

Sonderbericht

Finanzielle Unterstützung der EU für die Gesundheitssysteme in ausgewählten Partnerländern:

Verfolgung breit angelegter strategischer Ziele,
aber Probleme bei Koordinierung und
Nachhaltigkeit der Interventionen



EUROPÄISCHER
RECHNUNGSHOF

Inhalt

	Ziffer
Zusammenfassung	I - VIII
Einleitung	01 - 18
Bedeutung einer Verbesserung der Gesundheit für die Bekämpfung der Armut	01 - 08
Die Reaktion der EU auf Herausforderungen im Gesundheitsbereich in Partnerländern	09 - 18
Prüfungsumfang und Prüfungsansatz	19 - 25
Bemerkungen	26 - 73
Die EU hat weit gefasste Prioritäten für die Hilfe für das Gesundheitswesen festgelegt, doch weist die Mittelzuweisung Mängel auf	26 - 39
In den Strategiepapieren wurden allgemeine Parameter für die Zuweisung der Mittel festgelegt, die über die Programmplanungszeiträume hinweg konstant geblieben sind	28 - 32
Die von der Kommission vorgenommene Einstufung der Partnerländer nach ihrem Bedarf im Gesundheitsbereich hatte wenig Einfluss auf die Zuweisung der bilateralen Finanzmittel	33 - 37
Die für die Mittelzuweisungen aus der thematischen Säule verwendete Methodik ist nicht formalisiert und nicht ausreichend dokumentiert	38 - 39
Die EU-Finanzierung hat zum Funktionieren der Gesundheitssysteme beigetragen, doch wurde ihre Wirksamkeit durch Probleme bei der Koordinierung beeinträchtigt	40 - 66
Die EU unterstützte eine Reihe von Interventionen im Gesundheitsbereich, die dem Bedarf der ausgewählten Länder entsprachen	41 - 44
Die Koordinierungsbemühungen und Verteilungssysteme auf Bezirksebene sind unzureichend	45 - 49
Kaskadenstruktur bei der Durchführung hat Auswirkungen auf die Kosten	50 - 52
Die Koordinierung verschiedener Finanzierungsströme ist komplex	53 - 55
Die Sichtbarkeit der von der EU finanzierten Maßnahmen vor Ort ist gering, insbesondere dann, wenn die Mittel mit denen anderer Geber gebündelt werden	56 - 59

Weit gefasste Leistungsindikatoren und Datenmängel erschweren die Messung der Erfolge der EU im Bereich der Hilfe für das Gesundheitswesen 60 - 66

Die Nachhaltigkeit von Projekten ist gefährdet 67 - 73

Den Regierungen der begünstigten Länder fehlt es an Übergangs- oder Ausstiegsstrategien und Engagement, und ihre Haushaltsmittel sind begrenzt 68 - 70

Ausrüstung wird nicht immer angemessen gewartet 71 - 73

Schlussfolgerungen und Empfehlungen 74 - 83

Anhänge

Anhang I – Ziele der EU-Strategien im Bereich der Hilfe für das Gesundheitswesen seit 2005

Anhang II – Liste der geprüften Programme und Projekte

Anhang III – Partnerländer, in deren nationalen Richtprogrammen (NRP) / Mehrjahresrichtprogrammen (MRP) das Gesundheitswesen als vorrangiger Sektor ausgewiesen wird

Anhang IV – Zuweisungen aus der thematischen Säule des NDICI/Europa in der Welt (Januar 2024)

Abkürzungen

Glossar

Antworten der Kommission

Zeitschiene

Prüfungsteam

Zusammenfassung

I Die Unterstützung der EU für das Gesundheitswesen in Partnerländern trägt zum wichtigsten entwicklungspolitischen Ziel der EU bei, extreme Armut zu bekämpfen und letztendlich zu beseitigen. Im Einklang mit dem internationalen Ansatz im Bereich Gesundheit und insbesondere mit dem Nachhaltigkeitsziel 3 der Vereinten Nationen stellt die EU den Gesundheitssystemen ihrer Partnerländer im Rahmen bilateraler und regionaler Programme sowie globaler Gesundheitsinitiativen Finanzmittel zur Verfügung. Diese Unterstützung betrug in den beiden vorangegangenen Programmplanungszeiträumen (2007–2013 und 2014–2020) jeweils über 3 Milliarden Euro und belief sich Anfang 2024 für den laufenden Zeitraum (2021–2027) auf über 2 Milliarden Euro.

II Ziel des Hofes war es, die finanzielle Unterstützung der EU für die Gesundheitssysteme in Partnerländern bezogen auf diese drei Programmplanungszeiträume zu bewerten. Der Hof gelangte zu dem Schluss, dass die Kommission die Mittel entsprechend ihren allgemeinen Prioritäten zuwies. Die Zuweisungsmethode wies jedoch Mängel auf. Die Wirksamkeit der Projekte wurde durch Koordinierungs- und Nachhaltigkeitsprobleme beeinträchtigt, und die Überwachung vermittelte kein umfassendes Bild der Tätigkeiten der Kommission im Gesundheitsbereich.

III Der Hof stellte fest, dass der Umfang der zur Unterstützung des Gesundheitswesens bereitgestellten EU-Mittel in den überprüften Programmplanungszeiträumen relativ konstant blieb. Allerdings ist die bilaterale Hilfe für Partnerländer zurückgegangen, während die Unterstützung über globale Gesundheitsinitiativen erheblich zugenommen hat. Die von der Kommission vorgenommene Einstufung der Partnerländer nach dem Bedarf ihrer Gesundheitssysteme hatte wenig Einfluss auf die bilaterale Finanzierung. Dies war vor allem darauf zurückzuführen, dass die Programmplanung gemäß dem Grundsatz der Eigenverantwortung auf der Grundlage der mit den Partnerregierungen vereinbarten politischen Entscheidungen erfolgen muss. Die Zuweisung der Unterstützung an die einzelnen globalen Gesundheitsinitiativen erfolgte nicht anhand spezifischer und quantifizierbarer Kriterien, und das Verfahren wurde nicht ausreichend dokumentiert.

IV Der Hof untersuchte eine Stichprobe von Projekten in ausgewählten Partnerländern (Burundi, Demokratische Republik Kongo und Simbabwe). Der Schwerpunkt dieser Projekte lag unter anderem auf einer kostenlosen Gesundheitsversorgung, der Organisation von Schulungen für Angehörige der Gesundheitsberufe, der Bereitstellung von Arzneimitteln und Ausrüstung und dem Wiederaufbau von Gesundheitszentren. Der Hof stellte fest, dass die EU verschiedene Interventionen im Gesundheitsbereich unterstützte, die dem Bedarf der Länder entsprachen. Allerdings war die Koordinierung auf Bezirksebene unzureichend, was zu Unzulänglichkeiten bei der Verteilung von Ausrüstung und Arzneimitteln führte. Darüber hinaus hatte die Kaskadenstruktur bei der Durchführung Auswirkungen auf die Kosten der Interventionen im Gesundheitsbereich. Hierdurch erhöhten sich die Kosten der Projektdurchführung. Zudem war die Sichtbarkeit der EU-Finanzierung bei den unterstützten Bevölkerungsgruppen gering.

V Die Kommission überwachte die Gesundheitsausgaben anhand einer kleinen Zahl von übergeordneten Indikatoren, die nur ein unvollständiges Bild der Gesundheitsmaßnahmen der EU vermittelten und so berechnet wurden, dass die Ergebnisse nicht allein auf EU-Mittel zurückgeführt werden können. Im Falle der bilateralen Hilfe werden die EU-Delegationen in den jeweiligen Ländern nicht zufriedenstellend über die Ergebnisse informiert, und die von den Projektträgern für ihre Berichterstattung erhobenen Daten wurden mitunter nicht zur Verfügung gestellt oder erwiesen sich als unzuverlässig.

VI Die Kommission beteiligt sich an der Leitung globaler Gesundheitsinitiativen, um sicherzustellen, dass sie besser aufeinander abgestimmt werden, damit es keine Fragmentierung mehr gibt. Allerdings sind weitere Anstrengungen erforderlich, um diese Ziele zu erreichen und den internationalen Ansatz zur Bewältigung von globalen Herausforderungen im Gesundheitsbereich zu straffen.

VII Die Nachhaltigkeit von Gesundheitsprojekten und -programmen ist dadurch gefährdet, dass klare Übergangs- und Ausstiegsstrategien fehlen und Ausrüstung nur unzureichend gewartet wird.

VIII Auf der Grundlage dieser Schlussfolgerungen empfiehlt der Hof der Kommission,

- die Zuweisung von Finanzmitteln für den Gesundheitsbereich besser auf den Bedarf der Länder abzustimmen;
- für die Finanzierung globaler Gesundheitsinitiativen eindeutige Kriterien festzulegen und die Dokumentation des Zuweisungsverfahrens zu verbessern;
- die Bedarfsanalyse und die Koordinierung der Verteilung von Ausrüstung und Arzneimitteln zu verbessern;
- die Angemessenheit der Verwaltungskosten zu prüfen;
- Überschneidungen zu vermeiden und für Synergien zwischen den unterstützten globalen Gesundheitsinitiativen zu sorgen;
- Indikatoren festzulegen, mit denen die EU-Unterstützung für den Gesundheitsbereich umfassend überwacht werden kann;
- Maßnahmen zur Förderung der Nachhaltigkeit der Gesundheitssysteme zu ergreifen;
- mehr Gewicht auf die Wartung der im Rahmen der Projekte bereitgestellten Ausrüstung zu legen.

Einleitung

Bedeutung einer Verbesserung der Gesundheit für die Bekämpfung der Armut

01 Die Unterstützung der EU für das Gesundheitswesen in Partnerländern trägt zum wichtigsten [entwicklungspolitischen Ziel der EU](#) bei, extreme Armut zu bekämpfen und letztendlich zu beseitigen¹. Armut kann sowohl Ursache als auch Folge einer unzureichenden Gesundheitsversorgung sein. Mit einer besseren Wirtschaftslage verbessert sich im Allgemeinen auch die Gesundheit der Bürgerinnen und Bürger eines Landes. Umgekehrt kann eine bessere Gesundheit der Bevölkerung unmittelbar zu wirtschaftlichem Wachstum führen².

02 Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) definiert den Begriff Gesundheit als einen Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur des Freiseins von Krankheit oder Gebrechen³. Zu den Grundrechten jedes Menschen zählt nach Auffassung der WHO auch der Genuss des höchsten erreichbaren Gesundheitsstandards. Sie betrachtet die ungleiche Entwicklung bei der Gesundheitsförderung und der Bekämpfung von Krankheiten, insbesondere übertragbaren Krankheiten, als allgemeine Gefahr. Die Hälfte der Weltbevölkerung hat keinen Zugang zu den Gesundheitsdiensten, die sie benötigt⁴, und etwa 100 Millionen Menschen geraten jedes Jahr aufgrund zu hoher Gesundheitskosten in extreme Armut⁵.

¹ Artikel 208 Absatz 1 des Vertrags über die Arbeitsweise der Europäischen Union.

² [Growing importance of health in the economy](#), Collins, Francis S., "Outlook on the Global Agenda 2015", Weltwirtschaftsforum, 2015.

³ [Satzung der Weltgesundheitsorganisation](#) in englischer Sprache.


⁴ [Monitoring universal health coverage](#), Weltgesundheitsorganisation.

⁵ [Health and demography](#), Europäische Kommission – GD Internationale Partnerschaften.

03 Im Jahr 2000 einigten sich die Vereinten Nationen auf acht bis 2015 zu erreichende Millenniums-Entwicklungsziele (*Millennium Development Goals*, MDG)⁶. Drei dieser Ziele standen in einem direkten Zusammenhang mit der Gesundheit: Senkung der Kindersterblichkeit (MDG 4), Verbesserung der Gesundheit von Müttern (MDG 5) und Bekämpfung von HIV/AIDS, Malaria und anderen Krankheiten (MDG 6).

04 Im Jahr 2015 legte die internationale Gemeinschaft im Rahmen der UN-Agenda 2030 für nachhaltige Entwicklung⁷ in der Folge 17 Ziele für nachhaltige Entwicklung (*Sustainable Development Goals*, SDG) fest, die bis 2030 erreicht werden sollen. SGD 3 betrifft die Gewährleistung eines gesunden Lebens für alle Menschen jeden Alters und die Förderung ihres Wohlergehens. Damit verbunden sind neun Zielvorgaben, die alle im Zusammenhang mit der Verringerung großer Herausforderungen im Gesundheitsbereich bis 2030 stehen (siehe *Abbildung 1*).

Abbildung 1 – Zielvorgaben des SDG 3 zu Gesundheit und Wohlergehen

	Zielvorgaben	Mittel zur Umsetzung
	3.1 Müttersterblichkeit	3.a Eindämmung des Tabakgebrauchs
	3.2 Säuglings- und Kindersterblichkeit	3.b Arzneimittel und Impfstoffe
	3.3 Übertragbare Krankheiten	3.c Finanzierung des
	3.4 Nichtübertragbare Krankheiten	Gesundheitswesens und
	3.5 Substanzmissbrauch	Gesundheitspersonal
	3.6 Verletzungen durch	3.d Notfallvorsorge
	Straßenverkehrsunfälle	
	3.7 Sexuelle und reproduktive Gesundheit	
	3.8 Allgemeine Gesundheitsversorgung	
	3.9 Umweltgesundheit	

Quelle: Europäischer Rechnungshof auf der Grundlage der WHO.

05 In ihrem *Sonderbericht 2023 über die Ziele für nachhaltige Entwicklung* lobte die WHO die Fortschritte, die in den letzten Jahren bei der Verbesserung der globalen Gesundheit erzielt wurden, betonte jedoch, dass in Bereichen wie der Müttersterblichkeit und der Ausweitung der universellen Gesundheitsversorgung nur unzureichende Fortschritte erreicht wurden. Das Tempo der Fortschritte bei der Erreichung des SDG 3 hat sich aufgrund der COVID-19-Pandemie verlangsamt (siehe *Kasten 1*). Die WHO forderte daher, seit Langem bestehende Defizite in der Gesundheitsversorgung durch Investitionen in die Gesundheitssysteme zu beheben,

⁶ 2000–2015, *Millennium Development Goals*, Dag Hammarskjöld Library, Vereinte Nationen.

⁷ *Transformation unserer Welt: die Agenda 2030 für nachhaltige Entwicklung*, Vereinte Nationen.

um den Ländern bei der Erholung zu helfen und ihre Widerstandsfähigkeit gegenüber künftigen Gesundheitsgefahren zu stärken.

Kasten 1

Auswirkungen von COVID-19 auf die Hilfe für das Gesundheitswesen

Im [Sonderbericht 2023 der WHO über die Ziele für nachhaltige Entwicklung](#) wurde auf eine Verschlechterung der universellen Gesundheitsversorgung in Entwicklungsländern und auf Störungen bei der Bereitstellung grundlegender Gesundheitsdienste (z. B. Impfkampagnen) hingewiesen, die auf die COVID-19-Pandemie zurückzuführen seien. In dem Bericht wurde der Schluss gezogen, dass die Pandemie das Tempo der Fortschritte bei der Erreichung des SDG 3 verlangsamt habe.

In dem Bericht wurde ferner festgestellt, dass der größte Anteil der weltweiten finanziellen Unterstützung im Rahmen der öffentlichen Entwicklungszusammenarbeit für die medizinische Grundversorgung im Jahr 2021 auf die Bekämpfung von COVID-19 entfiel (9,6 Milliarden US-Dollar, davon 6,3 Milliarden US-Dollar für Impfstoffspenden).

Für die Maßnahmen der EU gegen die Auswirkungen von COVID-19 hat die Kommission im Jahr 2020 über 440 Millionen Euro und für den Programmplanungszeitraum 2021–2027 bisher über 1,27 Milliarden Euro bereitgestellt.

06 Zwar wächst weltweit die Besorgnis über die stockenden Fortschritte bei der Erreichung einer universellen Gesundheitsversorgung⁸, doch herrscht ein chronischer Mangel an finanziellen, personellen und materiellen Ressourcen, um den Bedarf der stetig wachsenden Bevölkerung in den Entwicklungsländern decken zu können. Den jüngsten Daten (2021) der Afrikanischen Union zufolge haben nur zwei afrikanische Länder – Südafrika und Kap Verde – das Ziel der [Erklärung von Abuja](#) erreicht, jedes Jahr mindestens 15 % ihres Staatshaushalts für den Gesundheitssektor bereitzustellen⁹. Ziel der internationalen Hilfe in Entwicklungsländern ist die Verbesserung der lokalen Gesundheitssysteme und die nachhaltige Stärkung der Gesundheitsdienste, damit sie den lokalen Bedarf decken und für alle Menschen, insbesondere die in Armut lebenden Menschen, zugänglich sind.

⁸ [Universal health coverage – Key facts](#), WHO, 2023.

⁹ [Africa Scorecard on Domestic Financing for Health](#), Afrikanische Union.

07 Der WHO zufolge umfasst ein Gesundheitssystem alle Organisationen, Personen und Maßnahmen, deren primäres Ziel es ist, die Gesundheit zu fördern, wiederherzustellen oder zu erhalten¹⁰. Damit sind die Strukturen gemeint, die vorhanden sein müssen, um zum Erreichen der Ziele beizutragen, die Gesundheit und die Gesundheitsgerechtigkeit zu verbessern und gleichzeitig finanzielle Hürden für die Gesundheitsversorgung zu beseitigen. Die WHO hat sechs Bausteine genannt, die ein Gesundheitssystem ausmachen: Leistungserbringung; Gesundheitspersonal; Information; Arzneimittel, Impfstoffe und Technologien; Finanzierung; sowie Führungskompetenz und Politiksteuerung. Die WHO legt großen Wert auf das Konzept der Stärkung der Gesundheitssysteme (*Health Systems Strengthening*, HSS), bei der es sich nach ihrer Definition um die Verbesserung dieser Bausteine und die Steuerung ihres Zusammenspiels in einer Weise handelt, dass eine gerechtere und nachhaltigere Verbesserung aller Gesundheitsdienste und Gesundheitsergebnisse erreicht wird. Die Stärkung der Gesundheitssysteme ist abhängig vom technischen Wissen und vom politischen Willen¹¹.

08 Der Schwerpunkt der Maßnahmen zur Stärkung der Gesundheitssysteme lag üblicherweise darauf, ressourcenbedingte Einschränkungen zu verringern, d. h. die Gesundheitssysteme durch die Bereitstellung materieller Ressourcen wie Moskitonetze, Verhütungsmittel oder Arzneimittel zu unterstützen. Mit diesen Maßnahmen allein lassen sich jedoch nicht so umfassende Ziele wie etwa die Verbesserung von Strategien, Rechtsvorschriften, Organisationsstrukturen oder Versorgungssystemen erreichen, um einen wirksameren Einsatz der Ressourcen zu ermöglichen¹².

¹⁰ [Everybody's business. Strengthening health systems to improve health outcomes](#), WHO, 2007.

¹¹ [Health systems strengthening](#), Unlimit Health.

¹² [Why differentiating between health system support and health systems strengthening is needed](#), Chee, G. et al., "The International journal of health planning and management", 28(1), 85-9, 2013.

Die Reaktion der EU auf Herausforderungen im Gesundheitsbereich in Partnerländern

09 Grundlage für die von der EU bereitgestellte Unterstützung für das Gesundheitswesen in Partnerländern ist Artikel 168 Absatz 3 des [Vertrags über die Arbeitsweise der Europäischen Union](#), der lautet: "Die Union und die Mitgliedstaaten fördern die Zusammenarbeit mit dritten Ländern und den für das Gesundheitswesen zuständigen internationalen Organisationen."

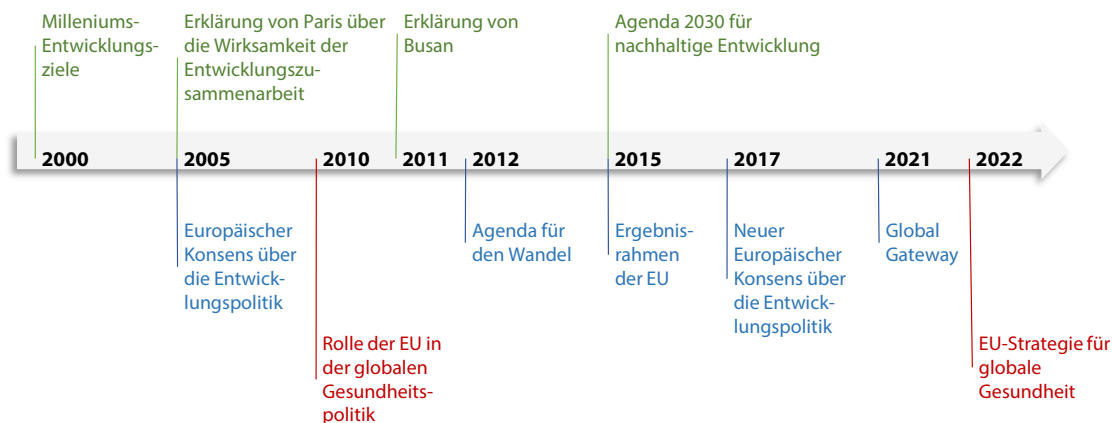
10 Die aktuelle Politik der EU im Bereich der Hilfe für das Gesundheitswesen und die entsprechenden Ziele wurden im Laufe der letzten Haushaltszyklen im Wege zahlreicher Strategiepaperie ausgearbeitet. Die einschlägigen weltweit¹³ und auf EU-Ebene verfolgten Politiken und Strategien sind in [Abbildung 2](#) und [Anhang I](#) dargestellt.

Abbildung 2 – Zeitleiste: weltweit und auf EU-Ebene verfolgte Politiken und Strategien im Bereich der Hilfe für das Gesundheitswesen

Globale Entwicklungspolitik

EU-Entwicklungspolitik

EU-Gesundheitspolitik



Quelle: Europäischer Rechnungshof auf der Grundlage von Informationen der GD INTPA.

¹³ Milleniums-Entwicklungsziele, Erklärung von Paris, Erklärung von Busan und Agenda 2030 für nachhaltige Entwicklung.

11 Im Jahr 2005 nahmen das Europäische Parlament, der Rat und die Kommission den [Europäischen Konsens über die Entwicklungspolitik](#) an, der die Verpflichtung der EU zur Erreichung der auf internationaler Ebene vereinbarten Entwicklungsziele (d. h. der MDG) bekräftigte. Diese [Politik](#) wurde 2017 überarbeitet, um den Zielen für nachhaltige Entwicklung Rechnung zu tragen.

12 Im Jahr 2010 nahm die Kommission eine Mitteilung über die Rolle der EU in der globalen Gesundheitspolitik¹⁴ an – eine Erklärung über die EU-Politik im Bereich der Hilfe für das Gesundheitswesen, die zwei aufeinanderfolgende mehrjährige Finanzrahmen (MFR 2014–2020 und MFR 2021–2027) beeinflusst hat. In den betreffenden Schlussfolgerungen des Rates¹⁵ wurden die Kommission und die Mitgliedstaaten aufgefordert, gemeinsam zu handeln, indem sie vorrangig die Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgungssysteme in den Partnerländern unterstützen. Im November 2022 nahm die Kommission eine neue Strategie für globale Gesundheit¹⁶ an, in der sie ihr Engagement für die Ziele für nachhaltige Entwicklung und den Europäischen Konsens über die Entwicklungspolitik bekräftigte.

13 [Tabelle 1](#) zeigt die Ausgaben für Hilfsprogramme für das Gesundheitswesen unter der Verwaltung der Kommission während der letzten drei Programmplanungszeiträume. Dieser Bereich der finanziellen Unterstützung der EU wird hauptsächlich von der Generaldirektion für internationale Partnerschaften (GD INTPA) verwaltet.

¹⁴ COM(2010) 128.

¹⁵ [Schlussfolgerungen des Rates vom 10. Mai 2010 zur Rolle der EU in der globalen Gesundheitspolitik](#).

¹⁶ COM(2022) 675.

Tabelle 1 – Entwicklung der EU-Hilfe für das Gesundheitswesen nach Kommissionsdienststelle (Zahlungen in Millionen Euro)

Zuständige Dienststelle der Europäischen Kommission	2007–2013	2014–2020	2021–2027 (Januar 2024)	Anteil in % des Gesamtbetrags seit 2007
GD INTPA (früher GD DEVCO)	2 887	2 812	2 244	86,5 %
GD NEAR (außer dem Instrument für Heranführungshilfe)	400	429	193	11,2 %
Sonstige (Dienst für außenpolitische Instrumente, GD ECHO, GD SANTE und GD REFORM)	55	153	7	2,3 %
INSGESAMT	3 342	3 394	2 444	100 %

Quelle: Europäischer Rechnungshof auf der Grundlage von Daten, die von der GD INTPA im Januar 2024 aus dem System OPSYS extrahiert wurden.

14 Die EU-Finanzierung der Hilfe für das Gesundheitswesen umfasst eine geografische Säule (Maßnahmen, die im Rahmen von Länder- und Regionalprogrammen durchgeführt werden) und eine thematische Säule (Maßnahmen zur Bewältigung weltweiter Probleme). Für die geografische und die thematische Säule müssen Mehrjahresrichtprogramme (MRP) aufgestellt werden, in denen für einen Zeitraum von sieben Jahren Prioritäten und Ziele festgelegt werden, die der Bewältigung der ermittelten Herausforderungen dienen.

15 In den Rechtsvorschriften zur Einrichtung des Europäischen Entwicklungsfonds (EEF), des Finanzierungsinstruments für die Entwicklungszusammenarbeit (DCI) und des Instruments für Nachbarschaft, Entwicklungszusammenarbeit und internationale Zusammenarbeit¹⁷ (NDICI/Europa in der Welt) ist eine "geografische Säule" vorgesehen, deren Finanzausstattung verwendet werden kann, um bestimmten Partnerländern und -regionen bilaterale EU-Hilfe für das Gesundheitswesen zukommen zu lassen. Die geografische Säule dient in erster Linie der Finanzierung der Durchführung von Programmen und Projekten zur Stärkung der Gesundheitssysteme in Partnerländern. Die EU-Delegationen setzen diese Projekte hauptsächlich über Nichtregierungsorganisationen, Durchführungsstellen von EU-Mitgliedstaaten oder internationale Organisationen wie UN-Agenturen um.

¹⁷ Verordnung (EU) 2021/947.

16 Unter Verwendung derselben Instrumente weist die Kommission auch im Rahmen der "thematischen Säule" Finanzmittel für den Gesundheitsbereich zu. Diese sind hauptsächlich für globale Gesundheitsinitiativen bestimmt, bei denen die Bemühungen von Interessenträgern aus der ganzen Welt gebündelt werden, um globale Herausforderungen im Gesundheitsbereich zu bewältigen. Im Rahmen der globalen Gesundheitsinitiativen werden Mittel mobilisiert, verwaltet und verteilt, um die Umsetzung von Gesundheitsprogrammen in Ländern mit niedrigem und mittlerem Einkommen zu unterstützen. Die beiden größten von der Kommission unterstützten Initiativen sind der Globale Fonds zur Bekämpfung von AIDS, Tuberkulose und Malaria ([Globaler Fonds](#)) und die Globale Allianz für Impfstoffe und Immunisierung ([GAVI](#)).

17 Die thematische Säule im Rahmen des NDICI/Europa in der Welt umfasst vier thematische Programme:

- Menschenrechte und Demokratie,
- Organisationen der Zivilgesellschaft,
- Frieden, Stabilität und Konfliktverhütung,
- globale Herausforderungen.

18 Beim NDICI/Europa in der Welt ist der für die Gesundheit vorgesehene Betrag nicht angegeben. Innerhalb des Mehrjahresrichtprogramms [Globale Herausforderungen](#) hat der Schwerpunktbereich 1 (Menschen), zu dessen Prioritäten u. a. die Gesundheit zählt, ein vorläufiges Budget von 1 835 Millionen Euro (28,8 % der Gesamtmittel der thematischen Säule des NDICI bzw. 50 % der Mittel des Mehrjahresrichtprogramms "Globale Herausforderungen").

Prüfungsumfang und Prüfungsansatz

19 Der Hof hat die finanzielle Unterstützung der EU für die Gesundheitssysteme in Partnerländern geprüft, um die folgenden Fragen zu beantworten:

- Hat die Kommission klare Ziele für ihre finanzielle Unterstützung im Gesundheitsbereich festgelegt und mit diesen Zielen im Einklang stehende Interventionen ausgewählt?
- Hat die finanzielle Unterstützung der EU zur Stärkung der Gesundheitssysteme die erwarteten Ergebnisse erzielt?
- Hat die Kommission in allen Phasen ihrer Interventionen die Nachhaltigkeit berücksichtigt?

20 Der Prüfungsschwerpunkt lag auf der finanziellen Unterstützung des Gesundheitssektors in Partnerländern, die während des Programmplanungszeitraums 2014–2020 von der GD INTPA geleistet wurde. Der Hof berücksichtigte auch den Zeitraum 2007–2013 (zur Bewertung der Nachhaltigkeit) und den Beginn des NDICI-Programms 2021–2027 (Daten wurden bis Januar 2024 extrahiert). Der Schwerpunkt lag auf den Mittelzuweisungen weltweit und nach Ländern.

21 Die Prüfungsarbeit umfasste eine Analyse der von der Kommission (GD INTPA und EU-Delegationen) bereitgestellten Dokumente zu EU-Strategien im Bereich der Hilfe für das Gesundheitswesen, der Festlegung der Ziele und Indikatoren sowie der Verteilung der Mittel während der jeweiligen Programmplanungszeiträume.

22 Der Hof hielt mehrere Sitzungen mit der GD INTPA in Brüssel ab. Darüber hinaus besuchte der Hof den Hauptsitz des Globalen Fonds in Genf, um detaillierte Informationen über die Rolle und den Umfang seiner Interventionen in Partnerländern zu erhalten.

23 Außerdem wählte der Hof drei Länder – Burundi, Demokratische Republik Kongo (DRK) und Simbabwe – aus, um die EU-Unterstützung des Gesundheitswesens vor Ort eingehend zu analysieren. Der Hof wandte folgende Auswahlkriterien an: die Wesentlichkeit der finanziellen Unterstützung für den Gesundheitsbereich, die strategischen gesundheitspolitischen Prioritäten der EU, die Entwicklung der finanziellen Unterstützung im Laufe der Zeit und den Umfang der Unterstützung durch den Globalen Fonds. Er analysierte die nationale Gesundheitsstrategie und die Programmplanungsdokumente der einzelnen ausgewählten Länder und untersuchte eine Stichprobe, die die 17 größten von der EU finanzierten bilateralen Gesundheitsprogramme und -projekte in diesen Ländern umfasste (siehe [Anhang II](#)).

24 Während seiner Besuche in Burundi und Simbabwe befragte der Hof lokale Behörden, die EU-Delegationen, andere Geber, Projektträger, Nichtregierungsorganisationen und Endbegünstigte. Die Programme in der Demokratischen Republik Kongo wurden anhand einer Aktenprüfung geprüft.

25 Der Kommission zufolge ist das Gesundheitswesen mittlerweile ein vorrangiger Sektor, der sich vom Gegenstand einer Politik zum Gegenstand einer EU-Strategie entwickelt hat. Der Hof hat sich in Anbetracht der Bedeutung der globalen Gesundheit in der Entwicklungsagenda der EU und der Wesentlichkeit der finanziellen Unterstützung der EU zu dieser Prüfung entschlossen. Dieser Bericht soll sowohl zu einer Verbesserung der Verwaltung der EU-Unterstützung für das Gesundheitswesen als auch zur Debatte über die künftige Zuweisung von EU-Unterstützung in diesem Bereich beitragen.

Bemerkungen

Die EU hat weit gefasste Prioritäten für die Hilfe für das Gesundheitswesen festgelegt, doch weist die Mittelzuweisung Mängel auf

26 Der Hof hat die Prioritäten der EU-Strategien im Bereich der Hilfe für das Gesundheitswesen und die Finanzierung von Gesundheitsprogrammen durch die GD INTPA analysiert. Er bewertete, ob die Finanzierung insgesamt und die für die Prüfung ausgewählte Stichprobe von Interventionen mit den strategischen Zielen im Einklang standen.

27 Gemäß dem [Europäischen Konsens über die Entwicklungspolitik](#) aus dem Jahr 2005 musste die Kommission Kriterien für die Beteiligung an globalen Gesundheitsinitiativen und ihren Beitrag dazu vorgeben. Daher untersuchte der Hof das Verfahren für die Zuweisung von Mitteln an globale Gesundheitsinitiativen.

In den Strategiepapieren wurden allgemeine Parameter für die Zuweisung der Mittel festgelegt, die über die Programmplanungszeiträume hinweg konstant geblieben sind

28 In der [Mitteilung der Kommission aus dem Jahr 2010](#) über die Rolle der EU in der globalen Gesundheitspolitik und in den [betreffenden Schlussfolgerungen des Rates](#) (Schlussfolgerung Nr. 5) wurde erklärt, dass die EU und ihre Mitgliedstaaten vorrangig die Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgungssysteme in den Partnerländern unterstützen sollten. Durch diese Schwerpunktsetzung sollte sichergestellt werden, dass die wesentlichen Elemente der Systeme – medizinisches Personal, Zugang zu Arzneimitteln, Infrastruktur und Logistik sowie dezentrale Verwaltung – leistungsfähig genug sind, um eine gerechte und qualitativ hochwertige Grundversorgung für alle zu gewährleisten, insbesondere in fragilen Ländern (siehe [Anhang I](#)). Dieses Ziel sollte über bilaterale Kanäle sowie durch Beteiligung an weltweiten Initiativen und internationalen Foren erreicht werden. In der Mitteilung wurde ferner vorgeschlagen, die EU solle sich für eine stärkere Führungsrolle der WHO einsetzen, auf eine Verbesserung der Wirksamkeit des UN-Systems hinarbeiten, die Kohärenz zwischen den relevanten Bereichen der EU-Politik sicherstellen sowie die Forschung, den Informationsaustausch und den Aufbau von kollektivem Fachwissen im Bereich der globalen Gesundheit fördern.

29 Der Schwerpunkt der EU-Strategie für globale Gesundheit aus dem Jahr 2022 liegt auf drei miteinander verbundenen Prioritäten (siehe [Anhang I](#)):

- Verbesserung von Gesundheit und Wohlergehen der Menschen während des gesamten Lebens;
- Stärkung der Gesundheitssysteme und Förderung der universellen Gesundheitsversorgung;
- Verhütung und Bekämpfung von Gesundheitsgefahren, einschließlich Pandemien, [unter Anwendung des Konzepts "Eine Gesundheit"](#).

30 Die wichtigsten Strategiepapierer der Kommission gaben einen allgemeinen Rahmen für die finanzielle Unterstützung des Gesundheitswesens vor, doch wurden in ihnen keine operativen Ziele definiert. Die von der Kommission bereitgestellte Unterstützung im Gesundheitsbereich entsprach den genannten Prioritäten und leistete einen Beitrag zur Erreichung der Millenniums-Entwicklungsziele 4, 5 und 6 sowie später des Nachhaltigkeitsziels 3. Sie erfolgte hauptsächlich über bilaterale Programme und durch die Unterstützung von globalen Gesundheitsinitiativen wie dem Globalen Fonds, der GAVI oder der Versorgungspartnerschaft des Bevölkerungsfonds der Vereinten Nationen (UNFPA). Die finanzielle Unterstützung für die zentrale Priorität der Stärkung der Gesundheitssysteme (siehe Ziffer [28](#)), die im Rahmen der geografischen Säule bereitgestellt wird (siehe Ziffer [15](#)), wurde jedoch im Laufe der Zeit verringert.

31 Bis 2020 stellte die Kommission hauptsächlich über den EEF und das DCI Mittel für die Gesundheitsversorgung bereit. Seit 2021 wird die Entwicklungszusammenarbeit durch das NDICI/Europa in der Welt umgesetzt.

32 Einzelheiten zur Finanzierung durch die GD INTPA sind [Tabelle 2](#) zu entnehmen. Die Gesamtbeträge sind zwar relativ konstant geblieben, real jedoch gesunken.

Tabelle 2 – Entwicklung der von der GD INTPA geleisteten Zahlungen zur Unterstützung des Gesundheitswesens nach Finanzierungsinstrument (in Millionen Euro)

EU-Finanzierungsinstrument	2007–2013	2014–2020	2021–2027 (Januar 2024)
Instrument für Nachbarschaft, Entwicklungszusammenarbeit und internationale Zusammenarbeit (NDICI/Europa in der Welt)			2 244
Europäischer Entwicklungsfonds (EEF)	1 256	1 850	
Finanzierungsinstrument für die Entwicklungszusammenarbeit (DCI)	1 566	943	
Sonstige	65	19	
Gesamtbetrag	2 887	2 812	2 244

Quelle: Europäischer Rechnungshof auf der Grundlage von Daten der GD INTPA.

Die von der Kommission vorgenommene Einstufung der Partnerländer nach ihrem Bedarf im Gesundheitsbereich hatte wenig Einfluss auf die Zuweisung der bilateralen Finanzmittel

33 Da in der Mitteilung aus dem Jahr 2010 über die Rolle der EU in der globalen Gesundheitspolitik der Schwerpunkt auf die Priorisierung und Ausweitung der Unterstützung für fragile Länder gelegt wurde (siehe Ziffer **28**), erstellte die GD INTPA als Grundlage für Zuweisungsentscheidungen eine Liste der Länder mit dem größten Bedarf. Im Jahr 2020 wurde eine neue Liste erstellt.

34 Im Jahr 2010 stufte die Kommission die Partnerländer anhand von fünf Indikatoren ein, nämlich dem Gesundheitsversorgungsbedarf der Länder, der Finanzkraft der öffentlichen Hand, dem Willen, die Hilfe für das Gesundheitswesen in geeigneter Weise auszugeben, der Höhe der erhaltenen Hilfe und der bisherigen Leistung im Gesundheitswesen. Die Liste von 2020 wurde nach einer neuen Methodik erstellt, die auf drei internationalen Indizes basierte: dem [Index der menschlichen Entwicklung](#), dem [Humankapitalindex](#) und den [Fortschritten bei der Erreichung des SDG 3](#). Aufgrund dieser methodischen Änderung sowie der sich verändernden Situation vor Ort unterscheiden sich die Rangfolgen der Länder in den beiden Listen erheblich (siehe [Tabelle 3](#)).

Tabelle 3 – Entwicklung der Priorisierung der Gesundheitsfürsorge und der Finanzierung bei den Partnerländern mit dem größten Bedarf im Jahr 2010

Rangliste der GD INTPA		Partnerland	Gesundheit als Priorität im nationalen Richtprogramm					
			Mittelbindungen 2007–2013 (in Millionen Euro)	2007–2013	Mittelbindungen 2014–2020 (in Millionen Euro)	2014–2020	Mittelbindungen 2021–2027 (in Millionen Euro)	2021–2027
2010	2020							
1	26	Tansania	0,018	✗	0	✗	0	✗
2	32	Sambia	68	✓	2,3	✗	12,3	✓
3	13	Afghanistan	198	✓	172,5	✓	65,3	✓
4	5	Mosambik	24	✓	0	✗	4	✗(*)
5	33	Zentral-afrikanische Republik	0	✗	7,4	✓	34	✓
6	2	Sierra Leone	24,2	✓	0	✗	0	✗
7	3	Niger	0	✓	11,8	✓	1	✗
8	6	Liberia	63,5	✓	0	✗	0	✗
9	28	Sudan	0	✗	0	✗	26	✓
10	29	Simbabwe	39	✓	132,6	✓	32,8	✓
11	14	Burundi	30,1	✓	120,4	✓	58,7	✓
12	4	Mali	0	✓	1,2	✗	0	✓
13	41	Senegal	0	✓	0	✗	22,3	✗(*)
14	9	Nigeria	85	✓	78,5	✓	52,2	✓
15	43	Ruanda	0	✗	0	✗	30,1	✗(*)
16	20	Gambia	0	✗	2,8	✗	0	✗
17	7	Guinea	29,5	✓	23	✓	10,3	✓
18	18	Madagaskar	31,9	✓	0	✗	32,5	✓
19	1	Tschad	10	✓	1,2	✗	0	✗
20	38	Komoren	0	✗	0	✗	0	✗

Violette Felder = Länder, in deren nationalen Richtprogrammen für den Zeitraum 2014–2020 Gesundheit kein vorrangiger Sektor ist.

Gelbe Felder = Länder, in deren Mehrjahresrichtprogrammen für den Zeitraum 2021–2027 Gesundheit kein vorrangiger Sektor ist.

(*) Senegal, Ruanda, Mosambik und Niger weisen die Gesundheit in ihren Mehrjahresrichtprogrammen für den Zeitraum 2021–2027 nicht als Schwerpunktbereich aus, erhalten jedoch Mittel aus dem regionalen Mehrjahresrichtprogramm für Subsahara-Afrika.

Quelle: Europäischer Rechnungshof auf der Grundlage von Daten der GD INTPA.

35 Die Korrelation zwischen der Rangfolge der Partnerländer und der bilateralen Mittelzuweisung für den Gesundheitssektor war gering (siehe [Tabelle 3](#)). Tansania, das in der Liste von 2010 an erster Stelle stehende Land, erhielt im Zeitraum 2007–2013 nur sehr wenig Unterstützung. Sierra Leone war in beiden Listen weit oben platziert, erhielt jedoch nur im Zeitraum 2007–2013 Unterstützung. Auch Mosambik erhielt wenig Unterstützung, obwohl es in beiden Listen weit oben platziert war. In allen drei Ländern gehörte Gesundheit nicht zu den Prioritäten bei der EU-Finanzierung. Die Gesundheitssektoren wurden in gewissem Umfang aus regionalen Mittelausstattungen unterstützt. Simbabwe und Burundi hingegen erhielten eine vergleichsweise umfangreiche Hilfe für das Gesundheitswesen, obwohl sie auf beiden Prioritätenlisten weiter unten rangierten. Die Länder, die im Zeitraum 2014–2020 am meisten Mittel erhielten, waren die Demokratische Republik Kongo, Afghanistan, Simbabwe, Äthiopien und Burundi. Im aktuellen Programmplanungszeitraum (2021–2027) waren die fünf größten Empfänger von Mitteln der Kommission für den Gesundheitssektor die Demokratische Republik Kongo, Afghanistan, Burundi, Nigeria und Äthiopien.

36 Die Gründe für diese Diskrepanzen liegen vor allem in den "Programmplanungsgrundsätzen"¹⁸, insbesondere dem in Artikel 13 Absatz 1 Buchstabe a der [Verordnung \(EU\) 2021/947](#) festgelegten Grundsatz der Eigenverantwortung, wonach die Programmplanung auf einem politischen Dialog mit den Partnerregierungen beruhen muss. Dementsprechend sollte die sektorspezifische Unterstützung von den Prioritäten der einzelnen Partnerländer abhängen. Weitere Gründe waren die Beschränkungen bei der Anzahl der Schwerpunktbereiche, die in die nationalen Richtprogramme aufgenommen werden durften (ab dem MFR 2014–2020 maximal drei Schwerpunktbereiche). Sonstiger dringender Bedarf – vor allem wirtschaftlicher Art – kann der Berücksichtigung des Bedarfs im Bereich der Gesundheitsfürsorge im Weg stehen: So hat beispielsweise der Tschad, der ganz oben auf der Liste von 2020 steht (siehe [Tabelle 3](#)), die Regierungsführung, die menschliche Entwicklung (außer Gesundheit) und den Grünen Deal als mehrjährige Prioritäten festgelegt. Die Analyse der Kommission diente daher als Orientierung für die Aufnahme von Verhandlungen über die Programmplanung, war jedoch kein ausschlaggebender Faktor für die Mittelzuweisung.

¹⁸ Sonderbericht 14/2023.

37 Aus denselben Gründen verringerte sich die Anzahl der länderspezifischen Mehrjahresrichtprogramme, in denen das Gesundheitswesen als vorrangiger Sektor ausgewiesen wurde, von 48 im Programmplanungszeitraum 2007–2013 auf 17 im Programmplanungszeitraum 2014–2020. Im Rahmen des NDICI/Europa in der Welt (2021–2027) ist die Gesundheitsfürsorge in 27 von insgesamt 86 länderspezifischen Mehrjahresrichtprogrammen ein Schwerpunktbereich (d. h., dass das Gesundheitswesen in 59 länderspezifischen Mehrjahresrichtprogrammen nicht in dieser Weise priorisiert wurde). Eine vollständige Liste der Länder, in denen das Gesundheitswesen während der letzten drei Programmplanungszeiträume priorisiert wurde, ist [Anhang III](#) zu entnehmen.

Die für die Mittelzuweisungen aus der thematischen Säule verwendete Methodik ist nicht formalisiert und nicht ausreichend dokumentiert

38 Neben der geografischen Zuweisung (nach Ländern oder Regionen) unterstützt die EU den Gesundheitsbereich auch durch thematische Finanzierungen (siehe Ziffer [16](#)), die globalen Gesundheitsinitiativen zugutekommen. Die Ausgaben der EU für globale Gesundheitsinitiativen sind in den drei geprüften MFR erheblich gestiegen (siehe [Tabelle 4](#)). In den letzten Jahren hat die COVID-19-Pandemie diese Entwicklung verstärkt. Darüber hinaus wird seit dem MFR 2014–2020 mehr EU-Unterstützung im Rahmen globaler Gesundheitsinitiativen als direkt in Form bilateraler Unterstützung für Partnerländer bereitgestellt. Die zwei wichtigsten von der Kommission unterstützten Initiativen sind der [Globale Fonds](#) und die [GAVI](#) (siehe Ziffer [16](#) und [Anhang IV](#)). Die Europäische Kommission unterstützt den Globalen Fonds seit seiner Gründung im Jahr 2002 und die GAVI seit 2003, drei Jahre nach ihrer Gründung im Jahr 2000.

Tabelle 4 – Entwicklung der Zahlungen der Kommission an globale Gesundheitsinitiativen (in Millionen Euro)

Globale Gesundheitsinitiative	2007–2013	2014–2020	2021–2027 (bis Januar 2024)	Gesamtbetrag (2007 – Januar 2024)
Globaler Fonds	585	853	1 017	2 455
GAVI	20	285	510	815
Partnerschaft für eine allgemeine Gesundheitsversorgung der WHO	22	150	37	209
Pandemiefonds			227	227
Versorgungspartnerschaft des UNFPA	48	50	45	143
Globale Finanzierungsfazilität (IBRD)		24		24
UNAIDS – Gemeinsames Programm der Vereinten Nationen für HIV/Aids	2			2
Gesamtbetrag der Mittel für globale Gesundheitsinitiativen	677	1 362	1 836	3 875
Gesamtbetrag der bilateralen Hilfe (für die in Anhang III aufgeführten Länder)	1 308	990	136	2 435
Gesamtbetrag der Hilfe der GD INTPA für das Gesundheitswesen	2 887	2 812	2 244	7 944
Anteil der Gesamtmittel für globale Gesundheitsinitiativen an den Gesamtmitteln der GD INTPA für das Gesundheitswesen in Prozent	23,4 %	48,4 %	81,8 %	48,7 %
Anteil der Gesamtmittel für die bilaterale Hilfe an den Gesamtmitteln der GD INTPA für das Gesundheitswesen in Prozent	45,3 %	35,2 %	6,1 %	30,7 %

Quelle: Dashboard der GD INTPA und aus der Datenbank CRIS/OPSYs extrahierte Daten auf der Grundlage der DAC-Codes für Gesundheit.

39 Weder in der Verordnung über das Instrument "NDICI/Europa in der Welt" noch in den entsprechenden thematischen Mehrjahresrichtprogrammen sind die den einzelnen globalen Gesundheitsinitiativen zugewiesenen EU-Mittel angegeben. Nach Angaben der Kommission wurden die globalen Gesundheitsinitiativen nach einer Überprüfung von Bewertungen, Finanzierungslücken, der verfügbaren Haushaltsmittel, der bei der Erfüllung der SDG-Zielvorgaben erzielten Fortschritte und der von den

globalen Gesundheitsinitiativen gemeldeten Indikatoren sowie auf der Grundlage einer Bewertung des Einflusses der GD INTPA in den Leitungsgremien der globalen Gesundheitsinitiativen und strategischer Überlegungen für eine Finanzierung ausgewählt. Der Hof hat jedoch festgestellt, dass das Verfahren nicht ausreichend dokumentiert wurde. Die Kommission verwendete zwar quantitative und qualitative Elemente, doch basierte die Methodik nicht auf einem formellen, vorab festgelegten Satz spezifischer und quantifizierbarer Kriterien.

Die EU-Finanzierung hat zum Funktionieren der Gesundheitssysteme beigetragen, doch wurde ihre Wirksamkeit durch Probleme bei der Koordinierung beeinträchtigt

40 Der Hof untersuchte die Relevanz und Wirksamkeit der Interventionen der EU zur Unterstützung des Gesundheitswesens in drei für eine eingehende Analyse ausgewählten Partnerländern, die Koordinierung zwischen den Gebern, Projektträgern und staatlichen Einrichtungen, die Kosten für die Verwaltung der Interventionen, die Sichtbarkeit der EU-Finanzierung und die Überwachungsregelungen. Er prüfte, ob die Kommission relevante Interventionen ermittelt und priorisiert hat, um sicherzustellen, dass sie mit der nationalen Gesundheitspolitik und den Erwartungen der Zivilgesellschaft sowie mit der Mittelzuweisung im Einklang stehen. Der Hof untersuchte, ob die Interventionen mit anderen Gebern koordiniert werden und zur Umsetzung der Strategie und der Ziele beitragen und ob die Ergebnisse der Interventionen überprüft werden können.

Die EU unterstützte eine Reihe von Interventionen im Gesundheitsbereich, die dem Bedarf der ausgewählten Länder entsprachen

41 Der Hof stellte fest, dass es in den drei für eine eingehende Analyse ausgewählten Ländern einige Unterschiede hinsichtlich der Art der von der EU finanzierten Interventionen gab. In Burundi wurde mit der EU-Unterstützung im Zeitraum 2014–2020 unter anderem eine kostenlose Gesundheitsversorgung für schwangere Frauen und Kinder unter fünf Jahren finanziert. Bei weiteren Projekten, die das Gesundheitssystem in den Bereichen Operationskapazität auf Bezirksebene, Digitalisierung oder psychische Gesundheit stärken sollten, wurde nur ein kleiner Prozentsatz der Mittel für diese Aktivitäten bereitgestellt. In den Provinzen Bururi, Makamba und Gitega wurden 28 % der von der EU zugewiesenen Mittel in Höhe von fast 9 Millionen Euro für laufende Kosten und Humanressourcen aufgewendet.

42 Die Kommission hat das Gesundheitssystem in Simbabwe im Rahmen aufeinanderfolgender Multi-Geber-Fonds unterstützt. Der im Zeitraum 2016–2022 bestehende Gesundheitsentwicklungsfonds (*Health Development Fund*, HDF) gab über ein Drittel seiner Mittel für die Beschaffung wichtiger Arzneimittel und Ernährungsprodukte aus (siehe [Abbildung 3](#)).

43 Ein Schwerpunkt der bilateralen Hilfe der EU für die Demokratische Republik Kongo lag in den letzten drei Programmplanungszeiträumen auf der Unterstützung für den Gesundheitssektor – das Land war in diesem Zeitraum einer der größten Empfänger von EU-Hilfe für das Gesundheitswesen. Gegenstand der von der EU in der Demokratischen Republik Kongo durchgeführten bilateralen Programme und Projekte war in erster Linie Folgendes:

- der Wiederaufbau von Krankenhäusern und Gesundheitszentren;
- die Einrichtung von Agenturen zur Verwaltung der Betriebs- und Pflegekosten von Gesundheitseinrichtungen;
- die Verbesserung der Versorgung mit hochwertigen Arzneimitteln;
- die Stärkung der Gesundheitsbehörden.

44 Der Hof ist der Ansicht, dass alle diese Interventionen im Großen und Ganzen auf den Bedarf der Länder ausgerichtet waren.

Die Koordinierungsbemühungen und Verteilungssysteme auf Bezirksebene sind unzureichend

45 In den ausgewählten Ländern wurden Anstrengungen unternommen, um die Koordinierung zu verbessern und die Verteilungssysteme auszubauen. Der Hof stellte im Zuge seiner Analyse fest, dass sich die nationalen Koordinierungsbemühungen oftmals nur auf landesweite Strategien und die Zuteilung nach Regionen konzentrierten. Aber auch auf der niedrigeren Ebene der Bezirke und Kliniken bedarf es der Koordinierung, um sicherzustellen, dass sie mit dem versorgt werden, was sie wirklich benötigen. Bei seinen Besuchen in Kliniken ländlicher Gebiete stellte der Hof fest, dass in den Apotheken der meisten Kliniken die Vorräte aufgebraucht waren. Dies verdeutlicht, wie wichtig es ist, die Bedarfsanalyse und die Verteilung von Arzneimitteln zu verbessern (siehe Ziffer [47](#)).

46 In Simbabwe stellten die Bewerber¹⁹ fest, dass die zugrunde liegenden Probleme im Rahmen der Projekte nicht erschöpfend angegangen wurden, was zu einer Verdopplung von Interventionen führte. Sowohl in Burundi als auch in Simbabwe stellte der Hof fest, dass in einigen Fällen wenig genutzte Ausrüstung finanziert wurde (siehe **Kasten 2**).

Kasten 2

Wenige genutzte Ausrüstung in Burundi und Simbabwe

Beim Besuch eines Krankenhauses in Burundi stellte der Hof fest, dass dort zwar zwei von der EU finanzierte neue Inkubatoren in Gebrauch waren, drei andere neue Inkubatoren (die von einem anderen Geber bereitgestellt worden waren) jedoch nicht. Die von der EU finanzierten neuen Inkubatoren würden nicht benötigt, wenn die zuvor von anderen Gebern erhaltenen Inkubatoren funktionsfähig wären.

In einem Bezirkskrankenhaus in Simbabwe stellte der Hof fest, dass zwei Kisten mit völlig neuen Ultratiefkühlgeräten seit über einem halben Jahr auf dem Flur standen, weil das Krankenhaus keine Verwendung für sie hatte. Der Begünstigte konnte nicht angeben, woher diese Geräte stammten, sodass deren Finanzierungsquelle nicht ermittelt werden konnte. Wäre der Bedarf des Krankenhauses besser analysiert worden, hätten die Mittel der Gebergemeinschaft wirksamer eingesetzt werden können.

47 Beim Projekt des HDF in Simbabwe ist die größte Haushaltlinie für medizinische Produkte und Impfstoffe vorgesehen (siehe **Abbildung 3**). Trotz Investitionen mehrerer Geber sind Arzneimittel nur begrenzt verfügbar, wie der Hof bei seinen Besuchen vor Ort feststellte (siehe **Bild 1**). So waren einige grundlegende Arzneimittel seit mehreren Monaten nicht vorrätig. Zudem stieß der Hof auf Fälle, in denen noch nicht abgelaufene Arzneimittel weggeworfen worden waren.

48 In der Abschlussbewertung des in Burundi durchgeführten PASS-Projekts wurde eine Stärkung der Kapazitäten im Zusammenhang mit der Verwaltung pharmazeutischer Produkte empfohlen. In seinem Jahresbericht 2021 bestätigt das Gesundheitsministerium, dass nicht oder nur in geringen Mengen verfügbare Arzneimittel eines der größten Hindernisse darstellen.

¹⁹ Endbewertung des Programms des *Health Development Fund* (HDF), AAN Associates, 2021.

49 Darüber hinaus wurde im Hinblick auf die Demokratische Republik Kongo in der (am 17. Januar 2022 veröffentlichten) Halbzeitbewertung von PRO DS, dem größten gesundheitsbezogenen Projekt im Zeitraum 2014–2020, festgestellt, dass drei Ziele im Zusammenhang mit der Versorgung mit unentbehrlichen Arzneimitteln aufgrund der ineffektiven Reorganisation des Verbands der Arzneimittel-Ankaufstellen und der Generaldirektion für die Organisation und Verwaltung des Gesundheitswesens nur teilweise erreicht wurden.

Bild 1 – In einer vom Hof besuchten Klinik in Simbabwe waren einige Arzneimittel dauerhaft nicht verfügbar



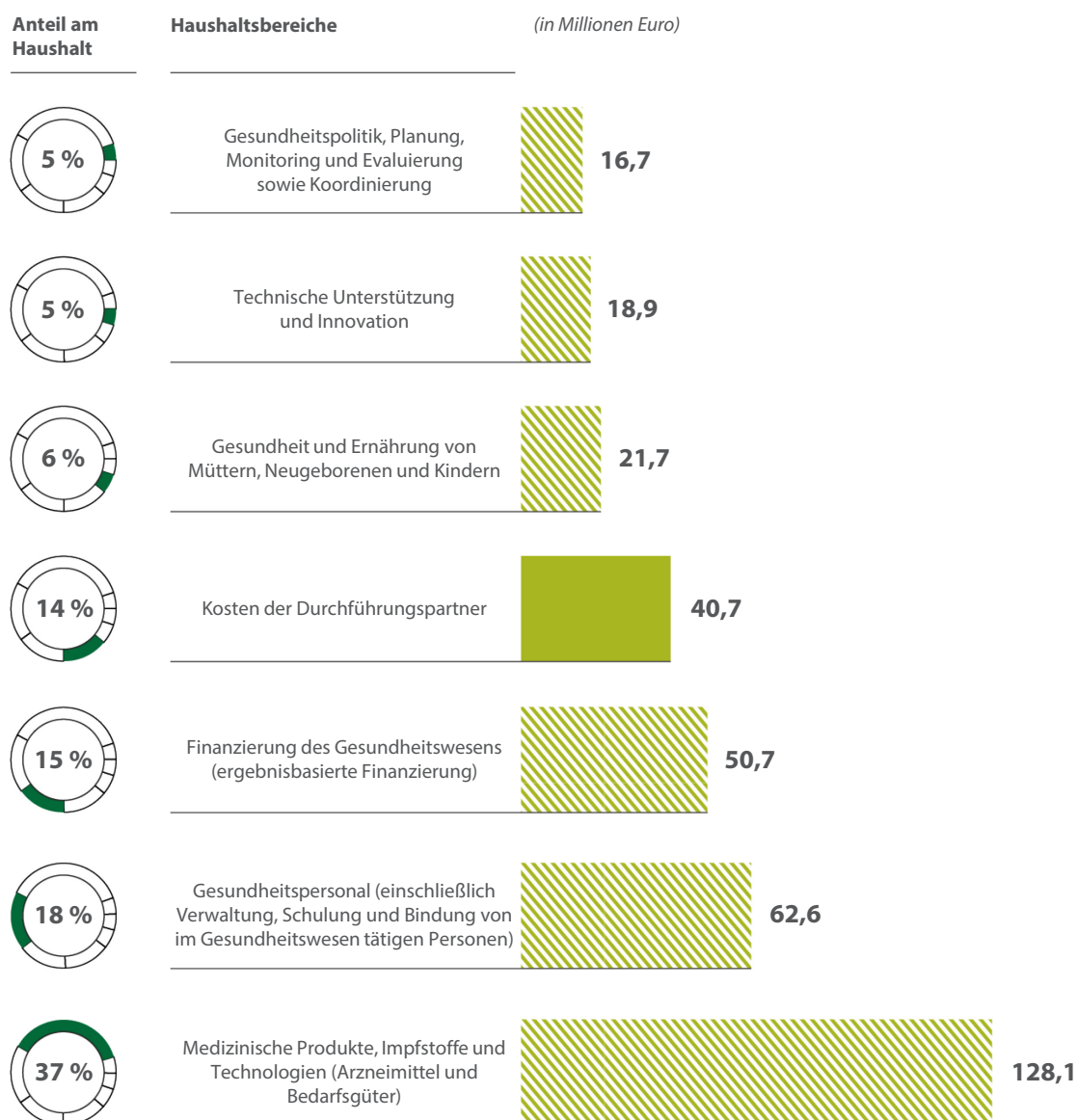
Quelle: Europäischer Rechnungshof.

Kaskadenstruktur bei der Durchführung hat Auswirkungen auf die Kosten

50 Die Kaskadenstruktur bei der Durchführung wirkt sich auf die Kosten der Interventionen im Gesundheitssektor aus. Projekte werden oft von Durchführungspartnern geleitet, die Subunternehmer beauftragen. Alle diese Akteure erheben Verwaltungsgebühren, die den für die Endbegünstigten verfügbaren Geldbetrag verringern.

51 In Simbabwe beteiligte sich die Kommission an Multi-Geber-Fonds. Bei dem im Zeitraum 2016–2020 umgesetzten Projekt des HDF gab es zwei Durchführungspartner. Die Durchführungspartner stellten 7 % des Budgets für Verwaltungskosten und weitere 7 % für Verwaltungskosten der Zentrale in Rechnung – insgesamt 14 % des Gesamtbudgets. Dies bedeutete, dass die Verwaltungskosten insgesamt höher waren als manche Zuweisungen in einzelnen Interventionsrubriken. **Abbildung 3** zeigt, dass die Kosten der Durchführungspartner fast doppelt so hoch waren wie der für die Gesundheit und Ernährung von Müttern, Neugeborenen und Kindern bereitgestellte Betrag.

Abbildung 3 – Budget des Health Development Fund (EU und andere Geber) in Simbabwe (2016–2022)



Quelle: Europäischer Rechnungshof.

52 Der Hof stellte fest, dass bei Projekten in Burundi mit dem gemeinsamen Namen "Twiteho Amagara", die direkt von der EU finanziert wurden, die Betriebskosten über 30 % lagen. Die Projekte wurden von fünf Konsortien und in allen 18 Provinzen Burundis durchgeführt. Der Gesamtbetrag, der den Konsortien zur Verfügung gestellt wurde, belief sich auf 45 Millionen Euro, wovon fast ein Drittel (14 Millionen Euro) zur Deckung der Betriebskosten verwendet wurde.

Die Koordinierung verschiedener Finanzierungsströme ist komplex

53 Die Kommission verwendet zwei unterschiedliche Finanzierungsströme – geografische Finanzierung und globale Initiativen – zur Unterstützung derselben geografischen Gebiete. Darüber hinaus haben die globalen Gesundheitsinitiativen in den letzten Jahren ihr Betätigungsfeld horizontal erweitert und schließen nun auch die Stärkung der Gesundheitssysteme mit ein. Daher besteht die Gefahr, dass es zu Überschneidungen zwischen den Maßnahmen der Kommission und denen der globalen Gesundheitsinitiativen kommt und dass die Synergien sowohl zwischen den Interventionsbereichen der Kommission und denen der globalen Gesundheitsinitiativen als auch zwischen den globalen Gesundheitsinitiativen untereinander nicht gestärkt werden.

54 Nach den Vorgaben des Globalen Fonds soll es in jedem begünstigten Land einen klaren Mechanismus für die Koordinierung der gemeinsamen Bemühungen für den Zugang zu und die Nutzung von Finanzmitteln geben. Aufgrund von Problemen bei der Einbindung der Interessenträger (insbesondere der lokalen Gemeinschaften) in nationale Koordinierungsmaßnahmen ist häufig die Schaffung eines separaten Koordinierungsmechanismus für das jeweilige Land erforderlich. Nach Auffassung des Hofes führt dieser Mechanismus zu einem höheren Verwaltungsaufwand für die Partnerländer. Aufgrund dieser Komplexität bekundeten beispielsweise burundische Beamte gegenüber dem Hof ihr Interesse daran, den Koordinierungsmechanismus des Landes in den Rahmen für die Partnerschaft im Bereich Gesundheit und Entwicklung – d. h. in die vom Gesundheitsministerium verwaltete allgemeine Koordinierungsstruktur – zu integrieren.

55 Die Kommission beteiligt sich an den Leitungsgremien der globalen Gesundheitsinitiativen sowie an der Steuerung und Umsetzung der [Lusaka-Agenda](#) aus dem Jahr 2023, die ein Koordinierungsforum für die Zukunft der globalen Gesundheitsinitiativen bietet. In der Lusaka-Agenda wurden mehrere zentrale Voraussetzungen genannt, die erfüllt sein müssen, um den Beitrag der globalen Gesundheitsinitiativen zum Schutz von Leben und zur Verbesserung der Gesundheit der Menschen weltweit zu verbessern. Dazu gehören ein stärkerer Beitrag zur medizinischen Grundversorgung, eine Katalysatorrolle zur Unterstützung inländisch finanzierter Gesundheitsdienste, gemeinsame Ansätze zur Verwirklichung der Gesundheitsgerechtigkeit, die strategische und operationelle Kohärenz der Governance-Modelle der globalen Gesundheitsinitiativen sowie die Koordinierung von Forschung und Entwicklung mit der regionalen Produktion. Die wirksame Umsetzung der Agenda wird von entscheidender Bedeutung sein, um ein koordiniertes Vorgehen der Geber, globalen Gesundheitsinitiativen und nationalen Regierungen bei der Stärkung der Gesundheitsdienste in den Partnerländern sicherzustellen.

Die Sichtbarkeit der von der EU finanzierten Maßnahmen vor Ort ist gering, insbesondere dann, wenn die Mittel mit denen anderer Geber gebündelt werden

56 Die Sichtbarkeit der Maßnahmen der EU trägt entscheidend zur Stärkung der Rolle der EU in der Welt bei. Die Kommission hat mehrere Leitlinien herausgegeben, deren Schwerpunkt speziell auf Maßnahmen im Außenbereich liegt²⁰. Empfänger von EU-Mitteln müssen verschiedene Auflagen erfüllen, mit denen die Sichtbarkeit der EU sichergestellt werden soll. Die Vorschriften betreffen auch Markenpartnerschaften. So ist in den meisten Fällen vorgeschrieben, dass das EU-Emblem mindestens so gut sichtbar wie andere Logos angebracht werden muss.

57 Bei den Besuchen des Hofes stellte sich heraus, dass die Sichtbarkeit der von der EU finanzierten Maßnahmen unzureichend ist. Meistens besteht das Problem darin, dass die Begünstigten zwar das Projekt oder die Projektträger kennen, aber nicht wissen, dass die Finanzierung von der EU stammt.

²⁰ [Communicating and raising EU visibility: Guidance for external actions](#), Europäische Kommission.

58 Die Projektträger haben in der Regel eine weitaus größere Sichtbarkeit als die Geber und werden von den Begünstigten im Allgemeinen für diejenigen gehalten, die die Finanzierung bereitstellen. Der Hof stieß beispielsweise in Burundi auf Fälle, in denen die EU-Flagge ohne Begleittext abgebildet wurde, der auf die Europäische Union hinweist (siehe [Bild 2](#)), was nicht den Leitlinien entspricht (siehe Ziffer [56](#)). Das ist problematisch, weil die lokale Bevölkerung die Flagge nicht immer mit der EU in Verbindung bringt. In anderen Fällen war nur das Logo des Projektträgers abgebildet.

Bild 2 – Logo der EU-Flagge ohne jeden Text, der auf die Europäische Union hinweist



Quelle: Europäischer Rechnungshof.

59 Im Fall von Multi-Geber-Fonds kennen die Begünstigten in der Regel nicht alle Geber, sondern nur den Namen des Fonds. Trotz der Anforderung, dass die Unterstützung der EU mindestens genauso ersichtlich sein muss wie die anderer Geber, sind sich die Endbegünstigten nur des Durchführungspartners bewusst. Dies macht es schwierig, das angestrebte Ziel zu erreichen, nämlich für einen größeren Bekanntheitsgrad der außenpolitischen und globalen Maßnahmen der EU zu sorgen.

Weit gefasste Leistungsindikatoren und Datenmängel erschweren die Messung der Erfolge der EU im Bereich der Hilfe für das Gesundheitswesen

60 Der von der Kommission verwendete EU-Ergebnisrahmen umfasst eine kleine Zahl von Gesundheitsindikatoren, mit denen die Erreichung strategischer Ziele gemessen wird (bis 2017 fünf Indikatoren und seitdem zwei Indikatoren). Anhand dieser Indikatoren (siehe [Tabelle 5](#)) soll speziell die EU-Unterstützung gemessen werden. In der Praxis jedoch geben die Indikatoren Auskunft über die Wirkung der Hilfe der gesamten Gebergemeinschaft und vermitteln nur ein unvollständiges Bild der Interventionen der EU im Gesundheitssektor.

Tabelle 5 – Entwicklung der Gesundheitsindikatoren im EU-Ergebnisrahmen

2015–2017	ab 2018
Anzahl der einjährigen Kinder, die mit EU-Unterstützung geimpft wurden	Anzahl der einjährigen Kinder, die mit EU-Unterstützung geimpft wurden
Anzahl der Frauen, die mit EU-Unterstützung eine Methode der Empfängnisverhütung verwenden	Anzahl der Frauen im gebärfähigen Alter, die mit EU-Unterstützung moderne Methoden der Empfängnisverhütung verwenden
Anzahl der Geburten, die mit EU-Unterstützung von geschultem Gesundheitspersonal betreut wurden	-
Anzahl der Personen mit fortgeschrittener HIV-Infektion, die mit EU-Unterstützung eine antiretrovirale Therapie erhalten	-
Anzahl insektizidbehandelter Moskitonetze, die mit EU-Unterstützung verteilt wurden	-

Quelle: Ergebnisrahmen der EU für internationale Zusammenarbeit und Entwicklung (EURF) (2015), überarbeiteter EURF (2018) und System zur Leistungsüberwachung im Rahmen des Instruments "Europa in der Welt" mit einem überarbeiteten Ergebnisrahmen (2022).

61 Auch die von globalen Gesundheitsinitiativen verwendeten Leistungsindikatoren sind häufig nicht nur deren Maßnahmen zurechenbar, sondern spiegeln das gemeinsame Handeln aller Geber und der Regierungen der begünstigten Länder wider (ein Beispiel hierfür ist der vom Globalen Fonds verwendete zentrale Leistungsindikator zu den Sterblichkeitsraten).

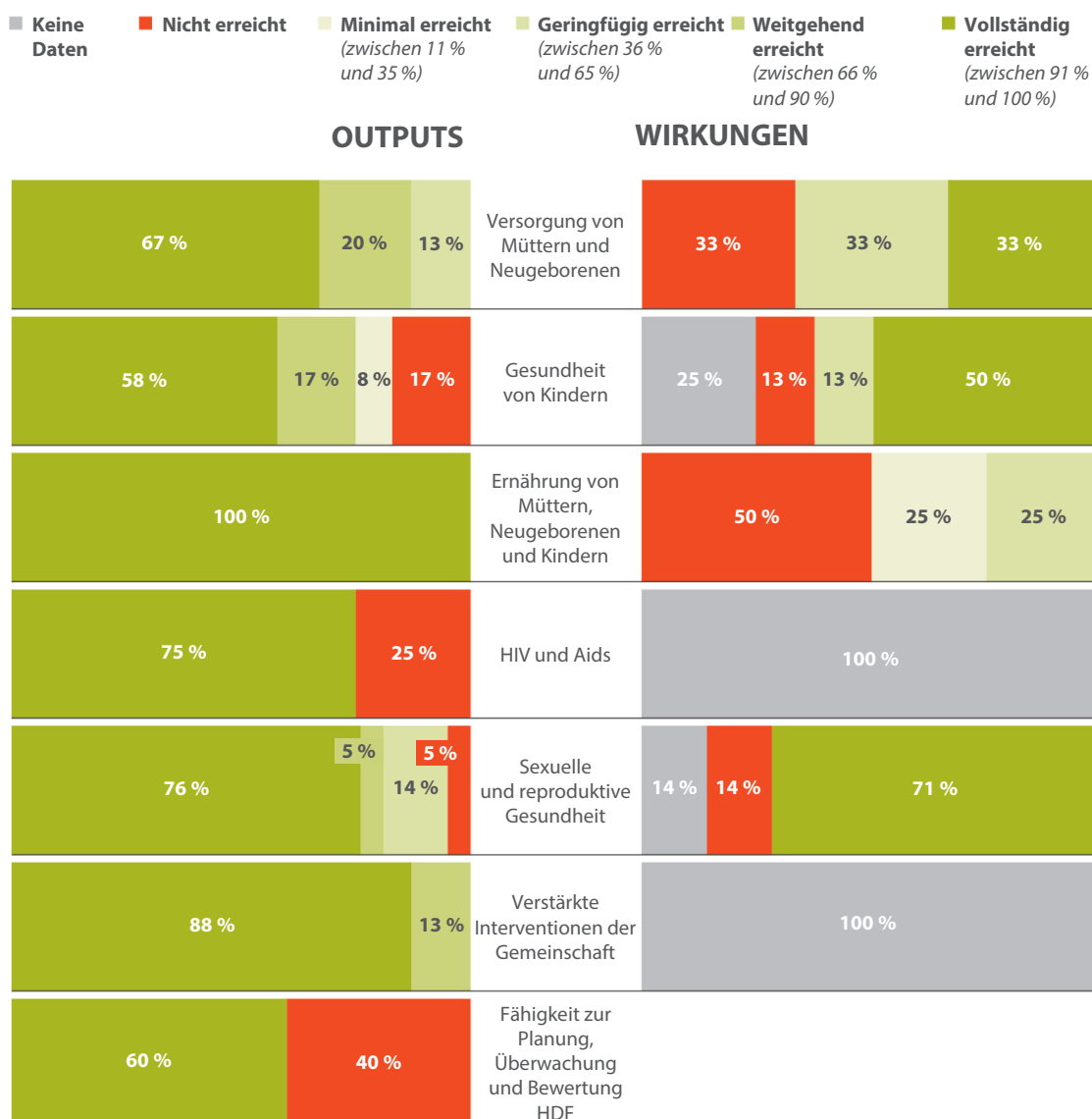
62 Die EU-Delegationen werden über die durch die gebündelten Mittel erzielten Outputs nicht ausreichend unterrichtet. So erhielt die Delegation in Simbabwe beispielsweise keine vierteljährlichen Durchführungsberichte, sondern lediglich jährliche Fortschrittsberichte mit unzureichenden Informationen über die Verwendung der Mittel.

63 Wie oben dargelegt (siehe Ziffern **60** und **61**), ist es schwierig zu ermitteln, welche Auswirkungen eine EU-Intervention unabhängig von der Unterstützung anderer Geber und anderen exogenen Faktoren hatte. In Burundi wird in den verfügbaren Bewertungen die Einschätzung vertreten, dass die Wirkungen und Ergebnisse teilweise erzielt wurden²¹.

64 Der Schlussbewertung zufolge strebte der *Health Development Fund* in Simbabwe 24 Wirkungen und 69 Outputs an. Die Indikatoren zeigen, dass die meisten Outputs erzielt wurden. Im Hinblick auf die Erreichung der Wirkungen wurden jedoch weniger Fortschritte gemeldet (siehe **Abbildung 4**).

²¹ *Evaluation du programme d'appui au système de santé (PASS) au Burundi*, IBF, 2021; Zwischenbewertungsbericht des Programms "Twiteho Amagara", Proman, 2022; und sonstige nicht öffentliche Bewertungen.

Abbildung 4 – Outputs und Wirkungen des *Health Development Fund* in Simbabwe



Quelle: Europäischer Rechnungshof auf der Grundlage der Endbewertung des *Health Development Fund* in Simbabwe.

65 In der Demokratischen Republik Kongo ergab die Halbzeitbewertung von PRO DS, dem größten Gesundheitsprojekt für den Zeitraum 2014–2020, dass drei der 10 erwarteten Ergebnisse (z. B. Rationalisierung der Funktionsweise eines Referenzkrankenhauses und von Gesundheitszentren) im Wesentlichen vollständig und fünf Ergebnisse (z. B. Stärkung der Regulierungsfunktion der zentralen Gesundheitsverwaltung) teilweise erreicht wurden. Bei der Erreichung von zwei Ergebnissen (z. B. Aufbau einer den operativen Ebenen und Verwaltungsfunktionen angepassten Personalausstattung) blieben die Fortschritte weit hinter den Erwartungen zurück.

66 Der Hof stellte bei seinen Prüfbesuchen fest, dass einige der für die Berichterstattung erfassten Daten nicht verfügbar oder unzuverlässig waren. In Burundi wurden mehrere Indikatoren zur Überwachung der Gesundheit von Müttern verwendet. Einige der gemeldeten Werte konnten jedoch eindeutig nicht erreicht werden. So lag beispielsweise der Indikator für unterstützte Geburten mitunter bei 125 %. Die Kommission erklärte, dies sei auf veraltete Bevölkerungsstatistiken zurückzuführen.

Die Nachhaltigkeit von Projekten ist gefährdet

67 Mangelnde Nachhaltigkeit ist ein inhärentes Risiko bei Entwicklungshilfeprojekten. Die Hilfe ist zeitlich begrenzt, der Zeithorizont der Interventionen ist kurz, und die Verfügbarkeit der Mittel schwankt – all dies kann sich negativ auf die Fortführung der Projekte in den Empfängerländern auswirken. Der Hof untersuchte, ob die Nachhaltigkeit in allen Phasen der Interventionen berücksichtigt wurde, d. h. von der Planung über die Durchführung bis zur Überwachung.

Den Regierungen der begünstigten Länder fehlt es an Übergangs- oder Ausstiegsstrategien und Engagement, und ihre Haushaltsmittel sind begrenzt

68 Die finanzierten Projekte sind zeitlich begrenzt und tragen sich nach Beendigung der Finanzierung nur selten selbst. Deshalb müssen die Geber mit den lokalen und nationalen Behörden zusammenarbeiten, um sicherzustellen, dass die Ergebnisse nicht verloren gehen. Gleichzeitig ist es wichtig, dass den Gebermitteln eine ausreichende Absorptionskapazität gegenübersteht und dass diese Mittel von den Regierungen nicht als Ersatz für nationale Ausgaben verwendet werden. Wichtig ist auch, dass die Empfängerländer über Finanzierungsstrategien für den Gesundheitssektor verfügen, um die Auswirkungen der Einstellung der Geberbeiträge abzumildern.

69 Der Hof konnte in den drei von ihm eingehend analysierten Ländern keine klare Übergangs- und Ausstiegsstrategie feststellen (siehe **Kasten 3**). Dies bedeutet, dass – auch in Anbetracht der begrenzten Haushaltsmittel dieser Länder – die Nachhaltigkeit der Maßnahmen nach dem Ende der EU-Unterstützung gefährdet ist.

Kasten 3

Die Gesundheitssysteme sind nach wie vor abhängig von internationaler Hilfe

In Burundi war die Intervention der EU im Gesundheitssektor zunächst vorübergehender Natur, um den Übergang von der Soforthilfe zu regulären Gesundheitsdiensten zu erleichtern. Burundi ist nach wie vor sehr abhängig von externen Gebern. Die Hilfe hält das System gerade so aufrecht. Der Kommission ist bewusst, dass die Ausarbeitung einer Übergangs-/Ausstiegsstrategie stärkere Anstrengungen erfordert, auch wenn bereits Tätigkeiten im Gange sind, die einen politischen und sektoralen Dialog sowie technische Hilfe für die Regierung umfassen. Konkrete Pläne hierfür gibt es bislang nicht, auch wenn diesbezüglich Gespräche zwischen den Gebern geführt werden.

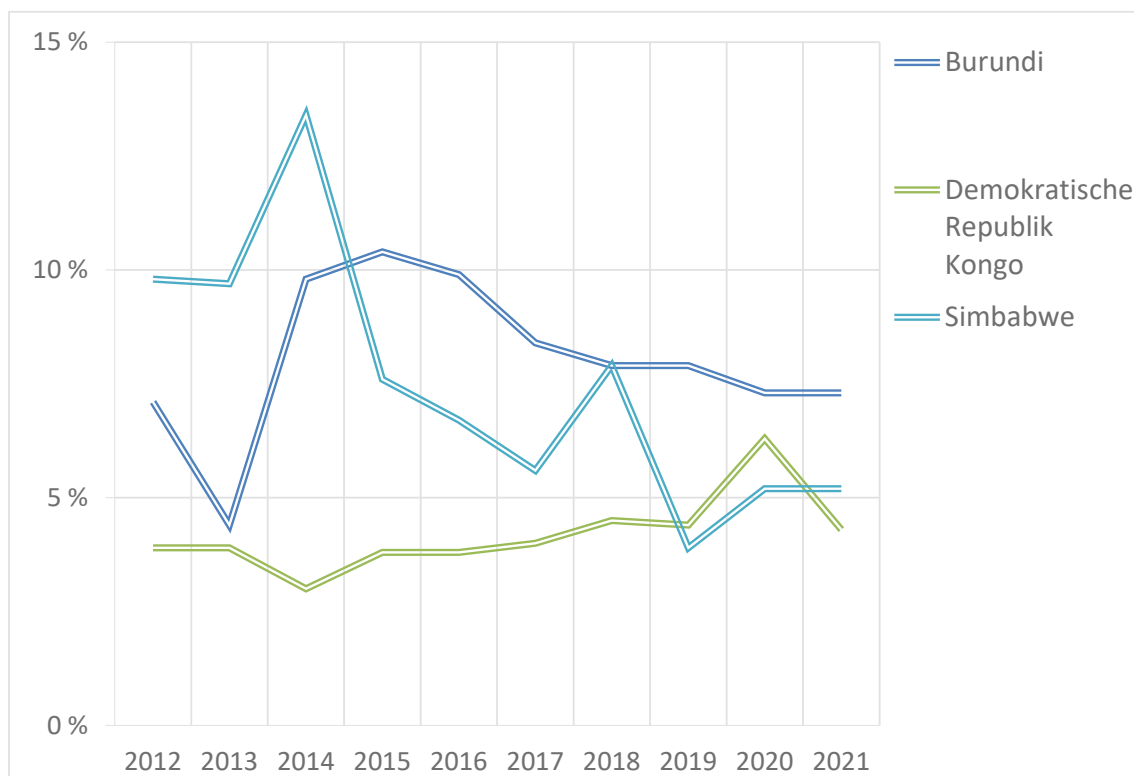
In Simbabwe wurde im Rahmen des HDF-Projekts ein beträchtlicher Betrag zur Deckung des Personalbedarfs bereitgestellt, beispielsweise für die Zahlung von Bleibeanreizen, Leistungsprämien und sonstigen Personalkosten. Die Partner gingen davon aus, dass die Regierung am Ende der Laufzeit des HDF die Finanzierung des Gesundheitspersonals der Gemeinden übernehmen würde, da im nachfolgenden *Health Resilience Fund* weniger Gebermittel zur Verfügung standen, doch wurde keine staatliche Unterstützung für Gehälter und gleichgestellte Kosten bereitgestellt.

In der Halbzeitbewertung des größten EU-Gesundheitsprogramms in der Demokratischen Republik Kongo im Zeitraum 2014–2020 wurden Herausforderungen in Bezug auf die Nachhaltigkeit hervorgehoben und für die Ausarbeitung einer Ausstiegsstrategie unter Einbeziehung aller Interessenträger plädiert.

70 Ausstiegsstrategien erfordern häufig die Schaffung eines finanzpolitischen Spielraums, um eine ausreichende Finanzierung des Gesundheitswesens mit nationalen Mitteln zu ermöglichen. Die Gesundheitsbudgets der drei vom Hof ausgewählten Länder haben noch nicht den in der [Abuja-Erklärung](#) von 2001 zugesagten Schwellenwert von 15 % des Gesamthaushalts erreicht (siehe Ziffer [06](#) und [Abbildung 5](#))²².

²² Africa Scorecard on Domestic Financing, Afrikanische Union.

Abbildung 5 – Gesundheitsbudget in Prozent des BIP in den geprüften Ländern



Quelle: Europäischer Rechnungshof auf der Grundlage von Daten des [Africa Scorecard on Domestic Financing for Health](#).

Ausrüstung wird nicht immer angemessen gewartet

71 Wenn Geber Geräte finanzieren oder liefern, gehen sie häufig davon aus, dass die Empfänger diese gut pflegen und für die notwendige Wartung und die erforderlichen Verbrauchsmaterialien sorgen. Allerdings sind damit oft zusätzliche Kosten verbunden: Für Telefone muss ein Vertrag mit Telekommunikationsanbietern geschlossen werden, für Autos sind regelmäßige Wartungen und Ersatzteile nötig und für Drucker werden Papier und Tonerkartuschen benötigt. Diese zusätzlichen Kosten belaufen sich unter Umständen nur auf einen Bruchteil des Wertes der Ausrüstung und können dennoch in manchen Fällen eine unüberwindbare Hürde für deren effektive Nutzung darstellen.

72 Probleme bezüglich der Wartung wurden in vielen Bewertungen ermittelt. Der Hof stellte fest, dass bei der Auswahl und Wartung der Ausrüstung nicht ausreichend berücksichtigt wurde, ob die notwendigen Dienstleistungen, Fähigkeiten und Ersatzteile im Empfängerland verfügbar waren. In der [gemeinsamen Bewertung](#) der ersten zwei leistungsorientierten Finanzierungsvorhaben in Burundi wurde auf Probleme im Zusammenhang mit der Wartung von Ausrüstung hingewiesen.

73 Der Hof stieß bei seinen Projektbesuchen auf Fälle ungenutzter (siehe [Kasten 4](#)), beschädigter (siehe [Bild 3](#)) oder wenig genutzter Ausrüstung, die direkt oder indirekt mit EU-Mitteln finanziert wurde. Der Hof ist der Auffassung, dass diese Fälle auf eine nicht erfolgte oder unzureichende Bedarfsermittlung sowie die Wahl der falschen Ausrüstung zurückzuführen sind.

Bild 3 – Ein seit mehr als 16 Monaten defektes Hämatologie-Analysegerät in einem Labor in Burundi



Quelle: Europäischer Rechnungshof.

Kasten 4

Nicht betriebsbereites Einsatzzentrum für Notlagen im Bereich der öffentlichen Gesundheit in Burundi

In Einsatzzentren für Notlagen im Bereich der öffentlichen Gesundheit (*Public Health Emergency Operations Centres*, PHEOC) werden alle Aktivitäten im Zusammenhang mit Notlagen im Bereich der öffentlichen Gesundheit koordiniert. Mit EU-Mitteln in Höhe von 800 000 Euro wurde in Burundi ein PHEOC eingerichtet, das am 20. April 2021 eingeweiht wurde²³. Zum Zeitpunkt des Prüfbesuchs des Hofes mehr als zwei Jahre später waren die Computer noch immer nicht physisch angeschlossen, die Telefone funktionierten nicht, und andere IT-Geräte waren noch nie benutzt worden. Die Leitung des Zentrums erklärte, dass das Zentrum nicht betriebsbereit sei, weil das Gesundheitsministerium keine Einigung mit einer Telefongesellschaft erzielen konnte.

²³ WHO-Bericht *Inauguration officielle du Centre des Opérations d'Urgences de Santé Publique*.

Schlussfolgerungen und Empfehlungen

74 Insgesamt stellte der Hof fest, dass die Kommission die Mittel entsprechend ihren allgemeinen Prioritäten zugewiesen hat, die Zuweisungsmethode jedoch Mängel aufwies. Die Wirksamkeit der Interventionen wurde durch Probleme bei der Koordinierung und Nachhaltigkeit beeinträchtigt.

75 In den wichtigsten Strategiepapieren der EU wurden allgemeine Parameter für die Mittelzuweisung festgelegt, ohne operative Ziele zu definieren. Die Zahlungen zur Unterstützung des Gesundheitswesens sind in den letzten drei Programmplanungszeiträumen relativ konstant geblieben. Allerdings ist die Finanzierung der bilateralen Zusammenarbeit mit Partnerländern zurückgegangen, während die Finanzierung der Unterstützung für globale Gesundheitsinitiativen, auch aufgrund der Reaktion auf die COVID-19-Pandemie, erheblich zugenommen hat (Ziffern [28–32](#)).

76 Die Kommission hat die Partnerländer entsprechend dem Bedarf ihrer Gesundheitssysteme eingestuft, doch hatte diese Bewertung wenig Einfluss auf die bilaterale Finanzierung, was hauptsächlich auf die Programmplanungsgrundsätze zurückzuführen ist (Ziffern [33–37](#)).

Empfehlung 1 – Die Zuweisung von Mitteln für den Gesundheitsbereich besser an den Bedarf der Länder anpassen

Bei der Vorbereitung des nächsten MFR sollte die Kommission im Dialog mit den begünstigten Ländern ausloten, wie die Einstufung der Partnerländer nach ihrem Bedarf und die geografische Zuweisung von EU-Mitteln für das Gesundheitswesen in Einklang gebracht werden können. Dazu sollte, falls möglich, auf der rechtlichen Grundlage des nächsten MFR die Mittelzuweisung zwischen globalen Initiativen, regionaler Unterstützung und bilateraler Hilfe für die Länder neu ausbalanciert werden.

Zieldatum für die Umsetzung: rechtzeitig für den nächsten MFR

77 Die Zuweisung der Unterstützung an die einzelnen globalen Gesundheitsinitiativen im Rahmen von thematischen Programmen erfolgte unter quantitativen und qualitativen Gesichtspunkten. Es gab jedoch keine formelle, vorab festgelegte Reihe von spezifischen und quantifizierbaren Kriterien, und das Verfahren war nicht ausreichend dokumentiert (Ziffern [38](#) und [39](#)).

Empfehlung 2 – Für die Finanzierung globaler Gesundheitsinitiativen eindeutige Kriterien festlegen und die Dokumentation des Zuweisungsverfahrens verbessern

Die Kommission sollte eindeutige, konkrete und gegebenenfalls quantifizierbare Kriterien für die Finanzierung globaler Gesundheitsinitiativen festlegen und die Dokumentation des Verfahrens verbessern, u. a. durch eine Analyse des Mehrwerts, den eine Beteiligung der Kommission an diesen Initiativen mit sich bringt.

Zieldatum für die Umsetzung: 2025

78 Im Rahmen der untersuchten Projekte wurden verschiedene Outputs erzielt, von der Kostenerstattung für Arztbesuche über die Bereitstellung von Arzneimitteln bis hin zum Wiederaufbau von Krankenhausgebäuden. Allerdings führte die unzureichende Koordinierung auf Bezirksebene zu Unzulänglichkeiten bei der Verteilung von Ausrüstung und Arzneimitteln (Ziffern **40–49**).

Empfehlung 3 – Die Bedarfsanalyse und die Koordinierung der Verteilung von Ausrüstung und Arzneimitteln verbessern

Die Kommission sollte mit den einschlägigen Akteuren auf einer geeigneten Ebene Kontakt aufnehmen, um für eine bessere Koordinierung der Verteilung von Ausrüstung und Arzneimitteln zu sorgen. Die Kommission sollte mit den Partnerländern zusammenarbeiten, um deren Kapazitäten in den Bereichen Bedarfsanalyse, Planung und Koordinierung zu verbessern.

Zieldatum für die Umsetzung: 2025

79 Die Kaskadenstruktur bei der Durchführung wirkte sich auf die Kosten der Interventionen im Gesundheitssektor aus. Sie führte zu einem Anstieg der Kosten der Projektdurchführung, sodass für die Endbegünstigten niedrigere Beträge zur Verfügung standen (Ziffern **50–52**).

Empfehlung 4 – Die Angemessenheit der Verwaltungskosten prüfen

Die Kommission sollte die Angemessenheit der budgetierten Verwaltungskosten eingehender analysieren, insbesondere wenn eine Kaskade von Akteuren an der Durchführung beteiligt ist.

Zieldatum für die Umsetzung: 2025

80 Die Kommission ist an den Leitungsgremien der globalen Gesundheitsinitiativen sowie an der Steuerung und Umsetzung der Lusaka-Agenda beteiligt. So soll eine bessere Abstimmung zwischen diesen Initiativen sichergestellt, der Fragmentierung ein Ende gesetzt und die Architektur der Initiativen gestrafft werden (Ziffern [53–55](#)).

Empfehlung 5 – Überschneidungen vermeiden und für Synergien zwischen den unterstützten globalen Gesundheitsinitiativen sorgen

Die Kommission sollte weitere Maßnahmen ergreifen, um Überschneidungen zu vermeiden und für Synergien zwischen den unterstützten globalen Gesundheitsinitiativen zu sorgen.

Zieldatum für die Umsetzung: 2025

81 Die Sichtbarkeit der EU-Finanzierung war bei den unterstützten Bevölkerungsgruppen gering (Ziffern [56–59](#)). Die Kommission bediente sich einer begrenzten Zahl von übergeordneten gesundheitsbezogenen Indikatoren. Nach Auffassung des Hofes vermittelten diese Indikatoren nur ein unvollständiges Bild der vielfältigen Maßnahmen der EU im Gesundheitsbereich. Zudem wurden die Indikatoren so berechnet, dass de facto die gemeinsamen Anstrengungen verschiedener Akteure gemessen wurden und die Werte nicht allein der EU-Finanzierung zugeschrieben werden konnten. Dadurch konnte die Kommission die mit der EU-Finanzierung im Hinblick auf die strategischen Ziele erreichten Ergebnisse im Gesundheitssektor nicht umfassend messen. Darüber hinaus wurden die EU-Delegationen nicht hinreichend über die Ergebnisse von bilateralen Interventionen unterrichtet, die von Multi-Geber-Fonds durchgeführt wurden. Die von den Projektträgern für die Berichterstattung erhobenen Daten waren in manchen Fällen nicht verfügbar oder unzuverlässig (Ziffern [60–66](#)).

Empfehlung 6 – Indikatoren festlegen, mit denen die EU-Unterstützung für den Gesundheitssektor umfassend überwacht werden kann

Bei der Vorbereitung des nächsten MFR sollte die Kommission Indikatoren für den Gesundheitssektor festlegen, die eine umfassende Überwachung der Wirkungen von EU-Interventionen im Einklang mit den Grundprinzipien der wirksamen Zusammenarbeit ermöglichen. Im Hinblick auf Multi-Geber-Fonds sollte die Kommission prüfen, ob es möglich ist, eine proportionale Methode für die Ausweisung der Ergebnisse von EU-Interventionen anzuwenden.

Zieldatum für die Umsetzung: rechtzeitig für den nächsten MFR, spätestens bis 2027

82 Es gab keine klaren Übergangs- und Ausstiegsstrategien für eine Fortführung der Projektfinanzierungen durch die Regierung nach dem Rückgang der Gebermittel. Dies könnte die Nachhaltigkeit der Systeme gefährden, sobald die EU-Unterstützung eingestellt wird (Ziffern **67–70**).

Empfehlung 7 – Maßnahmen zur Förderung der Nachhaltigkeit der Gesundheitssysteme ergreifen

Die Kommission sollte gemeinsam mit allen relevanten Akteuren, die in den unterstützten Partnerländern involviert sind, weiter prüfen, wie die Nachhaltigkeit der Gesundheitssysteme sichergestellt werden kann. In den Gesprächen sollte näher auf die Finanzierung des Gesundheitswesens, einschließlich der Mobilisierung inländischer Einnahmen sowie klarer und realistischer Übergangs- und Ausstiegsstrategien, eingegangen werden. In den Ausstiegsstrategien sollte die geplante künftige Finanzierung relevanter Teile der Gesundheitssysteme behandelt werden.

Zieldatum für die Umsetzung: 2025

83 Die Nachhaltigkeit der EU-Interventionen wird auch durch die unzureichende Wartung der bereitgestellten Ausrüstung gefährdet (Ziffern **71–73**).

Empfehlung 8 – Mehr Gewicht auf die Wartung der Ausrüstung legen

Die Kommission sollte

- a) den Aspekt der Wartung bei der Beschaffung von Ausrüstung berücksichtigen, d. h. prüfen, ob die erforderlichen Dienstleistungen, Kenntnisse und Ersatzteile auf Landesebene verfügbar sind und wie bei Bedarf darauf zurückgegriffen werden könnte;
- b) Maßnahmen ergreifen, um für die Bedeutung von Wartung zu sensibilisieren und eine Verhaltensänderung zu bewirken und so dazu beizutragen, dass sich unter den Interessenträgern eine Wartungskultur und -routine etabliert.

Zieldatum für die Umsetzung: 2025

Dieser Bericht wurde von Kammer III unter Vorsitz von Frau Bettina Jakobsen, Mitglied des Rechnungshofs, in ihrer Sitzung vom 9. Juli 2024 in Luxemburg angenommen.

Für den Rechnungshof

Tony Murphy
Präsident

Anhänge

Anhang I – Ziele der EU-Strategien im Bereich der Hilfe für das Gesundheitswesen seit 2005

Strategiedokument	Ziele der Hilfe für das Gesundheitswesen
Europäischer Konsens über die Entwicklungspolitik, 2005	<ul style="list-style-type: none"> — Umsetzung der gesundheitsbezogenen Millenniums-Entwicklungsziele der Vereinten Nationen: Senkung der Kindersterblichkeit (MDG 4), Verbesserung der Gesundheit von Müttern (MDG 5) und Bekämpfung von HIV/AIDS, Malaria und anderen Krankheiten (MDG 6). — Bewältigung der außergewöhnlichen Krise der Humanressourcen im Gesundheitsbereich. — Gerechte Finanzierung von Gesundheitsmaßnahmen. — Stärkung der Gesundheitssysteme, damit die Gesundheitssysteme bessere Leistungen erbringen können. — Fortsetzung des Beitrags zu globalen Initiativen; diesbezüglich heißt es in Ziffer 108 des Dokuments 2006/C 46/01: "Die Kommission wird Kriterien vorgeben, anhand deren über die Beteiligung der Gemeinschaft an und ihren Beitrag zu weltweiten Fonds entschieden wird."

Strategiedokument	Ziele der Hilfe für das Gesundheitswesen
<p>Mitteilung der Kommission über die Rolle der EU in der globalen Gesundheitspolitik aus dem Jahr 2010 (und die dazugehörigen Arbeitsunterlagen der Kommissionsdienststellen)</p>	<ul style="list-style-type: none"> — Führungsrolle der EU bei der Koordinierung globaler Gesundheitsinitiativen, Einbeziehung der Interessenträger auf Ebene der Partnerländer. — Universelle Gesundheitsversorgung: <ul style="list-style-type: none"> ○ Vorrang für fragile Länder über bilaterale Kanäle (Liste fragiler Länder) und durch die Beteiligung an globalen Gesundheitsinitiativen (Förderung der Anpassung bestehender Initiativen). ○ Fokus auf die Unterstützung der Stärkung der Gesundheitssysteme. ○ Finanzierung nur eines einzigen Gesundheitsbudgets und nur eines einzigen Monitoringprozesses pro Land als bevorzugter Rahmen für die EU-Unterstützung. ○ Bereitstellung von zwei Dritteln der gesundheitsbezogenen öffentlichen Entwicklungshilfe über die eigenen Entwicklungsprogramme der Partnerländer; zudem sollten 80 % der Mittel über die Beschaffungs- und öffentlichen Finanzverwaltungssysteme der Partnerländer fließen. — Sicherstellung der Kohärenz mit anderen politischen Maßnahmen zur Förderung der universellen Gesundheitsversorgung. — Investition in Gesundheitsforschung für alle.
<p>Mitteilung der Kommission zu einer Agenda für den Wandel, 2011 (Schlussfolgerungen des Rates von 2012)</p>	<ul style="list-style-type: none"> — Nutzung der ihr zur Verfügung stehenden Instrumente, insbesondere der "Sektorreformverträge". — Auf- und Ausbau von Gesundheitssystemen. — Bekämpfung von Ungleichheiten beim Zugang zur Gesundheitsversorgung. — Erhöhung des Schutzes vor weltweiten Gesundheitsgefahren. — Förderung der Politikkohärenz. — Schlussfolgerungen des Rates: "Die Förderung der sozialen Inklusion und der menschlichen Entwicklung [Gesundheit, Bildung und Sozialschutz] wird mit mindestens 20 % der EU-Hilfe fortgeführt" und "Die EU wird ihr Engagement in fragilen Staaten fortsetzen..." [Übersetzung, Original nur in englischer Sprache].

Strategiedokument	Ziele der Hilfe für das Gesundheitswesen
Europäischer Konsens über die Entwicklungspolitik, 2017	<ul style="list-style-type: none"> — Umsetzung der gesundheitsbezogenen Ziele der Vereinten Nationen für nachhaltige Entwicklung. — Förderung der universellen Gesundheitsversorgung durch die EU und ihre Mitgliedstaaten. — Unterstützung für den Aufbau starker, hochwertiger und widerstandsfähiger Gesundheitssysteme (d. h. Stärkung der Gesundheitssysteme). Die EU und ihre Mitgliedstaaten werden die Entwicklungsländer bei der Ausbildung, der Einstellung, dem Einsatz, der fortlaufenden beruflichen Weiterbildung usw. von Fachkräften für das Gesundheitswesen unterstützen. — Verhütung und Bekämpfung von übertragbaren Krankheiten, darunter HIV/Aids, Tuberkulose, Malaria und Hepatitis. — Ergreifen von Maßnahmen zur Bekämpfung globaler Bedrohungen (Epidemien oder antimikrobielle Resistenz). — Streben nach der Verringerung der Kinder- und Müttersterblichkeit, Förderung der psychischen Gesundheit und Bewältigung der wachsenden Belastung durch nichtübertragbare Krankheiten in den Partnerländern. — Förderung der Innovation auf dem Gebiet der Gesundheitstechnologien. — Die EU bekräftigt ihre Zusage, mindestens 20 % ihrer öffentlichen Entwicklungshilfe für soziale Inklusion und menschliche Entwicklung bereitzustellen.
EU-Strategie für globale Gesundheit, 2022	<ul style="list-style-type: none"> — Verbesserung von Gesundheit und Wohlergehen der Menschen in allen Lebensphasen (Gesundheit und Wohlergehen (SDG 3), Geschlechtergleichstellung (SDG 5) und Verringerung der Ungleichheit in und zwischen Ländern (SDG 10)). In diesem Zusammenhang werden die Stärkung der Gesundheitssysteme, Maßnahmen zur Bekämpfung von HIV und die Unterstützung globaler Gesundheitsinitiativen genannt. — Stärkung der Gesundheitssysteme und Förderung der universellen Gesundheitsversorgung. Dies umfasst die Digitalisierung, Innovationstechnologie und Bewältigung des Arbeitskräftemangels. — Verhütung und Bekämpfung von Gesundheitsgefahren, einschließlich Pandemien, unter Anwendung des Konzepts "Eine Gesundheit". Dies umfasst die Unterstützung des Pandemiefonds, der Produktionskapazität usw. — Die EU bekräftigt ihre Zusage, mindestens 20 % ihrer öffentlichen Entwicklungshilfe im Rahmen des NDICI für menschliche Entwicklung und soziale Inklusion bereitzustellen.

Anhang II – Liste der geprüften Programme und Projekte

Burundi

Bezeichnung	MFR	Referenz	EU-Unterstützung (Mittelbindungen in Millionen Euro)
<i>Programme d'appui au système de santé (PASS) à travers l'outil du financement basé sur la performance (FBP) – Phase 2</i>	2014–2020	FED/2019/413-660 (CL)	27,8
TWITEHO AMAGARA – <i>Bujumbura Mairie, Bujumbura rural, Muramvya, Rumonge et Kirundo</i>	2014–2020	FED/2019/405-241 (EC)	9,4
TWITEHO AMAGARA – <i>Cankuzo, Ruyigi, Rutana, Mwaro</i>	2014–2020	FED/2019/405-314 (EC)	9,3
TWITEHO AMAGARA – <i>Ngozi, Kayanza, Cibitoke</i>	2014–2020	FED/2019/405-306 (EC)	8,9
TWITEHO AMAGARA – <i>Bururi, Makamba, Gitega</i>	2014–2020	FED/2019/405-304 (CL)	8,1
TWITEHO AMAGARA – <i>Karuzi, Muyinga, Bubanza et santé mentale à Ngozi</i>	2014–2020	FED/2019/405-311 (CL)	7,5

Demokratische Republik Kongo

Bezeichnung	MFR	Referenz	EU-Unterstützung (Mittelbindungen in Millionen Euro)
<i>Programme d'appui au plan national de développement sanitaire (PA PNDS).</i>	2007–2013	FED/2009/21511	53,8
<i>Projet d'accélération des progrès vers les OMD 4 et 5 (PAP OMD 4 - 5)</i>	2007–2013	FED/2012/023-801 (EC)	40
<i>Programme de renforcement de l'Offre et Développement de l'accès aux Soins de Santé en RDC (PRODS)</i>	2014–2020	FED/2016/038-165 (EC)	217
<i>Unis pour la santé et l'éducation</i>	2021–2027	NDICI AFRICA/2021/043-305 (EC)	30
<i>Unis pour la santé, Phase 2</i>	2021–2027	NDICI AFRICA/2022/043-891 (CA)	35

Bezeichnung	MFR	Referenz	EU-Unterstützung (Mittelbindungen in Millionen Euro)
<i>Unis pour la santé, Phase 3</i>	2021–2027	NDICI AFRICA/2023/045-313 (EC) (JAD.1258480)	9

Simbabwe

Bezeichnung	MFR	Referenz	EU-Unterstützung (Mittelbindungen in Millionen Euro)
<i>Health Development Fund (Improving access to basic health services to all Zimbabweans)</i>	2014–2020	FED/2015/368-364 (CL)	62,6
<i>Improving access to basic health services to all Zimbabweans II</i>	2014–2020	FED/2020/415-680 (EC)	42,5
<i>Health Resilience Fund (HRF)</i>	2021–2027	NDICI AFRICA/2022/438-583 (EC)	41,0
<i>Improving access to basic health services to all Zimbabweans II_UNICEF</i>	2014–2020	FED/2020/415-231 (CA)	35,9
<i>Contribution to Health Transition Fund IV</i>	2014–2020	FED/2015/356-385 (CA)	12,0

Anhang III – Partnerländer, in deren nationalen Richtprogrammen (NRP) / Mehrjahresrichtprogrammen (MRP) das Gesundheitswesen als vorrangiger Sektor ausgewiesen wird

	MFR 2007– 2013	MFR 2014– 2020	MFR 2021– 2027
Afghanistan	•	•	•
Ägypten	•		•
Algerien	•		
Angola	•		
Äthiopien		•	•
Bangladesch	•		
Belize		•	
Burkina Faso	•	•	
Burundi	•	•	•
Côte d'Ivoire	•		
Demokratische Republik Kongo	•	•	•
Dominica	•		
Eswatini	•		
Ghana	•		
Grenada		•	
Guinea-Bissau	•	•	•
Indien	•		
Iran			•
Jamaika	•		
Jemen	•		
Kenia			•
Kongo	•		
Kuba			•
Laos			•
Libanon			•
Liberia	•		
Libyen	•	•	•
Madagaskar	•		•
Mali	•		•
Marokko	•	•	•
Mauretanien	•	•	•
Mosambik	•		
Myanmar/Birma	•		
Namibia	•		
Niger	•		

	MFR 2007– 2013	MFR 2014– 2020	MFR 2021– 2027
Nigeria	•	•	•
Palästina			•
Peru	•		
Philippinen	•		
Republik Guinea	•	•	•
Republik Moldau	•		
Sambia	•		•
São Tomé und Príncipe	•		
Senegal	•		
Sierra Leone	•		
Simbabwe	•	•	•
St. Vincent und die Grenadinen	•		
St. Lucia	•		
Südafrika	•		
Sudan			•
Südsudan	•	•	•
Syrien	•		
Tadschikistan	•	•	•
Timor-Leste	•		
Togo	•		
Tschad	•		
Tunesien			•
Uganda			•
Usbekistan	•		
Vietnam	•		
Zentralafrikanische Republik		•	•
Länder INSGESAMT	48	17	27

Anhang IV – Zuweisungen aus der thematischen Säule des NDICI/Europa in der Welt (Januar 2024)

Gesundheitsprogramme	Mittelbindungen (in Euro)
Beitrag zum Globalen Fonds	1 064 503 222
Beitrag zur GAVI	525 000 000
Beitrag zum Pandemiefonds	427 000 000
Beitrag zum Bevölkerungsfonds der Vereinten Nationen (UNFPA)	45 000 000
Vereinbarung über einen Beitrag zum Programm "Acceleration Human Development (HDX) – polio component"	275 000 000
Sonstige	12 517 500
Gesamtbetrag	2 349 020 722

Hinweis: Die Zeilen in Fettdruck beziehen sich auf Zuweisungen an globale Gesundheitsinitiativen (Globaler Fonds, GAVI, einschließlich der COVAX-Fazilität für COVID-19-Impfstoffe, UNFPA und Pandemiefonds).

Abkürzungen

DCI: *Development Cooperation Instrument* (Finanzierungsinstrument für die Entwicklungszusammenarbeit)

EEF: Europäischer Entwicklungsfonds

GAVI: *Global Alliance for Vaccines and Immunisation* (Globale Allianz für Impfstoffe und Immunisierung)

GD ECHO: Generaldirektion Europäischer Katastrophenschutz und humanitäre Hilfe

GD INTPA: Generaldirektion für internationale Partnerschaften

GD NEAR: Generaldirektion Nachbarschaftspolitik und Erweiterungsverhandlungen

HDF: *Health Development Fund* (Gesundheitsentwicklungsfonds)

HSS: *Health Systems Strengthening* (Stärkung der Gesundheitssysteme)

IPA: *Instrument for Pre-accession Assistance* (Instrument für Heranführungshilfe)

MDG: *Millenium Development Goal* (Milleniums-Entwicklungsziel)

MFR: mehrjähriger Finanzrahmen

MRP: Mehrjahresrichtprogramm

NDICI: *Neighbourhood, Development and International Cooperation Instrument* (Instrument für Nachbarschaft, Entwicklungszusammenarbeit und internationale Zusammenarbeit)

NRP: nationales Richtprogramm

PASS: *Programme d'appui au système de santé* (Programm zur Unterstützung des Gesundheitswesens in Burundi)

PHEOC: *Public health emergency operations centre* (Einsatzzentrum für Notlagen im Bereich der öffentlichen Gesundheit)

SDG: *Sustainable Development Goal* (Ziel für nachhaltige Entwicklung)

UNFPA: *United Nations Population Fund* (Bevölkerungsfonds der Vereinten Nationen)

UNICEF: *United Nations Children's Fund* (Kinderhilfswerk der Vereinten Nationen)

WHO: *World Health Organization* (Weltgesundheitsorganisation)

Glossar

Auswirkungen: allgemeinere langfristige Folgen eines abgeschlossenen Projekts oder Programms wie sozioökonomische Vorteile für die Bevölkerung als Ganzes.

Ergebnis: mit Abschluss eines Projekts oder Programms unmittelbar eintretender Effekt, etwa eine verbesserte Beschäftigungsfähigkeit von Kursteilnehmern oder eine verbesserte Zugänglichkeit nach dem Bau einer neuen Straße.

EU-Delegation: diplomatische Vertretung der EU in einem Nicht-EU-Land oder bei einer multilateralen oder internationalen Organisation.

Europäischer Entwicklungsfonds: von der Kommission außerhalb des Gesamthaushaltsplans verwalteter EU-Fonds, aus dem den afrikanischen, karibischen und pazifischen Staaten sowie den überseeischen Ländern und Gebieten, die über Mitgliedstaaten mit der EU assoziiert sind, Entwicklungshilfe bereitgestellt wird.

Konzept "Eine Gesundheit": integriertes, vereinheitlichendes Konzept, das darauf abzielt, die Gesundheit von Menschen, Tieren und Ökosystemen nachhaltig ins Gleichgewicht zu bringen und zu optimieren.

Millenniums-Entwicklungsziele: globale Ziele zur Bekämpfung der Armut und ihrer Erscheinungsformen bis 2015. Sie wurden von politischen Entscheidungsträgern aus aller Welt und von großen Entwicklungsorganisationen auf dem UN-Millenniumsgipfel im September 2000 festgelegt.

Nachhaltigkeit: Fähigkeit eines Projekts oder Systems, so lange wie erforderlich fortzubestehen, weil es ausreichend gut etabliert und entweder finanziell unabhängig oder ausreichend gut finanziert ist.

Öffentliche Entwicklungshilfe: staatliche Hilfe zur Förderung der wirtschaftlichen Entwicklung und des Wohlergehens der Entwicklungsländer.

Output: etwas, das durch ein Projekt erzeugt oder erbracht wird, wie die Durchführung eines Schulungskurses oder der Bau einer Straße.

Outputindikator: messbare Variable zur Erlangung von Informationen, anhand derer Produkte oder Leistungen eines Projekts bewertet werden können.

Wirkung: durch ein Projekt bewirkte sofortige oder langfristige, beabsichtigte oder unbeabsichtigte Veränderung, wie z. B. die Vorteile, die besser ausgebildete Mitarbeiter mit sich bringen.

Wirkungsindikator: messbare Variable, die Aufschluss über die personellen, finanziellen, materiellen, verwaltungstechnischen und regulatorischen Mittel gibt, die zur Durchführung eines Programms oder eines Projekts erforderlich sind.

Ziele für nachhaltige Entwicklung: die 17 in der Agenda 2030 der Vereinten Nationen für nachhaltige Entwicklung festgelegten Ziele, die alle Länder zu Maßnahmen in Bereichen anregen sollen, die für die Menschheit und den Planeten von entscheidender Bedeutung sind.

Antworten der Kommission

<https://www.eca.europa.eu/de/publications/sr-2024-18>

Zeitschiene

<https://www.eca.europa.eu/de/publications/sr-2024-18>

Prüfungsteam

Die Sonderberichte des Hofes enthalten die Ergebnisse seiner Prüfungen zu Politikbereichen und Programmen der Europäischen Union oder zu Fragen des Finanzmanagements in spezifischen Haushaltsbereichen. Bei der Auswahl und Gestaltung dieser Prüfungsaufgaben ist der Hof darauf bedacht, maximale Wirkung dadurch zu erzielen, dass er die Risiken für die Wirtschaftlichkeit oder Regelkonformität, die Höhe der betreffenden Einnahmen oder Ausgaben, künftige Entwicklungen sowie das politische und öffentliche Interesse abwägt.

Diese Wirtschaftlichkeitsprüfung wurde von Prüfungskammer III "Externe Politikbereiche, Sicherheit und Justiz" unter Vorsitz von Bettina Jakobsen, Mitglied des Hofes, durchgeführt. Die Prüfung stand ursprünglich unter der Leitung der Hofmitglieder Baudilio Tomé Muguruza und Hannu Takkula.

Sie wurde unter der Leitung von George-Marius Hyzler, Mitglied des Hofes, abgeschlossen. Herr Hyzler wurde unterstützt von dem Leitenden Manager Pietro Puricella, dem Aufgabenleiter Piotr Zych sowie den Prüfern Alfonso Calles Sánchez und Piotr Senator. Alexandra Damir-Binzaru leistete Unterstützung bei der grafischen Gestaltung.



George-Marius Hyzler



Pietro Puricella



Piotr Zych



Alfonso Calles Sánchez



Piotr Senator

URHEBERRECHTSHINWEIS

© Europäische Union, 2024

Die Weiterverwendung von Dokumenten des Europäischen Rechnungshofs (Hof) wird durch den [Beschluss Nr. 6-2019 des Europäischen Rechnungshofs](#) über die Politik des offenen Datenzugangs und die Weiterverwendung von Dokumenten geregelt.

Sofern nicht anders angegeben (z. B. in gesonderten Urheberrechtshinweisen), werden die Inhalte des Hofes, an denen die EU die Urheberrechte hat, im Rahmen der Lizenz [Creative Commons Attribution 4.0 International \(CC BY 4.0\)](#) zur Verfügung gestellt. Eine Weiterverwendung ist somit gestattet, sofern eine ordnungsgemäße Nennung der Quelle erfolgt und auf etwaige Änderungen hingewiesen wird. Wer Inhalte des Hofes weiterverwendet, darf die ursprüngliche Bedeutung oder Botschaft nicht verzerrt darstellen. Der Hof haftet nicht für etwaige Folgen der Weiterverwendung.

Eine zusätzliche Genehmigung muss eingeholt werden, falls ein bestimmter Inhalt identifizierbare Privatpersonen zeigt, z. B. Fotos von Bediensteten des Hofes, oder Werke Dritter enthält.

Wird eine solche Genehmigung eingeholt, so hebt sie die vorstehende allgemeine Genehmigung auf und ersetzt sie; auf etwaige Nutzungsbeschränkungen wird ausdrücklich hingewiesen.

Um Inhalte zu verwenden oder wiederzugeben, an denen die EU keine Urheberrechte hat, kann es erforderlich sein, eine Genehmigung direkt bei den Urheberrechtshabern einzuholen.

Abbildung 1 – Bildsymbole zu den Nachhaltigkeitszielen: © Vereinte Nationen. Alle Rechte vorbehalten. Der Inhalt dieser Veröffentlichung wurde von den Vereinten Nationen nicht genehmigt und spiegelt nicht die Ansichten der Vereinten Nationen oder ihrer Vertreter wider. Bildsymbole für Sprachen, die keine Amtssprachen der Vereinten Nationen sind, wurden entweder von der Website [Trello](#) heruntergeladen oder vom Europäischen Rechnungshof gestaltet. Die Vereinten Nationen übernehmen keine Verantwortung oder Haftung im Zusammenhang mit der Übersetzung des Texts der Bildsymbole zu den Nachhaltigkeitszielen in Sprachen, die keine Amtssprachen der Vereinten Nationen sind.

Software oder Dokumente, die von gewerblichen Schutzrechten erfasst werden, wie Patenten, Marken, eingetragenen Mustern, Logos und Namen, sind von der Weiterverwendungspolitik des Hofes ausgenommen.

Die Websites der Organe der Europäischen Union in der Domain "europa.eu" enthalten mitunter Links zu von Dritten betriebenen Websites. Da der Hof diesbezüglich keinerlei Kontrolle hat, sollten Sie deren Bestimmungen zum Datenschutz und zum Urheberrecht einsehen.

Verwendung des Logos des Hofes

Das Logo des Europäischen Rechnungshofs darf nicht ohne dessen vorherige Genehmigung verwendet werden.

HTML	ISBN 978-92-849-2809-5	ISSN 1831-080X	doi:10.2865/379288	QJ-AB-24-017-DE-Q
PDF	ISBN 978-92-849-2843-9	ISSN 1831-080X	doi:10.2865/938685	QJ-AB-24-017-DE-N

Der Hof prüfte die finanzielle Unterstützung, die die EU in drei Programmplanungszeiträumen für Gesundheitssysteme in Partnerländern bereitstellte. Er führte eine Dokumentenanalyse durch und untersuchte Projekte in Burundi, der Demokratischen Republik Kongo und Simbabwe. Der Hof gelangt zu dem Schluss, dass die Kommission die Mittel entsprechend ihren allgemeinen Prioritäten zugewiesen hat. Die Zuweisungsmethode wies jedoch Mängel auf. Die Wirksamkeit der Projekte wurde durch Probleme bei der Koordinierung, Nachhaltigkeit und Überwachung beeinträchtigt. Die Beteiligung einer Kaskade von Akteuren an der Durchführung führte zu einem Anstieg der Projektkosten. Gleichzeitig war die Sichtbarkeit der EU-Finanzierung bei den unterstützten Bevölkerungsgruppen begrenzt. Der Hof gibt Empfehlungen zur Mittelzuweisung und zu den Kriterien für die Finanzierung sowie zu Koordinierung, Angemessenheit der Verwaltungskosten, Synergien, Überwachung, Nachhaltigkeit und Wartung der im Rahmen von Projekten bereitgestellten Ausrüstung ab.

Sonderbericht des Europäischen Rechnungshofs gemäß Artikel 287 Absatz 4 Unterabsatz 2 AEUV .



EUROPÄISCHER
RECHNUNGSHOF



Amt für Veröffentlichungen
der Europäischen Union

EUROPÄISCHER RECHNUNGSHOF

12, rue Alcide De Gasperi
1615 Luxembourg
LUXEMBURG

Tel. (+352) 4398-1

Kontaktformular: eca.europa.eu/de/contact

Website: eca.europa.eu

Twitter: @EUAuditors