Joachim Rüppel | Dr. Sonja Weinreich

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

Autor/innen

Dr. Sonja Weinreich | Autorin Teil 1

Dr. Sonja Weinreich ist Ärztin und Sozialwissenschaftlerin. Von 1995 bis 2000 unterstütze sie im Rahmen der deutschen katholischen Entwicklungskooperation Basisgesundheitsgesundheitsprojekte in Sambia. Nach einem Masterabschluss in Public Health ist sie seit 2001 beim Deutschen Institut für Ärztliche Mission (Difäm) in Tübingen als HIV/AIDS Beraterin der evangelischen Entwicklungszusammenarbeit tätig. Sie berät Partnerorganisationen in Afrika, Asien und Lateinamerika und in Deutschland zu HIV/AIDS-Programmen. Sie publizierte verschiedene wissenschaftliche Veröffentlichungen und Buchbeiträge, u.a. als Ko-Autorin das Buch „AIDS - eine Krankheit verändert die Welt“. Die weltweite HIV/AIDS-Bekämpfung ist der Fokus ihres Engagements in der Beratergruppe der internationalen Ecumenical Advocacy Alliance.

Joachim Rüppel | Autor Teil 2

Joachim Rüppel studierte Soziologie, Politikwissenschaft, Volkswirtschaftslehre und Pädagogik und war für mehrere Jahre in der Forschung und Beratung im Bereich ländliche Entwicklung in Zentralamerika tätig. Seit 1993 arbeitet er am Missionsärztlichen Institut in Würzburg. Seine Arbeitsschwerpunkte sind partizipative Sozialforschung und Bildungsarbeit, konzeptionelle Projektbegleitung, Sozialstrukturanalyse, globale politische Ökonomie, Einsätze in Lateinamerika, Karibik und südliches Afrika. Verschiedene Veröffentlichungen zu gesellschaftlichen Ursachen und Auswirkungen der HIV/AIDS-Epidemie.

Katja Roll | Redaktion

Katja Roll ist politische Koordinatorin des *Aktionsbündnisses gegen Aids*. Als Volkswirtin mit entwicklungspolitischem Schwerpunkt begleitet sie seit November 2002 die Öffentlichkeitsarbeit und den politischen Dialog des bundesweiten Netzwerkes. Seit 2005 ist sie als deutsche NRO-Vertreterin im Vorstand des Globalen Fonds zur Bekämpfung von AIDS, Tuberkulose und Malaria aktiv.

Herzlicher Dank gilt unseren Kollegen/innen Meike Joa, Antje Klein, Frank Mischo und Susanne Mittendorf, die uns in der Redaktion des Berichtes unterstützten.

Inhalt

Zusammenfassung 5

Politischer Rahmen und Ziele dieses Berichts 9

Verpflichtungen der Bundesregierung in der HIV/AIDS-Bekämpfung 9

UN-Verpflichtungserklärung zu HIV/AIDS vom Juni 2001 11

Überprüfung der UN-Verpflichtungserklärung zu HIV/AIDS im Mai 2006 11

Teil 1: Bisherige Umsetzung der HIV/AIDS-Verpflichtungen 15

Politische Verantwortung 15

Prävention 21

Pflege und Behandlung 24

Verminderung der sozio-ökonomischen Folgen und der Gefährdung 28

Forschung und Entwicklung 30

Teil 2: Die Beteiligung Deutschlands an der Bereitstellung dringend benötigter Finanzmittel 31

Hauptaussagen der Verpflichtungserklärung zur Mobilisierung finanzieller Ressourcen 31

Wesentliche Untersuchungsergebnisse und Handlungsempfehlungen 31

Detaillierter Bericht 38

Die deutsche bilaterale Kooperation für die HIV/AIDS-Bekämpfung und die Gesundheitsförderung 45

Die Beteiligung Deutschlands an der multilateralen Kooperation 52

Der Gesamtbeitrag Deutschlands 59

Anhang 61

Abkürzungen 61

Literaturverzeichnis 63

Interviewpartner/innen 65

Zusammenfassung

Innerhalb eines Viertel Jahrhunderts hat sich die HIV/AIDS-Epidemie zu einer der größten Katastrophen für die Menschheitsfamilie entwickelt, die jedes Jahr Millionen von Todesopfern fordert und die Entwicklungsbemühungen ganzer Länder zunichte macht. Dieses außerordentliche Zerstörungspotential wird durch besondere Merkmale hervorgerufen. Darunter sind vor allem zu nennen die ungeheure Anzahl der Erkrankungs- und Sterbefälle, die Konzentration derselben in der Altersgruppe der für die Produktion, Erziehung und die soziale Sicherung unentbehrlichen jüngeren Erwachsenen, die gleichzeitige Betroffenheit mehrerer Mitglieder einer Familie, die Verschärfung des Leids durch gesellschaftliche Stigmatisierung und Diskriminierung, die zunehmend überproportionale Krankheitslast der nicht mit wirtschaftlichen Reserven ausgestatteten Armen, der Beschleunigungseffekt für andere Epidemien, wie insbesondere die Tuberkulose, sowie die trotz erreichter Preissenkungen noch immer zu hohen Kosten einer lebenslang konsequent durchzuführenden Behandlung.

Ungeachtet erfreulicher und richtungsweisender Einzelerfolge, gehen im globalen Rahmen die Ausbreitung des HI-Virus und das massenhafte Sterben ungehemmt weiter. Noch immer verbauen soziale Benachteiligung, finanzielle Engpässe und politische Indifferenz den Zugang zu wirksamen in der Praxis erprobten Strategien, um Neuansteckungen zu vermeiden und die Überlebenszeit von Betroffenen zu verlängern. Diese unhaltbare Situation betrifft insbesondere die gesellschaftlich marginalisierten Bevölkerungsgruppen, hat aber letztlich fatale Konsequenzen für die gesamten Gesellschaften. Nur wenn diese Hindernisse überwunden und die Maßnahmen der Vorbeugung, Behandlung und Abmilderung der Folgen von HIV/AIDS ausgeweitet werden, kann es gelingen, eine völlig unkontrollierbare Krise abzuwenden.

Einsicht über die dringlichen Herausforderungen

In den letzten Jahren hat sich – nicht zuletzt durch die Überzeugungsarbeit der organisierten Zivilgesellschaft – auch unter den verantwortlichen Regierungen die Einsicht durchgesetzt, dass die HIV/AIDS-Bekämpfung eine der dringlichsten Herausforderungen für die internationale Gemeinschaft darstellt. Die Eindämmung der Epidemie und die Linderung ihrer sozialen Auswirkungen werden daher in der im September 2000 angenommenen Millenniumserklärung explizit als eines der acht Hauptziele genannt. Als ein Meilenstein kann die im Juni 2001 von allen Mitgliedstaaten der Vereinten Nationen unterzeichnete Verpflichtungserklärung zu HIV/AIDS bezeichnet werden, da sie zum ersten Mal wesentliche Handlungsprinzipien und fristgebundene Zielsetzungen in verbindlicher Weise festhält. Diese Leitlinien wurden anschließend in verschiedenen regionalen Übereinkünften – u.a. im Rahmen der Europäischen Union sowie bei den G8-Treffen – aufgenommen und fortgeschrieben. So verpflichteten sich die am Weltwirtschaftsgipfel in Gleneagles im Juli 2005 beteiligten Staaten einschließlich Deutschlands dazu, dem universellen Zugang zur wirksamen Behandlung von HIV/AIDS bis 2010 „so nahe wie möglich zu kommen“.

In ihren Verlautbarungen zum Thema stellt die Bundesregierung fest, dass sie die Zielsetzungen der Vereinten Nationen konsequent mittragen will. Um dieser Selbstverpflichtung und Verantwortung gerecht zu werden, muss sie nicht nur im nationalen Rahmen für die Verwirklichung Sorge tragen. Als wirtschaftlich privilegierte Industrienation ist Deutschland zugleich gefordert, einen solidarischen Beitrag zur Eindämmung der Epidemie und der Verbesserung der Überlebenschancen in den Entwicklungsländern zu leisten. Dazu kommt die historische Verstrickung in die koloniale Ausbeutung, die – wie auch die Bundesregierung in ihrem Positionspapier zur Entwicklungszusammenarbeit mit Sub-Sahara-Afrika anerkennt – eine Hauptursache darstellt für die heutigen deformierten Wirtschafts- und Gesellschaftsstrukturen in den unter Armut, Hungersnöten und tödlichen Epidemien leidenden Weltregionen. Die Bundesregierung muss sich folglich daran messen lassen, inwiefern sie diese Rolle als verlässlicher und verantwortlicher Partner in der internationalen Kooperation erfüllt.

Vereinte Nationen verpflichten sich zu erhöhter Verantwortung

Die UN-Verpflichtungserklärung zu HIV/AIDS von 2001 sieht eine regelmäßige Überprüfung der Fortschritte bei der Umsetzung vor. Während bis 2003 im wesentlichen die Formulierung und Einleitung von Politikansätzen und Aktionsprogrammen zu leisten war, sollten bis Ende 2005 erste Resultate und Wirkungen erzielt werden. Daher werden die Vereinten Nationen vom 31. Mai bis 2. Juni 2006 erneut zu einer Sondergeneralversammlung zusammenkommen, die der umfassenden Fortschrittskontrolle und der Erneuerung des Engagements gewidmet ist.

Die Zivilgesellschaft setzt sich zum Ziel, einen aktiven Part in den Bemühungen um die Entwicklung und Realisierung adäquater Handlungsansätze zu übernehmen, nicht nur im Hinblick auf die praktische Projektarbeit, sondern auch auf politische Fragen. Dazu gehört auch die kritische Beobachtung, unabhängige Bewertung und die Einforderung des Regierungshandelns zur Umsetzung der eingegangenen Verpflichtungen. Dazu wollen die im *Aktionsbündnis gegen AIDS* zusammengeschlossenen zivil-

gesellschaftlichen Organisationen mit dem vorliegenden Bericht einen konstruktiven Beitrag erbringen.

HIV/AIDS-Bekämpfung in Deutschland

Die HIV/AIDS-Bekämpfung der Bundesregierung kann im nationalen Rahmen anerkennenswerte Ansätze und Ergebnisse vorweisen, sowohl im Hinblick auf die präventive Aufklärung als auch auf den Zugang zu Behandlung und Betreuung für die Betroffenen. Die im internationalen Vergleich niedrige Infektionsrate ist zu einem erheblichen Teil aber auch der Tatsache zu verdanken, dass die übergroße Mehrheit der Bevölkerung nicht unter den menschenunwürdigen Gefährdungssituationen zu leben gezwungen ist, die in den wirtschaftlich benachteiligten Ländern den Nährboden für die HIV-Ausbreitung bilden. Die Zusammenarbeit zwischen verantwortlichen staatlichen Institutionen und der Zivilgesellschaft ist auf konzeptioneller und praktischer Ebene weitgehend gelungen und kann als beispielhaft gelten. Die in den letzten Jahren zu verzeichnende Zunahme der HIV-Infektionen verweist jedoch darauf, dass die Präventionsbemühungen nicht ausreichen und wieder verstärkt werden müssen. Dabei besteht ein besonderer Handlungsbedarf bei der Unterstützung von Bevölkerungsgruppen, die aufgrund ihrer Lebenssituation besonderen Risiken ausgesetzt sind oder deren Zugang zu relevanter Information durch sprachliche und andere Barrieren erschwert wird (u.a. Gefängnisinsassen, Menschen im kommerziellen Sex und Menschen mit Migrationshintergrund). Die eingesetzten Haushaltsmittel sind dieser Aufgabe nicht angemessen, vor allem lokale Selbsthilfegruppen und AIDS-Hilfen werden durch die Mittelknappheit in ihren Handlungsmöglichkeiten eingeschränkt.

HIV/AIDS-Bekämpfungsstrategie der Bundesregierung ohne Aktionsplan

Mit der Erarbeitung ihrer im Juli 2005 verabschiedeten „HIV/AIDS-Bekämpfungsstrategie“ hat die Bundesregierung die Grundelemente des Vorgehens auf der nationalen und globalen Ebene in Übereinstimmung mit den internationalen Leitlinien dargelegt. Es steht aber noch die dringliche Erstellung eines konkreten Aktionsplans zu deren Umsetzung aus. Dieser Plan müsste nachprüfbare und systematisch mit den Vorgaben der Verpflichtungserklärung verknüpfte Handlungsschritte und Zielmarken enthalten.

In den für die HIV/AIDS-Bekämpfung unmittelbar zuständigen Ministerien für Gesundheit und für Wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung sind ein hohes persönliches Engagement und die Bereitschaft zu öffentlichen Stellungnahmen zum Thema bei Entscheidungsträger/innen und Mitarbeiter/innen erkennbar. Andererseits zeigen sich noch erhebliche Defizite in Hinblick auf die inhaltliche Unterstützung und öffentliche Erklärungen von anderen hochrangigen Regierungsmitgliedern sowie die Abstimmung zwischen unterschiedlichen Verantwortungsbereiche.

Mangelnde politische Kohärenz beim Medikamentenzugang

Der Zugang zu einer wirksamen lebenslangen Behandlung der HIV-Infektion in Entwicklungsländern bildet eine zentrale Aufgabe, wie auch in den neueren Strategiepapieren der Bundesregierung bestätigt wird. Nach wie vor erhält weltweit nur eine Minderheit der bedürftigen Menschen die lebensverlängernde antiretrovirale Therapie. Die Senkung der Kosten für die benötigten Medikamente stellt neben der Mobilisierung von Ressourcen und der Entwicklung leistungsfähiger Gesundheitsdienste die wichtigste Voraussetzung dar. Diese ist nur dauerhaft zu erreichen, wenn die Produktion von Generika ein effektives Korrektiv für die Monopolstellungen der Originalhersteller bilden kann. Gerade in diesem Bereich erscheint die Politik der Bundesregierung nicht konsequent und kohärent. Während das Ministerium für Wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung die lokale Medikamentenproduktion fördert, haben die Repräsentant/innen der Bundesregierung im Rahmen der Welthandelsorganisation eine für die wirtschaftlich benachteiligten Länder ungünstige Patentregelung befürwortet. Durch die endgültige Einfügung dieser Bestimmung in das TRIPS-Abkommen ist die große Mehrheit der Entwicklungsländer, die wegen des Fehlens eigener Produktionskapazitäten lebensnotwendige Arzneimittel importieren muss, darauf angewiesen, dass zunächst das in Frage kommende Exportland eine Zwangslizenz hierfür erlässt. Dies führt zu einer Abhängigkeit, die in Zukunft die Erschwinglichkeit lebenserhaltender Therapien bedroht.

Weltwirtschaftsgipfel und EU-Ratspräsidentschaft nutzen

Durch die Ausrichtung des Weltwirtschaftsgipfels im Juli 2007 und die Übernahme der EU- Ratspräsidentschaft im ersten Halbjahr 2007 kommt der Bundesregierung eine besondere Verantwortung für die aktive Gestaltung und Weiterführung von internationalen Abstimmungsprozessen zu. Die Verwirklichung des universellen Zugangs zu Behandlung bis 2010 erfordert eine klare Zieldefinition sowie die Erstellung einer technisch geeigneten Umsetzungsplanung einschließlich jährlicher Zielmarken sowie die verbindliche Festlegung von Finanzierungsbeiträgen. Bisher ist nicht absehbar, ob die Bundesregierung dafür Sorge tragen wird, dass die Herausforderung durch HIV/AIDS als eine vorrangige Angelegenheit auf die Tagesordnung dieser internationalen Foren und Zusammenkünfte gesetzt wird.

Die Verpflichtungserklärung hält fest, dass die Herausforderung durch HIV/AIDS nur durch neue, zusätzliche und stetige Finanzmittel zu bewältigen ist. Angesichts der Armut und der finanziellen Schwächung der staatlichen Institutionen in den von HIV/AIDS betroffenen bzw. bedrohten Ländern muss der überwiegende Teil der erforderlichen Finanzmittel, d.h. mindestens zwei Drittel, durch die Entwicklungskooperation der wohlhabenden Nationen

aufgebracht werden. Bis 2004 hat Deutschland allerdings weder die Gesamtleistungen der öffentlichen Entwicklungshilfe noch die Finanzierungszusagen für Maßnahmen der Gesundheitsförderung und HIV/AIDS-Bekämpfung in ange-messener Weise aufgestockt. Die relevanten Daten für das Stichjahr 2005 stehen zwar bisher nur teilweise zur Verfügung, die bei mehreren Finanzierungsmechanismen rückläufigen Tendenzen lassen jedoch eine substanzielle Erhöhung der für die Eindämmung der Epidemie bereitgestellten Mittel als unwahrscheinlich erscheinen. Die im Jahr 2005 verzeichnete und auf den ersten Blick beeindruckende Steigerung der Gesamtleistungen der öffentlichen Entwicklungshilfe war leider nicht auf die Mobilisierung neuer Ressourcen, sondern auf die entwicklungspolitisch fragwürdige Anrechnung von Schuldenerlassen in außerordentlicher Höhe zurückzuführen.

In Bezug auf den Anteil am Bruttonationaleinkommen (BNE), der für die offizielle Entwicklungskooperation aufgebracht wird, ist Deutschland nicht nur von dem Richtwert der Vereinten Nationen, sondern auch von der durchschnittlichen Anstrengung der finanzstarken Geberstaaten noch weit entfernt. Daher ist die Selbstverpflichtung, den Rückstand bei der Erreichung des 0,7%-Ziels innerhalb eines verbindlichen Zeitrahmens aufzuholen, als großer Fortschritt zu werten. Es sind jedoch weitere politische Entscheidungen und Maßnahmen erforderlich, um den deutschen Beitrag zu einer berechenbaren und verlässlichen Größe für die internationalen Anstrengungen zur Erreichung der Millenniumsentwicklungsziele einschließlich der Zurückdrängung der HIV/AIDS-Epidemie zu machen.

Finanzielle Unterstützung bleibt hinter Minimalziel

Die finanzielle und politische Unterstützung für den Globalen Fonds zur Bekämpfung von AIDS, Tuberkulose und Malaria (Globaler Fonds), der eine strategische Funktion erfüllt, um integrierte und breitenwirksame Programme zu ermöglichen, muss als nicht ausreichend eingestuft werden. Eine besonders bedauerliche und kritikwürdige Negativentwicklung war in den letzten Jahren bei den Finanzierungsleistungen für Organisationen der Vereinten Nationen zu beobachten, obwohl diesen eine zentrale Rolle bei der Koordination der internationalen Antwort auf die HIV/AIDS-Krise zukommt.

Unter Berücksichtigung aller Finanzierungsmechanismen kann der deutsche Beitrag für die HIV/AIDS-Bekämpfung in den wirtschaftlich benachteiligten Ländern für 2004 auf rund 170 Mio. Euro oder 212 Mio. US-Dollar geschätzt werden. Damit bleiben die bereit gestellten Finanzmittel weit hinter dem Minimalziel zurück, das sich aus der Verpflichtungserklärung und dem Anteil am Bruttonationaleinkommen (BNE) der wirtschaftlich privilegierten Industrieländer ableiten lässt. Nach neueren Schätzungen von UNAIDS werden 2007 insgesamt 18,1 Mrd. US-Dollar und 2008 ca. 22 Mrd. US-Dollar benötigt, um die weitere Ausbreitung der HIV-Infektionen zu bremsen, die AIDS-bedingten Todesfälle zu vermindern und die immensen sozialen Notlagen abzumildern. Ein angemessener Beitrag von deutscher Seite, der sich am Bruttonationaleinkommen orientiert, sollte in diesen Jahren 990 Mio. US-Dollar (800 Mio. Euro) bzw. 1,5 Mrd. US-Dollar (1,2 Mrd. Euro) nicht unterschreiten.

In der inhaltlichen Ausrichtung der bilateralen Entwicklungszusammenarbeit sind die Bemühungen zur Integration der HIV/AIDS-Problematik in allen Förderbereichen als wichtige und wegweisende Ansätze hervorzuheben. Insbesondere in der technischen Kooperation mit afrikanischen Ländern wurden hier in zahlreichen Programmen Fortschritte erzielt. Die Anstrengungen, eine multisektorale Antwort auf die HIV/AIDS-Problematik zu fördern, dürfen jedoch nicht als Ersatz für gezielte Programme und die Stärkung der Gesundheitsdienste insgesamt betrachtet werden. Dem Bereich der Gesundheitsförderung und Versorgung ist bei der Ressourcenzuteilung, der Formulierung von Kooperationsstrategien und der Schwerpunktsetzung auf Länderebene bisher nicht die Beachtung geschenkt worden, die ihm auf Grund seiner besonderen Bedeutung für die Armutsminderung und die Schaffung von Entwicklungschancen zukommt. Die für die sektorale und konzeptionelle Ausrichtung wichtigen Abstimmungs- und Planungsprozesse bedürfen außerdem einer breiteren Konsultationsbasis, wobei die Zivilgesellschaft in den beteiligten Ländern und auch in Deutschland systematischer einzubeziehen ist. Stärker berücksichtigt werden sollte außerdem die Reduzierung der sozioökonomischen Folgen von HIV/AIDS in den Entwicklungsländern, vor allem im Bezug auf Waisen und andere betroffene bzw. gefährdete Kinder.

Insgesamt wurden die konzeptionellen Grundlagen der HIV/AIDS-Politik der Bundesregierung in zahlreichen Aspekten in den letzten Jahren fortentwickelt, u.a. in der Anerkennung der Synergie zwischen Prävention und Behandlung. Auch die konzeptionelle Orientierung der deutschen Entwicklungszusammenarbeit an den Millenniumsentwicklungszielen und der Armutsbekämpfung ist zu begrüßen. Allerdings könnten die konkreten Ziele und die wichtigen Handlungsprinzipien der Verpflichtungserklärung der Vereinten Nationen, die bei der ersten Sondergeneralversammlung vereinbart wurden – wie die konsequente Einbeziehung von Betroffenen und Zivilgesellschaft – noch systematischer berücksichtigt werden. Das Engagement der Bundesregierung könnte jdoch eine wesentlich größere Überzeugungskraft und praktische Wirksamkeit gewinnen, wenn es durch die Bereitstellung finanzieller Ressourcen in angemessener Höhe unterstützt würde.

Auf der Grundlage dieser Analyse lassen sich folgende zentrale Empfehlungen formulieren:

Empfehlungen

- Die HIV/AUDS-Bekämpfung auf höchster Regierungsebene verankern.
- Die Ausrichtung des G8-Gipfels und die Präsidentschaft des EU-Rats nutzen, um auf die konsequente Verwirklichung der Ziele der UN Verpflichtungserklärung zu HIV/AIDS und anderer zentraler Vereinbarungen hinzuarbeiten.
- Im Rahmen einer kontinuierlichen Aufstockung der Entwicklungskooperation insgesamt eine angemessene finanzielle Unterstützung für die internationale Antwort auf die HIV/AIDS-Krise leisten, die sich am Gesamtbedarf und dem Bruttonationaleinkommen orientiert. Der deutsche Beitrag für die HIV/AIDS-Bekämpfung sollte für das Jahr 2007 – bilaterale und multilaterale Finanzierungsmechanismen eingeschlossen – 990 Mio. US-Dollar (800 Mio. Euro) nicht unterschreiten.
- Die finanzielle Kooperation mit dem Globalen Fonds, UNAIDS und anderen UN-Organisationen, die für die Mobilisierung von Ressourcen und die internationale Koordination der HIV/AIDS-Bekämpfung eine zentrale Rolle spielen, deutlich stärken.
- Den Ausbau von Beratung und HIV-Prävention gezielt fördern, die gesellschaftliche Ausgrenzung besonders gefährdeter Bevölkerungsgruppen v.a. in Osteuropa im Rahmen politischer Gespräche thematisieren und die Umsetzung europäischer Aktionsprogramme zur Bekämpfung von HIV/AIDS voran bringen.
- Den Ausbau der Gesundheitsinfrastruktur und die Ausbildung von Gesundheitsfachkräften in den Entwicklungsländern stärker fördern.
- In der gesamten Entwicklungskooperation der Verminderung der sozialen Gefährdung gegenüber der Ausbreitung von HIV/AIDS und deren dramatischen Folgen stärkere Beachtung zu schenken.
- Durch eine kohärente Politik dafür Sorge tragen, dass internationale Handelsabkommen, wie z.B. das TRIPS-Abkommen, im Hinblick auf den Zugang der armen Länder zu Medikamenten überprüft und gegebenenfalls verbessert werden.
- Projekte zur Generikaproduktion ausbauen und mit adäquaten finanziellen und technischen Mitteln ausstatten.
- Die zentrale Priorität der Eindämmung von HIV/AIDS für die Erreichung der Millenniumsentwicklungsziele konzeptionell und in der Umsetzung adäquat berücksichtigen.

Politischer Rahmen und Ziele dieses Berichts

Verpflichtungen der Bundesregierung in der HIV/AIDS-Bekämpfung

Trotz erprobter und erfolgreicher Maßnahmen zu Information und Prävention und wichtiger Fortschritte in der Behandlung von HIV-Infektionen sowie einer Erhöhung der weltweit zur Verfügung stehenden Ressourcen ist die Menschheit von einer wirklichen Kontrolle und Eindämmung der HIV/AIDS-Epidemie noch immer weit entfernt. Steigende Neuinfektionen und AIDS-Todesfälle auf globaler Ebene haben die Herausforderungen sogar noch wachsen lassen. Regierungen haben jedoch in den letzten Jahren in nationalen, regionalen und internationalen Foren Versprechen für eine Intensivierung der HIV/AIDS-Bekämpfung gegeben.

Vor diesem Hintergrund ist es wichtig, dass die Umsetzung der eingegangenen Verpflichtungen von der Zivilgesellschaft kritisch beobachtet und, wenn nötig, eingefordert wird. Regierungen sollten politische Verantwortung für die Umsetzung internationaler Ziele und für eine effektive HIV/AIDS-Bekämpfung übernehmen. Die Bundesregierung hat sich durch Erklärungen auf internationaler Ebene und durch Veröffentlichungen eigener Positionspapiere zu Zielen in der HIV/AIDS-Bekämpfung verpflichtet:

- In der Abschlusserklärung des Millenniumsgipfels der Vereinten Nationen vom September 2000 haben sich die Mitgliedsstaaten verpflichtet, alles zu tun, um den Anteil der in absoluter Armut lebenden Menschen bis zum Jahr 2015 zu halbieren. Die acht Millenniumsentwicklungsziele (Millennium Development Goals) begründen eine gemeinsame Verantwortung von Entwicklungs- und Industrieländern. Das Ziel 6 bezieht sich auf die Eindämmung von HIV/AIDS bis zum Jahr 2015. Die deutsche Bundesregierung hat im April 2001 ein „Aktionsprogramm 2015“ verabschiedet, das ihren Beitrag zur Erreichung der Millenniumsentwicklungsziele umreißt.

- Im Jahr 2001 unterzeichnete die Bundesregierung im Rahmen der Sondergeneralversammlung der Vereinten Nationen zu HIV/AIDS (UNGASS HIV/AIDS) eine Verpflichtungserklärung, die die Mitgliedsstaaten auf das Erreichen von bestimmten Zielen in der HIV/AIDS-Bekämpfung verpflichtet. Die Fortschritte sollen jährlich überprüft werden. Der Überprüfung und Erörterung eines Berichts des Generalsekretärs über die Fortschritte bei der Umsetzung der Verpflichtungen soll ausreichend Zeit und zumindest ein vollen Tag der jährlichen UN Generalversammlung gewidmet werden.[1] Für die Erreichung der gesetzten Ziele wurden Fristen, die 2003, 2005 und 2010 enden, festgelegt. Auf der ersten Überprüfung der Verpflichtungserklärung im Jahr 2003 wurde das zunehmende HIV/AIDS-Problem bestätigt und verstärkte Anstrengungen im Zugang zu Behandlung vorgeschlagen.

- Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) und UNAIDS starteten im Jahr 2003 die „3 by 5 Initiative“ mit dem Ziel, den Zugang zu antiretroviraler Behandlung für drei Millionen Menschen mit HIV/AIDS in den armen Ländern bis zum Ende 2005 zu erreichen.

- Zur Stärkung der HIV/AIDS-Bekämpfung in Osteuropa unterzeichnete die Bundesregierung im Jahr 2004 die Erklärungen von Dublin und Vilnius, die sich auf die steigenden Epidemien und den Handlungsbedarf in Europa, speziell im östlichen Europa, beziehen.[2] Die unterzeichnenden Regierungen hielten unter anderem fest, dass sie einen nicht-diskriminierenden Zugang zu Prävention und Behandlung für alle Menschen erreichen möchten. Die Erklärungen verpflichten auch dazu, ihre Umsetzung unter Einbeziehung der Zivilgesellschaft zu überprüfen.

- Die G8-Staaten haben auf ihren Gipfeltreffen wiederholt ihre Unterstützung für den Globalen Fonds ausgesprochen, der 2002 auch mit ihrer Unterstützung gegründet worden war.

- In der Afrika-Erklärung ihres Weltwirtschaftsgipfels 2005 nahmen sich die Regierungen der G8 vor, „mit dem Ziel einer HIV/AIDS-freien Generation in Afrika die Zahl der HIV-Infektionen erheblich zu reduzieren und ein Paket zur HIV-Prävention und Behandlung zu entwickeln und umzusetzen.“ In der antiretroviralen Behandlung wollen die G8-Regierungen „bis 2010 einem allgemeinen Zugang zur Behandlung für alle, die sie benötigen, so nahe wie möglich kommen.“[3]

- Im Jahr 2004 wurde vom Bundesministerium für Wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (BMZ) ein Positionspapier „Der deutsche Beitrag zur Bekämpfung der HIV/AIDS Pandemie und ihrer Auswirkungen in den Entwicklungsländern“ veröffentlicht. Im Jahr 2005 gaben BMZ und Bundesministerium für Gesundheit und soziale Sicherung (BMGS)[4] die „HIV/AIDS-Bekämpfungsstrategie der

1 UN (2001): Declaration of Commitment on HIV/AIDS, S. 23.

2 EU (Februar 2004); Dublin Declaration; EU (September 2004); Vilnius Declaration.

3 G8 Weltwirtschaftsgipfel 2005. Deutschland ist Mitglied der Gruppe der acht größten Industrienationen der Welt, der sog. G8. Der Schwerpunkt Afrika des 2005-Gipfels wurde durch die „Commission for Africa“ vorbereitet. Die Kommission erarbeitete im Auftrag der britischen Regierung einen umfassenden Bericht zur Lage in afrikanischen Ländern und Handlungsempfehlungen für ihre Unterstützung. Die Ausweitung der Behandlung für Menschen mit HIV/AIDS war eine der zentralen Empfehlungen.

4 Mit dem Amtsantritt der neuen Bundesregierung sind einige Bundesministerien neu zugeschnitten worden, entsprechend wurden Arbeitsbereiche des ehemaligen Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS) neu zugeordnet zwischen dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) und dem neu gebildeten Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS).

Bundesregierung“[5] heraus, die im Juli 2005 im Kabinett verabschiedet wurde. Die beiden Papiere bilden die Basis für die HIV/AIDS-Politik und deren konkrete Maßnahmen auf nationaler und internationaler Ebene.

Zielsetzung dieses Berichts

Die UN-Verpflichtungserklärung zu HIV/AIDS erkennt die besondere Rolle von Betroffenen, Selbsthilfe und Nicht-Regierungs-Organisationen (NRO) im Auf- und Ausbau einer wirksamen HIV/AIDS-Arbeit an. Neben den messbaren Zielen hält sie daher als Handlungsprinzip an der Einbeziehung von Zivilgesellschaft in die Umsetzung und Evaluierung fest. Das *Aktionsbündnis gegen AIDS* möchte mit diesem Bericht zivilgesellschaftliche Verantwortung wahrnehmen und die Umsetzung der eingegangenen Verpflichtungen zur HIV/AIDS-Bekämpfung durch die Bundesregierung kritisch und objektiv bewerten, um Empfehlungen für den weiteren Ausbau auszusprechen.

Die vorliegende Bestandsaufnahme befasst sich primär mit der Umsetzung der Ziele, die 2001 in der UN-Verpflichtungserklärung zu HIV/AIDS festgehalten wurden. Um die Umsetzung dieser Ziele wird es bei einer Sondersitzung der Vereinten Nationen vom 31. Mai bis 2. Juni 2006 in New York gehen. Um eine umfassende Beurteilung der Haltung und Aktivitäten der Bundesregierung in der HIV/AIDS-Bekämpfung vornehmen zu können, werden jüngere Verpflichtungen und Versprechen berücksichtigt, weil sich seit der UN-Verpflichtungserklärung zu HIV/AIDS die Antwort auf die HIV/AIDS-Epidemie weiter entwickelt hat. Während die UN-Verpflichtungserklärung zu HIV/AIDS 2001 noch keine konkreten Ziele für die Ausweitung von Behandlung nannte, gewannen mit ersten Behandlungserfolgen in wirtschaftlich armen und strukturschwachen Ländern Behandlungspläne und messbare Erfolgskriterien an Bedeutung. Durch internationales Engagement von Zivilgesellschaft und anderen Akteur/innen wurde die Forderung nach Behandlungszugang in Entwicklungsländern und somit das Vermeiden von millionenfachem Tod aufgegriffen.

Die Federführung für die HIV/AIDS-Bekämpfung in der Bundesregierung ist auf einzelne Ministerien aufgeteilt. Die Verantwortung für die Maßnahmen im nationalen Rahmen liegt beim Bundesministerium für Gesundheit (BMG). Für die internationale HIV/AIDS-Bekämpfung in Entwicklungsländern ist das Bundesministerium für Wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (BMZ) federführend. Für die Vertretung der Bundesregierung bei der Welthandelsorganisation (WTO) ist das Bundesministerium für Wirtschaft und Technologie (BMWi) zuständig. Diese Aufgabenteilung erfolgt gemäß der Kernkompetenz der Ministerien. Das *Aktionsbündnis gegen AIDS* sieht jedoch eine Verantwortung der gesamten Bundesregierung für die HIV/AIDS-Politik, nicht nur eine Verantwortung einzelner Ministerien. Nur die Ansiedlung der Aufgabe auf höchster Regierungsebene würde der Dimension der globalen Epidemie gerecht und entspräche der Verantwortung Deutschlands als wirtschaftlich und politisch zentralem Akteur. Entsprechend bewertet dieser Bericht die Arbeit der Bundesregierung zu HIV/AIDS insgesamt. Die UN-Verpflichtungserklärung zu HIV/AIDS behandelt vorrangig die Verpflichtungen der Mitgliedsstaaten im nationalen Kontext, stellt jedoch auch Ziele auf globaler Ebene auf[6]. Die übrigen oben erwähnten Erklärungen beziehen sich auf den internationalen Rahmen. Der Schwerpunkt des vorliegenden Berichts liegt auf einer kritischen Bewertung des Engagements in der Eindämmung der globalen HIV/AIDS-Epidemie. Die Umsetzung der globalen Verpflichtungen wird im Kontext der bilateralen und multilateralen Entwicklungszusammenarbeit, der internationalen Organisationen und im Verband der Geberländer (OECD, EU, G8) durchleuchtet. Der Bericht geht auch auf die nationale HIV/AIDS-Bekämpfung ein. Die beiden Bereiche können und sollen nicht getrennt werden.

Gliederung des Berichts

Dieser Bericht stellt zunächst den Rahmen der UN-Verpflichtungserklärung zu HIV/AIDS vom Juni 2001 und weitere zentrale Vereinbarungen im europäischen und internationalen Kontext dar. Die Darstellung und Bewertung der HIV/AIDS-Arbeit der Bundesregierung ist in zwei Teile gegliedert. Teil 1 diskutiert die Bereiche Politische Verantwortung, Prävention, Unterstützung und Behandlung, Verminderung der Gefährdung und der sozio-ökonomischen Auswirkungen sowie Forschung und Entwicklung. Teil 2 stellt die Beteiligung Deutschlands an der Bereitstellung dringend benötigter Mittel dar. Basierend auf der Darstellung und der Bewertung des deutschen Engagements werden zu jedem Handlungsfeld Empfehlungen an die Bundesregierung für die zukünftige HIV/AIDS-Arbeit abgeleitet.

Menschenrechte als Querschnittsthema

Die HIV/AIDS-Verpflichtungserklärung stellt fest, dass die Achtung der Menschenrechte und Grundfreiheiten eine wesentliche Voraussetzung für die Verringerung der HIV/AIDS-Gefährdung und für alle Strategien der HIV/AIDS-Bekämpfung unverzichtbar ist. Sie fordert, dass die UN-Mitglieder bis 2003 Gesetze einführen sollen, die die Diskriminierung von Menschen mit HIV und AIDS vermindern und die Achtung ihrer Menschenrechte garantieren. Dieser Bericht betrachtet daher die Beachtung und Förderung der Menschenrechte von Menschen, die HIV-betroffen oder -gefährdet sind, als Schlüsselelement in der HIV/AIDS-Bekämpfung. Die Wahrung der Menschenrechte wird nicht als eigene Maßnahme besprochen, sondern als Basis und gleichzeitig als Ziel aller HIV/AIDS-Strategien und Interventionen behandelt.

5 BMZ (2004): Der deutsche Beitrag zur Bekämpfung der HIV/AIDS-Pandemie und ihrer Auswirkungen in den Entwicklungsländern; BMZ und BMG (2005): HIV/AIDS-Bekämpfungsstrategie der Bundesregierung.

6 Die Bundesregierung war auf der UN Sondergeneralversammlung zu HIV/AIDS 2001 entsprechend durch die Bundesministerin für Gesundheit, Frau Ulla Schmidt, vertreten.

UN-Verpflichtungserklärung zu HIV/AIDS vom Juni 2001

Im Juni 2001 verabschiedeten Staatschefs und Regierungsvertreter/innen von 189 Nationen auf einer Sondergeneralversammlung der Vereinten Nationen zu HIV/AIDS (United Nations General Assembly Special Session, UNGASS HIV/AIDS) einstimmig eine Verpflichtungserklärung (Declaration of Commitment). Die UNGASS-Sitzung wird als ein Meilenstein für die HIV/AIDS-Bekämpfung angesehen. Es war das erste Mal in der Geschichte der Vereinten Nationen, dass eine Sondergeneralversammlung zu einer einzigen Krankheit einberufen wurde.

In der Verpflichtungserklärung erkannten die Mitgliedsstaaten an, dass die HIV/AIDS-Epidemie „einen globalen Notfall und eine der größten Herausforderungen für menschliches Leben und Würde darstellt". Das Thema „Globale Krise – globale Antwort" ihrer Verpflichtungserklärung unterstrich den dringenden Handlungsbedarf. 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 HIV/AIDS-Epidemie ist ein Hindernis auf dem Weg zur Realisierung der Millenniumsentwicklungsziele.
- Begünstigende Faktoren der HIV/AIDS-Ausbreitung sind Armut, Unterentwicklung, Analphabetismus, bewaffnete Konflikte, Stigma und Diskriminierung, die Ungleichbehandlung der Geschlechter.
- Der Zugang zu Behandlung ist ein fundamentaler Bestandteil des Rechts auf Gesundheit.
- Es bestehen Synergien zwischen Versorgung/Behandlung und Prävention.
- Partnerschaften zwischen allen Sektoren der Gesellschaft sind unverzichtbar bei der Erreichung der Ziele.
- Die Gleichstellung von Mann und Frau sind Voraussetzung für eine wirksame HIV/AIDS-Bekämpfung.

Die Verpflichtungserklärung setzt Ziele im jeweiligen nationalen Kontext der Mitgliedsstaaten fest. Darüber hinaus sind explizit Verpflichtungen der internationalen Gemeinschaft, der Geberländer bzw. der Industrieländer genannt, die die besondere Verantwortung ihrer Regierungen durch Entwicklungshilfe, internationale Politik und internationale Kooperation beschreiben. Die Verpflichtungserklärung nennt dazu u.a. die folgenden Herausforderungen:

- Erhöhung von internationaler Hilfe.
- Anerkennung der Bedeutung von regionaler und internationaler Kooperation.
- Das Schuldenproblem als Einschränkung der Kapazität vieler Länder in der HIV/AIDS-Bekämpfung.
- Anerkennung der Führungsrolle der Vereinten Nationen, insbesondere von UNAIDS.

Überprüfung der UN-Verpflichtungserklärung zu HIV/AIDS im Mai 2006

Vom 31. Mai bis 2. Juni 2006 wird eine Sondergeneralversammlung der Vereinten Nationen als Folgekonferenz der UNGASS 2001 stattfinden mit folgenden Zielen:[7]

- Die Überprüfung des Fortschritts in der Umsetzung der Verpflichtungserklärung von 2001, sowohl im Hinblick auf Hemmnisse als auch auf Möglichkeiten der vollen Umsetzung.
- Die Verabschiedung von Empfehlungen, wie die Ziele der Verpflichtungserklärung erreicht werden können, einschließlich des Erreichens von „Universellem Zugang".
- Die Erneuerung des Bekenntnisses zu politischer Verantwortung.

Es ist zu erwarten, dass die Ziele der Verpflichtungserklärung von vielen Ländern nicht erreicht werden. Dies wurde auch in einem 2005 vom Generalsekretär der Vereinten Nationen, Kofi Annan, vorgelegten Zwischenbericht über die Umsetzung der Verpflichtungserklärung festgestellt. Der Bericht erklärt, dass in einigen wenigen Ländern die Epidemie aufgehalten werden konnte, dass jedoch die Ausbreitung auf globaler Ebene weiter zunimmt. [8]

Zwar hat das Engagement vieler Regierungen in der Bekämpfung von HIV/AIDS seit der UNGASS-Konferenz im Jahr 2001 zugenommen, z.B. durch die Entwicklung von nationalen strategischen Plänen zur HIV/AIDS-Bekämpfung. Auch die finanziellen Ressourcen, die die Länder mit

7 UNGASS (2006): United Nation's General Assembly Special Session on HIV/AIDS Review; www.ungasshiv.org.

8 UN Secretary General (2005): Progress report on UNGASS.

mittlerem und niedrigem Einkommen in der HIV/AIDS-Bekämpfung einsetzen können, sind von 2 Milliarden US-Dollar im Jahr 2001 auf 8 Milliarden im Jahr 2005 gestiegen. Jedoch halten die Anstrengungen zur Bekämpfung der Epidemie mit ihrer Ausbreitung weiterhin nicht Schritt. Vor allem haben die reichen Industrieländer bei weitem noch nicht ausreichend Ressourcen bereitgestellt, die für eine angemessene AIDS-Bekämpfung in den Entwicklungsländern benötigt würden.

Immer noch hat der größte Teil der Weltbevölkerung keinen ausreichenden Zugang zu HIV-Prävention, und vor allem in Asien und Osteuropa steigt die Rate der neuen HIV-Infektionen. Der Zugang zu adäquater Behandlung ist trotz einiger Fortschritte bei weitem nicht angemessen. Behandlungsprogramme werden nicht zügig genug ausgebaut, um die gravierenden Auswirkungen von HIV/AIDS auf Menschen, die in Armut leben, aufzuhalten. Die Zahl der AIDS-bedingten Todesfälle und Waisenkinder nimmt weltweit zu.

Vertretung der Bundesregierung bei der Sondergeneralversammlung

Die Bundesregierung wird durch eine Delegation bei der Sondergeneralversammlung vertreten sein. Der Beitrag der Regierung auf der Versammlung sollte die Kritik an der bisherigen Umsetzung der HIV/AIDS-Ziele sowie Empfehlungen für die künftige Überprüfung der UN-Verpflichtungserklärung zu HIV/AIDS aufgreifen. Um die Ausweitung der internationalen HIV/AIDS-Arbeit zeitnah und umfassend voranzubringen, müssen die Vereinten Nationen erneut konkrete und messbare Ziele verabreden. Die Umsetzung der zentralen Maßnahmen sollte außerdem jährlich durch quantitative und qualitative Berichte überprüft werden.

Die Beteiligung der Zivilgesellschaft an der Sondergeneralversammlung

Die Verpflichtungserklärung erkennt die Bedeutung der Zivilgesellschaft in der Bekämpfung von HIV/AIDS an und verpflichtet die Mitgliedsstaaten zur Kooperation mit den zivilgesellschaftlichen Gruppen. Zivilgesellschaftlichen Organisationen soll eine offene und aktive Beteiligung ermöglicht werden.

Dies geschieht in der Vorbereitung durch eine zivilgesellschaftliche „Task Force“, die – mit Unterstützung von UNAIDS – die Teilnahme der Zivilgesellschaft und vor allem von Selbsthilfe-Initiativen und Betroffenen an der Sondergeneralversammlung stärken soll. International und national operierende NRO haben sich in einer „Koalition der Zivilgesellschaft zu HIV/AIDS UNGASS“ zusammengeschlossen, um gemeinsam ihrer Stimme Gehör zu verschaffen und den UNGASS-Prozess mitzubestimmen.

Beim Ökonomischen und Sozialen Rat der Vereinten Nationen (ECOSOC) akkreditierte NRO können an der Versammlung teilnehmen. Darüber hinaus können sich auch andere in der HIV/AIDS-Bekämpfung aktive NRO zur Teilnahme an der Versammlung akkreditieren. Außerdem sind die Regierungen der Mitgliedsstaaten aufgerufen, Vertreter/innen von zivilgesellschaftlichen Organisationen in nationale Regierungsdelegationen aufzunehmen.

Schätzungen zur nationalen und globalen HIV/AIDS-Epidemie für das Jahr 2005

Deutschland	
Menschen, die mit HIV/AIDS leben:	49.000
Männer:	39.500
Frauen:	9.500
Kinder:	300
Verteilung nach Infektionswegen:	
Männer, die Sex mit Männern haben:	31.000
Personen, die sich auf heterosexuellem Weg infizierten:	5.500
Personen aus sog. Hochprävalenzregionen:	5.500
Intravenöse Drogengebraucher/innen:	6.000
Hämophile und Bluttransfusionsempfänger/innen:	600
Mutter-Kind-Übertragung:	300
HIV-Neuinfektionen im Jahr 2005:	
Neuinfektionen insgesamt:	2.600
Neuinfektionen bei Männern:	2.250
Neuinfektionen bei Frauen:	350
Neuinfektionen bei Kindern:	20
Verteilung nach Infektionswegen:	
Männer, die Sex mit Männern haben:	70%
Heterosexuelle Kontakte:	20%
Intravenöser Drogengebrauch:	9%
Mutter-Kind-Übertragung:	1%
Gesamtzahl der HIV-Infizierten seit Beginn der Epidemie:	ca. 75.000
Todesfälle im Jahr 2005:	750
Gesamtzahl der Todesfälle seit Beginn der Epidemie:	26.000

Quelle: Robert Koch-Institut (2005): Epidemiologisches Bulletin

Schätzungen zur nationalen und globalen HIV/AIDS-Epidemie für das Jahr 2005

Global	
Menschen, die mit HIV/AIDS leben:	40.3 Millionen
Erwachsene:	38 Millionen
Männer:	20.5 Millionen
Frauen:	17.5 Millionen
Kinder unter 15 Jahren:	2.3 Millionen
HIV-Neuinfektionen im Jahr 2005:	
Neuinfektionen insgesamt:	4.9 Millionen
Neuinfektionen bei Erwachsenen:	4.2 Millionen
Neuinfektionen bei Kindern unter 15 Jahren:	700.000
AIDS-Todesfälle im Jahr 2005:	
Menschen, die an AIDS gestorben sind:	3.1 Millionen
Erwachsene:	2.6 Millionen
Kinder unter 15 Jahren:	570.000
Afrika ist der am stärksten betroffene Kontinent:	
Dort leben 25,8 Millionen Menschen mit HIV/AIDS.	
Das sind 64% aller Menschen mit HIV/AIDS.	
Neuinfektionen insgesamt:	3.2 Millionen
AIDS-Todesfälle:	2.4 Millionen
Kinder, die ein oder beide Elternteile an AIDS verloren haben:	12 Millionen
Lateinamerika verzeichnet in vielen Ländern hohe Infektionsraten:	
Heute leben in der Region 1,8 Millionen Menschen mit HIV/AIDS.	
Neuinfektionen bei Erwachsenen:	200.000
AIDS-Todesfälle:	66.000
In Asien breitet sich die Epidemie weiter aus:	
Dort leben schon heute 8,3 Millionen Menschen mit HIV/AIDS.	
Neuinfektionen bei Erwachsenen:	1.1 Millionen
AIDS-Todesfälle:	520.000
Osteuropa und Zentralasien zeigen schon heute große Epidemien:	
Menschen, die mit HIV/AIDS leben:	1.6 Millionen
Neuinfektionen bei Erwachsenen:	270.000
AIDS-Todesfälle:	62.000

Quelle: UNAIDS (2005): AIDS Epidemic Update

Auf der Konferenz werden NRO an bestimmten Round Tables und einer Anhörung teilnehmen können. Ein/e Vertreter/in von Betroffenenorganisationen wird bei dem Treffen der Regierungs- und Staatsoberhäupter, dem so genannten High Level Meeting, sprechen.

Berichterstattung der Mitgliedsstaaten

Um überprüfen zu können, ob die Ziele der UN-Verpflichtungserklärung zu HIV/AIDS erreicht wurden, waren die Mitgliedsstaaten aufgerufen, bis zum 31. Dezember 2005 Berichte über ihr Engagement in der HIV/AIDS-Bekämpfung vorzulegen.[9]

Im Rahmen dieser Berichtspflicht hat die Bundesregierung Ende 2005 einen Bericht vorgelegt. Die Federführung bei der Berichterstellung hatte das BMG als für die nationale HIV/AIDS-Bekämpfung zuständiges Ministerium. Zur Berichterstellung lag ein von den Vereinten Nationen bereitgestelltes Berichtsformat „Richtlinien für die Konstruktion von Kern-Indikatoren“ (Guidelines for the Construction of Core Indicators) vor, an dem sich die Regierungen orientieren konnten. Auf diese Weise sollte die Vergleichbarkeit und Quantifizierbarkeit der erhobenen Daten sichergestellt werden.

Dem Berichtsformat folgend, besteht der Bericht der Bundesregierung aus einem 15-seitigen Fragebogen („Country Reporting Format“), der die epidemiologische Situation in Deutschland, die Maßnahmen der Regierung zur AIDS-Bekämpfung und die dabei auftretenden Schwierigkeiten darstellt. In der Berichterstellung fand die von den Vereinten Nationen geforderte Zusammenarbeit mit der Zivilgesellschaft statt, indem ein Fragebogen zur Bewertung der HIV/AIDS-Arbeit der Regierung von der Deutschen AIDS-Hilfe bearbeitet wurde und Gespräche zwischen BMG und der Deutschen AIDS-Hilfe stattfanden.

Die Bundesregierung erklärt, dass die UN-Verpflichtungserklärung zu HIV/AIDS eine der Grundlagen für die HIV/AIDS-Arbeit sei, dass sie jedoch in der täglichen Umsetzung nicht immer eine zentrale Rolle spiele. Daneben seien auch andere Verpflichtungserklärungen, vor allem die zu den Millenniumsentwicklungszielen aus dem Jahr 2000, wichtige Grundlagen der Arbeit.

Die regelmäßigen Überprüfungen der Fortschritte bei der Verwirklichung ihrer Ziele und Handlungsmaximen, die laut Verpflichtungserklärung mit Beteiligung der Zivilgesellschaft und der Selbsthilfeorganisationen durchzuführen sind, wurden bisher von der Bundesregierung nicht umfassend umgesetzt. Auch die in den Richtlinien für die Berichtslegung von UNAIDS ausdrücklich empfohlene

9 Die Berichte umfassen den Zeitraum Januar 2003 bis Dezember 2005. Ende 2002 geschah eine erste Bestandsaufnahme der Umsetzung der Verpflichtungserklärung durch Länderberichte und einen vom Generalsekretär der VN vorgelegten zusammenfassenden Bericht. Eine erneute Sondergeneralversammlung zu diesem Zweck war zum damaligen Zeitpunkt nicht vorgesehen.

Präsentation und Diskussion der Ergebnisse in einem öffentlichen Forum vor der Einreichung des Reports wurde von der Bundesregierung nicht umgesetzt. Damit wurde die Gelegenheit ausgelassen, den nationalen Bericht auf der Basis der vielfältigen Erfahrungen und Einschätzungen aller relevanten in der HIV/AIDS-Arbeit engagierten Initiativen zu formulieren.

Empfehlungen für die zukünftige Überprüfung der UN-Verpflichtungserklärung zu HIV/AIDS

Was die globalen Verpflichtungen anbelangt, schlug UNAIDS lediglich vier Kernindikatoren vor. Davon beziehen sich zwei auf die unmittelbare Verantwortung der Regierungen, nämlich der Umfang der auf bilateralem und multilateralem Weg bereitgestellten Ressourcen zugunsten von wirtschaftlich benachteiligten Ländern sowie die öffentliche Finanzierung der Erforschung und Entwicklung von Präventionsmitteln wie Mikrobiziden und Impfstoffen. Der von der Bundesregierung eingereichte Bericht wiederholt hierzu nur die wenig konkreten Angaben, die bereits in ihrer HIV/AIDS-Bekämpfungsstrategie genannt wurden.

Der Indikator zur Entwicklungszusammenarbeit auf dem Gebiet der HIV/AIDS-Bekämpfung wird in dem Modell von UNAIDS in zwei Fragen aufgeschlüsselt. Die eine zielt auf das Volumen der spezifischen HIV/AIDS-Programme, die unter dem betreffenden Kennwort im Informationssystem des Development Assistance Committee (DAC) der OECD registriert sind. Die zweite bezieht sich auf die gesamten Leistungen der Official Development Assistance (ODA). Dies reicht jedoch nicht aus, um den Umfang der Ressourcenflüsse für HIV/AIDS-Maßnahmen vollständig zu erfassen und die Bedingungen und die Qualität der Kooperation zu bewerten. Eine differenzierte und umfassende Analyse der quantitativen und qualitativen Aspekte ist jedoch notwendig, um den Beitrag der wirtschaftlich privilegierten Länder zur internationalen Antwort auf die HIV/AIDS-Krise angemessen einschätzen zu können. Sie ist daher für die folgenden Überprüfungen der UN-Verpflichtungserklärung zu verabreden.

Der Verpflichtungserklärung ist in weiten Teilen als Kompromiss zustande gekommen. Nicht alle Fragen sind in systematischer Weise behandelt, und einiges ist ausgelassen. So fehlt zum Beispiel die klare Benennung der besonders – durch gesellschaftliche Ausgrenzung – gefährdeten Bevölkerungsgruppen wie intravenöse Drogengebraucher/innen, Menschen im kommerziellen Sexgewerbe.

Empfehlungen

- Zukünftig sollte die Bundesregierung regelmäßige Überprüfungen der UN-Verpflichtungserklärung zu HIV/AIDS in einem konsultativen Prozess mit der Zivilgesellschaft durchführen.
- Im Rahmen der Sondergeneralversammlung zu HIV/AIDS vom 31. Mai bis zum 2. Juni 2006 soll sich die Bundesregierung für die Fortschreibung bzw. die Festschreibung messbarer Ziele einsetzen.
- Die künftige Berichterstattung sollte eine umfassendere Darstellung und Analyse der von den betreffenden Ländern auf regionaler und internationaler Ebene geleisteten Kooperation enthalten und dabei auf Umfang, Bedingungen und Qualität eingehen.

Teil 1: Bisherige Umsetzung der HIV/AIDS-Verpflichtungen

Politische Verantwortung

Die UN-Verpflichtungserklärung zu HIV/AIDS erkennt an, dass die Übernahme von politischer Verantwortung in allen Bereichen der Gesellschaft wesentlich für eine effektive Antwort auf die HIV/AIDS-Epidemie ist. Die Bedeutung der Partizipation der Zivilgesellschaft, des Wirtschaftssektors und des privaten Sektors wird unterstrichen. Politische Verantwortung wird verstanden als persönliches Engagement und konkrete Aktionen[10].

Strategiepapiere und Veröffentlichungen als Basis für die weitere HIV/AIDS-Bekämpfung

Die Bundesregierung hat mit der Erarbeitung der „HIV/AIDS-Bekämpfungsstrategie der Bundesregierung" durch BMGS und BMZ im Jahr 2005 die UNGASS-Verpflichtungen auf konzeptioneller Ebene aufgegriffen. Die Bekämpfungsstrategie sei herausgegeben worden, um den neuen Herausforderungen adäquat zu begegnen und die AIDS-Bekämpfung nicht nach altbewährtem Muster durchzuführen. Das Dokument enthält Aussagen zur nationalen und globalen HIV/AIDS-Epidemie und Absichtserklärungen zur HIV/AIDS-Bekämpfung und deren inhaltlicher Ausrichtung, z.B. Stärkung von Geschlechtergerechtigkeit, Erhöhung des Zugangs zu Behandlung usw. Es fehlen jedoch ein konkreter Aktionsplan und eine Benennung des erforderlichen Ressourceneinsatzes zur Erreichung der Ziele.

Der auf die internationale HIV/AIDS-Bekämpfung bezogene Teil der Strategie beruht weitgehend auf dem vom BMZ bereits 2004 veröffentlichten Positionspapier „Der deutsche Beitrag zur Bekämpfung der HIV/AIDS-Pandemie und ihrer Auswirkungen in den Entwicklungsländern". Die HIV/AIDS-Bekämpfungsstrategie und das BMZ-Positionspapier sind Basis für die weiteren Maßnahmen in der nationalen und internationalen HIV/AIDS-Bekämpfung. Die Bundesregierung verpflichtet sich zur Umsetzung der in den Dokumenten genannten Ziele. Beide Dokumente erwähnen die UN-Verpflichtungserklärung zu HIV/AIDS nur jeweils einmal, ohne näher auf sie einzugehen oder sich im Detail auf sie zu beziehen.

Nach Informationen der beteiligten Ministerien wird derzeit ein Aktionsplan mit konkreten Zielen, Strategien und Zeitvorgaben für die Umsetzung der HIV/AIDS-Bekämpfungsstrategie der Bundesregierung formuliert, wie er auch in der Koalitionsvereinbarung vom November 2005 erwähnt wird[11]. Der Entwurf des Aktionsplans soll bis Ende 2006 abgeschlossen sein, ab Frühjahr 2007 soll die Beratung mit anderen Ministerien stattfinden. Es wäre wünschenswert, wenn der Aktionsplan früher als in dem angegebenen Zeitrahmen aufgestellt würde. Der jetzige Zeitplan ist angesichts der Dringlichkeit für die notwendige Antwort auf HIV/AIDS zu weit gefasst, vor allem, wenn man berücksichtigt, dass die „HIV/AIDS-Bekämpfungsstrategie der Bundesregierung" schon seit Mitte 2005 vorliegt. In einer der Konsultation mit der Zivilgesellschaft zum Entwurf des Dokuments wiesen die zivilgesellschaftlichen Organisationen auf die Dringlichkeit der Umsetzung und auf das Fehlen eines konkreten Aktionsplans hin.

HIV/AIDS noch nicht ausreichend öffentlich thematisiert

Parlamentarische Gremien haben sich wiederholt zu HIV/AIDS geäußert. So hat z.B. der Ausschuss für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (AWZ) in den vergangenen Jahren Anhörungen und Fachgespräche zu HIV/AIDS durchgeführt. Im Vorfeld der UNGASS Versammlung im Mai 2006 wird der Ausschuss HIV/AIDS in einer öffentlichen Anhörung behandeln. Mitglieder des AWZ hatten die Bundesregierung bereits 2004 mit einer fraktionsübergreifenden Beschlussempfehlung (SPD, CDU/CSU und Bündnis 90/Die Grünen) aufgefordert, sich auf internationaler Ebene für die Umsetzung des HIV/AIDS-Bekämpfungsziels der Millenniumserklärung der Vereinten Nationen einzusetzen und sich angemessen für die Mittelbereitstellung durch den Globalen Fonds zu engagieren.[12] Dieses parlamentarische Engagement sollte auch in den kommenden Jahren weiter geführt und ausgebaut werden. Beschlüsse und Empfehlungen sollten mit den Fraktionsführungen diskutiert und in die Regierungspläne aufgenommen werden.

Für die Übernahme von politischer Verantwortung in der Umsetzung der HIV/AIDS-Ziele ist jedoch eine breitere Verankerung des Themas, auch auf höchster Regierungsebene, notwendig. Das *Aktionsbündnis gegen AIDS* hat immer wieder gefordert, HIV/AIDS zur „Chefsache" zu machen. Dies ist aber bisher nicht im notwendigen Maß geschehen. Es gibt außerhalb der beiden Ministerien BMG und BMZ kaum öffentliche Äußerungen von Regierungsvertreter/innen zu HIV/AIDS.

Eine öffentliche Thematisierung und wirkliche Querschnittsverankerung sind jedoch nötig, um das Thema

10 Das englische Original spricht hier von „Leadership".
11 Koalitionsvertrag 2005: Gemeinsam für Deutschland – mit Mut und Menschlichkeit.
12 Ausschuss für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (18. Juni 2004): Bundestagsdrucksache 15/3411: Globale Politik muss Bekämpfung von HIV/AIDS intensivieren.

sichtbar zu machen und die nötige Unterstützung in der Bevölkerung und durch die Bundesregierung zu erreichen. Dazu ist ein Engagement von höchster politischer Ebene, also der Bundeskanzlerin, Frau Angela Merkel, und dem Bundespräsidenten, Herrn Horst Köhler, erforderlich.

HIV/AIDS muss auf Regierungsebene personell verankert sein

Auf Regierungsebene sollte ein adäquates Instrument zur Koordination und Querschnittsverankerung geschaffen werden. Dazu kann eine interministerielle Arbeitsgruppe dienen – eine solche Arbeitsgruppe wurde in der Vergangenheit bereits mehrfach angekündigt. Für eine größere Politikkohärenz wäre es wünschenswert, dass die interministerielle Arbeitsgruppe die Koordination der HIV/AIDS-Bekämpfung über die bisher beteiligten Ministerien BMG und BMZ hinaus leistet und sich daher aus Vertreter/innen von allen relevanten Ministerien zusammensetzt.

Eine weitere Option für das Erreichen von größerer politischer Verantwortung und Kohärenz in der HIV/AIDS-Bekämpfung ist die Ernennung einer/s „HIV/AIDS-Botschafters/in“ oder „HIV/AIDS-Beauftragten“. Es wird hier auf die Beispiele von anderen Ländern, etwa Norwegen, hingewiesen, die eine solche Institution eingerichtet haben. Alle erwähnten Positionen bzw. Arbeitsgruppen sollten in direktem Austausch mit der Bundeskanzlerin agieren und mit entsprechenden Entscheidungskompetenzen ausgestattet sein, um deutliche Fortschritte in der Umsetzung der HIV/AIDS-Ziele zu erreichen.

Querschnittsverankerung in der Entwicklungszusammenarbeit weitgehend erfolgreich

Es ist zu einem großen Ausmaß gelungen, im BMZ und in den Durchführungsorganisationen der bilateralen Entwicklungszusammenarbeit (EZ) – u.a. die deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (GTZ), die Kreditanstalt für Wiederaufbau (KfW), der Deutsche Entwicklungsdienst (DED) und die Internationale Weiterbildung und Entwicklung (InWEnt) – HIV/AIDS als ein Schwerpunktthema und eine Querschnittsaufgabe aufzugreifen, d.h. das Thema in allen Sektoren der EZ zu integrieren.

Nach übereinstimmender Meinung hat zur Verankerung des Themas in der deutschen EZ die BMZ-„Sonder initiative Mainstreaming HIV/AIDS (SIMHA)“ wesentlich beigetragen. SIMHA wurde 2003 ins Leben gerufen, um Kompetenzen und Synergien im Kampf gegen HIV/AIDS zu fördern. In dieser Zeit ist es gelungen, Maßnahmen zur HIV/AIDS-Eindämmung und Folgenminderung sowie Rücksicht auf Faktoren und Handlungen, die die Epidemie weiter vorantreiben könnten, in die Konzepte des BMZ und der staatlichen Durchführungsorganisationen aufzunehmen. Die SIMHA ist nach heutigem Stand allerdings bis 2007 begrenzt, über ihre Weiterführung wurde noch keine Entscheidung getroffen. Zur gleichmäßigen Umsetzung auf allen Politikebenen ist eine Stärkung des Mandates der SIMHA notwendig. Mit Blick auf die notwendige Ausweitung spezifischer Programme für die Bereiche Beratung und Prävention sowie Behandlung und Pflege dürfe das Mainstreaming allerdings nicht zu einer Entschuldigung werden.

Personelle Ressourcen notwendig

Verschiedentlich wird betont, dass angesichts der Komplexität der Aufgaben die für die HIV/AIDS-Arbeit in der Bundesregierung zur Verfügung stehenden personellen Ressourcen nicht ausreichen. So sei z.B. die SIMHA nur mit 1½ Stellen ausgestattet und damit eher unterbesetzt. Das BMG könne sich aus mangelnden personellen Ressourcen nicht an der SIMHA beteiligen. Durch Personalkürzungen könne das BMZ die Steuerung wichtiger Bereiche der EZ wie HIV/AIDS und Gesundheit nicht ausreichend leisten. Um eine adäquate Umsetzung der Verpflichtungserklärung und der HIV/AIDS Bekämpfungsstrategie zu erreichen, sollten Ministerien und Durchführungsorganisationen mit adäquaten Personalstellen ausgestattet werden.

Schaffung von Politikkohärenz noch nicht gelungen

Mit der Veröffentlichung der „HIV/AIDS-Bekämpfungsstrategie der Bundesregierung“ und des Positionspapiers „Der deutsche Beitrag zur Bekämpfung der HIV/AIDS-Pandemie und ihrer Auswirkungen in den Entwicklungsländern“ des BMZ gibt sich die Bundesregierung einen verbindlichen Handlungsrahmen für die Umsetzung der internationalen HIV/AIDS-Ziele. Allerdings sind nur BMG und BMZ Herausgeber der Dokumente. Da die HIV/AIDS-Bekämpfungsstrategien zwar von BMZ und BMG verfasst, aber vom Kabinett insgesamt verabschiedet wurde, sollte sie auch für alle Ressorts verbindlich sein.

HIV/AIDS-Bekämpfung als Teil der Millenniumsentwicklungsziele

Die Bundesregierung sieht die Millenniumsentwicklungsziele, die im Jahr 2000 von den Vereinten Nationen beschlossen wurden, als Rahmen für ihre Entwicklungspolitik und speziell die Armutsbekämpfung als übergeordnetes Ziel. Dies ist positiv zu bewerten. Denn die Millenniumsentwicklungsziele sind – trotz ihrer Unzulänglichkeiten – der umfassendste politische Rahmen der internationalen Entwicklungskooperation. Jedoch kommen die Millenniumsentwicklungsziele als Referenzrahmen nur an einigen Stellen im Koalitionsvertrag von November 2005 vor, wie der Verband Entwicklungspolitik deutscher Nichtregierungsorganisationen (VENRO) kritisiert: „Das Bekenntnis der neuen Bundesregierung zu den Millenniumsentwicklungszielen wirkt nicht sonderlich überzeugend“. [13] Hier ist die Bundesregierung gefordert, die Millenniumsentwicklungsziele in ihrer Politik kohärent umzusetzen.

13 VENRO (2006): Bewertung des Koalitionsvertrags 2005.

Sechs der acht Millenniumsentwicklungsziele sind direkt mit HIV/AIDS verbunden.[14] Die Millenniumserklärung befasst sich außerdem explizit mit der HIV/AIDS-Epidemie und schreibt das Ziel fest, bis 2015 die Zunahme von HIV/AIDS zu stoppen und den Trend der weltweiten Epidemie umzukehren. Zur Erreichung dieses Ziels werden unerlässliche konkrete Maßnahmen genannt.[15] Es ist mittlerweile international anerkannt, dass ohne schnellere Fortschritte in der HIV/AIDS-Bekämpfung viele Länder nicht in der Lage sein werden, auch die anderen Millenniumsentwicklungsziele zu erreichen. In vielen Regionen der Welt wird die weitere Entwicklung durch HIV/AIDS, Tuberkulose und Malaria aufgehalten. Damit ist in vielen Ländern auch der Erfolg der Entwicklungskooperation gefährdet. Durch den verfrühten Tod von Kindern und Erwachsenen sinken die Lebenserwartung und die Produktivität, außerdem gehen soziale Sicherungsnetze, erlernte Techniken und überliefertes Wissen verloren.

Der im Mai 2005 vom BMZ herausgegebene „12. Bericht zur Entwicklungspolitik der Bundesregierung" behandelt HIV/AIDS in einem Kapitel zum entsprechenden HIV/AIDS-Millenniumsentwicklungsziel, in dem er auf die schwerwiegenden sozio-ökonomischen Folgen der Pandemie usw. eingeht. HIV/AIDS wird in den Kapiteln zu den übrigen Millenniumsentwicklungszielen jedoch nur marginal behandelt, es fehlt eine Verankerung der HIV/AIDS-Bekämpfung als Querschnittsthema. Der Bericht geht auch nicht darauf ein, dass die Ausbreitung von HIV/AIDS das Erreichen der Millenniumsentwicklungsziele zumindest in Afrika gefährdet bzw. unwahrscheinlich macht. Dieser Zusammenhang wurde vom „Zwischenbericht zur Erreichung der Millenniumsentwicklungsziele" von Anfang 2005, dem so genannten Sachs-Bericht, festgestellt.[16] Auch im BMZ „Sektorstrategiepapier Afrika" ist HIV/AIDS konzeptionell nicht adäquat integriert. Die HIV/AIDS-Epidemie wird zwar als Entwicklungshindernis definiert, Handlungspläne oder eine entsprechende Schwerpunktsetzung bleiben jedoch aus.[17]

Verpflichtung der G8-Staaten zum „Universellen Zugang" erfüllen

Auf dem G8-Gipfeltreffen in Gleneagles im Juli 2005 hat sich die Bundesregierung in einer gemeinsamen Erklärung der G8 verpflichtet, „einen so weit wie möglich weltweiten Zugang zur Behandlung bei AIDS bis zum Jahr 2010" zu erreichen. Für die Eindämmung von HIV/AIDS, für den Schutz und das Überleben von Millionen Menschen ist es unerlässlich, dass die G8-Regierungen ihre Versprechen halten. AIDS-Aktivist/innen und Betroffene weltweit setzen sich dafür ein, dass das Ziel eines „Universellen Zugangs" zu Prävention und Behandlung für Menschen mit HIV/AIDS in die Tat umgesetzt wird. Deutschland hat in der Gruppe der G8-Staaten besondere Verpflichtungen, weil es als Gastland des G8-Gipfeltreffens 2007 wesentlichen Einfluss auf die Agenda des Treffens nehmen kann. Das *Aktionsbündnis gegen AIDS* hat dazu in einem Brief an den zuständigen Staatssekretär Dr. Bernd Pfaffenbach vom BMWi gefordert, HIV/AIDS und speziell die Umsetzung des „Universellen Zugangs" in den Vorbereitungen und beim Gipfeltreffen selbst zum Thema zu machen. Auch die „HIV/AIDS-Bekämpfungsstrategie der Bundesregierung" erklärt, dass die Bundesregierung an der Erarbeitung und Umsetzung internationaler Strategien und Zielsetzungen zur HIV/AIDS-Behandlung mitwirkt.[18] Es gibt bislang jedoch keine Hinweise darauf, dass das Thema HIV/AIDS an vorderer Stelle auf der Agenda des G8-Gipfels in Deutschland stehen wird.

In seiner Antwort an das *Aktionsbündnis gegen AIDS* weist Staatssekretär Pfaffenbach darauf hin, dass die Überprüfung der Umsetzung der HIV/AIDS-Ziele, die die G8 im Jahr 2005 nannten, beim Gipfel 2007 verfrüht sei und frühestens 2008 stattfinden solle. Der Brief verweist auf die Mitarbeit der Bundesregierung in der UN-Arbeitsgruppe, die sich mit der technischen Umsetzung eines „Universellen Zugangs" zu Prävention und Behandlung befasst. Hier ist jedoch entgegenzuhalten, dass der Prozess zur Erzielung des „Universellen Zugangs" eine konsequente Überprüfung schon 2007 benötigt, um wirklich zeitgerecht und nachhaltig umgesetzt werden zu können. Die Mitarbeit in der genannten Arbeitsgruppe ist positiv zu bewerten, ist jedoch für sich allein genommen bei weitem nicht ausreichend, um die eingegangenen Verpflichtungen zu erfüllen.

Ratspräsidentschaft der Europäischen Union in 2007 nutzen

Ab Januar 2007 übernimmt Deutschland für sechs Monate die EU-Ratspräsidentschaft. In der Auseinandersetzung der EU mit dem Thema HIV/AIDS gilt es, die Möglichkeiten auszuschöpfen und der Verantwortung gerecht zu werden, die in der deutschen EU-Ratspräsidentschaft liegen. Die Bundesregierung ist aufgefordert, das Thema HIV/AIDS zu einem zentralen Thema während der deutschen EU-Ratspräsidentschaft zu machen und ihm eine mindestens ebenso hohe Bedeutung zukommen zu lassen, wie einige vorausgehende EU-Ratspräsidentschaften dies taten, z.B. Großbritannien, Luxemburg und die Niederlande. Besonderes Gewicht sollte auf die Eindämmung von HIV/AIDS in den Mitgliedsländern der Europäischen Union und den osteuropäischen Nachbarländern gelegt werden. Dabei sollte die Umsetzung der Erklärungen von Vilnius und Dublin aus dem Jahr 2004 und anderer europäischer Aktionsprogramme überprüft und mit verstärkter Anstrengung umgesetzt werden.

14 Beseitigung von extremer Armut und Hunger, Förderung der Gleichbehandlung der Geschlechter, Verbesserung der allgemeinen Primärschulbildung, Senkung der Kindersterblichkeit, Verbesserung der Gesundheit von Müttern,. Die Ausbreitung von HIV/AIDS stoppen und umkehren.

15 UN (2000): Millenniums-Erklärung der Vereinten Nationen 2001.

16 Millennium Project (2005), vgl. www.unmillenniumproject.org.

17 Für das Strategiepapier Afrika sind die Regionalreferate verantwortlich, für das HIV/AIDS Positionspapier HIV/AIDS das Sektorreferat Gesundheit.

18 BMZ/BMG (2005). HIV/AIDS-Bekämpfungsstrategie der Bundesregierung, S. 8.

Unterstützung des Globalen Fonds ausbauen

Die Generalversammlung der Vereinten Nationen zu HIV/AIDS 2001 gab einen wesentlichen Impuls zur Gründung des Globalen Fonds zur Bekämpfung von AIDS, Tuberkulose und Malaria, der seit seiner Gründung wesentlich zur Erhöhung der Ressourcen für die HIV/AIDS-Bekämpfung in den Ländern mit mittlerem und niedrigem Einkommen beigetragen hat. Im Vorstand des Globalen Fonds sind Regierungen der Empfänger- und der Geberländer, der Zivilgesellschaft und des privaten Sektors vertreten. Die Bundesregierung ist im Vorstand mit Kanada und der Schweiz in einer Stimmrechtsgruppe, deren Vorsitz Deutschland im Herbst 2006 turnusgemäß übernehmen wird. Derzeit steht die Bundesregierung vor einer Entscheidung darüber, ob sie eine der nächsten Wiederauffüllungskonferenzen (Replenishment Conference) für den Globalen Fonds in Deutschland ausrichten möchte.

Das *Aktionsbündnis gegen AIDS* hat von der Bundesregierung wiederholt eine größere politische und finanzielle Unterstützung des Globalen Fonds nach dem Beispiel anderer Industrieländer gefordert. Mit einem größeren finanziellen Engagement könnte auch ein größeres Mitspracherecht im Vorstand des Globalen Fonds verbunden sein. Die Ausrichtung einer Wiederauffüllungskonferenz im Zuge der deutschen G8-Präsidentschaft wäre ein wichtiger Schritt. Sie sollte dann auch mit einer Erhöhung des deutschen Beitrags einhergehen (vgl. Teil 2: Die Beteiligung Deutschlands an der Bereitstellung dringend benötigter Finanzmittel).

Innovative Finanzierungsinstrumente überprüfen und umsetzen

Die Ausweitung der HIV/AIDS-Bekämpfung hängt direkt davon ab, ob bestehende Verabredungen zur Anhebung der Entwicklungshilfe (Official Development Assistance, ODA) eingehalten werden. Trotz des Beschlusses der EU und der Bundesregierung, den Anteil der ODA schrittweise auf das seit langem versprochene 0,7%-Ziel anzuheben, ist unklar, wie die Bundesregierung diese Steigerung in ihren Haushaltsplänen umsetzen wird. Um die ODA zu erhöhen, werden auf internationaler Ebene verschiedene Vorschläge diskutiert. Dazu zählen innovative Finanzierungsinstrumente, die zur Erhöhung der Ressourcen für die weltweite HIV/AIDS-Bekämpfung dienen könnten, u.a. eine Solidaritätssteuer bzw. Abgabe auf Flugtickets und eine Internationale Finanzierungs-Fazilität (IFF).

Im März 2006 fand in Paris eine internationale Ministerkonferenz über innovative Finanzierungsmöglichkeiten für Entwicklungszusammenarbeit statt.[19] Wichtigstes Thema war die Diskussion einer Abgabe auf Flugtickets, die in Frankreich am 1. Juli 2006 eingeführt werden soll. Die Steuereinnahmen – so die bisherigen Veröffentlichungen der französischen Regierung – sollen zur Behandlung der Krankheiten HIV/AIDS, Tuberkulose und Malaria eingesetzt werden. In ihrer Rede bei der Pariser Konferenz verwies Bundesentwicklungsministerin Heidemarie Wieczorek-Zeul auf die Bedeutung der Verwirklichung der Millenniumsentwicklungsziele: „Den Zuwachs unserer Mittel für öffentliche Entwicklungszusammenarbeit haben wir festgeschrieben und im Rahmen eines Stufenplans der EU vereinbart. Demnach werden wir bis 2006 0,33% und bis 2010 mindestens 0,51% unseres Bruttonationaleinkommens für die öffentliche Entwicklungszusammenarbeit aufbringen und das UN-Ziel von 0,7% spätestens bis 2015 erfüllen. Auf drei Wegen wollen wir diesen Zuwachs erreichen: durch die Erhöhung der Haushaltsmittel, durch weitere Entschuldung von Entwicklungsländern und durch innovative Finanzierungsinstrumente.“[20] Weiter führte die Bundesministerin an, dass die Kindersterblichkeit und HIV/AIDS massiv bekämpft werden müssten. Konkrete Zusagen zur Einführung innovativer Finanzierungsinstrumente in Deutschland machte die Ministerin jedoch nicht.

Auch der Verband Entwicklungspolitik deutscher Nichtregierungsorganisationen (VENRO) begrüßte die Initiative der französischen Regierung, die Staatengemeinschaft zu konkreten und verbindlichen Zusagen für die Einführung einer Flugticketabgabe zu bewegen. Die Bundesregierung müsse sich umgehend dieser Initiative anschließen. Darüber hinaus könne die Abgabe auf Flugtickets aber nur der Beginn einer weitergehenden Einführung internationaler Abgaben zur Entwicklungsfinanzierung sein.[21]

Zur Freisetzung von lokalen Finanzmitteln in den stark betroffenen Ländern wird derzeit das Konzept der Schuldenumwandlung diskutiert. Der Globale Fonds hat sich in einer Machbarkeitsstudie mit Schuldenumwandlung befasst. Bei der „Debt Conversion“ oder „Debt Swaps“ würden Kreditgeber ihre Schulden, die nicht bezahlt werden können, an die Empfängerländer „verkaufen“. Diese würden sich verpflichten, die durch diese Schuldenerleichterungen freigesetzten Ressourcen für den Gesundheitssektor einzusetzen. In der Analyse kommt der Globale Fonds zu dem Schluss, dass ein solches Instrument erhebliche zusätzliche Ressourcen für die HIV/AIDS-Bekämpfung der Entwicklungsländer bereitstellen könnte.[22] Inwieweit dabei zusätzliche Mittel für die Entwicklung verfügbar werden, hängt davon ab, wie hoch die Auslandsschulden eines Landes sind und wie viel davon wirklich zurück bezahlt wird bzw. würde. Der reale Vorteil für das Schuldnerland besteht darin, dass der Schuldendienst in harten Devisen geleistet werden muss, wobei zumindest ein Teil der Entwicklungsinvestitionen im eigenen Land in der nationalen Währung

19 Pariser Konferenz 2006.

20 Rede der Bundesministerin bei der Pariser Konferenz März 2006.
21 VENRO (2006): Pressemitteilung zur Pariser Konferenz.
22 Global Fund (2005): Financing the fight against AIDS, Tuberculosis and Malaria: Global Fund Debt Conversion

bezahlt würden. Eine Einschränkung für die Wirkung der Debt Swaps besteht darin, dass ihr Potential nicht immer in den Ländern am höchsten ist, in denen der Bedarf für HIV/AIDS besonders groß ist.

Bei der International Financing Facility soll durch ein sogenanntes „Frontloading" eine schnelle Erhöhung der Entwicklungshilfe erzielt werden. Dies würde durch eine Kreditaufnahme der Geberländer an den internationalen Kapitalmärkten erreicht werden. Sicherheit wäre dabei die zugesagte zukünftige Entwicklungshilfe. Dabei würden Rückzahlungen und Zinsen anfallen, die dann nach 2015 akut würden. Von Seiten der Bundesregierung bestehen noch ungelöste praktische und rechtliche Hürden, sich umfassend für dieses Konzept zu engagieren. Eine erfolgsorientierte Prüfung wurde wiederholt in Aussicht gestellt.

Es gibt auch innerhalb der Zivilgesellschaft eine intensive Diskussion, wie innovative Finanzierungsinstrumente ausgestaltet sein müssen, um wirklich einen positiven Effekt zu haben und nachhaltig zu sein. Es ist zu bezweifeln, dass innovative Finanzierungsinstrumente allein die benötigte Erhöhung der finanziellen Mittel für die Entwicklungszusammenarbeit leisten können.[23] Zu fordern ist jedoch, dass eine intensive Diskussion von der deutschen Regierung im nationalen und internationalen Kontext darüber geführt wird, wie solche Instrumente entwickelt und sinnvoll eingesetzt werden können.

Mehr Engagement in Osteuropa

Die Bundesregierung hat sich im Rahmen der EU durch die Unterzeichnung der Dublin-Erklärung und der Vilnius-Erklärung[24] verpflichtet, die HIV/AIDS-Bekämpfung in Osteuropa zu unterstützen. Die „HIV/AIDS-Bekämpfungsstrategie der Bundesregierung" gibt der HIV/AIDS-Problematik in Osteuropa einen großen Raum. Jedoch hat die Bundesregierung sich bislang in dieser Region noch nicht im erforderlichen Maße engagiert, um die Ziele, die sie in ihrer „HIV/AIDS Bekämpfungsstrategie" nennt, erreichbar zu machen.

Das BMG erklärt, dass in Folge der Konferenzen von Dublin und Vilnius die EU-Kommission unter Beteiligung des BMG und der AIDS-Hilfe München einen „Think Tank" eingerichtet habe, der sich um die Umsetzung der Erklärungen, vor allem in Russland, Moldawien und der Ukraine kümmern soll. Als konkrete Maßnahme werden u.a. in der Ukraine, in Zusammenarbeit mit WHO, „Knowledge hubs" gefördert. Die HIV/AIDS-Arbeit in Osteuropa ist weitgehend beim BMG verortet. Allerdings bestehen auch im BMZ Haushaltstitel für die HIV/AIDS-Arbeit in dieser Region. Nach Auskunft der Interviewpartner/innen arbeiten BMG und BMZ in Osteuropa eng zusammen. Zur weiteren Strukturierung und Harmonisierung der HIV/AIDS-Arbeit in Osteuropa sollte bereits 2005 eine interministerielle Arbeitsgruppe eingesetzt werden. Aktuell habe das BMZ 1,5 Millionen Euro für die Stärkung der HIV/AIDS-Arbeit in der Ukraine zur Verfügung eingestellt, über deren Verwendungszweck nach einer derzeit durchgeführten Studie entschieden werden soll.

Das *Aktionsbündnis gegen AIDS*, in dessen Mitträgerschaft sich einige Fachorganisationen und Abteilungen großer Organisationen mit Expertise in der Osteuropa-Arbeit befinden, verweist in diesem Kontext auch auf den Mangel an konkreten Ansprechpartner/innen für die Zivilgesellschaft in den Ministerien bzw. unklare Zuständigkeiten zwischen den Ministerien im Kontext der Osteuropa-Arbeit. In Aussicht gestellt wurde eine interministerielle Arbeitsgruppe, welche die Expertise aus der EZ und der HIV/AIDS-Arbeit in Deutschland verbinden und die Ausweitung der Maßnahmen in Osteuropa begleiten soll.

Bereits im Vorfeld der deutschen EU- und G8-Ratspräsidentschaften gibt es gute Möglichkeiten, verstärkt Initiative für die Eindämmung von HIV/AIDS in dieser Region zu ergreifen. In Vorbereitung des G8-Weltwirtschaftsgipfels im Juli 2006 in St. Petersburg, beauftragte die russische Regierung eine Beraterkommission zum Thema HIV/AIDS. Bei diesen Treffen ist es von zentraler Bedeutung, dass Themen wie die Integration und die gezielte Aufklärungs- und Beratungsarbeit mit besonderen Risikogruppen wie Drogengebraucher/innen und Menschen, die von Prostitution leben müssen, sowie die Kooperation und Stärkung von Selbsthilfe thematisiert werden. Voraussetzung dafür ist der gleichberechtigte Zugang für alle Menschen zu den öffentlichen Gesundheitssystemen. Erforderlich sind außerdem die gezielte Information und Schulung von Gesundheitspersonal und von Sozialarbeitern/innen sowie die Verfügbarkeit von sterilem Spritzenbesteck und die Möglichkeit einer Substitutionstherapie. Eine unterstützende Stimme der deutschen Regierung – die sich auf den Erfolg einer zielgruppenspezifischen HIV/AIDS-Arbeit in Deutschland berufen kann – könnte die Anerkennung und den Bewegungsradius von Betroffenen und Selbsthilfe in Osteuropa stärken.

Beteiligung der Zivilgesellschaft stärken

Die Beteiligung der Zivilgesellschaft in der nationalen HIV/AIDS-Bekämpfung ist in großem Umfang gelungen. Von der Bundesregierung werden die Zusammenarbeit mit der Zivilgesellschaft als wichtige Ziele und Bestandteile der HIV/AIDS-Bekämpfung genannt. In der HIV/AIDS-Arbeit in Deutschland besteht eine Arbeitsteilung zwischen Regierung bzw. dem federführenden BMG und der Deutschen AIDS-Hilfe bzw. den lokalen AIDS-Hilfen. Der zivilgesellschaftliche Sektor wird mit öffentlichen Mitteln unterstützt, arbeitet jedoch selbständig.

23 VENRO (2006): Bewertung des Koalitionsvertrags.
24 EU (Februar 2004); EU (September 2004).

In Fragen der internationalen HIV/AIDS-Bekämpfung bieten das Aktionsbündnis gegen AIDS und seine Mitglieder Austausch und Konsultation.

Vor der Veröffentlichung der „HIV/AIDS-Bekämpfungsstrategie der Bundesregierung“ fand eine Konsultation mit zivilgesellschaftlichen Organisationen statt. Das Dokument wurde damals von der Zivilgesellschaft im Wesentlichen begrüßt. Einige zentrale Kritikpunkte, wie das Fehlen konkreter Umsetzungspläne für die eingegangenen Verpflichtungen, wurden geäußert. Laut BMG sind auch bei der Entwicklung des Aktionsplanes zur „HIV/AIDS-Bekämpfungsstrategie“ Konsultationen mit der Zivilgesellschaft vorgesehen.

In der internationalen HIV/AIDS-Bekämpfung trägt die in der GTZ angesiedelte „BACKUP Initiative“ seit 2003 zur Stärkung der Kapazitäten von NRO in über 50 Ländern bei, und zwar durch technische Beratung für Antragsstellung und Partizipation in den lokalen Steuerungsgremien des Globalen Fonds sowie durch die Finanzierung von Workshops und Kleinprojekten. BACKUP finanziert außerdem Stellen beim Globalen Fonds, bei UNAIDS und bei der internationalen Arbeitsorganisation (ILO). Die Initiative hat internationales Ansehen gewonnen. Das Mandat und die Ressourcen von BACKUP enden 2006. Ein Finanzierungsantrag über 10 Millionen Euro für zwei Jahre wurde an das BMZ gestellt. Eine Weiterführung mit entsprechendem Mandat ist für eine weitere Stärkung des zivilgesellschaftlichen Sektors dringend empfohlen.

Empfehlungen

- Eine stärkere öffentliche Thematisierung von HIV/AIDS durch die Bundesregierung insgesamt, nicht nur durch die direkt zuständigen Ministerien.
- Querschnittsverankerung des Themas HIV/AIDS in der Bundesregierung, u.a. durch die Einrichtung einer Koordinationsstruktur, die die dringend erforderliche Kohärenz herstellen kann.
- Die dringliche Erarbeitung und Umsetzung eines Aktionsplans mit klaren Zeitvorgaben zur Umsetzung der „HIV/AIDS-Bekämpfungsstrategie der Bundesregierung“ unter Mitarbeit aller relevanten Ministerien und der Zivilgesellschaft.
- Politische Prozesse und Foren in den Jahren 2006 und 2007 zur Überprüfung der internationalen AIDS-Ziele nutzen, so die Sondergeneralversammlung zu HIV/AIDS, den G8-Gipfel 2007 und die EU Ratspräsidentschaft im ersten Halbjahr 2007.
- Die Umsetzung internationaler Ziele und Verpflichtungen, vor allem der von den G8-Staaten eingegangenen Verpflichtung zur Umsetzung des Zieles „Universeller Zugang“. Konkret sollte die Bundesregierung dies in die Planung für die deutsche G8-Präsidentschaft aufnehmen, im Rahmen des G8-Gipfels 2007 eine Halbzeitevaluierung zum „Universellen Zugang“ durchführen. Dazu sollte auf Ebene der G8 eine Arbeitsgruppe HIV/AIDS eingesetzt werden.
- Prüfung und Umsetzung von innovativen Finanzierungsinstrumenten zur Erhöhung der Ressourcen für Entwicklungszusammenarbeit und HIV/AIDS-Bekämpfung. Die geschaffenen Instrumente sollten nachhaltig das Ziel der Armutsbekämpfung fördern.
- Ein verstärktes Engagement in der Eindämmung von HIV/AIDS in den Mitgliedsländern der EU und den osteuropäischen Nachbarländern, um die Umsetzung europäischer Aktionsprogramme zur Bekämpfung von HIV/AIDS voranzubringen.
- Eintreten als Fürsprecherin für die Einbindung von Betroffenen und Selbsthilfe sowie für die zentrale Bedeutung einer gezielten Präventionsarbeit mit besonderen Risikogruppen.

Prävention

Die Verpflichtungserklärung stellt fest, dass Prävention im Mittelpunkt der Maßnahmen stehen muss. Die Länder verpflichten sich u.a., bis 2005 Präventionsprogramme zu implementieren, die gezielt das Risikoverhalten reduzieren und verantwortliches Sexualverhalten fördern; den erweiterten Zugang zu Kondomen und sterilem Besteck für Drogengebraucher/innen zu fördern; die Infektionsraten unter jungen Menschen um 25% senken und zwar bis 2005 in den am meisten betroffenen Ländern und weltweit bis 2010; Maßnahmen in der Arbeitswelt durch die Durchführung von Präventions- und Betreuungsprogrammen zu ergreifen. Explizit wird die Verpflichtung zur Ausarbeitung von internationalen Strategien genannt, die Migranten/innen den Zugang zur Prävention erleichtern.

Erfolgreiche HIV-Prävention in Deutschland weiter ausbauen

In Deutschland liegt die Rate der HIV-Infektionen bei unter 0,1% und ist damit im internationalen Vergleich niedrig. Deutschland war in der nationalen HIV/AIDS-Bekämpfung relativ erfolgreich durch eine große öffentliche Präventionskampagne, einen vorurteilsfreien Umgang mit der HIV/AIDS-Epidemie, das persönliche Beispiel von Personen im öffentlichen Leben, die sich gegen Stigmatisierung einsetzten, und nicht zuletzt durch die Zusammenarbeit und Arbeitsteilung mit der Zivilgesellschaft („Kooperation statt Konkurrenz").

Das BMG bzw. die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) sind in Zusammenarbeit mit den Ländern für die bundesweite Aufklärung der Öffentlichkeit zu HIV/AIDS zuständig. Die BZgA gibt jedes Jahr einen Bericht zu „AIDS im öffentlichen Bewusstsein" heraus. Die Zivilgesellschaft ist durch die Deutsche AIDS-Hilfe und die lokalen AIDS-Hilfen für HIV-Prävention bei besonders gefährdeten Zielgruppen verantwortlich. Diese haben zusammen mit Netzwerken von Betroffenen, Selbsthilfeorganisationen usw. seit Beginn der Epidemie Präventionsarbeit geleistet, die auch im internationalen Maßstab als beispielhaft gilt. Im Rahmen dieser Arbeitsteilung erhalten die zivilgesellschaftlichen Gruppen finanzielle und praktische Unterstützung in ihrer Qualifizierung, können jedoch ihre Arbeitsweise weitgehend selbst bestimmen. Das BMG erklärt, dass es weiter auf die Zusammenarbeit und Arbeitsteilung mit der Zivilgesellschaft setzen wird.

Die „HIV/AIDS-Bekämpfungsstrategie der Bundesregierung" geht intensiv auf HIV-Prävention ein. Sie formuliert für die HIV-Prävention die Schlüsselelemente: vorurteilslose Erziehung und Prävention, universeller Zugang zu HIV-Tests, Schaffung eines Klimas der Solidarität und Verhinderung von Diskriminierung, Datenerhebung (Surveillance), Evaluation und Qualitätssicherung. Eine Reihe von Maßnahmen wird erfolgreich durchgeführt, jedoch gibt es, auch nach Angaben des BMG, auf einigen Gebieten Defizite in der Umsetzung:

- Die niedrige Rate der Mutter-zu-Kind-Übertragung wird durch konsequente Anwendung der Prophylaxe der Mutter-zu-Kind-Übertragung (Medikamente, Verzicht auf Stillen, Kaiserschnittentbindung) erreicht. Mit 15 Fällen pro Jahr ist die absolute Zahl der Mutter-zu-Kind-Übertragung in Deutschland zwar niedrig. In der HIV/AIDS-Bekämpfungsstrategie wird dazu angemerkt, dass diese Zahl durch rechtzeitige Diagnose und kompetente Betreuung noch weiter reduziert werden könne.

- Der gesunkene prozentuale Anteil der Neuinfektionen bei Drogengebrauchern/innen ist wesentlich durch die Verfügbarkeit von frei erhältlichem sterilem Injektionsbesteck für Drogengebraucher/innen und von Substitutionstherapie und Behandlung der Drogenabhängigkeit mitbedingt.

- Die Krankenhaus-bedingten HIV-Infektionen sind verschwindend gering, weil alle Blutkonserven routinemäßig auf HIV getestet werden.

- Bei Frauen im kommerziellen Sexbereich werden sehr wenige HIV-Infektionen registriert. Es gibt jedoch keine ausreichenden Surveillance-Daten, weil Menschen, die in der Prostitution arbeiten, oft nicht in Deutschland gemeldet sind und damit keinen Zugang zum staatlichen Gesundheitssystem haben. Zur Eindämmung der HIV-Übertragung in diesem Kontext ist das BMG in einer EU-Zusammenarbeit in der Frage der „Prostitution in Grenzgebieten" engagiert. Hier ist zu fordern, dass das Problem „HIV-Übertragung durch erzwungene Prostitution" mit in den Blick gerät.

- In der HIV/AIDS-Bekämpfungsstrategie heißt es, dass die Gesundheitsämter allen Menschen anonyme Beratung und gegebenenfalls Behandlung anbieten. Nach Berichten lokaler AIDS-Hilfen und Selbsthilfegruppen bestehen vielerorts Defizite im konkreten Angebot und durch die Einführung von Gebühren durch einzelne Länderregierungen. Dadurch könnte es besonders für Menschen, die in Armut und sozialer Benachteiligung leben, zu einer Einschränkung des Zugangs zu HIV-Tests kommen.

- Obwohl gerade Männer, die Sex mit Männern haben (MSM), ein fast vollständiges „Wissen" um die Übertragungswege von HIV und die Schutzmechanismen haben, ist bei dieser Gruppe die Zahl der Partner und der Anteil an ungeschütztem Sexualverkehr gestiegen. Hier liegt auch der größte Anteil der Neuinfektionen. Finanzielle Kürzungen

bei Gesundheitsämtern haben „aufsuchende" Präventionsaktivitäten erschwert.

▶ Menschen in Haft haben zwar grundsätzlich Zugang zu sauberem Injektionsbesteck und Kondomen. In der Realität können jedoch erhebliche Defizite bestehen, da der Strafvollzug von den Bundesländern geregelt wird und hier teilweise Regelungen getroffen werden, die den Zugang zu Verhütungsmitteln reduzieren, wenn z.B. Kondome in Haftanstalten nicht mehr kostenlos abgegeben werden.

▶ Die Zahl der Neuinfektionen bei Menschen mit Migrationshintergrund ist relativ stabil geblieben, jedoch wird diese Gruppe noch nicht ausreichend erreicht. Streng abzulehnen ist die in einigen Bundesländern übliche „Zwangstestung" von Asylbewerber/innen, die mit den im Grundgesetz festgeschriebenen Menschenrechten nicht vereinbar ist. Hier sind dringend intensive Beratungsangebote auf freiwilliger Basis erforderlich, um den betroffenen und gefährdeten Menschen zu helfen. Für Langzeit-Stipendiaten-/innen und Teilnehmende universitärer Austauschprogramme, die Gesundheitszeugnisse brauchen, werden laut Auskunft von Interviewpartner/innen keine HIV-Tests mehr verlangt. Das BMG möchte sprachlich und kulturell differenzierte Angebote für diese Gruppe, speziell für Frauen, einrichten. Besondere Aufmerksamkeit sollte die Gruppe der „illegalen" Migranten/innen erfahren, die durch Ausgrenzung und Kriminalisierung keinen ausreichenden Zugang zu Präventionsangeboten haben.

▶ Von den heterosexuell übertragenen Infektionen sind schätzungsweise 20% durch Partner/innen aus Sub-Sahara-Afrika und Südostasien übertragen worden. Hier besteht Handlungsbedarf, um Reisende und Touristen/innen über die HIV-Gefährdung aufzuklären und die Menschen in den Reiseländern zu schützen. Zusätzlich sollten verstärkt Ärzte und Ärztinnen in der reisemedizinischen Beratung und die Tourismusindustrie mit einbezogen werden.

▶ Das BMG benennt, dass über die Schulen mehr als 90% der Jugendlichen erreicht werden, dass das Wissen über HIV jedoch nicht unbedingt immer umgesetzt werde bzw. umgesetzt werden könne. Es bedarf also besonderer Strategien, um Gefährdung zu reduzieren. Es ist zu empfehlen, dass Jugendliche nicht nur in Schulen, sondern auch in anderen Lebenszusammenhängen angesprochen werden.

▶ Das BMG ist aktiv in der Forschung, u.a. zu „situativen Umständen der Neuinfektionen", um Präventionsbotschaften noch zielgerichteter ausrichten zu können.

In den 90er Jahren sank in Deutschland – abgesehen von einer Zunahme bei Migrant/innen aus Hochprävalenzregionen – die Zahl der diagnostizierten HIV-Infektionen. Dadurch entstand der Eindruck, dass durch erfolgreiche Prävention und Behandlungsmöglichkeiten HIV/AIDS kein Problem mehr darstelle. Obwohl die Situation in Deutschland und den übrigen Industrieländern wesentlich günstiger ist als in den meisten Entwicklungsländern und in Osteuropa, bestehen jedoch auch in Deutschland Probleme in der Prävention und Betreuung. Steigende Infektionszahlen geben Anlass zu Besorgnis und sind ein Aufruf zu dringendem Handeln und zur Intensivierung der Prävention. Die Ausbreitung von HIV/AIDS in anderen Regionen der Welt wirkt sich ungünstig auf die Entwicklung der Epidemie in Deutschland aus.[25]

Finanzielle Mittel halten nicht mit den wachsenden Herausforderungen schritt

Mehrere Gründe werden für den Anstieg der Neuinfektionen identifiziert: Das in den 90er Jahren noch wesentlich ausgeprägtere Schutzverhalten hat sich nicht fortentwickelt; durch die Verfügbarkeit von antiretroviraler Therapie sei der Eindruck entstanden, dass AIDS eine heilbare Erkrankung sei; das generelle HIV/AIDS-Bewusstsein in der Bevölkerung hat nachgelassen. Die Einschätzung, dass die breite Verfügbarkeit von Kombinationstherapie zu falschen und für die Prävention schädlichen Einstellungen geführt habe, sollte mit viel Vorsicht betrachtet werden. Eine zeitliche Koinzidenz bedeutet noch keinen kausalen Zusammenhang. Entscheidend für diese Entwicklung war eher die nachlassende Intensität der Präventionsbemühungen. Das BMG erklärt, dass es die Notwendigkeit der Intensivierung der HIV-Prävention sieht. So habe die Bundesgesundheitsministerin in einem Schreiben an Ministerpräsidenten und Gesundheitsämter betont, dass die HIV-Prävention nicht nachlassen darf.

Diese Einschätzung steht allerdings im Widerspruch dazu, dass der Etat für die HIV/AIDS-Arbeit des BMG 2006 mit 9,2 Millionen Euro im Vergleich zu den Vorjahren weitgehend unverändert geblieben ist. Bei steigenden Herausforderungen kommt dies einer Mittelkürzung gleich. Auf Länder- und kommunaler Ebene ist es sogar zu weit reichenden Kürzungen gekommen: Lokale und regionale AIDS-Hilfen werden teilweise massiv eingeschränkt oder ganz eingestellt. Das Problem wird dadurch verstärkt, dass die AIDS-Hilfen und Selbsthilfe- und Betroffenenorganisationen steigenden Belastungen gegenüber stehen, weil sie mit gleichem oder sinkendem Personalbestand die ständig wachsenden Aufgaben einer komplexer werdenden Beratung und Betreuung wahrnehmen. Hinzu kommt, dass durch den Erfolg der AIDS-Therapie die Zahl der Klienten/innen der AIDS-Hilfen wächst und auch die Zahl der HIV-infizierten bzw. gefährdeten Menschen mit Migrationshintergrund zunimmt.

25 Laut Robert Koch-Institut sind die Neuinfektionen von einem Durchschnittswert von 2000 pro Jahr im Jahr 2001 auf 2600 im Jahr 2005 gestiegen, das entspricht einem Anstieg von ca. 30%.

Für die Bewältigung der anstehenden Aufgaben der HIV-Prävention im Lichte der steigenden HIV-Neuinfektionen und der vermehrten Anforderungen sind ein Anstieg der Fördermittel und ein verstärktes Engagement auf allen Ebenen – Bund, Länder, Kommunen – unbedingt erforderlich. Die Zusammenarbeit mit der Zivilgesellschaft sollte weitergeführt und die einzelnen zivilgesellschaftlichen Strukturen (AIDS-Hilfen, Betroffenenorganisationen usw.) sollten mit den notwendigen Ressourcen ausgestattet werden.

HIV-Prävention in Entwicklungsländern

In der HIV-Prävention setzt die bilaterale EZ ihre Schwerpunkte im Social Marketing von Kondomen, in der Stärkung des Gesundheitswesens und in Arbeitsplatzprogrammen. Social Marketing wird über die Kreditanstalt für Wiederaufbau (KfW)-Entwicklungsbank gefördert und beinhaltet überwiegend Kondome für Männer. In einem geringeren Umfang werden auch Kondome für Frauen (female condoms) gefördert. Das Konzept des Social Marketing beinhaltet nicht nur die Subvention von Kondomen, sondern auch die Komponenten der Verhaltensänderung und der Stärkung der Menschen (empowerment), vor allem der Frauen. Dieser Fokus auf die Stärkung der Gleichbehandlung der Geschlechter wird in der HIV/AIDS-Bekämpfungsstrategie stark hervorgehoben.

Frauenspezifische Ansätze in der HIV-Prävention verstärkt fördern

Die Förderung des Kondomgebrauchs und die Stärkung der Zielgruppen, vor allem der Frauen, sind positiv zu bewerten. Die Bereitstellung von Kondomen wird zunehmend wichtiger, da andere Geber, vor allem die USA, ihre finanzielle Unterstützung überwiegend an die Bedingung knüpfen, dass die von ihnen geförderten Projekte Kondome ablehnen. Kritisch anzumerken ist, dass viele arme Menschen selbst die geringen Beträge für den Kauf von Kondomen, wie sie beim Social Marketing üblich sind, nicht aufbringen können. Es wäre daher vorzuziehen, die Kondome kostenlos abzugeben und so vor allem für Frauen den Zugang und allgemein die Akzeptanz für geschützten Geschlechtsverkehr zu erleichtern. Außerdem sollte verstärkt auch ein Social Marketing gemacht werden, das Verhütungsmöglichkeiten für Frauen verfügbar macht. Die Verfügbarkeit von Female Condoms gibt den Frauen mehr Möglichkeiten, sich vor einer HIV-Infektion zu schützen. Die Integration von Diensten der reproduktiven und sexuellen Gesundheit und der HIV-Prävention würde dabei vor allem die Prävention von Frauen noch verbessern.

Die technische Zusammenarbeit fördert HIV-Prävention durch Programme im Gesundheitswesen, z.B. durch ein GTZ-Projekt der Distrikt-Gesundheitsentwicklung in Tansania, das erfolgreich zu einer Senkung der HIV-Neuinfektionen beigetragen hat. Die GTZ fördert außerdem, zusammen mit der Privatwirtschaft, sogenannte Arbeitsplatzprogramme. Zum Beispiel erhalten in Südafrika Arbeitnehmer/innen HIV/AIDS-Beratung und HIV-Tests, im Falle der Erkrankung auch antiretrovirale Behandlung und soziale Absicherung ihrer Familien. Diese Programme sind auch im internationalen Maßstab als „Best Practice“ anerkannt.

Strukturelle Faktoren und Abhängigkeiten einbeziehen

Insgesamt sind die einzelnen Maßnahmen, wie auch Evaluationen gezeigt haben, durchaus erfolgreich. Es gibt jedoch Bedarf nach einer systematischeren Herangehensweise, die Vulnerabilitäts- und strukturelle Faktoren stärker einbezieht (wie Geschlechterungleichbehandlung und Armut). Vernachlässigt werden bislang – sowohl in den Ausführungen der HIV/AIDS-Bekämpfungsstrategie sowie in der konkreten Arbeit – die strukturellen Lebensverhältnisse, die bestimmte Bevölkerungsgruppen einer erhöhten Gefährdung aussetzen, wie massenhafte Migration unter prekären Bedingungen und die dadurch bedingten Partnertrennungen, mangelnde Lebensperspektiven für Jugendliche und sozio-ökonomische Abhängigkeit vieler Frauen und Mädchen. Eine Präventionsarbeit, die auf einer adäquaten Problemanalyse basiert, müsste diese Bevölkerungsgruppen stärker und gezielter unterstützen und mit ihnen auf eine Überwindung der Risikoverhältnisse hinarbeiten.

HIV-Prävention am „Universellen Zugang“ ausrichten

Die HIV-Prävention sollte sich mehr als bisher an dem Ziel eines „Universellen Zugangs“ ausrichten, indem sie strategisch und inhaltlich die Erreichung und Überprüfung dieses Ziels anstrebt. Die Zivilgesellschaft (Betroffene, Selbsthilfe, NRO) in den Kooperationsländern sollte stärker eingebunden werden. Dies betrifft vor allem Situationen, in denen Regierungen zögerlich in der HIV/AIDS-Bekämpfung sind. Hier sollte auch die Expertise der deutschen Zivilgesellschaft in HIV-Prävention und Betreuung und Versorgung stärker miteinbezogen werden, um z.B. in Osteuropa die Zivilgesellschaft zu stärken und den Zugang zu Ressourcen zu erhöhen. Während die HIV/AIDS-Bekämpfungsstrategie die partnerschaftliche Zusammenarbeit zwischen Staat, Zivilgesellschaft und insbesondere Menschen, die mit HIV leben, als zentralen Ansatz und Erfolgsfaktor nennt, wurde dieses Prinzip bislang nicht umfassend verwirklicht.

Daraus leiten sich folgende Empfehlungen ab:

Empfehlungen

- Eine Verstärkung der HIV-Prävention in Deutschland bei gefährdeten Gruppen, vor allem bei Männern, die Sex mit Männer haben, Menschen im kommerziellen Sexbereich, Menschen mit Migrationshintergrund und Asylbewerber/innen.
- Ausbau der finanziellen Unterstützung für alle zivilgesellschaftlichen wie staatlichen Stellen, die diese Informations- und Präventionsarbeit leisten.
- HIV-Prävention sollte als Teil des „Universellen Zugangs“ begriffen und umgesetzt werden. Damit ist verbunden, gezielt Präventionsmaßnahmen und Programme zu stärken, die besonders gefährdete Bevölkerungsgruppen erreichen können.

Pflege und Behandlung

Die Verpflichtungserklärung stellt fest, dass Betreuung und Pflege, Unterstützung und Behandlung Grundelemente einer wirksamen Antwort auf HIV/AIDS sind. Die Mitgliedsstaaten verpflichten sich, bis 2005 umfassende Pflege- und Betreuungsstrategien umzusetzen, mit dem Ziel, Menschen mit HIV/AIDS Behandlung zu gewähren. Die Staaten verpflichten sich zu enger Zusammenarbeit mit der internationalen Gemeinschaft, einschließlich der Regierungen, der zwischenstaatlichen Organisationen und der Zivilgesellschaft, bei der Stärkung der Gesundheitssysteme und der Auseinandersetzung mit den Faktoren, die die Verfügbarkeit von antiretroviraler Behandlung beeinträchtigen, namentlich den Regelungen des geistigen Eigentums.

Besonders gefährdete Menschen in Deutschland berücksichtigen

In Übereinstimmung mit den Zielen der Verpflichtungserklärung nennt die „HIV/AIDS-Bekämpfungsstrategie der Bundesregierung“ als elementares Element die adäquate Therapie für HIV-Infizierte. Dies wird für den nationalen Kontext auch weitgehend umgesetzt. Die meisten Menschen haben durch das öffentliche Gesundheitswesen ausreichend Zugang zu Behandlung und Pflege, und durch die weite Verbreitung von antiretroviraler Therapie für alle Menschen, die sie benötigen, ist die Zahl der AIDS-Toten deutlich gesunken.[26] Das BMG erkennt die Defizite im Zugang zu Behandlung bei Menschen mit Migrationshintergrund an. Um ihre Versorgung zu verbessern, sei ein Fonds über 1 Million Euro für grenzüberschreitende Arbeit mit Migrant/innen aus EU-Mitteln bewilligt worden.

Zusätzlich zu den von der Bundesregierung genannten Defiziten gibt es Einschränkungen im Zugang zu Unterstützung und Behandlung bei Menschen in Haft und bei Menschen, die nicht krankenversichert sind. Außerdem ist davon auszugehen, dass viele Menschen mit Migrationshintergrund und andere gefährdete Gruppen von ihrem positiven HIV-Status keine Kenntnis haben und daher Betreuungsangebote nicht im notwendigen Ausmaß in Anspruch nehmen.

Soziale Härten für Menschen mit HIV/AIDS entstehen auch dadurch, dass sie de facto vom Abschluss einer Lebensversicherung oder einer privaten Krankenversicherung ausgeschlossen sind, und dass im Zuge der Reform der Sozialgesetzgebung die Ansprüche von Arbeitslosen und Sozialhilfeempfänger/innen mit chronischer Krankheit gekürzt worden sind. Zwar kann in diesen Fällen durch Organisationen wie der Deutschen AIDS-Stiftung individuelle Hilfe geleistet werden, aber es wäre vorzuziehen, wenn auf diese Leistungen ein Rechtsanspruch bestünde.

26 Robert Koch -Institut (2005).

Die Bundesregierung geht davon aus, dass die nationale HIV/AIDS-Politik durch ihre Unterstützung der Selbsthilfeorganisationen zu einer größeren Akzeptanz der Menschen mit HIV/AIDS in der Bevölkerung geführt hat. Dies ist zu einem großen Teil der Fall, häufig erfahren jedoch Menschen mit HIV/AIDS eine erhebliche Stigmatisierung. Eine in Zusammenarbeit mit der Zivilgesellschaft durchgeführte öffentliche Kampagne und andere geeignete Instrumente könnten dazu beitragen, ein größeres Bewusstsein für die Würde und Rechte von Menschen mit HIV/AIDS und gefährdeten Gruppen (Drogengebraucher/innen, Menschen mit Migrationshintergrund, Menschen im kommerziellen Sex) zu schaffen und Stigmatisierung und Diskriminierung abzubauen.

Zugang zu Behandlung in den Entwicklungsländern erhöhen

Derzeit benötigen weltweit ca. 6,5 Millionen HIV/AIDS-Patienten/innen die lebensverlängernde antiretrovirale Behandlung. Seit dem Start der „3 by 5-Initiative“ von WHO und UNAIDS im Jahr 2003 hat sich in den Ländern mit mittlerem und niedrigem Einkommen der Anteil von Menschen mit HIV/AIDS, die eine notwendige antiretrovirale Behandlung bekommen, von 7% auf 20% erhöht.[27] Nach aktuellen Schätzungen haben derzeit weltweit 1,3 Millionen Menschen Zugang zu einer HIV-Therapie. Damit ist die „3 by 5-Initiative“ zwar insoweit erfolgreich gewesen, als sie eine Erhöhung der Zahl an HIV-positiven Menschen, die Behandlung erhalten, erreicht hat. Durch den erweiterten Behandlungszugang konnten im Jahr 2005 250.000 bis 350.000 Todesfälle vermieden werden. Die internationale Gemeinschaft bleibt jedoch weit hinter dem selbst gesteckten Ziel, drei Millionen Menschen bis zum Jahr 2005 Behandlung zu ermöglichen, zurück.

Diese Unterdeckung untermauert die zentrale Bedeutung des umgehenden Auf- und Ausbaus von Behandlungsprojekten. Auch die „HIV/AIDS-Bekämpfungsstrategie der Bundesregierung“ erkennt Handlungsbedarf.[28] Im internationalen Kontext ist das Engagement der Bundesregierung im Zugang zu Behandlung als noch nicht ausreichend zu bewerten. Da die Bundesregierung bislang über das bilaterale Engagement nur einige wenige Behandlungsprogramme bzw. Behandlungskomponenten unterstützt, ist der Schwerpunkt der Unterstützung für Behandlung in der multilateralen Kooperation zu sehen. Voraussetzungen für die Verbesserung des Zugangs zu Behandlung sind, außer der erhöhten Mittelbereitstellung durch die betroffenen Länder selbst, ein verstärktes finanzielles Engagement der Geberländer, unter anderem durch Gelder, die durch den Globalen Fonds und andere Finanzierungsinstrumente in Gesundheitsprogramme fliessen. Bei der Sondergeneralversammlung der Vereinten Nationen zur Überprüfung der Verpflichtungserklärung wird der „Universelle Zugang“ aufgegriffen werden. UNAIDS und WHO haben dazu einen Prozess „The road towards Universal Access“ eingeleitet, der die Ziele des verbesserten Zugangs zu HIV-Prävention, Behandlung, Unterstützung und Pflege durch eine Reihe von regionalen Konsultationen mit allen relevanten Beteiligten, einschließlich der Zivilgesellschaft voranbringen soll.

Gesundheitssysteme stärken

Die Stärkung der Gesundheitsdienste durch Personalausbildung und Ausbau der Infrastruktur bildet eine unabdingbare Voraussetzung, um den Zugang zu HIV-Prävention und Behandlung auszuweiten und die Millenniumsentwicklungsziele zu erreichen. Die Weltgesundheitsorganisation widmet ihren „World Health Report 2006“ dem Thema „Krise bei den Mitarbeitenden des Gesundheitswesens“. Sie stellt fest, dass es in 57 Ländern weltweit einen ernsten Mangel an Mitarbeitenden im Gesundheitswesen gibt, 36 dieser Länder liegen in Afrika südlich der Sahara. Dadurch ist der Zugang zu HIV/AIDS-Behandlung schwerwiegend beeinträchtigt.

Während 24% der weltweiten Krankheitslast auf Afrika entfällt, verfügt dieser Kontinent nur über 3% der Gesundheitsarbeiter/innen und weniger als 1% der globalen Gesundheitsausgaben, wobei externe Unterstützung sogar eingerechnet wird. Das Personal der Gesundheitsdienste müsste in Afrika um 140% erhöht werden, damit die Mindestzahl an Mitarbeiter/innen erreicht würde, um wenigstens Basisleistungen wie Geburtshilfe und Impfkampagnen realisieren zu können. Mehr als vier Millionen Fachkräfte – Ärzte/innen, Pfleger, Krankenschwestern, Apotheker/innen – werden gebraucht, um diese Lücken zu füllen. In vielen Ländern ist HIV/AIDS durch den Tod der Gesundheitsfachkräfte mitverantwortlich für deren Mangel. Die WHO argumentiert, dass internationale Hilfe für die nationalen Bemühungen zur Lösung dieses Problems dringend erforderlich ist. Der WHO-Bericht empfiehlt, dass von allen neuen Gebermitteln für Gesundheit 50% für die Stärkung der Gesundheitssysteme zu verwenden seien und davon 50% für Ausbildung und Maßnahmen, die die Abwanderung von Gesundheitsfachkräften aus dem öffentlichen Sektor in die private Wirtschaft und in die Industrieländer verhindern.

Ein wichtiges Beispiel für den dringenden Bedarf im Ausbau der Gesundheitssysteme sind die beiden sich gegenseitig bedingenden Epidemien von Tuberkulose und HIV/AIDS. Sie erfordern Programme, die Behandlung und Vor-

27 WHO (2006): Progress on global access to HIV antiretroviral therapy: a report on “3 by 5” and beyond.
28 BMZ/BMG (2005): HIV/AIDS-Bekämpfungsstrategie der Bundesregierung, S. 14

sorge beider Erkrankungen integrieren. Dies kann nur geschehen, wenn die Gesundheitssysteme gezielt und schnell aus- und aufgebaut werden. Damit Menschenleben gerettet werden können und die HIV/AIDS-Epidemie eingedämmt werden kann, muss diese Stärkung mit Sondermaßnahmen vorangetrieben werden.

Im Positionspapier der Bundesregierung zur Entwicklungszusammenarbeit mit Sub-Sahara-Afrika der Bundesregierung ist die Stärkung der Gesundheitssysteme allerdings nicht als einer der wesentlichen Förderschwerpunkte benannt. Dies wird u.a. damit begründet, dass der Bedarf in diesem Bereich verstärkt durch multilaterale Finanzierungsinstrumente abgedeckt werde. Daraus würde folgen, dass sich die Bundesregierung verstärkt in der Finanzierung des Globalen Fonds (oder anderer multilateraler Finanzierungsinstrumente) engagieren würde. Dies ist jedoch noch nicht in dem erforderlichen Ausmaß geschehen.

Gesundheitsfachkräfte müssen in ausreichender Zahl ausgebildet und angemessen bezahlt werden, um die Umsetzung der Ziele durch das Gesundheitswesen zu sichern. Die Bundesregierung sollte durch die EU und andere internationale Foren dafür Sorge tragen, dass ausgebildete Fachkräfte nicht in großer Zahl aus ihren Heimatländern durch die westlichen Industrieländer abgezogen werden. Außerdem müssen Krankenhäuser und Gesundheitszentren ausgebaut werden. Handlungsbedarf besteht für die Bundesregierung auch darin, über ihre Mitgliedschaft bei Weltbank (WB) und Internationalem Währungsfonds (IWF) dafür Sorge zu tragen, dass die Auflagen von WB und IWF für die Begrenzung der öffentlichen Ausgaben nicht den Ausbau behindern. Darüber hinaus sollte die Bundesregierung über die Entwicklungszusammenarbeit einen angemessenen Beitrag zu psychosozialer Betreuung, Pflege und Behandlung mit lebensverlängernder antiretroviraler Therapie der Menschen mit HIV/AIDS leisten.

„Geistige Eigentumsrechte“ dürfen Zugang zu Behandlung nicht behindern

Die UN-Verpflichtungserklärung zu HIV/AIDS hält fest, „dass die Auswirkungen der internationalen Handelsübereinkünfte auf den Zugang zu unentbehrlichen Arzneimitteln beziehungsweise auf deren lokale Herstellung sowie auf die Entwicklung neuer Arzneimittel einer weiteren Evaluierung bedürfen“[29]. Sie hält die internationale Gemeinschaft dazu an, „bei der Stärkung der Arzneimittelpolitiken und -praktiken, in Bezug auf Generika und Regelungen betreffend das geistige Eigentum, konstruktiv zusammenzuarbeiten“[30]. Das heißt, dass bestehende Bestimmungen wie das TRIPS-Abkommen[31] der Welthandelsorganisation (WTO) auf ihre Auswirkungen auf den weltweiten Medikamentenzugang geprüft werden sollen. Die Ausführungen der UN-Verpflichtungserklärung zu HIV/AIDS stellen damit – bei negativen Prüfergebnis – eine Modifizierung der geltenden Bestimmungen in Aussicht. Dieses Ziel der kritischen und lösungsorientierten Überprüfung der geltenden Regelungen hat die Bundesregierung bisher noch nicht zufrieden stellend umgesetzt.

2001 erklärte die WTO in ihrer „Doha-Erklärung“ zur Ausgestaltung des TRIPS-Abkommens, dass die WTO-Mitgliedsländer zur Sicherstellung der medizinischen Versorgung das Recht haben, patentgeschützte Medikamente für den Bedarf im eigenen Land zu produzieren[32]. Die Schutzklauseln des TRIPS-Abkommens sehen die Möglichkeit vor, Zwangslizenzen zu erlassen, die die Herstellung von Generika erlauben. Ungelöst blieb damals die Frage, wie Länder ohne ausreichende Produktionskapazitäten von dieser Schutzklausel Gebrauch machen können. Im August 2003 wurde eine Übergangsklausel eingesetzt, die den Export von Generika in Länder ohne ausreichende Pharmaproduktion ermöglichen sollte.[33] Diese Lösung, die auch von der Bundesregierung unterstützt wurde/wird, verlangt die Ausstellung von zwei Zwangslizenzen: eine im exportierenden Land und eine im importierenden Land. Dies verursacht erhebliche politische und bürokratische Hürden und bringt Länder ohne ausreichende Produktionskapazität in die Abhängigkeit der Länder, die die dringend notwendigen Medikamente produzieren und exportieren könn(t)en. Vertreter/innen aus Entwicklungsländern und der Zivilgesellschaft warnten daher immer wieder, dass diese Bestimmungen viel zu kompliziert seien. Trotz der fehlenden Erprobung und des gerechtfertigten Zweifels wurde dieser Kompromiss durch einen Beschluss der WTO auf ihrer Ministerkonferenz im Dezember 2005 in Hongkong als feste Regel übernommen. Damit ist vor allem der Zugang zu den, nach Therapieversagen notwendigen, Folgemedikamenten eingeschränkt.[34]

Es ist dringend erforderlich, die TRIPS-Regelungen entsprechend auszugestalten, so dass sie den Zugang zu Behandlung erhöhen und nicht noch weiter einschränken. Dazu sollten die Auswirkungen dieser Abkommen auf den Medikamentenzugang überprüft werden, wie auch von der UN-Verpflichtungserklärung zu HIV/AIDS gefordert. Um ein derartiges Engagement sicher zu stellen, ist die Bundesregierung zu größerer Politikkohärenz aufgefordert: Die von der Bundesregierung eingegangenen Verpflichtungen müssen für alle Ministerien verbindlich sein, einschließlich des für die WTO federführenden Bundesministeriums für Wirtschaft. Nur so kann sich die Bundes-

29 UN (2001): Declaration of Commitment on HIV/AIDS, S. 6.
30 UN (2001): Declaration of Commitment on HIV/AIDS, S. 12.
31 Das Trade-Related Aspects of Intellectual Property Rights-Abkommen der WTO garantiert Patente auf geistiges Eigentum, also auch auf Medikamente, für 20 Jahre, und wird als ein Hindernis für den Zugang der Entwicklungsländer zu antiretroviraler Behandlung betrachtet.
32 Unter Anwendung einer Schutzklausel des TRIPS, den sog. Zwangslizenzen, können Nachahmerprodukte (Generika) von lokalen Firmen hergestellt werden.
33 Least Developed Countries (LDC) sind von dieser Regelung bislang ausgenommen. Sie dürfen noch bis 2016 Generika exportieren und importieren.
34 WTO (2006): www.wto.org/english/tratop_e/trips_e/pharmpatent_e.htm.

regierung in der WTO stärker für die entsprechende Ausgestaltung der Handelsabkommen einsetzen und ihre bisherige, eher restriktive Haltung ändern.

Generikaproduktion stärken

Zur konkreten Umsetzung des Zugangs zu Behandlung plant die Bundesregierung durch die GTZ ein Programm, mit dem Entwicklungsländer in der Nutzung des TRIPS-Abkommens beraten werden sollen. Dieses Programm sollte unverzüglich umgesetzt werden. Außerdem engagieren sich BMZ und GTZ für einen erhöhten Zugang zu AIDS-Behandlung durch direkte finanzielle und technische Unterstützung der Generika-Produktion im Ostkongo und die Durchführung von Workshops im östlichen Afrika zum Thema lokale Medikamentenproduktion. Die Unterstützung der lokalen Produktion von Generika ist eine begrüßenswerte Maßnahme; entsprechende Programme sollten jedoch auf breiterer und systematischer Basis gefördert werden, um wirklich nachhaltige Wirkungen zu erzielen. Dabei ist von zentraler Bedeutung, dass die Maßnahmen in Gesundheits- und Behandlungsprogramme eingebettet sind.

Empfehlungen

- Ein deutliches Bekenntnis der Bundesregierung zum universellen und kostenfreien Behandlungszugang.
- Aktiver Einsatz für die Verwirklichung des „Universellen Zugangs“, der von den G8 als verbindliches Ziel formuliert und von der Generalversammlung der Vereinten Nationen im September 2005 bestätigt wurde.
- Gezielte Förderung von antiretroviralen Therapieprogrammen zur Erreichung der Ziele des „Universellen Zugangs“.
- Schaffung eines gesetzlichen Rahmens und Umsetzung von Maßnahmen in Deutschland, die allen Bedürftigen ausreichende Behandlung und Betreuung gewährleisten.
- Bekämpfung der Stigmatisierung von Menschen mit HIV und gefährdeten Menschen.
- Förderung des Ausbaus der Gesundheitsinfrastruktur und der Ausbildung von Gesundheitsfachkräften in den Entwicklungsländern.
- Durch eine kohärente Politik dafür Sorge tragen, dass internationale Abkommen, wie z.B. das TRIPS-Abkommen der WTO, den Zugang der armen Länder zu Medikamenten nicht behindern. Dazu soll sich die Bundesregierung in der WTO für eine erfahrungsbasierte Überprüfung und gegebenenfalls eine Änderung der jetzigen Bestimmungen einsetzen.
- Zügige Umsetzungen des geplanten Programms zur Unterstützung der Entwicklungsländer bei der Nutzung der Schutzklauseln des TRIPS-Abkommens.
- Ausbau von Projekten zur Generikaproduktion, Ausstattung mit adäquaten finanziellen und technischen Mitteln.

Verminderung der sozio-ökonomischen Folgen und der Gefährdung

Die Verpflichtungserklärung stellt fest, dass die besonders gefährdeten Menschen Priorität erhalten müssen und dass der Verbesserung der gesellschaftlichen Stellung der Frauen eine besondere Bedeutung zukommt. Die Mitgliedsstaaten - verpflichten sich, Sektor-übergreifende Strategien auszuarbeiten. Die Geberländer verpflichten sich zur Unterstützung von AIDS Waisen und gefährdeten Kindern, besonders in Afrika südlich der Sahara.

Im Engagement für die Entwicklungsländer sind das Mainstreaming von HIV/AIDS und der multisektorale Ansatz in der EZ positiv zu bewerten. Sie werden auch von der internationalen Gemeinschaft als beispielhaft angesehen. Die konzeptionelle Analyse und Umsetzung im Kontext der Armutsbekämpfung ist jedoch nicht ausreichend. In der Reduzierung der sozioökonomischen Folgen und der Gefährdung bleibt das Engagement der Bundesregierung hinter den Zielen der Verpflichtungserklärung zurück.

Gefährdung und soziale Folgen in Deutschland

In Deutschland führt das BMG Interventionen zur Reduzierung der HIV-Gefährdung in Zusammenarbeit mit der Zivilgesellschaft durch. Das BMG benennt als Defizite, dass einige gefährdete Gruppen, vor allem Frauen im kommerziellen Sex, nicht genügend berücksichtigt werden und eine systematische Analyse der Gefährdungsfaktoren weitgehend fehlt. Auf individueller Ebene hat HIV/AIDS teils erhebliche sozio-ökonomische Folgen, z.B. durch Verarmung, Nichtaufnahme in private Krankenversicherungen, und Erschwerung der Reintegration in das Berufsleben. Diese Defizite sollten durch Intensivierung der Maßnahmen zur Reduzierung der Gefährdung und der negativen Auswirkungen durch eine entsprechende Sozialgesetzgebung behoben werden.

HIV/AIDS Schwerpunktsetzung in der Entwicklungszusammenarbeit erweitern

Es bestehen folgende Schwerpunkte in der EZ[35]: Demokratie, Friedensentwicklung, Bildung, Trinkwasser, Ernährungssicherheit, Aufbau der Marktwirtschaft, Energie, Transport, Gesundheit, Familienplanung, HIV/AIDS. Schwerpunktsetzungen und Länderstrategiepapiere werden vom BMZ in Zusammenarbeit mit den Kooperationsländern und im Kontext der Armutsbekämpfungsstrategien festgelegt. Diese werden von den Trägern der staatlichen EZ umgesetzt. In so genannten „Schwerpunktpartnerländern" „soll das gesamte entwicklungspolitische Instrumentarium in drei Schwerpunkten zum Einsatz kommen", die Arbeit in „Partnerländern" ist auf einen Schwerpunkt konzentriert.

Das „Positionspapier zur Entwicklungszusammenarbeit mit Sub-Sahara-Afrika" definiert drei Schwerpunkte, auf die EZ in dieser Region fokussiert werden soll: Gute Regierungsführung, Wassersektor und Förderung der Privatwirtschaft. HIV/AIDS wird nicht als Schwerpunkt definiert. Damit steht das Papier nicht im Einklang mit dem Positionspapier HIV/AIDS des BMZ und der „HIV/AIDS-Bekämpfungsstrategie der Bundesregierung", die die Bedeutung der HIV/AIDS-Bekämpfung gerade in Afrika betonen. Diese Lücke wird von Seiten des BMZ mit den bedeutenden Kapazitäten und Ressourcen erklärt, die die Weltbank für die Bereiche Gesundheit und HIV/AIDS in Afrika bereitstelle. Außerdem hätten die lokalen Gesundheitsministerien in den Verhandlungen der Schwerpunkte für die Kooperation erfahrungsgemäß einen schweren Stand. Dies führe dann dazu, dass der Fokus der Länderkooperation in anderen Bereichen gesetzt würde.

Aktuell bildet Gesundheit einschließlich HIV/AIDS-Bekämpfung nur in sechs Ländern Sub-Sahara-Afrikas einen Schwerpunkt der deutschen EZ (Elfenbeinküste, Kamerun, Kenia, Malawi, Ruanda, Tansania). In 12 weiten afrikanischen Ländern stellt HIV/AIDS einen zusätzlichen Förderbereich dar. Die Schwerpunktsetzung in der EZ wird zurzeit von der Bundesregierung diskutiert und soll innerhalb der nächsten Monate festgelegt werden. Für die Zukunft sei anzunehmen, dass im Zuge der „Geberharmonisierung" die Länderstrategien an Bedeutung verlieren werden. Zu fragen ist, warum der Schwerpunkt HIV/AIDS – zumindest in den stark betroffenen Ländern – von Deutschland nicht stärker betont wird, da die deutsche EZ erhebliche Expertise beim Thema HIV/AIDS aufgebaut hat. Die Bundesregierung sollte in ihren Verhandlungen zu Länderschwerpunkten in diesen Fällen die lokale Zivilgesellschaft beteiligen, um so ein umfassenderes Bild zu gewinnen und auch die Zivilgesellschaft in der HIV/AIDS-Bekämpfung direkt zu unterstützen. Wenn im Zuge der Geberharmonisierung HIV/AIDS nur noch von einem Geberland gefördert wird, sollte sicher gestellt sein, dass HIV/AIDS-Bekämpfung in adäquatem Umfang und Qualität gefördert wird.

In Afrika südlich der Sahara sollte HIV/AIDS in einer größeren Zahl von Ländern ein Schwerpunkt der EZ sein, um der Bedeutung der Epidemie für diese Region gerecht zu werden. Kritisch zu hinterfragen ist die Einordnung von HIV/AIDS in den allgemeinen Schwerpunkt. Seiner Bedeutung als Hindernis für die Erreichung der Millenniumsentwicklungsziele entsprechend sollte HIV/AIDS ein eigenständiger Schwerpunkt sein und in die Kategorie „Soziale Grunddienste" aufgenommen werden. Die Hauptaufmerksamkeit lag bisher in den Ländern Afrikas. Konkrete Ziele für die HIV/AIDS-Bekämpfung sollten jedoch auch für

35 BMZ (2004): Medienhandbuch Entwicklungspolitik 2004/2005 S. 281.

andere Regionen wie Asien und Osteuropa formuliert und umgesetzt werden, um der raschen Ausbreitung von HIV/AIDS in diesen Regionen und ihrer Gefährdung Rechnung zu tragen. Entsprechende Schwerpunktsetzungen und ein Mainstreaming HIV/AIDS sollten auch hier durchgeführt werden, um auch in diesen Regionen Prävention und Behandlung im Sinne des „Universellen Zugangs" zu erreichen.

Mainstreaming HIV/AIDS in der Entwicklungszusammenarbeit umgesetzt

HIV/AIDS kann auch in Ländern, in denen es kein Schwerpunkt ist, in der EZ ein „Querschnittsthema" sein. Von der KfW-Förderung werden HIV-Information und Aufklärung in andere Projekte, z.B. der Wasserversorgung, integriert. Die GTZ[36] führt die HIV/AIDS-Arbeit im „multisektoralen Ansatz" durch, da HIV/AIDS nicht als vorrangig vom Gesundheitssektor zu lösendes Problem gesehen wird; HIV/AIDS-Bekämpfung müsse vielmehr als eine Gemeinschaftsaufgabe aller Sektoren und Ministerien begriffen werden. Die GTZ versteht HIV/AIDS als Mainstreaming-Aufgabe, die u.a. durch folgende Maßnahmen umgesetzt wird: HIV/AIDS-Komponenten sind in vielen Programmen und Projekten vorhanden und mindestens 3% jeder Maßnahme in Afrika müssen auf HIV/AIDS verwandt werden; für die Region Afrika müssen die Länderpläne das Thema HIV/AIDS und entsprechende Budgets und Monitoring enthalten; Länder- und Projektanträge in Afrika müssen eine Stellungnahme zu HIV/AIDS enthalten, für Lateinamerika und Asien ist dies geplant.

Positiv zu bewerten ist der Beitrag der SIMHA-Initiative zur Umsetzung der multisektoralen AIDS-Bekämpfung und Verringerung von Gefährdung und sozio-ökonomischen Auswirkungen. Die Verankerung des Themas in den Entwicklungsländern wird durch Personen verfolgt, die in der GTZ-Zentrale und in den Länderbüros auf hierarchisch höchster Stufe angesiedelt sind („Focal Persons" und „Task Teams"). Dieses Modell sei allerdings vom BMZ nicht institutionell verankert, so dass es durch individuell fehlendes Engagement gefährdet werden könne. Die Verankerung innerhalb der Institution GTZ geschieht durch eine HIV/AIDS Policy, Thematisierung in Mitarbeitendenversammlungen, Fortbildungen zu HIV/AIDS usw.Auch bei InWEnt und beim DED ist das Mainstreaming konzeptionell und in der Praxis weitgehend umgesetzt. Dazu tragen spezielle Ansprechpersonen für HIV/AIDS bei. Bei InWEnt wird HIV/AIDS als Mainstreaming-Aufgabe in den Seminaren für Stipendiat/innen und Ausreisende umgesetzt. Von InWEnt entwickelte Materialien zur Integration von HIV/AIDS in Aus- und Weiterbildung, u.a. ein „HIV/AIDS Onlinekurs" für Gesundheitskräfte, dienen den Organisationen der EZ im Mainstreaming-Prozess. Der DED habe überdurchschnittlich viele Entwicklungshelfer/innen, die direkt in der HIV/AIDS-Arbeit oder im Mainstreaming HIV/AIDS eingesetzt sind: 65 der ca 1.000 DED-Entwicklungsfachkräfte sind im Bereich HIV/AIDS tätig. Alle Entwicklungshelfer/innen erhalten im Rahmen ihrer Vorbereitung Informationen und Training zu HIV/AIDS.

Minderung der sozio-ökonomischen Folgen in den Entwicklungsländern mehr berücksichtigen

Die HIV/AIDS-Papiere der Bundesregierung geben der Versorgung von Waisenkindern einen hohen Stellenwert. Die Programme der deutschen EZ enthalten jedoch kaum Komponenten der Reduzierung der sozialen Folgen von HIV/AIDS, speziell für Waisenkinder und andere gefährdete Kinder. Ein von UNICEF, UNAIDS und Entwicklungsorganisationen entwickeltes Kerndokument, der „Handlungsrahmen für AIDS-gefährdete Kinder", führt Grundprinzipien der Versorgung und Unterstützung von Kindern auf, die von AIDS betroffen sind. 11% des Gesamtbedarfs der AIDS-Bekämpfung sollte nach UNAIDS Empfehlung für die Versorgung dieser Kinder bereitgestellt werden. Die Bundesregierung sollte diesen „Handlungsrahmen" umsetzen und neue Ressourcen für die Versorgung von HIV-infizierten und von HIV/AIDS betroffenen Kindern einsetzen, um die eingegangenen Verpflichtungen zu erfüllen.

Empfehlungen

- ▶▶ Aufnahme von HIV/AIDS und Gesundheit als Schwerpunktthemen in einer größeren Zahl von Ländern, vor allem in Afrika.
- ▶▶ Berücksichtigung der zentralen Priorität der Eindämmung von HIV/AIDS für die Erreichung der Millenniumsentwicklungsziele, insbesondere in Afrika in allen Konzept- und Strategiepapieren.
- ▶▶ Größerer Ressourceneinsatz für die Versorgung von AIDS-Waisen und von HIV/AIDS betroffenen Kindern.

36 Die GTZ ist in der deutschen EZ für die „technische Entwicklungszusammenarbeit" zuständig. Die GTZ ist zunehmend in der Beratung der nationalen Regierungen engagiert und nicht mehr in der Durchführung von Programmen, dies ist vor allem im Kontext der Geberharmonisierung zu sehen.

Forschung und Entwicklung

Die Verpflichtungserklärung hält fest, die Investitionen in die Entwicklung von HIV-Impfstoffen zu erhöhen und die diesbezügliche Forschung zu beschleunigen, bei gleichzeitigem Aufbau nationaler Forschungskapazitäten insbesondere in den Entwicklungsländern und besonders in Bezug auf die in stark betroffenen Regionen vorherrschenden Virenstämme; darüber hinaus vermehrte nationale und internationale Investitionen in die HIV/Aids-Forschung und -Entwicklung, einschließlich der biomedizinischen, operationalen, sozialen, kulturellen und Verhaltensforschung sowie auf dem Gebiet der traditionellen Medizin, zu unterstützen und zu fördern.

Die Bundesregierung fördert in der HIV/AIDS-Forschung aktuell das „Kompetenznetz HIV/AIDS in Deutschland" und ist über das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) und die EU an der Finanzierung der Impfstoffforschung beteiligt. Das Kompetenznetz HIV/AIDS bietet eine Struktur, die Basiswissenschaften, klinische Forschung und Patienten/innen zusammenbringt. Grundpfeiler des überregionalen Forscherverbundes bildet die Patientenkohorte des Netzes, in die Daten aus 51 Behandlungszentren und 12.000 Patienten/innen eingebracht werden. Allerdings ist das Kompetenznetz HIV/AIDS nur noch bis zum Jahr 2007 durch die Förderung des BMBF finanziell abgesichert.

Im Rahmen einer Studie des *Aktionsbündnisses gegen AIDS* wurden 2005 die führenden deutschen Forschenden zur Situation der HIV-Impfstoffentwicklung befragt. Auf dieser Basis ergab sich ein umfassendes Bild der HIV-Impfstoffentwicklung in Deutschland und dem globalen Kontext.[37] In der HIV-Impfstoffforschung spielt die Bundesrepublik Deutschland keine ihrem sonstigen Gewicht entsprechende Rolle. Hintergrund ist einerseits der Umfang der für HIV-Forschung bereit gestellten öffentlichen Mittel, der bei weitem zu gering ist, um die bereits jetzt international angesehene Forschung weiterzuentwickeln. Hintergrund ist andererseits die fragmentierte Forschungslandschaft.

Als zentrale Handlungsempfehlungen für die Bundesregierung wurden langfristige, verlässliche Finanzierung sowie die verstärkte Koordination der Forschungsaktivitäten abgeleitet. Die Durchführung klinischer Studien in Deutschland sollte durch Errichtung eines Zentrums zur Bündelung von Grundlagenforschung und klinischer Forschung gefördert werden. Ein besonders zu förderndes Gebiet ist Forschung an Mikrobiziden zur HIV-Prävention, die speziell eine Stärkung der Frauen in der Prävention bedeuten würden. Dies ist von zentraler Bedeutung, da weltweit eine überproportionale Zunahme der HIV-Infektionen bei Frauen und Mädchen verzeichnet wird. Mikrobizide könnten bei entsprechender Förderung erheblich früher Marktreife erlangen als HIV-Impfstoffe.

Für die Verfügbarkeit eines zukünftigen Impfstoffes in Entwicklungsländern sind der Preis und die mengenmäßige Verfügbarkeit entscheidend. Es muss frühzeitig im Forschungsprozess dafür Sorge getragen werden, dass ein Impfstoff auch für die Entwicklungsländer zur Verfügung stehen wird. Es darf nicht passieren, dass er aufgrund von hohen Preisen, Patenten und technischen Problemen, wie Notwendigkeit einer kühlen Lagerung, dort nicht eingesetzt werden kann. Ferner sollte die Bundesregierung sich für den Ausbau der Forschungskapazitäten in den Entwicklungsländern einsetzen.

Empfehlungen

- ▶▶ Weiterer Ausbau der Forschungsförderung.
- ▶▶ Weiterförderung des Kompetenznetzes HIV, das für die deutsche AIDS-Forschung wie die internationale Zusammenarbeit notwendig ist.
- ▶▶ Forschung an Frauen-kontrollierten Präventionsmethoden, vor allem Mikrobiziden.
- ▶▶ Förderung der Forschungskapazitäten in den Entwicklungsländern.
- ▶▶ Sicherstellen, dass Impfstoffe, frauen-kontrollierte Präventionsmethoden u.a. den Entwicklungsländern zur Verfügung stehen und der Zugang nicht durch hohe Preise, Patentregelungen und technische Anforderungen behindert wird.

37 Siehe dazu: *Aktionsbündnis gegen AIDS* (September 2005): Die aktuelle Situation der Impfstoffforschung.

Teil 2: Die Beteiligung Deutschlands an der Bereitstellung dringend benötigter Finanzmittel

Hauptaussagen der Verpflichtungserklärung zur Mobilisierung von Ressourcen

Die Verpflichtungserklärung hält die Einsicht fest, dass die Herausforderung durch HIV/AIDS nur durch neue, zusätzliche und stetige Finanzmittel zu bewältigen ist. Durch eine schrittweise Aufstockung der Ressourcen sollten bis 2005 die jährlichen Ausgaben für die Epidemie in den Ländern mit niedrigem und mittlerem Einkommen auf 7 bis 10 Milliarden US-Dollar gesteigert werden. Dabei sind insbesondere die Geberländer gefordert, die nach Möglichkeit die erforderliche finanzielle Unterstützung in Form unentgeltlicher Zuschüsse leisten sollten.

Die dramatischen Ausmaße und schwerwiegenden Auswirkungen der Epidemie stellen einen gewichtigen Grund mehr dar, die entwickelten Länder aufzufordern, möglichst bald die vereinbarten Zielwerte von 0,7% ihres Bruttosozialprodukts für die gesamte öffentliche Entwicklungshilfe und von 0,15 bis 0,20% für die Kooperation mit den am wenigsten entwickelten Ländern zu erreichen. Dabei sollen insbesondere die am stärksten betroffenen Länder, vor allem in Afrika südlich der Sahara und der Karibik, sowie andere besonders gefährdete Weltregionen berücksichtigt werden. Die bereitgestellten Finanzmittel sind möglichst wirksam und transparent einzusetzen.

Zugleich sollen die erweiterte Schuldeninitiative für die hochverschuldeten armen Länder rasch umgesetzt und möglichst bald alle bilateralen öffentlichen Schulden dieser Länder erlassen werden. Durch konzertierte Maßnahmen zur Bewältigung der Schuldenprobleme der übrigen Entwicklungsländer sollen auch deren finanzielle Möglichkeiten verbessert werden, um gegen die Epidemie anzugehen.

Schließlich haben sich die unterzeichnenden Staaten verpflichtet, „die dringende Einrichtung eines globalen HIV/AIDS- und Gesundheitsfonds“ zu unterstützen, durch den „vordringliche und erweiterte Maßnahmen gegen die Epidemie auf der Grundlage eines integrierten Ansatzes der Prävention, Betreuung und Pflege, Unterstützung und Behandlung finanziert werden...“. Ebenso wird gefordert, die UNAIDS-Trägerorganisationen und das UNAIDS-Sekretariat mit den Ressourcen auszustatten, die sie für eine erfolgsorientierte Arbeit benötigen.

Wesentliche Untersuchungsergebnisse und Handlungsempfehlungen

Veranschlagter Finanzbedarf und ein angemessener deutscher Beitrag

Das in der Verpflichtungserklärung festgelegte Finanzierungsziel für die Eindämmung der Epidemie in den Entwicklungsländern ging von einer ersten Kostenschätzung aus, die sich auf 9,2 Milliarden US-Dollar belief. Damit ließe sich ein Bündel an bewährten Schlüsselmaßnahmen der Prävention, Behandlung und Folgenlinderung breitenwirksam durchführen. Inzwischen wurden jedoch umfassendere und aktuellere Schätzungen erstellt, die den Finanzbedarf für 2005 auf 12 Milliarden US-Dollar veranschlagen. Dieser Betrag ist als Etappenziel auf dem Weg zu einer konsequenten und kontinuierlichen Verstärkung der internationalen Anstrengungen zu verstehen. Im Jahr 2008 werden bereits ca. 22 Milliarden US-Dollar benötigt, um die weitere Ausbreitung der HIV-Infektionen zu bremsen, die AIDS-bedingten Todesfälle zu vermindern und die immensen sozialen Notlagen abzumildern.

Angesichts der extremen Armut und der finanziellen Schwächung der staatlichen Institutionen in den von HIV/AIDS betroffenen bzw. bedrohten Ländern, muss der überwiegende Teil der erforderlichen Finanzmittel, d.h. mindestens zwei Drittel, durch die Entwicklungskooperation der wohlhabenden Nationen aufgebracht werden. Die folgerichtige Bemessungsgrundlage für eine angemessene Beteiligung an der Finanzierung der internationalen Antwort auf die HIV/AIDS-Krise bildet die Wirtschaftskraft gemessen am Bruttonationaleinkommen (BNE). Im Jahr 2004 hatte Deutschland einen Anteil von rund 8% am gesamten BNE der Industriestaaten mit hohem Einkommen. Folglich sollte der deutsche Beitrag für die finanzielle Kooperation zur Erreichung der Millenniumsentwicklungsziele im Allgemeinen und der Eindämmung von HIV/AIDS im Besonderen diese Marke nicht unterschreiten. Berücksichtigt man zusätzlich, dass Europa den entwicklungspolitischen Realitäten entsprechend nicht weniger als die Hälfte der Ressourcen bereitstellen muss, so fällt ein Anteil von über

10% des Gesamtbedarfs an finanzieller Kooperation auf Deutschland.[38] Diese Zielquote ist von besonderer Relevanz für die finanzielle Unterstützung des Globalen Fonds zur Bekämpfung von AIDS, Tuberkulose und Malaria, da dort der US-Beitrag durch ein unsinniges Gesetz auf ein Drittel des Gesamtaufkommens beschränkt wird, obgleich das nationale BNE der USA etwas über dem gesamten BNE der 17 europäischen Mitgliedstaaten des DAC (Development Assistance Committee) liegt.

Unter Anwendung der obigen Kriterien errechnet sich für 2005 ein Mindestbeitrag für Deutschland in Höhe von 373 Millionen US-Dollar oder 300 Millionen Euro (berechnet nach dem Wechselkurs von 2004), wenn man von der Untergrenze des Finanzvolumens (7 Milliarden US-Dollar) und der niedrigeren Beteiligungsquote (8%) ausgeht. Legt man jedoch die aktuelle Bedarfsschätzung (12 Milliarden US-Dollar) und einen der entwicklungspolitischen Bedeutung Europas angemessenen Finanzierungsanteil (10%) zugrunde, so müsste Deutschland nicht weniger als 800 Millionen US-Dollar oder 644 Millionen Euro zur internationalen HIV/AIDS-Bekämpfung beitragen.

Gesamtleistungen der öffentlichen Entwicklungshilfe

Die für die HIV/AIDS-Bekämpfung benötigten Finanzmittel dürfen keinesfalls von anderen für die Überwindung von Armut, Hunger und Krankheit wichtigen Förderbereichen umgeschichtet werden, sondern sind zusätzlich aufzubringen. Daher ist es unerlässlich, die Entwicklung der insgesamt geleisteten offiziellen Entwicklungshilfe (official development assistance oder ODA) zu untersuchen.

Zwischen 2000 und 2004 war der in internationalen Statistiken in US-Dollar ausgewiesene Anstieg der ODA-Nettoleistungen Deutschlands in erster Linie durch die höhere Bewertung des Euro bedingt. Die realen Zahlungen erhöhten sich lediglich von 5,458 Milliarden Euro auf 6,064 Milliarden Euro, was einer Steigerung von 11% entspricht. Daher ist Deutschland in diesen Jahren nur wenig auf dem Weg zur Verwirklichung des VN-Richtwerts vorangekommen, mindestens 0,7% des BNE für die Entwicklungskooperation aufzubringen. Diese so genannte ODA-Quote stieg nur marginal von 0,27 auf 0,28%.

Dagegen konnte nach den jüngst von der OECD veröffentlichten, noch vorläufigen Zahlen im Jahr 2005 ein quantitativer Sprung der deutschen Entwicklungshilfe auf 0,35% des BNE verzeichnet werden.[39] Für eine Einschätzung der finanziellen Anstrengungen und ihrer möglichen entwicklungspolitischen Wirkungen bedarf es jedoch eines Blicks auf die Zusammensetzung der als ODA verbuchten Leistungen. Bedauerlicherweise war der so imponierend erscheinende Anstieg fast ausschließlich den im Pariser Klub vereinbarten Streichungen der Schulden des Irak und Nigerias zu verdanken. Wenn man die außerordentliche Zunahme der Schuldenerlasse herausrechnet und außerdem die Wechselkurs- und Inflationsentwicklungen berücksichtigt, dann ergibt sich nach Berechnungen der OECD sogar ein Rückgang der deutschen ODA-Leistungen um 9,8% im Vergleich zu 2004. Dabei war schon der bescheidene ODA-Zuwachs in den Jahren zuvor großenteils auf den Effekt von Maßnahmen der Schuldenerleichterung und andere günstige Umstände zurückzuführen.

Die Schuldenerlasse bilden eine unabdingbare Voraussetzung, um die Ressourcenabflüsse aus den armen Ländern zu reduzieren. Sie erhöhen die fiskalischen Spielräume jedoch nur insoweit, als die erlassenen Schulden bisher überhaupt bedient werden konnten, was oft nicht der Fall ist.[40] Die wirtschaftlich benachteiligten und mit der ungeheuren Bedrohung durch HIV/AIDS konfrontierten Länder sind dringend auf zusätzliche Ressourcen angewiesen.

Im Übrigen bleibt Deutschland auch in der aktuellen Statistik weit hinter der durchschnittlichen ODA-Quote der 22 DAC-Staaten zurück, die für 2005 auf 0,47% beziffert wird. Auch wenn man die als offizielle Hilfe (official aid, OA) bezeichneten Leistungen an Übergangsländer einbezieht, belegte Deutschland 2004 nur den 13. Platz in Bezug auf den Anteil am BNE. Was den absoluten Umfang der öffentlichen Entwicklungshilfe angeht, ist Deutschland in den vergangenen Jahren von Frankreich und Großbritannien mit niedrigerem BNE überholt worden und damit vom dritten auf den fünften Platz zurückgefallen. Auch hinsichtlich der verstärkten Ausrichtung der Entwicklungskooperation auf die am wenigsten entwickelten Länder und Afrika südlich der Sahara bleibt die deutsche Entwicklungskooperation noch weit vom notwendigen Maß entfernt.

Mit den vom Europäischen Rat im März 2002 in Barcelona beschlossenen Verpflichtungen akzeptierte Deutschland zum ersten Mal einen fristgebundenen Zielwert für die Erhöhung der ODA-Quote von mindestens 0,33% bis 2006. Im Mai 2005 legte ein weiterführender EU-Beschluss neue Mindestquoten von 0,51% für 2010 und schließlich 0,7% für 2015 fest, die für die Nachzügler unter den Mitgliedstaaten wie Deutschland gelten, während die bereits überdurchschnittliche BNE-Anteile aufbringenden Länder diese Bemühungen fortsetzen sollen. Allerdings wurde auch auf Drängen Deutschlands ein Finanzierungsvorbehalt in die Erklärung aufgenommen.

38 Wenn man den Beitrag der Europäischen Kommission einbezieht, so finanzierten die vor 2002 der EU beigetretenen Mitgliedstaaten (EU-15) zusammen mit Norwegen und der Schweiz 2003 und 2004 sogar über 62% der von DAC-Ländern geleisteten Entwicklungshilfe (OECD, eigene Berechnungen). Der Anteil Deutschlands am aggregierten BNE dieser 17 Länder belief sich 2004 auf 21,3% (World Development Indicators, eigene Berechnungen).

39 OECD, 4.4.2006: Aid flows top USD 100 billion in 2005.

40 Außerdem ist diese nachträgliche Anrechnung von Handelskrediten als ODA-Leistungen auch deswegen problematisch, weil die damit finanzierten Investitionen nicht nach entwicklungspolitischen Kriterien und oft auch ohne demokratische Beteiligung durchgeführt wurden und daher als fragwürdig einzustufen sind.

Die ausschlaggebende Größe für die Bereitstellung neuer Finanzmittel bildet der Haushalt des BMZ. Zwischen 2000 und 2005 nahm der Etat nur allmählich von 3,675 auf 3,859 Milliarden Euro zu, mithin um 184 Millionen Euro oder 5%. Es liegt auf der Hand, dass diese bescheidene Aufstockung nicht ausreichte, um den oben dargelegten adäquaten Beitrag Deutschlands für die HIV/AIDS-Bekämpfung in den Entwicklungsländern abzudecken, selbst wenn sie nur zu diesem Zweck erfolgt wäre. Die geplante Erhöhung des Etats um 300 Millionen Euro für das laufende Jahr stellt einen Schritt in die richtige Richtung dar, fällt aber prozentual gesehen zu gering aus, um das Zwischenziel von 0,33% ODA/BNE zu erreichen. Dies wird somit nur durch die überproportionale Zunahme der auf die ODA angerechneten Entschuldungen möglich sein.

Trotz der Verbannungsversuche durch wirtschaftliche und politische Machtinteressen konnte in den letzten Jahren die internationale Diskussion über neue Finanzierungsquellen für die Entwicklungskooperation voran gebracht werden. Inzwischen liegen mehrere zielführende und technisch machbare Konzepte vor, die das Hauptziel des stetigen Ressourcenaufkommens mit wirkungsvollen Mechanismen der politischen Steuerung verbinden und damit einen doppelten Entwicklungseffekt erreichen können. Diese gezielt und koordiniert einzusetzenden Instrumente sind also aus zwei Hauptgründen notwendig: Erstens um die sich zunehmend entziehenden Profiteure der Globalisierung wieder stärker in die Pflicht für die Finanzierung von Gemeinschaftsaufgaben zu nehmen und zweitens um die destruktiven Folgen des aktuellen Globalisierungsmodells in den Griff zu bekommen. Im Einzelnen geht es dabei um internationale Steuern auf den übermäßigen Verbrauch endlicher Naturressourcen, die Emissionen von Treibhausgasen und spekulative Devisentransaktionen sowie die Bekämpfung der Steuerflucht von transnationalen Konzernen und großen Privatvermögen. Deutschland hat sich zwar an den entsprechenden Diskussionsforen beteiligt, aber bisher keine eigene Position erkennen lassen. Dies wäre aber notwendige Voraussetzung, um dem eigenen Anspruch zu genügen, aktiv und ergebnisorientiert an der Einführung innovativer Finanzierungsinstrumente zur Förderung einer global nachhaltigen Entwicklung mitzuarbeiten.

Die Selbstverpflichtung, den im internationalen Vergleich erheblichen Rückstand bei der Erreichung des 0,7%-Ziels innerhalb eines verbindlichen Zeitrahmens aufzuholen, kann prinzipiell als großer Fortschritt gewertet werden. Es sind jedoch weitere politische Entscheidungen und Maßnahmen erforderlich, um den deutschen Beitrag zu einer berechenbaren und verlässlichen Größe für die internationalen Anstrengungen zur Erreichung der Millenniumsentwicklungsziele zu machen:

Empfehlungen

- Es sollte ein konkreter Stufenplan mit jährlichen Zielmarken für die Ressourcenmobilisierung verbindlich beschlossen werden, der auf der Grundlage einer Konsultation mit den beteiligten gesellschaftlichen Kräften die geeigneten Finanzierungsinstrumente und die relevanten Förderschwerpunkte benennt.

- Die Schuldenerlasse sollten als Ergänzung zur Bereitstellung zusätzlicher Finanzmittel realisiert und nicht als Alternative behandelt werden. Dabei muss gelten, dass kein Land Schuldendienst zu leisten hat, dem nicht die notwendigen Ressourcen bleiben, um soziale Grunddienste und die Bekämpfung verheerender Epidemien wie HIV/AIDS zu finanzieren.

- Des Weiteren bedarf es einer ergebnisorientierten Diskussion und beschleunigten Entscheidungsfindung im Hinblick auf den Einsatz neuer Finanzierungsinstrumente, die für die erforderliche rasche Aufstockung der Ressourcen einen wichtigen Beitrag leisten können. Unter den Gesichtspunkten von sozialer Gerechtigkeit und Nachhaltigkeit sind insbesondere die internationalen Abgaben auf den Verbrauch von Ressourcen wie Flugbenzin sowie globale Steuern auf Finanzgeschäfte und Gewinne internationaler Unternehmen als ergänzende Finanzierungsquellen in Betracht zu ziehen.

Die bilaterale Kooperation Deutschlands für HIV/AIDS-Bekämpfung und Gesundheitsförderung

Die für bilaterale Programme aufgebrachten Finanzmittel bilden den größten Posten der global für die Eindämmung der Epidemie bereitgestellten Ressourcen. Eine nähere Analyse erscheint auch deswegen angebracht, weil hier unmittelbar deutlich wird, inwiefern ein wirtschaftlich privilegiertes Land seiner besonderen Verantwortung für die internationale Zusammenarbeit in der HIV/AIDS-Bekämpfung gerecht wird.

Daher wurden die Kenndaten aller im Zeitraum 2000 bis 2004 zugesagten und aus deutschen ODA-Leistungen finanzierten Vorhaben der Gesundheitsförderung und der HIV/AIDS-Bekämpfung ausgewertet, die im Meldesystem des DAC registriert sind. Diese so genannte CRS (creditor reporting system) Aid Activity Database beruht auf den Angaben der Mitgliedstaaten bzw. ihrer Durchführungsorganisationen und erreicht für die meisten Länder einschließlich Deutschlands eine vollständige Erfassung.

Die festgestellten Inkonsistenzen der Informationen erforderten allerdings in einer Reihe von Fällen eine Korrektur der Zuordnung zu den definierten Subsektoren, um eine komplette Liste der Projekte zu erhalten, die zumindest in erster Linie das Ziel der Zurückdrängung der Epidemie verfolgen. Die resultierende Aufstellung wurde zudem den Kontaktpersonen in den Durchführungsorganisationen zur Überprüfung vorgelegt und, soweit vorhanden, mit internen Datenbankabfragen abgeglichen.

Demnach variierten die jährlichen Finanzierungszusagen Deutschlands für spezifische HIV/AIDS-Vorhaben zwischen 43 und 50 Millionen Euro, ohne dass ein systematischer Trend etwa in Richtung einer Erhöhung zu erkennen wäre. Eine ähnliche Entwicklung zeigt sich für die anderen Projekte der reproduktiven Gesundheit, wo im letzten Jahr mit verfügbaren Informationen sogar die geringste Zusagehöhe in den vergangenen fünf Jahren zu verzeichnen war. Dagegen zeichnet sich eine steigende Tendenz bei den Programmen ab, die auf eine Stärkung des Gesundheitssektors insgesamt abzielen oder auf andere Gesundheitsprobleme als der Bedrohung durch HIV/AIDS ausgerichtet sind. Dadurch stiegen die Gesamtzusagen für Programme der Gesundheitsförderung und Versorgung von 115 Millionen Euro im Jahre 2000 auf 191 Millionen Euro 2004. Die Ausweitung sektorweiter und sonstiger Vorhaben wurde allerdings zum überwiegenden Teil als Darlehen mit eingeschränktem Armutsbezug finanziert, die in den Jahren 2002 und 2004 ca. ein Viertel der Zusagen ausmachten. Das Gesamtvolumen der auf Zuschussbasis unterstützten Programme verzeichnete eine wesentlich bescheidenere Zunahme und fiel sogar im Jahr 2004 wieder deutlich ab.

Im Hinblick auf die regionale Verteilung ist die Konzentration der deutschen Finanzierungszusagen auf afrikanische Länder positiv zu bewerten. So gingen annähernd 65% der gesamten in den vergangenen fünf Jahren getätigten Mittelbindungen für spezifische HIV/AIDS-Programme an den besonders betroffenen Kontinent, und bei den Zusagen für Vorhaben der Sektorförderung waren es mehr als 50%. Trotzdem deckten die von Deutschland bereitgestellten Finanzmittel nur einen kleinen Teil des immensen Bedarfs dieser Region an Unterstützung für die HIV/AIDS-Bekämpfung und Gesundheitsförderung.

Nach detaillierten Berechnungen des Millennium-Projekts müssten in afrikanischen Ländern ein Viertel bis ein Drittel der gesamten notwendigen Ressourcen für die Unterstützung des Gesundheitssektors eingesetzt werden. In Süd- und Südostasien wäre annähernd ein Fünftel der Gesamtinvestitionen für die Gesundheitsförderung aufzubringen, wenn die Millenniumsentwicklungsziele verwirklicht werden sollten. Dagegen entfielen bei den bilateralen Finanzierungszusagen Deutschlands, die zwischen 2000 und 2005 abgeschlossen wurden und sektoral zuzuordnen sind, lediglich 5,5% auf den Gesundheitsbereich. Es bleibt somit eine erhebliche Lücke, um der Gesundheitsförderung den strategischen Stellenwert in der deutschen Entwicklungszusammenarbeit beizumessen, der ihr für die zentralen und in der Millenniumserklärung betonten Dimensionen der menschlichen Entwicklung zukommen müsste.

Leider werden die Komponenten und Budgetanteile für spezifische Maßnahmen, die innerhalb eines breiter angelegten oder überlappenden Förderansatzes geplant sind, von den meisten Ländern einschließlich Deutschland bisher nicht separat in der CRS-Datenbank oder anderen verfügbaren Informationssystemen ausgewiesen. Eine für die Jahre 2000 bis 2002 von DAC zusammen mit UNAIDS und den zuständigen Durchführungsorganisationen realisierte Detailanalyse der zugesagten Programme im Gesundheitsbereich erlaubt jedoch eine empirisch begründete Schätzung der Anteile an Finanzierungszusagen, die bei Vorhaben der reproduktiven Gesundheit und der sektorweiten Förderung für Aktivitäten der HIV/AIDS-Bekämpfung eingesetzt werden. Wenn man diese Komponenten in die Kalkulation einbezieht, ergibt sich, dass die jährliche Zusagehöhe über die fünf Berichtsjahre weitgehend konstant bei ca. 60 Millionen Euro geblieben ist. Nur im Jahr 2003 wurde vorübergehend ein zugesagtes Finanzierungsvolumen von ungefähr 72 Millionen Euro verzeichnet. Eine planvolle Erhöhung der im Rahmen der bilateralen Entwicklungszusammenarbeit für die Eindämmung der Epidemie bereitgestellten Ressourcen lässt sich aus diesen Schätzwerten jedenfalls kaum herauslesen. Trotz der günstigen Wechselkursentwicklung gingen auch die Finanzierungsbeträge in US-Dollar nach dem Anstieg 2003 im folgenden Jahr wieder zurück.

Die vorliegenden Informationen für die finanzielle Zusammenarbeit lassen für 2005 einen Rückgang der Finanzierungszusagen für die Gesundheitsförderung insgesamt erkennen, und auch bei den für spezifische HIV/AIDS-Programme aufgebrachten Mitteln war der Trend im vergangenen Jahr negativ. In der technischen Zusammenarbeit bewegten sich die Mittelzusagen für HIV/AIDS-Vorhaben von 2002 bis 2004, dem letzten Jahr mit verfügbaren Informationen, zwischen 9 und 12,5 Millionen Euro, was bestenfalls als Stagnation auf niedrigem Niveau bezeichnet werden kann. In allen übrigen der untersuchten Bereiche der Gesundheitsförderung war die Tendenz im Jahr 2004 deutlich rückläufig.

Die Berücksichtigung der Epidemie und ihrer sozioökonomischen Ursachen und Auswirkungen in der Planung und Durchführung von Projekten außerhalb des Gesundheitssektors, die durch die BMZ-Sonderinitiative Mainstreaming HIV/AIDS und andere, insbesondere in der technischen Zusammenarbeit eingeleitete Aktivitäten unterstützt werden, hat für die effektive Eindämmung von HIV/AIDS zentrale Bedeutung. Die bisher vorliegenden Informationen

aus ersten Erhebungen über die Umsetzung dieser Ansätze und der vom BMZ hierfür bereitgestellte Finanzrahmen von 3% der Projektmittel lassen eine vorläufige Schätzung zu, nach der sich die im Jahr 2004 für integrierte Maßnahmen der HIV/AIDS-Bekämpfung eingesetzten Ressourcen auf ca. 2,3 Millionen Euro beliefen. Die Anstrengungen, eine multisektorale Antwort auf die HIV/AIDS-Problematik zu fördern, dürfen jedoch nicht als Ersatz für gezielte Programme und die Stärkung der Gesundheitsdienste insgesamt betrachtet werden. Angesichts dieses Szenarios sind die folgenden Schritte erforderlich:

Empfehlungen

- Die Gesundheitsförderung muss einen deutlich höheren Stellenwert erhalten, was die Formulierung von regionalen und länderbezogenen Förderschwerpunkten, aber vor allem auch die Mittelzuteilung betrifft.
- Die in den Durchführungsorganisationen und ihren Partnerinstitutionen entwickelten konzeptionellen Ansätze und fachlichen Kapazitäten werden dringend gebraucht und sollten die notwendige Unterstützung erhalten.
- Die bilateralen Programme der Gesundheitsförderung und der HIV/AIDS-Bekämpfung sollten konsequent weiter geführt und verstärkt werden, um den unterschiedlichen Situationen und Bedürfnissen gerecht zu werden und in diesem Sinn komplementär zu den multilateralen Organisationen und Instrumenten in diesen Bereichen zu wirken.
- Die Entwicklung einer multisektoralen Antwort auf die HIV/AIDS-Krise sollte konsequent weitergeführt werden, wobei in der gesamten Entwicklungskooperation der Verminderung der sozialen Gefährdung gegenüber der Ausbreitung von HIV/AIDS und deren dramatischen Folgen stärkere Beachtung zu schenken ist.

Die Beteiligung Deutschlands an der multilateralen Zusammenarbeit für die Zurückdrängung der HIV/AIDS-Epidemie

Entwicklungszusammenarbeit durch die Europäische Union

Die Europäische Kommission verwaltete im Jahr 2005 ca. ein Fünftel des Gesamtvolumens an Finanzmitteln, die von den Mitgliedstaaten für die Entwicklungszusammenarbeit aufgebracht werden. Seit der 2001 durchgeführten Reform der Außenhilfe konnte sie die Mittelbindungen um 54% und die Auszahlungen um 52% steigern. Die Informationen über die für bestimmte Förderbereiche und Entwicklungsprobleme bereitgestellten Ressourcen bleiben allerdings eher unkonkret. Die Nachvollziehbarkeit der Ressourcenflüsse wird auch dadurch beeinträchtigt, dass erst im Jahr 2004 die EU-Beiträge für die Gesundheitsförderung und Bevölkerungsprogramme einschließlich HIV/AIDS-Kontrolle in der CRS-Datenbank vollständig registriert sind. Aus diesem Grund muss sich die Analyse auf dieses Jahr beschränken.

Die Summe aller Finanzierungszusagen für spezifische Vorhaben der HIV/AIDS-Bekämpfung beläuft sich im Jahr 2004 auf 77,4 Millionen Euro. Dazu kommen unter Anwendung großzügiger Anrechnungsverfahren ca. 10,2 Millionen Euro infolge der überlappenden Aktivitäten von Programmen der reproduktiven Gesundheit sowie 33,1 Millionen Euro auf Grund der HIV/AIDS-Komponenten in anderen Vorhaben der Gesundheitsförderung. Somit kann das Gesamtvolumen der direkt von der EU unterstützten HIV/AIDS-Maßnahmen 2004 auf rund 120,7 Millionen Euro geschätzt werden.

Der EU-Beitrag zum Globalen Fonds belief sich im Jahr 2004 auf insgesamt 212,8 Millionen Euro. Da bis dahin rund 55% der vom Fonds zugesagten Finanzmittel auf HIV/AIDS-Programme entfielen, ergeben sich weitere 117,1 Millionen Euro, die von der Gemeinschaft auf diesem Wege für die Bekämpfung der Epidemie beigesteuert wurden. Der Gesamtbeitrag der EU kann somit auf annähernd 238 Millionen Euro veranschlagt werden.

Der rechnerische Anteil Deutschlands an der Entwicklungsfinanzierung der EU betrug im betreffenden Jahr 21,1%. Somit war Deutschland mit rund 50 Millionen Euro an den oben genannten Finanzmitteln beteiligt, die nach unserer groben Schätzung von der Gemeinschaft für die

Finanzierung der internationalen Antwort auf die HIV/AIDS-Krise aufgebracht wurden.

Deutsche Beteiligung an Programmen der Weltbank

Die Internationale Entwicklungsorganisation (IDA) vergibt zinslose Darlehen mit langen Laufzeiten und für bestimmte Zwecke wie die HIV/AIDS-Bekämpfung zunehmend auch unentgeltliche Zuschüsse. Bei der 13. Wiederauffüllung (IDA 13) steuerten die Beitragszahler 14,5 Milliarden US-Dollar an neuen Mitteln bei, woran Deutschland mit 10,3% beteiligt war. Zusammen mit den Rückzahlungen früherer Kredite und anderen Finanzierungsquellen stand der IDA ein Gesamtvolumen von 26 Milliarden US-Dollar für den Zeitraum von Mitte 2002 bis Mitte 2005 zur Verfügung. Rechnerisch machten damit die aktuell von Deutschland geleisteten Beiträge 5,74% der verfügbaren Mittel aus.

Eine nähere Analyse der von der Weltbank veröffentlichten projektbezogenen Daten ergibt ein wesentlich differenzierteres Bild der Finanzierungszusagen, die von der IDA zugunsten von HIV/AIDS-Programmen getätigt wurden, als die in Berichten zum Thema enthaltenen allgemeinen Angaben. Nach der erfreulichen Erhöhung im Jahr 2001 variierten die Gesamtzusagen in den folgenden Jahren zwischen 225 und über 300 Millionen US-Dollar, fielen jedoch 2005 deutlich auf kaum 200 Millionen US-Dollar ab. Ein besonders bedenklicher Trend fällt bei den Mittelbindungen für Afrika ins Auge, deren Umfang im Jahr 2005 drastisch auf weniger als die Hälfte des Vorjahres sank.

Der rechnerische Beitrag Deutschlands an den IDA-finanzierten HIV/AIDS-Programmen erreichte in den Jahren 2001 und 2003 das höchste Niveau mit jeweils um die 17,7 Millionen US-Dollar. Im Jahr 2004 belief sich der deutsche Anteil auf 15,8 Millionen US-Dollar und ging im folgenden Jahr auf Grund der insgesamt sinkenden Finanzierungszusagen auf 11,4 Millionen Euro zurück.Die zuletzt rückläufige Tendenz der von der Weltbank über die IDA mobilisierten Ressourcen, die zudem in den jüngsten Publikationen ausgeblendet wird, lässt Zweifel aufkommen, ob die vor wenigen Jahren begonnene Verstärkung der Bemühungen zur HIV/AIDS-Bekämpfung mit der erforderlichen Dauerhaftigkeit weiter geführt wird.

Die Unterstützung für den Globalen Fonds zur Bekämpfung von AIDS, Tuberkulose und Malaria

Dem Globalen Fonds kommt auf Grund seines integrativen, alle wesentlichen gesellschaftlichen Akteure eines Landes einbeziehenden Ansatzes und der paritätischen Teilhabe der Entwicklungsländer in seinen Leitungsgremien eine strategische Bedeutung zu. Innerhalb weniger Jahre hat er auch ein bedeutendes Gewicht erlangt, was den quantitativen Umfang der mobilisierten Ressourcen anbetrifft. In den bisher fünf Finanzierungsrunden hat der Globale Fonds ein Gesamtvolumen von 4,9 Milliarden US-Dollar für 350 Programme in 131 Ländern bewilligt.

Bereits in der Finanzierungsrunde vom September 2005 reichten die für das betreffende Jahr vorliegenden Mittelzusagen der Geberstaaten nicht aus, um alle als förderungswürdig eingestuften Projektvorschläge ohne Verzögerung zu bewilligen. Für 2006 droht eine noch größere Finanzierungslücke, da die zugesagten Mittel nur die Weiterfinanzierung der schon laufenden Programme abdecken, aber wenige Ressourcen für eine neue Finanzierungsrunde bleiben.

Die erste Finanzierungszusage Deutschlands belief sich auf 200 Millionen Euro, die von 2001 bis 2007 ausgezahlt werden sollen. Anschließend erfolgte eine zweite Zusicherung über weitere 100 Millionen Euro für den Zeitraum 2005 bis 2007. Schließlich steuerte die Bundesregierung nach öffentlichem Druck zusätzlich 10 Millionen Euro für das Jahr 2005 bei. Außerdem führt die GTZ die BACKUP-Initiative durch, die Partnerländer bei der Erstellung und Umsetzung von Projektvorschlägen für den Globalen Fonds berät. Hierfür standen insgesamt 30 Millionen Euro für den Zeitraum 2002 bis 2005 zur Verfügung, die entsprechend der für diese Jahre vorgesehenen Budgetanteile auf den deutschen Beitrag angerechnet werden.

Bisher erreichten die deutschen Zahlungen einschließlich der anteiligen Finanzierung über die EU lediglich im Jahr 2005 die Mindestquote von 8%, die dem Anteil am BNE der reichen Industriestaaten entspricht. In den kommenden Jahren würde der deutsche Anteil schon bei den bis jetzt von den Geberstaaten gemachten Finanzierungszusicherungen auf wenig mehr als 6% zurückfallen. Dabei ist insgesamt eine erhebliche Aufstockung der Finanzmittel notwendig. Somit muss das bisher gezeigte finanzielle Engagement Deutschlands für dieses zentrale Instrument der internationalen Kooperation zur Bekämpfung der verheerendsten Epidemien und der Bewältigung ihrer katastrophalen Auswirkungen als nicht ausreichend bezeichnet werden.

Die finanzielle Unterstützung Deutschlands für die Organisationen der Vereinten Nationen

Die deutschen ODA-Nettoauszahlungen an die VN-Organisationen und Fonds haben sich nach einem zwischenzeitlichen Anstieg auf knapp 515 Millionen Euro im Jahr 2001 innerhalb von nur zwei Jahren auf 265 Millionen Euro halbiert. Der Anteil Deutschlands in Relation zum Gesamtaufkommen ging zwischen 2002 und 2004 von 8,8% auf kaum 5,5% zurück. Als ein wesentlicher Grund für diese kritikwürdige Entwicklung wird die Vorgabe des Haushaltsausschusses im Deutschen Bundestag genannt, wonach nicht mehr als ein Drittel des BMZ-Haushalts in

multilaterale Kanäle fließen darf. Da Weltbank und Europäischer Entwicklungsfonds mehr Mittel benötigen und das Gesamtbudget des BMZ nur unzureichend wächst, wird an der gänzlich falschen Stelle gespart. So reduzierten sich auch die deutschen Beiträge an VN-Organisationen wie die Weltgesundheitsorganisation und das Entwicklungsprogramm (UNDP), denen eine wichtige Rolle für die internationale Koordination der HIV/AIDS-Bekämpfung zukommt.

Für den Vereinten Haushalt und Arbeitsplan des UNAIDS-Sekretariats trug Deutschland im Jahr 2004 ganze 1,1% bei, was einem Betrag von 1,8 Millionen US-Dollar des Gesamtbudgets von 165,3 Millionen US-Dollar entspricht. Allerdings belief sich der deutsche Finanzierungsanteil am EU-Beitrag in Höhe von 18,3% auf 6,4 Millionen US-Dollar. Nach Schätzungen von UNAIDS mobilisierten die VN-Organisationen zusätzlich 562 Millionen US-Dollar. Abzüglich der bereits berücksichtigten Mittel der Weltbank von 275 Millionen US-Dollar bleiben 287 Millionen US-Dollar. Auf der Basis der Finanzierungsquote von 5,46% errechnet sich folglich ein Beitrag Deutschlands von 15,7 Millionen US-Dollar. Der von der Europäischen Kommission aufgebrachte Anteil an diesen Ressourcen lässt sich auf der Basis der verfügbaren Daten auf 16,3 Millionen US-Dollar veranschlagen, woran Deutschland mit 3,4 Millionen US-Dollar beteiligt war.

Der Rückgang der ODA-Leistungen von deutscher Seite für die Organisationen der Vereinten Nationen ist höchst bedauerlich und wird nur zu einem kleinen Teil durch die erhöhten Beiträge der Europäischen Union ausgeglichen.

Empfehlungen

- Der Beitrag zum Globalen Fonds sollte deutlich aufgestockt und mit einer längerfristigen Perspektive versehen werden. Dabei sollte Deutschland einen angemessenen Beitrag leisten, um im Verband der europäischen Geberstaaten die Hälfte des Finanzbedarfs zu decken, was einem deutschen Anteil von mindestens 10% entspricht. Gerade angesichts des deutlich zu geringen Stellenwerts der Gesundheitsförderung und Versorgung in der bilateralen Zusammenarbeit würde die verstärkte Beteiligung am Globalen Fonds eine zielführende Möglichkeit darstellen, um das sektorale Defizit auszugleichen. Außerdem sollte die BACKUP-Initiative fortgeführt werden.
- Der Negativtrend in den Beiträgen zu den Vereinten Nationen ist umzukehren, damit Deutschland ein verlässlicher Partner für die Weltorganisation bleibt, die dringend auf substantielle Finanzmittel angewiesen ist, um den wachsenden und komplexer werdenden Aufgaben einschließlich der immensen Herausforderung durch HIV/AIDS gerecht werden zu können.
- Die bisher aufgestellte Obergrenze für die multilaterale Kooperation sollte als obsolet betrachtet werden, da sie die verstärkte Beteiligung Deutschlands an den Organisationen und Finanzierungsinstrumenten behindert, die für eine international abgestimmte und rasche Ausweitung der Bemühungen zur HIV/AIDS-Bekämpfung unentbehrlich sind.
- Die Bundesregierung sollte sich in den Leitungsgremien der Weltbank dafür einsetzen, dass die finanzielle Unterstützung von Programmen der HIV/AIDS-Bekämpfung und der Stärkung der Gesundheitsdienste konsequent weitergeführt wird.
- Was die Entwicklungskooperation der Europäischen Union anbetrifft, sollte Deutschland dafür eintreten, dass die Transparenz der Mittelvergabe und insbesondere die Dokumentation der unterstützten Programme in der Datenbank des DAC weiter verbessert werden.

Der Gesamtbeitrag Deutschlands

Alle vorgenannten über bi- und multilaterale Mechanismen von Deutschland bereitgestellten Finanzmittel für die internationale Antwort auf die HIV/AIDS-Krise summierten sich im Jahr 2004 auf 212 Millionen US-Dollar oder etwas über 170 Millionen Euro. Für 2005 stehen zur Zeit leider noch nicht alle erforderlichen Daten für eine Gesamtschätzung zur Verfügung. Die bereits absehbaren Negativtendenzen bei der bilateralen finanziellen Zusammenarbeit, dem EU-Beitrag zum Globalen Fonds und den IDA-finanzierten Programmen wiegen die Erhöhung des deutschen Beitrags zum Globalen Fonds weitgehend auf. Daher ist es eher unwahrscheinlich, dass der Gesamtbeitrag Deutschlands eine nennenswerte Steigerung erfahren hätte. Damit bleiben die bereitgestellten Finanzmittel weit hinter dem Minimalziel zurück, das sich aus der Verpflichtungserklärung und dem Anteil am BNE der wirtschaftlich privilegierten Industrieländer ableiten lässt.

Die bisherigen Strategie- und Positionspapiere der verantwortlichen Regierungsstellen enthalten lediglich allgemeine und einer näheren Analyse nicht standhaltenden Angaben zu den in der Vergangenheit aufgebrachten Finanzmitteln. Eine konkrete Planung für die Zukunft hinsichtlich des Umfangs und des Einsatzes der von Deutschland aufzubringenden Ressourcen, um der weltweiten Bedrohung durch HIV/AIDS adäquat entgegen zu treten, fehlt dagegen. Um diese strategische Lücke zu überwinden, sollten die folgenden Aktionen anvisiert werden:

Empfehlungen

- Deutschland sollte bei der Entwicklung einer international abgestimmten Finanzplanung mitwirken, die auf das Ziel ausgerichtet ist, die rechtzeitige Bereitstellung, bedürfnisorientierte Vergabe und effektive Verwendung der für die Eindämmung der Epidemie notwendigen Mittel sicher zu stellen.

  Dabei sind klare an der Finanzstärke orientierte Kriterien zu vereinbaren, um die Einzelbeiträge der in Frage kommenden Geberländer zu bemessen.

- Entsprechend der Verantwortung Europas für die internationale Entwicklungszusammenarbeit und die Friedenssicherung angesichts der aktuellen weltpolitischen Konstellationen sollte Deutschland eine Einigung auf ein Gesamtziel unter den europäischen Geberstaaten anstreben, das bei mindestens 50% des globalen Bedarfs liegen sollte.

- Eine glaubwürdige Verfolgung dieser Abstimmungsprozesse setzt die Aufstellung nationaler Zielsetzungen für die Finanzierung der HIV/AIDS-Bekämpfung in den Entwicklungs- und Übergangsländern voraus, die sich an der Wirtschaftskraft ausrichten und folglich bei mindestens 8%, besser noch bei 10% des Gesamtbedarfs an finanzieller Kooperation liegen sollten.

Detaillierter Bericht

Finanzbedarf und ein angemessener deutscher Beitrag

Der definierte Zielbereich für die gesamten jährlichen Ausgaben zugunsten von Programmen der HIV-Prävention, Behandlung und Folgenmilderung orientierte sich an einer ersten damals vorliegenden Schätzung, die den Finanzbedarf auf 9,2 Milliarden US-Dollar veranschlagte.[41] Es ist hervorzuheben, dass weder diese noch die folgenden Bedarfsrechnungen die Gesamtheit der für eine umfassende und adäquate Antwort erforderlichen Aktionen zu erfassen suchten. Es handelt sich lediglich um eine Quantifizierung der Ressourcen, die für die Durchführung eines begrenzten Bündels an Schlüsselmaßnahmen benötigt werden, und zwar nur soweit deren Ausweitung mit den aktuell gegebenen Kapazitäten möglich ist. Auf der Basis neuerer Daten und durch die Einbeziehung weiterer Maßnahmen insbesondere zur Vermeidung von HIV-Infektionen im Bereich der Gesundheitsdienste, wurden diese Bedarfsschätzungen in den folgenden Jahren aktualisiert und erhöhten sich damit auf zunächst 10,5 und dann auf 12 Milliarden.[42] Logischerweise sind diese Ziffern nur als Etappenziel auf dem Wege einer kontinuierlichen Verstärkung der internationalen Bemühungen zu betrachten. Nach der jüngsten von UNAIDS Mitte 2005 mit der Unterstützung internationaler Expertengremien erstellten Kalkulation beläuft sich das Gesamtvolumen der erforderlichen Finanzmittel auf 15 Milliarden im Jahr 2006, auf 18 Milliarden 2007 und auf 22 Milliarden 2008. Diese Schätzung bezieht zum ersten Mal Kosten ein, die für die notwendige Verstärkung der personellen und technischen Kapazitäten des Gesundheitssektors anfallen.

Angesichts der eng begrenzten finanziellen Möglichkeiten der Bevölkerungsmehrheit und der öffentlichen Institutionen gerade in den meisten schwer betroffenen Ländern muss der überwiegende Teil der benötigten Finanzmittel von den wirtschaftlich fortgeschrittenen Industriestaaten aufgebracht werden. Die Verpflichtungserklärung stellt hierzu nur fest, dass die Mittel „insbesondere von den Geberländern" zur Verfügung zu stellen sind, ohne konkrete Anteile am anvisierten Gesamtvolumen zu benennen. UNAIDS veranschlagt den von der internationalen Gemeinschaft zu erbringenden Anteil auf zwei Drittel des Gesamtbedarfs, wobei die wirtschaftlich benachteiligten und am schwersten betroffenen Länder Afrikas und Asiens zu 80% auf externe Mittel angewiesen sind, um die dringlichsten Maßnahmen zu finanzieren.[43]

41 Schwartländer (SO IM LIT) B., Stover J., Walker N. et al. (2001): Resource needs for HIV/AIDS. Science; 292: 2434–36.
42 UNAIDS (2002): Financial resources for HIV/AIDS programs in low- and middle-income countries over the next five years, S. 11; UNAIDS (2004): 2004 report on the global HIV/AIDS epidemic: 4th global report, S. 132.
43 UNAIDS (2004): 2004 report on the global HIV/AIDS epidemic: 4th global report

Im Jahr 2000, das als Ausgangsbasis für die geforderte Aufstockung der Ressourcen angesehen werden kann, standen nach Berechnungen der Vereinten Nationen knapp 1,4 Milliarden US-Dollar für die AIDS-Bekämpfung in den Entwicklungsländern zur Verfügung. [44] Davon wurden annähernd 0,9 Milliarden durch die multi- und bilaterale Kooperation und ca. 0,5 Milliarden durch die betroffenen Länder selbst aufgebracht.[45] Das bedeutet, dass mindestens eine Erhöhung um das Fünffache notwendig war, um das für 2005 definierte Finanzierungsziel zu erreichen.

Die neuesten Schätzungen beziffern die für die Bewältigung der HIV/AIDS-Krise bereitgestellten Ressourcen vorläufig auf 6,1 Milliarden US-Dollar im Jahr 2004 und 8,3 Milliarden US-Dollar im Jahr 2005, wovon mindestens zwei Drittel durch die internationale Kooperation aufgebracht wurden.[46] Somit befände sich die Aufstockung der globalen Finanzmittel zwar im Zielkorridor, der in der Verpflichtungserklärung vereinbart wurde, bliebe aber deutlich hinter den konkreten Bedarfsschätzungen zurück, insbesondere wenn man die neueren Berechnungen zugrunde legt.

Es besteht international Übereinstimmung darin, dass die Wirtschaftskraft, gewöhnlich gemessen am Bruttosozialprodukt oder neuerdings Bruttonationaleinkommen (BNE), die logische Bemessungsgrundlage bildet, um die angemessenen Beiträge der verschiedenen Geberländer zu quantifizieren. Auf der Basis von Daten der Weltbank für das Jahr 2004 errechnet sich für Deutschland ein Anteil von 7,73% bezogen auf das Bruttonationaleinkommen aller 30 Mitgliedstaaten der OECD. Nimmt man als realitätsgerechtere Bezugsgröße nur das aggregierte BNE der 22 Staaten, die dem Entwicklungsausschuss der OECD und somit dem Kreis der traditionellen Industrie- und Geberländer angehören, so erhält man einen deutschen Anteil von 8,27%.[47] Schließt man alle Staaten mit hohen Prokopfeinkommen in die Berechnung ein, entfällt ein Anteil von 7,76% auf Deutschland. Daraus ergibt sich, dass eine angemessene Beteiligung Deutschlands an der Finanzierung der globalen Antwort auf die HIV/AIDS-Krise bei mindestens 8% des von den Geberländern aufzubringenden Gesamtvolumens zu verorten wäre.

Der Umfang der öffentlichen Entwicklungshilfe

Die für die HIV/AIDS-Bekämpfung benötigten Finanzmittel dürfen keinesfalls von anderen für die Überwindung von Armut, Hunger und Krankheit wichtigen Förderbereichen abgezogen werden, sondern sind zusätzlich aufzubringen. Daher soll zunächst die Entwicklung der insgesamt geleisteten offiziellen Entwicklungshilfe (ODA) beleuchtet werden.

Nach Berechnungen der OECD belief sich die gesamte öffentliche Entwicklungshilfe Deutschlands im Jahr 2004 auf 7,53 Milliarden US-Dollar. Verglichen mit den als ODA eingestuften Gesamtleistungen im Jahr 2000 in Höhe von 5,03 Milliarden US-Dollar sieht das auf den ersten Blick nach einer erheblichen Aufstockung aus. Die Erhöhung war jedoch zum allergrößten Teil auf den in diesem Zeitraum verzeichneten Anstieg des Wechselkurses des Euro gegenüber dem Dollar zurückzuführen. Rechnet man die Dollarbeträge entsprechend den von der OECD registrierten Wechselkursen in Euro zurück, so fällt die Steigerung der Gesamtleistungen wesentlich bescheidener aus. Wie aus der Tabelle zu entnehmen, erhöhten sich die realen Leistungen lediglich von 5,45 auf 6,06 Milliarden Euro. Damit reduziert sich die anscheinende Aufstockung von 50% innerhalb des Jahrfünfts auf nicht mehr als 11%.[48]

Im Hinblick auf die absoluten Beträge der ODA-Leistungen lag Deutschland in den Jahren 2000 und 2001 noch auf dem dritten Platz hinter Japan und den USA. Inzwischen ist der deutsche ODA-Beitrag jedoch hinter den Frankreichs (seit 2002) und den Großbritanniens (seit 2004) zurückgefallen und belegt nur noch den fünften Rang.

Die ODA-Quote, berechnet als Anteil der Entwicklungskooperation am Bruttonationaleinkommen, hat sich dementsprechend im genannten Zeitraum nur geringfügig von 0,27% auf 0,28 erhöht. Deutschland lag damit nur wenig über dem gewichteten Durchschnitt der dem DAC angehörenden Länder, der sich auf 0,26% belief und der vor allem durch die niedrigen ODA-Quoten der großen Wirtschaftsmächte USA und Japan (0,17 und 0,19%) nach unten gezogen wird. Die durchschnittlichen Bemühungen der Geberländer waren dagegen mit 0,46% deutlich höher als die deutschen Aufwendungen. Unter den 22 Mitgliedstaaten des DAC belegte Deutschland im Jahr 2004 nur den 13. Platz.

Tabelle 1: Tendenzen der gesamten Entwicklungshilfe Deutschlands

(Netto-Auszahlungen)

	2000	2001	2002	2003	2004
Gesamt-ODA lfd. Mrd. US$	5,030	4,990	5,324	6,784	7,534
Gesamt-ODA Mrd. Euro	5,458	5,572	5,649	6,005	6,064

44 Hier sind allerdings die Ausgaben der Privathaushalte für Medikamente, Präventionsmittel wie Kondome, etc. nicht berücksichtigt, da zu diesem Zeitpunkt noch keine umfassenden Schätzungen hierfür vorlagen. Im Jahr 2002 bezifferte UNAIDS diese Ausgaben auf annähernd eine Milliarde US-Dollar. Vgl. UNAIDS (2003): Progress Report on the Global Response to the HIV/AIDS Epidemic, 2003, S. 18.

45 UNAIDS (2002): Financial resources, S. 16.

46 UNAIDS (2005): Resource Needs for an Expanded Response to Aids in Low and Middle Income Countries, S. 9, 11.

47 Weltbank (15. Juli 2005): World Development Indicators database; eigene Berechnungen

48 Angaben in OECD (2006): DAC Peer Review Report, S 81; eigene Berechnungen.

Im Jahr 2005 konnte nach den jüngst von der OECD veröffentlichten, noch vorläufigen Zahlen ein quantitativer Sprung der deutschen Entwicklungshilfe auf 0,35% des BNE verzeichnet werden.[49] Bedauerlicherweise war die so eindrucksvoll erscheinende Zunahme fast ausschließlich den im Pariser Klub vereinbarten Streichungen der Schulden des Irak und Nigerias zu verdanken. Wenn man die außerordentliche Zunahme der Schuldenerlasse herausrechnet und außerdem die Wechselkurs- und Inflationsentwicklungen berücksichtigt, dann ergibt sich sogar ein Rückgang der deutschen ODA-Leistungen um 9,8% im Vergleich zu 2004.

Für eine adäquate Einschätzung der finanziellen Bemühungen und ihrer möglichen entwicklungspolitischen Wirkungen ist somit ein Blick auf die Zusammensetzung der nach den OECD-Kriterien als Entwicklungshilfe angerechneten Leistungen erforderlich. Ein erheblicher Anteil der ODA-Erhöhung in den letzten Jahren ist den Maßnahmen der Schuldenstreichungen im Zusammenhang mit der Initiative für hoch verschuldete arme Länder zuzuschreiben. Der entsprechende Netto-Gegenwartswert der Verminderungen des Schuldendienstes infolge von Schuldenerleichterungen wird von der OECD als ODA-Zuschuss im Jahr der Umschuldung anerkannt. Das betrifft zum einen die erlassenen Handelsschulden, die aus Exportkrediten resultieren und in voller Höhe angerechnet werden. Da diese Darlehen ursprünglich zu marktüblichen Bedingungen vergeben wurden, erfüllten sie nicht das Kriterium eines Zuschusselements von mindestens 25% und wurden folglich nicht als ODA gezählt. Zum Zweiten werden bei der Streichung von Krediten der finanziellen Zusammenarbeit zu vergünstigten Konditionen, deren Kapitalbetrag bereits als ODA-Auszahlung in den betreffenden Jahren verbucht wurde, die erlassenen Zinsen im Jahr des Erlasses berücksichtigt. Die erlassenen Tilgungen können logischerweise nicht ein zweites Mal als ODA-Leistung angerechnet werden. Sie können aber insoweit bei der Berechnung der Nettoauszahlungen zu Buche schlagen, als die Schuldnerländer infolge der Streichungen tatsächlich weniger Tilgungszahlungen leisten. Da diese von den Bruttoauszahlungen abgezogen werden, führt ihre Verminderung zu geringeren Abzügen und damit zu einer höheren Netto-ODA, die für die Berechnung der ODA-Quote entscheidend ist.

Nach Angaben der OECD stieg der Anteil der durch Schuldenstreichungen bedingten Leistungen an der gesamten Brutto-ODA von 3 bis 5% in den Jahren 2000 und 2001 auf 18% im Zeitraum 2002 bis 2003, um dann auf 9% im Jahr 2004 zu fallen. Im Jahr 2005 wird der Erlass der Irak-Schulden voraussichtlich eine erhebliche Erhöhung der deutschen ODA zur Folge haben, die sich auf bis zu 2,2 Milliarden US-Dollar belaufen kann, was 29% der gesamten ODA-Leistungen von 2004 entspräche.

Die Schuldenerlasse bilden zweifellos eine unabdingbare Voraussetzung, damit die betreffenden Länder die für die humane Entwicklung und die Bekämpfung von verheerenden Krankheiten wie HIV/AIDS notwendigen Investitionen in ihre sozialen Grunddienste und die wirtschaftliche Infrastruktur vornehmen können. Unter der Voraussetzung, dass die betreffenden hoch verschuldeten Länder bis dahin überhaupt in der Lage waren, die erlassenen Schulden zu bedienen, können Schuldenstreichungen den fiskalischen Spielraum erhöhen und Mittel für entwicklungswichtige Zwecke freisetzen. Für die wirtschaftlich benachteiligten und insbesondere die massiv von HIV/AIDS betroffenen bzw. bedrohten Entwicklungsländer reicht dies aber bei Weitem nicht aus. Sie sind dringend auf die Bereitstellung zusätzlicher Finanzressourcen angewiesen, um der Epidemie entgegentreten und andere zentrale Entwicklungsbemühungen in Angriff nehmen zu können. Auch der Bericht der Vereinten Nationen über die Millenniumsentwicklungsziele stellt zu den Entschuldungsmaßnahmen das Folgende fest: „Die Schuldenerleichterung, obwohl willkommen, geht oft an Länder, die die Rückzahlung der Schulden einstellten, und stellt nicht notwendigerweise neue Finanzmittel für soziale Dienste oder Armutsminderung bereit“.[50]

Ein weiterer Bestandteil der offiziellen ODA-Leistungen, der keine neuen Finanztransfers in die Länder des Südens bringt und dessen reale entwicklungsstrategische Wirkungen schwer abschätzbar sind, stellt die Anrechnung von veranschlagten Studienplatzkosten dar, die von den Bundesländern finanziert werden und Studenten aus Entwicklungsländern betreffen. Diese Kosten nahmen von 323 Millionen US-Dollar im Jahr 2000 (6% der Brutto-ODA) auf 774 Millionen im Jahr 2004 (9% der Brutto-ODA) zu.[51]

Schließlich ist noch der Effekt der zunehmenden von der KfW auf dem Kapitalmarkt aufgenommenen Finanzmittel zu berücksichtigen, die in die finanzielle Kooperation fließen. Durch die Kombination mit Haushaltsmitteln des BMZ in der Form von Verbund- und Mischfinanzierungen oder zinsreduzierten Darlehen erfüllt ein großer Teil der so mobilisierten Ressourcen die DAC-OECD-Kriterien (Zuschusselement von mindestens 25%), um als ODA verbucht zu werden. Zwischen 2002 und 2004 erhöhten sich diese zusätzlich von der KfW aufgebrachten Mittel von 392 Millionen Euro auf 621 Millionen Euro. Von der Gesamtsumme des letzten Jahres konnten 443 Millionen Euro (71,3%) auf die ODA angerechnet werden.[52]

49 OECD (4.4.2006): Aid flows top USD 100 billion in 2005.

50 The millennium development goals report 2005, S. 37.
51 OECD (2006): DAC Peer Review Report, S. 34.
52 Ebd. S. 31, eigene Berechnung.

Tabelle 2: Gesamte Hilfeleistungen der DAC-Länder im Verhältnis zum BNE (ODA und OA) im Jahr 2004 (Netto-Auszahlungen)

Land	ODA / BNE %	OA / BNE %	Gesamt / BNE %
Dänemark	0,85	0,06	0,91
Norwegen	0,87	0,02	0,89
Luxemburg	0,83	0,05	0,89
Schweden	0,78	0,04	0,81
Niederlande	0,73	0,04	0,77
Portugal	0,63	0,04	0,67
Frankreich	0,41	0,11	0,53
Belgien	0,41	0,05	0,46
Schweiz	0,41	0,03	0,44
Finnland	0,35	0,05	0,40
Großbritannien	0,36	0,04	0,40
Irland	0,39	0,00	0,39
Deutschland	0,28	0,05	0,33
Österreich	0,23	0,09	0,32
Griechenland	0,23	0,06	0,29
Kanada	0,27	0,01	0,28
Australien	0,25	0,00	0,25
Spanien	0,24	0,00	0,24
Neuseeland	0,23	0,00	0,24
Japan	0,19	0,00	0,19
Italien	0,15	0,04	0,19
Vereinigte Staaten	0,17	0,01	0,18
DAC-Länder	0,26	0,03	0,28

Somit war das bescheidene ODA-Wachstum im Berichtszeitraum in erster Linie günstigen Umständen zu verdanken, die wahrscheinlich nur vorübergehend in diesem Umfang wirken und deren Effekt für die Lösung der drängendsten Entwicklungsprobleme mit erheblichen Fragezeichen zu versehen ist. Wie an späterer Stelle näher zu betrachten sein wird, war die Aufstockung der Haushaltsmittel für wirklich neue Ressourcentransfers nur zu einem kleineren Teil an der ODA-Erhöhung beteiligt.

Im Gegensatz zur öffentlichen Kooperation mit Entwicklungsländern gemäß Teil 1 der DAC-Liste, die für die Berechnung der ODA-Quote herangezogen wird, hat sich die so genannte öffentliche Hilfe (official aid, OA) zugunsten der Übergangsländer gemäß Teil 2 der DAC-Liste im Berichtszeitraum deutlich erhöht. Im Jahr 2004 beliefen sich die Netto-Auszahlungen an diese Staaten auf 1,155 Milliarden Euro im Vergleich zu 0,702 Milliarden Euro im Jahr 2000. Nimmt man beide Kategorien der Entwicklungskooperation zusammen, so lagen im Jahr 2004 die öffentlichen Hilfeleistungen Deutschlands dem absoluten Umfang nach an vierter Stelle unter den Geberländern (nach USA, Japan und Frankreich). Mit einer Gesamt-Quote von 0,33% des BNE bleibt Deutschland aber lediglich auf dem 13. Platz in der Rangliste der 22 Mitgliedstaaten des DAC. Innerhalb Europas lagen nur noch Österreich, Griechenland, Spanien und Italien hinter Deutschland.

Die bilaterale Entwicklungskooperation zugunsten der am wenigsten entwickelten Länder variierte im Berichtszeitraum zwischen 20 und 24% der gesamten direkt mit Entwicklungsländern realisierten ODA-Leistungen mit Ausnahme des Jahres 2003, wo dieser Anteil zwischenzeitlich auf 35% gestiegen war. Dies liegt unter dem Durchschnitt der dem DAC angehörenden Staaten, die 2003 einen Anteil von 36% der bilateralen ODA für die am wenigsten entwickelten Länder aufwiesen. Der deutsche Anteil befindet sich aber noch im Rahmen der Proportionen, die mit dem Ziel von 0,15 bis 0,20% für die besonders bedürftigen Länder von den insgesamt als ODA-Quote anvisierten 0,7% gesetzt wurden. Das heißt aber nur, dass Deutschland von beiden Zielmarken noch sehr weit entfernt ist.

Bisher hat sich die erklärte Intention des BMZ, Afrika in der Entwicklungszusammenarbeit stärker zu berücksichtigen, kaum in einer Erhöhung der anteiligen Mittelzuteilung niedergeschlagen. Auf Afrika südlich der Sahara entfielen im Jahr 2004 nicht mehr als 28% der bilateralen regional zuzuordnenden Leistungen im Vergleich zu 27%, die im Jahr 2000 verzeichnet wurden. Die vorübergehende Erhöhung des Anteils Afrikas an der Brutto-ODA im Jahr 2003 (43%) erklärt sich aus der außerordentlichen Bedeutung der Schuldenerlasse, die vor allem afrikanischen Ländern zugute kamen. Auch in den Planungen für 2005, zeigt sich eine wenig signifikante Zunahme des Anteils Sub-Sahara-Afrikas auf 30%.[53] Die regionale Aufteilung gibt daher kaum Hinweise auf eine verstärkte Orientierung der deutschen Entwicklungsfinanzierung auf die Unterstützung des Kontinents, der am stärksten unter verheerenden Epidemien wie HIV/AIDS und der damit zusammenhängenden Armut leidet und dessen Aussichten für die Verwirklichung der Millenniumsentwicklungsziele bei Weitem am schlechtesten stehen.

53 Vgl. Martens, Jens (2005): Die Wirklichkeit der Entwicklungshilfe, Tabelle 4, S. 27.

Verpflichtungen zur künftigen Erhöhung der Entwicklungshilfe

Das übergreifende Ziel, dass die ODA-Nettoleistungen mindestens 0,7% des Bruttonationaleinkommens erreichen sollen, wurde bereits 1970 auf der Generalversammlung der Vereinten Nationen festgeschrieben. Insofern bestätigte die Verpflichtungserklärung nur eine Zielgröße, die bereits seit Jahrzehnten als notwendig für die Überwindung der schreienden Ungerechtigkeiten hinsichtlich der sozioökonomischen Entwicklungschancen von der großen Mehrheit der Staaten anerkannt, jedoch nur von wenigen Geberländern umgesetzt wurde. Auch die wechselnden Bundesregierungen haben das 0,7%-Ziel anerkannt, jedoch ohne sich auf einen konkreten Zeitpunkt festzulegen.

Einen ersten Schritt in Richtung eines verbindlichen Zeitplans bildeten die Verpflichtungen von Barcelona, die vom Rat der Europäischen Union als Beitrag für die Monterrey-Konferenz über die Entwicklungsfinanzierung (Mexiko, 18. bis 22. März 2002) beschlossen wurden.[54] Dort wurde vereinbart, dass alle Mitgliedstaaten bis 2006 durch entsprechende Budgetzuteilungen mindestens die Zielmarke von 0,33% der ODA am BNE erreichen und die Mitgliedstaaten mit höheren Leistungen ihre Beiträge aufrecht erhalten sollten, um im Durchschnitt bei einer Quote von 0,39% anzukommen.[55]

Am 24. Mai 2005 fasste der Europäische Rat in Vorbereitung des Gipfeltreffens der Vereinten Nationen im September einen weiteren historischen Beschluss über verbindliche Finanzierungsziele, um die internationale Vorgabe zu erreichen. Demnach „verpflichten sich die Mitgliedstaaten, die noch unter der ODA-Quote von 0,51% des BNE liegen, diese im Rahmen ihrer jeweiligen Haushaltsaufstellungsverfahren bis 2010 zu erreichen, während die Mitgliedstaaten, die die Quote bereits überschritten haben, ihre Bemühungen fortsetzen".[56] Diese Mindestquote wurde nach dem Kriterium definiert, dass ausgehend vom Jahr 2006 zu erreichenden Niveau die Hälfte des Weges zurückgelegt werden soll, um den dann noch verbleibenden Rückstand aufzuholen. Bis zum Jahr 2015 müssen schließlich alle schon vor 2002 der EU angehörenden Staaten (EU-15) den Richtwert von 0,7% für das Verhältnis zwischen ODA und BNE erreichen. Die Mitgliedstaaten, die der EU nach 2002 beigetreten sind (EU-10), werden sich nach dieser Verpflichtung bemühen, ihre Quote bis 2010 auf 0,17% und bis 2015 auf 0,33% des BNE aufzustocken. Nach Berechnungen der EU führt die Umsetzung der Zwischenziele für 2010 zu einer gemeinsamen ODA-Durchschnittsquote von 0,56% für die EU-25, was einer Erhöhung der ODA um schätzungsweise 20 Milliarden Euro bis 2010 entspräche. Im Falle Deutschlands müssten die Netto-ODA-Leistungen nach Berechnungen der EU auf 12,656 Milliarden Euro steigen, um den Zielwert von 0,51% bis 2010 zu erreichen, was mehr als einer Verdoppelung gegenüber dem Niveau von 2004 (6,064 Milliarden Euro) entspräche. Im Jahresdurchschnitt wäre eine Steigerung um 1,1 Milliarden Euro erforderlich. Allerdings hat der deutsche Finanzminister dafür gesorgt, dass ein deutlicher Finanzierungsvorbehalt zum Bestandteil der EU-Erklärung wurde.[57]

Die im Rahmen der EU-Beschlüsse eingegangenen Verpflichtungen sind auch im Koalitionsvertrag der die jetzige Bundesregierung tragenden Parteien enthalten. Dort heißt es: „Den Zuwachs unserer Mittel für öffentliche Entwicklungszusammenarbeit haben wir festgeschrieben und im Rahmen eines Stufenplans der EU vereinbart. Demnach werden wir bis 2006 0,33% und bis 2010 mindestens 0,51% unseres Bruttonationaleinkommens für die öffentliche Entwicklungszusammenarbeit aufbringen und das VN-Ziel von 0,7% spätestens bis 2015 erfüllen."[58] Die Bundeskanzlerin Frau Merkel hat diese Ziele ausdrücklich in ihrer Regierungserklärung bestätigt und mit dem Verweis auf die weltweit spürbaren Konsequenzen von Entwicklungskrisen begründet: „Die Probleme ereilen uns im Inland, wenn wir es nicht schaffen, die Probleme anderswo einer Lösung zuzuführen."[59] Allerdings vermisst man hier die Benennung weiterer grundlegender Beweggründe des entwicklungspolitischen Engagements wie der historischen Verantwortung in Anerkennung der Verstrickung Deutschlands und Europas in die koloniale Ausbeutung und die Solidarität als Grundwert für das Zusammenleben der Menschheit. Außerdem verweist der Koalitionsvertrag neben der Erhöhung der Haushaltsmittel und innovativen Finanzierungsinstrumenten erneut auf die „Entschuldung der Entwicklungsländer" als Handhabe, um die Finanzierungsziele einzulösen. Die Entschuldungsmaßnahmen können aber wie bereits ausgeführt keinen Ersatz für die Mobilisierung von neuen Ressourcen darstellen. Außerdem gehen die Prognosen der OECD davon aus, dass ihr Effekt ab dem Jahr 2008 wahrscheinlich rückläufig sein wird.[60]

Daher ist es erforderlich, dass die neue Bundesregierung – wie auch von der OECD angemahnt – einen Stufenplan mit jährlichen Zielmarken für die kontinuierliche Erhöhung der Entwicklungshilfe aufstellt und verbindlich beschließt. Nur ein solcher Plan macht die versprochene Steigerung des deutschen Beitrags für die „internationale Gemeinschaftsaufgabe" (Koalitionsvertrag, S. 138) der Entwicklungskooperation zu einer transparenten und verlässlichen Größe, die insbesondere den bedürftigen Ländern die notwendige Sicherheit für die Planung und Umsetzung

54 European Union (March 14, 2002): Council Conclusions on the International Conference on Financing for Development, Monterrey, Mexico, 18-22 March 2002.
55 Die Koalitionsvereinbarung der damaligen Bundesregierung von Oktober 2002 bestätigte die Verpflichtung, „bis 2006 einen Wert von 0,33 Prozent zu erreichen", und bezeichnete dies als „Zwischenschritt zum 0,7-Prozent-Ziel".
56 Rat der Europäischen Union: Schlussfolgerungen des Vorsitzes - Brüssel, 16. und 17. Juni 2005, S. 9.
57 Fues (2005): Zwischen Machtanspruch und Enthaltsamkeit: Die deutsche UN-Politik.
58 Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD, 11.11.2005, S. 140.
59 Zitiert nach: Rede der Bundesministerin Frau Wieczorek-Zeul auf der Pariser Konferenz zu innovativen Finanzierungs- Instrumenten, 28.02.2006, Paris.
60 OECD (2006): Peer Review Report, S. 13.

ihrer Entwicklungsbemühungen gibt. In dem Plan sollte auf der Basis einer eingehenden Analyse und breiten Diskussion der Kriterien und Prioritäten klar festgelegt werden, wie der ODA-Zuwachs zu finanzieren ist und wie die Mittel vergeben werden sollen, einschließlich der Zuteilung nach Ländern, Sektoren, Modalitäten sowie der Aufteilung zwischen bilateraler und multilateraler Zusammenarbeit.

Die Haushaltsmittel des BMZ

Die ausschlaggebende Größe für die Bereitstellung neuer Finanzmittel für Entwicklungsprogramme bildet der Haushalt des BMZ, aus dem die wesentlichen Beiträge Deutschlands zur multi- und bilateralen Kooperation finanziert werden. Im Jahr 2003 machte er z.B. 54% der gesamten Bruttoauszahlungen aus, die als ODA angerechnet wurden. Die Beiträge Deutschlands zum Haushalt der Europäischen Kommission (2003 ca. 13% der Brutto-ODA) werden aus dem Budget des Finanzministeriums aufgebracht, dem auch die aus den Schuldenerlassen resultierenden ODA-Anteile zugerechnet werden. Des weiteren bilden die Leistungen der Bundesländer (2003 ca. 9% der Brutto-ODA), die durch das Auswärtige Amt aufgebrachten humanitären und anderen Hilfen (4%), andere Bundesministerien (2%) und von der KfW mobilisierte und ODA-anrechnungsfähige Kapitalmarktmittel (2%) Bestandteile der deutschen Entwicklungskooperation. Der BMZ-Haushalt umfasst alle Transfers an multilaterale Institutionen außer dem Beitrag zum EU-Budget sowie im bilateralen Bereich die von der KfW durchgeführte finanzielle Zusammenarbeit (in 2003 ca. 16% der Brutto-ODA), die von der GTZ realisierte technische Zusammenarbeit (9%), die personelle Zusammenarbeit (InWEnt, DED, CIM, zusammen ca. 2%), die von verschiedenen Durchführungsorganisationen geleistete Entwicklungspartnerschaft mit der Wirtschaft und die Zuschüsse für Entwicklungsvorhaben der Kirchen, politischen Stiftungen und anderen Nichtregierungsorganisationen (zusammen 5%).[61] Das Budget des BMZ (Einzelplan 23) ist im Berichtszeitraum nur zwischen 2000 und 2001 von 3,675 auf 3,790 Milliarden Euro und zwischen 2004 und 2005 von 3,744 auf 3,859 Milliarden Euro angehoben worden.[62] In den Jahren dazwischen verharrte der Etat auf dem angegebenen Niveau. Insgesamt ergibt sich für die vergangenen fünf Jahre lediglich eine Erhöhung um 184 Millionen Euro oder 5,0%. Somit war nur ein sehr begrenzter Spielraum vorhanden, um wirklich neue Finanzmittel entsprechend der mit der Verpflichtungserklärung anerkannten Verantwortung für die adäquate Unterstützung der internationalen Antwort auf die HIV/AIDS-Krise und anderer dringender Entwicklungsprobleme in den Entwicklungsländern bereit zu stellen. Zudem hatte der Etat des BMZ in den späten 90er Jahren bei 4 Milliarden Euro oder etwas darüber gelegen, ein Niveau, das bis 2005 noch nicht erreicht wurde.

Die vorgesehene Erhöhung des Budgets für 2006 auf 4,16 Milliarden Euro stellt zwar im Prinzip einen erfreulichen Schritt dar, die Steigerungsrate im Verhältnis zum Ausgangsniveau bleibt jedoch hinter den Erfordernissen des 0,33%-Ziels deutlich zurück. Gegenüber dem Jahr 2003, als sich der Etat auf 3,756 Milliarden Euro belief, würde dies eine Aufstockung um 0,4 Milliarden Euro oder 10,8% bedeuten. Nach Berechnungen der EU müssten die gesamten ODA-Nettoleistungen von 6,005 Milliarden Euro 2003 auf 7,565 Milliarden Euro 2006 steigen, also um 1,56 Milliarden Euro oder fast 26%.[63] Das Zwischenziel für 2006 kann somit nur durch eine überproportionale Zunahme der auf die ODA angerechneten Entschuldungsmaßnahmen erreicht werden, obwohl diese bereits 2003 wie oben dargestellt 18% der Brutto-ODA ausmachten. Dies entspricht jedoch nicht dem Konsens von Monterrey, in dem vereinbart wurde, die HIPC-Initiative „vollständig aus zusätzlichen Mitteln zu finanzieren".[64]

Neue Finanzierungsquellen

Die Diskussion über globale Steuern als logisches Gegengewicht zur unkontrollierten, auf maximale Gewinnsteigerung und Kapitalkonzentration ausgerichteten Globalisierung wurde jahrelang durch den massiven Druck der USA und das gleichzeitige Desinteresse anderer Regierungen in den Foren und Organisationen der Vereinten Nationen unterdrückt. Dies hat sich glücklicherweise durch die Öffentlichkeitsarbeit der Zivilgesellschaft und die Initiativen einzelner Staaten geändert. Inzwischen liegen mehrere zielführende und technisch machbare Konzepte zur Erschließung zusätzlicher Finanzierungsquellen vor, die das Hauptziel des stetigen Ressourcenaufkommens mit wirkungsvollen Mechanismen der politischen Steuerung verbinden und damit einen doppelten Entwicklungseffekt erzielen können. Sie würden also nicht nur dazu beitragen, die dringend für die Bekämpfung von Armut, Hunger und Krankheit benötigten Ressourcen aufzubringen, sondern zugleich dazu dienen, die schädlichen Auswirkungen des aktuellen Globalisierungsmodells zu begrenzen wie übermäßiger Verbrauch endlicher Naturressourcen, Umweltzerstörung, Kapitalflucht, Devisenspekulation, Verschärfung sozialer Gegensätze, zunehmend ungerechte Verteilung der Steuerlast und die Schwächung der staatlichen Finanz- und Handlungsspielräume.

Frankreich wird kraft Beschluss der Nationalversammlung vom Dezember vergangenen Jahres bereits ab Juli 2006 eine Solidaritätsabgabe auf Flugtickets einführen. Für Reisen im europäischen Wirtschaftsraum und in die französischen Überseegebiete wird die Abgabe bei Flügen aus Frankreich 1 Euro in der Economy-Klasse und 10 Euro in der Business-Klasse betragen. Bei Flügen in Länder

61 OECD (2006): Peer Review Report, S. 24.
62 Vgl. Martens, Jens (2005): Die Wirklichkeit der Entwicklungshilfe, Tabelle 1, S. 24.
63 Mitteilung der Kommission an den Rat und das Europäische Parlament (2005): Stärkeres Engagement für die Verwirklichung der Millenniumsentwicklungsziele – Entwicklungsfinanzierung und Wirksamkeit der Entwicklungszusammenarbeit, 12.4.2005, S. 6.
64 So auch die Bewertung der Europäischen Kommission. Siehe: Mitteilung der Kommission (2005) 133 S. 5.

außerhalb dieser Gebiete sind 4 bzw. 40 Euro zu entrichten. Es wird mit Einnahmen von 200 Millionen Euro pro Jahr gerechnet, die zur Finanzierung des Kampfes gegen Armut und die Epidemien wie HIV/AIDS, Malaria und Tuberkulose eingesetzt werden sollen.

Die Einführung einer globalen Steuer von 25% auf das bisher in den meisten Staaten nicht besteuerte Flugbenzin hätte nach Schätzungen der UNO ein Finanzpotenzial von 12,5 Milliarden US-Dollar pro Jahr.[65] Eine generelle Abgabe auf die Erzeugung von Kohlendioxyd und anderen den Treibhauseffekt verursachenden Gasen würde schon bei einer Höhe, die lediglich 0,01 Euro pro Liter Benzin entspricht, ca. 60 Milliarden US-Dollar bringen.[66] Um eine spürbare Senkung der Emissionen hervorzurufen, wäre allerdings ein Mehrfaches dieses Steuersatzes notwendig.

Nach Berechnungen des vom BMZ mit einer diesbezüglichen Studie beauftragten Ökonomen, könnten durch eine Devisentransaktionssteuer in der Höhe von nur einem Basispunkt, d.h. 0,01%, allein in der EU und der Schweiz jährliche Einnahmen von 17 bis 20 Milliarden Euro erzielt werden. Durch die Kombination mit einer flexiblen Zusatzsteuer, die im Fall von spekulativen Währungsschwankungen greifen würde, sollen verheerende Finanzkrisen wie Mitte der 90er Jahre in Südostasien verhindert werden. Infolge der von der EU erlassenen Gesetze gegen die Geldwäsche sind bereits heute alle für die Besteuerung von Devisentransaktionen erforderlichen Informationen verfügbar.[67]

Die inzwischen ungehinderte weltweite Mobilität des Kapitals eröffnet nicht nur zusätzliche Gewinnmöglichkeiten, sondern verschafft auch zahlreiche Mechanismen, um sich einer angemessenen Besteuerung zu entziehen und damit die Lasten der Finanzierung gesamtgesellschaftlicher Aufgaben auf die kleinen und mittleren Einkommensbezieher und Unternehmen abzuwälzen. So lassen transnationale Konzerne durch die Gestaltung interner Verrechnungspreise ihre Gewinne dort erscheinen, wo die geringsten oder gar keine Steuern erhoben werden. Gigantische Privatvermögen – nach Schätzungen von 2003 mehr als 9 Billionen US-Dollar – werden in so genannte Steueroasen transferiert. Und die Staaten beteiligen sich an einem ruinösen Wettlauf, bei dem sie attraktive Anlagebedingungen anbieten, zu denen nicht nur immer niedrigere Steuersätze, sondern oft auch unlautere steuerliche Privilegien zählen.[68]

Transnationale Firmen können so jahrelang jegliche Steuerzahlung vermeiden, während sie gleichzeitig Profite in Milliardenhöhe einstreichen.[69] Die globalen Ausfälle an Einkommenssteuern, die schon 2003 durch die Kapitalanlagen in Fluchthäfen verursacht wurden, sind bei konservativen Annahmen auf annähernd 200 Milliarden US-Dollar zu veranschlagen. Im Vergleich dazu schätzt das Millennium-Projekt den gesamten, also durch einheimische Ressourcen und die internationale Kooperation abzudeckenden, Finanzbedarf für die Verwirklichung der Millenniumsentwicklungsziele auf 253 Milliarden US-Dollar für das Jahr 2006.

Gleichzeitig wird ein wachsender Teil der Gewinne in den Entwicklungsländern erwirtschaftet, was u.a. der Ausnutzung der dort stattfindenden Privatisierung von öffentlichem Vermögen zu extrem günstigen Preisen geschuldet ist. Die Direktinvestitionen in Entwicklungsländern haben sich im letzten Jahrzehnt verfünffacht von ca. 47 Milliarden US-Dollar auf 238 Milliarden US-Dollar. Die dabei erzielten Gewinnmargen können sehr hoch sein. So lag die durchschnittliche Profitrate von US-Unternehmen für ihre Geschäfte in Afrika südlich der Sahara in der zweiten Hälfte der 90er Jahre bei über 25%. Die wirtschaftlich benachteiligten Länder sind den Steuervermeidungsstrategien der transnationalen Konzerne und der Superreichen am meisten ausgeliefert, so dass diese dort ihre Steuersätze noch weiter vermindern konnten als in den Industriestaaten bzw. nicht selten über längere Zeiträume gar keine Steuern abführen. Das ist einer der Hauptgründe dafür, dass in Staaten wie Guatemala die Staatsausgaben mittlerweile auf kaum 10% des BIP gesunken sind.[70]

Konzertierte Sofortmaßnahmen gegen dieses Steuerdumping wie die Veröffentlichungspflicht von Unternehmen, die Offenlegung der Kapitaleinkünfte, die Besteuerung auf der Grundlage des Gesamtgewinns und die Bekämpfung der Korruption sind daher dringend erforderlich. Darüber hinaus ist auf eine internationale Konvention über die Festlegung einheitlicher und angemessen hoher Steuersätze hinzuarbeiten. Nur dann wird es möglich, die Steuergerechtigkeit und die staatliche Gestaltungsfähigkeit zurückzugewinnen und schließlich auch die wirtschaftliche Effizienz wieder herzustellen und die Kluft zwischen Arm und Reich zu verringern.

Deutschland gehört zwar zu den 38 Ländern, die bei der Pariser Konferenz über innovative Instrumente der Entwicklungsfinanzierung am 28. Februar und 1. März 2006 der „Pilotgruppe für Solidaritätsbeiträge zugunsten von Entwicklung“ beigetreten sind, ein eigener Handlungs-

65 Raghbendra (2002): Innovative Sources of Development Finance. Global Cooperation in the Twenty-first Century; S. 12.
66 United Nations (2004): Innovative Sources of Financing for Development.
67 Siehe Spahn (2002): Zur Durchführbarkeit einer Devisentransaktionssteuer. Gutachten im Auftrag des Bundesministeriums für Wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung. Sowie: Denys u. Jetin : Ready for Implementation. Technical and Legal Aspects of a Currency Transaction Tax and Its Implementation in the EU.
68 So sind die Körperschaftsteuersätze in den Staaten der OECD zwischen 1997 und 2004 von durchschnittlich 37% auf unter 30% gesenkt worden (Giegold, Wahl: Steuern im Zeitalter der Globalisierung: Kapitalflucht stoppen - Internationale Besteuerung starten, unter: www.bewegungswerkstatt.org/giegold/downloads/parlament_steuern.rtf). Über die Hälfte desWelthandels wird buchhalterisch über Steueroasen abgewickelt. Die Entwicklungsorganisation Oxfam schätzt die Verluste der Entwicklungsländer infolge von Steuerwettbewerb und Steuerflucht auf 50 Milliarden US-Dollar jährlich (Arbeitsgemeinschaft der Hilfswerke Schweiz [2003]: Medienkonferenz: Gegen die Beihilfe zur Steuerhinterziehung – für Steuergerechtigkeit weltweit).
69 Die Verrechnungstricks führen auch zu unlauterem Wettbewerb zwischen Unternehmen einer Branche. Von den beiden Pharma-Konzernen Abbot Laboratories und Pfizer führte der erstere zwischen 1996 und 1998 fast 29% der Gewinne als Steuern ab, während der zweite nur 3,1% bezahlte (Mold [2004:] A proposal for unitary taxes on the profits of transnational corporations. In: CEPAL Review Nr. 82, S. 45).
70 Mold (2004), S. 38.

plan wurde bislang jedoch nicht vorgelegt. Dies wäre aber notwendige Voraussetzung, um dem eigenen im Koalitionsvertrag formulierten Anspruch gerecht zu werden, dass man „weiter aktiv und ergebnisorientiert an der Einführung innovativer Finanzierungsinstrumente zur Förderung einer global nachhaltigen Entwicklung mitarbeiten“ werde.[71] Dazu bräuchte es den politischen Willen und praktische Schritte, um eine offene Diskussion und beschleunigte Entscheidungsfindung mit breiter gesellschaftlicher Beteiligung einzuleiten und voranzubringen.

Dabei dürfen keinesfalls bestimmte Optionen im Vorfeld ausgeklammert werden, weil der Weg des geringsten Widerstands – durch mächtige kommerzielle Interessen – eingeschlagen wird. Außerdem darf die Einführung supranationaler bzw. international koordinierter Steuern und Abgaben nicht als Ersatz für die Anstrengungen zur systematischen Erhöhung der Haushaltsmittel für die Entwicklungskooperation herhalten, sondern sollte als notwendige Strategie der Ressourcenmobilisierung und der politischen Lenkung verstanden werden. Schließlich ist in diesem Diskussionszusammenhang auch die Frage zu klären, inwiefern die Notwendigkeit für eine zusätzliche Finanzierung von schnell umzusetzenden Maßnahmen durch Anleihen auf den internationalen Kapitalmärkten gegeben ist, wie sie die von Großbritannien propagierte internationale Finanzierungsfazilität vorsieht, und wie ggf. die Rückzahlung zu bewerkstelligen wäre, ohne dass die zukünftigen Finanzmittel für die internationale Zusammenarbeit schrumpfen.

Die deutsche bilaterale Kooperation für die HIV/AIDS-Bekämpfung und die Gesundheitsförderung

Informationsquellen und methodisches Vorgehen

Mit geschätzten 2,7 Milliarden US-Dollar von insgesamt 6,1 Milliarden, die im Jahr 2004 nach Schätzungen von UNAIDS aus allen Finanzierungsquellen bereitgestellt wurden, bildet die bilaterale Kooperation die wichtigste Quelle für Finanzmittel zur HIV/AIDS-Bekämpfung. Daher soll hier eine eingehendere Analyse des deutschen Beitrags in der direkten Zusammenarbeit mit Entwicklungs- und Übergangsländern unternommen werden.

Die Grundlage für die Analyse der Ressourcenflüsse für die Entwicklungszusammenarbeit bildet das Meldesystem des Entwicklungsausschusses (DAC) der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD). Diese Datenbank mit der Bezeichnung CRS (creditor reporting system) Aid Activity Database erfasst für die meisten DAC-Mitgliedstaaten einschließlich Deutschland alle vertraglich gemachten Zusagen für Entwicklungsvorhaben in den Entwicklungs- und Übergangsländern. Es sind die Mitgliedstaaten selbst, die durch ihre zuständigen Durchführungsorganisationen die Daten und Informationen für dieses internationale Statistiksystem liefern. Die Angabe eines Verwendungszwecks aus dem vorgegebenen stark differenzierten Auswahlspektrum soll die Zuordnung der finanzierten Programme zu bestimmten Sektoren und Subsektoren ermöglichen. Grundsätzlich kann jedes Programm nur unter einem Hauptverwendungszweck registriert werden, um Mehrfachnennungen und damit eine inkorrekte Summe der Finanzierungsbeiträge zu vermeiden. Eine Schwierigkeit für eine präzise Zuordnung besteht darin, dass eine erhebliche Anzahl von Entwicklungsvorhaben mehrere Teilziele verfolgen und somit mehr als einen Subsektor unterstützen. Prinzipiell wäre es möglich, die verschiedenen Komponenten eines Programms gesondert auszuweisen und auf der Basis der Projektplanungsdaten ihren Anteil am Gesamtvolumen der vorgesehenen Finanzmittel zumindest näherungsweise anzugeben. Eine solche differenzierte Projektdarstellung wird jedoch nur von wenigen Geberstaaten, wie Kanada, vorgenommen. Dafür wird das Datenfeld mit der Bezeichnung „ausführliche Beschreibung“ genutzt. Die von deutscher Seite gemeldeten Vorhaben enthalten dagegen überhaupt keine Angaben in diesem Datenfeld. Daher stehen für die Identifikation der spezifischen Zielsetzungen der Programme und der dafür eingesetzten Finanzmittel neben dem angegebenen Verwendungszweck nur der Projekttitel und die Kurzbeschreibung zur Verfügung. Dadurch werden die Möglichkeiten einer präzisen Abschätzung der für die HIV/AIDS-Bekämpfung bereitgestellten Ressourcen eingeschränkt.

Um trotz des bestehenden Informationsdefizits zu einer angemessenen Einschätzung zu kommen, werden im Folgenden nicht nur die für spezifische HIV/AIDS-Maßnahmen zugesagten Finanzmittel untersucht, sondern alle Vorhaben und die dafür aufgebrachten Ressourcen einbezogen, die auf die Gesundheitsförderung ausgerichtet sind. Dabei ist zu beachten, dass die Kontrolle der sexuell übertragenen Infektionen einschließlich HIV/AIDS sowie die übrigen Projekte der reproduktiven Gesundheit und der Familienplanung in der DAC-Statistik nicht unter den Gesundheitssektor subsumiert werden, sondern einen eigenen mit „Bevölkerungsprogramme“ bezeichneten Sektor bilden.

71 Koalitionsvertrag zwischen CDU,CSU und SPD, 11.11.2005, S. 140.

Eine nähere Durchsicht der Projektdaten ergab in einer Reihe von Fällen Inkonsistenzen zwischen dem gemeldeten Verwendungszweck einerseits und dem Titel und der Kurzbeschreibung andererseits. Dies machte eine entsprechende Umgruppierung erforderlich, um eine realitätsgerechte Aufstellung zu ermöglichen. Insgesamt wurden 37 Programme, die ursprünglich anderen Subsektoren zugeordnet waren, als HIV/AIDS-Vorhaben klassifiziert, weil die übrigen Angaben darauf schließen lassen, dass dies zumindest eine der wesentlichen Zielsetzungen darstellt. Allerdings erhöhte sich damit der Anteil der Programme in dieser Kategorie, deren Budget nicht in voller Höhe für die HIV/AIDS-Bekämpfung eingesetzt wird. Das resultierende Gesamtvolumen ist daher eher als Obergrenze für den finanziellen Beitrag zugunsten von spezifischen HIV/AIDS-Programmen zu werten. Auf der anderen Seite wurde ein Programm aus dieser Kategorie herausgenommen, nachdem entsprechende Informationen von der betreffenden Durchführungsorganisation eingeholt und die Richtigkeit der Umklassifizierung durch diese bestätigt wurde. Die neu erstellten Projektlisten wurden den Kontaktpersonen in den Durchführungsorganisationen zur Überprüfung vorgelegt und, soweit vorhanden, mit internen Datenbankabfragen abgeglichen. Im Falle der wenigen Inkongruenzen von wesentlichen Kenndaten der Programme wurden die aktuellen Angaben übernommen und die betreffenden Informationen des CRS dementsprechend berichtigt. In der Summe führten diese Korrekturen zu einer Erhöhung der dem Hauptverwendungszweck der HIV/AIDS-Kontrolle zugeordneten Ressourcen um fast 96 Millionen Euro. Dem steht eine Verminderung um 42,4 Millionen Euro gegenüber, so dass sich unter dem Strich eine Zunahme um 53,6 Millionen Euro als Ergebnis der Präzisierung ergibt. Im Hinblick auf die einzelnen Jahre wirken sich die Berichtigungen von 2000 bis 2003 deutlich erhöhend aus, während nur 2004 eine Verminderung zu verzeichnen ist.

Daneben war für das Jahr 2002 der zugesagte Beitrag zum Globalen Fonds fälschlicherweise als bilaterales Vorhaben gemeldet. Dieser Fehler wurde folglich korrigiert und der im Subsektor der Kontrolle von Infektionskrankheiten subsumierte Betrag in Höhe von 42 Millionen US-Dollar aus der Programmliste entfernt. Schließlich wurde noch ein Programm in die Kategorie der reproduktiven Gesundheit aufgenommen, das ursprünglich anders klassifiziert war.

Zusätzlich förderte eine Textrecherche die außerhalb des Gesundheitssektors verorteten Vorhaben zutage, die in der Kurzbeschreibung oder dem Titel die Eindämmung der HIV/AIDS-Epidemie als Ziel oder Teilziel erwähnen. Von den sechs auf diese Weise identifizierten Programmen wurden vier in die Kategorie der HIV/AIDS-Kontrolle aufgenommen, während die Informationen zu den beiden anderen nahe legen, dass dort die Maßnahmen zur Bekämpfung der Epidemie nur eine kleinere Komponente innerhalb des Gesamtvorhabens bilden. Während fünf dieser Programme im Bereich der formellen und informellen Erziehung angesiedelt sind, war ein Vorhaben auf die ländliche Entwicklung ausgerichtet.

Finanzierungszusagen für den Gesundheitssektor

Mit diesen Ergänzungen und Berichtigungen ergibt sich eine Liste von 174 im Zeitraum 2000 bis 2004 zugesagten Programmen, die mit großer Wahrscheinlichkeit die HIV/AIDS-Bekämpfung als zentrales Ziel verfolgen und die aus Mitteln der öffentlichen Entwicklungskooperation Deutschlands finanziert werden. Die übrigen Vorhaben der Gesundheitsförderung und Versorgung wurden in drei Gruppen eingeteilt, um eine systematische Abschätzung der jeweiligen Budgetanteile vornehmen zu können, die für die Eindämmung der HIV/AIDS-Epidemie eingesetzt werden. Die Kategorie der Vorhaben der reproduktiven Gesundheit umfasst 68 Einzelvorhaben, die vermutlich in enger Beziehung zur HIV/AIDS-Prävention stehen. Darüber hinaus wurden 169 Programme mit sektorweitem auf die Stärkung der Gesundheitsdienste insgesamt abzielendem Ansatz identifiziert, die notwendigerweise auch die HIV/AIDS-Bekämpfung zu ihrem Aufgabenspektrum zählen und einen Teil der bereitgestellten Finanzmittel hierfür einsetzen.

Tabelle 3: Zusagen Deutschlands für Vorhaben der HIV/AIDS-Bekämpfung und der Gesundheitsförderung nach Kategorien und Jahren (in Mio. Euro)

Subsektor	2000	2001	2002	2003	2004	Durchschnitt	Gesamt
HIV/AIDS-Bekämpfung	43,1	52,0	43,0	50,2	48,4	47,3	236,0
Reproduktive Gesundheit	24,9	15,4	25,9	26,0	12,7	21,0	104,9
Gesundheitssektorprogramme	22,4	24,8	40,9	73,1	42,4	40,7	203,6
Andere Krankheiten u. Bereiche	25,3	45,8	74,3	40,7	87,7	54,8	273,8
Gesamt in Euro	115,7	138,0	184,1	189,9	191,2	163,8	818,9

Tabelle 4: Zunehmende Bedeutung der Darlehen für Vorhaben der Gesundheitsförderung nach Jahren (Beträge in Mio. Euro)

Finanzierungsart	2000	2001	2002	2003	2004	Durchschnitt	Gesamt
Darlehensbeträge	5,1	0,0	49,6	16,1	47,5	23,7	118,4
Anteile an den jährl. Zusagen	4,4%	0,0%	27,0%	8,5%	24,8%	12,9%	14,5%
Zuschussbeträge	110,5	138,0	134,5	173,8	143,7	140,1	700,5

Die Anzahl dieser Sektorprogramme ist in Wirklichkeit noch etwas größer, da hier diejenigen nicht aufgenommen wurden, die nach ergänzenden Angaben keine HIV/AIDS-Komponente enthalten, da sie diese in einer separaten Zusage ausweisen. Die übrigen 837 Vorhaben sind den verfügbaren Informationen nach zu urteilen auf diverse andere Gesundheitsprobleme ausgerichtet.

Wie aus Tabelle 3 zu entnehmen ist, variierten die jährlichen Gesamtzusagen für spezifische HIV/AIDS-Programme im Berichtszeitraum zwischen 43 und 52 Millionen Euro bei einem Durchschnittsbetrag von etwas über 47 Millionen Euro. Eine systematische Erhöhung der für diese Vorhaben bereitgestellten Finanzmittel hat ganz offensichtlich nicht stattgefunden. Das Gleiche gilt für die Projekte der reproduktiven Gesundheit, wo im letzten Jahr mit verfügbaren Informationen sogar die geringste Zusagehöhe in den vergangenen fünf Jahren zu verzeichnen war. Im Jahresdurchschnitt wurden für diesen Bereich 21 Millionen Euro pro Jahr aufgebracht. Ein positiver Trend zeigt sich dagegen bei den sektorweiten Programmen und den übrigen Vorhaben der Gesundheitsförderung. Die Zunahme der für die Stärkung der Gesundheitsdienste insgesamt mobilisierten Ressourcen würde noch deutlicher ausfallen, wenn man die Programme dazu rechnete, die keine HIV/AIDS-Komponente enthalten. Allerdings sind die Gesamtzusagen für die Gesundheitsförderung nach 2002 nur noch um geringe Beträge angestiegen.

Wachsende Bedeutung von Darlehen

Außerdem wurde ein erheblicher Teil der zusätzlichen Finanzmittel nicht auf Zuschussbasis, sondern als Darlehen bereit gestellt. Die Empfängerländer der rückzahlbaren Finanzmittel waren in erster Linie China mit einem Gesamtbetrag von 89,1 Millionen Euro, gefolgt von Vietnam, Indonesien und Kirgisien. Aber auch die Elfenbeinküste erhielt einen Kredit in Höhe von annähernd 1,4 Millionen Euro, in diesem Fall aber als eine kleinere Komponente eines umfangreicheren Programms, das ansonsten als Zuschuss finanziert wurde. Der überwiegende Teil der Darlehen ist für die Beschaffung von Krankenhaus-Ausrüstung bestimmt, wobei in den meisten Fällen eine Lieferbindung besteht. Mindestens zwei der auf Darlehensbasis finanzierten Programme sind aber auf die Familienplanung ausgerichtet, insbesondere auf die Beschaffung von Verhütungsmitteln. Die OECD veranschlagt das Zuschusselement dieser vergünstigten Darlehen auf 65% bis 80% im Vergleich zu Krediten mit kommerziellen Konditionen.

Häufig handelt es sich bei diesen Entwicklungskrediten um Verbund- oder Mischfinanzierungen, bei denen ein Teil der Mittel von der KfW auf dem Kapitalmarkt mobilisiert wird. In den Jahren 2002 und 2004 machten die Kredite ein Viertel der jährlichen Zusagen für die Gesundheitsförderung aus. Im Jahresdurchschnitt waren es immerhin fast 13%, die auf diesen Finanzierungsmodus entfielen. Betrachtet man die Entwicklung der Zusagen in Form von nicht rückzahlbaren Zuschüssen abzüglich der Kredite, so fällt die Steigerung der Ressourcen für den Gesundheitssektor sehr viel bescheidener und erratischer aus. Bedenklich erscheint in diesem Zusammenhang, dass der Zuschussbetrag für Programme der Gesundheitsförderung im Jahr 2004 erheblich gegenüber dem Vorjahr zurückging und nur unwesentlich über dem Mittel der vergangenen fünf Jahre lag. Das wachsende Gewicht der Kredite wirft die Frage nach der Armutsorientierung der Mittelzuteilung im Gesundheitssektor auf, da die Vergabe auf Darlehensbasis offenbar davon ausgeht, dass die betreffenden Empfängerländer über die wirtschaftliche Kapazität verfügen, um die eingegangenen Verbindlichkeiten zu bedienen.

Regionale Ausrichtung unter besonderer Berücksichtigung Afrikas

Im Hinblick auf die regionale Verteilung des Ressourcenbedarfs geht UNAIDS davon aus, dass Afrika südlich der Sahara im Jahr 2005 ca. 5 Milliarden US-Dollar für die mit den gegebenen Kapazitäten realisierbaren HIV/AIDS-Maßnahmen benötigte. Das entspricht ca. 42% des gesamten in den Entwicklungs- und Übergangsländern erforderlichen Finanzvolumens für die HIV/AIDS-Bekämpfung, das wie oben erwähnt in den jüngsten Schätzungen auf 12 Milliarden US-Dollar für das besagte Jahr veranschlagt wird.[72]

72 UNAIDS (2004): 2004 report on the global HIV/AIDS epidemic: 4th global report, S. 133.

Tabelle 5: Anteil Afrikas südlich der Sahara an den Finanzierungszusagen Deutschlands im Gesundheitssektor nach Jahren

Subsektor	2000	2001	2002	2003	2004	Durchschnitt	Gesamt
HIV/AIDS-Bekämpfung	36,0%	82,1%	60,2%	62,4%	77,7%	63,7%	64,8%
Reproduktive Gesundheit	33,0%	33,5%	10,5%	49,8%	33,0%	32,0%	31,5%
Gesundheitssektorprogramme	82,1%	64,3%	28,3%	54,4%	41,5%	54,1%	51,1%
Andere Krankheiten u. Bereiche	23,2%	23,2%	12,1%	36,9%	4,7%	20,0%	15,9%
Gesamt	42,0%	53,3%	26,7%	52,3%	32,7%	41,4%	40,6%

Es ist daher positiv zu bewerten, dass die Finanzierungszusagen für spezifische HIV/AIDS-Programme überwiegend afrikanische Länder unterstützten. Nach dem Jahr 2000 wurden 60 bis über 80% der jährlichen Finanzmittel in diesem Bereich für Afrika südlich der Sahara bereitgestellt. Trotz dieser prinzipiell sinnvollen geographischen Konzentration deckten die zugesagten Finanzierungsbeträge allerdings nur einen kleinen Teil des immensen Bedarfs, um die verheerende Epidemie und ihre katastrophalen Folgen auf dem Kontinent anzugehen. Die im Jahr 2004 von deutscher Seite für Afrika mobilisierten Mittel in Höhe von 36,4 Millionen Euro oder 45,2 Millionen US-Dollar entsprachen kaum 1,5% des für dieses Jahr kalkulierten Bedarfs von über 3 Milliarden US-Dollar.

Auch was die weiter gespannten Programme für die Förderung der Gesundheitsdienste anbetrifft, wurde mehr als die Hälfte der Mittel für Afrika südlich der Sahara zur Verfügung gestellt. In den anderen beiden Kategorien entfallen dagegen relativ geringe Anteile auf den afrikanischen Kontinent. Im Bereich der reproduktiven Gesundheit waren es weniger als ein Drittel und bei den auf andere Gesundheitsprobleme ausgerichteten Programmen kaum 16% der Gesamtmittel, die für Afrika bereitgestellt wurden. Betrachtet man den Gesundheitssektor insgesamt, so entfielen zwei Fünftel der zugesagten Finanzmittel auf die afrikanischen Länder. (siehe Tabelle 5)

Stellenwert der Gesundheitsförderung in der bilateralen Kooperation

Das Millenniumprojekt der Vereinten Nationen erstellte detaillierte und nach Sektoren differenzierte Analysen für eine Auswahl von Entwicklungsländern (Bangladesch, Kambodscha, Ghana, Tansania, Uganda), um die Investitionen zu berechnen, die für die Erreichung der Millenniumsentwicklungsziele vonnöten sind. Demnach weist der Gesundheitssektor in afrikanischen Ländern den höchsten Investitionsbedarf auf mit 22% bis 33% des gesamten erforderlichen Finanzierungsvolumens für das Jahr 2006, wobei der Stand der HIV/AIDS-Epidemie den mit Abstand wichtigsten Einflussfaktor für die festgestellten Differenzen in diesen Proportionen darstellt. Das bedeutet, dass der für die Gesundheitsarbeit benötigte Anteil des Ressourcenbedarfs in den besonders betroffenen Ländern des südlichen Afrikas noch erheblich höher einzustufen wäre. In den Ländern Süd- und Südostasiens müssten nach diesen Schätzungen 18 bis 20% der Investitionen im Gesundheitssektor getätigt werden, wenn die Millenniumsentwicklungsziele verwirklicht werden sollen.[73] Schon die Kommission zu Makroökonomie und Gesundheit hatte 2001 festgestellt, dass die finanzielle Kooperation für die Gesundheitsförderung in den Entwicklungsländern von damals 6 Milliarden US-Dollar bis 2007 auf 27 und bis 2015 auf 38 Milliarden US-Dollar steigen müsste.[74]

Das jährliche Zusagevolumen für die Gesundheitsförderung insgesamt, machte im Jahr 2000 lediglich 4,6% der gesamten sektorspezifischen Finanzierungszusagen Deutschlands aus. Dieser Anteil stieg dann immerhin auf 6,2% im Jahr 2002, fiel aber danach wieder auf 5,8% im Jahr 2004. Im Durchschnitt der fünf Berichtsjahre lagen die für den Gesundheitssektor bereitgestellten Mittel bei 5% der jährlichen Finanzierungszusagen, und bezogen auf die gesamten im Jahrfünft mobilisierten Ressourcen entfielen gerade 5,5% auf diesen Bereich. In absoluten Beträgen waren dies 0,819 Milliarden Euro von insgesamt 14,985 Milliarden Euro.

Bezogen auf die gesamten ODA-Leistungen einschließlich der multisektoralen und übrigen nicht nach Verwendungszwecken zuzuordnenden Finanzierungszusagen investierte Deutschland im Jahr 2004 lediglich 4,0% in Gesundheits- und Bevölkerungsprogramme, während in der Summe aller DAC-Mitgliedstaaten 7,7% der Mittelbindungen auf diese beiden Bereiche entfielen. Nur die bilaterale Zusammenarbeit der Schweiz (3,2%) und Portugals (1,1%) wies noch niedrigere Anteile zugunsten von Gesundheits- und HIV/AIDS-relevanten Entwicklungsvorhaben auf. Auch bei dem Anteil für Basisgesundheitsprogramme lag die deutsche Kooperation mit 1,4% deutlich unter dem Anteil des per se niedrigen DAC-Gesamtergebnisses von 2,6%.

73 Millennium Project, 2005: Investing in Development: A Practical Plan to Achieve the Millennium Development Goals. Table 17.1, S. 244; eigene Berechnungen.
74 Report of the Commission on Macroeconomics and Health, S. 11.

Verglichen mit den oben erwähnten Erfordernissen bleibt somit eine erhebliche Lücke, um der Gesundheitsförderung den strategischen Stellenwert in der deutschen Entwicklungszusammenarbeit beizumessen, der ihr für die zentralen und in der Millenniumserklärung betonten Dimensionen der menschlichen Entwicklung zukommen müsste. Die Entwicklung der bisher verzeichneten Anteile an den mobilisierten Finanzmitteln lässt insbesondere in den letzten Jahren keine Bemühungen in dieser Richtung erkennen. Die multilateralen Institutionen können den Ressourcenbedarf für den Gesundheitssektor alleine schwerlich stemmen, wenn man bedenkt, dass die gesamte durch die internationale Kooperation zu deckende Finanzierungslücke vom Millenniumprojekt auf 73 Milliarden US-Dollar für 2006 veranschlagt wird und davon ein sehr gewichtiger Anteil auf die Gesundheitsförderung entfällt.

Gesamtschätzung der bilateralen Finanzierungszusagen für die Eindämmung der HIV/AIDS-Epidemie

Das Fehlen präziserer Angaben in den verfügbaren Datenbanken, was die definierten Zielsetzungen und den geplanten Ressourceneinsatz der unterstützten Entwicklungsprogramme angeht, erschwert im Fall der meisten Geberstaaten einschließlich Deutschlands die Abschätzung der für die HIV/AIDS-Bekämpfung mobilisierten Finanzmittel. Die eingehendste Analyse der Finanzierungszusagen für die internationale Antwort auf die Epidemie wurde von dem Sekretariat des Development Assistance Committee (DAC) der OECD in Zusammenarbeit mit der DAC Working Party on Statistics und UNAIDS im Jahr 2004 durchgeführt.[75] Sie umfasste die Jahre 2000 bis 2002, also die erste Phase des hier interessierenden Zeitabschnitts, und beruhte auf einer gründlichen Auswertung der an die CRS Datenbank gemeldeten Projektdaten sowie einer direkten Erörterung der offenen Fragen zusammen mit den verantwortlichen Mitarbeitern/innen der betreffenden Durchführungsorganisationen der Mitgliedstaaten. Dabei wurden nicht nur die auf die HIV/AIDS-Bekämpfung abzielenden Programme identifiziert, sondern auch die auf dieses Ziel ausgerichteten Komponenten innerhalb von breiter angelegten Förderprogrammen der allgemeinen und reproduktiven Gesundheit. Die durch dieses gemeinsame Vorgehen ausgemachten HIV/AIDS-Komponenten mit quantifizierbaren Budgetanteilen hatten im Jahresdurchschnitt ein Volumen von 5,5 Millionen US-Dollar, mithin 16,5 Millionen US-Dollar für die gesamte Periode von drei Jahren. Nach unserer Analyse beliefen sich die in diesem Zeitraum gemachten Finanzierungszusagen für Programme der reproduktiven Gesundheit und der sektorweiten Gesundheitsförderung, somit der Vorhaben, die jene Komponenten beinhalteten, auf insgesamt 142,6 Millionen US-Dollar. Daraus errechnet sich ein Anteil von annähernd 12% für HIV/AIDS-Maßnahmen, der auch in den folgenden beiden Jahren für die Sektorprogramme Anwendung finden kann, zumal die regionale Verteilung und insbesondere der Anteil Afrikas bei dieser Kategorie zwischen den beiden Phasen praktisch konstant geblieben ist.

Entwicklung der bilateralen Finanzierungszusagen Deutschlands für Maßnahmen der HIV/AIDS-Bekämpfung einschliesslich der Komponenten in anderen Gesundheitsprogrammen

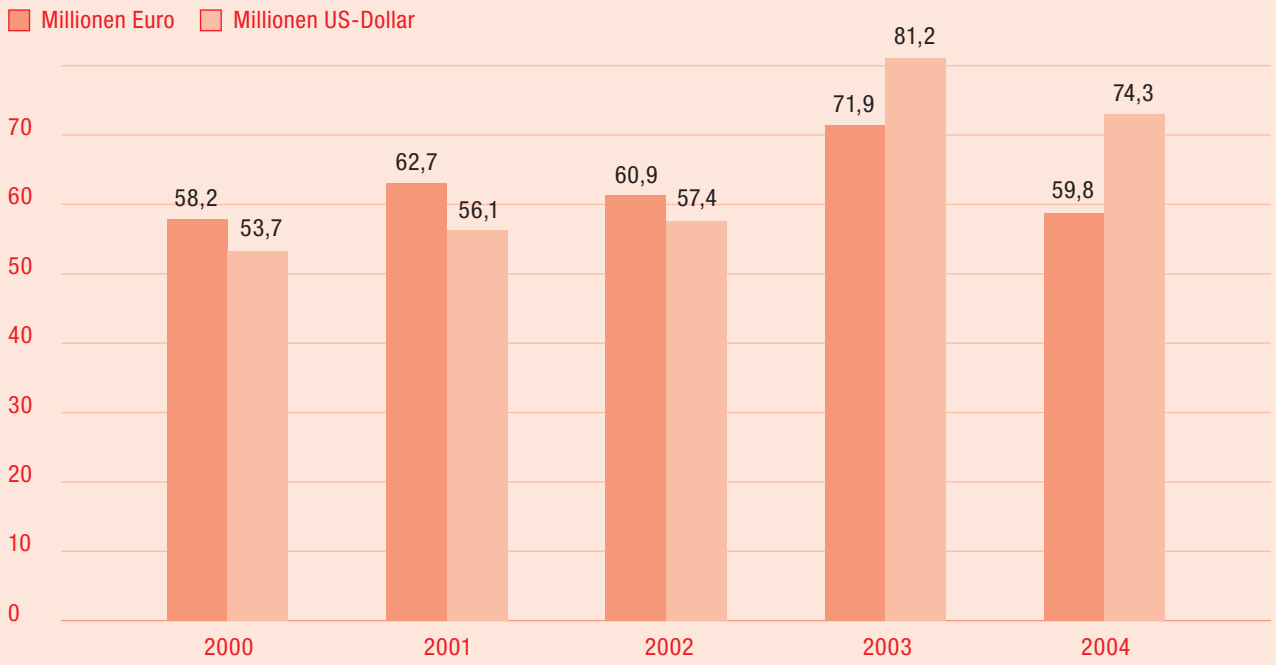

Tabelle 6: Gesamtschätzung der Finanzierungszusagen Deutschlands für die HIV/AIDS-Bekämpfung einschl. der Komponenten in Programmen der reproduktiven Gesundheit und der sektorweiten Förderung nach Jahren (Mio. Euro)

Subsektor	2000	2001	2002	2003	2004	Durchschnitt	Gesamt
Spezifische HIV/AIDS-Programme	43,1	52,0	43,0	50,2	48,4	47,3	236,6
Anteil in Programme reproduktive Gesundheit	12,4	7,7	13,0	13,0	6,4	10,5	52,4
Anteil Gesundheitssektorprogr.	2,7	3,0	4,9	8,8	5,1	4,9	24,4
Gesamt in Euro	58,2	62,7	60,9	71,9	59,8	62,7	313,5

Für die Programme der reproduktiven Gesundheit soll jedoch ein höherer Prozentsatz von 50% für HIV/AIDS-Bekämpfung vorausgesetzt werden, da es hier zu systematischen Überschneidungen kommt, vor allem was die Beschaffung und Verteilung von beiden Zielen – Familienplanung und HIV-Prävention – dienenden Kondomen angeht. Dieser Anteil befindet sich auch in Übereinstimmung mit den globalen durch die OECD-Analyse erhobenen Daten über HIV/AIDS-Komponenten innerhalb dieses Subsektors der Gesundheitsförderung.[76] Allerdings ist es gut möglich, dass dieser Prozentsatz zu hoch angesetzt ist, weil bereits eine Reihe von ursprünglich der reproduktiven Gesundheit zugeordneten Vorhaben mit expliziter Nennung der HIV-Prävention in die Kategorie der spezifischen HIV/AIDS-Programme umgruppiert wurde.

Tabelle 6 (siehe oben) enthält die näherungsweise Quantifizierung der für HIV/AIDS-Maßnahmen bereitgestellten Ressourcen auf der Basis dieser begründeten Annahmen über die anteilige Finanzierung durch überlappende oder breiter angelegte Programme. Dabei handelt es sich um ein vorläufiges Schätzungsverfahren, das sobald möglich, durch die systematische und transparente Dokumentation von projektbezogenen Planungsdaten abgelöst werden sollte.

Es zeigt sich, dass die jährliche Zusagehöhe über die fünf Berichtsjahre weitgehend konstant bei ca. 60 Millionen Euro geblieben ist. Nur im Jahr 2003 wurde vorübergehend ein zugesagtes Finanzierungsvolumen von ungefähr 72 Millionen Euro verzeichnet. Eine planvolle Erhöhung der im Rahmen der bilateralen Entwicklungszusammenarbeit für die HIV/AIDS-Bekämpfung bereit gestellten Ressourcen lässt sich aus diesen Schätzwerten für den Berichtszeitraum jedenfalls kaum herauslesen.

Infolge der in diesen fünf Berichtsjahren stark veränderten Wechselkurse stellt sich die Ressourcenentwicklung anders dar, wenn man die Berechnungen wie in den meisten auf den internationalen Vergleich abzielenden Publikationen zum Thema auf der Basis des US-Dollar durchführt. Danach bewegten sich, wie die Graphik auf Seite 49 zeigt, die Finanzierungsbeträge für die HIV/AIDS-Bekämpfung in Entwicklungs- und Übergangsländern in den ersten drei Jahren des fraglichen Zeitraums zwischen 54 und 57 Millionen US-Dollar, stiegen im Jahr 2003 deutlich auf über 81 Millionen US-Dollar an, um dann im letzten Jahr auf 74 Millionen US-Dollar zu fallen.

Aktuelle Entwicklungstendenzen der Finanzmittel für die Gesundheitsförderung und HIV/AIDS-Bekämpfung

Für das Jahr 2005 liegen die Einträge in die CRS-Datenbank leider noch nicht vor. Dankenswerterweise hat die KfW aber eine interne Statistik zur Verfügung gestellt, die bereits dieses Jahr umfasst. Dazu ist zu bemerken, dass diese Durchführungsorganisation im Zeitraum 2000 bis 2004 über 59% der Finanzierungszusagen Deutschlands für den Bereich der Gesundheitsförderung insgesamt und fast 69% der zugesagten Mittel für spezifische HIV/AIDS-Programme aufbrachte. Daher ist die Entwicklung der Zusagen in diesem Bereich der so genannten finanziellen Zusammenarbeit ausschlaggebend für die Gesamttendenz der deutschen Kooperation. Außerdem war der moderate Anstieg der Finanzmittel für die Gesundheitsförderung ausschließlich auf den positiven Trend in der finanziellen Zusammenarbeit zurückzuführen, der allerdings zu einem großen Teil in Form von Darlehen finanziert wurde.

Umso beunruhigender ist es festzustellen, dass die Tendenz den Daten der Organisation zufolge im Jahr 2005 deutlich rückläufig war. Während sich die von der KfW mobilisierten Ressourcen für den Gesundheitsbereich insgesamt von kaum 60 Millionen Euro in den Jahren 2000 und 2001 auf mehr als 120 Millionen Euro pro Jahr im Zeitraum 2003 bis 2004 verdoppelten, gingen die Zusagen für den Sektor im Jahr 2005 auf weniger als 77 Millionen Euro zurück. Und während im Durchschnitt der Jahre von

75 DAC; UNAIDS (2004): Analysis of aid in support of HIV/AIDS control, 2000-2002.
76 Vgl. ebd. , S. 12.

2000 bis 2003 30 bis 40 Millionen Euro für spezifische HIV/AIDS-Programme von der KfW bereitgestellt wurden, fielen diese Mittel im folgenden Jahr unter 30 Millionen Euro und betrugen schließlich 2005 nur noch etwas mehr als 25 Millionen Euro. Ein dramatischer Einbruch war auch bei den übrigen Projekten der reproduktiven Gesundheit zu verzeichnen, wo die Zusagen von über 15 Millionen Euro im Jahr 2003 auf gut 6 Millionen Euro 2004 und schließlich 4,5 Millionen Euro 2005 abfielen. Es steht zu hoffen, dass die wenig erfreuliche Schrumpfung der zugesagten Finanzmittel im vergangenen Jahr für die Gesundheitsförderung im Allgemeinen und die Verbesserung der sexuellen Gesundheit und die HIV/AIDS-Bekämpfung im Besonderen nicht den zukünftigen Trend repräsentieren. Immerhin befanden sich Ende 2005 noch 23 Vorhaben, darunter sechs HIV/AIDS-Programme, mit möglichen Zusagehöhen – soweit schon definiert – von 1 bis 10 Millionen Euro in der Prüfphase.

Für den Bereich der technischen Zusammenarbeit im engeren Sinn, die von der GTZ realisiert wird, lagen keine projektbezogenen Daten für 2005 vor. Von 2000 bis 2004 zeigte sich in diesem Bereich der Entwicklungskooperation in allen hier analysierten vier Kategorien von Gesundheitsprogrammen eine überwiegend negative Tendenz bei den zugesagten Finanzmitteln, die z.T. recht drastisch ausfiel. Waren von 2000 bis 2001 die Zusagen für den Gesundheitssektor noch von 40 auf 54 Millionen Euro gestiegen, gingen sie in den folgenden Jahren zunächst allmählich, dann aber frappant zurück und lagen im Jahr 2004 bei weniger als 26 Millionen Euro. Die für spezifische HIV/AIDS-Programme bereitgestellten Ressourcen erreichten ihren höchsten Stand im Jahr 2001 mit annähernd 22 Millionen Euro, lagen jedoch in den drei folgenden Jahren zwischen 9 und 12,5 Millionen Euro. Für andere Projekte der reproduktiven Gesundheit wurden 6 bis 11 Millionen Euro pro Jahr aufgebracht, wobei der niedrigste Wert ebenfalls 2004 zu verbuchen war. Die Finanzmittel für sektorweite Programme stiegen zunächst kontinuierlich von knapp 16 Millionen im Jahr 2000 auf annähernd 22 Millionen Euro im Jahr 2003 an, sackten dann aber auf weniger als 7 Millionen Euro 2004 ab. Die Finanzierungsbeträge für andere Gesundheitsprobleme und -bereiche variierten im Zeitraum von 2000 bis 2003 zwischen 1 und 8 Millionen Euro und beliefen sich 2004 schließlich nur noch auf 0,5 Millionen Euro.

Diese bedenkliche Entwicklung schlägt sich auch in den Anteilen an den von Deutschland bereitgestellten Ressourcen für die Gesundheitsarbeit in den Entwicklungsländern deutlich nieder. Während die GTZ-Programme im Jahr 2000 über 34% der deutschen Finanzierungszusagen für den Sektor ausmachten und sie ihren Anteil im folgenden Jahr sogar auf 39% steigerten, fielen sie für die Jahre 2002 und 2003 auf 22 bis 24% zurück, und im Jahr 2004 waren es ganze 13%. Angesichts dieses dramatischen Rückgangs insbesondere im letzten Jahr mit verfügbaren Daten ist das Risiko nicht von der Hand zu weisen, dass die beachtlichen fachlichen und technischen Kapazitäten, die in diesem Bereich entwickelt wurden, nicht in dem dringend benötigten Umfang genutzt werden.

Integration von HIV/AIDS-Maßnahmen in Entwicklungsprogramme außerhalb des Gesundheitsbereichs

Die beim BMZ verankerte, aber mit allen Durchführungsorganisationen arbeitende Sonderinitiative Mainstreaming HIV/AIDS hat sicher dazu beigetragen, die Berücksichtigung der Epidemie und ihrer sozio-ökonomischen Ursachen und Auswirkungen in die Planung und Durchführung von Projekten außerhalb des Gesundheitssektors zu fördern. Auch wenn der Stand der Umsetzung von damit betrauten Fachleuten unterschiedlich bewertet wird, so besteht doch Übereinstimmung darin, dass die Integration des Themas im Bereich der technischen Zusammenarbeit bislang am umfassendsten vorangetrieben wurde.

Im Jahr 1999 hat der Obere Führungskreis der GTZ (OFK) als oberste Leitungsebene, bestehend aus der Geschäftsführung, den Bereichsleitern und Bereichsleiterinnen und einigen Stabsstellenleitern oder –leiterinnen, beschlossen, dass die Bedrohung durch HIV/AIDS von der Organisation als Priorität behandelt werden sollte. Insbesondere die Afrika-Abteilung hat seither versucht, diese Prämisse in die Praxis umzusetzen. Im Jahr 2003 wurde auf einer Regionalkonferenz beschlossen, in allen Partnerländern in Afrika AIDS-Beauftragte zu ernennen und Mainstreaming-Pläne zu formulieren. Ausgehend von einer Analyse der AIDS-Problematik in den betreffenden Ländern sollen die GTZ-Projekte Ansätze entwickeln und darlegen, um der HIV/AIDS-Krise durch entsprechende Anpassung ihrer Maßnahmen zu begegnen. Zugleich hat das BMZ die Verankerung von HIV/AIDS-Komponenten in den Projekten der technischen Zusammenarbeit unterstützt und dafür einen Finanzrahmen von 3% des jeweiligen Budgets bereitgestellt.

Inzwischen hat die GTZ eine Erhebung durchgeführt, um den Stand der Umsetzung dieser Vorgaben abzuschätzen.[77] Demnach haben 54% der in Afrika realisierten Projekte die HIV/AIDS-Problematik in ihre Pläne integriert, sei es auf der Ebene der Zielsetzungen, der Aktivitäten oder der Indikatoren. Allerdings umfasste die Stichprobe nur die 147 identifizierten Projekte, die in direkter Verantwortung von GTZ-Personal durchgeführt werden und deren Laufzeit über 2005 hinausreicht. Zwischen den verschiedenen Sektoren, in denen die Projekte angesiedelt sind, zeigten sich z. T. erhebliche Unterschiede hinsichtlich des Anteils von Projekten mit integrierten HIV/AIDS-Komponenten. Während

77 GTZ (2005): Monitoring the Mainstreaming of HIV/AIDS in GTZ projects in Africa in 2005.

im Gesundheitsbereich 88% der Projekte die HIV/AIDS-Problematik auf zumindest einer der genannten Ebenen berücksichtigten, waren es auf dem Gebiet der Wirtschaftsreform und des Aufbaus der Marktwirtschaft nur 31% und auf dem Feld der Umweltpolitik und nachhaltigen Ressourcennutzung lediglich 17%. In der Mehrheit der Förderbereiche einschließlich derjenigen mit besonderer strategischer Bedeutung für die Eindämmung der Pandemie wie dem Erziehungssektor wies ca. die Hälfte der Projektplanungen einen HIV/AIDS-Bezug auf. Daher kann der Einfachheit halber von einem Umsetzungsgrad von 50% ausgegangen werden, auch wenn dieser für alle Sektoren außer dem Gesundheitsbereich mit 45% etwas niedriger liegt.

Die Untersuchung bezog auch die Beschreibung der einzelnen implementierten bzw. geplanten Maßnahmen und der ungefähren Kosten für diese mit ein, der Bericht über den Mitteleinsatz wird aber voraussichtlich erst Mitte des Jahres abgeschlossen. Für eine vorläufige Schätzung soll hier davon ausgegangen werden, dass der vorgesehene Rahmen von 3% des Gesamtbudgets in voller Höhe von den ca. 50% der Programme genutzt wird, die HIV/AIDS-Maßnahmen integrierten. Für das Jahr 2004 standen der GTZ Mittel in der Höhe von 174 Millionen Euro für die Durchführung von Programmen in Afrika südlich der Sahara zur Verfügung.[78] Wenn man hiervon die Finanzierungszusagen für Afrika zugeordnete Gesundheitsprogramme in diesem Jahr abzieht, die sich auf 21 Millionen Euro beliefen, so bleiben 153 Millionen Euro für Investitionen in anderen Sektoren. Die Maßnahmen des Mainstreaming innerhalb von Gesundheitsprogrammen sind bereits durch die relativ hoch angesetzte anteilige Berechnung der HIV/AIDS-Komponenten in den Schätzwerten für diesen Sektor berücksichtigt. Wenn man davon ausgeht, dass der Umfang der Programme mit erfolgter Integration der HIV/AIDS-Problematik dem Durchschnitt entspricht, so beträgt ihr aggregiertes Finanzvolumen für 2004 ungefähr 76,5 Millionen Euro. Falls alle diese Programme 3% ihrer Projektmittel für HIV/AIDS-Maßnahmen verwenden, entspräche dies ca. 2,3 Millionen Euro. Dabei handelt es sich um eine vorläufige Schätzung auf der Grundlage einer Reihe von unsicheren Annahmen. Sie kann jedoch die grobe Größenordnung des Ressourceneinsatzes in diesem Kontext umreißen.

Im Hinblick auf den oben dargestellten absoluten und relativen Rückgang der Finanzmittel für die technische Zusammenarbeit im Bereich der Gesundheitsförderung und die bestenfalls als Stagnation zu bezeichnende Tendenz der Ressourcen für HIV/AIDS-Programme, muss an dieser Stelle auf eine mögliche Gefahr hingewiesen werden. So wichtig die entschlossene und zielgerichtete Einbeziehung der HIV/AIDS-Problematik in alle Förderbereiche und Sektoren ist, darf diese doch nicht als Scheinbegründung herhalten, um die spezifischen Programme der Prävention, Betreuung und Behandlung sowie die Stärkung der Gesundheitsdienste insgesamt herunterzufahren. Ein Rückzug aus diesen Bemühungen würde zwangsläufig die fachlichen und institutionellen Kapazitäten schwächen, ohne die eine wirksame und planvolle Eindämmung der Epidemie nicht möglich und letztlich auch die Entwicklung einer effektiven multisektoralen Strategie nicht zu erreichen ist.

Die Beteiligung Deutschlands an der multilateralen Kooperation

Die Entwicklungskooperation durch die EU

Die Europäische Kommission verabschiedete im April 2005 ein Aktionsprogramm, mit dem Europa den Kampf gegen HIV/AIDS, Malaria und Tuberkulose in nicht zur EU gehörenden Ländern verstärkt unterstützen will. Dort wird explizit anerkannt, dass die Finanzmittel zur Bekämpfung dieser Epidemien „nach wie vor unzureichend" sind und dass zusätzliche Mittel „in erster Linie über externe Finanzierungsquellen – öffentlicher oder privater Natur – bereitgestellt werden müssen".[79] Deswegen wird vorgeschlagen, die EU solle es sich zum Ziel setzen, einen Beitrag zur Schließung der Finanzierungslücke und damit zur Verwirklichung des Millenniumsentwicklungsziels 6 zu leisten. Schließlich wird gefordert, dass dieser Beitrag „der Rolle und der Bedeutung, die Europa als internationalem entwicklungspolitischen Partner zukommt, angemessen sein" solle. Im politischen Dialog mit den Partnerländern soll darauf hingearbeitet werden, ausgewogene und den lokalen Verhältnissen angepasste Konzepte für Prävention, Behandlung und Pflege zu entwickeln. Im Mittelpunkt sollen die Rechte von Kindern, Frauen und anderen besonders gefährdeten Bevölkerungsgruppen sowie der von diesen Krankheiten betroffenen Menschen stehen. Somit werden wesentliche Leitlinien der Verpflichtungserklärung aufgenommen. Weiterhin will sich die EU dafür einsetzen, dem Gesundheitswesen bei Programmen zur Reform des öffentlichen Sektors eine Sonderstellung einzuräumen und die öffentlichen Ausgaben für den Gesundheitsbereich auf einen ausreichenden Anteil am Gesamthaushalt zu steigern.

Nach Verlautbarungen der Kommission verwaltete sie im Jahr 2005 ein Fünftel des finanziellen Gesamtvolumens, das die Mitgliedstaaten für die Entwicklungskooperation aufbringen. Diese Mittel in Höhe von rund 7 Milliarden

78 GTZ (2005): Jahresbericht 2004, S. 41.
79 Mitteilung der Kommission an den Rat und das Europäische Parlament, 2005: KOM(2005) 179, S. 3.

Euro machen sie zum drittgrößten Einzelgeber weltweit. Seit der 2001 durchgeführten Reform der Außenhilfe konnten die Mittelbindungen um 54% und die Auszahlungen um 52% gesteigert werden. Im Jahr 2005 belief sich die von der Gemeinschaft geleistete Entwicklungshilfe auf insgesamt 6,2 Milliarden Euro gegenüber 5,7 Milliarden Euro im Vorjahr.[80] Als wesentliche Schwerpunkte der Kooperation mit den Entwicklungsländern werden genannt: Armutsbekämpfung, Förderung von Demokratie und Sicherheit, soziale Gerechtigkeit, wirtschaftlicher Wohlstand und ökologische Nachhaltigkeit.

Die angekündigten Zielvorstellungen und die beschleunigte Bereitstellung von Finanzmitteln für Entwicklungsprogramme sind sehr zu begrüßen. Allerdings bleiben die Informationen über die von der EU für bestimmte Entwicklungsbereiche und Herausforderungen wie insbesondere der Bewältigung der HIV/AIDS-Krise mobilisierten Ressourcen eher vage. Aus den Publikationen der Kommission ist lediglich zu entnehmen, dass die Gemeinschaft im Jahresdurchschnitt von 2003 bis 2006 für die Eindämmung der Epidemien von HIV/AIDS, Malaria und Tuberkulose jährlich 239 Millionen Euro bereitstelle. Dieser Betrag umfasst auch den Beitrag zum Globalen Fonds zur Bekämpfung von AIDS, Tuberkulose und Malaria. Für den Gesundheitssektor bringt die Kommission nach Angaben von EuropeAid pro Jahr 400 Millionen Euro auf. Zusätzlich werde das Gesundheitswesen in Entwicklungsländern durch allgemeine Budgethilfen in nicht näher bezifferter Höhe unterstützt. Schließlich finanziert die Gemeinschaft nach eigener Darstellung im Rahmen der humanitären Hilfe Maßnahmen der Gesundheitsförderung mit einem Umfang von ca. 100 Millionen im Jahr 2003.

Diese globalen Informationen erlauben keine genauere Analyse des Ressourcenflusses für bestimmte Programme, Sektoren und Subsektoren im Zeitverlauf. Dazu kommt, dass die von der Europäischen Kommission an die CRS-Datenbank gemeldeten Daten bis einschließlich 2003 unvollständig waren.[81] Erst für das Jahr 2004 sind nach Information des DAC die Angaben zu den EU-finanzierten Programmen für diese beiden Förderbereiche zu 100% erfasst. Es steht zu hoffen, dass diese für die Transparenz der Mittelverwendung und die planerische Abstimmung zwischen den Entwicklungsakteuren unentbehrliche Dokumentation der finanzierten Programme für die Zukunft weiter verbessert wird.[82]

Die Summe aller von der EU 2004 finanzierten Programme, die HIV/AIDS im Titel oder in der Kurzbeschreibung erwähnen, beläuft sich auf 77,4 Millionen Euro. Dabei gingen die Mittelbindungen ganz überwiegend an afrikanische Länder, wobei allein Südafrika Zusagen in Höhe von insgesamt 45 Millionen Euro erhielt. An zweiter Stelle stand die Karibik mit einer Zusagehöhe von 8,5 Millionen Euro, so dass die regionale Zuteilung auf die am stärksten betroffenen Weltregionen ausgerichtet war. Für andere Vorhaben der reproduktiven Gesundheit wurden der Statistik zufolge 133,9 Millionen Euro bereitgestellt. Bei näherem Hinsehen sind unter diesem Zweck aber 113,5 Millionen Euro verbucht, die für die Unterstützung des nigerianischen Bevölkerungszensus aufgebracht wurden.[83] Nach Abzug dieses Betrags, dessen Registrierung zwar den Einteilungskriterien des CRS entspricht, der aber sicher nicht als Beitrag zur HIV/AIDS-Eindämmung zu sehen ist, bleiben noch 20,4 Millionen Euro. Wenn man auch hier wie bei den von deutscher Seite unterstützten Programmen eine Überlappung mit HIV/AIDS-Maßnahmen von 50% zugrunde legt, würde sich der europäische Finanzierungsbetrag um 10,2 Millionen auf 87,6 Millionen Euro erhöhen. Für die anteilige Finanzierung von HIV/AIDS-Komponenten im Rahmen von Sektorprogrammen stehen hier keine Referenzdaten zur Verfügung. Außerdem erlauben die unvollständigen Projektdaten keine Einteilung in sektorweite Förderansätze einerseits und auf andere nicht HIV/AIDS-bezogene Gesundheitsprobleme ausgerichtete Vorhaben andererseits. Wendet man die für die deutsche Kooperation angesetzte Quote von 12% auf den höheren der angegebenen Gesamtbeträge von 276 Millionen Euro an, so erhält man einen Anteil in Höhe von 33,1 Millionen Euro. Somit beliefe sich die Gesamtschätzung für direkt von der EU finanzierte HIV/AIDS-Maßnahmen 2004 auf rund 120,7 Millionen Euro.

Der EU-Beitrag zum Globalen Fonds betrug im Jahr 2004 insgesamt 212,8 Millionen Euro. Da bis dahin rund 55% der vom Fonds zugesagten Finanzmittel auf HIV/AIDS-Programme entfielen, ergeben sich zusätzlich 117,1 Millionen Euro, die von der Gemeinschaft auf diesem Wege zur Unterstützung der internationalen Antwort auf die HIV/AIDS-Krise beigesteuert wurden. Der Gesamtbeitrag der EU kann somit auf annähernd 238 Millionen Euro geschätzt werden, wobei die anteilige Kalkulation der Ressourcen für HIV/AIDS-Komponenten in sektorweiten Programmen wohl eher die Obergrenze für diesen Teilbetrag darstellt.

Die Finanzquellen für die Entwicklungszusammenarbeit der Gemeinschaft sind zum einen der EU-Haushalt und zum anderen der Europäische Entwicklungsfonds (EEF),

80 Europäische Kommission (2006): EU-Außenhilfe: Rekordbilanz 2005, IP/06/118.

81 Der pro Jahr verzeichnete Deckungsgrad variierte im Zeitraum von 2000 bis 2003 zwischen 57 und 100% für den Gesundheitssektor und zwischen 27 und 100% für die Bevölkerungsprogramme, unter denen auch die spezifischen HIV/AIDS-Programme subsumiert sind.

82 Allerdings zeigen sich auch in den für 2004 gemeldeten Informationen noch erhebliche Lücken und offensichtliche Widersprüche. So sind für einige Subsektoren der Gesundheitsförderung die einzelnen Programme nicht dargestellt, sondern nur die Summe der Zusagen angegeben. Auch sind die Gesamtzusagen für den Gesundheitssektor ohne Bevölkerungsprogramme in den beiden parallel geführten Datenbanken des CRS nicht kongruent. Während die Summe der Unterbereiche bzw. Verwendungszwecke umgerechnet 233 Mio. Euro beträgt, wird das Gesamtvolumen für den Sektor mit 276 Mio. Euro angegeben. Letztere Ziffer stimmt überein mit den von EuropeAid getätigten Mittelzusagen für den Gesundheitssektor. Schließlich sind zweckgebundene Beiträge an die WHO als bilaterale von der EU unterstützte Programme registriert, was leicht zu einer Doppelzählung der betreffenden Finanzierungsbeträge führen kann. Vgl. dazu: Annual Report 2005 on the European Community's development policy and the implementation of external assistance in 2004, S. 150.

83 Für die Unterstützung des Zensus in Nigeria wurde ein Finanzierungsvertrag mit UNDP über 89 Millionen Euro abgeschlossen, der vermutlich den hauptsächlichen Bestandteil des im CRS registrierten Betrags bildet. Vgl. EU (2005): Financial Contributions of EuropeAid to the UN Funds, Programmes and specialized Agencies in 2004, AIDCO.F4 - 15.06.2005.

aus dem die Kooperation mit den 78 Staaten Afrikas, der Karibik und des Pazifiks bestritten wird. Der EEF wird durch die Beiträge der Mitgliedstaaten finanziert. Im Jahr 2000 wurde der 9. EEF verabschiedet mit einem Volumen von 13,5 Milliarden Euro für den Zeitraum 2000 bis 2007, wobei die Mittel aus einer Periode auch danach verfügbar bleiben. Der EU-Haushalt stellt die Ressourcen für Entwicklungsvorhaben in den übrigen Weltregionen zur Verfügung sowie für besondere Bereiche wie Nahrungsmittelhilfe, humanitäre Hilfe und die Zusammenarbeit mit Nichtregierungsorganisationen. Das Gesamtbudget der Europäischen Union für die Entwicklungsfinanzierung, also beide Instrumente zusammengenommen, belief sich im Jahr 2004 auf 7,171 Milliarden Euro, wozu Deutschland 1,511 Milliarden Euro beitrug.[84] Das entspricht einem rechnerischen Anteil von 21,1%. Somit war Deutschland mit rund 50 Millionen Euro an den oben veranschlagten 238 Millionen Euro beteiligt, die nach unserer groben Schätzung von der Gemeinschaft für die Finanzierung der internationalen Antwort auf die HIV/AIDS-Krise aufgebracht wurden.

Auch wenn die verfügbaren Daten keine verlässliche Kalkulation der zeitlichen Entwicklung der von der EU mobilisierten Ressourcen erlauben, so kann doch festgestellt werden, dass sich deren Umfang im Berichtszeitraum deutlich erhöht hat. Zwar war das Finanzvolumen für den Gesundheitssektor eher rückläufig, wenn man 2001 – das einzige Jahr vor 2004 mit vollständigen Daten laut DAC – als Bezugspunkt nimmt, wo eine Zusagehöhe von 296 Millionen Euro verzeichnet wurde, was eine Verminderung um 20 Millionen Euro bis 2004 bedeutet. Die Mittelbindungen für spezifische HIV/AIDS-Maßnahmen betrugen jedoch im Jahr 2000 – für diesen Bereich das einzige Jahr vor 2004 mit einer Meldequote von 100% an die CRS-Datenbank – lediglich 30 Millionen Euro, haben sich also in fünf Jahren um 47 Millionen Euro oder mehr als das Anderthalbfache erhöht. Der auf die HIV/AIDS-Bekämpfung anrechenbare Teil des Beitrags zum Globalen Fonds betrug für den Zeitraum 2001 bis 2002 ca. 83 Millionen Euro, fiel dann im Folgejahr auf weniger als 25 Millionen, bevor er auf die oben erwähnten annähernd 117 Millionen Euro aufgestockt wurde. Leider war diese Steigerung nicht von Dauer, denn für 2005 schrumpfte der EU-Beitrag für die durch den Globalen Fonds unterstützte HIV/AIDS-Bekämpfung auf nur noch 38 Millionen US-Dollar, was zum Wechselkurs von 2004 weniger als 31 Millionen Euro entspricht.

84 DAC (2005): DCR - Statistical Annex 2005 Edition, table 15e; eigene Berechnungen.

Die deutsche Beteiligung an den finanziellen Ressourcen der Weltbank

Im Gegensatz zu den Krediten zu marktnahen Konditionen der Internationalen Bank für Wiederaufbau und Entwicklung (IBRD), der anderen großen Weltbanktochter, vergibt die Internationale Entwicklungsorganisation (IDA) zinslose Darlehen mit langen Laufzeiten (20, 35 oder 40 Jahre). Sie besorgt sich die Finanzmittel auch nicht von den Kapitalmärkten, sondern bezieht sie aus den Beiträgen der reicheren Mitgliedsländer, Gewinnüberweisungen der IBRD und zunehmend auch aus Rückzahlungen früherer Darlehen.

Bei der 13. Wiederauffüllung (IDA 13) steuerten die Beitragszahler 14,5 Milliarden US-Dollar an neuen Mitteln bei, woran Deutschland mit 10,3% beteiligt war. Insgesamt stand der IDA einschließlich der anderen Finanzierungsquellen ein Mittelvolumen von 26 Milliarden US-Dollar für den Zeitraum vom 1.7.2002 bis 30.6.2005 zur Verfügung. Rechnerisch entfiel damit ein Anteil von 5,74% am verfügbaren Gesamtvolumen auf die aktuell von Deutschland geleisteten Beiträge.

Mit IDA 13 wurde beschlossen, den Anteil der unentgeltlichen Zuschüsse auf 18 bis 21% zu erhöhen. Diese können für bestimmte Zwecke und Situationen bereitgestellt werden, darunter für die Bekämpfung von HIV/AIDS und die Bewältigung von anderen Katastrophen. Nur die 81 Länder mit Prokopfeinkommen von weniger als 965 US-Dollar im Jahr 2004 haben Zugang zu den vergünstigten Krediten oder Zuschüssen der IDA. Im Fiskaljahr 2005 (1.7.2004-30.6.2005) beliefen sich die gesamten Zusagen auf 8,7 Milliarden US-Dollar, wovon 45% an Sub-Sahara-Afrika gingen.

Die IDA 12, durchgeführt von Mitte 1999 bis Mitte 2002, wies ein Volumen von insgesamt 20,1 Milliarden US-Dollar auf, wovon 11,4 Milliarden US-Dollar neue Länderbeiträge waren.[85] Daran war Deutschland noch mit 11,0% beteiligt, so dass sich ein Anteil am Gesamtvolumen von 6,24% ergibt.

Für die IDA 14 einigten sich die Geberländer darauf, ihre Beiträge gegenüber IDA 13 um 25% auf etwa 18 Milliarden US-Dollar zu erhöhen. Das stellt die höchste Aufstockung seit zwanzig Jahren dar, liegt aber unter der von den Gebern anvisierten Erhöhung um 30%. Insgesamt stehen rund 33 Milliarden US-Dollar zur Verfügung. Die übrigen 15 Milliarden US-Dollar in IDA 14 stammen aus Rückzahlungen von Kreditnehmern und zu einem kleinen Teil aus Weltbankmitteln. Laut Presseberichten erhöhten vor allem Frankreich und Großbritannien ihre Zusagen deutlich, während die USA und Deutschland nicht aufstockten.[86]

85 World Bank, Ida in Action; IDA 12 (1999-2002) Partnership for Poverty Reduction a Retrospective Overview, S. 8.
86 Entwicklung und Zusammenarbeit, April 2005.

Tabelle 7: Finanzierungszusagen durch IDA/Weltbank für HIV/AIDS-Vorhaben und der Beitrag Deutschlands nach Jahren (Beträge in Mio. US$)

Subsektor	2000	2001	2002	2003	2004	2005	Durch-schnitt	Gesamt
MAP Afrika	73,6	261,8	175,3	253,1	231,8	99,0	182,4	1.094,6
MAP Karibik	0,0	0,0	6,0	0,0	32,4	0,0	6,4	38,4
Sonstige	55,7	19,5	44,5	54,6	10,8	100,4	47,6	285,5
Gesamt in Mio. US$	129,3	281,3	225,8	307,7	275,0	199,4	236,4	1.418,5
Anteil Deutschlands an verfügbaren Finanzmitteln	6,24%	6,24%	5,99%	5,74%	5,74%	5,74%	5,95%	5,92%
Rechn. Beitrag Deutschlands	8,1	17,6	13,5	17,7	15,8	11,4	14,1	84,0

Dadurch dürfte die Beitragsquote Deutschlands weiter absinken, auch wenn derzeit noch keine definitiven Zahlen verfügbar sind.

In einem jüngst von ihr publizierten Bericht erkennt die Weltbank selbstkritisch an, dass lange Zeit weder ihre Manager noch die übrigen Verantwortlichen für ihre Geschäftspolitik der Herausforderung der HIV/AIDS-Epidemie die angemessene Priorität beimaßen. Seit Ende der 90er Jahre habe die Bank jedoch die Herausforderung angenommen und ihren Ressourceneinsatz für HIV/AIDS-Programme in hohem Maße gesteigert. Die von der Bank durchgeführten MAPs (Multi-Country AIDS Programs) haben auf Grund der Bedarfsmeldungen der beteiligten Länder und Organisationen auch neue Ansätze voran gebracht wie die multisektorale Reichweite, die Finanzierung von operativen Kosten und die direkten Mittelzuweisungen an Nichtregierungsorganisationen. Die kumulierten Finanzierungszusagen für Programme der HIV/AIDS-Bekämpfung erhöhten sich nach eigener Darstellung zwischen dem Fiskaljahr 2000 und 2005 stetig von 0,9 Milliarden US-Dollar auf 2,5 Milliarden US-Dollar, mithin um 1,6 Milliarden. Daraus würde sich ein Zusagevolumen von 320 Millionen US-Dollar im Durchschnitt dieser Jahre errechnen. Eine besonders eindrucksvolle Steigerung sei bei den für Afrika bereit gestellten Mitteln für die Eindämmung der Epidemie zu verzeichnen, die in den letzten Jahren durchschnittlich 250 bis 300 Millionen US-Dollar betrugen.

Bei näherer Analyse der von der Weltbank veröffentlichten projektbezogenen Daten ergibt sich jedoch ein wesentlich differenzierteres Bild der Entwicklungstendenzen der von der IDA getätigten Finanzierungszusagen. Nach der erfreulichen Erhöhung im Jahr 2001 variierten die Gesamtzusagen in den folgenden Jahren zwischen 225 und über 300 Millionen US-Dollar, fielen jedoch 2005 deutlich auf kaum 200 Millionen US-Dollar ab. Ein besonders bedenklicher Trend fällt bei den Mittelbindungen für Afrika ins Auge, deren Umfang im Jahr 2005 drastisch auf weniger als die Hälfte des Vorjahres sank. Hinsichtlich der Transparenz ist immerhin positiv zu bewerten, dass die Weltbank die Anteile der Budgets von umfassenden Gesundheitsprogrammen, die auf HIV/AIDS-Maßnahmen entfallen, getrennt ausweist und damit präzisere Abschätzungen ermöglicht.

Der rechnerische Beitrag Deutschlands an den IDA-finanzierten HIV/AIDS-Programmen erreichte in den Jahren 2001 und 2003 das höchste Niveau, was im ersten dieser Jahre auch mit der damals noch höheren Beteiligungsquote zusammenhing. Im Jahr 2005 fiel der deutsche Beitrag infolge des Rückgangs der Gesamtzusagen schließlich auf weniger als zwei Drittel dieser Spitzenwerte.

Die rückläufige Tendenz der durch die IDA mobilisierten Ressourcen verweist auf die Gefahr, dass die lange überfällige Verstärkung der Anstrengungen zur HIV/AIDS-Bekämpfung nicht mit der erforderlichen Dauerhaftigkeit weiterverfolgt wird. Es ist nicht ganz verständlich, dass die Weltbank in ihrer Veröffentlichung vom Dezember 2005 über ihr globales Aktionsprogramm nicht darauf eingeht, dass die Finanzierungszusagen in diesem Jahr auf das niedrigste Niveau seit 2001, dem Jahr der Sondergeneralversammlung zu HIV/AIDS, abgesunken sind. Es wäre in jedem Fall wünschenswert, die zugrunde liegenden Ursachen zu analysieren und gegebenenfalls anzugehen, um zukünftig ihrer inzwischen anerkannten Verantwortung insbesondere für die Entwicklung und Finanzierung einer multisektoralen Antwort auf die HIV/AIDS-Krise noch besser gerecht zu werden. Der Bundesregierung, die sich zugute hält, die Weltbank zur Durchführung der multisektoralen HIV/AIDS-Programme (MAP) für Afrika gedrängt zu haben,[87] erwächst hier die wichtige Aufgabe, durch einen entsprechenden Politikdialog in den Entscheidungsgremien in diese Richtung zu wirken.

87 So zu lesen in BMZ (2004): Der deutsche Beitrag zur Bekämpfung der HIV/AIDS-Pandemie und ihrer Auswirkungen in Entwicklungsländern. Ein Positionspapier des BMZ, S. 24.

Tabelle 8: Beiträge und Zusicherungen Deutschlands an den Globalen Fonds zur Bekämpfung von AIDS, Tuberkulose und Malaria (Beträge in Mio. US$)

	2001 - 02	2003	2004	2005	2006	2007	Gesamt
Beitrag Deutschlands	11,995	37,427	45,945	102,955	86,317	88,875	373,514
BACKUP-Initiative	9,190	10,846	7,454	4,472	nv 1)	nv 1)	31,963
Anteil an EU-Beitrag	31,047	11,627	55,817	14,683	22,973	0,000	136,147
Gesamt dt. Beitrag	52,232	59,900	109,216	122,110	109,290	88,875	541,624
Gesamtvolumen	947,168	931,190	1.527,268	1.498,126	1.803,649	1.438,746	8.146,147
Anteil Deutschlands	5,5%	6,4%	7,2%	8,2%	6,1%	6,2%	4,6%

1) Weiterfinanzierung beantragt; Entscheidung steht noch aus

Die deutsche Unterstützung für den Globalen Fonds zur Bekämpfung von AIDS, Tuberkulose und Malaria

Dem Globalen Fonds zur Bekämpfung von AIDS, Tuberkulose und Malaria kommt auf Grund seines integrativen, alle wesentlichen gesellschaftlichen Akteure eines Landes einbindenden Ansatzes und seiner multilateralen Organisationsform eine strategische Bedeutung zu. Eher als die bilaterale Kooperation bietet er die Gewähr dafür, dass die Zuteilung der Finanzmittel nach objektiven Kriterien wie dem Ausmaß der Epidemie, dem Bedarf an externer Unterstützung und der technischen Qualität der Programme erfolgt und sich nicht nach politischen Interessen und sachfremden Vorstellungen mancher Regierungen von Industriestaaten richtet.

In den bisher fünf Finanzierungsrunden hat der Globale Fonds ein Gesamtvolumen von 4,9 Milliarden US-Dollar für 350 Programme in 131 Ländern bewilligt. Bis Ende Februar 2006 wurden für 84% der zugesagten Zuschüsse die entsprechenden Vereinbarungen unterzeichnet, und die bereits getätigten Auszahlungen beliefen sich auf 2 Milliarden US-Dollar. Bereits in der fünften Finanzierungsrunde vom September 2005 kam es zu erheblichen Engpässen bei den von den Geberstaaten zugesagten Finanzmitteln, so dass die endgültige Bewilligung eines Großteils der als förderungswürdig eingestuften Programme bis Dezember aufgeschoben werden musste. Die erwarteten Ergebnisse der bisher zugesagten Zuschussprogramme nach Ablauf der Laufzeit von fünf Jahren umfassen allein im HIV/AIDS-Bereich den Zugang zur antiretroviralen Therapie für 1,8 Millionen Menschen, die Erreichung von 62 Millionen Personen mit Beratungs- und Testangeboten sowie die soziale, erzieherische und medizinische Unterstützung von 1 Million Waisen und gefährdeten Kindern. Nach einer ersten Durchführungsphase von zwei Jahren werden die Programme einer Fortschrittskontrolle unterzogen, auf deren Basis über die Anschlussförderung für die weiteren drei Jahre entschieden wird. Bis Ende Februar 2005 hatten 107 Anträge auf Weiterfinanzierung mit einem Gesamtumfang von 1,1 Milliarden US-Dollar einen positiven Bescheid erhalten.

Für das laufende Jahr droht eine erhebliche Finanzierungslücke. Dem geschätzten Bedarf in Höhe von 3 Milliarden US-Dollar standen zur Zeit des letzten verfügbaren Berichts vom 1.4.2006 nur Beitragszusicherungen von 1,803 Milliarden US-Dollar gegenüber. Das würde eben reichen, um die Anschlussfinanzierung für die zweite Phase bereits laufender Programme abzudecken. Zusätzlich werden aber ca. 1,1 Milliarden US-Dollar für eine weitere Finanzierungsrunde benötigt sowie rund 0,1 Milliarden US-Dollar für die restlichen im September 2005 bereits unter technischen Gesichtspunkten genehmigten, aber wegen unzureichender Mittel nicht definitiv zugesagten Projekte.

Die erste Finanzierungszusage Deutschlands umfasste einen Gesamtbetrag von 200 Millionen Euro, der über die Jahre 2001 bis 2007 ausgezahlt werden soll. Eine zweite Zusicherung erfolgte im Juli 2003 über weitere 100 Millionen Euro für den Zeitraum 2005 bis 2007. Schließlich steuerte die Bundesregierung nach öffentlichem Druck und einer Initiative des Ausschusses für wirtschaftliche Zusammenarbeit im Bundestag weitere 10 Millionen Euro für das Jahr 2005 bei.

Zusätzlich zu den Finanzierungsbeiträgen führt die GTZ die BACKUP-Initiative durch, die Partnerländer hinsichtlich des Zugangs zu globalen Finanzmitteln, der Qualitätssicherung bei der Durchführung und der Ausweitung erfolgreicher Maßnahmen gegen HIV/AIDS, Tuberkulose und Malaria unterstützt. Die technischen Beratungsleistungen werden vor allem mit den nationalen Koordinationsgremien (Country Coordinating Mechanisms) realisiert, die Projektvorschläge ausarbeiten und deren Finanzierung beim Globalen Fonds beantragen. Eine weitere Komponente

unterstützt direkt den Fonds, u.a. bei der Durchführung von Studien. Daher wurden die für die einzelnen Jahre geplanten und umgesetzten Anteile des Gesamtbudgets von 30 Millionen Euro in der Übersicht in Rechnung gestellt.[88]

Schließlich ist noch die anteilige Mitfinanzierung des Beitrags der Europäischen Union zu berücksichtigen. Für die weitere Berechnung ist zu beachten, dass in den ersten vier Finanzierungsrunden ca. 55% der insgesamt vom Globalen Fonds bewilligten Mittel auf HIV/AIDS-Maßnahmen entfielen.

Wie aus der Tabelle zu ersehen ist, hat Deutschland bisher nur im Jahr 2005 einen Beitrag geleistet, der auf der Höhe einer an der Wirtschaftskraft orientierten, angemessenen Beteiligungsquote war. Selbst nach der durchaus anerkennenswerten Verdoppelung der Zuweisung im Jahr 2005 von 38 auf 82 Millionen Euro bzw. 46 auf 103 Millionen US-Dollar, lag der Anteil nur wenig über den 8%, die dem Anteil Deutschlands am BNE der Industriestaaten entsprechen. Dies war aber nicht ausreichend, weil die Gesamtzusagen wie erwähnt den Bedarf nicht deckten.

Angesichts des unsäglichen Gesetzes, das die US-Beteiligung auf ein Drittel des gesamten Finanzvolumens des Globalen Fonds beschränkt, ist es jedoch realistischer, davon auszugehen, dass die europäischen Geberstaaten – EU 15 plus Norwegen und die Schweiz – mindestens die Hälfte des Bedarfs aufbringen müssen. Unter dieser Ländergruppe hatte Deutschland im Jahr 2004 einen Anteil von 21,34% des aggregierten BNE. Der proportionale Anteil, der durch die bilaterale Kooperation und die Beteiligung am EU-Beitrag aufzubringen wäre, beliefe sich damit auf 10,67%. Dazu ist zu bemerken, dass diese 17 Staaten bisher 47 bis 48% der jährlichen Beiträge zum Fonds beisteuerten.

Die Bundesregierung sieht bislang vor, die Arbeit des Globalen Fonds 2006 und 2007 mit 72 Millionen Euro bzw. 73,5 Millionen Euro zu unterstützen. Das würde schon bei den zur Zeit vorliegenden Finanzierungszusicherungen zu einer neuerlichen Verminderung der deutschen Beitragsquote führen. Völlig unzureichend erscheinen die geplanten Beiträge, wenn man sich vergegenwärtigt, dass die Summe der Zusicherungen schon für 2006 um ca. zwei Drittel erhöht werden muss, um den voraussichtlichen Mittelbedarf zu decken. Für 2007 besteht eine noch bedeutend größere Deckungslücke, weil dann gemäß der bisherigen Periodizität von ca. 8 Monaten zwei Finanzierungsrunden anstehen und die Anzahl der unterstützten Programme zunimmt. Das bisherige finanzielle und politische Engagement Deutschlands für dieses zentrale Instrument der internationalen Kooperation zur Bekämpfung der verheerendsten Epidemien und der Bewältigung ihrer katastrophalen Auswirkungen muss als nicht ausreichend bezeichnet werden. Gerade angesichts des deutlich zu geringen Stellenwerts der Gesundheitsförderung und Versorgung in der bilateralen Zusammenarbeit würde die verstärkte Beteiligung am Globalen Fonds eine zielführende Möglichkeit darstellen, um das sektorale Defizit rasch auszugleichen.

Die finanzielle Beteiligung Deutschlands an den Vereinten Nationen

Die Vereinten Nationen mit allen Teilorganisationen haben jährliche Gesamtausgaben in Höhe von rund 10 Milliarden US-Dollar, was ca. 1,70 US-Dollar pro Erdenbürger entspricht. Obwohl dieses Budget im Vergleich zu den meisten Regierungshaushalten und den globalen Militärausgaben lächerlich niedrig erscheint, leiden die Vereinten Nationen seit Jahrzehnten unter einer Finanzierungskrise. Viele Mitgliedstaaten sind ihren Zahlungsverpflichtungen nicht nachgekommen und haben ihre freiwilligen Beiträge an die Organisationen gekürzt. Zum Ende des letzten Jahres beliefen sich allein die Zahlungsrückstände für das reguläre Budget auf insgesamt 333 Millionen US-Dollar, wovon allein 252 Millionen US-Dollar auf die USA entfielen.[89] Gleichzeitig haben der Umfang und die Komplexität der Aufgaben, vor die das System der Vereinten Nationen gestellt ist, erheblich zugenommen.

Tabelle 9: ODA-Zahlungen Deutschlands und der EU zur Finanzierung der Vereinten Nationen, nach Jahren (Mio. US$)

	2000	2001	2002	2003	2004	Durchschnitt	Gesamt
Beiträge insgesamt	5.373,590	5.419,050	4.846,160	4.896,470	5.288,690	5.164,792	25.823,960
Beiträge Deutschlands	386,900	460,890	426,400	299,470	288,930	372,518	1.862,590
Anteil Deutschlands	7,20%	8,50%	8,80%	6,12%	5,46%	7,22%	7,21%
Beiträge der EU	119,890	130,720	128,520	148,820	300,270	165,644	828,220
Anteil der EU	2,23%	2,41%	2,65%	3,04%	5,68%	3,20%	3,21%

88 BACKUP Initiative (2005): Progress Update, S.1.

89 Global Policy Forum (2006): UN Financial Crisis, www.globalpolicy.org/finance/index.htm, 22.4.2006.

Vor diesem Hintergrund kann man nur mit großem Bedauern und nachdrücklicher Kritik zur Kenntnis nehmen, dass die deutschen ODA-Nettoauszahlungen an die VN-Organisationen und Fonds seit 2001 drastisch zurückgegangen sind. Nach einem zwischenzeitlichen Anstieg auf knapp 515 Millionen Euro in 2001 halbierte sich der Gesamtbeitrag innerhalb von nur zwei Jahren auf 265 Millionen Euro in 2003.

Die Übersicht der Beiträge in US-Dollar (Tabelle 9) lässt die Realität auf Grund der günstigen Wechselkursenwicklung besser aussehen, als sie tatsächlich ist. Die im Jahr 2004 von Deutschland beigesteuerten knapp 289 Millionen US-Dollar entsprachen umgerechnet in Euro lediglich einem Betrag von weniger als 233 Millionen. Der Anteil gemessen am Gesamtaufkommen ging innerhalb von nur zwei Jahren zwischen 2002 und 2004 von 8,8% auf 5,5% zurück.

Als ein wesentlicher Grund wird die Vorgabe des Haushaltsausschusses des Deutschen Bundestages genannt, wonach nicht mehr als ein Drittel des BMZ-Haushalts in multilaterale Kanäle fließen darf. Da die Weltbank und der Europäische Entwicklungsfonds immer höhere Bedarfe anmelden, schrumpft der finanzielle Spielraum für die Unterstützung der Weltorganisation, solange keine signifikante Steigerung des Gesamtvolumens der Entwicklungskooperation erfolgt.

Auch der Anteil, den Deutschland nach der am BNE ausgerichteten Skala pflichtgemäß zum regulären Haushalt der Vereinten Nationen beiträgt, ist von über 9,5% im Jahr 2000 auf 8,0% im Jahr 2004 gesunken. Die Spezialorganisationen, die nicht in den regulären Haushalt einbezogen sind, wie UNICEF, UNDP, UNHCR und WFP werden durch freiwillige Beiträge finanziert. Bedauerlicherweise fiel der Zuschuss für die Weltgesundheitsorganisation, der für die internationale Koordination der HIV/AIDS-Bekämpfung und Gesundheitsförderung eine zentrale Rolle zukommt, von 35 Millionen Euro im Jahr 2000 auf 27 Millionen Euro 2003.[90] Der Beitrag an das Entwicklungsprogramm der VN (UNDP) nahm zwar in diesem Zeitintervall leicht von knapp 22 auf annähernd 26 Millionen Euro zu, hatte aber wenige Jahre zuvor bei ca. 70 Millionen Euro gelegen.[91] Der Finanzierungsbetrag für das Welternährungsprogramm (WFP) stagnierte in diesem Zeitraum bei 23 Millionen Euro. Lediglich der VN-Bevölkerungsfonds (UNFPA) und das Kinderhilfswerk (UNICEF) verzeichneten leichte Erhöhungen der allerdings schmalen deutschen Zuschüsse von 11 auf 14 Millionen Euro bzw. von 4 auf 5 Millionen Euro. Die zweckgebundenen Beiträge reduzierten sich drastisch von 327 auf knapp 90 Millionen Euro zwischen 2002 und 2003.

90 BMZ (2005): Zwölfter Bericht zur Entwicklungspolitik der Bundesregierung, S. 246.
91 Fues (2005): Zwischen Machtanspruch und Enthaltsamkeit: Die deutsche UN-Politik. In: Social Watch Report Deutschland, S. 54.

Der deutsche Beitrag zur VN-Spezialorganisation UNAIDS wird bezeichnenderweise in der Statistik des BMZ gar nicht ausgewiesen.[92] Für den Vereinten Haushalt und Arbeitsplan des UNAIDS-Sekretariats trug Deutschland im Jahr 2004 ganze 1,1% bei. Das entspricht 1,818 Millionen US-Dollar des Gesamtbudgets von 165,3 Millionen US-Dollar.[93] Die EU brachte jedoch mit 18,3% einen wesentlich höheren Anteil ein, was einen Betrag von 30,25 Millionen US-Dollar ausmacht. Daran war Deutschland mit 6,383 Millionen US-Dollar beteiligt.

Für 2004 werden die zusätzlichen Ressourcen, die von den an UNAIDS beteiligten VN-Organisationen für die internationale Antwort auf die Epidemie eingesetzt wurden, auf 562,1 Millionen US-Dollar geschätzt. Zieht man davon die 275 Millionen US-Dollar ab, die wie oben dargestellt auf die Weltbank entfallen, so bleiben 287,1 Millionen US-Dollar. Auf der Basis der Finanzierungsquote von 5,46% errechnet sich folglich ein Beitrag von 15,7 Millionen US-Dollar oder 12,6 Millionen Euro.[94]

Andererseits ist eine positive Entwicklung bei den von der EU geleisteten Beiträgen an die Organisationen der Vereinten Nationen zu beobachten, die sich allein im Jahr 2004 mehr als verdoppelt haben. Der Anteil der EU an den insgesamt für die VN-Organisationen bereitgestellten Zuchüssen hat sich dementsprechend im Berichtszeitraum deutlich erhöht. Die 2004 verzeichnete Beteiligungsquote von 5,68% bedeutet, dass die EU zu dem oben erwähnten Gesamtvolumen von 287,1 Millionen US-Dollar einen Betrag von 16,3 Millionen US-Dollar beisteuerte. Hiervon waren 21,1% oder 3,4 Millionen US-Dollar durch den deutschen Anteil an der EU-Entwicklungskooperation mitfinanziert.[95]

Allerdings konnte die Aufstockung des EU-Beitrags für die VN-Organisationen den Rückgang in der bilateralen Unterstützung Deutschlands nur zu einem kleinen Teil ausgleichen. Umgerechnet in Euro verminderte sich der Beitrag Deutschlands zwischen 2000 und 2004 von 420

92 Vgl. Zwölfter Bericht zur Entwicklungspolitik der Bundesregierung, S. 246.
93 Dieser Betrag entspricht der Summe der von UNAIDS publizierten Einzelposten (core funding: 145,8 Millionen US$; supplemental: 15 Millionen US$ und extra-budgetary contributions: 4,5 Millionen US$). Die in den verschiedenen Publikationen gezeigten Diagramme geben den Gesamtbetrag das eine Mal mit 161,3 Millionen US$ und das andere Mal mit 167,3 Millionen US-$) an. Vgl.: UNAIDS (2005): Resource needs for an expanded response to AIDS in low- and middle-income countries, August 2005, S. 11 und: gleicher Titel, June 2005, S. 10.
94 Allerdings enthält die Schätzung von UNAIDS keine Differenzierung nach einzelnen Organisationen, so dass nicht überprüfbar ist, ob die hier dargestellte präzisere Summe der Einzelzusagen angerechnet wurde oder eine jahresdurchschnittliche Angabe der Weltbank, die mit ca. 320 Millionen US-Dollar wesentlich höher liegt und damit das Gesamtvolumen aufbläht würde.
95 Da die neuen Zusagen der EU zugunsten von VN-Organisationen in den letzten Jahren stark gestiegen sind, kann für die nächste Zukunft ein weiteres Wachstum der Beiträge erwartet werden. So hat EuropeAid zwischen 2000 und 2004 den jährlichen Umfang der Finanzierungsvereinbarungen von 261 Millionen Euro auf 874 Millionen Euro gesteigert. Die höchsten Zuwächse wurden zugunsten von UNDP verzeichnet. Von den Zuwendungen an diese UN-Organisation in Höhe von 403 Millionen im Jahr 2004 entfielen allerdings 100 Millionen Euro allein auf umfangreiche Programme für den Irak und Afghanistan. Das World Food Programme belegte mit 111,5 Millionen Euro 2004 den zweiten Platz in der Rangfolge der Beitragssummen, wenngleich hier eher ein leichter Rückgang im Vergleich zu den Vorjahren zu verzeichnen war. Mit der WHO, die zuvor nur geringe Beiträge erhalten hatte, wurden 2004 Verträge über 97 Millionen Euro abgeschlossen. Unter allen 2004 zwischen Europe-AID und VN-Organisationen unterzeichneten Finanzierungsvereinbarungen hatten jedoch nur zwei spezifische Vorhaben die Eindämmung der Epidemie zum Gegenstand. Von diesen war ein von UNFPA mit Haiti realisiertes Programm der HIV/AIDS-Prävention und Behandlung mit einem Budget von 2,880 Millionen Euro nicht in der CRS-Datenbank unter den bilateralen Zusagen erfasst. Das einzige von der WHO mit EU-Geldern durchgeführte Vorhaben mit HIV/AIDS-spezifischem Inhalt, nämlich die epidemiologische Überwachung der zweiten Generation, war schon im CRS als Teil der direkten Kooperation registriert, so dass die betreffende Zusage von 2,8 Millionen Euro schon in betreffenden Schätzwerten der EU-finanzierten Gesundheitsförderung berücksichtigt ist. Erstaunlicherweise wurde UNAIDS als zentrale Institution der internationalen Koordination der Antwort auf die HIV/AIDS-Krise lediglich mit einer einzigen 2002 abgeschlossenen Vereinbarung über den unbedeutenden Betrag von 550.000 Euro unterstützt.

auf weniger als 233 Millionen, mithin um 187 Millionen. Dagegen erhöhten sich die Leistungen der Gemeinschaft um annähernd 112 Millionen Euro von 130 auf knapp 242 Millionen Euro. Von diesem Zuwachs wurden entsprechend dem Finanzierungsanteil nur 23,5 Millionen Euro durch Deutschland aufgebracht.

Der Gesamtbeitrag Deutschlands

In der nachfolgenden Tabelle sind die einzelnen oben analysierten Komponenten des deutschen Beitrags zur Mobilisierung der erforderlichen Ressourcen im Jahr 2004 dargestellt. Auf die Schwierigkeiten und Unsicherheiten dieser Schätzungen, insbesondere was den Anteil an den HIV/AIDS-Maßnahmen der EU und der Vereinten Nationen angeht, wurde bereits verwiesen. Die Berechnungen wurden für diese Finanzierungskanäle bewusst so durchgeführt, dass die Ergebnisse eher die Obergrenze repräsentieren. Für die übrigen Jahre des Berichtszeitraums sind keine Gesamtschätzungen möglich, da für die direkt von der EU geförderten Programme im HIV/AIDS- und Gesundheitsbereich nur unvollständige Informationen vorliegen.

Der Zielkorridor für den deutschen Beitrag laut Verpflichtungserklärung liegt für 2005 zwischen 373 und 533 Millionen US-Dollar. Dabei wird von dem definierten Zielbereich in Höhe von 7 bis 10 Milliarden US-Dollar ausgegangen, von dem mindestens zwei Drittel durch die internationale Kooperation aufzubringen sind. Daran müsste sich Deutschland mit einem Beitrag von 8% beteiligen. Schon das Minimalziel liegt damit deutlich über dem Gesamtbeitrag von ca. 212 Millionen US-Dollar, der im Jahr 2004 zu verzeichnen war. Legt man den aktuell kalkulierten Finanzierungsbedarf von 12 Milliarden US-Dollar und die angesichts der entwicklungspolitischen Realitäten angemessenere Beteiligungsquote von 10% zugrunde, dann müsste sich der deutsche Beitrag auf 800 Millionen US-Dollar belaufen. Der resultierende Euro-Betrag entspricht im übrigen weniger als zwei Dritteln der Ziffer von 300 Millionen Euro, die von der Bundesregierung seit einigen Jahren in verschiedenen Publikationen als jahresdurchschnittlicher Finanzierungsbeitrag Deutschlands in den Raum gestellt wird.

Für das Jahr 2005 kann derzeit noch keine Schätzung entwickelt werden, weil für die bilaterale technische Zusammenarbeit, die EU-Programme und die Anstrengungen der VN-Organisationen die erforderlichen Daten noch nicht zur Verfügung stehen. Leider zeichnen sich für mehrere Komponenten mit vorhandenen Informationen zum Teil erhebliche Rückgänge im Vergleich zu den Vorjahren ab, so dass eine substanzielle Erhöhung der deutschen Beteiligung an der Finanzierung der internationalen Antwort auf die HIV/AIDS-Krise eher unwahrscheinlich ist. Die absehbaren Negativentwicklungen bei der bilateralen finanziellen Kooperation, dem EU-Beitrag zum Globalen Fonds und den Weltbankprogrammen summieren sich auf 22,3 Millionen Euro im Vergleich zu 2004. Der Anteil an der Erhöhung des direkten deutschen Beitrags zum Globalen Fonds, mit dem HIV/AIDS-Programme finanziert werden, fällt mit 25,2 Millionen Euro kaum höher aus. Gleichzeitig verminderten sich die im BMZ-Haushalt vorgesehenen Beiträge zugunsten von Organisationen der Vereinten Nationen ausschließlich des Globalen Fonds noch weiter.

Tabelle 10: Gesamter Finanzierungsbeitrag Deutschlands zur HIV/AIDS-Bekämpfung in Entwicklungs- und Übergangsländern im Jahr 2004

Finanzierungskomponente	US-Dollar (Mio.)	Euro (Mio.)
Bilaterale Zusagen im Gesundheitsbereich	74,3	59,8
Integration in andere Sektoren in Sub-Sahara- Afrika	2,9	2,3
Beteiligung an direkter Kooperation der EU	31,6	25,4
Anteil an Weltbank-Programmen	15,8	12,7
Beitrag zum Globalen Fonds (mit BACKUP-Initiative)	29,4	23,6
Beteiligung am EU-Beitrag zum GFATM	30,7	24,7
Beteiligung am Vereinten Budget von UNAIDS	1,8	1,5
Beteiligung am Vereinten Budget von UNAIDS über EU	6,4	5,1
Beteiligung an HIV/AIDS-Maßnahmen der VN bilateral	15,7	12,6
Beteiligung an HIV/AIDS-Maßnahmen der VN über EU	3,4	2,8
Gesamtbetrag	211,9	170,6

Anhang

Abkürzungen

AIDS	Acquired Immunodeficiency Syndrome
ART	Antiretrovirale Therapie
ARV	Antiretrovirale Medikamente
AWZ	Ausschuss für Wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung des Deutschen Bundestags
BACKUP	Building Alliances - Creating Knowledge - Updating Partners in the fight against HIV/AIDS
BIP	Bruttoinlandsprodukt
BMBF	Bundesministerium für Bildung und Forschung
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BMGS	Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung
BMWi	Bundesministerium für Wirtschaft und Technologie
BMZ	Bundesministerium für Wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung
BNE	Bruttonationaleinkommen
BZgA	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
CIM	Centrum für internationale Migration und Entwicklung
CRS	Creditor Reporting System
DAC	Development Assistance Committee
DED	Deutscher Entwicklungsdienst
DO	Durchführungsorganisation
EEF	Europäischer Entwicklungsfonds
EU	Europäische Union
EZ	Entwicklungszusammenarbeit
G8	Group of 8 (Gruppe der 8 größten Industrienstaaten)
GTZ	Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit
HIPC	Highly Indebted Poor Countries
HIV	Human Immunodeficiency Virus
IBRD	Internationalen Bank für Wiederaufbau und Entwicklung
IDA	Internationale Entwicklungsorganisation
IFF	Internationale Finanz-Fazilität
ILO	International Labour Organisation
InWEnt	Internationale Weiterbildung und Entwicklung
IWF	Internationaler Währungsfonds
KfW	Kreditanstalt für Wiederaufbau
LDC	Least Developed Country
MAP	Multi Country AIDS Program der Weltbank
MDG	Millennium Development Goals (Millenniumsentwicklungsziele)
NRO	Nicht-Regierungs-Organisationen
OA	Official Aid (offizielle Hilfe)
ODA	Official Development Assistance (Entwicklungshilfe)
OECD	Organisation for Economic Cooperation and Development
OFK	Oberer Führungskreis der GTZ
SIMHA	Sonderinitiative Mainstreaming HIV/AIDS
TRIPS	Trade Related Aspects of Intellectual Property Rights (Übereinkommen über handelsbezogene Aspekte der Rechte des Geistigen Eigentums)
UN	United Nations (Vereinte Nationen)
UNAIDS	United Nations Special Program on HIV/AIDS
UNDP	United Nations Development Program (Entwicklungsprogramm der Vereinten Nationen)
UNFPA	Bevölkerungsprogramm der Vereinten Nationen (United Nations United Nations Population Fund)
UNGASS	United Nations General Assembly Special Session
UNHCR	UN High Commissioner for Refugees (Amt des Hohen Flüchtlingskommissars der VN)
UNICEF	UN Children's Fund (Kinderhilfswerk der UN)
VENRO	Verband Entwicklungspolitik Deutscher Nicht-Regierungs-Organisationen
VN	Vereinte Nationen
WB	Weltbank
WFP	Welt-Ernährungs-Programm (World Food Program)
WHO	Weltgesundheitsorganisation (World Health Organisation)
WTO	Welthandelsorganisation (World Trade Organisation)

Literaturverzeichnis

Aktionsbündnis gegen AIDS; www.aids-kampagne.de/, 27.04.06

Aktionsbündnis gegen AIDS (September 2005): Die aktuelle Situation der Impfstoffforschung; www.aids-kampagne.de/materialien/downloads.html, 27.04.06

Annual Report 2005 on the European Community's development policy and the implementation of external assistance in 2004

Arbeitsgemeinschaft der Hilfswerke Schweiz (2003): Medienkonferenz: Gegen die Beihilfe zur Steuerhinterziehung – für Steuergerechtigkeit weltweit

Ausschuss für Wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung des Deutschen Bundestages (26. Mai 2004): Globale Politik muss Bekämpfung von HIV/AIDS intensivieren; www.aids-kampagne.de/l8mimages/awzbeschlussempfehlung261.mai2004.pdf, 27.04.06

BMZ (2001): Aktionsprogramm 2015. Der Beitrag der Bundesregierung zur weltweiten Halbierung extremer Armut; www.bmz.de/de/service/infothek/fach/materialien/ap2015_kurz.pdf, 27.04.06

BMZ (Juli 2003): Sexuelle und reproduktive Gesundheit – ein Positionspapier des BMZ; www.bmz.de/de/service/infothek/fach/spezial/spezial082/spezial082_90.pdf, 27.04.06

BMZ (2004): Medienhandbuch Entwicklungspolitik 2004/2005

BMZ (2004): Der deutsche Beitrag zur Bekämpfung der HIV/AIDS Pandemie und ihrer Auswirkungen in den Entwicklungsländern. BMZ-Spezial 109; www.bmz.de/de/service/infothek/fach/spezial/spezial109/spezial_109pdf.pdf, 27.04.06

BMZ (2004): Neue politische Dynamik in Afrika. Positionspapier zur Entwicklungszusammenarbeit mit Sub-Sahara-Afrika, 2004

BMZ (2005): Materialien. 12. Bericht zur Entwicklungspolitik der Bundesregierung, Mai 2005; www.bmz.de/de/service/infothek/fach/materialien/entwicklpol_bericht.pdf, 27.04.06

BMZ und BMG (Juli 2005): HIV/AIDS-Bekämpfungsstrategie der Bundesregierung; www.bmz.de/de/service/infothek/buerger/HIVBReg.pdf, 27.04.06

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

DAC (2005): DCR - Statistical Annex 2005 Edition

Denys; Jetin (2006): Ready for Implementation. Technical and Legal Aspects of a Currency Transac-tion Tax and Its Implementation in the EU. Zusammenfassung der Studie von WEED (Weltwirtschaft, Ökologie und Entwicklung e.V.)

Entwicklung und Zusammenarbeit, Heft 4/2005, Hrsg.: InWEnt – Internationale Weiterbildung und Entwicklung gemeinnützige GmbH

European Commission (2005):Annual Report 2005 on the European Community's development policy and the implementation of external assistance in 2004

European Union (March 14, 2002): Council Conclusions on the International Conference on Financing for Development, Monterrey, Mexico, 18-22 March 2002

Europäische Kommission (2006): EU-Außenhilfe: Rekordbilanz 2005, IP/06/118

EU (Februar 2004): Dublin Declaration on Partnerships to fight HIV/AIDS in Europe and Central Asia; www.eu2004.ie/templates/meeting.asp?sNavlocator=5,13&list_id=25, 27.04.2006

EU (September 2004): Vilnius Declaration on Measures to strengthen responses on HIV/AIDS in the European Union and in Neighbouring Countries; europa.eu.int/comm/health/ph_threats/com/aids/ev_20040916_en.htm, 27.04.2006

EU (2005): Financial Contributions of EuropeAid to the UN Funds, Programmes and specialized Agencies in 2004, AIDCO.F4 - 15.06.2005

Fues, Thomas (2005). Zwischen Machtanspruch und Enthaltsamkeit: Die deutsche UN-Politik, in: Social Watch Report Deutschland

Giegold, Sven; Wahl, Peter: Steuern im Zeitalter der Globalisierung: Kapitalflucht stoppen - Internationale Besteuerung starten; www.bewegungswerkstatt.org/giegold/downloads/parlament_steuern.rtf, 27.04.06

Global Fund to Fight, Tuberculosis and Malaria. www.theglobalfund.org/en/, 27.04.06

Global Fund (2005): Financing the fight against AIDS, Tuberculosis and Malaria: Global Fund Debt Conversion; www.theglobalfund.org/en/files/funds_raised/innovative_financing/gfdc_paper.pdf, 27.04.06

Global Fund (2005): Prospects of the International Finance Facility; www.theglobalfund.org/en/files/funds_raised/innovative_financing/iff_paper.pdf, 27.04.06

Global Policy Forum (2006): UN Financial Crisis; www.globalpolicy.org/finance/index.htm, 22.4.2006

GTZ (2005): BACKUP Initiative: Progress Update, October 2005

GTZ (2005): Monitoring the Mainstreaming of HIV/AIDS in GTZ projects in Africa in 2005

GTZ (2005): Jahresbericht 2004; www.gtz.de/de/publikationen/8598.htm, 27.04.06

G8 Treffen in Gleneagles (Juni 2005): Übersetzung der Gleneagles G8 Dokumente; www.g8.gov.uk/servlet/Front?pagename=OpenMarket/Xcelerate/ShowPage&c=Page&cid=1122472529884, 27.04.06

Koalitionsvertrag 2002 – 2006 (SPD, Bündnis 90/Die Grünen): Erneuerung – Gerechtigkeit – Nachhaltigkeit; http://text.spd.de/servlet/PB/show/1023294/Koalitionsvertrag.pdf, 27.04.06

Koalitionsvertrag 11.11.2005 (CDU, CSU, SPD): Gemeinsam für Deutschland – mit Mut und Menschlichkeit; www.bundesregierung.de/Anlage920135/Koalitionsvertrag.pdf, 27.04.06

Kommission der Europäischen Gemeinschaften (2005): Mitteilung der Kommission an den Rat und das Europäische Parlament. Europäisches Aktionsprogramm zur Bekämpfung von HIV/AIDS, Malaria und Tuberkulose durch Außenmaßnahmen (2007-2011), KOM(2005) 179

Kommission der Europäischen Gemeinschaften (2005): Mitteilung der Kommission an den Rat und das Europäische Parlament (2005): Stärkeres Engagement für die Verwirklichung der Millenniums-Entwicklungsziele – Entwicklungsfinanzierung und Wirksamkeit der Entwicklungszusammenarbeit, 12.4.2005, KOM(2005) 133

Millenniums-Erklärung der Vereinten Nationen 2000 (deutschsprachige Version); www.runiceurope.org/german/sg/millennium/millenniumerklaerung.pdf, 27.04.06

Millenium Project (2005): Investing in Development: A Practical Plan to Achieve the Millennium Development Goals; www.unmillenniumproject.org/, 27.04.06

Mitteilung der Kommission an den Rat und das Europäische Parlament (2005): Stärkeres Engagement für die Verwirklichung der Millenniumsentwicklungsziele – Entwicklungsfinanzierung und Wirksamkeit der Entwicklungszusammenarbeit, 12.4.2005

Mitteilung der Kommission an den Rat und das Europäische Parlament (2005): KOM (2005) 179

Mold (2004): A proposal for unitary taxes on the profits of transnational corporations, in: CEPAL Review Nr. 82

OECD/UNAIDS (2004): Analysis of aid in support of HIV/AIDS control, 2000-2002

OECD (2006): DAC (Development Assistance Committee) Peer Review Germany www.oecd.org/document/33/0,2340,en_2649_34603_35878945_1_1_1_1,00.html, 27.04.06

OECD, 4.4.2006: Aid flows top USD 100 billion in 2005

Paris declaration aid effectiveness (2005), http://www.eldis.org/static/DOC17724.htm, 27.04.06

Pariser Konferenz über Innovative Entwicklungsfinanzierung (März 2006); www.weltwirtschaft-und-entwicklung.org/cms/assets/s2dmain.html? http://www.weltwirtschaft-und-entwicklung.org/cms/wearchiv/531686977a103f701.html, 27.04.06

Raghbendra, Jah (2002): Innovative Sources of Development Finance. Global Cooperation in the Twenty-first Century, http://www.wider.unu.edu/publications/dps/dps2002/dp2002-98.pdf, 27.04.06

Rede der Bundesministerin für Wirtschaftliche Zusammenarbeit Frau Wieczorek-Zeul bei der Pariser Konferenz über Innovative Finanzierungsinstrumente (März 2006); www.bmz.de/de/presse/aktuelleMeldungen/20060301_PariserKonferenz/index.html, 27.04.06

Robert Koch-Institut (2. November 2005): Epidemiologisches Bulletin, Stand und Entwicklung der HIV/AIDS Epidemie in Deutschland; www.rki.de/cln_011/nn_334076/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2005/47__05,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/47_05, 27.04.06

Schwartländer B., Stover J., Walker N. et al. (2001): Resource needs for HIV/AIDS, Science, 292: 2434–36

Spahn, P.B. (2002): Zur Durchführbarkeit einer Devisentransaktionssteuer. Gutachten im Auftrag des Bundesministeriums für Wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung

Terre des Hommes/Welthungerhilfe (2005): Die Wirklichkeit der Entwicklungshilfe. Dreizehnter Bericht 2004/2005; www.welthungerhilfe.de/uploads/tx_dwhhinfomaterial/Shadow_Dac_04-05-final_01.pdf

UN (2000): Millenniums-Erklärung der Vereinten Nationen 2001; http://www.runic-europe.org/german/sg/millennium/millenniumerklaerung.pdf, 27.04.06

UN (2001): Declaration of Commitment on HIV/AIDS, 2. August 2001; www.un.org/ga/aids/docs/aress262.pdf, 27.04.06

UN (2004): Innovative Sources of Financing for Development

UNAIDS (2002): Financial resources for HIV/AIDS programs in low- and middle-income countries over the next five years

UNAIDS (2004): 2004 report on the global HIV/AIDS epidemic: 4th global report

UNAIDS (2005): AIDS Epidemic Update December 2005; www.unaids.org/epi/2005/index.asp, 27.04.06

UNAIDS (2005): Resource needs for an expanded response to AIDS in low and middle income countries

UNAIDS (2006): High Level Meeting on AIDS; www.unaids.org/en/AIDSreview2006/AIDSReview2006/default.asp, 27.04.06

UNAIDS (2006): The road towards universal access; data.unaids.org/Topics/UniversalAccess/UniversalAccess_Bulletin_23Jan2006_en.pdf,

UNGASS (2006): United Nation's General Assembly Special Session on HIV/AIDS Review; www.ungasshiv.org, 27.04.06

UN Secretary General (2005): Report on UNGASS; europeandcis.undp.org/files/uploads/John/21%20Press%20Release.doc, 27.04.06

VENRO (2005): Zivilgesellschaft und Entwicklung 2005; www.venro.org/publikationen/archiv/Z&E%202005.pdf, 27.04.06

VENRO (2006): Pressemitteilung zur Pariser Konferenz über Innovative Entwicklungsfinanzierung; www.deine-stimme-gegen-armut.de/docs/DSGA-VENRO-PM-03-06.pdf, 27.04.06

VENRO (2006): Bewertung des Koalitionsvertrags von CDU, CSU und SPD vom 11. November 2005; www.venro.org/publikationen/archiv/Bewertung%20Koalitionsvertrag.pdf, 27.04.06

WHO (2006): Progress report on global access to HIV antiretroviral therapy; www.who.int/hiv/fullreport_en_highres.pdf, 27.04.06

WHO (2006): World Health Report 2006; www.who.int/whr/2006/en/index.html, 27.04.06

Weltbank (2005): The World Bank's Global HIV/AIDS Program of Action

Weltbank (15.Juli 2005): World Development Indicators database

WTO (2006): TRIPS and public health; www.wto.org/english/tratop_e/, 27.04.06

Interviewpartner/innen

Frau Katharina Anschütz, KfW

Herr Ulrich Benterbusch, BMWi

Dr. Jochen Böhmer, BMZ

Herr Eugen Emmerling, Deutsche AIDS-Hilfe

Frau Cornelia Grade, DED

Dr. Julia Katzan, SIMHA-Initiative

Dr. Thomas Kirsch-Woik, Epos Health Consultants

Frau Ute Koczy, Bündnis 90/Die Grünen, Mitglied des AWZ

Dr. Barbara Kloss-Quiroga, InWEnt

Herr Bernhard Kühn, BMZ

Herr Karl Lemmen, Deutsche AIDS-Hilfe

Herr Jens Martens, Global Policy Forum

Frau Dorle Miesala-Edel, BMG

Frau Andrea Milkowski, GTZ BACKUP-Initiative

Frau Sybille Pfeiffer, CDU, Mitglied des AWZ

Dr. Cornelius Oepen, GTZ BACKUP-Initiative

Dr. Hans Schipulle, BMZ

Dr. Wolfang Wodarg, SPD, Mitglied des AWZ

Dr. Winfried Zacher, DED

Globale Krise und Deutschlands Beitrag zur Globalen Antwort

Eine zivilgesellschaftliche Bestandsaufnahme des deutschen Engagements für die Umsetzung der internationalen HIV/AIDS-Ziele

Impressum

Hrsg: Aktionsbündnis gegen AIDS

Redaktion: Katja Roll

Autor/innen: Dr. Sonja Weinreich, Joachim Rüppel

Satz & Layout: neorange

Druck: Oktoberdruck, Berlin

1. Auflage: 1.500, Mai 2006

Diese Broschüre wurde auf 100% Recyclingpapier gedruckt.

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
www.brot-fuer-die-welt.de