



# ACTION FOR GLOBAL HEALTH

GESUNDHEITSSYSTEME  
FINANZIERUNG  
ZUGANG



BERICHT ZWEI

# GESUNDE HILFE

---

Warum Europa mehr Hilfe leisten und die Mittel effektiver einsetzen muss,  
um die Millenniumsentwicklungsziele für Gesundheit zu retten

**ACTION FOR GLOBAL HEALTH WURDE IM OKTOBER 2006 GEGRÜNDET UND UMFASST 15 NICHTREGIERUNGSORGANISATIONEN MIT SITZ IN BRÜSSEL SOWIE FRANKREICH, DEUTSCHLAND, ITALIEN, SPANIEN UND DEM VEREINIGTEN KÖNIGREICH. ZIEL DES NETZWERKS IST ES, AKTIVITÄTEN UND MASSNAHMEN DER EUROPÄISCHEN REGIERUNGEN DARAUFGHIN ZU ÜBERPRÜFEN, WELCHE AUSWIRKUNGEN SIE AUF DAS GESUNDHEITSWESEN IN ENTWICKLUNGSLÄNDERN HABEN, UND ENTSCHEIDUNGSTRÄGER UND -TRÄGERINNEN ZU BEEINFLUSSEN, IHRE PRAXIS ZU VERBESSERN.**

Action for Global Health ist besorgt, dass Europa die Entwicklungsländer beim Erreichen der Millenniumsentwicklungsziele im Gesundheitswesen nicht ausreichend unterstützt. Dieser Bericht untersucht, wie Europas Hilfe im Hinblick auf die in der Pariser Erklärung zur Wirksamkeit der Entwicklungshilfe (2005) vereinbarten Prinzipien und andere Verpflichtungen der europäischen Geber geleistet wird. Der Bericht gibt die gemeinschaftliche Position des Netzwerks wieder und ist als kollektiver Aufruf an die Entscheidungsinstanzen in der EU zu verstehen.

Der Bericht „Gesunde Hilfe: Warum Europa mehr Hilfe leisten und seine Mittel effektiver einsetzen muss, um die Millenniumsentwicklungsziele zu retten“ ist in vier Kapitel unterteilt. Das erste Kapitel gibt einen Überblick über die Wirksamkeit der Hilfe im Gesundheitswesen mit besonderem Bezug auf die Europäische Union und ihre Mitgliedsstaaten. Das zweite Kapitel enthält sechs Fallstudien zu Gesundheit und Entwicklung mit anschaulichen Informationen aus Afrika, Asien und Lateinamerika. Das dritte Kapitel enthält eine Zusammenfassung der wichtigsten Schlussfolgerungen bezüglich der Wirksamkeit der Hilfe auf der Grundlage der Ergebnisse aus den Fallstudien, und das vierte Kapitel besteht aus Empfehlungen an die politischen Entscheidungsinstanzen in der EU.

Der Bericht wird in fünf Sprachen gleichzeitig in Brüssel, Berlin, London, Paris und Rom veröffentlicht. Alle Ausgaben können von der Webseite heruntergeladen werden.

## INHALT

<b>4</b>	<b>ZUSAMMENFASSUNG</b>	<b>TABELLEN:</b>	<b>8:</b> Freier Zugang zum Gesundheitswesen
<b>6</b>	<b>ZUSAMMENFASSUNG DER EMPFEHLUNGEN</b>	<b>1:</b> Netto-ODA (OECD-DAC 2007)	<b>9:</b> Frankreichs Hilfe für das Gesundheitswesen im Niger
<b>8</b>	<b>KAPITEL EINS: WIRKSAMKEIT DER HILFE FÜR DAS GESUNDHEITSWESEN UND DIE ROLLE DER EUROPÄISCHEN UNION</b>	<b>2:</b> Netto-Bilateral-ODA für das Gesundheitswesen (OECD-DAC 2006)	<b>10:</b> Italiens Rolle beim Globalen Fonds und in Äthiopien
<b>16</b>	<b>KAPITEL ZWEI: LÄNDERBEISPIELE FÜR WIRKSAMKEIT DER HILFE IM GESUNDHEITSWESEN</b>	<b>3:</b> Profile der Länder aus den Fallstudien	<b>11:</b> Die Rolle der Entwicklungszusammenarbeit Spaniens
<b>34</b>	<b>KAPITEL DREI: SCHLÜSSELASPEKTE UND HERAUSFORDERUNGEN FÜR EINE ERHÖHUNG DER WIRKSAMKEIT VON HILFEN IM GESUNDHEITSSSEKTOR</b>	<b>4:</b> Fortschritt der Länder bezüglich der MDG im Gesundheitswesen	<b>12:</b> Deutschlands Entwicklungszusammenarbeit mit Indonesien
<b>42</b>	<b>KAPITEL VIER: EMPFEHLUNGEN FÜR EU-POLITIKER UND ENTSCHEIDUNGSTRÄGER</b>	<b>KASTENTEXTE:</b>	<b>13:</b> Gute Koordinierung der Geber und individuelle Verantwortung in Ost- und West-Nusa Tenggara
<b>45</b>	<b>LITERATUR</b>	<b>1:</b> Pariser Erklärung über die Wirksamkeit der Entwicklungszusammenarbeit – fünf Hauptprinzipien	<b>14:</b> Initiativen des GFATM (Globaler Fonds zur Bekämpfung von AIDS, Tuberkulose und Malaria): Debt to Health (D2H)
<b>46</b>	<b>ABKÜRZUNGEN</b>	<b>2:</b> Verpflichtungen der EU für mehr und bessere Hilfe	<b>15:</b> Die sechs Bausteine eines Gesundheitssystems
		<b>3:</b> EU-Verhaltenskodex im Hinblick auf die Arbeitsteilung - Grundsätze	<b>16:</b> GHWA (Global Health Workforce Alliance) – sechs miteinander verbundene Strategien zur Bewältigung der Arbeitskräftekrise
		<b>4:</b> Harmonisierung in der Praxis	<b>17:</b> Gleichstellung der Geschlechter
		<b>5:</b> Rolle des britischen Ministeriums für internationale Entwicklung (DFID) in Sambia	
		<b>6:</b> Die Zivilgesellschaft braucht eine starke Stimme	
		<b>7:</b> Die Europäische Kommission und die Arbeitsteilung	

Von Action for Global Health Partnern geschrieben mit Recherche von David Daniels, Yozumannion Ltd. Zusätzliche Recherche für die Fallstudien von María Vazquez Torres, Patrick Najman, Elaine Ireland, Kate Hawkins, Emanuela Limiti, Tommaso Rondinella, Raffaele Salinari, Dominique, Kérouédan.

Action for Global Health wird von der Bill und Melinda Gates-Stiftung unterstützt

# Zusammenfassung

2008 ist ein kritisches Jahr für die Überprüfung der Fortschritte der europäischen Regierungen im Hinblick auf die Umsetzung der Millenniumsentwicklungsziele (MDG)<sup>1</sup>: Zum einen betrifft das ihre Verpflichtungen zur Höhe der Entwicklungshilfe für die MDG und zum anderen steht die Anwendung der Prinzipien der Pariser Erklärung zur Wirksamkeit der Entwicklungshilfe<sup>2</sup> auf dem Prüfstand.

Das Accra High-Level Forum zur Wirksamkeit der Entwicklungszusammenarbeit (EZ) findet im September 2008 statt. Dort werden die Pariser Prinzipien überprüft. Die öffentliche Entwicklungshilfe (ODA) für das Gesundheitswesen ist ein krasses Beispiel für einen Bereich, in dem es dringend besserer Harmonisierung bedarf. Ein ebenfalls im September stattfindender Gipfel der UNO soll alarmierend auf mangelnde Fortschritte aufmerksam machen. Im Dezember wird die UN-Konferenz zur Entwicklungsfinanzierung in Doha die zahlreichen Zusagen der Geber bezüglich einer Aufstockung der Entwicklungshilfe überprüfen<sup>3</sup>.

In das Jahr 2008 fällt auch der 30. Jahrestag der Alma-Ata-Erklärung, in der es um die globale Verpflichtung zur Umsetzung des Menschenrechts auf Gesundheit geht. Im Jahre 1978 propagierte diese Erklärung das „universelle Gesundheitswesen“ als ambitionierte und erforderliche Strategie, um bis zum Jahr 2000 das Ziel „Gesundheit für alle“ sicherzustellen. Trotz der damaligen Begeisterung, wurde dieses ehrgeizige Ziel verfehlt. Dies sollte umso mehr ein Ansporn sein, die MDG nicht dasselbe Schicksal erleiden zu lassen.

Action for Global Health erwartet, dass die erwähnten Konferenzen im Jahr 2008 – also auf halbem Weg – offenlegen, ob die Zusagen der Geber zu einer Aufstockung der Hilfe und zur Unterstützung der Entwicklungsländer beim Erreichen der MDG mehr als nur rhetorischer Natur sind.

Der vorliegende Bericht mit dem Titel „Healthy Aid“ (Gesunde Hilfe) soll zu diesen Diskussionen beitragen und zum Ausdruck bringen, dass die europäische Unterstützung für das Gesundheitswesen in Entwicklungsländern aus Europa aus unserer Sicht unzureichend und häufig ineffizient ist und zudem in manchen Fällen sogar schlechter wird.

Der jüngste OECD-DAC-Bericht zeigt, dass die ODA im Jahr 2007 im Vergleich zum Vorjahr um 8,4 Prozent abgenommen hat<sup>4</sup>. Dies bedeutet einen Rückgang von 0,31 Prozent des kombinierten Bruttonationaleinkommens der DAC-Mitglieder im Jahr 2006 auf 0,28 Prozent im Jahr 2007. Die meisten Geber kommen ihren erklärten Zusagen bezüglich einer Aufstockung der Hilfe nicht nach oder erreichen eine Steigerung nur über die Anrechnung von Schuldenerlassen. Die DAC-Mitglieder der Europäischen Union (EU) haben ebenfalls einen Rückgang ihrer ODA um 5,8 Prozent zu verzeichnen; dabei wurden zahlreiche Zusagen über ein rasches Voranschreiten, um das langfristige Ziel von 0,7 Prozent zu erreichen, gebrochen.

Während die Höhe der ODA insgesamt zurückgegangen ist – was teilweise (s. o.) durch eine frühere Miteinbeziehung des Schuldenerlasses in die Gesamtbeträge bedingt ist – hat die ODA für das Gesundheitswesen seitens der DAC-Mitglieder insgesamt und aus Europa zugenommen, doch diese Zahl kaschiert Schwankungen.

Am besorgniserregendsten ist die Tatsache, dass der von der Europäischen Kommission verwaltete Gesamtbetrag der ODA für das Gesundheitswesen drastisch gesunken ist, was teilweise einer Verschiebung der Unterstützung aus dem Gesamthaushalt zuzuschreiben ist.

Neben einer Aufstockung muss auch die Wirksamkeit der ODA für Gesundheitsbelange verbessert werden. Insbesondere könnten eine verstärkte Harmonisierung, eine stärkere nationale demokratische Eigenverantwortung der Länder sowie eine Erleichterung der zahlreichen Auflagen der Geber gegenüber den Empfängerländern zu Verbesserungen in den Gesundheitssystemen und beim Zugang zur Gesundheitsversorgung führen.

Doch wie dieser Bericht zeigt, ziehen die Geber-Regierungen aus der EU trotz Vereinbarungen und Zusagen weiterhin vielfach bilaterale Beziehungen zu den Empfängerländern vor, anstatt ihre Hilfe mit ihren EU-Partnern zu harmonisieren. Verpflichtungen wie die EU-Arbeitsteilung müssen weiterverfolgt werden, damit nicht einige Länder (und Sektoren) doppelt versorgt und dafür andere Länder vernachlässigt werden.

<sup>1</sup> Im Jahr 2000 wurden in der Millenniumserklärung der UNO Entwicklungsziele vereinbart, die bis 2015 erreicht werden sollen. Action for Global Health konzentriert seine Beratungstätigkeit auf das MDG 4 (Senkung der Kindersterblichkeit bei Kindern unter fünf Jahren um zwei Drittel), das MDG 5 (Senkung der Müttersterblichkeitsrate um drei Viertel, universeller Zugang zur Reproduktionsgesundheit) und das MDG 6 (Bekämpfung von HIV&Aids, Tuberkulose, Malaria und anderen Krankheiten).

<sup>2</sup> Pariser Erklärung zur Wirksamkeit der Entwicklungshilfe, März 2005.

<sup>3</sup> Die 2. Weltkonferenz zur Entwicklungsfinanzierung (FfD) wird vom 29. November bis zum 2. Dezember 2008 in Katar stattfinden.

<sup>4</sup> Vorläufige Daten für 2007 der DAC-Mitglieder, OECD DAC, Abteilung für Entwicklungshilfestatistiken, Offizielle Entwicklungshilfedaten für 2007, Februar 2008, [http://www.oecd.org/department/0,2688,en\\_2649\\_34447\\_1\\_1\\_1\\_1\\_1,00.html](http://www.oecd.org/department/0,2688,en_2649_34447_1_1_1_1_1,00.html)

Darüber hinaus gab es zwar zahlreiche Vorschläge für eine bessere Harmonisierung der ODA für das Gesundheitswesen, aber viele der jüngsten Ankündigungen haben bis heute die Verwirrung nur vergrößert. Einzelne Regierungen haben ohne wirkliche Konsultation der Zivilgesellschaft und/oder Koordinierung untereinander ihre eigenen Initiativen gestartet.

Für uns als Zivilgesellschaft in Europa ist es wichtig, dass unsere Regierungen für ihre jeweilige ODA für das Gesundheitswesen rechenschaftspflichtig sind, aber sie dürfen gleichzeitig die Harmonisierungsbemühungen nicht unterlaufen.

Die EU kann ein viel effizienterer Entwicklungshilfepartner werden, wenn sie auf eine Harmonisierung und Koordinierung ihrer Aktivitäten Bemühungen hinarbeitet.

Dieser Bericht zeigt die zahlreichen Politiken und Zusagen der Geber und fordert die EU-Mitgliedstaaten auf, ihren Zusagen nachzukommen.

Die Fallstudien befassen sich mit den Beziehungen zwischen sechs Gebern – EU, Frankreich, Deutschland, Italien, Spanien und Vereinigtes Königreich – und sechs Empfängerländern, nämlich Sambia, Mosambik, Niger, Äthiopien, Bolivien und Indonesien.

Jede unter ihnen beleuchtet verschiedene Aspekte der Wirksamkeit der Hilfe und berichtet, wie die EZ-Ansätze aus Europa koordiniert werden und wo die Probleme liegen.

Allen gemeinsam bei den Ergebnissen sind u. a. die Nichtvorhersagbarkeit der Höhe der Hilfe (wodurch den Entwicklungsländern eine kontinuierliche, zielgerichtete Planung kaum möglich ist) eine schlechte Koordinierung der Geber und eine mangelnde Eigenverantwortung der Empfängerländer.

„Healthy Aid“ legt Grundsätze für Maßnahmen dar, die von den Geberregierungen erörtert werden sollten und formuliert eine Reihe von Lösungen für die vordringlichsten Probleme in Form von Empfehlungen.

Die Harmonisierung der Hilfe hat Priorität! Wir fordern die EU-Geber auf, nationale Interessen und politischen Druck beiseite zu lassen, damit die Hilfsinitiativen aus der EU besser harmonisiert werden können. Die neuen Mechanismen für die Koordinierung der ODA für das Gesundheitswesen werden in dem Bericht begrüßt, sofern sie auch harmonisiert und durch ein echtes Engagement der Geber zur Zusammenarbeit gestützt werden.

Die Arbeitsteilung der EU wird nachdrücklich unterstützt, wenn sie so entwickelt werden kann, dass sie eine gute und effiziente Abdeckung des Gesundheitssektors für alle Empfängerländer sicherstellt, einschließlich derer, die derzeit als „Entwicklungshilfewaisen“ vernachlässigt werden. Die Mechanismen der Entwicklungszusammenarbeit – u.a. Budgethilfe, Sektorhilfe, Projektunterstützung und Partnerschaften – müssen ergänzend gestaltet werden, damit den Empfängerländern ein angemessener Mix von Instrumenten zur Verfügung

steht, um eine langfristige und vorhersagbare Unterstützung für die Gesundheitssysteme sowie für Interventionen, die ein kurzfristigeres oder außergewöhnliches Reagieren erfordern, sicherzustellen. Auf diese Weise wären die Empfänger in der Lage, die Instrumente je nach Erfordernis selbst in einem von ihnen geleiteten Prozess richtig einzusetzen. Die Arbeitskräftekrise im Gesundheitswesen zeigt sich erneut als eines der größten Hindernisse bei der Gesundheitsversorgung. Sie ist ein Hemmnis, das eine langfristige, vorhersagbare und aufgestockte Finanzierung erfordert, um Fachkräfte im Gesundheitswesen in ihren Ländern zu halten.

Obwohl die geschlechtsspezifischen Fragen in der Pariser Erklärung nur sehr beiläufig erwähnt werden, spielen die Gesundheit von Frauen, ihre Zusatzbelastung und existenzielle Bedrohung durch die Erkrankung anderer Familienmitglieder in diesem Bericht weiterhin eine wichtige Rolle. Die Zusammenhänge zwischen der Chancenungleichheit der Geschlechter und den schlechten Ergebnissen im Gesundheitswesen haben für Action for Global Health weiterhin hohe Priorität. Es muss ein Augenmerk darauf gelegt werden. Es gilt, Ressourcen zielgerichtet für die gesundheitliche Grundversorgung inklusive sexueller und reproduktiver Gesundheit verwendet werden, um Mütter- und Kindersterblichkeit zu reduzieren.

Es bedarf nicht nur wirksamer Maßnahmen, um sicherzustellen, dass ausreichende Mittel der Basisgesundheitsversorgung zugeführt werden, um die Mütter- und Kindersterblichkeitsraten zu senken, sondern es müssen auch geschlechterdifferenzierende Statistiken erstellt werden, die die Folgen von Ungleichheit verdeutlichen.

Die Rolle der Zivilgesellschaft wird hier zur Schlüsselrolle, vor allem auch, weil eine höhere Budgethilfe auf eine vermehrte Eigenverantwortung und Rechenschaftspflicht der Länder abzielt. Wenn die Zivilgesellschaft nicht als wichtiger Partner einbezogen wird, der Prioritäten mitbestimmt und als „Wächter“ agiert, können die richtigen Mittel und Wege für eine bessere Gesundheit für alle nicht realisiert werden.

Schließlich will dieser Bericht die Geber daran erinnern, dass sie – trotz Wirksamkeitsdiskussion – für ein vollständiges Erreichen der MDG im Gesundheitswesen ihre Beiträge zur ODA für Gesundheit immer noch schnellstens aufstocken und das bestehende Defizit bei den Finanzmitteln beheben müssen. Dies wäre auch so, wenn Hilfe bisher vollkommen effizient eingesetzt worden wäre!



# Empfehlungen

## 1. HÖHERE UND EFFEKTIVER GENUTZTE MITTEL:

Aktivitäten zur Verbesserung der Wirksamkeit von Hilfen für den Gesundheitssektor sind zwar dringend notwendig, müssen aber durch eine erhebliche Erhöhung der Mittel für Gesundheitsprojekte seitens der EU, der Mitgliedsstaaten und der Regierungen der nordischen Länder ergänzt werden.

Die derzeitigen Bemühungen um mehr Wirksamkeit von Hilfen im Gesundheitswesen sind zwar wichtig, dürfen aber den Regierungen nicht als Vorwand dienen, ihre Zusage zur Erhöhung der Gesamtsumme der bereitgestellten ODA-Mittel nicht einzuhalten. Es ist zutiefst besorgniserregend, dass die ODA-Zahlungen in einer Zeit zurückgehen, in der eine deutliche Erhöhung der Gelder erforderlich ist, um die Millenniumsziele für das Gesundheitswesen zu erreichen.

## 2. WICHTIG: PLANBARE HILFEN FÜR GESUNDHEITSSYSTEME:

Die EU und ihre Mitgliedstaaten sollten mit den Regierungen im Süden und anderen Entwicklungspartnern zusammenarbeiten, um eine langfristig planbare Unterstützung des Gesundheitswesens und eine Stärkung der Gesundheitssysteme zu gewährleisten.

Die MDGs können nur erreicht werden, wenn in den Entwicklungsländern zusätzlich zu zielgerichteten Programmen leistungsstarke Gesundheitssysteme geschaffen werden. Die kurze Dauer vieler Finanzierungszyklen steht dem jedoch entgegen. Die Geber müssen transparente Mechanismen schaffen, die eine längerfristige und planbare Unterstützung ermöglichen, die es wiederum gestattet, damit Kapazitäten aufgebaut und starke Gesundheitssysteme, nicht zuletzt im Bereich der primären Gesundheitsversorgung gemäß der Erklärung von Alma Ata, geschaffen werden können.

## 3. FÖRDERUNG DES PRINZIPS DER ARBEITSTEILUNG MIT DEM EMPFÄNGERLAND:

Die Europäische Kommission und die Mitgliedsstaaten sollten dringend ein EU-Arbeitsteilungskonzept unter der Federführung der Empfängerländer einführen.

Action for Global Health ist der Überzeugung, dass die im „EU-Verhaltenskodex im Hinblick auf die Arbeitsteilung im Bereich der Entwicklungspolitik“ festgelegten zehn Leitprinzipien eine entscheidende Rolle für die Verbesserung der Wirksamkeit von EU-Hilfen für den Gesundheitssektor spielen, und plädiert für ihre schnellstmögliche Umsetzung vonseiten der Europäischen Kommission und der Mitgliedstaaten im Rahmen eines vom jeweiligen Partnerland zu leitenden Konzepts.

## 4. ZU VIELE INITIATIVEN – REDUKTION VON „INITIATITIS“:

Die politischen Entscheidungsträger / -innen in der Europäischen Union und den Mitgliedstaaten müssen die zahlreichen Initiativen zur Verbesserung der Wirksamkeit von Hilfen für das Gesundheitswesen untereinander klären und koordinieren.

Die Zahl der neueren Initiativen zur Harmonisierung von Hilfen für den Gesundheitssektor droht zu groß zu werden und führt zu Verwirrung und zur Zersplitterung der Aufmerksamkeit. Die Geberregierungen müssen zusammenarbeiten, um die Verbindungspunkte zwischen den verschiedenen Initiativen zu klären und ihren Nutzen zu gewährleisten.

## **5. ZIVILGESELLSCHAFT ENTSCHEIDEND FÜR FORTSCHRITT – STÄRKERE EINBINDUNG ERFORDERLICH:**

Die systematische Einbindung zivilgesellschaftlicher Organisationen und lokaler Gruppierungen, beispielsweise von Frauenorganisationen und marginalisierten und gefährdeten Bevölkerungsgruppen, muss bei Entwicklungshilfeansätzen zur Verbesserung des Gesundheitswesens höhere Priorität erhalten.

Ohne die entscheidungsrelevante Beteiligung der Zivilgesellschaft sind die Aktivitäten der Geber im Gesundheitssektor zum Scheitern verurteilt. Die Zivilgesellschaft muss an sämtlichen Mechanismen für die Bereitstellung von ODA für das Gesundheitswesen beteiligt werden. Mittel für den Aufbau der notwendigen Kapazitäten, um eine adäquate Prozess- und Umsetzungsbeteiligung zu gewährleisten, müssen bereitgestellt werden. Das bolivianische Beispiel der Gesundheitsräte auf allen Ebenen kann hier ein jeweils landesspezifisch anzupassendes Grundmodell sein.

---

## **6. HILFE OHNE GLEICHSTELLUNGSPOLITIKEN KANN NICHT EFFEKTIV SEIN:**

Geber und Empfängerregierungen müssen die Stärkung und Beteiligung von Frauenorganisationen – als einem Teil der Zivilgesellschaft – in allen Phasen der Planung und Umsetzung von Gesundheitsstrategien gewährleisten, um ihrer Verpflichtung zum Schutz der Menschenrechte gerecht zu werden.

Die effektive Umsetzung der Gleichstellung der Geschlechter im Gesundheitssektor setzt die Aufschlüsselung von Daten nach Geschlecht, eine geschlechtsspezifische Analyse und Planung sowie geschlechtssensitive Indikatoren voraus. Zudem sind spezielle Aktivitäten zur Förderung der Gleichstellung und der Rechte und Möglichkeiten von Frauen sowie die Schulung und Sensibilisierung aller beteiligten Akteure, insbesondere von Dienstleistungsanbietern, erforderlich. Das freie Zugangsmodell im Niger sollte auf seine Übertragungsmöglichkeit als Modell für andere Länder überprüft werden.

---

## **7. EINE MISCHUNG VERSCHIEDENER HILFSINSTRUMENTE ANBIETEN:**

Die EU und ihre Mitgliedsstaaten sollten mit den Regierungen im Süden zusammenarbeiten, um die optimale Nutzung und Komplementarität der bereitgestellten Hilfsinstrumente sicherzustellen und die Ergebnisse besser nachvollziehen zu können.

Es sollten verschiedene Hilfsinstrumente – allgemeine Budgethilfen (GBS), sektorspezifische Ansätze (SWAp), globale Gesundheitspartnerschaften und projektspezifische Unterstützung – angeboten werden, damit die Empfängerländer die für sie optimale Mischung dieser Instrumente wählen können. Es sollte verstärkt darauf geachtet werden, Kapazitäten zur Überprüfung der Leistungsfähigkeit von Hilfsinstrumenten (z.Bs. GBS) im Hinblick auf die Erfüllung der internationalen Entwicklungsziele und der Millenniumsziele für das Gesundheitswesen zu entwickeln. Diese Kapazitätenbildung im Hinblick auf neue Instrumente wie GBS muss auch die Zivilgesellschaft in den Entwicklungsländern einbinden wie das Beispiel aus Sambia deutlich macht.

---

## **8. BEWÄLTIGUNG DER ARBEITSKRÄFTEKRISE ALS PRIORITÄT ANGEHEN:**

Die EU und ihre Mitgliedstaaten sollten Vereinbarungen mit den Regierungen im Süden treffen, die der Zuweisung von Mitteln zur Bewältigung der Arbeitskräftekrise, unter der viele Gesundheitssysteme leiden, Priorität geben.

Geber und Empfängerregierungen sollten sich aktiv für die Nutzung verfügbarer Mittel für Gesundheitsfachkräfte einsetzen. In diesem Zusammenhang könnte die Initiative der sambischen Regierung hinsichtlich der Einrichtung einer Human Resource Task Force wegweisend sein, deren Aufgabe es ist, einen Personal-Notfallplan zu erarbeiten. Wo immer es möglich ist, sollten Mittel für schnell greifende Programme für die Ausbildung und Bindung von Gesundheitsfachkräften bereitgestellt werden, sei es über Budgethilfen, Schuldenerlasse, globale Gesundheitspartnerschaften oder andere Mechanismen. Der verstärkte Fokus auf den Ausbau des Arbeitskräftepools muss für das gesamte Gesundheitssystem gelten und alle medizinischen und administrativen Bereiche abdecken.

# WIRKSAMKEIT DER HILFE FÜR DAS GESUNDHEITSWESEN UND DIE ROLLE DER EUROPÄISCHEN UNION

## Globale Gesundheit: eine Priorität, aber noch keine Realität

In den vergangenen Jahren hat die globale Gesundheit verstärkt die Aufmerksamkeit der Geber auf sich gezogen. Dadurch stand die Gesundheit bei vielen hochkarätigen Treffen, bei Absichtserklärungen und auch bei Finanzversprechen auf der Tagesordnung. Der Millenniumsgipfel, die Kommission für Makroökonomie und Gesundheit der Weltgesundheitsorganisation (Commission on Macroeconomics and Health), Mittelbindungen für die Entwicklungszusammenarbeit der Europäische Union, das 15-Prozent-Ziel der Afrikanischen Union sowie die G8-Gipfeltreffen 2005 und 2007 haben alle größere Zusagen für Hilfsmittelhöhe und Gesundheit gemacht.

Doch die Fortschritte zum Erreichen der Millenniumsentwicklungsziele (MDG) im Gesundheitswesen sind unzureichend, sprunghaft und inkonsistent, und viele der ärmsten Länder sind schwer ins Hintertreffen geraten<sup>5</sup>. Unter den verschiedenen Ursachen sind u.a. die Höhe der Öffentlichen Entwicklungshilfe (ODA) für das Gesundheitswesen und die Art und Weise, wie sie geleistet wird, wichtige Faktoren, die zu ausbleibenden Fortschritten in vielen Teilen der Welt führen. Ein nicht hinnehmbarer Zustand.

## Die Zusagen nehmen zu, doch die Mittel sinken

Im OECD-DAC-Bericht für 2007 (vorläufige Daten) heißt es: „Mit dem Ende des außergewöhnlich hohen Schuldenerlasses sank der Gesamtbetrag der ODA von den Mitgliedern des Development Assistance Committee (DAC) 2007 real um 8,4 Prozent auf 103,7 Milliarden US-Dollar. Dies bedeutet einen Rückgang von 0,31 Prozent des kombinierten BNE der Mitglieder im Jahr 2006 auf 0,28 Prozent für 2007 (siehe Tabelle 1).“

Die kombinierte ODA der 15 EU-Staaten, die DAC-Mitglieder sind und die 60 Prozent der gesamten ODA des DAC leisten, ging real um 5,8 Prozent auf 62,1 Milliarden US-Dollar zurück. Dies war vor allem durch einen Rückgang bei den jährlichen Schuldenerlassen bedingt. Hätte man den Schuldenerlass nicht in die früheren ODA-Zahlen mit eingerechnet, würden wir einen Anstieg der ODA der EU-Staaten aus dem DAC um 8,8 Prozent feststellen.

In den europäischen Ländern, in denen das Netzwerk Action for Global Health tätig ist, sind die Zusagen über die Höhe der Entwicklungshilfe unterschiedlich: Für Deutschland gab es eine Zunahme um 5,9 Prozent in Form einer Aufstockung der bilateralen Hilfe und der Beiträge zu internationalen Organisationen; die Entwicklungshilfe Spaniens stieg um 33,8 Prozent an, was vor allem durch eine Zunahme bei den multilateralen Beiträgen bedingt war. Frankreich verzeichnete einen Rückgang um 15,9 Prozent, Italien um 3,6 und das Vereinigte Königreich um 29,1 Prozent, was vor allem durch den verminderten Schuldenerlass bedingt war. Die Netto-ODA der Europäischen Kommission (EK) stieg vor allem durch eine höhere Programm- und Projektunterstützung um drei Prozent auf 11,8 Milliarden US-Dollar.

<sup>5</sup> Für diesbezügliche Zahlen siehe „Gesundheit in Gefahr: Warum Europa jetzt handeln muss, um die gesundheitsbezogenen Millenniumsentwicklungsziele zu retten“ (Action for Global Health, 2007).



Foto:  
© Jean-Baptiste Lopez,  
Mdm

Tabelle 1: Netto-ODA (OECD-DAC 2007, Vorläufige Daten)

Land	2007/Mio. USD	2007/% BNE	2006/% BNE	Änderung in %
Frankreich	9.940	0.39	0.47	-15.9
Italien	3.929	0.19	0.2	-3.6
Spanien	5.744	0.41	0.32	33.8
Deutschland	12.267	0.37	0.36	5.9
Vereinigtes Königreich	9.921	0.36	0.51	-29.1
DAC-EU	62.095	0.4	0.43	-5.8
EK	11.771	-	-	3
<b>DAC gesamt</b>	<b>103.655</b>	<b>0.28</b>	<b>0.31</b>	<b>-8.4</b>

Anmerkung: Änderung in %: zu Preisen und Wechselkursen 2006. Vorläufige Daten für 2007 der DAC-Mitglieder, OECD DAC, Abteilung für Entwicklungshilfestatistiken, Offizielle Entwicklungshilfedaten für 2007, Februar 2008, [http://www.oecd.org/department/0,2688,en\\_2649\\_34447\\_1\\_1\\_1\\_1\\_1,00.html](http://www.oecd.org/department/0,2688,en_2649_34447_1_1_1_1_1,00.html)

## Die europäische Hilfe für das Gesundheitswesen

Trotz des politischen Interesses bleiben die Gesundheitsentwicklungshilfeausgaben deutlich unter der Höhe, die für die Bereitstellung eines wesentlichen Pakets von Gesundheitsdiensten erforderlich wäre. Die derzeitigen Finanzierungsziele und -anforderungen (wie Abuja-Erklärung<sup>6</sup> und die „Commission on Macroeconomics and Health“-Empfehlungen<sup>7</sup>) werden nicht erreicht: Dies wird mit dem Näherrücken der MDG-Zieldaten immer alarmierender.

Geber auf, dringend Maßnahmen zu ergreifen, um die MDGs im Gesundheitswesen zu retten, und wies darauf hin, dass die Geber das für 2007 gesteckte Ziel der benötigten 27 Milliarden US-Dollar für die Gesundheitsentwicklungshilfe nicht erreichten. Dieses Ziel wurde von der CMH gefordert, die auch darauf hinwies, dass dies für jedes Geberland 0,1 Prozent des BNE bedeuten würde.

2007, also zur Halbzeit für das Erreichen der MDGs, forderte Action for Global Health die europäischen

<sup>6</sup> Abuja-Erklärung, Gipfel vom 21.-24. April 2001: Die afrikanischen Regierungschefs sagten mindestens 15 % des nationalen Haushalts für den Gesundheitssektor zu.

<sup>7</sup> CMH, 2001. Gesamtausgaben der Geber: 2007 sind 27 Milliarden und 2015 38 Milliarden US-Dollar erforderlich, um die MDG im Gesundheitssektor zu erreichen.

Tabelle 2: Netto-Bilateral-ODA für das Gesundheitswesen, in Mio. USD (OECD-DAC 2006)

Land	2005		2006		Änderung	
	Gesundheit (allgemein und Grundgesundheit)	Bevölkerung Pol./ Programm & Reproduktionsgesundheit	Gesundheit (allgemein und Grundgesundheit)	Bevölkerung Pol./ Programm & Reproduktionsgesundheit	Gesundheit (allgemein und Grundgesundheit)	Bevölkerung Pol./ Programm & Reproduktionsgesundheit
Frankreich	278.87	7.54	270.26	2.39	8.61 ▼	5.15 ▼
Italien	101.77	10.46	94.49	3.91	7.28 ▼	6.55 ▼
Spanien	116.64	28.94	105.17	40.9	11.47 ▼	11.96 ▲
Deutschland	123.5	74.58	247.4	226.75	123.9 ▲	152.17 ▲
Vereinigtes Königreich	283.08	304.76	394.42	283.66	111.34 ▲	21.1 ▼
DAC-EU	1543.08	699.31	2239.17	1004.78	696.09 ▲	305.47 ▲
EK	613.98	55.44	469.54	110.63	144.44 ▼	55.19 ▲
<b>DAC gesamt</b>	<b>3448.05</b>	<b>3175.38</b>	<b>4532.82</b>	<b>4011.15</b>	<b>1084.77 ▲</b>	<b>835,77 ▲</b>

Die Gesundheitsentwicklungshilfe verzeichnete für 2006, also das letzte Jahr, für das Sektorenzahlen vorliegen, einen Anstieg, aber es gibt Unterschiede zwischen den Gebern. Wir sehen deutlich, dass Frankreich und Italien den absoluten Betrag der Mittel für das Gesundheitswesen gesenkt haben, während Spanien und das Vereinigte Königreich auch die Anteile zwischen den Haushaltslinien für allgemeine Gesundheit und Grundgesundheit sowie Bevölkerungs- und Reproduktionsgesundheit verlagern.

Es ist mehr als entmutigend, wenn man sieht, dass der Gesamtbetrag, der von der Europäischen

Kommission für die Grund- und allgemeine Gesundheit zur Verfügung gestellt wird, wesentlich gesunken ist und die Zunahme der Mittel für Bevölkerung und Reproduktionsgesundheit gering ausfällt. Dies spiegelt eine alarmierende mangelnde Priorisierung der Gesundheitsfragen in der europäischen Entwicklungspolitik wider.

Es ist schwieriger zu beurteilen, wie nahe diese Länder am Ziel der 0,1 Prozent des BNE sind, da die DAC nur die bilaterale Hilfe nach Sektoren erfasst, aber es ist klar, dass keiner der Geber diesen Betrag für die Gesundheitsentwicklungshilfe zusagt.

## Wirksamkeit der Entwicklungshilfe

Die meisten Kommentatoren haben im Laufe der Zeit zugegeben, dass eine Aufstockung der Gesamtmittel für die Entwicklungshilfe nur ein Teil der Lösung ist. Wenn die MDGs erreicht werden sollen, ist es auch von größter Wichtigkeit, wie die Hilfe erbracht wird. Die Geber haben die Prinzipien für die Wirksamkeit der Hilfe sowie ihre Verantwortung für deren Implementierung akzeptiert. Es bleibt abzuwarten (und zu beurteilen), ob ihre Maßnahmen diesen Grundsätzen entsprechen; das High-Level Forum in Accra im Jahr 2008 mag hier einige Einblicke geben.

In einem Konzeptpapier der OECD heißt es, dass „der Nachweis greifbarer Veränderungen bei der Bereitstellung der Hilfe und bei den Managementpraktiken wesentlich ist, damit in Accra der Elan gefördert und weitere Fortschritte erreicht werden können“<sup>8</sup>. Es fordert eine weitere Verstärkung der einzelstaatlichen Entwicklungsstrategien, größere Bemühungen um eine vorhersagbare

Budgethilfe, zusätzliche gemeinsame Bemühungen der Partner und der Geberländer für eine Stärkung und Verwendung der Ländersysteme, aktive Bemühungen seitens der Geber um eine Senkung der Transaktionskosten, intensivere Nutzung der Leistungsbewertungsinstrumente sowie ein vermehrtes Engagement auf Länderebene für die Entwicklung gegenseitiger Rechenschaftsmechanismen.

Die Accra Agenda for Action wird einen Rahmen setzen, durch den die internationale Gemeinschaft die Implementierung der Pariser Prinzipien vorantreiben muss. Die Nichtregierungsorganisationen werden überprüfen, ob der weiterhin gesetzte Schwerpunkt auf der Wirksamkeit der Entwicklungshilfe zu tatsächlichen Verbesserungen bei der Gesundheit von gefährdeten und marginalisierten Bevölkerungsgruppen in den Entwicklungsländern führt.

### Kasten 1: Pariser Erklärung zur Wirksamkeit der Entwicklungshilfe – fünf Hauptprinzipien

**Eigenverantwortlichkeit** – Die Entwicklungsländer sollten bei der Ausführung ihrer Entwicklungspolitiken und -strategien eine tatsächliche Führungsrolle innehaben und die Entwicklungshilfemaßnahmen koordinieren. Die Geber haben diese Führungsrolle anzuerkennen und zu unterstützen.

**Anpassung** – Die Geber sollten ihre Unterstützung insgesamt auf die nationalen Strategien, Institutionen und Verfahren der Entwicklungsländer stützen.

**Harmonisierung** – Die Geber sollten ihr Handeln transparenter, koordinierter und gemeinsam effektiv gestalten.

**Management für Ergebnisse** – Entwicklungshilfe sollte derart organisiert und umgesetzt werden, dass sie sich auf die erwünschten Ergebnisse konzentriert und Informationen zur verbesserten Entscheidungsfindung nutzt.

**Gegenseitige Rechenschaftspflicht** – Geber und Entwicklungsländer sollten ihre gegenseitige Rechenschaftspflicht und die Transparenz im Umgang mit Entwicklungsressourcen verstärken.

## Effiziente Bereitstellung der Gesundheitsentwicklungshilfe

Die Gesundheitsentwicklungshilfe wird durch ein immer komplexeres Gebilde aus Mechanismen und Finanzierungskanälen erbracht und ist weit davon entfernt, sich auf einen gestraffteren Ansatz zu zu bewegen. Neben der standardmäßigen allgemeinen Budgethilfe, der Sektorenhilfe und den multilateralen Finanzierungsströmen gab es in den letzten Jahren zunehmend gesundheitsbezogene Initiativen, Partnerschaften und Quellen für technische Hilfe.

Diese neuen Initiativen schaffen neue Möglichkeiten, aber sie laufen auch Gefahr, die Regierungen der Entwicklungsländer zu überlasten und deren Eigenverantwortung zu unterminieren. Jede Initiative hat ihre eigene Finanzierung, ihr eigenes Mandat, ihr eigenes internationales Sekretariat und ihre eigenen Absprachen mit der Regierung. Regierungsvertreter in Ländern mit geringem Einkommen, die häufig in unterbesetzten Gesundheitsministerien arbeiten, sind oft durch die große Anzahl verschiedener Delegationen und Überwachungsvereinbarungen überfordert.

Es sind auch wichtige neue Akteure ins Spiel gekommen, nämlich private Stiftungen und neue Geber aus Schwellenländern wie China und Indien.

Es wird viel debattiert, wie man die Mittel besser kanalisieren kann, denn es gibt Geber, welche die Budgethilfe und Gesamtsektorkonzepte bevorzugen und in denselben Ländern arbeiten wie Geber, die projektgestützten Ansätzen den Vorzug

geben. In vielen Ländern laufen Bemühungen dahingehend, Wege zu finden, wie die verschiedenen Mechanismen die Pläne und Strategien der jeweiligen Empfängerregierung besser unterstützen können. Darüber hinaus wird eine bessere Koordinierung angestrebt und erörtert, wie sich die verschiedenen Akteure sinnvoll gegenseitig ergänzen können, damit es keine doppelte Abdeckung gibt. Ein Weg könnte beispielsweise sein, dass man auf verschiedenen Ebenen des Systems arbeitet.

Dies hat seinen Preis und wird für die Vertreter der Empfängerregierungen oder auch für die Geber nicht zwangsweise zu einem geringeren Verwaltungsaufwand führen. In den in Kapitel Zwei dieses Berichts vorgestellten Fallstudien zeigen wir die Komplexität der Situation in vielen Ländern auf. Wir legen dringend die Entwicklung neuer Beziehungen hin zu einer ausgewogenen Architektur der Gesundheitsentwicklungshilfe nahe.

Nach Ansicht von Action for Global Health sollte jedoch das Aufdecken von mangelnder Effizienz und sogar Korruption bei der bestehenden Erbringung der ODA den Ruf nach einer Aufstockung der Entwicklungshilfe nicht unterminieren. Wie oben bereits gesagt, gehen die für die Gesundheitsentwicklungshilfe gesetzten Ziele davon aus, dass die Hilfe zu 100 Prozent effizient geleistet wird, was derzeitige Lücken in der Finanzierung noch besorgniserregender macht<sup>9</sup>.



Foto:  
© Isabelle Eshraghi,  
MdM

<sup>8</sup> Accra High-Level Forum zur Wirksamkeit der Entwicklungshilfe: Assessing Progress and Deepening Implementation, Konzeptpapier: 2. Entwurf, 13. April 2007. <http://www.oecd.org/dataoecd/34/48/38284464.pdf>

<sup>9</sup> [http://www.actionforglobalhealth.eu/publications/briefing\\_paper\\_on\\_aid\\_effectiveness](http://www.actionforglobalhealth.eu/publications/briefing_paper_on_aid_effectiveness)

## Neue „Initiativitis“: Harmonisierungsinitiativen

In letzter Zeit wurden eine Reihe neuer Initiativen zur Harmonisierung der Gesundheitsentwicklungshilfe gestartet. Eine davon ist die „International Health Partnership and Related Initiatives (IHP+)“, die ursprünglich von der britischen Regierung vorgeschlagen wurde und nun von Weltbank und WHO verwaltet wird. Mit ihr sollen die Harmonisierung der Geber verbessert, doppelte Abdeckung verringert und die Kosteneffizienz betont werden, damit bei der Förderung der Gesundheitssysteme bessere Ergebnisse erzielt werden.

Der IHP+ Vertrag verpflichtet die Unterzeichner zur Koordinierung ihrer Bemühungen im Umfeld der von den Ländern geleiteten Pläne. Neben der IHP+ erhielt auch die Providing for Health Initiative mehr Profil, die 2007 auf dem G8-Gipfel in Deutschland ins Leben gerufen wurde und von Deutschland und Frankreich geleitet wird. Durch sie soll es eine nachhaltigere und gerechtere Finanzierung der Gesundheitssysteme geben, wobei auch mittels technischer Hilfe eine Sozial- und Krankenversicherung eingeführt werden soll.<sup>10</sup>

Eine umstrittene Initiative ist „MDG Contracting“, die von der Kommission auf Bitte der Mitgliedstaaten hin vorgeschlagen wurde, und sie sieht eine an das Erreichen der MDG geknüpfte Bereitstellung langfristiger Budgethilfe vor<sup>11</sup>. Zu weiteren Initiativen

zählen der Global Business Plan der norwegischen Regierung für die MDGs 4 und 5. Viele von ihnen sind unter dem Dach der „Globalen Kampagne für die MDGs im Gesundheitswesen“ zusammengefasst.

Action for Global Health ist besorgt, dass diese Bemühungen nicht genügend Gewicht haben und nicht ausreichend Unterstützung von der internationalen Gebergemeinschaft bekommen könnten, so dass die Harmonisierung der Gesundheitsentwicklungshilfe damit wirklich und konkret verbessert werden kann. Verwirrende und sich möglicherweise überlappende Initiativen, die zur selben Zeit angekündigt werden, weisen auf wenig echte Harmonisierung der Gesundheitsentwicklungshilfe hin.

Es ist wohl eher so, dass politischer Druck im eigenen Land die europäischen Regierungschefs dazu treibt, sich durch Ankündigungen hervorzutun, und der Druck für einen konkreten Nachweis, wie ihre Entwicklungshilfe ausgegeben wird, begünstigt weiterhin bilaterale Vereinbarungen.

Die Geber müssen mutiger werden und die Bereitschaft zeigen, ihre inländischen politischen Interessen zu unterdrücken, wenn sie ihre Hilfe wirklich harmonisieren und die Belastungen für die Empfängerregierungen lindern wollen.

## Geschlechtsspezifische Fragen und die Pariser Erklärung – eine versäumte Gelegenheit

Die Gleichstellung der Geschlechter und die Menschenrechte von Frauen und Mädchen spielen bei den MDGs eine zentrale Rolle. In Entwicklungsländern sind die meisten Frauen mit Diskriminierung konfrontiert, die sie daran hindert, ihre Rechte zu verwirklichen oder von Hilfsprogrammen zu profitieren. Nichtsdestotrotz wird die Gleichstellung der Geschlechter in der Pariser Erklärung nur in einem von 50 Paragraphen erwähnt<sup>12</sup>. Es ist ein ganz schwerwiegender Fehler, dass die Pariser Erklärung die Geschlechterfrage nicht priorisiert und auch nicht anerkennt, dass ein fehlender Ansatz zur Geschlechterfrage die Wirksamkeit der Hilfe gefährdet.

Darüber hinaus darf das Prinzip der Eigenverantwortung nicht nur Eigenverantwortung der Regierungen bedeuten, sondern hier geht es um die umfassende Beteiligung der Zivilgesellschaft: Es ist eine wertvolle Gelegenheit, die Gleichstellung der Geschlechter zu fördern und den Frauen mehr Gehör zu verleihen. Beim Prinzip der Anpassung ist zu berücksichtigen, dass viele Empfängerländer geschlechtsspezifische Fragen und Gesundheit missachten und es ihnen an Erfahrungen zu diesem Thema fehlt. Die Miteinbeziehung der Geschlechterfrage könnte somit eine Vorbedingung in diesem Prozess sein. Geberharmonisierung

sollte beinhalten, dass sich alle Geber auf einen gemeinsamen Rahmen des Gender-Mainstreaming einigen.

Das an Ergebnissen orientierte Management sollte die Auswirkungen der geschlechtsspezifischen Fragen sichtbarer machen, wenn man die Prinzipien der Menschenrechte und die Rechte der Frauen zur Bestimmung der Wirksamkeit der Maßnahmen heranzieht.

Action for Global Health empfiehlt, nach Indikatoren aufzuschlüsseln, die sich auf geschlechtsspezifische und Menschenrechte stützen, um die Verpflichtungen der Regierungen zu überwachen. Die Statusverbesserung der Frauen, Beteiligung und Rechenschaftspflicht beim ergebnisorientierten Management sollten betont werden. Bezüglich der „gegenseitigen Rechenschaftspflicht“ ist es wichtig zu wissen, dass Parlamente und andere Akteure in der Zivilgesellschaft eine transparente und Rechenschaftspflicht im Hinblick auf die geschlechtsspezifischen Fragen sichergestellt haben.

Dies ist nur möglich, wenn die Zivilgesellschaft und insbesondere Frauenorganisationen über den notwendigen Zugang und Mittel verfügen.

<sup>10</sup> Ein Briefing-Papier zur Sozial- und Krankenversicherung wurde von einer Reihe NRO, darunter Action for Global Health, ausgearbeitet: [http://www.actionforglobalhealth.eu/publications/briefing\\_paper\\_on\\_aid\\_effectiveness](http://www.actionforglobalhealth.eu/publications/briefing_paper_on_aid_effectiveness)

<sup>11</sup> Dies passt gut zu der Zusage der EK und der EU-Mitgliedstaaten bezüglich einer Verdoppelung der Hilfe durch Budgethilfe, aber es bleibt abzuwarten, wie sich diese Initiative mit den bilateralen Politiken der Mitgliedstaaten und anderen kürzlich angekündigten neuen Initiativen verträgt.

<sup>12</sup> Auf internationaler Ebene haben die Länder zahlreiche Zusagen zu Gleichstellung der Geschlechter und Menschenrechten als Priorität für Entwicklung, Frieden, Sicherheit und Erfüllung aller MDG ratifiziert. Sie haben erneut bestätigt, dass die Anwendung der Beijing-Aktionsplattform Beijing+5, von CEDAW2 und der Resolution 1325 des Sicherheitsrats wesentlich sind und haben den Zusammenhang zwischen ihrer Implementierung und der Nutzung der Entwicklungshilfe anerkannt.

## Gesundheit und Gerechtigkeit

In der Erklärung von Alma-Ata aus dem Jahr 1978 heißt es, dass es ein vorrangiges Ziel der Regierungen, der internationalen Organisationen und der gesamten Völkergemeinschaft in den kommenden Jahrzehnten sein sollte, dass alle Völker bis 2000 einen Gesundheitsstand erreichen, der ihnen ein gesellschaftlich und wirtschaftlich produktives Leben ermöglicht. Die Primärgesundheitsdienste spielen beim Erreichen dieses Ziels als Teil der Entwicklung im Sinne der sozialen Gerechtigkeit eine zentrale Rolle.

Das Ziel der Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000 wurde nicht erreicht. Darüber hinaus waren die Prinzipien der Erklärung von Alma-Ata nicht Grundlage für die Gesundheits- und Entwicklungspolitiken seit 1978. Die Formulierungen über die Rechte und den universellen Zugang wurden rasch durch heruntergeschraubte Zielsetzungen und einen neuen Konsens über speziell ausgerichtete Initiativen ersetzt.

Action for Global Health ist der Ansicht, dass Bemühungen um eine Verbesserung der Wirksamkeit der Hilfe für das Gesundheitswesen auf den Grundsätzen der Gleichstellung und Gerechtigkeit sowie auf der Bedeutung des universellen Rechts auf Gesundheit, wie es in der Alma-Ata-Erklärung verankert ist, gründen sollten.

Diskussionen über die Wirksamkeit der Hilfe im Gesundheitswesen werden nun auch durch neue Diskussionen über die „Gesundheit in der Diplomatie“, wie beispielsweise derjenigen in Oslo

im Jahr 2007, beeinträchtigt werden. Dieser Begriff verknüpft die Belange des Gesundheitswesens und der Entwicklung mit politischen Interessen und Bedenken bezüglich der globalen Sicherheit. Diese werden häufiger als Gründe für vermehrte Maßnahmen für Gesundheit und weniger als reine Gründe für Gerechtigkeit, Solidarität und das Recht auf Gesundheit angeführt.

Grenzüberschreitende Gesundheitsprobleme wie SARS und die Vogelgrippe sind Beispiele dafür, wie Gesundheitsfragen global werden und die gesuchten Lösungen über Landesgrenzen hinausgehen. Gesundheit wird immer stärker als ein Ausgangspunkt für Dialog und Diplomatie angesehen, der über die nationale Gesundheitssicherheit, die MDGs und die Entwicklung hinausgeht.

Dies wurde bereits in der Alma-Ata-Erklärung antizipiert, denn in ihr heißt es, dass alle Länder in einem Geist der Partnerschaft und des Dienstes zusammenarbeiten sollten, um die Primärgesundheitsversorgung für alle Menschen sicherzustellen, da das Erreichen der Gesundheit der Menschen in einem beliebigen Land direkte Auswirkungen auf alle anderen Länder hat.

Mit einer Weiterentwicklung der Debatte über die Wirksamkeit der Hilfe müssen sich die NRO diesen aufkommenden Fragen widmen, um zu gewährleisten, dass sie die Bemühungen um die Verwirklichung des Rechts auf Gesundheit nicht unterminieren.

## EU-Entwicklungszusammenarbeit und Gesundheit

Seit November 2005 besteht eine gemeinsame Sichtweise der Entwicklung seitens der EU-Mitgliedsstaaten und der Kommission. Der Europäische Konsens zur Entwicklungshilfe liefert einen Rahmen für die Unterstützung der Entwicklungsländer bei ihren Strategien zur Armutsbekämpfung, und dazu gehören auch der Aufbau von Gesundheitssystemen sowie die Unterstützung von Programmen zum Kapazitätsaufbau, von Initiativen für Demokratie und für verantwortungsvolle Staatsführung. Ferner baut dieser Konsens auf einer früheren Vereinbarung über einen Zeitplan für die Aufstockung der Hilfe aus den europäischen Staaten auf.

Doch noch immer scheint es in punkto Unterstützung für das Gesundheitswesen große Unterschiede in den Ansichten und Strategien zu geben. Der Konsens sagte 20 Prozent der EU-Mittel für Gesundheit und Bildung zu. Doch 2005 beliefen sich die ODA-Zuweisungen für Gesundheit auf fünf Prozent, während sie neun Jahre zuvor – 1996 – bei sieben Prozent lagen.

Das EU-AKP (Afrika, Karibik, Pazifik)-Partnerschaftsabkommen von Cotonou ist ein Finanzierungsabkommen, das für eine Bereitstellung harmonisierter und wesentlicher Unterstützung für die Gesundheitssysteme verwendet werden könnte. Es enthält spezielle Zusagen für eine Verbesserung der Gesundheitssysteme, der Grundgesundheitsversorgung, der

Reproduktionsgesundheit und des HIV/Aids-Problems.

Diese letztgenannten Zusagen werden nicht eingehalten. Ende 2007 hoben nur vier der 45 Länderstrategiepapiere für Afrika südlich der Sahara das Thema Gesundheit hervor. Die Gründe, warum die Finanzierung gemäß dieser Vereinbarung geringer als gehofft ausfällt, werden heiß debattiert. Beamte der Kommission führen an, dass dies die Entscheidungen der Eigenverantwortung der Länder respektiere. NRO weisen jedoch darauf hin, dass dies eine fehlende Beteiligung der Zivilgesellschaft an der Bestimmung der Prioritäten zeige. Darüber hinaus sei es auch ein Zeichen dafür, dass die AKP-Länder durch die derzeitigen Trends in Europa bezüglich der Entwicklungsprioritäten beeinflusst seien.

Die EU-Mitgliedstaaten bevorzugen immer noch bilaterale Beziehungen zu den Entwicklungsländern, was auch zahlreiche Fallstudien in diesem Bericht illustrieren. Sie scheinen ihren eigenen technischen Beratern sowie ihren eigenen Finanzierungsprioritäten den Vorzug zu geben und haben unterschiedliche Ansätze für die globalen Partnerschaften für Gesundheit auf der einen und die Sektorenhilfe sowie der Budgethilfe auf der anderen Seite. Dieses fortgesetzte Bauen auf bilaterale Abkommen ist die größte Herausforderung für die Verbesserung der Wirksamkeit der europäischen Gesundheitsentwicklungshilfe.



## EU-Verhaltenskodex im Hinblick auf die Arbeitsteilung

Eine neuere Initiative ist die Verabschiedung des Verhaltenskodex im Hinblick auf die Arbeitsteilung in der Entwicklungspolitik (EK, 2007). Die Auswirkungen dieser Initiative vor Ort sind noch unklar, aber sie könnte einen nützlichen Rahmen für ein koordinierteres Vorgehen bieten, um eine Abdeckung aller strategischen Sektoren sicherzustellen.

Beabsichtigt ist, die Anzahl der einzelnen EU-Mitgliedsstaaten, die in einem Entwicklungsland aktiv sind, zu begrenzen und zu verhindern, dass einige Länder „durch die Maschen des Hilfenetzes“ fallen. Es gibt jedoch Bedenken, dass dies unbeabsichtigt dazu führen könnte, dass Mitgliedsstaaten ihre Gesundheitsentwicklungshilfe nicht aufstocken (wenn sie nicht der leitende Akteur in diesem Land sind), weil andere Staaten Hilfe für diesen Sektor leisten.

Da 2008 die internationalen Zusagen für die Wirksamkeit der Entwicklungshilfe und die Entwicklungsfinanzierung erneuert werden, hat die Kommission die Mitgliedsstaaten aufgefordert, hier federführend zu handeln. Die Mitteilung der Kommission „Die EU als globaler Partner für Entwicklung – die Verwirklichung der Millenniumsentwicklungsziele schneller vorantreiben“<sup>13</sup> räumt ein, dass Entwicklung von der Quantität und der Qualität der Hilfe zusammengenommen abhängt.

Die Kommission kommt zu dem Schluss, dass die bisher ergriffenen Maßnahmen für eine effizientere Hilfe zu zögerlich waren, um wirklich etwas zu bewirken. Sie schlägt daher vor, dass die EU beim Accra High-Level Forum eine ehrgeizige Position

vertritt und sich für eine echte Arbeitsteilung, mehr Budgethilfe, größere Vorhersagbarkeit und einen inklusiven Ansatz einsetzt, der auch die Einbeziehung der Zivilgesellschaft und der lokalen Gebietskörperschaften Europas und des Südens umfasst.

Für die Arbeitsteilung bzw. deren raschere Umsetzung werden im Rahmen eines Implementierungsinstrumentariums Vorschläge für einzelne Länder unterbreitet werden. Die Kommission unterstreicht auch die Notwendigkeit, dass die Zusagen der EU hinsichtlich der Vorhersagbarkeit der Hilfe erfüllt werden müssen; dies soll insbesondere durch die Aufstellung zuverlässiger, vorläufiger mehrjähriger Zeitpläne für die Finanzströme erfolgen.

Es bleibt abzuwarten, wie die Regierungschefs darauf reagieren, aber es ist klar, dass die Bemühungen um eine Aufstockung der europäischen Gesundheitsentwicklungshilfe und um eine Verbesserung ihrer Effizienz unzureichend bleiben.

Action for Global Health ist der Ansicht, dass die europäischen Geber besser zusammenarbeiten müssen, und zwar nicht nur, um einen größeren Einfluss auf die Debatten über die ODA auszuüben, sondern auch, um die Belastungen für die Empfängerregierungen zu verringern.

Die Wirksamkeit der Gesundheitsentwicklungshilfe würde erheblich gesteigert, wenn die EU-Mitgliedstaaten zur Zusammenarbeit bereit wären, um ihre Bemühungen zu harmonisieren und zu maximieren.

<sup>13</sup> KOM(2008) 177/3

**Aufstockung der Entwicklungshilfe:**

- Kollektive Ziele der EU sind 0,39 % ODA/BNE bis 2006 und 0,56 % bis 2010.
- Mindestziele der EU-15 sind 0,33 % bis 2006 und 0,51 % bis 2010.
- EU-12 Ziele von 0,17 % bis 2010 und 0,33 % bis 2015.

**Die EU-Entwicklungshilfe vorhersagbarer machen:**

„...die EU wird neue, vorhersagbarere und weniger volatile Hilfemechanismen entwickeln. Die könnten in der Planung eines Mindestsatzes an Budgethilfe, der mittelfristig gesichert wird, bestehen...“

**Die EU-Entwicklungshilfe besser koordinieren:**

- „Die EU verpflichtet sich zur Förderung einer besseren Geberkoordination und Komplementarität, indem sie auf eine gemeinsame mehrjährige Programmplanung hinarbeitet; Grundlage hierfür sind die Armutsbekämpfungs- und gleichwertige Strategien der Partnerländer sowie deren eigenen Budgetprozesse, gemeinsame Implementierungsmechanismen einschließlich einer gemeinsamen Analyse, gemeinsame Aufgaben aller Geber sowie die Nutzung von Kofinanzierungsvereinbarungen.“
- [Die EU verpflichtet sich,] „die Anzahl der nicht koordinierten Missionen um 50 % zu senken.“

**Anpassung der EU-Entwicklungshilfe an die Pläne und Systeme der Partnerländer:**

- [Die EU verpflichtet sich,] „50 % der Unterstützung von Regierung-zu-Regierung durch Ländersysteme zu kanalisieren, darunter fällt auch die Erhöhung des Prozentsatzes unserer Hilfe, der durch Budgethilfe und Gesamtsektorkonzepte geleistet wird.“
- [Die EU verpflichtet sich,] „die Einrichtung neuer Projektimplementierungseinheiten zu vermeiden.“

**Entflechten der EU-Hilfe:**

- „Die EU wird eine weitere Entflechtung der Hilfe unterstützen, die über die bestehenden OECD-Empfehlungen hinausgeht, und zwar insbesondere bei der Hilfe für Nahrung.“
- „[Der Rat befasst sich mit] der Herausforderung der Entflechtung der Hilfe, indem so bald als möglich ... eine Verordnung über den Zugang zu den externen Hilfgeldern der Kommission verabschiedet wird; die EU wird laufende Debatten auf internationaler Ebene über eine weitere, über die bestehenden OECD-DAC-Empfehlungen hinausgehende Entflechtung der Hilfe unterstützen.“

**Reformierung der Technischen Hilfe der EU:**

„für die Bereitstellung jeglicher Unterstützung für den Kapazitätsaufbau durch koordinierte Programme mit vermehrter Nutzung von Vereinbarungen mit mehreren Gebern.“

**Kasten 3: EU-Verhaltenskodex im Hinblick auf die Arbeitsteilung – Grundsätze****Die EU-Geber beabsichtigen Folgendes:**

- Konzentration der Tätigkeiten auf Schwerpunktsektoren auf Länderebene
- Umschichtung zugunsten anderer Aktivitäten auf Länderebene
- Gewährleistung einer angemessenen Präsenz der EU in strategischen Sektoren
- Übertragung der Verfahrensweise in Zusammenarbeit mit regionalen Partnerinstitutionen
- Bestimmung von Schwerpunktländern
- Bereitstellung adäquater Finanzmittel für die in der Entwicklungshilfe vernachlässigten Länder
- Analyse und Ausbau von Bereichen eigener Stärke



Foto:  
© Medicos del Mundo

## KAPITEL ZWEI:

# LÄNDERBEISPIELE FÜR WIRKSAMKEIT DER HILFE IM GESUNDHEITSWESEN

Die Frage, ob all die Konferenzen, neuen Initiativen und Erklärungen zur Wirksamkeit der Hilfe etwas bewirken, ist noch offen. „Healthy Aid“ betrachtet die Wirksamkeit der Gesundheitsentwicklungshilfe anhand sechs kurzer Fallstudien von Ländern aus Afrika, Asien und Lateinamerika.

Diese Fallstudien befassen sich jeweils kurz mit den Initiativen und Maßnahmen, die die Geber in dem bestimmten Land ergriffen haben. Sie behandeln die vereinbarten Grundsätze und Mechanismen sowie deren Entwicklung seit dem hochrangigen Forum in Paris. Sie zeigen einige gute Beispiele für die Wirksamkeit der Hilfe, die Harmonisierung und andere Pariser Prinzipien im Gesundheitssektor, und sie stellen die Frage, ob die bestehenden Bemühungen echte Ergebnisse für die Verbesserung der Gesundheit für alle und

insbesondere der marginalisierten und gefährdeten Bevölkerungsgruppen erzielen können.

Vor allem geben diese Fallstudien die Ansichten derer wider, die in den ausgewählten Ländern im Süden leben oder aus ihnen stammen<sup>14</sup>, wo die Mittel der europäischen Geber von ausreichender Qualität und Höhe sein müssen, damit die MDGs im Gesundheitswesen erreicht werden können.

Die Grundlage für die Auswahl der Länder ist die Beteiligung von mindestens einem EU-Mitgliedsstaat, der auch im Netzwerk Action for Global Health vertreten ist. Ferner wurden die Länder auch so ausgewählt, dass sie eine angemessene geografische Abdeckung, Hilfeinstrumente und Beteiligung von neuen Initiativen für die Wirksamkeit der Hilfe aufweisen.

Tabelle 3: Profile der Länder aus den Fallstudien

Land	Bevölkerung (Mio./2005)	HDI-Platz (UNDP, 07/08)	ODA (% des BNE)
Sambia	11.5	165	13.10%
Mosambik	20.5	172	19.40%
Niger	13.3	174	15.10%
Äthiopien	79.0	169	17.30%
Bolivien	9.2	117	6.20%
Indonesien	226.0	107	0.90%

Quelle: United Nations Development Programme (UNDP)-Bericht über die menschliche Entwicklung 2007/2008.

## Überblick über die Fortschritte zum Erreichen der Gesundheits-MDGs in den Fallstudienländern

Die Fortschritte bezüglich der Schlüsselindikatoren für die MDGs 4, 5 und 6 für die zu diesem Bericht untersuchten Länder sind unten aufgeführt. Natürlich zeigen die Gesundheitsindikatoren beträchtliche Unterschiede zwischen den Ländern.

<sup>14</sup> z. B. Begünstigte, lokale NRO, internationale NRO, Empfängerregierungen, Geber, multilaterale Agenturen u. a.



Tabelle 4: Fortschritt der Länder bezüglich der MDGs im Gesundheitswesen

	Bolivien	Äthiopien	Indonesien	Mosambik	Niger	Sambia
<b>MDG 4: Verringerung der Kindersterblichkeit</b>						
Sterblichkeitsrate unter 5 Jahren (Ärmste 20%)	72	80	78	143	206	115
Kindersterblichkeits-rate (Ärmste 20 %)	105	130	109	196	91	192
% der 1-jährigen Kinder, die gegen Masern geimpft sind	64	59	72	77	83	84
<b>MDG 5: Verbesserung der Gesundheit der Mütter</b>						
Müttersterblichkeits-rate (pro 100,000 Lebendgeburten) 1990 – 2005.	30	870	310	410	590	730
Wie oben, angepasst 2005	290	720	420	520	1800	830
Anteil der Geburten, bei denen geschultes Gesundheitspersonal anwesend ist.	67	6	72	48	16	43
<b>MDG 6: Bekämpfung von HIV/ AIDS, Malaria und anderer Krankheiten</b>						
HIV-Auftreten (% Altersgruppe 15-49) 2005	0.1	0.9 – 3.5	0.1	16.1	1.1	17.0
Verwendung von mit Insektiziden behandelten Bettnetzen (% der Kinder unter 5). 1999-2005.	-	1	26	-	6	7
TB-Häufigkeit pro 100,000 Menschen	280	546	262	597	294	618
Anteil der unter DOTS entdeckten und geheilten TB-Erkrankungen	72	33	66	49	50	52

Quelle: UNDP-Bericht über die menschliche Entwicklung 2007/2008

Foto:  
© Gideon Mendel,  
Corbis/Actionaid

## SAMBIA: Harmonisierung, Budgethilfe und die Rolle der Zivilgesellschaft für eine bessere Wirksamkeit der Hilfe

Diese Fallstudie betrachtet den Umfang der Hilfe von Geberregierungen für die Armutsbekämpfung, die Stärkung der Gesundheitssysteme und die Strategien gegen HIV/Aids in Sambia. Sambia hat zahlreiche Partner für die Gesundheitsentwicklungshilfe und erhält seine Hilfe durch verschiedene Mechanismen, darunter Allgemeine Budgethilfe und ein Gesamtsektorkonzept für das Gesundheitswesen.

Allerdings sind die Fortschritte bei den Gesundheits-MDGs nur schleppend, und es gibt zu wenige Möglichkeiten für eine stärkere Beteiligung der Zivilgesellschaft.

### Kasten 4: Harmonisierung in der Praxis

2003 entwickelte die LMDG (Like-Minded Donor Group), bestehend aus Dänemark, Finnland, Irland, den Niederlanden, Norwegen, Schweden und dem Vereinigten Königreich, ein Programm zur Harmonisierung der Entwicklungshilfe mit dem Titel Harmonisierung in der Praxis (HIP). Seitdem haben andere Entwicklungspartner, darunter auch die Kommission, an einer weiteren Ausdehnung der Harmonisierungspraxis durch die Weitere Harmonisierung in der Praxis (WHIP) Memorandum of Understanding (MOU) aus dem Jahr 2004 gearbeitet. Ihr Ansatz baut auf den folgenden Grundsätzen auf:

- Leitungs koordinierung und Anleitung durch die Regierung (einschließlich der Regierungssysteme für Beschaffungswesen),
- Verpflichtung zu einer Reform des Beamtenwesens,
- Reform der Verwaltung der öffentlichen Gelder,
- Verpflichtung zur Nutzung von Entwicklungsplänen als Grundlage für die strategische Planung und Überwachung,
- Verpflichtung zur Annahme der Gesamtsektorkonzepte und der Budgethilfe.

Dies wird durch die Nutzung eines Pools für technische Hilfe und eine Gemeinsame Hilfestrategie für Sambia (Joint Assistance Strategie for Zambia, JASZ), die sich von 2006 bis 2010 erstreckt, mit einer besseren Arbeitsteilung unterstützt. Als Teil der Arbeitsteilung wurden die komparativen Vorteile der einzelnen 22 Entwicklungspartner in Sambia beurteilt. Der Aspekt Gesundheitswesen wird von einer ‚Troika‘ aus Kommission, SIDA und DFID geleitet.

### Mehr Hilfe und diese effektiver eingesetzt?

Die Gesamthilfe für den Gesundheitssektor in Sambia bleibt noch unter der erforderlichen Höhe, obwohl dieser Bereich von manchen als ein „Lieblingskind für die Entwicklungshilfe“ angesehen wird<sup>15</sup>. Die europäischen Geber haben beträchtliche Bemühungen zur Harmonisierung der Entwicklungshilfe für das Gesundheitswesen unternommen. Prominente Akteure in der Gesundheitsplanung und -politik wie die britische

Regierung haben zugesagt, mehr Hilfe gemäß den Prinzipien von Paris<sup>16</sup> über allgemeine Budgethilfe zu leisten. Andere haben das Gesamtsektorkonzept im Gesundheitswesen für Sektorenhilfe genutzt. Dennoch hat die in Sambia geleistete Hilfe die Bedürfnisse der Bürger nicht entsprechend erfüllt, die in Gemeinschaften leben, die von schlechter Gesundheit und unnötigen, frühen Todesfällen heimgesucht werden.

### Kasten 5: Rolle des britischen Ministeriums für internationale Entwicklung (DFID) in Sambia

Das wichtigste Ziel des DFID in Sambia ist die Unterstützung der Umsetzung des Fünften Nationalen Entwicklungsplans. Dabei wird das DFID 2007 bis 2008 insgesamt 40 Millionen Pfund Entwicklungshilfe geben, von denen 60 Prozent wahrscheinlich durch die allgemeine Budgethilfe geleistet werden. Das DFID gibt für Sambia keine gesundheitsspezifischen Mittel. Nachdem es in 2005 die finanzielle Unterstützung der Gesundheits-SWAp gestoppt hatte, sah es in 2007 wieder fünf Millionen Pfund für das Gesundheitsministerium als Ausgleich für die Erlassung von Nutzungsgebühren in ländlichen Gebieten durch die sambische Regierung vor.

Für den Zeitraum 2004 bis 2009 wies das DFID den Organisationen der Zivilgesellschaft durch das Programm STARZ (Stärkung der Bekämpfung von Aids in Sambia) 20 Millionen Pfund zu, aber es ist unwahrscheinlich, dass es nach seinem Ende 2009 erneute Mittel für das Programm geben wird.

### Sambias Fortschritt in Richtung der Gesundheits-MDGs

Sambia gehört zu den ärmsten Ländern der Welt. Bei zwei Dritteln der Bevölkerung, also bei 7,5 Millionen Menschen, die pro Tag von weniger als einem Dollar leben, liegt die Lebenserwartung von Männern und Frauen bei nur 39,3 bzw. 38,2 Jahren. Obwohl die absoluten Armutszahlen sinken, zeichnen die Gesundheitsindikatoren weiterhin ein trauriges Bild. Jedes sechste Kind stirbt in den ersten fünf Lebensjahren und die Müttersterblichkeitsrate steigt. 17 Prozent der Bevölkerung sind HIV-infiziert und nur 40 Prozent der Menschen, die eine HIV/Aids-Behandlung benötigen, haben Zugang zu einer solchen. TB und Malaria beeinträchtigen weiterhin die

Volksgesundheit sehr stark.

2006 wurde die gesamte ländliche Gesundheitsversorgung kostenlos und war somit für sieben Millionen Menschen verfügbar, was zu einer um 30 Prozent höheren Nutzung der Dienste führte. Doch es gibt eine Arbeitskräftekrise im Gesundheitswesen und ein Drittel aller ländlichen Gesundheitseinrichtungen haben keine geschulten Mitarbeiter. Darüber hinaus führen bedenkliche Schwachstellen im öffentlichen Gesundheitssystem zu suboptimalen Gesundheitsdiensten.

## Kasten 6: Die Zivilgesellschaft braucht eine starke Stimme

Das DFID erkennt an, dass eine der Schwächen der allgemeinen Budgethilfe für das Gesundheitswesen darin besteht, dass es mit einer Hinwendung der Geber zu dieser Finanzierungsmethode einer starken Stimme der Zivilgesellschaft bedarf, damit dafür gesorgt wird, dass die Gelder von der Regierung entsprechend den prioritären Bedürfnissen zugewiesen werden. Eine große Herausforderung ist jedoch, dass die allgemeine Budgethilfe keine klaren Bestimmungen für die Finanzierung der Zivilgesellschaft enthält und somit den Auf- und Ausbau der Kapazitäten der Organisationen der Zivilgesellschaft erschwert, die hier beratend tätig werden und die Dienstleistung unterstützen könnten.

Interview mit Dr. Dyness Kasungami, Berater für Menschliche Entwicklung, DFID, Lusaka, 18. Feb. 2008

Viele sambische Gesundheitsexperten, darunter einige aus dem Gesundheitsministerium, sind der Ansicht, dass die Entscheidung über eine Finanzierung der Maßnahmen im Gesundheitswesen über die allgemeine Budgethilfe zu vorschnell ohne eine angemessene Berücksichtigung von Indikatoren für das Messen des Fortschritts und der Nachverfolgung der Ausgaben gefällt wurde.

Es ist nämlich der Wunsch, Ergebnisse vorweisen zu können, die Geber wie die US-Regierung und den GFATM dazu veranlassen, „außerhalb des Budgets“ Hilfe zu leisten und erhebliche Finanzströme der Zivilgesellschaft zukommen zu lassen.

Mit der Schaffung des Gesamtsektorkonzepts für das Gesundheitswesen im Jahr 1995 wurde die Rhetorik um die Harmonisierung der Gesundheitspolitik und -finanzierung gängige Praxis. Doch dies hatte auch einige zerstörerische Effekte, u. a. den Zusammenbruch des sambischen Programms gegen Tuberkulose<sup>15</sup>. Angesichts der Schwere der HIV-Epidemie und der TB-Koinfektion in Sambia sind eventuell eine Reihe von Finanzierungsmechanismen erforderlich, um nicht nur für starke Gesundheitssysteme, sondern auch

für einen entsprechenden Schwerpunkt auf dieser außergewöhnlichen Krankheit zu sorgen. Die Geber sollten an die potentiell zerstörerischen Effekte der Hilfeharmonisierung denken und dieses Bewusstsein in andere Initiativen einfließen lassen.

Im Februar 2008 veranstalteten die Weltgesundheitsorganisation und die Weltbank eine Konferenz in Lusaka, um das Fortschreiten von IHP+ zu beurteilen, und dabei wurde die nicht angemessene Beteiligung der Zivilgesellschaft an dieser Initiative in Sambia aufgezeigt. Die Harmonisierung in der Praxis scheint nämlich ein Prozess zwischen Regierungen zu sein, und es gibt wenige Möglichkeiten für ein Engagement der Zivilgesellschaft.

Mittel für die Unterstützung der wesentlichen Rolle der Organisationen der Zivilgesellschaft, die sie bei der Erbringung der Dienste und hinsichtlich der Rechenschaftspflicht der Regierungen für die Verwendung der Entwicklungshilfe spielen, schrumpfen ebenfalls. Dies ist himmelweit von dem Begriff der Eigenverantwortung der Länder entfernt, wie sie sich viele der im Gesundheitswesen Tätige vorgestellt haben.

## Probleme:

**Die Umsetzung von IHP+:** Dies bietet den europäischen Gebern die Möglichkeit, die Zivilgesellschaft zusammenzubringen, um über die Vorteile und Gefahren der gepoolten Finanzierung zu sprechen. Zu den wichtigsten Fragen, die betrachtet werden müssten, gehören die Entscheidungsfindungsprozesse der Regierung; die Frage, wie Informationen seitens der Organisationen der Zivilgesellschaft eingebunden werden können; die Einrichtung von Finanzierungspools oder Körben, zu denen auch die Organisationen der Zivilgesellschaft Zugang haben; sowie die Einrichtung von Verfahren, um zu zeigen, wie das Geld zugeteilt wird und wie Ergebnisse nachgewiesen werden.

### Die von der Zivilgesellschaft erlebte

**Finanzierungskrise:** Es ist in Sambia von größter Wichtigkeit, dass die Regierung zur Rechenschaft gezogen wird, wenn die allgemeine Budgethilfe zu einer Optimierung der Ergebnisse im Gesundheitswesen führen soll. Eine Möglichkeit für die europäischen Geber bestünde darin, innerhalb der Budgethilfe Mittel für die Finanzierung der Zivilgesellschaft vorzusehen und gleichzeitig die allgemeine Budgethilfe mit Projektmitteln für diesen Zweck zu erhöhen.

**Allgemeine Budgethilfe:** Die allgemeine Budgethilfe und der ihr zu Grunde liegende Ansatz sind gut gemeint, aber sie helfen den Regierungen lediglich bei der Bewältigung gängiger Gesundheitsprobleme und nicht der außergewöhnlichen Probleme wie HIV/Aids und TB in Sambia. Die europäischen Geber sollten einen zweigleisigen Ansatz für die Finanzierung der Maßnahmen gegen HIV/Aids, TB und Malaria verfolgen, der erstens aus einer allgemeinen Budgethilfe und Sektorenhilfe und zweitens aus zusätzlicher Extra-Budgethilfe bestehen sollte, die man durch den Globalen Fonds zur Bekämpfung von Aids, Tuberkulose und Malaria (GFATM) kanalisieren könnte.

Die Erfahrungen in Sambia zeigen die Dringlichkeit eines konstruktiven Dialogs zwischen denjenigen, die das Gesundheitswesen reformieren, und denjenigen, die die Krankheiten kontrollieren. Ziel dieses Dialogs wäre die Entwicklung eines Modells, das sicherstellt, dass die Vorteile vertikaler Programme nicht durch dringende notwendige Bemühungen um eine Stärkung des Gesundheitssystems verloren gehen. Sambia könnte als Pilotland dienen, in dem diese Synergien mit dem Beginn von IHP+ untersucht werden.

<sup>15</sup> Interview mit dem UNICEF Gesundheitsberater, Lusaka, 21. Februar 2008

<sup>16</sup> Interview mit dem UNICEF Gesundheitsberater, Lusaka, 21. Februar 2008

<sup>17</sup> Health sector reform and tuberculosis control: the case of Zambia"; M.C.J. Bosman; veröffentlicht im International Journal of Tuberculosis and Lung Disease; Juli 2000.



## MOSAMBIK: Die Wirksamkeit der Hilfe wird durch eine Arbeitskräftekrise und eine mangelnde Beteiligung der Zivilgesellschaft behindert.

Foto:  
© Medicos del Mundo

Diese Fallstudie betrachtet die Wirksamkeit der Hilfe im Gesundheitssektor in einem von der Hilfe abhängigen Umfeld, das sich immer stärker auf die allgemeine Budgethilfe und beträchtliche neue Finanzierungsmittel für krankheitsspezifische Probleme durch globale Partnerschaften für das Gesundheitswesen hinbewegt. Sie überprüft die Auswirkungen auf die Beteiligung der Zivilgesellschaft und die Fortschritte in Richtung einer Arbeitsteilung im Gesundheitssektor.

### Kasten 7: Die Europäische Kommission und die Arbeitsteilung

Durch den Europäischen Entwicklungsfonds (EEF) unterstützt die Europäische Kommission die gerechte Ausweitung der Gesundheitsdienste und die Bemühungen um eine Linderung der Belastung durch HIV/Aids. Die Kommission wurde zum wichtigsten Partner der 18 Geber im Gesundheitswesen, die Beiträge zu den politischen Diskussionen erfolgen über den Rahmen des Gesamtsektorkonzepts. Doch der Prozess der Arbeitsteilung bleibt begrenzt. 1997 wurde eine Entscheidung erzielt, nach der sich jeder EU-Mitgliedstaat auf eine bestimmte Provinz konzentrieren sollte, was zu einer stärkeren Präsenz in manchen Provinzen führte.

Länderstrategiepapier der Europäischen Kommission zu Mosambik 2008 bis 2013

### Fortschritte bei den MDGs 4 und 5, aber immer noch ein weiter Weg

Die Lebenserwartung in Mosambik beträgt für Männer 41,5 und für Frauen 41,9 Jahre. Schätzung zufolge hat nur etwa die Hälfte der Bevölkerung in Mosambik Zugang zu Gesundheitsgrundversorgung. Die Gesundheitsausgaben werden auf neun US-Dollar pro Person und Jahr geschätzt, wobei 70 Prozent auf den öffentlichen Sektor entfallen. Ein großes Hemmnis für den Fortschritt ist der Mangel an geschulten Arbeitskräften im Gesundheitssektor: Hier finden wir die weltweit niedrigste Anzahl von Gesundheitspersonal pro Einwohner. Dennoch wurden im letzten Jahrzehnt beträchtliche Fortschritte

erzielt. Die Kindersterblichkeit konnte zwischen 1997 und 2003 um 32 Prozent verringert werden und sinkt weiterhin. Die Fortschritte im Hinblick auf die MDGs 4 und 5 bei Kindersterblichkeit und Gesundheit der Mütter verlaufen derzeit planmäßig, allerdings sind die Sätze immer noch sehr hoch<sup>18</sup>. Es ist unwahrscheinlich, dass das MDGs 6, die Eindämmung von HIV/Aids und anderer Infektionskrankheiten, bis zum anvisierten Jahr 2015 erreicht wird. Die HIV-Prävalenz bei Schwangeren (15 bis 49 Jahre) stieg von elf Prozent im Jahr 2000 auf 16 Prozent im Jahr 2004.

### Abhängigkeit, Budgethilfe und Wirksamkeit der Hilfe

Mosambik gehört weltweit zu den am stärksten von Hilfe abhängigen Ländern. Es gibt etwa 50 Geber im Land und die externe Hilfe wird auf 15 Prozent des BNE geschätzt. Im Allgemeinen scheinen sich die Geber an die Prinzipien der Pariser Erklärung zu halten, doch das Gebermanagement bleibt für die Regierung eine Herausforderung. Besonders besorgniserregend ist die fehlende Koordinierung der Geber, die sich an der Bekämpfung von HIV/Aids beteiligen. Die beträchtlich verstärkte Nutzung der Budgethilfe in Mosambik hat zwischen 2000 und 2004 einen Anstieg des Regierungsbudgets um 36 Prozent ermöglicht, wodurch die Haushalts- und Planungsprozesse besser von der Regierung geleitet werden können und ein höherer Anteil der öffentlichen Ausgaben der Prüfung des Parlaments unterliegt.

19 Geber leisten Budgethilfe, die etwa 25 Prozent der Gesamtentwicklungshilfe für Mosambik ausmacht. Diese Verlagerung bei den Hilfemodalitäten ermöglicht eine beträchtliche Verbesserung bei der Dienstleistung und den Ergebnissen. Die Gesundheitsdienstleistungen und die Anzahl der

Beschäftigten im Gesundheitswesen nahmen beispielsweise zwischen 2001 und 2004 jährlich um 3,7 Prozent bzw. sieben Prozent zu. Doch die Projekthilfe ist immer noch vorherrschend, und in einigen Sektoren (darunter der Gesundheitssektor) nimmt sie auch zu.

Mosambik gehört zu den acht Ländern der ersten IHP+-Kampagne. Eine vor kurzem durchgeführte Überprüfung des Gesundheitssektors kam zu dem Schluss, dass die Fortschritte zum Erreichen der Gesundheits-MDGs schleppend und die meisten Sachzwänge systemischer Natur sind. Zu den Gründen zählen eine unzureichende Koordinierung der Geberinitiativen, personelle Unterbesetzung und schwache Systeme, unangemessene Überwachung der Finanzierungen und Ergebnisse, begrenzte Fortschritte bei der Umsetzung der globalen Zusagen der Geber in konkrete Maßnahmen, zum Beispiel die Bereitstellung einer vorhersagbaren und langfristigen Finanzierung sowie ein unzureichendes multisektorales Konzept für das Erreichen der Gesundheitsziele.

<sup>18</sup> Obwohl die MDG 4 und 5 planmäßig verfolgt werden, liegt dies an den sehr schlechten Gesundheitsergebnissen in der Vergangenheit. Selbst mit Fortschritten sterben in Mosambik 13,8 Prozent der Kinder unter fünf Jahren (138 von 1.000 Kindern unter fünf), und zwar vor allem an Malaria, und die Müttersterblichkeit liegt bei 520 Todesfällen pro 100.000 Lebendgeburten, also eine von 16 Frauen stirbt direkt durch die Geburt eines Kindes.

## Probleme:

### **Integration des Globalen Fonds in das Gesamtsektorkonzept für Gesundheit:**

Die Integration des Globalen Fonds in das Gesamtsektorkonzept für Gesundheit im Jahr 2004 sowie in jüngerer Zeit die Verhandlungen mit der GAVI Alliance sind ein wegweisendes Beispiel dafür, wie vertikale Finanzierungsmechanismen angepasst werden können, um die Ländersysteme zu ergänzen und eine breiter angelegte Entwicklung des Gesundheitssektors zu unterstützen. Obwohl es immer noch Spannungen zwischen dem Gesundheitsministerium und den NRO bezüglich des Zugangs zu Mitteln für die Dienstbereitstellung gibt, hat der Beginn des Gesamtsektorkonzepts eine größere Beteiligung der Zivilgesellschaft an den politischen Entscheidungsprozessen ermöglicht und die Kommunikation und Kohärenz unter den NRO gefördert.

### **Arbeitskräftekrise im Gesundheitswesen:**

Mosambik mangelt es im gesamten Gesundheitswesen sehr an geschultem medizinischen und nicht medizinischen Personal. Dies wird nun als eines der Haupthemmnisse für den Fortschritt angesehen und die Förderung eines neuen Personalplans soll eine langfristige vorhersagbare Finanzierung sicherstellen, um die Anzahl der geschulten Mitarbeiter im Gesundheitswesen beträchtlich zu erhöhen.

### **Förderung der Gleichstellung der Geschlechter**

**– Umsetzung der Gesetzesvorschriften:** Die fehlende Gleichstellung der Geschlechter wird allmählich angegangen. Im Gesundheitswesen finanzieren Geber und Akteure Tätigkeiten, welche die Gleichstellung der Geschlechter, die Statusverbesserung der Frauen sowie die Reproduktionsrechte von Männern, Frauen und Heranwachsenden fördern. 2003 wurde ein Familiengesetz verabschiedet, mit dem eine breite Palette von Rechten gewährleistet werden soll, die den Frauen in Mosambik bisher vorenthalten waren. Man hofft, dass dieses Gesetz auf ein stärkeres Engagement der Regierung Mosambiks hinweist, sich mit der Gleichstellung der Geschlechter zu befassen und die Erfüllung der Rechte der Frauen und Mädchen zu verbessern. Allerdings wird die Umsetzung des Gesetzes in die Praxis Zeit brauchen.

### **Es ist mehr Raum für die Beteiligung der**

**Zivilgesellschaft notwendig:** Die Entwicklung einer starken, autonomen und politisch aktiven Zivilgesellschaft in Mosambik steckt noch in den Kinderschuhen. Die meisten Organisationen der Zivilgesellschaft sehen sich als Dienstbringer, die die von der Regierung gelassene Lücke füllen. Doch die Behörden lassen mehr und mehr Raum

für eine Überwachung und Beurteilung seitens der Zivilgesellschaft. Die Verlagerung hin zur Budgethilfe war aufgrund der Art der Verhandlungen, die sich um Fragen des Finanzmanagements der öffentlichen Gelder zwischen Gebern und Regierung drehten, einer stärkeren Miteinbeziehung der Zivilgesellschaft nicht dienlich. Auf der anderen Seite hat die Beteiligung des Globalen Fonds am Gesamtsektorkonzept eine bessere Miteinbeziehung der Zivilgesellschaft und der NRO begünstigt.<sup>19</sup>

### **Die Verlagerung der Hilfe hin zur Budgethilfe muss genau überwacht werden:**

Die zunehmenden Hilfsmittel haben eine beträchtliche Verbesserung bei der Dienstbringung und den Ergebnissen ermöglicht, aber die Ressourcen im Gesundheitssektor sind immer noch unzureichend und decken nur ausgewählte Gruppen der Bevölkerung ab. Hinsichtlich der Abdeckung und der Qualität dieser Dienste sind für ein Erreichen der Gesundheits-MDGs wesentliche Fortschritte notwendig. Ein Grund für den langsamen Fortschritt ist die Tatsache, dass die inländische Finanzierung gerechter Gesundheitsdienste mit öffentlichen Mitteln immer noch sehr gering ausfällt, obwohl es hier positive Entwicklungen zu geben scheint. Eine zusätzliche externe Unterstützung für den Gesundheitssektor in einer vorhersagbaren und abgestimmten Weise ist für das Erreichen der Gesundheits-MDG ganz wichtig<sup>20</sup>. Der derzeit auf dem politischen Dialog liegende Schwerpunkt sollte auf die Überwachung der Ergebnisse der Bereitstellung der Gesundheitsdienste verlagert werden, um mehr Aufmerksamkeit für Ergebnisse und Auswirkungen sicherzustellen.

### **Begrenzte Fortschritte bei der Arbeitsteilung im**

**Gesundheitssektor:** Trotz Verbesserungen in der Zusammenarbeit zwischen den Gebern in Mosambik beträgt die Budgethilfe immer noch nur etwa ein Viertel der Gesamthilfe und einige Geber erhöhen die Projekthilfe rascher als die Budgethilfe. Der Prozess der Arbeitsteilung in Mosambik ist immer noch begrenzt und es gibt weiterhin viele Geber im Gesundheitswesen, was ein größeres Hindernis für mehr Wirksamkeit der Hilfe darstellt.

<sup>19</sup> HLSP Institute, the Global Fund operating in a SWAp through a common fund. Januar 2007

<sup>20</sup> Länderstrategiepapier und Nationales Richtprogramm 2008 bis 2013 der Europäischen Gemeinschaft.

## **NIGER: Fortschritt bei den Gesundheits-MDGs erfordert mehr vorhersagbare Hilfe und einen stärkeren Schwerpunkt auf der Gesundheit der Frauen.**

Diese Fallstudie stellt die Zusammenarbeit zwischen der Regierung und den Entwicklungspartnern und vor allem zwischen den EU-Mitgliedsstaaten heraus. Sie behandelt die Wirksamkeit der Entwicklungshilfe, die Harmonisierung, vorhersagbare Finanzen sowie das Engagement zwischen Regierung, Gebern und Gruppen der Zivilgesellschaft. Sie befasst sich mit der Bedeutung der geschlechtsspezifischen Perspektive sowie mit der Notwendigkeit von mehr Finanzmitteln für die Gesundheit der Frauen.

### **Kasten 8: Freier Zugang zum Gesundheitswesen**

2006 wurden im Niger Kostenbefreiungen für Kinder unter fünf Jahren und für Schwangere eingeführt. Dies hat zu einem erheblich besseren Zugang der Armen zu den Gesundheitsdiensten geführt, aber diese Kostenbefreiungspolitik sollte auch auf andere Gesundheitsdienste für Frauen wie Entbindung und Versorgung nach der Entbindung ausgedehnt werden, um die Umsetzung des MDG 5 zu erleichtern. Nun ist eine langfristige Finanzierung dieser Initiative notwendig. Die Regierung des Niger und die Geber sollten sich selbst zur Finanzierung einer Politik zugunsten der Armen in den nächsten Jahren verpflichten; dies betrifft insbesondere die Geber, darunter vor allem die Weltbank, die das Land zur Einrichtung dieser Politik der kostenlosen Gesundheitsdienste ermutigt haben.

Mit der HDI-Position von 174 gilt Niger als eines der weltweit ärmsten Länder. Die Bevölkerung, die 2005 13,3 Millionen Menschen zählte, wächst um schätzungsweise 3,3 Prozent pro Jahr, und die Fertilitätsrate gehört mit 7,4 weiterhin zu den höchsten der Welt (2000/05, UNDP). Dieses rasche Bevölkerungswachstum ist mit einer Lebenserwartung bei der Geburt von 45,3 Jahren für Männer und Frauen gekoppelt. Die Mütter- und Kindersterblichkeitsraten sind

hoch, und dazu kommt noch eine hohe Anzahl unterernährter Kinder. Dies sind die wichtigsten Herausforderungen für die Regierung, wie sie in deren Armutsbekämpfungsstrategie aufgeführt sind. Die Gesundheitssituation stellt die Behörden vor große Probleme und das Erreichen der MDG 4 und 5 erfordert eine viel stärkere Aufmerksamkeit für die Zusammenhänge zwischen der Gesundheit der Frauen, ihrem Bildungsstand und der Achtung ihrer Rechte.

### **Finanzierung des Gesundheitssektors**

Obwohl die Bemühungen Nigers im Gesundheitssektor zu einer Verbesserung der Gesundheitsindikatoren des Landes geführt haben, kommt dem Gesundheitswesen im Strategiepapier zur Armutsmilderung noch nicht die gebührende Aufmerksamkeit zu. Die Zuweisungen der Regierung Nigers aus dem nationalen Haushalt für das Gesundheitswesen sanken zwischen 2001 und 2003<sup>21</sup>. Trotz einer höheren Zuweisung für das Gesundheitswesen in den Jahren 2006 bis 2008 bleiben die Investitionen der Regierung in das Gesundheitswesen auf einem niedrigen Stand.

Die Entwicklungshilfe aus dem Ausland wird auf etwa 15 Prozent des BNE (2005) geschätzt, weitere Mittel für den Gesundheits- und Bildungssektor werden durch Schuldenerlassfonds verfügbar, die durch ein Sonderprogramm des Kabinetts des Präsidenten verwaltet werden. Die wichtigsten Interessengruppen im Gesundheitswesen bedauern die nicht-technische und nicht-finanzielle Kohärenz dieses Programms im Nationalen Plan für den Gesundheitssektor.

### **Kasten 9: Frankreichs Hilfe für das Gesundheitswesen im Niger**

Frankreich unterstützt traditionell die Gesundheitsprioritäten des Niger. Der komparative Vorteil der französischen Regierung als Geber im Niger insbesondere hinsichtlich ihrer Unterstützung für eine bessere Abdeckung im Gesundheitswesen, der Verbesserung des Zugangs zur Gesundheitsversorgung und ihrer Qualität sowie die Priorisierung der Gesundheit von Mutter und Kind wurde in früheren Bewertungen sehr wohl anerkannt<sup>22</sup>. Die Reform der Mechanismen für die Entwicklungszusammenarbeit in Frankreich hat zu einer allmählichen Abnahme der technischen Unterstützung Frankreichs für den Niger gesorgt, obwohl der Niger eines der einzigen Länder in Westafrika bleibt, in denen der Gesundheitssektor als Kooperationsschwerpunktsektor für die öffentliche französische Entwicklungshilfe gewählt wurde. Doch vor dem derzeitigen Hintergrund der knappen Hilfsmittel in den Entwicklungsländern sollte Frankreich zuverlässige Richtigzusagen für die Gesundheitsentwicklungshilfe über das Jahr 2010 hinaus tätigen.

Die in Niger präsenten Mitgliedsstaaten der EU sind zunehmend besorgt über die Möglichkeit, dass sich die EK bei der Programmplanung des 10. Europäischen Entwicklungshilfefonds (EEF) aus dem Gesundheitssektor zurückziehen könnte, obwohl sie bekräftigt, dass sie im Rahmen der makroökonomischen Hilfe zur Entwicklung des

Gesundheitswesens beitragen wird. Diese Sorge ruht auf mangelnden deutlichen Nachweisen dafür, dass die allgemeine Budgethilfe in den AKP-Staaten zu einer nachweislichen Verbesserung bei den Gesundheitsergebnissen oder der Erbringung der Gesundheitsdienste geführt hat.

<sup>21</sup> Republik Niger und WHO. Nationale Konten für das Gesundheitswesen. Haushalt 2004. August 2006.

<sup>22</sup> CREDES. Beurteilung der Unterstützung Frankreichs für die Kommune II von Niamey. Abschlussbericht. Dezember 2003.

## Verlagerung in Richtung Programmunterstützung und gemeinsame Leistungsüberwachung

Im Allgemeinen weisen die interviewten Kommentatoren darauf hin, dass es gute Fortschritte bei der Harmonisierung gegeben hat, beispielsweise die allmähliche Verlagerung von den „Projektkonzepten“ hin zu den „Programmkonzepten“. Dies wird vom Nationalen Plan für den Gesundheitssektor 2005 bis 2009 unterstützt, der vom Gesundheitsministerium in Zusammenarbeit mit den Entwicklungshilfepartnern auf der Grundlage vorhandener Regionaler Gesundheitspläne erarbeitet wurde. Die Dezentralisierung der Finanzierung des Gesundheitsministeriums bis zur Stufe der Regionen und Bezirke muss ebenfalls anerkannt werden. Auch die Überwachungs- und Überprüfungsarbeiten machen mit gemeinsamen nationalen und regionalen Foren zwischen den Gesundheitsbehörden und den Entwicklungshilfepartnern Fortschritte und sie leisten einen Beitrag zur jährlichen Planung der Maßnahmen im Gesundheitssektor. Es wurde ein Common Foreign Financing Management Fund (Gemeinsamer Fonds für das Management der ausländischen Mittel) eingerichtet, in den Mittel der Weltbank und der französischen Entwicklungsagentur einfließen.

Einige Entwicklungshilfepartner haben jedoch Bedenken, dass die Gesundheitsbehörden und öffentlichen Institutionen noch nicht in der Lage sind, die Sektoren- oder Budgethilfe mit der

erwarteten Wirksamkeit und Qualität zu verwalten. Auszahlungsverzögerungen in den Jahren 2006 und 2007 haben andere Partner nicht gerade ermutigt, dem Common Fund beizutreten. Dennoch werden die Belgische Agentur für Technische Zusammenarbeit (Belgian Technical Cooperation) sowie Agenturen der Vereinten Nationen, die im Gesundheitssektor tätig sind, eventuell erwägen, sich diesem Fonds anzuschließen.

Die Arbeitsteilung zwischen der Europäischen Kommission und den EU-Mitgliedstaaten. Der Europäische Verhaltenskodex wurde zwar nicht offiziell im Niger implementiert, doch die Partner aus der Europäischen Union melden, dass die Zusammenarbeit zwischen den Gesundheitsbehörden im Niger, der Kommission und den EU-Mitgliedstaaten hervorragend sei. Frankreich, Belgien und die Delegation der Kommission arbeiten eng zusammen und zwar vor allem auf zentraler Ebene, um dem Gesundheitsministerium mehr institutionelle Hilfe zu geben. Dennoch sollte die vorhandene Koordinierung und Harmonisierung zwischen den Gebern und dem Gesundheitsministerium und vor allem zwischen den internationalen technischen Assistenten verstärkt werden. Die deutliche Gliederung zwischen bilateraler Hilfe und globalen Programmen muss verbessert werden.

### Probleme:

**Mangelnde Harmonisierung der Hilfeverfahren und fehlende Hilfevorhersagbarkeit im Gesundheitssektor:** Manche Agenturen – insbesondere die UN-Agenturen – implementieren weiterhin Projekte oder Programme mit ihren eigenen Zielen, Planungsprozessen, Zeitplänen und Überwachungsverfahren. Diese fehlende Anpassung an die Agenda und die Politik des Gesundheitsministeriums beeinträchtigt die Wirksamkeit der Hilfe.

**Fehlende vorhersagbare Hilfe:** Auch die Sorge über die mangelnde Vorhersagbarkeit der Hilfe für den Gesundheitssektor im Niger wächst und dies betrifft vor allem die Finanzierung des Kostenbefreiungsprogramms sowie die externe technische Unterstützung. Die Regierung Nigers hat Schwierigkeiten mit der Haushaltsplanung, da die Geberbeiträge nicht vorhersagbar sind. Für ein besseres Management der öffentlichen Finanzen sollten die Geber Richtigzusagen für die Entwicklungshilfe über einen mehrjährigen Zeitraum machen und die Hilfe vorhersagbarer auszahlen.

**Stärkung der Gesundheitssysteme und Arbeitskräftekrise im Gesundheitswesen:** Die Arbeitskräftekrise sollte für alle Priorität haben. Die Ministerien für Gesundheit, Wirtschaft und Finanzen, die Geber und die Zivilgesellschaft müssen einen klaren Plan für die Bewältigung dieser Krise, zur

Schulung und zur Bindung von Personal ausarbeiten. Die Geber sollten einen intensiveren Dialog zwischen den Ministerien unterstützen, um die Verpflichtung von Abuja einzuhalten, nach der 15 Prozent der öffentlichen Ausgaben für die Deckung der Humanressourcenkosten in den Gesundheitssektor fließen sollen.

**Gleichstellung und Gesundheit der Frauen:** Für einen besseren Zugang zur Gesundheitsversorgung sollten Regierung, Geber und Zivilgesellschaft daran arbeiten, die Unterschiede zwischen den städtischen und ländlichen Gebieten abzubauen, und zwar vor allem durch Entwicklung von Weiterbehandlungsdiensten, medizinischen Transporten, Geburtshilfenotdiensten und chirurgischer Versorgung. Die Versorgungsgleichstellung von Männern und Frauen erfordert auch Aufmerksamkeit in einem Land, in denen die Frauen keine Entscheidungsbefugnisse, wenig Bildungsmöglichkeiten, keinen Landbesitz oder kein eigenes Vermögen haben, was für sie die Gesundheitsversorgung unerschwinglich macht. Es muss vor allem auf eine langfristige und nachhaltige Finanzierung der Kostenbefreiungspolitik geachtet werden.





# ÄTHIOPIEN: Die richtige Balance finden zwischen der Eigenverantwortung des Landes und der der Regierung

Foto:  
© Gideon Mendel,  
Corbis/Actionaid

Die vorliegende Fallstudie konzentriert sich auf die Rolle des Globalen Fonds zur Bekämpfung von Aids, Tuberkulose und Malaria (GFATM) und untersucht, inwieweit die Unterstützung durch diese Institution im Einklang mit den Bemühungen um die Wirksamkeit der Hilfe sowie den diesbezüglichen Prinzipien steht.

2006 startete die äthiopische Regierung das zweite Armutsbekämpfungsprogramm für den Zeitraum 2006 bis 2011, auch bekannt als PASDEP II (Programme for Accelerated Sustainable Development to End Poverty<sup>23</sup>), das sich ganz an den MDGs orientiert.

Äthiopien hat ein seit jeher stark zentralisiertes Gesundheitssystem mit vorwiegend vertikalen Programmen. Aufgrund der bedenklichen Gesundheits- und sozioökonomischen Bedingungen der Bevölkerung startete die Regierung eine Reform des Gesundheitssystems, die sich auf eine auf 20 Jahre ausgelegte Strategie, das Health Sector Development Programme (HSDP) stützt. Eines der Hauptprobleme, die das HSDP lösen soll, ist der beträchtliche Personalmangel im Gesundheitswesen.

## Der Globale Fonds in Äthiopien

Mit den bis dato bereitgestellten 419 Millionen US-Dollar ist Äthiopien das Land, das vom Globalen Fonds die größten Zuwendungen empfangen hat. Dies entspricht ca. 80 Prozent der von der Regierung bereitgestellten Mittel für das Gesundheitswesen. Die Gelder werden parallel zu anderen speziellen Fonds und Finanzhilfen verschiedener UN-Organisationen bereitgestellt. Eines der von den Befragten benannten Hauptprobleme besteht darin, dass die umfangreichen Mittel aufgrund der begrenzten Kapazitäten nur beschränkt vom Gesundheitssystem des Landes genutzt werden können. In den letzten Jahren wurden 50 Prozent des von der Regierung für den Gesundheitssektor vorgesehenen Jahresbudgets wegen der geringen Managementkapazitäten nicht verwendet.

Auch im Hinblick auf die Funktionsweise des GFATM innerhalb des Landes werden zahlreiche Probleme genannt. Das Hauptproblem ist zweifellos die Macht und Funktionsweise der Koordinierungsstelle des Landes (Country Coordinating Mechanism, CCM). Trotz seiner heterogenen Zusammensetzung wird der äthiopische CCM von der Regierung dominiert; andere beteiligte Gruppen, insbesondere die Zivilgesellschaft, sind kaum vertreten. Auch die Beteiligung des Privatsektors ist aufgrund des verfolgten Entscheidungsfindungsansatzes sehr gering. Die Leistung des CCM ist daher zwar nicht hinsichtlich seiner Zusammensetzung fragwürdig, die genau den vom Fonds vorgegebenen Kriterien

Auf 35.000 Einwohner kommt schätzungsweise nur ein Arzt. Für diese chronische Arbeitskräftekrise im Gesundheitswesen muss ungedingt eine Lösung gefunden werden. Der Globale Fonds und in ihm vertretene Länder wie zum Beispiel Italien müssen politische Bestrebungen zur Aufstockung der Arbeitskräfte im Gesundheitssystem fördern und zwar sowohl auf der Fachkraft- als auch auf der Managementebene.

entspricht, sehr wohl aber im Hinblick auf den Umfang, in dem die Nichtregierungsmitglieder effektiv vertreten und beteiligt sind, angefangen bei den Vertretern der Zivilgesellschaft.

Unter den „Unterempfängern“ (Sub-Recipients) sind äußerst wenige zivilgesellschaftliche Gruppen vertreten, die in die Durchführung von Aktivitäten involviert sind. Darüber hinaus bevorzugt der äthiopische CCM zentrale Regierungsbehörden gegenüber regionalen und lokalen („Woreda“) Behörden. Aufgrund des ungünstigen Repräsentationsverhältnisses im CCM werden die Woreda nicht zu Strategien konsultiert, die auf lokaler Ebene umgesetzt werden sollen. Als Begründung für das Übergehen von Interessenvertretern gibt die Regierung die vom Fonds vorgegebenen engen Fristen an. Um die starke Dominanz der Regierung im äthiopischen CCM zu überwinden, sollte der Globale Fonds gezielt darauf hinwirken, dass Nichtregierungsvertreter, einschließlich des privaten Sektors, bei der Zuweisung von Ressourcen und wichtigen gesundheitspolitischen Entscheidungen sehr viel stärker einbezogen werden. Da Äthiopien eines der Länder ist, die für Italien bei der Entwicklungszusammenarbeit Priorität haben, sollte die italienische Regierung für eine stärkere Einbeziehung der Zivilgesellschaft und lokalen Verwaltungsorgane im äthiopischen CCM eintreten.

<sup>23</sup> Das Vorgängerprogramm für den Zeitraum 2002 bis 2005 war das SDPRP (Sustainable Development and Poverty Reduction Programme)

## Probleme:

### Der Globale Fonds und relevante Pariser

**Grundsätze:** Es wurde Besorgnis über die Vorgehensweise des Globalen Fonds geäußert. Es sind zwar Erfolge bei der Bekämpfung von HIV/Aids und Malaria zu verzeichnen, aber die Zivilgesellschaft, der Privatsektor und regionale Interessenvertreter sollten stärker an Entscheidungen über die Art der Verwendung der vom Globalen Fonds bereitgestellten Hilfe beteiligt werden.

### Eigenverantwortung und Harmonisierung:

Derzeit ist die zentrale Regierung der einzige Akteur mit engen Beziehungen zum Globalen Fonds. Die Akteure der lokalen Verwaltung werden indes nicht angemessen an der Festlegung der nationalen Prioritäten oder der Pflege der Beziehung zwischen Regierung und Globalem Fonds beteiligt. Die regionalen Behörden haben daher keine Möglichkeit, sich an der Festlegung und Umsetzung der vom Globalen Fonds finanzierten Prioritäten und Strategien zu beteiligen. Die regionalen Interessenvertreter werden weder zu Konsultationen während der Projektentwicklungsphase eingeladen, noch, so scheint es, haben sie Gelegenheit, die Arbeitspläne, für die sie später zuständig sind, zu prüfen. Da in den zentral beschlossenen Arbeitsplänen die lokalen Prioritäten und Bedürfnisse nicht berücksichtigt werden, erhalten notwendige komplementäre Aktivitäten keine finanzielle Unterstützung<sup>24</sup>. Als Gegenargument wird angeführt, dass diese zentralisierte Vorgehensweise gewährleistet, dass die Maßnahmen des Fonds in Äthiopien im Einklang mit den auf nationaler Ebene entwickelten Plänen und Prioritäten stehen. Die Geber- und Empfängerregierungen müssen sich in punkto Ressourcenverteilung und Programmumsetzung aktiv für partizipative und integrative Entscheidungsverfahren einsetzen.

**Harmonisierung des Globalen Fonds innerhalb der allgemeinen Gesundheitsstrukturen:** In Äthiopien gibt es seit vielen Jahren eine Gruppe für Entwicklungshilfe (Development Assistance Group – DAG), über die zwischen mehr als 40 bilateralen und multilateralen Agenturen, Akteuren

der Zivilgesellschaft und des privaten Sektors Informationen ausgetauscht und Aktivitäten koordiniert werden. Es scheint, dass die vom Globalen Fonds finanzierten Aktivitäten sich immer mehr zu einem integralen Bestandteil der nationalen Gesundheits- und multisektoralen Pläne entwickeln. Der Globale Fonds sollte seine aktive Rolle in der Development Assistance Group beibehalten, um zu gewährleisten, dass seine Pläne mit den nationalen Gesundheits- und multisektoralen Plänen sowie den Aktivitäten anderer Geber in Einklang stehen.

### Vernachlässigung der Gleichstellung von

**Frauen und Männern:** In einer kürzlich präsentierten Untersuchung<sup>25</sup> wurde mit Besorgnis festgestellt, dass sich die Bemühungen um die Gleichberechtigung von Frau und Mann lediglich auf die Beteiligung von Frauen am CCM beschränken. Dies habe zur Folge, dass es keine Programme gebe, die sich mit den biologischen und sozialen Gründen für die Erkrankungsanfälligkeit von Frauen, der Geschlechterdiskriminierung und den damit verbundenen Problemen wie Gewalt aufgrund der Geschlechterzugehörigkeit befassen, heißt es. In punkto Gesundheit hat man sich bislang einzig mit der Übertragung von HIV der Mütter auf die Kinder beschäftigt.

Der Globale Fonds hat kürzlich ein Papier veröffentlicht, das einen geschlechtsspezifischen Ansatz fordert und bestätigt, dass Vieles dafür spricht, die Gender-Thematik, HIV/Aids und die sexuelle und reproduktive Gesundheit enger miteinander zu verknüpfen<sup>26</sup>.

Die italienische Regierung und der Globale Fonds sollten Dienstleistungen für sexuelle und reproduktive Gesundheit fördern, die Prävention und Behandlung der drei epidemischen Krankheiten (HIV/Aids, TB und Malaria) in das Angebot integrieren und den Kampf gegen die Gewalt gegen Frauen – insbesondere in vorstädtischen und ländlichen Gebieten – vorantreiben und die Integration der Gender-Thematik auf allen politischen Ebenen sicherstellen.

#### Kasten 10: Italiens Rolle beim Globalen Fonds und in Äthiopien

Italien gehört zu den Ländern, die den GFATM am meisten unterstützen. Mit seinem bis 2003 geleisteten finanziellen Beitrag ist Italien nach den Vereinigten Staaten der zweitwichtigste Geldgeber des Globalen Fonds. Auf diese erste besonders aktive Phase folgten einige Jahre der Trägheit, die mit der Nichtzahlung der für 2004 zugesagten Beiträge und der Verzögerung der anschließenden Zahlungen ihren Höhepunkt erreichten. 2007 zahlte die italienische Regierung nachträglich 260 Millionen US-Dollar und war das erste Land, das in Vorauszahlung seinen Beitrag für 2008 leistete. Damit erlangte Italien den Status als einer der größten Geber des Fonds wieder.

Die italienische Delegation hat außerdem von Anfang an als einziger zivilgesellschaftlicher Vertreter (den italienischen Beobachter für Global Action against HIV/AIDS) eingebunden.

Das italienisch-äthiopische Kooperationsprogramm fügt sich in das PASDEP ein und bezieht verschiedene Sektoren ein, darunter auch der Gesundheitssektor und die Bekämpfung von HIV/Aids, Malaria und Tuberkulose. Berücksichtigt man die über bilaterale und multilaterale Kanäle erfolgten Zuwendungen und die von Nichtregierungsorganisationen geförderten Projekte, flossen 2006 von Italien über 86 Millionen Euro nach Äthiopien. Der Beitrag Italiens zum Health Sector Development Programme (HSDP) belief sich in den Jahren 2003 bis 2008 auf ca. 16 Millionen Euro.

<sup>24</sup> Stillman, Kate und Sara Bennett, September 2005: Systemwide Effects of the Global Fund: Interim Findings from Three Country Studies. Bethesda (Maryland, USA): The Partners for Health Reform plus Project, Abt Associates Inc., September 2005

<sup>25</sup> International Centre for Research on Women ICRW (2004): „Civil Society Participation in Global Fund Governance: What Difference does it make?“ Vorläufige Forschungsergebnisse (Juni 2004), [www.theglobalfund.org](http://www.theglobalfund.org)

<sup>26</sup> Fact Sheet: Ensuring a Gender Sensitive Approach in Global Fund proposals, The Global Fund, Mai 2008.

# BOLIVIEN: Entwicklung eines neuen integrativen Gesundheitssystems für alle

Diese Fallstudie untersucht die veränderte politische Situation nach der Amtsübernahme der neuen Regierung, die neue Schwerpunkte wie die indigene Bevölkerung und ihr kulturelles Erbe in die Politik aufgenommen hat.

## Bekämpfung der Ausgrenzung der indigenen Bevölkerung

Armut, Ungleichheit und Ausgrenzung sind in Bolivien seit jeher weit verbreitet, insbesondere in der indigenen Bevölkerung, die fast die Hälfte der Gesamteinwohner stellt. Die 9,8 Millionen Bolivianer sind überwiegend junge Menschen (ca. 40 Prozent unter 14 Jahre)<sup>27</sup> und gehören zu mehr als 50 Prozent indigenen Völkern an. Die Gesamtlebenserwartung liegt für Männer bei 63,0 Jahren und für Frauen bei 67,5 Jahren. Sechs von zehn Bolivianern leben unter der Armutsgrenze. Betroffen sind vor allem der ländliche Raum und die indigene Bevölkerung.

Die sozialistische Regierung, die seit 2006 im Amt ist, hat versucht, die große Armut und die ungerechte Einkommensverteilung in der bolivianischen Gesellschaft mit dem im Juni 2006 erlassenen neuen staatlichen Entwicklungsplan für ein besseres Leben in einem würdigen, souveränen, produktiven und demokratischen Bolivien (National Development Plan – PND) zu bekämpfen. Der bolivianische Gesundheitssektor umfasst derzeit den öffentlichen Sektor, das Sozialversicherungssystem (Sparfonds) und den privaten Sektor (NRO, Kirchen), die jedoch alle separat agieren. Mit dem PND soll diese Trennung überwunden werden, indem ein gemeinschaftsbasiertes Gesundheitssystem und eine

allgemeine Krankenversicherung etabliert werden.

Hinsichtlich der Zuständigkeit des bolivianischen Staats und der Beteiligung der Zivilgesellschaft ist festzuhalten, dass es Gesundheitsräte auf staatlicher, regionaler und lokaler Ebene gibt. Mit der Strategie der sozialen Mobilisierung soll der Stellenwert der Gesundheit unter Männern und Frauen, in den Gemeinden und in der bolivianischen Familie verbessert werden. Das Gesundheitsbewusstsein soll durch die Förderung des mündigen, sich aktiv beteiligenden Bürgers geschärft werden.

Für diese Zwecke gibt es ein spezielles Programm unter dem Titel „Soziales Management, soziale Mobilisierung und soziales Monitoring“ mit Initiativen wie einem „Projekt für soziale Macht“, das es Bürgerinnen und Bürgern ermöglicht, die Qualität und Quantität sogenannter „Elementargüter“ zu überprüfen, dem Projekt „Bündnis mit sozialen Bewegungen“ als breitem Aufruf an die Gesellschaft, einen nationalen Konsens zu Alternativen und Lösungen für strukturelle und politische Probleme im Gesundheitssektor zu finden, und dem Projekt „Nationale, regionale und lokale Gesundheitsräte“.

## Ein neues Konzept von einem gerechten Gesundheitssystem, das der traditionellen Kultur Rechnung trägt

Das PND-Konzept für den Gesundheitssektor beinhaltet u. a. die Förderung eines nationalen, unterstützenden und fürsorglichen Gesundheitssystems (eines einzigen, interkulturellen und gemeinschaftsbasierten Gesundheitssystems), das aber vor allem Krankheiten vorbeugt und bei den gesundheitsbestimmenden Faktoren ansetzt. Ziel ist ein demokratisches System, in dem es niemanden ohne Krankenversicherung geben soll. Die Integration der traditionellen und Volksmedizin spielt im PND für das staatliche Gesundheitssystem eine wichtige Rolle. Der aktuelle staatliche Gesundheitsplan beinhaltet einen speziellen strategischen Gesundheitsplan (Plan Estratégico de Salud – PES) für 2006 bis 2010. Dieser wiederum sieht vor, dass es bis 2010 „ein einziges Gesundheitssystem geben soll, zu dem alle Zugang haben, das die ursprünglichen Kulturen respektiert und durch die traditionelle Medizin bereichert wird. Das staatliche Gesundheitssystem soll integrativ und gerecht sein und die Solidarität

fördern; es soll dezentral und qualitativ hochwertig sein und an der Spitze soll das Ministerium für Gesundheit und Sport stehen. Im Mittelpunkt sollen die gesundheitsbestimmenden Faktoren stehen sowie die Förderung der Beteiligung der Bevölkerung. Die Menschen sollen motiviert werden, sich fit zu halten, Sport zu treiben und sich für ihr Recht auf Gesundheit einzusetzen“.

Bei den zentralen Gesundheitsindikatoren sind Fortschritte zu verzeichnen. So stieg beispielsweise der Anteil der Frauen, die pränatale Leistungen in Anspruch nehmen, von 29 Prozent im Jahr 1998 auf 37 Prozent im Jahr 2003<sup>28</sup>. Auch die Müttersterblichkeit ging zurück, wenngleich sie mit 229 pro 100.000 Geburten nach wie vor sehr hoch ist. Trotzdem sind unbedingt zusätzliche Anstrengungen notwendig, um so große Fortschritte zu erzielen, dass die MDGs erreicht werden können.

<sup>27</sup> Volkszählung 2001. Bolivien

<sup>28</sup> Ministerium für Gesundheit und Sport. Gesundheitsstatistiken. Jahr 2006. SNIS (Sistema Nacional de Información en Salud)

## Wirksamkeit von Hilfen und Beziehungen zu Gebern

Laut Angaben der Regierung beläuft sich die bilaterale und multilaterale öffentliche Entwicklungshilfe (Official Development Assistance – ODA) für das Gesundheitswesen auf 394 Millionen US-Dollar. In den letzten Jahren ist die Zahl der Geber für Bolivien zurückgegangen. Aktive bilaterale Geber sind derzeit Belgien, Kanada, Frankreich, Japan, Spanien und die EU. Auch USAID ist vertreten, allerdings sind die Beziehungen zur bolivianischen Regierung derzeit sehr angespannt. Anders als im Bildungssektor gibt es keine „Basket-“ oder sektorspezifische Finanzierung für den Gesundheitssektor und nur Kanada strebt dies aktiv an.

### Probleme:

**Ungleichbehandlung von Mann und Frau:** Das Einkommen von Frauen beträgt durchschnittlich 61 Prozent des Einkommens der Männer. Trotz einiger rechtlicher Reforminitiativen sind Frauen immer noch benachteiligt. Die Chancengleichheit von Männern und Frauen manifestiert sich im Gesundheitsbereich: Der mangelnde Zugang von Frauen zu Gesundheitsleistungen ist ein bekanntes Problem und die Indikatoren für sexuelle und reproduktive Gesundheit, beispielsweise in punkto Müttersterblichkeit und Morbidität, sind schlecht. Frauen, die beispielsweise in städtischen Gebieten wohnen, sind sehr viel besser informiert (98 Prozent) als Frauen in ländlichen Gebieten (87 Prozent). Die Familienplanung ist nicht zufriedenstellend: 23 Prozent der mit einem Partner zusammenlebenden Frauen haben keinen Zugang zu Familienplanungsangeboten. Moderne Verhütungsmittel werden, anders als in anderen Ländern dieser Region, wenig verwendet. Umfragen zufolge werden sie nur von 35 Prozent der mit einem Partner zusammenlebenden Frauen und 39 Prozent der Frauen, die nicht mit ihrem Partner zusammenleben, genutzt<sup>29</sup>.

**Zivilgesellschaftliche Bewegungen:** Es gibt 99 registrierte nationale und internationale NRO mit Entwicklungsaktivitäten im Gesundheitssektor. Die EU ist neben anderen Organisationen aus europäischen Ländern ein wichtiger Geldgeber. Die Zivilgesellschaft ist sowohl aktiv beteiligt als auch aktiv engagiert und es gibt mehrere NRO-

Die Abstimmung der staatlichen Systeme untereinander ist ebenfalls relativ schlecht, so dass die meisten Hilfen von Gebern nicht über nationale Systeme laufen. Es gibt jedoch Initiativen zur Verbesserung der Rechenschaftslegung, die das Vertrauen von Gebern in die Systeme stärken soll. Vor kurzem wurde ein Dekret (Decreto Supremo) erlassen, das Bezug zur Pariser Erklärung nimmt und den Wunsch der bolivianischen Regierung bekräftigt, die internationale Kooperation im Rahmen des PND zu harmonisieren. Das Dekret wird als positive Entwicklung zu verstärkter Transparenz und Wirksamkeit gewertet.

Koordinierungsmechanismen, allen voran PROCOSI. Die Rolle der Zivilgesellschaft, die diese für eine bessere Erfüllung der Rechenschaftspflicht spielen kann, ist weithin bekannt, und die Einbindung von indigenen Völkern und Frauengruppen, die bis zum Amtsantritt der jetzigen Regierung ausgeschlossen waren, darf durchaus hervorgehoben werden.

**Eine Regierung, die Verantwortung und eine Führungsrolle übernimmt:** Bolivien erlebt derzeit einen historischen Wandel, der sich auch auf die internationale Zusammenarbeit niederschlagen wird. Derzeit werden die Harmonisierungsbestrebungen zum einen noch durch die anfälligen staatlichen Systeme, die das Vertrauen der Geber schwächen, erschwert und zum anderen durch die Tatsache, dass die Geber ihre Hilfen nicht korrekt ausweisen. Für den Gesundheitssektor gibt es bislang noch keine spezielle Basket-Finanzierung, und die Koordinierungsbemühungen sind noch immer ein wenig ziellos. Die Regierung arbeitet hart daran, im Gesundheitssektor eine stärkere Führungsrolle einzunehmen, und ist dabei, einige Dezentralisierungsprobleme anzugehen. Auch wenn das System immer noch stark fragmentiert, versprengt und von Ausgrenzung geprägt ist, gibt es doch Versuche, dies mit der vorgeschlagenen Entwicklung einer allgemeinen Krankenversicherung und der Einführung eines Familiengesundheitsversorgungsmodells auf eine Mindestmaß zu reduzieren.

### Kasten 11: Die Rolle der Entwicklungszusammenarbeit Spaniens

Schwerpunkt der spanischen Zusammenarbeit ist nach wie vor die Stärkung der öffentlichen Gesundheitssysteme, insbesondere die Bekämpfung der Mütter- und Kindersterblichkeit, sowie der Auswirkungen weit verbreiteter und vernachlässigter Krankheiten. Der strategische Rahmen der Landesstrategie für Bolivien sieht wie folgt aus:

#### 1. Stärkung der Einrichtungen der öffentlichen Gesundheitssysteme; Prioritäten:

Stärkung des Gesundheitsministeriums: Unterstützung bei der Definition staatlicher politischer Politiken und der Umsetzung eines sektorspezifischen Ansatzes.

Unterstützung bei der Planung einer Politik der Dezentralisierung und Entflechtung regionaler und lokaler Regierungszuständigkeiten mit dem Ziel, allen Menschen einen gerechten Zugang zum Gesundheitswesen zu gewährleisten. Einsatz für mehr Effizienz bei der lokalen Verwaltung und Konsolidierung der Informations- und Monitoringsysteme (SNIS), Personalschulungen.

#### 2. Verbesserung der sexuellen und reproduktiven Gesundheit mit dem Ziel, die Müttersterblichkeit zu reduzieren.

#### 3. Bekämpfung von weit verbreiteten und vernachlässigten Krankheiten.

#### 4. Förderung der Umsetzung interkultureller, traditioneller und in das staatliche System integrierter Gesundheitsansätze zur Verbesserung des Zugangs zu Gesundheitsleistungen und der Behandlung von Krankheiten, insbesondere in ländlichen Gebieten.

<sup>29</sup> UNFPA. Country Programme Document for Bolivia. July 2007.

# INDONESIEN: Rückgang bilateraler Hilfen für das Gesundheitswesen und staatliche Bestrebungen in Richtung Eigenverantwortung

Indonesien, einem Land, das durch eine große Bevölkerung und eine erhebliche Armutsquote charakterisiert ist. Untersucht wurde u.a. das soziale und regionale Ungleichgewicht im Zusammenhang mit dem Erreichen der MDGs im Gesundheitswesen, der mangelnde Zugang zum Gesundheitswesen, der Mangel an qualifizierten Gesundheitsfachkräften sowie die mangelnde Beteiligung der Zivilgesellschaft. Dies wurde vor dem Hintergrund rückläufiger bilateraler Hilfen für das Gesundheitswesen und staatlicher Bestrebungen nach Eigenverantwortung analysiert. Wie in anderen Teilen Asiens – einschließlich der Länder mit mittlerem Einkommen – müssen die Geberländer bei der Zuweisung ihrer finanziellen Hilfen die hohen, absoluten Zahlen der in Armut lebenden Menschen in Indonesien berücksichtigen.

## Fortschritte bei den MDGs für das Gesundheitswesen

Mit 220 Millionen Einwohnern ist Indonesien das Land mit der viertgrößten Bevölkerung der Welt. Mehr als 25 Prozent der Bevölkerung leben nach Weltbank-Definition in Armut<sup>30</sup>. Ein Großteil des beträchtlichen Wirtschaftswachstums und der Fortschritte, die nach der Unabhängigkeit 1945 erzielt wurden, fielen der Finanzkrise in Asien 1997 zum Opfer. Die Folge ist eine signifikante Verschlechterung der Gesundheitsindikatoren. Trotz der Aufstockung des Gesundheitsbudgets von 2,6 Prozent im Jahr 2001 auf 4,2 Prozent im Jahr 2005 sind die Staatsausgaben für Gesundheit niedriger als die anderer asiatischer Länder<sup>31</sup>. Indonesien wird die MDGs 5 und 6

(Gesundheit von Müttern sowie HIV/Aids, Malaria und andere übertragbare Krankheiten) wahrscheinlich nicht erreichen<sup>32</sup>. Die Müttersterblichkeitsrate lag 2002 bei 307 Todesfällen pro 100.000 Geburten und liegt – einer neuen, noch nicht veröffentlichten Studie des UNFPA zufolge, derzeit bei ca. 400 Todesfällen und mehr pro 100.000 Geburten<sup>33</sup>. Indonesien ist auf dem Weg, das MDG 4 (Kindersterblichkeit) zu erreichen, doch die Durchschnittszahlen verschleiern große Abweichungen und Ungleichgewichte zwischen Regionen und Klassen, so dass scheinbare Erfolge kritisch überprüft werden müssen<sup>34</sup>.

## Mangelnder Zugang der armen Bevölkerung zu Gesundheitsdiensten

Der Zugang zu Gesundheitsdiensten schwankt je nach geografischer Lage, Einkommen und ist oft auch geschlechtsabhängig, wobei ein Großteil der staatlichen Ausgaben in die sekundäre und tertiäre Gesundheitsversorgung fließt (Krankenhäuser)<sup>35</sup>. Besonders Frauen haben nur unzureichenden Zugang zu medizinischen Diensten, insbesondere während der Schwangerschaft, bei und nach der Geburt. Dies resultiert in einer nach wie vor vergleichsweise hohen Müttersterblichkeitsrate. Für die Familienplanung sind größtenteils die Frauen zuständig<sup>36</sup>, erschwert durch den unzureichenden Zugang zu Verhütungsmitteln, die zudem nicht kostenlos sind<sup>37</sup>. Die hohe Müttersterblichkeitsrate ist außerdem auch eine Folge unprofessioneller (illegaler) Abtreibungen<sup>38</sup>.

Ca. 55 Prozent der Gesundheitsausgaben werden „aus der eigenen Tasche gezahlt“<sup>39</sup> und eines der Hauptprobleme besteht darin, dass große Bevölkerungsteile nicht krankenversichert sind. Nur ca. 20 Prozent der Bevölkerung sind über den Staat

oder andere Angestelltensysteme versichert.<sup>40</sup> Für finanziell Bessergestellte gibt es einen wachsenden Markt in der privaten Gesundheitsversorgung. Ein beträchtlicher Teil der Bevölkerung befindet sich jedoch in illegalen Beschäftigungsverhältnissen und/oder ist in Betrieben beschäftigt, die ihrer gesetzlichen Versicherungspflicht nicht nachkommen.<sup>41</sup> 2005 startete die Regierung eine neue Strategie mit dem Ziel, den Ärmsten der Bevölkerung den Zugang zu Gesundheitsdiensten zu ermöglichen. Eine „Versicherung für Arme“ (ASKESKIN) bietet eine Versicherungskarte für kostenfreie Behandlungen. Auch wenn das ASKESKIN-System einige Probleme aufweist – das offensichtlichste besteht darin, eine gerechte Definition zu finden, mit der abgegrenzt werden kann, wer arm genug ist, um die Karte zu bekommen sowie in der sehr hohen Nachfrage, die sehr viel höhere Kosten nach sich zieht als erwartet – ermöglicht es vielen armen Menschen zum ersten Mal in ihrem Leben den Zugang zum Gesundheitssystem.

<sup>30</sup> BMZ (Hrsg.): Länder und Regionen: Indonesien. [www.bmz.de/de/laender/partnerlaender/indonesien/index.html](http://www.bmz.de/de/laender/partnerlaender/indonesien/index.html) (Zugriff am 22.03.2008). Annähernd 50 % der Indonesier müssen der Klassifizierung der Weltbank zufolge mit weniger als 2 US-Dollar/Tag auskommen und sind von Armut bedroht, 18 % leben mit weniger als 1 US-Dollar/Tag in bitterer Armut, Weltbank: Making the New Indonesia, 2006, S. X–XI.

<sup>31</sup> Weltbank: Indonesia Public Expenditure Review 2007, S. 56.

<sup>32</sup> WHO (Hrsg.): Country Health System Profile: Indonesien, S. 22ff. [www.searo.who.int/en/section313/section1520\\_6822.htm](http://www.searo.who.int/en/section313/section1520_6822.htm) (Zugriff am 11.11.2007). Weltbank: Indonesia Public Expenditure Review, 2007, S. 53. Vgl. auch Gesundheitsministerium (Hrsg.): Health Development Plan Towards Healthy Indonesia 2010, 1999, S. 4–5.

<sup>33</sup> WHO (Hrsg.): Country Profile of Women's Health and Development in Indonesia, 2007, S. 60 und Weltbank: Indonesia Public Expenditure Review, 2007, S. 54, WHO (Hrsg.): Country Health System Profile: Indonesien sowie Interview mit Michelle Vizzard (AUSAID), 15.02.2008.

<sup>34</sup> Für Kinder besonders armer Familien besteht im Vergleich zu Kindern von Familien, die besser gestellt sind, ein viermal höheres Risiko, vor Erreichen des fünften Lebensjahres zu sterben, und Menschen in ländlichen und abgelegenen Regionen weisen ein sehr viel höheres Gesundheitsrisiko auf. WHO (Hrsg.): Country Health System Profile: Indonesien, S. 22ff. Weltbank: Indonesia Public Expenditure Review, 2007, S. 53. Vgl. auch Gesundheitsministerium: Health Development Plan Towards Healthy Indonesia, 1999, S. 4–5. WHO (Hrsg.): Country Health System Profile: Indonesien WHO (Hrsg.): Indonesien und WHO (Hrsg.): National Health System Profile, S. 26. Vgl. auch Weltbank (Hrsg.): Improving Indonesia's Health Outcomes, S. 1. <http://siteresources.worldbank.org/INTEAPREGTOPHEANUT/Resources/health.pdf> (Zugriff am 21.03.2008).

<sup>35</sup> Weltbank: Indonesia Public Expenditure Review, 2007, S.56 und Interview mit Melania Hidayat (UNFPA), 19.02.2008.

<sup>36</sup> WHO (Hrsg.): Using Human Rights for Maternal and Neonatal Health, 2006, S. 14.

<sup>37</sup> Interviews mit Ibu Henni (Lessan), 20.02.2008, und Melania Hidayat (UNFPA), 19.02.2008.

<sup>38</sup> WHO (Hrsg.): Country Profile of Women's Health and Development in Indonesia, 2007, S. 61.

<sup>39</sup> Weltbank: Indonesia Public Expenditure Review, 2007, S. 61.

<sup>40</sup> ebenda. S. 62.

<sup>41</sup> Interview mit Franz von Roenne (GTZ), 14.02.2008.

## Mangel an qualifizierten Gesundheitsfachkräften

Das Gesundheitssystem hat große Probleme mit der Qualität und der geografischen Verteilung der Fachkräfte im Gesundheitswesen, vor allem in ärmeren und abgelegenen Gebieten. Zudem gibt es zu wenig gut ausgebildete Gesundheitsfachkräfte, insbesondere Hebammen<sup>42</sup>, sowie eine hohe Personalfuktuation und die Arbeitskräfte konzentrieren sich in größeren Städten<sup>43</sup>. Wegen der niedrigen staatlichen Löhne sind über drei Viertel der im

Gesundheitssektor Beschäftigten gezwungen, zusätzlich privat zu arbeiten, was ihre Verfügbarkeit für den staatlichen Sektor erheblich einschränkt<sup>44</sup>. Hebammen, die in abgelegenen Regionen eingesetzt werden, wechseln, wie Ärzte und Krankenpfleger, in Gebiete mit höherer Bevölkerungsdichte, da sie in Dörfern kaum Aussichten auf ein höheres Gehalt haben<sup>45</sup>.

### Kasten 12: Deutschlands Entwicklungszusammenarbeit mit Indonesien

Wenngleich das Thema Gesundheit in der deutsch-indonesischen Entwicklungszusammenarbeit lange Zeit eines der Hauptgebiete war, beschloss Deutschland im Herbst 2007, seinen Schwerpunkt auf andere Gebiete zu verlagern, d. h. Klimaschutz, wirtschaftliche Entwicklung und Dezentralisierung. Im Rahmen der letzten Regierungsverhandlungen einigte man sich auf eine ODA-Gesamtsumme von 86 Millionen Euro, von denen lediglich zwei Millionen Euro für die Analyse der Gesundheitspolitik und drei Millionen für die Vogelgrippe bereitgestellt werden<sup>46</sup>. Die bislang erfolgreichen Gesundheitsprojekte haben im Rahmen dieser Politik, die die Nachhaltigkeit der Projekte gefährdet, keine Aussichten darauf, ausgebaut zu werden.

## Koordinierung

In Indonesien sind verschiedene multilaterale Geber aktiv, zum Beispiel die WHO, die Weltbank, die asiatische Entwicklungsbank sowie UN-Organisationen. Bilaterale Hauptgeberländer sind Australien, Deutschland, Japan, das Vereinigte Königreich und die Vereinigten Staaten. Deutschland war eines der wichtigsten Hauptgeberländer im Gesundheitssektor (s. Kasten 12). Nur ein sehr kleiner Anteil der Hilfen erfolgt in Form von Budgethilfen<sup>47</sup>, da die meisten multi- und bilateralen Geber die klassische Projekthilfe bevorzugen. Die Koordinierung der Geber im Gesundheitssektor hat sich als teilweise erfolgreich erwiesen (s. Kasten 13). In den letzten Jahren hat die indonesische

Regierung unter ihrer Führung in Eigenverantwortung verschiedene Einrichtungen zur Verbesserung der Koordinierung von Gebern untereinander wie auch mit staatlichen und lokalen Beamten geschaffen. Am vielversprechendsten scheint die im Januar 2008 neu gegründete Koordinationsinitiative Health Sector Coordinating Committee (HSCC), deren funktionale Effizienz jedoch abzuwarten bleibt. Das „Forum für ein gesundes Indonesien“, ein Koordinierungsorgan im Gesundheitssektor, hat indes wegen des nachlassenden Interesses des Gesundheitsministeriums seine regelmäßigen Treffen eingestellt.

### Kasten 13: Gute Koordinierung der Geber und individuelle Verantwortung in Ost- und West-Nusa Tenggara

Die Projekte in beiden Provinzen zeigen gute Ergebnisse hinsichtlich der Harmonisierung der verschiedenen Geber und der Stärkung der Position lokaler Partner, die von Anfang an aktiv Verantwortung für Aktivitäten übernommen haben. Bestes Beispiel ist der „Jour Fix“, ein regelmäßiges Treffen der wichtigsten Interessenvertreter in diesen Provinzen zur Koordinierung ihrer Aktivitäten. Ein konkretes Koordinierungsbeispiel ist die Entscheidung des DFID, ein GTZ-Projekt in dieser Region zu kofinanzieren: Die zusätzlichen Gelder des DFID ermöglichten die Erweiterung des bereits bestehenden GTZ-Projekts um eine weitere Komponente unter dem Titel „Schwangerschaft sicher machen“<sup>48</sup>.

Auch das „Blaubuch“-System und die Umgestaltung der Kampagne „Desa Siaga“ (wachsames Dorf) veranschaulichen die Bemühungen Indonesiens um Koordinierung und nationale Eigenverantwortung. Mit ausländischen Mitteln finanzierte Projekte müssen zentral vom Planungsministerium genehmigt und in das „blaue Buch“ eingetragen werden, bevor das

zuständige Ministerium über die Umsetzung und Finanzierung diskutieren kann<sup>49</sup>. Das „Desa Siaga“-Konzept wurde 2005 umgestaltet, um die unteren Ebenen des Gesundheitssystems zu stärken und es in allen 80.000 Dörfern Indonesiens einzuführen<sup>50</sup>.

<sup>42</sup> Vgl. auch Koblinsky: Reducing Maternal Mortality, 2003, S.113-121.

<sup>43</sup> Weltbank: Indonesia Public Expenditure Review, 2007, S. 67.

<sup>44</sup> WHO (Hrsg.): Country Health System Profile: Indonesien, S. 36.

<sup>45</sup> Mempersiapkan bidang di era otonomi, Feb. 2008, S. 17 - 19 stellt fest, dass es in 70 % der Dörfer keine Hebammen gibt. Vgl. auch Hartono: Puskesmas, Feb.2008, S. 32 und WHO (Hrsg.): Using Human Rights for Maternal and Neonatal Health, 2006, S. 20 zur schlechten Ausbildung für Hebammen und ihrem kurzen Verbleib in Dörfern. Vgl. auch Interview mit Ute Jugert und Loesje Sompie (GTZ), 14.02.2008, sowie Laura Guarenti (WHO), 15.02.2008.

<sup>46</sup> Interview mit Volker Sowade, BMZ 17.01.2008

<sup>47</sup> Z. B. von der Weltbank. Interview mit Claudia Roxk (Weltbank), 19.02.2008, Dr. Widiyarti (Gesundheitsministerium), 20.02.2008.

<sup>48</sup> Schmidt-Ehry: SISKES Plus, Annual Report for Distribution 2007, GTZ 2008, S. i.

<sup>49</sup> Vgl. Interviews mit lokalen Bezirks- und Provinzbeamten, 22.02.2008. Vgl. Bakti Husada/NTB: Provincial Health Master Plan, 2006, und Interview mit Dr. Widiyarti (Gesundheitsministerium), 19.02.2008.

<sup>50</sup> Vgl. Gesundheitsministerium (Hrsg.): Guidelines for establishing Alert Villages/ Desa Siaga, 2006

<sup>51</sup> Interview mit Dr. Widiyarti (Gesundheitsministerium), 20.02.2007.

<sup>52</sup> Entscheidung vom Herbst 2007. Dennoch laufen einige gesundheitsspezifische Projekte bis 2010.

<sup>53</sup> Andererseits gibt es in puncto Dezentralisierung einen etablierten Mechanismus für die Koordinierung der Geber. Vgl. Aid Effectiveness Case Study, 2006.

<sup>54</sup> Vgl. Interview mit Dr. Widiyarti (Gesundheitsministerium), 20.02.2008.

## Rückläufige Bilaterale Hilfe für das Gesundheitswesen

Es ist besorgniserregend, dass sich mehrere Akteure aus dem Gesundheitssektor zurückgezogen haben: 2007 die EU<sup>51</sup>, und nach 2010 wird Deutschland seine Prioritäten vom Gesundheitswesen wegverlagern, wenngleich die indonesische Regierung versucht hat, das Gesundheitswesen als eine seiner zentralen Prioritäten aufrechtzuerhalten<sup>52</sup>. Auch multilaterale Geber ziehen sich aus Gesundheitsprojekten zurück, um sich auf die Koordinierung der Gesundheitspolitik mit der WHO, der Weltbank und der ADB, über

die verschiedene Studien und technische Hilfen finanziert werden, zu konzentrieren, während UNFPA und UNDP vor allem beratend tätig sind<sup>53</sup>. Es scheint die Meinung zu herrschen, dass Indonesien über ausreichende finanzielle Mittel für das Gesundheitswesen verfügt und keine internationale Hilfe benötigt. Deutschlands Absicht, sich aus dem Gesundheitssektor zurückzuziehen, wird als sehr kritisch betrachtet, da dies die Nachhaltigkeit deutscher Projekte gefährdet.

## Neue Gesundheitsinitiativen

Derzeit sucht man nach internationalen Gesundheitspartnern, um neue Ressourcen für das Gesundheitswesen zu erschließen, allerdings gibt es hierfür in Indonesien nur beschränkte Einflussmöglichkeiten. Eine zentrale Finanzierungsquelle ist der GFATM, aber bislang wurden Indonesien für jede Krankheit nur zwei Anträge (also insgesamt sechs) bewilligt. Die

Entscheidung des GFATM, dass Indonesien in der siebten Runde trotz der D2H-Initiative (s. Kasten 14) keine Mittel erhält, ist sehr umstritten. Eine andere Initiative greift einen Vorschlag der GAVI-Allianz auf; im Falle einer Bewilligung stünden Ressourcen für den Ausbau des Gesundheitssystems zur Verfügung. Mit dieser Initiative ist auch das bereits erwähnte Health Sector Coordinating Committee (HSCC) verknüpft.

### Kasten 14: Initiativen des GFATM (Globaler Fonds zur Bekämpfung von Aids, Tuberkulose und Malaria): Debt to Health (D2H)

Die im Rahmen der D2H-Initiative durch Schuldenerlass frei werdenden finanziellen Mittel sollten in den Gesundheitssektor fließen, insbesondere zur Bekämpfung der drei am weitesten verbreiteten Krankheiten HIV/Aids, Malaria und Tuberkulose. 2007 unterzeichneten Deutschland und Indonesien eine Vereinbarung, mit der Deutschland dem Land einen Schuldenerlass in Höhe von 50 Millionen US-Dollar gewährt. Die Vereinbarung sieht vor, dass die Hälfte der Mittel dem Gesundheitssektor zur Verfügung gestellt wird und dies über den GFATM läuft. Trotzdem wurde Indonesiens Antrag vom Globalen Fonds abgelehnt. Die indonesischen NRO sind der Auffassung, dass die Absage in der Sorge über mögliche Korruption begründet sein könnte. Die dringend zur Vorbeugung der weiteren Ausbreitung von HIV/Aids benötigten Mittel sind nun Teil des GFATM-Budgets, obwohl diese Gelder für Indonesien bestimmt sind, und die indonesische Regierung hat keinerlei Zugriff darauf.

Quelle: Bundesrepublik Deutschland: Memorandum 2007

## Probleme:

### Rückläufige bilaterale Hilfen für das

**Gesundheitswesen:** Die Entscheidung Deutschlands, die Hilfe für den Gesundheitssektor einzustellen, kommt für viele überraschend, da deutsche Projekte von Vertretern des Gesundheitsministeriums, lokaler Regierungen und anderer bi- und multilateraler Organisationen sehr geschätzt werden. Selbst wenn andere Geber oder Gesundheitsinitiativen wie der GFATM beschließen, dem Gesundheitssektor mehr Mittel zur Verfügung zu stellen, kann dies die deutschen Projekte nicht einfach ersetzen. Die Zusammenarbeit im Gesundheitssektor sollte fortgesetzt werden, damit die Versprechen Deutschlands, eine stärkere Harmonisierung zugunsten der Armen zu gewährleisten und die Gesundheits-MDGs zu erreichen, eingehalten werden können. Angesichts der rückläufigen Zahl von Partnerschaften mit Ländern, für die der Gesundheitsbereich bei der Entwicklungszusammenarbeit eine prioritäre Rolle spielt, hat es den Anschein, dass Deutschlands Zusagen in punkto Gesundheits-MDGs lediglich Lippenbekenntnisse sind.

### Staatliche Bemühungen um Eigenverantwortung:

Die indonesische Regierung beklagt, dass ausländische Geber der physischen Infrastruktur höheren Wert beimessen als der Verbesserung des Gesundheitssystems und dass es zu viele separate vertikale Projekte gibt. Die indonesische Regierung bemüht sich deshalb seit vielen Jahren, die Hilfen

zu koordinieren, zum Beispiel durch die Einführung von „blauen Büchern“ (s. oben)<sup>54</sup>. Zudem hat das indonesische Gesundheitsministerium sehr klare Spezifikationen für die Gesundheitspolitik entwickelt, wie zum Beispiel das Konzept „Desa Siaga“ (wachsames Dorf), für deren Umsetzung jedoch Geber wie Deutschland benötigt werden.

### Mangelnde Einbeziehung der Zivilgesellschaft:

Im Gesundheitssektor sind diverse NRO unterschiedlicher Art aktiv. Sie werden weder von staatlicher Seite noch vonseiten der Geber ausreichend in die staatliche Gesundheitspolitik integriert und dort, wo es eine Zusammenarbeit gibt, kommen die NRO in den meisten Fällen nur für Umsetzungszwecke zum Einsatz. Die Zivilgesellschaft wird nicht ausreichend von den entsprechenden Organen beachtet und hat insbesondere mit dem mangelnden Informationszugang zu kämpfen.

## KAPITEL DREI:

# SCHLÜSSELASPEKTE UND HERAUSFORDERUNGEN FÜR EINE ERHÖHUNG DER WIRKSAMKEIT VON HILFEN IM GESUNDHEITSEKTOR

### **Fortschritte bei Harmonisierung und Anpassung, aber unzureichende Berücksichtigung von Eigenverantwortung, Verantwortlichkeiten und Ergebnissen**

Action for Global Health stellt fest, dass die Verbesserung der Wirksamkeit von Hilfeleistungen eine wesentliche Voraussetzung dafür ist, Verbesserungen im Gesundheitssektor und größere Fortschritte in Richtung der Gesundheits-MDGs zu erreichen. Um die Wirksamkeit von Hilfen beurteilen zu können, ist es wichtig, alle in der Pariser Erklärung festgehaltenen Grundsätze zu beachten. Fast alle Länderfallstudien haben ergeben, dass die Geberregierungen gezielt daran arbeiten, ihre Gesundheitshilfen besser zu koordinieren. In Sambia beispielsweise gibt es seit mehreren Jahren einen speziellen Ansatz für den Gesundheitssektor, um die Koordinierung der Geber sicherzustellen. In Indonesien hat die Regierung vor kurzem einen Koordinierungsausschuss für den Gesundheitssektor (Health Sector Coordinating Committee) eingerichtet, um die Koordinierung der Geber zu verbessern. Mosambik arbeitet zurzeit an der Umsetzung neuer Hilfsansätze wie allgemeine Budgethilfen (GBS), sektorspezifische Budgethilfen (SBS) und Pooled-Funding-Arrangements im Rahmen sektoraler Ansätze (SWAp), um die Koordinierung von Geberleistungen zu verbessern, während in Niger der Common Foreign Financing Management Fund eingerichtet wurde, um die Finanzhilfen der Weltbank und der französischen Entwicklungsagentur zusammenzuführen. In Bolivien allerdings sind die Bemühungen um die Koordinierung von Geberleistungen kaum zielgerichtet und werden durch die Fragilität der staatlichen Systeme behindert, was wiederum das Vertrauen der Geber in die Regierung des Landes unterminiert.

Das vor kurzem in drei der Fallstudien-Länder (Äthiopien, Mosambik und Sambia) eingeführte IHP+-Programm ist ein Indiz für die verstärkten Bemühungen, Hilfeleistungen und nationale Gesundheitskonzepte und -strategien aufeinander abzustimmen. Die Indonesien-Studie hebt zudem die Bemühungen globaler Gesundheitspartner wie

des Globalen Fonds und der GAVI-Allianz hervor, ihre zielgerichteten Programme mit den nationalen Gesundheitsplänen abzustimmen. Allerdings zeigt die Fallstudie aus Niger, dass einige UN-Organisationen weiterhin eigene Projekte und Programme durchführen, ohne diese mit den Plänen des Gesundheitsministeriums abzustimmen.

Das Prinzip der Eigenverantwortung der Länder zeigt gewisse Fortschritte, wenngleich es weiterhin Spielraum bei der Interpretation dieses Prinzips und seiner Anwendung auf nationaler Ebene gibt. Die Entwicklung hin zu allgemeinen Budgethilfen in Sambia und Mosambik wird von den Gebern als Fortschrittsindikator gewertet, allerdings besteht weiterhin das Problem, ob diese unter die Eigenverantwortung des Landes oder die Eigenverantwortung der Regierung fallen; die Beteiligung von nicht der Regierung angehörenden Akteuren erweist sich als begrenzt. Der Blick auf die Aktivitäten des Globalen Fonds in Äthiopien zeigt deutlich, dass selbst klare Strukturen und Prozesse bei einer stark zentralisierten Regierung schwierig zu implementieren sein können.

Die beiden verbleibenden Grundsätze der Pariser Erklärung – ergebnisorientiertes Management und gegenseitige Rechenschaftspflicht – finden weiterhin keine ausreichende Beachtung. Dort, wo globale Gesundheitspartnerschaften existieren, scheinen die Fortschritte im Bereich ergebnisorientiertes Management größer zu sein. In Äthiopien beispielsweise fällt der Rückgang der HIV-Prävalenzrate, die Verteilung von 20 Millionen insektizidbeschichteten Insektenschutznetzen und der Rückgang der Kindersterblichkeit durch Malaria um 50 Prozent zusammen mit der Erhöhung der Ressourcen des Globalen Fonds. Andere Geber vermitteln nicht den Eindruck, sich mit dem gleichen Nachdruck für ergebnisorientiertes Handeln



eingesetzt zu haben, wengleich in Niger und Sambia Leistungskontrollmechanismen eingerichtet wurden. Die Fallstudie aus Mosambik zeigt eindeutig den Bedarf nach einem politischen Dialog, um die Ergebnisse der Leistungen im Gesundheitswesen messen zu können.

In einigen Fallstudien werden Bedenken hinsichtlich der Rechenschaftspflicht aufseiten der Geber und der nationalen Regierungen geäußert, insbesondere im Zusammenhang mit ODA-Leistungen, die über allgemeine Budgethilfen laufen. Besonders bedenklich sind die begrenzten Möglichkeiten der

## **Neue Harmonisierungsinitiativen für gesundheitswesenspezifische ODA**

Die Diskussionen in diesem Bericht bezüglich IHP+, Arbeitsteilung in der EU, globale Kampagne für die Millenniumsentwicklungsziele und andere, noch spezifischere, neue Initiativen wie die Debt-to-Health (D2H)-Initiative demonstrieren das sehr reelle Risiko einer zu großen Zahl von Ideen mit unterschiedlichen Schwerpunkten und unterschiedlichen Verfechtern.

Zivilgesellschaft, ihre Regierungen für die effektive Auszahlung von Hilfsgeldern zur Rechenschaft zu ziehen, so zum Beispiel in Sambia, Mosambik und Indonesien. In Äthiopien werden ähnliche Bedenken geäußert, ergänzt um den Hinweis auf die mangelnden Möglichkeiten der regionalen Behörden, die Zentralregierung zur Rechenschaft zu ziehen.

Die nachstehenden Abschnitte enthalten nähere Erläuterungen zu einigen der entscheidenden Herausforderungen, die es zu bewältigen gilt, damit die Grundsätze der Pariser Erklärung vollständig auf ODA für das Gesundheitswesen angewendet werden.

Die Geber- und Empfängerregierungen müssen sorgfältig überprüfen, wie diese Initiativen optimal miteinander verknüpft, koordiniert und gegebenenfalls rationalisiert werden können, um sicherzustellen, dass sie tatsächlich zur Verbesserung der Effizienz der Hilfeleistungen im Gesundheitssektor beitragen.

Foto:  
© Lahcène Abib,  
MdM

## Das Arbeitsteilungskonzept der EU

Das Arbeitsteilungskonzept scheint hinsichtlich des Ziels der Harmonisierung und Abstimmung von Hilfeleistungen durchaus geeignet. Weitere Fortschritte auf diesem Gebiet könnten die Belastungen für die Empfängerregierungen reduzieren und mehr Klarheit für Hilfskonzepte und Finanzhilfen bringen. So könnte beispielsweise auf der Basis fester Kriterien, die mit der Empfängerregierung und allen wichtigen beteiligten Gebern zu vereinbaren wären, ein leitender Akteur bestimmt werden. Dieser leitende Akteur sollte ein klares Mandat als Vertreter der anderen EU-Akteure erhalten; als Grundlage denkbar wäre eine jährlich zu erneuernde Vereinbarung zwischen den betreffenden Mitgliedsstaaten, der Europäischen Kommission und dem betreffenden Land. Diese Vereinbarung sollte den Dialog über das Gesundheitswesen mit der Regierung, die Koordinierung der Hilfe (einschließlich technischer Hilfe) sowie Kontroll- und Überprüfungsmechanismen regeln. Es wäre ratsam, jetzt die Auswahl eines leitenden EU-Akteurs für das Gesundheitswesen in den ersten unter die IHP+-Initiative fallenden Ländern in Betracht zu ziehen. Ähnliche Aktivitäten sollten in Ländern mit substanziellen Finanzierungslücken im Gesundheitswesen unternommen werden, ebenso in Krisenländern oder ehemaligen Krisenländern, in denen die derzeitige Unterstützung nicht gut koordiniert ist.

## Komplementarität von Hilfsinstrumenten für das Gesundheitswesen

Die Zahl der ODA-Quellen im Bereich des Gesundheitswesens ist, wie bereits erwähnt, in den letzten Jahren stark gestiegen, insbesondere die globalen Gesundheitspartnerschaften. Regierungsvertreter der Empfängerländer berichten häufig, dass die große Zahl all dieser Initiativen sie überfordert und dass die Vielzahl der Hilfsmechanismen für die einzelnen Länder häufig zu komplex und kaum überschaubar ist.

Es müsste Aufgabe der Länder sein, eine Reihe sich ergänzender Hilfsmechanismen bereitzustellen und diese dem Prinzip der Harmonisierung entsprechend miteinander zu verknüpfen. Wo geeignete Bedingungen gegeben sind und die Hilfen hauptsächlich über die allgemeine Budgethilfe laufen, muss entsprechend viel Aufmerksamkeit darauf verwendet werden, umfassende Leistungsvorgaben (Erträge und Ergebnisse) für das Gesundheitswesen festzulegen, zu dem auch Themen wie die geschlechtliche Gleichstellung, Rechenschaftspflicht und Beteiligung der Zivilgesellschaft gehören.

Die Fallstudien zeigen, dass sektorspezifische und allgemeine Budgethilfen zwar zu einer Erhöhung der vom Land bereitgestellten Ressourcen führen, die Bedürfnisse marginalisierter und gefährdeter Bevölkerungsgruppen aber dennoch leicht übersehen werden und das Ergebnis nicht immer in einem akzeptablem Zeitrahmen erreicht wird. In Mosambik beispielsweise ermöglichte die verstärkte Nutzung von Budgethilfen in den Jahren 2000 bis 2004 ein Wachstum des Regierungshaushalts um 36 Prozent und führte zu besseren Serviceleistungen und

Mosambik ist ein Beispiel für Fortschritte bei der Koordination – die Einigung von 19 Gebern (G-19) auf einen koordinierten Rahmenplan hat eine erhebliche Wandlung der Beziehungen zwischen der Regierung und den Gebern bewirkt. Die Geber profitieren von einem konsistenten Leistungsrahmen und einem einheitlichen politischen Dialog mit der Regierung und können kurzfristige Finanzierungen wesentlich besser planen. Der noch bevorstehende Weg ist zwar lang, aber die Veränderung der Modalitäten für Hilfeleistungen in Mosambik scheint eine deutliche Verbesserung der Leistungen und Ergebnisse im Gesundheitswesen mit sich gebracht zu haben.

In Sambia wurde 2003 die „Like-Minded Donor Group“ (Gruppe gleichgesinnter Geber) eingerichtet, bestehend aus sieben europäischen Gebern. Es wurde eine „Troika“ gebildet, der die Europäische Kommission, die schwedische internationale Entwicklungsagentur und das britische Ministerium für internationale Entwicklung angehören.

Vergleichbares war in Niger zu beobachten: Obwohl der EU-Verhaltenskodex für Arbeitsteilung dort nicht offiziell verabschiedet wurde, gibt es eine gute Kooperation zwischen den Gesundheitsbehörden, der Europäischen Kommission, Frankreich und Belgien.

Ergebnissen; so stieg beispielsweise das jährliche Wachstum der Anzahl der Gesundheitseinrichtungen zwischen 2001 und 2004 um 3,7 Prozent und die Zahl der Beschäftigten um sieben Prozent. Allerdings muss festgestellt werden, dass diese Verbesserungen nur ausgewählten Bevölkerungsgruppen zugute kamen und die inländischen öffentlichen Finanzmittel für ein gerechteres Gesundheitssystem weiterhin gering sind.

Wenngleich die Statistiken der Europäischen Kommission zeigen, dass die sektorspezifische Budgethilfe in Sambia zu einer Erhöhung der vom Land bereitgestellten Mittel für das Gesundheitswesen geführt hat<sup>55</sup>, äußerten sowohl Geber als auch zivilgesellschaftliche Gruppen Bedenken. Sie hoben hervor, dass Budgethilfen die Möglichkeiten der Zivilgesellschaft einschränkten, sei es hinsichtlich des Zugangs zu Finanzmitteln für Serviceleistungen zugunsten unterversorgter Bevölkerungsteile oder ihrer Möglichkeiten, dafür zu sorgen, dass die Sambische Regierung ausreichend Mittel für die dringendsten Probleme im Gesundheitswesen bereitstellt. In Sambia wurde es als besonders besorgniserregend angesehen, dass HIV/Aids weiterhin eine außerordentliche Bedrohung darstellt, für die die herkömmlichen Finanzierungsmechanismen der Regierung nicht ausreichen. Es bedürfte dringend zusätzlicher Finanzhilfen, die wiederum nicht zu erwarten sind, so lange die Mittel für das Gesundheitswesen über die Budgethilfe laufen.

<sup>55</sup> Interview mit Dr. Derek Fee (Delegationsleiterin, Europäische Kommission) und Emilio Olivetti, Lusaka, 21. Februar 2008.

<sup>56</sup> Weltbevölkerungsbericht des UNFPA 2007.

Ein weiterer Kritikpunkt gegenüber der allgemeinen Budgethilfe lautet, dass sie es unmöglich macht zu kontrollieren, ob bei der Nutzung der Mittel beide Geschlechter gleichberechtigt berücksichtigt werden. Viele Regierungen messen Leistungen für die sexuelle und reproduktive Gesundheit keine Priorität bei, da es sich um ein kontroverses Thema handelt, das deshalb lieber außer Acht gelassen wird, obwohl die Mittel für die ländlichen Gebiete sowie für die Slums am Rande der Großstädte, in denen in den Entwicklungsländern 50 Prozent der Bevölkerung leben, dringend aufgestockt werden müssten<sup>56</sup>.

Es ist wichtig, dass die Geber realisieren, dass es keine Einheitslösung für alle gibt und manche

nationalen Regierungen eine Reihe unterschiedlicher Mechanismen benötigen, um die Bedürfnisse des Gesundheitswesens in ihrem Land zu befriedigen. Außerdem müssen die Geber und die nationalen Regierungen bei der Auswahl und beim Management der verschiedenen Hilfsmechanismen deren Koordinierung, Komplementarität und Kohärenz sicherstellen, um optimale Ergebnisse für das Gesundheitswesen zu erzielen.

#### Kasten 15: Die sechs Bausteine eines Gesundheitssystems

##### **(Strengthening Health Systems to Improve Health Outcomes – WHO's Framework for Action, Everybody's Business; Genf, WHO 2007)**

- Gute Gesundheitsdienstleistungen zeichnen sich durch eine wirksame, sichere, hochwertige individuelle und allgemeine Gesundheitspflege aus: für alle, die sie benötigen, wann und wo immer sie benötigt wird sowie bei minimaler Verschwendung von Mitteln.
- Leistungsstarke Gesundheitsfachkräfte zeichnen sich dadurch aus, dass sie schnell erreichbar sind und fair und effizient arbeiten, um im Rahmen der verfügbaren Mittel und der jeweiligen Gegebenheiten das bestmögliche Gesundheitsresultat zu erzielen (d. h. ausreichend viele und gerecht verteilte Arbeitskräfte; Fachkräfte, die kompetent, gut erreichbar und produktiv sind).
- Ein gut funktionierendes Gesundheitsinformationssystem zeichnet sich durch die Produktion, Analyse, Verbreitung und Nutzung zuverlässiger und rechtzeitiger Informationen zu gesundheitsbestimmenden Faktoren, Leistungen des Gesundheitssystems und zum Gesundheitsstatus aus.
- Ein gut funktionierendes Gesundheitssystem gewährleistet den gleichberechtigten Zugang zu Grundmedikamenten, Impfungen und nachweislich hochwertigen, sicheren, effizienten und kostengünstigen Technologien sowie deren wissenschaftlich sinnvollen und kosteneffizienten Einsatz.
- Ein gutes Gesundheitsfinanzierungssystem ist mit ausreichenden Mitteln für die Gesundheitspflege ausgestattet, die sicherstellen, dass die Menschen alle wichtigen Dienstleistungen in Anspruch nehmen können, und sie davor bewahren, durch die Bezahlung dieser Leistungen finanziell ruiniert und/oder in die Armut getrieben zu werden. Es bietet Anbietern wie Nutzern Anreize für möglichst hohe Effizienz.
- Eine starke, verantwortungsvolle Staatsführung zeichnet sich durch die Vorgabe eines strategischen politischen Rahmenwerks sowie eine effektive Aufsicht, die Bildung von Koalitionen, die Vorgabe gesetzlicher Regelungen, eine sorgfältige Gestaltung des Systems und Verantwortlichkeit aus.

## Stärkung der langfristig planbaren Hilfen für Gesundheitssysteme

Die Fallstudie aus Niger verdeutlicht zudem die Wichtigkeit langfristig planbarer Hilfen. Die Regierung hat ein Kostenbefreiungsprogramm für Kinder unter fünf Jahren, Schwangere und Kinderschutzimpfungen eingeführt, hat aber aufgrund der unsicheren Geberzusagen Probleme, ein langfristiges Budget für dieses Programm aufzustellen.

Obwohl viele Geber bemüht sind, langfristige Unterstützung zu bieten, stehen die politischen Gegebenheiten, beispielsweise im Falle eines Regierungswechsels im Geberland, diesem Wunsch häufig entgegen. Eine mögliche Lösung wäre die Nutzung nicht-bilateraler Mechanismen. Hierzu müssten die großen internationalen Fonds in der Lage und bereit sein, Mechanismen für längerfristige Finanzierungen anzubieten. Es gibt bereits einige interessante Initiativen wie die IFFIm und die der

„MDG Contracting“-Initiative zugrundeliegenden Ideen. Sowohl die GAVI-Allianz als auch der Globale Fonds arbeiten an der Entwicklung von Möglichkeiten zur finanziellen Unterstützung der Stärkung von Gesundheitssystemen, da sie erkannt haben, dass die von ihnen unterstützten Spezialmaßnahmen nachhaltig ausgeweitet werden müssen.

Die Problematik der Planbarkeit lässt sich auch am Beispiel der deutschen ODA-Mittel für Indonesien darstellen: Anfang 2008 beschlossen die Bundesregierung und der Globale Fonds, die Umsetzung der Debt-to-Health-Initiative auszusetzen. Die Folge hiervon ist, dass der indonesischen Regierung dringend benötigte Mittel zur Vorbeugung von HIV-Infektionen nicht mehr zur Verfügung stehen.

## Die Arbeitskräftekrise im Gesundheitswesen

Es ist weithin bekannt und umfassend belegt, dass der Mangel an ausgebildeten Fachkräften im Gesundheitswesen die Leistungsmöglichkeiten vieler der ärmsten Länder fundamental einschränkt. Hiervon am stärksten betroffen sind die ländlichen und ärmeren Gesellschaftsschichten, da die für sie zuständigen Gesundheitseinrichtungen häufig nicht über ausreichend viele ausgebildete Mitarbeiter verfügen. In allen Fallstudien bezeichneten die Gesprächspartner das Problem des Arbeitskräftemangels im Gesundheitswesen als eines der Hauptprobleme.

In der Erklärung von Kampala<sup>57</sup> stellt die Global Health Workforce Alliance fest: „Der in den meisten – armen und reichen – Ländern herrschende akute Mangel Gesundheitsfachkräften unterhöhlt die bereits erreichten Fortschritte zu Verbesserung der Gesundheitslage und bedroht den weiteren Fortschritt.“

In Sambia, wo einer neueren Untersuchung zufolge nur 50 Prozent der tatsächlich benötigten Fachkräfte zur Verfügung stehen, hat die Regierung eine Human Resource Task Force eingerichtet, deren Aufgabe es ist, einen Personal-Notfallplan (Emergency Human Resource Rescue Plan) zu entwickeln und umzusetzen<sup>58</sup>. In Äthiopien gibt es Schätzungen zufolge lediglich einen Arzt pro 35.000 Einwohner und eine Krankenpflegefachkraft pro 10.000 Einwohner. Nur wenige Fachkräfte sind Frauen und arbeiten auf dem Land. Ziel des Entwicklungsprogramms HSDP II (Health Sector Development Programme) ist es, mehr Frauen auszubilden, um diesem Missstand entgegenzuwirken.

Im indonesischen Gesundheitssystem gibt es Probleme hinsichtlich der Qualifikation und Verteilung der Arbeitskräfte im Gesundheitswesen sowie eine hohe Fluktuationsrate und eine Ballung der Fachkräfte in den größeren Städten.

### Kasten 16: GHWA (Global Health Workforce Alliance) – Sechs miteinander verbundene Strategien zur Bewältigung der Arbeitskräftekrise

- Aufbau schlüssiger nationaler und globaler Führungskompetenz für Personallösungen im Gesundheitswesen
- Sicherstellen von Kapazitäten für fundierte Reaktionen auf der Basis abgesicherter Informationen und gemeinsamer Lernerfahrung
- Verbesserung der Ausbildung und Schulung von Gesundheitsfachkräften
- Wahrung einer effektiven, gut erreichbaren und gleichmäßig verteilten Gesundheitsfachkräfteschaft
- Bewältigung des Drucks des internationalen Arbeitsmarkts für Gesundheitsfachkräfte und der hierdurch verursachten Abwanderungsprobleme
- Sicherstellung zusätzlicher, produktiverer Investitionen in Gesundheitsfachkräfte

<sup>57</sup> Die „Kampala Declaration and Agenda for Global Action“, die auf dem ersten Global Forum on Human Resources for Health im März 2008 beschlossen wurde, ist für das nächste Jahrzehnt als Leitfaden für die Arbeit von Gesundheitsfachkräften bei der Umsetzung von politischen Entscheidungen, Verpflichtungen und Partnerschaften in effektive und nachhaltige Aktionen gedacht.

<sup>58</sup> Sambia, 5. Nationaler Entwicklungsplan (Zambia 5th National Development Plan)

## Frauengesundheit und ein Gender-Ansatz

Die Fallstudien zeigen, dass Frauen in Entwicklungsländern in der Regel benachteiligt werden, was dazu führt, dass sie selten Hilfe in Anspruch nehmen, keine Schulbildung erhalten und nicht genug verdienen, um sich eine Gesundheitsversorgung leisten zu können. Es besteht ein großer Bedarf an Spezialmaßnahmen für ländliche Gebiete und besonders marginalisierte Frauen. In Bolivien profitieren die Mädchen in ländlichen Gebieten selten von der ansonsten zu beobachtenden steigenden Schulbesuchsrates. Die Indikatoren für sexuelle und reproduktive Gesundheit – einschließlich Müttersterblichkeits- und -erkrankungsrate – sind schlecht. Die indonesische Fallstudie hebt hervor, dass die Müttersterblichkeitsrate aufgrund des mangelhaften Zugangs der Frauen zu Gesundheitsdienstleistungen, insbesondere in den Bereichen Familienplanung, Schwangerschaft, Geburtshilfe und postnatale Betreuung, weiterhin hoch ist.

Die Fallstudie aus Niger zeigt, dass Einzelmaßnahmen zur Verbesserung des Zugangs zu Gesundheitsdienstleistungen zwar notwendig sind, aber nicht ausreichen, um die Benachteiligung

im Gesundheitswesen zu beheben. Die Geber und Interessenvertreter müssen sich dafür einsetzen, dass die Gender-Perspektive in die ODA-Politik im Gesundheitswesen aufgenommen wird. Politiken zur Stärkung der Rechte und Möglichkeiten der Frauen sowie für Gesundheitsleistungen im Bereich sexuelle und reproduktive Gesundheit fehlen gänzlich oder funktionieren, wenn vorhanden, weder auf nationaler noch auf internationaler Ebene wirklich gut – mit wenigen Ausnahmen, wie zum Beispiel in Mosambik, einem der wenigen Länder, das sich bezüglich MDG 4 und 5 auf dem richtigen Weg befindet. Der Globale Fonds hat für seine Mittelvergabe-strategie erst im Mai 2008 Rahmenvorgaben zum Thema Gleichstellung verabschiedet, und selbst neuere Initiativen wie die IHP+-Initiative lassen einen gleichstellungsorientierten Ansatz komplett missen<sup>59</sup>.

Action for Global Health plädiert dringend für die stärkere Berücksichtigung des in den Prinzipien der Pariser Erklärung aufgeführten Querschnittsthemas Gleichstellung, insbesondere für die Umsetzung der 1995 auf der vierten Weltfrauenkonferenz in Peking und ihren Folgeprozessen verabschiedeten Gleichstellungsgrundsätze.

### Kasten 17: Gleichstellung der Geschlechter

Die Gleichstellung der Geschlechter erfordert die gleichberechtigte Verteilung (unter Männern und Frauen) der für Entwicklungsprozesse bereitgestellten Ressourcen, Möglichkeiten und Vorteile sowie die Einbeziehung von Gleichstellungsproblemen in die Analyse und Ausarbeitung von Politiken, Programmen und Projekten, um sicherzustellen, dass diese sich positiv auf die Situation der Frauen auswirken und die geschlechterspezifische Ungleichbehandlung verringern.

Der Gleichstellungsprozess muss sicherstellen, dass die Interessen, Bedürfnisse, Erfahrungen und Vorstellungen von Frauen in die Definition von Entwicklungsansätzen, Politiken und Programmen einfließen und bei der Festlegung der allgemeinen Agenda berücksichtigt werden. Hierzu bedarf es Strategien, die es den Frauen ermöglichen, ihre Meinung zu formulieren und ihr bei allen Entscheidungen zu Entwicklungsthemen Ausdruck verleihen zu können.

**Eine wirksame Umsetzung der Gleichstellung von Mann und Frau im Gesundheitssektor erfordert die Berücksichtigung des Themas Gleichstellung während des gesamten Managementprozesses; hierzu stehen fünf Instrumente zur Verfügung:**

- nach Geschlecht aufgeschlüsselte Daten;
- geschlechtsspezifische Analyse und Planung;
- Geschlechtssensitive Indikatoren für die Ausarbeitung geschlechtssensitiver Programme und Berichterstattung über bereits erreichte Fortschritte;
- spezielle Aktivitäten zur Förderung der Gleichstellung, Rechte und Möglichkeiten von Frauen;
- Sensibilisierung und Gleichstellungs-Schulungen für alle beteiligten Akteure.

**Wirksame geschlechtssensitive Programmgestaltung setzt voraus:**

- Integration der Gleichstellungsdimension in nationale Programme durch Modifizierung der Aktivitäten und Überprüfung der jeweiligen Pläne und Budgets;
- Entwicklung spezieller Maßnahmen, um Männer und Frauen ihren besonderen Bedürfnissen entsprechend zu erreichen;
- Einrichtung von Expertengruppen zur Berücksichtigung des Gleichstellungsansatzes bei sämtlichen Programmaktivitäten, um eine effektive Bekämpfung von Krankheiten zu gewährleisten;
- Aufnahme gleichstellungsspezifischer Komponenten in alle Programme und Ausschreibungen;
- Unterstützung von Aktivitäten gegen Gewalt aufgrund der Geschlechtszugehörigkeit;
- Erweiterung der Präsenz von Frauen und Frauenorganisationen in den internationalen Organen und auf nationaler Ebene.

<sup>59</sup> Präsentation und anschließende Frage-Antwort-Runde mit Dr. Bob Fryatt (WHO) bei Action for Global Health Deutschland zum Thema „Initiativen- Overkill – Die neue Krankheit im Gesundheitssektor?“, Berlin, 8. April 2008. Präsentation abrufbar unter [http://www.actionforglobalhealth.eu/media/home/german\\_homepage/konferenz/presentationen](http://www.actionforglobalhealth.eu/media/home/german_homepage/konferenz/presentationen).

Foto:  
Kalpesh Lathigra,  
NB Pictures/Actionaid

## Die Zivilgesellschaft als Fortschrittskatalysator

Ein wichtiger Faktor im Zusammenhang mit der Verbesserung der Wirksamkeit von Hilfen ist die Rolle der Zivilgesellschaft. Eine aktive Zivilgesellschaft ermöglicht es, Fortschritte in punkto Dienstleistungsqualität, Verantwortlichkeit, Eigenverantwortung auf lokaler Ebene und Nutzung von Leistungsangeboten zu machen. Wo Frauen und Männer aktiv beteiligt werden, ist eine Verbesserung der Gleichstellungspolitiken möglich.

In Sambia ist es, wie bereits erwähnt, angesichts der zunehmenden Verlagerung auf Budgethilfen wichtig, vonseiten der Geber und der Regierung die Unterstützung zivilgesellschaftlicher Gruppen sicherzustellen. Die Finanzierungskrise der lokalen Organisationen in Sambia schränkt ihre Möglichkeiten ein, wenn es darum geht, die Rechenschaftspflicht und die Bereitstellung von Dienstleistungen zu gewährleisten.

Die Zusammensetzung des äthiopischen Global-Fund-Koordinierungsmechanismus (CCM) ändert nichts

### Allein auf Wirksamkeit ausgerichtete Fortschritte führen nicht zum Ziel

Wie weiter oben bereits erwähnt, sind Fortschritte hinsichtlich der Verbesserung der Wirksamkeit von Hilfen für das Gesundheitswesen zwar dringend notwendig, genügen aber nicht, um die Millenniumsziele für das Gesundheitswesen zu erreichen. Die Geber müssen den Umfang der für den Gesundheitssektor bereitgestellten Mittel schnellstens aufstocken, insbesondere, nachdem das im Bericht der WHO-Kommission „Volkswirtschaft und Gesundheit“ von 2001 genannte Ziel von 27 Milliarden US-Dollar nicht erreicht wurde.

Gleichzeitig wird deutlich, dass selbst diese unzureichenden Mittel nicht sachgemäß und effektiv verwendet werden. Viel zu viele Geber geben eigene

daran, dass er von der Regierung dominiert wird und andere beteiligte Gruppen, einschließlich der Zivilgesellschaft, nicht vertreten sind.

Die bolivianische Fallstudie verdeutlicht, wie die Schaffung eines Rahmens für Beteiligungsprozesse die Bevölkerung – einschließlich indigener Völker – befähigen kann, sich auf nationaler, regionaler und lokaler Ebene in die Entwicklung von Gesundheitspolitiken einzubringen. Wenn der politische Wille zur Einbindung der Zivilgesellschaft vorhanden ist, können große Fortschritte erzielt werden.

Action for Global Health plädiert dafür, dass zivilgesellschaftliche Organisationen in alle Planungs- und Budget-Schlüsselbereiche einbezogen werden und die Geber mit den Regierungen zusammenarbeiten müssen, um sicherzustellen, dass diese sich für eine starke Beteiligung der Zivilgesellschaft mit ausreichenden Ressourcen und Einflussmöglichkeiten einsetzen.

Prioritäten vor und stimmen diese nicht mit den Prioritäten der Empfängerländer ab. Viele zögern, ihre Hilfen mit anderen Gebern abzustimmen und ziehen es weiterhin vor, Projekte in Eigenregie zu betreiben. Die Vertreter der Zivilgesellschaft haben nicht die Macht, die Gesundheitspolitik in den Ländern wirklich zu beeinflussen oder die Geber und Empfänger zur Rechenschaft zu ziehen. Die Gleichstellungsfrage wird in den Politiken nicht ausreichend berücksichtigt. Und es bleibt festzustellen, dass Geber wie Empfänger sich häufig keine Gedanken über das eigentliche Ziel – die Verbesserung der Lebensbedingungen der ärmsten und am meisten gefährdeten Menschen – machen.



## KAPITEL VIER:

# EMPFEHLUNGEN FÜR EU-POLITIKER UND ENTSCHEIDUNGSTRÄGER

Aus den sechs Fallstudien in Sambia, Mosambik, Niger, Äthiopien, Bolivien und Indonesien lassen sich als gemeinsame Problemstellungen u. a. identifizieren – die Nichtvorhersagbarkeit der Höhe der Hilfe, was die Empfänger-Regierungen am richtigen Planen hindert, die fehlende und qualifizierte Beteiligung der Zivilgesellschaft an der Festlegung der Prioritäten für Maßnahmen, eine schlechte Koordinierung der Geber und eine mangelnde Eigenverantwortung der Empfängerländer. Aus diesen Ergebnissen wurden die nachfolgenden Empfehlungen abgeleitet:

### **EMPFEHLUNG 1: HÖHERE UND EFFEKTIVER GENUTZTE MITTEL**

Aktivitäten zur Verbesserung der Wirksamkeit von Hilfen für den Gesundheitssektor sind zwar dringend notwendig, müssen aber durch eine erhebliche Erhöhung der Mittel für Gesundheitsprojekte seitens der EU, der Mitgliedsstaaten und der Regierungen der nordischen Länder ergänzt werden.

Die derzeitigen Bemühungen um mehr Wirksamkeit von Hilfen im Gesundheitswesen sind zwar wichtig, dürfen aber den Regierungen nicht als Vorwand dienen, ihre Zusage zur Erhöhung der Gesamtsumme der bereitgestellten ODA-Mittel nicht einzuhalten. Es ist zutiefst besorgniserregend, dass die ODA-Zahlungen in einer Zeit zurückgehen, in der eine deutliche Erhöhung der Gelder erforderlich ist, um die Millenniumsziele für das Gesundheitswesen zu erreichen.

### **EMPFEHLUNG 2: WICHTIG: PLANBARE HILFEN FÜR GESUNDHEITSSYSTEME**

Die EU und ihre Mitgliedstaaten sollten mit den Regierungen im Süden und anderen Entwicklungspartnern zusammenarbeiten, um eine langfristig planbare Unterstützung des Gesundheitswesens und eine Stärkung der Gesundheitssysteme zu gewährleisten.

Die MDGs können nur erreicht werden, wenn in den Entwicklungsländern zusätzlich zu zielgerichteten Programmen leistungsstarke Gesundheitssysteme geschaffen werden. Die kurze Dauer vieler Finanzierungszyklen steht dem jedoch entgegen. Die Geber müssen transparente Mechanismen schaffen, die eine längerfristige und planbare Unterstützung ermöglichen, die es wiederum gestattet, damit Kapazitäten aufgebaut und starke Gesundheitssysteme, nicht zuletzt im Bereich der primären Gesundheitsversorgung gemäß der Erklärung von Alma Ata, geschaffen werden können.

### **EMPFEHLUNG 3: FÖRDERUNG DES PRINZIPS DER ARBEITSTEILUNG MIT DEM EMPFÄNGERLAND.**

Die Europäische Kommission und die Mitgliedsstaaten sollten dringend ein EU-Arbeitsteilungskonzept unter der Federführung der Empfängerländer einführen.

Action for Global Health ist der Überzeugung, dass die im „EU-Verhaltenskodex im Hinblick auf die Arbeitsteilung im Bereich der Entwicklungspolitik“ festgelegten zehn Leitprinzipien eine entscheidende Rolle für die Verbesserung der Wirksamkeit von EU-Hilfen für den Gesundheitssektor spielen, und plädiert für ihre schnellstmögliche Umsetzung vonseiten der Europäischen Kommission und der Mitgliedstaaten im Rahmen eines vom jeweiligen Partnerland zu leitenden Konzepts.

#### **EMPFEHLUNG 4: ZU VIELE INITIATIVEN – REDUKTION VON „INITIATITIS“**

Die politischen Entscheidungsträger / -innen in der Europäischen Union und den Mitgliedstaaten müssen die zahlreichen Initiativen zur Verbesserung der Wirksamkeit von Hilfen für das Gesundheitswesen untereinander klären und koordinieren.

Die Zahl der neueren Initiativen zur Harmonisierung von Hilfen für den Gesundheitssektor droht zu groß zu werden und führt zu Verwirrung und zur Zersplitterung der Aufmerksamkeit. Die Geberregierungen müssen zusammenarbeiten, um die Verbindungspunkte zwischen den verschiedenen Initiativen zu klären und ihren Nutzen zu gewährleisten.

#### **EMPFEHLUNG 5: ZIVILGESELLSCHAFT ENTSCHEIDEND FÜR FORTSCHRITT – STÄRKERE EINBINDUNG ERFORDERLICH**

Die systematische Einbindung zivilgesellschaftlicher Organisationen und lokaler Gruppierungen, beispielsweise von Frauenorganisationen und marginalisierten und gefährdeten Bevölkerungsgruppen, muss bei Entwicklungshilfeansätzen zur Verbesserung des Gesundheitswesens höhere Priorität erhalten.

Ohne die entscheidungsrelevante Beteiligung der Zivilgesellschaft sind die Aktivitäten der Geber im Gesundheitssektor zum Scheitern verurteilt. Die Zivilgesellschaft muss an sämtlichen Mechanismen für die Bereitstellung von ODA für das Gesundheitswesen beteiligt werden. Mittel für den Aufbau der notwendigen Kapazitäten, um eine adäquate Prozess- und Umsetzungsbeteiligung zu gewährleisten, müssen bereitgestellt werden. Das bolivianische Beispiel der Gesundheitsräte auf allen Ebenen kann hier ein jeweils landesspezifisch anzupassendes Grundmodell sein.

#### **EMPFEHLUNG 6: HILFE OHNE GLEICHSTELLUNGSPOLITIKEN KANN NICHT EFFEKTIV SEIN**

Geber und Empfängerregierungen müssen die Stärkung und Beteiligung von Frauenorganisationen – als einem Teil der Zivilgesellschaft – in allen Phasen der Planung und Umsetzung von Gesundheitsstrategien gewährleisten, um ihrer Verpflichtung zum Schutz der Menschenrechte gerecht zu werden.

Die effektive Umsetzung der Gleichstellung der Geschlechter im Gesundheitssektor setzt die Aufschlüsselung von Daten nach Geschlecht, eine geschlechtsspezifische Analyse und Planung sowie geschlechtssensitive Indikatoren voraus. Zudem sind spezielle Aktivitäten zur Förderung der Gleichstellung und der Rechte und Möglichkeiten von Frauen sowie die Schulung und Sensibilisierung aller beteiligten Akteure, insbesondere von Dienstleistungsanbietern, erforderlich. Das freie Zugangsmodell im Niger sollte auf seine Übertragungsmöglichkeit als Modell für andere Länder überprüft werden.

#### **EMPFEHLUNG 7: EINE MISCHUNG VERSCHIEDENER HILFSINSTRUMENTE ANBIETEN**

Die EU und ihre Mitgliedsstaaten sollten mit den Regierungen im Süden zusammenarbeiten, um die optimale Nutzung und Komplementarität der bereitgestellten Hilfsinstrumente sicherzustellen und die Ergebnisse besser nachvollziehen zu können.

Es sollten verschiedene Hilfsinstrumente – allgemeine Budgethilfen (GBS), sektorspezifische Ansätze (SWAp), globale Gesundheitspartnerschaften und projektspezifische Unterstützung – angeboten werden, damit die Empfängerländer die für sie optimale Mischung dieser Instrumente wählen können. Es sollte verstärkt darauf geachtet werden, Kapazitäten zur Überprüfung der Leistungsfähigkeit von Hilfsinstrumenten (z.Bs. GBS) im Hinblick auf die Erfüllung der internationalen Entwicklungsziele und der Millenniumsziele für das Gesundheitswesen zu entwickeln. Diese Kapazitätenbildung im Hinblick auf neue Instrumente wie GBS muss auch die Zivilgesellschaft in den Entwicklungsländern einbinden wie das Beispiel aus Sambia deutlich macht.

#### **EMPFEHLUNG 8: BEWÄLTIGUNG DER ARBEITSKRÄFTEKRISE ALS PRIORITÄT ANGEHEN**

Die EU und ihre Mitgliedstaaten sollten Vereinbarungen mit den Regierungen im Süden treffen, die der Zuweisung von Mitteln zur Bewältigung der Arbeitskräftekrise, unter der viele Gesundheitssysteme leiden, Priorität geben.

Geber und Empfängerregierungen sollten sich aktiv für die Nutzung verfügbarer Mittel für Gesundheitsfachkräfte einsetzen. In diesem Zusammenhang könnte die Initiative der sambischen Regierung hinsichtlich der Einrichtung einer Human Resource Task Force wegweisend sein, deren Aufgabe es ist, einen Personal-Notfallplan zu erarbeiten. Wo immer es möglich ist, sollten Mittel für schnell greifende Programme für die Ausbildung und Bindung von Gesundheitsfachkräften bereitgestellt werden, sei es über Budgethilfen, Schuldenerlasse, globale Gesundheitspartnerschaften oder andere Mechanismen. Der verstärkte Fokus auf den Ausbau des Arbeitskräftepools muss für das gesamte Gesundheitssystem gelten und alle medizinischen und administrativen Bereiche abdecken.



## Literatur

**Actionaid. 2008.** Direct Budget Support the best way of doing Aid? Report of an International Seminar. Rom, 26. Februar 2008.

**Action for Global Health. 2007.** Health Warning. AfGH.

**Action for Global Health. 2007.** Briefing Note 01 - MDG Contracting. AfGH.

**Action for Global Health. 2007.** An Unhealthy Prognosis (May 2007). AfGH.

**Action for Global Health. 2008.** Briefing Note 04 - aid effectiveness. AfGH.

**Action for Global Health. 2008.** The EU's contribution to health as a tracer sector: getting a grip on new and innovative aid coordination mechanisms for health. AfGH Roundtable. Brüssel, 2. April 2008.

**Agulhas. 2006.** Does the country-led approach deliver results? A synthesis of emerging evidence. Report.

**Aidspan. 2008.** Providing improved technical support to enhance the effectiveness of Global Fund grants.

**Aidspan Whitepaper. 28. März 2008.** Alliance2015 (publisher) "Fostering Democratic Ownership", Copenhagen April, 2008.

**Better Aid.** A civil society position paper for the 2008 Accra High Level Forum on Aid Effectiveness. Report endorsed by over 360 CSOs from 80 countries. [www.betteraid.org](http://www.betteraid.org).

**Boesen, N. 2007.** SWAPs in motion: sector wide approaches: from an aid delivery to a sector development perspective. TRAIN4DEV.NET

**Carmen de la Cruz. 2008.** From Beijing to Paris: gender equality and aid effectiveness. FRIDE, 2008.

**Commission of the European Communities. 2006.** Increasing the Impact of EU Aid: A common framework for drafting country strategy papers and joint multiannual programming. Communication COM(2006)88, endg. Brüssel, 02.02.2006.

**Commission of the European Communities. 2006.** EU Aid: Delivering more, better and faster. Communication COM(2006)87, endg. Brüssel, 02.03.2006.

**Commission of the European Communities. 2007.** Communication from the Commission to the Council and the European Parliament. EU Code of Conduct on Division of labour in Development Policy. Brüssel, 28.2.2007. COM(2007) 72, endg.

**Commission on Macroeconomics and Health. (2001).** Macroeconomics and Health: Investing in Health for Economic Development. Report.

**CONCORD. 2008.** Delivering better Aid: An opportunity for European Union leadership in the fight against global poverty. Report. CONCORD Aid Watch. Januar 2008.

**Council of the European Union. 2005.** Joint Statement - "The European Consensus". Brüssel, 22. November 2005.

**Council of the European Union. 2007.** EU Code of Conduct on complementarity and Division of labour in development policy. Conclusions of the Council and representatives of the member States. Brüssel, 15. Mai 2007.

**Dickinson, C. et al. 2007.** The Global Fund operating in a SWAP through a common fund: issues and lessons from Mozambique. HLSP Institute.

**DFID. 2006.** Evaluation of DFID's Policy and Practice in support of Gender Equality and Women's empowerment. Evaluation Report EV669. Volume 1. Synthesis Report. COWI Evaluation Team.

**DFID. 2006.** Guidance on aid instruments. How to Note. Juli 2006.

**DFID. 2007.** The International Health Partnership: delivering the health MDGs. Concept Note. 4. September 2007.

**DFID. 2007.** The International Health Partnership Launched Today. Pressemitteilung. 5. September 2007.

**DFID. 2008.** Working with the European Union. Europe for Development. Institutional Strategy Paper. Draft for consultation, 31. März–13. Juni 2008.

**EURODAD. 2008.** Turning the Tables - aid and accountability under the Paris Framework. A civil society report. April 2008.

**EuroNGOs, et al. 2007.** Euromapping - Mapping European Development Aid and Population Assistance. 2007. Report

**Friedrich-Ebert-Stiftung. 2007.** Global Health: A policy field of underestimated importance.

**GAVI. 2007.** IFFIm's one-year anniversary impact. 2. Überarbeitung: November 2007.

**Global Fund. 2008.** Ensuring a gender sensitive approach. Fact Sheet. 1. März 2008.

**IMF. 2007.** Is the Global Health System Broken? Point of View. Finance and Development. Vol 44, No.4. Dezember 2007

**ISG. 2008.** From Paris 2005 to Accra 2008: will aid become more accountable and effective? A critical approach to the aid effectiveness agenda. Positionspapier. International CSO Steering Group.

**Kaiser Family Foundation. 2007.** Donor funding for health in low- and middle- income countries, 2001–2005. CSIS. August 2007.

**Lisbon Declaration. 2007.** Lisbon Declaration - EU Africa Summit. Lissabon, 9. Dezember 2007.

**OUA. 2001.** Abuja Declaration on HIV/AIDS, Tuberculosis and other related infectious diseases. African Summit, Abuja, Nigeria, 24.–27. April 2002. OAU/SPS/ABUJA/3.

**OECD. 2003.** Harmonising donor practices for effective aid delivery. DAC Guidelines and Reference Series.

**OECD DAC. 2005.** Paris Declaration on Aid Effectiveness. High Level Forum, Paris. 28. Februar–2. März 2005.

**OECD DAC. 2007.** DAC Working Party on Aid Effectiveness. Draft Summary of the 9th Meeting. Held on 8-9 March 2007. Paris. DCD/DAC/EFF/M(2007)3/PROV.

**OECD. 2007.** 2006 Survey on monitoring the Paris Declaration: Overview of the Results. OECD

**OECD. 2007.** Ensuring fragile states are not left behind. Factsheet - Dezember 2007.

**OECD. 2007.** Development Cooperation Report 2007. OECD Journal.

**OECD. 2008.** Net official development assistance in 2007. Development Cooperation Report 2007 preliminary data. DCD-DAC.

**OECD. 2008.** Third High Level Forum on Aid Effectiveness. ECD DCD-DAC. [www.oecd.org/dataoecd/](http://www.oecd.org/dataoecd/)

**Office of Prime Minister, Norway.** Halfway to 2015 and MDGs. Pressemitteilung Nr.:83 - 07. August 2007.

**Oslo Declaration. 2007.** Oslo Ministerial Declaration: Global Health - a pressing foreign policy issue of our time. Oslo, 20. März 2007.

**Overseas Development Institute. 2007.** Global Health: Making Partnerships Work. Briefing paper 15. ODI.

**Murle, H. 2007.** Towards a Division of Labour in European Development Co-operation: Operational Options. Arbeitspapier. German Development Institute.

**Pearson, M. 2007.** Funding flows for health: what might the future hold? HLSP Institute.

**TICAD. 2008.** Tokyo International Conference on African Development. Forging Strategic Partnerships for Africa's development. [www.ticad.net](http://www.ticad.net)

**Tyson, S. 2007.** The International Health Partnership. Presentation at Save the Children Fund Offices. Oktober 2007.

**The Global Campaign for the Health Millennium Development Goals. 2007** information document.

**United Nations. 2007.** The Millennium Development Goals Report. New York, 2007.

**UNDP. 2008.** Human Development Report 2007.

**Walford, V. 2007.** A review of health sector wide approaches in Africa. Report.

**Weltgesundheitsorganisation, 2007.** World Health Report 2007 - A safer future: global public health security in the 21st century. Genf: Weltgesundheitsorganisation.

**Weltgesundheitsorganisation, 2007.** Strengthening health systems to improve health outcomes - WHO's strategic framework for action. WHO, 2007.

Foto:  
© Isabelle Eshraghi,  
MdM

## Abkürzungen

ADB	Asiatische Entwicklungsbank
AfGH	Action for Global Health
AIDS	Acquired Immunodeficiency Syndrome (erworbenes Immundefektsyndrom)
AKP	AKP-Staaten (Staaten Afrikas, der Karibik und der Pazifikregion)
BNE	Bruttonationaleinkommen (früher Bruttosozialprodukt (BSP))
CCM	Country Coordinating Mechanism (Länderkoordinierungmechanismus)
CEDAW	Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women (UN-Ausschuss für die Beseitigung der Diskriminierung der Frau)
CMH	Commission on Macroeconomics and Health (Kommission für Makroökonomie und Gesundheit)
CONCORD	European NGO Confederation for Relief and Development (Dachverband europäischer Nichtregierungsorganisationen für Entwicklungshilfe)
DAC	Development Assistance Committee (Entwicklungshilfeausschuss der OECD)
DAG	Development Assistant Group (Entwicklungshilfegruppe: Äthiopien)
DFID	Department for International Development (UK) (Ministerium für internationale Entwicklung)
EEF	Europäischer Entwicklungsfonds
EK	Europäische Kommission
EU	Europäische Union
GAVI	The GAVI Alliance formerly Global Alliance for Vaccines and Immunisation (Globale Allianz für Impfstoffe und Immunisierung)
GBS	General Budget Support (Allgemeine Budgethilfe)
GFATM	Globaler Fonds zur Bekämpfung von Aids, Tuberkulose und Malaria
GHWA	Global Health Workforce Alliance (Globale Allianz für Gesundheitsfachkräfte)
GTZ	Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (GmbH)
HAPCO	Ministerium für Gesundheit und das National HIV/ AIDS Prävention und Controlling Büro (Äthiopien)
HDI	Human Development Index (Menschlicher Entwicklungsindex)
HIV	Humanes Immundefizienz Virus
HSDP	Entwicklungsplan im Gesundheitswesen
IFFIm	International Finance Facility for Immunisation (Die Internationale Finanzfazilität für Impfprogramme)
IHP	International Health Partnership (Internationale Gesundheitspartnerschaft)
MDG	Millennium Development Goals (Millenniumsentwicklungsziele)
MOU	Memorandum of Understanding (Absichtserklärung)
NRO	Nichtregierungsorganisation
ODA	Official Development Assistance (Öffentliche Entwicklungshilfe)
OECD	Organisation for Economic Cooperation and Development (Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung)
PASDEP II	Programme for Accelerated Sustainable Development to End Poverty II (Äthiopien) (Programm zur Beschleunigung der nachhaltigen Entwicklung, um Armut zu beseitigen)
PD	Paris Declaration (Pariser Erklärung)
PES	Plan Estrategico Sectorial (Bolivien)
PMTCT	Prevention of Mother to Child Transmission (of HIV) (Prävention der Mutter-Kind-Übertragung)
PRS(P)	Poverty Reduction Strategy (Paper) (Armutsbekämpfungsstrategiepapiere)
SWAp	Sector-Wide Approach ((Gesundheits-) Sektorprogramme)
TB	Tuberkulose
UK	United Kingdom (Vereinigtes Königreich)
UN	United Nations (Vereinte Nationen (VN))
UNDP	United Nations Development Programme (Entwicklungsprogramm der Vereinten Nationen)
UNFPA	United Nations Population Fund (Bevölkerungsfonds der Vereinten Nationen)
UNICEF	The United Nations Children's Fund (Kinderhilfswerk der Vereinten Nationen)
USD	US-Dollar
WB	Weltbank
WHO	World Health Organisation (Weltgesundheitsorganisation)



Action for Global Health ist ein entwicklungspolitisches Netzwerk von Nichtregierungsorganisationen aus Brüssel, Deutschland, Frankreich, Italien, Spanien und dem Vereinigten Königreich. Unser zweiter Bericht untersucht, wie europäische Entwicklungshilfe für Gesundheit geleistet wird und wie diese erhöht werden und effektiver eingesetzt werden muss, um die Entwicklungsländer bei der Erreichung der gesundheitspezifischen Millenniumsentwicklungsziele bis 2015 zu unterstützen.

Für weitere Informationen und Kommentare zum Thema globale Gesundheit besuchen sie unsere Internetseite:

[www.actionforglobalhealth.eu](http://www.actionforglobalhealth.eu)

Kontakt unten: [coordination@actionforglobalhealth.eu](mailto:coordination@actionforglobalhealth.eu)



**ACTION FOR  
GLOBAL HEALTH**

GESUNDHEITSSYSTEME  
FINANZIERUNG  
ZUGANG

