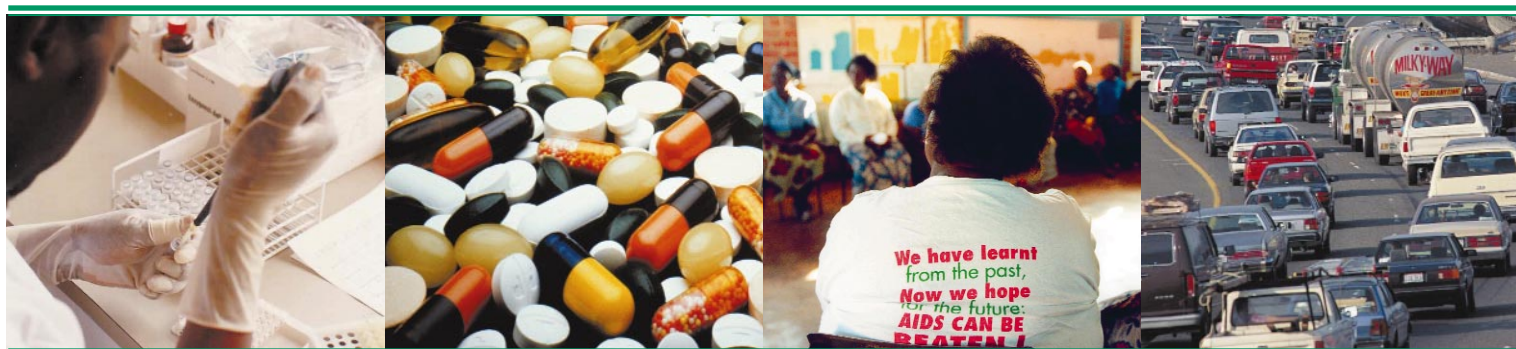


VOLKSWIRTSCHAFT UND GESUNDHEIT:
INVESTITION IN GESUNDHEIT ALS BEITRAG
ZUR WIRTSCHAFTSENTWICKLUNG



BERICHT DER KOMMISSION FÜR
VOLKSWIRTSCHAFT UND GESUNDHEIT



Überreicht vom VORSITZENDEN JEFFREY D. SACHS

an GRO HARLEM BRUNDTLAND,

GENERALDIREKTOR DER WELTGESUNDHEITSORGANISATION,

am 20. DEZEMBER 2001

ZUSAMMENFASSUNG

Volkswirtschaft und Gesundheit:
Investition in Gesundheit als Beitrag
zur Wirtschaftsentwicklung

Bericht der Kommission für
Volkswirtschaft und Gesundheit

Unter Vorsitz von Jeffrey D. Sachs
Überreicht an Gro Harlem Brundtland,
Generaldirektor der Weltgesundheitsorganisation,
am 20. Dezember 2001

Welthandelsorganisation
Genf

Titelaufnahmedaten (CIP-Daten) der WHO-Bibliothek

Macroeconomics and health: Investing in health for economic development: executive summary/report of the Commission on Macroeconomics and Health.

1. Financing, Health 2. Investments 3. Life expectancy 4. Economic development 5. Poverty 6. Developing countries 7. Developed countries

I. WHO Commission on Macroeconomics and Health
ISBN 92 4 154552 6 (NLM classification: WA 30)

Die Weltgesundheitsorganisation nimmt Anträge auf Freigabe ihrer Veröffentlichungen zum Nachdruck oder zur Übersetzung, in Auszügen oder im Volltext, gerne entgegen. Anträge und Anfragen sollten an das Amt für Publikationen (Office of Publications) der Weltgesundheitsorganisation in Genf, Schweiz, gerichtet werden, das gerne aktuellste Informationen über etwaige Textänderungen, geplante Neuauflagen und bereits verfügbare Nachdrucke und Übersetzungen übermittelt.

© World Health Organization 2001

Publikationen der Weltgesundheitsorganisation sind nach Protokoll 2 des Welturheberrechtsabkommens urheberrechtlich geschützt.
Alle Rechte vorbehalten.

Die in dieser Publikation verwendeten Bezeichnungen und die Präsentation des Materials geben in keiner Weise eine Meinung des Sekretariats der Weltgesundheitsorganisation zum Rechtsstatus von Ländern, Staatsgebieten, Städten oder Regionen, zu deren Führungsstrukturen oder zur Festlegung ihrer Grenzen wieder.

Die Nennung einzelner Unternehmen oder Produkte bestimmter Hersteller bedeutet nicht, dass diese von der Weltgesundheitsorganisation empfohlen oder ähnlichen, nicht genannten Unternehmen oder Produkten vorgezogen werden. Von Fehlern und Auslassungen abgesehen sind die Namen geschützter Produkte durch große Anfangsbuchstaben gekennzeichnet. Dieser Bericht gibt den gemeinsamen Standpunkt der Kommission für Volkswirtschaft und Gesundheit wieder, nicht notwendigerweise die Beschlüsse oder die erklärte Politik der Weltgesundheitsorganisation.

Übersetzung und Copyright der deutschen Fassung:
Deutsche Gesellschaft für
Technische Zusammenarbeit (GTZ) GmbH
Dag-Hammarskjöld-Weg 1-5
Postfach 5180
65726 Eschborn
Telefon: +49-(0)-6196 - 79-1568 / 1569 / 1570
Telefax: +49-(0)-6196 - 79-7334
Internet: www.gtz.de



Deutsche Gesellschaft für
Technische Zusammenarbeit (GTZ) GmbH

VOLKSWIRTSCHAFT UND GESUNDHEIT: INVESTITION IN GESUNDHEIT ALS BEITRAG ZUR WIRTSCHAFTSENTWICKLUNG

Die Kommission für Volkswirtschaft und Gesundheit (CMH) wurde von der Generaldirektorin der Weltgesundheitsorganisation (WHO), Gro Harlem Brundtland, im Januar 2000 eingesetzt, um den Stellenwert der Gesundheit in der Weltwirtschaftsentwicklung zu bewerten. Gesundheit wird zwar weithin als zentrales Ziel und wichtiges Ergebnis von Entwicklung verstanden, die Bedeutung von Investitionen in die Gesundheit zur Förderung wirtschaftlicher Entwicklung und zur Bekämpfung der Armut wird aber sehr viel weniger gewürdigt. Wir sind zu dem Ergebnis gekommen, dass eine Ausdehnung der Reichweite der wesentlichsten Gesundheitsdienste für die Armen dieser Welt einschließlich einer relativ kleinen Zahl gezielter Interventionen jedes Jahr Millionen Menschenleben retten, die Armut verringern, die wirtschaftliche Entwicklung beleben und zu mehr Sicherheit weltweit beitragen könnte.

Dieser Bericht enthält eine neue Strategie für Investitionen in die Gesundheit als Beitrag zur Wirtschaftsentwicklung, vor allem in den ärmsten Ländern der Welt, auf der Grundlage einer neuen globalen Partnerschaft zwischen sich entwickelnden und entwickelten Ländern. Zügiges und mutiges Handeln könnte zum Ende dieser Dekade mindestens 8 Millionen Menschenleben pro Jahr retten, die Lebensdauer und die Leistungsfähigkeit der Armen erhöhen und ihre wirtschaftliche Lage verbessern. Hierfür wären zwei wichtige Initiativen zu ergreifen: eine deutliche Erhöhung der Mittel, die für Gesundheit ausgegeben werden, sowohl durch die armen Länder als auch durch die Geber und eine Beseitigung der nichtfinanziellen Hindernisse, die arme Länder in ihrer Fähigkeit zur Bereitstellung von Gesundheitsdiensten einschränken. Wir glauben, dass die zusätzlichen Investitionen in die Gesundheit – welche die Geberländer rund 0,1 % ihres Volkseinkommens kosten würden – sich vielfach auszahlen würden in Form von Millionen geretteter Menschenleben pro Jahr, beschleunigter Wirtschaftsentwicklung und gestärkter Weltsicherheit. Ohne eine solche gemeinsame Anstrengung kann die Welt ihre in den Millenniums-Entwicklungszielen festgeschriebene Verpflichtung, die Lebenslage der Armen zu verbessern, nicht erfüllen.

In vieler Hinsicht spiegeln sich in der Größenordnung des zusätzlich erforderlichen Engagements die extrem niedrigen Einkommensniveaus und die entspre-

chend geringfügigen aktuellen Gesundheitsausgaben in den betroffenen Ländern ebenso wie die Höhe der erforderlichen Kosten, um die Gesundheitsausgaben auch nur auf ein akzeptables Mindestniveau anzuheben. Weil ein so ehrgeiziges Unterfangen nicht auf den Gesundheitssektor beschränkt bleiben kann, unterstreicht dieser Bericht die Bedeutung eines verstärkten Engagements für die ärmsten Länder der Welt auf breiterer Basis. Das scheint uns äußerst wichtig in dieser Zeit wachsenden Bewusstseins für die Notwendigkeit, den Belastungen und Ungerechtigkeiten der Globalisierung etwas entgegenzusetzen.

Wir rufen die Weltgemeinschaft auf, ihre Handlungschancen im kommenden Jahr wahrzunehmen und den Zugang zur gesundheitlichen Grundversorgung für die Armen dieser Welt drastisch zu erweitern. Mit mutigen Entscheidungen im Jahr 2002 könnte die Welt eine in ihrer Bedeutung einmalige Partnerschaft von Reich und Arm ins Leben rufen, Millionen Besitzlosen auf der Welt das Geschenk des Lebens anbieten und allen Zweiflerinnen und Zweiflern beweisen, dass Globalisierung sehr wohl allen Menschen zum Vorteil gereichen kann.

*November 2001,
Jeffrey D. Sachs, Vorsitzender
Isber Judge Abluwalia
K.Y.Amoako
Eduardo Aninat
Daniel Cohen
Zephirin Diabre
Eduardo Doryan
Richard G.A. Feachem
Robert Fogel
Dean Jamison
Takatoshi Kato
Nora Lustig
Anne Mills
Thorvald Moe
Manmohan Singh
Supachai Panitchpakdi
Laura Tyson
Harold Varmus*



ZUMMENFASSUNG DES BERICHTS

Technologie und Politik haben die Regionen der Welt einander nahe gebracht wie nie zuvor. Die Vorzüge der Globalisierung könnten – als Folge des verstärkten Austauschs von Ideen, Kulturen, lebensrettenden Technologien und effizienten Produktionsprozessen – enorm sein. Dennoch steht die Globalisierung heute auf dem Prüfstand, zum einen, weil diese Vorzüge für Hunderte Millionen von Armen in der Welt noch nicht zugänglich sind, zum anderen, weil die Globalisierung neue Herausforderungen an die Weltgemeinschaft stellt, da Probleme in einem Teil der Welt schnell auf andere übergreifen können, sei es durch Terrorismus, bewaffnete Konflikte, Verschlechterung der Umweltbedingungen oder auch durch Krankheiten, wie am Beispiel der dramatischen Ausbreitung von AIDS auf dem gesamten Globus innerhalb einer einzigen Generation deutlich wird.

Die politische Führungsebene der Welt hat diese internationalen Abhängigkeiten erkannt und sich feierlich verpflichtet, die Lebenslage der Armen dieser Welt bis zum Jahr 2015 zu verbessern. Die Millenniums-Entwicklungsziele, die auf dem Millenniumsgipfel der Vereinten Nationen im September 2000 beschlossen wurden, fordern eine drastische Verringerung der Armut sowie eine spürbare Verbesserung der Gesundheit der

Armen. Diese Ziele zu erreichen ist möglich, es wird jedoch keineswegs automatisch geschehen. Tatsächlich aber werden sich diese Ziele, wenn wir die momentane Gangart beibehalten, für einen beträchtlichen Teil der Armen dieser Welt nicht verwirklichen. Um die Millenniums-Entwicklungsziele erfolgreich umzusetzen, müssen Ernsthaftigkeit in der Absicht, politische Entschlossenheit sowie ein angemessener Mittelfluss von Ländern mit hohem Einkommen zu Ländern mit niedrigem Einkommen nachhaltig aufgebracht und gezielt eingesetzt werden.

Die Bedeutung der Millenniums-Entwicklungsziele für die Gesundheit liegt in einer Hinsicht auf der Hand. Den Gesundheitszustand der Armen zu verbessern und ihre Lebensdauer zu verlängern ist für sich genommen eine lohnende Aufgabe und ein wesentliches Ziel wirtschaftlicher Entwicklung. Es ist dies aber auch ein Mittel, um die anderen Entwicklungsziele im Zusammenhang mit der Armutsbekämpfung zu erreichen. Die Verbindungen zwischen Gesundheit, Armutsminderung und langfristigem Wirtschaftswachstum sind stark – deutlich stärker als gemeinhin angenommen. Die Krankheitslast in einigen Regionen mit geringem Einkommen, insbesondere in Afrika südlich der Sahara, ist ein schier

Tabelle 1: Lebenserwartung und Sterblichkeitsraten, nach Entwicklungskategorien der Länder (1995 – 2000)

Entwicklungskategorie	Bevölkerung (in Mio.1999)	Durchschnittliches Jahreseinkommen (in US-Dollar)	Lebenserwartung bei Geburt (in Jahren)	Säuglingssterblichkeit (Todesfälle vor Vollendung des 1. Lebensjahrs je 1000 Lebendgeburten)	Kleinkindersterblichkeit (Todesfälle vor Vollendung des 5. Lebensjahrs je 1000 Lebendgeburten)
Am wenigsten entwickelte Länder	643	296	51	100	159
Weitere Länder mit niedrigem Einkommen	1.777	538	59	80	120
Länder mit niedrigerem bis mittlerem Einkommen	2.094	1.200	70	35	39
Länder mit mittlerem bis höherem Einkommen	573	4.900	71	26	35
Länder mit hohem Einkommen	891	25.730	78	6	6
NB: Afrika südlich der Sahara	642	500	51	92	151

Quelle: Human Development Report 2001, Tabelle 8, und Berechnungen der Kommission für Volkswirtschaft und Gesundheit auf der Basis von Weltentwicklungsindikatoren der Weltbank, 2001.

unüberwindliches Hindernis für wirtschaftliches Wachstum und muss daher in jeder umfassenden Entwicklungsstrategie frontal und zentral bekämpft werden. Die AIDS-Pandemie ist eine besondere Herausforderung von beispielloser Dringlichkeit und Intensität. AIDS alleine kann die Entwicklung des afrikanischen Kontinents für die nächste Generation blockieren und in Indien, China und weiteren Entwicklungsländern Todesopfer in zweistelliger Millionenhöhe fordern, sofern die Anstrengungen, dem etwas entgegenzusetzen, nicht deutlich verstärkt werden.

Unser Bericht konzentriert sich in erster Linie auf die Länder mit niedrigem Einkommen sowie auf die Armen in Ländern mit mittlerem Einkommen.¹ Die Länder mit niedrigem Einkommen mit einer Bevölkerung von 2,5 Milliarden Menschen – und insbesondere die Länder in Afrika südlich der Sahara mit 650 Millionen Einwohnern – weisen eine deutlich niedrigere Lebenserwartung und wesentlich höhere altersbereinigte Sterblichkeitsraten auf als der Rest der Welt, wie aus Tabelle 1 hervorgeht. Das Gleiche gilt für die Armen in Ländern mit mittlerem Einkommen wie China. Um diese erschreckend hohen Sterblichkeitsraten zu verringern, bleiben die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten und eine bessere Gesundheitsversorgung von Mutter und Kind erste Priorität des öffentlichen Gesundheitswesens. Die Hauptursachen für vermeidbare Todesfälle in den Ländern mit niedrigem Einkommen sind HIV/AIDS, Malaria, Tuberkulose (TB), Infektionserkrankungen des Kindesalters, Komplikationen bei Schwangerschaft und Geburt, Mikronährstoffmangel sowie tabakbedingte Erkrankungen. Würden diese Probleme kontrolliert und gleichzeitig verbesserte Familienplanungsprogramme durchgeführt, könnten verarmte Familien nicht nur ein längeres, gesünderes und produktiveres Leben genießen, sie würden – in der Gewissheit, dass ihre Kinder überleben dürfen – bewusst weniger Kinder in die Welt setzen und könnten so mehr Geld in die Ausbildung und Gesundheit eines jeden Kindes investieren. Da einige dieser Probleme Frauen besonders belasten, würde sich speziell das Wohlbefinden von Frauen verbessern. Die gesundheitlichen Verbesserungen würden sich in höherem Einkommen, schnellerem Wirtschaftswachstum sowie gebremstem Bevölkerungswachstum bemerkbar machen.

Wenngleich wir uns hauptsächlich auf übertragbare Krankheiten und die Versorgung bei Schwangerschaft und Geburt konzentrieren, so sind auch die nicht übertragbaren Krankheiten für alle Entwicklungsländer ein wichtiges Thema. In vielen Ländern mit mittlerem Einkommen wurde die Sterblichkeit infolge übertragbarer Krankheiten bereits deutlich verringert, so dass heute in der Tendenz den nicht übertragbaren Krankheiten höchste Priorität zukommt. Für viele der nicht übertragbaren Krankheiten, darunter Herz- und Gefäßerkrankungen, Diabetes, psychische Störungen und Krebs, gibt es effektive und relativ kostengünstige Gegenmaßnahmen, was insbesondere für die Krankheitsprävention im Zusammenhang mit Ernährung, Rauchgewohnheiten und Lebensführung gilt.² Unsere aus globaler Perspektive entwickelten Prioritäten müssen von jedem Land durch eine Analyse seiner eigenen Gesundheitsprioritäten auf der Grundlage detaillierter und kontinuierlich aktualisierter epidemiologischer Daten ergänzt werden. Die von uns propagierten ergebnisorientierten Gesundheitssysteme müssen auch in der Lage sein, mit einer Reihe von Gesundheitsproblemen umzugehen, auf die hier nicht näher eingegangen wird, etwa durch kostengünstiges Case Management bei psychischen Störungen, Diabetes und Herzinfällen. Nach den vorliegenden Erkenntnissen werden die für eine massive Ausweitung der Gesundheitsversorgung im Bereich übertragbare Krankheiten und reproduktive Gesundheit erforderlichen Ansätze auch die Versorgung bei nicht übertragbaren Krankheiten verbessern.³

Die Erreichbarkeit der Millenniums-Entwicklungsziele in Ländern mit niedrigem Einkommen wird häufig falsch eingeschätzt. Da gibt es einerseits die Optimisten, die glauben, dass sich die Gesundheitsziele wie von selbst erreichen lassen, praktisch als Nebenprodukt des Wirtschaftswachstums. Obwohl die Sterblichkeitsrate für Kinder unter 5 Jahren in den am wenigsten entwickelten Ländern bei 159 pro 1000 Geburten liegt und in den Ländern mit hohem Einkommen bei 6 pro 1000 Geburten⁴, gehen diese unerschütterlichen Optimisten davon aus, dass es nur eine Frage der Zeit sei, bis sich die Sterblichkeitsraten von armen und reichen Ländern einander angleichen. Das ist aus zwei Gründen falsch: Zum einen bremst die Krankheitslast selbst das Wirtschaftswachstum, das die Gesundheitsprobleme doch lösen soll. Zum anderen ist Wirtschaftswachstum zwar in

der Tat wichtig, aber bei weitem nicht genug. Die Gesundheitsindikatoren klaffen bei gleichem Einkommensniveau weit auseinander. Laut aktueller Datenlage liegen 73 Länder bei der Säuglingssterblichkeit und 66 Länder bei der Kindersterblichkeit weit hinter den Vorgaben der Millenniums-Entwicklungsziele zurück.⁵ Die Krankheitslast kann nur dann nach den Maßgaben der Millenniums-Entwicklungsziele gesenkt werden, wenn es eine gemeinsame globale Strategie für eine bessere gesundheitliche Grundversorgung der Armen in der Welt gibt.

Die Pessimisten auf der anderen Seite unterschätzen den beachtlichen Fortschritt, der im Gesundheitswesen der meisten Länder mit niedrigem Einkommen bereits erzielt wurde (von der unrühmlichen Ausnahme HIV/AIDS einmal abgesehen), und glauben, die verbleibende hohe Krankheitslast sei eine indirekte Folge korrupter und irreparabel zerstörter Gesundheitssysteme in schlecht regierten Ländern mit geringem Einkommen. Auch diese Sicht der Dinge ist mit Missverständnissen und Übertreibungen behaftet. Die epidemiologischen Fakten vermitteln eine zentrale Botschaft: Die erhöhte Krankheitsbelastung geht zum überwiegenden Teil auf eine relativ kleine Zahl klar identifizierbarer Faktoren zurück, und für jeden dieser Faktoren steht eine Reihe von Gesundheitsmaßnahmen zur Verfügung, mit denen die Gesundheit entschieden verbessert und die Zahl der Todesfälle im Zusammenhang mit diesen Faktoren drastisch verringert werden kann. Das Problem besteht darin, dass diese Maßnahmen die Armen der Welt nicht erreichen. Dies ist zum einen eine Folge von Korruption, Misswirtschaft und einem schwachen öffentlichen Sektor, in den allermeisten Ländern gibt es jedoch ein grundlegendes und behebbares Problem. Den Armen fehlen die finanziellen Mittel für eine derartige Grundversorgung, ihren Regierungen ebenso. In vielen Fällen sind die Programme des öffentlichen Gesundheitswesens nicht auf die hier geschilderten Problemfaktoren und Gegenmaßnahmen ausgerichtet worden.

Die wichtigste Empfehlung der Kommission lautet, dass die Länder mit niedrigem und mittlerem Einkommen in Partnerschaft mit Ländern mit hohem Einkommen den Zugang zu wesentlichen Gesundheitsleistungen für die Armen dieser Welt verbessern und dabei spezifische Maßnahmen favorisieren sollten. Die Länder mit niedri-

gem und mittlerem Einkommen würden zusätzliche inländische Finanzmittel, politischen Führungswillen, Transparenz, dezentrale Mitwirkungs- und Rechenschaftssysteme bereitstellen, damit adäquat finanzierte Gesundheitssysteme effektiv arbeiten können und sich den wichtigsten Gesundheitsproblemen widmen. Die Länder mit hohem Einkommen würden gleichzeitig eine stark erhöhte finanzielle Hilfe in Form von Zuschüssen zusagen, insbesondere für die Länder, die Hilfe am dringendsten benötigen und mehrheitlich in Afrika südlich der Sahara liegen. Sie würden beschließen, dass Mangel an Gebermitteln nicht der limitierende Faktor für die Versorgung der ärmsten Völker der Welt mit Gesundheitsleistungen sein sollte.

Die Partnerschaft wäre Schritt für Schritt aufzubauen, wobei Maßnahmen in den Ländern mit niedrigem Einkommen die Bedingungen für Geberfinanzierung und umfangreiche Geberfinanzierung die finanzielle Basis für ein massiv erweitertes, effektiveres Gesundheitssystem schaffen würden und das gemeinsame Programm häufig Fortschrittskontrollen, Evaluierungen, Überprüfungen und Kurskorrekturen unterzogen würde. Die Frage, was zuerst kommt – Henne oder Ei, Reform oder Geberfinanzierung – würde umgangen, da Geber wie Empfänger jederzeit anerkennen würden, dass sowohl Finanzflüsse als auch Reformen in jeder Phase erforderlich sind und beide durch intensive Partnerschaft in Gang gehalten werden müssen. Für Regierungen von Ländern mit niedrigerem bis mittlerem Einkommen und hohen Armutskonzentrationen bestünde eine wesentliche Aufgabe darin, zusätzliche Mittel zur Finanzierung von vorrangigen Maßnahmen zur Versorgung der Armen aufzubringen.

Die Bereitstellung umfangreicher zusätzlicher in- und ausländischer Finanzmittel für die Gesundheit mag eine notwendige Voraussetzung für den massiven Ausbau der Gesundheitsversorgung sein, die Kommission erkennt aber an, dass finanzielle Beiträge alleine nicht ausreichen werden. Die Erfahrungen der Vergangenheit beweisen zwingend, dass politisches wie administratives Engagement sowohl auf der Geber- als auch auf der Empfängerseite den Schlüssel zum Erfolg darstellt. Für den Aufbau von Gesundheitssystemen, die auf die Bedürfnisse der Nutzerinnen und Nutzer eingehen können, sind politisch schwierige und verwaltungstechnisch

anspruchsvolle Entscheidungen zu treffen, insbesondere wenn es sich um arme, schwer erreichbare Bevölkerungsgruppen handelt. Einige Fragen, etwa zum relativen Aufwand für die Gesundheitsbedürfnisse der Reichen und der Armen, beziehen sich direkt auf den Gesundheitssektor. Andere, wie die Frage, ob Budget- und Beschaffungssysteme der öffentlichen Hand funktionieren oder ob es eine wirksame Überwachung und dezentrale Rechenschaftssysteme für staatliche Dienstleistungen gibt, betreffen das öffentliche Dienstleistungsmanagement. Diesen Themen zu Grunde liegen allgemeinere Fragen der politischen Steuerung, der Konfliktkultur sowie der relativen Bedeutung von Entwicklung und Armutsminderung in der nationalen Prioritätenliste.

Die Kommission erkennt die Bedeutung dieser und anderer Problempunkte und behandelt sie detailliert an verschiedenen Stellen ihres Berichts. Um erfolgreich zu sein, bedarf es eines starken politischen Führungswillens und Engagements, sowohl von Seiten der Länder, die Mittel zur Verfügung stellen können, als auch von Seiten der Entwicklungsländer – im privaten und im öffentlichen Sektor und auch in der Zivilgesellschaft. Um erfolgreich zu sein, muss sich eine Atmosphäre von Ehrlichkeit, Vertrauen und gegenseitigem Respekt in den Beziehungen zwischen Gebern und Empfängern entwickeln. Um erfolgreich zu sein, sind besondere Anstrengungen dort zu unternehmen, wo die Gesundheitssituation am besorgniserregendsten und der öffentliche Sektor schwach ist. Geberunterstützung sollte freigiebig fließen, um diese Probleme zu überwinden. Wenn Länder aber nicht zu einer ernsthaften Anstrengung bereit sind oder zur Verfügung gestellte Mittel schlecht bewirtschaftet werden, sollte aus Gründen der Sorgfalt und Glaubwürdigkeit keine umfangreiche finanzielle Förderung erfolgen. Aber sogar in solchen Fällen hat sich gezeigt, dass Geberunterstützung durch Kompetenzaufbau vor Ort und die Einbeziehung von Zivilgesellschaft und Nichtregierungsorganisationen (NRO) sehr hilfreich sein kann. Dies ist eine fast schon entmutigende Herausforderung, aber eben auch – heute mehr denn je – ein strategisch wichtiges Ziel. Regierungen und führende Persönlichkeiten, die solche Maßnahmen anstoßen und fördern helfen, haben der Verzweiflung und dem Hass, die aus der Armut erwachsen können, konkret etwas entgegenzusetzen.

Die Kommission hat sich intensiv mit der Frage auseinandergesetzt, ob Länder mit geringem Einkommen die Gesundheitssysteme aus eigenen Mitteln finanzieren könnten, wenn im Gesundheitswesen und in anderen Bereichen keine Mittel mehr verschwendet würden. Unser Ergebnis ist eindeutig: Armut selbst ist ein wesentliches finanzielles Hindernis, auch wenn es Verschwendung durchaus gibt und man etwas dagegen tun muss. Natürlich sollten die armen Länder das Management des Gesundheitswesens verbessern, die derzeitige Gewichtung der Programme im Gesundheitssektor überprüfen und im Rahmen ihrer begrenzten Möglichkeiten die inländischen Mittel für die Gesundheitsversorgung erhöhen. Wir halten es für machbar, dass Länder mit niedrigem und mittlerem Einkommen ihre Haushaltsausgaben für Gesundheit im Durchschnitt gegenüber dem aktuellen Niveau bis zum Jahr 2007 um 1 Prozent des Bruttonationalprodukts und bis zum Jahr 2015 um 2 Prozent des Bruttonationalprodukts steigern, was allerdings in Anbetracht der heftig konkurrierenden Ansprüche auf knappe öffentliche Mittel zu optimistisch sein mag. Länder mit niedrigem und mittlerem Einkommen könnten außerdem mehr dafür tun, dass die aktuellen – staatlichen und privaten – Ausgaben gerechter verteilt und effektiver verwendet werden. Staatsausgaben sollten besser auf die Bedürfnisse der Armen zugeschnitten sein, Prioritäten auf der Basis epidemiologischer und wirtschaftlicher Fakten gewählt werden. In einigen Fällen können private Gesundheitsausgaben durch vorausbezahlte Gemeindefinanzierungsmodelle ersetzt werden. Dennoch klafft zwischen den finanziellen Möglichkeiten und den finanziellen Bedürfnissen der Länder mit geringem Einkommen eine Lücke, die nur die Gebergemeinschaft schließen kann, wenn es Hoffnung auf erfolgreiche Verwirklichung der Millenniums-Entwicklungsziele geben soll.

In den meisten Ländern mit mittlerem Einkommen reichen die durchschnittlichen Pro-Kopf-Ausgaben für Gesundheit bereits aus, um eine flächendeckende Grundversorgung zu gewährleisten. Dennoch erreicht diese Grundversorgung viele Arme nicht. Häufig sind bestimmte Regionen (z.B. das ländliche Westchina und der ländliche Nordosten Brasiliens) sowie ethnische und rassische Minderheiten in besonderem Maße unterversorgt. Aus welchen Gründen auch immer – die staatlichen Ausgaben für Gesundheit tragen den Bedürfnissen

der Armen zu wenig Rechnung. Da in vielen Ländern mit mittlerem Einkommen große Bevölkerungsteile zudem finanziell unzureichend abgesichert sind, stürzen katastrophal hohe Gesundheitsausgaben viele Haushalte in die Armut. In Anbetracht der negativen Auswirkungen einer schlechten Volksgesundheit auf die allgemeine wirtschaftliche Entwicklung und die Armutsminderung fordern wir die Länder mit mittlerem Einkommen dringend auf, fiskalische und organisatorische Reformen in Angriff zu nehmen, um eine flächendeckende Versorgung mit den wichtigsten Gesundheitsleistungen sicherzustellen.⁶ Wir sind außerdem der Ansicht, dass die Weltbank und die regionalen Entwicklungsbanken diese Länder mit Finanzierungsangeboten zu Marktbedingungen bei ihrem mehrjährigen Übergang hin zu einer flächendeckenden gesundheitlichen Grundversorgung unterstützen können.

Die Kommission prüfte die vorliegenden Evidenzen im Hinblick auf die organisatorischen Voraussetzungen für einen verstärkten Ausbau der Gesundheitsversorgung und einige wichtige Hindernisse, die es zu überwinden gilt. Glücklicherweise erfordern die Grundleistungen, um die es hier geht, in der Regel keine aufwändige Technik. Für wenige sind Krankenhäuser notwendig. Die meisten können in Gesundheitszentren, in kleineren Einrichtungen, die wir als Gesundheitsposten bezeichnen, oder ambulant erbracht werden. Diese fassen wir unter dem Sammelbegriff patientennahes Versorgungssystem zusammen, und dieses System sollte Vorrang erhalten, um die Leistungen für die breite Allgemeinheit zugänglich zu machen. Der Aufbau eines effektiven patientennahen Versorgungssystems ist keine leichte Aufgabe. Nationale Führung, gepaart mit Kompetenz und Verantwortung vor Ort, ist von entscheidender Bedeutung. Das erfordert neues politisches Engagement, zusätzliche Organisations- und Überwachungskapazitäten, sowohl vor Ort als auch auf übergeordneter Ebene, sowie mehr Transparenz im öffentlichen Dienst und in der Haushaltsplanung – und für all das müssen zusätzliche Finanzmittel zur Verfügung gestellt werden. Dieses System muss sich auf ein solides Fundament kommunaler Aufsichts- und Handlungsstrukturen stützen, um flexibel auf die Bedürfnisse der Armen eingehen zu können, um örtliche Dienste mit Verantwortung auszustatten und um dazu beizutragen, dass Familien die bereitgestellten Leistungen voll in Anspruch nehmen.

Einige aktuelle globale Initiativen zur Bekämpfung von Krankheiten wie TB, Lepra, der Guineawurmkrankheit und der Chagas-Krankheit haben sich als äußerst erfolgreich erwiesen, qualitativ hochwertige Leistungen erbracht und in einigen Fällen Einstellungen und Verhaltensweisen unter sehr schwierigen Bedingungen großräumig verändert. Ein wichtiges Merkmal dieser Initiativen ist die Einführung rigider Systeme für Überwachung, Evaluierung, Berichtswesen und Finanzkontrolle, die sicherstellen, dass Zielvorgaben eingehalten, Probleme erkannt und korrigiert werden und die Verwendung von Finanzmitteln jederzeit nachvollziehbar ist. Das Ergebnis ist eine wachsende Informationsbasis zum Ausmaß der erzielten Fortschritte sowie zu den Durchführungs- und Managementstrategien, die zum Erfolg beitragen. Die aus diesen Erfahrungen gewonnenen Erkenntnisse können für die praktische Arbeit, insbesondere für die patientennahe Leistungserbringung, hilfreiche Orientierung bieten.

In den meisten Ländern würde sich das patientennahe Versorgungssystem aus staatlichen und nichtstaatlichen Anbietern von Gesundheitsleistungen zusammensetzen, die Finanzierung wäre durch den Staat gewährleistet. Der Staat kann Dienstleistungseinheiten direkt besitzen und betreiben oder Leistungen an Anbieter mit und ohne Profitabsichten vergeben. Da öffentliche Gesundheitssysteme in armen Ländern in den letzten Jahren so schwach und unterfinanziert waren, ist ein umfangreicher nichtstaatlicher Gesundheitssektor entstanden, der sich auf Privatpraxen, religiös gebundene Anbieter und NRO stützt. Die Anbietervielfalt ist nützlich, weil sie Wettbewerb schafft und ein Sicherheitsventil für den Fall eines Kollapses des öffentlichen Gesundheitssystems darstellt. Sie ist außerdem *Fait accompli* in fast allen armen Ländern.

Eine sinnvolle globale Gesundheitsstrategie wird zudem in neues Wissen investieren. Ein wichtiges Gebiet für Investitionen in die Wissensgewinnung ist Verfahrensforschung im Zusammenhang mit Behandlungsprotokollen in Ländern mit geringem Einkommen.⁷ Es gilt noch vieles darüber zu lernen, was in Gebieten mit niedrigem Einkommen tatsächlich funktioniert und warum es funktioniert bzw. nicht funktioniert – insbesondere dann, wenn Leistungen bislang nicht in Anspruch genommen oder dokumentiert wurden. Selbst wenn die

Grundtechniken der Krankheitsbekämpfung klar und weltweit anwendbar sind, weist jeder Standort spezifische Probleme auf bezüglich Logistik, Akzeptanz, Dosierung, Darreichungsform und Rezeptur, die durch Verfahrensforschung vor Ort entschlüsselt werden müssen. Wir empfehlen, dass länderspezifische Projekte als Standard 5 % aller Ressourcen für projektbezogene Verfahrensforschung aufwenden sollten, um die Wirksamkeit, die Optimierung von Behandlungsprotokollen, die Wirtschaftlichkeit alternativer Maßnahmen sowie Formen der Leistungserbringung und die Präferenzen von Bevölkerungsgruppen bzw. Patientinnen und Patienten zu untersuchen.

Investitionen in neue und verbesserte Technologien zur Bekämpfung tödlicher Krankheiten sind ebenfalls dringend erforderlich. Die jüngsten Fortschritte in der Genomik beispielsweise bringen uns einen großen Schritt weiter in unserer langjährigen Suche nach Impfstoffen gegen Malaria und HIV/AIDS sowie einem lebenslangen Schutz gegen TB. Die wissenschaftlichen Zusammenhänge bleiben jedoch komplex, die Ergebnisse unsicher. Die vorliegenden Erkenntnisse deuten auf eine soziale Rendite von Forschungsinvestitionen hin, die aktuelle Werte weit übersteigt. Ganz gleich, ob es gelingen wird, wirksame Impfstoffe herzustellen, neue Medikamente werden in Anbetracht der unaufhaltsamen Zunahme arzneimittelresistenter Stämme von Krankheitserregern auf jeden Fall benötigt. Die Kommission ruft daher zu einer deutlichen Erhöhung der finanziellen Förderung für weltweite Forschungs- und Entwicklungsaktivitäten im Zusammenhang mit der schweren Krankheitsbelastung der Armen auf. Wir verweisen insbesondere auf die Krankheiten, die ganz überwiegend in armen Ländern vorkommen. Für diese Krankheiten bieten die Märkte reicher Länder wenig Anreiz für Forschung und Entwicklung, weil es in diesen reichen Ländern nur relativ wenige Fälle gibt.⁸ Wir weisen außerdem nachdrücklich auf den Forschungsbedarf im Bereich der reproduktiven Gesundheit hin – etwa im Hinblick auf neue Mikrobizide, die eine Übertragung von HIV/AIDS verhindern könnten, und auf einen verbesserten Umgang mit lebensbedrohlichen Komplikationen bei Schwangerschaft und Geburt.

Wir benötigen auch zusätzliche Investitionen in andere Wissensgebiete. Grundlagenforschung und angewandte Forschung in der Biomedizin und in den Gesundheitswissenschaften müssen in den Ländern mit niedrigem Einkommen ausgeweitet, Forschung und Entwicklung im Hinblick auf spezifische Krankheiten intensiviert werden. Der epidemiologische Wissensstand – wer erkrankt und stirbt und an welcher Krankheit? – muss durch optimierte Überwachungs- und Berichtssysteme deutlich verbessert werden.⁹ Im öffentlichen Gesundheitswesen zählt derartige Wissen zu den wichtigsten verfügbaren Instrumenten einer erfolgreichen Krankheitsbekämpfung. Überwachung ist auch im Fall vieler nicht übertragbarer Krankheiten, etwa im Bereich der psychischen Gesundheit, bei den Folgen von Gewalt einwirkung und Unfällen sowie bei der rapiden Zunahme ernährungs- und tabakbedingter Erkrankungen, dringend erforderlich.

Schließlich brauchen wir ein stark verbessertes Beratungs- und Schulungssystem in allen Ländern mit geringem Einkommen, um die aus den Erfahrungen in einem Land gewonnenen Erkenntnisse für andere Länder nutzbar zu machen. Die weltweite Verbreitung neuer Erkenntnisse und optimaler Verfahrenslösungen (best practices) ist Motor für den verstärkten Ausbau der Gesundheitsversorgung, zentrale Verpflichtung von Organisationen wie der Weltgesundheitsorganisation und der Weltbank und ein Ziel, das heute mit Hilfe des Internets einfacher und kostengünstig zu erreichen ist. Ein Feldzug gegen Krankheit erfordert nicht nur finanzielle Ressourcen, angemessene Technologie und politisches Engagement, sondern auch eine Strategie, klare Verantwortungsstrukturen und die Fähigkeit, im Zuge der Durchführung zu lernen. Die Kommission hat daher mit großer Sorgfalt die organisatorische Durchführbarkeit eines massiven, geberfinanzierten Ausbaus der Gesundheitsversorgung in den armen Regionen der Welt analysiert. Zuerst stellten wir fest, welche Veränderungen vor Ort in den Ländern selbst stattfinden müssen. Schließlich wird die gesundheitliche Grundversorgung dort geleistet, wo die Armen leben. Am Anfang muss daher die Organisation des patientennahen Versorgungssystems auf lokaler Ebene stehen. Die Einbindung der Bevölkerung und – allgemeiner gesagt – der Aufbau einer breiten Partnerschaft von öffentlichem und priva-

tem Sektor und der Zivilgesellschaft ist hier von entscheidender Bedeutung. Das patientennahe Versorgungssystem sollte außerdem von landesweiten Programmen zur Bekämpfung schwerwiegender Krankheiten wie Malaria, HIV/AIDS und TB begleitet werden. Solche gezielten Programme haben, wenn sie gut in das kommunale Gesundheitswesen integriert sind, wesentliche Vorteile: sie bringen Fachwissen, das auf kommunaler Ebene sonst nicht verfügbar wäre, öffentliche Aufmerksamkeit und Finanzmittel, politische Energie und öffentliche Verantwortung für spezifische Ergebnisse.

Da für einen massiven Ausbau der Gesundheitsversorgung die internationale finanzielle Förderung deutlich erhöht werden muss, ist eine tragfähige Partnerschaft von Gebern und Empfängerländern auf der Basis gegenseitigen Vertrauens und gegenseitiger Leistungserfüllung wichtig. In diesem Zusammenhang müssen sich die Mechanismen der Geberfinanzierung ändern – ein Aspekt, der sich im System der internationalen Zusammenarbeit in den vergangenen drei Jahren durch die kreative Einführung eines neuen Rahmens für die Armutsbekämpfung, der Armutsstrategiepapiere oder Poverty Reduction Strategy Papers (PRSP), bereits niedergeschlagen hat.¹⁰ Die ersten Ergebnisse des PRSP-Prozesses sind vielversprechend, und die Kommission befürwortet diese neue Vorgehensweise.¹¹ Ein gemeinsamer Feldzug gegen Krankheit, wie wir ihn empfehlen, wird den Erfolg dieses jungen Ansatzes zur Gestaltung der Geber-Empfänger-Beziehungen absichern helfen. Zu den Stärken des PRSP-Ansatzes zählen: (1) verstärkter Schuldenerlass, (2) das Land übernimmt die Führung bei der Erarbeitung der nationalen Strategie, (3) explizite Einbindung der Zivilgesellschaft in jede Phase des Prozesses, (4) ein umfassender Ansatz zur Armutsverringerung und (5) bessere Geberkoordination zur Unterstützung von Länderzielen. Alle diese Faktoren sind nutzbar – ja sogar entscheidend – für den Erfolg der hier vorgeschlagenen Gesundheitsinitiative. Um die potenziellen Vorzüge der PRSP-Rahmenplanung zu realisieren und als wesentlichen Bestandteil dieser Planung im Bereich Gesundheit müssen Geber und Empfängerländer ein tragfähiges Finanzierungsmodell und einen Investitionsplan für den Gesundheitssektor ausarbeiten.

Obwohl wir uns für deutlich erhöhte Investitionen im Gesundheitssektor selbst einsetzen, betonen wir auch die Notwendigkeit zusätzlicher Investitionen in Bereichen mit starker armutsmindernder Wirkung (einschließlich Gesundheitswirkung). Zu ihnen zählen Bildung, Wasser und Entsorgung und Verbesserungen in der Landwirtschaft. Bildung zum Beispiel hat entscheidenden Einfluss auf den Gesundheitszustand, Gesundheit umgekehrt ebenso auf den Bildungsstand. Investitionen in diese verschiedenen Sektoren sind am wirkungsvollsten, wenn sie kombiniert werden, was im PRSP-Prozess besonders zum Tragen kommt. Wir haben allerdings keine Kostenschätzungen außerhalb des Gesundheitssektors vorgenommen.¹²

Im Zusammenhang mit den PRSP empfiehlt die Kommission, dass jedes Entwicklungsland zur Organisation und Leitung der Aufgabe, die Gesundheitsversorgung massiv auszubauen, für einen begrenzten Zeitraum eine nationale Kommission für Volkswirtschaft und Gesundheit oder ein ähnliches Gremium einberuft, dessen Vorsitz die Gesundheits- und Finanzminister gemeinsam führen und dem wichtige Vertreterinnen und Vertreter der Zivilgesellschaft angehören.¹³ Jede nationale Kommission würde die nationalen Prioritäten im Gesundheitswesen ermitteln, eine mehrjährige Strategie zur Verbreiterung der Reichweite der gesundheitlichen Grundversorgung entwerfen, Synergien mit anderen gesundheitsrelevanten Schlüsselsektoren in Betracht ziehen und die Vereinbarkeit mit einer soliden gesamtwirtschaftlichen Politik sicherstellen. Die Planung würde von einem deutlichen Anstieg der internationalen Hilfe in Form von Zuschüssen ausgehen. Die nationalen Kommissionen würden gemeinsam mit der Weltgesundheitsorganisation und der Weltbank eine epidemiologische Vergleichsbasis, quantifizierte Planziele und einen mittelfristigen Finanzierungsplan erarbeiten. Jede Kommission sollte ihre Arbeit innerhalb von zwei Jahren bis Ende 2003 abschließen.

Wir empfehlen, dass jedes Land ein Gesamtprogramm grundlegender Leistungen vorlegt, deren flächendeckende Bereitstellung durch Finanzierung aus öffentlichen (und Geber-) Mitteln gewährleistet werden soll. Wir schlagen vier Hauptkriterien für die Auswahl dieser Leistungen vor: (1) sie sollten technisch wirksam und erfolgreich zu erbringen sein, (2) die anvisierten Krank-

heiten sollten für die Gesellschaft eine schwere Belastung darstellen, sowohl im Hinblick auf das Einzelschicksal als auch auf die Gesamtgesellschaft (z.B. Epidemien und negative Wirtschaftseffekte), (3) der soziale Nutzen sollte die Kosten der Leistungen übersteigen (wobei zu den Nutzen die gewonnenen Lebensjahre und Nebeneffekte wie weniger Waisen oder beschleunigtes Wirtschaftswachstum zählen), und (4) die Bedürfnisse der Armen sollten im Vordergrund stehen.

Wir gehen davon aus, dass bis 2010 im Prinzip durch die hier empfohlenen Basismaßnahmen gegen Infektionskrankheiten und Ernährungsdefizite – vor allem in den Ländern mit geringem Einkommen – rund 8 Millionen Menschenleben pro Jahr gerettet werden könnten.¹⁴ Die Kommission für Volkswirtschaft und Gesundheit schätzte die Kosten für diesen massiven Ausbau der Gesundheitsversorgung,¹⁵ einschließlich der damit verbundenen Allgemerkosten für Systemerweiterung und Überwachung, für alle Länder, deren Brutto sozialprodukt pro Kopf 1999 unter 1.200 \$ lag, plus die wenigen Länder in Afrika südlich der Sahara mit Einkommen über 1.200 \$ (siehe Länderliste in Tabelle A2.B des Gesamtberichts).¹⁶ Die jährlichen Gesundheitsausgaben für diese Ländergruppe würden insgesamt bis 2007 um 57 Milliarden \$ und bis 2015 um 94 Milliarden \$ steigen (Tabelle A2.3 im Gesamtbericht). Die Länder würden 2007 insgesamt zusätzlich 35 Milliarden \$ pro Jahr und 2015 zusätzlich 63 Milliarden \$ pro Jahr ausgeben.¹⁷ Die Geber würden ihre Zuschüsse bis 2007 um 22 Milliarden \$ pro Jahr und bis 2015 um 31 Milliarden \$ pro Jahr erhöhen (Tabelle A2.6 im Gesamtbericht).¹⁸ Die öffentliche Entwicklungshilfe liegt derzeit bei einer Größenordnung von 6 Milliarden \$.¹⁹ Die Gesamtausgaben der Geber einschließlich der Programme auf Länderebene und der Bereitstellung globaler öffentlicher Güter (global public goods oder GPGs) würden sich 2007 auf 27 Milliarden \$ und 2015 auf 38 Milliarden \$ belaufen. Die erhöhte Geberfinanzierung für den Gesundheitsbereich würde zusätzlich zu den aktuellen Gesamthilfsströmen anfallen, da die Hilfe in vielen Bereichen auch außerhalb des Gesundheitswesens aufgestockt werden sollte.

Der größte Teil der Geberunterstützung würde in die am wenigsten entwickelten Länder fließen, die Hilfe in Form von Zuschüssen am meisten brauchen, um die

Gesundheitsversorgung deutlich auszuweiten. Für diese Länder würden sich die jährlichen Gesundheitsausgaben insgesamt gegenüber dem Stand von 2002 um 17 Milliarden \$ bis 2007 und um 29 Milliarden \$ bis 2015 erhöhen. Angesichts der extrem niedrigen Einkommen in diesen Ländern würden die inländischen Mittel, die bis 2007 um 4 Milliarden \$ und bis 2015 um 9 Milliarden \$ angehoben werden könnten, bei weitem nicht ausreichen. Die Lücke würde von Gebern mit Zuschüssen in Höhe von 14 Milliarden \$ jährlich (2007) bzw. 21 Milliarden \$ jährlich (2015) geschlossen. Wir stellen auch fest, dass regional gesehen Afrika den größten Teil der Geberunterstützung erhalten würde, worin sich sowohl Afrikas Armut als auch seine hohe Krankheitsprävalenz spiegelt. Etwa die Hälfte der Gesamtkosten für den massiven Ausbau der Gesundheitsversorgung würde für die AIDS-Prävention und die Versorgung von AIDS-Infizierten benötigt.

Um diese Zahlen zu verstehen, ist eine Betrachtung der Kosten von Gesundheitsmaßnahmen pro Kopf aufschlussreich. Wir kommen zu dem Ergebnis, dass das Grundversorgungspaket rund 34 \$ pro Person und Jahr kostet – eigentlich eine sehr bescheidene Summe, vor allem im Vergleich zu den durchschnittlichen Gesundheitsausgaben pro Kopf der Bevölkerung von über 2.000 \$ jährlich in den Ländern mit hohem Einkommen. Die am wenigsten entwickelten Länder können 2007 etwa 15 \$ pro Person und Jahr (knapp 5 % des Pro-Kopf-Einkommens) aufbringen. Damit ist eine Lücke von 19 \$ pro Person und Jahr zu schließen. Ausgehend von 750 Millionen Menschen in den am wenigsten entwickelten Ländern im Jahr 2007 sind das insgesamt rund 14 Milliarden \$. Die anderen Länder mit niedrigem Einkommen können durchschnittlich rund 32 \$ pro Person (wiederum etwa 5 % des Pro-Kopf-Einkommens) aufbringen. Einige dieser Länder werden Geberhilfe brauchen, um die notwendigen 34 \$ pro Person bereitzustellen, andere nicht. Zusammen werden sie 2007 eine Bevölkerung von rund 2 Milliarden Menschen haben und – Land für Land berechnet – durchschnittlich rund 3 \$ pro Kopf brauchen, um die Finanzierungslücke zu schließen. Sie benötigen demnach Geberunterstützung in Höhe von insgesamt rund 6 Milliarden \$. Die Länder mit niedrigerem bis mittlerem Einkommen werden zusätzlich 1,5 Milliarden \$ brauchen, in erster Linie um die hohen durch AIDS verursachten Kosten zu bestreiten.

Wichtig dabei ist, die gesamte Geberunterstützung im richtigen Verhältnis zu sehen. Zwar ist das erforderliche Hilfsvolumen im Vergleich zur aktuellen Geberunterstützung im Gesundheitsbereich groß, würde aber nur 0,1 % des Bruttonationalprodukts der Geberländer ausmachen und breiten Raum lassen für eine deutliche Aufstockung der Geberunterstützung in anderen Bereichen, in denen dies notwendig ist. Wir weisen nachdrücklich darauf hin, dass die vermehrte Förderung des Gesundheitswesens zusätzlich zu aktuellen Hilfsströmen erfolgen muss, da verstärktes Engagement nicht nur im Gesundheitswesen, sondern auch auf den Gebieten der Bildung, Entsorgung, Wasserversorgung und in anderen Bereichen notwendig sein wird. Außerdem zeigt sich darin, dass die zusätzliche finanzielle Förderung durch die Geber im Vergleich zu den aktuellen Gesundheitsausgaben vor allem in den ärmsten Ländern so erheblich scheint, wie wenig diese Länder tatsächlich ausgeben, worin sich wiederum ihr geringes Einkommen spiegelt. Die Aufstockung der Hilfe für den Gesundheitssektor muss zeitlich abgestuft erfolgen um sicherzustellen, dass Mittel effektiv und ehrlich verwendet werden. Daraus haben wir einen im Zeitverlauf steigenden Versorgungsgrad abgeleitet und in Tabelle 7 des Gesamtberichts, welche die Grunddaten unserer Kostenkalkulation zeigt, dargestellt. Beachten Sie, dass die Geberunterstützung für einen längeren Zeitraum, vielleicht 20 Jahre, notwendig sein wird, schließlich aber – mit steigendem Pro-Kopf-Einkommen der Länder und demzufolge wachsender Fähigkeit zur Finanzierung wesentlicher Gesundheitsleistungen aus eigenen Mitteln – nach und nach eingestellt werden soll.

Der wirtschaftliche Nutzen des Programms würde die Kosten weit übersteigen. Acht Millionen Menschenleben, die vor Infektionskrankheiten und Ernährungsdefiziten geschützt würden, bedeuten für die Betroffenen eine sehr viel höhere Zahl an gewonnenen Lebensjahren sowie eine höhere Lebensqualität. Wirtschaftsfachleute sprechen von gewonnenen Jahren gesunden Lebens (disability-adjusted life years oder DALYs)²¹ und berücksichtigen hierfür die gewonnenen Lebensjahre und die Zahl der Jahre, um die sich der durch Krankheit oder Behinderung beeinträchtigte Zeitraum verkürzt. Wir gehen davon aus, dass bei 8 Millionen verhinderten Todesfällen etwa 330 Millionen Jahre gesunden Lebens gewonnen würden. Bei konservativer Schätzung bringt jedes gewonnene Jahr gesunden Lebens einen wirt-

schaftlichen Nutzen in Höhe des für 2015 veranschlagten jährlichen Pro-Kopf-Einkommens von 563 \$. Der direkte ökonomische Nutzen von 330 Millionen gewonnenen Jahren gesunden Lebens läge somit bei 186 Milliarden \$ pro Jahr und wahrscheinlich um ein Mehrfaches höher.²² Auch das Wirtschaftswachstum würde sich beschleunigen, und die gewonnenen Jahre gesunden Lebens würden Ländern mit niedrigem Einkommen und hohen Sterberaten helfen, aus der Armut zu entkommen. Das würde durch steigende Pro-Kopf-Einkommen zusätzliche Beträge in zwei- oder dreistelliger Milliardenhöhe pro Jahr einbringen.

Die Gesamtunterstützung durch Zuschüsse in Höhe von 27 Milliarden \$ im Jahr 2007 wäre drei Zielen gewidmet: (1) Unterstützung für Länder mit niedrigem Einkommen (und für einige Länder mit mittlerem Einkommen für Ausgaben im Zusammenhang mit HIV/AIDS) als Beitrag zum massiven Ausbau der gesundheitlichen Grundversorgung und Entwicklung des Gesundheitssystems (22 Milliarden \$, aufgeschlüsselt in Anhang 2 des Gesamtberichts); (2) Investitionen in Forschung und Entwicklung (F & E) im Zusammenhang mit den Krankheiten der Armen (3 Milliarden \$); (3) verstärkte Bereitstellung von globalen öffentlichen Gütern durch die internationalen Institutionen, die mit der Koordinierung der globalen Aufgabe beauftragt sind, unter ihnen die Weltgesundheitsorganisation, die Weltbank und andere Sonderorganisationen der Vereinten Nationen (2 Milliarden \$). Zusätzlich würde Ländern mit mittlerem Einkommen Unterstützung in Form von Krediten zu Marktbedingungen angeboten.²³ Wir glauben, dass diese notwendigen Finanzströme – wenn sie gut verwaltet und nach dem von uns empfohlenen Zeitplan stufenweise eingeführt werden – von den Entwicklungsländern ohne übermäßige gesamtwirtschaftliche oder sektorspezifische Destabilisierung absorbiert werden könnten.

Diese finanziellen Ziele sind eher eine Vision dessen, was getan werden sollte, als eine Vorhersage, was passieren wird. Wir alle wissen um Geberländer, die trotz enormen Reichtums ihren internationalen Verpflichtungen nicht nachkommen, und um Empfängerländer, welche die zur Rettung ihres eigenen Volkes erforderlichen Steuerungsmaßnahmen verweigern. Vielleicht

werden nur wenig zusätzliche Mittel fließen; vielleicht stellen Geber Millionen bereit, wo Milliarden gebraucht werden, vielleicht führen verarmte Länder Kriege gegen Menschen und nicht gegen Krankheiten und machen es der Weltgemeinschaft so unmöglich zu helfen. Wir sind nicht naiv: es ist kein Zufall, dass Millionen Menschen – ohne Stimme, ohnmächtig, unbemerkt von den Medien – jedes Jahr unnötigerweise sterben.²⁴

Für die Bereitstellung von Gebermitteln in dieser Größenordnung wird ein neuer *modus operandi* erforderlich sein. Die Kommission befürwortet nachdrücklich die Einrichtung des Globalen Fonds zur Bekämpfung von AIDS, Tuberkulose und Malaria (GFATM), dessen Schwerpunkt zunächst eine globale Antwort auf AIDS, Malaria und Tuberkulose sein wird. Wir empfehlen, als Teil der Geberunterstützung für Länderprogramme in Höhe von insgesamt 22 Milliarden \$ den GFATM bis zum Jahr 2007 auf rund 8 Milliarden \$ pro Jahr aufzustoßen. Da AIDS eine beispiellose Herausforderung darstellt und die wirtschaftliche Entwicklung in Afrika und anderen Regionen jahrzehntelang blockieren kann, sollte der GFATM unserer Ansicht nach ein mutiges und energiegeliches Programm unterstützen, das sich auf die Verhütung von Neuinfektionen und die Behandlung bereits infizierter Menschen konzentriert. Im Bereich der Prävention wäre das Ziel, mit Präventionsprogrammen möglichst viele Angehörige von Hochrisikogruppen wie Menschen, die im Sexgewerbe tätig sind, und injizierende Drogenkonsumentinnen und -konsumenten zu erreichen und vielen Menschen Zugang zu Behandlungsmöglichkeiten für sexuell übertragbare Krankheiten, freiwillige Beratungen und Tests und Maßnahmen zur Vermeidung einer Übertragung von der Mutter an ihr Kind zu ermöglichen. Angesichts der Kosten und Schwierigkeiten einer Ausweitung des Behandlungsangebots, insbesondere eines effektiven Einsatzes der antiretroviralen Therapie (ART), ohne Virenresistenz gegen die Medikamente zu fördern, sollte diese Ausweitung sorgfältig überwacht werden, wissenschaftlich fundiert sein und von intensiver Verfahrensforschung begleitet werden. Wir stimmen den Schätzungen von UNAIDS und dem ART-Programm der Weltgesundheitsorganisation zu, dass bis Ende 2006 fünf Millionen Menschen in Gebieten mit niedrigem Einkommen eine antiretrovirale Behandlung erhalten können.²⁵

Um die zusätzlichen Mittel für Forschung und Entwicklung in die richtigen Bahnen zu lenken, befürworten wir die Einrichtung eines neuen Globalen Fonds für Gesundheitsforschung, aus dem rund 1,5 Milliarden \$ pro Jahr ausbezahlt werden sollen. Dieser Fonds würde grundlegende und angewandte biomedizinische und gesundheitswissenschaftliche Forschung zu Gesundheitsproblemen der Armen und zu Gesundheitssystemen und -politiken, die für die Bewältigung dieser Probleme erforderlich sind, fördern. Weitere Unterstützung für Forschung und Entwicklung in Höhe von 1,5 Milliarden \$ pro Jahr sollte über vorhandene Kanäle finanziert werden. Zu diesen zählen das Sonderprogramm für Forschung und Ausbildung auf dem Gebiet der Tropenkrankheiten (Special Programme for Research and Training in Tropical Diseases - TDR), die Initiative für Impfstoffforschung (Initiative for Vaccine Research - IVR), das Sonderprogramm für Forschung, Entwicklung und Forschungsausbildung auf dem Gebiet der menschlichen Fortpflanzung (Special Programme of Research, Development and Research Training in Human Reproduction - HRP), die alle bei der WHO angesiedelt sind, die in Zusammenarbeit mit Unternehmen durchgeführten Programme (Public-Private Partnerships) zur Bekämpfung von AIDS, Tuberkulose, Malaria sowie andere Krankheitsbekämpfungsprogramme, die in letzter Zeit ihre Arbeit aufnehmen. In beiden Fällen wäre es sehr wichtig, das erhöhte Finanzierungsvolumen zuverlässig voraussagen zu können, da die erforderlichen Forschungs- und Entwicklungsaktivitäten langfristige Unterfangen sind. Das bereits bestehende Globale Forum für Gesundheitsforschung (Global Forum for Health Research) könnte bei der effektiven Verteilung der Gesamtförderung eine wichtige Rolle spielen. Zur Unterstützung dieses verstärkten Forschungs- und Entwicklungsaufwands treten wir entschieden dafür ein, dass führende Wissenschaftsjournale über das Internet kostenlos verbreitet werden und Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler in Ländern mit niedrigem Einkommen so besseren Zugang zu einem wichtigen wissenschaftlichen Forschungsinstrument haben.

Der öffentliche Sektor kann diese Last alleine nicht tragen. Die Pharmaindustrie muss in diesem Bemühen Partnerin sein. Die Unternehmensprinzipien, die aktuellen, höchst lobenswerten Programmen für Medikamentenspenden und Preisnachlässe zugrunde liegen,

müssen allgemein Anwendung finden, um den massiven Ausbau der Gesundheitsversorgung in armen Ländern zu stützen. Die Pharmaindustrie muss sicherstellen, dass Länder mit niedrigem Einkommen (und die Geber in ihrem Namen) Zugang zu essentiellen Medikamenten haben, und das zu einem Preis nahe dem Selbstkostenpreis (der manchmal als niedrigstmöglicher Handelspreis oder *lowest viable commercial price* bezeichnet wird) und nicht zu den viel höheren Preisen, die auf Märkten in Ländern mit hohem Einkommen üblich sind. Die Industrie ist unserer Einschätzung nach bereit, eine solche Verpflichtung einzugehen und den Armen den Zugang zu essentiellen Medikamenten zu ermöglichen, sowohl durch differenzierte Preisgestaltung als auch durch Lizenzvergabe für ihre Produkte an Generikahersteller.²⁶ Wenn die Industrie nicht genügend oder nicht auf breiter und verlässlicher Basis mitarbeitet, sollten die internationalen Handelsbestimmungen, die auch den Zugang zu essentiellen Medikamenten regeln, so angewendet werden, dass dies zum gleichen Ergebnis führt. Gleichzeitig ist es wichtig sicherzustellen, dass verbesserter Zugang für die Armen nicht den Anreiz für künftige Innovationen nimmt, der sich aus dem System zum Schutz geistiger Eigentumsrechte ableitet. Die Privatindustrie außerhalb des pharmazeutischen Sektors hat ebenfalls eine Rolle zu spielen, indem sie unter anderem dafür sorgt, dass ihre eigenen Arbeitskräfte – das Herz der Firmenproduktivität – Zugang zu dem Wissen und den medizinischen Leistungen haben, die ihr Leben und ihre Gesundheit schützen. So tragen zum Beispiel die Bergbaugesellschaften im südlichen Afrika, dem Epizentrum von HIV/AIDS, eine besondere Verantwortung dafür, Übertragungen vermeiden zu helfen und gemeinsam mit der Regierung und Gebern den Zugang ihrer Arbeitskräfte zum Gesundheitswesen zu gewährleisten. Die wichtigsten Erkenntnisse der Kommission über die Zusammenhänge zwischen Gesundheit und Entwicklung sind in Tabelle 2 zusammengefasst. Ein Aktionsplan ist in Tabelle 3 im Überblick dargestellt. Unsere spezifischen Empfehlungen für ein verstärktes finanzielles Engagement der internationalen Geber und der Länder sind in Tabelle 4 zusammengestellt.

Die Globalisierung ist heute umstrittener als je zuvor, und so muss es der Welt nun gelingen, ihre feierlich eingegangenen Verpflichtungen zur Verringerung der Armut und Verbesserung der Gesundheit in die Tat

umzusetzen. Die – personellen, wissenschaftlichen und finanziellen – Ressourcen dafür sind vorhanden, müssen jetzt aber mobilisiert werden. In Zeiten, in denen sich die Welt in einem verschärften Kampf gegen den Terrorismus engagiert, ist es umso wichtiger, dass sie sich gleichzeitig dafür einsetzt, Millionen Menschenleben auch mit friedlichen Mitteln und unter Einsatz der besten Errungenschaften unserer modernen Wissenschaft und Technologie und des enormen Wohlstands der reichen Länder zu retten. Ein solches Unterfangen würde die Völker in aller Welt inspirieren und vereinen. Wir rufen die Führenden der internationalen Gemeinschaft – in Geber- und Empfängerländern, in internationalen Institutionen wie der Weltbank, der Weltgesundheitsorganisation, der Welthandelsorganisation, der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung, dem Internationalen Währungsfonds, in Privatunternehmen und in der Zivilgesellschaft – auf, die in diesem Bericht aufgezeigten Chancen wahrzunehmen. Vereint kann die Welt nun die globalen Investitionen in die Gesundheit in die Wege leiten, die das Leben und die wirtschaftliche Lage der Armen in aller Welt verändern können.

Tabelle 2: Wesentliche Erkenntnisse über die Zusammenhänge zwischen Gesundheit und Entwicklung

1. Gesundheit ist per se ein Ziel hoher Priorität und gleichzeitig ein wesentlicher Beitrag zu Wirtschaftsentwicklung und Armutsminderung. Die Bedeutung von Investitionen in das Gesundheitswesen haben nicht nur Wissenschaftler, sondern auch Regierungen in Entwicklungsländern und die internationale Gebergemeinschaft stark unterschätzt. Höhere Investitionen in die Gesundheit, wie sie in diesem Bericht skizziert werden, würden Einkommenssteigerungen von Hunderten Milliarden Dollar pro Jahr in Ländern mit geringem Einkommen nach sich ziehen. Die Sicherung einer gut erreichbaren Gesundheitsversorgung für die Armen einschließlich ihrer Nebeneffekte für wohlhabendere Mitglieder der Gesellschaft ist mit enormen sozialen Vorteilen verbunden.
2. Einige wenige Gesundheitsprobleme sind für einen Großteil des Gesundheitsdefizits verantwortlich:

-
- HIV/AIDS, Malaria, Tuberkulose, Infektionskrankheiten des Kindesalters (von denen viele durch Impfung vermieden werden können), Komplikationen bei Schwangerschaft und Geburt, tabakbedingte Erkrankungen und Mikronährstoffdefizite. Es gibt effektive Maßnahmen, um diese Probleme zu vermeiden bzw. zu behandeln. Rund acht Millionen Todesfälle pro Jahr im Zusammenhang mit diesen Gesundheitsproblemen könnten mit einem gezielten Programm bis zum Ende des Jahrzehnts verhindert werden.
3. Die HIV/AIDS-Pandemie ist eine besondere und beispiellose Katastrophe in ihrer menschlichen Dimension und in ihren Auswirkungen auf die Wirtschaftsentwicklung. Sie erfordert daher besondere Beachtung. Erprobte und bewährte Verfahren stehen im Gesundheitssektor zur Verfügung, um die meisten Ursachen des Gesundheitsdefizits einschließlich HIV/AIDS zu beheben.
 4. Investitionen im Bereich der reproduktiven Gesundheit einschließlich Familienplanung und Zugang zu empfängnisverhütenden Mitteln müssen parallel zu Investitionen in die Krankheitsbekämpfung erfolgen. Die Kombination von Krankheitsbekämpfung und Förderung der reproduktiven Gesundheit wird aller Voraussicht nach zu verringerter Fruchtbarkeit, höheren Investitionen in die Gesundheit und Bildung jedes einzelnen Kindes und gebremstem Bevölkerungswachstum führen.
 5. In den Ländern mit niedrigem Einkommen reichen die Gesundheitsausgaben zur Bewältigung der Gesundheitsprobleme nicht aus. Wir schätzen den Mindestfinanzbedarf für eine Grundversorgung einschließlich der Mittel zur Bekämpfung der AIDS-Pandemie auf rund 30 - 40 \$ pro Person und Jahr, wobei ein Großteil dieser Mittel aus dem Staatshaushalt und nicht privat zu finanzieren sein wird. Die derzeitigen Gesundheitsausgaben liegen deutlich niedriger. Die am wenigsten entwickelten Länder geben insgesamt rund 13 \$ pro Person und Jahr für Gesundheit aus, wovon lediglich 7 \$ aus Haushaltsmitteln stammen. Die anderen Länder mit niedrigem Einkommen geben durchschnittlich rund 24 \$ pro Kopf und Jahr für Gesundheit aus, davon stammen 13 \$ aus Haushaltsmitteln.
 6. Arme Länder können mehr inländische Mittel für das Gesundheitswesen aufbringen und diese Mittel effizienter nutzen. Aber selbst wenn sie mehr Mittel mobilisieren und diese effizienter einsetzen, sprengt der Finanzbedarf für die Bereitstellung einer gesundheitlichen Grundversorgung den finanziellen Rahmen vieler Länder mit niedrigem Einkommen und einiger Länder mit mittlerem Einkommen und hoher HIV/AIDS-Prävalenz.
 7. Geberfinanzierung wird erforderlich sein, um die Finanzierungslücke zu schließen, und muss mit größtmöglichem Engagement der Empfängerländer Hand in Hand gehen. Wir schätzen, dass für eine weltweite Aufstockung der Gesundheitsinvestitionen auf ein Niveau, das den Ländern mit niedrigem Einkommen erlaubt, die Grundversorgung zu Kosten von 30 - 40 \$ pro Person bereitzustellen, im Jahr 2007 Geberzuschüsse in Höhe von rund 27 Milliarden \$ pro Jahr erforderlich sein werden, während derzeit etwa 6 Milliarden \$ jährlich bereitgestellt werden. Diese Finanzmittel sollten zusätzlich zu der sonstigen finanziellen Förderung durch die Geber aufgebracht werden, da verstärktes Engagement auch in anderen verwandten Bereichen wie Bildung, Wasser, Entsorgung benötigt wird.
 8. Für eine bessere Reichweite der Gesundheitsversorgung für die Armen wären vermehrte finanzielle Investitionen in spezifische Maßnahmen im Gesundheitssektor ebenso erforderlich wie ein gut strukturiertes Gesundheitssystem, das die Armen erreichen kann. Erste Priorität ist die Schaffung eines Dienstleistungssystems auf lokaler Ebene („patientennah“), das durch landesweite Programme für einige schwerwiegende Krankheiten ergänzt wird. Für die erfolgreiche Durchführung eines solchen Programms sind politisches und administratives Engagement, eine Verbesserung der Fach- und Verwaltungskompetenz im Land, eine deutliche Stärkung der Systeme für öffentliches Management und die Schaffung dezentraler Verantwortungsstrukturen notwendig. Erforderlich sind außerdem neue Ansätze in den Geber-Empfänger-Beziehungen.
 9. Unabdingbar für einen wirksamen Feldzug gegen die Krankheiten der Armen sind auch erhebliche Investitionen in globale öffentliche Güter wie die verstärkte

Erfassung und Analyse von epidemiologischen Daten, die Überwachung von Infektionskrankheiten sowie Forschung und Entwicklung auf dem Gebiet der Krankheiten, die vor allem in armen Ländern auftreten (oft, aber nicht ausschließlich, Tropenkrankheiten).

10. Koordiniertes Handeln der Pharmaindustrie, Regierungen von Ländern mit niedrigem Einkommen, Geber und internationalen Stellen ist notwendig um sicherzustellen, dass die Länder mit niedrigem Einkommen verlässlichen Zugang zu essentiellen Arzneimitteln haben.

Tabelle 3: Aktionsplan für Gesundheitsinvestitionen als Beitrag zur Wirtschaftsentwicklung

1. Jedes Land mit niedrigem und mittlerem Einkommen sollte für einen befristeten Zeitraum eine nationale Kommission für Volkswirtschaft und Gesundheit oder ein ähnliches Gremium einberufen, das ein langfristiges Programm zum massiven Ausbau der gesundheitlichen Grundversorgung als Teil der Gesamtplanung für das Armutsstrategiepapier (PRSP) erarbeitet. Die Weltgesundheitsorganisation und die Weltbank sollten nationale Kommissionen darin unterstützen, epidemiologische Ausgangsdaten, Planziele und einen Rahmenplan für die langfristige Geberfinanzierung zu erarbeiten. Die nationalen Kommissionen sollten ihre Arbeit bis Ende 2003 abschließen.
2. Die Finanzierungsstrategie sollte eine Aufstockung der inländischen Haushaltsmittel für den Gesundheitssektor um 1 % des BSP bis 2007 und um 2 % des BSP bis 2015 vorsehen (oder weniger, wenn dies ausreicht, um die Kosten für den massiven Ausbau der Gesundheitsversorgung zu bestreiten, was in einigen Ländern mit mittlerem Einkommen der Fall sein kann). Für Länder mit niedrigem Einkommen bedeutet dies zusätzliche Haushaltsausgaben in Höhe von 23 Milliarden \$ im Jahr 2007 und 40 Milliarden \$ im Jahr 2015, davon entfallen 2007 4 Milliarden \$ und 2015 9 Milliarden \$ auf die am wenigsten entwickelten Länder und der Rest auf die anderen Länder mit niedrigem Einkommen. Die Länder sollten auch Schritte einleiten, um die inländischen Mittel effizien-

ter einzusetzen, unter anderem durch eine bessere Priorisierung von Gesundheitsdiensten und die Förderung von gemeindegetragenen Finanzierungsmodellen, die armen Haushalten eine verbesserte gemeinsame Risikoübernahme ermöglichen.

3. Die internationale Gebergemeinschaft sollte Ländern mit geringem Einkommen Zuschüsse in angemessener Höhe zur Verfügung stellen, um eine flächendeckende gesundheitliche Grundversorgung, verstärkten Forschungs- und Entwicklungsaufwand und die Versorgung mit anderen öffentlichen Gütern abzusichern. Einige Länder mit mittlerem Einkommen werden auch Unterstützung in Form von Zuschüssen brauchen, um die finanziellen Kosten für einen verstärkten Kampf gegen HIV/AIDS zu bestreiten. Nach unseren Schätzungen liegt der Gesamtbedarf an Geberzuschüssen 2007 bei 27 Milliarden \$ pro Jahr und 2015 bei 38 Milliarden \$ pro Jahr. Darüber hinaus sollten die Weltbank und die regionalen Entwicklungsbanken Ländern mit mittlerem Einkommen vermehrt Kredite zu Marktbedingungen für den massiven Ausbau ihrer Gesundheitssysteme anbieten. Die Geberbeiträge würden etwa wie folgt verteilt:

	2007	2015
Länderprogramme	22 Milliarden \$	31 Milliarden \$
F & E für Krankheiten der Armen	3 Milliarden \$	4 Milliarden \$
Bereitstellung von anderen globalen öffentlichen Gütern	2 Milliarden \$	3 Milliarden \$
Gesamt	27 Milliarden \$	38 Milliarden \$
Gesamt	27 Milliarden \$	38 Milliarden \$

Die Weltgesundheitsorganisation und die Weltbank sollten gemeinsam mit einem Lenkungsausschuss von Geber- und Empfängerländern mit der Koordination und Überwachung der Ressourcenmobilisierung beauftragt werden. Um diese Vision eines

-
- deutlich verstärkten Engagements für Gesundheit zu verwirklichen, ist Geberunterstützung für den Aufbau von Durchführungskapazitäten und für die Überwindung von Engpässen auf dem Gebiet der politischen Steuerung oder in anderen Bereichen erforderlich. Werden Mittel allerdings nicht korrekt verwendet, muss aus Gründen der Glaubwürdigkeit die finanzielle Förderung im Umfang verringert und auf Trägerstärkung und die Unterstützung von NRO-Programmen ausgerichtet werden.
4. Die internationale Gemeinschaft sollte zwei neue Finanzierungsmechanismen einführen, über die 2007 jährlich ungefähr die folgenden Beträge ausgezahlt werden: den Globalen Fonds zur Bekämpfung von AIDS, Tuberkulose und Malaria (GFATM) mit 8 Milliarden \$ und den Globalen Fonds für Gesundheitsforschung (GHRF) mit 1,5 Milliarden \$. Zusätzliche Mittel für Forschung und Entwicklung in Höhe von 1,5 Milliarden \$ pro Jahr sollten über bestehende Institutionen geleitet werden, wie etwa die bei der Weltgesundheitsorganisation angesiedelten Programme TDR, IVR und HRP, das Globale Forum für Gesundheitsforschung und verschiedene Programme der Zusammenarbeit zwischen öffentlichem Sektor und Privatwirtschaft (Public-Private Partnerships), die sich derzeit um die Entwicklung neuer Medikamente und Impfstoffe bemühen. Länderprogramme sollten mindestens 5 % des Budgets für Verfahrensforschung vorsehen.
 5. Für die Versorgung mit anderen globalen öffentlichen Gütern sollten internationale Stellen wie die Weltgesundheitsorganisation und die Weltbank zusätzliche Finanzmittel in Höhe von 1 Milliarde \$ pro Jahr ab 2007 und 2 Milliarden \$ pro Jahr ab 2015 bereitstellen. Zu diesen globalen öffentlichen Gütern zählen die Krankheitsüberwachung auf internationaler Ebene, die Datenerfassung und -analyse zu weltweiten Gesundheitstrends (wie Krankheitsbelastung), die Analyse und Verbreitung international bewährter Verfahrenslösungen für Krankheitsbekämpfung und Gesundheitssysteme sowie fachliche Beratung und Ausbildung.
 6. Zur Förderung privatwirtschaftlicher Anreize für die späteren Stufen der Medikamentenentwicklung sollte die bestehende Gesetzgebung im Hinblick auf Arzneimittel für seltene Leiden (Orphan Drugs) in den Ländern mit hohem Einkommen dahingehend geändert werden, dass sie Krankheiten der Armen wie die übertragbaren Tropenkrankheiten mit einschließt. Darüber hinaus sollten der GFATM und andere Arzneimittel abnehmende Geberorganisationen vorab Kaufverpflichtungen für zu entwickelnde Neuprodukte zu wirtschaftlich vertretbaren Preisen eingehen.
 7. Die internationale Pharmaindustrie sollte in Zusammenarbeit mit Ländern mit niedrigem Einkommen und mit der Weltgesundheitsorganisation sicherstellen, dass diese Länder Zugang zu essentiellen Medikamenten haben. Zu diesem Zweck sollte sie sich verpflichten, essentielle Medikamente in Ländern mit niedrigem Einkommen zum niedrigstmöglichen Handelspreis abzugeben und Generikaherstellern Lizenzen für die Produktion essentieller Medikamente zu erteilen, je nachdem, was unter Kosten- und/oder Versorgungsaspekten angezeigt scheint, wie dies im Bericht auch detailliert besprochen wird.
 8. Die Regierungen der Mitgliedsländer der Weltgesundheitsorganisation (WHO) sollten ausreichende Sicherheiten für die Entwicklungsländer vorsehen und insbesondere Ländern, welche die entsprechenden Pharmaprodukte nicht selbst herstellen, das Recht auf Zwangslizenzierung für Importe von Generikalieferanten aus Drittländern zusichern.
 9. Der Internationale Währungsfonds und die Weltbank sollten mit Empfängerländern daran arbeiten, den massiven Ausbau von Gesundheits- und anderen Armutsbekämpfungsprogrammen in eine tragfähige volkswirtschaftliche Rahmenplanung einzubinden.

Tabelle 4: Empfohlene Beiträge der Geber und Nehmer-Länder (Milliarden US Dollar zu konstanten Preisen 2002)

	2001 (Schätzungen der Kommission für Volkswirtschaft und Gesundheit)	2007	2015
BEITRÄGE DER GEBER			
<i>Programme auf Länderebene:</i>			
Am wenigsten entwickelte Länder	1,5 \$	14 \$	21 \$
Andere Länder mit niedrigem Einkommen	2,0 \$	6 \$	8 \$
Länder mit mittlerem Einkommen	1,5 \$	2 \$	2 \$
	Öffentliche Entwicklungshilfe 0,5 \$ Finanzierung zu Marktbedingungen		
davon: Globaler Fonds zur Bekämpfung von AIDS, Tuberkulose und Malaria	0 \$	8 \$	12 \$
<i>Globale öffentliche Güter</i>			
Forschung & Entwicklung	(<) 0,5 \$	3 \$	4 \$
davon: Globaler Fonds für Gesundheitsforschung	0 \$	1,5 \$	2,5 \$
Internationale Organisationen	1 \$	2 \$	3 \$
Geberbeiträge insgesamt	7 \$	27 \$	38 \$
INLÄNDISCHE MITTEL FÜR GESUNDHEIT			
Am wenigsten entwickelte Länder	7 \$	11 \$	16 \$
Andere Länder mit niedrigem Einkommen	43 \$	62 \$	74 \$
LÄNDERPROGRAMME IN LÄNDERN MIT NIEDRIGEM EINKOMMEN			
Geberbeiträge plus inländische Mittel	53,5 \$	93 \$	119 \$

Die Empfehlungen beziehen sich auf jährliche Finanzierungszusagen zu einem global massiv erweiterten Programm. Wie der Bericht verschiedentlich betont, wird sich der tatsächliche Mittelabfluss nach der politischen Entwicklung in Empfängerländern richten.

Anm. d. Übers.:

Übersetzung der CIP-Daten der WHO-Bibliothek auf dem Innendeckel:

Volkswirtschaft und Gesundheit: Investition in Gesundheit als Beitrag zur Wirtschaftsentwicklung:
Zusammenfassung / Bericht der Kommission für Volkswirtschaft und Gesundheit.

1. Finanzierung, Gesundheit 2. Investitionen 3. Lebenserwartung 4. Wirtschaftsentwicklung 5. Armut 6. Entwicklungsländer 7. Entwickelte Länder

I. WHO-Kommission für Volkswirtschaft und Gesundheit

ISBN 92 4 154552 6 (Klassifizierung der National Library of Medicine: WA 30)

Anmerkungen

1. Die Länderklassifizierung erfolgt nach dem Schema des Entwicklungsbilfhausschusses (Development Assistance Committee) der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD). Es gibt fünf Kategorien: die am wenigsten entwickelten Länder (LDCs), das sind die 48 Länder; die laut Einstufung der Vereinten Nationen den niedrigsten Entwicklungsstand aufweisen; andere Länder mit niedrigem Einkommen (OLICs), hier handelt es sich um die Länder, die 1999 ein Bruttosozialprodukt von weniger als 755 \$ pro Kopf hatten und keine LDCs sind; Länder mit niedrigerem bis mittlerem Einkommen; Länder mit mittlerem bis höherem Einkommen; schließlich Länder mit hohem Einkommen. Bei der Kostenkalkulation beziehen wir uns auf die Länder in Tabelle A2.B.
2. In weiten Teilen der Länder mit niedrigem Einkommen sinken bei vielen nicht übertragbaren Krankheiten die altersspezifischen Sterbeziffern, während ihre absolute Belastung aufgrund einer alternden Bevölkerung steigt. Tabakbedingte Krankheiten und Todesfälle nehmen allerdings auch altersspezifisch zu.
3. Um nur ein Beispiel zu nennen: neue Mechanismen zur Verbesserung des Zugangs zu essentiellen Medikamenten für übertragbare Krankheiten finden nach und nach auch im Bereich wichtiger nicht übertragbarer Krankheiten wie Diabetes, einiger Formen von Krebs, psychischer Störungen, Bluthochdruck und anderer nicht übertragbarer Gesundheitsstörungen Anwendung, aber sehr viel mehr bleibt noch zu tun – sowohl im Bereich der übertragbaren als auch der nicht übertragbaren Krankheiten.
4. United Nations Development Program. 2001. Human Development Report, 2001: Making Technology Work for Human Development. New York/Oxford: Oxford University Press. Tabelle 8, S. 169.
5. United Nations Development Program. 2001. Human Development Report, 2001: Making Technology Work for Human Development. New York/Oxford: Oxford University Press. Punkt 1.3, S. 23.
6. Für viele Länder mit mittlerem Einkommen wäre unsere Empfehlung, für Gesundheit zusätzliche Mittel in Höhe von 1 % des Bruttosozialprodukts bis 2007 und 2 % des Bruttosozialprodukts bis 2015 aufzubringen, mehr als ausreichend, um eine flächendeckende gesundheitliche Grundversorgung bereitzustellen. Diese Länder könnten dabei beschließen, einen geringeren als den genannten Betrag zusätzlich für Gesundheit bereitzustellen oder – was der Sachlage angemessener wäre – die Versorgung über die in diesem Bericht skizzierte Grundversorgung hinaus auf verschiedene nicht übertragbare Krankheiten auszudehnen, die angesichts einer alternden Bevölkerung eine wachsende Gesundheitsbelastung darstellen.
7. Verfabrensforschung beinhaltet die Erforschung von Gesundheitsinterventionen in der Praxis einschließlich Fragen wie Akzeptanz bei Patientinnen und Patienten, Toxizität, Dosierung sowie Formen und Kosten der Leistungserbringung. Sie hat zum Ziel, Behandlungsmaßnahmen optimal an die Bedingungen vor Ort anzupassen und herauszufinden, wie diese Maßnahmen am besten in die vorhandene Leistungsstruktur einzubinden sind. Das Thema Verfabrensforschung wird in Länderprogrammen in der Regel vernachlässigt. Wir könnten zwei Arten von Verfabrensforschung unterscheiden: Klinische Forschung untersucht Fragen in Bezug auf Behandlungsmaßnahmen wie Dosierung und Toxizität. Nicht-klinische Verfabrensforschung befasst sich mit Fragen von Logistik, Finanzmanagement, kulturellen Aspekten von Behandlungsmaßnahmen und anderen nichtklinischen Aspekten der Bereitstellung von Gesundheitsleistungen.
8. Im weiteren Verlauf des Berichts unterscheiden wir zwischen drei Krankheitstypen: Typ I, der in reichen wie armen Ländern häufig auftritt (oder auftreten könnte); Typ II, der schwerpunktmäßig in armen Ländern, aber auch in bedeutender Zahl in reichen Ländern vorkommt; schließlich Typ III, der ganz überwiegend oder ausschließlich arme Länder betrifft. Spezielle Anreize für Forschung und Entwicklung sind in erster Linie im Hinblick auf Krankheiten des Typs II und III erforderlich.
9. Teil der Überwachung ist das Echtzeit-Monitoring von Epidemien und erfolgt heute unter dem Dach eines globalen Netzwerks zur Epidemienbekämpfung – "Global Outbreak Alert and Response Network" – der Weltgesundheitsorganisation, dem 72 bestehende Netzwerke angegliedert sind. Trotzdem ist das Fehlen benötigter Laborkapazität und epidemiologischer Überwachungsmöglichkeiten in vielen Ländern mit niedrigem Einkommen ein Schwachpunkt, für den schnell eine Lösung gefunden werden muss.
10. Geber haben Länder mit niedrigem Einkommen aufgefordert, ein Armutsstrategiepapier (PRSP) zu erarbeiten, das als Grundlage für einen nachhaltigen und umfassenden, durch Geberfinanzierung und Schuldenaufhebung unterstützten Feldzug gegen die Armut dienen soll.

-
11. Diese Ergebnisse sind in der Veröffentlichung des Internationalen Währungs fonds (IWF) "Debt Relief for Poor Countries (HIPC): What Has Been Achieved" (Schuldenerlass für hochverschuldete arme Länder: Was erreicht wurde), August 2001, <http://www.imf.org/external/np/exr/facts/povdebt.htm> zusammengefasst.
12. Wichtig ist außerdem, Nachdruck auf geeignete Ansätze und Technologien in diesen verwandten Bereichen zu legen. Wird beispielsweise Bildung für Mädchen mit Nachdruck gefördert, so hat das erhebliche Auswirkungen auf die Gesundheit der Armen. Öfen, die Brennstoffe effizient nutzen, stellen ebenfalls eine angepasste Technologie dar; die zum einen durch Luftverschmutzung in Räumen bedingte Todesfälle verhindern und zum anderen Energie sparen kann.
13. Wo es bereits eine annähernd ähnliche Gruppe mit breiter Basis gibt, muss nicht unbedingt eine neue geschaffen, sondern die bestehende Struktur für die Übernahme der zu leistenden Aufgaben angepasst werden. Wir unterstreichen aber; dass es für einen erfolgreichen Ausbau der Gesundheitsversorgung von Vorteil ist, wenn Finanz- und Gesundheitsminister gemeinsam die Leitung übernehmen.
14. Millionen weiterer Todesfälle pro Jahr könnten zudem durch eine drastische Reduzierung des Zigarettenkonsums verhindert werden.
15. Alle Zahlenangaben in Dollar in diesem Bericht sind als Angaben in US-Dollar zu verstehen. Alle Kostenprojektionen erfolgen in konstanten Preisen des Jahres 2002 in US-Dollar.
16. Die Länder in Afrika südlich der Sahara mit mittlerem Einkommen sind hier wegen ihrer hohen HIV/AIDS-Prävalenz und der demzufolge hohen Kosten für die Bereitstellung der notwendigen Gesundheitsleistungen eingeschlossen.
17. Das entspricht einem Zusatzbetrag von 1 % des Brutto sozialprodukts im Jahr 2007 und 2 % des Brutto sozialprodukts im Jahr 2015, obwohl in einigen Ländern ein geringerer Betrag zur Deckung der Kosten für den Ausbau der Gesundheitsversorgung ausreichen würde.
18. Es wird hier davon ausgegangen, dass die Geber die Finanzierungslücke schließen, die nach der Bereitstellung zusätzlicher Mittel in Höhe von mindestens 1 % des Brutto sozialprodukts im Jahr 2007 und 2 % des Brutto sozialprodukts im Jahr 2015 offen bleibt. Sind die bereitgestellten Mittel ausreichend (oder mehr als ausreichend), um die Gesamtkosten für den Ausbau der Gesundheitsversorgung zu decken, dann geben wir davon aus, dass die Geber keinen Finanzierungsbeitrag leisten.
19. Wir schätzen, dass die öffentliche Entwicklungsbilfe für das Gesundheitswesen derzeit rund 6 Milliarden \$ pro Jahr beträgt und sich aus 5 Milliarden \$ für Länderprogramme in den Ländern mit niedrigem und mittlerem Einkommen und rund 1 Milliarde \$ für globale öffentliche Güter im Gesundheitsbereich zusammensetzt. In diesen 6 Milliarden \$ sind Unterstützung für das Gesundheitssystem und Programme zur Bekämpfung spezieller Krankheiten enthalten, nicht aber die Familienplanung. Bei Einberechnung der Beiträge für Familienplanung würde sich der Gesamtbetrag um etwa 600 Millionen \$ erhöhen. Trotz intensiven Bemühens der Kommission und der Arbeitsgruppe 6 ist es nicht möglich, eine präzise Gesamtrechnung der aktuellen Hilfe für das Gesundheitswesen durch die Geber zu erhalten, weil die Mittel auf vielfältigste Weise verwendet werden und Berichte zwangsläufig unterschiedliche Zeiträume erfassen, geberspezifische Unterschiede bei Erfassungsmodi und Definitionen sowie wesentliche Abweichungen zwischen zugesagten und ausgezahlten Mitteln enthalten. Neben der öffentlichen Entwicklungsbilfe, die Zuschüsse und Kredite zu Vorzugskonditionen umfasst, werden für das Gesundheitswesen auch Kredite zu Marktbedingungen in Höhe von rund 0,5 Milliarden \$ pro Jahr - in erster Linie von der Weltbank an Entwicklungsländer mit mittlerem Einkommen - vergeben, und Ausgaben für Forschung und Entwicklung im Zusammenhang mit den Krankheiten der Armen werden außerhalb der öffentlichen Entwicklungsbilfebudgets finanziert (wobei das Finanzierungsvolumen weit unter 0,5 Milliarden \$ liegen dürfte).
20. Obwohl wir unsere Kostenschätzungen insgesamt für zuverlässig halten, raten wir dringend, die Detailergebnisse für einzelne Regionen oder Krankheiten nicht überzuinterpretieren. Präzise Berechnungen der Kosten für einen Ausbau der Gesundheitsversorgung pro Land und Krankheitskategorie können erst nach einer Kostenschätzung für jedes Land, die sehr viel detaillierter sein muss als die Kommission dies leisten könnte, erfolgen.
21. Stirbt ein Mensch jung oder in mittleren Jahren, werden diesem Tod viele verlorene Lebensjahre zugerechnet. Eine Krankheit kann auch jahrelange gesundheitliche Beeinträchtigungen verursachen, bevor sie schließlich zum Tod führt. Aus diesen beiden Gründen ist die Zahl der jährlich verlorenen Jahre gesunden Lebens um ein Vielfaches höher als die Zahl der jährlichen Todesfälle.

22. Das Pro-Kopf-Einkommen in den Ländern mit niedrigem Einkommen liegt 1999 bei 410 \$ pro Jahr. Bei einem Anstieg um 2 % jährlich beliefe sich das Pro-Kopf-Einkommen im Jahr 2015 auf 563 \$ pro Jahr. 330 Millionen gewonnene Jahre gesunden Lebens wären dabei mit einem Gewinn von 186 Milliarden \$ anzusetzen. Einiges spricht allerdings dafür, jedes gewonnene Jahr gesunden Lebens um ein Vielfaches höher zu bewerten als das Pro-Kopf-Einkommen, so dass der direkte Nutzen das Zwei- oder Mehrfache von 186 Milliarden \$ betragen könnte. Dabei berücksichtigen diese Berechnungen noch nicht die positiven Auswirkungen einer besseren Gesundheit auf ein schnelleres wirtschaftliches Wachstum.
23. Unsere Analyse lässt darauf schließen, dass die meisten Länder mit mittlerem Einkommen eine gesundheitliche Grundversorgung ihrer Bevölkerung aus eigenen inländischen Mitteln finanzieren können, wenn der politische Wille dazu vorhanden ist. Unterstützung durch die Geber wird ganz überwiegend für die Länder mit niedrigem Einkommen gebraucht und zu einem kleineren Teil für Länder mit mittlerem Einkommen und sehr hoher HIV/AIDS Prävalenz, die ein umfassendes Programm zur HIV/AIDS-Bekämpfung sonst nicht finanzieren könnten.
24. Die Kommission wird oft gefragt, was zu tun sei, wenn der Beitrag der Geber nicht zur Verfügung gestellt werde – nach welcher Gewichtung also weniger Geld eingesetzt werden solle. Man fordert uns damit auf, Millionen leicht vermeidbarer Todesfälle pro Jahr gegeneinander abzuwägen, da wir uns mit unseren Empfehlungen bereits auf eine kleine Zahl von Gesundheitsproblemen konzentriert haben, die eine enorme soziale Belastung verursachen und für die es – zumindest teilweise wirksame – kostengünstige Gegenmaßnahmen gibt. Eine solche Gewichtung übersteigt nicht nur ethisch und politisch unsere Möglichkeiten, eine vernünftige Auswahl ist hier generell äußerst schwer zu treffen. Wer auf eine einfache Antwort hofft – beispielsweise Konzentration auf billige Maßnahmen (Immunisierungen) und Verschieben der teuren Maßnahmen (der zur AIDS-Bekämpfung erforderlichen Präventionsprogramme und antiretroviralen Therapie) auf einen späteren Zeitpunkt –, verkennt die Wahlmöglichkeiten, die wir faktisch haben. Die AIDS-Pandemie wird Afrika in seiner Wirtschaftsentwicklung weit zurückwerfen, wenn ihr nicht Einhalt geboten wird; eine Kampagne, die gegen Masern und nicht gegen AIDS geführt wird, wird Afrikas menschlichen und wirtschaftlichen Bedürfnissen auch nicht ansatzweise gerecht. Ebenso falsch wäre es, in das andere Extrem zu fallen und aus der begründeten Notwendigkeit, AIDS zu bekämpfen, die Vernachlässigung billigerer Maßnahmen abzuleiten; daher befürworten wir beides. Außerdem wird die zur AIDS-Bekämpfung entwickelte Infrastruktur auch die zur Masern-Bekämpfung benötigte Infrastruktur stützen, vor allem dann, wenn die Stärkung solcher Komplementaritäten ausdrücklich in die Maßnahmen zur AIDS-Bekämpfung eingebaut wird. Es ist weitaus sinnvoller, ein umfassendes Programm zu planen und zu finanzieren, das viele kritische Gesundheitsaspekte umfasst, als nur die vordergründig billigen Maßnahmen zu wählen.
25. Die Schätzungen wurden vom HIV/AIDS-Programm der Vereinten Nationen (UNAIDS) und der Weltgesundheitsorganisation (WHO) anlässlich der internationalen Konsultativtagung zum Thema antiretrovirale Therapie im Mai 2001 in Genf vorgelegt.
26. Differenzierte Preisgestaltung bedeutet, auf verschiedenen Märkten, die durch physische und ordnungspolitische Schranken getrennt sind, unterschiedliche Preise zu verlangen. In diesem Fall hieße differenzierte Preisgestaltung, auf Märkten in Ländern mit niedrigem Einkommen den niedrigstmöglichen Handelspreis und auf Märkten in Ländern mit hohem Einkommen (oft durch Patentschutz begründete) höhere Preise zu verlangen.

Literatur:

United Nations Development Program. 2001. Human Development Report, 2001: Making Technology Work for Human Development. New York/Oxford: Oxford University Press.