



**ACTION FOR
GLOBAL HEALTH**

FULL FUNDING
STRONG SYSTEMS
FAIR ACCESS

FAKTENCHECK GESUNDHEIT

DIE DEUTSCHE GESUNDHEITS-
ENTWICKLUNGSZUSAMMENARBEIT
UNTER DER LUPE

AUTOR / INNEN:

Tobias Luppe · Heino Güllemann · Charlotte Becker



© Abbie Trayler-Smith | Oxfam

BERLIN
FEBRUAR 2013

Impressum

Herausgeber:

© Oxfam Deutschland, terre des hommes Deutschland,
Februar 2013

Oxfam Deutschland e. V.
Greifswalder Straße 33 a
10405 Berlin
Telefon: 0 30 / 4 53 06 90
E-Mail: info@oxfam.de

terre des hommes Deutschland e. V.
Ruppenkampstraße 11 a
49084 Osnabrück
Telefon: 05 41 / 71 01 - 0
E-Mail: post@tdh.de

V. i. S. d. P.:

Marion Lieser, Danuta Sacher

Satz:

Jule Kienecker, Berlin
www.jule-kienecker.de

Druck:

H. Heenemann, Berlin
www.heenemann-druck.de

Umschlagfoto:

Krankenschwester Lucy Chilinda, 35 Jahre, Bwalia „Bottom“ Hospital,
Lilongwe, Malawi. © Abbie Trayler-Smith / Oxfam

Inhalt



2	Impressum	
4	Abkürzungsverzeichnis	
5	Danksagung	
6	Zusammenfassung Empfehlungen an die Bundesregierung	
9	1. Einleitung: Entwicklungszusammenarbeit im Kontext der globalen Finanz- und Wirtschaftskrise	
	12 Gliederung	
	12 Methode	
15	2. Die deutsche Gesundheits-EZ	
	16 Institutionelle Rahmenbedingungen	
	17 Deutschlands Bedeutung in der globalen Gesundheitspolitik	
	18 Gesundheits-ODA im europäischen Vergleich: Deutsche Hoch- und Höherrechnung	
	18 Deutsche ODA: Mit Darlehen gestreckt	
	21 Deutsche Gesundheits-ODA: Viel Platz nach oben	
	24 Von mangelnder Transparenz und aufgeblähten Zahlen	
	26 Trends in der deutschen Gesundheits-ODA	
	27 Qualitative Analyse: Die Zahlen im politischen Kontext	
	27 Schwerpunktanalyse: Das BMZ-Sektorkonzept Gesundheit	
	27 Gesundheitssystemstärkung: Leider ohne Budgethilfe	
	29 Infektionskrankheiten: Folgt dem politischen Engagement auch das Geld?	
	29 Reproduktive Gesundheit: In der Bilateralisierungsfalle	
	31 Die schleichende Bilateralisierung der deutschen Gesundheits-EZ	
33	3. Die Finanztransaktionssteuer und ihr Potenzial zur Entwicklungsfinanzierung	
	34 Zum Greifen nahe: Die Finanztransaktionssteuer auf europäischer Ebene	
36	Acht Empfehlungen an die Bundesregierung	

Abkürzungen

AfGH	Action for Global Health
AwZ	Ausschuss für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung
BMZ	Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung
BNE	Bruttonationaleinkommen
DAC	Development Assistance Committee (Entwicklungsausschuss)
DfID	Department for International Development (Abteilung für internationale Entwicklung in Großbritannien)
DIW	Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung
EU	Europäische Union
EZ	Entwicklungszusammenarbeit
FTS	Finanztransaktionssteuer
GAVI	Global Alliance for Vaccines and Immunisation (Globale Allianz für Impfstoffe und Immunisierung)
GFATM	Global Fund to fight Aids, Tuberculosis and Malaria (Globaler Fonds zur Bekämpfung von AIDS, Tuberkulose und Malaria)
GIZ	Gesellschaft für internationale Zusammenarbeit
HIV	Humanes Immundefizienz-Virus
IATI	International Aid Transparency Initiative (Internationale Geber-Transparenz-Initiative)
IHP+	International Health Partnership (Internationales Gesundheitspartnerschaftsprogramm)
IPPF	International Planned Parenthood Federation (Internationale Föderation geplanter Elternschaft)
KfW	Kreditanstalt für Wiederaufbau, Entwicklungsbank
MDG	Millennium Development Goal (Millennium-Entwicklungsziel)
MI	Missionsärztliches Institut Würzburg
ODA	Official Development Assistance (Öffentliche Entwicklungszusammenarbeit)
OECD	Organisation for Economic Cooperation and Development (Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung)
UN	United Nations (Vereinte Nationen)
UNFPA	United Nations Population Fund (Bevölkerungsfonds der Vereinten Nationen)
WHO	World Health Organisation (Weltgesundheitsorganisation)

Danksagung

Dieser Bericht wäre ohne eine Vielzahl von Personen, die engagiert an ihm mitgearbeitet haben, nicht möglich gewesen.

Die sehr umfangreiche Datenanalyse wurde von Joachim Rüppel (Missionsärztliches Institut Würzburg) und Marco Simonelli (Action Aid Italien) geleistet.

Zur Kommentierung des Entwurfes haben sich freundlicherweise bereit erklärt: Corey Barber (Stiftung Weltbevölkerung), Sandra Dworack (Oxfam), Tanja Funkenberg (terre des hommes), Andreas Hübers (ONE), Emil Richter (SEEK Development), Joachim Rüppel (Missionsärztliches Institut Würzburg) und Tobias Hauschild (Oxfam).

Das Layout wurde von Jule Kienecker erstellt.

Der Bericht wurde aus Mitteln des Netzwerkes AfGH finanziert.

Zusammenfassung

Dieser AfGH-Bericht liefert Daten und Fakten zu Umfang und Qualität der deutschen Entwicklungszusammenarbeit (EZ) im Gesundheitsbereich und stellt diese zur Diskussion.

METHODE

Primäre Datenquellen sind die Statistiken des Entwicklungsausschusses (DAC) der OECD. Die vom DAC veröffentlichten Zahlen zur öffentlichen Entwicklungshilfe (ODA) werden in diesem Bericht als „offizielle OECD-Zahlen“ bezeichnet. Darunter sind allerdings auch Ausgabenposten, die keine realen Transfers von Ressourcen darstellen, etwa Schuldenerlasse, kalkulatorische Kosten für Studierende, Kosten für Flüchtlinge in Geberländern und Verwaltungskosten. Die sich nach dem Herausrechnen dieser Posten ergebenden tatsächlichen Finanzströme bezeichnen wir als „reale Ressourcentransfers“. In einem weiteren Schritt wurden die Anteile von Darlehen an den ODA-Mitteln ermittelt und abgezogen um die verbleibenden reinen Zuschusstransfers darzustellen.

Entsprechend werden die ODA-Auszahlungen in drei Stufen aufgeschlüsselt:

- * offizielle OECD-Zahlen,
- * reale Ressourcentransfers (nach Abzug von Schuldenerlassen, kalkulatorischen Kosten für Studierende aus Entwicklungsländern, Kosten für Flüchtlinge in Geberländern und Verwaltungskosten) und
- * reine Zuschusstransfers (nach Abzug von Darlehen).

Die von den Empfängerländern zu leistenden Rückzahlungen für Darlehen wurden herausgerechnet. Aus dieser Analyse ergibt sich der ODA-Nettobeitrag zur Förderung von Gesundheit. Dessen Anteil am Bruttonationaleinkommen (BNE) bildet den zentralen Indikator für die Beurteilung der gesundheitsbezogenen ODA in dieser Studie.

DEUTSCHLAND LIEGT BEI DER FINANZIERUNG VON GESUNDHEITS-EZ ZURÜCK

Im Jahr 2011 betrug die **gesamte ODA** aller Mitglieder des Entwicklungsausschusses (DAC) nach offiziellen Zahlen der OECD 133 Milliarden US-Dollar, was 0,31 % des gemeinsamen BNE entspricht. Betrachtet man die realen Ressourcentransfers und die Zuschusstransfers, schrumpft diese Summe deutlich. Die größten Differenzen zwischen offiziellen OECD-Zahlen, realen Ressourcentransfers und Zuschusstransfers weisen Frankreich und Deutschland auf.

Nach unseren Berechnungen lässt sich der Beitrag Deutschlands wie folgt aufschlüsseln:

- * ODA 2011, offizielle OECD Zahl: 0,4 % des BNE (14,5 Milliarden US-Dollar),
- * realer Ressourcentransfer 2011: 0,35 % des BNE (12,7 Milliarden US-Dollar),
- * reiner Zuschusstransfer 2011: 0,28 % des BNE (10,3 Milliarden US-Dollar).

Hinsichtlich der Bereitstellung realer Ressourcen für die gesundheitsbezogene EZ waren die Niederlande und Großbritannien (beide 0,09% des BNE) am großzügigsten. Deutschland hat mit 0,032% des BNE lediglich ein gutes Drittel dieses Werts erreicht.

GESUNDHEIT IN DER DEUTSCHEN EZ – EIN ECHTER SCHWERPUNKT?

Die Analyse der deutschen Gesundheits-EZ wirft die Frage auf, ob Gesundheit wirklich als ein Schwerpunktsektor der deutschen Entwicklungszusammenarbeit gelten kann.

Im Sektorkonzept „Gesundheit in der deutschen Entwicklungspolitik“ setzt die Bundesregierung folgende inhaltliche Schwerpunkte:

- * Gesundheitssystemstärkung mit Fokus auf Fachkräften und Finanzierung,
- * Bekämpfung von Infektionskrankheiten, insbesondere HIV/Aids sowie
- * sexuelle und reproduktive Gesundheit und Rechte.

Zentral für die **Gesundheitssystemstärkung** sind Ausbau und Nutzung von lokalen Systemen der Politikgestaltung und die Umsetzung der Maßnahmen unter Führung der Partnerländer. Eines der am besten dafür geeigneten Instrumente ist die sektorspezifische bzw. allgemeine Budgethilfe. Im Gegensatz zu anderen wichtigen Gebern greift das Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (BMZ) jedoch kaum auf dieses Instrument zurück.

Mehr als ein Drittel aller Todesfälle in armen Ländern wird durch Infektionskrankheiten verursacht. Deren Bekämpfung ist ein wichtiger Teil der BMZ-Gesundheitsstrategie. Alleine HIV/Aids ist rund ein Drittel der gesundheitsbezogenen EZ-Mittel zuzuordnen. In diesem Zusammenhang ist die Stagnation der deutschen Beiträge zum Globalen Fonds zur Bekämpfung von Aids, Tuberkulose und Malaria (GFATM) bedenklich.

Im Bereich **sexuelle und reproduktive Gesundheit und Rechte** ist die 2011 gestartete Initiative zur selbstbestimmten Familienplanung und Müttergesundheit das Kernstück des BMZ-Engagements. Die Initiative wird – obwohl im multilateralen Rahmen der G8 vereinbart – ausschließlich bilateral umgesetzt. Dies scheint Teil der Gesamtstrategie des BMZ in der Entwicklungszusammenarbeit zu sein.

Im Koalitionsvertrag findet sich ein klares Bekenntnis zum Bilateralismus. Es werden zunehmend sogenannte bilaterale Beistellungen vergeben. Durch die direkte Einflussnahme des einzelnen Gebers auf die Verwendung der Mittel untergraben bilaterale Beistellungen die Idee des Multilateralismus. Sie sind daher kritisch zu bewerten.

DIE FINANZTRANSAKTIONSSTEUER ALS INSTRUMENT DER ENTWICKLUNGSFINANZIERUNG

Aufgrund der angespannten Haushaltssituation in vielen europäischen Ländern wird die Entwicklungsfinanzierung in den kommenden Jahren weiter unter Druck geraten. Auch die Bundesregierung betont die Bedeutung innovativer Finanzierungsinstrumente für die EZ. Ein mögliches Instrument ist die Finanztransaktionssteuer (FTS), eine Abgabe auf den Handel mit Finanzprodukten wie Aktien, Anleihen und Derivaten usw. Sie wird voraussichtlich schon 2013 im Rahmen einer verstärkten Zusammenarbeit von mindestens 11 EU-Ländern eingeführt.

Ein Teil der Einnahmen aus der FTS sollte für die globale Entwicklungsfinanzierung und im Gesundheitsbereich, eingesetzt werden. Die politischen Entscheidungsträger/innen sollten sich schnellstmöglich für eine solche Mittelverwendung aussprechen. Mit der Einführung der FTS in Deutschland und anderen europäischen Ländern kann so aus der globalen Krise eine globale Chance für Entwicklung und Gesundheit erwachsen.

Empfehlungen an die Bundesregierung

Zusammenfassung:

- 1 Die deutsche Bundesregierung sollte das 0,7%-Ziel für Entwicklungszusammenarbeit und das 0,1%-Ziel für gesundheitsbezogene EZ ernsthaft verfolgen.
- 2 Dazu gehört der Einsatz der Bundesregierung für die Einführung einer Finanztransaktionssteuer wie auch für eine Zweckbindung eines erheblichen Teils der Einnahmen an Entwicklungsfinanzierung.
- 3 Die Bundesregierung sollte die deutsche ODA-Quote nicht künstlich aufblähen.
- 4 Die Bundesregierung sollte bei der Vergabe von ODA als Darlehen zurückhaltender sein.
- 5 Die Bundesregierung sollte die Transparenz der Entwicklungszusammenarbeit erheblich steigern, die OECD-DAC-Berichte verbessern und das IATI-Abkommen umsetzen.
- 6 Die Bundesregierung sollte die Förderung von Gesundheitssystemen weiter ausbauen und sich an den international anerkannten Prinzipien wirksamer Entwicklungszusammenarbeit – einschließlich Budgethilfe – orientieren.
- 7 Die Bundesregierung sollte die Tendenz zur Bilateralisierung der Gesundheits-EZ umkehren und stattdessen verstärkt Mittel über multilaterale Kanäle vergeben.
- 8 Die umstrittene Praxis der bilateralen Beistellungen sollte hinsichtlich ihrer Effizienz und Auswirkungen kritisch überprüft werden.

1. Einleitung

Entwicklungszusammenarbeit im Kontext der globalen Finanz- und Wirtschaftskrise

FAKTENCHECK GESUNDHEIT **BERICHT**



Einleitung

Entwicklungszusammenarbeit im Kontext der globalen Finanz- und Wirtschaftskrise

Die Finanzierung der Entwicklungszusammenarbeit (EZ) steht angesichts der globalen Finanz- und Wirtschaftskrisen vor massiven Herausforderungen. Wichtige Geberländer, wie z. B. Italien, Spanien und die Niederlande, haben ihre Mittel für Entwicklungszusammenarbeit jüngst reduziert. Auch in Deutschland wird der Etat des Entwicklungsministeriums 2013 erstmals seit neun Jahren wieder gesenkt und es sind weitere durch die Schuldenbremse induzierte Kürzungen des Haushalts in den kommenden Jahren zu befürchten.

Der Bedarf an Entwicklungsfinanzierung in den ärmsten Ländern der Welt ist jedoch keineswegs gesunken. Oftmals sind es auch in diesen Ländern soziale Grunddienste, wie die Gesundheitsfürsorge oder die soziale Absicherung im Krankheitsfall, die in Krisenzeiten in Mitleidenschaft gezogen werden.¹

Vor diesem Hintergrund gilt es, die deutschen Leistungen in der gesundheitsbezogenen EZ seit Ausbruch der Finanz- und Wirtschaftskrise zu analysieren und die Trends in Deutschland wie auch im europäischen Vergleich aufzuzeigen. Zudem wird diskutiert wie die Entwicklungsfinanzierung trotz angespannter Haushalts- und Wirtschaftslage gesichert werden kann.

Der vorliegende Bericht analysiert die Finanzierung der deutschen EZ insbesondere im Gesundheitsbereich anhand aktueller Daten des Entwicklungsausschusses (DAC) der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD). Der Bericht knüpft an die von Action for Global Health (AfGH) seit 2007 veröffentlichten Untersuchungen zur deutschen und europäischen EZ im Gesundheitssektor an und ergänzt die englischsprachige AfGH-Gesamtanalyse der Gesundheits-EZ der wichtigsten europäischen Geber.²

AfGH ist ein Netzwerk von Nichtregierungsorganisationen aus Großbritannien, den Niederlanden, Frankreich, Spanien, Italien, Deutschland und Brüssel (für die EU). Ziel des Netzwerks ist es, zur Erreichung der gesundheitsspezifischen Millennium-Entwicklungsziele Einfluss auf die Regierungen der EU-Mitgliedsstaaten sowie die Europäische Kommission zu nehmen. Die deutschen Partner von AfGH sind Oxfam Deutschland, terre des hommes und die Deutsche Stiftung Weltbevölkerung.

¹ Vgl.: Lewis, M., Verhoeven, M. (2012): *Financial Crises and Social Spending: The Impact of the 2008 – 2009 Crisis*.

² Action for Global Health (2012): *Results or Rhetoric? What you didn't know about Europe's aid for health*.



Krankenschwester Miriam Chisizwa, 45 Jahre, Bwalia „Bottom“ Hospital, Lilongwe, Malawi. Sie arbeitet 24-Stunden-Schichten und verdient 120 Euro im Monat. Miriam Chisizwa „Ich fühle mich sehr müde“.

Gliederung

Der erste Teil des vorliegenden Berichts zeichnet ein akkurates Bild des deutschen EZ-Volumens insgesamt und für den Gesundheitssektor. Die Berechnungen basieren auf den Zahlen zur öffentlichen Entwicklungszusammenarbeit (Official Development Assistance, ODA) des Entwicklungsausschusses (DAC) der Organisation für Wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD). Diese werden analysiert und neu berechnet, um ein präziseres Bild der tatsächlichen Mittelflüsse zu erhalten. Des Weiteren werden die geleisteten Zahlungen in Bezug zu den politischen Absichtsbekundungen im Gesundheitsbereich, zum Sektorkonzept Gesundheit des Bundesministeriums für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (BMZ) und zu den internationalen Verpflichtungen der Bundesregierung gesetzt und bewertet.

Der zweite Teil zeigt die Möglichkeiten auf, die sich aus der Finanztransaktionssteuer (FTS) als innovativem Instrument für Entwicklungsfinanzierung im Gesundheitsbereich ergeben können. Dies geschieht auch mit Blick auf die europäische Ebene und die Bundestagswahl 2013.

Am Ende der Analyse stehen acht Empfehlungen an die deutsche Bundesregierung zur zukünftigen Ausrichtung und Finanzierung der Entwicklungszusammenarbeit im Gesundheitssektor.

Methode

Die in diesem Bericht genutzte Berechnungsmethode erlaubt eine genaue Bewertung der von der OECD erfassten ODA-Beiträge für Entwicklung und insbesondere Gesundheit. Primäre Datenquellen sind die statistischen Systeme des DAC. Sie liefern die verlässlichsten und umfassendsten Informationen über ODA-Ströme.

Entwickelt wurde die Methode vom Missionsärztlichen Institut Würzburg (MI). Seit 2010 arbeiten AfGH und MI gemeinsam daran, diesen Ansatz auf die Geberleistungen Deutschlands und weiterer OECD-Mitgliedstaaten anzuwenden.

Die aktuelle Untersuchung deckt die Zeiträume von 2007 bis 2011 für die Gesamt-ODA und von 2007 bis 2010 für die Gesundheits-ODA ab. Dies entspricht der derzeitigen Verfügbarkeit von Daten. Die deutschen Zahlen werden im europäischen Kontext mit denen Frankreichs, Großbritanniens, Italiens, Spaniens und der Niederlande verglichen.

Als ODA werden die Finanzflüsse an Entwicklungsländer und multilaterale Institutionen bezeichnet, die von staatlichen Stellen oder deren ausführenden Organen bereitgestellt werden. Gemäß den OECD-Kriterien müssen ODA-Leistungen auf die Förderung der wirtschaftlichen Entwicklung und des Gemeinwohls von Entwicklungsländern abzielen. Wenn Darlehen zum Einsatz kommen, müssen diese zu Vorzugsbedingungen vergeben werden und eine Zuschusskomponente von mindestens 25% beinhalten.

Der Bericht konzentriert sich, in Abgrenzung zu den Zusagen (*commitments*), auf die ODA-Auszahlungen (*disbursements*). Die Auszahlungen stellen die tatsächlichen Finanzströme dar, die dann mit den Zielsetzungen, Absichtserklärungen und Verpflichtungen einer Regierung abgeglichen werden können. Die durch den DAC gebilligten ODA-Zahlen bezeichnen wir als „offizielle OECD-Zahlen“. Darunter sind auch Ausgabenposten und Buchungen, die keine realen Transfers von finanziellen, technischen oder personellen Ressourcen darstellen; etwa Schuldenerlasse, kalkulatorische Kosten für Studierende aus armen Ländern, Kosten für Flüchtlinge in Geberländern und Verwaltungskosten. Diese tragen nicht direkt zur internationalen Entwicklung bei, insbesondere nicht im Bereich der globalen Gesundheit. Daher rechnen wir diese Arten von Ausgabenposten und Buchungen heraus. Die so ermittelten tatsächlichen Finanzströme bezeichnen wir im gesamten Bericht als „reale Ressourcentransfers“.

In einem weiteren Schritt wurden die Anteile von Darlehen an der Gesundheits-EZ berechnet und abgezogen. Die Vergabe von Darlehen wirft eine Reihe von Fragen auf, die es ratsam erscheinen lassen, diese Form der EZ-Leistungen einer separaten Betrachtung zu unterziehen. So sind die ärmsten Staaten kaum in der Lage, ODA-Darlehen zurückzuzahlen, und dies wiederum widerspricht der Zielsetzung der Armutsorientierung. Selbst in Ländern mit mittlerem Einkommensniveau erhöhen Darlehen das Überschuldungsrisiko.

Entsprechend wurden die ODA-Auszahlungen in drei Stufen aufgeschlüsselt:

- * offizielle OECD-Zahlen;
- * reale Ressourcentransfers (nach Abzug von Schuldenerlassen, kalkulatorischen Kosten für Studierende aus armen Ländern, Kosten für Flüchtlinge in Geberländern und Verwaltungskosten) und
- * Zuschusstransfers (nach Abzug von Darlehen).

Auf diesen drei analytischen Ebenen wurden sowohl die gesamte ODA als auch die gesundheitsbezogenen Finanzströme dargestellt.

Ein zweiter Aspekt der Berechnungsmethode bezieht sich auf die Genauigkeit der Erfassung von Gesundheits-ODA in der OECD-Datenbank. Das OECD-Berichtssystem fordert, dass die Geber jeden Ausgabenposten gemäß einem Sektor- und einem Zweckcode klassifizieren. Die wichtigsten Codes für Gesundheits-ODA sind „Gesundheit“ (DAC-Code 120) und „Bevölkerungspolitik/-programme und reproduktive Gesundheit“ (DAC-Code 130). Wegen unterschiedlicher Definitionen und Verständnisse der Codes treten zwischen den jeweiligen Gebern jedoch Ungenauigkeiten in der Zuordnung auf. Unsere Analyse zeigt, dass eine beträchtliche Zahl von gesundheitlich klassifizierten Leistungen nicht in diese Kategorie gehört. Andererseits haben viele Projekte aus anderen Sektoren durchaus einen starken Gesundheitsbezug.

Zudem sind die Projektbeschreibungen oft unvollständig oder fehlerhaft. Die unterschiedliche Qualität der Berichterstattung durch die Geber legt nahe, dass bessere Beratung, mehr Transparenz und detailliertere Kontrollen notwendig sind, um zu gewährleisten, dass Finanzströme in der OECD-Datenbank korrekt wiedergegeben werden.

Um dennoch ein exaktes Bild der Gesundheits-ODA zu zeichnen, haben wir für jedes Projekt der hier untersuchten Länder eine systematische Überprüfung durchgeführt. Darüber hinaus haben wir mit Hilfe einer Stichwortsuche alle Projekte in anderen Sektoren auf ihre Gesundheitsrelevanz geprüft. So konnte die Kategorisierung nach Gesundheit bzw. Bevölkerungspolitik/-programmen und reproduktiver Gesundheit gegebenenfalls korrigiert bzw. ergänzt werden. Dadurch wurde auch eine ganze Reihe von Projekten erfasst, die durchaus der Gesundheit zuzurechnen, aber nicht so klassifiziert sind.

Dank dieser Methode liegt nun eine vollständige und konsolidierte Datenbank der Programme, Projekte und Projektkomponenten im Bereich Gesundheit vor.

Die Leistungen der relevanten multilateralen Organisationen, die von 2007 bis 2010 keine Projektdaten an die OECD gemeldet haben, wurden anhand ihrer Jahresberichte oder institutionellen Budgets erfasst, indem wir den Beitrag für Gesundheit als Anteil der Gesamtauszahlungen bestimmt haben. Um die Geberbeiträge zu diesen multilateralen Organisationen als ODA-Zahlungen für Gesundheit quantifizieren zu können, wurde anschließend der jeweilige Geberanteil an der Finanzierung der Organisation berechnet.

Weiterhin wurde die Gesundheitsfinanzierung durch allgemeine Budgethilfe berücksichtigt.³ Diese Beträge werden auf Basis der an das jeweilige Empfängerland ausgezahlten jährlichen Budgethilfe und des Verhältnisses der Gesundheitsausgaben zu den gesamten Staatsausgaben im betreffenden Jahr berechnet.

Da einige Geber, einschließlich Deutschland, einen beträchtlichen Teil ihrer Gesundheits-ODA in Form von Darlehen zur Verfügung stellen, haben wir versucht, die von den Empfängerländern zu leistenden Rückzahlungen in diesem Bereich zu errechnen. Wegen des Fehlens sektorspezifischer Daten haben wir den Gesundheitsanteil aller während der vergangenen Jahre auf einer rückzahlbaren Basis getätigten ODA-Verpflichtungen verwendet, für die diese Informationen verfügbar sind (Zeitraum von 1995 bis 2010). Der sich daraus ergebende Prozentsatz wurde auf die Gesamtbeträge hochgerechnet, die den ODA-Empfängern im betreffenden Jahr vom Geberland zugeflossen sind. Dadurch erhielten wir den ungefähren Umfang der sich aus den Darlehen ergebenden Rückzahlungen. Nach Abzug der Rückflüsse von den Bruttoauszahlungen ergab sich der ODA-Nettobeitrag für Gesundheit.

Dieser ODA-Nettobeitrag wurde zum Bruttonationaleinkommen (BNE) des Geberlandes ins Verhältnis gesetzt und bildet den zentralen Indikator für die Beurteilung der gesundheitsbezogenen ODA.

Auf der AfGH-Webseite können detaillierte interaktive Darstellungen aus der diesem Bericht zugrundeliegenden Datenbank abgerufen werden:

www.actionforglobalhealth.eu/odatracker

³ Bei der Budgethilfe unterstützt der Geber nicht primär Einzelprojekte, sondern den öffentlichen Haushalt. Es existieren zwei Formen: Die generelle Budgethilfe unterstützt das Gesamtbudget eines Landes, bei der sektoralen Budgethilfe fließt das Geld in ausgewählte Sektoren, die für die Entwicklung besonders relevant sind, wie zum Beispiel Gesundheit.

2.

Die deutsche Gesundheits-EZ

FAKTENCHECK GESUNDHEIT **BERICHT**



Institutionelle Rahmenbedingungen

Mit rund 60% wird mehr als die Hälfte der deutschen Gelder für Entwicklungszusammenarbeit im BMZ verwaltet und unterliegt der direkten politischen Steuerung durch den Bundesminister. Rund 40% werden vor allem über den deutschen Beitrag zu EU-Institutionen, über die Bundesländer, sowie zu kleinen Anteilen durch andere Ministerien abgewickelt.

Die über das BMZ verwalteten Mittel fließen maßgeblich über die deutschen Durchführungsorganisationen KfW und GIZ.

Sämtliche entwicklungspolitischen Aktivitäten unterliegen der Kontrolle der relevanten Ausschüsse des Deutschen Bundestages (bzw. der Landesparlamente), die auch in den Haushaltsaufstellungen eine zentrale Rolle spielen. Hier sind neben dem Haushaltsausschuss vor allem der Ausschuss für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (AwZ) und der AwZ-Unterausschuss „Gesundheit in Entwicklungsländern“ zu nennen.



Abgelegt: Pädiatrische Abteilung im Kinderkrankenhaus Kamuzu Central Hospital, Lilongwe, Malawi.

Deutschlands Bedeutung in der globalen Gesundheitspolitik

Spätestens seit der deutschen G8-Präsidentschaft 2007 nimmt die Bundesregierung im Bereich der globalen Gesundheitspolitik eine wichtige Rolle ein. Im Rahmen der G8-Präsidentschaft wurde die *Providing for Health*⁴-Initiative ins Leben gerufen, im späteren Verlauf war die Bundesregierung Mitinitiatorin der *International Health Partnership (IHP+)*.⁵ Zusätzliche Bedeutung in der internationalen Gesundheitspolitik erhielt Deutschland durch den 2010 eingenommenen Sitz im Exekutivrat der WHO, den 2012 eingenommenen eigenständigen Sitz im Verwaltungsrat des Globalen Fonds zur Bekämpfung von Aids, Tuberkulose und Malaria (GFATM) und die 2012 erfolgte Berufung zweier deutscher Expert/innen in hochrangige internationale entwicklungspolitische Arbeitsgruppen⁶.

Die in diesem Bericht vorgelegten Analysen, Forderungen und Empfehlungen sind vor dem Hintergrund der steigenden Bedeutung Deutschlands in der globalen Gesundheitspolitik zu verstehen.



Krankenschwester Melifa Mphasa aus Lilongwe, Malawi:
„Ich tue meinen Dienst gerne aber wir brauchen Gehälter von denen man leben kann“.

4 Siehe <http://www.who.int/providingforhealth/en/>

5 Siehe <http://www.internationalhealthpartnership.net/en/>

6 Namentlich Horst Köhler, berufen in das UN-Beratergremium zur Zukunft der globalen Entwicklungsziele, und Renate Bähr, berufen in die *High Level Task Force for ICPD*.

Gesundheits-ODA im europäischen Vergleich: Deutsche Hoch- und Höherrechnung

Deutsche ODA: Mit Darlehen gestreckt

Im Jahr 2011 meldeten die Mitglieder des Entwicklungsausschusses (DAC) der OECD insgesamt 133 Milliarden US-Dollar ODA, was 0,31 % ihres gemeinsamen BNE darstellt. Gemäß offiziellen OECD-Zahlen trugen die europäischen DAC-Mitglieder mit rund 80 Milliarden US-Dollar (60%) zu dieser Summe bei.

Das ist wenig, angesichts der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit der Geberländer. Zwischen den derzeitigen offiziellen ODA-Ausgaben und der Selbstverpflichtung, bis spätestens 2015 0,7% des BNE als ODA bereitzustellen, klafft eine enorme Lücke. 2011 fehlten noch 55% des Gesamtwertes beziehungsweise 166 Milliarden US-Dollar zur Erreichung des Ziels. Für 27% der ODA-Lücke trugen die europäischen DAC-Mitglieder die Verantwortung – hier sind vor allem Deutschland und Italien als Quotensünder zu nennen. Dass Deutschland die 0,7%-Marke bis 2015 noch erreicht, erscheint inzwischen höchst unwahrscheinlich. Die Kürzung des EZ-Titels im Bundeshaushalt 2013 um 87 Millionen Euro deutet in die entgegengesetzte Richtung.

Diese Berechnungen basieren allerdings auf den offiziellen OECD-Zahlen. Ausgedrückt in realen Ressourcen- oder Zuschusstransfers wäre die Lücke noch größer. 2011 wurden 25% der gesamten öffentlichen und von der OECD akzeptierten ODA – über 32 Milliarden US-Dollar – in den Geberländern ausgegeben bzw. ausgewiesen (15,9 Milliarden US-Dollar) oder als Darlehen übertragen (16,4 Milliarden US-Dollar). Zieht man diese Ausgaben ab, wächst die Lücke zwischen Anspruch und Wirklichkeit von 55% auf 66% beziehungsweise von 166 Milliarden auf 198 Milliarden US-Dollar.

Die größten Differenzen zwischen offiziellen ODA-Zahlen, realen Ressourcentransfers und Zuschusstransfers weisen Frankreich und Deutschland auf.

Nach unseren Berechnungen lässt sich der Beitrag Deutschlands wie folgt aufschlüsseln:

- * offizielle ODA 2011 laut OECD: 0,4% des BNE (14,5 Milliarden US-Dollar),
- * realer Ressourcentransfer 2011: 0,35% des BNE (12,7 Milliarden US-Dollar),
- * reiner Zuschusstransfer 2011: 0,28% des BNE (10,3 Milliarden US-Dollar).

Der Beitrag Frankreichs für 2011 reduziert sich von 0,46% des BNE in offiziellen OECD-Zahlen (13 Milliarden US-Dollar) auf 0,35% reale Ressourcentransfers und 0,2% reine Zuschusstransfers.

Eine der Ursachen für diese Diskrepanzen ist, dass Deutschland als eines der wenigen Länder in größerem Maße kalkulatorische Studienkosten für Studierende aus armen Ländern an den DAC meldet⁷: „Germany's aid disbursements to scholarships and imputed student costs were almost eleven times the amount it spent on direct aid to secondary general education and vocational training in 2010.“⁸ Zwischen 2008 und 2010 betrug die von der Bundesregierung angerechneten Studienplatzkosten für ausländische Studierende in Deutschland durchschnittlich rund 650 Millionen Euro pro Jahr.

Die Differenz zu den reinen Zuschusstransfers erklärt sich aus den großen Summen, die Deutschland und Frankreich in Form von Darlehen vergeben. Außer ihnen macht keines der anderen von der AfGH untersuchten Länder in nennenswertem Maße von dieser fragwürdigen Praxis Gebrauch.

Unter dem Druck, das 0,7%-Ziel zu erreichen, zeigen insbesondere diese beiden europäischen Geber eine erstaunliche Kreativität.



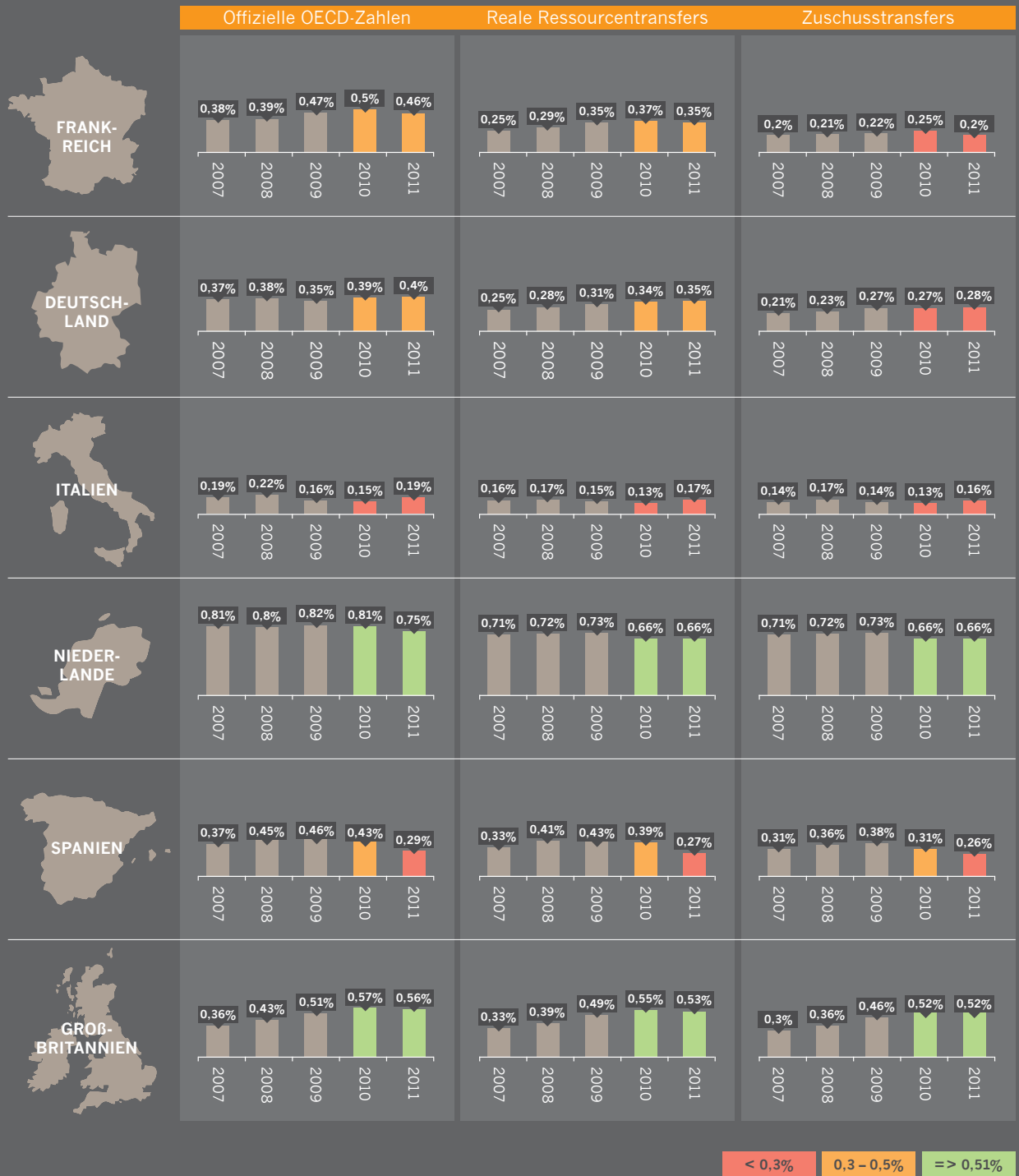
Ibrahim Kamara (12) übernahm viel Verantwortung für Ibrahim Tarawallie (3) nach dem Tod seiner Mutter.

⁷ „Germany is among the few DAC members to include significant amounts of imputed student costs in ODA.“ OECD (2005): DAC Peer Review Germany, S. 32.

⁸ UNESCO, EFA (Education for All) Global Monitoring Report 2012 (2012): Youth and Skills – Putting Education to Work, S. 20.

Abb. 1

Gesamt-ODA als Anteil des BNE, gemäß verschiedener Berechnungsmethoden:
Ausgewählte europäische DAC-Geberländer (2007 bis 2011)



0,51% Zwischenziel für 2010 für die EU-15

Deutsche Gesundheits-ODA: Viel Platz nach oben

Im Bereich der Gesundheits-ODA haben Großbritannien (2,11 Milliarden US-Dollar), Frankreich (1,16 Milliarden US-Dollar) und Deutschland (1,09 Milliarden US-Dollar) in absoluten Zahlen die größten Beiträge hinsichtlich realer Ressourcentransfers erbracht.⁹ Im Hinblick auf die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit waren in dieser Kategorie jedoch die Niederlande und Großbritannien (beide 0,09% des BNE) am großzügigsten. Deutschland erreichte lediglich ein Drittel dieser Werte, nämlich 0,032% des BNE. Unterboten wird dies nur noch von Italien (0,017%). Gemäß der von der WHO vertretenen Marke von 0,1% des BNE für Gesundheit hätte Deutschland im Jahr 2010 mehr als das Doppelte, nämlich 0,076% seines BNE, für gesundheitsbezogene Entwicklungszusammenarbeit aufbringen müssen, um bis zum Jahr 2015 den Zielwert von 0,1% zu erreichen.¹⁰

Hinzu kommt, dass Deutschland und Frankreich im Vergleich zu anderen europäischen Gebern einen viel größeren Teil ihrer ODA-Leistungen für Gesundheitsfürsorge als Darlehen vergeben (Deutschland 9,8%, Frankreich 5,2% im Jahr 2010). Da rückzahlbare Darlehen nur von wirtschaftlich vergleichsweise starken Ländern angenommen werden können, was in Widerspruch zur Armutsorientierung der EZ steht, sind die ODA-Leistungen Deutschlands und Frankreichs im Gesundheitsbereich schwächer zu bewerten als die der europäischen Partner.



Alieu Conteh, 60 Jahre, mit seiner Enkelin Latifa Kamara, deren Mutter bei der Geburt gestorben ist. „Ich habe schon sechs eigene Kinder erzogen und ich werde Latifa auch wie mein eigenes Kind erziehen.“

⁹ Im Gesundheitsbereich schlagen die Differenzen zwischen offiziellen OECD-Zahlen und realen Ressourcentransfers nicht so deutlich zu Buche wie bei der Gesamt-ODA. Dies liegt in der Tatsache begründet, dass die großen ODA-Aufbläher, beispielsweise kalkulatorische Studienplatzkosten, nicht in der Kategorie Gesundheit an die OECD berichtet werden.

¹⁰ „Health ODA should represent 15% of total ODA. Thus 15% of 0.7% by 2015 is equivalent to 0.1%, while 15% of 0.51% is equivalent to 0.076%.“ AfGH (2011): *Aid Effectiveness for Health*, Fußnote 67.

Abb. 2

Umfang von ODA-Zahlungen für Gesundheit, geleistet als reale Ressourcentransfers, Zuschusstransfers und Darlehen: Ausgewählte europäische DAC-Geberländer und die EU-Institutionen (2007 bis 2010)

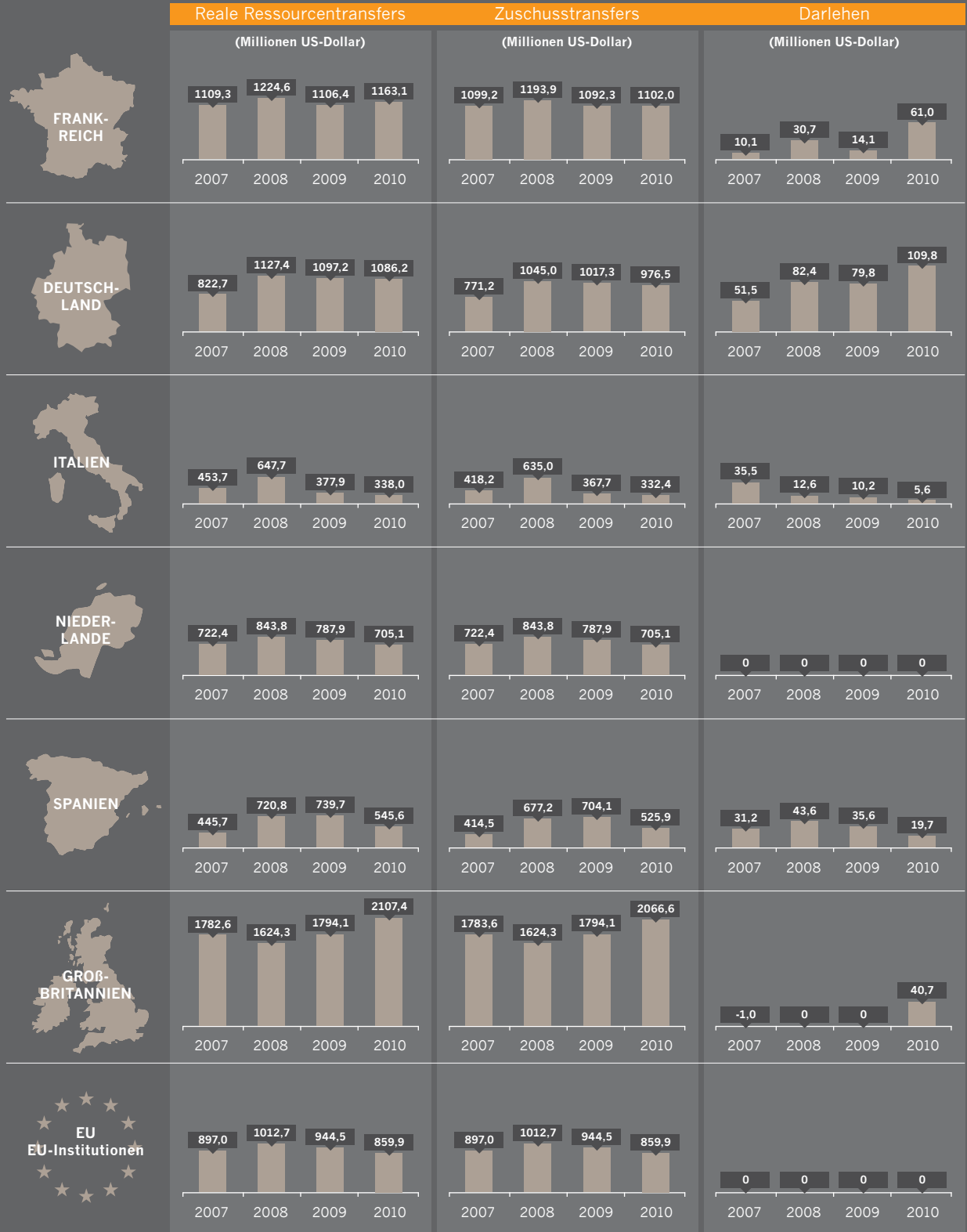
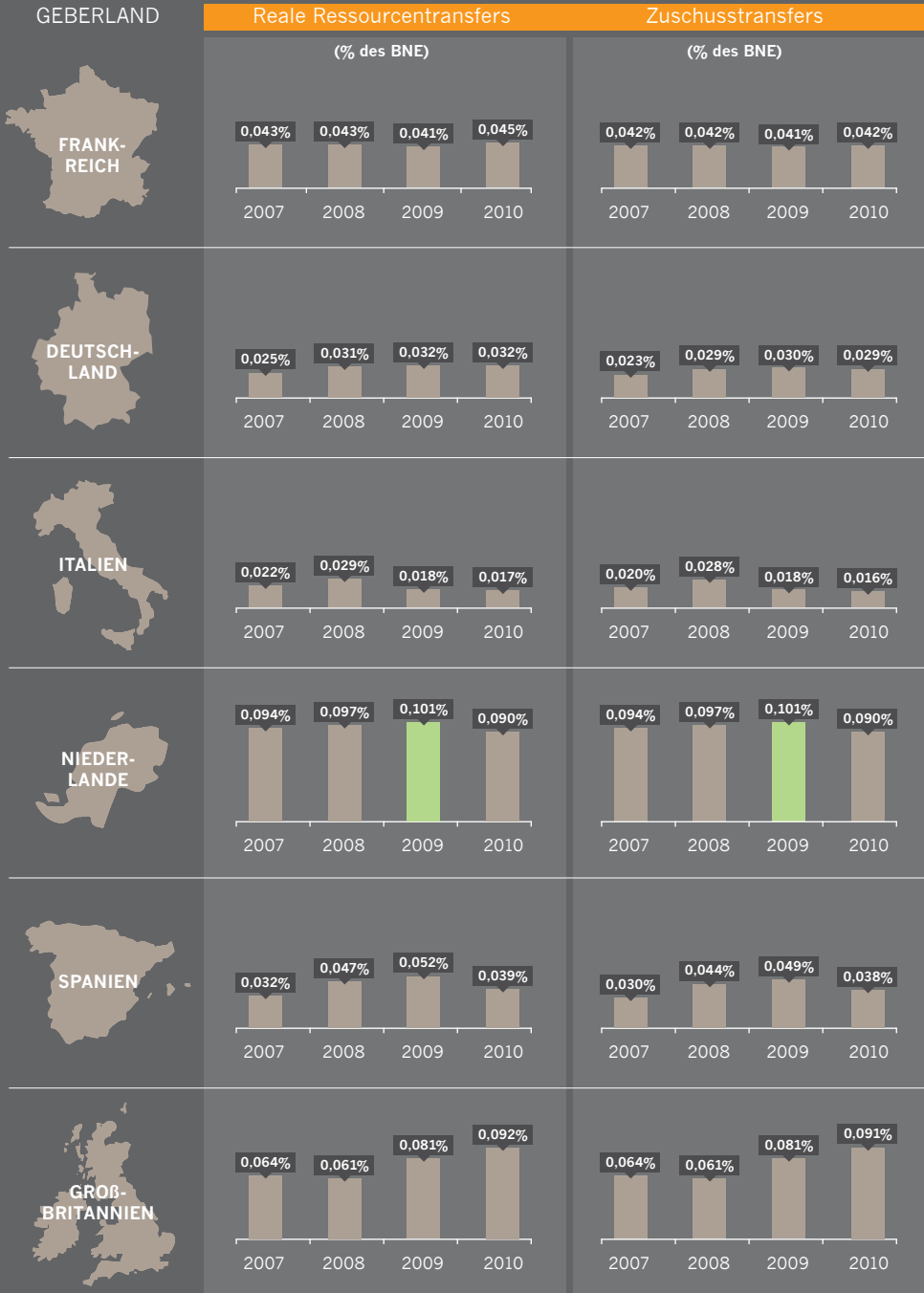


Abb. 3

ODA-Zahlungen für Gesundheit als Anteil des BNE:
Ausgewählte europäische DAC-Geberländer (2007 bis 2010)



0,1%

Gesundheits-ODA / BNE

= Ziel für 2010 gemäß WHO-Ausschuss für Makroökonomie und Gesundheit (2001).



Von mangelnder Transparenz und aufgeblähten Zahlen

Sich einen realitätsnahen Überblick über die deutschen ODA-Leistungen zu verschaffen, ist eine große Herausforderung. Dies liegt zum einen an der unzureichenden Differenziertheit der recht groben Förderschlüssel der DAC-Datenbank und der teilweise irreführenden Verschlagwortung in den deutschen Berichten. Zum anderen liegt es aber auch an mangelnder Transparenz bei der Projektdokumentation. Auch im Gesundheitsbereich sind nur wenige Informationen bezüglich konkreter Finanzierungszusagen,

Projektfortschritte und Wirkungen erhältlich oder gar öffentlich verfügbar. Die an sich begrüßenswerte Initiative des BMZ der *German Practice Collection* für den Gesundheitsbereich ändert daran wenig.¹¹

Die diesbezüglichen Bemühungen einzelner Mitarbeiter/innen und Fachreferate im BMZ und in den Länderprogrammen sind anerkannt, leisten allerdings angesichts des systematischen Mangels an Transparenz keine wirkliche Abhilfe.

Deutschland ist zwar Mitunterzeichner der *International Aid Transparency Initiative (IATI)*, hat deren Standards aber bisher nicht umgesetzt. Mit positivem Beispiel geht Großbritannien voran: DfID war nicht nur Mitbegründer von IATI, sondern setzt deren Standards auch konsequent um.¹²



Was mit welchen Mitteln erreicht wird bleibt im Dunklen.



Mehr Transparenz bei der Dokumentation von Gesundheitsprojekten ist notwendig.

¹¹ Siehe <http://german-practice-collection.org/>

¹² Die IATI-Standards sind auf <http://iatistandard.org> einsehbar. Das Online-Register zu den Informationen der teilnehmenden Geber findet sich auf <http://iatiregistry.org>. DfID beispielsweise wird hier mit 113 veröffentlichten Dokumenten geführt, die EU mit 137. Das BMZ oder dessen Durchführungsorganisationen erscheinen hingegen gar nicht. (Zugriff 30.11.2012)

Ohne Geld geht es nicht:

0,1% des BNE für das Menschenrecht auf Gesundheit!

Das unter anderem im Sozialpakt der Vereinten Nationen von 1966 festgeschriebene Menschenrecht auf Gesundheit ist Leitlinie des Menschenrechtsansatzes in der deutschen Entwicklungspolitik im Gesundheitsbereich. Obgleich der primäre Pflichtenträger zur Erfüllung dieses Menschenrechts der jeweilige Staat ist, hat sich die Bundesregierung durch die Ratifizierung aller zentralen Menschenrechtsverträge verpflichtet, ärmere Länder bei der Umsetzung dieses Rechts zu unterstützen.¹³

Gemäß Experten-Berechnungen¹⁴ besteht auch bei massiv verstärkten eigenen Anstrengungen in Ländern mit niedrigem Einkommen weiterhin ein zusätzlicher Finanzbedarf von insgesamt ca. 40 Milliarden US-Dollar jährlich, um zumindest eine Basisgesundheitsfürsorge für die jeweilige Bevölkerung zu finanzieren. Demnach wären in den ärmsten Ländern durchschnittlich ca. 40 US-Dollar externer Hilfe pro Einwohner/in und Jahr notwendig, um das Menschenrecht auf Gesundheit zu gewährleisten. Laut *WHO Commission on Macroeconomics and Health* ist ein Gesundheitsbeitrag aller OECD-Geber von 0,1 % ihres BNE ausreichend, um die Lücke zwischen Anspruch und Wirklichkeit zu schließen. Das Menschenrecht auf Gesundheit könnte weltweit gewährleistet werden, wenn die Geber ihre 1970 eingegangene Verpflichtung 0,7 % des BNE für Entwicklungsleistungen bereitzustellen, einhalten und ein Siebtel dieses Betrages für Gesundheit zur Verfügung stellen würden.

¹³ BMZ (2009): BMZ Spezial – Gesundheit und Menschenrechte

¹⁴ Basierend auf: *WHO Commission on Macroeconomics and Health* (2000), *UN Millennium Project* (2004), *Task Force for Innovative Health Financing* (2008)
Siehe dazu auch: Sachs, J. (2010): *The MDG decade: looking back and conditional optimism for 2015*. In: *The Lancet*, Volume 376, Issue 9745, p. 950 – 951, 18.09.2010.

Trends in der deutschen Gesundheits-ODA

10 bis 11 % der deutschen Gesamt-ODA wurden in den Jahren 2007 bis 2009 in realen Ressourcentransfers für Gesundheit ausgegeben. 2010 sank der Anteil auf 9,4 %. Obgleich die derzeitige Bundesregierung bei ihrem Amtsantritt 2009 Gesundheit zu einer von sechs Prioritäten ihrer Entwicklungsstrategie erklärte, gingen die realen Ressourcentransfers für Gesundheit im ersten Jahr ihrer Amtsperiode zurück. Ob Gesundheit wirklich als Schwerpunktsektor der deutschen EZ gelten kann, ist aufgrund der quantitativen Analyse fraglich.

Besorgniserregend ist der deutliche Anstieg von Darlehen im Gesundheitsbereich. Im Jahr 2007 vergab Deutschland 51,5 Millionen US-Dollar beziehungsweise 6,3 % der Gesundheits-ODA als Darlehen. Im Jahr 2010 waren es 109,8 Millionen US-Dollar, was 11,3 % entspricht. Von allen in diesem Bericht behandelten Geberländern weist Deutschland den höchsten Darlehensanteil für Gesundheit auf.

Dies ist alarmierend, denn die Bedürfnisse derjenigen Länder und Bevölkerungsgruppen, die am schlimmsten von Armut, Hunger und Krankheit betroffen sind, werden übergangen. Mit der Vergabe von Darlehen steigt das Überschuldungsrisiko insbesondere in Ländern mit niedrigem Einkommen.¹¹ Dies kann zu negativen Konsequenzen unter anderem für die Sozialausgaben in diesen Ländern führen. Ein weiterer, womöglich gewünschter, Nebeneffekt liegt darin, dass die Kreditsummen bei einem möglichen späteren Schuldenerlass noch ein zweites Mal auf die ODA-Quote angerechnet werden können. Dies ist 2005 und 2006 bereits geschehen.



Die realen Ressourcentransfers für Gesundheit stagnieren oder gehen sogar zurück. Nur der Darlehensanteil steigt deutlich an.



Länder mit niedrigem Einkommen können sich ODA-Darlehen im Gesundheitsbereich nicht leisten.

¹¹ Siehe <http://www.erlassjahr.de/material-und-publikationen/schuldenreport/schuldenreport-2010.html>

Qualitative Analyse: Die Zahlen im politischen Kontext

Aufbauend auf der quantitativen Gesamtanalyse der deutschen ODA-Zahlungen im Gesundheitsbereich werden im Folgenden die erklärten Schwerpunkte der deutschen Gesundheits-EZ mit den tatsächlich geleisteten Zahlungen und eingesetzten Instrumenten verglichen. Im Mittelpunkt stehen die realen Ressourcentransfers.

Natürlich lässt sich politisches Engagement nicht allein an der Höhe von Finanzströmen messen. Gerade in den Bereichen sexuelle und reproduktive Gesundheit und Rechte, soziale Absicherung im Krankheitsfall und Bekämpfung von HIV/Aids sind die technische Expertise und das politische Engagement von Vertreter/innen des BMZ und der Durchführungsorganisationen positiv zu bewerten. Entwicklung bedarf aber auch der Finanzierung, und politische Prioritäten werden erst dann glaubwürdig, wenn sie finanziell ausreichend ausgestattet sind.

SCHWERPUNKTANALYSE: DAS BMZ-SEKTORKONZEPT GESUNDHEIT

Im Sektorkonzept „Gesundheit in der deutschen Entwicklungspolitik“¹² setzt die Bundesregierung folgende inhaltliche Schwerpunkte:

- * Gesundheitssystemstärkung mit Fokus auf Fachkräften und Finanzierung,
- * Bekämpfung von Infektionskrankheiten, insbesondere HIV/Aids,
- * sexuelle und reproduktive Gesundheit und Rechte.

Diese drei Schwerpunkte werden im Folgenden genauer betrachtet.

GESUNDHEITSSYSTEMSTÄRKUNG: LEIDER OHNE BUDGETHILFE

Die Stärkung von Gesundheitssystemen, „insbesondere Beiträge zur Ausbildung und Entwicklung von Fachkräften“ und die „Entwicklung von Systemen solidarischer Finanzierung von Gesundheitsversorgung“¹³, stellt einen Schwerpunkt der deutschen Entwicklungszusammenarbeit im Gesundheitssektor dar. Hierbei ist der systemische bzw. horizontale Ansatz im Gegensatz zu dem durch andere Geber präferierten krankheits-

¹² BMZ (2009): BMZ Konzepte 183, Sektorkonzept „Gesundheit in der deutschen Entwicklungspolitik“. Verfügbar auf <http://www.bmz.de/de/publikationen/reihen/strategiepapiere/Konzepte183.pdf>

¹³ ibd. S 4.

spezifischen bzw. vertikalen Ansatz, der bisweilen die lokalen Systeme ignoriert oder diese gar schwächt, zu begrüßen. Auch die beiden anderen Schwerpunkte des Sektorkonzepts werden nach Aussagen des BMZ erfreulicherweise so weit wie möglich gesamtsystemstärkend umgesetzt. Dies ist umso bemerkenswerter, als die Gesundheitssystemstärkung zwar höhere Nachhaltigkeit der EZ-Mittel über den Projektzyklus hinaus verspricht, kurzfristig sichtbare Wirkungen aber eher selten sind.

Zentral für die Gesundheitssystemstärkung sind der Ausbau und die Nutzung von lokalen Systemen der Politikgestaltung und die Umsetzung der Maßnahmen unter Führung der Partnerländer. Insbesondere beim Aufbau sozialer Sicherungssysteme und bei der Ausbildung und Bezahlung von Gesundheitsfachkräften ist es unerlässlich, Reformvorhaben langfristig finanziell zu fördern und auf Partnerseite vorhersehbare und flexibel einsetzbare Mittel bereitzustellen. Eines der am besten dazu geeigneten Instrumente ist die sektorspezifische oder allgemeine Budgethilfe.¹⁴

Allerdings ist das BMZ diesem Instrument gegenüber sehr skeptisch eingestellt, im Gegensatz zu anderen wichtigen Gebern, wie beispielsweise Großbritannien, das 2010 16% seiner Gesundheits-EZ über Budgethilfe abwickelte.¹⁵

Der Budgethilfe-Anteil an der bilateralen deutschen EZ liegt bei mageren 2 bis 3%. Gerechnet in realen Ressourcentransfers vergab Deutschland im Jahr 2010 die Summe von 97 Millionen US-Dollar in Form von allgemeiner Budgethilfe. Noch 2009 lag der Anteil bei rund 136 Millionen US-Dollar (6%). Der kalkulatorische Anteil von Budgethilfe an der Gesundheitsfinanzierung in 2010 entsprach 14 Millionen US-Dollar (knapp 15% der Deutschen Budgethilfe).

¹⁴ Vgl.: Hermle, R., Hauschild, T. (2012): Umstritten und für gut befunden: Wie Budgethilfe zu einer wirkungsvolleren EZ beiträgt. Oxfam. Verfügbar auf http://www.oxfam.de/sites/www.oxfam.de/files/studie_budgethilfe_web.pdf

¹⁵ Die seit 2011 amtierende konservative Regierung in Großbritannien hat allerdings angekündigt, den Anteil an Budgethilfe zu reduzieren.

Die Signale aus dem politischen Raum sind nicht ermutigend. So bemerkte Staatssekretär Hans-Jürgen Beerfeltz 2011 lapidar: „Weniger Budgethilfen, sondern mehr eigene Projekte“ sei die aktuelle Agenda.¹⁶ Kritische Äußerungen des Entwicklungsministers zur Budgethilfe lassen darauf schließen, dass dieser Bereich in Zukunft noch weiter zurückgefahren wird.

Die ablehnende Haltung der Bundesregierung gegenüber der Budgethilfe steht im Widerspruch zum erklärten Ziel, die Systeme im Gesundheitswesen zu stärken. Zudem widerspricht sie dem Geist der von Deutschland mitunterzeichneten Erklärungen zur Wirksamkeit der Entwicklungszusammenarbeit von Paris (2005), Accra (2008) und Busan (2011). Die aus diesem Prozess für den Gesundheitsbereich hervorgegangene und von der Bundesregierung mit ins Leben gerufene hochrangige Initiative „*International Health Partnership*“ (IHP+) spricht sich ebenfalls klar für eine direkte finanzielle Unterstützung nationaler Anstrengungen und eine bestmögliche Nutzung der lokalen Systeme aus.

Die Haltung der Bundesregierung scheint auch angesichts der im BMZ-Konzept zur Budgetfinanzierung¹⁷ empfohlenen „Ausweitung der vorhandenen Instrumente um die Budgethilfe“¹⁸ kaum verständlich.¹⁹

¹⁶ Daniel Gerlach (2011): „Wir beseitigen das Wirrwarr“, Interview mit Staatssekretär Hans-Jürgen Beerfeltz. In: Zenith, 25.05.2011. Verfügbar auf <http://www.zenithonline.de/deutsch/wirtschaft/artikel/wir-beseitigen-das-wirrwarr-001935/>

¹⁷ BMZ (2008): BMZ Konzepte 146: Konzept zur Budgetfinanzierung im Rahmen der programmorientierten Gemeinschaftsfinanzierung (PGF). Verfügbar auf <http://www.bmz.de/de/publikationen/reihen/strategiepapiere/Konzepte146.pdf>

¹⁸ ibd: S. 4.

¹⁹ Freilich bedient die Politik der Priorisierung eigener bilateraler Projekte auch die Eigeninteressen deutscher Durchführungsorganisationen.

INFEKTIONSKRANKHEITEN: FOLGT DEM POLITISCHEN ENGAGEMENT AUCH DAS GELD?

Infektionskrankheiten verursachen mehr als ein Drittel aller Todesfälle in armen Ländern.²⁰ Daher ist es zu begrüßen, dass der Kampf gegen Infektionskrankheiten einen wichtigen Teil der BMZ-Gesundheitsstrategie bildet. Einen Unterschwerpunkt setzt die deutsche EZ auf die Bekämpfung von HIV/Aids, der rund ein Drittel der gesundheitsbezogenen EZ-Mittel zuzuordnen ist.²¹ In diesem Zusammenhang ist die Stagnation der deutschen Beiträge zum GFATM als wichtigstem Finanzierungsinstrument bedenklich und unverständlich, da die Bundesregierung seine Reform mit vorangetrieben hat und seit September 2012 einen eigenen Sitz im Verwaltungsrat innehat.²² Aus zivilgesellschaftlicher Sicht wird erwartet, dass diesem verstärkten politischen Engagement durch höhere finanzielle Zusagen mehr Glaubwürdigkeit verliehen wird. Der faire Anteil Deutschlands am Finanzierungsbedarf des GFATM liegt bei 400 Millionen Euro im Jahr und ist damit doppelt so hoch wie der seit 2010 von der Bundesregierung tatsächlich bereitgestellte Betrag von 200 Millionen Euro pro Jahr.

REPRODUKTIVE GESUNDHEIT: IN DER BILATERALISIERUNGSFALLE

Im Rahmen des G8-Gipfels im kanadischen Muskoka im Jahr 2010 wurden für sexuelle und reproduktive Gesundheit Zusagen im Wert von insgesamt 400 Millionen Euro über den Zeitraum 2011 bis 2015 gegeben. Ein begrüßenswertes Engagement angesichts der Herausforderungen im Bereich der reproduktiven Gesundheit und der ernüchternden Realität hinsichtlich



Luanda, Angola:
Ein positiver HIV-Test muss schon lange keine Todesurteil mehr sein.

des fünften Millennium-Entwicklungsziels (Verbesserung der Müttergesundheit).²³ Die Zusagen – deren Realisierung aufgrund der Datenlage erst ab 2013 nachverfolgt werden kann – sind jedoch nicht im eigentlichen Sinne zusätzliche Mittel. Vielmehr handelt es sich größtenteils um Verschiebungen und Umetikettierungen von ohnehin schon im BMZ-Haushalt eingestellten Mitteln, um sie „Muskoka-fähig“ zu machen²⁴ – ein Vorgang, der in der EZ gerne als „umlabeln“ umschrieben wird. Hier geht es darum, politischen Vorgaben ohne größeren Aufwand nachzukommen.

Kernstück des BMZ-Engagements ist die 2011 gestartete BMZ-Initiative zur selbstbestimmten Familienplanung und Müttergesundheit. Obwohl im multilateralen Rahmen der G8 vereinbart, wird die Initiative ausschließlich bilateral umgesetzt. Dies scheint Teil

²⁰ Siehe <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/en/index.html>

²¹ 8% aller Todesfälle in Entwicklungsländern gehen auf HIV/Aids zurück. (ibid.)

²² Die Einladung an die Zivilgesellschaft, sich aktiv in die deutschen Vorbereitungen der Verwaltungsratssitzungen und in die deutsche Regierungsdelegation einzubringen, begrüßen wir.

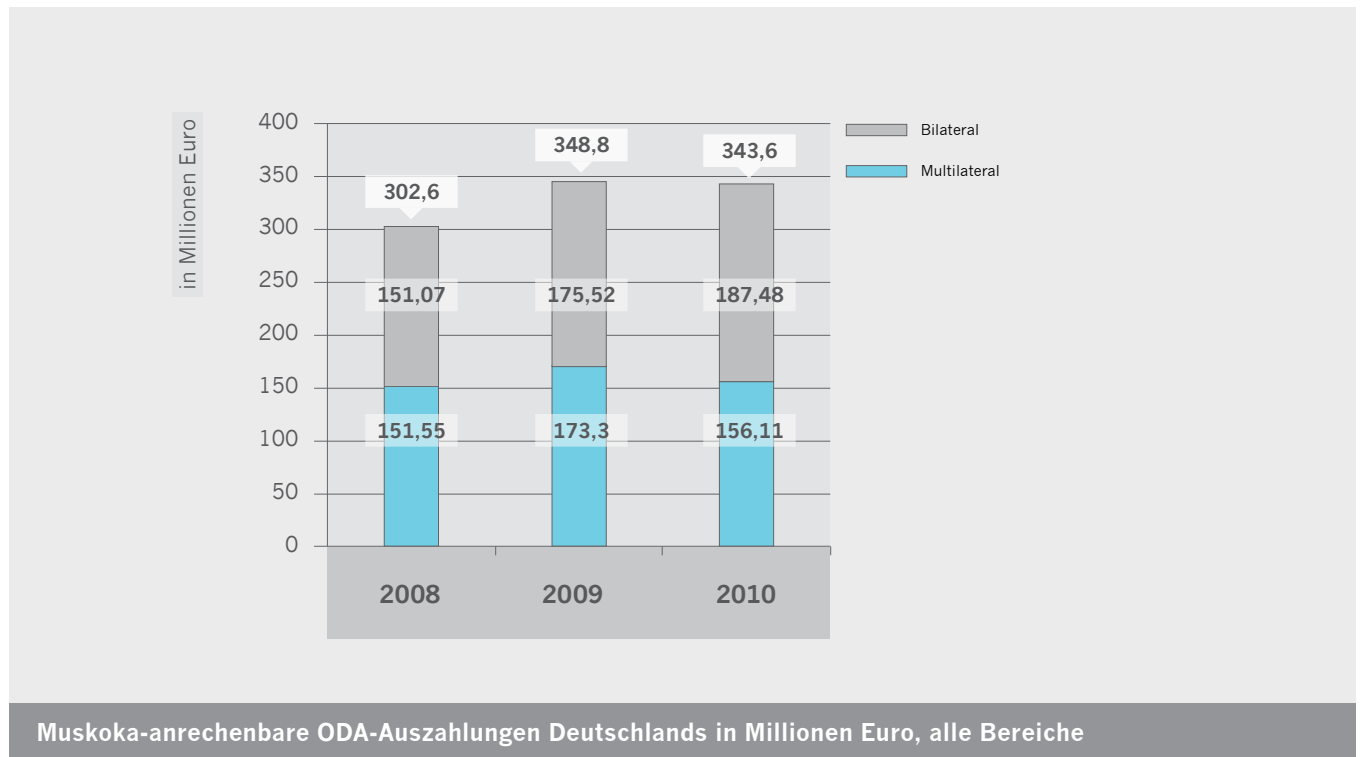
²³ Die Müttersterblichkeit in Afrika südlich der Sahara lag im Jahr 2010 noch bei 500 je 100.000 Lebendgeburten und in Südasien bei 220. Um das MDG 5 zu erreichen, müsste der Wert bis 2015 auf 212 beziehungsweise 147 gesunken sein, was mittlerweile als unerreichbar gilt (Vgl.: Vereinte Nationen 2012: Millenniums-Entwicklungsziele, Bericht 2012, S. 30). Verfügbar auf http://www.un.org/Depts/german/millennium/mdg_report%202012_german.pdf

²⁴ So werden beispielsweise Fördertitel aus den Bereichen Wasser und allgemeine Budgethilfe anteilig mit den Muskoka-Zusagen verrechnet. Die Fördertitel im HIV/Aids-Bereich werden durch die Umdeklarierung aller Wahrscheinlichkeit nach in Mitleidenenschaft gezogen.

der Gesamtstrategie des BMZ zu sein, die darauf abzielt, die Entwicklungszusammenarbeit zunehmend zu bilateralisieren. Folglich steigen die bilateralen ODA-Auszahlungen im Gesundheitsbereich deutlich an. Wie das Schaubild zeigt, hielten sich die auf Muskoka anrechenbaren bi- und multilateralen Zuwendungen in 2008 und 2009 die Waage. In 2010 ist der Anteil

der bilateral vergebenen Mittel bereits auf 55% angestiegen. Die Regierungszusagen für die Jahre 2011 und 2012 sehen einen weiteren relativen Anstieg der bilateralen Hilfe in den für die Muskoka-Initiative anrechenbaren Förderbereichen vor.

Abb. 4 Deutsche Muskoka-anrechenbare ODA-Auszahlungen 2008 – 2010 (laut BMZ)



Ein Opfer dieser Bilateralisierung der deutschen EZ ist das Bevölkerungsprogramm der Vereinten Nationen UNFPA. Trotz der Priorisierung von Familienplanung und des Themenbereichs „sexuelle und reproduktive Gesundheit und Rechte“ sanken die Zahlungen an UNFPA als dafür zuständige UN-Organisation um ein Viertel von 26 Millionen US-Dollar im Jahr 2008 auf magere 19,6 Millionen in 2010. Ähnlich ergeht es dem Dachverband der in diesem Bereich arbeitenden Nicht-regierungsorganisationen IPPF (*International Planned Parenthood Federation*), deren Zuwendungen durch das BMZ von 7,2 Millionen US-Dollar im Jahr 2009 auf 5,4 Millionen in 2010 sanken. Vor dem Hintergrund, dass das BMZ beide Organisationen in einer Reihe mit der WHO zu den wichtigsten Partnern in diesem Sektor zählt²⁵, sind diese Kürzungen schwer nachvollziehbar.

DIE SCHLEICHENDE BILATERALISIERUNG DER DEUTSCHEN GESUNDHEITS-EZ

Die Kürzungen bei diesen beiden zentralen multilateralen Akteuren könnten Vorboten einer zunehmenden Bilateralisierung der deutschen Gesundheits-EZ sein. Dies passt ins Gesamtbild: Im Koalitionsvertrag von 2009 bekräftigte die schwarz-gelbe Bundesregierung die Maßgabe, mindestens zwei Drittel der Entwicklungsmittel über bilaterale Mechanismen abzuwickeln. Nach Einschätzung des OECD-DAC stützt sich diese Maßgabe „weder auf konkrete Belege, noch hängt sie mit der relativen Wirksamkeit der bilateralen im Verhältnis zur multilateralen ODA zusammen“.²⁶ Freilich bedient die Politik der Priorisierung bilateraler Kanäle auch institutionelle Eigeninteressen in der deutschen EZ.

Verstärktes multilaterales Handeln im Gesundheitsbereich scheint durchaus geboten: Obgleich Fortschritte zu erkennen sind, zeichnet sich die Geberlandschaft

im Gesundheitssektor auch weiterhin durch eine hohe Fragmentierung und eine relativ niedrige internationale Koordination aus. Für eine maximale Wirkung der eingesetzten Mittel bieten die verstärkte Nutzung multilateraler Finanzierungsmechanismen und die Förderung von Global Health Governance gute Ansätze.

Bislang trägt die deutsche Gesundheits-EZ dem multilateralen Finanzierungsbedarf durchaus Rechnung. Die deutschen ODA-Zahlungen für Gesundheit entfielen in der Periode 2007 bis 2010 recht kontinuierlich zu etwa 60% auf multilaterale Kanäle und zu etwa 40% auf die bilaterale EZ. Dies ist eine begrüßenswerte Umkehrung des Verhältnisses innerhalb der Gesamt-ODA und steht der ohnehin zweifelhaften Vorfestlegung entgegen, maximal ein Drittel der Mittel über multilaterale Kanäle zu vergeben.

Allerdings ist beim Umgang mit zwei der großen multilateralen Finanzierungsinstrumente – dem GFATM und GAVI – klar zu erkennen, wie die Bundesregierung ihre im Koalitionsvertrag gemachte Zusage an den Bilateralismus umzusetzen gedenkt: In 2011 und 2012 wurden 34 Millionen Euro durch sogenannte „bilaterale Beistellungen“ an GAVI vergeben. Dies entspricht zwei Dritteln des deutschen Mittelzuwachses für GAVI seit 2010. Diese Mittel werden zwar dem deutschen GAVI-Beitrag zugerechnet, aber über die KfW bilateral abgewickelt und im deutschen Schwerpunktland Tansania umgesetzt. Auch der GFATM wurde 2010 wiederholt aufgefordert, solche bilateralen Beistellungen zu akzeptieren. Bisher wurde dies mit Verweis auf die Grundprinzipien des GFATM abgelehnt: Es werden keine konditionierten Beiträge angenommen und es obliegt einzig den antragstellenden Ländern, über die Ausrichtung der Maßnahmen zu entscheiden.

²⁵ BMZ (2008): BMZ Spezial 148, Sexuelle und Reproduktive Gesundheit und Rechte, Bevölkerungsdynamik, S. 7.

²⁶ OECD (2010): Entwicklungsausschuss (DAC): Peer Review 2010 Deutschland, S. 14. Verfügbar auf <http://www.oecd.org/berlin/46270433.pdf>

Bilaterale Beistellungen sind kritisch zu bewerten, da sie durch die direkte Einflussnahme des einzelnen Gebers auf die Verwendung der Mittel die Idee des Multilateralismus untergraben. Es ist darüber hinaus zu prüfen, ob sie nicht höhere Transaktionskosten verursachen als eine direkte Bereitstellung der Gelder für die betreffende Institution.

Innerhalb des erfreulicherweise weiterhin relativ hohen multilateralen Finanzierungsanteils im Gesundheitsbereich lohnt der Blick auf die Beiträge zur WHO. Gerade angesichts der Vielfalt der Akteure im Feld der globalen Gesundheit kommt der WHO als demokratisch legitimierter, multilateraler Institution der Vereinten Nationen eine Schlüsselrolle zu. Gemäß ihrem Mandat soll sie als führende und koordinierende Institution für internationale Gesundheitsfragen agieren.²⁷ Auch das BMZ-Sektorkonzept „Gesundheit in der deutschen Entwicklungspolitik“ nennt die WHO unter der Überschrift „Relevante internationale Organisationen und Initiativen“ an erster Stelle²⁸ und verweist mehrmals auf ihre zentrale Bedeutung.

In den Jahren 2007 bis 2010 zahlte Deutschland seinen WHO-Pflichtbeitrag in Höhe von rund 30 Millionen Euro gewissenhaft und pünktlich (von diesem Betrag sind nach OECD-Richtlinien 76% als ODA anrechenbar). Allerdings reichen die Pflichtbeiträge der Mitgliedsstaaten schon seit Langem nicht mehr aus, um den jährlich in der Weltgesundheits-Versammlung beschlossenen Arbeitsplan der WHO zu finanzieren. Dadurch ist die Organisation auf freiwillige Zusatzbeiträge von Staaten und die Finanzierung durch Partner innerhalb der UN, private Stiftungen und die Industrie angewiesen. Freiwillige Beiträge haben in jüngster Vergangenheit über drei Viertel des Gesamtbudgets der WHO ausgemacht. Dies ist ein unhaltbarer Zustand, der die

wichtigste Institution im Bereich der globalen Gesundheit potenziell instabil und anfällig für externe Einflussnahme macht.

Die freiwilligen Beiträge der Bundesregierung blieben mit 17,6 Millionen Euro im Jahr 2010 erheblich unterhalb der geleisteten Pflichtbeiträge. Fast die gesamte Summe wird der WHO zweckgebunden überwiesen, anstatt sie dem WHO-Haushalt zur flexiblen Verwendung zur Verfügung zu stellen. Durch diese Zweckbindung werden die Mittel technisch gesehen zu bilateralen Zuwendungen, ähnlich den bilateralen Beistellungen an GAVI. Dies entspricht der politisch gewollten Bilateralisierung der deutschen ODA. Immerhin fügen sich die Zweckbindungen der Bundesregierung zumeist in die erklärten Prioritäten der WHO. Andere Geldgeber nutzen ihre zweckgebundenen Beiträge sehr viel direkter im Sinne einer Einflussnahme. Dies wird besonders problematisch, wenn es sich dabei um einflussreiche private Akteure (Firmen, Stiftungen) mit starken Eigeninteressen, geringer Transparenz und ohne öffentliche Kontrolle handelt.

In Zeiten von Finanz- und Wirtschaftskrise und daraus resultierenden knappen Kassen werden freiwillige Beiträge durch schuldengeplagte europäische Regierungen tendenziell abnehmen. Selbst die Pflichtbeiträge einiger Länder könnten gekürzt oder ausgesetzt werden. Dies würde die WHO in noch größere Abhängigkeit von einzelnen finanzstarken Gebern bringen, mit ernsthaften Konsequenzen für die Handlungsfähigkeit der Organisation.

Deutschland ist derzeit eine der stabilsten Volkswirtschaften Europas und traditionell ein Unterstützer der WHO. Die Bundesregierung sollte sich daher mit ihrer Expertise und Finanzkraft weiterhin für eine gestärkte und finanziell stabilisierte WHO einsetzen, die ihren Auftrag gemäß ihrem Mandat und Arbeitsplan erfüllen kann.

²⁷ WHO (2006): *Constitution of the World Health Organisation*. Artikel 2 a, S. 2.

²⁸ BMZ (2009): *BMZ Konzepte 183, Sektorkonzept Gesundheit in der deutschen*

3.

Die Finanztransaktionssteuer und ihr Potenzial zur Entwicklungsfinanzierung

FAKTENCHECK GESUNDHEIT **BERICHT**



Zum Greifen nahe: Die Finanztransaktionssteuer auf europäischer Ebene

Aufgrund der angespannten Haushaltssituation in vielen europäischen Ländern wird die Entwicklungsfinanzierung in den kommenden Jahren zunehmend unter Druck geraten. Auch in Deutschland könnten im Rahmen der angestrebten Haushaltskonsolidierung die Spielräume für die Entwicklungszusammenarbeit enger werden. Dabei bedarf es dringend Mittelsteigerungen: Um das Ziel, 0,7% des BNE für EZ bereitzustellen, bis 2015 noch zu erreichen, müssten die deutschen Entwicklungsgelder ab 2013 pro Jahr um rund drei Milliarden Euro wachsen.

Vor diesem Hintergrund wird die Erschließung neuer Finanzquellen immer wichtiger. An Entwicklungszweckgebundene Abgaben und andere sogenannte „innovative Mechanismen zur Entwicklungsfinanzierung“, insbesondere für den Bereich Gesundheit, werden seit Jahren diskutiert.²⁹ Auch die Bundesregierung betont die Bedeutung innovativer Finanzierungsinstrumente beim Erreichen des ODA-Ziels.³⁰ Allerdings bleibt Deutschland bei der Entwicklung solcher Mechanismen etwa im Vergleich zu Frankreich deutlich zurück. Auf Seiten der Bundesregierung besteht deutlicher Nachholbedarf.

Eines der möglichen innovativen Finanzierungsinstrumente ist die Finanztransaktionssteuer (FTS), eine Abgabe auf den Handel mit Finanzprodukten wie Aktien, Anleihen und Derivate. 2012 wurde ein Prozess angestoßen, der ihre baldige Einführung in Deutschland und anderen europäischen Ländern deutlich näher rücken lässt: Im Rahmen einer verstärkten Zusammenarbeit in der Europäischen Union haben sich bislang zwölf EU-Mitgliedstaaten dafür ausgesprochen.

Einnahmen aus einer FTS könnten nach der rechtlichen und technischen Implementierung ab 2014 zur Verfügung stehen. In der mittelfristigen Finanzplanung für den Bundeshaushalt 2014 sind bereits zwei Milliarden Euro solcher Einnahmen vorgesehen.³¹ Nach Schätzungen des Deutschen Instituts für Wirtschaftsforschung (DIW) könnten jedoch allein in Deutschland jährlich ca. 11 Milliarden Euro Steuereinnahmen durch eine FTS generiert werden.³² In der gesamten EU beliefen sich die jährlichen Einnahmen auf bis zu 57 Milliarden Euro – ein erhebliches Potenzial für die Entwicklungs- und Gesundheitsfinanzierung.

²⁹ Vgl.: Le Gargasson J-B, Salomé B (2010): *The Role of Innovative Financing Mechanisms for Health*. World Health Report Background Paper No. 12, WHO, Genf.

³⁰ Bundesministerium der Finanzen (2011): Eckwertebeschluss zum Regierungsentwurf des Bundeshaushalts 2012 und zum Finanzplan 2011 bis 2015. Verfügbar auf http://www.bundesfinanzministerium.de/Content/DE/Standardartikel/Themen/Oeffentliche_Finzen/Bundeshaushalt/Bundeshaushalt_2012/kabinett-fasst-eckwertebeschluss-zum-bundeshaushalt-2012-anlage1.pdf

³¹ Im Haushalt für 2014 sind Einnahmen aus der FTS in Höhe von 2 Milliarden Euro angegeben. Die Einnahmenschätzung ist äußerst konservativ und beruht auf einer deutlich kleineren Steuerbasis als der aktuell im Entwurf der EU-Kommission zur Einführung einer Finanztransaktionssteuer in Europa diskutierten. Das DIW gibt die Einnahmen, basierend auf dem Kommissionsvorschlag, mit ca. 11 Milliarden Euro pro Jahr an.

³² DIW Berlin (Hrsg.) (2012): Kurzzutachten Finanztransaktionssteuer, Berlin.

Dieses wird zum Teil bereits erkannt: Im Zuge der Welt-Aids-Konferenz erklärte Frankreichs Präsident François Hollande öffentlich, man wolle einen Teil der Einnahmen aus der französischen Mini-Finanztransaktionssteuer, die im August 2012 eingeführt wurde, für die Bekämpfung von HIV/Aids verwenden.³³ Auch in Deutschland gibt es Anzeichen, dass Politiker/-innen das Potenzial der FTS im Bereich der Entwicklungs- und Gesundheitsfinanzierung erkennen: Die SPD ist nicht nur Teil des Bündnisses „Steuer gegen Armut“, das sich die Einführung einer FTS und die Verwendung eines Teils der Einnahmen für weltweite Armutsbekämpfung und den Klimaschutz zum Ziel gesetzt hat,³⁴ sondern die SPD-Bundestagsfraktion fordert auch explizit, einen Teil der Einnahmen für die Bekämpfung von HIV/Aids einzusetzen.³⁵

Durch innovative Finanzierungsmechanismen wie die FTS können eine langfristige und stabile Finanzierung von Entwicklung in armen Ländern gewährleistet und die oben beschriebenen Finanzierungslücken geschlossen werden. Ein Teil der Einnahmen aus der FTS muss daher für die globale Entwicklungsfinanzierung, z. B. im Gesundheitsbereich, eingesetzt werden.

Die politischen Entscheidungsträger sollten sich schnellstmöglich für eine solche Mittelverwendung aussprechen. Mit der Einführung der FTS in Deutschland und anderen europäischen Ländern kann so aus der globalen Krise eine globale Chance für Entwicklung und Gesundheit erwachsen.



Selina Fletcher, 30 Jahre, 3 Kinder verkauft Früchte auf einem Markt in Accra. Lesen und Schreiben hat sie nie gelernt und erfuhr erst über Mundpropaganda von der kostenfreien Krankenversorgung für Mütter in Ghana.

³³ François Hollande in einer Rede auf der Welt-Aids-Konferenz in Washington am 24.7.2012. Verfügbar auf <http://www.elysee.fr/president/mediatheque/videos/videotheque.10.html> In Frankreich wird außerdem bereits auf einen anderen innovativen Mechanismus zur Gesundheitsfinanzierung zurückgegriffen: Die Steuern auf Flugtickets werden zur Finanzierung von UNITAID benutzt.

³⁴ Diesem Bündnis gehören sowohl die SPD als auch Bündnis 90/Die Grünen und DIE LINKE an.

³⁵ SPD-Bundestagsfraktion (2012): Antrag, Für eine Generation frei von Aids/HIV bis 2015 – Anstrengungen verstärken und Zusagen in der Entwicklungspolitik einhalten, Deutscher Bundestag, Drucksache 17/10096.

Acht Empfehlungen an die Bundesregierung

Im Folgenden werden – basierend auf den Analysen der vorangegangenen drei Kapitel – acht Handlungsempfehlungen an die Bundesregierung gegeben. Auf Grundlage dieser Empfehlungen möchten wir mit dem BMZ und seinen Durchführungsorganisationen,

anderen relevanten Ministerien sowie den zuständigen parlamentarischen Gremien in einen Dialog zur Finanzierung und Ausgestaltung der deutschen EZ im Gesundheitsbereich treten.

1 Die deutsche Bundesregierung sollte ernsthafte Anstrengungen unternehmen, um das Ziel von 0,7 % des BNE für Entwicklungszusammenarbeit und 0,1 % für gesundheitsbezogene EZ zu erreichen.

2 Ein starkes Engagement der Bundesregierung für die Einführung einer Finanztransaktionssteuer ist dazu ebenso vonnöten, wie eine klare Erklärung, die so generierten Mittel in erheblichem Umfang für Entwicklungsfinanzierung einzusetzen, einschließlich der Gesundheitsförderung in armen Ländern.

3 Die Bundesregierung sollte die deutsche ODA-Quote nicht künstlich und realitätsfern durch ODA-fremde Leistungen aufblähen.

4 Bei der fragwürdigen Vergabe von ODA als Darlehen sollte die Bundesregierung zurückhaltender sein und sich an der Praxis europäischer Nachbarn orientieren.



5 Die Bundesregierung sollte die Transparenz ihrer Entwicklungszusammenarbeit, besonders hinsichtlich konkreter Finanzflüsse und Wirkungen, erheblich steigern. Wichtige Schritte in diese Richtung sind insbesondere die Verbesserung der OECD-DAC-Berichte, die Umsetzung des IATI-Abkommens sowie unabhängige Evaluierungen.

6 Die Bundesregierung sollte die Förderung von Gesundheitssystemen weiter ausbauen und sich an den international anerkannten Prinzipien wirksamer Entwicklungszusammenarbeit orientieren. Hierzu zählt auch der verstärkte Einsatz von Programmfinanzierung und Budgethilfe.

7 Die Bundesregierung sollte die Tendenz zur Bilateralisierung der Gesundheits-EZ umkehren und stattdessen verstärkt den UN-Organisationen, GAVI und dem GFATM Fachexpertise und Finanzmittel zur Verfügung stellen. Insbesondere sollte die Bundesregierung ihre Beiträge zum GFATM ihrem politischen Gewicht entsprechend steigern und einen fairen Finanzierungsanteil von 400 Millionen Euro pro Jahr leisten.

8 Darüber hinaus sollte die umstrittene Praxis der bilateralen Beistellungen, beispielsweise an GAVI, hinsichtlich ihrer Effizienz und Auswirkungen kritisch überprüft werden.



Herausgeber:

© Oxfam Deutschland www.oxfam.de, terre des hommes Deutschland www.tdh.de
Februar 2013