Globale Krise und Deutschlands Beitrag zur Globalen Antwort

Zweite zivilgesellschaftliche Bestandsaufnahme des deutschen Engagements für die Umsetzung der internationalen HIV/Aids-Ziele 2006/2007

Herausgegeben vom

Aktionsbündnis gegen Aids

Das Aktionsbündnis gegen AIDS

„Jeder Mensch hat das Recht auf einen Lebensstandard, der seine und seiner Familie Gesundheit und Wohl gewährleistet, einschließlich Nahrung, Wohnung, ärztlicher Versorgung und notwendige soziale Leistungen (...)."

Artikel 25 der Allgemeinen Erklärung der Men schenrechte der Vereinten Nationen, 1948

Das Aktionsbündnis gegen AIDS will mit seiner Kampagne das Schweigen über HIV/Aids brechen und setzt sich ein für eine Welt ohne Aids und Armut. Mit HIV/Aids zu leben, beeinträchtigt alle persönlichen Bereiche der Betroffenen. Weltweit bedroht die HIV/Aids-Epidemie Entwicklungschancen. Das Risiko, in noch größere Armut zu geraten, steigt durch die Krankheit. So fordert die HIV/Aids Epidemie weltweit ein gesellschaftliches Umdenken heraus.

Mit seinen Forderungen beruft sich das Aktionsbündnis gegen AIDS auf die HIV/Aids-Ziele der Vereinten Nationen vom Juni 2001 und wendet sich gezielt an die Bundesregierung und die Pharmaindustrie. Im Mittelpunkt der Forderungen steht der Einsatz für das Menschenrecht auf Leben und Gesundheit, die Bereitstellung zusätzlicher Mittel für die weltweite Aids-Prävention und -Behandlung durch die Bundesregierung, sowie die Reduktion der Kosten für die lebenswichtigen Medikamente durch die Pharmaindustrie.

Mit bundesweiten Aktionen und im politischen Dialog erinnert das Aktionsbündnis gegen AIDS an die internationalen Vereinbarungen und Versprechen der Regierungen von UN-Mitgliedsländern und der G8. Es fordert deren Umsetzung, denn Politik, Pharmaindustrie und Öffentlichkeit müssen sich ihrer Verantwortung im weltweiten Kampf gegen HIV/Aids stellen. Das Leben von Millionen Menschen hängt davon ab, ob diese Versprechen eingelöst werden.

Das Aktionsbündnis gegen AIDS ist ein bundesweiter Zusammenschluss von über 100 Nichtregierungsorganisationen der Aids- und Entwicklungszusammenarbeit sowie über 280 Basisgruppen.

Zur Koordination seiner Lobby- und Öffentlichkeitsarbeit wurde 2002 ein Kampagnenbüro beim Deutschen Institut für Ärztliche Mission (DIFÄM) in Tübingen eingerichtet und mit dem Aufbau eines bundesweiten Kampagnennetzwerkes begonnen. Das zivilgesellschaftliche Netzwerk finanziert sich ausschließlich über Mitgliedsbeiträge.

Inhalt

Zusammenfassung 5

Einleitung: Politischer Rahmen des Berichts 11

Teil 1: Umsetzung der HIV/Aids-Verpflichtungen 2006-2007 19

Universeller Zugang zu Prävention, Behandlung, Pflege und Unterstützung bis 2010
Politische Verantwortung der Bundesregierung

A. Der Aktionsplan zur Umsetzung der HIV/Aids-Bekämpfungsstrategie der Bundesregierung 20
B. Die Ergebnisse der G8-Präsidentschaft 22
C. Die Ergebnisse der EU-Ratspräsidentschaft 23
D. Der Globale Fonds zur Bekämpfung von AIDS, Tuberkulose und Malaria 24
E. Zugang zu Medikamenten und TRIPS 26
F. Gesundheitsfachkräfte und Gesundheitsinfrastruktur 28
G. Partizipation von Zivilgesellschaft 30

Teil 2: Der Beitrag Deutschlands zur Aufbringung der erforderlichen Finanzmittel für eine umfassende Antwort auf die HIV-Krise in den Entwicklungsländern 31

A. Globaler Finanzbedarf und internationale Verpflichtungen 31
B. Die Entwicklung der gesamten ODA-Leistungen Deutschlands 34
C. Der Beitrag Deutschlands zur Gesundheitsförderung in Entwicklungsländern 38
D. Die Beteiligung Deutschlands an der Finanzierung spezifischer Maßnahmen zur HIV-Bekämpfung 42
E. Schlussfolgerungen und Empfehlungen 47

Literatur und Links 49

Abkürzungen 51

Autor/innen 52

Impressum 55

Zusammenfassung

Der vorliegende Bericht des Aktionsbündnis gegen AIDS, der im Vorfeld des hochrangigen Treffens zur umfassenden Überprüfung der Verwirklichung der UN-Verpflichtungserklärung zu HIV/Aids im Juni 2008 entstanden ist, enthält eine zivilgesellschaftliche Bestandsaufnahme sowohl der politischen Aktivitäten als auch der finanziellen Beiträge, die die Bundesregierung aufwendet, um ihren internationalen Verpflichtungen zur Bekämpfung der globalen Epidemie nachzukommen.

Dementsprechend ist er – wie schon die erste zivilgesellschaftliche Bestandsaufnahme von 2006 – in zwei Teile unterteilt. Teil 1 überprüft, inwieweit die Bundesregierung zur Umsetzung des Hauptziels, einen Universellen Zugang zu Prävention, Behandlung, Pflege und Unterstützung bis 2010 für alle Bedürftigen zu erreichen, beigetragen hat und bereit war, politische Verantwortung zu übernehmen. Diese übergreifende Zielsetzung wurde in der Politischen Erklärung festgehalten, die während des UN-High Level Meetings zur Umsetzung der Verpflichtungserklärung im Juni 2006 verabschiedet wurde, um das Engagement zu erneuern und fortzuführen. Deutlich wird, dass die Bundesregierung in den Jahren 2006-2007 sichtbare Anstrengungen unternommen hat. Konzepte und Strategien wurden weiter entwickelt, Empfehlungen der Zivilgesellschaft wurden aufgenommen und der Dialog mit NRO verbessert. Trotzdem besteht weiterhin eine Kluft zwischen guten Absichtserklärungen und der realen, schnellen Umsetzung wohl formulierter politischer Ziele. Diese Umsetzung muss insbesondere durch die Bereitstellung von erheblich mehr finanziellen Ressourcen sowohl für die Gesundheitsförderung allgemein, als auch für spezifische Maßnahmen der HIV-Prävention, Behandlung und Unterstützung gesichert werden. Doch das Aktionsbündnis gegen AIDS hat festgestellt, dass Deutschland mit seiner Bereitschaft, Maßnahmen zur Bekämpfung der globalen Krise hinreichend zu finanzieren, weiterhin deutlich hinter seinen Möglichkeiten als wirtschaftlich privilegiertes Land zurückbleibt. Auch die in den letzten Jahren zu verzeichnenden Mittelsteigerungen reichen nicht aus, um den internationalen Verpflichtungen zu entsprechen.

Die Immunschwächekrankheit Aids (Acquired Immune Deficiency Syndrome) hat sich seit den frühen 1980er Jahren zu einer weltweiten Epidemie ausgebreitet. Ende 2007 lebten weltweit rund 33 Millionen Menschen mit dem HI-Virus. Ungeachtet der Stabilisierung der Infektionsraten in den letzten Jahren, die auch den verstärkten Gegenmaßnahmen zu verdanken sind, infizieren sich noch immer jeden Tag 6.800 Menschen und 5.700 sterben an den Folgen des Immundefekts. Aids ist heutzutage eine der häufigsten Todesursachen unter Erwachsenen zwischen 15 und 59 Jahren weltweit. Den neuesten Schätzungen von UNAIDS (2007) zufolge, leben immer noch 33,2 Mio. Menschen mit der unheilbaren Krankheit – das stellt weiterhin eine globale Katastrophe dar und ist eine der größten Bedrohungen für die menschliche Entwicklung.

Heutzutage leben jedoch mehr als 92 % aller HIV-Infizierten in Entwicklungsländern. Das zeigt, dass die Ausbreitung der Pandemie in enger Wechselwirkung mit ungleichen Entwicklungsprozessen in Nord und Süd steht. Dabei ist Subsahara-Afrika mit mehr als zwei Drittel aller HIV-Infizierten (22,5 Mio.) weiterhin die weltweit am stärksten von HIV/Aids betroffene Region.

Die außergewöhnliche Zerstörungskraft der Krankheit ist auf besondere Faktoren von gesellschaftlicher Tragweite zurückzuführen. Diese sind vor allem: eine hohe Konzentration von Erkrankungs- und Sterbefällen in der für die gesellschaftliche (Re-) Produktion wichtigen Altersgruppe der jungen Menschen, eine sich zuspitzende Dimension von Geschlechterungleichheit zu Ungunsten von jungen Frauen, was darauf verweist, dass die Ausweitung der Krankheit eng mit fehlendem Zugang zu Bildung und Rechten zusammenhängt. Weitere Faktoren sind die Verschärfung des gesundheitlichen Leids und der sozialen, ökonomischen Belastung durch Stigmatisierung und Diskriminierung, ein Beschleunigungseffekt für andere Epidemien sowie immense Kosten für die – oft mehrfach – betroffenen Haushalte und ökonomische Belastungen für die betroffenen, ohnehin schon armen Länder.

UNGASS 2001: Ausgangspunkt für das Handeln der internationalen Gemeinschaft

Nach dem langjährigen Versagen der internationalen Gemeinschaft, adäquate Maßnahmen zur Bekämpfung der weltweiten HIV-Epidemie einzuleiten, läutete die Generalversammlung der Vereinten Nationen (UNGASS) im Jahr 2001 einen Prozess des Umdenkens ein, der von da an auch zu einer verstärkten Mobilisierung von Ressourcen für die Aids-Bekämpfung führte. Die UN-Mitgliedstaaten haben sich mit der Annahme der Handlungsprinzipien und zeitgebundenen Ziele in der „Verpflichtungserklärung zu HIV/Aids“ zu einer wirksamen Antwort auf die globale HIV-Krise verpflichtet, zu der auch die Bereitstellung neuer, zusätzlicher Finanzmittel gehört.

Seit der Erklärungsvereinbarung konnten einige Fortschritte bei der Ausweitung der Schlüsselmaßnahmen

erreicht werden, wenngleich der UN-Generalsekretär in seinem im April 2008 veröffentlichten Bericht deutlich macht, dass diese Fortschritte weder gleichmäßig verteilt noch ausreichend sind in Hinblick auf das zu erreichende Ziel des Universellen Zugangs. Trotz Steigerungen blieb die erreichte Prozentzahl der Menschen, die Zugang zu „Kenntnissen über HIV Prävention" haben, weit hinter dem für 2010 gesteckten Ziel von 95 % zurück; ebenso liegt der Prozentsatz von Müttern, die eine antiretrovirale Therapie (ART) zur Verhinderung der Mutter-zu-Kind-Übertragung erhalten haben, 2007 mit 34 % weit entfernt von den anvisierten 80 % in 2010.

Um den Universellen Zugang zur antiretroviralen Behandlung zu verwirklichen, müssten bis 2010 über 13 Millionen Menschen mit einer fortgeschrittenen und lebensbedrohenden HIV-Infektion diese Therapie erhalten. Dagegen würde die Anzahl der behandelten Patienten voraussichtlich nur auf 4,6 Millionen steigen, wenn die Ausweitung der Programme weiterhin mit der zu geringen Geschwindigkeit erfolgt, wie sie in den letzten Jahren zu verzeichnen war. Dem Bericht zufolge ist es für die Zielerreichung insbesondere notwendig,

- langfristige und nachhaltige Strategien zur Aids-Bekämpfung zu entwickeln sowie die Gesundheitsinfrastruktur in den EL insgesamt auszubauen,
- die HIV-Prävention auf alle Menschen in Ländern mit hoher Prävalenz auszudehnen und zu intensivieren sowie in Ländern mit niedriger Prävalenz die HIV-Prävention bei den Risikogruppen (Homosexuelle, Sexarbeiter/innen, Drogenbenutzer/innen) zu intensivieren,
- die Geschlechterungleichheit zu bekämpfen und die Rechte von Frauen zu stärken.

Voraussetzungen zur Umsetzung dieser seit langem auch von NRO geforderten Maßnahmen ist nicht nur ein politischer Wille, sondern die Bereitschaft, die Lücke zwischen den verfügbaren und den benötigten Ressourcen zu füllen. Doch anders als der UN-Generalsekretär feststellt, sind im Jahr 2010 nicht nur 15 Milliarden notwendig, sondern es werden 42 Milliarden US-Dollar benötigt. Die Ausführungen in dem Bericht des UN-Generalsekretärs sind bezüglich des angemessenen Finanzbedarfs für die Erreichung des universellen Zugangs irreführend, denn sie unterstellen das bisherige – ungenügende – Tempo, mit dem sich die Antwort auf die HIV-Krise in den letzten Jahren entwickelte.

Besorgniserregend ist darüber hinaus, dass es offensichtlich in der internationalen Gemeinschaft Tendenzen gibt, das Ziel des Universellen Zugangs zugunsten der in den MDGs festgehaltenen Zielmarken (insbesondere MDG 4 und 5) nicht mehr fortschreiben zu wollen. Ein breiterer entwicklungspolitischer Referenzrahmen wie die MDGs ist richtig und wird vom Aktionsbündnis gegen AIDS befürwortet. Gleichwohl darf dies nicht zu einer Schwächung des Ziels „Universeller Zugang" führen. Auch wenn andere globale Probleme im Gesundheitsbereich anerkannt und gelöst werden müssen, ist aufgrund der engen Verbundenheit der HIV/Aids-Epidemie mit Stigmatisierung und Diskriminierung eine Besonderheit des Engagements zur Bekämpfung von HIV/AIDS gerechtfertigt.

Die Umsetzung der internationalen HIV/Aids-Verpflichtungen 2006 – 2007 (Teil 1)

Im ersten Teil fallen zunächst Fortschritte hinsichtlich der konzeptionellen und strategischen Grundlagen der Bundesregierung ins Auge. Diese sind nicht allein durch eine progressive Wortwahl gekennzeichnet, indem beispielsweise die weiterhin manifeste Ungerechtigkeit zwischen den Geschlechtern herausgestellt wird. Sie werden auch konsequenter als früher in Verbindung mit Ansätzen zur Verwirklichung der Menschenrechte gestellt.

Doch nicht nur die Rhetorik, auch die Handlungsabsichten der Ressorts Entwicklungszusammenarbeit und Gesundheit sind deutlich progressiver und spiegeln vielfach eine Übereinstimmung mit Positionen der Zivilgesellschaft.

So sind Maßnahmen zur Durchführung antiretroviraler Therapie (ART) nunmehr expliziter Bestandteil der EZ im Handlungsfeld „Gesundheitsversorgung", wohingegen ART bislang in früheren Positionen der Bundesregierung nur am Rande erwähnt wurde. Allerdings – und das ist ein zentrales Gesamtergebnis der Analyse des ersten Teils – fehlen oftmals, wie bei diesem Beispiel im „Aktionsplan zur Umsetzung der HIV/Aids-Bekämpfungsstrategie der Bundesregierung", konkrete Maßnahmen und Zeitziele. So wird das Bekenntnis zum Universellen Zugang nur bedingt in spezifische Beiträge der deutschen EZ umgesetzt.

Das erste Kapitel verdeutlicht auch Fortschritte, die in den letzten beiden Jahren in Bezug auf die Dialogfähigkeit und die Zusammenarbeit zwischen der Bundesregierung (insbesondere dem BMZ) und der Zivilgesellschaft erreicht wurden. Diese verbesserte Kooperation funktioniert vor allem über UN-Gremien und den multilateral gesteuerten Globalen Fonds zur Bekämpfung von AIDS, Tuberkulose und Malaria, in denen die Partizipation von Zivilgesellschaft und Betroffenenvertretungen mittlerweile ein fester Bestandteil der politischen Entscheidungsprozesse ist. Der Dialog zwischen den Akteuren wurde jedoch auch auf nationaler Ebene, z.B. durch die Einrichtung themenspezifischer Runder Tische verbessert. Gleichwohl kritisiert das Aktionsbündnis gegen AIDS, dass zentrale Dokumente, anhand derer die Umsetzung der Verpflichtungen zur HIV/Aids-Bekämpfung überprüft werden sollen, ohne konsultative Prozesse mit NRO und Zivilgesellschaft erstellt und verabschiedet wurden. Der in der UN-Verpflichtungserklärung geforderten jährlichen Überprüfung sollte – und das fordert das Aktionsbündnis gegen AIDS erneut

– zukünftig ein transparenter, konsultativer Prozess mit der Zivilgesellschaft vorausgehen.

Die doppelte Präsidentschaft Deutschlands – Vorsitz der G8 und EU-Ratspräsidentschaft – war mit hohen Erwartungen an die politischen Aktivitäten der Regierung verknüpft. Tatsächlich hat sich die Bundesregierung im Vorfeld und während der deutschen EU-Rats- und G8-Präsidentschaften öffentlich und in den entsprechenden Foren stärker als in den Vorjahren für die weltweite Bekämpfung der HIV-Epidemie engagiert. Sie hat dazu beigetragen, die Problematik in der deutschen Öffentlichkeit sichtbarer zu machen und sich dafür eingesetzt, dass die G8 nicht hinter ihre Versprechen von 2005 zurückfallen. Positiv ist ebenfalls die sichtbare Handschrift des BMZ in der Abschlusserklärung des G8-Gipfels, die den notwendigen Schutz von Frauen und Mädchen und die Förderung ihrer Menschenrechte betont, um die Feminisierung von HIV/Aids aufzuhalten. In der eigenen Praxis folgt das BMZ nun auch der im Gipfeldokument geäußerten Empfehlung, Programme zur HIV/Aids-Bekämpfung stärker mit solchen zur sexuellen und reproduktiven Gesundheit zu verbinden. Im Globalen Fonds hat sie sich zudem für die Verankerung einer lange überfälligen Gender-Initiative zur Umsetzung von Gender Mainstreaming in den Programmen eingesetzt.

Die EU-Ratspräsidentschaft hat die Bundesregierung genutzt, um einen EU-Ratsbeschluss zur „Nichtabwerbung von afrikanischen Gesundheitsfachkräften“ voranzubringen. Ebenfalls positiv ist es, dass die Bundesregierung und die EU den Aufbau von lokalen Produktionskapazitäten für Medikamente in Entwicklungsländern (EL) unterstützen wollen. Gleichwohl sind beide Präsidentschaften aus der Perspektive von NRO der internationalen Aids- und Entwicklungszusammenarbeit auch kritisch zu bewerten. Denn in Hinblick auf das Erreichen des Ziels des Universellen Zugangs fehlt es weiterhin an politisch kohärentem Vorgehen der Bundesregierung in den Bereichen Weltwirtschaft und Handel. Insbesondere durch die Haltung der Bundesregierung und der EU in den Fragen a) der Ausgestaltung der Patentregelungen TRIPS und b) der Wirtschaftspartnerschaftsabkommen (WPA) wird der Patentschutz für essentielle Medikamente im Kampf gegen HIV/Aids verschärft, anstatt gemildert oder abgeschafft, wie NRO es fordern. Der Zugang zu einer wirksamen lebenslangen Behandlung der HIV-Infektion und die Produktion von kostengünstigen Medikamenten in Entwicklungsländern stellen zentrale Aufgaben einer umfassenden Gesundheitspolitik dar, die zur schnellen Erreichung des Ziels „Universeller Zugang“ beitragen will. Gerade hier – und das hat das Aktionsbündnis gegen AIDS mehrfach herausgestellt – ist die Politik der Bundesregierung nicht kohärent, sondern gefährdet dieses Ziel vielmehr.

Auch in Hinblick auf den von NRO geforderten Abwerbestopp durch Industrieländer von Gesundheitsfachkräften aus Entwicklungsländern („brain drain“) einerseits und die europäische Blue-Card-Initiative zur Anwerbung von Fachpersonal aus Nicht-EU-Ländern andererseits ist es erforderlich, dass die Bundesregierung ressortübergreifend kohärent vorgeht. Aus Perspektive der im internationalen Gesundheitsbereich aktiven NRO ist es in Hinblick auf den Fachkräftemangel in Entwicklungsländern politisch sinnvoller, zuerst den verpflichtenden EU- oder UN-Kodex als Referenzrahmen zu verabschieden und erst danach die Blue Card-Initiative zu beginnen. Immer muss sichergestellt sein, dass keine Gesundheitsfachkräfte aus den Entwicklungsländern abgeworben werden.

Positive Impulse, konzeptionelle Weiterentwicklung und richtungsweisende Erfolge der Bundesregierung in der Bekämpfung von HIV/Aids werden jedoch nicht nur durch eine fehlende Politikkohärenz in ihrer Wirkung geschmälert, sondern vor allem auch durch unzureichende Ressourcen und finanzielle Mittel geschwächt.

Deutschlands finanzieller Beitrag zur globalen Antwort (Teil 2)

Deutschland hat sich durch die Unterzeichnung der UN-Verpflichtungserklärung zu HIV/AIDS, der Millenniums-Erklärung und anderer internationaler Vereinbarungen dazu verpflichtet, sich an der Bereitstellung der dringend benötigten Finanzmittel zu beteiligen. Wir müssen jedoch feststellen, dass die Beiträge Deutschlands in allen drei relevanten Zieldimensionen – erstens die realen Volumina der finanziellen Ressourcen für die öffentliche Entwicklungshilfe insgesamt, zweitens für die Verbesserung der Gesundheitssituation und drittens für das spezifische Maßnahmenspektrum zur Bewältigung der HIV-Krise – weit hinter dem erforderlichen Niveau zurückbleiben. Die in den letzten Jahren verzeichneten Mittelsteigerungen in einigen Bereichen sind zwar begrüßenswert, sie reichen aber bei weitem nicht aus, um die enormen Finanzierungslücken zu schließen und den internationalen Verpflichtungen nachzukommen. Auch im Vergleich zu den Anstrengungen der übrigen Geberstaaten mit hohen Einkommen sind die deutschen Leistungen noch immer als unterdurchschnittlich einzustufen.

Um jedoch den Gesamtumfang der Entwicklungszusammenarbeit aufzublähen, wird weiterhin das fragwürdige Verfahren angewendet, nachdem Schuldenerlasse auf die ODA-Leistungen angerechnet werden. Ebenso wird eine Reihe von Ausgaben, die mit der Finanzierung von Investitionen in die humane Entwicklung nichts zu tun haben, als ODA-Leistungen verbucht. Diese Pseudo-Hilfen summierten sich im Jahr 2006 auf mehr als ein Drittel der offiziell ausgewiesenen Entwicklungshilfe.

Berücksichtigt man nur die realen Ressourcentransfers, lag der Anteil der EZ am Bruttonationaleinkommen

2006 bei weniger als einem Drittel des bereits 1970 vereinbarten UN-Richtwerts von 0,7 %. Selbst für die Erfüllung der Mindestquote von 0,51 % des BNE, die im EU-Stufenplan für 2010 festgelegt ist, wäre bei dieser ungeschminkten Sicht auf die Dinge mehr als eine Verdoppelung des Gesamtvolumens erforderlich. Die durchaus anzuerkennenden Erhöhungen der ODA-Leistungen im Jahr 2007 konnten diesen Rückstand nicht substanziell verkleinern. Die bisherigen Aufstockungen und die zurzeit von der Bundesregierung geplanten Zuwächse bis 2010 sind viel zu gering, um das von der EU vereinbarte Minimalziel zu erreichen, selbst wenn man von den geschönten Zahlen und der unwahrscheinlichen Annahme konstant hoher Schuldenerlasse ausgeht. Da keine effektiven Fortschritte hinsichtlich der Einrichtung innovativer Finanzierungsinstrumente zu verzeichnen sind, existiert derzeit auch keine andere Perspektive für die notwendige Mittelsteigerung. Problematisch sind auch die fallenden ODA-Beiträge zu den entwicklungsrelevanten UN-Organisationen, die 2007 einen neuen Tiefstand erreichten.

Obwohl der Gesundheitsförderung sowohl in humanitärer Hinsicht als auch unter entwicklungsstrategischen Gesichtspunkten ein herausragender Stellenwert zukommt, wird dieser Bereich in der deutschen Entwicklungshilfe seit vielen Jahren vernachlässigt. In der bilateralen Zusammenarbeit stellen die Gesundheitsprogramme nur einen ungenügenden Anteil der ODA-Leistungen dar und der Abstand zu den durchschnittlichen Aufwendungen der DAC-Staaten hat sich eher noch vergrößert. Die 2006 verzeichnete Erhöhung des Zusagevolumens war leider nicht das Ergebnis perspektivischer Planung, sondern nur temporären Umständen geschuldet. In 2007 dürfte sich die Zusagehöhe wieder dem früheren niedrigen Niveau angenähert haben, wie aus den verfügbaren Daten zur finanziellen Kooperation, dem mit Abstand umfangreichsten Instrument für den Gesundheitsbereich, zu schließen ist. Selbst in den Partnerländern, wo die Krankheitsbekämpfung zu den vereinbarten Förderschwerpunkten gehört, können die deutschen Ressourcentransfers bislang nur einen geringen Teil der Investitionen in die Gesundheitsversorgung finanzieren, die für die Erreichung der MDGs notwendig sind. Dazu kommt, dass die deutschen Beiträge gerade zu den gesundheitsrelevanten UN-Organisationen immer weiter hinter einer angemessenen Beteiligung zurückbleiben. Auch das Engagement für die Finanzierung des Globalen Fonds zur Bekämpfung von AIDS, Tuberkulose und Malaria liegt bisher erheblich unter der Höhe, die der relativen Wirtschaftskraft entspräche. Die Gesamtleistungen Deutschlands für die Verbesserung der Gesundheitssituation beliefen sich 2006 auf 0,02 % des BNE. Das entspricht nur einem Fünftel der bis 2010 zu erreichenden Zielmarke von 0,1 %, die sich aus eingehenden Länderstudien über die Maßnahmen zur Verwirklichung der MDGs ableitet.

Die bilateralen Finanzierungszusagen für die internationale Antwort auf die HIV-Krise verharrten fast über die gesamte Bezugsperiode von 2000 bis 2007 auf dem niedrigen Stand von 50 bis 60 Millionen Euro, wie die Analyse aller offiziell gemeldeten Entwicklungsvorhaben mit Gesundheitsbezug zeigt. Dabei werden auch die Mittel für HIV-Komponenten berücksichtigt, die innerhalb von Gesundheitsprogrammen mit breiterer Zielorientierung verortet sind. Nur im Jahr 2006 schlug sich die vorübergehende Aufstockung der Zusagen für die Gesundheitsförderung insgesamt auch in höheren Mittelbindungen für HIV-Maßnahmen nieder und bewirkte eine erste, aber begrenzte Steigerung der Auszahlungen. Seit der Verabschiedung der Verpflichtungserklärung zu HIV/Aids hat also keine konsistente Steigerung der bereitgestellten Finanzmittel stattgefunden. Das Defizit in der bilateralen EZ kann auch durch die anteilige Mitfinanzierung der HIV-spezifischen Programme der Europäischen Kommission nicht ausgeglichen werden. Die zu geringe Beteiligung an der multilateralen Zusammenarbeit vergrößert die Finanzierungslücke noch. Im Ergebnis beliefen sich die aufgebrachten Ressourcen auf ca. ein Viertel der angemessenen Beitragshöhe für die Zurückdrängung der HIV-Epidemie, auch wenn man alle relevanten Finanzierungsmechanismen in Betracht zieht. Ausgedrückt in konkreten Zahlen summierten sich die realen Auszahlungen im Jahr 2006 auf weniger als 200 Millionen US$, während der angemessene Beitrag bei annähernd 800 Millionen US$ zu veranschlagen war.

Die zurzeit absehbaren Mittelsteigerungen infolge der vorübergehenden Erhöhung der bilateralen Gesundheitszusagen und der zugesicherten Aufstockung des Beitrags zum Globalen Fonds sowie des wieder höheren Anteils der HIV-Maßnahmen an den IDA-geförderten Programmen werden voraussichtlich im laufenden Jahr zu einem Beitrag führen, der etwas mehr als 3 % der erforderlichen internationalen Kooperation entspricht. Geht man davon aus, dass die EU entsprechend ihrer entwicklungspolitischen Bedeutung die Hälfte des Kooperationsbedarfs abdecken sollte, liegt die entsprechende Zielgröße für die deutsche Beteiligung an der Finanzierung der internationalen Antwort auf die HIV-Epidemie höher als der Anteil Deutschlands am BNE der Länder mit hohen Einkommen von rund 8 %, nämlich bei 10 %. Gemessen daran bleiben die bisher absehbaren Mittelsteigerungen deutlich hinter dem Erforderlichen zurück. Auch die von der Bundesregierung anlässlich des G8-Gipfels angekündigten Finanzierungsziele in Höhe von durchschnittlich 500 Millionen Euro pro Jahr zwischen 2008 und 2015 für die Bekämpfung der drei großen Epidemien werden der internationalen Verantwortung Deutschlands bei Weitem nicht gerecht

Empfehlungen

- Das Aktionsbündnis gegen AIDS fordert die Bundesregierung auf, sich im Rahmen der Sondergeneralversammlung zu HIV/Aids und im Rahmen des G8-Prozesses für die Fest- und Fortschreibung des Ziels Universeller Zugang bis 2010 einzusetzen. Sie sollte die Überprüfungen der UN-Verpflichtungserklärung zu HIV/Aids und anderer globaler Verpflichtungen regelmäßig und in einem konsultativen Prozess mit der Zivilgesellschaft durchführen.
- Die deutsche Bundesregierung sollte ihr während der doppelten Präsidentschaft deutlich gemachtes Engagement konsequent fortsetzen und weiter ausbauen. Sie sollte – wenn sie die in Heiligendamm demonstrierte politische Verantwortung ernsthaft umsetzen will – das BMZ in seiner Politik der Unterstützung der Entwicklungsländer in deren Engagement gegen HIV und Aids unterstützen.
- Die Bundesregierung sollte sich dafür einsetzen, dass die Wirtschafts-Partnerschaftsabkommen kohärent mit den entwicklungspolitischen Vorgaben sind und den Universellen Zugang fördern. Sie sollte sich ressortübergreifend dafür einsetzen, dass die handelsbezogenen Aspekte der Rechte des geistigen Eigentums ausgeklammert bleiben.
- Das Aktionsbündnis gegen AIDS fordert von der Bundesregierung, eine kohärente Politik der Bekämpfung von HIV und Aids durchzuführen und den Menschenrechten Vorrang vor den „geistigen Eigentumsrechten" des TRIPS-Abkommens geben, indem sie die Feststellungen und Aufforderungen der Menschenrechtskommission der UN bezüglich TRIPS und Menschenrechten zur Basis der deutschen Verhandlungsposition in der Welthandelsorganisation macht.
- Das Aktionsbündnis gegen AIDS fordert die Bundesregierung auf, weiterhin aktiv an der Ausarbeitung und Verabschiedung eines internationalen Verhaltenskodexes im Rahmen der EU und auf UN-Ebene sowie weiterer adäquater Maßnahmen mitzuwirken, um die Abwerbung durch Industrieländer von Gesundheitsfachkräften aus EL zu verringern und um Migrationsströme organisieren können, ohne dass das Recht der Menschen auf transnationale Migration eingeschränkt wird. Sie sollte bei allen Verhandlungen – insbesondere zur Blue Card – auf Kohärenz und Transparenz achten und NRO aktiv mit einbeziehen.
- Neben einer expliziten Förderung von Frauen-Menschenrechten im Gesundheitsbereich braucht es in der EZ zur Bekämpfung von HIV und Aids auch mehr Mittel für Programme, die für den Einbezug von Männern eintreten und eine kritische Auseinandersetzung mit Konzepten von „Männlichkeit" und Gender-Rollen voranbringen. Die Beiträge der deutschen EZ sollten in diesem Bereich sichtbar und nachprüfbar sein.
- Die öffentliche Entwicklungshilfe Deutschlands muss wenigstens die Mindestquote von 0,51 % des BNE bis 2010 erreichen. Dafür ist ein Stufenplan mit jährlichen konkreten Zielmarken aufzustellen, um die deutsche Kooperation zu einer für die Partnerländer und die anderen Geberstaaten berechenbaren Größe zu machen. Der bisher auch im internationalen Vergleich sehr geringe Umfang der gesundheitsrelevanten Entwicklungszusammenarbeit ist konsequent aufzustocken, um bis 2010 ein Mindestniveau von 0,1 % des BNE zu erreichen.
- Die Bundesregierung sollte sich das Ziel setzen, ab dem Jahr 2008 wenigstens 10 % der international aufzubringenden Finanzmittel abzudecken, die für die Verwirklichung des Universellen Zugangs zu HIV-Prävention, Behandlung und Betreuung benötigt werden. Das bedeutet, den deutschen Beitrag für die Bekämpfung der HIV-Epidemie auf 1,3 Milliarden US$ in diesem Jahr zu erhöhen und bis 2010 auf 2,8 Milliarden US$ weiter zu steigern.
- Neben der dringlichen Aufstockung der Haushaltsmittel sollten die Verantwortlichen in Bundesregierung und Bundestag die Erschließung neuer Finanzierungsquellen entschlossener angehen. Dabei sollten jene Instrumente Vorrang erhalten, die nicht nur zusätzliche Ressourcen hervorbringen, sondern auch die politische Steuerung von Wirtschaftsprozessen im Sinne sozialer Gerechtigkeit und ökologischer Nachhaltigkeit ermöglichen. Ein erster Schritt sollte die Beteiligung Deutschlands an UNITAID sein.
- Schuldenerlasse sollten als parallele Maßnahme neben der konsequenten Erhöhung der realen Ressourcentransfers behandelt werden. Sie sollten ebenso wenig wie die Studienplatzkosten für Studierende aus Entwicklungsländern, die Aufwendungen für die Betreuung von Asylsuchenden und die Verwaltungsausgaben auf die ODA-Leistungen angerechnet werden.

Daten zur nationalen und globalen HIV/AIDS Epidemie für das Jahr 2007

Deutschland

Menschen, die mit HIV/AIDS leben: 59.000
Männer: 49.000
Frauen: 10.000
Kinder: 350

Verteilung nach Infektionswegen

Männer, die Sex mit Männern haben: 34.500
Personen, die sich auf heterosexuellem Weg infiziert haben: 7.500
Personen aus sog. Hochprävalenzregionen: 9.000
Intravenöse Drogengebraucher/innen: 7.000
Hämophile und Bluttransfusionsempfänger: 500
Mutter-Kind-Übertragung: 550

HIV-Neuinfektionen im Jahr 2007

Neuinfektionen insgesamt: 3.000
Neuinfektionen bei Männern: 2.400
Neuinfektionen bei Frauen: 600
Neuinfektionen bei Kindern: 25
Verteilung nach Infektionswegen (geschätzt)
Männer, die Sex mit Männern haben: 72 %
Heterosexuelle Kontakte: 20 %
Intravenöser Drogengebrauch: 7 %
Mutter-Kind-Übertragung 1 %

Gesamtzahl der HIV-Infizierten
seit Beginn der Epidemie: ca. 86.000
Todesfälle im Jahr 2007: 650
Gesamtzahl der Todesfälle seit Beginn
der Epidemie: 27.000

Quelle: Robert Koch-Institut (2007). HIV/AIDS in Deutschland – Eckdaten. Epidemiologische Kurzinformation

Global

Menschen, die weltweit
mit HIV/AIDS leben: 33,2 Millionen
Erwachsene: 30,8 Millionen
Frauen: 15,4 Millionen
Männer: 15,4 Millionen
Kinder unter 15 Jahren: 2,5 Millionen

HIV-Neuinfektionen im Jahr 2007

Neuinfektionen insgesamt: 2,5 Millionen
Neuinfektionen bei Erwachsenen: 2,1 Millionen
Neuinfektionen bei Kindern
unter 15 Jahren: 420.000
AIDS-Todesfälle:
Menschen, die an AIDS
gestorben sind: 2,1 Millionen
Erwachsene: 1,7 Millionen
Kinder unter 15 Jahren: 330.000

Afrika ist der am stärksten betroffene Kontinent:
Dort leben 22,9 Millionen Menschen mit HIV/AIDS.
Das sind 69% aller Menschen mit HIV/AIDS.
Neue Infektionen: 1,7 Millionen
AIDS-Todesfälle: 1,6 Millionen

Lateinamerika verzeichnet in vielen
Ländern sehr hohe Infektionsraten:
Heute leben in der Region 1,6 Millionen
Menschen mit HIV/AIDS.
Neuinfektionen: 100.000
AIDS-Todesfälle: 58.000

In Asien breitet sich die Epidemie weiter aus:
Dort leben schon heute 4,8 Millionen
Menschen mit HIV/AIDS.
Neuinfektionen: 440.000 Millionen
AIDS-Todesfälle: 300.000

Osteuropa und Zentralasien zeigen eine schon heute große Epidemie: Menschen, die mit HIV/AIDS leben; 1,6 Millionen
Neuinfektionen bei Erwachsenen: 150.000
AIDS-Todesfälle: 55.000

Quelle: UNAIDS (2007). AIDS Epidemic Update

Einleitung: Politischer Rahmen und Ziele dieses Berichts

Birte Rodenberg

Die Immunschwächekrankheit Aids (Acquired Immune Deficiency Syndrome) hat sich seit der Diagnose der ersten Krankheitsfälle in den frühen 1980er Jahren explosionsartig zu einer weltweiten Epidemie ausgebreitet. Nach den neuesten Schätzungen der Vereinten Nationen lebten Ende 2007 rund 33 Millionen Menschen weltweit mit dem HI-Virus. Ungeachtet der Stabilisierung der Infektionsraten in den letzten Jahren, die auch den verstärkten Gegenmaßnahmen zu verdanken sind, infizieren sich noch immer jeden Tag 6.800 Menschen und 5.700 sterben an den Folgen des Immundefekts. Aids bleibt eine der wichtigsten Todesursachen weltweit und bildet in Afrika südlich der Sahara den größten Faktor für die hohe Sterblichkeit.

Die zahlenmäßige Verminderung der mit der Infektion lebenden Menschen um rund 6 Millionen gegenüber den Schätzungen für das Jahr 2006, kam in erster Linie durch eine genauere Kenntnis der Epidemie infolge verbesserter Untersuchungsmethoden und breiterer Datenerhebung zustande – und weniger durch reale Entwicklungstrends derselben. Auch die korrigierte Anzahl an Menschen, die mit der unheilbaren Krankheit lebt, stellt weiterhin eine globale Katastrophe dar.[1]

Dass heutzutage jedoch mehr als 92 % aller HIV-Infizierten in Entwicklungsländern leben, zeigt, dass die Ausbreitung der Pandemie in enger Wechselwirkung mit ungleichen Entwicklungsprozessen in Nord und Süd steht. Armut, soziale und ökonomische Ungleichheit und fehlende Investitionen in Bildungs- und Gesundheitssysteme tragen zur rasanten Ausbreitung bei, so wie sich auch umgekehrt die Entwicklungsprobleme durch HIV/Aids verstärken.

Ein Blick auf die regionale Verteilung zeigt, dass Subsahara-Afrika weiterhin die weltweit am stärksten von HIV/Aids betroffene Region ist, mit mehr als zwei Drittel aller HIV-Infizierten (22,5 Mio.). Innerhalb des Kontinents ist das südliche Afrika die am schlimmsten betroffene Region. Südostasien ist die Region mit der zweithöchsten Anzahl von HIV-Infizierten mit vier Mio. In Lateinamerika leben 1,6 Mio. Menschen mit HIV. Dort sind vor allem die Länder Zentralamerikas mit hoher Armutsmigration und diskriminierten Minderheiten betroffen. In der Karibik ist Aids mittlerweile die Haupttodesursache unter den 25- bis 44-Jährigen. In Osteuropa und Zentralasien sind besonders schnelle Zunahmen seit 2001 auf inzwischen rund 1,6 Mio. Infizierte zu verzeichnen. Dabei stammen 90 % aller HIV-Diagnosen aus zwei Ländern: Russland und der Ukraine.[2] In West- und Mitteleuropa hat sich die Zahl der Neuinfektionen zwischen 1998 und 2005 nahezu verdoppelt. 2007 lebten rund 760.000 Menschen mit dem Virus. Wie in Afrika, so zeichnet sich auch in Europa der Trend ab, dass ehemals erfolgreiche Länder wieder Rückschritte verzeichnen. Besonders betroffen von HIV sind Menschen mit Migrationshintergrund.

Seit Anfang dieses Jahrzehnts prägt zudem eine „Feminisierung" das Gesicht der Krankheit, denn weltweit hat der Anteil von Frauen an den HIV-Infizierten erheblich zugenommen. Dass nahezu die Hälfte der rund 5.800 Neuinfizierten täglich junge Frauen über 15 Jahre sind, verdeutlicht jedoch vor allem einen engen Zusammenhang zwischen der Ausbreitung der Krankheit Aids und fehlenden Rechten. Die besondere Verletzlichkeit von Frauen, denen elementare Menschenrechte, vor allem sexuelle und reproduktive Rechte, verweigert werden, macht einmal mehr deutlich, dass die Bekämpfung von HIV/Aids umfassend gegen Stigmatisierung und Diskriminierung vorgehen muss, um die Betroffenen auch vor sozialer Ausgrenzung zu schützen.

Sehr späte internationale Antworten auf die Ausbreitung der Epidemie HIV/Aids

Mit der Gründung des „Gemeinsamen Programms der UN für HIV/AIDS" (UNAIDS) 1994 haben die Vereinten Nationen (United Nations, UN) die Hauptverantwortung für die Bekämpfung der Epidemie übernommen. Doch erst mit der UN-Millenniumserklärung vom September 2000 wurde die Bekämpfung von HIV/Aids – zusammen mit der Bekämpfung der ansteckenden Krankheiten Tuberkulose und Malaria – als ein verpflichtendes Entwicklungsziel der internationalen Gemeinschaft verankert.

Mit dem sechsten Millenniumsziel (Millennium Development Goal, MDG) haben sich die UN-Mitgliedsstaaten verpflichtet, die Ausbreitung von HIV/Aids bis 2015 zum Stillstand zu bringen und den Trend allmählich umzukehren. Damit hat die internationale Gemeinschaft auch anerkannt, dass ein wachsender Finanzierungsbedarf besteht und Strukturen der Gesundheitsversorgung ausgebaut und verbessert werden müssen. Zur Halbzeit der

[1] J. Rüppel, Missionsärztliches Institut Würzburg; unveröff. Stellungnahme, November 2007

[2] Alle Zahlen: UNAIDS 2007, Epidemic Update. Vgl. hierzu auch die Übersicht im Kasten.

Umsetzung der Millenniumserklärung, im Juli 2007, war sie jedoch noch sehr weit von ihrem selbst gesteckten Ziel entfernt.[3]

Das sehr spät erwachte internationale Bewusstsein, der Aids-Epidemie mit global vereinten Kräften nunmehr umfassend und schnell begegnen zu müssen, kam im Juni 2001 in der Sondergeneralversammlung der UN zu HIV/Aids (UNGASS HIV/AIDS) zum Ausdruck. Die von allen Mitgliedstaaten unterzeichnete Verpflichtungserklärung zu koordinierten und intensiveren Anstrengungen für die Aids-Bekämpfung erkennt die Wechselwirkungen zwischen Armut und Aids an und betont die Menschenrechte als unverzichtbare Richtschnur für alle Strategien der Aids-Bekämpfung.[4]

Die UN-Verpflichtungserklärung zu HIV/Aids vom Juni 2001 (UNGASS HIV/AIDS)[5]

Im Juni 2001 verabschiedeten die Regierungsvertreter/innen von 189 Nationen auf der Sondergeneralversammlung der Vereinten Nationen zu HIV/AIDS, der United Nations General Assembly Special Session (UNGASS HIV/AIDS), einstimmig eine politische Verpflichtungserklärung (Declaration of Commitment). Die UNGASS-Sitzung gilt als ein Meilenstein für die HIV/AIDS-Bekämpfung, denn erstmalig in der Geschichte der UN wurde eine Sondergeneralversammlung zu einer einzigen Krankheit einberufen und die Mitgliedsstaaten erkannten in der Verpflichtungserklärung an, dass die HIV/AIDS-Epidemie „einen globalen Notfall und eine der größten Herausforderungen für menschliches Leben und Würde darstellt". Die Mitgliedsstaaten stellten fest, dass nur dann eine realistische Hoffnung zur Eindämmung der Epidemie bestünde, wenn politisches Engagement und ausreichende Ressourcen für die HIV/AIDS- Bekämpfung zur Verfügung gestellt würden.

Die UN-Verpflichtungserklärung bestätigt unter anderem die kritischen Fakten, dass

- die HIV/Aids-Epidemie ein Hindernis auf dem Weg zur Realisierung der MDGs ist
- Armut, Analphabetismus, bewaffnete Konflikte, Stigma und Diskriminierung sowie die Ungleichbehandlung der Geschlechter begünstigende Faktoren der Ausbreitung sind;
- der Zugang zu Behandlung ein fundamentaler Bestandteil des Rechts auf Gesundheit ist;
- Synergien zwischen Versorgung/Behandlung und Prävention bestehen;
- Multidimensionale und übersektorale Ansätze zur Bekämpfung notwendig sind;

Die Verpflichtungserklärung setzt Ziele im jeweiligen nationalen Kontext der Mitgliedsstaaten fest. Darüber hinaus sind explizit Verpflichtungen der internationalen Gemeinschaft, der Geber- bzw. der Industrieländer genannt, die die besondere Verantwortung ihrer Regierungen durch Entwicklungshilfe, internationale Politik und internationale Zusammenarbeit beschreiben. Es werden wichtige Handlungserfordernisse benannt, soll HIV/Aids wirksam bekämpft werden:

- die Erhöhung der internationalen Entwicklungshilfe;
- die Anerkennung der Bedeutung von regionaler und internationaler Zusammenarbeit;
- Lösung des Schuldenproblems, da es die Kapazität vieler Länder in der HIV/AIDS-Bekämpfung beschränkt sowie
- Die Anerkennung der Führungsrolle der Vereinten Nationen, insbesondere von UNAIDS.

[3] Vgl. die Schätzungen zur globalen HIV/Aids-Epidemie für das Jahr 2007 in Kasten 2.
[4] Aktionsbündnis gegen Aids (Hg.), 2003: Kampagnenhandbuch, Kap. 4, S. 1f.
[5] Vgl. Rüppel/Weinreich (2006): Globale Krise und Deutschlands Beitrag zur Globalen Antwort, S. 11.

UNGASS plus 5 im Jahr 2006: Die Abschlusserklärung hinterließ Leerstellen

Um die in der UN-Verpflichtungserklärung gesetzten Ziele überprüfen zu können, wurden Fristen festgelegt, die zunächst 2003 und 2005 endeten und schließlich 2010 auslaufen werden. Die Fortschritte wurden und werden jährlich durch einen Bericht des Generalsekretärs überprüft, und in einem Rhythmus von zwei (einmalig von drei) Jahren findet eine Sondergeneralversammlung der Vereinten Nationen statt, mit dem Ziel, den Stand der Umsetzung der Politischen Verpflichtungserklärung zu überprüfen.

Vom 31. Mai bis 2. Juni 2006 kamen die Vereinten Nationen in New York zu einem Treffen zur umfassenden Überprüfung der Fortschritte bei der Erreichung der in der Verpflichtungserklärung zu HIV/Aids gesetzten Ziele sowie zu einer Plenarsitzung auf hoher Ebene zusammen („UNGASS+5"). Nach schwierigen Verhandlungen wurde das politische Engagement für die Eindämmung der Pandemie durch eine gemeinsame politische Erklärung erneuert.

Das Aktionsbündnis gegen AIDS, das nicht nur den Vorbereitungsprozess in der „Civil Society Task Force" kritisch begleitet hatte, sondern auch durch Mitgliedsorganisationen in der deutschen Regierungsdelegation vertreten war, begrüßte diese Ergebnisse, da sie die wesentlichen Einsichten und Zielsetzungen der Politischen Erklärung von 2001 bestätigt und fortschreibt.

Einige zentrale Anliegen von Nichtregierungsorganisationen (NRO) hatten letztendlich Eingang in das Dokument gefunden; viele Punkte, für die NRO und Betroffene gekämpft hatten, wurden jedoch nicht berücksichtigt. Neben der Forderung nach zeitlichen Zwischenzielen für die Ausweitung von Präventions- und Behandlungsprogrammen („towards universal access"), fehlt insbesondere die explizite Benennung von besonders Betroffenen, nämlich Drogengebrauchern, Migrant/innen, Männern, die Sex mit Männern haben sowie Frauen allgemein. Diese „gefährdeten Gruppen" und ihre spezifische Situation gilt es, durch Prävention und Gesundheitsversorgung zu erreichen. Ihre besonderen Bedarfe zu benennen, wäre der erste Schritt zur Gewährleistung ihrer sozialen Menschenrechte gewesen. In der Frage des Medikamentenzugangs schwächt die Abschlusserklärung die Ausführungen der UN-Verpflichtungserklärung zu HIV/AIDS. Im Gegensatz zu der Erklärung von 2001, spricht die Verlautbarung von 2006 nicht mehr von einer grundsätzlichen Überprüfung und einer möglichen Revision der internationalen Handelsübereinkünfte, wie dem TRIPS-Abkommen, in Hinblick auf deren Auswirkungen auf die Verfügbarkeit die Entwicklung von Medikamenten.[6]

Darüber hinaus hat das Aktionsbündnis gegen AIDS an der UNGASS+5-Erklärung kritisiert, dass die entscheidende Frage viel zu vage formuliert ist, wie die dringend gebotene Ausweitung der HIV/AIDS-Bekämpfung zu finanzieren sei. Zwar wird festgestellt, dass nach den damaligen Schätzungen von UNAIDS jährlich 20 bis 23 Mrd. US-Dollar bis 2010 benötigt würden. Anstatt einer verbindlichen Zusage, die bereitgestellten Finanzmittel diesem Mindestbedarf entsprechend zu erhöhen, wurden jedoch nur „Maßnahmen zur Sicherstellung zusätzlicher Ressourcen" in Aussicht gestellt.[7] Offen bleibt dabei auch, in welchen Schritten und mit welchen Instrumenten dieses Finanzvolumen freigesetzt werden soll. Vor allem aber war dieses Zielniveau deutlich zu niedrig angesetzt, denn es berücksichtigte den zusätzlichen Finanzbedarf für die Erreichung des universellen Zugangs nicht.

Aus der Sicht von NRO formulierte die Politische Erklärung der zweiten UN-Sondergeneralversammlung zu HIV/AIDS, die als Referenzrahmen für das Engagement der internationalen Gemeinschaft gilt und Bemessungsgrundlage für das Aids-Engagement jedes individuellen UN-Mitgliedslandes von zentraler Bedeutung ist, eher weiche Ziele und ließ viele dringende Selbstverpflichtungen der UN-Mitgliedsländer offen.

Gleichwohl hatte sich die Gruppe der EU, in der auch die deutsche Delegation stimmte, offen gegenüber den Empfehlungen der Zivilgesellschaft gezeigt und während der Verhandlungen vergleichsweise progressive Positionen vertreten. Da sich die Bundesregierung jedoch in punkto des finanziellen Bedarfs und der Festschreibung weiterer verbindlicher Schritte wie die meisten Geberländer eher zurückhaltend verhielt, wurden aus der Sicht von entwicklungspolitischen NRO hohe Erwartungen an die politischen Aktivitäten der Regierung während der doppelten Präsidentschaft im Jahr 2007 geknüpft.

[6] Vgl. Roll/Weinreich, 2006: UN Sondergeneralversammlung zu HIV/AIDS 31. Mai bis 2. Juni 2006. Bericht und Handlungsempfehlungen. Unveröff. Manuskript, Tübingen, S. 3.

[7] Vgl. Rüppel, 2006: Ergebnisse des UN-Gipfels zu HIV/AIDS werden der Herausforderung nicht gerecht. Unveröff. Manuskript, S. 1.

Handlungsspielraum auf internationalem Parkett genutzt? Die EU-Ratspräsidentschaft und der G8-Vorsitz 2007

Die Bekämpfung der Pandemie wurde während der doppelten Präsidentschaft und insbesondere im Vorfeld des G8-Gipfels für die Bundesregierung zu einem wichtigen und sichtbaren Thema.

Die EU-Ratspräsidentschaft

Wichtig für die Unterstützung der Forderung des Aktionsbündnis gegen AIDS an die Bundesregierung, beide Foren für eine konsequente Verwirklichung der Ziele der UN-Verpflichtungserklärung zu HIV/Aids zu nutzen, war auch das Engagement des Verbands Entwicklungspolitik deutscher NRO. VENRO hat im Rahmen seines Projekts zur deutschen EU-Ratspräsidentschaft, das sich auf die Auswirkungen europäischer Politik auf Afrika konzentrierte, dem Thema HIV/Aids einen hohen Stellenwert eingeräumt. Die Forderungen des Entwicklungspolitischen Manifests[8] bezogen sich vor allem auf die Verfolgung des Ziels „Universeller Zugang bis 2010“ und auf das TRIPS-Abkommen sowie auf die Forderung nach besonderen Maßnahmen für Frauen und Mädchen. Eine mit dem Aktionsbündnis gegen AIDS und Mitgliedsorganisationen gemeinsam durchgeführte internationale Konferenz setzte diese Advocacy-Arbeit mit Vertreter/innen der afrikanischen Zivilgesellschaft fort und das Final Communiqué der Konferenz wurde von der Entwicklungsministerin und dem deutschen G8-Sherpa positiv aufgenommen.

Gleichwohl lässt sich die EU-Ratspräsidentschaft nur bedingt positiv bewerten. Zu begrüßen ist eine vom EU-Rat beschlossene „Vereinbarung zur Nichtabwerbung von afrikanischen Gesundheitsfachkräften“ (vgl. Teil 1). Ebenfalls positiv ist es, dass die Bundesregierung und die EU den Aufbau von lokalen Produktionskapazitäten für Medikamente in Entwicklungsländern (EL) unterstützen wollen.[9] Zwar sind Absichtserklärungen, die einen politischen Willen erkennen lassen und darüber hinaus zunehmend von einer progressiven Wortwahl gekennzeichnet sind – z.B. mit Blick auf dringend notwendige Maßnahmen zur Durchsetzung von Frauen-Menschenrechten und Geschlechtergerechtigkeit – unbestritten wichtige Elemente einer koordinierten und aufeinander abgestimmten HIV/Aids-Politik der EU. Doch solange keine Kohärenz dieser Papierstrategien zur realen Politik der EU und der Bundesregierung in den Bereichen von Weltwirtschaft und Handel hergestellt wird, wird das Ziel des Universellen Zugangs nicht nur nicht gefördert, sondern gefährdet, wie in Teil 1 dieses Berichts erläutert wird. Dies gilt insbesondere für die Haltung der Bundesregierung und der EU in der Frage der Ausgestaltung der Patentregelungen TRIPS und mit Blick auf die Wirtschaftspartnerschaftsabkommen (WPA), durch die der Patentschutz für essentielle Medikamente im Kampf gegen HIV/Aids verschärft, anstatt gemildert oder abgeschafft wird.

Der G8-Gipfel in Heiligendamm

Wesentlich für die Übernahme politischer Verantwortung und gleichsam zentrale Voraussetzung für den angestrebten politischen Fortschritt ist die Bereitstellung finanzieller Mittel. Daran müssen sich die Bundesregierung und die EU ebenso messen lassen wie die in der Gruppe der Acht zusammengeschlossenen Industrieländer.

Vor dem Hintergrund der spürbar negativen Wirkung von HIV/Aids für die weltwirtschaftliche Entwicklung, hatten die G8 (bzw. G7) erstmalig in 2001 beschlossen, Maßnahmen zur Bekämpfung der drei größten Epidemien, HIV/Aids, Tuberkulose und Malaria finanziell zu unterstützen (s. Kasten). In Hinblick auf die Frage, ob die großen Industrienationen zu ihren 2005 in Gleneagles gegebenen Versprechen stehen und sich zur Bekämpfung der HIV/Aids-Epidemie auch entsprechend ihrer Wirtschaftskraft an der Übernahme von politischer Verantwortung beteiligen würden, galt der G8-Gipfel 2007 in Heiligendamm als Prüfstein. Im Rückblick unbestritten ist das politische Engagement der Bundesregierung während der Gipfelverhandlungen, die Gebergruppe zu einer signifikanten Erhöhung der finanziellen Mittel zur Bekämpfung von HIV/Aids und anderer Epidemien zu verpflichten.

Gleichwohl müssen die zunächst beeindruckenden Summen, die sowohl einzelne Geber, einschließlich der Bundesregierung, als auch die G8 insgesamt angekündigt haben, auf ihren effektiven Wert sowie ihre Wirksamkeit hin überprüft werden.

Das Aktionsbündnis gegen AIDS und internationale Bündnispartner der World Aids Campaign kritisierten an den Ergebnissen des G8-Gipfels vor allem das Fehlen eines für den Gesundheitsbereich überfälligen konkreten Finanzierungs- und Umsetzungsplans der versprochenen Mittel. Doch auch ohne diesen ist die in Aussicht gestellte Erhöhung – gemessen am tatsächlichen Bedarf – völlig unzureichend, wie in Teil 2 dieses Berichts verdeutlicht wird.

Neben der weiterhin aufrecht zu erhaltenden Forderung nach einer signifikanten Erhöhung der finanziellen Mittel zur Bekämpfung von HIV/Aids, stellt sich das

[8] VENRO 2007: „Afrikas Perspektive – Europas Politik“, S. 12f.
[9] VENRO, 2007: „Stellungnahme zu den entwicklungspolitischen Ergebnissen der deutschen EU-Ratspräsidentschaft 2007, 9f.

Aktionsbündnis gegen AIDS auch hinter die Positionen der entwicklungspolitischen NRO, die das Ergebnis des G8-Gipfels als völlig unzureichend hinsichtlich der allgemeinen Verpflichtungen der Gebergemeinschaft zur Armutsbekämpfung in Afrika kritisieren. So wurde ‚Entschuldung' in den Gipfeldokumenten nur am Rande erwähnt und dies ausgerechnet als Ankündigung, Schuldenerlasse auch zukünftig nicht zusätzlich zur Entwicklungshilfe zu gewährleisten, sondern weiterhin den Gegenwert von Entschuldungsmaßnahmen auf die Erhöhung der Entwicklungshilfe anzurechnen. Die Gefahr einer starken Neuverschuldung vieler afrikanischer Länder wird dabei völlig unterschätzt, und die vereinzelten Vorstöße der deutschen Präsidentschaft, verbindliche Regulierungen gegen eine spekulative und wenig verantwortungsvolle Kreditvergabepolitik zu schaffen, waren nicht wirkungsvoll genug, um im G8-Dokument verankert zu werden.

Auch hat die Bundesregierung die deutsche G8-Präsidentschaft nicht für eigene Initiativen zur Einführung innovativer Finanzierungsinstrumente genutzt, mit denen sie auch ihren europäischen Verpflichtungen zur Erfüllung des ODA-Stufenplans nachkommen kann; vielmehr scheint sie sich hinter kleineren Programmen, wie der Schuldenumwandlungsmaßnahme „Debt2Health" vor weitergehenden Forderungen in diesem Bereich schützen zu wollen.[10]

Übersicht über entwicklungs- und gesundheitspolitische Schwerpunkte auf den G7/G8-Gipfeln seit 2001

Wann	Wo	Was
2001	Genua/Italien	• Mitfinanzierung des neu eingerichteten Globalen Fonds (GFATM) zur Bekämpfung von HIV/Aids, Malaria, Tuberkulose zugesagt • Grundsteinlegung für langfristige Partnerschaft zwischen G8 und afrikanischen Reformstaaten (NEPAD)
2002	Kananaskis/ Kanada	• G8-Sonderbeauftragte für Afrika ernannt
2003	Evian/ Frankreich	• Thema: „Gemeinsame internationale Verantwortung für Weltwirtschaft, Nachhaltigkeit und regionale Entwicklung"
2004	Sea Island/USA	• Erklärung zur Ausrottung der Polio • Fokus: Hungersnot am Horn von Afrika, Handel, Korruptionsbekämpfung
2005	Gleneagles/ Großbritannien	• Afrika: Multilaterale Entschuldungsinitiative (MDRI) vereinbart • Aufstockung der ODA um 50 Mrd. US$ bis 2010 (davon 20 Mrd. für Afrika) • `Universal Access´ zu Prävention, Behandlung, Pflege und Unterstützung bis 2010 beschlossen
2006	St. Petersburg/ Russland	• Erfüllung der in 2005 gemachten Hilfszusagen bestätigt und Fortschrittsbilanz zur Umsetzung von ‚Universal Access' für 2007 angekündigt • Bekämpfung von HIV/Aids und Tb als „Investition in den Menschen" bestätigt; aber keine neuen Zusagen
2007	Heiligendamm/ Deutschland	• 60 Milliarden US$ zur Verwirklichung der MDGs 4,5,6 angekündigt • Bemühungen angekündigt, Universal Access bis 2010 zu erreichen, durch Programme für „5 Mio. Bedürftige" in Afrika • ABER: kein verbindlicher Umsetzungsplan oder überprüfbare Zeitziele und Betonung des Schutzes intellektueller Eigentumsrechte.

[10] Im G8-Dokument werden lediglich innovative Finanzierungsinitiativen im Zusammenhang mit der Bekämpfung von HIV/Aids, TB und Malaria „begrüßt" (wie die Debt2Health-Initiative) und solche Maßnahmen, „die auf freiwilliger Basis ergriffen werden, um zusätzliche Mittel für einen langfristigen Zugang zu bezahlbaren Impfstoffen und Behandlungen sowie für die Entwicklung von Impfstoffen zu mobilisieren" (wie z.B. UNITAID), werden „zur Kenntnis genommen". Vgl. G8-Summit 2007: „Wachstum und Verantwortung für Afrika", § 60, S. 25 sowie Teil 2.

Beteiligung der Zivilgesellschaft und NRO

Die doppelte Präsidentschaft hat bereits im Vorfeld zu einer erhöhten Wachsamkeit und verstärkten entwicklungspolitischen Kampagnenarbeit von NRO geführt. Zugleich kann positiv festgehalten werden, dass die Bundesregierung, insbesondere aber das BMZ, auf zivilgesellschaftliche Anforderungen nach mehr Transparenz eingegangen ist und sich bemüht hat, durch regelmäßige Informations- und Diskussionsforen den Positionsaustausch zwischen beiden Akteuren zu verbessern. Das Aktionsbündnis gegen AIDS hat sich an diesem Dialog auf allen Ebenen beteiligt und mit einer kritischen Stimme zu Wort gemeldet.

In Übereinstimmung mit anderen entwicklungspolitischen NRO fordert das Aktionsbündnis gegen AIDS von der Bundesregierung, nun auch für eine „Institutionalisierung" der Partizipation von NRO Sorge zu tragen, und die Konsultationsmöglichkeiten zu anstehenden politischen Ereignissen auch nach der doppelten Präsidentschaft, d.h. langfristig und unabhängig vom guten Willen einzelner politischer Verantwortlicher, aufrecht zu erhalten.

Dass sich die rege Beteiligung der Zivilgesellschaft und die Gesprächsbereitschaft einzelner Regierungen im Vorfeld politischer Großereignisse nicht „automatisch" in dauerhafte Partizipationsmöglichkeiten für NRO umsetzen, haben die G8-Dokumente gezeigt. So wurde der Stellenwert, den die Arbeit von afrikanischen Nichtregierungsorganisationen für die Fortschritte bei der Entwicklung des Kontinents hat, im G8-Abschlussdokument völlig ausgeblendet. Damit wurde jedoch, wie VENRO herausstellte, eine politische Chance vertan, dringend benötigte zusätzliche Handlungsspielräume für die afrikanische Zivilgesellschaft zu öffnen. Diese muss jedoch vor allem im Gesundheitsbereich mit vielen Basisorganisationen, insbesondere aber im Arbeitsfeld der HIV/Aids-Bekämpfung, in alle Entscheidungen und Maßnahmen aktiv einbezogen werden, um die Wirksamkeit der Programme zu erhöhen.

Die Umsetzung der UN-Verpflichtungserklärung: Bewährungsprobe für die politische Verantwortungsbereitschaft

Vom 10.-11. Juni 2008 findet erneut ein High Level Meeting zur Überprüfung der Umsetzung der UN-Verpflichtungserklärung in New York statt. Die Verpflichtungserklärung erkennt die Bedeutung und wichtige Rolle der Zivilgesellschaft für die Bekämpfung der HIV/Aids-Epidemie an und verpflichtet die UN-Mitgliedsstaaten zur Kooperation mit diesen. Wie bereits im UNGASS + 5-Prozess geschieht dies durch eine Civil Society Task Force, die – unterstützt von UNAIDS – die Teilnahme vor allem von Selbsthilfegruppen und Betroffenen an der Sondergeneralversammlung fördern soll. Diese haben auf dem hochrangigen Treffen Gelegenheit, in drei Foren zu der Versammlung zu sprechen: auf der Eröffnungsveranstaltung, während fünf thematischer Diskussionspodien sowie auf einem Civil Society Hearing.

Die Bundesregierung wird – wie andere UN-Mitgliedsstaaten auch – durch eine Delegation vertreten sein, in die sie ebenfalls Vertreter/innen von NRO zur Teilnahme eingeladen hat. Auch das Aktionsbündnis gegen AIDS ist eingeladen, an der Regierungsdelegation teilzunehmen.

Berichterstattung durch die Mitgliedstaaten

Mit der Unterzeichnung der UN-Verpflichtungserklärung haben sich die Mitgliedsstaaten auch verpflichtet, alle zwei Jahre über die Fortschritte bei der Bekämpfung von HIV/Aids zu berichten. Die Auswertung aller Berichte fließt in einen Bericht des UN-Generalsekretärs, den dieser im April dieses Jahres vorgelegt hat und der in Teil 1 genauer dargestellt wird.

Die Bundesregierung ist dieser Berichtspflicht – dem offiziellen Format entsprechend – Anfang 2008 nachgekommen und hat für den Zeitraum von Januar 2006 bis Dezember 2007 einen Bericht zur Situation in Deutschland vorgelegt.[11] Darin wird auf die hohe und weiter anwachsende Infektionsrate unter Migrant/innen in Deutschland verwiesen sowie die Herausforderung betont, dieser Situation durch gezielte Präventionsmaßnahmen begegnen zu müssen. Der Bericht ist unter der Federführung des Bundesgesundheitsministeriums entstanden. Nur ein einziger Abschnitt widmet sich dem Beitrag zur globalen Antwort. Hervorgehoben werden darin das Engagement der Bundesregierung zur doppelten Präsidentschaft und die damit verknüpfte Ankündigung, bis zum Jahre 2015 vier Mrd. Euro für die Bekämpfung von Aids, Tuberkulose und Malaria sowie für die Stärkung der Gesundheitssysteme beizutragen. Auf die zentralen Aktionsfelder der EZ wird verwiesen.

Zu diesem Bericht:

Wie schon in der ersten zivilgesellschaftlichen Bestandsaufnahme des deutschen Engagements für die Umsetzung der internationalen HIV/Aids-Ziele, die im Vorfeld von UNGASS+5 im Jahr 2006 vom Aktionsbündnis gegen AIDS veröffentlicht wurde, steht auch in der zweiten Bestandsaufnahme die Umsetzung der internationalen Verpflichtungen im Mittelpunkt der Analyse. Für das Aktionsbündnis gegen AIDS ist weiterhin das Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung

[11] Country Progress Report 2006-2007: http://data.unaids.org/pub/Report/2008/germany_2008_country_progress_report_en.pdf

(BMZ) der Hauptansprechpartner, wenn es um die globale Antwort und das entwicklungspolitische Engagement der Bundesregierung geht; so auch für die vorliegende Aktualisierung der Bestandsaufnahme. Gleichwohl ist das BMZ nicht das einzige Ressort, das in Deutschland für die Umsetzung der internationalen Verpflichtungen, mit dem Ziel der globalen Bekämpfung von HIV/Aids, verantwortlich ist. Neben dem Bundesgesundheitsministerium (BMG), sieht das Aktionsbündnis gegen AIDS vor allem das Bundesministerium für Wirtschaft und Technologie in der Verantwortung, durch eine kohärente Wirtschaftspolitik zur weltweiten Bekämpfung von HIV/Aids beizutragen.

Der Alternativbericht gliedert sich in zwei Teile: Kapitel 1, verfasst von Sonja Weinreich, untersucht eingehend die bisherige Umsetzung der internationalen HIV/Aids-Verpflichtungen in Hinblick auf die Ergebnisse der doppelten Präsidentschaft, die Entwicklung von Konzepten und Aktionsprogrammen sowie in Bezug auf konkrete thematische Fragestellungen. Kapitel 2, verfasst von Joachim Rüppel, liefert eine profunde Analyse der bisherigen Beteiligung Deutschlands an der Bereitstellung dringend benötigter Finanzmittel; dabei erfolgt zunächst eine ausführliche Darlegung und Aufschlüsselung der öffentlichen Entwicklungshilfemittel insgesamt sowie eine weitere Analyse der gesundheitsrelevanten Beiträge Deutschlands bis 2007.

Wenn die ausreichende Finanzierung der notwendigen Maßnahmen als Lackmustest des politischen Willens und der Absichtserklärungen gilt, dann fällt dieser jedoch negativ aus, wie die Bestandsaufnahme herausstellt. Für die Regierungen der wirtschaftlich privilegierten Länder ist es eine Frage der menschlichen Solidarität ebenso wie der politischen Weitsicht, Verantwortung in der internationalen Gemeinschaft zu übernehmen, um die todbringende Verelendungsspirale aus sozialer Ungerechtigkeit und verheerender Krankheitslast zu durchbrechen. Wie ernst es ihnen damit ist, zeigt sich deshalb an der Bereitschaft, einen angemessenen Beitrag zur Finanzierung der wirksamen Gegenmaßnahmen zu leisten. Dies gilt speziell für die HIV-Epidemie, die wie keine andere Krankheit zur Verarmung von Familien und Kommunen führt und die Ressourcenbasis schwer betroffener Entwicklungsländer weiter schmälert. Doch zeigt die Analyse in Teil 2, dass die Beiträge Deutschlands weit hinter dem erforderlichen Niveau zurückbleiben. Auch die Mittelsteigerungen der letzten beiden Jahre reichen nicht aus, um die enormen Finanzierungslücken zu schließen und den internationalen Verpflichtungen nachzukommen.

Empfehlungen für die weitere Umsetzung und Überprüfung der UN-Verpflichtungserklärung

Absichtserklärungen allein retten kein einziges Menschenleben. Wenn die internationale Gemeinschaft das 2001 formulierte Ziel des Universellen Zugangs bis 2010 zu Prävention, Behandlung, Pflege und Unterstützung für alle, die es bedürfen, in den verbleibenden knapp zwei Jahren noch erreichen will, muss sie sowohl das Tempo als auch die Ressourcen dafür deutlich erhöhen.

Aus Sicht der im Aktionsbündnis gegen AIDS zusammengeschlossenen Organisationen ist es für den diesjährigen Überprüfungsprozess, der in der UN-Sondergeneralversammlung im Juni 2008 mündet, vor allem wichtig, die bislang genannte Finanzierungszahl zu korrigieren. Um die UN-Verpflichtung des Universellen Zugangs zu verwirklichen, werden 42 Milliarden US$ benötigt, und nicht, wie im Bericht des UN-Generalsekretärs 2008 angekündigt, nur 15 Mrd. US$.

Darüber hinaus gilt es grundsätzlich – bezogen auf die kommende UNGASS, aber auch hinsichtlich des im Juli stattfindenden G8-Gipfels in Japan – das Ziel des Universellen Zugangs aufrecht zu erhalten und zu bekräftigen.

In einem Appell an UNAIDS und die WHO äußert die „Civil Society Task Force“ ihre große Besorgnis, dass das Ziel Universeller Zugang in der UNGASS zugunsten der Zielmarken der MDGs (insbesondere MDG 4 und 5) aufgegeben wird.[12] Auch das Aktionsbündnis gegen AIDS und seine internationalen Bündnispartner sehen die Millenniumsziele als weiteren entwicklungspolitischen Referenzrahmen; diese Ziele dürfen jedoch nicht in Konkurrenz zueinander treten. Bei Anerkennung anderer globaler Probleme im Gesundheitsbereich, für die sich die internationale Gemeinschaft auch einsetzen muss, muss ein gewisser Ausnahmestatus für die HIV/Aids-Epidemie bestehen bleiben. Deutlicher als andere Epidemien ist HIV/Aids eine „soziale Krankheit“, die eng verbunden ist

[12] In einem Brief der Civil Society Task Force vom 12. Mai 2008 an die Direktoren von UNAIDS und WHO, Dr. Peter Piot und Dr. Margaret Chan, heißt es: „It has been brought to our attention that official documents being prepared for the Panels of the High Level Meeting emphasize benchmarks other than 2010 (e.g. MDG targets of 2015), failing to prioritize the commitment to Universal Access to prevention, treatment, care and support by 2010. We recognize that Universal Access is integrally linked to issues of broader development, as contained within the MDGs. However, these must not detract from nor substitute for the urgent need to deliver on the commitments to Universal Access by 2010 (…).In light of this, we are writing to you with a sense of urgency. We ask for your leadership in ensuring that the High Level Meeting (…) reiterates and strengthens the commitment to achieving Universal Access by 2010. (…) It is critically important that this position is clearly documented and communicated as an outcome of the meeting. Millions of lives depend on this commitment, which cannot be delayed. A failure to fulfill international commitments has human and social costs which are unacceptable.“

mit Stigmatisierung und Diskriminierung, Ausgrenzung aus der Gemeinschaft und dem Verlust von Würde und Menschenrechten. Längst betrifft sie nicht mehr nur so genannte „Randgruppen“ unserer Gesellschaften, sondern breite Schichten und ganze Altersklassen, vor allem sehr junge Menschen.

Das Aktionsbündnis gegen AIDS setzt sich dafür ein, dass das Ziel Universeller Zugang bis 2010 erreicht wird, um weiteres Elend und Verarmung sowie die Ausbreitung der Epidemie zu verhindern. An der Erreichung des Ziels müssen alle Akteure beteiligt sein: Regierungen, Zivilgesellschaft und die Privatwirtschaft. Die Aufgabe der Zivilgesellschaft ist es, die Anstrengungen der Regierungen zu überwachen und Öffentlichkeit herzustellen. Wir werden dieses auch weiterhin tun.

Empfehlungen

- ▶▶ Das Aktionsbündnis gegen AIDS fordert die Bundesregierung auf, sich im Rahmen der Sondergeneralversammlung zu HIV/Aids und im Rahmen des G8-Prozesses für die Fest- und Fortschreibung des Ziels Universeller Zugang bis 2010 einzusetzen.
- ▶▶ Die Bundesregierung sollte die Überprüfungen der UN-Verpflichtungserklärung zu HIV/Aids und anderer globaler Verpflichtungen regelmäßig und in einem konsultativen Prozess mit der Zivilgesellschaft durchführen.

Teil 1: Die Umsetzung der HIV/Aids-Verpflichtungen 2006 – 2007

Sonja Weinreich[13]

Universeller Zugang zu Prävention, Behandlung, Pflege und Unterstützung bis 2010

Das langjährige Versagen der internationalen Gemeinschaft, die weltweite HIV-Epidemie adäquat zu bekämpfen, hat in den ersten beiden Jahrzehnten nach dem Auftreten von HIV/Aids einer rasanten Ausbreitung der Epidemie Vorschub geleistet. Erst vor wenigen Jahren setzte ein Prozess des Umdenkens ein, der auch zu einer verstärkten Mobilisierung von Ressourcen für die Aids-Bekämpfung führte. Die globale HIV-Krise wurde erstmals im Jahr 2001 auf die Agenda der Generalversammlung der Vereinten Nationen (UNGASS) gesetzt. Die Mitgliedstaaten nahmen die „Verpflichtungserklärung zu HIV/Aids" an. Damit akzeptierten sie auch die Handlungsprinzipien und zeitgebundenen Ziele, um auf der globalen, regionalen und nationalen Ebene zu einer wirksamen Antwort auf die Pandemie zu kommen.

In der Folgezeit wurde durch Initiativen der Weltgesundheitsorganisation (WHO) sowie auf Druck von Aids-Aktivisten und Betroffenengruppen der Skandal, dass Millionen Menschen durch ungenügenden Zugang zu Aids-Medikamenten einen vermeidbaren Tod starben, auch von der internationalen (Geber-) Gemeinschaft wahrgenommen. Es wurde klar, dass ohne Intensivierung und Ausweitung der Präventions- und Behandlungsprogramme eine Eindämmung der Epidemie nicht möglich ist. In der internationalen Diskussion näherte man sich zunehmend dem Ziel, dass alle Menschen Zugang zu allen für die Aids-Bekämpfung erforderlichen Diensten haben sollten. Dazu gehören die Prävention, Behandlung, Pflege und soziale, psychologische und materielle Unterstützung. Dieses Ziel des „Universellen Zugangs" oder „Zugangs für alle" soll bis zum Jahr 2010 erreicht werden.

Zu diesem Ziel verpflichteten sich auch die Vereinten Nationen (United Nations, UN) in der „Politischen Erklärung", die sie im Jahr 2006 auf einem High Level Meeting zu HIV/Aids im Rahmen der Überprüfung der Verpflichtungserklärung des Jahres 2001 abgaben. Durch die Zusammenarbeit aller relevanten Sektoren sollte eine größere Wirksamkeit und Reichweite der HIV/Aids-Bekämpfung erzielt werden. Eine entscheidende Rolle spielt dabei die volle und aktive Partizipation von Menschen mit HIV sowie die Mitwirkung der gefährdeten und besonders betroffenen Gemeinschaften, der Zivilgesellschaft und des privaten Sektors. Seit der Erklärungsvereinbarung konnten einige Fortschritte bei der Ausweitung der Schlüsselmaßnahmen erreicht werden.

Der UN-Bericht 2008: Fortschritte erzielt – aber bei Weitem nicht genug

Der UN-Generalsekretär benennt in seinem im April 2008 veröffentlichten Bericht diese Fortschritte, in Hinblick auf das Ziel des Universellen Zugangs und unter Berücksichtigung der Rechenschaftsberichte von 147 Ländern.[14]

So sind seit 2006 in vielen Regionen der Welt Fortschritte bei der Bekämpfung von HIV/Aids zu verzeichnen, jedoch sind diese Fortschritte weder gleichmäßig verteilt noch ausreichend in Hinblick auf das zu erreichende Ziel.

Im Jahr 2007 hatten 40 % der jungen Männer und 36 % der jungen Frauen ausreichende Kenntnisse über HIV-Prävention. Diese Zahlen liegen weit unter dem für 2010 gesteckten Ziel von 95 %, das die Verpflichtungserklärung aufgestellt hatte. Der Prozentsatz von Müttern, die eine antiretrovirale Therapie (ART) zur Verhinderung der Mutter-zu-Kind-Übertragung erhalten haben, stieg von 14 % in 2005 auf 34 % in 2007 – auch das liegt weit entfernt von den anvisierten 80 % in 2010. Drei Millionen Menschen in Ländern mit niedrigem und mittlerem Einkommen hatten 2007 Zugang zu antiretroviraler Therapie; das entspricht nur 30 % aller Menschen, die sie benötigen. Wenn der gegenwärtig zu langsame Trend anhält, werden 2010 nur 4,6 Millionen Menschen und 2015 nur acht Millionen Menschen antiretrovirale Behandlung erhalten. Dies sind wesentlich weniger, als der geschätzte Bedarf: Im Jahr 2007 benötigten fast 10 Millionen Menschen Behandlung, und der Bedarf wird angesichts der über 33 Millionen HIV-infizierten Menschen weiter ansteigen. Insgesamt – so eine Schlussfolgerung des Generalsekretärs – kann Universeller Zugang nur erreicht werden, wenn HIV/Aids-Interventionen schneller ausgedehnt werden.

[13] Ko-Autorin: Birte Rodenberg

[14] Report of the Secretary-General: Declaration of Commitment on HIV/AIDS and Political Declaration on HIV/AIDS: Midway to the Millenium Development Goals, April 2008.

Dem Bericht zufolge sind folgende Anstrengungen notwendig:

- Die Entwicklung von langfristigen und nachhaltigen Strategien zur Aids-Bekämpfung,
- Ausdehnung und Intensivierung der HIV-Prävention auf alle Menschen in Ländern mit hoher Prävalenz und Intensivierung der HIV-Prävention bei den Risikogruppen (Homosexuelle, Sexarbeiter/innen, Drogenbenutzer/innen) in Ländern mit niedriger Prävalenz,
- Behandlung der mit HIV und Tuberkulose einhergehenden Ko-Infektionen,
- Bekämpfung der Geschlechterungleichheit und Stärkung der Rechte von Frauen und Mädchen und
- ein verbesserter Zugang zu Unterstützung für Waisenkinder sowie
- der Ausbau der Gesundheitsinfrastruktur.

Voraussetzungen zur Umsetzung dieser seit langem auch von NRO geforderten Maßnahmen ist nicht nur ein politischer Wille, sondern vor allem die Übernahme von politischer Verantwortung. Zudem müssen die Menschen, die mit HIV und Aids leben, in alle Entscheidungen und Planungen einbezogen werden. Die Lücke zwischen den verfügbaren und den benötigten Ressourcen zur Erreichung von Universellem Zugang bis 2010 wächst jedoch an und Länder mit hohem Einkommen müssen ihre finanziellen Ressourcen für die Länder mit niedrigem und mittlerem Einkommen wesentlich erhöhen, damit diese Universellen Zugang erreichen können. Anders als der Generalsekretär in seinem Bericht feststellt, sind jedoch im Jahr 2010 nicht nur 15 Milliarden US-Dollar notwendig. Vielmehr werden 42 Milliarden US-Dollar benötigt, um die Verpflichtung des universellen Zugangs zu verwirklichen. Die Ausführungen in dem Bericht des UN-Generalsekretärs sind bezüglich des angemessenen Finanzbedarfs irreführend und so nicht verallgemeinerbar.[15] Denn dieses Volumen würde nur ermöglichen, mit der bisherigen – viel zu geringen – Geschwindigkeit der Ausweitung des Zugangs fort zu fahren. Damit würde jedoch das Ziel des Universal Access nie erreicht. Bis 2010 könnten dann z.B. nur 4,6 Millionen Menschen anti-retrovirale Therapie erhalten, statt der erforderlichen 13,7 Millionen Betroffenen.[16]

[15] Auch wenn ebd. immerhin darauf hingewiesen wird, dass es sich nur um den Bedarf handelt, der notwendig ist „just to continue the current rate of scale-up of services".

[16] Die oben genannte Zahl von 13,7 Millionen mit ART behandelten Menschen stammt aus dem erwähnten Bericht zu erforderlichen Ressourcen und spiegelt die neueste Angabe von UNAIDS wieder. Sie beruht auf der Annahme eines rechtzeitigen Behandlungsbeginns drei Jahre vor dem – ohne Behandlung – zu erwartenden Tod. Frühere Berechnungen gingen von einer Aufnahme zwei Jahre vor dem Tod aus. Die 13,7 Millionen in Behandlung würden einem Deckungsgrad von 82 % entsprechen. Das heißt, die Zahl der behandlungsbedürftigen Menschen (nach Indikation „drei Jahre vor dem Tod") beträgt nach dieser Schätzung 16,7 Millionen. Vgl. UNAIDS, 2007: Financial Resources Required to Achieve Universal Access to HIV Prevention, Treatment, Care and Support, S. 5 sowie Kapitel 2 dieses Berichts.

Politische Verantwortung der Bundesregierung

Auch die Bundesregierung hat die politischen Erklärungen der UN unterschrieben. Doch welche Schritte hat sie seither unternommen, um allein oder mit anderen Gebern dazu beizutragen, die oben genannten Ziele zu erreichen? Wie sah ihr Engagement in der globalen Aids-Bekämpfung in den Jahren 2006 und 2007 aus? Welche Strategien hat sie entwickelt und welche Interventionen plant sie für die nächsten Jahre? In den folgenden Abschnitten sollen zentrale Handlungsfelder beleuchtet werden.

Die Bundesregierung hat sich in den Jahren 2006 und 2007, das heißt im Vorfeld und während der deutschen EU-Rats- und G8-Präsidentschaften öffentlich und in den relevanten EU- und G8-Foren stärker als in den Vorjahren für die weltweite Bekämpfung der HIV-Epidemie engagiert.

Im Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (BMZ) ist HIV/Aids als ein zentrales Querschnittsthema im Referat für Gesundheitsfragen und Bildung verankert. Das politische Profil der Bundesregierung auf dem Gebiet der globalen HIV/Aids-Bekämpfung wurde gestärkt, z.B. beim Globalen Fonds zur Bekämpfung von Aids, Tuberkulose und Malaria (GFATM) und bei UNAIDS. Gleichwohl betrifft eine wirksame globale Aids-Politik auch andere Ressorts, deren Politik bei Weitem nicht immer kohärent zu den Ansätzen des BMZ ist.

Empfehlungen

- Die deutsche Bundesregierung sollte ihr während der doppelten Präsidentschaft deutlich gemachtes Engagement konsequent fortsetzen und weiter ausbauen. Sie sollte – wenn sie die in Heiligendamm demonstrierte politische Verantwortung ernsthaft umsetzen will – das BMZ in seiner Politik der Unterstützung der Entwicklungsländer in deren Engagement gegen HIV und Aids unterstützen.

A. Der Aktionsplan zur Umsetzung der HIV/Aids-Bekämpfungsstrategie der Bundesregierung

Im Jahr 2007 gaben das Bundesgesundheitsministerium (BMG), das BMZ und das Bundesforschungsministerium (BMBF) einen gemeinsamen Aktionsplan heraus,

der die „HIV/Aids-Bekämpfungsstrategie der Bundesregierung“ vom Juli 2005 umsetzen soll. Das Aktionsbündnis gegen AIDS hatte wiederholt die Ausarbeitung eines solchen Aktionsplans gefordert und begrüßt die ressortübergreifende Verabschiedung. Entgegen der in der „Vorbemerkung“ getroffenen Behauptung, dass der Aktionsplan „den inhaltlichen und strategischen Beitrag Deutschlands zur Erreichung der international vereinbarten Ziele in der Bekämpfung der Krankheit“ benennen soll, orientiert dieser sich jedoch nicht am Bezugsrahmen des Universellen Zugangs bis 2010. Einige der Maßnahmen – wie das Erreichen von besonders verletzlichen Bevölkerungsgruppen in der HIV-Prävention – sind zwar grundsätzlich geeignet, dem Ziel des Universellen Zugangs näher zu kommen, wie z.B. Programme der Aufklärung von Jugendlichen und Programme für einen besseren Zugang von Frauen zu Verhütungsmitteln und Mikrobiziden. Andere im Aktionsplan genannte Maßnahmen sind als solche jedoch nicht ausreichend: So ist zur Umsetzung des Ziels, dass „mit HIV lebende Menschen in Entwicklungsländern Zugang zu kostenloser bzw. kostengünstiger antiretroviraler Behandlung haben“, lediglich die „Vermittlung von Gesundheitsfachkräften in Partnerländer, um Kapazitäten vor Ort auszubilden“ vorgesehen. Dies ist als Beitrag der deutschen Entwicklungszusammenarbeit (EZ) zu wenig – hier würde man konkrete Ziele für finanzielle bilaterale und multilaterale Hilfe und/oder die Förderung der lokalen Produktion von Medikamenten erwarten.

Das Aktionsfeld deutscher EZ: wichtige Ansätze für die Aids-Bekämpfung – aber keine Zeitziele

Die aufgeführten Maßnahmen sind fünf Aktionsfeldern der deutschen EZ zuzuordnen (s. Kasten) und beschreiben insgesamt eher Vorhaben für den Zeitraum 2008 bis 2010 oder schon bestehende Programme.

Der Aktionsplan greift damit wesentliche Voraussetzungen einer erfolgreichen und nachhaltigen Aids-Bekämpfung in den Entwicklungsländern auf. Er enthält jedoch keine konkreten, zeitgebundenen Aktivitäten. Durch diesen Mangel können die zu erreichenden Ziele nicht überprüft werden. Diese Kritik wird gerade dann relevant, wenn es in regierungsinternen Verhandlungen darum geht, sich auf konkrete finanzielle Ziele festzulegen. Denn nur in Verbindung mit einer schlüssigen und konkreten Finanzplanung kann der Aktionsplan umgesetzt werden.

Die Aktionsfelder deutscher EZ seit 2006:[17]

- Die Kooperation und Koordination mit verschiedenen AkteurInnen der HIV/Aids-Bekämpfung auf multi- und bilateraler Ebene (UNAIDS, Globaler Fonds, Privatwirtschaft und NRO). Die GTZ führt seit 2002 die „BACKUP-Initiative“ durch (Building Alliances, Creating Knowledge, Updating Partners in the Fight against HIV/AIDS), die globale Finanzmittel für Partnerländer und –organisationen besser nutzbar machen soll.
- Die Prävention neuer Infektionen durch Ausweitung der Aufklärung, vor allem bei Jugendlichen, die Verbesserung des Zugangs zu Kondomen und Mikrobiziden (Substanz zur Abtötung von Mikroben) für Frauen sowie Programme zur Verhinderung der Eltern-Kind-Übertragung.
- Die Stärkung der Gesundheitsversorgung und Therapie durch Einführung sozialer Sicherungssysteme (wie z.B. die Providing for Health-Initiative), durch Programme zur Förderung häuslicher Pflege (Home Based Care) und zur Ausweitung freiwilliger Tests. Ein weiteres Ziel ist die Ausweitung des Zugangs zu antiretroviraler Therapie als fundamentaler Bestandteil des Menschenrechts auf Gesundheit.
- Die Schaffung eines Klimas von Solidarität und Nicht-Diskriminierung durch Unterstützung bestehender Selbsthilfegruppen und Waisenkinder in EL sowie Programme auf Betriebsebene gegen Diskriminierung am Arbeitsplatz.
- Die Evaluierung und Qualitätssicherung durch Unterstützung der BMZ-Partnerländer bei der Einrichtung oder Verbesserung ihrer Monitoring-Systeme zur Überprüfung der Fortschritte bei der HIV/Aids-Bekämpfung sowie die Förderung des Wissenstransfers durch Verfahren des gegenseitigen „peer review“ deutscher HIV/Aids-Expert/innen der DO mit WHO/UNAIDS sowie mit Betroffenen.

Empfehlungen

- Die Ziele des Aktionsplans sollten sich am Universellen Zugang zu Prävention, Behandlung, Pflege und Unterstützung bis 2010 als global vereinbartem Ziel in der Aids-Bekämpfung orientieren und den Beitrag der deutschen EZ hierzu festlegen.
- Dieser erweiterte bzw. präzisierte Bezugsrahmen sollte in einem Umsetzungsbericht berücksichtigt und ergänzt werden. Dieser Umsetzungsbericht wiederum sollte jährlich, zumindest jedoch einmal bis 2010 erarbeitet, veröffentlicht und mit der Zivilgesellschaft diskutiert werden.[18]

[17] Vgl. BMZ/BMG 2007 (Hg.): Aktionsplan zur Umsetzung der HIV/Aids-Bekämpfungsstrategie, S. 62 ff. Bei der Übersicht in diesem Kasten handelt es sich um eine Zusammenstellung des Aktionsbündnis gegen AIDS.

[18] Vergleichbar mit den beiden Umsetzungsberichten, die zum Aktionsprogramm „Armutsbekämpfung“ veröffentlicht wurden.

B. Die Ergebnisse der G8-Präsidentschaft

Positiv ist zu vermerken, dass das Programm des BMZ zur G8-Präsidentschaft die „Stärkung der Gesundheitssysteme und fortgesetzte Bekämpfung von HIV/Aids" als einen der vier entwicklungspolitischen Schwerpunkte nennt.[19] Auch hat sich die Bundesregierung im Kontext des Gipfels wiederholt zu der Notwendigkeit geäußert, dass die Gebergemeinschaft ihren Einsatz im Kampf gegen HIV/Aids vergrößern muss und dazu beigetragen, die Problematik in der deutschen Öffentlichkeit sichtbarer zu machen. Der Stellenwert der HIV/Aids-Thematik auf dem G8-Gipfel war zu einem wichtigen Teil dem Engagement der deutschen Präsidentschaft zuzurechnen.

Die große politische Aufmerksamkeit in der Öffentlichkeit für HIV/Aids während des G8-Gipfels ist hingegen auf den Druck von NRO und Aids-AktivistInnen zurückzuführen. Das Aktionsbündnis gegen AIDS hatte von der Bundesregierung gefordert, sich auf dem G8-Gipfel für konkrete Verpflichtungen mit einem definierten Zeitrahmen einzusetzen, um das Ziel des Universellen Zugangs bis 2010 und die Gesundheitsbezogenen MDGs bis 2015 zu erreichen.

Die Gipfelerklärung „Wachstum und Verantwortung in Afrika"[20] wird vom Aktionsbündnis gegen AIDS und anderen, insbesondere internationalen NRO kritisch eingeschätzt und als enttäuschend bewertet. Das Aktionsbündnis kritisiert, dass ein klares Bekenntnis für die Erreichung des Zieles Universeller Zugang mit einem nachprüfbaren und quantifizierbaren Plan des Beitrags der G8 fehlt. Die Erklärung spricht zwar nicht mehr davon, dem Ziel Universeller Zugang bis 2010 „so nahe wie möglich" zu kommen, wie dies die Gleneagles-Erklärung der G8 im Jahr 2005 tat. Gegenüber 2005 scheint diese Zielformulierung zunächst weiter zu gehen. Tatsächlich bleibt die Heiligendamm-Erklärung eher vage in Bezug auf den Universellen Zugang. Der Text spricht von „Intensivierungen der Bemühungen", um Universellen Zugang „in den nächsten Jahren" zu erreichen. Zudem ist die in der Erklärung genannte Zahl von fünf Millionen Menschen, die „in den nächsten Jahren" Behandlung erhalten sollen, viel zu niedrig angesetzt. Im Jahr 2007 erhielten rund drei Millionen, also nur rund 30 % der Menschen, die in Ländern niedrigen und mittleren Einkommens eine lebensverlängernde, antiretrovirale Therapie brauchen, diese Behandlung.[21] Schätzungen der WHO und UNAIDS zu Folge müssten im Jahr 2010 mehr als dreizehn Millionen Menschen in den Entwicklungsländern eine HIV-Behandlung erhalten, um den Universellen Zugang zu erreichen; davon annähernd neun Millionen in Subsahara-Afrika.[22] Selbst unter Berücksichtigung der Tatsachen, dass erstens die G8-Staaten nur ca. 80 % der benötigten Ressourcen bereitstellen sollten und zweitens die Zahl sich nur auf Afrika bezieht (was allerdings aus dem Kontext nicht klar hervorgeht), ist die Begrenzung auf „Zugang für fünf Millionen Menschen" ohne die Benennung eines klar begrenzten Zeitrahmens gleichbedeutend mit einem Rückschritt hinter das international vereinbarte Ziel des Universellen Zugangs.[23]

Das BMZ ist zwar nach eigenen Aussagen bemüht, den Universellen Zugang auf der Agenda des G8-Treffens in Japan in 2008 zu halten bzw. sich dafür einzusetzen, dass dieses Ziel im Gipfeldokument verankert wird.[24] Gleich-

Empfehlungen

- ▶▶ Das Aktionsbündnis gegen AIDS fordert die Bundesregierung auf, sich weiterhin dafür stark zu machen, dass sowohl im G8-Prozess unter japanischer Präsidentschaft 2008, als auch während der darauf folgenden G8-Präsidentschaft Italiens (2009) zum einen das Ziel des Universellen Zugangs bis 2010, zum anderen das Erreichen des sechsten MDGs (Trendumkehr in der HIV-Ausbreitung) bis 2015 als Bezugsrahmen für Geberverpflichtungen anerkannt werden. Sie sollte darauf hinwirken, dass G8-Staaten verbindliche und operationalisierbare Selbstverpflichtungen eingehen, die ihrem Anteil an dem zu leistenden Engagement in der globalen Aids-Bekämpfung gemäß ihrer Verantwortung als reiche Industrienationen gerecht werden.
- ▶▶ Das BMZ sollte bei der nach außen als „Erweiterung seiner gesundheitspolitischen Ausrichtung" dargestellten Position nicht in die veraltete, obsolete Diskussion zwischen „vertikaler" (Krankheitsbezogener) und „horizontaler" (Querschnitts- oder Gesundheitssystembezogener) Politik zurückfallen und deutlich machen, dass das langjährige Engagement vieler Akteure im HIV-Aids-Bereich zu wichtigen Synergieeffekten im Gesundheitssystem geführt hat.

[19] Armut bekämpfen – globale Partnerschaft stärken. Entwicklungspolitische Schwerpunkte der deutschen G8-Präsidentschaft http://www.bmz.de/de/service/infothek/buerger/DeutscheEU/Broschuere_G8.pdf

[20] G8-Gipfel 2007 Heiligendamm, Gipfelerklärung: Wachstum und Verantwortung in Afrika

[21] Report of the Secretary General: Declaration of Commitment on HIV/AIDS and Political Declaration on HIV/AIDS: midway to the Millenium Development Goals, April 2008: http://data.unaids.org/pub/Report/2008/20080429_sg_progress_report_en.pdf

[22] Dabei wird ein Deckungsgrad von 80 % der Behandlungsbedürftigen als Erreichung des Universellen Zugangs definiert und die Therapie sollte drei Jahre vor dem – in Abwesenheit einer Behandlung – zu erwartenden Tod eingeleitet werden.

[23] Vgl. Rodenberg, 2007, S.6ff.

[24] Persönliches Gespräch im BMZ, Bonn, 02. April 2008.

wohl macht das BMZ auch deutlich, dass es fortan stärker systemische Gesundheitsfragen in den Mittelpunkt von Regierungsverhandlungen und Mittelverteilung rücken will. Schwerpunkte werden demnach der „Fachkräftemangel", MDG 4 (Kindergesundheit) und MDG 5 (Müttergesundheit) sein. Obwohl diese Ziele im Gesamtkontext von großer Bedeutung sind und auch zur HIV-Bekämpfung unabdingbar, sollten sie nicht dazu dienen, die Antwort auf HIV/Aids zu vernachlässigen und das Ziel, Universellen Zugang zu erreichen, aus den Augen zu verlieren.

Berichterstattung der G8 ersetzt kein umfassendes Wirkungsmonitoring

Der G8-Gipfel 2006 in St. Petersburg hatte eine regelmäßige Überprüfung der im Gesundheitsbereich eingegangenen Verpflichtungen der G8-Staaten beschlossen. Die Selbstüberprüfung wurde unter der deutschen G8-Präsidentschaft erstmalig durch einen Aktivitätsbericht aller G8-Länder sowie einiger UN-Organisationen umgesetzt. Er stellt jedoch lediglich die Aussagen und Maßnahmen der G8-Staaten in der Aids-Bekämpfung auf jeweils nationaler Ebene zusammen.[25] Die Zivilgesellschaft hatte einen solchen Bericht wiederholt gefordert, um eine größere Transparenz zu erreichen, so dass nicht „alte" und bisher nicht eingelöste finanzielle Versprechen als neue Zusagen ausgegeben würden. Das Aktionsbündnis gegen AIDS begrüßt das Engagement der Bundesregierung für die erste Berichterstattung, fordert jedoch weiterhin eine Gesamtanalyse mit Überprüfung des Erreichten anhand objektivierbarer Indikatoren. Zum Anteil der Zivilgesellschaft und der NRO an der Bekämpfung von HIV und Aids sowie zu einer zivilgesellschaftlichen Beteiligung an einem umfassenden Wirkungsmonitoring-System finden sich in dem Überprüfungsbericht ebenso wenige Angaben wie im G8-Dokument selbst. Mit Blick auf den kommenden Bericht unter Federführung Japans und den Beitrag Deutschlands darin äußerte sich das BMZ[26] zurückhaltend bezüglich einer möglichen Mitarbeit oder Kommentierung durch NRO.

Empfehlungen

▶▶ Für eine Überprüfung der G8-Verpflichtungen fordert das Aktionsbündnis gegen AIDS, die Vergabe eines Mandates von den G8-Ländern an UNAIDS und an die WHO zu prüfen. Die beiden federführenden Organisationen für die Bekämpfung von HIV und Aids sollten der internationalen Gemeinschaft einen jährlichen Statusbericht zur Umsetzung des Ziels Universeller Zugang vorlegen. Der Bericht und seine zentralen Handlungsempfehlungen sollten sodann jedes Jahr im Rahmen des G8-Gipfels aufgegriffen und diskutiert werden. Zukünftige G8-Umsetzungsberichte sollten zudem die Partizipation der Zivilgesellschaft, insbesondere von NRO aus den Entwicklungsländern, fest verankern, d.h. institutionalisieren.

C. Die Ergebnisse der EU-Ratspräsidentschaft

Im „Entwicklungspolitischen Programm der deutschen EU-Ratspräsidentschaft" des BMZ[26] werden zwar funktionierende Gesundheitssysteme und bezahlbare Medikamente als „zentrale Elemente europäischer Hilfe" benannt. Im „18-Monats-Programm", das die Bundesregierung zusammen mit den an der „Triopräsidentschaft" beteiligten Ländern Portugal und Slowenien[27] herausgegeben hat, wird HIV/Aids jedoch nicht erwähnt.[28]

Die Bremer Konferenz 2007 von NRO zur Ost-West-Vernetzung genutzt

Im März 2007 fand in Bremen die EU-Gesundheitsminister-Konferenz „Verantwortung und Partnerschaft – gemeinsam gegen HIV/AIDS" statt. In der Abschlusserklärung verpflichten sich die Teilnehmer, die politische Führung auf nationaler, europäischer und internationaler Ebene zur Eindämmung der Pandemie zu übernehmen. Im Mittelpunkt steht der Universelle Zugang zu Prävention, insbesondere auch für schwangere HIV-Infizierte (Verringerung der Mutter-Kind-Übertragung des Virus) und für junge Menschen im Rahmen der Sexualaufklärung.

Das Aktionsbündnis gegen AIDS hat dieses Engagement der deutschen und europäischen Regierungsvertreter/innen begrüßt, denn die Konferenz trug auch bei den osteuropäischen Regierungen der Ukraine und Lettland zu einem Diskussionsprozess über HIV/Aids bei. Zudem bot die Konferenz ein wichtiges Forum zur Vernetzung der

[25] G8 Summit Heiligendamm 2007: Überblick über Maßnahmen zur Bekämpfung der drei Pandemien HIV/Aids, Tuberkulose und Malaria, Bonn, November 2007 (engl.: A Review of the Work of the G8 in the Field of Tackling the three Pandemics, HIV/AIDS, Tuberculosis and Malaria).

[26] Europa – Partner für nachhaltige globale Entwicklung. Deutsche Ratspräsidentschaft der Europäischen Union Januar – Juni 2007 http://www.bmz.de/de/service/infothek/buerger/DeutscheEU/globaleEntwicklung.pdf

[27] Europas Rolle als globaler Entwicklungspartner stärken. Entwicklungspolitisches 18-Monats-Programm der drei Präsidentschaften Deutschland, Portugal und Slowenien Januar 2007 – Juni 2008 http://www.bmz.de/de/service/infothek/buerger/DeutscheEU/TrioPraesidentschaft.pdf

[28] Das BMG war in die HIV/Aids-Aktivitäten der portugiesischen EU-Ratspräsidentschaft in der zweiten Hälfte 2007 involviert und auf einer Konsultation der europäischen Aids-Koordinator/innen in Lissabon im Oktober 2007 vertreten.

einbezogenen Zivilgesellschaft aus Ost und West.[29] Die auf der Konferenz verabschiedete „Bremer Erklärung“ enthält zwar Selbstverpflichtungen zur Übernahme von politischer Verantwortung, stellt diese jedoch nicht explizit in den Bezugsrahmen der UN-Verpflichtungserklärungen.

Die EU-Afrika-Politik

Für die entwicklungspolitischen NRO standen die Perspektiven Afrikas und damit Forderungen nach einer armutsorientierten europäischen EZ im Zentrum der deutschen EU-Ratspräsidentschaft 2007.[30] Es besteht weithin ein Konsens darüber, dass die Millenniumsziele in vielen Ländern Afrikas nur durch mehr und effektivere Maßnahmen erreicht werden können. Insbesondere im Kampf gegen die Ausbreitung von HIV/Aids ist ein schnelleres Tempo gefragt.

In der Strategie zur Strategischen Partnerschaft zwischen Afrika und der EU[31] werden die Epidemien HIV/Aids, Malaria, Tuberkulose als globale Herausforderungen benannt, und die EU bekennt sich zu intensiveren Bemühungen, um den Universellen Zugang bis 2010 zu erreichen. Der entsprechende „Aktionsplan“ zur Umsetzung der gemeinsamen Afrika-EU-Strategie von der Afrikanischen Union und der EU benennt jedoch keine nachprüfbaren Zielvorgaben, sondern lediglich weitere Strategien, wodurch dieses Ziel sehr vage wird und nicht forciert umgesetzt werden kann.[32]

Ein zentrales, wenngleich aus NRO-Perspektive sehr viel strittigeres Anliegen der deutschen EU-Ratspräsidentschaft betrifft den für Ende 2007 angestrebten, fristgerechten Abschluss der Wirtschaftspartnerschaftsabkommen (WPA) mit den afrikanischen und karibischen Staaten. Von zivilgesellschaftlicher Seite wurde kontinuierlich daran erinnert, dass Wirtschaftswachstum und Armutsverringerung nicht per se in kausalem Zusammenhang stehen und dass Handel nicht zwangsläufig ein Entwicklungsinstrument ist, sondern dass dieser – im Gegenteil – soziale Entwicklung bedrohen kann. Entwicklungspolitische NRO fordern deshalb weiterhin, dass die Abkommen die Sichtweisen der afrikanischen Länder einbeziehen und entwicklungsförderlich gestaltet werden müssen. Es wird befürchtet, dass die WPA insbesondere in der Frage der geistigen Eigentumsrechte eher restriktiv gegenüber den Rechten der afrikanischen Partner sein werden und damit lokale Märkte, z.B. auch in Bezug auf die lokale Produktion von Generika zur antiretroviralen Therapie, deutlich schwächen oder gar zerstören werden.

Empfehlungen

- ▶▶ Die Bundesregierung sollte ihr Engagement in der EU-Ratspräsidentschaft auch über das Ende der Triopräsidentschaft hinaus weiter führen und – wo möglich – auf nationaler Ebene konkret umsetzen. Sie sollte die nachhaltige Aids-Bekämpfung in der erweiterten EU voranbringen.
- ▶▶ Der Aktionsplan zur Umsetzung der Afrika-EU-Strategie sollte durch konkrete, zeitlich gebundene Maßnahmen ergänzt werden.
- ▶▶ Die Bundesregierung sollte sich dafür einsetzen, dass die Wirtschafts-Partnerschaftsabkommen kohärent mit den entwicklungspolitischen Vorgaben sind und den Universellen Zugang fördern. Sie sollte sich ressortübergreifend dafür einsetzen, dass die handelsbezogenen Aspekte der Rechte des geistigen Eigentums ausgeklammert bleiben.

D. Der Globale Fonds zur Bekämpfung von AIDS, Tuberkulose und Malaria

Der Globale Fonds zur Bekämpfung von Aids, Tuberkulose und Malaria (GFATM) ist zu einem der wichtigsten globalen Finanzierungsinstrumente für die Bekämpfung von HIV und Aids geworden und wird in Hinblick auf seine Politik und Umsetzungsmechanismen vom Aktionsbündnis gegen AIDS kritisch begleitet. Die Bundesregierung hat durch die Ausrichtung der Geberkonferenz für den Globalen Fonds (Replenishment Meeting) im September 2007 in Berlin dem Globalen Fonds in der Sicherung von Geberzusagen geholfen und damit eine Forderung des Aktionsbündnis gegen AIDS zur Übernahme von größerer politischer Verantwortung im Globalen Fonds erfüllt. Die Geberzusagen erreichten allerdings nicht die von den NRO erhoffte und geforderte Höhe (vgl. Teil 2 dieses Berichts).

Die Bundesregierung brachte die Debt2Health-Initiative des Globalen Fonds voran, ein Abkommen zur Schuldenumwandlung, das Deutschland zunächst mit Indonesien als Pilotland abschloss.[33] Demnach werden Indonesien

[29] Der Fachkreis Osteuropa des Aktionsbündnisses stellte Kooperationsprojekte vor und NRO-Vertreter/innen berichteten im „Zivilgesellschaftlichen Forum“ über die schwierigen Rahmenbedingungen für ihr Engagement und bei der Unterstützung von Menschen mit HIV in Osteuropa; vgl. auch Pressekit für die europäischen Medien und Organisationen des Aktionsbündnis gegen AIDS (http://www.aids-kampagne.de/l8mimages/pressekitbremen.pdf).

[30] VENRO (2007): Afrikas Perspektive – Europas Politik. Entwicklungspolitisches Manifest zur deutschen EU-Ratspräsidentschaft 2007, S. 3.

[31] African Union/European Union, 2007: The Africa-EU Strategic Partnership. A Joint Africa-EU Strategy (http://ec.europa.eu/development/icenter/repository/EAS2007_joint_strategy_en.pdf)

[32] (http://ec.europa.eu/development/icenter/repository/EAS2007_action_plan_2008_2010_en.pdf)

[33] Zur Information: “Innovative Financing of the Global Fund: Debt2Health”; GFATM (Hg.), Genf, März 2008.

Schulden unter der Bedingung erlassen, dass es die Hälfte der so freigesetzten Gelder mittels der vom Globalen Fonds anerkannten Programme in die HIV/Aids-, Tb- oder Malariabekämpfung investiert. Der Globale Fonds hofft, dass andere Geberländer diesem Beispiel folgen. Der Umfang der bisherigen Debt2Health-Vereinbarungen ist allerdings für die Deckung des Finanzbedarfs eher von untergeordneter Bedeutung (vgl. Teil 2 dieses Berichts). Zudem gibt es in der bisherigen Umsetzung auch deutliche Defizite in Hinblick auf die Beteiligung von indonesischer Zivilgesellschaft an der Gestaltung des Abkommens. Diese wurde zu spät und unzureichend über die Inhalte des Schuldenumwandlungsprogramms informiert.

Das Aktionsbündnis gegen AIDS begrüßt, dass sich die Bundesregierung im Globalen Fonds auch für die Regelungen eingesetzt hat, die NRO des Südens mehr Möglichkeiten geben, als Hauptempfänger von Mitteln des Globalen Fonds aufzutreten (sog. Dual Track Financing). Die Bundesregierung hat durch die von der „BACKUP-Initiative“ durchgeführte technische Beratung auch daran mitgewirkt, dass die Erfolgsrate der Entwicklungsländer in der Beantragung von Geldern des Globalen Fonds und anderer globalen Geber erhöht wurde und hat die Länder in der Durchführung der Programme gestärkt. Dennoch konnten zivilgesellschaftliche Antragsteller aus Entwicklungsländern diese Initiative noch nicht ausreichend nutzen. Die BACKUP-Initiative der GTZ plant jedoch, deren Nutzbarkeit für die Zivilgesellschaft in Zukunft durch eine engere Zusammenarbeit mit NRO zu erhöhen.[34]

Empfehlungen

- ▶▶ Die Bundesregierung sollte im Kontext des Globalen Fonds weiterhin sichtbar politische Verantwortung als Gebernation im Vorstand und durch die BACKUP-Initiative als Hilfe in der Umsetzung der Ressourcen übernehmen, indem sie für eine angemessene Beteiligung der zivilgesellschaftlichen Organisationen auf allen Ebenen des Globalen Fonds als Akteure für die politische Mitgestaltung der durch den Fonds unterstützten Programme eintritt.

[34] Die Ergebnisse einer zeitgleich zum vorliegenden Bericht durchgeführten Projektfortschrittskontrolle konnten hier nicht mehr berücksichtigt werden (s. www.gtz.de/backup-initiative). Empfehlenswert ist die von GTZ und BMZ herausgegebene umfangreiche und benutzerfreundliche Handreichung für alle mit HIV/Aids befassten MitarbeiterInnen von Projekten und Programmen in EL: „Accelerating Action. A Technical Support Guide to Develop Capacity and to Benefit from Global Health Financing“, Juni 2007.

Dringend erforderlich: Engagement des GFATM für Empowerment von Frauen und Mädchen

Frauen und Mädchen sind besonders von HIV/Aids betroffen. In Afrika südlich der Sahara sind mehr als 60 % der HIV-Infizierten weiblich. Die Forderung von entwicklungspolitischen NRO nach stärkerer Berücksichtigung der geschlechtsspezifischen Dimensionen der HIV/Aids Epidemie wurde zunehmend von der deutschen Bundesregierung aufgegriffen.

Die Bundesregierung war maßgeblich an der Gender-Initiative (Gender Sensitive Response Initiative) im Rahmen des Globalen Fonds beteiligt. Die Gender-Initiative war überfällig, und es wird allgemein als Verdienst der deutschen Bundesregierung angesehen, dass diese endlich auf den Weg gebracht wurde. Auf einem von der Bundesregierung veranstalteten Side Event im Rahmen der Geberkonferenz des Globalen Fonds wurde die Initiative vorgestellt und das BMZ hat sich seither in verschiedenen Diskussionsforen für die konzeptionelle Ausformulierung der Gender-Initiative eingesetzt. Die Initiative soll erreichen, dass in der Politik und in allen Aktivitäten des Globalen Fonds der besonderen Verwundbarkeit von Frauen und Mädchen Rechnung getragen und der Ansatz des Gender Mainstreaming umgesetzt wird. Dies soll unter anderem durch Förderung von Programmen zur Stärkung von Frauen und Mädchen in der Bekämpfung der drei Krankheiten geschehen. Für die Verankerung und Umsetzung des Gender Mainstreaming wird beim Globalen Fonds eine eigene Stelle geschaffen. Der Globale Fonds hat als eine der ersten Maßnahmen in dieser Hinsicht in seinem Aufruf von 2008 für Projektvorschläge (Call for Proposals 2008) eine Kategorie „Gender-Programme“ eingeführt. Es wird hierbei auch um die Stärkung von Basisorganisationen für Frauen und Mädchen gehen, damit diese Gelder vom Globalen Fonds umsetzen können. Auch dafür hat die Bundesregierung angekündigt, sich besonders einsetzen zu wollen. Dabei wird besonders darauf zu achten sein, dass der Prozess der Umsetzung der Gender-Initiative beim Globalen Fonds zügig vonstatten gehen wird, wie auch das BMZ bemerkt.

Stärkung der sexuellen, reproduktiven Rechte und Gesundheit: Was tun die Geber?

Im Rahmen der deutschen EU-Ratspräsidentschaft und des G8-Vorsitzes im Jahr 2007 hat sich die Bundesregierung für die Stärkung von „Sexueller und Reproduktiver Gesundheit und Rechten“ (SRGR) eingesetzt, insbesondere im Bereich der HIV-Prävention. Durch Stärkung der Rechte von Frauen sollen diese als gleichberechtigte und eigenständige Akteurinnen eines gesellschaftlichen Wandels gefördert werden, konkret z.B. durch Förderung der Mikrobizidforschung, um Mädchen und Frauen einen eigenständigen, vom Sexualpartner unabhängigen Schutz vor einer ungewollten HIV-Übertragung zu geben.

Zu begrüßen ist, dass sich offenbar auch in der Abschlusserklärung zum G8-Gipfel in Heiligendamm die Handschrift des BMZ durchsetzen konnte, in der ein Zusammenhang von sexueller Gewalt und zunehmenden HIV-Infektionen von Frauen und Mädchen hergestellt wird. Fortschrittlich ist darin die Nennung der Notwendigkeit des Schutzes und der Förderung ihrer Menschenrechte (§ 52). Es wird darauf hingewiesen, dass Programme zur HIV/Aids-Bekämpfung stärker mit solchen zur sexuellen und reproduktiven Gesundheit verbunden werden müssen. Die Ankündigung konkreter Maßnahmen zur Verbesserung der Bildung insbesondere von Mädchen, um mehr Wissen über sexuelle und reproduktive Gesundheit zu vermitteln, ist ebenfalls beachtenswert. Doch was steht hinter der progressiven Wortwahl? Eine von Action Aid International in Auftrag gegebene Studie zeigt sehr deutlich, dass beide Pandemien – häusliche und sexuelle Gewalt und HIV/Aids – zusammenhängen und vor allem Frauen und Mädchen weltweit bedrohen. Gleichwohl ist belegt, dass multi- und bilaterale Geber diesem Fakt bisher weder in der politischen Ausrichtung noch in der Finanzierung ihrer Programme ausreichend Rechnung tragen.[35]

Empfehlungen

- ▶▶ Die Bundesregierung sollte die zeitnahe Verabschiedung und überprüfbare Umsetzung der Gender-Strategie im GFATM weiter vorantreiben. Sie sollte sich aber vor allem bei der Bekämpfung von HIV und Aids auch in der erweiterten EU für die Umsetzung des im BMZ verankerten doppelgleisigen Ansatzes (Empowerment von Frauen und Gender Mainstreaming) stark machen.
- ▶▶ Das Aktionsbündnis gegen AIDS fordert von der Bundesregierung weiterhin eine transparente Aufschlüsselung ihrer Beiträge und Maßnahmen im Gesundheitsbereich, zu HIV/Aids und anderen Epidemien sowie zu SRGR.
- ▶▶ Neben einer expliziten Förderung von Frauen-Menschenrechten im Gesundheitsbereich braucht es in der EZ zur Bekämpfung von HIV und Aids auch mehr Mittel für Programme, die für den Einbezug von Männern eintreten und eine kritische Auseinandersetzung mit Konzepten von „Männlichkeit" und Gender-Rollen voranbringen. Die Beiträge der deutschen EZ sollten in diesem Bereich sichtbar und nachprüfbar sein.

[35] Vgl. „Show us the Money – is violence against women on the HIV/Aids funding agenda" (www.womenwontwait.org). Die Studie wurde auch auf einem der vom Aktionsbündnis gegen Aids organisierten Workshops während des Alternativgipfels in Rostock am 5. Juni 2007 diskutiert. Vgl. Rodenberg 2007, S.8f.

Das BMZ setzte sich nun diesbezüglich dafür ein, Projekte zur HIV/Aids-Bekämpfung und zur Förderung sexueller und reproduktiver Rechte stärker miteinander zu verschränken und will diese zukünftig mit deutlicherem Bezug auf einen menschenrechtsorientierten Ansatz umsetzen.[36] Die tatsächliche Umsetzung all dieser Verlautbarungen und Absichtserklärungen bleibt allerdings abzuwarten.

Transparente Aufschlüsselung des Budgets sicherstellen

In Bezug auf die Finanzierung dieser Bereiche ist festzustellen, dass das BMZ die „bilaterale Zielgröße" für HIV/Aids, Malaria und Tuberkulose auf 130 Millionen Euro erweitert und gleichzeitig die für die Verwirklichung des fünften MDGs (Müttergesundheit) bereitgestellten Mittel dazu rechnet. Damit sind die Mittel für SRGR zu 25 % in das Budget, das zur Bekämpfung von HIV/Aids, TB und Malaria zur Verfügung steht, einbezogen. Ab 2009 wird der Politikbereich der sexuellen und reproduktiven Gesundheit und Rechte zu 100 Prozent einberechnet. Obwohl das Aktionsbündnis gegen AIDS die politische Verknüpfung von HIV/Aids mit einer Stärkung der sexuellen und reproduktiven Rechte, insbesondere von Frauen und Mädchen befürwortet, sollte der Bereich der SRGR weder administrativ noch politisch völlig mit in den HIV/Aids-Maßnahmen der Bundesregierung verschmelzen.

E. Zugang zu Medikamenten und TRIPS

Dass heute knapp ein Drittel der Bedürftigen in den Entwicklungsländern Zugang zur Behandlung mit antiretroviralen Medikamenten erhält, ist erst durch den Eintritt der Generika-Hersteller in den Wettbewerb mit den Markenherstellern möglich geworden. Nur durch diese effektive Konkurrenz von qualitativ hochwertigen Nachahmerpräparaten konnte eine massive Preissenkung von bis zu 99 % bei den antiretroviralen Medikamenten erreicht werden.[37] Der größte Teil der in den Entwicklungsländern verwendeten Generika wird von indischen Pharmafirmen hergestellt, so dass das indische Patentrecht von besonderer Bedeutung ist.

[36] GTZ/BMZ (2007): Promoting Linkages and Synergies for Sexual and Reproductive Health and Rights and HIV/AIDS. Für 2008 ist ein neues Positionspapier zur Politik des BMZ im Bereich SRGR geplant. Vgl. auch Entwicklungspolitischer Aktionsplan für Menschenrechte 2008-2010 des BMZ (Konzepte, Nr. 155/2008), S. 12.

[37] Durch generischen Wettbewerb hauptsächlich indischer Hersteller ist es gelungen, den Preis für die erste Behandlungslinie im Jahr 2000 von rund 10.000 US Dollar pro Jahr und PatientIn auf inzwischen 100 US$ pro Jahr und Patient/in zu senken. Neuere Medikamente, die den Patentbestimmungen unterliegen und infolge der fehlenden oder geringeren Konkurrenz oft erheblich teurer sind, werden aufgrund von Resistenzen oder zu starker Nebenwirkungen zunehmend benötigt.

Die generische Produktion älterer Medikamente, die überwiegend in der Ersttherapie eingesetzt werden, ist zumindest in Indien sichergestellt. Gefährdet ist jedoch die Produktion neuerer Medikamente, da die Entwicklungsländer aufgrund des sog. TRIPS-Abkommens der Welthandelsorganisation (WTO) spätestens ab 2005 Medikamentenwirkstoffe dem Patentrecht unterwerfen müssen.[38] Diese Länder müssen jetzt sog. Zwangslizenzen erteilen, damit sie für eine bestimmte Zeit Generika für die neu entwickelten Arzneimittel herstellen oder importieren können.[39]

Die Anwendung dieser wichtigen, legalen und legitimen Schutzklausel wird jedoch durch politischen Druck der reichen Länder und der Pharmafirmen erschwert, so dass eine wirklich nachhaltige Sicherstellung der Versorgung mit kostengünstigen antiretroviralen Medikamenten kaum machbar ist.

Das Aktionsbündnis gegen AIDS kritisiert, dass die Handelspolitik der Bundesregierung in der EU und G8 nicht kohärent mit ihren Aussagen in der Entwicklungszusammenarbeit ist. Während das BMZ bilateral in einigen Projekten die lokale Produktion von Aids-Medikamenten in Entwicklungsländern und – auch mittels des Globalen Fonds – den Zugang zu Aids-Medikamenten unterstützt, setzt sich das Bundesministerium für Wirtschaft und Technologie in der WTO für eine restriktive Auslegung der Patentabkommen ein. Einige G8 Länder handeln mit Entwicklungsländern Verträge aus, die sog. „TRIPS Plus-Vereinbarungen" beinhalten. Damit verpflichten sich die Entwicklungsländer den im TRIPS-Abkommen geforderten Patentschutz noch zu verschärfen, z.B. durch längere Patentlaufzeiten als die im TRIPS-Abkommen vorgesehenen 20 Jahre. Das Aktionsbündnis gegen AIDS kritisiert, dass diese Verträge den Zugang zu Medikamenten der Entwicklungsländer verschlechtern. Von der Pharmaindustrie fordern wir, dass sie die Generikaproduktion von antiretroviralen Medikamenten in und für Entwicklungsländer(n) nicht behindern.

Fehlende Politikkohärenz: Immer noch ein großes Hindernis für die Aids-Bekämpfung

In der Gipfelerklärung zu Afrika (§ 57) skizzieren die G8 zukünftige Anstrengungen, die sie zusammen mit afrikanischen Regierungen, internationalen Organisationen und der Pharmaindustrie unternehmen wollen, um den Zugang zu preisgünstigen Medikamenten zu verbessern. Erwähnt werden die Verbesserung von Infrastruktur und Investitionsbedingungen zur Ausweitung der Herstellungskapazitäten in afrikanischen Ländern. Außerdem wollen die G8 „mit internationalen Organisationen und Gebern daran arbeiten", afrikanische Entwicklungsländer ohne Herstellungskapazitäten im Hinblick auf die volle Nutzung von Gestaltungsspielräumen konstruktiv zu unterstützen, die in der Doha-Erklärung der WTO über TRIPS und öffentliches Gesundheitswesen genannt werden, wobei die WTO-Verpflichtungen eingehalten werden. Das Aktionsbündnis gegen AIDS schätzt diese Formulierungen als eher vage ein, vor allem vor dem realen politischen Hintergrund, dass einzelne G8-Länder Druck auf Länder wie Brasilien oder Thailand ausüben, damit diese die Flexibilitäten des internationalen Patentrechtes nicht ausnutzen. In einem eklatanten Widerspruch dazu steht auch die im ersten Teil der Gipfelerklärung zu „Wachstum und Verantwortung in der Weltwirtschaft" erhobene Forderung nach einem „verbesserten Schutz geistiger Eigentumsrechte" und der Vorschlag von neuen Verhandlungen mit den größeren Schwellenländern für schärfere Regeln geistiger Eigentumsrechte. Das Aktionsbündnis gegen AIDS kritisiert, dass man das Patenrecht verschärfen will und somit den Zugang zu bezahlbaren Medikamenten erschwert. Dies würde die Gefahr heraufbeschwören, dass die vorgesehenen Aufstockungen der Finanzmittel durch steigende Behandlungskosten aufgezehrt werden.[40]

Pharmakonzerne in die Verantwortung nehmen

Zunehmend wird von NRO eine „größere Verantwortlichkeit" der internationalen Pharmaunternehmen eingefordert. Es wird beklagt, dass diese den Universellen Zugang zu lebenswichtigen Medikamenten in Entwicklungsländern mit ihrer rein betriebswirtschaftlich orientierten Preis- und Patentpolitik behindern. Doch international wächst das Bewusstsein dafür, dass dieses weder ethisch vertretbar noch ökonomisch ist. Eines der sichersten Mittel zur Gewährleistung niedriger Preise ist der Wettbewerb verschiedener Hersteller, deswegen fordert das Aktionsbündnis gegen AIDS die Industrie auf, nichts zu tun, was die Produktion hochwertiger Generika für und in Entwicklungsländern behindert. Dies beinhaltet insbesondere die Nicht-Durchsetzung von patentbasierten Monopolansprüchen. Aus Sicht des Aktionsbündnis gegen AIDS sollten die Ergebnisse der Erforschung und Entwicklung von unentbehrlichen Medikamenten grundsätzlich als Public Goods, öffentliche Güter, und nicht als Privateigentum behandelt werden.

[38] Die ärmsten Entwicklungsländer (LDCs) haben eine Übergangsfrist bis 2016, bis sie das TRIPS-Abkommen umsetzen müssen.

[39] Auf das wichtigste Medikament der zweiten Behandlungslinie, der hitzestabilen Kombination Lopinavir/ Ritonavir (LPV/r) von Abbott, läuft ein Patentantrag in Indien. Derzeit wird LPV/r generisch hergestellt, und zwar zum Preis von 550 US Dollar pro Patient und Jahr. Nach einer Patentgewährung müssten aber alle Generikahersteller, die erst ab dem Jahr 2005 die Produktion aufgenommen haben, diese einstellen – es sei denn, der indische Staat würde ihnen Zwangslizenzen erteilen.

[40] Rodenberg, 2007: Füllhorn der Visionen in Rostock – leere Versprechen in Heiligendamm?, S.9.

Empfehlungen

- Das Aktionsbündnis gegen AIDS fordert von der Bundesregierung, eine kohärente Politik der Bekämpfung von HIV und Aids durchzuführen und den Menschenrechten Vorrang vor den „geistigen Eigentumsrechten" des TRIPS-Abkommens geben, indem sie die Feststellungen und Aufforderungen der Menschenrechtskommission der UN bezüglich TRIPS und Menschenrechten zur Basis der deutschen Verhandlungsposition in der Welthandelsorganisation macht. Sie sollte sichtbare Beiträge zur Umsetzung des Teilziels im 8. Millenniumsziel (MDG 8: „Weltweite Entwicklungspartnerschaft aufbauen") leisten. Dieses besagt, dass „in Zusammenarbeit mit den Pharmaunternehmen erschwingliche, unentbehrliche Arzneimittel in den Entwicklungsländern „verfügbar gemacht werden sollen".
- Das Aktionsbündnis gegen AIDS fordert deshalb die pharmazeutische Industrie auf, unentbehrliche Medikamente zu Produktionskostenpreisen an die ärmeren Länder abzugeben. Maßstab sollte hierbei immer das Leben der von HIV und Aids Betroffenen sein. Unternehmen dürfen keine Maßnahmen ergreifen, die den Zugang der ärmeren Länder zu unentbehrlichen Arzneimitteln verhindern. Das Aktionsbündnis gegen AIDS fordert die Pharmaindustrie außerdem auf, Investitionen in die Forschung und Entwicklung im Bereich der Armutskrankheiten zu erhöhen. Dabei sollten verstärkt spezifische Medikamente zur HIV-Behandlung von Kindern erforscht und diese verfügbar gemacht werden.
- Das Aktionsbündnis gegen AIDS erwartet außerdem von der Bundesregierung, dass sie für die Umsetzung der im Mai 2007 beschlossenen Resolution der Weltgesundheitsorganisation (WHO) eintritt und diese bei dem Auftrag unterstützt, alternative Anreizmodelle hinsichtlich Entwicklung und Vermarktung von Medikamenten zu erstellen. Sie sollte in der Gemeinschaft aller WTO-Mitgliedsländer darauf hinwirken, dass die TRIPS-Flexibilitäten, wie im Abkommen selbst und in der WTO-Ministerkonferenzerklärung von Doha 2001 ausgeführt, von den EL für den Schutz der öffentlichen Gesundheit in vollem Umfang genutzt werden können.

F. Gesundheitsfachkräfte und Gesundheitsinfrastruktur

Schätzungen der WHO zufolge fehlen weltweit 4,3 Millionen Gesundheitsfachkräfte um die essenziellen Mindest-Versorgungsleistungen durchführen zu können. Auch für die HIV/Aids-Bekämpfung werden dringend mehr Gesundheitsfachkräfte benötigt. Eine wesentliche Ursache für den eklatanten Mangel ist die Migration gut ausgebildeter Ärztinnen und Ärzte sowie von Krankenpflegepersonal aus den Entwicklungsländern in Industrieländer, der so genannte brain drain. Die Bundesregierung unterstützt die – sich ergänzenden – Initiativen im Rahmen der EU und der Weltgesundheitsorganisation.

Die Bundesregierung hat sich bemüht, die deutsche EU-Ratspräsidentschaft auch für die Entwicklung einer gemeinsamen Position der EU zum Thema des Gesundheitsfachkräftemangels zu nutzen.[41] Das noch im Dezember 2006 vom Europäischen Rat verabschiedete „Aktionsprogramm"[42], das den Ländern mit akutem Fachkräftemangel helfen soll, beruht bislang jedoch nur auf Absichtserklärungen. Ein Umsetzungsbericht existiert bis dato nicht. Auch der wiederholt angekündigte EU Code of Conduct for ethical recruitment of health workers, der innerhalb des Aktionsprogramms angeregt wird, ist ebenfalls noch nicht verabschiedet worden. Nach Auskunft des BMZ stocken bedauerlicherweise die Beratungen zu diesem wichtigen EU-Kodex.[43]

Die Regierungen der G8-Staaten erklärten sich während des Gipfels in Heiligendamm 2007 bereit, zusammen mit den afrikanischen Regierungen daran zu arbeiten, „die unterschiedlichen Ursachen für diesen Mangel an menschlichen Ressourcen im Gesundheitswesen anzugehen, einschließlich Arbeitsbedingungen und Gehälter, mit dem Ziel, zusätzliche Kräfte anzuwerben, auszubilden und zu behalten".[44] Doch fehlt leider bis heute eine deutliche po-

[41] Europa – Starker Partner für nachhaltige globale Entwicklung. Entwicklungspolitische Bilanz der deutschen EU-Ratspräsidentschaft 2007 http://www.bmz.de/de/service/infothek/buerger/DeutscheEU/Bilanz.pdf

[42] "Aktionsprogramm zur Bekämpfung der Krise des Fachkräftemangels im Gesundheitswesen von Entwicklungsländern 2007-2013" ("A European Programme for Action to tackle the critical shortage of health workers in developing countries (2007–2013)".

[43] Der EU-Ratsbeschluss vom 15.05.2007(http://register.consilium.europa.eu/pdf/en/07/st07/st07189.en07.pdf), der die Weiterentwicklung und Verabschiedung eines EU-Kodexes zur Beendigung des Gesundheitsfachkräftemangels beschließt, hat für die EU-Mitgliedsländer bindenden Charakter. Nach Auskunft des BMZ zeige er in Ländern mit staatlicher Steuerung des Gesundheitssystems, wie z.B. in Großbritannien, bereits Wirkungen. Für die Umsetzung des Ratsbeschlusses ist in Deutschland das BMG verantwortlich.

[44] "Wachstum und Verantwortung in Afrika", Gipfelerklärung G8-Gipfel 2007 Heiligendamm, S. 26.

litische Willenserklärung der G8-Staaten, den Prozess der Abwerbung von Gesundheitsfachkräften ihrerseits sofort zu stoppen. Vielmehr scheint – ebenfalls nach Einschätzung des BMZ – keine Chance zu bestehen, eine gemeinsame Selbstverpflichtung im G8-Prozess durchzubringen. Dies sei deshalb so schwierig, da die entwicklungspolitische, „ethisch" begründete Position, Gesundheitsfachkräfte aus den EL nicht abzuwerben, im Konflikt zu wirtschaftlichen Interessen vieler EU- und G8-Länder stehe, die an der Einwanderung von Fachkräften interessiert sind.

Aus der Perspektive von entwicklungspolitischen NRO setzt deshalb auch die von der EU-Kommission im Oktober 2007 vorgestellte „Blue Card-Initiative", die Fachkräfte aus dem Ausland durch attraktivere Aufenthaltsbedingungen anziehen soll, falsche Impulse. Denn auch wenn dem EU-Kommissionspräsidenten zufolge ethische Rekrutierungsstandards („ethical recruitment standards") bei der Einführung der „Blue Card" berücksichtigt werden sollen, weist der politische Vorgang Inkohärenzen auf. So ist es aus Perspektive der im internationalen Gesundheitsbereich aktiven NRO in Hinblick auf den Fachkräftemangel politisch sinnvoller, zuerst den verpflichtenden EU-Kodex als Referenzrahmen zu verabschieden und erst danach die Blue Card-Initiative – der Problemlage entsprechend – zu beginnen.[45] Dabei muss sichergestellt werden, dass keine Gesundheitsfachkräfte aus den Entwicklungsländern abgeworben werden.

Die WHO hat die Global Health Workforce Alliance[46] zur Verbesserung der nachweisgestützten Datensammlungen über Arbeitskräftemanagement und internationale Migration ins Leben gerufen. Die Unterstützung der G8 und der EU für diese und ähnliche Initiativen und Resolutionen der WHO sind sinnvoll, doch nicht hinreichend. Vielmehr müssen die derzeit auf verschiedenen Ebenen laufenden Prozesse in einen globalen Kodex münden, der – schnell und effektiv – zum Stopp des Brain Drain und damit der Krise im Gesundheitswesen führt.[47]

Empfehlungen

- ▶▶ Die Bundesregierung ist aufgefordert, national sowie im Rahmen der EU und der G8 genügend Ressourcen für eine Verbesserung der Lebens- und Arbeitsbedingungen von Gesundheitspersonal in Entwicklungsländern bereit zu stellen. Die Umkehrung des ‚brain drain' sollte darüber hinaus eine finanzielle formelle Entschädigung aller ausbildenden Entwicklungs- und Schwellenländer einschließen.
- ▶▶ Das Aktionsbündnis gegen AIDS fordert die Bundesregierung auf, weiterhin aktiv an der Ausarbeitung und Verabschiedung eines internationalen Verhaltenskodexes im Rahmen der EU und auf UN-Ebene sowie weiterer adäquater Maßnahmen mitzuwirken, um die Abwerbung durch Industrieländer von Gesundheitsfachkräften aus EL zu verringern und um Migrationsströme organisieren können, ohne dass das Recht der Menschen auf transnationale Migration eingeschränkt wird. Sie sollte bei allen Verhandlungen – insbesondere zur Blue Card – auf Kohärenz und Transparenz achten und NRO aktiv mit einbeziehen.
- ▶▶ Die Bundesregierung sollte auch die Deklaration der Global Health Workforce Alliance pro-aktiv unterstützen, welche Industrieländer dazu aufruft, der Krise durch die adäquate Ausbildung und Rekrutierung von Gesundheitsfachkräften im eigenen Land entgegenzuwirken.
- ▶▶ Maßnahmen zur Verbesserung der Geberkoordination im Gesundheitssektor im Rahmen der Internationalen Gesundheitspartnerschaft sollten weiter ausgebaut und gestärkt werden. Mit Blick auf die neuen bi- und multilateralen Gesundheitsinitiativen ist die Bundesregierung aufgefordert, die Initiativen auch im Zusammenhang mit der Paris Deklaration so voranzutreiben, zu unterstützen und umzusetzen, dass sie eine wirkliche Verbesserung der Transparenz, Qualität und Effizienz der Entwicklungshilfe im Bereich HIV/Aids erbringen.

[45] Die Blue Card wurde am 23.10. 2007 vom EU-Kommissar für Justiz und Inneres, Frattini, vorgestellt. In einer Rede des Kommissionspräsidenten Barroso vor der Presse heißt es dazu: „With regard to developing countries we are very much aware of the need to avoid negative „brain drain" effects. Therefore, the proposal promotes ethical recruitment standards to limit – if not ban – active recruitment by Member States in developing countries in some sensitive sectors. It also contains measures to facilitate so-called „circular migration". Europe stands ready to cooperate with developing countries in this area." (http://europa.eu/rapid/pressReleasesAction.do?reference=SPEECH/07/650&format=HTML&aged=1&language=EN&guiLanguage=en)

[46] Die im Mai 2006 von der WHO ins Leben gerufene Global Health Workforce Alliance zielt auf die Identifizierung und Umsetzung von Strategien zur Lösung des Fachkräftemangels im Gesundheitsbereich und fordert, dass die WHO die Verhandlungen bezüglich eines Kodexes zur internationalen Rekrutierung von Gesundheitspersonal beschleunigen soll. Es sollen zudem kollektive Maßnahmen zur Verbesserung des Gesundheitsfachkräftemarktes umgesetzt werden, die auch die reicheren Länder in die Verantwortung nehmen (http://www.who.int/workforcealliance/forum/2_declaration_final.pdf).

[47] Die WHA (World Health Assembly) hat in ihrer Resolution 57.19 zur Entwicklung eines „Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel" aufgerufen. Dieser Kodex entspräche im Prinzip der von der EU intendierten Verpflichtung. Ein uneingeschränkter Kodex auf UN-Ebene hätte den Vorteil, auch große (Abwerbe-) Länder aus dem Kreis der G8 zu verpflichten. Zugleich würde es die von NRO geforderte Federführung der UN-Gesundheitsorganisationen stärken. Vgl. http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA57/A57_R19-en.pdf

Funktionierende Gesundheitsstrukturen mit ausreichend qualifiziertem Personal, gut erreichbaren Basisgesundheitsdiensten und klinischen Einrichtungen sind die Voraussetzung für HIV- und Aidsprävention, Behandlung und Pflege. In Entwicklungsländern, aber auch in vielen Ländern Osteuropas, ist die Ausstattung des nationalen Gesundheitssystems zu mangel- und lückenhaft, um einer weiteren Ausbreitung der Epidemie zu begegnen.

Es ist daher zu begrüßen, dass die G8 – laut Gipfelerklärung (§ 61) – „gemeinsam mit den afrikanischen Regierungen an einer langfristigen Unterstützung der Gesundheitssysteme arbeiten und diese finanziell unterstützen wollen". In Anbetracht des immensen Finanzierungsbedarfs der zusätzlich besteht, wenn die eklatanten Schwächen der Gesundheitssysteme im Sinne des Universellen Zugangs behoben werden sollen, ist diese Absichtserklärung jedoch völlig unzureichend und es bedarf umfangreicher, d.h. zusätzlicher finanzieller Mittel, um die defizitären Gesundheitssysteme zu stärken.

G. Partizipation von Zivilgesellschaft

Die Bedeutung der Zivilgesellschaft, insbesondere von NRO, in allen Aktivitäten der HIV/Aids-Bekämpfung ist in den letzten Jahren zunehmend, wenngleich längst nicht ausreichend, von UN-Organisationen, Regierungen und anderen Akteuren anerkannt worden. Die Rollen der NRO sind vielfältig: als Partner im Dialog, als Aktivisten, die die Regierungen an ihre Versprechen (Zusagen) erinnern und als Hilfsorganisationen, die sich in verschiedenen Handlungsfeldern selbst in der HIV/Aids-Bekämpfung engagieren oder diese finanziell und technisch unterstützen. Dabei ist ein zentrales Element, dass Menschen, die mit HIV/Aids leben, adäquat und bedeutungsvoll involviert werden.

Die Bundesregierung hat wiederholt die Bedeutung der Zivilgesellschaft in der HIV/Aids-Bekämpfung hervorgehoben. In der Praxis ist tatsächlich auch eine erhöhte Dialogbereitschaft zu verzeichnen. Es finden regelmäßige Informationsgespräche zwischen Vertreter/innen des Aktionsbündnis und des BMZ und „Runde Tische" zum Informationsaustausch zu den Themen HIV/Aids, zu „HIV/Aids und sexuelle und reproduktive Gesundheit und Rechte" und zu „TRIPS und Gesundheit" zwischen NRO und BMZ statt. Diese Gespräche dienen außerdem der Einbringung von Positionen der Zivilgesellschaft und helfen, die Fachexpertise des Aktionsbündnisses darzustellen. Ein Informationsaustausch besteht auch zwischen Vertreterinnen des Aktionsbündnis gegen AIDS in der zivilgesellschaftlichen Delegation des UNAIDS-Vorstands und im Vorstand des Globalen Fonds mit den jeweiligen Repräsentant/innen von BMG und BMZ in diesen Gremien. Dieser Austausch war in Hinblick auf eine gemeinsame strategische Planung, insbesondere bei der Fortführung der Gender-Strategien beider Institutionen von Vorteil, da diese von einigen Regierungen eher behindert wurden.

Kritisch anzumerken ist jedoch, dass trotz dieser positiven Entwicklung von Informationsaustausch und punktueller Kooperation eine „bedeutungsvolle" Partizipation, im Sinne einer wirklichen Beeinflussungsmöglichkeit der BMZ-Politik durch zivilgesellschaftliche Organisationen nur ansatzweise verwirklicht wird. So wurden zum einen der Aktionsplan zur Umsetzung der „HIV/Aids Bekämpfungsstrategie der Bundesregierung", zum anderen der Monitoring-Bericht der G8-Aktivitäten ohne einen konsultativen Prozess mit zivilgesellschaftlichen Organisationen verabschiedet. Aber politische Mitgestaltungsmöglichkeiten sind mindestens genauso wichtig wie der Empfang von Ressourcen für NRO und die Zivilgesellschaft als Ganzes.

Empfehlungen

- Die bisherige Zusammenarbeit zwischen NRO aus dem entwicklungspolitischen Gesundheitsbereich und der Bundesregierung sollte weiter ausgebaut und die Zivilgesellschaft in einen konsultativen Prozess einbezogen werden, so dass wirkliche Einflussmöglichkeiten bestehen und auch die bisher defizitären Bereiche verbessert werden. Die Transparenz des Regierungshandelns, der Informationsaustausch und die Möglichkeiten von Beteiligung und Überprüfung durch Zivilgesellschaft sollten gerade bei neueren Initiativen im Prozess, wie z.B. der „Debt2Health-Initiative" und der „Providing4Health-Initiative" ausgebaut werden.

Teil 2: Der Beitrag Deutschlands zur Aufbringung der erforderlichen Finanzmittel für eine umfassende Antwort auf die HIV-Krise in den Entwicklungsländern

Joachim Rüppel

A. Globaler Finanzbedarf und internationale Verpflichtungen

Jede Regierung eines wirtschaftlich besser gestellten Staates kann und muss durch eine angemessene Beteiligung an der Bereitstellung der dringend benötigten Finanzmittel unter Beweis stellen, wie ernst es ihr mit der solidarischen Unterstützung der armen und benachteiligten Menschen in der Weltgesellschaft ist. Die realen Anstrengungen zur Finanzierung der humanen Entwicklung bilden somit einen wichtigen Lackmustest für die Bereitschaft der Industrieländer, internationale Verantwortung zu übernehmen. Angesichts des enormen ökonomischen Rückstands vieler Entwicklungsländer stellen hinreichende Finanztransfers eine unabdingbare Voraussetzung dar, um die Überwindung von Armut und Krankheit zu ermöglichen. Dies gilt ganz besonders für die Bekämpfung der HIV-Pandemie, die verheerende Auswirkungen auf das Wirtschaftspotential mit sich bringt und bisherige Ergebnisse der Entwicklungsbemühungen schwer betroffener Länder zu zerstören droht.

Eine adäquate Bewertung der finanziellen Kooperation für die Bewältigung der globalen AIDS-Problematik muss grundsätzlich drei Dimensionen ins Auge fassen: Erstens die offizielle Entwicklungshilfe insgesamt, zweitens die Finanzmittel für die Gesundheitsförderung und schließlich drittens die Ressourcen für die spezifischen Maßnahmen der HIV-Prävention, Behandlung und Unterstützung.

Nur wenn die mobilisierten Ressourcen in allen drei Zielbereichen sowohl auf den Bedarf ausgerichtet sind, als auch der relativen Wirtschaftskraft des Geberlandes entsprechen, kann von einer befriedigenden Wahrnehmung der Verantwortung gesprochen werden.

Das Gesamtziel muss endlich erreicht werden

Die Entwicklungszusammenarbeit als Ganze ist konsequent zu steigern, um die Unterstützungsmaßnahmen in allen strategisch wichtigen Sektoren auszuweiten und ungünstige Umschichtungen bei der Mittelvergabe zu vermeiden. In Bezug auf die globale HIV-Krise bildet die Erhöhung der Gesamtmittel eine wesentliche Vorbedingung dafür, dass die grundlegenden Ursachen der Epidemie angegangen werden können und zugleich die Nachhaltigkeit der Finanzierung spezifischer Programme sichergestellt wird.

Das übergeordnete Ziel geht zurück auf eine UN-Resolution von 1970 und verpflichtet die Industriestaaten, ihre Entwicklungshilfe-Leistungen auf mindestens 0,7 % ihres Bruttonationaleinkommens (BNE) zu erhöhen. Diese Marke war ursprünglich bereits bis Mitte der Dekade zu erreichen, wurde jedoch bisher nur von wenigen Geberländern verwirklicht. Daher werden die „entwickelten Länder“ in der Verpflichtungserklärung der VN zu HIV/Aids nachdrücklich aufgefordert, „möglichst bald die vereinbarten Zielwerte von 0,7 Prozent ihres Bruttosozialprodukts für die gesamte öffentliche Entwicklungshilfe und von 0,15 bis 0,20 Prozent des Bruttosozialprodukts für die öffentliche Entwicklungshilfe zu Gunsten der am wenigsten entwickelten Länder zu erreichen“.[48]

Die EU-Mitgliedstaaten verpflichteten sich im Jahre 2002 anlässlich der UN-Konferenz zur Entwicklungsfinanzierung in Monterrey, ihre öffentliche Entwicklungshilfe (ODA) bis 2006 gemeinsam auf 0,39 % des BNE zu erhöhen; jedes Mitgliedsland für sich sollte ein Minimum von 0,33 % des BNE erreichen. Im Jahr 2005 legte die EU ein weiteres ODA-Zwischenziel in Höhe von insgesamt 0,56 % des BNE bis 2010 fest, um die Finanzlücke zur endgültigen Erreichung des UN-Richtwerts (0,7 % ODA/BNE) bis 2015 zu schließen. Als Mindestquote für die vor 2002 beigetretenen Länder wurde ein Anteil der ODA von 0,51 % am BNE bestimmt. Außer Deutschland orientieren sich nur Italien, Österreich, Portugal und Griechenland an dieser Marke, während sich alle anderen EU-15-Staaten ehrgeizigere Ziele steckten. Da gleichzeitig die Länder, die bereits 0,7 % des BNE als ODA aufbringen, dieses Niveau halten wollen, kann das EU-Gesamtziel erreicht werden.

Ein weiterer wesentlicher Bezugsrahmen ist in den Millenniums-Entwicklungszielen (MDGs) zu sehen. Mit der Unterzeichnung der Millenniumserklärung hat Deutschland sich verpflichtet, seine Entwicklungspolitik an dieser auszurichten und zur Umsetzung der daraus abge-

[48] Globale Krise — Globale Antwort. Verpflichtungserklärung zu HIV/Aids. Abschlussdokument der 26. UN-Sondergeneralversammlung, 25. – 27. Juni 2001, New York; § 83.

leiteten MDGs beizutragen. Mit dem MDG 8 verpflichten sich die Industrieländer, entwicklungsförderliche internationale Rahmenbedingungen zu schaffen und die Entwicklungsländer beim Erreichen der anderen sieben Ziele zu unterstützen. Die Erklärung enthält auch das Versprechen großzügigere ODA-Leistungen zu gewähren.

Humanitäre und strategische Bedeutung der Gesundheitsförderung

Der VN-Bericht von 2005 über die notwendigen Maßnahmen und Investitionen für die Verwirklichung der MDGs veranschlagte auf der Grundlage von eingehenden Länderstudien einen Kooperationsbedarf von 135 Milliarden US$ für das Jahr 2006, was 0,44 % des BNE der OECD/DAC-Staaten[49] entsprach.[50] In den Jahren 2010 und 2015 müsste demnach die öffentliche Entwicklungshilfe auf 0,46 % bzw. 0,54 % des BNE der Geberländer steigen. Das bedeutet, dass der EU-Stufenplan zunächst dem plausiblen Investitionsbedarf hinterher hinkte, in den späteren Jahren diesen aber abdecken würde.

Neuere Länderstudien belegen, dass der Gesundheitsbereich einschließlich der vordringlichen Präventionsmaßnahmen, die außerhalb der Gesundheitsdienste durchgeführt werden, mit ca. einem Viertel der veranschlagten Gesamtinvestitionen den höchsten Finanzbedarf unter allen Sektoren aufweist. Die für die Gesundheitsförderung erforderlichen Investitionen pro Kopf beliefen sich 2006 bereits – je nach untersuchtem Land – auf 13 bis 25 US$ und werden bis 2010 auf 19 bis 33 US$ ansteigen. Das Ausmaß der HIV-Epidemie bildet den wichtigsten Faktor für die Unterschiede der notwendigen Pro-Kopf-Investitionen. Dabei ist in Betracht zu ziehen, dass kein Land aus dem südlichen Afrika mit hoher HIV-Infektionsrate in die Analysen einbezogen wurde. Rechnet man bei dem oben genannten Kooperationsbedarf die nicht direkt auf die MDGs ausgerichteten Ausgaben heraus und legt den angemessenen Anteil des Gesundheitsbereichs zugrunde, so ergibt sich, dass die Geberländer schon 2006 ca. 0,08 % des BNE für gesundheitsrelevante Kooperationsfelder hätten aufbringen müssen. Bis 2010 müsste dieses Volumen auf 0,09 % ansteigen und schließlich 2015 die Zielgröße von 0,11 % erreichen. Da die MDGs nicht alle dringlichen Gesundheitsprobleme einschließen, scheint für 2010 ein Zwischenziel von mindestens 0,1 % des BNE angebracht. Diese Zielgröße kann ohne weiteres im Rahmen der geplanten ODA-Erhöhungen erreicht werden.[51] Zugleich ist aber auch die bisherige sektorale Zuordnung der Mittelvergabe zu überdenken, insbesondere wenn man berücksichtigt, dass nach Schätzungen des Millenniums-Projekts nur 28 Milliarden US$ von den im Jahr 2002 insgesamt an ODA-Leistungen aufgebrachten 65 Milliarden US$ auf die Unterstützung der MDGs ausgerichtet waren.[52] Diese Einschätzung teilt das BMZ, denn in einer Stellungnahme heißt es: „[Die deutsche EZ] wird, um den genannten Prinzipien gerecht zu werden, auch die Allokation der EZ-Mittel überprüfen müssen. Die Mittel werden verstärkt in den Ländern und Sektoren eingesetzt werden, wo ein scaling up zur Erreichung der MDGs erforderlich ist und die Mittel effektiv absorbiert werden können."[53]

Der Ausbau der Kapazitäten für die allgemeine Gesundheitsversorgung zählt auch zu den wichtigsten strategischen Voraussetzungen für eine wirksame Bekämpfung der HIV-Pandemie. Ohne konsequente Anstrengungen in dieser Richtung sind weder dauerhafte Erfolge in der HIV-Therapie möglich, noch kann ein großer Teil der zentralen Präventionsprogramme effektiv realisiert werden. Außerdem würde eine einseitige Erhöhung der auf einzelne Krankheiten ausgerichteten Finanzmittel ohne umfassende Stärkung der personellen und technischen Ressourcen der Gesundheitsdienste die Gefahr herauf beschwören, dass andere gravierende Probleme vernachlässigt werden.

Die HIV-Epidemie: Eine zentrale Herausforderung der Weltgemeinschaft

Was die finanziellen Erfordernisse für die Durchführung der spezifischen Schlüsselmaßnahmen angeht, die geeignet sind, die HIV-Pandemie zurückzudrängen und ihre negativen gesellschaftlichen Folgen zu bewältigen, lagen die Schätzungen der verantwortlichen UN-Organisationen für das Jahr 2005 bei 12 Milliarden US$. Eine neue Bedarfsanalyse aus dem gleichen Jahr veranschlagt das dringend benötigte Finanzvolumen auf 14,9 Milliarden US$ im Jahr 2006. Demzufolge stieg der globale Finanzbedarf 2007 auf über 18 Milliarden und auf 22,1 Milliarden US$ im Jahr 2008. Die auf der Sondertagung der Generalversammlung der Vereinten Nationen zu HIV/Aids (UNGASS) im Juni 2006 verabschiedete Politische Erklärung benannte aber dann ein Ressourcenvolumen von 20-23 Milliarden US$ bis Ende des Jahrzehnts. Das entsprach jedoch nicht der

[49] Entwicklungsausschuss (Development Assistance Committee) der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung.
[50] Dabei werden hohe Eigenleistungen der Entwicklungsländer vorausgesetzt, und es sind bereits die Minderungen infolge des Ausschlusses von Ländern mit schlechter Regierungsführung und die Umschichtung von bisherigen ODA-Leistungen berücksichtigt.
[51] Die Zielgröße deckt sich ebenfalls mit den Empfehlungen des Berichts der Kommission zu Makroökonomie und Gesundheit. Vgl. Commission on Macroeconomics and Health, 2001: Investing in Health for Economic Development, S. 12.
[52] UN Millennium Project: Investing in Development. A Practical Plan to Achieve the Millennium Development Goals, New York 2005, S. 249.
[53] BMZ: Mehr Wirkung erzielen: Die Ausrichtung der deutschen Entwicklungszusammenarbeit auf die Millenniums-Entwicklungsziele, 2005, S. 10.

dort ebenfalls formulierten Verpflichtung, das „Ziel des universellen Zugangs zu umfassenden Präventionsprogrammen, Behandlung, Pflege und Unterstützung bis 2010“[54] zu erreichen. Dies hätte eine Stagnation des Investitionsumfangs über drei Jahre bedeutet, obwohl dieser nur einen Zwischenschritt auf dem Weg zu einer konsequenten Ausweitung der Schlüsselmaßnahmen erlaubt hätte.

Im September 2007 legte UNAIDS eine neue Bedarfskalkulation vor, die für eine grundlegende Korrektur der in der Politischen Erklärung zu niedrig angesetzten Zielgröße sorgte.[55] Demnach werden in den 132 Ländern niedrigen und mittleren Einkommens im Jahr 2009 Finanzmittel in Höhe von 30,2 Milliarden US$ benötigt; 2010 sind bereits 42,2 Milliarden erforderlich, um das Ziel des universellen Zugangs zu verwirklichen. In Anbetracht neuer epidemiologischer Informationen und der tatsächlich wesentlich langsamer verlaufenden Aufstockung der Ressourcen, die eine höhere Sterblichkeit unter HIV-Infizierten als angenommen zur Folge hat, veranschlagt die neue Schätzung das für 2008 benötigte Investitionsvolumen auf 20,2 Milliarden US$. Die Hälfte des Gesamtbedarfs für den Zeitraum 2008 bis 2010 entfällt auf HIV-spezifische Gesundheitsdienste, 20 % der Ressourcen sollen die Stärkung der Gesundheitssysteme und Querschnittsaufgaben unterstützen und die restlichen 30 % werden für Maßnahmen außerhalb des Gesundheitssektors benötigt.

Diese aktuelle Schätzung bezieht einige zusätzliche Aktionsbereiche ein, die vornehmlich auf die Prävention ausgerichtet sind, wie in erster Linie die Bekämpfung der Gewalt gegen Frauen und Substitutionstherapien für Drogenkranke. Außerdem wird von einem deutlich früheren Beginn der antiretroviralen Behandlung im Verlauf der HIV-Infektion ausgegangen. Dies ist für die Vermeidung unnötiger Sterbefälle unerlässlich, bildet aber auch den wichtigsten Grund für die – verglichen mit den vorher zugrunde gelegten Annahmen – erhöhten Gesamtkosten. Andererseits berücksichtigt die neue Kalkulation die Kosteneinsparungen, die sich aus der zunehmenden Größe der nationalen Programme ergeben.[56]

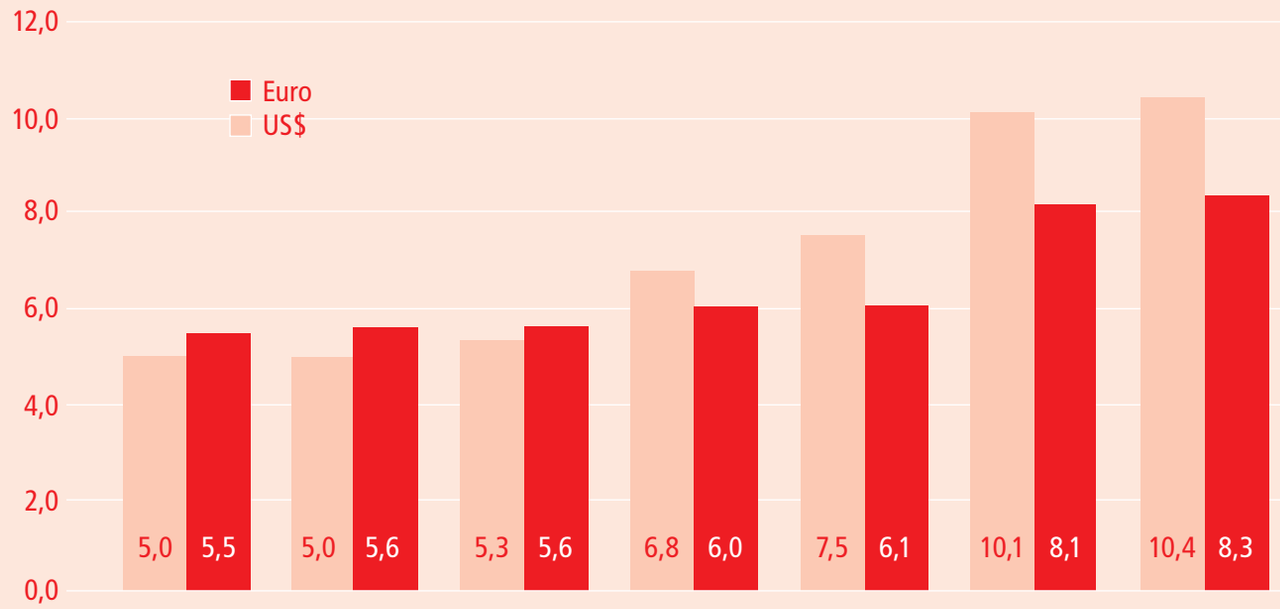
Die Berechnungen gehen davon aus, dass die Entwicklungsländer ca. ein Drittel der benötigten Ressourcen selbst aufbringen können. Die anderen zwei Drittel müssen durch die internationale Kooperation bereitgestellt werden, welche in erster Linie den Ländern mit niedrigen Einkommen zugute kommen soll.

Entsprechend seinem Anteil am gesamten BNE der reichen Geberstaaten müsste Deutschland mindestens acht Prozent des Kooperationsbedarfs abdecken. Daraus errechnen sich Zielgrößen für die deutsche Beteiligung an der internationalen Antwort auf die HIV-Pandemie von 640 Millionen US$ für 2005, fast 800 Millionen US$ für 2006 und schließlich annähernd eine Milliarde US$ für 2007. Zusätzlich ist die entwicklungspolitische Bedeutung der EU zu berücksichtigen, die auch darin zum Ausdruck kommt, dass die Mitgliedstaaten gemeinsam in den letzten Jahren gut die Hälfte der gesamten ODA-Leistungen aufbrachten. Deutschland weist einen Anteil von mehr als einem Fünftel am BNE der EU auf, so dass die logische Beteiligungsquote an der internationalen Kooperation auf nicht weniger als ein Zehntel zu veranschlagen ist. Demnach müsste die Bundesregierung im Jahr 2008 mindestens 1,3 Milliarden US$ bereitstellen und die deutsche Entwicklungshilfe für die Zurückdrängung der HIV-Pandemie auf 2 Milliarden US$ in 2009 und schließlich 2,8 Milliarden US$ in 2010 steigern.

Die aktuellen Finanzierungsziele der Bundesregierung in Höhe von 400 Millionen Euro im Jahr 2007 und danach jährlich 500 Millionen für die Bekämpfung der drei großen Epidemien werden somit der internationalen Verantwortung Deutschlands nicht gerecht. Bis zum Ende des Jahrzehnts müsste der deutsche Beitrag allein für die angemessene Mitfinanzierung der Anstrengungen zur Erreichung des universellen Zugangs zu HIV-Prävention, Behandlung und Unterstützung rund das Vierfache des vorgesehenen Ressourceneinsatzes betragen. Auch ein Blick auf die erforderlichen Steigerungsraten der global aufzubringenden Ressourcen macht klar, dass sich die Planungen der Bundesregierung nicht am realen Bedarf orientieren.

[54] Vereinte Nationen: Politische Erklärung zu HIV/AIDS. Resolution 60/262, P. 20.
[55] UNAIDS: Financial Resources Required to Achieve Universal Access to HIV Prevention, Treatment, Care and Support; 2007
[56] Es handelt sich dabei um so genannte Skaleneffekte.

Grafik 1: Offizielle Entwicklungshilfe Deutschlands 2000-2006 (in Milliarden US$ und Euro)



	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
US$	5,030	4,990	5,324	6,784	7,534	10,082	10,435
Euro	5,458	5,571	5,650	6,005	6,064	8,112	8,313

B. Die Entwicklung der gesamten ODA-Leistungen Deutschlands

Der schöne Schein der offiziellen Statistik

Auf den ersten Blick scheint die offizielle Entwicklungshilfe Deutschlands beeindruckende Steigerungen vorweisen zu können. Dargestellt in laufenden US-Dollar hat sich ihr Gesamtvolumen zwischen 2000 und 2005 verdoppelt. Im Jahr 2006 ist eine weitere Erhöhung zu verzeichnen, so dass sich in dem gesamten Zeitraum eine Aufstockung um 108 % ergibt. Wie aus Grafik 1 zu ersehen ist, war jedoch ein großer Teil dieser Zunahme der günstigen Wechselkursentwicklung zu verdanken. In Euro bemessen, schrumpft der ODA-Umfang auf die Hälfte der Steigerung, nämlich 52 %.

Um die finanziellen Anstrengungen eines Geberstaates und die daraus resultierenden Unterstützungsleistungen für die wirtschaftlich benachteiligten Länder zu bemessen, ist jedoch ein Blick auf die Zusammensetzung der ODA notwendig. Die Grafik 2 zeigt, dass der größte Teil der Mittelsteigerung durch die Anrechnung von Entschuldungsmaßnahmen bedingt war. So wichtig die Entschuldung als parallele Maßnahme zur ODA-Steigerung ist, so fragwürdig ist diese vom DAC gebilligte Praxis sowohl entwicklungspolitisch als auch rechnerisch. Paradoxerweise stellt sie die Geberstaaten besser, die einen relativ hohen Anteil ihrer ODA-Mittel in der Vergangenheit als Darlehen, anstatt als nicht rückzahlbare Zuschüsse bereitstellten. Denn sie können sich später den Verzicht auf Zinszahlungen, bzw. deren Nettobarwert, als ODA-Leistungen gutschreiben lassen.[57]

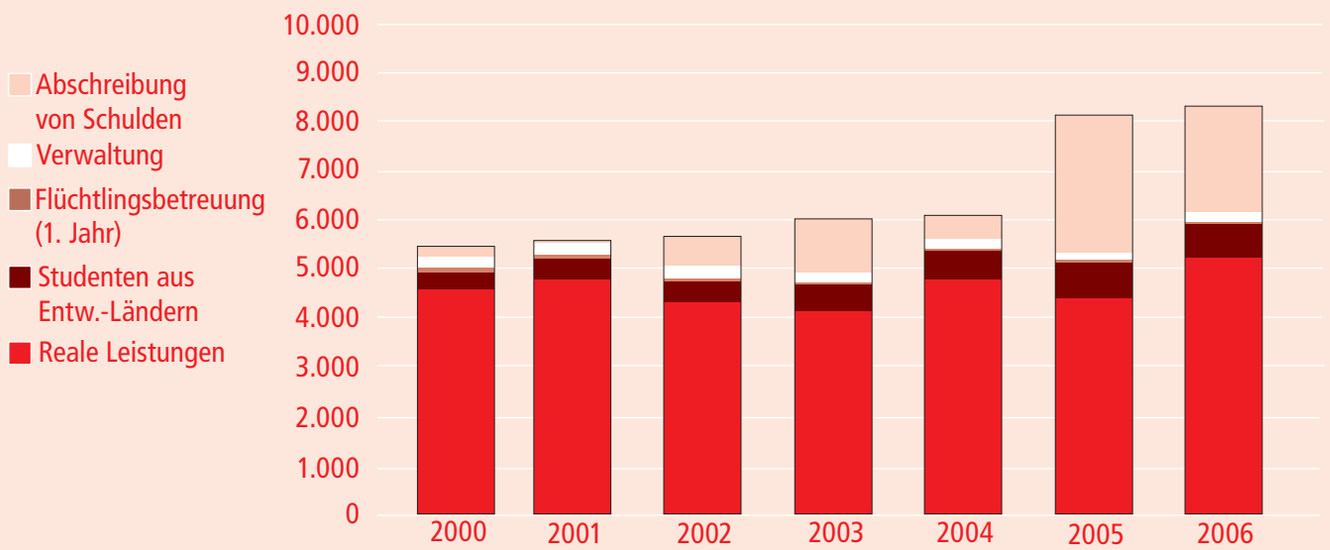
Der ganz überwiegende Teil der Schuldenreduzierung – im Jahr 2006 über 88 % der Zusagen –- bezieht sich jedoch auf öffentlich verbürgte Handelskredite. Auf diese Weise werden Exporte der deutschen Wirtschaft, die mit armutsorientierter Entwicklungshilfe nur wenig zu tun haben, im Nachhinein als ODA-Leistungen verbucht. Zudem steht die Aufblähung des ODA-Volumens durch Anrechnung der Schuldenerlasse auch im Widerspruch zum Konsens von Monterrey.[58]

[57] Dazu ist festzustellen, dass Deutschlands Darlehensanteil an den bilateralen Finanzierungszusagen in den letzten Jahren zwischen 11 und 16% schwankte und im Jahr 2006 mit gut 13% deutlich über dem Durchschnitt aller DAC-Staaten lag. Nur wenige der 22 DAC-Geberländer wiesen einen höheren Anteil der Kredite auf, so dass sich Deutschland in dieser wenig rühmlichen Rangfolge an fünfter Stelle befand.

[58] Dies wird auch von der Europäischen Kommission festgestellt. Siehe: Jahresbericht der Kommission an das Europäische Parlament, den Rat, den Europäischen Wirtschafts- und Sozialausschuss und den Ausschuss der Regionen. „Die Einlösung von Europas Zusagen hinsichtlich der Entwicklungsfinanzierung", April 2007, S. 9. Die Kommission betont außerdem, dass Schuldenerlassmaßnahmen einmalig sind und durch eine stabilere und besser vorhersehbare Entwicklungshilfe ersetzt werden müssen. Auch die OECD wies mehrfach darauf hin, dass diese im Pariser Club beschlossenen Schuldenerlasse in den nächsten Jahren auslaufen werden.

Grafik 2: Deutschlands reale Ressourcentransfers und Pseudo-Entwicklungshilfe 2000-2006

(in Millionen Euro)



	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Abschreibung von Schulden	209	27	594	1.080	444	2.769	2.169
Verwaltung	255	249	259	210	199	166	181
Flüchtlingsbetreuung (1. Jahr)	73	90	38	22	12	14	15
Studenten aus Entw.-Ländern	350	392	441	557	623	745	717
Reale Leistungen	4.571	4.813	4.318	4.136	4.785	4.419	5.232

Ebenso deklariert Deutschland die veranschlagten Kosten für Studierende aus Entwicklungsländern als ODA-Leistungen, obwohl diese keinen Ressourcentransfer für die armen Länder bedeuten und ihr Entwicklungseffekt weder planbar noch gesichert ist, vor allem auch angesichts der Abwanderung zahlreicher Fachkräfte in die Industriestaaten. Daher weist mehr als die Hälfte der DAC-Staaten diese Studienplatzkosten in ihrer ODA-Statistik nicht aus. Im Fall Deutschlands hat sich dieser Posten seit Beginn des Jahrzehnts jedoch auf über 700 Millionen Euro mehr als verdoppelt, was zwei Drittel aller Finanzierungszusagen für den Bildungsbereich entspricht.

Die anrechenbaren Kosten für Flüchtlinge „während des ersten Jahres ihres Aufenthalts im Zufluchtsland“ (einschließlich der Kosten ihrer „Rückführung“) sind dagegen infolge rückläufiger Bewerberzahlen im Berichtszeitraum gefallen. Auch die Verwaltungskosten sind in den letzten Jahren geringer geworden. Letztere stellen ebenfalls keine Finanztransfers oder direkte Aufwendungen für Entwicklungsprojekte dar, sind jedoch für die politische und technische Steuerung der Zusammenarbeit im Prinzip unabdingbar. Insofern die Einsparungen durch Personalkürzungen bedingt waren, sind damit möglicherweise wichtige Kapazitäten für die Sicherung der Qualität und Effizienz der EZ verloren gegangen.

Der reale Umfang der deutschen Entwicklungshilfe

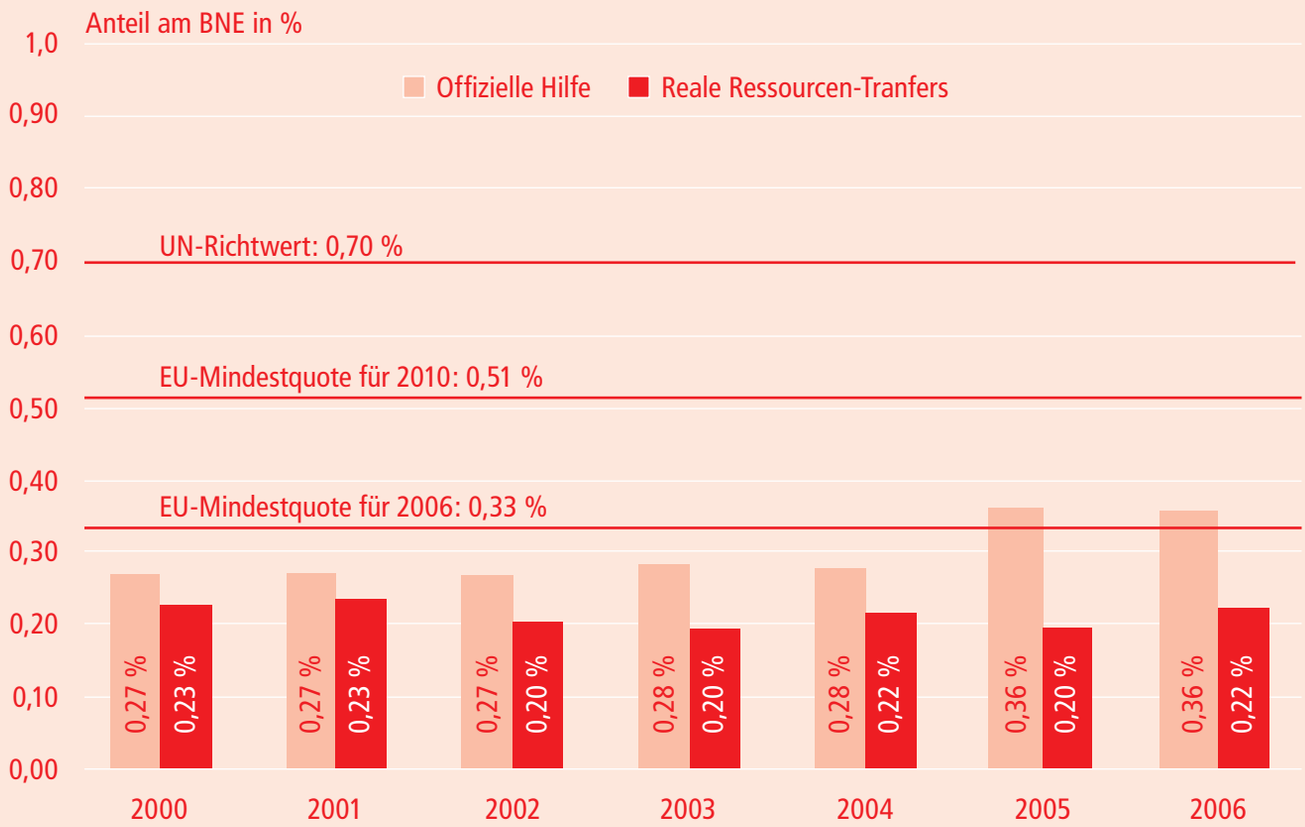
Zieht man alle offiziell eingerechneten Hilfen ab, die keine reale Übertragung von Ressourcen mit sich bringen, schrumpfen die deutschen ODA-Leistungen enorm zusammen; im Jahr 2006 auf eine ODA-Quote von lediglich 0,22 % des BNE.

Gemessen an den genuinen Finanzierungsbemühungen fällt Deutschland auch in der Rangliste der Geberstaaten deutlich zurück und landet auf dem 16. Platz.[59] Nur wenige der 22 Mitgliedstaaten des OECD-Entwicklungsausschusses wiesen in den letzten Jahren ein ähnliches oder noch ungünstigeres Verhältnis der realen Leistungen zum aufgeblähten Umfang der ODA auf. Mit einem Anteil der Scheinhilfen von über 37 % des Gesamtvolumens fand sich Deutschland in dieser Negativskala auf einem wenig rühmlichen 19. Platz wieder.[60]

[59] Wenn man nur die programmierbaren Hilfeleistungen erhalten will, die auf den eigentlichen Entwicklungsbedarf ausgerichtet sind, müsste man zudem noch die humanitäre Nothilfe ausklammern, wie es die OECD in ihrem letzten Bericht über die Entwicklungszusammenarbeit nahe legt (OECD: Development Co-Operation Report 2007, S. 16).

[60] Zum Vergleich: Im Durchschnitt dieser Geberländer machten die Pseudo-Leistungen ein knappes Viertel der offiziell ausgewiesenen Zahlen aus (eigene Berechnungen auf Basis der OECD-Datenbank).

Grafik 3: Deutschland: Aufgeblähte Hilfe und reale Leistungen der Entwicklungskooperation



Bei einer ungeschminkten Darstellung betrug die deutsche Beteiligung an den gesamten ODA-Leistungen der OECD/DAC-Staaten im Jahr 2006 lediglich 8,3 %, was noch unter dem Anteil Deutschlands am gemeinsamen BNE von 8,6 % liegt. Der weit überdurchschnittliche Umfang der Zahlenkosmetik ermöglicht es, auf einen scheinbaren Anteil von 10 % an den gesamten offiziell von den OECD/DAC-Staaten ausgewiesenen ODA-Leistungen zu kommen.

Auch das Minimalziel der EU für 2006, mindestens 0,33 % des BNE für die Entwicklungskooperation aufzubringen, konnte nur durch die Beschönigung der Statistik realisiert werden. Legt man die realen Leistungen zugrunde, ist die ODA-Quote zwischen 2000 und 2006 tendenziell zurückgegangen, ungeachtet eines Anstiegs im letzten Jahr mit verfügbaren Daten.

Ebenso wurde das Teilziel verfehlt, mindestens 0,15 bis 0,20 % des BNE für die Entwicklungskooperation zugunsten der am wenigsten entwickelten Länder (LDCs) aufzubringen. In den letzten Jahren variierte diese Quote zwischen 0,06 und 0,08 %, wenn man die realen Ressourcentransfers zugrunde legt.[61] Die Pseudo-Hilfen eingeschlossen, belief sich die ODA-Quote für LDCs im Jahr 2006 auf 0,09 %.

ODA-Leistungen 2007: Ein Schritt nach vorn, aber zu kurz

Nach den im April 2008 veröffentlichten Daten der OECD zu den ODA-Leistungen im Jahr 2007 hat Deutschland eine signifikante Steigerung erzielt. Der Umfang der offiziellen Hilfe ist demnach auf umgerechnet knapp 9 Milliarden Euro gestiegen, mithin um 7,8 %. Allerdings wäre gemäß EU-Stufenplan eine Erhöhung um 13,4 % erforderlich gewesen. Die Aufstockung beläuft sich auf fast 650 Millionen Euro, das entspricht 58 % des notwendigen Betrags von über 1,1 Milliarden Euro. Die angerechneten Schuldenerlasse fielen um 74 Millionen Euro, behielten aber mit fast 2,1 Milliarden noch immer ein außerordentlich hohes Volumen.[62] Dies ermöglichte es

[61] Da nur knapp fünf Prozent der angerechneten Studienplatzkosten und ein geringer Teil der verbuchten Entschuldungsmaßnahmen (im Schnitt der Jahre 2005 und 2006 lediglich 7%) auf diese ärmsten Länder entfallen, ist die Differenz zu den offiziellen Angaben hier geringer.

[62] Davon entfiel der Löwenanteil mit über 1,5 Milliarden Euro auf den deutschen Anteil an der Schuldenerleichterung für den Irak.

Deutschland, das Platzen der Entschuldungsblase und die damit verbundene Schrumpfung der ODA hinauszuzögern. Die Schuldenerlasse herausgerechnet, ergibt sich eine Aufstockung um rund 720 Millionen Euro, was zu einem großen Teil durch eine außerordentlich hohe Zahlung an die Weltbank bedingt war.[63]

Trotz der per se erfreulichen Steigerungen muss festgehalten werden, dass die Anstrengungen nicht ausreichen, um die Verpflichtungen zu erfüllen. Auch die Position Deutschlands im Gebergefüge hat sich nicht durchschlagend geändert. Wenn man die Schuldenerleichterung abzieht, beläuft sich die ODA-Quote auf nur 0,28 % gegenüber 0,26 % im Jahr 2006. Deutschland nimmt damit den 14. Rang ein und liegt deutlich unter dem Durchschnitt der DAC-Staaten von 0,42 %. Infolge der Anrechnung der Schuldenerlasse ergibt sich eine ODA-Quote von 0,37 % und Deutschland rückt auf den 12. Platz der offiziellen Leistungsskala der Geber vor.[64]

Ungenügende Beiträge an multilaterale Organisationen

Was die Aufteilung zwischen bi- und multilateraler Hilfe angeht, so erscheint der Anteil der letzteren nur deshalb relativ hoch, weil meist die Beiträge zur Entwicklungskooperation der EU dazu gerechnet werden. Dies erscheint jedoch wenig angemessen, da diese Mittel entsprechend den gemeinsamen politischen Richtlinien der Mitgliedstaaten eingesetzt werden und die Vergleichbarkeit mit den anderen Geberstaaten nicht gegeben ist. Geht man nur von den Zuwendungen an genuin internationale Einrichtungen aus, so liegt der Anteil der multilateralen ODA im Fall Deutschlands eher unter dem Durchschnitt der Geberstaaten. Die entsprechende Proportion der deutschen ODA belief sich im Jahr 2006 auf 19,1 % im Vergleich zu insgesamt 22,2 %. Daher sind der Möglichkeit, Versäumnisse in der EZ im bilateralen Bereich und im Rahmen der EU durch die multilateralen Leistungen auszugleichen, enge Grenzen gesetzt.

Ein besonders trauriges Kapitel stellen die fallenden ODA-Beiträge zu den entwicklungsrelevanten UN-Organisationen dar, die 2007 mit 167 Millionen Euro einen neuen Tiefstand erreichten. Anfang des Jahrzehnts schwankten diese noch zwischen 400 und über 500 Millionen Euro pro Jahr. Den vorläufigen OECD-Daten zufolge machen die deutschen Zuwendungen nur noch 3,3 % der von den DAC-Staaten geleisteten Beiträge aus.

Finanzplanung ohne Berücksichtigung der globalen Verpflichtungen?

Die jüngsten Aufstockungen der ODA-relevanten Budgetposten im Bundeshaushalt stellen zwar einen Schritt in die richtige Richtung dar, sie reichen aber bei Weitem nicht aus, um die im Rahmen der EU-Beschlüsse gesetzten Finanzierungsziele zu erreichen. Der aktuelle Finanzplan des Bundes sieht zwischen 2006 und 2010 einen Zuwachs der Ausgaben für die EZ von rund 1,2 Milliarden Euro vor.[65] Laut Berechnungen der EU müssten die deutschen ODA-Leistungen auf annähernd 13 Milliarden Euro steigen, um wenigstens bis Ende des Jahrzehnts die Mindestquote von 0,51 % des BNE zu erfüllen. Ausgehend von dem offiziell registrierten Kooperationsumfang von 8,3 Milliarden Euro im Jahr 2006 wäre also eine Aufstockung um 4,7 Milliarden Euro erforderlich. Dafür müsste das Volumen der angerechneten Schuldenerlasse auf diesem außerordentlich hohen Niveau bleiben, was nach den Vorhersagen der OECD höchst unwahrscheinlich ist. Die Entschuldungsmaßnahmen außen vor gelassen, wären zusätzliche Finanzmittel von mehr als 6,8 Milliarden Euro notwendig, um die Lücke zu schließen. Geht man nur von genuinen Ressourcentransfers aus, wie es nach seriösen und an der internationalen Verantwortung orientierten Maßstäben geschehen sollte, so erhöht sich die notwendige Steigerung der Finanzmittel auf über 7,7 Milliarden Euro.

Die bisher eingeplanten Haushaltsmittel stehen somit in keinem nachvollziehbaren Verhältnis zu der Finanzierungslücke, die aufgrund bisheriger Versäumnisse bei der Mobilisierung realer ODA-Transferleistungen entstanden ist.[66] Da die Bundesregierung keine effektiven Fortschritte bei der Konzipierung oder gar Einführung innovativer Finanzierungsinstrumente vorweisen kann, existiert zurzeit auch keine andere Perspektive für die erforderliche Aufstockung der ODA.

[63] Hier war eine Erhöhung um annähernd 300 Millionen Euro, zu verzeichnen. Aber auch die bilaterale Kooperation nahm um fast 290 Millionen Euro zu. Die Studienplatzkosten waren zum Zeitpunkt der Erstellung dieser Studie noch nicht veröffentlicht. Möglicherweise haben sie ebenfalls zum Anstieg des Gesamtvolumens beigetragen.

[64] Die Tatsache, dass im Jahr 2007 fast ein Drittel des Gesamtvolumens der Schuldenabschreibungen auf Deutschland entfällt, deutet darauf hin, dass die zeitliche Streckung der Anrechnung günstiger ausfällt als bei den meisten anderen Gebern.

[65] Die größte Steigerung soll dabei zwischen 2007 und 2008 stattfinden mit annähernd 0,7 Milliarden Euro, was sich mit der Aufstockung des Vorjahres auf knapp eine Milliarde Euro addiert. In der zweiten Hälfte des bis zum Stichjahr des EU-Zwischenziels verbleibenden Zeitraums, also 2009 und 2010, sollen aber nach dieser Planung wieder deutlich geringere Anstiege erfolgen. Siehe: Bundesministerium der Finanzen: Finanzplan des Bundes 2007 bis 2011, S. 14.

[66] Auch der Vorsitzende des OECD/DAC, Eckhard Deutscher, mahnte eine beträchtliche Anhebung der mittelfristigen Budgetplanungen an, soll das EU-Minimalziel von 0,51% erreicht werden (OECD Development Assistance Committee: Figures on 2007 ODA).

Tabelle 1: Bilaterale Finanzierungszusagen Deutschlands für Entwicklungs-Vorhaben im Gesundheitsbereich nach Regionen, einschließlich der HIV-Maßnahmen in anderen Sektoren

Region	Beträge (Mio. Euro)		Verteilung in %	
	2005	2006	2005	2006
Afrika südl. der Sahara	64,7	119,1	39,8%	32,1%
Nordafrika & Mittl. Osten	7,7	4,2	4,7%	1,1%
Süd & Südost-Asien	72,8	196,3	44,8%	52,9%
Ost-Asien & Ozeanien	3,8	1,9	2,3%	0,5%
Ost-Europa & Zentral-Asien	9,0	22,5	5,5%	6,1%
Lateinamerika	2,5	8,1	1,5%	2,2%
Karibik	0,1	0,3	0,1%	0,1%
West-Europa & andere Regionen	0,2	2,2	0,1%	0,6%
International & Unspezifiziert	1,8	16,3	1,1%	4,4%
Insgesamt	162,6	370,9	100,0%	100,0%

Quelle: DAC-OECD Datenbanken, eig. Berechnungen

C. Der Beitrag Deutschlands zur Gesundheitsförderung in Entwicklungsländern

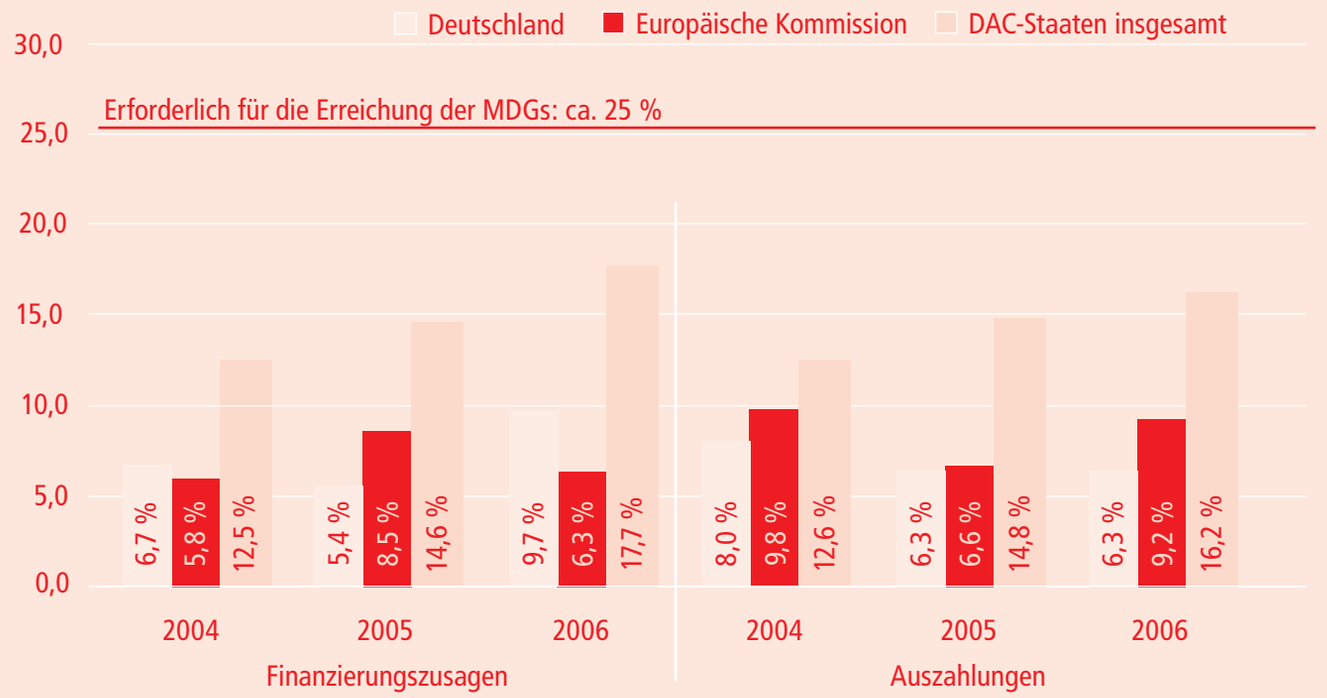
Nach den Angaben in den OECD-Datenbanken beliefen sich die bilateralen Zusagen Deutschlands für den Gesundheitsbereich auf gut 160 Millionen Euro im Jahr 2005 und stiegen im folgenden Jahr steil auf rund 370 Millionen Euro an. Dabei sind die HIV-Maßnahmen berücksichtigt, die außerhalb des Gesundheitssektors verortet wurden.[67] Diese Steigerung ist an sich positiv zu bewerten. Allerdings muss der Optimismus bei näherem Hinsehen relativiert werden, denn es kommt hierin leider keine systematische Aufstockung zum Ausdruck. Wie die regionale Verteilung in Tabelle 1 zeigt, entfiel der überwiegende Teil der Erhöhung auf die Länder Süd- und Südostasiens, was zu einem großen Teil durch Wiederaufbau-Maßnahmen im Zusammenhang mit der Tsunami-Katastrophe und das Erdbeben in Kaschmir bedingt war. Dazu kamen die finanzielle Zusammenarbeit zugunsten eines großen Sektorprogramms in Bangladesch und umfangreichere Zusagen für Vorhaben der Polio-Impfung in Indien. Auch wenn die Mittelbindungen für die Gesundheitsförderung in Afrika ebenfalls eine Aufstockung erfuhren, sinkt ihr Anteil am Gesamtvolumen auf weniger als ein Drittel.

Noch kritischer ist der erneute Rückgang der zugesagten Mittel im Jahr 2007 zu bewerten. In der finanziellen Kooperation, die über 60 % der gesamten bilateralen Zusammenarbeit im Gesundheitsbereich ausmacht, war ein Einbruch um rund 120 Millionen Euro in Jahresfrist zu verzeichnen. Der Umfang der Zusagen im Jahr 2007 befand sich damit praktisch auf dem durchschnittlichen Niveau der Jahre 2004 bis 2005.[68]

[67] Diese wurden durch Textrecherchen unter allen für die beiden Jahre in der CRS-Datenbank der OECD registrierten Zusagen identifiziert. Andererseits wurden nach einer Durchsicht der Angaben zu allen aktiven in den Sektoren Gesundheit und Bevölkerung lokalisierten Vorhaben in diesen Jahren einige kleinere Programme (Gesamtsumme: 0,9 Millionen Euro in 2005) herausgenommen, da diese offensichtlich nicht direkt und in erster Linie auf die Verbesserung der Gesundheitssituation ausgerichtet waren (u.a. ländliche Entwicklungsprogramme mit Komponenten der Ernährungssicherung). Außerdem wird die BACKUP-Initiative (Zusage 2006: 9 Millionen Euro) hier als Teil des deutschen Beitrags zum Globalen Fonds und nicht als bilaterale Maßnahme geführt.

[68] Diese Berechnung beruht auf einer statistischen Übersicht der KfW, die nur das Vertragsdatum, nicht aber das Zusagejahr ausweist. Da in einigen Fällen eine gewisse Zeitspanne zwischen beiden Stichdaten liegen kann, sind Abweichungen der Zusagebeträge im Vergleich zu den OECD-Datenbanken möglich.

Grafik 4: Anteil der Gesundheitsförderung an den realen sektoral zugeordneten Ressourcen-Tansfers (ohne Studienplatzkosten), Zusagen und Auszahlungen 2004-2006



Weiterhin unzureichender Stellenwert der Gesundheitsförderung

Im Vergleich mit anderen Gebern wies die deutsche Entwicklungskooperation schon vor 2005 einen besonders niedrigen Anteil der Aufwendungen für den Gesundheitsbereich auf, worauf bereits im ersten Alternativbericht von 2006 zur Umsetzung der Verpflichtungserklärung zu HIV/Aids hingewiesen wurde.[69] Die Analyse der sektoralen Verteilung der Finanzmittel wird allerdings verzerrt durch das unterschiedliche Verhalten der DAC-Staaten in Bezug auf die Anrechnung der Studienplatzkosten. Da diese dem Bildungsbereich, d.h., sektoral zugeordnet werden, erhöht ihre Verbuchung als ODA die Bezugsbasis. Das hat eine kalkulatorische Verringerung des Anteils aller anderen Sektoren zur Folge. Im Detail kann somit die statistische Kosmetik den Darstellern auch zum Nachteil gereichen. Für unsere Betrachtung bleiben aber die realen Ressourcentransfers die zentrale und adäquate Bezugsgröße.

Ein Blick auf den Anteil der Gesundheitsförderung an der bilateralen Kooperation zeigt, dass die Bemühungen Deutschlands auf diesem Gebiet nicht nur weit von dem notwendigen Maß entfernt sind, sondern auch deutlich unter dem Durchschnitt liegen. Selbst bei den Zusagen im Ausnahmejahr 2006 entfallen weniger als 10 % der realen Ressourcentransfers auf den Gesundheitsbereich, während die Gesamtheit der Geber insgesamt fast 18 % erreicht. Da viele andere DAC-Staaten der Gesundheitsversorgung einen zunehmend größeren, wenngleich oft nicht ausreichenden Stellenwert einräumen, ist der Rückstand Deutschlands zu dem durchschnittlichen Niveau der Geberbemühungen eher noch größer geworden. Auch bei der von der EU verwalteten EZ ist - gemessen am MDG-Bedarf - ein viel zu geringer Anteil der Gesundheitsprogramme festzustellen. Bei den Auszahlungen, die für die aktuelle Verfügbarkeit von Ressourcen ausschlaggebend sind, stellen sich die Verhältnisse noch ungünstiger dar. Während die EZ insgesamt eine stetige Steigerung im Hinblick auf die Bedeutung der Gesundheitsarbeit zeigt, war im Fall Deutschlands eher eine fallende Tendenz zu erkennen und auch die Kooperation der EU blieb immer weiter hinter dem allgemeinen Trend zurück.

Selbst wenn man die finanzielle Beteiligung Deutschlands an den gesundheitsrelevanten Entwicklungsvorhaben der Europäischen Kommission einbezieht, bewegt sich der deutsche Anteil an den gesamten ODA-Leistungen der OECD/DAC-Staaten zugunsten der Gesundheitsförderung in den letzten Jahren nur um fünf Pro-

[69] Vgl. Rüppel/Weinreich: Globale Krise und Deutschlands Beitrag zur Globalen Antwort. Eine zivilgesellschaftliche Bestandsaufnahme des deutschen Engagements für die Umsetzung der internationalen HIV/AIDS-Ziele, S. 48.

Tabelle 2: Finanzierungsbeiträge Deutschlands für Gesundheitsprogramme im Vergleich zum Investitionsbedarf für die Erreichung der MDGs, 2006 in US$

	Partnerländer mit Schwerpunkt Gesundheit			Andere Partnerländer	
	Kambodscha	Bangladesch	Tansania	Ghana	Uganda
Investitions-Bedarf pro Kopf	14,00	13,00	24,00	18,00	25,00
Auszahlungen pro Kopf	0,28	0,01	0,36	0,05	0,11
Anteil der bilateralen deutschen EZ	2,0%	0,1%	1,5%	0,3%	0,4%

zent. Selbst die für Deutschland außergewöhnlich hohen Zusagen im Jahr 2006 machten einschließlich der Mitfinanzierung von EU-Programmen nur 5,8 % der gesamten ODA-Aufwendungen der Geberstaaten für den Gesundheitssektor aus. Auch daran zeigt sich, dass Deutschlands Engagement in der Bekämpfung der tödlichen und die Armut verschärfenden Seuchen in den Entwicklungsländern noch immer deutlich hinter einem angemessenen Umfang zurückbleibt.

Bilaterale Ressourcen weit unter dem Bedarf der Partnerländer

Die unglückselige Kombination aus einem viel zu niedrigen Stellenwert der Gesundheitsarbeit in der deutschen Entwicklungszusammenarbeit und des nach wie vor viel zu geringen Gesamtumfangs des realen Ressourcentransfers führt zu dem traurigen Ergebnis, dass der Finanzierungsbeitrag Deutschlands für diesen zentralen Bereich nur einen winzigen Bruchteil des Bedarfs deckt. In den drei Studienländern des Millenniums-Projekts, in denen nach Angaben des BMZ Gesundheit einen Förderschwerpunkt bildet, belaufen sich die Auszahlungen für Gesundheitsprogramme bestenfalls auf weniger als 40 Dollar-Cent pro Kopf. Dies stellt nur maximal zwei Prozent des Investitionsbedarfs dar, der für die Erreichung der MDGs notwendig wäre. In diesen Ländern müsste aber fast 60 % der Investitionen durch die internationale Kooperation abgedeckt werden. Somit trägt Deutschland selbst in den Schwerpunktpartnerländern für die Gesundheitsförderung nur ein Vierzigstel bis ein Dreißigstel des externen Förderungsbedarfs für die Erreichung der MDGs bei.

In den sieben afrikanischen Partnerländern, in denen die Gesundheitsförderung eine der Hauptaktivitäten darstellt, sind die Leistungen pro Kopf mit rund 25 Dollar-Cent noch niedriger. In den neun Partnerländern außerhalb Afrikas mit einem Schwerpunkt im Gesundheitsbereich steuert die deutsche EZ nur ungefähr die Hälfte dieses Betrags für die Gesundheitsversorgung pro Kopf der Bevölkerung bei. Dass mit diesem ungenügenden Ressourceneinsatz keine durchgreifende Verbesserung der Gesundheitsbedingungen auf nationaler Ebene zu erzielen ist, liegt auf der Hand. Auch gut geplante Programme können bei diesen kümmerlichen Dimensionen nicht mehr sein, als der sprichwörtliche Tropfen auf den heißen Stein.

Die Pro-Kopf-Beiträge in den meisten anderen Ländern ohne besondere Konzentration auf den Gesundheitsbereich sind mit wenigen Dollar-Cent praktisch irrelevant. Andererseits hätte eine umfassendere Zusammenarbeit mit den Partnerländern, in denen während der Bezugsjahre die Gesundheitsförderung einen offiziellen Schwerpunkt bildete, rund 23 % der Bevölkerung Afrikas und fast 17 % aller in Entwicklungsländern lebenden Menschen erreichen können.[70] Grundsätzlich wäre somit auch innerhalb der bestehenden Schwerpunktsetzungen ein angemessener Beitrag für die Überwindung der größten Gesundheitsprobleme in der „Einen Welt“ möglich. Dazu bedarf es jedoch einer Vervielfachung der finanziellen Ressourcen, die bislang für die Entwicklung des Gesundheitswesens in diesen Ländern aufgebracht werden.

Ungenügende Unterstützung multilateraler Gesundheitsprogramme

Diese Defizite in der bilateralen Kooperation können auch durch die deutschen Beiträge zu internationalen Entwicklungsorganisationen schwerlich ausgeglichen werden, da sie einen eher unterdurchschnittlichen Anteil der Gesamt-ODA bilden. Insbesondere die Beiträge Deutschlands für die Finanzierung der gesundheitsrelevanten UN-Organisationen sind als völlig ungenügend zu bewerten. Während der dringliche Finanzbedarf von WHO, UNAIDS, UNICEF und UNFPA in den letzten Jahren angesichts der Herausforderungen stark gestiegen ist und viele Geberregierungen dementsprechend höhere Zuwendungen bereit

[70] Allerdings wurde inzwischen die Anzahl der Partnerländer mit einem Förderschwerpunkt im Gesundheitswesen von 16 auf 14 verringert.

stellten, hielt Deutschland seine Zuschüsse bestenfalls auf dem bereits niedrigen Niveau. In der Rangfolge der WHO-Beitragszahler ist Deutschland schon im Biennium 2004-2005 auf den achten Platz zurück gefallen, wenn man sowohl die Beiträge zum regulären Budget als auch die freiwilligen Zahlungen berücksichtigt.[71] Unter den Geberregierungen von UNICEF (2006) und UNAIDS (2006-2007) landete Deutschland abgeschlagen auf den Plätzen 17 und 18. Die Kluft zwischen dem angemessenen Niveau der finanziellen Beteiligung dieser entwicklungswichtigen internationalen Organisationen einerseits und den realen Beiträgen andererseits ist mittlerweile zu einem Abgrund geworden.[72]

Auch die verhältnismäßige Beteiligung an der Finanzierung der IDA[73] zeigte eine rückläufige Tendenz. Der deutsche Anteil an den Geberbeiträgen fiel von 10,3 % bei der 13. Wiederauffüllung (IDA 13) auf 8,23 % bei der IDA 14. Zudem machte der Anteil der neuen Zuschüsse der Geberländer am Gesamtvolumen nur noch ca. 55 % aus, während eine zunehmend größere Proportion durch die Kreditrückzahlungen der Empfängerländer finanziert wurde. Bei IDA 15, deren Durchführungsperiode im Juli 2008 beginnt, steigt der Anteil der Geberbeiträge allerdings wieder auf ca. 60 %. Im Ergebnis beläuft sich der rechnerische Finanzierungsanteil Deutschlands bei IDA 14, die von Juli 2005 bis Juni 2008 dauert, nur noch auf 4,53 %. Für das Kalenderjahr 2005, in das die letzten sechs Monate von IDA 13 fielen, errechnet sich eine deutsche Beteiligungsquote von 5,07 %.[74]

Die Unterstützung des Globalen Fonds und Debt2Health: Weniger als erwartet

Ebenso blieb die bisherige Beteiligung an der Finanzierung des Globalen Fonds zur Bekämpfung von AIDS, Tuberkulose und Malaria erheblich unter der Höhe, die der relativen Wirtschaftskraft entspräche.[75] In den Jahren 2005 bis 2007 hat Deutschland 6,7 % der gesamten von den Geberstaaten aufgebrachten Finanzierungsleistungen beigesteuert, wenn man die anteilige Mitfinanzierung der Beiträge der Europäischen Kommission und die Aufwendungen der BACKUP-Initiative in Rechnung stellt.[76] Dies entspricht lediglich zwei Drittel des angemessenen Leistungsumfangs von zehn Prozent, der sich aus dem BNE-Anteil und der erforderlichen Beteiligung Europas an der Unterstützung dieses für die Bekämpfung der bedrohlichsten Epidemien unverzichtbaren Finanzierungsinstruments ableiten lässt.

Daneben hat Deutschland als erster Geber mit dem Pilotland Indonesien ein Abkommen zur Schuldenumwandlung zugunsten des Fonds (Debt2Health) über 50 Millionen Euro unterzeichnet. Demnach wird die Hälfte der erlassenen Schulden von Indonesien an den Fonds gezahlt, um über die üblichen Bewilligungsmechanismen für Gesundheitsprogramme im eigenen Land zur Verfügung gestellt zu werden. Diese 25 Millionen Euro sind über fünf Jahre aufzubringen, so dass voraussichtlich 15 Millionen Euro (21 Millionen US$) in der Bezugsperiode anfallen. Insgesamt will die Bundesregierung über die kommenden vier Jahre die Umwandlung von 200 Millionen Euro an ausstehenden Schulden unter diesen Modalitäten unterstützen. Nach den offiziellen Ankündigungen soll diese Initiative zusätzlich erfolgen und keineswegs bestehende Programme ersetzen. Aus Sicht des Autors sollte dies als eine notwendige Begleitmaßnahme gesehen werden, um es den Schuldnerländern zu ermöglichen, mehr eigene Ressourcen für die Gesundheitsfinanzierung zu mobilisieren. Dies ändert jedoch nichts am Gesamtbedarf an internationaler Zusammenarbeit und Finanzierung. Der Umfang der bisherigen Debt2Health-Vereinbarungen ist für die Deckung des Finanzbedarfs marginal. Indonesien soll dem Fonds pro Jahr den Gegenwert von 5 Millionen Euro überweisen (25 Millionen in 5 Jahren entsprechend der Hälfte des erlassenen Betrags von 50 Millionen). Auch wenn man die anderen drei Pilotländer[77] hinzurechnet, kommt nur eine Summe von 20 Millionen pro Jahr heraus.

Der Gesamtbeitrag Deutschlands bleibt unzureichend

Angesichts dieser Realitäten ist es kaum noch überraschend, dass die Summe aller deutschen ODA-Leistungen zugunsten der Gesundheitsförderung weit hinter

[71] Von der Bundesregierung wird immer wieder herausgestellt, dass Deutschland der drittgrößte Beitragszahler der WHO ist. Dies trifft auch für die Beiträge zum regulären Budget zu, das 2004-2005 jedoch nur 29 % des Gesamteinkommens ausmachte (Siehe: WHO: Director-General's report, A59/28, S. 4).

[72] Um die für die Gesundheitsförderung auf diesem Weg mobilisierten Finanzmittel zu ermitteln, werden im folgenden die Anteile an den Gesamtausgaben berücksichtigt, die bei den jeweiligen Organisationen auf relevante Programmgebiete entfielen. Im Fall der WHO ist zudem in Betracht zu ziehen, dass nach den aktuellen OECD-Richtlinien nur 70 % der WHO-Beiträge auf die ODA angerechnet werden können (Development Co-Operation Directorate: DAC Statistical Reporting Directives 2007, S. 55).

[73] Die Internationale Entwicklungsorganisation, IDA (International Development Association) ist ein Teil der Weltbankgruppe, die Kredite zu besonders günstigen Bedingungen an ärmere Länder vergibt.

[74] Dies entspricht dem gewichteten Durchschnitt des letzten Halbjahres von IDA 13 und des ersten Halbjahres von IDA 14. Auf Basis dieser Anteile und der Finanzierungszusagen der IDA für den Bereich Gesundheit lassen sich die jeweiligen von Deutschland auf diesem Weg bereitgestellten Ressourcen berechnen. Die Auszahlungen ergeben sich aus den im BMZ-Haushalt eingestellten Überweisungen und dem prozentualen Anteil der Gesundheitsprogramme an den gesamten IDA-finanzierten Vorhaben in den betreffenden Jahren.

[75] Vgl. hierzu auch Teil 1 dieses Berichts sowie: Rüppel (2007): Ergebnisse der zweiten Geberkonferenz des Globalen Fonds zur Bekämpfung von AIDS, Tuberkulose und Malaria in Berlin.

[76] Die Berechnung bezieht sich auf die bisher vom Fonds verbuchten Einzahlungen.

[77] Neben Indonesien sind dies Kenia, Pakistan und Peru.

Tabelle 3: Finanzielle Beiträge Deutschlands zur internationalen Kooperation im Gesundheitsbereich, unter Berücksichtigung der relevanten Mechanismen (in Millionen US$)

Finanzierungs-Mechanismus	Zusagen		Auszahlungen	
	2005	2006	2005	2006
Bilaterale Programme	199,2	462,9	212,7	246,3
Anteil an Programmen der Eur. Kom.	159,4	124,7	83,8	126,3
Beteiligung an IDA / Weltbank	41,7	47,8	44,3	59,7
Beiträge zu relevanten UN-Organizationen	42,8	44,4	42,8	44,4
Direkte Beiträge zum Globalen Fonds 1)	103,0	99,4	107,2	89,2
Anteil des GF-Beitrags der Eur. Kom.	16,6	25,3	16,6	25,3
Beteiligung am Afrik. Entwicklungs-Fonds	13,0	7,3	14,1	9,7
Insgesamt (US$)	575,6	811,8	521,5	601,0
Insgesamt (Euro)	463,2	646,8	419,6	478,8
Anteil des BNE Deutschlands	0,021%	0,028%	0,019%	0,021%

1) einschließlich BACKUP-Initiative

dem erforderlichen Niveau zurück bleibt. Abgesehen von den ausnahmsweise höheren Zusagen im Jahr 2006 trug Deutschland im Berichtszeitraum jährlich weniger als 500 Millionen Euro bei, wie aus Tabelle 3 zu ersehen ist. Die über alle relevanten Finanzierungskanäle bereitgestellten Finanzmittel machten nur rund 0,02 % des deutschen BNE aus. Damit beliefen sie sich nur auf ein Fünftel des Finanzierungsbeitrags, der für die Erreichung der MDGs notwendig ist. Dies zeigt, dass die Vernachlässigung des Gesundheitsbereichs in der deutschen EZ ein extremes Ausmaß erreicht und dringend korrekturbedürftig ist.

D. Die Beteiligung Deutschlands an der Finanzierung spezifischer Maßnahmen zur HIV-Bekämpfung

Die Abschätzung der bilateralen und der über die Europäische Kommission für die Bewältigung der HIV-Krise bereitgestellten Ressourcen beruht wie im ersten Alternativbericht auf einer Durchsicht der an die OECD gemeldeten Informationen zu allen Programmen mit Gesundheitsbezug.[78] Dabei wurde der angegebene Verwendungszweck überprüft und gegebenenfalls korrigiert. Außerdem wurde eine Einteilung in die folgenden vier Kategorien vorgenommen: Spezifische HIV-Programme, Vorhaben der reproduktiven Gesundheit, sektorweite Programme und Projekte zur Bekämpfung anderer Gesundheitsprobleme. Für das Jahr 2006 liegen nun in der Datenbank zum ersten Mal weitgehend vollständige und präzise Daten für in früheren Jahren zugesagte und noch laufende Programme vor, so dass auch die getätigten Auszahlungen den genannten Kategorien zugeordnet werden können. Dagegen sind für 2005 zwar auch schon die Auszahlungen registriert worden, aber die deskriptiven Angaben reichen leider für eine Unterteilung in sektorweite Programme und auf andere Krankheiten ausgerichtete Vorhaben nicht aus. Infolge der fehlenden Informationen ist auch keine Überprüfung der angeführten Verwendungszwecke möglich.

Diese kategoriale Einteilung dient der Abschätzung der finanziellen Ressourcen, die für HIV-Komponenten innerhalb von Programmen mit weiter gefassten Zielsetzungen aufgebracht wurden. Da für die letzten Jahre keine projektbezogenen Angaben vorliegen, muss auf die durchschnittlichen Anteile der HIV-Maßnahmen an den Programmen der reproduktiven Gesundheit und den

[78] Im Creditor Reporting System (CRS) der OECD wurden für das Jahr 2006 insgesamt 387 neu zugesagte bilaterale Vorhaben im Gesundheitsbereich verzeichnet. Dazu kamen 483 registrierte Auszahlungen für aktive Programme, die in den Vorjahren vereinbart wurden.

Tabelle 4: Bilaterale ODA-Leistungen für die internationale Antwort auf die HIV-Epidemie, Millionen US$

Subsektoren	Gesamtbeträge				HIV-Anteile (%)	Beträge für HIV-Maßnahmen			
	Zusagen		Auszahlungen			Zusagen		Auszahlungen	
	2005	2006	2005	2006		2005	2006	2005	2006
Spezif. HIV-Maßnahmen	43,6	136,0	*34,2*	55,1	100%	43,6	136,0	*34,2*	55,1
Reprod. Gesundheit	38,0	97,4	*33,4*	35,9	25%	9,5	24,4	*8,3*	9,0
Sektorweite Programme	88,4	166,6	*10,0*	118,4	10%	8,8	16,7	*1,0*	11,8
Andere Ges.-Probleme	32,1	65,6	*13,6*	38,4	0%	0,0	0,0	*0,0*	0,0
Unspezifiziert	-	-	*122,0*	-	10%	-	-	*12,2*	-
Gesamt US$	202,1	465,6	*213,1*	247,8	-	61,9	177,0	*55,7*	75,9
Gesamt Euro	162,6	370,9	*171,5*	197,4	-	49,8	141,0	*44,8*	60,5

1) Die verfügbaren Daten zu den Auszahlungen in 2005 erlauben keine Unterscheidung zwischen sektorweiten Programmen und auf andere Gesundheitsprobleme ausgerichtete Projekte. Daher wird der geschätzte Anteil für HIV-Komponenten innerhalb der ersteren auch auf die unspezifizierten Gesundheitsprogramme angewandt. Wegen fehlender Beschreibungen ist auch keine Überprüfung der angegebenen Verwendungszwecke möglich. (Die resultierenden Beträge sind in Kursivschrift aufgeführt).

Anmerkung: Die Gesamtbeträge können von den Summen des Gesundheitssektors abweichen, weil außerhalb desselben lokalisierte HIV-Projekte addiert wurden.

sektorweiten Vorhaben zurückgegriffen werden, wie sie aus einer detaillierten Untersuchung der OECD für den Zeitraum 2000 bis 2002 resultieren. Der 2006 erstellte zivilgesellschaftliche Alternativbericht zur Verwirklichung der UN-Verpflichtungserklärung zu HIV/Aids musste sich noch auf eine diesbezügliche Publikation stützen, die keine Detailangaben enthielt.[79] Inzwischen wurden diese aber von der OECD in einer gesonderten Datenbank zu spezifischen HIV-Maßnahmen verfügbar gemacht. Eine genauere Berechnung auf dieser Grundlage zeigt, dass die HIV-Anteile an den genannten Projektkategorien niedriger zu veranschlagen sind, als es die früheren Informationen nahe legten. Demzufolge ist davon auszugehen, dass der Anteil der HIV-Maßnahmen an den Projekten der reproduktiven Gesundheit 25 % statt 50 % beträgt und der entsprechende Schätzwert für die sektorweiten Programme bei 10 % statt 12 % liegt.[80]

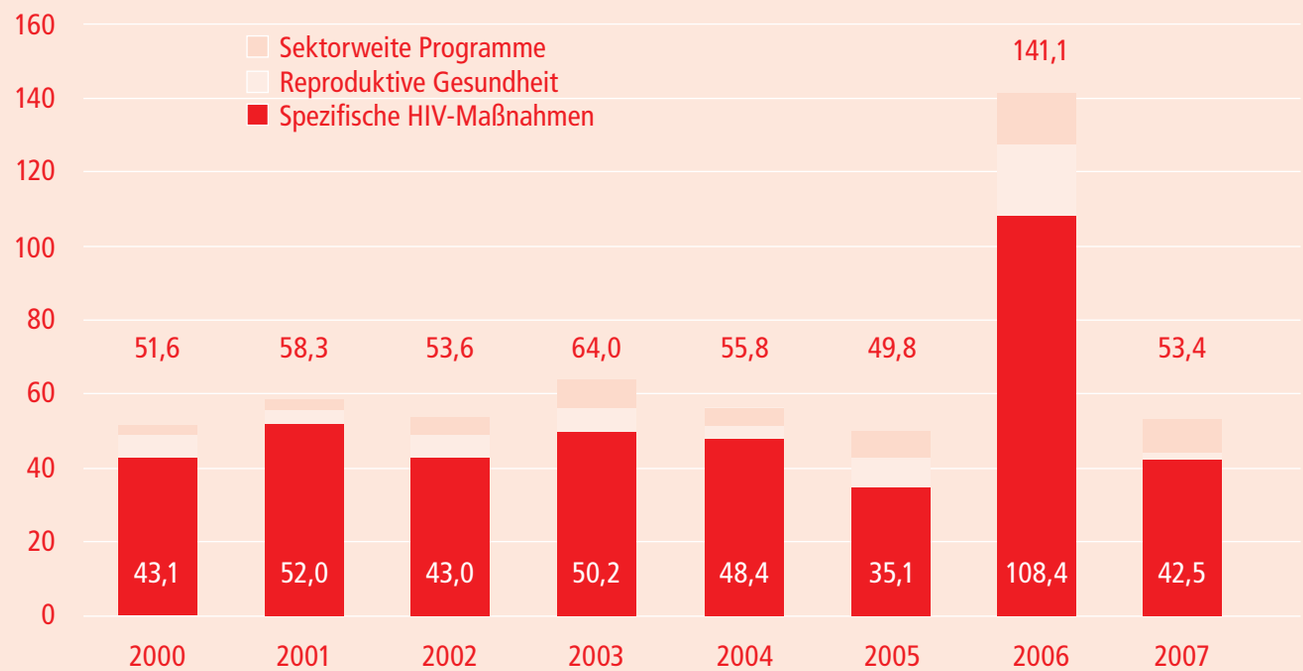
Trotz außerordentlicher Erhöhung: Bilaterale Ressourcen bleiben zu niedrig

Die Tabelle 4 zeigt, dass die gesamten bilateral getätigten Zusagen und Auszahlungen im Jahr 2005 bei weniger als 50 Millionen Euro zu verorten sind. Die bereits dargestellte Aufstockung der gesundheitsrelevanten Finan-

[79] OECD, UNAIDS: Analysis of Aid in Support of HIV/AIDS Control, 2000-2002, June 2004.

[80] Die Studie wurde von OECD und UNAIDS gemeinsam mit den Durchführungsorganisationen einer Reihe von Geberstaaten einschließlich Deutschlands durchgeführt. Den projektbezogenen Daten zufolge belief sich die Finanzierungssumme aller HIV-Komponenten in Vorhaben der reproduktiven Gesundheit in dieser Bezugsperiode auf 12,3 Millionen US$. Dem stand ein Gesamtvolumen für diesen Bereich von 61,2 Millionen US$ gegenüber, woraus sich ein Anteil von 20 % für die HIV-Maßnahmen errechnet. Für die HIV-Maßnahmen innerhalb sektorübergreifender Programme ergibt sich eine Zusagesumme von 6,5 Millionen US$. Bezogen auf ein Volumen von insgesamt 81,4 Millionen US$ entspricht dies einer Quote von 8%. Um der Möglichkeit Rechnung zu tragen, dass einzelne - vermutlich kleinere - HIV-Komponenten innerhalb dieser Kategorien von Gesundheitsprogrammen ungenannt blieben, sollen in dieser Analyse die genannten höheren Werte angewendet werden. Seither wurde keine vergleichbare Erhebung realisiert. Da in den letzten Jahren der Anteil Afrikas südlich der Sahara an den Zusagesummen für reproduktive Gesundheit und sektorweite Programme rückläufig war, scheint es aber wahrscheinlich, dass diese Quoten niedriger ausfielen.

Grafik 5: Bilaterale Finanzierungszusagen für HIV-Maßnahmen einschließlich der Komponenten in reproduktiver Gesundheit und sektorweiten Programmen (Daten für 2007 vorläufige Schätzung)



zierungszusagen im Jahr 2006 bewirkte eine Erhöhung bei den Auszahlungen, allerdings in einem weit geringeren Umfang.

Die enormen Rückgänge im Bereich der finanziellen Zusammenarbeit haben aber vermutlich dazu geführt, dass das Zusagevolumen im Jahr 2007 wieder auf das niedrige Ausgangsniveau abgesunken ist. Die vorläufige Schätzung, die in Grafik 5 dargestellt ist, spiegelt diese Verringerung wider und geht ansonsten von konstanten Finanzierungshöhen bei den übrigen Durchführungsorganisationen aus, für die derzeit keine Daten vorliegen. Für den Zeitraum 2000 bis 2004 erfolgte eine Neuberechnung auf der Basis der neuen und präziseren Abschätzung des Anteils der HIV-Komponenten in Programmen, die einen anderen Hauptzweck verfolgen. Es wird deutlich, dass die bilateral bereitgestellten Finanzmittel für die internationale HIV-Bekämpfung praktisch über die gesamte Periode auf einem niedrigen Sockel von 50 bis 60 Millionen Euro verharren. Nur im Jahr 2006 schlagen sich die für die Gesundheitsförderung insgesamt deutlich erhöhten Zusagen in einem Finanzierungsvolumen für HIV-Maßnahmen nieder, das für die ansonsten sehr bescheidene Beteiligung Deutschlands an der Mobilisierung der erforderlichen Ressourcen einen außerordentlichen Umfang erreicht. Auch die im letzten Alternativbericht für 2005 vorhergesagte Reduzierung der Finanzmittel wird bestätigt.

Es stellt sich die Frage, aus welchen Gründen das Zusagevolumen im Jahr 2006 auf diese bis dato außerordentliche Höhe stieg. Da es sich um das Referenzjahr für die EU-Ratspräsidentschaft und den G8-Vorsitz handelt, mag die Absicht eine Rolle gespielt haben, das Erscheinungsbild der deutschen EZ in diesem lebenswichtigen Bereich zu verbessern. Auf jeden Fall muss konstatiert werden, dass keine konsistente Steigerung des deutschen Beitrags für die Antwort auf die globale Bedrohung durch die HIV-Epidemie erkennbar ist. Die außerordentliche Zusagehöhe im Jahr 2006 wird die Ressourcentransfers nur in einem begrenzten und völlig ungenügenden Ausmaß erhöhen, wenn nicht sehr schnell eine geplante und deutlich umfangreichere Aufstockung in 2008 und den kommenden Jahren erfolgt.

Die EZ der Europäischen Union kann nationale Defizite nicht ausgleichen

Die Beteiligung Deutschlands an den Ressourcen für die HIV-Bekämpfung, die von der Europäischen Kommission aufgebracht werden, wird in Tabelle 5 mit dem oben beschriebenen Verfahren berechnet. Die von der EU realisierten Gesundheitsprogramme waren in den Untersuchungsjahren der genannten OECD-Studie noch nicht mit einem ausreichenden Deckungsgrad in der CRS-Datenbank erfasst, so dass die Gesamtvolumina der Vorhaben für reproduktive Gesundheit und mit sektoraler Ausrich-

Tabelle 5: Rechnerischer Anteil Deutschlands an den ODA-Leistungen der Europäischen Kommission für die globale Antwort auf die HIV-Epidemie, Millionen US$

Subsektoren	Gesamtbeträge				HIV-Anteile (%)	Beträge für HIV-Maßnahmen			
	Zusagen		Auszahlungen			Zusagen		Auszahlungen	
	2005	2006	2005	2006		2005	2006	2005	2006
Spezif. HIV-Maßnahmen	15,5	46,4	40,4	45,0	100%	15,5	46,4	40,4	45,0
Reprod. Gesundheit	37,4	60,5	37,6	73,2	25%	9,4	15,1	9,4	18,3
Sektorweite Programme	573,5	406,7	13,4	439,2	10%	57,3	40,7	1,3	43,9
Andere Ges.-Probleme	40,5	62,8	0,4	26,4	0%	0,0	0,0	0,0	0,0
Unspezifiziert	-	-	260,3	-	10%	-	-	26,0	-
Gesamt US$	667,0	576,4	352,0	583,9	-	82,2	102,2	77,1	107,2
Gesamt Euro	536,6	459,2	283,2	465,2	-	66,2	81,4	62,0	85,4
Anteil Deutschland US$	158,8	124,7	83,8	126,3		19,6	22,1	18,4	23,2
Anteil Deutschland Euro	127,8	99,3	67,4	100,6		15,8	17,6	14,8	18,5

tung als Bezugsgrößen fehlen. Es liegen jedoch für einzelne Programme der ersten Kategorie Schätzungen vor, die den Anteil der HIV-Komponenten durchgehend auf 25 % beziffern.

Hier fällt auf, dass die Gesamtzusagen für den Gesundheitsbereich von 2005 auf 2006 deutlich zurückgegangen sind, während sich gleichzeitig die Mittelbindungen für spezifische HIV-Vorhaben verdreifacht haben. Auch die Ressourcen für Projekte der reproduktiven Gesundheit wurden deutlich erhöht. Die Steigerung der zugesicherten Finanzmittel für HIV-Maßnahmen belief sich insgesamt jedoch nur auf 15 Millionen Euro, weil gleichzeitig eine merkliche Verringerung der Zusagen für sektorweite Programme zu verzeichnen war. Die direkten ODA-Leistungen der Europäischen Kommission[81] erscheinen ungeachtet der begrenzten Zunahme als zu niedrig, wenn man in Betracht zieht, dass sie ein ähnliches Gesamtvolumen verwaltet wie das Deutschlands. Dabei fallen die realen Ressourcentransfers höher aus, weil keine Schuldenerlasse und Studienplatzkosten eingerechnet werden. Eine deutliche Erhöhung der Finanzmittel der Europäischen Kommission könnte auch die Position Deutschlands in der internationalen Kooperation zur Bewältigung der HIV-Krise stärken, wenn man sich vor Augen hält, dass der deutsche Anteil an der EU-Entwicklungshilfe mehr als ein Fünftel beträgt. Allerdings stehen die viel zu geringen Steigerungsraten des Entwicklungshilfeetats der Europäischen Kommission dem Ausgleich von Defiziten in der bilateralen Entwicklungspolitik entgegen. Über diesen Zeitraum von sieben Jahren ist lediglich eine Erhöhung des Budgetpostens „Europa als globaler Partner", unter dem die EZ mit Ausnahme des Europäischen Entwicklungsfonds subsumiert ist, um knapp 1,8 Milliarden Euro von 6,3 auf 8,1 Milliarden Euro pro Jahr vorgesehen.[82]

Multilaterale Beiträge lassen sehr viel Luft nach oben

Wie bereits erwähnt, reduzierte sich in den letzten Wiederauffüllungen die deutsche Beteiligungsquote an der IDA-Finanzierung. In den Bezugsjahren lagen zudem bei diesem bedeutenden Finanzierungsinstrument die Zusagen für HIV-Maßnahmen verglichen mit früheren Jahren auf

[81] Diese sind im Beschluss des europäischen Rates vom Dezember 2005 über den Finanzrahmen 2007 bis 2013 festgelegt.

[82] Council of the European Union: Financial Perspective 2007-2013, S. 26. Von den insgesamt geplanten 50 Milliarden Euro sind 28 Milliarden für die EZ vorgesehen. Parallel dazu sieht der 10. EEF für den Zeitraum 2008-2013 eine Mittelausstattung in Höhe von knapp 22,7 Milliarden Euro vor im Vergleich zu 13,5 Milliarden für den Vorgänger.

Tabelle 6: Gesamtschätzung der ODA-Leistungen Deutschlands für die Globale Antwort auf die HIV-Krise, Millionen US$

Finanzierungs-Mechanismus	Zusagen		Auszahlungen	
	2005	2006	2005	2006
Bilaterale Programme und Komponenten	61,9	177,0	55,7	75,9
Rechn. Anteil an Programmen der EK	19,6	22,1	18,4	22,9
Rechn. Anteil an IDA-Vorhaben	11,3	4,8	12,0	6,1
Durch direkte Beiträge an UN-Organisationen	16,6	15,3	16,6	15,3
Anteil an EK-Beiträgen zu UN-Organisationen	6,3	4,6	6,3	4,6
Direkte Beiträge zum Globalen Fonds 1)	59,7	57,7	62,1	51,7
Anteil an EK-Beiträgen zum Globalen Fonds	9,6	14,7	9,6	14,7
Beiträge zum afrikan. Entwicklungsfonds	2,9	2,4	3,1	3,1
Gesamtbeitrag (US$)	188,0	298,6	183,9	194,3
Gesamtbeitrag (Euro)	151,2	237,9	148,0	154,8
Dt. Beitrag im Verhältnis zum geschätzten Bedarf an internat. Kooperation	2,35%	3,01%	2,30%	1,96%
Anteil am geschätzten Ressourcen-aufkommen durch internat. Kooperation	3,30%	4,89%	3,23%	3,19%

1) Einschließlich BACKUP-Initiative

einem unterdurchschnittlichen Niveau. Nach der kürzlich veröffentlichten speziellen Datenbank beliefen sich diese auf 223,6 bzw. 106,9 Millionen US$ in den Jahren 2005 und 2006. Allerdings stiegen die Mittelbindungen im Jahr 2007 auf das bisher höchste Niveau von über 490 Millionen US$, was vor allem auf die Finanzierungszusage für das nationale HIV-Programm Indiens zurückzuführen ist. Damit erhöht sich der rechnerische Beitrag Deutschlands für 2007 auf 22,3 Millionen US$.

Hinsichtlich des UN-Systems sind zusätzlich zu den im Gesundheitsbereich tätigen Organisationen noch das Entwicklungsprogramm UNDP und das Welternährungsprogramm WFP zu berücksichtigen, die HIV-Maßnahmen in anderen Sektoren unterstützen. UNDP gibt den betreffenden Anteil an den Gesamtausgaben mit 5,4 und 4,5 % in den Jahren 2005 und 2006 an. Für das WFP errechnet sich aus den statistischen Angaben ein Anteil der durch HIV betroffenen Menschen von 9,3 bzw. 9,6 % an der Gesamtzahl der durch Nahrungsmittelprogramme unterstützten Personen. Deutschland befand sich 2006 unter den Beitragszahlern dieser Institutionen an zehnter bzw. achter Stelle, d.h. ebenfalls deutlich unterhalb der Position, die aufgrund seiner Wirtschaftskraft angemessen wäre. Beide Organisationen werden auch mit EU-Mitteln finanziert, die anteilig von Deutschland durch die Beiträge zum Gemeinschaftshaushalt mitgetragen werden. Bei den bereits genannten, im Gesundheitsbereich tätigen Organisationen lassen sich die auf HIV-Vorhaben entfallenden Ausgaben- bzw. Budgetanteile aus den Jahresberichten und anderen Dokumenten entnehmen.

Nach aktuellen Informationen des Globalen Fonds machten die HIV-Programme in den letzten Bewilligungsrunden 58 % der gesamten bereitgestellten Ressourcen aus. Es wurde bereits erörtert, dass die Beteiligung Deutschlands an der Mobilisierung der vom Fonds benötigten Finanzmittel nicht ausreichend ist, auch wenn man die anteilige Mitfinanzierung der EU-Beiträge und die BACKUP-Initiative der GTZ berücksichtigt.

Die Gesamtleistungen werden der internationalen Verantwortung nicht gerecht

Die Gesamtschätzung auf Grundlage dieser Teilkalkulationen zu den relevanten Finanzierungsmechanismen ergibt, dass die in den Bezugsjahren transferierten Ressour-

cen für HIV-Maßnahmen in Entwicklungsländern auf rund 150 Millionen Euro zu veranschlagen sind. Dabei zeigt sich eine geringe Erhöhung der Auszahlungen infolge des außergewöhnlichen, wenngleich immer noch unzureichenden Zusagevolumens der bilateralen Kooperation im Jahr 2006.

In Relation gesetzt zu dem erforderlichen Gesamtvolumen der finanziellen Kooperation, die zwei Drittel des Finanzbedarfs abdecken sollte, entspricht das Ressourcenaufkommen Deutschlands nur einem Anteil von rund zwei Prozent. Bezogen auf die laut UNAIDS-Schätzungen tatsächlich von den Geberstaaten aufgebrachten Ressourcen ergibt sich eine Beteiligungsquote von wenig mehr als drei Prozent. Selbst die Gesamtzusagen des Ausnahmejahres 2006 bleiben unter fünf Prozent. Wenn man sich die aufgrund des BNE-Anteils angemessene Beitragshöhe von mindestens acht Prozent vor Augen hält, müssen die von Deutschland bereitgestellten Finanzmittel erneut als völlig ungenügend bezeichnet werden.

Auch die jüngsten Finanzierungszusagen reichen nicht aus

Die bisher angekündigten Aufstockungen der Beiträge zum Globalen Fonds und die über mehrere Jahre sich verteilenden Steigerungen der Auszahlungen infolge der höheren Zusagen in 2006 werden diesen Rückstand nicht wettmachen können. Die auf der Wiederauffüllungskonferenz für den Fonds im September 2007 zugesagten und im BMZ-Haushalt für 2008 eingestellten 200 Millionen Euro pro Jahr bedeuten eine Erhöhung von 128 Millionen Euro im Verhältnis zu der Einzahlung im Jahr 2006. Davon entfällt ein Betrag von 74 Millionen Euro auf HIV-Programme. Die entsprechende Zunahme des EU-Beitrags zum Globalen Fonds ist vernachlässigbar gering. Bei einer gleichmäßigen Verteilung der Extra-Zusagen in 2006 von ca. 90 Millionen Euro auf die durchschnittliche Projektlaufzeit von drei Jahren ist bei den bilateralen Auszahlungen mit einer Zunahme von ca. 30 Millionen Euro pro Jahr zu rechnen. Selbst wenn sich noch eine Steigerung des rechnerischen Anteils an den IDA-unterstützten HIV-Maßnahmen ergibt, wird die Aufstockung kaum mehr als 115 Millionen Euro betragen. Das ergäbe ein Gesamtvolumen von 270 Millionen Euro oder bei dem aktuellen günstigen Wechselkurs ca. 425 Millionen US$. Gleichzeitig steigt der globale Finanzbedarf im Jahr 2008 auf 20,2 Milliarden Dollar, wovon 13,5 Milliarden durch die internationale Kooperation aufzubringen sind. Damit beliefe sich der deutsche Beitrag im Jahr 2008 auf lediglich 3,2 % der erforderlichen Finanzmittel.

E. Schlussfolgerungen und Empfehlungen

Die Analyse ergibt, dass die Beiträge Deutschlands zur internationalen Zusammenarbeit für die Bewältigung der HIV-Krise in allen drei wesentlichen Zielbereichen, d.h. dem Umfang der Finanzmittel für die EZ insgesamt, für die Gesundheitsförderung und für das spezifische Maßnahmenbündel für die Bewältigung der Epidemie, weit hinter einer angemessenen Beteiligung an der Deckung des dringlichen Bedarfs zurück bleiben. Auch im Vergleich zu den Anstrengungen der übrigen wirtschaftlich privilegierten Geberstaaten sind die aufgebrachten Ressourcen nach diesen Maßstäben als unterdurchschnittlich einzustufen. Es ist zu konstatieren, dass die Anstrengungen für die Verwirklichung der relevanten internationalen Vereinbarungen nicht ausreichen.

Schwerwiegende Finanzierungslücken auf allen Ebenen

Erstens liegen die gesamten ODA-Leistungen nur bei ca. einem Drittel des UN-Richtwerts von 0,7 % des BNE, wenn man die realen Ressourcentransfers betrachtet und die angerechneten Pseudo-Hilfen außen vor lässt. Selbst für die Erfüllung des zwischenzeitlichen Minimalziels von 0,51 % des BNE bis 2010, wie es im EU-Stufenplan festgelegt ist, wäre bei dieser ungeschminkten Betrachtungsweise eine Verdoppelung der Mittel für die Entwicklungszusammenarbeit erforderlich. Ungeachtet der jüngsten Erhöhungen des BMZ-Etats müssen die bisherigen Anstrengungen als nicht ausreichend eingestuft werden.

Zweitens ist der Finanzierungsbeitrag Deutschlands zugunsten der Gesundheitsförderung als besonders unzureichend zu bewerten. Ein Hauptgrund besteht darin, dass der Anteil dieses in entwicklungsstrategischer und humanitärer Hinsicht zentralen Bereichs an den ODA-Leistungen weit unter dem Durchschnitt der OECD/DAC-Mitgliedstaaten bleibt. Selbst in den Partnerländern, wo das Thema Gesundheit zu den vereinbarten Schwerpunkten gehört, bilden die deutschen Ressourcentransfers bislang nur einen geringen Bruchteil der für die Erreichung der MDGs benötigten Investitionen in die Gesundheitsversorgung. In Relation zum BNE belaufen sich die Gesamtleistungen Deutschlands für die Verbesserung des Gesundheitsstatus in den Entwicklungsländern auf lediglich ein Fünftel der erforderlichen Zielmarke von 0,1 % für das Jahr 2010. Die leider nur vorübergehende Erhöhung der Finanzierungszusagen im Jahr 2006 kann dieses Defizit nur zu einem geringen Teil mindern.

Schließlich erreichten drittens die für spezifische Maßnahmen der HIV-Bekämpfung bereitgestellten Mittel auch nur ein Niveau, das ca. einem Viertel der angemessenen Beitragshöhe entspricht, auch wenn man alle relevanten Finanzierungsmechanismen und die Komponenten in weiter gefassten Gesundheitsprogrammen in Betracht zieht. Ausgedrückt in konkreten Zahlen standen im Jahr 2006 reale Auszahlungen von weniger als 200 Millionen US$

zu Buche, während der angemessene Beitrag entsprechend dem dringlichen Bedarf und der relativen Wirtschaftskraft auf annähernd 800 Millionen US$ zu veranschlagen war. Dazu kommt, dass die Beteiligung an der Finanzierung der UN-Organisationen, die für die internationale Politikentwicklung, Planung und Koordination unverzichtbar sind, als völlig ungenügend bezeichnet werden muss.

Dringliche Schritte seitens Regierung und Parlament

Zwar waren in den letzten Jahren einige Fortschritte bei der Mobilisierung der benötigten Ressourcen zu verzeichnen, die durchaus zu begrüßen sind. Dazu gehören insbesondere die Aufstockung des BMZ-Haushalts in den Jahren 2007 und 2008 und die Erhöhung des Beitrags für den Globalen Fonds zur Bekämpfung von AIDS, Tuberkulose und Malaria für die aktuelle Wiederauffüllungsperiode 2008 bis 2010. Sie reichen aber bei weitem noch nicht aus, um der internationalen Verantwortung gerecht zu werden und die angekündigten Versprechen einzulösen. Daher sollte die Bundesregierung unverzüglich die folgenden Schritte einleiten:

Empfehlungen

- Die öffentliche Entwicklungshilfe Deutschlands muss wenigstens die Mindestquote von 0,51 % des BNE bis 2010 erreichen. Dafür ist ein Stufenplan mit jährlichen konkreten Zielmarken aufzustellen, um die deutsche Kooperation zu einer für die Partnerländer und die anderen Geberstaaten berechenbaren Größe zu machen. Darüber hinaus sollte sich die Bundesregierung an den zahlreichen EU-Mitgliedstaaten orientieren, die eine schnellere Verwirklichung des UN-Richtwerts von 0,7 % des BNE anstreben, als es die festgelegten Minimalziele der EU verlangen.
- Wir fordern die Bundesregierung auf, den bisher auch im internationalen Vergleich sehr geringen Umfang der gesundheitsrelevanten Entwicklungskooperation konsequent aufzustocken, um bis 2010 ein Mindestniveau von 0,1 % des BNE zu erreichen.
- Die Bundesregierung sollte sich das Ziel setzen, ab dem Jahr 2008 wenigstens 10 % der international aufzubringenden Finanzmittel abzudecken, die für die Verwirklichung des universellen Zugangs zu HIV-Prävention, Behandlung und Betreuung benötigt werden. Das bedeutet, den deutschen Beitrag für die Bekämpfung der HIV-Epidemie auf 1,3 Milliarden US$ in diesem Jahr zu erhöhen und bis 2010 auf 2,8 Milliarden US$ weiter zu steigern.
- Ebenso sollte sich Deutschland mit einem Zehntel an der Finanzierung der relevanten UN-Organisationen und des Globalen Fonds zur Bekämpfung von AIDS, Tuberkulose und Malaria beteiligen und es damit diesen internationalen Einrichtungen ermöglichen, ihre entscheidenden Funktionen bei der Überwindung von Armut und Krankheit in der „Einen Welt" in vollem Umfang auszuüben.
- Begrenzungen für die Beteiligung Deutschlands an der Finanzierung multilateraler Organisationen, insbesondere die vom Haushaltsausschuss des Bundestags informell festgelegte Obergrenze für multilaterale Beiträge von 30 % des BMZ-Etats, sollten endlich als überholte Relikte aus dem Weg geräumt werden. Für die Bewertung des Umfangs der multilateralen ODA-Leistungen sollten nur die Beiträge zu Organisationen mit genuin internationaler Verfassung, also ohne die Mitfinanzierung der EZ unter Verwaltung der Europäischen Union, einbezogen werden.
- Neben der dringlichen Aufstockung der Haushaltsmittel sollten die Verantwortlichen in Bundesregierung und Bundestag die Erschließung neuer Finanzierungsquellen gezielter und entschlossener angehen. Dabei sollten jene Instrumente Vorrang erhalten, die nicht nur zusätzliche Ressourcen hervorbringen, sondern auch die politische Steuerung von Wirtschaftsprozessen im Sinne der sozialen Gerechtigkeit und ökologischen Nachhaltigkeit ermöglichen. Ein erster Schritt sollte die Beteiligung an UNITAID darstellen.
- Im Rahmen der Europäischen Union sollte sich die Bundesregierung dafür einsetzen, dass die Gesundheitsförderung und HIV-Bekämpfung einen größeren Stellenwert in der von der Kommission verwalteten Entwicklungshilfe erhält und ihr die dafür erforderlichen Finanzmittel ohne Abstriche bei anderen Programmbereichen zur Verfügung gestellt werden. Sie sollte auch darauf hinwirken, dass sich Europa eingedenk seiner Verantwortung für die internationale Entwicklungspartnerschaft und die Friedenssicherung das Gesamtziel setzt, mindestens die Hälfte des globalen Finanzbedarfs für die Zurückdrängung der HIV-Epidemie und anderer gravierender Gesundheitsprobleme aufzubringen.
- Schuldenerlasse sollten als parallele Maßnahme neben der konsequenten Erhöhung der realen Ressourcentransfers behandelt werden. Sie sollten ebenso wenig wie die Studienplatzkosten für Studierende aus Entwicklungsländern, die Aufwendungen für die Betreuung von Asylsuchenden und die Verwaltungsausgaben auf die ODA-Leistungen angerechnet werden.

Literatur und Links

Action Aid Internatinoal, 2007: „Show us the Money – is violence against women on the HIV/Aids funding agenda?" (www.womenwontwait.org)

African Union/European Union, 2007: The Africa-EU Strategic Partnership. A Joint Africa-EU Strategy" http://ec.europa.eu/development/icenter/repository/EAS2007_joint_strategy_en.pdf

Aktionsbündnis gegen Aids (Hg.), 2003: Kampagnenhandbuch, Tübingen

Aktionsbündnis gegen AIDS, 2007: Pressekit für die europäischen Medien und Organisationen http://www.aids-kampagne.de/l8mimages/pressekitbremen.pdf

Aktionsbündnis gegen AIDS, 2007: Presseerklärung zum G8 Gipfel, 8. Juni 2007 „Trügerische Hoffnung für Afrika" http://www.aids-kampagne.de/presse/presse-146.html

Aktionsplan zur Umsetzung der Afrika-EU Strategie http://ec.europa.eu/development/icenter/repository/EAS2007_action_plan_2008_2010_en.pdf

Benn, Christoph/ Weinreich, Sonja, 2005: AIDS. Eine Krankheit verändert die Welt, Frankfurt/M.

BMG, 2007: „Bremer Erklärung" vom 13.3. 2007, auf der von der deutschen Ratspräsidentschaft der Europäischen Union veranstalteten Konferenz „Verantwortung und Partnerschaft – miteinander gegen HIV/AIDS"

http://www.bmg.bund.de/cln_041/nn_1140592/DE/Themenschwerpunkte/Internationales/EU-Ratspraesidentschaft/Konferenzen/Bremer-erklaerung.html

BMG, 2007: Konferenz „Verantwortung und Partnerschaft - Miteinander gegen HIV/AIDS", 12. und 13. März 2007, Bremen, http://www.bmg.bund.de/cln_041/nn_1140592/DE/Themenschwerpunkte/Internationales/EU-Ratspraesidentschaft/Konferenzen/bremen-12-3.html

BMG/BMZ/BMBF, 2007: Aktionsplan zur Umsetzung der HIV/Aids Bekämpfungsstrategie der Bundesregierung, März 2007, http://www.bmz.de/de/service/infothek/buerger/themen/HIVBReg.pdf

BMZ, 2005: Mehr Wirkung erzielen: Die Ausrichtung der deutschen Entwicklungszusammenarbeit auf die Millenniums-Entwicklungsziele, Bonn

BMZ, 2006: Medienhandbuch Entwicklungspolitik 2006/2007, Bonn

BMZ, 2007: Europas Rolle als globaler Entwicklungspartner stärken. Entwicklungspolitisches 18-Monats-Programmder drei Präsidentschaften Deutschland, Portugal und Slowenien Januar 2007 – Juni 2008 (Januar 2007) http://www.bmz.de/de/service/infothek/buerger/DeutscheEU/TrioPraesidentschaft.pdf

BMZ, 2007: G8-Treffen der Entwicklungsminister/innen. Dialog zwischen G8, Outreach-Ländern, Afrikanischen Organisationen und der OECD. Armut bekämpfen Nachhaltige Entwicklung gestalten Globale Partnerschaften stärken. Berlin, 26./27. März 2007 http://www.bmz.de/de/zentrales_downloadarchiv/eu_und_g8/chairs_summary_final_de.pdf

BMZ, 2007: Armut bekämpfen – globale Partnerschaft stärken. Entwicklungspolitische Schwerpunkte der deutschen G8-Präsidentschaft, http://www.bmz.de/de/service/infothek/buerger/DeutscheEU/Broschuere_G8.pdf

BMZ 2007: Europa – Starker Partner für nachhaltige globale Entwicklung. Entwicklungspolitische Bilanz der deutschen EU-Ratspräsidentschaft 2007 http://www.bmz.de/de/service/infothek/buerger/DeutscheEU/Bilanz.pdf

BMZ/GTZ, 2007: „Accelerating Action. A Technical Support Guide to Develop Capacity and to Benefit from Global Health Financing", Juni 2007, Eschborn/Bonn

Commission on Macroeconomics and Health, 2001: Investing in Health for Economic Development

Council of the European Union, 2005: Financial Perspective 2007-2013; Dez. 2005, Brüssel

Council of the European Union, 2007: European Programme for Action to tackle the critical shortage of health workers in developing countries (2007-2013), 15. Mai 2007 (http://register.consilium.europa.eu/pdf/en/07/st07/st07189.en07.pdf)

Development Co-Operation Directorate: DAC statistical reporting directives 2007

EU-Kommission, 2007: Jahresbericht der Kommission an das Europäische Parlament, den Rat, den Europäischen Wirtschafts- und Sozialausschuss und den Ausschuss der Regionen. „Die Einlösung von Europas Zusagen hinsichtlich der Entwicklungsfinanzierung", Brüssel 2007

Europäische Union: "Aktionsprogramm zur Bekämpfung der Krise des Fachkräftemangels im Gesundheitswesen von Entwicklungsländern 2007-2013" ("A European Programme for Action to tackle the critical shortage of health workers in developing countries (2007–2013)", http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/site/en/com/2006/com2006_0870en01.pdf

GFATM (Hg.), 2008: "Innovative Financing of the Global Fund: Debt2Health"; Genf.

G8-Gipfelerklärung 2007: „Wachstum und Verantwortung in Afrika", Heiligendamm, Juni 2007 (www.g-8.de/Content/DE/Artikel/G8Gipfel/Anlage/Abschlusserkl_C3_A4rungen/WV-Afrika,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/WV-Afrika)

G8 Gipfel 2007 Heiligendamm: Zusammenfassung des Vorsitz, Juni 2007

(www.g-8.de/Content/DE/Artikel/G8Gipfel/Anlage/Abschlusserkl_C3_A4rungen/Chairs-summary,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/Chairs-summary)

G8 Summit Heiligendamm 2007: Überblick über Maßnahmen zur Bekämpfung der drei Pandemien HIV/Aids, Tuberkulose und Malaria, November 2007

Kaiser, Jürgen, 2006: Eine Entschuldungserfolgsgeschichte? Nigeria wird im April 2006 schuldenfrei (www.erlassjahr.de/content/laenderinfos/dokumente/nigeria_

20060425_schuldenfrei.rtf)

OECD, 2008: Development Co-Operation Report 2007, Paris

OECD/DAC, 2008: Figures on 2007 ODA, Paris

OECD Entwicklungsausschuss, 2006: Prüfbericht über die Entwicklungszusammenarbeit: Deutschland, Paris

OECD/ UNAIDS, 2004: Analysis of Aid in Support of HIV/AIDS Control, 2000-2002

Robert Koch-Institut (Hg.), 2007: HIV/AIDS in Deutschland – Eckdaten. Epidemiologische Kurzinformation,

Rodenberg, Birte: Füllhorn der Visionen in Rostock – Leere Versprechen in Heiligendamm? Rückblick auf die Aktionswoche und den Alternativgipfel in Rostock, 02.-08.06. 2007 sowie Auswertung der Deklaration des G8-Gipfels zu HIV&AIDS in Heiligendamm, 08. Juni 2007

http://www.aids-kampagne.de/l8mimages/analyserostock_heiligdamm07.pdf

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

Terre des Hommes/Deutsche Welthungerhilfe, 2007: Die Wirklichkeit der Entwicklungshilfe; Vierzehnter Bericht 2005/2006; Eine kritische Bestandsaufnahme der deutschen Entwicklungspolitik, Bonn

Terre des Hommes/Deutsche Welthungerhilfe, 2008: Die Wirklichkeit der Entwicklungshilfe; Fünfzehnter Bericht 2006/2007; Eine kritische Bestandsaufnahme der deutschen Entwicklungspolitik, Bonn

UNAIDS, 2006: Report on the Global AIDS epidemic, Genf

UNAIDS, 2007: Financial Resources Required to Achieve Universal Access to HIV Prevention, Treatment, Care and Support; 2007 http://data.unaids.org/pub/Report/2007/20070925_advocacy_grne2_en.pdf

UNAIDS 2007: Guidelines on Construction of Core Indicators, 2008 Reporting, http://data.unaids.org/pub/Report/2007/jc1318_core_indicators_manual_en.pdf

UNAIDS, 2008: Germany – Country Progress Report 2006-2007; http://data.unaids.org/pub/Report/2008/germany_2008_country_progress_report_en.pdf

United Nations, 2000: Millenniums-Erklärung der Vereinten Nationen. Resolution der Generalversammlung 55/2

United Nations, 2001: Globale Krise — Globale Antwort. Verpflichtungserklärung zu HIV/Aids. Abschlussdokument der 26. Sondertagung der Generalversammlung der Vereinten Nationen, 25. – 27. Juni 2001, New York

United Nations, 2008: Report of the Secretary General: Declaration of Commitment on HIV/AIDS and Political Declaration on HIV/AIDS: midway to the Millenium Development Goals, New York, April 2008: http://data.unaids.org/pub/Report/2008/20080429_sg_progress_report_en.pdf

UN Millennium Project, 2005: Investing in Development. A Practical Plan to Achieve the Millennium Development Goals, New York 2005

VENRO, 2007: Afrikas Perspektive – Europas Politik. Entwicklungspolitisches Manifest zur deutschen EU-Ratspräsidentschaft 2007

VENRO, 2007: Stellungnahme zu den entwicklungspolitischen Ergebnissen der deutschen EU-Ratspräsidentschaft 2007, Bonn (http://www.venro.org/publikationen/archiv/Zivilgesellschaft%20und%20Entwicklung%202007.pdf)

WHO, 2007: Director-General's report, A59/28

Abkürzungen

AgA	Aktionsbündnis gegen AIDS
Aids	Acquired Immune Deficiency Syndrome („erworbener Immundefekt")
ART	Antiretrovirale Therapie (oder Behandlung)
BACKUP	Building Alliances – Creating Knowledge – Updating Partners in the Fight against HIV/AIDS
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BMZ	Bundesministerium für Wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung
BMBF	Bundesministerium für Bildung und Forschung
BMWi	Bundesministerium für Wirtschaft und Technologie
BNE	Bruttonationaleinkommen
CRS	Creditor Reporting System
DAC	Development Assistance Committee (Entwicklungsausschuss der OECD)
DO	Durchführungsorganisationen
EEF	Europäischer Entwciklungsfonds
EL	Entwicklungsländer
EU	Europäische Union
EZ	Entwicklungszusammenarbeit
G7/G8	Gruppe der sieben/acht (reichsten) Industrienationen
GTZ	Deutsche Gesellschaft für technische Zusammenarbeit
HIV	Human Immunodeficiency Virus (dt.: Humanes Immunodefizienz Virus)
IDA	International Development Association (Internationale Entwicklungsorganisation, Teil der Weltbankgruppe)
IWF	Internationaler Währungsfonds
KfW	Kreditanstalt für Wiederaufbau
LDCs	Least Developed Countries
MDGs	Millennium Development Goals (Millenniumentwicklungsziele)
NRO	Nichtregierungsorganisation/en
ODA	Official Development Assistance (Entwicklungshilfe)
OECD	Organisation for Economic Cooperation and Development
SRGR	Sexuelle und reproduktive Gesundheit und Rechte
Tb	Tuberkulose
TRIPS	Trade Related Aspects of Intellectual Property Rights (Übereinkommen über handelsbezogene Aspekte der Rechte des geistigen Eigentums)
UNGASS	United Nations General Assembly Special Session
UN	United Nations (Vereinte Nationen)
UNAIDS	United Nations Special Program on HIV/AIDS
UNDP	United Nations Development Programme
UNGASS	United Nations General Assembly Special Session
UNICEF	UN Children's Fund (Kinderhilfswerk der UN)
UNITAID	internationale Einrichtung zum Erwerb von Medikamenten gegen HIV/Aids, Malaria und Tb
UNFPA	United Nations Population Fund (Bevölkerungsprogramm der Vereinten Nationen)
VENRO	Verband Entwicklungspolitik Deutscher Nichtregierungsorganisationen
WB	Weltbank
WFP	World Food Programme
WHA	World Health Assembly
WHO	World Health Organisation (Weltgesundheitsorganisation)
WPA	Wirtschaftspartnerschaftsabkommen (engl.: Economic Partnership Agreements, EPAs)
WTO	World Trade Organisation (Welthandelsorganisation)

Autor/innen

Sonja Weinreich

Dr. Sonja Weinreich ist Ärztin und Sozialwissenschaftlerin, hat von 1995 bis 2000 im Basisgesundheitsdienst in Sambia und als HIV/Aids Beraterin der evangelischen Entwicklungszusammenarbeit von 2001 bis 2007 gearbeitet. Seit 2008 ist sie Beraterin für Gesundheit beim Evangelischen Entwicklungsdienst (EED). Sie ist Mitglied der zivilgesellschaftlichen Delegationen im Vorstand von UNAIDS und des Globalen Fonds zur Bekämpfung von Aids, Tuberkulose und Malaria und seit vielen Jahren ehrenamtlich im Aktionsbündnis gegen Aids engagiert. Von ihr liegen verschiedene Publikationen zu HIV/Aids vor.

Birte Rodenberg

Dr. Birte Rodenberg ist Soziologin und arbeitet als Gutachterin, Beraterin und als Lehrbeauftragte im Themenfeld internationaler Entwicklungspolitik mit den Schwerpunkten Armutsbekämpfung, Gender und Gesundheit. Von 2000-2003 als Mitarbeiterin am Deutschen Institut für Entwicklungspolitik tätig. Seit Januar 2007 arbeitet sie für das Aktionsbündnis gegen Aids in der Policy Beratung; seit 2004 Mitglied des wissenschaftlichen Beirats der Kinderrechtsorganisation terre des hommes. Von ihr liegen Veröffentlichungen zu entwicklungs- und geschlechterpolitischen Fragestellungen vor.

Joachim Rüppel

Joachim Rüppel ist Soziologe und arbeitet seit 1993 als Referent für spanisch- und portugiesischsprachige Länder am Missionsärztlichen Institut Würzburg. Von 1985 bis 1992 Forschungs- und Beratungstätigkeit in Zentralamerika im Bereich ländliche Entwicklung. Er führt Beratungseinsätze in Lateinamerika und Afrika durch und ist seit vielen Jahren ehrenamtlich im Aktionsbündnis gegen Aids engagiert. Von ihm liegen verschiedene Publikationen zu epidemiologischen, sozialen und ökonomischen Aspekten der HIV-Epidemie vor.

Stefan Jankowiak (Redaktion)

Stefan Jankowiak ist Sozialarbeiter und Journalist und seit Juni 2007 Geschäftsführer im Kampagnenbüro des Aktionsbündnisses gegen AIDS. Für den Evangelischen Entwicklungsdienst arbeitete er mehrere Jahre in Nicaragua und stand dort als Berater für Kampagnen- und Öffentlichkeitsarbeit Partnerorganisationen aus dem Gesundheitsbereich zur Seite.

Herzlicher Dank gilt unseren Kolleg/innen Dr. Christine Winkelmann aus dem Sprecher/innenkreis des Aktionsbündnis, Barbara Kühlen und Kathrin Grave von action medeor, Katrin Hünemörder und Oliver Moldenhauer von Ärzte ohne Grenzen sowie Maike Schliebs von der Deutschen Stiftung Weltbevölkerung für ihre Mitarbeit an Teil 1.

Aktionsbündnis gegen Aids

action medeor
AIDS-Hilfe Baden-Württemberg
Aktion Canchanabury
aktion hoffnung
Arbeitsgemeinschaft für Entwicklungshilfe
Ärzte der Welt
Ärzte für die Dritte Welt
Ärzte ohne Grenzen
BDKJ Bundesvorstand (Bund der Deutschen Katholischen Jugend)
BDKJ Diözesanverband Trier
BDKJ Diözese Rottenburg-Stuttgart
Berliner Missionswerk
Bistum Essen, Zentralabteilung Gesellschaftliche und Weltkirchliche Aufgaben
Bistum Limburg
Bistum Osnabrück
Brot für die Welt
BUKO Pharma-Kampagne
Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland
Caritas international
CCF-Kinderhilfswerk
Christoffel-Blindenmission
Connect plus
Dachverband Entwicklungspolitik Baden-Württemberg
DAGNÄ Deutsche Arbeitsgemeinschaft niedergelassener Ärzte in der Versorgung HIV-Infizierter
Deutsche AIDS-Gesellschaft
Deutsche AIDS – Hilfe
Deutsches Institut für Ärztliche Mission
Deutsches Komitee für UNICEF
Deutscher LandFrauenverband
Deutsche Lepra- und Tuberkulose Hilfe
Deutsches Nationalkomitee / Lutherischer Weltbund
Deutsche Pfadfinderschaft Sankt Georg Neuss
Deutsche Pfadfinderschaft Sankt Georg Trier
Deutsche Provinz der Missionsschwestern vom Katholischen Apostolat
Deutsche Stiftung Weltbevölkerung
Deutsche Welthungerhilfe
Diakonisches Werk Schleswig-Holstein
Diözesane Gesprächsrunde AIDS im Bistum Aachen
Diözesankomitee im Erzbistum Paderborn
Diözesanrat / Diözese Rottenburg-Stuttgart
Diözesanrat der Katholiken im Bistum Würzburg
Diözesanrat der Katholiken im Erzbistum Köln
Diözesanrat der kath. Frauen u. Männer im Bistum Essen
Diözesanversammlung im Bistum Mainz
Don Bosco Mission
Erzdiözese Freiburg, Abteilung Weltkirche
Ev.-altreformierte Kirche in Niedersachsen
Evangelische Brüder-Unität
Evangelischer Entwicklungsdienst
Evangelische Frauenarbeit in Deutschland
Evangelisches Jugendwerk in Württemberg
Evangelische Kirche im Rheinland
Evangelische Kirche in Hessen-Nassau
Evangelische Kirche von Westfalen
Evangelische Landeskirche in Baden
Evangelische Landeskirche in Württemberg
Evangelische Lippische Landeskirche
Evangelisch-lutherische Kirche in Bayern
Evangelisch-lutherische Landeskirche Hannovers
Evangelisch-lutherische Landeskirche in Braunschweig
Evangelisch-Lutherische Landeskirche Mecklenburgs
Evangelisch- luth. Missionswerk in Niedersachsen
Evangelisch-luth. Missionswerk Leipzig
Evangelisch-methodistische Kirche Weltmission
Evangelisches Missionswerk in Deutschland
Evangelisches Missionswerk in Südwestdeutschland
Förderverein Neue Wege in der HIV-Therapie
Gemeinschaft Sant'Egidio
Generalat der Franziskanerinnen von der ew. Anbetung
Gossner Mission
Herrnhuter Missionshilfe
Hoffnung für Osteuropa
Johanniter-Unfall-Hilfe
Katholische Frauengemeinschaft Deutschlands – Diözesanverband Essen
Kindermissionswerk
Kindernothilfe
Kongregation der Franziskanerinnen Salzkotten
LandFrauenverband Württemberg-Baden
Malteser Hilfsdienst
medico international
Misereor
Missio Aachen
Missio München
Mission EineWelt – Centrum für Partnerschaft, Entwicklung und Mission der Ev.-Luth. Kirche in Bayern
Missionsärztliches Institut Würzburg
Missionsprokur der deutschen Jesuiten
Missionszentrale der Franziskaner
Netzwerk Afrika Deutschland
Netzwerk der Angehörigen von Menschen mit HIV und Aids
Netzwerk plus
Niedersächsische AIDS-Hilfe, Landesverband
Norddeutsche Mission
Nordelbische Evangelisch-Lutherische Kirche
Nordelbisches Missionszentrum
Plan International Deutschland
Provinzialat der Missionsschwestern vom Kostbaren Blut
Referat Weltkirche – Mission und Entwicklung der Diözese Augsburg
Renovabis
Steyler Mission SSPS
Tanzania-Network.de
terre des hommes Deutschland
Vereinigung Kath. Religionslehrerinnen und –lehrer an Gymnasien im Erzbistum Köln
Vereinte Evangelische Mission
Weltfriedensdienst
Weltnotwerk – Solidaritätsaktion der Kath. Arbeitnehmer-Bewegung Deutschlands
World Vision Deutschland
Zimbabwe-Netzwerk

Ein Verzeichnis aller 280 Basisgruppen finden Sie unter: www.aids-kampagne.de

„Leben ist ein Menschenrecht!“

Globale Krise und Deutschlands Beitrag zur Globalen Antwort
Zweite zivilgesellschaftliche Bestandsaufnahme des deutschen Engagements
für die Umsetzung der internationalen HIV/Aids-Ziele 2006 – 2007

Impressum

Hrsg.: Aktionsbündnis gegen AIDS, Tübingen
Redaktion: Birte Rodenberg, Stefan Jankowiak
Autor/innen: Sonja Weinreich, Joachim Rüppel, Birte Rodenberg
Satz & Layout: Silke Steinsdörfer, World Vision Deutschland e.V.
Druck: AJZ Druck, Bielefeld
1. Auflage: 1000, Mai 2008

Aktionsbündnis gegen AIDS
Rechtsträger Difäm
Paul-Lechler-Straße 24
72076 Tübingen

Tel.: 07071 / 206 - 504
Fax 07071 / 206 - 510

E-Mail: info@aids-kampagne.de
www.aids-kampagne.de

Mit freundlicher Unterstützung von:

Brot für die Welt

Missionsärztliches Institut Würzburg
Katholische Fachstelle für internationale Gesundheit

action medeor
Deutsches Medikamenten-Hilfswerk

eed
Evangelischer Entwicklungsdienst

MISEREOR
IHR HILFSWERK

Difäm
Gesundheit in der Einen Welt

World Vision

Deutsche Stiftung Weltbevölkerung