



Deutschlands Finanzierungsbeiträge für die globale Gesundheit

VON JOACHIM RÜPPEL

Wichtige Teilerfolge und große Herausforderungen

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. 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 sehr unterschiedlich verteilt sind. Viele besonders benachteiligte Menschen und Bevölkerungs-

gruppen 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. Daher sind die Lebenschancen der Menschen extrem unterschiedlich. Unter den gegenwärtigen Verhältnissen ist in Deutschland damit zu rechnen, dass von 1.000 Neugeborenen 16 vor dem 40. Lebensjahr sterben. In Mosambik ist das Risiko, einen viel zu frühen Tod zu erleiden, mit derzeit 311 pro 1.000 Lebendgeburten um das Zwanzigfache höher.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 der Zugang zu wirksamen Behandlungsmöglichkeiten

¹ United Nations Population Division (2015).

verwehrt wird. Ein tragisches Beispiel hierfür bildet die massive Ausbreitung von HIV mit dem dadurch verursachten extremen Anstieg der Sterblichkeit in vielen Regionen des südlichen Afrika.

Ihnen ist gemeinsam, dass ein großer Teil der Bevölkerung um des Überlebens willen zu jahrzehntelanger Wanderarbeit verurteilt ist. Sie wurden durch die Kolonialherrschaft und die nachfolgende Apartheid in ein Ausbeutungssystem gezwungen, das die Familien trennt und die Geschlechterverhältnisse so weit verzerrt, dass die Ökonomisierung und Kommerzialisierung der Sexualität eine geradezu zwangsläufige Folge war. Die dadurch bedingten Verhaltensweisen führten 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.

Auch die aktuellen Muster der HIV-Epidemie weisen darauf, dass gesellschaftliche Ungleichheit und Ausgrenzung die Gefährdung erhöhen. Von den weltweit zwei Millionen HIV-Neuinfektionen, die im Jahr 2014 verzeichnet wurden, ereigneten sich zwei Drittel in Afrika südlich der Sahara und ein Sechstel betraf Männer mit gleichgeschlechtlichen Beziehungen.²

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. Viele Länder verfügen nicht über die ökonomischen Möglichkeiten, um die nötigen Finanzmittel für die Bereitstellung essentieller 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 Eigenan-

strengungen bis Ende des Jahrzehnts nicht in der Lage sein, wenigstens den Minimalbedarf für die Gesundheitsversorgung ohne externe Unterstützung zu decken.³ Bei der Daseinsvorsorge darf es aber nicht nur darum gehen, das absolute Minimum zu sichern. Das Ziel sollte auch sein, die Kluft zwischen und innerhalb der Länder zu verringern. Es ist dafür Sorge zu tragen, den wissenschaftlich-technischen Fortschritt auf die Grundbedürfnisse der benachteiligten Teile der Weltbevölkerung auszurichten und ihnen zugleich die Teilhabe an den Früchten dieses Fortschritts zu ermöglichen.

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. Bedingt durch im Allgemeinen niedrigere Staatseinnahmen in Relation zum Bruttoinlandsprodukt und meist geringere Gesundheitsanteile an den Regierungsbudgets fällt der Rückstand bei den öffentlichen Aufwendungen für die Gesundheitsversorgung bei der Mehrheit der Länder des globalen Südens noch drastischer aus als bei den Nationaleinkommen. In mehr als 80 Prozent der Länder des globalen Südens erreichen die mit einheimischen Ressourcen finanzierten Gesundheitsausgaben der Regierungen pro Kopf nicht einmal ein Zehntel des Durchschnittsniveaus der reichen Staaten. Fast 40 Prozent der Länder hatten sogar weniger als ein Fünftel der mittleren Ausgabenhöhe zur Verfügung, die in den Industriestaaten verzeichnet wird.⁴

Internationale Verpflichtungen zur Finanzierung von Entwicklung und Gesundheit

Die Vertreter einiger Regierungen einschließlich der Europäischen Union blockierten im Vorfeld der 3. Internationalen Konferenz über Entwicklungsfinanzierung geeignete Vorschläge, um konkrete und zeitgerechte Verpflichtungen zur Mobilisierung der dringend benötigten Finanzmittel in das Ergebnisdokument aufzunehmen. Die einige Monate später

2 UNAIDS (2015), S. 101.

3 Vgl. Rüppel (2015), S. 16.

4 Vgl. ebd., S. 5.

verabschiedete 2030-Agenda übernahm dieses fatale Verhandlungsergebnis. Dabei hatten die EU-Mitgliedstaaten 2005 zugesagt, den Richtwert der Vereinten Nationen zu erfüllen und bis spätestens 2015 nicht weniger als 0,7 Prozent des Bruttonationaleinkommens für die öffentliche Entwicklungszusammenarbeit aufzubringen. Statt das Versprechen zu erfüllen haben sich diejenigen durchgesetzt, die einen weiteren Aufschub bis zum Auslaufen der neuen Entwicklungsagenda in Anspruch nehmen wollen.

Dementsprechend geht auch die Zielvorgabe zur Finanzierung von Gesundheit (SDG 3.c) nicht über unverbindliche Aussagen hinaus. Die WHO-Kommission für Makroökonomie und Gesundheit kam in ihrem 2001 publizierten Bericht 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 benachteiligten Ländern bereitstellen müsste. Einige Jahre später wurde diese Empfehlung durch weitere Studien des Millenniumsprojekts der Vereinten Nationen bestätigt, das den Finanzierungsbedarf für die Verwirklichung aller MDGs untersuchte. Auch wenn diese Zielgröße nicht in die Post-2015-Agenda übernommen wurde, sollte ihre Realisierung bis 2020 eingefordert werden. Dann kann es gelingen, die Finanzierungslücken bei allen zentralen Handlungsfeldern der globalen Gesundheit zu schließen, wenn zugleich die Länder des globalen Südens angemessene Anstrengungen unternehmen, um ihre Staatseinnahmen und den Gesundheitsanteil an den öffentlichen Haushalten zu erhöhen.

Umfassende Analyse der ODA-Leistungen für die Gesundheitsförderung

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 an Mitteln öffentlicher Entwicklungszusammenarbeit (official development assistance, ODA) für Gesundheit im Ganzen und die HIV-Bewältigung im Besonderen möglichst

umfassend und realitätsnah zu analysieren und zu quantifizieren.

Die dafür entwickelte Methodik überprüft und klassifiziert alle Projekte, die als Gesundheitsvorhaben an den Entwicklungsausschuss der OECD (Development Assistance Committee oder kurz DAC) gemeldet werden oder deren Beschreibungen einen Gesundheitsbezug enthalten. Das gilt sowohl für die bilaterale Zusammenarbeit als auch für die Aktivitäten internationaler Organisationen. Dabei 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.

Durch die Berichtigung von Meldefehlern und differierenden Zuordnungskriterien kann eine realitätsnahe Schätzung produziert werden, die es erlaubt, die Ressourcenflüsse der verschiedenen Geberstaaten über die Jahre zu vergleichen und mit den einschlägigen Bedarfsanalysen ins Verhältnis zu setzen. Somit stehen für den Zeitraum 2007 bis 2013/14 belastbare Studienergebnisse zur Verfügung, um die finanziellen Leistungen zu bewerten. Für die übrigen Jahre sowie die bilaterale Kooperation seitens der nichteuropäischen DAC-Staaten greifen wir im Folgenden auf eine ergänzende Analyse der offiziellen Angaben zurück, die auf Basis der vorliegenden Erfahrungswerte bereinigt wurden. Es ist beabsichtigt, die Untersuchungen weiterzuführen, um die Leistungen dieser Geber noch genauer zu bestimmen.⁵

Die Analyse konzentriert sich auf die ODA-Beiträge, die in Form von Zuschüssen direkt in Entwicklungsländer oder an relevante internationale Organisationen transferiert wurden. Denn nur diese Ressourcetransfers sind geeignet, die Finanzierungsbedarfe der besonders benachteiligten Länder und Bevölkerungsgruppen in den für die menschliche Entwicklung vorrangigen Sektoren abzudecken, ohne die zukünftigen Handlungsspielräume einzuschränken.

⁵ Für eine ausführliche Beschreibung der Methodik und Darstellung der Ergebnisse siehe Ruppel (2016).

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 keine Haushaltsmittel sondern Gelder vom Kapitalmarkt eingesetzt werden.

Deutschlands finanzielle Anstrengungen für die Verwirklichung der Gesundheits-MDGs

Gemessen an der Wirtschaftskapazität blieb der Umfang der deutschen ODA-Leistungen für die globale Gesundheit über die gesamte MDG-Periode weit unter der empfohlenen Quote und erreichte in den meisten Jahren kaum ein Drittel der durchschnittlichen Beitragshöhe der übrigen DAC-Staaten Europas mit vergleichbaren wirtschaftlichen Voraussetzungen. Die mangelnde politische Bereitschaft, die notwendigen Anstrengungen zu unternehmen oder zumindest mit den europäischen Geberländern Schritt zu halten, führte zu einem folgenschweren Defizit. Wenn Deutschland seit 2000 seine ODA-Zuschüsse für Gesundheit auf das mittlere in der Grafik dargestellte Niveau angehoben hätte, so wäre bis 2015 ein Gesamtbeitrag von fast 31 Milliarden Euro zustande gekommen. Die tatsächlichen Leistungen summieren sich aber lediglich auf gut zehn Milliarden Euro. Der Fehlbetrag von annähernd 21 Milliarden Euro würde ausreichen, um über zwei volle Jahre die gesamten internationalen Ressourcen aufzubringen, die nach den neuesten Schätzungen von UNAIDS für die Beendigung der Aids-Epidemie benötigt werden.

In der Rangfolge der Geber für Gesundheit landet Deutschland abgeschlagen auf dem 15. Platz. Das ist eine niederschmetternde Bilanz wenn man in Rechnung stellt, dass mindestens vier der 22 seit längerem dem DAC angehörenden Staaten mit massiven Folgen der Schuldenkrise kämpfen, während sich Deutschlands Volkswirtschaft überdurchschnittlich schnell davon erholt hat.

Auch bei der Unterstützung der globalen Antwort auf die HIV-Epidemie lag Deutschland mit 0,009 Prozent des BNE zwischen 2007 und 2015 nur bei einem Drittel des Mittelwerts der anderen europäischen Geberländer, die weniger stark von der Krise beeinträchtigt wurden. Und obwohl der Globale Fonds zur

Bekämpfung von Aids, Tuberkulose und Malaria nicht nur das wichtigste Finanzierungsinstrument für die Bekämpfung der verheerendsten Epidemien darstellt, sondern bei den Finanzierungswegen der deutschen Gesundheits-ODA an zweiter Stelle steht, liegt der Beitrag Deutschlands unter dem europäischen Vergleichswert.

Deutschlands notwendiger Weg zum angemessenen Beitragszahler für globale Gesundheit

In der MDG-Periode blieben Deutschlands ODA-Beiträge für die Gesundheitsversorgung noch weiter unter dem angemessenen Niveau als es bei den Gesamtleistungen festzustellen ist. In den kommenden Jahren sollte es das Bestreben der politisch Verantwortlichen sein, durch deutlich erhöhte Anstrengungen für die Umsetzung der 2030-Agenda das aufgelaufene Defizit wenigstens annähernd auszugleichen.

Die Verwirklichung des empfohlenen gesundheits-spezifischen Finanzierungsziels bis 2020 als Teil der notwendigen Umsetzung des VN-Richtwerts für die ODA-Gesamtleistungen durch die DAC-Staaten würde nach aktuellen Wirtschaftsprognosen den kollektiven Beitrag für Gesundheit von derzeit 22 auf rund 50 Milliarden US-Dollar erhöhen. Damit könnte die internationale Gemeinschaft im Verbund mit den Eigenmitteln der Entwicklungsländer grundlegende Gesundheitsdienste auch und gerade dort ermöglichen, wo die strukturelle Vulnerabilität, die soziale Diskriminierung und die wirtschaftliche Not am größten sind.

Eingedenk der historischen Verantwortung und angesichts der aktuellen Realitäten der Entwicklungs- und Gesundheitsfinanzierung sollte Europa die Hälfte dieser Gesamtmittel aufbringen. Dadurch erhöht sich die Zielquote um rund ein Drittel auf voraussichtlich 0,136 Prozent. Das entspricht der Beitragshöhe, die von den fünf erstplatzierten Geberländern im Schnitt bereits erreicht wird. Für Deutschland bedeutet dies, die ODA-Zuschüsse für Gesundheit bis zum Ende des Jahrzehnts auf 4,8 bis 4,9 Milliarden Euro zu erhöhen. Davon entfielen ein Betrag von rund 1,3 Milliarden Euro auf die faire Beteiligung an den Kosten für die Beendigung von Aids. Ein wichtiger Schritt auf diesem Weg ist die Aufstockung des direk-

Abbildung 2.5.1

Deutschlands ODA-Zuschüsse für Gesundheit während der MDG-Periode in Mio. Euro

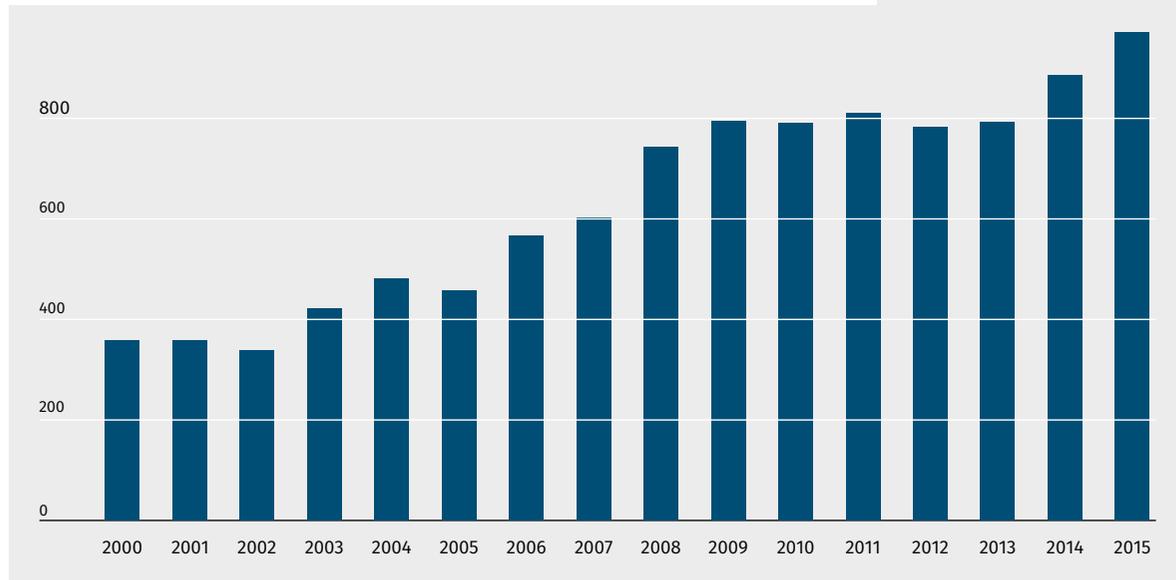
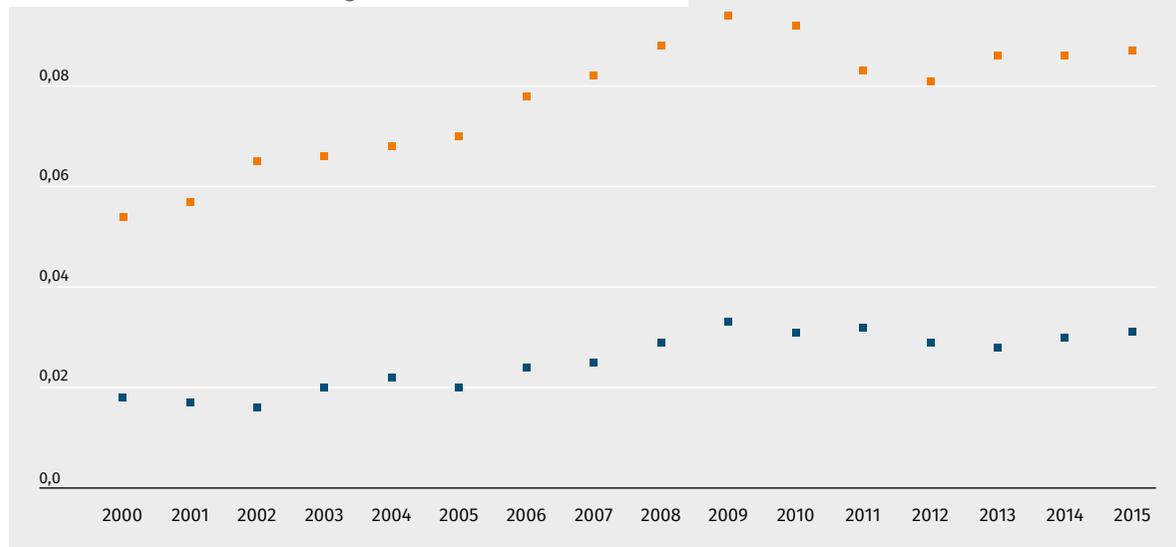


Abbildung 2.5.2

Deutschlands ODA-Zuschüsse für Gesundheit während der MDG-Periode in Prozent des BNE im Vergleich zu anderen OECD-Ländern



Quelle: Einzelprüfung aller relevanten an die OECD gemeldeten Projekte in 2007-2014, bereinigte offizielle Daten für 2000-2006, Projektion auf Basis von Neuzusagen, Beiträgen und vorläufigen Gesamtauszahlungen für 2015, durchschnittliche Quote der übrigen europäischen DAC-Mitgliedstaaten außer Italien, Spanien, Griechenland und Portugal. Quelle: Welthungerhilfe et al (2015), S. 22f.

2.5 Deutschlands Finanzierungsbeiträge für die globale Gesundheit

ten Beitrags für den Globalen Fonds auf insgesamt 1,2 Millionen Euro für die Jahre 2017 bis 2019. Dass die anvisierten Steigerungsraten beträchtlich erscheinen, ist allein dem weit unterdurchschnittlichen Ausgangsniveau geschuldet.

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



Joachim Rüppel ist Mitarbeiter am Missionsärztlichen Institut Würzburg und dort für die HIV-Arbeit und politische Anwaltschaft verantwortlich. Außerdem ist er Mitglied des Vorstandes im Aktionsbündnis gegen Aids.

Literatur

Rüppel, Joachim (2016): Deutschlands Beiträge für die globale Gesundheit und HIV-Bewältigung im Kontext der Verwirklichung der Millenniums-Entwicklungsziele. Berlin.

Rüppel, Joachim (2015): Mobilizing the Resources Required for Universal Health Coverage: Outline of a Global Compact towards Closing the Financing Gap by 2020. Würzburg.

UNAIDS (2015): How AIDS changed everything. Genf [www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/MDG6Report_en.pdf].

United Nations Population Division (2015): World Population Prospects: The 2015 Revision. New York [www.un.org/en/development/desa/population/events/other/10/index.shtml].