



Kurzprotokoll der 17. Sitzung

Unterausschuss Globale Gesundheit (14)

Berlin, den 11. Dezember 2023, 17:00 Uhr
als Kombination aus Präsenzsitzung
(Paul-Löbe-Haus, Saal E 600) und
Webex-Meeting*.

*Die Zugangsdaten zum Webex-Meeting werden an
den entsprechenden Teilnehmerkreis versandt.

Vorsitz: Prof. Dr. Andrew Ullmann, MdB

Tagesordnung

Tagesordnungspunkt 1

Seite 3

- a) **Bundesregierung zu Universal Health Coverage (UHC) und Rolle von Gesundheitsversicherungssystemen zur Erreichung von UHC**

Selbstbefassung S-20(14-1)41

- b) **Universal Health Coverage und die Rolle von Gesundheitsversicherungssystemen zur Erreichung von UHC**

Selbstbefassung S-20(14-1)42



Nur zur dienstlichen Verwendung

Mitglieder des Ausschusses

	Ordentliche Mitglieder	Stellvertretende Mitglieder
SPD	Coße, Jürgen Diaby, Dr. Karamba Kersten, Dr. Franziska Rudolph, Tina Stüwe, Ruppert	Engelhardt, Heike Katzmarek, Gabriele Ortleb, Josephine Seitzl, Dr. Lina Wollmann, Dr. Herbert
CDU/CSU	Albani, Stephan Braun, Dr. Helge Irlstorfer, Erich Kippels, Dr. Georg	Gröhe, Hermann Pilsinger, Stephan Rüddel, Erwin Stegemann, Albert
BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN	Düring, Deborah Schulz-Asche, Kordula Wagner, Johannes	Grau, Dr. Armin Grützmacher, Sabine Schauws, Ulle
FDP	Gerschau, Knut Ullmann, Dr. Andrew	Helling-Plahr, Katrin Mansmann, Till
AfD	Dietz, Thomas Schneider, Jörg	Baum, Dr. Christina Rinck, Frank



Nur zur dienstlichen Verwendung

Beginn der Sitzung: 17:00 Uhr

Vor Eintritt in die Tagesordnung

Der **Vorsitzende**, Abg. **Prof. Dr. Andrew Ullmann** (FDP), begrüßt die Anwesenden zur 17. Sitzung des Unterausschusses.

Der Unterausschuss beschließt einvernehmlich, zu TOP 1 b) öffentlich zu tagen.

Tagesordnungspunkt 1

a) Bundesregierung zu Universal Health Coverage (UHC) und Rolle von Gesundheitsversicherungssystemen zur Erreichung von UHC

Selbstbefassung S-20(14-1)41

Der **Vorsitzende** begrüßt die Anwesenden zu TOP 1, dem Bericht der Bundesregierung zu Universal Health Coverage (UHC) und der Rolle von Gesundheitsversicherungssystemen zur Erreichung von UHC. Morgen finde der UHC Day, der Tag der universellen Gesundheitsversorgung, zur Betonung der Bedeutung des Zugangs zu qualitativ hochwertiger Gesundheitsversorgung für alle Menschen, statt. Das Ziel der universellen Gesundheitsversorgung sei es, sicherzustellen, dass alle Menschen Zugang zu notwendigen Gesundheitsdienstleistungen haben, ohne dabei finanziell in Armut zu geraten. Der UHC Day sei eine Gelegenheit für Regierungen, zivilgesellschaftliche Organisationen, medizinische Fachkräfte, Patienten und Patientinnen und die breite Öffentlichkeit, gemeinsam für eine bessere Gesundheitsversorgung einzutreten und auf die Fortschritte sowie die Herausforderungen im Bereich der universellen Gesundheitsversorgung aufmerksam zu machen.

Dr. Tania Rödiger-Vorwerk (Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (BMZ)) führt aus, dass morgen, am 12. Dezember 2024 der Tag der allgemeinen Gesundheitsversorgung sei unter dem Motto „Zeit zum Handeln“ („Health for All: Time for Action“) – umfassendes Handeln sei in der Tat dringend geboten. Aus Sicht des BMZ gebe es vier entscheidende Stellschrauben, um UHC weltweit voranzubringen: Der erste Punkt sei die Gewährleistung des Zugangs zu essenziellen Gesundheitsdiensten für alle; von

der Gesundheitsförderung über die Vorsorge und Behandlung bis hin zur Rehabilitation. Der zweite Punkt sei der Aufbau der Gesundheitsfinanzierung und sozialen Sicherungssysteme zur Reduzierung von Selbstzahlern und Selbstzahlerinnen sowie zur Absicherung von Menschen im Krankheitsfall gegen Armut. Der dritte Punkt sei die Förderung sexueller und reproduktiver Gesundheit und Rechte, der auch als Beitrag zur Geschlechtergerechtigkeit gelte. Der vierte Punkt sei die Schaffung einer tragfähigen und nachhaltigen Finanzierung.

Zu Punkt eins sagt sie, 2021 hätten 4,5 Milliarden Menschen, das heißt mehr als die Hälfte der Weltbevölkerung, keinen Zugang zu essenziellen Gesundheitsdiensten gehabt, mit Blick nach Subsahara Afrika sogar vier von fünf Menschen. Es fehle Infrastruktur wie Krankenhäuser, Zentren für Basisgesundheitsversorgung, essenzielle Arzneimittel und Impfstoffe sowie Gesundheitsfachkräfte.

Gesundheitsfinanzierung und soziale Sicherungssysteme seien in vielen Ländern noch unzureichend aufgebaut. Aktuellen Daten der Weltgesundheitsorganisation (WHO) zufolge seien im Jahr 2019 mehr als eine Milliarde Menschen (14 Prozent der Weltbevölkerung) von katastrophalen Gesundheitsausgaben als Selbstzahlende betroffen gewesen. In vielen Haushalten müssten mehr als zehn Prozent der Haushaltsausgaben für Gesundheit aufgewendet werden, wodurch ungefähr 244 Millionen Menschen verarmt seien. Besonders betroffen seien frauengeführte Haushalte, welche daher besonders im Zentrum der Bemühungen des BMZ stünden. Die Wechselwirkung zwischen Klima und Gesundheit sei zentrales Thema des diesjährigen Klimatages auf der Klimakonferenz.

Die Förderung sexueller und reproduktiver Gesundheit und Rechte sowie Geschlechtergerechtigkeit sei ein weiterer wichtiger Bestandteil allgemeiner Gesundheitsvorsorge. Hier sehe das BMZ signifikante Defizite. Alle zwei Minuten sterbe eine Frau in Zusammenhang mit Schwangerschaft oder Geburt. Unter Mädchen und jungen Frauen im Alter von 15 bis 19 Jahren sei dies eine der häufigsten Todesursachen weltweit.

Bezüglich der begrenzten öffentlichen Mittel, Staatsverschuldung und Investitionen in UHC gelte es, die Steuerbasis zu erhöhen, Effizienzen zu stärken und Investitionen des Privatsektors zu heben. Zusammenfassend lasse sich sagen, dass der Aufbau einer allgemeinen Gesundheitsversorgung durch den Aus- und Aufbau von leistungsfähigen



Nur zur dienstlichen Verwendung

und resilienten Gesundheitssystemen und sozialen Sicherungssystemen sowohl multilateral als auch bilateral zentrales Ziel der deutschen Entwicklungszusammenarbeit sei. So habe das BMZ dies in seiner neuen Kernthemenstrategie „Gesundheit, soziale Sicherung und Bevölkerungsdynamik“ besonders in den Fokus zur langfristigen strategischen Unterstützung der Partnerländer Deutschlands gesetzt. Bilateral unterstütze das BMZ derzeit 13 Länder, insbesondere in Afrika.

Die Resilienz gegenüber kollektiven Krisen wie dem Klimawandel sei ein prominentes Thema. Der Klimawandel belaste die Gesundheit und Gesundheitssysteme sowie die sozialen Sicherungssysteme, weswegen eine explizite Anpassung der Systeme an den Klimawandel unabdingbar sei. Präventive Maßnahmen stünden dabei immer im engen Zusammenhang mit der Gesundheitssicherung, Ernährungssicherung, Zugang zu sauberem Wasser und Sanitäreinrichtungen, usw.

Gesundheit sei ein globales Gut, das eine gemeinsame Anstrengung und Lösung brauche. Das BMZ engagiere sich daher unter anderem auf der multilateralen Ebene über den globalen Fonds und die Impfallianz Gavi. Der globale Fonds gebe rund ein Drittel seiner Gelder (1,5 Milliarden Dollar) jährlich, insbesondere auf Drängen des BMZ, zur Gesundheitssystemstärkung aus. Das Gleiche gelte für die Impfallianz Gavi, wo das BMZ sich besonders dafür eingesetzt habe, dass Co-Finanzierung der Partnerländer und die Unterstützung der Stärkung der Gesundheitssysteme im Fokus stünden.

Dr. Sinan Akdeniz (Bundesministerium für Gesundheit (BMG)) knüpft an den bereits erwähnten morgigen internationalen Tag der allgemeinen Gesundheitsversorgung an und betont, das BMG setze sich dafür ein, den Zugang zu medizinischen Versorgung für alle Menschen zu verbessern, umfangreich sicherzustellen und auch für diejenigen zugänglich zu machen, die bisher Schwierigkeiten hätten, ihren Anspruch auf Gesundheitsversorgung wahrzunehmen. Derzeit werde ein vom BMG erarbeiteter Gesetzesentwurf zur Stärkung der Gesundheitsversorgung in der Kommune (Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz) zwischen den Bundesressorts diskutiert, der für Menschen mit ungeklärtem Versicherungsstatus, wie insbesondere sozial Benachteiligte oder Wohnungslose, vorsehe, den Zugang zur Krankenversicherung und Versorgung zu

prüfen und im Sinne der Betroffenen zu klären, indem den Kommunen ermöglicht werde, gemeinsam mit den Krankenkassen sogenannte Gesundheitskioske zu errichten. Deren konkrete Aufgabe werde es sein, allgemeine Beratungs- und Unterstützungsleistungen anzubieten, etwa zur Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen oder Präventionsangeboten. Die Mitarbeitenden sollen Ratsuchende bei der Vermittlung von Terminen, aber auch konkreten Leistungsangeboten unterstützen. Insgesamt solle durch niedrigschwellige Beratungs- und Unterstützungsangebote gelingen, individuelle Gesundheitskompetenz, insbesondere für Menschen mit besonderem Unterstützungsbedarf, zu erhöhen. Auch international werde versucht, die nationalen Erfahrungen einzubringen. Mit der politischen Erklärung zur UHC beim vergangenen UN High Level Meeting in New York im September 2023 habe sich die internationale Staatengemeinschaft verpflichtet, die Anstrengungen zur Verwirklichung von UHC zu intensivieren. Erstens, in der Erklärung werde betont, die nationalen Gesundheitspläne zu stärken, die Haushaltsmittel für die Gesundheitsversorgung zu priorisieren und die primäre Gesundheitsversorgung als Eckpfeiler sicherzustellen. Zweitens unterstreiche die Erklärung die Signifikanz der Zusammenarbeit zwischen Finanz- und Gesundheitsbehörden zur Gewährleistung einer nachhaltigen und effizienten Gesundheitsfinanzierung und Investition in UHC und drittens kämen die Staats- und Regierungschefs überein, die Maßnahmen zu beschleunigen, um unter anderem in die Ausbildung und Bindung von Gesundheitspersonal zu investieren, Governance und Führung zu stärken, das Gesundheitspersonal von Diskriminierung zu schützen und die Gleichstellung der Geschlechter im Gesundheitssektor zu fördern.

Über den Fortschritt im UHC werde in vielen Ländern auch das Sustainable Development Goal (SDG) 3 erreicht sowie auch viele weitere SDG-Ziele gefördert, wie zum Beispiel die Bekämpfung extremer Armut, der Sicherung qualitativer Bildung und der Ankurbelung des Wirtschaftswachstums.

Gesundheitssystemstärkung sehe das BMG als entscheidenden Faktor zur Erreichung von UHC. Dieser systemorientierte Ansatz erfordere zur Verbesserung der Leistung und Erhöhung der Widerstandsfähigkeit der Gesundheitssysteme regionale, nationale und globale Maßnahmen. Fundament resilienter Gesundheitssysteme sei die primäre



Nur zur dienstlichen Verwendung

Gesundheitsversorgung, welche es zu stärken gelte, um zukünftige Herausforderungen und Krisen besser zu bewältigen.

Die Zusammenarbeit mit der WHO als führende und koordinierende Autorität im Bereich der globalen Gesundheit sei entscheidend zur Erreichung von UHC, insbesondere im Rahmen von Lobbyarbeit und der Umsetzung von UHC im Länderkontext. Ein Ziel der WHO sei es, bis 2025 eine Milliarde Menschen mehr von UHC profitieren zu lassen. Eine der größten Initiativen der WHO zur internationalen Zusammenarbeit für eine flächendeckende und primäre Gesundheitsversorgung sei die UHC Partnership-Initiative, die in 115 Ländern aktiv sei und an der sich auch Deutschland beteilige. Im G7-Kontext habe sich Deutschland in den von Japan initiierten globalen Aktionsplan zur Erreichung und Weiterentwicklung von UHC eingebracht, der konkrete Ziele und Aktivitäten auf Länderebene enthalte. Dazu sei jedoch nötig, dass inländische Regierungen UHC als ihre oberste Priorität betrachteten und inländische Ressourcen zur Finanzierung nutzten. Der Gesundheitssektor müsse stark, belastbar und von hoher Qualität sein sowie ausreichend und angemessen bezahltes Gesundheitspersonal haben, um qualitativ hochwertige Gesundheitsdienste bereitstellen zu können. Mit Blick auf die Zukunft müsse man zudem die Vorteile der Digitalisierung nutzen.

Abg. **Tina Rudolph** (SPD) interessiert, wie das BMZ die Abschlusserklärung des UN High Level Meetings zu UHC einschätze und ob und wie durchschlagend und wirkmächtig das dort vereinbarte in den nächsten Jahren wahrscheinlich sein werde. Bezüglich der Mobilisierung der eigenen Ressourcen der Länder (domestic resources) wolle sie wissen, welche Errungenschaften das BMZ/BMG dort sehe, welche Strategien zu deren Aktivierung sinnvoll seien und wie die Bundesregierung diese Mobilisierung unterstützen könne.

Dr. Tania Rödiger-Vorwerk (BMZ) erklärt, es sei begrüßenswert, dass das Thema in den Fokus genommen worden sei, indem am 3. Dezember 2023 ein Gesundheitstag auf der COP (Conference of the Parties) stattgefunden und es eine Ministerial Declaration gegeben habe. Themen der COP gerieten jedoch oft schnell in Vergessenheit. Die Thematik Klima und Gesundheit müsse mit einem

Querschnittsansatz in allen Politikbereichen verankert werden. Dabei müssten Lieferketten und nachhaltige Verbesserungen von Infrastruktur besonders berücksichtigt werden. Zwar habe es einen guten Auftakt gegeben, jedoch müssten auf allen Ebenen – multilateral, bilateral sowie in sektorspezifischen Strategien – die Themen Gesundheit, Nachhaltigkeit sowie Klimaschutz implementiert werden. Zum anderen sei es essenziell, in den Finanzierungsinstrumenten, in denen Deutschland vertreten sei, zu betonen, dass eine Co-Finanzierung der Länder erforderlich sei, was wiederum nur durch die Einnahme von Steuergeldern aus anderen Kontexten sicherzustellen sei. Große Anstrengungen mit entsprechenden Ergebnissen seien unmöglich, da man unter anderem mit der Verschuldungskrise vor ungeheuren Herausforderungen stehe. Es müsse vielmehr schrittweise sichergestellt werden, dass die Regierungen ihre Verantwortung in ihren jeweiligen Budgets abbilden.

Dr. Sinan Akdeniz (BMG) ergänzt, dass es grundsätzlich wichtig sei, ein politisches Momentum zu schaffen, wie mit der Verabschiedung der politischen Erklärung, die Staaten jeweils verpflichte, in nationaler Kapazität UHC zu stärken und so einen diskriminierungsfreien Zugang zu Gesundheitsversorgung mit Fokus auf Kindern, Gleichstellung und dem Schutz vor finanzieller Not darzulegen.

Abg. **Prof. Dr. Helge Braun** (CDU/CSU) fragt zu den Budgets, insbesondere zu etwaigen reservierten Budgets des BMZ. Des Weiteren interessiere ihn, ob es zu der politischen Erklärung auch Gespräche zu den Maßstäben für die sogenannte Country Beteiligung gebe, sodass dem Nachhaltigkeitsaspekt genüge getan und allen Ländern die Beteiligung ermöglicht werde.

Dr. Tania Rödiger-Vorwerk (BMZ) führt aus, sie könne eine präzise Antwort nur schriftlich geben.

Dr. Sinan Akdeniz (BMG) gibt an, das BMG realisiere grundsätzlich keine Förderung spezieller Länder, sondern unterstütze vor Ort als größter Geber über die WHO. Konkrete Zahlen im Zusammenhang mit der WHO und konkret mit UHC könne er im Nachgang liefern.

Abg. **Kordula Schulz-Asche** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN) fragt, ob die Finanzierung über



Nur zur dienstlichen Verwendung

Krankenversicherungen, staatliche Gelder, Stärkung des öffentlichen Gesundheitsdienstes oder andere Maßnahmen gehe.

Auch die allgemeine Strategie zum Thema Gesundheitsförderung und Prävention interessiere sie, insbesondere aufgrund der Vielfalt der Akteure und Akteurinnen in diesem Bereich.

Dr. Tania Rödiger-Vorwerk (BMZ) führt aus, dass das BMZ multilateral über Dachverbände mit Nichtregierungsorganisationen (NRO), bilateral über die staatliche Ebene, mit NROs wie zentralen Akteurinnen und Akteuren aus diesem Bereich arbeite. Aufgrund des Fehlens von Krankenversicherungen in den entsprechenden Ländern arbeite das BMZ nicht mit solchen zusammen. Es sei je nach Land und Kontext verschieden. Ein Nachtrag zu Krankenversicherungen könne vom BMZ jedoch gegebenenfalls abgegeben werden.

Dr. Sinan Akdeniz (BMG) bemerkt, dass Prävention im Rahmen des Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetzes durchaus einbezogen werde, wobei es konkret um die Förderung von Gesundheitskompetenz zur Betonung der Bedeutung und Dimension von Prävention gehe. Das BMG stelle Mittel zur Verfügung, die im internationalen Bereich beispielweise durch die WHO vor dem Hintergrund eines Handlungsrahmens, wie zum Beispiel präventive Angebote im Rahmen von UHC zu adressieren, zugewiesen werden.

Abg. **Knut Gerschau** (FDP) interessiert, ob bei den eher geringen Beiträgen eine über die Basisversorgung hinausgehende Beratung geleistet werden könne. Des Weiteren will er wissen, ob ein Einstieg in diese beitragsreduzierten Systeme für den Privatsektor attraktiv sei, insbesondere im Hinblick auf dessen Relevanz für die Finanzierung.

Dr. Tania Rödiger-Vorwerk (BMZ) merkt an, dass viele Länder die Signifikanz von nachhaltigen sozialen Sicherungssystemen in Krisensituationen erkannt hätten, es gebe jedoch verschiedene soziale Sicherungssysteme, weswegen das BMZ konkrete länderspezifische Daten nachreichen wolle. In der Regel seien sie jedoch staatlich finanziert kombiniert mit Beiträgen. Hebelungen von privaten Investoren seien selten, außer speziell im Bereich Klimarisikoversicherung.

Abg. **Tina Rudolph** (SPD) bittet um Einschätzung der Entwicklung der Relevanz des Themas Gesundheit, speziell mit Hinblick auf die Möglichkeiten, die die Pandemie eröffnet habe, und welche Maßnahmen ergriffen werden können, sofern die Relevanz nachlasse.

Dr. Tania Rödiger-Vorwerk (BMZ) führt an, die nationale und internationale Verankerung und finanzielle Absicherung des Themas globale Gesundheit werde aufgrund der derzeitigen Vielzahl an anderen Krisen und der Kostspieligkeit des Themas Gesundheit schwieriger. Das politische Zeitfenster hinsichtlich des präventiven Aspekts sei jedoch durch COP (Conference of Parties) 28 verstärkt gegeben. Auch die Erkenntnis sektoraler Verschränkungen, die strategisch komplex seien und hohe politische Sensibilität erforderten, helfe. Die Finanzierung im Bereich Gesundheitsprävention sei zudem insbesondere vor dem Hintergrund der Folgen des Nichthandelns deutlich kostengünstiger und damit essenziell.

Dr. Katja Pohlmann (BMZ) fügt hinzu, dass national wie international vielseitig mit der Pandemie abgeschlossen worden sei, obwohl es eine 50-prozentige Chance für eine weitere Pandemie in den nächsten zehn Jahren gebe. Es müsse auf verschiedenen politischen Zusammenkünften, wie beispielsweise bei der Münchener Sicherheitskonferenz (MSC), Aufmerksamkeit generiert werden, um das Thema weiter auf der politischen Agenda zu halten und so die gesetzten Ziele auch zu erreichen.

Abg. **Tina Rudolph** (SPD) interessiert, wie stark Gesundheit in bilateraler Entwicklungszusammenarbeit nachgefragt werde.

Dr. Tania Rödiger-Vorwerk (BMZ) betont, man werbe um mehr Gestaltungsfreiraum hinsichtlich der Aufnahme des Themas Gesundheit in bilaterale Gespräche. Aufgrund seiner Kostenintensivität sei und bleibe es jedoch schwierig.

Abg. **Dr. Georg Kippels** (CDU/CSU) betont, dass Investitionen in das Gesundheitssystem eines Landes neben humanitärer Hilfe und Kosten auch wirtschaftlichen Aufstieg bedeute und damit auch zur Komplettabsicherung der Bevölkerung beitragen könne. Es interessiert ihn daher, wie das BMZ zu



Nur zur dienstlichen Verwendung

der Herstellung von Wirtschaftskooperationen mit diesen Ländern stehe.

Dr. Tania Rödiger-Vorwerk (BMZ) betont die enge Zusammenarbeit mit der Global Health Alliance und der Wirtschaft auf dem afrikanischen Kontinent im Rahmen der Team-Europe-Initiative. Dies diene der Unterstützung eines Ökosystems der Gesundheitswirtschaft. Das BMZ habe zum Austausch zentraler Themen einen runden Tisch und sei in Bezug auf die Industrie in Rahmen des acht Säulen umfassenden Aufbaukomplexes gut vernetzt. Dabei konzentriere sich das BMZ auf den afrikanischen Kontinent, zentrale Länder und Marktführer in dem Bereich.

Dr. Katja Pohlmann (BMZ) ergänzt, sie habe im Januar 2024 ein Gespräch zur Situation und Weiterentwicklung am Länderbeispiel Senegal geplant.

b) Universal Health Coverage und die Rolle von Gesundheitsversicherungssystemen zur Erreichung von UHC (öffentlich)

Selbstbefassung S-20(14-1)42

Der **Vorsitzende**: Bei der Generalversammlung im September dieses Jahres fand das zweite UN High Level Meeting zu UHC statt. Es bot Ländern die Gelegenheit, den Fortschritt bei der Verwirklichung von Gesundheit für alle wiederzubeleben. Entscheidend ist nun, dass die auf dem hochrangigen UN-Treffen zur universellen Gesundheitsversorgung gemachten Zusagen in konkrete Maßnahmen umgesetzt werden, die die UHC auf lokaler regionaler, nationaler und globaler Ebene vorantreiben.

Ich freue mich nun, mit drei gestandenen Expertinnen und Experten darüber diskutieren zu können. Bedanken möchte ich mich aus gegebenem Anlass bei Bianca Weil und Markus Grauer, die bei der Übersetzung helfen.

Zunächst darf ich Gabriela Cuevas Barron von UHC2030 Steering Committee online begrüßen. Sie ist seit 2021 Co-Chair des Komitees; politisch aktiv ist sie seit ihrem 15. Lebensjahr. Sie war dreimal Abgeordnete in Mexiko und leitete die Kommission für Außenbeziehungen, als sie im mexikanischen Kongress als Senatorin fungierte. Darüber hinaus ist sie auch Mitglied bei UNITE. Frau Cuevas Barron, Sie haben das Wort.

Gabriela Cuevas Barron (UHC2030 Steering Committee): Vielen herzlichen Dank für die freundliche Einladung, hier beim Unterausschuss für Globale Gesundheit im Bundestag teilzunehmen und zu Ihnen sprechen zu dürfen – ein Parlament, das sehr aktiv UHC und die globale Gesundheit fördert. Die Welt hat dieses Jahr den Fortschritt im Bereich allgemeine Gesundheitsversorgung und Gesundheit für alle neu betrachtet. UHC bedeutet, dass alle den Zugang zu allen Dienstleistungen haben, die sie brauchen, wann sie sie brauchen, wo sie sie brauchen, auch wenn sie in finanziellen Schwierigkeiten sind. Wenn Länder UHC erreichen, können sie die Gesundheit der Bevölkerung erheblich verbessern, ganz besonders die von Frauen, Kindern, Mädchen und anderen vulnerablen Gruppen. Sie können die Resilienz Ihrer Bevölkerung gegen Krankheiten stärken, die aus Pandemien, Klimawandel oder anderen Krisen entstehen. Fortschritte hin zu UHC bedeuten, dass Länder auch die Millenniumsentwicklungsziele besser erreichen: soziale Gerechtigkeit und eine gerechte Zukunft für alle. Aber die Situation in den Ländern ist schlecht. Der Fortschritt bei UHC hängt weit hinterher. 4,5 Milliarden Menschen, also ungefähr die Hälfte der Weltbevölkerung, haben keinen Zugang zur essenziellen Gesundheitsversorgung. Fast zwei Milliarden Menschen haben finanzielle Schwierigkeiten aufgrund der Ausgaben für Gesundheit. Dazu gehören 344 Millionen Menschen, die in extremer Armut leben; die meisten im globalen Süden. Das UN High Level Meeting war ein wichtiger Punkt für die Länder, die Fortschritte und ihre Verpflichtung gegenüber UHC zu betrachten und zu beurteilen. Die politische Erklärung ist ein Zeichen, dass die Länder engagiert bleiben, UHC bis 2030 zu erreichen. Nichtsdestotrotz hat dieses Treffen nicht das erreicht, was wir uns erhofft haben. Wir waren enttäuscht, dass nur sehr wenige Staats- und Regierungschefs und -chefinnen anwesend waren. Und wir waren enttäuscht, dass die politische Erklärung selbst keinerlei handelsorientierte Versprechen beinhaltet oder auch nur einen vernünftigen Weg, um Fortschritte zu machen.

Jedoch wird UHC nicht bei den UN High Level Meetings in New York erreicht, sondern vor Ort in den Ländern. Zwar gibt es globale Versprechen – die politischen Erklärungen, die Millenniumsentwicklungsziele, die Agenda 2030 –, aber die Parlamentarier und Parlamentarierinnen sind die entscheidende Brücke, um diese internationalen



Nur zur dienstlichen Verwendung

Versprechen tatsächlich in nationale und lokale Realitäten umzuwandeln. Die Parlamente sind verantwortlich, Menschen ins Zentrum aller Entscheidungen zu stellen. Es liegt jetzt an den Regierungen, konkrete Schritte umzusetzen, um UHC zu erreichen. Der Weg dorthin ist klar. Was wir jetzt brauchen, ist politischer Wille und Investitionen. Und hier spielen die Parlamente und die Parlamentarierinnen und Parlamentarier eine wichtige Rolle: Parlamente können zunächst sicherstellen, dass die nationale Gesetzgebung UHC priorisiert und sich auf die Bedürfnisse der marginalisierten und schwachen Gruppen fokussiert. Dazu gehören auch Frauen und Kinder. Im 21. Jahrhundert werden noch immer zwei Milliarden Frauen und Mädchen durch die nationale Rechtslage in ihrem eigenen Land diskriminiert. Und zweitens können Parlamentarierinnen und Parlamentarier ihre Regierung zur Rechenschaft ziehen, wenn es darum geht, politischen Willen zu zeigen und sich dafür einzusetzen, UHC zu erreichen. Drittens spielen Parlamente eine entscheidende Rolle, auch bei der Haushaltszuweisung. UHC kann nicht ohne ausreichende und verlässliche öffentliche Finanzierung erreicht werden. Mitglieder des Bundestages können sich dafür einsetzen und so sicherstellen, dass öffentliche Financiers Investitionen in die primäre Gesundheitsversorgung priorisieren. Warum primäre Gesundheitsversorgung? So können Regierungen bis zu 90 Prozent der grundlegenden Gesundheitsdienste zur Verfügung stellen.

Ich spreche heute nicht nur zu irgendwelchen Parlamentariern und Parlamentarierinnen, sondern zu Ihnen, den Vertreterinnen und Vertretern des deutschen Unterausschusses für Globale Gesundheit. Was sind die zwei Dinge, die Sie tun können, um dazu beizutragen, dass UHC weltweit und ganz besonders im globalen Süden erreicht wird? Erstens können Sie sich dafür einsetzen, dass Gesundheit weiter ein wichtiges Thema auf der globalen Agenda bleibt. Deutschland ist ein wichtiger Akteur beim Gipfel nächstes Jahr, und ich mache mir Sorgen, dass es zu wenig Aufmerksamkeit gibt, was die Gesundheit angeht. Und wenn wir über die Zukunft sprechen, brauchen wir das Thema Gesundheit auf der Agenda. Wenn wir ernsthaft UHC weltweit erreichen wollen, dann darf die Gesundheit nicht ins Hintertreffen geraten. Bitte appellieren Sie daher an Ihre Regierung, sicherzustellen, dass Gesundheit und UHC beim Gipfel für die Zukunft aufgenommen werden. Und zweitens können

Sie Ihre Regierung dazu bringen, ausreichend Finanzmittel für die globale Gesundheit zur Verfügung zu stellen. Ich weiß, dass das im gegenwärtigen Umfeld schwierig ist. Ganz besonders müssen wir auch andere Entscheidungsträger daran erinnern, dass durch die primäre Gesundheitsversorgung die allgemeine Gesundheitsversorgung zu erreichen ist und, dass dies das Allerbeste ist, vor allem in den Ländern mit mittlerem und unterem Einkommen. 90 Prozent der allgemeinen Gesundheitsdienste können so erreicht werden und bis zu 60 Millionen Leben bis zum Jahr 2030 retten. Dies ist ein wichtiger Moment. Nach dem UN High Level Meeting liegt es jetzt daran, das politische Momentum auszunutzen und die Versprechen umzusetzen. Sie können sicherstellen, dass die Länder genügend Gelder bekommen, um die nächsten Schritte umzusetzen, um die allgemeine Gesundheitsversorgung zu erreichen.

Liebe Mitglieder, dieses Jahr war ein wichtiges Jahr für UHC. Wir müssen jetzt die Versprechen vom September umsetzen, die Geschwindigkeit zur Erreichung von UHC bis 2030 erhöhen. Denn Gesundheit ist nicht ein Recht für wenige, sondern ein Menschenrecht für alle. Vielen herzlichen Dank für diese freundliche Einladung.

Der Vorsitzende: Vielen Dank, Gabriela Cuevas Barron. Ich weiß nicht, ob Sie den Applaus hier haben hören können, denn die Mikrofone sind nur für die Rednerinnen und Redner an. Sie haben punktgenau die sieben Minuten eingehalten. Bitte bleiben Sie online, denn jetzt kommen die zwei anderen Experten und Expertinnen erst mal dran, bevor wir dann eine allgemeine Fragerunde einleiten. Als nächstes begrüße ich Frau Prof. Dr. Manuela de Allegri von der Universität Heidelberg. Sie ist ebenfalls online und Frau Professorin Allegri, wir freuen uns auf Ihren Bericht.

Prof. Dr. Manuela de Allegri (Universität Heidelberg): Schönen guten Tag und herzlichen Dank, dass Sie mich eingeladen haben. Ich freue mich sehr, heute Abend bei Ihnen sein zu dürfen und wurde gebeten, eine eher technische Präsentation vorzunehmen, was die unterschiedlichen Gesundheitsmodelle sind und was für Möglichkeiten es gibt für die Ausweitung der Dienstleistungen im Gesundheitswesen für Länder mit geringem und niedrigem Einkommen. Zunächst möchte ich daran erinnern, was unser Hauptziel ist, auch vor dem



Nur zur dienstlichen Verwendung

Hintergrund, was meine Vorrednerin gerade gesagt hat. Unser Ziel besteht darin, wie die Kollegin gerade sagte, UHC auszuweiten. Was meinen wir damit? Wir gehen zurück auf das SDG 3: Die Ausbreitung des Zugangs zu qualitativ hochwertigen Gesundheitsdienstleistungen und finanzieller Sicherheit für alle Menschen – niemand darf zurückgelassen werden und niemanden vergessen, auch nicht die vulnerabelsten Gruppierungen der Gesellschaft. Unsere Aufgabe als Gesundheitspolitiker und -politikerinnen besteht darin, politische Reformen durchzuführen, die es uns ermöglichen, Ressourcen zusammenzubringen und Dienstleistungen im Gesundheitsbereich so anzubieten, dass wir dieses Ziel erreichen können.

Ich wurde gebeten, nicht über die unterschiedlichen Finanzierungsmodelle, sondern spezifisch über Gesundheitsversicherungen zu sprechen. Gesundheitsversicherungen sind in Ländern mit hohem Einkommen so konzipiert, dass es private Gesundheitsversicherungen gibt, die auf freiwilligen Beiträgen basieren, die die Einzelpersonen in die Versicherungen einzahlen. So zahlt jede Person einen für sie festgelegten Beitrag und trägt so auch das jeweilige Risiko. Und dann gibt es die sozialen Gesundheitssysteme, bei denen verpflichtende Beitragszahlungen fällig werden und deren Höhe von dem jeweiligen Einkommen der Person abhängig ist.

Je nachdem, in welches Land mit niedrigem und mittlerem Einkommen man blickt, ändert sich die Situation geringfügig. Es gibt unterschiedliche politische Optionen: Es gibt freiwillige Gesundheitsversicherungen, soziale Gesundheitsversicherungen und öffentlich finanzierte Gesundheitsversicherungen. Wir sehen, dass die Art und Weise, wie wir versuchen, ein Gleichgewicht zu finden, unter anderem auch abhängig ist von dem Ausmaß der Subventionen, je nach den politischen Schwerpunkten. Und das möchte ich mir heute mit Ihnen angucken: Regierungen spielen eine ganz besonders wichtige Rolle. Sie müssen versuchen, die zwei Elemente, Subventionen und Zwang zur Verpflichtung, gegeneinander aufzuwiegen. Es gibt die freiwilligen Gesundheitsversicherungen, wobei diese profitabel sein können oder nicht mit entweder Individual- oder Gemeinschaftsprämien, wie auch unternehmerbasierte, kommerzielle oder Mikro-Gesundheitsversicherungen. Dabei muss betont werden, dass sich in der Literatur wiederholt gezeigt hat, dass die freiwillige Gesundheitsversicherung kein

Mittel zur Erreichung der UHC ist. Mikro-Gesundheitsversicherungen wurden von den Regierungen subventioniert in der Hoffnung, UHC zu erreichen. In manchen Ländern, vor allem im südlichen Afrika, wurde die Konsolidierung von kleineren Versicherungen in größere durchgeführt. Die Penetrationsraten blieben jedoch weiter gering. Manche Länder haben Mikrogesundheitsmodelle eingeführt, um die nationalen Versicherungen so gut wie möglich darzustellen. Und da gab es ganz gute Erfolgsraten, wie zum Beispiel in Ghana und Ruanda. Es gibt aber auch soziale Versicherungssysteme. Das kennen wir besser auch aus unserem eigenen Land. Da gibt es beitragsgestützte Systeme, wo die Leute einen Beitrag zahlen, abhängig von ihrem Einkommen. Soziale Gesundheitsversicherungen, so wie wir sie aus Deutschland kennen, bergen großes Potenzial für eine gute Zugänglichkeit zu Gesundheitsversorgung und finanziellen Schutz der Patienten und Patientinnen. Das Problem damit bei niedrigen und mittleren Einkommensländern ist darauf zurückzuführen, dass leider der formale Sektor sehr gering und klein ist und deswegen ein sehr stark fragmentiertes Gesundheitssystem entsteht, was wiederum sehr riskant ist und viele von Gesundheitsleistungen ausschließt. Nur wenige haben guten Zugang. Hier kommt die sogenannten öffentlich finanzierte Gesundheitsversicherung ins Spiel: Die Idee ist dabei, dass der staatliche Haushalt genutzt wird, um das Gesundheitssystem zu finanzieren. Was wir meinen, ist, dass während bei traditionellen sozialen Gesundheitsversicherungen es so ist, dass die anspruchsberechtigten Menschen im Ergebnis Leistungen des Gesundheitssystems kaufen müssen, es bei öffentlichen Gesundheitsversicherungen die Regierung ist, die diese Transferleistungen auf sich nimmt. Evaluieren werden zunächst die Bedingungen der Anspruchsberechtigung der Patienten und Patientinnen, wonach die staatlichen Finanzierungen an die Dienstleistungsanbieter und -anbieterinnen direkt gegeben werden. Und dieses Modell ist ganz besonders beliebt geworden in den Ländern mit mittlerem und geringem Einkommen. Ich bin sehr dankbar, dass eine Liste von Ländern zusammengestellt wurde, wo dieses System auf die eine oder andere Art implementiert worden ist.

Nun, wenn wir jetzt mal versuchen, wie von einem Helikopter auf die Situation zu gucken, was passiert global? Es gibt eine Koexistenz unterschiedlicher Finanzmodelle wie auch mehrfacher Modelle



Nur zur dienstlichen Verwendung

für Gesundheitsversicherungen in vielen Ländern. Da gibt es soziale Gesundheitsversicherungen, die mit öffentlich finanzierten sowie freiwilligen Gesundheitsversicherungen koexistieren. Wir sehen fragmentierte Finanzressourcen, die in einem fragmentierten Zugang zu den Leistungen der Gesundheitssysteme resultiert, vermischt mit privaten und öffentlichen Anbieterinnen und Anbietern. Es gibt öffentlich finanzierte Gesundheitssysteme, die für die armen Personen zur Verfügung stehen sowie soziale Gesundheitssysteme für die Personen, die im formellen Sektor arbeiten, aber leider weder öffentlich finanzierte noch soziale Gesundheitssysteme für die Personen in der Mitte, die in der informellen Wirtschaft arbeiten – diese werden einfach ausgelassen. Wir sehen auch – und ich möchte die Formulierung der Kollegin vor mir nutzen –, dass leider immer nur sekundäre und tertiäre Pflege in den Fokus genommen werden, aber keine primäre Versorgung. Deswegen gibt es leider noch viele, die ihre Leistungen selbst bezahlen müssen. Was sind meine Empfehlungen? Wir sollten weiter Länder dabei unterstützen, ihre Gesundheitssysteme zu reformieren. Wir brauchen eine langfristige Beteiligung, denn es ist notwendig, die Gesundheitssysteme nachhaltig zu verändern. Wir brauchen UHC, was aber nicht in vier, fünf, sechs oder sieben Jahren erreichbar ist, sondern ein langfristiges Engagement erfordert. Aber es lohnt sich. Ich denke, meine Vorrednerin hat ganz klare Zahlen über die Rendite präsentiert. Wir alle stimmen zu, dass wir große Renditen im Gesundheitssystem brauchen. Wir müssen technische Lösungen bereitstellen zur Überwindung von Fragmentierung und die Ressourcenverteilung in Richtung primäre Gesundheitsversorgung aktiv fördern. Das ist die beste Empfehlung. Wir müssen uns auch vor Augen führen, dass es nicht eine Lösung gibt, die für alle passt. Wir müssen diesen Prozess unterstützen und wir brauchen länderspezifische Lösungen für UHC. Damit danke ich Ihnen für Ihre Aufmerksamkeit und freue mich, später alle Ihre möglichen Fragen beantworten zu dürfen.

Der **Vorsitzende**: Vielen herzlichen Dank, Frau Professorin de Allegri. Wir hatten Applaus im Saal. Ich hoffe, den konnten Sie hören. Und zuletzt Prof. Dr. Thiagarajan Sundararaman vom People's Health Movement. Vielen herzlichen Dank, dass Sie hier sind. Und ich gehe davon aus, dass Sie aus Indien zugeschaltet sind, Sie haben das Wort.

Prof. Dr. Thiagarajan Sundararaman (People's Health Movement): Herzlichen Dank. Ich hoffe, Sie können mich hören und verstehen. Die politische Erklärung der Vereinten Nationen aus New York war zwar sehr willkommen, aber was wirklich auffällt, ist, dass der Fortschritt die Ziele noch nicht erreicht. Eigentlich sehen wir eine Stagnation, Verschlechterung des finanziellen Schutzes und Fragmentierung der Integration von UHC mit der vertikalen Krankheitskontrolle. Also wir sehen nicht nur noch immer eine schlechte Umsetzung, sondern auch schlechte Strategien und inadäquate Quellen für Haushaltsgelder. Es gibt die formelle Strategie, die zwar sagt, dass die Länder ihren eigenen Fahrplan aussuchen können, viele Länder entscheiden sich jedoch für Privatisierungswege und das macht uns Sorgen. Am 12. Juli 2012 fand die Third People's Health Assembly des People's Health Movements in Kapstadt statt, wobei mehr als 80 Staaten sowie viele zivilgesellschaftliche Vertreterinnen und Vertreter anwesend waren. Dabei wurde eine Erklärung verabschiedet, wo wir gesagt haben, wir wollen UHC erreichen, aber nicht durch ein minimalistisches Gesundheitsversorgungssystem, das auf einem Markt basierten System funktioniert. Wir sind gegen Versuche diesen Ansatz zu nutzen, um das öffentliche Gesundheitssystem zu unterminieren und unternehmerische Interessen bei der Gesundheitsversorgung zu fördern. UHC muss durch organisierte und rechenschaftspflichtige Gesundheitssysteme von hoher Qualität, öffentlicher Bereitstellung wie umfassender Primärversorgung erreicht werden. Heute, zehn Jahre später – als Reaktion auf diese Erklärung –, möchte ich darlegen, dass es eine wahre Stagnation und teilweise eine Umkehr gibt, was UHC angeht.

Das fundamentale Problem ist das des Designs bzw. der Strategie, wozu wir eine beträchtliche Anzahl von Beweisen aus vielen Ländern haben. Allgemein gibt es folgende Probleme des staatlich finanzierten Gesundheitsversicherungsansatzes: das Problem des Zugangs, der Fragmentierung und der schlechten gesetzlichen Regulierung. Selbst innerhalb des Zugangs haben wir große Probleme; Zugang ist der Elefant im Raum. Über Krankenversicherungen lassen sich Gesundheitsdienstleistungen finanzieren, aber sie lösen nicht das Problem des Zugangs. Es gibt geografische Zugangsprobleme, wenn ein Krankenhaus zu weit entfernt ist. Was bringt die Finanzierung, wenn die Dienstleistungen



Nur zur dienstlichen Verwendung

nicht zur Verfügung stehen?

Das viel größere Problem ist jedoch, erstens, dass nach zwei oder drei Jahrzehnten der strukturellen Anpassung, die selektive Gesundheitsvorsorge routine vorschreibt, manche Dienstleistungen, die insbesondere für nicht-übertragbare Krankheiten, etc. benötigt werden, nicht mehr zur Verfügung zu stellen. Zweitens, bei einer Bevölkerung von, sagen wir mal, 70 Millionen gibt es vielleicht fünf oder sechs Gesundheitszentren. Drittens, Länder, die Systeme mit gesetzlich verpflichteten Beiträgen haben, haben manchmal gleichzeitig auch Systeme mit freiwilligen Beiträgen, aber es sind teilweise 60 Prozent nur, die in der Lage sind, die Beiträge zu leisten. Wir haben hier Beispiele aus Südkorea, Kroatien, Ghana usw. Zudem existiert, viertens, das Problem der Rationierung der Gesundheitsleistungen, da gewisse Budgets für eine begrenzte Anzahl von Verfahren festgelegt werden und danach die anderen Verfahren nicht mehr zur Verfügung gestellt werden. [*unverständlich*] Ein weiteres großes Problem beim Zugang ist, fünftens, dass es keinen Weg gibt, einen Anspruch mit einem privaten Anbieter zu gewährleisten, selbst wenn es einen Vertrag gibt. Es könnte also 200 Patientinnen und Patienten geben, die anspruchsberechtigt wären, aber der private Anbieter sagt, sie decken nur 20 ab, es sei nicht durchsetzbar. Und manchmal ist die Person anspruchsberechtigt, es fehlt jedoch eine formelle Karte, regelmäßig eine digitale Smartcard, die benötigt wird, um sich für gewisse Dienstleistungen anzumelden. Hier gibt es eine große Lücke.

Und obwohl manche Leute diesen Dienst eigentlich bekommen sollten, können sie dies nicht tun, weil sie diese Karte nicht haben. Sechstens, sehr häufig wird die sekundäre und tertiäre Versorgung berücksichtigt, die primäre Basisgrundversorgung hingegen wird nicht ausreichend abgedeckt, wie auch bereits von meiner Vorrednerin gesagt. Oft wird auch nicht die Krankheit per se behandelt, sondern stattdessen ein Verfahren vorgenommen. Das Setzen eines Stents wäre mithin also gedeckt, nicht jedoch die Behandlung einer Herz-Kreislauf-Erkrankung im Allgemeinen. Das ist ein Problem, so wie auch die Tatsache, dass niemand, siebtens, zuständig für die Versorgungsleistung ist. Zuletzt, achtens, der sehr unregulierten Privatsektor, bei dem sich in einer bestimmten traditionellen Weise das Ausstellen von überteuerten oder doppelten Rechnungen entwickelt hat. [*unverständlich*] ...die dazu führen, dass viele Studien auch gezeigt haben, dass

hier die Finanzsituation sehr schlecht ist. Es gibt sehr wenig regulatorischen Überblick, regulatorische Überprüfung, aber diese staatlich finanzierten öffentlichen Dienstleister entwickeln sich. Es ist hier keine Stagnation.

Von 2008 bis 2014/15 haben wir in Indien ein Programm gesehen, mit dem Versicherungsagenturen von Krankenhäusern angeheuert wurden, um für sie zu arbeiten und die meisten Anfragen wurden dann an private Dienstleister weitergegeben. Dort gibt es also sehr große Probleme. Es gibt eine Verschiebung dazu, dass Versicherungsunternehmen die Bezahlung von Bezahlunternehmen bearbeiten lassen, wodurch Mehrkosten von 200 Prozent in manchen Fällen entstehen. Es gibt sehr viele Pakete, die den öffentlichen Anbietern geboten werden, mit vielen Leistungen, die moralisch fragwürdig sind. Da wir jedoch keine Rückerstattung zu Marktpreisen, sondern zu marginalisierten Kosten, die viel geringer sind, vornehmen, führt das dazu, dass es einen zunehmenden Ausstieg privater Anbieter gibt. Das System driftet daher zu einer anderen Art der öffentlichen Finanzierung öffentlicher Dienstleister. Die Vorteile dieses Systems sind mithin die dezentralisierten, flexiblen Fonds, ein erhöhtes Volumen, Qualität, unterschiedliche öffentliche Dienstleister, welche zu einem gewissen Grad die Preise auf dem Privatmarkt stabilisieren, und es baut institutionelle Managementfähigkeiten auf. Nachteile dagegen sind die Einführung kommerzieller Verhaltensweisen in öffentliche Dienstleistungen sowie der Ausschluss identitätsbasierter Unternehmen. Es neigt dazu, größer zu werden und führt, ohne die entsprechenden Bemühungen im Rahmen von Arbeitskräften und Infrastruktur, zu enormen Belastungen für das System als Ganzes. Aber, um mit ein paar positiven Aspekten zu enden: Es gibt einen Ausreißer hier, ein Modell, das bedeutend besser ist – vielleicht mit Großbritannien oder Deutschland vergleichbar, mit geringen Kosten: Drei Prozent des BIP –: das thailändische allgemeine Gesundheitsversorgungssystem. Warum funktioniert das so gut? Nun, erstens gibt es angemessene Investitionen in die öffentliche Gesundheitsinfrastruktur und Arbeitskräfte. Zweitens gibt es ein umfassendes Paket, bei dem nur Ausnahmen spezifiziert und genannt sind. Und drittens, und das ist ganz wichtig, die allgemeine Gesundheitsversorgung ist ein rechtlicher Anspruch, der seit 2002 existiert und eingebettet wurde in ein umfassendes Grundversorgungnetzwerk, bei dem auch



Nur zur dienstlichen Verwendung

die Rückzahlungen gezahlt werden müssen. 95 Prozent der Anbieter sind öffentliche Anbieter, was so nicht initiiert wurde, sich jedoch so entwickelt hat, was auch in einigen Staaten in Indien zu sehen ist. ...[unverständlich] Und viertens und letztens, ein sehr interessanter Punkt: die effektive Integration von fünf Risikopools. Es gibt eine separate Versicherung für beispielsweise Beamte usw. sowie einen kleinen Risikopool für Staatenlose und Migrantinnen und Migranten. Das System funktioniert wie folgt: Der Kunde kann zu jeder Gesundheitsanstalt gehen und dort eine Dienstleistung bekommen und die Rechnung wird dann an einen dieser fünf Risikopools weitergeleitet, sodass sie gezahlt werden. Das löst viele dieser Mikroprobleme, die wir kennen; wir müssen irgendwann einmal verstehen, was funktioniert und was nicht.

Zusammenfassend, der Entwurf einer Gesundheitsversicherung für eine allgemeine Gesundheitsversorgung. Es gibt sechs Punkte, die dringend nötig sind. Wir müssen öffentliche Gesundheitsdienste anbieten und nicht profitorientierte Gesundheitsdienste. Wir müssen sichere und umfassende Dienstleistungen erfassen, alles muss abgedeckt sein und ausschließlich Einschränkungen müssen begründet werden. Technologien zur Gesundheitsuntersuchung sind wertvoll für die Wahl der Methodik, sie sollten jedoch nicht zur Grundlage für eine selektive Behandlung werden. Bezüglich des Bezahlmechanismus ist wichtig, dass – und im deutschen System ist das so – es keinen Unterschied machen darf, ob beispielsweise der Arzt oder die Ärztin oder das Krankenhaus einen Kaiserschnitt oder eine natürliche Geburt durchführt. Das sollte keine Auswirkung auf den monetären Aspekt haben. Ein Krankenhaus oder ein Arzt bzw. eine Ärztin sollte keinen finanziellen Vorteil gewinnen mit einer spezifischen Behandlung und sollte als Voraussetzung für die meisten dieser Themen gesehen werden. Das Modell bewegt sich weg von einem dienstleistungsspezifischen Budget hin zu einem bedarfsgerechten Globalbudget – dem thailändischen Modell. Die Haushalte sind steuerbasiert, um allen Anbietern die Kosten der von ihnen erbrachten Dienstleistungen zu erstatten. Das bedeutet, dass die Budgets flexibel je nach Notwendigkeit bzw. Bedarf sowie deren jeweilige Inanspruchnahme angepasst werden müssen. Es muss Strategien geben, um sicherzustellen, dass die Pflege und die Gesundheitsversorgung kontinuierlich zur Verfügung gestellt werden können.

Schließlich muss all dies auf Vertrauen und Solidarität basieren. Solidarität als Basis ist mit dem Aufbau des öffentlichen Gesundheitssystems in Deutschland im späten 19. Jahrhundert entstanden. International sollte dieses Konzept übernommen werden, da Solidaritätsmodelle funktionieren, statt darauf abzielen, Gesundheit auf dem Markt als Produkt zu verkaufen. Das ist nicht der Ansatz, den wir brauchen. Vielen Dank.

Der **Vorsitzende**: Ja, vielen Dank auch hier. Applaus aus dem Saal. Ich würde jetzt hier die Fragerunde beginnen und Tina Rudolph von der SPD-Fraktion bitten, die erste Frage zu stellen.

Abg. **Tina Rudolph** (SPD): Ja, ganz herzlichen Dank für alle drei Impulsvorträge. Und vor allem für die Gedanken, die Sie sich machen, wie es möglich ist, weltweit Gesundheitsversorgung zugänglich zu machen. Aus Zeitgründen würde ich gerne nur an Prof. de Allegri die Frage stellen, obwohl mich natürlich auch die Einschätzung der anderen interessieren würde. Prof. de Allegri, Sie haben in Ihrem Vortrag vor allem die staatlichen Gesundheitssysteme betont und wenn ich es richtig verstanden habe, dann haben Sie vor allem eine Lanze für ein Beveridge- als für ein Bismarck-System gebrochen, also für staatliche, und zwar steuerfinanzierte Finanzierung mehr als für Beitragsfinanzierung, wenn ich das richtig verstanden habe. Da würde mich interessieren, wie diese Einschätzung bei Ihnen zustande kommt. Und vielleicht generell noch mal eine kurze Einordnung, welches System Ihnen für Low/Middle Income Countries für eine Krankenversicherung sinnvoll scheint. Und vor allem nochmal auf die Abgrenzung zwischen staatlicher und privater Systemfrage würde ich gerne zu sprechen kommen. Vielen Dank.

Der **Vorsitzende**: Wenn ich das richtig verstanden habe, dann war die Frage an Prof. de Allegri. Sie haben das Wort.

Prof. Dr. Manuela de Allegri (Universität Heidelberg): Wenn die Frage an mich gerichtet war, dann habe ich Sie vielleicht etwas verwirrt mit meiner Präsentation, denn ich unterstütze nicht ein System mehr als ein anderes. Vielleicht gab es auch ein paar Missverständnisse bei der Übersetzung. Dafür muss ich mich entschuldigen. Ich habe nur über die Versicherungssysteme gesprochen. Ich habe



Nur zur dienstlichen Verwendung

noch nicht mal die Möglichkeit eines reinen steuerbasierten Systems angesprochen. Das Einzige, was ich angesprochen habe, ist dieses Modell der staatlich finanzierten Versicherung. Die Idee hier ist, dass Zuschüsse vom Staat gegeben werden in ein Versicherungsmodell. Das ist ein Hybridmodell, das wir in vielen Ländern mittleren und niedrigen Einkommen sehen; in höheren Einkommensländern haben wir dieses Modell nicht. Da haben wir das Bismarck-Modell versus das Beveridge-Modell. Und in Ländern mit mittlerem und niedrigem Einkommen haben wir diese Hybridmodelle, da die Probleme sich unterscheiden. Das Problem liegt darin, dass eine Abdeckung gegeben werden muss für Menschen, die keine Beiträge zahlen können. Aber gleichzeitig sieht man, dass ausschließlich das Zuweisen staatlicher Budgets zum Gesundheitswesen zu Problemen geführt hat. Ich verwende keinen wertebasierten Ansatz. Jedes Land hat eine andere sozialpolitische und gesellschaftspolitische Geschichte und sollte sich selbst entscheiden, welchen Weg es einschlägt. Und es gibt unterschiedliche technische Lösungen. Manche Länder entscheiden sich vielleicht, einen steuerbasierten Ansatz zu verfolgen und eine direkte Haushaltszuteilung für gewisse Bereiche zu machen. Ich arbeite zum Beispiel viel in Burkina Faso und dort wird Steuergeld direkt ins Gesundheitssystem zugewiesen und es werden für bestimmte Dienstleistungen Zahlungen freigegeben. In anderen Ländern, Indien zum Beispiel, wurden Teile des staatlichen Haushalts in einen Versicherungsfonds überwiesen und durch diesen Versicherungsfonds werden dann Gesundheitsdienste erworben. Persönlich habe ich keinen – wie soll ich das am besten sagen? – ideologischen Ansatz, den ich verfolge, da die Evidenz meiner Meinung nach eine Ideologie nicht stützt. Die Evidenz zeigt uns, dass es in unterschiedlichen Settings unterschiedliche Modelle gibt, die funktionieren und jedes Modell hat seine Vor- und Nachteile und es hängt davon ab, wie sie umgesetzt werden, wie sie gemanagt werden und wie Dinge funktionieren können oder nicht. Also ist die technische Lösung: Wir haben unterschiedliche Möglichkeiten und diese unterschiedlichen Möglichkeiten können unterschiedlich miteinander verbunden werden. Und dann müssen wir sie sehr vorsichtig, sehr sorgfältig lenken, leiten und managen. Ich weiß nicht, ob das Ihre Frage beantwortet und ob ich meinen Punkt ein bisschen klarer machen konnte.

Abg. **Tina Rudolph** (SPD): Nein, das war super, danke.

Der **Vorsitzende**: Vielen Dank. Und Georg Kippels stellt die nächste Frage.

Abg. **Dr. Georg Kippels** (CDU/CSU): Ja, vielen herzlichen Dank auch meinerseits an die Referenten. Ich würde gerne Frau Prof. de Allegri und Herrn Prof. Sundararaman fragen. Zunächst einmal: Ist es aus Ihrer Sicht bei der Einrichtung eines Gesundheitssystems zunächst mal vollkommen offen und der politischen Entscheidung unterworfen, ob man ein staatlich finanziertes oder ein solidarfinanziertes System gründen will oder hängt das schon von Finanzierungsfragen ab, zum Beispiel ob schon ein relativ starkes Steuersystem existiert, auf das man dann möglicherweise dieses Gesundheitssystem aufbauen kann? Eine zweite Frage: Ich meine bei Frau Prof. de Allegri eben verstanden zu haben, dass sie gefordert haben, dass im Gesundheitssystem auch Rendite entstehen muss, während ich bei Herrn Prof. Sundararaman verstanden habe, dass in einem Gesundheitssystem keine Profite generiert werden sollten. Gibt es da aus Ihrer Sicht grundlegend eine unterschiedliche Auffassung, wie im Gesundheitssystem mit Rentabilität bzw. Rendite und Profit verfahren werden sollte?

Der **Vorsitzende**: Dann würde ich vorschlagen, dass Herr Prof. Sundararaman zuerst antwortet und dann Frau Prof. de Allegri. Prof. Sundararaman.

Prof. Dr. Thiagarajan Sundararaman (People's Health Movement): Die Art des Systems eines Landes hängt natürlich sehr von der Geschichte und der Entwicklung des Landes ab sowie auch davon, wie es auf gewisse vergangene globale Interventionen reagiert hat. Das indische System ist das, was wir von Großbritannien übernommen haben, und dann gab es zwei große Interventionen. Es gab zwei unterschiedliche Berichte dazu, wie wir dann uns entwickelt haben und auf die strukturelle Adjustierung reagiert haben. Von diesem Punkt an, haben Thailand und Indien einen ähnlichen Pfad gehabt, aber Thailand hat sich anders entschieden im Bereich der strukturellen Anpassung und der selektiven Gesundheitsversorgung der Weltbank. Indien hat sich nicht auf diesen Weg begeben. Deswegen stimme ich hier nicht ganz mit Prof. de Allegri überein. In Indien war das schon ideologiebasiert.



Nur zur dienstlichen Verwendung

Die Sozialversicherung, die auf Beiträgen basiert, die Angestelltenversicherung, wurde in Indien 1948 verabschiedet und die Verfassung erst 1950. Das Gesetz ist mithin älter als die Verfassung. Es werden jedoch nur zehn Prozent der Bevölkerung von dieser Art der Sozialversicherung abgedeckt. Die soziale Gesundheitsversicherung hat in Indien Schwierigkeiten, da es viele Selbstständige gibt, wo an viele kein Arbeitgeberanteil gezahlt wird, oder auch Arbeitslose oder Menschen in prekärer Beschäftigung. Deswegen arbeiten über 90 Prozent der Bevölkerung im unorganisierten Sektor. Dann gibt es auch andere Probleme, beispielsweise im Bereich des Personalwesens, usw. All das bereitet Schwierigkeiten.

Aber was Ihre Frage nach Profit anbelangt: In einem System, wo es Märkte gibt, werden Profite bzw. Gewinne irgendwann wichtig – es gibt Wettbewerb, etc., aber es geht letztlich nicht um Gewinne, sondern darum, ob man die Entscheidung den Marktkräften aufgrund des hohen Grades an Ungewissheit und Informationsasymmetrien überlassen sollte. Das weiß man aus der Wirtschaftstheorie seit den 60er-Jahren. Der Zugang zu hohem Informationsfluss sowohl für professionelle Menschen wie aber auch für Menschen, die arm und/oder Analphabeten sind und daher nicht über die Erfahrung verfügen, ist sehr begrenzt. ...[unverständlich] Das Modell des Privatsektors ist ein besseres Geschäftsmodell, da es auf niedrigen Investitionen und hohen Renditen basiert – auch ich würde dieses Modell wählen. Wenn ich aber UHC in einem begrenzten Haushalt haben möchte, brauche ich ein anderes Modell. Man muss hier pragmatisch denken und eine bessere Entscheidung mit einer niedrigeren Profitmarge treffen. In Indien gibt es aber beispielsweise einen großen privaten Dienstleister, der durchaus einen guten Job macht mit einem solchen Modell. Es kann also funktionieren, muss aber nicht.

Prof. Dr. Manuela de Allegri (Universität Heidelberg): Ich möchte etwas klarstellen: Ich habe nicht gesagt, dass Finanzreformen im Gesundheitswesen nicht ideologiegetrieben eine bestimmte Strategie verfolgen können – ich bin keine Politikerin, sondern Technikerin, das ist mein Vorteil. Meine einzige Ideologie ist UHC, die allgemeine Gesundheitsversorgung, aber ansonsten gehe ich technisch vor. Ich schaue mir immer die Leute an, wo sie zurzeit stehen, und was die besten politischen

Möglichkeiten sind, die sie nutzen können, um eine allgemeine Gesundheitsversorgung zu garantieren. Und so müssen wir dann die bestmöglichen Strukturen auswählen und entwickeln und genau das habe ich auch gesagt, auch in meiner letzten Empfehlung. Es gibt nicht eine Lösung für alle. Ich denke, eins ist aber klar: Länder mit niedrigem und mittlerem Einkommen können nicht ohne Subventionen und Verpflichtungen dieses Ziel erreichen. Es muss direkte Subventionen geben seitens der Regierung an den Gesundheitssektor oder über eine Art impliziten Versicherungsmechanismus kanalisiert werden und diese Entscheidung muss jedem Land selbst überlassen entsprechend, wie es dem Land geht, wo es steht und welche organisatorischen Strukturen dort vorzufinden sind. Dazu gab es drei Worte, die ich auf eine meiner Folie hatte: Verpflichtung, Subventionen und Verwaltung. Das sind die wichtigsten drei Begriffe.

Es gibt mehrere Länder, die im Bereich von UHC bereits großen Fortschritt erzielt haben: Thailand ist ein gutes Beispiel, aber auch in anderen, teilweise problematischeren Ländern wie Kolumbien gab es in den letzten 20 Jahren viel Fortschritt durch die Subvention von Dienstleistungen hauptsächlich für die Ärmsten und auch in Peru ist es so. Gesundheitsversorgung wurde als Verpflichtung angesehen. Und welche Lösung man wählt, ob man diese Leistungen dann direkt subventioniert oder sie über einen Versicherungsfonds anbietet, ist eine entsprechende politische Entscheidung. Ich habe die Modelle der Direktsubventionen nicht explizit angesprochen, da ich mich aufgrund der kurzen Redezeit hauptsächlich auf die Versicherungsmodelle konzentrieren wollte. Ob die Modelle jetzt profitabel sein sollen oder nicht, hängt von der Frage ab, ob wir mit dem Privatsektor arbeiten sollten. Ich denke, ohne den Privatsektor geht das eigentlich gar nicht, aber das ist meine persönliche Meinung. Ich denke, in vielen Regionen führt das Auslassen des Privatsektors dazu, dass bestimmte Leistungen nicht angeboten werden können, und insofern denke ich, dass es letztlich um die Regulierung des Privatsektors geht. Das sollten wir versuchen und so den Privatsektor zu unserem Partner machen und nicht zu unserem Feind. Wir müssen sie mit an Bord nehmen, um die Dienstleistungen für die Öffentlichkeit anzubieten; das wäre mein Wunsch. Ich denke, es ist nicht einfach und wird die nächste große politische Herausforderung, vor der wir stehen. Aber ich arbeite manchmal in Regionen, wo es



Nur zur dienstlichen Verwendung

ohne den Privatsektor gar nicht möglich wäre. Und ich arbeite auch manchmal in Regionen, wo es überhaupt keinen Privatsektor gibt. Daher ist es eine schwierig zu beantwortende Frage, denn es kommt immer auf die jeweiligen Umstände an.

Der **Vorsitzende**: Vielen Dank. Die nächste Frage geht dann an Frau Kordula Schulz-Asche von BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN.

Abg. **Frau Schulz-Asche** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ja, herzlichen Dank. Ich glaube, es ist deutlich geworden, dass jedes Land auch selbst eine Historie hat, wie sich Krankenversicherung entwickelt hat. Und das ist auch zu respektieren. Ich glaube, dass es gar kein System gibt, was man überstülpen kann über alle Länder und dass es auch darum geht, dass wir jetzt vielleicht voneinander lernen. Das ist auch ein bisschen die Idee, die die Weltgesundheitsorganisation damit verbindet. Das Entscheidende ist, dass UHC vor allem auch zum Ziel hat Probleme zu lösen. Davon ist sicher eins das Finanzielle. Wenn wir sehen, dass viele Menschen noch gar keinen Zugang zu medizinischer Grundleistung haben, andere Leute durch die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen verarmen, weil sie die Kosten gar nicht refinanzieren können – also gerade diese Out of Pocket-Zahlungen, die in vielen Ländern noch selbstverständlich sind –, dann sind das Probleme. Deswegen ist die Frage, mit welchem System man das finanziert, schon zentral. Noch schwieriger wird es aber aus meiner Sicht, wenn man sich anschaut, wie es denn – ich habe es vorhin schon mal angesprochen – mit dem Thema Prävention und Gesundheitsförderung aussieht, denn das ist ein Bereich, wo der einzelne Mensch, auch wenn er derzeit nicht betroffen ist, in irgendeiner anderen Form abgesichert sein muss. Entweder macht man das über Versicherungsleistungen oder über staatliche Angebote. Zum Beispiel mache ich Prävention oder Gesundheitsförderung in Schulen; Themen sind gesunde Ernährung, wie kann ich bestimmte Krankheiten vermeiden, die vielleicht auch regional besonders vorkommen? Deswegen würde ich noch mal fragen, ob Sie im Zusammenhang mit der Finanzierung und dem Finanzierungssystem positive Beispiele aus Ländern haben, die gerade in diesem Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung außerhalb des klassischen Gesundheitswesens investieren und in dem Zusammenhang auch an Herrn

Sundaraman die Frage, welche Erfahrungen er aus seiner Vergangenheit mit Community Health Workers mitbringt.

Prof. Dr. Thiagarajan Sundaraman (People's Health Movement): Wenn wir uns anschauen, was Länder bei Gesundheitsförderung und Krankheitsverhinderung außerhalb des Gesundheitssystems gemacht haben, fällt mir Kerala in Südindien ein. Dieser Bundesstaat hat ein sehr gutes Programm, mit dem er sehr gut die gesellschaftlichen und sozialen Aspekte mit abgedeckt hat: Speziell geht es um die Dezentralisierung und die Stärkung der lokalen Selbstregierung. Thailand selbst hat ebenfalls ein sehr gutes Programm, welches P and P genannt wird: Prevention and Promotion Services. Viel läuft hier über Community Health Workers. Auch in anderen Bundesstaaten in Indien gibt es sehr viele Fortschritte, sehr viel im Bereich Prävention. Ein anderes gutes Beispiel ist Bangladesch, wo sie vor allem viel durch eine Kombination von großen Nichtregierungsorganisationen, die mit dem öffentlichen Sektor im Bereich von Basisversorgung involviert sind, zusammen mit dem Regierungssektor arbeiten.

Die Community Health Worker sind eine sehr interessante Sache. Ich persönlich war und bin beteiligt am Aufbau der Community Health Worker-Programme in Indien. Eines von 2007 bis 2014, welches nun eine Million Menschen umfasst und dann gab es noch ein früheres Programm, an dem ich auch mit beteiligt war. Community Health Worker haben das Gesicht der öffentlichen Gesundheitsdienste in Indien geändert und es gibt sehr viel, was sie gemacht haben, wo sie sich an die Communities gewandt haben. Das trifft auf Thailand, Myanmar, Nepal und Bangladesch ebenso zu. Die Community Health Worker sind hier in einer guten Position, aber es gibt Spannungen im Bereich stabile und faire Beschäftigung. Viele der Arbeiter und Arbeiterinnen haben Probleme mit der Bürokratie und der Art und Weise, wie die Beschäftigung im öffentlichen Dienst funktioniert. Es ist meist sehr schwierig und häufig sind wir nicht in der Lage, ihnen gute Beschäftigungsverhältnisse anzubieten. Da gibt es also ein Spannungsfeld und man muss auch die Kluft schließen, die aufgrund der Vorstellung von der Gemeinschaft als aktive Teilnehmerin besteht und nicht einfach nur passiv sein soll. Medikamente und Dienstleistungen in jeden Haushalt zu bringen, ist über die Jahre zu



Nur zur dienstlichen Verwendung

einem gewissen Grad möglich geworden. Als ich in den 80er-Jahren im Bereich öffentliche Gesundheit aktiv geworden bin, hat man die Community Health Worker noch als etwas Erfolgloses angesehen, aber jetzt erkennt man es in den Regionen Südasiens und Afrikas als etwas an, das eine wichtige Rolle spielt. Wir müssen hier aber noch sehr viel mehr machen. Mit manchen Versicherungsprogrammen sind wir nicht so erfolgreich gewesen, da wir mit diesen für die Gemeinschaft und die Community Health Worker in lokalen Einheiten keine große Rolle definieren konnten. Es ist nicht immer unbedingt eine notwendige Vorbedingung, aber leider ist das dennoch oft so. Überraschenderweise konnte in manchen Ländern die Rolle der Community Health Worker auch gestärkt werden. Es gibt aber meist mehr Ähnlichkeiten als Unterschiede. In Indien gibt es viele unterschiedliche Modelle von Versicherungen, es haben sich jedoch dominante Modelle herauskristallisiert, die sich nun vermehrt durchsetzen. Diese Versicherungen werden auch weiterentwickelt, weswegen wir die öffentlichen Dienstleistungen viel besser, schneller und angemessener finanzieren können.

Der Vorsitzende: Vielen Dank und als letzter Fragesteller, Knut Gerschau.

Abg. Knut Gerschau (FDP): Ja, vielen Dank. An Frau Cuevas Barron habe ich einen Appell, keine Frage, denn Sie sagten, Parlamente spielen eine wichtige Rolle. Hier leistet Deutschland, glaube ich, einen großen parlamentarischen Beitrag, denn wir haben den Unterausschuss Globale Gesundheit. Den gibt es kaum in anderen Ländern. Portugal hat jetzt auch solch ein Gremium, ansonsten fragen Staaten eher zaghaft an. Bitte verbreiten Sie diese Informationen in der interparlamentarischen Union IPU. Nutzen Sie dazu Ihre prominente Funktion, damit auch andere Parlamente über solch eine Idee nachdenken. Das stärkt das Thema Gesundheit in anderen Parlamenten.

Eine Frage an Frau Prof. de Allegri. Ihnen ist die Mütterversorgung, die Neugeborenen- und die Kinderversorgung sehr wichtig, aber gibt es überhaupt eine Chance, diese Themen abzubilden, gerade eben bei beitragsniedrigen Systemen? Oder gibt es Länder, die durch staatliche Zuschüsse diese Lücke schließen, sodass die Themen Mütterversorgung, Neugeborenen- und Kinderversorgung zusammen eben auch Bestandteil in einem solchen

Gesundheitsversicherungssystem sind? Dankeschön.

Der Vorsitzende: Frau Prof. de Allegri.

Prof. Dr. Manuela de Allegri (Universität Heidelberg): Ich habe viel Zeit in meinem beruflichen Leben mit diesem Thema verbracht. Ich habe mir angeguckt, wie die Strukturen im Gesundheitssystem die Leben und Situationen für Neugeborene und Mütter ändern und verbessern. Bei den Millenniumsentwicklungszielen gab es auch viele Aspekte, die mit MDG4 und MDG5 zu tun hatten und dabei ging es hauptsächlich auch um die Gesundheitsfürsorge von Müttern und Neugeborenen. Jetzt laufen wir aber Gefahr, dass diese Ziele vergessen werden, wenn wir UHC anstreben. Deswegen müssen wir weiterhin darauf einen Schwerpunkt legen. Ich denke, das hat auch etwas mit dem Leitmotiv zu tun, das wir alle drei erwähnt haben. Es steht gänzlich im Einklang damit.

Mit der Einführung einer Finanzierung für Versicherungssysteme entsteht das Risiko, dass man sich auf Hochereignisphänomene konzentriert, was zwar einen Haushalt verarmen lassen würde, aber eigentlich sehr selten passiert: Das ist die Hospitalisierung, das sind seltene Krankheiten. Aber Haushalte mit mittlerem Einkommen erfahren das nicht tagtäglich. Die eigentlichen Probleme, die arme Haushalte vermehrt haben, sind die der Mutterschaft und der unschuldigen Kinder. Deswegen brauchen wir besser finanzierte Systeme, ob das öffentlich finanzierte Systeme sind oder sie durch Subventionen finanziert wird – was auch immer es wird –, wir dürfen nicht vergessen, dass medizinische Dienstleistungen auch vor allem für Mütter und Neugeborene angeboten werden müssen. Sehr schöne Frage, die begrüße ich sehr, und die passt auch genau zu dem, was wir drei alle gesagt haben. Wir dürfen nicht UHC anbieten und dann aber die hochfrequenten, hochriskanten Krankheiten dabei außer Acht lassen. Wir haben uns in den letzten Entwicklungen sehr darauf konzentriert. Wir dürfen nicht vergessen, was wir schon so lange auf unserer Agenda haben. Aber ich glaube, meine Kollegin oder mein Kollege will zu dem vielleicht noch etwas beitragen.

Prof. Dr. Thiagarajan Sundararaman (People's Health Movement): Ich möchte nur ganz kurz noch hinzufügen, die Pflege für Mütter und Neugeborene



Nur zur dienstlichen Verwendung

ist Teil der vertikalen Leistungen, die die Regierung anbietet, vor allem in Indien. Dabei ging es auch um mehr als nur die Versorgung von Müttern und Neugeborenen. Die Mittel für die Gesundheitsversorgung von Müttern und Neugeborenen werden zentral von der Regierung für alle Bundesstaaten zur Verfügung gestellt. Das Programm wird in unserem Umfeld zu einem gewissen Maße geschützt und, wie ich weiß, auch zum Teil privatisiert. Man kann nicht zu viele Mittel aufstocken, aber das ist ein anderes Problem.

Der **Vorsitzende**: Vielen herzlichen Dank, Dr. Sundararaman. Frau Cuevas Barron, Sie wollen noch einen Kommentar geben, wurde mir signalisiert. Sie haben das Wort.

Gabriela Cuevas Barron (UHC2030 Steering Committee): Ja, vielen herzlichen Dank. Ich möchte das Thema der Interparlamentarischen Union nur kurz ansprechen. Als ich die Präsidentin der IPU war, haben wir die erste Resolution zum Thema UHC verabschiedet. Das war im Jahre 2019 als die Sitzung in Serbien stattfand und es war eine sehr fortschrittliche Resolution, denn sie gab den nationalen Parlamenten Leitlinien dahingehend, wie diese politische Erklärung von den Vereinten Nationen aus dem Jahre 2019 in konkrete parlamentarische Maßnahmen umgewandelt werden könnte. Aber was passiert jetzt mit der IPU? Die steht genau vor den gleichen Herausforderungen wie wir mit den Resolutionen und Erklärungen, die von der Generalversammlung in New York verabschiedet worden sind. Ja, es gibt wunderbare globale Resolutionen und tolle Texte, weil wir vor großen globalen Herausforderungen stehen in der ganzen Welt, aber wir müssen diese auch in nationale Pläne umsetzen. Damit meine ich, dass wir klare Umsetzungsstrategien brauchen mit Zielen, Strategien, politischen Maßnahmen, finanziellen Mitteln und auch Überwachungsmechanismen. Deswegen sind nationale Parlamente so wichtig. Diese setzen die Vereinbarungen der IPU oder der Generalversammlung der Vereinten Nationen um. Nationale Gesetze sind erforderlich, wenn es dann um Menschenrechte geht oder darum, Institutionen zu schaffen, Mittel zuzuweisen und auch Überwachung durchzuführen. Wie Sie wissen, sind dann im Bereich der Politik seitens der Regierung auch die Haushaltslinien besonders wichtig. Diese Haushalte geben, auch wenn sie verabschiedet werden und durch die

Parlamente gehen, der Regierung immer vor, was getan werden muss bzw. kann für das nächste Finanzjahr. Die Parlamente sind daher essenzielle Faktoren. Das ist auch der Grund dafür, dass der Deutsche Bundestag so gute Arbeit leistet und ein Vorbild für die Länder sein kann, die im Bereich der Umsetzung der Erklärungen der Vereinten Nationen und der IPU vielleicht nicht die allerbeste Arbeit leisten. Bitte teilen Sie Ihre Erfahrungen mit. Arbeiten Sie mit uns zusammen und teilen Sie Ihre Best Practices im Bereich der Gesetzgebung mit uns und anderen Parlamenten auf der Welt.

Der **Vorsitzende**: Ebenfalls vielen Dank für diese Aussagen und Statements. Auch noch mal danke an alle Expertinnen und Experten für Ihre Berichte und für die Diskussion in dieser Runde. Wir haben ein bisschen überzogen, ich hoffe, das geht noch in Ordnung. Damit endet der öffentliche Teil der heutigen Sitzung.

Tagesordnungspunkt Verschiedenes

Der **Vorsitzende** gibt unter dem Punkt Verschiedenes den Hinweis auf den Virchow Preis, für den bis zum 29. Februar nächsten Jahres noch Nominierung entgegengenommen werden könnten. Zudem finde am 21. Februar um 8 Uhr morgens im PLH, Raum 501 das Fachgespräch zu Klimawandel und globale Gesundheit statt. Darin gehe es um wichtige Prozesse im Jahre 2024: den Rückblick auf die COP28 und den Blick nach vorne bezüglich einer möglichen WHA (World Health Assembly)-Resolution sowie das Thema der Finanzierung von Klima und Gesundheit. Eine Einladung werde noch verschickt.

Die nächste Sitzung des Unterausschusses finde am 29. Januar 2024 statt.

Schluss der Sitzung: 18:50 Uhr

Prof. Dr. Andrew Ullmann, MdB
Vorsitzender