

Die Finanzierung der allgemeinen Gesundheitsversorgung in den wirtschaftlich benachteiligten Ländern – zentrale Voraussetzung für die Verwirklichung der Agenda 2030

Von Joachim und Tilman Rüppel

Die weltweite Ungleichheit bei der Verteilung von Einkommen und Vermögen weit jenseits dessen, was sich durch Unterschiede der Belastung oder Verantwortung durch die jeweilige Arbeitstätigkeit begründen ließe, stellt schon für sich genommen eine gewaltige Ungerechtigkeit dar. Sie steht auch in einem gefährlichen Gegensatz zu unverzichtbaren Grundwerten des gesellschaftlichen Zusammenlebens wie menschliche Solidarität und gleichberechtigte Beteiligung an der demokratischen Willensbildung. Noch bedrohlicher ist aber, dass sie die benachteiligten Menschen ihrer Lebenschancen beraubt. Einerseits werden diese gezwungen, extreme Risiken einzugehen, um ihre wirtschaftliche Existenz zu sichern oder brutaler Gewalt und Verfolgung zu entkommen. Andererseits reichen die verfügbaren Ressourcen nicht aus, um wenigstens lebensbewahrende Gesundheitsdienste bereitzustellen.

Der Beitrag analysiert die Finanzierung der allgemeinen Gesundheitsversorgung in wirtschaftlich benachteiligten Ländern, die als wesentliche Voraussetzung für die Verwirklichung der Agenda 2030 gelten.

Wirksame Strategien zur Überwindung der inakzeptablen Ungleichheit haben die nationalen, regionalen und weltweiten Realitäten im Blick und sie sind mehrgleisig: Das heißt sie kümmern sich gleichzeitig um den bitter notwendigen Transfer von finanziellen und technischen Ressourcen, gerechtere Verteilungsstrukturen von Produktivvermögen und Primäreinkommen, die demokratische Gestaltung von politischen Entscheidungen, solidarische Denk- und Handlungsweisen sowie naturverträgliche Produktions- und Konsummuster. Im Folgenden setzen wir uns mit dem ersten Aspekt auseinander.

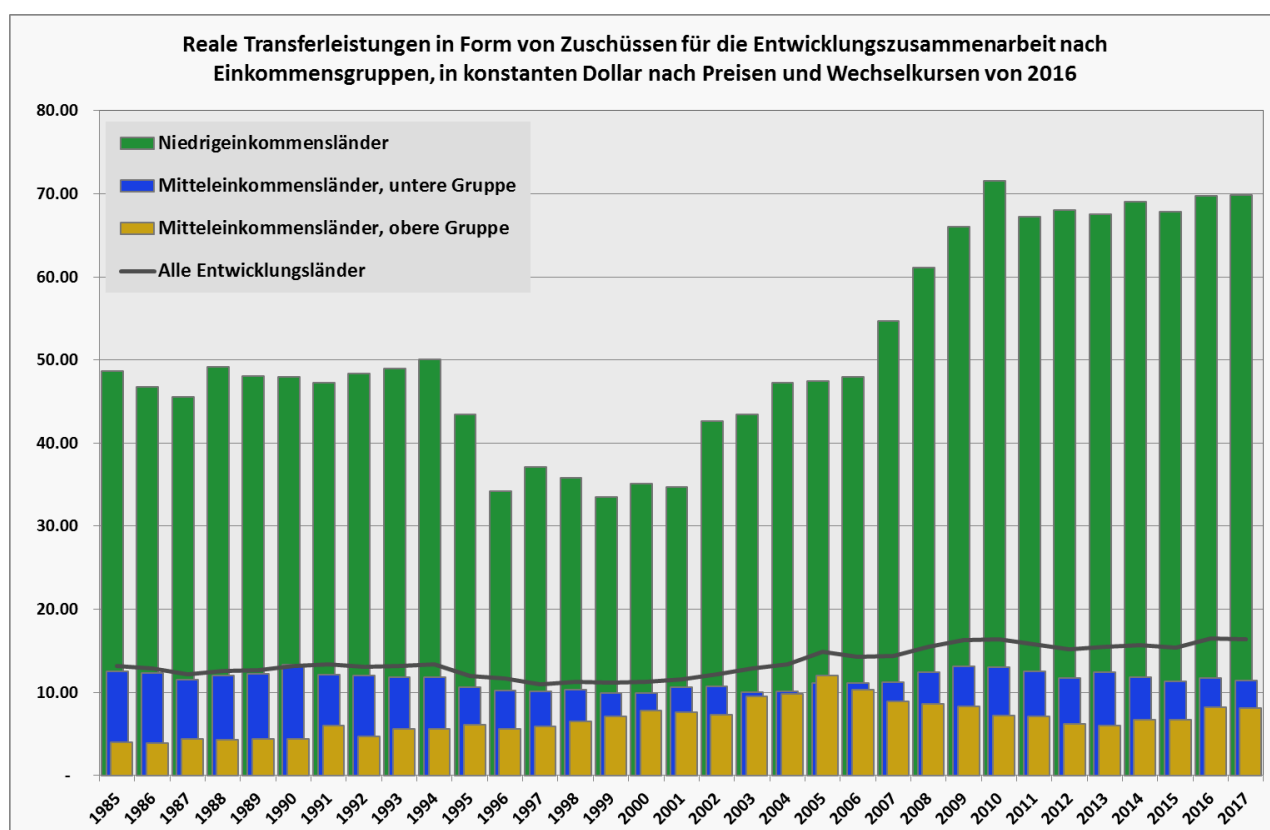
Die Polarisierung der globalen Einkommensverteilung hat sich verschärft

Bereits eine grob differenzierende Betrachtung offenbart, dass sich die Polarisierung der globalen Einkommensverteilung in den vergangenen Jahrzehnten noch verschärft hat. So hat sich zwischen 1985 und 2017 das reale Bruttoinlandsprodukt (BIP) in den 31 Niedrigeinkommensländern nur um knapp 60 Prozent erhöht, während in den wirtschaftlich bevorteilten Geberstaaten der öffentlichen Entwicklungshilfe (engl. ODA) fast 70 Prozent zu verzeichnen waren. Der Einkommensabstand ist, bereinigt um Preisentwicklung und Wechselkurse, im Zeitraum einer Generation noch größer geworden. War das Prokopfeinkommen der Mitgliedstaaten des OECD-Entwicklungsausschusses (DAC) Mitte der 1980er Jahre schon fast 25 Mal höher als in den besonders benachteiligten Ländern, so beläuft sich das Missverhältnis jetzt auf mehr als das 26-fache.

Die langfristige Analyse zeigt aber auch die unterschiedlichen Phasen dieser Entwicklung. Während die Niedrigeinkommensländer in der Zeit bis kurz vor der Jahrtausendwende eine komplette Stagnation und sogar wirtschaftliche Einbrüche hinnehmen mussten, hat sich seither ihr durchschnittliches BIP pro Kopf erhöht. Besonders in den letzten zehn Jahren ist dort das Prokopfeinkommen kontinuierlich gestiegen. Zwischenzeitlich war das Einkommensniveau sogar 35 Mal niedriger als der Vergleichswert der DAC-Staaten.

Was hat zu dieser beachtlichen Trendwende geführt? Hier ist zum einen die 1996 beschlossene Entschuldungsinitiative für hoch verschuldete arme Länder zu nennen. Ihre Umsetzung hat die

Staatsschulden der 39 anvisierten Länder zwischen 2002 und 2010 von über 100 auf unter 40 Prozent des BIP gesenkt und damit eine deutliche Erhöhung der öffentlichen Sozialausgaben ermöglicht. Zum anderen haben die von den Vereinten Nationen vereinbarten Millenniums-Entwicklungsziele einige Geberstaaten dazu motiviert, ihre finanziellen Anstrengungen für die Entwicklungszusammenarbeit zu steigern und stärker auf die bedürftigsten Länder auszurichten. Seit 2010 hat sich der Gesamtumfang der real transferierten ODA-Zuschüsse von knapp 60 auf über 111 Milliarden US\$ erhöht (nach Preisen und Wechselkursen von 2016). Dabei stieg die Proportion verglichen mit dem gesamten Bruttonational-einkommen bis 2010 von 0,18 auf 0,26 Prozent und fiel danach wieder auf 0,24 Prozent im Jahr 2017 zurück. Die Gesamtleistungen, die prinzipiell für die wichtigsten Bedarfe einsetzbar sind, blieben also weit hinter dem UN-Richtwert von 0,7 Prozent zurück. Zugleich erhöhte sich der Anteil der Niedrigeinkommensländer an den ausgezahlten ODA-Zuschüssen von weniger als 27 auf über 45 Prozent. Im Effekt hat sich daraus die Verdoppelung der jährlichen Transferleistungen pro Einwohner dieser Ländergruppe ergeben, die in der Grafik zu beobachten ist. Der aktuelle Zuschussbetrag von 70 US\$ pro Kopf entspricht ziemlich genau einem Zehntel des Prokopfeinkommens von knapp 700 US\$ (2017).



Ausgaben der Entwicklungszusammenarbeit für die Gesundheitsversorgung

Noch eindrücklicher stellen sich die Veränderungen bei der Entwicklungszusammenarbeit für die Gesundheitsversorgung dar. Unsere Analysen, die auf der Überprüfung aller gesundheitsrelevanten Projekte und Finanzströme beruhen, erlauben für die letzten Jahre eine verlässliche Bestimmung der Geberleistungen für diesen lebenswichtigen Förderbereich. Die dadurch gewonnenen Parameter ermöglichen aber auch eine Bereinigung der offiziellen Angaben zu den Fördermitteln in den früheren Jahren. So können wir schätzen, dass die ODA-Zuschüsse für Gesundheit zwischen 2000 und 2017 von gut 8 auf 22,5 Milliarden US\$ erhöht wurden. Die Quote im Verhältnis zum BNE aller DAC-Staaten hat sich im ersten Jahrzehnt von 0,025 auf 0,05 Prozent verdoppelt und stagniert seither. Und auch hier ist eine deutliche Hinwendung zu den Niedrigeinkommensländern zu verzeichnen, die inzwischen die Hälfte aller Zuschussmittel erhalten (im Vergleich zu geschätzten 30 Prozent zu Beginn des Jahrtausends). Im

Ergebnis belaufen sich die Transferleistungen für Gesundheit zugunsten der Niedrigeinkommensländer derzeit auf rund 16 US\$ pro Kopf und Jahr.

Im Verein mit verstärkten Eigenanstrengungen konnten dadurch erhebliche Erfolge auf allen Gebieten der Gesundheitsförderung erzielt werden, vor allem was die Reduzierung der Kinder- und Müttersterblichkeit sowie die Vermeidung von Todesfällen durch HIV und andere verheerende Epidemien angeht. In den Niedrigeinkommensländern hat sich die Wahrscheinlichkeit, dass Neugeborene das 60. Lebensjahr erreichen, in den letzten beiden Jahrzehnten von 50 auf 68 Prozent erhöht, während in den 15 Jahren davor keine signifikanten Verbesserungen zu beobachten waren.

Die immer wieder kolportierten Behauptungen, die Entwicklungszusammenarbeit verschlinge viel Geld habe aber nur geringe Wirkung, entbehren somit jeder Grundlage. Das genaue Gegenteil trifft zu: Die Weltgemeinschaft hat lebenswichtige Fortschritte erreicht, obwohl die finanziellen Anstrengungen im Verhältnis zum Ausmaß der ökonomischen Benachteiligung sowie den vereinbarten Zielen sehr unzulänglich waren und auch entgegen der immer noch festzustellenden Beeinflussung der Verteilung und Verwendung der Mittel durch politische und wirtschaftliche Eigeninteressen.

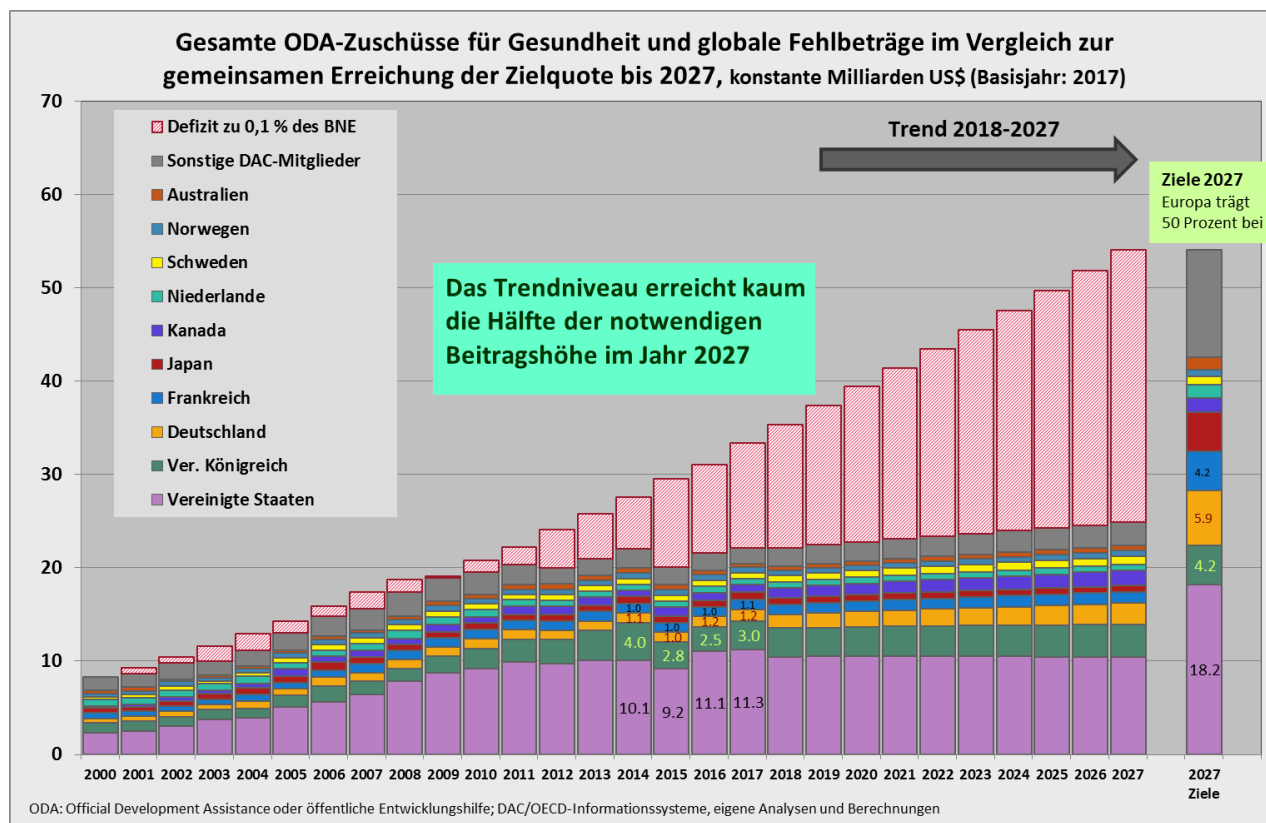
Ein gesundes Leben für alle - wie kann das Hauptziel der Agenda 2030 erreicht werden?

Die Agenda 2030 für nachhaltige Entwicklung führt die Millenniums-Entwicklungsziele konsequent weiter und erweitert zugleich die Handlungsfelder für solidarische Bemühungen der humanen Entwicklung und der ökologischen Umsteuerung. Das Hauptziel, ein gesundes Leben für all Menschen zu verwirklichen, umfasst alle wesentlichen Gesundheitsprobleme und formuliert die allgemeine Gesundheitsversorgung als Querschnittsaufgabe. Die WHO hat unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Kosten und Krankheitslasten die länderspezifischen Finanzierungsbedarfe für die gesundheitspezifischen Zielvorgaben detailliert berechnet. Demnach müssen die Niedrigeinkommensländer im Schnitt die öffentlichen Ausgaben für Gesundheit bis 2027 auf gut 100 US\$ pro Kopf und Jahr erhöhen. Selbst wenn das vorhergesagte Wirtschaftswachstum eintrifft und die Regierungen sehr anspruchsvolle Ziele erreichen was die Steigerung der Staatseinnahmen und des Gesundheitsanteils an den öffentlichen Ausgaben anbetrifft, werden die Niedrigeinkommensländer bis Ende des nächsten Jahrzehnts nur 30 bis 40 Prozent des Finanzierungsbedarfs aus inländischen Quellen decken können. Nach dem bestmöglichen Szenario würde diese Ländergruppe im Stichjahr (2027) rund 32 Milliarden US\$ aus eigenen Steuern und Sozialabgaben aufbringen. Für ihre voraussichtlich auf über 870 Millionen Menschen anwachsende Bevölkerung benötigen sie aber mindestens 88 Milliarden US\$. Der verbleibende Fehlbetrag von 56 Milliarden US\$ muss durch die Kooperation der wirtschaftlich privilegierten Staaten ausgeglichen werden.

Derzeit belaufen sich die gesamten ODA-Zuschüsse der DAC-Staaten allerdings nur auf 22,5 Milliarden US\$, was kaum der Hälfte der empfohlenen Beitragshöhe von 0,1 Prozent des BNE entspricht. Wenn diese Geberländer zusammen genommen ihre finanziellen Anstrengungen bis 2027 kontinuierlich auf das Zielniveau erhöhen und die aktuellen Wirtschaftsprognosen eintreffen, so stünden dann fast 53,5 Milliarden US\$ zur Verfügung. Und falls die übrigen Hocheinkommensländer ihre bisher sehr limitierten Beiträge auf die gleiche Quote heben würden, dann stiege der Betrag auf rund 59 Milliarden US\$. Das bedeutet, dass ein Tausendstel der Wirtschaftskapazität der reichsten Staaten reichen würde, um die Finanzierungslücke in den Niedrigeinkommensländern zu überbrücken und gemeinsam die Gesundheitsziele der Agenda 2030 in den Weltregionen mit den niedrigsten Überlebenschancen zu verwirklichen. Allerdings blieben nur sehr begrenzte Mittel für die Kooperation mit den Mitteleinkommensländern, die aufgrund von wirtschaftlichen Schwierigkeiten oder politischem Versagen die erforderlichen Gesundheitsausgaben nicht mit eigenen Mitteln bestreiten. Ähnliches gilt für die öffentliche Förderung

der Erforschung der Krankheiten, die überwiegend die ärmeren Teile der Weltbevölkerung betreffen. Daher muss über eine Anpassung der Zielgröße für die globale Gesundheitsfinanzierung nachgedacht werden, die auf den Bericht einer WHO-Kommission von 2001 zurückgeht und logischerweise die Vorgaben der 2015 beschlossenen Nachhaltigkeitsagenda nicht vollständig abbilden kann.

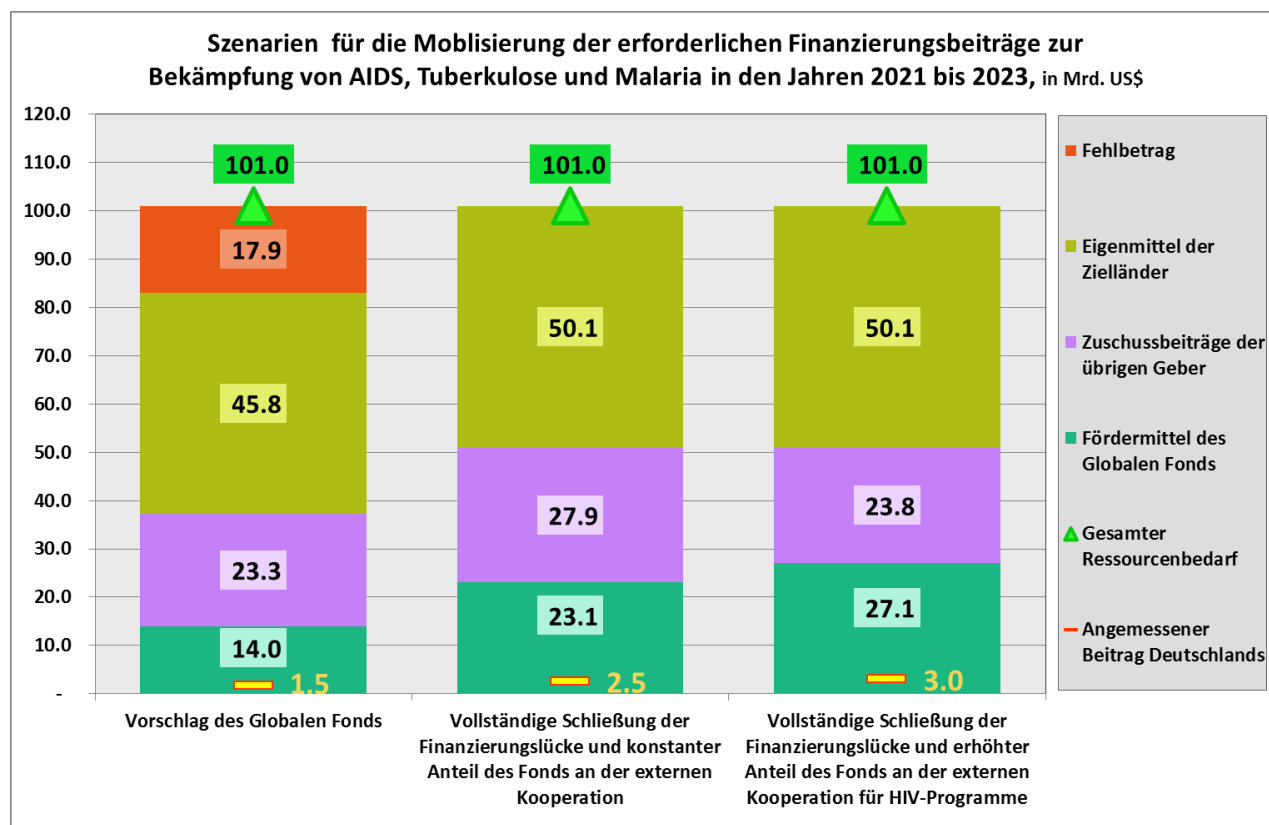
Eingedenk der historischen Verantwortung und in Berücksichtigung der aktuellen Beitragsstruktur der Entwicklungszusammenarbeit sollte Europa sich verpflichten, mindestens die Hälfte des Bedarfs zu decken. Das würde auch im Einklang damit stehen, die eigenen Grundwerte wie Solidarität und Politikziele wie multilaterale Zusammenarbeit mit einer gestärkten Glaubwürdigkeit zu vertreten. Entsprechend des Anteils am BNE der europäischen DAC-Staaten müsste Deutschland seine gesamten ODA-Zuschüsse für die globale Gesundheit innerhalb von zehn Jahren von derzeit 1,3 auf rund 5,7 Milliarden US\$ erhöhen.



Eine Nagelprobe für Gemeinsinn und Weitsicht bildet die Geberkonferenz für den Globalen Fonds zur Bekämpfung von Aids, Tuberkulose und Malaria im Oktober dieses Jahres. Dort werden die Beitragszusagen für die sechste Wiederauffüllung der Finanzmittel des Fonds erwartet, die für die Überwindung der verheerendsten Epidemien und die Stärkung der Gesundheitssysteme in den benachteiligten Ländern für die Jahre 2020 bis 2022 bereitgestellt werden sollen. Der Fonds hat den eigenen Finanzierungsbedarf auf mindestens 14 Milliarden US\$ beziffert. Mit der effektiven Verwendung dieses Mittelvolumens soll die Weltgemeinschaft dem Zielkorridor wieder näher kommen, der zu einer Beendigung der drei Epidemien als Bedrohung der öffentlichen Gesundheit führt, so wie es die Agenda 2030 fordert.

Es stellt sich jedoch die Frage, ob das genannte Finanzierungsziel tatsächlich dem Ressourcenbedarf entspricht oder sich doch eher am angenommenen Geberwillen orientiert. Der Vorschlag des Fonds stellt explizit fest, dass die insgesamt anvisierten Beiträge nur 82 Prozent der Mittel entsprechen, die nach den gemeinsam mit den internationalen Fachorganisationen entwickelten Berechnungen benötigt werden. Auch die voraussichtlich mit diesen Ressourcen zu erreichenden Wirkungen, wie der Rückgang der Todesfälle und vor allem der Neuinfektionen, reichen nicht aus, um die in den globalen Plänen anvisierten Ziele fristgerecht zu erreichen.

Daher zeigt die nachstehende Grafik alternative Szenarien, die zu einer vollständigen Abdeckung der Finanzierungsbedarfe führen würden. Diese gehen zunächst davon aus, dass die Zielländer die Eigenmittel für die Bekämpfung der drei Epidemien um rund 16 statt 14 Prozent pro Jahr steigern, wie es die oben beschriebenen Anstrengungen für die Mobilisierung der inländischen Ressourcen für die Gesundheitsversorgung insgesamt vorsehen. Die verbleibende Finanzierungslücke würde vollständig durch die internationale Kooperation geschlossen. Das würde eine jährliche Steigerung um ca. 10 Prozent erfordern, die noch unter der notwendigen Wachstumsrate des Gesamtumfangs der Gesundheits-ODA liegt. Im ersten Fall würden die derzeit bestehenden Anteile des Globalen Fonds an den ODA-Zuschüssen von 25 Prozent für HIV-Programme und 76 bzw. 58 Prozent für TB- und Malaria-Maßnahmen beibehalten. Im zweiten Fall würde der Fonds-Anteil an der globalen Finanzierung der HIV-Bewältigung auf 40 Prozent erhöht, um die extreme und riskante Abhängigkeit von der bilateralen Kooperation der USA abzubauen.



Das dritte Szenario würde den Fonds als multilaterale Einrichtung stärken und somit die weltweiten Bemühungen zur Überwindung der Epidemie auf eine solidere Finanzierungsbasis stellen, die weniger durch unabsehbare politische Manöver einzelner Geberstaaten gefährdet ist. Damit würde auch ein Aufbruch zu einer solidarischen Gesundheitsfinanzierung geschaffen mit der realen Perspektive, die verheerendsten Konsequenzen der Ungerechtigkeit zu überwinden. Der faire Beitrag Deutschlands

würde nicht mehr als 36 Prozent der gesamten Gesundheitsleistungen von 8,3 Milliarden US\$ ausmachen, die in der dreijährigen Implementierungsperiode aufzubringen wären, wenn der Pfad zur Erreichung des notwendigen Beitragsniveaus im Jahr 2027 beschritten würde.

Die Autoren:

Joachim Rüppel

Tilman Rüppel

Kontakt

Aktionsbündnis gegen AIDS

Rungestr. 19

10179 Berlin

Tel: 030 – 536799844

www.aids-kampagne.de

12.04.2019

Der Beitrag mit Graphiken zum Download: