

STOP AIDS.
Keep the Promise.

Globale Krise und Deutschlands Beitrag zur Globalen Antwort

Vierte zivilgesellschaftliche Bestandsaufnahme
des deutschen Engagements für die Umsetzung
der internationalen HIV/Aids-Ziele seit 2001

*Das Kapitel über die wesentlichen Ergebnisse ist
auch als gedruckte Fassung kostenlos bestellbar
unter www.aids-kampagne.de*



Aktionsbündnis gegen AIDS

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

Inhalt

Zusammenfassung und Überblick	4
Der internationale Bezugsrahmen: Verpflichtungserklärungen und Fortschrittsberichte der Vereinten Nationen	9
Teil A: Das politische Engagement Deutschlands für die Umsetzung der internationalen HIV/Aids-Verpflichtungen bis 2010	12
A 1. Der Koalitionsvertrag 2009 – Muster für eine fragwürdige Neuausrichtung der EZ	12
A 2. Die Millenniums-Entwicklungsziele und der UN-Gipfel 2010	13
A 3. Grundlagendokumente zu Handlungsprinzipien und Umsetzungsstrategien	13
A 4. Die Strukturreform der Durchführungsorganisationen: Die Gründung der GIZ	16
A 5. Der Globale Fonds: verkanntes Potential eines Finanzierungsinstruments	17
A 6. Internationale Initiativen zur Verbesserung der Wirksamkeit der EZ	20
A 7. Die G8-Gipfel: Unzureichende und verfehlte Zusagen	20
A 8. Brain-drain und der WHO Global Code of Practice	22
A 9. Gesundheitsforschung, Medikamentenzugang und das TRIPS-Abkommen	23
A 10. Innovative Finanzierungsinstrumente	25
Teil B: Deutschlands Finanzierungsbeiträge für die Verwirklichung der internationalen Verpflichtungen zu HIV/Aids	26
B 1. Die finanzielle Unterstützung für die weltweite Bekämpfung von Armut und Krankheit: Ein Überblick über den dringlichen Bedarf und die bestehenden Verpflichtungen	26
B 2. Die gesamten ODA-Leistungen Deutschlands	30
B 3. Deutschlands ODA für Gesundheitsförderung	35
B 4. Deutschlands ODA für die Bewältigung der HIV-Epidemie	38
Literatur/Links	42
Abkürzungen	44
Autoren	45
Impressum	45

Zusammenfassung und Überblick

Das Aktionsbündnis gegen AIDS tritt mit seinen mehr als hundert Mitgliedsorganisationen und rund 280 Basisgruppen dafür ein, dass Deutschland seiner Verantwortung als wirtschaftlich privilegierter Industriestaat gerecht wird und einen angemessenen Beitrag für die Bewältigung der globalen HIV-Epidemie leistet. Daher will es die Öffentlichkeit dazu motivieren, die Bedrohung durch HIV/Aids ohne Vorurteile wahrzunehmen und sich der Notwendigkeit einer solidarischen Antwort bewusst zu werden. Es braucht den öffentlichen Druck, damit die politisch Verantwortlichen die erforderlichen umfassenden Maßnahmen einleiten. Diese sollen Neuinfektionen vermeiden, den Betroffenen eine lebensbewahrende Behandlung ermöglichen sowie die gesellschaftlichen Ursachen und Folgen angehen. Die Beteiligung der Weltöffentlichkeit und der internationalen Zivilgesellschaft hat dafür gesorgt, dass die im Rahmen der Vereinten Nationen verabschiedeten Erklärungen von 2001 und 2006 zentrale Handlungsprinzipien und konkrete Ziele für diese Bemühungen festhalten. Aber nur wenn zivilgesellschaftliche Initiativen und soziale Bewegungen sich unablässig dafür einsetzen, besteht die Aussicht, dass diese Vereinbarungen auch tatsächlich umgesetzt werden.

Es geht darum, die Entscheidungsträger in Politik und Wirtschaft dazu zu bewegen, dass sie den benachteiligten Ländern und gefährdeten Bevölkerungsgruppen die notwendige Unterstützung zukommen lassen. Denn diese sind dringend auf die Solidarität der Bessergestellten dieser Welt angewiesen, um die erforderlichen Ressourcen und Handlungsmöglichkeiten für die Bewältigung der verheerenden HIV-Epidemie und die Überwindung der anderen drängenden Gesundheits- und Entwicklungsprobleme zu erhalten. Die Grundlage für diese politische Überzeugungsarbeit bildet die umfassende und präzise Information über den Stand der Dinge. Es stellen sich folgende Fragen: Worin bestehen die zentralen Aufgaben der internationalen Gemeinschaft? Wie hoch ist der Bedarf an Entwicklungshilfe insgesamt und für bestimmte Förderbereiche wie die Bewältigung der HIV-Krise? Inwieweit werden die bisherigen Anstrengungen den Herausforderungen und den Verpflichtungen gerecht? Andererseits ist auch die Frage zu untersuchen, welche Entscheidungen die Verwirklichung der international vereinbarten Ziele gefährden.

Der vorliegende Bericht will dazu beitragen, diese Fragen zu beantworten. Er konzentriert sich darauf, die Rolle Deutschlands innerhalb der globalen Bemühungen zur Bewältigung der HIV-Krise zu bewerten. Zu diesem Zweck wurden die wesentlichen Dokumente und Äußerungen der politisch Verantwortlichen zu den zentralen Aspekten analysiert. Um die Finanzierungsbeiträge zu eruieren, wurden die Daten der relevanten Informationssysteme herangezogen und mit einer eigens entwickelten Methodik überprüft und ausgewertet.

Den Hauptthemen entsprechend ist der Bericht in zwei Teile untergliedert. Teil A beleuchtet das politische Regierungshandeln im Zusammenhang mit der weltweiten HIV-Bekämpfung. Teil B untersucht die Bereitstellung dringend benötigter Finanzmittel, um die HIV-Epidemie zurückzudrängen. Zur Einführung und besseren Einordnung der beiden analytischen Berichtsteile wird zu Beginn das globale Panorama kurz beleuchtet.

Es handelt sich bereits um den vierten Prüfbericht aus zivilgesellschaftlicher Sicht seit dem Jahr 2006, wobei 2010 in Zusammenarbeit mit den HIV/Aids-Netzwerken der Schweiz und Österreichs ausschließlich die Mobilisierung finanzieller Ressourcen analysiert wurde. Die vorliegende Publikation nimmt den gesamten Zeitraum in den Blick, der für die Verwirklichung der 2001 und 2006 vereinbarten Ziele vorgesehen ist. Dies entspricht der Intention des für Juni 2011 anberaumten High Level Meetings der Vereinten Nationen, das überprüfen soll, welche Fortschritte bis zum Ablauf der 2010 endenden Umsetzungsfrist erreicht wurden.

Zusammenfassung und Orientierung

Im Folgenden werden die wichtigsten Ergebnisse und Schlussfolgerungen in stark verdichteter Form dargestellt. Diese Ausführungen sollen auch als Orientierung für die Lektüre dienen.

Der Bericht des UN-Generalsekretärs über die Umsetzung der beiden Erklärungen zu HIV/Aids fasst die wesentlichen Fortschritte und Defizite zusammen. Er verdeutlicht, dass die bisherigen Bemühungen wichtige Erfolge bewirken konnten, aber bei weitem nicht ausreichten, um die vereinbarten Ziele zu realisieren. Demnach müssen erheblich stärkere Anstrengungen unternommen werden, um die Diskriminierung zu überwinden, die gefährdeten Schlüsselgruppen zu unterstützen, die Behandlungsprogramme schneller auszuweiten, umfassendere Maßnahmen zur Prävention der Mutter-Kind-Übertragung durchzuführen und die Aufklärungsangebote für junge Menschen zu verbessern. Der Bericht enthält einige richtungsweisende Vorschläge für die künftige HIV-Bekämpfung, aber es müssen auch gravierende Unzulänglichkeiten konstatiert werden:

- Die Vorschläge zur Finanzierung der dringlichen Maßnahmen bleiben wenig konkret. Sie sind im Hinblick auf die Länder mittleren Einkommens nicht realitätsgerecht und benennen nicht die bestehenden Verpflichtungen und angemessenen Beitragshöhen.

- ▶ Eine genauere Analyse der strukturellen Lebensverhältnisse, die eine erhöhte Gefährdung durch die Epidemie bedingen, wird nicht geleistet.
- ▶ Zwar unterstützt der UN-Bericht die volle Nutzung der in den WTO-Abkommen enthaltenen Schutzklauseln zur Sicherung des Zugangs zu Medikamenten, ignoriert aber die Notwendigkeit zu überprüfen, ob die global durchgesetzten Patentregelungen einer Reform bedürfen.

Der Berichtsteil zum politischen Engagement Deutschlands versucht, die vorhandenen positiven Ansätze zu würdigen. Er benennt aber auch die schwerwiegenden Kritikpunkte hinsichtlich der Beteiligung an der internationalen Antwort auf die Bedrohung durch HIV/Aids. Auf der Habenseite steht vor allem, dass die Grundlagendokumente auf die Verwirklichung der Menschenrechte und der Geschlechtergerechtigkeit ausgerichtet sind und sich an den relevanten internationalen Vereinbarungen zum Thema orientieren. Die Beschreibung der Handlungsstrategien wird aber meist diffus, wenn es um den Umfang und den Zeithorizont der deutschen Beiträge geht. Unter den besonders problematischen Positionen und Entscheidungen, die sich seit dem Regierungswechsel 2009 häuften, sind die folgenden zu nennen:

- ▶ Durch die im Koalitionsvertrag festgelegte Richtlinie, dass bei entwicklungspolitischen Entscheidungen „die Interessen der deutschen Wirtschaft ... zu berücksichtigen“ seien, werden die Grundbedürfnisse der benachteiligten Mehrheit der Weltbevölkerung hintangestellt. Weitere Aussagen und Unterlassungen wie die Bevorzugung der bilateralen Kooperation, die Ausblendung der HIV-Problematik und die Verwässerung der Verpflichtung zur Erhöhung der Entwicklungshilfe spiegeln ebenfalls die Tendenz wider, den Eigeninteressen den Vorrang zu geben.
- ▶ Der Auftritt der RegierungsvertreterInnen beim UN-Gipfel zu den MDGs im September 2010 war gekennzeichnet durch die Beschönigung eigener Fehlleistungen, die Vermeidung konkreter Zusagen, die Abschiebung der Verantwortung auf andere Akteure und die Werbung für einseitige Wirtschaftsmodelle, so dass von einer vertanen Chance gesprochen werden muss.
- ▶ Ungeachtet des energischen und transparenten Vorgehens des Globalen Fonds gegen die Fehlverwendung seiner Mittel durch einige Empfängerinstitutionen agiert die derzeitige Leitung des BMZ mit einer

unverantwortlichen Zurückhaltung der Beiträge und anmaßenden Drohgebärden, statt sich als verlässlicher Partner dieser unverzichtbaren Einrichtung für die globale Krankheitsbekämpfung zu erweisen.

- ▶ Die Entscheidung, die Umsetzung der IATI-Standards (International Aid Transparency Initiative) für mehr Transparenz in der Entwicklungshilfe hinauszuschieben, beeinträchtigt nicht nur die Koordinations- und Beteiligungsmöglichkeiten, sondern auch die Korruptionsbekämpfung.
- ▶ Die im Rahmen der G8-Gipfeltreffen mit deutscher Beteiligung vereinbarten Beitragsleistungen für die Gesundheitsförderung und HIV-Bewältigung bleiben allesamt weit unter einem angemessenen Niveau.
- ▶ Es ist davon auszugehen, dass die Bundesregierung die Bestrebungen der EU mitträgt, in den aktuell und zukünftig verhandelten Freihandelsabkommen noch wesentlich rigidere Monopolrechte für Originalhersteller von Pharmazieprodukten durchzusetzen als sie im WTO-Abkommen festgelegt sind.
- ▶ Angesichts der globalen Bedrohungen muss von der Bundesregierung erwartet werden, dass sie noch konsequenter für die möglichst flächendeckende Einführung einer Finanztransaktionssteuer und anderer Finanzierungsinstrumente mit entsprechender Einkommens- und Lenkungswirkung eintritt.

Im Teil B wird zunächst ein bedarfsgerechtes und plausibles Finanzierungs-Szenario entwickelt, das den Bedarf an öffentlicher Entwicklungshilfe (ODA) für die Erreichung der Millenniums-Entwicklungsziele, die Gesundheitsförderung und schließlich die spezifischen Maßnahmen der HIV-Bewältigung für den Zeitraum 2010 bis 2015 beziffert. Die vorgeschlagenen Finanzierungsbeiträge der Geberländer orientieren sich an der Wirtschaftskraft gemessen am BNE und der besonderen entwicklungspolitischen Verantwortung Europas. Dabei zeigt sich, dass die Verwirklichung der bereits im Rahmen der Vereinten Nationen und der Europäischen Union eingegangenen Verpflichtungen zur Steigerung der ODA-Leistungen vollständig ausreichen würde, um die anvisierten Beitragsniveaus zu erreichen. Berechnet nach dem Wechselkurs des ersten Quartals 2011 müsste Deutschland im Jahr 2015 insgesamt 17,9 Mrd. Euro aufbringen, wovon 3,6 Mrd. Euro für die Gesundheitsförderung und davon wiederum 1,5 Mrd. Euro für die HIV-Bekämpfung eingesetzt werden sollten.

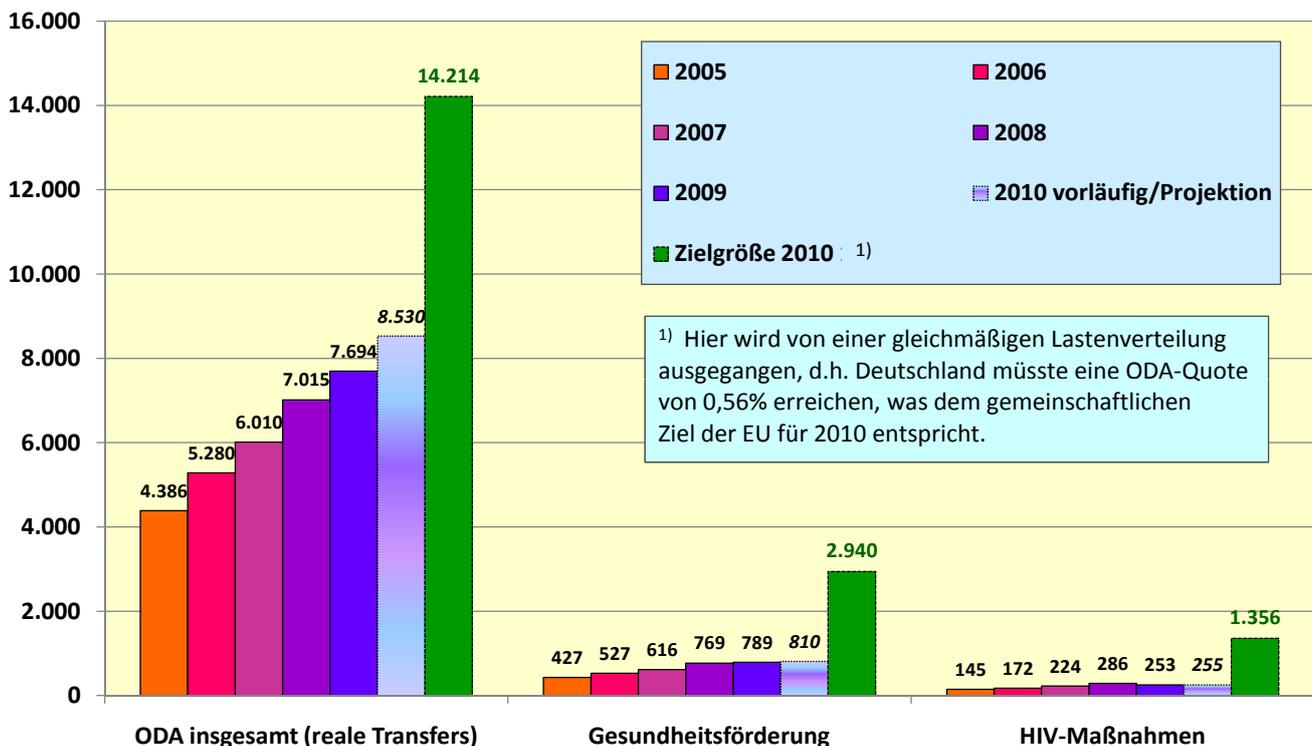
Im Hinblick auf die Bedarfsgrößen für 2010 ist zu konstatieren, dass die jüngst verzeichneten ODA-Leistungen der wirtschaftlich privilegierten Staaten weit unter der notwendigen Höhe blieben. Die Finanzierungslücke war im Gesundheitsbereich noch deutlich größer als bei der Entwicklungshilfe insgesamt. Entgegen allgemeiner Vorurteile klappte bei der finanziellen Unterstützung der HIV-Bekämpfung eine überproportionale Kluft zwischen dringlichem Bedarf und realem Aufkommen.

Trotz der Aufstockungen, die vor allem in den Jahren 2006 bis 2008 stattfanden, blieben die ODA-Beiträge Deutschlands deutlich unter den durchschnittlichen Anstrengungen der Geberstaaten. Infolge der unerklärlichen Geringschätzung des Gesundheitsbereichs in der bilateralen Zusammenarbeit und der ungenügenden Unterstützung der gesundheitsrelevanten UN-Organisationen fällt hier die Deckungslücke besonders hoch aus. Bedingt durch niedrige Neuzusagen und zurückgehende HIV-Anteile bei wichtigen multilateralen Institutionen stagniert die finanzielle Beteiligung an der globalen Antwort auf die HIV-Krise fatalerweise auf sehr niedrigem Niveau.

Im Einzelnen sind folgende Defizite festzustellen:

- ▶ Die realen ODA-Transferleistungen beliefen sich nach vorläufigen OECD-Daten im Jahr 2010 auf rund 8,5 Mrd. Euro, was lediglich 60 % des gemeinschaftlichen Ziels der EU und knapp zwei Drittel der EU-Mindestquote entspricht.
- ▶ Im gleichen Jahr dürften die ODA-Auszahlungen für die Gesundheitsförderung nach der Projektion auf der Basis einer eingehenden Analyse der für die Vorjahre verfügbaren Daten bei 810 Mio. Euro gelegen haben, das sind nicht mehr als 27,5 % der Zielgröße, die in unserer Bedarfsrechnung ermittelt wurde.
- ▶ Auf Grundlage einer ähnlichen Datenanalyse und der gegebenen Trends bei den Finanzierungszusagen lassen sich die ODA-Auszahlungen für HIV-Maßnahmen im Jahr 2010 auf ca. 255 Mio. Euro veranschlagen, was weniger als ein Fünftel des angemessenen Beitrags darstellt.

Entwicklung der realen ODA-Mittel Deutschlands für die relevanten Förderbereiche im Verhältnis zum angemessenen Beitragsniveau (in Mio. Euro)

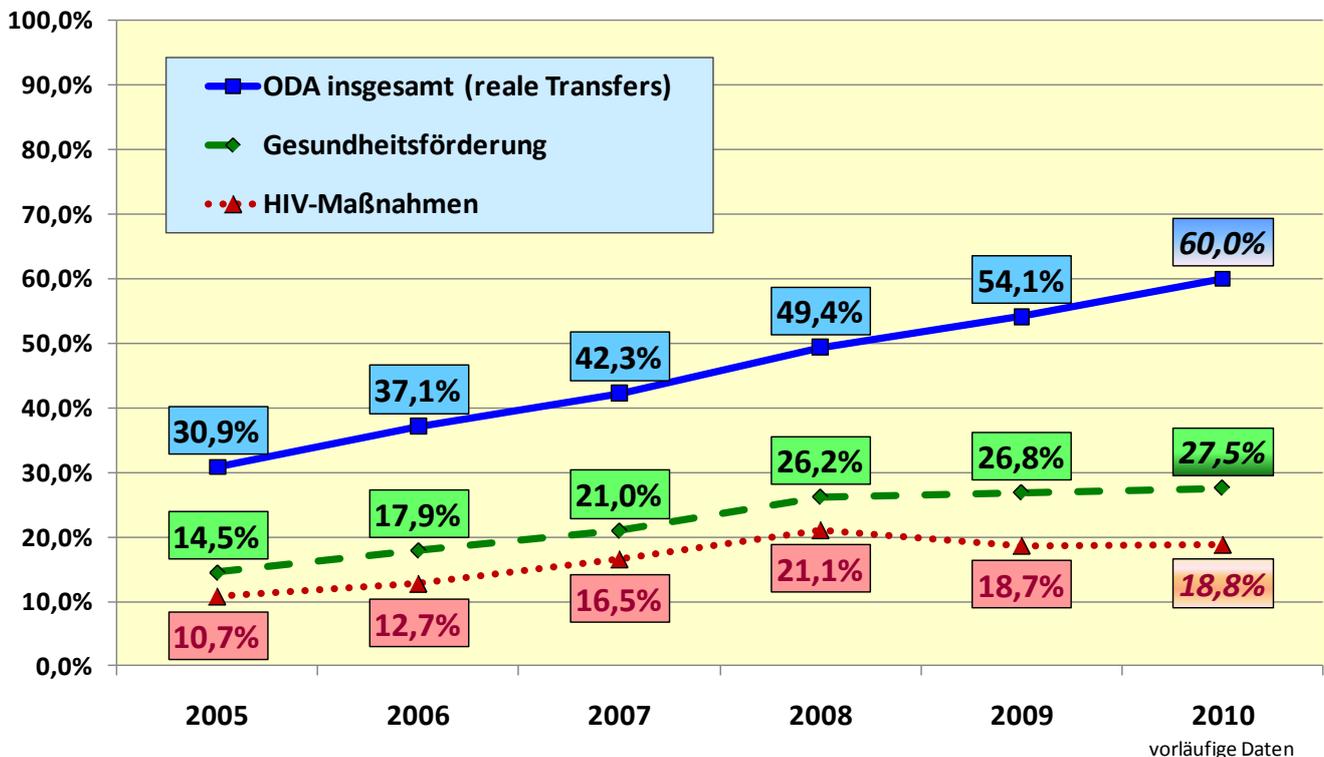


Darüber hinaus zeigen sich auch hoch problematische Tendenzen im Hinblick auf die Vergabekonditionen und die regionale Verteilung der ODA-Leistungen. Diesbezüglich sind vor allem zwei besonders kritikwürdige Tendenzen zu nennen:

- ▶ Der bereits vorher hohe Anteil der auf Kreditbasis gewährten Mittel an den realen ODA-Leistungen stieg zwischen 2009 und 2010 drastisch an und lag zuletzt mit über 22 % weit über dem Durchschnitt der Geberstaaten von rund 8 %.
- ▶ Die sich daraus zwangsläufig ergebende Vernachlässigung der ärmsten Länder zeigt sich darin, dass die ODA-Beiträge für Afrika südlich der Sahara stagnierten und im Verhältnis zu den Gesamtleistungen deutlich gefallen sind.

Die dürtigen Aufstockungen des BMZ-Haushalts, die für 2011 und 2012 vorgesehen sind, belaufen sich zusammen genommen nur auf 0,01 % des BNE und werden nicht dazu beitragen, die enorme Lücke zwischen den eingegangenen Verpflichtungen und den realen ODA-Leistungen zu verringern. Die folgenden Graphiken verdeutlichen diese Diskrepanz für die drei Dimensionen der Mobilisierung finanzieller Ressourcen, die für die Bewertung der Beteiligung an den globalen Bemühungen der HIV-Bewältigung relevant sind.

ODA-Auszahlungen Deutschlands für die analysierten Förderbereiche als v. H. der angemessenen Beitragshöhe für das Jahr 2010



Dringlicher Korrekturbedarf

Die developmentpolitischen Entscheidungen und Handlungsansätze müssen sich ohne Wenn und Aber an den Grundbedürfnissen derjenigen Menschen und Gemeinschaften orientieren, die am stärksten benachteiligt sowie von HIV/Aids und anderen lebensbedrohlichen Krankheiten betroffen sind. Dies sollte als Gebot der menschlichen Solidarität, als selbstverständliche Verantwortung angesichts der Geschichte kolonialer Ausbeutung und als unabdingbare Voraussetzung für eine lebenswerte Zukunft aller Menschen begriffen werden. Dieser fundamentalen Zielsetzung sollten sich die anderen Felder der Außenpolitik, insbesondere die Außenwirtschaftspolitik unterordnen, anstatt dieses umgekehrt zu fordern.

Nicht zuletzt durch den Dialog mit der Zivilgesellschaft wurden in den letzten Jahren Handlungsstrategien für die HIV-Bewältigung und damit eng verbundene Aktionsfelder formuliert, zu deren Prämissen die Verwirklichung der Menschenrechte und die Gleichberechtigung der Geschlechter gehören. Darauf aufbauend wird es notwendig sein, wichtige Elemente weiterzuentwickeln. Das betrifft insbesondere die Zusammenarbeit mit vulnerablen Schlüsselgruppen und die Beseitigung spezifischer, durch soziale Benachteiligung verursachter Gefährdungssituationen. Es betrifft aber auch die Stärkung staatlicher Handlungsspielräume für eine Politik des Zugangs zu Medikamenten und die öffentliche Förderung der Erforschung von Medizinprodukten für die Prävention, Diagnose und Behandlung der weltweit gravierendsten Krankheiten.

Die Bundesregierung sollte von dem Vorhaben Abstand nehmen, den Anteil der multilateralen Entwicklungszusammenarbeit auf eine willkürlich gesetzte Quote zu begrenzen. Stattdessen ist es im Sinne einer besser koordinierten und damit wirksameren Entwicklungspartnerschaft notwendig, den Globalen Fonds zur Bekämpfung von AIDS, Tuberkulose und Malaria, gesundheitsrelevante UN-Organisationen und andere multilaterale Institutionen stärker zu unterstützen. Das muss bedeuten, engagiert bei der konzeptionellen Entwicklung mitzuwirken und sich zugleich an der Finanzierung auf einem fairen Niveau zu beteiligen. Die Konsolidierung und Weiterentwicklung des Globalen Fonds als Finanzierungsinstrument, der sich durch eine breite Beteiligung, transparente Vergabeverfahren und einen bedarfsorientierten Mitteleinsatz auszeichnet, sollte als zentrale Aufgabe der internationalen Gemeinschaft begriffen werden. Dabei sollte sich Deutschland als verlässlicher Partner zeigen, anstatt nach Vorwänden für einen Rückzug zu suchen.

Deutschland ist aufgefordert, die notwendigen Anstrengungen zu unternehmen, um die international vereinbarten Standards für die Transparenz der Entwicklungshilfe umzusetzen. Ohne inhaltliche Merkmale und finanzielle Ressourcenflüsse der Entwicklungsvorhaben für die Öffentlichkeit zugänglich zu machen, sind weder Beteiligung und Kontrolle durch die Zielgruppen möglich, noch kann eine

effektive Planung und Koordination unter den verantwortlichen Institutionen erreicht werden. Die Transparenz der Mittelvergabe bildet auch eine unabdingbare Voraussetzung für eine frühzeitige Aufdeckung von Korruptionsfällen.

Die Bundesregierung sollte innerhalb der zuständigen Gremien der EU dafür eintreten, dass die derzeit oder in Zukunft mit Entwicklungsländern verhandelten Freihandelsabkommen keine Bestimmungen enthalten, die den Zugang zu Medikamenten gefährden. Insbesondere sollte sich Deutschland eindeutig dagegen aussprechen, dass zusätzliche Monopolrechte für Pharmaunternehmen durchgedrückt werden, die eine Anwendung der Schutzklauseln des TRIPS-Abkommens erschweren würden.

Um die vor vier Jahrzehnten proklamierte Verpflichtung der Industriestaaten zur Entwicklungsfinanzierung zu erfüllen und damit eine zentrale Voraussetzung für die Verwirklichung der Millenniums-Entwicklungsziele zu schaffen, muss ein verbindlicher Plan zur Erreichung der ODA-Quote von 0,7 % des Bruttonationaleinkommens beschlossen werden. Dieser sollte jährliche Zielgrößen festlegen, die dem notwendigen Wachstumspfad entsprechen. Er sollte sich an der von der EU vorgeschlagenen Mindestquote von 0,57 % des BNE im Jahr 2012 orientieren, um die bisherigen Versäumnisse möglichst schnell wettzumachen. Die jährliche und mittelfristige Haushaltsplanung muss diese Zielgrößen widerspiegeln, ohne dass auf dem Kapitalmarkt aufgenommene Mittel eingesetzt werden müssen, um die Vorgaben zu erreichen.

Im Rahmen der notwendigen Steigerung der Gesamtmittel muss der Gesundheitsförderung und der HIV-Bewältigung eine deutlich höhere Bedeutung beigemessen werden, als dies bisher der Fall war. Um sich angemessen an den Bemühungen zu beteiligen, auch für die Menschen in den Entwicklungsländern das Grundrecht auf die Erreichung des bestmöglichen Gesundheitszustands zu verwirklichen, müsste Deutschland bis spätestens 2015 einen jährlichen Finanzierungsbeitrag von fünf Mrd. US\$ oder nach dem derzeitigen Kurs 3,6 Mrd. Euro für die Bekämpfung lebensbedrohlicher Krankheiten und die Stärkung der Gesundheitssysteme aufbringen. Für Maßnahmen der HIV-Prävention, Behandlung, Betreuung und Unterstützung wären bis zur Mitte des Jahrzehnts jährliche ODA-Leistungen von mindestens zwei Mrd. US\$ oder 1,5 Mrd. Euro zu erreichen, wenn die Verwirklichung des allgemeinen Zugangs zu diesen Schlüsselmaßnahmen in fairer Weise unterstützt werden soll.

Der internationale Bezugsrahmen: Verpflichtungserklärungen und Fortschrittsberichte der Vereinten Nationen

Vor zehn Jahren stellte sich die internationale Gemeinschaft endlich der Aufgabe, eine adäquate Antwort auf die globale HIV/Aids-Krise und ihre vielfältigen Ursachen und Auswirkungen zu entwickeln. Im Juni 2001 wurde die erste Sondergeneralversammlung der Vereinten Nationen (UN-GASS) zu einem großen Gesundheitsproblem einberufen. Im Ergebnis verabschiedeten die UN-Mitgliedstaaten die „**Verpflichtungserklärung zu HIV/Aids**“. Darin wird die HIV-Epidemie als „eine globale Notlage und eine der gewaltigsten Herausforderungen für das menschliche Leben, die Menschenwürde und die wirksame Wahrnehmung der Menschenrechte“¹ bezeichnet. Die Regierungsverantwortlichen bekennen sich darin zu der Verantwortung, zeitgebundene Ziele und grundlegende Handlungsprinzipien auf nationaler, regionaler und globaler Ebene zu erfüllen. Darüber hinaus verpflichteten sie sich zur Einrichtung des Globalen Fonds als zentrales Instrument zur Finanzierung umfassender HIV-Bekämpfungsmaßnahmen.²

Da in den darauf folgenden Jahren nur partielle Erfolge erzielt wurden, und die Bemühungen zur HIV-Bewältigung nur ungenügend waren, verabschiedeten die Vereinten Nationen im Juni 2006 eine Nachfolgeerklärung. Durch diese „**Politische Erklärung zu HIV/Aids**“ bekräftigten die Mitgliedsstaaten zum einen ihre Entschlossenheit, die Verpflichtungserklärung von 2001 konsequent umzusetzen. Zum anderen enthält sie das übergreifende Ziel, für alle Menschen „den universellen Zugang zu umfassenden Präventionsprogrammen, Behandlung, Betreuung und Unterstützung bis 2010“³ zu gewährleisten.

Für Juni 2011 haben die Vereinten Nationen erneut ein hochrangiges Treffen einberufen, das dazu dienen soll, den Stand der Umsetzung der Verpflichtungserklärung sowie die Erfüllung der Ziele der politischen Erklärung zu überprüfen. Nachdem 2010 die Frist für die Verwirklichung der Verpflichtungen ablief, kann zum ersten Mal eine Gesamtbewertung realisiert werden. Es muss auch darum gehen, sich auf eine neue Erklärung zu verständigen, die – aufbauend auf den bisher gewonnenen Erkenntnissen – adäquate Zielsetzungen und Strategien für die Zukunft formuliert. Denn ein Erfolg im Kampf gegen die HIV/Aids-Krise ist nicht nur als solcher von fundamentaler Bedeutung. Er bildet auch eine Voraussetzung dafür, um alle anderen Millenniums-Entwicklungsziele (Millennium Development Goals, MDGs) zu erreichen, insbesondere die angestrebte Halbierung der weltweiten Armut (MDG 1).

Der UN-Bericht 2011: allmähliche Fortschritte, aber gefährdet

Der Bericht des UN-Generalsekretärs von 2011 basiert auf Rechenschaftsberichten von 182 Ländern. Er zeigt wichtige Erfolge von Präventionsbemühungen und Behandlungsprogrammen auf. Zugleich verdeutlicht er aber auch, dass die Fortschritte regional sehr ungleich verteilt sind und insgesamt nicht ausreichen, um die vereinbarten Ziele zu erreichen. Als wesentliche Defizite werden folgende benannt:⁴

- ▶ Die Maßnahmen gegen Diskriminierung und Stigmatisierung sind ungenügend. In drei von zehn Ländern wurden bisher keine dementsprechenden Gesetze eingeführt bzw. dort, wo diese existieren, werden sie oft nicht konsequent durchgesetzt. In mehr als der Hälfte der Länder bestehen gesetzliche Bestimmungen, die den Zugang zu Gesundheitsdiensten für besonders gefährdete Gruppen sogar erschweren.
- ▶ Besonders gefährdete Bevölkerungsgruppen erhalten nicht die erforderliche Unterstützung. Nur eine Minderheit der berichtenden Länder hatte bis 2009 spezifische Ziele für Präventionsprogramme für Menschen bestimmt, die von Sex-Arbeit leben, injizierende Drogen nutzen oder für Männer, die Sex mit Männern haben.
- ▶ Trotz einiger Fortschritte hatten im Jahr 2009 lediglich 34 % der jungen Menschen zwischen 15 und 24 Jahren korrekte und umfangreiche Kenntnisse über die Übertragungsrisiken und Präventionsmöglichkeiten von HIV. Dies liegt weit unter dem formulierten Ziel von 95 %.
- ▶ Der Anteil der HIV-positiven Schwangeren, die eine Behandlung zur Prävention der Mutter-Kind-Übertragung erhalten haben, stieg 2009 auf etwas mehr als 50 %. Dies ist aber noch weit von der anvisierten Abdeckung von 80 % entfernt. Außerdem erhalten 30 % der behandelten Frauen noch immer eine wenig effektive Prophylaxe.
- ▶ Im Dezember 2010 erhielten in den benachteiligten Weltregionen ca. sechs Mio. Menschen mit einer fortgeschrittenen HIV-Infektion eine antiretrovirale Behandlung. Dies ist ein deutlicher Fortschritt gegenüber 0,4 Mio. in 2003⁵, doch erhielten im Jahr 2009 den Schätzungen zu Folge rund zehn Mio. Menschen mit einer lebensbedrohlichen Immunschwäche die benö-

1 United Nations (2001): Globale Krise – Globale Antwort. Verpflichtungserklärung zu HIV/Aids. Abschlussdokument der 26. Sondertagung der Generalversammlung der Vereinten Nationen, 25. – 27. Juni 2001, New York, S. 2.

2 Vgl. Abschnitt 5 zum Globalen Fonds in diesem Teil.

3 Vereinte Nationen (2006): „Politische Erklärung zu HIV/Aids“, 2. Juni 2006, Paragraph 20.

4 Vgl. United Nations (2011): Implementation of the Declaration of Commitment on HIV/Aids and the Political Declaration on HIV/Aids. Report of the Secretary-General. United Nations General Assembly, 28. März 2011.

5 Vgl. UNAIDS (2010): Getting to Zero. 2011-2015 Strategy.

tigte Therapie nicht. Der Deckungsgrad lag 2009 bei Kindern mit 28 Prozent niedriger als bei Erwachsenen mit 37 Prozent.⁶

- Obwohl bisher nur partielle Fortschritte erreicht wurden und erheblich verstärkte Anstrengungen notwendig sind, zeichnet sich derzeit eine nachlassende Tendenz bei der Unterstützung der globalen Antwort auf die HIV-Krise ab. Geberländer nehmen die globale Finanzkrise zum Vorwand, um Finanzierungszusagen nicht einzuhalten. So kam in 2009 der steigende Trend in der Bereitstellung von Ressourcen zu einem Stillstand. Dies gefährdet nicht nur bisherige Erfolge, sondern beeinträchtigt auch zukünftige Bemühungen, das Ziel des „Universellen Zugangs“ zu erreichen.⁷

Nächste Etappe: Universeller Zugang bis 2015

Angesichts der mangelnden Umsetzung der Verpflichtungen zeigt der UN-Generalsekretär auf, dass die Anstrengungen dringend verstärkt werden müssen. In Anlehnung an die 2010 von UNAIDS entwickelte „Strategie für 2011-2015“⁸, soll so der Universelle Zugang nun bis 2015 erreicht werden. Der Bericht formuliert dafür fünf zentrale Handlungsempfehlungen. Allerdings werden wesentliche Aspekte nicht so konkret und deutlich dargestellt wie nötig. Vor allem fehlen klare Vorschläge, wie die wirtschaftlich privilegierten Länder die Bemühungen in den benachteiligten und besonders betroffenen Regionen unterstützen sollten. Es wird zwar auf die bereits bestehende Finanzierungslücke von rund acht Mrd. US\$ aufmerksam gemacht und die Notwendigkeit herausgestellt, diese zu schließen. Aber die bereits bestehenden Verpflichtungen für die Aufstockung der öffentlichen Entwicklungshilfe bleiben ebenso unerwähnt wie die notwendige Beitragshöhe der Industriestaaten für die spezifischen HIV-Maßnahmen und die Gesundheitsförderung insgesamt. Die Aussage, dass die Entwicklungsländer mit mittlerem Einkommen die erforderlichen Maßnahmen der HIV-Prävention, Behandlung und Unterstützung allein, aus eigener Kraft finanzieren könnten, geht an der Realität vorbei. Um den zusätzlichen Finanzierungsbedarf für die gebotene schnelle Ausweitung der erforderlichen Dienste zu decken, ohne die übrigen Investitionen im Sozialbereich zu reduzieren, wird hier externe Unterstützung benötigt. D.h., diese Ländergruppe braucht auch in anderen Förderbereichen ODA-Mittel. Dies ist umso nötiger, da es um die Bewältigung einer humanitären Katastrophe geht, bei der auch ideologische Widerstände zu überwinden sind.

6 Vgl. United Nations (2011): a.a.O.

7 So sind Patientinnen und Patienten nach einigen Jahren aufgrund auftretender Resistenzen oder zu starker Nebenwirkungen auf neuere, antiretrovirale Medikamente angewiesen. Diese sind allerdings um ein Vielfaches teurer. Siehe hierzu auch Abschnitt 9.

8 Die UNAIDS-Strategie ruft zum Erreichen von „Null Neuinfektionen, Null Diskriminierung und Null Aids-bezogenen Todesfällen“ auf. Siehe UNAIDS (2010): a.a.O.

Durch wirtschaftliches Wachstum haben verschiedene Länder den von der Weltbank festgelegten Schwellenwert des Pro-Kopf-Einkommens von 995 US\$ überschritten. Sie werden jetzt der Kategorie der Länder mittleren Einkommens zugeordnet. Die Einkommenszuwächse waren jedoch meist sehr ungleich verteilt, so dass inzwischen die Mehrheit der Armen der Welt in diesen Ländern lebt. Daher muss die Entwicklungszusammenarbeit hier differenzierte Strategien entwickeln und sowohl einen stärkeren Beitrag der wirtschaftlich besser gestellten Sektoren einfordern, als auch auf eine gerechtere Einkommensverteilung hinarbeiten. Zumindest fordert der Bericht dazu auf, den Globalen Fonds vollständig zu finanzieren und darüber hinaus weitere innovative Finanzierungsmechanismen zu erschließen.

Auch ruft der Generalsekretär dazu auf, jegliche rechtliche, politische und soziale Benachteiligung zu überwinden. Insbesondere mit Blick auf besonders gefährdete Gruppen soll jegliche Form der Stigmatisierung, Diskriminierung und Kriminalisierung überwunden werden. Alle Länder müssen sich zu den Prinzipien der globalen Solidarität, echter Verantwortung und gegenseitiger Rechenschaftslegung bekennen, um die Menschenrechte zu verwirklichen.

Der Bericht hebt hervor, dass die Überwindung der gesellschaftlichen Benachteiligung und der Gewalt gegen Frauen von zentraler Bedeutung ist. Andere elementare Bestandteile einer effektiven Antwort auf die HIV-Epidemie kommen in den Ausführungen aber zu kurz. So werden ungünstige Lebensverhältnisse, die eine Ausbreitung der HIV-Epidemie begünstigen, wie Migration unter prekären Bedingungen oder fehlende Lebensperspektiven für junge Menschen, zu wenig thematisiert. Auch der Bedarf an Pflege und Betreuung wird nicht ausreichend in seiner Bedeutung wahrgenommen. Diese Komponente bleibt aber unverzichtbar, auch wenn sich ihre Funktion mit dem Zugang zu antiretroviraler Therapie (ART) wandelt.⁹

Im Hinblick auf den Zugang zu erschwinglichen Medikamenten weist der Bericht richtigerweise darauf hin, dass die Länder dabei unterstützt werden müssen, die in den WTO-Abkommen enthaltenen und durch die Erklärung von Doha bestätigten Schutzklauseln in vollem Umfang zu nutzen. Diese Handlungsspielräume dürfen nicht durch restriktivere Bestimmungen in anderen Übereinkünften untergraben werden. Allerdings stellt sich die grundsätzliche Frage, ob die zurzeit gültigen Regelungen insbesondere im Hinblick auf die Anwendung von Zwangslizenzen praktikabel und ausreichend sind, um ein erträgliches Preisniveau für essentielle Arzneimittel in der Zukunft zu ermöglichen. Daher hielt die ursprüngliche Verpflichtungserklärung noch fest, „dass die Auswirkungen der internationalen Handelsübereinkünfte auf den Zugang zu unentbehrlichen

9 „Home-based care“ und andere Begleitmaßnahmen sind bei Zugang zu effektiver antiretroviraler Therapie (ART) nicht mehr auf intensive und terminale Krankenpflege ausgerichtet, sondern mehr auf die Stärkung der Therapietreue (Adhärenz), den Umgang mit unerwünschten Wirkungen von ARVs und auf die soziale Wiedereingliederung.

Arzneimitteln beziehungsweise auf deren lokale Herstellung sowie auf die Entwicklung neuer Arzneimittel einer weiteren Evaluierung bedürfen.“¹⁰ Diese Perspektive, nämlich die von den Industriestaaten forcierten Bestimmungen zu den so genannten Rechten an geistigem Eigentum zu überprüfen und – wenn erforderlich – zu reformieren, muss wieder aufgenommen werden.

EMPFEHLUNG:

Deutschland muss sich im Rahmen der UN dafür einsetzen, dass die Nachfolge-Erklärung die richtigen Lehren aus den bisherigen Erfahrungen und Erkenntnissen zieht. In der Formulierung der grundlegenden Handlungsprinzipien darf diese nicht hinter die ursprüngliche Verpflichtungserklärung zurückfallen. Es müssen alle Elemente einer wirksamen Antwort auf die Bedrohung durch die HIV-Epidemie aufgenommen werden. Dazu gehören auch Maßnahmen, die die strukturellen Ursachen der Gefährdung durch die HIV-Epidemie angehen und die Verschärfung der Auswirkungen für betroffene Menschen einbeziehen. Die neue Erklärung sollte eine klare Perspektive für die Finanzierung der notwendigen Maßnahmen mit angemessenen Zielgrößen sowohl für nationale Regierungen als auch für die externe Kooperation enthalten. Bei der Überwindung diskriminierender Gesetze und Praktiken dürfen in den Zielsetzungen keine Abstriche gemacht werden.

Fünf Empfehlungen des UN Generalsekretärs¹¹

1. Radikale Reduzierung der Neuinfektionen im Sinne einer „Präventions-Revolution“ vor allem in Hinblick auf junge Menschen und besonders gefährdete Gruppen;
2. Erneuerung einer gemeinsamen Plattform der globalen Solidarität für die Erreichung des „Universellen Zugangs“ zu HIV-Prävention, Behandlung, Betreuung und Unterstützung bis 2015, unter anderem durch Einhalten „fairer Finanzierungsanteile“ und nachhaltiger Finanzierungszusagen;
3. Reduzierung der Behandlungskosten in Verbindung mit einer Steigerung der Effizienz und Nachhaltigkeit von HIV/Aids-Programmen, z. B. durch den Ausbau von Patentpools, Entwicklung von günstigeren und wirksameren Therapien und die Unterstützung bei der Nutzung der „Flexibilitäten“ des TRIPS-Abkommens;
4. Gesellschaftliche Gleichstellung von Frauen und Mädchen und die Förderung ihrer Gesundheit, Menschenrechte, Sicherheit und Würde, insbesondere durch den Schutz sexueller und reproduktiver Gesundheit und Rechte (SRGR) und die Ausweitung von Programmen gegen gender-basierte Gewalt als Ursache und Folge von HIV;
5. Institutionalisierung belastbarer und auf Gegenseitigkeit beruhender Rechenschafts- und Evaluierungsmechanismen unter Einbeziehung von Mitgliedsstaaten, der Zivilgesellschaft und anderer Akteure, um die Verpflichtungen im Kontext der Antwort auf die HIV-Epidemie in konkrete Handlungen umzuwandeln, u. a. durch die Formulierung und Überprüfung von Zielen und Indikatoren zur vollen Umsetzung des „allgemeinen Zugangs“.

¹⁰ Vereinte Nationen (2001): Globale Krise — Globale Antwort. Verpflichtungserklärung zu HIV/Aids, S. 26.

¹¹ Vgl. United Nations (2011): a.a.O., S. 19.

Teil A: Das politische Engagement Deutschlands für die Umsetzung der internationalen HIV/Aids-Verpflichtungen bis 2010

Marco Alves; Joachim Rüppel

Für die Legislaturperiode 2009 bis 2013 wurde eine neue Bundesregierung gewählt, die von einer Koalition aus CDU/CSU und FDP getragen wird. Das Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (BMZ) wird seither von einem Minister der FDP geführt, der vor der Wahl eine Auflösung des BMZ und die Eingliederung der politischen Steuerung der Entwicklungszusammenarbeit (EZ) in das Auswärtige Amt propagierte. Schon damit ließ man die Absicht erkennen, die genuinen Bedürfnisse der benachteiligten Teile der Weltbevölkerung den wahrgenommenen Eigeninteressen unterzuordnen. Dieser von der Zivilgesellschaft befürchtete Paradigmenwechsel im Sinne einer verstärkten Ausrichtung an wirtschaftlichen und außenpolitischen Belangen zeichnet sich inzwischen in wichtigen Dokumenten und Äußerungen ab.

A 1. Der Koalitionsvertrag 2009 – Muster für eine fragwürdige Neuausrichtung der EZ

In den Ausführungen zur Entwicklungspolitik zeigt sich eine äußerst bedenkliche Verschiebung der Beweggründe für Entwicklungsvorhaben. So heißt es unmissverständlich: „Entwicklungspolitische Entscheidungen müssen die Interessen der deutschen Wirtschaft, insbesondere des Mittelstandes, angemessen berücksichtigen“.¹² Im Koalitionsvertrag der vorherigen Regierung von 2005 war dieses Verhältnis zumindest noch als zweiseitiges gesehen worden. Dort wurde eine „enge Verzahnung“ der verschiedenen Politikfelder, einschließlich der Entwicklungspolitik und der Außenwirtschaftspolitik, angesprochen, um eine größere politische Kohärenz gegenüber den Entwicklungsländern zu erreichen.¹³ Die Verfolgung wirtschaftlicher Interessen, so wie diese Regierung sie auslegt, steht offenkundig auch hinter der Absicht, die multilateralen Beiträge auf ein Drittel der gesamten ODA-Leistungen zu senken. So will man eine stärkere Kontrolle ausüben, was euphemistisch damit umschrieben wird, die „Gestaltungsmöglichkeiten der deutschen Entwicklungspolitik zu erweitern“.¹⁴ Diese Zielvorstellung steht in einem grundlegenden Widerspruch zu internationalen Verpflichtungen, die Harmonisierung und Effektivität der Entwicklungszusammenarbeit (EZ) zu steigern. Für die Behauptung, mit einer Betonung der bilateralen Kooperation könne man den Wirkungsgrad der eingesetzten Mittel erhöhen, blieb man bisher jeden Beleg schuldig.

Der Koalitionsvertrag bekundet die Absicht, die Verpflichtung zur Erhöhung der ODA auf 0,7 % des BNE einzuhalten, nennt aber keine Zeitfrist und verbindet die Umsetzung mit der „Absorptionsfähigkeit“ der Entwicklungsländer. Dabei wird übersehen, dass die Kapazität zum effektiven Mitteleinsatz gerade von einer rechtzeitigen und kontinuierlichen Unterstützung für die Entwicklung der personellen Ressourcen und institutionellen Fähigkeiten abhängt. Es genügt auch nicht, in der EZ nur „die Einhaltung der Menschenrechte zu berücksichtigen“.¹⁵ Vielmehr muss diese aktiv auf eine volle Verwirklichung der Menschenrechte hinwirken.¹⁶ Dazu gehören auch Maßnahmen gegen Diskriminierung und Stigmatisierung sowie der allgemeine Zugang zu HIV-Diensten und Gesundheitsversorgung. Im Gegensatz zum vorherigen Koalitionsvertrag bleibt auch die Gleichberechtigung der Geschlechter unerwähnt. Es wird mit keinem Wort Bezug genommen auf die HIV/Aids-Epidemie und die internationalen Verpflichtungen, dieser zu begegnen. Das erscheint angesichts der Dimensionen der Bedrohung völlig unverständlich. Dagegen wurde im Koalitionsvertrag von 2002 als explizites Ziel formuliert, man wolle Initiativen „zur Verbesserung der Gesundheitssituation sowie zur Bekämpfung von HIV/Aids unterstützen“. Und im Vorläufervertrag von 2005 war immerhin noch die Rede davon, dass sich Deutschland „aktiv an internationalen Anstrengungen im Kampf gegen derartige Krankheiten“ beteiligen solle, wobei HIV, Malaria, Tuberkulose und die Vogelgrippe aufgeführt wurden.

EMPFEHLUNG:

Die deutsche EZ muss sich an den Bedürfnissen der Menschen in Entwicklungsländern und den eingegangenen internationalen Verpflichtungen orientieren. Insbesondere angesichts der gravierenden gravierenden humanitären und sozioökonomischen Folgen von HIV/Aids, darf die EZ nicht außenpolitischen und wirtschaftlichen Interessen untergeordnet werden. Auch dürfen Effektivität und Umfang der Entwicklungshilfe nicht gegeneinander ausgespielt werden. Eine erhebliche und zügige Erhöhung der Finanzmittel ist allein schon für die Erfüllung internationaler Zusagen notwendig. Nur so kann Deutschland als glaubwürdiger und verlässlicher Partner in der internationalen Gemeinschaft wahrgenommen werden und selbst einen angemessenen Beitrag leisten.

¹² Vgl. Bundesregierung (2009): Wachstum. Bildung. Zusammenhalt. Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und FDP. S. 55.

¹³ Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD, S. 19.

¹⁴ Vgl. Bundesregierung (2009): a.a.O., S. 129.

¹⁵ Ebd., S. 127.

¹⁶ Siehe hierzu: UN-Verpflichtungserklärung zu HIV/Aids 2001, Paragraph 16.

A 2. Die Millenniums-Entwicklungsziele und der UN-Gipfel 2010

Der UN-Gipfel zur Überprüfung der Umsetzung von den Millenniums-Entwicklungszielen, „MDG + 10“ im September 2010, stellte ein entscheidendes Treffen dar, um eine Gesamtbilanz der bisherigen Entwicklungsbemühungen zu ziehen und Strategien für die letzte Etappe der vorgesehenen Zeitfrist zu vereinbaren. Die Bedeutung wurde auch durch Beteiligung vieler Regierungschefs unterstrichen. Daher ist die Rede der Bundeskanzlerin auf dem UN-Gipfel als das vielleicht wichtigste Statement zu den entwicklungspolitischen Positionen der aktuellen Regierung zu sehen.

Leider finden sich hier viele der problematischen Tendenzen wieder, die sich bereits im Koalitionsvertrag abzeichnen. Obwohl gerade Deutschland bei den ODA-Leistungen hinter den meisten Geberländern insbesondere im Kontext Europas hinterherhinkt, werden diese Defizite beschönigt und für die Zukunft nur unkonkrete Finanzierungszusagen gemacht. Das gilt sowohl für den Gesamtumfang der öffentlichen Entwicklungshilfe,¹⁷ als auch für den Globalen Fonds. Während auf die eigenen Verpflichtungen nicht ernsthaft eingegangen wird, weist sie die Hauptverantwortung einseitig den Regierungen der Entwicklungsländer zu. Die Bundeskanzlerin verlangt außerdem, eine marktwirtschaftliche Entwicklung voranzutreiben, ohne auf die negativen Auswirkungen eines Wirtschaftsmodells einzugehen, das auf ungezügelt Gewinnstreben gründet. Der damit oft verbundene Verlust an sozialem Zusammenhalt, die instabilen Lebensverhältnisse und die Stärkung der Marktmacht transnationaler Konzerne haben auch Konsequenzen für die HIV-Problematik, z. B. im Hinblick auf die Gefährdungssituationen oder den Zugang zu Behandlung.¹⁸

Um „mehr und schneller Fortschritte [zur Armutsbekämpfung, d. A.] zu erzielen“, werden hauptsächlich ergebnisbasierte Finanzierungen als „viel versprechender Ansatz“ genannt.¹⁹ Diese greifen jedoch gerade bei langwierigen Entwicklungsprojekten unter schwierigen Bedingungen zu kurz. Zwar sagt die Bundeskanzlerin, dass Entwicklung „ohne Achtung der Menschenrechte nicht möglich“ sei; sie vermeidet es allerdings, auf die Bedürfnisse besonders gefährdeter und benachteiligter Bevölkerungsgruppen einzugehen. Die Kanzlerin gibt weiter an, dass die Millenniums-Entwicklungsziele bis 2015 wahrscheinlich nicht alle erreicht werden; dass diese aber auch für die Zukunft Geltung haben und konsequent durchgesetzt werden müssen. Damit erklärt sie jedoch die Zielerreichung schon

fünf Jahre vor Ablauf der Zeitfrist für zumindest teilweise unmöglich, anstatt sich für eine Verstärkung der Anstrengungen einzusetzen.²⁰

EMPFEHLUNG:

Die bisherigen Defizite bei der Verwirklichung der MDGs bis 2015 dürfen nicht als Vorwand herhalten, dass die Bundesregierung Verpflichtungen zur Erhöhung der Entwicklungshilfe vernachlässigt oder ohne konkrete Zeitplanung hinauszögert. Ganz im Gegenteil: sie müssen unverzüglich unter Einhaltung der Fristen umgesetzt und konkrete Finanzierungswege benannt werden. Verpflichtungen und Verantwortlichkeiten dürfen nicht auf Partnerländer abgeschoben werden. Dabei müssen die zentralen Bedürfnisse der benachteiligten Teile der Weltbevölkerung im Mittelpunkt stehen, nicht jedoch die Förderung nationaler Wirtschaftsinteressen. Die EZ sollte besonders auf gefährdete und marginalisierte Bevölkerungsgruppen ausgerichtet werden.

A 3. Grundlagendokumente zu Handlungsprinzipien und Umsetzungsstrategien

Der Aktionsplan zur Umsetzung der HIV/Aids-Bekämpfungsstrategie der Bundesregierung (2005-2010)

Die „HIV/Aids-Bekämpfungsstrategie der Bundesregierung“ von 2005 sowie der dazugehörige Aktionsplan zur Umsetzung der Strategie von 2007 umfassen wichtige Aspekte für eine effektive Bekämpfung der HIV/Aids-Epidemie.²¹ Besonders hervorzuheben ist die Ausrichtung an grundlegenden Prinzipien, die auch in den UN-Erklärungen zum Thema benannt werden, wie der Schutz der Menschenrechte und die Förderung der Gleichberechtigung der Geschlechter. Auch das übergeordnete Ziel des universellen Zugangs bis 2010 ist aufgenommen. Damit können die prinzipiellen Leitlinien und Handlungsstrategien als angemessen und zielführend eingestuft werden. Sie spiegeln zudem den intensivierten Dialog mit der Zivilgesellschaft wider und sollten deshalb die Grundlage bilden, wenn bestimmte Elemente zu präzisieren oder zu aktualisieren sind.

Der zeitliche Gesamtrahmen zur Umsetzung der Strategie reichte bis 2010. Der Aktionsplan nennt zwar die

17 Die Bundesregierung hatte bereits mit einem UN-Beschluss von 1970 zugesagt, mindestens 0,7 % des Bruttonationaleinkommens (BNE) für die EZ bereitzustellen. Dies wurde auch in der UN-Verpflichtungserklärung zu HIV/Aids von 2001 zugesichert. In einem Stufenplan der EU wurde festgehalten, diese Quote bis spätestens 2015 zu erreichen. Siehe Teil B dieses Berichts.

18 Siehe dazu auch die Abschnitte 3 und 9.

19 UN-Millenniumsgipfel 2010. MDG Debatte. Rede von Bundeskanzlerin Angela Merkel (<http://www.unmultimedia.org/tv/webcast/2010/09/germany-mdg-debate.html>).

20 Für eine umfassendere Darstellung der Diskussionsprozesse und Ergebnisse des MDG-Gipfels vgl. Ruppel (2010): Der UNO-Gipfel zu den Millenniums-Entwicklungszielen (http://www.aids-kampagne.de/fileadmin/Downloads/MDG/MDG_Gipfel_Ergebnisanalyse_neu.pdf).

21 Diese Dokumente wurden vom BMZ, dem Gesundheitsministerium (BMG) und dem Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) herausgegeben.

zentralen Aktionen und „Bausteine“, aber es fehlen spezifische Budgets, zeitgebundene Ziele und nachprüfbare Indikatoren. Für das Jahr 2007 wurde ein Finanzierungsbeitrag von insgesamt 400 Mio. Euro anvisiert, der bereits damals weit hinter einer angemessenen Höhe zurückblieb. Zu den hauptsächlichen Defiziten des Aktionsplans gehört das Fehlen von Plangrößen für die finanzielle Beteiligung an der internationalen Antwort auf die HIV-Epidemie für die Jahre danach.

EMPFEHLUNG:

Angesichts der erheblichen Defizite bei der Verwirklichung des „Universellen Zugangs“ und des abgelaufenen Zeitrahmens ist es notwendig, die HIV/Aids-Bekämpfungsstrategie und den entsprechenden Aktionsplan fortzuschreiben und anzupassen. Dabei sollten die Ergebnisse des hochrangigen Treffens vom Juni 2011 angemessen berücksichtigt werden. Er sollte zudem eine kohärente Richtschnur für alle Ressorts darstellen und die Partizipation der Zivilgesellschaft stärken. Konkrete zeitgebundene Ziele sollten darin ebenso verankert sein, wie ein permanenter Evaluierungs- und Kontrollmechanismus. Zu den unverzichtbaren Bestandteilen gehört ein Finanzierungsplan mit Zielgrößen, die den angemessenen Korridor für die Erhöhung der deutschen Beiträge auf ein faires Niveau abstecken.

Empfehlungen für die inhaltliche Weiterentwicklung des Aktionsplans zur Umsetzung der HIV/Aids-Bekämpfungsstrategie der Bundesregierung:

1. Der kostenfreie Zugang zu Therapie und Diagnostik ist für die langfristige Wirksamkeit und die Vermeidung von Verelendungseffekten essentiell und sollte unzweideutig als grundlegendes Ziel formuliert werden. Darüber hinaus ist konsequent darauf hinzuwirken, dass die wirksamsten Kombinationspräparate und kindergerechte Therapien verfügbar gemacht werden.
2. Die Umsetzung des „Global Code of Practice“ der Weltgesundheitsorganisation (WHO) auf nationaler und auf EU-Ebene sollte als wichtiges Ziel aufgenommen werden.
3. Im Hinblick auf die Unterstützung besonders gefährdeter Bevölkerungsgruppen und die Überwindung ungünstiger sozioökonomischer Lebensverhältnisse sollte eine tiefgehende Analyse und Strategieentwicklung stattfinden. Dabei sind Gefährdungssituationen wie Wanderarbeit unter prekären Bedingungen oder Sexarbeit als Überlebensstrategie stärker zu berücksichtigen und mit multisektoralen Ansätzen anzugehen.
4. Der Aufbau von lokalen Kapazitäten für die Herstellung und Qualitätsprüfung von Generika ist an und für sich zu begrüßen. Die strategische Bedeutung würde noch wachsen, wenn es in den nächsten Jahren gelingt, neuere in den möglichen Exportländern wie Indien patentierte Aids-Medikamente zu produzieren und sich dadurch von den Entscheidungen der dortigen Regierungsstellen unabhängig zu machen. Vor allem ist die Notwendigkeit zu sehen, diese technische Unterstützung durch politische Initiativen zu flankieren. Diese müssen darauf abzielen, die legalen Handlungsspielräume für die Anwendung von Zwangslizenzen und anderen Schutzklauseln zu erhalten und auszubauen bzw. in den am wenigsten entwickelten Ländern die vorzeitige Anpassung an das TRIPS-Abkommen zu vermeiden. Ressortübergreifend sollte sich die Bundesregierung auf nationaler, internationaler und EU-Ebene dafür einzusetzen, dass die Entscheidungsfreiheit der Länder respektiert wird, damit diese die notwendigen Maßnahmen – für den Schutz der öffentlichen Gesundheit und den Zugang zu unentbehrlichen Medikamenten – ergreifen können. Nur dann kann von einem kohärenten Ansatz gesprochen werden.
5. Der Förderung der Erforschung von innovativen Präventionsmitteln, Impfstoffen und Medikamenten sollte in dem Aktionsplan eine größere Bedeutung als bislang beigemessen werden, was eine deutliche Verstärkung des politischen und finanziellen Engagements erfordert.

Aktionspläne für Geschlechtergerechtigkeit und Menschenrechte

Der „Entwicklungspolitische Gender-Aktionsplan 2009-2012“ und der „Entwicklungspolitische Aktionsplan für Menschenrechte 2008-2010“ setzen jeweils einen Schwerpunkt im Bereich sexuelle und reproduktive Gesundheit und Rechte (SRGR).

Der Gender-Aktionsplan will zum einen durch Gender-Mainstreaming und zum anderen durch gezielte Frauenförderung die Rechte von Frauen stärken und die Gleichberechtigung der Geschlechter fördern. Die Thematik der SRGR soll stärker mit HIV/Aids-Programmen verknüpft werden. Dadurch soll jungen Menschen beiderlei Geschlechts der Zugang zu Informationen, Dienstleistungen und Präventionsmitteln erleichtert werden. Allerdings lässt das Dokument den Bezug auf den „Universellen Zugang“ vermissen.

Der Aktionsplan für Menschenrechte will die Ausrichtung der EZ auf den Menschenrechtsansatz ausweiten und vertiefen. So will sich das BMZ im Kontext des Menschenrechts auf Gesundheit für eine Verwirklichung sexueller und reproduktiver Gesundheit und Rechte engagieren, in dem es sich an der Verpflichtung zum „Universellen Zugang“ orientiert und weltweite Maßnahmen zur Umsetzung von SRGR in Partnerländern unterstützt. Auch wird hier bereits die maßgebliche Beteiligung der Bundesregierung 2008 an der Gender-Initiative des Globalen Fonds angekündigt. Unter den im Dokument genannten zentralen Herausforderungen vermisst man die Diskriminierung von Menschen, die durch HIV betroffen bzw. durch die Epidemie gefährdet sind.

Zurzeit erstellt das BMZ in Konsultation mit anderen Akteuren auch aus der Zivilgesellschaft ein neues Konzept für die Beachtung der Menschenrechte in der deutschen Entwicklungspolitik. Diese Leitlinien sollen für die staatlichen Durchführungsorganisationen verbindlich sein. Der vorliegende Entwurf vom 8. Februar 2011 betont die Bedeutung des Menschenrechts auf Gesundheit, dessen Verwirklichung – richtigerweise – als „eine Grundvoraussetzung für die Wahrnehmung anderer Menschenrechte und Teilhabe am gesellschaftlichen, wirtschaftlichen und politischen Leben“ bezeichnet wird. Das Dokument hält auch fest, dass eine ressortübergreifende Ausrichtung der Politik auf die Einhaltung und Verwirklichung der Menschenrechte notwendig ist. Schließlich wird anerkannt, dass der Menschenrechtsansatz auch die strukturellen Ursachen von Armut und sozialer Ausgrenzung angehen muss. Besonders zu begrüßen ist das ausdrücklich formulierte Bestreben, den Abbau von Vorurteilen und Diskriminierung gegenüber sexuellen Minderheiten zu unterstützen. Menschen, die mit HIV/Aids leben, werden unter den vielfach diskriminierten Bevölkerungsgruppen zumindest genannt. Nach wie vor fehlt aber eine systematische Thematisierung des Zusammenhangs zwischen der Verletzung von Menschenrechten und der Gefährdung durch HIV bzw. der Verschärfung der sozialen Folgen der Infektion sowie eine gezielte Strategie zur Überwindung dieses Teufelskreises.

EMPFEHLUNG:

Das BMZ sollte nachprüfbare Indikatoren und Ziele für die Umsetzung des Gender-Aktionsplans erarbeiten, den Aktionsplan ressortübergreifend verankern und entsprechende finanzielle Mittel und personelle Ressourcen für eine effektive Umsetzung bereitstellen. In dem neuen Konzept zum Menschenrechtsansatz in der Entwicklungspolitik sollte die Verletzung der Menschenrechte aller durch HIV gefährdeten Bevölkerungsgruppen sowie die Überwindung der Diskriminierung von betroffenen Menschen explizit berücksichtigt werden. In beide Leitdokumente sollte die Verbesserung des Zugangs zu HIV/Aids-Medikamenten und PMTCT-Präparaten als wesentliche Anliegen aufgenommen werden.

Das neue Afrika-Konzept lässt auf sich warten – und das ist der gute Teil der Nachricht

Der Koalitionsvertrag enthält die Absichtserklärung, ein neues ressortübergreifendes Afrika-Konzept zu erstellen, das „den sicherheitspolitischen, gesellschaftlichen, ökologischen und ökonomischen Herausforderungen ebenso Rechnung trägt wie den großen Entwicklungspotentialen auf unserem Nachbarkontinent“.²² Ursprünglich war vorgesehen, das Konzept Anfang Juni 2010 durch das Bundeskabinett zu verabschieden. Dies ist bisher nicht geschehen. Dem federführenden Auswärtigen Amt zu Folge ist jetzt die Verabschiedung für das erste Halbjahr 2011 geplant.

Einer Grobgliederung des Konzepts sowie einem Dokument des Auswärtigen Amts zum „Sachstand“ vom März 2010 ist zu entnehmen, dass vor allem eine verstärkte wirtschaftliche Zusammenarbeit mit Afrika angestrebt wird.²³ Es wird beabsichtigt, Afrika „als Wirtschaftspartner mit beachtlichem Potential zu behandeln“. Das vorläufige Papier unterstreicht, „dass die deutsche Afrika-Politik der Wahrung und Durchsetzung deutscher Interessen verpflichtet ist“. Darunter wird z.B. verstanden, „unsere Energie- und Rohstoffversorgung“ zu garantieren. Auch das BMZ sieht seinen Beitrag anscheinend vor allem in der Wirtschaftsförderung, wenn es nach eigener Darstellung auf „die Schaffung geeigneter Rahmenbedingungen für eine freiheitliche, auf privatwirtschaftlicher Entfaltung gründende gesellschaftliche Entwicklung hinwirken“ will.²⁴

Die Zusammenarbeit mit Afrika soll auf universellen Werten wie den Menschenrechten basieren sowie faire und nachhaltige Partnerschaften entwickeln. Es wird jedoch nicht darauf eingegangen, ob die Werte oder die

22 Vgl. Bundesregierung (2009): Wachstum. Bildung. Zusammenhalt. Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und FDP, S. 121.

23 Auswärtiges Amt (Referat 320): Sachstandbericht vom 17.3.2010, Berlin.

24 Dies geht aus einer Antwort der Parlamentarischen Staatssekretärin des BMZ, Gudrun Kopp, auf eine schriftliche Anfrage des Bundestagsmitglieds Karin Roth vom 5.5.2010 hervor (Bundestagsdrucksache 17/1645).

eigenen Interessen Vorrang haben, wenn es zu Zielkonflikten kommt. Eine auf dem Grundwert der Solidarität gründende Positionsbestimmung würde auch hervorheben, dass Deutschland die allererste Priorität darin sieht, Menschen in Afrika wirksam dabei zu unterstützen, sich von der historisch und strukturell bedingten Benachteiligung zu befreien. Das müsste auch die Verpflichtung einschließen, die deutsche und europäische Außen- und Wirtschaftspolitik so zu gestalten, dass die Entwicklungsaussichten des Kontinents gefördert und nicht behindert werden.

Es fällt ins Auge, dass die Bedürfnisse Afrikas nach Überwindung des Elends und umfassender menschlicher Entwicklung außen vor bleiben. Besonders unverständlich ist, dass die Aspekte der Gesundheitsförderung und der HIV-Bekämpfung in keinem der beiden Dokumente auch nur erwähnt werden.

EMPFEHLUNG:

Die Bundesregierung sollte sich bewusst machen, dass wirtschaftliches Wachstum nicht genügt, um eine Entwicklung hervorzubringen, die menschliche Lebensbedingungen, sozial gerechte Verhältnisse und den Schutz der Umwelt umfasst. Entsprechende Bestrebungen müssen Gesundheitsaspekte und insbesondere die HIV/Aids-Epidemie und ihre Effekte als zentrale Aktionsfelder aufnehmen, wie bereits in der HIV/Aids-Bekämpfungsstrategie von 2005 verdeutlicht.²⁵ Die Bundesregierung muss sicherstellen, dass nicht wirtschaftliche oder außenpolitische Interessen die EZ mit Afrika beherrschen. Um fehlgeleitete Ansätze zu überwinden, sollten verstärkt Konsultationsprozesse mit der Zivilgesellschaft in Afrika und in Deutschland stattfinden.

A 4. Die Strukturreform der Durchführungsorganisationen: Die Gründung der GIZ

Seit Anfang 2011 werden die drei Durchführungsorganisationen der staatlichen Entwicklungszusammenarbeit: Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (GTZ), Deutscher Entwicklungsdienst (DED) und die Internationale Weiterbildung und Entwicklung (InWEnt) unter dem Dach der Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ) zusammengefasst. Damit sollen Mehrfachstrukturen abgebaut sowie die Effizienz und Wirksamkeit der von Deutschland bereit gestellten Mittel gesteigert werden. Der Entwicklungshilfesausschuss der OECD hat schon mehrfach die institutionelle Fragmentierung der deutschen EZ kritisiert und bescheinigt, dass diese zu Effizienzverlusten und Koordinierungsproblemen führt.²⁶ Die Strukturreform eröffnet sicherlich neue Chancen für die EZ. Allerdings ist darauf zu achten, dass die Reorganisation nicht nur von oben nach unten erfolgt, so dass wichtige strategische oder sektorale Konzepte der bisherigen Einzelorganisationen unter den Tisch fallen. Weiterhin offen ist auch, wie die Koordination mit dem Bereich der finanziellen Zusammenarbeit erfolgen soll, für den die Kreditanstalt für Wiederaufbau (KfW) verantwortlich zeichnet.

Die in der Reformvorlage genannte Entstehung einer umfassenden Servicestelle für bürgerschaftliches Engagement wird von Nichtregierungsorganisationen (NRO) positiv bewertet.²⁷ Sie soll bisherige Einrichtungen zur Unterstützung der Zivilgesellschaft im entwicklungspolitischen Kontext bündeln.²⁸ Ein wichtiges Anliegen ist allerdings, dass sie staatlich finanziert wird, aber in der unabhängigen Trägerschaft der Zivilgesellschaft steht, so wie es bei der Beratungsstelle für Private Träger, bengo, der Fall ist.

Bereits im Vorfeld der Reform wurde ein gemeinsamer Leitfaden aller EZ-Durchführungsorganisationen zum HIV-Mainstreaming erarbeitet.²⁹ Er stellt in knapper Form Ziele, Finanzierung, Monitoring und Evaluierung dar und beinhaltet sowohl ein internes, arbeitsplatzbezogenes als auch ein externes, projektbezogenes Mainstreaming.³⁰ Die konkrete Umsetzung bleibt den einzelnen Organisationen überlassen.

²⁶ Vgl. OECD-DAC Peer-Review 2010.

²⁷ Siehe: Offener Brief von VENRO an Bundesminister Niebel zur Strukturreform vom 25.6.2010 (http://www.venro.org/fileadmin/redaktion/dokumente/Dokumente_2010/Publikationen/Juni_2010/Offener-brief-bmz-vorfeldreform.pdf).

²⁸ Vgl. Strukturreform-Konzept „Die Neue Effizienz in der deutschen Entwicklungspolitik – Strukturreform für eine wirkungsvollere Technische Zusammenarbeit“. (http://www.liberales.de/files/2027/FINAL_BMZ_Kabinettsvorlage_Strukturreform_TZ_05.07.pdf).

²⁹ Vgl. die Handreichung zum HIV-Mainstreaming in der deutschen Entwicklungszusammenarbeit. (http://ms-hiv-gdc.org/wp-content/uploads/2011/02/HIV-Mainstreaming-Handreichung_25Jan2011.pdf).

³⁰ Das externe Mainstreaming wird dabei zweijährig einem Monitoring und vierjährig Evaluierungsmechanismen unterzogen.

²⁵ BMZ (2005): „Die Bekämpfung des Entwicklungshemmnisses HIV/Aids ist ein unverzichtbarer Teil der Armutsbekämpfung“, S. 19.

EMPFEHLUNG:

Zielführende inhaltliche Ansätze der EZ, insbesondere zur HIV-Bekämpfung, die von den bisherigen Organisationen entwickelt wurden, müssen in der Gesamtkonzeption der neuen Organisationsstruktur adäquat berücksichtigt werden. Die Bundesregierung sollte dafür sorgen, dass die neue Servicestelle für bürgerschaftliches Engagement in der Trägerschaft der Zivilgesellschaft verbleibt.

A 5. Der Globale Fonds: verkanntes Potential eines Finanzierungsinstruments

Die Einrichtung des Globalen Fonds zur Bekämpfung von HIV/Aids, Tuberkulose und Malaria (GFATM) wurde bei der UN-Sondergeneralversammlung zu HIV/Aids 2001 beschlossen. Er soll als multilaterales Instrument eine effektivere Förderung von Präventions-, Betreuungs-, Behandlungs- und Fürsorgeprogrammen erreichen. Zu den bisher erzielten bedeutenden Erfolgen im Kampf gegen diese drei Krankheiten hat der Fonds ganz entscheidend beigetragen. Vom Globalen Fonds unterstützte Programme versorgen derzeit in den Entwicklungsländern mehr als die Hälfte der HIV-positiven Menschen, die Zugang zur medikamentösen Behandlung haben, mit einer spezifischen antiretroviralen Therapie.

In ihrer Rede zum MDG-Gipfel bezeichnete die Bundeskanzlerin den Fonds zwar als „gelungenes Beispiel“ für globale Anstrengungen sowie als „multilaterales Instrument, das sich bewährt hat“. Wörtlich führte sie aus: „Die Hilfe des Fonds kommt direkt bei den Menschen an.“ Sie versprach auch, sich dafür einzusetzen, dass Deutschland die Unterstützung „auf hohem Niveau“ fortsetze, allerdings ohne konkrete Zusagen zu machen.³¹ Die tatsächlichen Handlungen der Bundesregierung lassen jedoch Zweifel aufkommen, ob die inhaltliche und institutionelle Bedeutung des Fonds tatsächlich erkannt wird.

Zunächst wird eine adäquate Beteiligung an der Finanzierung durch das im Koalitionsvertrag formulierte Bestreben behindert, die bilaterale Kooperation auf zwei Drittel zu steigern. Damit bleibt für die multilaterale Zusammenarbeit nur noch das restliche Drittel.³² Da der Bedarf an zusätzlichen Ressourcen über die kommenden Jahre infolge der dringlichen Ausweitung lebensrettender Programme

dynamisch wächst, wirkt sich eine solche starre Verteilungsquote besonders nachteilig aus. Bei dem abschließenden Treffen im Zyklus der Konferenzen zur Wiederauffüllung der Finanzmittel des Fonds für die Periode 2011 bis 2013 hat Deutschland zwar zugesagt, das bisherige Beitragsniveau von 200 Mio. Euro pro Jahr aufrecht zu erhalten. Es wäre aber eine deutliche Aufstockung erforderlich, um an der Deckung des steigenden Bedarfs angemessen mitzuwirken.

Bereits im Januar 2010 wurde bekannt, dass der Haushaltsentwurf des BMZ eine Kürzung der Mittel für den Fonds um 59 Mio. Euro oder 29 % vorsah.³³ Unter dem Druck der Zivilgesellschaft wurde dieses zwar revidiert, nährte jedoch die Zweifel an der Bereitschaft des BMZ, adäquat mit dem Fonds zu kooperieren. Auch im Vorfeld der Wiederauffüllungskonferenz im Oktober 2010 gab es Bestrebungen, den bisherigen Beitrag nur noch für 2011 beizusteuern und anschließend die Unterstützung zurückfahren zu wollen. Nur dank massiver öffentlicher Proteste, nicht zuletzt auch vom Aktionsbündnis gegen Aids und dessen internationalen Bündnispartnern, gelang es, die Bundesregierung zu überzeugen, den Globalen Fonds im bisherigen Umfang weiter zu finanzieren.³⁴

So ist auch der Stopp der Auszahlungen an den Fonds, den Entwicklungsminister Niebel am 25. Januar 2011 verfügte, im Licht dieser Vorkommnisse zu betrachten. Er reagierte damit auf Medienberichte über die Fehlverwendung von Mitteln in einigen Empfängerländern. Die Berichte enthielten jedoch keinerlei neue Fakten, sondern bezogen sich ausschließlich auf die Ergebnisse von Untersuchungen, die der Generalinspektor des Fonds selbst durchgeführt hatte. Der betreffende Bericht war unverzüglich veröffentlicht worden und lag dem Verwaltungsrat schon bei seiner regulären Sitzung Mitte Dezember vor. Diesem obersten Entscheidungsgremium, in dem Deutschland durch das BMZ vertreten ist, lag auch ein gemeinsames Statement des Inspektors und des Sekretariats vor. Diese Dokumente wiederum enthalten eine detaillierte Darstellung der aufgedeckten Fälle von missbräuchlicher oder nicht nachweisbarer Mittelverwendung durch beteiligte Organisationen in den Empfängerländern. Besagte Presseartikel hingegen greifen davon nur die Länder heraus, in denen im Verhältnis zum Auszahlungsvolumen die größten Anteile an veruntreuten Beträgen gefunden wurden, und schließen von diesen Extremfällen in unzulässiger Weise auf die Verwendung der Gesamtmittel.

Letztlich wird der Globale Fonds durch die irreführende Darstellung in den Medien und die daraufhin angeordnete Suspendierung der deutschen Auszahlungen für seine Offenheit und Konsequenz im Umgang mit den bedauerlichen Vorfällen bestraft, anstatt bestärkt. Dabei ist Transparenz eine Grundvoraussetzung, um die Chancen für die Aufdeckung von Korruption und Veruntreuung zu erhöhen. Auf

31 Vgl. die Rede von Bundeskanzlerin Merkel auf dem UN-MDG+10-Gipfel im September 2010 (<http://www.bundesregierung.de/Content/DE/Rede/2010/09/2010-09-21-bk-un-millennium-rede.html>) (konsultiert am 15.4.2011).

32 Dazu stellt auch der Evaluierungsbericht des DAC fest: „Deutschland verfolgt seit Langem eine Politik, der zufolge nicht mehr als ein Drittel der ODA-Leistungen über multilaterale Kanäle laufen soll. Diese Begrenzung der multilateralen Entwicklungsleistungen stützt sich weder auf konkrete Belege, noch hängt sie mit der relativen Wirksamkeit der bilateralen im Verhältnis zur multilateralen ODA zusammen.“ Vgl. DAC-Prüfbericht-Deutschland (2010), S. 36-37.

33 Dies hätte das Versprechen der Bundeskanzlerin vom G8-Gipfel 2007 gebrochen, die dort zugesagt hatte, von 2008 bis 2010 jährlich 200 Mio. Euro bereit zu stellen.

34 Der Betrag von 200 Mio. Euro gilt für 2011, 2012 und 2013, wobei die Zusage für die letzten beiden Jahre unter Haushalts- und Parlamentsvorbehalt steht.

diesem Gebiet sind die Bemühungen des Fonds vorbildlich und wesentlich weiter fortgeschritten als bei vielen anderen Finanzierungsinstitutionen – und das gilt nicht nur auf dem Gebiet der EZ, sondern für die öffentliche Verwaltung allgemein. So veröffentlicht der Fonds alle wesentlichen Dokumente zur Planung und Durchführung der von ihm unterstützten Programme, einschließlich der Daten zu individuellen Auszahlungen. In den Empfängerländern werden Koordinierungsmechanismen mit der Beteiligung aller Akteure gebildet, die auch die Verwendung der Mittel überwachen. Mit diesen Organisationsprinzipien schafft der Fonds die besten Voraussetzungen für eine öffentliche Kontrolle und Mitbestimmung.³⁵

Weitere, wesentliche Mittel zur Korruptionsbekämpfung sind zum einen ein konsequentes Vorgehen bei der Untersuchung von Verdachtsfällen und zum anderen – sollten diese sich bestätigen – wirkungsvolle Maßnahmen, um die Verantwortlichen zur Rechenschaft zu ziehen. Auch hier hat der Fonds unverzüglich und entschieden auf den oben erwähnten Bericht des Generalinspektors reagiert. So wurde ein bezuschusstes Programm beendet, zwei weitere suspendiert und in den anderen Problemfällen wurden zusätzliche Kontrollmaßnahmen eingeführt. Die Übergabe von Beweismaterial an nationale Behörden hat zu Strafverfolgungsmaßnahmen in den betreffenden Ländern geführt, so dass mehrere politische Verantwortliche von ihren Ämtern zurücktreten mussten. Außerdem fordert der Fonds die Rückzahlung von veruntreuten oder falsch verwendeten Geldern; so hat er bereits 4,5 von 44 Mio. US\$ zurückerstattet bekommen. Daher bezeichnete auch der norwegische Außenminister, Jonas Gahr Store, den Fonds als eine der leistungsstärksten Institutionen, was die Aufdeckung und Verfolgung von Korruptionsfällen angeht. Auch eine Studie der staatlichen Entwicklungsorganisation Englands, das Department for International Development (DFID), vom März 2011 bewertete den Fonds im Hinblick auf die Kosteneffizienz als sehr gut.³⁶ Insbesondere was Transparenz und Rechenschaft angeht, wird der Fonds mit der höchsten Wertung auf einer Skala von eins bis vier eingestuft.³⁷

Darüber hinaus wurde eine unabhängige Kommission international anerkannter Experten damit beauftragt, die Maßnahmen des Fonds zur Finanzaufsicht und Kontrolle näher zu überprüfen und ggf. Vorschläge für eine weitere Verbesserung zu machen. Trotzdem behält sich Entwicklungsminister Niebel vor, eine „deutsche Sonderprüfung“ durchzuführen, wenn – seiner Meinung nach – Art und Umfang der Prüfung durch das Panel den Anforderungen nicht entsprechen sollten. Es ist nicht nachvollziehbar, dass hier

mit zweierlei Maß gemessen werden soll, denn von einer vergleichbaren Überprüfung der bilateralen EZ oder gar der deutschen Außenwirtschaftsförderung ist nicht die Rede.

Das einseitige Vorgehen der BMZ-Leitung erscheint geradezu anmaßend, wenn man sich vor Augen führt, dass Deutschland als einer von ganz wenigen Unterzeichnerstaaten die 2003 verabschiedete UN-Konvention gegen Korruption noch nicht ratifiziert hat. Tragischer ist jedoch, dass die Auszahlungsverweigerung gegenüber dem Globalen Fonds in der Konsequenz dazu führen muss, dass lebensrettende Präventions- und Behandlungsmaßnahmen nicht realisiert werden können. Die Veruntreuung von Geldern oder Gütern, die für die Behandlung oder Vermeidung tödlicher Krankheiten von verarmten Menschen bestimmt waren, stellt zweifellos ein Kapitalverbrechen dar. Aber ausgerechnet einer für viele Menschen lebenswichtigen Institution die Unterstützung zu entziehen, die das leider weit verbreitete Problem der Korruption offen und mit allen zu Gebote stehenden Mitteln angeht, kann nur als unverantwortlich bezeichnet werden.

Zu den Vorwürfen der Veruntreuung im Globalen Fonds:

Die Kontrollmechanismen des Globalen Fonds hatten bis Ende 2010 Unregelmäßigkeiten in verschiedenen Empfängerländern aufgedeckt. Bis dato hat der Generalinspektor des Fonds in 33 Ländern Rechnungsprüfungen realisiert, wovon zehn bereits abgeschlossen sind. In drei Ländern, namentlich Mali, Mauretanien und Djibouti, wurde demnach ein wesentlicher Anteil der ausgezahlten Mittel veruntreut. Darüber hinaus wurde in Sambia festgestellt, dass ein erheblicher Teil der Ausgaben nicht belegt werden konnte oder deren Verwendung nicht den Vorgaben entsprach. Außerdem fand man in Haiti ernste, aber begrenzte Unregelmäßigkeiten. Schließlich wurden unzulässige Ausgaben in Kamerun und Kambodscha ermittelt. Nach den abgeschlossenen Prüfungen und weiter fortgeschrittenen Untersuchungen ging der Fonds im April 2011 davon aus, dass Ausgaben in Höhe von 44 Mio. US\$ nicht belegt werden können. Neben den veruntreuten Geldern umfasst dieser Betrag auch nicht dokumentierte oder nicht vom Budget gedeckte Ausgaben.

Insgesamt unterstützt der Fonds zurzeit mehr als 600 Programme in über 145 Ländern. Bis Anfang Mai 2011 beliefen sich die bewilligten Mittel

35 Zur institutionellen Architektur und den geförderten Programmen des Globalen Fonds siehe die ausführlichen Informationen auf der Homepage insbesondere unter (<http://portfolio.theglobalfund.org/Search/Index?lang=en> sowie (<http://www.theglobalfund.org/en/structures/?lang=en>).

36 Vgl. DFID (2011a): Multilateral Aid Review. Taking Forward the Findings of the UK Multilateral Aid Review. Seite 9. (<http://www.dfid.gov.uk/Documents/publications/mar/Taking-forward.pdf>).

37 Vgl. DFID (2011): Multilateral Aid Review: Assessment of the Global Fund to fight AIDS, TB and Malaria, S. 4. (<http://www.dfid.gov.uk/Documents/publications/mar/GFATM.pdf>).

auf insgesamt 22,1 Mrd. US\$, wovon 13,6 Mrd. US\$ bis zum genannten Zeitpunkt ausgezahlt waren. Der Globale Fonds verwaltet etwa zwei Drittel der weltweiten Finanzmittel im Kampf gegen Tuberkulose und Malaria. Auf dem Gebiet der Bewältigung von HIV/Aids beläuft sich der Anteil auf rund ein Fünftel. Der Fonds ermöglichte bisher über drei Mio. Menschen eine antiretrovirale Therapie und 7,7 Mio. Menschen eine Tuberkulosebehandlung. Darüber hinaus wurden 160 Mio. Moskitonetze zur Malaria-Prävention ausgegeben.³⁸

EMPFEHLUNG:

Die Bundesregierung sollte sich dem Globalen Fonds als verlässlicher Partner zeigen, anstatt ihn in seiner bedeutungsvollen Arbeit einzuschränken. Dies erfordert ein erhöhtes Engagement, sowohl auf der politischen Ebene, als auch im Hinblick auf die finanzielle Unterstützung. Die Konsolidierung und Weiterentwicklung dieses unverzichtbaren Finanzierungsinstruments sollte als zentrale Aufgabe der internationalen Gemeinschaft begriffen werden, anstatt nach Vorwänden für einen Rückzug zu suchen. Das erfordert in jedem Fall ein Überdenken des Vorhabens, die Mittel für die multilaterale Kooperation willkürlich zu begrenzen. Nur dann ist eine Erfüllung internationaler Verpflichtungen möglich.

Die Debt-2-Health-Initiative

Deutschland hat 2007 als erstes Geberland begonnen, die Debt-2-Health-Initiative des Globalen Fonds zu unterstützen. Im Rahmen dieser Initiative werden Schulden bestimmter Länder durch ihre Gläubigerstaaten erlassen. Im Gegenzug müssen sie einen festgelegten Teil der so freigesetzten Gelder an den Globalen Fonds überweisen, der diese für die Förderung bewilligter Programme einsetzt.³⁹ Die bisherige Vorreiterrolle Deutschlands in dieser Initiative ist sehr zu begrüßen. Allerdings konnte das 2007 gesetzte Ziel, bis 2010 insgesamt bis zu 200 Mio. Euro über Schuldenumwandlungen bereitzustellen, nicht erreicht werden. Bisher beläuft sich der aufgebrauchte Gesamtbe-

trag auf 109 Mio. Euro.⁴⁰ Damit blieb der Beitrag für die Deckung des Finanzbedarfs sehr begrenzt. Wie bei anderen Schuldenerleichterungen auch sind diese Maßnahmen als zusätzliche Freisetzung von Ressourcen in den Entwicklungsländern zu betrachten.

EMPFEHLUNG:

Die Bundesregierung sollte alle bestehenden Möglichkeiten nutzen, eine Förderung der Debt-2-Health-Initiative als zusätzliche Unterstützung auszubauen. Gleichzeitig muss sich Deutschland in angemessener Höhe an den direkten Beiträgen der Geberländer für den Fonds beteiligen.

Die BACKUP Initiative

Seit 2002 unterstützt dieses Sektorprogramm der GTZ staatliche und zivilgesellschaftliche Akteure in 66 Partnerländern dabei, Finanzierungsmöglichkeiten des Globalen Fonds verstärkt zu nutzen. Durch Beratung und Qualifizierung wird so bei der Beantragung, Verhandlung und Verwaltung von Mitteln sowie bei der Planung, Umsetzung und Kontrolle entsprechender Projektaktivitäten Hilfestellung geleistet. Bei der Verteilung der Gesamtmittel für bilaterale Partner von 2009 bis 2011 in Höhe von 5,7 Mio. Euro entfielen 75 % auf Subsahara-Afrika, 87 % auf HIV/Aids und 39 % auf den Bereich der Geschlechtergerechtigkeit. Fast ein Viertel der Gelder wurden für organisatorische und institutionelle Entwicklung eingesetzt und die Hälfte ging an Partner aus der jeweiligen nationalen Zivilgesellschaft.⁴¹

Die BACKUP Initiative unterstützt darüber hinaus in Kooperation mit der Weltgesundheitsorganisation (WHO) fünf regionale HIV-Wissenszentren in Afrika, Osteuropa und Zentralasien. Ziel dieser „Knowledge Hubs“ ist die Aus- und Weiterbildung von Fachkräften in allen Aspekten des Managements von HIV-Prävention und -Behandlung. Laut GTZ bzw. GIZ haben bisher 11.000 Personen an Weiterbildungen teilgenommen.

EMPFEHLUNG:

Das Konzept der BACKUP Initiative ist sehr zu befürworten und sollte über die Projektfrist von 2015 hinaus weitergeführt werden.

38 Vgl. Pressemitteilung des Globalen Fonds vom 24.2.2011: (http://www.theglobalfund.org/en/pressreleases/?pr=pr_110124_de); Global Fund Grants - Progress Summary; (<http://web.theglobalfund.org/TGFWebReports3/ReportOutput.jsp?chartId=SummaryReport>), konsultiert am 3.5.2011.

39 Mit der Bedingung 50 % an den Fonds zu geben, hat Deutschland über die KfW im September 2007 Indonesien 50 Mio. Euro, im November 2008 Pakistan 40 Mio. Euro und im September 2010 der Elfenbeinküste 19 Mio. Euro an Schulden erlassen. Als bisher einziger „Nachahmer“ erließ Australien im Juli 2010 Indonesien 54,6 Mio. Euro ebenfalls mit der 50 % Abgaberegulung.

40 Vgl. Globaler Fonds: Results at a Glance (<http://www.theglobalfund.org/en/innovativefinancing/debt2health/results/?lang=en>).

41 Vgl. Allocation of funds provided by the German BACKUP-Initiative October ,09-January, 11. (<http://www.gtz.de/de/dokumente/giz2011-en-backup-charts-since-2009.pdf>). Vgl. die Übersicht der unterstützten Aktivitäten der BACKUP Initiative von Oktober 2009 bis Januar 2011 unter (<http://www.gtz.de/de/dokumente/giz2011-en-backup-activities-since-2009.pdf>).

A 6. Internationale Initiativen zur Verbesserung der Wirksamkeit der EZ

Die „Erklärung von Paris zur Steigerung der Wirksamkeit der Entwicklungszusammenarbeit“ von 2005 stellt auf internationaler Ebene Grundprinzipien, Indikatoren und Zielvorgaben für das Jahr 2010 auf. Der 2008 verabschiedete „Aktionsplan von Accra“ ergänzt und konkretisiert die Paris-Erklärung. Das BMZ hat im April 2009 einen „Operationsplan zur Umsetzung der Paris-Erklärung und des Aktionsplans von Accra“ aufgelegt. Dieser legt sieben Handlungsfelder fest und enthält konkrete Maßnahmen und Ziele. Der Entwicklungsausschuss der OECD stellte im Oktober 2010 dazu fest, dass zwar Verbesserungen erzielt wurden, aber erhebliche Managementanstrengungen erforderlich sind, damit Deutschland diese Ziele erreicht.⁴² Wichtige Ziele wie die Verbesserung der Vorhersehbarkeit der ODA-Leistungen für Empfängerländer wurden 2010 verfehlt. Mit einjähriger Verspätung sollen die Verpflichtungen von Accra nun bis Ende 2011 erfüllt werden.⁴³

Deutschland ist Mitglied der International Aid Transparency Initiative (IATI), die anlässlich des Accra Forums gegründet wurde, um die Umsetzung der Zusagen zu größerer Transparenz zu unterstützen. Aber als die Initiative im Februar 2011 gemeinsame Standards für die Veröffentlichung der inhaltlichen Informationen und finanziellen Daten von EZ-Vorhaben beschloss, erklärte das BMZ, die Umsetzung zurückzustellen, „bis entsprechende Ressourcen frei werden.“⁴⁴ Damit gesteht das BMZ ein, dass es nicht in der Lage ist, zeitnah die relevanten Daten und Dokumente offenzulegen, die für eine effektive Koordination, eine breitere Mitbeteiligung und nicht zuletzt eine wirksame Korruptionsbekämpfung längst überfällig und unerlässlich sind. In einem Statement von 2008 wurde noch angekündigt, dass die Umsetzung der Standards eine Priorität sei.⁴⁵

Diese Verschleppung wirft noch einmal ein bezeichnendes Licht auf die Sperrung der Gelder für den Globalen Fonds durch Entwicklungsminister Niebel. Der Fonds hat schon lange vor Accra die wesentlichen Informationen und Dokumente zu den von ihm geförderten Programmen publik gemacht und damit eine wichtige Voraussetzung für die Nachverfolgung der Finanzströme geschaffen. Dagegen ist das BMZ nach Darstellung der eigenen Leitung nicht fähig, diese transparente Vorgehensweise alsbald nachzuholen. Die schulmeisterliche Pose des Ministers gegenüber dem Fonds erscheint dabei grotesk. Es sieht eher so aus, als ob man von eigenem Versagen ablenken will. Solange eine

Institution mit internationaler Vorbildfunktion auf dem Gebiet der Transparenz unter Generalverdacht steht, muss man sich nicht daran messen lassen.

EMPFEHLUNG:

Sowohl der Operationsplan zur Umsetzung der Paris-Erklärung und des Accra-Aktionsplans als auch die IATI-Standards müssen insgesamt rascher umgesetzt werden. Dafür sind die notwendigen Ressourcen bereit zu stellen. Die Bundesregierung sollte bis zum vierten Hochrangigen Forum über die Wirksamkeit der EZ im November 2011 in Korea sichtbare Verbesserungen erzielen. Diese wiederum sind als zentrale Voraussetzungen zu sehen, eine verantwortliche Rolle im Bemühen um mehr Transparenz auf nationaler und internationaler Ebene zu erfüllen. Die Maßnahmen zur Steigerung der Wirksamkeit der Entwicklungszusammenarbeit müssen umgesetzt werden, ohne Abstriche bei der Realisierung der notwendigen Erhöhung des Umfangs der Entwicklungshilfe zu machen.

A 7. Die G8-Gipfel: Unzureichende und verfehlt Zusage

Aufgrund ihres wirtschaftlichen Gewichts kommt den G8-Staaten eine hohe Verantwortung für die Verwirklichung der globalen Entwicklungspartnerschaft zu, insbesondere im Hinblick auf die Mobilisierung finanzieller Ressourcen für die humane Entwicklung und die entwicklungsförderliche Gestaltung des globalen Wirtschaftssystems. Das darf aber nicht verwechselt werden mit einer normativen Funktion. Dafür fehlt dieser Ländergruppe die demokratische Legitimation. Eine explizite Unterstützung der Zielsetzungen und Handlungsstrategien, die durch Gremien der Vereinten Nationen und andere demokratisch verfasste Entscheidungsinstanzen formuliert worden sind, ist selbstverständlich zu begrüßen.

Die Regierungschefs der G8 haben über das letzte Jahrzehnt zahlreiche Einzelzusagen gemacht, mit denen sie verstärkte Anstrengungen zur Bewältigung von spezifischen Krankheitsrisiken und für den Ausbau der Gesundheitsdienste in Entwicklungsländern ankündigten. Auf dem Gipfeltreffen von 2005 wurde das Gleneagles Kommuniqué beschlossen, das in Bezug auf die HIV-Problematik das Ziel einer „Aidsfreien Generation“ in Afrika unterstützte und Bemühungen der G8 zusicherte, um zusammen mit anderen internationalen Akteuren dem Ziel des universellen Zugangs zur Behandlung von HIV bis zum Jahr 2010 „so nahe wie möglich zu kommen“.⁴⁶ Zwei Jahre

42 OECD-DAC (2010): Review of the Development Co-Operation Policies and Programmes of Germany. DAC's Main Findings and Recommendations. 13. October 2010 (<http://www.oecd.org/dataoecd/5/22/46270501.pdf>).

43 Dies geht aus der Antwort der Parlamentarischen Staatssekretärin des BMZ, Gudrun Kopp, vom 12.1.2011 auf die schriftliche Anfrage 1/28 und 1/29 vom 6.1.2011 des MdB Thilo Hoppe hervor.

44 Ebd.

45 Vgl. International Aid Transparency Initiative Accra Statement. 4. September 2008. (<http://www.aidtransparency.net/wp-content/uploads/2009/06/iati-accra-statement-p1.pdf>).

46 Gleneagles Kommuniqué (2005), S. 18D. In zahlreichen Publikationen zum G8-Gipfel in Gleneagles ist zu lesen, dort sei eine Erhöhung der pro Jahr aufgebrauchten Entwicklungshilfe (ODA) um 50 Mrd. US\$ zwischen 2004 und 2010 zuge-

später, 2007 in Heiligendamm bekannte man sich zu der umfassenderen – bereits in der „Politischen Erklärung“ der UN von 2006 formulierten – Verpflichtung, den allgemeinen Zugang zu allen wichtigen HIV-Diensten zu erreichen. Besonders hervorgehoben wird, dass die G8-Staaten entsprechende Finanzmittel bereitstellen wollen, um den Zugang zur Prävention der Mutter-Kind-Übertragung und der Behandlung von Kindern zu verwirklichen. Man sicherte auch zu, innerhalb von „ein paar Jahren“ die lebensrettende antiretrovirale Therapie für annähernd fünf Mio. Menschen durch die Förderung von Behandlungsprogrammen zur Verfügung zu stellen. Um das Ziel des allgemeinen Zugangs zu realisieren und um die Bekämpfung von Aids, Malaria und Tuberkulose zu unterstützen sowie die Gesundheitssysteme zu stärken, sagten die Gipfelbeteiligten zu, „in den kommenden Jahren mindestens die veranschlagten 60 Mrd. US-Dollar zur Verfügung zu stellen“. Schon die Wortwahl weist daraufhin, dass sich diese Summe eher aus einer Hochrechnung unter Berücksichtigung absehbarer Trends und bereits getroffener Zusagen herleitete, als einer systematischen Bedarfsanalyse zu entsprechen. Das zugesagte Volumen wurde im folgenden Jahr bei dem G8-Treffen in Japan bestätigt. Die Neufassung von 2008 grenzte zwar den vorher unbestimmten Zeitraum auf fünf Jahre ein, womit die Jahre 2008 bis 2012 gemeint waren. Gleichzeitig dehnt die neue Darstellung aber das Aktionsfeld aus, für das diese Summe eingesetzt werden soll, da von Infektionskrankheiten allgemein und der „Stärkung von Gesundheit“ die Rede ist.⁴⁷

Der genannte Finanzierungsbeitrag für die Gesundheitsförderung insgesamt entbehrt einer nachvollziehbaren Begründung. Die Zielgröße sollte sich am Gesamtbedarf und einer fairen, an der wirtschaftlichen Kapazität orientierten Beteiligungsquote der Mitgliedstaaten ausrichten. Insgesamt entfällt ein Anteil von 80 % des BNE der DAC-Staaten auf die sieben größten Industriestaaten. Wenn man von unserem Finanzierungs-Szenario ausgeht, also auch die dort beschriebene Vorreiterrolle Europas berücksichtigt, hätten die G7-Staaten von dem für das Jahr 2010 veranschlagten Gesamtbedarf für die Erreichung der gesundheitsbezogenen MDGs rund 29 Mrd. US\$ aufbringen müssen. Somit bleibt der jahresdurchschnittliche Betrag von 12 Mrd. US\$, der sich aus den Zusagen der G8-Gipfel von 2007 und 2008 ergibt, doch deutlich unter einem angemessenen Beitragsniveau.⁴⁸

sichert worden. In Wirklichkeit nimmt das Kommuniké aber nur Bezug auf eine Projektion der OECD, die den erwarteten Gesamteffekt der bis dahin – vor allem im Rahmen des EU-Stufenplans – gemachten Zusagen abschätzte (ebd., S. 28). Um diese vermeintlichen Zusagen zu beurteilen, genügt es zu wissen, dass die OECD für die USA lediglich eine minimale Steigerung der ODA-Quote von 0,17 % auf 0,18 % des BNE annahm. Es handelt sich hier um ein weiteres Beispiel dafür, wie die Hybris der selbst ernannten „Weltenlenker“ leider auch Teile des Publikums erfassen und die nüchterne Betrachtung beeinträchtigen kann.

47 Des Weiteren wird erklärt, dass manche Länder zusätzliche Ressourcen für „Gesundheitssysteme, einschließlich Wasser“ aufbringen wollen, womit die Definition des Gesundheitsbereichs problematisch ausgeweitet wird.

48 Vgl. die Beschreibung des Bedarfs und des entsprechenden Finanzierungs-Szenarios in Teil B. Die Berechnung des angemessenen Beitrags der G7-Staaten insgesamt basiert auf den angemessenen Beitragsniveaus der einzelnen Mitgliedstaaten gemäß dem jeweils erwarteten Anteil der Gesundheits-ODA im Verhält-

Die Bundeskanzlerin hatte anlässlich des Treffens in Heiligendamm im Juni 2007 angekündigt, dass Deutschland bis 2015 vier Milliarden Euro „zur Bekämpfung der Krankheiten“ beisteuern wird. Verteilt auf acht Jahre entspräche diese Summe einem jahresdurchschnittlichen Betrag von 500 Mio. Euro. Nach der Festlegung des Zeitraums auf fünf Jahre müsste Deutschland aber pro Jahr 800 Mio. Euro bereitstellen, um wenigstens einen entsprechenden Beitrag zum gemeinsamen Finanzierungsziel zu leisten.⁴⁹ Da dieses – wie oben dargestellt – viel zu kurz greift, bliebe auch dieser angepasste Betrag deutlich hinter einer angemessenen Beteiligung Deutschlands an der Gesundheitsfinanzierung zurück.

Seit dem Gipfel in L'Aquila/Italien 2009 wurden die angekündigten Rechenschaftsberichte über die Umsetzung der Zusagen erstellt. Diese enthalten auch Angaben über die ODA-Auszahlungen für Gesundheit, die zuletzt auch nach Finanzierungsmechanismen aufgeschlüsselt wurden. Die betreffenden Daten beruhen allerdings auf den Informationen der Geberländer an die OECD-Datenbanken, ohne dass diese einer Überprüfung unterzogen werden. Des Weiteren fehlen die Ausgangsdaten, um die jeweils angegebenen Gesundheitsanteile der Beiträge zu den multilateralen Organisationen nachprüfen zu können. Damit ist nicht nur die Zuverlässigkeit der Angaben in Frage gestellt, sondern es wird auch unmöglich, die Berechnungen zu überprüfen.⁵⁰ Insgesamt werden 56 Verpflichtungen der G8-Staaten aufgelistet und den entsprechenden Bemühungen der G8 gegenüber gestellt.⁵¹ Da weder für die G8 insgesamt noch für die einzelnen Staaten nachvollziehbare Zielgrößen formuliert werden, fehlt die Grundlage für die Bemessung der Fortschritte bzw. der Defizite von Bemühungen um eine verbesserte Entwicklungspartnerschaft.⁵²

Die Deklaration des vergangenen Gipfeltreffens im Jahr 2010 ruft alle Entwicklungspartner auf, eine größere Entschlossenheit bei ihren Bemühungen zur Erreichung der MDGs zu zeigen, vermeidet es jedoch, den eigenen Beitrag zu benennen. Gleichzeitig wird mit der „Initiative von Muskoka“ eine neue Zusage für die Reduzierung der Kinder- und Müttersterblichkeit gemacht. Dafür wollen die G8 eine zusätzliche Summe von 5 Mrd. US \$ bereitstellen, die von 2011 bis 2015 ausbezahlt ist. Mit der Anmerkung, die Unterstützung der G8 sei „katalytisch“, ziehen sich die Beteiligten gleich selbst aus der finanziellen Verantwort-

nis zum BNE. Dadurch würde diese Staatengruppe gut 77 % des Gesamtbedarfs abdecken.

49 Dies entspräche einem Anteil von knapp 9 % des Gesamtziels, wenn man den aktuellen Wechselkurs zugrundelegt.

50 Deutschland macht im G8-Bericht von 2010 zu seinen Beiträgen für die HIV-Bekämpfung nur die knappe Angabe, dass sich die Auszahlungen für Projekte mit dem Förderbereichsschlüssel 13040 (STI und HIV-Kontrolle) zwischen 2005 und 2008 auf 266 Mio. US\$ beliefen. Nach einer Überprüfung aller Aktivitäten betrug die Auszahlungssumme für spezifische HIV-Maßnahmen im genannten Zeitraum in Wirklichkeit 255 Mio. US\$.

51 Muskoka Accountability Report. Assessing action and results against development-related commitments; Annex two (<http://www.g8.utoronto.ca/summit/2010muskoka/accountability/index.html>).

52 Den Berichterstattern der G8 hätte auch auffallen können, dass nach ihren eigenen Daten der Anteil dieser Staatengruppe an der Gesamt-ODA der DAC-Länder zwischen 2004 und 2009 von 73 % auf 69 % zurückging.

tung. Bundeskanzlerin Merkel hat dort angekündigt, zu dieser Initiative lediglich 500 Mio. US\$ beizutragen. Als die vom UN-Generalsekretär initiierte „Globale Strategie für die Gesundheit von Frauen und Kindern“ beim MDG-Gipfel im September 2010 vorgestellt wurde, bestätigte die Bundesregierung diesen Beitrag, indem sie eine Summe von 400 Mio. Euro nannte. Doch erneut wurde vermieden anzugeben, wo und wofür diese Mittel konkret verwendet werden sollen. Wenn man sich vor Augen führt, dass allein für die 49 Länder mit den niedrigsten Einkommen ein Zusatzbedarf von 88 Mrd. US\$ im anstehenden Jahrfünft errechnet wurde, wird die Bescheidenheit der deutschen Beteiligung deutlich.⁵³

EMPFEHLUNG:

Die Bundesregierung sollte sich im Rahmen der G8 dafür einsetzen, dass sich die beteiligten Staaten zu programmatischen und finanziellen Zielgrößen bekennen, die den Bedarf der benachteiligten Länder und das wirtschaftliche Gewicht der Geberstaaten widerspiegeln. Um hierfür über die nötige Glaubwürdigkeit zu verfügen, muss Deutschland seine Zusagen für die Erhöhung der ODA-Quote erfüllen und die zusätzlichen Mittel bedarfsgerecht einsetzen. Die Bundesregierung sollte auch konsequent eine transparente und nachprüfbare G8-Rechenschaftslegung unterstützen. Hierfür ist eine umfassende und zeitnahe Information über Zielsetzungen, Maßnahmen, Finanzflüsse und Ergebnisse der Entwicklungsprogramme nötig, die sich auf die Realisierung der betreffenden Zusagen richten. Im Hinblick auf die Bewältigung der HIV-Krise müssen die G8-Staaten einen angemessenen und konstruktiven Beitrag leisten, um das Ziel des allgemeinen Zugangs so schnell wie möglich zu erreichen.

A 8. Brain-drain und der WHO Global Code of Practice

Laut Schätzungen der Weltgesundheitsorganisation (WHO) fehlen weltweit insgesamt 4,3 Mio. Gesundheitsfachkräfte. Darunter sind 2,4 Millionen Ärzte, Krankenpflegekräfte und Hebammen. In 57 Ländern stehen weniger als 23 medizinische Fachkräfte pro 10.000 Personen zur Verfügung, so dass wesentliche Maßnahmen der Gesundheitsversorgung nicht mit dem notwendigen Deckungsgrad realisiert werden können. Eine wichtige Ursache für diesen Mangel ist der so genannte *brain drain*, die Abwanderung qualifizierter Fachkräfte von Entwicklungsländern in Industrieländer.

Die Weltgesundheitsversammlung (WHA) der WHO hat im Mai 2010 den „Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel“⁵⁴ verabschiedet. Dieser Kodex formuliert zum ersten Mal im globalen Rahmen Prinzipien und Praktiken für eine ethische Rekrutierung von Gesundheitsfachkräften. Der Kodex soll sowohl für Herkunftsstaaten als auch für Zielländer gelten und alle Akteure im öffentlichen wie im privaten Sektor einbeziehen. Die Prinzipien und Praktiken sollen in nationale Strategien und rechtliche Rahmen umgesetzt werden. Die WHO-Mitgliedsstaaten sollen erstmals in 2012 und dann alle drei Jahre Berichte über die Umsetzung des Kodex erstellen, die vom Generaldirektor der WHO in einem periodischen Gesamtbericht zusammengefasst werden. Hierfür werden bis Ende 2011 Leitlinien über Art und Umfang der bereitzustellenden Informationen entwickelt.

Trotz seines Anspruchs hat der Kodex eine beschränkte Wirkung, denn seine Umsetzung ist nicht bindend. Dennoch ist er als umfassendes Dokument auf UN-Ebene sehr zu begrüßen. Es kommt jetzt darauf an, konkrete Maßnahmen und Richtwerte zu entwickeln und sie im nationalen Maßstab umzusetzen. Neben dem verhandlungsführenden Bundesgesundheitsministerium (BMG) werden auch das Bundesministerium für Arbeit und Soziales, das Innenministerium, das Bundesamt für Migration und Flüchtlinge oder auch das BMZ an einer Umsetzung beteiligt sein. Allerdings wurden bisher keine konkreten Maßnahmen ergriffen; es gibt weder eine entsprechende ressortübergreifende Arbeitsgruppe, noch ist klar, welche Abteilung des BMG mit der Umsetzung beauftragt wird.⁵⁵

EMPFEHLUNG:

Die Bundesregierung sollte sich pro-aktiv verhalten und mit einem Aktionsplan den Kodex ressortübergreifend implementieren. Auf EU-Ebene sollte sich die Bundesregierung dafür einsetzen, dass die „Blue-Card-Initiative“ zur Anwerbung von Fachkräften aus Nicht-EU-Ländern kohärent zu dem WHO-Kodex gestaltet wird.

54 Link zu dem WHO-Code of Practice: (http://www.who.int/hrh/migration/code/WHO_global_code_of_practice_EN.pdf).

55 Siehe hierzu den Bericht von Action for Global Health (2011): Addressing the Global Health Workforce Crisis: Challenges for France, Germany, Italy, Spain and the UK. (http://www.actionforglobalhealth.eu/uploads/media/Action_For_Global_Health_HRH_mapping_2011.pdf).

A 9. Gesundheitsforschung, Medikamentenzugang und das TRIPS-Abkommen

Die Kosten für eine lebensbewahrende Kombinationstherapie der HIV-Infektion sind in den letzten zehn Jahren auf unter ein Prozent des Ausgangsniveaus gefallen. Dies ist der Konkurrenz durch Generika (qualitativ gleichwertige Nachahmerpräparate) zu verdanken. Nur dadurch war es möglich, die Behandlungsprogramme auszuweiten. Vor Gründung der Welthandelsorganisation (WTO) kannten viele Länder Patente auf pharmazeutische Produkte nicht, so dass die Herstellung von Generika rechtlich nicht eingeschränkt war. Darunter war auch Indien, wo rund 80 % der in Entwicklungsländern verwendeten Generika zur Behandlung von HIV/Aids produziert werden. Nach dem Auslaufen besonderer Übergangsfristen mussten aber auch hier 2005 die Patentbestimmungen des TRIPS-Abkommens der WTO umgesetzt werden. Diese sichern den Patentinhabern eine Monopolstellung für 20 Jahre zu. Neuere Medikamente, die von diesen Regeln betroffen sind, können nur dann von anderen Herstellern ohne Einwilligung des Patentinhabers produziert und vermarktet werden, wenn der betreffende Staat zuvor eine Zwangslizenz erlässt. Durch eine Nachbesserung des TRIPS-Abkommens kann dieses rechtliche Instrument auch für den Export patentierter Produkte durch alternative Hersteller genutzt werden. Für Länder ohne eigene Produktionskapazitäten ist dies die einzige Chance, um erschwingliche Medikamente zu erhalten, die in den möglichen Exportländern patentiert sind. Diese Regelung macht allerdings die bedürftigsten Länder abhängig von einer positiven Entscheidung durch die zuständige Behörde eines anderen Staates. Politischer und wirtschaftlicher Druck stehen oft der Nutzung dieser wichtigsten Schutzklausel des TRIPS-Abkommens entgegen.

Das EU-Indien Freihandelsabkommen

Im letzten Jahrzehnt haben vor allem die USA bilaterale und regionale Freihandelsabkommen mit Entwicklungsländern abgeschlossen, die noch restriktivere Bestimmungen enthalten als die WTO-Standards. Dazu zählen Verlängerungen der Patentlaufzeit, die Möglichkeit von Schadensersatzklagen eines Unternehmens gegen einen Staat wegen profitmindernder politischer Entscheidungen sowie die rechtliche Garantie der exklusiven Nutzung klinischer Testdaten. Letztere Auflage bringt ein zusätzliches Hindernis für den Markteintritt von kostengünstigeren Alternativpräparaten mit sich. Damit wird es Zulassungsbehörden untersagt, eine Marktzulassung von generischen Produkten auf der Grundlage von Daten zu gewähren, die bereits vom Originalhersteller vorgelegt wurden. Das zwingt Generikahersteller dazu, eigene Daten zur Sicherheit und Wirksamkeit einzureichen. Sie müssten daher die klinischen Studien wiederholen, was nicht nur die Zulassung verzögert und die Kosten erhöht, sondern auch gegen ethische Grundsätze verstößt. Die hauptsächliche Auswirkung ist die Aufrechterhaltung der Monopolposition auch

dann, wenn kein Patent erteilt wurde oder dieses durch eine Zwangslizenz außer Kraft gesetzt wurde.

Leider ist die EU dem schlechten Beispiel gefolgt und versucht ebenfalls, solche Verschärfungen der Monopolrechte in bilateralen Handelsabkommen zu verankern. Angesichts der Bedeutung Indiens für die Medikamentenversorgung in den benachteiligten Ländern sind die seit 2007 mit diesem Land geführten Verhandlungen von besonderer Brisanz. Noch in diesem Jahr soll das Abkommen unterzeichnet werden. Bisher verlangt die EU-Kommission von Indien die Einführung der Datenexklusivität, ungeachtet der oben erwähnten Folgen für den Zugang zu lebenswichtigen Medikamenten. Zwar behaupten die EU-Vertreter, dass Klauseln aufgenommen werden sollen, die der effektiven Anwendung von Zwangslizenzen Vorrang gegenüber der Datenexklusivität einräumen. Die Analyse analoger Fälle zeigt aber, dass die Anpassung der nationalen Gesetzgebung an solche Bestimmungen oft in einer Weise erfolgt, die eine Marktzulassung von Generika ohne eigene Testdaten unmöglich macht, auch wenn eine Zwangslizenz vorliegt.

Die Bundesregierung ist der Ansicht, dass „die in der EU geltenden Regeln zu Datenexklusivität (...) einen fairen Ausgleich zwischen den forschenden Arzneimittelherstellern und nachstoßenden Wettbewerbern“ darstellen.⁵⁶ Diese Regeln können in der Konsequenz jedoch Menschenleben kosten, denn sie führen in vielen Entwicklungsländern zu untragbar hohen Behandlungskosten.

Im Januar 2011 hat die EU-Kommission dem Ministerrat empfohlen, das bestehende Verhandlungsmandat für das Handelsabkommen mit Indien zu erweitern, um Bestimmungen zum Schutz von Direktinvestitionen und einen eigenen Mechanismus für die Regelung von Streitigkeiten zwischen Privatinvestoren und Staat aufzunehmen. Dieser Vorstoß zielt nicht nur darauf ab, umfangreiche Investorenrechte zu verankern, sondern auch eine ausufernde Definition von zu schützenden Vermögenswerten einzuführen. Dazu werden explizit auch die sog. Rechte des geistigen Eigentums gezählt. Bei Streitfällen um die Anwendung von Zwangslizenzen oder die Aberkennung von Patenten könnten dann die betroffenen Patentinhaber diese Schiedsverfahren nutzen, um die zuständige staatliche Instanz auf Schadensersatz zu verklagen. Neben den Zweifeln hinsichtlich der mangelnden Beteiligung der Öffentlichkeit ist zu befürchten, dass die dafür ernannten Schiedsrichter weniger sensibel gegenüber Belangen der öffentlichen Gesundheit sind, als die bisher zuständigen einheimischen Gerichtshöfe. Das Risiko, von kapitalstarken Konzernen in solche Verfahren verwickelt und zur Zahlung von Millionensummen verurteilt zu werden, kann die betreffenden Behörden davon abhalten, ihre Entscheidungen konsequent am Gemeinwohl auszurichten. Nach vorläufigen Informationen will das Bundesministerium für

56 Vgl. Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage von Bündnis 90/Die Grünen vom 3.1.2011. Bundestagsdrucksache 17/4359. (<http://dipbt.bundestag.de/dip21/btd/17/043/1704359.pdf>), Seite 10.

Wirtschaft und Technologie den Vorschlag der Kommission ungeachtet der problematischen Folgen unterstützen.

Andererseits unterstützt die deutsche EZ durch Qualifizierungsmaßnahmen die Anwendung der im TRIPS-Abkommen vorgesehenen Klauseln zum Schutz der öffentlichen Gesundheit. Sie fördert auch den Aufbau von Kapazitäten zur lokalen Produktion von Generika. Diese Maßnahmen sind zu begrüßen, denn sie erweitern die Optionen für eine Politik, die das Ziel verfolgt, die Verfügbarkeit von Medikamenten in den benachteiligten Ländern zu verbessern. Sie sollten nicht dadurch konterkariert werden, dass gleichzeitig die EU Regelungen verhandelt, die auf eine weitere Einschränkung der nationalen Gestaltungsmöglichkeiten hinsichtlich der sog. Rechte an geistigem Eigentum hinauslaufen.

EMPFEHLUNG:

Die Bundesregierung sollte sich dafür einsetzen, dass in den von der EU angebahnten Handelsabkommen mit Entwicklungsländern keine Bestimmungen aufgenommen werden, die den Zugang zu Medikamenten gefährden. Insbesondere sollte Deutschland in der EU dafür eintreten, dass keine zusätzlichen Monopolrechte für Pharmaunternehmen oder separate Mechanismen für Privatklagen gegen staatliche Maßnahmen des Gesundheitsschutzes durchgesetzt werden. Sie sollte die Entwicklungsländer dabei unterstützen, alle rechtlichen und technischen Vorkehrungen zu treffen, um die Schutzklauseln des TRIPS-Abkommens uneingeschränkt nutzen zu können. Nur so kann die Kohärenz von Außenwirtschafts- und Entwicklungspolitik im Sinne des Menschenrechts auf bestmögliche Gesundheitsversorgung gewährleistet werden.

Der HIV/Aids-Patentpool

Im November 2010 hat die Organisation UNITAID einen sog. Patentpool für HIV/Aids-Medikamente eingerichtet. Pharmafirmen, die Patente auf wichtige HIV/Aids-Präparate halten, sollen diese in einen „Pool“ geben. Unter vorab festgelegten Bedingungen können Generika-Hersteller – nach Zahlung einer Lizenzgebühr – somit ohne umständliche Verhandlungen kostengünstige Nachahmerpräparate für Entwicklungsländer herstellen. Dies ist besonders wichtig für neuere Substanzen, die vor allem in der zweiten und dritten Behandlungslinie eingesetzt werden. Patientinnen und Patienten müssen diese einnehmen, wenn Resistenzen gegen die Wirkstoffe der Ersttherapie auftreten. Durch die Umsetzung des TRIPS-Abkommens sind diese neueren Produkte in vielen Entwicklungsländern patentiert, so dass die generische Konkurrenz gering ist und dementsprechend ein hohes Preisniveau vorherrscht.

Weiterhin vereinfacht und beschleunigt ein Patentpool die Entwicklung von Kombinationspräparaten und kindergerechten Produkten.

EMPFEHLUNG:

Die Bundesregierung sollte sich dafür einsetzen, dass alle deutschen Pharmaunternehmen ihre HIV/Aids-Patente sowie entsprechende Ergebnisse aus öffentlich finanzierter Forschung heute und in Zukunft für alle bedürftigen Länder in den Patentpool geben. Die Bundesregierung könnte dazu eine Selbstverpflichtung von deutschen Pharmaunternehmen, öffentlichen Forschungseinrichtungen und Universitäten initiieren, die Patente auf antiretrovirale Substanzen und andere essentielle Medikamente halten.

Rahmenprogramm Gesundheitsforschung: HIV/Aids-Forschung muss gestärkt werden

Im Dezember 2010 wurde vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) das „Rahmenprogramm Gesundheitsforschung“ verabschiedet, mit dem die Bundesregierung ihre Gesundheitsforschung neu ausrichtet. Der Schwerpunkt liegt dabei auf der Erforschung sog. Volkskrankheiten, also weit verbreiteten Krankheiten mit hoher Krankheitslast. In einem „Förderkonzept vernachlässigter und armutsbedingter Krankheiten“ sollen bisherige Maßnahmen gebündelt werden. Hierzu gehört die Unterstützung der „European and Developing Countries Clinical Trials Partnership“ (EDCTP). Sie fördert die Forschung für HIV/Aids, Malaria und Tuberkulose durch den Ausbau klinischer Studien in Entwicklungsländern mit europäischen und afrikanischen Partnern. Von 2003 bis 2010 hat Deutschland sechs Mio. Euro beigetragen. Von dieser Summe wurde eine halbe Million Euro für klinische HIV- und Aids-Studien bereitgestellt.⁵⁷ Allerdings ist die Finanzierung an die Nationalität gebunden, anstatt die Expertise zum Hauptkriterium zu machen. Sie geht nur an deutsche Projektpartner im Rahmen des EDCTP, aber nicht an das EDCTP als solches.

Ein neuer Förderansatz soll von 2011 bis 2014 mit der Summe von 20 Mio. Euro Produktentwicklungspartnerschaften (PDPs) fördern. PDPs sind nicht profitorientiert und leisten Forschung und Entwicklung im Bereich vernachlässigter und armutsbedingter Krankheiten. An dem Förderansatz ist nicht nur zu bemängeln, dass die Fördersumme als „homöopathisch“⁵⁸ angesehen werden muss, sondern vielmehr, dass Forschung zu HIV/Aids explizit ausgeschlossen wird. Bisher förderte das BMZ von 2007 bis 2010 mit einer jährlichen Summe von einer Million Euro

57 Siehe UNGASS 2010. Country Report Germany, S. 10.

58 Siehe Mitteilung von Uwe Kekeritz. (<http://uwekekeritz.de/startseite/aktuelles/ua-anhoerung-vernachlaessigte-krankheiten.html>).

die PDP International Partnership for Microbicides (IPM). IPM ist fokussiert auf die Entwicklung von Mikrobiziden. Diese werden vaginal aufgetragen und sollen das Risiko einer HIV-Infektion beim Geschlechtsverkehr vermindern.⁵⁹ Während die Förderung des BMZ endet, nimmt das neue Förderkonzept des BMBF diese Forschung nicht auf.

Das „Deutsche Zentrum für Infektionsforschung“ (DZI) soll 2011 neu gegründet werden. Es soll als dezentrale Netzwerkstruktur von universitären und nicht-universitären Forschungseinrichtungen Grundlagenforschung und klinische Studien betreiben. Zwar wird gesagt, dass es zur Bekämpfung von HIV/Aids, Malaria und Tuberkulose einen wichtigen Beitrag leisten wird. Da allerdings für das DZI keine Schwerpunkte oder bestimmte Krankheiten festgelegt sind, muss in einer verbindlichen Vereinbarung sichergestellt werden, dass HIV/Aids als eine Priorität wahrgenommen wird.

EMPFEHLUNG:

Die Bundesregierung sollte den Betrag im Förderansatz für PDPs erhöhen und zur Ausschreibung der nächsten Förderrunde die HIV/Aids-Forschung einbeziehen. Die Mittelzuteilung an EDCTP sollte „frei“ gestaltet werden, um die Initiative flexibler zu gestalten und die Auswahl von Experten nicht von der Nationalität abhängig zu machen. Die Bundesregierung sollte dafür Sorge tragen, dass HIV/Aids als Arbeitsbereich im DZI angemessen berücksichtigt wird.

A 10. Innovative Finanzierungsinstrumente

Innovative Finanzierungsmechanismen sind auf zwei grundlegende Ziele ausgerichtet. Zum einen stellen sie eine Möglichkeit dar, um zusätzliche Finanzmittel für dringliche Programme der humanen Entwicklung, sozialen Sicherung und öffentlichen Infrastruktur, sowohl in Entwicklungsländern als auch in den Industriestaaten selbst aufzubringen. Zum anderen können sie der politischen Steuerung dienen, indem sie ökologisch oder ökonomisch schädliche Verhaltensweisen verteuern und damit reduzieren (*taxing global bads*). Es ist offensichtlich, dass es zwischen beiden Zielen einen immanenten Widerspruch gibt, da die Erreichung des zweiten Ziels unweigerlich zu einer Minderung der Steuerbasis führt.

Angesichts der durch den Finanzsektor verursachten Krise und der damit einhergehenden Finanznot des Staates findet die Einführung einer Finanztransaktionssteuer (FTS)

⁵⁹ Wenn effektive Mikrobizide verfügbar würden, stellten sie eine Möglichkeit für Frauen dar, sich unabhängig von der Zustimmung des Partners vor einer HIV-Infektion zu schützen. Vorläufige Studienergebnisse, die 2010 publiziert wurden, haben hier neue Hoffnungen geweckt.

weltweit eine breitere Unterstützung. Nach einer Studie könnte eine FTS mit einem Satz von 0,05 % rund 660 Mrd. US\$ pro Jahr generieren, wenn sie alle Transaktionen erfasst und auf globaler Ebene eingeführt wird. Dabei wird der oben erwähnte Lenkungseffekt berücksichtigt und angenommen, dass das Handelsvolumen um 65 % vermindert wird.⁶⁰ Auch wenn im Rahmen dieses Berichts nicht auf die Kontroverse um die zu erwartenden Wirkungen im Hinblick auf die Finanzspekulation und ihre Auswirkungen auf die Realwirtschaft eingegangen werden kann, so sind die schnelle Umsetzbarkeit und das hohe Steueraufkommen starke Argumente für dieses Instrument.

Neben Frankreich hat auch Deutschland eine solche Steuer befürwortet. Falls kurzfristig keine Übereinstimmung auf internationaler Ebene erzielt werden kann, könnte die FTS in Europa oder zumindest für den Euro-Währungsraum eingeführt werden.⁶¹ Unter ähnlichen Annahmen wie oben ausgeführt, würden sich die Einkünfte in Europa auf rund 290 Mrd. US\$ belaufen, wovon der größte Teil im Vereinigten Königreich anfiel.

Für 2012 beabsichtigt die Bundesregierung zunächst versuchsweise, einen so genannten Entwicklungsschatzbrief aufzulegen. Diese Anlagemöglichkeit soll keine Rendite erbringen, sondern nur den Inflationsverlust ausgleichen. Dadurch spart der Staat Zinsen und der Gegenwert dieser Einsparung soll in die Entwicklungshilfe fließen. Anstatt diese öffentliche Aufgabe ausreichend durch ein gerechtes Steuersystem zu finanzieren, sollen auf indirekte Weise Privatspenden abgeschöpft werden. Dies bedeutet nicht nur eine Verlagerung der Verantwortung, sondern kann letztlich dazu führen, dass sich das Spendenaufkommen für Nichtregierungsorganisationen verringert.

EMPFEHLUNG:

Die Bundesregierung sollte ihre Unterstützung für die Einführung einer Finanztransaktionssteuer auf europäischer und internationaler Ebene verstärken und deutlich machen, dass potentielle Einnahmen auch der Entwicklungsfinanzierung zu Gute kommen müssen. Auch sollten Bemühungen unternommen werden, weitere robuste Finanzierungsquellen mit entsprechender ökologischer und sozialer Lenkungswirkung zu erschließen.

⁶⁰ Diese hypothetische Berechnung basiert auf Daten über die Transaktionen im Jahr 2007; für 2010 erzielte man Schätzwerte, die ca. 30 % höher liegen (Vgl. Stephan Schulmeister, 2010: Short-Term Asset Trading, Long-term Price Swings, and the Stabilizing Potential of a Transactions Tax, S. 21).

⁶¹ So wurde Anfang März 2011 einem entsprechenden Antrag im EU-Parlament mit einer deutlichen Mehrheit (360 zu 299 Stimmen) zugestimmt.

Teil B: Deutschlands Finanzierungsbeiträge für die Verwirklichung der internationalen Verpflichtungen zu HIV/Aids

Joachim Rüppel

Das Aktionsbündnis gegen AIDS fußt auf der Überzeugung, dass der globalen Bedrohung durch die HIV-Epidemie durch eine humane, solidarische und umfassende Antwort der internationalen Gemeinschaft begegnet werden muss. Dabei kann die HIV-Problematik nicht isoliert von ihren gesellschaftlichen Bedingungsbeziehungen betrachtet werden. Über die spezifischen Maßnahmen der HIV-Prävention, der Behandlung, Betreuung und Unterstützung der Betroffenen hinaus müssen auch die strukturellen Ursachen der Gefährdung, d.h. vor allem die soziale Benachteiligung und der ungenügende Zugang zu Basisdiensten angegangen werden. Außerdem braucht es leistungsfähige, regional angepasste Gesundheitssysteme, um die HIV-Epidemie zurückdrängen zu können. Das Aktionsbündnis gegen AIDS setzt sich entschieden dafür ein, dass die HIV/Aids-Problematik sowohl unter humanitären als auch entwicklungsstrategischen Erwägungen als eine vorrangige Aufgabe der internationalen Zusammenarbeit wahrgenommen wird. Das vielfältige Engagement der Mitgliedsorganisationen zeigt uns auch die Dringlichkeit, auf anderen Gebieten der menschlichen Entwicklung verstärkte Anstrengungen zu unternehmen. Schließlich ist es notwendig, diese Handlungsfelder in einer Gesamtstrategie zusammen zu führen. Diese sollte auf die Beseitigung der wirtschaftlichen Not, die Verwirklichung der Menschenrechte, die Förderung der gesellschaftlichen Teilhabe und nicht zuletzt auf die Erreichung des bestmöglichen Gesundheitszustands für alle Menschen ausgerichtet sein. Deshalb sollte eine systematische Analyse der finanziellen Beiträge Deutschlands zur HIV-Bekämpfung in den wirtschaftlich benachteiligten Ländern nicht nur die unmittelbar auf dieses Ziel ausgerichteten Aktivitäten ins Auge fassen. Vielmehr muss sie auch die Ebene der Gesundheitsförderung und die Entwicklungskooperation insgesamt betrachten.

B 1. Die finanzielle Unterstützung für die weltweite Bekämpfung von Armut und Krankheit: Ein Überblick über den dringlichen Bedarf und die bestehenden Verpflichtungen

Um die Geberleistungen eines wirtschaftlich privilegierten Staates objektiv zu bewerten, sind zunächst faire Beitragshöhen für die drei Dimensionen - HIV-Bekämpfung, Gesundheitsförderung und Entwicklungszusammenarbeit - zu bestimmen. Dafür wird jeweils von dem Gesamtbedarf an Finanzmitteln ausgegangen, die nach wissenschaftlich begründeten Schätzungen für die Verwirklichung international vereinbarter Ziele und Verpflichtungen benötigt wer-

den. Die Millenniums-Entwicklungsziele (MDGs) bilden hierfür einen umfassenden Bezugsrahmen, auch wenn sie nicht alle notwendigen Aspekte aufnehmen und nur eine Etappe auf dem weiten Weg der Überwindung von Armut und Ungerechtigkeit repräsentieren. Für die spezifischen HIV-Maßnahmen bildet die Erreichung des „allgemeinen Zugangs zu umfassenden Präventionsprogrammen und umfassender Behandlung, Betreuung und Unterstützung bis zum Jahr 2010“⁶² das übergeordnete Ziel.

Um angemessene Beteiligungsquoten für bestimmte Geberstaaten zu bestimmen, sind nachvollziehbare Kriterien der Lastenverteilung heranzuziehen. Ausschlaggebend ist die wirtschaftliche Kapazität gemessen am Bruttonationaleinkommen (BNE). Darüber hinaus muss die derzeitige Ausgangssituation der von diesen Ländern geleisteten Entwicklungszusammenarbeit berücksichtigt werden. So können die Chancen für die Erfüllung der Zielgrößen im vorgesehenen Zeitrahmen abgeschätzt werden.

Die Übersicht in Tabelle 1.1 stellt eine Aktualisierung des Finanzierungs-Szenarios dar, das im letztjährigen Bericht beschrieben wurde.⁶³ Die aktuelle Version basiert auf den realen Bruttonationaleinkommen im Jahr 2010, ausgedrückt in US-Dollar und enthält die notwendigen Zielgrößen für 2015, das Bezugsjahr für die Erreichung der MDGs. Die dargestellten Finanzierungsziele für 2010 illustrieren die Kluft zwischen dringlichem Bedarf und realem Mittelaufkommen. Den neuesten vorläufigen OECD-Daten entsprechend, belief sich die öffentliche Entwicklungshilfe (Official Development Assistance, ODA) der 23 im Entwicklungsausschuss der OECD, dem DAC (Development Assistance Committee), vertretenen Staaten im vergangenen Jahr auf rund 129 Mrd. US\$⁶⁴. Berechnet man jedoch nur die realen Transferleistungen, von denen insbesondere die Schuldenerlasse abgezogen werden, betrug die öffentliche Entwicklungshilfe der DAC-Mitgliedsstaaten allerdings nur rund 114 Mrd. US\$. Der letztgenannte Betrag, der für die Ermittlung des potenziellen Deckungsgrads ausschlaggebend ist, entspricht einem Anteil von 63 % des gesamten Investitionsbedarfs für die MDGs. Somit existiert ein enormer Nachholbedarf, der in den kommenden Jahren zu decken ist.

62 Politische Erklärung zu HIV/Aids; UN-Resolution 60/262 verabschiedet auf der 87. Plenarsitzung am 2. Juni 2006; Ziffer 20.

63 Vgl. Action against AIDS Germany (2010): Civil Society Appraisal on Germany's Financial Contributions for the Implementation of the International HIV/AIDS Commitments during the Period 2005- 2009, , S. 4 ff.

64 OECD/DAC: DAC1 Official and Private Flows; (<http://stats.oecd.org/Index.aspx?DatasetCode=TABLE1>) (konsultiert am 10.4.2011).

Tab. 1.1: Notwendige öffentliche Entwicklungshilfe zur Erreichung der MDGs nach Förderbereichen in den Jahren 2010 und 2015 (in Mrd. US\$ von 2009)

Entwicklungs-Bereich	Bezugs-größe	Alle DAC-Staaten		EU-15+CH+N (50%)		Deutschland (10,4%)		Übrige DAC-Staaten (50%)	
		2010	2015	2010	2015	2010	2015	2010	2015
Gesamtbedarf für MDGs (incl. Nothilfe, pol. Stabilisierung, etc.)	Betrag	181	228	91	114	19	24	91	114
	Anteil BNE	0,45%	0,55%	0,56%	0,68%	0,56%	0,68%	0,38%	0,46%
Bedarf für unmittelbar MDG-orientierte Maßnahmen	Betrag	136	180	68	90	14	19	68	90
	Anteil BNE	0,34%	0,43%	0,42%	0,54%	0,42%	0,54%	0,28%	0,36%
Bedarf für Erreichung der Gesundheits-MDGs (incl. HIV-Maßnahmen)	Betrag	37,5	47,8	18,8	23,9	3,9	5,0	18,8	23,9
	Anteil BNE	0,09%	0,11%	0,12%	0,14%	0,12%	0,14%	0,08%	0,10%
Bedarf für Länderziele bzgl. Zugang zu HIV-Maßnahmen	Betrag	17,3	19,1	8,7	9,6	1,8	2,0	8,7	9,6
	Anteil BNE	0,04%	0,05%	0,05%	0,06%	0,05%	0,06%	0,04%	0,04%

Quellen: Millennium-Projekt (2005); UNAIDS (2009); OECD (2011); eigene Berechnungen

Die Berechnungen der erforderlichen ODA-Mittel sowohl für die Entwicklungszusammenarbeit insgesamt als auch für den Gesundheitsbereich beruhen auf den Analysen des Millennium-Projekts, dessen Ergebnisse bereits im letztjährigen Bericht dargelegt wurden.⁶⁵ Hier seien noch einmal die konzeptionellen Stärken der Analyse genannt:

- ▶ Es werden alle Entwicklungssektoren berücksichtigt, die für die Erreichung der MDGs von Relevanz sind.
- ▶ Die Bedarfsrechnungen basieren auf eingehenden Länderstudien, die eine Vielfalt unterschiedlicher Ausgangssituationen analysieren und in Zusammenarbeit mit lokalen Forschungsinstituten realisiert wurden.
- ▶ Die erforderlichen Einzelmaßnahmen sind eindeutig bestimmten Sektoren zugeordnet, was einen präzisen Vergleich von Bedarfsgrößen und tatsächlich mobilisierten Ressourcen erlaubt.
- ▶ Es werden die Synergien berücksichtigt, die zwischen den geplanten Maßnahmen im gleichen Sektor oder in verschiedenen Förderbereichen zu erwarten sind.
- ▶ Es werden klare Kriterien für die finanzielle Lastenverteilung unter den Hauptakteuren benannt, die bedeutende Eigenanstrengungen selbst der ärmsten Länder einschließen, aber auch auf die Beseitigung ökonomischer Zugangsbarrieren im Gesundheits- und Bildungsbereich drängen.

⁶⁵ UN Millennium Project (2005): Investing in Development: A Practical Plan to Achieve the Millennium Development Goals.

Hoher Finanzbedarf armer Länder im Gesundheitsbereich

Gemäß dem Mittelwert der Fünf-Länderanalyse des Millennium-Projekts⁶⁶ entfällt rund ein Viertel des Finanzbedarfs für MDG-orientierte Investitionen vor Ort in den Entwicklungsländern auf den Gesundheitsbereich – also auf die Stärkung der Gesundheitssysteme und die gesundheitsbezogenen Millenniumsziele 4, 5 und 6. Für die Abschätzung der erforderlichen Finanzmittel für spezifische HIV-Programme wurden die aktuellsten Angaben von UNAIDS herangezogen, die sich auf die Länderziele im Hinblick auf die Verwirklichung des allgemeinen Zugangs zu Diensten der Prävention, Behandlung und Unterstützung beziehen.⁶⁷ Dabei wird davon ausgegangen, dass die internationale Kooperation zunächst – wie in verschiedenen Dokumenten von UNAIDS nahegelegt – zwei Drittel des Gesamtbedarfs deckt. Nach 2010 steigt der Anteil der Eigenfinanzierung durch die Entwicklungsländer, so dass für 2015 ein Geberanteil von 50 % angenommen wird. Dieser relativ hoch erscheinende Anteil der Gebermittel in der ersten Phase rechtfertigt sich durch folgende Erwägungen:

- ▶ Die HIV-Epidemie stellt eine der größten humanitären Katastrophen der Menschheitsgeschichte dar, was eine schnelle Ausweitung der Gegenmaßnahmen erfordert.
- ▶ Eine umfassende solidarische Unterstützung der gesellschaftlich ausgegrenzten Schlüsselgruppen verlangt von der internationalen Entwicklungskooperation die Übernahme einer besonderen Verantwortung.

Die Neuberechnung des Finanzbedarfs zur Bekämpfung von HIV/Aids auf dieser Grundlage ergibt eine notwendige Korrektur der beiden Zielgrößen Gesundheitsförderung und Entwicklungszusammenarbeit um vier Mrd. US\$ in 2010 und einer Mrd. US\$ in 2015.⁶⁸ Dabei ist zu erwähnen, dass es sich bei den jüngsten UNAIDS-Schätzungen um Mindestgrößen handelt, da die von vielen Ländern definierten Ziele hinter dem erforderlichen Deckungsgrad im Sinn des allgemeinen Zugangs zurückbleiben.

66 Millennium Project (2004): Millennium Development Goals Needs Assessments; Country Case Studies of Bangladesh, Cambodia, Ghana, Tanzania and Uganda.

67 UNAIDS (2009): What countries need. Investments needed for 2010 targets.

68 Die Bedarfsgrößen wurden mit den Schätzungen des Millenniumsprojekts für die externe Finanzierung HIV-spezifischer Maßnahmen abgeglichen. Daraus wurde der mit dem Ziel des universellen Zugangs verbundene Zusatzbedarf abgeleitet. Bedauerlicherweise kommt UNAIDS seiner genuinen Aufgabe, Schätzungen des Finanzierungsbedarfs auf einer objektiven Basis zu erstellen, in den letzten Jahren nur noch sehr bedingt nach. Die Größe für die im Jahr 2015 erforderlichen Gesamtmittel ist einer Präsentation von Mitarbeitern der Organisation entnommen, da hierzu bisher keine offizielle Publikation existiert (Avila, 2009: Resource Needs to Achieve Universal Access).

Europas besondere Verantwortung

Zu den Kriterien für die Bestimmung eines angemessenen Finanzierungsanteils gehört, dass die europäischen Mitgliedstaaten des OECD-Entwicklungsausschusses DAC die Hälfte des Gesamtbedarfs in dieser Periode abdecken. Im Jahr 2010 mobilisierten diese 17 Geberländer mit 66 von 114 Mrd. US\$ etwas mehr als 58 % der realen Finanztransfers im Rahmen der öffentlichen Entwicklungshilfe. Da nur die Mitgliedstaaten der EU sich in einem gemeinsamen Beschluss verpflichtet haben, bis 2015 den UN-Richtwert von 0,7 % des BNE zu erreichen, dürfte ihre überproportionale – wenngleich bis dato unzureichende – Beteiligung an der Bereitstellung von Entwicklungsressourcen in den nächsten fünf Jahren kaum geringer werden. Im Vergleich dazu lag der Anteil Europas am gesamten BNE der DAC-Staaten zuletzt bei 40 %. Das bedeutet, dass Europa gemäß dem vorgeschlagenen Szenario bis 2015 ein Beitragsniveau aufrecht erhält, das um rund ein Viertel über dem einfachen Anteil am BNE der hauptsächlichen Geberstaaten liegt. Diese notwendige Vorreiterrolle ist auch durch die besondere geschichtliche Verantwortung Europas zu begründen. Schließlich hatte die von diesem Kontinent ausgehende koloniale Ausbeutung verheerende Auswirkungen auf die humane Entwicklung in vielen der bis heute benachteiligten Weltregionen. Oft bedingen die dadurch aufgezwungenen Gesellschaftsstrukturen dort noch immer ein erhöhtes Risiko der Verelendung und der Ausbreitung lebensbedrohender Krankheiten, einschließlich der HIV-Epidemie.⁶⁹ Auch wurde die für 2015 erwartete ODA-Quote unter der sehr konservativen Annahme berechnet, dass die Wirtschaftsleistung der Geberstaaten bis dahin nur so wenig zunimmt wie in den vergangenen fünf Jahren, die durch den von der globalen Finanzkrise verursachten Einbruch geprägt waren.⁷⁰

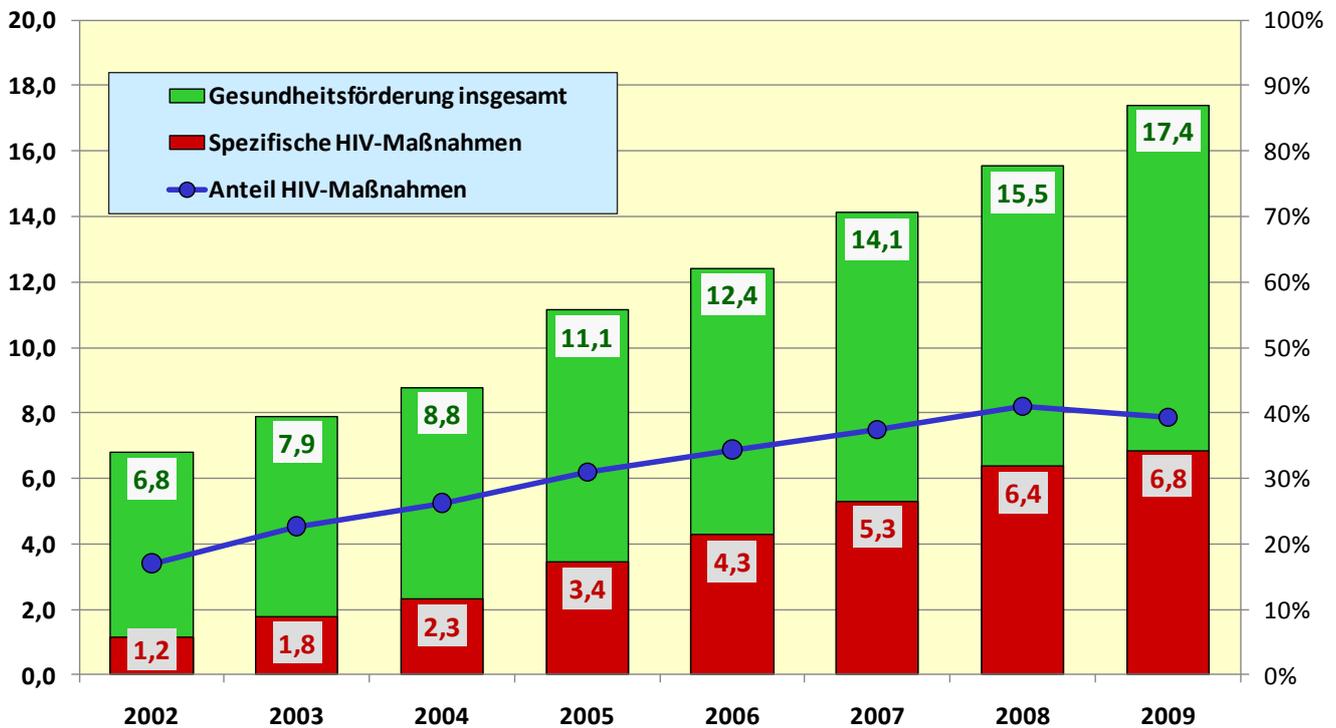
Die Abbildung 1.1. (nächste Seite) stellt die realen ODA-Auszahlungen für Gesundheitsförderung und für spezifische HIV-Aktivitäten dar, wie sie von der Gesamtheit der DAC-Staaten und den einschlägigen multilateralen Organisationen an das betreffende Informationssystem der OECD gemeldet wurden.⁷¹ Allerdings sind diese Angaben mit Vorsicht zu betrachten, da nach den Einteilungskriterien der OECD einige Maßnahmen zum Gesundheitsbereich gezählt werden, die in den Bedarfsschätzungen anderen Sektoren wie Wasserversorgung und Ernährung zugeordnet werden. Zudem hat die Durchsicht von zahlreichen Datensätzen zu gesundheitsrelevanten Projekten verschiedener Geberländer, der EU und von Entwicklungsbanken zum Teil gravierende Meldefehler der zuständigen Insti-

69 Diese Bedingungsbeziehungen zwischen historisch erzwungenen Ausbeutungsstrukturen und der Gefährdung durch HIV werden in einer vom Aktionsbündnis gegen AIDS herausgegebenen Publikation am Beispiel des südlichen Afrika, dem Epizentrum der Pandemie, näher ausgeführt. Vgl. Aktionsbündnis gegen AIDS (2009): Haltet die Versprechen! Zugang für alle!, S. 10.

70 Es wurde nur ein Wirtschaftswachstum von 3,5 % über die fünf Jahre zugrundegelegt, was der Entwicklung des aggregierten Bruttoinlandsprodukts im Euro-Raum, den USA und Japan von 2005 bis 2010 entspricht.

71 OECD/DAC: Creditor Reporting System; <http://stats.oecd.org/Index.aspx?DatasetCode=CRSNEW>, konsultiert am 11.4.2011.

Abb. 1.1: Entwicklung der gesamten ODA-Auszahlungen für Gesundheit und HIV durch die DAC-Staaten in Mrd. US\$ von 2009 (Bi- und multilateral)



tutionen zutage gefördert.⁷² Zusätzlich wurden die Mittel eingerechnet, die über die allgemeine Budgethilfe bereit gestellt wurden.⁷³

Der Vergleich mit den notwendigen Zielgrößen zeigt die enorme Finanzierungslücke in diesen lebenswichtigen Bereichen der Entwicklungszusammenarbeit. Die im Jahr 2009 verfügbaren Mittel für die Gesundheitsförderung beliefen sich lediglich auf gut 46 % des ODA-Bedarfs im Jahr 2010. Bei den spezifischen HIV-Programmen fällt diese Relation mit weniger als 40 % noch ungünstiger aus. Auch wenn man optimistisch davon ausgeht, dass 2010 eine Steigerung der ODA-Auszahlungen für die Verbesserung der Gesundheitssituation in der Größenordnung der Zuwächse der vergangenen Jahre stattfand, belief sich das tatsächliche ODA-Aufkommen bestenfalls auf die Hälfte des erforderlichen Investitionsvolumens, um der Verwirklichung der gesundheitsbezogenen MDGs nahe zu kommen. Die Dringlichkeit einer verstärkten Gesundheitsfinanzierung wird auch dadurch unterstrichen, dass die reale Förderung in diesem Bereich noch weiter hinter dem Bedarf zurück-

bleibt, als dies für die Entwicklungszusammenarbeit insgesamt zu verzeichnen ist.

Entgegen aller Vorurteile: HIV-Bekämpfung erhält keine Vorzugsbehandlung

Ungeachtet der möglichen zusätzlichen Finanzierung von HIV-Maßnahmen im Rahmen von sektorweiten Programmen muss auch festgehalten werden, dass die Unterdeckung hier mindestens ebenso groß ist wie im Gesundheitsbereich insgesamt. Es existiert also entgegen mancher Behauptungen keine Vorzugsbehandlung für die HIV-Bekämpfung im Verhältnis zu anderen Gesundheitsproblemen. Das wird auch daraus ersichtlich, dass der HIV-Anteil an der 2009 bereit gestellten Gesundheits-ODA bei rund 40 % lag, während die Zielgrößen für 2010 eine Proportion von ca. 46 % nahelegen. Zudem ging der Anteil für HIV-Maßnahmen zuletzt wieder zurück, was ein Hinweis für eine Geberzurückhaltung sein könnte, die auch durch oben genannte Fehldarstellungen beeinflusst wurde.

Die vorhergehende Analyse erlaubt die folgenden Schlussfolgerungen im Hinblick auf eine faire Beteiligung Deutschlands: Ausgehend vom dringlichen Bedarf an Finanzmitteln für die Verwirklichung der im Rahmen der Vereinten Nationen vereinbarten Verpflichtungen zur HIV-Bekämpfung und unter Berücksichtigung der relativen Wirtschaftskapazität sowie der besonderen entwick-

72 Durch verschiedene Analysen, die über die letzten Jahre realisiert wurden, erstreckt sich die Erfahrungsbasis inzwischen auf rund 20.000 gemeldete Einzelprojekte.

73 Diese Berechnung erfolgte auf der Basis von durchschnittlichen Anteilen (10 % für Gesundheit und 1 % für HIV), die sich aus den detaillierten Einzelanalysen der Budgethilfe mehrerer Geberländer und des Gesundheitsanteils an den Regierungsausgaben der jeweiligen Empfängerländer ableiten lassen.

lungspolitischen Verantwortung Europas lassen sich die angemessenen Beiträge Deutschlands schlüssig beziffern. Demnach hätte die öffentliche Entwicklungshilfe Deutschlands für die Verbesserung der Gesundheitssituation in den wirtschaftlich benachteiligten Ländern bereits im Jahr 2010 einen Umfang von 3,9 Mrd. US\$ erreichen müssen, was nach dem damaligen Wechselkurs einem Betrag von 2,9 Mrd. Euro entspräche. Davon hätten 1,8 Mrd. US\$ oder 1,4 Mrd. Euro für spezifische Maßnahmen der Prävention und Behandlung von HIV sowie die Unterstützung von Waisen und anderen durch die Epidemie gefährdeten Kindern entfallen müssen.

EMPFEHLUNG:

Bis zum Jahr 2015 sollte sich Deutschland mit jährlichen Beiträgen von mindestens 5 Mrd. US\$ für den Gesundheitsbereich insgesamt und von nicht weniger als 2 Mrd. US\$ für die Erreichung des allgemeinen Zugangs zu elementaren HIV-Maßnahmen beteiligen, um seiner Verantwortung für diese lebenswichtigen Aufgaben der internationalen Gemeinschaft gerecht zu werden. Diese Zielgrößen entsprechen laut dem aktuellen Wechselkurs Beträgen von 3,6 bzw. 1,5 Mrd. Euro. Die dafür nötige finanzielle Anstrengung wäre durchaus möglich, wenn Deutschland seiner in UN-Erklärungen festgehaltenen und durch die EU in ihrem Stufenplan bestätigten Verpflichtung nachkommt, einen Anteil von 0,7 % des BNE für die Entwicklungszusammenarbeit aufzubringen. Gleichzeitig könnten dann die Investitionen in anderen Entwicklungsektoren angemessen unterstützt werden, die für die Verwirklichung der MDGs erforderlich sind.⁷⁴

B 2. Die gesamten ODA-Leistungen Deutschlands

In den folgenden Abschnitten wird überprüft, welche Fortschritte die deutsche Entwicklungskooperation hinsichtlich angemessener Finanzierungsbeiträge für die Überwindung der Armut und Mangelversorgung im Allgemeinen sowie zur Stärkung der Gesundheitssysteme und zur Bekämpfung der HIV-Epidemie im Besonderen zu verzeichnen hat. Die oben dargestellten Finanzierungsziele stellen dafür die hauptsächlichen Bezugsgrößen dar. Soweit es die Datenlage und die durchgeführten Analysen erlauben, sollen die ODA-Leistungen Deutschlands auch mit den Bemühungen der wirtschaftlich privilegierten Geberstaaten verglichen werden.

Bereits im Oktober 1970 vereinbarten die wohlhabenden UN-Mitgliedstaaten, ihre ODA-Leistungen bis Mitte der 70er Jahre des vergangenen Jahrhunderts auf 0,7 % ihres BNE zu steigern.⁷⁵ Dieser Richtwert wurde seither in zahlreichen Leitdokumenten zur internationalen Entwicklungszusammenarbeit bestätigt, darunter die UN-Verpflichtungserklärung zu HIV/Aids. Im Jahr 2005, also drei Jahrzehnte nachdem die Zusicherung eigentlich realisiert sein sollte, beschloss die Europäische Union mit einer zusätzlichen Selbstverpflichtung, dieses Finanzierungsziel bis spätestens 2015 zu verwirklichen. Als gemeinsames Zwischenziel für das Jahr 2010 wurde eine ODA-Quote von 0,56 % vereinbart. Um diese erreichen zu können, sollte jedes der 15 vor 2002 beigetretenen Länder eine Mindestquote von 0,51 % aufbringen.⁷⁶ Eine weitere Voraussetzung war, dass die Mitgliedsstaaten, die bereits die UN-Zusage erfüllt hatten, ihre höheren Beitragsniveaus aufrecht erhalten. Es würde also allein die Verwirklichung dieses Stufenplans ausreichen, um die Zielgröße der europäischen DAC-Staaten für die finanzielle Beteiligung an den MDG-Maßnahmen zu realisieren.

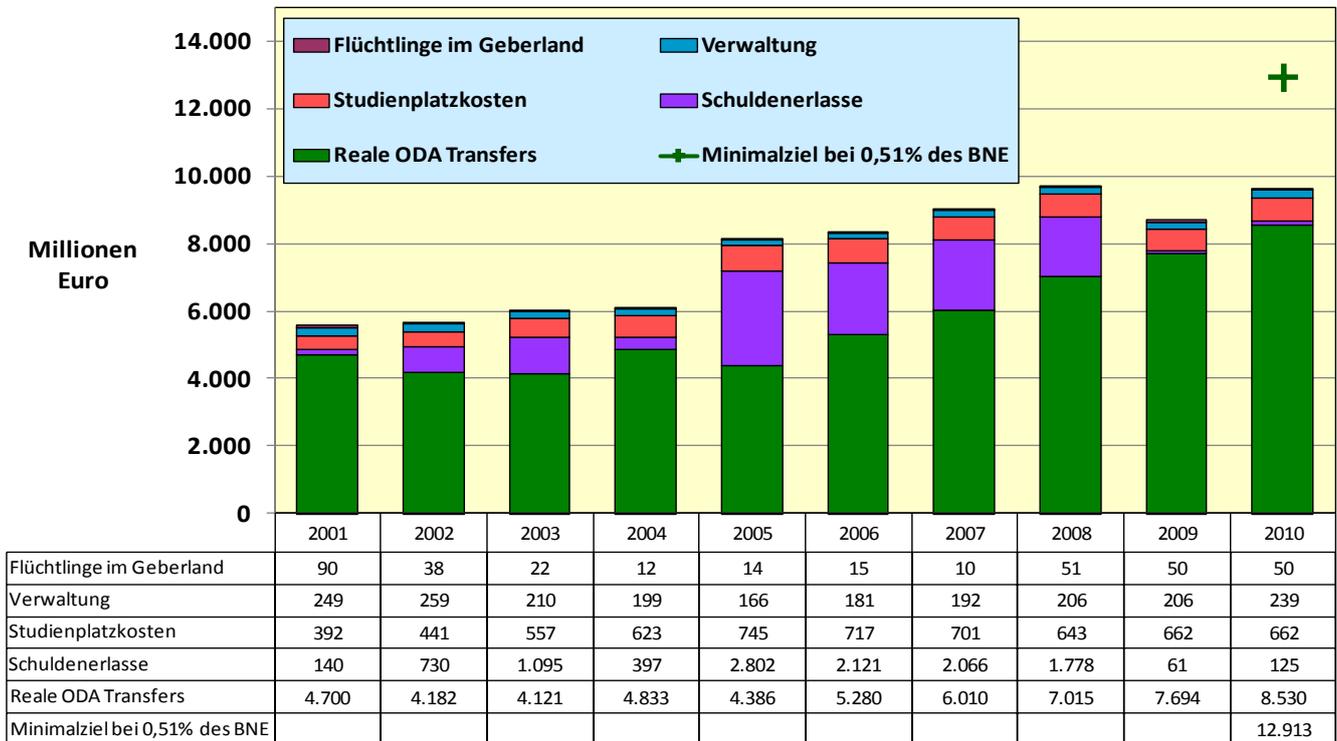
Die Quantifizierung und Bewertung der tatsächlichen ODA-Leistungen stößt allerdings auf das Problem, dass die maßgeblichen Kriterien der OECD es erlauben, einige Ausgabenposten und Buchungswerte anzurechnen, die keine Ressourcentransfers finanzieller, technischer oder personeller Art an Entwicklungsländer darstellen. Schuldenerlasse, beispielsweise, sind zweifellos notwendig, um die fiskalischen Handlungsspielräume der nationalen Regierungen zu erweitern und ihnen zu ermöglichen, mehr Mittel für die humane Entwicklung ihrer Länder aufzubringen. Sie tragen aber nicht dazu bei, den ermittelten Bedarf an internationaler Kooperation zu decken. Zudem bevorzugt die Anrechnung von Schuldenerlassen paradoxerweise diejenigen unter den Geberländern, die durch eine aggressive Exportförderung mit Hilfe staatlicher Bürgschaften und eines hohen Kreditanteils ihrer Entwicklungszusammenarbeit die betreffenden Länder erst in die Schul-

74 Gemäß den OECD-Angaben für das erste Quartal 2011.

75 Vgl. Resolution 2626 zur internationalen Strategie für die zweite Entwicklungsdekade der Vereinten Nationen vom 24. Oktober 1970.

76 Für die neuen Beitrittsländer wurde ein Zwischenziel von 0,17 % bestimmt, um 2015 eine Quote von 0,33 % zu erreichen.

Abb. 2.1: Entwicklung der offiziellen und realen ODA Deutschlands, 2001-2009



denfalle gebracht haben.⁷⁷ Die hohe Volatilität infolge der Anrechnungsweise von Schuldenerlassen und die Tatsache, dass Studienplatzkosten nur von einer Minderheit der DAC-Staaten als ODA gemeldet werden, beeinträchtigen außerdem die Vergleichbarkeit der Leistungen zwischen den Geberländern bzw. im Zeitverlauf.⁷⁸

Für eine Analyse der finanziellen Anstrengungen und deren Bewertung im Hinblick auf die Realisierung der jeweiligen Zielgrößen sind somit die realen Transferleistungen nach Abzug der fragwürdigen Bestandteile der offiziellen ODA-Statistik heranzuziehen, um ein genaueres Bild zu erhalten (Abbildung 2.1).

Wie aus Abbildung 2.1 zu ersehen ist, wirkte sich der EU-Stufenplan durchaus positiv auf die deutschen ODA-Leistungen aus. Der Euro-Betrag der realen Ressourcetransfers stieg zwischen 2005 und 2010 um etwas mehr als vier Mrd. auf rund 8,5 Mrd. Euro. Andererseits reichte die Aufstockung in der Summe bei Weitem nicht aus, um die von der EU bestimmte Mindestquote zu realisieren. Diese hätte für 2010 ein ODA-Volumen von 12,9 Mrd. Euro erfordert, so dass ein Fehlbetrag von 4,4 Mrd. Euro zu Buche steht. Wenn man das kollektive Ziel der EU-15-Staaten zugrunde legt, also von einer gleichmäßigen Lastenverteilung

ausgeht, hätte Deutschland einen ODA-Beitrag von 14,2 Mrd. Euro aufbringen müssen. Trotz der per se erfreulichen Zuwächse darf man den Blick nicht davor verschließen, dass Deutschland seinen Verpflichtungen nicht nachgekommen ist. Da mehr als ein Fünftel des kombinierten BNE dieser Staatengruppe auf Deutschland entfällt, hatte das fatale Auswirkungen auf die Gesamtbilanz und damit auf die Glaubwürdigkeit der EU in der Weltöffentlichkeit.⁷⁹

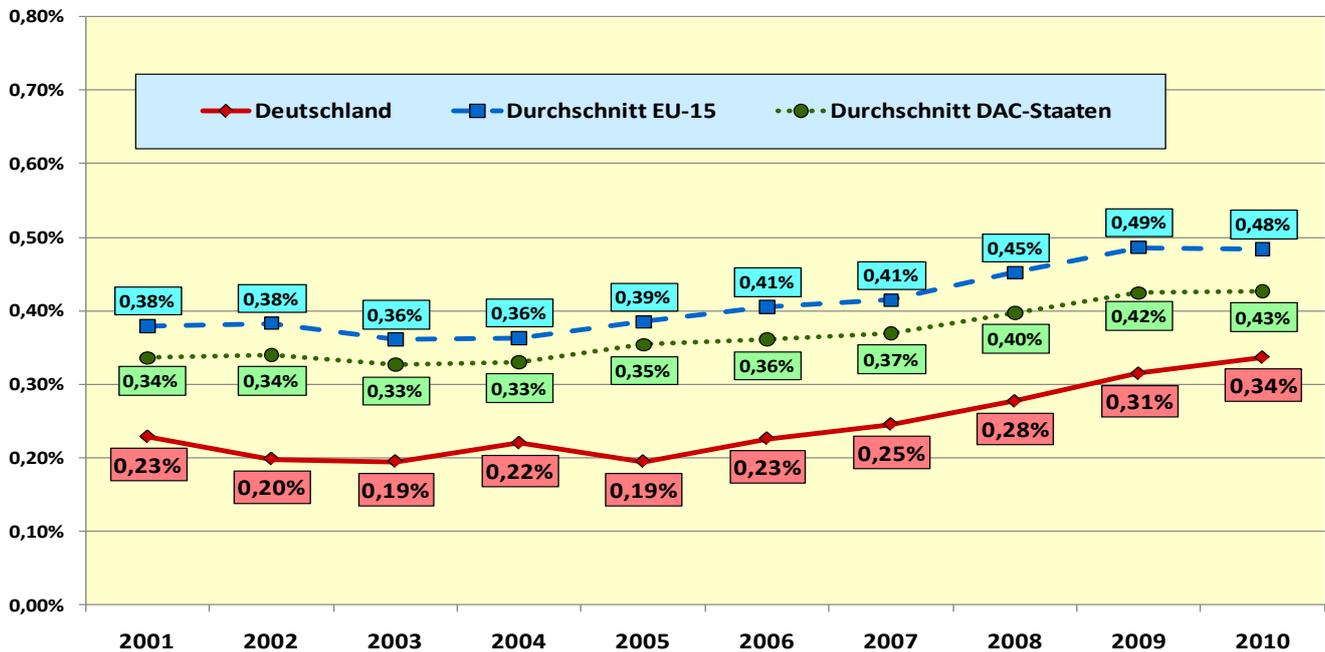
Deutschland bleibt auch weit hinter den durchschnittlichen Finanzierungsanstrengungen der übrigen wirtschaftlich besser gestellten Länder zurück, wie aus Abbildung 2.2 zu ersehen ist. Das gilt nicht nur im Vergleich zu den Mitgliedsstaaten der EU, sondern auch im Verhältnis zu der Gesamtheit der 23 im DAC organisierten Länder. Angesichts eines sehr niedrigen Ausgangsniveaus der realen ODA-Leistungen im Verhältnis zu der wirtschaftlichen Kapazität blieb der Abstand zu den Durchschnittswerten enorm, obwohl die Steigerung der realen ODA-Quote Deutschlands im letzten Jahrfünft höher war als in den meisten anderen Geberstaaten. Besonders bedenklich ist, dass im Jahr 2010 nur vier der 17 europäischen Mitgliedsstaaten des DAC noch niedrigere reale ODA-Leistungen in Relation zu ihrer Wirtschaftskraft aufbrachten als Deutschland, nämlich Italien, Österreich, Portugal und

77 Von der Gesamtsumme der zwischen 2001 und 2009 auf die deutsche ODA angerechneten Schuldenerlasse entfielen zwei Drittel auf nur drei Länder: Irak (38 %), Nigeria (18 %) und Kamerun (11 %).

78 Interessanterweise entfielen in den letzten Jahren jeweils rund 40 % der insgesamt gemeldeten Studienplatzkosten auf Frankreich und Deutschland.

79 Auch die EU-Kommission stellt in ihrem Bericht über die Umsetzung der Verpflichtungen fest, dass die Erreichung des gemeinsamen ODA-Ziels von der entsprechenden Erhöhung der Leistungen Deutschlands, Frankreichs und Italiens abhängt. Vgl. European Commission (2010): Financing for Development – Annual progress report: Getting back on track to reach the EU 2015 target on ODA spending?, S. 17.

Abb. 2.2: Reale ODA-Leistungen im Verhältnis zum BNE: Deutschland im Vergleich zu der durchschnittlichen Anstrengung der Geberstaaten



Griechenland. Es ist auch zu konstatieren, dass die Steigerungsraten der ODA-Quote mehr als doppelt so hoch hätten ausfallen müssen, um wenigstens die von der EU beschlossene Untergrenze zu erreichen. Die Tatsache, dass der ODA-Beitrag zum Zeitpunkt des EU-Beschlusses weit unterdurchschnittlich war, darf keinesfalls als Entschuldigung für die Nichterfüllung des minimalen Zwischenziels herhalten. Man könnte umgekehrt argumentieren, dass die Geberstaaten, die in der Vergangenheit eher geringe Anstrengungen zeigten, für die nächste Zeit eine besondere Bringschuld haben.

Erhöhung der ODA-Leistungen auf Kreditbasis

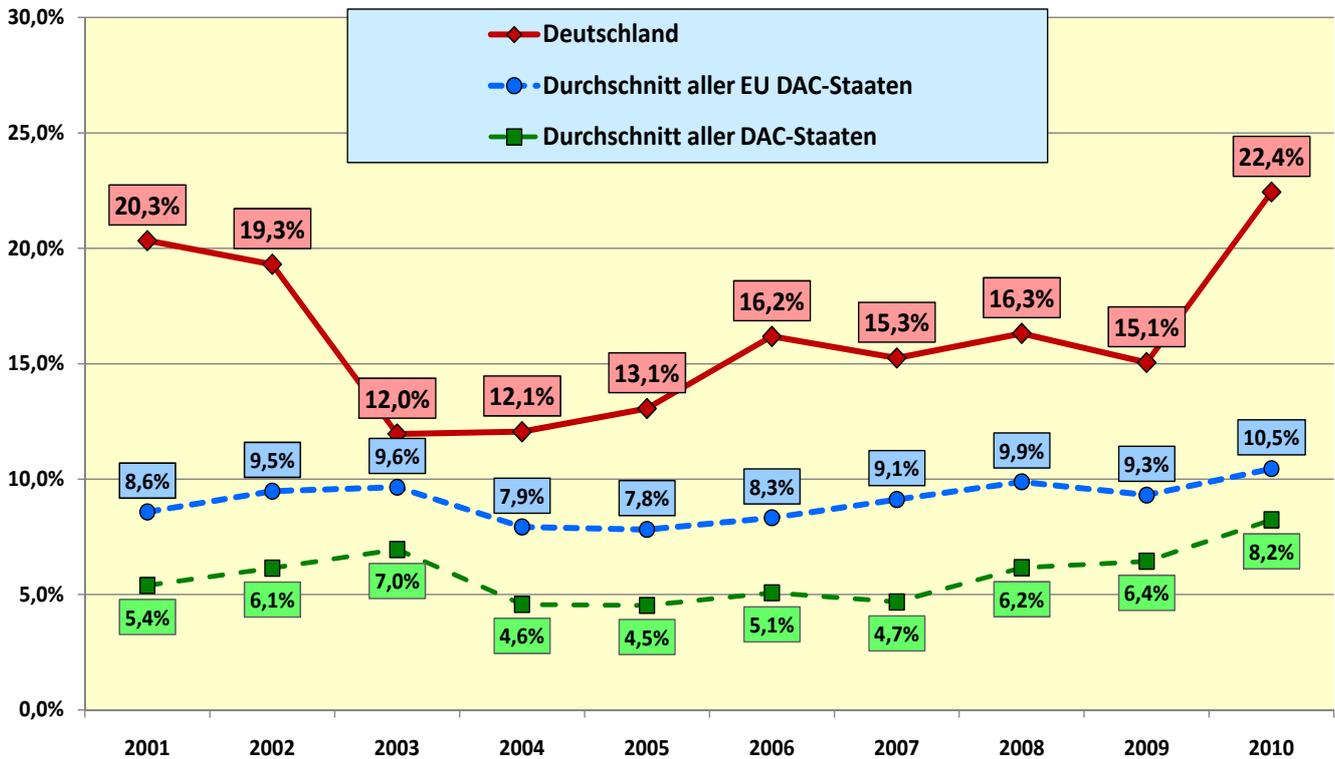
Eine Bewertung der ODA-Leistungen muss allerdings auch den Konditionen Beachtung schenken, unter denen die Mittel bereitgestellt werden. Abbildung 2.3 offenbart die kritikwürdige Tatsache, dass der Darlehensanteil an den realen ODA-Leistungen zwischen 2009 und 2010 steil angestiegen ist. Dabei war dieser Beitrag bereits während des gesamten letzten Jahrzehnts deutlich überproportional im Verhältnis zu anderen Gebern. Deutschland nimmt damit eine sehr unrühmliche Position im Gebergefüge ein. Während im Durchschnitt der DAC-Staaten rund 8 % der ODA-Transfers in Form von Krediten bereitgestellt wird, stieg dieser Anteil im Fall Deutschlands schon auf über 22 %. Von den 23 DAC-Mitgliedsländern gewährten acht Staaten ausschließlich Zuschüsse im Rahmen ihrer Entwicklungszusammenarbeit. Dagegen wiesen nur fünf weitere Geberländer einen ähnlich hohen oder noch größeren Kreditanteil auf, nämlich Frankreich, Spanien, Portugal, Japan und Korea.

Diese zweifelhafte und inakzeptable Praxis kehrt grundlegende Prinzipien der internationalen Zusammenarbeit um, wie die Solidarität mit den Bedürftigsten und die Freigiebigkeit der wirtschaftlich Bessergestellten. Sie fügt sich leider nahtlos ein in die von der Zivilgesellschaft befürchteten Bestrebungen der jetzigen Bundesregierung, die ODA-Vergabe stärker am eigenen wirtschaftlichen Interesse auszurichten, als an den dringenden Bedürfnissen der am stärksten benachteiligten Teile der Weltbevölkerung. Denn die ärmsten Staaten sind kaum in der Lage, ODA-Kredite anzunehmen und zurückzuzahlen. Aber auch für die Länder mit mittleren Einkommen bedeutet die Kreditfinanzierung von Entwicklungsprogrammen eine erhöhte Gefahr der Überschuldung für die Zukunft. Zudem wird es dadurch für künftige Regierungsverantwortliche in Deutschland schwieriger, die Verpflichtungen zur Aufstockung der ODA-Leistungen zu erfüllen. Denn die zu erwartenden steigenden Rückzahlungen werden von den Brutto-Auszahlungen abgezogen, um die Netto-Leistungen zu ermitteln, die für die Berechnung der ODA-Quote herangezogen werden.⁸⁰

Wie ein Blick auf Tabelle 2.1 zeigt, war die Steigerung der ODA-Leistungen im letzten Jahr überwiegend den Entwicklungskrediten zu verdanken, während die nichtrück-

⁸⁰ Darauf verweist auch der neue Prüfbericht des DAC: „Wenn Kredite für die Entwicklungszusammenarbeit eingesetzt werden, muss Deutschland sicherstellen, dass diese allen ODA-Kriterien entsprechen – d.h. dass sie der Entwicklung dienen, zinsvergünstigt sind und ein Zuschusselement von mindestens 25 % enthalten (berechnet zu einem Abzinsungssatz von 10 %) –, wobei auch evaluiert werden muss, inwieweit sich künftige Tilgungszahlungen auf ODA-Kredite auf die Einhaltung der Zielvorgaben für das ODA-Nettovolumen auswirken könnten“ (Entwicklungsausschuss (DAC) Peer Review 2010: Deutschland, S. 17).

Abb. 2.3: Anteil der ODA-anrechenbaren Kredite an den realen ODA-Transferleistungen



zahlbaren Zuschüsse einen vergleichsweise bescheidenen Zuwachs verzeichneten. Gleichzeitig stagnierte der Umfang der multilateralen ODA-Leistungen, so dass sich die zunehmende Kreditfinanzierung voll auf die Gesamtzusammensetzung auswirkt. Ein beträchtlicher Teil der Mittel für Entwicklungskredite stammt nicht vom Bundeshaushalt, sondern vom Kapitalmarkt. Letztlich war der Rückgriff auf dieses problematische Instrument der ODA-Erhöhung nötig geworden, weil die Aufstockung des BMZ-Etats im Jahr 2010 mit 256 Mio. Euro – entsprechend 0,01 % des BNE – viel zu gering ausgefallen war.

Es wird außerdem ersichtlich, dass die bilateral verwalteten Finanzflüsse schon jetzt zwei Drittel der gesamten Bruttoauszahlungen ausmachen. Bei der Allokation neuer Mittel ist also der willkürlich festgesetzte Aufteilungsschlüssel bereits erreicht. Dagegen ist es wenig aussagekräftig, die Netto-ODA für eine Bewertung der Proportionen heranzuziehen, denn dort wird der bilaterale Teil durch die steigenden Tilgungen reduziert. Wenn man die Beteiligung an der Entwicklungskooperation der EU einrechnet, die keine genuin multilaterale Institution darstellt, steigt der Anteil der national oder gemeinsam mit den EU-Mitgliedsstaaten verwalteten ODA-Leistungen auf 87 %. Damit wird auch die Vergleichbarkeit mit den außereuropäischen DAC-Staaten hergestellt. So betrachtet, war 2010 bei keinem größeren Geberland ein so hoher Anteil der vergebenen ODA-Mittel durch Entscheidungsinstanzen bestimmt, die gänzlich nationaler Natur oder zumindest

wesentlich durch den eigenen Einfluss geprägt sind.⁸¹ Das lässt das Bestreben, die bilateral verwalteten Mittel im Verhältnis zu den multilateralen Leistungen auszuweiten, noch unverständlicher erscheinen.

Stiefkind Subsahara Afrika: Finanzielle Benachteiligung mit fatalen Folgen

Eine unabdingbare Voraussetzung dafür, dass die ODA-Aufwendungen tatsächlich den ausgewiesenen Finanzierungsbedarf für die MDGs decken, ist eine adäquate Verteilung nach Regionen, Sektoren, Zielgruppen und Maßnahmen. Schon die Millenniums-Erklärung hatte Sondermaßnahmen für Afrika gefordert, einschließlich der „Verstärkung der öffentlichen Entwicklungshilfe“.⁸² Bezugnehmend auf bereits gemachte Zusagen der Gebergemeinschaft hatten die Staatschefs der G8 bei ihrem Gipfel 2005 in Gleneagles eine Verdoppelung der ODA für Afrika bis 2010 in Aussicht gestellt.⁸³ Davon ist in der deutschen Entwicklungszusammenarbeit im genannten Bezugsjahr wenig zu sehen. Stattdessen ist im Vergleich zum Vorjahr

81 Australien bildete hier eine Ausnahme. Unter den 23 DAC-Staaten verzeichnen neben Australien nur noch Griechenland und Portugal eine höhere Quote, die aber in diesen Fällen durch den hohen Anteil der über die EU-geleiteten Mittel bedingt ist.

82 Millenniums-Erklärung der Vereinten Nationen (2000), Abschnitt 28.

83 G8 (2005): Gipfeldokument zu Afrika, S. 28. Nach den damaligen Projektionen hätte dies eine Erhöhung um 25 Mrd. US\$ bedeutet.

Tab. 2.1: Entwicklung der ODA Deutschlands in den Jahren 2009 und 2010 nach Hauptkategorien, Offizielle Größen in Mio. Euro

ODA-Kategorie	Beträge		Differenz 2009 zu 2010	Veränderung 2009 zu 2010 in %	Anteile an Bruttoauszahlungen in %	
	2009	2010			2009	2010
Bilaterale Zuschüsse	4.845	5.210	365	7,5%	50,6%	48,8%
Bilaterale Darlehen	1.158	1.914	756	65,2%	12,1%	17,9%
Bruttoauszahlungen bilateral	6.003	7.124	1.121	18,7%	62,7%	66,7%
Rückflüsse	-907	-1.074	-167	18,4%	—	—
Bilaterale Netto-ODA	5.096	6.050	954	18,7%	53,2%	56,6%
Multilaterale ODA	3.578	3.556	-22	-0,6%	37,3%	33,3%
Bruttoauszahlungen insgesamt	9.581	10.680	1.099	11,5%	100,0%	100,0%
Netto-ODA insgesamt	8.674	9.606	932	10,7%	90,5%	89,9%
Memo: Zuschüsse bilateral und multilateral	8.423	8.766	343	4,1%	87,9%	82,1%
Afrika südl. der Sahara bilateral	1.130	1.165	35	3,1%	11,8%	10,9%

Quelle: DAC/OECD, eigene Berechnungen

praktisch eine Stagnation der für Afrika südlich der Sahara aufgebrauchten Mittel zu verzeichnen, was zu einem Rückgang des Anteils an der Gesamt-ODA führte. Bezogen auf die bilaterale Netto-ODA ging der Anteil der am stärksten benachteiligten Weltregion sogar von 22,2 auf 19,3 % zurück.⁸⁴ Das wiederum verweist auf den oben ausgeführten logischen Zusammenhang zwischen wachsender Kreditfinanzierung und entsprechender Verringerung der Armutsorientierung. Die zunehmende Missachtung Subsahara-Afrikas, das am stärksten von der HIV-Epidemie betroffen ist, beschränkt auch die Möglichkeiten aller, auch der zivilgesellschaftlichen Akteure, einen adäquaten Beitrag zur Überwindung der strukturellen Gefährdungsfaktoren und zur Linderung der sozioökonomischen Folgen zu leisten.

Deutschlands eigenwillige Interpretation zur Arbeitsteilung unter Gebern

Die deutsche Entwicklungszusammenarbeit spezialisiert sich zunehmend auf Instrumente und Zielregionen, die möglichst wenig finanzielle Eigenanstrengungen erfor-

dern, aber einen umso höheren Nutzen für die wirtschaftlichen Eigeninteressen versprechen. Gleichzeitig werden alle Schlupflöcher der DAC/OECD-Anrechnungskriterien ausgenutzt, um den Anschein zu erzeugen, man sei mit der Erfüllung der ODA-Verpflichtungen auf dem besten Wege.

Für das Jahr 2011 wurde der BMZ-Etat lediglich um 149 Mio. Euro aufgestockt und beläuft sich damit auf 6,22 Mrd. Euro. Im so genannten Eckwertebeschluss zum Regierungsentwurf des Bundeshaushalts 2012, den das Kabinett im März 2011 beschloss, ist eine noch geringere Erhöhung um 114 Mio. Euro vorgesehen. Offensichtlich um diese eklatante Missachtung der internationalen Verpflichtungen zu kaschieren, wird im betreffenden Kapitel referiert, dass der Einzelplan des BMZ damit um 560 Mio. Euro höher sei als die bisherige Finanzplanung. Man vergisst allerdings zu erwähnen, dass eben diese Finanzplanung eine Reduzierung der Haushaltsmittel für die Entwicklungszusammenarbeit um 300 Mio. Euro zwischen 2011 und 2012 enthielt. Zusammen gerechnet, würden die vorgesehenen Aufstockungen der beiden Jahre lediglich eine Erhöhung der ODA-Quote um 0,01 % bewirken. Statt einer beschönigenden Selbstdarstellung muss Deutschland endlich seiner Verantwortung gerecht werden und sicher stellen, dass die ODA-Leistungen im erforderlichen Umfang und für den dringlichsten Bedarf bereit gestellt werden. Denn eine fortwährende Verschiebung der notwendigen Mittelsteigerungen würde fatale Auswirkungen auf die Chancen der benachteiligten Länder haben, sich von unmenschlicher Not und erdrückender Krankheitslast zu befreien.

⁸⁴ In den Jahren 2002 bis 2004, also vor der Zusicherung, die besonderen Bedürfnisse Afrikas stärker berücksichtigen zu wollen, lag der Anteil Subsahara-Afrikas an der bilateralen EZ im Bereich von 27 bis 29 %. Dass statt einer Verstärkung der Kooperation ein anteiliger Rückgang stattfand, zeigt erneut die geringe Bereitschaft, eingegangene Verpflichtungen ernsthaft umzusetzen. Entgegen der versprochenen Verdoppelung nahmen die ODA-Leistungen für Afrika südlich der Sahara abzgl. der Schuldenerlasse von 2004 bis 2009 lediglich um 42 % zu (von annähernd 770 Mio. auf knapp 1,1 Mrd. Euro; Vgl. OECD/DAC: DAC2a ODA Disbursements; (<http://stats.oecd.org/Index.aspx?DatasetCode=TABLE2A>); konsultiert am 14.4.2011.

EMPFEHLUNG:

Für die Erreichung der UN-Richtquote muss ein verbindlicher Plan beschlossen werden, der jährliche Zielgrößen festlegt, die dem notwendigen Wachstumspfad entsprechen. Die Haushaltsplanung muss diese Zielgrößen widerspiegeln, ohne dass auf dem Kapitalmarkt aufgenommene Mittel eingesetzt werden müssen, um die Vorgaben zu erreichen. Zwischen 2010 und 2015 müssen die realen ODA-Transfers in Relation zum BNE mindestens verdoppelt werden. Das bedeutet, im Mittel jährliche Schritte zu realisieren, die Aufstockungen von nicht weniger als 0,07 % des BNE entsprechen. Zu empfehlen wäre, die von der EU vorgeschlagene Mindestquote von 0,57 % des BNE im Jahr 2012 zur Grundlage der Planung zu machen und damit eine beschleunigte Wiedergutmachung der Versäumnisse der letzten Jahre anzustreben. Es sollte zudem davon Abstand genommen werden, starre Vorgaben für die Aufteilung der ODA-Leistungen auf die unterschiedlichen Finanzierungsmechanismen zu machen, denn diese stehen der Ausrichtung an Bedarf und Wirksamkeit sowie der Erfüllung der Verpflichtungen in der internationalen Gemeinschaft im Wege.

B 3. Deutschlands ODA für Gesundheitsförderung

Die nachfolgende Analyse der ODA-Leistungen für den Gesundheitsbereich insgesamt und für die spezifischen HIV-Maßnahmen beruht auf einer Durchsicht aller einzelnen Aktivitäten, die von Deutschland und den relevanten multilateralen Organisationen an die offiziellen Informationssysteme gemeldet wurden.⁸⁵ Dadurch soll sichergestellt werden, dass möglichst alle Projekte berücksichtigt werden, die auf diese Förderbereiche ausgerichtet sind. Andererseits werden alle jene Aktivitäten ausgeschlossen, die nach den vorliegenden und zusätzlich recherchierten Informationen nicht dazu beitragen, den Finanzierungsbedarf für die Gesundheitsförderung und die HIV-Bewältigung zu decken. Die Methodik wurde bereits im letztjährigen Bericht näher erläutert. Der Umfang der vorgenommenen Korrekturen ist der unten stehenden Übersicht zu entnehmen.⁸⁶

Neuralgischer Punkt: der geringe Stellenwert der Gesundheitsförderung

Wie aus Tabelle 3.1 zu ersehen, war im bilateralen Bereich eine allmähliche Steigerung der Finanzierungszusagen für Gesundheitsprogramme zu verzeichnen und auch die Finanzierung von Gesundheitsdiensten über die allgemeine Budgethilfe weist in dem untersuchten Fünfjahreszeitraum einen insgesamt positiven Trend auf. So hat der Umfang im Jahr 2009 zwar wieder das – unzureichende – Niveau

Tab. 3.1: Deutschlands bilaterale ODA-Leistungen für die Gesundheitsförderung (in Mio. Euro)

Kategorie	Finanzierungszusagen					Auszahlungen				
	2005	2006	2007	2008	2009	2005	2006	2007	2008	2009
Unter dem Gesundheitssektor gemeldete Programme	158,4	365,3	259,3	316,8	364,3	169,8	194,2	237,5	269,5	291,1
Unter anderen Sektoren gemeldete Programme	4,6	3,2	2,1	12,1	9,1	1,2	2,7	3,6	11,3	7,7
Allgemeine Budgethilfe (errechneter Gesundheitsanteil)	4,5	8,7	7,5	12,3	14,1	5,4	7,0	7,0	4,7	12,9
Bilaterale Gesundheitsprogramme insgesamt	167,4	377,2	268,8	341,3	387,5	176,3	203,9	248,2	285,5	311,8
<i>Memo: Fälschlich als Gesundheitsprogramme gemeldet</i>	2,7	2,4	6,9	1,9	3,0	1,3	2,4	4,5	3,5	4,6
<i>Memo: Separat ausgewiesene Beiträge an internationale Org.</i>	0,0	10,0	11,5	14,0	4,8	0,0	1,0	13,8	8,2	9,2
Reale ODA Transfer-Leistungen bilateral	4.137,8	4.234,9	3.958,4	5.558,2	5.757,7	2.265,2	2.570,2	2.838,6	3.605,4	4.116,2
Gesundheitsprogramme in v. H. der bilater. ODA	4,0%	8,9%	6,8%	6,1%	6,7%	7,8%	7,9%	8,7%	7,9%	7,6%

Quellen: DAC/OECD, CRS, Jahresberichte, Projektdatenbanken, eigene Berechnungen

85 So wurden im Berichtszeitraum von 2005 bis 2009 allein im Gesundheitssektor 4.514 bilaterale Einzelprojekte von Deutschland an die OECD gemeldet, die auf ihre sektorale Zuordnung und HIV-Relevanz geprüft wurden. Im Fall der EU wurden 2.780 Projekte gemeldet, die daraufhin untersucht worden. Zusätzlich erfolgte eine Durchsicht aller in anderen Sektoren gemeldeten Aktivitäten, die mittels einer Textrecherche identifiziert wurden und die diesen Angaben zufolge einen Gesundheitsbezug aufweisen.

86 Vgl. Action against AIDS Germany (2010): Civil Society Appraisal on Germany's Financial Contributions for the Implementation of the International HIV/AIDS Commitments during the Period 2005- 2009, S. 2ff. Eine detaillierte Darstellung ist einzusehen in: Ruppel (2010): Guidelines for Monitoring the Performance of EU Member Countries with respect to their ODA Contributions for Health (<http://www.actiontracker.eu/sites/actiontracker.ttp.eu/files/Methodological%20Guidelines%20Monitoring%20ODA4Health%20ofn.pdf>).

von 2006 erreicht, aber der Anteil liegt weiterhin zwei Prozentpunkte unter der damals verzeichneten Proportion. Die bescheidenen Mittelsteigerungen der letzten Jahre bleiben aber in jeder Hinsicht sehr weit hinter dem notwendigen Tempo zurück, um sich einem angemessenen Beitrag anzunähern. Auf der Auszahlungsseite ergeben sich daraus lediglich jahresdurchschnittliche Erhöhungen von 34 Mio. Euro und der Gesundheitsanteil an den gesamten ODA-Transferleistungen ist fatalerweise rückläufig. Mit 7,6 % liegt dieser nur bei der Hälfte des in der Abuja-Deklaration der Afrikanischen Union festgehaltenen Ziels für die nationalen Regierungaushgaben von 15 %. Für die Umsetzung der MDGs und des allgemeinen Zugangs zu Schlüsselmaßnahmen der HIV-Bekämpfung wäre eine Proportion von mehr als 25 % erforderlich. Davon ist die bilaterale Entwicklungszusammenarbeit Deutschlands jedoch meilenweit entfernt.

Tabelle 3.2 stellt die ODA-Leistungen über multilaterale Finanzierungsmechanismen in synthetisierter Form dar, während die Detailinformationen zu jeder einzelnen Organisation mit Gesundheitsrelevanz aus der Übersicht in Tabelle 4.3 zu ersehen sind. Es fällt ins Auge, dass der Beitrag zur EU relativ wenig zur Unterstützung der Gesundheitsförderung beiträgt. Das hat seinen Grund darin, dass diesem Förderbereich in der Entwicklungszusammenarbeit der EU ein ähnlich geringer Stellenwert beigemessen wird wie in der bilateralen Zusammenarbeit Deutschlands. Der Gesundheitsanteil innerhalb der ODA-Auszahlungen, die über die EU geleitet werden, war seit 2006 rückläufig und lag 2009 nur noch bei 7 %.

Große Bedeutung des Globalen Fonds von Deutschland nicht genügend wahrgenommen

Die wichtigste multilaterale Organisation für die Verbesserung der Gesundheitsbedingungen durch deutsche ODA-Mittel bildet seit 2008 der Globale Fonds. Daher hat der vom Bundesminister für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung verfügte Auszahlungsstopp der deutschen Beiträge für 2011 eine erhebliche Negativwirkung auf den Gesamtbeitrag Deutschlands für diesen lebenswichtigen Bereich. Dabei reicht die zugesagte Aufrechterhaltung des jährlichen Beitragsniveaus von 200 Mio. bei weitem nicht aus, um sich angemessen an der Deckung des Finanzierungsbedarfs des Globalen Fonds zu beteiligen. Schon die bisher vorliegenden Finanzierungszusicherungen und Projektionen würden dazu führen, dass der deutsche Anteil an den Länderbeiträgen in der jetzigen Drei-Jahres-Periode um 2,2 % auf 8,5 % zurückgeht. Damit liegt er unter dem angemessenen Niveau.⁸⁷

Insgesamt muss von 2008 bis 2009 eine Stagnation der multilateralen ODA für Gesundheits-Programme verzeichnet werden, die dem Stillstand der Gesamtbeiträge zu den gesundheitsrelevanten Organisationen geschuldet ist.

⁸⁷ Diese Berechnung bezieht die anteilige Mitfinanzierung des EU-Beitrags ein. In der Wiederauffüllungsperiode 2008-2010 lag der deutsche Anteil an den Länderbeiträgen bei 10,7 %. Damit bildete der Fonds die einzige multilaterale Institution mit Gesundheitsbezug, an deren Finanzierung sich Deutschland in adäquater Höhe beteiligte. In der Zeit von der Gründung des Fonds im Jahr 2001 bis 2007 befand sich der deutsche Anteil allerdings mit 6,2 % deutlich unter der erforderlichen Beitragshöhe.

Tab. 3.2: Deutschlands ODA-Auszahlungen für Gesundheitsförderung über multilaterale Organisationen und Gesamtschätzung

Finanzierungsmechanismus	Gesamte Beiträge					ODA-Beiträge für Gesundheit				
	2005	2006	2007	2008	2009	2005	2006	2007	2008	2009
Europäische Union	1.774,0	1.711,5	1.791,4	1.950,0	2.076,0	114,3	151,1	144,2	154,9	144,8
IDA/Weltbank	0,0	471,2	801,4	787,5	739,4	0,0	43,4	68,1	66,5	64,4
Gesundheitsspezifische UN-Organisationen (Kernbeiträge) ¹⁾	32,7	31,9	29,4	30,0	32,9	25,1	24,5	22,6	23,4	26,0
Andere UN-Organisationen (reguläre Budgets)	101,5	94,3	104,4	123,1	147,2	21,1	20,4	18,6	18,8	18,1
Globaler Fonds zur Bekämpfung von AIDS, TB und Malaria ²⁾	85,4	72,0	96,6	203,4	205,7	85,4	72,0	96,6	203,4	205,7
Regionale Entwicklungsfonds	39,9	225,0	128,8	184,9	193,7	1,9	4,3	10,0	13,0	8,8
Sonstige multilaterale Organisationen	3,0	7,2	7,3	3,0	9,1	3,0	7,2	7,3	3,0	9,1
Gesamte multilaterale Leistungen (reale Transfers)	2.120,4	2.709,4	3.171,0	3.409,8	3.578,0	250,8	322,9	367,5	483,1	477,0
Gesamte bilaterale Leistungen (reale Transfers)	2.265,2	2.570,2	2.838,6	3.605,4	4.116,2	176,3	203,9	248,2	285,5	311,8
Gesamter Beitrag	4.385,6	5.279,6	6.009,6	7.015,2	7.694,2	427,1	526,8	615,7	768,6	788,8
Anteil multilaterale Leistungen (in %)	48%	51%	53%	49%	47%	59%	61%	60%	63%	60%
Anteil bilaterale Leistungen (in %)	52%	49%	47%	51%	53%	41%	39%	40%	37%	40%
ODA für Gesundheitsförderung in v. H. des BNE						0,019%	0,023%	0,025%	0,030%	0,032%
Gesundheitsprogramme in v. H. der ges. realen ODA-Transfers						9,7%	10,0%	10,2%	11,0%	10,3%

¹⁾ Im Fall der WHO Pflichtbeiträge und freiwillige Beiträge zum regulären Budget; ²⁾ einschließlich BACKUP-Initiative

Nach den vorläufigen von der OECD veröffentlichten Daten war der Trend auch im Jahr 2010 negativ, wie im vorhergehenden Kapitel dargelegt wurde. Eine massive Aufstockung der deutschen Beiträge für die gesundheitswichtigen Organisationen des UN-Systems, für den Globalen Fonds und andere internationale Gesundheitsinitiativen wäre jedoch unerlässlich, um sich angemessen an der Verminderung der erdrückenden Krankheitslast in den Entwicklungsländern zu beteiligen. Im Berichtszeitraum entfielen rund 60 % der deutschen Entwicklungsfinanzierung für den Gesundheitsbereich auf die multilateralen Mechanismen. Das fragwürdige Vorhaben, bilateralen Kooperationen den Vorzug zu geben, würde somit gerade die Bekämpfung lebensbedrohlicher und die Verelendung verschärfender Krankheiten im besonderen Maße beeinträchtigen.

Unter Berücksichtigung aller Ressourcenflüsse brachte Deutschland im Jahr 2009 nur knapp 790 Mio. Euro für die Entwicklungskooperation im Gesundheitsbereich auf. Das war nicht viel mehr als ein Viertel der plausiblen Zielgröße für 2010. Die jüngsten Tendenzen bei den bilateralen Zusagen für Gesundheitsprogramme lassen vermuten, dass die Auszahlungen im letzten Jahr bei ungefähr 330 Mio. Euro lagen. Angesichts der erwähnten Stagnationstendenzen bei den Beiträgen zu den relevanten internationalen Organisationen und der eher abnehmenden Bedeutung der Gesundheitsförderung in der EU-verwalteten ODA, ist keine Erhöhung der multilateralen ODA-Leistungen für Gesundheit zu

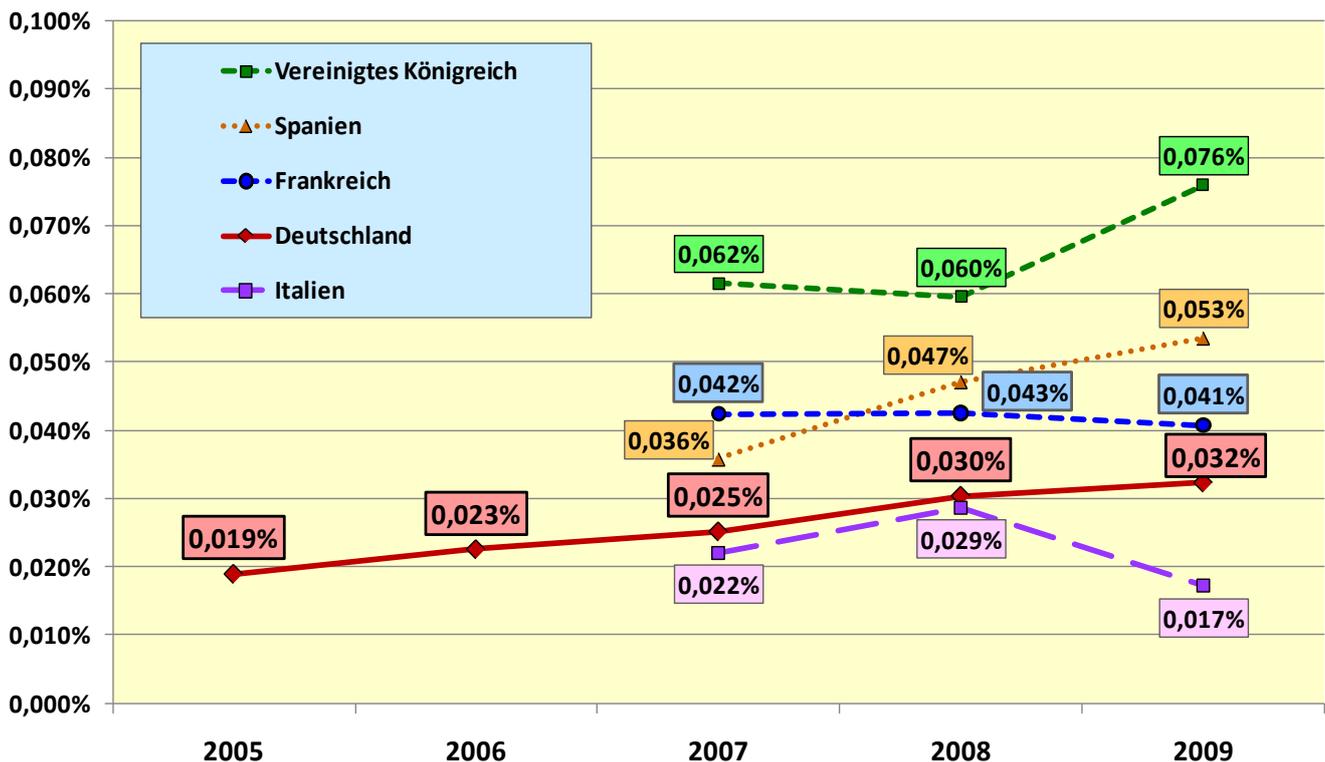
erwarten. Daraus ergibt sich eine vorläufige Schätzung der Auszahlungen in Höhe von 810 Mio. Euro für das Jahr 2010. Dieser Betrag entspricht nur 27,5 % des ODA-Volumens, das Deutschland laut dem genannten Finanzierungsbedarf für die Verbesserung der Gesundheitssituation in den Entwicklungsländern hätte aufbringen müssen.

Auch der Vergleich mit anderen Geberstaaten fällt ungünstig aus

Wie Abbildung 3.1 verdeutlicht, fallen die deutschen ODA-Beiträge auch im Vergleich mit anderen Geberländern weit unterdurchschnittlich aus. Unter den fünf Mitgliedstaaten der EU, die über die größte Wirtschaftskapazität verfügen, wies nur Italien eine niedrigere Quote der gesundheitsbezogenen ODA im Verhältnis zum BNE auf. Ein Industrieland, das innerhalb der DAC-Staaten zu den Schlusslichtern bei den ODA-Gesamtleistungen gehört und das seinen zugesicherten Beitrag zum Globalen Fonds nicht eingezahlt hat, kann aber wohl nicht als Maßstab herhalten.

Infolge der multilateralen Beiträge liegt der Anteil der Gesundheitsförderung an den realen ODA-Leistungen insgesamt mit zuletzt rund 10 % zwar über der extrem niedrigen Proportion, die für die bilaterale EZ zu verzeichnen war, bleibt aber weit unter dem für die Erreichung der MDGs erforderlichen Niveau. Alle vier der oben aufgeführ-

Abb. 3.1: Gesamte ODA-Auszahlungen für Gesundheitsförderung im Verhältnis zum Bruttonationaleinkommen



ten EU-Mitgliedstaaten messen dem Gesundheitsbereich eine höhere wenngleich ebenfalls unzureichende Bedeutung bei der Mittelverteilung bei. Der Gesundheitsanteil variiert von 15,3 % bei der EZ des Vereinigten Königreichs bis 10,7 % im Fall der französischen ODA.

Als wirtschaftlich privilegierter Staat trägt Deutschland eine erhebliche Mitverantwortung dafür, dass die internationale Gemeinschaft die notwendigen Anstrengungen unternimmt, um das Grundrecht aller Menschen auf die Erreichung des bestmöglichen Gesundheitszustands zu Verwirklichen. Deshalb muss die Entwicklungszusammenarbeit im Gesundheitsbereich möglichst schnell ausgeweitet werden, um der Absicht, bis spätestens 2015 einen jährlichen Gesamtbeitrag von 5 Mrd. US\$ oder nach dem derzeitigen Kurs 3,6 Mrd. Euro erreichen zu wollen, eine realistische Umsetzung folgen zu lassen.

Neben der notwendigen Erhöhung der ODA-Gesamtleistungen erfordert dies auch, der Gesundheitsförderung einen angemessenen und das heißt weit größeren Stellenwert in der Mittelverteilung beizumessen. Der Globale Fonds stellt hierbei ein unverzichtbares Finanzierungsinstrument dar, um die verheerendsten Epidemien zurückzudrängen und die katastrophale Gesundheitsversorgung in vielen wirtschaftlich benachteiligten Ländern grundlegend zu verbessern.

EMPFEHLUNG:

Im Rahmen der notwendigen Steigerung der Gesamtmittel muss dem Gesundheitsbereich eine deutlich höhere Bedeutung zukommen. Das gilt sowohl für die bilaterale EZ als auch für die Verteilung der multilateralen Beiträge. Angesichts des steigenden Bedarfs des Globalen Fonds, der für die Wiederauffüllungsperiode 2011 bis 2013 auf mindestens 20 Mrd. US\$ veranschlagt wird, muss auch Deutschland seinen Beitrag für den Fonds aufstocken. Dafür sollte der im Finanzierungs-Szenario anvisierte Anteil von 10,4 % der Länderbeiträge aufgebracht werden, der sich für die drei Jahre auf 1,95 Mrd. Euro beläuft. Daraus ergibt sich ein jahresdurchschnittlicher Betrag von 650 Mio. US\$ oder 480 Mio. Euro. Außerdem müssen die gesundheitsrelevanten UN-Organisationen bei der Mittelverteilung stärker berücksichtigt werden. Angesichts der überproportionalen Beteiligung der multilateralen Instrumente an den bescheidenen ODA-Leistungen für Gesundheit appelliert das Aktionsbündnis gegen AIDS an die politisch Verantwortlichen, die umfassende und wirksame Verbesserung der globalen Gesundheitssituation wichtiger zu nehmen, als die bürokratische Umsetzung starrer Vorgaben bezüglich bi- und multilateraler Mittelverteilung.

B 4. Deutschlands ODA für die Bewältigung der HIV-Epidemie

Die im vorigen Abschnitt beschriebene Durchsicht der einzelnen Projekte, die von Deutschland und den wichtigsten multilateralen Organisationen an das Informationssystem der OECD gemeldet wurden, beinhaltet auch eine Kategorisierung nach der Relevanz für die HIV-Prävention, Behandlung, Betreuung und Unterstützung. Neben den spezifischen HIV-Aktivitäten werden dadurch auch die Projekte der reproduktiven Gesundheit und die sektorweiten Gesundheitsprogramme identifiziert. Wie bereits im Bericht des Vorjahres ausführlicher dargestellt, können mithilfe von Durchschnittswerten die Finanzierungsanteile bestimmt werden, die auf die HIV-Komponenten innerhalb dieser Projektkategorien entfallen.⁸⁸ Damit erhält man ein genaueres Bild derjenigen ODA-Leistungen, die der Zurückdrängung der HIV-Epidemie dienen.

Schwacher Anstieg der bilateralen Ressourcen – weiterhin unter dem Bedarf

Die bilateralen Finanzierungszusagen für HIV-Maßnahmen weisen im Berichtszeitraum Schwankungen auf, die noch wesentlich markanter ausfallen, als bei den Mittelbindungen zugunsten der Gesundheitsförderung insgesamt zu beobachten war (s. Tabelle 4.1). Zwar fanden auch hier nach dem Fall der neuen Zusagen im Jahr 2007 schrittweise Erhöhungen statt, aber das im Ausnahmejahr 2006 verzeichnete Niveau wurde 2009 noch lange nicht erreicht. Auch der Anteil an den realen ODA-Transfers blieb sehr niedrig und verharrte deutlich unter der Marke, die 2006 verzeichnet wurde. Die letztlich entscheidenden Auszahlungen für die Durchführung von HIV-Maßnahmen stiegen im Berichtszeitraum nur um durchschnittlich 11 Mio. Euro pro Jahr. Diese bescheidenen Aufwüchse brachten nur geringe Fortschritte, um die Zielgröße für das Jahr 2010 zu erreichen. Der HIV-Anteil an den realen bilateralen ODA-Leistungen von zuletzt 2,2 % stellt auch nur einen Bruchteil der erforderlichen Proportion dar. Denn im Jahr 2010 sollten 9 bis 10 % der gesamten ODA-Mittel für die Verwirklichung des allgemeinen Zugangs zu Schlüsselmaßnahmen der HIV-Bekämpfung verwendet werden.

Zentrale Bedeutung multilateraler HIV-Bekämpfung wird verkannt

Wie aus der Übersicht in Tabelle 4.2⁸⁹ zu erkennen ist, kommt der multilateralen Kooperation für den deutschen Beitrag für die Zurückdrängung der HIV-Pandemie eine noch größere Bedeutung zu, als dies schon bei der

88 Vgl. Action against AIDS Germany (2010): a.a.O., S. 3.

89 Tabelle 4.2 weist die Beiträge für die HIV-Bewältigung aus, die auf Basis der Gesamtbeiträge Deutschlands und der Anteile der HIV-Maßnahmen an den gesamten Auszahlungen der jeweiligen Organisationen errechnet wurden. Die Gesamtbeiträge zu allen gesundheitsrelevanten multilateralen Organisationen sind der detaillierten Tabelle 4.3 am Ende dieses Kapitels zu entnehmen.

Tab. 4.1: Deutschlands bilaterale ODA-Leistungen für die Bewältigung der HIV-Epidemie (in Mio. Euro)

Kategorie	Finanzierungszusagen					Auszahlungen				
	2005	2006	2007	2008	2009	2005	2006	2007	2008	2009
Spezifische HIV-Maßnahmen	32,0	107,6	44,2	78,2	83,5	31,7	41,6	55,8	60,2	66,8
HIV-Komponenten in Projekten der reproduktiven Ges.	6,8	7,8	3,2	5,3	11,7	6,3	7,0	7,3	4,9	5,4
HIV-Komponenten in Gesundheitssektor-Programmen	8,6	17,9	12,5	15,8	16,1	8,2	9,3	10,8	13,5	17,2
Allgemeine Budgethilfe (errechneter HIV-Anteil)	0,5	0,9	0,7	1,2	1,4	0,5	0,7	0,7	0,5	1,3
Bilaterale HIV-Maßnahmen insgesamt	47,8	134,2	60,7	100,6	112,6	46,7	58,6	74,5	79,1	90,7
Reale ODA Transfer-Leistungen bilateral	4.137,8	4.234,9	3.958,4	5.558,2	5.757,7	2.265,2	2.570,2	2.838,6	3.605,4	4.116,2
Anteil der HIV-Maßnahmen an bilateraler ODA	1,2%	3,2%	1,5%	1,8%	2,0%	2,1%	2,3%	2,6%	2,2%	2,2%

Quellen: DAC/OECD, CRS, Jahresberichte, Projektdatenbanken, eigene Berechnungen

Gesundheitsförderung in ihrer Gesamtheit festzustellen war. Über die fünf Untersuchungsjahre wurden im Schnitt zwei Drittel der deutschen ODA für HIV-Maßnahmen über multilaterale Kanäle geleitet. Der Rückgang dieses Anteils im Jahr 2009 war der Tatsache geschuldet, dass die wichtigsten internationalen Finanzierungsinstitutionen auf diesem Gebiet einen niedrigeren HIV-Anteil an den gesamten Auszahlungen verzeichneten als im Vorjahr. So machten die HIV-Programme bei den Auszahlungen des Globalen Fonds im Jahr 2009 nur noch 47 % aus, während es 2008 nahezu 62 % waren. Trotzdem entfallen auch im

letzten Jahr mit verfügbaren Daten rund 38 % aller von Deutschland für die HIV-Bekämpfung bereitgestellten ODA-Mittel auf dieses Finanzierungsinstrument und der kalkulierte Auszahlungsbetrag ist noch immer höher als die Summe aller bilateralen HIV-Projekte und Komponenten. Dagegen hat die Finanzierung über die von der EU realisierte Entwicklungszusammenarbeit deutlich an Bedeutung verloren: Sie war 2009 lediglich mit etwas mehr als einem Zehntel an den Gesamtleistungen beteiligt. Das hängt damit zusammen, dass der Anteil der HIV-Maßnahmen an den gesamten ODA-Auszahlungen der EU im Jahr

Tab. 4.2: Deutschlands ODA-Auszahlungen für die HIV-Bewältigung über multilaterale Organisationen und Gesamtschätzung

Organisation	ODA für HIV-Maßnahmen (Mio. Euro)					Anteil an den Gesamtleistungen für HIV-Maßnahmen in %				
	2005	2006	2007	2008	2009	2005	2006	2007	2008	2009
Europäische Union	34,1	40,5	43,8	38,8	29,5	23,6%	23,5%	19,6%	13,6%	11,6%
IDA/Weltbank	0,0	19,9	31,0	26,1	18,8	0,0%	11,6%	13,8%	9,1%	7,4%
Weltgesundheitsorganisation ¹⁾	2,3	2,1	2,0	2,0	2,1	1,6%	1,2%	0,9%	0,7%	0,8%
UNAIDS (Unified Budget and Workplan)	1,1	1,1	1,1	1,9	3,7	0,8%	0,6%	0,5%	0,7%	1,5%
UNDP	1,1	1,3	1,2	0,9	1,1	0,8%	0,7%	0,5%	0,3%	0,4%
UNFPA	3,9	4,1	5,4	6,0	5,6	2,7%	2,4%	2,4%	2,1%	2,2%
UNICEF	0,2	0,3	0,3	0,3	0,4	0,1%	0,2%	0,1%	0,1%	0,2%
Globaler Fonds zur Bek. von AIDS, TB und Malaria ²⁾	48,9	38,1	61,5	125,7	96,6	33,8%	22,2%	27,4%	44,0%	38,1%
Afrikanischer Entwicklungsfonds	0,0	0,5	1,4	2,3	1,2	0,0%	0,3%	0,6%	0,8%	0,5%
Asiatischer Entwicklungsfonds	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1	0,2%	0,1%	0,0%	0,0%	0,0%
Welternährungsprogramm	5,2	4,5	1,0	1,6	2,4	3,6%	2,6%	0,4%	0,6%	1,0%
Andere multilaterale Organisationen	0,8	0,9	0,9	0,8	1,3	0,5%	0,5%	0,4%	0,3%	0,5%
Gesamte multilaterale Leistungen	97,9	113,5	149,6	206,5	162,6	67,7%	65,9%	66,7%	72,3%	64,2%
Gesamte bilaterale Leistungen	46,7	58,6	74,5	79,1	90,7	32,3%	34,1%	33,3%	27,7%	35,8%
Gesamtbeitrag	144,6	172,1	224,2	285,6	253,4	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
ODA für HIV-Maßnahmen in v. H. des BNE	0,006%	0,007%	0,009%	0,011%	0,010%					
HIV-Maßnahmen in v. H. der Gesamt-ODA	3,3%	3,3%	3,7%	4,1%	3,3%					

¹⁾ Pflichtbeiträge und freiwillige Beiträge zum regulären Budget; ²⁾ einschließlich BACKUP-Initiative

2009 nur noch 1,4 % betrug, während er zwei Jahre zuvor noch bei – ebenfalls viel zu niedrigen – 2,4 % gelegen hatte.

Wenn man alle Finanzierungsmechanismen einrechnet, brachte Deutschland im Jahr 2009 nur einen Gesamtbeitrag von wenig mehr als 250 Mio. Euro auf, um die HIV-Epidemie und ihre tödlichen Folgen in den Entwicklungsländern einzudämmen. Infolge des sukzessiven Auslaufens der 2006 zugesagten HIV-Programme und der geringen Steigerungsrate der Zusagen im Jahr 2009 lässt sich für 2010 ein bilateraler Auszahlungsbetrag von etwas über 90 Mio. Euro annehmen, d. h. die Mittel waren wohl nur wenig höher als im Vorjahr. Angesichts der Stagnationstendenzen bei den Beiträgen zu den einschlägigen multilateralen Organisationen sind hier kaum Erhöhungen zu erwarten. Wenn man von einer vorläufigen Schätzung im Bereich von 255 Mio. für 2010 Euro ausgeht, so entspräche das lediglich 19 %, wie sie oben bestimmt und begründet wurde. Außerdem ist zu konstatieren, dass der Anteil der HIV-Programme an den gesamten ODA-Transfers zwar deutlich höher ist als im bilateralen Bereich für sich genommen, er nimmt jedoch bei weitem nicht den erforderlichen Stellenwert ein.

Die Ergebnisse der vorhergehenden Analysen lassen die Dringlichkeit erkennen, dass Deutschland seine ODA-Beiträge für die Verwirklichung des allgemeinen Zugangs zu Schlüsselmaßnahmen der HIV-Prävention, Behandlung, Betreuung und Unterstützung deutlich erhöhen muss. Der Nachholbedarf ist hier noch größer als bei den MDG-bezogenen Maßnahmen insgesamt, obwohl die HIV-Epidemie eine der verheerendsten humanitären Katastrophen und zugleich eines der größten Hindernisse für die menschliche Entwicklung darstellt. Daher muss die deutsche Entwicklungszusammenarbeit dieser globalen Bedrohung eine weit höhere Aufmerksamkeit widmen als bisher geschehen.

EMPFEHLUNG:

Um seiner Verantwortung angesichts dieser globalen Herausforderung gerecht zu werden, muss Deutschland das jährlich aufgebrauchte ODA-Volumen für HIV-Programme bis 2015 auf mindestens 2 Mrd. US\$ oder 1,5 Mrd. Euro erhöhen. Diese Aufstockung muss konsequent und unverzüglich umgesetzt werden. Sie kann vollständig durch die zusätzlichen Mittel realisiert werden, die durch die Verwirklichung des UN-Richtwerts für die ODA-Quote von 0,7 % des BNE mobilisiert werden, ohne dass andere wichtige Belange der Armutsbekämpfung deswegen zurückgestuft werden. Um diesen angemessenen Beitrag zu erbringen, sind alle effektiven Finanzierungswege zu nutzen. Auf gar keinen Fall darf die verantwortliche Beteiligung Deutschlands an den globalen Anstrengungen der HIV-Bewältigung auf dem Altar rigider Vorgaben für die Mittelverteilung zwischen bi- und multilateralen Instrumenten geopfert werden. Darüber hinaus, sollte sich Deutschland im Rahmen der EU dafür einsetzen, dass den lebenswichtigen Förderbereichen der Gesundheitsförderung und der HIV-Bewältigung eine deutlich höhere Priorität bei der Mittelvergabe eingeräumt wird.

Tab. 4.3: Deutschlands ODA-Auszahlungen für Gesundheitsförderung und HIV-Bewältigung, 2005 bis 2009 (in Mio. Euro)

Finanzierungsmechanismus	Gesamte Beiträge					ODA-Beiträge für Gesundheit					ODA-Beiträge für HIV-Maßnahmen				
	2005	2006	2007	2008	2009	2005	2006	2007	2008	2009	2005	2006	2007	2008	2009
Bilaterale Zusammenarbeit	2.265,2	2.570,2	2.838,6	3.605,4	4.116,2	176,3	203,9	248,2	285,5	311,8	46,7	58,6	74,5	79,1	90,7
Europäische Union	1.774,0	1.711,5	1.791,4	1.950,0	2.076,0	114,3	151,1	144,2	154,9	144,8	34,1	40,5	43,8	38,8	29,5
IDA/Weltbank	0,0	471,2	801,4	787,5	739,4	0,0	43,4	68,1	66,5	64,4	0,0	19,9	31,0	26,1	18,8
Weltgesundheitsorganisation	31,6	30,8	28,3	28,1	29,2	24,0	23,4	21,5	21,5	22,3	2,3	2,1	2,0	2,0	2,1
davon:															
Pflichtbeiträge	31,6	30,8	28,3	27,6	28,6	24,0	23,4	21,5	21,0	21,7	2,3	2,1	2,0	2,0	2,1
Freiwillige nicht zweckgebundene Beiträge	nv	nv	nv	0,5	0,6	nv	nv	nv	0,5	0,6	nv	nv	nv	0,0	0,1
UNAIDS (Unified Budget and Workplan)	1,1	1,1	1,1	1,9	3,7	1,1	1,1	1,1	1,9	3,7	1,1	1,1	1,1	1,9	3,7
Beiträge zu regulären Budgets anderer UN-Organisationen	45,8	46,9	56,4	53,5	52,4	15,9	15,8	17,6	17,2	15,7	5,3	5,7	6,9	7,2	7,0
UNDP (United Nations Development Programme)	25,8	26,8	33,5	29,3	27,6	1,2	1,4	1,2	1,0	1,1	1,1	1,3	1,2	0,9	1,1
UNFPA (United Nations Population Fund)	15,4	15,6	18,5	18,5	18,2	13,7	13,6	15,5	15,2	13,0	3,9	4,1	5,4	6,0	5,6
UNICEF (United Nations Children's Fund)	4,6	4,5	4,4	5,7	6,6	1,0	0,9	0,9	1,0	1,5	0,2	0,3	0,3	0,3	0,4
Globaler Fonds zur Bekämpfung von AIDS, TB und Malaria	85,4	72,0	96,6	203,4	205,7	85,4	72,0	96,6	203,4	205,7	48,9	38,1	61,5	125,7	96,6
davon:															
Direkter Beitrag	82,0	72,0	87,0	200,0	200,0	nv	nv	nv	nv	nv	nv	nv	nv	nv	nv
BACKUP-Initiative	3,4	0,0	9,6	3,4	5,7	nv	nv	nv	nv	nv	nv	nv	nv	nv	nv
Afrikanischer Entwicklungsfonds	0,0	186,2	91,8	147,9	156,0	0,0	2,9	9,5	12,4	8,0	0,0	0,5	1,4	2,3	1,2
Asiatischer Entwicklungsfonds	39,9	38,8	37,0	37,0	37,7	1,9	1,4	0,6	0,6	0,8	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1
Internationale Nichtregierungsorganisationen	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
UN-Welternährungsprogramm	55,7	47,5	48,0	69,7	94,8	5,2	4,5	1,0	1,6	2,4	5,2	4,5	1,0	1,6	2,4
UNITAID	nv	nv	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
GAVI Alliance	0,0	4,2	4,3	0,0	4,1	0,0	4,2	4,3	0,0	4,1	0,0	0,1	0,1	0,0	0,1
Drugs for Neglected Diseases initiative (DNDi)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Andere (IPPF)	3,0	3,0	3,0	3,0	5,0	3,0	3,0	3,0	3,0	5,0	0,8	0,8	0,8	0,8	1,3
International Finance Facility for Immunisation (IFFIm)	nv	nv	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Advance Market Commitments (AMC)	nv	nv	nv	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Gesamter Beitrag	4.385,6	5.279,6	6.009,6	7.015,2	7.694,2	427,1	526,8	615,7	768,6	788,8	144,6	172,1	224,2	285,6	253,4
Ges. reale ODA-Leistungen in v. H. des BNE	0,19%	0,23%	0,25%	0,28%	0,31%	0,019%	0,023%	0,025%	0,030%	0,032%	0,006%	0,007%	0,009%	0,011%	0,010%
Anteil den gesamten realen ODA-Leistungen						9,7%	10,0%	10,2%	11,0%	10,3%	3,3%	3,3%	3,7%	4,1%	3,3%
Anteil an den bilateralen realen ODA-Leistungen						7,8%	7,9%	8,7%	7,9%	7,6%	2,1%	2,3%	2,6%	2,2%	2,2%

Literatur/Links

- Action against AIDS Germany (2010): Civil Society Appraisal on Germany's Financial Contributions for the Implementation of the International HIV/AIDS Commitments during the Period 2005- 2009
- Action for Global Health (2011): Addressing the Global Health Workforce Crisis: Challenges for France, Germany, Italy, Spain and the UK. (http://www.actionforglobalhealth.eu/uploads/media/Action_For_Global_Health_HRH_mapping_2011.pdf)
- Aktionsbündnis gegen AIDS (2009): Haltet die Versprechen! Zugang für alle!
- Auswärtiges Amt, Referat 320 (2010): Sachstand: Afrika-Konzept der Bundesregierung. 17.3.2010
- Avila, Carlos (2009): Ressource Needs to Achieve Universal Access. UNAIDS/WHO Estimates. Aids Financing and Economics Division, UNAIDS. Presentation. 2. November 2009. Genf. (<http://www.who.int/hiv/events/artprevention/avila.pdf>)
- BMZ (2010a): Die neue Effizienz in der deutschen Entwicklungspolitik. Strukturreform für eine wirkungsvollere Technische Zusammenarbeit
- BMZ (2010b): Handreichung zum HIV-Mainstreaming in der deutschen Entwicklungszusammenarbeit. (http://ms-hiv-gdc.org/wp-content/uploads/2011/02/HIV-Mainstreaming-Handreichung_25Jan2011.pdf)
- BMZ / BMG (2005): HIV/Aids-Bekämpfungsstrategie der Bundesregierung. Juli 2005
- Bundesregierung (2005): Gemeinsam für Deutschland. Mit Mut und Menschlichkeit. Koalitionsvertrag von CDU, CSU und SPD
- Bundesregierung (2009): Wachstum. Bildung. Zusammenhalt. Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und FDP
- Bundesregierung (2010): Rede von Bundeskanzlerin Angela Merkel vor der Generalversammlung der Vereinten Nationen. 21. September 2010, New York. (<http://www.bundesregierung.de/Content/DE/Rede/2010/09/2010-09-21-bk-un-millennium-rede.html>)
- Bundestagsdrucksache 17/1645: Antwort der Parlamentarischen Staatssekretärin des BMZ, Gudrun Kopp, auf eine schriftliche Anfrage des Bundestagsmitglieds Karin Roth zum Afrika-Konzept der Bundesregierung. 7. Mai 2010. (<http://dipbt.bundestag.de/dip21/btd/17/016/1701645.pdf>)
- Bundestagsdrucksache 17/4359: Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage von Abgeordneten der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen zum EU-Indien Freihandelsabkommen. 3. Januar 2011. (<http://dipbt.bundestag.de/dip21/btd/17/043/1704359.pdf>)
- DFID (2011a): Multilateral Aid Review: Assessment of the Global Fund to fight AIDS, TB and Malaria. Februar 2011. (<http://www.dfid.gov.uk/Documents/publications1/mar/GFATM.pdf>)
- DFID (2011b): Multilateral Aid Review. Taking Forward the Findings of the UK Multilateral Aid Review. März 2011. (<http://www.dfid.gov.uk/Documents/publications1/mar/Taking-forward.pdf>)
- European Commission (2010): Financing for Development – Annual progress report: Getting back on track to reach the EU 2015 target on ODA spending?
- G8 Gleneagles (2005): The Gleneagles Communiqué
- G8 Muskoka (2010): Muskoka Accountability Report
- GIZ (2011a): Allocation of funds provided by the German BACKUP Initiative October '09 – January '11. (<http://www.gtz.de/de/dokumente/giz2011-en-backup-charts-since-2009.pdf>)
- GIZ (2011b): Activities supported by the German BACKUP Initiative October '09 – January '11. (<http://www.gtz.de/de/dokumente/giz2011-en-backup-activities-since-2009.pdf>)
- Globaler Fonds. Global Fund Grants – Progress Summary. Konsultiert am 3. Mai 2011. (<http://web.theglobalfund.org/TG-FWebReports3/ReportOutput.jsp?chartId=SummaryReport>)
- Globaler Fonds. Website. Core Structures. (<http://www.theglobalfund.org/en/structures/?lang=en>)
- Globaler Fonds. Website. Debt2Health. Results at a Glance. (<http://www.theglobalfund.org/en/innovativefinancing/debt2health/results/?lang=en>)
- Globaler Fonds. Website. Grant Portfolio. (<http://portfolio.theglobalfund.org/Search/Index?lang=en>)
- Globaler Fonds (2011): Pressemitteilung. Erklärung des Globalen Fonds zur missbräuchlichen Verwendung von Finanzmitteln in einigen Ländern. 24. Februar 2011. (http://www.theglobalfund.org/en/pressreleases/?pr=pr_110124_de)
- IATI (2008): International Aid Transparency Initiative Accra Statement. 4. September 2008. (<http://www.aidtransparency.net/wp-content/uploads/2009/06/iati-accra-statement-p1.pdf>)

Kekeritz, Uwe. Website. Mitteilung zu einer öffentlichen Anhörung im Unterausschuss für Gesundheit in Entwicklungsländern. Vergessen, vernachlässigt und armutsbedingt! (<http://uwekekeritz.de/startseite/aktuelles/ua-anhoerung-vernachlaessigte-krankheiten.html>)

OECD StatExtracts. DAC2a ODA Disbursements. Konsultiert am 14. April 2011. (<http://stats.oecd.org/Index.aspx?DatasetCode=TABLE2A>)

OECD StatExtracts. Creditor Reporting System_Full. Konsultiert am 11. April 2011. (<http://stats.oecd.org/Index.aspx?DatasetCode=CRSNEW>)

OECD StatExtracts. DAC 1 Official and Private Flows. Konsultiert am 10. April 2011. (<http://stats.oecd.org/Index.aspx?DatasetCode=TABLE1>)

OECD (2010a): Deutschland. Entwicklungsausschuss (DAC) Peer-Review 2010

OECD (2010b): Review of the Development Co-Operation Policies and Programmes of Germany. DAC's Main Findings and Recommendations. 13. Oktober 2010

Rüppel, Joachim (2010a): Der UNO-Gipfel zu den Millenniums-Entwicklungszielen. (http://www.aids-kampagne.de/fileadmin/Downloads/MDG/MDG_Gipfel_Ergebnisanalyse_neu.pdf)

Rüppel, Joachim (2010b): Guidelines for Monitoring the Performance of EU Member Countries with respect to their ODA Contributions for Health. (<http://www.actiontracker.eu/sites/actiontracker.ttp.eu/files/Methodological%20Guidelines%20Monitoring%20ODA4Health%20ofin.pdf>)

Schulmeister, Stephan (2010): Short-Term Asset Trading, Long-term Price Swings, and the Stabilizing Potential of a Transactions Tax

UN Millennium Project (2004): Millennium Development Goals Needs Assessments; Country Case Studies of Bangladesh, Cambodia, Ghana, Tanzania and Uganda

UN Millennium Project (2005): Investing in Development: A Practical Plan to Achieve the Millennium Development Goals

UNAIDS (2009): What countries need. Investments needed for 2010 targets

UNAIDS (2010a): UNGASS Country Progress Report Germany. Reporting Period: January 2008 – December 2009. 9. April 2010. (http://www.unaids.org/en/dataanalysis/monitoringcountryprogress/2010progressreportsubmittedbycountries/germany_2010_country_progress_report_en.pdf)

UNAIDS (2010b): Getting to Zero. 2011-2015 Strategy. (http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2010/JC2034_UNAIDS_Strategy_en.pdf)

United Nations (2011): Implementation of the Declaration of Commitment on HIV/Aids and the Political Declaration on HIV/Aids. Report of the Secretary-General. United Nations General Assembly. 28. März 2011

VENRO (2010): Offener Brief an Bundesminister Niebel. Entwurf des Reformkonzepts zur Ressortabstimmung „Die neue Effizienz in der deutschen Entwicklungspolitik – Strukturreform für eine wirkungsvollere Technische Zusammenarbeit“ vom 11.6.2010. 25. Juni 2010. (http://www.venro.org/fileadmin/redaktion/dokumente/Dokumente_2010/Publikationen/Juni_2010/Offener-brief-bmz-vorfeldreform.pdf)

Vereinte Nationen (1970): Resolution zur internationalen Strategie für die zweite Entwicklungsdekade der Vereinten Nationen. 24. Oktober 1970

Vereinte Nationen (2000): Millenniums-Erklärung der Vereinten Nationen

Vereinte Nationen (2001): Globale Krise - Globale Antwort. Verpflichtungserklärung zu HIV/Aids. Abschlussdokument der 26. Sondertagung der Generalversammlung der Vereinten Nationen. 25. – 27. Juni 2001

Vereinte Nationen (2006): Politische Erklärung zu HIV/Aids. UN-Resolution 60/262. 87. Plenarsitzung. 2. Juni 2006

Vereinte Nationen (2010): Global Strategy for Women's and Children's Health. (http://www.un.org/sg/hf/Global_StrategyEN.pdf)

Vereinte Nationen (2010): UN-Millenniumsgipfel 2010. MDG Debatte. Rede von Bundeskanzlerin Angela Merkel. (<http://www.unmultimedia.org/tv/webcast/2010/09/germany-mdg-debate.html>)

WHO (2010): Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel. (http://www.who.int/hrh/migration/code/WHO_global_code_of_practice_EN.pdf)

Abkürzungen

AgA	Aktionsbündnis gegen AIDS	GTZ	Deutsche Gesellschaft für technische Zusammenarbeit (jetzt: GIZ)
Aids	Acquired Immune Deficiency Syndrome (dt. erworbenes Immundefekt-Syndrom)	HIV.....	Human Immunodeficiency Virus (dt. Humanes Immundefizienz Virus)
ART	Antiretrovirale Therapie (oder Behandlung)	IATI.....	International Aid Transparency Initiative
BACKUP ...	Building Alliances – Creating Knowledge – Updating Partners in the Fight against HIV/AIDS (Programm der GTZ)	IPM	International Partnership for Microbicides
BMBF	Bundesministerium für Bildung und Forschung	KfW.....	Kreditanstalt für Wiederaufbau
BMG	Bundesministerium für Gesundheit	LDCs	Least Developed Countries
BMZ	Bundesministerium für Wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung	MDGs.....	Millennium Development Goals (Millennium-Entwicklungsziele)
BMG.....	Bundesministerium für Gesundheit	NRO	Nichtregierungsorganisation/en
BNE.....	Bruttonationaleinkommen	ODA.....	Official Development Assistance (öffentliche Entwicklungshilfe)
DAC.....	Development Assistance Committee (Entwicklungsausschuss der OECD)	OECD.....	Organisation for Economic Cooperation and Development
DED	Deutscher Entwicklungsdienst (bis 2010, jetzt: GIZ)	PDP	Produktentwicklungspartnerschaften
DO	Durchführungsorganisationen	SRGR.....	Sexuelle und reproduktive Gesundheit und Rechte
DFID	Department for international Development (UK)	STI.....	Sexually Transmitted Infections (dt. Sexuell übertragbare Infektion)
DZI	Deutsches Zentrum für Infektionsforschung	TRIPS.....	Trade Related Aspects of Intellectual Property Rights (Übereinkommen über handelsbezogene Aspekte der Rechte des geistigen Eigentums)
EDCTP	European and Developing Countries Clinical Trials Partnership	UA	Universal Access (universeller Zugang)
EU	Europäische Union	UN.....	United Nations (Vereinte Nationen)
EZ.....	Entwicklungszusammenarbeit	UNAIDS....	United Nations Special Program on HIV/AIDS
FTS.....	Finanztransaktionssteuer	UNDP.....	United Nations Development Programme
G7/G8.....	Gruppe der sieben/acht (umfasst die 7 größten Industriestaaten - USA, Japan, Deutschland, Frankreich, Vereinigtes Königreich, Italien, Kanada - sowie Russland)	UNGASS ...	United Nations General Assembly Special Session
G20.....	Gruppe der 20 wichtigsten Industrie- und Schwellenländer (USA, Japan, Deutschland, China, Frankreich, Vereinigtes Königreich, Italien, Kanada, Brasilien, Russland, Indien, Südkorea, Australien, Mexiko, Türkei, Indonesien, Saudi-Arabien, Südafrika, Argentinien, EU)	UNITAID ..	internationale Einrichtung zum Erwerb von Medikamenten gegen HIV/Aids, Malaria und Tuberkulose
GFATM.....	The Global Fund to fight Aids, Tuberculosis and Malaria	VENRO	Verband Entwicklungspolitik Deutscher Nichtregierungsorganisationen
GIZ	Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (Dachorganisation deutscher staatlicher Durchführungsorganisationen)	v.H.....	von Hundert
		WHA.....	World Health Assembly
		WHO	World Health Organisation (Weltgesundheitsorganisation)
		WTO.....	World Trade Organisation (Welthandelsorganisation)

Autoren

Marco Alves

Marco Alves ist seit 2009 Diplom Ökonom und vielfältig tätig im Bereich Globale Gesundheit. Sein inhaltlicher Schwerpunkt liegt in den Auswirkungen von Patenten und entsprechenden Mechanismen zur Verbesserung von Forschung für und Zugang zu Gesundheitsprodukten in Entwicklungsländern. Seit 2010 ist er Vorstand des Netzwerks Freies Wissen.

Joachim Rüppel

Joachim Rüppel studierte Soziologie, Politikwissenschaft, Volkswirtschaftslehre und Pädagogik und war für mehrere Jahre in der Forschung und Beratung im Bereich ländlicher Entwicklung in Zentralamerika tätig, seit 1993 arbeitet er am Missionsärztlichen Institut in Würzburg, seine Arbeitsschwerpunkte sind partizipative Sozialforschung und Bildungsarbeit, konzeptionelle Projektbegleitung, Sozialstrukturanalyse, globale politische Ökonomie, Einsätze in Lateinamerika, Karibik und südliches Afrika. Veröffentlichungen zu gesellschaftlichen Ursachen und Auswirkungen von HIV, Entwicklungszusammenarbeit im Gesundheitsbereich und Finanzierung der globalen Antwort auf die HIV-Epidemie.

Impressum

Herausgeber: Aktionsbündnis gegen AIDS
Rechtsträger Difäm
Paul-Lechler-Straße 24
72076 Tübingen
Tel.: 07071 / 206 - 504
Fax 07071 / 206 - 510
E-Mail: info@aids-kampagne.de
www.aids-kampagne.de

Redaktion: Birte Rodenberg, Astrid Berner-Rodoreda, Philipp Frisch, Sylvia Urban, Tanja Abubakar-Funkenberg, Sarah May, Beate Ramme-Fülle

Satz & Layout: Steffen Grashoff, steffengrashoff@web.de

Druck: Ralph Jacobsen, printmedien,
printmedien@t-online.de

1. Auflage, Mai 2011

Im Aktionsbündnis gegen AIDS haben sich zurzeit über 100 Nichtregierungsorganisationen der Aids- und Entwicklungszusammenarbeit sowie mehr als 280 lokal engagierte Gruppen zusammengeschlossen.

Zu den zentralen Anliegen gehören die angemessene Beteiligung Deutschlands an der Finanzierung der globalen Antwort auf die HIV-Epidemie und die Verwirklichung des allgemeinen Zugangs zu umfassenden Präventionsprogrammen sowie wirksamer Therapie, Betreuung und Unterstützung als unverzichtbarer Bestandteil des Grundrechts aller Menschen auf die Erreichung des bestmöglichen Gesundheitszustandes.

Das Erscheinen des Berichts
wird finanziell unterstützt von



Aktionsbündnis gegen AIDS
Rechtsträger Difäm
Paul-Lechler-Straße 24
72076 Tübingen

Tel.: 07071 / 206 - 504
Fax 07071 / 206 - 510

E-Mail: info@aids-kampagne.de
www.aids-kampagne.de

„Leben ist ein Menschenrecht!“



Aktionsbündnis gegen AIDS

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