Aktionsbündnis gegen AIDS

Leben ist ein Menschenrecht!
www.aids-kampagne.de

Missionsärztliches Institut Würzburg
Katholische Fachstelle für internationale Gesundheit

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

Joachim Rüppel

Zweite Fassung auf der Basis neuer Daten zu Beiträgen für UN-Organisationen

Inhalt

Einleitung _____ *3*

Sozioökonomische Ungleichheit und Bedarf für die Umverteilung von Ressourcen _____ *5*

Internationale Verpflichtungen zur Finanzierung von Entwicklung und Gesundheit _____ *7*

Methodische Vorgehensweise _____ *8*

Überblick zu den finanziellen Anstrengungen für die Verwirklichung der MDGs _____ *10*

Die Gesamtleistungen für die Entwicklungszusammenarbeit in der MDG-Ära _____ *13*

Genuine ODA-Beiträge für die Globale Gesundheit _____ *21*

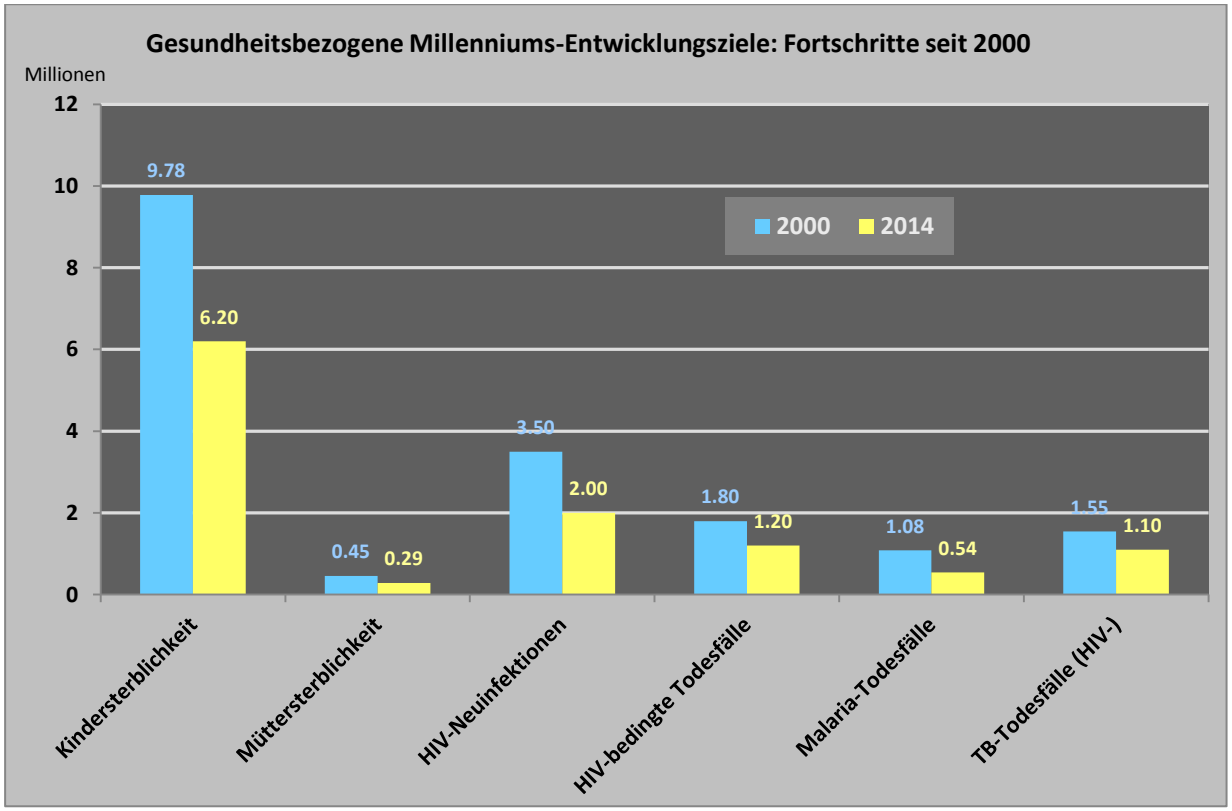
ODA-Leistungen für die Bewältigung der HIV-Epidemie _____ *28*

Die Beiträge für den Globalen Fonds zur Bekämpfung von Aids, Tuberkulose und Malaria *33*

Deutschlands notwendiger Weg zum angemessenen Beitrag für Gesundheit _____ *35*

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.

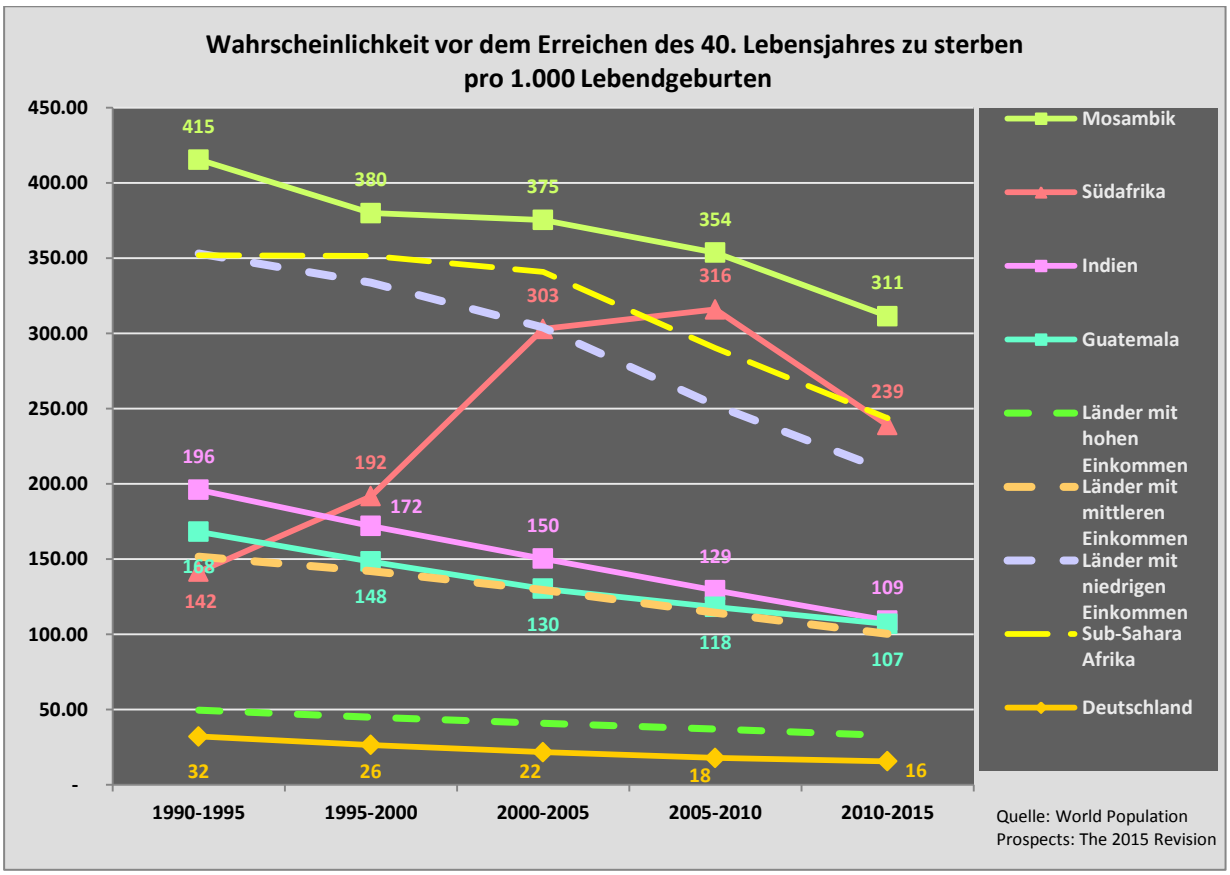


Andererseits handelt es sich lediglich um Teilerfolge, die auch noch sehr unterschiedlich verteilt sind. Viele besonders benachteiligte Menschen und Bevölkerungsgruppen leben noch immer unter menschenunwürdigen und gesundheitsgefährdenden Bedingungen und gerade sie werden durch den Mangel an finanziellen Ressourcen und politischem Willen von lebenswichtigen Gesundheitsdiensten ausgeschlossen. So war in Ländern mit niedrigen 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.[1]

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

[1] United Nations Population Division (2015): World Population Prospects: The 2015 Revision

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.[2]

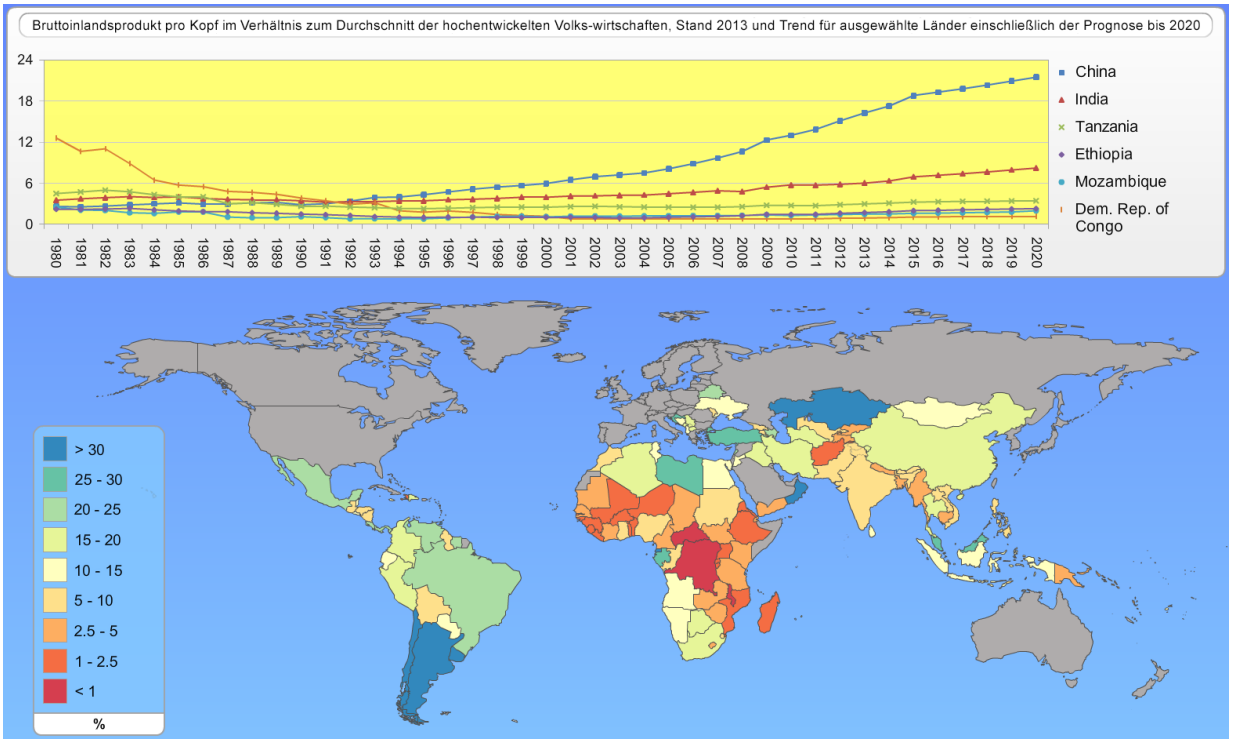


[2] UNAIDS (2015): How AIDS changed everything, S. 101

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.

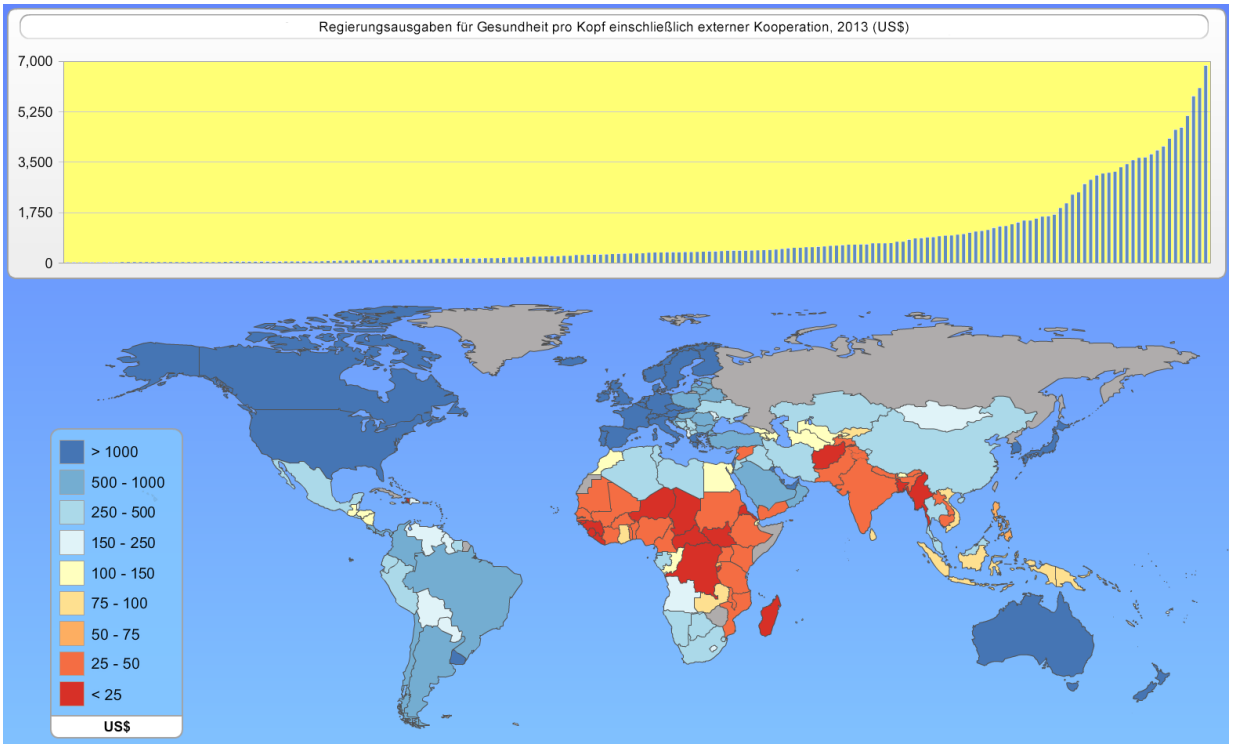
Im Hinblick auf die Gesundheitsversorgung und andere für die Lebenschancen der Menschen ausschlaggebenden Bereiche muss nicht nur das absolute Minimum gesichert werden, sondern das Ziel sollte auch sein, die weiterhin immense Kluft zwischen und innerhalb der Länder zu verringern. Es muss darum gehen, 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 Jahrzehnten 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.[3]



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 aufgebrachten 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

[3] Vgl. Rüppel, 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

Industriestaaten. Neben der besonderen Bedeutung von Gesundheit für das Wohlergehen und die Entfaltungsmöglichkeiten, ja oft das nackten 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 kurzsichtigen 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 umzusetzen. 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 wurden 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 Gesundheitsvorhaben 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 Welt-

bank 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 Angaben 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 Bedarfsschätzungen 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 Gesundheitsprobleme 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

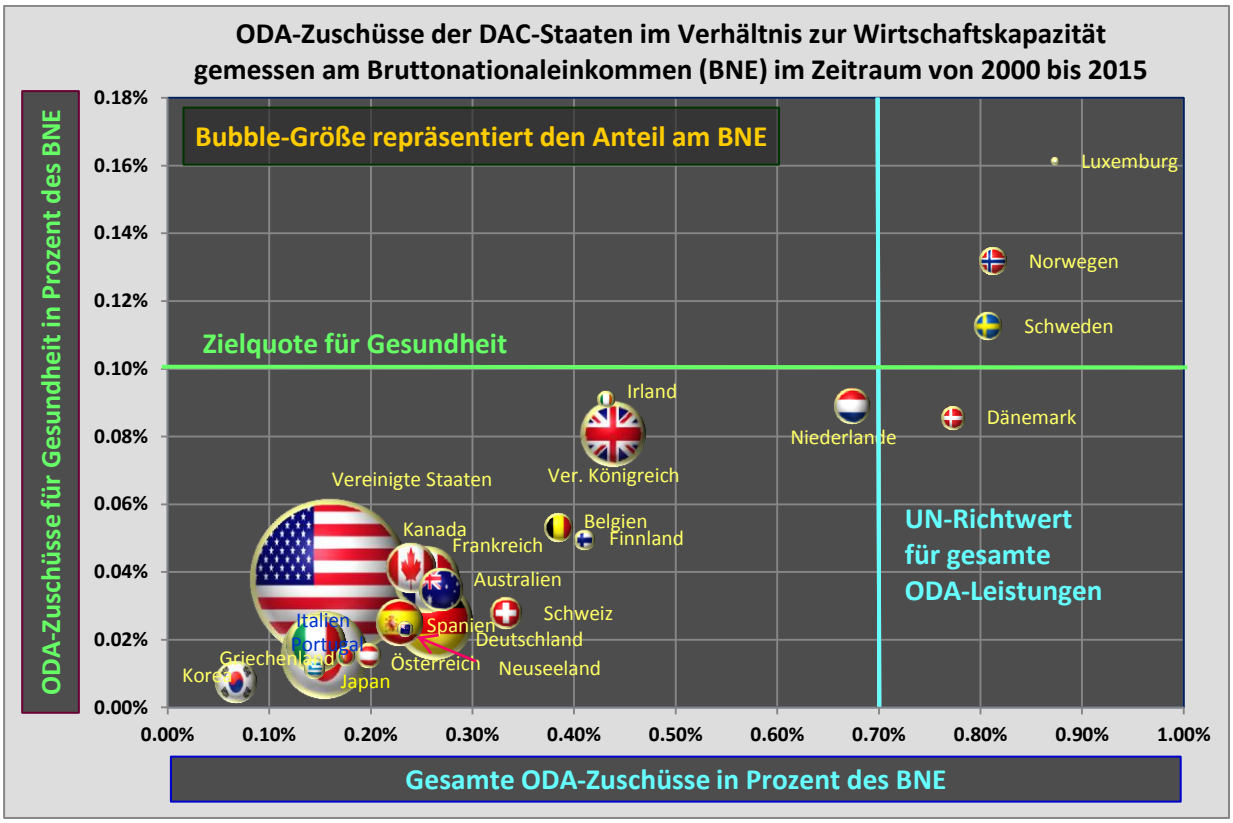
Bevor wir in den weiteren Abschnitten einen näheren Blick auf die ODA-Leistungen für die verschiedenen Dimensionen werfen, zeigen die folgenden grafischen Darstellungen die gesamte Konstellation der wichtigsten Bemessungsgrößen.

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-Migliedstaat, der zumindest überdurchschnittliche Anstrengungen 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 wer-

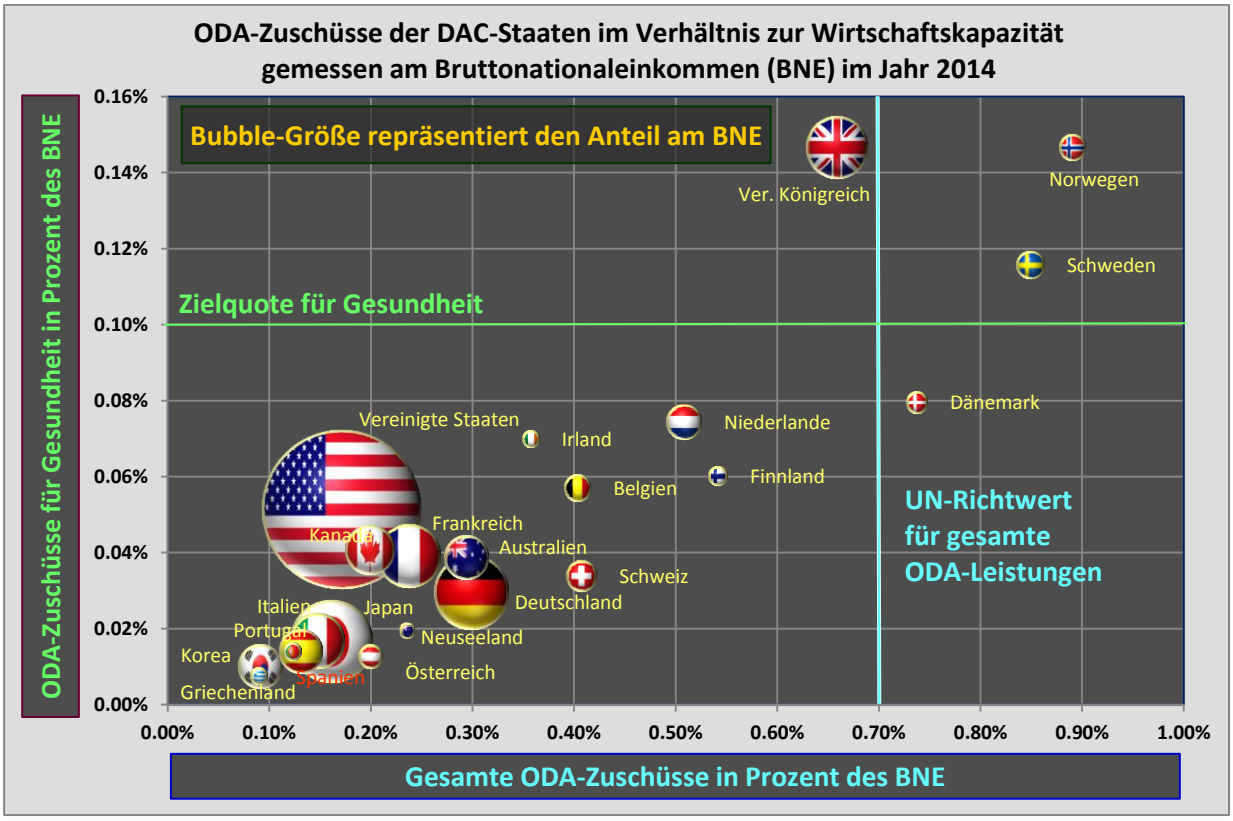
den. Darunter schneidet Österreich besonders schlecht ab mit einer Gesamtquote von knapp 0,2 Prozent und Gesundheitsleistungen von lediglich 0,016 Prozent des BNE.

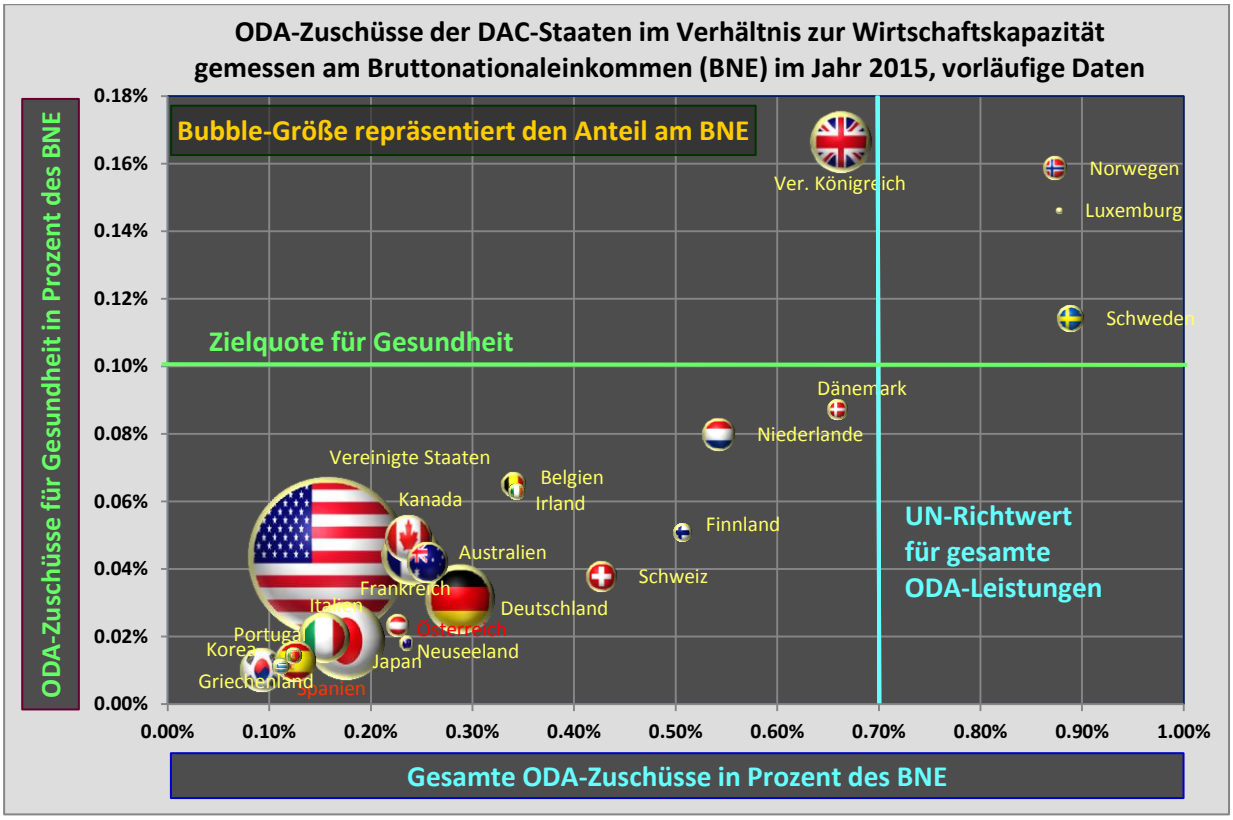


Die in der folgenden Grafik dargestellten Leistungen im Jahr 2014 basieren auf finalen Daten zu den Gesamtleistungen, während die bilateralen Beiträge für Gesundheit mit Ausnahme von Deutschland unter Verwendung offizieller Angaben in Kombination mit Erfahrungswerten der bisherigen Studien geschätzt 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 Gesundheitsleistungen 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.

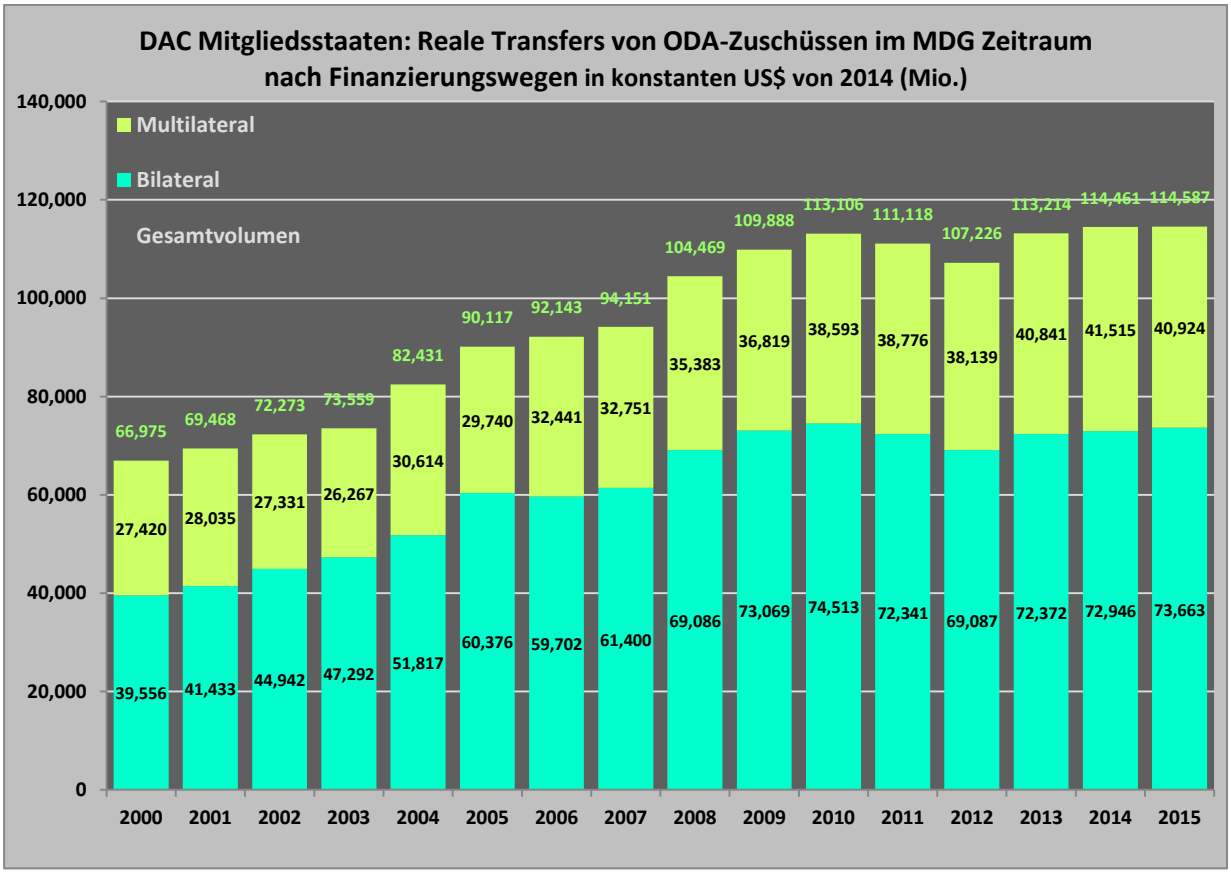
Die USA haben zwischenzeitlich die Hälfte der gesundheitsspezifischen Zielgröße erreicht, sind aber zuletzt wieder zurückgefallen, wofür die verzögerte Auszahlung des Beitrags für den Globalen Fonds verantwortlich war. Bei den Gesamtleistungen gehören sie mit Rang 18 im Jahr 2015 zu den Geberstaaten, 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

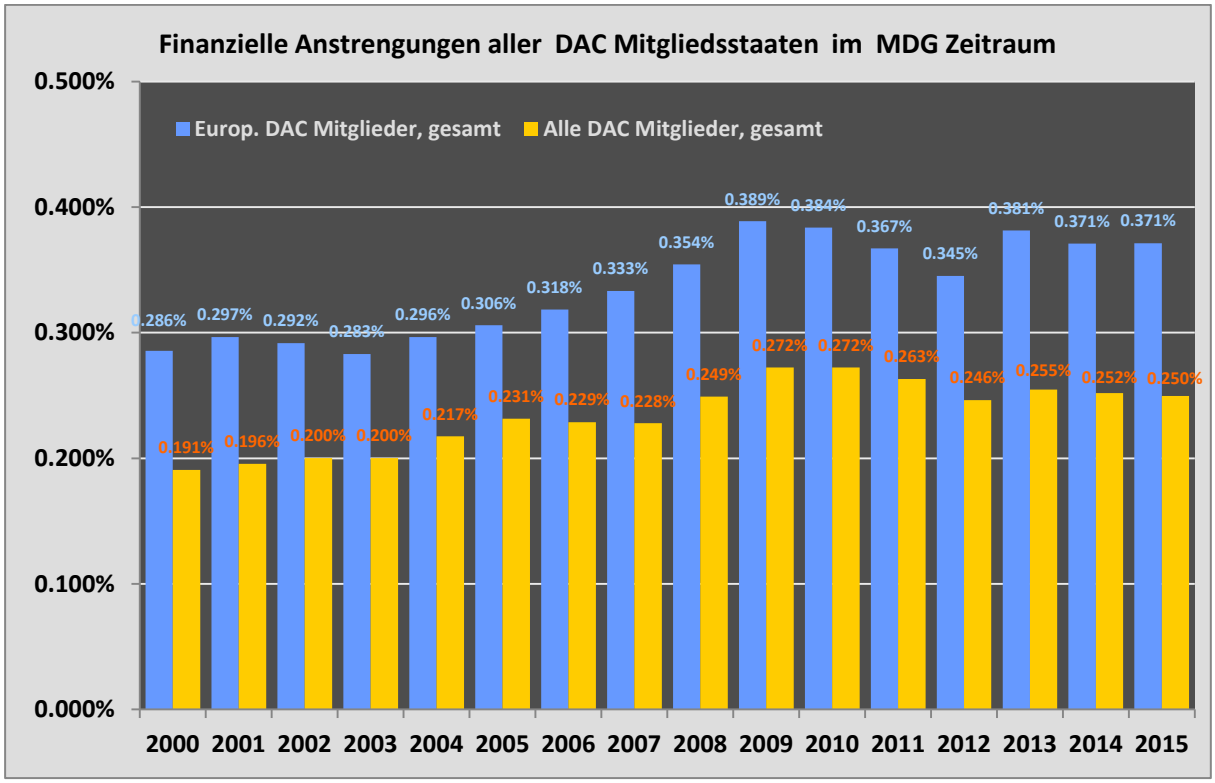
Die gesamten ODA-Zuschüsse aller DAC-Mitgliedstaaten zusammen genommen haben sich in der ersten Dekade inflations- und wechselkursbereinigt deutlich erhöht und lagen 2010 um fast 70 Prozent höher als zur Jahrtausendwende. Die Verabschiedung der Millenniumserklärung und die Proklamation der darin anvisierten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

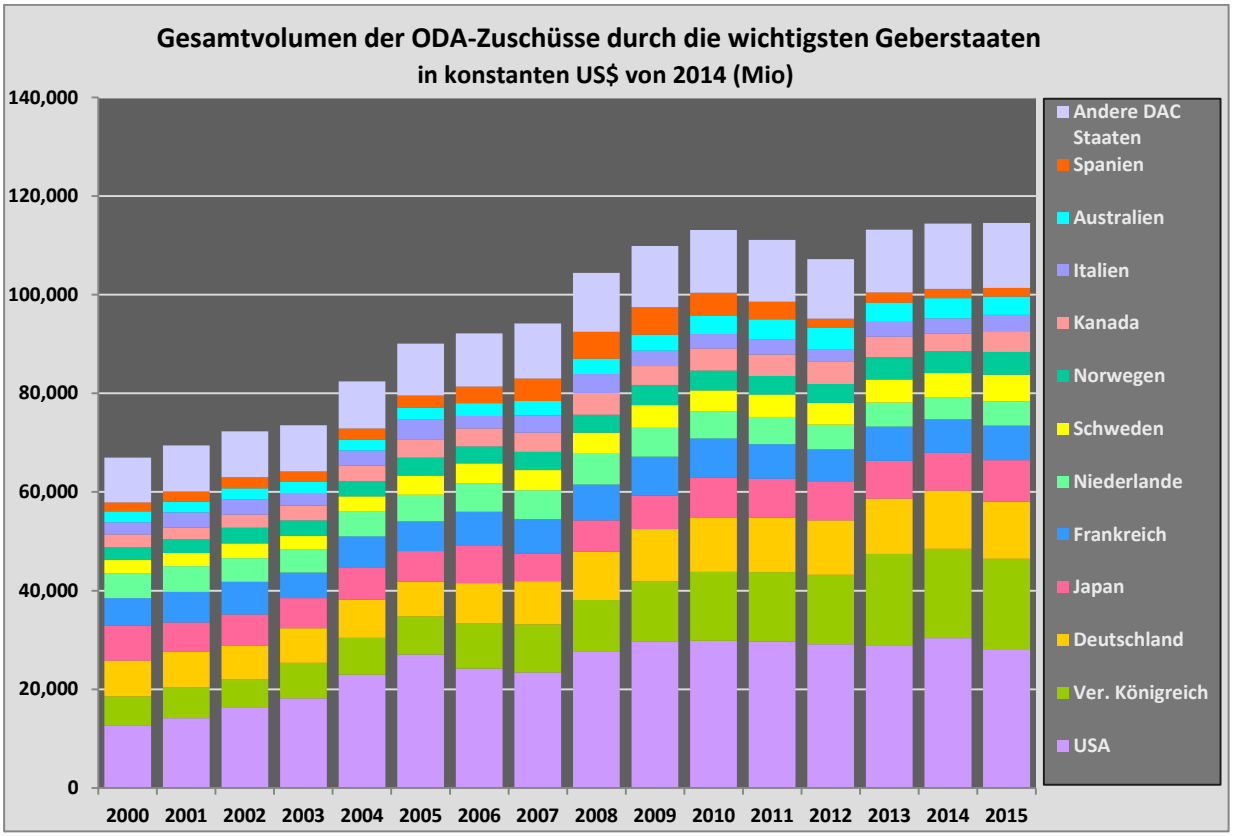


Wie die nachfolgende Darstellung zeigt, haben auch die finanziellen Anstrengungen im ersten Jahrzehnt zugenommen. Die ODA-Zuschüsse, die von allen DAC-Staaten zusammen bzw. von der Gesamtheit der europäischen DAC-Mitglieder in Relation zum jeweiligen BNE aufgebracht wurden, erreichten im Jahr 2009 ihren 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.



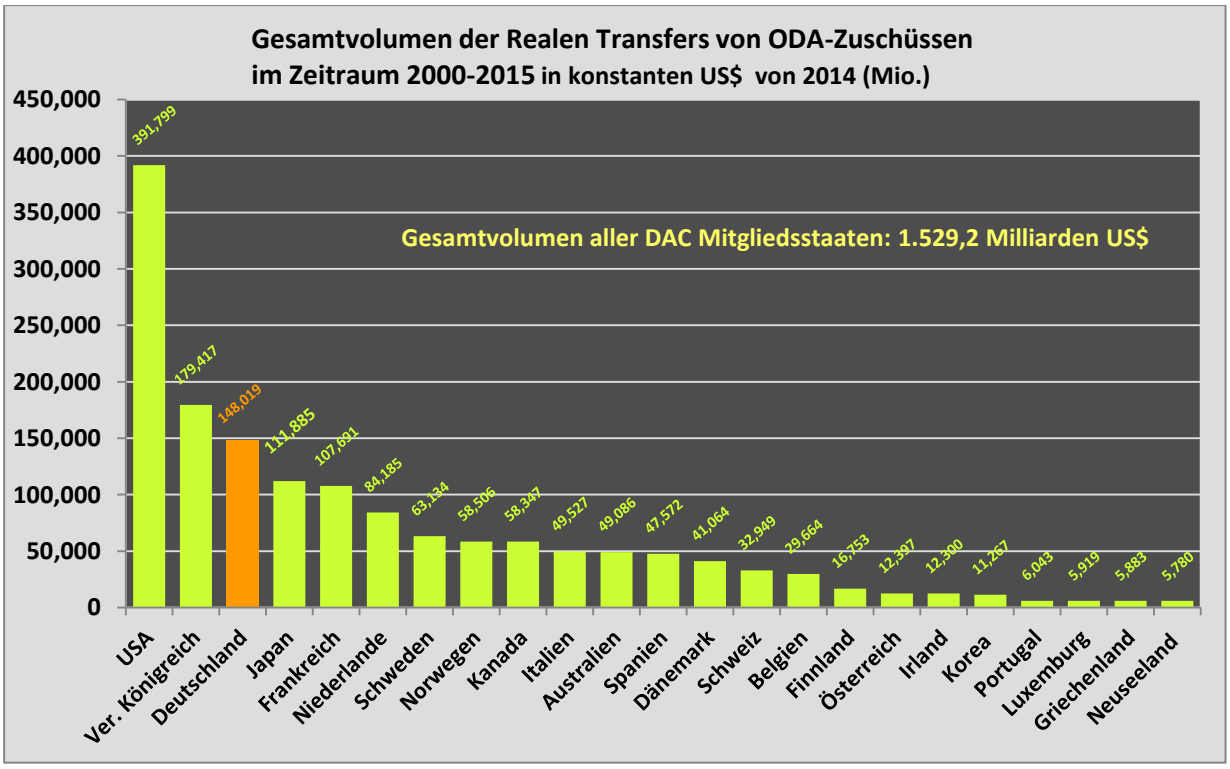
Die Übersicht zu den realen Beiträgen der wichtigsten Geber verdeutlicht, dass der reale Wiederanstieg der Gesamt-Zuschüsse nach 2010 vor allem den zusätzlichen Anstrengungen Großbritanniens zu verdanken ist mit einer Aufstockung von fast 4,6 Milliarden US$. Aber auch Schweden – zusätzlich begünstigt durch ein überdurchschnittliches Wirtschaftswachstum - und die Schweiz erhöhten ihre ODA-Zuschüsse um mehr als jeweils eine Milliarde US$.



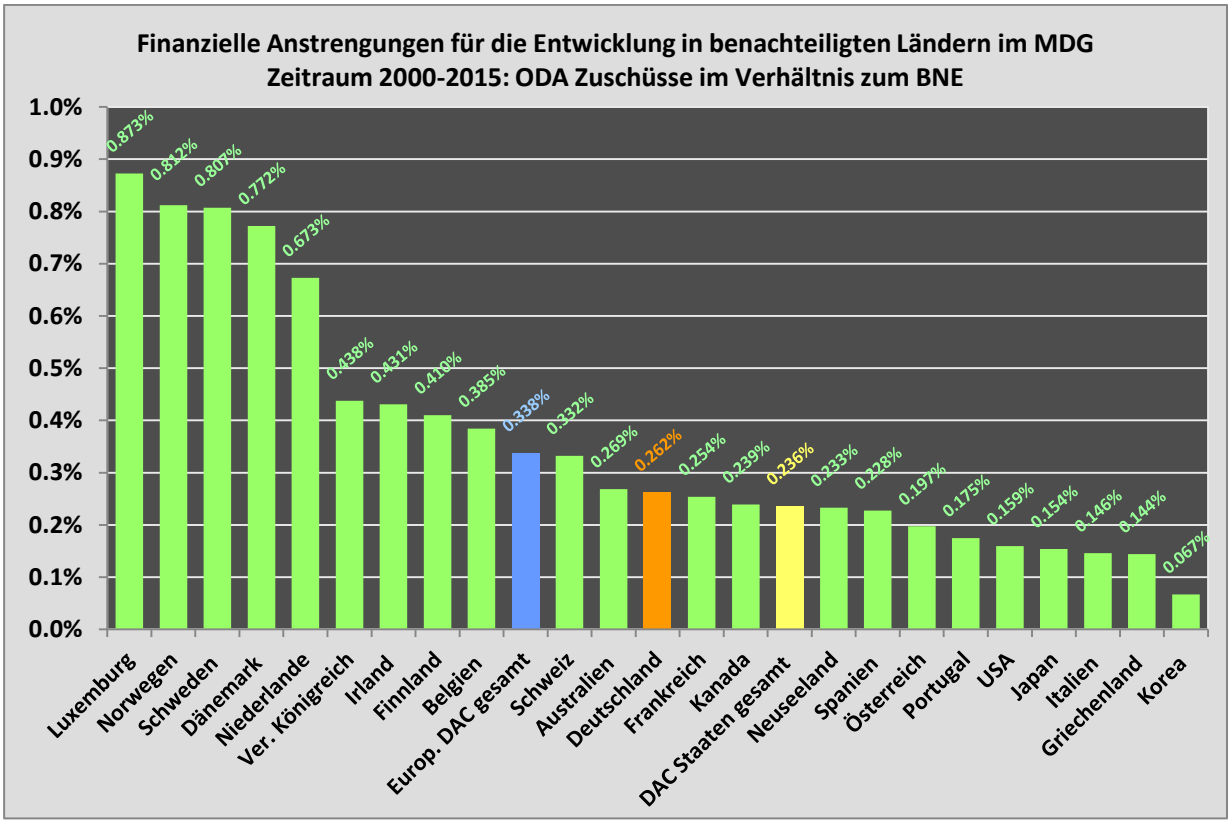
Dagegen nimmt sich die Steigerung des deutschen Beitrags um 518 Millionen doch recht bescheiden aus, vor allem wenn man die deutlich größere Wirtschaftsleistung in Betracht zieht. Seit dem Beginn der Schuldenkrise haben 11 DAC-Staaten ihre genuinen ODA-Zuwendungen erhöht, während die übrigen 12 die Mittel kürzten. Die größten Einschnitte in absoluten Zahlen verzeichneten im letzten Jahrfünft 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 beitrat, 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.

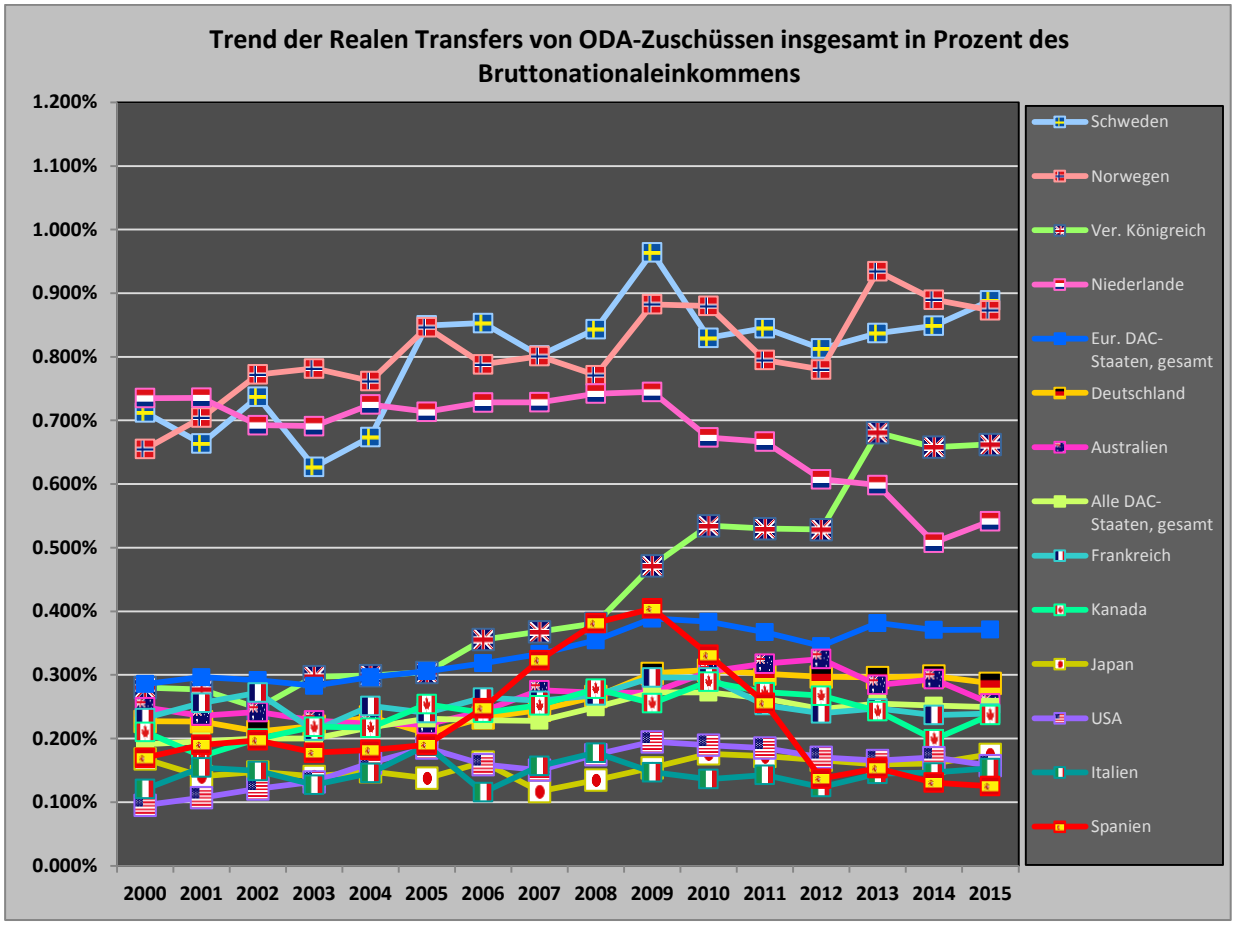
Insgesamt beliefen sich die ODA-Zuschüsse in den 16 Jahren seit der Jahrtausendwende auf etwas mehr als 1,5 Billionen US$ ausgedrückt in konstanten Preisen und Wechselkursen von 2014. Wenn die Gesamtheit der DAC-Staaten den VN-Richtwert durchgehend verwirklicht hätte, wäre das Volumen drei Mal höher 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 aufgebrachten 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.

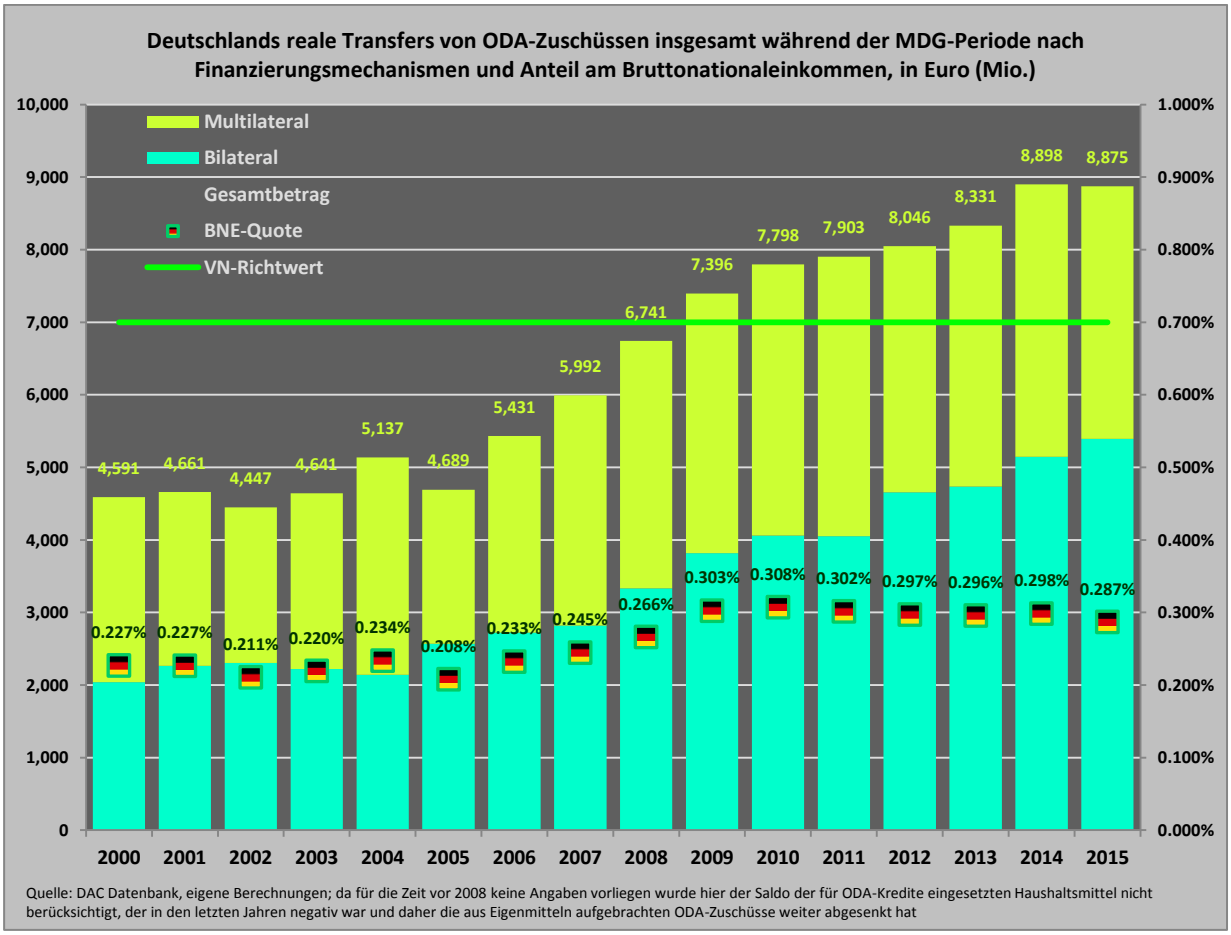


Die Entwicklung der finanziellen Anstrengungen seit 2000 lässt erkennen, dass die meisten DAC-Staaten keine eindrücklichen Veränderungen ihrer Position im Gebergefüge verzeichneten. Es sind aber einige Ausnahmen mit positiven wie auch negativen Vorzeichen zu erkennen. Die mit Abstand größten Fortschritte 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, seit 2001 bzw. 2005 kontinuierlich den VN-Richtwert erfüllten und in den meisten Jahren sogar deutlich übertrafen.

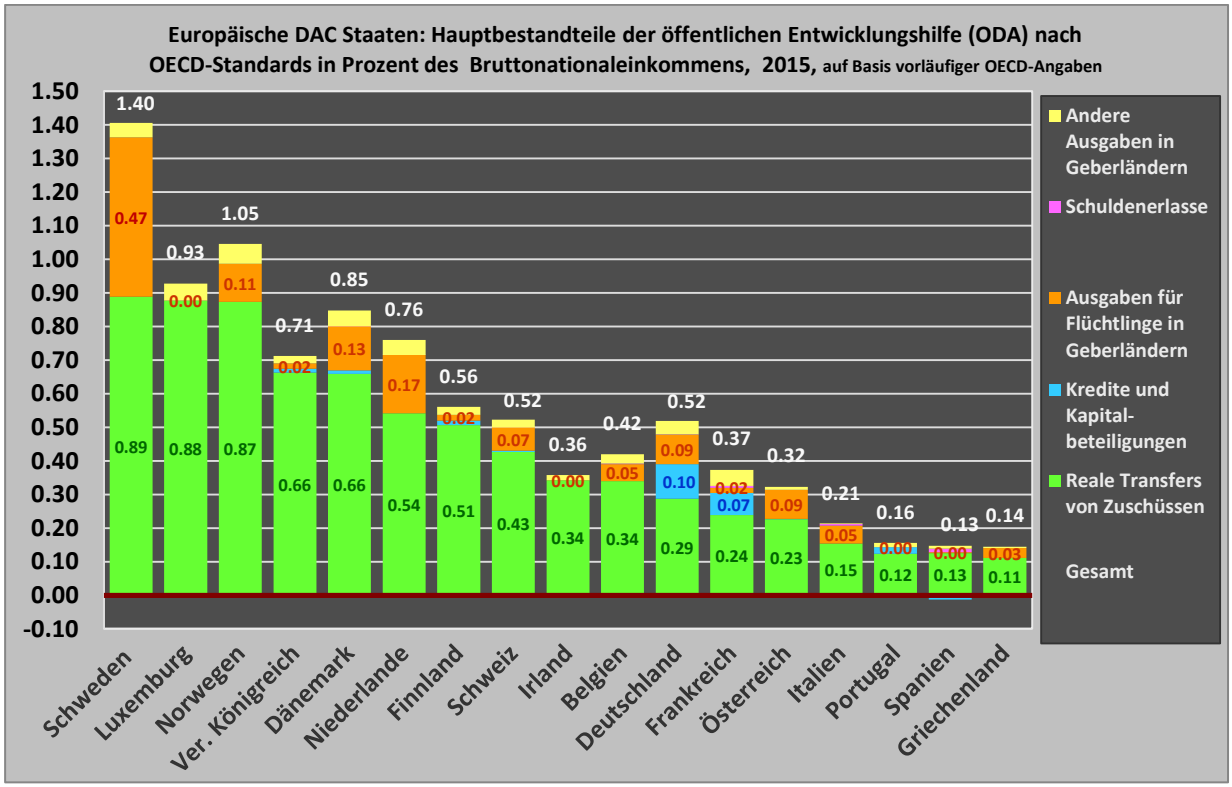


Eine gegenteilige Tendenz zeigen die Niederlande, deren BNE-Quote inzwischen deutlich unter die Zielmarke fiel. Das traurigste Beispiel bildet wohl Spanien, das zwischen 2005 und 2009 die höchsten Steigerungsraten auswies, dann aber innerhalb weniger Jahre von einer guten mittleren Position auf den letzten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

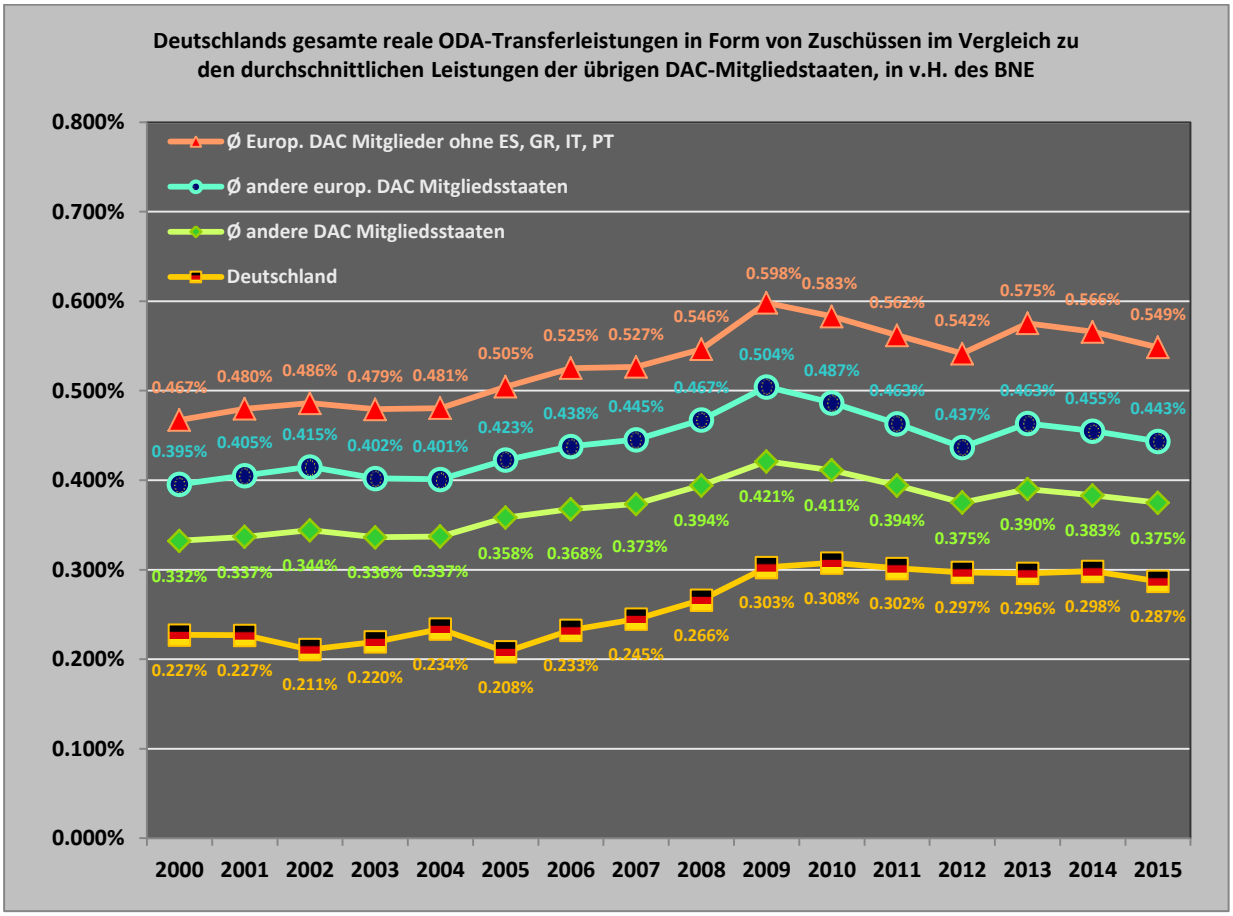
Die Einzelbetrachtung der ODA-Zuschüsse Deutschlands lässt unschwer erkennen, dass nur in der kurzen Phase zwischen 2006 und 2009 die Aufwüchse ausreichten, um die BNE-Quote signifikant zu erhöhen, während in den meisten Jahren der Trend bestenfalls mit dem Wirtschaftswachstum Schritt hielt. Bereits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



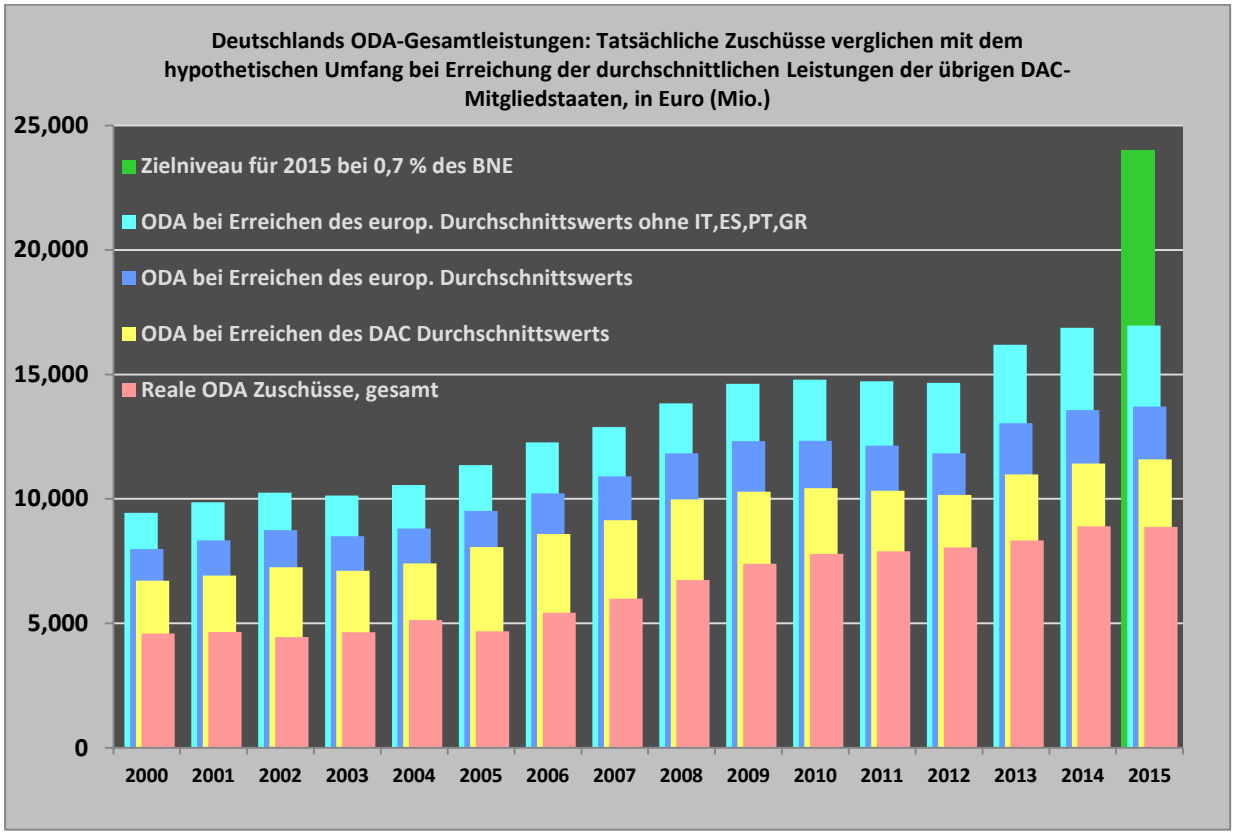
Statt einer wirklichen Verstärkung der finanziellen Anstrengungen hat man sich offensichtlich lange darauf verlegt, die offizielle Quote durch eine außerordentliche Ausweitung der Kredite und Kapitalbeteiligungen künstlich aufzublähen. Da die Rückzahlungen sich über einen längeren Zeitraum strecken, 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.



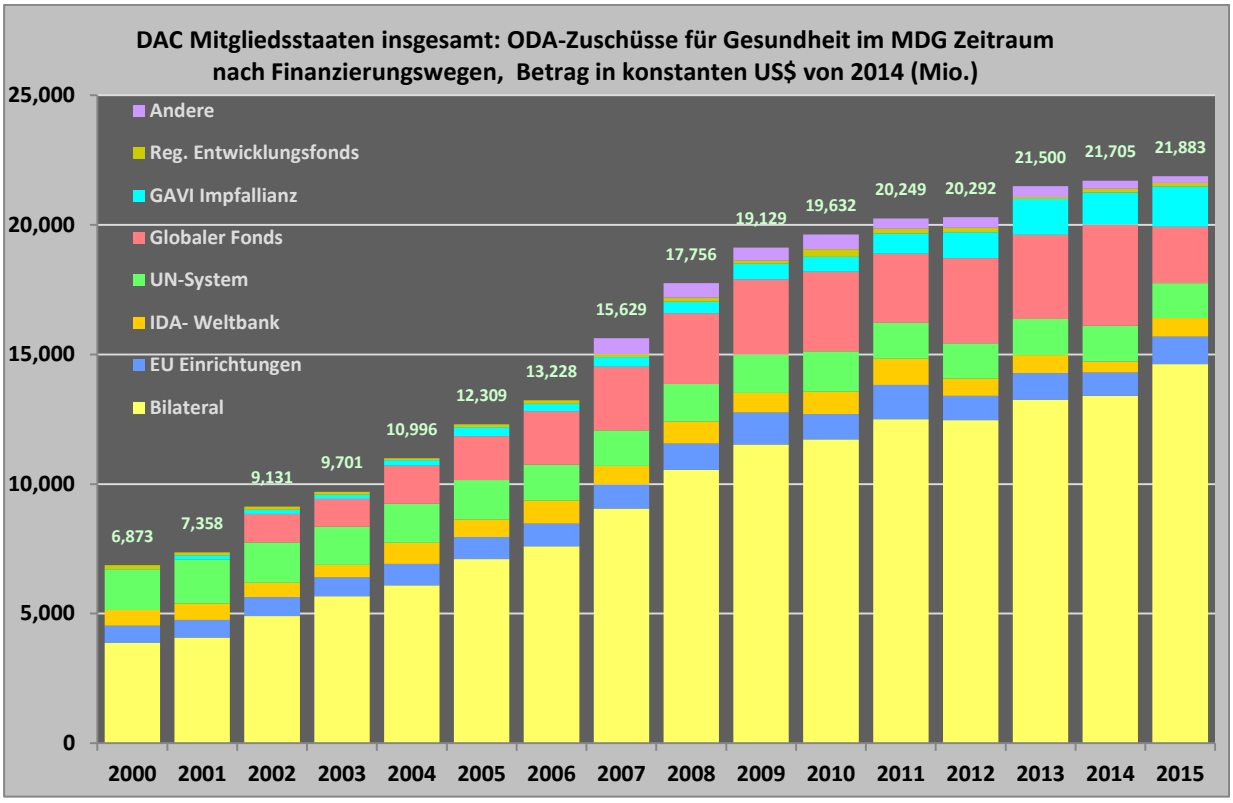
Praktisch über den gesamten Zeitraum der Umsetzung der MDGs lagen die deutschen ODA-Zuschüsse nur bei rund der Hälfte der mittleren Beitragshöhe der anderen DAC-Mitglieder Europas, wenn man die besonders von der Schuldenkrise betroffenen Länder ausklammert. Hätte Deutschland dieses Niveau erreicht, so 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.



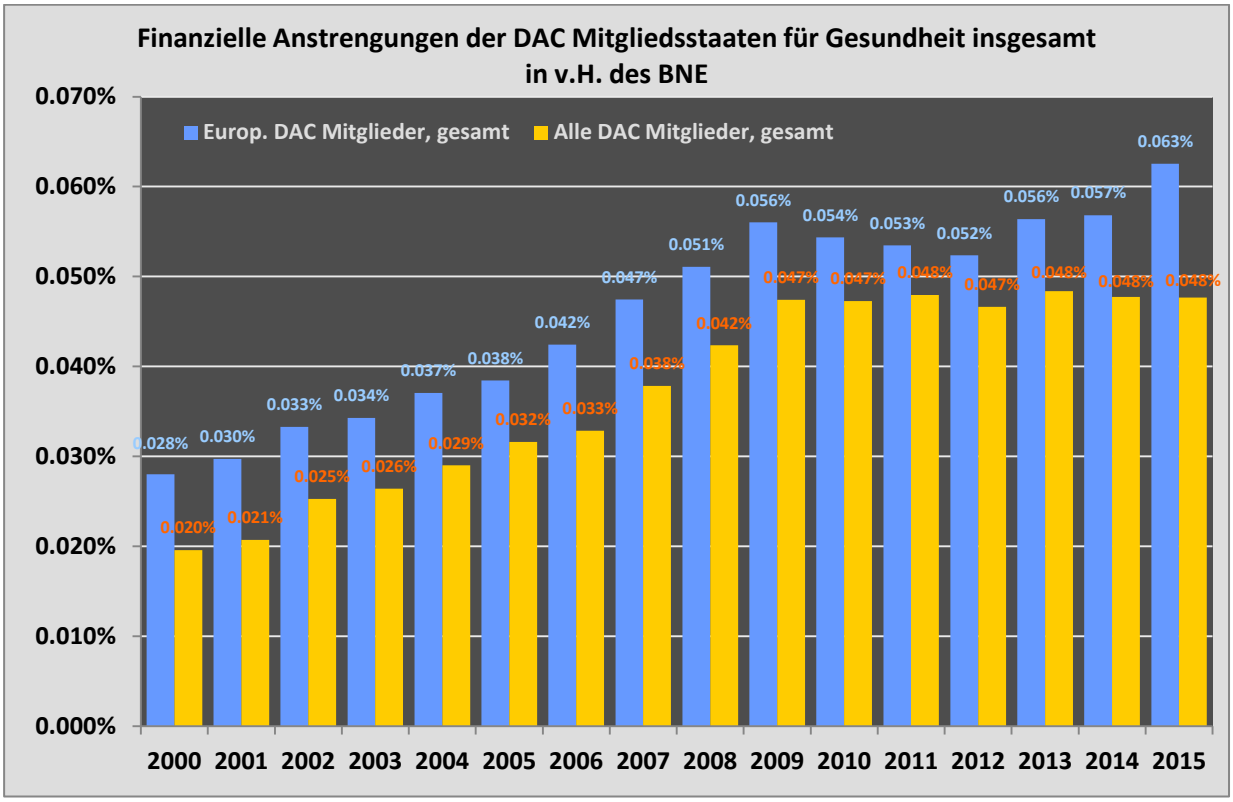
Genuine ODA-Beiträge für die Globale Gesundheit

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-Organisationen 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.

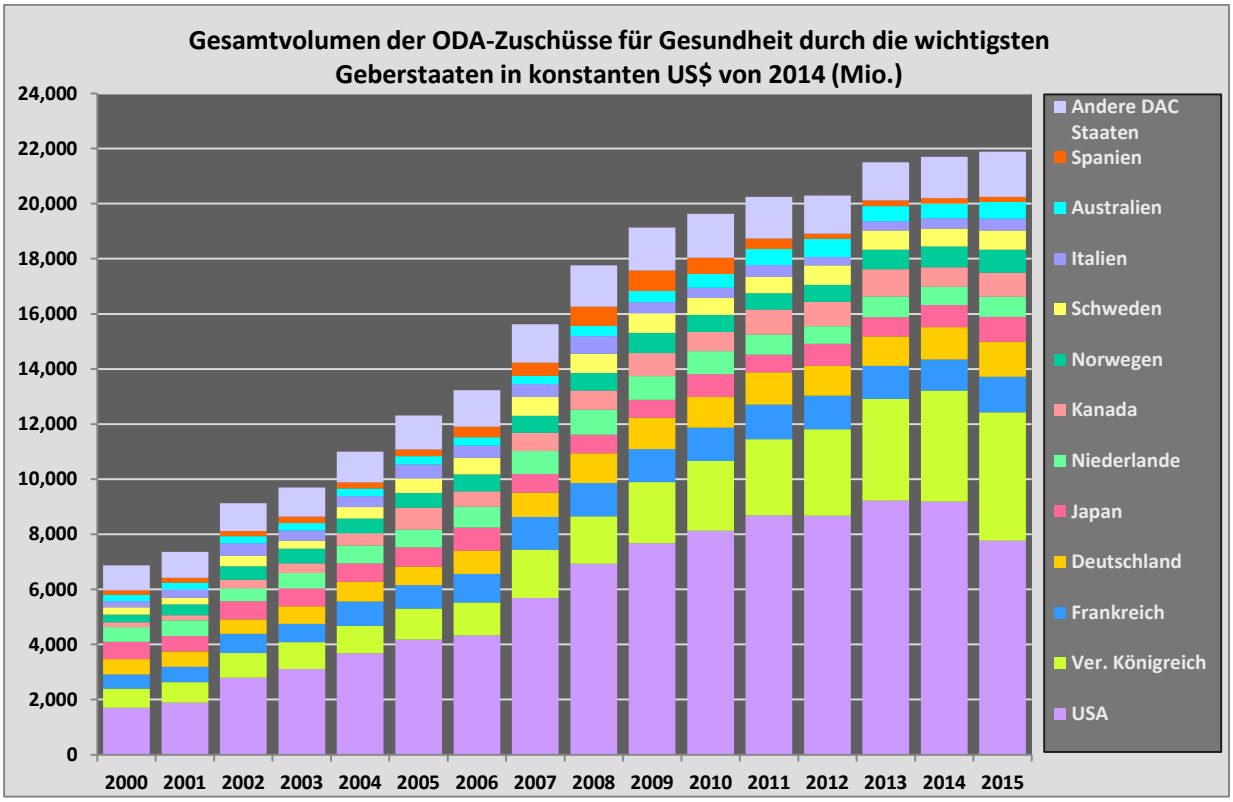


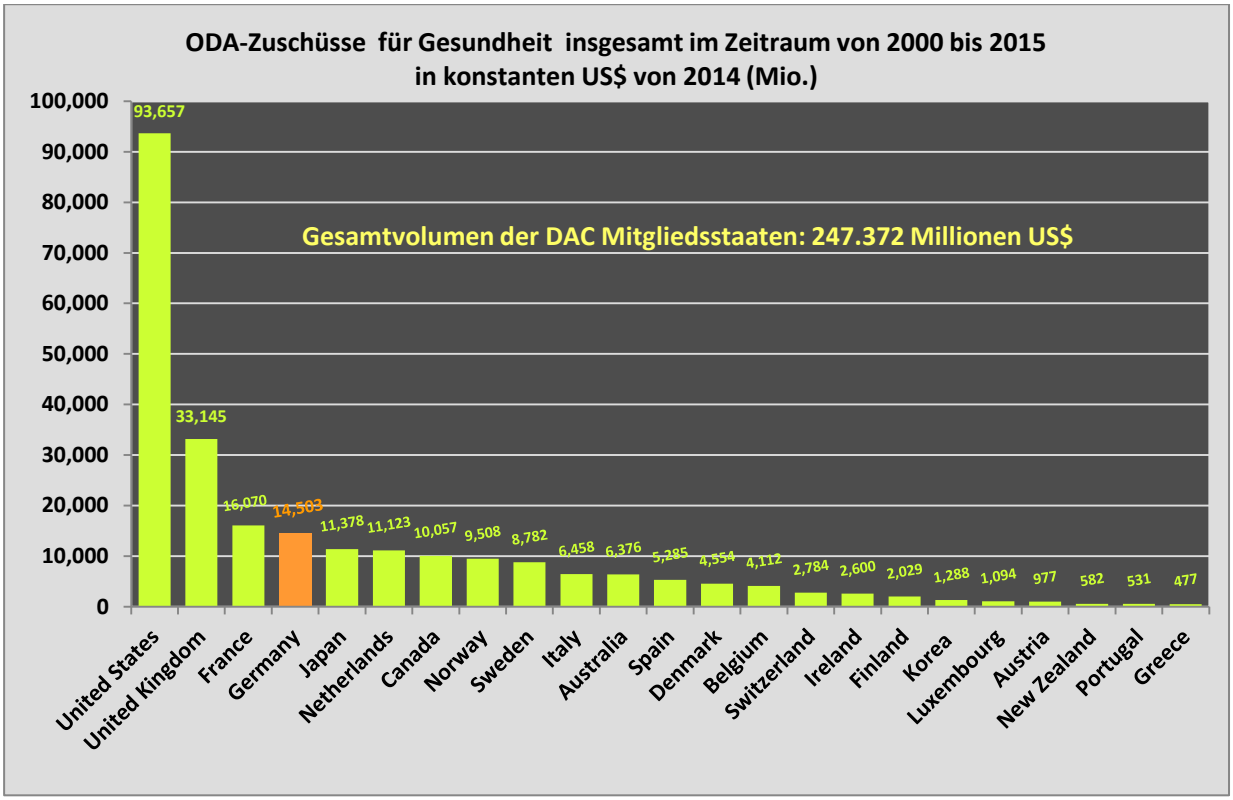
Die kollektiven Anstrengungen der europäischen Geberstaaten für die globale Gesundheit lagen zwar deutlich über dem Durchschnitt, blieben aber erheblich unter dem empfohlenen Mindestniveau. Nach den vorläufigen Schätzungen erreichte die europäische Gesamtquote im Jahr 2015 annähernd zwei Drittel des 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.

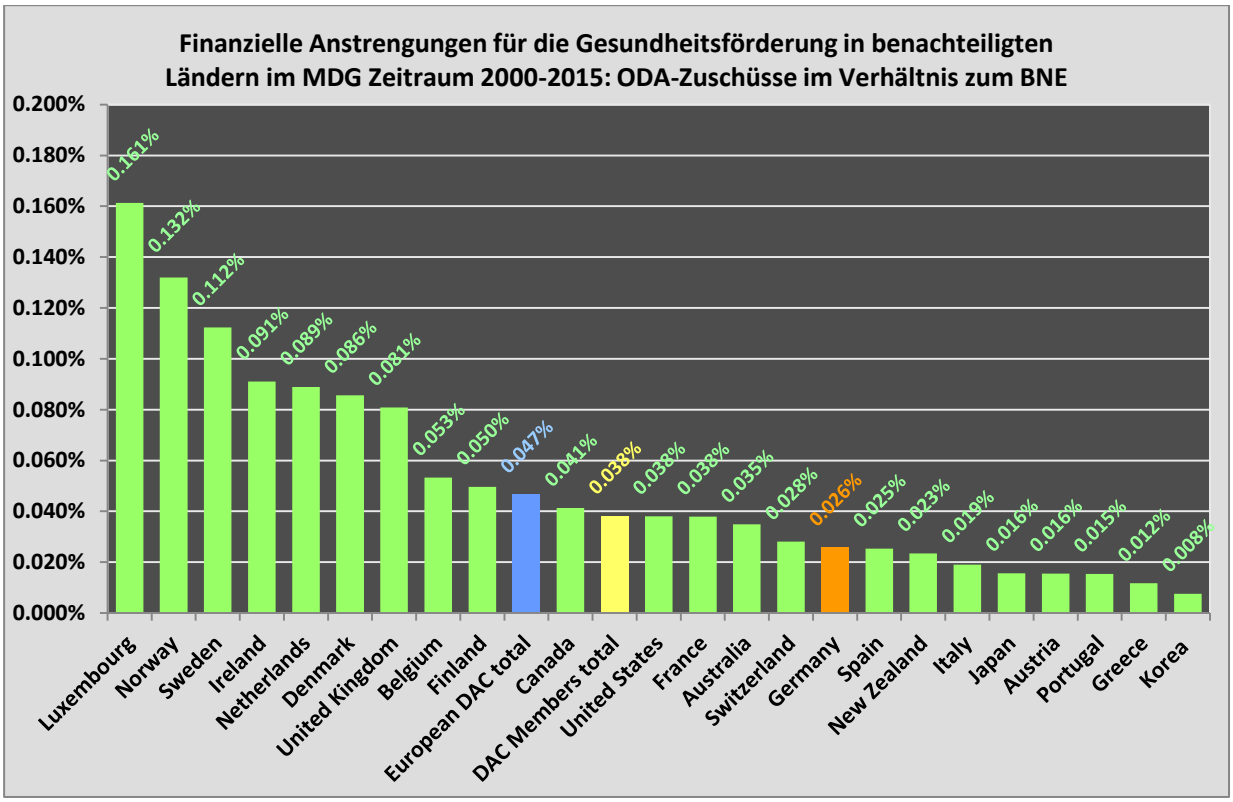




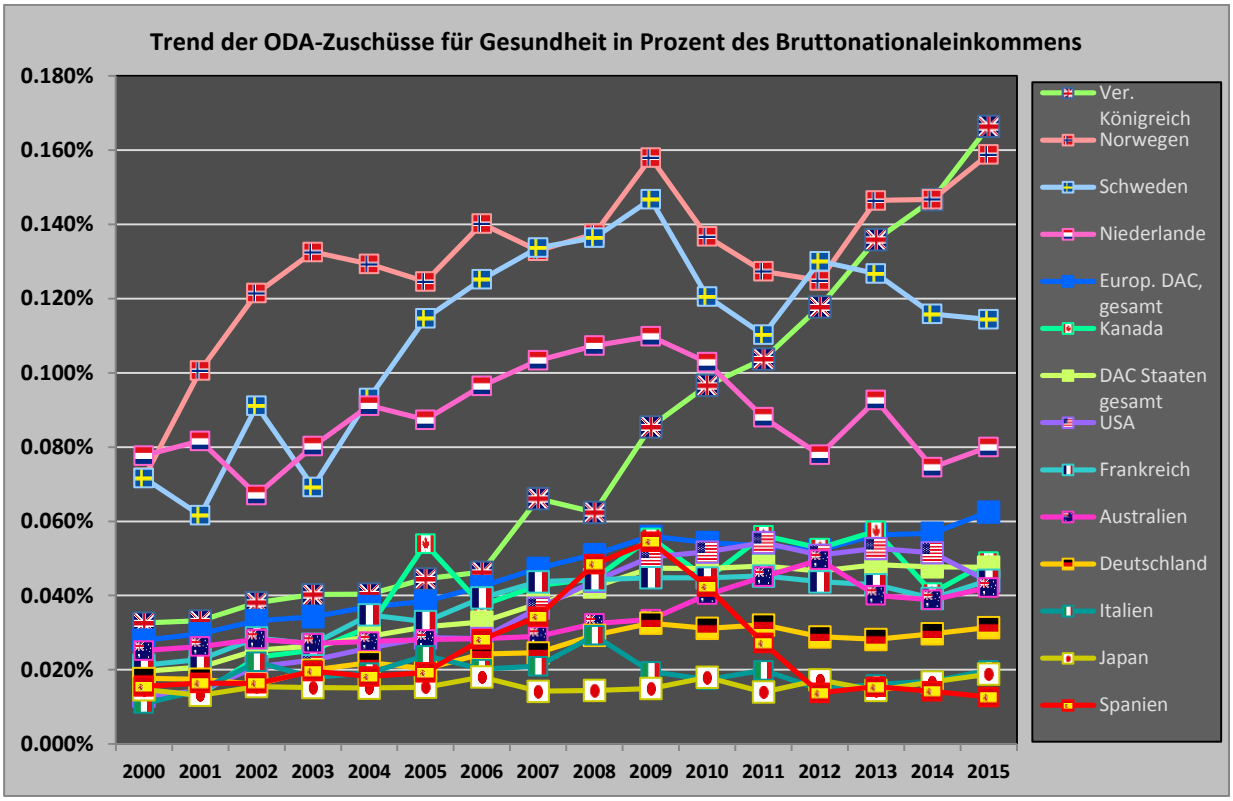
Wenn man die Gesundheits-Beiträge in Relation zur Wirtschaftskapazität betrachtet, so zeigt sich eine extreme Spannbreite. Nur drei DAC-Staaten haben in der gesamten MDG-Periode die Schwelle von 0,1 Prozent des BNE überschritten. Unter den 9 DAC-Staaten, die über diesen Zeitraum wenigstens die Hälfte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

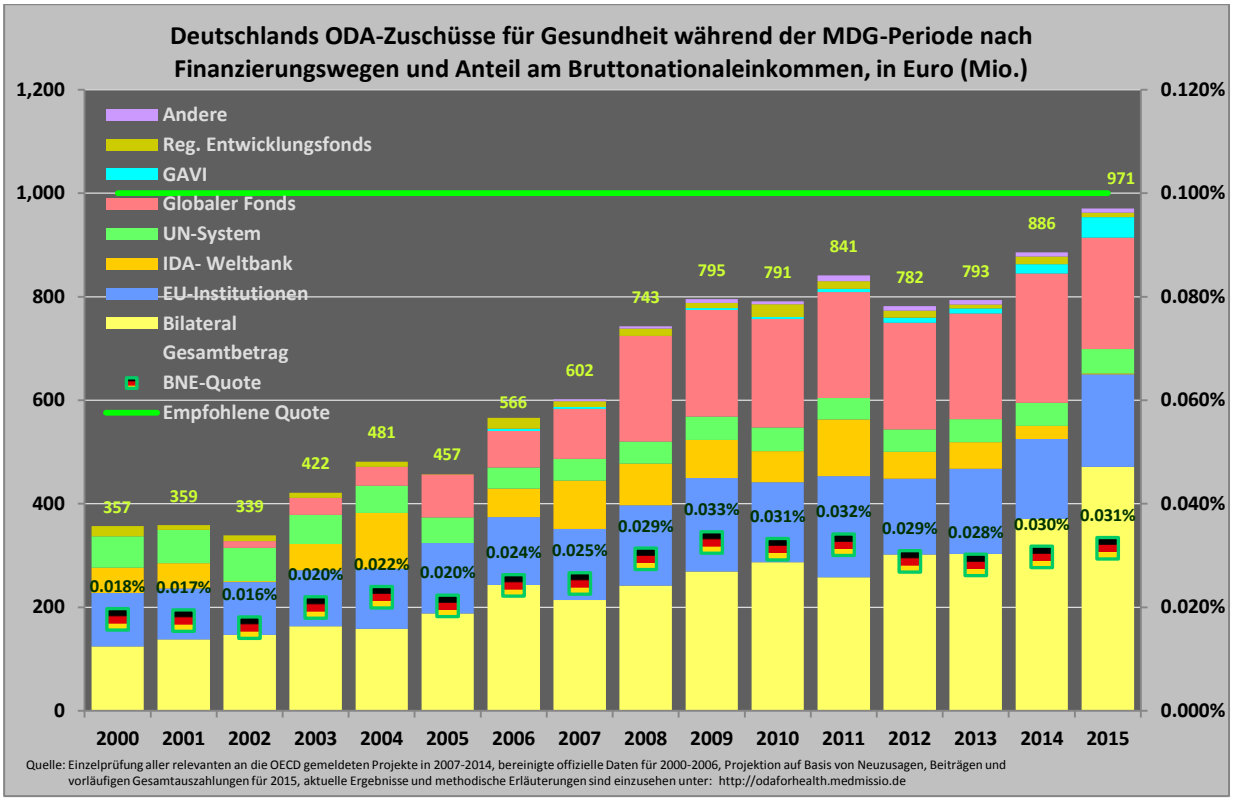
Beitragshöhe. Dies führt zu einem enormen Defizit und zu einer erhöhten Fragilität der Gesundheitsfinanzierung.

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 beitrat) 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.

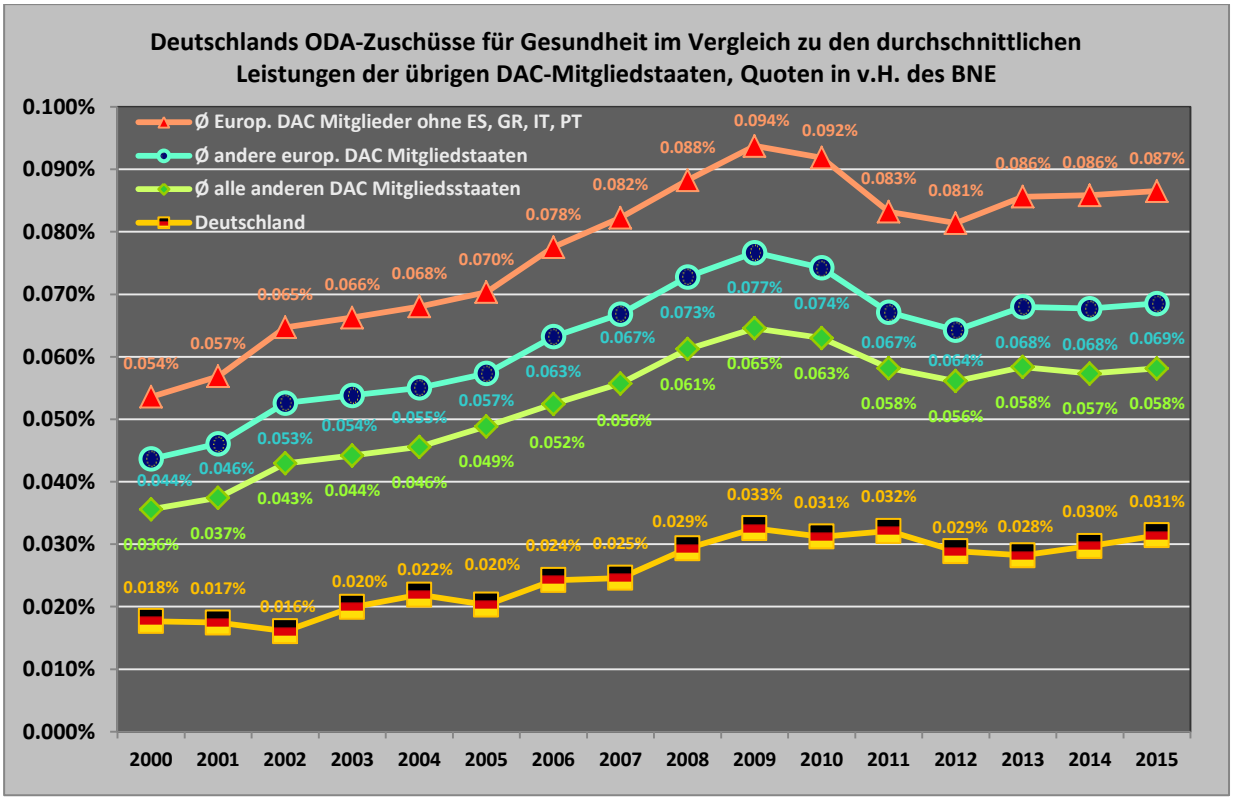




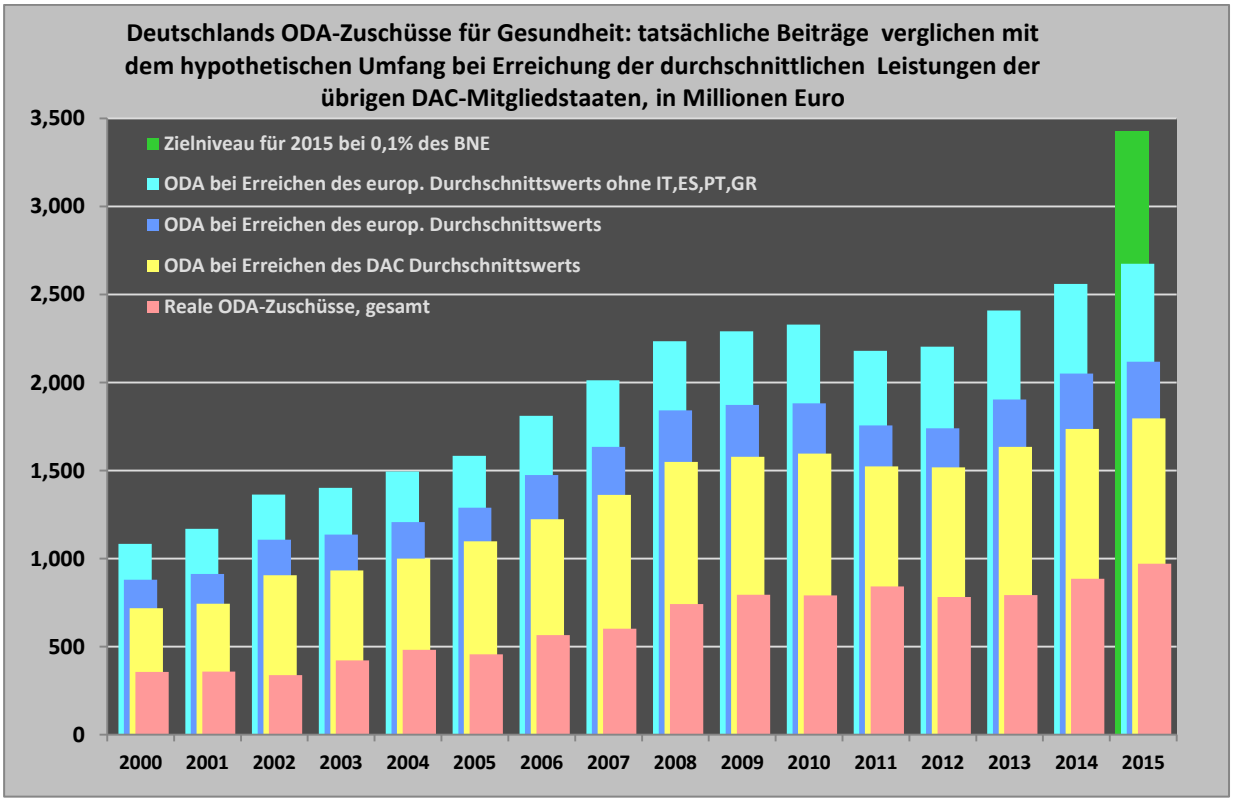
Verfolgt man die ODA-Zuschüsse Deutschlands für die globale Gesundheit, so zeigt sich in Parallelität zu den Gesamtbeiträgen an genuiner Entwicklungshilfe ein deutlicher Anstieg in den Jahren von 2006 bis 2009. Dies war vor allem der Erhöhung des deutschen Beitrags zum globalen Fonds zu verdanken. Die 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 aufgebrachten Leistungen.



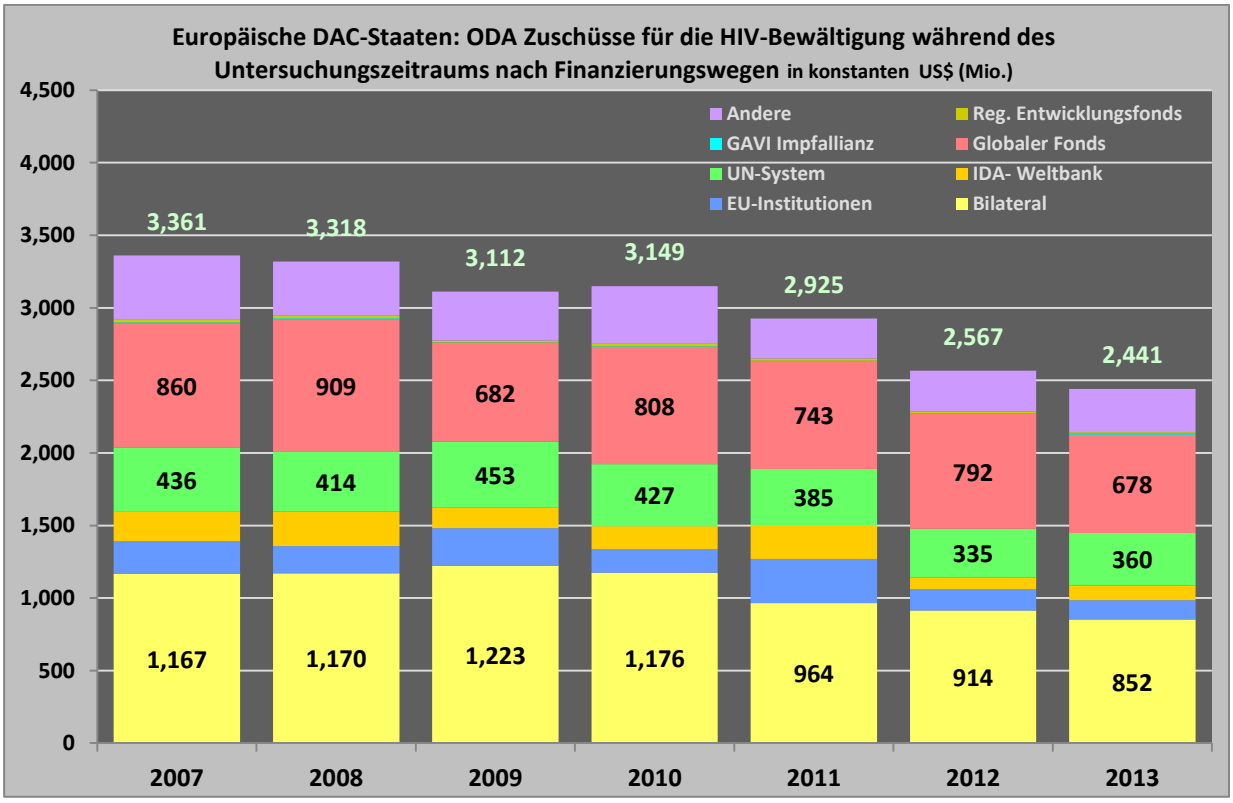
Wenn Deutschland über den Zeitraum der MDG-Umsetzung das Durchschnittsniveau der wirtschaftlich vergleichbaren DAC-Staaten Europas erreicht hätte, wäre ein Gesamtbeitrag von fast 31 Milliarden Euro zustande gekommen. Tatsächlich belief sich der deutsche Beitrag zur Verwirklichung der gesundheitsbezogenen 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.



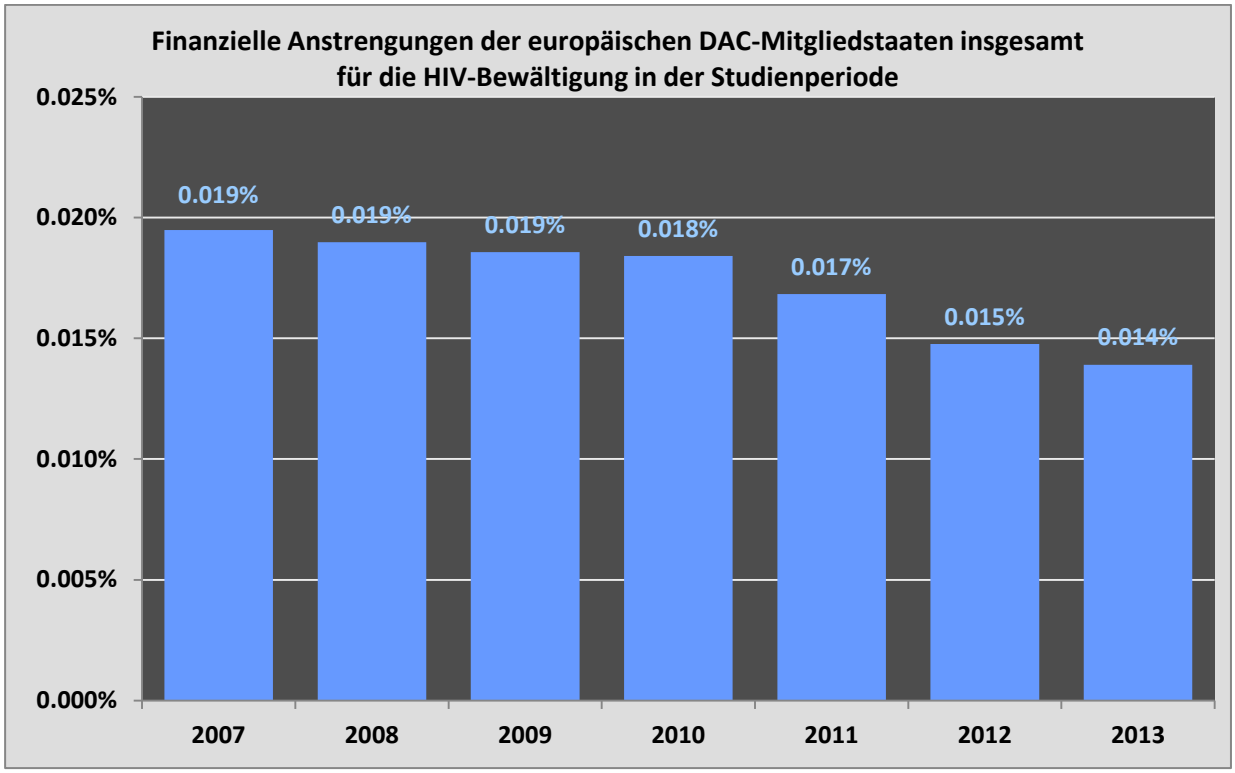
ODA-Leistungen für die Bewältigung der HIV-Epidemie

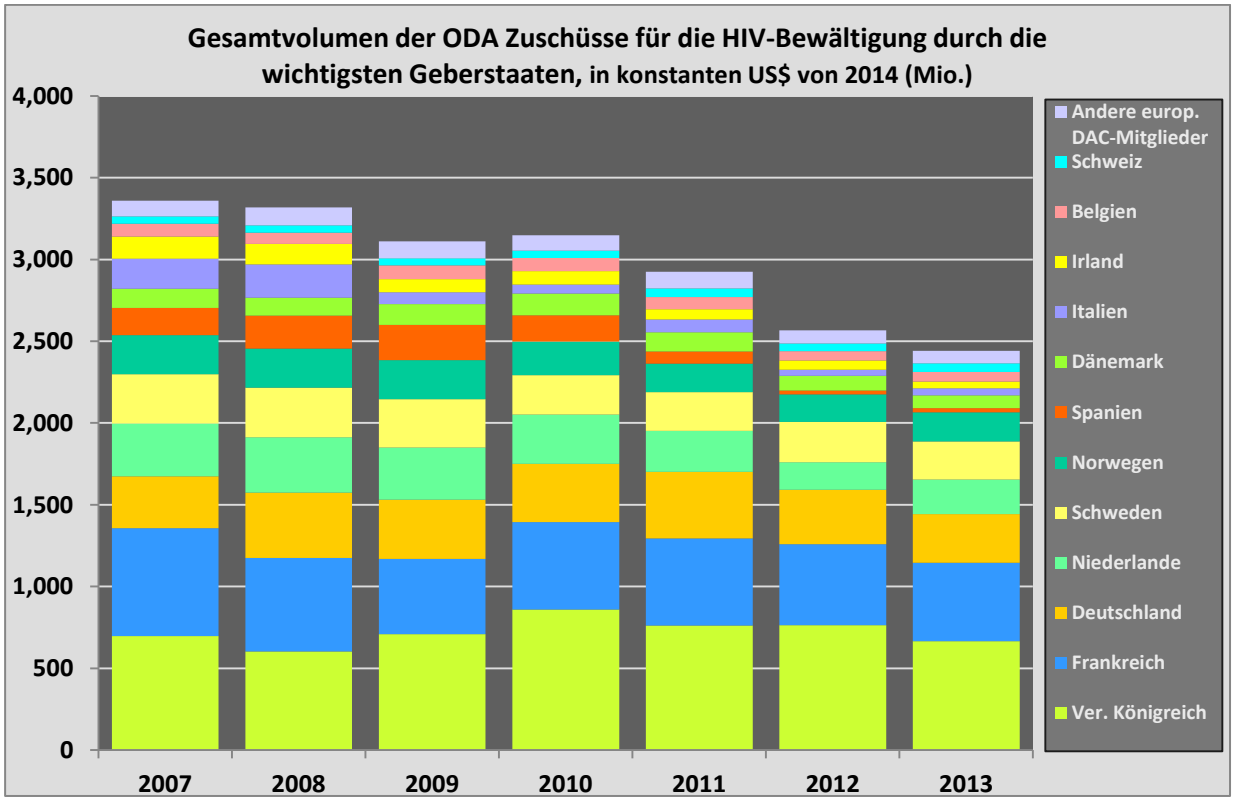
Anders als bei den gesamteuropäischen ODA-Zuschüssen für den Gesundheitsbereich als Ganzem, wo 2013 ein Wiederanstieg (vor allem bedingt durch höhere Leistungen Großbritanniens) zu verzeichnen war, fiel das reale Beitragsvolumen für die globale Antwort auf die HIV-Epidemie im Untersuchungszeitraum deutlich 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.

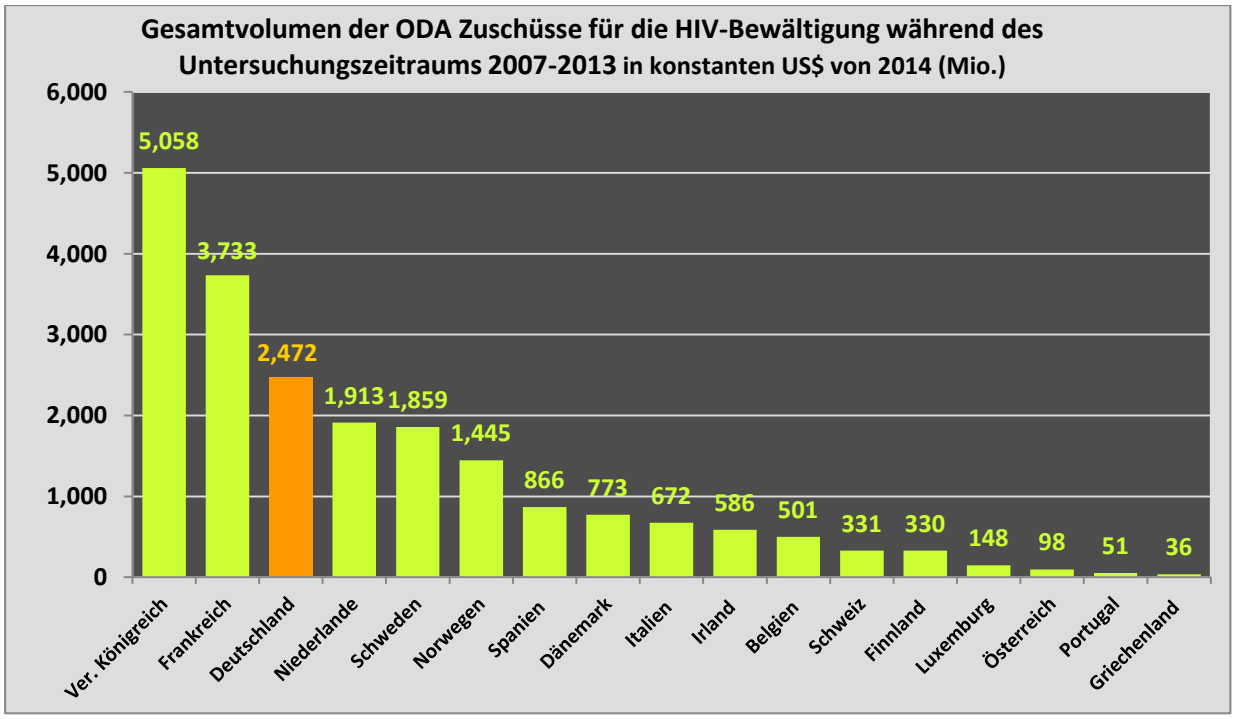


Dementsprechend ist auch die kollektive Quote Europas in Relation zum BNE nach 2010 deutlich gefallen. Neben den Kürzungen bei den bereits genannten Krisenländern lagen auch die preisbereinigten Beiträge Frankreichs (vor allem bedingt durch fallende Zuwendungen an UNITAID) und der Niederlande (in erster Linie aufgrund zurückgehender bilateraler Leistungen) um mehr als 100 Millionen US$ unter dem Niveau des Jahrs 2007.

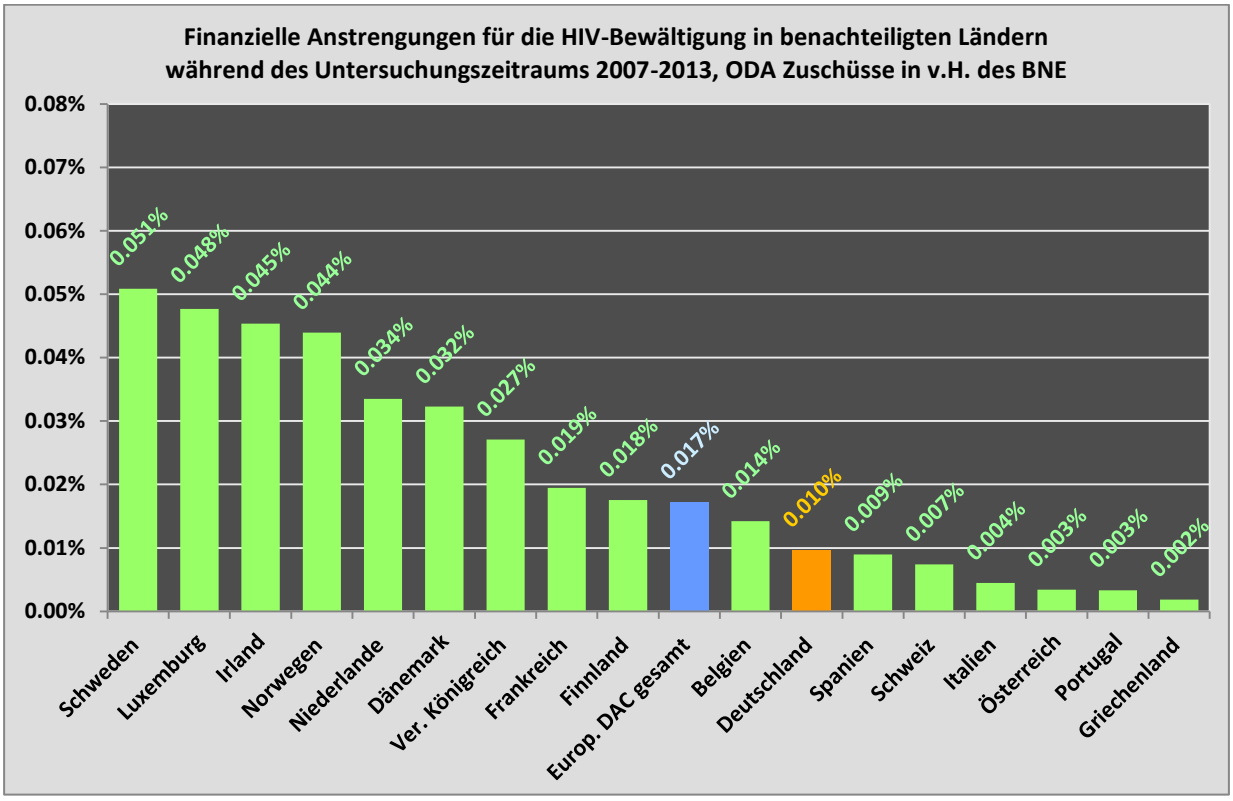


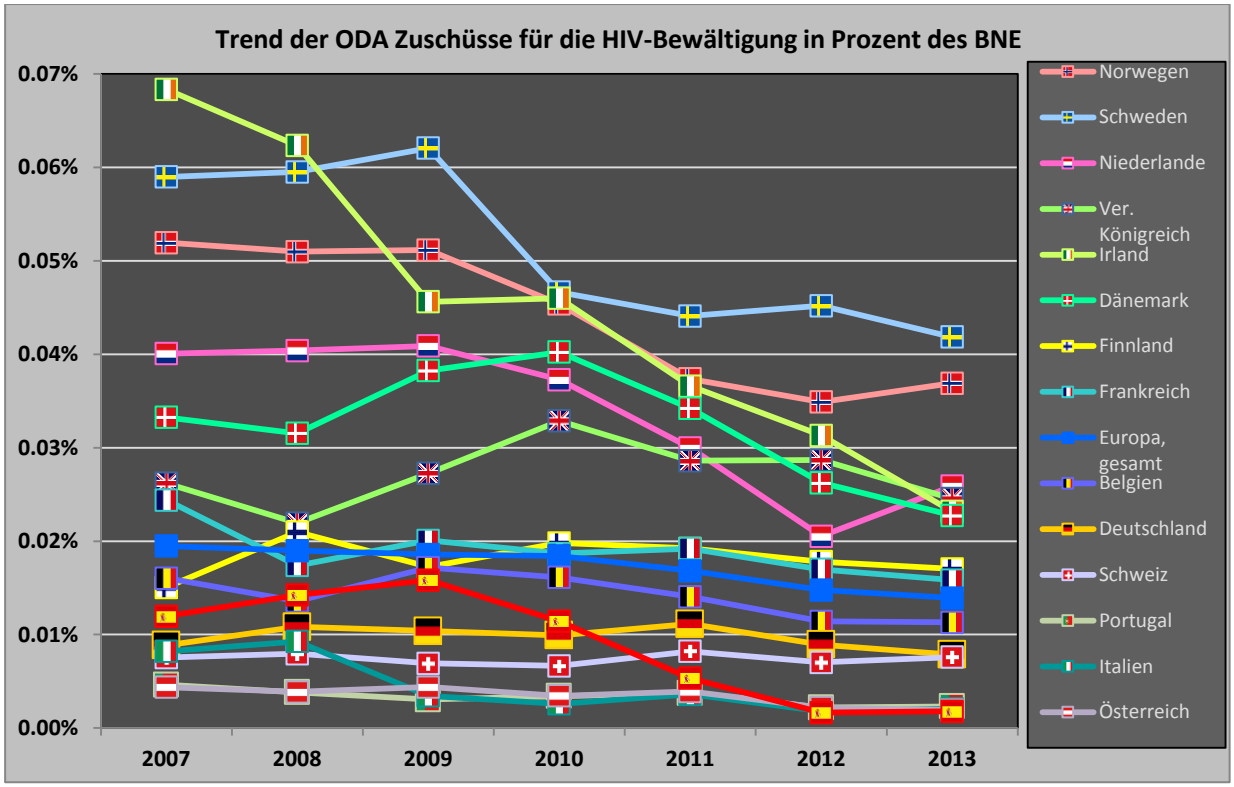


Ähnlich wie bei der Gesundheitsförderung insgesamt liegt Deutschlands absoluter Beitrag über den bisherigen Untersuchungszeitraum betrachtet nur an dritter Stelle unter den europäischen Gebern, obwohl es über die mit Abstand größte Volkswirtschaft verfügt. Die Leistungen Großbritanniens waren in dieser Periode doppelt so hoch wie die deutschen Zuschüsse und auch Frankreich trug rund 50 Prozent mehr bei. Schweden, Norwegen und die Niederlande zusammengenommen 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.

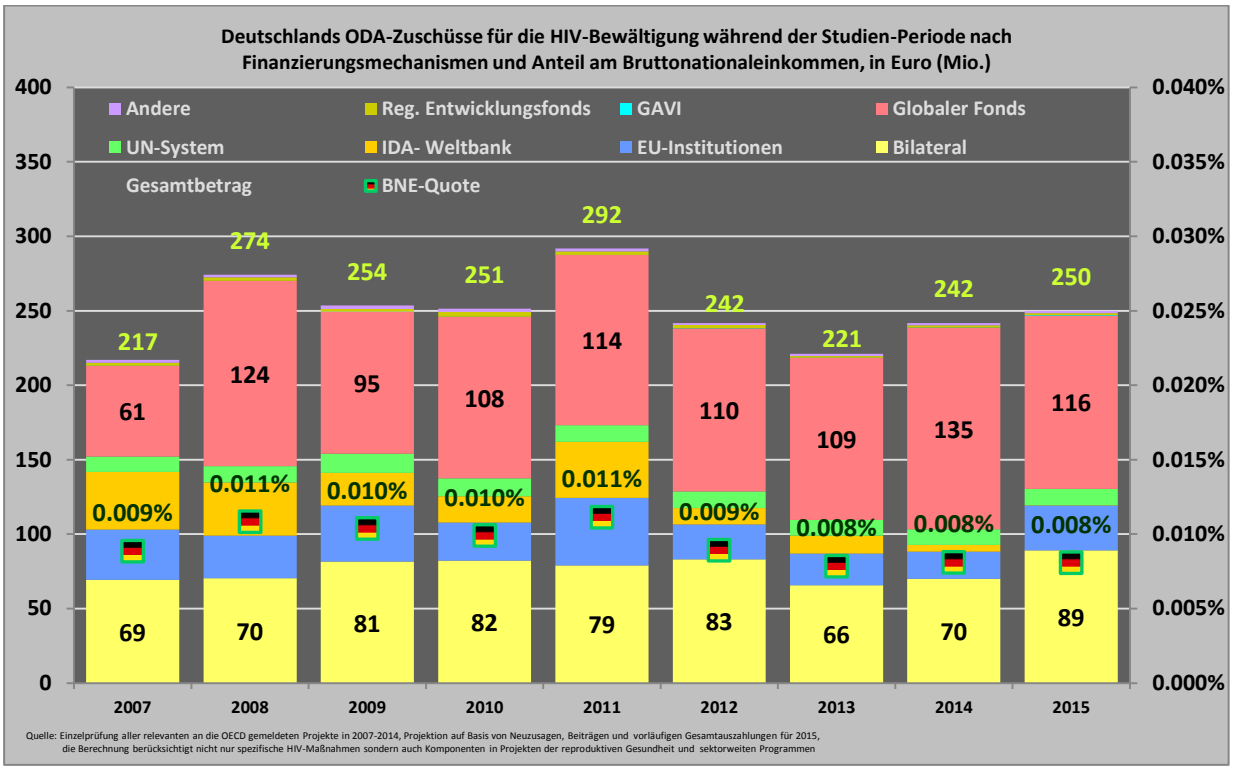


Ungeachtet einiger Verschiebungen bei den Positionen mancher Länder sind die Unterschiede bei den finanziellen Anstrengungen für die globale Antwort auf die verheerendste Epidemie ähnlich groß wie bei der Verbesserung der Gesundheitssituation insgesamt. Deutschland liegt abgeschlagen auf den hinteren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



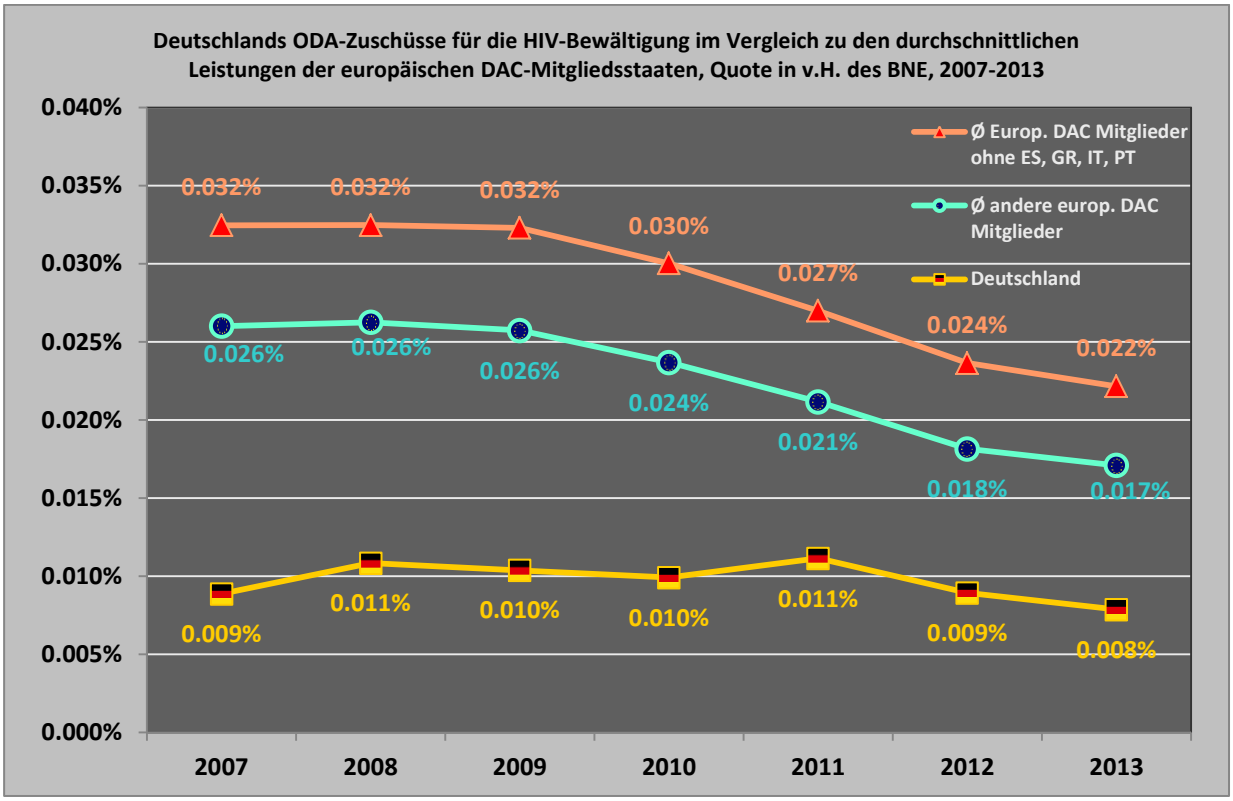


Ein Blick auf die Entwicklung der Beiträge im Verhältnis zur Wirtschaftskapazität der einzelnen Länder zeigt, dass gerade bei den Staaten mit der höchsten Leistungsbereitschaft ein Rückgang im Verlauf der Studienperiode zu verzeichnen war. Das Vereinigte Königreich bildet auch hier eine positive Ausnahme, 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 Gesundheitskonten 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.

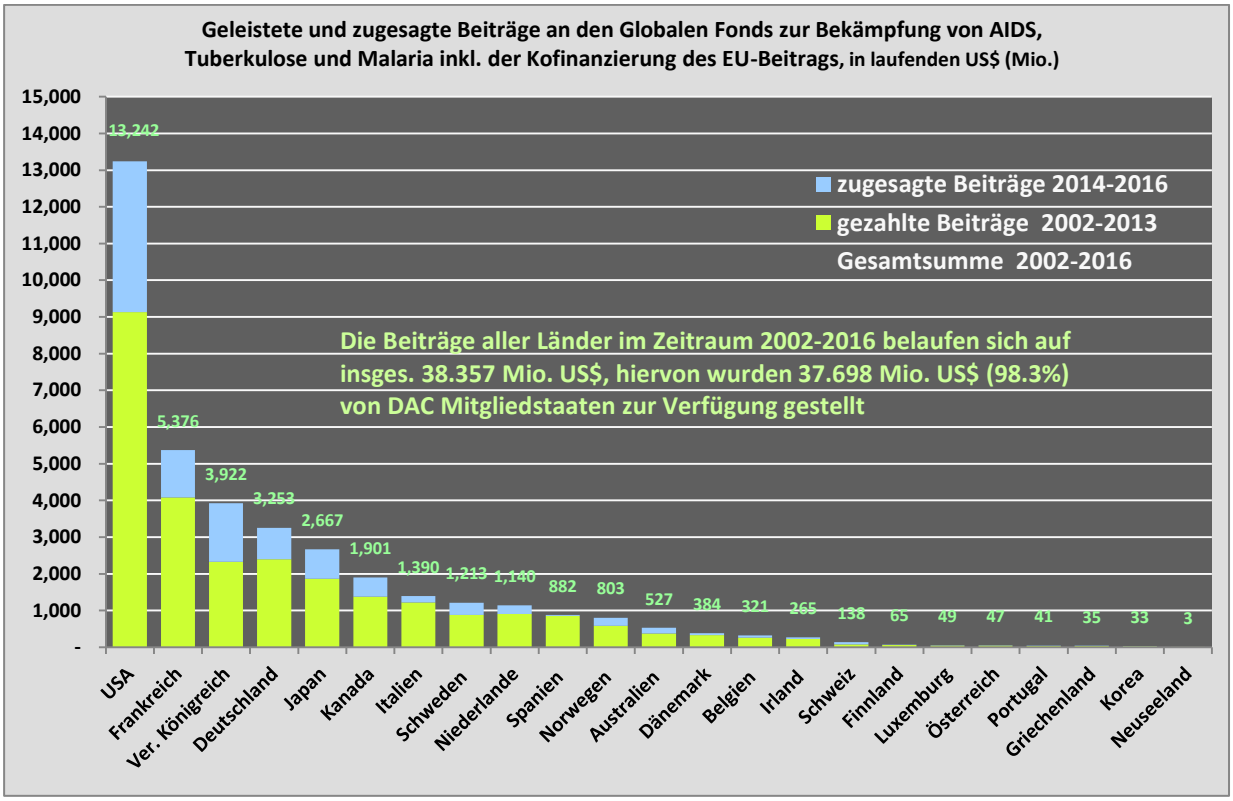
Die übrigen nach ökonomischen Kriterien vergleichbaren DAC-Staaten Europas erbrachten im Durchschnitt Leistungen, die drei Mal so hoch waren wie das deutsche Beitragsniveau für die globale Antwort auf HIV. Selbst wenn die besonders von der Schuldenkrise betroffenen Länder eingerechnet werden, liegt Deutschland 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 anbelangt, 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.



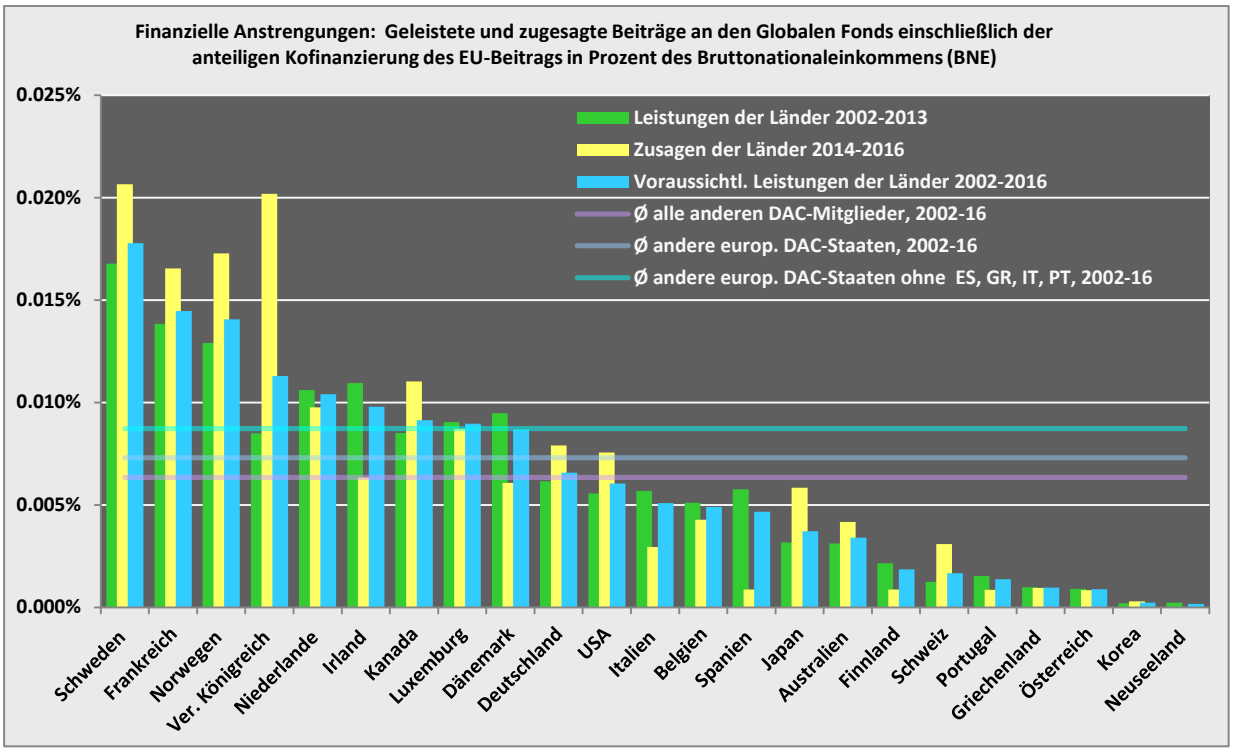
Von der Gründung des Fonds bis zu den voraussichtlichen Zuwendungen in diesem Jahr errechnet sich für die wirtschaftlich vergleichbaren Länder Europas eine durchschnittliche Beitragsquote im Verhältnis zum kollektiven BNE von 0,0087 Prozent. Mit 0,0066 Prozent oder anders ausgedrückt 66 Cent pro 10.000 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 Nationaleinkommens 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 aufgebrachten ODA-Zuschüsse für Deutschland den wichtigsten Finanzierungskanal 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 aufgebrachten 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

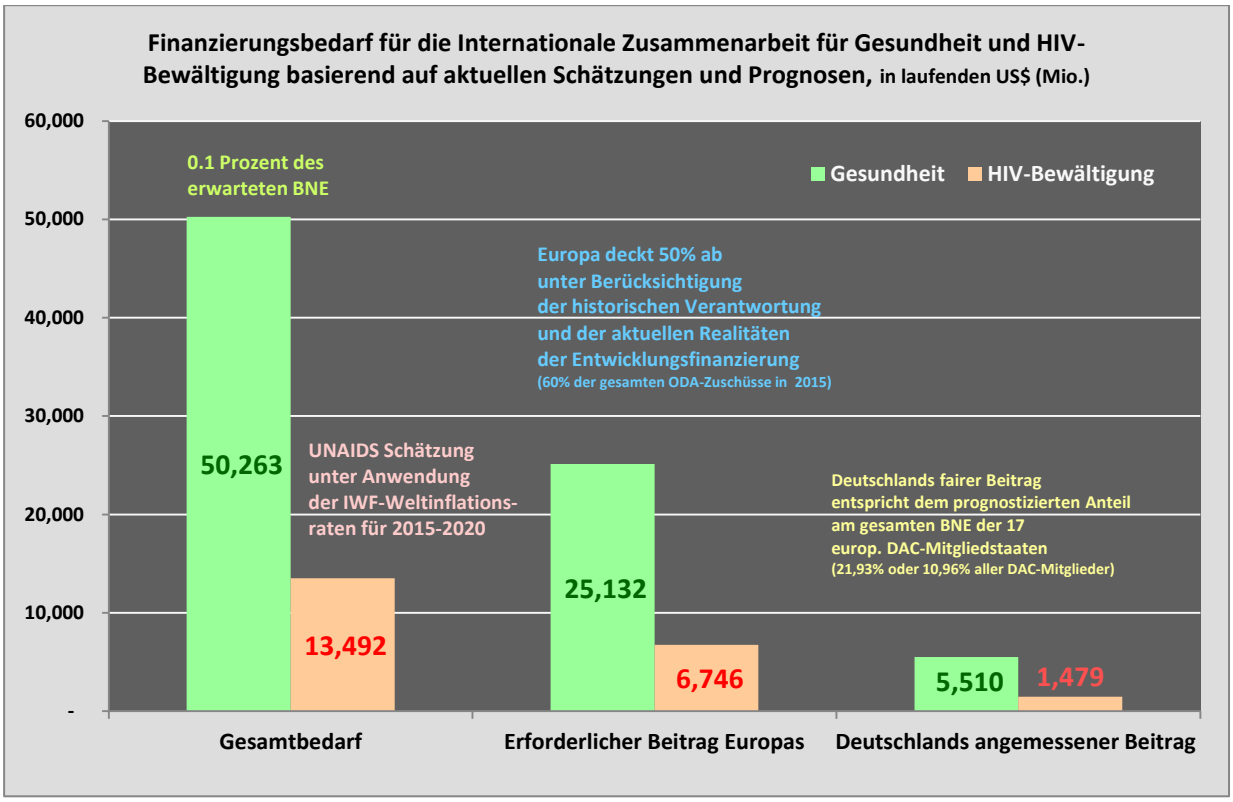
Die Verwirklichung der allgemeinen Gesundheitsversorgung und die Beendigung von Aids und anderen verheerenden Infektionskrankheiten bilden Eckpfeiler der 2030 Agenda für nachhaltige Entwicklung. Die Verbesserung der noch immer völlig unzureichenden Gesundheitssituation in vielen wirtschaftlich benachteiligten Ländern ist unverzichtbar, um das übergeordnete Ziel zu erreichen, allen Menschen ein möglichst langes, kreatives und selbstbestimmtes Leben zu ermöglichen. Gesundheit bildet den Gradmesser für den gesellschaftlichen Fortschritt und steht in einem engen gegenseitigen Bedingungszusammenhang 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.

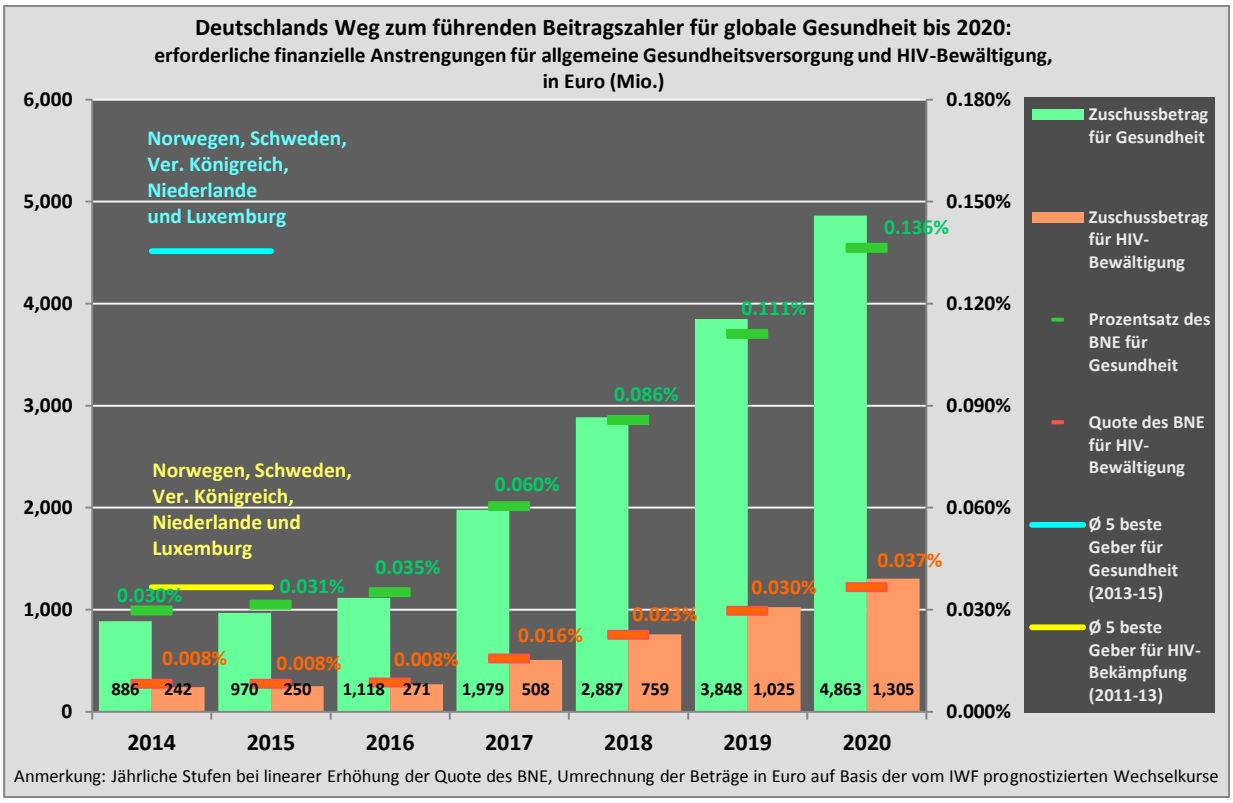
Die Grundlage muss die Verwirklichung des VN-Richtwerts bis spätestens 2020 bilden. Das bedeutet, dass dieses globale Finanzierungsziel ein halbes Jahrhundert nach der ursprünglichen Verpflichtung und ein anderthalb Jahrzehnte nach der erneuerten Zusage der Europäischen Union endlich umgesetzt wird. 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 Deutschland 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 für 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.