Aktionsbündnis gegen AIDS

informiert ▸▸ Leben ist ein Menschenrecht!

Der Globale Fonds und die Wiederauffüllungskonferenz 2019

Zwei Organisationen – ein gemeinsames Ziel: 16 Millionen Menschenleben retten!

Der Globale Fonds zur Bekämpfung von Aids, Tuberkulose und Malaria und das Aktionsbündnis gegen AIDS haben aktuell ein gemeinsames Ziel: Die Agenda 2030 mit einem Ende von Aids zu erreichen und Globale Gesundheit zu stärken. Dafür sollen nach Angeben des Globalen Fonds zwischen 2021-2023 mindestens 16 Millionen Menschenleben gerettet werden.

Foto: The Global Fund / Sam Wolson

Eine Mutter, die mit dem HI-Virus lebt, besucht ein Gesundheitszentrum bei Sirongo beach, Kenia. Ein von der örtlichen HIV-Selbsthilfegruppe etabliertes Ansparprogramm hilft ihr, sich selbst und ihr Kind zu versorgen.

Nach der Gründung des Aktionsbündnis gegen AIDS im Jahr 2001 war es das erste Ziel eine zuverlässige langfristige Finanzierungsgrundlage zur Bekämpfung von HIV und Aids sicherzustellen. HIV und Aids betrafen in manchen Teilen der Welt eine ganze Generation und hinterließen Waisenkinder, Armut und Hoffnungslosigkeit.

Ein wichtiger Schritt war das Initiieren und die Unterstützung der Gründung und des Aufbaus des Globalen Fonds zur Bekämpfung von Aids, Tuberkulose und Malaria in Genf seit dem Jahr 2002. Von Beginn an hat das Aktionsbündnis gegen AIDS den Fonds in seinem vorbildlichen Entwicklungs- und Reformprozess zu Demokratisierung und Transparenz mitgestaltet und kritisch begleitet.

An riesige Erfolge anknüpfen

Seit seiner Entstehung hat der Globale Fonds dazu beigetragen 27 Millionen Menschenleben zu retten. Das sind 27 Millionen Menschen, die zum Beispiel durch HIV-Prävention der Mutter-Kind-Übertragung oder mit antiretroviraler Behandlung, ohne Tuberkulose und Malaria leben können. Der Globale Fonds – eine Partnerschaft zwischen Regierungen, der Zivilgesellschaft, dem Privatsektor und den von den drei größten und tödlichen Epidemien Betroffenen – unterstützt dafür Programme, die lokal von den Ländern und Gemeinschaften umgesetzt werden. Gemeinsam wird entschieden, wo am Dringendsten gehandelt werden muss. Insbesondere seit 2009-2010 wurde die Behandlung von HIV-positiven Schwangeren verstärkt gefördert, um die Übertragung des HI-Virus auf ihre Kinder zu verhindern. Auch die Bereitstellung von kindgerechten Behandlungsmöglichkeiten und Tests für Kleinkinder war Teil der finanzierten Programme.

Prävention und Behandlung sind Kernaufgabe des Globalen Fonds. So konnte die für HIV in den Millenniumszielen bis 2015 formulierte Trendumkehr vom Anstieg zum Rückgang der Zahl der Menschen mit HIV erreicht werden. Vor allem sind mittlerweile mit 59% mehr

als die Hälfte der von HIV Betroffenen weltweit in Behandlungsprogrammen [1]. Das ist ein großer Fortschritt, der zu Zeiten der Gründung des Fonds angesichts der mangelnden Ressourcen aber auch der exorbitanten Behandlungskosten noch unvorstellbar war. Aber es bedeutet auch, dass 41% der Betroffenen immer noch von der lebensrettenden, lebenslangen Behandlung ausgeschlossen sind. Und es zeigt auch, dass bis zur Erfüllung des in der Agenda 2030 formulierten Ziels des Endes von Aids noch ein weiter Weg liegt. Aber es ist möglich, wenn genug politisches, gesellschaftliches und individuelles Handeln vorhanden ist.

Keine Frage – Solidarität macht den Unterschied

Alle drei Jahre wird die Finanzierung des Globalen Fonds neu verhandelt. Am 10. Oktober 2019 wird der Globale Fonds die sechste Auffüllungskonferenz in Frankreich veranstalten, um die Finanzierung für die nächsten drei Jahre sicherzustellen. Für die Umsetzung der wichtigsten Programme benötigt der Globale Fonds nach eigener Aussage für die Jahre 2021-2023 mindestens 14 Milliarden US$. Das Aktionsbündnis gegen AIDS fordert für den Globalen Fonds mehr Finanzmittel, um die 18 Milliarden US$ Finanzierungslücke an den insgesamt in dem Zeitraum in den Entwicklungsländern benötigten 101 Milliarden US$ zu reduzieren und um das ambitionierte Gesundheitsziel der Agenda 2030 zu dem Ende der drei größten Epidemien zu erreichen.

Durch die Umsetzung der vorgeschlagenen Maßnahmen kann der Globale Fonds dazu beitragen, gemeinsam mit den Partnern 16 Millionen Menschen das Leben zu retten, die ohne Zugang zu Behandlung und Prävention sterben würden. Gleichzeitig würden 234 Millionen Infektionen an eine der drei Krankheiten durch Prävention verhindert.

Der Globale Fonds bleibt mit den für die Jahre 2021 bis 2023 geplanten ca. 7 Mrd. US$ der größte Einzelgeber zur HIV-Bekämpfung nach der bilateralen Kooperation der USA, 18,2 Mrd. US$ würden alle anderen Geber zusammen ausgeben und mit 24,4 Mrd. US$ leisten den größten finanziellen Beitrag schon jetzt die Regierungen der am meisten betroffenen Staaten und die Betroffenen selbst. (Zahlen aus den Global Fund Investment Case 2019).

Unterstützung Deutschlands zahlt sich aus

Deutschland hat bei der letzten Auffüllung für die Jahre 2017-2019 ohne die Debt2Health Initiative miteinzurechnen, aber mit den Mitteln der Backup Initiative und die Mitfinanzierung des EU-Beitrags rund 840 Mio. Euro beigetragen. Jetzt steht mehr als eine Milliarde Euro für den Zeitraum zumindest im Haushaltsplan des Bundestags in Aussicht. Deshalb setzt sich das Aktionsbündnis jetzt dafür ein, dass mindestens diese Summe auch durch das BMZ an den Globalen Fonds überwiesen wird und dass andere Staaten dem Beispiel folgen. Nach dem Bedarf im Verhältnis zur deutschen Wirtschaftsleistung berechnet, müsste Deutschland 1,2 Milliarden Euro für den Zeitraum zur Finanzierung beitragen.

Ausblick

Die Unterstützung des Fonds ist also lebenswichtig für viele Menschen – kommt weniger Geld zusammen ist die Unterstützung der Betroffenen und ihr Leben stark gefährdet; mit mehr Finanzmitteln kommt man dem Ziel allen von HIV bedrohten und betroffenen Menschen Zugang zu Prävention, Behandlung und Unterstützung zu verschaffen schneller näher. Deshalb setzt sich das Aktionsbündnis gegen AIDS auch in Zukunft für einen starken Globalen Fonds zur Unterstützung der von den drei großen Epidemien betroffenen Menschen und für den Ausbau eines besseren Zugangs zu einer qualitativ guten Gesundheitsversorgung für alle Menschen ein. Nur so kann das Ziel der Agenda 2030 und des Aktionsbündnisses gegen AIDS eines Endes von Aids bis zum Jahr 2030 Wirklichkeit werden.

Frank Mischo (Foto oben), Advocacy-Manager bei der Kindernothilfe e.V. sowie Sprecher des Fachkreises Lobby beim Aktionsbündnis gegen AIDS

Marwin Meier (Foto unten), Themenmanager Gesundheit und Anwaltschaft bei World Vision Deutschland e.V. sowie Sprecher des Fachkreises Lobby beim Aktionsbündnis gegen AIDS

1 Quelle: http://www.unaids.org/en/resources/fact-sheet

Portrait: Mirriam Banda Chisamba (Sambia)

Leben mit… Malaria

Mirriam Banda Chisamba ist Hebamme, Krankenschwester, Gesundheitsberaterin und Verwaltungschefin zugleich für das Kafumbwe Rural Health Centre, in dessen Einzugsgebiet ca. 15.000 Menschen leben und das im Landkreis Katete im Osten Sambias liegt.

Mirriam ist verheiratet und Mutter von drei Kindern. 2011 verlor sie fast ihre Tochter durch Malaria. Die Kleine überlebte und erholte sich, aber die Erinnerung verfolgt ihre Mutter noch heute. Mirriam zählt schon lange nicht mehr, wie oft sie selbst unter Malariaschüben litt und kümmert sich täglich um Menschen mit akuter Malaria, die sich zur Gesundheitsstation schleppen. Allein im Einzugsgebiet von Katete infizieren sich jedes Jahr zwischen 20-29% aller Kinder unter 5 Jahren mit dem gefährlichen Blutparasit.

Die Verfügbarkeit hochwertiger, kostengünstiger Schnelltests hat die Diagnose und das Behandlungsmanagement von Malaria in Sambia verbessert und ermöglicht inzwischen die schnelle Bereitstellung von lebensrettenden Behandlungs- und Vorbeugungsmaßnahmen, insbesondere für Kinder. Die Klinik von Mirriam vertreibt Moskitonetze, die mit Insektiziden imprägniert sind, bietet die medikamentöse Malaria-Prophylaxe für schwangere Frauen an und unterstützt jedes Jahr das Besprühen von Innenräumen mit Insektenvernichtungsmitteln. Netze, Diagnostika und die Medikamente werden vom Globalen Fonds bereitgestellt.

Die Unterstützung des Globalen Fonds hat dazu beigetragen die allgemeine Abdeckung durch Gesundheitsdienste in ländlichen Gegenden zu verbessern und auszuweiten, sodass Neuinfektionen und Todesfälle verringert wurden – auch durch Tuberkulose und HIV.

Übersetzung aus dem Englischen: Aktionsbündnis gegen AIDS

Fotos: Josh Estey, Ground Media ,Global Fund Advocates Network

Mirriam besucht das abgelegene Dorf Bombwe, in dem eine kleine Schar maskierter Insektizid-Sprayer_innen und ihre Vorgesetzten (Umwelt- und Gesundheitstechnolog_innen) mit Sprühflaschen bewaffnet systematisch von Haus zu Haus gehen, um Malaria auszurotten. Mirriam diskutiert mit ihnen ihre Fortschritte. Die nationalen Gesundheitshelfer_innen haben sich zusammengeschlossen, um Malaria in Sambia bis zum Jahr 2021 zu beenden.

Quelle: Global Fund Advocates Network: Photo Story: Mirriam Banda Chisamba (Zambia)
http://www.globalfundadvocatesnetwork.org/photo-story-mirriam-banda-chisamba-zambia

www.aids-kampagne.de ▸▸ Mai 2019

Finanzierung globaler Gesundheit

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

Die immer extremere Ungleichheit bei der Verteilung von Einkommen und Vermögen stellt nicht nur 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.

Und sie schmälert die Lebenschancen der benachteiligten Menschen. Denn sie müssen extreme Risiken eingehen, um ihre wirtschaftliche Existenz zu sichern oder brutaler Gewalt und Verfolgung zu entkommen. Zugleich verfügen arme Staaten und Gemeinschaften nicht über die nötigen Ressourcen, um wenigstens lebensbewahrende Gesundheitsdienste bereitzustellen.

Um diesem Kernproblem des aktuellen Wirtschaftssystems Herr zu werden, ist es dringend erforderlich, Produktivvermögen und Primäreinkommen gerechter zu verteilen, die undemokratische Beeinflussung politischer Entscheidungen durch mächtige Wirtschaftsinteressen zurückzudrängen, solidarische Denk- und Handlungsweisen zu stärken sowie naturverträgliche Alternativen für Produktion und Konsum zu entwickeln. Ohne Übertragung von finanziellen und technischen Ressourcen wird es aber nicht möglich sein, rechtzeitig die notwendigen Maßnahmen für die humane Entwicklung und das schiere Überleben zu ergreifen.

Die Ungleichheit zwischen den Ländern ist heute noch größer als vor einer Generation

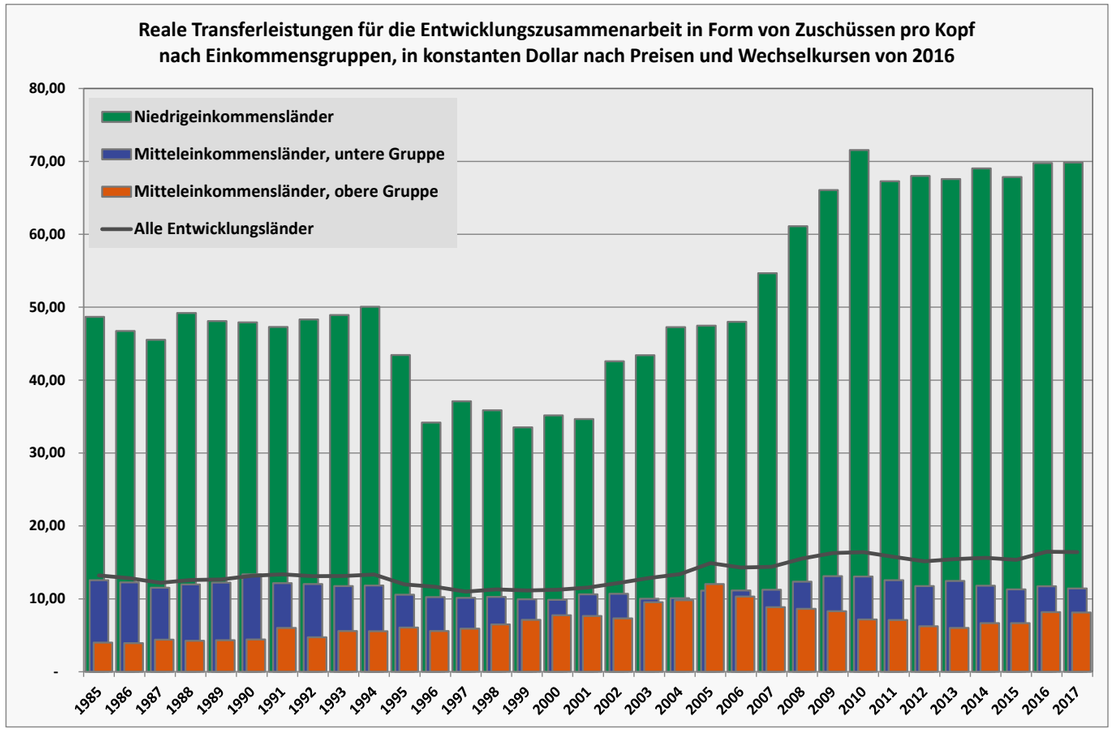
Die Polarisierung der globalen Einkommensverteilung hat sich in den vergangenen Jahrzehnten noch verschärft. Zwischen 1985 und 2017 wuchs das reale Bruttoinlandsprodukt (BIP) in den 31 Niedrigeinkommensländern nur um knapp 60 Prozent. In den wirtschaftlich bevorteilten Geberstaaten der öffentlichen Entwicklungshilfe (engl. ODA), die dem OECD-Entwicklungsausschuss (DAC) angehören, war ein Zuwachs von fast 70 Prozent zu verzeichnen. Ihr Prokopfeinkommen ist jetzt über 26 Mal höher als in den besonders benachteiligten Ländern, während sich das Missverhältnis vor gut 30 Jahren auf das 25-fache belief.

Dabei sind sehr unterschiedliche Phasen zu beobachten. Bis kurz vor der Jahrtausendwende stagnierte das BIP pro Kopf in den Niedrigeinkommensländern und war schließlich 35 Mal niedriger als der Vergleichswert der DAC-Staaten. Danach setzte eine positive Entwicklung ein und besonders in den letzten zehn Jahren ist das Prokopfeinkommen kontinuierlich gestiegen.

Verstärkte Entwicklungszusammenarbeit hat die Lage der Ärmsten spürbar verbessert

Was hat zu dieser beachtlichen Trendwende geführt? Zum einen reduzierte die Entschuldungsinitiative für hoch verschuldete arme Länder zwischen 2002 und 2010 die Schuldenlast der meisten berechtigten Staaten und ermöglichte damit eine deutliche Erhöhung der öffentlichen Sozialausgaben. 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 2000 hat sich der Gesamtumfang der real transferierten ODA-Zuschüsse von knapp 60 auf über 111 Milliarden US$ erhöht (nach Preisen und Wechselkursen von 2016). Die Quote im Verhältnis zum gesamten Bruttonationaleinkommen der DAC-Staaten stieg bis 2010 von 0,18 auf 0,26 Prozent und fiel seither auf 0,24 Prozent 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 verdoppelten sich die jährlichen Transferleistungen pro Einwohner dieser Ländergruppe, wie in der Grafik rechts zu beobachten ist.

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 die Niedrigeinkommensländer erhalten inzwischen die Hälfte aller Zuschussmittel 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.

Relativ bescheidene Finanzmittel ermöglichten deutlich verbesserte Lebenschancen

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. Dagegen waren in den 15 Jahren davor keine signifikanten Verbesserungen zu sehen.

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 bescheiden blieben.

Ein gesundes Leben für alle – dieses Hauptziel der Agenda 2030 kann erreicht werden

Die Agenda 2030 für nachhaltige Entwicklung führt die Millenniums-Entwicklungsziele konsequent weiter und erweitert zugleich die Handlungsfelder für globale Bemühungen der humanen Entwicklung und der ökologischen Umsteuerung. Das Hauptziel, ein gesundes Leben für alle Menschen zu verwirklichen, begreift alle wesentlichen Gesundheitsprobleme und die allgemeine Gesundheitsversorgung als Querschnittsaufgabe ein.

Inzwischen hat die WHO für einen Großteil der Entwicklungsländer die erforderlichen finanziellen Aufwendungen berechnet. Demnach müssen die Niedrigeinkommensländer in den Jahren 2026-30 die öffentlichen Ausgaben für Gesundheit auf gut 100 US$ (nach Preisen von 2017) pro Kopf und Jahr vervierfachen. Das entspricht einem jährlichen Gesamtbetrag von gut 96 Milliarden US$. Das kann nur gelingen, wenn sowohl die Eigenmittel als auch die internationale Kooperation in einem Maß angehoben werden, die über die Ziele der MDG-Periode hinausgehen. Nach der Analyse der aktuellsten Wirtschaftsdaten und Prognosen lässt sich sagen, dass die Regierungen selbst bestenfalls 35 Milliarden US$ pro Jahr aus inländischen Quellen finanzieren können. Dafür müssten sie die Staatseinnahmen jährlich so schnell steigern wie das erfolgreichste Viertel aller Entwicklungsländer seit 2012 und den Gesundheitsanteil der damit bestrittenen Ausgaben bis 2027 auf mindestens 18 statt der bisher empfohlenen 15 Prozent erhöhen. Trotz solcher extrem ambitionierten Anstrengungen wäre ein jahresdurchschnittlicher Fehlbetrag von 61 Milliarden US$ zu erwarten.

Fortsetzung ->

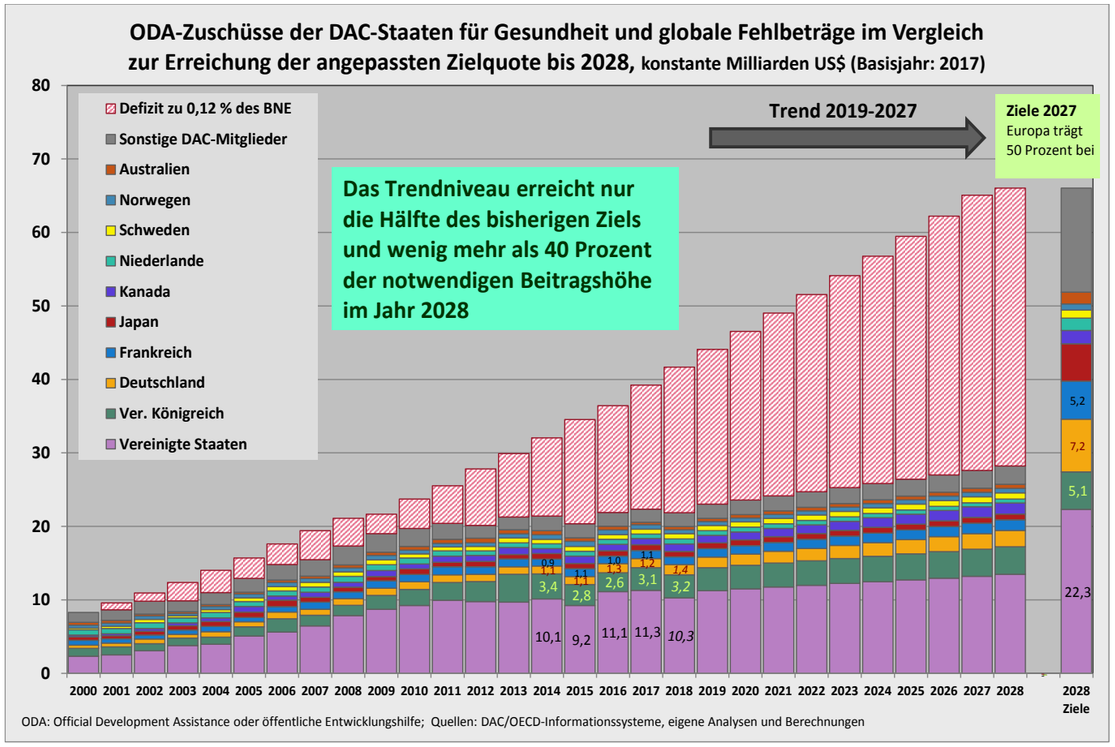
Gleichzeitig müssen die DAC-Staaten und auch die übrigen Hocheinkommensländer ihre ODA-Zuschüsse für Gesundheit bis 2027 auf 0,12 Prozent des BNE (ebenfalls ein Fünftel über der aktuellen Zielquote von 0,1 Prozent) anheben und davon 90 Prozent für die Zusammenarbeit mit den ärmsten Ländern einsetzen. Damit stünden in der Schlussphase der SDG-Periode fast 63 Milliarden US$ im Jahresmittel zur Verfügung, um die Lücke zu schließen. Mit dem verbleibenden Zehntel wäre es möglich, die absehbaren finanziellen Engpässe in diversen Mitteleinkommensländern anzugehen sowie die öffentliche Förderung der Erforschung von armutsbedingten Krankheiten zu stärken. Eine relativ begrenzte Anpassung und konsequente Erfüllung der beiderseitigen Beitragsziele für die globale Gesundheitsfinanzierung würde hinreichen, um die wesentlichen Bedarfe abzudecken.

Deutschland und Europa müssen mehr Verantwortung übernehmen

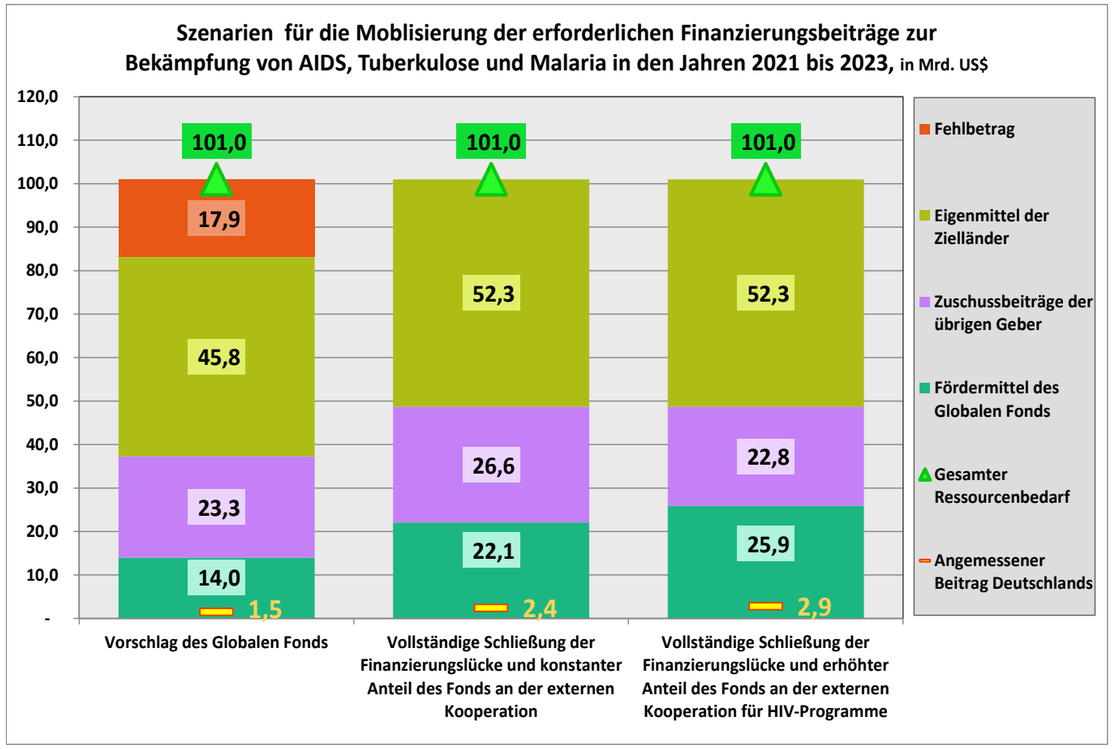
Für diese zentrale Aufgabe der Weltgemeinschaft sollte Europa sich verpflichten, mindestens die Hälfte des Bedarfs zu decken. Diese Vorreiterrolle ist durch die historische Verantwortung für die koloniale Gewaltherrschaft begründet. Andernfalls wäre das Finanzierungsziel angesichts der aktuellen Beitragsstruktur der Entwicklungszusammenarbeit auch kaum zu erreichen. Und es würde die eigene Glaubwürdigkeit stärken, was Grundwerte wie Solidarität, Menschenrechte und multilaterale Zusammenarbeit anbelangt. Entsprechend des Anteils am BNE der europäischen DAC-Staaten müsste Deutschland seine ODA-Zuschüsse für die globale Gesundheit innerhalb eines Jahrzehnts von 1,4 auf rund 7 Milliarden US$ erhöhen.

Ausreichende Unterstützung des Globalen Fonds: ein Eckpfeiler der globalen Gesundheit

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 erwartet, die der Fonds für die Unterstützung von Länderprogrammen in den Jahren 2021 bis 2023 einsetzen kann. Nach den eigenen Finanzierungsszenarien braucht er dafür mindestens 14 Milliarden US$. In Verbindung mit weiteren Ressourcen der Empfängerländer und Geberstaaten sollen diese Fördermittel die nötigen Maßnahmen ermöglichen, um die drei verheerendsten Epidemien als Bedrohung der öffentlichen Gesundheit zu beenden, wie es die Agenda 2030 fordert.



Alle Diagramme: Joachim Rüppel und Tilman Rüppel



Allerdings stellt der Vorschlag des Fonds ausdrücklich fest, dass die insgesamt anvisierten Beiträge nur 82 Prozent des Bedarfs abdecken, wie er gemeinsam mit den internationalen Fachorganisationen bestimmt wurde. Logischerweise reichen auch die mit diesen Ressourcen zu erreichenden Wirkungen nicht aus, um die zeitgebundenen Ziele zu erreichen, die in den globalen Plänen zur Reduzierung der Todesfälle und der Neuinfektionen festgelegt sind.

Daher haben wir alternative Szenarien entwickelt, die zu einer vollständigen Abdeckung der Finanzierungsbedarfe führen würden. Die erste Annahme besagt, dass die Zielländer ihre inländischen Mittel für die Finanzierung der allgemeinen Gesundheitsversorgung wie oben beschrieben erhöhen und je nach Einkommenshöhe einen bestimmten Anteil der Bekämpfung der drei Epidemien widmen. Was über diesen tragbaren Eigenbeitrag hinausgeht, müsste vollständig durch die internationale Kooperation abgedeckt werden. Das würde eine jährliche Steigerung der Geberbeiträge um circa 9 Prozent erfordern, die noch unter der notwendigen Wachstumsrate der ODA für Gesundheit insgesamt liegt. Im ersten Fall würden die derzeitigen 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 40 Prozent der Mittel für die HIV-Bewältigung beisteuern, mit dem Ziel die hochriskante Abhängigkeit von der bilateralen Kooperation der USA (2016: fast 70 Prozent der Gesamtmittel) zu reduzieren.

Für die Beendigung der großen Epidemien brauchen wir eine solidarische Finanzierung

Das dritte Szenario würde den Fonds als multilaterale Einrichtung stärken und die weltweiten Bemühungen zur Überwindung der Epidemie auf eine solidere Finanzierungsbasis stellen. Das erscheint dringend geboten, um die Gefährdung durch einseitige Manöver von Geberstaaten mit eigensüchtigen Motiven zu vermindern. Es würde auch den Grundstein legen für den Aufbau einer solidarischen Gesundheitsfinanzierung mit der realen Perspektive, die verheerendsten Folgen der globalen Ungerechtigkeit zu überwinden. Der faire Beitrag Deutschlands würde sich auf knapp 3 Milliarden US$ belaufen. Das entspräche rund 40 Prozent der Leistungen, die Deutschland in dem dreijährigen Zeitraum für die globale Gesundheit insgesamt aufzubringen hätte, um schrittweise das notwendige Beitragsniveau im Jahr 2027 zu erreichen.

Joachim Rüppel, *Sprecher für das Aktionsbündnis gegen AIDS und Missionsärztliches Institut*

Tilman Rüppel, *Missionsärztliches Institut*

www.aids-kampagne.de ▸▸ Mai 2019

HIV, Tuberkulose und Diskriminierung

„Diskriminierung ist Stigma in Aktion“

Global stellt eine Ko-Infektion mit Tuberkulose (TB) die Haupttodesursache von Menschen mit HIV dar. Ähnlich wie bei HIV erleben auch Menschen mit TB Diskriminierung und Stigmatisierung. Dazu sprachen wir mit dem Menschenrechtsanwalt und TB Aktivisten Timur Abdullaev, der selbst eine TB überlebt hat, HIV-positiv ist und in Usbekistan lebt.

„Wenn Menschen eine HIV-Diagnose erhalten wird auf das Recht auf Beratung gepocht, bei Tuberkulose ist das nicht unbedingt der Fall und wenn es überhaupt Beratung gibt, ist da immer noch die Frage der Qualität der Beratung“, erklärt Timur Abdullaev. „Oder das Recht auf Arbeit: mit einer TB gehen oft Arbeitsverlust, Zwangsberentung, Hospitalisierung, Ausgrenzung und Isolierung einher“ – und das kann einen erheblichen Einfluss auf das Privatleben haben: „Wenn eine Mutter hospitalisiert ist, kann es sein, dass sie ihr Kind auf lange Zeit nicht zu sehen bekommt, das hat einen großen Einfluss auf Mutter-Kind Beziehung und auf Familienleben“, sagt Abdullaev.

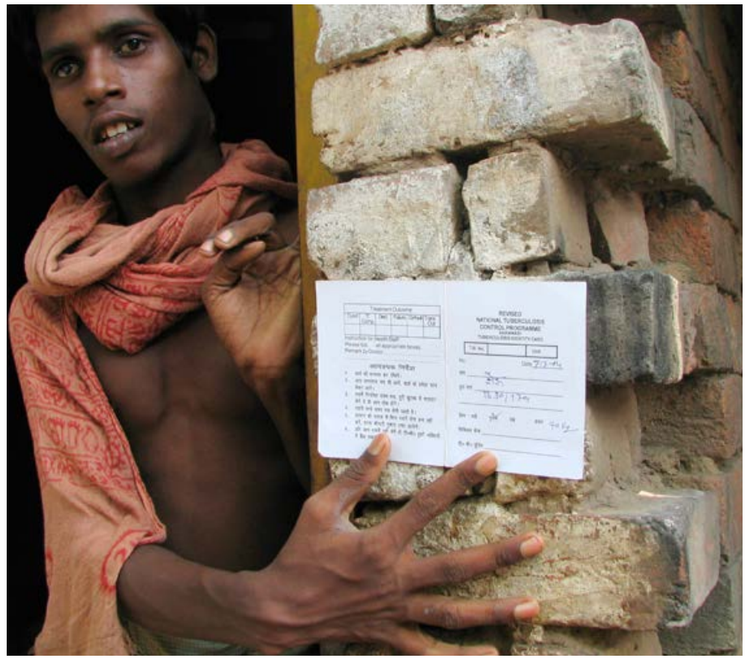
Wo liegt aber die Grenze zwischen medizinischer Berechtigung und Diskriminierung?

„Maßnahmen müssen angemessen sein, Proportionen müssen stimmen. Wegen zu langer Hospitalisierung kann es vorkommen, dass Menschen ihre Schule oder ihre Ausbildung nicht beenden können. Oft sind die langen Krankenhausaufenthalte ungerechtfertigt; Menschen warten mitunter wochenlang auf Resultate von Untersuchungen“, so Abdullaev. „Ein weiteres Problem stellt die täglich unter Beobachtung einzunehmende Therapie dar. Um überhaupt in Behandlungsprogramme zu kommen, müssen Menschen erhebliche Rechte abgeben; mitunter müssen lange Anfahrtszeiten in Kauf genommen werden. Maßnahmen, wie diese greifen zu stark in den Alltag und die persönlichen Lebensvollzüge ein. Sie sind mit Sicherheit nicht proportional und wären im HIV-Bereich undenkbar. Wir haben das nicht bei HIV, warum aber bei TB?“, fragt Abdullaev.

Was kann TB Aktivismus erreichen, um Diskriminierung zu beenden?

„Um erfolgreich zu sein müssen Gesetze geändert werden, die all zu oft auf irreführende Wahrnehmungen und falsche Annahmen beruhen. Zuerst müssen wir uns mit dem Stigma auseinandersetzen und der Frage, inwieweit falsche Annahmen durch passende Informationen richtiggestellt werden können. Hier gilt: je mehr Menschen wissen, desto weniger stigmatisierend werden sie sich verhalten. Das kann man messen: ein globaler TB Stigma Index könnte das erledigen.“ Im HIV-Bereich gibt es entsprechende Untersuchungen schon seit vielen Jahren, TB kann hier einiges lernen.

Besten Dank an Timur Abdullaev für das Interview!



Ein junger Mann registriert sich für das lokale „DOTS“-Programm zur Tuberkulosebehandlung im Nagwa Slum in Varanasi, Nordindien.
© 2004 Anouk van der Stam, Courtesy of Photoshare

Eine freiwillige Gesundheitsarbeiterin im ländlichen Antipolo Rizal auf den Philippinen verabreicht einem Kind Anti-Tuberkulose Medikamente als Teil der sogenannten “Directly Observed Treatment Short (DOTS)”-Therapie.
© 2011 Danny Victoriano, Courtesy of Photoshare

Stigma und Diskriminierung – nicht nur für Menschen mit HIV bittere Realität.

Wie bei HIV setzt Stigma Barrieren, die Menschen daran hindern, ärztliche Unterstützung und Behandlung aufzusuchen, selbst wenn diese kostenfrei angeboten wird. Ungerechtfertigte Hospitalisierung, lange Wartezeiten und die täglich unter Beobachtung einzunehmende Therapie erhöhen die Gefahr während der Zeit eines Arztbesuchs kein Geld zu verdienen.

Angst vor Stigmatisierung ist ein nicht zu unterschätzender Faktor, wenn es um die Behandlung von Tuberkulose geht und weist viele Parallelen zur Stigmatisierung und Diskriminierung HIV-positiver Menschen auf: Tuberkulose wird ähnlich wie bei HIV oft mit Lebensweisen in Verbindung gebracht, die stigmatisierend eingeordnet werden: Armut, Drogengebrauch und deren Kriminalisierung, Wohnungslosigkeit, Gefängnisaufenthalte oder Migrations- bzw. Fluchterfahrungen. Wie auch bei HIV sind es vor allem die Verhältnisse, die strukturellen Begebenheiten, die geändert werden müssen, sodass Infektionen verhindert werden können. Ein kleines Beispiel zur Illustration: Gefangene und Minenarbeitende sind nicht aufgrund ihres (schuldhaften) Verhaltens, sondern aufgrund baulicher Begebenheiten (mangelnde Luftzufuhr und Tageslicht, räumlich enge Verhältnisse, Arbeitsbedingungen) einem höherem TB Risiko ausgesetzt.

Eine weitere Parallele zwischen HIV und TB besteht in der vermeintlichen Gefahr, die durch die infizierte Person ausgeht und Ängste, die dies bei anderen verursacht. Zwar ist eine offene TB ungleich infektiöser als HIV und auch die Übertragungswege sind andere. Nichts desto trotz können beide Infektionen durch angepasste Verhaltensänderungen relativ einfach vermieden werden. Zugleich gilt für beide Erkrankungen: Funktioniert die Behandlung, ist eine Weitergabe der Infektion ausgeschlossen.

Die Angst davor, eine diskriminierende Erfahrung zu machen, kann manche Menschen abhalten, Gesundheitsdienste aufzusuchen oder die Behandlung fortzusetzen. Dies erhöht wiederum das Risiko, selbst ernsthaft zu erkranken, was den Mythos am Leben erhält, dass die TB-Behandlung selbst viele Todesfälle verursacht: Eine TB-Behandlung ist sehr viel weniger effektiv, je weiter fortgeschritten die Erkrankung ist und Behandlungsunterbrechungen können Mehrfachresistenzen verursachen.

Für mit HIV und/oder TB lebende Menschen kann die Konfrontation mit Ängsten anderer vergleichbare Strategien hervorrufen: um nicht als Infektionsherd wahrgenommen zu werden und Diskriminierungserfahrungen zu erleben wird die Infektion geheim gehalten – mit erheblichen Konsequenzen für Privatleben, Psychohygiene und persönliche Entwicklung. Ein selbstbewusster Umgang mit der Erkrankung muss gelernt werden, was sich als langwieriger, belastender und kräftezehrender Prozess darstellen kann.

Zusätzlich ist ein nicht zu unterschätzendes Problem die regional sehr unterschiedliche Gesundheitsversorgung: ungenügende finanzielle Ressourcen, zu wenige Ärzt_innen und Pflegekräfte, schlechte Infrastruktur, ungleiche Bereitstellung von Gesundheitsdiensten oder fehlende bzw. wenige qualitativ hochwertige Medikamente haben Auswirkungen auf die Vorsorge und Behandlung.

Um Tuberkulose und Aids weltweit zu beenden ist es nicht nur dringend notwendig, die SDGs und eine Gesundheitsversorgung für alle umzusetzen: Es ist auch wichtig, soziale, menschenrechtliche und wirtschaftliche Faktoren miteinzubeziehen: Gerechtigkeit, Einhaltung der Menschenrechte und eine Bekämpfung von Ungleichheit sind wichtige Imperative im Kampf gegen beide Infektionen. Dazu gehören auch verbesserte Haft- und Arbeitsbedingungen, sowie die Einführung von Maßnahmen der Risikominimierung und die Einhaltung von Sicherheitsstandards.

Nicht umsonst steht für den Globalen Fonds die Einhaltung der Menschenrechte im Mittelpunkt jeglicher Aktivität. Dass dies für TB genauso zutrifft wie für HIV ist offensichtlich.

***Marie-C. Schwager**, Referentin für Gremien- und Öffentlichkeitsarbeit beim Aktionsbündnis gegen AIDS*

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

www.aids-kampagne.de ▸▸ Mai 2019

Private Akteure und Globale Gesundheit

Kooperationen mit der Privatwirtschaft im Gesundheitsbereich – Sinnvoll oder voller Risiken?

Multi-Akteurs-Partnerschaften (MAP), also Zusammenschlüsse von öffentlichen und privaten Akteuren, halten seit den 1990ern Einzug in den entwicklungspolitischen Raum. Auch die Vereinten Nationen (UN) riefen 1992 in ihrer Agenda 21 zu Partnerschaften auf, um einen positiven Beitrag von Privatwirtschaft auf Entwicklungsprozesse zu erzielen.

Dabei sind MAP vielfältig und reichen von losen Bündnissen bis hin zu festen Strukturen. Während erstere dem Austausch dienen oder den öffentlichen und politischen Diskurs beeinflussen wollen, streben andere die Mobilisierung privater und öffentlicher Ressourcen sowie die Umsetzung von Programmen in Ländern des globalen Südens an. Gemein ist den meisten MAP die Freiwilligkeit des Engagements und dass dieses nicht in verbindliche, gesetzliche Regelungen mündet.

Im Bereich Globale Gesundheit ist das Partnerschafts-Paradigma auf fruchtbaren Boden gefallen. So wurden in den frühen 2000ern die bis heute nicht mehr wegzudenkenden Allianzen Globaler Fonds zur Bekämpfung von Aids, Tuberkulose und Malaria und die Impfallianz Gavi gegründet. Dem folgten bis heute über 100 weitere MAP. Die Abstimmung der Initiativen untereinander bleibt schwierig. Gerade auf Länderebene bedeutet die Abwicklung der jeweiligen Kooperationen eine Herausforderung, die mit hohen Transaktionskosten für die lokalen Partner einhergeht.

Die Agenda 2030 treibt das Partnerschafts-Paradigma weiter voran mit der Logik, dass jährlich hohe Investitionen benötigt würden, die sowohl die UN als auch die Regierungen nicht leisten könnten.

Insofern setzt auch die WHO auf die Freiwilligkeit privater Geber statt auf höhere verbindliche Mittel der Mitgliedsstaaten. Dabei sind heute bereits 80 Prozent ihres Budgets durch Spenden finanziert, die nicht langfristig planbar und zudem an einzelne Maßnahmen gebunden sind. So ist es kein Zufall, dass die Bill-und-Melinda-Gates-Stiftung und die von ihr mit gegründete Impfallianz Gavi unter den vier größten freiwilligen Gebern der WHO sind und der bisher am stärksten finanzierte Bereich das Polioprogramm darstellt. Gebiete, die das Kernmandat der WHO betreffen, nämlich global gültige Normen und Standards zu setzen und die Gesundheitsakteure zu koordinieren, bleiben dagegen unterfinanziert. Die Mitgliedsstaaten bemängeln zwar, dass

Foto: © Yuchengco Group of Companies

Malayan Insurance und Munich Re unterstützen den Kampf des Globalen Fonds gegen Epidemien. Malayan Insurance und Munich Re führten eine pro-bono Risikoanalyse der zentralen Lager des Globalen Fonds durch um die Güter, die im wesentlichen aus Gesundheitsprodukten, Medikamenten und Laboraustattung bestehen, zu schützen und zu versichern.

die WHO ihr Kernmandat nicht ausreichend umsetze, blockieren jedoch seit Jahren eine Erhöhung der Mitgliedsbeiträge, wodurch der Einflussbereich für private Geber vergrößert wird.

Darin liegt aus Sicht von Beobachtern wie dem Global Policy Forum ein generelles Problem. Durch die Beteiligung privater Akteure wachse ihr Einfluss auf die politische Entscheidungsfindung. Ihnen würde dadurch ermöglicht, sich auf direktem Weg gegen staatliche Regulierung und die für sie negativen Auswirkungen einzusetzen.

Gleichzeitig bringen Unternehmen Wirtschaftsinteressen in die entwicklungsbezogene Gesundheitsarbeit ein. Der Nachteil davon wird deutlich am Beispiel der Medikamentenentwicklung, die durch Angebot und Nachfrage gesteuert ist. Dadurch sind für Pharmaunternehmen kaum Anreize gegeben, Produkte für Krankheiten zu entwickeln, für die keine hohen Gewinne zu erwarten sind. Zugleich verhindern Patente auf vorhandene Medikamente den Zugang zu diesen, denn sie machen sie unbezahlbar für ärmere Länder. Die Folge ist, dass jährlich Millionen von Menschen keine lebenswichtige Therapie erhalten. Obwohl sich dieses Marktversagen zeigt, haben Regierungen bisher nicht konsequent den Patentschutz in Frage gestellt und alternative, vom Markt losgelöste Forschungsmodelle vorangebracht.

Stattdessen setzen sie auf MAP wie die CEPI Forschungsinitiative für Impfstoffe. CEPI wurde von philanthropischen Stiftungen, dem Weltwirtschaftsforum und Regierungen als Konsequenz der Ebola-Epidemie 2014 gegründet. Bisher ist jedoch nicht verankert, dass die zukünftig entwickelten Impfstoffe für alle Menschen weltweit erschwinglich sind. Die Beteiligten scheinen zu befürchten, dass zu dezidierte Grundsätze der öffentlichen Gesundheit Pharmaunternehmen abschrecken könnten, sich einzubringen. Das ist besonders kritisch, da in CEPI – wie ohnehin in den meisten Forschungen zu Medikamenten – hohe Summen öffentlicher Gelder stecken.

Im Gegensatz zu MAP, für die kein globaler Handlungsrahmen gilt, fordern NGOs wie das Memento-Bündnis, einen bei der WHO angedockten Forschungsmechanismus zu etablieren, durch den bedarfsorientiert und unter allen Aspekten der Zugangsgerechtigkeit die globale Medikamentenentwicklung gesteuert wird.

MAP wird zugeschrieben, sie seien besonders pragmatisch, lösungsorientiert, flexibel, effizient und unbürokratisch und würden sich somit von (zwischen)staatlichen Strukturen abheben. Gleichzeitig aber bringt die Vielzahl an Partnerschaften eine institutionelle Zersplitterung mit sich, die am Ende zu einer weiteren Schwächung des UN Systems, und insbesondere der WHO, führt. Dieser Teufelskreis kann durchbrochen werden, wenn Regierungen ihre primäre Verantwortung für die Verwirklichung des Menschenrechts auf Gesundheit wahrnehmen. Werden Kooperationen mit Unternehmen eingegangen, sollten verbindliche Leitlinien gelten, die von demokratisch legitimierten Institutionen durchgesetzt werden. Menschenrechte und soziale Gerechtigkeit müssen konsequent vor Profit- und Partikularinteressen stehen, um eine Verbesserung der Gesundheitsbedingungen insbesondere für diejenigen zu erzielen, die bisher am wenigsten erreicht wurden.

Mareike Haase, Referentin für Internationale Gesundheitspolitik bei Brot für die Welt

Foto: Mareike Haase

Quellenangaben

Brot für die Welt (2018): Vereinnahmung oder echte Transformation?, Berlin

Brot für die Welt, Global Policy Forum, Misereor (2019): What you get for your dollar, Bonn

Brot für die Welt (2017): Quo vadis WHO, Berlin

Global Policy Forum (2017): Begrenzte Rollen – klare Regeln, S. 21-23, in: Weltsichten Dossier: Partnerschaften mit Risiken, Frankfurt/ Main

Global Policy Forum (2017): Der Boom der Partnerschaften, S. 3-5, in: Weltsichten Dossier: Partnerschaften mit Risiken, Frankfurt/ Main

Hoffman, Steven J. and Col, Clarke B. (2018): Defining the global health system and systematically mapping its network of Actors, S.14, in: Globalization and Health, 14:38

Medicins Sans Frontieres (2019): Open Letter to CEPI Board, https://msfaccess.org/open-letter-cepi-board-members-revise-cepis-access-policy

Memento-Bündnis (2018): Positionspapier, https://info.brot-fuer-die-welt.de/blog/positionspapier-des-memento-buendnis

United Nations (1992): Agenda 21, Rio de Janeiro, https://www.un.org/depts/german/conf/agenda21/agenda_21.pdf

World Health Organisation, Investment Case, 2018, https://www.who.int/news-room/detail/19-09-2018-who-launches-first-investment-case-to-save-up-to-30-million-lives

Gesundheitsversorgung für alle: Leben ist ein Menschenrecht!

Das United Nations High-Level Meeting zu Universal Health Coverage (UHC)

Foto: © 2013 Gregorio B. „Jhun" Dantes Jr., Courtesy of Photoshare

Junge Überlebende des Taifuns Haiyan in Basey auf den Philippinen lächeln Vorbeikommenden zu, während sie um Nahrung und Medizin betteln.

Am 23. September werden sich hochrangige Vertreter_innen bei der UN in New York mit dem Ziel treffen, das Thema nicht nur weltweit auf die Agenda zu setzen, sondern auch Regierungen zu verpflichten, Gesundheitsversorgung für alle umzusetzen (Universal Health Coverage).

Universal Health Coverage und der Einsatz gegen HIV verfolgen gemeinsame Ziele in Bezug auf Gleichberechtigung, Nichtdiskriminierung, Würde und soziale Gerechtigkeit: Integrierte und ganzheitliche Ansätze müssen anerkannt werden. Auch muss eine bessere Vorsorge und Versorgung mit effektiven Medikamenten umgesetzt werden. Des Weiteren fordert auch UHC eine gerechtere und nachhaltige Gesundheitsfinanzierung.

Der Fokus auf den ungleichen Zugang zu Gesundheitsversorgung kann verstärkt Licht auf marginalisierte und diskriminierte Gruppen werfen und damit die Chance bieten, Prävention, Diagnose und Behandlung allen Menschen möglich zu machen. Das Aktionsbündnis gegen AIDS wird sich als Teil der Zivilgesellschaft für die Vereinbarung angemessener Ziele einsetzen und seine Positionen auch vor Ort einbringen

Marie-C. Schwager, Referentin für Gremien- und Öffentlichkeitsarbeit beim Aktionsbündnis gegen AIDS

Termine 2019

03. Juni	Bündnistreffen des Aktionsbündnis gegen AIDS, Friedrichsdorf
19.-23. Juni	37. Deutscher Evangelischer Kirchentag, Dortmund
10. Oktober	6. Replenishment des Globalen Fonds, Lyon
06.-09. November	17. Europäische Aids-Konferenz in Basel
25.-26. November	Vollversammlung des Aktionsbündnis gegen AIDS

Bündnisbüro:
Nadja Fleischer: Projektverwaltung

Marie-Christine Schwager: Referentin für Gremien- und Öffentlichkeitsarbeit

Peter Wiessner: Referent für Advocacy und Öffentlichkeitsarbeit

Impressum:
Hrsg.: Aktionsbündnis gegen AIDS e.V.

Vorstand: Sylvia Urban, Klaus Koch, Joachim Rüppel

Amtsgericht Charlottenburg VR 32498 B

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

Redaktion: Nadja Fleischer, Klaus Koch, Joachim Rüppel, Marie-C. Schwager, Sylvia Urban

Layout: steffengrashoff@web.de

Druck: printmedien-jacobsen@t-online.de

Kontakt:
Aktionsbündnis gegen AIDS
Rungestraße 19, 10179 Berlin
Tel.: + 49 30 536 79 98 43
info@aids-kampagne.de
www.aids-kampagne.de

NEUE TELEFONNUMMER & ANSCHRIFT

Folgen Sie uns auf twitter und facebook
www.twitter.com/aidskampagne
www.facebook.com/aidskampagne

Nachdruck gegen Beleg und Quellenangabe frei.

Aktionsbündnis gegen AIDS
Leben ist ein Menschenrecht!
www.aids-kampagne.de