkt beinhalten³¹.

Darüber hinaus ist offensichtlich, dass ein effektives Gender-Mainstreaming (die Förderung der Gleichstellung von Mann und Frau im Rahmen aller Politikbereiche und Tätigkeiten) – eine

Allgemeine Budgethilfe

Die Abnahme der Zuwendungen der Europäischen Kommission für sektorbezogene Budgethilfe und die Zunahme der allgemeinen Budgethilfe ist markant. Um die Effektivität ihrer ODA-Ausgaben zu erhöhen, hat sich die Europäische Kommission zum Ziel gesetzt, 50% der Entwicklungshilfe für 2007 über Budgethilfen vorzunehmen. Zurzeit sind keine transparenten Informationen über die Indikatoren zur Allgemeinen Budgethilfe verfügbar, wie zum Beispiel Indikatoren, die Gleichstellungsanliegen berücksichtigen. Es existieren außerdem kein Plan und keine Richtlinie, die sicherstellen, dass Fragen der grundlegenden Gesundheitsversorgung in den Ländern, die keine Budgethilfe erhalten, angemessen behandelt werden. Dies sind oft diejenigen Länder, die am meisten der Unterstützung bei einer grundlegenden Gesundheitsversorgung bedürfen.

Hinzu kommt, dass die Europäische Kommission Vorschläge vorbereitet, nach denen allgemeine Budgethilfen, die der Gesundheitsversorgung und Bildung dienen, unter die sektorbezogenen statistischen Daten gerechnet werden sollen, die

Voraussetzung aller EU-Richtlinien – nicht vollständig in die Länderstrategien integriert worden ist. Die Europäische Kommission hat 2003 in ihrer »thematischen Evaluierung der Integrierung der Gleichstellungsproblematik in die Entwicklungszusammenarbeit der EK« zwar die Leistungen der Kommission in dieser Hinsicht gewürdigt, gleichzeitig aber auf die unzulänglichen Ergebnisse der gleichstellungsspezifischen strategischen Ziele und der Integration der Gleichstellungsproblematik in die Entwicklungszusammenarbeit moniert. Des Weiteren gelangt dieser Bericht zu der Auffassung, dass die Finanzmittel, die eigens zur Unterstützung der Integration der Gleichstellungsproblematik in die Entwicklungszusammenarbeit bereitgestellt wurden, verglichen mit anderen horizontalen Maßnahmen unbedeutend sind. Vieles deutet darauf hin, dass die zahlreichen Empfehlungen dieser Evaluierung ihre Gültigkeit behalten – und zwar sowohl für die Kommission als auch für einige der EU-Mitgliedsstaaten³².

dem Entwicklungshilfeausschuss (DAC) der OECD übermittelt werden. Eine Expertenrunde hat kürzlich die Glaubwürdigkeit der vorgeschlagenen Methoden diskutiert und ist zu dem Schluss gekommen, dass eine sektorbezogene Allokation der allgemeinen Budgethilfen keine glaubwürdigen Daten liefert und potenziell die gesundheitsbezogenen Zahlen der Kommission erhöhen könnte, ohne dass sich die Zuwendungen für Gesundheit wirklich verändert hätten. Ebenso würde dadurch das Versäumnis der Europäischen Kommission verschleiert, Gesundheit in ihrer ODA angemessen zu berücksichtigen.

Berichten zufolge bereitet die Europäische Kommission derzeit Vorschläge für die Entwicklung von MDG-Vereinbarungen vor, wonach die Auszahlung von Budgethilfen explizit an die Umsetzung von MDG-nahen Maßnahmen gebunden werden soll. Dies soll zu höheren langfristigen und berechenbaren Finanzhilfen führen, darunter auch solche für wiederkehrende Kosten.

Themenbezogene Zuwendungen

Bis zum Jahr 2007 wurde ein beträchtlicher Prozentsatz der Gesundheitsausgaben der Europäischen Kommission über zahlreiche verschiedene thematische Haushaltslinien verteilt, darunter diejenigen für armutsbedingte Krankheiten (HIV und AIDS, Malaria und Tuberkulose), Geburtshygiene und sexuelle Gesundheit sowie Fragen der Gleichstellung der Geschlechter³³. Zusammengenommen flossen über diese Haushaltslinien etwa 110 Mio. Euro pro Jahr dem Gesundheitssektor zu. Nun werden sie zu einem thematischen Instrument zur menschlichen und sozialen Entwicklung zusammengefasst, das den Namen »In die Menschen investieren« trägt. »In die Menschen investieren« vereint

Unterstützung des Globalen Fonds

Die Europäische Kommission hat den Globalen Fonds zur Bekämpfung von AIDS, Tuberkulose und Malaria (GFATM) seit dessen Einrichtung im Jahr 2002 stets unterstützt. Die Kommission hat dem Globalen Fonds über den Zeitraum von 2002 bis 2010 insgesamt 922,5 Mio. Euro³⁴ (ca. 1,18 Mrd.

vier Bereiche unter sich: Gesundheit, Bildung, Gleichstellung von Mann und Frau und andere Aspekte der menschlichen und sozialen Entwicklung. Dieses Instrument verfügt über ein Volumen von 1.065 Mrd. Euro für die kommenden sieben Jahre, wovon mindestens 55% für die Gesundheit verwendet werden sollten. Das würde bedeuten, dass durch diesen Mechanismus durchschnittlich etwa 84 Mio. Euro pro Jahr für Gesundheit zur Verfügung stünden (Action for Global Health, 2007). Im Jahr 2007 wird jedoch das Gesamte Gesundheitspaket von »In die Menschen investieren« dem Globalen Fonds zugewiesen.

USD) zugesichert. Bis zum Juni 2007 hat sie dem Globalen Fonds 639 Mio. USD ausgezahlt (Globaler Fonds, 2007b). Diese Gelder stammen sowohl aus dem EU-Haushalt (»In die Menschen investieren«) als auch vom EEF.

Die Pariser Erklärung und die Arbeitsteilung in der Europäischen Union

Der EU-Verhaltenskodex über Arbeitsteilung in der Entwicklungspolitik und seine Auswirkung auf die gesundheitsbezogene ODA

Die Europäische Kommission und die EU-Mitgliedsstaaten waren an der Entwicklung der Pariser Erklärung zur Wirksamkeit der Entwicklungshilfe beteiligt. Im Mai 2007 führte die EU den Verhaltenskodex im Hinblick auf die Arbeitsteilung im Bereich der Entwicklungspolitik ein (European Commission, 2007c). Darin werden Prinzipien beschrieben, nach denen sich die EU-Geber verpflichten (s. Kasten 12). Die Implikationen dieser Arbeitsteilung sind zurzeit noch unklar, folgende Bedenken sind jedoch jetzt schon angebracht:

- Die strategischen Sektoren sind nicht explizit definiert.
- Die Mechanismen, mit denen sichergestellt werden soll, dass Gesundheit in allen Entwicklungsländern angemessen berücksichtigt wird, sind unklar.

• Prinzip 1 (s. Kasten 12) könnte von Gebern dahingehend interpretiert werden, dass sie sich nicht auf Gesundheit in einem bestimmten Land konzentrieren sollen, weil andere dies bereits tun. Einige Länderstrategiepapiere lassen den Schluss zu, dass die Europäische Kommission der Gesundheit in ihren Länderprogrammen keine Priorität zumisst (siehe unten).

• Es sind keinerlei Mechanismen ersichtlich, die die Gesamtzuwendungen der EU für strategische Sektoren wie Gesundheit in bestimmten Ländern überwachen.

• Die in Bezug auf Mittelallokation »verwaisten« Länder sind nicht explizit genannt. Die Implikationen, die sich daraus für Finanzierungsentscheidungen ergeben, sind noch unklar.

³⁰ Vgl. hierzu auch Action for Global Health: »An Unhealthy Prognosis? The EC's development funding for Health« (2007) und 2015-Watch. Bericht der Alliance2015, www.alliance2015.org.

³¹ Mitteilung der Kommission an das Europäische Parlament und den Rat – Gleichstellung und Teilhabe – Die Rolle der Frauen in der Entwicklungszusammenarbeit [SEK(2007) 332] /* KOM/2007/0100.

³² Verordnung (EG) Nr. 1568/2003 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 15. Juli 2003.

³³ Verordnung (EG) Nr. 1568/2003 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 15. Juli 2003.

³⁴ Diese Summe setzt sich zusammen aus 522 Mio. Euro für 2002 bis 2006 und 400 Mio. Euro für 2007 bis 2010. Die zweite Hälfte wurde im Juni 2007 bekanntgegeben und wird aus dem EU-Haushalt und dem zehnten EEF bereitgestellt werden. Dies bedeutet, dass die Summe, die dem Globalen Fonds jährlich von der Europäischen Kommission zur Verfügung gestellt wird, im Wesentlichen stabil bei ca. 100 Mio. Euro geblieben ist (detailliertere Informationen in Global Fund, 2007b).

Kasten 12: EU-Verhaltenskodex im Hinblick auf die Arbeitsteilung im Bereich der Entwicklungspolitik: Leitprinzipien

Die EU-Geber verpflichten sich,

1. die Aktivitäten auf Länderebene in Konzentrationssektoren zu bündeln;
2. ihre anderen Aktivitäten auf Länderebene zu verlegen;
3. eine angemessene EU-Präsenz in strategischen Sektoren zu gewährleisten;
4. die Verfahrensweisen auch in Kooperation mit regionalen Partnerorganisationen anzuwenden;
5. Prioritätenländer festzulegen;
6. sich der in Bezug auf Mittelallokation »verwaisten« Länder anzunehmen;
7. globale Bereiche der eigenen Stärke zu analysieren und auszubauen;
8. im Bereich der vertikalen und modalitäten-/ instrumentenübergreifenden Komplementarität Fortschritte zu erzielen;
9. gemeinsam die Arbeitsteilung voranzubringen;
10. Reformen des Hilfesystems zu vertiefen.

Schlussfolgerungen und Empfehlungen an die Europäische Union und die Europäische Kommission

Die Europäische Union ist insgesamt einer der zentralen Geber von Entwicklungshilfe. 2005 gaben die Europäische Kommission und die EU-Mitgliedsländer des DAC 55,7 Mrd. USD im Rahmen der ODA aus; das sind 52% der gesamten von DAC-Ländern beigetragenen ODA-Mittel. Die Europäische Kommission stellt ihre ODA-Mittel über den EU-Haushalt und den EEF zur Verfügung. Von 2001 bis 2004 zahlte die Kommission zwischen sieben und neun Prozent der gesamten EU-ODA-Mittel, über die der DAC unterrichtet wurde. 2005 stieg dieser Anteil auf 17%.

Die Europäische Union hat zahlreiche politische Verpflichtungen im Hinblick auf Gesundheit in Entwicklungsländern übernommen, darunter die Zusage, mindestens 20% der ODA-Mittel der Kommission auf grundlegende Gesundheitsversorgung und höhere Bildung zu verwenden. 2005 wurden jedoch lediglich 4,7% der ausgezahlten ODA-Mittel auf Gesundheit und Bevölkerung verwendet. Dieser Anteil liegt weit unter der Marke von 15%, die für die Erreichung der gesundheitsbezogenen MDGs erforderlich ist. Im Folgenden einige weitere Bedenken:

- Die Feststellung, dass die Länderstrategieprogramme der Europäischen Kommission der Gesundheit keine Priorität zuweisen;
- Das Risiko, dass der Verhaltenskodex im Hinblick auf die Arbeitsteilung im Bereich der Entwicklungspolitik dergestalt interpretiert wird, dass die Kommission Investitionen in die Gesundheit anderen EU-Gebern überlassen sollte;
- Befürchtungen, dass die Verschmelzung der themenbezogenen Zuwendungen zu einer Haushaltslinie »In die Menschen Investieren« bedeuten könnte, dass von der Europäischen Kommission weniger finanzielle Mittel für die Verfolgung der gesundheitsbezogenen MDGs zur Verfügung gestellt werden;
- Unklarheit darüber, wie die den einzelnen Ländern als allgemeine Budgethilfe zur Verfügung gestellten Mittel überwacht werden sollen, um festzustellen, wie viel für Gesundheit ausgegeben wird und welche gesundheitsbezogenen Ergebnisse damit erzielt werden sollen.

EU-EMPFEHLUNG 1: GESUNDHEIT MUSS VORRANG HABEN

Wir rufen die Europäische Kommission auf, ihren ODA-Anteil für Gesundheit nicht unter 15% sinken zu lassen.

EU-EMPFEHLUNG 2: DEN RICHTWERT VON 20 PROZENT ERFÜLLEN

Die Europäische Kommission hat zugestimmt, im Jahr 2009 20% ihrer Entwicklungshilfe den Bereichen Bildung und gesundheitliche Basisversorgung zuzuweisen. Um dieses Ziel zu erreichen, sollte die Europäische Kommission die dem Gesundheitsbereich zugeteilten Gelder erhöhen, besonders für Afrika.

EU-EMPFEHLUNG 3: ÜBERWACHUNG DURCH DAS EUROPÄISCHE PARLAMENT

Das Europäische Parlament sollte einen angemessenen Prozess einrichten, um sicherzustellen, dass die Europäische Kommission den Richtwert von 20% erfüllt. Innerhalb dieses Prozesses sollte der Europäische Rechnungshof überprüfen, ob die Europäische Kommission entsprechende Mechanismen eingerichtet hat, um die beschlossenen Ziele zu erreichen.

EU-EMPFEHLUNG 4: SICHERSTELLEN DER WIRKSAMKEIT VON BUDGETHILFE FÜR GESUNDHEIT

Die Europäische Kommission sollte sicherstellen, dass allgemeine Budgethilfen der Gesundheit dadurch zugute kommen, dass sie über transparente Monitoringsysteme verfügen, die wichtige Indikatoren zur Stärkung der Gesundheitssysteme identifizieren können.

EU-EMPFEHLUNG 5: LANGFRISTIGE, BERECHENBARE FINANZIERUNG

Die Europäische Kommission sollte einen Mechanismus entwickeln, der eine langfristige, berechenbare Finanzierung wiederkehrender Kosten ermöglicht, so dass Länder die Zahl der Beschäftigten im Gesundheitssektor erhöhen können; ein zentraler Punkt liegt in der Stärkung der Gesundheitssysteme.

EU-EMPFEHLUNG 6: INFORMATIONEN ÜBER GESUNDHEITSBEZOGENE FINANZHILFEN

Die Europäische Union sollte sich auf einen Mechanismus verständigen, um Daten zu gesundheitsbezogenen Finanzhilfen durch EU-Länder und die Europäische Kommission zu sammeln. Dadurch sollten Bereiche, in denen verstärkte gesundheitsbezogene Finanzhilfen benötigt werden, und »verwaiste« Länder, denen es an angemessener Entwicklungshilfe mangelt, identifiziert werden.

DEUTSCHLAND UND DIE GESUNDHEITS-MDGs – MEHR ALS EIN LIPPENBEKENNTNIS?

TEIL 1:

Hintergrund: Integration der MDGs in die deutsche Entwicklungspolitik – eher Vision als praktische Planungsgrundlage?

Bereits ein Jahr nach dem Millenniums-Gipfel und der Millenniums-Deklaration (unterzeichnet vom damaligen Kanzler Gerhard Schröder), der Grundlage für die darauf basierenden MDGs, hat Deutschland das ressortübergreifende Aktionsprogramm 2015 vorgelegt, in dem die Umsetzung besagter Ziele zentraler Bestandteil ist.¹ Das Aktionsprogramm 2015 definiert Armutsbekämpfung als allumfassendes Oberziel, stellt aber in erster Linie ein visionäres entwicklungspolitisches Rahmenprogramm dar. Neben vielen anderen Feldern, in denen effektive Armutsbekämpfung erfolgen soll, werden auch die sozialen Grunddienste genannt. Lediglich unter diesem Punkt findet sich neben Grundbildung, Ernährung und Zugang zu Wasser auch das Thema der Basisgesundheits,² so dass nicht die Rede davon sein kann, dass Gesundheit eine zentrale Stellung im Aktionsprogramm einnimmt. Problematisch war und ist zudem der fehlende Implementierungsplan

mit zeitgebundenen messbaren Zielgrößen und einer Gewichtung der zahlreichen Ziele. Der DAC (Development Assistance Committee) Peer Review aus dem Jahr 2006 konstatiert, dass die Priorität des BMZ nicht länger auf dem Implementierungsprozess der MDGs zu liegen scheint!³

Fazit

Inhaltlich löste das Aktionsprogramm 2015 bestehende entwicklungspolitische Orientierungen nicht ab, da die in dem Programm identifizierten Kernbereiche bereits Teil der deutschen Entwicklungszusammenarbeit (EZ) waren. Darüber hinaus werden die MDGs eher als übergeordnete Entwicklungsziele betrachtet und nicht als Grundlage, um Mittel zuzuweisen und Kernbereiche zu bestimmen.⁴ So lässt sich der Umstand erklären, dass in der bilateralen Zusammenarbeit Projekte finanziert werden, die nur in Teilen die MDGs reflektieren.⁵

Gesundheit in der deutschen EZ – lange Zeit kein Schwerpunkt in der Praxis, aber Trendwende in Sicht

Gesundheitsthemen sind von der deutschen Entwicklungszusammenarbeit nicht mit einer hohen Priorität bearbeitet worden, was sich auch darin widerspiegelt, dass Gesundheit nicht in einer eigenen Abteilung des BMZ betreut wird, sondern gemeinsam mit den großen Bereichen Bildung und Bevölkerungspolitik. Zudem hat auch der Ausschuss für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (AWZ) des Bundestags keinen Unterausschuss zu Gesundheit, obwohl ein solcher sehr wohl von den Mitgliedern des AWZ gewünscht wird. Seine Einrichtung wurde jedoch aus formalen und finanziellen Gründen abgelehnt. Allerdings ist das Thema Gesundheit Gegenstand diverser BMZ-Papiere gewesen, wobei man in den vergangenen Jahren eine Schwerpunktverschiebung feststellen kann, die sowohl im Zusammenhang mit den MDG-Verpflichtungen als auch mit der immer dringlicher werdenden HIV-Problematik zu sehen ist.

Das 1999 veröffentlichte »Sektorkonzept Gesundheit«⁶ mahnt bereits eine stärkere Berücksichtigung von Gesundheit an. Es orientiert sich zwar an dem Konzept der »Primary Health Care« der WHO, doch werden auch Forderungen nach Gebühren- bzw. Versicherungssystemen vertreten, die den Aufbau von Gesundheitssystemen in armen Ländern überhaupt erst gestatten sollen.⁷ Zwar sollen diese Maßnahmen die Ärmsten nicht vom Zugang zu Gesundheitsdiensten ausschließen, doch wird der so entstehende Widerspruch nicht aufgelöst.

In einer Stellungnahme des Wissenschaftlichen Beirats des BMZ wird Gesundheit zwar als wesentliches Element zur Armutsbekämpfung bezeichnet, doch plädiert man für eine »Einbettung gesundheitsfördernder Einzelmaßnahmen in eine auf Armutsbekämpfung angelegte Sozial- und Wirtschaftspolitik.«⁸ Weiter heißt es: »In diesem Sinne ist eine einseitige Fixierung der Entwicklungszusammenarbeit auf krankheitsorientierte Programme zu vermeiden.« Diese Aussagen verdeutlichen die ambivalenten Einstellungen innerhalb der deut-

schen EZ gegenüber Gesundheitsmaßnahmen und die bis zum Erscheinen des von der WHO Kommission zu Makroökonomie und Gesundheit herausgegebenen Berichts vorherrschende Einstellung, dass Gesundheit vorwiegend ein Ziel und nur eingeschränkt Voraussetzung von Entwicklung sei.¹⁰

In dem im März 2007 vorgelegten BMZ-Bericht »Gesundheit fördern – HIV und AIDS bekämpfen« heißt es jedoch, »dass Krankheit nicht nur die Folge von, sondern auch wesentliche Ursache für Armut ist.«¹¹ Unter expliziter Bezugnahme auf die MDGs wird Gesundheit als ein Schwerpunkt der deutschen EZ definiert, ungeachtet der Tatsache, dass Gesundheit kein offizieller Schwerpunktbereich ist. Im Bericht heißt es, dass in 16 Ländern Gesundheitssystementwicklung schwerpunktmäßig verfolgt werde.¹² Frappierend ist in diesem Zusammenhang, dass sich nur sechs afrikanische Länder darunter befinden, obwohl Afrika in außerordentlichem Maße mit mannigfaltigen Krankheiten (vor allem HIV und AIDS) und maroden Gesundheitssystemen sowie hoher Kinder- und Müttersterblichkeit belastet ist.¹³

Fazit

In den politischen Dokumenten und Leitlinien findet der Zusammenhang von Gesundheit und Entwicklung vermehrt Beachtung, dies schlägt sich jedoch in der Praxis in den Ländern, die Maßnahmen am dringendsten benötigen, noch bei weitem nicht ausreichend nieder.

¹ Vgl. BMZ 2001a.

² Vgl. BMZ 2001a, S. 26.

³ Vgl. OECD 2006a, S. 36. Die Autoren leiten dies nicht zuletzt aus der bescheidenen finanziellen und personellen Ausstattung der Abteilung ab.

⁴ Vgl. OECD 2006a, S. 36-37. Siehe auch BMZ 2005a, S. 17.

⁵ Vgl. OECD 2006a, S. 22.

⁶ Vgl. BMZ 1999.

⁷ Ebd., S. 11-12.

⁸ BMZ 2001b, S. 7.

⁹ Ebd., S. 7.

¹⁰ Vgl. WHO 2001.

¹¹ Vgl. BMZ 2007a, S. 4.

¹² Ebd., S. 12. Es konnte in einem persönlichen Gespräch mit dem BMZ nicht abschließend geklärt werden, welche Länder dies nun genau sind. Im Jahr 2005 hatten nur 14 Länder den Schwerpunkt Gesundheitsförderung, nämlich Bangladesh, Guinea, Indonesien, Kambodscha, Kamerun, Kenia, Malawi, Nepal, Pakistan, Philippinen, Ruanda, Tansania, Tadschikistan und Vietnam. In weiteren zwölf afrikanischen Ländern war im Jahr 2006 Gesundheit ein zusätzlicher Förderbereich. S. hierfür Weinreich und Rüppel 2006, S. 8.

¹³ Pro Jahr sterben noch immer über zehn Millionen Kinder unter fünf Jahren. In Subsahara-Afrika hat es kaum Verbesserung gegeben in Bezug auf Zugang zu Geburtshilfe für werdende Mütter. Vgl. Worldbank 2006, S. 50-52.

Gesundheit als developmentpolitisches Thema – stärker im Bewusstsein der Öffentlichkeit verankern

Durch das G8-Treffen in Heiligendamm und die EU-Ratspräsidentschaft Deutschlands im ersten Halbjahr 2007 scheint das Thema der globalen Gesundheit stärker von der Öffentlichkeit wahrgenommen zu werden. Dies liegt an der öffentlichkeitswirksamen Behandlung von Einzelthemen, wie z. B. der wiederholten Ankündigung der Bundesregierung (u. a. anlässlich der EU-Ministerkonferenz in Bremen) weitere 100 Millionen Euro in die HIV-Bekämpfung fließen lassen zu wollen.¹⁴ Zum selben Anlass wurde verkündet, dass die EU unter deutscher Präsidentschaft einen Aktionsplan zur Eindämmung des Fachkräftemangels in den Gesundheitswesen der armen Länder vorlegen wolle.¹⁵ Diese Einigung wurde auf EU-Ebene auch auf der letzten Sitzung des Außenausschusses (GAERC) vom 14. Mai erreicht.¹⁶

Auch im Rahmen des deutschen G8-Vorsitzes erreichte das Thema Gesundheit und hier vor allem HIV und AIDS ein hohes Maß an Berichterstattung und öffentlicher Aufmerksamkeit. So hatte bereits die im Vorfeld zum G8-Gipfel stattgefundene Entwicklungsministerkonferenz in Berlin zu einer Erklärung geführt, die das Thema Gesundheit und Gesundheitssystemausbau in den Mittelpunkt rückte.¹⁷ Doch wurden die hohen Erwartungen seitens der Zivilgesellschaft und sicherlich auch der armen Länder hinsichtlich neuer verbindlicher Versprechen zur Steigerung von ODA im Allgemeinen und von gesundheitsbezogener ODA im Speziellen sehr enttäuscht. Die Abschlusserklärung des G8-Gipfels vermeidet ganz bewusst spezifische Angaben, in welchem Zeitraum von welchen

Ländern die versprochenen »zusätzlichen« 60 Milliarden USD zur Bekämpfung von HIV und AIDS, Malaria und Tuberkulose zur Verfügung gestellt werden sollen. Außerdem umfasst die Summe in hohem Maße Gelder, die bereits zugesagt wurden, so dass Kritiker von effektiv nur drei Milliarden USD zusätzlich bis 2010 ausgehen.¹⁸ Auch in Bezug auf die anderen gesundheitsrelevanten Punkte war das Ergebnis des Gipfels negativ, was in der seriösen Presse entsprechend kommentiert wurde. Letztlich hat der Gipfel trotz der enttäuschenden Ergebnisse dennoch dazu gedient, gesundheitsbezogene Themen stärker und vor allem dauerhafter im Bewusstsein der deutschen Öffentlichkeit zu verankern, die diesen laut Eurobarometer relativ positiv gegenübersteht.¹⁹

Fazit

Das Momentum der aufgeschlossenen Öffentlichkeit und der verstärkten Medienberichterstattung durch den Gipfel in Heiligendamm gilt es zu nutzen, um Gesundheit als developmentpolitisches Thema weiter zu verankern.

TEIL 2:

Faktoren, die die Verwendung von gesundheitsbezogener Entwicklungshilfe (ODA) beeinflussen

Stärkung von Gesundheitssystemen – die Förderung steckt noch in den Kinderschuhen

Es ist unbestritten, dass der Ausbau der Gesundheitssysteme in den Ländern des Südens eine zentrale Rolle bei der Armutsbekämpfung und bei der Umsetzung von MDG 4, 5 und 6 spielt.²⁰ Dass es neben humanitären Motiven handfeste ökonomische Gründe für die Stärkung von Gesundheitssystemen gibt, da Gesundheit eine wesentliche Voraussetzung für Wirtschaftswachstum ist, hat der in Teil 1 bereits erwähnte Bericht der WHO Kommission gezeigt.²¹

Vor diesem Hintergrund verwundert es, dass der Förderung von Gesundheitssystemen – zumindest bis zum Beginn des Jahres – von deutscher Seite keine hohe Priorität eingeräumt wurde. Schwerpunkte in der deutschen EZ sind hingegen Umwelt, Energie und Good Governance.²² In der Zusammenarbeit mit Afrika hat sich Deutschland auf die Schwerpunkte Good Governance, Wirtschaftsentwicklung und Wasser festgelegt, wobei die ersten beiden Punkte nicht unmittelbar armutsrelevant sind. Vor dem Hintergrund der schlechten gesundheitlichen Versorgung, der dramatischen Ausbreitung von HIV und AIDS und dem deutschen Bekenntnis zu den MDGs wurde diese Entscheidung Gegenstand von deutlicher Kritik.²³

Ein Grund für die Zurückhaltung bei der Gesundheitsförderung mag im Erbe der bis in die 1990er Jahre vom IWF verfolgten Politik liegen, bei Interventionen in krisengebeutelten Ländern Auflagen zu machen, dass Ausgaben der öffentlichen Hand u. a. im Gesundheitssystem reduziert werden müssten. Zudem befürchtet man ein über den selbst gesteckten Rahmen hinausgehendes finanzielles Engagement: »Angesichts der wirtschaftlichen Probleme einkommensschwacher Länder, beson-

ders im Afrika südlich der Sahara, ergibt sich für Geberländer zunehmend das Problem der temporären Übernahme von laufenden Kosten und von Projektfolgekosten.«²⁴

Inzwischen hat sich, zumindest in theoretischer Hinsicht, die Einsicht durchgesetzt, dass die Entwicklung von Gesundheitssystemen einen wichtigen Platz im Rahmen der deutschen EZ einnehmen sollte.²⁵ Doch Kritik von zivilgesellschaftlichen Organisationen zeigt, dass die Verankerung von Gesundheitssystemförderung in der deutschen EZ noch am Anfang steht.²⁶

Neben der oben erwähnten horizontalen Integration von Gesundheits-ODA werden gleichzeitig in der bilateralen Entwicklungspraxis zahlreiche vertikale Integrationen verfolgt. So finanziert das BMZ in 34 weiteren Ländern Programme zur HIV- und AIDS-Bekämpfung, die nicht in Zusammenhang mit Gesundheitssystemstärkung stehen (müssen). Andere vertikale Interventionen findet man u. a. im Bereich Malaria und Tuberkulose.²⁷ Es ist umstritten, inwieweit Spill-over Effekte von vertikalen Integrationen auf das gesamte Gesundheitssystem erwartet werden können oder inwieweit sie negative Effekte auf ein ohnehin geschwächtes System haben.²⁸ Eine Reflektion dieser Problematik und eine damit verbundene Positionierung seitens des BMZs stehen noch aus.²⁹

Fazit

Ein Einstellungswandel findet statt (s. auch Kap. 1), so dass die Entwicklung von Gesundheitssystemen im Rahmen der deutschen EZ mehr Bedeutung erhält. Allerdings steht die Verankerung von Gesundheitssystemförderung noch am Anfang.

¹⁴ Vgl. BMZ 2007a, S. 31.

¹⁵ Vgl. BMZ 2007a, S. 43, siehe auch Bulletin der Bundesregierung 2007.

¹⁶ Vgl. Council of the European Union 2007.

¹⁷ Vgl. Chair's Summary 2007, S. 2-3.

¹⁸ Vgl. Oxfam 2007.

¹⁹ Siehe European Commission 2005, S. 21-22. Die Frage, in welchen drei Bereichen die EU am effektivsten Entwicklungshilfe leisten könne, wurde von 37% der Deutschen mit HIV und AIDS und anderen Krankheiten beantwortet.

²⁰ MDG 4: Reduzierung der Kindersterblichkeit, MDG 5: Verbesserung der Gesundheit von werdenden Müttern, MDG 6: Eindämmung von HIV und AIDS, Malaria und Tuberkulose. Siehe auch Teil 1 des vorliegenden Berichts.

²¹ Vgl. WHO 2001.

²² Vgl. Martens 2006, S. 23-24.

²³ Vgl. Goldberg 2006. In einem Gespräch mit einem BMZ-Vertreter wurde darauf hingewiesen, dass die in der Afrikastrategie festgelegten Schwerpunkte eher überregionalen Charakter hätten und daher Länder nach wie vor ihre Schwerpunkte frei wählen könnten, so auch den Punkt Gesundheit. Doch scheint von dieser Möglichkeit nicht häufig Gebrauch gemacht zu werden.

²⁴ Vgl. BMZ 1999, S. 11.

²⁵ Vgl. BMZ 2007a, BMZ 2004, S. 33-34 und Schwefel et al. 2003.

²⁶ Ruppel, Weinreich 2006, S. 7 und S. 16 speziell zu fehlenden Steuerungsmöglichkeiten im BMZ im Bereich Gesundheit aufgrund von Personalkürzungen, wobei sich diese Situation inzwischen verbessert hat.

²⁷ Vgl. BMZ 2007a, S. 9.

²⁸ Vgl. zu dieser Debatte Garrett 2007 und Sachs 2007.

²⁹ Vgl. BMZ 2007a, S. 11-12, wo für horizontale Interventionen plädiert wird, da vertikale Interventionen häufig zu weiteren finanziellen und personellen Belastungen des Gesundheitssystems führen könnten. Gleichzeitig werden aber bestehende vertikale Interventionen nicht hinterfragt bzw. vor diesem Hintergrund bewertet.

Regierungspolitik zur Pariser Deklaration und zur Effektivität von ODA – mehr Komplementarität und Arbeitsteilung, aber deutsche EZ-Strukturen sind nicht förderlich

Im Rahmen eines »High Level Forum on Aid Effectiveness« in Paris im Jahr 2005 wurde von den teilnehmenden Ländern die Pariser Deklaration zur Wirksamkeit von ODA verabschiedet. Ziel ist es, Entwicklungsgelder effektiver einzusetzen, was z. B. eine Koordination unter den Gebern, einen Abbau bürokratischer Hürden, eine Ausrichtung an Bedürfnissen der Empfängerländer und vieles mehr erfordert.

Deutschland hat im Nachfeld des Pariser Treffens ein entsprechendes Papier vorgelegt, in dem spezifiziert wird, wie in Übereinstimmung mit den Pariser Kriterien die Effektivität der deutschen ODA zu erhöhen ist³⁰. Im Zentrum stehen die drei Prinzipien Partnerschaft mit dem Empfängerland, Ergebnisorientierung und Kohärenz. Alle vom BMZ unterstützten Aktivitäten sollen mit den Strategiepapieren zur Armutsbekämpfung der Empfängerländer abgestimmt sein. Zudem ist eine stärkere Kooperation mit anderen Gebern vorgesehen, bei der Komplementarität und Arbeitsteilung wirksam werden sollen. In diesem Zusammenhang beabsichtigt das BMZ, die Zahl der Kooperationsländer und -gebiete zu reduzieren.³¹

Die Politikkohärenz soll sowohl innerhalb Deutschlands in Abstimmung mit anderen Ministerien als auch in internationalen Zusammenhängen verfolgt werden, wie z. B. in der WTO. Außerdem liegt ein detaillierter Operationsplan vor, der mit Zeitzielen versehene präzise Maßnahmen bezüglich der Verpflichtungen aus der Pariser Deklaration aufweist³².

Trotz dieser Versuche, die deutsche ODA effektiver zu verwenden, liegen noch Probleme vor. Der Peer Review der OECD sieht Koordinierungsprobleme bei den deutschen Durchführungsorganisationen und mahnt eine stärkere Kooperation mit anderen Gebern sowie eine Orientierung an den Armutsreduzierungsstrategien der Länder an³³. Deutschland sollte auch seine Auswahlstrategien der Partnerländer überarbeiten, vor allem hinsichtlich des Kriteriums der Armutsreduzierung³⁴. In ganz grundlegender Weise wird darüber hinaus konstatiert, dass in den bestehenden EZ-Strukturen Deutschlands kaum weitere Effektivitätssteigerungen möglich sein werden³⁵.

Kasten 13: Beispiel - fehlende Politikkohärenz bei WTO Verhandlungen

Trotz anderslautender Einschätzungen des BMZ³⁶ kann gerade im Bereich der WTO- Verhandlungen keineswegs von Politikkohärenz die Rede sein. Im Bereich der HIV- und AIDS-Bekämpfung ist der Zugang zu antiretroviralen Medikamenten (ARVs) von zentraler Bedeutung, allerdings zu bezahlbaren Preisen. Sehr umstritten ist in diesem Zusammenhang das TRIPS-Abkommen, das auch Medikamente unter Patentschutz stellt. Für arme Länder sind Generikaproduktion bzw. Generikaimporte die einzige Möglichkeit ihre Bevölkerung mit ARVs zu versorgen. Doch hat die Bundesregierung im Rahmen der WTO eine Klausel unterstützt, die sich sehr ungünstig für die Entwicklungsländer auswirken wird, die selbst über keine ausreichenden Produktionskapazitäten im pharmazeutischen Bereich verfügen. Die zur Lösung dieses Problems gefundene Regelung wird als zu bürokratisch und in der Praxis nicht durchführbar angesehen³⁷.

Fazit

Die Wirksamkeit deutscher EZ im Sinne der Pariser Erklärung kann und muss erhöht werden: Eckpfeiler dabei sind mehr Transparenz bei der Auswahl von Partnerländern nach Armutskriterien, Orientierung

an den Entwicklungsplänen der Partnerländer, höhere Politikkohärenz sowie Optimierung der EZ-Strukturen in Deutschland.

³⁰ Vgl. BMZ 2005b.

³¹ Vgl. Martens 2006, S. 13. Zwar ist offiziell eine Kürzung auf 60 Länder erfolgt, doch sind GTZ und KfW in 131 respektive 90 Ländern nach wie vor vertreten. Problematisch ist vor allem, dass die Länderauswahl nicht nach transparenten Armutskriterien erfolgt.

³² Vgl. BMZ 2005b.

³³ Vgl. OECD 2006a, S. 17, siehe auch S. 55 und S. 73.

³⁴ Vgl. OECD 2006a, S. 37.

³⁵ OECD 2006a, S. 12.

³⁶ Siehe z. B. BMZ 2005a, S. 31 und 38.

³⁷ Vgl. Médecins sans Frontières 2006 und VENRO 2005, S. 3.

Gender und Gesundheit – stärker im Blickwinkel, aber Überprüfungsindikatoren fehlen noch

Frauen und Mädchen sind in überdurchschnittlichem Maße durch soziale, ökonomische und biologische Faktoren von Krankheit gefährdet. Gleichzeitig sind sie in vielen Gesellschaften benachteiligt und die Wahrung ihrer grundsätzlichen Menschenrechte ist nicht gewährleistet. Eine Diskussion um den Ausbau von Gesundheitssystemen muss auf jeder Ebene die speziellen Bedürfnisse und Probleme von Frauen und Mädchen im Auge haben. Sie müssen an der Diskussion entscheidungsrelevant beteiligt werden.

Im Aktionsprogramm 2015 hat Deutschland die Förderung der Geschlechtergleichstellung zu einer von zehn Prioritäten erhoben, um das Ziel der Halbierung der Armut bis 2015 zu erreichen³⁸. Außerdem ist Gender-Mainstreaming seit Mitte der 1990er Jahre als Prinzip in der deutschen EZ verankert und sollte daher in jedem Projekt ausreichend Berücksichtigung finden³⁹. Im Zusammenhang mit Zugang zu Gesundheitssystemen ist die Gender-Problematik bisher allerdings unterbelichtet geblieben.

Spezielle Aufmerksamkeit wird Gender-Fragen in Zusammenhang mit Gesundheit erst in den letzten Jahren von Seiten des BMZ geschenkt, beispielsweise soll der allgemeine Zugang zu sexueller und reproduktiver Gesundheit bis 2015 gewährleistet werden⁴⁰. Vor diesem Hintergrund erstaunt es, dass die Zusagen Deutschlands für Vorhaben der reproduktiven Gesundheit stark schwanken und im Jahr 2004 die geringste Zusagehöhe in den vergangenen fünf Jahren zu verzeichnen war⁴¹. Positiv ins Auge fiel jedoch der Vorstoß der Bundesregierung im Rahmen des G8-Gipfels in Heiligendamm, den schwierigen Zugang von Frauen und Mädchen zu Gesundheitssystemen in Afrika und ihre besondere Betroffenheit von HIV und AIDS zu thematisieren⁴². Ein wohlklingendes Versprechen, dem Taten erst noch folgen müssen!

Fazit

Frauen und Mädchen müssen vor dem Hintergrund gesellschaftlicher Benachteiligung beim Thema Gesundheit besondere Beachtung erfahren. Damit ein geschlechterspezifischer Aufbau von Gesundheitssystemen gewährleistet wird, sollten Indikatoren, auch in Anlehnung an das Millenniumsprojekt, festgelegt werden, die eine Überprüfung der Fortschritte auf dem Weg zur Geschlechtergerechtigkeit möglich machen⁴³.

³⁸ Vgl. BMZ 2001a, S. 6.

³⁹ Vgl. BMZ 2005a, S. 29.

⁴⁰ Vgl. BMZ 2007a, S. 12-13.

⁴¹ Vgl. Rüppel, Weinreich 2006, S. 46-47.

⁴² Vgl. BMZ 2007a, S. 43 und G8 2007, S. 16-17.

⁴³ Vgl. VENRO 2005, S. 3, 7.

TEIL 3:

Gesundheitsrelevante ODA – oder wie viel Geld fließt in die Gesundheit?

Deutsche Gesamt-ODA-Zahlen halten nicht, was sie auf den ersten Blick versprechen!

Anlässlich des UN-Weltgipfels im September 2005 wurde von der EU ein verbindlicher Stufenplan zur Erhöhung der ODA für alle Mitgliedsstaaten beschlossen, der für Deutschland folgende Steige-

rungen vorsieht: Im Jahr 2006 sollen 0,33%, 2010 0,51% und 2015 schließlich die schon seit über drei Jahrzehnten anvisierten 0,7% des Bruttonationaleinkommens (BNE) erreicht sein⁴⁴.

Tabelle 10: Die von Deutschland an das DAC der OECD gemeldeten ODA-Zahlungen belaufen sich auf folgende Summen

| | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 (vorläufig) |
|------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|--------|------------------|
| Gesamt-ODA (Mrd. USD) | 5,030 | 4,990 | 5,324 | 6,784 | 7,534 | 10,082 | 10,351 |
| Gesamt-ODA (Mrd. Euro) | 5,485 | 5,572 | 5,649 | 6,005 | 6,064 | 8,112 | 8,2470 |
| ODA Quote | 0,27 | 0,27 | 0,27 | 0,28 | 0,28 | 0,35 | 0,36 |

(OECD 2007a)

Die auf den ersten Blick erfreuliche Entwicklung der deutschen ODA ist jedoch kritisch zu bewerten: Die Steigerungen der ODA-Nettoleistungen in USD in den Jahren 2000 bis 2004 sind vor allem auf die höhere Bewertung des Euro zurückzuführen, so dass die ODA-Quote in diesem Zeitraum auch nur von 0,27 auf 0,28% stieg⁴⁵. Der Sprung auf die 0,35% ODA-Quote im Jahr 2005 ist vor allem auf umfangreiche Schuldenerlasse für den Irak und Nigeria zurückzuführen⁴⁶. 2005 belief sich die Summe der Schuldenerlasse auf immerhin knapp 3 Milliarden Euro. Rechnet man die Schuldenerlasse heraus, lag die ODA-Quote 2005 sogar 9,8% unter dem Wert des Vorjahrs⁴⁷. Eine andere Form der »Ghost aid« ist die Anrechnung von Studiengebühren für ausländische Studierende auf

die ODA-Quote, was im Falle Deutschlands bis zu 10% ausmacht⁴⁸. Ein von CONCORD, dem europäischen NRO-Dachverband, in Auftrag gegebener Bericht kommt zu dem Schluss, dass Deutschland seine Hilfe um ca. 40% aufgebläht hat und de facto nicht mehr als eine 0,2% ODA-Quote erreicht⁴⁹.

Die deutsche ODA wird von der Bundesregierung und den Ländern aufgebracht, wobei der Haushalt des BMZ eine zentrale Rolle spielt. Aus diesem Haushalt werden sowohl die Beiträge an multilaterale Organisationen als auch die Kosten für die Durchführungsorganisationen bezahlt. Deutschlands Beitrag zum EU-Haushalt wird hingegen vom Finanzministerium bereitgestellt⁵⁰.

⁴⁴ Im Jahr 2002 hat Deutschland sich anlässlich der Konferenz zur Entwicklungsfinanzierung in Monterrey bereits auf 0,33% bis 2006 festgelegt. Diese Verpflichtung fand auch Eingang in den Koalitionsvertrag von CDU/CSU und SPD im Herbst 2005, siehe CDU/CSU/SPD 2005, S. 162.

⁴⁵ Vgl. Martens 2006, S. 15.

⁴⁶ Vgl. Martens 2006, S. 15-17 und OECD 2006a, S. 27. Schuldenerlasse sind unbedingt erforderlich, sollten aber aus verschiedenen Gründen nicht ODA-anrechnungsfähig sein. Sollte das betreffende Land beispielsweise keinen Schuldendienst mehr geleistet haben, dann setzt ein Erlass auch kein zusätzliches Geld frei. In den anderen Fällen wird nur das Geld frei, das zur jährlichen Zinszahlung und anteiligen Tilgung fällig geworden wäre, während die Gläubiger-Länder sich die komplette Summe im Jahr des Erlasses als ODA anrechnen können.

⁴⁷ Vgl. OECD 2006b, S. 1.

⁴⁸ Vgl. Martens 2006, S. 18-19 und Reuke, Kost 2006, S. 14. Die beiden Verfasser weisen in der von Welthungerhilfe und terre des hommes herausgegebenen Studie darüber hinaus nach, dass die Länder ihrer entwicklungspolitischen Verantwortung nicht gerecht werden, da lediglich die Kosten für Studienplätze in den vergangenen Jahren zunahm, während alle anderen Formen der entwicklungspolitischen Zahlungen gekürzt wurden. Auch im OECD Peer Review wird das Anrechnungsverfahren kritisch beurteilt, siehe OECD 2006a, S. 32-33.

⁴⁹ Vgl. Kovach, Wilks 2006, S. 6.

⁵⁰ Vgl. OECD 2006a, S. 23 für eine anschauliche Graphik über das deutsche System der Entwicklungszusammenarbeit und Rüppel, Weinreich 2006, S. 43.

Der Haushalt des BMZ (Einzelplan 23) ist die wichtigste Größe, wenn es um die Bereitstellung neuer Finanzmittel geht. Nach einer Phase der Stagnation kann ein Aufwärtstrend konstatiert werden. Der Haushalt aus dem Jahr 2006 sieht Ausgaben in Höhe von annähernd 4,2 Milliarden Euro vor (eine Steigerung zum Vorjahr in Höhe von 8,2%), der Haushaltsplan für 2007 beinhaltet eine weitere Erhöhung auf 4,5 Milliarden Euro (ein Anstieg von 7,8%). Für das Jahr 2010 sind 4,9 Milliarden vorgesehen⁵¹. Dies ist aber bei weitem nicht ausreichend, um die im EU-Stufenplan festgelegten Ziele

zu erreichen (für das Jahr 2010 bereits 12,7 Milliarden Euro)⁵². Eine zügige Einführung von innovativen Finanzierungsinstrumenten ist längst überfällig⁵³.

Fazit

Die Einhaltung des EU-Stufenplans darf nicht über »aufgeblähte Hilfe« erfolgen; eine Neu-Definition der Kriterien zur Anrechnung auf öffentliche Entwicklungshilfe ist erforderlich. Schuldenerlasse, Studiengebühren etc. sollten in den DAC-Statistiken gesondert ausgewiesen werden.

Gesundheitsrelevante ODA seit 2000 – deutlich unter 5%

Tabelle 11: Gesundheit nimmt keinen hohen Stellenwert in der deutschen bilateralen EZ ein, wie folgende Tabelle der Zusagen für den Gesundheitsbereich illustriert:

| | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 |
|-------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| Gesundheit | 48,97 | 72,77 | 151,86 | 142,06 | 12,83 | 123,50 |
| Bevölkerung | 53,49 | 49,7 | 52,23 | 88,53 | 119,80 | 74,58 |
| Gesamt | 102,46 | 122,47 | 204,09 | 230,59 | 244,63 | 198,08 |

(OECD Development Database on Aid, Werte in Mio. USD; unter der Rubrik Bevölkerung werden größtenteils gesundheitsbezogene Maßnahmen subsumiert)

Prozentual machten die gesundheitsbezogenen ODA-Ausgaben für das Jahr 2005 gerade einmal 2,1% der deutschen bilateralen ODA aus, während es im Jahr 2004 immerhin noch 4% waren⁵⁴. Rüppel und Weinreich konstatieren in ihrem Bericht, dass die Finanzmittel für die Gesundheitsförderung zwischen 2000 und 2005 erheblich zurückgingen und zwar sowohl in der finanziellen als auch in der technischen Zusammenarbeit⁵⁵. Zudem sei es bedenklich, dass im Gesundheitsbereich ein zunehmender Teil der Finanzmittel als Darlehen und nicht als Zuschüsse bereitgestellt werden⁵⁶. Leider liegen zur Zeit noch nicht die Zahlen für das Jahr 2006 vor, doch zeigt eine interne Aufstellung der

Kreditanstalt für Wiederaufbau (KfW), dass zumindest im Bereich der finanziellen Zusammenarbeit (FZ) im vergangenen Jahr deutlich mehr Geld für Gesundheit geflossen ist, nämlich ca. 270 Millionen Euro. Allerdings steht ein Teil davon in Zusammenhang mit der Tsunami-Katastrophe. Ernüchternd ist hingegen die vom BMZ festgelegte thematische Zielgröße zur Bekämpfung ansteckender Krankheiten im Bereich der bilateralen Zusammenarbeit, die für das Jahr 2008 gerade einmal 150 Millionen Euro vorsieht. Dieser Betrag ist beschämend niedrig, wenn man sich vor Augen führt, dass allein die Bekämpfung von HIV und AIDS einen vielfachen Betrag benötigen würde⁵⁷.

⁵¹ Vgl. BMZ 2007b und siehe Martens 2006, S. 19-20.

⁵² Vgl. Martens 2006, S. 7.

⁵³ Martens 2006, S. 20-21.

⁵⁴ Vgl. OECD 2006c, S. 204 und OECD 2007b, Tabelle 19. Rüppel und Weinreich berechnen, dass von den bilateralen Finanzierungszusagen zwischen 2000 und 2005 im Durchschnitt 5% auf den Gesundheitssektor entfielen, diese Berechnung nimmt als Bezugsgröße nur die ODA, die sektoral zuzuordnen ist, mit anderen Worten die Schuldenerlasse wurden herausgerechnet. Vgl. Rüppel, Weinreich 2006, S. 34 und 48.

⁵⁵ Vgl. Rüppel, Weinreich 2006, S. 50-51. Die Einschätzungen basieren auf den Daten der CRS-Datenbank des DAC und auf internen Statistiken.

⁵⁶ Vgl. Rüppel, Weinreich 2006, S. 47.

⁵⁷ Die vom BMZ angeführten 300 Millionen Euro p. a. für die HIV-Bekämpfung beziehen natürlich nicht nur bilaterale, sondern auch multilaterale Zahlungen mit ein.

Von genuin neuen Finanzierungsmitteln, die der EZ zur Verfügung stehen, fließt zumindest im Jahr 2007 ein Teil in den Bereich Gesundheit. Der Haushalt des BMZ war von ca. 4,2 Milliarden Euro 2006 auf 4,5 Milliarden 2007 angehoben worden, wovon

100 Millionen in die Aufstockung der HIV- und AIDS-Bekämpfung fließen sollen⁵⁸. Doch sind die Zahlen mit einer gewissen Vorsicht zu betrachten, wie folgendes Beispiel deutlich zeigt:

Kasten 14: Beispiel - die fehlenden 130 Millionen

Die offiziell angeführten ODA-Zahlen spiegeln nicht unbedingt die Realität wider. So gibt es beispielsweise keine Instanz, die an das DAC gemeldeten Zahlen überprüft. Für die gesundheitsrelevanten ODA-Zahlen ist dies überzeugend für den Bereich HIV und AIDS nachgewiesen worden. Die Bundesregierung spricht seit 2002 von 300 Millionen Euro jährlich, die sie durch bi- und multilaterale Zusammenarbeit zur Bekämpfung der HIV-Epidemie zur Verfügung stellt⁵⁹. Rüppel und Weinreich legen in ihrer für das Aktionsbündnis gegen AIDS angefertigten Studie dar, dass diese Zahl nicht der Wirklichkeit entspricht. Die von ihnen angeführte und auf fundierten Schätzungen und Hochrechnung beruhende Zahl beläuft sich lediglich auf 170,6 Millionen Euro für das Jahr 2004⁶⁰. Die Schätzungen für das Jahr 2005 sehen zudem nicht viel besser aus. Bis heute bleibt die Bundesregierung eine Antwort bzw. eine Erklärung für diese Diskrepanz schuldig.

Eine Analyse der regionalen Verteilung zeigt, dass Subsahara-Afrika nicht in dem zu erwartenden Maße Empfänger war: 2004 flossen lediglich 30% der gesundheitsrelevanten ODA dorthin, weitere 30% nach Ost- sowie 33% nach Süd- und Zentralasien. Im Jahr 2005 hatte sich der Anteil Afrikas südlich der Sahara auf 50% erhöht⁶¹. Die subsektorale Verteilung der gesundheitsrelevanten ODA variiert in den letzten Jahren stark, so dass keine allgemeingültigen Tendenzen festzumachen sind. Im Jahr 2005 stand die Bekämpfung von sexuell übertragbaren Krankheiten/Sexually Transmitted Diseases (STDs) (inklusive HIV und AIDS) mit knapp 30% an erster Stelle, gefolgt von medizinischen Leistungen mit 18% und Basisgesundheitsdiensten mit 12%. In die Bekämpfung von STDs und HIV ist zwar kontinuierlich mehr Geld geflossen, doch lag die Zahl von 2005 deutlich unter der von 2004⁶². Nur vier von 15 offiziell gelisteten Subsektoren haben in den vergangenen vier Jahren jährlich mindestens 5% der gesundheitsrelevanten ODA erhalten: Basisgesundheitsseinrichtungen, Familienplanung, medizinische Leistungen und STD-Kontrolle (inklusive HIV und AIDS). Alle anderen Bereiche weisen starke Fluktuationen auf bzw. erhalten konstant Förderung auf niedrigem Niveau⁶³.

Fazit

Dringender Handlungsbedarf ist gegeben: Die gesundheitsrelevante ODA stagniert auf einem niedrigen Niveau von unter 5% der bilateralen Finanzierungszusagen. Erforderlich wären jedoch in Anlehnung an den WHO-Bericht mindestens 0,1% des BNEs (bzw. 15% der Gesamt-ODA, vorausgesetzt diese hat die versprochenen 0,7% erreicht), was für Deutschland 2005 ca. 2,8 Mrd. USD bedeutet hätte⁶⁴. 2005 blieb die gesundheitsrelevante ODA aber sogar unter 600 Mio. USD. Zudem sind transparentere sektorale und regionale Prioritätensetzungen erforderlich.

Budgetfinanzierung

In den letzten Jahren spielt Budgetfinanzierung eine größere Rolle bei den unterschiedlichen Gebern: Die OECD-Länder leiten bereits 5% ihrer ODA an die Haushalte in Entwicklungsländern und im Petersberger Kommuniqué zur europäischen Entwicklungspolitik wird ebenfalls von einem zunehmendem Anteil der Budgethilfe gesprochen⁶⁵. In Deutschland war das Mittel der Budgetfinanzierung umstritten, so dass man sich über einige Jahre mit Ausnahmeregelungen, die das Bundesfinanzministerium genehmigen musste, beholfen hat⁶⁷. Zwischenzeitlich finden die verschiedenen Formen der Budgetfinanzierung eine immer breitere Anwendung, in Subsahara-Afrika sollen im Jahr 2007 bis zu 50% der FZ in Form von Budgetfinanzierung geleistet werden⁶⁸.

Budgetfinanzierung kommt vor allem in den Sektoren Gesundheit, Bildung und Justizreform zum Tragen und hat, was den Zugang zu sozialen Grunddiensten angeht, Erfolge aufzuweisen⁶⁹. Bei einer substantiellen Erhöhung gesundheitsrelevanter ODA würde dieses Finanzierungsmittel noch stärker als bisher Anwendung finden, vor allem in der Ausprägung der sektoralen Budgethilfe. Schilder zeigt deutlich auf, welche Punkte hierbei verstärkt Beachtung erfahren müssten, beispielsweise die stärkere Armutsausrichtung und die bessere Einbindung der Zivilgesellschaft in derartige Programme⁷⁰. Problematisch an der Budgetfinanzierung ist zudem, dass eine effektive (Finanz-)Administration in dem Empfängerland vorhanden sein muss und dass – als logische Konsequenz aus diesem Punkt – fragile Staaten außen vorbleiben, obgleich ihre Bevölkerung Hilfe dringend benötigt⁷¹.

Fazit

Budgethilfe kann – je nach Land und Kontext – gerade für den Gesundheitssektor ein geeignetes Finanzinstrument sein. MDG-Prioritätensetzung und Kapazitätenbildung der Zivilgesellschaft vor Ort müssen stärker Leitlinie sein.

⁵⁸ Vgl. BMZ 2007a, S. 31.

⁵⁹ Vgl. BMZ 2007a, S. 31.

⁶⁰ Vgl. Rüppel, Weinreich 2006, S. 59.

⁶¹ Vgl. OECD CRS Datenbank, eigene Berechnung.

⁶² Die Zusage für diesen Subsektor betrug im Jahr 2004 84 Millionen (37%), im Folgejahr 47 Millionen (29%).

Vgl. OECD CRS Datenbank, eigene Berechnung.

⁶³ Vgl. OECD CRS Datenbank, eigene Berechnung.

⁶⁴ Siehe zu näheren Erläuterungen Teil 1 des vorliegenden Berichts und WHO 2001.

⁶⁵ Vgl. Schilder 2006, S. 43 und BMZ 2007c.

⁶⁶ Sorge bereitet vor allem Korruption und das treuhänderische Risiko, vgl. Schilder 2006, S. 78.

⁶⁷ Vgl. Wolff 2004.

⁶⁸ Vgl. OECD 2006a, S. 68 und S. 38. Siehe auch Schilder 2006, S. 43.

⁶⁹ Vgl. Schilder 2006, S. 60, 69.

⁷⁰ Vgl. Schilder 2006, S. 83-88.

⁷¹ Vgl. Schilder 2006, S. 68-69.

TEIL 4:

Multilaterale Hilfe – die bessere Alternative im Bereich Gesundheitsförderung?

Der Überblick über die deutsche multilaterale EZ mit Gesundheitsrelevanz muss angesichts der Datenfülle und der intransparenten Datenlage cursorisch bleiben. Eine Tabelle am Schluss dieses Kapitels versucht einen Überblick zu geben. Das Verhältnis von deutscher bi- und multilateraler Hilfe verschiebt sich langsam zu Gunsten letzterer, wobei diesem Trend Grenzen gesetzt sind durch ein – nicht zeitgemäßes – Prinzip, dass nicht mehr als ein Drittel des BMZ-Haushalts multilateral verwendet werden darf⁷².

a) EU

Die EU tritt sowohl in der bi- als auch in der multilateralen Zusammenarbeit als wichtiger Geber auf und kann bei der adäquaten Erhöhung der gesundheitsbezogenen ODA eine Schlüsselrolle spielen. Es ist bedauerlich, dass sie ihren eigenen Verpflichtungen in diesem Bereich nicht nachkommt und nach wie vor deutlich zu wenig Gesundheits-ODA bereitstellt, wie im zweiten Kapitel des Berichts eindringlich gezeigt wurde. Die EZ der EU ist an dieser Stelle nicht Untersuchungsgegenstand, interessant ist hier lediglich, wie viel Gesundheits-ODA Deutschland annähernd über die Zahlungen an die EU leistet. Die deutschen Beiträge an den EEF (Europäischen Entwicklungsfonds) stammen aus dem Budget des BMZ, die als ODA anrechnungsfähigen Anteile am EU-Haushalt hingegen aus dem des Finanzministeriums.

Deutschlands ODA-relevante Zahlungen an die EU machen für das Jahr 2004 1,511 Mrd. Euro (1,877 Mrd. USD) aus, im Jahr 2005 1,774 (2,205) Milliarden⁷³. Im Jahr 2005 waren 5,9% (446 Mio. Euro bzw. 554 Mio. USD) der EU-ODA gesundheitsrelevant⁷⁴: Rein rechnerisch würde dies für Deutschland bedeuten, dass 130 Mio. USD für das Jahr 2005 an weiterer gesundheitsrelevanter ODA hinzukämen.

Fazit

Die EU kommt ihrer Verpflichtung als größter Geber von Entwicklungsgeldern im Gesundheitsbereich nicht nach. Deutschland sollte seinen Einfluss in der EU und seine Position als Nettozahler nutzen, um Gesundheit deutlich stärker als bisher in der europäischen Entwicklungszusammenarbeit zu verankern und damit zu einem möglichen Erreichen der MDGs 4, 5 und 6 beitragen.

b) Weltbank / IDA (International Development Association)

Die Weltbanktochter IDA gewährt armen Ländern zinslose bzw. sehr niedrig verzinsten Darlehen mit langen Laufzeiten und seit 2002 auch Zuschüsse. Finanziert werden diese Leistungen zu einem großen Teil durch Beiträge der reichen Länder. Alle drei Jahre findet eine Wiederauffüllungsrunde statt. Die letzte wurde im Februar 2005 abgeschlossen (IDA 14). Deutschland ist im Rahmen von IDA 14 Verpflichtungen in Höhe von 1,403 Mrd. Euro (1,743 Mrd. USD) eingegangen. Deutschlands

prozentuale Beteiligung beläuft sich damit auf 8,23%. Im Rahmen von IDA 13 (2002 bis 2005) ging Deutschland Verpflichtungen in Höhe von 1,3 Mrd. Euro (1,225 Mrd. USD) ein: ein prozentualer Anteil von 10,3%.

Die Darlehen, die von der IDA für den allgemeinen Gesundheitsbereich zur Verfügung gestellt wurden, belaufen sich auf durchschnittlich 740 Mio. USD (687 Mio. Euro) p. a. in den vergangenen zehn Jahren⁷⁵.

Tabelle 12: Die Tabelle zeigt die Einzelwerte der letzten Jahre und den rechnerischen Anteil Deutschlands daran:

| Gesundheitsausgaben in Mio. USD | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 ⁷⁶ |
|------------------------------------|------|------|------|--------------------|
| IDA | 621 | 947 | 860 | 987 |
| Deutschlands Beitrag ⁷⁷ | 36 | 54 | 49 | 51 |

(OECD: CRS-Datenbank, eigene Berechnung)

Seit einigen Jahren setzt die Weltbanktochter eine höhere Priorität auf die Stärkung von Gesundheitssystemen, was aber u. a. auf Kosten von HIV- und AIDS-Interventionen geht.⁷⁸

Fazit

Eine Trendumkehr ist angesagt: Deutschland sollte seinen Beitrag an IDA nicht weiter einschränken sondern im Gegenteil wieder aufstocken, da so wichtige Gestaltungsmöglichkeiten wahrgenommen werden können. Deutschland muss darauf drängen, dass die Stärkung von Gesundheitssystemen und die Bekämpfung einzelner Krankheiten stärkere Berücksichtigung erfahren müssen.

⁷² Vgl. beispielsweise Fues 2005, S. 55.

⁷³ OECD 2007b, Tabelle 15 und OECD 2006c.

⁷⁴ Der Prozentsatz erhöht sich natürlich weiter, wenn man die Zahlungen der EU an den GFATM oder an gesundheitsrelevante UN-Organisationen berücksichtigt. Bei einer Berücksichtigung nur des GFATM beträgt der Prozentsatz 6,5% für 2005 und 8,65% für 2004.

⁷⁵ Vgl. Worldbank 2007a, S. 1. Das waren 7,2% 2004 und 11,5% 2005 der Gesamtausgaben.

⁷⁶ Ein halbes Jahr IDA 13 (10,3%) und ein halbes Jahr IDA 14 (8,23%).

⁷⁷ Der deutsche Beitrag berücksichtigt nur den Anteil an der Auffüllung von IDA 13/14.

⁷⁸ Die durchschnittliche Unterstützung von knapp 300 Millionen p. a. fiel in den letzten beiden Jahren drastisch: 2005 waren es nur noch 199 Millionen, 2006 nur noch 98 Millionen USD. Vgl. Worldbank 2007b, S. 2. Die neue Weltbankstrategie, die mit weniger Geld mehr Gesundheitssystemstärkung erreichen will, wird vorgestellt in: Worldbank: Healthy Development. The World Bank Strategy for HNP Results. April 2007.

c) Der Globale Fonds zur Bekämpfung von AIDS, Tuberkulose und Malaria (GFATM)

Über diesen Fonds werden ausschließlich gesundheitsrelevante Maßnahmen finanziert. Zwar ist der deutsche Beitrag an diesem wichtigen Finanzierungsinstrument kontinuierlich gewachsen in den vergangenen Jahren, doch bleibt er hinter den tatsächlichen Bedürfnissen weit zurück, vor allem wenn man sich vergegenwärtigt, dass der GFATM

für den Zeitraum von drei Jahren (2008 bis 2010) mindestens weitere 15 Milliarden USD benötigt⁷⁹. Deutschland sollte gemessen am bereinigten BNE und unter Einbezug von Nicht-Regierungsgebern 6,1% dieser Summe aufbringen: Dies wäre ein Mindestbeitrag von 917 Millionen USD⁸⁰.

Tabelle 13:

| In Mio. USD | 2001/2 | 2003 | 2003 | 2005 | 2006 | 2007 | Gesamt |
|----------------------|--------|------|------|------|------|--------|--------|
| Zusagen Deutschlands | 12 | 37 | 46 | 103 | 88 | 124 | 410 |
| Anteil am EU-Beitrag | 31 | 12 | 57 | 15 | 23 | ca. 17 | 155 |

(Quelle: Global Fund 2007a, b, eigene Berechnung)

Kumulativ bis zum Jahr 2007 hat Deutschland Zahlungen in Höhe von 507 Mio. USD (399 Mio. Euro) zugesagt, davon 96 Mio. USD für einen un spezifizierten späteren Zeitraum (nicht in der Tabelle enthalten). 355 Mio. USD davon sind bereits ausbezahlt worden. Hinzu kamen die über die EU geleisteten Beiträge, von denen rechnerisch ca. 155 Mio. USD auf Deutschland entfallen, die Finanzierung der deutschen Back-up Initiative (ca. 44 Mio. USD zwischen 2002 und 2008; auf das Jahr 2005 entfallen ca. vier Millionen) und die zugesagte Bereitstellung von 200 Mio. Euro im Rahmen der »Debt2Health«-Initiative ab 2007, wovon dann voraussichtlich effektiv 100 Millionen in den kommenden Jahren in den Gesundheitsbereich fließen werden⁸¹. Deutschland wird im September 2007

Gastgeber für die anstehende Wiederauffüllungskonferenz des GFATM sein und hatte die Finanzierungsproblematik bereits auf die Tagesordnung des G8-Treffens gesetzt.

Fazit

Der Globale Fonds hat beachtliche Erfolge aufzuweisen und stellt vor allem einen innovativen Finanzierungsansatz dar, da er strukturell, wenn auch nicht immer in der Praxis, die breite Partizipation der Zivilgesellschaft ermöglicht. Aus diesem Grund sollte Deutschland unbedingt seine Zahlungen an den Fonds gemäß seiner Wirtschaftskraft auf mindestens 917 Millionen USD für den Dreijahreszeitraum 2008 bis 2010 erhöhen.

d) GAVI Alliance

Bei der GAVI Alliance (Global Alliance for Vaccines and Immunisations), die im Jahr 2000 ins Leben gerufen wurde, handelt es sich um eine Public Private Partnership, die u. a. von der Bill und Melinda Gates Stiftung, von WHO und UNICEF sowie einzelnen Pharmaunternehmen finanziert wird. Die Allianz dient dazu, den Zugang zu lebensschützenden Impfungen zu verbessern und ist damit für die Erfüllung des MDG 4 sehr relevant (Senkung der Kindersterblichkeit). Deutschland ist erst seit dem vergangenen Jahr Unterstützer dieser Allianz mit je vier Millionen Euro (fünf Millionen USD) 2006 und 2007 und rangiert damit im unteren Drittel der Geber. Eine Erhöhung des Beitrags ist – auch zum Bedauern eines BMZ-Vertreters – wegen der

Drittel-Regelung nicht möglich. Der EU-Beitrag an diesem Fonds fällt ebenfalls sehr gering aus mit 50 Mio. Euro über einen Zeitraum von vier Jahren.

Fazit

Die GAVI Alliance ist sehr erfolgreich mit ihren Impfprogrammen⁸² und strebt zudem ab 2007 eine Stärkung von Gesundheitssystemen an. Deutschland sollte ein stärkeres Engagement prüfen und seine Beiträge an diesen Fonds entsprechend erhöhen, vor allem vor dem Hintergrund von MDG 4.

e) UN-Organisationen

Die deutschen ODA-Zahlungen an **UN-Organisationen** und **Fonds** gehen zurück, was unter anderem darin begründet liegt, dass die Summe, die das BMZ an **EEF** und **Weltbank** leitet, angesichts der ein Drittel-/ zwei Drittel-Regelung keinen ausreichend großen Spielraum für die Unterstützung von UN-Organisationen lässt⁸³. Folglich sind die entsprechenden ODA-Zahlungen in den vergangenen Jahren drastisch gefallen: Beliefen sie sich 2001 noch auf fast 515 Mio. Euro (461 Mio. USD), brachen sie bereits 2003 auf ungefähr die Hälfte (265 Mio. Euro/ 299 Mio. USD) ein. Im Haushaltsplan für das Jahr 2007 machten sie nur noch 199 Mio. Euro (249 Mio. USD) aus⁸⁴.

Die Zahlungen, die Deutschland an **UNAIDS** leistet, sind gering und beliefen sich im Jahr 2006 nur auf 2,4 Mio. USD (1,9 Mio. Euro), nachdem sie 2003 bereits 3,5 Mio. (3,1 Mio.) betragen hatten⁸⁷. Einige UN-Organisationen, die ebenfalls teilweise im Gesundheitsbereich tätig sind, wie z. B. **UNDP** und **UNICEF**, konnten zwar eine leicht steigende Beitragszahlung verbuchen, doch kann dies nicht darüber hinwegtäuschen, dass insgesamt die Unterstützung auf niedrigem Niveau erfolgt⁸⁸.

Fazit

Die deutsche UN-Unterstützung im Gesundheitsbereich läuft auf niedrigem Niveau. Deutschland sollte unbedingt den Trend umkehren und seine Zahlungen an die verschiedenen UN-Organisationen erhöhen, die gerade im Bereich Gesundheit eine wesentliche Rolle spielen können. Außerdem könnte durch eine Stärkung der UN-Organisationen ein (produktiver) Wettbewerb zur Weltbankgruppe aufgebaut werden⁸⁹.

Die Zuschüsse an die **WHO** schwanken ebenfalls und sind in der Tendenz rückläufig: 2001 betragen sie 37,3 Mio. Euro (33 Mio. USD), 2003 fielen sie auf 27 Mio. (30 Mio.) ab. Für das Jahr 2005 kann ein leichter Anstieg auf 30 Mio. Euro (37 Mio. USD) verzeichnet werden⁸⁵. Die Zahlungen an den Bevölkerungsfonds (**UNFPA**), der zu einem sehr großen Teil gesundheitsrelevante Arbeit macht, belaufen sich auf ca. 15 Millionen Euro Kernbeitrag in den letzten Jahren⁸⁶.

Zusammenfassung

Von Deutschland geleistete multilaterale ODA macht – ohne jedoch dadurch den Anforderungen oder den eigenen Zielsetzungen gerecht zu werden – einen bedeutenden Anteil der gesamten deutschen Gesundheits-ODA aus. Wenn man als Beispiel die Werte des Jahres 2005 betrach-

tet, so kommt man zu folgendem Bild: Zu den 198 Millionen USD bilateraler Gesundheits-ODA kommen ungefähr 362 Millionen USD multilateraler Gesundheits-ODA, die Deutschland rechnerisch zugeschrieben werden können. Im Einzelnen:

Tabelle 14: Deutsche multilaterale ODA-Zahlungen in USD

| EU | IDA | GFATM | GAVI | WHO | UNAIDS | Andere UN (geschätzt) | Gesamt 2005 |
|-----|-----|-------|------|-----|--------|-----------------------|-------------|
| 130 | 51 | 122 | 0 | 37 | 2 | 20 | 362 |

(eigene Berechnung)

⁷⁹ Vgl. The Global Fund 2007c, S. 2.

⁸⁰ Vgl. GFATM 2007d, S. 12.

⁸¹ Vgl. GTZ 2006 und Auskunft der GTZ, dass die Back-up Initiative im Zeitraum 2007 bis 2008 mit 9 Mio. Euro (12 Mio. USD) gefördert wird. Für die Debt2Health Initiative siehe Global Fund 2007e, S. 9.

⁸² Vgl. Worldbank 2006, S. 50-52.

⁸³ Vgl. Fues 2005, S. 55.

⁸⁴ Vgl. BMZ 2006, S. 432 und <http://www.bmz.de/de/ministerium/haushalt/index.html>. Die Angaben zu Zahlungen an die UN-Organisationen sind mit großer Vorsicht zu behandeln, da die Datenlage und Datenbeschaffung äußerst schwierig ist in diesem Bereich.

⁸⁵ Vgl. BMZ 2005c, S. 246 und BMZ 2006, S. 142.

⁸⁶ Zu dem Kernbeitrag von 15 Millionen können weitere Zahlungen kommen.

⁸⁷ Vgl. UNAIDS 2007.

⁸⁸ Vgl. BMZ 2005c, S. 246 und siehe zu einer Bewertung auch Ruppel, Weinreich 2006, S. 58-59. Vgl. auch Fues 2005, S. 54-55.

⁸⁹ Vgl. Fues 2005, S. 56-57.

TEIL 5:

Zusammenfassende Schlussfolgerungen

Die vorliegende Studie hat deutlich gemacht, dass Gesundheit ein vernachlässigter Bereich in der deutschen Entwicklungszusammenarbeit ist. Zwar hat sich Deutschland zu den MDGs bekannt, doch hielt sich die Unterstützung zur Erreichung der gesundheitsbezogenen MDGs 4, 5 und 6 bisher in zu engen Grenzen. Deutschland ist noch sehr weit davon entfernt, mindestens 0,1% seines BNE für den Gesundheitsbereich in Entwicklungsländern aufzubringen, wie es bereits 2001 von der Kommission für Makroökonomie und Gesundheit der WHO gefordert wurde. 2005 sind lediglich knapp 200 Millionen USD in den Gesundheitsbereich im Rahmen der bilateralen Zusammenarbeit geflossen, das waren gerade einmal 2% der deutschen bilateralen Hilfe. Auch in den anderen Jahren seit 2000 blieb die deutsche gesundheitsrelevante bilaterale ODA konstant unter 5%.

Deutschland stellt über multilaterale Kanäle mehr gesundheitsbezogene Hilfe zur Verfügung als über bilaterale, zu nennen wären hier vor allem die EU, die Weltbank, der GFTAM und die UN-Organisationen. Im Jahr 2005 waren dies (rein rechnerisch) immerhin 362 Millionen USD, doch ist auch diese Summe bei weitem nicht ausreichend, um zur Umsetzung von MDG 4, 5 und 6 in nennenswerter Weise beizutragen und den eigenen Verpflichtungen gerecht zu werden.

In Deutschland erfährt der Gesundheitssektor traditionellerweise keine starke Unterstützung. Diese Tatsache spiegelt sich u. a. darin wider, dass es im BMZ keine Abteilung gibt, die sich exklusiv mit dem Thema Gesundheit beschäftigt und dass man bei der Festlegung der Afrikastrategie Gesundheit nur im Rahmen von Wasserzugang berücksichtigt hat. Konfrontiert mit der HIV- und AIDS-Epidemie und im Rahmen von EU-Ratspräsidentschaft und G8-Vorsitz scheint ein Sinneswandel – wenn auch zögerlich – einzusetzen. Deutschland hat einen Verhaltenskodex gegen die Abwerbung von Gesundheitspersonal aus Ländern des Südens mit seinen EU-Partnern auf den Weg gebracht und hat – wenn auch in gänzlich unzureichender Form – Gesundheit und hier vor allem HIV und AIDS auf die Tagesordnung des G8-Gipfels in Heiligendamm gesetzt.

Nach den enttäuschenden Ergebnissen des G8-Gipfels in Heiligendamm bezüglich neuer finanzieller Zusagen für den Gesundheitsbereich und hier vor allem für die Bekämpfung von HIV und AIDS bleibt nun zu hoffen, dass zumindest im Rahmen der von Deutschland ausgerichteten Wiederauffüllungskonferenz des GFATM dringend erforderliche konkrete, mit einem Zeitplan versehene Finanzzusagen gemacht werden. Positiv zu vermerken ist jedoch, dass das Thema der globalen Gesundheit in der letzten Zeit stärker ins Bewusstsein der deutschen Öffentlichkeit gerückt ist, nicht zuletzt aufgrund der starken Präsenz in den Medien.



Empfehlungen an die deutsche Bundesregierung (DBR)

DBR-EMPFEHLUNG 1: GESUNDHEIT – DER VERNACHLÄSSIGTE BEREICH IN DER EZ

Die deutsche Regierung muss dem Thema Gesundheit in der EZ eine stärkere Priorität einräumen und anerkennen, dass sie bisher keine ausreichenden Anstrengungen unternommen hat, um das Erreichen der Gesundheits-MDGs 4, 5 und 6 sicherzustellen. Sie muss ihre Verpflichtung gegenüber diesen Entwicklungszielen erneuern und den Entwicklungsländern dabei helfen, diese fristgerecht zu erreichen.

DBR-EMPFEHLUNG 2: NEUES FINANZZIEL FÜR 2009

Es wurden bis zum Jahr 2007 nicht die nötigen Gelder – von der Kommission für Makroökonomie und Gesundheit der WHO bereits 2001 mit mindestens 0,1% des BNE beziffert – bereitgestellt. Ganz konkret hätte dies für das Jahr 2005 2,8 Milliarden USD bedeutet, doch haben die konkreten Zahlungen noch nicht einmal 600 Millionen erreicht. Die 0,1% des BNE, knapp drei Milliarden USD, müssen nun als quantitatives Ziel unbedingt festgelegt und bis zum Jahr 2009 realisiert werden, wenn die gesundheitsbezogenen MDGs noch erreicht werden sollen.

DBR-EMPFEHLUNG 3: NEUE ZWECKGEBUNDENE FINANZIERUNGSTRUMENTE ERFORDERLICH

Um neue ODA zu erschließen, muss die deutsche Regierung innovative Finanzierungsinstrumente überprüfen und zügig einführen. Eine Möglichkeit ist die Abgabe auf Flugtickets, wie sie bereits in Frankreich und anderen Ländern erhoben wird. Eine weitergehende Einführung innovativer Finanzierungsinstrumente ist wünschenswert.

DBR-EMPFEHLUNG 4: MEHR MITTEL FÜR GESUNDHEITSSYSTEME UND GFATM

Die Stärkung von Gesundheitssystemen muss in der deutschen EZ eine zentralere Rolle spielen, gleichzeitig müssen Organisationen wie der GFATM angemessen, d. h. mit deutlich höheren Beiträgen als bisher, unterstützt werden. So müsste Deutschland für den Zeitraum 2008 bis 2010 mindestens 917 Millionen USD zur Verfügung stellen gemessen an seiner Wirtschaftskraft.

DBR-EMPFEHLUNG 5: EU-VERHALTENSKODEX GEGEN DEN BRAIN-DRAIN AUSARBEITEN UND UMSETZEN

Deutschland hat sich im Rahmen seiner EU-Ratspräsidentschaft für ein Abkommen eingesetzt, dass die Abwerbung von Gesundheitspersonal in Entwicklungsländern verhindern soll. Die entsprechende Einigung wurde auf europäischem Niveau in der Mai-Sitzung des GAERC vereinbart. Eine konkrete Ausarbeitung muss jetzt erfolgen, die Umsetzungsbeobachtung wird zu den Aufgaben des Netzwerks »Action for Global Health« gehören.

DBR-EMPFEHLUNG 6: MEHR »PARISER« KOHÄRENZ – AUCH IM HINBLICK AUF GENERIKA-PRODUKTION

Die deutsche Regierung sollte sich im Sinne der Pariser Erklärung um Politikkohärenz in allen Bereichen bemühen. Dazu gehören sowohl TRIPS-Verhandlungen als auch die gezielte Beeinflussung internationaler Organisationen wie IWF und Weltbank, um breite Gesundheitsförderung zu ermöglichen. Die im TRIPS-Abkommen vereinbarte flexible Regelung zur Produktion und zum Import von Generika muss verteidigt werden, gerade angesichts von aktuellen Patentklagen diverser Pharmakonzerne.

DBR-EMPFEHLUNG 7: MEHR MULTILATERALE EZ WO SINNVOLL; KEINE DOGMATISCHE ANWENDUNG DER 1/3:2/3-REGELUNG

Die nicht zeitgemäße Regelung, dass nur ein Drittel des BMZ-Haushalts multilateral verwendet werden darf, sollte umgehend revidiert werden, so dass u. a. die im Gesundheitsbereich tätigen UN-Organisationen wieder verstärkt von Deutschland finanziert werden können. Parteipolitische Positionen dürfen nicht auf Kosten einer effektiven Entwicklungszusammenarbeit durchgesetzt werden.

DBR-EMPFEHLUNG 8: MEHR (SEKTORALE) BUDGETFINANZIERUNG – WO SINNVOLL

Bei Interventionen im Gesundheitsbereich sollte verstärkt das Mittel der (sektoralen) Budgetfinanzierung geprüft werden. Hierbei ist in jedem Fall die Eigenverantwortung des Partners zu stärken; gleichzeitig muss gewährleistet sein, dass die Budgethilfen armutsrelevante Wirkung zeigen.

DBR-EMPFEHLUNG 9: ÜBERARBEITUNG DER AFRIKASTRATEGIE

Angesichts der Krankheitslast (inklusive HIV) und der maroden Gesundheitssysteme im Afrika südlich der Sahara, ist eine Überarbeitung der Afrikastrategie – vor allem vor dem Hintergrund der MDGs – nötig. Hierbei muss Punkt 10 Berücksichtigung erfahren.

DBR-EMPFEHLUNG 10: STÄRKERE EINBEZIEHUNG DER ZIVILGESELLSCHAFT

Zivilgesellschaftliche Akteure müssen verstärkt eingebunden werden bei der Festlegung von Schwerpunkten in der Zusammenarbeit und anderen Förderbereichen. Gerade im Gesundheitsbereich ist davon auszugehen, dass eine Stärkung dieses Sektors im Interesse der Zivilgesellschaft ist.

DBR-EMPFEHLUNG 11: ANWENDUNG GENDER-SPEZIFISCHER INDIKATOREN

Um beim Zugang zu Gesundheitssystemen Geschlechtergerechtigkeit zu erreichen, müssen gender-spezifische Indikatoren entwickelt bzw. mit den Empfehlungen des Millenniumsprojektes abgeglichen und angewendet werden.

DBR-EMPFEHLUNG 12: AUFBAU ANGEPASSTER SOZIALER SICHERUNGSSYSTEME

Wichtige Akteure der deutschen EZ sollten ihre Bevorzugung sozialer Krankenversicherungssysteme überprüfen vor dem Hintergrund, dass sie sich in den OECD-Staaten als weniger effizient und kostentreibend herausgestellt haben. Es sollte keine Rhetorik bleiben, dass man den Aufbau von Gesundheitssystemen nach den örtlichen, historischen und ökonomischen Gegebenheiten ausrichten will.

Danksagungen

Dieser Bericht wurde von den Partnern des »Action for Global Health«-Netzwerks erstellt. Wir haben von verschiedenen Autoren und Autorinnen große Unterstützung bekommen und möchten Naomi Foxwood, Catharine Taylor und Mark Pearson für ihre Beiträge zu Kapitel eins danken. Kapitel zwei wurde von Mirjam van Reisen, EEPA, verfasst. Dr. Christine Winkelmann verfasste Kapitel drei, den deutschen Berichtsteil. Wir danken ihr für die ausgezeichnete Kooperation ebenso wie der Übersetzerin Simona Füger für ihren und dem Übersetzer Stephan Korff für seinen Einsatz unter hohem Zeitdruck.

Roger Drew trug zu allen Kapiteln bei und viele weitere Personen unterstützten uns mit ihren Kommentaren und Gedanken.

Action for Global Health wird durch die Bill-und-Melinda-Gates-Stiftung unterstützt.

Abkürzungsverzeichnis

| | |
|--------------------|--|
| AIDS | Acquired Immunodeficiency Syndrome (erworbenes Immundefektsyndrom) |
| AKP | AKP-Staaten (Staaten Afrikas, der Karibik und der Pazifikregion) |
| ARV | Antiretroviral (auch Antiretrovirale Therapie – ART) |
| AWZ | Ausschuss für Wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung |
| BIP | Bruttoinlandsprodukt |
| BMJ | British Medical Journal (auch British Medical Association – BMA) |
| BMZ | Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung |
| BNE | Bruttonationaleinkommen (früher Bruttosozialprodukt (BSP)) |
| CMH | Commission on Macroeconomics and Health (Kommission für Makroökonomie und Gesundheit) |
| COMMAT | Commonwealth Medical Trust |
| CONCORD | European NGO Confederation for Relief and Development (Dachverband europäischer Nichtregierungsorganisationen für Entwicklungshilfe) |
| CSP | Country Strategy Programmes (Länderstrategiepapiere) |
| DAC | Development Assistance Committee (Entwicklungshilfeausschuss der OECD) |
| DAH | Development Assistance for Health (Entwicklungshilfe für Gesundheit) |
| DCI | Development Cooperation Instrument (Instrument für Entwicklungszusammenarbeit) |
| DFID | Department For International Development (UK)(Ministerium für internationale Entwicklung) |
| DOTS | Directly Observed Treatment Short Course (for TB) (Direkt kontrollierte Kurzzeittherapie (für TB)) |
| EEF | Europäischer Entwicklungsfonds |
| EK | Europäische Kommission |
| EU | Europäische Union |
| EZ | Entwicklungszusammenarbeit |
| GAERC | General Affairs and External Relations Council (of the EU) (Rat für Allgemeine Angelegenheiten und Außenbeziehungen der Europäischen Union) |
| GAVI | The GAVI Alliance formerly Global Alliance for Vaccines and Immunisation (Globale Allianz für Impfstoffe und Immunisierung) |
| GFATM | Globaler Fonds zur Bekämpfung von AIDS, Tuberkulose und Malaria |
| GHI | Global Health Initiative (Globale Gesundheitsinitiative) |
| GHP | Global Health Partnership (Globale Gesundheitspartnerschaft) |
| HIV | Humanes Immundefizienz Virus |
| ICPD | International Conference on Population and Development (Internationale Konferenz über Bevölkerung und Entwicklung) |
| IDA | International Development Association (Internationale Entwicklungsorganisation) |
| IWF | Internationaler Währungsfonds |
| KfW | Kreditanstalt für Wiederaufbau |
| MDG | Millennium Development Goals (Millenniumsentwicklungsziele) |
| MTEF | Medium Term Expenditure Framework (Mittelfristiger Finanzrahmen) |
| NRO | Nichtregierungsorganisation |
| OAU | Organisation of African Unity (Organisation für Afrikanische Einheit) |
| ODA | Official Development Assistance (Öffentliche Entwicklungszusammenarbeit) |
| OECD | Organization for Economic Cooperation and Development (Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung) |
| PRRS(P) | Poverty Reduction Strategy (Paper) (Armutsbekämpfungsstrategiepapiere) |
| RBM | »Roll Back Malaria«-Initiative |
| STD | Sexually Transmitted Disease (sexuell übertragbare Krankheiten) |
| SWAP | Sector-Wide Approach ((Gesundheits-) Sektorprogramme) |
| TB | Tuberkulose |
| TRIPS | Trade-Related aspects of Intellectual Property Rights (Übereinkommen über handelsbezogene Aspekte der Rechte am geistigen Eigentum) |
| UK | United Kingdom (Vereinigtes Königreich) |
| UN | United Nations (Vereinte Nationen (VN)) |
| UNAIDS | Joint United Nations Programme on HIV and AIDS (Gemeinsames VN-Programm für HIV und AIDS) |
| UNDP | United Nations Development Programme (Entwicklungsprogramm der Vereinten Nationen) |
| UNFPA | United Nations Population Fund (Bevölkerungsfonds der Vereinten Nationen) |
| UNICEF | The United Nations Children’s Fund (Kinderhilfswerk der Vereinten Nationen) |
| USD ¹²² | US-Dollar |
| WHO | World Health Organisation (Weltgesundheitsorganisation) |
| WTO | World Trade Organisation (Welthandelsorganisation) |

¹ Die Zahlen in diesem Bericht werden meist in der Währung wiedergegeben, in der sie in den entsprechenden Veröffentlichungen zu finden sind; in den meisten Fällen entspricht diese Währung USD. Zu Vergleichszwecken wurden in der Zusammenfassung Angaben in Euro auf der Basis des aktuellen Wechselkurses von 1 Euro zu 1,37 USD. gemacht.

Quellenangaben

ActionAid (2006) Real Aid: Making Technical Assistance Work Second of two reports, verfügbar unter http://www.actionaid.org.uk/doc_lib/real_aid2.pdf

Action for Global Health (2007) An Unhealthy Prognosis: The EC’s Development Funding for Health May 2007, verfügbar unter http://www.eepa.be/wcm/dmdocuments/publications/PUB_Health_Report_CMYK.pdf

African Union (2005) Progress Report on the Implementation of the Plans of Action of the Abuja Declarations for Malaria, HIV&AIDS and Tuberculosis Revised Final Draft, 22 December 2005.

African Union (2006) Special Summit of African Union on HIV and AIDS, Tuberculosis and Malaria (ATM) Abuja, Nigeria, May 2006, verfügbar unter http://www.africa-union.org/root/au/conferences/past/2006/may/summit/doc/en/ABUJA_CALL.pdf

Alliance 2015 (2007) Personal communication relating to material to be included in fourth edition of 2015 Watch

Attaran, A. (2005) An Immeasurable Crisis? A Criticism of the Millennium Development Goals and Why They Cannot Be Measured Published in PLoS Medicine, October 2005, Bd. 2, Heft 10, e318

Avert (2007a) The Impact of HIV and AIDS on Africa, verfügbar unter <http://www.avert.org/aidsimpact.htm>

Avert (2007b) TRIPS, AIDS and Generic Drugs, verfügbar unter <http://www.avert.org/generic.htm>

Bahl, R., Bhandari, N., Taneja, S., Mazumder, S. und Bhan, G. (2005) The Effect of Maternal Education on Gender Bias in Care-Seeking Behaviour for Common Childhood Illnesses Social Science and Medicine, 2005, Band 60, Nr. 4, 715-724, Abstract verfügbar unter <http://www.cababstractsplus.org/google/abstract.asp?AcNo=20053016668>

Baroness Royall (2007) New Target, New Prospects: Future Direction for MDG5 on Maternal Health Rede bei einer COMMAT/BMA Konferenz, verfügbar unter http://www.commat.org/index.php?option=com_content&task=view&id=48&Itemid=35

Black, R. E., Morris, S. S. und Bryce, J. (2003) Where and Why Are 10 Million Children Dying Every Year? Lancet 361: 9376 2226 - 34(2003), abrufbar unter http://www.cfwshops.org/download/child_survival.pdf

Bloom, D. E., Canning, D. und Jaypee S.(2004) The Effect of Health on Economic Growth: A Production Function Approach World Development, Bd. 32, Nr. 1. Januar 2004, S. 1-13.

BMZ (1999): Sektorkonzept Gesundheit. Grundsätze für die Planung und Durchführung von Vorhaben der Entwicklungszusammenarbeit im Gesundheitsbereich. Bonn.

BMZ (2001a): Aktionsprogramm 2015: Armutsbekämpfung - eine globale Aufgabe. Der Beitrag der Bundesregierung zur weltweiten Halbierung extremer Armut. Bonn.

BMZ (2001b): Gesundheit und Entwicklungspolitik am Beginn des 21. Jahrhunderts. Stellungnahme des Wissenschaftlichen Beirats beim BMZ. Bonn.

BMZ (2004): Auf dem Weg zur Halbierung der Armut. 2. Zwischenbericht über den Stand der Umsetzung des Aktionsprogramms 2015. Bonn.

BMZ (2005a): Der Beitrag Deutschlands zur Umsetzung der Millenniums- Entwicklungsziele. Bonn.

BMZ (2005b): Enhanced Aid Effectiveness: Focusing German Development Cooperation on the Millenium Development Goals. Implementing the Paris Declaration on Aid Effectiveness. Bonn.

BMZ (2005c): Zwölfter Bericht zur Entwicklungspolitik der Bundesregierung. Bonn.

BMZ (2006): Medienhandbuch Entwicklungspolitik 2006/2007. Bonn.

BMZ (2007a): Gesundheit fördern – HIV&AIDS bekämpfen. Bonn.

BMZ (2007b): Haushalt 2007 – Entwicklungspolitik mit Aufwärtstrend, verfügbar unter <http://www.bmz.de/de/ministerium/haushalt/index.html>

BMZ (2007c): Petersberger Communiqué zur europäischen Entwicklungspolitik, verfügbar unter http://www.eu2007.de/en/News/download_docs/Maerz/0312-RAA1/080Abschlusskommunique.pdf

Bulletin der Bundesregierung (2007): Rede der Bundesministerin für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung, Heidemarie Wieczorek-Zeul, zum Aktionsplan zur Umsetzung der HIV&AIDS Bekämpfungsstrategie der Bundesregierung vor dem Deutschen Bundestag am 23. März 2007 in Berlin. <http://www.bundesregierung.de/Content/DE/Bulletin/2007/03/Anlagen/36-2-bmz-bt,property=publicationFile.pdf>

Bureau for Economic Research (2006) The Macroeconomic Impact of HIV&AIDS under Alternative Intervention Scenarios (with Specific Reference to ART) in the South African Economy, verfügbar unter http://academic.sun.ac.za/beo/downloads/2006/aids/Final%20Aids%20Report_Jun06.pdf

CDU/CSU/SPD 2005: Gemeinsam für Deutschland. Mit Mut und Menschlichkeit. Koalitionsvertrag von CDU, CSU und SPD. Rheinbach.

Chair’s Summary (2007): In globaler Partnerschaft die weltweite Armutsbekämpfung und Wachstum voranbringen. G8 Treffen der Entwicklungshilfeminister/-innen, Berlin 26.-27. März, verfügbar unter http://www.bmz.de/de/zentrales_downloadarchiv/eu_und_g8/chairs_summary_final_de.pdf

Christian Aid (2006) Challenging Conditions: A New Strategy for Reform at the World Bank and IMF July 2006, verfügbar unter <http://www.christianaid.org.uk/indepth/607ifis/challengingconditions.pdf>

Collins, E. und Sheehan, B. (2004) Access to Health Services for Transsexual People Equality Research Series, verfügbar unter <http://www.glen.ie/public/pdfs/Access%20to%20Health%20Services%20for%20Transsexual%20People%5B1%5D%202004.pdf>

Commission on Macroeconomics and Health (2001) Macroeconomics and Health: Investing in Health for Economic Development, verfügbar unter <http://www.cid.harvard.edu/cidcmh/CMHReport.pdf>

Council of the EU (2005a) Council Conclusions: Accelerating Progress towards Achieving the Millennium Development Goals External Relations Council, Brussels, May 2005, verfügbar unter

<http://www.unmillenniumproject.org/documents/EUExternalRelations24May.pdf>

Council of the EU (2005b) Joint Statement by the Council and the Representatives of the Governments of Member States Meeting with the Council, the European Parliament and the Commission on European Development Policy: The European Consensus Adopted February 2007, verfügbar unter <http://www.dfid.gov.uk/eupresidency2005/eu-consensus-development.pdf>

Council of the EU (2005c) Financial Perspective 2007-2013 Annex 2, verfügbar unter http://ue.eu.int/ueDocs/cms_Data/docs/pressdata/en/misc/87677.pdf

Council of the EU (2007a) European Programme for Action to Tackle the Critical Shortage of Health Workers in Developing Countries (2007-2013) Note from Development Cooperation Working Party, March 2007, verfügbar unter http://www.eepa.be/wcm/mambots/editors/mostlyce/jscripts/tiny_mce/plugins/filemanager/files/EU_070515_GAERC_Conclusions_Healthworkers.pdf

Council of the EU (2007b) Gender Equality and Women’s Empowerment in Development Cooperation, verfügbar unter <http://register.consilium.europa.eu/pdf/en/07/st09/st09561.en07.pdf>

Crisp, N. (2007) Global Health Partnerships: The UK Contribution to Health in Developing Countries, Februar 2007.

DFID (2004) UK pledges £100m for better health in Malawi, verfügbar unter <http://www.dfid.gov.uk/news/files/pressreleases/pr-malawi-health-full.asp>

DFID (2005) DFID’s Maternal Health Strategy: Reducing Maternal Deaths: Evidence and Action: First Progress Report Dezember 2005, verfügbar unter <http://www.dfid.gov.uk/pubs/files/maternal-health-progress-report.pdf>

DFID (2006) Eliminating World Poverty: Making Governance Work for the Poor White Paper. Juli 2006, verfügbar unter <http://www.dfid.gov.uk/wp2006/whitepaper-printer-friendly.pdf>

DFID (2007) Sector Wide Approaches, verfügbar unter <http://www.dfid.gov.uk/mdg/aid-effectiveness/swaps.asp>

Dixon, S., McDonald, S. und Roberts, J. (2002) The Impact of HIV and AIDS on Africa’s Economic Development BMJ, 2002, 26.Januar; 324(7331): 232–234, verfügbar unter <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1122139>

Dmytraczenko, T., Rao, V. und Ashford, L. (2003) Health Sector Reform: How It Affects Reproductive Health Policy Brief produced by Measure Communication and PHR Plus, verfügbar unter <http://www.prb.org/pdf/HealthSectorReformbw.pdf>

Europa (2002) Health: Health and Poverty Reduction, verfügbar unter <http://europa.eu/scadplus/leg/en/lvb/r12516.htm>

Europa (2006) Financing for development and aid effectiveness, verfügbar unter <http://europa.eu/scadplus/leg/en/lvb/r12536.htm>

Europa (2007) Outline for the Joint EU-Africa Strategy, verfügbar unter http://ec.europa.eu/development/ICenter/Pdf/2007/EU-Africa_Strategy_outlinefinal070515_en.pdf

EuropAfrica (2006) EU-Africa e-alert: EDF 10, Development Cooperation Instrument and EU Development Policy, verfügbar unter <http://europaffrica.org/2006/11/15/edf-10-development-cooperation-instrument-and-eu-development-policy/>

EuropaWorld (2006) Questions and Answers: The Aid Effectiveness Package, verfügbar unter <http://www.europaworld.org/week258/questions3306.html>

European Commission (2003) Thematic Evaluation of the Integration of Gender in EC Development Co-operation with Third Countries, verfügbar unter http://ec.europa.eu/europeaid/projects/eidhr/pdf/gender-final-report-volume1_en.pdf

European Commission (2005): Attitudes Towards Development Aid - Special Eurobarometer. Brüssel.

Europäische Kommission (2006): Aufteilung der EU-Ausgaben 2005 nach Mitgliedsstaaten, verfügbar unter http://ec.europa.eu/budget/documents/revenue_expenditure_de.htm

European Commission (2005) A European Programme for Action to Confront HIV, AIDS, Malaria and Tuberculosis through External Action, verfügbar unter http://ec.europa.eu/development/body/tmp_docs/communication_programme_hiv_aids_malaria_tuberculosis_2007_2011_en.pdf

European Commission (2006) Development Cooperation: General Policy: European Parliament Resolution on Aid Effectiveness and Corruption in Developing Countries EU Bulletin, 4-2006, verfügbar unter <http://europa.eu/bulletin/en/200604/p129001.htm>

European Commission (2007a) EU Budget 2007 – Details verfügbar unter http://ec.europa.eu/budget/budget_glance/index_en.htm

European Commission (2007b) Country and Regional Strategy Papers, verfügbar unter http://ec.europa.eu/external_relations/sp/index.htm

European Commission (2007c) EU Code of Conduct on Division of Labour in Development Policy, verfügbar unter http://ec.europa.eu/development/body/tmp_docs/2007/communication_labor_division_en.pdf

European Parliament (2007) European Parliament Resolution on Budget Aid for Developing Countries, verfügbar unter <http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?pubRef=-//EP//TEXT+TA+P6-TA-2007-0043+0+DOC+XML+V0//EN>

European Parliament and the Council of the EU (2003) Regulation (EC) No 1568/2003 of the European Parliament and of the Council of 15 July 2003 on Aid to Fight Poverty Diseases (HIV&AIDS, Tuberculosis and Malaria) in Developing Countries, verfügbar unter http://ec.europa.eu/europeaid/projects/health/documents/regulation_1568.pdf

Farmer P. (2006) From »Marvellous Momentum« to Health Care for All: Success is Possible with the Right Programs Foreign Affairs, Juli/August 2006, verfügbar unter <http://www.foreignaffairs.org/20070301faresponse86213/paul-farmer-laurie-garrett/from-marvelous-momentum-to-health-care-for-all-success-is-possible-with-the-right-programs.html>

Fikree, F.F. und Pasha, O. (2004) Role of Gender in Health Disparity: The South Asian Context BMJ, Band 328, 823-825, verfügbar unter <http://www.bmj.com/cgi/reprint/328/7443/823>

Fues, Thomas (2005): Zwischen Machtanspruch und Enthaltsamkeit: Die deutsche UN-Politik. In: Socialwatch Deutschland (Hrsg.): Report 2005: Handeln statt Versprechen – Soziale Gerechtigkeit und Armutsbekämpfung. Bonn, S. 54-57.

G8 (2007): G8 Summit Heiligendamm: Growth and Responsibility in Afrika. Summit Declaration, 8. Juni 2007.

Garrett, L. (2007) The Challenge of Global Health Foreign Affairs, Januar/Februar 2007, verfügbar unter <http://www.foreignaffairs.org/20070101faessay86103/laurie-garrett/the-challenge-of-global-health.html>

GAVI Alliance (2007) Health Systems Strengthening, verfügbar unter http://www.gavialliance.org/resources/FS_GAVI_HSS_Jan07_web_EN.pdf

GFATM (2007a): Deutschland – Geber im Globalen Fonds, verfügbar unter www.theglobalfund.org/en/files/germany/compendium_de.pdf

GFATM (2007b): Pledges and Contributions, verfügbar unter www.theglobalfund.org/en/funds_raised/pledges/

GFATM (2007c): Resource Needs. Funding the Global Fight Against HIV/AIDS, Tuberculosis and Malaria. Genf.

GFATM (2007d): Technical Note 1. Contribution Scenarios in Selected Replenishments. Genf.

GFATM (2007e): Fifteenth Board Meeting, Geneva, 25-27 April 2007. Special Consolidated Report. Report of the Executive Director and Secretariat Update. Global Forum for Health Research (2007a) The 10/90 Gap: Now, verfügbar unter http://www.globalforumhealth.org/Site/003_The%2010%2090%20gap/001__Now.php

Global Forum for Health Research (2007a), verfügbar unter <http://www.globalforumhealth.org>

Global Forum for Health Research (2007b) 10/90 Report on Health Research 2003-2004, verfügbar unter http://www.globalforumhealth.org/Site/002_What%20we%20do/005_Publications/001__10%2090%20reports.php

Global Fund (2007a) Guidelines for Proposals: Round 7, verfügbar unter http://www.theglobalfund.org/en/files/apply/call/seven/Guidelines_for_Proposals_R7_en.pdf

Global Fund (2007b) Pledges Excel sheet, verfügbar unter <http://www.theglobalfund.org/en/files/pledges&contributions.xls>

Goldberg, Jörg (2006): BMZ und Afrika: Profilbildung als Rolle rückwärts. Abschied von der Armutsbekämpfung. In: W&E 4, April 2006, verfügbar unter <http://www.weltwirtschaft-und-entwicklung.org/cms/wearchiv/531686978f0d87f01.php>

GTZ (2006): Back-up Initiative: Progress Report, verfügbar unter <http://www.gtz.de/de/dokumente/en-progress-update-2006-08.pdf>

Hall, J. J. und Taylor, R. (2003) Health for All Beyond 2000: The Demise of the Alma-Ata Declaration and Primary Health Care in Developing Countries MJA, 2003, 178, 17-20, verfügbar unter http://www.mja.com.au/public/issues/178_01_060103/hal10723_fm.pdf

Heller, P.S. (2005) Back to Basics - Fiscal Space: what it is and how to get it? Finance and Development, Juni 2005, Band 42, Nummer 2, verfügbar unter <http://www.imf.org/external/pubs/ft/fandd/2005/06/basics.htm>

Heller, P.S. (2006) Managing Fiscal policy in Low Income Countries: How to Reconcile a Scaling up of Aid Flows and Debt Relief with Macroeconomic Stability IWF PowerPoint Präsentation von Juni 2006, verfügbar unter <http://www.wider.unu.edu/conference/conference-2006-1/conference-2006-1-powrpoint-presentations/Heller.ppt#256,1>

High Level Forum (2005) Paris Declaration on Aid Effectiveness, verfügbar unter <http://www.oecd.org/dataoecd/11/41/34428351.pdf>

ICPD (1994) International Conference on Population and Development, verfügbar unter <http://www.un.org/popin/icpd2.htm>

Internationale Konferenz zur Primären Gesundheitsversorgung (1978) Erklärung von Alma Ata September 1978, verfügbar unter http://www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration_almaata.pdf

International Monetary Fund (2004) Evaluation of the IMF's Role in Poverty Reduction Strategy Papers and the Poverty Reduction and Growth Facility, verfügbar unter <http://www.imf.org/external/np/ieo/2004/prsprgrf/eng/report.pdf>

International Monetary Fund (2005) Monetary and Fiscal Policy Design Issues in Low-Income Countries August 2005, verfügbar unter <http://www.imf.org/external/np/pp/eng/2005/080805m.pdf>

Islam, M. K. und Gerdtham, U-G. (2006) Moving towards Universal Coverage: Issues in Maternal–Newborn Health and Poverty - The Costs of Maternal–Newborn Health and Poverty: The Costs of Maternal–Newborn and Mortality, verfügbar unter http://www.who.int/reproductive-health/universal_coverage/issue2/costsmnh_gerdtham2.pdf

Johns, B., Sigurbjörnsdóttir, K., Fogstad, H., Zupan, J., Mathai, M. und Edejer, T. T.-T., (2007) Estimated Global Resources Needed to Attain Universal Coverage of Maternal and Newborn Health Services Bulletin of the World Health Organisation, April 2007, 85 (4), 256-263, verfügbar unter <http://www.who.int/bulletin/volumes/85/4/06-032037.pdf>

Jones, G., Steketee, R.W., Black, R.E., Bhutta Z.A. und Morris, S.S. (2003) How many Child Deaths can we Prevent this Year? The Lancet, 2003, 362:65-71, verfügbar unter <http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140673603138111/fulltext>

Kovach, Hetty; Wilks, Alex (2006): EU Aid: Genuine Leadership or Misleading Figures? An Independant Analysis of European Governments' Aid Levels. Joint European NGO Report. Brüssel.

Martens, Jens; Schilder, Klaus (2006): Die Wirklichkeit in der Entwicklungshilfe. Vierzehnter Bericht 2005/2006. Eine kritische Bestandsaufnahme der deutschen Entwicklungspolitik. Deutsche Welthungerhilfe, terre des hommes. Bonn.

MDGender.Net (ohne Datum) Gender Equality and the MDGs, verfügbar unter <http://www.mdgender.net/>

Médecins sans Frontières (2006): Neither Expeditious, Nor a Solutions – The WTO August 30th Decision Is Unworkable. Access to Essential Medicines Campaign, Toronto, verfügbar unter www.accessmed-msf.org/documents/WTOaugustreport.pdf

Michaud, C. (2003) Development Assistance for Health (DAH): Recent Trends and Resource Allocation Papier für die zweite Konsultation, Kommission für Makroökonomie und Gesundheit, WHO, Genf, Oktober 2003, verfügbar unter http://www.who.int/macro-health/events/health_for_poor/en/dah_trends_nov10.pdf and cited in WHO, 2006c

ODI (2005) Scaling up versus Absorptive Capacity: Challenges and Opportunities for Reaching the MDGs in Africa Briefingdokument, verfügbar unter http://www.odi.org.uk/publications/briefing/bp_may05_absorptive_capacity.pdf

OECD: Development Database on Aid Activities: CRS online, verfügbar unter http://www.oecd.org/document/0/0,2340,en_2649_34447_37679488_1_1_1_1,00.html

OECD Development Database on Aid from DAC Members: DAC online, verfügbar unter http://www.oecd.org/document/33/0,2340,en_2649_34447_36661793_1_1_1_1,00.html

OECD DAC (2006) Final ODA Data for 2005, verfügbar unter <http://www.oecd.org/dataoecd/52/18/37790990.pdf>

OECD (2006a): DAC Peer Review. Germany. Paris.

OECD (2006b): Table 2: Share of Debt Relief Grants in Net Official Development Assistance, 2005, verfügbar unter <http://www.oecd.org/dataoecd/34/24/36418634.pdf>

OECD (2006c): Statistical Annex of the 2005 Development Co-operation Report. Vol. 7, No. 1. Paris.

OECD DAC (2007) Creditor Reporting System Online verfügbar unter <http://www.oecd.org/dataoecd/50/17/5037721.htm>

OECD (2007a): Net ODA from DAC Countries from 1950 to 2006. http://www.oecd.org/document/11/0,2340,en_2825_495602_1894347_1_1_1_1,00.html

OECD (2007b): Statistical Annex of the 2006 Development Cooperation Report, verfügbar unter www.oecd.org/dac/stats/dac/dcrannex

OECD (2007c): DAC Datenbank. Development Database on Aid from DAC Members: DAC Online.

Office of the High Commissioner for Human Rights (1976) International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights 1966 Verabschiedet, trat 1976 in Kraft, verfügbar unter http://www.unhchr.ch/html/menu3/b/a_ceschr.htm

Organisation of African Unity (OAU) (2001) Abuja Declaration on HIV/AIDS, TB and other Related Infectious Diseases April, 2001, verfügbar unter <http://www.uneca.org/ADF2000/Abuja%20Declaration.htm>

Oxfam (2007): Press Release: G8 Miss Mark as 'New' Announcements Disguise Overall Failure. 8. Juni 2007, http://www.oxfam.org.uk/applications/blogs/pressoffice/2007/06/g8_miss_mark_as_new_announceme.html

Penfold, S., Harrison, E. und Bell, J. (2006) Evaluation of the Free Delivery Policy in Ghana: Population Estimates of Changes in Delivery Service Utilization, August 2006, Aberdeen and Accra, IMMPACT, zitiert in Witter, S., Kusi, A., und Aikins, M. (2007) Working Practices and Incomes of Health Workers: Evidence from an Evaluation of a Delivery Fee Exemption Scheme in Ghana Human Resources for Health, Januar 2007; 5: 2, verfügbar unter <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1783666>

Reuke, Ludger; Kost, Julia (2006): »... denn sie wissen genau, was sie nicht tun«. Die Bundesländer stehen sich aus ihrer entwicklungspolitischen Verantwortung. Germanwatch, Bonn.

Roll Back Malaria (RBM) (ohne Datum) Economic Costs of Malaria, verfügbar unter http://www.rbm.who.int/cm_upload/0/000/015/363/RBMinfosheet_10.htm

Roll Back Malaria, UNICEF and WHO (ohne Datum) World Malaria Report 2005, verfügbar unter <http://rbm.who.int/wmr2005/>

Roodman, D. (2006) An Index of Donor Performance Center for Global Development, November 2006, verfügbar unter <http://www.cgdev.org/doc/cdi/2006/WP67nov.pdf>

Rüppel, Joachim; Weinreich, Sonja (2006): Globale Krise und Deutschlands Beitrag zur Globalen Antwort. Eine zivilgesellschaftliche Bestandsaufnahme des deutschen Engagements für die Umsetzung der internationalen HIV&AIDS-Ziele. Aktionsbündnis gegen AIDS, Tübingen.

Sachs J. (2007) Beware False Trade-offs, verfügbar unter http://www.foreignaffairs.org/special/global_health/sachs

Schieber, G., Fleisher, L. und Gottret, P. (2006) Getting Real on Health Financing Finance and Development, Dezember 2006, Band 43, Nummer 4, verfügbar unter <http://www.imf.org/external/pubs/ft/fandd/2006/12/schieber.htm#author#author>

Schilder, Klaus; Martens, Jens (2006): Die Wirklichkeit in der Entwicklungshilfe. Vierzehnter Bericht 2005/2006. Eine kritische Bestandsaufnahme der deutschen Entwicklungspolitik. Deutsche Welthungerhilfe, terre des hommes. Bonn.

Schwefel, Detlef et al. (2003): Gesundheit, Entwicklung und Globalisierung. Orientierungen und Empfehlungen für die internationale Zusammenarbeit. GTZ, Eschborn.

SSS (2007) Interim Evaluation of Taking Action: The UK Government's Strategy for Tackling HIV and AIDS in the Developing World Final report, DFID, Glasgow.

Stenberg, K., Johns, B., Scherpbier, R. W. und Edejer, T. T.-T. (2007) A Financial Road Map to Scaling up Essential Child Health Interventions in 75 Countries Bulletin of the World Health Organisation, April 2007, 85 (4), 305-314, verfügbar unter <http://www.who.int/bulletin/volumes/85/4/06-032052.pdf>

UN (1948) Universal Declaration of Human Rights, verfügbar unter <http://www.un.org/Overview/rights.html>

UN (2005) The Millennium Development Goals Report 2005, verfügbar unter <http://www.unfpa.org/icpd/docs/mdgrept2005.pdf>

UN (2006) The Millennium Development Goals Report 2006, verfügbar unter <http://mdgs.un.org/unsd/mdg/Resources/Static/Products/Progress2006/MDGReport2006.pdf>

UNAIDS (2006) The Impact of AIDS on People and Societies chapter 4 in 2006 Report on the Global AIDS Epidemic, verfügbar unter http://data.unaids.org/pub/GlobalReport/2006/2006_GR_CH04_en.pdf

UNAIDS (2007): Donor Contribution Table 1995-2005, The Unified Budget, verfügbar unter http://data.unaids.org/pub/BaseDocument/2007/Core_1995-2006_en.pdf

UNAIDS and WHO (2006) AIDS Epidemic Update 2006 December 2006, verfügbar unter http://data.unaids.org/pub/EpiReport/2006/2006_EpiUpdate_en.pdf

UNDP (1998) Human Development Programme Report 1998, verfügbar unter <http://hdr.undp.org/reports/global/1998/en/>

UNFPA (2007) Family Planning: So that Every Pregnancy is Wanted, verfügbar unter <http://www.unfpa.org/rh/planning.htm>

UN Millennium Project (2004) Millennium Development Goals Needs Assessments: Country Case Studies of Bangladesh, Cambodia, Ghana, Tanzania and Uganda Working Paper, dated January 2004, verfügbar unter http://www.unmillenniumproject.org/documents/mp_ccpaper_jan1704.pdf

UN Millennium Project (2005a) Investing in Development: A Practical Plan to Achieve the Millennium Development Goals, verfügbar unter <http://www.unmillenniumproject.org/documents/MainReport-Complete-lowres.pdf>

UN Millennium Project (2005b) Who's got the Power? Transforming Health Systems for Women and Children Summary version, verfügbar unter <http://www.unmillenniumproject.org/documents/TF4Childandmaternalhealth.pdf>

USINFO (2005) Official Aid to Developing Countries Rose 4.6% in 2004 Article citing OECD figures, verfügbar unter <http://usinfo.state.gov/xarchives/display.html?p=washfile-english&y=2005&m=April&x=20050411090615AKillennoCcMo.2872431>

VENRO (2005): Wort halten. Mehr deutsches Engagement für die Millenniums-Entwicklungsziele. Ein VENRO-Positionspapier im Rahmen der Aktion »Deine Stimme gegen Armut«. Bonn.

Wemos (2006) IMF Macroeconomic Policies and Health Sector Budgets, verfügbar unter http://www.wemos.nl/Documents/wemos_synthesis_report.pdf

Whitehead, A. (2003) Failing Women, Sustaining Poverty: Gender in Poverty Reduction Strategy Papers A report for the UK Gender and Development Network, verfügbar unter http://www.christian-aid.org.uk/indepth/0306gad/failing_women.pdf

WHO (1948) Definition von Gesundheit Präambel zur Verfassung der Verfassung der Weltgesundheitsorganisation, die am 7. April 1948 in Kraft trat.

WHO (2001): Macroeconomics and Health: Investing in Health for Economic Development. Report of the Commission on Macroeconomics and Health. Genf.

WHO (2002) Introduction to Scaling up the Response to Infectious Diseases, verfügbar unter <http://www.who.int/infectious-disease-report/2002/introduction.html>

WHO (2003) En-gendering the Millennium Development Goals (MDGs) on Health, verfügbar unter <http://www.who.int/gender/mainstreaming/en/MDG.pdf>

WHO; UNAIDS (2006): Progress on Global Access to HIV Antiretroviral Therapy: a Report on »3 by 5« and Beyond, verfügbar unter http://www.who.int/hiv/fullreport_en_highres.pdf

WHO (2006a) Verfassung der WHO 45. Ausgabe, Ergänzung, Oktober 2006, verfügbar unter http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf

WHO (2006b) Opportunities for Global Health Initiatives in the Health System Action Agenda Working Paper 4 der Serie mit dem Titel Making Health Systems Work, verfügbar unter <http://www.who.int/management/Making%20HSWork%204.pdf>

WHO (2006c) Working Together for Health: The World Health Report 2006, verfügbar unter http://www.who.int/whr/2006/whr06_en.pdf

WHO (2006d) Technical Consultation on Reproductive Health Indicators Bericht des Treffens in Genf im September 2005, verfügbar unter http://www.who.int/reproductive-health/publications/rhindicators_consultation/excsummarywithcover.pdf

WHO (2006e) Reproductive Health Indicators: Guidelines for their Generation, Interpretation and Analysis for Global Monitoring, verfügbar unter http://www.who.int/reproductive-health/publications/rh_indicators/guidelines.pdf

WHO (2007a) Health in the Millennium Development Goals, verfügbar unter <http://www.who.int/mdg/goals/en/print.html>

WHO (2007b) World Health Statistics 2007, verfügbar unter <http://www.who.int/whosis/whostat2007.pdf>

WHO (2007c) WHO Report 2007: Global Tuberculosis Control: Surveillance, Planning, Financing, verfügbar unter http://www.who.int/tb/publications/global_report/2007/pdf/full.pdf

WHO (2007d) Unpublished study

Wolff, Peter (2004): Milleniumsziele – Fokussierung geboten. In: Zeitschrift für Entwicklung und Zusammenarbeit E+Z, 45, 10, verfügbar unter http://www.inwent.org/E+Z/content/archiv-ger/10-2004/trib_art2.html

World Bank (2004) The Poverty Reduction Strategy Initiative: An Independent Evaluation of the World Bank's Support through 2003, verfügbar unter [http://lnweb18.worldbank.org/oeod/oeodoclib.nsf/24cc3bb1f94ae11c8525680806a0046/6b5669f816a60aa85256ec1006346ac/\\$FILE/PRSP_Evaluation.pdf](http://lnweb18.worldbank.org/oeod/oeodoclib.nsf/24cc3bb1f94ae11c8525680806a0046/6b5669f816a60aa85256ec1006346ac/$FILE/PRSP_Evaluation.pdf)

World Bank (2005a) Health Financing Revisited Washington, World Bank, verfügbar unter <http://siteresources.worldbank.org/INTHSD/Resources/topics/Health-Financing/HFRFull.pdf>

World Bank (2005b) The Poverty Reduction Strategy Initiative: Findings from 10 Country Case Studies of World Bank and IMF Support, verfügbar unter [http://lnweb18.worldbank.org/oeod/oeodoclib.nsf/DocUNIDViewForJavaSearch/4BA6B6ACF4E7856D85256FE10062BBB3/\\$file/prsp_country_case_studies.pdf](http://lnweb18.worldbank.org/oeod/oeodoclib.nsf/DocUNIDViewForJavaSearch/4BA6B6ACF4E7856D85256FE10062BBB3/$file/prsp_country_case_studies.pdf)

World Bank (2006): Global Monitoring Report 2006: Strengthening Mutual Accountability - Aid, Trade, and Governance. Washington.

World Bank (2007) Global Monitoring Report 2006, verfügbar unter <http://siteresources.worldbank.org/INTGLOBALMONITORING2006/Resources/2186625-1145565069381/GMR06Complete.pdf>

World Bank (2007) Global Monitoring Report 2007, verfügbar unter <http://www.imf.org/external/pubs/ft/gmr/2007/eng/gmr.pdf>

World Bank (2007a): IDA at Work: Health: Supporting Systemic Change in a New Global Context, verfügbar unter <http://siteresources.worldbank.org/IDA/Resources/IDA-Health.pdf>

World Bank (2007b): IDA at Work: HIV&AIDS: Supporting Effective Prevention, Treatment, and Care, verfügbar unter <http://siteresources.worldbank.org/IDA/Resources/IDA-HIV.pdf>



Action for Global Health (AFGH) ist ein Netzwerk für Gesundheit, das von entwicklungspolitischen Nichtregierungsorganisationen in Deutschland, Frankreich, Großbritannien, Italien, Spanien und in Brüssel ins Leben gerufen wurde. AFGH ruft die EU-Länder zu dringenden Unterstützungs-Maßnahmen auf, die es den Ländern der Dritten Welt ermöglichen sollen, gesundheitsbezogene Millenniums-entwicklungsziele bis 2015 zu erreichen. Für weitere Informationen und Kommentare zum Thema globale Gesundheit besuchen Sie unsere Internetseite: www.actionforglobalhealth.eu

Die Partner von Action for Global Health in Deutschland sind terre des hommes Deutschland e.V. und die Deutsche Welthungerhilfe e.V.

Kontakt unter: deutschland@actionforglobalhealth.eu

