



Save the Children

# Gesundheitsversorgung für alle braucht starke Systeme

Wie setzt sich Deutschland für die Stärkung von Gesundheitssystemen in Niedrig- und Mittlereinkommensländern ein?

**Herausgegeben von**  
Save the Children Deutschland e.V.  
Seesener Straße 10–13  
10709 Berlin

**Studie erstellt von**  
Open Consultants  
Autor\*innen: Dr. Marco Schäferhoff,  
Sebastian Martinez, Maximilian  
Foppe, Ariane Luessen  
mschaeferhoff@openconsultants.org  
www.openconsultants.org

**Redaktion**  
Marionka Pohl, Verena Schmidt,  
Anna Wasiak

## Abkürzungsverzeichnis

**Agenda 2030:** 2030 Agenda for Sustainable Development  
**ACT-A:** Access to COVID-19 Tools Accelerator  
**BMZ:** Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung  
**BNE:** Bruttonationaleinkommen  
**COVAX:** COVID-19 Vaccines Global Access  
**CRS:** Creditor Reporting System  
**DAC:** Development Assistance Committee  
**DEval:** Deutsches Evaluierungsinstitut der Entwicklungszusammenarbeit  
**EZ:** Entwicklungszusammenarbeit  
**FBS:** Förderbereichsschlüssel  
**GAP:** Globaler Aktionsplan für ein gesundes Leben und das Wohlergehen aller Menschen  
**Gavi:** Gavi, die Impfallianz  
**GFF:** Global Financing Facility for Women, Children and Adolescents  
**GIZ:** Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit  
**Globaler Fonds:** Globaler Fonds zur Bekämpfung von Aids, Tuberkulose und Malaria  
**GPEI:** Global Polio Eradication Initiative  
**LDCs:** „Least Developed Countries“  
**LICs:** „Low-Income Countries“  
**LMICs:** „Lower-Middle-Income Countries“  
**P4H:** Providing-for-Health-Initiative  
**PHC:** Primary Health Care  
**ODA:** Official Development Assistance  
**OECD:** Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung  
**UHC:** Universal Health Coverage  
**UMICs:** „Upper-Middle Income Countries“  
**UNFPA:** United Nations Populations Fund  
**UNICEF:** United Nations Children’s Fund  
**WHO:** Weltgesundheitsorganisation

Titelfoto: Der einjährige Samuel\* wird in einer mobilen Klinik in Tigray, Äthiopien, untersucht und gegen Lungenentzündung behandelt.  
© Sacha Myers / Save the Children

Alle mit \* gekennzeichneten Namen wurden zum Schutz der Personen geändert.

## Inhalt

Executive Summary	4
1. Einleitung	7
2. Die Rolle von Gesundheitssystemen für die globalen Nachhaltigkeitsziele und eine universelle Gesundheitsversorgung	9
3. Gesundheitssystemstärkung in der deutschen EZ: Ziele und Strategien	17
4. Inwieweit hat sich Deutschland international für Gesundheitssystemstärkung eingesetzt?	21
5. Deutschlands ODA-Ausgaben für Gesundheit und Gesundheitssysteme	25
Deutschlands gesundheitsbezogene ODA-Ausgaben	25
Bilaterale ODA-Ausgaben für Gesundheitssystemstärkung	26
Verteilung der ODA für Gesundheitssystemstärkung nach Regionen und Ländereinkommensgruppen	29
6. Schlussfolgerungen und Empfehlungen	32
Anhang	36



# Executive Summary

Aufgrund schwacher Gesundheitssysteme bleibt vielen Menschen in Ländern mit niedrigem und mittlerem Einkommen der Zugang zu einer angemessenen Gesundheitsversorgung verwehrt. Vor allem die ärmsten Bevölkerungsgruppen werden mangels finanzieller Mittel nicht ausreichend medizinisch versorgt. Nicht zuletzt zeigt die anhaltende Covid-19-Pandemie, dass Gesundheitssysteme in Krisenzeiten selbst in Mitgliedsländern der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) schnell überfordert sind. Dadurch hat sich auch die Situation von Kindern weltweit dramatisch verschlechtert.

Deutschland hat sein Engagement für globale Gesundheit in den vergangenen Jahren stetig ausgeweitet. Im Jahr 2019 war Deutschland weltweit der drittgrößte Geber von öffentlichen Finanzmitteln für Entwicklungszusammenarbeit (EZ) im Gesundheitsbereich (der sogenannten gesundheitsbezogenen „Official Development Assistance“, ODA). Die im Jahr 2020 vorgestellte Strategie der Bundesregierung zur globalen Gesundheit („Verantwortung – Innovation – Partnerschaft: Globale Gesundheit gemeinsam gestalten“) benennt die Stärkung von Gesundheitssystemen als ein wesentliches Ziel der deutschen EZ. In der Strategie wird die Gesundheitssystemstärkung als wesentliches Mittel betrachtet, um eine universelle Gesundheitsversorgung (Universal Health Coverage, UHC) zu erreichen und die Widerstandsfähigkeit der Gesundheitssysteme zu erhöhen.

Save the Children Deutschland setzt sich dafür ein, dass die Bundesregierung in die Basisgesundheitsysteme von Ländern mit niedrigem und mittlerem Einkommen investiert, um allen Menschen – und insbesondere Kindern, die besonders betroffen von Ungleichheiten und Diskriminierung im Zugang zu Gesundheit sind – eine bezahlbare und gute medizinische Versorgung zu ermöglichen.

Vor diesem Hintergrund untersucht die vorliegende Studie das Engagement Deutschlands für die Stärkung von Gesundheitssystemen im Rahmen der EZ. Die Studie analysiert, warum starke Gesundheitssysteme für die Erreichung des globalen Nachhaltigkeitsziels 3 und die 2030 Agenda for Sustainable Development (Agenda 2030) fundamental sind. Weiterhin untersucht die Studie, wie die Bundesregierung das Thema Gesundheitssystemstärkung positioniert und welche Ziele sie sich dabei selbst

gesetzt hat. Anschließend wird aufgezeigt, inwieweit die Rhetorik – also öffentlich geäußerte Prioritäten – zum Thema Gesundheitssystemstärkung mit dem deutschen Engagement in dem Themenfeld übereinstimmt. Darauf aufbauend werden Politikempfehlungen entwickelt, wie Deutschlands politische und finanzielle Unterstützung zur Gesundheitssystemstärkung in Ländern mit niedrigem und mittlerem Einkommen weiter verbessert werden kann.

## Ergebnisse der Studie

Schon vor Beginn der Covid-19-Pandemie ist die Bedeutung der globalen Gesundheit in der deutschen EZ gewachsen. Ein klares Zeichen dafür sind die stark gestiegenen ODA-Mittel für globale Gesundheit, mit denen die Bundesregierung dem 0,1%-Ziel deutlich näher gekommen ist, sowie das internationale Engagement für globale Gesundheit und Gesundheitssystemstärkung. Angesichts der verheerenden Auswirkungen der Covid-19-Pandemie auf die Gesundheit von Kindern, Jugendlichen und anderen vulnerablen Gruppen muss das deutsche Engagement für globale Gesundheit und zur Stärkung von Gesundheitssystemen aber weiter verbessert werden. Die neue Bundesregierung muss ihre Investitionen in den Gesundheitssektor noch weiter erhöhen, um die Pandemie zu bewältigen und die Realisierung der Agenda 2030 voranzutreiben. Die Stärkung der Gesundheitssysteme auf der Grundlage von Primary-Health-Care (PHC)-orientierten Systemen ist dabei von entscheidender Bedeutung für schnellere Fortschritte in Richtung UHC und Gesundheitssicherheit.

Die Strategie der Bundesregierung zu globaler Gesundheit erkennt die entscheidende Bedeutung von Gesundheitssystemen und UHC an:

„Ziel der deutschen Strategie zur globalen Gesundheit ist es, die Wirksamkeit und die Dauerhaftigkeit des deutschen Engagements im Bereich der globalen Gesundheit sicherzustellen, um einen wesentlichen Beitrag zur Gesundheit aller Menschen weltweit bis 2030 zu leisten, Gesundheitssysteme zu stärken und eine allgemeine Gesundheitsversorgung mit einem diskriminierungsfreien Zugang für alle zu ermöglichen.“<sup>1</sup>

Wie dieses Zitat verdeutlicht, ist Gesundheitssystemstärkung eine strategische Priorität in der gesundheitsbezogenen EZ Deutschlands. Ob und inwieweit das deutsche Engagement für Gesundheitssystemstärkung tatsächlich mit der programmatischen Ausrichtung übereinstimmt, wird in der Studie untersucht. **Die Ergebnisse der Studie führen zu 10 Schlussfolgerungen:**

- 1. Gesundheitssystemstärkung ist essenziell, um UHC zu erreichen. Dabei spielen vor allem Basisgesundheitsysteme eine zentrale Rolle.** Gesundheitssystemstärkung ist der ganzheitlichste und nachhaltigste Weg, um Gesundheit zu verbessern und Länder dazu zu befähigen, eine universelle Gesundheitsversorgung zu erreichen und sich sozial und wirtschaftlich zu entwickeln.
- 2. ODA-Mittel für Gesundheitssysteme sind eine Investition in die Zukunft.** Diese Mittel helfen, zukünftige Pandemien zu vermeiden bzw. Ausbrüche lokal oder regional zu begrenzen. Gesundheit ist weiterhin Grundlage für die Beteiligung von Menschen am sozialen und wirtschaftlichen Leben und trägt damit auch zu einer wirtschaftlichen Entwicklung der Empfängerländer bei. ODA-Ausgaben für Gesundheitssysteme retten also nicht nur Leben, sondern sind auch ökonomisch sinnvoll.
- 3. Starke Gesundheitssysteme sind grundlegend für Kinder- und Müttergesundheit.** Sie spielen eine wesentliche Rolle für die Gesundheit von Neugeborenen, Kindern, Schwangeren und Müttern. Ohne stärkere Investitionen besteht die Gefahr, dass sich die Neugeborenensterblichkeit in Subsahara-Afrika wieder erhöht, nachdem sie lange Zeit zwar langsam aber kontinuierlich zurückging.
- 4. Die Covid-19-Pandemie hat massive negative Auswirkungen auf die Entwicklung und Gesundheit von Kindern.** Das sollte ein weiterer Grund für die Bundesregierung sein, mehr zu investieren, um die negativen Konsequenzen der Pandemie abzuschwächen.
- 5. Gesundheitssystemstärkung ist eine programmatische Priorität der deutschen EZ, aber im Koalitionsvertrag wird das Thema nicht aufgeführt.** Das zeigt, dass die Bedeutung des Themenbereichs für die Agenda 2030 und eine bessere Pandemievorsorge nicht die Aufmerksamkeit erhält, die angemessen wäre. Dies wird der fundamentalen Bedeutung von Gesundheit und Gesundheitssystemen für die Erreichung der Agenda 2030 nicht gerecht.
- 6. Starkes internationales Engagement für Gesundheitssystemstärkung:** International hat sich Deutschland stark für globale Gesundheit und die Stärkung von Gesundheitssystemen eingesetzt – dies vor allem im Rahmen der G7-Präsidentschaft in 2015 und der G20-Präsidentschaft in 2017. Zudem unterstützt Deutschland die wichtigsten multilateralen Finanzierungsinstrumente für Gesundheit. Allerdings ist deren Kernmandat nicht die Gesundheitssystemstärkung.
- 7. Deutschlands ODA für Gesundheit steigt, aber auch der Bedarf wächst.** Seit 2015 hat Deutschland die ODA-Ausgaben für Gesundheit um 43,7% auf 1,26 Milliarden€ im Jahr 2019 erhöht. Durch weitere Erhöhungen in 2020 und 2021 hat Deutschland damit Fortschritte bzgl. des 0,1%-Ziels gemacht. Aufgrund der Covid-19-Pandemie ist der Bedarf an Unterstützung jedoch auch stark gewachsen.
- 8. ODA für Basisgesundheitsysteme fällt.** Deutschlands bilaterale ODA-Ausgaben für Gesundheitssystemstärkung waren im Jahr 2019 auf dem höchsten Stand seit 2015. Allerdings verringerten sich die Ausgaben für die Stärkung von Basisgesundheitsystemen.
- 9. Geringe ODA-Mittel für Fachkräfte:** Die Qualifikation von Gesundheitsfachkräften ist programmatisch ein wichtiger Teil der Gesundheitsvorhaben der deutschen EZ. Dies spiegelt sich aber nicht in den ODA-Ausgaben wider. Nur ein sehr kleiner Anteil fließt in die Aus- und Fortbildung von Basisgesundheitskräften.
- 10. Die am wenigsten entwickelten Länder („least developed countries“, LDCs) in Subsahara-Afrika sind kein Schwerpunkt bei der Gesundheitssystemstärkung.** Im Zeitraum 2015–2019 gingen nur 13% der ODA-Ausgaben für Gesundheitssystemstärkung in diese Region und lediglich 18% an LDCs. Die Länder mit den schwächsten Gesundheitssystemen und der höchsten Kindersterblichkeit sind insofern kein Schwerpunkt der deutschen Maßnahmen zur Gesundheitssystemstärkung. Ein substanzieller Anteil der Mittel geht an die Volksrepublik China – ein Land mit hohem mittlerem Einkommen.

Insgesamt zeigt die Studie somit, dass Deutschland sich politisch für Gesundheitssysteme starkgemacht hat, bei den ODA-Ausgaben für Gesundheitssystemstärkung aber eine Lücke zwischen der Rhetorik und der Realität klafft. Auf der Grundlage dieser Ergebnisse wurden Empfehlungen an die neue Bundesregierung formuliert, Maßnahmen zu ergreifen, um den genannten Herausforderungen entgegenzuwirken (siehe Seite 35).

<sup>1</sup> Deutsche Bundesregierung (2020), *Strategie der Bundesregierung zu globaler Gesundheit. Verantwortung – Innovation – Partnerschaft: Globale Gesundheit gemeinsam gestalten*, [https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5\\_Publikationen/Gesundheit/Broschueren/GlobaleGesundheitsstrategie\\_Web.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Gesundheit/Broschueren/GlobaleGesundheitsstrategie_Web.pdf)



# 1. Einleitung

Aufgrund **schwacher Gesundheitssysteme** bleibt vielen Menschen in Ländern mit niedrigem und mittlerem Einkommen der Zugang zu einer angemessenen **Gesundheitsversorgung** verwehrt. Vor allem die ärmsten Bevölkerungsgruppen werden mangels finanzieller Mittel nicht ausreichend medizinisch versorgt.<sup>2</sup> Nicht zuletzt zeigt die anhaltende **Covid-19-Pandemie**, dass Gesundheitssysteme in Krisenzeiten selbst in Mitgliedsländern der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) schnell überfordert sind, wodurch sich auch die Situation von Kindern weltweit dramatisch verschlechtert hat.<sup>3,4</sup>

Deutschland hat sein Engagement für globale Gesundheit in den vergangenen Jahren stetig ausgeweitet. Im Jahr 2019 war Deutschland weltweit der drittgrößte Geber im Gesundheitsbereich.<sup>5</sup> Dabei bezeichnet das Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (BMZ) die **Gesundheitssystemstärkung als „übergeordnete[n] Ansatz** für die Strategie der deutschen Entwicklungszusammenarbeit im Gesundheitsbereich“<sup>6</sup>. Auch die im Jahr 2020 vorgestellte Strategie der Bundesregierung zur globalen Gesundheit („Verantwortung – Innovation – Partnerschaft: Globale Gesundheit gemeinsam gestalten“) benennt die Stärkung von Gesundheitssystemen als ein wesentliches Ziel der deutschen Entwicklungszusammenarbeit (EZ).<sup>7</sup> In der Strategie wird die Gesundheitssystemstärkung als wesentliches Mittel betrachtet, um eine **universelle Gesundheitsversorgung (Universal Health Coverage, UHC)** zu erreichen und die Widerstandsfähigkeit der Gesundheitssysteme zu erhöhen.

**Save the Children Deutschland** setzt sich dafür ein, dass die Bundesregierung in die **Basisgesundheitsysteme** von Ländern mit niedrigem und mittlerem Einkommen investiert, um allen Menschen – und insbesondere Kindern,

die besonders betroffen von Ungleichheiten und Diskriminierung im Zugang zu Gesundheit sind – eine bezahlbare und gute medizinische Versorgung zu ermöglichen. Starke Basisgesundheitsysteme sind für die Bereitstellung primärer Gesundheitsdienste (Primary Health Care, PHC) fundamental und deshalb auch dafür, das Ziel einer universellen Gesundheitsversorgung bis zum Jahr 2030 zu erreichen.<sup>8</sup>

Hinsichtlich der 17 Nachhaltigkeitsziele der Agenda 2030 wird das Jahr 2022 von wesentlicher Bedeutung sein. Die neue Bundesregierung hat gerade ihre Arbeit aufgenommen und muss nun in ihrer **G7-Präsidentschaft** beweisen, dass sie die großen internationalen Herausforderungen im Bereich der globalen Gesundheit koordinieren und gemeinsam mit anderen Ländern bewältigen kann. Dazu zählt zuvorderst die Bewältigung der Covid-19-Pandemie, die eine gerechte globale Impfstoffverteilung erfordert.<sup>9</sup> Darüber hinaus müssen die Weichen für die Erreichung des Nachhaltigkeitsziels 3 („Gesundheit und Wohlergehen“) gestellt werden: Hierzu gehört auch eine universelle Gesundheitsversorgung in allen Ländern bis 2030. Aufgrund der negativen Auswirkungen der Pandemie ist dieses Ziel weiter in die Ferne gerückt. Um es zu erreichen, ist es notwendig, dass die Weltgemeinschaft nachdrücklich und entschieden handelt. Unter der neuen Bundesregierung muss Deutschland hierfür in den kommenden Jahren wichtige Beiträge leisten. Die nachhaltige **Stärkung von Gesundheitssystemen muss dabei eine wesentliche Priorität des deutschen Engagements sein.**

Vor diesem Hintergrund untersucht die vorliegende Studie das **Engagement Deutschlands für die Stärkung von Gesundheitssystemen** im Rahmen der Entwicklungszusammenarbeit (EZ). Darauf aufbauend werden **Politikempfehlungen** entwickelt, wie Deutschland die politische und finanzielle Unterstützung zur Gesundheitssystemstärkung in Ländern mit niedrigem und mittlerem Einkommen weiter verbessern kann.



Krankenschwestern betreuen Mütter und ihre Kinder im Stabilisierungszentrum, Gardo General Hospital, Somalia. © Kate Stanworth/Save the Children

2 Watkins DA, Yamey G, Schäferhoff M et al. (2018), *Alma-Ata at 40 years: reflections from the Lancet Commission on Investing in Health*. *The Lancet*. 20. Oktober 2018;392(10156):1434-1460. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)32389-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32389-4)

3 Haldane, V, De Foo, C, Abdalla, SM et al. (2021), *Health systems resilience in managing the COVID-19 pandemic: lessons from 28 countries*. *Nature Medicine* 27, 964–980 (2021), <https://doi.org/10.1038/s41591-021-01381-y>

4 UNICEF et al. (2021), *Levels & Trends in Child Mortality. Report 2021. Estimates developed by the Inter-agency Group for Child Mortality Estimation*, <https://data.unicef.org/wp-content/uploads/2022/01/UNICEF-IGME-2021-Child-Mortality-Report.pdf>

5 Nach den USA und Großbritannien. Eigene Berechnungen der Autor\*innen basierend auf Daten der OECD.

6 BMZ, *Gesundheitssysteme*, <https://www.bmz.de/de/entwicklungspolitik/gesundheitssysteme>, abgerufen am 19. April 2022

7 Deutsche Bundesregierung (2020), *Strategie der Bundesregierung zu globaler Gesundheit. Verantwortung – Innovation – Partnerschaft: Globale Gesundheit gemeinsam gestalten*, [https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5\\_Publikationen/Gesundheit/Broschueren/GlobaleGesundheitsstrategie\\_Web.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Gesundheit/Broschueren/GlobaleGesundheitsstrategie_Web.pdf)

8 Deutsche Bundesregierung, *Globale Nachhaltigkeitsstrategie. Nachhaltigkeitsziele verständlich erklärt*, <https://www.bundesregierung.de/breg-de/themen/nachhaltigkeitspolitik/nachhaltigkeitsziele-verstaendlich-erklart-232174>, abgerufen am 19. April 2022

9 Save the Children (2021), *Weltimmunisierungswache: „Impfstoffe müssen für alle Menschen zugänglich und bezahlbar sein.“*, <https://www.savethechildren.de/news/weltimmunisierungswache-impfstoffe-muessen-fuer-alle-menschen-zugaenglich-und-bezahlbar-sein>





© Sacha Myers / Save the Children

Die Studie hat folgenden Aufbau: Erstens wird analysiert, warum starke Gesundheitssysteme für die Erreichung des globalen Nachhaltigkeitsziels 3 und für die Agenda 2030 insgesamt von fundamentaler Bedeutung sind (Kapitel 2). Zweitens untersucht die Studie, wie die Bundesregierung das Thema **Gesundheitssystemstärkung strategisch und konzeptionell positioniert**, welche Ziele sie sich selbst gesetzt hat und inwieweit das Thema in öffentlichen Aussagen als Priorität beschrieben wird (Kapitel 3). Darauf basierend untersucht die Studie, inwieweit die **Rhetorik zum Thema Gesundheitssystemstärkung mit dem deutschen Engagement in diesem Themenfeld übereinstimmt**. Kapitel 4 zeigt auf, wie Deutschland sich auf internationaler Ebene für die Stärkung von Gesundheitssystemen eingesetzt hat. Anschließend wird in Kapitel 5 **Deutschlands „Official Development Assistance“ (ODA) für Gesundheit und die Gesundheitssystemstärkung** im Besonderen untersucht, um zu analysieren, wie sich die deutschen ODA-Beiträge mit der öffentlichen Rhetorik decken. Vor diesem Hintergrund wird das deutsche Engagement zur Förderung von Gesundheitssystemen bewertet und werden **Politikempfehlungen für die neue Bundesregierung entwickelt**, um ein nachhaltiges und potenziell weiter gehendes Engagement im Bereich Gesundheitssystemstärkung zu befördern (Kapitel 6).

Zur Entwicklung der Studie wurde ein **Methodenmix** angewandt, der folgende qualitative und quantitative Methoden umfasste:

- **Dokumentenanalyse:** Publikationen der Weltgesundheitsorganisation (WHO), akademische Veröffentlichungen sowie weitere wissenschaftliche Studien wurden analysiert, um die Rolle von Gesundheitssystemen und Gesundheitssystemstärkung aufzuzeigen. Darüber hinaus wurden Grundsatz- und Positionspapiere der Bundesregierung ausgewertet und in Bezug auf Gesundheitssystemstärkung untersucht. Auch Haushaltsdokumente wurden in die Analyse einbezogen. Zur Untersuchung des internationalen Engagements Deutschlands für das Thema wurde eine Vielzahl weiterer Dokumente – zum Beispiel G7-Deklarationen oder Studien zur Bekämpfung der Covid-19-Pandemie – betrachtet.
- **Semistrukturierte Interviews:** Für die Studie wurden Interviews mit Vertreterinnen der vorherigen und der neuen Bundesregierung (Parlamentarische Staatssekretärinnen des BMZ), der Vorsitzenden des Unterausschusses Globale Gesundheit des Bundestages (19. Legislaturperiode), einer Mitarbeiterin der Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ), einer internationalen Gesundheitsexpertin und einer Vertreterin des afrikanischen Regionalbüros der WHO geführt, um die Bedeutung von Gesundheitssystemstärkung zu untersuchen, das bundesdeutsche Engagement zu bewerten und Verbesserungspotenziale zu identifizieren (Anhang 1).
- **Datenbankauswertungen:** Für die finanzielle Analyse bedient sich die Studie in erster Linie der Daten des Entwicklungshilfeausschusses (Development Assistance Committee, DAC) der OECD. Die Daten aus der CRS-Datenbank („Creditor Reporting System“) wurden am 9.9.2021 heruntergeladen.<sup>10</sup> Zu diesem Zeitpunkt waren Daten bis einschließlich 2019 verfügbar. Das DAC-Sekretariat veröffentlicht in jedem Kalenderjahr eine Liste mit Sektoren und Subsektoren – sogenannten Förderbereichsschlüsseln (FBS). Da es keinen speziellen FBS für Gesundheitssystemstärkung gibt, wurde für diese Studie eine Methode entwickelt, um die ODA zur Stärkung von Gesundheitssystemen zu messen. Anhang 2 enthält eine detaillierte Beschreibung dieser Methodik und des allgemeinen methodischen Vorgehens bei der finanziellen Analyse.

Fatima (3) erhält ihre Cholera-Impfung, Sudan.  
© Sacha Myers / Save the Children

## 2. Die Rolle von Gesundheitssystemen für die globalen Nachhaltigkeitsziele und eine universelle Gesundheitsversorgung

Aus Sicht der WHO bestehen **Gesundheitssysteme aus sechs Bausteinen:** Gesundheitsdienste, Gesundheitsfachkräfte, Gesundheitsfinanzierung, Gesundheitsinformationssysteme, Governance und Medizinprodukte (Impfstoffe, Diagnostika, Medikamente sowie andere medizinische Hilfsmittel). Starke Gesundheitssysteme sind eine fundamentale Voraussetzung, um vier übergeordnete Ziele zu erreichen: eine verbesserte Gesundheit und einen gerechten Zugang zu Gesundheitsdiensten, eine schnelle Reaktionsfähigkeit in Krisensituationen, eine Risikoabsicherung im Krankheitsfall sowie eine effizientere – kos-

tengünstigere – Gesundheitsversorgung (Abbildung 1).<sup>11</sup> Nach Definition der WHO umfasst die Gesundheitssystemstärkung demnach alle Maßnahmen, die eine oder mehrere Funktionen des Gesundheitssystems bzw. deren Zusammenspiel verbessern.<sup>12</sup>

Als essenziell werden außerdem **gemeindebasierte Gesundheitssysteme** betrachtet, auch wenn diese von der WHO nicht explizit als ein Baustein genannt werden.<sup>13</sup> Gemeindebasierte Gesundheitssysteme sind unverzichtbar, um die primäre Gesundheitsversorgung sicherzustellen.<sup>14,15</sup>

<sup>11</sup> "Improving [the] six health system building blocks and managing their interactions in ways that achieve more equitable and sustained improvements across health services and health outcomes." [https://www.who.int/healthinfo/systems/WHO\\_MBHSS\\_2010\\_full\\_web.pdf](https://www.who.int/healthinfo/systems/WHO_MBHSS_2010_full_web.pdf)

<sup>12</sup> World Health Organization (2007), *Everybody's Business: Strengthening Health Systems to Improve Health Outcomes: WHO's Framework for Action*. World Health Organization: Geneva, <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/52187/retrieve>

<sup>13</sup> Siehe dazu zum Beispiel: Sacks E, Morrow M, Story WT et al (2019), *Beyond the building blocks: integrating community roles into health systems frameworks to achieve health for all*, *BMJ Global Health* 2019; 3:e001384, [https://gh.bmj.com/content/3/Suppl\\_3/e001384](https://gh.bmj.com/content/3/Suppl_3/e001384)

<sup>14</sup> Kruk ME, Gage AD, Arsenaault C et al (2018), *High-quality health systems in the Sustainable Development Goals era: time for a revolution*. *The Lancet Global Health* 2018, [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(18\)30386-3](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(18)30386-3)

<sup>15</sup> Kruk ME, Gage AD, Joseph NT, Danaei G, García-Saisó S, Salomon JA (2018), *Mortality due to low-quality health systems in the universal health coverage era: a systematic analysis of amenable deaths in 137 countries*. *The Lancet* 2018. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31668-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31668-4)

<sup>10</sup> OECD, *Creditor Reporting System*, <https://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=CRS1>, abgerufen am 19. April 2022



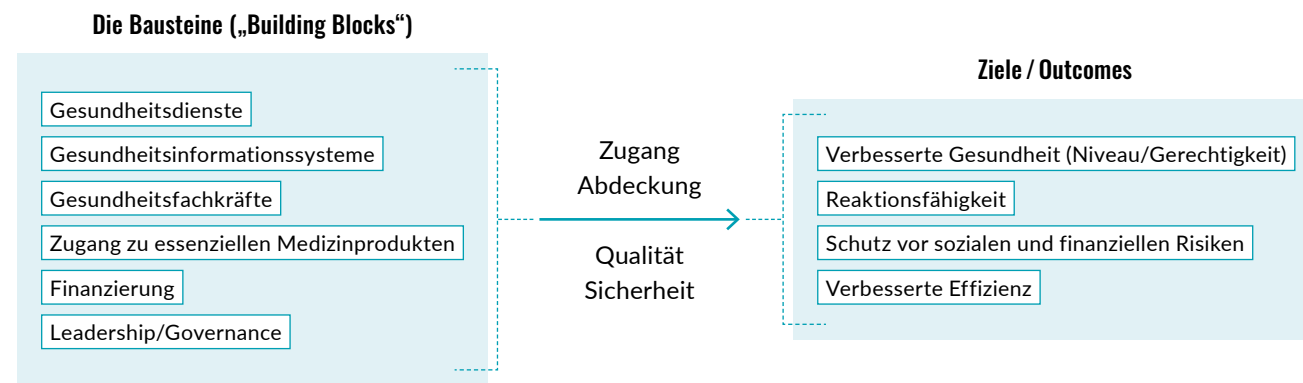


Abbildung 1: Was ist ein Gesundheitssystem? Das „WHO-Framework“.

Quelle: adaptiert von der WHO (2010)  
[https://www.who.int/healthinfo/systems/WHO\\_MBHSS\\_2010\\_full\\_web.pdf](https://www.who.int/healthinfo/systems/WHO_MBHSS_2010_full_web.pdf)

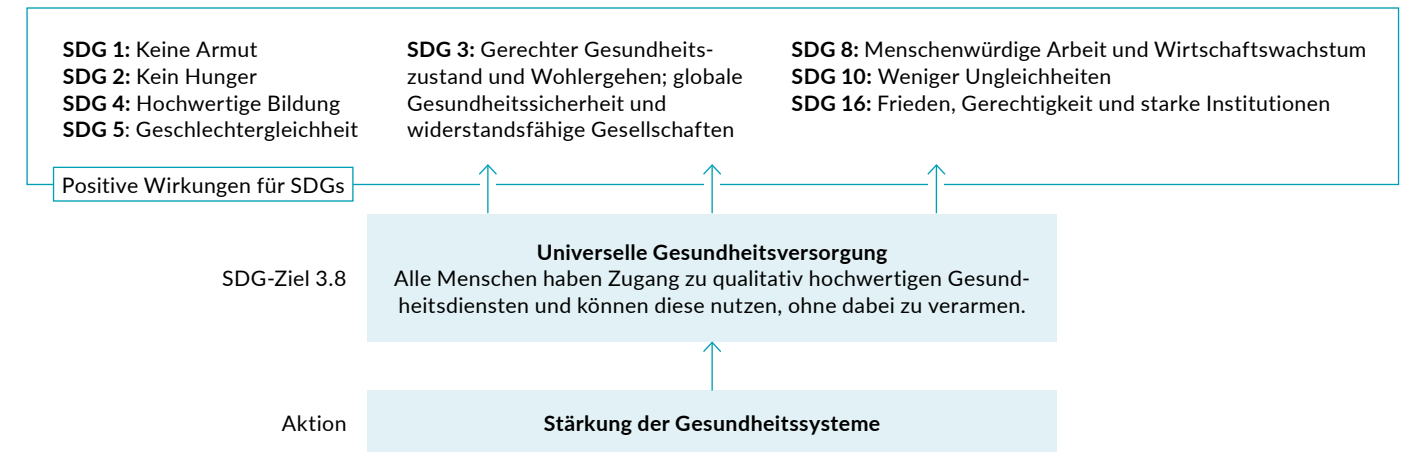


Abbildung 2: Wie Gesundheitssystemstärkung zur Umsetzung der Agenda 2030 beiträgt

Quelle: adaptiert von Kieny et al. 2017

„Gesundheitssystemstärkung hat eine herausragende Bedeutung. Die Stärkung von Gesundheitssystemen leistet einen sehr wichtigen Beitrag dazu, um die SDGs zu erreichen und weltweit das Menschenrecht auf Gesundheit einzulösen. Starke Gesundheitssysteme sind insbesondere für das Nachhaltigkeitsziel 3 zentral, aber sie sind auch das Fundament vieler anderer SDGs.“

– Heike Baehrens, ehem. Vorsitzende des Unterausschusses Globale Gesundheit im Deutschen Bundestag (19. Legislaturperiode)

„Die Stärkung von Gesundheitssystemen hat einen entscheidenden Stellenwert. Starke und resiliente Gesundheitssysteme sind essenziell, um das Menschenrecht auf Gesundheit umzusetzen. Sie sind auch entscheidend für die Pandemievorsorge und -bekämpfung. Nachhaltige Entwicklung ist nur möglich, wenn funktionierende Gesundheitssysteme vorhanden sind. Es ist darum maßgeblich, sich für ihre Stärkung zu engagieren.“

– Dr. Bärbel Kofler, Parlamentarische Staatssekretärin bei der Bundesministerin für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung

Starke Gesundheitssysteme sind die **Basis einer universellen Gesundheitsversorgung** und ein wesentliches **Fundament für die Umsetzung der Agenda 2030** (Anhang 3). Gesundheitssysteme sind dabei nicht nur für das globale Nachhaltigkeitsziel 3 von enormer Relevanz, sondern sind auch mitentscheidend für die Umsetzung vieler Nachhaltigkeitsziele, wie beispielsweise der Nachhaltigkeitsziele 1, 2, 4, 5, 8, 10 und 18 (Abbildung 2).<sup>16</sup> Indem Gesundheitssysteme Informationen zu gesunder und nachhaltiger Ernährung bereitstellen, fördern sie zum Beispiel Fortschritt zum **Nachhaltigkeitsziel 2** („Kein Hunger“).<sup>17</sup> Und werden – wie im UHC-Konzept vorgesehen – Ungleichheiten beim Zugang zu Gesundheit abgebaut, wirkt sich dies positiv auf das **Nachhaltigkeitsziel 10** aus („Weniger Ungleichheiten“).

Gesundheitssysteme sind auch wichtig, um den Herausforderungen des Klimawandels zu begegnen – wie unter anderem im **Nachhaltigkeitsziel 13** („Massnahmen zum Klimaschutz“) festgelegt. Gesundheitssysteme unterstützen die notwendige Anpassung an den Klimawandel, beispielsweise durch Strukturen zur Versorgung der Menschen bei extremen Wetterereignissen. Deshalb sind Investitionen in Gesundheitssysteme auch Investitionen in die Abschwächung der Auswirkungen der Klimakrise auf die Gesundheit von Kindern.<sup>18</sup>

Starke **Gesundheitssysteme spielen eine fundamentale Rolle, um das Ziel der universellen Gesundheitsversorgung** zu erreichen. UHC bedeutet, „dass jeder Mensch universellen Zugang zu einer angemessenen, umfassenden, diskriminierungs- und barrierefreien sowie für alle

Bevölkerungsgruppen erschwinglichen Gesundheitsversorgung hat, inklusive gesundheitsfördernder, präventiver, diagnostischer, therapeutischer, rehabilitativer und palliativer Produkte und Dienstleistungen des Gesundheitssystems“<sup>19</sup>. Somit beinhaltet UHC den Zugang zu hochwertiger gesundheitlicher Grundversorgung und zu sicheren, wirksamen, hochwertigen und bezahlbaren Medizinprodukten für alle – dies wird auch durch das Prinzip **„Leaving No One Behind“** ausgedrückt.<sup>20</sup> Auch die **finanzielle Risikoabsicherung** im Krankheitsfall und damit der Schutz vor sehr hohen Gesundheitsausgaben, die zur Verarmung führen, ist ein wichtiges Element von UHC.

Aus konzeptioneller Sicht umfasst UHC drei Dimensionen (Abbildung 3): Bevölkerung (wer ist abgedeckt?), Dienste (welche Dienste sind zu welcher Qualität enthalten?) und Kosten (welcher Anteil der Kosten ist abgedeckt, um Armut zu vermeiden?).

In vielen Ländern bestehen **massive Herausforderungen** in Bezug auf die drei UHC-Dimensionen:

- **Im Jahr 2017 hatten nur 30 bis 50% der Weltbevölkerung Zugang zu essenziellen Gesundheitsdiensten. Dabei verringerte sich die Fortschrittsrate seit**

**dem Jahr 2010.** Vor allem den ärmsten und vulnerabelsten Gruppen fehlt der Zugang.<sup>21,22</sup> In vielen Ländern schaffen es die Gesundheitssysteme nicht, allen Menschen Zugang zu gesundheitlichen Diensten zu ermöglichen. Projektionen der WHO aus dem Jahr 2019 kommen zum Ergebnis, dass bei gleichbleibenden Investitionen in Gesundheit im Jahr 2030 immer noch weniger als zwei Drittel der Weltbevölkerung Zugang zu essenziellen Gesundheitsdiensten hätten.<sup>23</sup> Während die Situation vor der Pandemie schon prekär war, hat Covid-19 die Lage weiter verschärft (siehe auch „Zusammengefasst“ S. 14).

- **Jährlich sterben fast 9 Millionen Menschen in Niedrig- und Mittlereinkommensländern an vermeidbaren Ursachen, denen starke Gesundheitssysteme vorbeugen oder die sie erfolgreich behandeln könnten.**<sup>24</sup> Fehlender Zugang zu Gesundheitsdiensten ist dabei für weniger als die Hälfte dieser Todesfälle verantwortlich. Fast 60% sind eine Folge der **schlechten Qualität der Dienste**. Viele Gesundheitssysteme sind somit nicht in der Lage, hochwertige Dienste anzubieten. Die *Lancet Global Health Commission on High Quality Health Systems* empfiehlt deshalb die Stärkung von **Basisgesundheitsystemen**, die eine integrierte Bereitstellung essenzieller Dienste (wie Impfungen)

16 Kieny MP et al. (2017), *Strengthening health systems for universal health coverage and sustainable development*. *Bulletin of the World Health Organization*. 95(7), 537-539

17 Wie in der Erklärung von Alma-Ata festgelegt, ist eine gesunde Ernährung ein expliziter Teil von Primary Health Care, der Basis von UHC. Siehe [https://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0009/113877/E93944.pdf](https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0009/113877/E93944.pdf)

18 Save the Children (2021), *Kinderrechte in der Klimakrise: Gesundheit und Ernährung*, [https://www.savethechildren.de/fileadmin/user\\_upload/Downloads\\_Dokumente/Berichte\\_Studien/2021/0921\\_save-the-children-NextGen\\_Bericht\\_Klima.pdf](https://www.savethechildren.de/fileadmin/user_upload/Downloads_Dokumente/Berichte_Studien/2021/0921_save-the-children-NextGen_Bericht_Klima.pdf)

19 Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung, *Starke Gesundheitssysteme – Basis für eine gute Gesundheitsversorgung*, <https://www.bmz.de/de/entwicklungspolitik/gesundheitsysteme>, abgerufen am 19. April 2022

20 World Health Organization, *Universal Health Coverage*, [https://www.who.int/health-topics/universal-health-coverage#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/universal-health-coverage#tab=tab_1), abgerufen am 19. April 2022

21 World Health Organization (2019), *Global monitoring report: Primary health care on the road to universal health coverage*, <https://www.who.int/docs/default-source/documents/2019-uhc-report.pdf>

22 Victoria CG, Barros AJD, França GVA, da Silva ICM, Carvajal-Velez L, Amouzou A, *The contribution of poor and rural populations to national trends in reproductive, maternal, newborn, and child health coverage: analyses of cross-sectional surveys from 64 countries*. *The Lancet Global Health*. 2017 Apr;5(4):e402-e407. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(17\)30077-3](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(17)30077-3)

23 World Health Organization (2019), *Primary Health Care on the Road to Universal Health Coverage. 2019 Global Monitoring Report*, <https://www.who.int/docs/default-source/documents/2019-uhc-report.pdf>

24 Kruk ME, Gage AD, Joseph NT, Danaei G, García-Saisó S, Salomon JA (2018), *Mortality due to low-quality health systems in the universal health coverage era: a systematic analysis of amenable deaths in 137 countries*. *The Lancet* 2018. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31668-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31668-4)

gen oder die Prävention und Behandlung von Unter- und Mangelernährung) leisten können.<sup>25</sup>

- Die WHO schätzt, dass 930 Millionen Menschen mehr als 10 % ihrer finanziellen Mittel für ihre Gesundheit ausgeben, wodurch viele von ihnen weiter in die Armut gedrängt werden. Die Anzahl der Menschen, die von solchen „katastrophalen Gesundheitsausgaben“ betroffen sind, steigt.<sup>26</sup> Eine wesentliche Herausforderung ist, dass die Gesundheitsausgaben der Regierungen der Niedrigeinkommensländer etwa 7 bis 9 US-\$ pro Kopf im Jahr betragen, die Bereitstellung essenzieller Dienste aber ca. 112 US-\$ pro Kopf kostet.<sup>27,28</sup> Eine im Dezember 2021 veröffentlichte Studie der WHO schätzt, dass ein Drittel der jährlichen Ausgaben für PHC von externen Gebern und lediglich ein Fünftel von den Regierungen der ärmsten Länder übernommen wird. Beinahe die Hälfte wird von Privathaushalten geschultert.<sup>29</sup>

Gesundheitssysteme spielen darüber hinaus eine wesentliche Rolle für die **Pandemievorsorge und -bekämpfung** und für die allgemeine **Gesundheitssicherheit**.<sup>30</sup> Wie die Covid-19-Pandemie deutlich macht, sind starke Gesundheitssysteme während Krisenzeiten von enormer Bedeutung für die Bereitstellung von Diagnostika, Impfstoffen und Therapeutika. Eine wesentliche Funktion ist es aber auch, Krisen zu verhindern, indem neue gesundheitliche Gefahren schnell erkannt und – wie von den Internationalen Gesundheitsvorschriften vorgesehen – berichtet werden. Gesundheitssysteme müssen also reaktionsfähig sein, um Krankheitsausbrüche und den zugehörigen Erreger schnell zu erkennen und einzudämmen. Somit wird nicht nur die eigene Bevölkerung geschützt, sondern auch Menschen in Nachbarländern oder auf anderen Kontinenten. Hierfür brauchen Länder Kapazitäten, die vielerorts fehlen.

Da Gesundheitssysteme in Zukunft Prognosen zufolge wegen vermehrt auftretender Gesundheitsnotlagen einem verstärkten Druck ausgesetzt werden, vergrößert sich die Notwendigkeit, sie noch stärker als bisher aus- und aufzubauen. Damit sie essenzielle Gesundheitsdienste erbringen können, müssen sie weitaus mehr gestärkt werden als bisher. Neben den direkten Kosten der Covid-19-Krise (unter anderem mehr als 5,5 Millionen Todesopfer weltweit<sup>31</sup>) sind die indirekten gesundheitlichen Auswirkungen massiv: Die Weltbank schätzt, dass auf jeden Covid-19-Todesfall in armen Ländern mehr als zwei Todesfälle unter Frauen und Kindern aufgrund unterbrochener gesundheitlicher Dienste kommen.<sup>32</sup>

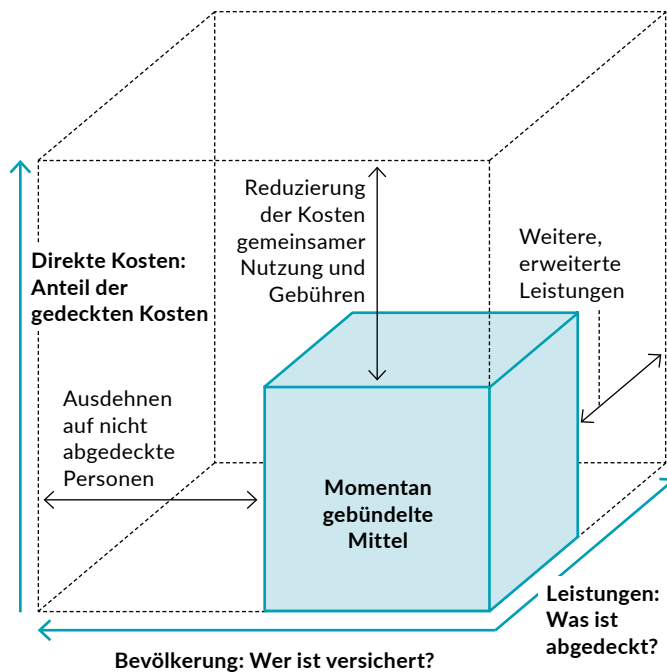


Abbildung 3: Der UHC-Würfel („UHC Cube“) Quelle: WHO 2010



Phillipe, Ebola-Gesundheitshelfer in der Demokratischen Republik Kongo. © Sacha Myers / Save the Children

## Stärkung von Gesundheitssystemen als Investition in soziale und wirtschaftliche Entwicklung

Im Jahr 2017 hat die WHO die Kosten zur Erreichung des globalen Nachhaltigkeitsziels 3 modelliert.<sup>33</sup> Dabei wurde zwischen krankheitsspezifischen Programmkosten (zum Beispiel zur Bekämpfung von HIV/Aids) und den Kosten zur Gesundheitssystemstärkung unterschieden. Die Studie beziffert die Gesamtkosten zur Erreichung von Nachhaltigkeitsziel 3 in Ländern mit niedrigem und mittlerem Einkommen auf 274 bis 371 Milliarden US-\$. Zwei Drittel dieser Kosten werden zur Stärkung der Gesundheitssysteme benötigt und ein Drittel für krankheitsspezifische

Programme. Diese Studie verdeutlicht, dass der **Bedarf an Investitionen in Gesundheitssysteme** erheblich ist.

Die Stärkung von Gesundheitssystemen ist notwendig, um eine universelle Gesundheitsversorgung bis 2030 zu erreichen und damit auch die ärmsten und vulnerabelsten Gruppen zu versorgen. Beispielsweise korreliert die Qualität von Gesundheitssystemen stark mit der **Gesundheit von Müttern und Kindern**, insbesondere von Neugeborenen.<sup>34,35</sup> Im Jahr 2020 starben 5 Millionen Kinder (jünger als fünf Jahre), die meisten von ihnen an vermeidbaren Krankheiten. Fast die Hälfte (2,4 Millionen) waren Neugeborene. Die Mehrheit dieser Kinder starb in Subsahara-Afrika. Fortschritte bei der Reduzierung der Neugeborenensterblichkeit sind langsam, auch aufgrund fehlender Investitionen in Gesundheitssysteme.

25 Kruk ME, Pate M (2020), *The Lancet Global Health Commission on High Quality Health Systems 1 year on: progress on a global imperative*. *Lancet Global Health*. 2020 Jan;8(1):e30-e32, [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(19\)30485-1](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(19)30485-1)

26 WHO (2021), *Global expenditure on health: Public spending on the rise?*, <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1400583/retrieve>

27 Schäferhoff M et al. (2019): *Trends in Global Health Financing. New data show that low-income countries are still unable to fund an essential package of health services*. *BMJ* 2019; <https://www.bmj.com/content/365/bmj.l2185>

28 Watkins et al. definieren zwei Gruppen von Interventionen zur Erreichung von UHC. Eine Gruppe umfasst 218 Interventionen und kostet 100 US-\$ pro Kopf („essential package“). Eine weitere Gruppe umfasst nur die wichtigsten 108 Interventionen und kostet 50 US-\$ pro Kopf („highest priority interventions“). Siehe dazu: Watkins DA, Yamey G, Schäferhoff M et al. (2018), *Alma-Ata at 40 years: reflections from the Lancet Commission on Investing in Health*. *The Lancet*. 20. Oktober 2018;392(10156):1434-1460. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)32389-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32389-4)

29 World Health Organization (2021), *Global expenditure on health: Public spending on the rise?*, <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1400583/retrieve>

30 Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung, *Gesundheitssicherheit: Eine Aufgabe für die internationale Staatengemeinschaft*, <https://www.bmz.de/de/entwicklungspolitik/gesundheitssicherheit>, abgerufen am 19. April 2022

31 Stand: 18. Januar 2022. <https://covid19.who.int/>

32 Global Financing Facility (2021), *Annual Report 2020-2021. Putting women, children and adolescents at the center of an inclusive, resilient response and recovery*, [https://www.globalfinancingfacility.org/sites/gff\\_new/GFF-annual-report-2021/](https://www.globalfinancingfacility.org/sites/gff_new/GFF-annual-report-2021/)

33 Stenberg et al. (2017), *Financing transformative health systems towards achievement of the health Sustainable Development Goals: a model for projected resource needs in 67 low-income and middle-income countries*. *The Lancet Global Health*, 2017 Sep;5(9):e875-e887. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(17\)30263-2](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(17)30263-2)

34 UNICEF et al. (2021), *Levels & Trends in Child Mortality. United Nations Inter-agency Group for Child Mortality Estimation (UN IGME), Report 2021*, <https://data.unicef.org/resources/levels-and-trends-in-child-mortality/>

35 Als Neugeborenes bezeichnet man Kinder von der Geburt bis zum Alter von vier Wochen (0-27 Tage). Die Neugeborenen-Periode ist die riskanteste Zeit für das Überleben eines Kindes, und da die Sterblichkeitsrate bei Kindern unter fünf Jahren weltweit sinkt, findet ein größerer Anteil aller Todesfälle unter fünf Jahren während der Neugeborenen-Periode statt. Dies erfordert eine stärkere Aufmerksamkeit für diese Periode der Geburt erfordert Leben und dringende Maßnahmen, um den Tod von Neugeborenen zu verhindern.



### Zusammengefasst: Die Auswirkungen der Pandemie auf die Gesundheit und Entwicklung von Kindern

Die Auswirkungen der globalen Covid-19-Krise auf die Gesundheit und Entwicklung von Kindern sind verheerend. Im Dezember 2021 bezeichnete das Kinderhilfswerk der Vereinten Nationen (United Nations Children's Fund, UNICEF) Covid-19 als die schlimmste Krise in der 75-jährigen Geschichte der Organisation.<sup>36</sup> Beispiele für die negativen Auswirkungen der Pandemie auf die Gesundheit und Entwicklung von Kindern sind:

- Die Zahl der in Armut lebenden Kinder ist in weniger als zwei Jahren um weitere 100 Millionen gestiegen, ein Anstieg von 10% seit 2019.<sup>37</sup> UNICEF-Schätzungen zufolge wird es im besten Fall acht Jahre dauern, bis dieser Negativtrend wieder aufgeholt worden ist.
- Impfstofflieferketten sind unterbrochen und Grundimmunisierungsraten bei Kindern sind in vielen Ländern gesunken. Im Jahr 2020 wurden 3,7 Millionen Kinder weniger geimpft als im Vorjahr. Insgesamt erhielten 23 Millionen Kinder keine Grundimpfungen gegen lebensbedrohliche Krankheiten wie Lungen- und Gehirnhautentzündungen oder Polio. Weltweit ist dies die höchste Zahl an ungeimpften Kindern seit 2009.
- Weil Lieferketten nicht funktionieren und der Zugang zu Dienstleistungen im Bereich der sexuellen und reproduktiven Gesundheit daher eingeschränkt ist, werden Schwangere und Neugeborene nur unzureichend versorgt – auch die professionelle Geburtshilfe ist nach Daten der WHO erheblich betroffen. Infolgedessen steigt die Müttersterblichkeit. Auch mehr Kinder überleben die Geburt nicht.
- 50 Millionen Kinder sind von extremer Unterernährung („wasting“) betroffen, der gravierendsten Form der Unterernährung. Diese Zahl könnte sich im Jahr 2022 aufgrund der Covid-19-Pandemie um weitere 9 Millionen erhöhen.
- Bei 13% der Heranwachsenden (10–19 Jahre) weltweit treten mentale Gesundheitsprobleme auf.
- In den 36 von der Global Financing Facility (GFF) unterstützten Ländern beeinträchtigte die Pandemie die Gesundheitsversorgung massiv. Bedingt durch die Pandemie fiel im Jahr 2020 der Zugang zu essenziellen Gesundheitsdienstleistungen für Frauen, Kinder und Jugendliche um etwa 25%. Dies bedeutet unter anderem, dass etwa 82 Millionen Kinder keinen Zugang zur oralen Rehydratationslösung hatten, die bei schweren Durchfallerkrankungen wie Cholera oder der Ruhr zur Anwendung kommt. Etwa 4 Millionen Frauen in den 36 GFF-Partnerländern verloren ihren Zugang zur Schwangerschafts- und Geburtshilfe.<sup>38</sup>
- Die Bereitstellung von gesundheitlichen Dienstleistungen zur Prävention und Behandlung von Aids, Tuberkulose und Malaria sind durch die Pandemie stark beeinträchtigt worden.<sup>39</sup> Neue Studien zeigen stark wachsende Inzidenzen bei diesen drei Infektionskrankheiten. Malaria ist dabei eine wesentliche Ursache für Kindersterblichkeit.<sup>40</sup>

Mehr Investitionen in Gesundheitssysteme sind notwendig. Der im Dezember 2021 veröffentlichte Bericht von **UNICEF zur Kindersterblichkeit** macht klar:

„Addressing sub-Saharan Africa's demographic changes and pressing neonatal mortality will require strengthening and investing in health systems to improve the coverage and equity of care in delivering high-quality and high-impact maternal, newborn and child survival interventions.“<sup>41</sup>

Durch die Covid-19-Pandemie ist der Bedarf an Investitionen in Gesundheit und Gesundheitssysteme gewachsen. Darüber hinaus gibt es weitere Herausforderungen, die Investitionen in die Gesundheitssysteme notwendig machen.

- **Demografische Entwicklung:** Die weiterhin wachsende Weltbevölkerung stellt neue Herausforderungen an Gesundheitssysteme. Insbesondere wird die Bevölkerungszahl in Afrika sich bis 2050 auf 2,5 Milliarden Menschen verdoppeln. Dabei wachsen auch die Ansprüche an Gesundheitssysteme: Da die Zahl der alten Menschen steigt, müssen sie sich zunehmend auch mit chronischen Krankheiten auseinandersetzen.
- **Klimawandel:** Die WHO nennt den Klimawandel die „größte gesundheitliche Herausforderung für die Menschheit“ und schätzt, dass zwischen 2030 und 2050 in jedem Jahr 250.000 Menschen zusätzlich durch die Folgen des Klimawandels sterben werden. Zentrale Gründe dafür sind unter anderem Unterernährung und steigende Fälle von Malaria und Durchfallerkrankungen. Die Kosten im Gesundheitsbereich (exklusive der Kosten in Bereichen wie Landwirtschaft oder Wasser- und Sanitärversorgung) belaufen sich auf 2 bis 4 Milliarden US-\$ pro Jahr (bis 2030). Die Länder mit den schwächsten Gesundheitssystemen werden diejenigen sein, die mit der zusätzlichen klimainduzierten Krankheitslast am wenigsten zurechtkommen.<sup>42</sup> Die Interdependenzen zwischen Gesundheit und Klima müssen daher stärker von der Weltgemeinschaft in den Blick genommen werden.

„Investitionen in Gesundheit rentieren sich. Wenn man sich anschaut, was Prävention kostet, was Gesundheitssystemstärkung kostet und was es auf der anderen Seite kostet, wenn eine Pandemie die Welt verwüstet: Das ist viel teurer, als wenn man vorher investieren würde.“

– Dr. Maria Flachsbarth,  
Parlamentarische Staatssekretärin a. D., BMZ

„Gesundheitssystemstärkung ist der ganzheitlichste und nachhaltigste Weg, um Gesundheit zu verbessern und Länder dazu zu befähigen, eine universelle Gesundheitsversorgung zu erreichen.“

Viele Studien zeigen, dass finanzielle Mittel für Gesundheit eine wichtige Investition in die soziale und wirtschaftliche Entwicklung darstellen und daher nicht als Kosten betrachtet werden sollten – das gilt für Deutschland genauso wie für Entwicklungs- und Schwellenländer.“

– Karolin Herzog,  
Advisor, GIZ

Die *Lancet* Commission on Investing in Health hat im Jahr 2013 nachdrücklich darauf hingewiesen, dass sich Investitionen in Gesundheit auszahlen.<sup>43</sup> Gesundheitsausgaben – sei es auf nationaler Ebene oder im Rahmen der EZ – sollten nicht als Kosten, sondern als Investment betrachtet werden. Die enormen sozialen und wirtschaftlichen Verluste, die von der Covid-19-Pandemie weltweit verursacht worden sind, verdeutlichen diesen Aspekt nachdrücklich.

36 "COVID-19 is the worst crisis for children in UNICEF's 75-year history. Without action, the world faces a lost decade for children, leaving the Sustainable Development Goals an impossible dream." UNICEF et al. (2021), *Levels & Trends in Child Mortality. United Nations Inter-agency Group for Child Mortality Estimation (UN IGME), Report 2021*, <https://data.unicef.org/resources/levels-and-trends-in-child-mortality/>

37 Diese Berechnungen basieren auf dem Konzept der mehrdimensionalen Armut, das vom „Multidimensional Poverty Index“ des Entwicklungsprogramms der Vereinten Nationen (UNDP) verwendet wird. Der Index misst, wie stark ein Haushalt unter Entbehrungen in den Bereichen Bildung, Gesundheit und Lebensstandard leidet. Betrachtet man Armut mehrdimensional, lebten in 2019 (also vor der Covid-19-Pandemie) etwa 1 Milliarde Kinder in Ländern mit niedrigem und mittlerem Einkommen in Armut. In den Jahren 2020 und 2021 wurden etwa 100 Millionen weitere Kinder in Armut gedrängt.

38 Global Financing Facility (2021), *Annual Report 2020-2021. Putting women, children and adolescents at the center of an inclusive, resilient response and recovery*, [https://www.globalfinancingfacility.org/sites/gff\\_new/GFF-annual-report-2021/](https://www.globalfinancingfacility.org/sites/gff_new/GFF-annual-report-2021/)

39 The Global Fund (2021), *Global Fund Results Report Reveals COVID-19 Devastating Impact on HIV, TB and Malaria Programs*, <https://www.theglobalfund.org/en/news/2021-09-08-global-fund-results-report-reveals-covid-19-devastating-impact-on-hiv-tb-and-malaria-programs/>

40 World Health Organization (2021), *More malaria cases and deaths in 2020 linked to COVID-19 disruptions*, <https://www.who.int/news/item/06-12-2021-more-malaria-cases-and-deaths-in-2020-linked-to-covid-19-disruptions>

41 UNICEF et al. (2021), *Levels & Trends in Child Mortality. United Nations Inter-agency Group for Child Mortality Estimation (UN IGME), Report 2021*, <https://data.unicef.org/resources/levels-and-trends-in-child-mortality/>

42 World Health Organization (2021), *Climate change and health*, <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/climate-change-and-health>, abgerufen am 19. April 2022

43 The Lancet Commission on Investing in Health (2013), *Global health 2035: a world converging within a generation*, <https://www.thelancet.com/commissions/global-health-2035>



### 3. Gesundheitssystemstärkung in der deutschen EZ: Ziele und Strategien

Im Folgenden wird untersucht, ob und inwiefern das Thema Gesundheitssystemstärkung als Priorität der deutschen EZ dargestellt wird. Darauf basierend wird in den Kapiteln 4 und 5 analysiert, inwieweit die öffentliche Positionierung des Themas mit dem tatsächlichen Engagement Deutschlands für Gesundheitssysteme übereinstimmt.

Die Bedeutung von globaler Gesundheit in der deutschen EZ wird durch die „Strategie der Bundesregierung zur globalen Gesundheit. Verantwortung – Innovation – Partnerschaft: Globale Gesundheit gemeinsam gestalten“ deutlich, die im Jahr 2020 verabschiedet wurde.<sup>44</sup> Durch die Strategie verpflichtet sich die Bundesregierung, globale Gesundheit nachhaltig zu fördern, wobei auch auf die entscheidende Bedeutung von Gesundheitssystemen und UHC hingewiesen wird:

**„Ziel der deutschen Strategie zur globalen Gesundheit ist es, die Wirksamkeit und die Dauerhaftigkeit des deutschen Engagements im Bereich der globalen Gesundheit sicherzustellen, um einen wesentlichen Beitrag zur Gesundheit aller Menschen weltweit bis 2030 zu leisten, Gesundheitssysteme zu stärken und eine allgemeine Gesundheitsversorgung mit einem diskriminierungsfreien Zugang für alle zu ermöglichen.“<sup>45</sup>**

Das BMZ sieht Gesundheit als wesentliche Aufgabe der EZ an und verweist auf die zentrale Rolle von Gesundheit für die Agenda 2030:

**„Gesundheit ist gleichzeitig Ziel, Voraussetzung und Ergebnis von nachhaltiger Entwicklung. Ihre Förderung ist ein Gebot der Menschlichkeit und Bestandteil**

**verantwortungsvoller Regierungsführung – sowohl in den Industrie- als auch in den Entwicklungsländern. Wenn es nicht gelingt, die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung in den ärmsten Ländern zu verbessern, können die nachhaltigen Entwicklungsziele der Agenda 2030 nicht erreicht werden. Die Verbesserung der gesundheitlichen Situation der Menschen ist darum eine der wichtigsten Aufgaben der internationalen und der deutschen Entwicklungspolitik.“<sup>46</sup>**

Im Jahr 2019 legte das BMZ das Positionspapier „Globale Gesundheit – Eine Investition in die Zukunft“ vor. Das Positionspapier weist darauf hin, dass „starke Gesundheitssysteme (...) die Voraussetzung für eine gute Gesundheitsversorgung für alle Menschen (UHC)“ sind. Zudem sind starke Gesundheitssysteme reaktionsfähig, insofern sie Krankheitsausbrüche und den zugehörigen Erreger schnell erkennen und eindämmen. Auch weist das Konzept auf die Herausforderungen hin, die auch für Gesundheitssysteme vom demografischen Wandel und der Klimakrise ausgehen.

Im April 2020 legte das BMZ das „Reformkonzept ‚BMZ 2030‘ – Umdenken – Umsteuern“ vor, um die deutsche EZ wirksamer und effizienter zu gestalten. Das Reformkonzept definiert Prioritäten für den Zeitraum 2020–2030. Es legt fünf „Kernthemen“ sowie zehn „Initiativthemen“ fest, zu denen „über einen bestimmten Zeitraum aktiv und sichtbar entwicklungspolitische Akzente gesetzt werden“ sollen. „Gesundheit, Pandemiebekämpfung und One Health“ sowie „Bevölkerungsentwicklung und Familienplanung“ werden als Initiativthemen, aber nicht als Kernthemen der deutschen EZ aufgeführt. Das Reformkonzept setzt darüber hinaus auf eine stärkere deutsche Unterstützung für

<sup>44</sup> Die Strategie baut auf dem im Jahr 2013 vorgestellten Konzept „Globale Gesundheitspolitik gestalten – gemeinsam handeln – Verantwortung wahrnehmen“ auf, mit dem die Bundesregierung erstmals den deutschen Beitrag in diesem Politikfeld definierte. [https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5\\_Publikationen/Gesundheit/Broschueren/Globale\\_Gesundheitspolitik-Konzept\\_der\\_Bundesregierung.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Gesundheit/Broschueren/Globale_Gesundheitspolitik-Konzept_der_Bundesregierung.pdf)

<sup>45</sup> Deutsche Bundesregierung (2020), *Strategie der Bundesregierung zu globaler Gesundheit. Verantwortung – Innovation – Partnerschaft: Globale Gesundheit gemeinsam gestalten*, [https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5\\_Publikationen/Gesundheit/Broschueren/GlobaleGesundheitsstrategie\\_Web.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Gesundheit/Broschueren/GlobaleGesundheitsstrategie_Web.pdf)

<sup>46</sup> Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung, *Menschenrecht Gesundheit. Das deutsche Engagement für Gesundheit*, <https://www.bmz.de/de/entwicklungspolitik/menschenrecht-gesundheit/deutsches-engagement-19400>, abgerufen am 19. April 2022



Manal (18) bekommt die Impfung gegen Cholera, Sudan. © Sacha Myers / Save the Children





Metrine stillt ihr Baby Trizer auf einer Entbindungsstation, Kenia.  
© Sarah Waiswa / Save the Children

**multilaterale Instrumente.** Nach Planung des Ministeriums sollte die bilaterale Zusammenarbeit im Bereich Gesundheit eingeschränkt werden. Globale Gesundheit sollte vor allem multilateral gefördert werden.<sup>47</sup> Dieser Vorstoß wurde nach Diskussionen im Bundestag und mit der Zivilgesellschaft aber wieder verworfen.

Wie im Reformkonzept außerdem vorgesehen, hat das Thema One Health an Bedeutung gewonnen. Im BMZ wurde eine Unterabteilung zu „**Globaler Gesundheit, Pandemiekämpfung und One Health**“ eingerichtet.

Darüber hinaus hat das BMZ im Jahr 2021 das **Strategiepapier „Initiativthema ‚One Health‘ in der Entwicklungszusammenarbeit“** vorgelegt, das der Stärkung von „(Basis-)Gesundheitssystemen“ eine wesentliche Rolle zuschreibt („Grundvoraussetzung für die Wirksamkeit der Maßnahmen sind langfristige Investitionen in starke – allen zugängliche und korruptionsfreie – Gesundheitssysteme“). Gesundheitssysteme sind somit ein programmatischer Schwerpunkt der deutschen EZ. Dies wird in den verschiedenen Strategie- und Positionspapieren deutlich und wurde auch von den konsultierten Expertinnen nachdrücklich bestätigt bzw. versichert.

„Gesundheitssystemstärkung hat eine herausragende Bedeutung für die deutsche EZ. Nicht zuletzt hat Covid-19 gezeigt, dass Gesundheit eine Voraussetzung für Entwicklung ist. Nur mit der Gesundheitssystemstärkung können wir resilientere Strukturen schaffen wie auch die besonders vulnerablen Gruppen besser erreichen – Kinder, Mütter und Schwangere. Wir wissen, dass Erkrankungen von Müttern und Kindern unter fünf Jahren im Zusammenhang mit Mangelernährung zu physischen und mentalen Schäden führen, unter denen Betroffene ihr Leben lang zu leiden haben. Dadurch werden auch die Entwicklungsmöglichkeiten der Länder eingeschränkt.“

UHC steht ganz weit oben auf unserer Agenda. 50% der Menschen weltweit haben keinen Zugang zu einer adäquaten Gesundheitsversorgung. Darum ist Gesundheitssystemstärkung so wichtig – die Ausbildung von Fachkräften oder Versicherungssysteme. Deutschland hat zum Beispiel dazu beigetragen, dass 500 Millionen Menschen in Indien jetzt eine Krankenversicherung haben.“

– **Dr. Maria Flachsbarth,**  
Parlamentarische Staatssekretärin a. D., BMZ

<sup>47</sup> VENRO (2020), *Globale Gesundheit benötigt eine angemessene und verlässliche Finanzierung*, [https://venro.org/fileadmin/user\\_upload/Dateien/Daten/Publicationen/Standpunkte/VENRO\\_Standpunkt\\_Gesundheitsfinanzierung\\_2020.pdf](https://venro.org/fileadmin/user_upload/Dateien/Daten/Publicationen/Standpunkte/VENRO_Standpunkt_Gesundheitsfinanzierung_2020.pdf)

## Gesundheitssystemstärkung in Koalitionsverträgen

Der **Koalitionsvertrag der großen Koalition (2017–2021)** benannte globale Gesundheit explizit als einen Schwerpunkt der Regierungsarbeit.<sup>48</sup> Als sektorspezifische Prioritäten wurden „die Gesundheitssicherheit und die Prävention von internationalen Pandemien sowie Stärkung von Gesundheitssystemen in Entwicklungsländern“ aufgeführt. Zusätzlich wurde auf den „Ausbau von sozialen Sicherungs- und Gesundheitssystemen“ als Förderschwerpunkt hingewiesen.<sup>49</sup>

Im **Koalitionsvertrag der neuen Bundesregierung** werden Gesundheitssysteme nicht als EZ-Schwerpunkt erwähnt.<sup>50</sup> Ebenso wenig werden Kinder- und Müttergesundheit, eine universelle Gesundheitsversorgung oder das globale Nachhaltigkeitsziel 3 im Koalitionsvertrag erwähnt. Auch der Begriff „globale Gesundheit“ kommt im Koalitionsvertrag nicht vor. Vielmehr werden verschiedene Einzelaktivitäten angesprochen. Dazu zählen die Stärkung der WHO, eine Unterstützung von COVAX („COVID-19 Global Vaccine Access“<sup>51</sup>) sowie der globalen Impfallianz (Gavi), höhere Investitionen in die Forschung für armutsbezogene Krankheiten, ein internationales Engagement für One Health sowie für Gesundheitssicherheit und Pandemievorsorge. Viele bestehende Schwerpunkte sollen fortgesetzt werden, allerdings wirkt der Koalitionsvertrag im Hinblick auf die globale Gesundheit wenig strategisch und wirft die Frage auf, warum Gesundheitssystemstärkung nicht erwähnt wird. Dass das Thema globale Gesundheit im Koalitionsvertrag insofern unvollständig und nicht sehr strategisch aufgearbeitet wird, mag auch als ein **Indikator dafür herangezogen werden, dass die politische Unterstützung für Gesundheitssysteme** umso mehr gestärkt werden muss. Die von uns befragten Entscheidungsträgerinnen und Expertinnen gehen insgesamt aber davon aus, dass Gesundheit und Gesundheitssystemstärkung weiterhin ein Schwerpunkt der deutschen EZ bleiben werden.

„Für frühere Bundesregierungen war Gesundheitssystemstärkung wichtig. Auch die neue Bundesregierung macht dies zu einem zentralen Anliegen. Wir müssen sogar verstärkt tätig werden, denn die Probleme sind noch viel größer als bislang von der Weltgemeinschaft angenommen.“

– **Dr. Bärbel Kofler,**  
Parlamentarische Staatssekretärin bei der Bundesministerin für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung

Die Ampelparteien verpflichten sich im Koalitionsvertrag darauf, auch zukünftig mindestens 0,7% des Bruttonationaleinkommens (BNE) für ODA aufzuwenden. Dies ist auch für die globale Gesundheit eine wichtige Absichtserklärung, da die ODA-Mittel auch in diesen Bereich fließen können. Weiterhin sollen 0,2% des BNE für die ärmsten Länder („least developed countries“, LDCs) eingesetzt werden. Auch sollen die ODA-Mittel auf Bundesebene unter den zuständigen Ressorts stärker koordiniert werden, um sie wirkungsvoller nutzen zu können.

Zusammenfassend ist Gesundheitssystemstärkung eine strategische Priorität in der gesundheitsbezogenen EZ Deutschlands. In den folgenden zwei Kapiteln wird untersucht, inwieweit die programmatisch festgelegte Ausrichtung mit Deutschlands tatsächlichem Engagement für Gesundheitssysteme übereinstimmt.

<sup>48</sup> Deutsche Bundesregierung (2018), *Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD*, <https://www.bundesregierung.de/breg-de/themen/koalitionsvertrag-zwischen-cdu-csu-und-spd-195906>

<sup>49</sup> Hierzu heißt es weiterhin: „Wir werden uns für die erfolgreiche Umsetzung des Auf- und Ausbaus universeller sozialer Basisschutzsysteme unter Einbeziehung von Gewerkschaften und Nichtregierungsorganisationen einsetzen. Hierzu gehören insbesondere auch Gesundheitssysteme.“

<sup>50</sup> Deutsche Bundesregierung (2021), *Koalitionsvertrag 2021-2025 zwischen der Sozialdemokratischen Partei Deutschlands (SPD), BÜNDNIS 90 / DIE GRÜNEN und den Freien Demokraten (FDP)*, [https://www.spd.de/fileadmin/Dokumente/Koalitionsvertrag/Koalitionsvertrag\\_2021-2025.pdf](https://www.spd.de/fileadmin/Dokumente/Koalitionsvertrag/Koalitionsvertrag_2021-2025.pdf)

<sup>51</sup> COVAX ist eine globale Initiative, die einen weltweit gleichmäßigen und gerechten Zugang zu Covid-19-Impfstoffen gewährleisten will. COVAX unterstützt dazu auch die Forschung, Entwicklung und Herstellung einer breiten Palette von Covid-19-Impfstoffkandidaten. Koordiniert wird die COVAX-Initiative von der Impfallianz Gavi, der WHO, und der Forschungspartnerschaft CEPI. Innerhalb der COVAX-Initiative ist die Impfstoffplattform COVAX Facility angesiedelt, die von Gavi verwaltet wird.



## 4. Inwieweit hat sich Deutschland international für Gesundheitssystemstärkung eingesetzt?

Die zuvor beschriebene Positionierung Deutschlands zur Gesundheitssystemstärkung wird in diesem Kapitel dem internationalen Engagement der Bundesregierung für Gesundheitssysteme gegenübergestellt. Wie und in welchem Umfang setzt sich Deutschland international für Gesundheitssysteme ein?

Tatsächlich hat Deutschland in den vergangenen Jahren zunehmend Verantwortung für globale Gesundheit übernommen, was sich auch in der finanziellen Unterstützung multilateraler Organisationen niedergeschlagen hat. Deutschland ist ein zentraler Geber der wichtigsten multilateralen Organisationen der globalen Gesundheitspolitik. Dazu zählen die WHO, der Globale Fonds zur Bekämpfung von Aids, Tuberkulose und Malaria (Globaler Fonds), die Impfallianz Gavi (Gavi), die Global Polio Eradication Initiative (GPEI) und die Global Financing Facility (GFF). Im Zuge der Covid-19-Pandemie hat sich Deutschland zudem für den Access to Covid-19 Tools Accelerator (ACT-A) eingesetzt und ist der zweitgrößte Geber der Initiative.

Teilweise werden durch diese Organisationen auch Gesundheitssysteme finanziert. Allerdings liegt der Finanzierungsfokus auf bestimmten Krankheiten (wie beim Globalen Fonds oder GPEI) oder auf bestimmten Bereichen (wie bei Gavi oder dem United Nations Populations Fund [UNFPA]) – die finanziellen Beiträge zur Gesundheitssystemstärkung sind daher häufig anteilmäßig gering. Gemessen am Anteil ihrer gesamten Mittel für Gesundheit haben der GFF und die Weltbank den stärksten Fokus auf Gesundheitssysteme.<sup>52</sup> Darüber hinaus ist die WHO eine wichtige Organisation bei der Gesundheitssystemstärkung. Die WHO finanziert zwar nicht den Ausbau von Gesundheitssystemen in Staaten, bietet aber in vielen Ländern technische Beratung vor Ort an. In den Jahren 2020 und 2021 hat Deutschland seine Beiträge zur WHO erhöht und wurde damit zum größten Geber der Organisation. Tabelle 1 fasst die finanziellen Beiträge Deutschlands an die oben benannten multilateralen Organisationen zusammen.

Neben den finanziellen Beiträgen an die globalen Finanzierungsmechanismen und multilateralen Organisationen hat Deutschland sich dafür eingesetzt, dass die krankheitsspezifischen Fonds mehr zur Stärkung von Gesundheitssystemen beitragen. Ein aktuelles Beispiel ist die neue Strategie des Globalen Fonds. Zwar bleibt die Bekämpfung von Aids, Tuberkulose und Malaria zentrales Ziel, allerdings enthält der neue Strategierahmen zusätzlich vier „beitragende“ Ziele, darunter die Finanzierung „patientenorientierter und integrierter Gesundheitssysteme für mehr Resilienz und Nachhaltigkeit“.

Multilaterale Organisation	Finanzielle Beiträge
Globaler Fonds	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1,29 Mrd. € für 2020–2022, inkl. 290 Mio. € zur Covid-19-Bewältigung (viertgrößter Geber)</li> <li>• 4,24 Mrd. € seit Gründung (Stand: Januar 2022)</li> </ul>
Gavi	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 600 Mio. € direkte Mittel für 2021–2025 (drittgrößter Geber)</li> <li>• Beim „Break COVID Now“ Summit im April 2022 hat Deutschland zusätzlich 350 Mio. € an Gavi für den COVAX AMC und 50 Mio. € an UNICEF bereitgestellt</li> <li>• 1,3 Mrd. € direkte Mittel seit Gründung, zusätzlich ca. 1,1 Mrd. € für COVAX und COVAX AMC (Stand: Juni 2021)</li> </ul>
GFF	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 50 Mio. € seit 2018 (achtgrößter Geber) (Stand: April 2022)</li> </ul>
GPEI	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ~73 Mio. € für 2019–2020 (drittgrößter Geber)</li> <li>• ~650 Mio. € seit Gründung (1985) (Stand: Juni 2021)</li> </ul>
WHO	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ~1 Mrd. € für 2020–2021 (größter Geber)* (Stand: Januar 2022)</li> </ul>
ACT-A	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 2,2 Mrd. € (zweitgrößter Geber) (Stand: Oktober 2021)</li> </ul>
UNFPA	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 80 Mio. € für 2020 (fünftgrößter Geber)</li> <li>• ~235 Mio. € für 2014–2020 (Stand: Januar 2022)</li> </ul>

\*Die Summe enthält teilweise Mittel, die die WHO auch im Rahmen von ACT-A verwaltet.

**Tabelle 1:** Deutschlands Beiträge zu multilateralen Organisationen und globalen Partnerschaften im Gesundheitssektor

<sup>52</sup> Save the Children (2022), *Strengthening Health Systems to Achieve Universal Health Coverage: A glance at donors' and the 3Gs' support for essential services for women, children and adolescents*, <https://resourcecentre.savethechildren.net/document/strengthening-health-systems-to-achieve-universal-health-coverage>



Verteilung von persönlicher Schutzausrüstung und Handwaschstationen in Nord-Turkana, Kenia. © Hezbone Etyang / Save the Children



„Bei der Gesundheitssystemstärkung ist Deutschland führend in der Gebergemeinschaft, sowohl durch die bilaterale Unterstützung als auch durch das Engagement in multilateralen Organisationen. In multilateralen Organisationen engagiert sich die Bundesregierung für einen systemstärkenden Ansatz und setzt sich dafür ein, dass die Organisationen weniger silohaft arbeiten.“

– Karolin Herzog,  
Advisor, GIZ

**Deutschland unterstützt auch einige internationale Initiativen, die sich auf Gesundheitssysteme und Gesundheitssystemstärkung fokussieren:**

- Während seiner G8-Präsidentschaft 2007 hat Deutschland gemeinsam mit Frankreich die „Providing for Health“-Initiative (P4H) ins Leben gerufen.<sup>53</sup> Das P4H-Netzwerk unterstützt Länder dabei, ihre nationale Gesundheitsfinanzierung zu reformieren und externe Gebermittel effektiv darin zu integrieren. Seit 2021 wird der deutsche Beitrag zu P4H vom BACKUP-Vorhaben der Bundesregierung verantwortet.<sup>54</sup> P4H bietet technische Hilfe an, wobei der deutsche Beitrag sechs Fokusbänder mit Personal vor Ort umfasst.
- Deutschland gehörte 2007 außerdem zu den Gründungsmitgliedern der Internationalen Gesundheitspartnerschaft (International Health Partnership, IHP+). Sie wurde 2016 zur „International Health Partnership for Universal Health Coverage 2030“ (UHC 2030) weiterentwickelt.<sup>55</sup> UHC 2030 übernimmt eine Koordinierungsfunktion für Gesundheitssystemstärkung und UHC.

P4H und UHC 2030 zeigen, dass sich Deutschland international für Gesundheitssysteme und UHC starkmacht. Gegenüber den krankheitsspezifischen multilateralen

Finanzierungsinstrumenten sind P4H und UHC 2030 allerdings mit geringeren finanziellen Mitteln ausgestattet. Selbst wenn die Initiativen wichtige Koordinierungsaufgaben erfüllen und P4H in einigen Ländern zum Aufbau von Systemen zur Gesundheitsfinanzierung beiträgt, haben sie weder das Mandat noch die nötige finanzielle Ausstattung, um Gesundheitssysteme in einer Vielzahl von Ländern und in ihrer gesamten Breite signifikant zu stärken.

**In den vergangenen Jahren hat sich Deutschland politisch für Gesundheitssysteme eingesetzt (Abbildung 4).** Im Rahmen der deutschen **G7-Präsidentschaft im Jahr 2015** setzte sich Deutschland für die Stärkung von Gesundheitssystemen ein.<sup>56</sup> Nicht zuletzt aufgrund des Ebola-Ausbruchs in Westafrika (2014–2016) verpflichtete sich die G7 unter deutscher Präsidentschaft, mindestens 60 Staaten Hilfe anzubieten, um ein leistungsfähiges Gesundheitssystem aufzubauen. Während der darauffolgenden japanischen Präsidentschaft wurde die Liste auf 76 Staaten erweitert. Auch die Bekämpfung von Antibiotika-Resistenzen und der One-Health-Ansatz wurden diskutiert. Darüber hinaus richtete die Bundesregierung die Wiederauffüllungskonferenz von Gavi aus.

Beim UN-Gipfel zur Umsetzung der Agenda 2030 starteten Deutschland und die WHO 2015 die globale Initiative „**Healthy Systems – Healthy Lives**“. Sie sollte die Bedeutung leistungsfähiger Gesundheitssysteme in den Mittelpunkt der internationalen Gesundheitspolitik rücken. Die damalige Bundeskanzlerin Angela Merkel und die damalige Generaldirektorin der WHO Margaret Chan übernahmen die Schirmherrschaft.

Aus der Initiative ging 2017 das Strategiepapier „Healthy systems for universal health coverage – a joint vision for healthy lives“ hervor.<sup>57</sup> Dieses Konzeptpapier befasst sich explizit mit dem Nexus von Gesundheitssystemen und UHC. Im Jahr 2016 verwies das Deutsche Evaluierungsinstitut der Entwicklungszusammenarbeit (DEval) darauf, dass eine dezidierte Strategie zur Gesundheitssystemstärkung Deutschlands nicht vorläge.<sup>58</sup> Das DEval forderte ein Rahmenkonzept für Gesundheitssystem-

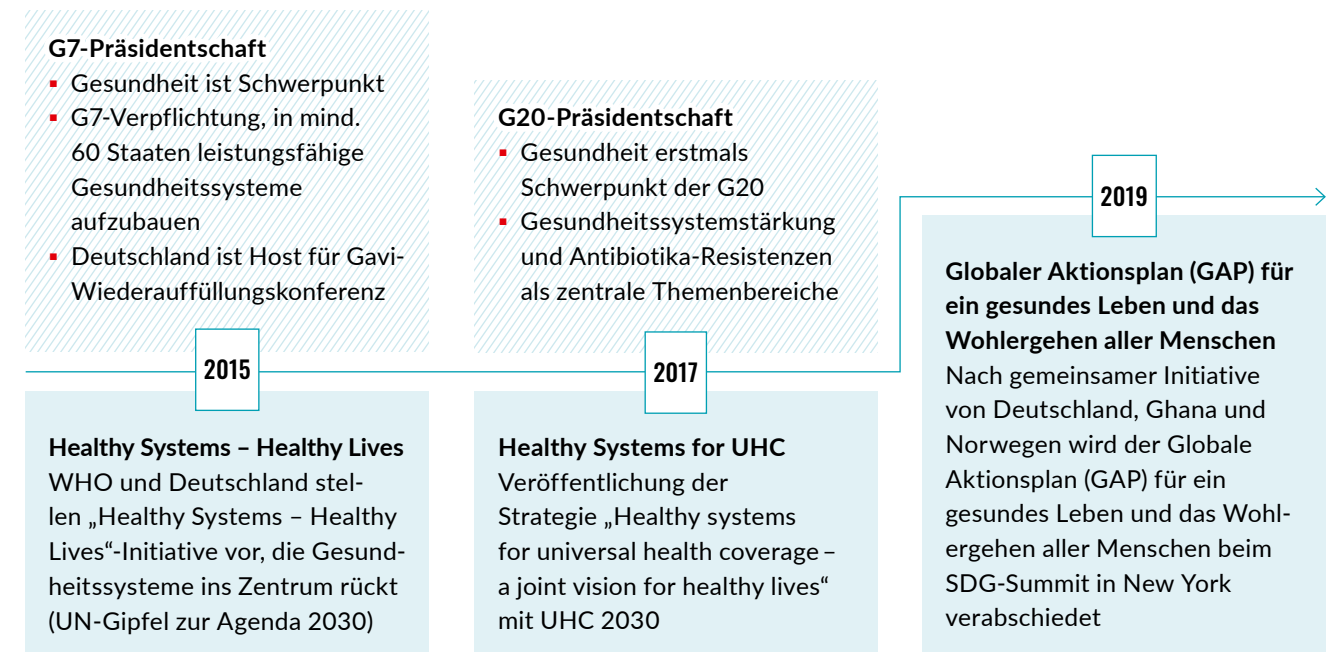


Abbildung 4: Deutschlands internationales Engagement für Gesundheitssysteme Quelle: Open Consultants

stärkung. Eine integrierte Strategie sollte zur besseren Planung und Evaluierung von HSS-Maßnahmen beitragen. Mit der Initiative „Healthy Systems – Healthy Lives“ wurde von Deutschland ein wesentlicher Schritt zur Erarbeitung eines solchen Konzeptes unternommen – auch wenn das Strategiepapier selbst einen internationalen Fokus hat und nicht auf Deutschland abzielt.

Globale Gesundheit war auch ein zentrales Thema der deutschen **G20-Präsidentschaft** im Jahr 2017. Erstmals wurde das Thema Gesundheit auf die Agenda gesetzt. In ihrer Abschlussrede sagte Kanzlerin Merkel: „Es ist eine Frage der Menschlichkeit, dass sich jede und jeder auf ein funktionierendes Gesundheitssystem verlassen kann. Dazu brauchen wir dringend eine bessere Kooperation, ganz besonders bei den Krankheiten, die übertragbar sind.“

Im Jahr 2019 wurde der von Deutschland, Ghana und Norwegen angestoßene **Globale Aktionsplan (GAP) für ein gesundes Leben und das Wohlergehen aller Menschen** verabschiedet. Er fordert eine veränderte Arbeitsweise aller beteiligten 13 Organisationen<sup>59</sup> hin zu einer verbesserten Zusammenarbeit. Insbesondere macht sich der GAP auch für eine bessere Unterstützung für PHC und damit auch für gemeindebasierte Basisgesundheitsysteme stark.

Insgesamt wird an der Darstellung deutlich, dass sich Deutschland in den vergangenen Jahren stark für Gesundheit und Gesundheitssysteme engagiert hat, häufig durch das direkte Engagement der damaligen Bundeskanzlerin. Zudem unterstützt Deutschland die großen multilateralen Finanzierungsinstrumente für Gesundheit. Diese finanzieren auch (Basis-)Gesundheitssysteme, allerdings ist ihr Kernmandat auf Infektionskrankheiten ausgerichtet. Die internationalen Initiativen und Netzwerke, die auf Gesundheitssysteme ausgerichtet sind, erbringen Koordinierungsleistungen bzw. stellen technische Unterstützung bereit. Sie leisten insofern Beiträge für bessere Gesundheitssysteme, aber ihnen fehlen sowohl das Mandat als auch die finanzielle Ausstattung, um Gesundheitssysteme in Niedrig- und Middle-Income-Ländern flächendeckend zu unterstützen. Es ist daher umso wichtiger, dass Deutschland seinen Einsatz für größere Beiträge zur Basisgesundheitsystemstärkung durch die etablierten multilateralen Gesundheitsfinanzierungsinstrumente noch weiter ausbaut.

53 <https://p4h.world/en>  
 54 Zu BACKUP siehe <https://www.giz.de/de/weltweit/39036.html>  
 55 <https://www.uhc2030.org/>  
 56 Deutsche Bundesregierung (2015), *Jahresbericht der Bundesregierung 2014/2015. Deutsche G7-Präsidentschaft 2015*, <https://www.bundesregierung.de/breg-de/themen/jahresberichte-der-bundesregierung/jahresbericht-der-bundesregierung-2014-2015/aussen-und-sicherheitspolitik/deutsche-g7-praesidentschaft-2015>  
 57 UHC2030 (2017), *Healthy systems for universal health coverage – a joint vision for healthy lives*, [https://www.uhc2030.org/fileadmin/uploads/uhc2030/Documents/About\\_UHC2030/mgt\\_arrangemts\\_\\_docs/UHC2030\\_Official\\_documents/UHC2030\\_vision\\_paper\\_WEB2.pdf](https://www.uhc2030.org/fileadmin/uploads/uhc2030/Documents/About_UHC2030/mgt_arrangemts__docs/UHC2030_Official_documents/UHC2030_vision_paper_WEB2.pdf)  
 58 Munir K, Worm I (2016), *Health systems strengthening in German development cooperation: making the case for a comprehensive strategy, Globalization and Health 2016*, <https://doi.org/10.1186/s12992-016-0215-3>

59 Die Impfallianz Gavi, die Globale Finanzierungsfazilität (GFF), der Globale Fonds zur Bekämpfung von AIDS, Tuberkulose und Malaria (GFATM), die Internationale Arbeitsorganisation (ILO), UNAIDS, das Entwicklungsprogramm der Vereinten Nationen (UNDP), der Bevölkerungsfonds der Vereinten Nationen (UNFPA), das Kinderhilfswerk der Vereinten Nationen (UNICEF), Unitaid, UNWomen, die Weltbankgruppe, das Welternährungsprogramm der Vereinten Nationen (WFP) sowie die WHO auf globaler Ebene und Länderebene.



## 5. Deutschlands ODA-Ausgaben für Gesundheit und Gesundheitssysteme

Dieser Teil untersucht die deutschen ODA-Ausgaben für Gesundheitssystemstärkung und analysiert, inwieweit die ODA-Gelder mit der strategischen Positionierung dieses Themenbereichs korrespondieren. Zunächst werden darüber hinaus die gesamten gesundheitsbezogenen ODA-Ausgaben Deutschlands aufgezeigt, um das finanzielle Engagement Deutschlands für globale Gesundheit in Gänze abzubilden und zu bewerten.

### Deutschlands gesundheitsbezogene ODA-Ausgaben

Zwischen 2015 und 2019 hat die deutsche Bundesregierung ihre ODA-Ausgaben für globale Gesundheit kontinuierlich erhöht. Während die Bundesregierung im Jahr 2015 noch 876,6 Millionen € an ODA-Mitteln für globale Gesundheit bereitstellte, waren es 1,26 Milliarden € im Jahr 2019. Insgesamt hat sich die jährliche Unterstützung zwischen 2015 und 2019 somit um 382,7 Millionen € oder um 43,7% erhöht. Von den Gesamtausgaben im Jahr 2019 entfielen 743 Millionen € (59,0%) auf die bilaterale Zusammenarbeit und 516 Millionen € (41,0%) auf die multilaterale Zusammenarbeit im Gesundheitssektor (Abbildung 5). Damit stiegen Deutschlands ODA-Ausgaben für globale Gesundheit zwischen 2015 und 2019, allerdings lediglich von 0,02% auf 0,03% des BNE, und blieben somit deutlich unter der WHO-Empfehlung von 0,1% der jährlichen Wirtschaftsleistung.

Aufgrund der Covid-19-Pandemie hat Deutschland zusätzliche ODA-Mittel für globale Gesundheit bereitgestellt, die zu einem erheblichen Anstieg der ODA in 2020 und 2021 geführt haben. Erstens ist hier ACT-A zu nennen: Von den 2,2 Milliarden €, die Deutschland ACT-A in 2020 und 2021 zur Verfügung gestellt hat, kommen 1,31 Milliarden € aus dem BMZ-Haushalt.<sup>60</sup> Der Rest der Mittel für ACT-A kommt vom Bundesministerium

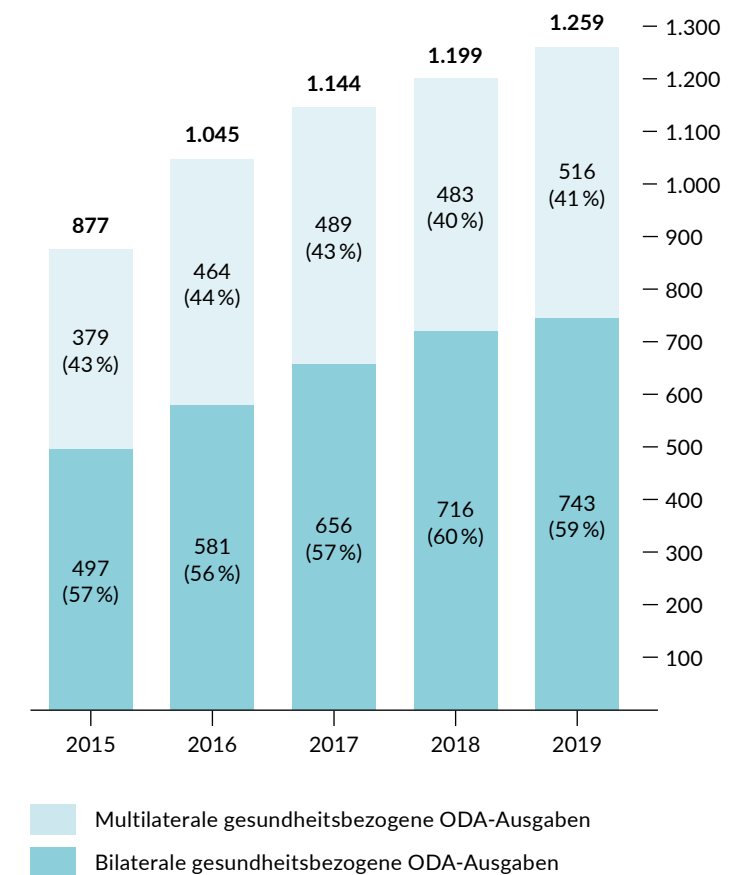


Abbildung 5: Bilaterale und multilaterale ODA-Ausgaben Deutschlands für globale Gesundheit (in Millionen €)

für Bildung und Forschung, dem Bundesministerium für Gesundheit und dem Auswärtigen Amt. Ein Großteil der Mittel an ACT-A sollten als ODA anrechenbar sein.<sup>61</sup> Zweitens sind einige der Mittel aus der Corona-Soforthilfe des BMZ, die für 2020 und 2021 mit bis zu 4,7 Milliarden € veranschlagt sind, für den Gesundheitssektor bestimmt.<sup>62</sup> Auf den Bereich Gesundheit und Pandemiebekämpfung fallen aktuellen Angaben zufolge 610 Millionen €.<sup>63</sup> Allerdings werden Teile der Zuwendungen an ACT-A durch die Soforthilfe (350 Millionen €) finanziert.

<sup>60</sup> Von diesen Mitteln stammen 350 Millionen € aus dem BMZ-Corona-Sofortprogramm und 960 Millionen € aus einer Verstärkung des BMZ-Haushalts im Februar 2021 mit Mitteln aus der Vorsorge der Bundesregierung für unterjährig auftretende pandemiebedingte Bedarfe.

<sup>61</sup> Die Zuwendungen an Gavi sollten darum stark ansteigen. Gavi ist im Rahmen von ACT-A verantwortlich für die Impfstoffverteilung.

<sup>62</sup> Die Summe stammt aus 1,6 Milliarden €, die aus dem Haushalt 2020 umgeschichtet wurden, zusätzlichen 1,55 Milliarden € (Nachtragshaushalt 2020) und weiteren 1,55 Milliarden € aus dem Haushalt 2021.

<sup>63</sup> Die letzten veröffentlichten Zahlen zu Ausgaben des BMZ für das Sofortprogramm sind aus dem Mai 2021. Sie enthalten folgende Angaben zur Mittelverteilung: 630 Millionen € für Gesundheit und Pandemie, 596 Millionen € für Ernährung, 468 Millionen € für Flüchtlings- und Krisenregionen, 320 Millionen € für soziale Sicherung, 417 Millionen € zur Absicherung von Schlüsselsektoren, 300 Millionen € Soforthilfen für nationale Coronaprogramme, 321 Millionen € zur Verstärkung internationaler Zusammenarbeit. Das BMZ hat den Autor\*innen im Dezember 2021 schriftlich mitgeteilt, dass 610 Millionen € für Gesundheit und Pandemie aufgewendet wurden (also etwas weniger als im Mai 2021 vorhergesagt).

Jehangir\* (4) ist das jüngste von vier Kindern und lebt mit seiner Familie in einer Gemeinde in Mumbai, Indien. © ICSA Agency



„Im Jahr 2021 hat Deutschland etwa 2 Milliarden€ für globale Gesundheit ausgegeben und damit einen wichtigen Beitrag geleistet. Da globale Gesundheit für die Bundesregierung von enormer Wichtigkeit ist, arbeiten wir daran, eine Kontinuität in unserem Beitrag zu erzeugen. Dass Deutschland – auch angesichts der Pandemie – das gegenwärtige Niveau mindestens hält, würde ich als selbstverständlich erachten.“

– Dr. Bärbel Kofler,  
Parlamentarische Staatssekretärin bei  
der Bundesministerin für wirtschaftliche  
Zusammenarbeit und Entwicklung

“Timely and substantive investments in African health systems is going to be beneficial to the global village. This is a clear lesson from Covid-19 and previous outbreaks like Ebola. These investments need to be made to protect the health of the entire world. This may not be as attractive to donors compared to putting money into service delivery because they often prefer short-term results. But we should understand investments in health systems like investments in child education. We are not going to see the results in two-three years, but the benefits will be much higher in the long-run. Donors should also invest in areas that only show effects after a longer period. So, there is need for this strategic shift from the donor community.”

– Dr. Kasonde Mwinga,  
Director of Universal Health Coverage,  
WHO Africa

Insgesamt ist davon auszugehen, dass die gesundheitsbezogene ODA Deutschlands in den Jahren 2020 und 2021 stark gestiegen ist. Nach Angaben der Parlamentarischen Staatssekretärin Dr. Bärbel Kofler (BMZ) hat Deutschland etwa 2 Milliarden€ für globale Gesundheit im Jahr 2021

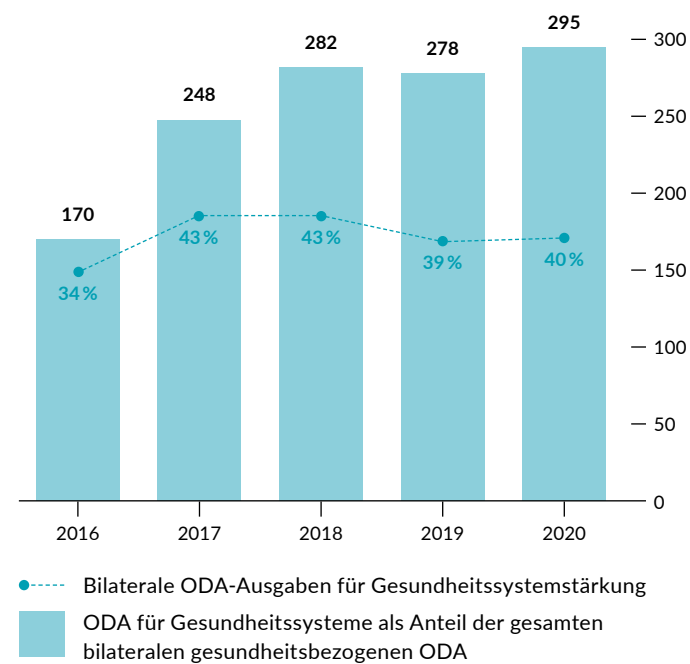


Abbildung 6: Bilaterale ODA-Ausgaben für Gesundheitssystemstärkung (in Millionen €)

aufgewendet. Es ist zwar unwahrscheinlich, dass Deutschland aufgrund der neuen Mittel das 0,1%-Ziel im Jahr 2021 erreicht hat. Deutschland hat damit aber eindeutig sein finanzielles Engagement wesentlich verstärkt und einen großen Schritt zur Erreichung des 0,1%-Ziels gemacht. Die geplanten Absenkungen des Budgets des Bundesministeriums für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung in 2022 und darüber hinaus, könnten diese Fortschritte jedoch wieder zurückwerfen.

Die Erhöhung der gesundheitsbezogenen ODA Deutschlands in den Jahren 2020 und 2021 ist ein wichtiger Beitrag zur Bekämpfung der Covid-19-Pandemie und zur Abfederung der damit verbundenen negativen Auswirkungen auf die Gesundheitssysteme und die Gesundheit der Menschen. Sie können aber auch als ein Beispiel für ein Muster im Verhalten der internationalen Geber in der globalen Gesundheit angeführt werden. So haben Beobachter\*innen schon vor der Covid-19-Krise den Zyklus der Panik und Nichtbeachtung („cycle of panic and neglect“) kritisiert.<sup>64</sup> Anstatt Gesundheit und Gesundheitssysteme langfristig und vorausschauend zu fördern, um Gesundheitskrisen zu vermeiden bzw. diese schnell eindämmen zu können, verhalten sich Geber meist reaktiv und engagieren sich erst, wenn Krisen auftreten. Wie die Covid-19-Pandemie zeigt, ist dies viel kostspieliger, als nachhaltig Gesundheitssysteme zu stärken. Auf diesen Aspekt weist unter anderem Dr. Kasonde Mwinga, Direktorin für UHC beim afrikanischen Regionalbüro der WHO, hin.

64 Yamey G, Schäferhoff M, McDade KK, Mao W (2020). *Preparing for pandemics such as coronavirus – will we ever break the vicious cycle of panic and neglect?* Brookings Future Development. Weblog, [www.brookings.edu/blog/future-development/2020/02/11/preparing-for-pandemics-such-as-coronavirus-will-we-ever-break-the-vicious-cycle-of-panic-and-neglect/](http://www.brookings.edu/blog/future-development/2020/02/11/preparing-for-pandemics-such-as-coronavirus-will-we-ever-break-the-vicious-cycle-of-panic-and-neglect/)

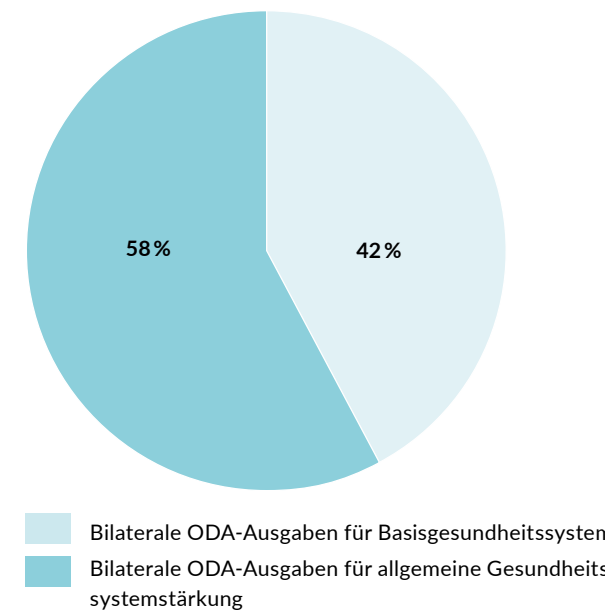


Abbildung 7: Bilaterale ODA-Ausgaben für Basisgesundheitsysteme und sekundäre und tertiäre Gesundheitssysteme, 2019

## Bilaterale ODA-Ausgaben für Gesundheitssystemstärkung

Im Jahr 2019 wurden 40% der bilateralen gesundheitsbezogenen ODA-Ausgaben Deutschlands zur Stärkung von Gesundheitssystemen eingesetzt (295 Millionen€; Abbildung 6) und somit ein höherer Anteil als in 2015 (34%).<sup>65</sup> Diese Mittel wurden für die Aus- und Weiterbildung von Fachkräften, Infrastrukturmaßnahmen sowie für die allgemeine Gesundheitspolitik und die Verwaltung des Gesundheitswesens (inklusive Finanzierungssysteme) bereitgestellt. In absoluten Zahlen stiegen die Ausgaben für Gesundheitssystemstärkung vor allem im Jahr 2016 stark an, nämlich von 170 Millionen€ auf 248 Millionen€. Seit 2017 stagnierten die Ausgaben aber. Der Anstieg im Jahr 2016 geht vor allem auf zusätzliche ODA für Basisinfrastruktur zurück. Die Ausgaben dafür stiegen von 78,9 Millionen€ auf 150,5 Millionen€ (vgl. auch Anhang 4). Ein Großteil des Anstiegs geht auf höhere Ausgaben für Basisgesundheitsprojekte in der Volksrepublik (VR) China zurück. Um die Gesundheit der ärmsten und vulnerabelsten Bevölkerungsgruppen zu verbessern, sind Investitionen in Basisgesundheitsysteme unabdingbar (hier operationalisiert

65 Zur Kalkulation der ODA-Ausgaben für Gesundheitssystemstärkung wurden sieben Förderbereichsschlüssel aus der CRS-Datenbank genutzt, die vorrangig über ODA zur Stärkung spezifischer Gesundheitssystemkomponenten berichten. Die anderen 17 FBS für Gesundheit berichten dagegen über ODA-Mittel zur Eindämmung spezifischer Infektions- und chronischer Krankheiten. Sie berichten somit über spezifische Programmausgaben und nicht Investitionen in Gesundheitssysteme. Anhang 2 enthält eine Beschreibung der Methodik.

66 Die primäre Gesundheitsversorgung ist die erste Ebene bei Erkrankungen und deckt einen großen Teil der akuten und chronischen gesundheitlichen Probleme ab. Je nach Land findet die primäre Versorgung in Arztpraxen, in Community Health Centers, in Polikliniken oder Krankenhausambulanzen statt. Die sekundäre Versorgung bilden Fachärzt\*innen, die auf Überweisung der Primärärzt\*innen hin tätig werden, wobei die Behandlung ambulant oder stationär erfolgen kann. Die tertiäre Versorgung wird von spezialisierten Kliniken für aufwendigere und höher spezialisierte Leistungen erbracht, etwa Unfallkliniken und onkologische oder neonatologische Zentren.

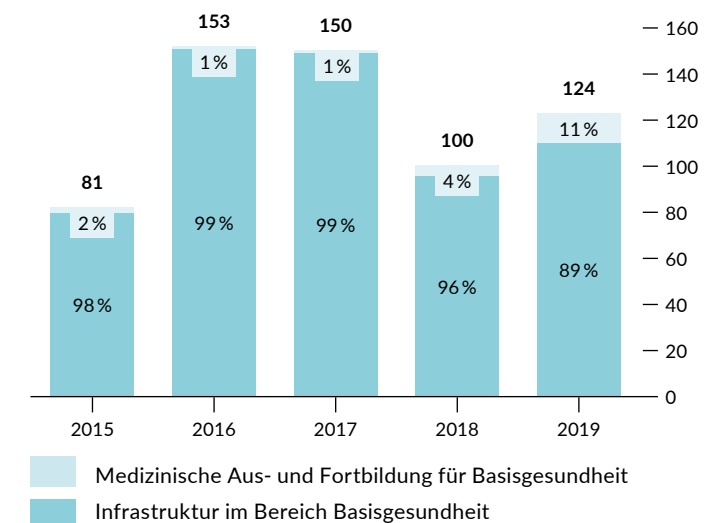


Abbildung 8: Bilaterale ODA-Ausgaben für Basisgesundheitsystemstärkung (in Millionen €)

als ODA-Ausgaben für die beiden Förderbereichsschlüssel der CRS-Datenbank „Infrastruktur für Basisgesundheitsysteme“ und „Ausbildung von medizinischem Personal für Basisgesundheitsdienste“; siehe Anhang 2 für Details). Im Jahr 2019 gingen 42% der ODA für Gesundheitssystemstärkung an Basisgesundheitsysteme und 58% an die Verbesserung sekundärer und tertiärer Strukturen sowie der allgemeinen Gesundheitssystemstärkung (Abbildung 7).<sup>66</sup> Dabei ist zu berücksichtigen, dass ODA-Mittel zur allgemeinen Stärkung von Gesundheitssystemen auch Krankenversicherungsprogramme und andere wesentliche Funktionen umfassen, wie zum Beispiel die Koordination des Gesamtsystems. Sie leisten insofern auch einen Beitrag zur Basisgesundheitsversorgung und der Versorgung der ärmsten und vulnerabelsten Gruppen.

In den Jahren 2016 und 2017 investierte Deutschland jährlich etwa 150 Millionen€ in bilaterale Maßnahmen zur Stärkung von Basisgesundheitsystemen. In den Jahren 2018 und 2019 wurden aber lediglich 100 Millionen€ und 124 Millionen€ – und somit erheblich weniger – in Basisgesundheitsysteme investiert (Abbildung 8).



Der Löwenanteil der ODA-Ausgaben für Basisgesundheitsystemstärkung wird für infrastrukturelle Maßnahmen genutzt. Demgegenüber sind die deutschen ODA-Investitionen in die Ausbildung von medizinischem Personal für Basisgesundheitsdienste sehr gering und lagen in den Jahren 2015–2017 nur bei etwa 2 Millionen€ (Abbildung 8). Im Jahr 2018 gab es eine Verdopplung der Ausgaben auf knapp 4 Millionen€. Im Jahr 2019 stiegen die Ausgaben für die Aus- und Weiterbildung von Personal für Basisgesundheit dann sogar auf 14,5 Millionen€ oder auf 11 % der Gesamtausgaben für Basisgesundheitsysteme.

**Dieser Zuwachs an Mitteln sollte zukünftig weiter gestärkt werden.** Denn gemeindebasierte Gesundheitsfachkräfte sind absolut zentral, um essenzielle Gesundheitsdienste im Sinne des PHC-Konzepts bereitzustellen und das UHC-Ziel bis 2030 weltweit zu erreichen. Ohne weitere Investitionen in gemeindebasierte Gesundheit kann eine universelle Gesundheitsversorgung keine Realität werden. Auch die ehem. Vorsitzende des Unterausschusses Globale Gesundheit in der 19. Legislaturperiode, Heike Baehrens, macht sich für eine noch nachdrücklichere Ausrichtung auf Basisgesundheitsysteme stark.

„Projekte werden erfolgreich sein, wenn Basisgruppen, Patientenvertreter\*innen und NGOs einbezogen werden und der Schwerpunkt auf der Basisgesundheit und der Prävention liegt. Primary Health Care ist oft bedeutsamer für den globalen Süden, als wenn Maßnahmen auf sekundäre oder tertiäre Gesundheitsangebote abzielen. Es kommt zukünftig auch darauf an, diesen Aspekt noch stärker zu gewichten. Es ist entscheidend, die Menschen vor Ort in ihren Möglichkeiten zu stärken und mitzunehmen – also Empowerment. Dann haben Maßnahmen eine größere Breitenwirkung und nachhaltige Wirkungen.“

– Heike Baehrens, ehem. Vorsitzende des Unterausschusses Globale Gesundheit im Deutschen Bundestag (19. Legislaturperiode)

## Verteilung der ODA für Gesundheitssystemstärkung nach Regionen und Ländereinkommensgruppen

Ein problematischer Aspekt der deutschen ODA-Ausgaben für Gesundheitssystemstärkung ist, dass die Länder mit den höchsten Bedarfen nicht ausreichend finanziell gefördert werden. Insgesamt erfordern die dauerhaft hohen Sterblichkeitsraten in Subsahara-Afrika und die zukünftige Demografie eine stärkere Konzentration auf diese Region. Zudem zeigt auch der im Dezember 2021 veröffentlichte UHC-Monitoringbericht der WHO, dass der Zugang zu Gesundheit hier im Vergleich zu anderen Regionen deutlich schlechter ist.<sup>67</sup> Dem Bericht liegt der „Service Coverage Index“ zur UHC zugrunde. Dieser Index misst, inwieweit Menschen Zugang zu essenziellen Gesundheitsdiensten haben, und gibt dies auf einer Skala von 0 bis 100 an.<sup>68</sup> Die durchschnittlichen UHC-SCI-Werte waren in der WHO-Region Westpazifik (80), der europäischen Region (79) und der amerikanischen Region (77) am höchsten und in der afrikanischen Region – die vor allem Länder Subsahara-Afrikas umfasst – mit nur 46 am niedrigsten.

Trotzdem gingen im Zeitraum 2015–2019 lediglich 13 % der ODA-Ausgaben für Gesundheitssystemstärkung an Subsahara-Afrika (Abbildung 9). Im Jahr 2019 waren es lediglich 12 %. Eigentlich soll dem BMZ zufolge der regio-

“Health system strengthening is fundamental to achieve UHC and the SDGs more broadly. There has been progress in Sub-Saharan Africa, but health systems need to improve much more. Health systems are not resilient as we have seen in the Covid-19 crisis. There is a lot of variation between countries and within countries. People living in urban areas usually have better health compared to people living in remote rural areas.”

– Dr. Kasonde Mwinga,  
Director of Universal Health Coverage,  
WHO Africa

### Zusammengefasst: Trends bei der Kindersterblichkeit

Auch wenn die Kinder- und Jugendsterblichkeit im Jahr 2020 weiterhin einen seit Jahren rückläufigen Trend aufweist, bleibt die Aufgabe, vermeidbare Todesfälle bei Kindern zu verhindern, deutlich unvollendet:

- Wenn sich die aktuellen Trends fortsetzen, werden 54 Länder das SDG-Ziel zur Sterblichkeit unter fünf Jahren nicht erreichen, mehr als 60 Länder werden das Ziel der Neugeborenensterblichkeit verfehlen und 43 Millionen Kinder unter fünf Jahren werden zwischen 2021 und 2030 voraussichtlich sterben.
- Etwa die Hälfte dieser Todesfälle werden Neugeborene sein und mehr als die Hälfte ereignen sich in Subsahara-Afrika.
- Ohne verstärkte Maßnahmen werden zudem fast 21 Millionen Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene im Alter von 5 bis 24 Jahren voraussichtlich vor 2030 sterben. Wenn sich die aktuellen Trends fortsetzen, werden 58 % der prognostizierten 43 Millionen Todesfälle unter fünf Jah-

ren vor 2030 in Subsahara-Afrika und weitere 24 % in Südasien auftreten.

- Nahezu 75 % der Länder, in denen das Risiko besteht, das SDG-Ziel für die Sterblichkeit unter fünf Jahren zu verfehlen, befinden sich in Subsahara-Afrika und 85 % sind Länder mit niedrigem oder niedrigem mittlerem Einkommen (also LICs und LMICs). Ebenso ereigneten sich mehr als 80 % aller Todesfälle unter fünf Jahren im Jahr 2020 in nur zwei Regionen: Subsahara-Afrika und Südasien. In Verbindung mit einem Anstieg der Geburten und der Bevölkerung unter fünf Jahren in Afrika südlich der Sahara – zwischen 2021 und 2030 werden voraussichtlich 408 Millionen Geburten stattfinden und die Bevölkerung unter fünf Jahren wird voraussichtlich um 17 % auf etwa 199 Millionen Menschen zunehmen – könnte es bei anhaltend hohen Neugeborenensterblichkeitsraten in der gesamten Region zu einer weiteren Stagnation oder sogar zu einem Anstieg der Neugeborenensterblichkeit führen.

Quelle: UNICEF 2021

nale Schwerpunkt der bilateralen Gesundheitsprogramme auf Subsahara-Afrika liegen. Dies wurde auch im „Marshallplan mit Afrika“ deutlich, der 2017 vom BMZ initiiert wurde, um die Zusammenarbeit mit der Region neu auszurichten.<sup>69</sup> Darin ist festgehalten, dass BMZ-Initiativen zur Ausbildung von Gesundheitsfachkräften, zur Müttergesundheit und zur Familienplanung ausgedehnt werden sollen und dass zudem eine frühzeitige und umfassende Sexualaufklärung sichergestellt werden soll. Die gesamte deutsche bilaterale gesundheitsbezogene ODA für Subsahara-Afrika stieg deutlich von 171,4 Millionen€ auf 302,3 Millionen€ oder 36 % der bilateralen ODA-Ausgaben für Gesundheit im Jahr 2015 an. Im Vergleich dazu ging mit 12 % nur ein sehr geringer Anteil der ODA-Ausgaben für Gesundheitssystemstärkung an Subsahara-Afrika.

Die Evidenz ist eindeutig – Subsahara-Afrika ist diejenige Region, die am weitesten davon entfernt ist, eine universelle Gesundheitsversorgung bis 2030 zu erreichen. Dementsprechend ist der deutsche Ansatz, sich auf diese Region fokussieren zu wollen, berechtigt und sinnvoll.

Dies spiegelt sich aber nicht in dem erforderlichen Maße in den ODA-Ausgaben wider. **Gemessen an Deutschlands Selbstverpflichtung zu UHC sollte also in Zukunft ein deutlich stärkerer Finanzierungsfokus auf Gesundheitssystemen in Subsahara-Afrika liegen.** Dabei ist es auch wichtig, die Systeme nicht nur in urbanen Räumen, sondern auch in ländlichen Regionen aus- und aufzubauen.

Zusätzlich zur regionalen Verteilung der ODA für Gesundheitssystemstärkung zeigt auch die Aufteilung der Mittel nach Ländereinkommensgruppen, dass sich die Ausrichtung der Finanzflüsse nicht am Bedarf der Länder orientiert. Die neue Bundesregierung hat sich zum Ziel gesetzt, dass 0,2 % des BNE für die am wenigsten entwickelten Länder, die LDCs, eingesetzt werden sollen.<sup>70</sup> Auf der Liste des OECD DAC für das ODA-Berichtsjahr 2019 gab es 47 LDCs, 37 Länder mit niedrigem mittlerem Einkommen („Lower-Middle Income Countries“; LMICs) und 57 Länder mit hohem mittlerem Einkommen („Upper-Middle Income Countries“; UMICs). Anhang 2 enthält weitere Details zu dieser Ländergruppierung.

<sup>67</sup> World Health Organization (2021), *Tracking Universal Health Coverage: 2021 Global monitoring report*, [https://cdn.who.int/media/docs/default-source/world-health-data-platform/events/tracking-universal-health-coverage-2021-global-monitoring-report\\_uhc-day.pdf?sfvrsn=fd5c65c6\\_5&download=true](https://cdn.who.int/media/docs/default-source/world-health-data-platform/events/tracking-universal-health-coverage-2021-global-monitoring-report_uhc-day.pdf?sfvrsn=fd5c65c6_5&download=true)

<sup>68</sup> Für weitere Details zum Index und zu den darin enthaltenen essenziellen Diensten siehe <https://www.who.int/data/gho/indicator-metadata-registry/imr-details/4834>

<sup>69</sup> Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung, *Marshallplan mit Afrika. Zusammenarbeit mit Ländern in Afrika*, <https://www.bmz.de/de/laender/marshallplan-mit-afrika>, abgerufen am 19. April 2022

<sup>70</sup> Vereinfacht gesagt soll über alle Sektoren hinweg mehr als ein Viertel der ODA (etwa 29 %) an LDCs gehen, wenn 0,7 % des BNE für ODA aufgewendet werden.



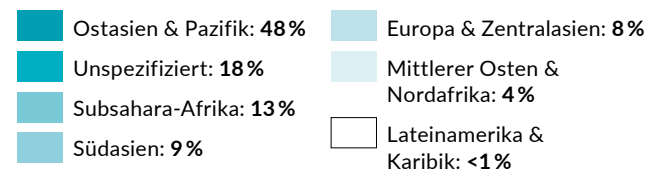
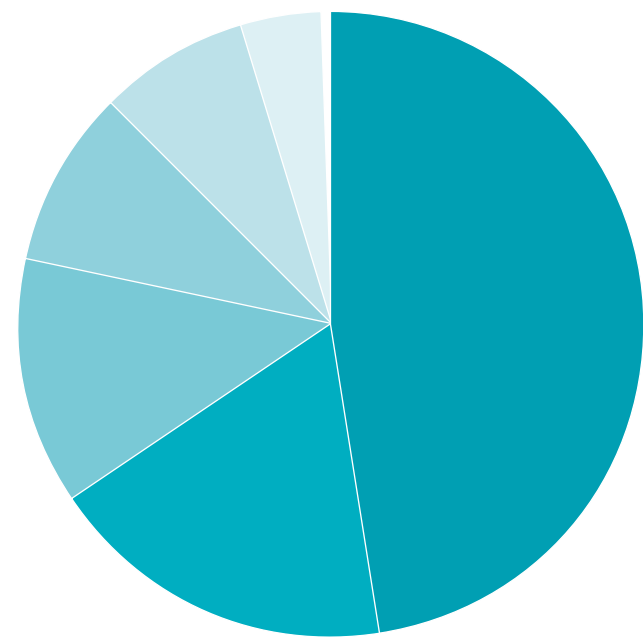


Abbildung 9: Bilaterale ODA-Ausgaben Deutschlands für Gesundheitssystemstärkung nach Region, 2015-2019

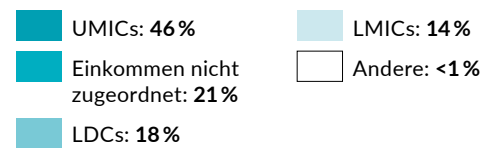
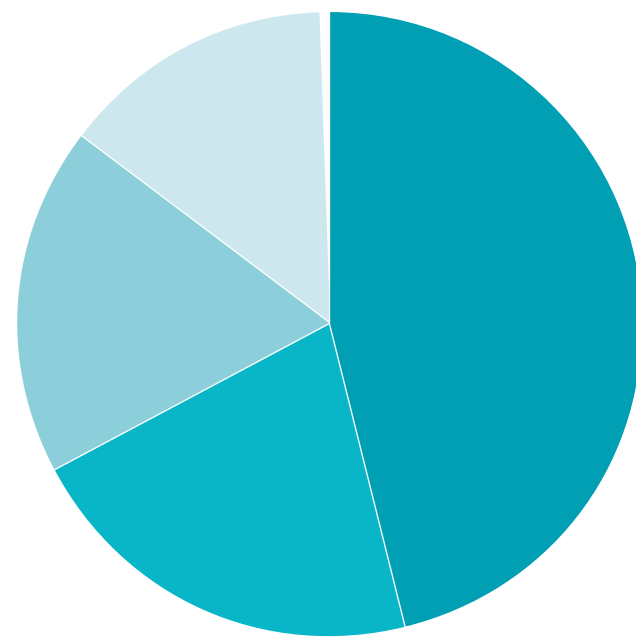


Abbildung 10: Bilaterale ODA-Ausgaben für Gesundheitssystemstärkung nach Ländereinkommensgruppe, 2015-2019

Für die Gesundheitssystemstärkung lässt sich konstatieren, dass die neue Bundesregierung mit Nachdruck bei den bilateralen ODA-Ausgaben umsteuern muss, wenn sie auch Gesundheitssysteme in LDCs stärken will. Lediglich 18% der bilateralen ODA-Ausgaben für Gesundheitssysteme waren im Zeitraum 2015-2019 für LDCs (Abbildung 10). Da 34 der 47 LDCs in Subsahara-Afrika liegen und diese Region, wie oben gezeigt, nur einen geringen Teil der ODA für Gesundheitssystemstärkung erhält, ist dieser Befund naheliegend.

Abbildung 9 zeigt zudem, dass 48% der Ausgaben auf Ostasien entfielen. Abbildung 10 verweist darauf, dass 46% der Mittel an UMICs flossen. Hinter den Mitteln für Ostasien und für UMICs verbergen sich vor allem deutsche EZ-Maßnahmen in der VR China. Anteilsmäßig entfielen 41% der gesamten bilateralen ODA-Ausgaben für Gesundheitssystemstärkung auf China. Selbst im Jahr 2019 erhielt die VR China noch 34,2% der gesamten bilateralen Unterstützung Deutschlands für Gesundheitssysteme sowie 58% der Mittel für Basisgesundheitsysteme. Die ODA-Maßnahmen in China werden in erster Linie in Form von Krediten („loans“) bereitgestellt.

Zusammenfassend kann geschlussfolgert werden, dass Deutschland seine gesundheitsbezogene ODA zwischen 2015 und 2019 deutlich erhöht hat. Diese wurde in 2020 und 2021 noch einmal deutlich aufgestockt aufgrund der Covid-19-Pandemie. Die ODA für Gesundheitssystemstärkung stieg in 2016 und 2017 auf knapp unter 300 Millionen€ an und blieb bis 2019 auf diesem Niveau.

Dabei sind **LDCs und Subsahara-Afrika kein Schwerpunkt bei der Gesundheitssystemstärkung**, d. h., die Länder mit den schwächsten Gesundheitssystemen und der höchsten Kinder- und Müttersterblichkeit sind nicht der Schwerpunkt der deutschen Maßnahmen zur Systemstärkung.

Die **Ausgaben für Basisgesundheitsysteme gingen außerdem zurück** und nur ein sehr geringer Anteil wurde für die **Aus- und Weiterbildung von Basisgesundheitsfachkräften** aufgewendet. Insgesamt gibt es bei den ODA-Ausgaben für Gesundheitssystemstärkung also eine Lücke zwischen der Rhetorik und der Realität. Diese Lücke muss von der neuen Bundesregierung angegangen werden, wenn das UHC-Ziel bis 2030 erreicht werden soll.



Tawhid\* (3) nach einer Untersuchung in einer Klinik in Barisal, Bangladesch. © Ellery Lamm/Save the Children





Hodan und ihre Tochter Marwa (15 Monate) in einer mobilen Krankenstation, Beer, Somaliland  
© Mustafa Saeed / Save the Children

## 6. Schlussfolgerungen und Empfehlungen

Schon vor Beginn der Covid-19-Pandemie hat globale Gesundheit einen erheblichen Bedeutungszuwachs im Rahmen der deutschen EZ erfahren. Ein klares Zeichen dafür sind die stark gestiegenen ODA-Mittel für globale Gesundheit, mit denen die Bundesregierung dem 0,1%-Ziel deutlich näher gekommen ist, sowie das internationale Engagement für globale Gesundheit und Gesundheitssystemstärkung.

Angesichts der verheerenden Auswirkungen der Covid-19-Pandemie auf die Gesundheit von Kindern, Jugendlichen und anderen vulnerablen Gruppen muss das deutsche Engagement für globale Gesundheit und die Stärkung von Gesundheitssystemen ausgebaut werden. Die neue Bundesregierung muss ihre Investitionen in den Gesundheitssektor noch weiter erhöhen, um die Pandemie zu beenden und die Realisierung der Agenda 2030 voranzutreiben. Auch die im Rahmen dieser Studie befragten politischen Verantwortlichen kommen einstimmig zu diesem Ergebnis.

„Deutschland ist weltweit der drittgrößte Geber für globale Gesundheit. In den Jahren 2020 und 2021 war Deutschland unter anderem auch der größte Geber der WHO. Hinreichend ist das deutsche Engagement für globale Gesundheit aber noch nicht, wenn man sich den Status quo anschaut. Wir müssen noch stärker in globale Gesundheit investieren, das zeigt nicht zuletzt die Pandemie. Die zusätzlichen Herausforderungen in den Ländern des globalen Südens durch die Pandemie sind enorm. Es ist wichtig, die finanziellen Anstrengungen zu verstärken, und ich bin sicher, dass die neue Bundesregierung dies auch will.“

– Heike Baehrens, ehem. Vorsitzende des Unterausschusses Globale Gesundheit im Deutschen Bundestag (19. Legislaturperiode)

### Insgesamt können die Ergebnisse der Studie in 10 Schlussfolgerungen zusammengefasst werden:

- 1. Gesundheitssystemstärkung ist essenziell, um UHC zu erreichen, wobei vor allem Basisgesundheitsysteme eine zentrale Rolle spielen.** Es ist der ganzheitlichste und nachhaltigste Weg, um Gesundheit zu verbessern und Länder dazu zu befähigen, eine universelle Gesundheitsversorgung zu erreichen und sich sozial und wirtschaftlich zu entwickeln. In vielen Ländern sind die Gesundheitssysteme aber nur schwach ausgebildet, sodass viele Menschen keinen Zugang zu qualitativen Gesundheitsdiensten haben oder für diese Dienste bezahlen müssen.
- 2. ODA-Mittel für Gesundheitssysteme sind eine Investition in die Zukunft.** ODA-Ausgaben für die Gesundheitssystemstärkung zahlen sich aus, denn diese Mittel tragen auch zu einer wirtschaftlichen Entwicklung der Empfängerländer bei und helfen, zukünftige Pandemien zu vermeiden bzw. Ausbrüche lokal oder regional zu begrenzen. ODA-Ausgaben für Gesundheitssysteme retten also nicht nur Leben, sondern sind auch ökonomisch sinnvoll.
- 3. Starke Gesundheitssysteme sind grundlegend für Kinder- und Müttergesundheit.** Starke Gesundheitssysteme spielen eine wesentliche Rolle für die Gesundheit von Neugeborenen, Kindern, Schwangeren und Müttern. Ohne stärkere Investitionen besteht die Gefahr, dass sich die Neugeborenensterblichkeit in Subsahara-Afrika wieder erhöht und es zu einer Trendumkehr kommt.
- 4. Die Covid-19-Pandemie hat massive negative Auswirkungen auf die Entwicklung und Gesundheit von Kindern.** Es muss viel mehr getan und investiert werden, um die negativen Konsequenzen der Pandemie zu beseitigen.
- 5. Gesundheitssystemstärkung ist eine programmatische Priorität der deutschen EZ, aber im Koalitionsvertrag wird das Thema nicht aufgeführt.** Strategie- und Positionspapiere benennen Gesundheitssystemstärkung als Schwerpunkt. Dass die Gesundheitssystemstärkung im Koalitionsvertrag aber – anders als bei der Vorgängerregierung – nicht erwähnt wird, zeigt, dass die Bedeutung des Themenbereichs für die Agenda 2030 und eine bessere Pandemievorsorge nicht die Aufmerksamkeit erhält, die angemessen wäre. Dies wird der fundamentalen Bedeutung von Gesundheit und Gesundheitssystemen für die Erreichung der Agenda 2030 nicht gerecht.



6. **Starkes internationales Engagement für Gesundheitssystemstärkung ist gefordert.** International hat sich Deutschland stark für globale Gesundheit und die Stärkung von Gesundheitssystemen eingesetzt. Dies vor allem im Rahmen der G7-Präsidentschaft in 2015 und der G20-Präsidentschaft im Jahr 2017. Zudem unterstützt Deutschland die wichtigsten multilateralen Finanzierungsinstrumente für Gesundheit. Allerdings ist deren Kernmandat nicht die Gesundheitssystemstärkung. Die internationalen Initiativen, die Gesundheitssysteme priorisieren, erbringen Koordinierungsleistungen bzw. stellen technische Unterstützung bereit. Ihnen fehlen aber das Mandat und die finanzielle Ausstattung, um Gesundheitssysteme in Niedrig- und Middle Income Countries substantiell zu stärken.
  7. **Deutschlands ODA für Gesundheit steigt, aber auch der Bedarf wächst.** Seit 2015 hat Deutschland die ODA-Ausgaben für Gesundheit um 43,7% auf 1,26 Milliarden € im Jahr 2019 erhöht. Durch weitere Erhöhungen in den Jahren 2020 und 2021 hat Deutschland damit Fortschritte hinsichtlich des 0,1%-Ziels gemacht. Aufgrund der Covid-19-Pandemie ist der Bedarf an Unterstützung jedoch auch stark gewachsen. Besorgniserregend sind des Weiteren die aktuellen Pläne der Bundesregierung den Haushalt des Bundesministeriums für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung im Jahre 2022 sowie in der mittelfristigen Finanzplanung ab 2023 abzusenken. Diesen Entwicklungen gilt es entgegen zu wirken.
  8. **ODA-Mittel für Basisgesundheitsysteme sinken.** Deutschlands bilaterale ODA-Ausgaben für Gesundheitssystemstärkung waren im Jahr 2019 auf dem höchsten Stand seit 2015. Allerdings verringerte sich der Anteil an Ausgaben für die Stärkung von Basisgesundheitsystemen.
  9. **Geringe ODA-Mittel werden für Fachkräfte bereitgestellt:** Die Qualifikation von Gesundheitsfachkräften ist programmatisch ein wichtiger Teil der Gesundheitsvorhaben der deutschen EZ. Dies spiegelt sich aber nicht in den ODA-Ausgaben wider. Nur ein sehr kleiner Anteil fließt in die Aus- und Fortbildung von Basisgesundheitskräften.
  10. **LDCs und Subsahara-Afrika sind kein Schwerpunkt bei der Gesundheitssystemstärkung.** Im Zeitraum 2015–2019 gingen nur 13% der ODA-Ausgaben für Gesundheitssystemstärkung an Subsahara-Afrika und lediglich 18% an LDCs. Die Länder mit den schwächsten Gesundheitssystemen und der höchsten Kindersterblichkeit sind insofern kein Schwerpunkt der deutschen Maßnahmen zur Gesundheitssystemstärkung. Ein substantieller Anteil der Mittel geht an die VR China – ein UMIC.
- Insgesamt zeigt die Studie somit, dass Deutschland sich politisch für Gesundheitssysteme starkgemacht hat, bei den ODA-Ausgaben für Gesundheitssystemstärkung aber eine Lücke zwischen der Rhetorik und der Realität klafft. Zwar hat sich Deutschland selbst dazu verpflichtet, „Gesundheit für alle“ zu erreichen und sich für die Ärmsten einzusetzen. Wie die Studie zeigt, ist dies aber nur zum Teil der Fall.

## Empfehlungen

### Aufgrund dieser Ergebnisse sollte die Bundesregierung die folgenden Maßnahmen ergreifen:

1. **Deutschland sollte mindestens 0,1% seines BNE für gesundheitsbezogene ODA aufwenden.** Da der Bedarf an Unterstützung aufgrund der Covid-19-Krise stark gewachsen ist, sollte Deutschland die ärmsten Länder (LDCs) weltweit stärker finanziell unterstützen. Dabei sollten sowohl die bilaterale Zusammenarbeit (technische und finanzielle Zusammenarbeit) als auch multilaterale Instrumente gestärkt werden. Die zusätzlichen ODA-Mittel für Gesundheit sollten nicht aus anderen Sektoren bzw. Politikfeldern umgeschichtet werden. Auch andere Sektoren sind wichtig für die menschliche, gesellschaftliche und wirtschaftliche Entwicklung in Niedrig- und Middle Income Countries und benötigen darum weiterhin Unterstützung durch Deutschland.
2. **Deutschland sollte die ODA-Ausgaben für Basisgesundheitsysteme und Gesundheitssystemstärkung insgesamt erhöhen.** Dabei sollte auch mehr ODA für die Aus- und Weiterbildung von medizinischen Fachkräften und gemeindebasierten Gesundheitsarbeiter\*innen investiert werden.
3. **Deutschland sollte einen deutlich höheren Anteil an ODA-Mitteln für globale Gesundheit und Gesundheitssystemstärkung in Richtung LDCs und Subsahara-Afrika kanalisieren.** Dafür bedarf es eines Stufenplans, der entwickelt werden sollte. Die Bundesregierung sollte die großen multilateralen Finanzierungsinstrumente für Gesundheit – den Globalen Fonds zur Bekämpfung von Aids, Tuberkulose und Malaria, die Impfallianz Gavi und die Global Financing Facility – weiterhin fördern und in den kommenden Jahren zusätzliche Mittel für diese multilateralen Instrumente bereitstellen. Deutschland sollte im Rahmen der technischen Zusammenarbeit Länder dabei unterstützen, ihre eigenen Ausgaben für Gesundheit zu erhöhen.
4. **Generell sollte die Bundesregierung weiterhin eine internationale Führungsrolle bei der Gesundheitssystemstärkung übernehmen.** Wie in den vergangenen Jahren sollte die Bundesregierung ihren Einfluss in multilateralen Organisationen geltend machen, um deren Beiträge zur Basisgesundheitsystemstärkung weiter auszubauen.
5. **Im Rahmen der G7-Präsidentschaft sollte sich Deutschland für eine Gesundheitssystemstärkung zur Erreichung einer universellen Gesundheitsversorgung starkmachen.** Dafür braucht es stark Partner, die ähnliche Ziele in der globalen Gesundheitspolitik verfolgen.
6. **Deutschland sollte die Strategie zur globalen Gesundheit aus dem Jahr 2020 konsequent umsetzen und weiter konkretisieren.** Hierfür wäre es auch wichtig, deutlich zu machen, was Deutschland im Bereich der Gesundheitssystemstärkung erreichen will. Dies sollte weiter konkretisiert werden, entweder in einem eigens dafür entwickelten Dokument oder in zukünftigen Strategien – gegebenenfalls auch von einzelnen Ministerien.
7. **Gesundheitssystemstärkung muss ein Schwerpunkt der Bundesregierung bleiben und die Bundesregierung sollte sich weiterhin auf höchster Ebene für globale Gesundheit einsetzen.** Dies gilt auch für die Zusammenarbeit mit den großen multilateralen Gesundheitsfinanzierungsinstrumenten. Nur dann kann Deutschland einen adäquaten Beitrag zur Erreichung des dritten Nachhaltigkeitsziels leisten.
8. **Die Bundesregierung sollte mit anderen Gebern und dem DAC-Sekretariat zusammenarbeiten, um eine effiziente Methode zu entwickeln, mit der ODA-Ausgaben in Gesundheitssystemstärkung ermittelt werden können.** Bis so eine Methode existiert, sollte die Bundesregierung selbst über die Ausgaben für (Basis-)Gesundheitssystemstärkung jährlich berichten.



## Anhang 1: Übersicht über die geführten Interviews

- Baehrens, Heike, ehem. Vorsitzende des Unterausschusses Globale Gesundheit im Deutschen Bundestag (19. Legislaturperiode)
- Flachsbarth, Maria, Dr., Parlamentarische Staatssekretärin a. D., BMZ
- Gilson, Lucy, Prof., University of Cape Town, LSHTM
- Herzog, Karolin, Advisor, GIZ
- Kofler, Bärbel, Dr., Parlamentarische Staatssekretärin bei der Bundesministerin für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung
- Mwinga, Kasonde, Dr., Director of Universal Health Coverage, Life Course Cluster, WHO Africa

## Anhang 2: Methode der finanziellen Analyse

Für die finanzielle Analyse bedient sich die Studie in erster Linie der Daten des Entwicklungshilfesausschusses (Development Assistance Committee, DAC) der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD). Für die Analyse der Finanzflüsse haben wir diejenige Datenbank des OECD DAC genutzt, die über projektbezogene EZ-Maßnahmen und damit auch über die ODA-Ausgaben im Gesundheitsbereich berichtet. Hierbei handelt es sich um das sogenannte Creditor Reporting System (CRS).<sup>71</sup> Dabei es ist wichtig zu bemerken, dass es sich hier um die bilateralen ODA-Mittel handelt. Die multilaterale ODA Deutschlands haben wir separat erfasst (siehe unten für weitere Details). Die Daten aus der CRS-Datenbank wurden am 9.9.2021 heruntergeladen.<sup>72</sup> Zu diesem Zeitpunkt waren Daten bis einschließlich 2019 verfügbar.

Wir untersuchen ODA-Ausgaben („disbursements“) und nicht Verpflichtungserklärungen („commitments“). ODA-Ausgaben sind für diese Studie relevanter, da diese die tatsächlichen ODA-Zahlungen der Bundesregierung darstellen und nicht nur die geschätzten Ausgaben bzw. Verpflichtungen, die sich immer noch ändern können.

Das DAC-Sekretariat veröffentlicht in jedem Kalenderjahr eine Liste mit Sektoren und Subsektoren, sogenannten Förderbereichsschlüsseln (FBS bzw. CRS-Codes), um die sektorale Aufteilung der ODA-Ausgaben zu kalkulieren. Im Gesundheitsbereich gibt es für das Berichtsjahr 2019 23 FBS, die auf vier übergeordnete DAC5-Codes entfallen.<sup>73</sup> **Es gibt keinen speziellen FBS (oder DAC5-Code) für Gesundheitssystemstärkung.** Daher wurde für diese Studie eine Methode entwickelt, um die ODA zur Stärkung von Gesundheitssystemen zu messen.

Wir haben sieben FBS zur Kalkulation der ODA-Ausgaben für Gesundheitssystemstärkung herangezogen (siehe Tabelle A1). Wie die Beschreibungen in Tabelle A1 zeigen, berichten diese FBS über ODA zur Stärkung spezifischer Gesundheitssystemkomponenten:

- **Personal:** Drei FBS erfassen ODA für die Aus- und Weiterbildung von gesundheitlichem Fachpersonal (12181, 12281 und 13018).
- **Infrastruktur:** Zwei FBS berichten über Infrastrukturausgaben (12191 und 12230).
- **Governance, Policy und Finanzierungssysteme:** ODA für Gesundheitssektorpolitik wird ebenfalls von zwei FBS erfasst (12110 und 13010).

Nach unserer Auffassung erfassen diese sieben FBS vorrangig ODA-Mittel zur Gesundheitssystemstärkung. Die anderen 17 FBS für Gesundheit berichten dagegen über ODA-Mittel zur Eindämmung spezifischer Infektions- und chronischer Krankheiten. Sie berichten somit über spezifische Programmausgaben und nicht über Investitionen in Gesundheitssysteme. Wie die Tabelle A1 zeigt, beziehen sich die FBS 12230 und 12281 auf Basisgesundheitsysteme, die fünf anderen FBS auf sekundäre und tertiäre Gesundheitssysteme. Mithilfe dieser Methode ist eine Annäherung an die Gesundheitssystem-ODA Deutschlands möglich – es handelt sich aber um keine exakte Methode. Die tatsächlichen Ausgaben für diesen Bereich könnten höher oder geringer sein.

## Methodik zur Kalkulation der multilateralen ODA für Gesundheit

Zur Untersuchung der multilateralen ODA-Ausgaben haben wir uns der Methode der „imputed multilateral shares“ bedient. Diese Methode wird auf der Website des DAC beschrieben und wird auch von ONE genutzt (siehe <https://www.oecd.org/dac/financing-sustainable-development/development-finance-standards/oecd-methodology-for-calculating-sectoral-imputed-multilateral-aid.htm>; <https://cdn.one.org/international/media/international/2021/05/04101117/Imputed-Multilateral-Sectors-Methodology.pdf>).

## Ländergruppen

Die Weltbank unterteilt die Niedrig- und Middle-Income-Länder in drei Gruppen: Länder mit niedrigem Einkommen („low-income countries“; LICs), Länder mit niedrigem mittlerem Einkommen („lower-middle-income countries“; LMICs) und Länder mit hohem mittlerem Einkommen („upper-middle-income countries“; UMICs).<sup>74</sup> Diese Studie nutzt allerdings eine andere Taxonomie, welche die Gruppe der „am wenigsten entwickelten Länder“ enthält, die sogenannten „least developed countries (LDCs)“. Diese Gruppe wurde von der UN vorgestellt.<sup>75</sup> Auf der Liste des OECD DAC für die Jahre 2018 und 2019 gab es 47 LDCs, 37 LMICs und 57 UMICs.<sup>76</sup> Mittlerweile ist die Liste des OECD DAC für das Jahr 2021 aktualisiert. Demzufolge gab es 2021 46 LDCs, 38 LMICs und 56 UMICs.<sup>77</sup>

FBS	FBS Name	Erläuterung der Bandbreite
12110	Gesundheitspolitik und Verwaltung des Gesundheitswesens	Gesundheitssektorpolitik, -planung und -programme; Hilfe für Gesundheitsministerien und die Verwaltung des öffentlichen Gesundheitswesens; Institutionenförderung und -beratung; Krankenversicherungsprogramme; einschließlich Gesundheitssystemstärkung und Governance im Gesundheitsbereich; nicht spezifizierte Aktivitäten im Gesundheitsbereich.
12181	Medizinische Aus- und Fortbildung	Für Dienste der Sekundär- und Tertiärebene.
12191	Medizinische Dienste	Labors, Fachkliniken und Krankenhäuser (einschließlich Ausstattung und Versorgungsmaterial); Krankenwagen; zahnmedizinische Versorgung; medizinische Rehabilitation. [Ausgenommen sind nichtübertragbare Krankheiten (Code 123).]
12230	Infrastruktur im Bereich Basisgesundheit	Kreiskrankenhäuser, Gesundheitsposten und -zentren und sonstige Gesundheitseinrichtungen; entsprechende medizinische Ausrüstungsgegenstände [ausgenommen Fachkrankenhäuser und -kliniken (12191)].
12281	Medizinische Aus- und Fortbildung <sup>78</sup>	Ausbildung von medizinischem Personal für Basisgesundheitsdienste.
13010	Bevölkerungspolitik und -statistik	Bevölkerungs-/Entwicklungspolitik; demografische Forschung und Analyse; Forschung zur reproduktiven Gesundheit; nicht spezifizierte Maßnahmen im Bereich der Bevölkerungspolitik.
13081	Aus- und Fortbildung im Bereich Bevölkerungsmedizin und reproduktive Gesundheit	Bildung und Ausbildung von medizinischem Personal für Dienste im Bereich Bevölkerungsmedizin und reproduktive Gesundheit.

**Tabelle A1:** Förderbereichsschlüssel für Gesundheitssystemstärkung

Quelle für FBS: BMZ: Kurzübersicht der Förderbereichsschlüssel (FBS) ab dem Berichtsjahr 2019

<sup>71</sup> OECD.Stat, *Creditor Reporting System*, <https://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=CRS1>, abgerufen am 19. April 2022

<sup>72</sup> OECD.Stat, *Creditor Reporting System*, <https://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=CRS1>, abgerufen am 19. April 2022

<sup>73</sup> Gesundheitswesen allgemein (121), Basisgesundheitsdienste (122), nichtübertragbare Krankheiten (123) sowie Bevölkerungspolitik/-programme und reproduktive Gesundheit (130).

<sup>74</sup> World Bank, *Country and Lending Groups*, <https://datahelpdesk.worldbank.org/knowledgebase/articles/906519-world-bank-country-and-lending-groups>, abgerufen am 19. April 2022

<sup>75</sup> UN-OHRLS, *Least Developed Countries Category*, <https://www.un.org/ohrlls/content/ldc-category>, abgerufen am 19. April 2022

<sup>76</sup> DAC, *List of ODA Recipients*, <https://www.oecd.org/dac/financing-sustainable-development/development-finance-standards/DAC-List-of-ODA-Recipients-for-reporting-2018-and-2019-flows.pdf>

<sup>77</sup> DAC, *List of ODA Recipients*, <https://www.oecd.org/dac/financing-sustainable-development/development-finance-standards/DAC-List-of-ODA-Recipients-for-reporting-2018-and-2019-flows.pdf>

<sup>78</sup> Die deutsche Übersetzung des Bundesministeriums für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung benutzt den gleichen Namen für zwei Creditor Reporting System codes (12181 und 12281), siehe auch *Förderbereichsschlüssel ab Berichtsjahr 2020*, [https://www.bmz.de/resource/blob/71108/5e14a48945a16de3f6532b34ced7fadd/0\\_4\\_Foerderbereichsschluesel\\_ab\\_Berichtsjahr\\_2020.pdf](https://www.bmz.de/resource/blob/71108/5e14a48945a16de3f6532b34ced7fadd/0_4_Foerderbereichsschluesel_ab_Berichtsjahr_2020.pdf)



### Anhang 3: Die Rolle von Gesundheit in der Agenda 2030 (Quelle: WHO)



### Anhang 4: Detaillierte Ansicht der bilateralen ODA-Ausgaben Deutschlands für Gesundheitssystemstärkung

Basierend auf der in Anhang 2 und Tabelle A1 dargestellten Methode, zeigt Tabelle A2 die ODA-Ausgaben Deutschlands für Gesundheitssystemstärkung (absolut und als Anteil der gesamten bilateralen ODA).

Förderbereichsschlüssel	2015	2016	2017	2018	2019
12110: Gesundheitspolitik und Verwaltung des Gesundheitswesens	71,67	66,94	87,37	122,53	99,47
12181: Medizinische Aus- und Fortbildung	4,58	6,78	20,78	13,14	6,53
12191: Medizinische Dienste	10,46	13,02	15,38	31,17	61,95
12230: Infrastruktur im Bereich Basisgesundheits	78,90	150,52	148,45	96,01	109,76
12281: Medizinische Aus- und Fortbildung	2,22	2,09	1,72	3,89	14,45
13010: Bevölkerungspolitik und -statistik	1,44	1,21	1,03	1,49	0,37
13081: Aus- und Fortbildung im Bereich Bevölkerungsmedizin und reproduktive Gesundheit	1,17	7,70	4,78	9,50	2,49
<b>Gesamte bilaterale ODA für Gesundheitssystemstärkung</b>	<b>170,44</b>	<b>248,27</b>	<b>279,49</b>	<b>277,73</b>	<b>295,03</b>
<b>Gesamte bilaterale ODA für Gesundheit</b>	<b>497,34</b>	<b>581,07</b>	<b>655,72</b>	<b>716,29</b>	<b>743,04</b>
<b>Bilaterale ODA für Gesundheitssystemstärkung in % der bilateralen ODA für Gesundheit</b>	<b>34%</b>	<b>43%</b>	<b>43%</b>	<b>39%</b>	<b>40%</b>

Tabelle A2: Überblick über die bilaterale ODA für Gesundheitssystemstärkung, in Millionen €, Jahre 2015-2019





Rahma mit ihrer Tochter Ayan\* in Gardo, Somalia.  
© Kate Stanworth/Save the Children

**Save the Children Deutschland e.V.**

Seesener Straße 10-13 • 10709 Berlin

Tel.: 030 27 59 59 79-0 • Fax: 030 27 59 59 79-9

E-Mail: [info@savethechildren.de](mailto:info@savethechildren.de)



**Save the Children**

