

# Globale Krise und Deutschlands Beitrag zur Globalen Antwort

Fünfte zivilgesellschaftliche Bestandsaufnahme des politischen und finanziellen Engagements der Bundesregierung für die UN-Ziele zur weltweiten Gesundheitsversorgung und HIV-Bewältigung



Aktionsbündnis gegen AIDS

Leben ist ein Menschenrecht!  
[www.aids-kampagne.de](http://www.aids-kampagne.de)

## **Einführung und Zusammenfassung**

- 4** Deutschlands Engagement für die globale Gesundheit und HIV-Bewältigung

## **Der internationale Bezugsrahmen: Vereinbarungen der Vereinten Nationen und Stand der HIV-Epidemie**

- 18** Die neue Agenda für nachhaltige Entwicklung: Große Ziele, kleine Verpflichtungen
- 21** Die neue UN-Erklärung zu HIV und Aids: Scheitert die Beendigung der verheerendsten Epidemie am Kleingeist der politisch Verantwortlichen?
- 29** Globale Herausforderungen und Strategien für ein Ende von Aids bis 2030

## **Teil A: Das politische Engagement Deutschlands für die globale Gesundheit und HIV-Bewältigung**

- 34** Der Koalitionsvertrag der Bundesregierung: Von Worten zu Taten!?
- 37** HIV- Strategien der Bundesregierung 2012 und 2016
- 41** Stellenwert von Gesundheit und HIV in den Regierungserklärungen von Bundeskanzlerin Angela Merkel
- 44** Quo vadis? – Roadmap der Bundesregierung
- 48** Die Erwähnung von HIV und Aids in den G7/G8-Erklärungen zwischen 2007 und 2016
- 54** Patente oder Medikamente?
- 59** Zu Risiken und Nebenwirkungen: Freihandelsabkommen und der Zugang zu Medikamenten
- 63** People Before Profits – Medizinische Forschung muss dem Wohl der Menschen dienen, nicht dem Profit der Konzerne
- 67** Tödliche Kombination – Doppelinfection mit Tuberkulose und Aids
- 70** Chance auf eine malariafreie Welt
- 75** Eine „Steuer gegen Armut“ – wie Deutschland mit der Finanztransaktionssteuer seiner internationalen Verantwortung bei der Entwicklungsfinanzierung gerecht werden kann
- 78** Für eine Vollfinanzierung des Globalen Fonds zur Bekämpfung von Aids, Tuberkulose und Malaria – für ein Ende von Aids, Tuberkulose und Malaria bis 2030
- 84** Bericht vom High Level Meeting in New York: Einbindung der Zivilgesellschaft nicht überall selbstverständlich

## **Teil B: Deutschlands finanzielle Beiträge für die globale Gesundheit und HIV-Bewältigung im Kontext der Verwirklichung der Millenniums-Entwicklungsziele**

- 90** Deutschlands Beiträge für die globale Gesundheit und HIV-Bewältigung im Kontext der Verwirklichung der Millenniums-Entwicklungsziele
- 133** Impressum

# **Einführung und Zusammenfassung**

# Deutschlands Engagement für die globale Gesundheit und HIV-Bewältigung

Es gehört zu den brutalsten Formen der Ungerechtigkeit, wenn Menschen einen frühen Tod erleiden, weil gesellschaftliche Benachteiligung zu extremen Krankheitsrisiken führt und den Zugang zu einer wirksamen Behandlung verbaut. Seit die Vereinten Nationen die Millenniumserklärung und die erste Verpflichtungserklärung zu HIV und Aids beschlossen, konnte die internationale Gemeinschaft bemerkenswerte Fortschritte bei der Eindämmung der verheerendsten Epidemien und der Verbesserung der Gesundheitsversorgung erzielen. So war ein Kind, das um die Jahrtausendwende in einem Entwicklungsland geboren wurde, mit einem Risiko von über 15 Prozent konfrontiert, schon vor dem 40. Lebensjahr zu sterben. Diese Gefahr konnte auf durchschnittlich 11 Prozent gesenkt werden. Aber noch immer ist damit zu rechnen, dass in einigen besonders von HIV oder anderen Krisen betroffenen Ländern rund ein Drittel der Neugeborenen den 40. Geburtstag nicht erleben wird. In den meisten der wirtschaftlich bessergestellten Industriestaaten beläuft sich das Risiko dagegen auf weniger als 2 Prozent.

Das Aktionsbündnis gegen Aids setzt sich dafür ein, dass die Lebenschancen aller Menschen auf das bestmögliche Niveau angehoben werden. Gerade die wirtschaftlich besonders benachteiligten Länder sind auf die internationale Zusammenarbeit angewiesen, um effektive und umfassende Maßnahmen zur Prävention und Behandlung von HIV und anderen gravierenden Krankheiten zu ergreifen. Die menschliche Solidarität, die historische Verantwortung, aber auch die vorausschauende Überwindung von Gesundheitsgefahren und Verteilungskonflikten, die letztlich vor keinem Zaun haltmachen, sollten privilegierte Staaten wie Deutschland dazu bewegen, die dafür notwendigen politischen und finanziellen Anstrengungen zu unternehmen. Der vorliegende Bericht versucht, das Engagement der Bundesregierung im Licht der globalen Herausforderungen und

Vereinbarungen möglichst objektiv zu bewerten, um auf dieser Grundlage geeignete politische Handlungsansätze vorzuschlagen. Wir verstehen uns dabei als Unterstützer der Menschen, die noch immer unter Diskriminierung und Ausgrenzung leiden.

## Zur Struktur des Berichts und den einzelnen Beiträgen

Diese Bestandsaufnahme bildet die fünfte Veröffentlichung dieser Art und gliedert sich wie die früheren Berichte in zwei Hauptabschnitte. **Teil A** beleuchtet das politische Regierungshandeln der letzten Jahre auf den entscheidenden Gebieten für die Gesundheitsförderung und HIV-Bewältigung. **Teil B** stellt die wesentlichen Ergebnisse und Schlussfolgerungen einer Studie dar, die zum ersten Mal versucht, die Finanzierungsbeiträge der wirtschaftlich besser gestellten Staaten für die Umsetzung der gesundheitsbezogenen Millenniums-Entwicklungsziele über den gesamten Zeitraum von 2000 bis 2015 zu eruieren.

Zur besseren Einordnung erfolgt eingangs eine Analyse der jüngsten Übereinkünfte der Vereinten Nationen, die für die globalen Bemühungen der Überwindung von Armut und Krankheit von besonderer Relevanz sind. Außerdem werden die aktuellen Trends der HIV-Epidemie skizziert, um die Wirkung der bisherigen Bemühungen der Prävention und Behandlung sowie die verbleibenden Herausforderungen besser abschätzen zu können. Die Beiträge wurden von Mitgliedern des Aktionsbündnisses verfasst.

## Internationale Vereinbarungen zur Bekämpfung von Armut und HIV: eine zwiespältige Bilanz

Die im September 2015 von der UN-Vollversammlung beschlossene neue Entwicklungsagenda „Umwandlung unserer Welt“ bildet den globalen Orientierungsrahmen bis 2030 für alle Weltregionen und Handlungsfelder. Mit der Umsetzung ihrer 17 Ziele soll es gelingen, die Armut zu beseitigen und die natürlichen Lebensgrundlagen zu erhalten. Die im Juni 2016 angenommene UN-Erklärung zu HIV und Aids mit dem Titel „Auf der Überholspur um die Bekämpfung von HIV zu beschleunigen und die Aids-Epidemie bis 2030 zu beenden“ ergänzt die Agenda 2030 und soll die konkreten Leitlinien für die Überwindung einer der größten Bedrohungen für die menschliche Entwicklung liefern. Leider ist festzustellen, dass die Übereinkünfte nur teilweise den damit verbundenen Ansprüchen genügen. Ihr zentraler Webfehler besteht in dem inneren Widerspruch, durchaus angemessene Einzelziele und zutreffende Einsichten zu formulieren, aber konkrete Verpflichtungen

für die erforderlichen finanziellen Anstrengungen und gesellschaftspolitischen Veränderungen zu vermeiden. Die unverantwortliche Blockadehaltung vieler Regierungen hat es verhindert, dass angemessene zeitgebundene Finanzierungszusagen und gezielte Maßnahmen zur Beseitigung von sozialer Benachteiligung und Diskriminierung vereinbart wurden. Das geht so weit, dass wichtige Verpflichtungen von früheren UN-Resolutionen und Erklärungen in den aktuellen Dokumenten verwässert oder verschleppt wurden. Diese fundamentalen Defizite gefährden die Verwirklichung der übrigen Ziele, darunter die allgemeine Gesundheitsversorgung und die Beendigung der Aids-Epidemie. Für die internationale Zivilgesellschaft ergibt sich daraus eine doppelte Aufgabe: Sie muss die Regierungsverantwortlichen dazu drängen, die angemessenen Zielvorgaben zu verwirklichen, und sie zugleich zu Nachbesserungen bei den politischen und finanziellen Verpflichtungen bewegen.

Ein Blick auf die aktuelle epidemiologische Situation verdeutlicht, dass sowohl HIV als auch die damit eng verknüpfte Tuberkulose weltweit jeweils mehr als eine Million Todesfälle verursachen. Ungeachtet der bisher erzielten Teilerfolge stellen sie die tödlichsten Infektionskrankheiten dar. Die Anzahl der HIV-Neuinfektionen bei Jugendlichen und Erwachsenen verharrte in den letzten Jahren bei 1,9 Millionen. Die Programme für die Prävention der vertikalen HIV-Übertragung haben zu sehr positiven Ergebnissen geführt und die Anzahl der jährlichen Ansteckungen unter Kleinkindern seit 2005 um zwei Drittel von 450.000 auf 150.000 gesenkt. Die Weltgemeinschaft muss also ihre Bemühungen noch deutlich verstärken, um HIV und andere verheerende Epidemien zu bezwingen. Wenn es gelingt, die in der neuen UN-Erklärung vereinbarten Ziele zu verwirklichen, würden sowohl die Neuinfektionen als auch die HIV-bedingten Sterbefälle bis 2020 auf weniger als 500.000 reduziert und damit der Grundstock für die Beendigung der Aids-Epidemie bis 2030 gelegt.

## **Offizielle Statements zur globalen Gesundheit: Wachsendes Problembewusstsein aber zögerliche Handlungsbereitschaft**

Teil B des Berichts beginnt damit, das politische Handeln der Bundesregierung über die letzten Jahre unter die Lupe zu nehmen. Obwohl der Koalitionsvertrag der an der jetzigen Bundesregierung beteiligten Parteien der globalen Gesundheit einen gewissen Stellenwert einräumt, blieben die bisher umgesetzten und geplanten Aufwüchse bei den Finanzierungsbeiträgen für die international vereinbarten Entwicklungs- und Gesundheitsziele deutlich unter dem notwendigen Niveau. Selbst die zuvor angekündigten aber bei Weitem nicht ausreichenden Schritte, um

der Erfüllung des UN-Richtwerts für die öffentliche Entwicklungszusammenarbeit von 0,7 Prozent des Bruttonationaleinkommens (BNE) näher zu kommen, wurden in den getroffenen Haushaltsentscheidungen nur teilweise umgesetzt.

Eine kritische Durchsicht der spezifischen Strategie-Papiere der Bundesregierung zur Bewältigung der globalen HIV-Krise und der Problematik im Inland kommt zu dem Schluss, dass im jüngsten Dokument eine Tendenz erkennbar wird, die HIV-Maßnahmen als Teil der Bemühungen zur Stärkung der Gesundheitssysteme zu behandeln. Die Integration ist zum Teil unter den Aspekten der Effektivität und Universalität notwendig, es besteht aber die Gefahr, die besonderen Herausforderungen wie die keineswegs überwundene Diskriminierung von Menschen mit HIV und besonders gefährdeten Bevölkerungsgruppen aus den Augen zu verlieren. Zu begrüßen ist die Betonung der Menschenrechte für eine ethische und wirksame Antwort auf HIV. Allerdings stehen die ungenügende Erhöhung der Beiträge zum Globalen Fonds und für besonders relevante UN-Organisationen sowie die Reduzierung der Partnerländer für die bilaterale Zusammenarbeit im Bereich Gesundheit und HIV in deutlichen Kontrast zu dem durchaus verstärkten Engagement in wichtigen multilateralen Entscheidungsgremien. Auch die Umsetzung der Strategien kann nur als partiell bezeichnet werden. Schließlich fiel die Beteiligung der Zivilgesellschaft bei der Entstehung des Dokuments von 2016 hinter die gute Praxis bei der Erstellung des Positionspapiers von 2012 zurück, was sich auch darin zeigt, dass wichtige inhaltliche Beiträge keine Berücksichtigung fanden.

Der richtige Anspruch, die Bewältigung der HIV-Epidemie als vordringliche Aufgabe der Weltgemeinschaft wahrzunehmen, findet sich leider in den Regierungserklärungen kaum wieder. Wie der entsprechende Beitrag in diesem Bericht aufzeigt, ging selbst die Erklärung zum EU-Afrika Gipfel 2014 mit keinem Wort auf die Bedrohung durch HIV in dem bei Weitem am stärksten betroffenen Kontinent ein. Auch die wenigen Äußerungen zur globalen Gesundheit beschränken sich auf spezifische Einzelaspekte ohne der grundsätzlichen Bedeutung für die menschliche Entwicklung ausreichend Rechnung zu tragen. Immerhin enthalten offizielle Verlautbarungen der Bundeskanzlerin einige wesentliche Einsichten, wenn sie die Notwendigkeit hervorhebt, globale Herausforderungen wie Ernährungssicherung, Gesundheit, Bildung und Menschenrechte anzugehen oder wenn sie den Globalen Fonds zur Bekämpfung von AIDS, Tuberkulose und Malaria als ein bewährtes und wirksames multilaterales Instrument bezeichnet. Ihre uneingeschränkte Befürwortung von Freihandelsabkommen – auch in ihrer bisherigen von kommerziellen Interessen dominierten Ausprägung – läuft allerdings sowohl dem Schutz der Gesundheit als auch der Menschenrechte zuwider.

Die von der Bundesregierung mit aus der Taufe gehobene globale Initiative zur Stärkung der Gesundheitssysteme „Healthy Systems – Healthy Lives“ kann zunächst als eine notwendige Reaktion auf die Ebola-Krise und andere Gesundheitsgefahren gesehen werden. Wie der Artikel zum Thema feststellt, fallen aber leider die konzeptionellen Überlegungen und die finanziellen Anstrengungen auseinander. Die so bezeichnete Roadmap muss durch einen globalen Plan zur Finanzierung der allgemeinen Gesundheitsversorgung ergänzt werden. Dazu gehört notwendigerweise die Selbstverpflichtung, die eigenen Beiträge für die Gesundheitsfürsorge in den benachteiligten Regionen mindestens auf das empfohlene Niveau von 0,1 Prozent der Wirtschaftskapazität zu erhöhen. Die Bemühungen, um die Koordination und die Effektivität der Gesundheitsdienste zu verbessern, sind notwendig, dürfen aber nicht von den gesellschaftlichen Ursachen der HIV-Epidemie und anderer Gesundheitskrisen oder von der eigenen Verantwortung als Regierung eines wirtschaftlich privilegierten Landes ablenken. Außerdem sollten die wegweisenden Erfahrungen und positiven Wirkungen der Bemühungen für die HIV-Prävention und Behandlung stärker gewürdigt und für die Entwicklung von geeigneten Handlungsansätzen genutzt werden.

Die Regierungen der G7-Staaten tragen aufgrund ihrer führenden Volkswirtschaften eine besondere gemeinsame Verantwortung für die globale Entwicklung. Der Artikel zu den Gipfelerklärungen geht insbesondere auf die gesundheitsrelevanten Statements ein. Insbesondere die Zusage von 2007 und 2008, innerhalb von fünf Jahren 60 Milliarden US \$ für die Erreichung der „Millenniums-Entwicklungsziele zur Bekämpfung von HIV/AIDS, Malaria und Tuberkulose sowie zur Stärkung der Gesundheitssysteme“ aufzubringen, und die 2010 begründete Initiative zur Kinder- und Müttergesundheit waren in diesem Zusammenhang von besonderer Bedeutung. Dass die Selbstverpflichtungen zur Gesundheitsfinanzierung trotz der anscheinend großen Zahl im Verhältnis zum dringlichen Bedarf und den wirtschaftlichen Möglichkeiten eher als bescheiden einzustufen sind, zeigt die folgende einfache Berechnung: Wenn die G7-Staaten im fraglichen Zeitraum von 2008 bis 2012 die Empfehlung erfüllt hätten, insgesamt 0,1 Prozent des BNE für die globale Gesundheit beizusteuern, dann wären in der Summe mehr als 164 Milliarden US \$ zur Verfügung gestellt worden. Immerhin ist festzustellen, dass die G7-Regierungsvertreter 2016 die Zielvorgabe der Agenda 2030 zur Beendigung der großen Epidemien bestätigt haben. Der Aufruf an andere Geber, die dafür notwendige Wiederauffüllung des Globalen Fonds zu unterstützen, wäre allerdings überzeugender und wirksamer, wenn er mit der Zusicherung angemessener eigener Beiträge verbunden wäre. In der jüngst verkündeten „Ise-Shima Vision für Globale Gesundheit“ werden wichtige Herausforderungen und Ziele benannt, aber die für



eine konsequente Umsetzung erforderlichen Finanzierungszusagen sowohl für die Ausweitung der Gesundheitsdienste als auch die Intensivierung der medizinischen Forschung bleiben extrem vage.

## **Die Gefahren zunehmender Monopolrechte für den wissenschaftlich-technischen Fortschritt werden zu wenig wahrgenommen**

Die globale Durchsetzung von Patenten und anderen Monopolrechten auch auf Verfahren und Produkte, die für die menschliche Daseinsvorsorge von entscheidender Bedeutung sind, hat mit der Gründung der Welthandelsorganisation (WTO) im Januar 1995 und der für eine Mitgliedschaft zwingenden Umsetzung des TRIPS-Abkommens (Übereinkommen über handelsbezogene Aspekte der Rechte des geistigen Eigentums) eine neue Stufe erreicht. Zwar sind dort mögliche Ausgleichmaßnahmen wie Zwangslizenzen vorgesehen und die Entscheidungshoheit der Staaten für deren Anwendung wurde 2001 mit der Erklärung von Doha bestätigt, aber die Nutzung dieser so genannten Flexibilitäten wird durch externe Pressionen aber auch durch interne Interessenkonflikte erschwert und erfolgte bislang nur in Ausnahmefällen. Nur die Gruppe der am wenigsten entwickelten Länder kann noch die Übergangsfristen nutzen, die für pharmazeutische Produkte bis Januar 2033 verlängert wurden. Der erste Beitrag zur Thematik stellt am Beispiel der Behandlung von Hepatitis C dar, dass die durch Monopolpreise erzielten Umsatzerlöse die Investitionen in Forschung und Entwicklung bei Weitem übersteigen. Die Aussichten auf Monopolgewinne verschärfen auch die Ausrichtung der Forschungsinvestitionen auf die zahlungskräftige Nachfrage anstatt auf die essenziellen Gesundheitsbedürfnisse. Die politisch Verantwortlichen müssen endlich die notwendigen Steuerungs- und Förderungsmaßnahmen ergreifen, um dem Menschenrecht auf Leben und Gesundheit Vorrang zu geben vor privaten Gewinninteressen.

Im zweiten Beitrag zur Frage der Monopolrechte wird die Notwendigkeit ausgeführt, das TRIPS-Abkommen im Sinne der von gravierenden Krankheiten betroffenen Menschen auszulegen und in nationales Recht umzusetzen. So ist es lebenswichtig, die Patentierbarkeit für minimale Innovationen einzuschränken und die vollen Handlungsspielräume für die Anwendung von Zwangslizenzen aufrecht zu erhalten. Eine erhebliche Gefahr für die Erschwinglichkeit von unentbehrlichen Medikamenten und anderen Medizinprodukten geht von den Bestrebungen wirtschaftlich bevorteilter Staaten aus, im Rahmen von bilateralen oder regionalen Handelsabkommen noch weitere Monopolrechte durchzusetzen und die Nutzung der TRIPS-Flexibilitäten zu erschweren. Zu den hochproblematischen

Bestimmungen zählen Verlängerungen der Patentlaufzeiten über die Mindestdauer von 20 Jahren hinaus, die exklusive Nutzung der Ergebnisse klinischer Studien für die Marktzulassung und das Sonderrecht für Unternehmen, Staaten in außergerichtlichen Schiedsverfahren wegen profitmindernden Entscheidungen und Maßnahmen zu verklagen. Wenn diese zusätzlichen Abkommen Platz greifen, gerät die Herstellung und der Vertrieb von Generika immer mehr unter Druck mit fatalen Folgen für die Diagnose, Verhütung und Behandlung von lebensbedrohlichen Krankheiten.

In einem weiteren Beitrag wird das Missverhältnis zwischen den Forschungsschwerpunkten kommerziell ausgerichteter Pharma-Unternehmen einerseits und dem Bedarf an der Erforschung der gravierenden Gesundheitsprobleme der benachteiligten Mehrheit der Weltbevölkerung andererseits beleuchtet. Das mangelnde Interesse der Pharmaindustrie an Produkten, für die erst in einer unbestimmten Zukunft z.B. aufgrund zunehmender Resistenzen ein größerer Absatz zu erwarten ist, behindert derzeit die Übersetzung von wichtigen Ergebnissen der Grundlagenforschung in die anwendungsorientierte klinische Forschung. Selbst bei weit verbreiteten und schwerwiegenden Krankheiten wie der Tuberkulose und den vernachlässigten Tropenkrankheiten oder eklatanten Gesundheitsgefahren wie Ebola wurde so der wissenschaftlich-technische Fortschritt ausgebremst. Daher braucht es dringend eine Verstärkung von Fördermaßnahmen und Anreizen, die Forschungsbemühungen im Dienst der öffentlichen Gesundheit unterstützen, statt dieses Feld den Marktmechanismen zu überlassen. Es geht darum, verhängnisvolle Forschungslücken zu schließen und neue lebensrettende Impfstoffe, Diagnostika und Medikamente verfügbar und bezahlbar zu machen.

Weitere Beiträge stellen eindrücklich die aktuelle Situation und den Handlungsbedarf im Hinblick auf die anderen beiden großen Epidemien Tuberkulose und Malaria dar. Die Doppelinfektion mit HIV und Tuberkulose bildet eine besonders lebensbedrohliche Kombination. Auch hier kommt es auf den politischen Willen und die ausreichende Finanzierung an, um die vorhandenen effektiven Mittel und Strategien der Prävention, Diagnose und Behandlung umzusetzen und die Epidemien als Bedrohung der öffentlichen Gesundheit zu bezwingen. Und wie bei der HIV-Bewältigung kommt dem Globalen Fonds eine entscheidende Bedeutung für die Unterstützung der entsprechenden Programme zu.

Die öffentlichen Gemeinschaftsaufgaben auf nationaler und globaler Ebene erfordern eine Ausstattung mit den entsprechenden Ressourcen. Zusätzlich zu der dringend notwendigen gerechten Gestaltung des Steuersystems und der Bekämpfung der Steuervermeidung können innovative Finanzierungsquellen dabei eine wichtige Rolle spielen. Daher setzt sich ein Beitrag mit dem Instrument der

Finanztransaktionssteuer auseinander. Wenn die zehn derzeit interessierten Länder Europas einschließlich Deutschlands ein angemessenes Modell für die Besteuerung von Finanzprodukten beschließen und umsetzen, könnten damit erhebliche zusätzliche Mittel mobilisiert werden, die für die Daseinsvorsorge im Inland und die globale Bekämpfung von Armut, Hunger und Krankheit dringend benötigt werden. Allein für Deutschland wäre eine zweistellige Milliardensumme pro Jahr zu erwarten. Weiterhin würde dafür sprechen, dass endlich die direkten Verursacher der Finanzkrise an deren Kosten beteiligt werden.

Als Partnerschaft aller Beteiligten hat der Globale Fonds neue Maßstäbe gesetzt, was die Mitwirkung von Selbsthilfeinitiativen der Betroffenen und zivilgesellschaftlichen Organisationen anbelangt. Diese ist für die Erreichung der besonders gefährdeten Bevölkerungsgruppen, den Schutz ihrer Menschenrechte und damit auch die Wirksamkeit der Maßnahmen unverzichtbar. Ungeachtet der oft widrigen Rahmenbedingungen haben die durch den Fonds geförderten Programme eindrucksvolle Wirkungen erzielt. Durch die gezielten Präventions- und Behandlungsmaßnahmen, darunter der Zugang von mehr als 9 Millionen Menschen mit HIV zur antiretroviralen Therapie, konnten 17 Millionen Menschenleben bewahrt werden. Der Fonds bildet ein unverzichtbares Instrument, um die Agenda 2030 zu verwirklichen. Ohne eine ausreichende Finanzierung wird es nicht möglich sein, das nachhaltige Entwicklungsziel 3 „Ein gesundes Leben für alle Menschen...“ sowie die daraus resultierenden positiven Effekte für die Überwindung anderer Dimensionen der Armut zu erreichen. Nachdem der deutsche Beitrag fast ein Jahrzehnt lang auf dem unzureichenden Niveau von 200 bis 210 Millionen Euro stagnierte, darf die Aufstockung auf eine faire Höhe von 400 Millionen Euro im Durchschnitt der kommenden drei Jahre nicht länger hinausgeschoben werden.

Vom 8. Bis 10. Juni kamen die Vertretungen der Mitgliedstaaten am Hauptsitz der Vereinten Nationen in New York zum Hochrangigen Treffen zur Beendigung von Aids zusammen. Das wichtigste Ergebnis ist in der Verabschiedung der neuen Erklärung zu HIV und Aids zu sehen, die in einem eigenen Beitrag in diesem Bericht näher beleuchtet wird. Das Aktionsbündnis erhielt eine Einladung, sich an der deutschen Regierungsdelegation zu beteiligen, die dankend angenommen wurde. Durch die Delegationstreffen ergab sich die Möglichkeit, mit dem Leiter, Herrn Bundesminister Hermann Gröhe, den mitreisenden Mitgliedern des Bundestags, Mitarbeitenden der Ständigen Vertretung und der Fachministerien, der Zivilgesellschaft sowie allen weiteren Beteiligten sehr offene und konstruktive Gespräche zu führen. Dabei konnten auch die strittigen Themen angesprochen werden wie die Notwendigkeit, die deutschen Beiträge für die Entwicklungszusammenarbeit

im Gesundheitsbereich und die Fördermittel für die Erforschung der armutsbedingten Krankheiten zu steigern. Diese Beteiligungsmöglichkeiten und Debatten sollten den demokratischen Regelfall darstellen. Aber das kann leider nicht von allen Regierungen gesagt werden. Mehr als 20 Selbsthilfeinitiativen und zivilgesellschaftliche Organisationen wurden durch ein Veto der betreffenden Regierungen von der Teilnahme am UN-Treffen ausgeschlossen. Das führt schmerzlich vor Augen, dass der Einsatz für die Grundrechte und die demokratische Teilhabe aller Menschen ständig weiterzuführen ist, wenn wir es schaffen wollen, die HIV-Epidemie zu bezwingen sowie eine gerechtere und menschlichere Weltgesellschaft zu entwickeln.

### **Deutschlands unzureichende Beiträge für die Millenniums-Entwicklungsziele sind durch höhere Leistungen für die Umsetzung der Agenda 2030 auszugleichen**

Nachdem der Zeitraum zur Verwirklichung der Millenniumsentwicklungsziele (engl. MDGs) mit dem Jahr 2015 zu Ende ging, stellt sich die Frage, welche Beiträge die besser gestellten Staaten für die erzielten Teilerfolge geleistet haben. Darauf versucht eine Studie des Missionsärztlichen Instituts in Kooperation mit dem Aktionsbündnis gegen Aids eine Antwort zu geben. Sie konzentriert sich auf die Zuschüsse für die öffentliche Entwicklungszusammenarbeit (engl. ODA), die anders als Kredite für die bedürftigsten Länder und Bevölkerungsgruppen eingesetzt werden können. Im Teil B des Berichts werden die wesentlichen Ergebnisse und Schlussfolgerungen dargestellt. Dabei wird sowohl auf die Beiträge für die Entwicklungszusammenarbeit insgesamt als auch die Finanzierung der Gesundheitsversorgung, der HIV-Bewältigung und des Globalen Fonds eingegangen.

Für die politische Debatte in Deutschland sind vor allem zwei Ergebnisse von Bedeutung. Erstens blieben die Beiträge aller 23 vor 2013 dem OECD-Entwicklungsausschuss (engl. DAC) beigetretenen Geberstaaten zusammen genommen weit unter dem erforderlichen Niveau. Zweitens verursachten die weit unterdurchschnittlichen Leistungen Deutschlands einen erheblichen Teil des Defizits.

Über die MDG-Periode von 2000 bis 2015 betrachteten sich die Zuschüsse der DAC-Staaten für die Entwicklungszusammenarbeit insgesamt auf weniger als 0,24 Prozent der gemeinsamen Wirtschaftsleistung. Dies entspricht nur einem guten Drittel des 1970 vereinbarten UN-Richtwerts von 0,7 Prozent des Bruttonationaleinkommens (BNE). Für die Verbesserung der Gesundheitssituation brachten die DAC-Staaten 0,038 Prozent ihres kollektiven BNE auf, also weniger als zwei

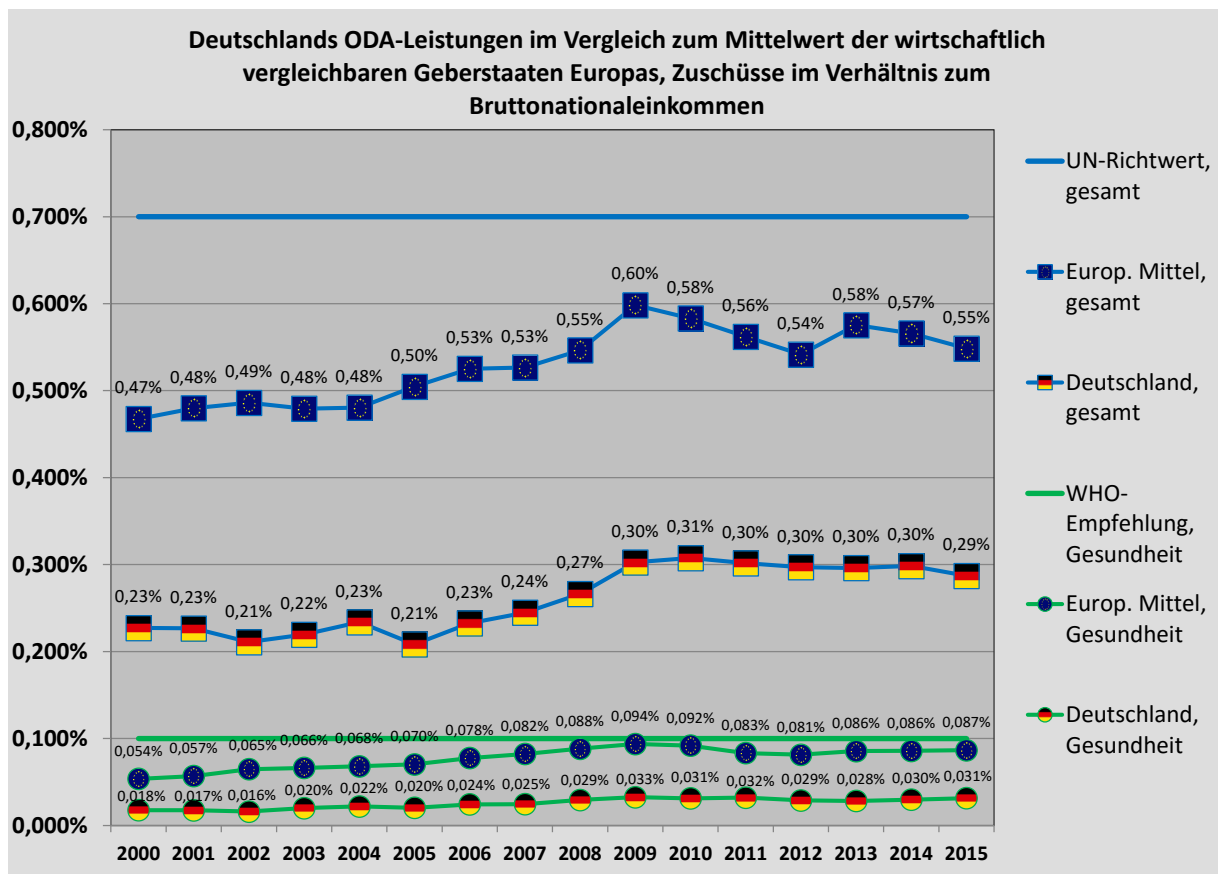
Fünftel der von der WHO-Kommission für Makroökonomie und Gesundheit empfohlenen Beitragshöhe von 0,1 Prozent. Dies lässt erahnen, welche Chancen für die Bekämpfung von Armut, Hunger und Krankheit verpasst wurden, weil viele Regierungen der reichen Länder ihrer Verantwortung nur unzureichend nachkamen.

Das Gesamtergebnis der Geberleistungen wird erheblich durch die besonders niedrigen Beiträge der USA und Japans, der beiden Länder mit den größten Volkswirtschaften, beeinflusst. Deutschland muss sich jedoch an dem Leistungsniveau vergleichbarer Länder Europas messen lassen. Als Bezugsgröße ist daher der einfache Mittelwert der ODA-Quoten der 12 europäischen DAC-Staaten heranzuziehen, die weniger stark von der Wirtschaftskrise betroffen waren.<sup>1</sup> Diese Ländergruppe verzeichnete eine mittlere Beitragshöhe von gut 0,53 Prozent für die ODA-Auszahlungen insgesamt. Deutschlands ODA-Zuschüsse machten dagegen lediglich 0,26 Prozent des BNE aus und entsprachen somit kaum der Hälfte des europäischen Durchschnitts. Und ausgerechnet bei den lebenswichtigen Gesundheitsleistungen schneidet Deutschland noch viel dürftiger ab. Während die Vergleichsgruppe im Mittel 0,079 Prozent beisteuerte, belief sich die deutsche BNE-Quote auf lediglich 0,026 Prozent. Mithin brachte Deutschland für die Gesundheitsförderung weniger als ein Drittel der durchschnittlichen Leistungshöhe vergleichbarer Staaten und kaum mehr als ein Viertel der Zielgröße auf.

<sup>1</sup> Dies sind in alphabetischer Reihenfolge: Belgien, Dänemark, Finnland, Frankreich, Irland, Luxemburg, die Niederlande, Norwegen, Österreich, Schweden, die Schweiz und das Vereinigte Königreich.

Wie die Grafik auf S. 14 zeigt, hat sich der Rückstand Deutschlands über die Jahre kaum vermindert. Allerdings sind die europäischen Durchschnittsleistungen infolge der Wirtschaftskrise gesunken, während die finanziellen Anstrengungen Deutschlands seither stagnierten.

Die Minderleistungen Deutschlands hatten erhebliche Folgen für die Entwicklungs- und Gesundheitsfinanzierung. Wenn die deutschen Gesamtbeiträge während der MDG-Periode das europäische Mittel erreicht hätten, wäre ein Gesamtbetrag von über 209 Milliarden Euro zustande gekommen. Tatsächlich brachte Deutschland weniger als 104 Milliarden Euro auf. Und wenn Deutschland zwischen 2000 und 2015 seine ODA-Zuschüsse für Gesundheit auf das mittlere Niveau Europas angehoben hätte, so hätten fast 31 Milliarden Euro zur Verfügung gestanden. Die realen Leistungen summierten sich aber lediglich auf gut 10 Milliarden Euro. Der Fehlbetrag von annähernd 21 Milliarden Euro würde ausreichen, um über zwei volle Jahre die gesamten internationalen Ressourcen aufzubringen, die nach den neuesten Schätzungen von UNAIDS für die Beendigung der Aids-Epidemie benötigt werden.



Die deutschen ODA-Leistungen für die Bewältigung der HIV-Epidemie erreichten mit 0,009 Prozent des BNE zwischen 2007 und 2015 ebenfalls nur ein Drittel des Mittelwerts der genannten europäischen Geberländer. Und auch der Beitrag zum Globalen Fonds lag mit 0,0066 Prozent seit dessen Gründung bis 2016 erheblich unter dem europäischen Vergleichswert von 0,0087 Prozent.

## Forderungen der Zivilgesellschaft

Das Aktionsbündnis gegen Aids sieht angesichts der Fakten und Analysen dringenden Bedarf, das politische und finanzielle Engagement Deutschlands in den lebenswichtigen Bereichen der globalen Gesundheit und HIV-Bewältigung weiterzuentwickeln und in zentralen Punkten zu korrigieren.

Die Verwirklichung der nachhaltigen Entwicklungsziele darf kein Lippenbekenntnis bleiben, sondern muss in den nächsten anderthalb Jahrzehnten tatsächlich als Kernbestand des Regierungshandelns auf allen relevanten Politikfeldern begriffen werden. Um die anvisierten Zielvorgaben der allgemeinen Gesundheitsversorgung und der Beendigung von Aids sowie anderer verheerender Krankheiten zu erreichen, muss der wissenschaftlich-technische Fortschritt auf die elementaren

Bedürfnisse der Weltbevölkerung ausgerichtet werden und alle Menschen müssen uneingeschränkt an den Ergebnissen teilhaben. Daher darf es keine weiteren Handelsabkommen geben, die zusätzliche Monopol- und Sonderrechte für Privatunternehmen beinhalten. Stattdessen sollte sich Deutschland in Übereinstimmung mit der ursprünglichen UN-Verpflichtungserklärung zu HIV und Aids dafür einsetzen, dass die seit der WTO-Gründung durchgesetzten Übereinkünfte auf den Prüfstand kommen. Bestimmungen, die sich als schädlich für die öffentliche Gesundheit und andere Bereiche der menschlichen Daseinsvorsorge erwiesen haben, sind entsprechend zu revidieren. Die Bewahrung von Menschenleben muss in jedem Fall über kommerzielle und partikulare Interessen gestellt werden.

Zu den dringend notwendigen Nachbesserungen der Agenda 2030 gehört die Vereinbarung konkreter und sachgerechter Finanzierungsziele für die öffentliche Entwicklungszusammenarbeit (engl. ODA) insgesamt sowie für essenzielle Förderbereiche wie Gesundheit. Statt die Erfüllung des UN-Richtwerts von 0,7 Prozent des BNE für die gesamten ODA-Leistungen weiter hinauszuschieben, braucht es eine verbindliche Zusage, diese Zielmarke spätestens bis 2020 zu erreichen. Das Gleiche gilt für die WHO-Empfehlung, mindestens 0,1 Prozent des BNE für die Verbesserung der Gesundheitssituation in den Entwicklungsländern aufzubringen. Nur dann können rechtzeitig die Maßnahmen geplant und eingeleitet werden, die für Verwirklichung der Agenda 2030 erforderlich sind. Dabei sollte sich Deutschland verpflichten, diese Finanzierungsziele zu erreichen, ohne auf Gelder vom Kapitalmarkt zurückzugreifen. Nur aus den öffentlichen Haushalten bestrittene Zuschüsse stellen genuine Kooperationsleistungen dar, die den besonders benachteiligten Ländern und Bevölkerungsgruppen zugutekommen.

Nachdem sich Deutschland bei den finanziellen Anstrengungen zur Verwirklichung der MDGs weitgehend hinter anderen europäischen Gebern versteckt hat, sind die politisch Verantwortlichen dazu aufgefordert, der internationalen Verantwortung endlich gerecht zu werden und einen angemessenen Beitrag zur Umsetzung der neuen Entwicklungsziele zu leisten. Eingedenk der historischen Verstrickung in die koloniale Ausbeutung und angesichts der aktuellen Realitäten der Entwicklungsfinanzierung sollte Europa die Hälfte der benötigten Gesamtmittel aufbringen. Daraus ergibt sich eine europäische Zielquote für die Gesundheits-ODA, die rund ein Drittel über der generell geforderten Beitragshöhe der Industriestaaten liegt. Die fünf erstplatzierten Geberländer erreichten im Schnitt dieses Niveau von ca. 0,135 Prozent bereits in den vergangenen Jahren. Für Deutschland bedeutet dies, die ODA-Zuschüsse für Gesundheit bis 2020 auf 4,8 bis 4,9 Milliarden Euro pro Jahr zu erhöhen. Davon entfielen ein Betrag von rund 1,3 Milliarden Euro auf die angemessene Beteiligung an den Kosten für die Beendigung von Aids. Zugleich ist es notwen-

dig und fair, den Beitrag zum Globalen Fonds auf mindestens 400 Millionen Euro im Durchschnitt der kommenden Jahre aufzustocken.

Damit könnte Deutschland vom Nachzügler zu einem der Vorreiter für die globale Gesundheit werden und würde als glaubwürdiger Partner bei den internationalen Verhandlungen zur Lösung der drängendsten Krisen wahrgenommen. Und die Weltgemeinschaft käme dem Ziel einen großen Schritt näher, grundlegende Gesundheitsdienste auch und gerade dort bereitzustellen, wo die Krankheitsgefahren und wirtschaftlichen Nöte am größten sind.

Darüber hinaus sollte Deutschland die damit gewonnene Glaubwürdigkeit nutzen, um sich für einen globalen Aktionsplan einzusetzen mit dem Ziel, allen Menschen den Zugang zu lebenswichtigen Gesundheitsdiensten zu ermöglichen, ohne sie dabei in Armut zu stürzen. Dazu gehört notwendigerweise, ein qualitativ neues Finanzierungsmodell zu entwickeln, das die Unsicherheit der freiwilligen Beitragszahlungen überwindet und stattdessen ein faires System von Pflichtbeiträgen einführt. Der Globale Fonds könnte hierfür als Vorbild und Keimzelle fungieren. Das würde die vorausschauende Planung und konsequente Umsetzung der notwendigen Maßnahmen für den Ausbau umfassender Gesundheitssysteme und bedarfsorientierter medizinischer Forschung erleichtern. Die Weltgemeinschaft darf es nicht hinnehmen, dass Menschen sterben, weil ungenügende Staatseinnahmen, mangelnde Einsichtsfähigkeit von Regierungsverantwortlichen oder die niedrige Kaufkraft der bedrohten Bevölkerungsgruppen den Zugang zu effektiven Präventions- und Behandlungsmaßnahmen verbauen.

*Joachim Rüppel, Sprecher der katholischen Säule  
im Aktionsbündnis gegen AIDS und  
Referent beim Missionsärztlichen Institut*



**Der internationale  
Bezugsrahmen:  
Vereinbarungen der  
Vereinten Nationen und  
Stand der HIV-Epidemie**

# Die neue Agenda

## für nachhaltige Entwicklung:

## Große Ziele, kleine Verpflichtungen



**Im September beschlossen die Vereinten Nationen die neue Entwicklungsagenda „Umwandlung unserer Welt“. Nach den in diesem Jahr auslaufenden Millenniums-Entwicklungszielen bildet sie den weltpolitischen Orientierungsrahmen bis 2030. Ihr Anspruch ist im doppelten Sinn global, denn sie soll alle Länder als auch alle Handlungsfelder umfassen. Sie versteht sich als Aktionsplan, um die Armut in all ihren Formen und Dimensionen zu beseitigen sowie die natürlichen Lebensgrundlagen zu erhalten.**

Das Aktionsbündnis hat sich konstruktiv an den über zwei Jahre währenden Debatten beteiligt, die der Verabschiedung der Agenda vorausgingen. Dabei haben wir versucht, alle für die HIV-Bewältigung wichtigen Aspekte im Auge zu behalten. Insbesondere haben wir uns dafür eingesetzt, die Beendigung der Aids-Epidemie und die allgemeine Abdeckung mit grundlegenden Gesundheitsleistungen als zentrale Ziele aufzunehmen sowie die konkrete Verpflichtung der wirtschaftlich privilegierten Staaten wie Deutschland zu einem solidarischen Beitrag für die menschliche Entwicklung und Gesundheitsförderung der benachteiligten Länder und Bevölkerungsgruppen festzuschreiben.

## Widerspruch zwischen humaner Entwicklung und Beibehaltung des Status Quo

Die Bilanz der Ergebnisse fällt leider zwiespältig aus. Zwar enthält die Agenda wesentliche Einsichten, richtige Prinzipien und ehrgeizige Einzelziele. Deren Verwirklichung wird aber dadurch in Frage gestellt, dass die Mehrheit der Regierungsverantwortlichen jegliche konkrete Verpflichtungen blockiert hat, um die erforderlichen Finanzmittel aufzubringen und ungerechte Gesellschaftsstrukturen zu überwinden. Ohne eine durchgreifende Umverteilung von Ressourcen, Einkommen und Macht wird es aber nicht gelingen, die HIV-Epidemie und die anderen Bedrohungen für die Zukunft der Menschheit in den Griff zu bekommen.

Zu den positiven Ergebnissen gehört die in der Präambel festgehaltene *Maxime*, dass alle Menschen in die Lage versetzt werden sollen, ihr Entwicklungspotential in Würde, Gleichheit und in einer gesunden Umwelt zur vollen Entfaltung zu bringen. Das stimmt mit der geforderten Grundausrichtung überein, allen Menschen – einschließlich künftiger Generationen – ein langes, gesundes und selbstbestimmtes Leben zu ermöglichen. Unter den 17 Entwicklungszielen ist Ziel drei direkt dem Thema Gesundheit gewidmet und soll allen Menschen unabhängig vom Alter ein gesundes Leben sichern. Die betreffenden Zielvorgaben schließen die Beendigung der Aids-Epidemie ein und benennen auch die für die HIV-Bewältigung relevanten Themen wie den universellen Zugang zu Diensten der sexuellen und reproduktiven Gesundheit, die allgemeine Gesundheitsversorgung (*universal health coverage*), die volle Nutzung der Schutzklauseln des TRIPS-Abkommens sowie die notwendige Steigerung der finanziellen und personellen Ressourcen.

## Notwendige Politikwechsel bleiben unerwähnt

Unter den folgenschwersten Defiziten ist zu nennen, dass Deutschland und andere reiche Länder die Verpflichtung gekippt haben, bis 2020 mindestens 0,7 Prozent des BNE für die öffentliche Entwicklungshilfe aufzubringen. Zu diesem Skandal passt die Verweigerung, eine konkrete Zielvorgabe für die Gesundheitsfinanzierung zu vereinbaren. Die gemachten Zusagen für die Verringerung der sozialen Ungleichheit, die eine zentrale Ursache für die Gefährdung durch HIV und andere Gesundheitsrisiken darstellt, greifen viel zu kurz. Schließlich fehlt bei den Handlungsansätzen, die auf die gesellschaftliche Teilhabe abzielen, eine explizite Erwähnung der Diskriminierung aufgrund der sexuellen Orientierung.

## Ziele für nachhaltige Entwicklung

- Ziel 1.** Armut in allen ihren Formen und überall beenden
- Ziel 2.** Den Hunger beenden, Ernährungssicherheit und eine bessere Ernährung erreichen und eine nachhaltige Landwirtschaft fördern
- Ziel 3.** Ein gesundes Leben für alle Menschen jeden Alters gewährleisten und ihr Wohlergehen fördern
- Ziel 4.** Inklusive, gleichberechtigte und hochwertige Bildung gewährleisten und Möglichkeiten lebenslangen Lernens für alle fördern
- Ziel 5.** Geschlechtergleichstellung erreichen und alle Frauen und Mädchen zur Selbstbestimmung befähigen
- Ziel 6.** Verfügbarkeit und nachhaltige Bewirtschaftung von Wasser und Sanitärversorgung für alle gewährleisten
- Ziel 7.** Zugang zu bezahlbarer, verlässlicher, nachhaltiger und moderner Energie für alle sichern
- Ziel 8.** Dauerhaftes, breitenwirksames und nachhaltiges Wirtschaftswachstum, produktive Vollbeschäftigung und menschenwürdige Arbeit für alle fördern
- Ziel 9.** Eine widerstandsfähige Infrastruktur aufbauen, breitenwirksame und nachhaltige Industrialisierung fördern und Innovationen unterstützen
- Ziel 10.** Ungleichheit in und zwischen Ländern verringern
- Ziel 11.** Städte und Siedlungen inklusiv, sicher, widerstandsfähig und nachhaltig gestalten
- Ziel 12.** Nachhaltige Konsum- und Produktionsmuster sicherstellen
- Ziel 13.** Umgehend Maßnahmen zur Bekämpfung des Klimawandels und seiner Auswirkungen ergreifen
- Ziel 14.** Ozeane, Meere und Meeresressourcen im Sinne nachhaltiger Entwicklung erhalten und nachhaltig nutzen
- Ziel 15.** Landökosysteme schützen, wiederherstellen und ihre nachhaltige Nutzung fördern, Wälder nachhaltig bewirtschaften, Wüstenbildung bekämpfen, Bodendegradation beenden und umkehren und dem Verlust der biologischen Vielfalt ein Ende setzen
- Ziel 16.** Friedliche und inklusive Gesellschaften für eine nachhaltige Entwicklung fördern, allen Menschen Zugang zur Justiz ermöglichen und leistungsfähige, rechenschaftspflichtige und inklusive Institutionen auf allen Ebenen aufbauen
- Ziel 17.** Umsetzungsmittel stärken und die Globale Partnerschaft für nachhaltige Entwicklung mit neuem Leben erfüllen

*Joachim Ruppel, Sprecher der katholischen Säule  
im Aktionsbündnis gegen AIDS und Referent beim Missionsärztlichen Institut*

# Die neue UN-Erklärung zu HIV und Aids: Scheitert die Beendigung der verheerendsten Epidemie am Kleingeist der politisch Verantwortlichen?

Fast genau 15 Jahre nach der ersten UN-Verpflichtungserklärung zu HIV und Aids und fünf Jahre nach der letzten Politischen Erklärung zum Thema verabschiedeten die Vereinten Nationen im Juni dieses Jahres eine neue Deklaration mit dem unbescheidenen Titel: „Auf der Überholspur um die Bekämpfung von HIV zu beschleunigen und die Aids-Epidemie bis 2030 zu beenden.“ Diese Vereinbarung wurde nach monatelangen Verhandlungen der Mitgliedstaaten bei einem Hochrangigen Treffen beschlossen. Sie soll geeignete Handlungsstrategien festhalten, die es der internationalen Gemeinschaft ermöglichen, Aids als Bedrohung der öffentlichen Gesundheit zu bezwingen. In seiner Eröffnungsrede bezeichnete der Präsident der UN-Generalversammlung, Mogens Lykketoft (Dänemark), dieses Vorhaben zu Recht als eine der größten Errungenschaften, die wir zu unseren Lebzeiten verwirklichen können. Die neue Erklärung bildet eine wichtige Ergänzung zu der im Vorjahr angenommenen 2030 Agenda für Nachhaltige Entwicklung. Unglücklicherweise hat sie mit dieser den inneren Widerspruch gemeinsam, dass auf der einen Seite durchaus angemessene Einzelziele und zutreffende Einsichten zustande kamen, während auf der anderen Seite die Verpflichtungen für die dafür notwendigen finanziellen Anstrengungen und gesellschaftspolitischen Veränderungen viel zu vage blieben. Für die internationale Zivilgesellschaft ergibt sich daraus eine doppelte Aufgabe: Sie muss die Regierungsverantwortlichen auf die Verwirklichung der Ersteren drängen und sie zugleich zu Nachbesserungen bei den Letzteren bewegen.

## Richtige Einsichten und Blinde Flecke

Die Erklärung erkennt an, dass die HIV-Epidemie noch immer als globale Notsituation zu begreifen ist, die eine der gewaltigsten Herausforderungen für die menschliche Entwicklung darstellt und immenses menschliches Leid mit sich bringt. Sie

hält auch fest, dass die Ausbreitung von HIV in engem Zusammenhang mit Armut und Ungleichheit zu sehen ist. Und sie bekräftigt fundamentale Prinzipien wie die Respektierung der Menschenwürde und die Beteiligung der Menschen, die mit HIV leben, durch die Epidemie betroffen sind oder einem erhöhten Infektionsrisiko ausgesetzt sind. Schließlich macht sie deutlich, dass die HIV-Bewältigung als integraler Bestandteil der Bemühungen für nachhaltige Entwicklung und die Verwirklichung des Grundrechts auf das individuell erreichbare Höchstmaß an körperlicher und geistiger Gesundheit zu verstehen ist. Diese Realitätsbeschreibung bleibt aber ebenfalls in sich widersprüchlich. Einerseits spricht sie zentrale soziale Ursachen der HIV-Ausbreitung an wie Benachteiligung von Mädchen und Frauen oder die Diskriminierung von Drogengebrauchenden. Andererseits vermeidet sie es, andere ebenso wichtige gesellschaftliche Bedingungsfaktoren zu benennen wie die Ausgrenzung sexueller Minderheiten oder die oft prekären Lebensumstände von Menschen, die zu Wanderarbeit oder Flucht gezwungen werden.

Als übergreifende Zielsetzung bestätigt die Erklärung die Beendigung der Aids-Epidemie bis 2030, die auch als Vermächtnis für gegenwärtige und künftige Generationen umschrieben wird. Sie betont auch die Bedeutung der internationalen Kooperation, um dieses wie auch alle anderen gesundheitsbezogenen Entwicklungsziele zu erreichen. In diesem Zusammenhang finden auch die Prinzipien von globaler Solidarität, geteilter Verantwortung und politischer Führungsstärke Erwähnung. Bei dem entscheidenden Handlungsprinzip, die Menschenrechte und Grundfreiheiten der von HIV betroffenen oder gefährdeten Individuen zu schützen, fällt die jetzt beschlossene Formulierung in puncto Klarheit hinter die ursprüngliche Verpflichtungserklärung von 2001 zurück. Hieß es dort noch unmissverständlich, dass die volle Wahrnehmung dieser Rechte zu gewährleisten sei, so ist jetzt weniger eindeutig davon die Rede, dass die mit HIV lebenden oder von dem Virus bedrohten Menschen in den Genuss aller Rechte kommen sollen.

## Entscheidende Schritte bis zum Ende des Jahrzehnts

Die konkreten und überprüfbaren Zielvorgaben beziehen sich auf den Zeitraum bis 2020, in dem die entscheidenden Durchbrüche bei der Überwindung der Epidemie erzielt werden sollen. Als übergeordnete Zielsetzungen hält die Erklärung im Einklang mit der Fast Track Initiative von UNAIDS fest, dass die weltweiten HIV-Neuinfektionen und Aids-bedingten Todesfälle jeweils auf unter 500.000 pro Jahr zu reduzieren sind. Das würde bedeuten, dass sich pro Tag weniger als 1.400 Menschen mit HIV infizieren und ebenso viele an den Folgen einer HIV-Infektion versterben statt der im Jahr 2015 verzeichneten annähernd 5.800 Neuinfektionen

bzw. rund 3.000 Todesfälle. Zugleich fordert die Deklaration dazu auf, die mit HIV verbundene Stigmatisierung und Diskriminierung zu beseitigen.

Im Folgenden benennt die Deklaration fünf strategische Handlungsfelder bei denen Fortschritte erzielt werden müssen, um diese Zielvorgaben zu erreichen. Es sind dies in der ursprünglich gewählten Reihenfolge die Mobilisierung zusätzlicher Finanzmittel, der Zugang zu Testmöglichkeiten und Behandlungsprogrammen, die Gleichstellung der Geschlechter, der Zugang zu Maßnahmen und Instrumenten der Prävention, sowie die Überwindung der mit HIV verbundenen Stigmatisierung und Diskriminierung. Gerade in diesen Abschnitten, wo konkrete Selbstverpflichtungen der Regierungsvertreter gefragt sind, zeigen sich die größten Defizite des Dokuments.

### **Ungenügende Verpflichtungen für Finanzierungsbeiträge**

Im strategischen Bereich der Finanzierung findet sich zunächst die Zusage, die Investitionen für die HIV-Bewältigung in den Entwicklungsländern zu erhöhen und bis zum Ende des Jahrzehnts ein Gesamtvolumen von mindestens 26 Milliarden US\$ pro Jahr aufzubringen, was den aktuellen Bedarfsrechnungen von UNAIDS entspricht. Aber das in den Szenarien der Vereinten Nationen vorgeschlagene Zielniveau für die öffentliche Entwicklungszusammenarbeit zur Unterstützung von HIV-Programmen in Höhe von 11,6 Milliarden im Jahr 2020 – also lediglich 45 Prozent des Gesamtbedarfs – wird mit keinem Wort erwähnt. Damit entziehen sich die wirtschaftlich privilegierten Länder ihrer globalen Verantwortung und lassen die große Chance ungenutzt, zum ersten Mal die notwendigen Schritte hin zu einem auf gegenseitigen Rechten und Pflichten beruhenden Finanzierungsmodell der globalen Gesundheit einzuleiten. Dabei ist sowohl der Gesamtbedarf als auch der Anteil der internationalen Kooperation eher niedrig angesetzt und ist so nur darstellbar, wenn die günstigen Vorhersagen wie weiter fallende Medikamentenpreise und deutlich erhöhte Eigenanstrengungen der Entwicklungsländer tatsächlich eintreffen.

Die fatale Verweigerungshaltung einiger Regierungen reicher Staaten wird auch darin deutlich, dass die Erklärung die Verwässerung des übergeordneten Finanzierungsziels für die öffentliche Entwicklungshilfe (Official Development Assistance oder kurz ODA) übernimmt, wie sie seit der Konferenz für Entwicklungsfinanzierung im Juli 2015 durchgesetzt wurde. Während die entsprechende UN-Resolution vom Oktober 1970 unzweideutig festhält, dass jedes wirtschaftlich fortgeschrittene Land seine ODA-Leistungen auf mindestens 0,7 Prozent des Bruttonationaleinkommens zu erhöhen hat, wurde diese Formulierung seither dahingehend verballhornt, dass „viele“ Industriestaaten diese Verpflichtung ein-

gegangen seien. Diese Abschwächung findet sich in identischer Form auch in der Zielvorgabe 17.1 der 2030 Agenda wieder. Schließlich sagt die Erklärung zu, die vom Globalen Fonds als Bedarf für die kommende Wiederauffüllungsperiode genannten 13 Milliarden US\$ aufzubringen, ohne aber Angaben zu einer fairen Beitragshöhe der ökonomisch bessergestellten Staaten zu machen.

### **Keine konkrete Aussage zur öffentlichen Förderung der medizinischen Forschung**

Die Vereinbarungen zum Therapiezugang bestätigen zunächst die von UNAIDS vorgesehenen Ziele, dass bis 2020 mindestens 90 Prozent der mit HIV lebenden Menschen ihren Infektionsstatus kennen, hiervon 90 Prozent eine antiretrovirale Behandlung erhalten und hiervon wiederum 90 Prozent eine Senkung der Viruslast unter die Nachweisgrenze erreichen. Zum Ende des Jahrzehnts sollen weltweit 30 Millionen Erwachsene über 15 Jahre eine Therapie durchführen und bereits bis 2018 sollen 1,6 Millionen Kinder durch effektive Behandlungsprogramme erreicht werden. Diese zahlenmäßigen Ziele entsprechen den prozentualen Vorgaben, sofern zugleich der anvisierte Rückgang der Neuinfektionen erreicht wird und damit die Anzahl der mit HIV lebenden Menschen weniger schnell ansteigt als in den vergangenen Jahren. Der Behandlungszugang der Schwangeren und stillenden Mütter sowie ihrer Partner soll es ermöglichen, dass die HIV-Übertragung auf Neugeborene und Kleinkinder eliminiert wird.

Die Erklärung bestätigt auch die volle Nutzung der im TRIPS-Abkommen enthaltenen und durch die Deklaration von Doha näher ausgeführten Schutzklauseln, die es den Mitgliedstaaten der WTO ermöglichen, Patentrechte auf Medikamente und andere für die öffentliche Gesundheit erforderliche Produkte einzuschränken. Anders als die ursprüngliche Verpflichtungserklärung versäumt sie es aber, die Notwendigkeit anzuerkennen, die Auswirkungen der WTO-Regelungen und anderer Handelsübereinkünfte auf den Zugang zu Medikamenten grundsätzlich zu überprüfen. Außerdem fehlt eine konkrete Zusage zur Erhöhung der öffentlichen Forschungsförderung, die benötigt wird, um die Entwicklung innovativer Wirkstoffe und Darreichungsformen an den Bedürfnissen der benachteiligten Mehrheit der Weltbevölkerung auszurichten.

### **Soziale Ausgrenzung von Schlüsselgruppen wird totgeschwiegen**

Im Abschnitt zu den Geschlechterverhältnissen fordert die Erklärung, dass die Achtung, der Schutz und die Förderung der Menschenrechte von Frauen als zentra-



le Aufgabe aller Politikbereiche und Programme zu sehen sind. Konsequenterweise verlangt sie auch, alle Formen der Ungleichheit sowie des Missbrauchs und der Gewalt gegen Frauen zu beseitigen. Auch der allgemeine Zugang zu umfassenden Diensten der sexuellen und reproduktiven Gesundheit sowie der HIV-Prävention und Behandlung gehört zu den getroffenen Vereinbarungen. In diesem Kontext wird auch gefordert, die problematischen Normen anzugehen, die Männer zu risikoreichen Verhaltensweisen verleiten. Schließlich soll die weltweite Anzahl der jährlichen Neuinfektionen unter Mädchen und jungen Frauen zwischen 15 und 24 Jahren bis 2020 auf unter 100.000 gesenkt werden, was bei einem aktuellen Anteil dieser Bevölkerungsgruppe von 20 Prozent dem generellen Präventionsziel entspricht.

Die Ausführungen zu diesem Handlungsfeld erkennen zwar an, dass die sozio-ökonomische Benachteiligung der Frauen ihre Möglichkeiten einschränkt, sich vor HIV zu schützen, gehen aber leider nicht auf konkrete Strategien ein, um ihre gesellschaftliche Lage gezielt zu verbessern. Außerdem vernachlässigt die Deklaration den für die HIV-Problematik essenziellen Zusammenhang zwischen problematischen Geschlechternormen und der sozialen Ausgrenzung von Menschen aufgrund ihrer sexuellen Orientierung.

### **Nichtbeachtung der besonders betroffenen Menschen untergräbt die HIV-Prävention**

Der folgende Abschnitt zu den Präventionsanstrengungen fordert dazu auf, alle Maßnahmen zu ergreifen, um beweisgestützte, umfassende und diskriminierungsfreie Handlungsansätze durchzuführen. Die UN-Mitgliedstaaten sagen auch zu, die Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit wissenschaftlich korrekten und vollständigen Informationen über sexuelle und reproduktive Gesundheit und Schutzmaßnahmen gegen HIV zu versorgen. Besondere Aufmerksamkeit ist den Gebieten mit erhöhten Infektionsraten und den Schlüsselgruppen mit dem höchsten Infektionsrisiko zu widmen, die mit auf sie zugeschnittenen Maßnahmen versorgt werden sollen. Es sind alle angemessenen Schritte einzuleiten, um sicherzustellen, dass 90 Prozent der durch HIV gefährdeten Menschen mit Vorbeugungsprogrammen erreicht werden.

Voraussetzung für die Umsetzung dieser Verpflichtungen ist offensichtlich, dass die Bevölkerungsgruppen benannt werden, die aufgrund ihrer von Diskriminierung und Kriminalisierung geprägten gesellschaftlichen Situation das höchste Infektionsrisiko aufweisen, wie Menschen mit gleichgeschlechtlichen Beziehungen, Transgender, intravenös Drogengebrauchenden und Sexarbeiter/

innen. Die Realitätsverweigerung und Menschenfeindlichkeit mancher Regierungen geht jedoch noch immer so weit, dass sie die Benennung dieser Schlüsselgruppen in der Deklaration blockierten und sich damit durchsetzen konnten. Diese Scheuklappen machen es schwer, eine gezielte und effektive Präventionsarbeit zu realisieren.

### **Politischer Wille zur Überwindung der Diskriminierung bleibt ungenügend**

Diese Blockade setzt sich im nächsten Abschnitt fort, der von der Beendigung der mit HIV verbundenen Diskriminierung handelt. Hier wird zwar festgestellt, dass das Angehen der Stigmatisierung und Ausgrenzung ein wesentliches Element der Bemühungen zur HIV-Bewältigung darstellt und dass die Gewalt gegen von HIV betroffene oder gefährdete Menschen zu verhindern sei. Aber die Erklärung vermeidet es auch hier, die besonders diskriminierten und von HIV bedrohten Schlüsselgruppen anzusprechen. Folglich fehlt auch jegliche Zusage, diese Menschen zu unterstützen, die soziale Ausgrenzung zu überwinden und schließlich die Infektionsgefahr effektiv zu vermindern. Dieses Defizit gefährdet nicht nur die Effektivität der HIV-Prävention und Behandlung, sondern behindert auch die menschliche Entwicklung überhaupt.

### **Umfassende Beteiligung muss weiterhin eingefordert werden**

Ein weiterer Abschnitt der Erklärung geht auf den zentralen Aspekt der Einbeziehung der von HIV betroffenen und bedrohten Menschen sowie anderer Beteiligter ein. Hier wird nahegelegt, mindestens 6 Prozent der Gesamtmittel für Maßnahmen aufzubringen, die auf das soziale Umfeld einwirken und dadurch die Handlungsfähigkeiten der Menschen stärken. Dazu zählen die politische Anwaltschaft, die öffentliche Kommunikation sowie Bemühungen zur Förderung der Menschenrechte und der Anpassung von Gesetzen. Eine solche prozentuale Vorgabe macht jedoch nur dann Sinn, wenn die für die HIV-Bewältigung mobilisierten Ressourcen insgesamt den notwendigen Umfang erreichen. Außerdem fehlt hier die Verpflichtung zur vollen und aktiven Mitwirkung der Menschen mit HIV, der Angehörigen gefährdeter Gruppen und der am stärksten gefährdeten Menschen bei der Entwicklung und Umsetzung der Handlungsstrategien so wie es frühere Deklarationen verlangen.

Die Erklärung erwähnt nochmals die Notwendigkeit einer verstärkten Forschung, um bedarfsgerechte Diagnostika, effektivere Präventionsmittel sowie wirksamere und besser verträgliche Medizinprodukte bereitzustellen. In diesem

Zusammenhang sollen auch die Möglichkeiten ausgelotet werden, um die Entwicklungskosten vom Preis der Produkte zu entkoppeln. Aber auch an dieser Stelle vermieden es die Regierungsvertreter, die offensichtliche Notwendigkeit einer Erhöhung der öffentlichen Forschungsmittel anzuerkennen und eine entsprechende Verpflichtung aufzunehmen. Auch die Vereinbarungen zum Technologietransfer und zum Aufbau lokaler Kapazitäten für die Herstellung pharmazeutischer Produkte, die Entwicklung einer Infrastruktur für die Gesundheitsforschung sowie die Erhebung relevanter Daten bleiben wenig konkret und setzen ausschließlich auf freiwillige Aktionen.

### Aktuelle Schätzwerte und regionale Ziele: Anzahl der HIV-Neuinfektionen (in Tausend)

UNAIDS-Regionen	Erwachsene (15 Jahre und älter)		Kinder (0 bis 14 Jahre)		Alle Altersgruppen	
	2015	2020	2015	2020	2015	2020
Asien und the Pazifik	1.991,0	4.100,0	79,0	95,0	2.070,0	4.195,0
Osteuropa und Zentralasien	313,0	1.400,0	-	7,6	313,0	1.407,6
Östliches und südliches Afrika	9.594,0	14.100,0	658,0	690,0	10.252,0	14.790,0
Westliches und zentrales Afrika	1.731,0	4.500,0	99,0	340,0	1.830,0	4.840,0
Mittlerer Osten und Nordafrika	36,0	210,0	2,0	8,0	38,0	218,0
Lateinamerika und Karibik	1.072,0	1.600,0	20,0	17,0	1.092,0	1.617,0
West- und Mitteleuropa und Nordamerika	1.414,0	2.000,0	-	1,3	1.414,0	2.001,3
Weltweit	16.151,0	27.910,0	858,0	1.158,9	17.009,0	29.068,9

### Aktuelle Schätzwerte und regionale Ziele: Menschen mit Zugang zur antiretroviralen Therapie (in Tausend)

UNAIDS-Regionen	Erwachsene (15 Jahre und älter)		Kinder (0 bis 14 Jahre)		Alle Altersgruppen	
	2015	2020	2015	2020	2015	2020
Asien und the Pazifik	1.991,0	4.100,0	79,0	95,0	2.070,0	4.195,0
Osteuropa und Zentralasien	313,0	1.400,0	-	7,6	313,0	1.407,6
Östliches und südliches Afrika	9.594,0	14.100,0	658,0	690,0	10.252,0	14.790,0
Westliches und zentrales Afrika	1.731,0	4.500,0	99,0	340,0	1.830,0	4.840,0
Mittlerer Osten und Nordafrika	36,0	210,0	2,0	8,0	38,0	218,0
Lateinamerika und Karibik	1.072,0	1.600,0	20,0	17,0	1.092,0	1.617,0
West- und Mitteleuropa und Nordamerika	1.414,0	2.000,0	-	1,3	1.414,0	2.001,3
Weltweit	16.151,0	27.910,0	858,0	1.158,9	17.009,0	29.068,9

## Zielvorgaben für verschiedene Weltregionen

Zum ersten Mal enthält die aktuelle Erklärung Einzelziele der Prävention und Behandlung für die von UNAIDS definierten Weltregionen. Diese sind unten tabellarisch dargestellt, um eine bessere Übersicht und einen Vergleich mit den aktuellen Ausgangsdaten zu ermöglichen. Allerdings bleibt die Summe der Regionalziele unter den Vorgaben für die weltweiten Anstrengungen, so dass auch hier noch Anpassungen erforderlich sind.

## Rechenschaftspflicht der UN-Mitgliedstaaten

Schließlich fordert die Erklärung dazu auf, transparente und partizipative Mechanismen zu schaffen, um sich gegenseitig Rechenschaft abzulegen und die Umsetzung der Vereinbarungen nachzuverfolgen. Dazu sollen aktuelle und differenzierte Daten erhoben werden, die über Neuansteckungen, Infektionsraten, den Umfang bestimmter Bevölkerungsgruppen sowie die Ressourcenverteilung Auskunft geben. Von UNAIDS wird erwartet, die Länder weiterhin in der Durchführung umfassender multisektoraler Ansätze zu unterstützen, ohne jedoch die dafür erforderliche finanzielle Förderung anzusprechen. Die Organisation soll auch den UN-Generalsekretär dabei unterstützen, einen jährlichen Umsetzungsbericht zu erstellen. Das UN-System soll auch sicherstellen, dass die Realisierung der in der Deklaration dargelegten Verpflichtungen zur HIV-Bewältigung in den Überprüfungsprozess der 2030 Agenda einfließt. Schließlich wird beschlossen, ein hochrangiges UN-Treffen zur Beendigung der Aids-Epidemie durchzuführen, wobei der Zeitpunkt spätestens in der 75. Sitzungsperiode d.h. 2020/2021 festgelegt werden soll.

*Joachim Rüppel, Sprecher der katholischen Säule  
im Aktionsbündnis gegen AIDS und  
Referent beim Missionsärztlichen Institut*

# Globale Herausforderungen und Strategien für ein Ende von Aids bis 2030

Die jüngsten Schätzungen von UNAIDS zu den bisherigen Entwicklungstendenzen und der aktuellen Situation der HIV-Epidemie zeigen, dass die Bemühungen der Prävention und Behandlung bedeutende Fortschritte erzielt haben. Sie machen aber auch deutlich, dass die Weltgemeinschaft nicht auf halbem Wege stehenbleiben darf, sondern ihre Anstrengungen verstärken muss, um Aids als Bedrohung der öffentlichen Gesundheit und der menschlichen Entwicklung bis 2030 zu beenden.

Zu den wichtigsten Erfolgen zählt die Ausweitung des Zugangs zur antiretroviralen Therapie. Im Dezember 2015 erhielten weltweit 17 Millionen diese lebensbewahrende Behandlung. Bei insgesamt 36,7 Millionen Menschen, die Ende 2015 mit HIV lebten, entspricht dies einem Deckungsgrad von 46 Prozent. Im Vergleich dazu hatten 2010 erst 7,5 Millionen Menschen Zugang zur Therapie. Durch die Ausweitung der Behandlungsprogramme ist es gelungen, die HIV-bedingten Todesfälle um 45 Prozent zu senken. Während 2005, als die Sterblichkeit ihren traurigen Höhepunkt erreichte, rund 2 Millionen Todesfälle zu beklagen waren, mussten im Jahr 2015 noch 1,1 Millionen verzeichnet werden. Damit stellt HIV aber immer noch zusammen mit der Tuberkulose die tödlichste Infektionskrankheit dar.

Sehr erfreuliche Wirkungen konnten auch durch die Prävention der vertikalen Übertragung von der schwangeren oder stillenden und mit HIV lebenden Mutter auf neugeborene Kinder erzielt werden. Die Anzahl der Neuinfektionen unter Kindern fiel allein zwischen 2010 und 2015 um fast die Hälfte von 290.000 auf 150.000. Zuletzt erhielten 77 Prozent der mit HIV lebenden Schwangeren antiretrovirale Medikamente, um die Übertragung auf den Säugling zu verhindern. Bei der Vermeidung der Neuinfektionen unter Jugendlichen und Erwachsenen hat sich der Rückgang aber zuletzt wieder verlangsamt. Jedes Jahr infizieren sich 1,9 Millionen

Menschen über 14 Jahre mit HIV. In Osteuropa und Zentralasien sowie dem Nahen Osten und Nordafrika sind die Neuinfektionen sogar deutlich angestiegen. Durch die – noch zunehmende – Differenz zwischen Neuinfektionen und Todesfällen hat sich die Gesamtzahl der mit dem Virus lebenden Menschen seit 2010 um 3,4 Millionen erhöht.

Mit 19,1 Millionen entfiel mehr als die Hälfte der weltweit mit HIV lebenden Menschen auf die Länder im südlichen und östlichen Afrika. Diese Region ist aufgrund struktureller in der Kolonialherrschaft wurzelnder Bedingungen wie massenhafte Wanderarbeit und extreme soziale Ungleichheit mit Abstand am stärksten betroffen. Während die globale Infektionsrate in der Altersgruppe von 15 bis 49 Jahren bei 0,8 Prozent liegt, beläuft sie sich hier auf durchschnittlich über 7 Prozent und übersteigt in drei Ländern im Süden des Kontinents sogar 20 Prozent.

Der Anteil der Frauen an den Jugendlichen und Erwachsenen, die mit HIV leben, wird auf 51 Prozent veranschlagt. Bei den aktuellen Neuinfektionen entfallen allerdings mit 47 Prozent weniger als die Hälfte auf Frauen, was auch mit dem höheren Zugangsgrad zur Therapie von 52 Prozent gegenüber 41 Prozent unter Männern zusammenhängen dürfte.

Seit dem Beginn der Epidemie haben sich 78 Millionen Menschen mit dem HI-Virus infiziert, 35 Millionen Menschen sind bereits daran gestorben. Zurzeit ereignen sich 5.700 Neuinfektionen pro Tag, wovon zwei Drittel auf Afrika südlich der Sahara entfallen.

Nach den Schätzungen von UNAIDS wurden 2015 rund 19 Milliarden US\$ aufgebracht, um die HIV-Epidemie in den Entwicklungsländern anzugehen. Mit 57 Prozent mobilisierten die Länder mittleren und niedrigen Einkommens den größeren Teil hiervon aus inländischen Quellen. Annähernd die Hälfte der Gesamtmittel entfiel auf die obere Gruppe der Länder mit mittleren Einkommen.

## Die Fast-Track-Strategie für ein Ende von AIDS bis 2030

Die Vereinten Nationen haben sich im Rahmen der im September 2015 verabschiedeten Agenda für nachhaltige Entwicklung vorgenommen, bis 2030 die Aids-Epidemie zu beenden. Gleichzeitig hat UNAIDS die Fast-Track-Initiative entwickelt, die konkrete Handlungsansätze aufzeigt, mit denen dieses große Ziel zu erreichen ist. Die nächsten Jahre sind entscheidend, denn bis 2020 müssen rasche Fortschritte erzielt werden:

- ▶ 90 % der mit HIV lebenden Menschen sollen ihren HIV-Status kennen,
- ▶ 90 % der Menschen mit einem positiven Testergebnis sollen Zugang zu einer antiretroviralen Kombinationstherapie erhalten und

- ▶ Die Behandlung soll in 90 % der Fälle die Viruslast dauerhaft unter die Nachweisgrenze senken.

Bis 2030 soll sich der jeweilige Anteil auf 95 % erhöhen.

In Verbindung mit gezielten Präventionsmaßnahmen sollen hierdurch die jährlichen Neuinfektionen bis 2020 auf weniger als 500.000 und dann bis 2030 auf unter 200.000 reduziert werden. Mit diesen Maßnahmen soll es auch gelingen, die Aids-bedingten Todesfälle auf ein ähnliches Niveau zu senken. Verglichen mit einem Szenario, bei dem die Programme bei dem Deckungsgrad von 2014 verharren, rechnet UNAIDS damit, dass die vorgesehenen Maßnahmen das Potential haben, in den kommenden anderthalb Jahrzehnten 17,6 Millionen HIV-Neu-Infektionen und 10,8 Millionen Aids-bedingte Todesfälle abzuwenden. Eine unabdingbare Voraussetzung ist, die Diskriminierung gegen die Menschen zu beseitigen, die mit HIV leben oder die durch ihre soziale Situation besonders gefährdet sind.

### **Auf erzielten Fortschritten aufbauen und Herausforderungen angehen!**

Die kontinuierliche Behandlung mit antiretroviralen Medikamenten ermöglicht es Menschen mit HIV, eine ähnliche Lebenserwartung zu erreichen wie HIV-negative Menschen. Voraussetzung dafür ist eine gute Gesundheitsversorgung mit regelmäßig stattfindenden Vorsorgeuntersuchungen und einer geeigneten Therapiebegleitung. An der Krankheit Aids müsste heutzutage eigentlich niemand mehr sterben. Die Therapie macht auch die sexuelle Übertragung von HIV unwahrscheinlich und stellt damit ein effektives Mittel der Prävention dar. Dafür ist es nötig, die Viruslast also die Anzahl der Viruskopien im Blut und anderen Körperflüssigkeiten so weit zu vermindern, dass sie nicht mehr nachweisbar ist.

Die aktuellen Richtlinien der Weltgesundheitsorganisation empfehlen, dass alle Menschen, die mit HIV leben, unverzüglich eine Therapie beginnen. Allerdings zeigen aktuelle Erhebungen, dass mehr als die Hälfte von ihnen noch gar keine Kenntnis von ihrer Infektion hat.

Neben der präventiven Wirkung der Therapie tragen auch die anderen wissenschaftlich geprüften Präventionsstrategien dazu bei, Neuinfektionen zu vermeiden. Um die Epidemie zurückzudrängen, müssen die Programme besser auf die Menschen zugeschnitten werden, die aufgrund ihrer sozialen Lebensverhältnisse am meisten gefährdet sind. Und die Präventionsbemühungen sind erheblich zu verstärken. Selbst in Ländern, die stark von HIV betroffen sind, verfügen noch immer weniger als 40 Prozent der jungen Männer und kaum 30 Prozent der jungen

Frauen über ausreichendes Wissen, um die Übertragungswege und die Präventionsmöglichkeiten von HIV korrekt anzugeben.

Männer, die Sex mit Männern haben, Transgender, Sexarbeiter/innen und Drogengebrauchende werden in vielen Gesellschaften ausgegrenzt und kriminalisiert. Auch Menschen, die mit HIV und Aids leben, werden oftmals stigmatisiert und diskriminiert. Das macht es schwer, offen mit einem Infektionsrisiko oder der diagnostizierten Infektion umzugehen. Die oft berechtigte Befürchtung, diskriminiert zu werden, hält Menschen davon ab, Beratungs- und Testeinrichtungen oder Behandlungszentren aufzusuchen. All dies begünstigt die Ausbreitung des Virus, erhöht das Risiko von Resistenzen gegen die eingesetzten Medikamente und schließt viele Menschen von der gesellschaftlichen Teilhabe aus. Aber die Selbsthilfe und die Solidarität haben es auch in vielen Fällen erreicht, negative Reaktionen und diskriminierende Gesetze zu beseitigen.

Um die anvisierten und inzwischen von den Vereinten Nationen vereinbarten Ziele zu erreichen, müssen die Gesamtaufwendungen für die HIV-Prävention und Behandlung in den Entwicklungsländern bis 2020 auf mindestens 26,2 Milliarden US\$ erhöht werden. Von den Ländern selbst werden dabei erhebliche zusätzliche Anstrengungen erwartet, um die inländischen Ressourcen zu erhöhen. Zugleich ist aber der Umfang der öffentlichen Entwicklungszusammenarbeit deutlich auf 11,6 Milliarden US\$ zu steigern, um die Finanzierungslücken zu schließen. Falls es aber nicht gelingen sollte, die Neuinfektionen wie geplant zu reduzieren und weitere Kostensenkungen für die Behandlung zu erreichen, würde der Ressourcenbedarf signifikant ansteigen.

Mit den derzeit zur Verfügung stehenden Strategien und Handlungsansätzen kann die Weltgemeinschaft die Aids-Epidemie bis 2030 bezwingen. **Das kann aber nur gelingen, wenn die globalen Anstrengungen jetzt deutlich verstärkt werden.**

*Joachim Rüppel, Sprecher der katholischen Säule  
im Aktionsbündnis gegen AIDS und Referent  
beim Missionsärztlichen Institut*

*Peter Wiessner, Referent für Advocacy und Öffentlichkeitsarbeit  
beim Aktionsbündnis gegen AIDS*

*Viktoria Rappold, Referentin für Gremienarbeit und Öffentlichkeitsarbeit  
beim Aktionsbündnis gegen AIDS*

*Quellen: Aktuelle Publikationen von UNAIDS*



# **Teil A: Das politische Engagement Deutschlands für die globale Gesundheit und HIV-Bewältigung**

# Der Koalitionsvertrag der Bundesregierung: Von Worten zu Taten!?

Als im Herbst 2013 die beiden Parteien mit der höchsten Anzahl an Wahlstimmen – SPD und CDU – in die Koalitionsverhandlungen zum 18. Bundestag gingen, war die Position der Sozialdemokraten eigentlich glasklar: Im Falle einer SPD-Regierungsbeteiligung sollten die Mittel für Entwicklungszusammenarbeit jedes Jahr um eine Milliarde Euro aufgestockt werden, bis das sog. 0,7 Prozent-Ziel<sup>2</sup> erreicht ist. Die vorgeschlagene Aufstockung von 4 Milliarden Euro im letzten Jahr der Legislaturperiode hätte<sup>3</sup> eine signifikante Annäherung an das ODA-Ziel dargestellt aber bei Weitem nicht ausgereicht, um es zu erfüllen. Insgesamt hätten sich im Wahlprogramm der Sozialdemokraten die zusätzlichen Mittel von 2014 bis 2017 auf 10 Milliarden Euro summiert. Während der Verhandlungen mobilisierte das Aktionsbündnis gegen AIDS seine Mitglieder und brachte beiden Verhandlungsseiten die Argumente für eine prominente Positionierung von Gesundheit und besonders der Bekämpfung von HIV und Aids durch den Globalen Fonds im Koalitionsvertrag nahe.

<sup>2</sup> Richtwert der UN-Resolution von 1970, nach welcher wirtschaftlich fortgeschrittene Staaten, mindestens 0,7 % des Bruttonationaleinkommens (BNE) für öffentliche Entwicklungshilfe (Official Development Assistance – ODA) bereitstellen sollen.

<sup>3</sup> Seite 10 des SPD Regierungsprogrammes: [https://www3.spd.de/linkableblob/96686/data/20130415\\_regierungsprogramm\\_2013\\_2017.pdf](https://www3.spd.de/linkableblob/96686/data/20130415_regierungsprogramm_2013_2017.pdf)

## Vielversprechendes Statement zum Globalen Fonds im Koalitionsvertrag

Mit Erfolg! So lesen wir: „Gesundheit bildet die Grundlage für nachhaltige Entwicklung. Der Globale Fonds spielt hierbei eine wichtige Rolle, die sich in der Politik der Bundesregierung widerspiegeln soll.“<sup>4</sup> Erstmals in der

<sup>4</sup> Auf Seite 182 des Koalitionsvertrags: [https://www.bundesregierung.de/Content/DE/\\_Anlagen/2013/2013-12-17-koalitionsvertrag.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.bundesregierung.de/Content/DE/_Anlagen/2013/2013-12-17-koalitionsvertrag.pdf?__blob=publicationFile)

Geschichte der Bundesrepublik Deutschland wurde die enorme Bedeutung von Gesundheit in den Entwicklungsländern und damit verbunden ein fundamentales Bekenntnis zur Bedeutung des Globalen Fonds in einem Koalitionsvertrag anerkannt. Dabei ist hervorzuheben, dass nicht nur das Fachministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung, sondern die Bundesregierung insgesamt in die Verantwortung genommen wird. So waren umfassende Maßnahmen von weitreichender Tragweite zu erwarten. Dazu kommt, dass die Weltgemeinschaft in diesen Jahren einen neuen globalen Handlungsrahmen aushandelte, die heutigen SDGs der sog. Agenda 2030, die auf den 2015 ausgelaufenen Millenniums-Entwicklungszielen aufbaut und über diese hinausgeht.

Und was hat es gebracht? Diese Frage lässt sich leider nur zu deutlich beantworten. Eine substantielle Erhöhung des Engagements der Regierungskoalition blieb aus. Deutschlands Beiträge zur Förderung der internationalen Gesundheit sind wie der Beitrag zum Globalen Fonds nur geringfügig angestiegen. Als einziger Lichtblick ist die Erhöhung des deutschen Beitrags für die Weltimpfallianz Gavi zu bezeichnen. Ansonsten lag das konkrete Engagement Deutschlands bei globaler Gesundheit und insbesondere zu HIV und Aids, wie schon im finanziellen Teil dieses Reports ausführlich analysiert, weit unter dem Durchschnitt anderer großer Geber. Warum nur?

### Auf anfängliche Weitsichtigkeit folgte politische Kurzsichtigkeit

Natürlich kann diese Frage nur teilweise beantwortet werden. Eine Teilantwort liegt aber sicherlich in der finanziellen Selbstbeschneidung der Koalitionäre. Denn die SPD opferte ihr Wahlversprechen einer signifikanten Annäherung an das 0,7% Finanzierungsziel ganz schnell dem Koalitionsfrieden. Statt eine Erhöhung der Entwicklungsmittel um 10 Milliarden Euro über den Zeitraum der Legislaturperiode fest zu legen, wurde gerade Mal ein Fünftel dieses Betrags vereinbart und dies auch nur Aufgrund einer Intervention der Kanzlerin die wohl ein Absinken der Quote befürchtete. „Dafür bin ich der CDU-Vorsitzenden dankbar, auch wenn sie deshalb keine Heldin in Sachen ODA-Quote für mich ist,“ schrieb enttäuscht der entwicklungspolitische Sprecher der SPD, Dr. Sascha Raabe, und legte sein Amt als Sprecher nieder.<sup>5</sup>

In einer Phase der steigenden steuerlichen Einnahmen hat sich die viertgrößte Volkswirtschaft der Welt effektiv der Handlungsmöglichkeiten für ein Umsetzen des entwicklungspolitischen Teils

<sup>5</sup> <http://www.sascha-raabe.de/meldungen/29823/152503/Erklaerung-zum-Abschied-als-entwicklungspolitische-Sprecher.html>  
Anmerkung: Der tatsächliche Umfang der zusätzlichen EZ-Mittel infolge der Aufstockungen des BMZ-Haushalts in den Jahren 2014, 2016 und – laut Entwurf – 2017 wird deutlich höher. Somit fand eine partielle Korrektur statt. Das Fünftel, also €2 Milliarden zusätzlich, war bereits in den Jahren 2014 bis 2016 erreicht.

des Koalitionsvertrags beraubt. Dieser Selbstfesselung fielen konsequenterweise auch die hehren Worte von der Bedeutung von Gesundheit als Grundlage menschlicher Entwicklung und der Rolle des Globalen Fonds zum Opfer. Es sollte festgehalten werden, dass die deutsche Zivilgesellschaft immer für eine Erhöhung des Engagements Deutschlands für die Aidsbekämpfung im Rahmen einer signifikanten Gesamt-ODA-Erhöhung eintrat, um Einschnitte in anderen Bereichen der Entwicklungszusammenarbeit zu Gunsten der Gesundheitsförderung zu verhindern.

In die gegenwärtige Periode des 18. Bundestag fällt die Umbruchphase der MDGs zu den SDGs. Während noch drei der acht Millenniumsziele auf die Verbesserung konkreter aber auch isolierter Gesundheitskapitel – Mütter- und Kindersterblichkeit, sowie Aids, Tuberkulose und Malaria – abzielten, ist im neuen weltweiten Zielrahmen Gesundheit letztlich mit allen siebzehn Zielen verbunden. Das hat der 2013 verhandelte Koalitionsvertrag mit seiner Feststellung zu globaler Gesundheit schon vorrausschauend erfasst. Doch dieser anfänglichen Weitsichtigkeit folgte politische Kurzsichtigkeit.

### **Das Ringen um den politischen Willen für einen bezahlbaren Zugang zur Gesundheitsversorgung für alle geht weiter!**

Es wird die Pflicht der deutschen Zivilgesellschaft – und mit ihr des Aktionsbündnisses gegen AIDS – sein im kommenden Wahlkampf darauf zu drängen, dass nicht eingehaltene Wahlversprechen nachgeholt werden, die zukünftige Entwicklungspolitik Deutschlands in den Rahmen der Agenda 2030 gestellt wird und die bestehenden Defizite bei der Finanzierung des Globalen Fonds und in der Gesundheitsfinanzierung insgesamt geschlossen werden. Einen angemessenen und fairen Beitrag dafür zu leisten, dass alle Menschen bezahlbaren Zugang zu der Gesundheitsversorgung haben, die sie benötigen, muss maßgebliches Ziel sein. Die Mittel dafür sind vorhanden, aber noch fehlt der politische Wille diese einzusetzen. Diesen zu mobilisieren wird die vorrangige Aufgabe aller entwicklungspolitischen Akteur/innen sein.

*Marwin Meier, Themenmanager Gesundheit & Anwaltschaftsarbeit  
bei World Vision*

# HIV-Strategien der

## Bundesregierung 2012 und 2016

2012 veröffentlichte das Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (BMZ) sein HIV-Strategiepapier: ‚Deutschlands Beitrag zur nachhaltigen Eindämmung von HIV – ein Positionspapier des BMZ‘. In dem Papier verpflichtet sich Deutschland, sich für den universellen Zugang zu HIV-Prävention und Behandlung einzusetzen, um das Millenniumsentwicklungsziel 6 zu erreichen. Dort wird auch die 2007 gegebene Verpflichtung erwähnt, im Zeitraum 2008–2015 insgesamt 8 Milliarden Euro für die Bekämpfung von HIV, Malaria und Tuberkulose sowie die dafür erforderliche Stärkung der Gesundheitssysteme zur Verfügung zu stellen. Da es sich um ein Strategiepapier des BMZ handelt, konzentriert es sich auf die internationale HIV-Bewältigung; auf die nationale Situation in Deutschland wird praktisch nicht eingegangen.

Im April 2016 beschloss das Kabinett die ‚Strategie zur Eindämmung von HIV, Hepatitis B und C und anderen sexuell übertragbaren Krankheiten‘. Da die Federführung dieses Papiers beim Bundesgesundheitsministerium (BMG) lag, steht hier die Situation in Deutschland im Mittelpunkt. Lediglich 5 der 28 Seiten beschäftigen sich mit der internationalen HIV-Situation.

### **Nachlassende Betonung von HIV in Strategiepapieren**

Während im Dokument von 2012 HIV noch eine Sonderstellung in der Entwicklungszusammenarbeit (EZ) beigemessen wurde, ist dies im Papier von 2016 nicht mehr festzustellen. Die Bestrebung 2016, HIV immer mehr in die Gesundheitssystemstärkung zu integrieren, birgt die Gefahr, HIV unsichtbar zu machen. Das konterkariert eine notwendige Ausweitung und Intensivierung der Bemühungen der Bundesrepublik, um zum international beschlossenen nachhaltigen Entwick-

lungsziel eines Endes von Aids bis 2030 beizutragen. Dieses Ziel wird auch als Referenzrahmen im 2016 publizierten Papier erwähnt.

Auch bei den Aussagen zur multi- und bilateralen EZ für die HIV-Bewältigung lassen sich gewisse Tendenzen aufzeigen. Multilateral wird in der Strategie von 2012 die Unterstützung des Globalen Fonds und der Weltgesundheitsorganisation (WHO) unterstrichen. Diese wichtigen multilateralen Organisationen finden auch in der Strategie von 2016 Erwähnung, so dass hier eine Kontinuität der Relevanz zu erkennen ist, der allerdings bei den finanziellen Anstrengungen kaum Rechnung getragen wird. Bis auf die GAVI Wiederauffüllungskonferenz, bei der Anfang 2015 die Bundesregierung den deutschen Beitrag deutlich anhob (auf 600 Mio. Euro bis 2020 oder bis zu 120 Mio. Euro pro Jahr), konnte keine nachhaltige Steigerung der Zuwendungen für multilaterale Finanzierungsinstrumente konstatiert werden. Seit der Aufstockung im Jahr 2008 auf 200 Millionen pro Jahr wurde der deutsche Beitrag zum Globalen Fonds nicht signifikant erhöht. Eine einmalige Anhebung für 2014 auf 245 Mio. Euro wurde leider in den Jahren danach nicht fortgesetzt und führte auch zu keiner Verpflichtungserklärung für einen höheren Beitrag Deutschlands. Im Jahr 2016 belief sich der Direktbeitrag auf lediglich 210 Millionen Euro.<sup>6</sup> Weniger wirtschaftskräftige Länder Europas wie Frankreich und das Vereinigte Königreich haben Deutschland inzwischen überholt, so dass Deutschland nur noch viertgrößter Geldgeber des Globalen Fonds ist und der deutsche Beitrag weit hinter der Wirtschaftskraft des Landes zurückbleibt. Allerdings hat Deutschland gleichzeitig mehr Verantwortung übernommen und sich stärker in die Aufsichtsgremien der multilateralen Instrumente (Globaler Fonds, GAVI und auch UNAIDS) eingebracht und in der Regierungsdelegation für den Globalen Fonds auch eine zivilgesellschaftliche Vertretung mit aufgenommen. Hier sollte die begrüßenswerte Verantwortung, die Deutschland in den Aufsichtsgremien dieser wichtigen Institutionen übernimmt, Hand in Hand gehen mit einem erhöhten Finanzierungsbeitrag. Da nun auch die Finanzmittel bei UNAIDS eingebrochen sind, sollte eine angemessene finanzielle Ausstattung für WHO und UNAIDS als wichtige Koordinationsorgane zu Gesundheit und HIV hohe Priorität für Deutschland haben.

**6** Siehe dazu auch die vergleichende Analyse der Beiträge zum Globalen Fonds im entsprechenden Kapitel von Teil B des Berichts

In der bilateralen Entwicklungszusammenarbeit scheint HIV dagegen an Gewicht zu verlieren. Wurden in der Strategie von 2012 noch 15 Partnerländer und 2 Regionen zum Themenkomplex Gesundheit, HIV und Familienplanung sowie die Unterstützung gesundheitsbezogener Aktivitäten in weiteren 23 Ländern genannt, so sind es in der Publikation von 2016 nur noch 11 Partnerländer und 2 Regionen und 14 Länder, in denen weitere Gesundheitsaktivitäten gefördert wer-

den. Besonders unverständlich ist in diesem Zusammenhang das Aufgeben des HIV-Schwerpunkts in der bilateralen Zusammenarbeit mit der Ukraine – ein Land, das nicht nur durch die russische Annexion der Krim mit Schließung der Methadonprogramme auf der Halbinsel und die Besetzung der östlichen Landesteile mit schwierigen Verhältnissen vor allem auch im Gesundheitsbereich zu kämpfen hat, sondern schon vorher eine generalisierte HIV-Epidemie aufwies, die sich durch die interne Vertreibung vieler noch verschlimmert hat! Man bekommt nicht den Eindruck, dass der Dringlichkeit, Aids zu beenden, die zumindest so auch noch in der 2016er Strategie Deutschlands erwähnt wird, ausreichend Taten folgen.

### **Gelungene Einbeziehung der Zivilgesellschaft in der 2012er Strategie – mangelhaft jedoch 2016**

Inhaltlich lassen sich ansonsten keine großen Akzentverschiebungen erkennen. Die Verwirklichung der Menschenrechte spielt in beiden Papieren eine zentrale Rolle. Das Positionspapier von 2012 wurde von der Zivilgesellschaft und insbesondere dem Aktionsbündnis in verschiedenen Entwicklungsstadien kommentiert, so dass die zivilgesellschaftliche Einbeziehung hier gut gelungen ist. Bei der Entwicklung der Strategie von 2016 gab es nur ein kurzes Treffen mit der Zivilgesellschaft. Hier ist vor allem zu bemängeln, dass Passagen zur Problematisierung von Patenten und zur Entwicklung von kostengünstigen Medikamenten, wie auch die schädlichen Auswirkungen von Freihandelsabkommen, komplett aus dem Text genommen wurden.

Inhaltlich liegt der Schwerpunkt des deutschen Engagements weiterhin auf der Prävention – ein wichtiges Themenfeld im HIV-Bereich, wenn man auch Prävention und Behandlung heute zusammen sehen muss. Schaut man sich die globalen Neuinfektionen der letzten Jahre an, so sind diese in dem Zeitraum kaum gesunken – auch 2015 infizierten sich noch 2,1 Millionen Menschen mit HIV – gerade einmal 50.000 weniger als noch 2013. Auch 2015 konnten die Neuinfektionen aber nur bei Kindern deutlich gesenkt werden.

Die systematische Kombination von Präventionsmaßnahmen, wie von der Bundesregierung gefördert und Programme für *key populations* spielen weiterhin eine wichtige Rolle in der HIV-Prävention. Ob jedoch das *social marketing* von Kondomen höhere Erfolge erzielt, als die kostenlose Verteilung, müsste untersucht werden. Der Fokus auf privatwirtschaftliches Engagement ist wahrscheinlich nicht zielführend, wenn es zum Beispiel darum geht, die Anwendung von Kondomen zu erhöhen.

Auch die Gleichberechtigung der Geschlechter ist ein wichtiger Faktor, um Infektionen zu verhindern und wird sowohl 2012 wie auch 2016 ausführlich erwähnt. Allerdings empfiehlt die erste Strategie sehr viel expliziter die größere Einbeziehung von Männern und Jungen, als dies in der neuen Veröffentlichung ersichtlich ist.

Die Strategie von 2012 nennt folgende Schwerpunkte für das deutsche Engagement zu HIV:

- ▶ Förderer des globalen politischen Rahmens: HIV soll als vordringliche Aufgabe der int. Gemeinschaft wahrgenommen werden.
- ▶ Als Unterstützer nachhaltiger nationaler HIV-Strategien
- ▶ Als Impulsgeber für ein unterstützendes politisches und soziales Umfeld

Wie unsere Ausführungen im Beitrag „Gesundheit und HIV in den Regierungserklärungen von Bundeskanzlerin Angela Merkel“ darstellen, bezog sich in dem Zeitraum kaum eine Regierungserklärung auf HIV, so dass die erste Aufgabe wohl nur sehr partiell wahrgenommen wurde. Auch war HIV in der bilateralen EZ in vielen Ländern keine Priorität mehr. Sodann rutschte Deutschland vom drittgrößten auf den viertgrößten Platz in der Rangfolge der absoluten Beiträge für den Globalen Fonds. Zwischen Positionspapieren und ihrer Umsetzung klafft leider noch eine große Lücke.

*Astrid Berner-Rodoreda, Sprecherin der evangelischen Säule  
beim Aktionsbündnis gegen AIDS und  
Referentin für HIV und Aids bei Brot für die Welt*

*Frank Mischo, Referent Advocacy- und Öffentlichkeitsarbeit  
bei der Kindernothilfe*



# Stellenwert von Gesundheit und HIV in den Regierungserklärungen von Bundeskanzlerin Angela Merkel

Der Stellenwert eines Themas für die deutsche Politik wird auch durch die Regelmäßigkeit der Nennung in Regierungserklärungen deutlich. Zwischen Mai 2011 und April 2016 gab Frau Merkel 19 Regierungserklärungen ab. Die entwicklungspolitischen oder aus gesundheitlichen Aspekten wichtigen Erklärungen sind im nebenstehenden Kasten aufgeführt.

## Im Zeitraum von 5 Jahren HIV kein einziges Mal erwähnt!

Bundeskanzlerin Merkel hat in ihrer Rede beim Millenniumsziel-Gipfel im September 2010 vielversprechend zum Globalen Fonds gesagt: „Ein gelungenes Beispiel ist der Globale Fonds zur Bekämpfung von AIDS, Tuberkulose und Malaria – ein multilaterales Instrument, das sich bewährt hat. Die Hilfe des Fonds kommt direkt bei den Menschen an. Deutschland ist drittgrößter Geber. Ich werde mich dafür einsetzen, dass Deutschland den Fonds und die Bemühungen um eine Verbesserung der Gesundheitssituation insgesamt auch weiterhin auf hohem Niveau unterstützt.“ Erschreckend ist, dass dann im gesamten 5-Jahreszeitraum keine Regierungserklärung der Bundeskanzlerin HIV und das deutsche Engagement dazu auch nur erwähnt. Auch globale Gesundheit spielte in den Regierungserklärungen von 2011 und 2012 keine Rolle. In ihrer Erklärung zum EU-Afrika Gipfel 2014 werden HIV, Infektionskrankheiten und Gesundheit ebenfalls mit keinem Wort erwähnt. Das ist schockierend, da Afrika weiterhin der am stärksten von HIV betroffene Kontinent ist, wo im Jahr 2015 über 70 % aller Menschen mit HIV lebten und fast 70 % aller durch Aids verursachten Todesfälle zu verzeichnen waren.

Lediglich vier Regierungserklärungen (Juni 2014; Mai und September 2015, März 2016) gehen auf das Thema Gesundheit ein. Die Erklärung von 2016 nennt Ge-

sundheit in Bezug zu Flüchtlingen, wobei der Grundtenor der Erklärung ist, die Zahl der nach Europa und Deutschland kommenden Flüchtlinge spürbar und dauerhaft zu reduzieren<sup>7</sup>, was zum fragwürdigen Kompromiss mit der Türkei geführt hat. Im Juni 2014 spielten Handelsfragen wie auch Mütter-Kinder-Gesundheit und die GAVI Wiederauffüllungskonferenz eine Rolle, bei der 2015 auch höhere Beiträge als ursprünglich geplant zugesagt wurden. Es hat sehr lange gedauert, bis sich bei der Bundesregierung die Einsicht durchgesetzt hat, dass die bisherige Beteiligung an der Finanzierung von GAVI unzureichend war und deutlich angehoben werden musste. Das gilt in gleichem Maß für den deutschen Beitrag für den Globalen Fonds, dessen Höhe sich seit 2008 nur wenig nach oben bewegt hat trotz des deutlich gestiegenen Bedarfs und der Beitragserhöhungen anderer Geber.

7 16.3.2016

### Regierungserklärungen von Bundeskanzlerin Angela Merkel

- ▶ 26. Mai 2011 zum G8-Gipfel am 26./27. Mai 2011 in Deauville
- ▶ 10. Mai 2012 zum G8-Gipfel am 18./19. Mai 2012 in Camp David und NATO-Gipfel am 20./21. Mai 2012 in Chicago
- ▶ 14. Juni 2012 zum G20-Gipfel am 18./19. Juni 2012 in Los Cabos (Mexiko)
- ▶ 18. Dezember 2013 zum Europäischen Rat am 19./20. Dezember 2013
- ▶ 29. Januar 2014
- ▶ 20. März 2014 zu u.a. EU-Afrika-Gipfel am 2./3. April 2014
- ▶ 4. Juni 2014
- ▶ 26. November 2014 zu G20
- ▶ 21. Mai 2015 zum Gipfeltreffen der Östlichen Partnerschaft in Riga und den G7-Gipfel in Elmau
- ▶ 24. September 2015 zu Flüchtlingen und Entwicklungspolitik
- ▶ 16. März 2016 zu Flüchtlingen und EU

## Freihandelsabkommen uneingeschränkt positiv bewertet

Bei den Statements von Frau Merkel zu Handelsfragen wird klar, dass sie den Freihandel uneingeschränkt positiv bewertet und darauf drängt, weitere Freihandelsabkommen abzuschließen. Die Gefahren in den Abkommen bezüglich einer Erosion der Sozialstandards, wie auch bezüglich des erschwerten Zugangs zu Generika werden mit keiner Silbe erwähnt. Bei ihrer Regierungserklärung im November 2014 in Brisbane ist diese Tendenz noch verstärkt. Es geht vor allem darum, dass Europa den Anschluss nicht verliert.<sup>8</sup> Sie drängt auf zügige Verhandlungen und sieht Europa in der Rolle, Sozialstandards festzulegen. Dass gerade bisherige Freihandelsabkommen Bestimmungen enthalten, die Sozialstandards aushöhlen, wird nicht problematisiert.

Ansonsten geht Frau Merkel darauf ein, das 2000 beschlossene Ziel, 3 % des Bruttoinlandsprodukts für Forschung auszugeben, auch zu realisieren, was laut ihrer Rede 2012 schon annähernd gelang. In

**8** Wenn es uns nicht gelingt, das Trans-atlantische Freihandelsabkommen zügig zu verhandeln, werden wir nicht nur im internationalen Handel große Nachteile gegenüber anderen Regionen haben – eine schwere Bürde für ein Exportland wie Deutschland –, sondern wir werden auch Chancen verpassen, internationale Standards im globalen Handel im Blick auf Ökologie, Verbraucherschutz und rechtsstaatliche Mittel überhaupt noch mitbestimmen zu können, und das wollen wir ja.

ihrer Erklärung vom 29. Januar 2014 spricht sie sich für eine Finanztransaktionssteuer aus, was begrüßenswert ist. Allerdings wird diese nur in einem Halbsatz erwähnt<sup>9</sup>. Die Finanztransaktionssteuer würde der Bundesregierung zusätzliche Mittel für die Entwicklungsfinanzierung und dort insbesondere auch für die Bereiche HIV und Gesundheit bereitstellen. Eine 2016 durchgeführte repräsentative Umfrage des Meinungsforschungsinstitut TNS Emnid im Auftrag von Oxfam Deutschland kam zu dem Ergebnis, dass 57 Prozent der Befragten in Deutschland die Umsetzung der Finanztransaktionssteuer noch im Jahr 2016 begrüßen würden. Welche Anteile der Mittel für die Entwicklungsfinanzierung insgesamt sowie insbesondere für HIV und Gesundheit zu verwenden wären, müsste noch festgelegt werden.

9 Kein Finanzmarktakteur, kein Finanzprodukt und kein Finanzplatz darf ohne angemessene Regulierung bleiben; Finanzakteure müssen durch die Finanztransaktionssteuer zur Verantwortung gezogen werden (29.1.2014)

*Astrid Berner-Rodoreda, Sprecherin der evangelischen Säule  
beim Aktionsbündnis gegen AIDS und  
Referentin für HIV und Aids bei Brot für die Welt*

*Frank Mischo, Referent Advocacy- und Öffentlichkeitsarbeit  
bei der Kindernothilfe*

## Quo vadis? –

# Roadmap der Bundesregierung

Am Rande des Gipfeltreffens der Vereinten Nationen zur Annahme der Agenda 2030 für nachhaltige Entwicklung im September 2015 verkündete Bundeskanzlerin Merkel als oberste Repräsentantin der deutschen Regierung ihre Pläne einer neuen deutschen Gesundheitsinitiative, genannt „Healthy Systems – Healthy Lives“<sup>10</sup>, manchmal auch kurz als „Roadmap“ bezeichnet. Diese Initiative zur Stärkung der Gesundheitssysteme wurde gemeinsam mit Norwegens Ministerpräsidentin Erna Solberg und dem ghanaischen Präsidenten John Dramani Mahama angestoßen und mit Reden von Ban Ki-moon, Margaret Chan und Bill Gates wortgewaltig begleitet. Man kann bei dieser Initiative wahrlich nicht behaupten, dass es an hochrangigen Geburtshelfern gefehlt hätte.

<sup>10</sup> „Eine gesunde Zukunft sichern: Widerstandsfähige Gesundheitssysteme verhindern Epidemien und gewährleisten gesundes Leben“ / „Securing a Healthy Future: Resilient Health Systems to Fight Epidemics and Ensure Healthy Lives“, <https://www.bundesregierung.de/Content/DE/Pressemitteilungen/BPA/2015/09/2015-09-25-merkel-solberg-mahama.html>

## Ebola-Epidemie als Ausgangspunkt

Eingebettet in die Gastgeberschaft Deutschlands für den G7 Prozess im Jahr 2015 und ausgehend von der Unzufriedenheit mit der langsamen und ungenügenden Reaktion der Weltgemeinschaft auf die Ebola-Epidemie Westafrikas, stellt die sogenannte ‚Roadmap‘ Deutschlands Flaggschiffinitiative für die Umsetzung der Gesundheitsziele der Agenda 2030 dar. Erklärtes Ziel der Initiative ist die Zusammenführung und Koordination der vielen unterschiedlichen im Bereich globaler Gesundheit tätigen Akteure zum Ziel einer effektiven und belegbaren, bzw. nachweisbaren Stärkung der Gesundheitssysteme.<sup>11</sup>

<sup>11</sup> [http://health.bmz.de/what\\_we\\_do/hss/](http://health.bmz.de/what_we_do/hss/)

Für die Bekämpfung der weltweiten Aids-Epidemie ergeben sich aus der neuen Initiative strukturelle Herausforderungen. Die Bekämpfung der großen Infektionskrankheiten war um die Jahrtausendwende eines der acht Millenniums-Entwicklungsziele (MDGs), auf die sich die Weltgemeinschaft bis zum Jahr 2015 geeinigt hatte. Für die gegen HIV gerichteten Anstrengungen war diese Fokussierung enorm wichtig: Eines der daraus resultierenden Ergebnisse war die Gründung des Globalen Fonds.

## Anstrengungen gegen HIV heute nur noch eines von vielen Unterzielen

Die Zeiten ändern sich und es sieht so aus, als ob HIV seinen Stellenwert in der Aufmerksamkeit der Weltgemeinschaft eingebüßt hätte. Die globale HIV-Bekämpfung wird heute im Rahmen der nachhaltigen Entwicklungsziele (SDGs) lediglich auf der Ebene eines von vielen Unterzielen benannt, subsummiert unter Ziel 3 der SDGs.

Obwohl die Herausforderungen sich keineswegs verändert haben und HIV noch lange nicht besiegt ist, muss sich die HIV-Aids-Bekämpfung, wie bereits ausgeführt, in Konkurrenz zu anderen Herausforderungen im Bereich der Gesundheitsfinanzierung behaupten.

Die nachlassende Fokussierung auf HIV kann man durchaus als einen Rückschritt auffassen. Obgleich die Agenda 2030 dem Worte nach der Sonderstellung der Infektionskrankheiten noch Rechnung trägt: *„Wir werden ebenso das Fortschrittstempo bei der Bekämpfung von Malaria, HIV/ Aids, Tuberkulose, Hepatitis, Ebola und anderen übertragbaren Krankheiten und Epidemien beschleunigen“*<sup>12</sup>, heißt es in dem Papier. Wir hoffen sehr, dass dies mehr ist als ein Lippenbekenntnis.

<sup>12</sup> Vereinte Nationen, Transformation unserer Welt: die Agenda 2030 für nachhaltige Entwicklung, Paragraph 26, <http://www.un.org/depts/german/gv-70/a70-l1.pdf>

## Zivilgesellschaft befürchtet vermutlich zurecht, dass das bisher im Kampf gegen Aids Erreichte, revidiert werden könnte

Die Fokussierung auf Gesundheitssystemstärkung, könnte man auch als einen Versuch der Verweigerung des Blicks in die Niederungen der HIV-Arbeit auffassen: Wenn nur noch über die Stärkung von Systemen gesprochen wird, verwehrt das möglicherweise den Blick auf die Notlagen und Finanzierungsengpässe, der von HIV betroffenen Gruppen. Und das sind häufig Sexarbeiter/innen und deren Kund/innen, Drogengebrauchende, Gefangene, Migrant/innen und Männer, die Sex mit Männern haben.

Dies ist sicherlich nicht die Intention der Bundesregierung. Verwunderlich ist es trotzdem, dass sich die Roadmap überhaupt nicht mit der HIV/Aids Thematik befasst und diese nur noch indirekt über die Nennung des Globalen Fonds in die vorliegende Fassung der Arbeitspapiere Eingang findet.<sup>13</sup>

Dies ist bedauerlich, denn die gesundheitssystemstärkende Wirkung der HIV-Bekämpfung im südlichen und östlichen Afrika ist belegt. Ein Negativbeispiel dafür bietet leider Westafrika, dem Teil des Kontinents, der der Herausforderung Ebola so wenig an widerstandsfähigen Gesundheitsstrukturen zu entgegen hatte und der am wenigsten von den systemstärkenden Nebenwirkungen der massiven Investitionen in die HIV-Bekämpfung profitierte.<sup>14</sup>

Die Potentiale für die Erreichung eines ‚allgemeinen Gesundheitszugangs‘ (Universal Health Coverage) liegen dabei in der Ausnutzung und Förderung aller systemstärkenden Maßnahmen von Gesundheitssystemen, wie zum Beispiel in den ausdrücklichen Anstrengungen des Globalen Fonds und anderer globaler Instrumente.<sup>15</sup> Diese Synergien werden in der Roadmap aktuell nicht dargestellt und es ist zu befürchten, dass es bei den BMZ Haushaltsvorschlägen zu hausinterner Konkurrenz kommt.

Was aber vor allem fehlt, ist ein konkreter Plan, die WHO Empfehlung umzusetzen, wonach Geberländer mindestens 0,1 Prozent ihres Bruttonationaleinkommens für die Finanzierung grundlegender Gesundheitsdienste in den wirtschaftlich benachteiligten Ländern zur Verfügung stellen sollten. Damit könnten destruktive Konflikte um die Verteilung knapper Mittel vermieden werden. Hier ist dringend nachzubessern, wenn Deutschland wirklich dem eigenen Anspruch einer Vorreiterstellung in der internationalen Gesundheitsfürsorge gerecht werden will.

<sup>13</sup> In der *political declaration: renewed commitments towards Health System Strengthening and Universal Health Coverage* wird HIV nicht erwähnt. Im *technical paper* nur der Globale Fonds (vgl. Entwürfe vom 27. Mai 2016)

<sup>14</sup> Zum Beispiel: <https://www.theguardian.com/global-development/2014/oct/29/hiv-aids-west-africa-health-investment-ebola>

<sup>15</sup> so verpflichtet sich auch die Weltimpf-allianz Gavi der Gesundheitssystemstärkung

## Dringende Nachbesserungen erforderlich!

Was die wirtschaftlichen Voraussetzungen angeht, gibt es für Deutschland keine Entschuldigung, weiterhin bei der angemessenen Mitfinanzierung der globalen HIV-Bekämpfung und der Gesundheitssystemstärkung hinterher zu hinken. Eine konkrete Zusage für eine konsequente Erhöhung des deutschen Beitrags für die globale Gesundheit bildet nicht nur ein notwendiges Element für die Initiative der Gesundheitssystemstärkung, sondern ist auch ohne Einschränkung finanzier-

bar. Bisher fallen aber leider die theoretischen Überlegungen und finanziellen Anstrengungen für deren Umsetzung auseinander. Dabei ist offensichtlich, dass sich eine nachhaltig und ausreichend finanzierte HIV-Bekämpfung und die Erreichung des SDG3 – Gesundheit für Alle – gegenseitig bedingen.

Ohne ein Ende von Aids werden wir das zentrale Ziel der neuen Entwicklungsagenda verfehlen, „ein gesundes Leben für alle Menschen jeden Alters (zu) gewährleisten und ihr Wohlergehen (zu) fördern“.<sup>16</sup>

16 Wortlaut des SDG 3

Von einer *Roadmap* wird erwartet, dass sie Orientierung verleiht. Das hat sich auch im Zeitalter der GPS Systeme nicht wirklich verändert. Die Roadmap der Bundesregierung lässt allerdings wegweisende Selbstverpflichtungen vermissen. Diese sind aber unverzichtbar, damit der Weg in die richtige Richtung führt

*Marwin Meier, Themenmanager Gesundheit & Anwaltschaftsarbeit  
bei World Vision und*

*Peter Wiessner, Referent für Advocacy und Öffentlichkeitsarbeit  
beim Aktionsbündnis gegen AIDS*

# Die Erwähnung von HIV und Aids in den G7/G8-Erklärungen zwischen 2007 und 2016

## Der Weg von Heiligendamm nach Ise-Shima

### Wer sind die „G7“?

Die Gruppe der Sieben besteht aus sieben führenden Industrienationen. Neben Deutschland gehören Frankreich, Großbritannien, Italien, Japan, Kanada und USA dazu. Außerdem ist die Europäische Union bei allen Treffen vertreten. Diese Treffen bieten den Staats- und Regierungschefs die Möglichkeit, ihre Standpunkte im persönlichen Gespräch auszutauschen. Seit 1975 findet das Gipfeltreffen einmal pro Jahr statt. Bis 2012 war auch Russland zu den so bezeichneten G8-Treffen eingeladen.

Zu jedem Treffen gibt es eine Gipfelerklärung (Kommuniqué) mit den wichtigsten Ergebnissen, teilweise auch zusätzliche Berichte und Arbeitspläne. Die Teilnehmer beraten über Fragen mit weltweiter Bedeutung wie Weltwirtschaft, Außen-, Sicherheits- und Entwicklungspolitik. Zusätzlich greifen die Teilnehmer Themen auf, bei denen aktuell politischer Handlungsbedarf besteht und die auf ein breites Interesse der Öffentlichkeit stoßen. Themen und Entscheidungen werden immer im Konsens durch die beteiligten Regierungsvertreter festgelegt.

1999 war das erste G7-Treffen in Deutschland. Dabei ging es hauptsächlich um Globale Finanzierungs- und Verschuldungsfragen. Meist hat der Gipfel ein oder zwei Themenschwerpunkte. Im Rahmen der Umsetzung der Millenniums-Entwicklungsziele ab 2000 spielten Gesundheitsthemen zeitweise eine gewichtige Rolle.

Der Beitrag untersucht die Aussagen zu HIV und Aids seit dem G7-Gipfel von Heiligendamm, wo dem Thema eine vordringliche Bedeutung beigemessen wurde. Dabei wird deutlich, dass HIV weiterhin auf der Tagesordnung steht, aber mit weit geringerem Stellenwert als in früheren Jahren.



### 2007, Heiligendamm (Deutschland)

Besonders beim G8-Gipfel in Heiligendamm 2007 konnte Deutschland mit den Gipfelergebnissen von 60 Milliarden US\$ für Anstrengungen zur Verwirklichung des Zieles des allgemeinen Zugangs, der Millenniums-Entwicklungsziele zur Bekämpfung von HIV/Aids, Malaria und Tuberkulose sowie zur Stärkung der Gesundheitssysteme beitragen. Das bedeutet, dass insbesondere mit dem Globalen Fonds zur Bekämpfung von Tuberkulose, Malaria und Aids (Globaler Fonds) ein wichtiger Impuls zur Bekämpfung von HIV/Aids weltweit gesetzt wurde<sup>17</sup>.

### 2008, Toyako (Japan)

In Toyako in Japan im Jahr 2008 wurden mit 60 Milliarden US\$ die Beschlüsse aus Heiligendamm bestätigt und um einen Zeitplan für die Verwendung innerhalb von fünf Jahren ergänzt. Neue HIV und Aids-relevante Verpflichtungen kamen nicht hinzu<sup>18</sup>.

### 2009, L'Aquila (Italien)

In L'Aquila in Italien im Jahr 2009 wurde der Globale Fonds mit seinen flächendeckenden Möglichkeiten einen Gesundheitszugang für von HIV und Aids und von anderen Krankheiten betroffenen Menschen, hervorgehoben. Auch wurde die Notwendigkeit der Erhöhung der Investitionen trotz der damals herrschenden weltweiten Finanzkrise deutlich gemacht, um die Gesundheits-Millenniumsziele noch zu erreichen<sup>19</sup>.

### 2010, Muskoka (Kanada)

In Muskoka in Kanada im Jahr 2010 war Gesundheit ein großer Schwerpunkt, insbesondere Kinder- und Müttergesundheit: Die Millenniumsziele vier und fünf, an deren Umsetzung es am Meisten mangelte. Zusätzlich zu den von den G8 bisher investierten 4,1 Milliarden US-Dollar sollten weitere 5 Milliarden US-Dollar<sup>20</sup> im Zeitraum von 2010–2015 folgen. Durch die Reduktion der Eltern-Kind-Übertragung von HIV und die Verbesserung von Gesundheitsinfrastruktur und Behandlungsmöglichkeiten strahlte die Initiative deutlich auf das Themenfeld HIV und Aids aus und führte zu einer spürbaren Verbesserung in diesem Teilbereich<sup>21</sup>.

17 Gipfelerklärung Heiligendamm 2007: [https://www.g7germany.de/Content/DE/\\_Anlagen/G8\\_G20/2007-G8-abschluss-deu.pdf?\\_\\_blob=publicationFile&v=2](https://www.g7germany.de/Content/DE/_Anlagen/G8_G20/2007-G8-abschluss-deu.pdf?__blob=publicationFile&v=2)

18 Gipfelerklärung Toyako 2008: [https://www.g7germany.de/Content/DE/StatischeSeiten/Breg/G7G20/Anlagen/G8-erklarung-japan-2008-de.pdf?\\_\\_blob=publicationFile&v=5](https://www.g7germany.de/Content/DE/StatischeSeiten/Breg/G7G20/Anlagen/G8-erklarung-japan-2008-de.pdf?__blob=publicationFile&v=5)

19 Gipfelerklärung L'Aquila 2009: S. 51ff, [https://www.g7germany.de/Content/DE/StatischeSeiten/Breg/G7G20/Anlagen/G8-erklarung-aquila-2009-de.pdf?\\_\\_blob=publicationFile&v=5](https://www.g7germany.de/Content/DE/StatischeSeiten/Breg/G7G20/Anlagen/G8-erklarung-aquila-2009-de.pdf?__blob=publicationFile&v=5)

20 Zitat Muskoka Declaration, para 10: „To this end, the G8 undertake to mobilize as of today \$ 5.0 billion of additional funding for disbursement over the next five years”, <http://www.g8.utoronto.ca/summit/2010muskoka/communique.html>; siehe auch Alternativbericht von 2011, S. 21 unten

21 Gipfelerklärung Muskoka, Kanada 25.–26. Juni 2010: S. 3ff, [https://www.g7germany.de/Content/DE/StatischeSeiten/Breg/G7G20/Anlagen/G8-Erklarung-Muskoka-de.pdf?\\_\\_blob=publicationFile&v=6](https://www.g7germany.de/Content/DE/StatischeSeiten/Breg/G7G20/Anlagen/G8-Erklarung-Muskoka-de.pdf?__blob=publicationFile&v=6)

Auf Seite 6 der Erklärung von Muskoka wird auch direkt zum Thema HIV und Aids die Zusage von G8 bekräftigt, einem universellen Zugang zu Prävention, Behandlung, Versorgung und Unterstützung in Bezug auf HIV und Aids so nahe wie möglich zu kommen. Dafür sollte die 3. Wiederauffüllungskonferenz des Globalen Fonds zur Bekämpfung von Aids, Tuberkulose und Malaria im Oktober 2010 zu einem Erfolg gemacht werden. Auch andere nationale und privatwirtschaftliche Geber wurden miteinbezogen und dazu aufgerufen, den Globalen Fonds finanziell zu unterstützen. Gleichzeitig sollten auch HIV, sowie die Rechte und Dienstleistungen von sexueller und reproduktiver Gesundheit im größeren Zusammenhang der Stärkung der Gesundheitssysteme einbezogen werden<sup>22</sup>.

22 Gipfelerklärung Muskoka: Ebda. S.6

### 2011, Deauville (Frankreich)

In der Gipfelerklärung von Deauville am 27. Mai 2011 wurde ein Rechenschaftsbericht eingeführt, der feststellt, dass die G8 ca. 78% der Gesamtmittel des Globalen Fonds zur Bekämpfung von Tuberkulose, Malaria und Aids wie in den Jahren zuvor beitragen.<sup>23</sup> Auf Seite 23 der Gipfelerklärung legen die G8 fest, dass sie den Globalen Fonds gegen AIDS, Tuberkulose und Malaria in dieser Höhe fortgesetzt unterstützen und dass der sich reformierende und effizienter arbeitende Globale Fonds von den G8 und weiteren Gebern unterstützt werden soll.

23 Gipfelerklärung von Deauville, Frankreich 26.–27. Mai 2011, S.6, [https://www.g7germany.de/Content/DE/StatischeSeiten/Breg/G7G20/Anlagen/G8\\_Gipfelerklaerung.pdf?\\_\\_blob=publicationFile&v=6](https://www.g7germany.de/Content/DE/StatischeSeiten/Breg/G7G20/Anlagen/G8_Gipfelerklaerung.pdf?__blob=publicationFile&v=6)

Das Engagement für die Verbesserung der Müttergesundheit und die Senkung der Kindersterblichkeit, durch die Muskoka-Initiative zur Verbesserung der Gesundheit von Müttern, Neugeborenen und Kindern unter fünf Jahren, wird fortgeführt und die Umsetzung besser überwacht. Auf S. 24 wird auch die Patentpool-Initiative von UNITAID für erschwingliche Generika für arme Staaten begrüßt, die auch sehr hilfreich für die HIV-Behandlung ist.<sup>24</sup>

24 Gipfelerklärung von Deauville: Ebda. S.23

### 2012, Camp David (USA)

In Camp David ist erstmalig in einer Gipfelerklärung eines G8 Treffens am 19. Mai 2012 weder etwas zum Thema HIV und Aids noch zu dem Globalen Fonds zu finden. Nur kurz wird im Rahmen der Mutter-Kind-Gesundheitsinitiative, zu GAVI oder zu den gesundheitlichen Folgen des Klimawandels überhaupt ein Gesundheitsthema angesprochen.<sup>25</sup> Auch die Bundeskanzlerin spricht in ihrer Regierungserklärung zu Camp David am 10. Mai 2012 nur über die sicherheitspolitischen Themen des Gipfels.

25 Gipfelerklärung von Camp David USA 18.–19. Mai 2012, [https://www.g7germany.de/Content/DE/\\_Anlagen/G8\\_G20/G8-camp-david-gipfelerklaerung-deutsch.pdf?\\_\\_blob=publicationFile&v=4](https://www.g7germany.de/Content/DE/_Anlagen/G8_G20/G8-camp-david-gipfelerklaerung-deutsch.pdf?__blob=publicationFile&v=4)

Immerhin werden HIV und Aids und andere Gesundheitsthemen im Accountability-Report des Gipfels ausführlich auf den Seiten 45–65 behandelt. Der 10. Geburtstag und die positiven Auswirkungen des Globalen Fonds werden erwähnt. Ebenso dass die G8 weiterhin 78 % der Finanzmittel des Globalen Fonds beitragen und damit unter anderem den Zugang für 3,3 Millionen von HIV und Aids betroffenen Menschen zu Behandlung ermöglichen. Auch der Beitrag jedes einzelnen Gebers des Globalen Fonds wird genauso wie die erfolgreiche Strukturreform des Globalen Fonds gewürdigt.<sup>26</sup>

### 2013, Lough Erne (Großbritannien)

In Lough Erne in Großbritannien fehlt in der Gipfelerklärung vom 18. Juni 2013 wie in Camp David das Thema HIV und Aids oder der Globale Fonds.<sup>27</sup> Die G8 stellen im Report ihren Anteil von mehr als  $\frac{3}{4}$  an der Finanzierung des Globalen Fonds mit einem Beitrag von 13,5 Milliarden US-Dollar dar.

Darüber hinaus sind die versprochenen fast 60 Milliarden US-Dollar aus der G8 Heiligendamm und der G8-Muskoka Initiative zu Mütter-, Baby- und Kindergesundheit und für die neue Initiative der Vereinten Nationen für Mütter- und Kindergesundheit der Gesundheitsschwerpunkt der Reports.<sup>28</sup>

### 2014, Brüssel (Belgien)

Durch die politische Situation im Umfeld des Ukraine-Konflikts wird Russland vorübergehend aus der G8 ausgeschlossen und es findet ein EU G7-Gipfel am 4.–5. Juni 2014 in Brüssel statt. Der EU-G7-Gipfel steht ganz im Zeichen des Wandels von G8 zu G7 durch den Ausschluss von Russland und die gemeinsame Erklärung zur Situation in der Ukraine. Gesundheit ist nur ein kurzes Kapitel und dieses wird von der Ebola-Epidemie und einem globalen Aktionsplan gegen antimikrobielle Resistenzen dominiert. HIV und Aids sowie der Globale Fonds kommen aber wieder in der Gipfelerklärung auf Seite 11 vor. Die G7 setzen sich für eine Aids-freie Generation ein und wollen den Globalen Fonds zur Bekämpfung von Aids, Tuberkulose und Malaria unterstützen, der die Belastung durch diese drei verheerenden Infektionskrankheiten in den Empfängerländern und -regionen der vom Fonds geleisteten Zuschüsse verringert.<sup>29</sup>

26 Camp David Accountability Report: S. 45–65, [https://www.g7germany.de/Content/DE/\\_Anlagen/G8\\_G20/2012-G8-camp-david-accountability-report-eng.pdf?\\_\\_blob=publicationFile&v=4](https://www.g7germany.de/Content/DE/_Anlagen/G8_G20/2012-G8-camp-david-accountability-report-eng.pdf?__blob=publicationFile&v=4)

27 Gipfelerklärung von Lough Erne am 18. Juni 2013, [https://www.g7germany.de/Content/DE/\\_Anlagen/G8\\_G20/g8-lough-erne-erklarung-de.pdf?\\_\\_blob=publicationFile&v=6](https://www.g7germany.de/Content/DE/_Anlagen/G8_G20/g8-lough-erne-erklarung-de.pdf?__blob=publicationFile&v=6)

28 Accountability Report von Lough Erne 2013: S. 7f, [https://www.g7germany.de/Content/DE/\\_Anlagen/G8\\_G20/2013-G8-erne-accountability-report-eng.html?nn=1281552](https://www.g7germany.de/Content/DE/_Anlagen/G8_G20/2013-G8-erne-accountability-report-eng.html?nn=1281552)

29 EU G7-Gipfel am 4.–5. Juni 2014 in Brüssel, [https://www.g7germany.de/Content/DE/\\_Anlagen/G8\\_G20/G7-2014-06-05-abschluss-de.pdf?\\_\\_blob=publicationFile&v=6](https://www.g7germany.de/Content/DE/_Anlagen/G8_G20/G7-2014-06-05-abschluss-de.pdf?__blob=publicationFile&v=6)

### 2015, Elmau (Deutschland)

Nach den weitreichenden Versprechen von Heiligendamm ging der Stellenwert von HIV und Aids zurück und kam nur punktuell in der Agenda vor. Gesundheitsthemen kamen aber immer wieder auch als Themenschwerpunkt vor. So auch beim letzten deutschen G7-Gipfel in Elmau 2015. Es war zwar die Bewältigung weltweiter akuter Gesundheitskrisen, die Stärkung der Gesundheitssysteme und die Umsetzung des Aktionsplans der Weltgesundheitsorganisation zu Antimikrobiellen Resistenzen Thema. HIV und Aids sowie der Globale Fonds kamen weniger konkret in einem Satz am Ende des Gesundheitsteils in die Erklärung: „Wir unterstützen uneingeschränkt die laufende Arbeit des Globalen Fonds zur Bekämpfung von Aids, Tuberkulose und Malaria und sehen mit der Unterstützung einer erweiterten Gruppe von Gebern einer erfolgreichen Wiederauffüllung der Mittel im Jahr 2016 erwartungsvoll entgegen“<sup>30</sup>. Damit ist aber auch schon der wichtige Ausblick auf die Auffüllungskonferenz des Globalen Fonds in Kanada am 16. September 2016 angekündigt. Die G7 stellen sich damit weiterhin in die G7/G8-Tradition der Unterstützung der erfolgreichen Aidsbekämpfung durch den Globalen Fonds.

<sup>30</sup> Gipfelerklärung vom G7-Gipfel in Elmau am 7.–8. Juni 2015, [https://www.g7germany.de/Content/DE/\\_Anlagen/G8\\_G20/2015-06-08-g7-abschluss-deu.pdf?\\_\\_blob=publicationFile&v=5](https://www.g7germany.de/Content/DE/_Anlagen/G8_G20/2015-06-08-g7-abschluss-deu.pdf?__blob=publicationFile&v=5)

### 2016, Ise-Shima (Japan)

Durch die Annahme der neuen Entwicklungsagenda durch die Vereinten Nationen im September 2015 verpflichtet sich Deutschland, die dort festgelegte Zielvorgabe der Beendigung von Aids bis 2030 mitzutragen. In der Gipfelerklärung des G7-Gipfels in Ise-Shima am 26.–27. Mai 2016 in Japan wird die Verpflichtung bestätigt, Aids, Tuberkulose und Malaria in Partnerschaft mit dem Globalen Fonds und anderen Institutionen zu beenden.

Diese weitreichende Verpflichtung und die für die Zielerreichung wichtige nächste Auffüllungskonferenz des Globalen Fonds wird neben den Gesundheitsschwerpunkten des Gipfels, dem Universellen Zugang zu Gesundheitsdienstleistungen in leistungsfähigeren Gesundheitssystemen, Antimikrobiellen Resistenzen und dem Aufbau einer Krisenreaktionsstruktur für Globale Gesundheitskatastrophen in einem Satz auf Seite 12 der Ise-Shima Gipfelerklärung erwähnt: „We are committed to ending AIDS, tuberculosis and malaria, working in partnership with the Global Fund (GF) and others. To this end, we fully support a successful 5th replenishment of the GF, taking the opportunity of the GF replenishment conference in Montreal in September, and call on traditional and new donors to support the replenishment“<sup>31</sup>. Dies wird auf S.4 der „Vision für

<sup>31</sup> Gipfelerklärung vom G7-Gipfel in Ise-Shima am 26.–27. Mai 2016 in Japan, <http://www.mofa.go.jp/files/000160266.pdf>

weltweite Gesundheit“ des Ise-Shima-G7-Gipfels noch einmal bekräftigt.<sup>32</sup>

<sup>32</sup> G7-Gipfel in Ise-Shima – Vision for Global Health: S. 4f, <http://www.mofa.go.jp/files/000160273.pdf>

**Ausblick:** Die Vereinbarungen der G7-Gipfel, vor allem die der Jahre 2007 bis 2012, haben starke Impulse für die Bekämpfung von HIV und Aids weltweit setzen können.

Es gibt Verlagerungen von verschiedenen Themen von der G7 auf die G20 Agenda. Dazu gehören entwicklungspolitische Themen, wie Gesundheit weltweit. Das würde dafür sprechen, es wenigstens zu versuchen HIV und Aids als Thema auf die Agenda des G20-Treffens Deutschland im nächsten Jahr zu bekommen. Auch weil dort die größten Geber und die Staaten mit der größten Zahl an Betroffenen, wie Südafrika und Indien vertreten sind. Durch das Konsensprinzip der G20, wie bei G7, ist es jedoch umso schwerer, ein Thema, was nicht alle vertretenen besprechen wollen, auf die Tagesordnung zu bekommen. Bei G7 sind die größten Geber des Globalen Fonds und die interessiertesten Staaten an Lösungen zu Fragen der Globalen Gesundheit vertreten. Deshalb bleibt G7 ein Hoffnungsträger für weitere Beschlüsse zu HIV und Aids. Ob es schon beim nächsten Gipfel soweit ist, ist fraglich. Der G7-Gipfel 2017 findet auf Sizilien statt. Und das dominierende Schwerpunktthema Flüchtlinge ist durch Italien schon so gut wie gesetzt.

*Frank Mischo, Referent Advocacy- und Öffentlichkeitsarbeit  
bei der Kindernothilfe*

## Patente oder Medikamente?

Die Auseinandersetzung mit Patenten und anderen sog. Rechten an geistigem Eigentum fand in der Vergangenheit eher in einschlägigen Kreisen statt. Viele Menschen und Organisationen sahen das Thema als zu komplex an, um sich eingehend damit zu beschäftigen. Das änderte sich mit HIV. Im Jahr 2000 fand die Weltaidskonferenz zum ersten Mal in Afrika statt und allen wird der Auftritt des 11-jährigen an Aids erkrankten Jungen, der behandelt werden wollte noch in Erinnerung sein, wie auch das wichtige Statement dieser Konferenz von Dr. Peter Mugenyi aus Uganda: ‚The medicines are where the disease is not. The disease is where the medicines are not‘. Natürlich war dieser Satz überspitzt – auch im Globalen Norden gab es HIV-Positive, die die Behandlung benötigten, aber für den Globalen Süden waren Preise von 10.000 bis 15.000 Dollar pro Person und Jahr nicht bezahlbar und die antiretrovirale Therapie begann in Afrika erst, als ein indisches Unternehmen Kombinationspräparate für 350 Dollar pro Person und Jahr zur Verfügung stellte.

### TRIPS-Flexibilitäten und Recht auf Gesundheit

Mit der Gründung der Welthandelsorganisation und der Verabschiedung des TRIPS-Abkommens, des Übereinkommens über handelsbezogene Aspekte der Rechte des geistigen Eigentums im Jahr 1995, waren Mitgliedsstaaten angehalten, auch auf Medikamente Patente anzuerkennen. Die Entwicklungsländer abgesehen von den am wenigsten entwickelten Ländern (engl. LDC) mussten bis spätestens 2005 ihr Patentrecht an TRIPS anpassen; die Gruppe der am wenigsten entwickelten Länder hatte eine längere Frist, die letztes Jahr bis 2033 verlängert wurde. Aufgrund der großen Gesundheitsprobleme, die Afrika mit HIV, TB und Malaria hatte, drängten Länder darauf, die Ausnahmeregelungen klar zu definieren. Dies erfolgte

in der sogenannten DOHA-Erklärung, welche das Recht auf Gesundheit in den Mittelpunkt stellt, indem sie die Ausnahmeregelungen bestätigt, die Förderung des Medikamentenzugangs unterstreicht und klarstellt, dass das TRIPS-Abkommen Mitgliedsstaaten nicht daran hindern soll, Maßnahmen zum Schutz der öffentlichen Gesundheit zu ergreifen.<sup>33</sup>

Mitgliedsstaaten müssen diese Freiheiten jedoch auch nutzen. Eine der wichtigsten Maßnahmen ist zu definieren, was als ‚innovativer Schritt‘ gelten soll und was nicht und die Patentierbarkeit dementsprechend einzuschränken. Indien und einige andere Länder haben dies getan, indem sie beispielsweise kein Patent auf Substanzen anerkennen, die nur leicht molekular verändert oder in eine andere chemische Form gebracht wurden, ohne dass dies zu einer erhöhten Wirksamkeit führt. Auch ein neuer Gebrauch für ein schon bekanntes Medikament wird nicht mit einem weiteren Patent belohnt. Ganz anders Südafrika – dieses Land lässt jeden Patentantrag ‚durchgehen‘. Das Land vergibt mehr Patente auf Medikamente als die USA und die EU. Die südafrikanische Zivilgesellschaft macht schon seit Jahren konstruktive Änderungsvorschläge für ihr nationales Patentrecht.

Andere wichtige Flexibilitäten sind Parallelimporte (Importe aus einem anderen Land, in das der Originalhersteller sein Produkt verkauft hat und dessen Preise billiger sind als im eigenen Land), Zwangslizenzen, über die eine Regierung andere Pharma-Unternehmen berechtigen kann, das Medikament herzustellen, z.B. wenn der Preis des Originalherstellers für das Land unerschwinglich ist oder auch das Recht, vor und nach Patentvergabe Einspruch gegen ein Patent einlegen zu können. Allerdings zeigt sich, dass viele Länder zögern, Flexibilitäten wie Zwangslizenzen einzusetzen, da sie dadurch unter massiven wirtschaftlichen Druck der USA geraten. Auf der vom Aktionsbündnis organisierten DOHA+10 Konferenz sagten thailändische wie auch brasilianische Vertreter, dass ihre Regierung heute keine Zwangslizenzen mehr verhängen würde.

**33 We agree that the TRIPS Agreement does not and should not prevent Members from taking measures to protect public health. Accordingly, while reiterating our commitment to the TRIPS Agreement, we affirm that the Agreement can and should be interpreted and implemented in a manner supportive of WTO Members' right to protect public health and, in particular, to promote access to medicines for all. In this connection, we reaffirm the right of WTO Members to use, to the full, the provisions in the TRIPS Agreement, which provide flexibility for this purpose. (DOHA Declaration, Article 4)**

## **TRIPS-Plus Maßnahmen in Freihandelsabkommen schränken Flexibilitäten weiter ein**

Auch bilaterale oder regionale Handelsabkommen schränken die TRIPS-Flexibilitäten weiter ein. Viele Länder müssen durch Freihandelsabkommen früher ihr

Patentrecht verändern, als sie das aufgrund der WTO Regelungen müssten. Patentlaufzeiten werden durch die Abkommen oft verlängert, Patentierbarkeit ausgeweitet, in dem ein anderer Gebrauch für dieselbe Substanz patentiert werden muss, die Nutzung von Parallelimporten und Zwangslizenzen eingeschränkt und Datenexklusivität gefordert wird, was die Registrierung für Generika hinauszögert und somit dem Originalhersteller ein längeres Monopol einräumt. Gegen diese sogenannten TRIPS Plus-Maßnahmen in Freihandelsabkommen müsste die Bundesregierung auf EU-Ebene entschieden vorgehen – die völlig unkritische Unterstützung der Bundeskanzlerin für diese Abkommen zeigt jedoch, dass sie einseitig beraten wurde und die Zivilgesellschaft hier weitaus mehr Aufklärungsarbeit leisten muss.

## Monopolrechte treiben Preise in die Höhe

Im HIV-Bereich ist es nicht mehr die erste Therapielinie, mit der die Länder Schwierigkeiten haben, sondern die zweite und dritte, da die jährlichen Behandlungskosten vor allem für die dritte Therapielinie in die Tausenderbereiche steigen. Eine Lektion, die wir aus den Anfängen der HIV-Behandlung weltweit gelernt haben, ist, dass Preise fallen, wo wir eine Reihe Generikahersteller haben, die das gleiche Medikament herstellen. Wo ein Medikament jedoch unter Patent steht und somit der Originalhersteller ein Monopolrecht hat, das Medikament herzustellen und für den Preis zu verkaufen, den das Unternehmen für geeignet bzw. durchsetzbar hält, gibt es Zugangsprobleme.

Das erleben wir gerade auch im Globalen Norden beim Zugang zu den neuen Hepatitis C Medikamenten. Das Beispiel 'Sofosbuvir' spricht für sich. Sofosbuvir ist ein Hepatitis C Medikament, das in Kombination mit anderen Medikamenten eine chronische Hepatitis C in 12 Wochen heilen kann: ein wichtiger Durchbruch in der Behandlung. Aber – die 12-wöchige Behandlung mit Sofosbuvir kostet in den USA 84.000 USD und in Deutschland ca. 43.000 Euro. Die Produktionskosten für die 12-wöchige Behandlung belaufen sich dagegen auf zwischen 68 und 163 USD nach Berechnungen eines Pharmakologen der Liverpool University.

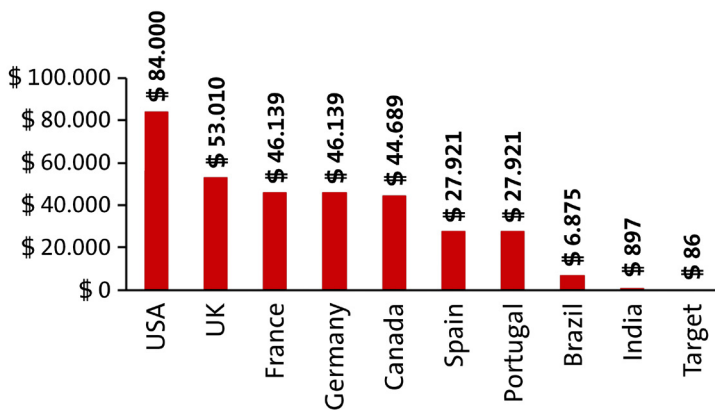
## Die Mär von den hohen Produktionskosten

Dieses himmelweite Auseinanderklaffen von Produktionskosten und den Mondpreisen, die man mit einem Medikament erzielen kann, hat inzwischen auch Ärzte und Wissenschaftler zu Aktivist/innen gemacht. Gilead, der Hersteller, hat Sofosbuvir nicht selbst entwickelt, sondern die Firma Pharmasset aufgekauft, die das Hepatitis C Medikament entwickelte. Der 'Einkaufspreis' von 11 Milliarden Dol-



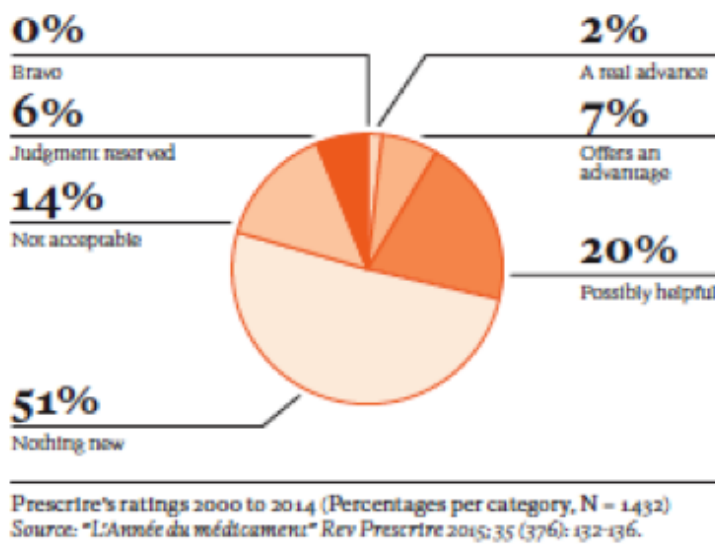
lar und die Kosten, Sofosbuvir auf den Markt zu bringen, waren nach 15 Monaten amortisiert. Die extrem hohen Profite des Konzerns zeigen, dass die Entwicklungskosten nicht allzu hoch sein können.

**Preis für eine 12-wöchige Behandlung mit Sofosbuvir**  
(in US-Dollar)



Quelle:  
Präsentation: Andrew Hill,  
Chelsea and Westminster  
Hospital, London, July 2016

Frankreich hat die Vergabe von Hepatitis C Medikamenten bereits eingeschränkt. Ist das die Antwort? Auf der Internationalen Aidskonferenz in Durban im Juli machten Ärzte mehrmals klar, dass sie keine Entscheidung treffen würden, wer ein Medikament eher verdient als jemand anderes. Die Preise müssen fallen, so dass alle therapiert werden können. Patente haben insgesamt nicht dazu geführt, dass wir benötigte Medikamente zu kostengünstigen Preisen auf den Markt bekommen. Sie sind ein Anreiz für die Pharmaindustrie, das zu produzieren, was einen hohen Profit einbringt, nicht unbedingt das, was benötigt wird – hier bilden die Hepatitis C und HIV-Medikamente eher die Ausnahme. Wenn man sich die neuen Medikamente zwischen 2000 und 2014 anschaut, ist die Bilanz ernüchternd.



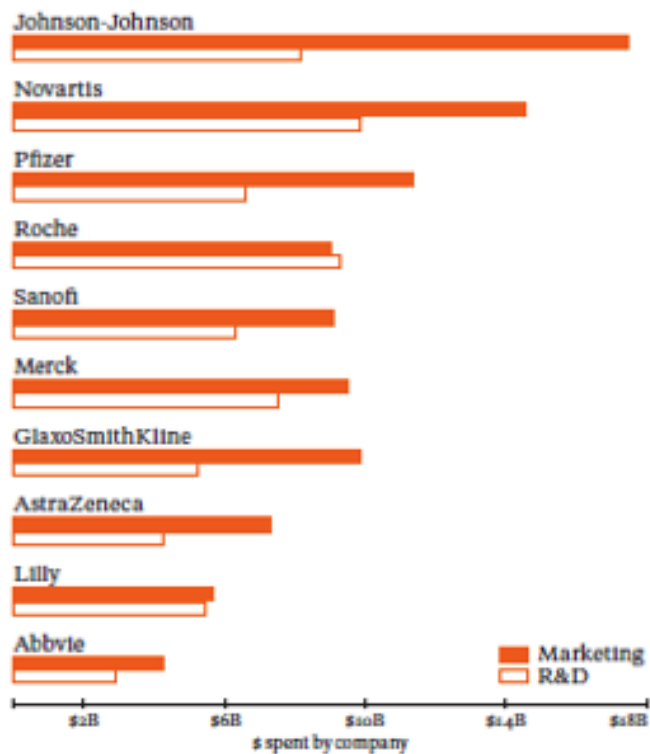
Patente haben sich nicht bewährt, um die richtigen Forschungsanreize zu schaffen und den preiswerten Zugang zu essentiellen Medikamenten zu verbessern. Unternehmen geben weitaus mehr für das Marketing ihrer Produkte aus als für die Forschung. Deshalb müssen andere Anreize geschaffen werden in Form von größer angelegten Patentpools für alle essen-

tiellen Medikamente oder Fonds, mit denen therapeutischer Mehrwert belohnt wird oder auch in Form von Produktforschungs-partnerschaften. Letztlich müssen auch mehr öffentliche Gelder in die Forschung von neuen Medikamenten fließen, die nicht patentiert werden. Hier müssen weitere Anstrengungen auch von deutscher Seite erfolgen.

Die Forderung, die mehrmals auf der Internationalen Aids Konferenz 2016 vorgebracht wurde, muss weltweit umgesetzt werden:

- ▶ \$90 pro Jahr für eine HIV-Behandlung
- ▶ \$90 pro Jahr für eine Hepatitis B-Behandlung und
- ▶ \$90 für eine 12-wöchige Hepatitis C Behandlung.

Ist Deutschland bereit, hierfür die mächtige Pharmedienlobby anzugehen und sich für realistische Medikamentenpreise stark zu machen?



Big Pharma Spending: Marketing vs. R&D  
 Source: Randal S. Olson (2015); Design critique: Putting Big Pharma spending in perspective.

**Für eine ausführlichere Behandlung des Themas, siehe:**

[http://www.brot-fuer-die-welt.de/fileadmin/mediapool/2\\_Downloads/Fachinformationen/Analyse/Analyse\\_58\\_Medicine\\_Patents.pdf](http://www.brot-fuer-die-welt.de/fileadmin/mediapool/2_Downloads/Fachinformationen/Analyse/Analyse_58_Medicine_Patents.pdf)

*Astrid Berner-Rodoreda, Sprecherin der evangelischen Säule beim Aktionsbündnis gegen AIDS und Referentin für HIV und Aids bei Brot für die Welt*

# Zu Risiken und Nebenwirkungen: Freihandelsabkommen und der Zugang zu Medikamenten

Um die Gesundheitsversorgung von Menschen weltweit zu gewährleisten, sind kostengünstige Impfstoffe, Diagnostika und Medikamente unabdingbar – insbesondere für ärmere Länder, aber ebenso für humanitäre Organisationen und Finanzierungsinstrumente wie den Globalen Fonds zur Bekämpfung von AIDS, Tuberkulose und Malaria.

## Viele Impfstoffe, Diagnostika und Medikamente sind zu teuer

Das Problem: Eine Vielzahl der auf dem Markt verfügbaren Impfstoffe, Diagnostika und Medikamente sind teuer. Denn durch den Schutz von geistigem Eigentum, in Form von Patenten, die die Hersteller auf die medizinischen Produkte erhalten, können sie deren Preis quasi frei bestimmen. Doch für Millionen Menschen weltweit sind diese Preise unbezahlbar – sie haben deshalb keinen Zugang zu Therapien oder Impfstoffen, die ihre Gesundheit verbessern oder gar ihr Leben retten könnten. Nachahmerprodukte – sogenannte Generika – sind wesentlich preisgünstiger als die Originalprodukte. Konkurrenz unter verschiedenen Herstellern sorgt dafür, dass die Preise im Laufe der Zeit immer weiter sinken. Das bekannteste Beispiel hierfür sind HIV-Medikamente: Deren Preis ist dank Generika von etwa 10.000 US-Dollar pro Patient und Jahr auf unter 100 US-Dollar innerhalb von zehn Jahren gesunken.

## Übereinkommen über handelsbezogene Aspekte der Rechte des geistigen Eigentums

Die grundlegende Verbindung zwischen Patentrecht und globalem Handel wurde 1995 mit der Gründung der Welthandelsorganisation (WTO) in Vertragsform

gegossen. Im Rahmen der WTO-Gründung wurde das „Übereinkommen über handelsbezogene Aspekte der Rechte des geistigen Eigentums“ (TRIPS – Trade-Related Aspects of Intellectual Property Rights Agreement) geschlossen, das Mindeststandards festlegt, die von allen WTO-Mitgliedern in nationales Recht umgesetzt werden müssen. Das **TRIPS-Abkommen** beinhaltet die Patentierbarkeit pharmazeutischer Produkte für mindestens 20 Jahre. Für diesen Zeitraum erhält die herstellende Firma das exklusive Recht, das patentierte Produkt herzustellen und ohne Konkurrenz als alleiniger Anbieter auf den Markt zu bringen. Hohe Preise sind davon die Folge.

Um die Gesundheitsbedürfnisse der Menschen in ärmeren Ländern mit westlichen Handelsinteressen zu vereinbaren, beinhaltet das TRIPS-Abkommen auch bestimmte Schutzklauseln, sogenannte TRIPS-Flexibilitäten. Dazu zählt zum Beispiel die Möglichkeit, die Patentierbarkeit von Produkten einzuschränken. TRIPS verlangt, dass Patente für „innovative Schritte“ vergeben werden – was genau einen innovativen Schritt ausmacht, wird jedoch nicht definiert. In Einklang mit dieser Vorgabe gestaltete Indien sein Patentrecht daraufhin patientenfreundlich: Produkte, die zum Beispiel lediglich in einer neuen Darreichungsform auf den Markt kommen – und dabei keinen therapeutischen Mehrwert mit sich bringen – erfüllen in Indien nicht die erforderlichen Kriterien für die Erteilung eines Patents. Dies ermöglicht es indischen Firmen, kostengünstige Generika herzustellen. Diese patientenfreundliche indische Gesetzgebung trägt maßgeblich dazu bei, dass das Land als „Apotheke der Armen“ gilt.

Die TRIPS-Flexibilitäten sehen z.B. auch die Erteilung von Zwangslizenzen zur Produktion eines patentierten Produkts vor. Damit kann, im Falle einer nationalen Gesundheitskrise und aus Gründen der öffentlichen Gesundheit, die Produktion des patentierten Medikaments durch Generikahersteller von der entsprechenden Regierung erlaubt werden.

## Freihandelsabkommen bedrohen Zugang zu Nachahmerprodukten

Große Industrienationen versuchen indes, die wirtschaftlichen Interessen der hauptsächlich in westlichen Ländern ansässigen Pharmafirmen zu verteidigen, u.a. im Rahmen der Verhandlungen um Freihandelsabkommen. So werden wiederholt Klauseln vorgeschlagen, die eine Gefahr für die Verfügbarkeit kostengünstiger Medikamente weltweit darstellen können. Sie gehen über die Bestimmungen des TRIPS-Abkommens hinaus und sind daher als **TRIPS-Plus-Maßnahmen** bekannt. Einige immer wieder in Entwürfen von Freihandelsabkommen zu findende Klauseln sollen im Folgenden vorgestellt werden:

- ▶ **Verlängerungen von Patentlaufzeiten** sind in diversen Freihandelsabkommen vorgesehen. Doch je länger ein Patent läuft, umso länger wird auch der preissenkende Wettbewerb durch Generika unterdrückt. Die Monopolstellung des Original-Herstellers bleibt gewahrt. Für die Patienten und Patientinnen verlängert sich so die Wartezeit auf bezahlbare Produkte.
- ▶ Klauseln zur **Datenexklusivität** beziehen sich auf die Verfügbarkeit von Daten klinischer Studien. Sie legen fest, dass die Hersteller von Nachahmer-Produkten für die Zulassung nicht auf die klinischen Studien des Original-Herstellers zugreifen dürfen. Folglich müssten sie klinische Studien mit Test-Patientinnen wiederholen. Dies ist jedoch nicht nur kostensteigernd und ineffizient, sondern vor allem auch unethisch. Datenexklusivität kann zudem mitunter auch dann vorgesehen sein, wenn gar kein Patent für ein Medikament vergeben wurde oder wenn das Patent bereits abgelaufen ist.
- ▶ Regelungen zum **Investitionsschutz** sollen es Konzernen ermöglichen, Regierungen vor einem privaten Schiedsgericht verklagen zu können, wenn staatliche Handlungen Investitionen des Konzerns bedrohen. Auch geistiges Eigentum könnte in diesem Zusammenhang als Investition verstanden werden. Das kann dazu führen, dass TRIPS-Flexibilitäten zum Schutz der öffentlichen Gesundheit, zum Beispiel die wichtige Möglichkeit Zwangslizenzen zu erteilen, ausgehebelt werden.
- ▶ **Zollmaßnahmen für Exportprodukte** sollen es Firmen erlauben, den legitimen Export von Nachahmer-Produkten in Entwicklungsländer zu unterbinden. Auch rechtliche Schritte gegen Dritte, die die Produkte kaufen oder vertreiben, sollen möglich sein. Dies könnte erheblich dazu beitragen, den bezahlbaren Zugang zu legalen Generika nicht nur zu diskreditieren, sondern erheblich zu erschweren.

## Beispiele für schädliche Freihandelsabkommen

Vor dem Hintergrund dieser Klauseln beobachtet Ärzte ohne Grenzen die Entwicklungen um verschiedene Freihandelsabkommen mit großer Sorge. Die **Trans-Pacific Partnership (TPP)**, die 12 Länder der Pazifikregion umfasst, wäre, falls in der gegenwärtigen Form ratifiziert, für den weltweiten Zugang zu medizinischen Produkten das bisher schädlichste Handelsabkommen. Denn es beinhaltet Klauseln, die eine Verlängerung und Stärkung von geistigem Eigentum und von Patent-Monopolen vorsehen und den Zugang zu bezahlbaren, lebensrettenden Nachahmer-Produkten so um Jahre verzögern oder sogar ganz verhindern könnten. Auch die „**Regional Comprehensive Economic Partnership**“ (**RCEP**), ein

Freihandelsabkommen zwischen 16 asiatischen Staaten, beinhaltet – auf Druck Japans und Südkoreas – TPP-ähnliche Klauseln zum Schutz geistigen Eigentums. Indien und China gehören hier direkt zu den Vertragspartnern: Indien ist, wie beschrieben, der bedeutendste Hersteller von Generika. China ist der weltgrößte Produzent pharmazeutischer Wirkstoffe, die zur Medikamentenproduktion, auch von Generika, nötig sind. Im Fall einer Implementierung würde dies ernsthafte globale Auswirkungen für den bezahlbaren Zugang zu Generika-Produkten haben. Es ist zu erwarten, dass die Verhandlungen um ein **EU-Indien-Freihandelsabkommen**, die vorübergehend ausgesetzt waren, wiederaufgenommen werden. Schon in früheren Verhandlungsrunden hatte die EU o.g. Zollmaßnahmen oder Investitionsschutzklauseln gefordert.

### **Gesundheitsversorgung ärmerer Menschen muss Priorität haben**

Es liegt in der Verantwortung der verhandelnden Parteien, Handelsabkommen so zu gestalten, dass sie den Zugang zu bezahlbaren Impfstoffen, Diagnostika und Medikamenten für Menschen in ärmeren Ländern nicht gefährden. TRIPS-Plus-Klauseln, wie die oben vorgestellten, dürfen in diesem Sinne nicht in die Vertragstexte integriert werden. Wir appellieren an alle Verhandlungspartner/innen von Handelsabkommen – insbesondere an die EU und ihre Mitgliedsstaaten – die Interessen der Menschen zu berücksichtigen, die meistens weniger laut für ihre Interessen eintreten können als die Industrie. Der Profit großer Unternehmen darf nicht wichtiger sein als die Gesundheit von Menschen.

*Birthe Redepening, wissenschaftliche Mitarbeiterin bei Ärzte ohne Grenzen*

# People Before Profits – Medizinische Forschung muss dem Wohl der Menschen dienen, nicht dem Profit der Konzerne

Tag für Tag sehen die Mitarbeiter/innen von Ärzte ohne Grenzen in den Projekten vor Ort Patient/innen, denen sie gar nicht oder nur unzureichend helfen können. Denn diese Patient/innen leiden an Krankheiten, gegen die es keine adäquaten Impfstoffe, Diagnostika oder Medikamente gibt. Ursache hierfür ist ein Mangel in der Forschung und Entwicklung. Denn die kommerzielle pharmazeutische Forschung richtet sich eher an Medizinprodukten aus, mit denen sich möglichst viel Gewinn erzielen lässt – nicht an den medizinischen Bedürfnissen von Menschen weltweit. Krankheiten, die arme Menschen betreffen, nicht häufig auftreten oder nicht dauerhaft behandelt werden müssen, sind für die kommerzielle Forschung nicht interessant. Ökonomisch betrachtet, stellt dies ein Marktversagen im Innovationssystem dar, das für die Gesundheit von Millionen Menschen weltweit schwerwiegende Folgen hat:

## Antimikrobielle Resistenzen

Die Bedrohung durch antimikrobielle Resistenzen bzw. Antibiotika-Resistenzen ist derzeit sehr stark in der öffentlichen Debatte. Sie verdeutlicht, dass der Mangel an adäquaten medizinischen Produkten eine globale Dimension hat, die reiche Industrienationen und ärmere Länder gleichermaßen betrifft. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) warnt vor einem Zeitalter, in dem wir keine wirksamen Mittel mehr gegen bisher behandelbare Krankheiten haben, weil sich Resistenzen bilden und es keine neuen wirksamen Antibiotika gibt. Aus Sicht der kommerziellen Pharmaforschung ist eine Investition in die Entwicklung eines Produkts jedoch sehr unattraktiv, wenn es nur sehr restriktiv und mit kurzer Behandlungsdauer eingesetzt werden soll. So wurde seit 1987 keine neue antibiotische Wirkstoffklas-

se mehr entwickelt. Wie ein Blick auf die Forschungs-Pipeline zeigt, ist insbesondere die öffentlich finanzierte Grundlagenforschung im Bereich der antimikrobiellen Resistenzen an Universitäten und öffentlich geförderten Forschungsinstituten gut aufgestellt. Eine sogenannte Translation, also die Übertragung der Ergebnisse aus der Grundlagenforschung in die Anwendungsforschung in klinischen Studien, die traditionell von der Pharmaindustrie übernommen wird, bleibt jedoch häufig aus.

**Das Beispiel der Tuberkulose (TB)** – die vor allem in ärmeren Ländern prävalent ist – verdeutlicht das Dilemma besonders deutlich: Obwohl jedes Jahr fast 1,5 Millionen Menschen an TB sterben – wenn man die Todesfälle unter Menschen mit einer HIV/TB-Koinfektion einrechnet – und sie damit die tödlichste Infektionskrankheit überhaupt darstellt, sind die zur Behandlung verfügbaren Antibiotika und Diagnostika weiterhin unzureichend, besonders für resistente Formen der TB. So ist die Behandlung multiresistenter Tuberkulose sehr langwierig und mit extremen Nebenwirkungen verbunden. Der Behandlungserfolg liegt mit den derzeit einsetzbaren Mitteln weltweit bei durchschnittlich nur rund 50 Prozent. Nachdem mehr als 50 Jahre lang keinerlei medizinischer Fortschritt erzielt wurde, gibt es nun zwei neue Medikamente zur Behandlung resistenter TB. Ein wichtiger erster Schritt. Doch diese sind bisher nur für einen Bruchteil der Patienten zugänglich, die sie dringend bräuchten. Zugleich muss noch weiter an neuen wirksameren Antibiotika geforscht werden, vor allem an neuen kompletten Behandlungsregimes, die aus mehreren Medikamenten bestehen.

Erkrankungen wie Kala Azar, die Afrikanische Schlafkrankheit und Tuberkulose, die mehrheitlich in ärmeren Ländern auftreten und für die es keine adäquaten medizinischen Produkte gibt, werden als vernachlässigte und armutsassoziierte Krankheiten bezeichnet. Diese Krankheiten sind zwar weit verbreitet und vielfach lebensbedrohlich, stellen für die Pharmaindustrie aber keinen lukrativen Absatzmarkt dar. Denn die betroffenen Menschen können sich teure Medikamente in der Regel nicht leisten. So waren zwischen 2000 und 2011 von den weltweit 336 neu zugelassenen Wirkstoffen nur 4 – also 1,2 Prozent – für vernachlässigte Krankheiten bestimmt, obwohl diese für eine globale Krankheitslast von 11 Prozent verantwortlich sind. Das ist ein Missverhältnis um den Faktor 10.

Zudem sind verfügbare medizinische Produkte im Bereich der vernachlässigten Krankheiten oft nicht auf die Gegebenheiten in ärmeren Ländern zugeschnitten – zum Beispiel hohe Temperaturen. Die Teams von Ärzte ohne Grenzen können beispielsweise in der Demokratischen Republik Kongo nicht alle Patient/innen er-



reichen, um sie auf die Schlafkrankheit zu untersuchen, da die Reagenzien für das diagnostische Verfahren eine Kühlkette benötigen, die vor Ort nicht aufrecht zu erhalten ist.

## Neue und vermehrt auftretende Infektionskrankheiten

Auch die Ebola-Epidemie als Beispiel für neue und vermehrt auftretende Infektionskrankheiten (new and emerging disease) zeigt, wie fatal eine Orientierung des Innovationssystems an kommerziellen Aspekten sein kann. Zu einem vielversprechenden Impfstoffkandidaten hatten öffentlich finanzierte vorklinische Studien stattgefunden. Die weiterführenden klinischen Studien in der Phase der Anwendungsforschung wurden dann jedoch mehr als zehn Jahre lang nicht gemacht, weil die Pharmaindustrie damals kein kommerzielles Interesse an einer Ebola-Impfung hatte.

## Alternative Forschungsanreize

Um den weltweit dringenden medizinischen Bedarf zu decken, muss verstärkt daran gearbeitet werden, bestehende Forschungslücken zu schließen. Dazu müssen konkrete Forschungsprioritäten gesetzt werden und alternative Anreizmodelle für Innovationen verstärkt gefördert werden. Ein wichtiger Aspekt dabei: Die Kosten für die Forschung und Entwicklung müssen vom Preis entkoppelt werden, zu dem das entwickelte Produkt letztlich verfügbar ist – das sogenannte **de-linkage Konzept**. Nur so ist gewährleistet, dass dringend benötigte Forschung und Entwicklung auch dann stattfindet, wenn es keine Aussichten auf hohe Profite gibt, und dass Impfstoffe, Diagnostika und Medikamente dann auch bezahlbar sind.

Zu den alternativen Maßnahmen gehören sogenannte **Push-, Pull- und Pool-Mechanismen**. Unter **Push-Mechanismen** versteht man Forschungsförderung, die unabhängig vom konkreten Erfolg geleistet wird. Dazu gehört zum Beispiel die öffentlich finanzierte Grundlagenforschung an Forschungsinstituten und Universitäten. Auch die klinischen Studien in der Phase der Anwendungsforschung sollten in Zukunft stärker öffentlich gefördert werden. Sogenannte Produktentwicklungspartnerschaften (PDPs) sind nicht-gewinnorientierte Netzwerke, die sowohl in der Grundlagen- als auch in der Anwendungsforschung aktiv sind und vor allem die Entwicklung von Präparaten gegen vernachlässigte und armutsassoziierte Krankheiten voranbringen. Einige PDPs werden beispielsweise derzeit vom Ministerium für Bildung und Forschung mit einem Betrag von 50 Millionen Euro über fünf Jahre unterstützt – ein weiteres Beispiel für einen Push-Mechanismus. Wie eini-

ge andere Nichtregierungsorganisationen auch, würde Ärzte ohne Grenzen indes eine Verdoppelung der Fördersumme für PDPs begrüßen. Bei den **Pull-Mechanismen** geht es darum, dass ein geldwerter Vorteil – insbesondere eine Förderprämie – beim Erreichen eines konkreten Ziels oder von Etappen-Zielen geleistet wird. Ein Beispiel hierfür sind die Forschungsprämien, die die britische Regierung und die Europäische Kommission kürzlich für die Entwicklung eines Diagnostikums ausgeschrieben haben, das schnell und einfach feststellen soll, ob Patient/innen ein Antibiotikum benötigen oder nicht. Unter **Pooling-Mechanismen** werden Ansätze verstanden, die sowohl Forschungsergebnisse, Daten und Informationen als auch geistige Eigentumsrechte, wie beispielsweise im Medicines Patent Pool (MPP) in einem „Pool“ zusammenbringen. Auf diese Weise wird – auch im Sinne von „Open Innovation“ – der Austausch von Wissen und Wissensgütern gefördert, was Forschung und Entwicklung vereinfachen und beschleunigen kann. Zu den Pooling-Mechanismen kann auch **die globale Partnerschaft für Antibiotika-Forschung und Entwicklung GARD** gezählt werden. Die Bundesregierung hat den Start von GARD finanziell unterstützt. Es wäre wünschenswert, wenn auch der vorgeschlagene **globale Forschungsfonds**, der ebenfalls bei der WHO ansässig sein soll, substantielle politische und finanzielle Unterstützung durch die deutsche Bundesregierung bekommt. Die Idee beider Instrumente ist es, die finanziellen Beiträge von Geber/innen zu bündeln, um so international Forschung zielgerichtet zu fördern.

## Die G20-Präsidentschaft Deutschlands 2017

Die deutsche Bundesregierung hat bereits im Zuge ihrer Präsidentschaft des G7-Gipfels 2015 anerkannt, dass dringender politischer Handlungsbedarf im Hinblick auf das Marktversagen im medizinischen Innovationssystem besteht. Die anstehende G20-Präsidentschaft im Jahr 2017 muss sie nun dafür nutzen, konkrete und wirksame Maßnahmen zu beschließen, die dazu beitragen, global bestehende Forschungslücken zu schließen und neue lebensrettende Impfstoffe, Diagnostika und Medikamente verfügbar und bezahlbar zu machen. Dazu sollten die G20 verstärkt Push-, Pull- und Pool-Instrumente nach dem de-linkage Konzept fördern. Profitinteressen der Pharmaindustrie dürfen nicht länger über die Gesundheit von Millionen Menschen weltweit entscheiden.

*Marco Alves, Koordinator der Medikamentenkampagne  
bei Ärzte ohne Grenzen*

*Birthe Redepenning, wissenschaftliche Mitarbeiterin  
bei Ärzte ohne Grenzen*

# Tödliche Kombination – Doppelinfektion mit Tuberkulose und Aids

Tuberkulose ist weltweit die häufigste Todesursache von HIV-Positiven. Sie haben nicht nur ein deutlich höheres Risiko an der Krankheit zu sterben, sie erkranken auch mit sehr viel größerer Wahrscheinlichkeit: Während sonst im Schnitt nur jeder Zehnte, der sich mit TB ansteckt, auch erkrankt, ist es bei HIV-Positiven die Hälfte. Die Doppelinfektion ist deshalb eine tückische Kombination.

Über 1.000 HIV-Patient/innen sterben täglich an den Folgen einer Tuberkuloseerkrankung. Insbesondere HIV-Positive, die keine ART-Behandlung (antiretrovirale Therapie gegen HIV/Aids) bekommen oder sich mit multiresisten-

ten TB-Formen angesteckt haben, sind hochgradig gefährdet. „Diese Menschen sterben nicht, weil wir HIV nicht behandeln oder TB nicht heilen könnten“, schreibt die Fachzeitschrift *The Lancet*. „Sie sterben wegen substanzieller Lücken bei der Bereitstellung medizinischer Versorgung und medizinischer Innovationen.“<sup>34</sup>



Foto: CC AUSAID

*HIV-AIDS Aufklärung in China*

34 Furin J et al. (2015) No one with HIV should die from tuberculosis. *The Lancet*; 386, p. e48-e50

## Arme Länder am schwersten betroffen

2014 hatten etwa 12 % aller Tuberkulosekranken gleichzeitig eine HIV- Infektion. Das sind weit über eine Millionen Menschen. Die meisten Patient/innen, die gleichzeitig unter HIV und TB leiden, leben in Afrika südlich der Sahara (74 %) – und dort insbesondere in den südlichsten Ländern. So waren im Jahr 2014 beispielsweise 73 % der in Swasiland durchgeführten HIV-Tests bei Tuberkulose-PatientInnen positiv.

„Tuberkulose ist eine der Haupttodesursachen bei AIDS-Patient/innen. Umgekehrt ist ein Viertel derer, die an TB ein sterben, zugleich mit HIV infiziert. Die Doppelinfektion ist also eine tödliche Kombination“, so Sandra Parisi, Ärztin bei der DAHW *Deutsche Lepra- und Tuberkulosehilfe*.

## Geschwächtes Immunsystem

Und sie erklärt, warum das so ist: „Eine Infektion mit HIV schwächt das Immunsystem und ermöglicht es den Tuberkelbakterien, sich ungestört zu vermehren.“ Bei einem gesunden Immunsystem würden diese Bakterien meist in der Lunge abgekapselt und in Zaum gehalten. „Bei HIV/Aids-Kranken gibt es diesen Immunwall nicht. Die Bakterien breiten sich ungehindert im ganzen Körper aus und führen neben der klassischen Lungentuberkulose auch zu untypischen Krankheitsformen an anderen Organen, z.B. Ergüssen am Lungenfell, Hirnhautinfektionen oder zu einer Miliartuberkulose.“ Außerdem können beide Infektionen die Betroffenen zusätzlich durch starken Gewichtsverlust schwächen. Und die Diagnose ist schwieriger, so Parisi: „Die TB-Infektion verläuft bei HIV/Aids-Patient/innen atypischer und weniger Bakterien werden ausgehustet. Deren Nachweis gelingt also seltener. Manche Tuberkulose-Tests basieren zudem auf dem Nachweis stimulierter Immunzellen. Auch solche Diagnoseverfahren sind bei Aidskranken nicht verlässlich.“

## Strategie der drei „I“

Seit die Weltgesundheitsorganisation 2008 ihre Strategie der drei „I“ verabschiedete (Infektionskontrolle, Intensivierte Fallfindung, vorbeugende Therapie von HIV-Patient/innen mit Isoniazid) hat sich dennoch viel getan: Zwischen 2005 und 2014 sind weltweit knapp 6 Millionen Menschen durch kombinierte HIV/TB-Maßnahmen gerettet worden, schätzt die WHO. Die Behandlung und Präventionsarbeit zu beiden Erkrankungen wurde besser miteinander verzahnt und die Therapieerfolge haben sich deutlich verbessert.

2014 wurde immerhin rund die Hälfte aller gemeldeten TB-Patient/innen auf HIV getestet.<sup>35</sup>

<sup>35</sup> WHO (2015) *Global Tuberculosis report*: [www.who.int/tb/publications/global\\_report/en](http://www.who.int/tb/publications/global_report/en)

Die von der WHO empfohlene vorbeugende Gabe des Antibiotikums Isoniazid im Rahmen einer HIV-Therapie senkt die Wahrscheinlichkeit einer TB-Erkrankung enorm.<sup>36</sup> Doch diese präventive Maßnahme wird nur in knapp einem Viertel der betroffenen Länder eingesetzt, vor allem in Ländern mit hochentwickelten Strukturen wie Südafrika.

Auch eine frühe Behandlung aller HIV-Positiven sofort nach der Diagnosestellung – wie es die WHO inzwischen empfiehlt – würde das TB-Risiko bei HIV-Infizierten deutlich senken. Viele Mediziner/innen sehen diesen sofortigen Therapiebeginn als einen entscheidenden Faktor für die Reduzierung der Tuberkulosesterblichkeit.<sup>37</sup> Doch der frühe Therapiebeginn bei HIV-Infizierten, die noch keine Krankheitssymptome aufweisen, ist in armen Ländern bisher nicht bezahlbar.<sup>38</sup> Derzeit werden nur rund die Hälfte aller HIV-Positiven weltweit behandelt.<sup>39</sup> Ähnlich schlecht steht es um den Zugang zu neueren Diagnostika, die multiresistente TB-Formen schnell nachweisen und für sofortige Behandlung mit einer wirksamen Therapie sorgen könnten. Gerade diese Innovationen wären für Menschen mit einer Doppelinfektion überlebenswichtig. Schließlich kann eine TB-Erkrankung bei Menschen mit HIV innerhalb weniger Wochen zum Tod führen. Die Patient/innen sterben nicht selten, bevor das Diagnoseergebnis für eine Testkultur überhaupt vorliegt. Die Doppelinfektion mit TB und HIV wird also auch in den kommenden Jahren eine massive Herausforderung bleiben.

36 Fischer, C. (2007) Tuberkulose. Da kriegste die Motten. Pharma-Brief Spezial Nr. 2, S. 12 ff.

37 Furin, J. et al. (2015) No one with HIV should die from tuberculosis. *The Lancet*; 386, p. e48-e50

38 Jenkes C. (2015) Hoffnung bei Aids. Sind die HIV-Leitlinien der WHO umsetzbar? *Pharma-Brief Nr. 10*, S. 1 ff.

39 Aktionsbündnis gegen Aids (2014) HIV und Aids. Daten & Fakten. [www.aids-kampagne.de/themen/hiv-und-aids-daten-fakten](http://www.aids-kampagne.de/themen/hiv-und-aids-daten-fakten)

*Claudia Jenkes, BUKO Pharma-Kampagne*

#### **Begleitende Anmerkung**

Wie der Artikel der BUKO Pharma-Kampagne verdeutlicht, ist eine nachhaltige Vernetzung der Advocacy-Arbeit zu HIV/Aids und TB elementar. Ebenso wie die im Text interviewte DAHW *Deutsche Lepra- und Tuberkulosehilfe* ist auch die BUKO Pharma-Kampagne daher sowohl Mitglied im Aktionsbündnis gegen AIDS (AgA), wie auch in Deutschlands größtem NRO-Netzwerk zur TB-Bekämpfung, dem Stop-TB Forum.

AgA und Stop-TB Forum kooperieren eng, um der Bedeutung von HIV-TB-Doppelinfektionen Rechnung zu tragen und Druck auf politische Entscheidungsträger/innen auszuüben. So forderte etwa eine gemeinsame Pressemitteilung der zwei Netzwerke zum Welt-TB-Tag 2016 größeres Engagement der Bundesregierung ein, bei der Stärkung von Forschung und Zugang zu Medizinprodukten gegen vernachlässigte Krankheiten und antimikrobielle Resistenzen.

## Chance auf eine malariefreie Welt

In der gesamten Geschichte der Menschheit hat keine andere Krankheit so viele Leben gekostet wie Malaria. Sie plagt uns seit 4000 Jahren.<sup>40</sup> Und trotz mancher Erfolge im Kampf gegen die Krankheit, bleibt Malaria eines der weltweit größten Probleme für die öffentliche Gesundheit. Etwa 3,2 Milliarden Menschen – fast die Hälfte der Weltbevölkerung – lebt mit dem Risiko an Malaria zu erkranken.<sup>41</sup> In vielen betroffenen Ländern stellt Malaria eine erhebliche gesundheitliche Beeinträchtigung und eine Hauptursache für Todesfälle dar. Von gesundheitlichen Beeinträchtigungen sind Kinder und Schwangere besonders betroffen.

Die Kosten von Malaria – 40 Prozent der öffentlichen Gesundheitsausgaben in den meisten der betroffenen Länder – gehen weit über den gesundheitlichen Aspekt hinaus.<sup>42</sup> Malaria kostet Afrika – wo über 90 Prozent der Fälle auftreten – mehr als neun Milliarden Euro und 1,3 Prozent des Bruttonationalprodukts in den am schwersten betroffenen Ländern. Die Krankheit fordert also einen hohen Tribut von Haushalten, Gesundheitssystemen und erschwert wirtschaftliche Entwicklung.

40 <https://www.humboldt-foundation.de/web/kosmos-humboldtianer-im-fokus-104-3.html>

41 WHO, World Malaria Report 2015 S.V

42 Malaria: Burden and Interventions; Evidence Overview; A Working Paper (Version 1.0). DFID; 2010. [https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\\_data/file/331083/malaria-evidence-paper.pdf](https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/331083/malaria-evidence-paper.pdf); World Health Organization Fact Sheet (WHO): The African Malaria Report. WHO/CDS/MAL/2003; 1093. 2003, Geneva: WHO/UNICEF. [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/67869/1/WHO\\_CDS\\_MAL\\_2003.1093.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/67869/1/WHO_CDS_MAL_2003.1093.pdf)

### Fortschritt im Kampf gegen Malaria und der Beitrag des Globalen Fonds

Seit seiner Gründung im Jahr 2002 ist der Globale Fonds gegen Aids, Tuberkulose und Malaria ein Beispiel dafür, wie die weltweiten Bemühungen zum Kampf gegen Malaria einen messbaren Effekt erzielen und Leben retten. Neuinfektionen

sind zwischen 2000 und 2015 um 37 Prozent gefallen und malariabedingte Todesfälle konnten im selben Zeitraum um 65 Prozent reduziert werden. Das bedeutet: 6,2 Millionen Leben wurden gerettet – die meisten von ihnen Kinder.<sup>43</sup> Global Fund-gestützte Programme haben bei diesem bemerkenswerten Erfolg der Trendumkehr von Todesraten und Inzidenz eine Schlüsselrolle gespielt.<sup>44</sup>

Heute ist der Globale Fonds die größte, einzelne Finanzierungsquelle, um Malaria zu beenden: Mehr als die Hälfte aller weltweit gegen Malaria eingesetzten Gelder stammt vom Globalen Fonds.<sup>45</sup> Investitionen in geeignete Maßnahmen gehören – gleich nach Impfungen – zu den messbar günstigsten in der Weltgesundheits.<sup>46</sup> Die Instrumente sind wirtschaftlich und der Return in Investment ist hoch: Jeder Euro, der in Malariaprävention investiert wird, führt zu einem gesellschaftlichen Gewinn von 36 Euro.<sup>47</sup>

Von diesen wirtschaftlichen Berechnungen abgesehen führen Investitionen in Malariakontrolle und -Eliminierung zu umfassenden humanitären, sozioökonomischen und Entwicklungsgewinnen.<sup>48</sup> In Regionen, denen es gelungen ist, Malaria spürbar zu reduzieren konnte man erhebliche wirtschaftliche Erfolge feststellen – mit Wachstumsraten, die bis zu fünfmal höher lagen als in vergleichbaren endemischen Regionen.<sup>49</sup> Die Malarialast zu reduzieren erhöht auch die Wahrscheinlichkeit, dass Frauen und Mädchen im Schulalter ihre Ausbildung abschließen und erwerbstätig werden. Im Südwesten Ugandas konnten Malaria-Interventionen dazu beitragen, dass die Grundschulabschlüsse von Mädchen um 34 Prozent stiegen, was letztlich zu einer Erhöhung der jährlichen Haushaltseinkommen um 5–20 Prozent führte.<sup>50</sup>

43 WHO, World Malaria Report 2015, S.8 und S.13

44 Global Fund Results Report 2015, S.22

45 <http://www.publications.parliament.uk/pa/cm201213/cmselect/cmintdev/126/126weo3.htm>

46 Roll Back Malaria Partnership, World Malaria Day 2016 Factsheet

47 Ibid.

48 Purdy, M., Robinson, M., Wei, K. & Rublin, D. The economic case for combating malaria. *Am. J. Trop. Med. Hyg.* 89, S.819–823 (2013).

49 McCarthy, F.D., Wolf, H. & Wu, Y. Malaria and Growth. *World Bank Policy Research Working Paper 2303* (2000); Gallup, J.L. & Sachs, J.D. The economic burden of malaria. *Am. J. Trop. Med. Hyg.* 64, S.85–96 (2001).

50 Malaria eradication and economic outcomes in sub-Saharan Africa: Evidence from Uganda; Barofsky, J et al.; *Journal of Health Economics*, vol. 44, pp 118–136, December 2015.

## Die Partnerschaft zwischen Deutschland und dem Globalen Fonds hat Bemerkenswertes geschaffen

Die Verteilung langlebiger, insektizidbehandelter Moskitonetze (LLINs) hat den Schutz für Kinder und Familien enorm ausgeweitet. Weil es über Skaleneffekte, also der Minderung der Stückkosten durch Erhöhung der Produktionsmenge,

gelingen ist, die Preise für wichtige Maßnahmen wie LLINs deutlich zu senken, konnten über Programme des Globalen Fonds über 659 Millionen (!) Moskitonetze verteilt werden. Der Zugang von Menschen in Risikogebieten zu einem solchen Netz konnte in weniger als zehn Jahren von 7 Prozent (2005) auf 56 Prozent (2014) gesteigert werden.<sup>51</sup>

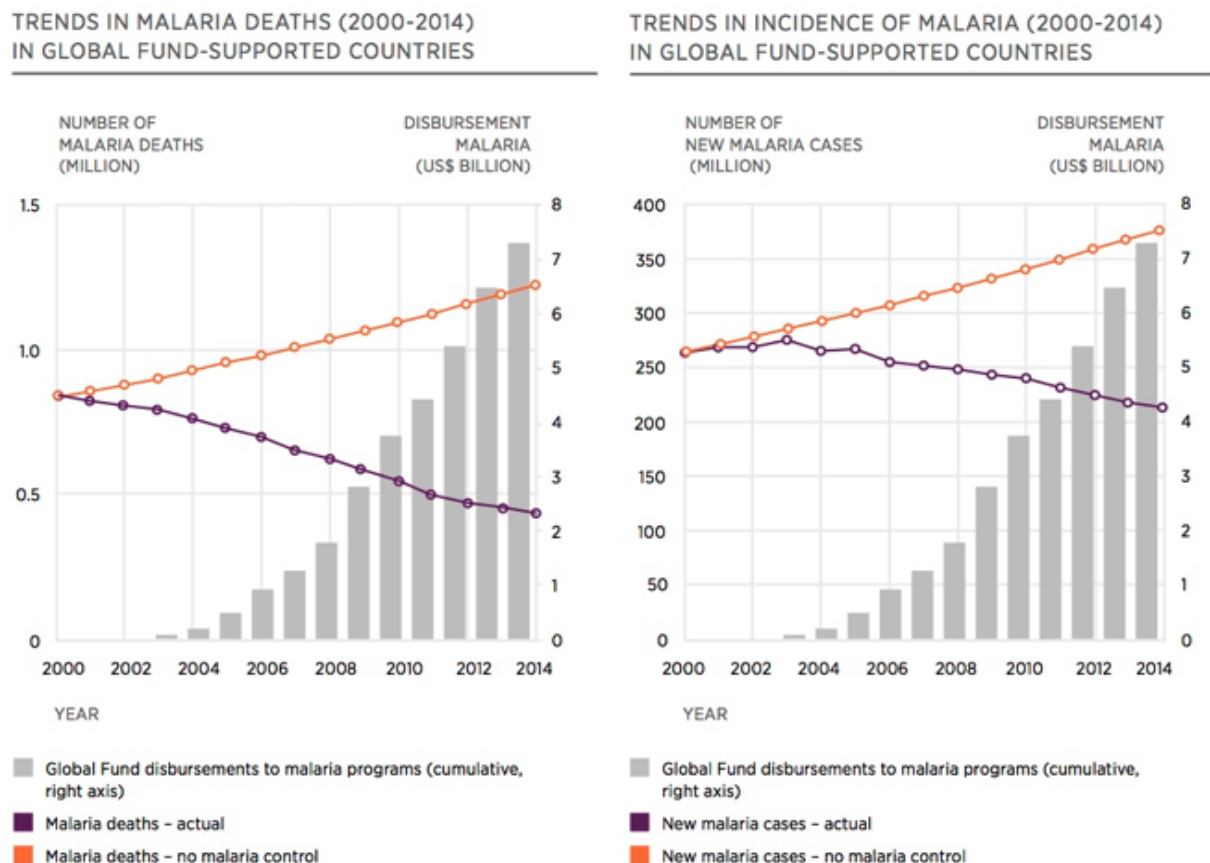
51 Global Fund Results Report 2015, S.17

Moskitonetze sind allerdings nur ein Instrument und der Globale Fonds ist eine Finanzierungsquelle für mehrere Maßnahmen, die im Kampf gegen Malaria eingesetzt werden. Dazu gehören präventive Maßnahmen wie Sprühanwendungen in Innenräumen (IRS). Ende 2015 konnten IRS-Programme mit Unterstützung des Globalen Fonds in 58 Millionen Fällen durchgeführt werden.<sup>52</sup> Zudem konnten Programme mit Unterstützung durch den Globalen Fonds den Zugang zu artemisininbasierten Kombinationstherapien (ACT) und Schnelltests zur Diagnose dramatisch verbessern. In Ländern, in denen der Globale Fonds aktiv ist, stieg die Zahl behandelter Fälle um 19 Prozent auf 515 Millionen im Jahr 2014.<sup>53</sup>

52 [https://www.eda.admin.ch/dam/deza/en/documents/partnerschaften-auftraege/216416-factsheet-gfatm\\_EN.pdf](https://www.eda.admin.ch/dam/deza/en/documents/partnerschaften-auftraege/216416-factsheet-gfatm_EN.pdf)

53 Global Fund Results Report 2015, S.17

**Abb. 1: Malariasterblichkeit und -inzidenz in Ländern in denen der Globale Fonds aktiv ist, 2000–2014**



Source: WHO Global Malaria Program



## Kosten der Tatenlosigkeit: Resistenzen und geschwächte Gesundheitssysteme

Trotz der jüngeren Erfolge werden in diesem Jahr mehr als 430.000 Menschen an einer Krankheit sterben, deren medizinische Behandlung weniger als einen Euro kostet. Es ist daher unerlässlich, dass Malaria Interventionen durch den Globalen Fonds weitergeführt und hinreichend mit Ressourcen ausgestattet sind. Viele der langlebigen, insektizidbehandelten Moskitonetze, die sich als enorm effektiv in der Prävention erwiesen haben, müssen in der kommenden Wiederauffüllungsperiode ausgetauscht werden. Wenn die bestehenden Finanzierungslücken nicht gefüllt werden, wird es aller Wahrscheinlichkeit nach einen Wiederanstieg von Malaria geben, einschließlich Ausbrüche und Epidemien wie in Ruanda im Jahr 2010.<sup>54</sup> In der Vergangenheit haben nachlassender politischer Wille und sinkende Budgets immer wieder zur massiven Rückkehr von Malaria geführt und mit diesen schweren Ausbrüchen ist regelmäßig ein steigendes Risiko von Therapie- und Insektizidresistenzen verbunden.<sup>55</sup>

Artemisinin hat die Behandlung von Malaria revolutioniert. Aber die Ausbreitung von Artemisinin-Resistenz in der Mekong-Region droht viele Erfolge zunichte zu machen. Unzureichende oder reduzierte Finanzierung bedroht auch die Erfolge im Bereich verbesserter Überwachung und regionaler Zusammenarbeit, die bereits heute die Gesundheitssysteme der Länder insgesamt gestützt hat, in denen der Globale Fond aktiv ist. Heute geht ein Drittel der Investitionen des Globalen Fonds in Gesundheitssysteme. Die Ebola-Epidemie in Westafrika im Jahr 2014 hat machtvoll in Erinnerung gerufen, warum diese Investitionen so wichtig sind und welche entscheidende Rolle intakte Gesundheitssysteme beim Monitoring von Krankheiten, in der Behandlung und in der Prävention spielen.

<sup>54</sup> UK Parliament. International Development Committee. Written evidence submitted by Roll Back Malaria Partnership. May 2012. <http://www.publications.parliament.uk/pa/cm201213/cmselect/cmintdev/126/126weo3.htm>

<sup>55</sup> Gretchen Newby, Adam Bennett, Erika Larson et al. The path to eradication: a progress report on the malaria-eliminating countries. *The Lancet*, Vol. 387, No. 10029, S.1775–1784, 23. April 2016

## Deutschlands Beitrag

Deutschlands Engagement gegen Malaria konzentriert sich in der Entwicklungszusammenarbeit auf seinen Beitrag zum Globalen Fonds. Zudem sind die Maßnahmen des Entwicklungsministeriums im Rahmen des Programms *Healthy Systems – Healthy Lives* zu nennen, mit denen im Rahmen des G7-Prozesses Gesundheits-

systeme gestärkt werden, wovon indirekt auch der Kampf gegen Malaria profitiert. Als ein Ergebnis der G7-Wissenschaftsministerkonferenz im Oktober 2015 in Berlin hat das BMBF sein strategisches Förderkonzept zu vernachlässigten und armutsassoziierten Krankheiten von 2011 zudem aktualisiert und unter dem Titel „Globale Gesundheit im Mittelpunkt der Forschung“ mit neuen Schwerpunkten versehen. Hierzu gehört die Förderung der nationalen Forschungslandschaft mit 38 Millionen Euro für das 2011 geschaffene Deutsche Zentrum für Infektionsforschung und bis zu 50 Millionen Euro für eine zweite Förderrunde für Produktentwicklungspartnerschaften (PDPs). Deutschland unterstützt zudem gemeinsame Forschungsvorhaben von Entwicklungsländern und Europäischen Ländern im Rahmen der European and Developing Countries Clinical Trials Partnership (EDC-TP). Das BMBF plant, seinen Finanzbeitrag deutlich zu erhöhen (30 Mio. Euro) und so weitere Fördermöglichkeiten für deutsche Forschende im Bereich der armutsassoziierten Krankheiten schaffen.

## Die Gelegenheit

Investitionen in das Ende von Malaria könnten wirtschaftliche Erfolge im Wert von geschätzt vier Billionen US-Dollar bis 2030 freisetzen, Gesundheitssysteme enorm entlasten und 4,5 Millionen Menschenleben retten. Der Globale Fonds hat hier eine zentrale Rolle, um neue Mittel für Gesundheit und nachhaltige Entwicklung zu mobilisieren. Durch seine Finanzierungsanforderungen an die Implementierer hat der Globale Fonds bereits Länder niedrigen Einkommens (LICs) dazu motivieren können, zusätzliche 4,3 Milliarden US-Dollar für ihre Gesundheitsprogramme im Zeitraum 2015–2017 zuzusagen. Vergleicht man dies mit den Ausgaben im Zeitraum 2012–2014 entspricht dies einer Steigerung um 52 Prozent bei landeseigener Finanzierung von Gesundheit. Der Globale Fonds beschleunigt die Wirkungen geringer privater Investitionen erheblich. Schwer betroffene Länder sind nun in der Lage, Moskitonetze zu verteilen, die 3,00 US-Dollar pro Netz kosten – eine Reduktion um 30 Prozent gegenüber 2013. Damit können – für dasselbe Geld – 100 Millionen Netze zusätzlich verteilt werden.

Dies zeigt: Mit gemeinsamen und kontinuierlichen Bemühungen aus Ländern wie Deutschland haben wir die Chance, Malaria noch zu unseren Lebzeiten zu beenden. Eine Investition von 13 Milliarden US-Dollar für den Globalen Fonds für die Periode 2017–2019 kann die Grundlage einer malariafreien Welt sein.

*Bernard Aryeetey, Malaria No More UK*

# Eine „Steuer gegen Armut“ –

wie Deutschland mit der Finanztransaktionssteuer

seiner internationalen Verantwortung bei der

Entwicklungsfinanzierung gerecht werden kann

Das Ende von AIDS, Tuberkulose und Malaria; Grundbildung für alle Kinder weltweit; jährlich 100 Milliarden US-Dollar Unterstützung für arme Länder im Kampf gegen den Klimawandel – das sind nur einige der von den UN in den Sustainable Development Goals (SDG) formulierten Ziele, die bis 2030 erreicht werden sollen. Die Umsetzung dieser Ziele ist möglich, aber insbesondere in den ärmsten Ländern kaum finanzierbar, wenn die OECD-Staaten nicht schnellstmöglich ihr über 45 Jahre altes Versprechen einlösen und 0,7 Prozent des Bruttonationaleinkommens (BNE) für die öffentliche Entwicklungszusammenarbeit zur Verfügung stellen. Auch Deutschland, eines der wirtschaftsstärksten Länder weltweit, lag in den letzten Jahren weit hinter der internationalen Zielsetzung zurück. 2015 wuchs die deutsche ODA-Quote erstmals auf 0,52 Prozent – der Zuwachs war aber vor allem der Anrechnung von vergebenen Krediten sowie den in Deutschland selbst entstandenen Flüchtlingskosten geschuldet. Um endlich die 0,7-Prozent-Marke zu erreichen und internationale Zusagen bei der Entwicklungsfinanzierung zu erfüllen, müssen neue Finanzquellen erschlossen werden. Ein solch innovatives Finanzierungsinstrument ist die Finanztransaktionssteuer (FTS), deren Einnahmen in Frankreich im Rahmen einer kleineren nationalen FTS bereits für Gesundheitsprogramme und Klimafinanzierung genutzt werden.

## Die Finanztransaktionssteuer als innovatives Finanzierungsinstrument

Die Finanztransaktionssteuer ist eine Steuer auf den Handel mit Finanzprodukten. Das aktuell diskutierte Modell basiert auf einem Entwurf der EU-Kommission von 2013. In diesem Entwurf ist ein Steuersatz von 0,1 Prozent auf den Handel mit Aktien und 0,01 Prozent auf den Handel mit Derivaten vorgesehen. Die Steu-

er wird immer dann erhoben, wenn eine Transaktion getätigt wird, also wenn Finanzprodukte ge- oder verkauft werden. Sie zielt damit vor allem auf den spekulativen Hochfrequenzhandel, bei dem innerhalb von Millisekunden in großem Umfang Finanzprodukte gehandelt und durch computergesteuerte Spekulationen enorme Gewinne erwirtschaftet werden. Für konventionelle Kleinanleger ist die Steuer aufgrund des sehr niedrigen Steuersatzes kaum spürbar.

## Einnahmen in Milliardenhöhe

Aktuell verhandeln zehn europäische Staaten – darunter auch Deutschland, Frankreich und Italien – über die Einführung einer gemeinsamen FTS im Rahmen einer sogenannten *verstärkten Zusammenarbeit*. Eine endgültige Einigung soll in den kommenden Monaten erzielt werden. Noch sind einige wichtige Punkte offen – darunter die Höhe der Steuersätze und ob bestimmte Derivate oder Anleihen von der Steuer ausgenommen werden sollen. Wird die FTS mit einer breiten Bemessungsgrundlage umgesetzt, ergeben sich, je nach Ausgestaltung, allein für Deutschland mögliche Steuereinnahmen zwischen 11 und 36 Milliarden Euro pro Jahr – Geld, das dringend gebraucht wird!

Für die Entwicklungszusammenarbeit im Gesundheitsbereich könnte die FTS ein zusätzliches Instrument bieten, um die deutschen Leistungen für Gesundheitsfinanzierung auf die von der WHO empfohlenen 0,1 Prozent des BNE zu erhöhen und den deutschen Beitrag zum Globalen Fonds zur Bekämpfung von Aids, Malaria und Tuberkulose von derzeit 210 Millionen auf die angemessene Höhe von 400 Millionen Euro pro Jahr anzuheben.<sup>56</sup>

<sup>56</sup> Siehe hierzu: Ruppel, Joachim: Deutschlands Beiträge für die globale Gesundheit und HIV-Bewältigung im Kontext der Verwirklichung der Millenniums-Entwicklungsziele, hg. von Aktionsbündnis gegen Aids und Missionsärztliches Institut Würzburg

## Einnahmen aus der FTS für Gesundheit nutzen – Frankreich macht es vor

Einen signifikanten Teil der Steuereinnahmen für die Entwicklungsfinanzierung zu nutzen, ist ein logischer Schritt. Denn die Verantwortung der internationalen Finanzakteure für die weltweite Wirtschaftskrise ist unbestritten. An den Kosten der Krise haben sie sich bisher jedoch nicht beteiligt – die Steuerzahler in reichen Ländern und die Bevölkerung in armen Ländern trugen die größte Last. Indem ein Teil der Steuereinnahmen für Gesundheit, Bildung und Klimaschutz eingesetzt wird, kann die FTS dazu beitragen, die Lasten der Krise gerechter zu verteilen.

Diese Forderung findet auch unter den Ländern Unterstützung, die die FTS im Rahmen der *verstärkten Zusammenarbeit* einführen wollen. Vor allem Frankreich,

das die Einnahmen aus einer nationalen FTS unter anderem bereits für die Finanzierung des Globalen Fonds zur Bekämpfung von Aids, Tuberkulose und Malaria nutzt, setzt sich für eine gemeinsame europäische Lösung ein und fordert, die Steuereinnahmen für den Kampf gegen Epidemien und den Klimawandel einzusetzen.

Für die Bundesregierung bieten die möglichen Milliarden-Einnahmen aus der FTS damit eine historische Chance, internationalen Verpflichtungen nachzukommen und endlich einen fairen Beitrag zur internationalen Armutsbekämpfung zu leisten. Eine Chance, die nicht verspielt werden darf! Die Zivilgesellschaft muss gemeinsam Druck aufbauen, damit die Finanztransaktionssteuer endlich eingeführt wird und ein Teil der Einnahmen für Armutsbekämpfung und Klimaschutz verwendet wird. Nur so kann aus der Finanztransaktionssteuer eine echte „Steuer gegen Armut“ werden!

*Pia Schwertner, Oxfam Deutschland*

# Für eine Vollfinanzierung des Globalen Fonds zur Bekämpfung von Aids, Tuberkulose und Malaria – für ein Ende von Aids, Tuberkulose und Malaria bis 2030

## Der Globale Fonds – Eine Partnerschaft auf Augenhöhe

Der 2002 gegründete Globale Fonds zur Bekämpfung von Aids, Tuberkulose (TB) und Malaria (Globaler Fonds – GF) ist eine innovative, öffentlich-private Partnerschaft zwischen Regierungen, Zivilgesellschaft, Wirtschaft und von den Krankheiten Betroffenen. Die Art dieses Finanzierungsinstruments ist einzigartig – eine wirkliche Partnerschaft im 21. Jahrhundert! Der Fonds dient der Finanzierung nationaler Maßnahmen gegen die drei Krankheiten einschließlich der Stärkung von Gesundheitssystemen. Er fördert zudem die Eigenverantwortung der Regierungen, die Mitwirkung der **Zivilgesellschaft** und des privaten Sektors sowie wirkungs- und genderorientierte Maßnahmen gegen Aids, TB und Malaria. Das Besondere an dieser Partnerschaft: die Zivilgesellschaft hat ein Mitspracherecht. Sie ist mit drei Sitzen (*Communities Delegation, Developing Country NGO Delegation und die Developed Country NGO Delegation*) im Verwaltungsrat vertreten.

Als Finanzierungsinstrument implementiert der Globale Fonds keine eigenen Programme und verfügt über keine Länderpräsenz. Der Globale Fonds mobilisiert und investiert jedes Jahr fast 4 Mrd. US-Dollar, um Programme zu unterstützen, die von nationalen Organisationen und regionalen Initiativen vor Ort in mehr als 100 Ländern umgesetzt werden. Die Gelder stammen zu 95 % von Geberregierungen und zu 5 % aus der Privatwirtschaft und von Stiftungen. Der effektivste Weg, diese drei Krankheiten einzudämmen, besteht für die lokalen Partner und Expert/innen darin, die Geldzuschüsse zu nutzen, um Programme umzusetzen: Ein länderkoordinierendes Komitee (*Country Coordinating Mechanism – CCM*) aus medizinischen Expert/innen, der Regierung, von Betroffenen und der Zivilgesellschaft entwickelt

in gemeinsamen Sitzungen einen Länderplan mit notwendigen Maßnahmen zur Eindämmung der drei Krankheiten in ihren Gemeinden. Ein unabhängiges Expertengremium prüft den Plan und kann Änderungen verlangen. Die endgültige Fassung wird dem Verwaltungsrat zur Genehmigung vorgelegt. Lokale Fonds-Vertreter überwachen in jedem Land die Verwendung der Zuschüsse. Das Büro des Generalinspektors des Globalen Fonds führt Prüfungen und Untersuchungen zur ordnungsgemäßen Mittelverwendung durch.

## Was hat der Globale Fonds bisher erreicht?

Seit 2002 hat der Globale Fonds weltweit insgesamt 27 Milliarden US-Dollar zur Prävention und Behandlung von Aids, TB und Malaria investiert – mit folgender Bilanz:

- ▶ 17 Millionen Menschenleben wurden gerettet.
- ▶ 9,2 Millionen Menschen, die mit HIV leben, hatten Zugang zur lebensrettenden antiretroviralen Therapie.
- ▶ 15,1 Millionen TB-Patient/innen wurden diagnostiziert und behandelt.
- ▶ 659 Millionen insektizidbehandelte Moskitonetze wurden zur Vorbeugung von Malaria verteilt.<sup>57</sup>

<sup>57</sup> Quelle: [www.theglobalfund.org](http://www.theglobalfund.org)

Der Fonds trägt damit wesentlich dazu bei, das Ziel 3.3 der nachhaltigen Entwicklungsziele (SDGs) zu erreichen, bis 2030 Aids, TB und Malaria als Epidemien zu beenden. Zugleich werden die Gesundheitssysteme in den Partnerländern nachhaltig gestärkt. Mit seiner einzigartigen Partnerschaft hat der Globale Fonds Standards gesetzt, was die Beteiligung von Selbsthilfeinitiativen von Betroffenen und zivilgesellschaftlichen Organisationen anbelangt, die für die Erreichung der besonders gefährdeten Bevölkerungsgruppen, den Schutz ihrer Menschenrechte und damit die Wirksamkeit der Maßnahmen unverzichtbar ist.

## Welchen Beitrag leistet Deutschland?

Seit 2012 hat Deutschland einen eigenen Sitz im Verwaltungsrat des Globalen Fonds und ist seit Juni dieses Jahres auch im Strategie-Komitee des Fonds vertreten. Zudem stellt Deutschland seit April 2015 mit Norbert Hauser<sup>58</sup> auch den Verwaltungsratsvorsitz. Damit geht eine stärkere deutsche Verantwortung für den Erfolg des Globalen Fonds einher.

<sup>58</sup> ehemaliges Mitglied des Deutschen Bundestags (CDU) und ehemaliger Vizepräsident des Bundesrechnungshofes

Auch die deutsche Zivilgesellschaft ist in der deutschen Delegation vertreten und steht sowohl mit der deutschen Regierungsdelegation als auch mit der Dele-

gation der *Developed Country NGOs*, in der momentan die Position des *Communication Focal Points* durch eine Vertreterin des Aktionsbündnisses gegen AIDS wahrgenommen wird, im regen Austausch zu aktuellen strategischen Themen.

59 nach den USA, Frankreich und Großbritannien

Deutschland ist momentan noch der viertgrößte Geber<sup>59</sup> des Globalen Fonds. Jedoch stagniert der deutsche Beitrag, mit Ausnahme einer einmaligen Erhöhung auf 245 Millionen Euro im Jahr 2014, bei rund 200 Millionen Euro pro Jahr. Gemessen an seiner Wirtschaftskraft im Vergleich zu anderen Gebern und den eingegangenen Verpflichtungen im Bereich Gesundheit liegt der Beitrag der Bundesregierung allerdings weit unter dem, was Deutschland leisten könnte und sollte. Ein fairer Anteil läge bei mindestens 400 Millionen Euro pro Jahr. Da die Bundesregierung anders als die meisten Geber bei den vergangenen zwei Finanzierungskonferenzen des Fonds ihre Beiträge nicht erhöht hat, wäre eine Steigerung des Beitrags von derzeit 210 Millionen Euro<sup>60</sup> auf mindestens 300 Millionen Euro für das nächste Jahr mit deutlicher Steigerung in den Folgejahren ein erster Schritt in die richtige Richtung.

60 seit 2015

## Die Wiederauffüllung des Globalen Fonds und warum höhere Investitionen jetzt so wichtig sind

Im September dieses Jahres steht die Wiederauffüllungskonferenz für den Globalen Fonds an und damit die Finanzierung für die Jahre 2017 bis 2019. Für diesen Zeitraum strebt der Globale Fonds an, mindestens 13 Milliarden US-Dollar zu mobilisieren, um lebensrettende Präventions- und Behandlungsprogramme auf dem bisherigen Niveau weiterführen und erweitern zu können.

Mit den 13 Milliarden US-Dollar sollen bis 2020 folgende Ziele erreicht werden:

- ▶ Acht Millionen Menschenleben retten.
- ▶ 300 Millionen Neuinfektionen bei den drei Epidemien verhindern.
- ▶ Den Aufbau nachhaltiger, widerstandsfähiger Gesundheitssysteme unterstützen.
- ▶ Die allgemeine Wirtschaftsleistung um bis zu 290 Milliarden US-Dollar steigern.
- ▶ 41 Milliarden US-Dollar an Eigenmitteln der Partnerländer mobilisieren.<sup>61</sup>

61 The Global Fund (12/2015): Global Fund Investment Case – Fifth Replenishment 2017-2019

Die deutlichen Fortschritte der letzten Jahre bei der Eindämmung von Aids, TB und Malaria zeigen: Die Wende ist eingeläutet. Nun sind jedoch weitere Investitionen



nötig, um die bisher erzielten Erfolge zu sichern und ein erneutes Aufflammen der Krankheiten zu verhindern. Mit dem Status Quo kann das international vereinbarte Ziel der Entwicklungsagenda, die drei großen Epidemien bis 2030 zu beenden, nicht erreicht werden. Jedes Jahr sterben 1,1 Millionen Menschen an Aids, 1,5 Millionen an Tuberkulose und 438.000 an Malaria – der dringende Handlungsbedarf bleibt also bestehen.<sup>62</sup>  
<sup>63</sup> Die angestrebten 13 Milliarden US-Dollar können nur ein Anfang sein.

So hat das internationale Netzwerk GFAN (Global Fund Advocates Network) anlässlich der Internationalen Aids Konferenz (AIDS 2016) in Durban einen Bericht<sup>64</sup> veröffentlicht, in dem die dort angestellten Berechnungen deutlich machen, welche Konsequenzen eine unzureichende Finanzierung der globalen Antwort auf Aids, TB und Malaria, hätte. Wir vergeben die Chance:

- ▶ bis 2030 10,8 Millionen Menschenleben von HIV-Betroffenen zu retten und 17,6 Millionen neue HIV-Infektionen zu vermeiden.<sup>65</sup>
- ▶ bis 2020 45 Millionen neuen TB-Infektionen zu vermeiden und 29 Millionen Menschen eine TB-Behandlung zu ermöglichen.
- ▶ bis 2030 3 Milliarden Malariafälle zu vermeiden und 10 Millionen von Malaria betroffenen Menschen das Leben zu retten.

Da der Fonds das mit Abstand größte Finanzierungsinstrument zur Eindämmung der drei Krankheiten ist, wird die Frage, ob der GF im September sein Finanzierungsziel von mindestens 13 Milliarden US-Dollar erreicht oder verfehlt maßgeblich darüber entscheiden, ob diese Millionen von zusätzlichen Infektionen und vermeidbaren Todesfälle verhindert werden. Des Weiteren illustriert der Bericht eindrücklich, dass Investitionen, die heute getätigt werden, sich auszahlen. Sie vermeiden hohe Kosten in der Zukunft für die Behandlung und sie ermöglichen eine bessere Gesundheit und dadurch eine produktivere Gesellschaft und eine höhere Wirtschaftsleistung der Länder.

62 UNAIDS 2015, WHO 2015 und World Malaria Report 2015

63 Anm. der Hrsg.: in die TB-Todesfälle sind die annähernd 0,4 Millionen Todesfälle bei Menschen mit einer Koinfektion eingerechnet, die letztlich durch HIV bedingt sind.

64 GFAN (Juli 2016): Global Fund Replenishment 2016: The Cost of Inaction.

65 UNAIDS (4/2016): Fast-track update on investments needed in the AIDS response; GFAN hatte noch mit den Zahlen des UNAIDS Berichts 2015 gearbeitet: bis 2030 21 Millionen Menschenleben von HIV-Betroffenen zu retten und 28 Millionen neue HIV-Infektionen zu vermeiden. Die Differenz kommt daher zustande, weil in den beiden Jahren zwischen den Schätzungen erhebliche Fortschritte bei der Ausweitung von Prävention und Behandlung erreicht wurden und auch weil angepasste Parameter z.B. für die Überlebensraten verwendet wurden.

## Der Globale Fonds – mehr als nur ein vertikales Finanzierungsinstrument

Bis vor einigen Jahren wurde der Globale Fonds oft nur als krankheitsspezifisches Finanzierungsinstrument zur Eindämmung der drei Epidemien wahrgenommen, was in einigen Implementierungsländern dazu führte, dass die vom Fonds geförderten Programme Parallelstrukturen darstellten. Diese Kritik war trotz der Erfolge nicht ganz unberechtigt. Jedoch hat der Globale Fonds sich weiterentwickelt, was die erst kürzlich verabschiedete neue Strategie des Fonds für 2017 bis 2022 „*Investing to End Epidemics*“ in ihren strategischen Zielen widerspiegelt:

- ▶ **Maximierung der Wirkung bei der Eindämmung von Aids, TB und Malaria,**
- ▶ **Stärkung von nachhaltigen Gesundheitssystemen,**
- ▶ **Schutz und Stärkung von Menschenrechten und Geschlechtergleichstellung,**
- ▶ **Ressourcenmobilisierung.**

Die Beendigung von Aids, TB und Malaria als Epidemien kann nur mit leistungsfähigen Gesundheitssystemen und durch die Stärkung von „Community Systems“ erreicht werden. Gleichzeitig verbessern auch Investitionen in die Behandlung und Prävention von HIV, TB und Malaria die Gesundheitssysteme der Länder insgesamt. Diese sich verstärkende Beziehung zwischen der Finanzierung der Krankheitseindämmung und der allgemeinen Systemverbesserung ist heute für Investitionen des Globalen Fonds charakteristisch und soll in den kommenden Jahren noch ausgebaut werden.

Der Ausbreitung von HIV, TB und Malaria Einhalt zu gebieten, funktioniert nur dann, wenn die Gesundheitsversorgung zugänglich, erschwinglich und effektiv ist, insbesondere für benachteiligte Menschen, denen der Zugang aufgrund von Stigmatisierung und Diskriminierung, Zahlungsunfähigkeit oder einer zu großen Entfernung von einem Gesundheitszentrum verweigert bleibt. Hier setzt der Globale Fonds an, indem er Programme unterstützt, die zum Ziel haben, menschenrechtliche Hindernisse für die Gesundheit zu überwinden sowie die Menschenrechte zu schützen und zu fördern. Ein weiterer Fokus liegt in der Bekämpfung von Ungleichheiten zwischen den Geschlechtern, sowie der Überwindung der Diskriminierung von Frauen und Mädchen. Diese stellt in vielen Teilen Afrikas einen entscheidenden Faktor bei HIV-Ansteckungen dar.

## Der Globale Fonds – eine gemeinsame Verantwortung

Die Bemühungen der Partner in der globalen Gesundheitsvorsorge machen einen entscheidenden Unterschied im Leben von Millionen von Menschen, die von HIV, TB und Malaria betroffen sind. Mit der Entwicklung dieser Länder steigen deren Beiträge zur Bekämpfung dieser drei Krankheiten und zur Verbesserung der Gesundheitssysteme. Aber dies ist nur zu schaffen, wenn jetzt weiter investiert und niemand zurückgelassen wird. So dürfen Betroffene, oft ohnehin durch Kriminalisierung und Diskriminierung ausgegrenzt, nicht zurückgelassen werden, nur weil das Durchschnittseinkommen ihrer Länder eine gewisse Schwelle überschritten hat. Der Globale Fonds sollte sich solange engagieren, bis die Länder selbstständig die drei Krankheiten unter Kontrolle haben. Hier sollten – mittel- und langfristig – vernünftige Übergangspläne zwischen dem Fonds und den betroffenen Ländern ausgehandelt werden. Die globale Gesundheit ist eine gemeinsame Verantwortung. Nur gemeinsam können die Epidemien beendet werden. Aber nur, wenn ALLE investieren und zwar JETZT.

*Beate Fülle, Referentin Globaler Fonds zur Bekämpfung von Aids, Tuberkulose und Malaria beim Aktionsbündnis gegen AIDS*

*Katja Tielemann-Ruderer, Entwicklungspolitische Referentin bei der Deutschen Stiftung Weltbevölkerung (DSW)*

# Bericht vom High Level Meeting in New York: Einbindung der Zivilgesellschaft nicht überall selbstverständlich

Vom 08.–10. Juni 2016 fand bei den Vereinten Nationen in New York das High Level Meeting zu HIV und Aids statt. Das dreitägige Treffen begann mit der einstimmigen Verabschiedung einer neuen politischen Erklärung zu HIV, um ein Ende von Aids bis 2030 zu erzielen.

## Deutsche Zivilgesellschaft selbstverständlich eingebunden

Die deutsche Regierung war mit einer Regierungsdelegation, geleitet durch Bundesminister Hermann Gröhe und zusammengesetzt aus Vertreter/innen der Regierung, Parlamentarier, Mitgliedern der Zivilgesellschaft und Menschen mit HIV vertreten. Wie in den vorausgegangenen High Level Meetings auch, war das Aktionsbündnis gegen AIDS mit einer Person Teilnehmerin der Regierungsdelegation. Ein weiteres Mitglied des Aktionsbündnisses war durch die Delegation der Zivilgesellschaft vertreten. Angesichts der Ausgrenzung die Vertreter/innen der Zivilgesellschaft in vielen Ländern erfahren, muss man es der Bundesregierung durchaus anrechnen, dass sie die Einbeziehung der Stimmen der Zivilgesellschaft ernst nimmt und diese ganz offensichtlich nicht als Bedrohung, sondern als Bereicherung wahrnimmt.

Zur Vorbereitung der Konferenz wurden die Vertreter/innen der Zivilgesellschaft zu einem Treffen eingeladen, wobei Anregungen für einen Empfang bei der Ständigen Vertretung Deutschlands bei den Vereinten Nationen zusammengetragen wurden. Bei diesem Treffen haben wir eine Diskussion zu dem Thema rechtlicher Diskriminierung und Stigmatisierung von Menschen mit HIV vorgeschlagen. Wir freuen uns sehr, dass unsere Anregung durch Bundesminister Gröhe aufgegriffen wurde. Der Empfang in der Ständigen Vertretung bot spannende Rede- und

Diskussionsbeiträge. Besonders in Erinnerungen geblieben sind die Ausführungen des HIV-positiven Mitglieds der Regierungsdelegation. Der Empfang bot darüber hinaus die Gelegenheit mit Herrn Bundesminister Gröhe und Mitarbeiter/innen seiner Delegation direkt ins Gespräch zu kommen.

Nach der Verabschiedung der Erklärung während der Eröffnung des High Level Meetings folgten zwei Tage der Auseinandersetzung und des Austauschs der UN Mitgliedstaaten. Dabei ging es vor allem um Anmerkungen, die einzelne Regierungen zu der Erklärung zu Protokoll geben wollten. Die politische Erklärung schafft einen globalen Rahmen für die Umsetzung von Präventions- und Behandlungsprogrammen für die nächsten Jahre.

## Verschiedene Facetten der Ausgrenzung

Schon im Vorfeld dieses hochrangigen Treffens wurde bekannt, dass über 20 Nichtregierungsorganisationen keine Zulassung zu dem UN-Meeting erhalten hatten. Es handelte sich dabei hauptsächlich um Organisationen, die mit Männern, die Sex mit Männern haben, Transgender und Drogengebrauchenden arbeiten. Einige UN-Mitgliedsstaaten, darunter Russland, hatten ihr Veto eingelegt. In der Textversion, die zur Abstimmung vorlag, wurden gerade diese besonders gefährdeten Gruppen, kaum erwähnt. Sie tauchten zwar im Zusammenhang mit einem erhöhten Infektionsrisiko auf, aber nicht mehr explizit, als es um geeignete HIV-Maßnahmen ging. Staaten, die Homosexualität, Drogenkonsum oder auch Sexarbeit kriminalisieren, haben die Benennung dieser Gruppen im Text erfolgreich verhindert.

Ländergruppen, die in ihrer HIV-Arbeit die Bedürfnisse dieser Gruppen anerkennen, bedauerten dies und betonten, dass deren Nichterwähnung an entscheidenden Stellen im Text der neuen Erklärung einer weiteren Ausgrenzung gleichkommt. Sie hätten sich eine Erklärung gewünscht, die die Eliminierung von Stigma und Diskriminierung jeglicher Art im Text verankert. Wäre dies realisiert worden, hätten sich Länder verpflichtet, ihre Gesetzgebung zu ändern und besonders gefährdete Gruppen nicht zu stigmatisieren und zu kriminalisieren.

Auf der anderen Seite gab es Einlassungen von Ländern, denen der Text viel zu weit ging. Sie wiesen auf ihre Befindlichkeiten hin im Hinblick auf Themen wie Sexualität, umfassende Sexuaufklärung, Sexarbeit, Männer, die Sex mit Männern haben, Drogengebrauchende und sexuelle und reproduktive Rechte. In ihren Redebeiträgen legten sie dar, dass es in ihrem Land ganz andere Gruppen seien, die von HIV besonders betroffen sind. Einige Länder, darunter Russland und Indonesien, aber auch Länder aus Afrika, pochten auf ihr Recht, sich nicht vorschreiben zu las-

sen, was man als vulnerable Gruppen wahrzunehmen habe: ein Ende von AIDS bis 2030 wird mit dem Versuch Risikogruppen je nach vorherrschender Ideologie zu definieren, sicherlich nicht erreicht werden können.

## Die Erklärung stellt einen Kompromiss dar

Zum einen ist es gut, dass wir durch die Erklärung einen neuen Handlungsrahmen bis 2030 haben, auch wenn er in einigen Punkten nicht so formuliert ist, wie wir das gerne gehabt hätten. Es ist wichtig zu sehen, dass sich die UN-Mitgliedsstaaten des historischen Zeitfensters bewusst sind: Mit 37 Millionen Menschen mit HIV weltweit und 2 Millionen Neuinfektionen pro Jahr müssen enorme Anstrengungen von allen Ländern vorgenommen werden, wenn ein Ende von Aids bis 2030 erreicht werden soll.

Wir begrüßen auch die in der Erklärung verankerten Maßnahmen für Frauen, Jugendliche und Kinder – die Eliminierung von Gewalt gegen Frauen und Kinder, Zugang zu sexueller und reproduktiver Gesundheit, gender- und altersgerechte Präventionsmaßnahmen, die auch eine umfassende Sexualaufklärung einschließen sowie erweiterte Test- und Behandlungsangebote. Auch die größere Einbeziehung von Männern ist ein wichtiger Punkt, denn größere Gendergerechtigkeit ist nur zu erreichen, wenn auch dezidiert mit Männern gearbeitet wird – auch um das Gesundheitsverhalten von Männern selbst zu verbessern, da sie aufgrund von Gendernormen ihre Gesundheit oft nicht ernst nehmen. Es ist begrüßenswert, dass dies in der Erklärung verankert ist.

Auch sind die von der Welthandelsorganisation zugelassenen Ausnahmeregelungen im Bereich intellektuelle Eigentumsrechte in der Deklaration bestätigt worden und der Patentpool wird als wichtiges Instrument genannt, damit der Zugang zu bezahlbaren Medikamenten auch weiterhin ermöglicht wird. Allerdings hätte der Einsatz öffentlicher Mittel für die Forschung und Entwicklung essentieller Medikamente ebenfalls Erwähnung finden sollen. Bei der Nennung der finanziellen Ressourcen wäre es von Vorteil gewesen, den Bedarf an internationaler Kooperation zu benennen und eine entsprechende Verpflichtung der reichen Staaten für diesen auch aufzukommen festzuschreiben. Positiv ist zu sehen, dass sowohl der allgemeine Finanzbedarf, wie auch die benötigten Mittel für den Globalen Fonds erwähnt werden.

Was die nationale Gesetzgebung angeht, so zeigen sich leider dieselben vagen Formulierungen, die es auch schon in der 2011er Deklaration gab. In einem der einleitenden Abschnitte wird den Ländern überlassen, zu ergreifende Maßnahmen in Übereinstimmung mit den jeweiligen innerstaatlichen Rechtsvorschriften

und den nationalen Entwicklungsprioritäten umzusetzen, was im Zweifelsfall heißen kann, dass die letzteren Vorrang haben, verbindliche Verpflichtungen können dadurch ausgehebelt werden.

Es wäre gut gewesen, klare Verpflichtungen, z.B. für die Entkriminalisierung von besonders von HIV betroffenen Gruppen, zu benennen. Aus anderen Ländern wissen wir, dass die Entkriminalisierung von Sexarbeitenden und Drogengebrauchenden eine der effektivsten Maßnahmen ist, um den Zugang zu HIV-Prävention und Behandlung zu verbessern und zu einem drastischen Rückgang an Neuinfektionen in den Gruppen geführt hat.

### Vor der Tür wurde protestiert

Vertreter/innen der ausgeschlossenen Nichtregierungsorganisationen haben vor dem Gebäude der Vereinten Nationen Protestveranstaltungen durchgeführt, bei denen klar und deutlich artikuliert wurde, dass man mit dem Text der Erklärung unzufrieden ist, bzw. die strategische Ausgrenzung von zivilgesellschaftlichen Gruppen schlichtweg satt hat: Fotos von Plakaten mit Sprüchen wie „unser Blut klebt an euren Händen“ und „eure bigotte Einstellung gegenüber schwulen Männern bringt uns um“ gingen um die Welt.



*Protest der Zivilgesellschaft vor dem UN Gebäude, „Euer Blut klebt an unseren Händen“ HLM, New York*



*Unser Blut klebt an euren Händen! Jetzt Handeln um Aids zu beenden, Protest der Zivilgesellschaft vor dem UN Gebäude in New York*

Proteste wie diese sind in Demokratien alltäglich, andernorts sind sie es nicht und auch das war in New York greifbar. Die Angst, die empfunden wird, wenn beispielsweise Delegationsmitglieder Russlands Fotos der Teilnehmenden auf der Zuschauertribüne machen, mag von manchen als paranoid eingeordnet werden. Für Mitglieder der Zivilgesellschaft autoritär ausgerichteter Staaten kann die Artikulation ihrer Forderungen jedoch schnell eine reale Bedrohung darstellen.

Nun wird es darum gehen, wie die Erklärung in Aktionsplänen umgesetzt wird und wie diese mit Sinn und mit Leben gefüllt und finanziert werden. Es ist an den Mitgliedsstaaten zu zeigen, dass sie über die Deklaration hinaus richtige und wichtige Maßnahmen ergreifen, beispielsweise in dem sie Diskriminierung verbieten und Rechtssicherheit schaffen, um die am meisten gefährdeten Gruppen einzubeziehen und zu schützen und den Geist der UN, das Mitspracherecht aller, hochzuhalten. Die Deklaration gibt uns als Zivilgesellschaft die Möglichkeit, Regierungen in die Verantwortung zu nehmen, denn alle UN-Mitgliedsstaaten haben sich nun zu diesen Maßnahmen verpflichtet. Der Wiederauffüllungskonferenz des Globalen Fonds am 16. September kommt dabei eine besondere Bedeutung zu. Hier kann die Bundesregierung zeigen, wie wichtig ihr die Umsetzung der Deklaration ist und ob sie bereit ist, für die Maßnahmen auch die notwendigen finanziellen Ressourcen zur Verfügung zu stellen!

*Astrid Berner-Rodoreda, Referentin für HIV  
bei Brot für die Welt*

*Peter Wiessner, Referent für Advocacy und Öffentlichkeitsarbeit  
beim Aktionsbündnis gegen AIDS*



**Teil B: Deutschlands  
finanzielle Beiträge für die  
globale Gesundheit und  
HIV-Bewältigung im  
Kontext der Verwirklichung  
der Millenniums-  
Entwicklungsziele**

# Deutschlands Beiträge für die globale Gesundheit und HIV-Bewältigung im Kontext der Verwirklichung der Millenniums-Entwicklungsziele

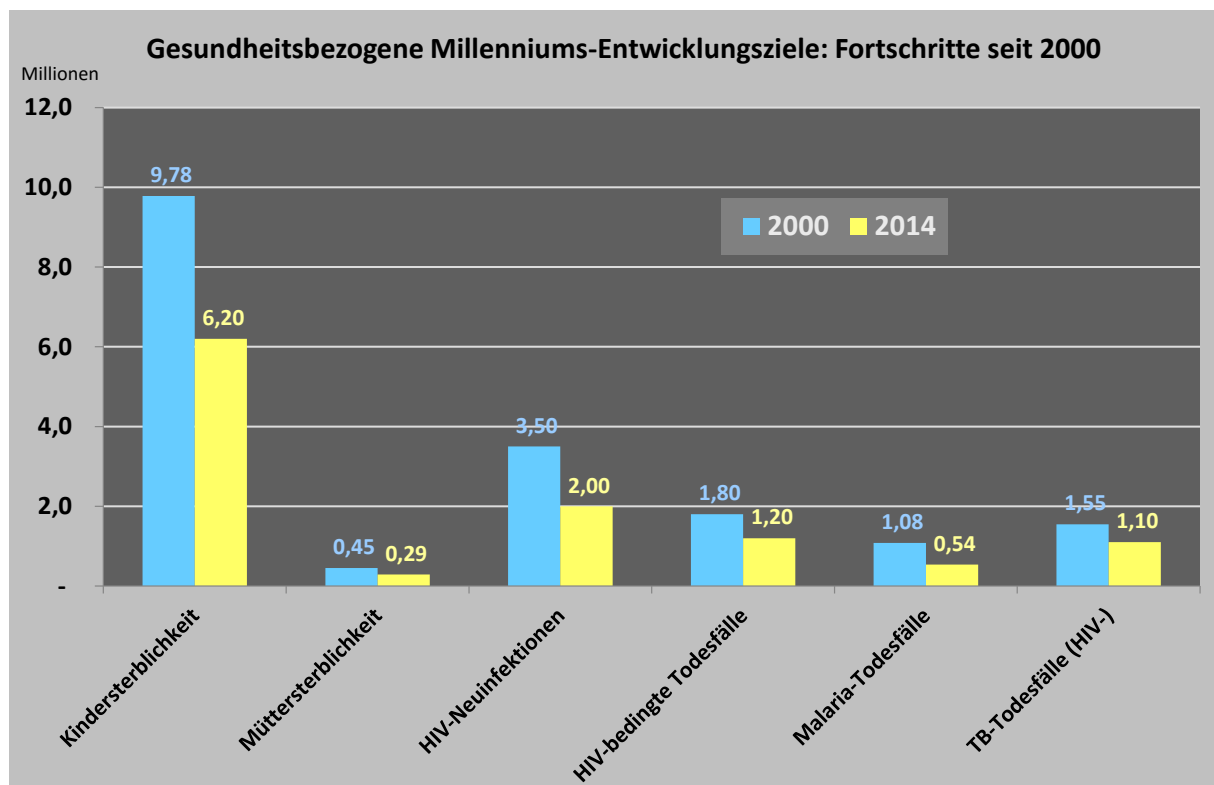
Joachim Rüppel

## Inhalt

- 91** Einleitung
- 93** Sozioökonomische Ungleichheit und Bedarf für die Umverteilung von Ressourcen
- 96** Internationale Verpflichtungen zur Finanzierung von Entwicklung und Gesundheit
- 97** Methodische Vorgehensweise
- 100** Überblick zu den finanziellen Anstrengungen für die Verwirklichung der MDGs
- 104** Die Gesamtleistungen für die Entwicklungszusammenarbeit in der MDG-Ära
- 113** Genuine ODA-Beiträge für die Globale Gesundheit
- 121** ODA-Leistungen für die Bewältigung der HIV-Epidemie
- 127** Die Beiträge für den Globalen Fonds zur Bekämpfung von Aids, Tuberkulose und Malaria
- 129** Deutschlands notwendiger Weg zum angemessenen Beitrag für Gesundheit

## Einleitung

Seit der Verabschiedung der Millenniumserklärung durch die Vereinten Nationen und der davon abgeleiteten Millenniums-Entwicklungsziele konnte die internationale Gemeinschaft bemerkenswerte Fortschritte bei der Eindämmung der verheerendsten Epidemien und der Verbesserung der Gesundheitsversorgung erzielen. Global betrachtet trifft dies für alle besonders dringlichen Gesundheitsprobleme zu, die eine große Zahl von Todesfällen im jüngeren Lebensalter verursachen. Allein durch die Ausweitung des Zugangs zur HIV-Kombinationstherapie konnten bis 2014 fast acht Millionen Sterbefälle vermieden werden. In den meisten Weltregionen wurde ein erfreulicher Anstieg der Lebenserwartung verzeichnet und die massive Verschlechterung der Überlebenschancen in den am stärksten von der HIV-Epidemie betroffenen Ländern konnte zumindest umgekehrt werden.

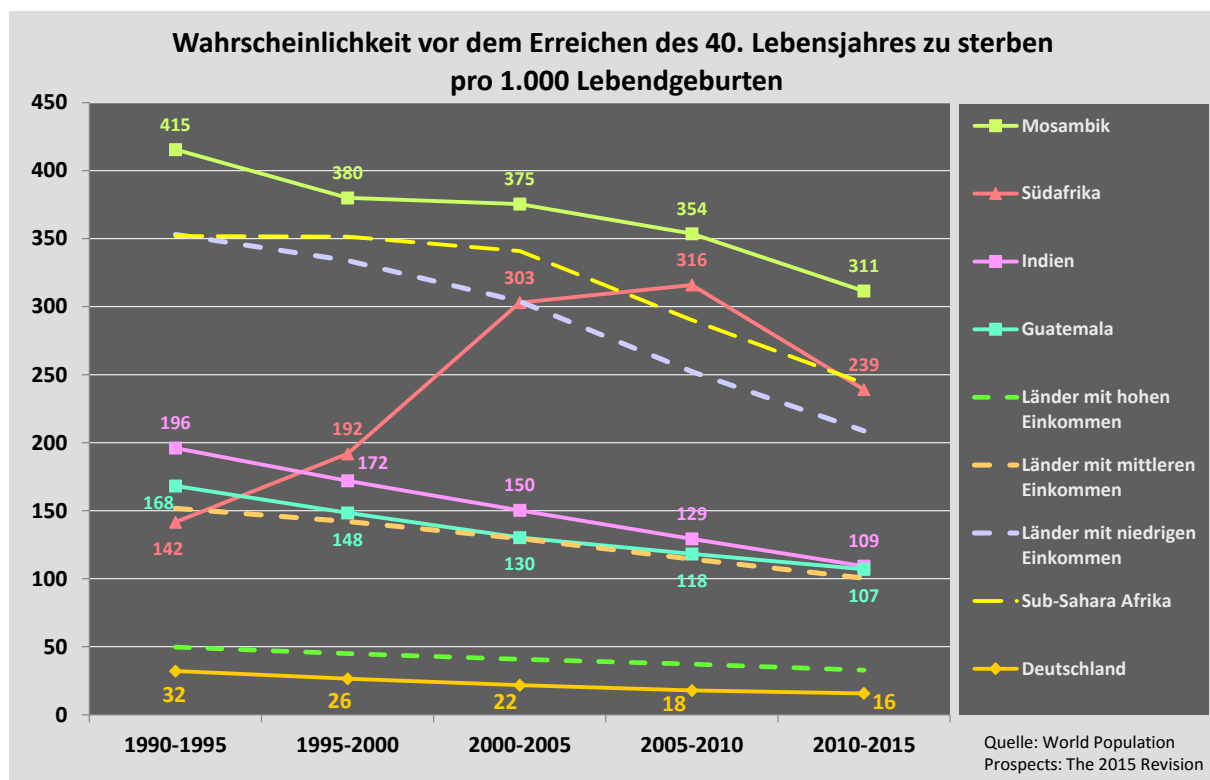


Andererseits handelt es sich lediglich um Teilerfolge, die auch noch sehr unterschiedlich verteilt sind. Viele besonders benachteiligte Menschen und Bevölkerungsgruppen leben noch immer unter menschenunwürdigen und gesundheitsgefährdenden Bedingungen und gerade sie werden durch den Mangel an finanziellen Ressourcen und politischem Willen von lebenswichtigen Gesundheitsdiensten ausgeschlossen. So war in Ländern mit niedrigem Einkommen vor zwei Jahrzehnten das Risiko

vor Erreichen des 40. Lebensjahrs zu sterben, sieben Mal höher als in wohlhabenden Staaten, während es heute sechs Mal wahrscheinlicher ist. Aber die Spanne bei der ungleichen Verteilung der Lebenschancen ist im Einzelfall noch viel größer. Ein Kind, das in den letzten Jahren in Mosambik geboren wurde, ist unter den gegenwärtigen Verhältnissen mit einem um das Zwanzigfache höheren Risiko konfrontiert, einen viel zu frühen Tod zu erleiden, als ein in Deutschland zur Welt gekommenes Baby.<sup>66</sup>

66 United Nations Population Division  
(2015): World Population Prospects:  
The 2015 Revision

Es gehört zu den schrecklichsten Formen der Ungerechtigkeit, wenn Menschen das Leben genommen wird, weil sie infolge ihrer sozialen Lage besonderen Gesundheitsgefahren ausgesetzt sind und ihnen der Zugang zu wirksamen Behandlungsmöglichkeiten verwehrt wird. Die besonders massive Ausbreitung von HIV und die dadurch verursachte dramatische Mortalität in den Regionen des südlichen Afrika, wo ein großer Teil der Bevölkerung um des Überlebens willen zu jahrzehntelanger Wanderarbeit gezwungen ist, stellt hierfür ein tragisches Beispiel dar. Dort hat das in der Kolonialherrschaft wurzelnde und durch die Apartheid verschärfte Ausbeutungssystem die Familien getrennt und die Geschlechterverhältnisse so weit verzerrt, dass die Ökonomisierung und Kommerzialisierung der Sexualität eine geradezu zwangsläufige Folge war. In der Ära der HIV-Epidemie führten die dadurch hervorgebrachten Verhaltensweisen zu einem hohen Infektionsrisiko,



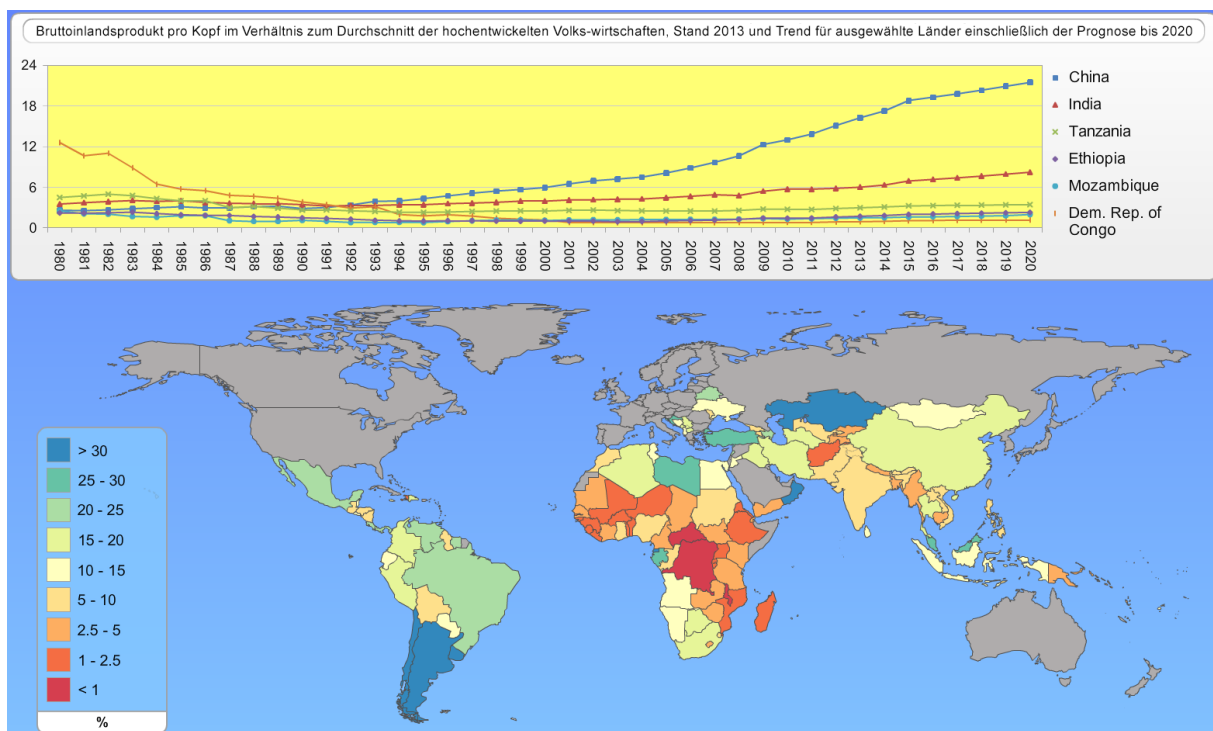
während das politische Interesse an Aufklärung und Gesundheitsversorgung für die in Minen und Plantagen schuftenden Arbeitsmigranten und ihre Herkunftsgemeinschaften gegen Null tendierte. Und auch die aktuellen Muster der HIV-Epidemie verweisen darauf, dass gesellschaftliche Ungleichheit und Ausgrenzung die Gefährdung erhöhen. Von den weltweit 2 Millionen HIV-Neuinfektionen die im Jahr 2014 verzeichnet wurden, ereigneten sich über zwei Drittel in Afrika südlich der Sahara und fast ein Sechstel betraf Männer mit gleichgeschlechtlichen Beziehungen.<sup>67</sup>

67 UNAIDS (2015): *How AIDS changed everything*, S. 101

## Sozioökonomische Ungleichheit und Bedarf für die Umverteilung von Ressourcen

Neben der Überwindung struktureller Gesundheitsgefahren sowie der Erforschung der drängendsten Gesundheitsprobleme der Menschheit hängt die Verbesserung der Überlebenschancen vor allem davon ab, inwieweit die erforderlichen finanziellen und personellen Ressourcen aufgebracht werden. Allein die ökonomischen Gegebenheiten erlauben es vielen Ländern nicht, die nötigen Finanzmittel für die Bereitstellung essenzieller Gesundheitsleistungen aus Steuereinnahmen und anderen Inlandseinkünften zu bestreiten. Wie eine Analyse der einschlägigen Parameter und Prognosen zeigt, werden rund 40 Länder auch bei deutlich verstärkten Eigenanstrengungen bis Ende des Jahrzehnts nicht in der Lage sein, wenigstens den Minimalbedarf für die Gesundheitsversorgung ohne externe Unterstützung zu decken. Wenn die Weltgemeinschaft die gesundheitsbezogenen Ziele der 2030 Agenda für nachhaltige Entwicklung ernstnimmt, so muss die internationale Kooperation auf diesem Gebiet erheblich ausgebaut und auf eine verlässlichere Basis gestellt werden. Andernfalls wird die Umsetzung gerade dort scheitern, wo die Defizite an menschlicher Entwicklung am dramatischsten sind. Und das hehre Prinzip, niemanden zurückzulassen, verkäme von vornherein zur hohlen Phrase.

Im Hinblick auf die Gesundheitsversorgung und andere für die Lebenschancen der Menschen ausschlaggebenden Bereiche muss nicht nur das absolute Minimum gesichert werden, sondern das Ziel sollte auch sein, die weiterhin immense Kluft zwischen und innerhalb der Länder zu verringern. Es muss darum gehen, den wissenschaftlich-technischen Fortschritt auf die Grundbedürfnisse der benachteiligten Mehrheit der Weltbevölkerung auszurichten und ihnen zugleich die Teilhabe an den Früchten dieses Fortschritts zu ermöglichen.

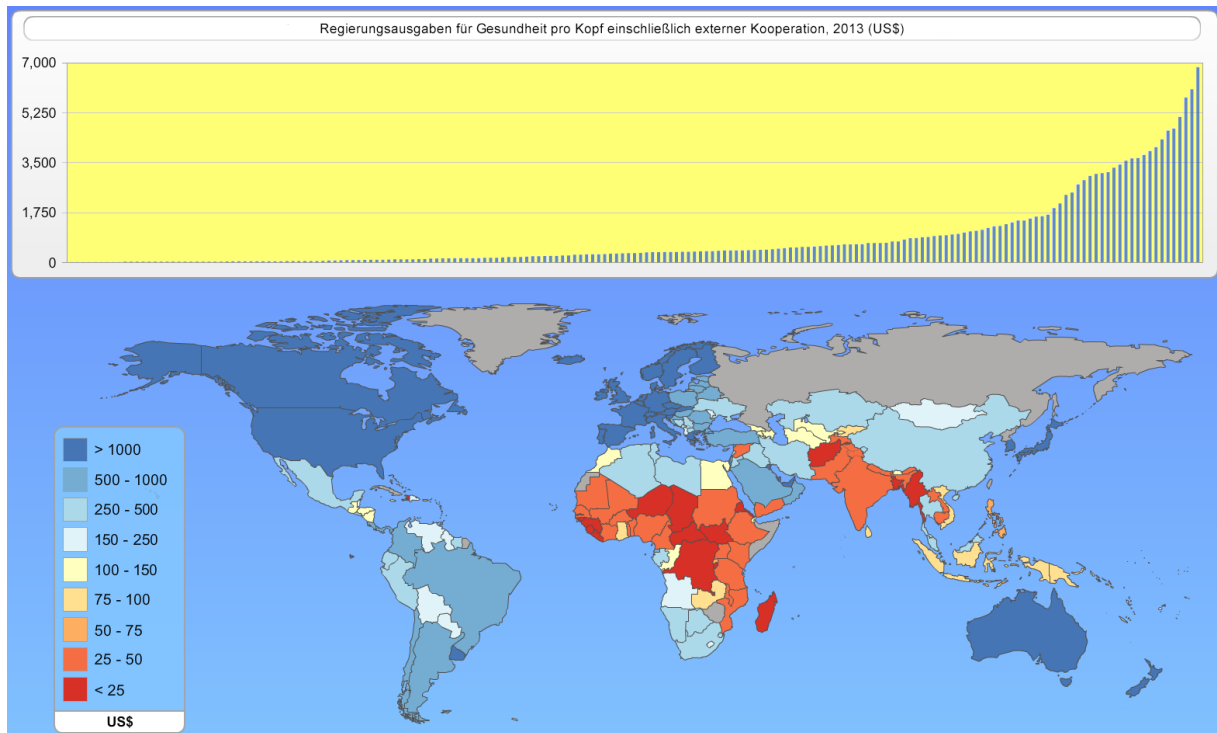


Quelle: IWF World Economic Outlook, April 2015, Mischkalkulation von internationalen Dollars (Kaufkraftparitäten) und US\$ nach Wechselkursen

Entgegen manchen Darstellungen, die nur auf die jüngsten Trends abheben, sind die internationalen Einkommensunterschiede und damit die Notwendigkeit von Ressourcentransfers innerhalb der letzten Generation nicht geringer geworden. Die Prokopfeinkommen von 63 Entwicklungsländern aus einer Gesamtheit von 95 Ländern mit verfügbaren Daten, also rund zwei Drittel, sind zwischen 1980 und 2014 im Verhältnis zum durchschnittlichen Einkommensniveau der ökonomisch besser gestellten Staaten zurückgegangen. Die Tatsache, dass mit China und Indien die bevölkerungsreichsten Länder in diesem Zeitraum überdurchschnittliche Wachstumsraten ihrer Volkswirtschaften verzeichneten, macht die Einkommenssituation auf der Bevölkerungsebene komplexer. Zugleich hat in beiden Staaten eine ausgeprägte Einkommenskonzentration zugunsten des reichsten Zehntels stattgefunden, während ein Großteil der Menschen kaum Nutzen aus der wirtschaftlichen Entwicklung ziehen kann. Stattdessen erleiden sie die destruktiven Konsequenzen, die mit dem brachialen Industrialisierungs- und Bereicherungsmodell einhergehen. In den übrigen Entwicklungsregionen leben 1,9 Milliarden Menschen in Ländern, die gegenüber den Industriestaaten in den letzten Jahrzehn-

ten wirtschaftlich weiter zurückgefallen sind. Und derzeit verfügen 55 Prozent aller Entwicklungsländer über Nationaleinkommen, die nicht einmal 10 Prozent des Durchschnittseinkommens der wirtschaftlich privilegierten Staaten erreichen.<sup>68</sup>

68 Vgl. Ruppel, Joachim (2015): *Mobilizing the Resources Required for Universal Health Coverage: Outline of a Global Compact towards Closing the Financing Gap by 2020*. Würzburg, S. 16; Hrsg.: Aktionsbündnis gegen Aids und Missionsärztliches Institut



WHO, Mischkalkulation von internationalen Dollars (Kaufkraftparitäten)  
und US\$ nach Wechselkursen

Bedingt durch im Allgemeinen niedrigere Staatseinnahmen in Relation zum Bruttoinlandsprodukt und meist geringere Gesundheitsanteile an den Regierungsbudgets fällt der Rückstand bei den öffentlichen Ausgaben für die Gesundheitsversorgung bei der Mehrheit der Entwicklungsländer noch drastischer aus als bei den Nationaleinkommen. Wenn wir die gesamten Mittel einschließlich der Zuwendungen im Rahmen der Entwicklungszusammenarbeit betrachten, so lagen in 69 Prozent der benachteiligten Länder die Regierungsausgaben für Gesundheit pro Kopf bei weniger als einem Zehntel des Durchschnittsniveaus der reichen Staaten. Dieser Anteil vergrößert sich auf 82 Prozent, wenn ausschließlich die aus nationalen Finanzierungsquellen aufgebrauchten Mittel berechnet werden. In 47 Ländern beliefen sich die einheimischen Ressourcen, die von den Regierungen zur Finanzierung von Gesundheitsdiensten aufgewendet wurden, auf weniger als 2 Prozent

der mittleren Ausgabenhöhe in den Industriestaaten. Neben der besonderen Bedeutung von Gesundheit für das Wohlergehen und die Entfaltungsmöglichkeiten, ja oft das nackte Überleben der Menschen, verweisen auch die wirtschaftlichen Realitäten auf die zentrale Rolle der Gesundheitsförderung in der internationalen Zusammenarbeit.

## **Internationale Verpflichtungen zur Finanzierung von Entwicklung und Gesundheit**

Bedauerlicherweise beginnt die neue Entwicklungsperiode bereits mit schwerwiegenden politischen Beschränkungen. Denn die neue Entwicklungsagenda vermeidet eine konkrete und zeitgerechte Verpflichtung zur Mobilisierung der dringend benötigten Finanzmittel. Das gilt sowohl für die Förderung der öffentlichen Entwicklungszusammenarbeit durch die wirtschaftlich privilegierten Staaten als auch für entsprechende Bemühungen der benachteiligten Länder selbst. Dieses Manko übernahmen die Regierungsvertreter von dem wenige Monate zuvor verabschiedeten Ergebnisdokument der dritten Konferenz zur Entwicklungsfinanzierung und schrieben es damit fort. Bedauerlicherweise geht auch die Zielvorgabe zur Finanzierung von Gesundheit nicht über unverbindliche Aussagen hinaus, wenngleich gerade dieser Bereich entscheidend für die Verwirklichung des übergeordneten Ziels ist, dass alle Menschen ihr Potenzial in Würde und Gleichheit und in einer gesunden Umwelt voll entfalten können (Präambel).

Es ist dringend geboten, diese Verweigerungshaltung vieler Regierungen zu überwinden, die offensichtlich die kurzfristigen Interessen der eigenen begüterten Klientel über das Wohl der großen Mehrheit der Weltbevölkerung stellen. Die Festlegung verbindlicher und sachgerechter Finanzierungsziele für die Entwicklungsbemühungen insgesamt und die Gesundheitsförderung im Besonderen bildet eine unverzichtbare Voraussetzung für die konsequente Umsetzung der Agenda. Sie schafft auch die notwendige Sicherheit, um die erforderlichen langfristigen Fördermaßnahmen für die Stärkung der Gesundheitssysteme, die Ausbildung von Fachkräften und den Ausbau der Infrastruktur zu planen und umzusetzen.

Dabei haben sich die wirtschaftlich fortgeschrittenen Staaten bereits 1970 in einer Resolution der Vereinten Nationen verpflichtet, ihre öffentliche Entwicklungshilfe („Official Development Assistance“ oder kurz“ ODA“) auf mindestens 0,7 Prozent des Bruttonationaleinkommens zu erhöhen. Da diese Vorgabe nur von wenigen Industrieländern erfüllt wurde, hat die Europäische Union im Mai 2005 einen Stufenplan beschlossen, um den VN-Beschluss bis spätestens 2015 umzu-



setzen. Statt dieses Versprechen konsequent zu erfüllen, hat sich die Mehrheit der Mitgliedstaaten im Vorfeld der Konferenz zur Entwicklungsfinanzierung einen weiteren Aufschub ausbedungen. Demnach will die Europäische Union den VN-Richtwert innerhalb der Laufzeit der neuen Entwicklungsagenda also bis 2030 erfüllen. Insbesondere Deutschland und Frankreich sollen in der entscheidenden Sitzung des EU-Rats für auswärtige Angelegenheiten eine erneuerte Zusage verhindert haben, das Finanzierungsziel wenigstens bis 2020 zu erreichen. Diese Verzögerungstaktik gefährdet die Verwirklichung der nachhaltigen Entwicklungsziele und untergräbt die Glaubwürdigkeit Europas als zentraler Akteur der globalen Zusammenarbeit in entwicklungspolitischen und humanitären Fragen. Sie muss dringend korrigiert und durch einen verbindlichen Zeitplan ersetzt werden, um das Versprechen spätestens 2020 einzulösen, d.h. ein halbes Jahrhundert nachdem es gegeben wurde.

Im Jahr 2001 kam die von der Weltgesundheitsorganisation eingesetzte Kommission für Makroökonomie und Gesundheit nach eingehenden Analysen zu dem Ergebnis, dass der besser gestellte Teil der Welt wenigstens 0,1 Prozent seines Bruttoeinkommens für den Ausbau der Gesundheitsdienste in den armen Ländern bereitstellen müsste. Einige Jahre später wurde diese Empfehlung durch weitere Studien des Millenniumsprojekts der Vereinten Nationen bestätigt. Es untersuchte und beschrieb die Investitionen, die in den verschiedenen Entwicklungssektoren erforderlich sind, um die Millenniums-Entwicklungsziele zu verwirklichen.

## Methodische Vorgehensweise

Es gibt also viele Gründe, um sich eingehender mit der Finanzierungsproblematik als einem zentralen Faktor der politischen Ökonomie von Gesundheit zu befassen. Daher hat sich seit mehreren Jahren eine systematische Zusammenarbeit zwischen dem Aktionsbündnis gegen Aids und dem Missionsärztlichen Institut Würzburg entwickelt mit dem Ziel, die europäischen Beiträge für die öffentliche Entwicklungszusammenarbeit insgesamt und insbesondere in den Bereichen Gesundheit und HIV-Bewältigung möglichst umfassend und realitätsnah zu analysieren und zu quantifizieren.

Am Missionsärztlichen Institut wurde hierfür eine Methodik entwickelt, die geeignet ist, die Finanzierungsleistungen für die Gesundheitsförderung insgesamt sowie für gesundheitsbezogene Millenniums-Entwicklungsziele wie die HIV-Bewältigung und die Kindergesundheit genauer zu bestimmen. Das zentrale Element besteht darin, alle Projekte und Komponenten, die als Gesundheitsvorha-

ben gemeldet werden oder die in ihrer Beschreibung einen gesundheitsbezogenen Begriff enthalten, zu überprüfen und nach analytischen Kategorien zu klassifizieren. Das gilt sowohl für die direkte oder bilaterale Zusammenarbeit zwischen Geberstaaten und Entwicklungsländern als auch für die Aktivitäten gesundheitsrelevanter internationaler Organisationen. Für die Zuordnung verwenden wir eine umfassende Definition von Gesundheit, die sowohl die Grundelemente eines Gesundheitssystems als auch von anderen Akteuren durchgeführte Maßnahmen der Prävention und der Linderung der sozialen Folgen von Krankheit umfasst.

Die wichtigste Informationsquelle bildet die Datenbank, an die alle durch offizielle Institutionen der Mitgliedstaaten des Entwicklungsausschusses der OECD (Development Assistance Committee, DAC) geförderten Maßnahmen der Entwicklungszusammenarbeit gemeldet werden. Darüber hinaus werden weitere inhaltliche Angaben herangezogen, wie die Berichte an die Aid Transparency Initiative, Projektdokumente oder andere durch die betreffenden Geber bereitgestellten Beschreibungen. In diesem Prozess geht es darum, die Verzerrungen zu korrigieren, die durch schlichte Meldefehler und unterschiedliche Zuordnungskriterien entstehen. Primäres Ziel ist, eine akkurate Schätzung zu liefern, die es erlaubt, die Ressourcenflüsse der verschiedenen Geberstaaten über die Jahre zu vergleichen und mit den einschlägigen Bedarfsanalysen ins Verhältnis zu setzen.

Die Analyse erstreckt sich bisher auf die 17 europäischen Länder, die schon vor 2013 dem DAC/OECD angehörten. Der Untersuchungszeitraum beginnt 2007, da in den Jahren davor nur unvollständige Daten und keine aussagekräftigen Projektbeschreibungen geliefert wurden. Im vergangenen Jahr schloss die Studie mit der Überprüfung aller bis 2013 realisierten Aktivitäten ab. Im laufenden Jahr stehen die 2014 umgesetzten Projekte im Mittelpunkt. Derzeit verfügen wir über die Ergebnisse der Analyse aller gesundheitsrelevanten Projekte, die im Rahmen der bilateralen Kooperation Deutschlands stattfanden oder von den wesentlichen multilateralen Organisationen wie EU-Institutionen, Weltbank, Globaler Fonds und verschiedener VN-Organisationen gefördert wurden. Insgesamt wurden fast 105.000 Datensätze mit individuellen Projektbeschreibungen überprüft. Dazu kommen rund 95.000 Komponenten von Programmen der Internationalen Entwicklungsorganisation (IDA) der Weltbank sowie gut 127.000 mit typologischen Beschreibungen gemeldete Maßnahmen von VN-Organisationen.

Während die Studie das Kernstück bildet, erfolgte für den vorliegenden Bericht eine geografische und zeitliche Ausweitung des Untersuchungsgegenstands mit dem Ziel, eine belastbare Schätzung der gesamten ODA-Leistungen für Gesundheit in Form von Zuschüssen während der kompletten Umsetzungsphase der MDGs zu produzieren. Für die Jahre 2000 bis 2006 musste die Analyse auf die An-

gaben der Geber zu den Neuzusagen nach Förderbereichen zurückgreifen, da die Daten zu den Auszahlungen unvollständig sind. Die Untersuchung der bilateralen Kooperation seitens der sechs außereuropäischen DAC-Staaten über die Jahre 2007 bis 2013 basiert auf den offiziellen aggregierten Daten zu Umfang und sektoraler Verteilung der ODA-Auszahlungen. In beiden Fällen erfolgte eine Bereinigung unter Verwendung der Erfahrungswerte aus der Studie, welche die jeweiligen Anteile der unter diversen Sektoren gemeldeten Ressourcenflüsse beschreiben, die im Durchschnitt der Gesundheitsförderung zugutekommen. Dabei vermindert sich zwar der offiziell als ODA für Gesundheit angegebene Betrag, andererseits werden entsprechende Anteile von anderen Sektoren angerechnet wie Bildung, Regierungsführung und Zivilgesellschaft, soziale Infrastruktur, humanitäre Hilfe oder multisektorale Ansätze. Bei rund der Hälfte der Geber einschließlich Deutschland führt dies tendenziell zu einer höheren Schätzung, bei den anderen DAC-Staaten wirkt sich die Anpassung vermindernd aus. Es handelt sich um eine Annäherung an die Realität, die auf der Evidenz der projektbasierten Studie beruht. Diese hat gezeigt, dass eine erhebliche Anzahl von Projekten, die als direkte Unterstützung der Gesundheitsförderung und bestimmter Subsektoren gemeldet werden, in Wirklichkeit nicht dem Maßnahmenspektrum entsprechen wie es in den einschlägigen Bedarfschätzungen definiert wird. Andererseits taucht eine Reihe von Aktivitäten in anderen Bereichen auf, die zumindest teilweise als Gesundheitsmaßnahmen einzuordnen sind.

Im Fall von Deutschland beruht die Schätzung der bilateralen ODA-Auszahlungen für Gesundheit in 2014 bereits auf der Überprüfung der einzelnen Projekte. Für die anderen DAC-Staaten wurde eine vorläufige Berechnung auf Basis der offiziellen Angaben zur sektoralen Verteilung der ODA-Ausgaben mit dem oben beschriebenen Anpassungsverfahren realisiert. Die Berechnung der Gesundheitsaufwendungen im Rahmen der bilateralen Kooperation aller Geber wie auch der multilateralen Organisationen im Jahr 2015 beruht auf der Bestimmung des Gesundheitsanteils an den gesamten Mittelbindungen über die letzten drei Jahre (2012 bis 2014). Für Deutschland konnten auch hierfür die konsolidierten Ergebnisse der Projektanalyse herangezogen werden. Soweit es sich bei den Aufwendungen zur Bekämpfung der Ebola-Epidemie um zusätzliche Mittel für den Gesundheitsbereich handelt, so wurden diese in beiden Jahren berücksichtigt. Dafür wurden die Angaben von „ONE“ und die Daten zur humanitären Hilfe zugunsten der drei hauptbetroffenen Länder kombiniert.

Der Bericht gibt den aktuellen Stand der Analysen wieder unter Verwendung der besten Daten, die derzeit verfügbar sind. Die künftige Untersuchung der ODA-Leistungen für Gesundheit, die HIV-Bewältigung und andere prioritäre Ge-

sundheitsprobleme wird zu weiteren Präzisierungen führen. Nach den bisherigen Erfahrungen resultiert die projektbasierte Analyse in Schätzungen, die tendenziell höher liegen als die offiziellen Angaben.

Die Analyse konzentriert sich auf die ODA-Beiträge, die in Form von Zuschüssen tatsächlich direkt in Entwicklungsländer oder an entwicklungspolitisch wichtige internationale Organisationen transferiert wurden. Denn nur diese Ressourcentransfers können im Prinzip verwendet werden, um die immensen Finanzierungsbedarfe der besonders benachteiligten Länder und Bevölkerungsgruppen in den für die menschliche Entwicklung vorrangigen Sektoren wie dem Gesundheitsbereich abzudecken. Sie stellen auch eine reale finanzielle Anstrengung dar, während Kredite und Kapitalbeteiligungen oft mit Zinsen und Gewinnen an die Geberstaaten zurückfließen und wie im Fall von Deutschland zum größten Teil Gelder vom Kapitalmarkt statt Mittel aus dem Bundeshaushalt eingesetzt werden. Außerdem sind die real transferierten ODA-Zuschüsse zwischen den Geberländern vergleichbar, während die tatsächlichen finanziellen Konsequenzen von als ODA angerechneten Darlehen sowohl auf der Seite der sie bereitstellenden als auch der sie empfangenden Staaten über die Laufzeit von mehreren Jahren oder Jahrzehnten kaum kalkulierbar sind.

## **Überblick zu den finanziellen Anstrengungen für die Verwirklichung der MDGs**

Bevor wir in den weiteren Abschnitten einen näheren Blick auf die ODA-Leistungen für die verschiedenen Dimensionen werfen, zeigen die folgenden grafischen Darstellungen die gesamte Konstellation der wichtigsten Bemessungsgrößen.

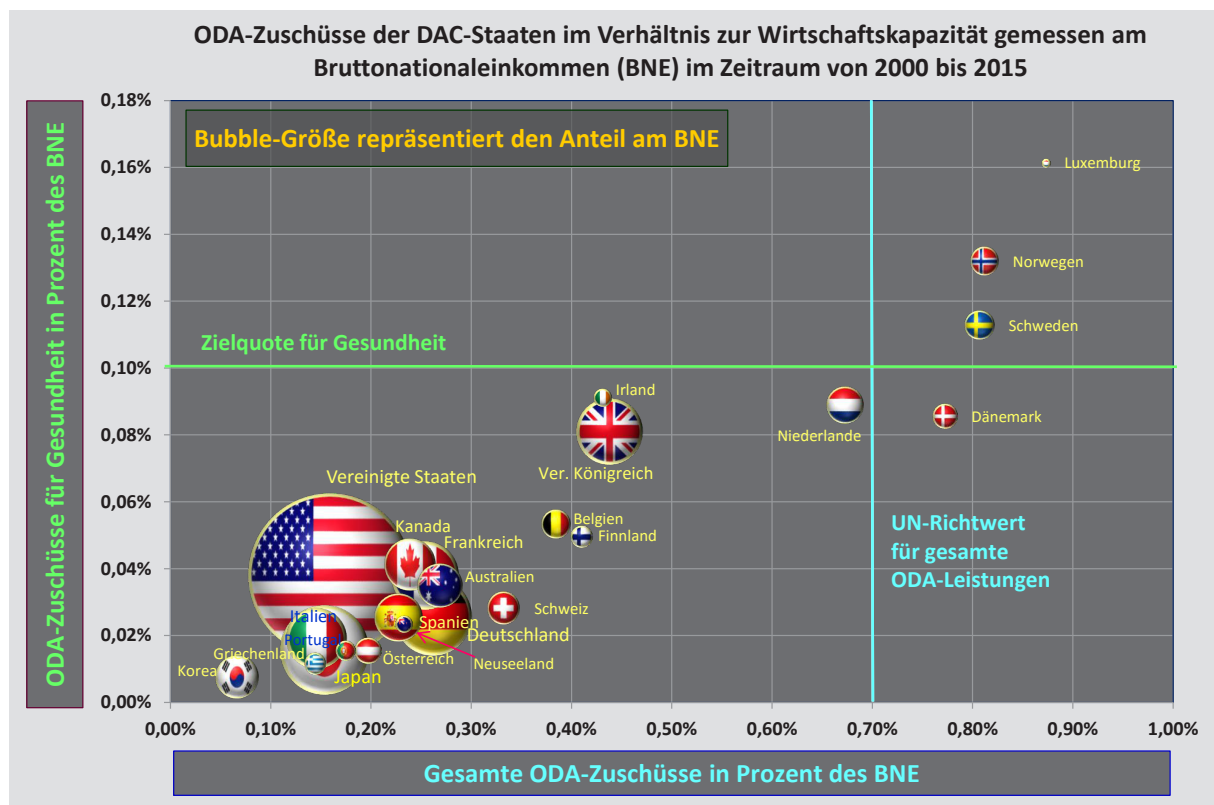
Die erste Übersicht stellt die finanziellen Anstrengungen über den gesamten Zeitraum der Umsetzung der MDGs dar. Es wird deutlich, dass mit Norwegen und Schweden nur zwei Staaten mit einem gewissen wirtschaftlichen Gewicht sowohl den VN-Richtwert für die gesamten ODA-Leistungen als auch die Empfehlung der WHO-Kommission für die Zusammenarbeit im Gesundheitsbereich konsequent erreicht und überschritten haben. Wenn man die gesamte MDG-Periode betrachtet, so hat auch Dänemark die Zielmarke für die Gesamt-ODA verwirklicht und blieb mit einer BNE-Quote für Gesundheit von insgesamt 0,086 Prozent nur wenig unter dem empfohlenen Niveau für die Leistungen in diesem Bereich. Auch die Niederlande haben die beiden Zielgrößen nur knapp verfehlt. Bemerkenswert sind auch die Beiträge Irlands und Großbritanniens für die Verbesserung der Gesundheitsbedingungen in den Entwicklungsländern. Das Vereinigte Königreich ist auch der einzige G7-Mitgliedstaat, der zumindest überdurchschnittliche Anstren-

gungen vorweisen kann. Belgien und Finnland erreichten bei beiden Dimensionen annähernd 50 Prozent der angestrebten Beitragshöhe.

Ungeachtet der durchaus signifikanten Differenzen waren alle anderen 14 DAC-Mitgliedstaaten weit davon entfernt, ihre jeweiligen Verpflichtungen zu erfüllen. blieb Deutschland mit einer Quote von 0,262 Prozent d.h. weniger als 40 % des Zielniveaus bei den Gesamtleistungen schon klar unter seinen wirtschaftlichen Möglichkeiten, so waren die Bemühungen für die Unterstützung der Gesundheitsversorgung mit einem BNE-Anteil von 0,026 Prozent also rund ein Viertel der empfohlenen Größe noch unzulänglicher. Umgekehrt stellt sich die Situation der Vereinigten Staaten dar, die mit Abstand über die größte Volkswirtschaft verfügen. Sie erreichten bei den Gesamtleistungen mit einer Quote von kaum 0,16 Prozent weniger als ein Viertel des VN-Richtwerts, trugen aber 0,038 Prozent des BNE für die Gesundheitsförderung bei. Mit der zweitgrößten Wirtschaftskapazität ausgestattet blieb Japan bei beiden Dimensionen noch hinter diesen wahrlich unbefriedigenden Leistungen zurück und erreichte lediglich BNE-Anteile von 0,154 beziehungsweise 0,016 Prozent. Da auf diese drei Staaten 58 Prozent der gesamten während der Periode verzeichneten Wirtschaftsleistungen entfielen, hatte die mangelhafte Erfüllung der international vereinbarten oder empfohlenen Beitragsniveaus durch die betreffenden Regierungen gravierende Auswirkungen auf die Gesamtmittel, die für die Verwirklichung der MDGs in den besonders benachteiligten Ländern grundsätzlich zur Verfügung standen.

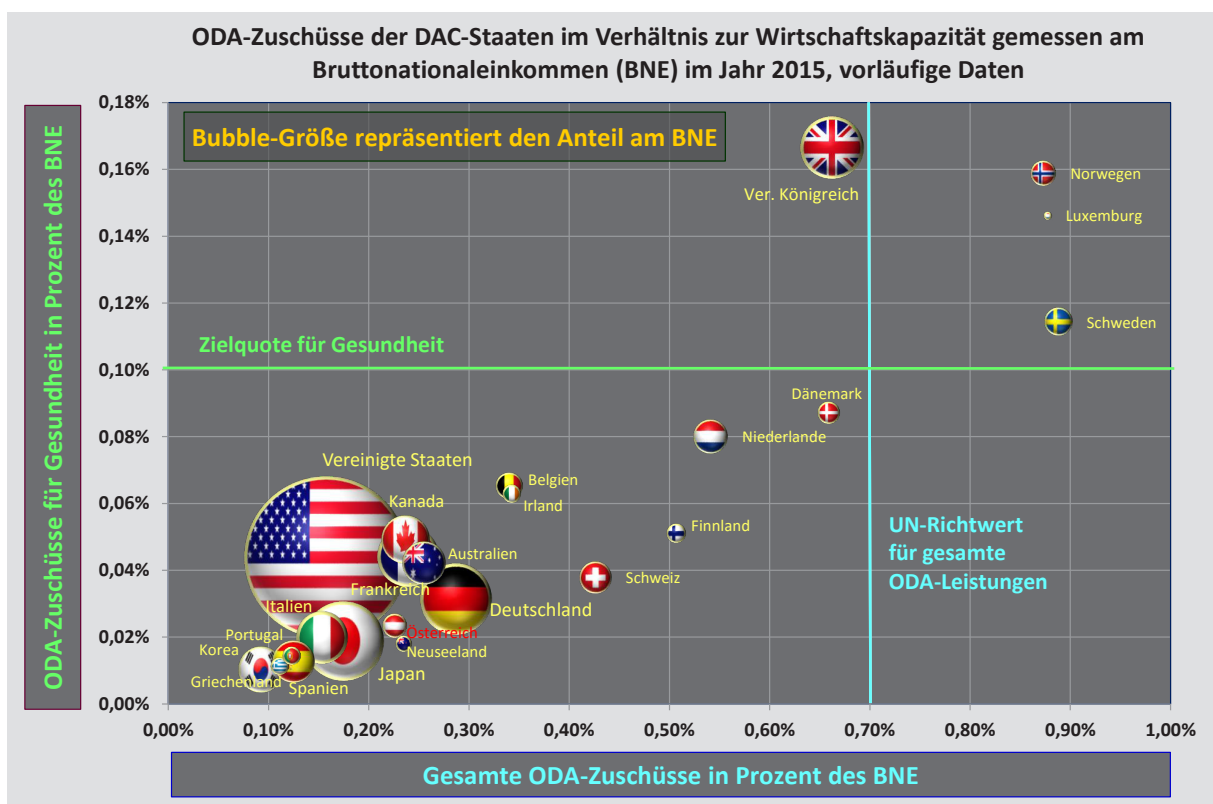
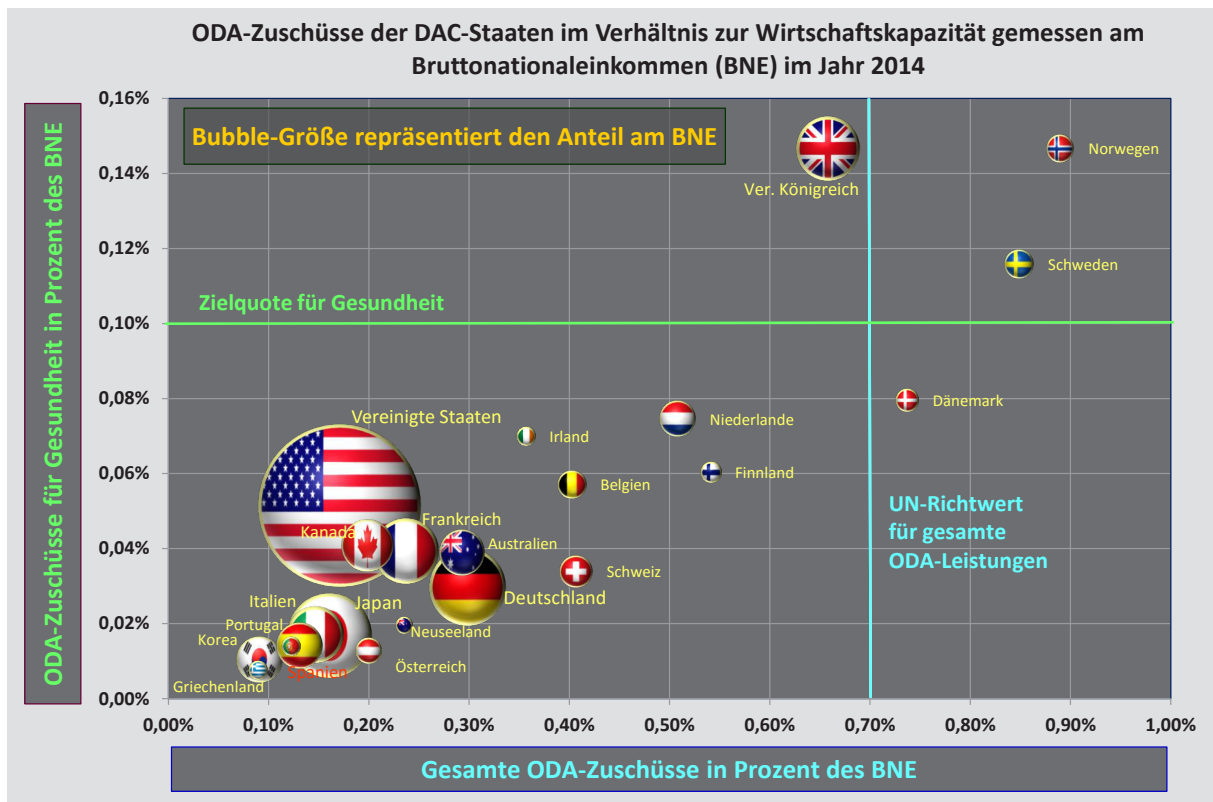
Während bei manchen der übrigen Staaten die Schuldenkrise das ungenügende Beitragsniveau zumindest partiell erklären mag, so kann dies bei der Mehrheit nicht als Entschuldigung akzeptiert werden. Darunter schneidet Österreich besonders schlecht ab mit einer Gesamtquote von knapp 0,2 Prozent und Gesundheitsleistungen von lediglich 0,016 Prozent des BNE.

Die in der folgenden Grafik dargestellten Leistungen im Jahr 2014 basieren auf finalen Daten zu den Gesamtleistungen, während die bilateralen Beiträge für Gesundheit mit Ausnahme von Deutschland unter Verwendung offizieller Angaben in Kombination mit Erfahrungswerten der bisherigen Studien geschätzt wurden. Sie erlaubt daher einen Vergleich von überprüften und weitgehend gesicherten Schätzwerten im Fall Deutschlands mit berechneten Größen für alle anderen DAC-Staaten, die im Zuge der projektbasierten Analyse noch geringere (bei den 16 europäischen Geberländern) oder erheblichere (bei den 6 außereuropäischen Staaten) Berichtigungen erfahren können.



Das Diagramm für das Jahr 2015 gibt die Berechnung der Gesamt-Zuschüsse auf Basis vorläufiger OECD-Daten und die Schätzung der Gesundheits-ODA auf der Grundlage eben dieser Angaben sowie der sektoralen Verteilung der Neuzusagen wider. Ungeachtet der verbleibenden Unsicherheitsmargen wird hier das aktuelle Bild ersichtlich.

Zunächst ist hervorzuheben, dass die beiden Spitzengeber diese Position auch in jüngster Zeit gehalten haben. An ihnen sollten sich alle anderen Staaten ein Beispiel nehmen. Positiv ist zu vermerken, dass das Vereinigte Königreich in den letzten Jahren auf dem Gesundheitsgebiet ebenfalls dieses hohe Beitragsniveau erreicht hat und auch den VN-Richtwert für die Gesamtleistungen fast erfüllt, ohne die fraglichen Ausgaben und Buchungsgrößen einzurechnen. Damit hat das erste G7-Mitglied die Zielgrößen verwirklicht und damit beträchtliche zusätzliche Mittel für die Entwicklungszusammenarbeit mobilisiert.



Deutschland hat sich dagegen nur sehr unzureichend bewegt. Mit 0,28 Prozent für die gesamten bei den Entwicklungsländern ankommenden ODA-Zuschüsse (in beiden Jahren) sowie 0,030 Prozent (2014) und 0,031 Prozent des BNE für die Ge-

sundheitsleistungen liegen die Beiträge am Ende der MDG-Laufzeit zwar etwas höher als in der Periode als Ganze betrachtet, bleiben aber weit von den notwendigen Anstrengungen entfernt, die einem verantwortlichen Akteur in der globalen Entwicklung entsprechen würden. Derzeit belegt Deutschland den 11. Rang bei den gesamten ODA-Zuschüssen und landet auf dem 15. Platz in Bezug auf die Unterstützung der Gesundheitsförderung. Das ist eine niederschmetternde Bilanz besonders wenn man in Rechnung stellt, dass mindestens 4 der 22 seit längerem dem DAC angehörenden Staaten mit massiven Folgen der Schuldenkrise kämpfen, während sich Deutschlands Volkswirtschaft überdurchschnittlich schnell davon erholt hat.

Die USA haben zwischenzeitlich die Hälfte der gesundheitsspezifischen Zielgröße erreicht, sind aber zuletzt wieder zurückgefallen, wofür die verzögerte Auszahlung des Beitrags für den Globalen Fonds verantwortlich war. Bei den Gesamtleistungen gehören sie mit Rang 18 im Jahr 2015 zu den Geberstaaten, die sich am wenigsten großzügig verhielten. Eine ähnlich schwache Rolle spielt Japan, das zudem einen sehr geringen Teil seiner limitierten ODA-Zuschüsse für die Gesundheitsförderung einsetzt und hier mit einer zuletzt etwas gestiegenen Quote von 0,19 Prozent den 18. Platz belegt.

Noch immer leidet die Entwicklungszusammenarbeit darunter, dass gerade die Staaten völlig ungenügende Anstrengungen unternehmen, auf die es wegen ihrer Wirtschaftskapazität besonders ankommt. Auch besteht eine erhebliche Gefahr, dass die Mehrheit der wirtschaftlich privilegierten Staaten, die bei den realen ODA-Leistungen weit unter ihren wirtschaftlichen Möglichkeiten bleiben, die Nichterfüllung der internationalen Vereinbarungen und Empfehlungen zur Entwicklungs- und Gesundheitsfinanzierung quasi zur faktischen Norm machen. Das wäre nicht nur fatal für die Verwirklichung der neuen Entwicklungsagenda, sondern auch für die so dringliche internationale Zusammenarbeit bei allen globalen Herausforderungen und Krisen, die eine Bedrohung für die Zukunft der Menschheitsfamilie darstellen.

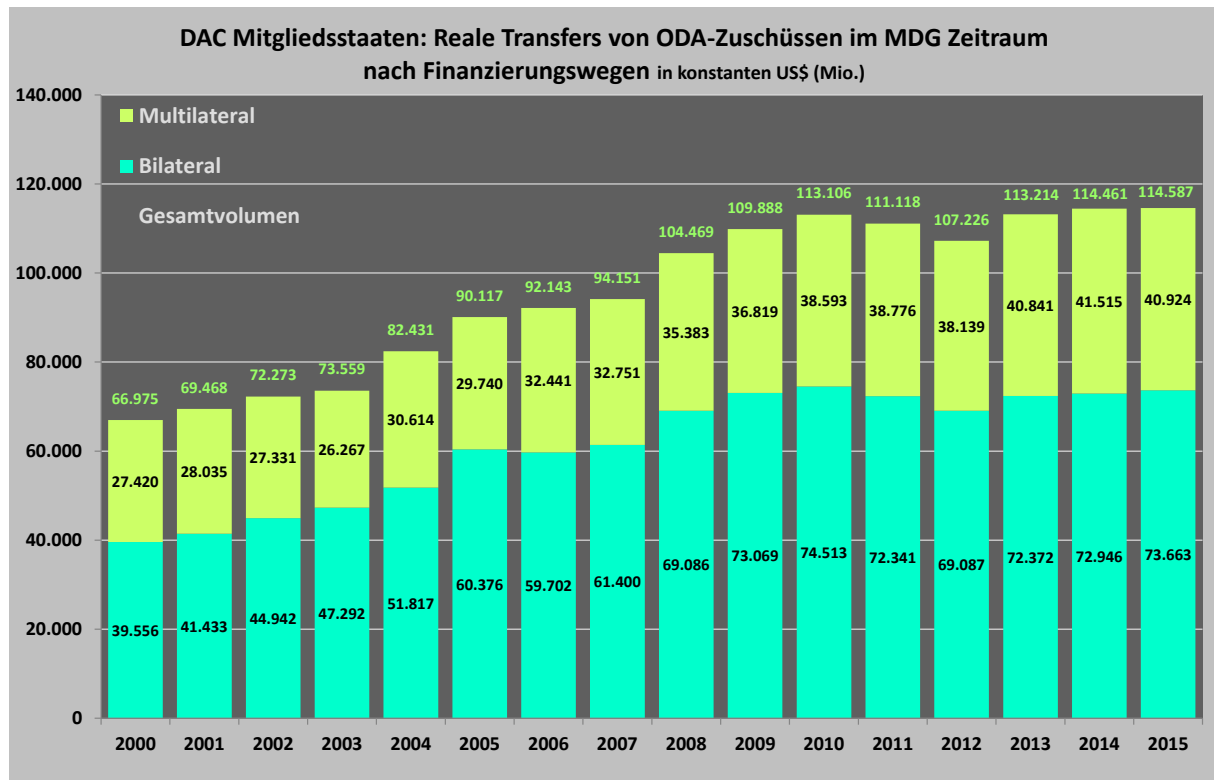
## **Die Gesamtleistungen für die Entwicklungszusammenarbeit in der MDG-Ära**

Die gesamten ODA-Zuschüsse aller DAC-Mitgliedstaaten zusammen genommen haben sich in der ersten Dekade inflations- und wechselkursbereinigt deutlich erhöht und lagen 2010 um fast 70 Prozent höher als zur Jahrtausendwende. Die Verabschiedung der Millenniumserklärung und die Proklamation der darin anvisierten Millenniums-Entwicklungsziele hat also durchaus eine positive Wirkung



hervorgebracht. Der Druck der organisierten Zivilgesellschaft und die öffentliche Meinung allgemein haben in vielen Ländern die Regierungen angespornt, ihre finanziellen Beiträge aufzustocken. Allerdings ist bei der Bewertung in Betracht zu ziehen, dass das Ausgangsniveau extrem niedrig war im Vergleich zu dem enormen Bedarf der Entwicklungsfinanzierung nachdem viele Entwicklungsländer in den Jahrzehnten davor wirtschaftlich weiter zurückgefallen waren und verheerende Auswirkungen der sog. Strukturanpassungsprogramme auf die Leistungsfähigkeit ihrer öffentlichen Dienste der Daseinsvorsorge erlebt hatten. Wenn alle DAC-Staaten gerade den VN-Richtwert im Jahr 2015 erfüllt hätten, so wäre ein ODA-Volumen von über 321 Milliarden US\$ zu konstanten Preisen und Wechselkursen von 2014 zustande gekommen. Die realen ODA-Zuschüsse entsprechen lediglich knapp 36 Prozent hiervon.

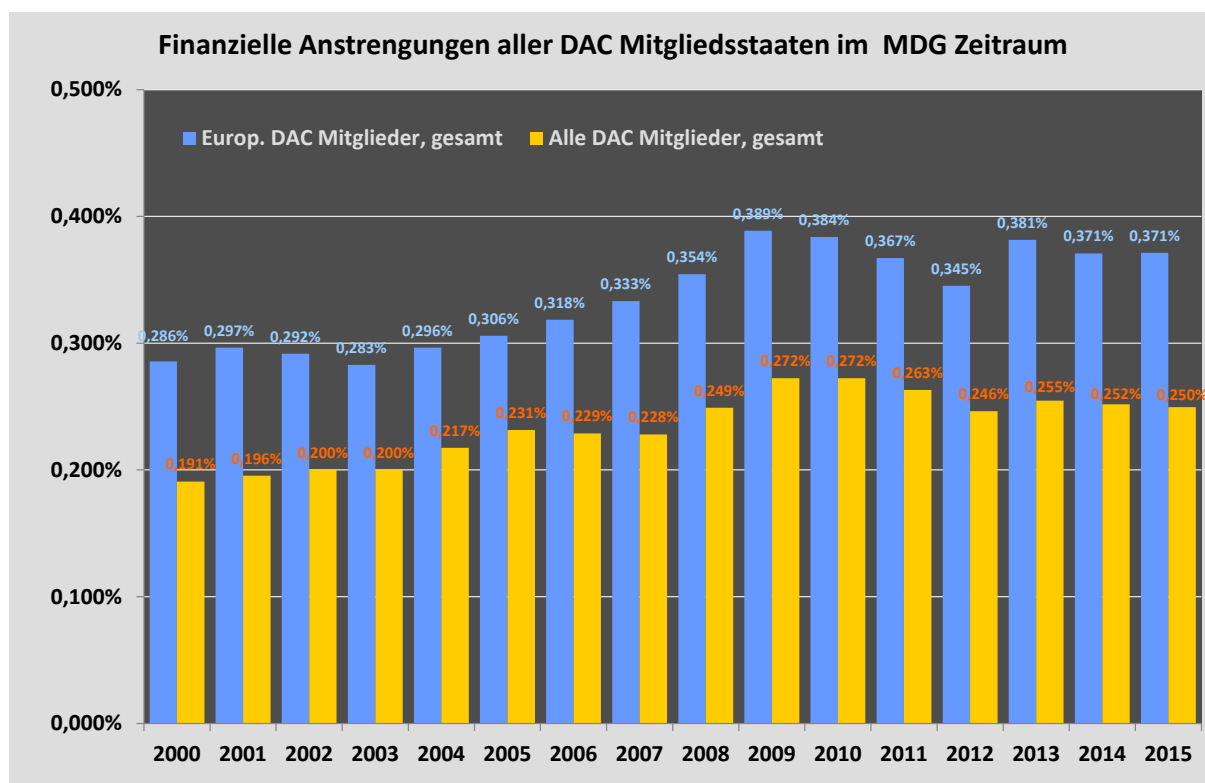
Im Gefolge der Schuldenkrise kam es zu einem Einbruch, der inzwischen wieder aufgefangen wurde. Der absolute Umfang des Gesamtbeitrags war in den letzten Jahren aber nur wenig höher als 2010 und stagnierte im letzten Jahr der MDG-Periode.



Wie die nachfolgende Darstellung zeigt, haben auch die finanziellen Anstrengungen im ersten Jahrzehnt zugenommen. Die ODA-Zuschüsse, die von allen DAC-Staaten zusammen bzw. von der Gesamtheit der europäischen DAC-Mitglie-

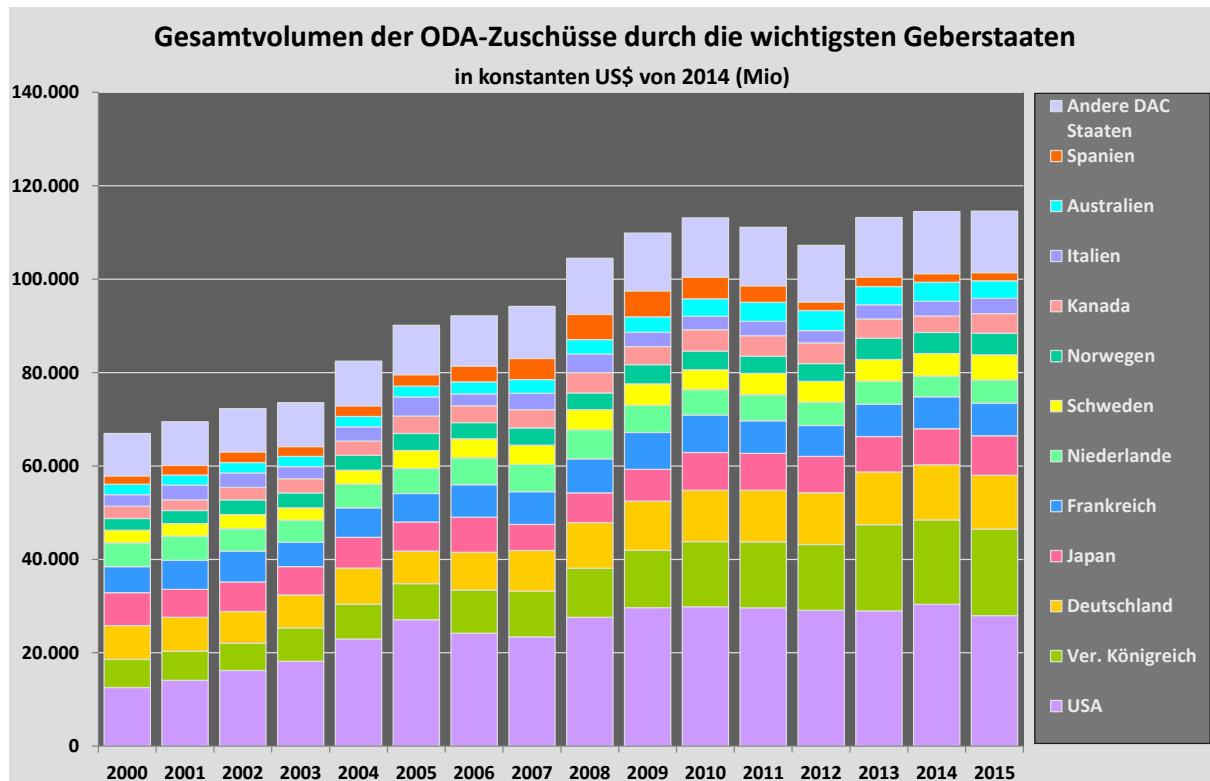
der in Relation zum jeweiligen BNE aufgebracht wurden, erreichten im Jahr 2009 ihren bis dato höchsten Stand. Nach dem Beginn der Schuldenkrise sanken beide Quoten und haben sich bisher nur teilweise erholt. Darin zeigt sich der Effekt der oben beschriebenen Stagnationstendenz der absoluten Beträge, während die BNE-Werte der meisten Staaten, abgesehen von Griechenland, Spanien und Italien, inzwischen wieder deutlich über dem bei Ausbruch der Krise verzeichneten Niveau liegen. Das BNE der europäischen DAC-Mitglieder lag 2015 rund 10 Prozent höher als 2009, bei den DAC-Staaten insgesamt ist ein Anstieg von knapp 14 Prozent zu verzeichnen und Deutschland erreichte sogar einen Zuwachs von über 15 Prozent.

Das Leistungsniveau der europäischen Geberstaaten lag mit 0,338 Prozent des BNE deutlich über dem Gesamtmittel der DAC-Staaten von 0,236 Prozent, wenn man die MDG-Periode insgesamt betrachtet. Diese Differenz von rund 0,1 Prozent zieht sich durch die gesamte Laufzeit und ist vor allem auf die weit unterdurchschnittlichen Anstrengungen der Vereinigten Staaten und von Japan zurückzuführen, der beiden Länder mit den größten Volkswirtschaften.



Die Übersicht zu den realen Beiträgen der wichtigsten Geber verdeutlicht, dass der reale Wiederanstieg der Gesamt-Zuschüsse nach 2010 vor allem den zusätzlichen Anstrengungen Großbritanniens zu verdanken ist mit einer Aufstockung von fast 4,6 Milliarden US\$. Aber auch Schweden – zusätzlich begünstigt durch

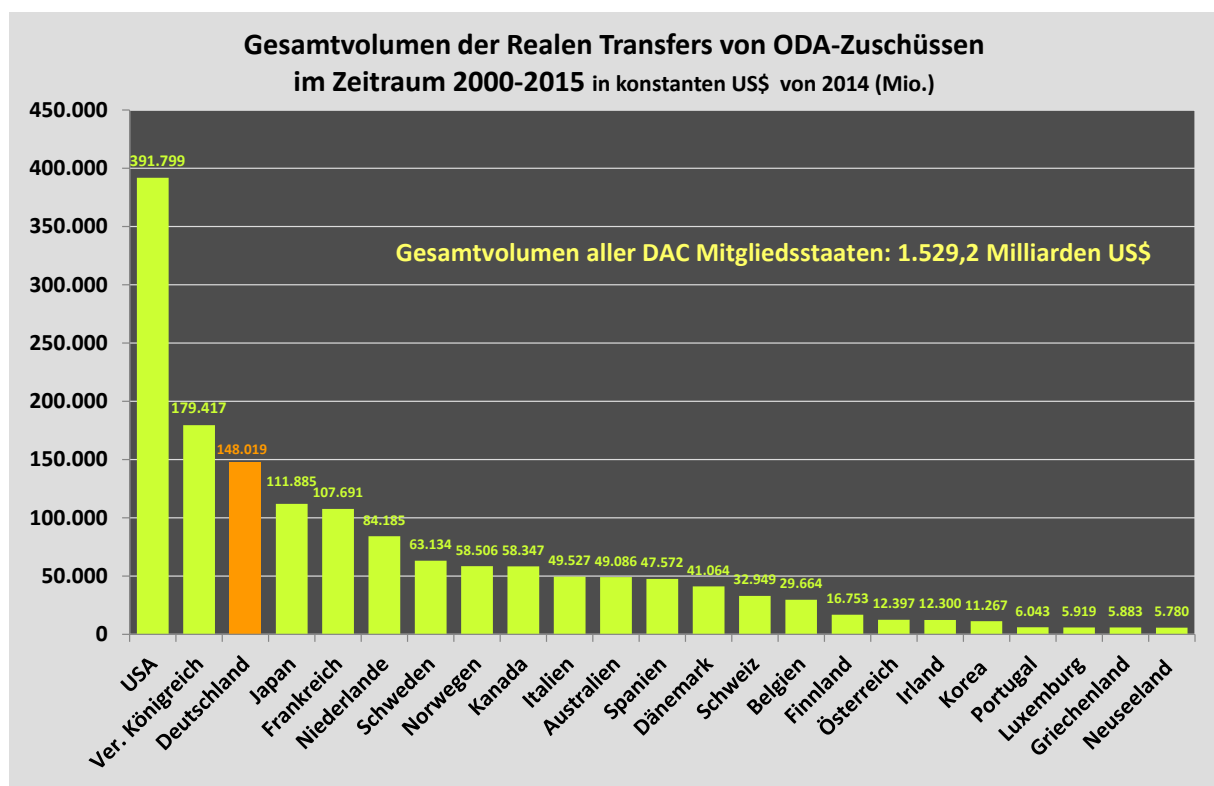
ein überdurchschnittliches Wirtschaftswachstum – und die Schweiz erhöhten ihre ODA-Zuschüsse um mehr als jeweils eine Milliarde US\$.



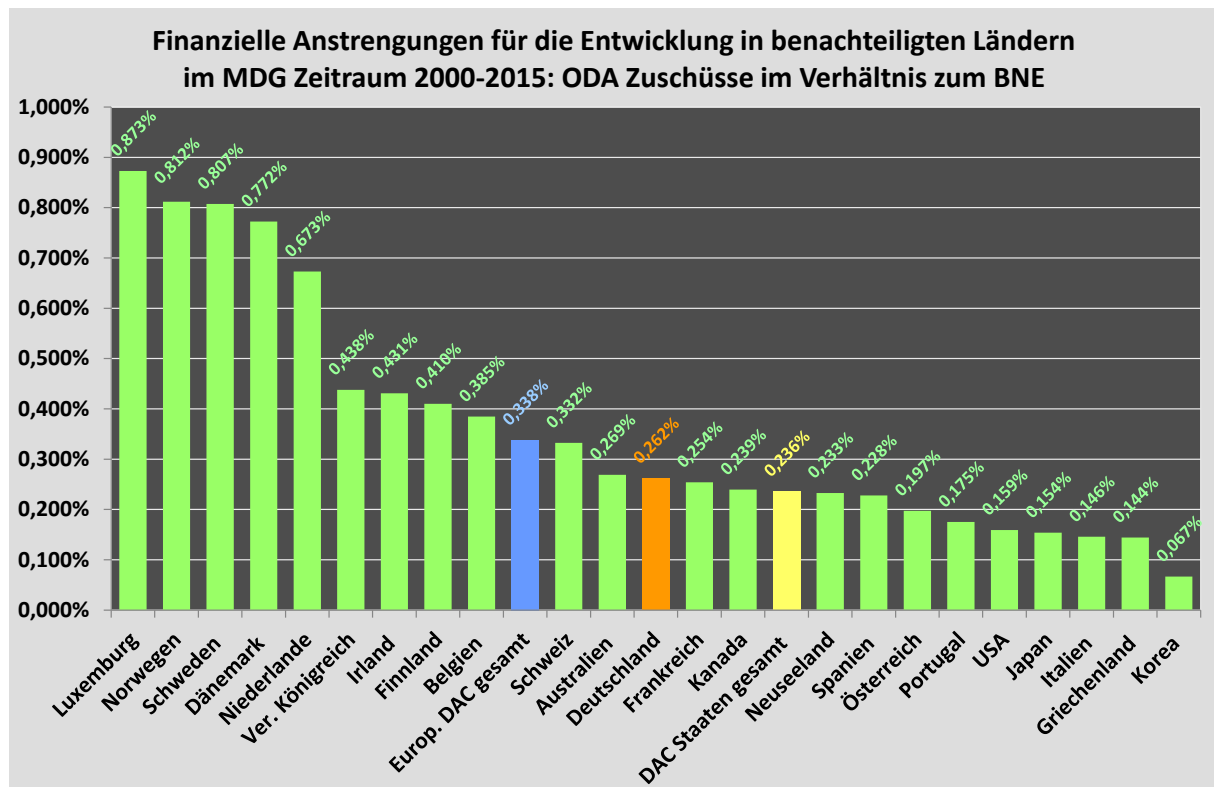
Dagegen nimmt sich die Steigerung des deutschen Beitrags um 518 Millionen doch recht bescheiden aus, vor allem wenn man die deutlich größere Wirtschaftsleistung in Betracht zieht. Seit dem Beginn der Schuldenkrise haben 11 DAC-Staaten ihre genuinen ODA-Zuwendungen erhöht, während die übrigen 12 die Mittel kürzten. Die größten Einschnitte in absoluten Zahlen verzeichneten im letzten Jahr fünf Spanien (2,8 Milliarden US\$), die Vereinigten Staaten (1,9 Milliarden US\$) und Frankreich (rund 1 Milliarde US\$).

Abgesehen von dem Sonderfall Korea, das erst 2010 dem DAC beiträgt, zeichnete sich das Vereinigte Königreich auch durch den höchsten Anstieg während der MDG-Periode insgesamt aus, indem eine Verdreifachung der Zuschussmittel erreicht wurde. Schweden und Irland verzeichneten immerhin eine Verdoppelung der genuinen Beiträge für die Entwicklungszusammenarbeit. Das Gleiche gilt auch für die USA allerdings ausgehend von einer extrem niedrigen Anfangshöhe. Deutschlands ODA-Zuschüsse erhöhten sich um 60 Prozent, was noch unter der durchschnittlichen Steigerung der DAC-Staaten insgesamt (71 Prozent) und der europäischen Mitglieder (63 Prozent) lag. Mit Dänemark, Griechenland, Portugal, den Niederlanden und Spanien senkten 5 der 23 DAC-Mitgliedstaaten ihre Beiträge seit der Verabschiedung der Millenniumserklärung.

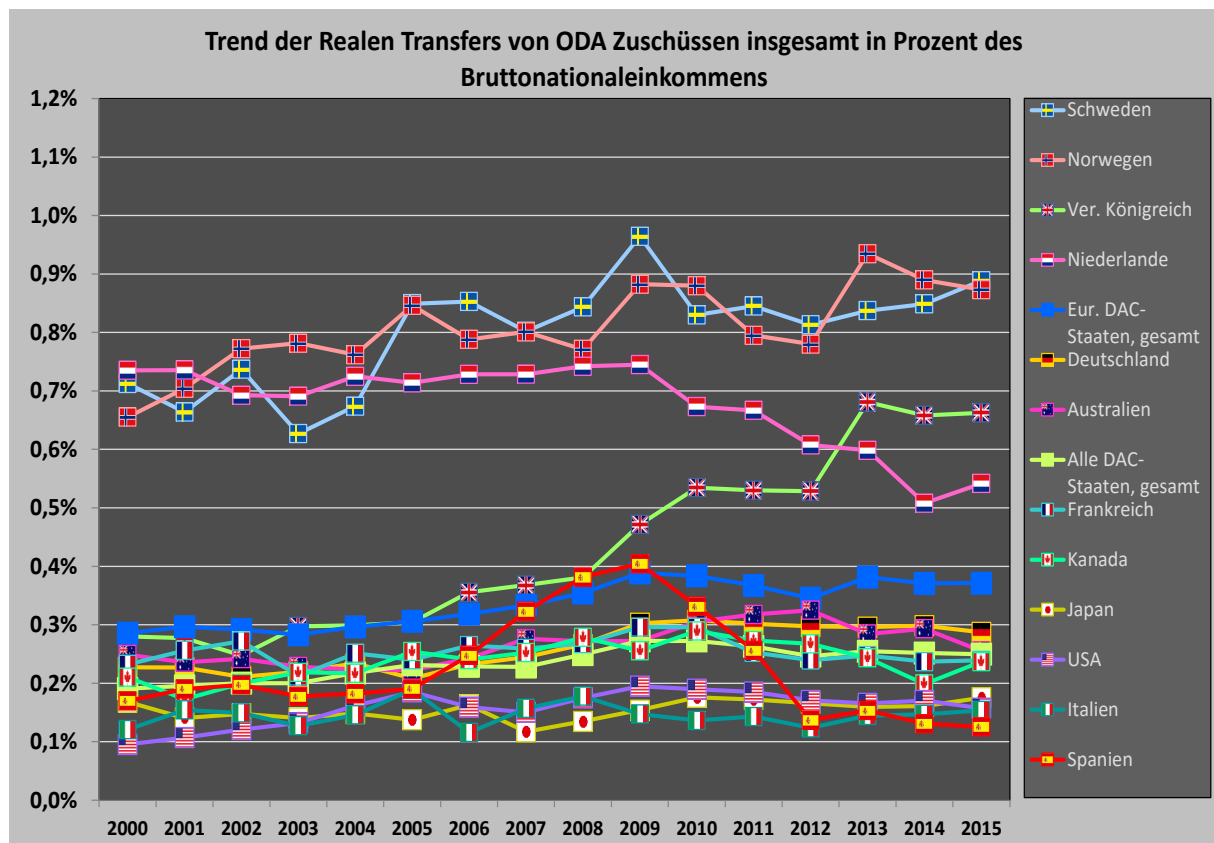
Insgesamt beliefen sich die ODA-Zuschüsse in den 16 Jahren seit der Jahrtausendwende auf etwas mehr als 1,5 Billionen US\$ ausgedrückt in konstanten Preisen und Wechselkursen von 2014. Wenn die Gesamtheit der DAC-Staaten den VN-Richtwert durchgehend verwirklicht hätte, wäre das Volumen drei Mal höher ausgefallen und hätte über 4,5 Billionen US\$ betragen. Infolge der weit unterdurchschnittlichen Leistungen Japans und der relativ hohen Anstrengungen Großbritanniens liegt Deutschland bei den absoluten Zuschussbeträgen auf dem dritten Platz. Die über die MDG-Periode aufgebrauchten rund 148 Milliarden US\$ entsprachen 9,7 Prozent der Gesamtmittel.



Ein ganz anderes Bild ergibt sich, wenn man die ODA-Beiträge der verschiedenen Länder in Relation zur Wirtschaftskapazität setzt und damit die realen finanziellen Anstrengungen während der MDG-Ära betrachtet. Nur 4 der 23 DAC-Staaten erfüllten den VN-Richtwert und ein weiteres erreichte fast diese Zielmarke. Deutschland ist begünstigt durch die sehr niedrigen Beitragsniveaus der besonders krisenbetroffenen Länder und der beiden größten Volkswirtschaften im Mittelfeld zu finden. Die deutschen Bemühungen liegen noch deutlich unter dem europäischen Durchschnitt und nur wenig über dem einfachen Mittelwert aller DAC-Staaten.

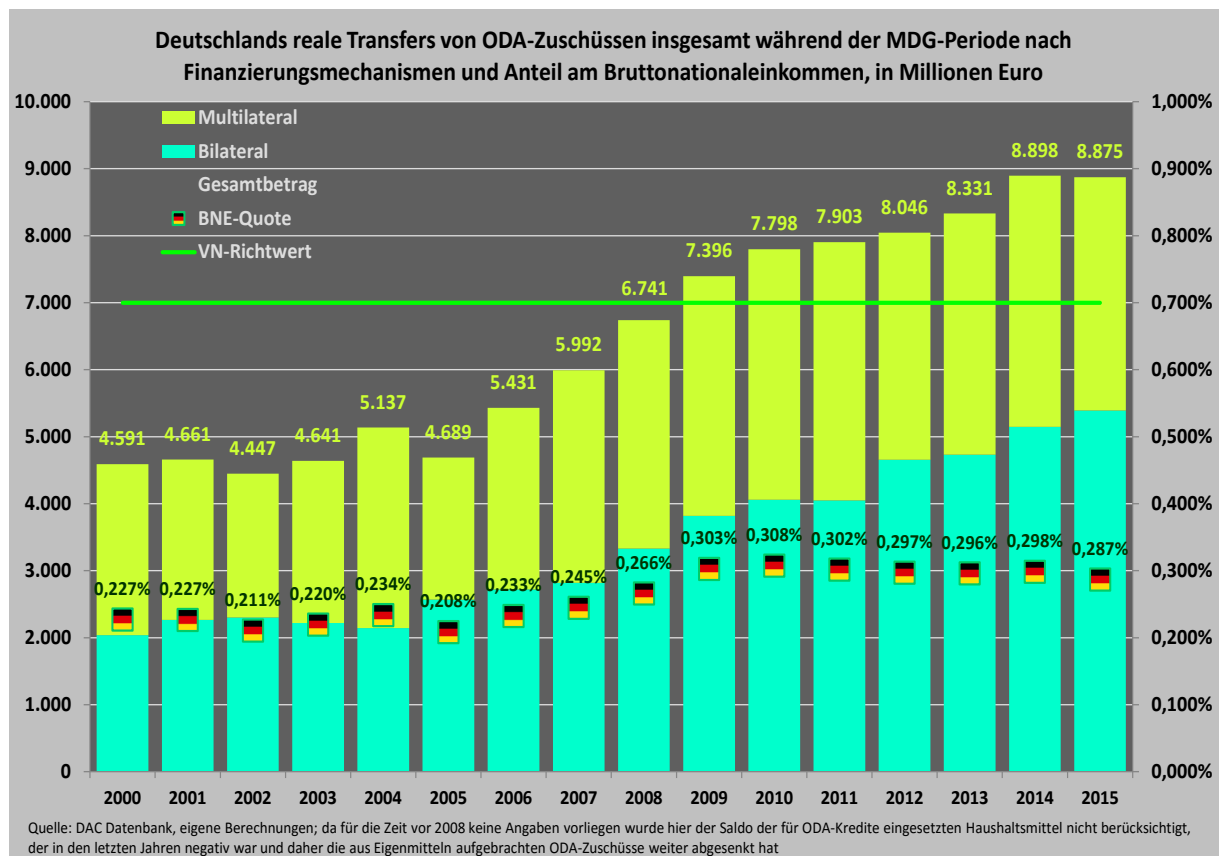


Die Entwicklung der finanziellen Anstrengungen seit 2000 lässt erkennen, dass die meisten DAC-Staaten keine eindrucklichen Veränderungen ihrer Position im Gebirgegefüge verzeichneten. Es sind aber einige Ausnahmen mit positiven wie auch negativen Vorzeichen zu erkennen. Die mit Abstand größten Fortschritte kann das Vereinigte Königreich vorweisen, das seine Zuschussquote allein zwischen 2005 und 2013 von 0,304 auf 0,681 Prozent des BNE steigerte und seither dieses Niveau annähernd hielt. Besonders hervorzuheben sind auch Norwegen und Schweden, die seit 2001 bzw. 2005 kontinuierlich den VN-Richtwert erfüllten und in den meisten Jahren sogar deutlich übertrafen.

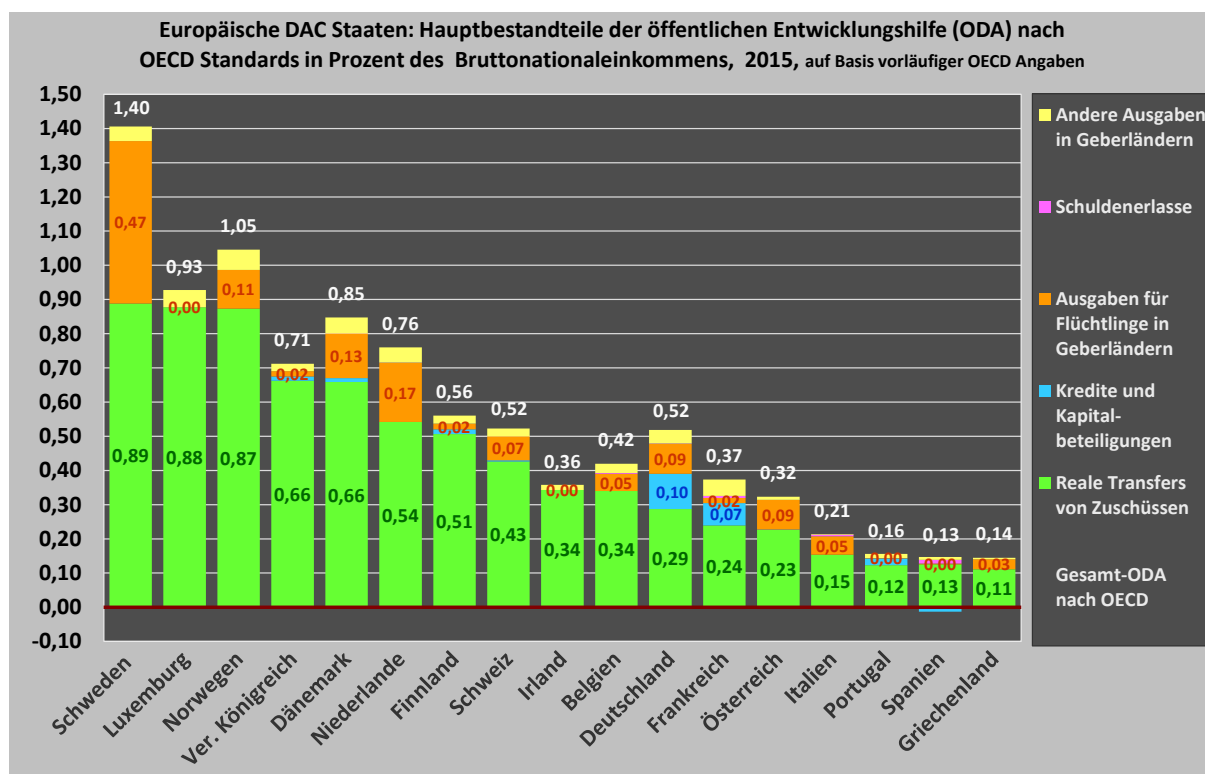


Eine gegenteilige Tendenz zeigen die Niederlande, deren BNE-Quote inzwischen deutlich unter die Zielmarke fiel. Das traurigste Beispiel bildet wohl Spanien, das zwischen 2005 und 2009 die höchsten Steigerungsraten auswies, dann aber innerhalb weniger Jahre von einer guten mittleren Position auf den letzten Rang unter den wichtigeren Geberländern zurückfiel.

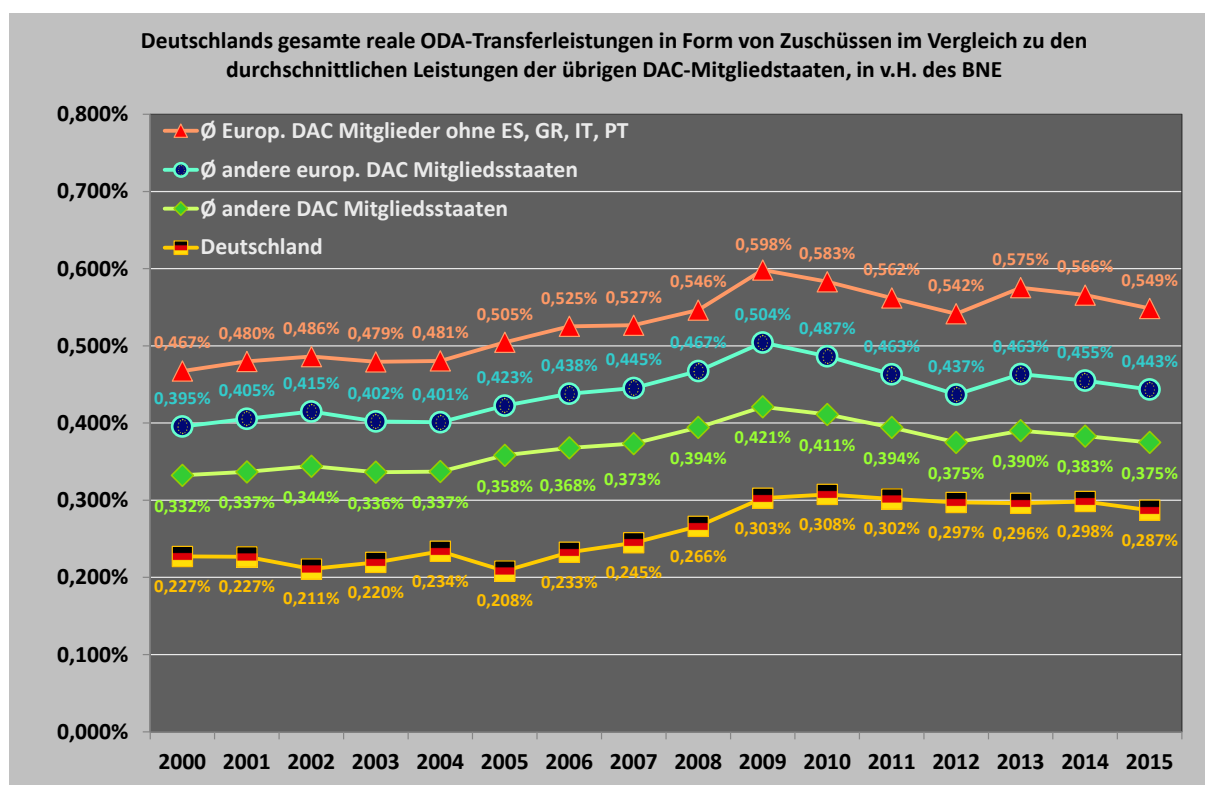
Die Einzelbetrachtung der ODA-Zuschüsse Deutschlands lässt unschwer erkennen, dass nur in der kurzen Phase zwischen 2006 und 2009 die Aufwüchse ausreichen, um die BNE-Quote signifikant zu erhöhen, während in den meisten Jahren der Trend bestenfalls mit dem Wirtschaftswachstum Schritt hielt. Bereits seit längerer Zeit muss eine stagnierende Tendenz auf völlig unzureichendem Niveau konstatiert werden.



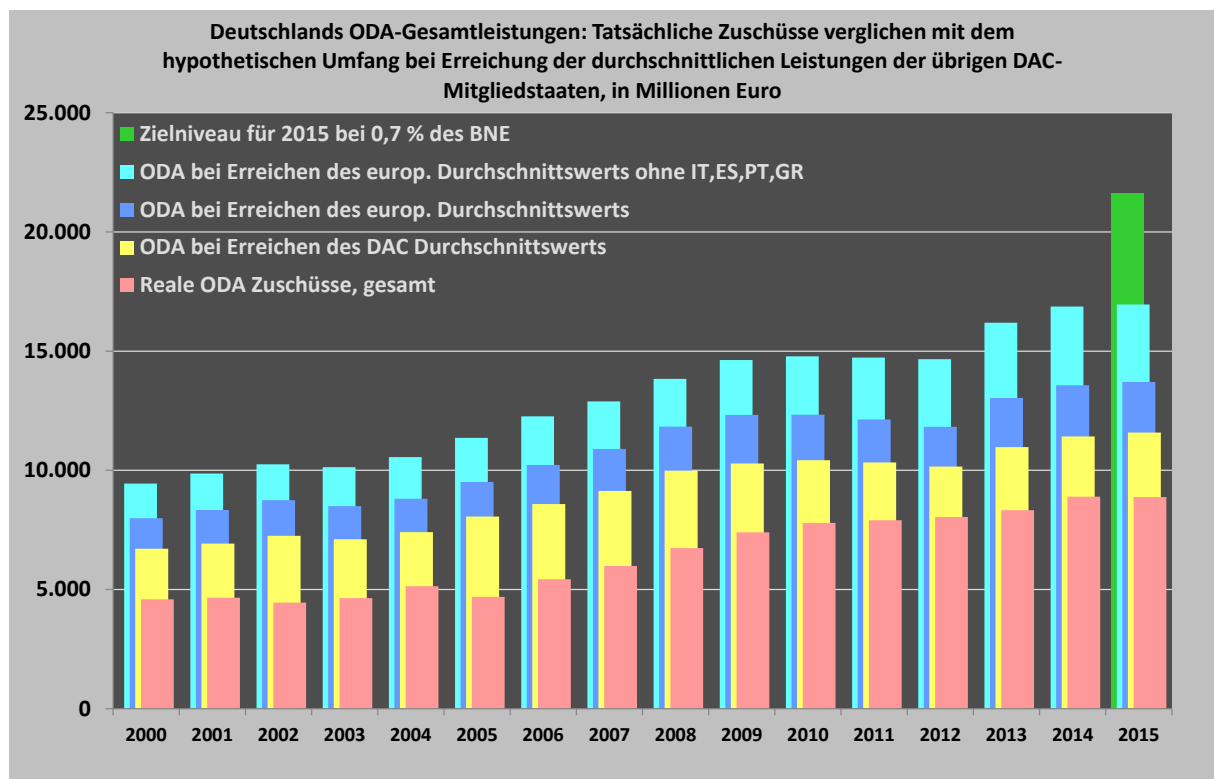
Statt einer wirklichen Verstärkung der finanziellen Anstrengungen hat man sich offensichtlich lange darauf verlegt, die offizielle Quote durch eine außerordentliche Ausweitung der Kredite und Kapitalbeteiligungen künstlich aufzublähen. Da die Rückzahlungen sich über einen längeren Zeitraum strecken, kann auf diese Weise der nach derzeitigen OECD-Kriterien angerechnete Saldo kurzfristig erhöht werden. Dieses Manöver wird noch dadurch begünstigt, dass die Zinsrückzahlungen bei der offiziellen Berechnungsweise keine Berücksichtigung finden. Die zusätzlichen Gelder hierfür stammen nicht aus dem Bundeshaushalt sondern vom Kapitalmarkt, wodurch das Konzept der öffentlichen Entwicklungshilfe ad absurdum geführt wird. Dagegen waren die Saldi der für Kredite eingesetzten Haushaltsmittel abgesehen von einem kleinen Überschuss im Jahr 2011 deutlich im negativen Bereich, so dass die betreffenden Empfängerländer praktisch einen aliquoten Teil der ODA-Zuschüsse gegenfinanzierten. Zudem verlangt Deutschland mit einem gewichteten Mittelwert von 2,34 Prozent die höchsten Zinsraten von allen relevanten bilateralen und multilateralen Gebern von ODA-Krediten. Inzwischen profitiert kein anderes Geberland in so hohem Maße von dieser Anrechnungspraxis fraglicher ODA-Flüsse, die weder den bedürftigsten Ländern zugutekommen, noch eine tatsächliche Bemühung darstellen. Im Jahr 2015 stieg diese Schönung der ODA-Statistik auf 0,1 Prozent des BNE.



Betrachtet man die genuinen Anstrengungen für die Entwicklungsfinanzierung wird sehr deutlich, dass Deutschland weit hinter den durchschnittlichen Leistungen der übrigen DAC-Staaten und insbesondere der europäischen Geberländer zurückblieb und der Abstand hat sich nicht vermindert.







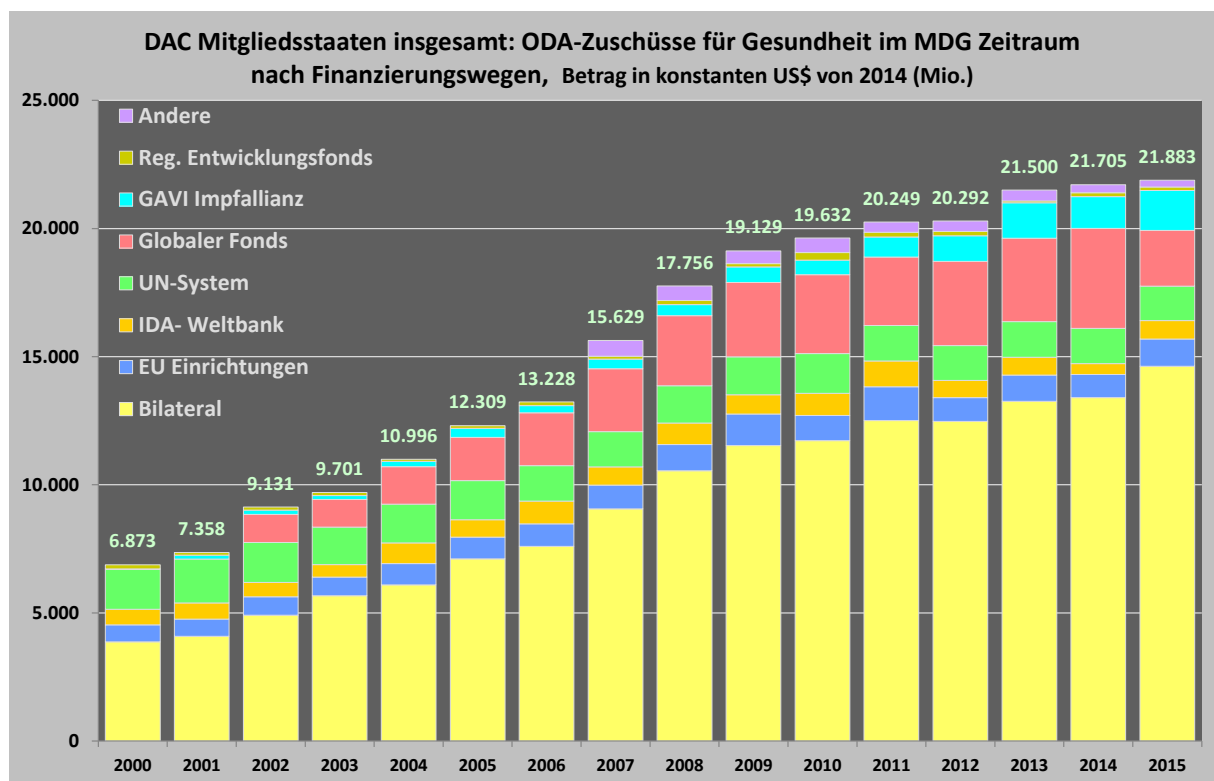
Praktisch über den gesamten Zeitraum der Umsetzung der MDGs lagen die deutschen ODA-Zuschüsse nur bei rund der Hälfte der mittleren Beitragshöhe der anderen DAC-Mitglieder Europas, wenn man die besonders von der Schuldenkrise betroffenen Länder ausklammert. Hätte Deutschland dieses Niveau erreicht, so wäre ein Gesamtbeitrag von über 209 Milliarden Euro zustande gekommen, während sich die wirklichen über die MDG-Periode erbrachten Zuschüsse auf weniger als 104 Milliarden Euro summierten.

## Genuine ODA-Beiträge für die Globale Gesundheit

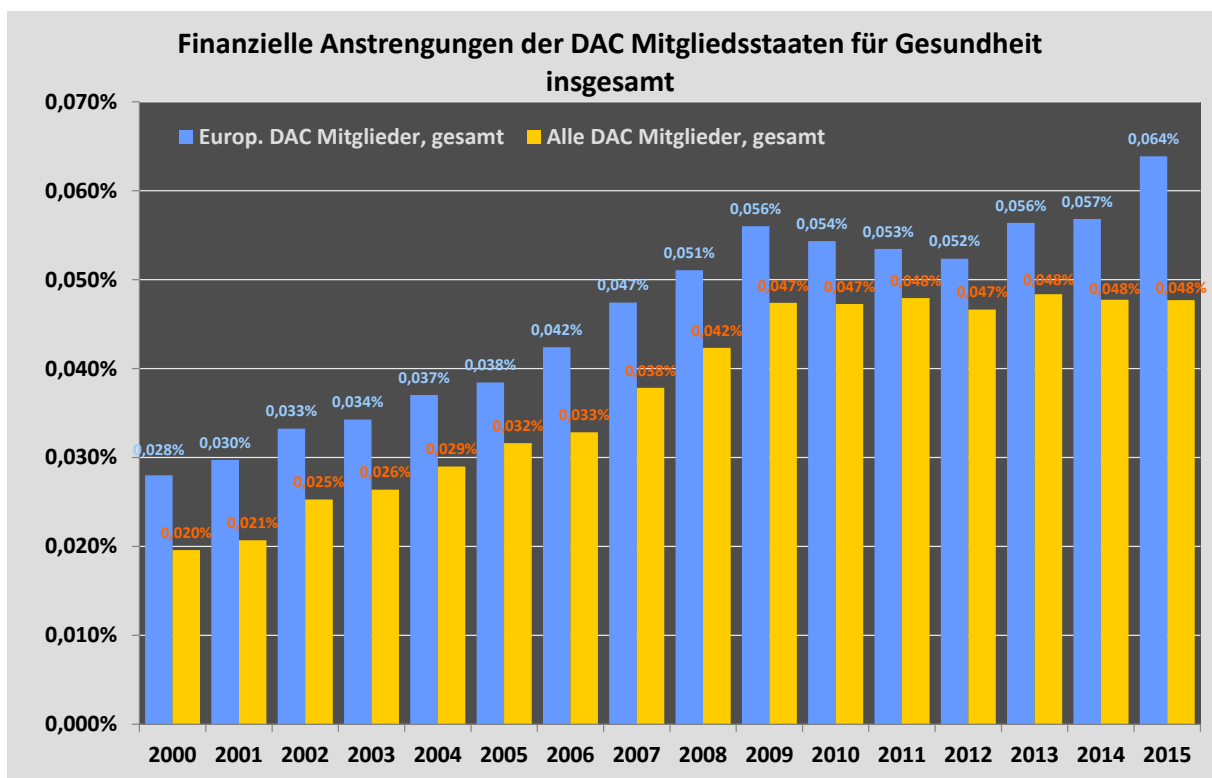
Die realen in konstanten US \$ ausgedrückten ODA-Zuschüsse für den Gesundheitsbereich haben sich während der MDG-Periode verdreifacht. Das ist durchaus als bedeutender Erfolg der internationalen Gemeinschaft zu bewerten, mit der organisierten Zivilgesellschaft als wesentlichem Faktor des positiven Wandels. Damit ist es gelungen, Millionen von Menschenleben zu bewahren, das übergeordnete Ziel der Unterstützung der Gesundheitsversorgung. Es wird auch deutlich, dass der Globale Fonds sehr schnell zum wichtigsten multilateralen Finanzierungsinstrument avancierte, wobei der Einbruch der Zuwendungen im Jahr 2015 ganz überwiegend auf die verzögerte Auszahlung des US-Beitrags zurückzuführen ist. Die Stagnation der Gesundheitsleistungen durch Kernbeiträge an die relevanten VN-Organisatio-

nen hat nicht nur negative Auswirkungen auf die Mobilisierung der erforderlichen Ressourcen, sondern auch auf die konzeptionelle Gestaltung und globale Koordination der Entwicklungszusammenarbeit im Gesundheitsbereich.

Außerdem muss die Erhöhung der ODA-Zuschüsse im Kontext der jahrzehntelangen Unterfinanzierung der Gesundheitsdienste in den meisten Entwicklungsländern und der dramatischen Ausbreitung der HIV-Epidemie in vielen ressourcenarmen Weltregionen betrachtet werden. Die ODA-Beiträge der DAC-Staaten in ihrer Gesamtheit entsprachen zur Jahrtausendwende lediglich einem Fünftel der Größenordnung, die von der Kommission für Makroökonomie und Gesundheit für erforderlich gehalten wurde, um auch in den benachteiligten Ländern grundlegende Gesundheitsdienste aufzubauen und den verheerendsten Bedrohungen der globalen Gesundheit zu begegnen. Ungeachtet der Steigerung in der ersten Dekade der MDG-Periode erreichten die finanziellen Anstrengungen insgesamt nicht einmal die Hälfte der von der Kommission vorgeschlagenen Beitragshöhe und stagnierten in den letzten Jahren auf diesem unzureichenden Niveau. Wir sind also nach wie vor weit davon entfernt, die gewaltige Finanzierungslücke zu schließen, die bei der internationalen Kooperation für die Gesundheitsförderung klafft.

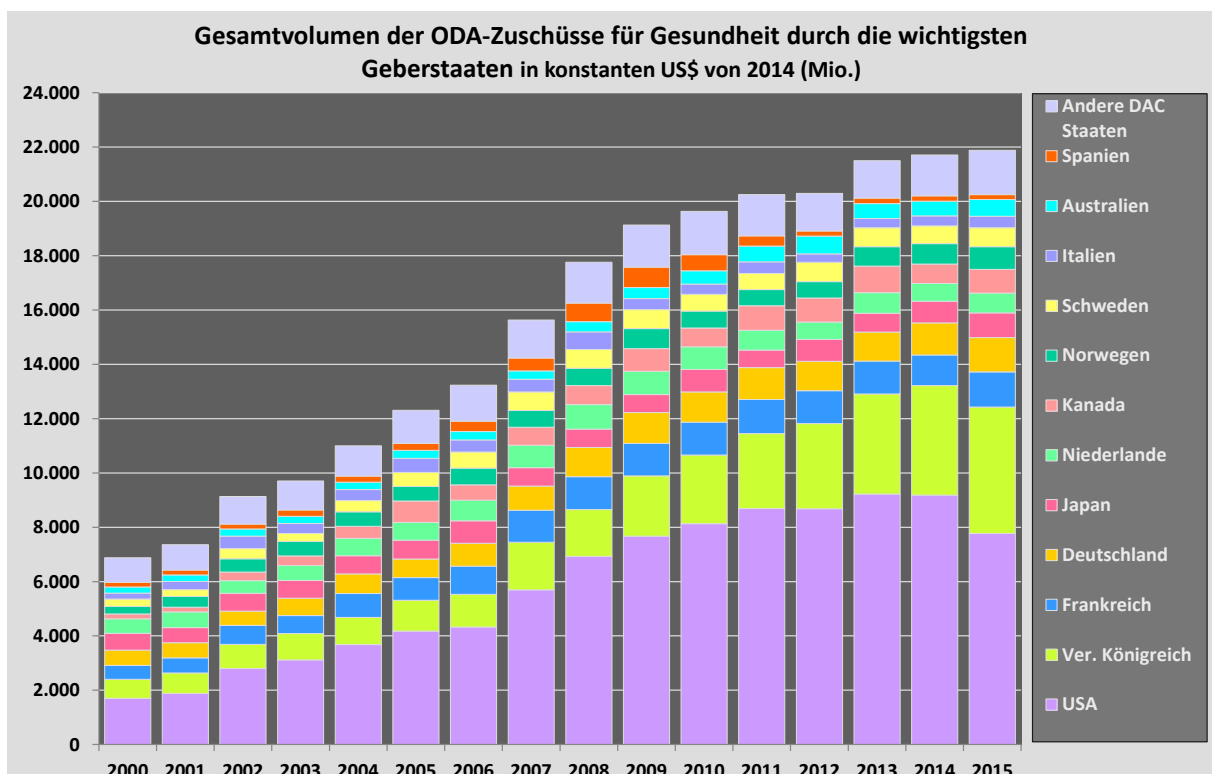


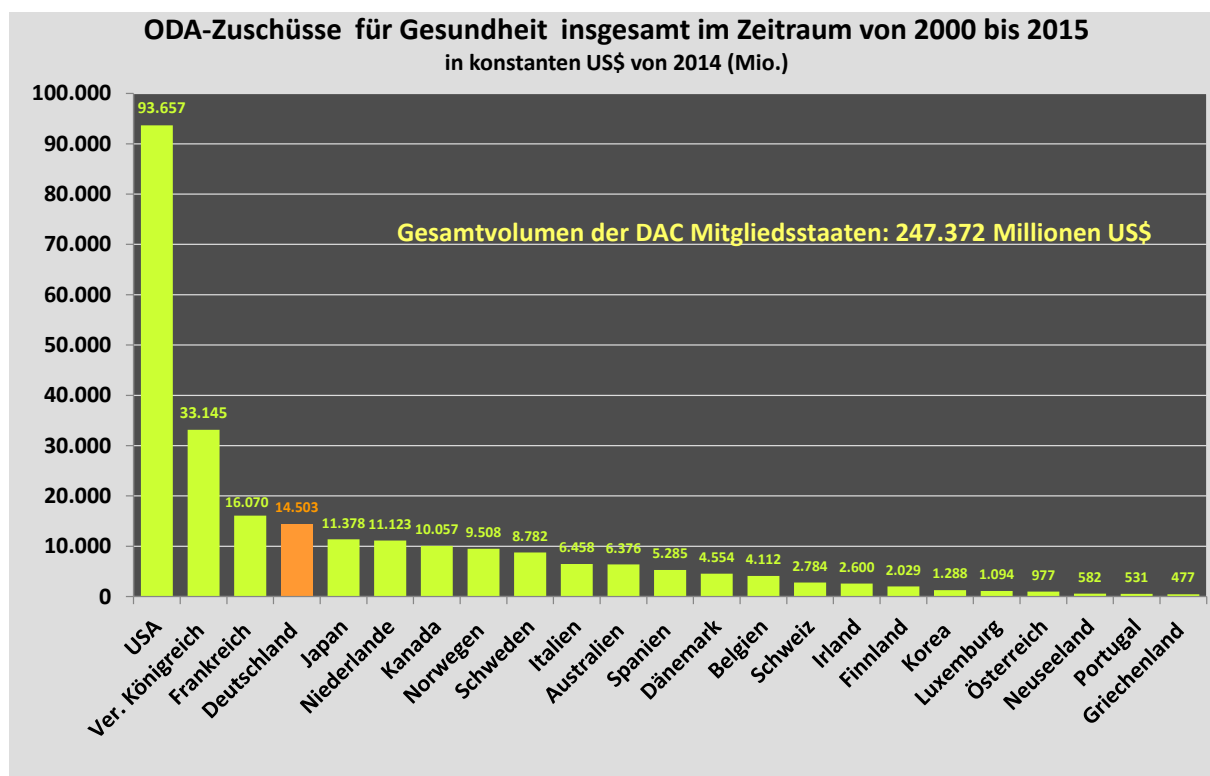
Die kollektiven Anstrengungen der europäischen Geberstaaten für die globale Gesundheit lagen zwar deutlich über dem Durchschnitt, blieben aber erheblich unter dem empfohlenen Mindestniveau. Nach den vorläufigen Schätzungen erreichte die europäische Gesamtquote im Jahr 2015 annähernd zwei Drittel des gesundheitsspezifischen Finanzierungsziels. Dies wäre in erster Linie den zusätzlichen Anstrengungen Großbritanniens zu verdanken. Hierbei spielen die geschätzten Aufwendungen für die Bewältigung der Ebola-Krise eine signifikante Rolle, wobei aber meist unsicher ist, inwiefern sie tatsächlich zusätzliche Mittel für den Gesundheitsbereich darstellen oder nur innerhalb des Sektors umgeschichtet wurden. Auf Basis der vorliegenden Daten und unter günstigen Annahmen hinsichtlich des Anteils der zusätzlich mobilisierten Mittel lassen sich die Gesamtbeiträge für die Jahre 2014 und 2015 zusammen genommen auf knapp 1,5 Milliarden US\$ schätzen, wovon 840 Millionen oder fast 57 Prozent von Europa beigesteuert wurden. Die derzeit unzureichende Datenverfügbarkeit birgt für die Ermittlung der ODA-Zuschüsse für diesen Sonderbedarf wie für die Gesundheitsleistungen insgesamt eine beträchtliche Unsicherheit.



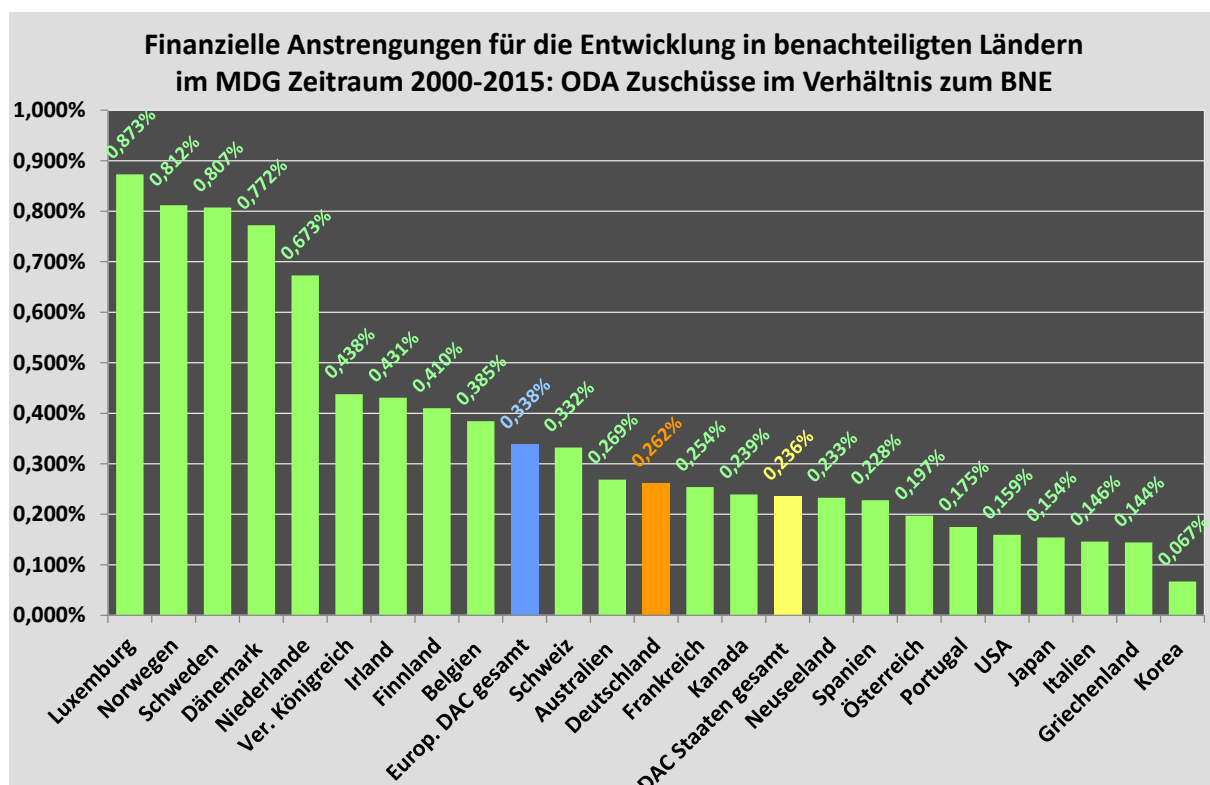
Die globale Gesundheitsfinanzierung hing in erster Linie von den G7-Staaten sowie Australien, den Niederlanden, Norwegen, und Schweden ab. Diese 11 Staaten trugen im Verlauf der MDG-Ära annähernd 90 Prozent der gesamten ODA-Zuschüsse für Gesundheit bei. Bei den meisten Geberstaaten ist dies schlicht eine Folge ihrer außerordentlichen Wirtschaftskapazität. Aber Norwegen, Schweden und in geringerem Maß die Niederlande wurden auch dadurch zu wichtigen Beitragszahlern, dass sie weit überdurchschnittliche Anstrengungen unternahmen. Besonders beeindruckende Erhöhungen kann in den letzten Jahren das Vereinigte Königreich vorweisen, das sich nach den USA mit der bei weitem größten Volkswirtschaft als zweitwichtigster Geber etabliert hat. Die britischen Zuschussbeträge liegen inzwischen weit über den jährlichen Finanzmitteln, die von anderen Gebernationen beigetragen werden, obwohl manche davon über ein deutlich höheres BNE verfügen.

Bei den Gesamtbeiträgen für die Verwirklichung der gesundheitsbezogenen MDGs liegt nicht nur Großbritannien sondern auch Frankreich vor Deutschland. Der reale Gesamtbeitrag Deutschlands von 14,5 Mrd. US\$ entsprach lediglich einem Anteil von weniger als 6 Prozent der Aufwendungen der DAC-Staaten insgesamt und war mithin deutlich geringer als der BNE-Anteil von 8,7 Prozent. Die europäischen DAC-Staaten zusammen genommen trugen gut die Hälfte bei, während sie rund 41 Prozent der Wirtschaftsleistung auf sich vereinigten.





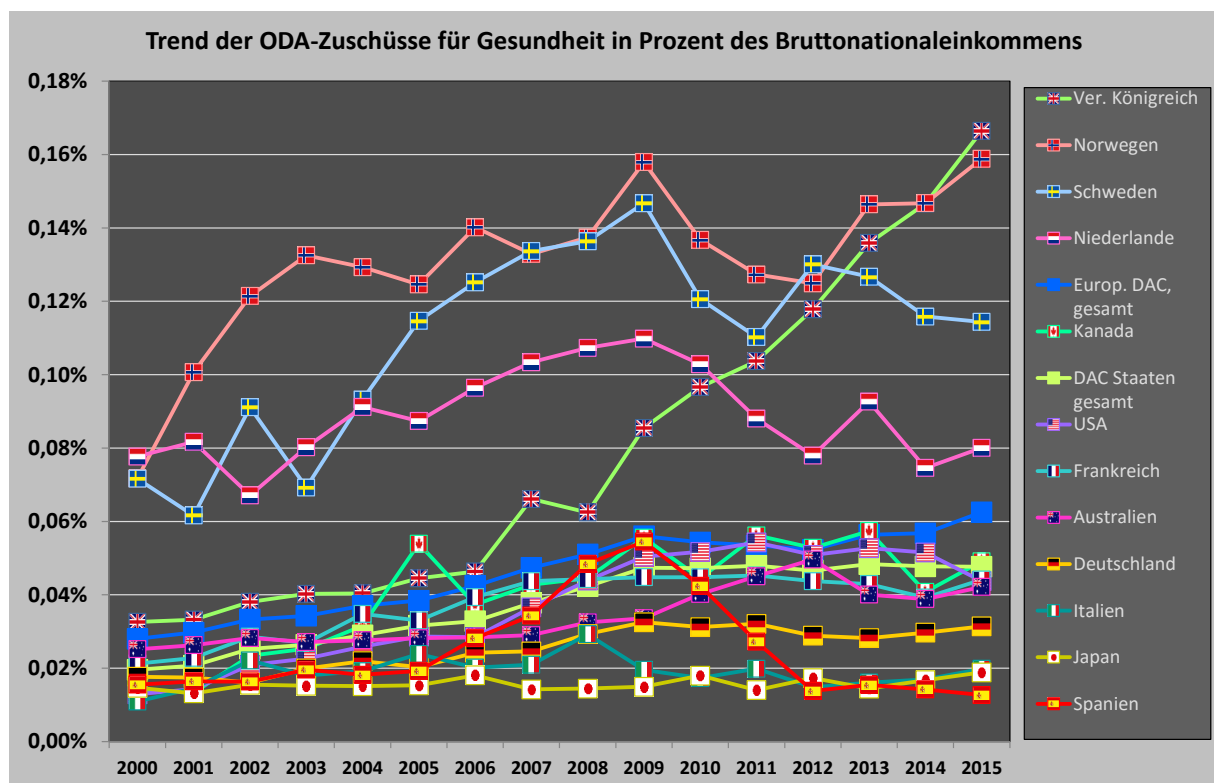
Wenn man die Gesundheits-Beiträge in Relation zur Wirtschaftskapazität betrachtet, so zeigt sich eine extreme Spannweite. Nur drei DAC-Staaten haben in der gesamten MDG-Periode die Schwelle von 0,1 Prozent des BNE überschritten. Unter den 9 DAC-Staaten, die über diesen Zeitraum wenigstens die Hälfte der Zielmarke

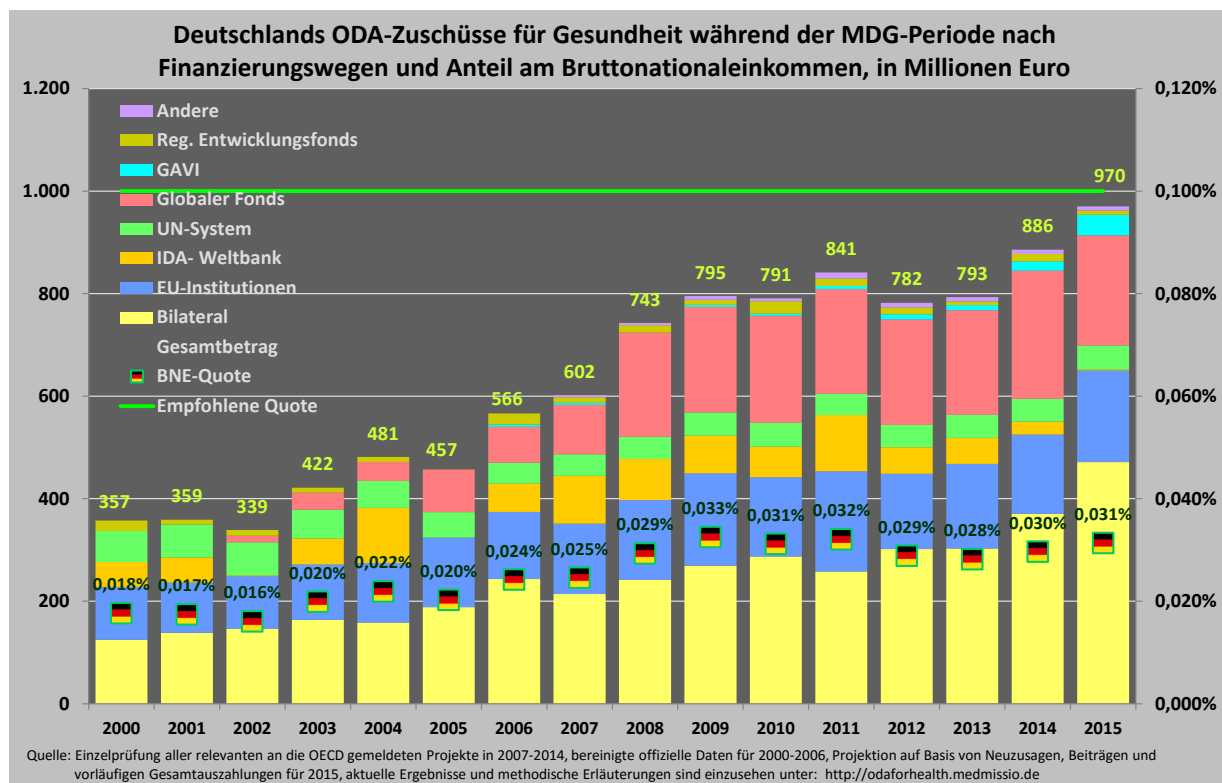


erreichten, befindet sich mit Großbritannien nur ein Mitglied der G7. Die meisten Länder, darunter die größten Volkswirtschaften, leisteten nur einen Bruchteil der empfohlenen Beitragshöhe. Dies führt zu einem enormen Defizit und zu einer erhöhten Fragilität der Gesundheitsfinanzierung.

Deutschland ist in dieser Rangfolge sehr weit hinten zu finden. Wenn man von den besonders durch die Schuldenkrise betroffenen Ländern und dem Sonderfall Korea (das erst 2010 dem DAC beitrug) absieht, so liegen nur die Quoten von Japan, Neuseeland und Österreich noch niedriger.

Ein Blick auf die Entwicklung der finanziellen Anstrengungen über den MDG-Zeitraum lässt unschwer erkennen, dass sich einige wenige Länder sehr früh bemühten, die Zielvorgabe für die Gesundheits-Leistungen zu erreichen. Norwegen übertraf die empfohlene Quote bereits 2001 und Schweden zog 2005 nach. Es ist anerkennenswert, dass beide Staaten in der Folge das Mindestniveau kontinuierlich und meist deutlich übertrafen. Das Vereinigte Königreich schloss in den letzten Jahren durch eine bemerkenswerte Steigerung der ODA-Leistungen für Gesundheit zu dieser Spitzengruppe auf. Es bildet auch das einzige G7-Mitglied, das die empfohlene Beitragshöhe erreicht hat und inzwischen sogar erheblich darüber liegt, während alle anderen Mitgliedstaaten weit davon entfernt sind. Der kleinen Gruppe der vorbildlichen Beitragszahler steht das Gros der DAC-Staaten gegenüber, deren ODA-Zuschüsse sich zwischen kaum einem Fünftel und der Hälfte der Sollgröße bewegen, ohne dass eine durchgreifende Besserung in Sicht wäre.

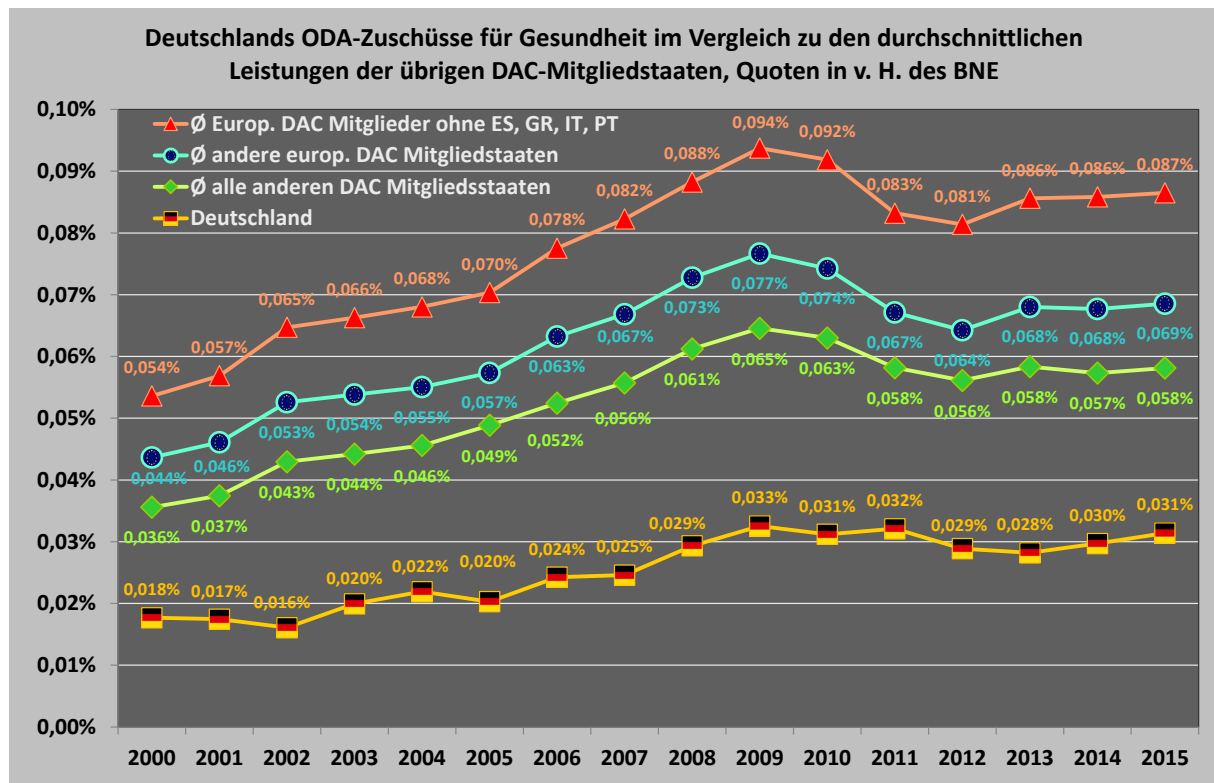




Verfolgt man die ODA-Zuschüsse Deutschlands für die globale Gesundheit, so zeigt sich in Parallelität zu den Gesamtbeiträgen an genuiner Entwicklungshilfe ein deutlicher Anstieg in den Jahren von 2006 bis 2009. Dies war vor allem der Erhöhung des deutschen Beitrags zum globalen Fonds zu verdanken. Die Bemühungen im Verhältnis zum BNE erreichten aber nie auch nur ein Drittel der Zielgröße. Damit sind die ODA-Beiträge noch deutlich weiter von einer angemessenen Beitragshöhe entfernt, als es bereits bei den Gesamtleistungen festzustellen war. Zudem kann für das letzte Jahrfünft bestenfalls von stagnierenden Anstrengungen gesprochen werden. Die prognostizierte Steigerung des Beitrags im Jahr 2015 geht von der günstigen Annahme aus, dass die Mittel für die Bewältigung der Ebola-Krise und das in der Folge aufgelegte Sonderprogramm „Gesundheit für Afrika“ zusätzlich zu den bestehenden Gesundheitsvorhaben bereitgestellt werden. Angesichts des geringen Aufwuchses des BMZ-Haushalts von kaum 100 Millionen Euro oder 1,5 Prozent gegenüber dem Vorjahr ist dies zumindest fraglich.

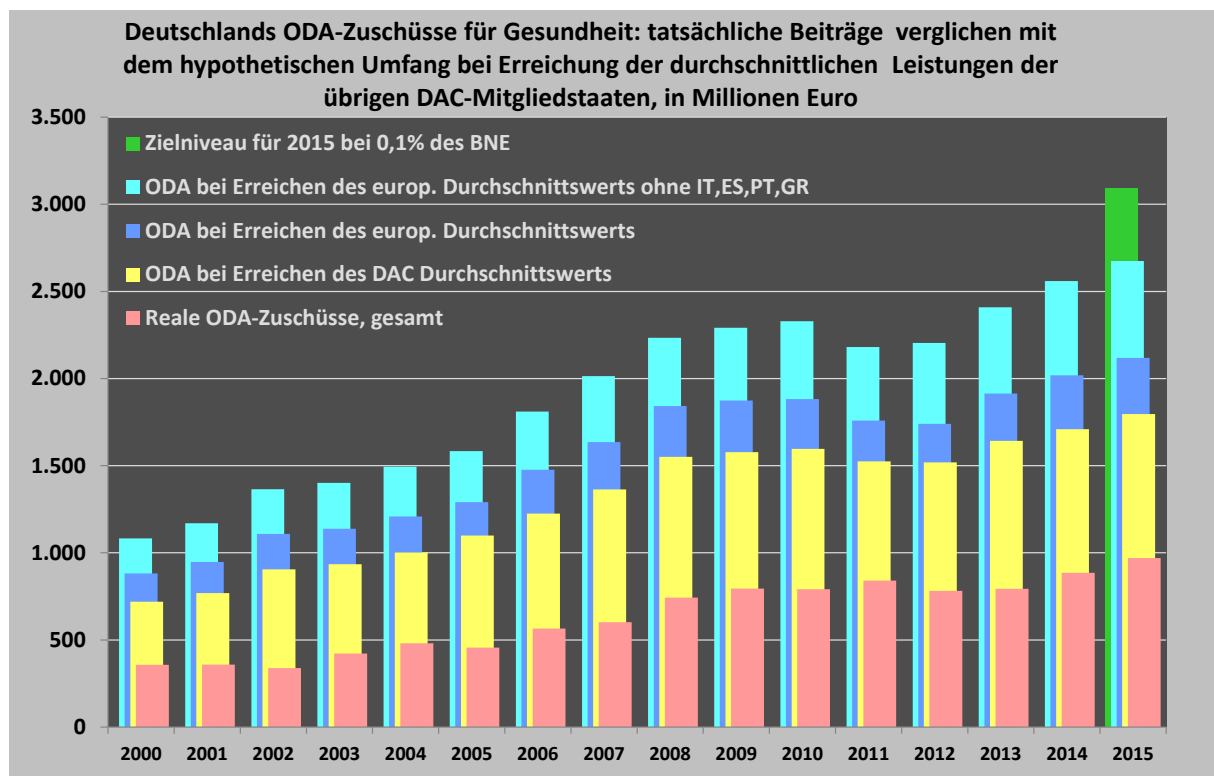
Im Verhältnis zum Mittelwert der finanziellen Anstrengungen, die von den anderen europäischen DAC-Staaten mit vergleichbaren wirtschaftlichen Voraussetzungen für die globale Gesundheit unternommen wurden, wird das unzureichende Niveau der deutschen Beiträge besonders deutlich. In fast allen Jahren der MDG-Periode lag diese Vergleichsgröße drei Mal höher als die BNE-Quote Deutschlands. Auch wenn die vier besonders krisengeschüttelten Länder eingerechnet

werden, lag der europäische Durchschnitt mehr als doppelt so hoch wie das deutsche Beitragsniveau. Und selbst die durchschnittlichen Bemühungen aller anderen DAC-Staaten einschließlich der sechs nichteuropäischen Mitglieder beliefen sich in den meisten Jahren auf das Doppelte der von Deutschland aufgebrachtene Leistungen.



Wenn Deutschland über den Zeitraum der MDG-Umsetzung das Durchschnittsniveau der wirtschaftlich vergleichbaren DAC-Staaten Europas erreicht hätte, wäre ein Gesamtbeitrag von fast 31 Milliarden Euro zustande gekommen. Tatsächlich belief sich der deutsche Beitrag zur Verwirklichung der gesundheitsbezogenen Ziele auf wenig mehr als 10 Milliarden Euro, so dass sich ein Fehlbetrag von fast 21 Milliarden Euro ergibt. Deutschland trägt somit nicht nur als Staat mit der größten Volkswirtschaft in Europa eine besondere Verantwortung für die Verbesserung der Lebens- und Gesundheitsbedingungen in den wirtschaftlich benachteiligten Weltregionen, sondern hat auch allen Grund, das in der MDG-Periode kumulierte Beitragsdefizit durch deutlich erhöhte Anstrengungen in den kommenden Jahren der Umsetzung der 2030 Agenda wenigstens annähernd auszugleichen.



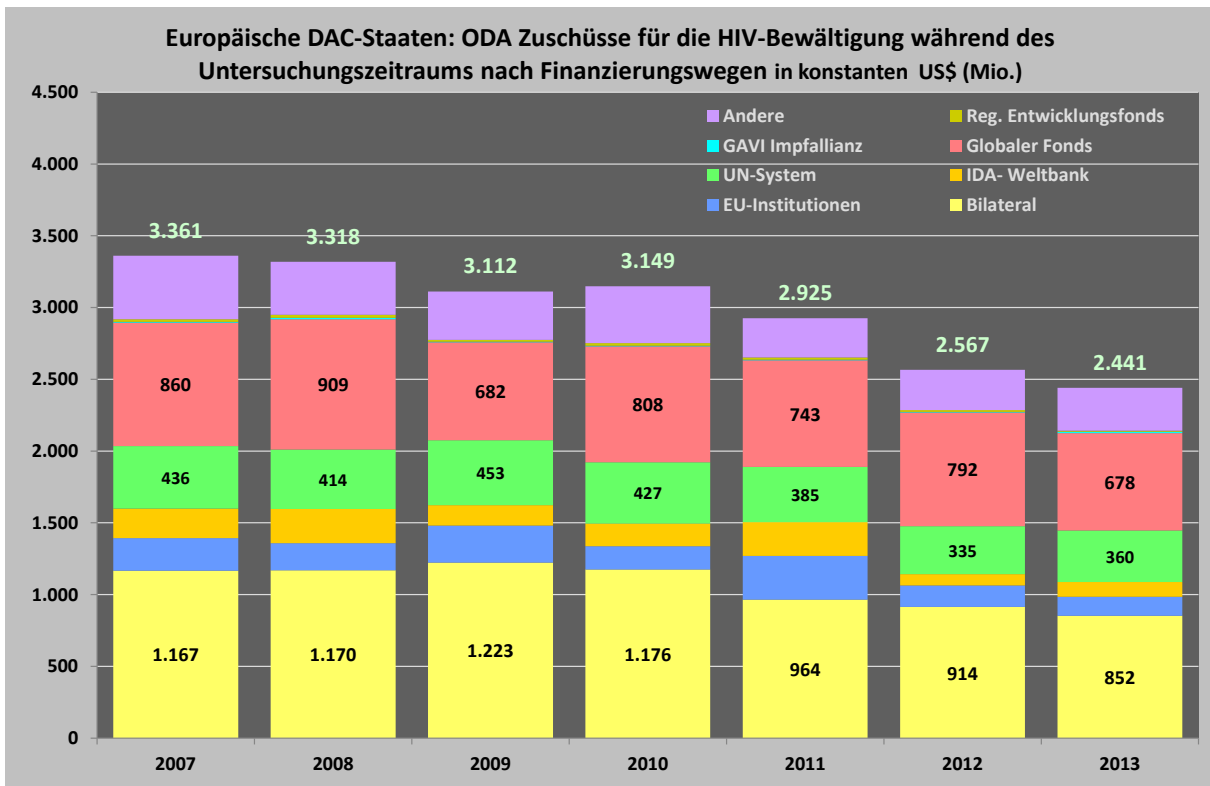


## ODA-Leistungen für die Bewältigung der HIV-Epidemie

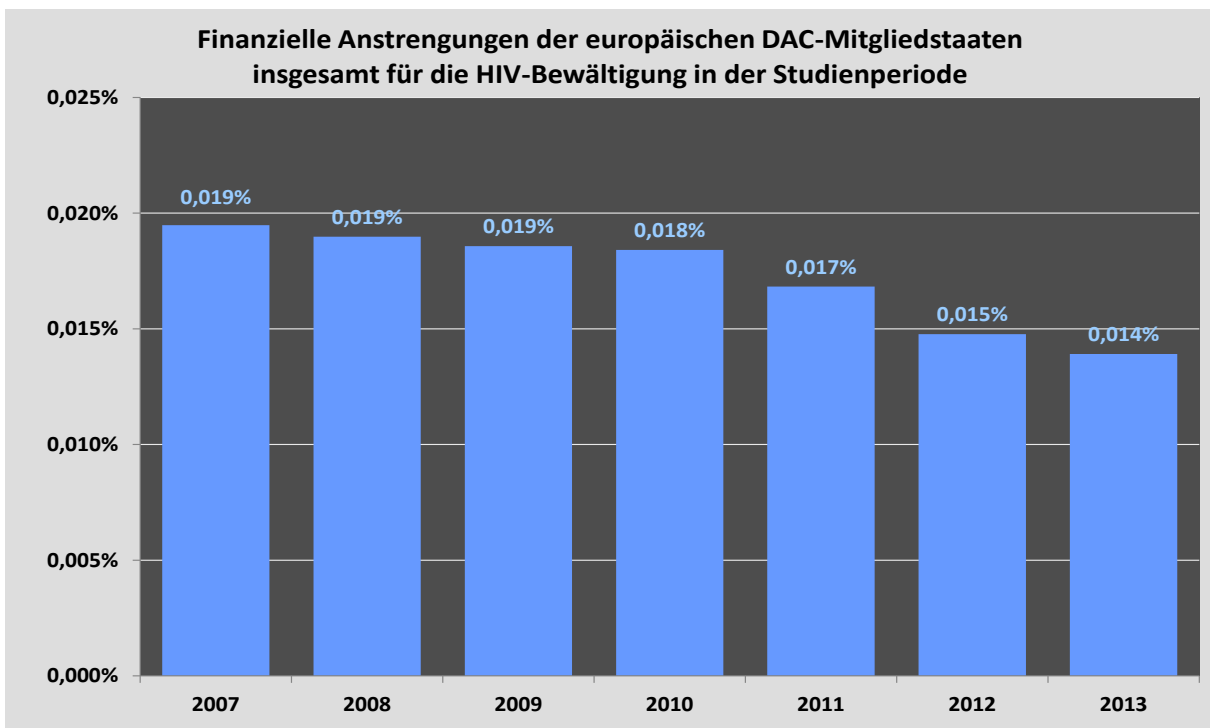
Anders als bei den gesamteuropäischen ODA-Zuschüssen für den Gesundheitsbereich als Ganzem, wo 2013 ein Wiederanstieg (vor allem bedingt durch höhere Leistungen Großbritanniens) zu verzeichnen war, fiel das reale Beitragsvolumen für die globale Antwort auf die HIV-Epidemie im Untersuchungszeitraum deutlich ab. Diese Negativtendenz wurde allerdings in den letzten beiden Jahren durch einen höheren Gesamtbeitrag Europas für den Globalen Fonds, der vor allem den höheren Zuwendungen durch das Vereinigte Königreich zu verdanken war, zumindest partiell rückgängig gemacht. Die Einstellung der Zahlungen an den Globalen Fonds durch Italien und Spanien nach der Schuldenkrise waren zuvor für einen nicht unerheblichen Teil des Rückgangs der europäischen Leistungen verantwortlich.

Trotzdem ist unverkennbar, dass die Bedeutung der HIV-Bewältigung im Rahmen der bilateralen Kooperation merklich zurückgegangen ist. Dabei handelt es sich hier um eine umfassende Schätzung, die nicht nur die spezifischen HIV-Maßnahmen berücksichtigt, sondern auch HIV-Komponenten in Projekten der reproduktiven Gesundheit und sektorweiten Gesundheitsprogrammen einrechnet. Dazu kommt, dass bei wichtigen multilateralen Finanzierungsmechanismen, wie der Europäischen Union und der IDA, über die letzten Jahre konstatiert eine rückläufige Tendenz des Anteils der HIV-Maßnahmen an den Gesamtauszahlungen zu

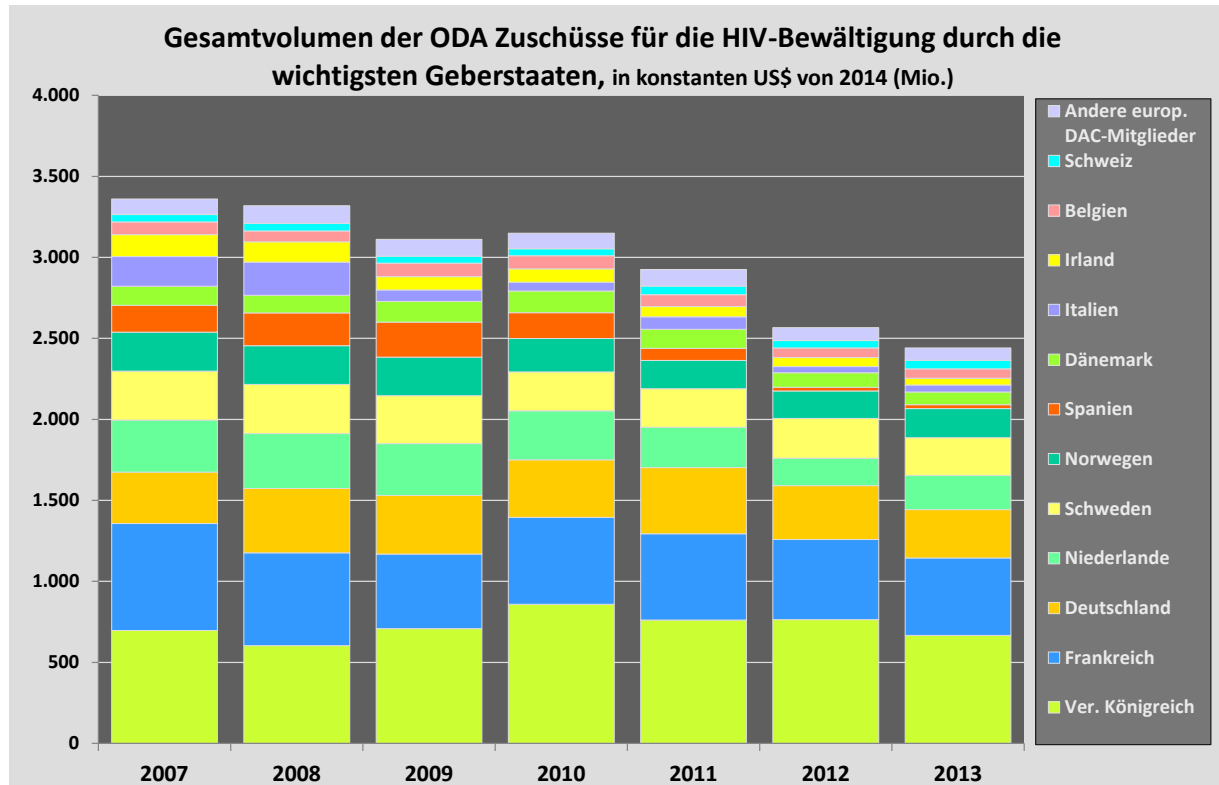
konstatieren ist. Hier muss dringend gegengesteuert werden, um die in der 2030 Agenda anvisierte Beendigung von Aids zu verwirklichen.



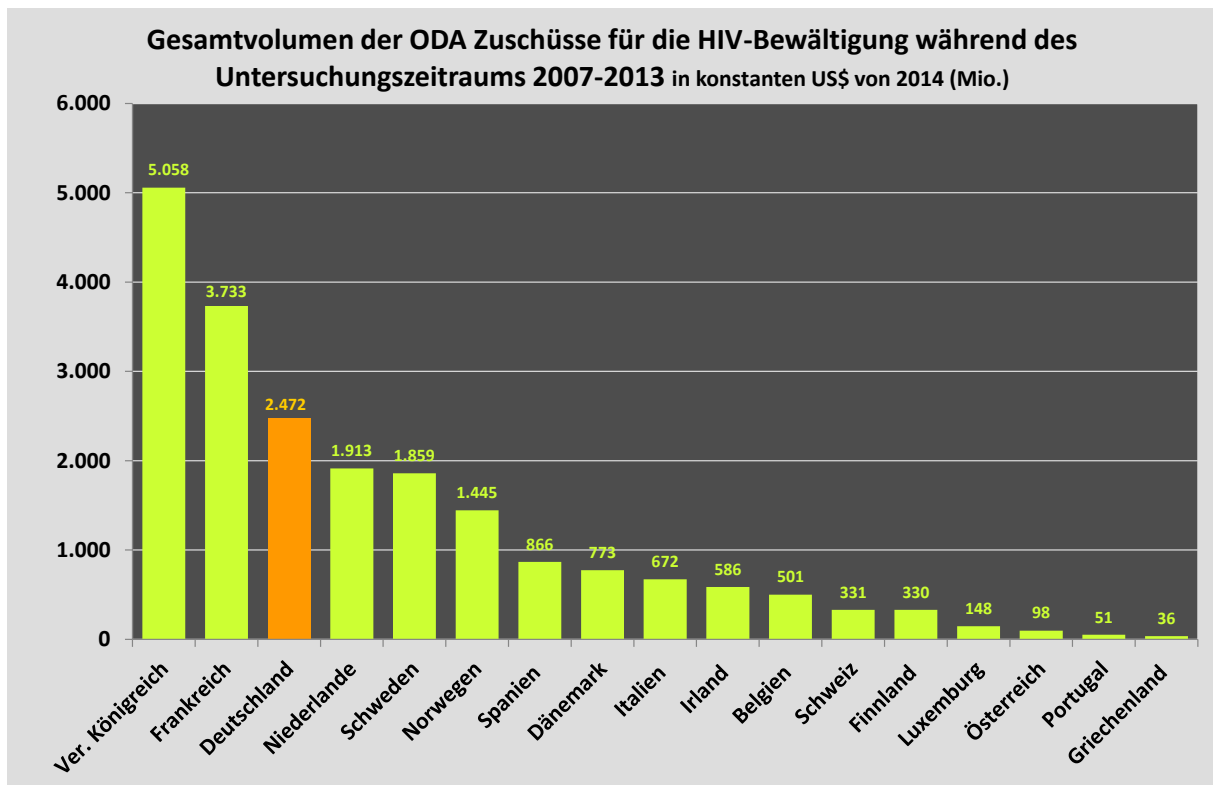
Dementsprechend ist auch die kollektive Quote Europas in Relation zum BNE nach 2010 deutlich gefallen. Neben den Kürzungen bei den bereits genannten Krisen-



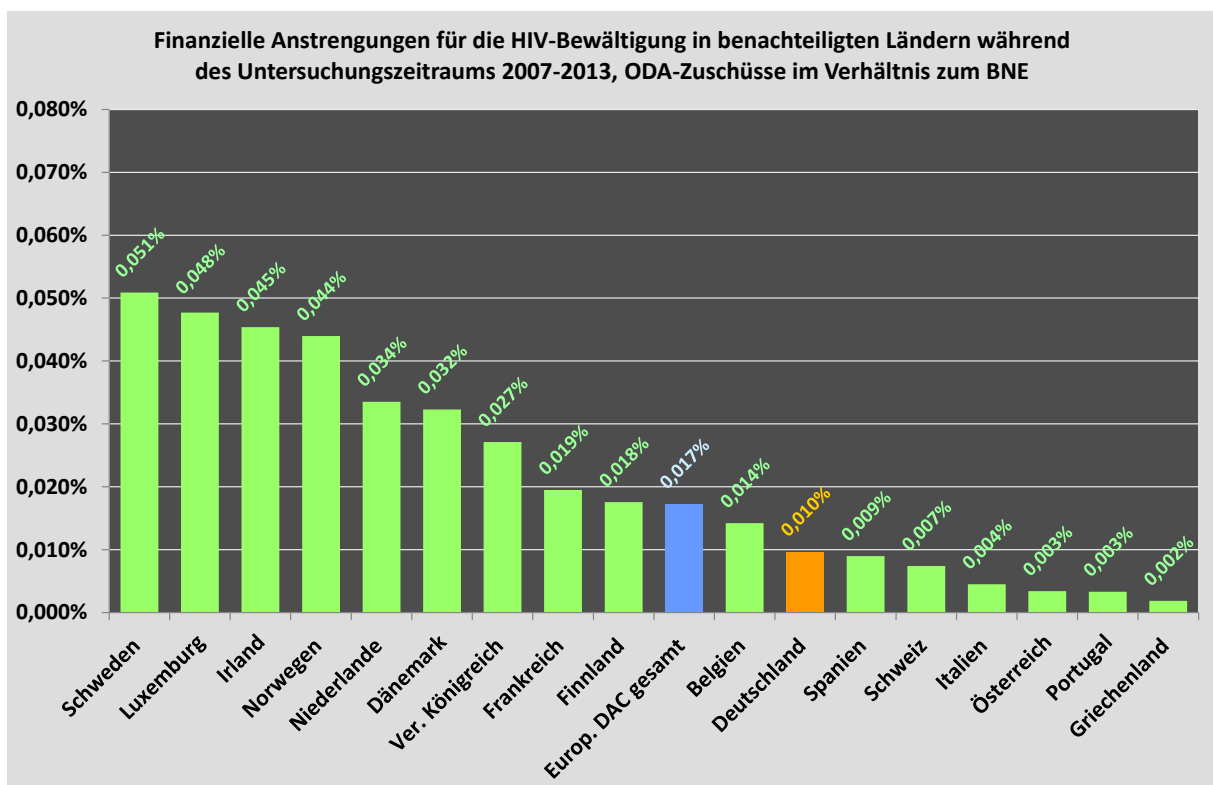
ländern lagen auch die preisbereinigten Beiträge Frankreichs (vor allem bedingt durch fallende Zuwendungen an UNITAID) und der Niederlande (in erster Linie aufgrund zurückgehender bilateraler Leistungen) um mehr als 100 Millionen US\$ unter dem Niveau des Jahrs 2007.



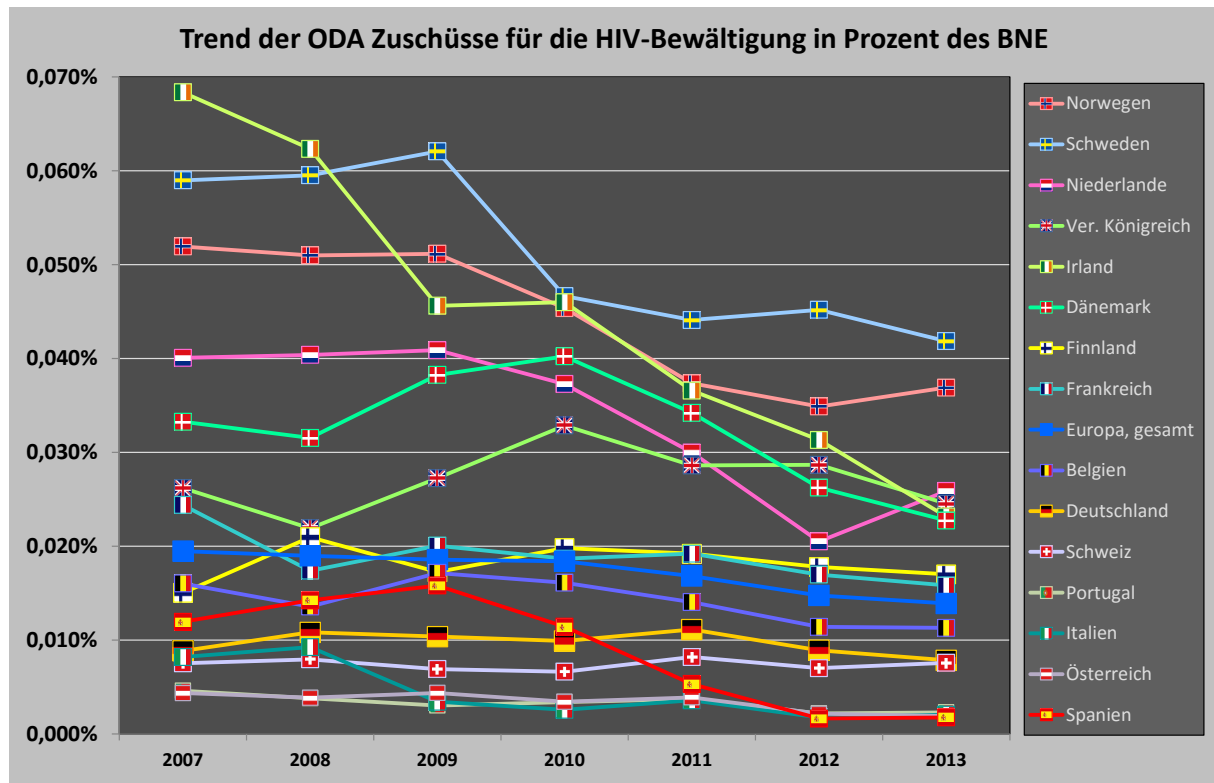
Ähnlich wie bei der Gesundheitsförderung insgesamt liegt Deutschlands absoluter Beitrag über den bisherigen Untersuchungszeitraum betrachtet nur an dritter Stelle unter den europäischen Gebern, obwohl es über die mit Abstand größte Volkswirtschaft verfügt. Die Leistungen Großbritanniens waren in dieser Periode doppelt so hoch wie die deutschen Zuschüsse und auch Frankreich trug rund 50 Prozent mehr bei. Schweden, Norwegen und die Niederlande zusammengekommen brachten deutlich mehr als das Doppelte des deutschen Beitrags für die HIV-Bewältigung auf, obschon die kombinierte Wirtschaftsleistung der drei Länder kaum der Hälfte des BNE Deutschlands entsprach.



Ungeachtet einiger Verschiebungen bei den Positionen mancher Länder sind die Unterschiede bei den finanziellen Anstrengungen für die globale Antwort auf die verheerendste Epidemie ähnlich groß wie bei der Verbesserung der Gesundheitssituation insgesamt. Deutschland liegt abgeschlagen auf den hinteren Plätzen und

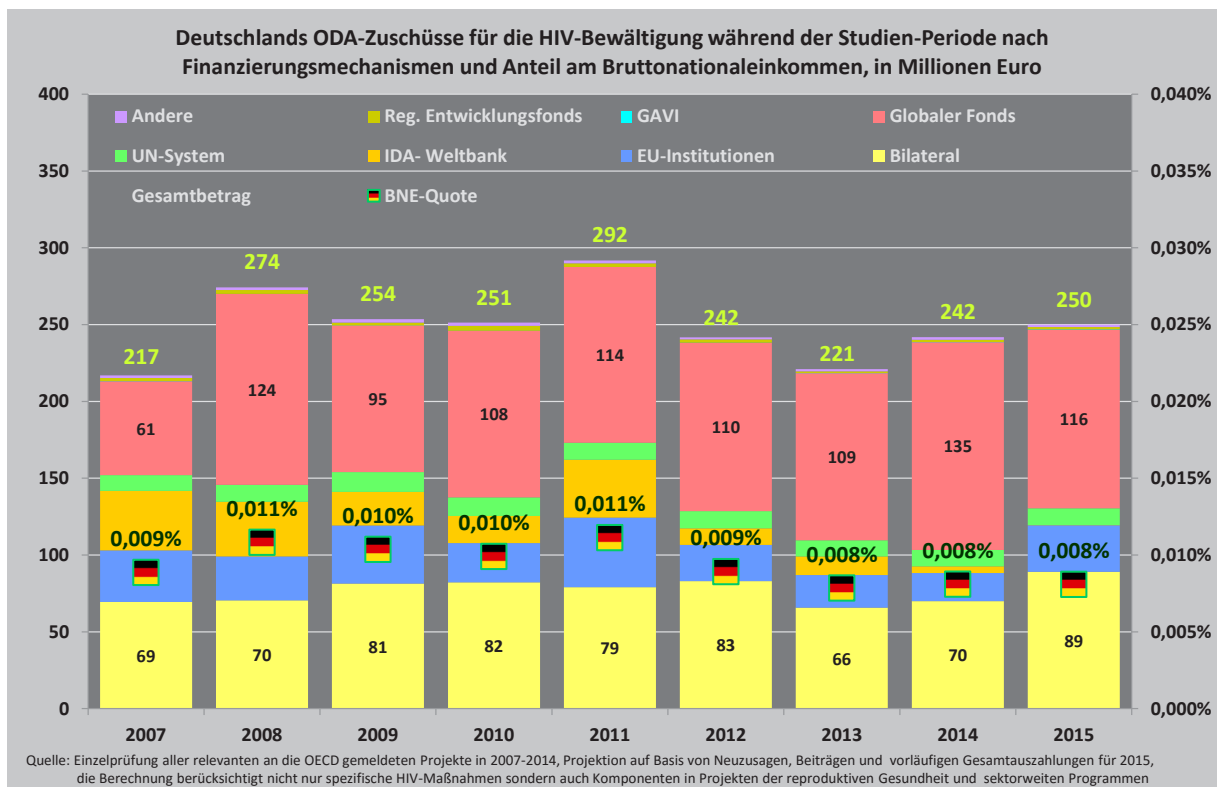


zieht durch seine niedrigen Leistungen die europäische Gesamtquote nach unten. Abgesehen von den Krisenstaaten zeigten sich nur die Schweiz und Österreich als noch weniger großzügig bei der Unterstützung der HIV-Bewältigung in den wirtschaftlich benachteiligten Ländern.

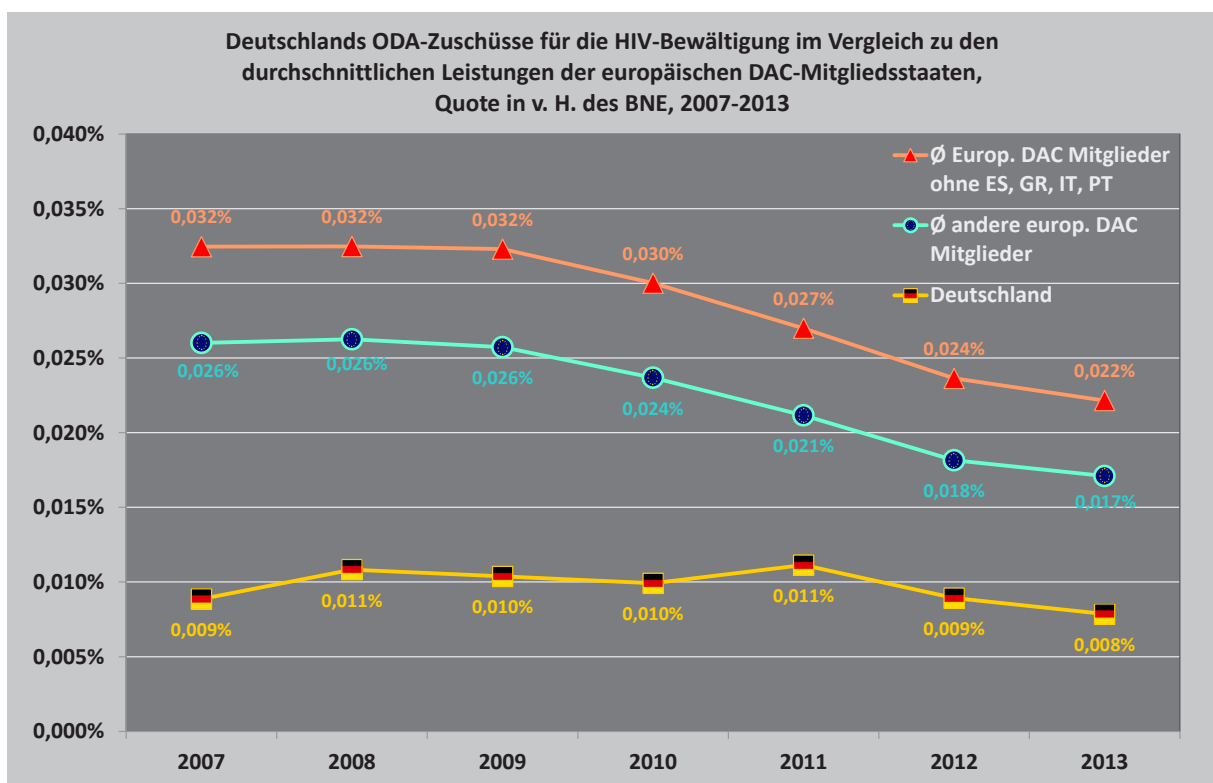


Ein Blick auf die Entwicklung der Beiträge im Verhältnis zur Wirtschaftskapazität der einzelnen Länder zeigt, dass gerade bei den Staaten mit der höchsten Leistungsbereitschaft ein Rückgang im Verlauf der Studienperiode zu verzeichnen war. Das Vereinigte Königreich bildet auch hier eine positive Ausnahme, wenngleich die Steigerung der Bemühungen für die globale Antwort auf die HIV-Epidemie infolge der über die Jahre schwankenden Beiträge zum Globalen Fonds keine lineare Tendenz aufwies.

Der Beitrag Deutschlands stagnierte seit 2008 als die letzte größere Aufstockung des Beitrags zum Globalen Fonds erfolgte. Die Schwankungen der absoluten Beitragshöhe sind vor allem auf über die Jahre variierenden HIV-Anteile an den Gesamtauszahlungen der EU-Institutionen und der IDA zurückzuführen. Die bilateralen Zuschüsse verharrten bei 70 bis wenig mehr als 80 Millionen Euro. Der projizierte Anstieg im Jahr 2015 geht von der günstigen Annahme aus, dass die Mittel für das Sonderprogramm „Gesundheit für Afrika“ nicht zu Lasten anderer Gesundheitsvorhaben gingen. Nach der Analyse, die im Rahmen der letztjährigen ODA-Studie realisiert wurde und auf Daten der WHO zu den nationalen Gesund-



heitskonten in Kombination mit Angaben zum Umfang der HIV-Maßnahmen in der projektbasierten Datenbank von DAC/OECD beruhte, kommt im Durchschnitt rund 15 Prozent der Mittel für Gesundheits-Sektorprogramme in Afrika südlich der Sahara der HIV-Bewältigung zugute.

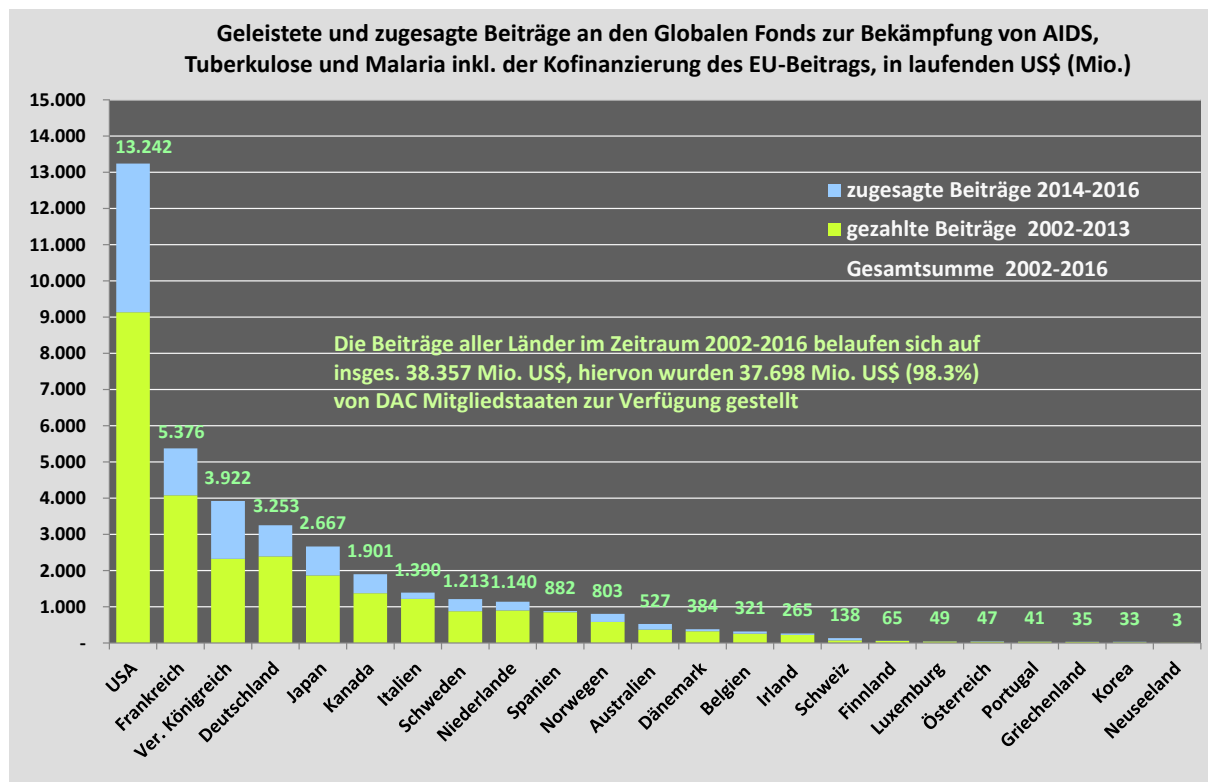


Die übrigen nach ökonomischen Kriterien vergleichbaren DAC-Staaten Europas erbrachten im Durchschnitt Leistungen, die drei Mal so hoch waren wie das deutsche Beitragsniveau für die globale Antwort auf HIV. Selbst wenn die besonders von der Schuldenkrise betroffenen Länder eingerechnet werden, liegt Deutschland weit unter den mittleren finanziellen Anstrengungen Europas. Die allmähliche Annäherung der Quoten in den letzten Jahren des Untersuchungszeitraums war leider nicht auf gesteigerte Bemühungen Deutschlands zurückzuführen, sondern den nachlassenden Leistungen anderer europäischer Geber geschuldet.

## **Die Beiträge für den Globalen Fonds zur Bekämpfung von Aids, Tuberkulose und Malaria**

Der Globale Fonds bildet das wichtigste Finanzierungsinstrument für die Zurückdrängung der verheerendsten Infektionskrankheiten und die Verbesserung der Gesundheitssituation in den besonders benachteiligten Ländern insgesamt. Seine Fördermittel haben es erst möglich gemacht, Präventions- und Behandlungsprogramme zu planen und umzusetzen, die den Dimensionen der Herausforderungen im Ansatz gerecht wurden. Er hat auch neue Standards gesetzt, was die Beteiligung von Selbsthilfeinitiativen und zivilgesellschaftlichen Organisationen angeht, die für die Erreichung der besonders gefährdeten Bevölkerungsgruppen, den Schutz ihrer Menschenrechte und damit die letztliche Wirksamkeit der Maßnahmen unverzichtbar ist. Zudem haben die durch den Fonds unterstützten Programme erheblich zur Stärkung zentraler Elemente der Gesundheitssysteme in den Empfängerländern beigetragen. Eine angemessene und verlässliche Beteiligung an der Finanzierung des Fonds bildet daher eine zentrale Aufgabe der wirtschaftlich bessergestellten Staaten, um ihrer Verantwortung für die globale Gesundheit nachzukommen.

Deutschland liegt selbst bei Betrachtung des absoluten Gesamtbeitrags hinter Frankreich und dem Vereinigten Königreich auf dem vierten Platz unter den Geberstaaten. Im Zeitraum bis 2013 behauptete Deutschland noch knapp den dritten Rang, fiel aber aufgrund der mangelnden Aufstockung in der aktuellen Wiederauffüllungsperiode deutlich unter den britischen Beitrag. In dieser Übersicht wurde der EU-Beitrag entsprechend dem Finanzierungsanteil der EU-Mitgliedstaaten an den gesamten von den EU-Institutionen (Haushalt und europäischer Entwicklungsfonds) verwalteten ODA-Mitteln umgelegt.



Von der Gründung des Fonds bis zu den voraussichtlichen Zuwendungen in diesem Jahr errechnet sich für die wirtschaftlich vergleichbaren Länder Europas eine durchschnittliche Beitragsquote im Verhältnis zum kollektiven BNE von 0,0087 Prozent. Mit 0,0066 Prozent oder anders ausgedrückt 66 Cent pro 10.000 Euro der Wirtschaftsleistung lag die Beitragshöhe Deutschlands deutlich unter diesem Niveau. Für die aktuelle Wiederauffüllungsperiode 2014 bis 2016 fällt der Abstand geringer aus bleibt aber immer noch signifikant. Entsprechend der Wirtschaftsprognosen des IWF und der zugesicherten Beiträge werden die europäischen Länder mit ähnlichen ökonomischen Voraussetzungen im Durchschnitt 0,0095 Prozent ihres gemeinsamen BNE für den Fonds aufbringen, während die Beitragshöhe Deutschlands auf 0,0079 Prozent oder 79 Cent pro 10.000 Euro des National Einkommens zu veranschlagen ist.

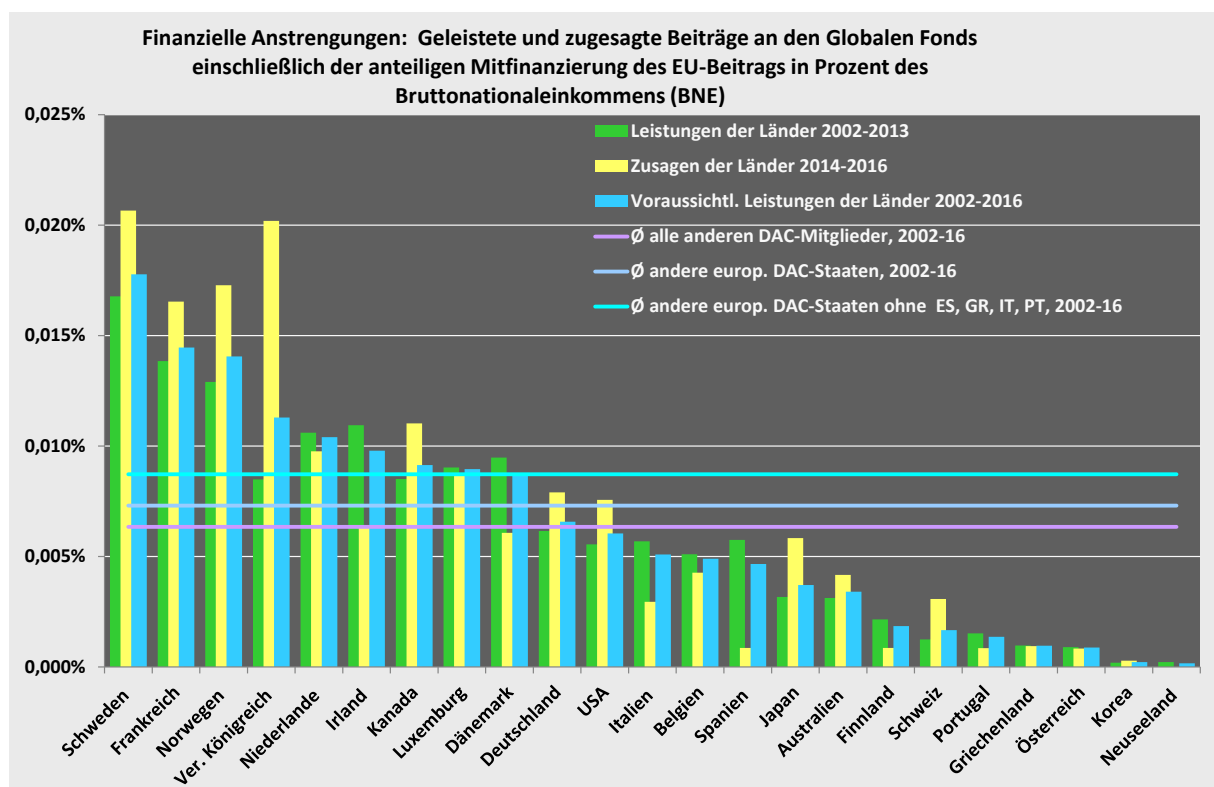
Dabei ist in Betracht zu ziehen, dass der Globale Fonds mit rund 43 Prozent aller von 2007 bis 2015 für die HIV-Bewältigung aufgebrauchten ODA-Zuschüsse für Deutschland den wichtigsten Finanzierungs kanal auf diesem zentralen Gebiet für die menschliche Entwicklung bildete. Bei den Leistungen für die Gesundheitsförderung insgesamt entfiel auf den Fonds nach der bilateralen Kooperation und mit rund einem Viertel der seit 2007 aufgebrauchten Zuschüsse der zweithöchste Anteil.

Bei der Bewertung der finanziellen Anstrengungen zugunsten des Globalen Fonds nimmt Deutschland auf den gesamten Zeitraum bezogen den zehnten Platz



ein. In der aktuellen Wiederauffüllungsperiode werden die deutschen Leistungen voraussichtlich den achten Rang belegen.

Um das durchschnittliche Beitragsniveau der vergleichbaren europäischen Länder in der betrachteten Gesamtperiode zu erreichen, müsste Deutschland zusätzlich 825 Millionen Euro für den Fonds aufbringen. Dieser Fehlbetrag ist wie die übrigen in den obigen Abschnitten festgestellten Finanzierungsdefizite im Auge zu behalten, wenn wir uns der Frage zuwenden, welche Beiträge Deutschland in der näheren Zukunft leisten sollte, um seiner Verantwortung für die Förderung der globalen Gesundheit gerecht zu werden.



## Deutschlands notwendiger Weg zum angemessenen Beitrag für Gesundheit

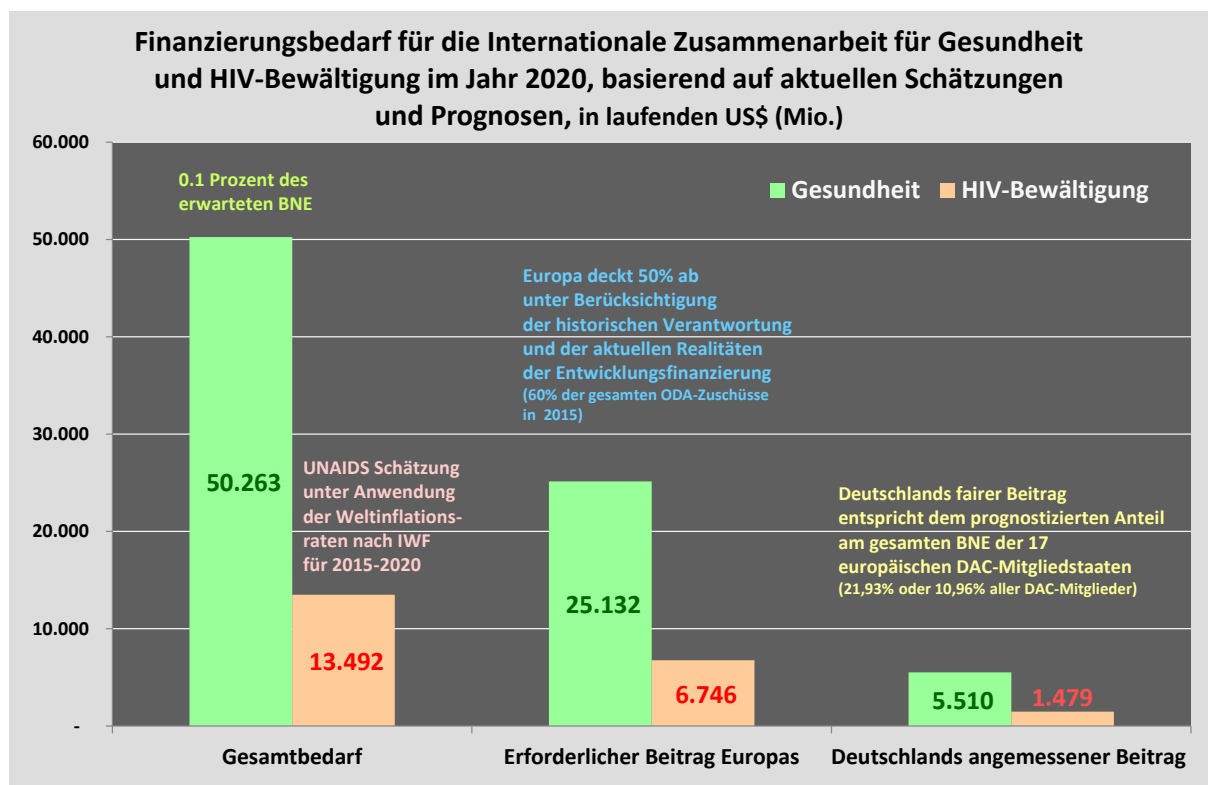
Die Verwirklichung der allgemeinen Gesundheitsversorgung und die Beendigung von Aids und anderen verheerenden Infektionskrankheiten bilden Eckpfeiler der 2030 Agenda für nachhaltige Entwicklung. Die Verbesserung der noch immer völlig unzureichenden Gesundheitssituation in vielen wirtschaftlich benachteiligten Ländern ist unverzichtbar, um das übergeordnete Ziel zu erreichen, allen Menschen ein möglichst langes, kreatives und selbstbestimmtes Leben zu ermögli-

chen. Gesundheit bildet den Gradmesser für den gesellschaftlichen Fortschritt und steht in einem engen gegenseitigen Bedingungs-zusammenhang mit allen anderen Dimensionen der menschlichen Entwicklung. Daher kommt der Gesundheitsförderung eine herausragende Bedeutung in der globalen Entwicklungszusammenarbeit und Politik zu.

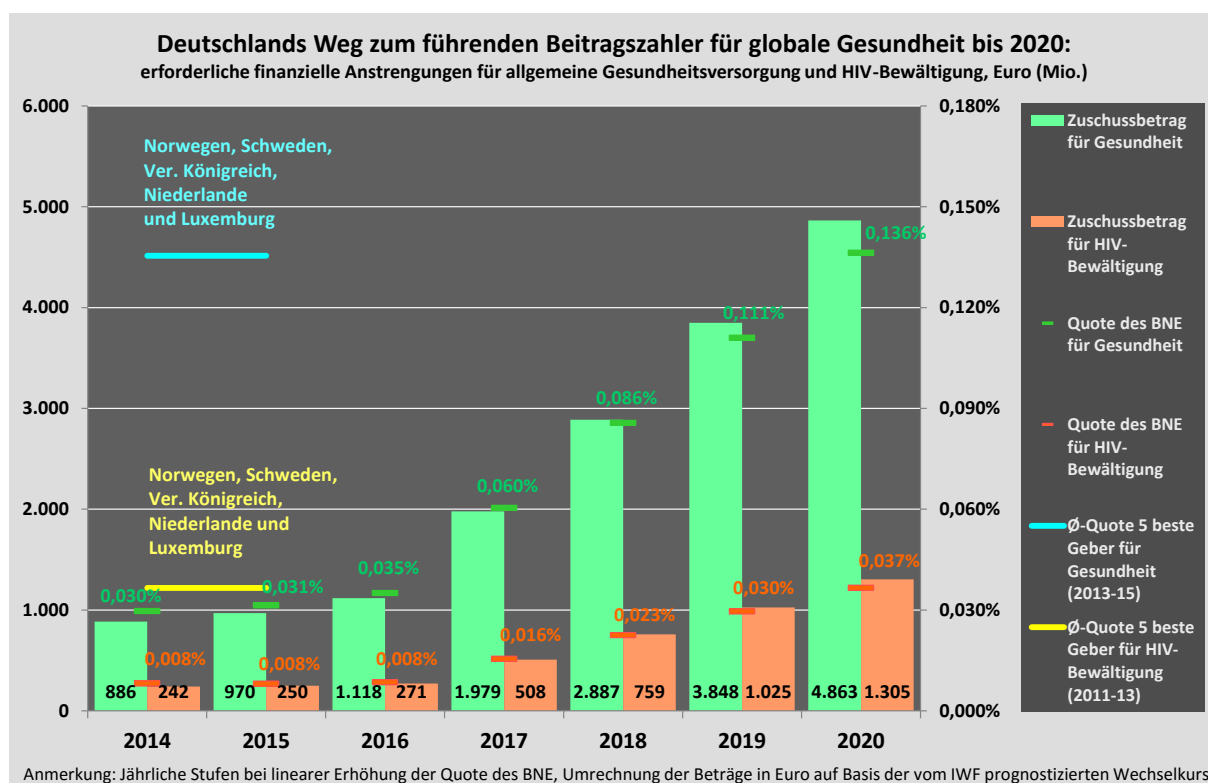
Um lebensbewahrende Gesundheits- und HIV-Dienste auch und gerade dort zu ermöglichen, wo die strukturelle Vulnerabilität und wirtschaftliche Not am größten ist, muss das Beitragsniveau der meisten wirtschaftlich privilegierten Staaten einschließlich Deutschlands erheblich angehoben werden. In Verbindung mit erhöhten Eigenanstrengungen der Entwicklungsländer kann es dann gelingen, die enormen Finanzierungslücken zu schließen. Aufgrund ihrer Verstrickung in die koloniale Ausbeutung, die großes Leid für die betroffenen Menschen bedeutete und strukturelle Hindernisse für Entwicklung und Gesundheit hervorbrachte, kommt den europäischen Staaten eine besondere Verantwortung zu. Außerdem ist von der aktuellen entwicklungspolitischen Realität auszugehen, in der Europa rund 60 Prozent der gesamten ODA-Zuschüsse aufbringt. Daher ist davon auszugehen, dass der europäische Beitragsanteil in den nächsten Jahren bei mindestens 50 Prozent liegen muss, um eine realistische Chance zu haben, die zusätzlich benötigten Finanzmittel in der gebotenen Geschwindigkeit zu mobilisieren.

Die Grundlage muss die Verwirklichung des VN-Richtwerts bis spätestens 2020 bilden. Das bedeutet, dass dieses globale Finanzierungsziel ein halbes Jahrhundert nach der ursprünglichen Verpflichtung und anderthalb Jahrzehnte nach der erneuerten Zusage der Europäischen Union endlich umgesetzt wird. Dann ist es möglich die bisher die Entwicklungsfinanzierung beherrschenden Engpässe zu überwinden, die vielfach zu unerträglichen Zielkonflikten führten. Das ist die notwendige Voraussetzung, um auf allen Gebieten der menschlichen Entwicklung voranzukommen, d.h. nicht nur die unmittelbare Bewältigung der gewaltigen Gesundheitsprobleme anzupacken, sondern auch bei der Überwindung ihrer strukturellen Ursachen und gesellschaftlichen Folgen entscheidende Fortschritte zu erzielen.

Die hier dargestellte Schätzung des fairen Beitragsniveaus für die Gesundheitsförderung insgesamt sowie die Beendigung der Aids-Epidemie als Bedrohung der öffentlichen Gesundheit beruht auf diesen Kriterien und bringt die aktuellen Bedarfsschätzungen mit den jüngsten Wirtschaftsprognosen zusammen. Hierfür wurde eine Projektion der ODA-Zuschüsse für Gesundheit im laufenden Jahr erstellt, die auf den bereits oben ausgeführten Studienergebnissen und Annahmen basiert sowie die betreffenden Titel im Bundeshaushalt von 2016 berücksichtigt.



Mit diesem Szenario würde Deutschland das erforderliche durchschnittliche Beitragsniveau Europas bis 2020 erreichen. Dass die anvisierten Steigerungsraten beträchtlich erscheinen, ist allein dem sehr niedrigen Ausgangsniveau geschuldet, das weit unter dem europäischen Vergleichswert angesiedelt ist. Wenn Deutsch-



land diese Aufstockungen realisieren würde, könnte es die Beitragshöhe erreichen, die im Durchschnitt die führenden Beitragszahler Europas schon jetzt vorzuweisen haben. Dabei ist noch gar nicht berücksichtigt, dass Deutschland während der MDG-Periode gewaltige Fehlbeträge aufgehäuft hat.

Eine zentrale Komponente bildet die Erhöhung des Beitrags für den Globalen Fonds auf ein angemessenes Niveau. Für die kommende Wiederauffüllungsperiode von 2017 bis 2019 ist ein fairer Gesamtbeitrag in Höhe von gut 1.428 Millionen US\$ zu veranschlagen, was rund 1.275 Millionen Euro entspricht. Abzüglich der Mitfinanzierung des bereits zugesagten EU-Beitrags wäre ein bilateraler Beitrag von annähernd 1.200 Millionen Euro fällig, der über die drei Jahre zu realisieren ist.

Die hier vorgeschlagene Anhebung der ODA-Beiträge für die globale Gesundheit ist als Investition in die Zukunft zu sehen. Damit würde Deutschland die weltweiten Bemühungen für die Verbesserung der Gesundheits- und Lebensbedingungen der benachteiligten Mehrheit der Weltbevölkerung ein großes Stück voranbringen. Sie würde somit helfen, immenses menschliches Leid zu vermeiden und entscheidende Voraussetzungen für die nachhaltige Entwicklung zu schaffen. Darüber hinaus würde Deutschland mit diesem Zeichen der menschlichen Solidarität eine neue Glaubwürdigkeit erlangen, die für den Politikdialog um die Überwindung internationaler Konflikte sowie die Gestaltung einer gerechteren und zukunftsfähigen Weltordnung von ausschlaggebender Bedeutung ist. Und ein Teil dieser neuen Ordnung sollte ein globaler Aktionsplan sein mit dem Ziel, allen Menschen den Zugang zu lebenswichtigen Gesundheitsdiensten zu ermöglichen, ohne sie dabei in Armut zu stürzen. Dazu gehört ein Finanzierungsmodell, das die Unsicherheit freiwilliger Beitragsleistungen überwindet und stattdessen auf einem fairen System von Pflichtbeiträgen beruht.

# Impressum

**Herausgeber:** Aktionsbündnis gegen AIDS

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

**Redaktion:** Sylvia Urban, Astrid Berner-Rodoreda,  
Joachim Rüppel, Klaus Koch, Peter Wiessner, Viktoria Rappold

**vorbereitende Recherche für Teil A:** Sascha Hach

**Layout:** Carmen Janiesch

**Kontakt:**

Aktionsbündnis gegen AIDS

Chausseestraße 128/129

10115 Berlin

Tel. + 49 30 27 58 24 76

[info@aid-kampagne.de](mailto:info@aid-kampagne.de)

[www.aid-kampagne.de](http://www.aid-kampagne.de)



*Nachdruck gegen Beleg und Quellenangabe frei*



Aktionsbündnis gegen AIDS

Leben ist ein Menschenrecht!  
[www.aids-kampagne.de](http://www.aids-kampagne.de)