

Positionspapier der Akteursgruppe Zivilgesellschaft

als Beitrag für die Strategie zu Globaler Gesundheit der Bundesregierung

Inhalt

1. Die Rolle Deutschlands bei der Förderung globaler Gesundheit	1
2. Grundsätze für Deutschlands Engagement in globaler Gesundheit.....	1
2.1. Gesundheit ist ein Menschenrecht.....	1
2.2. Leave no one behind – Niemanden zurücklassen.....	2
2.3. Beteiligung der Zivilgesellschaft.....	3
2.4. Kohärenz auf allen Ebenen und Bereichen.....	4
3. Prioritäre Themenfelder für die deutsche Förderung globaler Gesundheit.....	5
3.1. Beitrag zur Umsetzung der Gesundheitsziele der Agenda 2030	5
3.1.1. Universal Health Coverage und Gesundheitssystemstärkung.....	5
3.1.2. Forschung und Entwicklung	6
3.1.3. Die 'unerledigte Aufgabe' der Millenniumsziele (MDGs).....	7
3.1.4. Stärkung sexueller und reproduktiver Gesundheit und Rechte (SRGR)	8
3.1.5. Bekämpfung vernachlässigter und armutsassoziierter Krankheiten	8
3.1.6. Sicherstellung von Inklusion.....	9
3.1.7. Effektive Pandemie Prävention und Reaktion	10
3.1.8. Klimawandel und Gesundheit	10
3.2. Global Health Security	11
3.3. Der 'One Health' Ansatz.....	12
3.4. Ressourcen für Gesundheitsförderung.....	13
4. Intersektorale und akteurübergreifende Kooperation.....	14
5. Fazit.....	15
6. Quellen und Anmerkungen.....	16

Hinweis: aus Gründen einer verbesserten Lesbarkeit wurde im vorliegenden Dokument auf genderte Textformen verzichtet.

Vorwort

Im Mittelpunkt politischen Handelns muss das Ziel stehen, die Voraussetzungen dafür zu schaffen, dass alle Menschen ein möglichst langes, gesundes und erfülltes Leben führen können. Menschliche Solidarität, soziale Gerechtigkeit – auch über Generationen hinweg – und die unveräußerlichen Menschenrechte sollten dabei die Wertebasis aller Bestrebungen sein.

Das in der Agenda 2030 für nachhaltige Entwicklung (Agenda 2030) formulierte Ziel zur Förderung globaler Gesundheit (Sustainable Development Goal 3), „alle Menschen [sollen] ihr Potenzial in Würde und Gleichheit und in einer gesunden Umwelt voll entfalten können“, lässt sich nur anhand dieser Grundsätze verwirklichen. Gleichzeitig macht die Zielformulierung das erweiterte Verständnis von Gesundheit deutlich: Gesundheit ist nicht nur die Abwesenheit von Krankheit, sondern umfasst das Wohlbefinden und die Lebensumstände eines Menschen insgesamt. Der Gesundheitszustand, die Lebensqualität und die zu erwartende Lebensdauer wird ganz entscheidend von den sozialen Determinanten und den vorherrschenden Lebensumständen, in die ein Mensch geboren wird und unter welchen er aufwächst und lebt, beeinflusst.

Armut, gewaltsame Konflikte, ungleiche Ressourcenverteilung, schlechte Regierungsführung, klimatische Veränderungen, vor allem aber auch Macht- und Wirtschaftsinteressen nationaler und internationaler Regierungen und Unternehmen sind Gründe dafür, weshalb Milliarden Menschen der Zugang zu ausreichender, barrierefreier, präventiver, kurativer und rehabilitativer Versorgung fehlt. Dies trifft in besonderem Maße für marginalisierte, ausgegrenzte und vulnerable Bevölkerungsteile einer Gesellschaft zu.

Aktuelle Kenntnisse und die notwendigen Ressourcen für eine qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung müssen allen Menschen gleichermaßen zu Gute kommen. Die Förderung globaler Gesundheit ist Aufgabe aller Länder und Regierungen. Sie darf nicht marktwirtschaftlichen Prinzipien folgen, wodurch Menschen systematisch zurückgelassen werden. Gleichwohl haben reichere und wirtschaftlich starke Länder und Nationen eine ganz besondere Verantwortung und Verpflichtung, ärmere Staaten und Regionen dabei zu unterstützen, die Gesundheitsversorgung im eigenen Land zu verbessern. Asymmetrische Wirtschafts- und Machtverhältnisse und die in vielen Ländern vorherrschende Ausbeutung nationaler Ressourcen haben einen wesentlichen Anteil daran, dass in den benachteiligten Weltregionen viele Menschen in Armut und unter gesundheitsgefährdenden Bedingungen leben müssen. Eine vorausschauende Politik muss Krisen- und Gesundheitsgefahren entschlossen angehen und eine lebenswerte Zukunft für alle Menschen sichern.

Das hier vorliegende Papier reflektiert die Positionen zivilgesellschaftlicher Akteure, die sich im internationalen und nationalen Kontext für globale Gesundheitsförderung engagieren.¹

1. Die Rolle Deutschlands bei der Förderung globaler Gesundheit

Die Agenda 2030 bildet das gemeinsame Leitdokument, an dem sich politische Entscheidungen und Praktiken aller Staaten in der näheren Zukunft ausrichten und messen müssen.

Deutschland kommt durch seine starke Wirtschaftskraft und durch seine intensive weltwirtschaftliche Verflechtung eine große Verantwortung zu. Damit Krisen und Konflikte erfolgreich verhindert, die weltweite Armut beendet und die SDGs bis 2030 auch tatsächlich erreicht werden, ist eine starke Rolle Deutschlands essentiell – auch für den Bereich globale Gesundheit.

Durch eine Reihe politische Initiativen² zeigt Deutschland eine Vorreiterrolle im Bereich globaler Gesundheit. Diese Initiativen müssen jedoch mit einer klaren Bereitschaft zu einer angemessenen und verlässlichen Finanzierung für Gesundheit verbunden werden sowie mit dem klaren Bekenntnis zu einer fairen Gestaltung des Weltwirtschaftssystems und einer kooperativen Bewältigung globalpolitischer Herausforderungen. Nur wenn die neue Strategie beide Dimensionen in Einklang bringt, kann sie ein Signal der Glaubwürdigkeit setzen und die Lebenschancen der benachteiligten Menschen effektiv verbessern. Es bedarf zudem eines koordinierten Regierungshandelns auf nationaler, europäischer und internationaler Ebene.

Wir sprechen heute von globaler Gesundheit aus der Feststellung heraus, dass der bezahlbare Zugang zu oft lebensnotwendigen Gesundheitsprodukten und –Dienstleistungen sowie die unzureichende Forschung und Entwicklung von Impfstoffen, Diagnostika und Medikamenten eine massive Herausforderung für Menschen weltweit ist – in armen und in reichen Ländern. Antworten müssen daher auch global gedacht werden. Die Umsetzung dieser Aufgaben bedarf einer ausreichenden und nachhaltigen Finanzierung. Um auch hier seiner Verantwortung gerecht zu werden muss Deutschland – wie international vereinbart – mindestens 0,7 Prozent des Bruttonationaleinkommens (BNE) für öffentliche Entwicklungszusammenarbeit und Humanitäre Hilfe (Official Development Assistance, ODA) bereitstellen. Gemäß der Empfehlung der WHO sollte die Bundesregierung mindestens 0,1% des BNE für gesundheitsbezogene Entwicklungszusammenarbeit aufbringen; derzeit sind es lediglich 0,03%.³

Darüber hinaus sollte die Bundesregierung multilaterale Ansätze stärken und sich dafür einzusetzen, dass die EU durch gezielte Programme und Projekte zur Umsetzung von SDG 3 beiträgt und diese Bemühungen nicht durch andere Politiken, etwa im Handelsbereich konterkariert werden. Ebenso sollte sich die Bundesregierung in internationalen Foren, wie anhand des jüngst erhaltenen Sitzes im WHO Exekutivrat und dem UN Sicherheitsrat, der Deutschen EU Ratspräsidentschaft 2020 sowie seinen Mitgliedschaften in G7 und G20 für eine Politik einsetzen, die die Solidarität und die Bedürfnisse von Menschen weltweit in den Mittelpunkt stellt.

2. Grundsätze für Deutschlands Engagement in globaler Gesundheit

2.1. Gesundheit ist ein Menschenrecht

In Artikel 25 der Allgemeinen Erklärung der Menschenrechte der Vereinten Nationen von 1948 ist festgeschrieben: „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 (...).“⁴

Die WHO definiert Gesundheit bereits 1948 als "Zustand völligen psychischen, physischen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur das Freisein von Krankheit und Gebrechen".⁵ 1966 wurde in Artikel 12 des Internationalen Paktes über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte (UN Sozialpakt, ICESCR) das Recht auf Gesundheit als „Recht eines jeden auf das für ihn erreichbare Höchstmaß an körperlicher und geistiger Gesundheit“ spezifiziert und völkerrechtlich verbindlich festgeschrieben.⁶ Hervorzuheben ist, dass das Menschenrecht auf Gesundheit nicht auf eine adäquate Gesundheitsversorgung beschränkt ist, sondern sich auf den Gesundheitszustand an sich bezieht. Gesundheit ist als ‚flüchtiger Zustand‘ und als ‚öffentliches Gut‘ zu begreifen, welches entsprechend verteilt, aber auch erarbeitet und verteidigt werden muss. Hierfür müssen gleichverteilt gute Voraussetzungen für ein gesundes Leben weltweit geschaffen werden. Wie alle Menschenrechte ist das Recht auf Gesundheit universell, unveräußerlich und unteilbar. Es gilt unabhängig der Staatsangehörigkeit und des Rechtsstatus und steht allen Menschen zu. Die aus dem Recht auf Gesundheit resultierenden Pflichten beschränken sich somit nicht auf die eigenen Landesgrenzen. Vielmehr muss die globale Realisierung auch durch internationale Hilfe und Zusammenarbeit erfolgen. Sie ist als öffentliche Aufgabe im weltweiten Maßstab zu sehen, für die vor allem die Staaten Verantwortung tragen, an der aber alle Menschen und Gemeinschaften mitwirken können und müssen. Kenntnisse, Technologien und Dienste für die Gesundheitsförderung und Gesundheitsversorgung müssen für alle Menschen effektiv zugänglich gemacht werden.

Viele Millionen Menschen müssen viel zu früh sterben, weil ihnen ihre Menschenrechte verwehrt werden. Im Kontext globaler Bedrohungsszenarien wie SARS und Ebola gerät das Menschenrecht auf Gesundheit zunehmend unter Beschuss: Die Polarisierung zwischen sog. „Gefahrenherden“, die sich oftmals im globalen Süden befinden, und der sich bedroht fühlenden Bevölkerung des globalen Nordens, führt zu einer Entsolidarisierung. Anstatt der Wahrnehmung einer kollektiven geteilten Verwundbarkeit tragen Krisen zu Diskriminierung und "Othering" bei.

2.2. Leave no one behind – Niemanden zurücklassen

Leitthema der Agenda 2030 ist es, insbesondere auch diejenigen zu erreichen, die besonders gefährdet und am verletzlichsten sind, und für welche die größte Gefahr besteht übersehen oder ausgeschlossen zu werden („Niemanden Zurück lassen – Leave No One Behind“):

„Wir verpflichten uns, auf dieser großen gemeinsamen Reise, die wir heute antreten, niemanden zurückzulassen“.⁷

Die UN Nachhaltigkeitsziele gelten nur dann als tatsächlich umgesetzt, wenn vulnerable und vernachlässigte Gruppen nicht nur nicht ausgegrenzt, sondern als prioritäre Zielgruppe identifiziert werden, die vorrangig von den Maßnahmen zur SDG-Umsetzung profitiert ("furthest behind first"-Grundsatz). Deutschland sollte sich zum Anwalt für vulnerable und vernachlässigte Menschen und Bevölkerungsgruppen machen und sich in internationalen Foren und Verhandlungen für deren Nöte und Bedürfnisse engagieren. Das gilt vor allem auch für Frauen und Kinder und für Menschen mit Behinderungen, die oftmals nur unzureichend Zugang zu Gesundheitsdienstleistungen haben. Täglich sterben weltweit über 15.000 Kinder unter fünf Jahren an leicht behandelbaren oder vermeidbaren Krankheiten.⁸

Nur ein Bruchteil der Menschen mit Behinderung erhält angemessene Prävention und medizinische Behandlung, und umgekehrt ist bei schlechter Gesundheitsversorgung das Risiko einer Behinderung höher. Durch die Unterzeichnung der UN-Behindertenrechtskonvention hat sich auch Deutschland zu einer inklusiven Entwicklungszusammenarbeit verpflichtet, was sich in einer neuen globalen Gesundheitsstrategie sowie in der bi- und multilateralen Entwicklungszusammenarbeit niederschlagen sollte.

Besondere Beachtung muss zudem auch Menschen in entlegenen Regionen und in Konflikt- und Krisengebieten sowie Menschen, die aufgrund ihrer Ethnie, Religion oder sexuellen Orientierung keinen oder nur eingeschränkt Zugang zu Gesundheitsversorgung haben, zu Teil werden. Auch die zunehmende Zahl älterer Menschen ohne soziale Absicherung bringt Herausforderungen mit sich, die systematisch anzugehen sind.

Darüber hinaus müssen alle lokalen, nationalen und globalen SDG Aktionspläne und Handlungsstrategien auf die Überwindung jeglicher Form von Diskriminierung und Exklusion ausgerichtet sein. Hierfür ist eine systematische und partizipative Ermittlung der Bedürfnisse vernachlässigter oder ausgegrenzter Personengruppen in Form von disaggregierten, qualitativen und quantitativen Daten (wie Geschlecht, Alter, Ethnie, Behinderung, etc.) notwendig. Nur so können die jeweiligen spezifischen Determinanten der Zurücklassung adäquat abgebildet und strategisch sowie programmtechnisch berücksichtigt werden, und schlussendlich auch in die Planung und Realisierung von Vorhaben der Entwicklungszusammenarbeit und der humanitären Hilfe einfließen.

Ziel einer jeden staatlichen Gesundheitsorganisation -behörde muss es sein, einen diskriminierungsfreien Zugang zur Gesundheitsversorgung zu gewährleisten. Diese muss in den zwischenstaatlichen Regierungsverhandlungen positioniert und verankert werden.

Zudem sollte innerhalb der Gesundheitsbehörde durch ein unabhängiges System oder anhand einer unabhängigen Organisation ein gleichwertiger Zugang zu Gesundheitsversorgung überwacht werden bzw. ungleiche Zugänge identifiziert und angegangen werden (im Sinne von Monitoring und Entwicklung).

2.3. Beteiligung der Zivilgesellschaft

Demokratie braucht Beteiligung! Zivilgesellschaftliche Organisationen spielen hierfür eine zentrale Rolle. Sie fordern von Regierungen und anderen Akteuren beispielsweise in Fällen von Menschenrechtsverletzungen, Ausbeutung oder Korruption die Übernahme von Verantwortung und Transparenz ein. Zivilgesellschaft agiert als Sprachrohr für benachteiligte, ausgegrenzte und schwächste Bevölkerungsgruppen und pocht auf die Einhaltung ethischer Grundprinzipien und fundamentaler Rechte. Zivilgesellschaft bringt sich bei politischen Prozessen ein, zeigt alternative Handlungsansätze auf und fördert den Dialog mit den betreffenden Gemeinschaften und Bevölkerungsgruppen. In ärmeren Ländern sind zivilgesellschaftliche Organisationen in vielen Bereichen wie z.B. im Gesundheitsbereich Hauptakteur und verfügen dadurch über eine umfassende „on-the-ground“-Expertise.

Zivilgesellschaftliche Akteure nehmen eine wichtige *Kontrollfunktion* wahr und sollten nach dem Prinzip „nothing about us, without us“ frühzeitig, auf allen Ebenen, bei allen politisch strategischen Entscheidungsprozessen sowie bei der Umsetzung und Rechenschaftslegung involviert werden.

In den vergangenen Jahren lassen sich jedoch weltweit vermehrt politische Tendenzen beobachten, die das Engagement zivilgesellschaftlicher Organisationen auf nationaler und internationaler Ebene beschränken oder gar verhindern („Shrinking Space“ bzw. „Closing Space“). Soziale Bewegungen, Gemeinden und zivilgesellschaftliche Akteure erfahren häufig öffentliche Diffamierung, Bedrohung und Kriminalisierung, wenn sie sich in politischen, wirtschafts- oder umweltpolitischen Belangen zu Wort melden. Repressive NGO-Gesetzgebungen wie beispielsweise Antiterrorismus-, Sicherheits-, und Mediengesetze oder Regulierungen, die den Mittelempfang aus dem Ausland begrenzen oder verbieten, beschränken die Arbeit und den Handlungsspielraum zivilgesellschaftlicher Organisationen massiv.⁹

Zivilgesellschaftliche Beteiligung ist oftmals auch aus dem Grund nicht möglich, da Akteuren schlichtweg die finanziellen und personellen Mittel fehlen um sich adäquat in politische Prozesse einbringen zu können.

Forderungen:

- Regierungen müssen dafür Sorge tragen, dass zivilgesellschaftliche Organisationen ausreichend Raum und Handlungsmöglichkeit haben und angemessen finanziert sind, damit sie zur Umsetzung der SDG-Ziele beitragen und ihre **Watchdog-Funktion** wahrnehmen können. Deutschland sollte sich für zivilgesellschaftliche Partizipation einsetzen – hierzulande und auch in anderen Ländern sowie bei

wichtigen internationalen Prozessen und Verhandlungen (wie G7, G20, High Level Panel Foren, ECOSOC, etc.).¹⁰

- Deutschland sollte beim Austausch mit „problematischen“ Ländern (bspw. bei diplomatischen Gesprächen oder Regierungsverhandlungen) offensiv für die Einbindung der Zivilgesellschaft werben, seine Konzepte der Inklusion selbstbewusst vertreten und entsprechendes Know-how und best practices zur Verfügung stellen.
- Partizipationsprozesse müssen für alle Menschen gleichermaßen zugänglich sein, unabhängig von Geschlecht, Alter, Behinderungen, sexueller Orientierung, Herkunft, Geschlechtsidentität, oder sonstiger Faktoren.
- Bei Konsultationsprozessen die die ganze Bandbreite der Global Health Stakeholder einbeziehen, sollte keine „Balance“ der unterschiedlichen Ansichten angestrebt werden. Vielmehr ist es wichtig, sich der Interessenskonflikte zwischen kommerziellen Interessen und den Bedürfnissen der öffentlichen Gesundheit bewusst zu sein. Dies zeigt sich u.a. bei einem bezahlbaren Zugang zu Gesundheitsprodukten und -dienstleistungen oder bei Forschungsprioritäten.

2.4. Kohärenz auf allen Ebenen und Bereichen

Das Gesundheitsziel der Agenda 2030 muss sektorübergreifend und mit einem menschenrechtsbasierten Ansatz implementiert werden. Die deutschen Anstrengungen zur Förderung globaler Gesundheit sollten ressortübergreifend alle relevanten Ministerien (wie das Gesundheits-, Entwicklungs-, Landwirtschafts-, Außen- und Forschungsministerium) und Institutionen miteinbeziehen und darauf achten, dass alle Politikfelder auf die Umsetzung von SDG 3 hinwirken. Dabei dürfen die innerdeutschen Anstrengungen zur Erreichung von SDG 3 nicht außer Acht gelassen werden: erst drei der zehn Unterziele werden in der deutschen Nachhaltigkeitsstrategie erwähnt. Besonders der allgemeine Zugang zu Gesundheitsversorgung (UHC) bedarf mehr Aufmerksamkeit.¹¹

Kohärenz bedeutet zudem die Involvierung aller wichtigen politischen und gesellschaftlichen Akteure. Hierbei sollten vor allem auch die folgenden Fragestellungen handlungsleitend sein: Welche Hindernisse stehen einer kohärenten ressortübergreifenden Verwirklichung der SDG-Ziele entgegen? Wie ist es um Arbeitsbedingungen und Gesundheitsversorgung für Arbeitsimmigranten, Saisonarbeitende, Minenarbeitende, Flüchtlinge, Menschen ohne Papiere, Gefangene etc. bestellt? Wie kann die in vielen Regionen existierende Ausbeutung durch Betriebe und international tätige Konzerne abgeschafft und Arbeitsbedingungen menschenwürdig und ohne negative Auswirkungen auf die Gesundheit reguliert werden?

3. Prioritäre Themenfelder für die deutsche Förderung globaler Gesundheit

3.1. Beitrag zur Umsetzung der Gesundheitsziele der Agenda 2030

3.1.1. Universal Health Coverage und Gesundheitssystemstärkung

Ein *allgemeiner Zugang zu Gesundheitsversorgung (Universal Health Coverage / UHC)* ist dann erreicht, wenn alle Menschen, unabhängig in welchem Land und ob Staatsangehöriger eines Landes oder nicht, ein flächendeckender, umfassender und bezahlbarer Zugang zu Gesundheitsversorgung (d.h. zu Gesundheitsprodukten sowie zu -dienstleistungen) ermöglicht ist, ohne das Risiko eines finanziellen Ruins und ohne dass individuelle Zuzahlungen geleistet werden müssen.

UHC adressiert dafür drei Dimensionen: den Anteil der abgesicherten Bevölkerung, der Umfang der Versorgungsleistungen und der Anteil von Direktzahlungen.

Wesentlich für die Erreichung von UHC ist eine umfassende und nachhaltige Stärkung von *Gesundheitssystemen*.

Dafür sind beispielsweise eine ausreichende und gesicherte Finanzierung, gut ausgebildetes Fach- und Klinikpersonal und hochwertige medizinische Ausstattungen essentiell. In vielen Ländern und Regionen sind die Gesundheitssysteme jedoch unzureichend, oftmals kann nicht einmal eine Basisversorgung sichergestellt werden. Um die Stärkung der Systeme anzugehen solange personelle und technische Ressourcen limitiert sind, müssen die Prioritäten nach ethisch angemessenen Kriterien wie der Bekämpfung der vorzeitigen Sterblichkeit gesetzt werden. Das heißt zu allererst eine Priorisierung der Basisgesundheitsdienstleistungen, (wodurch laut WHO 90% aller Gesundheitsbelange abgedeckt werden können um vermeidbaren Todesfällen vorzubeugen).¹²

Als weiteres ist die Aus- und Weiterbildung von Fachpersonal und eine gesicherte Medikamentenversorgung für die Stärkung von Gesundheitssystemen zentral. Gleichzeitig müssen nachhaltige und effiziente öffentliche Gesundheitsfinanzierungssysteme etabliert werden. Das notwendige Budget kann sich je nach Landeskontext aus einer Mischung von beispielsweise progressiven Steuern, Beiträgen, oder Entwicklungsfinanzierung generieren. Die Bundesregierung sollte nationale Regierungen dabei unterstützen die Staatseinnahmen und den Gesundheitsanteil an öffentlichen Ausgaben zu erhöhen.

Es gibt jedoch per se keine ‚allgemeingültigen Rezepte‘ um UHC zu erreichen, da Maßnahmen immer auf die spezifischen Anforderungen und Möglichkeiten eines Landes zugeschnitten werden müssen.¹³

Deutschland kann Staaten bei der Förderung ihrer Gesundheitssysteme auf vielfältige Art und Weise unterstützen, z.B. bei notwendigen Reformen des Gesundheitssystems und dessen nachhaltiger Finanzierung, bei der Finanzierung der erforderlichen Infrastruktur oder bei der Berufsausbildung oder der Einführung von Krankenversicherungssystemen. Leitend sollte dabei sein, dass die Versorgung auch für vulnerable Bevölkerungsgruppen zugänglich und bezahlbar ist und auf deren Bedürfnisse eingegangen wird.

Um dies sicherzustellen und um die Systeme nachhaltig auf- und auszubauen, ist die Einbeziehung der Zielgruppen essentiell. Ohne deren echte Beteiligung kann es keine stabilen Gesundheitssysteme geben. Für das Konzept von Primary Health Care (PHC) – als ein Grundbaustein für UHC – ist laut der Erklärung von Alma-Ata (1978) die Miteinbeziehung der Gemeinschaften und insbesondere der Einsatz von sog. Community Health Workers (CHWs) grundlegend. Die CHW sollen jedoch nicht als kostengünstiger Ersatz für Klinikpersonal herangezogen werden, sondern zur Ergänzung der Kompetenzen des Fachpersonals. Hauptaufgabe der

Community Health Workers ist es Gemeinden, marginalisierten und vulnerablen Gruppen einen besseren Zugang zu Gesundheitsdiensten zu verschaffen und Basis-Gesundheitsleistungen zu leisten sowie aufklärende, menschenrechtsorientierte Aktivitäten.

3.1.2. Forschung und Entwicklung

Mit dem SDG 3b wird die zentrale Rolle von Forschung und Entwicklung (F&E) für die Erreichung von SDG3 anerkannt. Forschung und Entwicklung muss daher fester Bestandteil aller relevanten Strategien der Bundesregierung sein. Deutschland sollte sich zudem auf europäischer sowie globaler Ebene für die Förderung von F&E einsetzen.

Forschung und Entwicklung für neue Medikamente, Impfstoffe und Diagnostika stellt eine besondere und auch eine gesamtgesellschaftliche Herausforderung dar, an der eine rein marktwirtschaftlich gesteuerte F&E scheitert, da bestimmte Krankheiten und gesundheitliche Bedürfnisse vernachlässigt oder gar nicht erst berücksichtigt werden. Häufig sind medizinische Produkte für viele Menschen weltweit nicht verfügbar oder nicht bezahlbar.¹⁴

Um dem zu begegnen sollten die folgenden *vier Ziele* für den Bereich Forschung und Entwicklung in den Mittelpunkt gerückt werden:

Ziel 1: Die öffentliche Forschungsförderung in Deutschland wird ausgebaut und orientiert sich am weltweiten Bedarf.

Mit einer Priorisierung und verstärkten Investitionen in neue Forschungsmodelle sollte die Bundesregierung dazu beitragen, dass Forschungslücken bei vernachlässigten und armutsassoziierten Krankheiten (Poverty-Related Neglected Diseases, PRNDs) geschlossen werden. Öffentliche Förderung von F&E sollte sicherstellen, dass ihre Ergebnisse weltweit verfügbar bzw. nutzbar sind. Die Bundesregierung sollte daher „soziale Verantwortung“ als ein Prinzip in ihrer Forschungsförderung verankern und sich dafür auf globaler und europäischer Ebene einsetzen. D.h. zum Beispiel auch die stärkere Unterstützung globaler Gesundheitsforschung in zukünftigen EU-Forschungsrahmenprogrammen.

Ziel 2: Die internationale Koordination wird gestärkt.

F&E ist globalisiert und von einer Vielzahl an Akteuren geprägt. Eine verstärkte Koordination ist wichtig, um Forschungslücken zu schließen und Finanzmittel transparent und effizient einzusetzen. Dazu sollte sich die Bundesregierung international für mehr verbindliche multilaterale Absprachen sowie neue Koordinationsstellen engagieren, basierend auf den Erfahrungen des „Global Antimicrobial Resistance Research and Development Hub“ (AMR R&D Hub).

Ziel 3: Alternative Forschungsmodelle nach dem Prinzip „De-Linkage“.¹⁵

Zur Förderung von De-Linkage ist eine erhöhte öffentliche Forschungsfinanzierung – auch für klinische Studien zur Produktentwicklung – wesentlich. Dazu sollte die Bundesregierung neue Finanzierungsmodelle etablieren, wie beispielsweise die eventuelle Einbeziehung der deutschen Krankenkassen. Gleichzeitig sollte die Bundesregierung die bereits bestehende Finanzierung innovativer Modelle, wie das der „Produktentwicklungspartnerschaften (Product Development Partnerships, PDPs)“, deutlich erhöhen und verstetigen. Auch die Förderung etablierter kooperativer Modelle, wie die „European and Developing Countries Clinical Trials Partnership (EDCTP)“, muss fortgeführt und weiter ausgebaut werden.

Ziel 4: Den bezahlbaren Zugang zu effektiven medizinischen Produkten sicherstellen.

Die Bundesregierung sollte keine Freihandelsabkommen unterzeichnen, welche den Zugang zu medizinischen Produkten einschränken. Darüber hinaus sollte sie sich international dafür einsetzen, dass notwendige

Maßnahmen ergriffen werden, um allen einen schnellstmöglichen Zugang zu bezahlbarer Generika zu ermöglichen. Dazu zählt insbesondere die vollumfängliche Anwendung von TRIPS-Flexibilitäten.

3.1.3. Die 'unerledigte Aufgabe' der Millenniumsziele (MDGs)

Trotz beachtlicher Teilerfolge wurde eine umfassende und endgültige Verwirklichung vieler der UN Millenniumentwicklungsziele (MDG) verpasst. Das trifft besonders auf die Senkung der Mütter- und Kindersterblichkeit (MDG4 und 5) zu. Dieser Realität stellt sich die Staatengemeinschaft in der Agenda 2030 und verspricht "zielgerichtete und erweiterte Hilfe" beschleunigt bereit zu stellen, um zu vollenden was im Rahmen der MDGs nicht erreicht wurde, indem sie insbesondere die Schwächsten in den Fokus nehmen will („Unfinished Business“).¹⁶

Dieser Fokussierung sowie dem Nachholen der MDGs muss sich auch Deutschland stellen. Das heißt u.a. auch eine deutlich höhere Investition in die Förderung der Gesundheit von Müttern und Kindern. Denn der bisherige deutsche Beitrag im Zeitraum der MDGs lag weit unter den tatsächlichen wirtschaftlichen Möglichkeiten und entsprach nicht der herausragenden Bedeutung, die die Bundesregierung dem Thema globale Gesundheit selbst beimisst.¹⁷

Neben mehr Förderung von globaler Gesundheit über bilaterale Entwicklungszusammenarbeit, sollten auch die multilateralen Instrumente zur Gesundheitsförderung seitens Deutschlands angemessen und seiner Wirtschaftskraft entsprechend finanziert werden, um möglichst schnell und direkt zur Erledigung des ‚Unfinished Business‘ und zur Förderung der Gesundheit von Müttern und Kindern beizutragen:

- (1) Der Globale Fonds zur Bekämpfung von Aids, Tuberkulose und Malaria (GFATM):
Da im Kapitel 3.1.5 nähere Ausführungen zu diesem erfolgreichen Förderungsinstrument erfolgen,¹⁸ soll hier vorab auf die herausragende Bedeutung des GFATM als ein multilaterales Instrument zur Stärkung der Gesundheit von Frauen, Kindern und Jugendlichen verwiesen werden, da ca. 45% der über den GFATM eingesetzten Mittel in diesem Bereich fließen.¹⁹
- (2) Die Impfallianz Gavi:
Mit Routineimpfungen von Kindern leistet Gavi einen wichtigen Beitrag für die Gesundheit von Kindern weltweit. Deutschland hat sich im Januar 2015 im Rahmen der Wiederauffüllungskonferenz für Gavi dazu verpflichtet, zwischen 2016 und 2020 insgesamt 600 Millionen EUR bereitzustellen. Eine deutliche Steigerung gegenüber der vorherigen Finanzierungsmarchen. Dieses Engagement sollte Deutschland ungebremst weiterführen und im Zuge der nächsten Gavi Wiederauffüllungskonferenz 2020 ausbauen.²⁰
- (3) Die Global Financing Facility (GFF):
Die GFF soll durch nachhaltige und innovative Finanzierungsprozesse die Umsetzung der SDGs in Bezug auf die Gesundheit und Ernährung von Kindern, Jugendlichen und Frauen unterstützen. Damit hat das Instrument das Potenzial eine gravierende Finanzierungslücke bei der Förderung von Gesundheit und Ernährung von Kindern und Müttern zu schließen. Aufgrund bestehender Synergien zwischen den Zielen des GFF und denen der deutschen globalen Gesundheits- und Entwicklungspolitik sollte die Bundesregierung sich an der Finanzierung des GFF beteiligen, sich aktiv in dessen Steuerungsgremien einsetzen und Reformprozesse mitgestalten.²¹

3.1.4. Stärkung sexueller und reproduktiver Gesundheit und Rechte (SRGR)

Deutschland sollte sich stärker als bisher bei der Verwirklichung des universellen Zugangs aller Menschen zu sexueller und reproduktiver Gesundheit und Rechte (SRGR) engagieren und die Empfehlungen der von der Bundesregierung mitfinanzierten ‚Gutmacher-Lancet Kommission zu SRGR‘ umsetzen.²²

Für die Umsetzung von SRGR (SDG 3.7. und SDG 5.6.) sollte die Bundesregierung des Weiteren die BMZ-Initiative zur freiwilligen Familienplanung und Müttergesundheit über das Jahr 2019 hinaus mit mindestens 150 Millionen Euro pro Jahr fortsetzen und stärker als bisher auf junge Menschen ausrichten. Außerdem muss SRGR ein fester Bestandteil aller Vorhaben zur Gesundheitssystemstärkung sowie UHC sein. An der Schnittstelle zum Bildungssektor sollte die Bundesregierung erfolgreiche Projekte und Programme zur umfassenden Sexualaufklärung fortführen und weiteren Ländern die Kooperation hierzu anbieten. Denn solche Programme und Projekte leisten einen wichtigen Beitrag zur Prävention von sexuell übertragbaren Krankheiten wie bspw. HIV/Aids, zum Zugang zu freiwilliger Familienplanung und zur Prävention von ungewollten (frühen) Schwangerschaften sowie von geschlechtsbasierter und sexueller Gewalt.

Neben der bilateralen Zusammenarbeit sollte die Bundesregierung seine bisherigen Mittel für den Bevölkerungsfonds der Vereinten Nationen (United Nations Population Fund, UNFPA) und für die International Planned Parenthood Federation (IPPF) verdoppeln.

3.1.5. Bekämpfung vernachlässigter und armutsassoziierter Krankheiten

Die Bundesregierung muss sich dafür einsetzen, dass die Bekämpfung von armutsassozierten und vernachlässigten Krankheiten (Poverty-Related Neglected Diseases, PRNDs) entsprechend des Koalitionsvertrages zu den politischen Prioritäten zählt. Zur Krankheitsgruppe zählen neben Aids, Tuberkulose (TB) und Malaria auch die vernachlässigten Tropenkrankheiten (Neglected Tropical Diseases, NTDs). Weltweit sind über eine Milliarde Menschen von PRNDs betroffen.²³

PRNDs führen oft zum Tod oder rufen zumindest dauerhafte Behinderungen hervor. Die damit oft einhergehende Stigmatisierung der betroffenen Personen macht einen ganzheitlichen Ansatz erforderlich, der über die medizinische Intervention hinausgehend auch die soziokulturellen Kontexte berücksichtigt. Lösungen zur Überwindung der sog. „letzten Meter“ zu den betroffenen Patienten stellen ein weiteres zentrales Erfordernis dar. Patienten müssen auch in schwer zugänglichen oder entlegenen Gebieten erreicht werden können.

Antimikrobielle Resistenzen (AMR) sind in diesem Kontext eine weitere besondere Herausforderung: beispielsweise, wenn es um die Behandlung resistenter Formen der TB sowie von Malaria und Aids geht, aber auch bei den NTDs. Bestehende Forschungslücken und auch das Problem der Bezahlbarkeit von vorhandenen medizinischen Produkten machen die Bekämpfung von PRNDs sehr schwierig. Um die Forschung und Entwicklung zu neuen, wirksameren und verträglicheren medizinischen Produkten gegen PRNDs zu stärken, sollte die Bundesregierung die erfolgreich etablierte Förderung von PDPs sowie anderer innovativer Formate der Forschungsförderung ausweiten (siehe dazu auch Abschnitt 3.1.2).

Notwendige Maßnahmen gegen PRNDs sind unter anderem die evidenzbasierte Erstellung und Verbesserung von Health Policies und Leitlinien. Diese sollten notwendige Schritte beinhalten, von der Diagnosestellung an bis hin zur erfolgreichen Behandlung der Patienten – inklusive der Versorgung von Langzeitfolgen und sich überschneidenden Krankheitslasten (Komorbiditäten). Die Policies und Leitlinien müssen evaluiert, strukturelle

Fehler identifiziert und die Kaskade optimiert werden. Um PRNDs erfolgreich zu beenden, ist nach dem One Health Ansatz eine transdisziplinäre Verzahnung unterschiedlichster wissenschaftlicher Disziplinen zwingend notwendig.

Der oben (Kapitel 3.1.3) bereits erwähnte Global Fund zur Bekämpfung von Aids, TB und Malaria (GFATM) benötigt für seine Arbeit und insbesondere für die Ausweitung seiner Katalysatorrolle deutlich mehr und Finanzierung. Deutschland kann hierzu stärker beitragen, indem es seine Zahlungen auf jährlich 400 Millionen Euro erhöht und mit Verpflichtungsermächtigungen planbar absichert.

Die Bundesregierung muss jedoch auch sicherstellen, dass ein stärkerer Fokus auf die Bekämpfung von PRNDs nicht zu einer Vernachlässigung von chronischen Erkrankungen (Non-Communicable Diseases, NCDs) führt.²⁴ Denn die Zahl der an NCDs erkrankten Menschen nimmt weltweit beständig zu.

Zu den NCDs zählen z.B. Bluthochdruck, Diabetes, Krebs oder Demenz. Global gesehen fordern sie die meisten Todesfälle, wobei fast 85% aller Todesfälle aufgrund chronischer Erkrankungen in ärmeren Ländern verortet werden.²⁵ Neben dem rasanten Anstieg chronischer Erkrankungen bestehen in vielen Ländern Infektionskrankheiten fort, so dass eine doppelte Krankheitslast besteht.

3.1.6. Sicherstellung von Inklusion

Deutschland sollte in der nationalen und internationalen Zusammenarbeit einen Ansatz ganzheitlicher Gesundheitsförderung verfolgen, der den gleichberechtigten Zugang aller, und besonders für die am meisten gefährdete, strukturell ausgeschlossene und marginalisierte Bevölkerungsgruppen zum Ziel hat (siehe hierzu auch Kapitel 2.2). Dazu gehört die Entwicklung und Umsetzung eines entsprechenden Konzepts für Inklusion.

Essentiell ist dabei die barrierefreie Ausgestaltung und Ausstattung der ambulanten und stationären medizinischen Versorgungsstrukturen, sowie Fortbildungen für das Gesundheitspersonal sowie für Ehrenamtliche im Gesundheitswesen über die Versorgung von chronischen Erkrankungen und einhergehender zusätzlicher Beeinträchtigungen. Notwendig ist zudem auch die aktive Beteiligung von Menschen mit Behinderungen in die Formulierung von ‚Policies‘ und in die Planung, Umsetzung, Monitoring und Evaluation von inklusiven Gesundheitsprogrammen und -strukturen. Von Barrierefreiheit profitieren nicht nur Menschen mit Behinderungen, sondern alle (z.B. alte und mobilitätseingeschränkte Menschen, Eltern mit Kinderwagen). Auch eine diversitätsorientierte Planung sowie die Fort- und Ausbildung von Mitarbeitenden schafft eine Sensibilisierung, die auch anderen benachteiligten und diskriminierten Gruppen zugutekommt.

Zu einem ganzheitlichen Gesundheitssystem gehört neben der medizinischen Rehabilitation auch die Versorgung mit Hilfsmitteln (unterstützende Technologien) als integraler Bestandteil, wie dies im Konzept der UHC verankert ist. Beides sollte in einer Strategie für globale Gesundheit explizit berücksichtigt werden, um den gravierenden Mangel, der weltweit in diesem Bereich existiert, zu beheben. Darüber hinaus sind Maßnahmen zur Prävention (wie z.B. Impfungen gegen Gebärmutterhalskrebs) und Früherkennung barrierefrei und inklusiv zu gestalten.

Lücken bei der Prävention und medizinischen Versorgung von vulnerablen Bevölkerungsteilen, wie beispielsweise Drogengebrauchende, Menschen mit psychischen oder psychiatrischen Erkrankungen, Menschen mit Migrationshintergrund, Menschen in Haft und andere strukturell oft vernachlässigte Gruppen müssen geschlossen werden.

Inklusive Ansätze müssen die Einwilligung der Patienten in Therapieentscheidungen berücksichtigen, strikte Vertraulichkeit wahren, und im Sinne von Primary Health Care die Partizipation von Communities fördern.

Darüber hinaus sollte die Selbstorganisation von Patienten in Selbsthilfegruppen, Selbstvertretungsgruppen, Support Groups u.ä. unterstützt werden.

Strategien, die Patienten nicht in die Therapieentscheidungen einbeziehen, sind kontraproduktiv, da sie das Risikoverhalten erhöhen sowie die Therapietreue (Adhärenz) gefährden.

Zur Inklusion gehören auch gezielte Maßnahmen, die dafür sorgen, dass Patienten nicht z.B. wegen ihrer Herkunft, ihrer Weltanschauung, ihres Alters, ihres HIV-Status, sexuellen Orientierung kriminalisiert oder von Gesundheitsleistungen ausgeschlossen werden. Inklusiv Strategien fördern die gesellschaftliche „Normalisierung“ verschiedener Lebensrealitäten und sollten auf die Reduzierung von Stigmatisierung und Diskriminierung abzielen.

3.1.7. Effektive Pandemie Prävention und Reaktion

Basierend auf den Lektionen vergangener Krankheitsausbrüche wie Ebola, oder von Cholera in Haiti sollte die Bundesregierung dafür Sorge tragen, dass die Weltgemeinschaft adäquate Kapazitäten für eine angemessene Prävention von und Reaktion auf Gesundheitskrisen schafft. Entsprechend muss eine künftige Strategie der Bundesregierung zur Förderung globaler Gesundheit darauf ausgerichtet sein, die globale und lokale Prävention sowie die Reaktionsfähigkeit auf Gesundheitskrisen zu verbessern. Menschen in ärmeren Ländern sind besonders von Gesundheitskrisen betroffen und nur wenigen verheerenden Krankheitsausbrüchen wird dieselbe Aufmerksamkeit zuteil wie der Ebola-Krise in Westafrika im Jahr 2014. Die Bundesregierung muss sich deshalb dafür einsetzen, dass die Weltgesundheitsorganisation (WHO) gestärkt wird und eine koordinierte und effiziente Reaktion auf Krankheitsausbrüche sichergestellt ist. Die WHO muss dazu befähigt sein, bei einem Krankheitsausbruch schnell und zum Wohl der betroffenen Menschen zu handeln – und nicht erst dann, wenn die Situation für reiche Länder im globalen Norden als Bedrohung wahrgenommen wird. Dazu zählen insbesondere eine ausreichende zweckungebundene finanzielle Ausstattung der WHO und die kritische Beobachtung der Einflussnahme durch private Akteure, wie der Pharmaindustrie oder der Bill-und-Melinda-Gates-Stiftung. Zusätzlich muss die Bundesregierung darauf hinwirken, dass die Reaktionszeit der internationalen Gemeinschaft auf Krankheitsausbrüche deutlich verkürzt wird.

Zu einer nachhaltigen Pandemieprävention gehört zudem, dass die biomedizinische Forschung stärker öffentlich koordiniert und finanziert wird, damit sie sich an den medizinischen Bedürfnissen der Menschen und nicht am Profit orientiert. Ein wesentlicher Bestandteil von Forschung muss die Entwicklung neuer Impfstoffe sein, die bei Bedarf kurzfristig zur Anwendungsreife gebracht werden können. Initiativen wie die „Coalition for Epidemic Preparedness Innovations“ (CEPI) sollten unterstützt und ausgebaut werden. Gleichzeitig muss sichergestellt sein, dass ausreichend Produktionskapazitäten im Krisenfall zur Verfügung stehen.

3.1.8. Klimawandel und Gesundheit

Die ungebremste Erderwärmung, die fortschreitende Umweltzerstörung und die Vernichtung der biologischen Vielfalt droht die Grundlagen allen Lebens auf dem Planeten zu zerstören und gefährdet damit zentrale Voraussetzungen für menschliche Gesundheit und Wohlergehen. Gesundheitsschädigende Umweltbedingungen sind schon jetzt für einen hohen Anteil der Krankheitslast.²⁶

Dabei ist festzuhalten, dass v.a. die westlichen Industrienationen als Hauptverursacher des Klimawandels gelten. Die Folgen des Klimawandels trifft jedoch insbesondere die armen Länder und deren Bevölkerung am härtesten und gefährdet ihre Gesundheit. Klima- und Umweltschutz sind daher effektiver Gesundheitsschutz.

Viele der Klimaschutzmaßnahmen, wie saubere Luft und Wasser oder weniger Fleischkonsum, gehen gleichzeitig mit z.T. erheblichen positiven Effekten, so genannten Ko-Nutzen für Gesundheit einher. Die Bundesregierung sollte sich daher dafür einsetzen, dass diese Erkenntnis noch breiter in Politik, und Öffentlichkeit verankert wird. Dies erfordert insbesondere die Verankerung von gesundheitsbezogenen Klimaschutz und Klimaanpassung in den nationalen Umsetzungsplänen (Nationally Determined Contributions, NDCs) zum Pariser Klimaabkommen. Neben der Verankerung auf nationaler Ebene muss sich die Bundesregierung dafür einsetzen, dass diese auch auf der Ebene der Europäischen Union und auf globaler Ebene stattfindet.

Entscheidend für den Klimaschutz wie auch für kurzfristig zu realisierende positive Gesundheitseffekte ist der schnelle Übergang zu einer CO₂-neutralen Wirtschaft und Gesellschaft. Dieser wird insbesondere durch einen schnellen und umfassenden Ausstieg aus der Kohlenutzung und den Umstieg auf erneuerbare Energien sowie durch Energieeffizienzsteigerung auf globaler und auf Landesebene erreicht. Weitere wichtige Maßnahmen wären die Bepreisung von CO₂ Emissionen sowie der sukzessive und sozialverträgliche Abbau von Subventionen für klima- und umweltschädlicher Subventionen. Die dabei eingesparten Mittel sollten in Gesundheit und Klimaschutz umgelenkt werden.²⁷

Des Weiteren bedarf es des Übergangs zu einer emissionsarmen und umweltverträglichen Landwirtschaft sowie der verpflichtenden Messung und Überwachung der Fortschritte der Länder beim gesundheitlichen Klimaschutz anhand ausgewählter Indikatoren (z.B. SDG Indikatoren, Lancet Countdown Indikatoren, WHO/UNFCCC climate and health country profiles etc.).

Notwendig sind zudem differenzierte Gesundheitsfolgeabschätzungen - einschließlich der ökonomischen Kosten bzw. des Nutzens aus einer planetary health Perspektive heraus.

Alle diese Maßnahmen gehen mit multiplen Ko-Nutzen einher. Sie wirken sich nicht nur positiv auf die Gesundheit und auf das Klima aus, sondern sie zahlen sich mittelfristig auch ökonomisch aus.²⁸

3.2. Global Health Security

Der Begriff „Global Health Security“ (GHS) ist im Grunde unzureichend und nicht einheitlich definiert. GHS wird durch Narrative und Argumente der Sicherheitsdebatte immer zentraler in den politischen Gesundheitsdiskurs gestellt, der v.a. auf die Abwehr von Pandemien wie Ebola und Zika sowie den Kampf gegen antimikrobielle Resistenzen (Antimicrobial Resistance, AMR) abzielt. Dabei stehen nicht die Betroffenen selbst, also v.a. die Menschen im globalen Süden, im Zentrum der Debatte, sondern die als Bedrohung wahrgenommene und abzuwehrende Gesundheitskrise und die damit verbundene Gefahr für den globalen Norden. Ein solches „Sicherheits-Framing“ verschiebt die Prioritäten von einem menschenrechtsbasierten Ansatz hin zu einem angst- und risikogesteuerten, und auf Abschottung fokussierenden Ansatz. Dies kann zu einer gefährlichen Verzerrung der Debatte sowie von Handlungsoptionen führen, wodurch soziale Ausgrenzung durch Krankheit, schwache Gesundheitssysteme, mangelnder Zugang zu Medikamenten sowie deren Verfügbarkeit nicht ausreichend thematisiert und angegangen werden. Krankheiten, die vor allem Länder des globalen Südens betreffen, werden bei der internationalen Krankheitsprävention sowie bei der medizinischen Forschung nachrangig behandelt – zum eindeutigen Nachteil der schwächsten Menschen weltweit.

Patienten müssen um ihrer selbst willen behandelt werden, und nicht um vornehmlich eine Bedrohung der Sicherheitsinteressen mächtiger und wohlhabender Geberstaaten zu beseitigen.

Wir fordern die Bundesregierung daher auf, sich in der internationalen Gesundheitsdebatte dafür einzusetzen, dass

- die Patienten und deren Zugang zu Gesundheitsversorgung im Fokus stehen und nicht vorrangig die bloße Eindämmung von Krankheiten,
- das Paradigma einer geteilten Verwundbarkeit zwischen globalem Süden und globalem Norden anstelle einer polarisierenden Bedrohung befördert wird.
- der Stigmatisierung von Menschen mit übertragbaren Erkrankungen mit entsprechenden und ausreichenden Maßnahmen begegnet wird.
- sich öffentlich geförderte Forschung und Entwicklung auf gesamtgesellschaftlich relevante Gesundheitsbedürfnisse konzentriert, unabhängig davon, ob diese eine Sicherheitsdimension für Geberländer haben oder nicht. (siehe Kapitel 3.1.2.).

Gesundheit in fragilen Kontexten:

Die besonders fragile Lage und Exposition von Gesundheitseinrichtungen und -personal bei gewaltsam ausgetragenen Konflikten („Hospital Bombing“) muss mehr politische Beachtung finden und in nationale und internationale Sicherheitskonzepte aufgenommen werden. Obwohl Angriffe auf zivile medizinischen Einrichtungen, einschließlich Krankenhäuser, Kliniken und Krankenwagen, ebenso wie auf deren Personal gegen die Genfer Konventionen verstößt, nehmen die Angriffe immer mehr zu. So kam es im Jahr 2016 in mindestens 23 Ländern, in denen Konflikte oder politische Unruhen herrschten, zu Angriffen auf und Beeinträchtigungen von Gesundheitseinrichtungen.²⁹ Allein in Syrien gab es seit 2011 1.004 Angriffe auf medizinische Einrichtungen. Unter anderen haben Angriffe auf Hospitäler im Jemen das Gesundheitssystem kollabieren lassen und die rasche Ausbreitung von Cholera begünstigt.³⁰ Gesundheitseinrichtungen in Krisen- und Konfliktregionen bedürfen daher besonderen Schutz. Medizinische Einrichtungen sind kein legitimes Angriffsziel.

Die Bundesregierung muss konkrete Schritte zur Umsetzung der Resolution 2286 des UN-Sicherheitsrates zum Schutz von medizinischen Einrichtungen ergreifen und sollte sich auch bei anderen Partnerstaaten nachdrücklich dafür einsetzen.

3.3. Der ‚One Health‘ Ansatz

Bisher fehlt die Verankerung des transdisziplinären One Health Ansatzes in den Gesundheitsstrategien der Bundesministerien und der Bundesregierung. Der One Health-Ansatz anerkennt die Zusammenhänge der Gesundheit von Mensch, Tier sowie der Umwelt, und vereint Human- und Veterinärmedizin, Landwirtschaft und Umwelt- und Sozialwissenschaften miteinander. Es sollte jedoch auch die Schlüsselfunktion des Ansatzes bei der Umsetzung der UN Nachhaltigkeitszeile erkannt und stärker beachtet werden. Es wird hierbei eine essenzielle und effiziente Gesundheitspolitik gefordert, sowie wirksame Interventionsmechanismen und integrative Ansätze für ein nachhaltiges Gesundheitsmanagement mit inter- und transdisziplinärer Zusammenarbeit proklamiert.

Krankheiten, wie die zoonotische³¹ Tuberkulose und armutsassoziierte, vernachlässigte Tropenkrankheiten (Neglected Tropical Diseases, NTDs) demonstrieren eindrücklich, wie unerlässlich eine **holistische Gesundheitspolitik** im Kampf gegen diese Infektionskrankheiten ist. Aus diesem Grund muss bei der Bekämpfung von NTDs, von antimikrobiellen Resistenzen (AMR) und Tuberkulose explizit darauf eingegangen werden. Denn gerade auch in diesen Krankheitsbereichen müssen neben der Humanmedizin auch die Tiergesundheit, die Umwelt sowie ökologische, soziale, politische und wirtschaftliche Umstände und Aspekte mitberücksichtigt werden.

Die Bedeutung von One Health für die globale Gesundheitspolitik und -förderung veranschaulichen die folgenden Fakten:

- 60% aller humanen Infektionskrankheiten und ein Großteil der NTDs sind Zoonosen.³² Ohne sektorenübergreifende Maßnahmen sind diese Infektionskrankheiten nicht zu überwinden. Die Wechselbeziehung zwischen NTDs und Lebensumständen, inkl. Erwerbsmöglichkeiten, ist eindeutig wissenschaftlich aufgearbeitet.
- Asymmetrische Handelsbeziehungen mit der daraus resultierenden systematischen Benachteiligung riesiger Personengruppen im globalen Süden sind ein bedeutsamer Faktor für ein erhöhtes Erkrankungsrisiko für armutsassoziierte Krankheiten.³³ Hierbei ist zu betonen, dass über 70% der in Armut lebenden Bevölkerung ihr Auskommen ganz oder zumindest teilweise durch Tierhaltung bestreitet.³⁴ D.h. weltweit leben ca. 300 Millionen Menschen in pastoralen Lebensformen deren Existenzen vollkommen von der Tiergesundheit abhängt.³⁵ Diese Menschen sind aufgrund ihrer direkten Nähe zum Tier und durch ihre Unmittelbarkeit zu Umwelt besonders gefährdet für zoonotische Infektionen. Auch die tierischen Reservoirs von Infektionskrankheiten müssen in die jeweiligen Bekämpfungsstrategien mit einbezogen werden. Wobei neben den Nutztieren auch Wildtiere berücksichtigt werden müssen, die durch das Bevölkerungswachstum und dem Verlust von Lebensraum vermehrt und zunehmend in Kontakt mit Menschen geraten (z.B. Ebola).

Forderungen:

- Die World Organisation Animal Health (OIE) und die Food and Agriculture Organisation der Vereinten Nationen (FAO) sind als internationale Vertreter für die Sektoren Veterinärmedizin und Landwirtschaft, besonders beim Kampf gegen AMR und NTDs, als wichtige Akteure mit einzubeziehen.
- Die Veterinärmedizin, der WASH-Sektor, und die Landwirtschaft müssen generell in die Debatte über Global Health integriert werden.
- Bestehende intersektoral arbeitende oder forschende Plattformen müssen ausgebaut werden. Darüber hinaus ist eine gezielte *interdisziplinäre Forschungsförderung* nötig.
- Für wirksame Interventionsmechanismen und für die Umsetzung der SDG Gesundheitsziele muss der in der Literatur beschriebene One Health Ansatz in der Gesundheitsstrategie der Bundesregierung verankert werden.

3.4. Ressourcen für Gesundheitsförderung

Ohne ausreichende und verlässliche Finanzmittel wird die allgemeine Gesundheitsversorgung und die effektive Bewältigung der gravierendsten globalen Gesundheitsprobleme *unrealisierbar* bleiben. Die Regierungen der ärmeren ebenso wie die Regierungen reicher Länder müssen ihre Verantwortung anerkennen, um die Finanzierungslücken zu schließen.³⁶

Auf beiden Seiten wird bislang zu wenig für eine ausreichende Gesundheitsfinanzierung getan. Auch der deutsche Beitrag ist – vor allem auch im Vergleich zum Beitrag anderer Geberstaaten und insbesondere im europäischen Kontext zu gering. Das Überleben der Menschen steht stets im Vordergrund jeglicher Bemühungen, jedoch ist Verantwortung und Glaubwürdigkeit auch eng an eine ausreichende Finanzierung gekoppelt.

Deutschland sollte, vor allem auch angesichts seiner Wirtschaftskapazität, durch die folgenden Maßnahmen Verantwortung für die globale Gesundheitsfinanzierung demonstrieren:

- Eine klare Selbstverpflichtung der Bundesregierung, die ODA-Mittel bis 2020 auf 0,7 Prozent des BNE zu steigern, zusätzlich untermauert durch einen konkreten Umsetzungsplan.³⁷ Darin sollte festgehalten werden, dass auch die Mittel für Gesundheit zügig auf den empfohlenen Anteil von 0,1% für Gesundheit angehoben werden.³⁸
- Eine angemessene und verlässliche Beteiligung an der Finanzierung gesundheitsrelevanter UN-Organisationen und globaler Gesundheitsinitiativen, wie insbesondere WHO, UNAIDS, UNFPA, UNICEF, dem GFATM und Gavi, sowie einen finanziellen Beitrag zur GFF zu leisten.
- Den Stellenwert von globaler Gesundheit in der bilateralen Entwicklungszusammenarbeit stärken.³⁹
- Der Einsatz für die Erstellung eines globalen Finanzierungsplans für SDG 3.⁴⁰
- Die Förderung einer (besseren) Koordination der existierenden Finanzierungsmechanismen mit dem Ziel die bestehende Fragmentierung zu überwinden.⁴¹
- Die Unterstützung eines solidarischen Systems mit fairen Pflichtbeiträgen der wirtschaftsstarken Staaten.⁴²
- Eine globale Forschungskonvention mit auf den Weg bringen, die eine verbindliche Finanzierung und effektive Koordinierung bedarfsorientierter Forschung und Entwicklung ermöglicht
- Die Unterstützung effektiver Maßnahmen für die Sicherung fairer und erschwinglicher Kosten für Medizinprodukte.⁴³
- Die Überprüfung der Investitionen anderer Sektoren nach den One-Health Prinzipien⁴⁴
- Die ausreichende Finanzierung für eine unabhängige und angemessene Kommunikation zwischen Patienten und Angehörigen der Gesundheitsberufe wird garantiert

4. Intersektorale und akteurübergreifende Kooperation

Auf nationaler staatlicher Ebene zählt die Herstellung von Kohärenz zwischen allen relevanten Ressorts inklusive deren nachgeordneter Behörden zu den zentralen Voraussetzungen für die erfolgreiche Entwicklung und Umsetzung einer Strategie zu globaler Gesundheit. Um eine bessere Koordination zwischen den Ministerien sicherzustellen, sollte globale Gesundheit z. B. ein fester Bestandteil der Tagesordnung der Staatssekretärsrunde werden. Auch sollte das BMG gemeinsam mit dem BMZ, BMEL, BMBF und dem Auswärtigen Amt Leitlinien für eine kohärente Gesundheitsentwicklungspolitik gegenüber Partnerstaaten verabschieden.

Um dem zuvor beschriebenen Grundsatz der zivilgesellschaftlichen Beteiligung (siehe Abschnitt 2.3.) zu entsprechen, sollten regelmäßige, mindestens jedoch halbjährlich stattfindende Treffen zwischen der Zivilgesellschaft und den Themenverantwortlichen der Ressorts stattfinden. Diese Austauschtreffen sollten dazu genutzt werden, die Umsetzung der Gesundheitsstrategie zu begleiten, frühzeitig Probleme zu erkennen und Lösungsmöglichkeiten zu entwickeln sowie aus neuen Erkenntnissen gespeiste konzeptionelle Anpassungen vorzunehmen.

Für eine erfolgreiche Umsetzung der globalen Gesundheitsstrategie sind klare, bindende Verpflichtungen und Pläne notwendig. Aus diesem Grund sollte die Bundesregierung parallel zur Strategie einen Umsetzungsplan erstellen, der die einzelnen Ressorts in die Rechenschaftspflicht nimmt, einen zeitlichen Fahrplan für die Umsetzung aufzustellen, der Meilensteinen und die notwendigen Ressourcen beinhaltet. Der Umsetzungsplan sollte sich auch auf die nationale Ebene beziehen.

Die Universalität der Agenda 2030 verlangt die Umsetzung von SDG3 ebenso auf nationaler Ebene. Ziel sowohl der Strategie als auch des Umsetzungsplans sollte daher sein, globale und nationale Gesundheit stärker miteinander zu verknüpfen. Allerdings werden in der deutschen Nachhaltigkeitsstrategie bislang nur zwei der neun Unterziele adressiert.⁴⁵

So ist beispielsweise der universelle Gesundheitszugang in Deutschland weder erreicht, noch gibt es Beschlüsse diesen anzustreben. Globale Gesundheit fängt jedoch zu Hause an. Eine Vorreiterrolle wird kaum zu beanspruchen sein, wenn eigne, nationale Defizite bei der Umsetzung vorherrschen. Ein Umsetzungsplan muss daher auch die Erreichung aller Unterziele des dritten Nachhaltigkeitszieles in Deutschland beinhalten.

5. Fazit

Seit der Verabschiedung des Globalen Gesundheitskonzepts der Bundesregierung 2013[1] ist das Engagement Deutschlands im Bereich Gesundheitsförderung deutlich gewachsen. Deutschland hat hier zweifellos eine aktive Rolle eingenommen, beispielsweise durch das Anheben der WHO Kernbeiträge, durch erfolgreiches Agenda Setting von globaler Gesundheit bei internationalen Prozessen wie dem G20 Gipfel 2017 oder durch konkrete Maßnahmen zur Pandemieprävention als Lehre aus der Epidemie in Westafrika.

Die in Deutschland ansässige, jedoch weltweit zu Gesundheit arbeitende Zivilgesellschaft wird verstärkt in relevante Diskussionen und politische Entscheidungsprozesse zu globaler Gesundheit mit einbezogen. Erforderlich wäre hierbei, dass die Zivilgesellschaft jedoch auch über Initialphasen hinweg die entscheidenden „letzten Meilen“ bei richtungsweisenden und wichtigen politischen Prozessen und Strategien mitgehen kann und entsprechend eingebunden wird (zivilgesellschaftliche Beteiligung auf allen Ebenen und Prozessen). Ausdrücklich begrüßenswert ist der im aktuellen Koalitionsvertrag bekundete Wille der Bundesregierung international eine stärkere Rolle bei der Förderung von globaler Gesundheit einzunehmen.

Dennoch geht das finanzielle Engagement der Bundesregierung noch nicht im ausreichenden Maße mit dem politischen Willen einher. Hier sollte dringend durch substantielle Erhöhungen der Finanzmittel gegengesteuert werden. Auch der dringend notwendige Ausbau von Forschungsförderung zu globaler Gesundheit kann eine bisherige Lücke im deutschen Engagement schließen. Gern bringen wir als Zivilgesellschaft weiterhin unsere Fachexpertise und jahrzehntelange Umsetzungserfahrung in schwierigen Regionen und mit marginalisiertesten Bevölkerungsgruppen ein, und unterstützen die deutschen Anstrengungen für einen angemessenen Beitrag zur Umsetzung des dritten Nachhaltigkeitsziels.

6. Quellen und Anmerkungen

¹ Im Einzelnen sind dies die Mitglieder des Verbandes entwicklungspolitischer und humanitärer NGOs (VENRO), Ärzte ohne Grenzen e.V., ONE, die BUKO Pharma-Kampagne sowie das Aktionsbündnis gegen Aids e.V.

² Wie dem Voranbringen von globaler Gesundheit bei den G7 und G20 Gipfeln in den Jahren 2015 und 2017, oder durch den gemeinsam von Bundeskanzlerin Merkel, dem Präsidenten von Ghana und der Premierministerin von Norwegen vorgeschlagene „[Global Action Plan for Healthy Lives and Well-being for All](#)“, April 2018

³ Safe the Children Deutschland: „[Leaving no one behind“? Deutschlands Beitrag zur Verbesserung der globalen Kinder- und Müttergesundheit](#)“, Seite 8, Dez. 2017

⁴ Generalversammlung der Vereinten Nationen. (1948). [Allgemeine Erklärung der Menschenrechte](#). A/RES/217 A (III). Artikel 25

⁵ [Präambel für die Verfassung der Weltgesundheitsorganisation wie von der Internationalen Gesundheitskonferenz](#), New York, 19.-22. Juni 1946, verabschiedet. Unterzeichnet am 22 Juli 1946 von den Repräsentanten von 61 Staaten (Offizielle Dokumente der Weltgesundheitsorganisation Nummer 2, S.100

⁶ Generalversammlung der Vereinten Nationen. (1966) [International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights, International Covenant on Civil and Political Rights and Optional Protocol to the International Covenant on Civil and Political Rights](#), A/RES/2200

⁷ Generalversammlung der Vereinten Nationen. (2015). [Transformation unserer Welt: die Agenda 2030 für nachhaltige Entwicklung](#). A/RES/70/1*

⁸ UN Inter-agency Group for Child Mortality Estimation: [Levels & Trends in Child Mortality - Report 2017](#), Seite 1

⁹ Diskussionspapier „[Zivilgesellschaftliches Engagement weltweit in Gefahr](#)“, VENRO et. al, Dezember 2016

¹⁰ Der vom Europarat und der Konferenz der INGOs 2009 verabschiedete „Verhaltenskodex für die Bürgerbeteiligung im Entscheidungsprozess“, verabschiedet bietet dafür einen guten Referenzrahmen (Link: http://www.b-b-e.de/fileadmin/inhalte/themen_materialien/engagementpolitik/nfep_verhaltenskodex_2010.pdf ; Oder auch die Country Coordination Mechanisms des Globalen Fonds (GF), oder die „Country Envelopes“ (UNAIDS), schaffen auf lokaler Ebene Strukturen der gleichberechtigten Teilnahme von Communities

¹¹ Die gegenwärtige Version der Deutschen Nachhaltigkeitsstrategie hört abrupt nach dem SDG Unter-Ziel 3.2.b auf: [Deutsche Nachhaltigkeitsstrategie - Neuauflage 2016](#), Die Bundesregierung, Seite 81.

¹² Laut einem Bericht zu Gesundheitsergebnissen (health outcomes) in 102 Ländern aus dem Jahr 2005, führt der Zugang zur Basisgesundheitsdienstleistungen zu einer längeren Lebenserwartung und wird mit einer Verringerung der Rate von Todesfällen bei Kindern unter 5 Jahren in Verbindung gebracht. Starfield B, Shi L, Macinko J, 'Contribution of primary care to health systems and health', Milbank Q, 83, 2005, 457–502
Und: “a regression of national life expectancy on the service coverage index, the log of GNI per capita and mean years of adult education, indicates that going from 0 to 100 on the index is associated with a 32-year (95% confidence interval, CI: 25-39 years) increase in life expectancy. Over the range of observed country values (22 to 86), this translates into a difference of 21 years in life expectancy.” (WHO, Weltbank: [Tracking universal health coverage: 2017 global monitoring report](#), S. 12)

¹³ Studien zeigen allerdings, dass dort, wo die öffentlichen Ausgaben für Gesundheit gering ausfallen, die Menschen privat dafür bezahlen oder die Versorgung erst gar nicht in Anspruch nehmen - ein Widerspruch zum Grundgedanken von UHC vorliegt:

http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/192280/WHO_HIS_HGF_PolicyBrief_15.1_eng.pdf;jsessionid=5D8510B3698013FC38D6ED5B14AAA210?sequence=1

¹⁴ WHO (2011) Global strategy and plan of action on public health, innovation and intellectual property, http://www.who.int/phi/publications/Global_Strategy_Plan_Action.pdf; Vereinte Nationen (2016) A/RES/71/3 Political declaration of the high-level meeting of the General Assembly on antimicrobial resistance <http://www.who.int/antimicrobial-resistance/interagency-coordination-group/UNGA-AMR-RES-71-3-N1631065.pdf>

¹⁵ Hierbei wird der finale Produktpreis von den Kosten für F&E und von den Verkaufsmengen entkoppelt.

¹⁶ Paragraph 16 & 26 der Agenda 2030: <http://www.un.org/depts/german/gv-70/band1/ar70001.pdf#page=6>

¹⁷ Das Missionsärztliche Institut Würzburg untersuchte 2016 den finanziellen Beitrag Deutschlands für MDG4. Nach diesen Recherchen wurden zum Beispiel im Jahr 2014 von 1000 Euro erwirtschaftetem Bruttonationaleinkommen weniger als acht Cent für die Förderung der weltweiten Kindergesundheit eingesetzt.

¹⁸ Die bisher erzielten Fortschritte bei der Prävention und Behandlung der drei verheerendsten Epidemien waren zu einem entscheidenden Teil dem effektiven Mitteleinsatz durch den Globalen Fonds zu verdanken. Andererseits verursachten HIV, Malaria und TB noch im Jahr 2016 mit 7,3, 6,8 und 3,5 Prozent der Todesfälle unter 50 Jahren einen außerordentlichen Anteil der vorzeitigen Sterbefälle in den Niedrigeinkommensländern. Die ausreichende und verlässliche Unterstützung des Fonds bleibt daher von ausschlaggebender Bedeutung und Deutschland sollte dazu einen angemessenen Beitrag leisten.

¹⁹ Die durch den Fonds unterstützten Programme tragen auch erheblich zur Verbesserung der Mütter- und Kindergesundheit bei. So liegt die von den damaligen G8-Staaten vereinbarte Mittelanrechenbarkeit der Gelder für den GFATM bei 46% für die Muskoka-Initiative zur Förderung der Mütter- und Kindergesundheit. Siehe z.B. hier: <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/18/046/1804618.pdf>

²⁰ Darüber hinaus sollte die Partnerschaft zwischen Gavi und der Bundesregierung zukünftig gemäß der Paris-Deklaration zur Wirksamkeit der Entwicklungszusammenarbeit so gestaltet werden, dass sie so effektiv wie möglich diejenigen erreicht, deren Bedarf am größten ist. Es ist fraglich, ob das Instrument der bilateralen Bereitstellung an Gavi diesem Anspruch gerecht wird.

²¹ Dies würde z.B. beinhalten, dass sie sich für mehr Transparenz und eine stärkere Einbindung zivilgesellschaftlicher Akteure einsetzt, dazu beiträgt, dass die entwickelten Investment Cases im Einklang mit bestehenden nationalen Ernährungs- und Gesundheitsplänen sind, dass oft tabuisierte Themen wie sexuelle und reproduktive Gesundheit und Rechte auf der Agenda bleiben und allen voran, dass benachteiligte Bevölkerungsgruppen priorisiert werden, gemäß dem LNOB Prinzip. Auch der Ansatz zur Mobilisierung inländischer Ressource, den die GFF verfolgt ist derzeit zu oberflächlich. Mit der deutschen Expertise und unter Einbezug der Zivilgesellschaft kann hier ein Beitrag zur Nachbesserung geleistet werden

²² [https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(18\)30293-9.pdf](https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(18)30293-9.pdf) Hierzu gehören unter anderem der Zugang zu jugendfreundlichen Gesundheitsdienstleistungen, zu modernen Verhütungsmitteln, zu sicheren und legalen Schwangerschaftsabbrüchen, zu umfassender Sexualaufklärung unabhängig von der Zustimmung Dritter sowie zu allen Formen der HIV-Prävention.

²³ http://www.who.int/neglected_diseases/diseases/en/ (abgerufen am 27.08.2018); Bezogen auf das Jahr 2016: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/259492/1/9789241565523-eng.pdf?ua=1> (abgerufen am 29.08.2018); Bezogen auf das Jahr 2016: <http://aidsinfo.unaids.org/> (abgerufen am 29.08.2018); Bezogen auf das Jahr 2016: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs104/en/> (abgerufen am 29.08.2018)

²⁴ Zu ihnen zählen z.B. Bluthochdruck, Diabetes, Krebs oder Demenz. Global gesehen fordern sie die meisten Todesfälle, wobei fast 75% aller Todesfälle aufgrund chronischer Erkrankungen in ärmeren Ländern verortet werden. Denn die Zahl der an NCDs erkrankten Menschen nimmt weltweit beständig zu.

²⁵ World Health Organization (2018): Noncommunicable diseases. Fact sheet. Online verfügbar unter: <http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>. Letzter Zugriff am 29.08.2017

²⁶ Für das Jahr 2012 schätzt die WHO, dass rund 23 Prozent der weltweit verzeichneten Todesfälle durch schnell umsetzbare Maßnahmen des Umweltschutzes vermeidbar gewesen wären. Dabei sind umfassendere Umsteuerungsstrategien wie die systematische Stärkung öffentlicher Mobilität noch gar nicht berücksichtigt. Siehe: Preventing disease through healthy environments: a global assessment of the burden of disease from environmental risks. Siehe: WHO: "[Preventing disease through healthy environments: a global assessment of the burden of disease from environmental risks](#)", Seite VIII, 2016

²⁷ Die direkten und indirekten Subventionen für fossile Energien einschließlich eines Teils der direkten (externalisierten) Kosten für Gesundheitsschäden sind nach einer IWF-Studie so hoch wie die weltweiten öffentlichen Ausgaben für Gesundheit; HEAL (2017): [The hidden price tags - how ending fossil fuels subsidies would benefit our health](#).

²⁸ Joseph Stiglitz (28.6.2018): Expert Report prepared for Plaintiffs and Attorneys for Plaintiffs (im Klageverfahren gegen die US-Regierung) vor dem District Court Oregon; https://biotech.law.lsu.edu/blog/document_cw_01-2.pdf Hamilton et al (2017), multiple benefits of climate change mitigation: assessing the evidence; Climate action tracker (2015), How climate change mitigation makes good economic sense. Stern (2006), Stern Review on the economics of climate change.

²⁹ <https://www.safeguardinghealth.org/sites/shcc/files/SHCC2017final.pdf>

³⁰ <https://reliefweb.int/report/syrian-arab-republic/uossm-medical-point-attacked-and-destroyed-aleppo>

³¹ Zoonosen sind von Tier zu Mensch und von Mensch zu Tier übertragbare Infektionskrankheiten

³² Karesh, W. B., Dobson, A., Lloyd-Smith, J. O., Lubroth, J., Dixon, M. A., Bennett, M., Aldrich, S., Harrington, T., Formenty, P., Loh, E. H., Machalaba, C. C.; Thomas, M. J., and Heymann, D. L. (2012). Ecology of zoonoses: natural and unnatural histories. Public Health Resources. 296. <http://digitalcommons.unl.edu/publichealthresources/296>

³³ Mackey, T., Liang, B., Cuomo, R., Hafen, R., Brouwer, K., Lee, D. (2014). Emerging and Reemerging Neglected Tropical Diseases: a Review of Key Characteristics, Risk Factors, and the Policy and Innovation Environment. *Clin Microbiol Rev.*: 949–979.

³⁴ WHO, FAO, OIE, THE UNION. (2017). [Roadmap for zoonotic tuberculosis](#)

³⁵ Jenet, A., Di Lello, S., Gomarasca, M., Heine, C., Mason S., Nori, M., Saavedra, R., Van Troos, K., (2016). Pastoralism the backbone of the world's drylands, technical brief

³⁶ Dabei werden die Länder mit niedrigen Einkommen nur einen Bruchteil des Ressourcenbedarfs aus einheimischen Quellen decken können. Auch wenn die Wirtschaftsprognosen eintreffen, die Staatseinnahmen auf ambitionierte Proportionen des BIP steigen und der Gesundheitsanteil der öffentlichen Haushalte entsprechend der Abuja-Vorgabe auf 15 Prozent erhöht würden, wäre bis 2025 nur mit einem Anstieg der eigenfinanzierten staatlichen Gesundheitsausgaben von gut 7 US\$ auf rund 25,5 US\$ pro Kopf zu rechnen. Das ist kaum mehr als ein Viertel der jährlichen Gesamtinvestitionen, die nach den neuesten WHO-Berechnungen gegen Ende des kommenden Jahrzehnts nötig sind, um SDG 3 zu verwirklichen (Siehe: WHO Department of Health Systems Governance and Financing: 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, Lancet Global Health 2017; 5: e875–87); Joachim Rüppel: [Die Finanzierung der allgemeinen Gesundheitsversorgung in den benachteiligten Ländern – aktuelle Situation und künftige Perspektiven](#), Missionsärztliches Institut Würzburg, 2018

³⁷ Laut Berechnungen von Venro sind 17,8 Milliarden Euro zusätzlich notwendig, um das 0,7-Prozent Ziel bis 2020 zu erreichen. Venro (2017): „Die Entwicklung der ODA-Quote bis 2020: Wie aus Anspruch Realität werden kann“, http://venro.org/uploads/tx_igpublikationen/Studie_ODA_2017_final2_DIGITAL_02.pdf

³⁸ Nachdem die ODA-Investitionen aller Geberstaaten für Gesundheit im ersten Jahrzehnt des neuen Jahrtausends von rund 20 auf knapp 50 Prozent dieser Zielgröße stiegen, stagnieren sie in der zweiten Dekade bisher auf diesem Niveau. Generell war das Defizit vor allem der Nichterfüllung des UN-Richtwerts von 0,7 Prozent des BNE für die gesamten ODA-Leistungen geschuldet, aber bei einigen Geberstaaten spielte auch der ungenügende Gesundheitsanteil eine Rolle. Bis 2016 erreichte Deutschland nicht einmal ein Drittel des notwendigen Beitragsniveaus von 0,1 Prozent des BNE, wobei beide Ursachen für die Minderleistung von Bedeutung sind. Die extreme Spannweite der finanziellen Anstrengungen für die globale Gesundheit sowie die ausgeprägte Fokussierung einiger Geber auf bestimmte Gesundheitsprobleme machen die internationale Kooperation in diesem Bereich zudem sehr verwundbar für massive Kürzungen der Beiträge wirtschaftsstarker Länder. Link: https://www.aids-kampagne.de/sites/default/files/finanzierung_gesundheitsversorgung-joachim-rueppel.pdf

³⁹ Sie Erläuterung in Endnote 37.

⁴⁰ Dieser sollte möglichst alle Staaten einbegreifen, nach Krankheitslasten und sozioökonomischen Faktoren differenzierte Bedarfe eruiert, die langfristigen Investitionen in die Systemstärkung einbezieht, an der Wirtschaftskapazität orientierte Beitragsziele aufstellt sowie an ethischen und sozioökonomischen Kriterien ausgerichtete Prioritäten der Mittelverteilung benennt. Dabei kommt es auf die real transferierten Zuschüsse an, da nur diese geeignet sind, die dringlichen Bedarfe der benachteiligten Länder und Bevölkerungsgruppen zu decken.

⁴¹ Einschließlich der Prüfung und Einleitung geeigneter Reformen bestehender Strukturen im Sinne der Universalität, Partizipation und Effizienz ohne die Kontinuität laufender Programme zu gefährden.

⁴² Ziel ist es die bisherige Regellosigkeit der Leistungen zu überwinden und das ad hoc-System von Wiederauffüllungskonferenzen durch planbare Strukturen zu ersetzen. Dies könnte z.B. ähnlich der Finanzierung der *International Development Association* der Vereinten Nationen funktionieren.

⁴³ Dazu gehören Medikamente, Impfstoffen, Diagnostika und andere unentbehrlichen Medizinprodukte.

⁴⁴ Hier geht es darum auch die Investitionen anderer Sektoren stärker darauf auszurichten, gesundheitsgefährdende Lebensverhältnisse und Arbeitsbedingungen zu überwinden sowie die sozioökonomischen Auswirkungen von gravierenden Krankheiten aufzufangen

⁴⁵ Deutsche Nachhaltigkeitsstrategie – Neuauflage 2016 (Seite 36): https://www.bundesregierung.de/Content/Infomaterial/BPA/Bestellservice/Deutsche_Nachhaltigkeitsstrategie_Neuauflage_2016.pdf?_blob=publicationFile&v=26