

„Leaving no one behind“?

**Deutschlands Beitrag zur Verbesserung
der globalen Kinder- und Müttergesundheit**

Dezember 2017

„Leaving no one behind“?

Deutschlands Beitrag zur Verbesserung
der globalen Kinder- und Müttergesundheit

Inhalt

Executive Summary	4
1. Einleitung	5
2. Kinder- und Müttergesundheit in der deutschen Entwicklungszusammenarbeit: Ziele und Konzepte	6
3. Inwieweit entsprechen die deutschen Investitionen und Aktivitäten zur Förderung von Kinder- und Müttergesundheit der Rhetorik der Bundesregierung?	8
4. Kohärenzprüfung und Handlungsempfehlungen	20
5. Anhänge	24

Executive Summary

Diese Studie untersucht das **Engagement der deutschen Bundesregierung im Bereich der globalen Kinder- und Müttergesundheit und entwickelt Handlungsempfehlungen**, um den deutschen Beitrag weiter zu stärken. Sie zeigt, dass die Bundesregierung Kinder- und Müttergesundheit als einen Schwerpunkt innerhalb der globalen Gesundheitspolitik ausweist und sich insbesondere seit der Ebola-Krise in Westafrika stärker denn je für globale Gesundheit engagiert. Allerdings zeigt die Studie auch auf, dass eine **Lücke zwischen der öffentlichen Rhetorik zur Kinder- und Müttergesundheit und den Investitionen** der Bundesregierung besteht. Nicht immer ist das Handeln der Bundesregierung kohärent mit der Rhetorik:

- Die Bundesregierung ist noch immer weit davon entfernt, das von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) empfohlene Finanzierungsziel zu erreichen, nämlich 0,1 % des Bruttonationaleinkommens für gesundheitsbezogene öffentliche Entwicklungshilfe (Official Development Assistance, ODA) aufzuwenden. Um dieses Ziel zu erreichen, müsste Deutschland die gesundheitsbezogene ODA mehr als verdreifachen.
- Obwohl sich die Bundesregierung öffentlich für ein stärkeres multilaterales System einsetzt, wird weiterhin ein vergleichsweise hoher Anteil der ODA-Mittel für Gesundheit (54 %) und Kinder- und Müttergesundheit (68 %) bilateral bereitgestellt. Die Global Financing Facility (GFF) zur Unterstützung von Every Women Every Child (EWEC) wird bislang überhaupt nicht unterstützt.
- Die Bundesregierung hat in den vergangenen Jahren mehrfach auf die wichtige Bedeutung der Weltgesundheitsorganisation in der globalen Gesundheitspolitik hingewiesen. Als sechstgrößter Geber bleibt Deutschland aber hinter den Erwartungen zurück. Nur 3 % der deutschen ODA im Gesundheitsbereich kommen der WHO zu Gute.
- Die Studie legt außerdem nahe, dass es ein Potenzial gibt, Kinder- und Müttergesundheit in bilateralen Projekten zur Gesundheitssystemstärkung und zur Erreichung einer universellen Gesundheitsversorgung besser zu verankern.

Es wird empfohlen, dass die Bundesregierung folgende Maßnahmen umsetzt:

1. Angesichts ihrer Wirtschaftskraft sollte die Bundesregierung einen größeren Beitrag dazu leisten, die jährliche Finanzierungslücke für Kinder- und Müttergesundheit zu schließen, die 2015 auf mehr als 33 Milliarden USD geschätzt wurde. Die Bundesregierung sollte das von der WHO empfohlene Finanzierungsziel annehmen und mindestens **0,1 % des Bruttonationaleinkommens (BNE) für gesundheitsbezogene ODA** aufwenden. So würde die Bundesregierung ihrer Verantwortung als größte europäische Wirtschaftskraft nachkommen.
2. Die Bundesregierung sollte ihre neue Führungsrolle in der Gesundheitspolitik dazu nutzen, Kinder- und Müttergesundheit auf der globalen Agenda weiter zu priorisieren. Der Schwerpunkt sollte darauf liegen, **universellen Zugang zu Gesundheitsversorgung für alle zu schaffen** – für jedes Kind und jede Mutter, um niemanden zurückzulassen.
3. Die Bundesregierung sollte die **GFF** zur Unterstützung von Every Women Every Child (EWEC) finanziell unterstützen.
4. Die **Impfallianz Gavi** trägt erfolgreich zur globalen Gesundheit bei und bedarf fortlaufender Unterstützung. Die Bundesregierung sollte ihren Verpflichtungen gegenüber Gavi und auch dem Globalen Fonds zur Bekämpfung von Aids, Tuberkulose und Malaria (der Globale Fonds) nachkommen und ihre Beiträge bei den nächsten Wiederauffüllungskonferenzen erhöhen.
5. Im Sinne einer kohärenteren globalen Gesundheitspolitik sollte die Bundesregierung ihre **Beiträge zur WHO** im Jahr 2018 substanziell erhöhen, damit die Organisation ihre technischen und normativen Funktionen effektiver ausüben kann.
6. Die Bundesregierung sollte sicherstellen, dass die **Verbesserung von Kinder- und Müttergesundheit in bilateralen Projekten** zur Gesundheitssystemstärkung und zur Erreichung einer universellen Gesundheitsversorgung als explizites Ziel verankert ist.

1. Einleitung

Diese Studie untersucht das **Engagement der deutschen Bundesregierung im Bereich der globalen Kinder- und Müttergesundheit und entwickelt Handlungsempfehlungen**, um den bundesdeutschen Beitrag in diesem Bereich weiter zu stärken. Die Förderung von Kinder- und Müttergesundheit ist ein Ziel der Bundesregierung in der gesundheitsbezogenen Entwicklungszusammenarbeit (EZ).¹ Fortschritte in der Kinder- und Müttergesundheit sind dringend geboten. Denn trotz substanzieller Fortschritte seit der Jahrtausendwende starben im Jahr 2016 weltweit immer noch 5,6 Millionen Kinder unter fünf Jahren an vermeidbaren Krankheiten, rund die Hälfte (46 %) davon waren Neugeborene. Für einen großen Teil (30 %) davon waren Komplikationen in der Schwangerschaft und bei der Geburt verantwortlich.² 2015 starben außerdem über 300.000 Frauen und Mädchen an diesen Komplikationen.³ Man spricht daher auch vom **„Unfinished Business“ der Millenniums-Entwicklungsziele** (Millennium Development Goals, MDGs), da die Ziele für Kinder- und Müttergesundheit nicht erreicht wurden.⁴

In der Agenda 2030 mit ihren 17 nachhaltigen Entwicklungszielen – den Sustainable Development Goals (SDGs) – spielt Kinder- und Müttergesundheit daher weiterhin eine wichtige Rolle.⁵ Laut SDG 3 soll bis 2030 „ein gesundes Leben für alle Menschen jeden Alters gewährleistet und ihr Wohlergehen gefördert werden“. Zentrale Unterziele sind die weltweite Müttersterblichkeit auf unter 70 je 100.000 Lebendgeburten zu senken (Unterziel 3.1), vermeidbare Todesfälle bei Neugeborenen und Kindern unter fünf Jahren zu beenden, mit dem von allen Ländern zu verfolgenden Ziel, die Sterblichkeit bei Neugeborenen mindestens auf 12 je 1.000 Lebendgeburten und bei Kindern unter fünf Jahren mindestens auf 25 je 1.000 Lebendgeburten zu senken (Unterziel 3.2).⁶

Ein weiteres Unterziel von SDG 3 ist die **Erreichung universeller Gesundheitsversorgung** (Universal Health Coverage, UHC). UHC beinhaltet die finanzielle Risikoabsicherung im Krankheitsfall (Schutz vor katastrophalen Gesundheitsausgaben, die zur Armut führen), den Zugang zu hochwertiger gesundheitlicher Grundversorgung, sowie den Zugang zu sicheren, wirksamen, hochwertigen und bezahlbaren unentbehrlichen Medikamenten und Impfstoffen für die gesamte Bevölkerung.⁷ Alle Menschen sollen Zugang zu Gesundheitsversorgung haben und **„niemand soll zurückgelassen werden“ („Leaving No One Behind“)**. Die Förderung universeller Gesundheitsversorgung durch die Stärkung von Gesundheitssystemen wird von der Bundesregierung als ein Schwerpunkt angesehen – hierbei wird auch argumentiert, dass durch Projekte in diesem Bereich Kinder- und Müttergesundheit ebenfalls gefördert werden soll. Die Studie untersucht diesen Nexus.

Zunächst wird analysiert, **wie** die Bundesregierung das Thema Kinder- und Müttergesundheit strategisch positioniert, welche Ziele sie sich selbst gesetzt hat, und inwieweit das Thema in öffentlichen Aussagen als Priorität beschrieben wird. Darauf basierend wird anschließend untersucht, **inwieweit** sich die Investitionen der Bundesregierung mit der öffentlichen Rhetorik decken. Vor diesem Hintergrund wird das deutsche Engagement zur Förderung von Kinder- und Müttergesundheit bewertet und verschiedene Handlungsoptionen entwickelt, die darauf abzielen, das Engagement der Bundesregierung weiter zu stärken.

Zur Entwicklung der Studie wurde ein Methodenmix angewandt, der Dokumentenanalyse, Datenbankauswertungen und semi-strukturierte Interviews umfasste:

- Grundsatz- und Positionspapiere der Bundesregierung wurden analysiert und in Bezug auf Kinder- und Müttergesundheit hin untersucht.

1 Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung. (2009). Sektorkonzept „Gesundheit in der deutschen Entwicklungspolitik“ (BMZ KONZEPTE 183); Bundesministerium für Gesundheit. (2013). Globale Gesundheitsstrategie.

2 UNICEF. (2017). Levels & Trends in Child Mortality.

3 Weltgesundheitsorganisation. (2016). Maternal mortality Fact sheet.

4 Vereinte Nationen. (2015). Millenniums-Entwicklungsziele Bericht.

5 Siehe: Ziele für nachhaltige Entwicklung, Vereinte Nationen. Sustainable Development Goals.

6 Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung. (o.D.). Die Agenda 2030 für nachhaltige Entwicklung.

7 Siehe: Ziel 3 für nachhaltige Entwicklung: Gesundheit und Wohlergehen, Vereinte Nationen. Sustainable Development Goals.

- Neun Interviews mit Vertretern der Zivilgesellschaft, der Bundesregierung, Parlamentariern, Durchführungsorganisationen und internationalen Gesundheitsexperten wurden geführt, um das bundesdeutsche Engagement zu bewerten, und um eine Einschätzung zu Deutschlands Engagement für Kinder- und Müttergesundheit zu erhalten.
- Für die finanzielle Analyse wurde die Datenbank des Development Assistance Committee der OECD (OECD DAC) genutzt, um Schwerpunkte und Trends in der gesundheitsbezogenen öffentlichen Entwicklungshilfe (Official Development Assistance, ODA) und für den Bereich Kinder- und Müttergesundheit aufzuzeigen. Darüber hinaus wurden Haushaltsdokumente und andere veröffentlichte Dokumente zu Investitionen für Kinder- und Müttergesundheit untersucht. Bereits existierende Studien wurden ebenfalls analysiert, um die Effektivität der von der Bundesregierung unterstützten Initiativen zu bewerten.

2. Kinder- und Müttergesundheit in der deutschen Entwicklungszusammenarbeit: Ziele und Konzepte

Die Leitlinien des bundesdeutschen Engagements in der gesundheitsbezogenen Entwicklungszusammenarbeit ergeben sich aus dem **Sektorkonzept „Gesundheit in der deutschen Entwicklungspolitik“** aus dem Jahr 2009 des Bundesministeriums für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (BMZ). Als Schwerpunktthemen definiert das **BMZ-Sektorkonzept**⁸ die Stärkung von Gesundheitssystemen, sexuelle und reproduktive Gesundheit sowie die Bekämpfung übertragbarer Infektionskrankheiten und HIV/Aids. Unter sexueller und reproduktiver Gesundheit wird explizit die **Verbesserung der Kinder- und Müttergesundheit** genannt. Im BMZ-Sektorkonzept wird der Begriff **Universal Health Coverage (UHC)** zwar nicht ausdrücklich erwähnt, allerdings wird darauf hingewiesen, dass eine „für alle zugängliche, fair finanzierte präventive, kurative und rehabilitative Gesundheitsversor-

gung bereitgestellt wird, die sich bedarfsgerecht an den wichtigsten Gesundheitsproblemen der Menschen orientiert“. Als eine „Wirkung“ wird zudem angestrebt, den „Zugang zu Gesundheitsversorgung insbesondere für arme und benachteiligte Gruppen“ zu verbessern. Der Zugang zu Gesundheitsversorgung für alle Menschen wird somit deutlich als Ziel formuliert.

Ein weiteres zentrales Dokument ist das **Konzeptpapier „Globale Gesundheitspolitik gestalten – gemeinsam handeln – Verantwortung wahrnehmen“** von 2013, entwickelt unter Führung des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG). Im Konzeptpapier erklärt die Bundesregierung neben der Stärkung von Gesundheitssystemen die Reduzierung der Mütter- und Kindersterblichkeit als eines der Ziele ihrer bilateralen Gesundheits-EZ. Laut diesem Konzeptpapier betrachtet die Bundesregierung Gesundheitssystemstärkung und die universelle soziale Absicherung im Krankheitsfall als Querschnittsthema, das die Grundvoraussetzung für weitere Fortschritte in der **Mütter- und Kindergesundheit** darstellt.⁹ Innerhalb der Gesundheitssystemstärkung betont das Konzeptpapier, dass die Bundesregierung einen besonderen Fokus auf Maßnahmen im Bereich der Kinder- und Müttergesundheit, HIV/Aids-Bekämpfung sowie sexuelle und reproduktive Gesundheit und Rechte legt. Besonders die universelle Absicherung im Krankheitsfall wird hervorgehoben. Auch in ihrem Engagement für selbstbestimmte Familienplanung adressiert die Bundesregierung Mütter- und Kindersterblichkeit als Folge von ungewollten Schwangerschaften und mangelnder Vorsorge und Betreuung während der Schwangerschaft.¹⁰ Dabei nimmt die Bundesregierung auch die Partnerländer in die Pflicht, in dem es die Verantwortung aller Länder, „das Recht auf Gesundheit zu achten, zu schützen und zu gewährleisten“, fordert.

Der **Koalitionsvertrag von 2013** greift Gesundheit ebenfalls auf und nennt diese einen thematischen Schwerpunkt der Regierungsarbeit neben Landwirtschaft, Geschlechtergerechtigkeit, Bildung, Klima-

schutz und Krisenprävention.¹¹ Dem Globalen Fonds zur Bekämpfung von Aids, Tuberkulose und Malaria (der Globale Fonds) wird in diesem Schwerpunktbereich eine besondere Rolle zugeschrieben. Mütter und Kinder als wichtige Gruppen in der deutschen EZ werden nicht explizit hervorgehoben.

Im November 2016 kündigte Bundesentwicklungsminister Müller einen Marshallplan mit Afrika an, dessen Eckpunkte im Februar 2017 veröffentlicht wurden. Im Marshallplan verspricht sich die Bundesregierung auch dem Ziel, Afrika bei der notwendigen Sicherstellung von Angeboten für Gesundheit und leistungsfähige Sicherheitssysteme zu unterstützen. Außerdem erwähnt Deutschland explizit das Ziel „Wir lassen niemanden zurück“ und betont dabei seine Mitverantwortung gegenüber den am wenigsten entwickelten Ländern, auch im Bereich der Gesundheitsversorgung. Auch verweist der Marshallplan auf die **Eigenverantwortung der afrikanischen Länder** und macht explizit klar, dass diese gemäß dem Abuja-Ziel 15 % ihres Staatsbudgets für Gesundheit bereitstellen sollten.¹² Auch sollen sie die Gesundheitsversorgung für Frauen und Mädchen sicherstellen.

Für den Bereich Gesundheitssystemstärkung und soziale Absicherung im Krankheitsfall hat die Bundesregierung auch zur Entwicklung eines globalen Konzeptpapiers beigetragen. So wurde während des SDG-Gipfels im September 2015 durch Deutschland zunächst die Initiative **Healthy Systems – Healthy Lives** angeschoben, die darauf abzielt, einen internationalen und nationalen Dialog zur Gesundheitssystemstärkung zu fördern und das internationale Engagement dafür zu festigen. Eines der Ergebnisse dieser Initiative war das durch die Bundesregierung während der 70. Weltgesundheitsversammlung der Weltgesundheitsorganisation (WHO) im **Mai 2017** vorgestellte Konzeptpapier **„Healthy systems for universal health coverage – a joint vision for healthy lives“** (Joint Vision), das in einem breiten internationalen Konsultationsprozess

entstanden ist.¹³ Das erste von insgesamt fünf Prinzipien der Joint Vision lautet: „Leaving no one behind: a commitment to equity, non-discrimination and human-rights based approaches“.¹⁴ Das Papier hat den Grundstein für eine globale UHC-Strategie mit Fokus auf Gesundheitssystemstärkung gelegt und im Rahmen der UHC2030-Partnerschaft sowie des G20-Gesundheitsministertreffens die Debatte um universelle soziale Absicherung im Krankheitsfall beeinflusst. In der Joint Vision werden Mütter und Kinder als Teil der vulnerabelsten Gruppen genannt. Als einer der federführenden Partner der UHC2030-Allianz hat sich die Bundesregierung dazu verpflichtet, UHC durch die Stärkung von Gesundheitssystemen voranzutreiben.

Den thematischen Fokus auf Gesundheit hat Deutschland zu einem prominenten **Gipfelthema während der deutschen G7-Präsidentschaft 2015 und der G20-Präsidentschaft 2017** gemacht. In der G7-Abschlussklärung und der folgenden Erklärung der G7-Gesundheitsminister im September 2015 wurde auch auf Mütter- und Kindergesundheit verwiesen. Während der **G7-Präsidentschaft** war Deutschland auch Gastgeber der Wiederauffüllungskonferenz der Impfallianz Gavi, bei der 7,5 Milliarden USD neue Finanzierung für Gavi mobilisiert wurden.¹⁵ In seiner Eröffnungsrede zur Gavi-Auffüllungskonferenz sagte **Bundesentwicklungsminister Müller**:

„Aber die Millenniumsentwicklungsziele wurden nicht vollkommen und ausreichend erreicht. Die Kindersterblichkeit sank zum Beispiel nur um knapp die Hälfte statt wie angestrebt um zwei Drittel. Bei der Müttersterblichkeit gab es nur eine Verringerung um 45 Prozent statt um 75 Prozent. Was wir noch nicht geschafft haben, wollen wir jetzt nicht nur so schnell wie möglich erreichen. Wir wollen uns mit den Sustainable Development Goals neue, noch ehrgeizigere Ziele für die nächsten 15 Jahre setzen.“

8 Zum Zeitpunkt der Recherche für diese Studie war das Sektorkonzept von 2009 das aktuellste Dokument. Das Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung aktualisiert zurzeit das Konzept. In einer vorliegenden „Skizze“ werden Kinder- und Müttergesundheit und UHC als Schwerpunkte ausgewiesen.

9 Bundesministerium für Gesundheit. (2013). Globale Gesundheitsstrategie.

10 Ebd.

11 Bundesregierung. (2013). Deutschlands Zukunft gestalten. Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD, 18. Legislaturperiode.

12 Weltgesundheitsorganisation. (2011). The Abuja Declaration: Ten Years On.

13 UHC2030. (2017, 15. Mai). A vision for health system performance and policy [Pressemeldung].

14 Die anderen vier Prinzipien sind: Transparency and accountability for results; Evidence-based national strategies and leadership; Making health systems everybody's business, with engagement of citizens, communities, civil society and private sector; International cooperation based on mutual learning across countries and development effectiveness principles.

15 GAVI, die Impfallianz. Gavi pledging conference January 2015.

Auch **Bundeskanzlerin Merkel** äußerte sich im Rahmen der Gavi-Wiederauffüllungskonferenz und wenige Tage zuvor in einer Rede zur 15. Jahreskonferenz des Rates für Nachhaltige Entwicklung zur Kinder- und Müttergesundheit:

„Wir wissen ja, bei der Umsetzung der bisherigen Millenniumentwicklungsziele gibt es Licht und Schatten. Wir hinken zum Beispiel bei der Mütter-Kinder-Gesundheit der Zielvorgabe deutlich hinterher.“

Auf der **Gavi-Wiederauffüllungskonferenz** betonte Bundeskanzlerin Merkel:

„Gemeinsam haben wir bereits einiges erreicht. Die Zahl der Menschen, die heute weltweit an Malaria, Tuberkulose oder HIV/Aids sterben, konnte im Vergleich zu vor 15 oder 20 Jahren halbiert werden. Das gilt ebenso für das Risiko, dass Kleinkinder ihre ersten Jahre nicht überleben, und für das Risiko, dass Mütter an den Folgen von Schwangerschaft und Geburt sterben. Auch diese Risiken sind gesunken. Diese Fortschritte sind ganz sicher auch mit der Arbeit von Gavi verbunden. Sie sind Folge der erfolgreichen Arbeit der Globalen Impfallianz Gavi und des Globalen Fonds zur Bekämpfung von Aids, Tuberkulose und Malaria – des GFATM. Doch bei allen erfreulichen Fortschritten gibt es noch zahlreiche Herausforderungen. Weltweit sterben jährlich noch ca. 290.000 Frauen während der Schwangerschaft oder Geburt. Für junge Frauen zählen Schwangerschaft und Geburt sogar zu den Haupttodesursachen.“

Deutschland trug das Thema Gesundheit weiter in seine **G20-Präsidentschaft** und erreichte, dass sich die G20-Gesundheitsminister zum ersten Mal in diesem Rahmen exklusiv trafen, um die Bedeutung von Gesundheit weiter zu stärken. Durch die Erfahrungen der Ebola-Krise lag der Fokus stark auf Pandemieprävention und der Bedeutung von starken Gesundheitssystemen sowie auf dem Thema Antibiotikaresistenzen. Die G20-Abschlussklärung der Gesundheitsminister hob weiterhin die **WHO** als wichtige koordinierende Institution hervor und bekräftigte die Bedeutung von Gesundheitssystemstärkung. Auch in der Abschlussklärung der G20-Staats- und Regierungschefs findet

sich der Fokus auf Pandemiebekämpfung, Gesundheitssystemstärkung und universeller sozialer Absicherung im Krankheitsfall als Voraussetzung für schnelle Reaktionsfähigkeit in globalen Gesundheitskrisen wieder.

3. Inwieweit entsprechen die deutschen Investitionen und Aktivitäten zur Förderung von Kinder- und Müttergesundheit der Rhetorik der Bundesregierung?

Die zuvor diskutierten Ziele und öffentlichen Aussagen zu Kinder- und Müttergesundheit werden in diesem Teil den Investitionen und Aktivitäten der Bundesregierung gegenübergestellt.

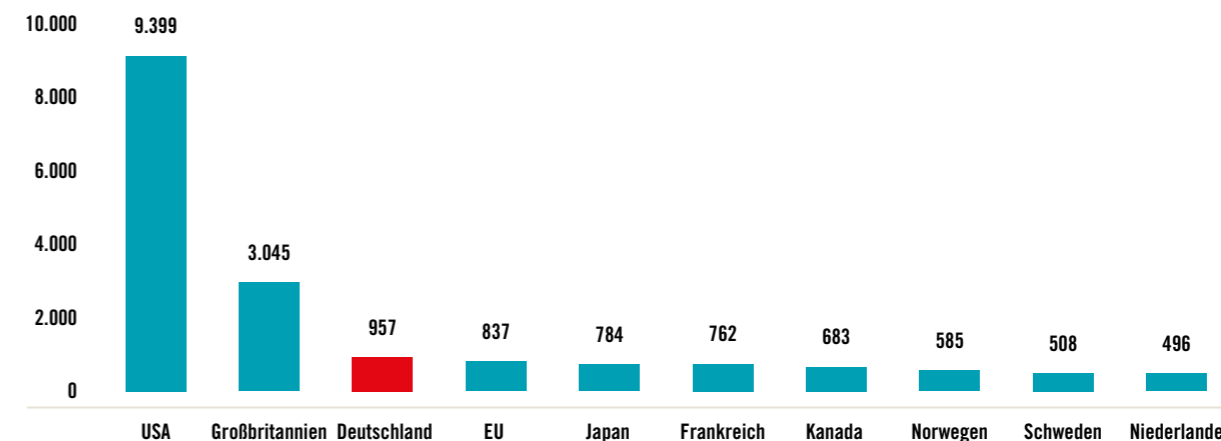
3.1 Die gesundheitsbezogenen ODA-Beiträge der Bundesregierung

Internationale Gesundheitspolitik wird von der Bundesregierung als Schwerpunktthema angesehen. Die gesundheitsbezogene ODA Deutschlands ist ein wesentlicher Indikator, um die deutschen Beiträge zur globalen Gesundheit zu beurteilen. Im Jahr 2015 war Deutschland im Gesundheitsbereich der **drittgrößte** Geber unter den Geberländern des Entwicklungshilfesausschusses (DAC) der OECD, mit 957 Millionen USD gesundheitsbezogenen ODA-Ausgaben (Abbildung 1). Dies entspricht weniger als 5 % der gesamten deutschen ODA im Jahr 2015, womit Deutschland somit klar unter dem DAC-Durchschnitt von 9 % für den Bereich Gesundheit liegt.

Deutschland ist damit außerdem das Schlusslicht der Gruppe der 10 größten Geber für Gesundheit (Abbildung 2).¹⁶

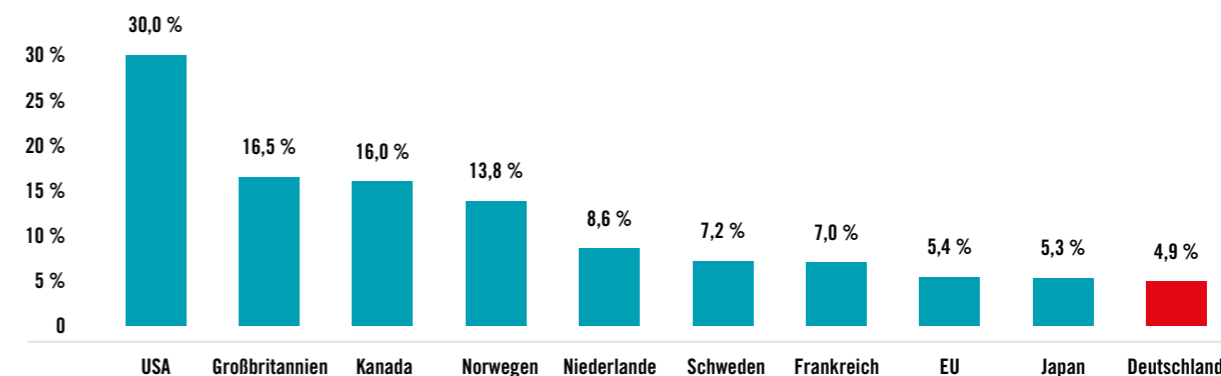
2001 empfahl die von der WHO eingesetzte Kommission für Makroökonomie und Gesundheit, dass Länder mit hohem Einkommen wenigstens 0,1 % ihres Bruttonationaleinkommens (BNE) für gesundheitsbezogene ODA bereitstellen sollten.¹⁷ Deutschland gab in 2015 **0,03 % des BNE für gesundheitsbezogene EZ** aus und bleibt damit unter der WHO-Empfehlung, 0,1 %

Abbildung 1: Die 10 größten ODA-Geber im Bereich Gesundheit in Millionen USD, 2015



Quelle: OECD DAC, Bruttoauszahlungen. In Millionen USD, Preise von 2015

Abbildung 2: ODA-Ausgaben im Bereich Gesundheit als Prozentsatz an der gesamten ODA, 2015



Quelle: OECD DAC, Bruttoauszahlungen. In Millionen USD, Preise von 2015

des Bruttonationaleinkommens für gesundheitsbezogene ODA aufzuwenden. Dieses Ziel wurde 2015 von Norwegen, Großbritannien und Schweden erreicht bzw. übertroffen. Auch im Vergleich zu anderen großen Geberländern – wie den Niederlanden, den Vereinigten Staaten und Kanada – schneidet Deutschland schlechter ab und bleibt insofern hinter seinen Möglichkeiten (Abbildung 3).

Dieser Aspekt wurde in den vergangenen Jahren von den Oppositionsparteien und der Zivilgesellschaft häufig kritisiert.¹⁸ Denn angesichts ihrer Wirtschaftskraft sollte die Bundesregierung deutlich stärker dazu beitragen, die jährliche Finanzierungslücke für Mütter- und Kindergesundheit zu schließen, die 2015 auf mehr als 33 Milliarden USD geschätzt wurde.¹⁹

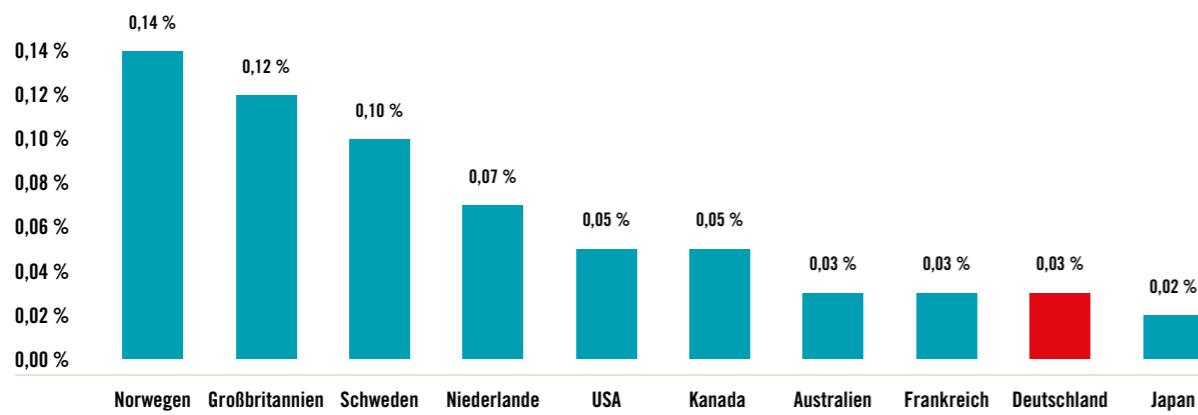
18 Uwe Kekeritz. (2017, 10. Juli). Frauen- und Kindergesundheit müssen stärker in den Fokus der Entwicklungspolitik [Pressemeldung]; Ruppel. (2016): Deutschlands Beiträge für die globale Gesundheit und HIV-Bewältigung im Kontext der Verwirklichung der Millenniums-Entwicklungsziele; Deutsches Ärzteblatt. (2017, 10. Juli). Deutschlands Rolle in der globalen Gesundheitspolitik; Epo Entwicklungspolitik Online. (2017, 10. Juli). Gesundheit auf der Agenda der G20 Save the Children fordert Investitionen in WHO.

19 Global Financing Facility in Support of Every Woman Every Child. (2015). Business Plan.

16 Wenn die Ausgaben für die Versorgung von Geflüchteten innerhalb Deutschlands aus der Gesamt-ODA in 2015 rausgerechnet werden würden, steigt der Anteil der gesundheitsbezogenen EZ auf 5,7 %.

17 Weltgesundheitsorganisation, WHO Commission on Macroeconomics. (2001). Macroeconomics and health: investing in health for economic development.

Abbildung 3: ODA-Ausgaben im Bereich Gesundheit als Prozentsatz des Bruttonationaleinkommens, 2015



Quelle: OECD DAC, Bruttoauszahlungen. In Millionen USD, Preise von 2015

Auch in den Interviews, die für diese Studie geführt wurden, wurde die WHO-Empfehlung mehrfach explizit angesprochen – zum Beispiel kommentierten zwei Interviewpartner wie folgt:

„Mütter- und Kindergesundheit wird in vielen Projekten aufgegriffen und das Thema hat an Bedeutung gewonnen. Die Bundesregierung kommt jedoch ihrer Verpflichtung nicht nach: Es ist wichtig, dass Deutschland – wie von der WHO empfohlen – 0,1 % des BNE für gesundheitsbezogene EZ ausgibt.“

„Das Thema globale Gesundheit ist nicht sehr ausgeprägt in der aktuellen deutschen EZ. Deutschland muss mehr Geld geben und sein Engagement ausbauen.“

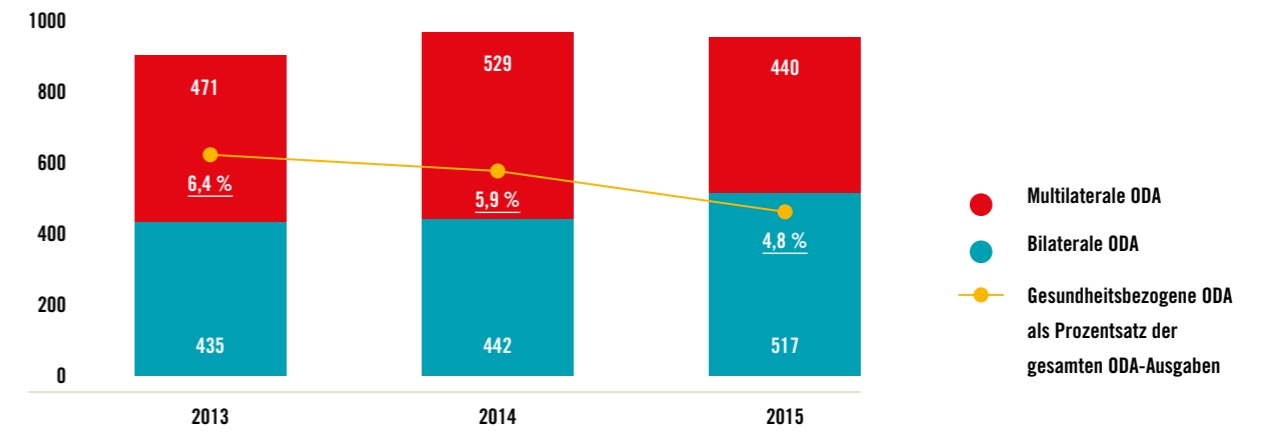
Im Jahr 2015 wurden 54 % (517 Millionen USD) der gesamten ODA-Leistungen für Gesundheit **bilateral** bereitgestellt. Zudem gab Deutschland 440 Millionen USD (46 %) seiner ODA-Leistungen für Gesundheit an **multilaterale Organisationen und Partnerschaften, womit Deutschland unter dem DAC-Durchschnitt von 55 % liegt** (Abbildung 4). Die wichtigsten multilateralen Empfänger im Jahr 2015 waren der Globale Fonds und Gavi (siehe Abb. 10 auf Seite 14 für weitere Details).

Dass die multilateralen Ausgaben der Bundesregierung unter dem DAC-Durchschnitt liegen, ist nicht kohärent mit den Aussagen der Bundesregierung, die sich öffentlich für ein stärkeres multilaterales System einsetzt. Zuletzt machte sich Bundeskanzlerin Merkel auf dem G20-Gipfel in Hamburg für den Multilateralismus stark:

„Das macht den Kern des Treffens der G20 aus: Nur gemeinsam können wir etwas bewegen. Den Multilateralismus zu stärken, das ist der Gedanke, der sich daher wie ein roter Faden durch die Gipfelerklärung zieht, an der wir arbeiten. Genau dieser Gedanke liegt auch dem Motto unserer deutschen G20-Präsidentschaft und des Gipfels zugrunde, nämlich: Eine vernetzte Welt gestalten.“²⁰

20 Die Bundeskanzlerin. (2017). Regierungserklärung von Bundeskanzlerin Merkel zum Europäischen Rat am 22. und 23. Juni 2017 in Brüssel und zum G-20-Gipfel am 7. und 8. Juli 2017 in Hamburg.

Abbildung 4: Bilaterale und multilaterale ODA-Ausgaben Deutschlands im Bereich Gesundheit als Prozentsatz, 2015



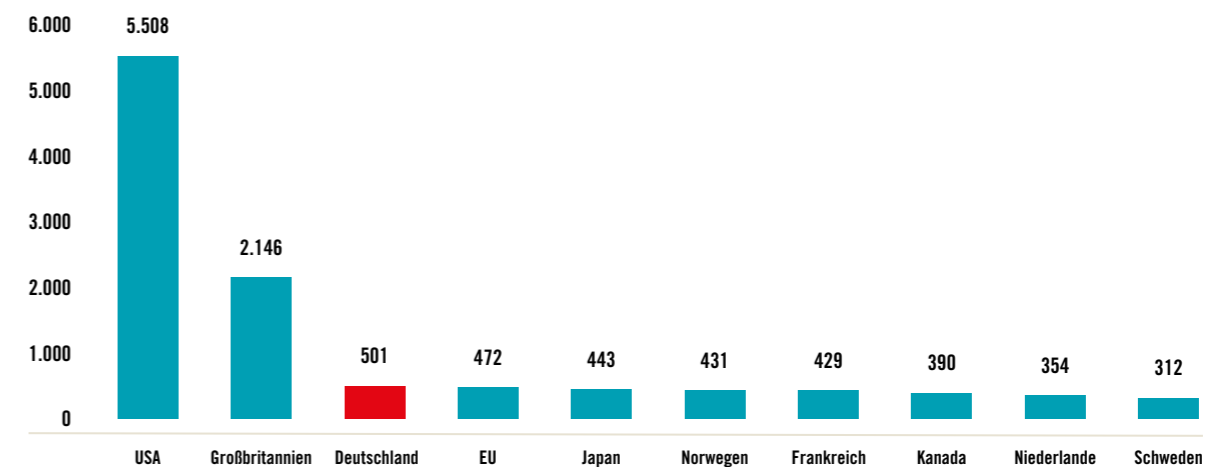
Quelle: OECD DAC, Bruttoauszahlungen. In Millionen USD, Preise von 2015

3.2 Deutschlands ODA-Beiträge zur Förderung globaler Kinder- und Müttergesundheit

Zur Kalkulation der ODA-Ausgaben für Kinder- und Müttergesundheit wurde die Muskoka-Methode angewendet.²¹ Die Gesundheitsausgaben der Bundesregierung für Kinder- und Müttergesundheit beliefen sich in 2015 auf geschätzte **501 Millionen USD** (Abbildung 5) –

52 % der gesamten gesundheitsbezogenen EZ. Dies entspricht 0,01 % des Bruttoinlandsprodukts. Im internationalen Vergleich sind Deutschlands Beiträge insofern gering – **unter den 10 größten Gebernationen rangiert Deutschland als Schlusslicht auf dem letzten bzw. vorletzten Platz** (Abbildungen 6–7).

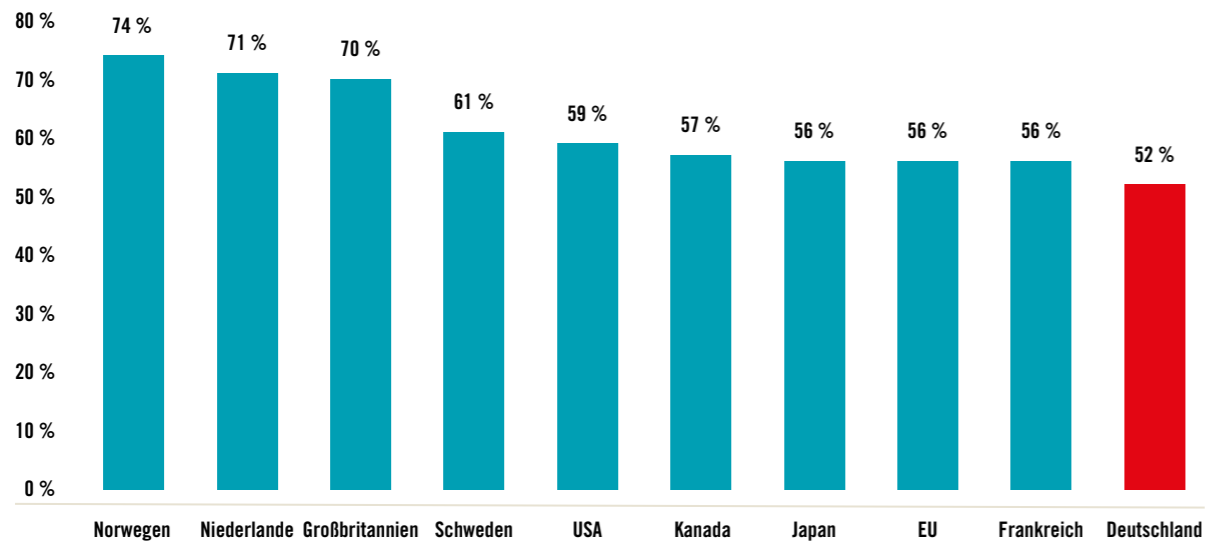
Abbildung 5: ODA-Ausgaben für Mütter- und Kindergesundheit in Millionen USD, 2015



Quelle: OECD DAC, Bruttoauszahlungen. In Millionen USD, Preise von 2015. Kalkuliert basierend auf der Muskoka-Methode.

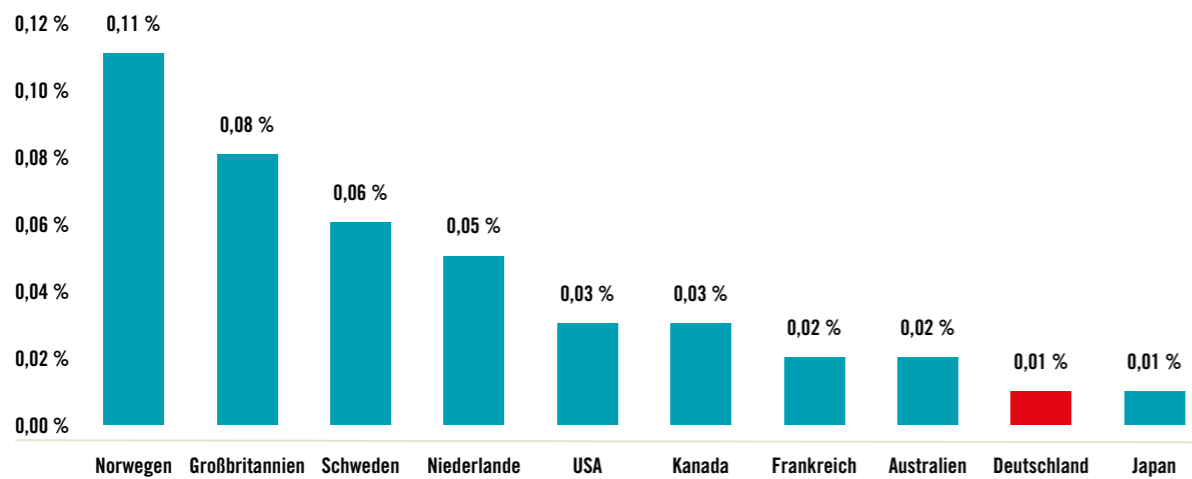
21 Muskoka G8. Methodology for Calculating Baselines and Commitments: G8 Member Spending on Maternal, Newborn and Child Health.

Abbildung 6: ODA-Ausgaben für Mütter- und Kindergesundheit als Prozentsatz der gesamten ODA im Gesundheitsbereich, 2015



Quelle: OECD DAC, Bruttoauszahlungen. In Millionen USD, Preise von 2015. Kalkuliert basierend auf der Muskoka-Methode.

Abbildung 7: ODA-Ausgaben für Mütter- und Kindergesundheit als Prozentsatz des Bruttonationaleinkommens, 2015

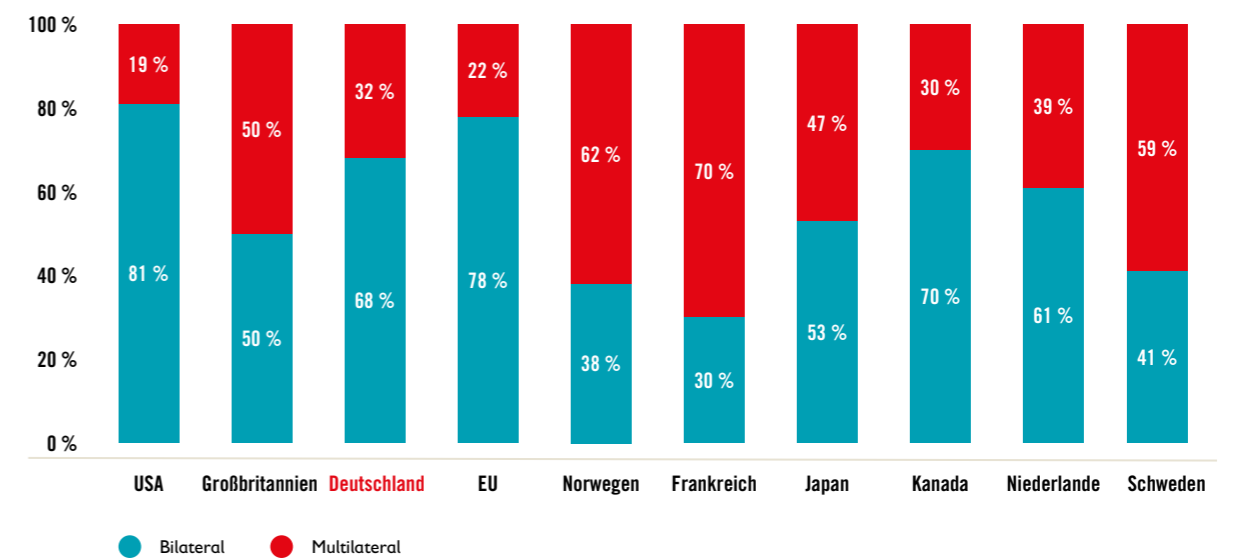


Quelle: OECD DAC, Bruttoauszahlungen. In Millionen USD, Preise von 2015. Kalkuliert basierend auf der Muskoka-Methode.

Etwa ein Drittel der deutschen ODA für Kinder- und Müttergesundheit wird multilateral bereitgestellt (32 %) und gut zwei Drittel bilateral (68 %). Im Durchschnitt stellten die zehn größten Geber 43 % multilateral und 57 % bilateral bereit (Abbildung 8). Im Vergleich zu anderen Geberstaaten setzt Deutschland insofern weniger auf **multilaterale Instrumente** und

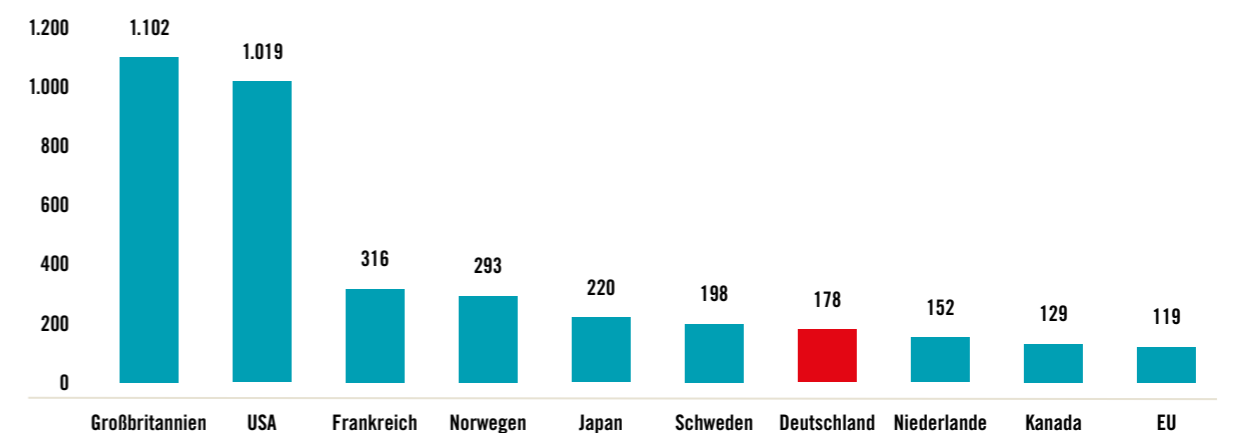
stellt damit mehr bilateral bereit. Insgesamt beliefen sich Deutschlands multilaterale Beiträge in 2015 auf 178 Millionen USD (Abbildung 9). Wie bereits bei der gesamten gesundheitsbezogenen ODA aufgezeigt, gibt es auch eine deutliche Diskrepanz zwischen der öffentlichen Rhetorik zu multilateralen Instrumenten und deren Finanzierung.

Abbildung 8: Bilaterale und multilaterale ODA-Ausgaben für Mütter- und Kindergesundheit als Prozentsatz, 2015



Quelle: OECD DAC, Bruttoauszahlungen. In Millionen USD, Preise von 2015. Kalkuliert basierend auf der Muskoka-Methode.

Abbildung 9: Multilaterale ODA-Ausgaben für Mütter- und Kindergesundheit in Millionen USD, 2015



Quelle: OECD DAC, Bruttoauszahlungen. In Millionen USD, Preise von 2015. Kalkuliert basierend auf der Muskoka-Methode.

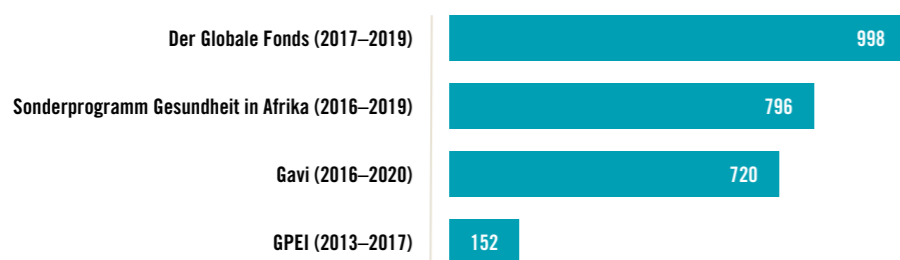
Die größten **multilateralen Empfänger** Deutschlands sind der Globale Fonds und Gavi sowie die globale Kampagne zur Ausrottung der Kinderlähmung (Global Polio Eradication Initiative, GPEI), siehe auch Abbildung 10:

- Gavi trägt durch Immunisierung zur Kindergesundheit bei. Deutschland hat im Januar 2015 eine erfolgreiche **Wiederauffüllungskonferenz für Gavi** gehalten und sich dazu verpflichtet, **720 Millionen USD (600 Millionen EUR) an Direktfinanzierung zwischen 2016 und 2020** bereitzustellen, was eine deutliche Steigerung gegenüber der vorherigen Finanzierung darstellte (insgesamt 208 Millionen USD zwischen 2006 und 2015). Insgesamt ist Deutschland damit der fünfgrößte Geber von Gavi.
- Weiterhin hat Deutschland sich verpflichtet, GPEI 152 Millionen USD für den Zeitraum 2013 bis 2017 bereitzustellen. Die Mittel für GPEI kommen auf bilateralem Wege Afghanistan und Nigeria zu Gute (beide Länder erhalten jährlich 15 Millionen USD). Das BMZ hat dieses Versprechen mit 15 Millionen USD für Pakistan für den Zeitraum 2016 bis 2018 erweitert.

- Deutschland ist außerdem der viertgrößte staatliche Geber des **Globalen Fonds** und hat auf der Fünften Globalen Fonds-Wiederauffüllungskonferenz in Montreal (September 2016) angekündigt, dass es für die **Förderperiode 2017–2019 800 Millionen EUR** an den Globalen Fonds geben wird. Dies ist ein erheblicher Anstieg gegenüber der im Jahr 2014 von Deutschland getätigten Finanzierungszusage von 655 Millionen USD. Obwohl das Mandat des Globalen Fonds auf die drei großen Infektionskrankheiten abzielt, trägt der Globale Fonds auch zur Förderung von Kinder- und Müttergesundheit bei (z.B. durch Malariabekämpfung).²² Der Globale Fonds selbst schätzt, dass 55–60 % seiner Investitionen Frauen und Mädchen zugutekommen.²³

Hinsichtlich der Effektivität von Gavi und dem Globalen Fonds kommt eine Studie des „Department for International Development“ (DFID) zu dem Schluss, dass beide Partnerschaften wichtige Ergebnisse erzielt haben und eine rundum starke organisatorische Wirksamkeit demonstrieren.²⁴ Gavi und der Globale Fonds machten etwa ein Drittel der gesundheitsbezogenen ODA Deutschlands in 2015 aus. Über Gavi, GPEI und den Globalen Fonds hinaus unterstützt Deutschland eine Reihe weiterer multilateraler Organisationen und

Abbildung 10: Deutschlands internationale Zusagen im Bereich Gesundheit in Millionen USD



Quelle: Bundesregierung. In Millionen USD.

22 SEEK Development. (2013). Thematic Review of Global Fund's Contribution to MDGs 4 & 5 Commissioned by the Technical Evaluation Reference Group; Yan, Bendavid & Korenromp. (2016). Antiretroviral treatment scale-up and tuberculosis mortality in high TB/HIV burden countries: An econometric analysis. *PLoS one*, 11(8), e0160481.

23 Der Globale Fonds schätzt zudem, dass 40 % seiner Ausgaben der Stärkung von Gesundheitssystemen dienen. Siehe: The Global Fund. (2015). Investment Case for the Global Fund's 2017-2019 Replenishment. The Right Side of the Tipping Point For AIDS, Tuberculosis and Malaria.

24 Department for International Development. (2016). Methodology for Calculating Baselines and Commitments: G8 Member Spending on Maternal, Newborn and Child Health.

Initiativen: Die allgemeinen Beiträge für das Kinderhilfswerk **UNICEF** betragen 2015 9,4 Millionen USD.²⁵ Zusätzlich wurden 49,4 Millionen USD in zweckgebundenen Mitteln („earmarked funding“) für acht Projekte bereitgestellt. Eines dieser Projekte hatte einen direkten Gesundheitsfokus – nämlich die Bekämpfung von Ebola in Subsahara-Afrika.

2016 war Deutschland darüber hinaus der sechstgrößte Beitragszahler der **WHO**. Insgesamt wurden 72 Millionen USD an die WHO 2016 ausgezahlt. Die Zuwendungen setzen sich aus Pflichtbeiträgen (32 Millionen USD) und zweckgebundenen, freiwilligen Beiträgen (40 Millionen USD) zusammen. Während die Pflichtbeiträge im Jahr 2017 stagnieren und für die Jahre 2018 und 2019 voraussichtlich um lediglich 3 % ansteigen werden, wird für das derzeitige Zweijahresbudget (2016–2017) ein Anstieg der freiwilligen Beiträge erwartet. Dies ist vor allem auf höhere freiwillige Beiträge des BMG im Jahr 2017 zurückzuführen. Mit den zusätzlichen Zahlungen (voraussichtlich 26 Millionen USD) will das BMG unter anderem Gesundheitssysteme, die schnellere Reaktion auf Krankheitsausbrüche sowie den Kampf gegen Antibiotikaresistenzen unterstützen. Spezifische Zuwendungen für Kinder- und Müttergesundheit beliefen sich 2016 auf etwa 21 Millionen USD. Zuwendungen zur Poliobekämpfung machen einen Großteil dieser Beiträge aus.²⁶

Die **Effektivität der WHO** wird von mehreren großen Geberländern seit einigen Jahren kritisch beurteilt. Allerdings ist sie – wie eine Vielzahl von Studien belegt – eine sehr wichtige, wenn nicht unentbehrliche Organisation, um Kohärenz in der globalen Gesundheitspolitik herzustellen und andere zentrale Funktionen zu gewährleisten.²⁷ Auch kommen nur 3 % der deut-

lichen ODA im Gesundheitsbereich der WHO zu Gute – angesichts ihrer großen Bedeutung und gegenwärtigen Unterfinanzierung ein geringer Betrag.

Die gegenwärtigen **finanziellen Beiträge zur WHO stehen im Widerspruch zu öffentlichen Stellungnahmen der Bundesregierung**, in denen die Bedeutung der WHO hervorgehoben wird. In der Abschlusserklärung des G20-Gesundheitsministertreffens im Rahmen der deutschen G20-Präsidentschaft wird die wichtige Rolle der WHO als dafür eigens von den Vereinten Nationen eingesetzte Sonderorganisation für Gesundheit betont und die internationale Gemeinschaft dazu aufgefordert, die WHO sowohl finanziell, als auch personell uneingeschränkt zu unterstützen, damit sie ihren Aufgaben in vollem Umfang nachkommen kann.²⁸

Im Rahmen seiner Eröffnungsrede beim G20-Gesundheitsministertreffen verwies **Hermann Gröhe**, Bundesminister für Gesundheit, auf den **zentralen Stellenwert der WHO** und die Bereitschaft der Bundesregierung, diese zu unterstützen:

„Wirksames und abgestimmtes weltweites Handeln setzt starke internationale Organisationen voraus. Wir setzen uns deshalb für eine Stärkung der Vereinten Nationen und der WHO im Besonderen ein.“

Deutschland ist darüber hinaus – neben Japan und der Europäischen Kommission – ein finanzieller Unterstützer der **UHC2030-Partnerschaft**, die aus der International Health Partnership Plus entstanden ist und sich für die Erreichung von UHC durch Gesundheitssystemstärkung einsetzt.²⁹

25 OECD DAC2 table, constant prices (2015 USD millions).

26 Die Beiträge zu Maternal, Newborn and Child Health (MNCH) sind schwer zu bestimmen, da einige Mikrodaten der Weltgesundheitsorganisation (WHO) nicht sehr detailliert sind. Mit einbezogen sind alle Beiträge zum FWC Cluster, Beiträge zu Polio/GPEI und der Großteil der Beiträge zu HIS (Gesundheitssysteme), sofern die Verbindung zu MNCH nicht sehr unwahrscheinlich ist. Die Analyse ergibt, dass der Großteil der MNCH-relevanten Mittel für die Poliobekämpfung zur Verfügung gestellt wurde (19 Millionen USD von 21 Millionen USD in 2016). Des Weiteren arbeitet die WHO mit einem Zweijahresbudget. Im letzten Biennium wurde im ersten Jahr (2014) deutlich mehr an die WHO ausgezahlt als im zweiten Jahr (2015). Zwar sind die freiwilligen Beiträge im Jahr 2016 geringer als im Jahr 2014, jedoch wird im derzeitigen Biennium dennoch eine Erhöhung erwartet, da das BMG zusätzliche Zahlungen für 2017 in Aussicht gestellt hat.

27 Yamey. (2002). WHO in 2002: Why does the world still need WHO? *BMJ: British Medical Journal*, 325(7375), 1294; Schafferhoff et al. (2015). Rethinking the global health system. *Royal Institute of International Affairs; Brot für die Welt*. (2017). Quo vadis, WHO? Vor welchen Herausforderungen die Weltgesundheitsorganisation steht und wie Deutschland zu ihrer Stärkung beitragen kann.

28 Bundesministerium für Gesundheit. (2017). Berliner Erklärung der G20 Gesundheitsministerinnen und -minister „Gemeinsam Gesundheit global gestalten“.

29 „UHC2030 is the global movement to build stronger health systems for universal health coverage.“ Für weitere Informationen siehe: <https://www.uhc2030.org/>

Neben den großen globalen Gesundheitspartnerschaften und den UN-Organisationen ist im Juli 2015 mit der **Global Financing Facility (GFF)** ein neues multilaterales Finanzierungsinstrument bei der Weltbank geschaffen worden, das darauf abzielt, Kinder- und Müttergesundheit zu fördern und die globale Finanzierungslücke für diesen Bereich zu reduzieren bzw. zu eliminieren (Box 1).³⁰ Die GFF unterstützt die Every Women Every Child (EWEC)-Initiative des UN-Generalsekretärs und trägt auch dazu bei, Finanzmittel von

Ländern mit niedrigen und mittleren Einkommen zu generieren. Die GFF investiert gegenwärtig in 16 Ländern und grundsätzlich können die 62 einkommensschwächsten Länder Finanzmittel von der GFF beantragen. Während Deutschland auch durch die generellen Weltbankbeiträge zur Kinder- und Müttergesundheit beiträgt, beteiligt sich Deutschland bislang noch nicht an der GFF. Hier besteht demnach Potenzial, die multilateralen Investitionen für Kinder- und Müttergesundheit weiter zu erhöhen.

Box 1: Global Financing Facility zur Unterstützung von Every Woman Every Child

Die Global Financing Facility (GFF) ist ein multilaterales Finanzierungsinstrument, das unter der Leitung der Partnerländer verschiedene Akteure im Bereich reproduktiver, Mütter-, Neugeborenen-, Kinder-, und Jugendgesundheit sowie Ernährung (RMNCAH+N) zusammenbringt, um die Anstrengungen gegen die Sterblichkeit durch vermeidbare Krankheiten zu forcieren und die Gesundheit und das Wohlergehen von Kindern und Müttern zu verbessern. Durch die GFF soll die Finanzierungslücke von über 33 Milliarden USD im Bereich RMNCAH+N geschlossen werden. Die GFF ist untermauert durch die Prinzipien der International Health Partnership (IHP+) und zielt darauf ab, die Fragmentierung im Bereich RMNCAH+N durch bereits existierende Strukturen und Prozesse zu beheben.

Die Investitionen der GFF folgen dem Modell „Smart-Scaled-Sustainable“. Das heißt, dass in der Finanzierung evidenzbasierte Interventionen priorisiert und ergebnisorientiert umgesetzt werden (Smart). Des Weiteren soll die Finanzierung skaliert werden durch zusätzliche Ressourcenmobilisierung aus inländischen, internationalen sowie öffentlichen und privaten Mitteln (Scaled). Vor allem soll durch die GFF „domestic financing“ mobilisiert werden, in dem die GFF-Mittel an Erhöhungen von Regierungsmitteln für Gesundheit gekoppelt werden und von diesen abhängen. Die Herausforderungen für Partnerländer in ihrem Übergang von niedrigem zu mittlerem Einkommen sollen in der Finanzierung berücksichtigt werden, um Nachhaltigkeit zu gewährleisten und Zugang zu grundlegenden Gesundheitsdiensten für jede Mutter und jedes Kind sicherzustellen (Sustainable).

Das Ziel der GFF ist es, die Aktivitäten aller Akteure wie Geberländer, bilaterale und private Geber sowie internationale Organisationen zu koordinieren, um einen gemeinsamen Investitionsansatz (Investment Case) für die Partnerländer zu etablieren. Der Investment Case, worin die Ziele für das jeweilige Land im Bereich RMNCAH+N festgelegt werden, wird für einen Zeitraum von drei bis fünf Jahren festgelegt und gemeinsam mit dem Partnerland sowie mit der nationalen Gesundheitsstrategie abgestimmt. Gemeinsam mit den Partnerländern entwickelt der GFF einen Finanzierungsplan und eine Finanzierungsstrategie.

Das Modell sieht eine enge Zusammenarbeit zwischen GFF und den Gesundheits- und Finanzministerien der Partnerländer vor. Dazu kommt komplementäre finanzielle Unterstützung durch multilaterale Organisationen, wie den Globalen Fonds, UN, Gavi und durch bilaterale Entwicklungsorganisationen. Über den GFF-Trustfund sind Geberländer wie Kanada, Norwegen und Großbritannien sowie private Geber wie die Bill & Melinda Gates-Stiftung involviert.

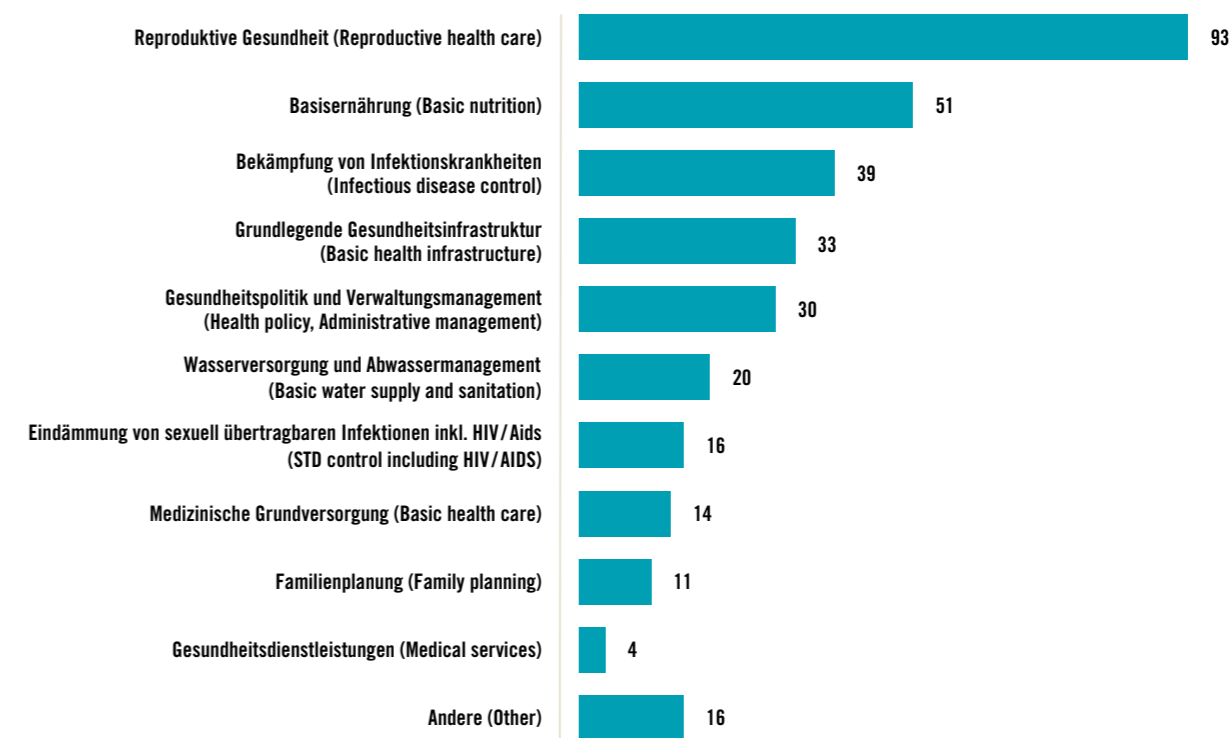
3.3 Bilaterale ODA für Kinder- und Müttergesundheit

Thematische Schwerpunkte in der bilateralen ODA für Kinder- und Müttergesundheit

Hinsichtlich der **thematischen Schwerpunkte** der bilateralen ODA für Kinder- und Müttergesundheit zeigt sich, dass **reproduktive Gesundheit** einen klaren Schwerpunkt darstellt: 93 Millionen USD werden für reproduktive Gesundheit und zusätzlich 11 Millionen USD für **Familienplanung** ausgegeben. Somit werden 31 % der ODA für Kinder- und Müttergesundheit für reproduktive Gesundheit bereitgestellt (Abbildung 11). Die Bereitstellung dieser Mittel ist Teil der BMZ-Initiative **Selbstbestimmte Familienplanung und**

Müttergesundheit, die 2010 im Rahmen der G8-Muskoka-Initiative zur Verbesserung der Kinder- und Müttergesundheit initiiert wurde. Die Initiative, die 2015 um weitere vier Jahre bis 2019 verlängert worden ist, ist Deutschlands Beitrag zur Umsetzung der Global Strategy for Women's, Children's and Adolescents' Health 2016–2030 (Global Strategy). Der Ansatz der deutschen Initiative ist es, eine Verbesserung der Mütter- und Neugeborenen-Gesundheit durch Stärkung von Gesundheitssystemen zu erreichen. In 31 Partnerländern unterstützt Deutschland die Ausbildung von Krankenhauspersonal, verbesserten Zugang zu reproduktiven Gesundheitsdiensten, Zugang und Information zu Verhütungsmitteln und sexuelle Aufklärung.³¹

Abbildung 11: Größte Sektoren in den deutschen bilateralen ODA-Ausgaben im Bereich Mütter- und Kinder-gesundheit in Millionen USD, 2015



Quelle: OECD, DAC, Bruttoauszahlungen. In Millionen USD, Preise von 2015. Kalkuliert basierend auf der Muskoka-Methode.

³¹ Die Ziele der Initiative sind es, das Wissen über und die Akzeptanz von modernen Familienplanungsmethoden zu steigern, den Zugang zu modernen Familienplanungsmethoden und Dienstleistungen zu verbessern und die Zahl der medizinisch professionell begleiteten Geburten zu erhöhen. Siehe: Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung. (2016). BMZ Initiative on Rights-Based Family Planning and Maternal Health.

³⁰ Die GFF schätzt, dass 2015 33,3 Milliarden USD notwendig gewesen wären, um Frauen, Kinder und Jugendliche in den 62-GFF Ländern mit Gesundheitsdienstleistungen zu erreichen.

Basisernährung liegt an zweiter Stelle und verdeutlicht, dass Deutschland seinen Verpflichtungen gegenüber der Nutrition for Growth Initiative nachkommt (260 Millionen USD für 2013–2020). 2015 wurden etwa 19 % der Mittel für Kinder- und Müttergesundheit im Rahmen von Programmen zur **Gesundheitssystemstärkung** ausgegeben (kalkuliert basierend auf ODA für Basic Health Infrastructure und Health Policy and Administrative Management; siehe Abbildung 11). In den nächsten Jahren wird sich dieser Anteil vermutlich weiter erhöhen, denn durch das **Sonderprogramm „Gesundheit in Afrika“** sollen zusätzliche 600 Millionen EUR (796 Millionen USD) für bilaterale Gesundheitssystemstärkungs-Programme in Afrika zwischen 2016 und 2019 ausgegeben werden. Dadurch werden die jährlichen bilateralen Gesundheitsausgaben in Afrika fast verdoppelt.

Dass ein Fokus auf Gesundheitssystemstärkung liegt, wird von den Interviewpartnern gewürdigt, da Investitionen in Gesundheitssysteme dringend nötig sind. Eine WHO-Studie aus dem Jahr 2017 zeigt, dass 75 % der geschätzten Kosten zur Erreichung von SDG3 bis 2030 für die Stärkung von Gesundheitssystemen verwendet werden müssen (die verbliebenen 25 % werden für krankheitsspezifische Programme benötigt).³² Die für diese Studie befragten Experten lobten die Bundesregierung insofern für den Fokus auf Gesundheitssysteme. Einige von ihnen mahnten aber auch an, dass die Stärkung der Systeme vor allem zur Verbesserung von Mütter- und Neugeborenenengesundheit beiträgt, während Kindergesundheits andere Investitionen benötigt:

„Dass Deutschland Gesundheitssystemstärkung als Schwerpunktthema gewählt hat, ist wirklich lobenswert, weil es ein Thema ist, das wenig Sichtbarkeit bietet und einen langen Atem fordert. Aber die **Systemstärkung ist vor allem für Mütter- und Neugeborenenengesundheit wichtig** – für Kindergesundheits gibt Deutschland aber noch zu wenig Geld und das ‚unfinished business‘ bleibt.“

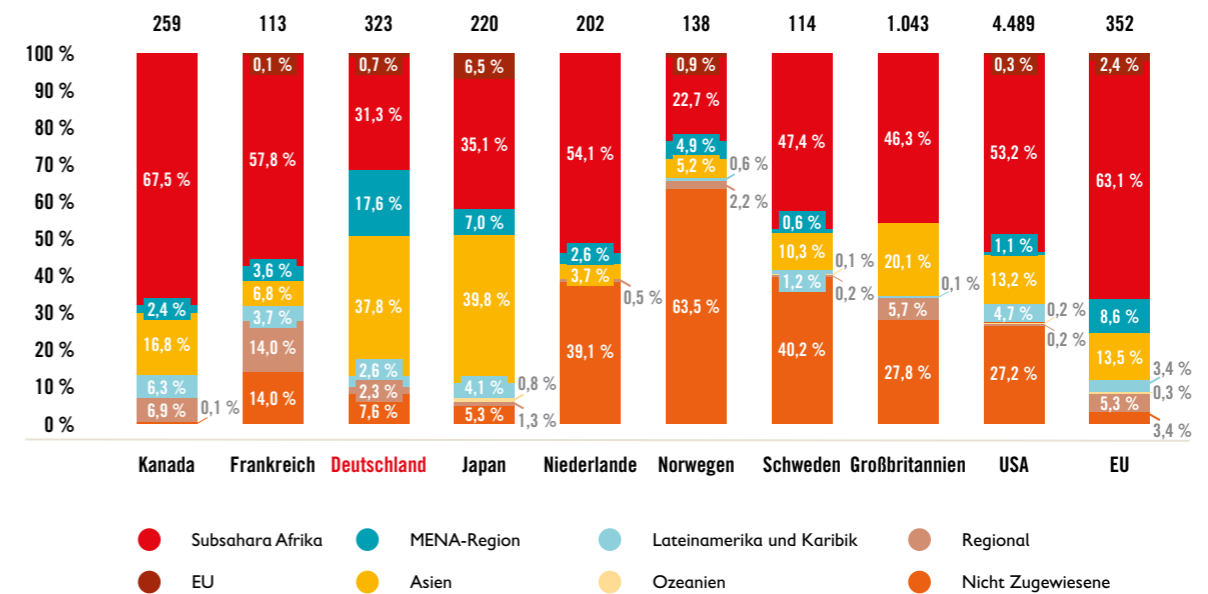
Angemahnt wurde daher, die Mittel für Kinder- und Müttergesundheit insgesamt zu erhöhen und in diesem Kontext dafür zu sorgen, dass auch Kindergesundheits hinreichend gefördert wird. Als Beispiel wurden hier Investitionen in die GFF genannt.

Hinsichtlich der Gesundheitssystemstärkung stellt sich weiterhin die Frage, inwieweit solche Projekte auch Kinder- und Müttergesundheit zugutekommen. Um dies zu analysieren, wurde eine tiefgehende Analyse der größten Projekte im Gesundheitsbereich durchgeführt: Die Ausrichtung der 10 größten bilateralen Gesundheitsprojekte der Bundesregierung in den Jahren 2013, 2014 und 2015 wurde anhand von OECD-Daten analysiert. Insgesamt handelt es sich um 23 Projekte.³³ Die Analyse zeigt, dass viele der deutschen bilateralen Gesundheitsprojekte auf Gesundheitssystemstärkung ausgerichtet sind, beispielsweise in Bangladesch oder China. Insgesamt haben aber nur 9 der 23 größten Projekte einen eindeutigen Bezug zu Mütter- und Kindergesundheits, wovon aber acht dieser bilateralen Mittelflüsse durch Gavi und GPEI geleitet werden. Dies bedeutet, dass sich ein eindeutiger **Nexus zwischen der Gesundheitssystemstärkung und einer Verbesserung der Mütter- und Kindergesundheits** anhand der vorhandenen Daten nicht klar herausstellen lässt. Ob dies daran liegt, dass die Projekte Kinder- und Müttergesundheit nicht explizit adressieren, oder daran, dass die Projektbeschreibungen in der OECD-Datenbank unzureichend sind, lässt sich nicht abschließend beurteilen. In Zukunft sollte die Bundesregierung deshalb sicherstellen, dass Projekte zur Gesundheitssystemstärkung einen klaren programmatischen Fokus auf Kinder- und Müttergesundheit haben und diesen in der Berichterstattung auch deutlich machen.

Regionaler und Länderfokus der bilateralen ODA für Kinder- und Müttergesundheit

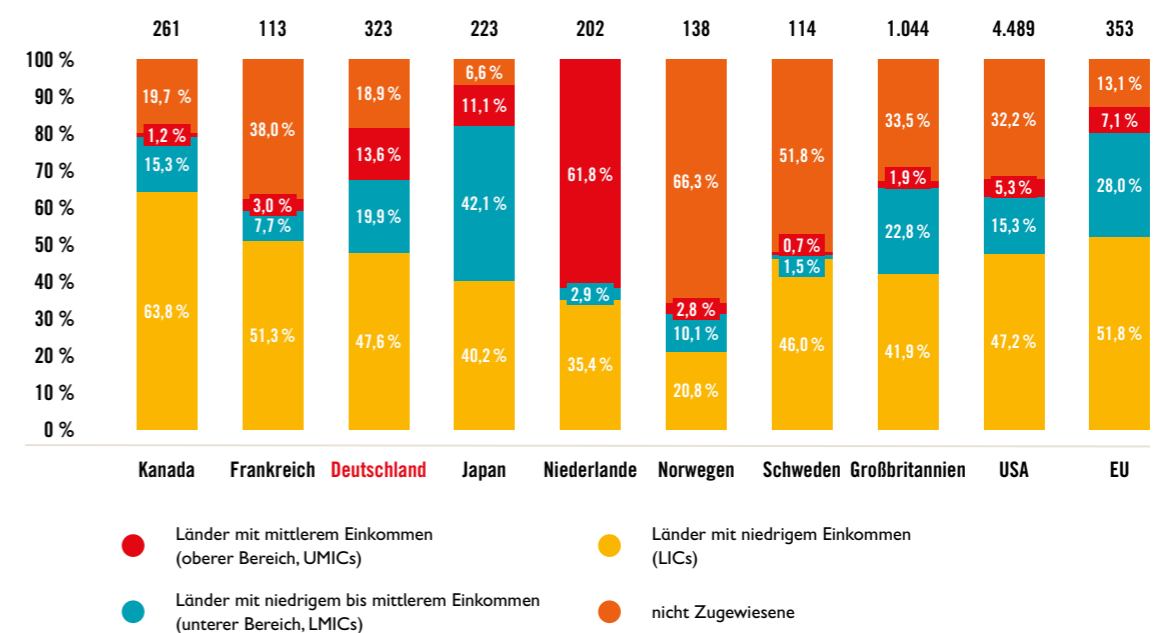
Im Jahr 2015 lag der **regionale Fokus eher auf Asien als auf Subsahara-Afrika**: 38 % der bilateralen Mittel für Kinder- und Müttergesundheit gingen nach Asien und 31 % nach Subsahara-Afrika (Abbildung 12). Durch das im Jahr 2015 angekündigte Sonderprogramm „Gesundheit in Afrika“ wird Deutschland zwischen 2016 und 2019 zusätzliche 600 Millionen EUR (796 Millionen USD) für bilaterale Gesundheitssystemstärkungs-Programme in Afrika ausgeben, wodurch die jährlichen bilateralen Gesundheitsausgaben in Afrika fast verdoppelt werden.

Abbildung 12: Bilaterale ODA-Ausgaben für Mütter- und Kindergesundheits nach Region in Prozent, 2015



Quelle: OECD, DAC, Bruttoauszahlungen. In Millionen USD, Preise von 2015. Kalkuliert basierend auf der Muskoka-Methode.

Abbildung 13: Bilaterale ODA-Ausgaben für Mütter- und Kindergesundheits nach Einkommensgruppe, 2015



Quelle: OECD, DAC, Bruttoauszahlungen. In Millionen USD, Preise von 2015. Kalkuliert basierend auf der Muskoka-Methode.

32 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, 5(9), e875-e887.

33 Es handelt sich um 23 und nicht 30 Projekte, weil einige Projekte in den untersuchten Jahren fortgeführt wurden.

Abbildung 13 zeigt darüber hinaus die Verteilung der ODA-Mittel nach Einkommensgruppen im Jahr 2015. Demnach gingen 48 % der deutschen ODA für Kinder- und Müttergesundheit in die ärmsten Länder (low-income countries). Dies ist ein höherer Wert als der DAC-Durchschnitt, der bei 45 % lag. Die Top 6-Empfängerländer waren Jemen, China, Indien, Malawi, Tansania und Bangladesch – wobei Malawi und Tansania auf der Liste der deutschen Schwerpunktländer für Gesundheit stehen (Gesundheit ist derzeit ein Schwerpunktthema der deutschen bilateralen Zusammenarbeit in zwölf Ländern, von denen fünf in Subsahara-Afrika liegen).³⁴ Diese beiden Staaten sind auch die einzigen geförderten Länder der Top 6-Liste mit niedrigsten Einkommen. 2015 erhielten die 12 Schwerpunktländer 23 % der gesamten deutschen ODA für Kinder- und Müttergesundheit.

Die tiefere Analyse der größten Projekte im Gesundheitsbereich (2013–2015) zeigt, dass die jeweils 10 höchsten bilateralen Mittelflüsse in den Jahren 2013, 2014 und 2015 an insgesamt 23 Projekte in acht Ländern gingen. Sie machen 36 % der gesamten bilateralen Gesundheitsmittel der Bundesregierung für diesen Zeitraum aus. Die drei größten Empfänger sind dabei Jemen (circa 22 %), China (circa 18 %) und Indien (circa 14 %). Von den acht Ländern sind fünf Niedrigeinkommensländer (Jemen, Bangladesch, Tansania, Afghanistan, Kenia), zwei Länder weisen ein niedriges mittleres Einkommen vor (Nigeria, Indien) und ein Land (China) sogar ein gehobenes mittleres Einkommen.

Der *Global Strategy Progress Report (GSPR)* verweist auf 12 Länder, die am dringendsten Unterstützung benötigen.³⁵ Hier gibt es allerdings gegenwärtig auch nur wenig Überlappung mit den größten Empfängern deutscher bilateraler ODA für Kinder- und Müttergesundheit – der Jemen ist der einzige der 12 Staaten auf der GSPR-Liste, der substantiell von Deutschland im Bereich Kinder- und Müttergesundheit gefördert wird.

4. Kohärenzprüfung und Handlungsempfehlungen

Die Studie hat gezeigt, dass die Bundesregierung Kinder- und Müttergesundheit in ihren Strategien und Konzepten als einen Schwerpunkt innerhalb der globalen Gesundheitspolitik betrachtet. In ihren Konzeptpapieren verweist die Bundesregierung dabei auch auf den Nexus zwischen der Förderung von universeller Gesundheitsversorgung durch Gesundheitssystemstärkung und der Verbesserung der globalen Kinder- und Müttergesundheit. Auch in öffentlichen Statements der Bundesregierung – zum Beispiel in Reden von Bundeskanzlerin Merkel und Entwicklungsminister Müller – wird der globalen Kinder- und Müttergesundheit ein hoher Stellenwert eingeräumt.

Tatsächlich hat sich die Bundesregierung seit der Ebola-Krise in Westafrika stärker denn je für globale Gesundheit engagiert und zunehmend eine Führungsrolle für globale Gesundheit übernommen. Sowohl bei der G7-Präsidentschaft 2015 als auch bei der G20-Präsidentschaft 2017 wurde globale Gesundheit zu einem Schwerpunktthema gemacht. In 2015 trat Bundeskanzlerin Merkel außerdem als Schirmherrin der Wiederauffüllungskonferenz von Gavi in Berlin auf, bei der mehr als 7,5 Milliarden USD mobilisiert werden konnten. Diese neue Führungsrolle ist angesichts der großen Bedeutung von Gesundheit für die Erreichung der 17 SDGs sehr zu begrüßen.

Allerdings zeigt die Studie auch auf, dass eine Lücke zwischen der öffentlichen Rhetorik zur Kinder- und Müttergesundheit und den Investitionen der Bundesregierung besteht. Nicht immer ist das Handeln der Bundesregierung kohärent mit der öffentlichen Rhetorik:

- Zwar ist die Bundesregierung weltweit der drittgrößte Geber für globale Gesundheit – gemessen an der Wirtschaftskraft der Bundesrepublik und im Verhältnis zur Gesamt-ODA fällt der bundesdeutsche Beitrag für globale Gesundheit jedoch eher gering aus. Die Bundesregierung ist immer noch weit davon entfernt, dass von der WHO empfoh-

lene Finanzierungsziel zu erreichen, nämlich 0,1 % des BNE für gesundheitsbezogene ODA aufzuwenden. Des Weiteren wird nur etwa die Hälfte der gesundheitsbezogenen ODA-Mittel der Bundesregierung zur Verbesserung von Kinder- und Müttergesundheit eingesetzt – dagegen stellen Norwegen, das Vereinigte Königreich und die Niederlande mehr als 70 % ihrer Gesundheits-ODA für Kinder- und Müttergesundheit zur Verfügung. Gleichzeitig gibt es eine enorme jährliche *Finanzierungslücke* für Mütter- und Kindergesundheit (etwa 33 Milliarden USD pro Jahr) und die Bundesregierung sollte angesichts ihrer Wirtschaftskraft einen größeren Beitrag zur Schließung dieser Lücke leisten. Die Bundesregierung kann ihrer Führungsrolle für globale Gesundheit nur dann gerecht werden, wenn sie neben politischen Absichtserklärungen die Finanzierung für globale Gesundheit weiter ausbaut und ihrer Verantwortung als größte europäische Wirtschaftskraft nachkommt.

- Obwohl sich die Bundesregierung öffentlich für ein stärkeres multilaterales System einsetzt, wird weiterhin ein vergleichsweise hoher Anteil der ODA-Mittel für Gesundheit (54 %) und Kinder- und Müttergesundheit (68 %) bilateral bereitgestellt. Die Global Financing Facility zur Unterstützung von *Every Women Every Child* wird bislang überhaupt nicht von der Bundesregierung unterstützt.
- Die Bundesregierung hat in den vergangenen Jahren mehrfach auf die wichtige Bedeutung der WHO zur Koordinierung der globalen Gesundheitspolitik hingewiesen. Zuletzt wurde in der Abschlusserklärung des G20-Gesundheitsministertreffens im Rahmen der deutschen G20-Präsidentschaft die wichtige Rolle der WHO betont und die internationale Gemeinschaft dazu aufgefordert, die WHO sowohl finanziell als auch personell uneingeschränkt zu unterstützen, damit sie ihren Aufgaben in vollem Umfang nachkommen kann. Als lediglich sechstgrößter Geber bleibt Deutschland bisher hinter den Erwartungen als einer der Vorreiter im globalen Gesundheitsbereich zurück. Nur 3 % der deutschen ODA im Gesundheitsbereich kommen der WHO zu Gute – ein geringer Betrag angesichts ihrer großen Bedeutung und gegenwärtigen Unterfinanzierung.
- Bilateral soll Kinder- und Müttergesundheit insbesondere durch Projekte zur Gesundheitssystemstär-

kung verbessert werden – dies ist ein wesentliches Argument der Bundesregierung. Die Analyse der 30 größten bilateralen Gesundheitsprojekte im Zeitraum 2013–2015 legt allerdings nahe, dass es ein Potenzial dafür gibt, Kinder- und Müttergesundheit in Projekten zur Gesundheitssystemstärkung und zur Erreichung einer universellen Gesundheitsversorgung besser zu verankern.

Insgesamt gibt es also erhebliche Diskrepanzen zwischen der öffentlichen Rhetorik der Bundesregierung und ihren Investitionen für Kinder- und Müttergesundheit. Die Bundesregierung sollte ihren Worten Taten folgen lassen und die aufgezeigten Handlungslücken schließen. Dadurch könnte sie stärker dazu beitragen, Fortschritte bei der Gesundheit von Kindern und Müttern zu erzielen und das „unfinished business“ der Millenniumentwicklungsziele wie im UHC-Konzept vorgesehen zu beenden, damit alle Menschen abgesichert sind, Zugang zu Gesundheitsversorgung haben und „niemand zurückgelassen“ wird („Leave no one behind“).

Basierend auf diesen Ergebnissen wird empfohlen, dass die Bundesregierung die folgenden Maßnahmen umsetzt:

1. **Erhöhung der gesundheitsbezogenen ODA auf 0,1 % des Bruttonationaleinkommens (BNE):** Die Bundesregierung sollte das von der WHO empfohlene Finanzierungsziel annehmen und 0,1 % des BNE für gesundheitsbezogene ODA aufwenden. Auch wenn die Empfehlung nicht in die Agenda 2030 übernommen wurde, sollte die Bundesregierung der WHO-Empfehlung bis 2020 nachkommen und ihre gesundheitsbezogene ODA verdreifachen. Diese Erhöhung stellt eine wesentliche Grundlage dafür dar, Kinder- und Müttergesundheit sowie globale Gesundheit insgesamt stärker zu fördern.
2. **Führungsrolle für Kinder- und Müttergesundheit:** Die Bundesregierung hat sich im Rahmen ihrer G7- und G20-Präsidentschaft erheblich für globale Gesundheit eingesetzt. Zukünftig sollte die Bundesregierung ihre Führungsrolle dazu nutzen, um Kinder- und Müttergesundheit auf der internationalen Agenda und im Rahmen von UHC weiter zu posi-

³⁴ Burundi, Kambodscha, Kenia, Kirgisien, Malawi, Nepal, Pakistan, Südafrika, Tadschikistan, Tansania, Ukraine, Usbekistan.

³⁵ Every Woman Every Child. (2017). *Global Strategy for Women's, Children's and Adolescents' Health 2017 Progress Report*.

tionieren. Hierzu besteht die Gelegenheit bei den anstehenden G7- und G20-Gipfeln in Kanada und Argentinien. Der Schwerpunkt sollte darauf liegen, universellen Zugang zu Gesundheitsversorgung für alle zu schaffen – für jedes Kind und jede Mutter, um niemanden zurückzulassen.

3. Finanzierung der Global Financing Facility (GFF): Die Bundesregierung sollte einen finanziellen Beitrag zur GFF leisten. Die GFF bietet der Bundesregierung eine große Bandbreite an Möglichkeiten für ein Engagement – es kann sowohl bilateral finanziert werden, als auch multilateral durch den Trust Fund. Weiterhin können durch die GFF gezielt spezifische Bereiche unterstützt werden, wie Kanadas Finanzierung für „Civil Registration and Vital Statistics“ zeigt. Zudem unterstützt die GFF den Aufbau nachhaltiger Gesundheitssysteme, indem sie Anreize bereitstellt, die Eigenmittel der Entwicklungsländer für Gesundheit zu erhöhen („domestic resource mobilization“) – ein Schwerpunkt der Bundesregierung.³⁶

4. Fortlaufende Unterstützung von Gavi: Gavi und der Globale Fonds haben in den vergangenen Jahren gezeigt, dass sie erfolgreich zur globalen Gesundheit beitragen. Die Bundesregierung sollte ihren Verpflichtungen gegenüber diesen beiden Instrumenten nachkommen und spätestens bei den nächsten Wiederauffüllungskonferenzen ihre Beiträge erhöhen.

5. Stärkung der WHO: Im Sinne einer kohärenteren und koordinierten globalen Gesundheitspolitik sollte die Bundesregierung ihre Beiträge zur WHO im Jahr 2018 substanziell erhöhen. Eine Erhöhung der finanziellen Mittel für die WHO ist wichtig, um die Organisation zu befähigen, ihre essenziellen technischen und normativen Funktionen effektiv auszuüben. Durch den Führungswechsel in der WHO bietet sich dazu eine neue Gelegenheit, wobei es hier auch Anknüpfungspunkte im Bereich UHC gibt. Schon in der ersten Pressekonferenz nach seiner Wahl als neuer Generaldirektor

der WHO betonte Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus, dass UHC seine zentrale Priorität sein wird.³⁷ Die Bundesregierung sollte sich weiterhin auf internationaler Ebene dafür einsetzen, dass flexibel einsetzbare, freiwillige Beiträge und Pflichtbeiträge schrittweise erhöht werden.

6. Stärkere Verankerung von Kinder- und Müttergesundheit in UHC-Projekten: Die Bundesregierung sollte sicherstellen, dass die Verbesserung von Kinder- und Müttergesundheit in Projekten zur Gesundheitssystemstärkung und zur Erreichung einer universellen Gesundheitsversorgung als explizites Ziel verankert ist. So hat das Sonderprogramm „Gesundheit in Afrika“ großes Potenzial, Kinder- und Müttergesundheit zu fördern. Es ist dabei aber wichtig, einen Fokus auf Kinder und Mütter sowohl in der Programmkonzeption als auch in der Programmimplementierung sicherzustellen.

³⁶ Das Ziel der GFF ist es außerdem, die Aktivitäten aller Akteure wie Geberländer, bilaterale und private Geber sowie internationale Organisationen zu koordinieren, um einen gemeinsamen Investitionsansatz für die Partnerländer zu etablieren.

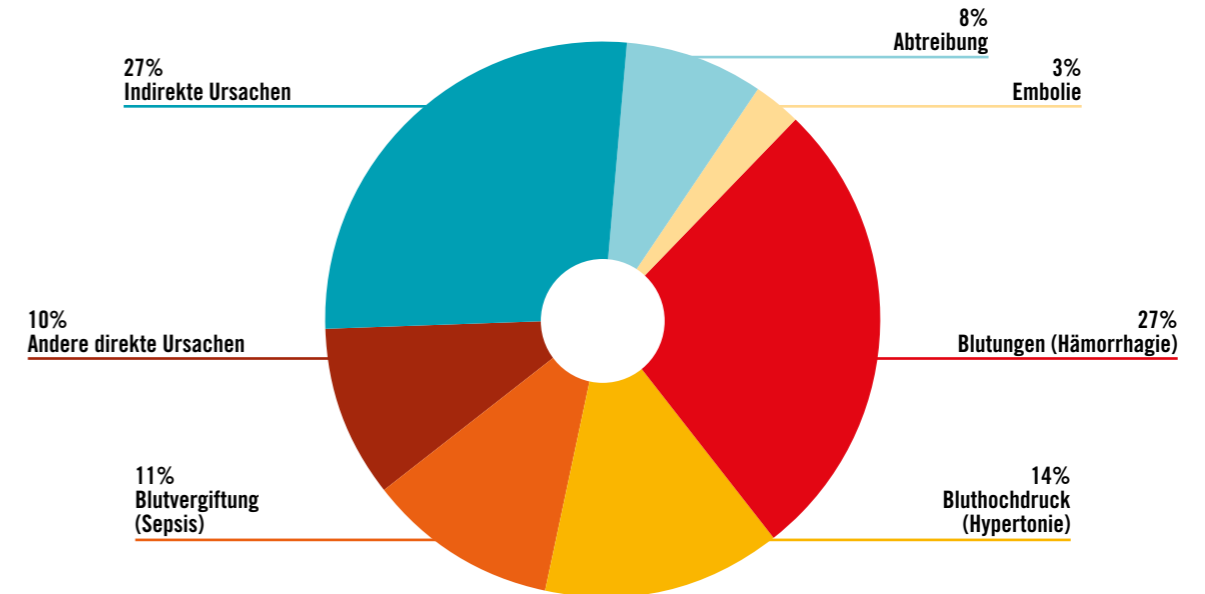
³⁷ Vereinte Nationen, UN News Centre. (2017, 24. Mai). [Pressemeldung].

5. Anhänge

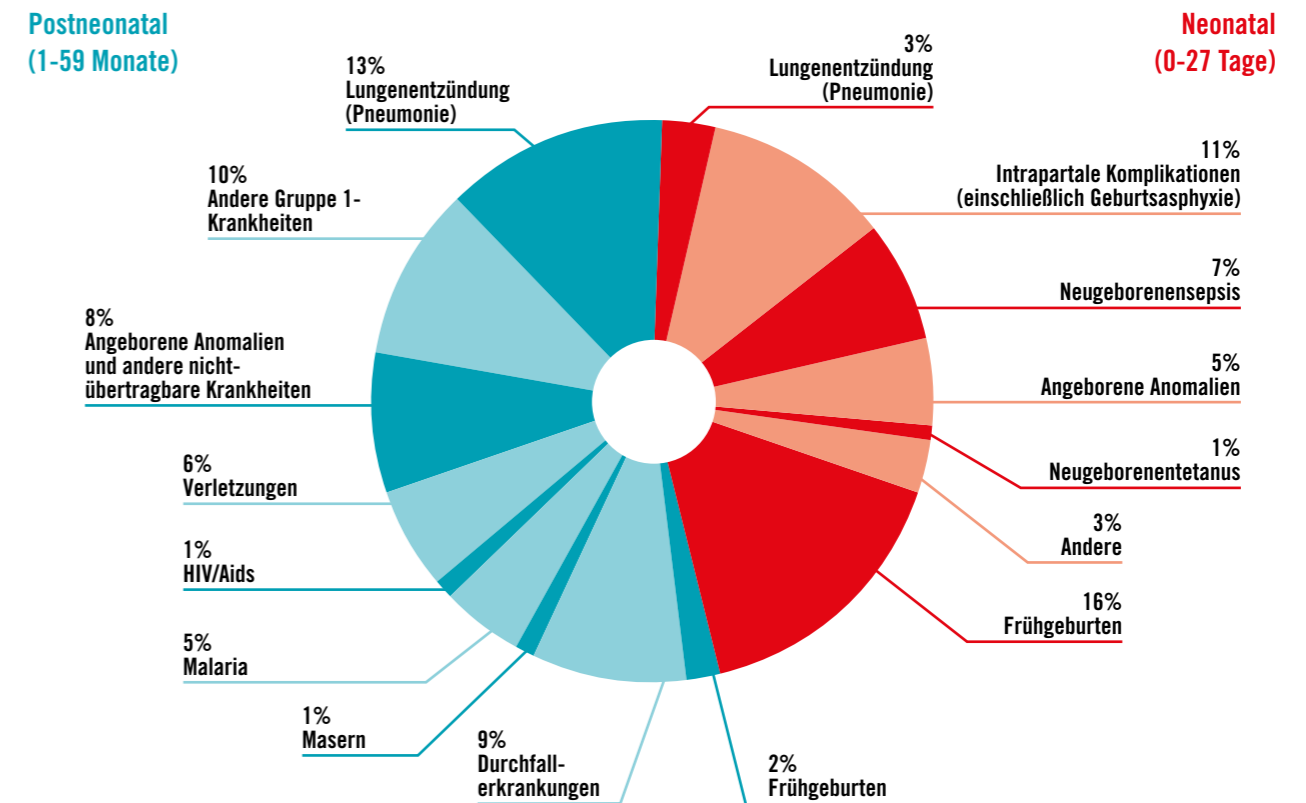
Anhang 1: Übersicht der geführten Interviews

1. David Evans, UHC-Experte (ehemals Director WHO Health Systems Financing)
2. Frank Heinrich, Mitglied des 18. Deutschen Bundestages, CDU/CSU
3. Paul Klieme, Referent bei Uwe Kekeritz, Mitglied der 18. Deutschen Bundestages, Bündnis 90/Die Grünen
4. Shyama Kuruvilla, Senior Strategic Adviser (Advisor to Flavia Bustreo, Assistant Director-General (ADG) – Family, Women’s and Children’s Health, WHO)
5. Marwin Meier, Themenmanager Gesundheit und Anwaltschaft, World Vision Deutschland e. V.
6. Niema Movassat, Mitglied des 18. Deutschen Bundestages, Die Linke
7. Gudrun Nadoll, Projektleiterin Sektorvorhaben Bevölkerungsdynamik, sexuelle und reproduktive Gesundheit und Rechte, Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit
8. Gisela Schneider, Leiterin Difäm und ehemals Sprecherin AG Gesundheit, VENRO
9. Mareike Theisling, Referentin Gesundheit, Bevölkerungspolitik und soziale Sicherung, Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung

Anhang 2: Ursachen für Müttersterblichkeit und Sterblichkeit bei Neugeborenen und Kindern unter fünf Jahren



Quelle: Say L, Chou D, Gemmill A, Tunçalp Ö, Moller AB, Daniels JD, et al. Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis. *Lancet Global Health* 2014;2: e323-e333



Quelle: WHO-MCEE methods and data sources for child causes of death 2000–2015 (Global Health Estimates Technical Paper WHO / HIS/IER/GHE/2016.1)

Impressum

Herausgeber

Save the Children Deutschland e. V.
Markgrafenstraße 58
10117 Berlin
Tel.: 030 / 27 59 59 79 - 0
Fax: 030 / 27 59 59 79 - 9
E-Mail: info@savethechildren.de
www.savethechildren.de

Autor

SEEK Development – Strategic and Organizational Consultants GmbH
Marco Schäferhoff, Lisa Heinrich, Mathilde Garret, Cora Lüdemann
Cotheniusstraße 3
10407 Berlin
Tel.: 030 / 41 72 81 72
E-Mail: info@seekdevelopment.org
www.seekdevelopment.org

Redaktion

Anna Wasiak, Mariam Salloum, Katri Bertram, Dorthe Manthey

Gestaltung

Drees + Riggers

Druck

vierC print+mediafabrik

Spendenkonto

Bank für Sozialwirtschaft
IBAN: DE 9210 0205 0000 0329 2912
BIC: BFSWDE33BER

Dezember 2017

Diese Veröffentlichung stellt keine Meinungsäußerung von Save the Children Deutschland e. V. dar. Für die inhaltlichen Aussagen tragen die Autorinnen und Autoren die Verantwortung.

Die Studie ist auf 100 Prozent Recyclingpapier gedruckt.

www.savethechildren.de