



IMPULSDIALOG ZUR GLOBALEN GESUNDHEITSARCHITEKTUR

Wie sollte eine globale Gesundheitsarchitektur aussehen, die allen gerecht wird?

Ein Austausch dazu, wo wir stehen, was sich ändern muss und wie Deutschland dazu beitragen kann.

Anregungen für die deutsche Politik

Folgende Anregungen für die deutsche Politik wurden im Laufe des Impulsdialogs formuliert:

- Die Rolle und Koordinierungsfunktion der WHO sollte als normativer Pol der globalen Gesundheit gestärkt werden, vor allem durch eine angemessene Finanzierung.
- Die wichtigsten globalen Gesundheitsinitiativen sollten durch politische Einflußnahme in ihren Verwaltungsräten dazu bewegt werden, sich untereinander besser zu koordinieren und ihre Förderungen an die bestehenden Systeme der Partnerländer anzupassen. Ein Mechanismus, über den dies nachverfolgt werden kann, sollte eingeführt werden.
- Die Beteiligung nichtstaatlicher Akteure an der Entscheidungsfindung im Bereich der globalen Gesundheit sollte institutionalisiert werden, z.B. indem ihnen in der Weltgesundheitsversammlung Gehör und volles Stimmrecht in den wichtigsten neuen Initiativen, die derzeit im Bereich der globalen Gesundheit entstehen, gewährt wird.
- Partnerländern sollte technische Entwicklungszusammenarbeit zur Stärkung ihrer Regulierungs- und Managementkapazitäten angeboten werden, damit sie ihr Engagement für globale Gesundheitsinitiativen wirksam koordinieren und ihre nationalen Strategien und Pläne als Grundlage für die Harmonisierung der Geberinterventionen präsentieren können.
- In Deutschland sollte Fachwissen für die globale Gesundheit durch systematische Investitionen in die dafür nötige akademische Ausbildung und in die Förderung von *Think Tanks* und Ideengeber*innen gestärkt werden.
- Die Vernetzung der im Bereich der globalen Gesundheit tätigen deutschen Akteure sollte weitergehen, um Synergien z. B. zwischen bilateraler Entwicklungszusammenarbeit, Investitionen des Privatsektors, zivilgesellschaftlichem Engagement und wissenschaftlicher Expertise zu stärken.
- Der Fragmentierung des deutschen Engagements für die globale Gesundheit sollte entgegengewirkt werden durch gute Koordination und Abstimmung der Positionen und Engagements der verschiedenen deutschen Ministerien und Behörden mit einem Mandat im Bereich der globalen Gesundheit.

Warum ein Impulsdialog über die globale Gesundheitsarchitektur?

Der internationalen Gemeinschaft bleiben noch acht Jahre dafür, das nachhaltige Entwicklungsziel 3, Gesundheit für alle Menschen jeden Alters zu gewährleisten und ihr Wohlbefinden zu fördern, zu erreichen. Die verheerenden Auswirkungen der COVID-19-Pandemie haben indes gezeigt, wie schwer es dieser Gemeinschaft fällt, gemeinsam wirksame Maßnahmen zur Bewältigung globaler Gesundheits Herausforderungen zu vereinbaren und umzusetzen.

Wie müsste eine globale Gesundheitsarchitektur aussehen, die allen Anforderungen an sie gerecht wird und die Ergebnisse liefern kann, die die Welt von ihr erwartet?

Um die Bundesregierung bei ihrer Meinungsbildung zu dieser Frage zu unterstützen, veranstaltete der [Global Health Hub Germany](#) in Zusammenarbeit mit [Healthy DEvelopments](#) im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und des Bundesministeriums für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung einen Impulsdialog mit sieben renommierten Vertreter*innen aus Wissenschaft, Entwicklungszusammenarbeit, Stiftungen und dem Privatsektor, inklusive eines Vertreters des Globalen Südens. Die Dialog-Teilnehmenden tauschten sich in zwei virtuellen Debatten aus und bezogen außerdem in Einzelinterviews Stellung.

Dieses Papier fasst ihre jeweiligen Standpunkte und die zentralen Argumentationslinien des Impulsdialogs zusammen. Die unterschiedlichen, teils gegensätzlichen Positionen versprechen, den deutschen Politikdialog bezüglich der *Governance* der globalen Gesundheit zu bereichern.

Teilnehmende am Impulsdialog

- **Dr. Christoph Benn**, Direktor für globale Gesundheitsdiplomatie, Joep Lange Institut
- **Kate Dodson**, Vizepräsidentin für globale Gesundheitsstrategie, United Nations Foundation
- **Roland Göhde**, Vorstandsvorsitzender, German Health Alliance
- **Prof. Dr. Anna Holzscheiter**, Professorin für Internationale Politikwissenschaft, Technische Universität Dresden
- **Prof. Dr. Dr. h.c. Ilona Kickbusch**, Gründerin und Vorsitzende des Global Health Centre, Graduate Institute of International and Development Studies
- **Jean-Olivier Schmidt**, Programmleiter, BACKUP Health, *Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit GmbH* (GIZ)
- **Elhadj As Sy**, Vorstandsvorsitzender, Kofi Annan Foundation

Wie laufen Impulsdialoge ab?

In Impulsdialogen wird im Rahmen von virtuellen Debatten und Einzelgesprächen eine übergreifende Frage diskutiert. Der [Chatham House Rule](#) entsprechend werden die Inhalte der Diskussion festgehalten, ohne dass sie dabei einzelnen Dialog-Teilnehmenden zugeordnet werden. Äußerungen, die in diesem Papier mit Namensnennung zitiert werden, wurden vorher explizit von den jeweiligen Dialog-Teilnehmenden zur Veröffentlichung freigegeben.

„Architektur“ oder „Marktplatz“? Die komplexe Dynamik der globalen Gesundheitssteuerung

Gibt es eine globale Gesundheitsarchitektur?

Viele Menschen haben eine intuitive, wenn auch vage Vorstellung davon, was mit „globaler Gesundheitsarchitektur“ gemeint sein könnte, einem Begriff, der seit Ende der 1990er Jahre an Bedeutung gewonnen hat (Abbildung 1). Mit „Architektur“ sind normative Erwartungen in Bezug auf zweckmäßige Gestaltung, Ordnung, Regeln und Einhaltung von Vorschriften verbunden. Die „globale Gesundheitsarchitektur“ wird allgemein als das Bestreben der Welt verstanden, sich in Gesundheitsangelegenheiten, die über die Belange einzelner Staaten hinausgehen, gemeinschaftlich zu organisieren. Kurz gesagt, es geht um Fragen der globalen Gesundheitssteuerung mit politischen, finanziellen, technischen und operativen Auswirkungen.

Aktuell sind Koordinierung, Zusammenarbeit und Entscheidungsfindung in der globalen Gesundheit jedoch nicht so strukturiert, dass der Begriff „Architektur“ dafür passend wäre.

Die Landschaft der Akteure, Institutionen und ihre Beziehungen untereinander haben sich im Laufe der Zeit verändert und sind immer komplexer geworden. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat zwar seit ihrer Gründung im Jahr 1948 eine zentrale Rolle inne und tut dies weiter, alles um sie herum hat sich jedoch verändert. In den 1990er und frühen 2000er Jahren entstanden nicht nur zahlreiche internationale und zwischenstaatliche Initiativen wie UNAIDS, der Globale Fonds zur Bekämpfung von AIDS, Tuberkulose und Malaria (kurz „Globaler Fonds“) oder Unitaid, sondern auch unüberschaubar viele öffentlicher und privater Kampagnen, Partnerschaften, Stiftungen und Organisationen von der lokalen bis zur globalen Ebene.

Häufigkeit des Begriffs „globale Gesundheitsarchitektur“ in der Literatur.



Quelle: Google Books Ngram Viewer

/// *Als wir in den 1980er und frühen 1990er Jahren in Tansania arbeiteten, bestand die ‚Architektur‘ hauptsächlich aus der WHO und UNICEF, mit denen wir über das Gesundheitsministerium zusammenarbeiteten. Gelegentlich wandten wir uns auch an bilaterale Partner und einige internationale NROs. Später wurde dies dann durch viele andere globale Akteure ergänzt.“*

Christoph Benn

Heute konkurriert eine Vielzahl von Organisationen, die ein breites Spektrum an Interessen, Mandaten und Ansätzen vertreten, um Aufmerksamkeit, Finanzierung und Einfluss. Gleichzeitig ist die globale Gesundheit einer der am wenigsten durch für alle verbindliche Rechtsvorschriften regulierten internationalen Bereiche. Ausnahmen sind das Rahmenübereinkommen zur Eindämmung des Tabakkonsums und die Internationalen Gesundheitsvorschriften.

/// *Die globale Gesundheit ist untypisch für die internationale Zusammenarbeit, weil es kaum verbindliche internationale Rechtsvorschriften gibt – gerade im Vergleich mit der Zusammenarbeit in den Bereichen Klima und Umwelt.“*

Anna Holzscheiter

Die Entstehung eines wettbewerbsorientierten globalen Markts

Tatsächlich ähnelt die Konfiguration der Akteure, Finanzierungsströme und Entscheidungsprozesse im heutigen globalen Gesundheitsökosystem einem Wettbewerbsmarkt. Sie folgt keinem übergreifenden Plan, sondern hat sich im Laufe der Zeit als Ergebnis unzähliger Einzelmaßnahmen herausgebildet.

/// *Wenn man es historisch betrachtet, ist es definitiv keine Architektur. Ich denke, es ist ein dynamischer Marktplatz.“*

Ilona Kickbusch

Die meisten Organisationen wurden als Reaktion auf spezifische Herausforderungen gegründet, z. B. der Globale Fonds als „Kriegskasse“ zur Finanzierung des Kampfes gegen AIDS, Tuberkulose und Malaria oder die *Coalition for Epidemic Preparedness Innovations* (CEPI) als Reaktion auf die Ebola-Epidemie. Mehrere Teilnehmende des Impulsdialogs wiesen darauf hin, dass einmal geschaffene Institutionen in der Regel bestehen bleiben. Sie können sogar ihr ursprüngliches Mandat ändern, um ihre weitere Existenz zu rechtfertigen, ein Effekt, der als „*mission creep*“ bezeichnet wird.

Da gleichzeitig immer wieder neue Initiativen ins Leben gerufen werden, wird der globale Gesundheitsmarkt immer voller. Dies führt einerseits zu Rufen nach mehr Ordnung und Koordination, andererseits sind die Dialog-Teilnehmenden sich einig, dass jeder Versuch, der aktuellen Konfiguration eine Architektur überzustülpen, zum Scheitern verurteilt ist.

Komplexität und Vielfalt sind an sich weder positive noch negative Merkmale der Governance der globalen Gesundheit. Beurteilen lassen sich nur die Folgen der Komplexität, die wiederum je nach Analyseebene unterschiedlich sind.

Das Für und Wider von Komplexität und Fragmentierung

Eine häufig geäußerte Kritik besagt, dass der globale Gesundheitsmarkt zu zersplittert und unübersichtlich geworden ist, um effektiv zu sein, und dass er den Beteiligten dadurch erhebliche Transaktionskosten auferlegt.

Die Folgen sind am deutlichsten auf der Ebene der Länder mit niedrigem und niedrigem mittlerem Einkommen. Regierungen – und insbesondere Gesundheitsministerien – die finanzielle oder technische Hilfe von außen in Anspruch nehmen möchten, sind oft mit den Verwaltungsverfahren und den Berichtspflichten, die sie hierfür erfüllen müssen, überfordert. Praktisch alle großen globalen Gesundheitsinitiativen, wie der Globale Fonds oder Gavi, unterhalten separate Antrags- und Sorgfaltsprüfungsverfahren. Ihr Vorgehen und ihre Anforderungen sind kaum harmonisiert, und die meisten von ihnen sind nicht auf die in den Ländern bestehenden Mechanismen zur Budgetierung und Programmierung im Gesundheitsbereich abgestimmt. Dies zwingt die lokalen Entscheidungsträger*innen dazu, die knappe Zeit und Ressourcen ihres Personals von der Politik- und Programmplanung abzuziehen und sich mit den Verfahren der internationalen Geber zu befassen.

Darüber hinaus erhalten die Geber in vielen Ländern durch ihre Kontrolle über die Ressourcen einen erheblichen Einfluss auf die Agenden des Gesundheitssektors – denn nur was finanziert wird, wird auch umgesetzt.

Aus Partnerland-Perspektive gibt es auch Anreize, eine pluralistische globale Gesundheitslandschaft aufrechtzuerhalten, da sie Zugang zu einem breiteren Spektrum an Finanzierungsmöglichkeiten bietet. Ein Mitglied des Impulsdialogs beschrieb dies folgendermaßen: „Es ist nicht nur so, dass die Geber sich nicht koordinieren oder koordiniert werden wollen. Es sind auch die Länder, die das teilweise nicht wollen, weil sie Angst haben, dass sie einige der zusätzlichen Mittel verlieren könnten, die sie auf diese Weise erhalten.“

Die derzeitige Konfiguration der globalen Gesundheitslandschaft erlaubt es den Ländern, mit verschiedenen Gebern zu „spielen“. Gleichzeitig sollte dies nicht nur, mit paternalistischem Unterton, als typische „Geber-Empfänger-Dynamik“ interpretiert werden. Gesundheit ist weltweit ein hoch politisierter Bereich, und die politische Ökonomie der Gesundheitspolitik und -finanzierung spielt in Deutschland eine genauso große Rolle wie in jedem Entwicklungsland. So lassen sich beispielsweise Investitionen, die einen unmittelbaren und sichtbaren Nutzen bringen, wie der Bau eines Krankenhauses, leichter „verkaufen“ als Ausgaben für Präventionsmaßnahmen, deren Mehrwert möglicherweise erst viel später messbar wird, z. B. in einer Verringerung der Diabetesinzidenz.

“ Wir neigen dazu, die Stärkung von Gesundheitssystemen als einen technischen Prozess zu betrachten. Es kann jedoch auch ein Spannungsverhältnis bestehen zwischen international vereinbarten Zielen, wie der universellen Gesundheitsversorgung, und lokal gewachsenen Wünschen. Es ist ein politisches Spiel auf allen Ebenen. Letztlich geht es darum, ob die Entscheidungsträger einen politischen Gewinn sehen. Ob in Deutschland oder Kirgisistan, es wird immer attraktiver sein, ein Krankenhaus zu bauen, als in die Prävention zu investieren.“

Jean-Olivier Schmidt

Auch auf der Seite der Geldgeber gibt es starke Interessen, die ebenfalls dazu beitragen, das die globale Gesundheit sich wie ein wettbewerbsorientierter Marktplatz organisiert. Die Vielfalt der Akteure und ihrer Angebote ermöglicht es Gebern – ob staatlich oder nichtstaatlich – genau die Themen und Ansätze, die mit ihren Zielen übereinstimmen, zu fördern.

Partizipation und Macht in der Governance der globalen Gesundheit

Was zunächst aufgrund der schiereren Anzahl der Akteure und Prozesse als Fragmentierung der globalen Gesundheit erscheint, stellt sich bei genauerer Betrachtung anders dar:

Die Leitungsgremien aller wichtigen globalen Initiativen und Agenturen mit einem Gesundheitsmandat, vom Globalen Fonds und Gavi bis hin zu UNAIDS und UNICEF, werden von derselben Handvoll Mitgliedstaaten, großen internationalen NROs und Stiftungen geprägt, die seit längerer Zeit herausragende Rollen im gesamten Gesundheitsökosystem innehaben.

“ Wir haben viele zwischenstaatliche Institutionen im Gesundheitsbereich. Sie haben alle dieselben Mitgliedsstaaten. Das Gleiche gilt für öffentlich-private Partnerschaften. Tatsächlich sind immer wieder dieselben NROs und dieselben Stiftungen der pharmazeutischen Industrie in allen Bereichen vertreten. Die globale Gesundheitslandschaft scheint doch nicht so fragmentiert zu sein, wenn man sich ansieht, wer daran teilnimmt und wer in den Verwaltungsräten der großen Institutionen sitzt.“

Anna Holzscheiter

Diejenigen, die über die meisten Ressourcen verfügen, haben in der Regel auch den größten Einfluss auf die Agenden und ihre Umsetzung. In den meisten Fällen waren dies die Regierungen, Organisationen und Stiftungen der Länder der G7 – und zunehmend auch der G20. Regionale Organisationen wie die EU sind ebenfalls zu einem festen Bestandteil der globalen Gesundheitssteuerung geworden und treiben die Entscheidungsfindung voran.

/// Wer hat die Macht in diesem System? Wer greift legitimerweise in das System ein? Als Politikwissenschaftlerin muss ich fragen: Ist es legitim, dass sich die G20 so sehr in die globale Gesundheit einmischt, oder sollte sie das nicht den Gremien der WHO überlassen, die mehr oder weniger alle Länder der Welt umfasst?“

Ilona Kickbusch

Kleinere Länder, geschweige denn kleinere NRO, verfügen nicht über die finanziellen Mittel, die ihnen die Sichtbarkeit und den Einfluss größerer Akteure verschaffen würden. Sie verfügen auch nicht über genügend Personal, um alle relevanten Entscheidungsprozesse eingehend zu verfolgen. Ein Land wie Deutschland kann es sich leisten, engagierte Mitarbeiter*innen oder ganze Teams damit zu beschäftigen, seine Interessen im Vorstand einer Organisation zu vertreten, einschließlich aller vorbereitenden Arbeiten, der Nachbereitung und der „Hinterzimmerdiplomatie“, die dafür erforderlich sind. Viele Länder mit niedrigem und niedrigem mittlerem Einkommen haben hingegen nur einen einzigen Diplomaten oder eine einzige Diplomatin in ihrer Genfer Mission, um das gesamte globale Gesundheitsportfolio abzudecken. Ein und dieselbe Person eilt für sie zwischen den Konsultationstreffen der Zivilgesellschaft und den Vorstandsetagen der verschiedenen globalen Gesundheitsinitiativen hin und her.

Diese Vorstände sind die Machtzentren und legen formell „die Spielregeln“ fest, wie es ein Mitglied des Impulsdialogs ausdrückte. Wenn einer oder besser mehrere der wichtigsten Geldgeber im Vorstand einer Organisation eine stärkere Zusammenarbeit und Koordinierung mit anderen Organisationen fordern würden, sollte dies zu praktischen Veränderungen führen.

/// Die G7 sind immer noch sieben, und die G20 sind immer noch 20. Die UNO-Generalversammlung hat 190 Mitglieder. Wir müssen zu etwas zurückkehren, das – in Ermangelung eines besseren Wortes – viel synergetischer ist, um den Bedürfnissen aller gerecht zu werden.“

Elhadj As Sy

Der Globale Aktionsplan (GAP) für ein gesundes Leben und Wohlergehen aller Menschen ist ein anschauliches Beispiel. Der GAP wurde von der WHO als Reaktion auf eine Initiative Deutschlands, Norwegens und Ghanas im Jahr 2019 ins Leben gerufen und verpflichtet die 13 unterzeichnenden Organisationen dazu, ihre Unterstützung und Maßnahmen zu koordinieren und sie auf die nationalen Pläne und Strategien abzustimmen, die von den Ländern selbst verantwortet und gesteuert werden. Als globaler Plan sollte der GAP zu einer Harmonisierung der Förderungsprozesse führen und damit die Transaktionskosten in den Ländern senken.

Drei Jahre später hat sich allerdings in der Praxis wenig geändert, da der GAP die Anreizstrukturen innerhalb der unterzeichnenden Agenturen und in deren Vorständen nicht verändert hat. Die Fragmentierung der globalen Gesundheit spiegelt sich weiterhin in den fragmentierten Finanzierungsströmen einer Vielzahl von Geberländern und -organisationen wider und wird von diesen aufrechterhalten. Ein Teilnehmender des Impulsdialogs kam zu dem Schluss, dass eine stärkere Koordinierung schon deshalb nicht stattfindet, weil dies „die Macht des jeweiligen Geldgebers verringern könnte.“ Weniger Fragmentierung bedeutet weniger Möglichkeiten, in spezielle Interessen zu investieren und diese zu fördern.

/// *Der Globale Aktionsplan war ein Schritt in die richtige Richtung, aber seine Schwäche ist, dass es ohne politische oder finanzielle Folgen bleibt, wenn eine Organisation sich nicht an das hält, was sie zugesagt hat.“*

Christoph Benn

Legitimität, Rechenschaftspflicht und Inklusivität

Diese Macht- und Entscheidungsfindungsmuster werfen auch Fragen zu Legitimität und Verantwortlichkeiten innerhalb des Institutionengefüges der globalen Gesundheit auf.

/// *Die G20 und Andere können schnell neue Anstrengungen unternehmen, weil sie mächtig, dynamisch und wendig genug sind. Was sie schaffen, könnte eine Lücke im globalen Gesundheitsökosystem füllen, ist aber weder umfassend noch vollständig integrativ.“*

Kate Dodson

Einerseits sind einzelne Mechanismen und Prozesse inklusiver geworden, teils dank des anhaltenden zivilgesellschaftlichen Engagements, teils dank der neuen Möglichkeiten digitaler Technologien. So berät sich die WHO heute systematischer mit nichtstaatlichen Akteuren und nutzt zunehmend virtuelle Kommunikationsmittel, um einer größeren Zahl von Interessengruppen die Möglichkeit zu geben, mit der Organisation in Kontakt zu treten, ohne physisch in Genf anwesend sein zu müssen.

Andererseits leidet die globale Gesundheit insgesamt – wie viele andere Bereiche der globalen *Governance* – immer noch unter einem erheblichen Mangel an umfassender, gegenseitiger Rechenschaftspflicht. Es gibt keine systematischen und umfassenden Mechanismen für die Einbeziehung und Rechenschaftslegung gegenüber den Menschen, denen eigentlich gedient werden soll. Aus Sicht der Dialog-Teilnehmenden sind „normale Bürger und insbesondere junge Menschen“ von Entscheidungsprozessen ausgeschlossen und die globalen Gesundheitsinitiativen sind ihnen gegenüber nicht rechenschaftspflichtig.

/// *Die globale Gesundheit leidet unter ihren zahlreichen nicht eingehaltenen Versprechen, die ohne Konsequenzen geblieben sind und bleiben. Beispiele von der Erklärung von Alma-Ata über die 3-bis-5-Initiative bis zur Erklärung von Abuja zur Gesundheitsfinanzierung. Wir haben in der globalen Gesundheit keine Rechenschaftspflicht, die sicherstellt, dass Entscheidungen, die getroffen werden, auch umgesetzt werden.“*

Elhadj As Sy

Normative Vorgaben zum guten Zusammenspiel fehlen bisher. Dabei sollten Organisationen gezwungen sein, Synergien zu schaffen, anstatt „sich zu duplizieren und die Ellbogen auszufahren“, wie eine Dialog-Teilnehmende es ausdrückte. Die derzeitige Konfiguration als globaler Gesundheitsmarkt scheint mit ihrer Machtverteilung, der Organisation der Finanzierungsströme und der fehlenden Rechenschaftspflicht Letzteres eher als Ersteres zu fördern.

Unterschiedliche Perspektiven auf die erzielten Gesundheitsergebnisse

Trotz aller Kritik an der fragmentierten globalen Gesundheitslandschaft lässt sich nicht von der Hand weisen, dass einige der derzeitigen Akteure sich bei der Bekämpfung spezifischer globaler Gesundheitsprobleme als hocheffektiv erwiesen haben. Gavi, die Impfstoffallianz, hat beispielsweise die Impfung von nahezu 900 Millionen Kinder zwischen 2000 und 2020 unterstützt. Der Globale Fonds hat dazu beigetragen, dass die Zahl der AIDS-Toten pro Jahr im gleichen Zeitraum um 65 % gesunken ist.

“Fragmentierung als solche ist kein Kriterium. Ob die globale Gesundheitsarchitektur funktioniert oder nicht, entscheidet sich vielmehr daran, ob sie in den Ländern ‚ihren Zweck erfüllt‘, ob sie also zu einer besseren Gesundheitsversorgung und besseren Gesundheitsergebnissen beiträgt.“

Christoph Benn

Die Bilanz stellt sich anders dar, wenn man über die krankheitsspezifischen Erfolge hinausblickt. Die COVID-19-Pandemie hat die Anfälligkeit der Gesundheitssysteme weltweit offenbart. Z.B. gerieten Routineuntersuchungen und -behandlungen für „alte“, aber weit verbreitete Krankheiten wie Tuberkulose und Malaria ins Stocken, weil ein signifikanter Anteil des Gesundheitspersonals selbst erkrankte oder der Behandlung von COVID-19 Vorrang gegeben wurde.

“Wenn das Beste, was ein Land haben kann, ein funktionierendes Gesundheitssystem ist, sollten wir dies noch nicht als zufriedenstellendes Ergebnis betrachten. Manchmal kann ein zu enger Fokus auf bestimmte Ergebnisse einem ganzheitlicheren Ansatz für die globale Gesundheit im Wege stehen.“

Ilona Kickbusch

Die Auswirkungen der Pandemie haben gezeigt, dass die Welt noch weit von einer flächendeckende Gesundheitsversorgung (*Universal Health Coverage, UHC*) entfernt ist, die sicherstellt, dass alle Menschen ohne finanzielle Not Zugang zu den von ihnen benötigten Gesundheitsleistungen haben. Als eines der gesundheitsbezogenen Entwicklungsziele hat die universelle Gesundheitsversorgung offiziell die höchste politische Priorität, doch um Fortschritte zu erzielen, sind breit angelegte, langfristige Investitionen in Gesundheitssysteme und finanzielle Absicherung erforderlich. Finanziers zur Bereitstellung von Mitteln für solche systemischen Ziele zu motivieren, ist nicht einfach, weil es länger dauert, bis sich Fortschritte einstellen und messen lassen.

Angesichts all dieser Herausforderungen und der Entwicklungspotentiale des Gefüges der globalen Gesundheitsakteure, erörterten die Dialog-Teilnehmenden, welche Ansatzpunkte es für eine Entwicklung hin zu einer besser abgestimmten Arbeitsweise geben könne.

Möglichkeiten und Ideen zur Verbesserung der globalen Gesundheitspolitik

Alle Dialog-Teilnehmenden waren darin einig, dass Veränderungen zwar notwendig, die Vorstellung einer gut funktionierenden „Architektur“ zur Steuerung der globalen Gesundheit jedoch unrealistisch und nicht praktikabel sei. Stattdessen tauschten sie konkrete Ideen dazu aus, wie die Entscheidungsfindung und Finanzierung im Bereich der globalen Gesundheit optimiert werden könnte.

/// Angesichts der aktuellen Lage können wir nicht auf eine ideale Lösung warten. Wir sollten pragmatisch vorgehen und mit dem arbeiten, was wir haben.“

Christoph Benn

Stärkung der zentralen Rolle der WHO

Alle Dialog-Teilnehmenden stimmten überein, dass die WHO der „normative Pol“ der globalen Gesundheit ist und bleiben muss. In ihrem Entscheidungsgremium, der Weltgesundheitsversammlung, sind alle Mitgliedsstaaten vertreten. Daher ist die WHO in einzigartiger Weise legitimiert, Regeln festzulegen, Initiativen zu koordinieren – nicht zuletzt in Notsituationen wie der COVID-19-Pandemie – und durch ihre wichtige Arbeit in den Regionen und Ländern die Gesundheitspolitik und -programme zu lenken. Die Organisation ist jedoch „verarmt“ und verfügt nur über ein geringes Kernbudget, was ihre Unabhängigkeit einschränkt und sie dazu zwingt, Einzelprojekten nachzujagen, anstatt ganzheitlich vorgehen zu können.

/// Die zentrale Rolle der WHO muss gestärkt werden, damit sie den normativen Rahmen für das gemeinschaftliches Vorgehen setzen kann, das die Welt braucht.“

Ilona Kickbusch

Der offensichtliche Ausgangspunkt für die Stärkung der Rolle der WHO ist ihre ausreichende Finanzierung mit einem Kernhaushalt aus nicht zweckgebundenen Mitteln, der den anstehenden Aufgaben angemessen ist. Es sind neue normative Aufgaben für die WHO entstanden, die erfüllt werden müssen, wie z. B. die Festlegung von Standards für private Investitionen in die Gesundheit und die Festlegung, wie der Bereich der digitalen Gesundheit geregelt werden soll. Auf der Weltgesundheitsversammlung 2022 haben die Mitgliedstaaten der WHO einen wichtigen Schritt in diese Richtung getan, indem sie einen wegweisenden [Beschluss zur Verbesserung des Finanzierungsmodells der Organisation](#) gefasst haben. Der Beschluss stützt sich auf die Empfehlungen einer Arbeitsgruppe für nachhaltige Finanzierung, die sich aus den Mitgliedstaaten zusammensetzt und von Björn Kümmel vom deutschen Gesundheitsministerium geleitet wird. In der Vereinbarung verpflichteten sich die Mitgliedstaaten, ihre festgesetzten Beiträge – die „Mitgliedsbeiträge“ der WHO – bis zum Haushaltszyklus 2030-2031 auf 50% der Kernfinanzierung zu erhöhen (zum Vergleich: derzeit liegt dieser Wert bei 16%).

Die Teilnehmenden des Impulsdialogs betonten, dass Deutschland seit Langem eine konstruktive Rolle bei der Unterstützung und Stärkung der Rolle der WHO spielt. Es ist einer der größten Geber der

Organisation in Bezug auf die veranschlagten und freiwilligen Beiträge. Deutschland hat sich immer wieder für eine bessere Koordinierung und Anpassung der globalen Gesundheitssteuerung ausgesprochen und wird ernst genommen. Dies ist ein entscheidender Vorteil, wenn man den zweiten Bereich betrachtet, in dem Handlungsbedarf besteht.

/// *Unter der Führung Angela Merkels ist Deutschland zu einem wortstarken Unterstützer und Verfechter des Multilateralismus geworden. Dies ist wichtig und ich hoffe, dass es so bleibt.“*

Elhadj As Sy

Management der Vielfalt für eine bessere Koordinierung und Anpassung

Die Dialog-Teilnehmenden waren einig, dass eine stärkere Koordinierung zwischen den globalen Gesundheitsinitiativen und ihre stärkere Anpassung an die Systeme und Prozesse der Länder höchst wünschenswert sind, nicht nur um die oben beschriebenen negativen Folgen der Fragmentierung zu mindern, sondern auch um die Ergebnisorientierung in der gesamten globalen Gesundheitslandschaft zu stärken.

/// *Der Begriff „Architektur“ vermittelt den Eindruck, dass man dieses System ordnen könne, so dass jeder genau weiß, was der andere tut. Meiner Meinung nach wäre dies gefährlich, weil es die Flexibilität beschneiden würde, die dieses System unbedingt braucht.“*

Ilona Kickbusch

Sie empfehlen, dafür auf bestehende Bemühungen aufzubauen. Der GAP umfasst 13 der größten, mächtigsten und finanziell am besten ausgestatteten Organisationen, die im Bereich der globalen Gesundheit tätig sind. Obwohl die Initiative die Zusammenarbeit der Unterzeichner verändern sollte, hat sich in der Praxis wenig geändert, weil sich die Anreizstrukturen nicht verändert haben. Untätigkeit der Unterzeichner hat bisher keine finanziellen oder sonstigen Konsequenzen.

Ein erster Schritt könnte darin bestehen, dass Länder wie Deutschland und weitere mächtigen Geldgeber, die in den Verwaltungsräten all dieser Institutionen sitzen, wirksame Schritte in Richtung besserer Koordinierung und Angleichung fordern.

Die *Governance* der globalen Gesundheit geschieht jedoch nicht in einem politikfreien Kontext. Ob Verwaltungsräte der GAP-Unterzeichnerorganisationen, Weltgesundheitsversammlung der WHO oder Kooperationen zwischen Regierungen oder staatlichen und nichtstaatlichen Akteuren – all dies sind politische Arenen, die von Machtgefügen, Interessen und Vertrauen – oder dem Mangel daran – geprägt sind.

Die derzeitige „Krise des Multilateralismus“, die mehrere Mitglieder des Impulsdialogs diagnostizierten, hat zusammen mit den jüngsten geopolitischen Entwicklungen tiefgreifende Auswirkungen auf die globale Gesundheit. So hat beispielsweise die G20 eine zunehmend einflussreiche Rolle in der globalen Gesundheitssteuerung übernommen. Es ist wichtig zu erkennen, dass es sich hierbei nicht um eine monolithische Gruppe handelt, sondern um eine dynamische Konstellation wechselnder Allianzen. Wenn sich ausgewählte G20-Staaten abstimmen, um z. B. im UN-Sicherheitsrat gegen die Interessen einer anderen Regierung zu stimmen, kann sich dieses Verhalten auch darauf auswirken, wie sie ihren Einfluss in Fragen der globalen Gesundheit geltend machen.

/// Angesichts der ganz offensichtlich fehlenden Legitimation einiger der größeren Entscheidungsgremien, können wir die gegenwärtige Krise nicht dafür nutzen, ein inklusiveres und verbindlicheres System zu schaffen?“

Christoph Benn

Deutschlands beharrliches Engagement zugunsten multilateraler Ansätze ist ein wichtiger Beitrag zur Vertrauensbildung und zur Schaffung von Raum für eine stärker auf kollektives Handeln ausgerichtete globale Gesundheitssteuerung. Als Mitglied der mächtigen G7 kann Deutschland weitere, konkrete Schritte zur Bewältigung der Fragmentierung unterstützen. So haben führende Think Tanks aus den G7-Ländern vorgeschlagen, einen **Inter-Agency Global Health Standing Committee** einzurichten, um die Koordinierung der Finanzierungsbedürfnisse, Mandate, Zuständigkeiten und Prioritäten der globalen Gesundheitsorganisationen zu verbessern.

Prominente Initiativen einiger weniger mächtiger Staaten werfen jedoch erneut Fragen hinsichtlich ihrer Repräsentativität und Legitimität auf. In den letzten zwei Jahrzehnten wurden Anreize für ein Engagement im „freiwilligen Multilateralismus“ geschaffen, wie er unter anderem im Globalen Fonds verkörpert wird. Das liegt zum einen daran, dass diese Instrumente konkrete Ergebnisse und Auswirkungen vorweisen können, und zum anderen daran, dass ihre engeren Mandate und die Art und Weise, wie sie organisiert sind, den Geldgebern eine Möglichkeit bieten, Einfluss auf Agenden und Investitionen zu nehmen. Die Welt braucht aber auch einen normativen Rahmen und „Spielregeln“, um all diese Initiativen zusammenzuhalten.

/// Wir sehen zwei Arten von Multilateralismus: Den freiwilligen, mehr „Club-orientierten“ des Globalen Fonds, Gavis usw. Und den Multilateralismus zwischen Regierungen, dem es darum geht, die rechtlichen Rahmenbedingungen zu verbessern und Investitionen in globale öffentliche Güter zu leiten. Wir brauchen mehr von diesem normativen Multilateralismus, damit der freiwillige Multilateralismus effektiv sein kann.“

Kate Dodson

Länder wie Deutschland haben eine wichtige – wenn auch politisch schwierige – Rolle als zusammenführende und vermittelnde Instanz zu spielen, indem sie immer wieder möglichst viele Akteure einbinden, um so einen verbindlichen zwischenstaatlichen Multilateralismus zu kultivieren, der zu Koordination und Abstimmung zwingt. Wenn dies nicht geschieht, befürchten mehrere Dialog-Teilnehmende eine „radikale Unterinvestition in globale Gemeinschaftsgüter und globale öffentliche Güter für die Gesundheit“.

Eigenverantwortung der Länder und „ländergeführte globale Gesundheit“

Eine relativ neue Entwicklung, die von den meisten Dialog-Teilnehmenden als Chance für mehr Beteiligung und Repräsentativität gesehen wird, ist die Tatsache, dass die Länder des Globalen Südens sich proaktiver an der globalen Gesundheitssteuerung beteiligen. Es gibt eine stärkere Zusammenarbeit zwischen den Ländern und auf regionaler Ebene, sowohl in politischer Hinsicht als auch bei der Umsetzung. So haben die Regierungen beispielsweise ihre Botschaften auf der Weltgesundheits-

versammlung koordiniert, Vorkehrungen getroffen, um mit der Produktion des Impfstoffs gegen COVID-19 in Afrika zu beginnen, und ein Afrikanisches Zentrum für Seuchenkontrolle und -prävention gegründet, eine fachlich kompetente Organisation, die einen Mehrwert für die globale Gesundheit darstellt.

“ COVID-19 war ein Weckruf. Es hat die Länder mit niedrigem und mittlerem Einkommen dazu gebracht, sich stärker in Diskussionen über den nötigen rechtlichen Rahmen für die globale Gesundheit einzubringen.”

Elhadj As Sy

Während aktuell noch Maßnahmen einiger weniger Hauptakteure – wie der GAP oder eine G7-Initiative – entscheidend dafür sind, dass die wichtigsten Mechanismen und Akteure im Bereich der globalen Gesundheit besser zusammenarbeiten, sollte zukünftig die „Bottom-up“-Dynamik eines stärkeren Engagements der Länder mit niedrigem und mittlerem Einkommen genutzt werden, um das globale Gesundheitssystem integrativer und effektiver zu gestalten. Ein notwendiger Schritt besteht darin, dass die globalen Gesundheitsinitiativen ernsthaft versuchen, ihre Ansätze zu harmonisieren und ihre Prozesse auf die bestehenden Ländersysteme abzustimmen. Auch die technische Entwicklungszusammenarbeit kann einen Beitrag leisten, indem sie die Partnerländer bei der Stärkung ihrer Regulierungs- und Verwaltungskapazitäten unterstützt, damit sie ihr Engagement in globalen Gesundheitsinitiativen wirksam koordinieren können.

Die Länder müssen in die Lage versetzt werden, Strategien und Pläne zu entwickeln, die Gebern als Grundlage für die Ausrichtung ihrer Beiträge präsentiert werden.

Sie müssen auch in der Lage sein, Akteure und Einflüsse zu erkennen und zu steuern, die typischerweise nicht dem Gesundheitsbereich zugerechnet werden, aber erheblichen Einfluss auf globale und lokale Gesundheitsentscheidungen ausüben. Wenn ein Land beispielsweise finanzielle Unterstützung vom Internationalen Währungsfonds für die makroökonomische Stabilität erhalten will, muss es möglicherweise den Anteil seines Staatshaushalts, der für Gesundheit vorgesehen ist, anpassen.

“ Ein Trend, der verstärkt und gefördert werden muss, ist dass Länder ihre kohärenten Pläne und Politiken selbstbewusster vortragen, so dass internationale Akteure dazu beitragen können.”

Kate Dodson

“ Wir müssen die politischen Entscheidungs- und Regulierungskapazitäten der Regierungen stärken, damit sie in der Lage sind, effektiv mit den globalen Gesundheitsinstitutionen in ihren eigenen Ländern umzugehen. Die bilaterale Entwicklungszusammenarbeit kann die Länder in die Lage versetzen, das „Rauschen“ der globalen Gesundheit herauszufiltern, um sich auf die wichtigen Signale zu konzentrieren. Da diese Kapazitäten in vielen Ländern eher schwach ausgeprägt sind, müssen wir die globalen Gesundheitsinstrumente schon auf globaler Ebene besser aufeinander abstimmen, so dass sich dies auch in einem abgestimmten Engagement in den Ländern niederschlägt.”

Jean-Olivier Schmidt

Systematische und sinnvolle Beteiligung von nichtstaatlichen Akteuren ermöglichen

Die Dialog-Teilnehmenden des Impulsdialogs waren sich einig, dass die Governance der globalen Gesundheit inklusiver werden muss, nicht nur, um die Legitimität der Entscheidungsfindung zu stärken, sondern auch, weil eine größere Vielfalt an Perspektiven die Qualität der Ergebnisse verbessern kann. Es gibt hierfür konkrete Vorschläge und vielversprechende Entwicklungen, auf denen man aufbauen kann.

/// Ich glaube nicht, dass die Antwort auf die Fragmentierung Zentralisierung ist. Wir leben in einer vernetzten Welt. Aber die WHO hat eine zentrale normative und koordinierende Rolle zu spielen. Vor zehn Jahren haben wir die Schaffung eines ‚Komitee C‘ vorgeschlagen, das die Akteure und Organisationen der globalen Gesundheit im Rahmen der Weltgesundheitsversammlung zusammenbringt und dabei die Rolle der Regierungsdelegationen respektiert.“

Ilona Kickbusch

Die WHO sollte sinnvolle Mechanismen einrichten, um nichtstaatlichen Akteuren die Möglichkeit zu geben, sich in der Weltgesundheitsversammlung Gehör zu verschaffen, zum Beispiel durch die Einrichtung eines „Komitee C“ (siehe Zitat). Diese Struktur würde es allen Akteuren, deren Maßnahmen die globale Gesundheit beeinflussen, ermöglichen, ihre Pläne und Ergebnisse den Mitgliedstaaten und einander vorzustellen und so die Kohärenz der globalen Gesundheitskoordination und der

damit zusammenhängenden Maßnahmen zu stärken. Eine weitere Reihe konkreter Empfehlungen wurde von philanthropischen Organisationen ausgearbeitet, die sich dem WHO-Task-Team „Zivilgesellschaft“ angeschlossen haben und einen Entwurf für eine sinnvolle Beteiligung der Zivilgesellschaft an der globalen Gesundheitssteuerung skizziert haben.

Wichtige neue Initiativen, die derzeit im Bereich der globalen Gesundheit ins Leben gerufen werden, sollten bei der Einführung partizipativer Entscheidungsprozesse eine Vorreiterrolle spielen.

So hat beispielsweise die Weltgesundheitsversammlung einen Prozess zur Ausarbeitung eines globalen Abkommens über Pandemieprävention, -vorsorge und -reaktion eingeleitet, und sollte diesen Prozess so inklusiv und partizipativ wie möglich gestalten. Der vorgeschlagene Finanzintermediärfonds (FIF), der bei der Weltbank angesiedelt werden soll, kann Organisationen der Zivilgesellschaft mit voller Entscheidungsbefugnis in seine Verwaltungsstruktur einbeziehen.

/// Wir haben mehr als 120 Organisationen zusammengebracht und der Weltbank Empfehlungen zu Governance, Finanzierung und Betriebsmodalitäten des FIF vorgelegt. Die Zivilgesellschaft sollte nicht nur eine Stimme haben, sondern volles Stimmrecht. Das ist beim Globalen Fonds und bei Gavi der Fall, und der Rechtsrahmen der Weltbank würde das auch erlauben.“

Christoph Benn

Der Privatsektor kann eine konstruktive Rolle dabei spielen, dass die globale Gesundheitssteuerung Ergebnisse liefert, aber er muss systematischer einbezogen werden. Der 2019 eingerichtete und von UNAIDS finanzierte *Health Innovation Exchange* ist eine vielversprechende Entwicklung, weil er Geldgeber und Investoren aus dem Privatsektor mit Innovatoren und Ländern zusammenbringt, die bereit sind, neue Lösungen umzusetzen, die die UHC- und SDG-Ziele verfolgen.

/// *Der Health Innovation Exchange ist eine neue Plattform, die eine einzigartige Brücke zwischen Innovatoren, Investoren und Umsetzern schlägt, insbesondere auch zu Gesundheitsministerien im Globalen Süden. Wie kann ein solcher Ansatz auf UN-Ebene gestärkt und ausgeweitet und als Blaupause für die multisektorale Zusammenarbeit dienen, die für die Stärkung der Gesundheitssysteme erforderlich ist?*

Roland Göhde

Und schließlich kann die Zivilgesellschaft auch jetzt schon einen proaktiveren Beitrag zu einer wirksameren globalen Gesundheitssteuerung leisten – ihre Vertreter und Vertreterinnen müssen nicht warten, bis sie an den Tisch gebeten wird. Ein Mitglied des Impulsdialogs stellte fest, dass sich die zivilgesellschaftlichen Organisationen – insbesondere in Deutschland – zu sehr auf allgemeine Themen wie die Forderung nach „mehr staatlicher Entwicklungszusammenarbeit“ konzentrierten. Es wäre produktiver, zu fragen, was die staatliche Entwicklungszusammenarbeit konkret leisten sollte, und die Regierungen zu drängen, auch auf diesem Weg mehr Koordination im Bereich der globalen Gesundheit zu verfolgen.

Wie kann Deutschland ein effektiverer Akteur in der Steuerung der globalen Gesundheit werden?

Alle Dialog-Teilnehmenden waren sich einig, dass Deutschland aktuell bereits eine konstruktive Rolle in der globalen Gesundheitspolitik spielt, dass sein Engagement jedoch in mehreren Bereichen noch verstärkt werden kann.

/// Deutschland tut das, was es tun sollte: Es zeigt sich als verantwortungsbewusster Mitgliedstaat, der größte Beitragszahler der WHO und drängt auf WHO-Reformen, indem es sagt, dass wir eine starke und gut finanzierte WHO brauchen.“

Christoph Benn

Fachwissen für die globale Gesundheit fördern

Mehrere Dialog-Teilnehmende waren der Meinung, dass die globale öffentliche Gesundheit als akademische Disziplin in Deutschland unterentwickelt ist, insbesondere im Vergleich zu Ländern wie dem Vereinigten Königreich oder den Niederlanden. Dies wurde darauf zurückgeführt, dass es in Deutschland keine lange Tradition des politischen oder akademischen Engagements im Bereich der globalen Gesundheit gibt. Dies könne geändert werden, indem es systematisch in die akademische Ausbildung zu diesem Thema investiert wird, um die „nächste Generation von Denkern und Denkerinnen, aber auch Entscheidungsträgern und Entscheidungsträgerinnen“ für das globale Gesundheitsökosystem hervorzubringen.

In ähnlicher Weise diagnostizierte ein Mitglied des Dialogs einen Mangel an renommierten *Think Tanks* und „öffentlichen

Intellektuellen“ mit der nötigen Reputation, um sich mit dem nötigen Nachdruck zu Fragen der *Governance* der globalen Gesundheit zu äußern und gehört zu werden. Andere Länder, wie die Vereinigten Staaten, verfügen dies bezüglich über größeres Sozialkapital, um qualifiziert Einfluss auf den öffentlichen Diskurs Fragen der globalen Gesundheit zu nehmen.

Die technische Entwicklungszusammenarbeit und das Engagement des Privatsektors erleichtern

Neben seiner Führungsrolle und seiner Finanzkraft verfügt Deutschland über weitere Trümpfe, die es bei der globalen Gesundheitssteuerung effektiver einbringen kann. Die technische Entwicklungszusammenarbeit des Landes ist gut etabliert, und die GIZ verfügt über umfangreiche Erfahrungen in der Unterstützung von Partnerländern bei dem Kapazitätsaufbau und der Gesundheitssystemstärkung. In den letzten Jahren hat Deutschland jedoch seine bilaterale Entwicklungszusammenarbeit im Gesundheitsbereich zurückgefahren, was sich nicht nur auf die Regierungen und nichtstaatlichen Partner auswirkt, die früher auf diese Unterstützung zählen konnten.

Deutschland hat einen dynamischen privaten Gesundheitssektor, der über wissenschaftliches Fachwissen, Innovation und Kapital von Weltrang verfügt. Neue Partnerschaften und Investitionen, insbesondere in Ländern mit niedrigem bis mittlerem Einkommen, versprechen Vorteile für beide Seiten, wenn es um Marktzugang, Geschäftsmöglichkeiten und Technologietransfer geht. Ein Engagement in einem Schwellenland stellt jedoch ein erhebliches Risiko dar, insbesondere für

kleine und mittlere Unternehmen. Gute bilaterale Beziehungen zwischen Deutschland und dem potenziellen Investitionspartnerland sowie das Vorhandensein und die Aktivität der bilateralen Entwicklungszusammenarbeit sind wichtige Faktoren, die ein Engagement privater Unternehmen erleichtern.

/// Die bilaterale Zusammenarbeit im Gesundheitsbereich muss in ein multilaterales Engagement eingebettet werden. Sie hat eine wichtige Trigger-Funktion für Investitionen des Privatsektors, NRO-Projekte und Forschungs Kooperationen. Die Bundesregierung hat dies zeitweilig vernachlässigt, aber sie hat ihre Strategie nun in die richtige Richtung neu ausgerichtet. Eine wirklich systemische, koordinierte Umsetzung zur Stärkung der Gesundheitssysteme erfordert politische Führung und Engagement. Wir brauchen auch eine viel bessere, kohärente Kartierung der Vielzahl von Akteuren und Initiativen, um die erforderlichen Verknüpfungen und Synergien zu schaffen.“

Roland Göhde

Es gibt Spielraum für die Bundesregierung, ihr Engagement für Gesundheit in der technischen Entwicklungszusammenarbeit zu verstärken und den wichtigen Beitrag des deutschen Privatsektors anzuerkennen und zu fördern.

Die interne Fragmentierung verringern

Vielleicht der wichtigste Hinweis des Impulsdialogs, den fünf der sieben Stimmen im Impulsdialog formulierten, betrifft die Fragmentierung der Art und Weise, wie Deutschland selbst sich in der globalen Gesundheit engagiert. Mehrere deutsche Ministerien und Behörden teilen sich diese Verantwortung und steuern jeweils eins oder mehrere der globalen Gesundheitsinstrumente. So ist beispielsweise das Bundesministerium für Gesundheit für die Zusammenarbeit mit WHO, UNAIDS und UNODC zuständig, während das Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung in den Verwaltungsräten vom Globalen Fonds, Gavi und der Weltbank sitzt. Das Bundesministerium für Bildung und Forschung ist für CEPI zuständig. „Abstimmung und Austausch zwischen den deutschen Ministerien mit einem Mandat für globale Gesundheit sind nicht optimal – und dies ist seit langer Zeit so: Es gibt Gelegenheiten, bei denen dies deutlich sichtbar ist,“ sagte eine Dialog-Teilnehmende. Mehrere von ihnen wiesen darauf hin, dass zudem unklar zu sein scheint, inwieweit die derzeitige deutsche Regierung der globalen Gesundheit noch Priorität einräumt.

„Deutschland sollte ein Bindeglied zwischen den globalen Gesundheitsinitiativen sein. Da sich jedoch so viele deutsche Ministerien die Verantwortung teilen, muss hinterfragt werden, inwieweit das Land über die verschiedenen Initiativen hinweg ein konsistenter multilateraler Akteur sein kann.“

Anna Holzscheiter

Deutschland könnte seinen eigenen Beitrag zu einer besser koordinierten und ganzheitlicheren globalen Gesundheitssteuerung leisten, indem es sich „defragmentiert“. Obwohl es keine idealen Lösungen gibt, gibt es Beispiele aus anderen Ländern, die als besser koordiniert gelten. In Schweden gibt es einen Botschafter für globale Gesundheit, der im Außenministerium angesiedelt ist, aber über die Autorität und Reichweite verfügt, um die Politik und das Engagement der verschiedenen Ministerien zu koordinieren. Norwegen wurde von den Dialog-Teilnehmenden als weiteres Beispiel für ein gut koordiniertes globales Gesundheitsengagement genannt, in gewissem Maße auch Frankreich, und das britische Vorgehen vor der Schließung des *Department for International Development* (DFID).

Deutschlands Ministerien für Gesundheit und für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung spielen entscheidende Rollen für die Gestaltung des weiteren Wegs der internationalen Zusammenarbeit im Bereich der globalen Gesundheit. Sie wären gut positioniert, eine strategische Neuausrichtung hin zu einer geringeren Fragmentierung und einer besseren Koordinierung des in der globalen Gesundheitspolitik anzuführen. Das Land hat bereits eine [Strategie zur globalen Gesundheit](#) verabschiedet, die schon vor der COVID-19-Pandemie verfasst wurde. Eine Aktualisierung dieser Strategie könnte Dynamik für eine Neugestaltung der Art und Weise schaffen, wie Deutschland selbst sein Engagement auf dem globalen Gesundheitsmarkt organisiert.

Danksagung

Der Impulsdialog ist eine Kooperation zwischen dem *Global Health Hub Germany* (GHHG) und *Healthy DEVELOPMENTS* und wird vom deutschen Bundesministerium für Gesundheit und dem Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung gefördert.

Der Impulsdialog-Prozess wurde von Teams des GHHG und von *Healthy DEVELOPMENTS* initiiert und durchgeführt, jeweils unter der Leitung von Sarah Pelull (GHHG-Leiterin für Impulsdialoge) und Anna von Roenne (Chefredakteurin von *Healthy DEVELOPMENTS*). Annas konzeptionelle Steuerung und Sarahs dynamische Organisation des Prozesses verdienen besondere Anerkennung. Die wertvollen Beiträge von Mary White-Kaba (*Healthy DEVELOPMENTS*), Indira von Gierke (GIZ) und Anna-Lena Hasselder (GHHG) während des gesamten Prozesses werden dankbar gewürdigt. Das GHHG-Team profitierte von der Gesamtteamleitung durch Kristina Knispel.

Dieses Papier wurde von Clemens Gros (*Healthy DEVELOPMENTS*) verfasst, der auch die Moderation des Dialogs übernahm. Anna von Roenne übersetzte es ins Deutsche.

Veröffentlicht von	Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ) GmbH	Stand	September 2022
	Sitz in Bonn und Eschborn	Text	Clemens Gros
	Global Health Hub Germany (GHHG) c/o GIZ and Healthy DEVELOPMENTS www.giz.de www.globalhealthhub.de www.health.bmz.de	Layout	Karsten van der Oord
		Im Auftrag von	Bundesministerium für Gesundheit (BMG), und Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (BMZ)
		GIZ ist für den Inhalt dieser Publikation verantwortlich	