



# Stellungnahme zum Stand der Diskussion einer Post-2015 Entwicklungsagenda

---

## **Bedeutung der Millenniums Entwicklungsziele**

Die Weltgemeinschaft kann, wenn sie will, erfolgreich Armut und Krankheit bekämpfen. Die Millenniums-Erklärung der Vereinten Nationen vom 8. September 2000 und die Verpflichtungserklärung zu HIV/AIDS vom 27. Juni 2001 haben sich als in großen Teilen erfolgreiche politische Instrumente erwiesen.

Ausgangspunkt für die Millenniumserklärung und die daraus abgeleiteten Millenniums-Entwicklungsziele (MDGs) war die Einsicht, dass die bisherigen Modelle der Globalisierung zu sehr unausgewogenen Ergebnissen geführt haben. In den Jahren davor wurden internationale Standards für globalisierte Märkte verbindlich beschlossen und umgesetzt, die Grundprinzipien für das soziale Zusammenleben wie die Überwindung von Ungerechtigkeit und Armut, die Zurückdrängung von Hunger und Krankheit sowie der Schutz der Menschenrechte fanden hingegen weit weniger Beachtung. Nun wurde anerkannt, dass sich der Bereich der Wirtschaft nicht gegenüber den gesellschaftlichen Bedürfnissen verselbständigen darf und dass sich die künftige Entwicklung der Menschheitsfamilie an gemeinsamen Werten und sozialen Zielen orientieren muss. Hinzu kam noch die Herausforderung, die immer stärker bedrohten natürlichen Lebensgrundlagen zu bewahren und damit eine lebenswerte Zukunft zu sichern.

Die Millenniumserklärung hält zunächst die Grundwerte fest, die für die menschlichen Beziehungen in allen Bereichen maßgeblich sind: Freiheit und Menschenwürde verbunden mit einer demokratischen und partizipatorischen Staatsführung, Gleichheit auch und insbesondere im Hinblick auf die Geschlechterbeziehungen, Solidarität und Gerechtigkeit bei der Verteilung der Belastungen und der Chancen von Entwicklung, Toleranz und Anerkennung der Vielfalt von Glaubensüberzeugungen, Kulturen und Sprachen als kostbares Gut, Achtung vor der Natur und Überwindung der heutigen nicht zukunftsfähigen Produktions- und Konsumstrukturen sowie die gemeinsam getragene Verantwortung für die Gestaltung der weltweiten wirtschaftlichen und sozialen Entwicklung sowie die Bewältigung von Bedrohungen des Weltfriedens und der internationalen Sicherheit.

Die aus der Erklärung abgeleiteten MDGs konzentrieren sich auf die Defizite, die in den wirtschaftlich benachteiligten Ländern die Befriedigung der Grundbedürfnisse und die Chancen auf eine menschliche Entwicklung am stärksten behindern. Es ist daher nur folgerichtig, dass die Verbesserung der Gesundheitssituation einen besonderen Stellenwert einnimmt.

Es ist gut und wichtig an dieser Stelle an die Ergebnisse der 1999 durchgeführten Millenniums-Umfrage zu erinnern, in deren Rahmen 57.000 Erwachsene in 60 Ländern der Erde befragt wurden. Danach gefragt „Was ist das Wichtigste im Leben?“ erachteten die Menschen überall einen guten Gesundheitszustand und ein glückliches Familienleben für wichtiger als alles andere.

So sind dann auch drei der insgesamt acht Hauptziele direkt auf den Gesundheitsbereich ausgerichtet. Dabei stehen die Gesundheitsprobleme im Mittelpunkt, die viele Menschen am Anfang oder in der Mitte ihres Lebens töten. Dazu gehören die hohe Sterblichkeit unter den ausgesprochen schutzlosen Kleinkindern, der häufige Tod von Schwangeren und Gebärenden und die besonders todbringenden Epidemien von HIV/Aids, Tuberkulose und Malaria. Abgesehen von direkter Gewalt stellt ein früher Tod durch vermeidbare oder behandelbare Krankheiten die brutalste Verletzung der fundamentalen Menschenrechte und die grausamste Auswirkung ungerechter Verhältnisse dar.

Die ein knappes Jahr später verabschiedete UN-Verpflichtungserklärung zu HIV/Aids setzte sich mit der Problematik auseinander, die zu besonders dramatischen Rückschlägen für die menschliche Entwicklung führte. Das richtungsweisende Dokument charakterisierte die HIV-Epidemie zutreffend als eine globale Notlage und eine der gewaltigsten Herausforderungen für das menschliche Leben, die Menschenwürde und die wirksame Wahrnehmung der Menschenrechte. Weiter wurden Handlungsprinzipien festgehalten, die von großer ethischer und strategischer Bedeutung sind, wie die gleichberechtigte Beteiligung der betroffenen und besonders gefährdeten Menschen, die Überwindung aller Formen der Diskriminierung, das Angehen der strukturellen Ursachen der Ausbreitung von HIV und die Überwindung der Benachteiligung von Frauen.

Inzwischen sind mehr als vier Fünftel der bis 2015 festgesetzten Zeitfrist abgelaufen. Eine vorläufige Bilanz zeigt ein höchst widersprüchliches Bild. Auf der einen Seite haben die verstärkten Anstrengungen in vielen Ländern und Regionen zu bisher nicht gekannten Erfolgen geführt. Der Generalsekretär der Vereinten Nationen Ban Ki-Moon hat Recht, wenn er feststellt, dass die Millenniums-Entwicklungsziele der erfolgreichste je unternommene globale Vorstoß gegen die Armut sind. Andererseits sind die Fortschritte sehr ungleich verteilt. Sie sind aktuell bedroht, weil die zugrundeliegenden Ursachen der größten Entwicklungsprobleme nicht überwunden wurden.

Ein hohes Wirtschaftswachstum in einigen bevölkerungsstarken Ländern hat dazu geführt, dass weltweit der Anteil der extrem Armen bereits bis 2010 halbiert wurde. In Afrika südlich der Sahara allerdings muss noch immer fast die Hälfte der Bevölkerung mit weniger als 1,25 Dollar pro Tag (in Preisen von 2005) auskommen und die Anzahl der extrem Armen hat infolge des Bevölkerungswachstums sogar stetig zugenommen auf 414 Millionen im Jahr 2010. Auf globaler Ebene leben derzeit 1,2 Milliarden Menschen unter dem Existenzminimum nach einer Norm, die den Bedingungen der ärmsten Länder entspricht. Gleichzeitig hat die Ungleichheit zwischen und innerhalb der Länder zugenommen. Das Realeinkommen pro Kopf in Sub-Sahara-Afrika beträgt heute nicht einmal 6% des Durchschnitts der ökonomisch privilegierten Länder. Trotz der beachtlichen Fortschritte geht noch jeder achte Mensch hungrig zu Bett. Außerdem bildet das Geldeinkommen nur eine Dimension von Armut, die für die Bewertung der Lebensqualität nicht ausreicht.

Im Gesundheitsbereich konnte eine beachtliche Senkung der Kindersterblichkeit erreicht werden, aber noch immer stirbt weltweit jedes zwanzigste Kind vor dem fünften Geburtstag. Es braucht raschere Fortschritte, um die Zielvorgabe der Senkung um zwei Drittel bis 2015 erreichen zu können. Es ist auch festzustellen, dass sich die Todesfälle unter Kleinkindern immer stärker in den ärmsten Weltregionen konzentrieren, vor allem in Afrika südlich der Sahara.

Die Müttersterblichkeitsrate sank in den letzten 20 Jahren weltweit um fast die Hälfte. Zur Erreichung der Millenniums-Zielvorgabe einer Senkung um drei Viertel müssen Maßnahmen wie der bessere Zugang zu geburtshilflicher Notfallversorgung, die Geburtenbegleitung durch medizinisches Fachpersonal und die Bereitstellung der antiretroviralen Therapie für alle HIV-infizierten Schwangeren und Mütter entschlossener umgesetzt werden.

In den letzten Jahren ist es gelungen, annähernd 10 Millionen Menschen eine spezifische, lebensbewahrende HIV-Behandlung zukommen zu lassen. Dadurch wurden mehr als 4 Millionen Todesfälle in den Entwicklungsländern abgewendet. Andererseits haben annähernd 7 Millionen Menschen, die mit einer fortgeschrittenen HIV-Infektion leben, keinen Zugang zu Behandlung. Um die Möglichkeiten der Vorbeugung durch Behandlung zu nutzen und einen entscheidenden Durchbruch bei der Prävention zu erreichen, müssten insgesamt 26 Mio. Menschen die Therapie erhalten.

Die Verteilung der Lasten der Epidemie ist zwischen den Weltregionen sehr unterschiedlich und spiegelt die strukturellen Ursachen der Gefährdung wider wie massenhafte Arbeitsmigration unter besonders prekären Bedingungen, extreme soziale Gegensätze und geringe Entscheidungsmacht von Frauen. Noch immer tragen sozial ausgegrenzte Bevölkerungsgruppen ein deutlich erhöhtes Infektionsrisiko und werden oft beim Behandlungszugang diskriminiert.

Was die im Entwicklungsziel acht (MDG 8) postulierte weltweite Entwicklungspartnerschaft angeht, so hinken besonders die Finanzierungsbeiträge weit hinter den festgelegten Vorgaben und dem dringlichen Bedarf zurück. Die wirtschaftlich bessergestellten Länder sind weit davon entfernt, mindestens 0,7% ihres Bruttonationaleinkommens (BNE) für die öffentliche Entwicklungszusammenarbeit (engl. Kürzel ODA) aufzubringen, wie es der bereits 1970 in einer UN-Resolution beschlossene Richtwert fordert. Eine differenzierte Analyse des MI hat ergeben, dass die realen Transferleistungen in Form von Zuschüssen aller Geberstaaten zusammengekommen im Jahr 2011 lediglich 0,25% des gemeinsamen BNE erreichten. Statt insgesamt 300 Mrd. US\$ trugen die reichen Staaten nur rund 108 Mrd. US\$ an nicht-rückzahlbaren Mitteln bei und vorläufige Angaben für 2012 lassen auf eine Abwärtstendenz schließen. Als eines der Länder mit der größten Wirtschaftskapazität erreicht Deutschland lediglich einen Anteil der ODA-Zuschüsse am BNE von 0,3% und abgesehen von den am schwersten von der Wirtschaftskrise betroffenen Staaten weisen in Europa nur wenige Länder ein so geringes Leistungsniveau auf. Auch bei den Zuschussmitteln für den Bereich der Gesundheit bleibt Deutschland weit hinter den Zielvorgaben und dem durchschnittlichen Beitragsniveau der übrigen europäischen Geberstaaten zurück. Statt der international empfohlenen Mindest-Quote von 0,1% brachte Deutschland 2011 nur 0,03% auf mit seit 2009 rückläufiger Tendenz.

Ein besorgniserregendes Defizit zeigt sich bei der Verfügbarkeit von unentbehrlichen Arzneimitteln im öffentlichen Sektor. Nach jüngsten Erhebungen in verschiedenen Entwicklungsländern waren die betreffenden Medikamente nur bei etwas mehr als der Hälfte der öffentlichen Gesundheitseinrichtungen vorrätig. Ärmere Menschen sind auf diese Dienste angewiesen, da die Medikamentenpreise im Privatsektor für sie kaum erschwinglich sind.

## **Stellenwert von Gesundheit**

Am 25. September 2013 kommen Regierungen, Zivilgesellschaft und andere Akteure bei den Vereinten Nationen in New York zusammen, um die Fortschritte bei der Verwirklichung der MDGs zu bewerten und wichtige Weichenstellungen für eine neue Entwicklungsagenda nach 2015 abzustimmen. Ziele, Maßnahmen und Messgrößen einer zukünftigen Entwicklungsagenda bringen nicht mehr oder weniger zum Ausdruck als das Grundverständnis von Entwicklung.

Das Missionsärztliche Institut (MI) bezieht Stellung zu diesen wichtigen Prozessen und tritt dafür ein, dass Gesundheit ein entscheidendes Element einer zukünftigen Entwicklungsagenda bleiben muss, die ein nachhaltiges Wohlbefinden und Wohlergehen für alle anstrebt.

Gesundheit ist ein fundamentales Menschenrecht und stellt ein wichtiges Ziel in sich selbst dar. Letztendlich ist Gesundheit ein untrüglicher Indikator für Gerechtigkeit. So liegt die gesunde Lebenserwartung in Deutschland bei 69 Jahren, in den 21 besonders benachteiligten und von tödlichen Epidemien betroffenen Ländern werden dagegen nicht einmal 50 Jahre erreicht. Eine gute Gesundheitssituation ermöglicht die Befriedigung von anderen Grundbedürfnissen und erleichtert die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben. Anders als bei den meisten anderen Entwicklungsproblemen, hat mangelnde Gesundheitsversorgung sehr schnell fatale und daher nicht wieder gutzumachende Konsequenzen. Man könnte auch fragen, was nutzt den Kindern, die ihr fünftes Lebensjahr gar nicht erreichen, der Zugang zu Bildung oder guten Arbeitsplätzen?

Gesundheit ist auch in einem engen Zusammenhang mit Faktoren wie Klima, Umwelt, Hunger oder Armut zu sehen. Einerseits bildet die Verbesserung der Gesundheitssituation eine unabdingbare Voraussetzung, um Entwicklungsmöglichkeiten zu schaffen. Andererseits kann eine nachhaltige Gesundheitsförderung nur gelingen, wenn die widrigen, oft unmenschlichen, Lebensverhältnisse und die politische Machtlosigkeit der benachteiligten Menschen überwunden werden. Für das MI müssen sich diese Wechselwirkungen zwischen Gesundheit und den durch den Menschen initiierten Umweltveränderungen, den Lebens- und Arbeitswirklichkeiten, den politischen und wirtschaftlichen Systemen oder der globalen Zusammenarbeit in konkreten, messbaren und allseits verpflichtenden Teilzielen widerspiegeln.

Eine zukünftige Entwicklungsagenda muss sich an Menschenrechten, Gerechtigkeit, Solidarität und demokratisch-partizipativen Entscheidungsstrukturen orientieren. Substantielle Fortschritte kann die Menschheit nur machen, wenn gesellschaftliche Entwicklung nicht mehr nur an wirtschaftlichen Messgrößen bewertet wird. Dies gilt für uns genauso wie für arme Länder. Nur wenn alle an der Gesundheit von allen arbeiten ist die Zukunft der Menschheit gesichert. In diesem Zusammenhang sei auf die Rolle kirchlicher Gesundheitsdienste hingewiesen, die einen zum Teil sehr hohen Anteil zu einer hochwertigen Versorgung leisten. Die Kirche spielt eine wichtige Rolle bei der Anwaltschaft für benachteiligte Gruppen.

## **Forderungen des Missionsärztlichen Instituts für die zukünftige Entwicklungsagenda**

Basierend auf dem engen Zusammenhang zwischen Gesundheit und Entwicklung und den Lernerfahrungen bei der Verwirklichung der MDGs kommt das MI zu den folgenden Schlussfolgerungen:

- Die Verwirklichung des fundamentalen Menschenrechts auf das „erreichbare Höchstmaß an körperlicher und geistiger Gesundheit“ (Internationaler Pakt über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte) muss endlich als Gemeinschaftsaufgabe aller Staaten anerkannt werden.
- Der **universelle Zugang zu Gesundheitsdiensten (UHC)** eignet sich als allgemeines Gesundheitsziel, da es zum einen die unvollendeten Gesundheits- MDGs aufnimmt und zum anderen darüber hinaus auf die Wichtigkeit von Gesundheitssystemen hinweist und andere Gesundheitsthemen, wie z.B. nicht übertragbare Krankheiten, tropische Armutserkrankungen (neglected diseases) und psychische Störungen einschließt. Allerdings muss UHC im Detail spezifiziert werden. Es geht hier nicht alleine um Kranken- bzw. Sozialversicherung, sondern ebenso um Zugänglichkeit bei Bedarf für alle Gruppen und die Qualität von Gesundheitsdiensten, die vor allem durch die Verfügbarkeit von Ressourcen im Gesundheitssystem insbesondere Personal und Medikamente bestimmt werden. Es darf nicht sein, dass Menschen durch Direktzahlungen für Gesundheitsdienste in die Armut gestürzt werden, ein Schicksal, das derzeit 100 Millionen Menschen pro Jahr trifft.

- Die spezifischen Ziele im Gesundheitsbereich müssen zunächst auf die konsequente Weiterentwicklung der bestehenden **MDGs** ausgerichtet sein. Das heißt insbesondere:
  - Vermeidbare Kindersterblichkeit zu beenden,
  - Vermeidbare Müttersterblichkeit zu beenden,
  - Universeller Zugang zu sexueller und reproduktiver Gesundheit und Rechte,
  - Beendigung von AIDS durch die Überwindung jeglicher Form von Diskriminierung, die Vermeidung von AIDS-bedingten Todesfällen und die effektive Abwendung von Neu-Infektionen,
  - Reduzierung der Krankheitslast und Vermeidung der Sterbefälle, die durch Malaria, Tuberkulose und andere Infektionskrankheiten verursacht werden.
- Um dies erreichen zu können, muss eine umfassende **Stärkung von Gesundheitssystemen** erfolgen.
- Die Bekämpfung von anderen tropischen Armutskrankheiten und **nicht übertragbaren Krankheiten** wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebserkrankungen, chronische Erkrankungen der Atemwege und Diabetes sowie psychische und neurologische Störungen muss ebenfalls aufgenommen werden.
- Die gesunden Lebensjahre („healthy years of life“) sind als ein unerlässlicher Maßstab für die zukünftige Entwicklung zu sehen und eignen sich daher als Indikator für das Erreichen einer umfassenden Verbesserung der Gesundheitssituation.
- Alle Indikatoren müssen differenziert werden nach Geschlecht, Alter, Einkommen, Ort, ethnische oder Religionszugehörigkeit und anderen relevanten sozialen Merkmalen, um das Prinzip der Gleichheit zu berücksichtigen.
- Den gesellschaftlichen Ursachen für Krankheitsrisiken muss bei der Formulierung besondere Beachtung zukommen. Dementsprechend muss bei jedem gesundheitsrelevanten Ziel besondere Aufmerksamkeit darauf verwandt werden, die Ausgrenzung von benachteiligten Gruppen und Diskriminierung jeglicher Art zu überwinden. Der umfassende Zugang zu Gesundheitsdiensten und die Verbesserung gesundheitsrelevanter Lebensverhältnisse muss für alle Menschen gelten, inklusive der vernachlässigten und gefährdeten Gruppen wie Behinderte, Kinder und ihre Mütter, Jugendliche und alte Menschen oder Menschen die aufgrund ihrer ethnischen oder Religionszugehörigkeit oder im Zusammenhang mit ihrer sozialen Situation ausgegrenzt werden, wie Flüchtlinge, Wanderarbeiter, Drogennutzer, Häftlinge, sexuelle Minderheiten oder Menschen im Sexgewerbe.
- Neben der gerechten Gestaltung des globalen Wirtschaftssystems werden dringend mehr Finanzmittel für die Überwindung von Armut, Hunger und Krankheit in der „einen“ Welt benötigt. Die zukünftige Entwicklungsagenda sollte daher faire und gerechte Regeln für einen Finanzierungsbeitrag aller Staaten zur Entwicklung und speziell Gesundheit festlegen. Darin müssen verbindliche Zeitpläne enthalten sein, um bestehende Verpflichtungen zu erfüllen, wie insbesondere das Ziel, mindestens 0,7% des BNE für die öffentliche Entwicklungszusammenarbeit bereitzustellen. Auch muss die Empfehlung der WHO aufgenommen werden, mindestens 0,1 % des BNE für die Gesundheitsförderung in benachteiligten Ländern aufzubringen. Zugleich sind geeignete Standards und Instrumente für die Transparenz und den wirksamen Einsatz der Mittel entsprechend der festgelegten Ziele zu entwickeln und anzuwenden.
- Internationale Gesundheitsinitiativen mit der Beteiligung aller Akteure wie insbesondere der Globale Fonds zur Bekämpfung von Aids, Tuberkulose und Malaria haben einen entscheidenden Anteil an den bisher erzielten Erfolgen bei der Zurückdrängung von Aids und anderen verheerenden Epidemien. Sie müssen konsequent gestärkt und weiterentwickelt werden. Die wirtschaftlich privilegierten Staaten wie Deutschland müssen sich in fairer Weise an ihrer Finanzierung beteiligen und ihre Beiträge entsprechend aufstocken.

- Bei der Verteilung der ODA sollte auch in Betracht gezogen werden, dass die Bevölkerung in vielen Ländern nicht nur unter extremer Armut leidet, sondern auch besonders durch gravierende Krankheiten gefährdet ist. Die benachteiligten Menschen verfügen auch nicht über die notwendigen Ressourcen, um die gesundheitlichen Auswirkungen von Krisen und Katastrophen zu bewältigen. Dem aktuellen Trend, sich aus der Zusammenarbeit mit solchen, meist fragilen Staaten zu verabschieden, müssen wirksame Mechanismen der globalen Solidarität entgegengesetzt werden. Gerade hier können die Kirche und deren Entwicklungshilfeorganisationen wegweisend agieren.
- Eine wesentliche Voraussetzung für das Erreichen der Gesundheitsziele ist die Sicherung des Zugangs zu unentbehrlichen Arzneimitteln. Dazu ist es erforderlich, die Auswirkungen der WTO-Bestimmungen für sog. Rechte an geistigem Eigentum einer systematischen Überprüfung zu unterziehen, darüber noch hinausgehende Monopolrechte in lebenswichtigen Bereichen wie Gesundheit abzuwenden und die im TRIPS-Abkommen festgehaltenen Schutzklauseln ungehindert im Sinn der öffentlichen Gesundheit zu nutzen. Zugleich muss die öffentlich finanzierte Forschung ausgebaut werden, um Medikamente und andere Medizinprodukte für die ärmere und besonders von Krankheiten betroffene Mehrheit der Weltbevölkerung zu entwickeln.
- Die Zivilgesellschaft muss umfassend an der Formulierung, Implementierung und des Monitorings der Post-2015 Agenda beteiligt werden. Dazu gehören lokale Gemeinden, Organisationen von benachteiligten und gefährdeten Bevölkerungsgruppen sowie zivilgesellschaftliche Organisationen und Initiativen, darunter nicht zuletzt auch kirchliche Organisationen.
- In diesem Zusammenhang ist eine effektive Zusammenarbeit zwischen kirchlichen und staatlichen Gesundheitseinrichtungen bzw. Behörden anzustreben. Zum einen sollte die kirchliche Gesundheitsarbeit, wenn immer möglich, als Beitrag zur öffentlichen Aufgabe der Gesundheitsversorgung verstanden und die Kooperation mit staatlichen Stellen weiterentwickelt werden. Zum anderen sollten die staatlichen und überstaatlichen Finanzgeber die Komplementarität der kirchlichen Gesundheitsdienste wahrnehmen, sie gezielt fördern und mit ihnen über ihr Eintreten für die Belange von ausgegrenzten Gruppen in Austausch treten. Die kirchlichen Organisationen und Entscheidungsträger sollten sich ihrerseits dem Dialog mit den anderen in der Gesundheitsförderung engagierten Akteuren öffnen.