THE COST OF INACTION

In den Globalen Fonds investieren oder die Kosten des Nichtstuns tragen

gfan global fund advocates network

Aktionsbündnis gegen AIDS

Leben ist ein Menschenrecht!

www.aids-kampagne.de

Inhaltsverzeichnis

Vorwort 3

Einführung 5

Die HIV-, TB- und Malaria-Ziele sind erreichbar 5

Wiederauffüllung des Globalen Fonds 2017–2019 6

Überblick: Investitionen und Ressourcenbedarf 8

HIV 8

Fortschritt durch Investitionen 8

In den weiteren Fortschritt investieren 9

Benötigte Ressourcen 10

Fazit 12

Tuberkulose 12

Fortschritt durch Investitionen 12

In den weiteren Fortschritt investieren 13

Benötigte Ressourcen 14

Fazit 16

Malaria 16

Fortschritt durch Investitionen 17

In den weiteren Fortschritt investieren 18

Benötigte Resssourcen 19

Fazit 19

Die Kosten des Nichtstuns 20

Die Kosten des Nichtstuns 1: vemeidbare Steigerungen der Infektionszahlen und Todesfälle 20

HIV 20

Tuberkulose 21

Malaria 22

Fazit 23

Die Kosten des Nichtstuns 2: Medikamentenresistenzen drohen die erreichten Fortschritte zu verspielen 24
HIV 24
Tuberkulose 25
Malaria 26
Fazit 27
Die Kosten des Nichtstuns 3: Schlüsselgruppen und besonders vulnerable Communities werden ignoriert 27
HIV 28
Tuberkulose 29
Malaria 29
Fazit 30
Die Kosten des Nichtstuns 4: Ökonomische Folgen 30
HIV 31
Tuberkulose 31
Malaria 32
Fazit 32

Folgen von Wechselkursschwankungen ausgleichen 33

Fazit 33

Vorwort

„Die Kosten des Nichtstuns sind sehr real – für hunderte Millionen Menschen und ihre Familien, ihre Lebensgrundlagen und ihre Gemeinschaften. Wir können entweder jetzt gemeinsam daran arbeiten, die Epidemien zu beenden, oder später teuer für unser Nichtstun bezahlen“, so der letzte Satz dieser für unsere Arbeit wichtigen Publikation, die in 2016 durch das Global Fund Advocacy Network (GFAN) zur Widerauffüllungskonferenz für den Globalen Fonds vorgelegt und durch uns vom Englischen ins Deutsche übersetzt wurde.

Die statistischen Angaben dieses Berichts beziehen sich auf Zeitraum vor 2016. Die damals für die Widerauffüllung angestrebten Ziele konnte mit 12,9 Milliarden US Dollar knapp erreicht werden. Die Bundesregierung gab in 2016 eine Erhöhung von 600 auf 800 Millionen Euro bekannt. Da dabei allerdings Schuldennachlässe und die schon seit Jahren gewährte technische Unterstützung mit eingerechnet wurde, verblieb unter dem Strich nur eine magere Aufstockung von jährlich 25 Millionen Euro, insgesamt entspricht das für den Zeitraum von drei Jahren einen “Kernbeitrag“ von 675 Millionen Euro.

Der hier vorliegende Bericht legt dar, was durch die für den Globalen Fonds zur Verfügung gestellten Mittel getan werden kann bzw. was es kostet, wenn die Hilfestellung unterbleibt oder begrenzt wird.

Am 13. September 2017 wurde der neue Ergebnisbericht des Globalen Fonds veröffentlicht. Einige der in diesem Bericht vorgelegten statistischen Angaben haben sich dadurch verändert.

Eine kurze Zusammenfassung der aktuellen Zahlen:

- Seit der Gründung des Globalen Fonds wurden durch Behandlung und präventive Maßnahmen 22 Millionen Menschen vor Aids, Tuberkulose (TB) und Malaria gerettet. 22 Millionen Menschenleben, das macht in etwa ein Viertel der Bevölkerung Deutschlands aus.
- Durch den Globalen Fonds und sein Unterstützungsnetzwerk konnte in den Ländern, in denen der Fonds aktiv ist, die Zahl der an Aids, TB oder Malaria sterbenden Menschen, um ein Drittel reduziert werden.
- Der Globale Fonds stellt für 11 Millionen Menschen lebensrettende HIV-Medikamente zur Verfügung. Das sind weltweit etwas mehr als die Hälfte aller Menschen mit HIV!
- 17.4 Millionen Menschen wurden auf Tuberkulose getestet und behandelt.
- 795 Millionen Moskitonetze wurden verteilt, um Familien vor Malaria zu schützen.

Diese Zahlen belegen, dass es mehr denn je notwendig ist in den Globalen Fonds zu investieren!

Wir freuen uns, dass alle im Bundestag vertretenen Parteien den Stellenwert des Globalen Fonds anerkennen – ersichtlich in den Antworten auf unsere Wahlprüfsteine.

Natürlich hoffen wir sehr, dass sich dies in den Koalitionsverhandlungen nach der Bundestagswahl widerspiegelt. Noch immer zahlt Deutschland viel weniger ein als andere, im Vergleich, ärmere Staaten.

Fest steht: der Globale Fonds und UNAIDS müssen weiterhin unterstützt werden.
Wir bedanken uns bei GFAN für die Erlaubnis diesen Bericht zu übersetzen und wünschen eine spannende Lektüre!

Peter Wiessner
Referent für Advocacy und Öffentlichkeitsarbeit
Bündnisbüro, Aktionsbündnis gegen AIDS

Quellen:

Link zum aktuellen Ergebnisbericht des Globalen Fonds:
http://digital.theglobalfund.org/C.aspx?VP3=SearchResult&VBID=278SNTX8GTQ

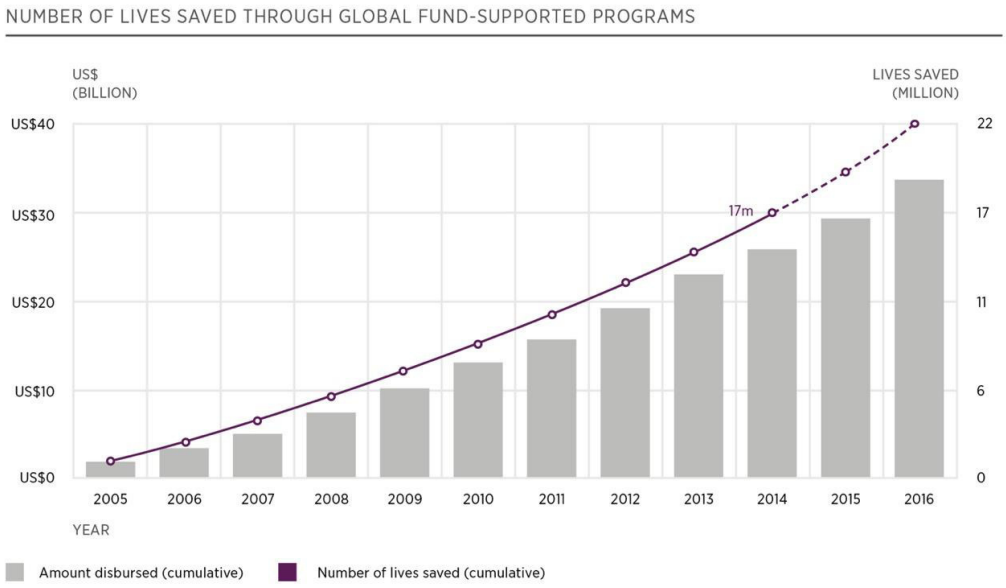
Link zu unserer Berechnung des fairen finanziellen Beitrags für die globale Gesundheit und HIV-Bewältigung im Kontext der Verwirklichung der Millenniums-Entwicklungsziele:
http://www.aids-kampagne.de/sites/default/files/zivilgesellschaftlicher_bericht_-_deutsch_-_final_0.pdf

Einführung

Die HIV-, TB- und Malaria-Ziele sind erreichbar

Seit 2002 hat der Globale Fonds zur Bekämpfung von Aids, Tuberkulose und Malaria (*Global Fund*/Globaler Fonds) schätzungsweise 17 Millionen Menschen das Leben gerettet, bis Ende 2016 dürften es 22 Millionen geworden sein. Die folgende Abbildung zeigt einen stetigen Anstieg bei der (kumulativen) Zahl der geretteten Menschenleben und parallel dazu einen Anstieg der (kumulativen) Investitionen in den Fonds.

Abb. 1: Zahl der Menschenleben, die durch vom Globalen Fonds unterstützte Programme gerettet wurde



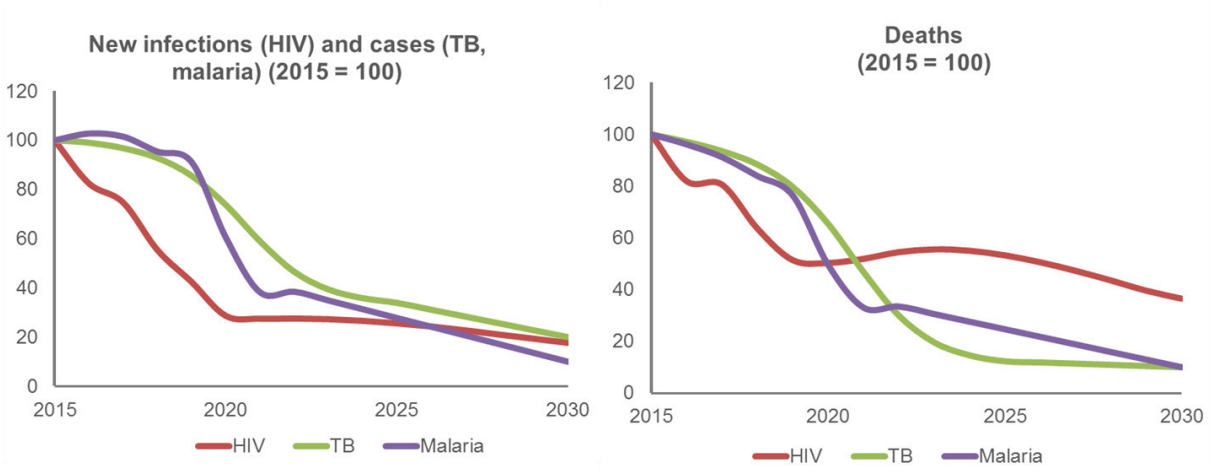
Quelle: Global Fund, *Results Report 2015*, S. 9

Die Chancen auf weitere und noch größere Fortschritte stehen gut. Der Globale Fonds befindet sich nun in der 5. Wiederauffüllungsrunde und will Finanzierungszusagen über mindestens 13 Milliarden US-Dollar mobilisieren, um in den Jahren von 2017–2020 seine Ziele erreichen zu können. Zur Vorbereitung auf die Wiederauffüllungskonferenz hat der Globale Fonds ein *Investment Case*[i] [umfangreiche Informationen für Investoren] veröffentlicht, in dem diese Ziele, die möglichen Erfolge sowie die zu erwartenden Kosten beschrieben werden.
Die technischen Partner des Globalen Fonds – UNAIDS, Roll Back Malaria, die Weltgesundheitsorganisation und die Stop TB Partnership – haben jeweils strategische Pläne für HIV, Tuberkulose (TB) und Malaria entwickelt, deren Ziel die Beendigung der Epidemien bis 2030 ist. Diese Pläne benennen spezifische Ziele und schätzen die dafür aufzubringenden Kosten. Der Gesamtbedarf an inländischer und externer Finanzierung für HIV, TB und Malaria für den

Zeitraum 2017–2019 in Ländern, in denen der Globale Fonds investiert, wird auf 97 Mrd. US-Dollar geschätzt.

Die folgende Abbildung zeigt den erwarteten Rückgang bei den HIV-Neuinfektionen und TB- und Malariafällen sowie bei damit verbundenen Todesfällen zwischen 2015 und 2030; Basis sind Berechnungen in den strategischen Plänen der genannten Partner. Die Kurven machen deutlich, welche Erfolge bis 2020 möglich sind – und wie wichtig die nächsten fünf Jahre sind, um die 2030-Ziele zu erreichen.

Abb. 2: Neuinfektionen/neue Infektionen und Todesfälle 2015–2030 (globale Pläne)

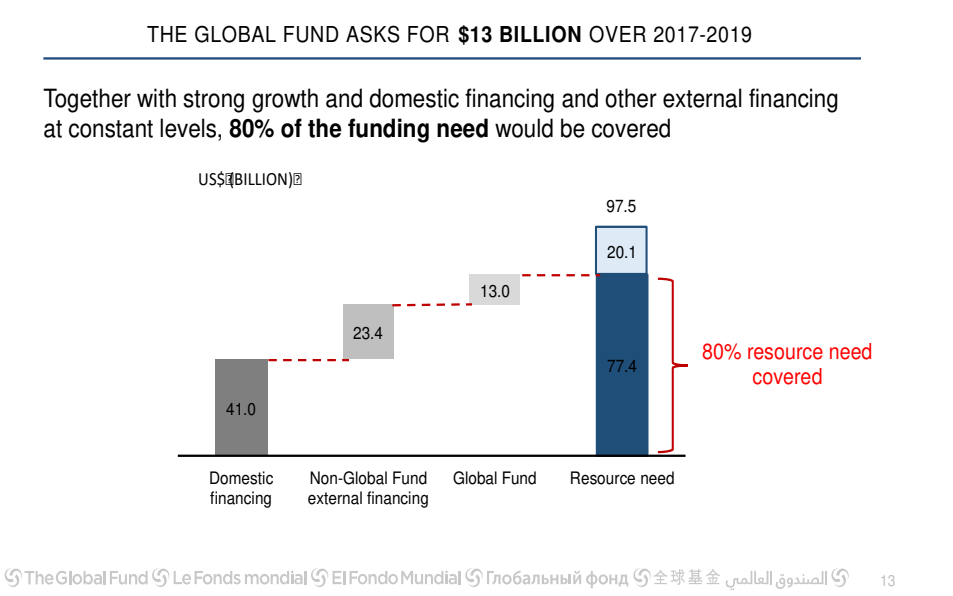


Quelle: The Global Fund. *Investment Case for the Global Fund's 2017–2019 Replenishment. The Right Side of the Tipping Point For AIDS, Tuberculosis and Malaria*. Dezember 2015, S. 14

Wiederauffüllung des Globalen Fonds 2017–2019

Für die Fünfte Wiederauffüllung hat sich der Globale Fonds ein Ziel von 13 Milliarden US-Dollar gesetzt. In seinem *Investment Case* schätzt er, dass diese Summe – zusammen mit erheblichen Steigerungen bei den Ausgaben der Empfängerländer, gleichbleibender externer Finanzierung und Fortschritten bei der Implementierung – etwa 80 Prozent des Gesamtbedarfs für die Erreichung der für die drei Epidemien formulierten Ziele abdecken würde.

Abb. 3: Wiederauffüllungsziel des Globalen Fonds und Gesamtbedarf



Quelle: Global Fund, *The Global Fund Investment Case for Impact*. Präsentation beim Global Fund Advocates Network meeting, 26. Januar 2016, Amsterdam, Niederlande.

Laut dem *Investment Case* des Globalen Fonds würde eine Finanzierungssumme von **13 Milliarden US-Dollar** für die Fünfte Wiederauffüllung

- bis zu **8 Millionen Menschenleben** durch Global-Fund-unterstützte Programme **retten,** was **bis 2020 zu insgesamt 30 bis 32 Millionen geretteten Leben** führen würde;
- bis zu **300 Millionen Neuinfektionen** bei den drei Krankheiten **vermeiden**;
- laut Schätzungen der Partner in den kommenden Jahren und Jahrzehnten ein **Plus bei der Wirtschaftsleistung von bis zu 290 Mrd. US-Dollar** bewirken.

Ebenso wichtig wie die Analyse der Potenziale bei Erreichen des Finanzierungsziels muss beim Wiederauffüllungsprozess für den Globalen Fonds aber die **Untersuchung der Kosten bei Nichterreichen dieses Ziels** sein.

Im Zentrum dieses Papiers stehen daher **die Kosten des Nichtstuns** – wenn die Regierungen also nicht die benötigten Ressourcen für die Erreichung der 2020- und 2030-Ziele zur Beendigung der HIV-, TB- und Malaria-Epidemien bereitstellen.

Sollte dies geschehen, wird dies nicht nur die bisherigen Fortschritte des Globalen Fonds untergraben, sondern auch die Zahl der Infektionen, Erkrankungen und Todesfälle sowie die Kosten erhöhen.

Wenn wir heute nicht die Finanzierungsziele für den Globalen Fonds erreichen, kommt uns das alle langfristig teu(r)er zu stehen.

Überblick: Investitionen und Ressourcenbedarf

HIV

Ziele und Kostenschätzungen für HIV wurden von UNAIDS entwickelt und 2014 im Bericht *Fast-Track – Ending the AIDS epidemic by 2030*[ii] vorgestellt. Weitere Informationen finden sich im UNAIDS-Bericht *How AIDS changed everything – MDG6: 15 years, 15 lessons of hope from the AIDS response*[iii].

Die Investitionen in die globale Aids-Prävention zeigen greifbare Ergebnisse. Von 2000 bis 2014 ist die Zahl der jährlichen HIV-Neuinfektionen um 35 % gesunken, von 3,1 Millionen auf 2 Millionen. In 83 Ländern sind die HIV-Neuinfektionen deutlich zurückgegangen oder zumindest gleich geblieben.

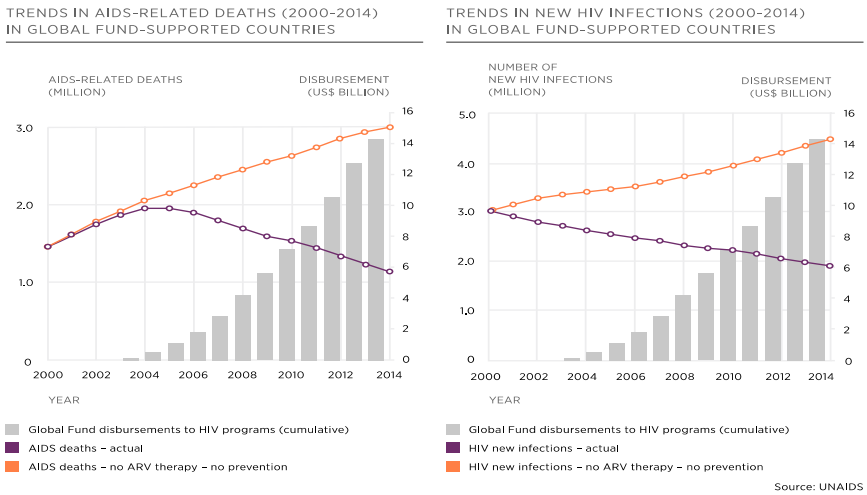
Diesen 2 Millionen stehen 6 Millionen neue HIV-Infektionen gegenüber, die 2014 zu verzeichnen gewesen wären, wenn die globale Aids-Bekämpfung auf dem Niveau des Jahres 2000 stehengeblieben wäre: drei Mal so viele. Insgesamt haben die globalen Bemühungen seit dem Jahr 2000 etwa 30 Millionen HIV-Infektionen verhindert.

Auch die Zahl der aidsbedingten Todesfälle ist gesunken – seit dem Höchststand im Jahr 2005 um 35 % auf etwa 1,5 Millionen im Jahr 2013. Und immer mehr Menschen bekommen HIV-Medikamente: Die Zahl der Menschen mit HIV in antiretroviraler Therapie stieg von 7,5 Millionen im Jahr 2010 auf über 15 Millionen im Jahr 2015.

Fortschritt durch Investitionen

Der Globale Fonds hat wesentlich zum bis heute erreichten Fortschritt beigetragen.

Abb. 4: Beitrag des Globalen Fonds zur Senkung der HIV-Neuinfektionen und aidsbedingten Todesfälle von 2000 bis 2014



Quelle: Global Fund, *Results Report 2015*, S. 11

In den Ländern, in denen der Globale Fonds investiert hat, ist die Zahl der aidsbedingten Todesfälle um 40 % gesunken. Abbildung 4 zeigt, wie viele Todesfälle es ohne Investitionen in HIV-Programme gegeben hätte. Dass es nicht so kam, ist den gemeinsamen Anstrengungen der vom Globalen Fonds mobilisierten Partnerschaft zu verdanken – sie hat Erfolge erzielt, die im Jahr 2000 niemand für möglich gehalten hätte. Entscheidenden Anteil daran hat die Ausweitung des Zugangs zur antiretroviralen Therapie (ART) – der Anteil der HIV-Positiven in Behandlung stieg von 4 % im Jahr 2005 auf 40 % im Jahr 2014.

Die Zahl der antiretroviral Behandelten in Global-Fund-unterstützten Programmen hat 8,1 Millionen erreicht und wächst jedes Jahr weiter. Dank seiner Möglichkeiten zu Preisverhandlungen kann der Globale Fonds HIV-Medikamente zu günstigen Preisen beschaffen: ein Jahresvorrat an antiretroviralen Medikamenten kostet heute weniger als 100 US-Dollar. Eine entscheidende Rolle bei dieser Kostensenkung haben HIV-Generika gespielt, und sie werden dies auch weiterhin tun.

Die Zahl neuer HIV-Infektionen sinkt ebenfalls. Von 2000 bis 2014 ging die Zahl der HIV-Neuinfektionen in Ländern mit Anspruch auf Global-Fund-Unterstützung um 36 % zurück, und Modellrechnungen zeigen, dass dieser Rückgang sich mit verstärkten Investitionen noch beschleunigen ließe. Entscheidend in diesem Kontext ist die Ausweitung der Prävention von Mutter-Kind-Übertragungen – 2014 lag die Abdeckung hier bei 73 %. Und dank Finanzmitteln des Globalen Fonds wurden mehr als 5,1 Milliarden Kondome verteilt – nach wie vor ein hoch wirksames Präventionsmittel.

Über 75 % der sogenannten High-Impact-Länder (Länder mit den größten Bedarfen) mit Global-Fund-Programmen konnten die Zahl der HIV-Neuinfektionen um 50 % oder mehr senken. Die Trendumkehr bei der HIV-Ausbreitung, eines der Millennium-Entwicklungsziele, konnte in vielen Ländern erreicht werden.

In den weiteren Fortschritt investieren

2014 veröffentlichte UNAIDS seine Fast-Track-Strategie — ein ehrgeiziger Plan, der bei erfolgreicher Implementierung bis zum Jahr 2030 die HIV-Pandemie als Bedrohung der öffentlichen Gesundheit beenden würde.

	Bis 2020/2025	**Bis 2030/2035**
HIV **Fast-Track-Strategie von UNAIDS**	Bis 2020: • Weniger als 500.000 HIV-Neuinfektionen und 500.000 aidsbedingte Todesfälle • 90 % der Menschen mit HIV wissen um ihre Infektion • 90 % der HIV-positiv Getesteten sind in antiretroviraler Therapie • Bei 90 % der HIV-Positiven in ART liegt die Viruslast unter der Nachweisgrenze	Bis 2030: • 90 % weniger Neuinfektionen und Todesfälle als 2010

Die Fast-Track-Strategie knüpft an den Konsens innerhalb der wissenschaftlichen Community an, wonach wir über die Werkzeuge und das Wissen verfügen, um die Aids-Epidemie zu beenden. UNAIDS betont aber, dass wir insbesondere in besonders stark betroffenen Ländern das Tempo deutlich steigern müssen, um die 2020-Ziele zu erreichen und die Aids-Epidemie bis 2030 zu beenden. Bliebe man stattdessen mit den Maßnahmen auf dem Niveau des Jahres 2013, würde die Epidemie uns gewissermaßen überholen und auf lange Sicht den Bedarf an antiretroviralen Therapien und damit die Kosten erhöhen. Würden wir zum Beispiel die 2020-Ziele erst 2030 erreichen, wären 3 Millionen zusätzliche HIV-Infektionen und 3 Millionen zusätzliche aidsbedingte Todesfälle zwischen 2020 und 2030 die Folge.

Der Globale Fonds ist ein entscheidender Akteur im Rahmen des Fast-Track-Ansatzes. Mit seinen Investitionen in den Jahren 2014 bis 2020 kann er dazu beitragen, dass

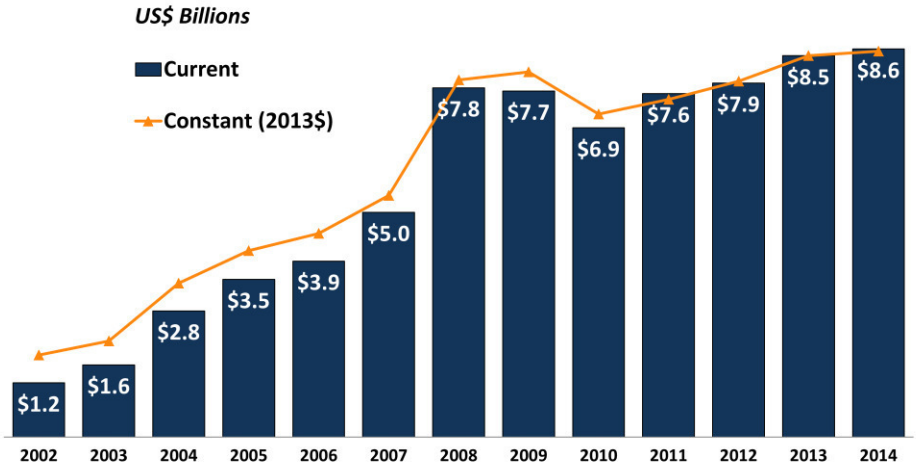
- die Zahl der aidsbedingten Todesfälle um 43–55 % sinkt,
- die Zahl der HIV-Neuinfektionen um 69–73 % sinkt und
- der ART-Zugang auf 64–80 % des 2020-Ziels[iv] ausgeweitet wird.

Benötigte Ressourcen

In den Jahren 2002 bis 2013 lag ein Schwerpunkt der internationalen Geberländer auf dem Gebiet der Gesundheit und auf verwandten Feldern. Der Anteil der für Gesundheit bestimmten Finanzmittel an der gesamten Öffentlichen Entwicklungszusammenarbeit (ODA) ist in den Jahren 2011 bis 2013 kontinuierlich gewachsen – nach multisektoriellen und ökonomischen Infrastruktur-Projekten konnte dieses Feld den drittstärksten Anstieg verzeichnen. 2013 stiegen zudem zum ersten Mal seit 2003 die Mittel für alle Unterbereiche des Gesundheitswesens (z. B. HIV, TB, Malaria usw.). Der größte Anteil (35,3 %) der Gelder für den Gesundheitsbereich entfiel auf HIV und Aids, doch ist dieser Anteil gegenüber früheren Jahren gesunken.[v]

2014 erreichten alle staatlichen HIV-Mittel zusammen 8,64 Milliarden Dollar (siehe Abb. 4). Das sind nicht einmal 2 % (149 Millionen Dollar) mehr als 2013 (8,49 Milliarden Dollar). Während die Mittel im Jahrzehnt zuvor stark angestiegen waren, erreichten sie nun ein Plateau und sanken dann. Zwar stiegen die Mittel anschließend wieder etwas an und 2014 wurde sogar ein Höchststand erreicht, doch inflations- und wechselkursbereinigt war die Steigerung von 2013 zu 2014 mit 1 % minimal. Außerdem schrumpft die Erhöhung der HIV-Mittel in den zurückliegenden zehn Jahren deutlich zusammen, wenn man nicht die ausgegebenen Dollars, sondern die Kaufkraftentwicklung zugrundelegt. Nimmt man die Eigenbeiträge der Länder hinzu, standen in Ländern mit niedrigen und mittleren Einkommen im Jahr 2013 insgesamt 19,1 Milliarden Dollar für die HIV-Prävention und -Versorgung zur Verfügung. Global gesehen werden jährlich aber zusätzliche 8–12 Milliarden Dollar bis zum Jahr 2020 benötigt, um die Fast-Track-Ziele 2020 und 2030 erreichen zu können.

Abb. 5: Internationale HIV-Unterstützung der Geberländer, Zahlungen 2002–2014, in Mrd. $



Quelle: Kaiser Family Foundation und UNAIDS, *Financing the Response to HIV in Low- und Middle-Income Countries: International Assistance from Donor Governments in 2014*, Juli 2015, S. 2.

Für 2017 bis 2019 schätzt der Fast-Track-Bericht den *Gesamt-Ressourcenbedarf* für HIV in den 116 unterstützungsberechtigten Ländern auf 66,1 Milliarden US-Dollar. Dazu gehören Kosten für Maßnahmen zur Verhaltensänderung und biomedizinische Interventionen, für Programmmaßnahmen wie Planung und Koordination, Monitoring und Evaluation oder Aufbau epidemiologischer Beobachtungs- und Informationssysteme, soziale Interventionen wie Schaffung oder Verbesserung des öffentlichen Bewusstseins sowie Entwicklungssynergien (Unterstützung für Waisen und andere gefährdete Kinder, Geschlechtergerechtigkeit, Stärkung der Gesundheitssysteme). Die Strategie ruft zu einem zügigen Ausbau der Maßnahmen zur HIV-Prävention und -Behandlung auf, um die Epidemie bis 2030 zu beenden. Die dafür aufzubringenden Kosten sind daher in den ersten Jahren höher, sinken aber ab 2020, wenn diese Maßnahmen zu einer Senkung der HIV-Neuinfektionen geführt haben.

> *„Die Agenda 2030 für nachhaltige Entwicklung ruht auf den Konzepten der Inklusion, Gleichheit und sozialen Gerechtigkeit. Für den Fast-Track-Ansatz ist es entscheidend, diese Konzepte konsequent auch auf die Aidsbekämpfung anzuwenden. Verglichen mit der 2014 bestehenden Reichweite der HIV-Prävention und -Versorgung wird ein umfassender Fast-Track-Ansatz in Übereinstimmung mit der UNAIDS-Strategie für die Jahre 2016–2021 zwischen 2016 und 2030 zusätzliche 17,6 Millionen HIV-Infektionen und 10,8 Millionen aidsbedingte Todesfälle verhindern."*
> *UNAIDS,* Global AIDS Update*, Mai 2016*[vi]

Im Vorfeld des High-Level-Meetings der Vereinten Nationen zur Beendigung von Aids im Jahr 2016 legte UNAIDS ein Update zum globalen Finanzierungsbedarf auf Basis der ehrgeizigen Ziele für kombinierte HIV-Präventionsmaßnahmen, der WHO-Leitlinie zum Einsatz antiretroviraler Medikamente zur HIV-Behandlung und Prävention (*Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating und prevention HIV infection*[vii]) sowie der Effizienzgewinne durch weitere Preissenkungen bei den antiretroviralen Medikamenten und eine optimierte Versorgung aus einem Guss vor, wobei der zuletzt genannte Faktor sich am stärksten auswirkt.

Man geht heute davon aus, dass die nationalen und internationalen Investitionen in Länder(n) mit niedrigen und mittleren Einkommen um etwa ein Drittel wachsen müssen – von 19,2 Milliarden US-Dollar im Jahr 2014 auf 26,2 Milliarden bis 2020.

Fazit

Die bisher erzielten Ergebnisse zeigen, dass wir auf dem richtigen Weg sind, um Aids zu beenden. Deutlich ist, dass unsere gemeinsame Reaktion auf diese Herausforderung in den nächsten 5–10 Jahren entscheidend sein wird. Die Fast-Track-Strategie erfordert das Vorziehen von Investitionen: Ein Ende von Aids und langfristige Kostensenkungen sind nur möglich, wenn wir in den nächsten Jahren verstärkt investieren. UNAIDS geht in aktuellen Schätzungen davon aus, dass zur nötigen Steigerung der Ressourcen um ein Drittel auf 26,2 Milliarden US-Dollar bis 2020 auch ein mit mindestens 13 Milliarden für die Jahre 2017 bis 2019 ausreichend ausgestatteter Globaler Fonds gehört.

Tuberkulose

Die Ziele und Kostenschätzungen wurden von der Stop-TB-Partnerschaft entwickelt und im Globalen Plan zur Beendigung von Tuberkulose 2016–2020 (*The Global Plan to End TB 2016–2020*) veröffentlicht. Weitere Informationen bieten der *Global Tuberculosis Report 2015* und die *End TB Strategy* der WHO.

Tuberkulose (TB) hat mittlerweile HIV als tödlichste Infektionskrankheit abgelöst – jede Minute sterben drei Menschen daran.[viii] Jahr für Jahr erkranken über 9 Millionen Menschen an Tuberkulose, 1,5 Millionen sterben an den Folgen.[ix] Von den 9 Millionen Menschen, die jedes Jahr an Tuberkulose erkranken, werden mindestens 3 Millionen nicht diagnostiziert und damit auch nicht behandelt oder in ein nationales TB-Programm aufgenommen. Während auf globaler Ebene von einem Rückgang der Neuerkrankungen um jährlich 1,5 % gesprochen wird, haben einige kürzlich in Hochprävalenzländern durchgeführte Prävalenzstudien gezeigt, dass das Tuberkulose-Problem weitaus größer ist als angenommen.

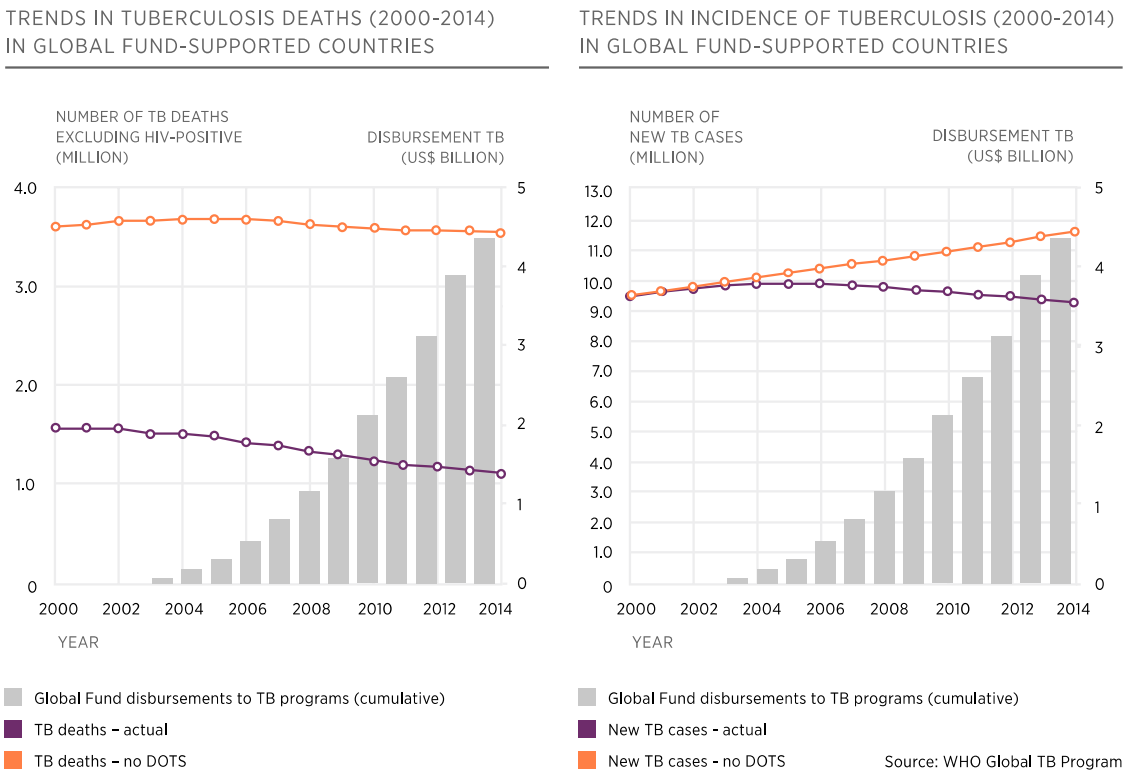
Derzeit kommen weltweit etwa 80 % aller Investitionen in die Tuberkulose-Bekämpfung vom Globalen Fonds, und mehr als die Hälfte aller Menschen, denen Programme des Globalen Fonds seit seiner Gründung im Jahr 2002 das Leben retten konnten, waren Tuberkulose-Kranke.[x]

Fortschritt durch Investitionen

Seit 2002 hat der Globale Fonds mehr als 4,6 Milliarden US-Dollar in TB-Programme investiert und damit 15 Millionen Menschen Tuberkulose-Tests und Behandlungen ermöglicht; er ist damit der größte internationale Finanzier der globalen Tuberkulose-Bekämpfung.

In Ländern, die vom Globalen Fonds unterstützt werden, ist die Zahl der Tuberkulose-Todesfälle dank verbessertem Zugang zu Diagnostik und Behandlung um 29 % gesunken. Besondere Aufmerksamkeit galt dabei den 22 am stärksten betroffenen Ländern – in einigen von ihnen hätte es ohne Unterstützung des Globalen Fonds allein 2014 dreimal so viele TB-Todesfälle gegeben.[xi]

Abb. 6: Beitrag des Globalen Fonds zur Senkung der TB-Todesfälle und -Neuerkrankungen von 2000 bis 2014



Quelle: Global Fund, *Results Report 2015*, S. 13

Schätzungen zufolge sind – Mittel für Forschung und Entwicklung ausgenommen – jährlich 8 Milliarden US-Dollar nötigt, um Tuberkulose in den 22 am stärksten betroffenen Ländern wirksam zu bekämpfen. 2013 schätzte man, bis 2015 jährlich 6 Milliarden Dollar in den Ländern selbst aufbringen zu können – die restlichen 2 Milliarden müssten dann von internationalen Geldgebern gezahlt werden. 2015 standen laut den Länderberichten insgesamt 6,6 Milliarden Dollar für die TB-Prävention, -Diagnostik und Behandlung zur Verfügung – 87 % davon (5,8 Milliarden Dollar) aus den Ländern selbst finanziert und 0,8 Milliarden von internationalen Gebern.[xii]

In den weiteren Fortschritt investieren

2015 veröffentlichte die Stop-TB-Partnerschaft den Globalen Plan zur Beendigung von Tuberkulose 2016–2020, der sich an den übergreifenden Zielen der *End TB Strategy* der WHO orientiert und erklärt, was zu ihrer Erreichung nötig ist. Um alle Empfehlungen des Globalen Plans umzusetzen, sind zwischen 2016 und 2020 etwa 65 Milliarden US-Dollar erforderlich, 29,4 Milliarden davon zur Implementierung in Ländern, die Unterstützung vom Globalen Fonds erhalten können. Wird dieses Finanzierungsziel erreicht, kann man damit 10 Millionen Menschen das Leben retten, 45 Millionen TB-Erkrankungen verhindern und 29 Millionen Menschen mit TB behandeln – was zu einer Rendite von schätzungsweise 1,2 Billionen Dollar führt.[xiii]

Die Kostenschätzungen des Globalen Plans zur Beendigung von Tuberkulose umfassen direkte Kosten (Medikamente der ersten und zweiten Generation, Management von Multiresistenzen, Labore, gemeinsame TB/HIV-Aktivitäten) und indirekte Kosten (Programmunterstützung und Nutzung der Gesundheitssysteme), die für folgende Interventionen berechnet wurden: verstärkte aktive Suche nach Betroffenen, Verbesserung des Zugangs zu qualitativ hochwertiger TB-Versorgung, Verbesserung der Diagnostik, insbesondere durch verstärkten Einsatz von GeneXpert, Verbesserung des Managements multiresistenter TB-Stämme und prophylaktische TB-Behandlung für alle HIV-positiven Patient_innen.[xiv]

Die aktuelle Strategie des Globalen Fonds für die Jahre 2017 bis 2022 beschreibt die für eine intensivierte TB-Bekämpfung nötigen Ansätze. Dazu gehören nicht nur eine Erhöhung der finanziellen Mittel und eine Aktualisierung der nationalen TB-Strategien, sondern auch ein Umsteuern bei unserer Wahrnehmung der Krankheit und unserem Umgang mit ihr. Eine Ausweitung der TB-Bekämpfung erfordert die Einbeziehung von Schlüsselgruppen auf allen Ebenen, zum Beispiel auch bei der Erarbeitung nationaler Strategiepläne und der Mobilisierung zusätzlicher Ressourcen.

Erforderlich ist ebenso eine Stärkung der Gesundheitssysteme – Ziel muss der universelle Zugang zur Gesundheitsversorgung und ein HIV und TB umfassender gemeinsamer Ansatz sein, um die Ko-Infektionsraten zu senken. Die Förderung und der Schutz der Menschenrechte und der Geschlechtergleichheit müssen integrale Bestandteile aller Gesundheitsstrategien sein, und wir brauchen neue Partnerschaften zwischen der Wissenschaftscommunity und der Privatwirtschaft, um Innovationen anzukurbeln und dringend benötigte neue Werkzeuge für diese alte Krankheit zu entwickeln.

Die vom Globalen Fonds unterstützten Länder mit den größten Erfolgen bei der TB-Bekämpfung sind jene, die ihre Gesundheitsversorgung dezentralisiert und reformiert haben, sodass die von außen kommenden Ressourcen optimal im Land verteilt werden, und die zugleich mehr Mittel mobilisieren konnten und offen für neue Ansätze und Technologien sind.

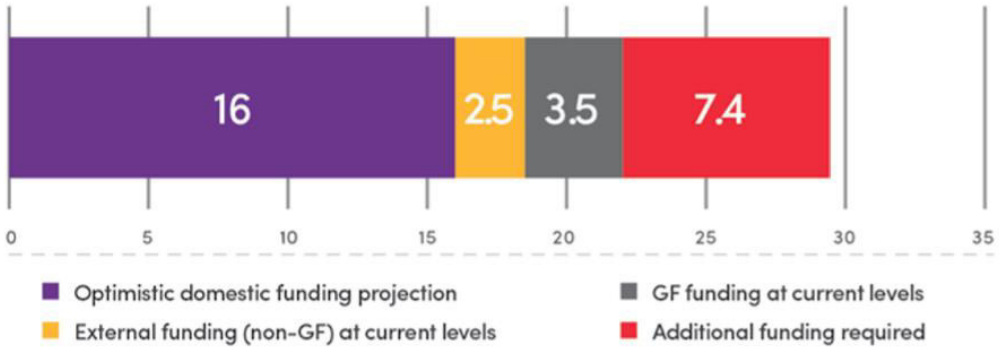
Benötigte Ressourcen

Um die Ziele des Globalen Plans zur Beendigung von Tuberkulose und der Global-Fund-Strategie zu erreichen, müssen die finanziellen Mittel gegenüber dem jetzigen Niveau signifikant erhöht werden, und zwar sowohl bei den externen Zahlungen als auch bei den vom Land selbst aufgebrachten Ressourcen.

Laut *Investment Case*[xv] des Globalen Fonds betragen die Kosten für die Implementierung des Standardszenarios in den Ländern, in denen der Globale Fonds investiert, für die Jahre 2017 bis 2019 rund 17,7 Milliarden Dollar. Selbst bei sehr optimistischen Annahmen, was die Eigenmittel der förderfähigen Länder angeht, und bei gleichbleibenden externen Mitteln müssten zwischen 2016 und 2020 zusätzliche 7,4 Milliarden Dollar mobilisiert werden, um die 2020-Ziele zu erreichen.

Von 2013 bis 2015 lagen die jährlichen Gesamtausgaben für TB bei etwa 6,74 Milliarden Dollar, deutlich weniger als das, was ab 2016 nötig ist. Die folgende Abbildung zeigt die für 2016 bis 2020 benötigten Ressourcen (in Milliarden US-Dollar) für förderfähige Länder.

Abb. 7: Für 2016–2020 benötigte Ressourcen für förderfähige Länder nach Finanzierungsquelle



Quelle: Stop TB Partnership, *The Global Plan to End TB 2016–2020*, S. 116

Ohne beträchtliche Steigerung der Ressourcen und einen vollständig finanzierten Globalen Fonds sind die im Globalen Plan zur Beendigung von Tuberkulose beschriebenen Ziele nicht zu erreichen.

Schon jetzt gibt es eine Finanzierungslücke von etwa 2 Milliarden Dollar jährlich zwischen den TB-Budgets und den verfügbaren Mitteln. Ohne Erhöhung der Mittel werden die TB-Kosten stetig ansteigen, da immer mehr Menschen behandelt werden müssen; außerdem steigen auch die Kosten pro Behandlung. Länder dagegen, die ihre Maßnahmen beschleunigen und die empfohlene Steigerung der Investitionen ermöglichen, werden in den folgenden Jahren einen stetigen Rückgang der benötigten Mittel erleben, da die Zahl der Infektionen und damit der behandlungsbedürftigen Menschen sinkt.[xvi]

Wenn die Finanzmittel nicht stark genug erhöht werden, um dem Bedarf gerecht zu werden, werden die jährlichen Kosten zur TB-Bekämpfung weiter steigen. Setzt sich der Trend der letzten fünf Jahre fort, dürften die Kosten bis 2020 mindestens 8,6 Milliarden Dollar erreichen.[xvii] Werden die Mittel dagegen wie im Globalen Plan empfohlen erhöht, kann man damit im selben Zeitraum 840.000 Menschenleben retten.

Wenn wir auf dem jetzigen Stand der Finanzierung und der Aktivitäten verharren, drohen wir alle bisher erreichten Fortschritte wieder zu verspielen. Ohne höhere Investitionen wird die Zahl der neuen Fälle wie auch der TB-bedingten Todesfälle auf dem Niveau des Jahres 2014 bleiben.[xviii]

Wenn wir das Finanzierungsziel des Globalen Fonds von 13 Milliarden Dollar erreichen, brechen wir nicht nur den Status quo auf, sondern bewegen uns auch mit nie dagewesener Geschwindigkeit auf die Beendigung der Tuberkulose-Epidemie zu: Bis 2020 wird die Zahl der TB-bedingten Todesfälle und auch der neuen TB-Fälle um 21 % sinken und der Anteil der diagnostizierten Erkrankungen auf 75 % steigen – und nicht zuletzt (wichtig für die Geber) werden die Länder erste Erfolge ihrer Investitionen als Gewinn einstreichen.[xix]

TB **End TB Strategy/ Globaler Plan zur Beendigung der TB**	Bis 2020: • 20 % weniger TB-Fälle und 35 % weniger TB-Todesfälle als 2015 Bis 2025: • Mindestens 90 % aller Menschen mit TB sind diagnostiziert und in angemessener Behandlung • Mindestens 90 % der Schlüsselgruppen sind erreicht • Mindestens 90 % alles mit TB Diagnostizierten sind erfolgreich behandelt	Bis 2030: • 80 % weniger TB-Fälle und 90 % weniger TB-Todesfälle als 2015 Bis 2035: • 90 % weniger TB-Fälle und 95 % weniger TB-Todesfälle als 2015 Zu allen Zeitpunkten: Null TB-betroffene Familien, die sich aufgrund der TB mit katastrophal hohen Kosten konfrontiert sehen

Fazit

Keines der Ziele des Globalen Plans der Stop-TB-Partnerschaft oder der *End TB Strategy* der WHO sind ohne verstärkte Investitionen in den Globalen Fonds erreichbar. Alle Modellrechnungen dazu, wie wir die Tuberkulose noch zu unseren Lebzeiten beenden können, basieren auf einer ausreichenden Finanzierung des Globalen Fonds und der Umsetzung seiner Programme.

In den letzten Jahren haben wir zwar beträchtliche Fortschritte bei der Tuberkulosebekämpfung gemacht, doch sind wir bei all dem immer noch zu langsam und verlassen uns zu sehr auf die bestehenden Methoden und Technologien. Der Globale Fonds ist bei Weitem der einflussreichste und wirkungsvollste externe Tuberkulose-Finanzier – und bietet die größte Chance, Tuberkulose endlich zu beenden.

Malaria

Die Ziele und Kostenschätzungen in diesem Abschnitt wurden von der Weltgesundheitsorganisation und der *Roll Back Malaria Partnership* entwickelt und in den Strategie- und Aktionspapieren *WHO Global Technical Strategy for Malaria* and *Action* sowie *Investment to defeat Malaria (AIM) 2016–2030 – for a malaria free world* veröffentlicht.

Trotz der jüngsten Fortschritte bei der Bekämpfung der Krankheit bleibt Malaria eines der schwerwiegendsten Probleme der öffentlichen Gesundheit weltweit. Etwa 3,2 Milliarden Menschen – fast die Hälfte der Weltbevölkerung – sind durch Malaria bedroht.[xx] 2015 gab es laut Weltgesundheitsorganisation (WHO) etwa 214 Millionen Malariafälle und schätzungsweise 438-000 malariabedingte Todesfälle.[xxi] Malaria ist in vielen Ländern eine der Haupt-Todes- und Krankheitsursachen, wobei Kinder und Schwangere besonders gefährdet sind.

2015 entfielen mehr als zwei Drittel der malariabedingten Todesfälle auf Kinder unter fünf Jahren.[xxii] Ende 2015 waren 96 Länder und Gebiete von Malaria betroffen – besonders stark die Länder in Subsahara-Afrika. 2015 entfielen 88 % der weltweiten Malariafälle und 90 % der malariabedingten Todesfälle auf diese Länder.[xxiii]

Fortschritt durch Investitionen

In den letzten 15 Jahren wurden beispiellose Fortschtritte in der Malariaprävention und -kontrolle erreicht. Seit dem Jahr 2000 konnte die Zahl der malariabedingten Todesfälle um 60 % gesenkt werden – das bedeutet 6,2 Millionen gerettete Menschenleben, zum weitaus größten Teil Kinder.[xxiv] Das in den Millenniums-Zielen für nachhaltige Entwicklung genannte Ziel, den Anstieg bei den neuen Malariafällen bis zum Jahr 2015 zu stoppen und umzukehren, konnte erreicht werden – zwischen 2000 und 2013 sank die Zahl der neuen Malaria-Erkrankungen um 37 %.[xxv]

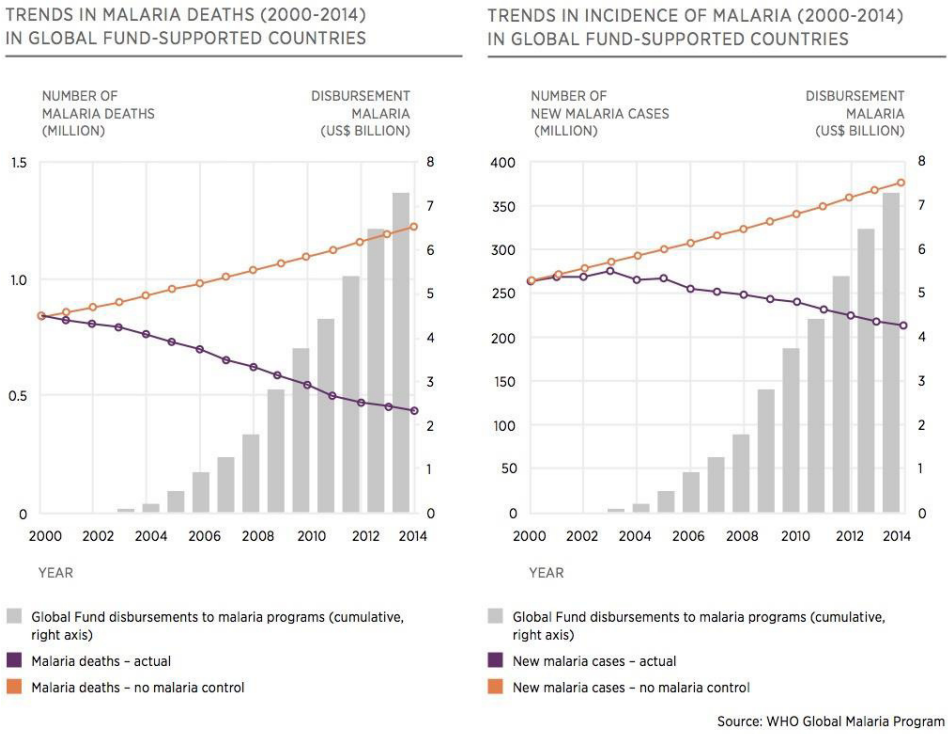
Vom Globalen Fonds unterstützte Programme haben entscheidend dazu beigetragen, dass wir die Malariasterblichkeit und -inzidenz seit dem Jahr 2000 zurückdrängen konnten. Seit seiner Gründung im Jahr 2002 ist der Globale Fonds zum wichtigen Partner im Kampf gegen Malaria geworden. Dank der großen und beständigen Unterstützung der Geldgeber für Investitionen in den Globalen Fonds wurde dieser zur größten Einzelquelle für die internationale Finanzierung der Malariabekämpfung: Derzeit steht er für mehr als die Hälft des globalen Malariabudgets.[xxvi] Bis zum September 2015 hat der Globale Fonds mehr als 7 Milliarden US-Dollar für die weltweiten Bemühungen zur Eindämmung der Malaria investiert. Im Folgenden seien die wichtigsten Investitionen und die damit verbundenen Ergebnisse skizziert:

Die Verteilung und der Gebrauch langlebiger insektizidbeschichteter Insektenschutznetze (*Long Lasting Insecticidal Nets*/LLINs) haben den Schutz für Kinder und Familien enorm erhöht. Durch die erfolgreiche Nutzung von Skaleneffekten konnten die Preise für wichtige Güter des Grundbedarfs wie LLINs deutlich gesenkt und mehr als 548 Millionen Moskitonetze durch Global-Fund-unterstützte Programme verteilt werden.[xxvii] In den vom Global Fund unterstützten Ländern wuchs der Anteil der durch Malaria bedrohten Menschen mit Zugang zu Moskitonetzen von 7 % im Jahr 2005 über 36 % im Jahr 2010 auf 56 % im Jahr 2014.[xxviii]

Moskitonetze sind dabei nur *ein* Mittel – der Globale Fonds ist auch einer der Hauptanbieter weiterer Anti-Malaria-Produkte wie zum Beispiel Innenraum-Insektizidsprays. Bis zum Ende des Jahres 2015 wurden solche Sprays, mit deren Hilfe die Innenräume von Gebäuden mit einer lang wirksamen Insektizidschicht versehen werden, 58 Millionen Mal im Rahmen von Global-Fund-Programmen eingesetzt.[xxix]

Dank Global-Fund-Programmen konnte auch der Zugang zu Artemisinin-basierten Kombinationstherapien (ACTs) und Schnelltests dramatisch verbessert werden. In Ländern, in denen der Globale Fonds investiert, stieg die Zahl der Malariabehandlungen um 19 % und erreichte Ende 2014 eine Gesamtzahl von 515 Millionen.[xxx] In 68 von Malaria betroffenen und vom Globalen Fonds unterstützten Ländern sank die Sterblichkeitsrate bei Kindern unter fünf Jahren zwischen 2003 und 2013 um etwa ein Drittel.[xxxi] Zu diesem Erfolg trugen auch die Malariaprävention und -behandlung bei, die in Ländern wie Tansania, Mosambik und Uganda bemerkenswerte Ergebnisse erzielten.

Abb. 8: Trends der Malariasterblichkeit und -inzidenz in vom Global Fund unterstützten Ländern, 2000–2014



Quelle: Global Fund, *Results Report 2015*, S. 19.

Der Globale Fonds investiert darüber hinaus auch in innovative Ansätze zur Malariabekämpfung. Ein Beispiel ist die mit 100 Millionen Dollar ausgestattete *Regional Artemisin-resistance Initiative* (RAI) in der *Greater Mekong Subregion*, welche die Ausbreitung von Artemisinin-Resistenzen verhindern und die Ausrottung von *Plasmodium-falciparum*-Malaria beschleunigen soll. Die vom Globalen Fonds geförderte RAI unterstützt dabei einen neuartigen Ansatz, Medikamente auf breiter Basis in „Hot-Spots" in schwer zu erreichenden Populationen an der Grenze zwischen Thailand und Myanmar zu verteilen. [xxxii]

In den weiteren Fortschritt investieren

Gelder für die Malariabekämpfung sind eine der besten Investitionen in die globale Gesundheit, übertroffen nur noch von der Routine-Impfung.[xxxiii] Die Maßnahmen sind kosteneffizient und die Rendite auf die Investitionen ist hoch.[xxxiv] Neben dieser Rendite haben Investitionen in die Malariakontrolle und -ausrottung aber auch einen beispiellosen sozioökonomischen und humanitären Nutzen und fördern Entwicklung wie Gerechtigkeit.[xxxv]

Die Kosten der Malaria – in den am stärksten betroffenen Ländern 40 % der Ausgaben des Gesundheitswesens – gehen dabei weit über den Bereich der öffentlichen Gesundheit hinaus.[xxxvi] Die Krankheit ist eine schwere Bürde für Familien wie Gesundheitssysteme und behindert die wirschaftliche Entwicklung. Schätzungen zufolge fällt das Wirtschafstwachstum in einigen afrikanischen Ländern aufgrund der Malaria um bis zu 1,3 % geringer aus.[xxxvii] Malaria ist für einen beträchtlichen Produktivitätsverlust und zahlreiche Krankheitstage bei Erwachsenen wie Kindern sowie erhöhte Gesundheitsausgaben von Privathaushalten verantwortlich.

Benötigte Resssourcen

In einem im April 2016 im *Lancet* veröffentlichten Beitrag wurde ein Nachlassen des politischen und finanziellen Engagements als größte Gefahr für die Malariaausrottung und die Verhinderung ihres Wiederauftretens bezeichnet.[xxxviii] Der Artikel kam zur rechten Zeit: Pünktlich zur Wiederauffüllungsrunde für den Globalen Fonds wies er auf die Kosten des Nichtstuns hin.

Zwar haben sich die Investitionen in die Malariabekämpfung seit dem Jahr 2000 beträchtlich erhöht, doch reichen sie immer noch bei Weitem nicht aus, um die Malariaziele für 2030 zu erreichen. Laut der *Roll Back Malaria Partnership* sind dafür etwas mehr als 100 Milliarden Dollar nötig,[xxxix] und zusätzliche 10 Milliarden werden für die Forschung und die Entwicklung neuer Ansätze, Medikamente und Insektizide gebraucht.[xl] Diesen Investitionen stehen aber bedeutende Gewinne gegenüber: Fast 3 Milliarden Malariafälle können so verhindert und mehr als 10 Millionen Menschenleben gerettet werden.[xli]

Um die global vereinbarten Meilensteine zu erreichen, die Malariatodesfälle und -neuerkrankungen bis 2020 um mindestens 40 % zu verringern, müssen die jährlichen Investitionen in die globale Malariabekämpfung bis 2020 auf 6,4 Milliarden Dollar erhöht werden.[xlii] Schätzungsweise 8,5 Milliarden Dollar werden in den nächsten 15 Jahren benötigt, um die malariabekämpfenden Länder angemessen bei ihren Bemühungen zu unterstützen, die Malaria auszurotten und ihr Wiederauftreten zu verhindern.[xliii]

Das bedeutet: Die derzeitigen Geberländer müssen ihre Entwicklungshilfezusagen für die Malariabekämpfung ab sofort erhöhen und die Beiträge so strukturieren, dass sie Finanzierungsanreize für betroffene Ländern schafft und Fortschritte auf dem Weg zur Malaria-Eliminierung belohnt.

Fazit

Die durch den Globalen Fonds gesteuerten Gelder unterstützen bereits den Ansatz, Anreize für nationale Kofinanzierungen zu schaffen. Seit Einführung des neuen Finanzierungsmodells sind die Finanzmittel der Länder für HIV, Tuberkulose und Malaria um schätzungsweise 150 % gestiegen.[xliv] Die beteiligten Länder haben die Erfahrung gemacht, dass die Global-Fund-Auflage zur Finanzierung eines Eigenanteils ihnen dabei geholfen hat, mehr Ressourcen für die Gesundheit einschließlich der Malariaprävention und -kontrolle zu mobilisieren.[xlv] Das zeigt, dass trotz der derzeitigen Unterfinanzierung gute Aussichten bestehen, die Investitionen in die Malariabekämpfung durch einen Mix aus nationaler und externer Finanzierung zu erhöhen – und dass ein voll finanzierter Globaler Fonds eine entscheidende Rolle dabeis spielt, diese Potenziale auszuschöpfen.

Die Kosten des Nichtstuns

In seinem *Investment Case* betont der Globale Fonds, dass „jeder Beitrag zählt“. Um diese Aussage zu unterstreichen, hat er analysiert, was jeweils 100 Millionen Dollar beim Kampf gegen die drei Krankheiten bewirken und welche Katalysatorfunktion diese Investitionen hätten.

Mit 100 Millionen Dollar für den Globalen Fonds kann man

- bis zu 60.000 Menschenleben retten,
- insgesamt bis zu 2,3 Millionen Neuinfektionen bei den drei Krankheiten vermeiden,
- die Partnerländer bei der Mobilisierung nationaler Mittel in Höhe von 300 Millionen Dollar für die drei Krankheiten unterstützen und
- langfristig 2,2 Milliarden Dollar an wirtschaftlichen Erträgen ermöglichen.[xlvi]

Die Kosten des Nichtstuns (wenn also Investitionen ausbleiben oder gleich bleiben) sind zwar schwieriger zu berechnen, aber klar ist: Wenn Investitionen Leben retten, Neuinfektionen verhindern, Investitionen fördern und sich wirtschaftlich positiv auswirken, dann hat das Ausbleiben oder Stagnieren von Investitionen eine gegenteilige, negative Wirkung.

Dieser Abschnitt beschäftigt sich mit vier entscheidenden Feldern und den jeweiligen Kosten des Nichtstuns: mehr Infektionen und Todesfälle, Medikamentenresistenzen, schädliche Auswirkungen auf die hauptsächlich betroffenen und bedrohten Gruppen sowie negative wirtschaftliche Folgen.

Die Kosten des Nichtstuns 1: vemeidbare Steigerungen der Infektionszahlen und Todesfälle

Global-Fund-unterstütze Programme haben bis zum Ende des Jahres 2014 rund 17 Millionen Menschen das Leben gerettet, bis Ende des Jahres 2016 dürften es 22 Millionen geworden sein. Die durch Aids, Tuberkulose und Malaria verursachten Todesfälle sind seit 2002 in den Ländern, in denen der Globale Fonds investiert, um mehr als ein Drittel gesunken.[xlvii] Eine der gravierendsten Folgen des Nichtstuns bei allen drei Krankheiten wären vermeidbare Steigerungen der Infektionszahlen.

HIV

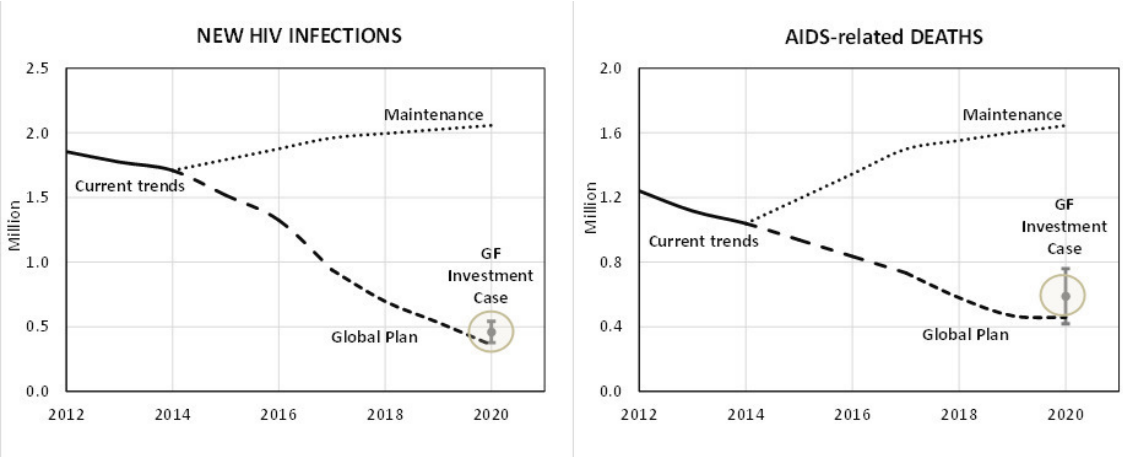
Für die Chance, die Aids-Epidemie tatsächlich beenden zu können, ist es laut UNAIDS-Modellrechnung (siehe den *Fast-Track*-Bericht) von entscheidender Bedeutung, in den nächsten sechs Jahren den Ausbau der HIV-Präventions- und -Behandlungs-Angebote zu beschleunigen. Geschieht das nicht, wird also die HIV-Bekämpfung einschließlich der Arbeit des Globalen Fonds in den nächsten sechs Jahren nicht ausreichend finanziert und verharren wir auf dem Niveau des Jahres 2014, wird das die Epidemie verlängern – in vielen Ländern wird sie wieder aufflammen und sich ausbreiten. Demgegenüber wird der Fast-Track-Ansatz (verglichen mit dem Niveau von 2014) von 2016 bis 2030 rund 17,6 Millionen vermeidbare HIV-Infektionen und 10,8 Millionen vermeidbare aidsbedingte Todesfälle verhindern.[xlviii]

Der Globale Fonds spielt bei den Bemühungen zur Erreichung dieser Ziele eine tragende Rolle, wie die folgende Abbildung zeigt. Dargestellt ist, wie sich die Vollfinanzierung des Globalen Fonds in der Wiederauffüllungsrunde auf die Zahl der HIV-Infektionen und aidsbedingten Todesfälle in unterstützungsberechtigten Ländern auswirkt.

Ende 2015 waren 8,1 Millionen Menschen mit HIV dank Global-Fund-unterstützten Programmen in antiretroviraler Behandlung; das für 2016 in der Global-Fund-Strategie formulierte Ziel von 7,3 Millionen Behandelten war damit bereits übererfüllt. Laut dem bereits erwähnten *Investment Case* stellten die dank dem Globalen Fonds antiretroviral Behandelten damit 40 % aller Menschen weltweit, die HIV-Medikamente bekamen – ein rasanter Anstieg von nur 21 % im Jahr 2010.[xlix]

Die folgende Abbildung zeigt deutlich, dass wir auf dem richtigen Weg sind: Die Kurve der neuen HIV-Infektionen und der aidsbedingten Todesfälle zeigt nach unten. Wenn man die Investitionen allerdings nicht erhöht, wird sich dieser Trend umkehren: Die Zahl der HIV-Neuinfektionen und der aidsbedingten Todesfälle würde wieder steigen.

Abb. 9: Neu Infektionen/Fälle und Todesfälle – HIV



Quelle: *Investment Case for the Global Fund's 2017–2019 Replenishment*, Dezember 2015, S. 7

Tuberkulose

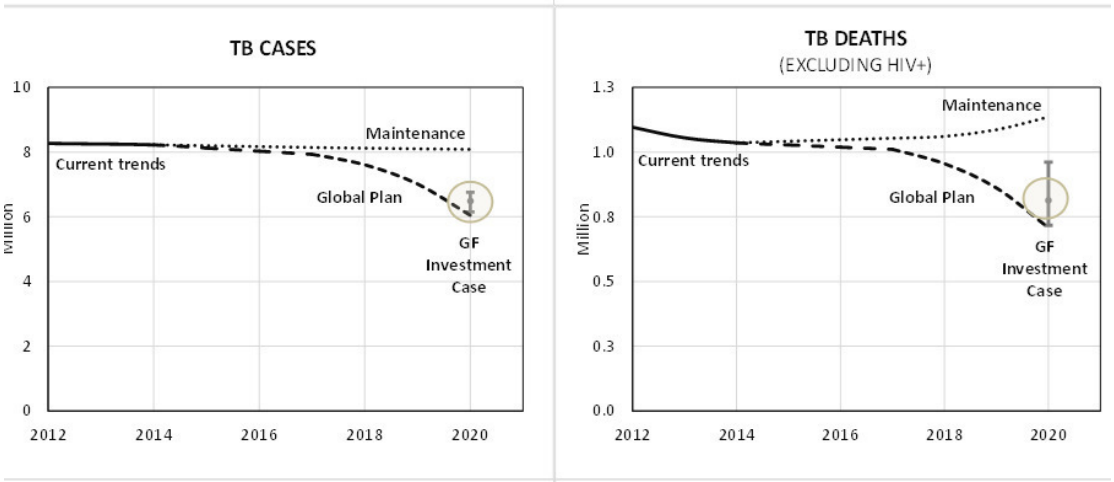
Wenn man die vom Globalen Plan zur Beendigung von Tuberkulose empfohlenen Mittel zur Verfügung stellt – was die Finanzierung des Globalen Fonds einschließt –, kann man damit 29 Millionen Tuberkulosekranke behandeln, 10 Millionen Menschenleben retten und 45 Millionen Menschen davor schützen, aufgrund einer Tuberkulose krank zu werden. Bleibt man dagegen auf dem derzeitigen Investitionsniveau, bremst man damit nicht nur die Fortschritte im Kampf gegen die Krankheit aus und verfehlt die 2020-Ziele der *End TB Strategy*, sondern nimmt auch eine steigende Zahl von Infektionen sowie explodierende Behandlungskosten in Kauf.[l]

Dank Global-Fund-Mitteln bekamen 13,2 Millionen Menschen eine Tuberkulosebehandlung – eine beeindruckende Zahl, die aber die in der Strategie des Globalen Fonds für 2012 bis 2016 anvisierten 21 Millionen weit verfehlt.[li] Ohne verstärkte Investitionen wird die Zahl der

tuberkulosebedingten Todesfälle so langsam sinken, dass es 170 Jahre dauern würde, denselben Erfolg zu erzielen, den wir (mit verstärkten Investitionen) in weniger als 20 Jahren erreichen können.

Abbildung 10 zeigt die steigende Zahl von TB-Fällen und TB-bedingten Todesfällen, die bei Nichterreichen der Global-Fund-Investitionsziele zu erwarten sind; ähnlich wie bei HIV würde die Zahl der TB-bedingten Todesfälle rasch wieder ansteigen, falls nur der Status quo beibehalten würde.

Abb. 10: Neue Infektionen/Fälle und Todesfälle – TB



Quelle: *Investment Case for the Global Fund's 2017–2019 Replenishment*, Dezember 2015, S. 7

Malaria

Mit Blick auf Malaria kann man die Folgen des Nichtstuns nur als katastrophal beschreiben.[lii] Ohne Erhöhung der Mittel für den Globalen Fonds (und andere Quellen) lässt sich der universale Zugang zur Malariaprävention, -diagnostik und -behandlung nicht aufrechterhalten. Damit gefährden wir Menschenleben – und nehmen einen Wiederanstieg der Malariafälle und malariabedingten Todesfälle in Kauf.[liii]

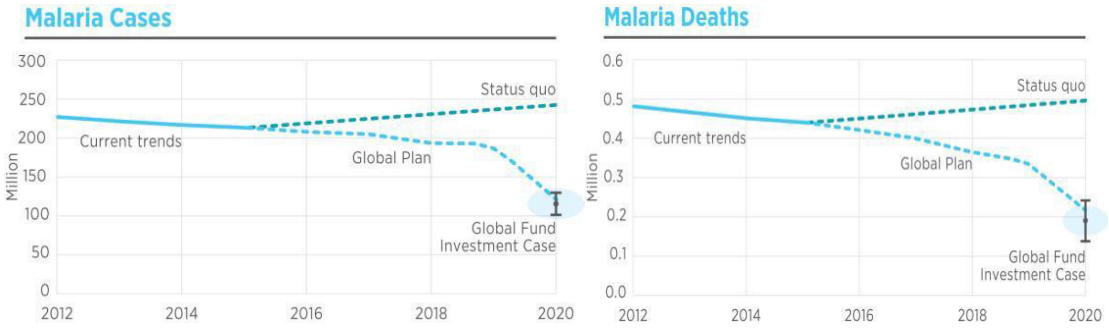
Erfahrungen aus den 1950er- und 1960er-Jahren belegen, dass der Wiederanstieg der Infektions-, Erkrankungs- und Todesfallzahlen unvermeidlich ist, wenn die Malariaprävention nicht aufrechterhalten wird. Die jüngsten Malariaausbrüche in Ländern, die schon malariafrei waren, und der Wiederanstieg der Zahlen in Ländern, die in den letzen zehn Jahren große Fortschritte bei der Verringerung der Erkrankungs- und Todesfallraten gemacht hatten, verdeutlichen die ständige Gefahr des Wiederauftretens von Malaria und steigender Zahlen – und die Notwendigkeit, wachsam zu bleiben und Gebiete mit einem aktuellen Übertragungsgeschehen rasch zu identizifieren, um Ausbrüche so schnell wie möglich einzudämmen.

Wenn die Verfügbarkeit von Malaria-Interventionen eingeschränkt wird, hat dies ein dramatisches Wiederaufflammen der Epidemie zur Folge – möglicherweise sogar mit höheren Prävalenzen als zu Beginn der Malariabekämpfung, denn wenn die Zahl der Fälle sinkt, nimmt auch die erworbene Immunität gegenüber Malaria ab, sodass die Menschen ein höheres Risiko haben, Malariasymptome zu entwickeln und schwer krank zu werden.[liv]

Das bedeutet: Es ist entscheidend wichtig, dass die vom Globalen Fonds unterstützten Malaria-Interventionen nachhaltig und angemessen weiterfinanziert werden, denn während der nächsten Wiederauffüllungsrunde des Globalen Fonds müssen viele der langlebigen insektizidbeschichteten Insektenschutznetze (LLINs), die sich als wirksames Mittel der Malariaprävention erwiesen haben, ersetzt werden. Wenn die identifizierten Finanzierungslücken nicht gefüllt werden, drohen ein beträchtlicher Wiederanstieg der Fälle und Ausbrüche und Epidemien wie 2010 in Ruanda.

Bis zum Ende des Jahres 2015 konnten dank Global-Fund-Investitionen laut dem *Global Fund Results Report* 548 Millionen Moskitonetze verteilt werden, deutlich mehr als das ursprüngliche Ziel von 390 Millionen. Abbildung 11 zeigt, was verstärkte Investitionen in den Globalen Fonds und seine Partner erreichen können – und wie hoch demgegenüber die Kosten des Nichtstuns sind (die gepunkteten Linien stehen für die Folgen einer Beibehaltung des Stastus quo).

Abb. 11: Neue Infektionen/Fälle und Todesfälle – Malaria



Quelle: *Investment Case for the Global Fund's 2017–2019 Replenishment*, Dezember 2015, S. 7

Fazit

Global-Fund-Geschäftsführer Mark Dybul erinnert uns an unsere historische Chance, auf dem festen Fundament einer inklusiven menschlichen Familie eine bessere Gesellschaft zu errichten. Fortschritte über das Erhoffte hinaus zu erreichen sei „relativ einfach" gewesen, so Dybul: „Der Bedarf war so immens, dass praktisch alles, was wir taten, große Wirkung hatte."[lv]

Die globalen Pläne und der *Investment Case* für den Globalen Fonds zeigen aber: Wir können es uns nicht leisten, auf dem derzeitigen Finanzierungslevel zu verharren: Die Beibehaltung des Status quo wäre im Wortsinn tödlich.

Die Kosten des Nichtstuns 2: Medikamentenresistenzen drohen die erreichten Fortschritte zu verspielen

Medikamentenresistenzen sind das Ergebnis von Mutationen, die Resistenzen gegen die „First-Line-Behandlung“ (Erstlinientherapie/Mittel der ersten Wahl) verursachen. Das heißt in anderen Worten: Resistenzen bewirken, dass die besten oder am häufigsten eingesetzten Medikamente bei diesen Menschen nicht wirken. Ein im Mai 2016 in Großbritannien veröffentlichter Bericht schätzt, dass bis zum Jahr 2050 mehr Menschen an medikamentenresistenten Erregern als an Krebs sterben könnten, wodurch die globale Wirtschaftsleistung um 100 Billionen Dollar verringert werden könnte. [lvi]

Bei HIV, TB und Malaria wächst die Bedrohung durch Medikamentenresistenzen in besorgniserregendem Ausmaß. Bei der Malaria gab es mehrere „Resistenz-Wellen“, sodass in neue Behandlungen investiert werden muss, um wiederaufgeflammte Epidemien zu bekämpfen. Medikamentenresistente Tuberkulose ist derzeit für 33 % aller auf mikrobielle Resistenzen zurückgehenden Todesfälle verantwortlich. Um HIV-Resistenzen zu verhindern, braucht man die garantierte, durchgängige Versorgung mit Medikamenten – oder, wenn das nicht möglich ist, anschließend andere, teurere Medikamente. Die medikamentenresistenten Tuberkulose- und HIV-Stämme können weitergegeben werden – und bei allen drei Krankheiten stellen Medikamentenresistenzen eine Bedrohung für derzeitige und künftige Investitionen dar.

HIV

Die Unterfinanzierung der globalen HIV-Bekämpfung wird Folgen haben, die über eingeschränkte Möglichkeiten zur Ausweitung der Primärprävention und der Behandlung hinausgehen. Antiretrovirale Medikamente gegen HIV sind – lebenslang – extrem wirksam, solange die Patient_innen sie konsequent und kontinuierlich nach Vorschrift einnehmen. Unterbrechungen der Therapie dagegen führen zur Entwicklung von Medikamentenresistenzen, sodass die Medikamente nicht mehr wirken. Erstlinientherapien sind bei Weitem die günstigsten Behandlungen. Wenn sich aber Resistenzen entwickeln, müssen teurere Medikamente der zweiten oder dritten Linie eingsetzt werden. HIV kann gegen alle diese Medikamente resistent werden, wenn sie nicht korrekt eingenommen werden, und medikamentenresistente HIV-Stämme können auf andere übertragen werden.

Eine Unterfinanzierung der HIV-Prävention und -Versorgung einschließlich communitybasierter Gesundheitssysteme bedroht die angemessene und kontinuierliche Versorgung mit Medikamenten und Diagnostika sowie die Weiterverweisung zur Behandlung und zu Angeboten der sozialen Unterstützung und der wichtigen Unterstützung bei der Therapietreue. Unterbrechungen der Medikamentenversorgung und anderer HIV-Angebote erhöhen das Risiko eines Therapieversagens, der Entwicklung von Medikamentenresistenzen und der Übertragung resistenter HIV-Stämme, wodurch der Bedarf an teureren Therapien der zweiten und dritten Linie steigt.

Die Übertragung medikamentenresistenter HIV-Stämme (HIVDR) gibt bereits Anlass zur Sorge. Im Juli 2015 berichtete die WHO, dass in 30 % der nationalen HIV-Berichte Resistenzen gegen NNRTIs – die wichtigste Substanzklasse in der First-Line-Therapie – festgestellt wurden, und zwar mit Raten zwischen 5 und 15 Prozent (was von der WHO als

mäßig eingeschätzt wird).[lvii] Studien haben außerdem gezeigt, dass im Jahr 2010 bei etwa 6,8 % der Patient_innen, die eine HIV-Therapie begannen, eine eingeschränkte Wirksamkeit eines oder mehrerer Medikamente der Erstlinientherapie vorlag. Der stärkste Anstieg der Prävalenzrate von Resistenzmutationen wurde mit 29 % pro Jahr seit Einführung der antiretroviralen Therapie aus Ostafrika berichtet. Je mehr Menschen eine antiretrovirale Therapie bekommen, desto stärker steigt auch die Gefahr der Übertragung medikamentenresistenter HIV-Stämme. Um das zu verhindern, sind Angebote zur Unterstützung der Therapietreue und zur Therapiebegleitung unerlässlich. Solche Angebote werden jedoch bisher schon nicht ausreichend finanziert und sind häufig die ersten, die Kürzungsmaßnahmen zum Opfer fallen.

WHO-Studien zur Übertragung medikamentenresistenter HIV-Stämme haben die Haltequote von HIV-Patient_innen 12 Monate nach Therapiebeginn untersucht: 31 % der untersuchten Kliniken erreichten nicht das von der WHO empfohlene Ziel, dass mindestens 70 % der Patient_innen nach 12 Monaten eine Viruslast unter der Nachweisgrenze haben sollten. Bei etwa 10 % der untersuchten Patient_innen kam es im ersten Jahr zum Versagen von antiretroviralen Medikamenten. In kürzlich veröffentlichten Analysen von Daten aus vier von sechs Studien zu HIV-Medikamentenresistenzen bei Kindern unter 18 Monaten lag die Rate von Resistenzen gegen NNRTIs bei 62 %. Auch wenn die verfügbaren globalen Daten insgesamt annehmen lassen, dass der Anteil medikamentenresistenter HIV-Stämme handhabbar bleibt, zeigen neuere Veröffentlichung doch Anstiege der Raten bei frisch positiv Getesteten: 16 % in Angola, 22 % in Kuba und 16 % in Papua-Neuguinea.[lviii]

Eine kürzlich veröffentlichte Modellrechnung[lix] prognostizierte den Bedarf an Zweitlinien-HIV-Therapien bei Erwachsenen in Subsahara-Afrika bis 2030. Die Ergebnisse legen nahe, dass 2020 die Zahl erwachsener Patient_innen mit einer Zweitlinientherapie mindestens doppelt so hoch ist wie im Jahr 2014 und bis 2030 auf über 4 Millionen steigen dürfte. Der Bedarf an Zweitlinientherapien wird in jedem Fall steigen, unabhängig davon, wie stark der Zugang zur antiretroviralen Therapie ausgeweitet wird, und unabhängig von den Strategien des Patientenmanagements. Geberländer und die Länder in Subsahara-Afrika sollten sich auf einen beträchtlichen Anstieg des Bedarfs an Medikamenten für die Zweitlinientherapien in den nächsten Jahren einstellen.

Tuberkulose

Allein 2014 entwickelten 480.000 Menschen eine medikamentenresistente TB (*drug-resistant TB*/DR-TB), etwa 190.000 starben daran.[lx] Eine medikamentenresistente Tuberkulose kann in verschiedenen Formen auftreten, nämlich als multiresistente TB (*multidrug-resistant*/MDR), bei der Resistenzen gegen mindestens zwei Medikamente der Erstlinientherapie bestehen, und als extensiv bzw. extrem resistente TB (*extensively drug-resistant*/XDR) mit Resistenzen gegen mindestens vier Medikamente der Erstlinientherapie.

Der Globale Fonds spielt seit jeher eine Vorreiterrolle bei der Bekämpfung der medikamentenresistenten TB. Von seiner Gründung im Jahr 2002 bis zum Jahr 2005 wurden 7.600 Patient_innen mit einer medikamentenresistenten TB im Rahmen von Global-Fund-unterstützten Programmen behandelt. Bis 2010 stieg diese Zahl auf 52.000, um sich dann bis 2014 auf 210.000 zu vervierfachen.[lxi]

Ein TB-Stamm, der zunächst auf Medikamente anspricht, kann auf verschiedenen Wegen resistent werden. Häufig werden die Patient_innen beschuldigt, ihre Therapievorschriften nicht befolgt zu haben. Zwar kann eine nicht vollständige Therapie in der Tat zu Medikamentenresistenzen führen, doch liegt die Schuld hier eher in den unterfinanzierten Gesundheitssystemen mit zu geringen oder gar keinen Kapazitäten für sechsmonatige Behandlungen, die tägliche überwachte Besuche seitens der Patient_innen erfordern.

Die Ausbreitung medikamentenresistenter Tuberkulosestämme stellt eine ständige Bedrohung der Bemühungen zur Bekämpfung der Krankheit dar. 2013 lagen bei schätzungsweise 3,5 % der neuen und 20,5 % der bestehenden TB-Fälle Multiresistenzen vor (MDR-TB), und diese Zahl steigt, sie fällt nicht. Über die menschlichen Tragödien hinaus, für die diese Zahlen stehen, stellen die MDR-TB-Fälle auch eine große Belastung für die ohnehin knappen TB-Budgets dar, denn die Behandlung einer medikamentenresistenten TB kann bis zu 200 Mal so teuer sein wie die einer „normalen“ Tuberkulose.

Wenn wir uns dieser Herausforderung jetzt nicht stellen, wird der in Jahrzehnten erreichte Fortschritt zunichtegemacht, und die bisher in die TB-Bekämpfung investierten Milliarden Dollar sind verloren. Laut der britischen Studie zu antimikrobiellen Resistenzen aus dem Jahr 2014 wird medikamentenresistente Tuberkulose über die nächsten 35 Jahre zu 300 Millionen vorzeitigen Todesfällen und einem Absinken des Bruttoinlandsprodukts um 2–3,5 % bis zum Jahr 2050 führen.[lxii] Derzeit wird nur jede_r fünfte Patient_in mit MDR-TB diagnostiziert und kann behandelt werden, und nur die Hälfte der Behandelten wird geheilt. Schätzungen zufolge kostet die multiresistente Tuberkulose die Weltwirschaft bis 2050 etwa 17 Billionen Dollar durch Produktivitätsverluste.[lxiii]

Malaria

Wie bei HIV und Tuberkulose wächst auch bei der Malariabehandlung die Bedrohung durch Medikamentenresistenzen. In den 1950er-Jahren begann die Entwicklung von Resistenzen gegen Chloroquin in Kambodscha. In den 1960er-Jahren passierte dasselbe mit einem Medikament namens Fansidar. In beiden Fällen breiteten sich die Resistenzten weltweit aus – keine der Substanzen wird heute noch in großem Maßstab eingesetzt.

Plasmodium falciparum, die tödlichste Form des Malaria-Erregers, ist für den weit überwiegenden Teil der mit der Malaria-Infektion assoziierten Erkrankungen und Todesfälle verantwortlich. Artemisinin-Kombinationstherapien (*Artemisinin Combination Therapies*/ACTs) sind derzeit das Mittel der Wahl gegen *Plasmodium-falciparum*-Malaria.[lxiv] Artemisinin gilt als Revolution der Malariabehandlung und wirkt in großen Teilen der Welt noch gut, doch droht das Aufkommen von Artemisinin-Resistenzen in der *Greater Mekong Subregion* die erreichten Fortschritte wieder zunichtezumachen.

Während die Bedrohung durch Medikamentenresistenzen also wächst, steigt der Druck, die Wirksamkeit der bestehenden Therapiemöglichkeiten zu erhalten, alternative Behandlungen zu entwickeln und Vorsichtsmaßnahmen wie Bettnetze zu implementieren. Um den Resistenzen gegen Medikamente und Insektiziden einen Schritt voraus zu sein und die 2030-Malaria-Ziele zu erreichen, sind zusätzliche 10 Milliarden Dollar für die Forschung und Entwicklung in diesem Bereich nötig.

Der Globale Fonds investiert nicht direkt in Forschung und Entwicklung, hat aber im Rahmen der finanziellen Ausstattung für regionale Förderprojekte 100 Millionen Dollar in eine regionale Artemisin-Resistenz-Initiative investiert, die sich um resistente Malaria in der Mekong-Subregion kümmert und die Wirkung der Global-Fund-Investitionen der letzten zehn Jahren erhöhen will.

Eine kürzlich im *New England Journal of Medicine* veröffentlichte Studie bestätigt, dass es im östlichen Myanmar, in Thailand, Südvietnam und dem westlichen Kambodscha bereits Resistenzen gegen das derzeitige Malaria-Erstlinienmedikament Artemisinin gibt und dass sich beunruhigende Hinweise auf sich entwickelnde Resistenzen aus Zentral-Myanmar, dem südlichen Laos und dem nordöstlichen Kambodscha mehren.[lxv]

> *„Sollten Medikamentenresistenzen sich weiter ausbreiten oder in Afrika auftreten, wären tausende, wenn nicht Millionen Menschenleben in Gefahr, und jahrelange Anstrengungen und Investitionen in die Malariabekämpfung wären vergebens gewesen. Es ist vielleicht noch möglich, die Ausbreitung Artemisin-resistenter Malaria-Erreger zu verhindern, indem man sie ausrottet, aber diese Chance könnte schnell vorübergehen … Resistenzen gegen Malariamedikamente müssen unverzüglich allerhöchste Bedeutung für die globale Gesundheitspolitik bekommen, um dramatische Umkehrungen der Erfolge, die wir in den letzten zehn Jahren gegen diese tödliche Krankheit erzielt haben, zu verhindern."*
> Professor Nicholas White, Hauptautor der Studie und Chef der in Bangkok ansässigen *Mahidol Oxford Tropical Medicine Research Unit* (MORU) [lxvi]

Eine erfolgreiche Wiederauffüllungsrunde ermöglicht es dem Globalen Fonds, die Bemühungen zur Eindämmung der Artemisinin-Resistenzen weiter zu unterstützen. Ohne diese Unterstützung könnten sich die Medikamentenresistenzen auf andere Regionen der Welt ausbreiten, und wir könnten eines der wichtigsten Behandlungsmittel gegen Malaria verlieren.

Fazit

Medikamentenresistenzen sind ein wichtiges Thema, wenn es um die Bedürfnisse der besonders stark von HIV, TB und Malaria bedrohten und betroffenen Gruppen geht, erhöhen sie doch die Kosten und die Schwierigkeiten, diese Gruppen zu erreichen. Die Kosten des Nichtstuns wären nicht nur Millionen zusätzliche Todesfälle jedes Jahr, sondern auch auf Jahrzehnte hinaus schwere negative Folgen für die globale Wirtschaft.

Die Kosten des Nichtstuns 3: Schlüsselgruppen und besonders vulnerable Communities werden ignoriert

Das *Global Fund Advocates Network* (GFAN) hat kürzlich zusammen mit dem *International Council of AIDS Service Organizations* (ICASO) und dem *Free Space Process* das Papier *„Key Populations und the Global Fund: Delivering Key Results"* veröffentlicht. Die Herausgeber zeigen darin, warum Schlüsselgruppen und besonders vulnerabel Gruppen einen voll finanzierten Globalen Fonds brauchen und warum der Globale Fonds sie und ihre Führungsrolle braucht.[lxvii] Mithilfe von Fallstudien, Interviews und Zitaten machen sie deutlich, warum ein voll finanzierter Globaler Fonds und warum Schlüssel- und besonders vulnerable Gruppen entscheidend sind, um die am stärksten betroffenen Menschen zu erreichen und die Epidemie zu beenden.

HIV

In der HIV-Prävention zählen normalerweise die folgenden Gruppen zu den Schlüssel- und besonders vulnerablen Gruppen: Frauen und Mädchen, Männer, die Sex mit Männern haben (MSM), Menschen, die Drogen intravenös konsumieren (*people who inject drugs*/PWID), trans* Personen, Sexarbeiter_innen, Gefangene, Geflüchtete und Migrant_innen, Menschen mit HIV, Jugendliche und junge Erwachsene, Waisen und Kinder in prekären Lebenslagen sowie von humanitären Krisen betroffene Gruppen.

Global gesehen haben schwule Männer und andere MSM ein 19-fach höheres Risiko, sich mit HIV zu infizieren, als Menschen aus der Allgemeinbevölkerung;[lxviii] bei intravenös Drogen Gebrauchenden ist die HIV-Prävalenz 28-mal höher, bei Sexarbeiter_innen 12-mal. Trans* Frauen haben sogar ein 49-fach höheres HIV-Risiko als andere Erwachsene im reproduktionsfähigen Alter.[lxix]

Weltweit entfallen schätzungsweise 30 % der HIV-Neuinfektionen auf Menschen aus diesen Schlüsselgruppen, in 88 von 159 Ländern sind es sogar mehr als 50 %. Laut UNAIDS entfielen 2014 mehr als 90 % der HIV-Neuinfektionen in Zentralasien, dem Nahen Osten und Nordafrika auf Menschen aus den Schlüsselgruppen und ihre Sexpartner_innen.[lxx] Die HIV-Epidemie können wir nur beenden, wenn Angebote für Schlüsselgruppen angemessen finanziert werden.

Laut UNAIDS-Daten aus 136 Ländern mit niedrigen und mittleren Einkommen betrugen die Mittel für Programme für Sexarbeiter_innen, MSM und Drogengebraucher_innen im Jahr 2013 nur 1,4 % der Gesamtausgaben für den Aidsbereich und 7,5 % der Ausgaben für Präventionsprogramme. In Ländern, in denen die HIV-Epidemie vor allem Schlüsselgruppen betrifft, machten die Ausgaben für diese Zielgruppen nur 2,6 % der Gesamtausgaben und 12 % der Präventionsausgaben aus.[lxxi]

Nur 57 % der 136 Länder investierten in Programme für Sexarbeiter_innen, nur 51 % in Programme für MSM und nur 38 % in Programme für Drogengebraucher_innen;[lxxii] unbekannt ist, ob und ggf. welche Gelder in Ländern, die keine Angabe zur Höhe oder Verteilung ihrer Investitionen in die HIV- und Aids-Bekämpfung machten, in Programme für Schlüsselgruppen investiert wurden. In Ländern, die Angaben zu ihren Ausgaben machten, übernahmen oft internationale Geldgeber den größten Teil der Mittel für Schlüsselgruppen, weniger als 20 % kamen aus den nationalen Budgets selbst. Die nationalen Mittel für Schlüsselgruppen müssen also drastisch erhöht werden, zumal mehr Länder künftig weniger internationale Mittel erhalten.

Klar ist: Die Mittel für Schlüsselgruppen reichen nicht aus, wobei unklar ist, wie viel überhaupt ausgegeben wird. Eine umfassende Analyse von 119 Anträgen an den Globalen Fonds durch sein *Technical Review Panel* zeigt, dass Themen und Bedarfe von Schlüsselgruppen allzuoft nicht berücksichtigt werden.[lxxiii] Dennoch hat die besondere Bedeutung, die der Globale Fonds Schlüssel- und vulnerablen Gruppen beimisst, bei einigen Regierungen offenbar etwas bewegt und Entwicklungen ermöglicht. So haben seit Einführung des neuen Finanzierungsmodells mehrere Länder wie Benin, Burkina Faso, Burundi, der Tschad, die Demokratische Republik Kongo, Dschibuti, Senegal, Sierra Leone und Südsudan zum ersten Mal Maßnahmen zur Schadensminimierung für Drogengebrauchende in ihre Programme aufgenommen.[lxxiv]

Der Globale Fonds spielt eine entscheidende Rolle dabei, Gelder für Schlüssel- und vulnerable Gruppen in den Ländern zu mobilisieren sowie die Länder dabei zu unterstützen, diese Aufgaben in die eigene Hand zu nehmen und die Gesetzes- und Sicherheitslage für diese Gruppen zu verbessern.

Tuberkulose

TB gilt als Krankheit der Armen, ist aber mehr, nämlich eine opportunistische Infektion. In der Tat entspringt sie oft der Armut, aber als luftübertragbare Krankheit ist sie eine Bedrohung für uns alle, unabhängig vom sozioökonomischen Status oder der Geografie. Tuberkulose verursacht wiederum auch Armut, denn sie ist eine enorme finanzielle Belastung für Patient_innen, die sich behandeln lassen wollen, und bedeutet für Menschen in Behandlung auch beträchtliche Lohnverluste.[lxxv]

Zu den besonders vulnerablen (oder vulnerabel gemachten) Gruppen gehören jene, die den Erregern aufgrund ihrer Lebens- oder Arbeitssituation in erhöhtem Maße ausgesetzt sind (etwa Sexarbeiter_innen, Minenarbeiter_innen, Krankenhausbesucher_innen, Mitarbeiter_innen des Gesundheitswesens und Menschen, die in Slums oder in Gebäuden ohne ausreichende Belüftung leben), Menschen mit eingeschränktem Zugang zu guten TB-Angeboten (zum Beispiel Frauen, Kinder, migrantische Arbeitskräfte, Geflüchtete oder Binnenvertriebene, Lesben, Schwule, Bisexuelle, trans*, inter* und queere Personen sowie Menschen in abgelegenen Gegenden) und Personen, die aufgrund biologischer Faktoren oder aufgrund ihres Verhaltens ein erhöhtes TB-Risiko haben (etwa Menschen mit HIV, Diabetes oder Staublunge, intravenös Drogen Konsumierende, Raucher_innen und unterernährte Menschen).[lxxvi]

Anknüpfend an die führende Rolle der *Stop TB Partnership* bei der Einbeziehung von Schlüssel- und vulnerablen Gruppen hat der Globale Fonds in einige besondere regionale Projekte investiert. Die Mitgliedsländer der Entwicklungsgemeinschaft des südlichen Afrika (*Southern Africa Development Community*) zum Beispiel beteiligen sich an einem grenzüberschreitenden Programm für Minenarbeiter_innen, die sowohl als Schlüsselgruppe als auch als Migrant_innen besonders von TB betroffen sind. In Südafrika gehen mehr als ein Drittel der Gelder, die das Land vom Globalen Fonds bekommt, an Programme, die sich speziell an Schlüssel- und vulnerable Gruppen richten, darunter TB-Programme für Minenarbeiter_innen und Inhaftierte; der Globale Fonds ist damit der größte Einzelinvestor in diesem Bereich in Südafrika.[lxxvii]

Malaria

Wie bei HIV und TB gibt es auch bei der Malariaprävention und -behandlung regionale Unterschiede bei den Schlüssel- und vulnerablen Gruppen, doch gehören im Allgemeinen mobile und migrantische Populationen (sowohl innerhalb der Landesgrenzen als auch grenzüberschreitend), ethnische Minderheiten, Menschen, die im Wald arbeiten oder leben, schwangere Frauen sowie Kinder zu ihnen.[lxxviii]

Besonders bei Malaria haben die Kosten des Nichtstuns ganz klar eine Geschlechterdimension: Frauen (insbesondere schwangere Frauen) und Kinder sind sowohl in Ländern mit weiter als auch in solchen mit geringer Malariaverbreitung unverhältnismäßig stark betroffen, da sie aus

biologischen und sozialen Gründen das höchste Malariarisiko haben.[lxxix] Schwangere Frauen in Malaria-Endemiegebieten haben ein bis zu 50 % höheres Infektionsrisiko als nichtschwangere Frauen, und Malaria in der Schwangerschaft trägt erheblich zur Müttersterblichkeit bei. Des Weiteren kann sie Anämie verursachen, die ihrerseits zur Müttersterblichkeit bei der Geburt infolge von Blutungen beiträgt, und außerdem führt sie zu Totgeburten, Frühgeburten und niedrigem Geburtsgewicht und erhöht das Risiko neonataler Todesfälle. [lxxx]

Global-Fund-Programme bieten Unterstützung bei der Antwort auf diese Herausforderungen. In Äthiopien zum Beispiel hat ein integriertes Schulungsprogramm für 32.000 Gesundheitsberater_innen und -helfer_innen zu beträchtlichen Verbesserungen bei Angeboten für Mütter und ihre Kinder geführt. Die Zahl schwangerer Frauen, die vor der Geburt mindestens einen Kontakt mit dem Gesundheitssystem hatten, ist dadurch um 57 % gestiegen und die Zahl neuer Malariafälle um 70 % gesunken.[lxxxi]

Fazit

Investitionen in Schlüssel- und vulnerable Gruppen sind der Schlüssel für Erfolge im Kampf gegen Aids, Tuberkulose und Malaria. Der Globale Fonds seinerseits spielt eine Schlüsselrolle dabei, die Stimmen der Schlüssel- und vulnerablen Gruppen zu Gehör zu bringen, und stellt sie ins Zentrum seiner Arbeit.[lxxxii]

Der Globale Fonds kann Erfolge bei der Mobilisierung zusätzlicher nationaler Ressourcen vorweisen. Eine kürzlich durchgeführte Analyse zu 13 Ländern mit mittleren bis höheren Einkommen ergab, dass die „Willingness-to-pay"-Politik des Globalen Fonds (WTP; diese „Zahlungsbereitschafts-Politik", die einen Eigenanteil vorschreibt, ist das wichtigste Instrument des Globalen Fonds, um die nationalen Investitionen zu erhöhen) sich positiv auf die Investitionen der Empfängerländer für Schlüsselpopulationen auswirkt: 9 der 13 Länder hatten einen Teil oder alle ihre WTP-Zusagen für Programme für Schlüssel- und vulnerable Gruppen gemacht.

Die Mehrheit der Global-Fund-Fördergelder für Länder mit mittleren Einkommen fließt in Angebote für Schlüsselpopulationen. Eine Unterfinanzierung des Globalen Fonds wird diese Gruppen daher überproportional stark treffen – Gruppen, die schon jetzt stark unterversorgt sind. Dieselbe Stigmatisierung und Diskriminierung, die Menschen aus Schlüsselgruppen davon abhält, Präventions- und Behandlungsangebote wahrzunehmen, hält Regierungen davon ab, Angebote für diese Gruppen angemessen zu finanzieren.

Ohne eine Vollfinanzierung für den Globalen Fonds wird er seine führende Rolle bei Investitionen in rechte- und evidenzbasierte Interventionen oder seine Katalysatorfunktion für die Verbesserung der nationalen Programme nicht mehr wahrnehmen können – Rollen, die entscheidend sind, um die von seinen Partnern gesetzten globalen Ziele zu erreichen.

Die Kosten des Nichtstuns 4: Ökonomische Folgen

Laut *Investment Case* des Globalen Fonds würden die globalen Pläne seiner technischen Partner zusammen zu schätzungsweise 290 Milliarden Dollar an ökonomischen Gewinnen beitragen,

wenn alle Pläne vollständig umgesetzt würden,[lxxxiii] und jeweils 100 Millionen Dollar an Investitionen durch den Globalen Fonds würden 300 Millionen an nationalen Ressourcen mobilisieren und 2,2 Milliarden Dollar an langfristigen ökonomischen Gewinnen ermöglichen.[lxxxiv] Ein vollfinanzierter Globaler Fonds rettet nicht nur Leben und stärkt Communities – wenn die Geberländer das Ziel der Fünften Wiederauffüllung von 13 Milliarden erreichen, hätte dies langfristig gesehen beträchtliche positive wirtschaftliche Auswirkungen und würde weitere Investitionen ankurbeln.

HIV

In seinem Bericht zum Millenniums-Entwicklungsziel 6 schätzt UNAIDS, dass ein investierter Dollar 17 Dollar an ökonomischem Nutzen nach sich zieht.[lxxxv] Berechnet man potenzielle Produktivitätsgewinne ein, könnte sich der schrittweise aufeinander aufbauende Nutzen auf 2,6 Billionen Dollar belaufen – 14 Mal so viel wie die getätigten Investitionen von 176 Milliarden Dollar.

Die Kosten des Nichtstuns hingegen werden immens sein, wenn die Länder auf dem Niveau der bestehenden Angebote fortfahren: 21 Millionen Menschenleben werden nicht gerettet werden, und 2030 werden 28 Millionen Menschen zusätzlich HIV-infiziert sein. Die Zahl der Menschen in antiretroviraler Therapie wird drastisch reduziert, wodurch auch die Präventionsgewinne durch einen früheren Behandlungsbeginn entfallen, was zu erhöhten Infektionsraten, erhöhten Krankheitsraten und einer erhöhten Sterblichkeit führt. Statt Todesfälle und Neuinfektionen zu verhindern, würde ein Stagnieren auf dem jetzigen Level dazu führen, dass die Welt bis zum Jahr 2030 jedes Jahr zusätzliche 24 Milliarden Dollar für antiretrovirale Medikamente zahlen müsste.

> *„Die Rendite auf Investitionen in den Kampf gegen Aids ist hoch. Bezieht man die Überlebensgewinne bei der Berechnung des wirtschaftlichen Wohlstands ein, wie es im Bericht der* Lancet Commission on Investing in Health *geschieht, hat jedes gewonnene Lebensjahr in Ländern mit niedrigen bis mittleren Einkommen umgerechnet den 2- bis 3-fachen Wert an Bruttoinlandspropdukt pro Person. Laut unserer Modellrechnung würde die Umsetzung des ambitioniertesten Szenarios bis zum Jahr 2030 Gewinne in Höhe von 1.157 Milliarden Dollar mit sich bringen.“*
> Gemeinsame Kommission von UNAIDS und The Lancet: *Defeating AIDS – Advancing global health*[lxxxvi]

Tuberkulose

Bei Vollfinanzierung des Globalen Fonds und Umsetzung der Empfehlungen des Globalen Plans liegt die geschätzte Rendite für Geberländer bei 85 Dollar für jeden in die TB-Bekämpfung investierten Dollar. Der Global Plan sieht dabei eine sofortige Steigerung der Investitionen vor; die benötigten Ressourcen würden ihr Maximum schätzungsweise im Jahr 2018 erreichen und ab 2019 sinken.[lxxxvii]

Eine fünfjährige Verzögerung der Investitionen könnte katastrophale Folgen haben, darunter 8,4 Millionen zusätzliche TB-Fälle und 1,4 Millionen zusätzliche Todesfälle (zu den 1,5 Millionen

jährlichen Todesfällen hinzu), 5,3 Milliarden Dollar an zusätzlichen TB-Behandlungskosten und 181 Milliarden Dollar an Produktivitätsverlusten.[lxxxviii]
Die Kosten des Nichtstuns – wenn wir das Investitionsmodell des Globalen Plans zur Beendigung der Tuberkulose nicht umsetzen – liegen also höher als 185 Milliarden Dollar und werden in den kommenden Jahren immer weiter steigen. Selbst eine einjährige Investitionsverzögerung würde bedeuten, dass 1,6 Milliarden Dollar an zusätzlichen TB-Behandlungskosten aufzubringen wären und 2,4 Millionen Menschen sich zusätzlich mit TB infizieren würden.[lxxxix] Der Kampf gegen Tuberkulose ist abhängig von der Entwicklung neuer Instrumente und neuer Behandlungen. Wenn wir jetzt nicht in die nötige Forschung und Entwicklung investieren, werden die Infektionsraten und damit die Behandlungskosten immer weiter steigen.

Malaria

Wenn die Malaria zurückkehrt, wird dies fürchterliche Folgen haben. Historisch gesehen waren schwindendes politisches Engagement und Haushaltskürzungen immer mit massiven Malaria-Ausbrüchen verknüpft.[xc] Erreichen wir die globalen Meilensteine nicht – beginnend mit dem Ziel, bis zum Jahr 2020 6,5 Milliarden Dollar zu mobilisieren –, hätte das katastrophale Verluste an Menschenleben und auch katastrophale finanzielle Verluste zur Folge[xci] und würde bedeuten, dass wir die beispiellosen bisher getätigten Investionen verspielen würden.

Verschiedene Analysen zeigen die immensen in den Jahren 2016 bis 2030 zu erwartenden Kosten, wenn die Malaria-Interventionen wieder auf das Niveau des Jahres 2007 (also vor Start des ersten globalen Malaria-Aktionsplans) zurückfielen:[xcii]

- 1,2 Billionen Dollar an entgangener Wirtschaftsleistung
- 5,2 Milliarden direkte Kosten für die Gesundheitssysteme und Haushalte
- 1 Milliarde verlorene Arbeitstage pro Jahr
- 2 Milliarden zusätzliche Malariafälle
- 3,7 Millionen zusätzliche Todesfälle.

Auch wenn die Kosten für die Erreichung der gemeinsamen Ziele für das Jahr 2030 hoch sein mögen – die Rendite wird ungleich höher sein. Eine Kosten-Nutzen-Analyse auf Basis der in der globalen WHO-Strategie für Malaria verwendeten Methodik zeigt, dass der Nutzen mit Erreichung der Meilenteine für die Jahre 2020 und 2025 immer stärker ansteigt – bis zum Erreichen der Ziele für 2030 könnten fast 3 Milliarden Malariafälle vermieden und mehr als 10 Millionen Menschenleben gerettet werden.

Auch eine andere Kosten-Nutzen-Berechnung zu den Zielen der Post-2015-Agenda für nachhaltige Entwicklung lieferte belastbare Belege dafür, dass der ökonomische Nutzen einer Umkehr der Malaria-Ausbreitung und einer Senkung der jährlichen malariabedingten Todesfälle um 95 % etwa 15-mal so hoch wäre wie die Kosten – eine Rendite, die als „phänomenal“ bezeichnet wird.[xciii]

Fazit

Die Zahlen sind klar: der Gesamtressourcenbedarf für die Erreichung der 2030-Ziele bei allen drei Krankheiten liegt bei mehreren zehn Milliarden Dollar, und auch wenn wir Fortschritte gemacht haben, investieren wir nicht genug, um bildlich gesprochen „die Kurve zu kriegen". Um es mit den oft wiederholten Worten des UNAIDS-Chefs Michel Sidibé zu sagen: Wir können jetzt zahlen oder später, aber zahlen werden wir auf jeden Fall. Wenn wir den Globalen Fonds und die in den globalen Plänen vorgesehenen Maßnahmen voll finanzieren, werden wir die drei Krankheiten beenden und eine „phänomenale Rendite" erwirtschaften.

Folgen von Wechselkursschwankungen ausgleichen

Wechselkursschwankungen wirken sich negativ sowohl auf die Quellen als auch auf die Verwendung von Mitteln des Globalen Fonds aus.[xciv] Abwertungen von Währungen gegenüber dem US-Dollar haben zu beträchtlichen Wertminderungen der Zusagen von Geberländern geführt, sodass der Globale Fonds de facto weniger Geld ausgeben konnte als ursprünglich geplant.

Rechnet man die nicht in Dollar gezahlten Beiträge der Vierten Wiederauffüllung nach heutigen Kursen um, liegt die Differenz bei etwa 1,129 Milliarden Dollar (etwas mehr als 17 %). In anderen Worten: Um das Ziel von 13 Milliarden Dollar zu erreichen, bräuchten wir nach heutigen Kursen eine Erhöhung des Ergebnisses der Vierten Wiederauffüllungsrunde um 2,7 Milliarden Dollar auf 10,3 Milliarden (2,7 Milliarden entsprechen 21 % des Ziels von 13 Milliarden Dollar).

Währungsabwertungen können sich auch auf den Einsatz von Global-Fund-Mitteln durch die Empfängerländer auswirken. Wenn ihre Währungen gegenüber dem US-Dollar an Wert verlieren, könnten die Empfängerländer weniger Geld als erwartet erhalten (wobei diese Wirkung durch den Einsatz von Mitteln in anderen Währungen abgemildert werden könnte, die einen besseren Wechselkurs zur einheimischen Währung aufweisen).

Diese Zahlen untermauern, dass der Bedarf für eine erfolgreiche Wiederauffüllungsrunde bei mindestens 13 Milliarden Dollar liegt.

Fazit

Der Finanzierungsmechanismus des Globalen Fonds gilt weithin als eine der großen Erfolgsgeschichten, was Fortschritte bei der Erreichung der globalen Millennium-Entwicklungsziele angeht. Dennoch müssen wir noch mehr investieren, um die derzeitigen Behandlungsmöglichkeiten zu erhalten, um neue Antworten auf Veränderungen bei den Krankheiten wie zum Beispiel Medikamentenresistenzen zu finden, um Impfstoffe zur Vermeidung von Infektionen zu entwickeln und um auch jene zu erreichen, die immer noch keinen Zugang zu communitybasierten Angeboten und zum Gesundheitssystem haben – insbesondere Menschen aus Schlüssel- und vulnerablen Gruppen.

2013 bezifferte der Globale Fonds seinen Finanzbedarf für die Drei-Jahres-Periode bis zum Dezember 2016 auf 15 Milliarden Dollar. Die Weltgemeinschaft hat es nicht geschafft, dieses Ziel

zu erreichen, aber trotzdem hat der Globale Fonds beeindruckende Erfolge erzielt – nicht zuletzt deshalb (um nochmals das Zitat des ehemaligen Global-Fund-Chefs Mark Dybul aufzugreifen), weil der Bedarf so immens war, dass fast jede Maßnahme sich positiv auswirken musste.
Den Bedarf für die fünfte Wiederauffüllungsrunde hat der Globale Fonds mit 13 Milliarden Dollar niedriger angesetzt. Das *Investment Case* zeigt dabei allerdings deutlich, dass ein Stagnieren oder gar ein Rückgang der Investitionen im wahrsten Wortsinn tödliche Folgen für die Menschen hätte, die mit den drei Krankheiten leben oder durch sie gefährdet sind.

Schlüssel- und vulnerable Gruppen, Netzwerke und die Zivilgesellschaft haben das abgesenkte Wiederauffüllungsziel kritisiert; sie fürchten, die in den letzten Jahren erreichten Erfolge würden verspielt, wenn man sich jetzt zurücklehnt. Dieser Bericht nutzt deshalb das *Investment Case* des Globalen Fonds, um zu zeigen, dass diese befürchteten Kosten des Nichtsstuns sehr real sein könnten. Er unterstreicht damit die Forderung der Zivilgesellschaft, dass der Globale Fonds sich ehrgeizige Finanzierungsziele setzen und die Geberländer dazu bewegen muss, diese Ziele nicht nur zu erreichen, sondern sie zu übertreffen.

Nicht ausreichende Investitionen bedeuten mehr Infektionen, mehr verlorene Leben, mehr Probleme bei der Behandlung der Krankheiten, wenn Medikamentenresistenzen sich stärker ausbreiten, und rapide steigende wirtschaftliche Kosten. Am stärksten unter nicht ausreichenden Investitionen werden dabei jene leiden, die das höchste Risiko haben: Menschen aus den Schlüssel- und vulnerablen Gruppen.

Die Kosten des Nichtstuns sind sehr real – für hunderte Millonen Menschen und ihre Familien, ihre Lebensgrundlagen und ihre Gemeinschaften. Wir können entweder jetzt gemeinsam daran arbeiten, die Epidemien zu beenden, oder später teuer für unser Nichtstun bezahlen.

Fußnoten

[i] http://www.globalfundadvocatesnetwork.org/wp-content/uploads/2015/12/GF-Investment-Case-December-2015.pdf; auf Deutsch: https://www.theglobalfund.org/media/1129/publication_investmentcase_summary_de.pdf
[ii] http://www.unaids.org/en/resources/documents/2014/JC2686_WAD2014report
[iii] http://www.unaids.org/en/resources/documents/2015/MDG6_15years-15lessonsfromtheAIDSresponse
[iv] GF Investment Case
[v] http://kff.org/global-health-policy/report/donor-funding-for-health-in-low-middle-income-countries-2002-2013/
[vi] UNAIDS. *Global AIDS Update*, Mai 2016 http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/global-AIDS-update-2016_en.pdf
[vii] http://www.who.int/hiv/pub/arv/policy-brief-arv-2015/en/
[viii] The Stop TB Partnership. *Global Plan to End TB 2016–2020*, The Paradigm Shift. http://stoptb.org/assets/documents/global/plan/GlobalPlanToEndTB_TheParadigmShift_2016-2020_StopTBPartnership.pdf
[ix] WHO. *Global Tuberculosis Report 2015*. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/191102/1/9789241565059_eng.pdf?ua=1
[x] The Stop TB Partnership. http://www.stoptb.org/global/fund/
[xi] http://www.theglobalfund.org/documents/publications/annual_reports/Corporate_2015ResultsReport_Report_en/
[xii] WHO. *Global Tuberculosis Report 2015*. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/191102/1/9789241565059_eng.pdf?ua=1
[xiii] The Stop TB Partnership. *Global Plan to End TB 2016–2020*, The Paradigm Shift. http://stoptb.org/assets/documents/global/plan/GlobalPlanToEndTB_TheParadigmShift_2016-2020_StopTBPartnership.pdf
[xiv] The Stop TB Partnership. *Global Plan to End TB 2016–2020*, The Paradigm Shift. http://stoptb.org/assets/documents/global/plan/GlobalPlanToEndTB_TheParadigmShift_2016-2020_StopTBPartnership.pdf
[xv] The Global Fund. *Investment Case for the Global Fund's 2017–2019 Replenishment*. The Right Side of the Tipping Point for AIDS, Tuberculosis and Malaria. Dezember 2015
[xvi] The Stop TB Partnership. *Global Plan to End TB 2016–2020*, The Paradigm Shift. http://stoptb.org/assets/documents/global/plan/GlobalPlanToEndTB_TheParadigmShift_2016-2020_StopTBPartnership.pdf
[xvii] The Stop TB Partnership. *Global Plan to End TB 2016–2020*, The Paradigm Shift. http://stoptb.org/assets/documents/global/plan/GlobalPlanToEndTB_TheParadigmShift_2016-2020_StopTBPartnership.pdf
[xviii] The Global Fund. *Investment Case for the Global Fund's 2017–2019 Replenishment*. http://www.theglobalfund.org/documents/publications/other/Publication_InvestmentCase_Summary_en/
[xix] The Global Fund. *Investment Case for the Global Fund's 2017–2019 Replenishment*. http://www.theglobalfund.org/documents/publications/other/Publication_InvestmentCase_Summary_en/
[xx] WHO. *World Malaria Report 2015*, S. v
[xxi] WHO. *World Malaria Report 2015*, S. 8
[xxii] WHO. *World Malaria Report 2015*, S. 8
[xxiii] WHO. *World Malaria Report 2015*, S. 2; S. 8–9
[xxiv] WHO. *World Malaria Report 2015*, S. 8; S. 13
[xxv] WHO. *World Malaria Report 2015*, S. 8
[xxvi] http://www.publications.parliament.uk/pa/cm201213/cmselect/cmintdev/126/126we03.htm
[xxvii] Global Fund. *Results Report 2015*, S. 17
[xxviii] Global Fund. *Results Report 2015*, S. 17
[xxix] https://www.eda.admin.ch/dam/deza/en/documents/partnerschaften-auftraege/216416-factsheet-gfatm_EN.pdf
[xxx] Global Fund. *Results Report 2015*, S. 17
[xxxi] Global Fund. *Results Report 2015*, S. 2.
[xxxii] http://www.theglobalfund.org/en/blog/2016-02-25_A_Partnership_to_End_Malaria_in_the_Mekong/
[xxxiii] Roll Back Malaria Partnership. *World Malaria Day 2016 Factsheet*.
[xxxiv] Roll Back Malaria Partnership. *World Malaria Day 2016 Factsheet*.
[xxxv] Purdy, M., Robinson, M., Wei, K. & Rublin, D. *The economic case for combating malaria*. Am. J. Trop. Med. Hyg. 89, 819–823 (2013).

[xxxvi] Attaran A, Narasimhan V. *Roll back malaria? The scarcity of international aid for malaria control*. Malar J. 2003;2:8
[xxxvii] Gallup/Sachs (2001). *The Economic Burden of malaria*. Centre for International Development at Harvard University. Working Paper 52.
[xxxviii] Gretchen Newby, Adam Bennett, Erika Larson et al. *The path to eradication: a progress report on the malaria-eliminating countries*. The Lancet, Vol. 387, No. 10029, pp. 1775–1784, 23 April 2016.
[xxxix] Roll Back Malaria Partnership. *Action and Investment to defeat Malaria 2016–2030* (AIM). Investing for a Malaria Free World. Geneva, 2015.
[xl] Roll Back Malaria Partnership. *Action and Investment to defeat Malaria 2016–2030* (AIM). Investing for a Malaria Free World. Geneva, 2015.
[xli] ibid.
[xlii] UCSG Global Health Group's Malaria Elimination Initiative (MEI). *Shrinking the Malaria Map*. University of California San Francisco. Infografik. 2016. http://www.shrinkingthemalariamap.org/news-blog/news/malaria-free-world-possible-within-generation-according-lancet-paper. Zugriff: 5. Mai 2016.
[xliii] Ein Land, das sich auf dem Weg von einer kontrollierten Epidemie auf niedrigem Niveau in Richtung Eliminierung bewegt.
[xliv] *Aspiration to Action: what will it take to end malaria*?, S. 49
[xlv] The Global Fund. *Results Report 2015*, S. 37.
[xlvi] The Global Fund. *Investment Case*. Dezember 2015, S. 6.
[xlvii] The Global Fund. *Investment Case*. Dezember 2015, S. 11.
[xlviii] UNAIDS. *Global AIDS Update*, Mai 2016 http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/global-AIDS-update-2016_en.pdf
[xlix] The Global Fund. *Investment Case*. Dezember 2015, S. 11.
[l] The Stop TB Partnership. *Global Plan to End TB 2016–2020*, The Paradigm Shift. http://stoptb.org/assets/documents/global/plan/GlobalPlanToEndTB_TheParadigmShift_2016-2020_StopTBPartnership.pdf
[li] The Global Fund. *Strategy Framework 2012–2016*: Investing for Impact.
[lii] Roll Back Malaria Partnership. *Action and Investment to defeat Malaria 2016–2030* (AIM). Geneva, 2015
[liii] http://www.publications.parliament.uk/pa/cm201213/cmselect/cmintdev/126/126we03.htm
[liv] Lubell, Y. et al. *Artemisinin resistance-modelling the potential human and economic costs*. Malar.J. 13, 452 (2014)
[lv] Dybul, M. *Overcoming Challenges in Global Health*. Huffington Post, 24. Mai 2016. http://www.huffingtonpost.com/amb-mark-dybul/overcoming-challenges-in-global-health_b_10113960.html
[lvi] O'Neill, J. *Review on Antimicrobial Resistance: Tackling drug-resistant infections globally*. Mai 2016 http://amr-review.org/
[lvii] http://www.who.int/hiv/pub/drugresistance/hiv-res-net_annualmeeting2015/en/
[lviii] (Alfonso JM, Plos One, 2012); (Machado LY, AIDS Res Hum Retroviruses, 2013); (Evelyn Lavu, IAS 2015 poster No MOPED723)
[lix] Estill et al. *The need for second-line antiretroviral therapy in adults in sub-Saharan Africa up to 2030: a mathematical modelling study*. Lancet, 15. Februar 2016 http://dx.doi.org/10.1016/ S2352-3018(16)00016-3
[lx] The Stop TB Partnership. *TB Fact Sheet*. http://www.stoptb.org/assets/documents/global/plan/plan2/General%20TB%20Factsheet%20-%20November%202015%20final.pdf
[lxi] http://arfh-ng.org/wp-content/uploads/2015/09/Global-Fund-ResultsRepot-2015-.pdf
[lxii] http://amr-review.org/sites/default/files/AMR%20Review%20Paper%20-%20Tackling%20a%20crisis%20for%20the%20health%20and%20wealth%20of%20nations_1.pdf
[lxiii] https://www.cdc.gov/globalaids/in-the-news/whmdr/cdc-global-mdr-tb-fact-sheet.pdf
[lxiv] http://www.wwarn.org/about-us/malaria-drug-resistance
[lxv] Elizabeth A Ashley et al. *Spread of Artemisinin Resistance in Plasmodium falciparum Malaria.* Advanced online publication in *New England Journal of Medicine*. 31. Juli 2014; 371:411–23. DOI: 10.1056/NEJMoa1314981
[lxvi] http://www.wwarn.org/news/news-articles/latest-study-confirms-further-spread-and-emergence-antimalarial-resistance
[lxvii] GFAN, ICASO und FSP. *Key Populations and the Global Fund: Delivering Key Results*. Juni 2016
[lxviii] http://www.unaids.org/en/resources/documents/2015/MDG6_15years-15lessonsfromtheAIDSresponse
[lxix] UNAIDS. *Gap Report*, 16. Juli 2014, http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/UNAIDS_Gap_report_en.pdf
[lxx][lxx] UNAIDS. *Gap Report*, 16. Juli 2014, http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/UNAIDS_Gap_report_en.pdf
[lxxi] How AIDS Changed Everything, S. 434

[lxxii] UNAIDS. *Global Report 2015*
[lxxiii] The Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria (2015). *Global Fund Presentation at Community, Rights and Gender Special Initiative Partners Forum*. 18 August 2015, Bangkok, Thailand.
[lxxiv] GFAN, ICASO und FSP. *Key Populations and the Global Fund: Delivering Key Results*. Juni 2016
[lxxv] http://middleeast.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(15)00324-4.pdf
[lxxvi] The Stop TB Partnership. *Global Plan to End TB 2016–2020*, The Paradigm Shift. http://stoptb.org/assets/documents/global/plan/GlobalPlanToEndTB_TheParadigmShift_2016-2020_StopTBPartnership.pdf
[lxxvii] GFAN, ICASO und FSP. *Key Populations and the Global Fund: Delivering Key Results*. Juni 2016
[lxxviii] GFAN, ICASO und FSP. *Key Populations and the Global Fund: Delivering Key Results*. Juni 2016
[lxxix] http://www.rollbackmalaria.org/microsites/wmd2015/_docs/Malaria_Evidence%20for%20Advocacy_April_2015.pdf
[lxxx] Roll Back Malaria Partnership. *The Contribution of Malaria Control to Maternal and Newborn Health,* Juli 2014.
[lxxxi] Global Fund. *Results Report 2015*, S. 28.
[lxxxii] GFAN, ICASO und FSP. *Key Populations and the Global Fund: Delivering Key Results*. Juni 2016
[lxxxiii] The Global Fund. *Investment Case,* 2015, S. 21
[lxxxiv] The Global Fund. *Investment Case*, 2015, S. 22
[lxxxv] http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/MDG6Report_en.pdf
[lxxxvi] http://thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(15)60658-4/fulltext
[lxxxvii] The Stop TB Partnership. *Global Plan to End TB 2016–2020,* The Paradigm Shift. http://stoptb.org/assets/documents/global/plan/GlobalPlanToEndTB_TheParadigmShift_2016-2020_StopTBPartnership.pdf
[lxxxviii] The Stop TB Partnership. *Global Plan to End TB 2016–2020,* The Paradigm Shift. http://stoptb.org/assets/documents/global/plan/GlobalPlanToEndTB_TheParadigmShift_2016-2020_StopTBPartnership.pdf
[lxxxix] The Stop TB Partnership. *Global Plan to End TB 2016–2020,* The Paradigm Shift. http://stoptb.org/assets/documents/global/plan/GlobalPlanToEndTB_TheParadigmShift_2016-2020_StopTBPartnership.pdf
[xc] Gretchen Newby, Adam Bennett, Erika Larson et al. *The path to eradication: a progress report on the malaria-eliminating countries*. The Lancet, Vol. 387, No. 10029, S. 1775–1784, 23. April 2016.
[xci] Roll Back Malaria Partnership. *Action and Investment to defeat Malaria 2016–2030* (AIM). Investing for a Malaria Free World. Geneva, 2015, S. 29.
[xcii] Roll Back Malaria Partnership. *Action and Investment to defeat Malaria 2016–2030* (AIM). Investing for a Malaria Free World. Geneva, 2015, S. 30. Berechnungen siehe Anhang D.
[xciii] Roll Back Malaria Partnership. *Action and Investment to defeat Malaria 2016–2030* (AIM). Investing for a Malaria Free World. Geneva, 2015
[xciv][xciv] The Global Fund. 34th Board Meeting, 2015 F3 forecast/Mid Term Plan (pledges & contributions, grant expenses & disbursements), ALM, GF/B34/15, Geneva, 16.–17. November 2015

Impressum

Herausgeber: Aktionsbündnis gegen AIDS

V.i.S.d.P: Klaus Koch

Redaktion: Peter Wiessner, Nadja Fleischer, Marie-Christine Schwager

Layout: Nadja Fleischer

Übersetzung: Holger Sweers

Übersetzung des Originaldokuments:
Global Fund Advocates Network (GFAN): "Investing in the Global Fund: The Cost of Inaction", July 2016.
Link: http://www.globalfundadvocatesnetwork.org/resource/investing-in-the-global-fund-thecost-of-inaction-2016/

Kontakt:
Aktionsbündnis gegen AIDS
Chauseestrasse 128/129
10115 Berlin
Tel. +49 30 27 58 24 76
info@aids-kampagne.de
www.aids-kampagne.de

Berlin, September 2017

Nachdruck gegen Beleg und Quellenangabe frei