



Bundesministerium für  
wirtschaftliche Zusammenarbeit  
und Entwicklung

BMZ KONZEPTE 183

# Sektorkonzept „Gesundheit in der deutschen Entwicklungspolitik“



# Inhaltsverzeichnis

<b>Abkürzungen</b>	<b>3</b>
<b>I. Zusammenfassung</b>	<b>4</b>
<b>II. Allgemeine Zielsetzung und Programmatik der deutschen Entwicklungspolitik; Funktionen von Sektor- und übersektoralen Konzepten</b>	<b>6</b>
<b>1. Gesundheit, Entwicklung und Menschenrechte</b>	<b>7</b>
<b>2. Gesundheit in Entwicklungsländern – Ausgangslage und Herausforderungen</b>	<b>9</b>
2.1. Gesundheitsstand	9
2.2. Strukturelle Herausforderungen	9
2.3. Strukturelle Benachteiligungen	11
2.4. Wesentliche Gesundheitsprobleme	11
<b>3. Zielsetzung des deutschen Engagements im Gesundheitssektor</b>	<b>13</b>
3.1. International vereinbarte Ziele und internationaler Rahmen	13
3.2. Ziele des deutschen Engagements im Gesundheitsbereich im Einzelnen	14
3.3. Erfahrungen	15
<b>4. Angestrebte Wirkungen und Handlungsansätze</b>	<b>16</b>
4.1. Angestrebte sektorspezifische und sektorübergreifende Wirkungen	16
4.2. Handlungsansätze: Instrumente und Verfahren	17
4.2.1 Relevante internationale Organisationen und Initiativen	17
4.2.2 Maßnahmen zur effektiven Stärkung von Partnerstrukturen und relevante Aktionsebenen	19
4.2.3 Rechteinhaberinnen und -inhaber, Pflichtenträgerinnen und -träger, Partner	21
4.2.4 Instrumente, Durchführungsorganisationen	21

# Abkürzungen

AA	Auswärtiges Amt
AIDS	Acquired Immune Deficiency Syndrome
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BMZ	Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung
CIM	Centrum für Internationale Migration
D2H	Debt to Health
DED	Deutscher Entwicklungsdienst
EU	Europäische Union
FZ	Finanzielle Zusammenarbeit
GAVI	Global Alliance for Vaccines and Immunization
GFATM	Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria
GHWA	Global Health Workforce Alliance
GPEI	Global Polio Eradication Initiative
GTZ	Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit
HIV	Human Immunodeficiency Virus
IGWG	Intergovernmental Working Group on Public Health, Innovation and Intellectual Property
InWEnt	Internationale Weiterbildung und Entwicklung
IPPF	International Planned Parenthood Federation
IWF	Internationaler Währungsfonds
KfW	Kreditanstalt für Wiederaufbau
MDG	Millennium Development Goals
NRO	Nichtregierungsorganisation
ODA	Official Development Assistance
PHC	Primary Health Care
P4H	Providing for Health
SRGR	Sexuelle und reproduktive Gesundheit und Rechte
TB	Tuberkulose
TRIPS	Trade Related Aspects of Intellectual Property Rights
TZ	Technische Zusammenarbeit
UNAIDS	Joint United Nations Programme on HIV/AIDS
UNFPA	United Nations Population Fund
VN	Vereinte Nationen
WHO	World Health Organization

# I. Zusammenfassung

Ein Kernelement von **menschlicher Entwicklung und Armutsbekämpfung** ist der Zugang zu angemessenen Gesundheitsangeboten für arme Bevölkerungsgruppen und ihre Absicherung gegen finanzielle, gesundheitliche und gesellschaftliche Risiken von Krankheit. Das Recht auf den höchsten erreichbaren Gesundheitszustand ist ein **zentrales Menschenrecht**, das in verschiedenen Menschenrechtsverträgen verankert und international anerkannt ist. Jeder Staat, der die relevanten Pakte ratifiziert hat, muss das Recht auf Gesundheit achten, schützen und gewährleisten. Die deutsche Entwicklungspolitik im Gesundheitsbereich orientiert sich vor diesem Hintergrund an einem menschenrechtsbasierten Ansatz.

Insbesondere seit der Verabschiedung der **Millenniumserklärung** im Jahr 2000 sind daher die Ausgaben für Gesundheit weltweit stark gestiegen. Einige Gesundheitsindikatoren reflektieren dies – so ist beispielsweise die Kindersterblichkeit weltweit in den letzten Jahren erheblich gesunken. Dennoch bleibt die Gesundheitssituation in vielen Regionen kritisch und die Unterschiede zwischen den armen und den reichen Ländern gewaltig.

Die Probleme und Herausforderungen sind vielfältig: **Armut, fehlende finanzielle Ressourcen**, starkes Bevölkerungswachstum, ein ausgeprägter Mangel an medizinischen Fachkräften, Managementdefizite, mangelnde politische Priorisierung. Da in vielen Entwicklungsländern von der Patientin und dem Patienten die direkte Bezahlung medizinischer Leistungen erwartet wird, können sich arme Bevölkerungsgruppen diese oft nicht leisten. Durch das schnelle Bevölkerungswachstum in vielen Entwicklungsländern wird in den kommenden Jahren der Druck auf die Gesundheitssysteme erheblich steigen. Zusätzliche Pro-

bleme bestehen in massiven **Ungleichheiten** beim Zugang zur Gesundheitsversorgung innerhalb vieler Entwicklungsländer. Der Zugang zur Gesundheitsversorgung wird nicht nur von der Zahlungsfähigkeit eines Menschen bestimmt, sondern hängt oft auch vom Geschlecht, ethnischer Zugehörigkeit, Alter, Bildung, Wohnort und Behinderungen ab. Spezifische Probleme für Entwicklungsländer stellen Infektionskrankheiten, insbesondere HIV/AIDS und Tuberkulose, aber auch die sog. vernachlässigten tropischen Krankheiten dar. Die nach wie vor hohe Kindersterblichkeit, vor allem im Zusammenhang mit Infektionserkrankungen, Ernährungsdefiziten und Mangel an sauberem Wasser, stellt ein anhaltendes und vermeidbares Problem dar. Gleiches gilt für die Gesundheitsgefährdung und Sterblichkeit von Frauen im Zusammenhang mit Schwangerschaft und Geburt. In den vergangenen Jahrzehnten haben auch chronische, nicht-übertragbare Erkrankungen (Herz-Kreislauf-, Krebs-, Stoffwechselerkrankungen) sowie Unfälle in Entwicklungsländern an Bedeutung gewonnen.

Für die deutsche Entwicklungspolitik im Gesundheitsbereich bilden die universal gültigen Menschenrechte und die international vereinbarten Ziele den maßgeblichen Rahmen. Von besonderer Relevanz sind die **Millenniumsentwicklungsziele (MDGs)**, die von den Vereinten Nationen verabschiedet wurden. Drei der acht Millenniumsentwicklungsziele sind unmittelbar gesundheitsbezogen. Zunehmend rückt auch die umfassende und nachhaltige Stärkung der Gesundheitssysteme, aber auch die effektivere und effizientere Verzahnung der Geber- und der Partnerstrategien in den Vordergrund der internationalen Zielsetzung. **Ziel der deutschen Entwicklungspolitik** im Gesundheitssektor ist, dazu beizutragen, dass in den Partnerländern eine effektive, effiziente, für alle zugängliche und fair

finanzierte präventive, kurative und rehabilitative Gesundheitsversorgung bereit gestellt wird, die sich bedarfsgerecht an den wichtigsten Gesundheitsproblemen der Menschen orientiert. Sie unterstützt die Umsetzung der Rechte der Bürgerinnen und Bürger und der Pflichten der Staaten. Beide leiten sich aus dem Ziel ab, den Zugang aller – auch armer und benachteiligter – Bevölkerungsgruppen zu Gesundheitsversorgung, Gesundheitsinformationen und gesunden Lebensbedingungen zu verbessern. Die Behebung struktureller Ursachen von Defiziten in der Gesundheitsversorgung und die Stärkung partizipativer Vorgehensweisen spielen eine zentrale Rolle in den **Schwerpunkten der Aktivitäten**:

- Gesundheitssystemstärkung; insbesondere Beiträge zur Ausbildung und Entwicklung von Fachkräften, zur Entwicklung von Systemen der solidarischen Finanzierung von Gesundheitsversorgung und der sozialen Sicherung sowie zu sektorübergreifenden Ansätzen der Gesundheitsförderung;
- Stärkung der Prävention und Behandlung von HIV und AIDS sowie anderen Infektionskrankheiten einschließlich der Unterstützung des Zugangs zu kostengünstigen Medikamenten;
- Stärkung der Rechte und Wahlmöglichkeiten von Frauen im Hinblick auf Verhütung, Schwangerschaft und Geburt.

Die speziellen Bedarfe und Beschränkungen der Rechte von Armen und beim Zugang zur Gesundheitsversorgung benachteiligter Gruppen, wie Kinder und Jugendliche, Frauen, aber auch ethnische Minderheiten, sexuelle Minderheiten, Behinderte oder Menschen mit HIV oder AIDS, werden gezielt angesprochen.

Das BMZ setzt diese Ziele einerseits im Rahmen der EU und der relevanten multilateralen Institutionen wie der WHO, UNFPA und anderen VN-Organisationen, dem Globalen Fonds zur Bekämpfung von AIDS, Malaria und Tuberkulose (GFATM) und der Weltbank um. Andererseits nutzt es die bilateralen Instrumente der Entwicklungspolitik, das heißt der Finanziellen und der Technischen Zusammenarbeit. Deutschland setzt sich zudem in den internationalen Prozessen und Gremien, wie G8, International Health Partnership und Providing for Health Initiative, für die Harmonisierung der Vielzahl von Instrumenten der zahlreichen Akteure, für die Erhöhung der Wirksamkeit und der Nachhaltigkeit von Entwicklung sowie für die Identifizierung und Nutzung zusätzlicher finanzieller Mittel ein.

Vor Ort arbeitet die deutsche Entwicklungspolitik mit Regierungen, aber auch mit Nichtregierungsorganisationen und der Privatwirtschaft zusammen.

## II. Allgemeine Zielsetzung und Programmatik der deutschen Entwicklungspolitik; Funktionen von Sektor- und übersektoralen Konzepten

Die deutsche Entwicklungspolitik trägt dazu bei, weltweit Armut zu bekämpfen, Frieden zu sichern und Demokratie zu verwirklichen, die Globalisierung gerecht zu gestalten und die Umwelt zu schützen. In dieser Verantwortung orientiert sich das BMZ am Leitbild einer global nachhaltigen Entwicklung, die sich gleichermaßen in wirtschaftlicher Leistungsfähigkeit, politischer Stabilität, sozialer Gerechtigkeit und ökologischer Tragfähigkeit ausdrückt.

Das BMZ unterstützt aktiv die neue globale Partnerschaft zwischen Industrie- und Entwicklungsländern. Die Millenniumserklärung der Vereinten Nationen und die Millenniumsentwicklungsziele bilden den programmatischen Rahmen der deutschen Entwicklungspolitik. Sie arbeitet auch an der Umsetzung der Verpflichtungen der Bundesregierung, Qualität und Wirkung der Entwicklungszusammenarbeit (Paris Declaration on Aid Effectiveness, 2005) zu erhöhen.

Die deutsche Entwicklungspolitik bedient sich zur Verwirklichung dieser Ziele unter anderem Sektor- und übersektoraler Konzepte. Sie enthalten wesentliche, entscheidungsrelevante Vorgaben für die Gestaltung der Entwicklungspolitik. Dies betrifft

- a) die Identifikation, Prüfung, Konzeption, Durchführung, Steuerung und Evaluierung sektor-/themenrelevanter Programme und Module. Die Konzepte sind für die Durchführungsorganisationen der staatlichen Entwicklungszusammenarbeit verbindlich. Sie dienen darüber hinaus als Orientierungshilfe für die Arbeit von Nichtregierungsorganisationen und privatwirtschaftlichen Akteuren.
- b) die Entwicklung von Regionalkonzepten, Länderkonzepten (LK) und Schwerpunktstrategiepapieren (SSP) der bilateralen Entwicklungspolitik.
- c) die Positionierung der deutschen Entwicklungspolitik in der internationalen Diskussion und Erarbeitung unserer Beiträge zur multilateralen/regionalen Kooperation beziehungsweise Europäischen Entwicklungszusammenarbeit.
- d) die Kommunikation mit der Öffentlichkeit in Deutschland, mit dem Deutschen Bundestag und mit anderen Bundesressorts.

# 1. Gesundheit, Entwicklung und Menschenrechte

Weltweit gehen Krankheit und Armut Hand in Hand. Krankheit ist sowohl Folge von als auch Ursache für Armut. *Folge:* Von Armut geprägte Lebensverhältnisse wie mangelnde Bildung, unzureichende Ernährung und schlechte Wohnbedingungen wirken sich negativ auf die Gesundheit einer Bevölkerungsgruppe aus. Zudem ist die Gesundheitsversorgung oft weit entfernt, kaum bezahlbar und nicht auf die Bedürfnisse Armer ausgerichtet. *Ursache:* Krankheit schränkt die Leistungsfähigkeit ein und kostet Zeit, Kraft und Geld. Sie stellt damit eines der größten Verarmungsrisiken dar. Der Zugang zu angemessenen Gesundheitsangeboten für arme Bevölkerungsgruppen und ihre Absicherung gegen finanzielle, gesundheitliche und gesellschaftliche Risiken von Krankheit ist daher ein **Kernelement von menschlicher Entwicklung und Armutsbekämpfung**. Nach Expertenmeinung ist der wirtschaftliche Aufschwung in Asien von 1965 bis 1990 zu mindestens 35 Prozent auf Faktoren in den Bereichen Gesundheit und Demographie zurückzuführen, insbesondere auf Maßnahmen im Bereich Kindergesundheit und reproduktive Gesundheit.

**Das Recht auf den höchsten erreichbaren Gesundheitszustand ist ein zentrales Menschenrecht**, das in verschiedenen Menschenrechtsverträgen verankert und international anerkannt ist.<sup>1</sup>

Es umfasst das Recht auf Vorbeugung, Behandlung und Kontrolle von Krankheiten, das Recht auf Zugang zu Gesundheitsversorgung und -gütern, sowie das Recht auf Gesundheitsbildung und -information.

**Die wesentlichen Elemente eines menschenrechtsbasierten Gesundheitskonzeptes sind:**

**Verfügbarkeit** (*availability*) von Gesundheitsangeboten, vor allem von Gesundheits- und Rehabilitationseinrichtungen und angemessen ausgebildetem medizinischen Personal, von angemessenen Ausstattungen sowie von überlebenswichtigen Medikamenten. Für die Bereitstellung der Angebote spielt die ausreichende Vergütung eine wichtige Rolle. Insbesondere sind angemessene Gehälter von Bedeutung.

**Zugänglichkeit** (*accessibility*): *De jure* und *de facto* Zugang zu Gesundheitsangeboten. Auch für Arme, Behinderte und anderweitig benachteiligte Bevölkerungsgruppen muss dieser Zugang praktisch möglich und bezahlbar sein.

**Annehmbarkeit** (*acceptability*): Alle Gesundheitseinrichtungen, -güter und -dienstleistungen müssen Grundsätze der medizinischen Ethik sowie die kulturellen Werte der jeweiligen Bevölkerung respektieren, soweit diese nicht gegen Menschenrechte verstoßen.

<sup>1</sup> In der Allgemeinen Erklärung der Menschenrechte der Vereinten Nationen (VN) von 1948 steht im Artikel 25: „Jeder hat das Recht auf einen Lebensstandard, der seine und seiner Familie Gesundheit und Wohl gewährleistet, einschließlich Nahrung, Kleidung, Wohnung, ärztliche Versorgung und notwendige soziale Leistungen (...)“ Die wichtigste Bezugsnorm unter den universell geltenden Verträgen ist Artikel 12 des Internationalen Paktes über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte (wsk-Rechte) (ICESCR, kurz Sozialpakt). Eine verbindliche Interpretation dieses Artikels findet sich in den Allgemeinen Bemerkungen Nr. 14 des VN-Ausschusses für wsk-Rechte im Jahr 2000 (<http://www2.ohchr.org/english/bodies/cescr/comments.htm>)

**Qualität** (*quality*): Gesundheitsangebote müssen medizinisch angemessen und von guter Qualität sein.

**Jeder Staat, der den Sozialpakt ratifiziert hat,<sup>2</sup> muss** das Recht auf Gesundheit achten, schützen und gewährleisten. Daraus ergeben sich unabhängig vom jeweiligen Entwicklungsstand und auch dann, wenn Teile der Gesundheitsversorgung über private Träger organisiert sind, folgende Mindestverpflichtungen gegenüber der eigenen Bevölkerung:

- Der Staat muss sicherstellen, dass alle Gesundheitsangebote diskriminierungsfrei sind.
- Der Staat muss eine Strategie entwickeln und durchsetzen zur schrittweisen – aber schnellstmöglichen – Umsetzung des Rechts auf Gesundheit für die gesamte Bevölkerung.
- Der Staat muss ein Rückfallen hinter einen bereits erreichten Stand der Umsetzung des Rechts auf Gesundheit verhindern, auch bei Privatisierungen.

---

<sup>2</sup> Der „Internationale Pakt über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte“ wurde bis Juni 2009 von 160 Staaten ratifiziert. Für eine aktuelle Übersicht siehe [http://treaties.un.org/Pages/ViewDetails.aspx?src=UNTSO&tabid=1&mtmsg\\_no=IV-3&chapter=4&lang=en](http://treaties.un.org/Pages/ViewDetails.aspx?src=UNTSO&tabid=1&mtmsg_no=IV-3&chapter=4&lang=en).

## 2. Gesundheit in Entwicklungsländern – Ausgangslage und Herausforderungen

### 2.1. Gesundheitsstand

Insbesondere seit der Verabschiedung der Millenniumserklärung im Jahr 2000 sind die Ausgaben für Gesundheit weltweit stark gestiegen. Allein die gesundheitsrelevante Entwicklungszusammenarbeit (ODA) stieg von weltweit 6,8 Milliarden US Dollar im Jahr 2000 auf mehr als 17 Milliarden US Dollar im Jahr 2008. Einige Gesundheitsindikatoren reflektieren dies. So ist beispielsweise die Kindersterblichkeit, trotz erheblicher regionaler Unterschiede, weltweit deutlich gesunken, zwischen 1990 und 2007 um 27 Prozent; im Jahr 2007 starben 9,2 Millionen Kinder unter 5 Jahren gegenüber 13 Millionen im Jahr 1990. Aber die Gesundheitssituation bleibt in vielen Regionen kritisch, insbesondere in Subsahara-Afrika. Zunächst dürfen die erheblichen Unterschiede zwischen einzelnen Entwicklungsländern nicht übersehen werden. Diese betreffen die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen, den Zustand der öffentlichen und privaten Gesundheitsangebote sowie die vorherrschenden Krankheitsmuster. Dennoch: Die Unterschiede zwischen den armen und den reichen Ländern dieser Erde sind gewaltig. Obwohl die **Lebenserwartung** in den Entwicklungsländern insgesamt in den letzten Jahrzehnten gestiegen ist, lag sie 2007 in den Ländern mit niedrigem Einkommen mit nur 55 Jahren noch weit hinter der von 79 Jahren in den reichen Ländern. Deutliche Unterschiede sind zudem bei der **Müttersterblichkeit** zu konstatieren: Bedingt durch frühe und häufige Schwangerschaften, unsichere Abtreibungen und Geburtskomplikationen starben 2005 pro 100.000 Lebendgeburten in Entwicklungsländern 450 Frauen, in Ländern mit hohem Einkommen weniger als 8. Die **Sterblichkeit von Kindern** unter fünf Jahren stand 2007 in den ärmsten Ländern mit 130 Todesfällen

auf 1.000 Lebendgeburten in starkem Kontrast zu der in Ländern mit hohem Einkommen mit 6 pro 1.000 Lebendgeburten. Diese Unterschiede spiegeln den häufig eingeschränkten Zugang zur Gesundheitsversorgung in den Entwicklungsländern wider. So wurden beispielsweise im Zeitraum 2000 bis 2007 in den ärmsten Ländern nur 32 Prozent der Geburten von ausgebildeten Fachkräften betreut; in den reichen Ländern waren es 99 Prozent.

### 2.2. Strukturelle Herausforderungen

**Armut und fehlende finanzielle Ressourcen** führen dazu, dass Entwicklungsländer oft nicht einmal eine minimale Gesundheitsversorgung ihrer Bevölkerung sicherstellen können. Hinzu kommen in vielen Ländern ein **unzureichend funktionierendes öffentliches Gesundheitswesen**, unzureichende Infrastruktur und Ressourcenausstattung (vor allem ein ausgeprägter Mangel an Fachkräften), unzureichendes Management und Intransparenz, fehlende Regulierung und Überwachung nicht-staatlicher (privater, karitativer, kirchlicher) Akteure, mangelnde politische Priorisierung und unangepasste politische Systeme (zentralistisch und intransparent).

In Entwicklungsländern bestehen meist keine adäquaten sozialen **Sicherungssysteme für die Verteilung der Kostenlast im Krankheitsfall**. Häufig wird ein Großteil medizinischer Leistungen durch individuelle Direktzahlungen (*out-of-pocket payments*) der Patientinnen und Patienten honoriert. Daher können sich arme Bevölkerungsgruppen die Inanspruchnahme medizinischer Dienste oft nicht leisten. Sie verschulden sich, um Zugang zur Gesundheitsversorgung zu

erhalten, oder nehmen diese überhaupt nicht in Anspruch. Nach WHO-Schätzungen sind 150 Millionen Menschen jährlich mit existenzgefährdenden (*catastrophic*) Gesundheitsausgaben konfrontiert und über 100 Millionen rutschen aufgrund der Direktzahlungen unter die Armutsgrenze.

In vielen Entwicklungsländern herrscht – auch in Folge fehlender umfassender Finanzierungssysteme – ein ausgeprägter Mangel an **qualifizierendem medizinischen Personal, besonders in ländlichen Gebieten**. Häufig wandern gerade gut ausgebildete Ärztinnen und Ärzte sowie Krankenpflegepersonal mangels ausreichender Bezahlung und anderer Anreize sowie belastender Arbeitsbedingungen aus ihren Herkunftsländern in Industrienationen oder in andere Beschäftigungssektoren in Ihren Ländern ab (*brain drain*). Der Personalmangel gefährdet inzwischen in vielen Entwicklungsländern die Funktionsfähigkeit der Gesundheitssysteme.

Zudem ist der adäquate Zugang zu lebenswichtigen Medikamenten aufgrund von fehlender **Infrastruktur** beziehungsweise Logistikdefiziten häufig nicht gewährleistet. Auch internationale Patentregelungen, die Arzneimittel für viele Menschen in Entwicklungsländern unerschwinglich werden lassen, sowie die fehlende Neu- und Weiterentwicklung von Medikamenten zur Behandlung von Tropenkrankheiten schränken die Verfügbarkeit von wirksamen Arzneimitteln ein.

Die **Globalisierung** birgt sowohl Herausforderungen wie Chancen im Gesundheitssektor. Einerseits können sich zunächst lokal begrenzte Gesundheitsprobleme (wie zum Beispiel SARS, Vogelgrippe und neue Grippeformen) durch die erhöhte Mobilität schnell weltweit verbreiten. Dieses Phänomen wird durch den Klimawandel verstärkt, der bestimmte derzeit noch „tropische Krankheiten“ wie Malaria und Dengue mehr und mehr auch zu „Krankheiten des Nordens“ macht. Die Aufmerksamkeit für Gesundheitsprobleme in Entwicklungsländern ist dadurch andererseits

auf Seiten der Industrienationen gestiegen und Gesundheit wird zunehmend als globales öffentliches Gut (*global public good*) angesehen. So besteht im Rahmen des TRIPS-Abkommens für Entwicklungsländer seit August 2003 die Möglichkeit, Zwangslizenzen zur Produktion notwendiger Medikamente gegen tödliche Krankheiten (wie zum Beispiel AIDS) zu erteilen, wenn dies im Interesse des Gemeinwohls ist. Im Mai 2008 hat die Weltgesundheitsversammlung der WHO im Rahmen des IGWG-Prozesses (Intergovernmental Working Group on Public Health, Innovation and Intellectual Property) eine globale Strategie zur Verbesserung der Forschung und Arzneimittelversorgung für Bedürfnisse der Entwicklungsländer beschlossen. Zudem entstehen vermehrt internationale Partnerschaften, die neue Finanzierungsmöglichkeiten für den Ausbau von Gesundheitssystemen und spezifische Gesundheitsprogramme bieten.

Allerdings bringt diese besondere **Vielfalt** auch Herausforderungen mit sich. Im Jahr 2009 sind mehr als 40 bilaterale Geber und 90 globale Initiativen im Bereich der gesundheitsbezogenen Entwicklungspolitik engagiert. Hinzu kommen zahlreiche private und karitative Initiativen. Häufig konzentrieren sich die jeweiligen Programme auf Ausschnitte des Gesundheitswesens – insbesondere auf spezifische Krankheiten – anstatt auf das Gesundheitssystem insgesamt. Diese Situation hat zu einer starken Zersplitterung der Zusammenarbeit, zu hohen Koordinierungskosten und zu anderen Belastungen für die Partner in den Entwicklungsländern geführt.

Eine strukturelle Herausforderung aber auch Chance sind die **starken Wechselwirkungen zwischen Gesundheitspolitik und anderen Politikbereichen**. Dies gilt insbesondere für Armutsbekämpfung, Ernährung, soziale Sicherung, Wasser- und Sanitärversorgung, Bildung, Gleichberechtigung, Bevölkerungswachstum, Beschäftigung, Wohnen, Justiz, Umwelt, Energie, Verkehr sowie Forschung und Technologie.

### 2.3. Strukturelle Benachteiligungen

Beim Zugang zu Gesundheitsangeboten in Entwicklungsländern bestehen massive **Ungleichheiten**. Durch ihre oft benachteiligte soziale Position und ökonomische Abhängigkeiten haben zum Beispiel **Jugendliche und Frauen** häufig schlechteren Zugang zu Gesundheitsinformationen und -diensten. Machtverhältnisse auf Haushaltsebene, aber auch Nachteile in Bezug auf politische Beteiligung, verschlechtern ihren Zugang zu Gesundheitsdiensten.

Generell ist die **ländliche Bevölkerung** gegenüber der Stadtbevölkerung benachteiligt: In den häufig noch stark zentralisierten Gesundheitssystemen von Entwicklungsländern hat die städtische Bevölkerung – sofern zahlungsfähig – meist Zugang zu medizinischer Versorgung auf hohem Niveau, die Landbevölkerung ist jedoch häufig ausgeschlossen. Diskriminierung beim Zugang zu Gesundheitsdiensten kann zudem dazu führen, dass der Gesundheitszustand von **ethnischen, religiösen und anderen Minderheiten** unter dem der Mehrheitsbevölkerung liegt.

### 2.4. Wesentliche Gesundheitsprobleme

Neben den strukturellen Defiziten der Gesundheitssysteme und der allgemeinen Unterversorgung in vielen Entwicklungsländern sind folgende Gesundheitsprobleme besonders gravierend:

Durch ihre geographische Lage sind viele Entwicklungsländer besonders von **tropischen Krankheiten** betroffen. So fordert die **Malaria** in Afrika, Asien und Lateinamerika jedes Jahr zwei bis drei Millionen Menschenleben. Insbesondere **schwangere Frauen und Kinder** sind dadurch in hohem Umfang gefährdet. Eine Reihe anderer tropischer Infektionskrankheiten wie Schistosomiasis, Onchozerkose und Dengue sind häufig in Folge von Armut und fehlendem Zugang zu ge-

sundheitlich unbedenklichem Trinkwasser weit verbreitet und tragen wesentlich zur Krankheitslast der Bevölkerung in Entwicklungsländern bei. Als **vernachlässigte Krankheiten** (*neglected diseases*) gelten solche tropische Infektionskrankheiten, die kaum erforscht und bekämpft werden. Sie gehen oft mit Armut einher, verursachen teilweise eine erhebliche Krankheitslast sowie manchmal, wie im Fall der Lepra, lebenslange Behinderungen.

**HIV und AIDS** stellen eine wachsende Herausforderung für den Gesundheitssektor dar. Neunzig Prozent der weltweit 33 Millionen Infizierten leben in Entwicklungsländern. Ursachen und Auswirkungen der Epidemie gehen dabei weit über den Gesundheitssektor hinaus: Geschlechterungleichheit, Diskriminierung und Kriminalisierung von Verhaltensweisen, die ein hohes Risiko der HIV-Übertragung bergen, Armut, gesellschaftliche Transformationsprozesse und Migration tragen zur Verbreitung des HI-Virus bei. Da an AIDS, anders als an den meisten anderen Krankheiten, insbesondere Männer und Frauen im mittleren und damit produktivsten Alter erkranken und auch bei erfolgreicher lebensverlängernder Behandlung in der Regel daran sterben, hat die Epidemie erhebliche soziale und ökonomische Konsequenzen. Der Zugang zu Prävention und zu antiretroviralen Medikamenten ist in vielen Entwicklungsländern weiterhin unzureichend. Durch die Zunahme an HIV-Infektionen steigt in Entwicklungsländern zudem auch die Zahl der Menschen, die unter **Tuberkulose** und anderen früher rückläufigen Infektionskrankheiten leiden.

In den vergangenen Jahrzehnten haben chronisch-degenerative Erkrankungen (Herz-Kreislauf-, Krebs-, und *lifestyle*-bedingte Erkrankungen) sowie Unfälle in Entwicklungsländern an Bedeutung gewonnen. Das Phänomen der Verschiebung der Haupttodesursachen von übertragbaren zu chronischen, nicht-übertragbaren Krankheiten mit Zunahme der Lebenserwartung

wird gemeinhin als epidemiologischer Übergang (*epidemiologic transition*) bezeichnet. Allerdings bleibt in vielen Entwicklungsländern die Last an Infektionskrankheiten unverändert hoch.

Die Gewährleistung **sexueller und reproduktiver Gesundheit und Rechte (SRGR)** stellt eine der zentralen Herausforderungen im Gesundheitssektor von Entwicklungsländern dar und ist – neben sozialen Sicherungssystemen – ein Schlüsselfaktor für die langfristige Verringerung des Bevölkerungswachstums. Fehlende Informationen, mangelnde Möglichkeiten der Verhütung ungewollter Schwangerschaften und von sexuell übertragbaren Krankheiten, unzureichende me-

dizinische Betreuung insbesondere während Schwangerschaft und Geburt, Gewalt gegen Frauen, weiterhin praktizierte weibliche Genitalverstümmelung und unsichere Abtreibungen erhöhen die Sterblichkeit von Frauen und ihren Kindern in diesen Ländern erheblich.

Armutbedingte Probleme **insbesondere der Mangel an sauberem Wasser und angemessener Ernährung** sind Hauptursachen für die – vor allem in Afrika – nach wie vor hohe **Kindersterblichkeit**. Wassermangel und -verunreinigung werden im Zuge des Klimawandels verstärkt auftreten.

## 3. Zielsetzung des deutschen Engagements im Gesundheitssektor

### 3.1. International vereinbarte Ziele und internationaler Rahmen

Mit dem Bekenntnis der Staatengemeinschaft zum **Basisgesundheitskonzept** (*Primary Health Care, PHC*) auf der Konferenz von Alma Ata wurde im Jahre 1978 erstmals international anerkannt, dass eine Verbesserung der Gesundheit nicht allein durch spezifische medizinische Maßnahmen erreicht werden kann. Vielmehr bedarf es eines intersektoralen, partizipativen, primär präventiven, und an den Grundbedürfnissen der Bevölkerung orientierten Ansatzes. Das 2008 von der WHO fortgeschriebene PHC-Konzept<sup>3</sup> sowie die sektoralen DAC-Leitlinien<sup>4</sup> sind im internationalen Prozess und für das BMZ handlungsleitend. Zunehmend wird das PHC-Konzept gemäß WHO-Zielsetzung ergänzt durch einen umfassenden Handlungsrahmen für **Gesundheitssysteme**. Dieser bezieht die Förderung von guter Regierungsführung, Partizipation, Versorgungsgerechtigkeit und nachhaltiger Systeme der Gesundheitsfinanzierung ein.

Von besonderer Relevanz sind die **Millenniumsentwicklungsziele (MDGs)**. Drei der acht Millenniumsentwicklungsziele sind unmittelbar gesundheitsbezogen: Die Kindersterblichkeit soll bis zum Jahr 2015 um zwei Drittel gegenüber dem Stand von 1990 gesenkt werden (Ziel 4). Im gleichen Zeitraum soll die Müttersterblichkeit um drei Viertel reduziert und ein allgemeiner Zugang zu Diensten der reproduktiven Gesundheit geschaffen werden (Ziel 5). Die Ausbreitung von HIV/AIDS soll zum Stillstand gebracht

und die Häufigkeit von Malaria und Tuberkulose reduziert werden (Ziel 6). Darüber hinaus werden die Schaffung fairer Handelsbeziehungen und der sichere Zugang zu lebenswichtigen Medikamenten als Entwicklungsziel definiert (Ziel 8). Aufgrund des engen Zusammenhangs zwischen Krankheit und Armut ist zudem auch Ziel 1 (Reduzierung der Armut bis 2015) von Bedeutung.

**Die internationale Staatengemeinschaft** treibt im Rahmen verschiedener Foren zum einen eine bessere Abstimmung und Verzahnung der Maßnahmen im Gesundheitsbereich voran. Zum anderen verpflichtet sie sich zur notwendigen Finanzierung – auch mittels innovativer Finanzierungsansätze. Die Bundesregierung hat im Rahmen ihrer G8- und EU-Doppelpräsidentschaft 2007 wichtige Prozesse dazu angestoßen und beteiligt sich an den entsprechenden Initiativen. In Heiligendamm war Deutschland zusammen mit Frankreich Initiator der Providing for Health (P4H) Initiative zu sozialer Absicherung im Krankheitsfall und ist Mitglied der International Health Partnership (IHP+).

**Die G8** sind seit 2000 zahlreiche Verpflichtungen bezüglich der Verbesserung des Gesundheitsstandes insbesondere in Afrika eingegangen. Unter deutscher G8-Präsidentschaft wurden 2007 weitreichende Maßnahmen zur Bekämpfung von HIV und AIDS, Tuberkulose und Malaria sowie der Stärkung von Gesundheitssystemen, der sozialen Absicherung bei Krankheit und der besonderen Berücksichtigung von Geschlechterungleich-

3 WHO (2008): „PHC – Now more than ever. World Health Report 2008“

4 OECD/WHO (2003): „Poverty and Health“, DAC Guidelines and Reference Series

heiten beschlossen. Darüber hinaus bestehen Verpflichtungen unter anderem in den Bereichen Bekämpfung der Kinderlähmung, Mütter- und Kindergesundheit und Fachkräfteausstattung.

Die **Europäische Union (EU)** hat in den „Mitteilungen zu Gesundheit und Armutsbekämpfung“ (2002) festgelegt, entwicklungspolitische Maßnahmen im Gesundheitssektor besonders auf arme Bevölkerungsgruppen auszurichten, gerechte Finanzierungsmechanismen im Gesundheitssystem zu unterstützen und Forschung zu armutspezifischen Krankheiten zu fördern. Die unter deutscher Ratspräsidentschaft 2007 verabschiedeten Ratsschlussfolgerungen zu HIV/AIDS, Tuberkulose und Malaria betonen die Wichtigkeit der Stärkung der Gesundheitssysteme und heben die besondere Betroffenheit von Jugendlichen und Frauen hervor.

Inhaltlich orientieren sich die verschiedenen Geberzusagen, EU- und VN-Beiträge an den relevanten politischen Erklärungen aus den Partnerregionen (zum Beispiel Abuja- und Maputo-Deklarationen der Afrikanischen Union in Afrika).

### 3.2. Ziele des deutschen Engagements im Gesundheitsbereich im Einzelnen

Ziel der deutschen Entwicklungspolitik im Gesundheitssektor ist, dazu beizutragen, dass in den Partnerländern eine effektive, effiziente und für alle zugängliche, fair finanzierte präventive, kurative und rehabilitative Gesundheitsversorgung bereit gestellt wird, die sich bedarfsgerecht an den wichtigsten Gesundheitsproblemen der Menschen orientiert. Sie unterstützt die Umsetzung der Rechte der und des Einzelnen sowie der Verpflichtungen der Staaten mit dem Ziel, den Zugang insbesondere armer und benachteiligter Bevölkerungsgruppen zu Gesundheitsangeboten, Gesundheitsinformation und gesunden Lebensbedingungen zu verbessern. Die Behebung

struktureller Defizite in der Gesundheitsversorgung, die Stärkung partizipativer Strukturen, die Verbesserung der politischen Einflussnahme (*empowerment*) und *capacity development* spielen eine zentrale Rolle.

Ein Schwerpunkt der deutschen Entwicklungspolitik im Gesundheitssektor liegt in der **Gesundheitssystementwicklung**. Angestrebt wird hier insbesondere: bessere Ausstattung mit Gesundheitspersonal; angemessene Aus- und Fortbildung von Fachkräften; Aufbau nachhaltiger und solidarischer Finanzierungssysteme (soziale Sicherung); Verbesserung von Organisation, Struktur und Management der Systeme; Rehabilitation und Ausbau der Infrastruktur.

Bestimmte Krankheiten, wie Malaria und Tuberkulose sowie die sogenannten vernachlässigten Krankheiten, sind für Entwicklungsländer spezifisch und tragen zu erheblicher Krankheitslast und Produktivitätsausfall bei. Die Bekämpfung solcher Krankheiten soll in erster Linie im Rahmen der Stärkung von Gesundheitssystemen und übersektoraler Zusammenarbeit unterstützt werden. Neben den integrierten Ansätzen werden aber auch Einzelmaßnahmen gefördert, wie zum Beispiel die Bereitstellung von Moskitonetzen im Rahmen der Malariabekämpfung. Maßnahmen gegen Risikofaktoren wie Alkohol und Tabakkonsum gewinnen auch in Entwicklungsländern immer mehr an Bedeutung.

Der Bekämpfung von **HIV** und **AIDS** wird eine Sonderstellung in der deutschen Entwicklungspolitik eingeräumt. Die Schwerpunkte der Unterstützung liegen bei der Prävention, der Bekämpfung der Stigmatisierung und dem Zugang zu Therapie. Besonderes Gewicht wird dabei auf die Stärkung und den Schutz von Frauen und Mädchen im Kontext der Epidemie gelegt. Da die Epidemie nicht nur ein Gesundheitsproblem darstellt, sondern zu einer gesellschaftlichen Krise geworden ist, stellt die Zusammenarbeit mit allen Entwicklungssektoren eine unabdingbare Vor-

aussetzung für die Bekämpfung von HIV und AIDS dar (*Mainstreaming*).<sup>5</sup>

**Sexuelle und reproduktive Gesundheit und Rechte** bilden einen weiteren inhaltlichen Schwerpunkt der deutschen Entwicklungspolitik, der direkt der Erreichung der MDGs 4 und 5 zur Verbesserung der Kinder- und Müttergesundheit zu Gute kommt. Leistungen in diesem Bereich tragen zur Entwicklung der Gesellschaft insgesamt bei und sind – neben sozialen Sicherungssystemen – ein Schlüsselfaktor für die langfristige Verringerung des Bevölkerungswachstums. Die Förderung der sexuellen und reproduktiven Gesundheit und Rechte leistet Beiträge zur Verbesserung des Zugangs zu qualifizierten Familienplanungsangeboten, Sicherung der medizinischen Versorgung vor, während und nach der Schwangerschaft, Bereitstellung von qualifizierter medizinischer Versorgung bei Schwangerschaftsabbrüchen, sowie zur Prävention und Behandlung von sexuell übertragbaren Krankheiten.<sup>6</sup> Auch die Vorbeugung sexueller Gewalt und die Betreuung ihrer Opfer sowie Hilfen bei der Bewältigung der Folgen und Überwindung von weiblicher Genitalverstümmelung fallen in diesen Bereich.

Zunehmend wichtig ist die Verbindung von Gesundheitspolitik mit anderen Politikbereichen im Sinne von „Gesundheit als Ergebnis aller politischen Maßnahmen“.

### 3.3. Erfahrungen

In den meisten Entwicklungsländern existieren im Gesundheitssektor nationale Programme und etablierte Formen der Kooperation zwischen Re-

gierung und Gebern, etwa in Form von SWAPs (sector wide approaches), an denen sich deutsche Entwicklungspolitik beteiligt. Dabei spielt die **bilaterale** Zusammenarbeit vielfach eine Schlüsselrolle. SWAPs sind filigrane Prozesse, die auch und gerade vom Vertrauenskapital profitieren, das die bilaterale Zusammenarbeit auf den unteren Ebenen aufbaut.

Beispiele für erfolgreiche Maßnahmen sind solche im Bereich Kapazitätsentwicklung, das Konzept der sozialen Vermarktung (*social marketing*) zum Beispiel von Kondomen und die Förderung von sozialen Sicherungssystemen, einschließlich von Gutscheinansätzen, die Armen Zugang zu qualitativ guter Gesundheitsversorgung ermöglichen. Bei der Bekämpfung von HIV steht die Ergänzung der GFATM-Finanzierungsprogramme zunehmend im Vordergrund. Die deutsche Entwicklungspolitik unterstützt die Partnerländer beim Zugang zum GFATM und bei der optimalen Nutzung von dessen Finanzierungen. Die deutsche Entwicklungspolitik setzt sich erfolgreich dafür ein, Programme zur Bekämpfung von HIV und AIDS und der Familienplanung und Müttergesundheit enger miteinander zu verzahnen und Synergiepotenziale zu nutzen.<sup>7</sup>

Auch im Bereich SRGR haben sich gruppenspezifische Ansätze, insbesondere mit dem Ziel der Stärkung der Rechte und Partizipationsmöglichkeiten von Jugendlichen und Frauen, besonders bewährt. Im Infrastrukturbereich hat sich gezeigt, dass Investitionen auf der primären und sekundären Versorgungsebene (Gesundheitszentren und Distriktkrankenhäuser) für die Verbesserung von benachteiligten Bevölkerungsgruppen besonders geeignet sind.

5 Eine vertiefte Darstellung hierzu geben der Aktionsplan zur Umsetzung der HIV/AIDS-Bekämpfungsstrategie der Bundesregierung (<http://www.bmz.de/de/service/infotehk/buerger/themen/HIVBReg.pdf>) und das HIV/AIDS-Positionspapier des BMZ ([www.bmz.de/de/service/infotehk/fach/spezial/spezial094/index.html](http://www.bmz.de/de/service/infotehk/fach/spezial/spezial094/index.html)).

6 Siehe hierzu BMZ (2008): Positionspapier „Sexuelle und Reproduktive Gesundheit und Rechte, Bevölkerungsdynamik“, BMZ Spezial 148 (englisch Nr. 149, französisch Nr. 159)

7 Siehe dazu BMZ/DED/GTZ/InWEnt/KfW (2007): Policy Brief “Promoting Linkages and Synergies for Sexual and Reproductive Health and Rights and HIV/AIDS – Key Issues and Opportunities”

Vor dem Hintergrund des dargestellten internationalen Zielerahmens und der gewonnenen Erfahrungen wird die deutsche Entwicklungspolitik im Gesundheitsbereich menschenrechtsbasierte Ansätze und die konsequente Berücksichtigung besonders betroffener und benachteiligter Gruppen durchgängig in allen Maßnahmen verfolgen.

Die deutsche Entwicklungspolitik im Bereich Gesundheit ist vor dem Hintergrund der an

Relevanz zunehmenden Aktivitäten der **multilateralen** Organisationen insbesondere im Bereich der Bekämpfung von Infektionskrankheiten zunehmend von der Förderung von und Mitwirkung bei internationalen Organisationen und Partnerschaften geprägt. Bei der Verknüpfung multilateraler und bilateraler Ansätze erweist sich die breite Erfahrungspalette der deutschen Entwicklungspolitik als sehr hilfreich.

## 4. Angestrebte Wirkungen und Handlungsansätze

### 4.1. Angestrebte sektorspezifische und sektorübergreifende Wirkungen

Durch die oben dargestellten Wechselwirkungen zwischen Armut und Krankheit sind bei Maßnahmen im Gesundheitsbereich positive Wirkungen über den Gesundheitssektor hinaus zu erwarten, die teilweise nur bedingt messbar oder auf einzelne Vorhaben zurückführbar sind. Beispiel: Die Verbesserung der Verfügbarkeit von Kontrazeptiva hat über die Geburtenrate Auswirkungen auf den Wohlstand von Familien, auf die Nutzung von Bildungsangeboten, auf die Ernährungssituation und auf die Umwelt. Die direkte Wirkung von Vorhaben im Gesundheitssektor ist über ein Monitoring- und Evaluierungssystem nachzuweisen, das die tatsächlich erzielten Wirkungen in einzelnen Bevölkerungsgruppen in den Vordergrund stellt und dabei insbesondere die Verbesserung der Gesundheit von Armen und sozial benachteiligten Gruppen misst. Die folgenden Schlüsselfragen können Aufschluss über die armuts- und menschenrechtsrelevanten Wirkungen geben:

- Inwieweit hat sich der **Gesundheitszustand** insbesondere von armen und benachteiligten Gruppen verbessert?
- Inwieweit hat sich der **Zugang** zur Gesundheitsversorgung insbesondere für arme und benachteiligte Gruppen verbessert?
- Inwieweit hat sich die **Qualität** der Gesundheitsversorgung sowohl medizinisch als auch unter dem Aspekt der sozio-kulturellen Angemessenheit verbessert?
- Inwieweit hat sich der **Informationsstand** insbesondere der armen und benachteiligten Gruppen über gesundheitsrelevante Fakten verbessert und inwiefern hat sich ein Bewusstsein über ihre Rechte gegenüber der Gesundheitsversorgung entwickelt?
- Inwieweit wurde die **Partizipation** armer und benachteiligter Gruppen in Planung, Implementierung und Monitoring gesund-

heitsrelevanter Maßnahmen institutionell gestärkt?

- Inwieweit wurden die **Kapazitäten** der Pflichtenträger (Regierungen) gestärkt?
- Inwieweit wurden institutionelle Mechanismen für **Rechenschaftslegung und Beschwerdeführung** gestärkt?

In vielen Entwicklungsländern fehlen bisher ausreichende epidemiologische und demographische Daten zur umfassenden Wirkungserfassung von Maßnahmen im Gesundheitsbereich. Um die Wirkung einer armutsorientierten und menschenrechtsbasierten Gesundheitspolitik prüfen zu können, müssen Entwicklungsländer darin unterstützt werden, nach Alter, Familienstand, Einkommen, Geschlecht, Behinderung, ethnischer Zugehörigkeit und Region aufgeschlüsselte Daten unter Beachtung der rechtlichen Standards des Datenschutzes bereitzustellen.

Wirkungen im Gesundheitssektor werden nach heutiger Auffassung am effizientesten und nachhaltigsten erzielt, wenn der Hauptansatz in der Stärkung der Gesundheitssysteme auf den verschiedenen Ebenen liegt, gruppen- und krankheitsspezifische Maßnahmen weitestgehend integriert und in Gesundheitszentren gebündelt angeboten werden. Neben Synergie- und Effizienzgewinnen bewirkt dies auch, dass Unterlassungen vermieden werden (wenn zum Beispiel im Rahmen einer krankheitsspezifischen Behandlung auch der Impfschutz überprüft wird).<sup>8</sup>

**Mainstreaming von HIV- und AIDS-Maßnahmen** und sektorspezifische Ansätze: Aufgrund der entwicklungshemmenden Auswirkungen von HIV und AIDS kommt der Verankerung der HIV/AIDS-Bekämpfung als Querschnittsthema der Entwicklungspolitik eine große Bedeutung

zu. Partner und Entwicklungsakteure werden dabei in die Lage versetzt, Ursachen und Folgen von HIV und AIDS in ihrer Arbeit (zum Beispiel Projekte, Programme) effektiver und nachhaltiger zu überwinden beziehungsweise zu mindern, indem sie ihre Aktivitäten (Kerngeschäft) und ihre Arbeitsplätze im Hinblick auf HIV und AIDS anpassen beziehungsweise verbessern. Zusätzlich werden Arbeitsplatzprogramme für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der eigenen Durchführungsorganisationen und der Partner gefördert. Die Planung, Finanzierung und Umsetzung dieser Maßnahmen erfolgt im Rahmen laufender Vorhaben.

**Mit anderen Politikbereichen bestehen zahlreiche Wechselwirkungen.** Die deutsche Entwicklungspolitik wirkt auf positive Verstärkungen hin. Dies gilt für Bildung, Wasser- und Sanitärversorgung, Ernährung, Verkehr, Wohnen, Justiz, Umwelt, Energie, Wissenschaft und Technologie ebenso wie für Querschnittsthemen wie Menschenrechte, gute Regierungsführung, Beschäftigung, Partizipation, Stärkung von Frauen (*empowerment*) und soziale Sicherung.

## 4.2. Handlungsansätze: Instrumente und Verfahren

### 4.2.1 Relevante internationale Organisationen und Initiativen

Weltweit wirksame Gesundheitsstandards und -strategien werden vor allem in der **Weltgesundheitsorganisation (WHO)** konzipiert und im Rahmen der jährlichen Weltgesundheitsversammlung abgestimmt. Deutschland wird in den nächsten Jahren im Exekutivrat der WHO vertreten sein. Darüber hinaus befassen sich zahlreiche **weitere VN-Organisationen** mit Gesundheit, wie das Kinderhilfswerk UNICEF, das Programm

<sup>8</sup> Siehe Bericht Working Group 1 der High Level Task Force International Innovative Financing of Health Systems, Juni 2009.

zur Bekämpfung von HIV/AIDS (UNAIDS) und der Bevölkerungsfonds der Vereinten Nationen (UNFPA). Die **Weltbank** spielt bei der Gesundheitssystemstärkung eine wichtige Rolle – sowohl konzeptionell als auch finanziell. Neben den neu hinzugekommenen privaten globalen Akteuren wie der Bill und Melinda Gates Stiftung oder Rotary International, die einen erheblichen finanziellen Beitrag leisten, spielen auch seit längerem Initiativen wie die Global Alliance for Vaccines and Immunization (GAVI) oder die Global Polio Eradication Initiative (GPEI) eine wichtige Rolle. Das BMZ ist einer der größten Geber bei GPEI mit über 270 Millionen Euro Leistungen. Die Bundesregierung (BMZ, BMG, AA) ist in den relevanten Gremien aktiv und hat in den vergangenen Jahren in verschiedenen Bereichen Akzente setzen können (Gender, Systemstärkung, Mainstreaming, soziale Sicherung, sexuelle und reproduktive Rechte, Finanzierung). Im Bereich der sexuellen und reproduktiven Gesundheit unterstützt die Bundesregierung zudem den internationalen Dachverband der in diesem Bereich arbeitenden Nichtregierungsorganisationen IPPF (International Planned Parenthood Federation).

Um die Zusammenarbeit verschiedener Länder in der Bekämpfung von Infektionskrankheiten zu verbessern und ihre Effektivität zu steigern, wurde 2002 der **GFATM** gegründet. Der Fonds stellte mit der Beteiligung von Regierungen, Zivilgesellschaft und Privatwirtschaft ein neuartiges Finanzierungsinstrument dar und ist mittlerweile die wichtigste Finanzierungsinstitution im Bereich der Bekämpfung von HIV, Tuberkulose und Malaria (zur Bekämpfung von HIV werden 25 Prozent, von Tuberkulose und Malaria jeweils 60 Prozent der internationalen Unterstützung für Entwicklungsländer beigetragen). Als einer der größten Geber hat Deutschland (BMZ) eine einflussreiche Position im Verwaltungsrat. In den letzten Jahren konnte Deutschland maßgeblich zur Entwicklung einer Gender-Strategie, zu einer stärkeren Gesundheitssystemorientierung des GFATM und zur Entwicklung eines partnerschaftlichen

Arbeitsmodells beitragen. Diese Position soll auch in den kommenden Jahren – angesichts der zentralen Rolle der Institution – beibehalten werden und zum Beispiel bei der anstehenden Gestaltung struktureller Reformen im GFATM und der besseren Verzahnung mit den Gesundheitsstrategien der Partnerländer und den Maßnahmen anderer Geber genutzt werden.

Die Prozesse zur Verbesserung der **Wirksamkeit** der entwicklungspolitischen Zusammenarbeit (*Aid Effectiveness*) spielen für den Gesundheitsbereich eine besondere Rolle. Dies liegt an der Vielzahl von Akteuren und der notwendigen Verzahnung krankheitsspezifischer mit systemrelevanten Ansätzen. Das BMZ hat die Arbeiten im Vorfeld der **Accra-Konferenz** im Jahr 2008 (Studie „Health as a tracer sector“) finanziell unterstützt (über die KfW) und wird sich hier weiter aktiv einbringen. Die Staatengemeinschaft arbeitet inzwischen intensiv an der **Konsolidierung und Koordinierung der komplexen Geberstruktur im Gesundheitsbereich**. Eine wichtige Rolle kommt dabei der „**Global Campaign for the Health Millennium Development Goals**“ zu. Sie ist der strategische Rahmen, innerhalb dessen zahlreiche Akteure und Initiativen agieren, die auf eine effektivere Erreichung der gesundheitsbezogenen MDGs abzielen. Die „**International Health Partnership**“ (**IHP**) wurde 2007 von Bundeskanzlerin Merkel und Premierminister Brown initiiert und hat das Ziel, die Zusammenarbeit multilateraler und bilateraler Geber im Gesundheitssektor auf der Basis nationaler Gesundheitspläne und Prioritäten zu verbessern. Die Mitwirkung an dieser Initiative auf globaler und insbesondere Länderebene wird die deutsche Entwicklungspolitik im Gesundheitsbereich voraussichtlich in den kommenden Jahren prägen. Die „**Providing for Health**“-Initiative (**P4H**) wurde im Rahmen der deutschen G8-Präsidentschaft 2007 angestoßen und entwickelt. Sie ist eine **Partnerschaft von bi- und multilateralen Organisationen (DEU, FRA, WB, WHO, ILO)**, die gemeinsam Partnerländer dabei unterstützen, die **soziale Sicherung im Ge-**

**sundheitswesen** auszubauen und nachhaltig zu finanzieren. Ziel der Initiative ist es, individuelle **Direktzahlungen im Krankheitsfall zu reduzieren** und somit Gesundheitsleistungen vor allem für die ärmere Bevölkerung besser zugänglich zu machen.<sup>9</sup>

In Antwort auf die weltweite Fachkräftekrise im Gesundheitswesen wurde 2006 die **Global Health Workforce Alliance (GHWA)** gegründet, die der WHO angegliedert ist. Als Initiative, die auf einzigartige Weise Regierungen, Nichtregierungsorganisationen, internationale Organisationen, Wissenschaft und berufsständische Organisationen vereint, erscheint sie als Partner für die deutsche Entwicklungspolitik besonders geeignet, um auf dem Gebiet der „Human Resources for Health“ strategische Ansätze auf nationaler, regionaler und globaler Ebene weiterzuentwickeln und entsprechend zu verankern. Eine wichtige Grundlage auf EU-Ebene bildet das unter deutscher EU-Präsidentschaft 2007 durch Ratschlussfolgerungen bekräftigte Europäische Aktionsprogramm zur Bekämpfung des akuten Gesundheitspersonalmangels in Entwicklungsländern.

Im Bereich **SRGR** wurde 2006 die **Reproductive Health Supplies Coalition (RHSC)** gegründet.<sup>10</sup> Seit 2006 ist Deutschland Mitglied in dieser globalen Partnerschaft von mehr als 70 bilateralen und multilateralen Gebern, UNFPA und WHO, Stiftungen, zivilgesellschaftlichen Organisationen und Partnerländern sowie dem Privatsektor. Ihr Ziel besteht darin, den Zugang zu qualitativ hochwertigen Verhütungsmitteln und anderen Medikamenten der sexuellen und reproduktiven Gesundheit in Entwicklungsländern nachhaltig zu verbessern. Dazu unterstützt sie Transparenz und Harmonisierung bei Zulassungs- und Regulie-

rungsprozessen, Kooperation beim Auf- und Ausbau bedarfsorientierter Planungs- und Beschaffungsverfahren und effizienter Finanzierungsansätze sowie bessere Informationsvermittlung über Bedarf, Methoden und Strategien.

#### **4.2.2 Maßnahmen zur effektiven Stärkung von Partnerstrukturen und relevante Aktionsebenen**

**Gesundheitssystementwicklung** kann auf Politik-ebene (Sektorreform) und auf Versorgungsebene (Verbesserung der Leistungsfähigkeit der Gesundheitsversorgung) ansetzen. Eine Strukturverbesserung des Gesundheitswesens kann über eine Dezentralisierung des Gesundheitswesens, den Aufbau nachhaltiger und sozial gerechter Systeme der Gesundheitsfinanzierung und über die Verbesserung von Planungs- und Managementkapazitäten erreicht werden. Auf der Versorgungsebene steht der Aufbau von Organisationsstrukturen zur effektiven Planung, Durchführung, Überwachung und Evaluierung von Gesundheitsmaßnahmen im Vordergrund. Ansatzpunkte für die deutsche Entwicklungspolitik sind Kapazitätsentwicklung und -förderung im Bereich Logistik sowie Personal- und Ressourcenmanagement. Investitionen in die Infrastruktur sollten sich in der Regel auf die primäre und sekundäre Versorgungsebene (Gesundheitszentren und Distriktkrankenhäuser) beschränken. Maßnahmen zur Bekämpfung von Infektionskrankheiten wie auch im Kontext von SRGR sind in die Gesundheitssysteme einzubetten und nicht parallel dazu aufzuziehen.

Dem Abbau des teils gravierenden **Fachkräftemangels** dienen folgende Maßnahmen: Aus- und Weiterbildung, Schaffung der erforderlichen rechtlichen Rahmenbedingungen und geig-

<sup>9</sup> Bezüglich des Auf- und Ausbaus sozialer Sicherungssysteme im Allgemeinen sei auf das BMZ Sektorkonzept Soziale Sicherung verwiesen.

<sup>10</sup> Siehe hierzu BMZ (2008): Positionspapier „Sexuelle und Reproduktive Gesundheit und Rechte, Bevölkerungsdynamik“, BMZ Spezial 148

ner Arbeitsbedingungen, Personalmanagementstrategien und internationaler Regularien. Das Problem des Fachkräftemangels kann nur in einem übersektoralen und internationalen Ansatz und durch Schaffung verbindlicher Regularien für den nationalen Arbeitsmarkt, Migration und Abwerbung gelöst werden. Zur Überbrückung des ausgeprägten Fachkräftemangels in einigen Regionen können begrenzt auch deutsche Kräfte vermittelt werden.

#### **Solidarische Finanzierung der Gesundheitsversorgung und soziale Absicherung im Krankheitsfall:**

Eine sozial gerechte Finanzierung des Gesundheitssystems ist ein wesentliches Ziel der deutschen Entwicklungspolitik im Gesundheitssektor. Die diesbezüglichen Ansätze sind vielfältig und richten sich nach den Prioritäten und Gegebenheiten des jeweiligen Partnerlandes. Optionen sind steuerfinanzierte Gesundheitsdienste, soziale Krankenversicherungen, gemeindebasierte Krankenversicherungsmodelle (*community based health insurance*) sowie Subventionierung der Nachfrage von Gesundheitsleistungen zum Beispiel über Gesundheitsgutscheine. Darüber hinaus können über **konditionierte Sozialtransfers** insbesondere von extremer Armut betroffene Bevölkerungsteile effektiv und kostengünstig erreicht werden. Mit den Transfers werden extrem arme Familien beziehungsweise spezifische Gruppen wie Säuglinge, Kleinkinder und schwangere Frauen direkt erreicht.

**Menschenrecht auf Gesundheit:** Auch im Hinblick auf die Entlastung der Systeme und Stärkung der Strukturen ist die **Prävention** besonders notwendig. Diese kann u. a. durch folgende Maßnahmen erfolgen: Vorsorgeuntersuchungen; Schutzimpfungen; Aufklärung über die Möglichkeiten zur Verhütung von Schwangerschaften und Infektionskrankheiten; Vermittlung von *know-how* in Bereichen wie Schwangerschaft, Kindergesundheit, Hygiene sowie Befähigung von Akteuren der Zivilgesellschaft in diesen Bereichen; Information über Rechte, auch im Kon-

text der Überwindung schädlicher traditioneller Praktiken wie Genitalverstümmelung. Hierzu dient auch der Aufbau von Systemen der Informationsvermittlung durch Betroffene (*peer education*).

Wesentliche Elemente von **SRGR** sind die Beratung bei der Verbesserung der **Gesetzgebung** sowie die Nutzung und **Stärkung von privatwirtschaftlichen Vertriebskanälen** und Werbestrategien für den Verkauf von zumeist subventionierten, gesundheitsfördernden Produkten (Kontrazeptiva, Kondome, Moskitonetze) im Rahmen der **sozialen Vermarktung** (*social marketing*).

Zentrale strukturstärkende Elemente bei **HIV und AIDS** sind: Befähigung und Qualifizierung der für die HIV-Bekämpfung wesentlichen Akteure des Gesundheitswesens, Anpassung der Gesundheitssysteme an die Bedarfe im Kontext HIV und AIDS, sowie Entwicklung und Förderung von HIV/AIDS-Arbeitsplatzprogrammen auf Betriebsebene und in öffentlichen Einrichtungen. Relevant sind auch die Förderung der sozialwissenschaftlichen Forschung und die Förderung des Wissenstransfers von Klinik zu Klinik mittels des 2007 begonnenen Programms für Klinikpartnerschaften.

Zur Verbesserung des Zugangs zu **Medikamenten** in Sub-Sahara-Afrika unterstützt das BMZ Partner bei der vollen **Nutzung bestehender Flexibilität des Abkommens über handelsbezogene geistige Eigentumsrechte (TRIPS)** im Gesundheitsbereich sowie beim Ausbau der lokalen **Pharmaindustrie** durch strukturstärkende Ansätze. Zudem wird die lokale Produktion von Medikamenten gegen armutsspezifische Krankheiten gefördert.

In den nächsten Jahren wird aufgrund der besonderen Probleme Afrikas bei der MDG-Erreichung der Ausbau des deutschen Kooperationsprofils im Gesundheitssektor in **Subsahara-Afrika** eine besondere Rolle spielen.

#### 4.2.3 Rechteinhaberinnen und -inhaber, Pflichtenträgerinnen und -träger, Partner

Vorhaben im Gesundheitssektor sind einerseits auf arme oder anderweitig benachteiligte Bevölkerungsgruppen (Rechtsträgerinnen und Rechtsträger) auszurichten. Andererseits arbeiten sie mit den Entscheidungsträgern zusammen, die zur Umsetzung des Menschenrechts auf Gesundheit in der Pflicht stehen. Für diese Pflichtenträger bedeutet das, die Qualität der Gesundheitsdienste sicherzustellen, den Zugang zu Gesundheitsangeboten zu verbessern und insbesondere darauf zu achten, dass benachteiligte Gruppen dabei nicht zusätzlich diskriminiert werden.

Der Verbesserung der Situation von **Frauen** muss in allen Vorhaben im Gesundheitssektor Rechnung getragen werden, sodass ihr Gesundheitsstand verbessert, ihre Pflegebelastung reduziert und ihre politische Teilhabe in Entscheidungsprozessen gefördert wird. Aufgrund der gesellschaftlichen Rollen- und Abhängigkeitsverhältnisse ist es notwendig, zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation von Frauen auch gezielt Jungen und Männer einzubeziehen. **Jugendliche** und junge Erwachsene sind in Gesundheitsvorhaben besonders zu berücksichtigen, da sie einerseits stark von (insbesondere sexuell übertragbaren) Krankheiten betroffen sind und andererseits noch große Möglichkeiten der Veränderung ihres Gesundheitsverhaltens bestehen. **Säuglinge und Kinder** sind stark von armutspezifischen Krankheiten bedroht. Alle Maßnahmen sollten kindergesundheitsspezifische Faktoren berücksichtigen. Die Interessen benachteiligter Gruppen, seien es ethnische Minderheiten, sexuelle Minderheiten, Behinderte oder Menschen mit HIV/AIDS, müssen beachtet werden. Vorhaben im Gesundheitssektor sollen auf **partizipativen** Ansätzen beruhen.

Die deutsche Entwicklungspolitik ist im Gesundheitssektor auf allen Interventionsebenen tätig. **Partner** für Fördermaßnahmen im Gesundheits-

sektor sind zum einen Regierungs- und Verwaltungsstellen in Entwicklungsländern, vor allem natürlich die relevanten Ministerien. Darüber hinaus arbeitet die deutsche Entwicklungspolitik mit den anderen Gebern, mit multilateralen Institutionen, mit VN-Organisationen, mit internationalen, nationalen und lokalen Nichtregierungsorganisationen, mit Selbsthilfegruppen sowie mit privaten Unternehmen zusammen.

#### 4.2.4 Instrumente, Durchführungsorganisationen

Die **Finanzielle Zusammenarbeit (FZ)** finanziert, berät und begleitet Vorhaben der Partnerländer mit dem Ziel, orientiert an deren Bedürfnissen und Entwicklungsstrategien Eigenverantwortung und Kapazitäten zu stärken. Neben der Beteiligung an der Programmorientierten Gemeinschaftsfinanzierung („Korbfinanzierungen“, Sektorbudgethilfe) finanziert die FZ Maßnahmen zur Verbesserung der Gesundheitsinfrastruktur und -versorgung sowie die Beschaffung von Impfstoffen, Kontrazeptiva, Medikamenten und Hilfsmitteln. Daneben hat sich das von der FZ geförderte Konzept der sozialen Vermarktung (*social marketing*) von gesellschaftlich wünschenswerten Produkten als erfolgreich erwiesen. Schließlich fördert sie Gutscheinsysteme, die bestimmten Zielgruppen (etwa Schwangeren) den Zugang zu entsprechenden Dienstleistungen (etwa Schwangervorsorge) ermöglichen.

Für die **Technische Zusammenarbeit** im engeren Sinne (GTZ) und im weiteren Sinne (CIM, DED, InWEnt) steht die Förderung der Leistungsfähigkeit von Menschen, Organisationen und Institutionen im Vordergrund. Der Aufbau und die Entwicklung von Kapazitäten (*Capacity Building* und *Capacity Development*) in den Bereichen Programm- und Strategieentwicklung, Programmdurchführung, Förderung der Koordination im Sektor sowie Qualitätsmanagement gehören zu den Kernkompetenzen der Technischen Zusammenarbeit. Typische Förderinstrumente sind

daher die Politik- und Organisationsberatung im Gesundheitsbereich, die Begleitung von strukturellen Transformationen, die Förderung partizipativer Entscheidungsprozesse, die Ausbildung von Entscheidungsträgern und Gesundheitspersonal, die Stärkung von Aus- und Weiterbildungseinrichtungen für Gesundheitspersonal sowie die Aufklärung von Zielgruppen. Dabei werden die intersektorale Zusammenarbeit sowie die Süd-Süd-Kooperation gefördert. Der gezielte Einsatz von Fachkräften sichert dabei die begleitende Unterstützung in einer Vielzahl von Arbeitsbereichen (TZ im weiteren Sinne).

Insgesamt achtet die deutsche Entwicklungspolitik auf eine **Komplementarität der Maßnahmen von FZ und TZ**. Gerade im Gesundheitssektor ist aufgrund seiner spezifischen Charakteristika – hoher Bedarf an Beratung, Ausbildung und Aufklärung bei gleichzeitig hohem Investitionsbedarf – die enge Verzahnung von FZ und TZ notwendig.

Besondere Relevanz haben in der Entwicklungspolitik im Gesundheitsbereich **internationale und multilaterale Ansätze**. Die Nutzung von **Synergien und die Entwicklung komplementärer Strategien** bei der Konzipierung und Umsetzung bilateraler und multilateraler Ansätze wird in den kommenden Jahren eine zentrale Herausforderung darstellen. Die deutsche Entwicklungspolitik hat (unter anderem im Rahmen der in 4.2.1 erläuterten P4H-Initiative sowie bei der bilateralen Unterstützung von WHO, UNICEF und UNFPA, durch FZ-Programme der TB-Kontrolle, Polioausrottung und der Versorgung mit Verhütungsmitteln) international anerkannte innovative Ansätze entwickelt. Darüber hinaus unterstützt die deutsche Entwicklungspolitik die GFATM-Antragsteller bei der Ausarbeitung der GFATM-Finanzierungsanträge und deren Umsetzung insbesondere in Bereichen der Gesundheitssystemstärkung und Verringerung von Geschlechterungleichheiten durch die deutsche BACKUP Initiative.

Deutschland beteiligt sich an der Entwicklung **innovativer Finanzierungsinstrumente** für den Gesundheitssektor und hat mit Debt to Health (D2H; Schuldenumwandlung zugunsten von Gesundheitsmaßnahmen des Partnerlandes) eigene Impulse gesetzt.

In der deutschen Entwicklungspolitik gewinnt seit Ende der neunziger Jahre der **programm-basierte Ansatz** (PBA; auf einen Sektor angewandt *Sector-wide Approach, SWAP*) an Gewicht. Die programm-basierten Ansätze können zu einer Harmonisierung der Instrumente beitragen und die nachhaltige Wirksamkeit von Maßnahmen im Gesundheitsbereich fördern. Die Abstimmung der bilateralen Instrumente mit der **IHP** (siehe 4.2.1.) wird in den kommenden Jahren in zahlreichen Partnerländern relevant werden, wobei es das Potential existierender Mechanismen und Strukturen auf nationaler Ebene zu nutzen gilt.

Damit Gesundheit und die **anderen Politik-bereiche** sich positiv verstärken, bedarf es zur Gesundheitsförderung in Entwicklungsländern einer **intensiven Zusammenarbeit**. Diese beinhaltet neben der strategischen Kooperation des Gesundheitssektors mit anderen Handlungsfeldern (siehe Kapitel 4.1.) auch die gezielte Integration gesundheitsrelevanter Aspekte in deren Vorhaben.

Im Gesundheitsbereich arbeitet die deutsche Entwicklungspolitik seit langem nicht nur mit Regierungsinstitutionen, sondern auch mit **Nicht-regierungsorganisationen** zusammen. Zunehmend hat in den letzten Jahren auch die entwicklungspolitische Verantwortung der **Privatwirtschaft** an Bedeutung gewonnen und zu einer Reihe von gemeinsamen öffentlich-privaten Vorhaben (*Public Private Partnerships, PPP*) sowie einer Zusammenarbeit mit der BDI Arbeitsgruppe „Gesundheitsinfrastruktur in Entwicklungs- und Schwellenländern“ geführt.

Die Bundesregierung hat nicht nur bei den Vereinten Nationen, sondern auch im Rahmen der

G 8 in der Vergangenheit entscheidende Initiativen zur Förderung globaler Gesundheit und zur Bekämpfung von armutsrelevanten Krankheiten angestoßen. Dabei arbeitet das BMZ eng mit anderen Ressorts – insbesondere mit dem Bundesministerium für Gesundheit und dem Bundesministerium für Bildung und Forschung – zu-

sammen. Die deutsche Entwicklungspolitik wird diese Prozesse weiter unterstützen und ihren Beitrag dazu leisten, dass das in der Allgemeinen Erklärung der Menschenrechte der Vereinten Nationen verankerte Recht auf den höchsten erreichbaren Gesundheitszustand soweit wie möglich gewährleistet werden kann.

## Herausgeber

**Bundesministerium für wirtschaftliche  
Zusammenarbeit und Entwicklung (BMZ)**

### Dienstsitz Bonn

Dahlmannstraße 4

53113 Bonn

Tel. +49 (0) 228 99 535 - 0

Fax +49 (0) 228 99 535 - 35 00

### Dienstsitz Berlin

Stresemannstraße 94

10963 Berlin

Tel. +49 (0) 30 18 535 - 0

Fax +49 (0) 30 18 535 - 25 01

poststelle@bmz.bund.de

www.bmz.de

### Redaktion

Martina Metz

*Referat Bildung; Gesundheit; Bevölkerungspolitik (bis April 2009)*

Jutta Wagner

*Referat Entwicklungspolitische Informations- und Bildungsarbeit*

### Verantwortlich

Dr. Simon Koppers

*Referat Bildung; Gesundheit; Bevölkerungspolitik*

Klaus Krämer

*Referat Entwicklungspolitische Informations- und Bildungsarbeit*

### Gestaltung

Typo-Druck GmbH, Bonn

### Stand

August 2009

