

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. wirtschaftl.
Zusammenarbeit u. Entwicklung

Ausschussdrucksache
18(19)460 a

TOP 7 TO 19. Oktober 2016

13. Oktober 2016



Schriftliche Stellungnahme

Öffentliches Fachgespräch

**„Mütter- und Kindergesundheit
in Entwicklungs- und Schwellenländern“**

des Ausschusses für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (AwZ)

am Mittwoch, dem 19.10.2016, 11.00 – 13.00 Uhr

geladener Sachverständiger: Marwin Meier, World Vision Deutschland e.V.

10.Oktober 2016

Fragestellung

„Teil II. Förderung der Mütter- und Kindergesundheit in der internationalen Entwicklungszusammenarbeit – Bestandsaufnahme und Perspektiven

Während der erste Teil Grundlagen von Mütter- und Kindergesundheit theoretisch behandelt hat und Ursache-Wirkungs-Zusammenhänge zwischen ihr und gegebenen Voraussetzungen in unterschiedlichen Gebieten, geht es im zweiten Teil um die Folgerungen, die daraus für die Entwicklungspolitik gezogen worden sind (Bestandsaufnahme) und die in Zukunft gezogen werden sollten, um die Lage weiter zu verbessern (Perspektiven).

Die Sachverständigen sollen

1. einen Überblick über die strategischen Ansätze und Maßnahmen der internationalen Entwicklungszusammenarbeit bieten, die zur Verbesserung der Mütter und Kindergesundheit in Entwicklungsländern gefördert werden;
2. eine Bewertung der Ergebnisse und Wirkungen der hauptsächlichen Strategien und Maßnahmen vornehmen;
3. Strategien und Maßnahmen nennen und begründen, die auf der Grundlage der in Teil theoretisch hergeleiteten und der in Teil 2 dargestellten empirischen Ergebnisse und Wirkungen die zukünftige entwicklungspolitische Förderung der Mütter- und Kindergesundheit prägen sollten.“

Vorbemerkung:

In Absprache mit der geladenen Sachverständigen Dr. Gisela Schneider, die vor allem die Problematik der Müttersterblichkeit beleuchtet, wird sich diese Stellungnahme prioritär der Kindergesundheit widmen.

Grundlage dieser Stellungnahme ist das im Juni 2016 veröffentlichte Positionspapier von World Vision Deutschland „Kindergesundheit in der Agenda 2030 - Deutschlands Rolle und Beitrag“
https://www.worldvision.de/downloads/allgemein/Kindergesundheit_in_der_Agenda2030.pdf

Zu I: Überblick strategischer Ansätze und Maßnahmen der internationalen EZ zur Verbesserung der Mütter und Kindergesundheit in Entwicklungsländern

Anders als in anderen Sektoren herrscht global weitestgehend Einigkeit darüber, wie eine Verbesserung der Kindergesundheit mit relativ einfachen Methoden schnell und effizient erzielt werden kann. Als Beispiele: Die rasche antibiotische Behandlung von Lungenentzündungen, Impfungen, die Verbesserung von Hygiene und Ernährung, die Gabe einfachster Zucker-Salzlösungen im Falle von Durchfallerkrankungen, sowie die Bekämpfung der Eltern-Kind-Übertragung des HI-Virus könnten Millionen Kindern das Leben retten.¹ Nachgewiesen wirksame und bezahlbare Interventionen sind bekannt, ebenso wie innovative Wege diese anzuwenden.

Unbestritten ist auch die Tatsache, dass sich jede Investition in die Gesundheit von Kindern mindestens fünfzehnfach auszahlt². Von den neunzehn kosteneffektivsten Maßnahmen zur Umsetzung der Agenda 2030 stehen fünf direkt oder indirekt im Zusammenhang mit der Förderung von Kindergesundheit³. So generiert ein US-Dollar, der für bessere Kinderernährung ausgegeben wird, eine Einsparung zwischen 45 bis 166 USD an künftigen Kosten⁴. Es ist daher nicht zuletzt auch aus

gesundheits-ökonomischen Gesichtspunkten für Deutschland sinnvoll, die finanziellen Beiträge zur Stärkung von Kindergesundheit schnell zu erhöhen.

Wichtig zu erwähnen ist, dass Faktoren außerhalb von Gesundheitsaspekten sich auf das körperliche Wohlbefinden und die Entwicklung von kleinen Kindern auswirken. Der Bildungsgrad der Mutter beispielsweise ist einer der wichtigsten Faktoren für die Gesundheit ihrer Kinder. So bedeutet das Fehlen eines Sekundärschulabschlusses ein 2,8-fach erhöhtes Risiko für ihr Kind, das fünfte Lebensjahr nicht zu erreichen⁵. Auch die Stärkung der Mutter für ein selbstbestimmtes Leben wirkt sich positiv auf die Gesundheitsentwicklung ihrer Kinder aus⁶.

Auch der Kampf gegen Mangelernährung ist unbestritten wichtig und richtig. So gehen fast 50% der Kindersterblichkeit auf eine Mangel- oder Fehlernährung zurück⁷. Neben der lebenswichtigen Frühkindlichen Ernährung, die ausschließliches Stillen voraussetzt, sollte auch auf soziokulturelle Faktoren und die Interdependenz zwischen Landwirtschaft, ländlicher Entwicklung, Gesundheit und Bildung als ein wichtiger Faktor in der Bekämpfung der Mangelernährung gelegt werden.

Eine umfassende Versorgung in der Neonatalperiode (also den ersten 4 Lebenswochen) kann die Überlebenschancen von Neugeborenen massiv reduzieren, die bis zu 40% der Kindersterblichkeit ausmachen. Dafür braucht es effektive Gesundheitssysteme und eine gute Einbindung der Gemeinden vor Ort.

Zu 2: eine Bewertung der Ergebnisse und Wirkungen der hauptsächlichen Strategien und Maßnahmen

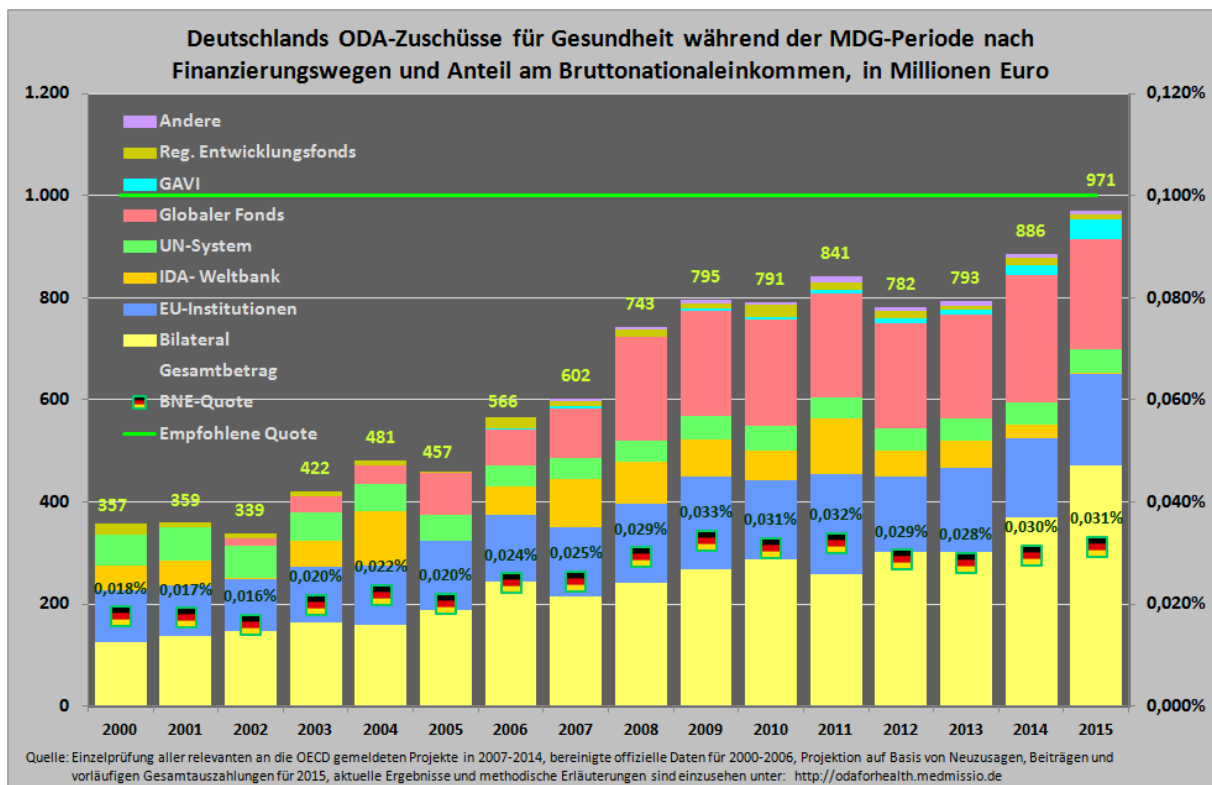
Die UN-Berichte zu den Millenniumentwicklungszielen (MDGs) machen sehr deutlich: Dort, wo politischer Wille auf die nötige Geberkoordination und ausreichende finanzielle Unterstützung traf, sank die Kindersterblichkeitsrate wie erhofft; und zwar selbst in einigen der ärmsten Länder der Welt. In Subsahara-Afrika gelang dies zum Beispiel Liberia, Äthiopien, Tansania, Niger und Ruanda; in Süd-Asien Bangladesch und Nepal.⁸ Dass die Kindersterblichkeitsrate erfolgreich gesenkt werden kann, wird an diesen Beispielen deutlich. Aber die drei „Ingredienzien“ nationaler *politischer Wille*, gute *Koordination* in Form eines *funktionierenden Gesundheitssystems* und eine *verlässliche Geberunterstützung* kommen leider viel zu selten zusammen.

Heute allerdings sind wir in einer deutlich besseren Ausgangsposition als zur Zeit der Jahrtausendwende und der damaligen Formulierung der MDGs. Denn nun können Lehren gezogen werden und konkrete Erfahrungen in einen kohärenten und universellen Ansatz der Agenda 2030 einfließen. Damit wächst die Hoffnung und Zuversicht auf eine neue Ära der Zusammenarbeit innerhalb der internationalen Staatengemeinschaft, der nationalen Regierungen, internationalen staatlichen Organisationen sowie zivilgesellschaftlichen Akteure.

Auf die unbestritten positiven Wirkungen der multilateralen Instrumente Global Fund (der ca. 45% der eingesetzten Mittel in Mütter- und Kindergesundheit investiert⁹) und der Weltimpfallianz Gavi wird hier nicht näher eingegangen, da diese schon im Konzept dieser Veranstaltung beschrieben wurden.

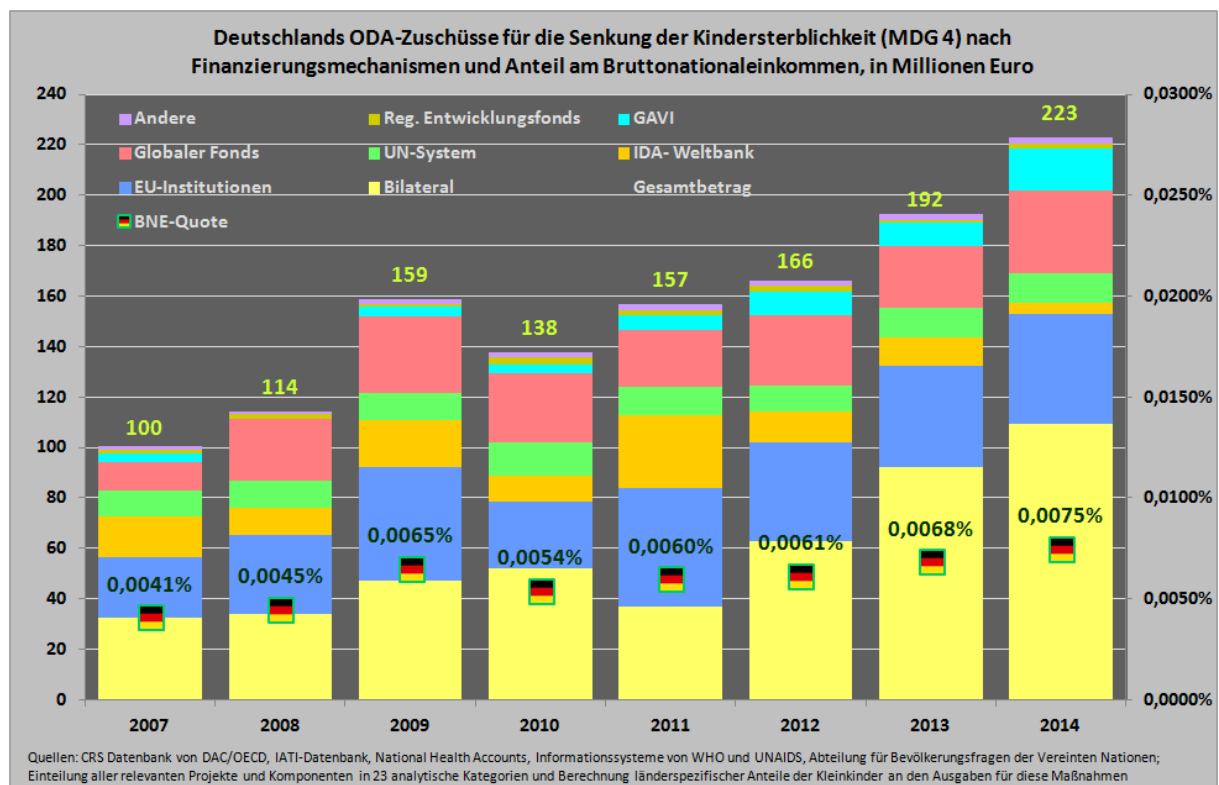
Zu 3: Strategien und Maßnahmen für die zukünftige entwicklungspolitische Förderung der Mütter- und Kindergesundheit

Leider muss als Erstes festgestellt werden, dass Deutschland der Empfehlung der Weltgesundheitsorganisation (WHO) nur zu einem Drittel folgt, wonach Geberländer mindestens 0,1 Prozent ihres Bruttonationaleinkommens für die Finanzierung grundlegender Gesundheitsdienste in den wirtschaftlich benachteiligten Ländern zur Verfügung stellen sollten. Hier muss dringend nachjustiert werden, damit die nötigen Mittel bereitgestellt und die neu gesetzten Ziele tatsächlich auch erreicht werden können¹⁰. Die folgende Grafik illustriert, wie weit Deutschlands Beiträge zur Finanzierung internationaler Gesundheit unter den Empfehlungen der WHO liegen:



In keinem Jahr dieses Jahrtausends erreichte Deutschlands Beitrag zur internationalen Gesundheitsfinanzierung auch nur ein Drittel des von der Weltgesundheitsorganisation empfohlenen Wertes. "Wenn Deutschland über den Zeitraum der MDG-Umsetzung das Durchschnittsniveau der wirtschaftlich vergleichbaren DAC-Staaten Europas erreicht hätte, wäre ein Gesamtbeitrag von fast 31 Milliarden Euro zustande gekommen. Tatsächlich belief sich der deutsche Beitrag zur Verwirklichung der gesundheitsbezogenen Ziele auf wenig mehr als 10 Milliarden Euro, so dass sich ein Fehlbetrag von fast 21 Milliarden Euro ergibt. Deutschland trägt somit nicht nur als Staat mit der größten Volkswirtschaft in Europa eine besondere Verantwortung für die Verbesserung der Lebens- und Gesundheitsbedingungen in den wirtschaftlich benachteiligten Weltregionen, sondern hat auch allen Grund, das in der MDG-Periode kumulierte Beitragsdefizit durch deutlich erhöhte Anstrengungen in den kommenden Jahren der Umsetzung der 2030 Agenda wenigstens annähernd auszugleichen."¹¹

Die folgende Grafik setzt den Beitrag Deutschlands zur Bekämpfung der Kindersterblichkeit in Relation zum Bruttonationaleinkommen. Das Missionsärztliche Institut untersuchte den deutschen Beitrag zur Erreichung von MDG4¹². Die Analyse kommt zu einem enttäuschenden Ergebnis:



Die Grafik macht eins ganz deutlich: Deutschland, die weltweit viertstärkste Wirtschaftsnation, leistet nur einen geringen Beitrag zur Senkung der Kindersterblichkeit in armen Ländern. **Im Jahr 2014 wurden von 1000 Euro erwirtschaftetem Bruttonationaleinkommen weniger als acht Cent für die Förderung der weltweiten Kindergesundheit eingesetzt.**

Ein noch nicht von Deutschland genutztes Instrument zur Finanzierung der Mütter-Kindergesundheit

Die Global Financing Facility¹³ (GFF) wurde im Juli 2015 vom UN-Generalsekretär als Nachfolgeinstrument der Muskoka-Initiative angestoßen und ist bei der Weltbank angesiedelt. Sie soll durch nachhaltige und innovative Finanzierungsprozesse die Umsetzung der Entwicklungsziele der Vereinten Nationen in Bezug auf die Gesundheit von Kindern, Jugendlichen und Frauen unterstützen. Mit Hilfe von Stakeholder-Management und Förderung der Binnenfinanzierung sollen die Gesundheitssysteme in den ärmsten Ländern der Welt ausgebaut und gestärkt werden. Organisatorisch ist die GFF in die Strukturen der Welt Bank eingebettet, wodurch die Management-Kosten minimal gehalten werden. Bisher haben sich die Geberländer Kanada und Norwegen sowie die Bill and Melinda Gates Foundation mit zusammen 1,2 Mrd US\$ beteiligt.

Über die Formulierung von ‚Investment Cases‘ (= Maßnahmenkataloge) für jedes der 63 ärmsten Empfängerländer in Bezug auf die Globale Strategie für die Gesundheit von Kindern, Jugendlichen und Frauen werden nationale Strategien co-finanziert. Partnerländer haben die Möglichkeit über konzessionäre IDA-Darlehen der Weltbank Mütter- und Kindergesundheitsfördernde Maßnahmenpakete zu finanzieren. Jeder in die GFF eingezahlte Dollar erzielt eine vierfache

Hebelwirkung. Da keine Länderstrategie komplett finanziert ist, sind auch direkte bilaterale Beistellungen von Geberländern möglich.

Den Beginn machen folgende Pilotländer: Die Demokratische Republik Kongo, Äthiopien, Kenia und Tansania. Hinzu kamen acht weitere Länder: Bangladesch, Kamerun, Indien, Liberia, Mosambik, Nigeria, Senegal, Myanmar, Tansania und Uganda. Deutschland ist bisher kein Geber der Global Financing Facility¹⁴.

Fazit

Weitermachen wie bisher darf keine Option in der Ära der Agenda 2030 sein. Die UN-Mitgliedsstaaten - also auch Deutschland - haben es sich zum Ziel gesetzt, innerhalb der nächsten fünfzehn Jahre eine umfassende Kindergesundheit zu realisieren. Es muss daher ein Anliegen sein, dass kein Kind dieser Welt an vermeidbaren und leicht behandelbaren Krankheiten stirbt.

Das Ziel ist realistisch, jedoch nur, wenn die Anstrengungen entsprechend verstärkt werden. Deutschland kommt als viertgrößte Volkswirtschaft und gesundheitspolitisch erfahrenes Land eine herausragende Rolle zu. Eine schnellstmögliche Erfüllung schon lang gegebener Versprechen hinsichtlich der Finanzierung von Entwicklungszusammenarbeit ist damit unerlässlich.

Die Agenda 2030 ist Zielrahmen für die gesamte Menschheit und deshalb müssen alle Betroffenen in deren Realisierung mit einbezogen werden. Niemand darf dabei im Sinne von „leave no one behind“ außen vor bleiben. Nur so kann ein Ende der vermeidbaren Kindersterblichkeit erreicht werden.

Handlungsempfehlungen an die deutsche Bundesregierung für eine tatsächliche Verbesserung von Kindergesundheit

und damit das Erreichen von SDG 3.2 der Agenda 2030 umsetzbar ist:

1. Ein Stufenplan zur schnellstmöglichen Erreichung des 0,7 Prozent-Ziels um die Agenda 2030 insgesamt realisieren zu können;
2. Eine Mittelsteigerung bis 2020 auf die von der Weltgesundheitsorganisation empfohlenen 0,1 Prozent des Geber-Bruttonationaleinkommens, um die Gesundheitsfinanzierungsbedarfe in den ärmsten Ländern finanziell ausreichend unterstützen zu können;
3. Die Stärkung des Globalen Fonds zur Bekämpfung von Aids, Tuberkulose und Malaria als ein effektives Instrument zur Stärkung der Mütter- und Kindergesundheit mit mindestens 400 Millionen Euro pro Jahr;
4. Eine signifikante Steigerung der Mittel zur Verbesserung der Ernährungssituation von Kindern;
5. Eine deutliche Priorisierung von Müttern und Kindern in den programmatischen und politischen Strategien des Bundesministeriums für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung;

Kontakt: Marwin Meier, marwin_meier@wvi.org, 015116205884

Quellenverzeichnis und Zitate

- ¹ Zum Beispiel hier die Vorschläge des UN-Sondergesandten für die Erreichung der MDGs, wie in einem Jahr 1 Millionen Kinderleben zusätzlich gerettet werden können: http://www.mdghealthenvoy.org/wp-content/uploads/2014/01/Overview-of-a-Proposed-Roadmap-to-Reach-MDG4_Jan2014.pdf
- ² http://www.copenhagenconsensus.com/sites/default/files/outcomedocument_col.pdf
- ³ Ebd: "Increase immunization to reduce child deaths by 25%, reduce new-born mortality by 70%, halve malaria infection, lower chronic child malnutrition by 40%, reduce tuberculosis deaths by 90%."
- ⁴ <http://www.copenhagenconsensus.com/post-2015-consensus/news/childhood-nutrition-most-critical-and-economically-sound-intervention-finds>
- ⁵ UNICEF: Committing to Child Survival: A Promise Renewed - Progress Report 2015, Seite 9; http://www.unicef.org/publications/files/APR_2015_9_Sep_15.pdf#page=9
- ⁶ Ebd. Seite 5
- ⁷ WHO Information: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs178/en/>
- ⁸ UNICEF: Committing to Child Survival: A Promise Renewed - Progress Report 2015, Seite 37; http://www.unicef.org/publications/files/APR_2015_9_Sep_15.pdf#page=37
- ⁹ So ist liegt die von den G8-Staaten vereinbarte Mittelanrechenbarkeit der Gelder für den GFATM bei 45% für die Muskoka-Initiative zur Förderung der Mütter- und Kindergesundheit. Siehe z.B. hier: <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/18/046/1804618.pdf>
- ¹⁰ In 2015 betrug der Anteil deutscher Gesundheits-ODA gerade einmal 0,031%/BNE. Dies bedeutet sogar ein Abnahme gegenüber dem, im Jahr 2011 erreichten Höchstwert von 0,032%/BNE (Seite26): http://www.aids-kampagne.de/sites/default/files/aga_mi_deutschlands_beitrag_entwicklung_gesundheit_hiv_antwort_jr_0.pdf#page=26
- ¹¹ Ebd. (S. 27)
- ¹² Die Analysen der beiden Grafiken wurden vom Missionsärztlichen Institut eigens für dieses Positionspapier geleistet. Die hinterlegte Methodik wird hier ab Seite 8 beschrieben: http://www.aids-kampagne.de/sites/default/files/aga_mi_deutschlands_beitrag_entwicklung_gesundheit_hiv_antwort_jr_0.pdf
- ¹³ <http://globalfinancingfacility.org>
- ¹⁴ Für weitere Informationen hier eine kurze deutsche Beschreibung: <https://docs.google.com/document/d/1SISHKI5y7I03UvMQjigBTNmWMHu1AMxv2WRHaknKOG8/edit>