

## **Antrag**

**der Abgeordneten Karin Roth (Esslingen), Burkhard Lischka, René Röspel, Dr. Sascha Raabe, Lothar Binding (Heidelberg), Dr. h. c. Gernot Eler, Petra Ernstberger, Iris Gleicke, Dr. Barbara Hendricks, Dr. Bärbel Kofler, Ute Kumpf, Thomas Oppermann, Johannes Pflug, Ewald Schurer, Frank Schwabe, Wolfgang Tiefensee, Manfred Zöllmer, Dr. Frank-Walter Steinmeier und der Fraktion der SPD**

### **Deutschlands Verantwortung für die Gesundheit in Entwicklungsländern – Vernachlässigte Krankheiten bekämpfen, Kinder- und Müttersterblichkeit verringern und Globalen Fonds stärken**

Der Bundestag wolle beschließen:

#### **I. Der Deutsche Bundestag stellt fest:**

Armutsbedingte, vernachlässigte Krankheiten sind auch heute noch dafür mitverantwortlich, dass die Lebenserwartung in den Entwicklungsländern bis zu 30 Jahre unter der in Industriestaaten liegt. Jahr für Jahr sterben Millionen Menschen an Krankheiten, die vermeidbar oder behandelbar wären. HIV/AIDS, Tuberkulose (TB) und Malaria fordern Millionen Todesopfer. Aber auch andere vernachlässigte Krankheiten, sogenannte Neglected Tropical Diseases (NTD) wie Ascariasis (Spulwurmbefall), Buruli-Ulkus, Cholera, Dengue-Fieber und hämorrhagisches Dengue-Fieber, Drakunkulose (Guineawurm), Hakenwürmer, Kala-Azar, Lepra, lymphatische Filariose, Onchozerkose (Flussblindheit), Schistosomiasis, Schlafkrankheit und Trichuriasis fordern jedes Jahr hunderttausende von Opfern. Aus unserer europäischen Sicht harmlose Atemwegserkrankungen und harmlose Durchfallerkrankungen sind unter Armutsbedingungen tödlich.

67 Prozent der weltweit schätzungsweise 33,4 Millionen mit dem HI-Virus infizierten Menschen (2008) leben in den Ländern Subsahara-Afrikas. Seit 1996 sind die Neuinfektionen zwar rückläufig, betragen aber im Jahr 2008 noch immer 2,7 Millionen, davon allein 1,9 Millionen in Afrika südlich der Sahara. Allerdings steigen die Infektionsraten in Osteuropa und Zentralasien rapide an. Trotz eines verbesserter Zugangs zu antiretroviralen Medikamenten in ärmeren Ländern sterben Tag für Tag 5 500 Menschen an AIDS.

HIV/AIDS wird immer „weiblicher“, was an der anhaltenden sexuellen Unterdrückung von Frauen liegt. Während in den Industriestaaten 2007 nur etwa ein Viertel der HIV-Infizierten über 15 Jahre weiblich waren, sind dies in den Entwicklungsländern ca. 50 Prozent. In Subsahara-Afrika sind es sogar 60 Prozent.

Und obwohl sich die Versorgungsdichte für antiretrovirale Behandlungen in den ärmeren Ländern in den letzten 5 Jahren verzehnfacht hat, haben bis heute geschätzte 69 Prozent der HIV-infizierten Menschen in den Entwicklungsländern keinen Zugang zu den erforderlichen Medikamenten.

Allein Malaria tötet in Subsahara-Afrika alle 30 Sekunden ein Kind. Von den jährlich eine Millionen Malariatoten lebten 95 Prozent in Subsahara-Afrika und die meisten waren unter fünf Jahre alt. Malaria ist nach wie vor eine Krankheit der Armen. Gerade in den am wenigsten entwickelten Ländern (Least Developed Countries – LDC) sind Malariainfektionen und -sterblichkeit unverhältnismäßig hoch. Dennoch wurden in den letzten Jahren im Kampf gegen die Malaria Fortschritte erzielt unter anderem durch einen deutlichen Anstieg der Verwendung imprägnierter Moskitonetze für Kinder in Subsahara-Afrika. 2006 wurde eine Senkung der Sterblichkeitsrate um bis zu 20 Prozent erreicht. Auch wenn es erste hoffnungsvolle Ansätze zur Entwicklung von Malariamedikamenten und -impfstoffen gibt, so ist die Forschung bei weitem noch nicht ausreichend.

Etwa ein Drittel der Weltbevölkerung ist mit Tuberkulose infiziert. Die Zahl der Neuerkrankungen steigt kontinuierlich. Waren es im Jahr 2000 noch etwa 8,3 Millionen, so stieg die Zahl 2008 auf etwa 9,4 Millionen Erkrankte an. Die meisten Fälle traten 2007 in Asien (55 Prozent) und Afrika (31 Prozent) auf. Etwa 15 Prozent der Neuerkrankten sind HIV-positiv. Obwohl es Medikamente zur Behandlung gibt, sind diese veraltet. Durch eine immer stärkere Verbreitung von Tuberkulose in den sowjetischen Nachfolgestaaten entsteht auch eine sehr konkrete Bedrohung für Deutschland.

Ein Impfstoff, der eine Tuberkuloseinfektion generell verhindern und die Verbreitung der Krankheit aufhalten kann, existiert nicht. Ein großes Problem ist die Entwicklung von resistenten Erregern, für die es zunehmend an wirksamen alternativen Behandlungen fehlt. An neuen TB-Medikamenten wird unzureichend geforscht. Die Diagnosemethoden sind unzuverlässig. Und so besteht eine der größten zukünftigen Herausforderungen in der Bekämpfung der multiresistenten Tuberkulose. Hier muss neben der klinischen Erprobung bekannter Substanzen auch Grundlagenforschung für neue Therapieansätze dringend vorangetrieben werden.

Seit sich die Weltgemeinschaft im Jahr 2000 auf die Millenniumsentwicklungsziele (Millennium Development Goals – MDG) einigte, ist eines der acht Ziele die Bekämpfung von AIDS, Malaria und Tuberkulose und anderer übertragbarer Krankheiten (MDG 6). Der Globale Fonds zur Bekämpfung von AIDS, Tuberkulose und Malaria (GF) spielt auf dem Weg zur Erreichung der MDG eine entscheidende Rolle. Täglich retten Programme, die vom GF unterstützt werden, etwa 3 600 Menschenleben; bisher insgesamt 5 Millionen.

Bis Ende Dezember 2009 ermöglichten die Programme des GF für 2,5 Millionen Menschen eine Antiretrovirale Therapie (ART) gegen AIDS. Ebenfalls bis Ende 2009 konnten durch die vom GF unterstützten Programme 6 Millionen Menschen, die an aktiver TB leiden, Medikamente zur Verfügung gestellt werden. Und mittels durch den GF geförderter Programme zur Malariavorbeugung wurden bis Ende 2009 104 Millionen mit Insektizid behandelte Moskitonetze verteilt.

In dem Bewusstsein dieser herausragenden Rolle hat Deutschland den GF bisher entsprechend unterstützt und mitgearbeitet. In diesem Jahr findet am 5. Oktober in New York, unter Vorsitz des UN-Generalsekretärs Ban Ki Moon, die nächste Auffüllungsrunde statt. Der GF hat ein notwendiges Finanzierungstableau von 20 Mrd. US-Dollar für die Auffüllungsperiode 2011 bis 2013 vorgelegt, mit dem MDG 6 erreicht werden könnte. Der deutsche Anteil würde demnach etwa 420 Mio. Euro pro Jahr betragen.

Die Bekämpfung von Tuberkulose, Malaria und AIDS spielt auch eine wesentliche Rolle bei der Senkung der Kinder- und Müttersterblichkeit, zweier wesentlicher MDG (4 und 5). Noch immer sterben neun Millionen Kinder unter fünf Jahren an Krankheiten, die hätten verhindert oder geheilt werden können. Mit

ursächlich dafür, dass MDG 4 erst zu 32 Prozent und MDG 5 erst zu 9 Prozent erreicht wurde, ist eine mangelnde Gesundheitsversorgung.

Die höchsten Sterblichkeitsraten verzeichnet Subsahara-Afrika, wo 2007 nahezu jedes siebte Kind vor Vollendung seines fünften Lebensjahrs starb. Als effektives Instrument zur Bekämpfung der Kindersterblichkeit haben sich Impfkampagnen erwiesen. So konnten die Todesfälle durch Masern innerhalb von sieben Jahren um 75 Prozent gesenkt werden. Dazu beigetragen hat auch, dass der Impfstoff weniger als 1 Dollar pro Kind kostet. Im Rahmen dieser Kampagnen lassen sich auch andere Präventionsmaßnahmen verteilen, wie beispielsweise imprägnierte Moskitonetze.

Außerdem werden in den meisten Ländern Subsahara-Afrikas mit besonders hoher HIV-Prävalenz Maßnahmen flächendeckender angewendet und bereitgestellt. Dazu gehört die antiretrovirale Behandlung von HIV-positiven Schwangeren, um die Mutter-Kind-Übertragung des Virus zu verhindern.

Gab es bei der Bekämpfung der Kindersterblichkeit Fortschritte, so kann man bei der Bekämpfung der Müttersterblichkeit von einem Stillstand sprechen. Jedes Jahr stirbt über eine halbe Millionen Frauen und Mädchen an Komplikationen während der Schwangerschaft oder infolge einer Entbindung aufgrund behandelbarer bzw. vermeidbarer Komplikationen (UN-Millenniumsbericht 2009). Etwa 50 Prozent dieser Todesfälle entfallen auf Subsahara-Afrika, ein weiteres Drittel auf Südasien.

Die große Mehrheit tödlich verlaufender Geburten könnte durch professionelle medizinische Hilfe verhindert werden. Zwar ist der Gesamtanteil der von medizinischem Fachpersonal betreuten Geburten in den Entwicklungsregionen von 53 Prozent im Jahr 1990 auf 61 Prozent im Jahr 2007 angestiegen. In Südasien und Subsahara-Afrika fehlt eine solche Betreuung jedoch noch immer bei mehr als der Hälfte aller Geburten.

Und weil Frauen in den Entwicklungsländern ein ungleich höheres Gesundheitsrisiko tragen, aber gleichzeitig beim Zugang zur Gesundheitsvor- und -fürsorge benachteiligt werden, hat die Bundesrepublik Deutschland sich maßgeblich an der Erarbeitung einer Genderstrategie des GF beteiligt, die nun implementiert wird.

Heute sind etwa ein Drittel der Weltbevölkerung, ca. zwei Milliarden Menschen, vom Zugang zu essenziellen Medikamenten ausgeschlossen. In Teilen Subsahara-Afrikas und Südasiens, aber auch in Ländern wie Brasilien und Indien, haben weniger als die Hälfte der Menschen Zugang zu den wichtigsten Medikamenten. Untersuchungen in etwa 30 Entwicklungsländern ergaben eine Verfügbarkeit ausgewählter Medikamente in öffentlichen Gesundheitseinrichtungen von etwa 35 Prozent und etwa 63 Prozent im Privatsektor. Die Preise für Medikamente, soweit sie überhaupt erhältlich sind, liegen im öffentlichen Sektor der Entwicklungsländer ca. 250 Prozent über den internationalen Referenzpreisen. Im Privatsektor sogar bis zu 650 Prozent darüber. Die Unterversorgung im öffentlichen Sektor bedeutet, dass die Patienten oft nur die Wahl haben, sich die Medikamente privat zu beschaffen oder gar nicht behandelt zu werden.

Eines der Millenniumentwicklungsziele ist es daher bis zum Jahr 2015 in Zusammenarbeit mit den Pharmaunternehmen unentbehrliche Arzneimittel zu erschwinglichen Preisen in den Entwicklungsländern verfügbar zu machen (MDG 8E).

Ein Weg hierzu ist die Produktion und der Handel mit Generika, der vom Übereinkommen über handelsbezogene Aspekte der Rechte des geistigen Eigentums (TRIPS-Abkommen) abgedeckt und in der Doha-Erklärung (Doha Declaration on TRIPS agreement and public health) vom 14. November 2001 (WT/MIN(01)/DEC/2, Artikel 4) bekräftigt wurde.

Allerdings behindert die Auslegung von Patentregeln durch die Industrieländer und durch Pharmafirmen den Zugang der Entwicklungsländer zu lebensnotwendigen Medikamenten.

Auch wenn die TRIPS-Regelungen eigentlich zu einer Verbesserung der Situation beitragen sollten, so werden doch diese Regelungen beispielsweise in Europa missbräuchlich angewendet. Generikalieferungen, für Entwicklungsstaaten bestimmt und lediglich im Transit auf europäischem Territorium, werden zurückgehalten. Die Europäischen Staaten versuchen über sogenannte TRIPS-Plus-Abkommen Generikaproduzenten zu Gunsten der europäischen Pharmakonzerne zu weitreichenden Konzessionen zu zwingen. Die Europäische Union (EU) versucht Ähnliches über das sogenannte ACTA-Abkommen (ACTA – Anti-Counterfeiting Trade Agreement). In seiner Stellungnahme (2009/2218(INI)) rügt der Ausschuss für internationalen Handel des Europaparlaments TRIPS-Plus-Abkommen und fordert die EU auf, Länder, die mit den TRIPS-Bestimmungen die Medikamentenversorgung verbessern wollen, zu unterstützen, statt zu behindern.

Der Zugang zu einer umfassenden Gesundheitsversorgung, die neben der kurativen Behandlung von Erkrankungen auch vorbeugende und gesundheitsförderliche Elemente umfasst, ist für die armen Teile der Weltbevölkerung aber nicht nur wegen zu hoher Kosten, fehlender Infrastruktur oder mangelnder sozialer Absicherung versperrt. Für viele Krankheiten fehlen immer noch Therapiemöglichkeiten oder diese sind verbesserungsbedürftig.

Das gilt besonders für Krankheiten, die in der sogenannten entwickelten Welt gar nicht oder nur selten vorkommen. Es fehlt der wirtschaftliche Anreiz für die Forschung.

Die medizinische und pharmazeutische Forschung, öffentliche wie privatwirtschaftliche, konzentriert sich weitgehend auf Produktentwicklungen und Therapiekonzepte für ökonomisch lukrative Gesundheitsmärkte, die Gesundheitsprobleme in den wohlhabenden Ländern. Die Krankheiten armer Länder und armer Menschen sind für eine solche Gesundheitsforschung nicht profitabel und werden deshalb vernachlässigt. In noch größerem Maße gilt dieser Zusammenhang auch für Mittel zur Krankheitserkennung (Diagnostika) und Krankheitsvorbeugung (Präventiva), wie z. B. Impfstoffe.

Zur Bekämpfung der vernachlässigten Erkrankungen bedarf es des gemeinsamen, internationalen Engagements von Wirtschaft, Wissenschaft und Politik.

Trotz einiger Fortschritte bei der Behandlung von NTD sind noch immer etwa 1,2 Milliarden Menschen betroffen. Der GF wäre jedoch nach eigener Aussage schon jetzt in der Lage, bei einer Ausweitung seines Auftrages und entsprechender finanzieller Ausstattung, die schlimmsten Folgen der NTD mit den vorhandenen Mitteln einzugrenzen.

Auch die Entwicklungsländer stehen in der Verantwortung. Unzulänglichkeiten in der öffentlichen Versorgung sind eine häufige Ursache dafür, dass der Zugang zu wichtigen Medikamenten in Entwicklungsländern eingeschränkt bleibt. Zudem führen schwache Gesundheitssysteme, mangelnde Fachkräfte und andere Ursachen dazu, dass die Wirksamkeit mancher Medikamente vom Labor bis zum Patienten um bis zu dreiviertel geringer wird.

Aus der Erkenntnis heraus, dass die globale Gesundheitsfürsorge und ein Erreichen der gesundheitsbezogenen MDG mit den klassischen Instrumenten der Entwicklungszusammenarbeit kaum oder gar nicht zu erreichen sind, hat es in den vergangenen Jahren innovative und sehr erfolgreiche neue Ansätze gegeben.

Zu den erfolgreichsten zählen Public Private Partnerships wie der GF und auch GAVI (The Global Alliance for Vaccines and Immunisation). Hier werden ge-

meinsam von öffentlicher Hand und privaten Stiftungen und Spendern Gelder aufgebracht.

Ein anderer erfolgversprechender Ansatz sind Produktentwicklungspartnerschaften (Product Development Partnerships – PDP) von denen es mittlerweile ca. 20 gibt, wie z. B. „Drugs for Neglected Diseases Initiative“, „International Partnership for Microbicides“, „Medicines for Malaria Venture“, „TB Alliance“.

Sie haben unterschiedliche Produktportfolios. Manche konzentrieren sich auf eine Krankheit, andere verfolgen die Erforschung und Entwicklung für mehrere vernachlässigte Krankheiten. PDPs operieren typischerweise auf Non-Profit-Basis. PDPs entwickeln Medikamente in Zusammenarbeit mit der Industrie, sie koordinieren die Zusammenarbeit zwischen unterschiedlichen Partnern aus Industrie und Wissenschaft, die sie je nach Entwicklungsphase auswählen. Sie mobilisieren Fördermittel und managen diese, d. h. sie stellen sie je nach Bedarf den ausgewählten Partnern, die gerade das Projekt weiterbringen, zur Verfügung. Das Spektrum von PDPs reicht von der Wirkstoffsuche bis hin zur Marktreife. Der Vorteil von PDPs ist, dass sie unterschiedliche Akteure mit unterschiedlichem Know-how je nach Bedarf einsetzen können. PDPs sind effizient und effektiv. Durch solche Kooperationen sind zum Beispiel die Therapiekosten für eine vollständige Malariabehandlung mit den neuen Artemisin-Kombinationspräparaten in vielen afrikanischen Ländern auf unter einen Euro gesunken.

Allerdings birgt der Erfolg auch neue Probleme. Denn mit jeder Stufe der Entwicklung, die ein vielversprechender Wirkstoff nimmt, wird die nächste Phase bedeutend teurer. Insbesondere die klinischen Phasen stellen die PDPs vor Finanzierungsprobleme.

Trotz der positiven Resultate die von PDPs hervorgebracht wurden, konnte sich die Bundesregierung bisher nur zu einer Ressortzuständigkeit für das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) entscheiden. Zu einem konkreten, substanziellen finanziellen Beitrag kann sich die Bundesregierung nicht durchringen.

PDPs, aber auch finanzielle Anreize durch Forschungspreise, werden in der „Global Strategy and Plan of Action on Public Health, Innovation and Intellectual Property“ (GSPOA) der Weltgesundheitsorganisation (WHO), die unter maßgeblicher Beteiligung der Bundesrepublik Deutschland entwickelt wurde, als innovative Instrumente zur Förderung von Forschung und Entwicklung von Medikamenten für vernachlässigte Krankheiten genannt.

Um Doppelstrukturen zu vermeiden, bedarf es für die Zukunft einer Klärung, der Zusammenarbeit zwischen WHO, dem GF, GAVI und anderen multilateralen Initiativen ebenso, wie eine Klärung der Frage, ob die WHO in der Lage ist, die führende und koordinierende Rolle bei der Festlegung der Forschungsinitiativen zu Bekämpfung der vernachlässigten Krankheiten einzunehmen.

Ein ebenfalls vielversprechender Ansatz ist der Health Impact Fund (HIF), der finanzielle Anreize mit dem Nachweis der Wirksamkeit verbindet. Auch der HIF wird im GSPA der WHO aufgeführt.

Ein weiteres positives Beispiel für innovative Wege zur Verbesserung der Gesundheitssituation ist die von Deutschland unterstützte Dept2Health-Initiative. Deutschland sagte 2007 zu über einen Zeitraum von drei Jahren (2008 bis 2010) zusätzliche 200 Mio. Euro für Dept2Health bereitzustellen. Die Bundesrepublik Deutschland hat bereits zwei Abkommen mit Indonesien (2007) über 50 Mio. Euro und mit Pakistan (2008) über 40 Mio. Euro abgeschlossen.

Aber auch andere innovative Instrumente zur Förderung der globalen Gesundheitsvorsorge, wie z. B. ein Beitritt zu UNITAID, oder die Einführung einer Finanztransaktionssteuer zur Finanzierung der Entwicklungshilfe, die ebenfalls

im WHO Bericht genannt werden, werden seitens der Bundesregierung nicht ernsthaft in Erwägung gezogen. Im Gegenteil gibt es Versuche unter dem Deckmantel eines Haushaltsausschussbeschlusses, der mehrere Jahrzehnte alt ist, wonach nur ein Drittel der Mittel der Entwicklungszusammenarbeit (EZ-Mittel) in multilaterale Projekte fließen darf, Mittel für GF oder GAVI zu kürzen. Allerdings wird vergessen, dass diese Regel lange vor der Gründung beispielsweise eines GF beschlossen wurde und die Erkenntnis, dass den meisten Problemen, wie auch dem der mangelnden Gesundheitsvorsorge, heute nur noch global und multilateral zu begegnen ist.

Neben der fehlenden Forschung und den überkauften Medikamenten zählen die teils schwachen, teils gar nicht vorhandenen Gesundheitssysteme in den Entwicklungsländern zu den Hauptursachen der zum Teil geringen Fortschritte zur Verbesserung der Gesundheitssituation der Menschen.

In Subsahara-Afrika steht für 65 000 Menschen ein Arzt zur Verfügung, in Deutschland einer für 294. Laut WHO fehlen weltweit 4,3 Millionen Gesundheitsfachkräfte, um die Mindestversorgungsleistungen durchführen zu können. Eine wesentliche Ursache ist die Migration von Fachkräften aus Entwicklungsländern in Industrieländer. Die Abwanderung von Gesundheitsfachkräften aus Entwicklungsländern in Industrieländer – teilweise durch aktive Abwerbung – verschlimmert die Situation.

Die Anstrengungen, vor allem die Ausbreitung von Infektionskrankheiten durch Aufklärung, Prävention oder bedarfsgerecht verfügbare Impfstoffe einzuschränken, sind noch immer unzureichend. Es wird darauf ankommen Anreize für Entwicklungsprozesse so zu setzen, dass die Erforschung bisher vernachlässigter Erkrankungen sowie präventiver Strategien und Impfstoffe zum lohnenden Projekt für Wissenschaft und Wirtschaft wird. Die Gesundheitssysteme in den Entwicklungsländern müssen gestärkt und in die Lage versetzt werden, den Anforderungen gerecht zu werden. Hierzu gilt es sowohl innovative Anreizsysteme als auch Finanzierungsmöglichkeiten zu entwickeln und umzusetzen.

II. Der Deutsche Bundestag fordert die Bundesregierung auf,

1. bis zum MDG-Gipfel im September 2010 eine „Road Map“ zu erstellen, die die Strategie und die Mittel der Bundesregierung zur Erreichung der gesundheitsbezogenen MDGs darlegt;
2. sich im Vorfeld der Wiederauffüllungskonferenz für den GF im Oktober 2010 im Rahmen der G8- und G20-Gipfel 2010 sowie während des MDG-Summit 2010 dafür einsetzen, dass auch andere Geberländer langfristige und angemessene finanzielle Zusagen zur Unterstützung des GF machen;
3. sowohl bei der Wiederauffüllungskonferenz 2010 als auch beim MDG-Summit durch die Bundeskanzlerin vertreten zu werden, um ein eindeutiges Signal über die Bedeutung für die Welt und auch die Stellung, die die Bundesregierung diesen Zeilen einräumt, auszusenden;
4. dem GF für seine Arbeit und zur Erreichung der MDG ausreichend und verlässlich Mittel zur Verfügung zu stellen. Dies bedeutet für die Förderperiode 2011 bis 2013 mindestens 420 Mio. Euro pro Jahr;
5. sich dafür einzusetzen, dass der Aufgabenbereich des GF auf der Wiederauffüllungskonferenz auch auf die Bekämpfung der NTD ausgeweitet wird;
6. sich dafür einzusetzen, dass ausreichend Zusagen der Geber gemacht werden, damit die ca. 200 Mio. Euro p. a., die der GF für eine Bekämpfung der NTD mit den vorhandenen Mitteln veranschlagt, dem GF zusätzlich zur Verfügung gestellt werden und selbst einen entsprechenden Anteil der Finanzierung zuzusagen;

7. die im Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und FDP vorgegebene starre Haltung einer zwei Drittel/ein Drittel Regelung für multilaterale/bilaterale ODA-Mittel (ODA – Official Development Assistance) insbesondere im Hinblick auf die Unterstützung des GF, von GAVI und PDPs aufzugeben;
8. dafür Sorge zu tragen, dass der GF verstärkt in die Förderung und den Ausbau von Gesundheitssystemen einsteigt und hierbei darauf zu achten, dass der Genderaspekt entsprechend berücksichtigt wird. Gleiches gilt für die bilaterale Förderung von Gesundheitssystemen;
9. sich für die Einführung einer Frauenquote in den „Country Coordinating Mechanisms“ (CCMs) des GF einzusetzen;
10. aus Gründen der Effizienz, Effektivität und Kohärenz den GF verstärkt als Koordinierungsstelle zu nutzen und bereits unter seinem Dach laufenden Initiativen, wie die Debt2Health-Initiative weiter aktiv zu unterstützen;
11. im Hinblick auf eine Senkung der Kinder- und Müttersterblichkeit den „New Global Consensus on Maternal, Newborn and Child Health“ (PMNCH) zu implementieren und dafür zu sorgen, dass vorrangig Initiativen vereinbart werden, um gerade bei diesem MDG den enormen Rückstand bis zur Zielvorgabe zu erreichen;
12. bei allen Initiativen und Programmen grundsätzlich auf die besondere Situation von Frauen und Mädchen einzugehen und diese bei der Planung und Umsetzung zu berücksichtigen;
13. sich auf internationaler Ebene dafür einzusetzen, dass die Unsicherheiten der Vertriebskanäle, die zu hohen Preisen für antiretrovirale Medikamente beitragen, beseitigt und in allen Ländern Kondome und Frauenkondome zum Schutz vor HIV/AIDS in ausreichendem Maße zur Verfügung stehen;
14. sich trotz der jüngsten Rückschläge bei der Entwicklung von Mikrobiziden verstärkt deren Forschung und Entwicklung zu unterstützen;
15. PDPs zur Entwicklung von Medikamenten und Diagnoseinstrumenten zur Bekämpfung der NTD und von Malaria und Tuberkulose systematisch finanziell zu fördern, zu unterstützen und hierfür einen eigenen Titel zusätzlich zur bisherigen direkten Förderung von Instituten und Projekten in den Haushalt ab 2011 einzustellen. Ein solcher Titel sollte nicht unter 100 Mio. Euro betragen;
16. die Pilotphase des HIF unter dem Dach des GF aktiv zu begleiten und die Einrichtung eines HIF, bei nachgewiesener Wirksamkeit zu prüfen, aktiv und finanziell zu unterstützen und voranzutreiben;
17. zu prüfen, ob unter dem Dach des GF ein Topf zur Förderung von PDPs eingerichtet werden kann und sollte, oder ob die Einrichtung eines eigenen, neuen Globalen Fonds zur Unterstützung von PDPs sinnvoll ist und hierbei gleichzeitig zu klären, ob die WHO oder eine andere multilaterale Organisation geeignet ist, die führende und koordinierende Rolle bei der Festlegung von Forschungsinitiativen zur Bekämpfung der vernachlässigten Krankheiten zu übernehmen;
18. ein Anreizsystem zur Forschung an vernachlässigten Krankheiten in Form von Forschungspreisen zu etablieren;
19. zur Unterstützung der Grundlagenforschung an vernachlässigten Krankheiten die Einrichtung und den Aufbau öffentlich zugänglicher Substanzsammlungen und Datenbanken zu unterstützen;
20. die Mittel, die GAVI zur Verfügung gestellt werden, deutlich zu erhöhen und zu verstetigen;

21. die Vakzine Projekt Management GmbH (VPM), die aussichtsreiche Impfstoffkandidaten aus der akademischen Forschung erwirbt und diese mit einem Konsortium von Partnern entwickelt und die Ergebnisse verwertet, weiterzuführen und dafür Sorge zu tragen, dass bei der Ergebnisverwertung eine Klausel zur Vergabe freier Lizenzen zur Generikaproduktion eingeführt wird. Gleichzeitig sollte geprüft werden, ob und in welcher Weise die VPM in PDPs integriert werden kann und ob Synergieeffekte möglich sind;
22. die Einrichtung von internationalen „Patentpools“, bei denen Pharmafirmen aber auch öffentlich geförderte Forschungseinrichtungen ihre Patente auf Medikamente in einen Pool geben und Lizenzgebühren erhalten, während andere Firmen diese Patente nutzen, um günstigere Medikamente für arme Länder herzustellen, zu unterstützen;
23. auf europäischer Ebene dafür Sorge zu tragen, dass nicht weiterhin unter Berufung auf das TRIPS-Abkommen Generika, die sich lediglich im Transit befinden, beschlagnahmt werden;
24. dem Geist des TRIPS-Abkommens und der Vereinbarung der Welthandelsorganisation (WTO), die gerade die Generikaproduktion für die Entwicklungsländer ermöglichen soll, gerecht zu werden und diese nicht auch noch durch sogenannte TRIPS-Plus-Abkommen zu unterlaufen und sich im Rahmen der ACTA-Verhandlungen dafür einzusetzen, dass eine verbilligte Produktion von Medikamenten für die Entwicklungsländer erleichtert und nicht erschwert wird. Bei den Neuverhandlungen für ein Nachfolgeabkommen ab 2015 dafür Sorge zu tragen, dass das Ziel einer ausreichenden Versorgung der Entwicklungsländer mit preiswerten Medikamenten oberstes Ziel eines solchen Abkommens wird;
25. in Verhandlungen mit Entwicklungsländern darauf hinzuwirken, dass diese ihre Anstrengungen zum Aufbau und zur Stärkung von Gesundheitssystemen verstärken, so dass Gesundheitsdienste, insbesondere Basisgesundheitsdienste, nachhaltig und mit gleichberechtigtem Zugang für alle zur Verfügung stehen;
26. sich auf nationaler und auf europäischer Ebene dafür einzusetzen, dass der Code of Conduct zur Verhinderung der Abwerbung medizinischer Fachkräfte implementiert, umgesetzt und angewandt wird;
27. konkrete Maßnahmen zu ergreifen, um Bildungsprogramme insbesondere für Mädchen zu unterstützen, die Wissen über Sexualität und sexuelle und reproduktive Gesundheit und die Verhütung sexuell übertragbarer Infektionen vermitteln;
28. staatliche Krankenhausplanungssysteme in den Partnerländern zu unterstützen;
29. sich bei der WHO dafür einzusetzen, dass veraltete Richtlinien zur Behandlung von Krankheiten überarbeitet und zeitnah aktualisiert werden und an den aktuellen Stand von Wissenschaft und Forschung angepasst werden;
30. verstärkt für ein kohärentes Handeln zur Verbesserung der Gesundheitssituation in den Entwicklungsländern innerhalb der Bundesregierung zu sorgen;
31. dem Deutschen Bundestag regelmäßig darüber Auskunft zu geben, welche Mittel zur Erreichung der Gesundheits-MDG aufgebracht werden und ein Verfahren zur Messung zu entwickeln;
32. dafür Sorge zu tragen, dass die Gesundheitsabteilung des Bundesministeriums für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung ihren Aufgaben entsprechend personell ausgestattet wird;

33. durch Einhaltung des vereinbarten Ziels der 0,7-Prozent-ODA-Quote dafür Sorge zu tragen, dass Deutschland seinen angemessenen Beitrag zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung in den Entwicklungsländern und zur Erreichung der gesundheitsbezogenen MDG beiträgt;
34. dafür zu sorgen, dass die Entwicklungsländer, die Partner der deutschen Entwicklungszusammenarbeit sind, mindestens 15 Prozent ihres Haushaltsbudgets für das Gesundheitswesen einsetzen.

Berlin, den 16. Juni 2010

**Dr. Frank-Walter Steinmeier und Fraktion**





