

Die Wirklichkeit der Entwicklungshilfe Elfter Bericht 2002/2003

Eine kritische Bestandsaufnahme
der deutschen Entwicklungspolitik



**Die Wirklichkeit der Entwicklungshilfe
Elfte Bericht 2002/2003
Eine kritische Bestandsaufnahme der
deutschen Entwicklungspolitik**

Herausgeber:
Deutsche Welthungerhilfe e.V.
terre des hommes Deutschland e.V.
Redaktion: Birgit Dederichs-Bain, Wolf-Christian Ramm
Autor Teil I: Dr. Ludger Reuke
Autor Teil II: Frank Terhorst
Gestaltung: Klaus Mannhardt, Essen
1. Auflage: 2.000, November 2003
Redaktionsschluss: 1. Oktober 2003
Diese Broschüre wurde auf 100% Recycling-Papier gedruckt

DWHH-Lager-Nr: 460-3018

Inhalt

Vorwort	4
Teil I	
Entwicklung finanzieren: Die öffentliche Entwicklungshilfe und der BMZ-Haushalt	5
Tabellen	14
Teil II	
Die AIDS-Problematik als Entwicklungshemmnis und die institutionellen Lösungsansätze und Initiativen	28
Einleitung	28
1. Situationsanalyse	29
2. Auswirkungen	30
2.1. Auswirkungen auf Frauen	31
2.2. Wirtschaftliche Auswirkungen	32
2.2.1. Mikroökonomische Auswirkungen	32
2.2.2. Makroökonomische Auswirkungen	34
2.3. Menschenrechtliche Auswirkungen	36
3. Mögliche institutionelle Lösungsansätze und Initiativen	37
3.1. Internationale Abkommen und Organisationen	38
3.2. Maßnahmen des BMZ	42
4. Bewertung der institutionellen Lösungsansätze und Initiativen	44
5. Kommentar Deutsche Welthungerhilfe/terre des hommes	50
 Abkürzungsverzeichnis	
Literaturverzeichnis	

Vorwort

In diesem Jahr veröffentlichen die Deutsche Welthungerhilfe und terre des hommes Deutschland den Elften Bericht „Die Wirklichkeit der Entwicklungshilfe“. Dieser jährliche Bericht erscheint seit 1993 und hat sich als Instrument entwicklungspolitischer Positionierung und kritischer Analyse bewährt.

Auch in diesem Jahr ist der erste Teil als OECD-DAC-Schattenbericht zur offiziellen Entwicklungspolitik der Bundesregierung konzipiert. Er skizziert die Entwicklung der deutschen ODA-Leistungen und des BMZ-Haushalts vor dem Hintergrund der entwicklungspolitischen Ansprüche und Zielsetzungen der Regierungskoalition.

Der zweite Teil beschäftigt sich mit der AIDS-Problematik. Er beschreibt deren Auswirkungen als Entwicklungshemmnis insbesondere auf die Zielgruppen der Deutschen Welthungerhilfe und von terre des hommes und bewertet Lösungsansätze, die derzeit auf internationaler wie auch auf nationaler Ebene diskutiert und praktiziert werden. Im Mittelpunkt steht dabei die Fragestellung ihrer Erfolgsaussichten als Beitrag zur Bekämpfung von AIDS.

Autor des Teils I ist Dr. Ludger Reuke, Referent für Entwicklungspolitik bei der Nord-Süd-Initiative Germanwatch in Bonn. Autor des Teils II ist der Gutachter und AIDS-Experte Frank Terhorst.

Bonn/Osnabrück, im Oktober 2003

Teil I

Entwicklung finanzieren: Die öffentliche Entwicklungshilfe und der BMZ-Haushalt

Mit positiven Impulsen für die Entwicklungspolitik begann im Herbst 2002 die Amtszeit der neuen Bundesregierung. Die Koalitionsvereinbarung vom 12. Oktober 2002 bekräftigte den „Monterrey-Konsens“ vom März 2002. Dort hatten sich die europäischen Regierungen auf einen verbindlichen Zeitplan zum Erreichen quantitativer Finanzierungsziele geeinigt. SPD und Bündnis 90/Die Grünen betonten gemeinsam: „Im Rahmen der EU ist Deutschland als Zwischenschritt zum 0,7-Prozent-Ziel die Verpflichtung eingegangen, bis 2006 einen Wert von 0,33 Prozent zu erreichen.“ Bedeutsam ist dabei nicht nur, dass erstmals eine prozentuale Zusage zu einem festen Termin erfolgte. Wichtig ist vor allem, dass die Erhöhung ausdrücklich als Zwischenschritt zum weiterhin angestrebten 0,7-Prozent-Ziel bezeichnet wurde.

In der Koalitionsvereinbarung wird Entwicklungspolitik darüber hinaus in den Kontext von Außen- und Sicherheitspolitik gestellt: „Die Bundesregierung stützt sich ... auf einen Sicherheitsbegriff, der auch wirtschaftliche, menschenrechtliche und entwicklungspolitische Aspekte berücksichtigt. ... (Sie) setzt sich im Rahmen eines erweiterten Sicherheitsverständnisses für eine ausgewogene Entwicklung von zivilen und militärischen Fähigkeiten ein.“ Die Tatsache, dass in diesem Dokument der klassische Entwicklungsbegriff mit nationalen und internationalen Sicherheitsinteressen verbunden wurde, nährte bei Entwicklungspolitikern die Hoffnung auf eine stärkere Stellung der Entwicklungszusammenarbeit, zumal der Bundeskanzler am 29. Oktober 2002 in seiner Regierungserklärung unterstrich: „Sicherheit ist heute weniger denn je mit militärischen Mitteln, geschweige denn mit militärischen Mitteln allein herzustellen. Wer Sicherheit schaffen und aufrechterhalten will, der muss ... auch das Umfeld befrieden, in dem Gewalt entsteht. Wir werden (in) einer enger zusammengerückten Welt keine Sicherheit erreichen, wenn wir Unrecht, Unterdrückung und Unterentwicklung weiter gären lassen.“

Es ist gelungen, den seit 1990 andauernden Rückgang der öffentlichen Entwicklungshilfe (Official Development Assistance = ODA) zu stoppen: Betrag der Anteil der ODA am Bruttonationaleinkommen (BNE) 1990 noch 0,41 Prozent, erreichte er in den Jahren 1998 und 1999 mit jeweils 0,26 Prozent die Talsohle. Von 2000 bis 2002 wurden jeweils Quoten von 0,27 Prozent ausgewiesen. Die deutsche ODA ist damit vorerst auf niedrigem Stand konsolidiert.

Es ist zwar verständlich, dass das Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (BMZ) am 22. April 2003 in einer Pressemitteilung unter dem Titel „Deutschland steigert Leistungen für Entwicklungsländer“ ausführte: „Damit wird deutlich, dass von deutscher Seite erste Schritte zu erkennen sind, um 2006 das von der Bundesregierung gestellte Ziel von 0,33 Prozent Anteil der Entwicklungspolitik am Bruttonationaleinkommen, BNE, zu erreichen.“ Doch diese Darstellung ist nicht vollständig: In der ODA-Statistik sind die Leistungen der OECD-Mitglieder nämlich in US-Dollar notiert. Wegen der Kursentwicklung des Euro gegenüber der amerikanischen Währung drücken sich derzeit gleich bleibende oder selbst zurückgehende Leistungen in höheren absoluten US-Dollar-Beträgen aus. An der für die Bewertung maßgeblichen ODA-Quote, die sich auf die Landeswährung bezieht, ändert die Kursentwicklung nichts. Es besteht daher kein Grund zu der Annahme, dass Schritte zum Erreichen des für 2006 angepeilten 0,33-Prozent-Ziels unternommen worden sind.

Von besonderem Interesse für die zukünftige Entwicklung des deutschen Beitrags ist der Haushalt des BMZ. Er machte in den vergangenen Jahren etwa zwei Drittel der ODA-Leistungen aus (vgl. Tabelle 1). Daneben tragen auch Aufwendungen anderer Ressorts zur ODA bei: so zum Beispiel das Auswärtige Amt (Humanitäre Hilfe), das Finanzministerium (Weltbankgruppe), das Ministerium für Verbraucherschutz, Ernährung und Landwirtschaft (Beiträge zur FAO), das Ministerium für Bildung und Forschung (Wissenschaftsförderung) etc. Ebenfalls hinzugerechnet werden Haushaltsmittel der Bundesländer, auf deren Höhe und Verwendung die Bundesregierung kaum Einfluss hat.

Im Jahr 2000 hat das BMZ etwa 3,8 Milliarden Euro ausgegeben, sein Anteil am Bundeshaushalt belief sich auf etwa 1,6 Prozent. Nach den Soll-Zahlen für 2003 und dem Haushaltsentwurf für 2004 sinkt dieser Anteil zukünftig.

In absoluten Zahlen standen dem BMZ im Jahr 2003 neun Millionen Euro mehr zur Verfügung als im Vorjahr. Die Planungen für 2004 gehen von einer moderaten Steigerung um weitere 32 Millionen Euro aus. Selbst wenn man von der unwahrscheinlichen Annahme ausgeht, die anderen Ressorts und die Bundesländer hielten ihre ODA-Leistungen auf dem gegenwärtigen Stand, lässt sich mit den bescheidenen Zuwächsen im BMZ keine Erhöhung der ODA-Quote bewerkstelligen.

Das BMZ richtet in dieser Situation seine Hoffnungen zum Erreichen der 0,33 Prozent auf eine Steigerung des EU-Beitrags, eine Weiterführung der Entschuldung der Entwicklungsländer sowie auf einen Ausbau der Verbundfinanzierung entwicklungsrelevanter Vorhaben der deutschen Wirtschaft (vgl. Tabelle 1 und die dort gemachten Anmerkungen): „Neben der weiteren Steigerung der Verpflichtungsermächtigungen (VE) für Kerninstrumente der bilateralen EZ werden zur Erreichung des 0,33-Prozent-Ziels darüber hinaus die Ausgaben der EU für Entwicklungspolitik, die der deutschen ODA

anteilmäßig zugerechnet werden, ebenso beitragen wie eine stärkere Nutzung der Verbundfinanzierung – der Gewährleistungsplafond für dieses Instrument soll im Haushaltsjahr 2004 um 140 Millionen Euro höher liegen als 2003 und damit zwei Milliarden Euro erreichen – und die Auswirkung der bereits laufenden Schuldenerlasse im Rahmen der Entschuldungsinitiative HIPC II der G7-Länder sowie mögliche neue Schuldeninitiativen.“

Es ist nicht unbedingt davon ausgehen, dass sich diese Hoffnungen erfüllen. Zum Beispiel werden die begonnenen Umschuldungsinitiativen bis zum Jahr 2006 mehr oder weniger beendet sein und der Schuldenerlass nicht mehr zur Erhöhung der ODA-Quote beitragen. Spätestens dann würde eine ihrer Komponenten entfallen. Ein weiterer Grund, die Entwicklung des BMZ-Haushalts im Auge zu behalten.

Ein kleiner Lichtblick sind die im Vergleich zu den Vorjahren gestiegenen Ansätze für die so genannten Verpflichtungsermächtigungen. Diese erlauben der Regierung verbindliche Zusagen und konkrete Planungen über ein Haushaltsjahr hinaus. Ihre Erhöhung könnte auf einen zukünftig steigenden BMZ-Haushalt schließen lassen. Kommt es nicht dazu, dann wird das BMZ auf Grund bereits eingegangener Verpflichtungen unbeweglicher. Flexibilität – und damit die Fähigkeit, auf unvorhergesehene äußere Einflüsse reagieren zu können – ist aber eine wichtige Voraussetzung für die innenpolitische Legitimierung der Entwicklungszusammenarbeit.

Die längerfristige Entwicklung der deutschen ODA-Quote im internationalen Vergleich

Das 0,7-Prozent-Ziel wurde 1970 formuliert. Damals lag die deutsche ODA-Quote bei 0,32 Prozent. In den darauf folgenden Jahren schwankte sie zunächst zwischen 0,3 und 0,4 Prozent und erreichte 1982 und 1983 jeweils den Spitzenwert von 0,47 Prozent. Die Quote hielt sich die folgenden zwölf Jahre bei oder leicht über 0,4 Prozent. Nach 1990 ging der Anteil – wie weiter oben bereits dargestellt – beständig zurück und erreichte 1998 und 1999 den Tiefpunkt mit jeweils 0,26 Prozent. Die Zahlen für die letzten Jahre 2000 bis 2002, jeweils 0,27 Prozent, bedeuten keine Erholung, sondern markieren lediglich den Stopp des Niedergangs.

Würde die Quote von 0,33 Prozent im Jahr 2006 Wirklichkeit, wäre Deutschland wieder bei den Werten von 1977 und 1994 angelangt. Ginge dann der Anstieg im gleichen Tempo weiter, würden wir im Jahr 2020 den Rückgang seit 1983 wettgemacht haben. Erst dann wäre eine „echte“ Steigerung realisierbar; bei einer Fortschreibung des Trends wären die international angestrebten 0,7 Prozent erst im Jahr 2043 erreicht.

Dass das 0,7-Prozent-Ziel keine Utopie bleiben muss, zeigen die skandinavischen Länder seit Jahren (vorläufige Zahlen von 2002: Dänemark 0,96 Prozent; Norwegen 0,91 Prozent; Schweden 0,74 Prozent), ebenso die Niederlande (0,82 Prozent) und Luxemburg (0,78 Prozent). Außer diesen fünf liegen noch sieben andere OECD-Länder vor Deutschland. Sie alle beweisen, dass ein höherer ODA-Anteil auch in Zeiten wirtschaftlicher Unsicherheit möglich ist.

Einschränkend muss allerdings erwähnt werden, dass die meisten dieser Länder in absoluten Zahlen erheblich unter den Leistungen der Bundesrepublik Deutschland liegen. Unter den mit Deutschland vergleichbaren Ländern übertreffen nur Frankreich (0,36 Prozent) und Großbritannien (0,30 Prozent) die deutsche ODA-Quote. Die wirtschaftsstärksten Nationen USA (0,12 Prozent) und Japan (0,23 Prozent) sind zwar absolut die größten ODA-Zahler, aber prozentual unterdurchschnittlich repräsentiert.

Erfreulich sind die konkreten Zeitziele, die sich nach Monterrey vier weitere OECD-Mitglieder gesetzt haben. Auf 0,7 Prozent haben sich zeitlich festgelegt Irland (bis 2007), Belgien (bis 2010) und Frankreich (bis 2012). Norwegen hat sogar 1,0 Prozent bis 2005 zugesagt.

Die inhaltliche und regionale Ausrichtung der bilateralen Entwicklungszusammenarbeit

Die Generalversammlung der Vereinten Nationen hat im Jahr 2000 die so genannten „Millenniumsziele“ verabschiedet. Die Bekämpfung von Hunger und Armut, konkret die Halbierung der Zahl armer und hungernder Menschen bis zum Jahr 2015 steht im Mittelpunkt dieser internationalen Absichtserklärung. Auch die anderen Millenniumsziele haben einen starken Bezug zur Armutsbekämpfung.

Armutsbekämpfung ist das übergeordnete Ziel der deutschen Entwicklungszusammenarbeit. Die inhaltliche und regionale Ausrichtung gerade der bilateralen Kooperation muss sich daher an dieser Zielsetzung messen lassen.

Das BMZ verwendet allerdings einen sehr „weiten“ Armutsbegriff, der neben Aufwendungen für Bildungs- und Gesundheitswesen, Wasserversorgung und Abwasserentsorgung zum Beispiel auch Mittel für die Wahrung der Menschenrechte, die Erhaltung von Frieden und Sicherheit, den Schutz der natürlichen Ressourcen, gutes Regieren und globale Strukturpolitik unter „Armutsbekämpfung“ subsumiert. Solcherart wird der Anteil der für dieses Ziel bereitgestellten Mittel von 56 Prozent (2001) über 60 Prozent (2002) auf vermutlich 80 Prozent (2003) erhöht. Ob eine solche Umetikettierung wirksam im Sinne des Erreichens der Millenniumsziele ist, sei dahingestellt.

Wie sehen nun die konkreten Zahlen für die Schlüsselbereiche Bildung, Gesundheit und Wasserversorgung aus? Der Anteil des Sektors „Soziale Infrastruktur und Grunddienste“ an der gesamten Finanziellen (FZ) und Technischen Zusammenarbeit (TZ) bewegt sich zwischen 1998 (Ist: 35,9 Prozent) und 2004 (Plan: 37,2 Prozent) auf einem „Schlingerkurs“, der bei einem Mittelwert von 42 Prozent fast jedes Jahr seine Richtung ändert. Eine Tendenz oder gar ein politischer Wille ist somit nicht erkennbar. Das gilt im Detail auch bei „Bildung“ (darunter seit 1999 auch wieder „Grundbildung“), „Gesundheitswesen“ (mit „Bevölkerungspolitik und reproduktiver Gesundheit“) sowie für „Wasser und Abwasser“. Einzig im Sektor „Schuldenerleichterung“ scheint sich seit 2000 eine stetige Verbesserung abzuzeichnen (vgl. Tabellen 3a und b).

Was bei den Sektoren zu beobachten ist, gilt im Wesentlichen auch für die regionale Verteilung: Die Höhe der Anteile schwankt. Selbst der enorme Anstieg der FZ- und TZ-Mittel für die MOE/NUS Staaten zwischen 2000 (5,8 Prozent) und 2001 (16,4 Prozent)¹ ist nur ein scheinbarer, weil hier bis 2000 nur FZ-Mittel verzeichnet sind. Die ab 2001 neu hinzugerechneten TZ-Mittel wurden jedoch bis einschließlich 2000 aus der „NRO-Titelgruppe“ finanziert (Titel 687 12). Dass hier in der Gesamtleistung keine Veränderung eingetreten ist, zeigen die entsprechenden ODA-Leistungen (in Tabelle 4 b).

Bereits der Vorjahresbericht von terre des hommes und Deutscher Welthungerhilfe hatte festgestellt, dass der Anteil der am wenigsten entwickelten Länder (LDC) an den bilateralen Zusagen in den letzten Jahren fast unverändert geblieben ist. Ein Vergleich der Auszahlungen führt zu einem ähnlichen Ergebnis: Es zeigt sich, dass es auch bei den Auszahlungen vor und nach 1998 keine wesentlichen Veränderungen gibt. Die erkennbaren Differenzen zwischen Zusagen und Nettoauszahlungen sind unter anderem auf politische Faktoren in den Empfängerländern zurückzuführen. Auch bei Schwankungen zwischen den Jahren spielt dies eine Rolle. Deutlich wird, dass die Zahlen keine eindeutig ableitbaren Unterschiede zwischen den Politiken der Regierungen vor und nach 1998 hinsichtlich der Behandlung von LDC ausweisen. Auch eine – mehrfach angekündigte – eindeutige Schwerpunktsetzung lässt sich nicht erkennen (vgl. Tabelle 5).

Die Förderung entwicklungsrelevanter Vorhaben von NRO und Privatwirtschaft

Die Mittel zur Förderung von Entwicklungsvorhaben der Nichtregierungsorganisationen und von entwicklungsrelevanten Vorhaben der deutschen Wirtschaft sind seit dem Jahr 2000 gestiegen; der Einbruch 2002 ist im Wesentlichen auf die Verlagerung von zwei

¹ s. Tabelle 4 a

Titeln, nämlich zur Förderung von Maßnahmen in Mittel- und Osteuropa sowie in den Nachfolgestaaten der Sowjetunion zurückzuführen. Alle anderen Titel sind im laufenden Haushalt 2003 wie im Regierungsentwurf zum Haushalt 2004 besser ausgestattet als 1998, zum Teil erheblich (vgl. Tabelle 6).

Erfreulich ist die – von den Nichtregierungsorganisationen seit über 20 Jahren immer wieder geforderte – substantielle Erhöhung der Mittel für die entwicklungspolitische Bildungsarbeit. In den Jahren bis 1998 lag dieser Titel stets bei ungefähr 4 Millionen Mark (2,045 Millionen Euro), 1998 bei umgerechnet 2,11 Millionen Euro. Entwicklungspolitiker und -politikerinnen der heutigen Regierungsparteien hatten 1998 versprochen, im Falle ihrer Wahl diese Mittel zu verdrei- oder gar zu vervierfachen. Dieses Versprechen ist sowohl absolut wie auch im Verhältnis zur Gesamtsumme (1998: 0,52 Prozent; 2003: 1,54 Prozent und 2004: 1,89 Prozent) erfüllt worden² (vgl. Tabelle 6).

Der Anstieg der Mittel für Vorhaben privater Träger (1998: 16,6 Millionen Euro) setzt sich erfreulicherweise in den Ansätzen für 2003 (25 Millionen Euro) und 2004 (29 Millionen Euro) kontinuierlich fort. Auch die zwischenzeitlichen Kürzungen bei den Politischen Stiftungen und den Kirchen sind heute mehr als ausgeglichen.

Die beiden relativ neuen Titel zur Förderung von entwicklungsrelevanten Vorhaben der deutschen Wirtschaft (seit 1997) und für den Zivilen Friedensdienst/ZFD (seit 1999) sind von Jahr zu Jahr gewachsen, und zwar ohne negative Auswirkungen auf die alten Titel. Gegenwärtig kommt allerdings gut ein Drittel der ZFD-Mittel nicht den Nichtregierungsorganisationen, sondern dem Deutschen Entwicklungsdienst zugute.

Langfristig bedeutsam ist auch in diesem Bereich die Steigerung der Verpflichtungsermächtigungen (VE)³. Diese Steigerung ist auch dann noch beachtlich, wenn man berücksichtigt, dass ab 2004 der Sondertitel (687 05) für das Aktionsprogramm 2015 aufgelöst und die bisher vorgesehenen Mittel den „Instrumententiteln“ (der freien Träger) zugeschlagen werden. Begründet wird diese Maßnahme damit, dass es gelte, die erfolgreichen Pilotmaßnahmen des Aktionsprogramms 2015 nun in den Rahmen bestehender Instrumente dauerhaft zu integrieren und dadurch den beteiligten Institutionen eine verlässlichere finanzielle Perspektive zu geben. Insbesondere sollen mit der Erhöhung die Leistungen der zivilgesellschaftlichen Kräfte in der Pilotphase anerkannt werden.

² Selbst wenn man berücksichtigt, dass die Mittel für das ASA-Programm (2004: ca. 700 000 €) neu hinzugekommen sind.

³ vgl. Tabelle 7, Absatz 3

Die Bewertung der Entwicklungspolitik der Bundesregierung Ein Kommentar von Deutsche Welthungerhilfe und terre des hommes

Zum dritten Mal in Folge betrug die ODA-Quote Deutschlands nur 0,27 Prozent. Damit kann zwar der Abwärtstrend als gestoppt angesehen werden. Die versprochene Trendwende ist jedoch ausgeblieben. Das Erreichen der Millenniumsziele zur Armutsbekämpfung ist damit in weite Ferne gerückt – ein Befund, der ungeachtet leerer Kassen und der Notwendigkeit von Einsparungen in den öffentlichen Haushalten einen entwicklungspolitischen Offenbarungseid darstellt.

Deutsche Welthungerhilfe und terre des hommes begrüßen jedoch ausdrücklich, dass die im März 2002 im EU-Verbund eingegangene Verpflichtung, die deutsche ODA-Quote bis 2006 auf 0,33 Prozent zu erhöhen, in der Koalitionsvereinbarung und in der Regierungserklärung des Bundeskanzlers bekräftigt wurde. Leider sind aber keine Anzeichen dafür erkennbar, dass die ODA-Quote 2003 steigen wird. Deutsche Welthungerhilfe und terre des hommes hatten in ihrem letzten Bericht gefordert, dass diese Zusage bereits im Haushalt 2003 deutlichen Niederschlag finden müsse und nicht nur durch Umbuchungen oder eine eventuelle Aufstockung der Anti-Terror-Mittel erreicht würde. Auch hatten die beiden Organisationen gefordert, dass eine solche Erhöhung vor allem der Förderung sozialer Grunddienste zufließen müsse. Zwar können höhere EU-Leistungen, ein verstärkter Schuldenerlass und Fortschritte in der Verbundfinanzierung mit der deutschen Wirtschaft doch noch zu einer Steigerung führen. Doch festzuhalten bleibt: Das politische Signal war vernehmbar, lässt sich aber noch nicht in konkreten Zahlen und Planungen wiederfinden.

Deutsche Welthungerhilfe und terre des hommes fordern Bundestag, Bundesregierung und auch die Bundesländer auf, alles zu unternehmen, um das ohnehin bescheidene Zwischenziel von 0,33 Prozent bis 2006 doch noch zu erreichen. Durch eine fortlaufende Erhöhung der Verpflichtungsermächtigungen und eine Verstärkung der Ansätze in der Finanzplanung sind schon heute die Voraussetzungen dafür zu schaffen, dass nach erhoffter Erreichung des Zwischenziels die Steigerung mindestens im gleichen Tempo weitergeht. Dass dies möglich ist, zeigen die Vergleiche mit den skandinavischen Nachbarn und mit Luxemburg und den Niederlanden sowie die von Irland, Belgien, Frankreich und Norwegen eingegangenen erheblich weitergehenden Verpflichtungen (vgl. Tabelle 2 b).

In ihrem letzten Bericht hatten Deutsche Welthungerhilfe und terre des hommes positiv bewertet, dass für die Armutsbekämpfung ein eigener Haushaltstitel, wenn auch mit

bescheidener Ausstattung, eingerichtet worden war. Dieser Titel unterstützt die Konkretisierung und Qualifizierung des „Aktionsprogramms 2015“. Deutsche Welthungerhilfe und terre des hommes hatten angekündigt, dass sie diesen Prozess weiterhin beobachten wollten, um festzustellen, ob das Aktionsprogramm lediglich politische Rhetorik darstellt oder ob die „Armutsbekämpfung als überwältigende Aufgabe“ deutscher Entwicklungszusammenarbeit Wirklichkeit wird. Dies vor allem vor dem Hintergrund, dass mit dem ursprünglich angekündigten Umsetzungsplan wohl nicht mehr zu rechnen ist. Jetzt heißt es, dass diese Sondermittel ab 2004 in die „Instrumententitel“ (der freien Träger) überführt werden sollen. So sehr die gewachsene Förderung der entwicklungspolitischen Arbeit der freien Träger begrüßt wird: Es bleibt mehr als fraglich, ob damit der beabsichtigten Konkretisierung der Millenniumsziele auf nationaler Ebene durch das politisch auf höchster Ebene angekündigte „Aktionsprogramm 2015“ Rechnung getragen wird. Zudem bleibt abzuwarten, ob damit nicht die Verantwortung für Erfolg oder Misserfolg des Aktionsprogramms 2015 den Nichtregierungsorganisationen zugeschoben werden soll.

Deutsche Welthungerhilfe und terre des hommes begrüßen die auch für 2003 und 2004 vorgesehenen weiteren Erhöhungen bei der Förderung von Vorhaben der Privaten Träger. Sie erkennen an, dass die neuen, ebenfalls steigenden Ansätze für den Zivilen Friedensdienst und die entwicklungsrelevanten Vorhaben der deutschen Wirtschaft nicht zu Lasten der traditionellen Titel gehen. Dennoch geben die für die anstehenden Aufgaben der Armutsbekämpfung insgesamt ungenügende Ausstattung des Titels und das nach wie vor bestehende Missverhältnis zwischen Haushaltsmitteln, die für Projekte der Entwicklungszusammenarbeit/EZ und der Humanitären Hilfe zur Verfügung gestellt werden, Anlass zur Sorge.

Erfreulich ist die weitere Steigerung der Mittel für die entwicklungspolitische Bildungs- und Öffentlichkeitsarbeit, die es den NRO und hier gerade auch kleineren Gruppen und Initiativen ermöglichen, zur dringend benötigten Akzeptanz der EZ in der breiteren Öffentlichkeit beizutragen. Dass die Verpflichtungsermächtigungen in diesen Titeln mit den Baransätzen Schritt halten, lässt hoffen, dass auch in künftigen Haushalten die notwendigen Mittel bereitstehen werden.

In der Debatte um den Bundeshaushalt 2004 haben Vertreterinnen und Vertreter der Regierungsparteien auf die Bedeutung globaler Zusammenhänge hingewiesen, die die Effekte der Entwicklungszusammenarbeit verstärken oder konterkarieren können. Auch Deutsche Welthungerhilfe und terre des hommes unterstreichen, dass in der Tat viele Maßnahmen auf verschiedenen Ebenen ineinander greifen müssen, um die

Millenniumsziele zu erreichen, und das heißt vor allem, die Zahl armer und hungriger Menschen bis zum Jahr 2015 zu halbieren.

Auf internationaler Ebene sind – gerade nach dem Scheitern des Welthandels Gipfels in Cancún – die Versprechungen der in Doha (2001) eingeleiteten Entwicklungsrunde einzulösen. Noch verhindern ein hoher Schuldendienst und die fehlende Kreditwürdigkeit vieler Entwicklungsländer ihre wirtschaftliche Erholung. Gewaltsame Auseinandersetzungen auf Grund wirtschaftlicher und machtpolitischer Interessen machen erreichte Entwicklungserfolge zunichte oder hinterlassen entwurzelte, hoffnungslose Menschen und Trümmerfelder.

terre des hommes und Deutsche Welthungerhilfe halten die finanzielle Ausstattung der Entwicklungszusammenarbeit und des BMZ, gemessen an den Anforderungen und den durch Koalitionsvereinbarung, Regierungserklärung und internationale Vereinbarungen geweckten Erwartungen für unzureichend. Dass inhaltlich notwendige Impulse für die Entwicklungspolitik ausgeblieben sind, verdeutlicht auch folgender Vergleich: Die reichen Länder subventionieren ihren Agrarsektor mit über 300 Milliarden Dollar pro Jahr; das ist das Sechsfache der Summe, die für Entwicklungszusammenarbeit ausgegeben wird. Diese Relation wirft ein ganz anderes Licht auf die von den Regierungen – auch der deutschen – immer wieder vorgebrachten Wichtigkeit der Armutsbekämpfung.

Die Regierungen der Industrieländer haben immer wieder erklärt, 0,7 Prozent ihres Bruttonationaleinkommens für die Förderung der Entwicklungsländer aufzuwenden. Die Verbesserung der globalen Rahmenbedingungen für Entwicklung ist daher eine wichtige Voraussetzung zur Steigerung der Effektivität und Effizienz der Entwicklungszusammenarbeit. Sie ersetzt diese jedoch nicht: Berechnungen haben gezeigt, dass selbst unter günstigen Voraussetzungen eine Verdoppelung des bisherigen Mittelvolumens und eine Steigerung des Anteils für Maßnahmen der Armutsbekämpfung erforderlich ist, um die Millenniumsziele zu erreichen. Für diese Ziele werden sich Deutsche Welthungerhilfe und terre des hommes auch weiterhin einsetzen.

Tabelle 1: Finanzierung der öffentlichen deutschen EZ

(in Mio. € bzw. in Prozent)

	1990	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
								Soll	Plan
Bundeshaushalt: Einzelplan 23, (Haushalt BMZ)	4.067	4.010	4.052	3.997	3.675	3.790	3.759	3.768	3.800
% des Bundesetats	1,8	1,8	1,73	1,62	1,50	1,56	1,57	1,46	1,51
Anteil multilateraler Ausgaben inkl. EU	30,4	33,0	32,5	32,3	33,1	33,5	32,5		
Nur buchhalterisch: Rückflüsse, v.a. aus Schuldendienst FZ (1)	595	1118	965	891	809	796	791	717	
Gewährleistungen/ Verbundfinan- zierungen (2)	0)	0,9	1,1	1,4	1,5	1,6	1,74	1,86	2,0
Personal im BMZ Stellen gemäß Bundeshaushalt	541	556	544,5	551	561,5	555,8	603,3	590,8	591,5
ODA-Leistungen (3)	5.222	5.193	5.020	5.177	5.458	5.571	5.650		
ODA-Quote (4)	0,41	0,28	0,26	0,26	0,27	0,27	0,27		
Multilateraler Anteil (inkl. EU) an ODA		37,9	37,5	40,7	46,6	42,8	37,5		

Anmerkung

Veränderungen gegenüber dem 10. Bericht: Die Beträge sind in € ausgewiesen und bis 2002 – sofern nicht anders vermerkt – Ist-Zahlen. Die a) Tabellen bei 3., 4., 5. und 10. beziehen sich auf den Einzelplan 23, die b) Tabelle auf die ODA. Angaben für 2003 stammen aus dem verabschiedeten Haushalt, die für 2004 aus dem Regierungsentwurf vom Juli 2003. (Quellen: www.bmz.de und Einzelauskünfte)

1) Über **Rückflüsse** verfügt der Finanz-, nicht der Fachminister.

(2) **Gewährleistung:** Ein entwicklungsrelevantes Vorhaben der deutschen Wirtschaft kann durch die KfW in einem Gesamtpaket finanziert werden, das aus den zwei Komponenten FZ-Mittel und Mittel zu marktüblichen Bedingungen besteht. Die KfW ist durch das Haushaltsgesetz (§3, Abs.1, Nr.3) ermächtigt, für diese Marktmittel eine Gewährleistung (Bürgschaft) zu übernehmen. ODA-relevant sind nur ausgezahlte FZ-Mittel und reale Geldflüsse aus der Gewährleistung.

(3) **ODA-Leistungen:** Official Development Assistance ist die Summe der öffentlichen finanziellen Leistungen, die vom Development Assistance Committee, DAC, in der OECD als entwicklungsrelevant anerkannt worden sind.

(4) **ODA-Quote** ist das Verhältnis der ODA-Leistungen zum BNE, dem Bruttonationaleinkommen, das seit 1998 international an die Stelle des Bruttosozialprodukts, BSP, getreten ist. Die Berechnungen von BNE und BSP sind fast identisch.

Tabelle 2 a):**Öffentliche EZ (ODA) aller DAC-Länder in absoluten Zahlen**

(Rangfolge 2001, da Zahlen zu 2002 noch vorläufig) in Mio. US-Dollar (!)

	1999	2000	2001	2002 vorläufig
1. USA	9.145	9.955	11.429	12.900
2. Japan	15.323	13.508	9.847	9.220
3. Deutschland	5.515	5.030	4.990	5.359
4. Großbritannien	3.426	4.501	4.579	4.749
5. Frankreich	5.639	4.105	4.198	5.182
6. Niederlande	3.134	3.135	3.172	3.377
7. Spanien	1.363	1.195	1.737	1.608
8. Schweden	1.630	1.799	1.666	1.754
9. Dänemark	1.733	1.664	1.634	1.632
10. Italien	1.806	1.376	1.627	2.313
11. Kanada	1.706	1.744	1.533	2.013
12. Norwegen	1.370	1.264	1.346	1.746
13. Schweiz	984	890	908	933
14. Australien	982	987	873	962
15. Belgien	760	820	867	1.061
16. Österreich	527	423	533	475
17. Finnland	416	371	389	466
18. Irland	245	235	287	397
19. Portugal	276	271	268	282
20. Griechenland	194	226	202	295
21. Luxemburg	119	123	141	143
22. Neuseeland	134	113	112	124
DAC-Länder insgesamt	56.428	53.734	52.336	56.991
darunter 15 EU-Länder insgesamt	26.783	25.274	27.823	29.093

Anmerkung

Da die ODA-Leistungen in Landeswährung erbracht, in der DAC-Liste aber in US-Dollar aufgeführt werden, können sich größere Wechselkurschwankungen stark auswirken. So ist der Abfall Japans u.a. auf die Kursverluste des Yen gegenüber dem Dollar zurückzuführen. Auch die erheblichen Schwankungen des Euro im Vergleich zum Dollar [Einführungskurs 1: 1,17; Tiefstkurs (26.10.2000): 1: 0,83; Höchstkurs (27.5.2003): 1: 1,19] wirken sich entsprechend aus.

Auf die ODA-Quote hat dies keinen Einfluss, wenn das Bruttonationaleinkommen zum selben Kurs umgerechnet wird wie die EZ-Leistungen.

Quellen für 2 a) und 2 b):

Für 1999-2001: www.bmz.de; für 2002 (vorläufig): www.oecd.org

**Tabelle 2 b):
Öffentliche EZ (ODA) der DAC-Länder im Verhältnis
zum BNE (ODA-Quote)**

(Rangfolge 2001, da Zahlen zu 2002 noch vorläufig)

	1999 %	2000 %	2001 %	2002 % vorläufig
1. Dänemark	1,01	1,06	1,03	0,96 (1.)
2. Norwegen	0,90	0,80	0,83	0,91 (2.)
3. Luxemburg	0,66	0,71	0,82	0,78 (4.)
4. Niederlande	0,79	0,84	0,82	0,82 (3.)
5. Schweden	0,70	0,80	0,81	0,74 (5.)
6. Belgien	0,30	0,36	0,37	0,42 (6.)
7. Schweiz	0,35	0,34	0,34	0,32 (10.)
8. Irland	0,31	0,30	0,33	0,41 (7.)
9. Finnland	0,33	0,31	0,32	0,35 (9.)
10. Frankreich	0,39	0,32	0,32	0,36 (8.)
11. Großbritannien	0,24	0,32	0,32	0,30 (11.)
12. Spanien	0,23	0,22	0,30	0,25 (15)
13. Österreich	0,26	0,23	0,29	0,23 (18.)
14. Deutschland	0,26	0,27	0,27	0,27 (13.)
15. Australien	0,26	0,27	0,25	0,25 (14.)
16. Neuseeland	0,27	0,25	0,25	0,23 (17.)
17. Portugal	0,26	0,26	0,25	0,24 (16.)
18. Japan	0,34	0,28	0,23	0,23 (19.)
19. Kanada	0,28	0,25	0,22	0,28 (12)
20. Griechenland	0,15	0,20	0,17	0,22 (20.)
21. Italien	0,15	0,13	0,15	0,20 (21.)
22. USA	0,10	0,10	0,11	0,12 (22.)
DAC-Länder insgesamt	0,24	0,22	0,22	0,23
Darunter 15 EU-Länder insgesamt	0,31	0,32	0,35	0,34

Anmerkung

Eingegangene Verpflichtungen für 2006 (im März 2002 in Barcelona und Monterrey):

Deutschland 0,33%
Gesamte EU 0,39%

Darüber hinausgehende Selbstverpflichtungen mit festen Zeitzielen:

Norwegen 1,0% bis 2005
Irland 0,7% bis 2007
Belgien 0,7% bis 2010
Frankreich 0,7% bis 2012
Frankreich Zwischenziel 0,5% bis 2007

**Tabelle 3 a):
Sektorale und übersektorale Aufteilung der bilateralen EZ
(FZ plus TZ) in Mio. € und im Verhältnis zur Gesamt FZ plus TZ**

	1998 Ist	1999 Ist	2000 Ist	2001 Ist	2002 Ist	2003 Soll	2004 Plan
Sektoren							
Bildung	91,1 5,7%	118,7 8,5%	106,7 7,8%	136,6 8,4%	96,1 6,2%	111,05 6,6%	82,45 4,9%
(darunter Grundbildung)	Ohne Angabe	(55,1) (3,9%)	(36,0) (2,6%)	(62,2) (3,8%)	(44,9) (2,9%)	(40,8) (2,4%)	(25,0) (1,5%)
Gesund- heitswesen	80,0 5,0%	102,9 7,34%	66,2 7,8%	140,4 8,6%	92,4 6,0%	135,65 8,1%	164,08 9,8%
(darunter Bevölkerungspolitik)	(35,6) (2,2%)	(56,5) (4,0%)	(72,4) (5,3%)	(87,5) (5,4%)	(63,8) (4,1%)	(58,5) (3,5%)	(79,0) (4,7%)
Wasser und Abwasserentsorg.	246,1 15,4%	278,3 19,9%	247,8 18,2%	315,5 19,3%	300,6 19,5%	345,052 20,7%	266,75 15,9%
Andere	9,7%	10,3%	8,8%	10,8%	10,9%	8,9%	6,7%
Gesamtsumme	572,5	642,8	578,1	769,1	656,7	740,1	625,20
Soziale Dienste	35,9%	46,0%	42,4%	47,2%	42,6%	44,3%	37,2%
Bezugsgröße: Gesamt FZ & TZ	1.595,0	1.397,4	1.363,7	1.631,0	1.568,9	1.670	1.680
Übersektoral							
Armut- orientierung	807,0 50,6%	757,9 54,2%	753,5 55,3%	886,4 54,4%	936,3 60,7%	1.190,8 71,3%	1.193 71,0%
(darunter: Selbst- hilfeorientierte Armutsbekämpf.)	(256,0) (16,1%)	(369,1) (13,5%)	ohne Angabe	(211,4) (13,0%)	(240,6) (15,6%)	ohne Angaben	ohne Angaben

Tabelle 3 b):
Sektorale Aufteilung der bilateralen öffentlichen EZ
 (ODA-Zusagen*)

Sektor	2000		2001		2002	
	Mio. €	%	Mio. €	%	Mio. €	%
Soziale Infrastruktur / Dienste	1.432,855	44,5	1.575,056	40,4	1.634,195	33,5
Davon:						
Bildung	600,191	18,6	640,643	16,4	734,612	15,1
darunter Grundbildung	66,425	2,1	48,275	1,2	48,265	1,0
Gesundheitswesen	53,134	1,6	81,257	2,1	161,134	3,3
darunter						
Basisgesundheit	28,045	0,9	56,585	1,5	84,506	1,7
Bevölkerungspolitik inkl. AIDS-Bekämpfung	58,047	1,8	55,493	1,4	55,423	1,1
Wasserversorgung, Abwasser-/Abfallentsorgung	378,297	11,7	426,825	10,9	232,116	4,8
Staat und Zivilgesellschaft	168,676	5,2	212,425	5,4	246,696	5,1
Sonstige soziale Dienste	174,528	5,4	158,413	4,1	204,213	4,2
Wirtschaftl. Infrastruktur	446,769	13,9	756,088	19,4	540,743	11,1
Produktive Sektoren	201,781	6,3	187,647	4,8	227,350	4,7
Multisektoral/Quer	438,042	13,6	502,692	12,9	527,474	10,8
Waren-/Programmhilfe	21,473	0,7	24,208	0,6	40,094	0,8
Schuldenerleichterung**	93,084	2,9	211,053	5,4	1.304,086	26,7
Nothilfe	193,806	6,0	268,362	6,9	233,400	4,8
Sonstiges	392,734	12,2	375,278	9,6	370,230	7,6
Insgesamt	3.220,545	100	3.900,384	100	4.877,573	100

Anmerkung

* Die ODA-Nettozahlungen werden sektoral vom BMZ nicht gesondert erfasst. (Zu regional siehe Tab.4b)

** Im Vergleich der Zahlen von 2001 und 2002 wird deutlich, dass die Bundesregierung ihre Zusage, die Schulden für EL zu senken oder ganz zu erlassen, einhält, aber auch, dass eine Absenkung der ODA-Quote 2002 unter 0,27% im Wesentlichen durch „Schuldenerleichterung“ vermieden wurde, nicht durch „frisches geld“. Ähnliches ist für 2003 zu erwarten. Dass auch der Regierungsentwurf zum Haushalt 2004 diese Entwicklung fortschreibt, ist von der CDU/CSU-Fraktion am 2. Juli 2003 kritisiert worden; den DAC-Kriterien widerspricht sie allerdings nicht.

Tabelle 4 a):
Regionale Verteilung der bilateralen FZ und TZ

(Titel 866 01 plus 896 03) in Mio. € und in Prozent der gesamten regional aufteilbaren FZ und TZ

BMZ- Förderregion	1998 Ist	1999 Ist	2000 Ist	2001 Ist	2002 Ist	2003 Soll	2004 Plan
Mittelmeerraum/ Nahe und Mittlerer Osten	311,1 20,0%	290,3 21,4%	287,7 21,9%	231,9 14,7%	298,9 19,9%	223,0 13,4%	261,0 15,5%
Afrika südlich der Sahara	442,1 28,5%	342,2 25,2%	394,5 30,0%	459,4 29,2%	416,0 27,7%	412,5 24,7%	418,0 24,9%
Lateinamerika	245,0 15,8%	237,0 17,5%	188,7 14,3%	232,2 14,8%	184,0 12,3%	163,5 9,8%	151,0 9,0%
Mi- + SOEuropa, ehem. SU/ seit 2002: SOEuropa, Zentralasien, Südkaukasus	135,1 8,7%	140,8 10,4%	76,7 5,8%	258,1 16,4%	239,7 16,0%	249,5 14,9%	244,5 14,6%
Ost-/Südasien und Ozeanien	420,6 27,0%	355,4 25,5%	368,3 28,0%	392,5 24,9%	360,9 24,1%	398,0 23,8%	362,0 21,5%
Regional aufteilbare FZ und TZ	1.554	1.356	1.316	1.574	1.500	1.447	1.437

Anmerkung

Bis einschließlich 2000 sind unter „MOE und ehem. SU“ nur FZ-Mittel aufgelistet; die der TZ entsprechenden Mittel wurden unter der „NRO-Titelgruppe 687“ aufgeführt (687 12), erst ab 2001 hier unter TZ. Daraus erklärt sich überwiegend der große Sprung seit 2001.

**Tabelle 4 b):
Regionale Verteilung der bilateralen öffentlichen EZ (ODA)
Nettoauszahlungen und Zusagen**

in Mio. € und in Prozent der gesamten bilateralen ODA

BMZ- Förderregion	1998		1999		2000		2001		2002	
	Zahlung	Zusage								
Mittelmeerraum & Naher Osten	268,0 8,5%	782,5 20,0%	336,5 10,9%	466,0 11,3%	263,5 9,0%	539,6 16,8%	544,4 17,1%	688,3 17,6%	180,5 5,1%	500,0 10,3%
Afrika südlich der Sahara	907,1 28,9%	1.022,5 26,1%	852,1 27,7%	918,7 22,2%	831,1 28,5%	649,5 20,2%	716,2 22,5%	697,1 17,9%	960,3 27,2%	1.131,0 23,2%
Lateinamerika	419,4 13,4%	485,1 12,4%	373,8 12,1%	522,1 12,6%	375,5 12,9%	520,8 16,2%	373,2 11,7%	398,2 10,2%	376,9 10,7%	791,6 16,2%
Mi-&SOEuropa/ ehem. SU	163,7 5,2%	269,7 6,9%	265,7 8,6%	378,3 9,1%	311,1 10,7%	348,2 10,8%	242,8 7,6%	340,0 8,7%	744,3 21,1%	735,4 15,1%
Asien und Ozeanien	884,3 28,2%	760,3 19,4%	700,2 22,8%	1.331,2 32,2%	513,3 17,6%	571,8 17,8%	644,7 20,2%	1.096,6 28,1%	631,4 17,9%	1.044,2 21,4%
Aufteilbare bilaterale ODA	2.642,5 84,2%	3.320,1 84,7%	2.528,3 82,2%	3.616,3 87,4%	2.294,4 78,7%	2.630,0 81,7%	2.521,3 79,1%	3.220,3 82,6%	2.893,4 81,9%	4.202,2 86,2%
Summe ODA in Mio. €	3.140,0	3.919,2	3.076,3	4.139,4	2.915,3	3.220,5	3.186,1	3.900,4	3.531,2	4.877,6

**Tabelle 5 a):
Bilaterale Zusagen für FZ und TZ
an wirtschaftlich am wenigsten entwickelte Länder (LDC) in Mio. €**

	Gesamte aufteilbare Zusagen FZ und TZ	davon an LDC (absolut)	davon an LDC (prozentual)
1996	1.913	457,2	23,9%
1997	1.642	321,1	19,6%
1998	1.535	436,1	28,4%
1999	1.335	284,8	21,3%
2000	1.316	371,6	28,7%
2001	1.510	400,3	26,5%
2002	1.432	385,1	26,9%
2003 Soll	1.262,5	428	33,9%
2004 Plan	1.201,7	274,95	22,9%

**Tabelle 5 b):
Bilaterale öffentliche EZ (ODA):
Nettoauszahlungen an wirtschaftlich am wenigsten
entwickelte Länder (LDC) in Mio. €**

	Gesamte bilaterale ODA	davon: an LDC (absolut)	davon: an LDC (prozentual)
1996	3.489,094	832,655	23,9
1997	3.226,008	685,210	21,2
1998	3.139,972	771,285	24,6
1999	3.076,282	720,127	23,4
2000	2.915,312	701,546	24,1
2001	3.186,130	669,523	21,0
2002	3.531,194	868,255	24,6

Tabelle 6:
Nettoauszahlungen an Nichtregierungsorganisationen und
Wirtschaft aus dem Einzelplan 23 (in Tausend €)

	1998	1999	2000	2001	2002	2003 Soll	2004 Plan
Entwicklungs- politische Bildung Titel 684 01	2.111 (0,52%)	3.052 (0,74%)	2.942 (0,75%)	3.573 (0,85%)	5.197 (1,25%)	6.690 (1,54%)	8.700 (1,89%)
Ziviler Friedensdienst Titel 687 02	0	1.060 (0,26%)	5.307 (1,37%)	7.566 (1,79%)	10.942 (2,62%)	14.281 (3,28%)	14.281 (3,11%)
Sozialstruktur Titel 687 03	19.908 (4,93%)	20.145 (4,89%)	17.341 (4,43%)	18.960 (4,48%)	22.750 (5,45%)	26.650 (6,12%)	29.650 (6,46%)
Gespol. Bildung (Politische Stiftungen) Titel 687 04	154.728 (38,37%)	154.728 (37,55%)	148.234 (37,86%)	149.803 (35,43%)	164.390 (39,39%)	174.000 (39,93%)	181.000 (39,41%)
Vorhaben privater Träger Titel 687 06	16.593 (4,12%)	17.639 (4,28%)	16.704 (4,27%)	18.848 (4,46%)	23.314 (5,59%)	25.000 (5,73%)	29.000 (6,31%)
Epol. Vorhaben der deutsch. Wirtschaft Titel 687 11	8.145 (2,02%)	8.448 (2,05%)	8.189 (2,09%)	8.578 (4,39%)	35.884 (8,60%)	35.000 (8,03%)	35.500 (7,73%)
Vorhaben von Kirchen Titel 896 04	146.229 (36,27%)	144.184 (34,99%)	140.605 (35,91%)	144.184 (34,11%)	154.830 (37,10%)	154.135 (35,37%)	161.135 (35,09%)
Weitere Titel bis 2000: v.a. „TZ“ für MOE/NUS					-	-	-
Gesamt	403.204	412.015	391.554	422.761	417.307	435.756	459.266

Quelle: www.bmz.de (bis 2001) und Einzelauskünfte

Tabelle 7: Verpflichtungsermächtigungen (VE) im Einzelplan 23
(BMZ) in den verabschiedeten Haushalten

(2004: Regierungsentwurf) in Mio. €

	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Plan Bilaterale FZ Titel 866 01	1.176	869	1.038	1.000	1.050	1.100
Bilaterale TZ im engeren Sinne Titel 896 03	588	501	598	550	580	580
Stiftungen/NRO/Wirtschaft Titelgruppe 687 .. Kirchen Titel 896 04			341	363	421	442
Gesamte VE im Einzelplan 23			2.487	4.229	3.768	3.800

Anmerkungen

Die Zahlen zur gesamten VE und der VE für NRO etc. liegen uns für 1999 und 2000 nicht vor..

Starke Schwankungen in der Gesamtsumme der VE hängen wesentlich mit den unregelmäßigen Zyklen der Wiederauffüllung multilateraler Fonds zusammen und lassen deshalb nicht unbedingt auf einen veränderten politischen Willen von Regierung und Parlament schließen.

Tabelle 8: Akzentsetzungen in der deutschen Entwicklungspolitik 1991-2003

Auswahl auf Basis der bisherigen Berichte zur „Wirklichkeit der Entwicklungshilfe“ seit 1993

1991	Das BMZ führt fünf Kriterien für die Vergabe von EZ-Mitteln ein: Menschenrechte, Partizipation, Rechtsstaatlichkeit, soziale und marktorientierte Wirtschaftsordnung, Entwicklungsorientierung der Regierung.
1992	Im Kontext der Rio-Konferenz: wird Umweltschutz verstärkt Thema der EZ; Beiträge zur Global Environmental Facility (GEF), Umwandlung von FZ-Schulden für Maßnahmen des Umweltschutzes.
1993	Verstärkte Hilfsmaßnahmen für Transformationsländer in Osteuropa.
1994/95	Kopenhagen-Prozess: Verhaltene Unterstützung für 20/20-Initiative; Armutsbekämpfung als zentrales Thema deutscher EZ bekräftigt. Ausweitung der FZ-Schuldenumwandlungen zu Gunsten von Vorhaben zur Armutsbekämpfung. In Folge der 4. Weltfrauenkonferenz in Peking wird „Gender Mainstreaming“ in der deutschen EZ als Prinzip verankert.
1996	Zögerliche Unterstützung für OECD/DAC-Ziele zur Armutsbekämpfung für 2015.
1998	Die ODA-Quote fällt auf 0,26% und damit auf den absoluten Tiefstand seit 1964 (1982 und 1983: 0,47%). Die neue rot-grüne Regierung will den Abwärtstrend umkehren. Sie will Entwicklungspolitik als „Globale Strukturpolitik“ betreiben. Die BMZ-Ministerin erhält Sitz und Stimme im Bundessicherheitsrat.
1999	BMZ setzt sich auf dem G-7-Gipfel mit Erfolg für die Entschuldung der ärmsten Länder ein. Frei werdende Mittel sollen der Armutsbekämpfung dienen. BMZ verstärkt Maßnahmen zur Krisenprävention.
2000	Drastische Einschnitte im BMZ-Haushalt. BMZ wählt erstmals „Schwerpunktpartnerländer“ und „Partnerländer“ aus (überarbeitet 2002, bestätigt 2003; s. Tabelle 9).
2001	Aktionsprogramm 2015 zur Armutsbekämpfung wird vom BMZ vorbereitet und vom Kabinett verabschiedet. Armutsbekämpfung wird zur „überwölbenden Aufgabe deutscher Entwicklungspolitik“ erklärt. Nach dem 11. September erhält das BMZ die Verfügungsberechtigung über zusätzliche Mittel aus dem „Anti-Terror-Paket“ im Einzelplan 60.
2002	Die „Anti-Terror-Mittel“ werden für 2003 dem Einzelplan 23 zugeschlagen und führen trotz des ansonsten leicht gekürzten Ansatzes zu einer optischen Erhöhung des BMZ-Haushalts. Die Bundesregierung verpflichtet sich im März auf der EU-Konferenz in Barcelona (bestätigt in Monterrey), die deutsche ODA-Quote bis 2006 auf mindestens 0,33 Prozent zu erhöhen, um so zum angestrebten EU-Durchschnittsziel von 0,39% beizutragen. Die Koalitionsvereinbarung bestätigt dieses Ziel und der Bundeskanzler bekräftigt es in seiner Regierungserklärung vom 29. Okt. 2002
2003	Der Sondertitel zum Aktionsprogramm 2015 wird im Haushaltsentwurf für 2004 aufgelöst und in die „Instrumententitel“ umgesetzt.

Tabelle 9: Kooperationsländer

(Stand 2002 bestätigt Juli 2003)

	Schwerpunktpartnerland (Konzentration auf möglichst drei Schwerpunkte)	Partnerland (Konzentration auf möglichst einen Schwerpunkt)
MOE/NUS	Albanien ¹⁾ , Bosnien-Herzegowina ¹⁾ , Mazedonien ¹⁾ , Georgien	Armenien, Aserbajdschan, Zentralasien ²⁾
Mittelmeer, Nah- und Mittelost	Ägypten, Jemen, Marokko, Palästinensische Gebiete, Türkei	Algerien, Jordanien, Mauretanien, Syrien, Tunesien
Afrika südlich der Sahara	Äthiopien, Benin, Burkina Faso, Ghana, Kamerun, Kenia, Malawi, Mali, Mosambik, Namibia, Ruanda ³⁾ , Sambia, Senegal, Südafrika, Tansania, Uganda	Côte d'Ivoire, Eritrea, Guinea, Lesotho, Madagaskar, Burundi, Nigeria, Niger, Tschad
Asien und Ozeanien	Afghanistan, Bangladesch, China, Indien, Indonesien, Kambodscha, Nepal, Pakistan, Philippinen, Vietnam	Laos, Mongolei, Sri Lanka, Thailand, Ost-Timor
Lateinamerika	Bolivien, El Salvador, Honduras, Nicaragua, Peru	Brasilien, Costa Rica, Chile, Dom. Republik, Ecuador, Guatemala, Kolumbien, Kuba, Mexiko, Paraguay

Darüber hinaus gibt es noch potentielle Kooperationsländer:

Mittelmeer/Nah- und Mittelost:	Iran.
Afrika südlich der Sahara:	Angola, Kongo (DR), Sierra Leone, Simbabwe, Sudan, Togo.
Asien:	Myanmar.
Lateinamerika:	Haiti.

In Schwerpunktpartnerländern kommt das gesamte entwicklungspolitische Instrumentarium in ausgewählten, möglichst nur drei, Schwerpunkten in nennenswertem Umfang zum Einsatz. Die Arbeit in Partnerländern konzentriert sich möglichst auf einen Schwerpunkt. Diese Aufteilung ist nicht als starr zu begreifen.

1) Länder des Stabilitätspaktes „Südosteuropa“. Dazu gehören auch Bulgarien, Rumänien, Kroatien, Serbien, Montenegro und Kosovo. Diese Länder können mit EZ-Mitteln gefördert werden. Es ist beabsichtigt, das neu hinzugekommene Moldau mit EZ-Mitteln zu fördern.

2) Kasachstan, Kirgisistan, Tadschikistan und Usbekistan

3) Der Status als Schwerpunktpartnerland wird wegen der dortigen politischen Entwicklung laufend überprüft.

Quelle: BMZ: „Schwerpunktsetzung in der Entwicklungszusammenarbeit“ in der Fassung vom 22.02.2002, S.3. Redaktionell verändert und leicht gekürzt.

Tabelle 10 a)
Die 10 größten Empfänger deutscher bilateraler EZ 2002
 (FZ- plus TZ-Zusagen) (in Mio. €)

	FZ	TZ	zusammen
China	50	18	68
Ägypten	52,5	12,5	65
Indien	45	15	60
Äthiopien	40	20	60
Südafrika	30	25	55
Jugoslawien (S./M.)	40	15	55
Marokko	35	12,5	47,5
Jemen	20	12,5	32,5
Benin	15	17	32
Peru	25	12	37

Quelle:
 BMZ, Vertrauliche Erläuterungen 2002 zu Kapitel 2302, Titel 86601 und 89603 Bilaterale Finanzielle und Technische Zusammenarbeit mit Entwicklungsländern, August 2001

Tabelle 10 b):
Die elf größten Empfänger deutscher EZ 2001 und 2002
 gemäß ODA-Nettoauszahlungen

	2001		2002
1. China	182.918	1. Serbien/Mont.	563.865
2. Syrien	93.045	2. Mosambik	166.518
3. Türkei	73.971	3. China	159.028
4. Jordanien	66.685	4. Afghanistan	98.224
5. Indien	64.209	5. Indonesien	83.182
6. Bolivien	57.669	6. Pakistan	80.831
7. Tansania	53.810	7. Bolivien	76.321
8. Brasilien	52.525	8. Kamerun	71.095
9. Kamerun	51.418	9. Ägypten	65.722
10. Irak	51.371	10. Jordanien	54.172
11. Afghanistan	49.292	11. Sambia	46.925

*„We, heads of State and Government and representatives of States and Governments [...];
Recognizing that poverty, underdevelopment and illiteracy are among the principal contributing
factors to the spread of HIV/AIDS,
and noting with grave concern the HIV/AIDS is compounding poverty
and is now reversing or impending development in many countries
and should therefore be addressed in an integrated manner;
[...] declare our commitment to address the HIV/AIDS crisis by taking action [...].“*

Auszug aus: „Declaration of Commitment on HIV/AIDS“ (27.06.2001)

Teil II

Die AIDS-Problematik als Entwicklungshemmnis und die institutionellen Lösungsansätze und Initiativen

Einleitung

Seit nunmehr über 20 Jahren ist der „Human Immunodeficiency Virus“ (HIV) und die von diesem Virus verursachte Krankheit „Acquired Immune Deficiency Syndrome“ (AIDS) bekannt. Die Folgen der Verbreitung des Virus für die Entwicklung einzelner Personen und Familien, von Unternehmen und sogar ganzen Staaten wurden jedoch viele Jahre verkannt. Mit der täglich steigenden Zahl AIDS-bedingter Todesfälle auf der ganzen Welt ist allerdings in der internationalen Geber- und Nehmergemeinschaft das Bewusstsein für die Notwendigkeit, dieser schleichenden Katastrophe durch gemeinsames Handeln entgegenzutreten, gewachsen.

Der vorliegende Text stellt die Lösungsansätze, die derzeit auf internationaler Ebene praktiziert werden, und die Maßnahmen des Bundesministeriums für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (BMZ) vor. Diese werden dann bezüglich ihrer Erfolgsaussichten als Beitrag zur Bekämpfung von HIV/AIDS im Zusammenhang mit Armut und Hunger analysiert.

Zum besseren Verständnis der vorgestellten Maßnahmen wird zunächst die derzeitige Situation kurz beschrieben und anschließend die sich daraus ergebenden geschlechts-spezifischen, wirtschaftlichen und menschenrechtlichen Auswirkungen näher erläutert. Dabei stehen die Zielgruppen der Deutschen Welthungerhilfe und von terre des hommes, d.h. die besonders arme Landbevölkerung, Frauen und Kinder, in den stark betroffenen Regionen Subsahara-Afrikas im Mittelpunkt.

Aus der Analyse der Auswirkungen und Lösungsvorschläge leitet sich der abschließende Kommentar der Deutschen Welthungerhilfe und terre des hommes bezüglich der HIV/AIDS-Arbeit der Bundesregierung ab.

1. Situationsanalyse

Am 31. Mai 2003 formulierte Peter Piot, der Exekutiv-Direktor von UNAIDS, im Rahmen seiner Eröffnungsrede bei einer Podiumsdiskussion zum Thema „Leben ist ein Menschenrecht – HIV/AIDS fordert globale Solidarität“ folgende vier Thesen zum aktuellen Stand der HIV/AIDS-Epidemie:

1. Es handelt sich um eine globale Epidemie mit einer bisher unbekannt Dimension;
2. die Epidemie befindet sich noch immer im Frühstadium, d.h. man muss in Generationen und nicht in Jahren rechnen;
3. HIV/AIDS kann besiegt werden, doch dafür sind vor allem „Leadership“, d.h. politische Führungsbereitschaft und eine breite soziale Bewegung notwendig;
4. Prävention und Behandlung sind untrennbar.

Diese Thesen sollen hier um eine weitere ergänzt werden:: Zu den am stärksten betroffenen Bevölkerungsteilen zählen noch immer vorrangig die Ärmsten und Schwächsten und insbesondere der weibliche Teil der Bevölkerung. Denn tatsächlich handelt es sich bei HIV/AIDS zwar um eine globale Epidemie, aber knapp 30 Millionen der weltweit etwa 42 Millionen mit HIV/AIDS infizierten Menschen leben in Afrika südlich der Sahara. Bei einem Gesamtbevölkerungsanteil dieser Region von wenig mehr als zehn Prozent entspricht dies 70 Prozent aller weltweit mit HIV infizierten Personen. 58 Prozent der infizierten Personen in Subsahara-Afrika sind Mädchen und Frauen.¹

Hervorzuheben ist, dass sich die Epidemie noch immer in ihrem Frühstadium befindet und man in Generationen rechnen muss. Schenkt man nämlich einer im September 2002 vom „National Intelligence Council“ der USA vorgelegten Studie Glauben, so werden sich bis Ende 2010 allein in den Ländern Äthiopien, China, Indien, Nigeria und Russland ins-

¹ Vgl. UNAIDS (2002b), S. 6.

gesamt 50 bis 75 Millionen Menschen mit dem HI-Virus infizieren. Zu den am stärksten gefährdeten Personenkreisen werden weiterhin Menschen zählen, die Drogen konsumieren, Prostituierte, Wanderarbeiter und Plasmaspender sowie deren direktes sexuelles Umfeld.²

Die These, dass zur Bekämpfung von HIV/AIDS politische Entschlossenheit, eine breite soziale Bewegung sowie die Kombination aus Prävention und Behandlung benötigt werden, kann durch Erfolge in Uganda, Thailand und Brasilien belegt werden. Hier konnten in der Vergangenheit dadurch, dass das Thema auf politischer Ebene zur „Chefsache“ erklärt wurde, unter breiter gesellschaftlicher Beteiligung Stigmatisierung und Diskriminierung gegenüber Personen, die mit HIV infiziert oder an AIDS erkrankt sind, überwunden werden, um so den Weg für eine erfolgreiche Prävention und Behandlung zu ebnet. Allerdings zeigt sich gerade bei den Behandlungsmöglichkeiten, dass die armen Bevölkerungsteile der Erde von einer lebensverlängernden antiretroviralen Therapie³ weitestgehend ausgenommen bleiben. So hatten Ende 2001 gerade einmal 30.000 (d.h. weniger als 0,1 Prozent) aller HIV-infizierten Menschen in Subsahara-Afrika Zugang zu antiretroviralen Medikamenten.⁴ Die Thesen Piots und die beschriebene Erweiterung zeugen davon, dass zur Bekämpfung von HIV/AIDS in den Entwicklungsländern internationale Hilfe dringend notwendig ist.

2. Auswirkungen

HIV/AIDS ist in den letzten 20 Jahren – wie dargestellt – zu einer weltumgreifenden Epidemie – also zu einer Pandemie – angewachsen. Dass sich diese Krankheit nicht allein auf einzelne Personen auswirkt, sondern ganze Familien, Bevölkerungsgruppen und sogar Staaten in ihrer Existenz bedroht, liegt auf der Hand. HIV/AIDS ist die Ursache für eine Vielzahl negativer Entwicklungen. Gleichzeitig existiert eine Reihe negativer Umstände, die die Verbreitung von HIV fördern. Die folgenden Beschreibungen beziehen sich in diesem Zusammenhang hauptsächlich auf die Region Subsahara-Afrika, da die Auswirkungen dort am stärksten ausgeprägt sind. Diese Fokussierung soll allerdings nicht darüber hinwegtäuschen, dass HIV/AIDS auch in vielen anderen Regionen der Erde bedrohliche Ausmaße annimmt: In Asien und Osteuropa, wo sich in einigen Ländern die Anzahl infizierter Personen binnen kürzester Zeit vervielfacht hat⁵, leben ebenfalls

² Vgl. NIC (2002), S. 4ff.

³ Eine antiretrovirale Therapie hemmt die Ausbreitung des HI-Virus. Die so geschaffene Verlängerung der Lebenszeit geht mit einer Steigerung der Lebensqualität einher.

⁴ Vgl. UNAIDS (2002a), S. 22f.

⁵ Beispielsweise wurden in Usbekistan innerhalb der ersten Hälfte des Jahres 2002 620 neue HIV-Infektionen registriert. Das entspricht der sechsfachen Menge des gleichen Zeitraums ein Jahr zuvor. [UNAIDS (2002b), S. 13.]

zahllose Familien, die von der Epidemie wirtschaftlich schwer getroffen werden. Die Chance auf ein besseres Leben schwindet auch für Kinder, die in Südamerika durch AIDS zu Waisen werden. Und überall werden Menschen, die mit HIV leben, diskriminiert und stigmatisiert.

2.1 Auswirkungen auf Frauen

Frauen sind von den Auswirkungen der Epidemie sowohl direkt als auch indirekt stärker betroffen als Männer. Indirekt trägt die Epidemie dazu bei, dass die Arbeitsbelastung der Frauen ansteigt. Denn vorrangig sie sind es, die die Betreuung und die Pflege der kranken Familienmitglieder und zusätzliche Einkommen schaffende Arbeiten übernehmen müssen. Aber auch direkt ist der weibliche Anteil der Bevölkerung im Vergleich zu den Männern überproportional von HIV/AIDS betroffen. Beispielsweise sind fast 58 Prozent der Menschen im Alter von 15 bis 49 Jahren, die in Subsahara-Afrika mit HIV/AIDS leben, weiblich.⁶ Je jünger die Frauen sind, umso größer ist für sie die Wahrscheinlichkeit einer HIV-Infektion im Vergleich zu gleichaltrigen Männern: In vielen Fällen ist die Zahl der HIV-Infektionen unter jungen Frauen bis zu fünfmal höher als die von jungen Männern.⁷

Neben biologischen Faktoren, wie zum Beispiel einer größeren Verletzungsgefahr während des Geschlechtsverkehrs, ist vor allem die soziale Stellung der Frau ausschlaggebend für ihre erhöhte Infektionsanfälligkeit. In Subsahara-Afrika, aber auch in vielen anderen Regionen, ist die soziale Stellung der Frau durch fehlende Macht und wirtschaftliche Abhängigkeit gegenüber den Männern gekennzeichnet. Als Folge können sie zum Beispiel den Gebrauch von Kondomen nicht durchsetzen oder traditionelle Riten (zum Beispiel Genitalverstümmelung) und verletzungsfördernde Arten des Geschlechtsverkehrs nicht ablehnen. Stirbt der Ehemann, verliert die Frau oftmals ihren Anspruch auf den gemeinsamen Grundbesitz. Ihr Überleben können die Frauen in solchen Fällen vielfach nur durch den Verkauf sexueller Dienstleistungen sichern. In manchen Gesellschaften wird die Witwe mit einem Bruder des Verstorbenen verheiratet, um ihr auf diese Weise ihren Landbesitz zu sichern. Allerdings fördert diese Tradition auf Grund des Geschlechtsverkehrs mit einer weiteren infektionsgefährdeten Person (für beide Seiten) die Wahrscheinlichkeit einer Ansteckung und insgesamt eine zunehmende Verbreitung der Epidemie.⁸

⁶ Vgl. UNAIDS (2002a), S. 190.

⁷ Vgl. UNAIDS (2002a), S. 65.

⁸ Vgl. Terhorst (2001), S. 13f.

Junge Mädchen sind besonders betroffen, weil sie eine hohe Rate unbehandelter sexuell übertragbarer Krankheiten aufweisen, die wiederum die Anfälligkeit für eine HIV-Infektion fördern. Darüber hinaus sind sie sexuell zwar nicht aktiver als gleichaltrige Jungen, sie haben aber oft Sexualverkehr mit älteren, bereits infizierten Männern. Viele Männer hoffen nämlich bei jüngeren Mädchen auf ein geringeres Infektionsrisiko oder glauben, dass Sex mit einer Jungfrau AIDS heilen würde. Aus diesem Grund werden die Mädchen vielfach zum Sex gezwungen. Um zum Beispiel ihre Schulgebühren oder ihren Lebensunterhalt zahlen zu können, prostituieren sich Mädchen darüber hinaus bei so genannten „Sugar Daddies“⁹, d.h. meist älteren Männern, die als Gegenleistung für finanzielle Unterstützung sexuelle Dienstleistungen erwarten.

2.2 Wirtschaftliche Auswirkungen

Die wirtschaftlichen Auswirkungen der Verbreitung von HIV/AIDS zeigen sich auf verschiedenen Ebenen. Anfangs sind Einzelpersonen und deren Familienangehörige betroffen. Breitet sich die Epidemie aus, so haben auch Firmen und Gemeinden wirtschaftlich unter den Folgen zu leiden. Als Konsequenz werden ganze Sektoren und sogar der Staat die Auswirkungen zu spüren bekommen.

2.2.1 Mikroökonomische Auswirkungen

Von den weltweit 42 Millionen Menschen, die mit HIV/AIDS leben, sind 38,6 Millionen zwischen 15 und 49 Jahre alt und somit im wirtschaftlich produktivsten Alter.¹⁰ Dies bedeutet gleichsam, dass die Erkrankung einer Person an AIDS zumeist eine doppelte finanzielle Belastung sowohl für die Person selber als auch für deren Familie darstellt: Zum einen fallen Kosten für die Pflege und Behandlung der kranken Person an, zum anderen fallen Ressourcen in Form von Arbeitskräften in der Subsistenzwirtschaft oder formaler Entlohnung fort. Fehlen dann die notwendigen Auffangstrukturen, d.h. entsprechende Sozialsysteme oder sind diese nur unzureichend ausgebaut, sehen sich die meisten Haushalte gezwungen, ihre Ressourcen, die ihnen noch zur Verfügung stehen, umzuverteilen. So müssen vielfach die Kinder (in der Regel zuerst die Mädchen) die Schule abbrechen, damit die Familie das eingesparte Schulgeld für die Behandlung des kranken Familienmitglieds oder für ihren Lebensunterhalt verwenden kann. Zusätzlich hat eine weitere Person – zumeist ein weibliches Familienmitglied – für die Pflege der erkrankten Person zur Verfügung zu stehen. Das fehlende Einkommen der kranken

Person muss außerdem von anderen Familienmitgliedern erworben werden. Da die Kinder jedoch nicht die gleiche Leistung erbringen können wie ihre Eltern, sinkt das Gesamteinkommen des Haushalts: Die Familie verarmt. Die Spirale von Hunger und Armut beginnt.

Löst die betroffene Familie nun ihr produktives Kapital auf, indem sie beispielsweise Arbeitsgeräte verkauft oder Vieh schlachtet, fördert sie damit nicht nur die beschriebene Entwicklung, sondern verhindert zusätzlich die Schaffung von zukünftigem Humankapital: Die betroffenen Kinder können nicht zur Schule gehen; das elterliche Wissen kann nur bedingt an die nächste Generation weitergegeben werden. Als Konsequenz der beschriebenen Verarmung steigt die Anfälligkeit der Familienmitglieder, da sich deren Ernährungslage verschlechtert, die mangelnde Bildung eine erfolgreiche Aufklärungsarbeit erschwert oder bei den Mädchen und Frauen den Zwang zum Verkauf von Sexualdiensten zur Finanzierung des Lebensunterhalts erhöht. Von den beschriebenen Entwicklungen sind solche Personenkreise besonders betroffen, die nur über wenige Ressourcen verfügen. Die ökonomischen Folgen wirken also umso schwerer, je ärmer der betroffene Haushalt ist.¹¹

Ein Personenkreis, der von dieser Entwicklung besonders hart getroffen wird, sind Kinder, die durch AIDS zu Waisen wurden. Ende 2001 lebten weltweit 14 Millionen Kinder (davon allein elf Millionen in Subsahara-Afrika), die mindestens ein Elternteil durch AIDS verloren haben.¹² Obwohl die Großeltern vielfach für ihren eigenen Lebensunterhalt nicht genug Mittel zur Verfügung haben, übernehmen sie als Eltern der Verstorbenen trotzdem in vielen Fällen die Versorgung ihrer Enkel. Oft werden die Waisen von Nachbarn oder Geschwistern der Eltern aufgenommen, falls diesen nicht bereits das gleiche Schicksal widerfahren ist. So kommt es vor, dass Kinder bereits im Alter von acht bis zehn Jahren dazu gezwungen sind, in einem eigenen Haushalt für ihre jüngeren Geschwister und sich selber Sorge zu tragen. Vor allem in den Städten, zunehmend aber auch in ländlichen Gebieten, steigt u.a. aus diesen Gründen die Zahl der Straßenkinder. Die zunehmende Gefahr für diese Kinder, mit Drogen in Kontakt zu geraten oder sexuell ausgebeutet zu werden, ist offensichtlich – und eine wiederum wachsende Anfälligkeit für die Infektion mit HIV/AIDS die logische Konsequenz.¹³

Eine ausgedehnte HIV/AIDS-Epidemie führt bei den Unternehmen – in Analogie zu den Haushalten – auf zweierlei Weise zu steigenden Produktionskosten: Erstens existieren Faktoren, die steigende Ausgaben nach sich ziehen. Dabei fallen die Kosten durch krankheitsbedingte Abwesenheit von Firmenangehörigen mit über 50 Prozent am

9 Vgl. Weinreich/ Benn (2002), S. 35f.

10 Vgl. UNAIDS (2002b), S. 3.

11 Vgl. Terhorst (2001), S. 23ff.

12 Vgl. UNAIDS (2002), S. 133.

13 Vgl. Weinreich/Benn (2002), S. 28ff.

stärksten ins Gewicht. Hinzu kommen Kosten auf Grund von Abwesenheit durch Teilnahmen an Beerdigungen, Beerdigungsbeihilfen, Personalfuktation, Ausbildung und Einstellungen sowie für die Gesundheitsfürsorge. Zweitens sinkt die Produktivität der Arbeitnehmerschaft auf Grund körperlicher Schwächung und weil produktions-spezifisches Wissen sowie spezielle Fähigkeiten mit dem Tod eines Arbeitnehmers oder einer Arbeitnehmerin fortfallen bzw. erst wieder erlernt werden müssen. Für kleine Firmen kann sich eine solche Entwicklung Existenz bedrohend auswirken.¹⁴

2.2.2 Makroökonomische Auswirkungen

Steigt die Anzahl der an AIDS Erkrankten Beschäftigten in vielen Unternehmen stark an, können Auswirkungen auf die entsprechenden Sektoren festgestellt werden. Zu den Sektoren, die am stärksten unter den Folgen der Epidemie leiden, zählen – auf Grund der großen Anzahl an Wanderarbeitern – der Transport- und der Bergbausektor sowie die Landwirtschaft. Der landwirtschaftliche Sektor und somit die ländlichen Gebiete werden von den Auswirkungen am stärksten in Mitleidenschaft gezogen, da zwei Drittel der Bevölkerung in den 25 am stärksten betroffenen Ländern Afrikas in ländlichen Gebieten leben. Zudem sind in den ländlichen Gebieten die Informations- und Gesundheitsdienste schlechter verfügbar als in den Städten. So sind einer Studie der „Food and Agriculture Organization of the UN“ (FAO) zufolge seit 1987 insgesamt sieben Millionen Menschen aus den 25 am stärksten betroffenen Ländern Afrikas, die in der Landwirtschaft tätig sind, an AIDS gestorben. Die Studie prognostiziert, dass diese Zahl bis 2020 sogar auf 16 Millionen ansteigen wird, wobei diese Todesrate ca. 25 Prozent aller landwirtschaftlichen Arbeitskräfte in Subsahara-Afrika entspräche.¹⁵ Als Folge dieser Entwicklung kann sich die inländische Gesamtproduktion verringern und so zu steigenden Preisen bei heimischen Nahrungsmitteln führen. Schon heute werden weniger arbeitsintensive Produkte angebaut, die den Familien weniger Gewinne einbringen und gleichzeitig nicht so nährstoffreich sind. Als Folge verschlechtert sich wiederum die Gesundheit der Menschen und die Anfälligkeit für HIV/AIDS erhöht sich. Wenn dann keine Investitionen mehr geleistet werden können, wird langfristig das Produktionskapital veralten. Die Produktivität in dem Sektor nimmt dadurch stetig ab.

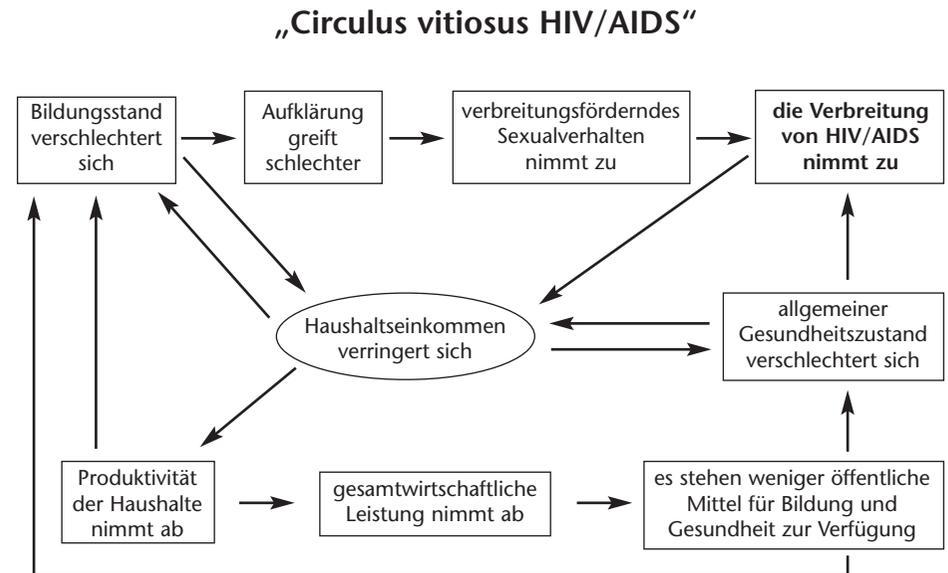
Im Fall einer großen Zahl betroffener Haushalte führen deren Versuche, sich mit den persönlichen Folgen der Epidemie zu arrangieren, makroökonomisch zu einer Reduzierung der Spar- und somit auch der Investitionsquote. Das Wachstum des Pro-Kopf-Einkommens sinkt; die Steuereinnahmen des Staates fallen geringer aus. Gleichzeitig

¹⁴ Bollinger/ Stover (1999), S. 4ff.

¹⁵ Vgl. FAO (2003).

erhöhen sich für den Staat – in Analogie zu den Unternehmen – die Personalkosten und die Kosten für den Gesundheitsbereich, die ihrerseits nur durch eine Reduzierung des Angebots oder über höhere Kostenbeteiligungen ausgeglichen werden können.¹⁶

Der folgende „Circulus vitiosus“ zeigt – selbst unter Auslassung der Folgen für die Unternehmen und Sektoren – deutlich, dass die zunehmende Verbreitung von HIV/AIDS die betroffenen Länder in deren Entwicklung behindert.



Grundsätzlich sind die Folgen für die Entwicklung in den Ländern am stärksten ausgeprägt, in denen die höchsten Prävalenzraten vorliegen und die wenigsten Ressourcen zur Verfügung stehen, um die Folgen zu verringern. In Afrika südlich der Sahara fallen in den meisten der betroffenen Länder beide Faktoren zusammen. Hier liegt gleichsam der Grund für den extremen Rückschritt der durchschnittlichen Lebenserwartung. Diese liegt in Subsahara-Afrika zurzeit bei 47 Jahren, während sie dort ohne HIV/AIDS 62 Jahre betragen würde.¹⁷ Wie bedeutsam vor allem die HIV-Prävalenz für die durchschnittliche Lebenserwartung in einem Land ist, zeigen die extremen Fälle Botswana und Madagaskar. Schätzungen der Vereinten Nationen (UN) gehen davon aus, dass in Botswana die

¹⁶ Vgl. Terhorst (2001), S. 37ff.

¹⁷ Vgl. UNAIDS (2002a), S. 44.

Lebenserwartung für den Zeitraum von 2010 bis 2015 auf durchschnittlich 31,6 Jahre sinken wird, während sie zwischen 1990 und 1995 noch 65 Jahre betrug. Zu beachten ist dabei, dass Botswana ein sehr ressourcenreiches Land ist, Ende 2001 aber eine Prävalenzrate von 38,8 Prozent bei den 15- bis 49-Jährigen aufzuweisen hatte. Demgegenüber zählt zum Beispiel Madagaskar zwar zu den „Least Developed Countries“, die dortige Prävalenzrate beträgt aber „lediglich“ 0,3 Prozent, sodass für den Zeitraum von 2010 bis 2015 eine Lebenserwartung von 57,6 Jahre prognostiziert wird.¹⁸

Neben der Reduzierung der Lebenszeit, verschlechtern sich durch HIV/AIDS – wie dargestellt – auch das Pro-Kopf-Einkommen und der Gesundheitszustand und Bildungsstand der Bevölkerung. Folgerichtig führt dies zu einer schlechteren Bewertung der betroffenen Länder im Rahmen des „Human Development Index“ (HDI)¹⁹, der objektiverbare Vergleiche ermöglicht. Südafrika fiel beispielsweise seit 1990 vorrangig durch die hohe Zahl AIDS-bedingter Todesfälle junger Menschen um 28 Ränge in der HDI-Rangfolge.²⁰

2.3 Menschenrechtliche Auswirkungen

Überall auf der Welt lässt sich feststellen, dass Menschen, deren Zugang zu fundamentalen sozialen und ökonomischen Rechten beschränkt ist, am stärksten von HIV/AIDS betroffen sind. Gemeint ist, dass – wie nachfolgend beschrieben – das Fehlen von Grundrechten die Möglichkeiten der Menschen begrenzt, ihre Autonomie zu verteidigen, ihren Lebensunterhalt zu bestreiten und sich selber zu schützen. Dadurch werden sie anfälliger für HIV-Infektionen und für die Folgen der Epidemie.²¹ Die Menschenrechte von Personen, die von HIV/AIDS betroffen sind, werden also auf vielfache Art und Weise verletzt. Gleichzeitig stellen Menschenrechtsverletzungen oftmals die Ursache für eine zunehmende Anfälligkeit für HIV/AIDS dar.

Die Menschen- und Kinderrechte, die am offensichtlichsten verletzt werden, sind das Recht auf Gesundheit und das Recht auf Leben. Verletzt werden diese Rechte durch den mangelnden Zugang zu Präventionsprogrammen und zur antiretroviralen AIDS-Therapie und zu adäquater Pflege und Behandlung solcher Krankheiten, die bei intaktem Immunsystem weniger großen Schaden anrichten. Aus diesem Grund hat die UN-Menschen-

rechtskommission das Recht auf adäquate Therapie bei AIDS explizit als Teil des Rechts auf Gesundheit definiert: „Recognizes that access to medication in the context of pandemics such as HIV/AIDS is one fundamental element for achieving progressively the full realization of the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health.“²²

Ferner verringert sich die Lebenszeit von Personen, die an AIDS erkranken, erheblich. Ebenso wird das Recht auf Information und Bildung verletzt, wenn Aufklärungskampagnen nicht alle Bevölkerungsschichten erreichen oder wenn Kinder die Schule verlassen müssen. Auch auf diese Weise wird die Verbreitung der Epidemie befördert. Ein anderes Recht, das häufig verletzt wird, ist das Recht auf Privatsphäre, wenn zum Beispiel in Gefängnissen, als Einstellungsvoraussetzung in Unternehmen oder als Bedingung zur Einreise in ein Land HIV-Tests erzwungen werden. Nicht zu vergessen ist schließlich auch die Tatsache, dass die Durchführung von HIV-Tests oder die Weitergabe des Ergebnisses an Dritte ohne Wissen der Betroffenen eine Verletzung des Rechts auf Privatsphäre ist.²³

Eng verbunden mit den oben genannten Menschenrechtsverletzungen ist die Diskriminierung von Menschen, die von HIV/AIDS betroffen sind. In diesem Zusammenhang hat die UN-Menschenrechtskommission explizit erklärt, dass gerade auch die Diskriminierung der Menschen, die mit HIV leben, ebenfalls eine Verletzung ihrer Menschenrechte darstellt.²⁴ Die Diskriminierung von HIV-infizierten Personen und deren Familien erschwert den Zugang zu Ressourcen, wie zum Beispiel formale Arbeit oder Bildung. Auch Ausgrenzungen aus dörflichen Gemeinden oder aus der eigenen Familie fügen den Betroffenen nicht nur materielle sondern auch erhebliche psychische Schäden zu. Hinzu kommt, dass durch die Diskriminierung spezifischer Gruppen, wie zum Beispiel Prostituierte, diese oft als Verursacher angesehen werden und die Gesellschaft deshalb keine Verantwortung für die Verbreitung der Epidemie übernimmt. Damit in solchen Situationen die Aufklärungskampagnen greifen können, müssen zuvor Stigmatisierung und Diskriminierung überwunden werden.²⁵

3. Mögliche institutionelle Lösungsansätze und Initiativen

Um die zunehmende Verbreitung von HIV/AIDS und die durch diese Epidemie hervorgerufenen Auswirkungen zu bekämpfen, wurden in den letzten fünf Jahren verschiedene

²² UNHCHR (2001).

²³ Vgl. UNAIDS (2002a), S. 63.

²⁴ Vgl. UNHCHR (2001).

²⁵ Vgl. Weinreich/Benn (2002), S. 53f.

¹⁸ Vgl. UN (2003).

¹⁹ Der HDI setzt sich aus den drei Einzelindikatoren: Lebenserwartung bei Geburt, Alphabetisierungsrate und reale Kaufkraft des Pro-Kopf-Einkommens zusammen. Sie nehmen zusammen einen Wert zwischen Null und Eins an. Der aktuelle HDI-Report bewertet 175 auf der Basis von Daten des Jahres 2001.

²⁰ Vgl. UNDP (2003)

²¹ Vgl. UNAIDS (2002a), S. 62.

internationale Abkommen und Zusammenschlüsse vorgestellt: Bereits im Januar 1999 gründete sich im Rahmen des UNAIDS-Treffens in Annapolis (Maryland) die „**International Partnership against HIV/AIDS in Africa**“ (IPAA)²⁶. 18 Monate später – im September 2000 – verabschiedeten die Mitglieder der Vereinten Nationen die so genannte „**Millenniumserklärung**“, in der sie u.a. forderten, dass die Ausbreitung von HIV/AIDS, Malaria und anderen schweren Krankheiten zum Stillstand gebracht und allmählich zum Rückzug gezwungen werden müsse. Vier Tage später – am 12. September 2000 – gründete die Weltbank ihr Unterstützungsprogramm „**Multi-Country HIV/AIDS Program for the Africa Region**“ (MAP)²⁷. Die Europäische Union (EU) stellte weitere acht Tage später ihr Programm „**Accelerated Action on HIV/AIDS, Malaria and Tuberculosis in the context of Poverty Reduction**“ der Öffentlichkeit vor. Darüber hinaus stand im Jahr 2000 mit HIV/AIDS erstmalig ein Gesundheitsthema auf der Agenda des UN-Sicherheitsausschusses. Die Generalversammlung der Vereinten Nationen versammelte sich im Juni 2001 zu einer Sondertagung zum Thema HIV/AIDS, an deren Ende die Teilnehmer einstimmig die „**Declaration of Commitment on HIV/AIDS**“ verabschiedeten. Bereits einen Monat später gründeten die Regierungschefs der G8-Staaten während ihres Treffens in Genua den von Kofi Annan zuvor im Rahmen der Generalversammlung vorgestellten „**Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria**“. Die Weltbank erweiterte schließlich im Januar 2002 ihr „Multi-Country HIV/AIDS Program for the Africa Region“ (MAP) um weitere 500 Millionen US-Dollar. Das BMZ ist an einer Reihe internationaler Lösungsansätze beteiligt. Nachfolgend werden diese und die eigenen Maßnahmen des Ministeriums anhand ihrer wesentlichen Inhalte und innovativen Elemente kurz vorgestellt.

3.1 Internationale Abkommen und Organisationen

Millennium Development Goals (UN)

Auf ihrem Millenniumsgipfel vom 6. bis 8. September 2000 haben die Vereinten Nationen acht Ober- und 18 Unterziele zur Bekämpfung der weltweiten Armut beschlossen. Unter dem Oberziel „Bekämpfung von HIV/AIDS, Malaria und anderen Krankheiten“ haben sie als Unterziel bezüglich HIV/AIDS festgelegt, dass bis 2015 die Ausbreitung von

²⁶ Die IPAA hatte den Zweck, Nationen und Zivilgesellschaften im Kampf gegen HIV/AIDS in Afrika zu mobilisieren. Finanziert wurde die IPAA von UNAIDS mit sieben Millionen US-Dollar pro Jahr. Inzwischen ist die IPAA auf internationaler Ebene durch breiter angelegte Initiativen überholt worden.

²⁷ Im Rahmen des MAP wurden insgesamt 500 Millionen US-Dollar als zinsgünstige Darlehen mit einer Rückzahlungsperiode von 40 Jahren an Länder vergeben, die von HIV/AIDS betroffen sind. Ziel des Programms ist die Verbesserung des Zugangs zu Präventions-, Unterstützungs- und Behandlungsprogrammen insbesondere für Risikogruppen.

HIV/AIDS zum Stillstand gebracht und zum Rückzug gezwungen wird. Als Indikatoren werden die Prävalenzrate der 15- bis 24-jährigen schwangeren Frauen, der Anteil der Frauen, die Empfängnisverhütung betreiben, und die Anzahl der durch HIV/AIDS verwaisten Kinder herangezogen.

Accelerated Action on HIV/AIDS, Malaria and Tuberculosis in the context of Poverty Reduction (EU)

Am 21. Februar 2001 verabschiedete die EU-Kommission ihr Aktionsprogramm „Beschleunigte Aktion zur Bekämpfung von HIV/AIDS, Malaria und Tuberkulose im Rahmen der Armutslinderung“. Das Aktionsprogramm ist für den Zeitraum von 2001 bis 2006 vorgesehen und dient als politischer Rahmen für eine verstärkte Bekämpfung der drei wichtigsten übertragbaren Krankheiten. Die drei durch Wechselwirkungen und Synergie-Effekte miteinander verbundenen Hauptziele des Programms sind:

1. Steigerung der Wirksamkeit vorhandener Maßnahmen;
2. Verbesserung der Bezahlbarkeit grundlegender Arzneimittel;
3. Förderung der Erforschung und Entwicklung neuer globaler Kollektivgüter.

Zur Steigerung der Wirksamkeit der vorhandenen Maßnahmen beabsichtigt die Kommission, ihre Bemühungen in vielerlei Hinsicht zu verbessern. Beispielsweise sollen bereits gebundene, bisher aber nicht ausgegebene Mittel umgelenkt werden. Länderstrategiepapiere und Strategiepapiere zur Armutsreduzierung sollen hinsichtlich der übertragbaren Krankheiten überarbeitet und die Möglichkeiten des Ausbaus lokaler Produktionskapazitäten überprüft werden. Weiterhin strebt die Kommission eine Beschleunigung der Mittelauszahlungen an, indem regionale Fonds stärker genutzt werden und die Verwaltung der Hilfe verbessert wird. Schließlich soll die Zusammenarbeit mit den internationalen Partnern fortgesetzt werden, um neue Konzepte mit großangelegten und effizienteren Mittelübertragungen an die Entwicklungsländer aufzustellen, dabei sollen u.a. die Transaktionskosten gesenkt und die Ergebnisse im Gesundheitswesen anhand der Mittelbewegungen überwacht werden.²⁸

Um das zweite Ziel – die Verbesserung der Bezahlbarkeit grundlegender Arzneimittel – zu erreichen, überprüft die Kommission die Möglichkeit eines Abbaus von Steuern und Zöllen in den Entwicklungsländern. Darüber hinaus soll eine Preisstaffelung, d.h. niedrigere Verkaufspreise in Entwicklungsländern, als Norm für die ärmsten Länder eingeführt werden. Gleichzeitig soll eine Wiedereinfuhr der verbilligten Medikamente in die EU unterbunden werden, um auf diese Weise den Interessen beider Seiten – der Kranken und

²⁸ Vgl. EG (2001), S. 8f.

der Pharmaindustrie – gerecht zu werden. Weiterhin hat die EU zugesagt, die der Welthandelsorganisation (WTO) angehörenden Entwicklungsländer bei der Anwendung des TRIPS-Abkommens²⁹ zu unterstützen. Zu dieser Unterstützung zählt neben der Ausbildung von Fachkräften ebenso die Hilfe bei der Ausarbeitung von Rechtsvorschriften wie bei der Errichtung der geeigneten institutionellen und administrativen Strukturen.³⁰

Die Erforschung und Entwicklung neuer globaler Kollektivgüter, wie zum Beispiel frei zugängliche Medikamente oder Impfstoffe, wird die Kommission durch die Prüfung geeigneter Anreize zur Ankurbelung privater Investitionen und durch eine verstärkte öffentliche Unterstützung fördern. Vor diesem Hintergrund wurde im Juni 2002 die langfristige Partnerschaft „European and Developing Countries Clinical Trials Partnership“ (EDCTP) im Bereich der klinischen Versuche gegründet.³¹ Außerdem soll ein frühzeitiger Dialog über Regulierungsfragen und eine frühzeitige Beteiligung der Entwicklungsländer an der Forschung gewährleistet werden. Eine Priorität stellt – nach Angaben der Kommission – der Ausbau der Forschungskapazitäten in den Entwicklungsländern dar.³²

UN - Declaration of Commitment on HIV/AIDS (UNGASS)

Vom 25. bis zum 27. Juni 2001 versammelten sich die Vertreter der UN-Mitgliedsstaaten zur 26. Sondersitzung der Generalversammlung (United Nations General Assembly – UNGASS) in New York, um unter dem Motto „*Global Crisis – Global Action*“ „*alle Aspekte des HIV/AIDS-Problems zu überprüfen und anzugehen und eine weltweite Verpflichtung auf die verstärkte Koordinierung und Intensivierung der nationalen, regionalen und internationalen Anstrengungen zu seiner umfassenden Bekämpfung zu erreichen*“³³. Aus diesem Grund unterzeichneten am Ende der Sitzung die Vertreter aller 189 Staaten die UN-Resolution S-26/2: „Declaration of Commitment on HIV/AIDS“:

Die Deklaration umfasst u.a. eine Auflistung von Maßnahmen, zu deren Umsetzung sich die UN-Mitglieder verpflichten. Das Besondere daran ist, dass erstmalig in der Geschichte der UN die Maßnahmen teilweise quantifiziert wurden: Von den insgesamt 67 aufgeführten

Maßnahmen sind 31 zeitlich determiniert, vier von diesen 31 Maßnahmen sind darüber hinaus in ihrem Ergebnis festgelegt. Beispielsweise soll – in Anlehnung an das aufgeführte HIV/AIDS-Millenniumsziel – „*bis 2005 die Verbreitung von HIV unter jungen Männern und Frauen im Alter zwischen 15 und 24 Jahren in den am stärksten betroffenen Ländern um 25 Prozent und weltweit bis 2010 um 25 Prozent*“³⁴ verringert werden. An anderer Stelle sprechen sich die Unterzeichner dafür aus „*bis 2005 durch die schrittweise Aufstockung der Mittel das Gesamtziel jährlicher Ausgaben für die Epidemie in der Höhe von sieben Milliarden bis zehn Milliarden US-Dollar*“³⁵ in den betroffenen Ländern zu erreichen.

Einmal jährlich überprüft UNAIDS, inwieweit die Maßnahmen umgesetzt und die Ziele sowohl auf nationaler als auch auf globaler Ebene bereits erreicht wurden.

Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria (GFATM)

Der Globale Fonds zur Bekämpfung von HIV/AIDS, Tuberkulose und Malaria wurde während des UN-AIDS-Gipfels in New York (25. bis 27. Juni 2001) vom UN-Generalsekretär Kofi Annan vorgestellt und auf dem G8-Gipfel in Genua (20. bis 22. Juli 2001) beschlossen. Die konstituierende Sitzung fand im Januar 2002 statt. Der Sitz des Vorstands und das Sekretariat des GFATM befinden sich in Genf. Juristisch handelt es sich um eine Stiftung nach schweizerischem Recht. Als Treuhänderin des Stiftungsvermögens fungiert die Weltbank.

Der Vorstand des GFATM – auch Verwaltungsrat genannt – setzt sich aus 18 gleichberechtigten Mitgliedern unterschiedlichster Bereiche zusammen: Die Regierungen aus den Entwicklungs- und Industrieländern stellen zweimal sieben Mitglieder und jeweils eine Person vertritt die Nichtregierungsorganisationen (NRO) aus Entwicklungs- und Industrieländern, die Privatindustrie sowie die privaten Stiftungen. Mit Ausnahme von Italien, Japan und den USA vertreten die Vorstandsmitglieder jeweils Stimmrechtsgruppen mehrerer Länder bzw. Organisationen.

Zweck des Fonds ist es, mit Hilfe einer neuen öffentlich-privaten Partnerschaft zusätzliche Ressourcen zu beschaffen, zu verwalten und auszubezahlen. Es soll ein nachhaltiger und signifikanter Beitrag zur Reduzierung von Infektionen, Krankheiten und Tod geleistet werden, um auf diese Weise die Folgen von HIV/AIDS, Tuberkulose und Malaria in den betroffenen Ländern zu lindern und gleichzeitig zur Armutsreduzierung als Teil der Millenniums-Entwicklungsziele beizutragen.³⁶ Es handelt sich bei dem GFATM nicht um ein Implementierungs-, sondern um ein reines Finanzierungsinstrument.

29 TRIPS steht für „Trade Related Aspects of Intellectual Property Rights“ und bezeichnet das Internationale Abkommen zum Schutz des geistigen Eigentums. Im hiesigen Kontext ist es die Grundlage des internationalen Patentrechts für Medikamente. Es gewährt dem Hersteller eines Medikaments einen 20-jährigen Patentschutz auf seinen erforschten Wirkstoff, um mit Hilfe der möglichen Monopolpreise einen Forschungsanreiz zu schaffen. Um auf dringliche Erfordernisse der öffentlichen Gesundheit eingehen zu können, besteht jedoch die Möglichkeit der Vergabe von Zwangslizenzen.

30 Vgl. EG (2001), S. 11f.

31 Vgl. EG (2003a), S. 5.

32 Vgl. EG (2001), S. 12ff.

33 UNGASS (2003), S. 1.

34 UNGASS (2003), S. 6.

35 UNGASS (2003), S. 12.

36 Vgl. GFATM (2003a).

Unterstützung erhalten sowohl Projekte von staatlichen als auch von nichtstaatlichen Organisationen. Vorrang haben Projekte aus den am stärksten betroffenen Ländern und aus den Ländern mit den größten Risiken. Inhalt der Projekte kann die Prävention, die Behandlung oder die Pflege und Unterstützung betroffener Personen sein. Für pharmazeutische Grundlagenforschung werden jedoch keine Gelder zur Verfügung gestellt.³⁷

Ein Antrag auf finanzielle Unterstützung durch den GFATM kann nur von Seiten der Regierung der betroffenen Länder gestellt werden. Dazu muss der Antrag zuvor von einem so genannten „Country Coordinating Mechanism“ (CCM) des Landes bestätigt werden. Der CCM soll gewährleisten, dass insbesondere die Zivilgesellschaft ein Mitspracherecht am Antragsprozess erhält. Die Anträge, die beim GFATM eingehen, werden von einem „Technical Review Panel“ (TRP) kontrolliert und anschließend dem Vorstand zur Bewilligung vorgelegt. Der Vorstand hat bislang alle Anträge der ersten beiden Bewerbungsrunden, die das TRP dem Vorstand vorgelegt hat, akzeptiert.

Der Fonds bewilligte bisher für die betroffenen Länder insgesamt ca. 3,7 Milliarden US-Dollar. Diesen Bewilligungen standen im Februar 2003 Zusagen von Seiten der Geber an den GFATM in Höhe von ca. 3,2 Milliarden US-Dollar entgegen. Tatsächlich eingezahlt haben die Geber bis Februar 2003 knapp 0,95 Milliarden US-Dollar. Allein für den Zeitraum von 2002 bis 2003 ergeben sich folgende Fehlbeträge:³⁸

Stand Februar 2003	2002	2003
Zusagen der Geber an den GFATM	944.225.238 US \$	647.354.456 US \$
Einzahlungen der Geber	862.219.483 US \$	82.877.010 US \$
Fehlbeträge	82.005.755 US \$³⁹	564.477.446 US \$

3.2. Maßnahmen des BMZ

Die HIV/AIDS-Bekämpfung stellt einen „Schwerpunkt der deutschen Entwicklungspolitik“⁴⁰ des BMZ dar. Die Bekämpfungsstrategie des BMZ stützt sich auf vier Säulen:

1. Aufklärung und Prävention;
2. Unterstützung bei der Verbesserung des Gesundheitswesens vor Ort;

³⁷ Vgl. GFATM (2003c).

³⁸ Vgl. GFATM (2003b).

³⁹ Die Summe nicht gezahlter Zusagen für 2002 beträgt sogar 91.105.679 US-Dollar. Da jedoch Italien, Japan und Nigeria mehr eingezahlt als zugesagt haben, ist die Summe der Ausstände geringer.

⁴⁰ BMZ (2003a).

3. Politischer Dialog mit den Verantwortlichen in den Partnerländern;

4. Partnerschaft mit Unternehmen (Public Private Partnership - PPP).⁴¹

Umgesetzt wird die Strategie durch Entwicklungsprojekte und -programme bilateraler und multilateraler Art, aber auch durch die Integration der HIV/AIDS-Bekämpfung in das Instrumentarium der deutschen Durchführungsorganisationen.

Ca. 90 Millionen Euro pro Jahr stellt die Bundesregierung für Projekte und Programme zur Bekämpfung von HIV/AIDS im Rahmen der bilateralen Zusammenarbeit zur Verfügung.⁴² Umgesetzt werden diese Projekte und Programme als Finanzielle Zusammenarbeit in zurzeit 34 Ländern von der Kreditanstalt für Wiederaufbau (KfW) und als Technische Zusammenarbeit in 56 Ländern von der Deutschen Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (GTZ).⁴³ Im Mittelpunkt der HIV/AIDS-Bekämpfung durch das BMZ steht das bereits 1987 geschaffene Sektorprojekt „AIDS-Bekämpfung in Entwicklungsländern“, dessen Ziel neben der Unterstützung von Ansätzen der Präventionsarbeit und Minderung der sozialen und ökonomischen Folgen vor allem die Verstärkung der multisektoralen Kooperation mit Programmen, zum Beispiel aus Bereichen der ländlichen Entwicklung, Familienplanung, Jugend und Bildung sowie die fachliche Beratung der GTZ-Strukturen in der Thematik HIV/AIDS und sexuell übertragbarer Krankheiten ist.⁴⁴ Darüber hinaus unterstützt das BMZ private Unternehmen, die zur Bekämpfung von HIV/AIDS beitragen, mit Mitteln aus dem PPP-Programm.

Um die HIV/AIDS-Bekämpfung in das Instrumentarium der deutschen Durchführungsorganisationen zu integrieren, hat das BMZ im Februar 2001 die „Sonderinitiative Mainstreaming AIDS“ (SIMA) ins Leben gerufen. Ziel der SIMA ist es, „die gesamte deutsche Entwicklungsarbeit mit dem Bewusstsein für die Dimension der HIV/AIDS-Problematik zu versehen und eine Umsetzung dieses Wissens herbeizuführen bzw. zu fördern.“⁴⁵

Im Rahmen der multilateralen Zusammenarbeit hat die Bundesregierung alle wichtigen internationalen Abkommen ratifiziert. Darüber hinaus beteiligt sie sich finanziell und zum Teil auch personell an allen bedeutenden Organisationen. Deutschland unterstützt zum Beispiel die Weltbank mit einem Finanzierungsanteil von 10,3 Prozent. Daraus ergibt sich ein deutscher Anteil an Finanzmitteln in Höhe von rund 75 Millionen Euro pro Jahr, die von Seiten der Weltbank für die Bekämpfung von HIV/AIDS zur Verfügung gestellt

⁴¹ Vgl. BMZ (2003a).

⁴² Vgl. BMZ (2003b).

⁴³ Vgl. Deutscher Bundestag (2003), S. 2.

⁴⁴ Vgl. GTZ (2003).

⁴⁵ Fährmann/Katzen (2003).

werden.⁴⁶ Weiterhin stellt die Bundesregierung auf Grund ihrer großen Zahl an Kapital- und Stimmanteilen einen Exekutivdirektor bei der Weltbank. Innerhalb des 35-köpfigen „Programme Coordinating Boards“ von UNAIDS ist Deutschland ebenfalls mit einer Person vertreten. An den Ausgaben der EU für Gesundheitsmaßnahmen, bei denen HIV/AIDS einen der Schwerpunkte bildet, ist Deutschland mit 25 Prozent, also ca. 95 Millionen Euro per annum, beteiligt.⁴⁷ Ihre finanziellen Zusagen an den GFATM hat die Bundesregierung seit 2002 zwei Mal erhöht: Im Rahmen der XIV. Internationalen AIDS-Konferenz in Barcelona versprach die Ministerin für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung, bis zum Jahr 2006 durchschnittlich 40 Millionen Euro pro Jahr als deutschen Beitrag zum GFATM zu zahlen.⁴⁸ Schließlich kündigte die Bundesregierung am 2. Juli 2003 eine weitere Erhöhung ihres Beitrags zum GFATM um 100 Millionen Euro an. Allerdings werden diese Mittel dem Fonds erst ab 2005 zur Verfügung gestellt.⁴⁹

4. Bewertung der institutionellen Lösungsansätze und Initiativen

Sowohl die beschriebenen internationalen Maßnahmen als auch die des BMZ zur Bekämpfung von HIV/AIDS orientieren sich an der Millenniumserklärung der UN. Alle Organisationen verweisen sogar explizit auf die Kohärenz zwischen den eigenen Zielen zur Bekämpfung von HIV/AIDS und dem übergeordneten Entwicklungsziel, den Anteil der absolut Armen an der Weltbevölkerung bis zum Jahr 2015 zu halbieren. In der UNGASS-Deklaration wird beispielsweise festgehalten, „[...] *that the continuing spread of HIV/AIDS will constitute a serious obstacle to the realization of the global development goals [...]*“⁵⁰. Darüber hinaus wird die gegenseitige Kohärenz der verschiedenen Instrumente in Absatz 40 der UNGASS-Deklaration deutlich, indem das Generalsekretariat dort die Unterstützung regionaler und subregionaler HIV/AIDS-Initiativen, u.a. der Accelerated Action der EU, zu einer operativen Maßnahme erklärt.

Die erstmals konkret und überprüfbar formulierten Ziele der Millenniumserklärung, vor allem aber die der UNGASS-Deklaration, können – im Vergleich zu vorangegangenen Erklärungen – als ein fortschrittliches Instrument für die HIV/AIDS-Lobbyarbeit angesehen werden. Die Unterschriften der Staatsoberhäupter dürfen jedoch nicht darüber hinweg täuschen, dass trotz des hohen politischen Stellenwerts beide Verein-

barungen nicht völkerrechtlich verbindlich sind und bei Nichteinhaltung keine Sanktionen drohen. Darüber hinaus deutet die derzeitige Entwicklung nicht darauf hin, dass das ambitionierte Ziel der Millenniumserklärung, welches die Bekämpfung von HIV/AIDS betrifft⁵¹, erreicht werden kann. Dafür sind u.a. die zurzeit zur Verfügung gestellten Mittel zu gering und teilweise der politische Wille zur Umsetzung nicht ausgeprägt genug. Selbst die Weltbank sieht die Erreichung dieses Ziels für die meisten Länder des südlichen Afrikas als „*sehr unwahrscheinlich*“⁵² an. Die Ziele der UNGASS-Deklaration sind sogar noch enger gesteckt.⁵³

Nichtsdestoweniger handelt es sich insbesondere bei der UNGASS-Deklaration um ein wichtiges Rahmenwerk, mit dessen Hilfe vergangene und künftige Fortschritte bei der Bekämpfung von HIV/AIDS auf allen Ebenen (national, regional und global) gemessen werden können. Darüber hinaus lässt sich positiv vermerken, dass die UNGASS-Deklaration u.a. die Achtung der Menschenrechte und Grundfreiheiten für jeden Einzelnen als eine wesentliche Voraussetzung für die Verringerung der HIV/AIDS-Gefährdung ansieht: „*Realization of human rights and fundamental freedoms for all is essential to reduce vulnerability to HIV/AIDS*“⁵⁴. Aus diesem Grund wurden Maßnahmen zur Förderung und zum Schutz der Frauen sowie die Entstigmatisierung und Unterstützung von AIDS-Waisen und Menschen die mit HIV/AIDS leben in die Ziele der Deklaration aufgenommen.⁵⁵

Das derzeit wichtigste Finanzierungsinstrument im Kampf gegen die Epidemie ist der GFATM. Auf Grund der Beteiligung aller führenden Industrienationen, der EU, privater Stiftungen und von Unternehmen verfügt der Fonds zusätzlich über eine sehr hohe politische Aussagekraft. Umso enttäuschender ist daher die Tatsache, dass anstelle der von Fachleuten geforderten Summe in Höhe von zehn Milliarden US-Dollar jährlich seit 2001 insgesamt nicht einmal eine Milliarde US-Dollar eingezahlt wurde. Daher ist es auch nicht gelungen, die der Gründung des Fonds zu Grunde liegenden Ideen für eine elementare Richtungsänderung der Politik hin zu einer umfassenden Unterstützung der Entwicklungsländer zu nutzen. Vor diesem Hintergrund kann selbst das während des G8-Gipfels Anfang Juni 2003 in Evian abgegebene Angebot der amerikanischen Regierung, jährlich eine Milliarde US-Dollar in den Fonds einzuzahlen, nicht wirklich überzeugen. Zumal dieses Angebot an die (wahrscheinlich nicht erfüllbare) Bedingung der USA geknüpft ist, nur dann zu zahlen, wenn der eigene Beitrag maximal ein Drittel der

46 Vgl. BMZ (2003b).

47 Vgl. BMZ (2003b).

48 Vgl. AgA, (2002b).

49 Vgl. AgA, (2003).

50 UNGASS (2001), S. 2.

51 Die Ausbreitung von HIV/AIDS ist bis 2015 zum Stillstand zu bringen und allmählich umzukehren.

52 Weltbank (2003).

53 Vgl. die Auszüge der UN-Deklaration in Kapitel 3.1.

54 UNGASS (2001), S. 9.

55 Vgl. UNGASS (2001), S. 9f.

gesamten Einzahlung beträgt.⁵⁶ Allein die Tatsache, dass der GFATM keine weiteren Projekte mehr finanzieren kann, falls nicht bis Oktober 2003 mindestens 800 Millionen US-Dollar zusätzlich in den Fonds fließen,⁵⁷ setzt ein eindeutig falsches politisches Signal: „[...] G7 donors are now undermining the Global Fund just two years after they themselves inaugurated it.“⁵⁸

Vorbildcharakter hat hingegen die Struktur des GFATM. Die Partizipation von NRO ist in hohem Maße sichergestellt. Auf allen Entscheidungs- und Durchführungsebenen werden Teile der Zivilgesellschaft in den Prozess einbezogen. Beispielsweise wurde bewusst die Rechtsform einer schweizerischen Stiftung und nicht die einer UN-Organisation gewählt, damit neben den Staaten auch NRO, die Privatwirtschaft und Stiftungen Entscheidungsvollmacht im Vorstand des Fonds erhalten.⁵⁹ Innerhalb der Country Coordinating Mechanisms/CCM stammen 50 Prozent der Mitglieder aus der Zivilgesellschaft.⁶⁰ Diese strukturelle Notwendigkeit der Zusammenarbeit zwischen Regierungsorganisationen und NRO hat die gegenseitige Akzeptanz verbessert. Außerdem ist es das Verdienst des Technical Review Panel/TRP, neben einer gerechten Verteilung der Mittel in Projekte der Prävention (zwei Drittel) und der Behandlung (ein Drittel), ein ausgewogenes Verhältnis zwischen staatlichen und nichtstaatlichen Projekten auf der Durchführungsebene zu erzielen. So wurden von den bisher verteilten 1,4 Milliarden US-Dollar 55 Prozent den Regierungsprojekten und 45 Prozent den Projekten von NRO zugewiesen.⁶¹

Die Höhe der Mittel, die den Ländern für die ersten fünf Jahre vom Fonds zugesagt wurden, zeigt, dass der GFATM sein festgelegtes Prinzip, „[g]ive due priority to the most affected countries and communities, and to those countries most at risk“⁶², einhält. Denn unter den zehn Ländern, die die meiste Förderung erhalten, befinden sich – neben sieben afrikanischen Ländern mit Prävalenzraten zwischen sechs und 22 Prozent – auch drei asiatische Länder, deren Prävalenzrate unter zwei (Thailand) bzw. sogar unter einem Prozent (Indien und Indonesien) liegt. Insbesondere in Indien und Indonesien existiert aber auf Grund der großen Bevölkerung ein enormes Potenzial zur Verbreitung des Virus.⁶³

Erklärtes Ziel der Accelerated Action der EU ist es, die Bekämpfung der wichtigsten übertragbaren Krankheiten (HIV/AIDS, Malaria und Tuberkulose) in den Entwicklungs-

56 Perras, Arne (2003).

57 MsF (2003).

58 Fund the Fund (2003), S. 3.

59 Benn (2002), S. 16f.

60 Vgl. Aidsplan (2003), S. 10.

61 Aussagen von Christoph Benn während der Podiumsdiskussion „Leben ist ein Menschenrecht – HIV/AIDS fordert internationale Solidarität“ am 31. Mai 2003 im Rahmen des 1. Ökumenischen Kirchentags in Berlin.

62 GFATM (2003c).

ländern schneller voranzutreiben. Vor diesem Hintergrund kann das Aktionsprogramm als ein System verschiedener Schritte in die richtige Richtung gewertet werden. Neben dem Beschluss zur „umfassende[n] Aufhebung von Lieferbindungen der Gemeinschaftshilfe“⁶⁴ ist im Rahmen des ersten Hauptziels des Aktionsprogramms – die Steigerung der Wirksamkeit vorhandener Maßnahmen – vor allem die Auflösung von Mittelbindungen ruhender Gesundheitsprojekte und die Neuvergabe dieser Mittel positiv hervorzuheben. Allerdings geht die bisherige Auflösung der Mittelbindungen nicht weit genug. So liegen zum Beispiel beim Europäischen Entwicklungsfonds (EDF) Mittel in Höhe von 21 Milliarden Euro fest, die auf Grund bürokratischer Hürden nicht vergeben, aber von Seiten der EU auch nicht aufgelöst werden.⁶⁵

Die zur Erreichung des zweiten Hauptziels (Verbesserung der Bezahlbarkeit grundlegender Medikamente) beschlossene Preisstaffelung ist ein grundsätzlich unterstützenswerter Weg hin zu einer umfangreichen Versorgung ärmster Bevölkerungsteile mit lebenswichtigen Medikamenten. Die Ende Mai 2003 von der EU-Kommission verabschiedete Variante, jene Medikamente einem speziellen Schutz vor Handelsumlenkungen (z.B. Re-Importe) zu unterstellen, deren Preis in den bisher 76 teilnehmenden Entwicklungsländern maximal 25 Prozent des OECD-Mittels beträgt oder 15 Prozent über den Produktionskosten liegt,⁶⁶ ist jedoch nicht ausreichend. Die auf diese Weise gestaffelten Medikamentenpreise liegen nämlich weiterhin über den Preisen für generisch produzierte Arzneimittel, d.h. den so genannten Nachahmerprodukten.

Ein zweiter wichtiger Schritt auf dem Weg zu einer verbesserten Bezahlbarkeit ist die Durchsetzung der Ausnahmen des TRIPS-Abkommens im Sinne der Entwicklungsländer. So ist die Aufschiebung des Patentrechts auf Arzneimittel bis zum 1. Januar 2016 für die am wenigsten entwickelten Länder als ein positives Minimum anzuerkennen. Von weitreichenderer Bedeutung ist jedoch die Lösung der Frage, wie Mitgliedsstaaten der Welthandelsorganisation, die über keine oder nur unzureichende Produktionskapazitäten im pharmazeutischen Bereich verfügen, effektiven Gebrauch von der Ausnahmeregelung zur Vergabe von Zwangslizenzen machen können. Denn bis Ende August 2003 mussten – gemäß Artikel 31f des TRIPS-Abkommens – unter Zwangslizenz hergestellte Produkte überwiegend für den Heimatmarkt verwendet werden: Es durften keine umfangreichen Exporte getätigt werden. Dies hatte zur Folge, dass gerade die armen Länder, die in der Regel nicht über Produktionskapazitäten verfügen, von den Vorteilen der Zwangslizenzen ausgenommen wurden. Einen Kompromissvorschlag, der diese Mängel beseitigen sollte,

63 Vgl. UNAIDS (2002b), S. 7.

64 EG (2003a), S. 15.

65 Vgl. Heinrich (2003).

66 EG (2003b).

haben die USA im Dezember 2002 durch ein Veto jedoch verhindert. Diesem Vorschlag wurde nun im Vorfeld der WTO-Konferenz in Cancún (12. - 14.09.2003) ein einschränkender Vorspann hinzugefügt. Demnach dürfen unter Zwangslizenz hergestellte Generika zwar grundsätzlich exportiert bzw. importiert werden. De facto wird den Entwicklungsländern aber gleichzeitig der Zugang zu kostengünstigen Medikamenten mit Hilfe juristischer, ökonomischer und politischer Hürden erschwert.

Das dritte von der EU-Kommission proklamierte Hauptziel, die Förderung der Erforschung und Entwicklung neuer globaler Kollektivgüter, kann ebenfalls als eine grundsätzlich richtige Entscheidung gewertet werden. Denn zum einen wurden innerhalb des sechsten Rahmenplans (2002 bis 2006) 400 Millionen Euro für Forschung, technologische Entwicklung und Demonstration in den Bereichen HIV/AIDS, Malaria und Tuberkulose bereit gestellt. Dies entspricht fast einer Vervierfachung der Mittel im Vergleich zum vorangegangenen Rahmenplan. Zum anderen sollen die Entwicklungsländer gemäß der „Erklärung von Doha“ einen gleichberechtigten Zugang zu den entwickelten Produkten erhalten. Dies bedeutet, dass die afrikanischen Partnerländer sowohl an der Prioritätensetzung bei der Durchführung neuer Maßstäbe als auch an der Ausarbeitung von strategischen Aktionsplänen im Bereich klinischer Versuche beteiligt werden sollen.

Aus dem Blickwinkel der Komplementarität erscheint die zur Erforschung und Entwicklung neuer globaler Kollektivgüter initiierte Europäische Partnerschaft im Bereich der klinischen Versuche (EDCTP) als durchaus sinnvoll, da beispielsweise der GFATM keinerlei pharmazeutische Grundlagenforschung finanziert und somit eine vorhandene Lücke geschlossen werden könnte. Inwieweit diese erst kürzlich geschaffene Partnerschaft tatsächlich einen sinnvollen Beitrag leisten wird, muss die künftige Entwicklung zeigen. Die drei Hauptziele der EDCTP weisen in jedem Fall in die richtige Richtung:

1. Erhöhte Effizienz und verstärkte Wirkung der nationalen Programme durch Vernetzung und Zusammenarbeit;
2. zügigere Entwicklung neuer Produkte durch Unterstützung von klinischen Versuchen in den Entwicklungsländern;
3. Stärkung der Kapazitäten der Entwicklungsländer im Bereich der klinischen Versuche.

Darüber hinaus soll von dem vorgesehenen Budget des EDCTP in Höhe von 600 Millionen Euro ein Viertel vor allem für die Aus- und Fortbildung des nationalen Gesundheitspersonals zur Verfügung gestellt werden.⁶⁷

⁶⁷ EG (2003a), S. 19ff.

Die strategische Ausrichtung der bilateralen HIV/AIDS-Politik der Bundesregierung hat sich mit der zunehmenden Bedeutung der Epidemie sinnvoll weiterentwickelt. Diese Weiterentwicklung zeigt sich beispielsweise in der veränderten Schwerpunktsetzung innerhalb des AIDS-Sektorprojekts: Während in der Anfangsphase des Projekts Bereiche wie Labordiagnostik, epidemiologische Überwachung, Sicherung von Bluttransfusionen und die Therapie sexuell übertragbarer Erkrankungen im Vordergrund standen, bestimmen heute die Umsetzung der multisektoralen Ausrichtung der Bekämpfungsstrategie und die Einführung HIV/AIDS-bezogener Arbeitsplatzprogramme, d.h. die Einbeziehung von Präventions- und Versicherungsmaßnahmen, die Aktivitäten dieses Projekts.⁶⁸

Ein weiteres Indiz für eine sinnvolle und nachhaltige Ausrichtung der Bekämpfungsstrategie ist die Schaffung der „Sonderinitiative Mainstreaming AIDS“/SIMA. Denn eigenen Angaben zufolge ist es dieser Initiative in der Vergangenheit u.a. gelungen, den Gedanken des „Mainstreaming AIDS“ bei den Durchführungsorganisationen zu verbreiten und vielfach dem Thema HIV/AIDS einen höheren Stellenwert zu verleihen. Außerdem wird zurzeit neben der Entwicklung eines Monitoring- und Evaluierungsprozesses der Bestand an Fortbildungsprogrammen zu HIV/AIDS aufgenommen. Die auf Vernetzung und Beratung ausgerichteten Maßnahmen der SIMA, können dazu beitragen, dass die jeweilige HIV/AIDS-Arbeit deutscher Durchführungsorganisationen u.a. auf eine weitere Steigerung der Komplementarität bzw. Kohärenz ausgerichtet wird. Auf diese Weise ließen sich die begrenzt zur Verfügung stehenden Ressourcen effizienter einsetzen, was insgesamt die Qualität der HIV/AIDS-bezogenen Projekte und das Wissen der Fachkräfte steigern und langfristig sichern würde.

Die zunehmende Einbeziehung der Privatwirtschaft in die Bekämpfungsstrategie erscheint zwar vor dem Hintergrund leerer Haushaltskassen als grundsätzlich sinnvoll. Das unternehmerische Ziel der Gewinnmaximierung muss jedoch zu jeder Zeit erkennbar hinter dem Oberziel der HIV/AIDS-Bekämpfung zurückstehen. Ebenso sollten die Erwartungen an so genannte PPP-Projekte realistisch bleiben. Die „Partnerschaft“ zwischen dem Pharmakonzern Boehringer-Ingelheim und dem BMZ zur Reduzierung von Mutter-Kind-Übertragungen zeigt deutlich, dass sich die Aktivitäten des Pharmakonzerns einzig darauf beschränken, den Wirkstoff Viramune zur Verfügung zu stellen. Boehringer-Ingelheim trägt auf diese Weise etwa drei Prozent der Gesamtkosten des Projekts. Die restlichen finanziellen Mittel für die wesentlich kostenintensivere Logistik bringt hingegen das BMZ auf. Aussagen von Ärzten ohne Grenzen zufolge, werden die Hilfslieferungen zudem in Verpackungseinheiten für Krankenstationen bereit gestellt, was zur Folge hat, dass Personen ohne Zugang zu Krankenstationen – zumeist Bewohner ländlicher Gebiete – von der Versorgung ausgenommen bleiben. Gefordert ist deshalb ein

⁶⁸ Vgl. GTZ (2003).

verbesserter kontrollierter Zugang der ländlichen Bevölkerung u.a. durch eine verbesserte Infrastruktur. Grundsätzlich kann die Bereitschaft der Unternehmen, sich den Aufgaben zur Bekämpfung von HIV/AIDS zu stellen, mit dazu beitragen, den Abbau von Stigma und Diskriminierung zu fördern. Insofern ist auch das vom Deutschen Entwicklungsdienst und Inwent neu geschaffene Programm zur Einführung von Workplace-Policies bei kleinen und kleinsten Unternehmen als sinnvolles Mittel positiv zu erwähnen.

Hinsichtlich der Unterstützung multilateraler Abkommen muss ferner die zu geringe finanzielle Beteiligung der Bundesregierung – insbesondere beim GFTAM – kritisiert werden. Von den zugesagten jährlichen Einzahlungen in Höhe von durchschnittlich 40 Millionen Euro hat das BMZ für die ersten beide Jahre bis zum 02. Juni 2003 lediglich 28,25 Millionen Euro an den Fonds überwiesen.⁶⁹ Fachleute stufen aber vor allem die versprochenen 40 Millionen Euro pro Jahr bereits als entschieden zu wenig ein: „Entsprechend dem Anteil der Bundesrepublik Deutschland am Weltbruttosozialprodukt halten wir [Aktionsbündnis gegen AIDS] einen jährlichen Beitrag der Bundesregierung von mindestens 350 Millionen Euro für dringend geboten.“⁷⁰ Auch die auf verstärkten internationalen und öffentlichen Druck für 2005 angekündigte Erhöhung des deutschen Beitrags zum GFATM in Höhe von 100 Millionen Euro erfolgt – dem Aktionsbündnis gegen AIDS zufolge – zu spät.⁷¹

5. Kommentar Deutsche Welthungerhilfe/terre des hommes

Die Deutsche Welthungerhilfe und terre des hommes sehen in HIV/AIDS ein schwer wiegendes Entwicklungshemmnis, das grundlegende Rechte von Menschen verletzt und Erfolge aus 50 Jahren Entwicklungszusammenarbeit und Armutsbekämpfung gefährdet. Es zeigt sich mehr denn je, dass eine multisektorale Herangehensweise die höchstmögliche Aussicht bietet, HIV/AIDS wirksam einzudämmen und zu bekämpfen. Diese sollte auf die Bekämpfung der Armut und den aus dieser Armut u.a. resultierenden Mangel an Bildung, Gesundheit und Ernährung abzielen. Die strategischen Aktivitäten des BMZ und der Bundesregierung über ihre Mitwirkung an den globalen und europäischen Initiativen sind daher ausdrücklich zu begrüßen. Umso wichtiger ist deshalb auch die Einzahlung der zugesagten Finanzmittel für den GFATM in vollem Umfang. Darüber hinaus sollte die Bundesregierung ihrer wirtschaftlichen Bedeutung entsprechend ihre jährlichen Zahlungen an den GFATM auf mindestens 350 Millionen Euro erhöhen. Als vorbildlicher Geber des GFATM wäre es dem BMZ

69 Vgl. BMZ (2003c).

70 AgA, (2002a).

71 Vgl. AgA, (2003).

auf dieser Grundlage möglich, sein politisches Gewicht im Sinne der Entwicklungsländer und der von HIV/AIDS betroffenen Menschen einzusetzen.

Deutsche Welthungerhilfe und terre des hommes regen weiterhin an, dass sich die Bundesregierung innerhalb der EU für eine weitere Senkung der Staffelpreise zur Verbesserung der Bezahlbarkeit grundlegender Medikamente einsetzt. Das Ziel sollte hier sein, die derzeitigen Preise vergleichbarer Generika zu erreichen oder diese zu unterschreiten, um auf diese Weise den Zugang zu antiretroviralen Medikamenten für alle betroffenen Menschen zu erreichen. Denn mittlerweile „zeigt sich immer deutlicher, dass es möglich ist, Menschen mit AIDS auch in einem an Ressourcen armen Umfeld zu behandeln und zu pflegen, was ein wichtiger Teil der Bemühungen um eine wirksamere Prävention ist.“⁷² Diese Feststellung der Europäischen Kommission darf allerdings nicht darüber hinweg täuschen, dass ein funktionierendes Gesundheitssystem notwendig ist, das neben der Behandlung opportunistischer Krankheiten auch die Einnahme der antiretroviralen Medikamente unterstützt. Ebenso müssen auftretende physische und psychische Nebenwirkungen behandelt sowie Therapieerfolge begleitet werden. Nur auf dieser Basis kann man den betroffenen Menschen zu den körperlichen und geistigen Voraussetzungen verhelfen, die für eine aktive und selbstständige Gestaltung ihres Lebens und für die Entwicklung der Familie notwendig sind, welche wiederum die Grundlage für eine positive Entwicklung des Landes bildet.

Die Bundesregierung sollte sich darüber hinaus dafür stark machen, dass die Mittelbindungen bisher nicht vergebener Finanzmittel aus dem European Development Fund/EDF in weitaus größerem Umfang als bisher aufgehoben und möglichst dem GFATM zugeführt werden. Denn zehn Milliarden Euro der vorhandenen, aber nicht genutzten Mittel würden dem GFATM eine stabile Arbeitsgrundlage verschaffen.

Die Möglichkeiten des TRIP's-Abkommens und des im Zuge des WTO-Gipfels in Cancún im September 2003 gefundenen Kompromisses werden der Situation der Entwicklungsländer ohne eigene pharmazeutische Produktion nicht gerecht. Sie sind zu kompliziert und ihrem Bedürfnis nach schnellem Zugang zu Medikamenten nicht angemessen. Die Bundesregierung sollte sich daher vehement für die Wiederabschaffung der Einschränkungen einsetzen, denn das vorgeschriebene Verbot, Generika zu kommerziellen Zwecken zu exportieren, behindert die Konkurrenz zwischen den Produzenten und somit eine weitere Reduzierung der Preise. Darüber hinaus sind die Auflagen zur Verhinderung von Reimporten und die Beweisführung über unzureichende Produktionskapazitäten im Importland zu bürokratisch und verursachen auf

72 EG (2003a), S. 9.

diese Weise zusätzliche Kosten für die beteiligten Länder. Schließlich eröffnet die Beschwerdemöglichkeit den Industrieländern bzw. der dortigen pharmazeutischen Industrie Raum, um politischen und wirtschaftlichen Druck auf die exportierenden sowie die importierenden Länder auszuüben.

Ihren Einfluss sollte die Bundesregierung nutzen, um die öffentliche Forschung grundsätzlich weiter voranzutreiben und die Entwicklung von zum Beispiel kinder- verträglichen Medikamenten zu fördern. Diese werden nämlich von den Pharma- herstellern vernachlässigt, da die Zahl der infizierten Kinder in Industrieländern zu gering ist, als dass sich private Forschung rentieren würde.

Im Rahmen der bundesdeutschen Maßnahmen halten Deutsche Welthungerhilfe und terre des hommes es deshalb für dringend notwendig, dass die Regierung den viel versprechenden Weg des multisektoralen Ansatzes weitergeht und ausbaut. Dazu zählt u.a. die Unterstützung der SIMA durch zusätzliche finanzielle und personelle Ressourcen. Denn durch eine stärkere Vernetzung deutscher Durchführungsor- ganisationen können Entwicklungshilfemaßnahmen besser koordiniert und gleichzeitig Synergien geschaffen werden. Der Einsatz zusätzlicher Ressourcen für die SIMA würde sich letztlich in einer steigenden Effizienz aller für die HIV/AIDS- Bekämpfung bereitgestellten Mittel auszahlen.

Die Bundesregierung hat sich verpflichtet, das Menschenrecht auf körperliche und geistige Gesundheit jedes Menschen zu fördern, zu respektieren und zu schützen sowie jeden Menschen am wissenschaftlichen Fortschritt teilhaben zu lassen. Vor diesem Hintergrund ist die Durchführung der notwendigen Maßnahmen zur Bekämpfung von HIV/AIDS eine unverzichtbare humanitäre Aufgabe.

Abkürzungsverzeichnis

AIDS	Acquired Immune Deficiency Syndrome
BMZ	Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung
CCM	Country Coordinating Mechanism
EDCTP	European Development Countries Trials Partnership
EDF	European Development Fund
EU	Europäische Union
FAO	Food and Agriculture Organization of the United Nations
GFATM	Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria
GTZ	Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit
HDI	Human Development Index
HIV	Human Immunodeficiency Virus
IPAA	International Partnership against HIV/AIDS in Africa
KfW	Kreditanstalt für Wiederaufbau
MAP	Multi-Country HIV/AIDS Program for the Africa Region
NRO	Nichtregierungsorganisationen
PPP	Public Private Partnership
SIMA	Sonderinitiative Mainstreaming AIDS
TRIPS	Trade Related Aspects of Intellectual Property Rights
TRP	Technical Review Panel
UN	United Nations
UNAIDS	Joint United Nations Programme on HIV/AIDS
UNGASS	United Nations General Assembly
WTO	World Trade Organization

Literaturverzeichnis

action medeor (Hg.): HIV/AIDS-Fachtagung. Möglichkeiten, Grenzen und Probleme in der Therapie, Tönisvorst: 20. – 21.09.2002

Aidspan: Global Fund Observer, Newsletter, No. 10, 12.06.2003

Aktionsbündnis gegen Aids (AgA): Offener Brief: Forderung auf Erhöhung des Beitrags der Bundesrepublik Deutschland zum Globalen AIDS- und Gesundheitsfonds auf jährlich 350 Millionen Euro, [<http://www.aids-kampagne.de/service/index.html#22>], Pressemitteilung vom 30.01.2002a

Aktionsbündnis gegen Aids (AgA): Deutschland erhöht den Beitrag zum Globalen Fonds auf 40 Millionen Euro jährlich, [<http://www.aids-kampagne.de/service/index.html#22>], Pressemitteilung vom 12.07.2002b

Aktionsbündnis gegen Aids (AgA): Internationale Konferenz zur Finanzierung des globalen Aids-Fonds in Paris: Aktionsbündnis gegen Aids fordert umgehende Mittelbereitstellung, [<http://www.aids-kampagne.de/service/index/index.html#62>], Pressemitteilung vom 15.07.2003

Benn, Christoph: Der "Global Health Fund", in: action medeor (Hg.): HIV/AIDS-Fachtagung. Möglichkeiten, Grenzen und Probleme in der Therapie, S. 15 – 22, Tönisvorst: 20. – 21.09.2002

BMZ: AIDS-Bekämpfung: Schwerpunkt der deutschen Entwicklungspolitik. Bundesentwicklungsministerium stellt jährlich rund 300 Mio. bereit, Pressemitteilung vom 19.02.2003, [http://www.bmz.de/presse/pressemitteilungen/13_2003.html], 19.02.2003a

BMZ: Der deutsche Beitrag im Kampf gegen Aids, [<http://bmz.de/themen/imfokus/aids/aids11.html>], 21.07.2003b

BMZ: AIDS-Bekämpfung: Global Aids Fonds (GFATM), [<http://www.bmz.de/themen/imfokus/aids/aids16.html>], 21.07.2003c

Bollinger, Lori/ Stover, John: The Economic Impact of AIDS, The Futures Group International, Glastonbury, CT: 1999

Deutscher Bundestag: Beitrag der Bundesregierung zur globalen Bekämpfung von HIV/Aids, Drucksache 15/956, 07.05.2003

Fährmann, Kerstin/ Katzan, Julia: Mainstreaming AIDS in der deutschen Entwicklungszusammenarbeit, Bonn: 2003

FAO: Focus: AIDS – a threat to rural Africa, [<http://www.fao.org/Focus/E/aids/aids6-e.htm>], 12.06.2003

Fund the Fund: Why the G8 Must Pay: Securing full funding for the Global Fund to fight AIDS, Tuberculosis, and Malaria, Genf: 05.2003

GFATM: Overview, [<http://www.globalfundatm.org/overview.html>], 15.04.2003a

GFATM: Pledges and Contributions, [http://globalfundatm.org/files/pledges_contributions_060203.xls], 15.04.2003b

GFATM: Principles, [<http://www.globalfundatm.org/principles.html>], 15.04.2003c

GTZ: Sektorprojekt „AIDS-Bekämpfung in Entwicklungsländern“, [<http://www.gtz.de/aids/deutsch/sektorprojekt.html#top>], 15.04.2003

Heinrich, Ulrich: Die Deutsche Welthungerhilfe leistet Außerordentliches, Pressemitteilung vom 27.05.2003, [<http://www.ulrich-heinrich.de/presse.php?id=36494>], 08.08.2003

Kommission der Europäischen Gemeinschaften (EG): Aktionsprogramm: Beschleunigte Aktion zur Bekämpfung von HIV/Aids, Malaria und Tuberkulose im Rahmen der Armutslinderung, KOM(2001) 96 endgültig, Brüssel: 21.02.2001

Kommission der Europäischen Gemeinschaften (EG): Aktualisierung des EG-Aktionsprogramms: Beschleunigte Aktion zur Bekämpfung von HIV/Aids, Malaria und Tuberkulose im Rahmen der Armutsminderung. Offene politische Fragen und künftige Herausforderungen, KOM(2003) 93 endgültig, Brüssel: 26.02.2003a

Kommission der Europäischen Gemeinschaften (EG): Access to medicines: EU clears plan to ensure delivery of cheap medicines to developing countries, [http://europa.eu.int/comm/trade/csc/med08_en.htm], Brüssel: 26.05.2003b

Médecins sans Frontières (MsF): Global Fund: Donor countries fail to fill the funding gap. AIDS treatment scale-up efforts threatened, [<http://www.msf.org/content/page.cfm?articleid=BE5C2676-D6D1-4D5A-A9E3C239364438F7>], 16.07.2003

National Intelligence Council (NIC): The Next Wave of HIV/AIDS: Nigeria, Ethiopia, Russia, India, and China, [<http://www.cia.gov/nic/pubs/index.htm>], Washington D.C.: 2002.

Perras, Arne: US-Vorstoß gegen Aids. Washington drängt Europa zu mehr finanzieller Hilfe, in: Süddeutsche Zeitung, 03.06.2003

Terhorst, Frank: HIV/AIDS-Pandemie – Ihre Auswirkungen auf Entwicklungsländer und die Rolle der Entwicklungszusammenarbeit, INEF-Report 50, Duisburg: 2001

UN: World Population Prospects Population Database, [<http://esa.un.org/unpp/index.asp?panel=2>], 14.06.2003

UNAIDS: Report on the global HIV/AIDS epidemic, Genf: 2002a

UNAIDS: AIDS epidemic update: December 2002, Genf: 2002b

UNDP: 2003 Human Development Index Reveals Development Crisis,
[http://www.undp.org/hdr2003/pdf/presskit/HDR03_PR4E.pdf], 08.08.2003

UNGASS: Declaration of Commitment on HIV/AIDS. Global Crisis – Global Action, A/RES/S-26/2,
02.08.2001

UNGASS: Verpflichtungserklärung zu HIV/Aids. Globale Krise – Globale Antwort,
[<http://www.unaids.org/hivaidinfo/UNWorkplace/Web%20version/Documents/Other.../DeclarationGeman.html>], 10.04.2003

UNHCHR: Access to medication in the context of pandemics such as HIV/AIDS. Commission on
Human Rights resolution 2001/33,
[<http://193.194.138.190/Huridocda/Huridoca.nsf/0/a5c6e2109117dc36c1256a3b00446247?Opendocument>], Genf: 2001

Weinreich, Sonja/ Benn, Christoph: Hintergrundinformationen zu HIV/AIDS, Tübingen: 2002

Weltbank: Millenniumsziele, [http://www.aktionsprogramm2015.de/mziele/mziel_06.htm],
15.04.2003

Vakat

Vakat

U3 Vakant

Deutsche Welthungerhilfe e.V.
Adenauerallee 134, 53113 Bonn
Tel.: (02 28) 22 88 - 0, Fax: (02 28) 22 07 10
e-mail: info@welthungerhilfe.de
Internet: www.welthungerhilfe.de

terre des hommes Deutschland e.V.
Ruppenkampstr. 11a, 49084 Osnabrück
Tel.: (05 41) 71 01 - 0, Fax: (05 41) 70 72 33
e-mail: info@tdh.de
Internet: www.tdh.de