



Vorläufiger Alternativbericht, Juli 2010

# Engagement gegen Aids Versprechen sind nicht genug!

Zivilgesellschaftliche Bestandsaufnahme der Finanzierungsbeiträge  
für die Verwirklichung der internationalen Verpflichtungen zu  
HIV/ Aids durch Deutschland, Österreich und die Schweiz



Aktionsbündnis gegen AIDS

Leben ist ein Menschenrecht!  
[www.aids-kampagne.de](http://www.aids-kampagne.de)

[aidsfocus.ch](http://aidsfocus.ch)



Österreichisches  
Aktionsbündnis gegen Aids

[www.aidskampagne.at](http://www.aidskampagne.at)

# Vorwort

Zum Auftakt der Internationalen Aids Konferenz (IAC) vom 18.- 23. Juli 2010 mit geschätzten 25.000 TeilnehmerInnen werden die Augen der Welt auf Wien gerichtet sein. 2010 ist ein bedeutender Meilenstein, denn es geht um die Frist, die sich die internationale Staatengemeinschaft für ihre Verpflichtung gesetzt hat, den universellen Zugang zu HIV-Prävention, -Pfleger und Behandlung sicherzustellen. Die Konferenz wird Gelegenheit bieten, die bis dato erzielten Fortschritte zu bewerten und festzustellen, was zur Erreichung dieses Zieles noch getan werden muss. Durch das hohe Medieninteresse wird die IAC die Gelegenheit bieten, Regierungen und anderen politischen Entscheidungsträger aufzufordern, ihre Versprechen zu erfüllen und mehr Mittel für den universellen Zugang bereit zu stellen.

In Anbetracht dieser Tatsache haben das deutsche und österreichische Aktionsbündnis gegen Aids und aidsfocus.ch Schweiz die Notwendigkeit gesehen, eine objektive Analyse und Bewertung der Beiträge ihrer Länder durchzuführen. Dabei geht es darum herauszuarbeiten inwieweit sie sich ihrer internationalen Verantwortung stellen.

Die Ergebnisse zeigen eindrücklich, dass die bisherigen Bemühungen bei weitem nicht ausreichen und das Engagement deutlich verstärkt werden muss. Das gilt für alle Dimensionen der Mobilisierung finanzieller Ressourcen: die Entwicklungszusammenarbeit insgesamt, die Mittel für Gesundheitsförderung und die Unterstützung der spezifischen HIV-Maßnahmen. Wie groß die Lücke zwischen derzeitigen Leistungen und angemessenen Beiträgen ist, kann aus der Analyse ersehen werden.

Das Motto der Internationalen Aids-Konferenz 2010 Rechte hier und jetzt (Rights here, right now!) ist ein Aufruf, politische Verantwortung zu übernehmen und sich aktiv für das Grundrecht auf Leben und Gesundheit aller Menschen einzusetzen. Wir fordern daher die drei Länder auf: „Lassen sie den Worten die entsprechenden Taten folgen! Leisten Sie einen fairen Beitrag für die finanzielle Unterstützung des unbeschränkten Zugangs zur HIV-Prävention, lebensrettenden Therapien und die Bekämpfung jeglicher Diskriminierung.“

Aktionsbündnis gegen AIDS Deutschland und Österreich,  
aidsfocus.ch

# Inhalt

Notwendige Dimensionen der Analyse	3
Methodische Vorgehensweise	4
Bedarfsanalysen und Finanzierungsversprechen	6
Deutschlands Beiträge zur Finanzierung von Entwicklung, Gesundheit und die Zurückdrängung der HIV-Epidemie	10
<i>Gesamte ODA-Leistungen</i>	10
<i>ODA-Leistungen für die Gesundheitsförderung</i>	12
<i>ODA-Leistungen für die Bewältigung der HIV-Epidemie</i>	15
Die Beiträge der Schweiz zur Finanzierung von Entwicklung, Gesundheit und die Zurückdrängung der HIV-Epidemie	17
<i>Gesamte ODA-Leistungen</i>	17
<i>ODA-Leistungen für die Gesundheitsförderung</i>	19
<i>ODA-Leistungen für die Bewältigung der HIV-Epidemie</i>	21
Die Beiträge Österreichs zur Finanzierung von Entwicklung, Gesundheit und die Zurückdrängung der HIV-Epidemie	23
<i>Gesamte ODA-Leistungen</i>	23
<i>ODA-Leistungen für die Gesundheitsförderung</i>	25
<i>ODA-Leistungen für die Bewältigung der HIV-Epidemie</i>	28
Die Herausgeber	31
Impressum	32
Statistischer Anhang	33

# Notwendige Dimensionen der Analyse

Die weltweite HIV-Epidemie weist besondere Merkmale auf, die zu komplexen Wechselwirkungen mit gesellschaftlichen, wirtschaftlichen, politischen und kulturellen Faktoren führen. Zum einen erhöhen die soziale Benachteiligung und die Vorenthaltung von fundamentalen Menschenrechten die Gefährdung, sich mit dem HI-Virus zu infizieren. Zum anderen verschärft die HIV-Pandemie mehr noch als andere Gesundheitsprobleme die Armut und soziale Ungleichheit. Infolge der in den meisten Gesellschaften bestehenden Vorurteile im Hinblick auf die besonderen Übertragungswege, wird die Lage von betroffenen und gefährdeten Menschen häufig noch durch verhängnisvolle Tendenzen der Stigmatisierung und Diskriminierung verschlimmert.

Daher kann sich eine umfassende und objektive Bewertung der Geberleistungen für die Bewältigung der HIV-Epidemie nicht allein auf die spezifischen Maßnahmen der Prävention von Neuinfektionen sowie der Behandlung und Unterstützung von Betroffenen beschränken.

Darüber hinaus sind sowohl der Gesamtbeitrag zur Entwicklungszusammenarbeit als auch die Unterstützung der Gesundheitsförderung als Ganzes in den Blick zu nehmen. Investitionen in andere Entwicklungsbereiche wie Ernährung, Bildung oder Trinkwasser- und Sanitärversorgung sind nicht nur für die Grundbedürfnisbefriedigung und menschliche Entwicklung unverzichtbar, sondern sollten auch so gestaltet werden, dass sie die HIV-Bekämpfung

unterstützen.

Dies geschieht vor allem dann, wenn strukturelle Gefährdungssituationen angegangen werden wie die Arbeitsmigration unter prekären Bedingungen oder die Entrechtung von Frauen oder auch wenn die Fähigkeiten von Familien und Gemeinschaften gestärkt werden, um den verheerenden Auswirkungen der Epidemie zu begegnen.

Die Gesundheitssysteme spielen eine entscheidende Rolle bei der Antwort auf die HIV-Krise, nicht nur weil sie Therapie und Betreuung sicherstellen müssen, sondern auch weil sie viele der zentralen Präventionsdienste zu unterstützen haben.

Diese Studie untersucht im Folgenden den Umfang der öffentlichen Entwicklungshilfe (englisch: ODA) von Seiten der betreffenden Geberstaaten auf den folgenden Ebenen:

- Gesamtleistungen unter besonderer Berücksichtigung der realen Ressourcen-Transfers
- ODA-Leistungen für die Gesundheitsförderung und schließlich die
- ODA-Leistungen für spezifische Maßnahmen der HIV-Bewältigung

Freilich kann die Mobilisierung von Ressourcen für die Entwicklungs- und Gesundheitsfinanzierung nur dann ihre volle Wirkung entfalten, wenn zugleich die ungerechten Strukturen des gegenwärtigen Wirtschafts- und Machtsystems auf globaler, regionaler und lokaler Ebene angegangen werden. Nur dann wird es

möglich, den Mitteleinsatz an den Bedürfnissen der benachteiligten Bevölkerungsgruppen auszurichten, anstatt letztlich die Interessen von bereits privilegierten Sektoren zu bedienen.

Das bedeutet auch, durch eine adäquate Politik des Zugangs zu essentiellen Medikamenten<sup>1</sup> dafür Sorge zu tragen, dass die bereitgestellten Finanzmittel nicht die schon jetzt weit überdurchschnittlichen Gewinnmargen der Pharma-Konzerne weiter anschwellen lassen.

<sup>1</sup> Eine Modellliste essentieller oder unentbehrlicher Arzneimittel wird regelmäßig von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) veröffentlicht.

# Methodische Vorgehensweise

Die folgende Analyse beabsichtigt, die realen Leistungen möglichst präzise zu kalkulieren und diese am Maßstab einer angemessenen Beitragshöhe zu bewerten.

Um letztere zu bestimmen wird von den umfassendsten und geeignetsten Schätzungen des jeweiligen Finanzbedarfs ausgegangen, die zurzeit verfügbar sind, um diese - soweit erforderlich und möglich - weiter zu entwickeln. Des Weiteren wird die wirtschaftliche Kapazität der Länder gemessen am Bruttonationaleinkommen als Basiskriterium herangezogen. Schließlich sind noch die wesentlichen entwicklungspolitischen Realitäten und die unmittelbaren Perspektiven der Mittelsteigerungen von Seiten der verschiedenen Geberstaaten und ihrer Zusammenschlüsse in Betracht zu ziehen.

Die Berechnung der bereitgestellten Ressourcen basiert jeweils auf den umfassendsten und zuverlässigsten Informationsquellen. Darunter sind die Datenbanken und Statistiksysteme des Entwicklungsausschusses der OECD (englisch: DAC) die wichtigsten. Die aggregierte DAC-Statistik verzeichnet die Verteilung der Finanzmittel nach den verschiedenen Arten und Sektoren der Entwicklungshilfe sowie die Beiträge zu multilateralen Organisationen.

Daneben existiert eine projektbezogene Datenbank, die darüber Aufschluss geben soll, wohin die ODA geht, welchen wesentlichen Zwecken sie dient und welche zentralen politischen Zielsetzungen damit verfolgt werden.

An dieses „creditor reporting system“ (CRS) melden die dem DAC angehörenden Geberstaaten, die Europäische Union und die meisten multilateralen Organisationen alle von ihnen finanziell unterstützten Hilfe-Aktivitäten mit den vorgesehenen Eckdaten.

---

## „creditor reporting system“ weist Einschränkungen auf

---

Allerdings weist dieses Meldesystem zwei Einschränkungen auf, die eine Überprüfung der gemeldeten Daten und nicht selten die Recherche zusätzlicher Informationen mithilfe der Webseiten oder direkter Auskünfte der verantwortlichen Durchführungsorganisationen erforderlich machen.

Zum einen stimmt der inhaltliche Zuschnitt der Förderbereiche nicht mit den Definitionen der Entwicklungssektoren überein, wie sie in den wichtigsten Bedarfsanalysen verwendet werden. Dadurch würde eine Untersuchung, die sich auf die angegebene sektorale Zuordnung verlässt, Aktivitäten und die dafür bereitgestellten Ressourcen einschließen, die sich außerhalb des Maßnahmenspektrums befinden, das der jeweiligen Bedarfschätzung zugrunde liegt. Solche Hilfe-Aktivitäten, die auf andere Zwecke ausgerichtet sind, als die als notwendig erkannten Interventionen der Gesundheitsförderung und HIV-Bewältigung, müssen im Rahmen einer Durchsicht herausgefiltert werden. Das betrifft z. B. die Unterstützung für die

Durchführung einer Volkszählung oder auf Migrationsbewegungen bezogene Vorhaben, die zusammen mit den Subsektoren der reproduktiven Gesundheit, der Familienplanung und der HIV-Bekämpfung unter den Bevölkerungssektor fallen.

Auf der anderen Seite lässt das Meldesystem nur die Angabe eines Förderbereichsschlüssels zu, statt die differenzierte Registrierung mehrerer Verwendungszwecke zu ermöglichen, verbunden mit der Benennung der entsprechenden Budget- und Ausgabenanteile. Das führt dazu, dass diverse Projekte der Gesundheitsförderung in anderen Sektoren gemeldet sind, wie z. B. Aktivitäten der HIV-Aufklärung, die an Schulen oder Universitäten stattfinden und daher dem Erziehungssektor zugeordnet werden.

Diese Sachlage erfordert eine Textrecherche in zahlreichen anderen Förderbereichen, um die dort verorteten gesundheits- und HIV-relevanten Vorhaben zu identifizieren.

Neben den systembedingten Problemen sind aber auch Melfehler von Seiten der Geberinstitutionen festzustellen, die ohne eine entsprechende Berichtigung das Bild der Mittelvergabe erheblich verfälschen können. Daher wurden die vorhandenen Angaben auf ihre Konsistenz geprüft und in den – nicht seltenen – Fällen von widersprüchlichen oder fehlenden Angaben versucht, die notwendigen Daten durch Internetbasierte Recherche und ggf. direkte Anfragen einzuholen.

Darüber hinaus wurden für diese Untersuchung die oft unterschiedlichen Angaben in den verschiedenen Berichtsjahren (2000-2008) für die einzelnen Projekte abgeglichen, so dass die in der gesamten Laufzeit registrierten Daten für die Projektbeschreibung und kategoriale Einteilung genutzt werden konnten.

Damit wurde es möglich, die unzureichenden Meldungen in einem Jahr mit den vollständigeren Informationen aus einem anderen Jahr zu ergänzen und den Verwendungszweck der betreffenden Aktivität zu bestimmen. Durch diesen zusätzlichen Untersuchungsaufwand konnte für die große Mehrheit der Aktivitäten mit ausreichender Sicherheit geklärt werden, welche Zielsetzungen sie verfolgen.

---

**Auch die HIV-Komponenten in umfassenderen Gesundheitsprogrammen sind zu berücksichtigen**

---

Diese Durchsicht und Informationsbeschaffung bildet nicht nur die Voraussetzung um ein präziseres Ergebnis zu erhalten, sondern ermöglicht erst eine umfassende Abschätzung der Ressourcen, die für die HIV-Bewältigung bereitgestellt werden. So werden neben den spezifischen HIV-Maßnahmen auch die Vorhaben der reproduktiven Gesundheit und sektorweite Programme identifiziert, um dann auf Basis statistischer Durchschnittswerte die darin enthaltenen Anteile der Unterstützung für die HIV-Bekämpfung zu errechnen.

Diese Prozentwerte in Höhe von aufgerundet 25% bzw. 10% lassen sich aus den Angaben in speziellen Datenbanken der OECD

und der Weltbank berechnen, die den jeweiligen Finanzierungsanteil der HIV-Komponenten separat ausweisen.

Die Ergebnisse, die sich aus den OECD-Erhebungen für die Jahre 2000 bis 2002 ableiten lassen, wurden bereits im Alternativbericht von 2008 näher dargestellt.<sup>2</sup> Sie werden bestätigt durch die neueren Informationen der Weltbank, denn bei den 19 zwischen 2000 und 2008 weltweit zugesagten Programmen für den Gesundheitssektor insgesamt mit einem aggregierten Finanzvolumen von 1,3 Mrd. US\$ summieren sich die HIV-Komponenten auf 127 Mio. US\$, was knapp 10% entspricht.

Dieses Berechnungsverfahren stellt nur eine Annäherung an die Realität dar, dürfte diese aber besser abbilden, als wenn die HIV-Komponenten innerhalb der Vorhaben mit weiter gefassten Zielsetzungen gar nicht berücksichtigt werden. Solange die Geberinstitutionen keine präziseren Angaben zur Verteilung der Mittel auf spezifische Zwecke machen, bildet es daher eine plausible Alternative.

Es versteht sich von selbst, dass die Studie alle relevanten multilateralen Organisationen einbezieht. Ungeachtet der aktuellen Registrierung unter den bilateralen Aktivitäten werden Beiträge und Kooperationsmaßnahmen zugunsten dieser Institutionen auch dann als separate multilaterale Leistungen ausgewiesen, wenn diese zweckungebunden für das reguläre Budget bereitgestellt werden oder wenn diese Darstellungsweise zu der Präzisierung der Schätzung beiträgt.

Für die von der EU verwaltete Kooperation wurde das gleiche aufwändige Prüf- und Suchver-

fahren angewendet, wie es oben für die bilateralen Aktivitäten der EZ beschrieben wurde. Die Weltbank hat eine eigene internetbasierte Projektdatenbank eingerichtet, die für bis zu fünf verschiedene Förderbereiche die jeweiligen Anteile an den Gesamtzusagen ausweist. Deshalb wurde dieses differenzierte Informationssystem verwendet, um die Prozentanteile der Gesundheitsförderung an den Gesamtleistungen zu eruieren. Allerdings enthält es keine Angaben zu den Auszahlungen, die daher auf der Grundlage der jährlichen Zusagen und der errechneten durchschnittlichen Projektlaufzeit bestimmt wurden, wobei von stetigen Mittelabflüssen für jedes Durchführungsjahr ausgegangen wurde.

Das gleiche gilt für die HIV-Programme, deren Zusagevolumen wie bereits erwähnt separat angegeben wird.<sup>3</sup> Die Länderbeiträge zur WHO und die Mittelverwendung durch diese Organisation werden leider nicht in den Statistiken der OECD erfasst.

In diesem Fall müssen verschiedene Dokumente für die Weltgesundheitsversammlungen der letzten Jahre konsultiert werden, um die notwendigen Informationen zu gewinnen.

<sup>2</sup> Vgl. Ruppel: Der Beitrag Deutschlands zur Aufbringung der erforderlichen Finanzmittel für eine umfassende Antwort auf die HIV-Krise in den Entwicklungsländern; In: Aktionsbündnis gegen AIDS (Hrsg.): Globale Krise und Deutschlands Beitrag zur Globalen Antwort - Zweite zivilgesellschaftliche Bestandsaufnahme des deutschen Engagements für die Umsetzung der internationalen HIV/Aids-Ziele 2006/2007

<sup>3</sup> Logischerweise basieren die Berechnungen ausschließlich auf den IDA-unterstützten Programmen, da nur diese – überwiegend – durch die Beiträge der Geberstaaten finanziert werden.

Die übrigen UN-Organisationen machen in ihren Jahresberichten direkte Angaben zu den Beitragsleistungen, auf die hier zurückgegriffen wird. Sie melden ihre Maßnahmen auch an das CRS, die Vielzahl der Kleinprojekte – der durchschnittliche Umfang liegt unter 100.000 US\$ - macht aber eine Einzelprüfung zu einem ineffizienten Unterfangen. Die Berechnung der Gesundheits- und HIV-Anteile an den Gesamtleistungen beruht daher hier auf einer kursorischen Durchsicht der unter den kritischen Subsek-

toren gemeldeten Projekte, um näherungsweise die Proportionen der für die uns interessierenden Zwecke bereitgestellten Mittel zu bestimmen.

---

**Globaler Fonds:  
größte Transparenz hinsichtlich der Finanzierungsstruktur**

---

Angesichts der relativ geringen Beiträge zu diesen Organisationen beeinflussen die dadurch möglichen, aber begrenzten,

Schwankungsbreiten das Gesamtergebnis kaum.

Der globale Fonds weist die größte Transparenz hinsichtlich seiner Finanzierungsstruktur auf und berichtet die geförderten Programme an das CRS, so dass sich hier die Gewinnung der entsprechenden Informationen am einfachsten gestaltet. Für die regionalen Entwicklungsfonds wurde analog verfahren wie im Fall der EU, wobei Anzahl und Umfang der relevanten Projekte weitaus geringer ausfallen.

## Bedarfsanalysen und Finanzierungsversprechen

Auf der Basis von eingehenden Länderstudien hat das Millennium-Projekt errechnet, welche Investitionen benötigt werden, um die MDGs zu erreichen. Dabei wurden alle wichtigen Entwicklungsbereiche berücksichtigt und enorme Eigenanstrengungen der Entwicklungsländer vorausgesetzt.

So wurde angenommen, dass die im Inland für die MDGs mobilisierten Ressourcen bis 2015 von rund 5% auf 9% des BIP ansteigen, was einer Verdoppelung der nationalen Anstrengungen in absoluten Beträgen gleichkommt. Ferner wird in Bereichen wie der Trinkwasser- Sanitär- und Energieversorgung von einer finanziellen Beteiligung der versorgten Haushalte bzw. Nutzer ausgegangen, aber die Autoren lehnen richtigerweise Gebühren für Basisgesundheits-Versorgung

und Grundbildung ab und plädieren für die Abschaffung solcher Zugangsbarrieren, wo sie zurzeit existieren.

Der daraus entstehende Finanzbedarf muss durch Haushaltsmittel der betreffenden Länder und die internationale Kooperation abgedeckt werden. Die anvisierten ODA-Leistungen sollen außerdem ganz überwiegend den Ländern mit niedrigen Einkommen zugutekommen, auf die rund 90% des errechneten Kooperationsbedarfs entfallen würde. Dagegen wird angenommen, dass die Länder mittleren Einkommens ihren Investitionsbedarf für die MDGs weitgehend durch Eigenmittel decken können, abgesehen von einigen besonderen Armutsgebieten. Minderungen des Finanzbedarfs infolge schlechter Regierungsführung und der Neuausrichtung existierender

ODA-Leistungen werden ebenfalls eingerechnet. Somit handelt es sich in jeder Hinsicht um eine eher vorsichtige Schätzung.

Nach den ursprünglichen Berechnungen des Millenniumprojekts müssten die Industriestaaten im Jahr 2010 einen Gesamtbetrag aufbringen, der 0,46% ihres BNE entspricht, um die verbleibende Finanzierungslücke zu schließen. Dabei wurde die Bewältigung globaler Probleme wie Klimawandel und Verlust der biologischen Vielfalt nicht in die Kostenschätzung einbezogen. Eine Neuberechnung unter Berücksichtigung der Wechselkurs- und Preisentwicklung ergibt einen globalen ODA-Bedarf in Höhe von 0,43% des für 2010 zu erwartenden BNE der Gesamtheit der Geberstaaten.<sup>4</sup>

4 Umrechnung auf Basis der von der OECD publizierten Deflatoren und projizierten Wachstumsraten des BIP für 2010.

In US\$ von 2009 ausgedrückt müsste die auf die Verwirklichung der MDGs ausgerichtete ODA auf 177,5 Mrd. erhöht werden. Im Vergleich dazu gibt die OECD die Gesamtleistungen aller Geberstaaten zusammen genommen, d. h. einschließlich der nicht dem DAC angehörenden, für das vergangene Jahr mit 136,1 Mrd. US\$ an, so dass eine Differenz von über 40 Mrd. US\$ zu überwinden ist.

**2009 - Fehlbetrag von 40 Mrd. US\$ in der Gesamtleistung aller Geberstaaten**

Dies gilt natürlich nur unter der – eher unwahrscheinlichen - Annahme, dass alle diese Ressourcen der Erreichung der MDGs dienen. Dieser Fehlbetrag entspricht genau 0,1% des nach OECD-Prognosen für dieses Jahr erwarteten BNE.

Das in unten stehender Tabelle dargestellte Beitrags-Modell geht davon aus, dass die europäischen DAC-Mitgliedstaaten für die

Hälfte des MDG-orientierten ODA-Bedarfs aufkommen. Diese überproportionale Beteiligung beruht auf der Überlegung, dass diese Staatengruppe bereits im Jahr 2009 rund 54% der ODA-Leistungen bereitstellte und die Länder mit derzeit deutlich unterdurchschnittlichen ODA-Quoten einige Jahre brauchen werden, um den Rückstand wettzumachen. Die europäischen Geberländer würden in diesem Szenario ein Fünftel mehr Mittel mobilisieren, als es ihrem BNE-Anteil von rund 40% entspricht. Die zusätzliche Anstrengung, d.h. die notwendige Steigerung der ODA-Leistungen von 0,46% (2009) auf 0,54%, fiel aber deutlich geringer aus als die von den außereuropäischen Ländern verlangte Aufstockung von zuletzt 0,20% auf 0,35% des BNE.<sup>5</sup> Der Abstand zwischen den geographischen Gruppen, was die ODA-Anstrengungen angeht, würde also signifikant vermindert. Es ist offensichtlich, dass die Gesundheitsförderung sowohl unter humanitären als auch entwicklungsstrategischen Gesichtspunkten eine zentrale Rolle einnimmt.

Dieser Bereich umfasst dabei nicht nur den Gesundheitssektor im engeren Sinn, sondern auch Präventionsmaßnahmen gegen die wichtigsten Epidemien sowie Aktivitäten zur Linderung der sozio-ökonomischen Krankheitsfolgen, die in anderen Sektoren stattfinden. Andererseits werden auch die Einsparungen berücksichtigt, die sich aus präventiven und synergistischen Aktionen in den übrigen Sektoren ergeben.

Im Einzelnen werden die folgenden Elemente in die Bedarfsanalysen einbezogen:

- Gesundheitssysteme
- Kindergesundheit
- Reproduktive und Mütter-Gesundheit
- HIV/AIDS
- Malaria
- Tuberkulose
- Zugang zu essentiellen Medikamenten

<sup>5</sup> Um unnötige Todesfälle zu vermeiden, raten diese dringend zu einem früheren Therapiebeginn, was die Anzahl der behandlungsbedürftigen Menschen deutlich erhöht.

**Notwendige öffentliche Entwicklungshilfe zur Erreichung der MDGs nach Förder-Bereichen im Jahr 2010 (in US\$ und nationaler Währung von 2009)**

Entwicklungs-Bereich	Alle Geberstaaten		Europa (EU+CH+N: 50%)		Deutschland (10,6%)		Österreich (1,2%)		Schweiz (1,5%)	
	Mrd. US\$	% des BNE	Mrd. US\$	% des BNE	Mrd. US\$	Mrd. Euro <sup>3)</sup>	Mrd. US\$	Mrd. Euro <sup>3)</sup>	Mrd. US\$	Mrd. CHF <sup>3)</sup>
Gesamter Finanzbedarf für MDG <sup>1)</sup>	177,5	0,43%	88,7	0,54%	18,81	15,26	2,13	1,73	2,66	2,89
Direkter MDG-Bedarf vor Ort <sup>1)</sup>	131,9	0,32%	66,0	0,40%	13,98	11,34	1,58	1,28	1,98	2,15
Dir. MDG-Bedarf für Gesundheit <sup>1)</sup>	33,5	0,08%	16,8	0,10%	3,55	2,88	0,40	0,33	0,50	0,55
Spez. HIV-Maßnahmen nach Mill.-Pr. <sup>1)</sup>	7,0	0,02%	3,5	0,02%	0,75	0,61	0,08	0,07	0,11	0,11
HIV-Maßnahmen insges. Länderziele <sup>2)</sup>	17,3	0,04%	8,7	0,05%	1,83	1,49	0,21	0,17	0,26	0,28
Spezif. HIV-Maßnahmen Länderziele <sup>2)</sup>	11,0	0,03%	5,5	0,03%	1,16	0,94	0,13	0,11	0,16	0,18
Bedarf für Gesundheit incl. Länderziele	37,4	0,09%	18,7	0,11%	3,97	3,22	0,45	0,36	0,56	0,61

Quellen: <sup>1)</sup> Millennium-Projekt (2005); <sup>2)</sup> UNAIDS (2009); <sup>3)</sup> UN Operational Rates of Exchange (Juni 2010)

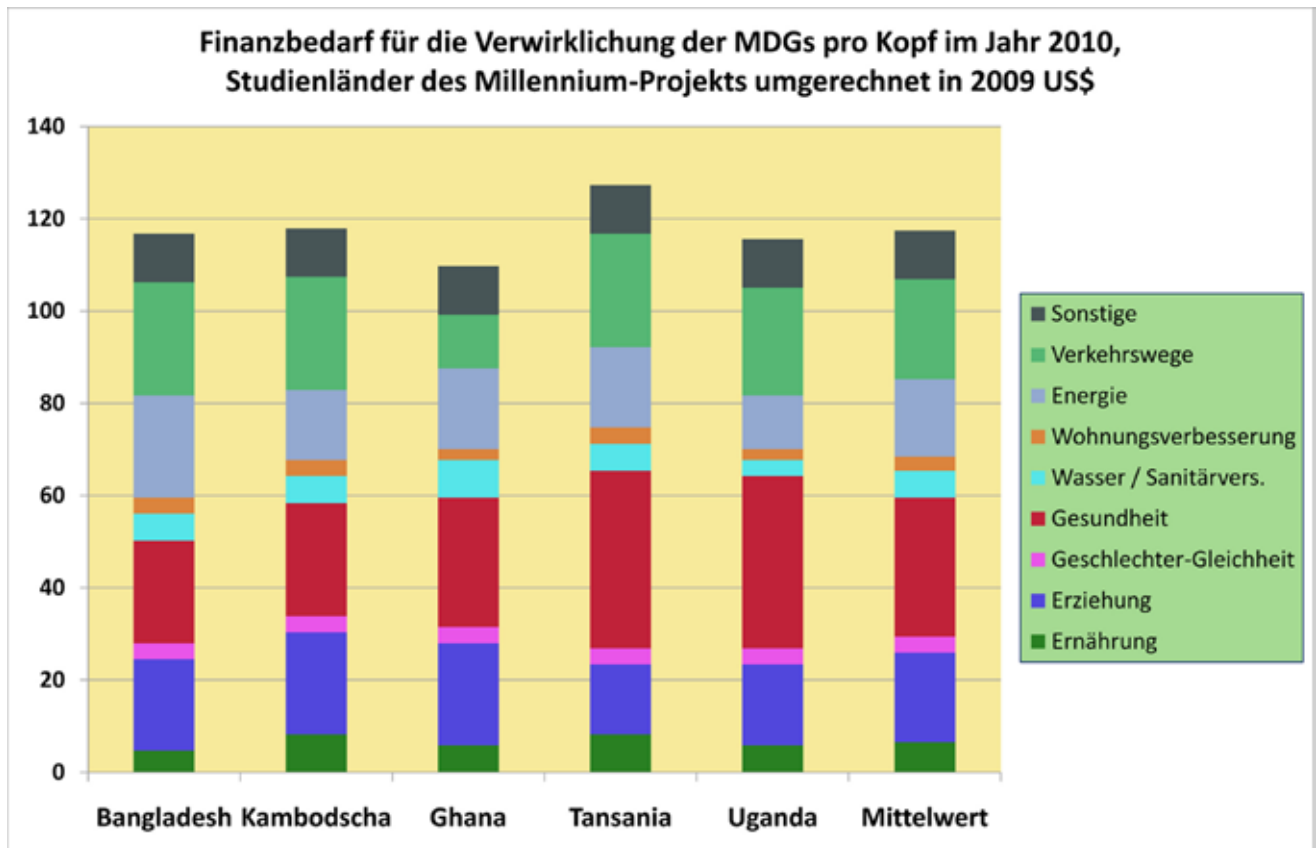


Auch wenn nur die in quantitativer Hinsicht bedeutendsten und von den MDGs erfassten Probleme in Betracht gezogen werden konnten, bildet die Gesundheitsförderung den Bereich mit dem höchsten Investitionsbedarf, wie aus der nachfolgenden Graphik zu ersehen ist.

Auf die Gesundheitsförderung müsste gut ein Viertel der direkt für die Verwirklichung der MDGs einzusetzenden Gesamtmittel entfallen. In Zahlen belaufen sich die für die Verbesserung der Gesundheitssituation erforderlichen Ressourcen nach heutigem Stand auf rund 33,5 Mrd. US\$.

2010“ (P. 20) nicht berücksichtigt werden.

Schon um die bisher von den Ländern formulierten Zugangsziele Wirklichkeit werden zu lassen, wären nach Berechnungen von UNAIDS in diesem Jahr 26 Mrd. US\$ (nach heutigem Stand) aufzuwenden. Davon sollten die



Unter Berücksichtigung der Wechselkurse und Preise im Jahr 2009 errechnet sich ein Finanzbedarf pro Kopf von 22 bis 37 US\$ in den untersuchten Ländern. Im Mittel wären rund 30 US\$ pro Kopf aufzuwenden.

In den afrikanischen Staaten sind die notwendigen Investitionen in den Gesundheitsbereich noch deutlich höher als die Mittel, die für die kostenintensiven Sektoren der Infrastrukturentwicklung vorgesehen sind. Dabei ist zu beachten, dass kein Land des südlichen Afrika analysiert wurde, wo die mit Abstand höchsten HIV-Infektionsraten zu beobachten sind.

Allerdings wurde die Studie bereits im Jahr 2005 veröffentlicht, also bevor im Juni 2006 die Politische Erklärung der Vereinten Nationen zu HIV/AIDS angenommen wurde.

**26 Mrd. US\$ nötig, um Zugangsziele der Länder bzgl. HIV zu erreichen**

Daher konnte die dort festgehaltene Verpflichtung zur „Erreichung des Ziels des allgemeinen Zugangs zu umfassenden Präventionsprogrammen und umfassender Behandlung, Betreuung und Unterstützung bis zum Jahr

reichen Geberstaaten zwei Drittel aufbringen, mithin rund 17 Mrd. US\$.

Allerdings bleiben die zugrunde gelegten Länderziele hinter dem universellen Zugang zurück und die Schätzung kalkuliert den zusätzlichen Finanzbedarf nicht ein, der durch die Umsetzung der aktuellen Behandlungsrichtlinien der WHO entsteht.<sup>6</sup>

<sup>6</sup> Um unnötige Todesfälle zu vermeiden, raten diese dringend zu einem früheren Therapiebeginn, was die Anzahl der behandlungsbedürftigen Menschen deutlich erhöht.

## Finanzbedarf zur Verwirklichung der aktuellen Länderziele der HIV-Bekämpfung im Jahr 2010

(132 Länder mit niedrigem oder mittlerem Einkommen)

Bereich	2009	2010
Prävention	9,0	11,6
Behandlung und Betreuung	5,5	7,0
Waisen und gefährdete Kinder	1,7	2,5
Programm-Unterstützung	3,4	3,7
Bekämpfung der Gewalt gegen Frauen	0,2	0,3
<b>Summe Mrd. 2007 US\$</b>	<b>19,8</b>	<b>25,1</b>
<b>Summe Mrd. 2009 US\$</b>	<b>20,5</b>	<b>26,0</b>
<b>Anteil internat. Kooperation Mrd. 2009 US\$ (2/3)</b>	<b>13,7</b>	<b>17,3</b>

Quelle: UNAIDS 2009

Aus den Detailberechnungen der Länderstudien lässt sich ableiten, dass im Schnitt ca. 21% der für den Gesundheitsbereich vorgesehenen Mittel für spezifische HIV-Maßnahmen gedacht war. Somit lässt sich der betreffende Gesamtbetrag für die externe HIV-Finanzierung innerhalb der Bedarfsrechnungen des Millennium-Projekts auf näherungsweise 7 Mrd. US\$ veranschlagen. In den jüngsten UNAIDS-Schätzungen beläuft der Bedarf für dieses Maßnahmenbündel, d. h. ausschließlich der Stärkung der Gesundheitssysteme, auf insgesamt 16,5 Mrd. US\$, wovon die Gebergemeinschaft 11 Mrd. US\$ beisteuern müsste. Daraus ergibt sich ein Zusatzbedarf an internationaler Kooperation von ca. 4 Mrd. US\$ um die im Rahmen der Umsetzung der Politischen Erklärung gesetzten Länderziele zu verwirklichen.

Es existieren aber nicht nur konkrete Bedarfsanalysen, die auf die Umsetzung wirksamer Maßnahmen zur Verwirklichung international vereinbarter Ziele der Armut- und Krankheitsbekämpfung ausgerichtet sind. Zugleich haben

die wirtschaftlich privilegierten Länder im Rahmen der Vereinten Nationen entsprechende Finanzierungsversprechen abgegeben. Das umfassendste wurde bereits 1970 in einem UN-Beschluss festgehalten und besagt, dass mindestens ein Betrag in Höhe von 0,7% des Bruttonationaleinkommens (BNE) für die offizielle Entwicklungshilfe (engl. ODA) aufzubringen ist. Diese Zusicherung wurde in allen wichtigen UN-Dokumenten bekräftigt, so auch in der Verpflichtungserklärung zu HIV/AIDS vom Juni 2001.

Dreieinhalb Jahrzehnte später hat die EU immerhin einen Stufenplan aufgestellt, um diesen Richtwert bis spätestens 2015 zu erreichen.

Für das laufende Jahr hatten die 15 alten Mitgliedstaaten ein gemeinsames Zwischenziel von 0,56% vorgegeben. Das sollte verwirklicht werden, indem alle vor 2002 der EU beigetretenen Länder eine Mindestquote von 0,51% erreichen, während ambitioniertere Regierungen deutlich höhere ODA-Beiträge erzielen bzw. aufrechterhalten.

Wie man sieht, würden die damit aufgebrachtten Mittel ausreichen, um den in unserem Beitragsszenario vorgesehenen Anteil von 50% des globalen Finanzbedarfs beizutragen. Die drei hier untersuchten Länder müssten allerdings finanzielle Anstrengungen unternehmen, die über die von der EU gesetzte Mindestquote hinausgehen, wenn wir eine gleiche Lastenverteilung und die Beteiligung der Schweiz an diesem EU-Plan voraussetzen.

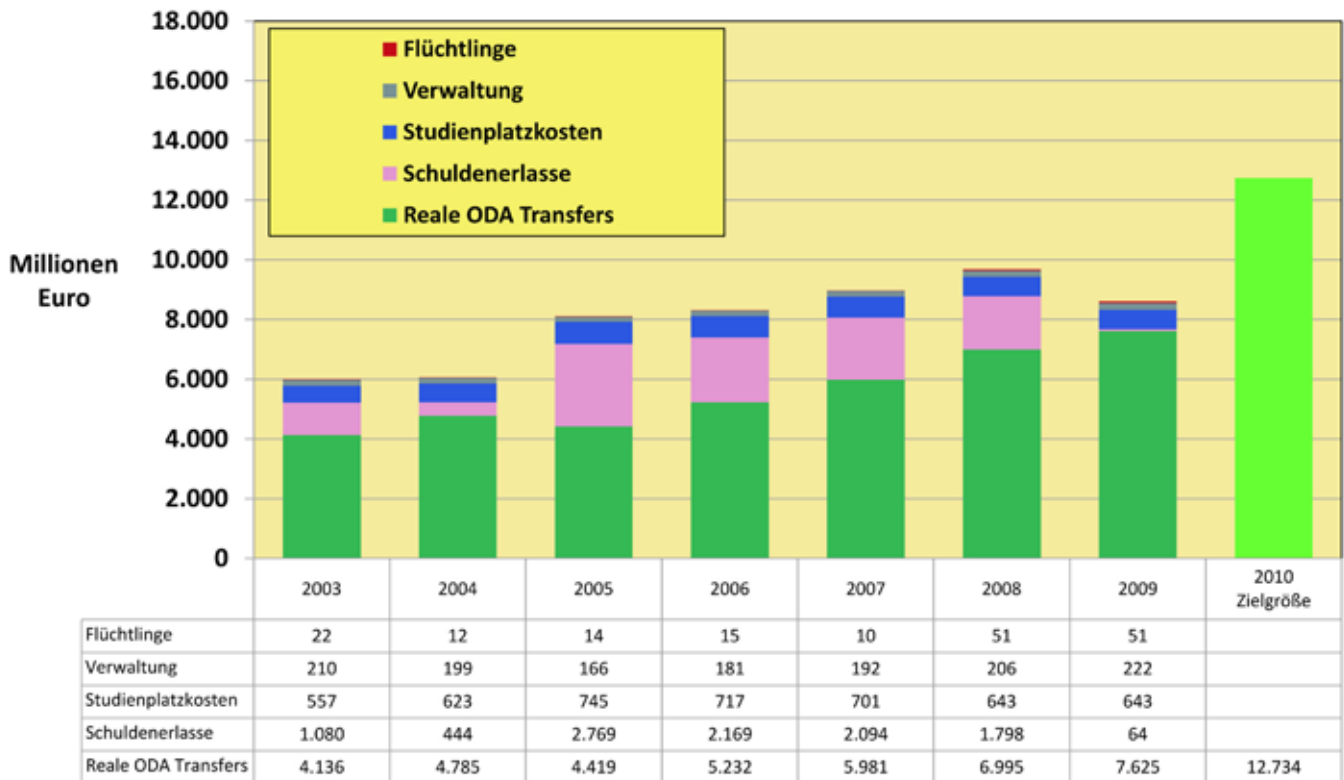
Auf jeden Fall sollten sie das Minimumziel nicht verfehlen, damit das gemeinsame Versprechen nicht gebrochen wird. Nur dann kann Europa seiner geschichtlichen Verantwortung gerecht werden und diese entscheidende Bewährungsprobe für die eigene Glaubwürdigkeit bestehen.

In den folgenden Kapiteln werden wir untersuchen, inwieweit Deutschland, Österreich und die Schweiz in den letzten Jahren einen angemessenen Beitrag leisteten, damit die benachteiligte Mehrheit der Weltbevölkerung wichtige Schritte realisieren kann, um sich von der grassierenden Armut und lebensbedrohlichen Krankheiten zu befreien.

# Deutschlands Beiträge zur Finanzierung von Entwicklung, Gesundheit und die Zurückdrängung der HIV-Epidemie

## Gesamte ODA-Leistungen

Entwicklung der offiziellen und realen ODA Deutschlands, 2003-2009



Die oben stehende Graphik weist die gesamte öffentliche Entwicklungshilfe aus. Sie zeigt zugleich die Anteile von offiziell anrechenbaren Größen, die keine wirklichen finanziellen Transferleistungen darstellen und auch nicht dazu beitragen, den ODA-Bedarf für die Verwirklichung der MDGs zu decken.<sup>7</sup>

Es wird ersichtlich, dass die Schuldenerlasse in den Jahren 2005 bis 2008 zu einer künstlichen Aufblähung der offiziellen ODA geführt haben. Im letzten Jahr wurde dagegen nur ein vernachlässigbarer Betrag verzeichnet. Die angerechneten Studienplatzkosten bringen

aber nachwievor eine signifikante Steigerung der offiziellen ODA mit sich. Da die Daten für diesen Posten für 2009 – ebenso wie für den Fall der Aufwendungen für die Betreuung von Flüchtlingen – noch nicht verfügbar sind, wurde die Berechnung mit dem im Vorjahr registrierten Betrag durchgeführt.

Der Rückgang der ODA nach der offiziellen Lesart spiegelt folglich nur den Schein wider. Die tatsächlichen Transferleistungen haben sich dagegen seit 2005 kontinuierlich erhöht. Das Tempo der Mittelsteigerungen reichte allerdings bei weitem nicht aus, um die Ziel-

größe zu erreichen, die wenigstens der Mindestquote der EU entsprechen würde. Um diese zu berechnen, wurde vom BNE des Jahres 2009 ausgegangen und das in der jüngsten OECD-Prognose für 2010 erwartete Wirtschaftswachstum von 1,9% verwendet.

Die Lücke zwischen den realen Transferleistungen und der Zielgröße beträgt nach dieser Berechnung 5,1 Mrd. Euro oder bei dem gegenwärtigen Währungsverhältnis 6,3 Mrd. US\$. Demgegenüber belief sich die bescheidene Erhöhung des Etats für die Entwicklungshilfe in diesem Jahr auf lediglich 256 Mio. Euro.

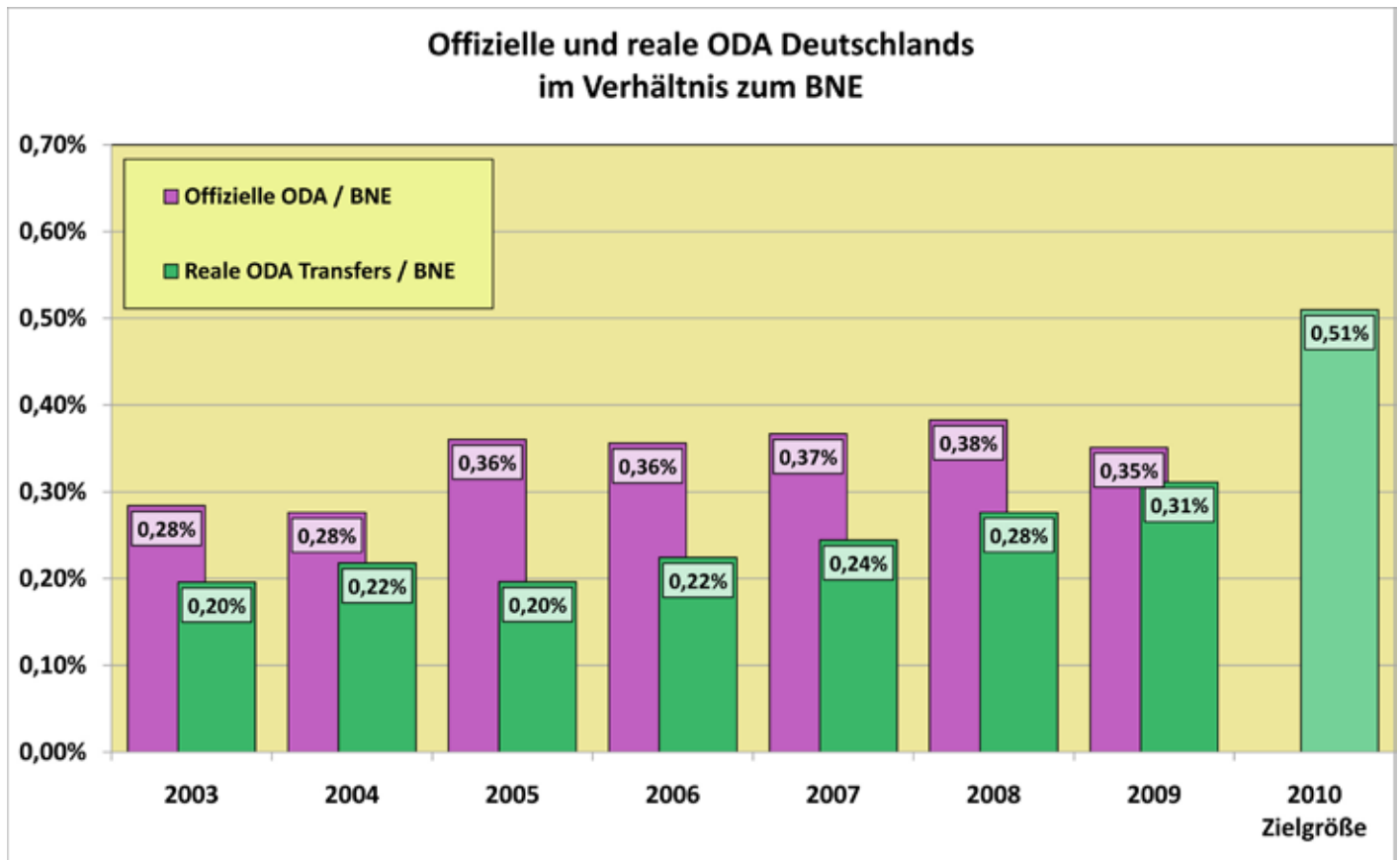
<sup>7</sup> Eine ausführlichere Diskussion dieser Größen findet sich in: Rüppel, Weinreich: Globale Krise und Deutschlands Beitrag zur Globalen Antwort. Eine zivilgesellschaftliche Bestandsaufnahme des deutschen Engagements für die Umsetzung der internationalen HIV/AIDS-Ziele, S. 40.

Im Verhältnis zum BNE erhöhten sich die Netto-Transfers, die wirklich in finanzielle und technische Ressourcen zugunsten der Entwicklungsländer umgesetzt wurden, zwischen 2005 und 2009 von 0,20% auf 0,31%. Ausgehend von einem extrem niedrigen Ausgangsniveau konnten immerhin bedeutende Verbesserungen ver-

zeichnet werden. Andererseits wurde in vier Fünftel des Zeitraums lediglich ein gutes Drittel des Wegs zur Erreichung des Minimumziels geschafft. Angesichts des ausgeprägten Nachholbedarfs kann dies bestenfalls als mäßiger Teilerfolg eingestuft werden.

Offiziell wird die ODA-Quote für

das letzte Jahr mit 0,35% angegeben. Die Erhöhung des BMZ-Haushalts entspricht lediglich 0,01% des BNE. Die Tatsache, dass die OECD eine ODA-Quote von 0,40% für 2010 vorhersagt, lässt darauf schließen, dass wieder ein höherer Umfang der Schuldenerlasse für die Beschönigung der Statistik genutzt werden soll.



## ODA-Leistungen für die Gesundheitsförderung

Deutschland: Schätzung der ODA-Leistungen für Gesundheitsförderung, 2005-2008 (in Mio. Euro)

Finanzierungs-Mechanismus	Zusagen				Auszahlungen			
	2005	2006	2007	2008	2005	2006	2007	2008
Bilaterale Zusammenarbeit	167,4	377,2	273,8	345,9	176,3	203,9	251,6	289,1
Anteil an Programmen der Europäischen Kommission	123,9	125,2	113,1	131,1	112,8	148,6	143,1	137,3
Anteil an Programmen der IDA/Weltbank	33,1	69,7	37,0	61,8	0,0	43,4	68,1	66,5
Beiträge für WHO (Weltgesundheitsorganisation)	22,1	21,6	19,8	19,7	22,1	21,6	19,8	19,7
Beitrag für UNAIDS	1,1	1,1	1,1	1,9	1,1	1,1	1,1	1,9
Beiträge für ordentl. Budget von anderen UN-Organisationen	14,4	14,2	16,5	16,2	14,4	14,2	16,5	16,2
Globaler Fonds zur Bek. von AIDS, Tuberkulose und Malaria	82,8	79,2	91,7	222,4	86,2	70,2	94,8	219,9
Beitrag Regionale Entwicklungsfonds	45,5	6,1	3,7	10,7	1,9	4,3	10,0	13,0
Sonstige (Welternährungsprogramm, GAVI Alliance)	5,2	8,7	5,3	1,6	5,2	8,7	5,3	1,6
<b>Gesamtbeitrag (Euro)</b>	<b>495,6</b>	<b>703,1</b>	<b>562,1</b>	<b>811,4</b>	<b>420,0</b>	<b>516,1</b>	<b>610,5</b>	<b>765,3</b>
Anteil an der bilateralen Zusammenarbeit (%)	4,0%	8,9%	6,9%	6,2%	7,7%	8,1%	9,0%	8,1%
Anteil an der gesamten Entwicklungs-Zusammenarbeit (%)	7,3%	9,7%	7,7%	8,7%	9,5%	9,9%	10,2%	10,9%
<b>ODA-Leistungen als v. H. des BNE</b>	<b>0,022%</b>	<b>0,030%</b>	<b>0,023%</b>	<b>0,032%</b>	<b>0,019%</b>	<b>0,022%</b>	<b>0,025%</b>	<b>0,030%</b>

Quelle: CRS/DAC, Jahresberichte, Finanzberichte, Projektdatenbanken, eigene Analysen und Berechnungen

Im Berichtszeitraum ist ein deutlicher Anstieg der ODA für gesundheitsbezogene Programme und Projekte zu verzeichnen.

Die Finanzierungszusagen für diesen Förderbereich sind über die vier Jahre von knapp 500 auf über 800 Mio. Euro gestiegen. Bei den Auszahlungen ist ein Anstieg von 420 auf 765 Mio. Euro zu beobachten.

Dabei ist allerdings zu beachten, dass der Umfang der Beiträge im Ausgangsjahr völlig ungenügend war.

Ferner ist festzustellen, dass der Stellenwert der Gesundheitsförderung innerhalb der EZ Deutschlands nachwievor viel zu niedrig bleibt. Die Finanzierung der Prävention und Kontrolle der

wichtigsten Krankheiten nahm anteilmäßig nur geringfügig auf etwas mehr als ein Zehntel der Gesamtleistungen zu, wenn man die Auszahlungsseite betrachtet. Bei der bilateralen Kooperation ist der Anteil mit lediglich 8% noch deutlich niedriger, woraus sich ein gewisser Kompensationseffekt der multilateralen Beiträge ableiten lässt.

In Verbindung mit der ungenügenden Gesamt-ODA führt dies zu einem deutlich unzulänglichen Beitragsniveau auf dem Gesundheitsgebiet.

Die finanziellen Anstrengungen stiegen zwar von weniger als 0,02% auf 0,03% des BNE, entsprechen damit aber nur ca. einem Viertel der notwendigen Zielgrö-

ße entsprechend der revidierten Schätzung in unserem Beitragszenario.

Die nachfolgende Graphik verdeutlicht die Dimensionen der Unterfinanzierung bei den deutschen ODA-Leistungen.

Um den angemessenen Beitrag zu erreichen, der die Verwirklichung des allgemeinen Zugangs zu HIV-Diensten unterstützt (in der Graphik als revidierte Zielgröße dargestellt)<sup>8</sup>, müssten in Relation zu dem Beitragsniveau von 2008 fast zweieinhalb Mrd. Euro an zusätzlichen ODA-Mitteln in die Gesundheitsförderung fließen.

<sup>8</sup> Vgl. die tabellarische Übersicht zum Beitragszenario und die entsprechenden Erläuterungen.



Seit der Aufstockung des deutschen Beitrags zum globalen Fonds in der gegenwärtigen Wiederauffüllungsperiode von 2008 bis 2010 auf jährlich 200 Mio. Euro steht dieser Finanzierungsmechanismus an zweiter Stelle in der Zusammensetzung der gesundheitsrelevanten ODA. Eine Erhöhung der Ressourcen entsprechend dem kalkulierten Mindestbedarf für die anstehende Wiederauffüllung für die Zeit von 2011 bis 2013 und der oben vorgeschlagenen Beteiligungsquote bildet daher eine zielführende Möglichkeit, um zumindest einen Teil des dargestellten Rückstands bei der internationalen Gesundheitsfinanzierung wettzumachen.

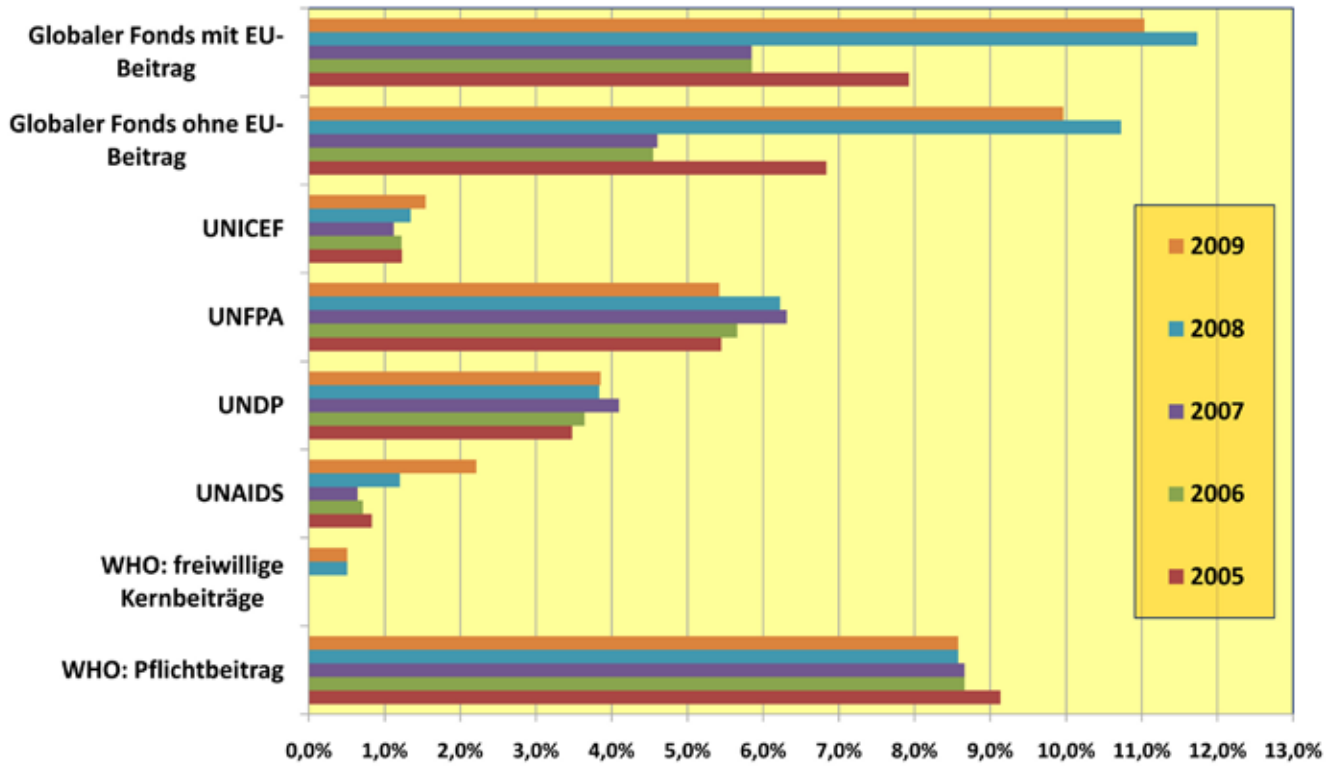
Dagegen ist die Bereitstellung von Finanzmitteln über die Europäische Union nach 2006 eher zurück gegangen und belegt nur noch den dritten Platz. Dies hängt auch mit der geringen Bedeutung zusammen, die der Gesundheits-

förderung innerhalb der von der Europäischen Kommission verwalteten EZ zukommt. Mit weniger als 6% der Zusagen und 7% der Auszahlungen im Jahr 2008 ist dort der Gesundheitsanteil sogar noch niedriger als in der bilateralen ODA Deutschlands. Hier ist es höchste Zeit gegenzusteuern und dafür sollten sich die Mitgliedstaaten einsetzen.

Während der Beitragsanteil zugunsten des Globalen Fonds – bei allerdings zu knappen Gesamtmitteln – seit 2008 endlich ein angemessenes Niveau erreicht hat, stellt sich das Bild bei der Beteiligung an der Finanzierung der regulären Budgets der UN-Organisationen noch immer sehr negativ dar. Nur die Pflichtbeiträge an die WHO, die sich an der Bewertungsskala der Vereinten Nationen orientieren, entsprechen annähernd der Zahlungskapazität. Die Zuwendungen für die noch relativ neuen, aber für die Erfül-

lung des zentralen WHO-Auftrags immer wichtiger werdenden, freiwilligen und zweckungebundenen Kernbeiträge sind dagegen mit 0,5% der betreffenden Gesamtmittel im Biennium 2008-9 völlig ungenügend. Aber auch die Beitragsquoten bei den anderen gesundheitsrelevanten UN-Organisationen liegen viel zu niedrig, ohne dass eine reale Besserung in Sicht wäre. Dies schwächt nicht nur die finanzielle Kapazität dieser Organisationen, um ihre unverzichtbaren Funktionen der Koordination und konzeptionellen Unterstützung wahrzunehmen. Die weit unterdurchschnittlichen Beitragsniveaus reduzieren auch die Möglichkeiten dafür, die durchaus vorhandenen positiven Erfahrungen und Handlungsansätze aus der deutschen EZ – z. B. im Hinblick auf die Orientierung an den fundamentalen Menschenrechten oder die Beteiligung der Zielgruppen - in diese Prozesse einzubringen.

## Anteil Deutschlands an den Länder-Beiträgen zu internationalen gesundheitsrelevanten Organisationen



## ODA-Leistungen für die Bewältigung der HIV-Epidemie

Die nachfolgende Übersicht stellt eine kondensierte Version der HIV-relevanten Beiträge Deutschlands über den Berichtszeitraum dar. Weitere Details sind im Anhang zu ersehen. Auf der Auszahlungsseite ist praktische eine Verdoppelung des Gesamtbeitrags auf Euro-Basis zu verzeichnen. Auch der Anteil der HIV-Projekte und Komponenten an den Gesamtleistungen zeigt einen An-

stieg um fast einen Prozentpunkt. Die Aufstockung des Beitrags zum Globalen Fonds hat am meisten zu dieser positiven Tendenz beigetragen. Dieser Finanzierungsmechanismus steht 2008 an erster Stelle unter allen Finanzierungskanälen und macht rund 47% aller für die HIV-Bekämpfung bereitgestellten Mittel aus. Die Mitfinanzierung der EU-verwalteten EZ trägt dagegen nur

relativ wenig bei, was der Tatsache geschuldet ist, dass der Anteil der HIV-Bewältigung dort nur um die 2% schwankt.

Ähnliches gilt auch für die Zahlungen über IDA/Weltbank, deren Gesamtbetrag zwar signifikant gestiegen ist, wo aber gleichzeitig eine kontinuierliche Verminderung des HIV-Anteils an den Gesamtauszahlungen von 4,7% auf 3,3% zu verzeichnen war.

Deutschland: Schätzung der ODA-Auszahlungen für die HIV-Bewältigung, 2005-2008 (in Mio. Euro)

Finanzierungs-Mechanismus	Zusagen				Auszahlungen			
	2005	2006	2007	2008	2005	2006	2007	2008
Bilaterale Zusammenarbeit	47,8	134,2	61,6	102,3	46,7	58,6	75,0	80,0
Anteil an Programmen der Europäischen Kommission	21,0	31,7	26,4	23,5	32,6	37,9	42,6	33,4
Anteil an Programmen der IDA/Weltbank	11,4	11,4	30,3	9,3	0,0	19,9	31,0	26,1
Beiträge für WHO (Weltgesundheitsorganisation)	2,1	2,0	1,8	1,9	2,1	2,0	1,8	1,9
Beitrag für UNAIDS	1,1	1,1	1,1	1,9	1,1	1,1	1,1	1,9
Beiträge für ordentl. Budget von anderen UN-Organisationen	5,8	6,1	7,0	6,9	5,8	6,1	7,0	6,9
Globaler Fonds zur Bek. von AIDS, Tuberkulose und Malaria	42,9	47,6	60,7	138,3	49,0	37,0	60,2	134,4
Beitrag Regionale Entwicklungsfonds	8,2	1,6	0,4	0,9	0,3	0,7	1,5	2,4
Sonstige (Welternährungsprogramm, GAVI Alliance)	5,2	4,6	1,1	1,6	5,2	4,6	1,1	1,6
<b>Gesamtbeitrag (Euro)</b>	<b>145,6</b>	<b>240,3</b>	<b>190,4</b>	<b>286,6</b>	<b>142,8</b>	<b>167,9</b>	<b>221,4</b>	<b>288,6</b>
Anteil an der bilateralen Zusammenarbeit (%)	1,2%	3,2%	1,6%	1,8%	2,0%	2,3%	2,7%	2,2%
Anteil an der gesamten Entwicklungs-Zusammenarbeit (%)	2,1%	3,3%	2,6%	3,1%	3,2%	3,2%	3,7%	4,1%
ODA-Leistungen als v. H. des BNE	0,006%	0,010%	0,008%	0,011%	0,006%	0,007%	0,009%	0,011%

Quelle: CRS/DAC, Jahresberichte, Finanzberichte, Projektdatenbanken, eigene Analysen und Berechnungen

Auch die bilateralen Leistungen weisen zwischen 2005 und 2006 einen deutlichen Anstieg auf, der aber im letzten Jahr wieder abflacht. Diese Entwicklung ist vor allem durch die außerordentliche Höhe der Zusagen bedingt, die im Ausnahmejahr 2006 erreicht wurde. Das Niveau der Auszahlungen droht sogar wieder zu fallen, wenn die betreffenden

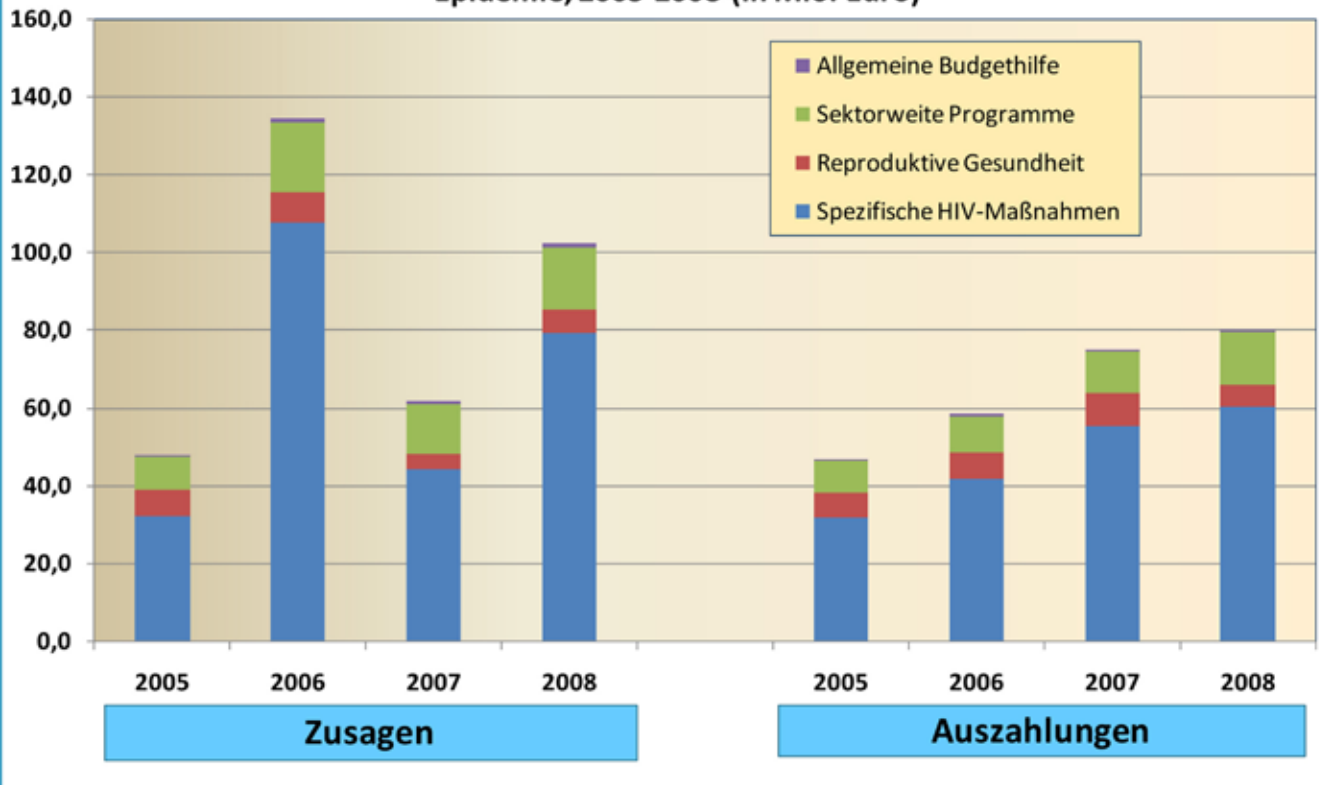
Programme nach einigen Jahren auslaufen und die Neuzusagen nicht wenigstens einen vergleichbaren Umfang erreichen.

Es wird ferner deutlich, dass die geschätzten Anteile der HIV-Komponenten in Projekten der reproduktiven Gesundheit und in sektorweiten Programmen in nicht unbedeutendem Maße zu

der Finanzierung der Maßnahmen zur Bewältigung der Epidemie beitragen. Infolge der Stagnationstendenz beim Gesamtumfang der Mittel für reproduktive Gesundheit geht der Anteil dieser beiden Projektkategorien mit weiter gefassten Zielsetzungen an der HIV-Finanzierung im Berichtszeitraum allerdings von 31% auf 24% zurück.



### Bilaterale ODA-Leistungen Deutschlands für die Bewältigung der HIV-Epidemie, 2005-2008 (in Mio. Euro)

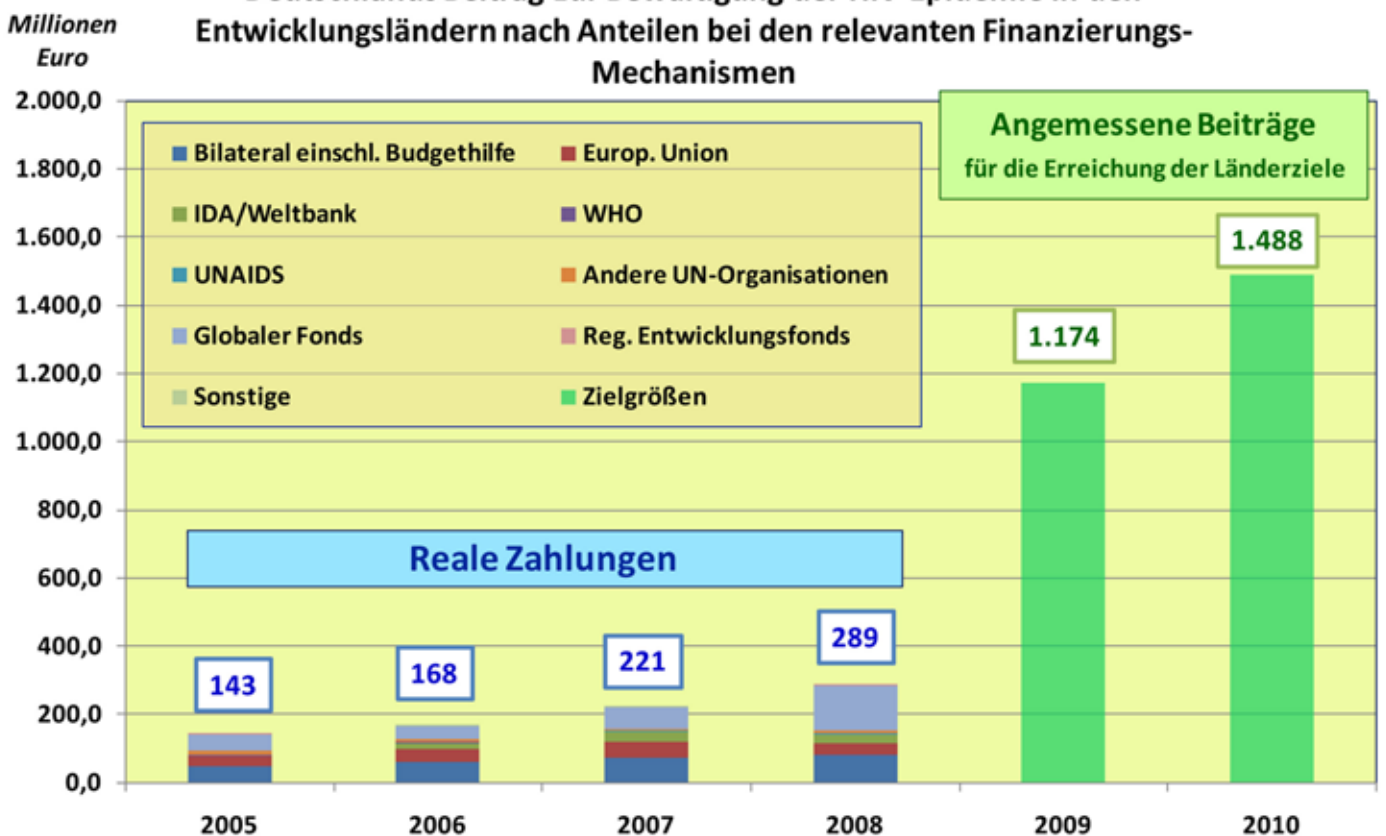


Vergleicht man die bisher über die relevanten Finanzierungsmechanismen geleisteten ODA-Auszahlungen mit der angemessenen Beteiligung an der Verwirklichung der Länderziele im HIV-Bereich,

so bleibt im Fall Deutschlands noch sehr viel Luft nach oben. Um dieser internationalen Verantwortung gerecht zu werden, müssen zum einen die Versprechen im Hinblick auf die Erhöhung der

Gesamt-ODA eingehalten werden. Zum anderen ist es dringend erforderlich, der Bekämpfung der verheerenden HIV-Epidemie eine deutlich höhere Priorität bei der Mittelvergabe beizumessen.

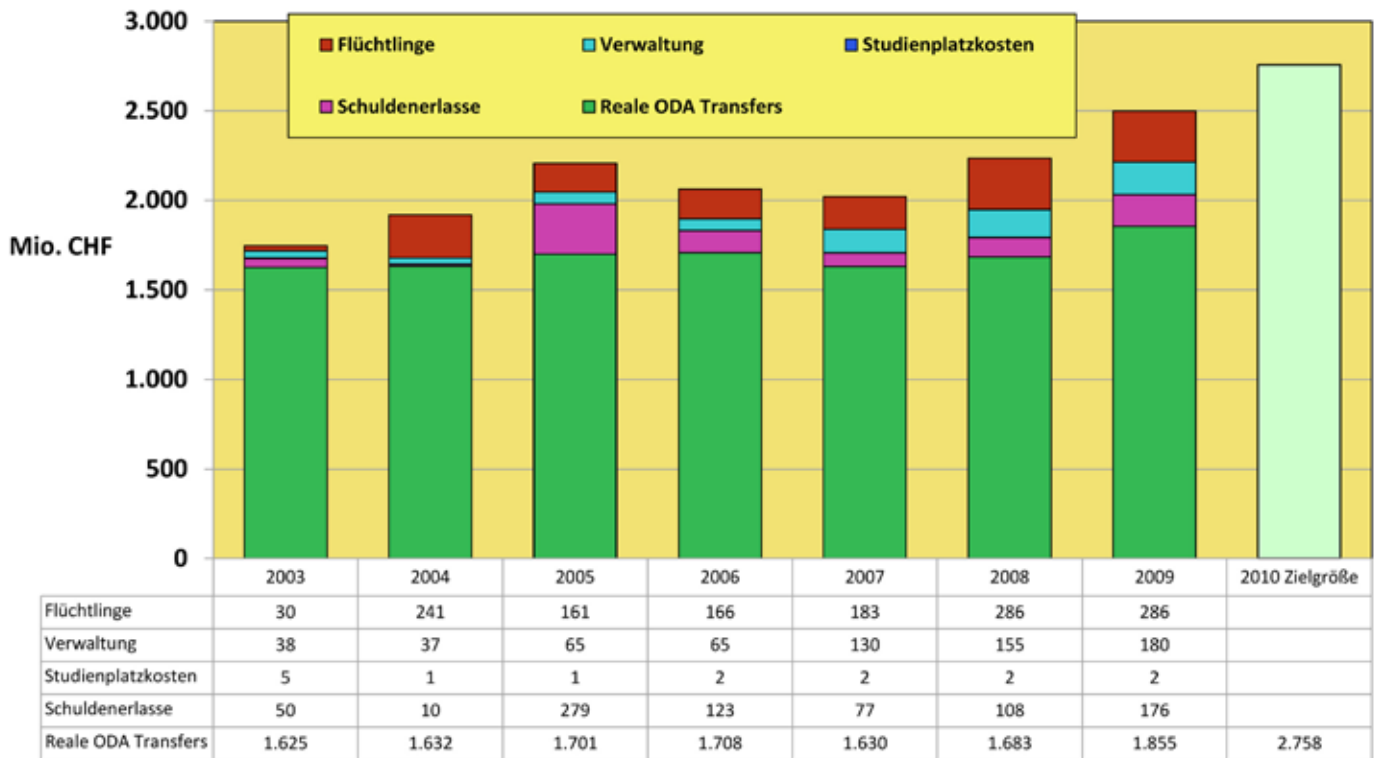
### Deutschlands Beitrag zur Bewältigung der HIV-Epidemie in den Entwicklungsländern nach Anteilen bei den relevanten Finanzierungsmechanismen



# Die Beiträge der Schweiz zur Finanzierung von Entwicklung, Gesundheit und die Zurückdrängung der HIV-Epidemie

## Gesamte ODA-Leistungen

Entwicklung der offiziellen und realen ODA der Schweiz, 2003-2009



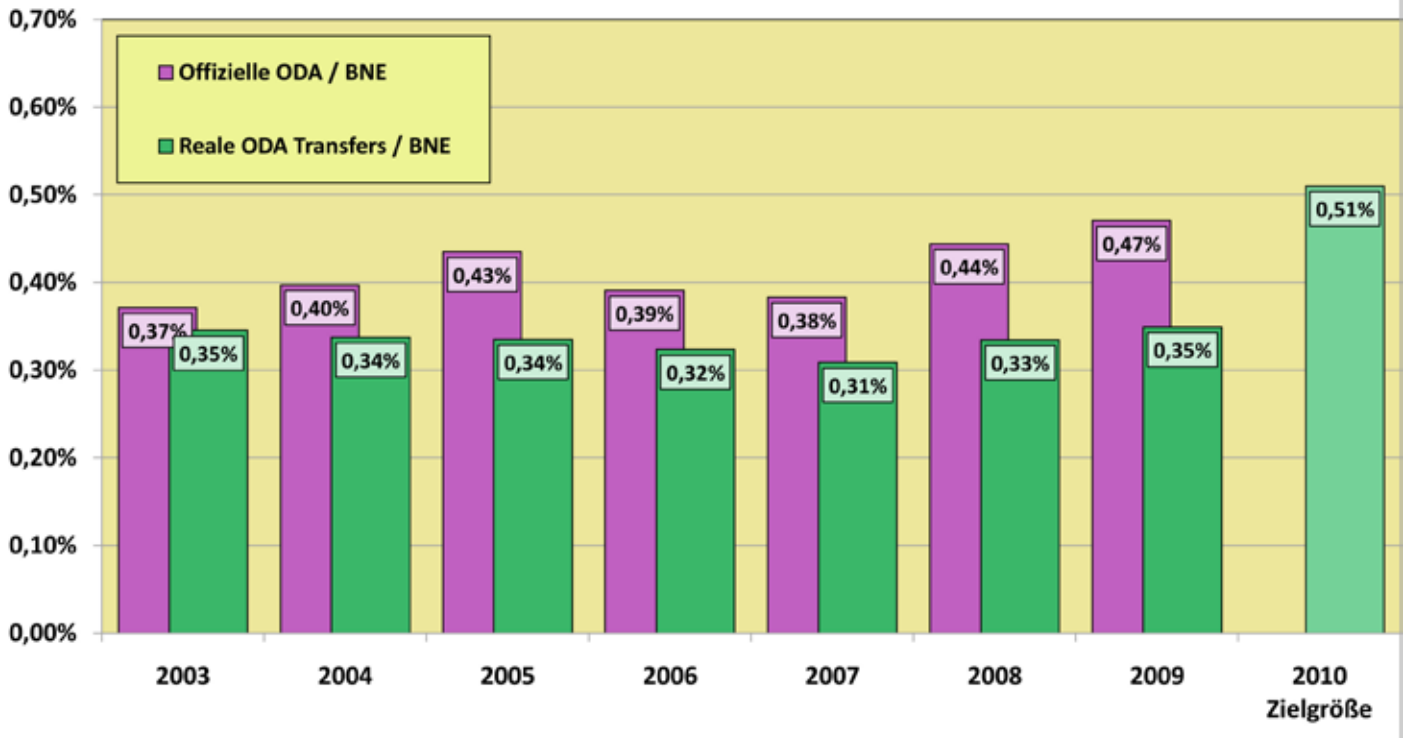
Im Unterschied zur Mehrzahl der Geberstaaten machten die angerechneten Schuldenerlasse im Falle der Schweiz über die letzten Jahre einen quantitativ weniger wichtigen Posten innerhalb der offiziellen ODA aus. Andererseits wurde diese Möglichkeit, die ODA-Statistik besser aussehen zu lassen, über den gesamten Berichtszeitraum ausgedehnt und weist jüngst entgegen dem allgemeinen Trend der DAC-Mitgliedstaaten eine Steigerungstendenz auf. Dadurch entfiel im Jahr 2009 ein weit überproportionaler Anteil der Gesamtsumme der Schuldenerleichterungen von 7,7% auf die Schweiz.

Eine noch stärkere Beteiligung ist bei den als ODA ausgewiesenen Kosten für die Flüchtlingsbetreuung im ersten Jahr des Aufenthalts im Zielland zu verzeichnen. Hier betrug der Schweizer Anteil im Jahr 2008 – die Daten für 2009 wurden von der OECD noch nicht veröffentlicht – fast ein Zehntel (9,9%).

Da auch die eingerechneten Verwaltungskosten anteilmäßig eher über dem Durchschnitt liegen, ist vor allem für das letzte Jahr eine ausgeprägte Differenz zwischen offiziellem ODA-Umfang und realen Transferleistungen zu verzeichnen.

Andererseits ist auch positiv zu bewerten, dass das Volumen der Ressourcentransfers im letzten Jahr von 1,683 auf 1,855 Mrd. CHF anstieg. Wenn man die Erfüllung der von der EU anvisierten Mindestquote für 2010 als Zielgröße ansetzt und das in der jüngsten OECD-Prognose erwartete BIP-Wachstum von 1,8% zugrunde legt, bleibt allerdings eine erhebliche Lücke von rund 900 Mio. CHF.

## Offizielle und reale ODA der Schweiz im Verhältnis zum BNE



Ein Blick auf den Anteil der realen Transferleistungen am BNE – dem aussagekräftigsten Indikator für die finanziellen Geberanstrengungen – zeigt, dass 2009 lediglich das Niveau von 2003 wieder erreicht wurde. Zwischen 2006 und 2008 fiel diese wirk-

liche ODA-Quote geringer aus. Eine konsistente Bemühung, die internationalen Vereinbarungen auf dem Gebiet der Entwicklungsfinanzierung zu verwirklichen, ist aus diesem Trend nicht ersichtlich. Nach der vorliegenden Projektion der OECD wird die Schweiz in

diesem Jahr eine offizielle ODA-Quote von 0,47% erreichen. Wie sich diese zusammensetzt und welchen Anteil die statistischen Mittel der Beschönigung daran haben, wird jedoch nicht dargestellt.

## ODA-Leistungen für die Gesundheitsförderung

Schweiz: Schätzung der ODA-Leistungen für Gesundheitsförderung, 2005-2008 (in Mio. CHF)

Finanzierungs-Mechanismus	Zusagen				Auszahlungen			
	2005	2006	2007	2008	2005	2006	2007	2008
Bilaterale Zusammenarbeit	47,1	51,3	90,4	77,1	58,3	58,4	59,0	71,5
Anteil an Programmen der Europäischen Kommission	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Anteil an Programmen der IDA/Weltbank	0,0	82,1	1,3	0,0	15,5	18,9	17,0	17,2
Beiträge für WHO (Weltgesundheitsorganisation)	4,6	4,7	4,5	6,4	4,6	4,7	4,5	6,4
Beitrag für UNAIDS	4,1	4,6	4,2	4,6	4,1	4,6	4,2	4,6
Beiträge für ordentl. Budget von anderen UN-Organisationen	15,4	15,0	14,3	14,4	15,4	15,0	14,3	14,3
Globaler Fonds zur Bek. von AIDS, Tuberkulose und Malaria	4,9	6,2	6,9	7,3	4,9	6,2	6,9	7,3
Beitrag Regionale Entwicklungsfonds	25,7	0,0	0,1	8,4	4,9	1,3	5,8	4,5
Sonstige (WFP, IPPF, IUATLD)	4,2	7,1	1,6	1,2	4,2	5,3	2,0	2,4
<b>Gesamtbeitrag</b>	<b>105,9</b>	<b>170,9</b>	<b>123,2</b>	<b>119,4</b>	<b>111,8</b>	<b>114,4</b>	<b>113,7</b>	<b>128,4</b>
Anteil an der bilateralen Zusammenarbeit (%)	3,8%	4,2%	6,3%	5,8%	4,7%	4,8%	5,2%	6,2%
Anteil an der gesamten Entwicklungs-Zusammenarbeit (%)	6,2%	8,5%	7,3%	6,6%	6,6%	6,7%	7,0%	7,6%
<b>ODA-Leistungen als v. H. des BNE</b>	<b>0,021%</b>	<b>0,032%</b>	<b>0,023%</b>	<b>0,024%</b>	<b>0,022%</b>	<b>0,022%</b>	<b>0,022%</b>	<b>0,026%</b>

Quelle: CRS/DAC, Jahresberichte, Finanzberichte, Projektdatenbanken, eigene Analysen und Berechnungen

Während die ODA-Beiträge der Schweiz unter Berücksichtigung aller Finanzierungskanäle von 2005 bis 2007 praktisch unverändert blieben, kann für das letzte Berichtsjahr eine deutliche Erhöhung verbucht werden. Dies gilt nicht nur für den Betrag sondern auch für den Anteil der gesundheitsrelevanten ODA am BNE.

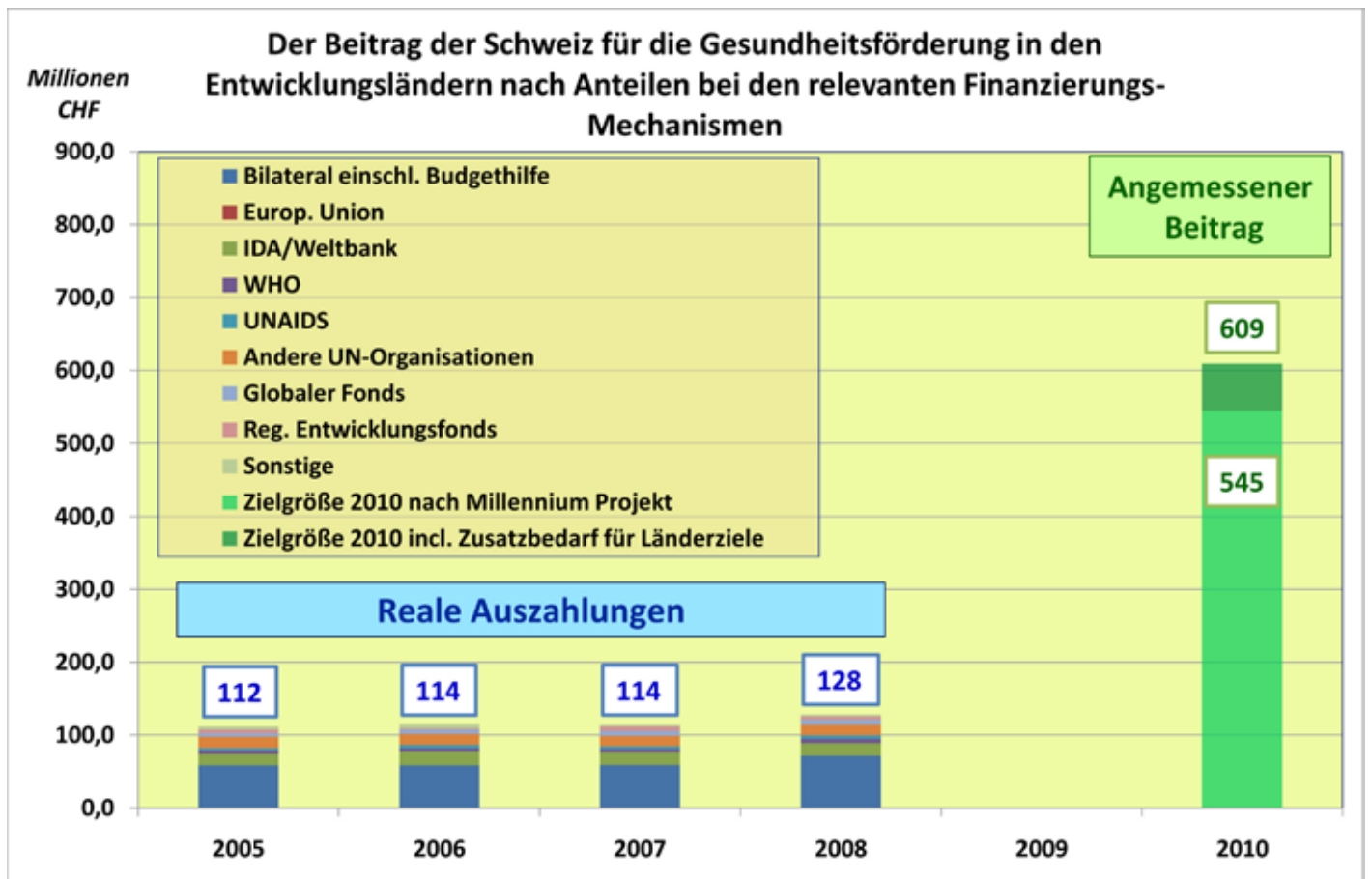
Auch der Stellenwert der Gesundheitsförderung innerhalb der Mittelverteilung hat sich verbessert, aber hier war die Ausgangssituation sehr unzureichend und auch der 2008 erreichte Stand entspricht bei weitem nicht den sektoralen Proportionen, wie sie in den Erhebungen des Millennium Projekts deutlich werden. Die Aufstockung fand vor allem im

bilateralen Bereich statt, während bei den Beiträgen zu den in der Gesundheitsförderung engagierten multilateralen Organisationen keine bedeutsamen Veränderungen zu beobachten sind. Nur bei dem bescheidenen Beitrag zum Globalen Fonds sind allmähliche Aufwüchse zu verzeichnen.

Bedauerlicherweise sind die neuen Finanzierungszusagen für Programme der Gesundheitsverbesserung nach der Erhöhung in 2007 im Folgejahr wieder zurück gegangen. Dadurch steht zu erwarten, dass sich die Steigerungsrate bei den Auszahlungen in den kommenden Jahren ebenfalls abflacht. Da sich die Beitragshöhe im Verhältnis zum BNE bisher nur auf ein Viertel

des Zielniveaus von 2010 beläuft, muss festgestellt werden, dass diese Steigerungsraten deutlich hinter der notwendigen Dynamik zurückbleiben.

Ein bemerkenswerter Aspekt der Finanzierungsstruktur bildet die Tatsache, dass die Beiträge zu den relevanten UN-Organisationen den zweithöchsten Anteil einnehmen. Rechnet man die gesundheitspezifischen Organisationen wie WHO und UNAIDS zusammen mit den in der Gesundheitsarbeit tätigen (UNDP, UNFPA, UNICEF) Institutionen und dem WFP, so wurde im Jahr 2008 mehr als ein Fünftel des Gesamtbeitrags der Schweiz auf diesem Wege bereitgestellt.

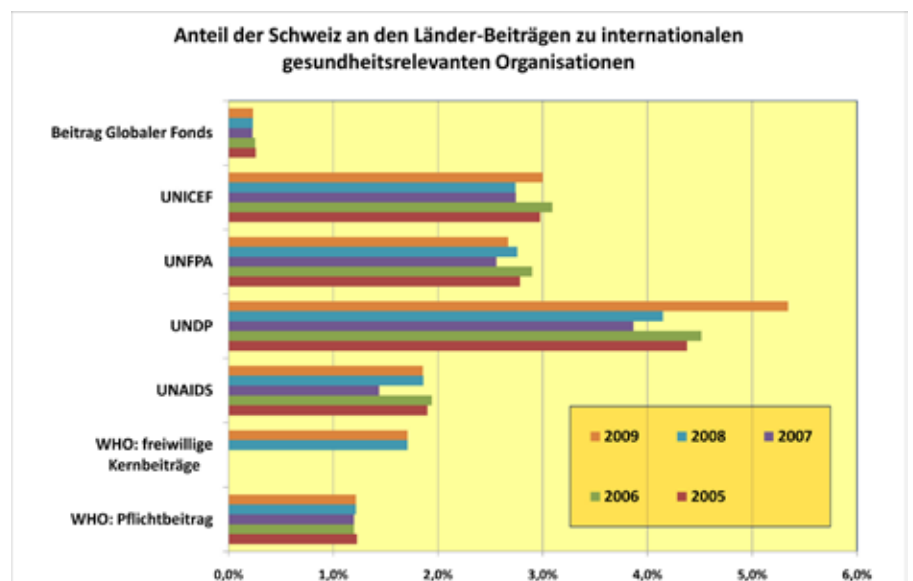


Um die Zielgröße zu erreichen, die einem angemessenen Finanzierungsbeitrag im Hinblick auf die Verwirklichung der MDGs entsprechen würde, wäre zwischen 2008 und 2010 eine Erhöhung der gesundheitsrelevanten ODA-Leistungen um das Vier- bis Fünffache erforderlich. Dafür ist nicht nur die gesamte Entwicklungshilfe zu steigern, der Gesundheitsförderung sollte auch eine deutlich höhere Priorität in der Mittelverteilung beigemessen werden. Die im letzten Berichtsjahr verzeichnete Aufstockung der für den Gesundheitsbereich mobilisierten Ressourcen reicht jedenfalls nicht annähernd, um auf diesem Weg voranzukommen.

Was die Beiträge zu den relevanten UN-Organisationen angeht, steuert die Schweiz Anteile bei, die durchgängig über dem Durchschnitt liegen. In einigen Fällen liegt die finanzielle Beteiligung um das Zwei- oder

Dreifache höher als die relative Zahlungskapazität bemessen am BNE-Anteil der Beitragszahler. Der große Schwachpunkt bei den Leistungen für die internationalen Organisationen im Gesundheitsbereich ist in dem äußerst bescheidenen Anteil der Länder-Beiträge zum Globalen Fonds zu sehen. Dies erscheint dringend korrekt-

turbedürftig – insbesondere im Hinblick auf die Wiederauffüllung der Finanzmittel in der anstehenden Drei-Jahres-Periode, für die in diesem Jahr die Gebertreffen stattfinden.



## ODA-Leistungen für die Bewältigung der HIV-Epidemie

Die Finanzierungsbeiträge für die internationale Antwort auf die verheerende HIV-Epidemie in den wirtschaftlich unterprivilegierten Weltregionen ist über den gesamten Berichtszeitraum konstant geblieben – ungeachtet des wachsenden Ressourcenbedarfs und der erweiterten Kapazitäten für die Durchführung wirksamer Strategien der Prävention, Behandlung und Unterstützung. Der erfreuliche, wenngleich beschei-

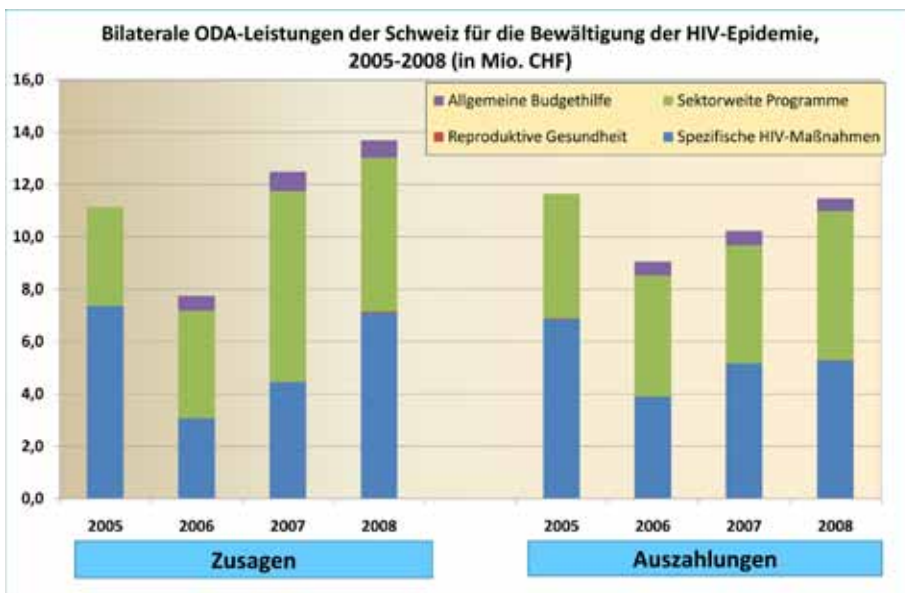
dene, Anstieg der Auszahlungen für die Gesundheitsförderung insgesamt, der 2008 zu beobachten war, hat nicht zu einer Mittelsteigerung für die Eindämmung dieser bedrohlichsten Epidemie geführt. Das hat seinen Grund zum einen darin, dass der Aufwuchs im bilateralen Bereich vor allem einer Ausweitung der Finanzierung sektorweiter Programme zu verdanken war, während die Auszahlungen für spezifische HIV-

Maßnahmen 2008 niedriger lagen als 2005. Zum zweiten musste beim zweitwichtigsten Finanzierungsmechanismus, der Mitfinanzierung der von der IDA/Weltbank unterstützten Programme eine negative Tendenz verzeichnet werden, die aber nicht auf verminderte Beiträge der Schweiz, sondern auf den leider zurückgehenden HIV-Anteil an den errechneten Gesamtauszahlungen dieser Institution zurückzuführen ist.

Schweiz: Schätzung der ODA-Leistungen für die HIV-Bewältigung, 2005-2008 (in Mio. CHF)

Finanzierungs-Mechanismus	Zusagen				Auszahlungen			
	2005	2006	2007	2008	2005	2006	2007	2008
Bilaterale Zusammenarbeit	11,1	7,7	12,5	13,7	11,6	9,0	10,2	11,5
Anteil an Programmen der Europäischen Kommission	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Anteil an Programmen der IDA/Weltbank	0,0	13,4	1,1	0,0	8,2	8,6	7,8	6,8
Beiträge für WHO (Weltgesundheitsorganisation)	0,4	0,4	0,4	0,6	0,4	0,4	0,4	0,6
Beitrag für UNAIDS	4,1	4,6	4,2	3,0	4,1	4,6	4,2	4,6
Beiträge für ordentl. Budget von anderen UN-Organisationen	6,4	6,9	6,4	6,4	6,5	7,0	6,4	6,3
Globaler Fonds zur Bek. von AIDS, Tuberkulose und Malaria	2,5	3,7	4,6	4,6	2,8	3,2	4,4	4,5
Beitrag Regionale Entwicklungsfonds	4,6	0,0	0,0	0,7	0,7	0,2	0,8	0,8
Sonstige (WFP, IPPF, IUATLD)	4,2	4,8	0,8	1,2	4,2	4,3	1,0	1,4
<b>Gesamtbeitrag</b>	<b>33,4</b>	<b>41,6</b>	<b>30,0</b>	<b>31,7</b>	<b>38,4</b>	<b>37,4</b>	<b>35,3</b>	<b>36,6</b>
Anteil an der bilateralen Zusammenarbeit (%)	0,9%	0,5%	0,9%	1,0%	0,9%	0,7%	0,9%	1,0%
Anteil an der gesamten Entwicklungs-Zusammenarbeit (%)	2,0%	2,1%	1,8%	1,8%	2,3%	2,2%	2,2%	2,2%
ODA-Leistungen als v. H. des BNE	0,007%	0,008%	0,006%	0,006%	0,008%	0,007%	0,007%	0,007%

Quelle: CRS/DAC, Jahresberichte, Finanzberichte, Projektdatenbanken, eigene Analysen und Berechnungen

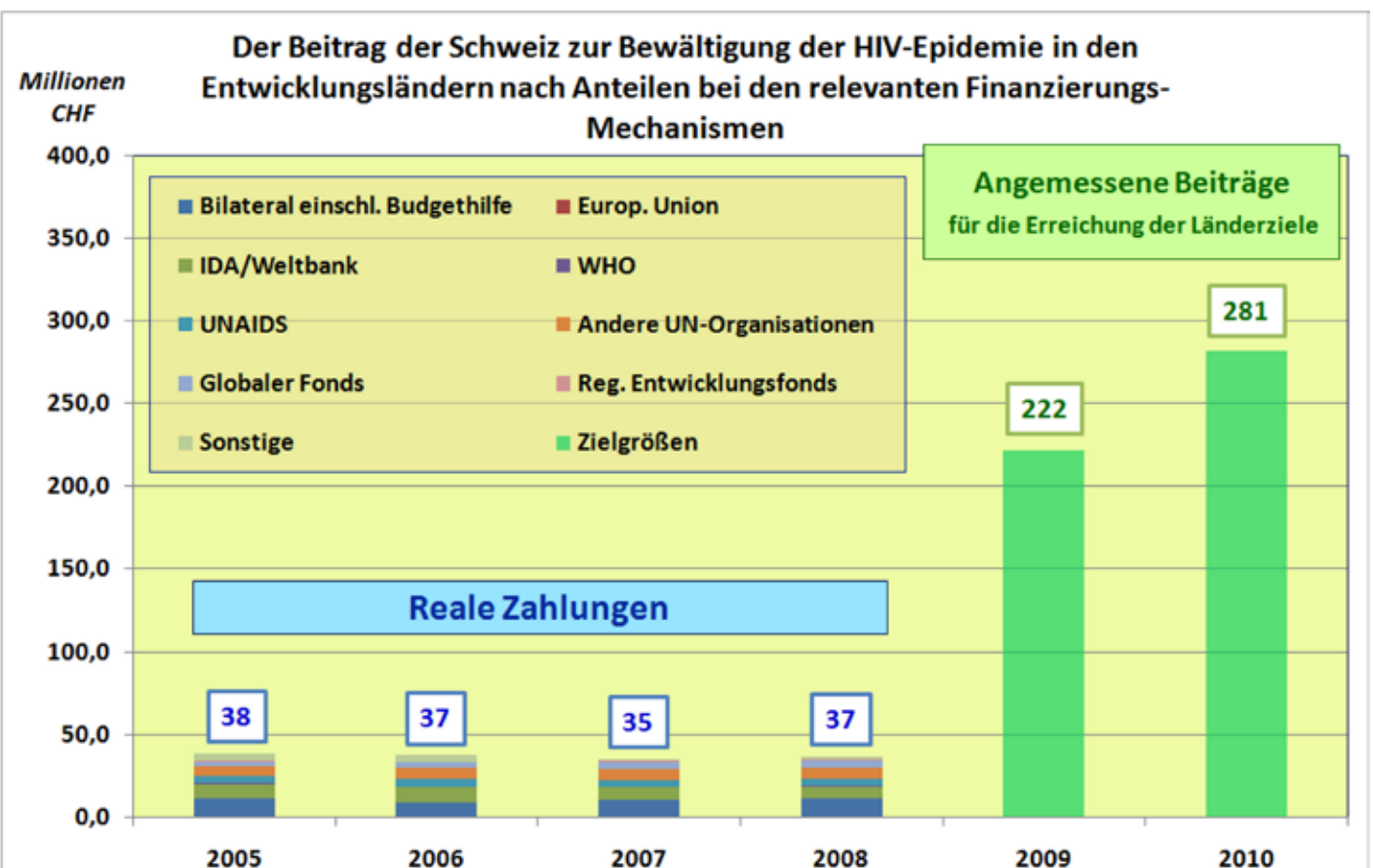


Die sehr niedrige Bedeutung der HIV-Bekämpfung im Verhältnis zu den Gesamtleistungen im bilateralen Bereich wird etwas verbessert durch die Beiträge zu multilateralen Organisationen. Der Anteil der HIV-Maßnahmen an der Gesamt-ODA ist aber weit von der Proportion entfernt, die im Hinblick auf die humanitäre und entwicklungsstrategische Dimension der Epidemie erforderlich wäre. Auch in Relation

zum BNE ist kein Aufwärtstrend festzustellen und der Anteil von lediglich 0,007% ist sehr weit von einer adäquaten Größenordnung entfernt, wie sie in unserem Beitrags-Szenario bestimmt wurde. Wie der Blick auf die Zusammensetzung der bilateralen ODA für die Antwort auf HIV zeigt, tragen die geschätzten Anteile der der HIV-Komponenten in Programmen, die auf die Verbesserung der Gesundheitssituation insgesamt

ausgerichtet sind, in erheblichem Maße zu den Gesamtleistungen bei. Im Jahr 2008 entfiel fast die Hälfte der direkt für Entwicklungsländer bereitgestellten Mittel für die HIV-Bekämpfung auf diese Projekt-Kategorie. Dagegen ist der Umfang der Finanzierung von Projekten, die auf die Verbesserung der reproduktiven Gesundheit als Ganzes abzielen, verschwindend gering.

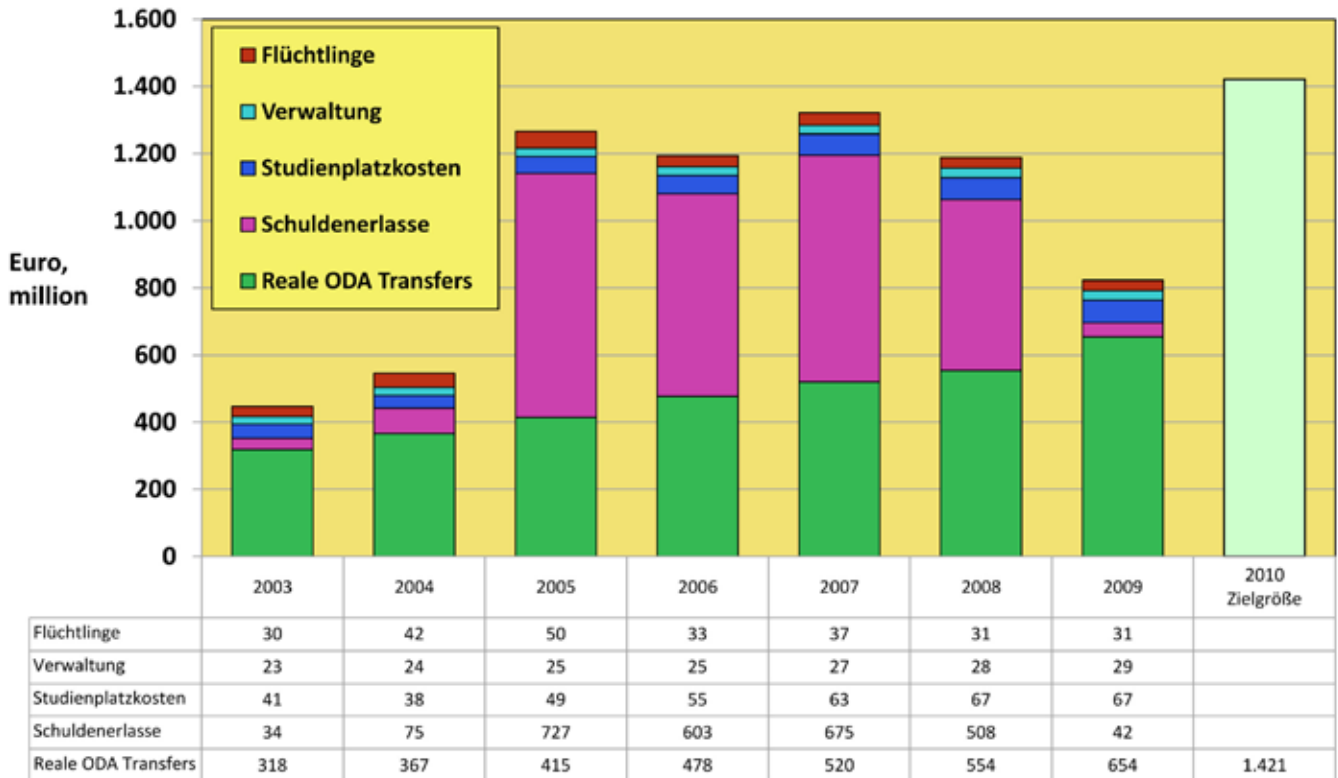
In der Gesamtbewertung ist zu konstatieren, dass das im Berichtszeitraum verzeichnete Beitragsniveau um Längen hinter einem angemessenen Engagement für die Finanzierung der wichtigsten Maßnahmen der HIV-Eindämmung zurückbleibt. Ausgehend von den beschriebenen Kriterien für eine faire und zugleich den aktuellen entwicklungspolitischen Realitäten sowie dem dringlichen Bedarf Rechnung tragende Lastenverteilung müsste die Schweiz ihre ODA-Leistungen für die Zurückdrängung der Epidemie schon im laufenden Jahr um das Sieben- bis Achtfache erhöhen.



# Die Beiträge Österreichs zur Finanzierung von Entwicklung, Gesundheit und die Zurückdrängung der HIV-Epidemie

## Gesamte ODA-Leistungen

Entwicklung der offiziellen und realen ODA Österreichs, 2003-2009



Paradoxerweise lässt die offizielle ODA-Statistik das Jahr 2009 relativ schlecht aussehen, während es in Wirklichkeit die höchsten finanziellen Anstrengungen der jüngeren Geschichte der österreichischen Entwicklungshilfe verkörpert. Dies liegt daran, dass die angerechneten Schuldenerlasse im Zeitraum 2005 bis 2008 eine exorbitante Größe erreichten, vor allem im Verhältnis zu den eher unterdurchschnittlichen realen Transferleistungen des Landes. Zwischen 2005 und 2008 überstieg der Umfang der verbuchten Schuldenerleichterungen sogar die Mittel, die Österreich wirklich als Zuwendungen an Entwicklungsländer leistete. Ein derartiges Missverhältnis wurde bei keinem anderen Geberland registriert. Der Anteil Österreichs

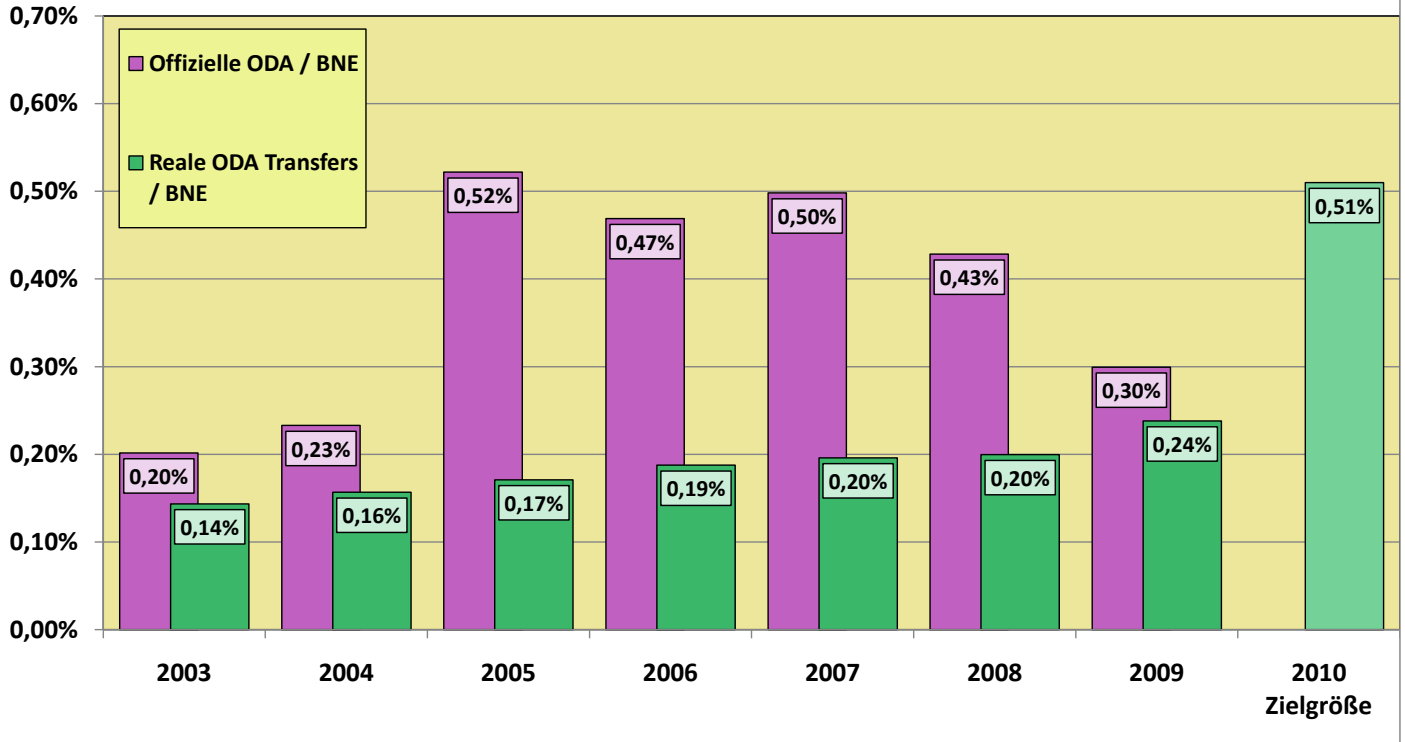
an den Schuldenerlassen, die von allen im OECD-Entwicklungsausschuss organisierten Staaten verbucht wurden, stieg im Jahr 2007 auf über ein Zehntel und belief sich 2008 noch immer auf mehr als 8%. Selbst nach dem Rückgang auf das vor dieser Periode beobachtete Niveau entfiel im letzten Jahr (2009) ein überproportionaler Anteil von 3% der gesamten Schuldenerleichterungen auf diese Gebernation. Im Vergleich dazu trug Österreich nur 0,85% zu den gesamten Transferleistungen der DAC-Mitgliedstaaten bei. Inzwischen repräsentieren die eingerechneten Kosten für die Studienplätze zugunsten von Studierenden aus Entwicklungsländern allerdings den umfangreichsten Posten, um die ODA-Statistik besser

aussehen zu lassen, als sie in Wirklichkeit ist. Andererseits ist als positiver Aspekt zu vermerken, dass die im letzten Jahr erreichte Aufstockung der realen Transferleistungen um 100 Mio. Euro mit Abstand die höchste jemals verzeichnete Steigerung der finanziellen Bemühungen für die Entwicklungszusammenarbeit darstellt.<sup>9</sup> Um an der Zielgröße anzukommen, die der im Rahmen der EU für 2010 festgesetzten Mindestquote entsprechen würde, müsste Österreich einen zusätzlichen Betrag von annähernd 770 Mio. Euro aufbringen. Dafür wäre mehr als eine Verdoppelung der realen Leistungen erforderlich.

<sup>9</sup> Diese Erhöhung zwischen 2008 und 2009 war vor allem den Aufstockungen der Beiträge zur EU und zu regionalen Entwicklungsbanken zu verdanken. Andererseits wurden leider niedrigere Leistungen für die technische Kooperation und sowie – besonders bedauerlich – ein gekürzter Gesamtbeitrag für das UN-System verzeichnet.



## Offizielle und reale ODA Österreichs im Verhältnis zum BNE



Ein vergleichender Blick auf die Anteile der offiziellen und realen ODA am BNE des Landes macht deutlich, wie stark die statistischen Darstellungen voneinander abweichen. Die Verschleierung der Tatsachen durch die offiziell-erlaubte Anrechnungspraxis verdeckt dabei auch die Erhöhung der realen ODA-Quote um 0,04% zwischen 2008 und 2009. Dies stellt den größten Schritt in Richtung der Verwirklichung der internatio-

nen Verpflichtungen der wirtschaftlich privilegierten Länder dar, kann die enorme Lücke zwischen dem niedrigen Ausgangsniveau und dem Zwischenziel der EU aber nur zu einem kleinen Teil schließen.

Verglichen mit 2005, als der betreffende EU-Beschluss angenommen wurde, hätte Österreich seine öffentliche Entwicklungshilfe verdreifachen müssen, um

die Mindestquote von 0,51% ohne Rückgriff auf statistische Schönungsmittel zu erreichen. Von diesem weiten Weg wurde bisher nur ein Fünftel zurückgelegt.

Aufgrund der verfügbaren Informationen rechnet die OECD damit, dass die offizielle ODA-Quote für 2010 bei 0,37% liegen wird. Mit welchen Bestandteilen der offiziellen ODA diese Steigerung erreicht werden kann, wird allerdings bisher nicht erklärt.

## ODA-Leistungen für die Gesundheitsförderung

Eine Analyse der österreichischen ODA-Beiträge für die Verbesserung der Gesundheitsbedingungen in den benachteiligten Weltregionen erfordert zunächst einen Blick auf die Zusammensetzung der bilateralen Leistungen, die eine Besonderheit aufweist. Insbesondere auf der Seite der neuen Finanzierungszusagen machen die Zuschüsse für die Zinsstützung und die Gebühren im Zusammenhang mit Exportkrediten einen erheblichen und wachsenden Anteil der Gesamtleistungen aus. Die Subventionen im Zuge dieser sogenannten Rahmen-II-Exportkredite können im Prinzip die Kosten für die betreffenden Anschaffungen und damit die Ausgaben für die begünstigten Länder verringern, zumindest

wenn die Ausgangskonditionen nicht ungünstiger waren als die anderer Kreditanbieter. Andererseits kommen dafür nur Länder in Frage, die über die notwendigen finanziellen Möglichkeiten und Perspektiven verfügen, um die entsprechenden Investitionen in die Infrastruktur ihrer Gesundheitssysteme aus Eigenmitteln zu bestreiten.

Nicht von ungefähr entfielen im Zeitraum 2005 bis 2008 fast vier Fünftel der Zusagen für derartige Zuschüsse im Gesundheitsbereich auf nur zwei Empfängerstaaten: China und Vietnam. Nur vier weitere Länder stehen auf der Liste der Begünstigten für solche Subventionen, soweit damit die Finanzierung von der

Gesundheitsversorgung dienenden Beschaffungen unterstützt wurde: Bosnien-Herzegowina, Montenegro, Marokko und Sri Lanka. Auch diese einseitige geographische Verteilung legt den Schluss nahe, dass dieses Instrument vor allem dazu dient, dass kommerzielle Chancen für die eigene Industrie eröffnet werden, als dass der dringliche Bedarf für die Linderung der größten Krankheitslast befriedigt und das Grundrecht auf Gesundheit verwirklicht wird. Schließlich können sich die Lieferbindungen längerfristig auch negativ auf die Wirtschaft des Empfängerlandes auswirken, etwa durch die Verdrängung möglicher lokaler Hersteller oder die Zementierung technologischer Abhängigkeiten.

**Österreich: Bilaterale ODA-Leistungen für Gesundheitsförderung nach Kategorien (in Mio. Euro)**

Finanzierungs-Mechanismus		Zusagen				Auszahlungen			
		2005	2006	2007	2008	2005	2006	2007	2008
<b>Bilaterale Zusammenarbeit</b>		<b>25,6</b>	<b>19,2</b>	<b>23,8</b>	<b>36,0</b>	<b>7,9</b>	<b>12,7</b>	<b>11,2</b>	<b>11,2</b>
davon:	Spezifische HIV-Maßnahmen	0,6	2,4	1,9	3,5	0,6	2,2	1,8	2,2
	Reproduktive Gesundheit	1,0	0,8	1,2	0,6	0,8	0,6	1,1	0,7
	Sektorweite Programme	9,4	5,8	4,5	4,2	5,1	6,8	5,6	5,2
	Andere Gesundheitsprobleme	2,1	2,8	2,0	3,2	1,5	2,7	2,1	1,4
	Zuschüsse für Export-Kredite	12,5	7,4	14,2	24,0	0,0	0,3	0,6	1,2
	Allgemeine Budgethilfe	0,0	0,0	0,0	0,6	0,0	0,0	0,0	0,4
<b>Anteil der Export-Kredite</b>		<b>49,0%</b>	<b>38,7%</b>	<b>59,6%</b>	<b>66,5%</b>	<b>0,0%</b>	<b>2,7%</b>	<b>5,5%</b>	<b>10,6%</b>

Quelle: CRS/DAC, eigene Analysen und Berechnungen

Österreich: Schätzung der ODA-Auszahlungen für Gesundheitsförderung, 2005-2008 (in Mio. Euro)

Finanzierungs-Mechanismus	Zusagen				Auszahlungen			
	2005	2006	2007	2008	2005	2006	2007	2008
Bilaterale Zusammenarbeit	25,6	19,2	23,8	36,0	7,9	12,7	11,2	11,2
Anteil an Programmen der Europäischen Kommission	15,3	13,2	11,4	13,2	11,3	16,3	15,2	14,3
Anteil an Programmen der IDA/Weltbank	3,2	11,6	3,8	7,1	3,3	7,2	6,8	7,1
Beiträge für WHO (Weltgesundheitsorganisation)	2,2	2,1	2,0	2,0	2,2	2,1	2,0	2,0
Beitrag für UNAIDS	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Beiträge für ordentl. Budget von anderen UN-Organisationen	0,9	0,9	1,1	1,4	0,9	0,9	1,1	1,4
Globaler Fonds zur Bek. von AIDS, Tuberkulose und Malaria	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Beitrag Regionale Entwicklungsfonds	3,5	1,4	0,6	0,3	2,1	0,5	2,4	0,1
WFP (Welternährungsprogramm)	0,3	0,1	0,1	0,1	0,3	0,1	0,1	0,1
Gesamtbeitrag	50,9	48,6	42,7	59,9	28,0	40,0	38,8	36,2
Anteil an der bilateralen Zusammenarbeit (%)	13,8%	10,8%	10,7%	13,0%	5,7%	8,3%	6,7%	5,0%
Anteil an der gesamten Entwicklungs-Zusammenarbeit (%)	10,7%	9,3%	7,2%	9,4%	6,7%	8,4%	7,5%	6,5%
ODA-Leistungen als v. H. des BNE	0,021%	0,019%	0,016%	0,022%	0,012%	0,016%	0,015%	0,013%

Quelle: CRS/DAC, Jahresberichte, Finanzberichte, Projektdatenbanken, eigene Analysen und Berechnungen

Infolge der langen Laufzeiten für die Zuschüsse zu solchen Soft Loan-Finanzierungen schlagen diese zurzeit bei den Auszahlungen weniger zu Buche.

Der Anteil an den bilateralen ODA-Leistungen für die Gesundheitsförderung steigt jedoch kontinuierlich an und belief sich 2008 bereits auf mehr als ein Zehntel. Entgegen dem Transparenz-Prinzip, das in internationalen Erklärungen zur Wirksamkeit der Entwicklungshilfe festgehalten wird, enthält die Berichterstattung an die Datenbanken der OECD keinerlei konkrete Angaben zu den Zielen und Bestandteilen der so finanzierten Lieferungen. Die Beschreibung beschränkt sich typischerweise auf allgemeine Formulierungen wie „medizinische Ausrüstung“ oder „Ausstattung für ein Krankenhaus“.

Eine Analyse der gesundheitsrelevanten ODA-Leistungen zeigt den geringen und dazu noch fallenden Stellenwert in der

bilateralen Kooperation. Dadurch geht auch der Anteil der Gesundheitsförderung an den gesamten Ressourcen-Transfers zurück. Die multilateralen Beiträge stagnieren und können daher diese Negativtendenz nicht auffangen, auch wenn sie den Gesundheitsanteil etwas aufbessern. Der Anstieg der bilateralen Neuzusagen im Jahr 2008 kam fast ausschließlich durch die Mittelsteigerungen für die oben diskutierten Rahmen-II-Exportkredite zustande. In Verbindung mit der ungenügenden Gesamt-ODA führt die Unterschätzung der Gesundheitsförderung zu einem extrem unzulänglichen Beitrag im Verhältnis zum BNE des Landes, der zudem in den letzten Jahren noch weiter gesunken ist.

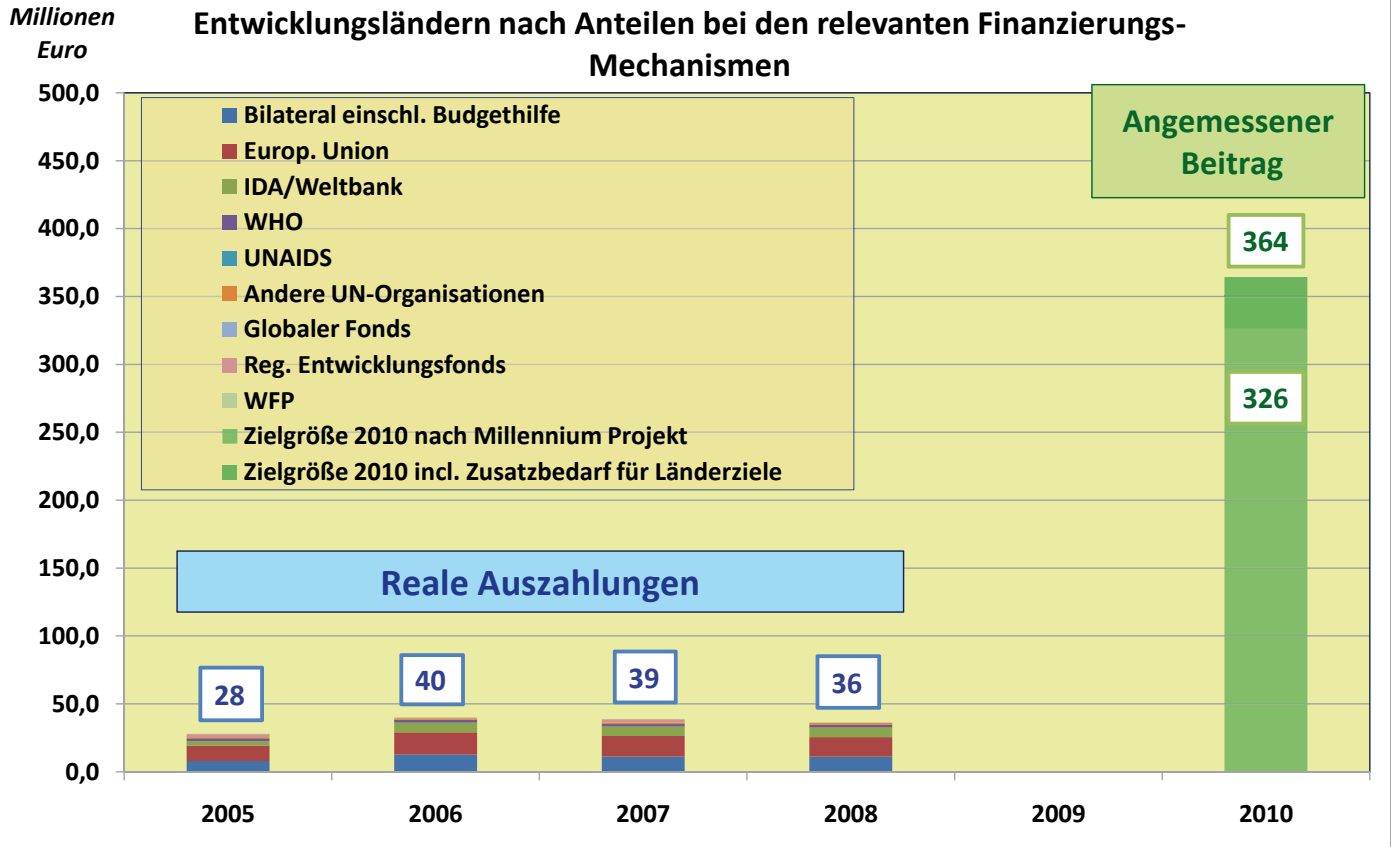
Aufgrund des extrem niedrigen Anteils der Gesundheitsförderung an der bilateralen EZ liegt dieser Finanzierungskanal noch hinter der österreichischen Mitfinanzierung der von der EU verwalteten

Gesundheitskooperation – und dies obwohl auch dort der Stellenwert der Krankheitsbekämpfung deutlich zu gering ausfällt.

Die frappante Lücke zwischen den bisherigen Netto-Zahlungen und der angemessenen Beitragshöhe für die Verwirklichung der gesundheitsbezogenen MDGs wird in der folgenden Graphik ersichtlich. Um das notwendige Niveau zu erreichen, müsste Österreich die im Jahr 2008 bereitgestellten Finanzmittel bis zu diesem Jahr praktisch verzehnfachen.

Kurzfristig dürfte die erforderliche Mittelsteigerung angesichts der gegebenen – durch den niedrigen Umfang der bilateralen Gesundheitskooperation bestimmten - Kapazitäten nur durch die beschleunigte Erhöhung der Beiträge zu den relevanten internationalen Organisationen zu machen sein. Und gerade auf diesem Gebiet lässt sich ein augenscheinlicher Nachholbedarf des Landes feststellen.

## Der Beitrag Österreichs für die Gesundheitsförderung in den Entwicklungsländern nach Anteilen bei den relevanten Finanzierungs-Mechanismen

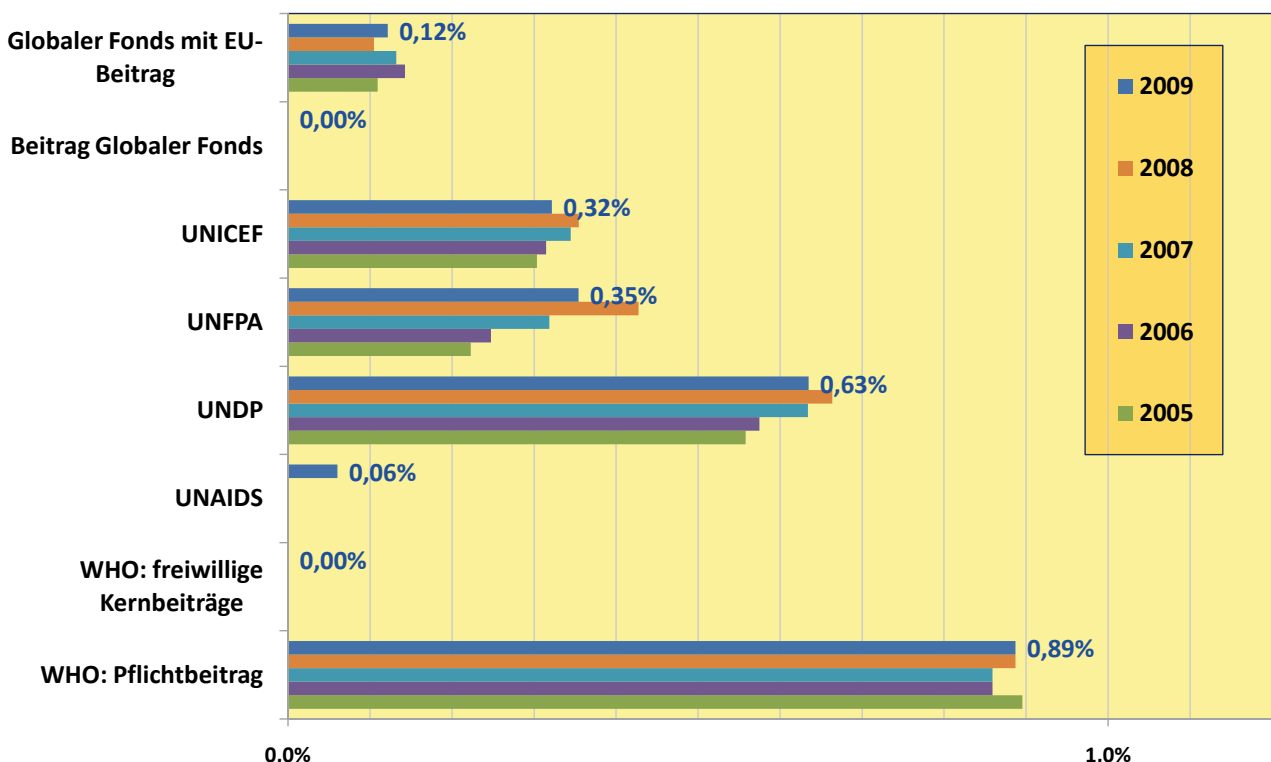


Ein besonderer Schwachpunkt besteht darin, dass Österreich überhaupt keine direkten Beiträge an den Globalen Fonds zahlt. Die Mitfinanzierung des EU-Beitrags, der im Übrigen über die letzten Jahre auf einem wenig befrie-

digenden Niveau stagniert hat, reicht als Beteiligung an diesem wichtigen und zukunftsweisenden Finanzierungsinstrument keinesfalls aus. Auch die Unterstützung von UNAIDS, wo erst 2008 wieder eine geringe Zuweisung

erfolgte, erscheint absolut ungenügend. Schließlich fallen auch die ODA-Leistungen für die regulären Haushalte der anderen in der Gesundheitsförderung engagierten UN-Organisationen unterproportional aus.

## Anteil Österreichs an den Länder-Beiträgen zu internationalen gesundheitsrelevanten Organisationen



## ODA-Leistungen für die Bewältigung der HIV-Epidemie

Österreich: Schätzung der ODA-Leistungen für die HIV-Bewältigung, 2005-2008 (in Mio. Euro)

Finanzierungs-Mechanismus	Zusagen				Auszahlungen			
	2005	2006	2007	2008	2005	2006	2007	2008
Bilaterale Zusammenarbeit	3,0	3,9	4,1	6,5	1,3	3,0	2,7	3,1
Anteil an Programmen der Europäischen Kommission	2,6	3,3	2,7	2,4	3,3	4,2	4,5	3,5
Anteil an Programmen der IDA/Weltbank	1,1	1,9	3,1	1,1	1,7	3,3	3,1	2,8
Beiträge für WHO (Weltgesundheitsorganisation)	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2
Beitrag für UNAIDS	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Beiträge für ordentl. Budget von anderen UN-Organisationen	0,4	0,4	0,5	0,6	0,4	0,5	0,5	0,6
Globaler Fonds zur Bek. von AIDS, Tuberkulose und Malaria	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Beitrag Regionale Entwicklungsfonds	0,6	0,4	0,1	0,0	0,3	0,1	0,4	0,0
WFP (Welternährungsprogramm)	0,3	0,1	0,1	0,1	0,3	0,1	0,1	0,1
<b>Gesamtbeitrag</b>	<b>8,3</b>	<b>10,3</b>	<b>10,7</b>	<b>10,8</b>	<b>7,5</b>	<b>11,4</b>	<b>11,5</b>	<b>10,2</b>
Anteil an der bilateralen Zusammenarbeit (%)	1,6%	2,2%	1,8%	2,4%	0,9%	2,0%	1,6%	1,4%
Anteil an der gesamten Entwicklungs-Zusammenarbeit (%)	1,7%	2,0%	1,8%	1,7%	1,8%	2,4%	2,2%	1,8%

Eine genauere Schätzung der Finanzierungsbeiträge für die Bewältigung der HIV-Krise in den Entwicklungsländern wird durch die mangelnde Transparenz bei den Rahmen-II-Exportkrediten erschwert. Da keine näheren Angaben über die konkreten

Gesundheitsprobleme gemacht werden, die mit den so finanziell unterstützten Lieferungen angegangen werden sollen, wurden die betreffenden Zuschüsse in dieser Berechnung wie sektorweite Programme behandelt. Das bedeutet, dass der hierfür bestimmte Durch-

schnittswert von 10% für die Kalkulation des Anteils der HIV-Maßnahmen Verwendung fand, was angesichts des begünstigten Länder-Spektrums vermutlich eine Überschätzung darstellt.

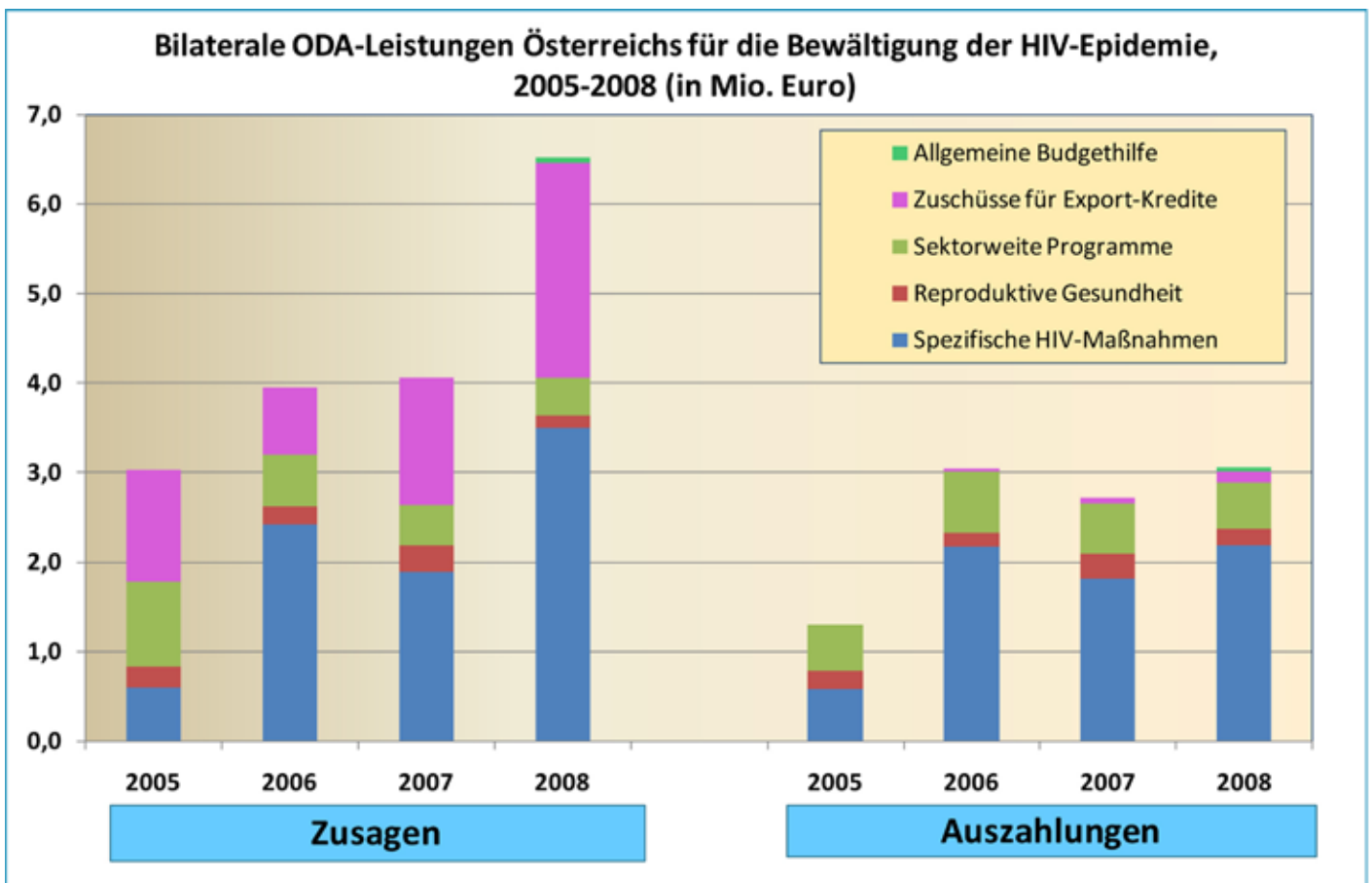
Zu den bereits erwähnten Defiziten wie zu niedrige Gesamt-ODA, die geringe Bedeutung der Gesundheitsförderung und der fehlende Direktbeitrag zum Globalen Fonds kommt noch der relativ geringe Stellenwert der HIV-Bewältigung innerhalb der bilateralen Entwicklungszusammenarbeit. Diese ungünstige Kombination führt unweigerlich zu einer völlig ungenügenden Beteiligung an der Finanzierung der Bemühungen um die Epidemie zurückzudrängen. Zudem ist bisher bei den Auszahlungen keine Tendenz in Richtung einer Aufstockung festzustellen. Die neuen Mittelbindungen im bilateralen Bereich sind erst im Jahr 2008 spürbar angestiegen – zumindest in Relation zu dem äußerst niedrigen Ausgangsniveau. Auch im Verhältnis zur Wirtschaftskapa-

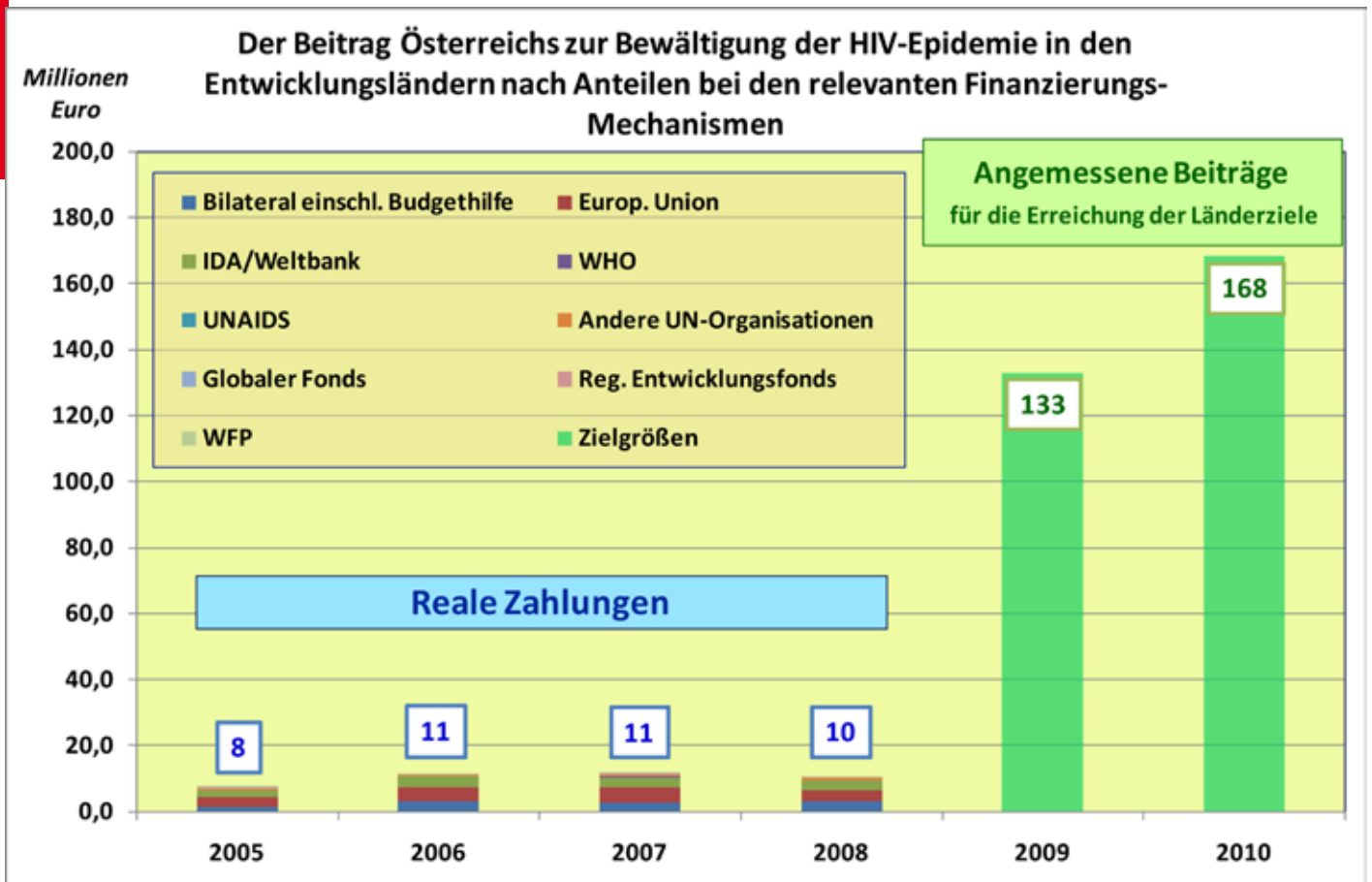
zität gemessen am BNE befindet sich der österreichische Beitrag zur internationalen Antwort auf die Bedrohung durch HIV weit unter dem angemessenen Niveau. In den letzten Jahren lag er bei weniger als einem Zehntel des erforderlichen BNE-Anteils. Wie bei der Gesundheitsförderung so nimmt auch hier die Beteiligung an der von der EU getragenen Unterstützung der HIV-Prävention, Behandlung und Betreuung in den benachteiligten Ländern den ersten Platz bei den Finanzierungsmechanismen ein. Selbst der Beitrag zur Weltbank trägt fast genauso viel zu den HIV-relevanten ODA-Leistungen bei wie die bilateralen Projekte.

Die geschätzten HIV-Komponenten innerhalb der Programme mit einem sektorweiten Ansatz haben

auch im Fall Österreichs einen nicht unerheblichen Anteil an den per se unzulänglichen Leistungen im Zusammenhang mit der bilateralen Zusammenarbeit.

Im Vergleich dazu fallen die HIV-Maßnahmen im Rahmen von Vorhaben der reproduktiven Gesundheit deutlich weniger ins Gewicht, was darauf zurückzuführen ist, dass solche Projekte in der österreichischen Entwicklungszusammenarbeit eine untergeordnete Rolle spielen. Bei der großzügigen Berechnungsweise ergeben sich auch beträchtliche Anteile der Subventionen für Exportkredite an den Gesamtzusagen für die HIV-Bekämpfung. Aufgrund der Zurückhaltung von notwendigen Informationen ist eine präzisere Bestimmung aber unmöglich.





Setzt man die realen Netto-Zahlungen für HIV-Maßnahmen in Vergleich mit dem angemessenen Beitragsniveau für die Verwirklichung der Länder-Ziele, so wird die außerordentliche Lücke ersichtlich. Die für diesen Zweck

bereitgestellten Mittel müssten um das Siebzehnfache erhöht werden, um eine adäquate Beteiligung an der Finanzierung der Strategien gegen HIV und Aids in den wirtschaftlich benachteiligten Weltregionen Wirklichkeit werden zu

lassen. Das kann nur gelingen, wenn alle genannten Defizite in Bezug auf die Höhe und Zusammensetzung der ODA überwunden werden.

# Die Herausgeber

## Aktionsbündnis gegen AIDS, Deutschland



Aktionsbündnis gegen AIDS

Leben ist ein Menschenrecht!  
www.aids-kampagne.de

Das Aktionsbündnis gegen AIDS ist ein bundesweiter Zusammenschluss von über 100 Nichtregierungsorganisationen der Aids- und Entwicklungszusammenarbeit sowie über 280 Basisgruppen. Zur Koordination seiner Lobby- und Öffentlichkeitsarbeit wurde 2002 ein Bündnisbüro beim Deutschen Institut für Ärztliche Mission (DIFÄM) in Tübingen eingerichtet und mit dem Aufbau eines bundesweiten Netzwerkes begonnen. Um die Lobbyarbeit zu stärken wurde Anfang dieses Jahres auch ein Lobbybüro in Berlin eingerichtet. Das zivilgesellschaftliche Netzwerk finanziert sich ausschließlich über Mitgliedsbeiträge.

Mit seinen Forderungen beruft sich das Aktionsbündnis gegen AIDS auf die HIV/Aids-Ziele der Vereinten Nationen vom Juni 2001 und wendet sich gezielt an die Bundesregierung und die Pharmaindustrie. Im Mittelpunkt der Forderungen steht der Einsatz für das Menschenrecht auf Leben und Gesundheit, die Bereitstellung zusätzlicher Mittel für die weltweite Aids-Prävention und - Behandlung durch die Bundesregierung, sowie die Reduktion der Kosten für die lebenswichtigen Medikamente durch die Pharmaindustrie.

Mit bundesweiten Aktionen und im politischen Dialog erinnert das Aktionsbündnis gegen AIDS an die internationalen Vereinbarungen und Versprechen der Regierungen von UN-Mitgliedsländern und der G8. Es fordert deren Umsetzung, denn Politik, Pharmaindustrie und Öffentlichkeit müssen sich ihrer Verantwortung im weltweiten Kampf gegen HIV/Aids stellen.

## Aktionsbündnis gegen AIDS, Österreich



Das Österreichische Aktionsbündnis gegen Aids (www.aidskampagne.at) ist eine zivilgesellschaftliche Plattform von über 40 österreichischen Institutionen und Nicht-

regierungsorganisationen, die ein stärkeres nationales und internationales Engagement Österreichs in den weltweiten Bemühungen gegen HIV und Aids einfordern.

Die im Aktionsbündnis kooperierenden Einrichtungen erwarten von der Österreichischen Bundesregierung

... Verantwortung zu übernehmen und einen der Wirtschaftskraft angemessenen, eigenständigen finanziellen Beitrag im Kampf gegen HIV/Aids zu leisten.

... sich nachdrücklich für Menschenrechte von Menschen, die mit HIV/Aids leben, einzusetzen

... stärkeres politisches Engagement in Fragen der Patentrechte wie beim Patentschutz für neue Aids-Medikamente, sowie für Aids-bezogene Forschung und Entwicklung zu zeigen

... die Gastgeberrolle bei der internationalen Welt-Aids-Konferenz 2010 zu nutzen, um längst überfälligen internationalen Verpflichtungen einzulösen. Es ist die Pflicht der österreichischen Regierung bis 2010 geeignete politische Voraussetzungen zu schaffen.

Als wichtigste Schritte erwartet das Aktionsbündnis gegen HIV/Aids:

... eine eigene Budgetlinie für den Schwerpunkt Aids/HIV im Rahmen der vorgesehenen Anhebung der Budgetmittel für Entwicklungszusammenarbeit

... konkrete gesetzliche Maßnahmen für Schutz und Sicherung der Menschenrechte von HIV/Aids Betroffenen

... die Koordination und Bündelung der nationalen und internationalen Aktivitäten zum Thema HIV/Aids in nur einem Bundesministerium

## aidsfocus.de, Schweiz

aidsfocus.ch, die schweizerische Fachplattform HIV/Aids und internationale Zusammenarbeit

**aidsfocus.ch**

aidsfocus.ch ist eine Fachplattform, an der 30 Organisationen der internationalen Zusammenarbeit mitwirken. Sie setzt sich in Solidarität mit den von HIV und Aids betroffenen Menschen ein für deren Gesundheit und Wohlergehen, will Ausbreitung der Pandemie bekämpfen und deren negativen Auswirkungen mindern. aidsfocus.ch war 2003 als Projekt von Medicus Mundi Schweiz initiiert worden, um das gemeinsame Engagement im Kampf gegen HIV und Aids zu stärken.

Als Fachplattform fördert aidsfocus.ch den Informations- und Erfahrungsaustausch zwischen Nord und Süd, Ost und West und zwischen den verschiedenen Akteuren. aidsfocus.ch ermöglicht es, Synergien unter den schweizerischen Akteuren bezüglich der Thematik HIV und Aids zu schaffen und zu nutzen, vorhandenes Wissen in die Arbeit dieser Organisationen einzubringen. Mit Advocacy und Sensibilisierungsarbeit will aidsfocus.ch beitragen zur Stärkung des Bewusstseins und Engagements von Politik, Verwaltung und Bevölkerung mit dem Ziel, den Zugang aller zu umfassender Prävention, Behandlung, Pflege und Unterstützung zu verwirklichen, in Anerkennung des Menschenrechts auf Gesundheit und Leben.

Partner von aidsfocus.ch sind: Afro-European Medical and Research Network, Aids-Hilfe Schweiz, Aids & Kind, Bethlehem Mission Immensee, Caritas Schweiz, cinfo, CO-OPERAID, Déclaration de Berne, Fastenopfer, Fédération Genevoise de Coopération, FEPA, Gemeinschaft der St. Anna-Schwester, HEKS, IAMANEH Schweiz, Interteam, Kindernothilfe Schweiz, Kwa Wazee, medico international schweiz, mediCuba, missio, mission21, SolidarMed, Schweizer MIVA, Schweizerisches Rotes Kreuz, Schweizerisches Tropen- und Public Health-Institut, Stiftung Terre des hommes, Swiss Aids Care International, TearFund, terre des hommes schweiz und World Vision Schweiz.



# Impressum

Herausgeber Aktionsbündnis gegen AIDS, Deutschland

Aktionsbündnis gegen Aids, Österreich

aidsfocus.de, Schweiz

Redaktion Gottfried Mernyi  
Beate Ramme-Fülle  
Helena Zweifel

Autor Joachim Rüppel

Layout Sarah May

Titelbild Gerald Henzinger, [www.enlumen.net](http://www.enlumen.net)

Kontakt Aktionsbündnis gegen AIDS, Deutschland  
Beate Ramme-Fülle  
Paul-Lechler-Str. 24  
D-72076 Tübingen  
[www.aids-kampagne.de](http://www.aids-kampagne.de)  
[info@aids-kampagne.de](mailto:info@aids-kampagne.de)

Österreichisches Aktionsbündnis gegen Aids  
p.A. Gottfried Mernyi  
Kindernothilfe Österreich  
Dorotheergasse 18  
1010 Wien  
[www.aidskampagne.at](http://www.aidskampagne.at)  
[aidskampagne@gmx.at](mailto:aidskampagne@gmx.at)

aidsfocus.ch  
Helena Zweifel  
c/o Medicus Mundi Schweiz  
Netzwerk Gesundheit für alle  
Murbacherstrasse 34  
CH- 4013 Basel  
[www.aidsfocus.ch](http://www.aidsfocus.ch)  
[info@aidsfocus.ch](mailto:info@aidsfocus.ch)

1. Auflage, 50 Exemplare, Juli 2010





Österreich: Schätzung der ODA-Zusagen für Gesundheitsförderung und die HIV-Bewältigung, 2005-2008 (in Mio. Euro)

Finanzierungs-Mechanismus	Gesamtleistungen				ODA für Gesundheitsförderung				ODA für HIV-Bewältigung			
	2005	2006	2007	2008	2005	2006	2007	2008	2005	2006	2007	2008
<b>Bilaterale Zusammenarbeit</b>	<b>185,8</b>	<b>177,8</b>	<b>222,4</b>	<b>276,5</b>	<b>25,6</b>	<b>19,2</b>	<b>23,8</b>	<b>36,0</b>	<b>3,0</b>	<b>3,9</b>	<b>4,1</b>	<b>6,5</b>
davon: Spezifische HIV-Maßnahmen	0,6	2,4	1,9	3,5	0,6	2,4	1,9	3,5	0,6	2,4	1,9	3,5
davon: Reproduktive Gesundheit	1,0	0,8	1,2	0,6	1,0	0,8	1,2	0,6	0,2	0,2	0,3	0,1
davon: Sektorweite Programme	9,4	5,8	4,5	4,2	9,4	5,8	4,5	4,2	0,9	0,6	0,5	0,4
davon: Andere Gesundheitsprobleme	2,1	2,8	2,0	3,2	2,1	2,8	2,0	3,2	0,0	0,0	0,0	0,0
davon: Zuschüsse für Export Kredite	12,5	7,4	14,2	24,0	12,5	7,4	14,2	24,0	1,3	0,7	1,4	2,4
davon: Allgemeine Budgethilfe	0,0	0,0	0,0	4,8	0,0	0,0	0,0	0,6	0,0	0,0	0,0	0,1
Anteil an Programmen der Europäischen Kommission	193,1	211,2	207,4	232,4	15,3	13,2	11,4	13,2	2,6	3,3	2,7	2,4
Anteil an Programmen der IDA/Weltbank	37,4	78,4	80,5	84,7	3,2	11,6	3,8	7,1	1,1	1,9	3,1	1,1
Beiträge für WHO (Weltgesundheitsorganisation)	3,1	3,1	2,8	2,9	2,2	2,1	2,0	2,0	0,2	0,2	0,2	0,2
davon: Pflichtbeitrag für reguläres Budget	3,1	3,1	2,8	2,9	2,2	2,1	2,0	2,0	0,2	0,2	0,2	0,2
davon: Freiwillige Leistungen für Kernaufgaben	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Beitrag für UNAIDS	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Beiträge für ordentl. Budget von anderen UN-Organisationen	5,9	6,1	7,5	7,8	0,9	0,9	1,1	1,4	0,4	0,4	0,5	0,6
UNDP, Entwicklungsprogramm der VN	4,1	4,2	5,2	5,1	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2
UNFPA, Bevölkerungsfonds der VN	0,6	0,7	0,9	1,3	0,5	0,5	0,7	1,0	0,2	0,2	0,3	0,4
UNICEF, Kinderhilfswerk der VN	1,1	1,2	1,4	1,5	0,2	0,2	0,2	0,2	0,0	0,0	0,1	0,1
Globaler Fonds zur Bek. von AIDS, Tuberkulose und Malaria	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Beitrag Afrikanischer Entwicklungsfonds	21,5	21,5	22,5	0,2	3,2	1,4	0,6	0,0	0,6	0,4	0,1	0,0
Beitrag Asiatischer Entwicklungsfonds	5,7	5,7	5,7	5,7	0,3	0,0	0,0	0,3	0,0	0,0	0,0	0,0
WFP, Welternährungsprogramm	3,5	1,5	2,8	2,7	0,3	0,1	0,1	0,1	0,3	0,1	0,1	0,1
Gesamtbeitrag (Euro)	476,0	525,2	593,0	638,4	50,9	48,6	42,7	59,9	8,3	10,3	10,7	10,8
Anteil an der bilateralen Zusammenarbeit (%)	XXX	XXX	XXX	XXX	13,8%	10,8%	10,7%	13,0%	1,6%	2,2%	1,8%	2,4%
Anteil an der gesamten Entwicklungs-Zusammenarbeit (%)	XXX	XXX	XXX	XXX	10,7%	9,3%	7,2%	9,4%	1,7%	2,0%	1,8%	1,7%
ODA-Leistungen als v. H. des BNE	0,196%	0,206%	0,224%	0,230%	0,021%	0,019%	0,016%	0,022%	0,003%	0,004%	0,004%	0,004%

Österreich: Schätzung der ODA-Auszahlungen für Gesundheitsförderung und die HIV-Bewältigung, 2005-2008 (in Mio. Euro)

Finanzierungs-Mechanismus	Gesamtleistungen				ODA für Gesundheitsförderung				ODA für HIV-Bewältigung			
	2005	2006	2007	2008	2005	2006	2007	2008	2005	2006	2007	2008
<b>Bilaterale Zusammenarbeit</b>	<b>140,2</b>	<b>153,4</b>	<b>166,2</b>	<b>221,1</b>	<b>7,9</b>	<b>12,7</b>	<b>11,2</b>	<b>11,2</b>	<b>1,3</b>	<b>3,0</b>	<b>2,7</b>	<b>3,1</b>
davon: Spezifische HIV-Maßnahmen	0,6	2,2	1,8	2,2	0,6	2,2	1,8	2,2	0,6	2,2	1,8	2,2
davon: Reproduktive Gesundheit	0,8	0,6	1,1	0,7	0,8	0,6	1,1	0,7	0,2	0,1	0,3	0,2
davon: Sektorweite Programme	5,1	6,8	5,6	5,2	5,1	6,8	5,6	5,2	0,5	0,7	0,6	0,5
davon: Andere Gesundheitsprobleme	1,5	2,7	2,1	1,4	1,5	2,7	2,1	1,4	0,0	0,0	0,0	0,0
davon: Zuschüsse für Export Kredite	0,0	0,3	0,6	1,2	0,0	0,3	0,6	1,2	0,0	0,0	0,1	0,1
davon: Allgemeine Budgethilfe	0,0	0,0	0,0	3,2	0,0	0,0	0,0	0,4	0,0	0,0	0,0	0,0
Anteil an Programmen der Europäischen Kommission	177,5	188,0	190,4	203,3	11,3	16,3	15,2	14,3	3,3	4,2	4,5	3,5
Anteil an Programmen der IDA/Weltbank	37,4	78,4	80,5	84,7	3,3	7,2	6,8	7,1	1,7	3,3	3,1	2,8
Beiträge für WHO (Weltgesundheitsorganisation)	3,1	3,1	2,8	2,9	2,2	2,1	2,0	2,0	0,2	0,2	0,2	0,2
davon: Pflichtbeitrag für reguläres Budget	3,1	3,1	2,8	2,9	2,2	2,1	2,0	2,0	0,2	0,2	0,2	0,2
davon: Freiwillige Leistungen für Kernaufgaben	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Beitrag für UNAIDS	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Beiträge für ordentl. Budget von anderen UN-Organisationen	5,9	6,1	7,5	7,8	0,9	0,9	1,1	1,4	0,4	0,5	0,5	0,6
UNDP, Entwicklungsprogramm der VN	4,1	4,2	5,2	5,1	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2
UNFPA, Bevölkerungsfonds der VN	0,6	0,7	0,9	1,3	0,5	0,5	0,7	1,0	0,2	0,2	0,3	0,4
UNICEF, Kinderhilfswerk der VN	1,1	1,2	1,4	1,5	0,2	0,2	0,2	0,2	0,0	0,0	0,1	0,1
Globaler Fonds zur Bek. von AIDS, Tuberkulose und Malaria	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Beitrag Afrikanischer Entwicklungsfonds	21,5	21,5	22,5	0,2	1,8	0,3	2,3	0,0	0,2	0,1	0,3	0,0
Beitrag Asiatischer Entwicklungsfonds	5,7	5,7	5,7	5,7	0,3	0,2	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0
WFP, Welternährungsprogramm	3,5	1,5	2,8	2,7	0,3	0,1	0,1	0,1	0,3	0,1	0,1	0,1
Gesamtbeitrag (Euro)	414,8	477,5	519,9	553,8	28,0	40,0	38,8	36,2	7,5	11,4	11,5	10,2
Anteil an der bilateralen Zusammenarbeit (%)	XXX	XXX	XXX	XXX	5,7%	8,3%	6,7%	5,0%	0,9%	2,0%	1,6%	1,4%
Anteil an der gesamten Entwicklungs-Zusammenarbeit (%)	XXX	XXX	XXX	XXX	6,7%	8,4%	7,5%	6,5%	1,8%	2,4%	2,2%	1,8%
ODA-Leistungen als v. H. des BNE	0,171%	0,188%	0,196%	0,200%	0,012%	0,016%	0,015%	0,013%	0,003%	0,004%	0,004%	0,004%