

Finanzierungsbeiträge für die UN-Ziele zur weltweiten Gesundheitsversorgung eine Aktualisierung der Fünften zivilgesellschaftlichen Bestandsaufnahme

In der Fünften zivilgesellschaftlichen Bestandsaufnahme vom September 2016 mussten wir aufgrund der damaligen Datenlage auf Projektionen für die Jahre 2014 und 2015 zurückgreifen. Insgesamt kam die Schätzung der ODA-Zuschüsse für Gesundheit von damals sehr nah an die jetzt genauer bestimmte Summe, die von allen relevanten Geberstaaten ausgezahlt wurde. Allerdings sind einige Korrekturen bei den Leistungen einzelner Länder festzustellen, die zu bedeutenden Verschiebungen in den Beitragsanteilen führten. Insbesondere bei Deutschland und einigen anderen europäischen Staaten erwiesen sich die realen Auszahlungen als erheblich niedriger als zunächst vorhergesagt. Auf der anderen Seite führte die zum ersten Mal realisierte Analyse der durch die USA unterstützten Projekte zu einem signifikant höheren Ergebnis als die frühere Schätzung auf Basis der Geberangaben. Zu den wesentlichen Gründen für die Abweichungen zählen der beschränkte prognostische Wert der angegebenen Neuzusagen für die im folgenden Jahr getätigten Auszahlungen, der geringere Umfang oder die verzögerte Auszahlung der zusätzlichen Mittel für die Bekämpfung des Ebola-Ausbruchs in Westafrika sowie die unterschiedliche Praxis der Berichterstattung über die sektorale Zuordnung der Projekte und Komponenten zwischen den Geberländern.

Die folgende Darstellung konzentriert sich auf die ODA-Auszahlungen in Form von Zuschüssen, die anders als Kredite für die Länder mit dem dringlichsten Bedarf geeignet sind und tatsächlich eine finanzielle Anstrengung der Geberstaaten darstellen. Unsere Berechnungen beziehen alle 23 Staaten ein, die seit längerem dem OECD-Entwicklungsausschuss angehören.

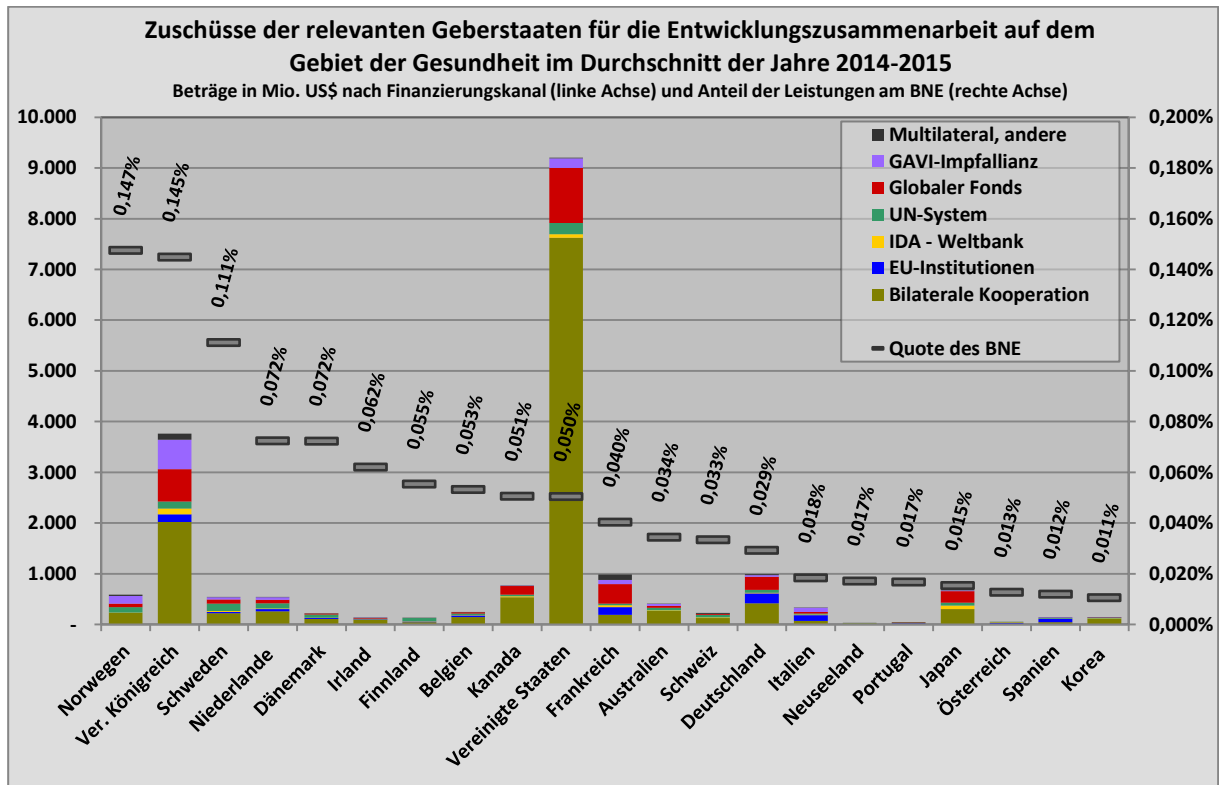
Um die inakzeptable Benachteiligung im Hinblick auf die Lebenschancen zu überwinden, mit der große Teile der Weltbevölkerung konfrontiert sind, ist die Gesamtleistung entscheidend. Diese lag im Durchschnitt der beiden Jahre bei wenig mehr als 20 Milliarden US\$. Das entspricht nicht einmal der Hälfte des dringend erforderlichen und von der WHO empfohlenen Beitragsumfangs von 0,1 Prozent des Bruttonationaleinkommens (BNE). Zum Vergleich: Wenn alle 23 relevanten Geberstaaten das vorgesehene Zielniveau erreicht hätten, wäre ein jährlicher Betrag von annähernd 43 Milliarden US\$ zustande gekommen, um die Gesundheitsversorgung in den benachteiligten Ländern zu verbessern.

Für eine differenzierte Betrachtung müssen allerdings die extremen Unterschiede zwischen den finanziellen Anstrengungen der verschiedenen wirtschaftlich privilegierten Staaten zur Kenntnis genommen werden. Dafür genügt ein Blick auf die Beitragsniveaus im Verhältnis zur jeweiligen Wirtschaftskapazität, die in der ersten Grafik dargestellt sind. Während einige wenige Geberländer die

Die Recherche-Partnerschaft zwischen dem Missionsärztlichen Institut Würzburg, der französischen Nichtregierungsorganisation „Action Santé Mondiale“ und dem Aktionsbündnis gegen AIDS machte es möglich, die Studien zu den Gesundheitsleistungen im Rahmen der öffentlichen Entwicklungszusammenarbeit (engl. Official Development Assistance oder kurz ODA) weiterzuführen. Dazu kamen Vorarbeiten für eine Erweiterung der Analyse, die darauf abzielt, die Gesundheitsprojekte detaillierter zu erfassen, die von nichteuropäischen Geberstaaten finanziert werden. Bisher liegen neue Ergebnisse für die Jahre 2014 und 2015 vor, die zum weit überwiegenden Teil bereits auf der Überprüfung aller relevanten Projekte und Maßnahmen beruhen.

Durch die detaillierte Überprüfung aller gesundheitsrelevanten Projekte der multilateralen Organisationen einschließlich der Europäischen Union sowie der bilateralen Zusammenarbeit Deutschlands, Frankreichs, Großbritanniens, Kanadas und der Vereinigten Staaten basieren annähernd 90 Prozent des erwarteten Gesamtumfangs der Gesundheits-ODA auf eigenen Analysen und Berechnungen, während die Beiträge durch die zwischenstaatliche Kooperation der übrigen Geberstaaten, die das restliche Zehntel darstellen, mithilfe offizieller Angaben und Erfahrungswerten aus früheren Studien geschätzt wurden.

vorgesehene Quote des Bruttonationaleinkommens übertrafen, blieben andere weit unter einem Fünftel des empfohlenen Beitragsniveaus. Mit einem Zuschussbetrag von deutlich weniger als 30 Prozent der empfohlenen Größe gehörte Deutschland zu den Staaten, die ihrer Verantwortung für die globale Gesundheit am meisten hinterherhinken. Besonders bestürzend ist, dass kaum ein europäischer Geberstaat schlechter abschneidet, wenn wir für eine angemessene Bewertung von den Ländern absehen, die von der Finanzkrise am stärksten betroffen sind. Diese völlig unbefriedigende Situation beschwört die Gefahr herauf, dass diejenigen Länder demotiviert werden, die bisher ihren Verpflichtungen in voller Höhe oder zumindest weitgehend nachkamen.

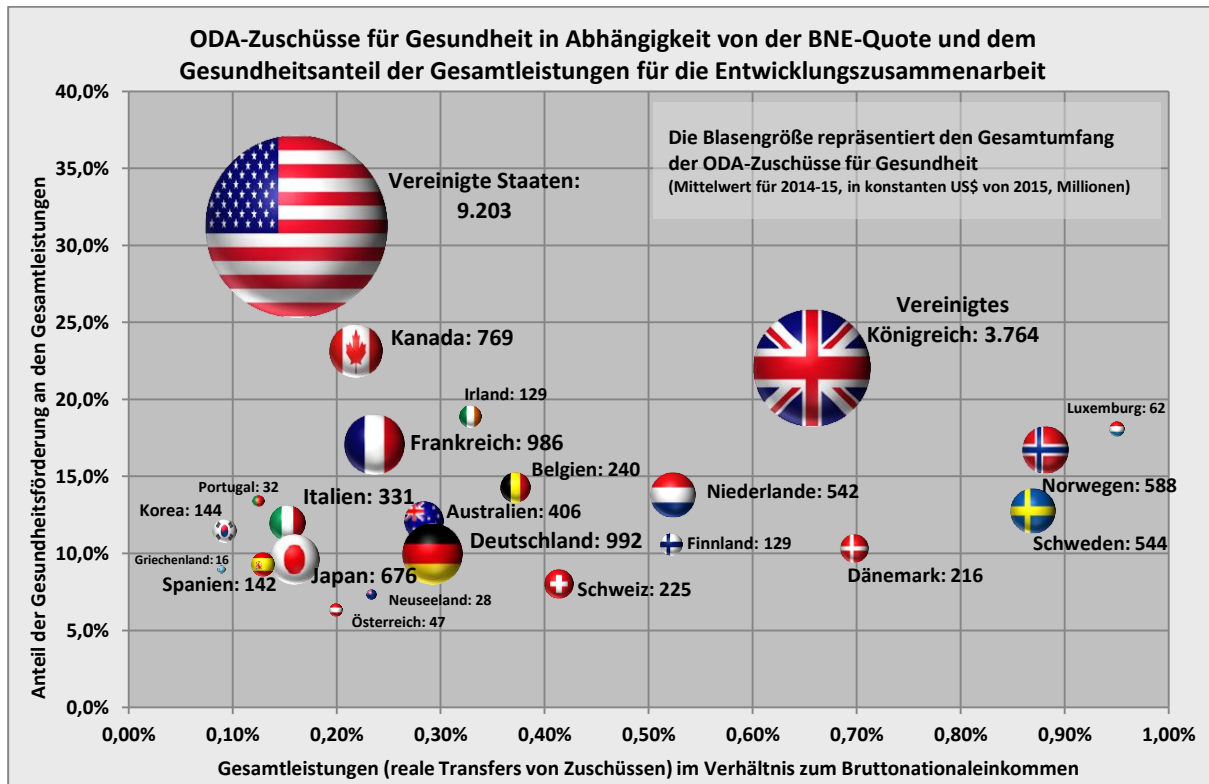


Die Übersicht lässt auch die sehr unterschiedliche Nutzung der verschiedenen Finanzierungskanäle erkennen. So machte die bilaterale Zusammenarbeit im Fall von Frankreich weniger als ein Fünftel der gesamten Gesundheitsleistungen aus, während die USA mehr als vier Fünftel ihres Beitrags über diesen Weg abwickelten. Alle Geberstaaten zusammen genommen entfallen fast zwei Drittel der ODA-Zuschüsse für Gesundheit auf Projekte der zwischenstaatlichen Zusammenarbeit gefolgt von den Beiträgen für den Globalen Fonds mit rund 16 Prozent sowie der Unterstützung für das UN-System und der Förderung der Impfallianz Gavi mit jeweils 6 Prozent. Dagegen brachte Deutschland mit gut zwei Fünftel seiner Gesamtleistungen einen kleineren Anteil über die bilaterale Kooperation auf und der Globale Fonds sowie die Europäische Union spielten eine größere Rolle mit einem Viertel bzw. einem Fünftel.

Die zweite Grafik zeigt den Umfang der ODA-Zuschüsse für Gesundheit zusammen mit ihren wesentlichen Bestimmungsgrößen. Das ist zum einen die Quote der ODA-Gesamtleistungen im Verhältnis zum BNE, die für die finanziellen Anstrengungen der einzelnen Geberstaaten steht. Zum zweiten geht es um den Anteil der Gesundheitsförderung an diesen Ressourcen-Transfers, der den Stellenwert dieses zentralen Bereichs der menschlichen Entwicklung in der Zusammenarbeit bemisst. Die Darstellung macht deutlich, dass die internationale Gesundheitsfinanzierung hauptsächlich von zwei Geberstaaten abhängt. Fast zwei Drittel, oder 13 von insgesamt 20 Milliarden US\$ pro Jahr, wurden von den USA und Großbritannien aufgebracht. Die Hintergründe für die besondere Bedeutung als Beitragszahler im Gesundheitsbereich sind allerdings sehr unterschiedlich. Die genuinen ODA-Leistungen des Vereinigten Königreichs erreichen fast den UN-Richtwert von 0,7 Prozent des BNE und gleichzeitig wird über ein Fünftel für die globale Gesundheit eingesetzt. Die Vereinigten Staaten dagegen gehören mit einer BNE-Quote von 0,16 Prozent zu den Geberstaaten, deren Großzügigkeit insgesamt sehr gering ausfällt. Die außerordentlich hohe Wirtschaftskapazität und die

Konzentration von annähernd einem Drittel der Gesamtmittel auf den Gesundheitssektor machen die USA aber zum führenden Geber auf diesem Gebiet.

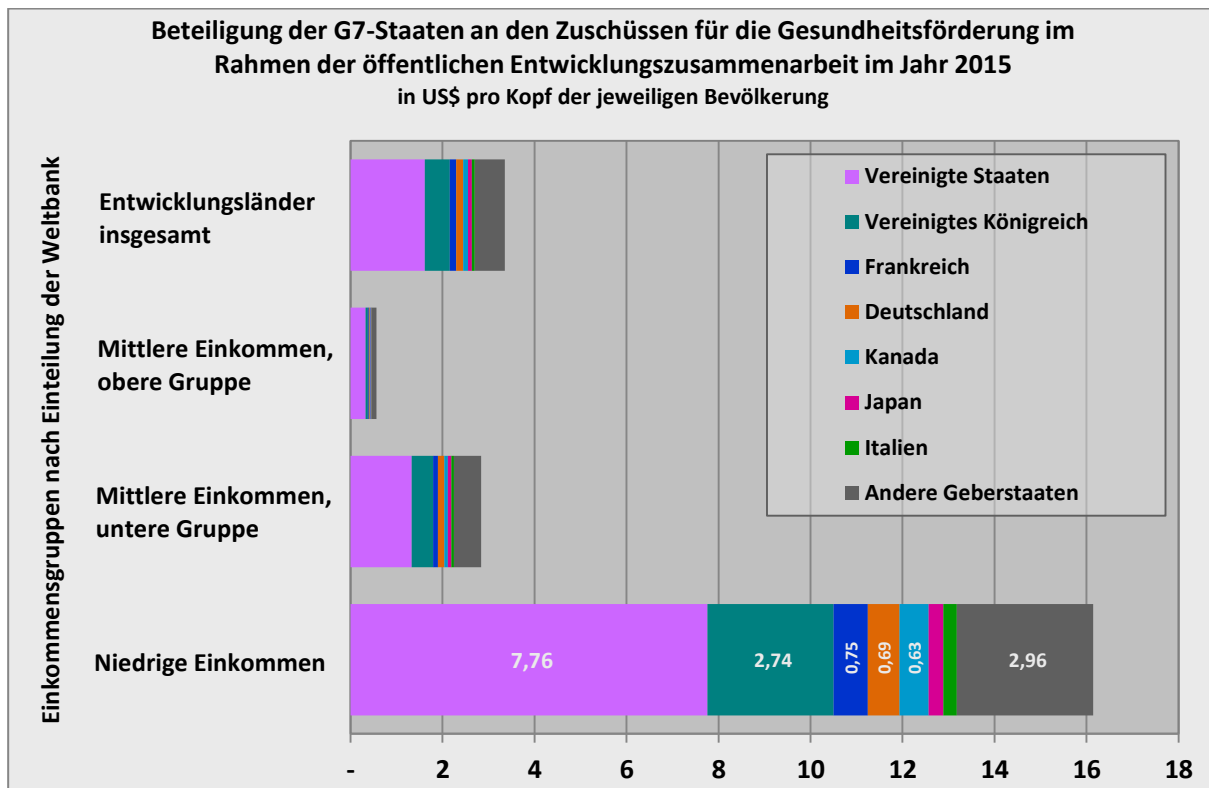
Deutschland liegt weit dahinter und sein Beitragsanteil von kaum 5 Prozent ist deutlich geringer als die Bedeutung seiner Volkswirtschaft, die 8 Prozent der Wirtschaftskapazität aller Geberländer darstellt und mehr als einem Fünftel des gemeinsamen BNE der europäischen DAC-Staaten entspricht. Hier kommen zwei ungünstige Faktoren zusammen: Eine ungenügende BNE-Quote der realen Gesamtleistungen und ein niedriger Gesundheitsanteil von nur einem Zehntel.



Die Möglichkeiten und Grenzen der bisher aufgebrauchten Finanzmittel lassen sich am besten abschätzen, wenn wir die resultierenden Beträge pro Kopf der bedürftigen Bevölkerung betrachten und die Gesundheitsausgaben einbeziehen, die von den jeweiligen Regierungen aus inländischen Quellen wie Steuern und Sozialbeiträgen finanziert werden. Während die obigen Darstellungen die jährlichen Geberbeiträge ausweisen, zeigt die dritte Grafik die Ressourcen, die im Jahr 2015 tatsächlich an Entwicklungsländer transferiert wurden. Das macht zwar bei der zwischenstaatlichen Zusammenarbeit keinen Unterschied, aber bei den internationalen Organisationen können erhebliche Abweichungen zwischen den in einem bestimmten Jahr empfangenen Beiträgen einerseits und den für Entwicklungsmaßnahmen ausgezahlten Mitteln andererseits auftreten. Unsere Analysen ermöglichen es, die jeweiligen Beitragsanteile zu bestimmen und damit die Mittelherkunft nachzuvollziehen.

Auch wenn mit 10,3 Milliarden US\$ gut die Hälfte der Auszahlungen von insgesamt 20,1 Milliarden US\$ an die Länder mit niedrigen Einkommen ging, offenbart sich hier eine besonders dramatische Finanzierungslücke. Bei einer Gesamtbevölkerung von etwas über 600 Millionen beliefen sich die ODA-Mittel für Gesundheit im Mittel auf gut 16 US\$ pro Kopf. Aufgrund des geringen Volkseinkommens und niedriger Staatseinnahmen, aber in manchen Ländern auch infolge einer nicht bedarfsgerechten Ressourcenverteilung, stellten die Regierungen selbst lediglich 7 US\$ pro Kopf zur Verfügung. Nach neuesten Berechnungen der WHO müssten die öffentlichen Gesundheitsausgaben in dieser besonders benachteiligten Ländergruppe ab 2025 auf rund 97 US\$ pro Jahr steigen, um die Gesundheitsziele der von den Vereinten Nationen beschlossenen Agenda 2030 zu verwirklichen. Das wäre mehr als das Vierfache der aktuell verfügbaren Ressourcen für jeden dort lebenden Menschen.

Auch in der unteren Gruppe der Mitteleinkommensländer stellt sich die Lage nicht viel besser dar. Hier bringen die Regierungen im Durchschnitt gut 26 US\$ aus eigenen Einnahmen auf, aber zusammen mit dem viel niedrigeren ODA-Betrag von knapp 3 US\$ ergibt dies auch nur Gesamtmittel von kaum 30 US\$ pro Kopf. Hier spielt allerdings eine Rolle, dass die Eigenanstrengungen in mehreren bevölkerungsreichen Ländern wie Indien, Pakistan, Nigeria und Bangladesch mit zusammen über 62 Prozent der insgesamt drei Milliarden Einwohner unzureichend ausfallen.



Die finanziellen Anstrengungen des öffentlichen Sektors im nationalen und globalen Rahmen müssen in den kommenden Jahren massiv erhöht werden. Nur dann wird es uns gelingen, die Überlebenschancen der benachteiligten und gefährdeten Menschen zu verbessern und letztlich auch die derzeitigen und künftigen Gesundheitsgefahren für die Menschheit insgesamt effektiv einzudämmen. Bedauerlicherweise stagnierten aber die Gesamtleistungen für Gesundheit seit Beginn des Jahrzehnts auf dem dargestellten unzureichenden Niveau. Und derzeit drohen sogar erhebliche Teile wegzubrechen, denn die Regierungsverantwortlichen in den USA wollen das Budget für globale Gesundheit um fast 2,5 Milliarden US\$ pro Jahr kürzen und bei der Vergabe der ODA-Mittel die Staaten bevorzugen, die sich ihren sogenannten nationalen Interessen unterordnen. Im Kern ist das Teil einer schamlosen Politik der Umverteilung von Geld und Macht zugunsten der Reichen ohne Rücksicht auf die tödlichen Folgen für die Armen weltweit und im eigenen Land. Allein die Minderung des Beitrags zum Globalen Fonds zur Bekämpfung von AIDS, Tuberkulose und Malaria um 425 Millionen US\$ würde es unmöglich machen, lebensrettende Maßnahmen für 565.000 Menschen zu unterstützen.

Da Deutschland bisher seiner Verantwortung nicht nachkommt, ist die Bundesregierung kaum in der Position, glaubwürdige Kritik zu üben und die dringend notwendige Solidarität anzumahnen. Die politisch Verantwortlichen sind mehr denn je aufgefordert, das Land mit der drittgrößten Volkswirtschaft endlich vom Nachzügler zum Wegbereiter der globalen Gesundheit zu machen. Sie sollten anstreben, dass Europa mindestens die Hälfte des Gesamtbedarfs an ODA-Leistungen für Gesundheit beiträgt und damit die allgemeine Gesundheitsversorgung als einen Eckpfeiler der menschlichen Entwicklung und der sozialen Gerechtigkeit unterstützt. Entsprechend seinem Anteil an der europäischen Wirtschaftskapazität von rund 21 Prozent sollte Deutschland 10,5 Prozent der Geberbeiträge aufbringen. Das entspricht voraussichtlich 0,135 Prozent des BNE, was angesichts der Minderleistungen in den vergangenen Jahrzehnten nicht zu viel verlangt ist.