



DISKUSSIONSBEITRAG

Quo vadis, WHO?

Vor welchen Herausforderungen die Weltgesundheitsorganisation steht und wie Deutschland zu ihrer Stärkung beitragen kann

Impressum**Herausgeber**

Brot für die Welt - Evangelischer
Entwicklungsdienst
Evangelisches Werk für Diakonie
und Entwicklung e. V.

Caroline-Michaelis-Straße 1
10115 Berlin, Germany

Telefon +49 30 65211 0
info@brot-fuer-die-welt.de
www.brot-fuer-die-welt.de

Autorin Barbara Kühlen

Redaktion Mareike Haase,

Maike Lukow, Luise Steinwachs

V. i. S. d. P. Klaus Seitz

Fotos Jörg Böhling (S. 6), Jens
Grossmann (S. 40), Thomas Lohnes
(S. 9, 15, 31, 37), Violaine Martin/WHO
(Titel), Oliver Reinhardt /
Zeitspiegel (S. 8), OMS /
HANNING / REA/laif (S. 13), Yu Yang /
Polaris / laif (S. 29)

Layout János Theil

Druck Spree Druck Berlin GmbH

Art. Nr. 129 502 570

Spenden

Brot für die Welt - Evangelischer
Entwicklungsdienst
IBAN DE10 1006 1006 0500 5005 00
Bank für Kirche und Diakonie
BIC GENODED1KD

Mai 2017

DISKUSSIONSBEITRAG

Quo vadis, WHO?

Vor welchen Herausforderungen die Weltgesundheitsorganisation steht und wie Deutschland zu ihrer Stärkung beitragen kann

Von Barbara Kühlen

Inhaltsverzeichnis

| | | |
|----------|---|-----------|
| | Vorwort | 5 |
| | Einführung | 6 |
| 1 | Von Elmau nach Hamburg: Deutschlands Engagement in der Globalen Gesundheit | 7 |
| | Globale Gesundheit in der Post-Ebola-Ära | 8 |
| | Folgen auf die Absichtserklärungen Taten? | 9 |
| | Partner und Schwerpunkte im Gesundheitsbereich | 10 |
| 2 | Die Rolle der Weltgesundheitsorganisation | 12 |
| | Entstehung, Mandat und Entwicklung | 12 |
| | Ist die WHO noch die Instanz für Gesundheitsfragen? | 13 |
| | Finanzierung: Ohne Moos nichts los | 17 |
| | WHO: zu langsam, zu abhängig, zu ineffizient? | 24 |
| | Reformen - Zeit zu handeln | 26 |
| | Fehlende Führung? | 28 |
| | Die Zusammenarbeit mit nicht staatlichen Akteuren | 28 |
| | Fit for purpose? | 29 |
| 3 | Genfer Musterknabe? Die Position Deutschlands | 32 |
| | G20 als Chance? | 33 |
| | Gesundheitsfinanzierung: Sektorübergreifend denken und handeln | 35 |
| 4 | Schlussfolgerungen und Empfehlungen | 36 |
| | Zurück zur globalen Gesundheitsinstanz | 36 |
| | Globale Gesundheit als Markenzeichen der Bundesregierung? | |
| | Empfehlungen für Deutschland und die G20 | 38 |
| | Globale Gesundheit auf der Agenda der G20 | 39 |
| 5 | Ausblick: Was passiert nach 2017? | 40 |
| | Abkürzungsverzeichnis | 42 |
| | Literaturverzeichnis | 43 |

Vorwort

Gesundheit ist Voraussetzung für die Entwicklung jedes Einzelnen und von Gesellschaften. Sie ist mehr als die Abwesenheit von Krankheit, sondern vollständiges körperliches, geistiges und soziales Wohlbefinden. Aber die Unterschiede in den Gesundheitssystemen zwischen den einzelnen Ländern und innerhalb dieser sind groß. Brot für die Welt setzt sich gemeinsam mit seinen Partnerorganisationen dafür ein, dass sich die Gesundheitsversorgung weltweit verbessert. Besonders die Ebola-Epidemie in Westafrika 2014/2015 hat gezeigt, wie fragil die Gesundheitssysteme in vielen Ländern sind. Doch ein nachhaltiger Aufbau von Gesundheitsstrukturen und der Zugang dazu ist für das Wohlergehen aller Menschen notwendig.

Seit der Ebola-Krise engagiert sich die deutsche Bundesregierung im Bereich Globale Gesundheit stärker als zuvor. Mit einer Vielzahl an Sonderinitiativen und finanziellen Zusagen will sie Gesundheitssysteme insbesondere auf dem afrikanischen Kontinent verbessern. 2015 verabschiedete die Weltgemeinschaft außerdem die Agenda 2030 mit 17 nachhaltigen Entwicklungszielen. Auch sie fordert die Bundesrepublik auf, sich für Globale Gesundheit zu engagieren, denn fast alle Ziele der Agenda sind direkt oder indirekt mit dem Thema Gesundheit verbunden. Das unterstreicht einmal mehr die Bedeutung von Gesundheit als Faktor für eine nachhaltige Entwicklung. So will Ziel 3 „für alle Menschen jeden Alters ein gesundes Leben gewährleisten und ihr Wohlergehen fördern“. Damit verbunden ist das Unterziel, eine universelle Gesundheitsversorgung (Universal Health Coverage) zu etablieren.

Um die Agenda 2030 umzusetzen, müssen alle Akteure an einem Strang ziehen. Angesichts der steigenden Zahl von Akteuren in der internationalen Gesundheitspolitik ist es wesentlich, dass die Weltgesundheitsorganisation (WHO) als demokratisch legitimierte Sonderorganisation der Vereinten Nationen weltweit Normen und Standards für Gesundheit setzt und Aktivitäten in diesem Bereich koordiniert. Aber ist die WHO aktuell dazu noch in der Lage? Welche Rolle kann und soll sie zukünftig spielen? Welche Voraussetzungen müssen dafür erfüllt sein?

Die WHO steckt in der Krise - und das nicht erst seit ihrer häufig bemängelten Reaktion auf die Ebola-Epidemie, die zu langsam und unkoordiniert anlief. Sie durchläuft bereits seit 2010 einen komplexen Reformprozess, der strukturelle und inhaltliche Schwächen angeht und auf die Verbesserung der finanziellen Planbarkeit zielt. Die Ebola-Krise erschütterte die WHO inmitten dieses Reformprozesses und hat weitere Schwächen der Organisation, aber auch mangelnde Reformfortschritte aufgezeigt.

Das Jahr 2017 ist bedeutsam für die Zukunft der WHO. Die Wahl der neuen Generaldirektorin oder des Generaldirektors bei der Jahreshauptversammlung im Mai 2017 bringt neue Chancen, aber auch Herausforderungen für die Neuordnung. Das Vermächtnis der Generalsekretärin Margaret Chan ist groß: Mit einer neuen Führung können die Reformen neuen Schwung erhalten - oder durch die Übergangszeit ins Stocken geraten. Auch bringt die deutsche G20-Präsidentschaft 2017 erstmals das Thema Globale Gesundheit auf die Agenda der Gruppe. Den Fokus legt Deutschland dabei auf die Bekämpfung von antimikrobiellen Resistenzen, Gesundheitskrisenmanagement und Pandemieabwehr sowie die dafür erforderliche Stärkung von Gesundheitssystemen. Zum Erreichen dieser Ziele wird die WHO eine wesentliche Rolle spielen.

Außerdem wird im September 2017 in Deutschland ein neuer Bundestag gewählt. Die derzeitige Regierung betonte stets die zentrale Rolle der WHO für die Globale Gesundheit. Es bleibt abzuwarten, ob eine neue Regierung diese Haltung übernehmen wird.

Die vorliegende Analyse beschäftigt sich mit der Frage, welche Rolle die WHO in der globalen Gesundheitspolitik spielt. Sie geht der Frage nach, was die Bundesregierung tun sollte, um die WHO zu stärken, damit diese ihr Mandat wahrnehmen und unabhängig und durchsetzungsstark agieren kann. Die Autorin Barbara Kühnle führte dazu neben einer umfassenden Recherche zahlreiche Gespräche mit Akteurinnen und Akteuren aus dem Bereich Globale Gesundheit: Vertreterinnen und Vertretern von Bundesministerien, Durchführungsorganisationen der Entwicklungszusammenarbeit, der WHO, Finanzierungsinitiativen, der Wissenschaft, von nationalen und internationalen Nichtregierungsorganisationen sowie freien Beraterinnen und Beratern. Ihnen allen gilt großer Dank für den guten und konstruktiven Austausch, die geteilten Informationen, gewährten Innenansichten und Perspektiven.

MAREIKE HAASE
Referentin Internationale Gesundheitspolitik
Brot für die Welt

Einführung

An politischen Signalen der Bundesregierung für die Globale Gesundheit mangelte es in der Post-Ebola-Ära nicht. Die Bundesregierung hat besonders im Entwicklungs- und G7-Jahr 2015 wichtige Zeichen dafür gesetzt und Initiativen gestartet. Auch im Rahmen ihrer G20-Präsidentschaft 2017 setzt sie sich dafür ein, dass Globale Gesundheit einen prominenten Platz auf der Agenda hat. Die Frage dabei ist jedoch, ob diesen Worten auch Taten – und vor allem Zahlungen – folgen.

Wie sieht Deutschlands Beitrag zur Finanzierung Globaler Gesundheit aus, wer sind wichtige Akteure und Partner und welche Rolle spielt die WHO dabei?

Diese Publikation erörtert, wie sich die WHO entwickelt, ob sie ihr Kernmandat noch ausüben kann und welche Position Deutschland in Bezug auf die WHO vertritt. Der Fokus liegt dabei insbesondere auf der Finanzierung und der Rolle der WHO in einer veränderten gesundheitspolitischen Landschaft.

Zur Einordnung wird dafür in einem einführenden Teil zunächst das politische Engagement der Bundesregierung im Bereich Globale Gesundheit analysiert und dem finanziellen Beitrag gegenübergestellt. Der zweite Teil untersucht die WHO, ihr Mandat, ihre Entwicklung und

ihre sich wandelnde Rolle. Die Finanzierung der WHO und ihre aktuelle finanzielle Situation werden dargestellt und Probleme und Herausforderungen aufgezeigt. Dabei wird der 2010 initiierte Reformprozess mit besonderem Blick auf den finanziellen Bereich bewertet. Welche Rolle Deutschland in der WHO spielt und ob seine G20-Präsidentschaft eine Chance für die Stärkung der WHO bedeutet, wird ebenfalls betrachtet.

Der abschließende Teil zieht ein Resümee aus den Ergebnissen der vorangegangenen Analyse und gibt Empfehlungen für die WHO, die Bundesregierung und die G20. Daran anschließend zeigt der Ausblick Herausforderungen und mögliche Konsequenzen international veränderter politischer Konstellationen.



Nach Angaben der WHO haben Impfungen zwischen 2010 und 2015 weltweit mindestens zehn Millionen Todesfälle verhindert.

Kapitel 1

Von Elmau nach Hamburg: Deutschlands Engagement in der Globalen Gesundheit

Jeder Mensch hat das Recht auf Gesundheit, unabhängig von seiner Herkunft, Geschlecht, Religion, politischen Überzeugung oder wirtschaftlichen Möglichkeiten. So basiert auch das Engagement der Bundesregierung für die Globale Gesundheit auf der Allgemeinen Erklärung der Menschenrechte der Vereinten Nationen von 1948. Sie setzt sich für die Gesundheit von Menschen weltweit ein, weil diese „Ziel, Voraussetzung und Ergebnis nachhaltiger Entwicklung“ sei, so das Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (BMZ o.J. a).

Die Bundesregierung hat eine Reihe von internationalen Menschenrechtsverträgen unterzeichnet, die das Recht auf Gesundheit umfassen und ausgestalten (vgl. BMZ 2009b). Zentrale Bedeutung hat dabei der UN-Sozialpakt. Als Vertragsstaat hat sich Deutschland verpflichtet, das Recht auf ein Höchstmaß an körperlicher und geistiger Gesundheit zu achten und zu gewähren. Die Bundesregierung hat sich das Ziel gesetzt, in ihren Kooperationsländern „den Zugang der Bevölkerung zu Gesundheitsdiensten, gesundheitsbezogenen Informationen und gesunden Lebensbedingungen zu verbessern“ (BMZ o.J. e) und dabei auch andere wichtige Einflussfaktoren von Gesundheit zu berücksichtigen.

Was bedeutet Globale Gesundheit?

Globale Gesundheit bezeichnet die Entwicklungen und Auswirkungen einer zunehmend globalisierten Welt auf die Gesundheit und die damit verbundenen Herausforderungen. Sie umfasst weltweite Einflussfaktoren und Risiken, die außerhalb der Kontrolle einzelner Nationen liegen. Zum Arbeitsfeld Globale Gesundheit zählen Folgen der Globalisierung wie Ungleichheit, die durch internationalen Handel und Investitionen hervorgerufen wird, oder Auswirkungen des Klimawandels, die die Gesundheit gefährden. Gesundheit wird dabei verstanden als öffentliches Gut, das Kooperationen verschiedener Akteure über unterschiedliche Sektoren hinweg erfordert und funktionierende Systeme und Strukturen notwendig macht (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung 2017).

Gesundheit ist ein wichtiger Bereich staatlicher deutscher Entwicklungszusammenarbeit. Im Rahmen der bilateralen Kooperation ist Gesundheit Schwerpunkt in

zehn Partnerländern. In weiteren 16 Ländern ist Gesundheit zwar kein Schwerpunkt, aber es werden Vorhaben im Gesundheitsbereich gefördert. Der Fokus liegt dabei auf der Stärkung von Gesundheitssystemen, der Bekämpfung von HIV/Aids und der Verbesserung der „Sexuellen und Reproduktiven Gesundheit und Rechte“ (SRGR) (BMZ 2008, BMZ 2009, BMZ 2012). Weitere Anliegen im Bereich Globale Gesundheit sind für das BMZ sowie auch die Bundesregierung im Kontext von G7/8 und G20 die Bekämpfung von Infektionskrankheiten wie Ebola und die Pandemieprävention. Das BMZ betont dabei seit einigen Jahren, wie wichtig ein ganzheitliches, sektorübergreifendes Gesundheitsverständnis sei, das es auch in seinen Projekten und Programmen umsetzen will.

**„Die WHO ist als Sonderorganisation der Vereinten Nationen für Gesundheit unverzichtbar. Sie nimmt eine übergeordnete und koordinierende Rolle in der globalen Gesundheitsarchitektur ein.“
(Bundesministerium für Gesundheit 2013, 10)**

„Zentrale Instanz zur fachlichen Orientierung von Projekten und Programmen im Gesundheitsbereich“ (BMZ o.J. c) ist für die deutsche Entwicklungszusammenarbeit die WHO. Sie gilt als Referenzrahmen, sowohl im technischen als auch im Policy-Bereich: In allen Positions- und Strategiepapieren zu Gesundheit wird auf die Zahlen und Analysen der WHO Bezug genommen. Ihre Richtlinien und Qualitätsstandards werden als Referenz genannt, insbesondere im Bereich Medikamente und Diagnostika sowie Forschung und Entwicklung. Grundlegende Strategien wie das Primary-Health-Care-Konzept, das von der WHO und Unicef 1978 in Alma Ata ins Leben gerufene Konzept der primären Gesundheitsversorgung, oder der WHO-Verhaltenskodex zur ethischen Rekrutierung von Gesundheitspersonal, gelten als Richtschnur.

Das federführende Ressort für die Zusammenarbeit mit der WHO ist in Deutschland das Bundesministerium für Gesundheit (BMG). Doch auch andere Ministerien wie das BMZ, das Bundesministerium für Bildung und



Viele Patienten, wenig Gesundheitsstationen – gerade in ländlichen Gebieten wie hier im Dorf Rousseau auf Haiti ist der Andrang oft groß und die Wartezeiten lang.

Forschung (BMBF), das Bundesministerium für Umwelt, Naturschutz, Bau und Reaktorsicherheit (BMUB) und das Auswärtige Amt (AA) arbeiten mit der WHO projektbezogen und im Falle von Katastrophen zusammen. Das BMG hat seine Rolle als Akteur in der Globalen Gesundheit in den letzten Jahren ausgebaut und berät sich mit den genannten Ressorts und den Durchführungsorganisationen des BMZ.

Globale Gesundheit in der Post-Ebola-Ära

Welche Folgen schwache Gesundheitssysteme, ineffiziente Krisenprävention und eine unzureichende Abstimmung zwischen den Akteuren auf verschiedenen Ebenen haben, zeigte 2014/15 die Ebola-Krise. Besonders kritisiert wird die Reaktion der WHO. Die Bundesregierung nahm die Ebola-Epidemie zum Anlass, sich stärker als zuvor im Bereich Globale Gesundheit zu engagieren, besonders für die Verbesserung von Gesundheitssystemen und die Pandemie- und Krisenprävention.

Im Entwicklungsjahr 2015 zeigte Deutschland sich als themensetzender Akteur in der Globalen Gesundheitspolitik. So kündigte die Bundesregierung zum

Auftakt der deutschen G7-Präsidentschaft als Gastgeberin der Wiederauffüllungskonferenz der Impfallianz Gavi Anfang 2015 an, ihre Beiträge höher aufzustocken als erwartet. Im selben Jahr stellte Kanzlerin Merkel einen Sechs-Punkte-Plan zur Bewältigung internationaler Krisen im Gesundheitsbereich vor, der unter anderem den Aufbau eines Kontingents von schnell einsetzbarem medizinischen Personal für Einsätze in Krisengebieten sowie einen Notfallfonds vorsieht (Bundesregierung 2015a). Bei ihrer Eröffnungsrede der Weltgesundheitsversammlung im Mai 2015 betonte Kanzlerin Merkel, dass Deutschland im Rahmen seiner G7-Präsidentschaft das „Menschenrecht auf Gesundheit“ international stärker verankern wolle. Sie verlangte von der WHO, einen globalen Katastrophenschutzplan zum Kampf gegen Epidemien wie Ebola aufzustellen und unterstrich die Bedeutung verbesserter internationaler Kooperation. Trotz Kritik an der Reaktion der WHO im Rahmen der Ebola-Epidemie, hob sie die „zentrale Rolle“ einer reformierten WHO in diesem Prozess hervor (Bundesregierung 2015b).

Die Bundesregierung setzte das Thema Globale Gesundheit während der gesamten G7-Präsidentschaft prominent auf die Agenda. Sie rief das Sonderprogramm „Gesundheit in Afrika“ ins Leben, um Partnerländer beim Aufbau der Gesundheitsversorgung in den Bereichen

Ausrüstung, Aufklärung und Ausbildung zu unterstützen. Gleichzeitig erneuerte sie die deutsche Förderung von Produktentwicklungspartnerschaften für den Zeitraum 2016 bis 2020. In ihrer Abschlusserklärung des Gipfels von Elmau bekräftigten die Staats- und Regierungschefs der G7 die „zentrale Rolle der WHO für die internationale Gesundheitssicherheit“ (Bundesregierung 2015b) und versprachen die uneingeschränkte Unterstützung des Globalen Aktionsplans der WHO zu Antibiotikaresistenzen. Sie verpflichteten sich dem Kampf gegen vernachlässigte Tropenkrankheiten, zu dem sie mit dem WHO Global Observatory on Health Research and Development zusammen arbeiten wollen.

Ein zentraler Beitrag zur Gestaltung globaler Gesundheitspolitik ist die aus dem G7-Prozess resultierende Initiative „Healthy Systems, Healthy Lives“, die auf eine verbesserte Abstimmung und Zusammenarbeit der verschiedenen Gesundheitsakteure und -initiativen mit dem Fokus Stärkung von Gesundheitssystemen zielt. Diese wurde im September 2015 bei einem Side-Event zur Generalversammlung der Vereinten Nationen in New York von Kanzlerin Merkel ins Leben gerufen und gemeinsam mit WHO-Generaldirektorin Margaret Chan präsentiert. Im März 2017 stellten das BMZ, die WHO und die Weltbank dazu bei einem Treffen der im G20-Kontext einberufenen Gesundheitsexpertengruppe das gemeinsame „Healthy Systems, Healthy Lives Joint Vision Paper“ vor (vgl. Evans/Wilczek 2017).

Auch bei der Erarbeitung der nachhaltigen Entwicklungsziele (SDGs) setzte sich Deutschland für Globale Gesundheit ein, was sich insbesondere in SDG 3 zu Gesundheit niederschlug. Immer wieder betonten Vertreterinnen und Vertreter der Bundesregierung, dass die Gesundheit aller zur Erreichung der SDGs bis 2030 hohe Priorität besitzen müsse.

Im Rahmen ihrer G20-Präsidentschaft setzt sich die Bundesregierung ebenfalls dafür ein, dass Globale Gesundheit prominent auf der Agenda steht (siehe dazu auch S. 33ff).

Folgen auf die Absichtserklärungen Taten?

Mit Worten hat Deutschland sich in den letzten Jahren also vielfach für das Thema eingesetzt. Doch untermauert es sein politisches Engagement diesbezüglich auch durch entsprechende finanzielle Förderung? In

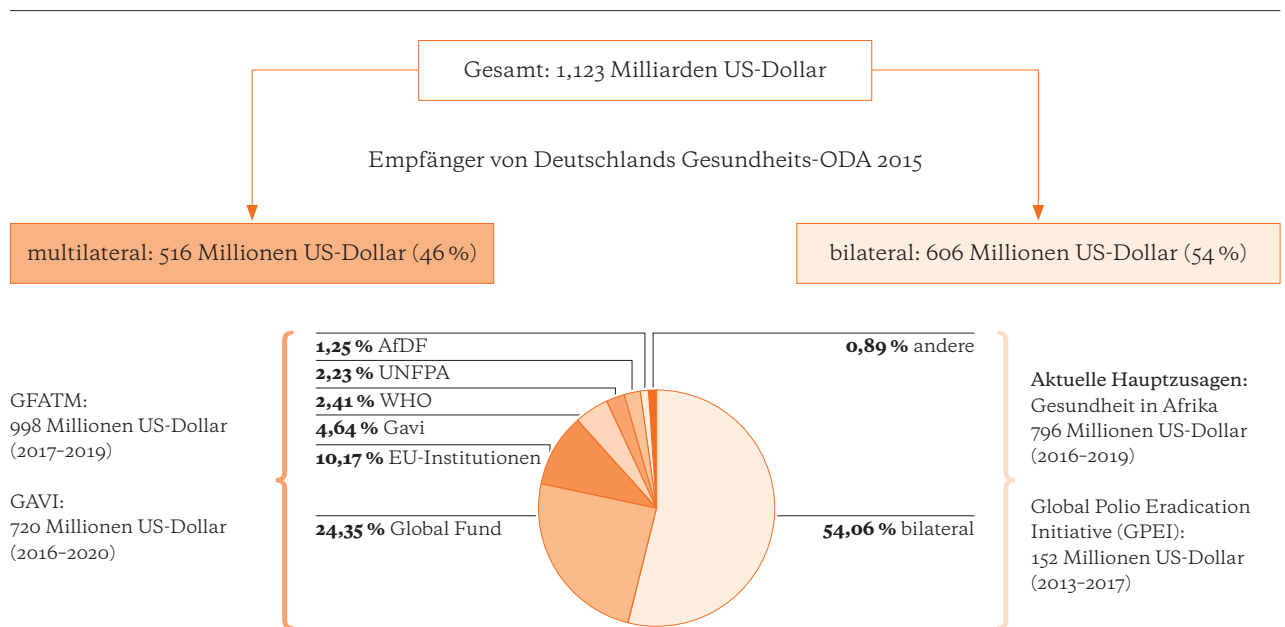
absoluten Zahlen ist die offizielle deutsche gesundheitsbezogene Entwicklungszusammenarbeit – Official Development Assistance (ODA) – im letzten Jahrzehnt stark gestiegen: Sie wuchs von 378,6 Millionen US-Dollar im Jahr 2002 auf 989,8 Millionen US-Dollar im Jahr 2013 (Freund/Munir 2016, 15).

Doch misst man den Anteil gesundheitsbezogener Entwicklungszusammenarbeit (EZ) an der gesamten deutschen ODA, gibt es keinen signifikanten Zuwachs in diesem Zeitraum. So lag der Anteil der gesundheitsbezogenen ODA an der gesamten deutschen öffentlichen EZ zwischen 2002 und 2013 relativ konstant zwischen fünf und acht Prozent. Die gesundheitsbezogene ODA zeigt keine Zuwachsraten. Deutschlands Beitrag zur gesamten globalen Gesundheits-ODA betrug zwischen 2002 und 2013 5,3 Prozent (Freund/Munir 2016, 16).

Finanziell betrachtet spielt Gesundheit in der deutschen Entwicklungszusammenarbeit also keine besonders wichtige Rolle. 2015 war Deutschland zwar drittgrößtes Geberland der DAC-Staaten (Development Assistance Committee – DAC) bei der gesundheitsbezogenen ODA, doch auch in diesem Jahr wendete der deutsche Staat wie beschrieben nur fünf Prozent der deutschen ODA für



In der methodistischen Wesley-Klinik in Myanmar, unweit der Grenze zu Indien, warten die Patienten gemeinsam mit ihren Angehörigen auf die nächste Untersuchung.



Deutschland Gesundheits-ODA 2015
 Quelle: SEEK Donor Tracker, verfügbar unter: http://seekdevelopment.org/en/donor_tracker

Gesundheit auf. Damit liegt Deutschland deutlich unter dem Durchschnitt der DAC-Staaten von neun Prozent (SEEK 2017).

Gemessen am Bruttonationaleinkommen (BNE) lag der deutsche Beitrag zu globaler Gesundheit 2013 bei nur 0,027 Prozent - und damit weit unter dem Durchschnitt der europäischen Staaten und der WHO-Empfehlung von 2001, 0,1 Prozent des BNE für gesundheitsbezogene EZ einzusetzen (vgl. Freund/Munir 2016, 16). Neuere Berechnungen von Chatham House empfahlen 2014 sogar, dass Länder mit höheren Einkommen 0,15 Prozent ihres Bruttoinlandproduktes (BIP) für die externe Finanzierung von Gesundheit in Entwicklungsländern zur Verfügung stellen sollten (Chatham House 2014, 23).

Partner und Schwerpunkte im Gesundheitsbereich

Deutsche, gesundheitsbezogene Entwicklungszusammenarbeitsgelder fließen in multilaterale Institutionen und Initiativen und in bilaterale Länderkooperationen. 2015 war der Anteil der multilateralen Empfänger mit 46 Prozent erstmals seit 2002 wieder geringer als der der bilateralen Partner. Zwischen 2002 und 2013 ging die

deutsche Gesundheits-ODA durchschnittlich zu 55 Prozent an multilaterale Akteure und Institutionen.

Hauptempfänger der multilateralen Gesundheits-ODA waren in den letzten Jahren der Globale Fonds zur Bekämpfung von Aids, Tuberkulose und Malaria (GFATM), die EU-Institutionen, Gavi sowie die WHO. 2015 gab die Bundesregierung rund 233 Millionen US-Dollar an den GFATM, 63,3 Millionen US-Dollar an Gavi und rund 67,2 Millionen US-Dollar ODA-anrechenbare Mittel an die WHO. Davon waren 41,9 Millionen US-Dollar freiwillige Beiträge, die projektgebunden an die WHO flossen (SEEK 2017). Die Zahlungen sind jedoch schlecht vergleichbar: Während GFATM und Gavi aufgrund ihres Mandates Finanzierungsmechanismen sind, ist die WHO die zentrale, normensetzende Gesundheitsinstanz.

Für den Zeitraum 2016 bis 2020 sagte die Bundesregierung zu, ihren Beitrag an Gavi auf insgesamt 720 Millionen US-Dollar zu erhöhen - mehr als eine Verdreifachung gegenüber den Zusagen der Jahre 2006 bis 2015. Solche Zuwachsraten hat der GFATM nicht zu verzeichnen: Auch wenn Deutschland zu den größten Gebern des Fonds zählt, stagniert sein Beitrag quasi seit 2008. Im Jahr 2014 stockte es seine Gelder einmalig auf, doch auch bei der letzten Wiederauffüllungskonferenz im September 2016 erhöhte die Bundesregierung die Mittel für

den GFATM nur marginal. Der deutsche Beitrag entspricht somit nicht einem, gemessen an der deutschen Wirtschaftskraft, fairen Anteil von 400 Millionen Euro pro Jahr, wie ihn deutsche zivilgesellschaftliche Organisationen, unter anderem Brot für die Welt, seit Jahren fordern (vgl. Ärzte ohne Grenzen 2016).

Auch wenn gut die Hälfte der deutschen EZ-Ausgaben für Gesundheit an bilaterale Partner im Gesundheitssektor fließt, spielen diese im BMZ nur eine geringe Rolle. So gehen nur drei Prozent des Gesamtbudgets des BMZ für die bilaterale Zusammenarbeit in gesundheitsbezogene Entwicklungszusammenarbeit. Aktuelle bilaterale Schwerpunkte der Zusammenarbeit im Gesundheitssektor sind Deutschlands Beitrag zur Global Polio Eradication Initiative (GPEI) mit einem Beitrag von rund 22 Millionen US-Dollar in 2015 und die Sonderinitiative „Gesundheit in Afrika“, die als Reaktion auf die Ebola-Epidemie zur Stärkung von Gesundheitssystemen in Afrika ins Leben gerufen wurde (vgl. SEEK 2017). Für mehr bilaterales Engagement, begleitend zu den Zahlungen an multilaterale Partner, ist also noch viel Platz nach oben. Ein Beispiel für eine erfolgreiche Zusammenarbeit ist das globale Gesundheitsprogramm BACKUP der Gesellschaft für internationale Zusammenarbeit (GIZ). Dieses unterstützt Partnerländer dabei, Mittel des GFATM besser und effizienter zu nutzen.

Ob und inwieweit sich der finanzielle Beitrag Deutschlands mit den politischen Aussagen der letzten Jahre deckt, lässt sich aufgrund der Klassifizierung von Projekten, wie sie die Datenbank des DAC bei der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) bietet, nur schwer beurteilen. Aufgrund struktureller Vorgaben der Datenbank kann die zunehmende Anzahl sektorübergreifender Projekte nicht adäquat zugeordnet werden. Organisationen wie das Aktionsbündnis gegen Aids und Action for Global Health wenden deswegen bei den Analysen der OECD/DAC-Zahlen eine andere Methode an und prüfen die Projekte einzeln auf ihren Gesundheitsbezug (vgl. Aktionsbündnis gegen Aids 2016).

Der finanzielle Beitrag Deutschlands spiegelt insgesamt die selbst auferlegte Verantwortung Deutschlands für Globale Gesundheit, wie sie auch Merkel zur Chefsache ernannt hat, nur begrenzt wider. Gemessen an seinem BNE ist der Beitrag für die Globale Gesundheit eher niedrig. Deutschlands finanzieller Beitrag in multilateralen Institutionen ist immer noch vergleichsweise gering. Stattdessen wird die Gesundheitspolitik global vor allem

von den USA, Großbritannien und der Bill-und-Melinda-Gates-Foundation (BMGF) finanziert und bestimmt.

Auch der finanzielle Beitrag Deutschlands zur WHO als multilaterale Akteurin ist vergleichsweise gering und entspricht nicht der hohen Priorität, die der WHO im politischen Diskurs gegeben wird. Dies vermerkt auch das Lancet Editorial Board 2013 in seiner Kurzanalyse des „Globalen Gesundheitskonzeptes“ der Bundesregierung: Zwar würde die Bedeutung einer starken WHO und die Unterstützung des Reformprozesses deutlich betont, Zusagen für eine größere finanzielle Unterstützung gäbe es aber nicht. „Deutschland, das kannst Du besser“ lautet die Bilanz (vgl. The Lancet 2013).

Kapitel 2

Die Rolle der Weltgesundheitsorganisation

Entstehung, Mandat und Entwicklung

Nach dem Ende des Zweiten Weltkrieges lebte ein großer Teil der Weltbevölkerung in extremer Armut. Viele Menschen waren chronisch unterernährt und litten an übertragbaren Krankheiten. Durch den Krieg waren Gesundheitssysteme zerstört worden und dort, wo Strukturen eines funktionierenden Gesundheitswesens noch existierten, waren große Teile der Bevölkerung davon ausgeschlossen (WHO 1995, 93-100). 1948 wurde deswegen die WHO als Sonderorganisation der Vereinten Nationen gegründet. Laut ihrer Verfassung soll sie die „leitende und koordinierende Stelle des internationalen Gesundheitswesens“ sein und dafür sorgen, dass alle Menschen ihr bestmögliches Gesundheitsniveau erreichen (Artikel 1). Internationale Solidarität im Kampf für Gesundheit sollte den Quarantäne-Ansatz früherer internationaler Gesundheitsinitiativen ersetzen.

Die WHO ist die Koordinationsbehörde der Vereinten Nationen für das internationale öffentliche Gesundheitswesen und federführend in globalen Gesundheitsfragen. Sie soll Erkrankungen bekämpfen und die allgemeine Gesundheit aller Menschen weltweit fördern. Menschen und ihr Recht auf Gesundheit stehen dabei im Mittelpunkt. Die WHO ist federführend in der Entwicklung und Umsetzung global gültiger Normen und Standards. Sie entwickelt Leitlinien und Methoden in gesundheitsbezogenen Bereichen und formuliert evidenzbasierte gesundheitspolitische Grundsätze.

Die Arbeit der WHO basiert auf einem umfassenden **Verständnis von Gesundheit**: Gesundheit ist der Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur das Freisein von Krankheit und Gebrechen (WHO 2006). Dies ist vor allem vor dem Hintergrund der vertikalen Arbeitsweise anderer globaler Gesundheitsakteure und der zunehmenden Betrachtung von Globaler Gesundheit als Pandemieabwehr erwähnenswert.

Die WHO bietet ihren Mitgliedstaaten fachliche Unterstützung und Beratung beim Ausbau der Gesundheitsdienste und in der Umsetzung von Gesundheitsprogrammen. Sie überwacht und bewertet gesundheitliche

Entwicklungen, fördert medizinische Forschung und leistet Soforthilfe bei Katastrophen. Die WHO setzt sich weltweit für bessere Ernährung und für eine Verbesserung der Wohn- und Arbeitsbedingungen sowie der sanitären Verhältnisse als wichtige gesundheitliche Rahmenbedingungen ein (WHO 2006, 2-3).

An diesem Kernmandat der WHO haben auch nachträgliche Erweiterungen ihrer Aufgaben nichts geändert. Doch es scheint, dass die WHO ihr Mandat zunehmend nicht mehr, oder zumindest nicht im vorgesehenen Maße, ausüben kann. Bei der Festlegung ihrer inhaltlichen Schwerpunkte, und damit auch in ihrer Unabhängigkeit, wird sie vor allem aufgrund finanzieller Herausforderungen und der Vielzahl neuer Gesundheitsakteure zunehmend eingeschränkt.

Die Zentrale der WHO mit dem Sekretariat befindet sich in Genf. Sechs relativ autonom arbeitende regionale Organisationen mit je einem Regionalbüro und -ausschuss und rund 150 Länderbüros sind über die ganze Welt verteilt. Die WHO zählt 194 Mitgliedsstaaten und beschäftigt weltweit rund 7.000 Mitarbeitende. Hauptorgane der WHO sind die Weltgesundheitsversammlung (World Health Assembly - WHA) als höchstes Entscheidungsorgan, der Exekutivrat mit 34 Regierungsvertreterinnen und Regierungsvertretern als ausführendes Organ der WHA und das Sekretariat in Genf unter Leitung des Generaldirektors oder der Generaldirektorin.

Die inhaltlichen Schwerpunkte der Arbeit der WHO haben sich über die Jahrzehnte verändert: Bei ihrer Gründung lag der Fokus auf Infektionskrankheiten, Mutter-Kind-Gesundheit sowie Ernährung und Umwelthygiene. Massenkampagnen gegen einzelne Krankheiten standen in den ersten Jahrzehnten im Vordergrund. Bereits in den 70er Jahren war sie an Partnerschaften im Gesundheitsbereich beteiligt, wie unter anderem dem Sonderprogramm für Forschung und Ausbildung in Tropenkrankheiten, die weltweite Initiative zur Ausrottung der Kinderlähmung und die Partnerschaft zur Zurückdrängung der Malaria (vgl. Beigebeder 2012, 197).

Ein Meilenstein in der Geschichte der WHO war 1978 in Alma Ata die Verabschiedung der Strategie „Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000“ gemeinsam mit Unicef. Die Strategie unterstrich die Bedeutung einer medizinischen Grundversorgung und wies erstmals auf die Bedeutung der Einbeziehung anderer Sektoren für die Gesundheit hin. Sie wurde Grundlage späterer systemstärkender Ansätze und des Konzeptes von Universal Health Coverage (UHC) - der allgemeinen Gesundheitsversorgung.



Versammlung der WHO kurz nach der Ernennung von Generaldirektorin Margret Chan 2006

Ende der 80er Jahre legte die WHO unter anderem ihr globales Aidsprogramm auf. 1996 wurde dieses durch das Gemeinsame Programm der Vereinten Nationen zu HIV/AIDS (UNAIDS) ersetzt. Dies war ein erster Schritt hin zur Auslagerung von Kompetenzen der WHO zu anderen, neu entstehenden Organisationen – und nach Ansicht einiger Kritiker eine Folge des mangelnden Erfolgs beziehungsweise der unzureichenden Finanzierung des WHO-Aids-Programms. Es war, laut Yves Beigbeder, einem ehemaligen WHO-Mitarbeiter, „ein Schlag gegen die Führungsspitze und ein Misstrauensvotum gegen das Management der Organisation“ (Beigbeder 2012, 196).

Dieser Trend setzte sich durch das Aufkommen weiterer neuer Instrumente und Initiativen um die Jahrtausendwende fort. Kompetenzen der WHO wurden an neu entstehende Finanzierungsinstrumente ausgelagert, die sich qua Mandat durch die Förderung von Projekten dem operativen Bereich weitaus gezielter widmen konnten als die WHO. Denn diese soll laut ihrer Verfassung weder operativ tätig werden noch verfügt sie über die dafür notwendige Finanzierung.

Die WHO suchte in dieser Zeit vermehrt den Schulterchluss mit privatwirtschaftlichen Akteuren. So baute WHO-Generaldirektorin Gro Brundtland, die von 1998 bis 2003 an der Spitze der WHO stand, während ihrer

Amtszeit den Dialog und die Zusammenarbeit mit dem Privatsektor und der Pharmaindustrie aus. UN-Generalsekretär Kofi Annan rief im Jahr 1999 beim Weltwirtschaftsforum in Davos den „Globalen Pakt der Vereinten Nationen“ (United Nations Global Compact) – die weltweit größte Initiative für verantwortungsvolle Unternehmensführung – ins Leben und ermutigte zu öffentlich-privaten Partnerschaften. Die Zahl der Public Private Partnerships (PPPs) der WHO nimmt seitdem erheblich zu, was nachhaltige Auswirkungen auf die Finanzierung und die Gestaltung der Agenda der WHO hat. Die Einbeziehung kommerzieller Unternehmen und die enge Partnerschaft mit der Pharmaindustrie wird von vielen Beobachtern aufgrund der gewinnorientierten Interessen der Unternehmen und möglichen Interessenskonflikten kritisch gesehen (vgl. Beigbeder 2012, 198).

Ist die WHO noch die Instanz für Gesundheitsfragen?

Mit den Millennium-Entwicklungszielen (Millennium Development Goals – MDGs) veränderte sich zur Jahrtausendwende die internationale Gesundheitsarchitektur maßgeblich. Eine Vielzahl neuer, hauptsächlich vertikal,

also auf die Bekämpfung einzelner Krankheiten statt auf die Stärkung der Gesundheitssysteme im Ganzen, ausgeleiteter Akteure und Initiativen wurde im Gesundheitsbereich aktiv. Damit einhergehend erhöhten sich die internationalen Zuwendungen im Bereich Globale Gesundheit signifikant. Sie stiegen von 2000 bis 2010 jährlich um 11,3 Prozent von etwa 11,6 Milliarden US-Dollar auf 33,9 Milliarden US-Dollar (Institute for Health Metrics and Evaluation 2015). Zu den neuen Akteuren, die von den veränderten Rahmenbedingungen profitierten, zählen vor allem Gavi, der GFATM, aber auch US-amerikanische Initiativen wie der President's Emergency Plan for Aids Relief (PEPFAR) und einige Jahre später die President's Malaria Initiative (PMI).

Mit dem gestiegenen Interesse und Finanzierungsbedarf für die Globale Gesundheit konnte sich die 1999 gegründete Bill-und-Melinda-Gates-Foundation (BMGF) als ein zentraler Gesundheitsakteur etablieren und ihren Einfluss schrittweise ausbauen. Die Stiftung stellte 2015 rund 2,9 Milliarden US-Dollar für Globale Gesundheit zur Verfügung und ist damit nach den USA finanzstärkster Geber in diesem Bereich (IHME 2015).

Die Veränderungen in der Akteurslandschaft beeinflussten die Rolle und die Finanzierung der WHO. Bis in die späten 90er Jahre war sie traditionell die zentrale Instanz im Bereich Globale Gesundheit. Das Auftauchen neuer Akteure als „kompetente Konkurrenten“ der WHO zeigt nach Meinung ihrer Kritiker eine Identitätskrise der Organisation. So ist die Frage, welche Rolle die WHO in der globalen Gesundheitsarchitektur des 21. Jahrhunderts eigentlich noch spielt (vgl. Council on Foreign Relations 2016).

Zentrale Gesundheitsakteure im neuen Jahrtausend

Für die deutsche Bundesregierung sind neben der WHO vor allem der GFATM, Gavi und die Weltbank wichtige multilaterale Akteure im Gesundheitssektor. Ihr Mandat, ihre Finanzierungsweise und Governance unterscheiden sich jedoch grundlegend von denen der WHO.

GFATM, Gavi und die Internationale Entwicklungsorganisation (International Development Association - IDA) der Weltbank, die den ärmsten Ländern der Welt Zuschüsse und zinslose Kredite gewährt, sind in erster Linie Finanzierungsinstrumente im Gesundheitsbereich.

Der GFATM und Gavi finanzieren sich ausschließlich aus Spenden von Regierungen und der Privatwirtschaft.

Sie generieren ihre Mittel im Rahmen von regelmäßigen Wiederauffüllungskonferenzen. Größte Geber sind die USA, Großbritannien und die BMGF.

Auch die IDA sammelt ihre Finanzierungsbeiträge primär im Rahmen von Wiederauffüllungskonferenzen, die generell alle drei Jahre stattfinden, sowie in Form von sonstigen Beiträgen und Zuweisungen ihrer Mitgliedsstaaten. Ihre Hauptgeber sind die USA und Großbritannien. Deutschlands Finanzierungsanteil lag bei der Wiederauffüllungskonferenz IDA 18 im Jahr 2016 bei 5,98 Prozent (IDA/World Bank 2017), es ist viertgrößter Geber der IDA (BMZ o.J. d.). Weitere Mittel erhält die IDA aus Gewinnüberweisungen der internationalen Bank für Wiederaufbau und Entwicklung (IBRD), der Internationalen Finanz-Corporation (IFC) und aus Kreditrückzahlungen der Empfängerländer.

Die WHO finanziert sich als UN-Sonderorganisation aus Pflichtbeiträgen und freiwilligen, meist programmgebundenen Beiträgen ihrer Mitglieder sowie anderer Geber - inklusive Privatwirtschaft und philanthropischen Stiftungen. Den Großteil ihrer Mittel erhält die WHO nicht über die Pflichtbeiträge, sondern als freiwillige Beiträge vor allem von der BMGF, den USA und Großbritannien. Um ihre zukünftige Finanzplanung zu verbessern, richtete die WHO 2013 den sogenannten „Finanzierungsdialog“ ein (siehe dazu auch S. 18ff.), bei dem unter anderem über Finanzierungsprioritäten diskutiert wird und die Geber ihre geplanten Beiträge ankündigen sollen - ein erster Schritt in Richtung einer Geberkonferenz wie beim GFATM und Gavi.

Bei Gavi und dem GFATM sind nicht staatliche Akteure - das heißt sowohl Nichtregierungsorganisationen als auch privatwirtschaftliche Akteure - in die Führung eingebunden und zum Teil auch mit Stimmrechten ausgestattet. Dies ist bei WHO und der Weltbank nicht der Fall. Letztere hat die Zusammenarbeit mit zivilgesellschaftlichen Organisationen in den letzten Jahren aber deutlich intensiviert, es gibt Partnerschaften und Förderungen auf vielen verschiedenen Ebenen (The World Bank 2013).

Die Bill-und-Melinda-Gates-Foundation ist inzwischen der größte Geber von freiwilligen Beiträgen an die WHO. Der Schwerpunkt ihrer Förderung liegt auf der Polio-Bekämpfung. Diese Zusammenarbeit wird jedoch vor allem vor dem Hintergrund eines Interessenskonfliktes kritisch gesehen: Die Stiftung erwirtschaftet einen großen Teil ihrer Einnahmen durch Aktien in Firmen der Lebensmittelindustrie, deren Geschäftspraktiken häufig den Bemühungen um die Verbesserung der Gesundheit

widersprechen und deren Produkte nicht selten als ungesunde Lebensmittel von der WHO reguliert werden – beispielsweise Coca Cola. Zudem habe Bill Gates ein Vermögen damit verdient, das Recht auf geistiges Eigentum zu verteidigen, kritisiert Thomas Gebauer, Geschäftsführer der NGO medico international. Gates Stiftung fördere lieber patentierte Medikamente und Impfstoffe anstatt frei zugängliche und preiswertere Generika. Würde die BMGF die WHO dazu bringen, patentierte Impfprogramme zu unterstützen, würde dies sehr zu Lasten der Menschen in armen Ländern gehen, die sich diese Programme nicht leisten können. Profitieren würden Impfersteller und ihre Anteilseigner wie die Gates-Stiftung (vgl. Zumach 2012).

Gavi und GFATM arbeiten mit der WHO in unterschiedlicher Form zusammen: Sie folgen den Richtlinien der WHO und greifen auf ihre Daten zurück. Insbesondere auf Länderebene nutzen sie die fachliche und technische Expertise und Beratung der WHO, etwa bei Förderanträgen an den GFATM. Weil Gavi keine eigenen Repräsentanten auf Länderebene hat, nutzt die Impfallianz die WHO als Partner, der Gavi auf Länderebene vertritt und für sie in verschiedenen Gremien auch den Dialog mit Partnern führt. Die WHO profitiert dabei durch die finanzielle Förderung des Personals durch Gavi.

Laut Einschätzung von Akteuren aus dem Gesundheitsbereich funktioniert die Zusammenarbeit von GFATM und Gavi mit der WHO auf internationaler Ebene und in Genf recht gut. Die Qualität der Beratung und die Vertretung auf Länderebene variierten jedoch stark. Sie seien nicht immer zufriedenstellend und vielfach beeinflusst durch die regionalen und lokalen politischen Konstellationen.

Die Governance-Strukturen von GFATM und Gavi sind schlanker und reaktionsfähiger als die der WHO. Sie sind weitgehend demokratisch, das heißt alle relevanten Akteure inklusive der Zivilgesellschaft sind vertreten.

Der Verwaltungsrat des GFATM als Entscheidungsorgan hat 20 stimmberechtigte und acht nicht stimmberechtigte Mitglieder, darunter auch die WHO. Geber und implementierende Instanzen, NGOs, von Aids, Tuberkulose oder Malaria betroffene Gemeinschaften sowie der Privatsektor und private Stiftungen sind gleichermaßen vertreten und haben bei Entscheidungen eine gleichberechtigte Stimme.

Der Verwaltungsrat von Gavi umfasst insgesamt 27 Sitze. Auch in diesem sitzen verschiedene Akteure und Partner. Die WHO hat – ebenso wie die Weltbank, BMGF



Tuberkulose ist die tödlichste Infektionskrankheit. Sie kommt in fast jedem Land weltweit vor. 2015 erkrankten 10,4 Millionen Menschen an Tuberkulose, 1,8 Millionen starben daran.

und Unicef einen permanenten Sitz. Sie ist stimmberechtigtes Mitglied und stellt mit Flavia Bustreo die stellvertretende Vorsitzende. Doch insgesamt ist der Gavi-Verwaltungsrat nicht ausgewogen genug mit Vertreterinnen und Vertretern verschiedener Interessengruppen besetzt, die stark von Eigeninteressen geleitete Pharmaindustrie ist verhältnismäßig prominent vertreten.

Allgemein sind die Abstimmungen und Entscheidungsfindung in diesen Gremien trotz der teilweise unterschiedlichen Interessen wesentlich schneller und einfacher als bei der WHO. Bei letzterer ist es mit ihren 194 Mitgliedsstaaten mit sehr unterschiedlichen, auch regional bedingten, Interessen und verschiedenem politischen Verständnis sowie dem „one country, one vote“-Prinzip oft schwierig, sich einig zu werden.

Konkurrenz für die WHO

Die Finanzierungsinstrumente Gavi und GFATM sowie die BMGF haben in der globalen Gesundheitsarchitektur nicht nur eine bedeutende Rolle eingenommen und übernehmen Aufgaben von der WHO, sondern beeinflussen diese durch ihre zweckgebundene Förderung zum Teil auch inhaltlich. Eine stringente Trennung der Aufgaben

Globale Gesundheitsakteure und die WHO

Der **Globale Fonds** wurde im Jahr 2002 als Finanzierungsinstrument zur Bekämpfung der drei großen Krankheiten HIV/Aids, Tuberkulose und Malaria auf Initiative der G8 gegründet. Bis Ende 2015 erhielt er insgesamt Beiträge in Höhe von 33 Milliarden US-Dollar von seinen Gebern (The Global Fund 2016).

Der GFATM baut auf die technische Expertise der WHO, die auch in der Regel in den Landeskoordinierungsmechanismen (Country Coordinating Mechanisms - CCMs) in Partnerländern vertreten ist. Die Richtlinien der medizinischen Arbeit des GFATM beruhen auf den Vorgaben der WHO, ebenso die Gesundheitsdaten, die der GFATM für die Dokumentation der Erfolge seiner Programme verwendet.

Beide Institutionen haben 2014 ein neues Partnerschaftsabkommen zur technischen Unterstützung und Beratung von GFATM-Antragstellern durch die WHO unterzeichnet (The Global Fund 2017). Für den Zeitraum 2016 und 2017 überwies der GFATM als politisches Signal erstmals eine direkte finanzielle Zuweisung in Höhe von rund zehn Millionen US-Dollar an die WHO. Zusätzlich übermittelt er auf Länderebene in Form (WHO 2017g) von Grants und Beteiligungen auch Gelder an die WHO, die nicht direkt als Beiträge erfasst werden.

Die **Impfallianz Gavi** wurde im Jahr 2000 durch eine umfassende Spende der Bill-und-Melina-Gates-Foundation im Rahmen des Weltwirtschaftsforums in Davos ins Leben gerufen, um im Globalen Süden den Zugang zu Impfungen gegen vermeidbare lebensbedrohliche Krankheiten zu verbessern. Die Impfallianz folgt den technischen Vorgaben und Empfehlungen der WHO, vor allem bei der Präqualifizierung von Impfstoffen und orientiert sich an den Richtlinien des WHO Vaccine Advisory Committee.

Das 2015 verabschiedete „Partner Engagement Framework (PEF)“ regelt als neuer Mechanismus die finanzielle und technische Zusammenarbeit von Gavi mit verschiedenen Partnern. Es stellt Zahlungsflüsse transparent dar und legt fest, was Gavi an Partner wie Unicef, WHO und Weltbank zahlt. Dabei richtet sich Gavi nach dem Bedarf der Partnerländer und will die Rechenschaftspflicht für Ergebnisse und Wirkungen auf Länderebene fördern.

Gavi und die WHO arbeiten - insbesondere im Rahmen der Global Polio Eradication Initiative (GPEI) - eng zusammen. Auf Länderebene bietet die WHO Gavi technische Unterstützung und berät Antragsteller, die Gavi unterstützen wollen.

Für den WHO-Haushalt 2014/15 stellte GAVI der WHO rund 176 Millionen US-Dollar freiwillige, gebundene Mittel zur Verfügung, die zu knapp 70 Prozent für das Impfschutzprogramm und zu gut zehn Prozent für die Polio-Bekämpfung bestimmt waren (WHO 2017a).

Deutschland gab der Impfallianz Gavi 2015 63,3 Millionen US-Dollar. Es war damit in dem Jahr fünftgrößter Geber von Gavi nach Großbritannien, der BMGF, den USA und Norwegen (vgl. Gavi 2016).

Die 1999 gegründete **Bill-und-Melinda-Gates-Foundation** ist der größte private Geber im Bereich Globale Gesundheit - 2,9 Milliarden US-Dollar investierte die Stiftung 2014 in diesen Bereich (IHME 2015). Der Schwerpunkt ihrer Arbeit liegt auf der Bekämpfung von HIV/Aids und Malaria, Impfprogrammen und der Verbesserung der Mutter-Kind-Gesundheit.

Die BMGF führt offizielle Beziehungen mit der WHO, die Zusammenarbeit ist über das „Framework for Engagement with Non State Actors“ (FENSA) geregelt (siehe dazu auch S. 28). Die Stiftung ist der größte Geber freiwilliger, ausschließlich gebundener Beiträge an die WHO - hauptsächlich für die Polio-Bekämpfung. Für die Jahre 2014/15 waren dies rund 425 Millionen US-Dollar (WHO 2015b), für 2016/17 629 Millionen US-Dollar (WHO 2016a). Die BMGF finanziert rund 75 Prozent des gesamten Budgets von GAVI. An den GFATM hat sie zwischen 2001 und 2013 rund 1,1 Milliarden US-Dollar gegeben.

Die Rolle der Stiftung in Bezug auf die WHO geht mittlerweile weit über die eines Geldgebers hinaus: Bill Gates war 2011 der erste und bis heutige einzige Nicht-Regierungsvertreter, der bei der Eröffnung einer Weltgesundheitsversammlung sprechen durfte - ein Privileg, das bis dato nur Vertreterinnen und Vertretern von Mitgliedsstaaten vorbehalten war.

und Aktivitäten der drei Akteure ist aufgrund ihrer Unabhängigkeit voneinander sowie unzureichender Abstimmung in der Praxis nicht immer gegeben. Gavi und GFATM agieren häufig nach ihrer eigenen Agenda, passen die Befolgung von Richtlinien an die Bedürfnisse ihrer Organisationen an und handeln so nicht immer im Sinne des Gemeinwohls. Es ist darum dringend notwendig, ihre Rollen noch klarer zu bestimmen – auch in Abgrenzung zur WHO.

Auch die Weltbank hat in den letzten Jahrzehnten ihre gesundheitsökonomische Expertise gezielt ausgebaut. Sie hat durch Kredite für Gesundheitsprojekte als Beraterin sowie als Forschungsinstitut und technisches und finanzielles Ausbildungszentrum im Gesundheitsbereich zunehmend an Bedeutung gewonnen (vgl. Clinton/Shridhar 2017, 2-3). Weltbank-Präsident Jim Kim, ein ausgebildeter Arzt und früherer Direktor für Aids-Bekämpfung bei der WHO, hat ihr Gesundheitsprofil geschärft. So habe sich die Weltbank seit der Jahrtausendwende zur „schärfsten Konkurrentin der WHO im globalen Feld der Gesundheitspolitik“ (Radek 2011, 128) entwickelt. Dabei arbeiten Weltbank und WHO in zahlreichen Projekten und Initiativen eng zusammen, so auch im Rahmen der von der Bundesregierung ins Leben gerufenen Initiative „Healthy Systems Healthy Lives“. Viele ihrer Programme ergänzen sich.

Bei der Diskussion über die Schwächung der WHO durch andere Akteure wie GFATM und Gavi sowie die Kooperation mit dem Privatsektor wird häufig argumentiert, dass die Akteure sich qua Mandat nicht ersetzen, sondern ergänzen würden. Sie seien nicht vergleichbar, insgesamt funktioniere ihre Zusammenarbeit gut.

Sicher ist jedoch, dass sich die Erwartungen und Anforderungen der internationalen Gebergemeinschaft an die WHO verändert haben. Die WHO gerät durch das Entstehen jüngerer und wesentlich agilerer Institutionen wie GFATM und Gavi, die durch ihren krankheitsbezogenen, ergebnisfokussierten Ansatz und ihre Strukturen weitaus besser auf die Ansprüche der internationalen Geber reagieren können, unter Zugzwang. Angesichts knapper Kassen spielt für Geber die Frage, wie effizient Organisationen sind, eine immer größere Rolle. So müsse sich die WHO, schreibt der freie UN-Korrespondent Marc Engelhardt, mit Organisationen, die „perfekt gebergerecht“ (Engelhardt 2012, 209) aufgestellt sind, vergleichen lassen. Ein klar messbarer Erfolg sei für das Fundraising bei Regierungen und privaten Gebern immer wichtiger. Hier schneidet die WHO, auch aufgrund ihres

viel umfassenderen Ansatzes, vergleichsweise schlecht ab. In puncto Transparenz, Monitoring und Rechenschaftspflicht (und auch Governance im Sinne der Beteiligung verschiedener Akteurs- und Interessengruppen) muss sie sich jedoch konkurrenzfähig machen und diese Bereiche deutlich verbessern. Gleichzeitig muss sie ihr eigenes Profil schärfen und sich auf Kernthemen und Programme fokussieren, in denen sie Vorteile gegenüber anderen Akteuren hat und die nicht von diesen übernommen werden können.

Der Vorwurf, durch ihre finanzielle Abhängigkeit werde die WHO von Einzelinteressen dominiert, gilt nicht nur für sie, sondern auch für andere Gesundheitsakteure. Für diese bedeuten die Vorwürfe jedoch wegen ihres anderen Mandates und anderer Legitimation im Vergleich zur WHO keine so grundlegende Kritik. Dennoch sollten mögliche Interessenkonflikte kritisch hinterfragt und Transparenz angemahnt werden. Jede Zusammenarbeit der Gesundheitsakteure sollte nach Gemeinwohl wählenden und an den Menschenrechten orientierten Kriterien erfolgen und die verfügbaren Mittel dabei so effizient wie möglich eingesetzt werden – und nicht vom Absatzinteresse der Industrie dominiert.

Finanzierung: Ohne Moos nichts los

Wie sich die WHO finanziert zeigt deutlich, wie ihre Rolle und Möglichkeiten sind. Die Finanzierung der WHO hat sich in den letzten Dekaden grundlegend verändert, was sich auch auf ihre inhaltlichen Schwerpunkte und damit ihre Unabhängigkeit ausgewirkt hat. Während das Gesamtbudget der WHO erheblich gestiegen ist – von 1,423 Milliarden US-Dollar für den Finanzierungszeitraum 1990/1991 auf rund 4,5 Milliarden US-Dollar für 2016/2017 – hat sich das Verhältnis von freiwilligen und Pflichtbeiträgen umkehrt. Wurde das WHO-Programmbudget ursprünglich vollständig aus Pflichtbeiträgen finanziert, so machen inzwischen die freiwilligen Beiträge fast 80 Prozent der Gesamteinnahmen der WHO aus (WHO 2017b). Problematisch daran ist, dass die WHO diese Gelder nicht frei nach ihrer Priorität und ihrem Bedarf einsetzen kann. Denn die freiwilligen Beiträge sind zum überwiegenden Anteil gebunden, sprich bereits einem bestimmten Programm oder Projekt zugeordnet, das die Geber im Voraus festgelegt haben. Hinzu kommt, dass rund drei Viertel dieser Beiträge von nur 20

Mitgliedsländern beziehungsweise anderen Gebern finanziert werden, allen voran die BMGF.

Die WHO finanziert sich aus Pflichtbeiträgen ihrer 194 Mitgliedstaaten (festgelegt nach einem UN-Schlüssel), sogenannten Assessed Contributions/ACs und freiwilligen Beiträgen von Mitgliedstaaten und anderen Gebern, Voluntary Contributions/VCs, über deren Höhe die Geber und Mitgliedstaaten selbst entscheiden.

Die **Pflichtbeiträge** umfassen nur noch etwa 20 Prozent des WHO-Gesamtbudgets. Sie sind nicht zweckgebunden und somit von der WHO flexibel einsetzbar. Sie werden von der WHO vorwiegend zur Absicherung von prioritären technischen Programmen (52 Prozent), der Finanzierung des WHO-Verwaltungs- und Management-Apparates sowie seiner Länderpräsenz genutzt (vgl. WHO 2016d, 3).

Die freiwilligen Beiträge von Mitgliedstaaten und anderen Gebern an die WHO könnten theoretisch ebenfalls ungebunden an die WHO gehen, so dass diese sie nach ihren eigenen Prioritäten einsetzen könnte. Das ist in der Praxis jedoch nicht der Fall. Rund 75 Prozent der **freiwilligen Beiträge** sind **gebunden**, sprich vom Geber/Mitgliedstaat für ein bestimmtes Programm festgelegt. Frei einsetzbare freiwillige Beiträge und Zahlungen an den CVCA der WHO machen nur etwa fünf Prozent des WHO-Gesamtbudgets aus.

Größter Geber von freiwilligen Beiträgen ist die BMGF und - nimmt man Pflichtbeiträge und freiwillige Beiträge zusammen - zweitgrößter Geber nach den USA. Deutschland ist insgesamt fünftgrößter Geber der WHO.

Nur wenige Länder - darunter Großbritannien, Schweden, Australien, Belgien und Norwegen - geben flexible, sprich frei einsetzbare freiwillige Beiträge beziehungsweise Beiträge in den Core Voluntary Contribution Account (CVCA). Ihr Anteil lag 2014/15 bei nur fünf Prozent und ist gegenüber dem vorherigen Zweijahreszeitraum sogar noch einmal gesunken (von sieben Prozent in 2012/2013). Die gebundenen freiwilligen Beiträge im gleichen Zeitraum hingegen sind um zwölf Prozent gestiegen (WHO 2016b, 21-22).

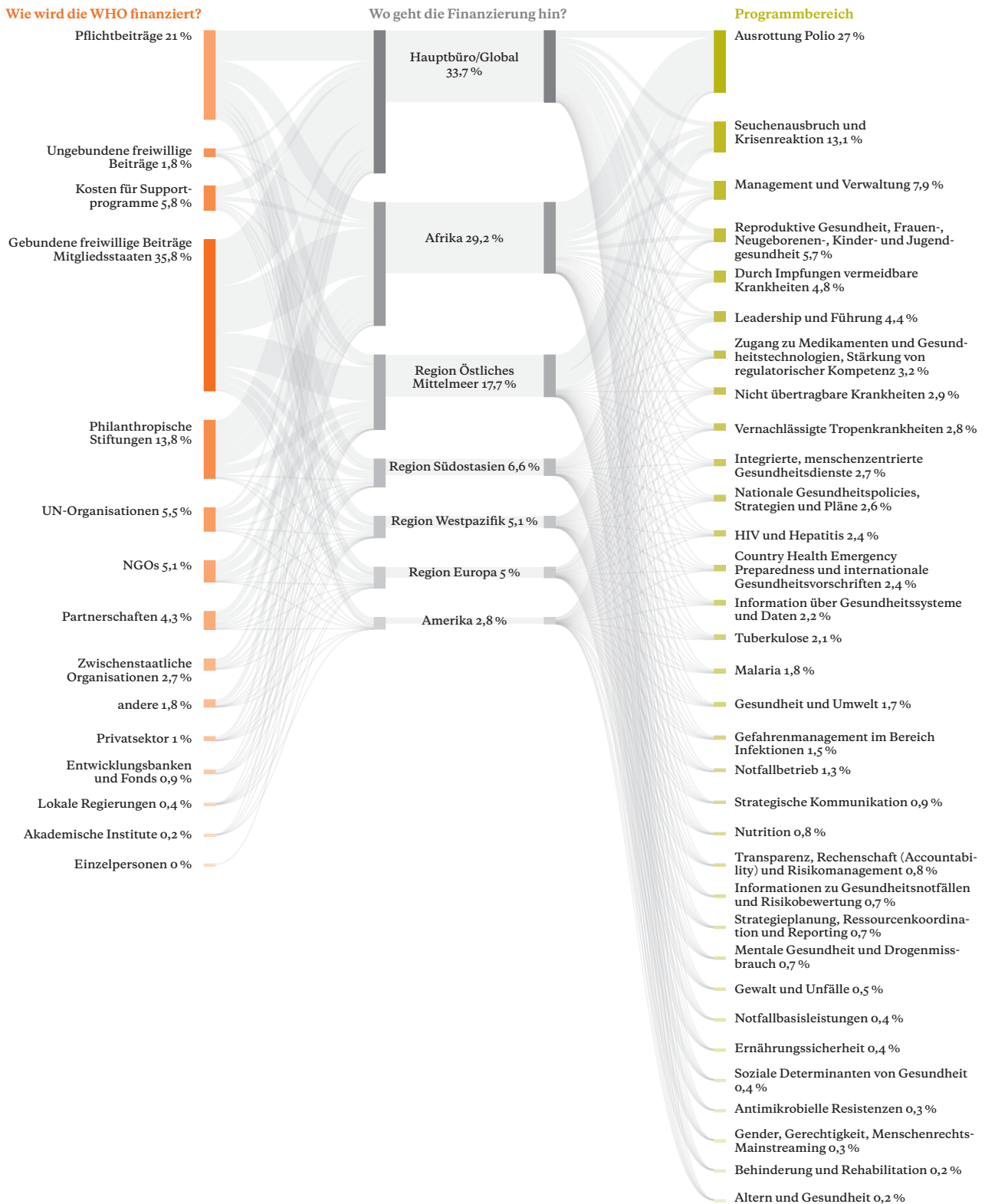
Der überwiegende Anteil gebundener freiwilliger Beiträge am Gesamtbudget der WHO und die Finanzierung des Löwenanteils ihres Budgets durch nur einige wenige Geber, die nicht einmal Mitgliedstaaten der WHO sind, wirken sich auch auf die Einstellung vieler Mitgliedstaaten aus. Immer mehr Mitgliedstaaten erwarten, dass diese Geber und große Länder wie die USA, Großbritannien und Deutschland die Budgetlücken schon stopfen werden (vgl. Garrett 2016). Ärmere Länder bezahlen weitaus niedrigere Beiträge als sie bezahlen müssten, wenn die WHO vollständig über Mitgliedsbeiträge finanziert wäre.

„You want a strong WHO? Invest in WHO!“ (Margaret Chan, zitiert nach Branswell 2016)

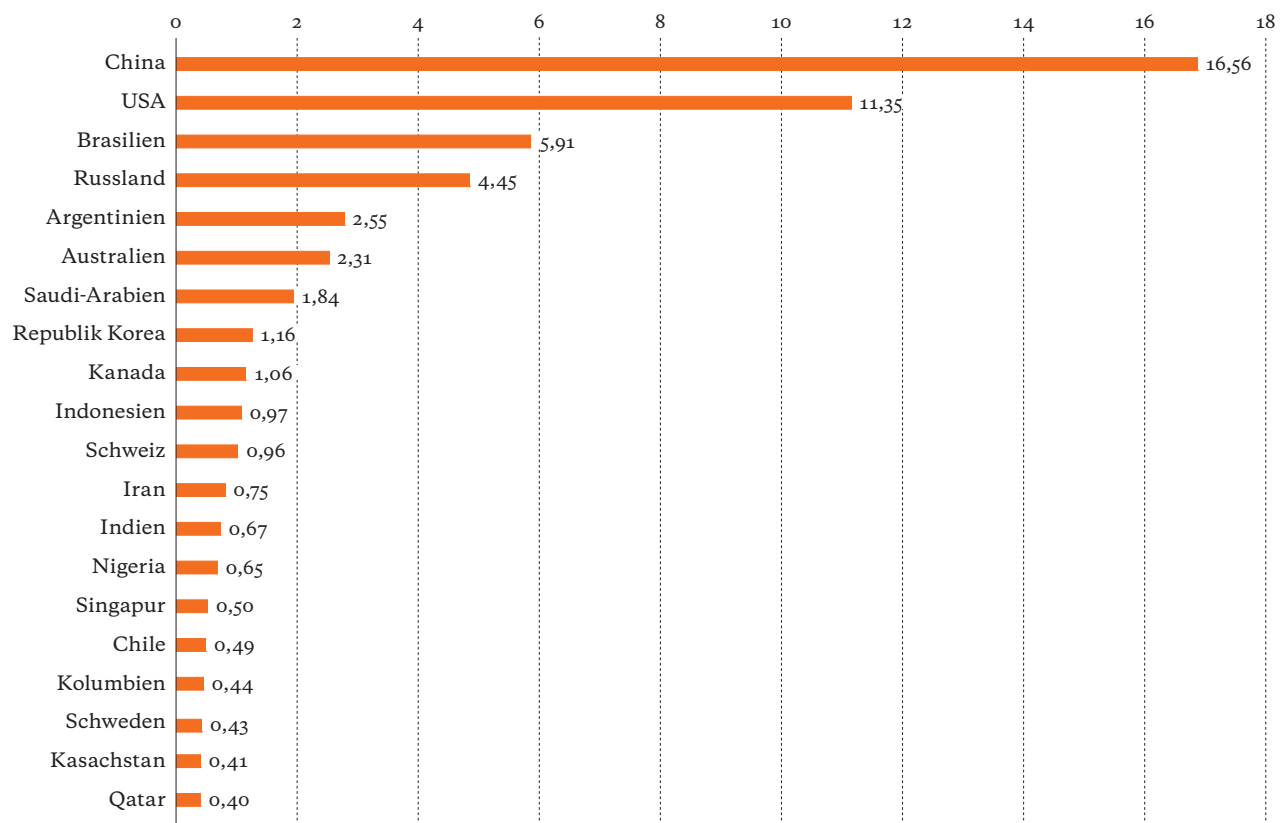
Auf der Suche nach neuen Finanzierungsmöglichkeiten

Generaldirektorin Margaret Chan forderte in den letzten Jahren mehrfach, sich von der in den 80er Jahren eingeführten „Politik des nominellen Nullwachstums“, die zu einer Verschärfung der finanziellen Schieflage beigetragen hat, abzuwenden. Ihr Vorschlag, die Pflichtbeiträge für 2016/17 um fünf Prozent zu erhöhen, um der mangelnden Flexibilität durch die stark steigenden gebundenen Mittel zu begegnen, fand auf der 68. Weltgesundheitsversammlung bei den Mitgliedstaaten keine Mehrheit (WHO 2015a). Chan rief daraufhin im Oktober 2016 einen außerordentlichen Finanzierungsdialo ein, bei dem sie vorschlug, die Pflichtbeiträge um zehn Prozent zu erhöhen. Auch Deutschland fordert seit einigen Jahren die Anhebung der Pflichtbeiträge und unterstützt aktiv diesbezügliche Initiativen der WHO.

Der Vorschlag beim Finanzierungsdialo beinhaltete, die Pflichtbeiträge auf Basis des absoluten Anteils der Pflichtbeiträge am Gesamtbudget der WHO - 929 Millionen US-Dollar in 2016 - um zehn Prozent zu steigern. Die so generierten zusätzlichen Mittel in Höhe von rund 93 Millionen US-Dollar sollten dann gemäß den von der Weltgesundheitsversammlung im Mai 2016 verabschiedeten Beitragsschlüsseln der Mitgliedsländer zusätzlich zu dem bereits festgelegten Anteil der Pflichtbeiträge auf die Mitgliedsländer verteilt werden (WHO 2016d).



Überblick über die Finanzierung, Stand 31. Dezember 2016
 Quelle: Weltgesundheitsorganisation, verfügbar unter: <http://extranet.who.int/programmebudget/Biennium2016/Flow>



Länder mit der größten zu erwartenden Erhöhung ihrer Pflichtbeiträge für 2018 (in Millionen US-Dollar)
 Quelle: WHO's Financing Dialogue 2016: A proposal for increasing the assessed contribution.

Diese Mittel wollte die WHO für Bereiche verwenden, die aufgrund des hohen Anteils an programmgebundenen Mitteln Finanzierungsengpässe haben: Governance- und Leadership-Strukturen (inklusive Außenstrukturen) erhalten, ein effektives Management, eine effiziente Verwaltung und die Übereinstimmung der finanziellen Mittel mit den Zielen der Organisation sicherstellen.

Beispielhafte Berechnungen beim Finanzierungsdialog zeigten, dass bei einer Erhöhung der Pflichtbeiträge bei den für 2017 festgelegten Beitragsschlüsseln vor allem China, die USA, Brasilien, Russland, Argentinien und Australien für 2018 deutlich mehr zahlen müssten. Für 40 Länder, darunter auch Deutschland, würden sich die Pflichtbeiträge aufgrund eines geringeren UN-Schlüssels für 2018 sogar zunächst reduzieren - im Falle Deutschlands um rund 527.000 US-Dollar (vgl. WHO 2016d). Diese exemplarische Kalkulation stellt aber nur eine Momentaufnahme dar: Je nachdem, wie sich das WHO-Budget und die Beitragsschlüssel für die Folgejahre verändern, steigen oder sinken auch die Pflichtbeiträge.

Zur Durchsetzung des Vorschlags der WHO, höhere Pflichtbeiträge zu erhalten, war die beispielhafte Beitragsrechnung jedenfalls wenig förderlich. Auch für das Voranbringen der deutschen Initiative zur Erhöhung der freiwilligen Beiträge war sie kontraproduktiv, da Deutschland bereit ist, einen höheren Beitrag zu zahlen.

Doch selbst wenn, wie beim Finanzierungsdialog gefordert, die Pflichtbeiträge um zehn Prozent erhöht werden, würde das nicht reichen, um das Finanzierungsproblem der WHO zu lösen. Die Anhebung der Pflichtbeiträge ist mehr als ein politisches Signal an die Mitgliedsstaaten beziehungsweise der Mitgliedsstaaten an die WHO zu betrachten und kann nur ein erster Schritt zur Verbesserung der Finanzierungssituation sein. Da die Mehrheit der Mitgliedsstaaten die zehnjährige Erhöhung jedoch ablehnte, wird derzeit um eine Steigerung der Pflichtbeiträge um lediglich drei Prozent verhandelt. Das käme auch den Bedenken der Mitgliedsstaaten entgegen, die aufgrund des neuen Beitragsschlüssels für 2017 eine zu hohe finanzielle Belastung fürchten.

Skepsis bei den Mitgliedsstaaten

Die Reaktionen der Mitgliedsstaaten auf den Vorschlag, die Pflichtbeiträge zu erhöhen, waren geteilt: Tschechien, Österreich, Bulgarien, Ungarn, Lettland, Polen, die Slowakei und Spanien zweifelten, dass so das Problem der langfristigen, nachhaltigen Finanzierung der WHO gelöst werde (vgl. Saez 2016). Es brauche die Erhöhung nicht, denn die WHO habe, so der Delegierte Tschechiens, Spielraum, um ihre Arbeit zu priorisieren, gegen Ineffizienz vorzugehen und flexible und vorhersehbare Beiträge von Gebern zu mobilisieren. Er bezog sich dabei auf das neu verabschiedete Rahmenabkommen zur Zusammenarbeit der WHO mit nicht staatlichen Akteuren (FENSA). Die mexikanische Delegation forderte, statt die Beiträge zu erhöhen das WHO-Budget neu zu strukturieren, um mehr mit weniger Mitteln zu bewirken. Auch Kolumbien unterstützte die Anhebung der Beiträge nicht, genau wie Brasilien und Argentinien.

China - das von der vorgeschlagenen Erhöhung 2018 mit 16,56 Millionen US-Dollar am meisten betroffen wäre - wollte von Generaldirektorin Chan wissen, wie die WHO ihren Mehrwert gegenüber anderen Organisationen sehe, wie die zusätzlichen Mittel eingesetzt werden sollten und was das WHO-Sekretariat tun würde, wenn die Forderung der Erhöhung der Pflichtbeiträge keinen Erfolg hätte (vgl. Ravelo 2016). Die Höhe des Beitrags schien für die enorme Wirtschaftskraft Chinas grundsätzlich kein Problem.

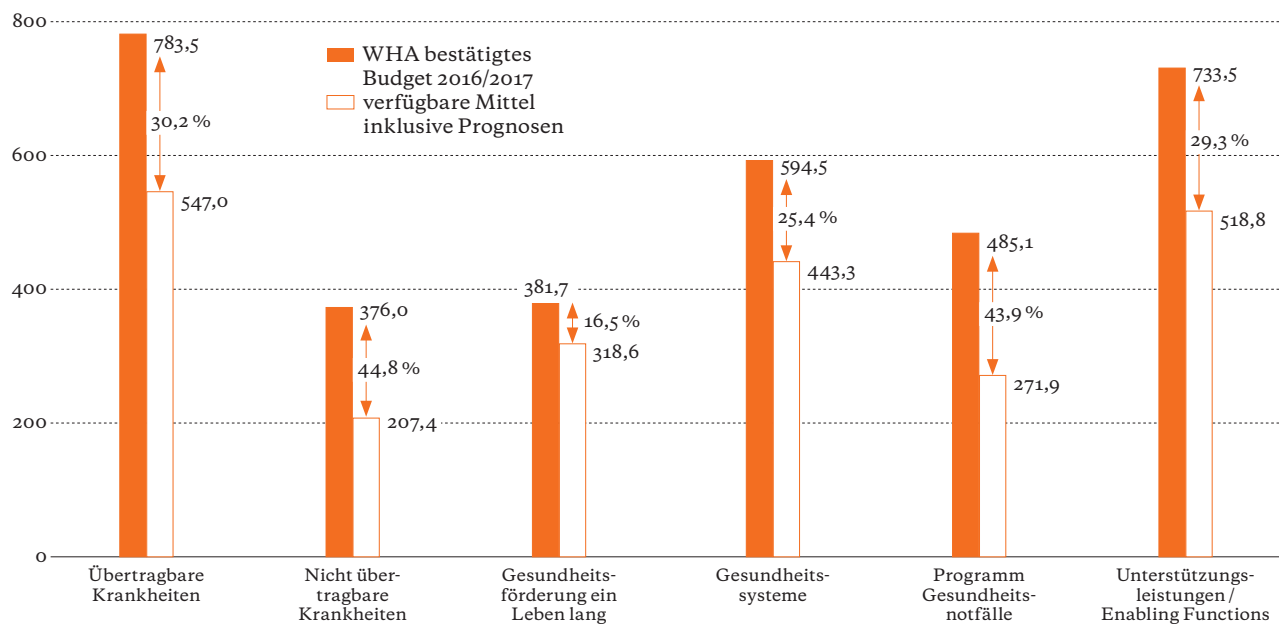
„After all, most nations currently give a pittance to the WHO, and ten percent increase of a pittance equals a pittance plus a wee bit more.“ (Laurie Garrett vom amerikanischen Think Thank Council on Foreign Relations, 2016)

Die Niederlande, Monaco, Norwegen, Simbabwe und Deutschland hingegen befürworteten die Erhöhung der Pflichtbeiträge grundsätzlich. Auch sie forderten bei der Versammlung weitere Informationen über den geplanten Einsatz der Mittel. Deutschland wies auf die große Gefahr der Abhängigkeit der WHO von

freiwilligen Beiträgen hin und forderte die Mitgliedsstaaten auf, die Erhöhung der Pflichtbeiträge zu unterstützen. Nur so könne die WHO letztlich auch die Themen abdecken und finanzieren, die von einer Vielzahl der Mitgliedsstaaten verlangt werden (vgl. WHO 2016h). Andere Länder wie Schweden wollten dem Vorschlag unter bestimmten Bedingungen zustimmen - etwa eine Verbesserung der Erfolge auf Länderebene. Indien schlug vor, dass die WHO die Möglichkeit einer freiwilligen Erhöhung durch die Mitgliedsstaaten, die sich dafür verpflichten, prüfen solle. Denn für Indien sei es angeblich wirtschaftlich schwierig, die höheren Beiträge - nach der Beispielrechnung rund 672.000 US-Dollar - aufzubringen (vgl. Saez 2016). Angesichts der Größe der indischen Volkswirtschaft erscheint dies wenig nachvollziehbar.

„You expect a great deal from WHO. The organization is uniquely mandated to deliver. But someone must invest the requisite funds. [...] We cannot empty the coffer and leave. [...] The DG should exercise her leadership to cut. [...] That’s easy. I’ll do it. But, at the end of the day, don’t come back to me if I cut your happy horses. I mean that’s a fair exchange isn’t it? You can’t come back and say, ‘why did you cut what I liked?’“ (Margret Chan beim Finanzierungsdiallog 2016, zitiert nach Ravelo 2016)

Sambia sprach sich im Namen der WHO-Region Afrika für eine Erhöhung der Pflichtbeiträge aus und verwies auf eine entsprechende Stellungnahme vom afrikanischen Regionalkomitee. Simbabwe bestärkte dies, forderte jedoch mehr Informationen über den Prozess zur Festlegung notwendiger Prioritäten und verwies darauf, dass diese von Region zu Region sehr unterschiedlich seien - etwa in Bezug auf HIV/Aids (vgl. WHO 2016h).



Finanzierung des Basisprogramms (in Millionen US-Dollar)
 Quelle: WHO Financing Dialogue: Presentation on Financial Situation

Angesichts der Zurückhaltung und vorwiegend kritischen Fragen der meisten Mitgliedsstaaten zeigte sich WHO-Generaldirektorin Chan am Ende des Finanzierungsdialogs frustriert. Denn insgesamt zeigten die Mitgliedsstaaten keine Bereitschaft, ihre Zuwendungen an die WHO zu steigern – trotz der von ihr sehr deutlich aufgezeigten Dringlichkeit, dass ohne Erhöhung einzelne Programmbereiche eingeschränkt oder sogar gestrichen werden müssten.

Die Gründe, warum einzelne Staaten eine Erhöhung verzögern, sind vielfältig. Ein wichtiger Grund scheint die fehlende Ownership vieler Mitgliedsstaaten zu sein, die den Nutzen der WHO für ihr Land nicht zu sehen scheinen – auch wenn sie von den bestehenden Strukturen profitieren. Dazu taktieren einige Mitgliedsstaaten, dass bei dramatischen Finanzierungslücken finanzstarke Mitgliedsstaaten und Geber einspringen werden. Viele Mitgliedsstaaten scheinen die WHO als Dienstleister wahrzunehmen und nicht als eine Organisation, von der sie selbst Teil sind.

Kritische Finanzierungslücken

Dabei ist die finanzielle Lage der WHO bereits kritisch. Das von der 69. Weltgesundheitsversammlung im Mai 2016 beschlossene Budget für 2016/17 beträgt 4,545

Milliarden US-Dollar. Das entspricht in etwa dem Budget des Genfer Kanton-Krankenhauses und ist nur unwesentlich höher als das der Berliner Charité. Zwar wurde das Budget gegenüber der ursprünglich 2015 genehmigten Planung noch einmal erhöht, auch um das 2016 eingerichtete WHO-Notfallprogramm (WHO Emergency Programme – WHE) zu finanzieren, es ist aber noch nicht vollständig gegenfinanziert (vgl. WHO 2016c, 1).

So war im dritten Quartal 2016 das WHO-Gesamtbudget zwar zu 96 Prozent finanziell abgedeckt, das Basisprogramm jedoch nur zu 86 Prozent. Das ist eine Verschlechterung gegenüber der vorherigen Finanzierungsperiode, in der das Basisprogramm zum gleichen Zeitpunkt zu 97 Prozent finanziert war. Die Finanzierungslücke beim Basisprogramm liegt 2016 in absoluten Zahlen bei 471,1 Millionen US-Dollar im Vergleich zu 88,5 Millionen US-Dollar in der Vorperiode. Ursachen dafür sind vermutlich der Ausbau des Basisprogramms, hauptsächlich zur Finanzierung des Notfallprogramms, sowie der Rückgang der flexiblen Beiträge seit 2014 (WHO 2016c, 2).

In Bezug auf die Finanzierungsperiode 2016/17 sind vor allem drei Bereiche unterfinanziert, das heißt hier fehlen über 50 Prozent der benötigten Mittel:

- Komponenten von Programmbereichen, in denen das Budget aufgrund neu entstandenen oder gestiegenen

| Kategorie | Programmbereich | bestätigtes Programm- budget 2016/17 | Finanzierung (inklusive Prognose) | Finanzierungs- lücke | Lücke in % |
|--|---|--|---|-------------------------|---------------|
| o1 | HIV und Hepatitis | 141,3 | 91,9 | 49,4 | 35 |
| | Tuberkulose | 117,5 | 74,7 | 42,8 | 36 |
| | Malaria | 121,5 | 85,7 | 35,8 | 29 |
| | Vernachlässigte Tropenkrankheiten | 104,2 | 64,3 | 39,9 | 38 |
| | Durch Impfung vermeidbare Krankheiten | 280,5 | 181,9 | 98,6 | 35 |
| | Antimikrobielle Resistenzen | 18,5 | 11,0 | 7,5 | 40 |
| o2 | Nicht übertragbare Krankheiten | 198,3 | 100,6 | 97,7 | 49 |
| | Mentale Gesundheit und Drogenmissbrauch | 46,0 | 30,7 | 15,3 | 33 |
| | Gewalt und Unfälle | 34,4 | 15,9 | 18,5 | 54 |
| | Behinderung und Rehabilitation | 16,7 | 11,0 | 5,7 | 34 |
| | Nutrition | 44,5 | 28,1 | 16,4 | 37 |
| | Ernährungssicherheit | 36,1 | 12,5 | 23,6 | 65 |
| o3 | Reproduktive Gesundheit, Frauen-, Neugeborenen-, Kinder- und Jugendgesundheit | 206,3 | 178,6 | 27,7 | 13 |
| | Alter und Gesundheit | 13,5 | 6,8 | 6,7 | 50 |
| | Gender, Gerechtigkeit, Menschenrechts-Mainstreaming | 16,3 | 9,9 | 6,4 | 39 |
| | Soziale Determinanten von Gesundheit | 35,6 | 13,1 | 22,5 | 63 |
| | Gesundheit und Umwelt | 110,0 | 72,7 | 37,3 | 34 |
| | | | | | |
| o4 | Nationale Gesundheitspolicies, Strategien und Pläne | 142,1 | 123,4 | 18,7 | 13 |
| | Integrierte, menschenzentrierte Gesundheitsdienste | 156,5 | 105,0 | 51,5 | 33 |
| | Zugang zu Medikamenten und Gesundheitstechno- logien, Stärkung von regulatorischer Kompetenz | 171,6 | 140,5 | 31,1 | 18 |
| | Information über Gesundheitssysteme und Daten | 124,3 | 64,5 | 59,8 | 48 |
| WHE | Gefahrenmanagement im Bereich Infektionen | 107,2 | 50,5 | 56,6 | 53 |
| | Country Health Emergency Preparedness und internationale Gesundheitsvorschriften | 138,1 | 111,8 | 26,3 | 19 |
| | Gesundheitsnotfall Information und Risiko Bewertung | 59,8 | 26,3 | 33,5 | 56 |
| | Notfallbetrieb | 120,8 | 54,6 | 66,1 | 55 |
| | Notfallbasisleistungen | 59,3 | 14,6 | 44,6 | 75 |
| | | | | | |
| o6 | Leadership und Führung | 222,7 | 168,5 | 54,2 | 24 |
| | Transparenz, Rechenschaft (Accountability) und Risikomanagement | 57,1 | 46,9 | 10,2 | 18 |
| | Strategieplanung, Ressourcenkoordination und Reporting | 41,0 | 24,6 | 16,4 | 40 |
| | Management und Administration | 372,7 | 251,2 | 121,5 | 33 |
| | Strategische Kommunikation | 40,0 | 27,9 | 12,1 | 30 |
| | | | | | |
| | Gesamtbetrag | 3.354,3 | 2.199,7 | 1.154,6 | 34 |
| Ausreichend finanzierte Bereiche: Die Lücke ist kleiner als 25 Prozent | | | | | |
| Moderat finanzierte Bereiche: Die Lücke ist zwischen 25 und 50 Prozent | | | | | |
| Unterfinanzierte Bereiche: Die Lücke ist größer als 50 Prozent | | | | | |

Übersicht über Finanzierungslücken nach Programmbereichen

Quelle: WHO Financing Dialogue: WHO's financial situation as at 30 September 2016

Bedarfs erhöht werden musste - vor allem im WHE und im Bereich Antimikrobielle Resistenzen,

- chronisch unterfinanzierte Programmbereiche einschließlich der Bereiche Nicht übertragbare Krankheiten, Soziale Determinanten von Gesundheit und Nahrungsmittelsicherheit,
- Programmbereiche, für die es deutlich weniger Finanzierung gibt, weil die Beitragszahler ihre aktuellen Beiträge nicht halten können - insbesondere der Beitrag von UNAIDS zu HIV und Hepatitis. UNAIDS hatte seine Mittel an die WHO für 2016 bereits halbiert, für 2017 zahlt es nur noch 15 Prozent seines Beitrags von 2015.

Die Finanzierung der einzelnen Bereiche des Basisprogramms zeigt deutliche Ungleichheiten. So ist der Bereich Nicht übertragbare Krankheiten nur zu 55 Prozent finanziert, die Kategorie „Gesundheitsförderung ein Leben lang“ (Promoting health through the life course) hingegen zu 83 Prozent. Im Notfall-Programmbereich WHE ist nur die Umsetzung der Internationalen Gesundheitsvorschriften (International Health Regulations - IHR) ausreichend bezahlt, alle anderen Bestandteile sind deutlich unterfinanziert (siehe Tabelle S. 23).

WHO: zu langsam, zu abhängig, zu ineffizient?

Die WHO befindet sich zweifelsohne in einer Krise, sie ist gefangen in einem Teufelskreis. Aufgrund des fehlenden Vertrauens ihrer Geber ist sie finanziell schlecht ausgestattet. So kann sie jedoch ihre Aufgaben nur mangelhaft erfüllen. Das wiederum verstärkt das fehlende Vertrauen in sie und damit auch die Bereitschaft, in die WHO zu investieren.

In den letzten Jahren erschütterten vor allem drei Krisen die Organisation und schädeten ihrer Glaubwürdigkeit: im Jahr 2009 ihr Umgang mit der Schweinegrippe (von der WHO vermeintlich aufgrund des Drucks der pharmazeutischen Industrie überbewertet und zur Pandemie erklärt - vgl. Zumach 2012), ihr Verhalten bei der Finanzkrise 2011 sowie die Ebola-Epidemie 2014/15 (vgl. Beigbender 2012, 196).

Dass die WHO nicht in der Lage ist, die Umsetzung der 2005 von der Weltgesundheitsversammlung überarbeiteten IHR durch die Mitgliedsstaaten auf Länderebene zu garantieren und zu überwachen, zeigte sich

nicht erst bei der Ebola-Epidemie. Die IHR schreiben vor, dass alle Länder minimale Kernkapazitäten zur Vorsorge, Erkennung und Reaktion auf Ausbrüche von Infektionskrankheiten haben müssen. Sie müssen die WHO umgehend informieren, wenn ein internationaler Gesundheitsnotstand (Public Health Emergency of International Concern, PHEIC) besteht und alle technischen Empfehlungen bezüglich Reise- und Handelseinschränkungen mit betroffenen Ländern umsetzen. Für die Mitgliedsstaaten gibt es jedoch wenig Anreize, die IHR einzuhalten beziehungsweise drohen ihnen keine Sanktionen bei Verstößen gegen diese.

Zudem sind Politikerinnen und Politiker aus Sorge vor politischen und wirtschaftlichen Konsequenzen häufig zurückhaltend, die Welt vor einer sich abzeichnenden Gesundheitskatastrophe zu warnen. Im Falle von Ebola bestätigte sich das: Panisch ließen zahlreiche Länder Grenzen schließen, verhängten eine Wirtschaftsblockade oder strichen Flüge aus von Ebola betroffenen Gegenden - entgegen ihrer rechtlichen Verpflichtung, unter den IHR Handel und Reiseverkehr aufrecht zu erhalten. Die Folgen waren fatal und könnten bei zukünftigen Krisen dazu führen, dass betroffene Länder die WHO nicht rechtzeitig informieren (Council on Foreign Relations 2016, 2).

Dass die WHO nicht ausreichend auf eine Reaktion auf eine PHEIC vorbereitet war und viele Mitgliedsstaaten nicht einmal die in den IHR festgelegten Mindeststandards umgesetzt hatten, zeigte sich schon bei der Schweinegrippe im Jahr 2009. Doch nötige Konsequenzen wurden nicht gezogen. Bereits 2011 empfahl eine von der WHO beauftragte Kommission zur Bewertung der Umsetzung der IHR in Bezug auf die Schweinegrippe (vgl. WHO 2011) unter anderem die Einrichtung eines Kontingentes von Health Emergency Workers und einem 100 Millionen US-Dollar umfassenden Notfallfonds, der im Falle eines PHEIC greifen und die Umsetzung der IHR voranbringen sollte. Diese Empfehlungen wurden jedoch nicht befolgt, nicht zuletzt aufgrund fehlender finanzieller und personeller Kapazitäten (vgl. Council on Foreign Relations 2016, 2f). Eine fatale Entscheidung, denn sonst wäre die Welt weit besser in der Lage gewesen auf die Ebola-Krise zu reagieren, so die Schlussfolgerung des Berichtes des Ebola Interim Assessment Panels (vgl. WHO 2015a, 5).

Auch in Bezug auf ihr Verhalten bei der Finanzkrise 2011 wird die WHO angegriffen: Die Mitgliedsstaaten reduzierten das WHO-Budget um 13 Prozent, was in

einer Halbierung des Budgets der Abteilung für Global Health Security resultierte und die Notfallkapazitäten der WHO deutlich reduzierte. Das war, so Nils Daulaire, ehemaliger Repräsentant der USA im WHO-Exekutivrat, einer der wesentlichen Gründe für die viel zu langsame Reaktion der WHO auf Ebola (vgl. Kellend 2016).

Länderbüros: Nicht eine, sondern sieben WHOs

Die weltweite Struktur der WHO mit ihren Regional- und Länderbüros ist ein weiterer Kritikpunkt, insbesondere wenn es um den Verwaltungsapparat der WHO und die hohen administrativen Kosten geht. Prinzipiell besteht zwar Einigkeit über die Notwendigkeit, dass die WHO in den Mitgliedsstaaten präsent ist, die Aufgaben und Finanzierung der sechs Regionalbüros, die eine privilegierte Sonderrolle einnehmen, sind jedoch strittig.

Die Direktorinnen und Direktoren der Regionalbüros werden von den Regionen oder Ländern selbst ernannt und gewählt und nicht von der Zentrale. Dadurch sind sie primär gegenüber ihren eigenen Mitgliedsstaaten rechenschaftspflichtig. Sie werden darum häufig nach regionalem und lokalem politischen Kalkül und Interessenlagen und nicht primär nach fachlicher Kompetenz und technischer Qualifikation ausgewählt. In der Folge sind lokale WHO-Mitarbeitende oft nicht ausreichend qualifiziert. Die Personalfuktuation in den Länderbüros ist ebenso wie die Kosten sehr hoch. Diese Struktur, so Charles Clift vom Centre on Global Health Security des Chatham House, ermutige zur Günstlingswirtschaft. So nutzten Regierungsvertreterinnen und Regierungsvertreter die Organisation als Mittel, um sich selbst oder ihre Kolleginnen und Kollegen in gut bezahlte Jobs in regionalen oder Länderbüros unterzubringen (vgl. Clift 2014a).

Auch John Mahoney, langjähriger Mitarbeiter verschiedener WHO-Länderbüros, bemängelt, dass es bei den Länderbüros an Rechenschaftspflicht und einem abgestimmten Management von Genf bis zur Länderebene fehle. Das bestehende System gäbe Gesundheitsministerinnen und Gesundheitsministern auf regionaler und auf Länderebene zu viel Macht und Einfluss (vgl. Mahoney 2014).

Die Finanzierung der Länderbüros ist, vor allem in Anbetracht der finanziellen Gesamtlage der WHO, bedenklich. Die Mitgliedsstaaten leisten keine direkten Beiträge an ihre Länder- oder Regionalbüros. Diese werden vielmehr aus dem WHO-Sekretariat in Genf über die

Beiträge aller Mitgliedsstaaten und Geber finanziert. Dabei übersteigt das Budget der Länderbüros den WHO-Beitrag der Staaten, in denen sie angesiedelt sind, häufig um ein Vielfaches (vgl. Clift 2014a). Das Interesse der Mitgliedsstaaten und Regionen mit eigenen Länderbüros, an diesen Strukturen etwas zu verändern, ist natürlich gering.

Die Regional- und Länderbüros handeln eigenständig und oft unabhängig vom Generalsekretariat. Sie wollen so schneller auf gesundheitliche Entwicklungen in ihren Regionen reagieren können – wie 2016 im Falle des Ausbruchs des Zika-Virus in Süd- und Mittelamerika. Die Kommunikation und Abstimmung zwischen den Regionalbüros und der Zentrale funktioniert nur mangelhaft. Das Genfer Sekretariat kann kaum kontrollieren, was auf Länderebene geschieht. Nach Einschätzung vieler Kritiker führte das auch zu der viel zu späten Reaktion der WHO auf die Ebola-Epidemie.

Zudem macht die umfangreiche Regionalstruktur es schwer, eine abgestimmte, einheitliche Politik zu etablieren und gemeinsame Prioritäten umzusetzen. Die Komplexität der WHO, so Charles Clift, sei einer der Hauptgründe, warum sie so dysfunktional sei. Die von ihm geleitete Arbeitsgruppe zu Health Governance macht interessante Vorschläge zur Reformierung der WHO-Außenstruktur: ein dezentrales Modell für alle Regionalbüros wie bei der Panamerikanischen Gesundheitsorganisation (PAHO, schon 40 Jahre vor der WHO gegründet), finanziert aus Pflichtbeiträgen der Mitgliedsstaaten in der Region, oder – entsprechend der Handhabung anderer UN-Organisationen – ein Modell, in dem die Notwendigkeit von Länder- und Regionalbüros danach festgelegt wird, was am sinnvollsten für die Erreichung der Ziele der Gesamtorganisation ist. Dabei würden Regionaldirektorinnen und Regionaldirektoren schrittweise zurückgezogen, um strukturelle Veränderungen zu ermöglichen (vgl. Clift 2014b, 27).

Die Politisierung der Regionalstrukturen und offenbare Günstlingswirtschaft schaden dem Ansehen und der Glaubwürdigkeit der WHO enorm. Trotz der daraus resultierenden Bedrohung für die technische Integrität und das Mandat der WHO werden die Rolle der Länderbüros und eine Neuordnung ihrer Strukturen auch im aktuellen Reformprozess weitgehend ausgespart. Auf zahlreiche externe Berichte und Analysen der letzten 20 Jahre, die zentrale Probleme identifizierten und zum Teil radikale Reformen der Regionalstrukturen empfahlen, reagierten die WHO und ihre Mitgliedsstaaten bisher kaum (vgl. Clift 2014b).

Eine Rekordzahl von Gesundheitsthemen

Die WHO beschäftigt sich mit einer Vielzahl von Gesundheitsthemen. Ihr Portfolio hat sich aufgrund zunehmender Komplexität der Globalen Gesundheit stetig erweitert und reicht nun vom Umgang mit Chemikalien über globale Impfpläne und die Bekämpfung von Influenza bis hin zur Reduzierung von Autounfällen durch erhöhte Verkehrssicherheit. Verantwortlich dafür sind auch die sehr umfassenden Prioritäten der Mitgliedsstaaten und der privaten externen Geber. Sie verlangen von der WHO, eine große Menge an Themen abzudecken und hindern sie so, sich zu fokussieren (vgl. Kellend 2016). Gleichzeitig wollen sie für die Vielfalt von Leistungen, die sie verlangen, nicht adäquat bezahlen und rechnen ihre finanzielle Unterstützung der WHO häufig konkreten Leistungen und Nutzen für ihre Länder gegen.

Generaldirektorin Chan bezeichnet diese Überbeanspruchung der WHO als eins der zentralen Probleme der WHO und sprach dies bereits 2011 in ihrem Bericht „The Future of Financing for WHO“ an: Die Prioritätensetzung der WHO sei weder ausreichend gezielt noch strategisch genug. Die WHO fokussiere sich nicht immer auf die Bereiche, in denen sie am besten positioniert ist. Die nun große Anzahl von Akteuren im Gesundheitsbereich und die zahlreichen Doppelungen machten es dringend notwendig, dass die Kohärenz verbessert und die Koordination effektiver werde (vgl. WHO 2011a).

Aus dieser Erkenntnis wurden bislang jedoch keine ausreichenden Konsequenzen gezogen. So ist auch die Agenda für die anstehende Weltgesundheitsversammlung 2017 wieder endlos lang und zu wenig fokussiert.

Jeremy Farrar, Direktor des Wellcome Trust, konstatiert, dass die WHO ins Schwimmen geraten sei, weil sie zu nichts „Nein“ sagen könne oder werde. Keine Organisation der Erde könne so viele Themen in ausreichender Tiefe abdecken. Er empfiehlt, klare Prioritäten zu setzen und diese auf hoher Ebene umzusetzen. Die WHO sollte in den Bereichen arbeiten, in denen sie einen zusätzlichen Nutzen zum globalen Gesundheitsregime geben kann: weltweite Reaktionen auf internationale Gesundheitskrisen koordinieren, technischen Rat geben, Standards und Normen setzen, Partnerschaften zwischen Regierungen, NGOs und Privatsektor fördern sowie Daten zu Public Health erheben und verbreiten (vgl. Kellend 2016).

Die Richtlinienkompetenz der WHO ist laut Einschätzung eines ehemaligen Mitarbeiters eines Länderbüros die zentrale Kompetenz der Organisation. Die Gesundheitsminister der Mitgliedsländer seien in Bezug

auf Behandlungsschemata, medizinisch-technische Vorgaben und Medikamente sehr stark auf die Einhaltung und Umsetzung der Leitlinien und die technische Beratung der WHO fokussiert. Diese Kernkompetenz, die die WHO von anderen Akteuren unterscheidet, sollte sie auf jeden Fall stärken und ausbauen.

Reformen - Zeit zu handeln

Erwartete Reformergebnisse

Rückbesinnung auf das Kerngeschäft mit Fokussierung auf folgende Bereiche: Gesundheitssysteme und -einrichtungen, Gesundheit und Entwicklung, Gesundheitssicherheit, Erkenntnisse über Gesundheitstrends und Einflussfaktoren, mehr Koordination

Reform der Finanzierung und Verwaltung: größere organisatorische Effektivität; klare Rollenverteilung zwischen Hauptbüro und Außenstruktur, bessere, ergebnisorientierte Leitung und Rechenschaftslegung, flexible, berechenbare und nachhaltige Finanzierung und verstärkte strategische Kommunikation, ein flexibles Personalwesen, um erfahrene, gute Mitarbeitende zu halten und neue anzuwerben

Führungsstrukturen: Klärung der Aufgaben der leitenden Organe, erhöhte Effektivität der Führung, größere Führungsrolle im globalen Gesundheitsbereich, indem die WHO Kohärenz in die zahlreichen Gesundheitsinitiativen auf globaler Ebene bringt (WHO Regionalbüro für Europa 2011, 6)

Als Reaktion auf die Herausforderungen der WHO und die zunehmende Kritik initiierte Generaldirektorin Margaret Chan 2010 einen umfassenden Reformprozess, dessen Notwendigkeit im Rahmen der Ebola-Krise noch deutlicher wurde. „It’s time to stop talking“ bestätigte sie im Januar 2016 bei der Sitzung des Exekutivrats die Aufforderung des neuseeländischen Direktors für Public Health Stewart Jessamine. Sie versprach die Fortführung des Reformprozesses mit besonderem Fokus auf die Stärkung des Notfallprogramms der WHO (vgl. Kellend 2016).

Oberstes Ziel der Reformen ist es, klare Prioritäten zu setzen, damit die WHO der globalen Gesundheits-

gemeinschaft besser dienen und ihr Mandat als „leitende und koordinierende Stelle des internationalen Gesundheitswesens“ erfüllen kann. Eine reformierte WHO „wird geschmeidiger, bedarfsgerechter und verantwortlicher agieren können“ (WHO Regionalbüro für Europa 2011, 5).

Die Reform umfasst drei Kernbereiche:

- Eine Reform im **programmatischen Bereich**, die auf eine Rückbesinnung auf das Kerngeschäftes der Organisation beziehungsweise Neuausrichtung zur Bewältigung der gesundheitlichen Herausforderungen des 21. Jahrhunderts zielt. Dazu soll die WHO ihren Wirkungsbereich auf das fokussieren, was sie bei angemessener Finanzierung für diese Schwerpunkte am besten leisten kann;
- eine **Governance-Reform** zur Stärkung ihrer Führung nach innen und außen, um die Rolle der WHO in der globalen Gesundheitsarchitektur sowie ihre Beziehung zu und Austausch mit anderen internationalen Akteuren klarer zu definieren und die Kohärenz in der globalen Gesundheitspolitik mit der WHO in einer koordinierenden und führenden Rolle zu erhöhen;
- eine Reform der **Verwaltung und Finanzierung**, um diese effektiver, reaktionsfähiger und transparenter zu machen und die Rechenschaftslegung zu verbessern (vgl. WHO 2017d).

Als Reaktion auf die Ebola-Krise erweiterte die 69. Weltgesundheitsversammlung im Jahr 2016 die Kernbereiche der WHO-Reform um das reformierte Notfallprogramm WHE, das als Querschnittsthema mit allen anderen Bereichen verbunden ist. Das machte eine Erhöhung des Programmhaushaltes um 160 Millionen US-Dollar notwendig. Bisher gab es bei der WHO eine solche Grundfinanzierung für Notfallmaßnahmen nicht, was schnelle Krisenreaktionen verhindert und der Glaubwürdigkeit der WHO schadet, so die Bewertung des Ebola Interim Assessment Panels (vgl. WHO 2015a, 16).

„If you want WHO to be strong and fit for purpose, keep your promises. Put your money where your mouth is.“ (Margret Chan, zitiert nach Kupferschmidt 2015)

Der Contingency Fund for Emergencies

Der Contingency Fund for Emergencies (CFE) wurde mit Beschluss der WHA im Mai 2015 als Reaktion auf die Lehren aus der Ebola-Epidemie und als wichtiger Bestandteil der WHO-Reform im Bereich der Gesundheitsnotfälle eingerichtet. Er soll die Finanzierung in einer kritischen Phase zwischen identifiziertem Bedarf des Eingreifens bis zum Beginn der Unterstützung durch andere Finanzierungsinstrumente sichern. Der CFE ist Teil des WHE, ist jedoch eigenständig finanziert. Die WHO verfügte bisher über kein solches Instrument. Seit seiner Gründung kam der CFE bei bislang dreizehn Gesundheitsnotfällen zum Einsatz – von der internationalen gesundheitlichen Notlage Zika bis hin zu einer lokalen Gesundheitskrise im Norden Nigerias (vgl. WHO 2017e).

Das High Level Panel on the Global Response to Health Crises empfahl im Januar 2016, den CFE mit 300 Millionen Dollar auszustatten und ihn – zwecks gesicherter und vorhersehbarer Finanzierung – gemäß der jeweiligen Beitragsschlüssel durch die Mitgliedsstaaten finanzieren zu lassen (vgl. United Nations 2016, 17-18). Diese Empfehlungen wurden jedoch nicht befolgt. Zielgröße des Fonds sind 100 Millionen US-Dollar, die vollständig aus freiwilligen Beiträgen der Mitgliedsstaaten finanziert werden sollen, der Beitragsschlüssel der Mitgliedsstaaten bietet dafür lediglich eine Orientierungsgröße. Ende 2016 war der Fonds noch immer nicht – wie vorgesehen – vollständig ausgestattet, ihm fehlen nach wie vor 66 Prozent seiner Mittel.

Die Einrichtung des WHE als eigenständiger Programmbereich soll sicherstellen, dass die WHO über ausreichende Kapazitäten verfügt, um auf Gesundheitsnotfälle vorbereitet zu sein und schnell darauf reagieren zu können. Zugleich ist sie ein starkes politisches Signal und bedeutet eine tiefgreifende Veränderung in der WHO. Das WHE erweitert die Rolle der WHO um operative Einsatzmöglichkeiten zusätzlich zu den traditionellen technischen und normsetzenden Aufgaben.

Ein wichtiges Instrument bei der Reform der WHO-Finanzierung ist der **Finanzierungsdialog**, der als Reaktion auf die genannten steigenden Herausforderungen bei der Finanzierung des Programmbudgets von der 66. WHA beschlossen wurde (vgl. WHO 2016g). So soll die

WHO besser planen und ihre vorhandenen Ressourcen besser einsetzen können. Im Dialog sollen Finanzierungsfortschritte und -lücken der unterschiedlichen Bereiche offengelegt, spezieller Bedarf dargestellt und die von den Mitgliedsstaaten und Gebern geplanten Beiträge besser abgestimmt werden. Auch wenn der Finanzierungsdialo g insgesamt als positives Instrument wahrgenommen wird, ist sein Erfolg bisher nur begrenzt. Viele Mitgliedsstaaten sehen ihn mehr als Informationsaustauschforum und vernachlässigen den Charakter einer Geberkonferenz, bei der sie als Teil der WHO auch in der Pflicht stehen, Beiträge zu leisten. Eine Schärfung des Profils dieses Instrumentes und eine deutlich attraktivere Gestaltung durch die WHO ist deshalb wichtig.

Weitere wichtige Reformen im Finanzierungsbe reich sind ein strategischerer Mitteleinsatz, die Vergrößerung der Geber-Gruppe, die Erhöhung der Transparenz bezüglich des Mitteleinsatzes sowie die Verabschiedung des gesamten WHO-Budgets durch die WHA. Zuvor hatte diese lediglich über die mit Pflichtbeiträgen finanzierten Teile des WHO-Budgets entschieden. Wichtige Schritte sind mit der Einrichtung des Programme Budget web portal sowie dem Beitritt der WHO zur International Transparency Initiative (IATI) bereits getan. Beim Finanzierungsdialo g im Oktober 2016 forderten die Mitgliedsstaaten jedoch mehr Informationen über die Wirkung der eingesetzten Mittel und zu den Konsequenzen von Mittelverschiebungen innerhalb des Budgets (vgl. WHO 2016e).

Fehlende Führung?

Im Zusammenhang mit der Reformdebatte und der Krise der WHO steht auch die Rolle von Generaldirektorin Margaret Chan immer wieder in der Kritik. Ihr großes Engagement, ihre fachliche Kompetenz und ihre technischen Kapazitäten sind unbestritten. Bemängelt wird jedoch ihr Zögern, wenn es darum geht, möglicherweise unbeliebte Entscheidungen zu treffen. Dieses Verhalten wurde oft als fehlende Führungsfähigkeit ausgelegt. Margaret Chan hört zu und sucht den Konsens, sie sieht sich selbst als „Bedienstete“ der Mitgliedsstaaten. Doch zu häufig habe sie Entscheidungen und Verantwortung an die Mitgliedsstaaten übertragen, diese insbesondere in Bezug auf die Finanzierung nicht ausreichend gefordert und nicht deutlich genug Führung übernommen, so die Kritiker. Chan, so Lancet-Herausgeber

Richard Horton, habe es meist vorgezogen, viel zu ruhig hinter den Kulissen zu arbeiten, statt mit starker Stimme zu sprechen (vgl. Huet 2017).

„It’s quite a balancing act to satisfy 194 countries.“ (Margaret Chan, zitiert nach Huet 2017)

Die Zusammenarbeit mit nicht staatlichen Akteuren

Ein wichtiges und viel diskutiertes Produkt des Reformprozesses ist das „Framework on Engagement with None State Actors“ (FENSA), das nach jahrelangem Ringen bei der 69. WHA im Mai 2016 verabschiedet wurde. Dieses Rahmenabkommen regelt die Zusammenarbeit der WHO mit so genannten nicht staatlichen Akteuren. Das sind in diesem Falle NGOs, der Privatsektor und Industrieverbände, philanthropische Stiftungen und akademische Einrichtungen. Das Abkommen soll die WHO vor der (zu großen) Einflussnahme privater Interessen schützen, gleichzeitig aber auch wichtigen Partnern mehr Möglichkeiten geben, ihre Expertise und Erfahrung gezielt einzubringen.

Nicht staatliche Akteure stellen der WHO wichtige Ressourcen, Netzwerke sowie Expertise zur Verfügung und vereinfachen den Zugang zu lokalen Bevölkerungsgruppen. Dabei wird immer wieder kritisiert, dass zivilgesellschaftliche Organisationen bei der WHO als zentrale Akteure im Gesundheitsbereich nicht ausreichend vertreten sind. Für die WHO ist das FENSA-Abkommen auch deshalb interessant, weil es durch die Festlegung von Kriterien für die Zusammenarbeit mit privaten Akteuren auch deren finanzielle Unterstützung regelt und der Organisation damit Aussichten auf zusätzliche Unterstützer schafft.

Auch wenn die FENSA-Prinzipien im Sinne erhöhter Transparenz und Klarheit insgesamt von den meisten Akteuren begrüßt werden, kritisieren Nichtregierungsorganisationen das Abkommen vor allem dafür, dass es die Privatwirtschaft auf die gleiche Ebene stelle wie andere nicht staatliche Organisationen. Damit werde deren vollkommen anderer Rolle nicht Rechnung getragen. Auch



Bill Gates war 2011 der erste und bisher einzige nicht staatliche Akteur, der die Weltgesundheitsversammlung eröffnete - dies obliegt sonst den Vertreterinnen und Vertretern der Mitgliedsstaaten. Gates enge Beziehung zur WHO steht stark in der Kritik.

weil die festgelegten Kriterien ihrer Meinung nach noch nicht ausreichend transparent und stark genug sind, befürchten einige NGOs, dass das Abkommen eher ein Türöffner als ein Schutz vor unangemessenem Einfluss von Unternehmen und Privatwirtschaft auf die WHO sein könnte (vgl. Seitz 2016). FENSA, so die Kritik der Journalistin Annegret Mathari in der Schweizer Tageswoche, ermögliche es Unternehmen, unter dem Label „nicht staatlicher Akteur“ den Status „offizielle Beziehungen“ mit der WHO zu haben. Das legitimiere die Lobbyarbeit von Firmen und philanthropischen Stiftungen bei den Leitungsgremien der WHO und normalisiere die Einbeziehung von Unternehmensinteressen in die Entscheidungsfindung der öffentlichen Gesundheit (vgl. Mathari 2016).

Beim Treffen des Exekutivrates wurde Ende Januar 2017 beschlossen, der Bill-und-Melinda-Gates-Foundation den Status „in offiziellen Beziehungen“ mit der WHO zuzusprechen. Viele Nichtregierungsorganisationen sehen darin die Gefahr, dass die BMGF so noch mehr Einfluss in der WHO bekommen könnte. Sie fürchten einen Interessenkonflikt, den sie auch in einem

offenen Brief an die WHO kritisieren (vgl. Balakrishnan et al. 2017).

In der Diskussion um FENSA wird gelegentlich die Frage der Rolle von und der Zusammenarbeit mit privaten Akteuren - allen voran philanthropischen Stiftungen wie der BMGF - mit der Frage der WHO-Finanzierung und der damit einhergehenden Bestimmung der Agenda vermischt. Entscheidend an FENSA ist aber nicht die Frage, ob, wieviel und wofür private Geber Geld an die WHO geben, sondern nach welchen Kriterien die Zusammenarbeit erfolgt und wie transparent diesbezügliche Entscheidungsprozesse sind.

Denn in einer realpolitischen Situation, in der Mitgliedsstaaten ihre Beiträge nicht erhöhen wollen oder können und ihrer Verantwortung für öffentliche Güter wie Gesundheit nicht oder nicht ausreichend nachkommen, ist die Unterstützung durch private Geber ein bedauerlicher Fakt und eine Notwendigkeit. Diese gilt es nicht grundsätzlich zu bekämpfen, sondern in erster Linie adäquat und transparent zu regeln. FENSA ist zwar ein Schritt hin zu dieser notwendigen Transparenz, geht aber noch nicht weit genug.

Fit for purpose?

Trotz Fortschritten in der Umsetzung der WHO-Reform in einigen Bereichen – allen voran im Programmbereich, in dem über 80 Prozent der geplanten Aktivitäten umgesetzt wurden (vgl. WHO 2016g, 2) – bleibt noch viel zu tun. Die Priorisierung bei den Themen ist aufgrund der unterschiedlichen Interessen bisher nicht ausreichend fortgeschritten. Chans zehnjährige Amtszeit geht in diesem Jahr zu Ende. Im Mai wählt die Weltgesundheitsversammlung ihre Nachfolgerin oder Nachfolger. Die auf diese oder diesen wartenden Aufgaben sind groß. So waren im Bereich der Governance Reform bis März 2016 nur 50 Prozent der vorgesehenen Reformschritte umgesetzt (vgl. WHO 2016g, 3).

Auch weltweit betrachtet sind die Reformfortschritte gering. Nur in einigen Regionen sind Verbesserungen im Programmbereich durch die Fokussierung auf weniger inhaltliche Schwerpunkte zu beobachten. Mit Ausnahme einiger Länder sind auch die Reformen im Personalbereich in den Regional- und Länderbüros wenig vorangekommen. Hier fehlt es – aus den beschriebenen Gründen – an einer treibenden Kraft.

Der Austausch und die Abstimmung zwischen dem Generalsekretariat und den Regionalbüros funktionieren seither aber deutlich besser, die Kommunikation sei viel intensiver, so ein leitender WHO-Mitarbeiter.

Maßnahmen zur Reduzierung von Verwaltungs-, Personal- und Reisekosten wurden auf den Weg gebracht, müssen jedoch weiter vorangetrieben werden. Die Personalkosten wurden über die letzten sechs Jahre um zehn Prozent reduziert (vgl. WHO 2016d). Dass sie die Reisekosten gesenkt hat, bringt die WHO gern als Beispiel zur Veranschaulichung von konkreten Reformfortschritten und -ergebnissen. Doch auch wenn diese Einsparungen wichtig sind, so sind sie nicht entscheidend, um zu dokumentieren, wie effizient der Reformprozess ist. Stattdessen bleibt die Darstellung konkreter Ergebnisse in den entscheidenden Bereichen meist oberflächlich, Verbesserungen werden nicht deutlich genug gezeigt – oder es gibt sie (noch) nicht. Hier sind dringend eine bessere Kommunikation und Außendarstellung erforderlich. Das Sekretariat erarbeitet deswegen an einem umfassenden und detaillierten „Value for money plan“, der 2018 dem Exekutivrat vorgestellt werden soll, und der unter anderem Maßnahmen zur weiteren Reduzierung von Verwaltungskosten umfassen soll.

Auch der Erfolg der Reformansätze im Finanzierungsbereich ist bisher mäßig: Es hat durch den Finanzierungsdialog zwar durchaus Verbesserungen in der Finanzierung des Programmbudgets gegeben, die Vorhersehbarkeit der Finanzierung des Kernbudgets ist von 62 Prozent in 2012/13 auf 83 Prozent für 2016/17 gestiegen. Diese Veränderungen sind aber im Wesentlichen auf einen strategischen Einsatz flexibler Mittel durch Generaldirektorin Chan und nicht auf ein grundlegend anderes Verhalten der Geber zurückzuführen. Insgesamt sinkt die finanzielle Vulnerabilität der WHO und die Abhängigkeit von einigen wenigen Gebern nur langsam: 2010/11 trugen die 20 größten Geber knapp 82,3 Prozent des WHO-Budgets, 2014/15 waren es 76 Prozent. Durch das WHO Programme Budget web portal hat sich die Transparenz im Finanzierungsbereich deutlich verbessert, dennoch sind viele Programmbereiche nach wie vor unterfinanziert (vgl. WHO 2016g). Die Bereitschaft der Mitgliedsstaaten, ihre Pflichtbeiträge zu erhöhen und ungebundene freiwillige Beiträge zu geben, ist gering. Die WHO arbeitet deshalb an einer „Corporate Strategy on Ressource Mobilization“, um sich in diesem Bereich professioneller aufzustellen.

Den Lehren aus der Ebola-Krise und dem Versagen der IHR bei vorherigen Notfällen und PHEIC wurde mit der Einrichtung des WHE und des CFE Rechnung getragen. Doch nach wie vor mangelt es bei den IHR an Anreizen und Sanktionen. Sie sind schlecht umgesetzt und viele Länder sind noch immer nicht ausreichend auf einen internationalen Gesundheitsnotstand vorbereitet. Reformen können in diesem Bereich allerdings ohnehin nur begrenzt greifen, weil in diesem trotz politischer Versprechungen und der erkannten Notwendigkeit immer noch große finanzielle Mittel fehlen. Obwohl das beim Finanzierungsdialog sehr eindrücklich vorgestellt und diskutiert wurde, hat sich hier nichts Grundlegendes getan.

In Bezug auf die Umsetzung von FENSA scheint es – zumindest aus Sicht der Zivilgesellschaft – derzeit so, als würde eine gegenläufige Tendenz stattfinden. So geht für zivilgesellschaftliche Organisationen der vom Exekutivrat am 31. Januar 2017 getroffene Beschluss, die Bill- und Melinda-Gates-Foundation stehe in „offiziellen Beziehungen“ mit der WHO, an der Zielsetzung von FENSA vorbei. Dies trage nicht dazu bei, die WHO vor dem Einfluss der Interessen privatwirtschaftlicher Akteure und ihren gesundheitsschädlichen Produkten zu schützen. Vielmehr könnten privatwirtschaftliche Akteure ihren

Einfluss durch FENSA sogar noch steigern, eben weil die Kriterien der Zusammenarbeit mit privaten Akteuren nicht ausreichend restriktiv und transparent geregelt sind.

Viele deutsche Nichtregierungsorganisationen halten sich jedoch bezüglich der Reformen in ihrer Advocacy-Arbeit zurück und sind vorsichtig mit ihrer Kritik an der WHO als Institution; vermutlich, weil sie keinen finanziellen Anteil und keinen Einfluss auf ihre Governance haben. Sie wollen die WHO aufgrund ihres wichtigen Mandates als zentrale, politisch legitimierte Organisation in der globalen Gesundheitsarchitektur stützen und demzufolge sie und ihre Kernfunktion schützen.

Insgesamt sind viele Mitgliedsstaaten und Geber mit den fehlenden Reformen unzufrieden. Nils Daulaire, ehemaliges Mitglied der USA im WHO-Exekutivrat sagt:

„I’ve heard from a lot of former colleagues representing other countries that are major contributors to WHO, and other institutions that contribute financially, that either (the WHO) has to get fixed in a relatively short period - five to ten years - or they’re going to take their marbles and go elsewhere.“
(Nils Daulaire, zitiert nach Kelland 2016)

In Bezug auf ihre Reform trifft die WHO auf viele Vorurteile, die eine mangelnde Auseinandersetzung der Kritiker mit dem Reformprozess zeigen. So wird der vermeintlich unzureichende Fortschritt der Reform vielfach als Vorwand und Argument angeführt, warum das finanzielle Engagement nicht weiter ausgebaut wird. Dass die Mitgliedsstaaten als Mitglieder selbst die Möglichkeit und die Verantwortung haben, den Reformprozess aktiv zu unterstützen, wird dabei außer Acht gelassen. Die WHO wird in die Rolle eines Dienstleisters für die Mitgliedsstaaten gehoben. Nur wenige Mitgliedsstaaten sprachen beim Finanzierungsdialog von „uns“ als WHO. Die anhaltende fehlende Bereitschaft vieler Mitglieder, die WHO durch erhöhte Pflichtbeiträge ausreichend und



Der Zugang zu Medikamenten, Impfstoffen und Diagnostika ist essentiell für die Verbesserung der Gesundheitssituation. Aber an vielen Orten sind die entsprechenden Produkte nicht vorhanden, veraltet oder ungeeignet für den Gebrauch in infrastrukturschwachen Gegenden.

unabhängig zu finanzieren, kann zudem als Zeichen fehlenden politischen Willens gedeutet werden. Insgesamt scheint es an Engagement, Verpflichtung und Ownership für die Reform zu fehlen. Niemand treibt sie im Sinne grundlegender Veränderungen mit ausreichendem Nachdruck voran. Der Status Quo scheint für viele zu bequem zu sein.

Die WHO täte allerdings auch gut daran, den komplexen Reformprozess einfacher darzustellen und Ziele, Inhalte und Ergebnisse konkreter, transparenter und übersichtlicher zu kommunizieren - wie sie dies bereits etwa im Finanzierungsbereich durch ihr Programm Budget web portal tut. Den auf nur einer Seite dargestellten Überblick über die Reformen zu erfassen überfordert sogar Menschen, die sich intensiv mit der WHO beschäftigen (vgl. WHO 2017e). Die Vorstellung der Fortschritte und Ergebnisse ist zu unpräzise und nicht auf das Wesentliche fokussiert.

Kapitel 3

Genfer Musterknabe? Die Position Deutschlands

Deutschlands Rolle in der WHO hat sich in den letzten Jahren zu der eines aktiven Teilnehmers in den verschiedenen WHO-Gremien entwickelt und wird von vielen Seiten positiv wahrgenommen. Die Bundesregierung unterstützt die laufende WHO-Reform konstruktiv. Im Mittelpunkt steht dabei vor allem der Einsatz Deutschlands für die Finanzierungsreform der WHO: Deutschland will die Pflichtbeiträge erhöhen und hat dafür in Stellungnahmen beim Finanzierungsdialog in Genf auch die Unterstützung der anderen Mitgliedsstaaten gefordert. Auch Gesundheitsminister Gröhe betonte im Zuge der Haushaltsverhandlungen des Deutschen Bundestages im November 2016: „Wir haben übrigens auch schon immer die Bereitschaft bekundet, die Pflichtbeiträge zur WHO zu erhöhen“ (Deutscher Bundestag 2016, 20121).

Deutschland ist - aufgrund des nach UN-Kriterien festgelegten Beitragsschlüssels von aktuell 6,39 Prozent in 2017 - derzeit unter den Mitgliedsstaaten der viertgrößte

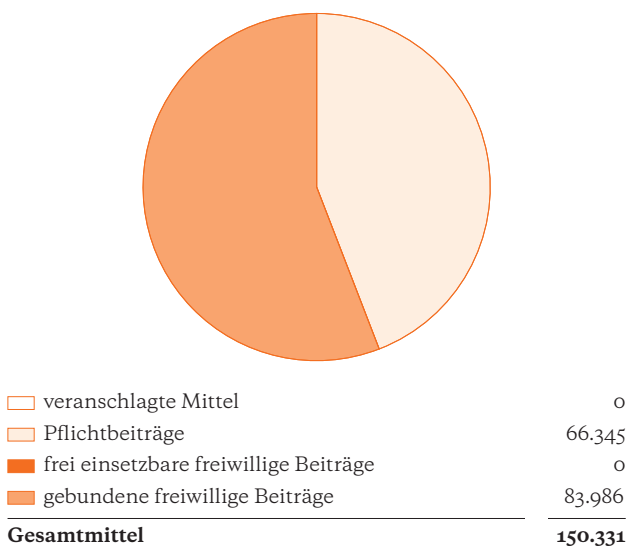
Geber der WHO bei den Pflichtbeiträgen. Auch die freiwilligen deutschen Beiträge an die WHO sind in den letzten Jahren gestiegen. Doch Deutschland findet sich hier nicht unter den Top 10, es wird sogar von einer vergleichsweise kleinen Volkswirtschaft wie Norwegen überholt. Bis 2016 hat Deutschland keine frei einsetzbaren freiwilligen Beiträge an die WHO gegeben. Vielmehr waren alle freiwilligen Beiträge projektgebunden und gingen über verschiedene Ressorts an die WHO. Der größte Teil lief in Form bilateraler Entwicklungszusammenarbeit über das BMZ und wurde über die Global Polio Eradication Initiative (GPEI) für die Polio-Bekämpfung eingesetzt. Für das Jahr 2017 stehen erstmals 35 Millionen Euro an freiwilligen Beiträgen an die WHO im Haushalt des BMG (Einzelplan 15), die sowohl zweckgebunden als auch flexibel an die WHO gegeben werden könnten. Dies ist ein Novum, da bisher aus dem BMG-Haushalt nur die Pflichtbeiträge finanziert wurden. Das BMG muss nun entscheiden, wie und wofür



Deutschlands Beitrag zur WHO 2014/2015

Quelle: WHO: Source and distribution of funds available 31 December 2015 „Germany“

Verfügbare Mittel, Stand 31. Dezember 2015 (in tausend US-Dollar)



Aufteilung der deutschen WHO-Mittel für 2014/15
 Quelle: WHO, verfügbar unter: <http://extranet.who.int/programmebudget/Biennium2014/Contributor>

es diese Mittel einsetzen wird: ob als flexible ungebundene Mittel zur freien Verfügung nach Priorität und Bedarf der WHO oder zweckbestimmt als gebundene Mittel für bestimmte Programme, die am meisten den Prioritäten der Bundesregierung entsprechen. Dass diese zusätzlichen Mittel überhaupt zur Verfügung gestellt werden, scheint das Ergebnis des starken politischen Engagements der Bundesregierung für die WHO zu sein. Im ursprünglichen Haushaltsentwurf waren sie nicht vorgesehen

Mit der Bereitstellung von mehr Beiträgen für die WHO sind jedoch auch Ansprüche der Regierungsparteien verbunden, die sinnbildlich für die Wahrnehmung der WHO sind: „Wir erwarten, dass mit diesen freiwilligen Beiträgen die Strukturentwicklung in der WHO verbessert wird“, machte der Abgeordnete Helmut Heiderich von der CDU im Rahmen der Haushaltsdiskussion deutlich. „Wir alle haben beim Ausbruch der Ebola-Krise erlebt, dass es dort strukturelle Schwierigkeiten gab, auf dieses Problem zu reagieren. Die Situation wollen wir mit unserem Einsatz verbessern helfen. Dafür stehen diese 35 Millionen zur Verfügung“ (Deutscher Bundestag 2016, 20115).

Vom Bundestag und in den Ministerien scheint die Bedeutung der WHO zwar nicht angezweifelt zu werden, die inhaltliche Auseinandersetzung ist jedoch eher gering. Dass die finanzielle Unterstützung stark an Reformerfolge

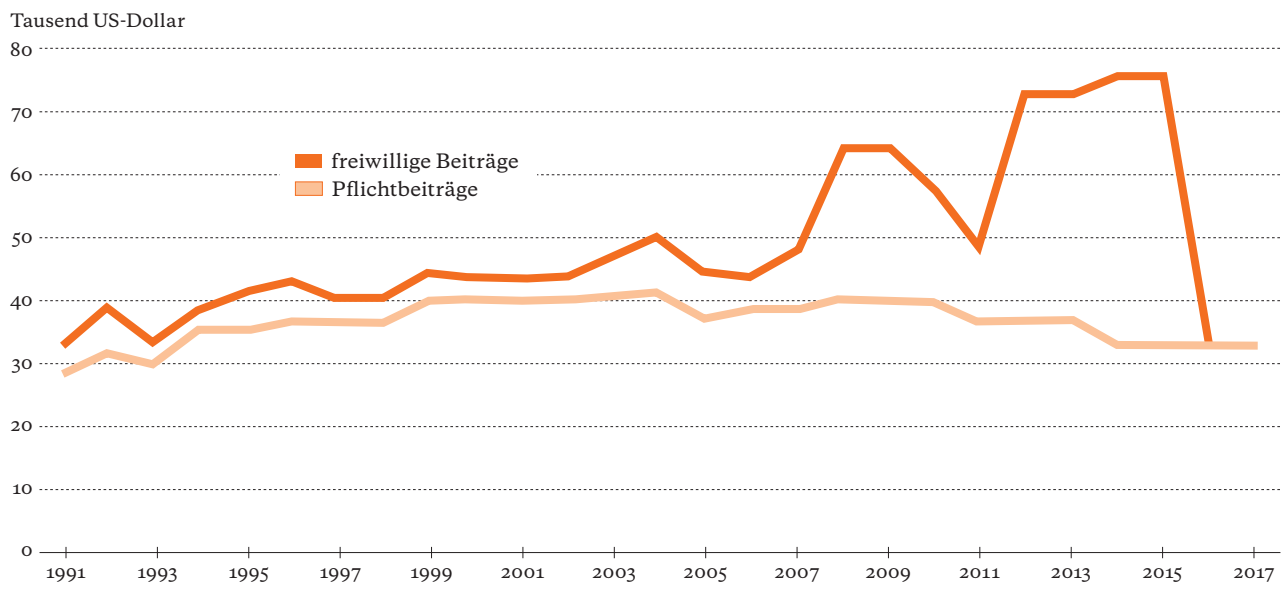
geknüpft wird, könnte eine Herausforderung in den Haushaltsverhandlungen werden. Das BMG plant jedoch, auch in Zukunft freiwillige Beiträge wieder in den Haushaltsplan aufzunehmen.

Dass die Bundesregierung sich verpflichtet fühlt, das Krisenmanagement der WHO zu stärken, brachte Kanzlerin Merkel im Rahmen der G7-Präsidentschaft immer wieder zum Ausdruck. Das zeigt sich auch im finanziellen Engagement der Bundesregierung deutlich: Deutschland ist nach Japan und Großbritannien derzeit drittgrößter Geber des CFE. Die Bundesregierung hat bislang 4,85 Millionen US-Dollar in den Fonds eingezahlt, der jedoch 21 Monate nach seiner Einrichtung 2015 immer noch zu 67 Prozent unterfinanziert ist (WHO 2017e). Zur Bewältigung der Ukraine-Krise stellte das Auswärtige Amt der WHO im Dezember 2016 2,5 Millionen Euro zur Verfügung, um Lücken in der medizinischen Grundversorgung und Notfallmedizin zu füllen (vgl. Die Vertretungen Deutschlands in Genf 2016c). Beim Finanzierungsdialog im Oktober 2016 in Genf forderte die deutsche Delegation von den Mitgliedsstaaten mehr Mittel für das WHO-Notfallprogramm. Alle Post-Ebola-Analysen hätten gezeigt, dass eine stetigere und vorhersehbarere Finanzierung unabdingbar sei (vgl. WHO 2016h).

G20 als Chance?

„Wir können die Welt nur gemeinsam besser auf zukünftige Gesundheitskrisen vorbereiten“, sagte Bundesminister Gröhe mit Bezug auf die deutsche G20-Präsidentschaft. Das Zusammentreffen der zwanzig wichtigsten Industrie- und Schwellenländer sei eine Chance, um gemeinsame Positionen zu entwickeln, globale Pläne abzustimmen und das Thema Globale Gesundheit weiter aufzuwerten. Auch in puncto Gesundheitsfinanzierung und Stärkung der WHO können so weitere Vorstöße gemacht werden. Die Bundesregierung hat deshalb die Globale Gesundheit zu einem Schwerpunkt ihrer G20-Präsidentschaft gemacht.

Das Thema Globale Gesundheit hat bis 2014 im G20-Kontext keine große Rolle gespielt. Es hat erst unter dem Eindruck von Ebola einen Platz auf der Agenda gefunden. Dabei hatten die G20 nicht in erster Linie die Bedürfnisse ärmerer Länder im Blick, sondern den Schutz ihrer eigenen Bevölkerung vor Pandemien. Nach ihrem Einsatz beim G7-Treffen 2015 hat die Bundesregierung auch für den G20-Gipfel in Hamburg Globale Gesundheit



Entwicklung des deutschen WHO-Beitrags

Quelle: Deutsche Gesellschaft für die Vereinten Nationen, Stand: November 2016

prominent auf der Tagesordnung platziert, um sie als „Markenzeichen der internationalen Verantwortung“ Deutschlands „zu profilieren“ (Bundesregierung 2016c). Sie möchte vor allem den weltweiten Kampf gegen Antibiotikaresistenzen sowie die Pandemievorsorge diskutieren. Denn - so die Bundesregierung - „Zukunftsfähigkeit erfordert [außerdem], die Gesundheitsversorgung zu stärken“ (Bundesregierung 2016b). Das ist ein wichtiges und positives Signal, es ist jedoch entscheidend, dass diese Debatte in enger Abstimmung mit der WHO geführt wird.

Die Bundesregierung hat deshalb zum ersten Mal in der Geschichte der G20 ein Treffen der G20-Gesundheitsminister organisiert, das im Mai in Berlin stattfinden wird und auf die Verabschiedung einer gemeinsamen Erklärung der Gesundheitsminister zielt. Es wurde bewusst so terminiert, dass es mit der Teilnahme an der Weltgesundheitsversammlung in Genf verbunden werden kann. Beim Gesundheitsministertreffen sollen im Rahmen einer Planspiel-Pandemieübung wichtige Erkenntnisse zur Verbesserung des weltweiten Gesundheitskrisenmanagements gesammelt werden. Es ist auch eine gute Gelegenheit, um für eine weitere, auch finanzielle, Stärkung der WHO zu werben und die Mitgliedsstaaten für die Notwendigkeit eines globaleren Gesundheitsverständnisses und die zentrale Rolle der WHO zu sensibilisieren. Denn die G20-Staaten sind sich in puncto Erhöhung der Pflichtbeiträge der WHO sehr

uneins. Auch das Verständnis für die Bedeutung von Globaler Gesundheit sowie die Rolle der WHO unterscheiden sich in der Gruppe sehr stark. Es ist also nötig, ihnen die Herausforderungen der WHO bewusst zu machen, auch wenn eine Konsensfindung schwierig sein könnte. Die Erwartung an die G20 sollte trotz aller Chancen, die sie bietet, nicht zu hoch sein.

In der Abschlusserklärung des G20-Gipfels in Hangzhou/China im September 2016 bekräftigen die G20 „dass es notwendig ist, [...] aus einer mehrwertbegründeten Perspektive der G20 heraus Forschung und Entwicklung im Hinblick auf neue und bestehende antimikrobielle Substanzen zu mobilisieren“ (Bundesregierung 2016a). Dies muss im Rahmen der deutschen G20-Präsidentschaft unbedingt aufgegriffen und weitergeführt werden - und in verbindliche Verpflichtungen münden. „Die G20 sollten sich dafür einsetzen, dass durch koordinierte Maßnahmen unter dem Dach der WHO neue Modelle für die biomedizinische Forschung und Entwicklung gestärkt und die Forschungskosten von letztendlichen Produktpreisen und Verkaufsmengen entkoppelt werden (de-linkage)“, so die Forderung des Verbandes für Entwicklungspolitik und Humanitäre Hilfe deutscher Nichtregierungsorganisationen (VENRO), zu dem auch Brot für die Welt zählt, und von Ärzte ohne Grenzen in einem gemeinsamen Positionspapier zur deutschen G20-Präsidentschaft. Des Weiteren sei es notwendig, dass „ein hochrangiger politischer

Die G20

Am 7. und 8. Juli 2017 treffen sich die Staats- und Regierungschefs der zwanzig wichtigsten Industrie- und Schwellenländer in Hamburg. Die G20 ist das zentrale Forum zur internationalen Zusammenarbeit der führenden Industrie- und Schwellenländer in Finanz- und Wirtschaftsfragen. Die 19 führenden Industrie- und Schwellenländer und die EU stehen für fast zwei Drittel der Weltbevölkerung, sie verfügen über vier Fünftel des weltweiten Bruttoinlandsprodukts und drei Viertel des Welthandels.

Da die Bundesregierung im Rahmen ihrer G20-Präsidentschaft nicht nur die Stabilität der Weltwirtschaft, sondern auch Nachhaltigkeit sichern möchte, ist „Zukunftsfähigkeit verbessern“ eine der drei inhaltlichen Säulen der deutschen G20-Agenda. Ein Hauptanliegen ist dabei, die Verwirklichung der Ziele der Agenda 2030 für nachhaltige Entwicklung und des Pariser Klimaabkommens voranzubringen (Bundesregierung 2016b).

Prozess ins Leben gerufen wird, der die Empfehlungen des Reports zum bezahlbaren Zugang zu Impfstoffen, Diagnostika und Medikamenten des UN-Generalsekretärs zum High Level Panel on Access to Medicines umsetzt“ (VENRO/ Ärzte ohne Grenzen 2016). Dazu zählt auch, bestehende Vorschläge und Initiativen der WHO wie etwa ein globales Abkommen für Forschung und Entwicklung, das GARD-Projekt (Global Antibiotic Research and Development Partnership), und das 2016 veröffentlichte Konzept „Health Product Research and Development Fund“ in Richtung eines, bei der WHO aufgehängten, internationalen Forschungsfonds weiter voranzubringen und mit ausreichenden Mitteln auszustatten.

Zur Förderung der Globalen Gesundheit ist eine Zusammenarbeit aller Staaten grundlegend – im Rahmen der WHO, aber auch im Kontext der G7 oder G20, die aufgrund ihrer wirtschaftlichen Stärke eine besondere Verantwortung haben. Das heißt auch, für ein ganzheitlicheres, interdisziplinärer und auf den Menschen und sein Umfeld fokussiertes Gesundheitsverständnis im Sinne der viel zitierten Erklärung von Alma Ata 1978 zu werben. Globale Gesundheit sollte nicht primär aus Sicherheitsaspekten und als Abwehr von Krankheit betrachtet werden. Nur so werden auch die

gesundheitlichen Bedürfnisse von Menschen ärmerer Länder berücksichtigt und Gesundheitssysteme nachhaltig gestärkt. Ein globales Verständnis von Gesundheit über die Beschäftigung mit nationalen Problemen hinaus kann und sollte letztendlich auch zu einem erhöhten Bewusstsein der wichtigen Rolle der WHO und einer erhöhten Bereitschaft ihrer (finanziellen) Stärkung führen.

Gesundheitsfinanzierung: Sektorübergreifend denken und handeln

Die klassischen Wirtschaftsthemen, die traditionell im Zentrum des G20-Gipfels stehen, bieten Möglichkeiten in puncto Gesundheitsfinanzierung: Die Regulierung von Schattenbanken, die Bekämpfung von Steuervermeidung, die Erleichterung von internationalem Handel und Investitionen sowie die Einführung innovativer Finanzierungsinstrumente, die auf der 2017er Agenda stehen, sind Chancen, um sowohl in den Ländern selbst als auch in anderen WHO-Geberländern Mittel für Globale Gesundheit und Entwicklungszusammenarbeit zu generieren.

Durch Steuervermeidung von Unternehmen gehen Entwicklungsländern jährlich mindestens 100 Milliarden US-Dollar an Steuereinnahmen verloren – Gelder, die dort dringend benötigt werden, um in Bildung, Gesundheitsversorgung und soziale Sicherung zu investieren. Der Steuervermeidung multinationaler Konzerne muss deshalb Einhalt geboten und Entwicklungsländer beim Aufbau von effektiven Steuersystemen unterstützt werden. Auch die Bundesregierung legt die Unterstützung von Partnerländern bei der Entwicklung von Steuersystemen im Koalitionsvertrag von 2013 explizit als ein Ziel im Bereich wirtschaftliche Zusammenarbeit und nachhaltige Entwicklung fest.

Auch die G20 Gesundheitsexperten haben die Bedeutung des sektorübergreifenden Ansatz erkannt und bei ihrem Treffen Anfang 2017 betont: „Gesundheit ist Voraussetzung und Motor für eine wirtschaftliche Entwicklung. Und damit zentral für die G20“ (BMG 2017a).

Kapitel 4

Schlussfolgerungen und Empfehlungen

Zurück zur globalen Gesundheitsinstanz

Reformen müssen weitergehen: Trotz Fortschritten in vielen Bereichen ist der Reformbedarf bei der WHO auch sieben Jahre nach Beginn der Reformen weiterhin groß. Oder die WHO ist nicht in der Lage, Reformfortschritte und konkrete Ergebnisse adäquat und überzeugend zu vermitteln. Beides ist fatal. Denn der Schlüssel für Erfolg und Wirksamkeit der Organisation scheint genau hier zu liegen. Die Reformen sind notwendig, um effizienter, effektiver und fokussierter arbeiten zu können. Und Reformergebnisse sind notwendig, um Skeptikern den Wind aus den Segeln zu nehmen und sie davon zu überzeugen, dass es wichtig ist, in ihre WHO zu investieren und ihr Vertrauen zu schenken.

Diesen Teufelskreis muss die WHO durchbrechen. Dafür sollte sie in ihrer Argumentation die Reformdiskussion von der Debatte über ihre Finanzierung abkoppeln und zeigen, dass beide notwendig sind und mit Unterstützung der Mitgliedsstaaten vorangebracht werden müssen. Sie sollte auch selbst beides parallel mit Nachdruck anschieben.

Anpassung an veränderte Rahmenbedingungen der Global Health Landschaft: Gleichzeitig ist eine Annäherung an die anderen Gesundheitsakteure notwendig. Und auch hier liegt der Schlüssel in Reformen. Denn die WHO konkurriert mit anderen Global Health-Akteuren, vor allem in Bereichen, in denen sie aufgrund ihres Mandates gar nicht konkurrenzfähig sein kann. Die für die Geber so attraktiv erscheinenden quantitativen Darstellungen der Wirkungen der Programme von GFATM, BMGF und Gavi sind möglich, weil deren Mandat eng und häufig vertikal ausgerichtet ist, die WHO hat dagegen ganz bewusst ein viel umfassenderes Mandat, das Erfolge eher qualitativ und über die Zeit zeigt.

Die WHO als UN-Sonderorganisation besteht aus Mitgliedsstaaten, die die Arbeit der WHO im Gegensatz zu anderen Akteuren politisch und demokratisch legitimieren. Dies macht die WHO durch damit verbundene bürokratische Prozesse zuweilen schwerfälliger und weniger reaktionsfähig als ihre vermeintlich agilen Konkurrenten mit einer schlanken Governance-Struktur (vgl. Clinton/Shridhar 2017). Gleichzeitig wird sie aufgrund ihres Status als UN-Sonderorganisation viel kritischer betrachtet als andere Akteure. Aber: Ihre Legitimität macht sie einzigartig in der Globalen Gesundheit. Dies

ist ein großer Vorteil, den die WHO nicht nur beim Werben um Geber viel mehr nutzen muss.

Dennoch gibt es Bereiche, in denen die WHO sich besser aufstellen und wettbewerbsfähig machen muss. Diese decken sich weitgehend mit den genannten Reformen: Das Management muss, insbesondere im Zusammenspiel mit den regionalen Strukturen, verbessert werden. Der Verwaltungsapparat muss verschlankt und die Personalpolitik optimiert und mehr auf Kompetenzen fokussiert sein. Transparenz, Rechenschaftspflicht und Monitoring müssen in allen Bereichen verbessert werden. Erfolge und konkrete Ergebnisse müssen besser kommuniziert werden. Die WHO muss sich auf festgelegte Kernthemen und Programme fokussieren, in denen sie Vorteile gegenüber anderen Akteuren hat, und die nicht von diesen übernommen werden können. Tut sie das in absehbarer Zeit nicht, so werden sich Geber und Mitgliedsstaaten von ihr abwenden und ihr Geld an anderer Stelle investieren.

Finanzierungsreform optimieren: Die Reformansätze der WHO im Finanzierungsbereich sind im Prinzip gut, zeigen aber vielfach nicht den gewünschten Erfolg. Selbst die Länder, die eine Erhöhung der Pflichtbeiträge grundsätzlich befürworten, binden ihre Unterstützung an weitere Reformfortschritte, allen voran Transparenz, Kosteneffizienz, Prioritätensetzung und Rechenschaftspflicht. Die von vielen Ländern angeführten wirtschaftlichen Gründe sind angesichts der Höhe ihrer Beiträge in Relation zu ihrer Wirtschaftskraft in den meisten Fällen wenig plausibel. Dies zeigt, dass die Entscheidung eher politischer Natur ist. Zudem ist auch schon jetzt klar, dass selbst eine zehnprozentige Erhöhung der Pflichtbeiträge nicht ausreichend wäre, um die finanziellen Herausforderungen der WHO zu lösen. Die Finanzierungsdiskussion ist vor allem vor dem Hintergrund, dass das Zweijahresbudget der WHO mit rund 4,5 Milliarden US-Dollar letztendlich nur dem eines größeren, westeuropäischen Krankenhauses entspricht, erschreckend.

Neben den bereits vorgesehenen Reformbemühungen gibt es weitere Möglichkeiten, hier voranzukommen: Die Folgen einer Unterfinanzierung müssen drastischer dargestellt und – noch wichtiger – Konsequenzen gezogen werden. Um den Druck auf die Mitgliedsstaaten zu erhöhen und eine Priorisierung beim Mitteleinsatz zu erzwingen, könnten beispielsweise WHO-Resolutionen mit finanziellen Implikationen nur noch unter der Prämisse ihrer Finanzierbarkeit verabschiedet werden.



Die Zahl der Frauen, die infolge von Komplikationen während Schwangerschaft oder Geburt sterben, ist von 1990 bis 2015 um 44 Prozent auf jährlich 303.000 gesunken. Nach wie vor treten 99 Prozent der Müttersterblichkeitsfälle in Entwicklungsländern auf - eine Vielzahl der Geburten findet ohne angemessene Betreuung statt. In einem Krankenhaus in Jaffna im Norden Sri Lankas ist es gelungen einen neuen Kreis- und Operationssaal einzurichten um die Frauen auch im Notfall versorgen zu können.

Der **Finanzierungsdialog** muss attraktiver und professioneller gestaltet werden. Er sollte politisch wesentlich hochrangiger, etwa durch die Ministerinnen und Minister der zuständigen Ressorts, die auch direkte Entscheidungsbefugnis haben, besetzt werden. Die Wiederauffüllungskonferenzen der vermeintlichen Konkurrenten sind zum Beispiel im Falle Deutschlands in der Regel durch Vertreter oder Vertreterinnen der Führungsebene besetzt, von Unterabteilungsleiter bis Bundeskanzlerin, je nach derzeitiger politischer Gewichtung. Auch die WHO-Strategien, um finanzielle Unterstützung bei bestehenden und potentiellen Förderern einzuwerben, müssen dringend professionalisiert werden. Ein erster Schritt dorthin könnte die „Corporate Strategy on Ressource Mobilization“ sein, die derzeit von der WHO erarbeitet wird.

Dazu gehört auch, die Kommunikationsstrategie zu verbessern und an die veränderten Rahmenbedingungen anzupassen. Die WHO muss sich besser verkaufen, Reformprozesse klarer und nachvollziehbarer darstellen.

Die WHO braucht eine unabhängige, flexible, nachhaltige und verlässliche Finanzierung. Die Erhöhung der Pflichtbeiträge ist dabei zentral. Alternative Modelle, etwa eine stufenweise Erhöhung, sollten mitgedacht

werden. Angesichts der unsicheren Weltlage und dem ungewissen entwicklungspolitischen Kurs zentraler Geber wie den USA kann und sollte die WHO in puncto Finanzierung aber nicht nur auf die Pflichtbeiträge setzen. Vielmehr muss sie auch dafür Sorge tragen, dass insbesondere Mitgliedsstaaten und andere Geber ihre ungebundenen, freiwilligen Beiträge weiter ausbauen und langfristige Finanzzusagen machen.

Die Unterfinanzierung zentraler Bereiche - wie etwa der Notfallbereich - sollte nicht zur Auslagerung dieser Kompetenzen an andere Organisationen und Akteure führen - wie das zu Beginn der 2000er bei UNAIDS, Gavi und GFATM der Fall war. Das Management von Gesundheitskrisen muss als zentrale Kompetenz bei der WHO liegen.

Starkes Leadership der neuen Generaldirektorin oder des -direktors ist erforderlich: Zur Durchsetzung von teils unpopulären Reformen hat es in der Vergangenheit häufig an deutlichen Ansagen der WHO-Generaldirektorin gefehlt. Die Mitgliedsstaaten sind in ihrer Verantwortung zu wenig gefordert worden. Der oder die neue Generaldirektorin sollte deshalb nicht nur Technokrat oder Technokratin, sondern auch Vollblutpolitikerin

oder -politiker mit Mut zu bisweilen unbeliebten Entscheidungen sein und wesentlich mehr Beteiligung von den Mitgliedsstaaten einfordern. „Now the world is calling for a doctor with more authority, who can prescribe tough reform and call out the governments not doing their part to keep their people healthy” (Heut 2017), fasst die Journalistin Natalia Heut zusammen.

Die **Transitionsphase bis zur Ernennung und Amtsübernahme der neuen Generaldirektorin oder des neuen Generaldirektors** darf die WHO durch das möglicherweise entstehende Machtvakuum nicht noch weiter schwächen. Vielmehr sollte die Zeit genutzt werden, um die WHO auf den Führungswechsel vorzubereiten und dem oder der neuen Kandidatin einen klaren Auftrag zu erteilen. Die verbleibenden drei Kandidatinnen und Kandidaten haben dafür in Interviews mit der WHO und der Fachzeitschrift Lancet ausreichende Vorlagen und Anknüpfungspunkte zu zentralen Fragen gegeben (vgl. Hurton/Samarasekera 2016).

Die Rolle und Autorität der WHO als zentrale, einzig demokratisch legitimierte Instanz in globalen Gesundheitsfragen muss nachhaltig gestärkt werden. Die WHO sollte nicht nur koordinieren und moderieren, sondern vor allem - wie von Chan gefordert - führende Stimme im Bereich Globale Gesundheit sein. Diese Rolle sollte sie selbstbewusst und mit Nachdruck einfordern und ausüben.

Die Koordination mit anderen Akteuren muss deutlich verbessert werden, um eine Abstimmung in Richtung einer effektiven Rollenteilung und kohärenteren globalen Gesundheitspolitik zu ermöglichen. Derzeit gibt es noch zu viele Überschneidungen auf beiden Seiten. Zum einen, weil die Akteure ihre (organisationseigenen) Interessen wahren und sich politisch und für Geber gut positionieren möchten. Zum anderen, weil die Kommunikation und der Austausch nicht optimal funktionieren. So sind - auch aufgrund der unterschiedlichen Ressortzuständigkeit bei globalen Gesundheitsfragen - nicht in allen Gremien die gleichen nationalen Delegationen vertreten, was eine weltweite Perspektive häufig erschwert. Umso wichtiger sind eine klare und offene Kommunikation und Führung durch die WHO. Das könnte durch die Einrichtung von neuen, effektiveren Koordinierungsgremien der zentralen Gesundheitsakteure unterstützt werden.

Die **Einbindung und Beteiligung von zivilgesellschaftlichen Akteuren** in der WHO sollte verbessert und institutionalisiert werden. Die Zivilgesellschaft verfügt

über immens wichtige Expertise und versteht durch ihre Nähe zur Bevölkerung deren Bedürfnisse und Rahmenbedingungen sehr gut. Zudem ist sie legitimiert. Eine verstärkte Einbindung würde wichtige Impulse für Reformen geben, auch in Bezug auf die Personalpolitik auf Länderebene, das Ansehen der WHO steigern und zudem ihre Lobby stärken.

Eine ausreichend flexibel und unabhängig finanzierte WHO muss sich auf ihr **Kernmandat fokussieren**. Sie sollte sich darüber klar werden, welche Programme gestärkt, welche zurückgefahren, welche (besser) von anderen Akteuren übernommen oder auch abgeschafft werden sollten. Weil diese Prioritätensetzung in der Realität von 194 Einzelinteressen eine riesige Herausforderung ist, ist es notwendig, dazu einen offenen und ehrlichen Dialog mit den Mitgliedsstaaten zu führen.

Nicht zuletzt muss das **Rollenverständnis der WHO**, vor allem durch die Mitgliedsstaaten, besser abgestimmt und klarer definiert werden. Es bedarf einer realistischen Einschätzung aller Akteure über das, was die WHO tun soll und kann. So können auch die Erwartungen an sie realistischer formuliert werden.

Empfehlungen für Deutschland und die G20

Wenn die globale Gesundheit wirklich zu einem „Markenzeichen der internationalen Verantwortung“ (BMG 2017b) Deutschlands werden soll, dann ist es unabdingbar, den politischen Einsatz für die Globale Gesundheit über die deutsche G20-Präsidentschaft hinaus auch nach dem Wahljahr 2017 zu erhalten und dafür bereits jetzt die entscheidenden Weichen zu stellen.

Fair Share für Globale Gesundheit: Deutschland hat als viertgrößte Wirtschaftskraft weltweit eine Verantwortung, die sich nicht nur an Worten, sondern auch an Taten und Zahlen zeigen sollte. Um seine politischen Absichtserklärungen für die Globale Gesundheit glaubwürdig zu machen, muss Globale Gesundheit innerhalb der Entwicklungszusammenarbeit - sprich im BMZ - deutlich aufgewertet werden. Dem BMZ müssen für die gesundheitsbezogene ODA Mittel zur Verfügung gestellt werden, die sich an der 0,1 Prozent-Zielgröße der WHO beziehungsweise neueren Berechnungen wie denen von Chatham-House orientieren. Dazu gehört, dass Deutschland sich - auch langfristig - verpflichtet, mehr freiwillige, und vor allem ungebundene Beiträge an die WHO zu geben. Der für das

Haushaltsjahr 2017 erstmals im Einzelplan 15 eingerichtete Titel für freiwillige WHO-Beiträge muss dauerhaft in den Bundeshaushalt integriert werden und in den kommenden Haushaltsjahren auch noch gesteigert werden.

Kohärenter Politikansatz: Deutschland braucht einen kohärenten Politikansatz, um Maßnahmen zur Verbesserung der globalen Gesundheit konsequent, sektor- und ressortübergreifend zu unterstützen und zu finanzieren. Das Konzept der Bundesregierung zur Globalen Gesundheit sollte deshalb dringend aktualisiert beziehungsweise fortgeschrieben werden und den Entwicklungen der Post 2015- und Post-Ebola-Ära Rechnung tragen. Die aktive Beteiligung aller relevanten staatlichen und nicht staatlichen Akteure sowie die Erstellung eines Aktionsplans sind dabei unabdingbar.

Gesundheit global verstehen: Das Bewusstsein für die Bedeutung der Globalen Gesundheit in Deutschland muss insgesamt geschärft werden. Es gibt in Deutschland kaum nennenswerte Think Tanks zu Globaler Gesundheit. Auch wissenschaftliche Forschung und Analysen finden noch zu wenig statt. Das erschwert die Diskussion und die Mobilisierung von Ressourcen.

Aktive Rolle Deutschlands in der WHO: Im Rahmen der WHO sollte Deutschland seine aktive Rolle im Reformprozess weiterführen. Die Bundesregierung sollte Möglichkeiten der Beteiligung in entsprechenden WHO-Gremien nutzen, um das Programm der WHO mitzugestalten und eine unabhängige Finanzierung sowie eine effizientere und transparentere Funktionsweise der WHO zu sichern. Neben einer Kandidatur für den Exekutivrat sollte Deutschland sich für das Transitionsteam der neuen Generaldirektorin oder des Generaldirektors zur Verfügung stellen. So kann es dazu beitragen, dass die Reformagenda auch in der Übergangszeit weiter vorangebracht und entscheidende Weichen gestellt werden.

Deutschland sollte die WHO dabei unterstützen, prioritäre Programmbereiche festzulegen. So kann es sicherstellen, dass das finanziert wird, was national und international hohe politische Priorität hat und für die Umsetzung der SDG-Agenda grundlegend ist. Die internationalen politischen Prioritäten in der Globalen Gesundheit finden sich zurzeit noch nicht ausreichend in der Finanzierung des WHO-Budgets wider.

Globale Gesundheit auf der Agenda der G20

WHO stärken: Eine starke WHO ist maßgeblich für die Erreichung der gesundheitsbezogenen SDGs. Die Reform der WHO sollte politisch auf höchster Ebene der G20 diskutiert werden, da diese besser in der Lage sind, die Reform voranzubringen als die Gesundheitsminister. Die G20 sollten die WHO als zentrale, handlungsfähige, unabhängige und führende Instanz in der Globalen Gesundheit durch ausreichende flexible Mittel und eine konstruktive Mitgestaltung des Reformprozesses stärken und sie so befähigen, ihr Kernmandat ausüben zu können.

WHO besser finanzieren: Die Bundesregierung sollte die G20-Präsidentschaft nutzen, um für verstärkte finanzielle Verpflichtungen für die WHO zu werben und dabei selbst mit gutem Beispiel vorangehen – durch eine Erhöhung der Pflichtbeiträge und deutlich mehr freiwillige flexible Beiträge sowie die Finanzierung zentraler, noch unterfinanzierter Bereiche wie dem CFE.

Reformen des Forschungssystems voranbringen: Die G20 sollten Reformen des Forschungssystems bestärken und koordinierte Maßnahmen unter dem Dach der WHO fördern, durch die dringend notwendige neue Modelle für Forschung und Entwicklung für vernachlässigte und armutsassoziierte Krankheiten entwickelt werden.

Gesundheit als G20-Thema: Gesundheit sollte dauerhaft in die G20 Agenda – Development Track und Health Track – aufgenommen werden, um politische Führung und Investitionen auf dem Weg zur Erreichung von SDG 3 sicherzustellen. Um das Recht auf Gesundheit zu realisieren, sollten sich die G20-Staaten zum Ziel der allgemeinen Gesundheitsversorgung (UHC) bekennen. Dafür sind langfristige und höhere Investitionen in Globale Gesundheit notwendig: in die Stärkung und Finanzierung von widerstandsfähigen Gesundheitssystemen sowie die Unterstützung von Partnerländern beim Aufbau von Finanzierungssystemen für die Gesundheitsversorgung und effektiver Steuersysteme.

Kapitel 5

Ausblick: Was passiert nach 2017?

2017 ist nicht nur wegen der deutschen G20-Präsidentschaft ein spannendes Jahr mit vielen Unwägbarkeiten für die Globale Gesundheit. In Frankreich, Deutschland und den Niederlanden wurde beziehungsweise wurde jüngst gewählt. Großbritannien und die USA haben bereits eine neue Regierung. Rechtspopuläre Tendenzen werden in vielen westlichen Demokratien deutlich stärker. Der Brexit schwächt die Europäische Union. In Deutschland dominieren die Debatte um nationale Sicherheit und den Zuzug von Geflüchteten die Agenda der Bundestagswahl – die Mittel zur Bewältigung dieser Herausforderung werden zum Teil aus dem Etat des BMZ genommen. Auch mit der Wahl von Donald Trump zum Präsidenten der USA scheinen als sicher geltende Werte und Prinzipien in der internationalen Zusammenarbeit und Menschenrechtsfragen plötzlich wieder grundlegend in Frage gestellt zu werden. Somit sind viele Länder von Veränderungen betroffen, die bislang zentrale Akteure und Finanzgeber im Bereich Globale Gesundheit waren: Frankreich, Deutschland, die USA und Großbritannien.

Mit der Einreichung des EU-Austrittsantrags am 29. März 2017 hat Theresa May den Austritt Großbritanniens aus der EU bestätigt. Das britische Referendum hatte

bereits erste fatale Auswirkungen auf den Bereich Globale Gesundheit. Durch die Abwertung des britischen Pfund gingen Millionen von Fördergeldern verloren – und Ungewissheit dominiert alle ODA-Zusagen des Vereinigten Königreiches. Ein Zeichen der Hoffnung ist immerhin, dass May bei der GFATM-Wiederauffüllungskonferenz im September 2016 große Unterstützung zugesagt hat.

Über Präsident Trumps Position und seine Pläne zur Entwicklungszusammenarbeit und zu Globaler Gesundheit ist sehr wenig bekannt. Seine Opposition zum Pariser Klimaabkommen, die im Wahlkampf als großes Ziel angekündigte Abschaffung von Obama-Care und seine Rückkehr zur Mexico City Policy als eine seiner ersten Amtshandlungen verheißen jedoch nichts Gutes und lassen wenig Raum für Optimismus bezüglich seines Gesundheitsverständnisses. Auf Fragen zu Entwicklungshilfe reagierte Trump gewöhnlich mit seiner „America first“-Agenda und dem Appell für den Einsatz von Steuergeldern in die Infrastruktur der USA. Bei Bekanntgabe seiner Kandidatur 2015 sagte er den berühmten Satz: „It is necessary that we invest in our infrastructure and stop sending foreign aid to countries that hate us“ (McNeill 2016). Illegale Migranten will er



Eine angemessene nationale und globale Krisenreaktion im Falle einer Epidemie ist wesentlich – neben der nachhaltigen Stärkung von lokalen Gesundheitssystemen. Denn eine Basisgesundheitsversorgung ist der erste Schutz vor vermeidbaren Erkrankungen.

mit dem Hinweis auf deren hohe Kosten für das amerikanische Gesundheitssystem des Landes verweisen. Obama-Care abzuschaffen, durch welche rund 25 Millionen bislang unversicherte US-Bürger in eine Krankenversicherung aufgenommen werden konnten, würde einen herben Rückschlag in der Erreichung der allgemeinen Gesundheitsversorgung - dem entscheidenden Instrument zur Erreichung von SDG3 - in den USA bedeuten (vgl. Sharman 2016). Mit einer solchen politischen Zielsetzung kann die US-Regierung kein internationales Vorbild und führend in globalen Gesundheitsfragen sein. Positive Töne kamen von Präsident Trump bislang lediglich bezüglich der Finanzierung der weltweiten Aids-Behandlung, für die er eine führende Rolle der USA versprach (vgl. McNeill 2016). US-Vizepräsident Pence hat zwar einen stärkeren Bezug zu Entwicklungszusammenarbeit und Globaler Gesundheit und setzte sich - wie auch schon unter Bush und Obama - für weitere finanzielle Unterstützung von PEPFAR ein, ist aber durch extrem konservative Positionen zu SRGR und HIV/Aids aufgefallen. Letztere waren stark von Sicherheitsaspekten dominiert und geben wenig Anhaltspunkte für ein menschenrechtsbasiertes Gesundheitsverständnis (vgl. IMPACT 2016). Dies gibt hinsichtlich seines Einflusses auf Trumps globale Gesundheitspolitik weiteren Anlass zur Sorge.

Nicht nur die Art und Weise der möglichen Gestaltung globaler Gesundheitspolitik sind beunruhigend, sondern auch die befürchteten finanziellen Konsequenzen. Was wird passieren, wenn die USA und vielleicht auch Großbritannien und Frankreich ihre bi- und multilaterale Unterstützung entscheidend reduzieren? Und wie wird sich die ohnehin schon kritische Haltung der USA zu den UN-Organisationen unter Präsident Trump weiterentwickeln? Die Konsequenzen für die WHO sind nicht auszudenken, sind die USA doch unter den Mitgliedsländern ihr größter Beitragszahler und finanzieren allein 20 Prozent der Pflichtbeiträge. Deshalb müssen solche Szenarien bei der Erarbeitung von Finanzierungskonzepten mitgedacht werden.

Gerade vor diesem Hintergrund ist die Wahl der neuen Generaldirektion im Mai 2017 ein weiteres wichtiges Datum, an dem entscheidende Weichen für die Richtung der globalen Gesundheit gestellt werden. Es geht dabei um die Zukunft der WHO. Die Reformen müssen die WHO in ihre zentrale Position in der globalen Gesundheitsarchitektur zurückführen - sonst läuft sie Gefahr, sich in einigen Jahren selbst aufzulösen.

In Deutschland sind das Engagement und die politischen Verpflichtungen für Globale Gesundheit stark an die Bundeskanzlerin selbst sowie an ihren Gesundheitsminister gebunden. Es bleibt zu hoffen, dass dies auch nach einem möglichen Regierungswechsel erhalten bleibt - und mit finanziellen Ressourcen weiter gestärkt wird. Denn stärken bedeutet auch finanzieren. Das Institut für Health Metrics and Evaluation beobachtet nach den goldenen Jahren der Globalen Gesundheit bereits jetzt einen weltweiten Rückgang der gesundheitsbezogenen Entwicklungszusammenarbeit, den es umzukehren gilt (vgl. IHME 2015).

Abkürzungsverzeichnis

| | | | |
|-------|--|--------|--|
| AA | Auswärtiges Amt | MDGs | Millennium Development Goals - Millennium-Entwicklungsziele |
| AC | Assessed Contributions - Pflichtbeiträge | MSF | Médecins sans frontières - Ärzte ohne Grenzen |
| AMR | Antimikrobielle Resistenzen | NGO | Non-governmental organization - Nichtregierungsorganisation |
| BIP | Bruttoinlandsprodukt | NCD | Non-communicable diseases - nicht übertragbare Krankheiten |
| BMBF | Bundesministerium für Bildung und Forschung | ODA | Official Development Aid |
| BMG | Bundesministerium für Gesundheit | OECD | Organisation for Economic Co-operation and Development - Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung |
| BMGF | Bill-und-Melinda-Gates-Foundation | PEF | Partner Engagement Framework |
| BMUB | Bundesministerium für Umwelt, Naturschutz, Bau und Reaktorsicherheit | PEPFAR | President's Emergency Plan for Aids Relief |
| BMZ | Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung | PHEIC | Public Health Emergency of International Concern - Internationaler Gesundheitsnotstand |
| BNE | Bruttonationaleinkommen | PMI | President's Malaria Initiative |
| CCM | Country Coordinating Mechanism - Landeskoordinierungsgremium (des GFATM) | PPP | Public Private Partnership |
| CDU | Christlich Demokratische Union Deutschlands | SDGs | Sustainable Development Goals - Nachhaltige Entwicklungsziele |
| CFE | Contingency Fund for Emergencies | VC | Voluntary Contributions - Freiwillige Beiträge |
| CMH | Commission on Macroeconomics and Health - Kommission für Makroökonomie und Gesundheit | UN | United Nations - Vereinte Nationen |
| CVCA | Core Voluntary Contributions Account | UHC | Universal Health Coverage - allgemeine Gesundheitsversorgung |
| DAC | Development Assistance Committee - Ausschuss für Entwicklungshilfe der OECD | UNICEF | United Nations Children's Fund |
| DG | Director General - Generaldirektor/in | VENRO | Verband für Entwicklungspolitik und Humanitäre Hilfe deutscher Nichtregierungsorganisationen |
| DAH | Development Assistance for Health - gesundheitsbezogene Entwicklungszusammenarbeit | WB | World Bank |
| EB | Executive Board - Exekutivrat (der WHO) | WHE | WHO Emergency Programme - Notfallprogramm der WHO |
| EZ | Entwicklungszusammenarbeit | WHA | World Health Assembly - Weltgesundheitsversammlung |
| FENSA | Framework on Engagement with Non State Actors - Rahmenabkommen zur Zusammenarbeit der WHO mit nicht staatlichen Akteuren | WHO | World Health Organisation - Weltgesundheitsorganisation |
| Gavi | früher Global Alliance for Vaccines and Immunisation (GAVI), jetzt Gavi Alliance | | |
| GFATM | Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria - Globaler Fonds zur Bekämpfung von Aids, Tuberkulose und Malaria | | |
| GPEI | Global Polio Eradication Initiative | | |
| IATI | International Transparency Initiative | | |
| ICESR | International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights - Internationaler Pakt über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte / „Sozialpakt“ | | |
| IDA | International Development Association | | |
| IHR | International Health Regulations - Internationale Gesundheitsvorschriften | | |

Literaturverzeichnis

Aktionsbündnis gegen Aids (2016): Globale Krise und Deutschlands Beitrag zur Globalen Antwort. Berlin; veröffentlicht unter: www.aids-kampagne.de/sites/default/files/zivilgesellschaftlicher_bericht_deutsch_final.pdf, 03.01.2017

Ärzte ohne Grenzen/VENRO (2017): Positionspapier: Die G20 und Globale Gesundheit. Berlin; veröffentlicht unter: www.venro.org/uploads/tx_igpublikationen/G20undGesundheit_Positionspapier_VENRO-MSF_300816.pdf, 14.02.2017

Ärzte ohne Grenzen (2016): Beitrag der Bundesregierung zum Globalen Fonds enttäuschend. Pressemeldung 19.09.2016; veröffentlicht unter: www.aerzte-ohne-grenzen.de/globaler-fond-beitragewieder-auffuellungskonferenz-bundesregierung-enttaeuschen, 10.02.2017

Balakrishnan, Radhika et al. (2017): Open letter to the Executive Board of the World Health Organization, Januar 2017; veröffentlicht unter: www.healthscienceandlaw.ca/wp-content/uploads/2017/01/Public-Interest-Position.WHO_FENSAGates.Jan2017.pdf, 10.02.2017

Beigbender, Yves (2012): Die Weltgesundheitsorganisation im Wandel. In: Vereinte Nationen 5/2012, S. 195-201; veröffentlicht unter: www.dgvrn.de/fileadmin/user_upload/PUBLIKATIONEN/Zeitschrift_VN/VN_2012/Beigbender_VN_5-12.pdf, 15.12.2016

Branswell, Helen (2016): After the Ebola crisis, can the WHO rise to the challenge of Zika? In: STAT, 24.02.2016; veröffentlicht unter: www.statnews.com/2016/02/24/zika-who-flu-ebola-margaret-chan, 31.02.2017

Buko-Pharmakampagne (2016): Pharmabrief. Entwicklung á la Gates. Nr. 4 Juni 2016; veröffentlicht unter: www.bukopharma.de/uploads/file/Pharma-Brief/Einzelseiten/2016/Phbf2016_04_S3-6_Gates.pdf, 22.02.2017

Bundesministerium für Gesundheit (2013): Globale Gesundheitspolitik gestalten - gemeinsam handeln - Verantwortung wahrnehmen. Konzept der Bundesregierung. Berlin; veröffentlicht unter: www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/Publikationen/Gesundheit/Broschueren/Globale_Gesundheitspolitik-Konzept_der_Bundesregierung.pdf, 15.12.2016

Bundesministerium für Gesundheit (2017a): G20-Gesundheit. G20 Gesundheitsexperten kommen erstmals in neuer Arbeitsgruppe zusammen; veröffentlicht unter: www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/internationale-gesundheitspolitik/g20-gesundheit/health-working-group.html, 30.04.2017

Bundesministerium für Gesundheit (2017b): G20-Gesundheit. Gemeinsame Verantwortung der G20-Partnerländer für die globale Gesundheit; veröffentlicht unter: www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/internationale-gesundheitspolitik/g20-gesundheit/gesundheitsministertreffen-g20.html, 28.04.2017

Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (2008): BMZ Spezial 148: Sexuelle und Reproduktive Gesundheit und Rechte, Bevölkerungsdynamik. Bonn.

Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (2009a): Sektorkonzept Gesundheit in der Deutschen Entwicklungspolitik. Bonn.

Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (2009b): BMZ Spezial 162. Gesundheit und Menschenrechte. Bonn.

Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (2012): BMZ-Strategiepapier 5/2012: Deutschlands Beitrag zur nachhaltigen Eindämmung von HIV. Bonn.

Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (2016): Unser Engagement in der Ebola-Epidemie; veröffentlicht unter: www.bmz.de/de/themen/ebola, 29.12.2016

Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (o. J. a): Das deutsche Engagement für Gesundheit; veröffentlicht unter: www.bmz.de/de/themen/menschenrecht_gesundheit/deutsches_engagement/index.html, 31.02.2017

Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (o. J. b): Gesundheit fördern, Leben retten; veröffentlicht unter: www.bmz.de/de/themen/gesundheit/index.html, 15.02.2017

Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (o. J. c): Weltgesundheitsorganisation; veröffentlicht unter: www.bmz.de/de/ministerium/wege/multilaterale_ez/akteure/uno/who/index.html?follow=adword, 10.02.2017

Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (o.J. d): Creating opportunities. World Bank invests 75 billion US dollars in poorest countries; veröffentlicht unter: www.bmz.de/en/press/aktuelleMeldungen/2016/dezember/161215_pm_112_World-Bank-invests-75-billion-US-dollars-in-poorest-countries/index.html, 24.04.2017

Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (o.J. e): Das Deutsche Engagement zur Stärkung von Gesundheitssystemen; veröffentlicht unter: www.bmz.de/de/themen/gesundheitsysteme/deutscher_beitrag, 24.04.2017

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2017): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung; veröffentlicht unter: www.leitbegriffe.bzga.de/bot_angebote.idx-195.html, 06.03.2017

Bundesregierung (2015a): Weißhelme gegen Seuchen; veröffentlicht unter: www.bundesregierung.de/Content/DE/Artikel/2015/01/2015-01-27-gavi-sechs-punkte.html, 15.02.2016

Bundesregierung (2015b): G7 Germany. 2015 Schloss Elmau, An morgen denken. Gemeinsam handeln. Abschlusserklärung G7- Gipfel, 7.- 8. Juni 2015; veröffentlicht unter: www.bundesregierung.de/Content/DE/_Anlagen/G7_G20/2015-06-08-g7-abschluss-deu.pdf?__blob=publicationFile&v=5, 15.03.2017

Bundesregierung (2016a): Communiqué der Staats- und Regierungschefs der G20, Gipfeltreffen von Hangzhou, 4./5. September 2016; veröffentlicht unter: www.bundesregierung.de/Content/DE/_Anlagen/2016/09/2016-09-05-g20-communication.pdf?__blob=publicationFile, 12.02.2017

Bundesregierung (2016b): Deutsche G20-Präsidentschaft beginnt; veröffentlicht unter: www.bundesregierung.de/Content/DE/Artikel/2016/11/2016-11-30-g20-kernbotschaften-im-kabinett.html, 10.01.2017

Bundesregierung (2016c): Rede des Bundesministers für Gesundheit, Hermann Gröhe, zum Haushaltsgesetz 2017 vor dem Deutschen Bundestag am 22. November 2016 in Berlin. Bulletin 137-4; veröffentlicht unter: www.bundesregierung.de/Content/DE/Bulletin/2016/11/137-4-bmg-bt.html, 24.04.2017

Chatham House (Hrsg.) (2014): Shared Responsibilities for Health. A Coherent Global Framework for Health Financing". Final Report of the Centre on Global Health Security Working Group on Health Financing. London; veröffentlicht unter: www.chathamhouse.org/sites/files/chathamhouse/field/field_document/20140521HealthFinancing.pdf, 28.12.2016

Clift, Charles (2014a): Reform of the WHO. Is it on the right track? Expert Comment 20.05.2014; veröffentlicht unter: www.chathamhouse.org/expert/comment/14469, 30.03.2017

Clift, Charles (2014b): What's the World Health Organization For? Chatham House Report. London; veröffentlicht unter: www.chathamhouse.org/sites/files/chathamhouse/field/field_document/20140521WHOHealthGovernanceClift.pdf, 29.12.2016

Clinton, Chelsea/Devi Shridhar (2017): Who pays for cooperation in Global Health. In: The Lancet 27.01.2017, S. 1-9; veröffentlicht unter: [www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(16\)32402-3.pdf](http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(16)32402-3.pdf), 31.01.2017

Council on Foreign Relations (2016): The Future of WHO: Lessons Learned from Ebola and Priorities for Reform; veröffentlicht unter: www.cfr.org/projects/world/the-future-of-the-who-lessons-learned-and-priorities-for-institutional-reform/pr1709, 30.12.2016

Deutscher Bundestag (2016): 18. Wahlperiode - 201. Sitzung. Berlin, Dienstag, den 22. November 2016, S. 2051-2157; veröffentlicht unter: www.dipbt.bundestag.de/doc/btp/18/18201.pdf, 28.12.2016

Die Vertretungen Deutschlands in Genf (2016c): Deutschland unterstützt WHO; veröffentlicht unter: www.genf.diplo.de/Vertretung/genf/de/_pr/Aktuel-dt-2016/2016-12-09-who-hilfe-ukraine.html, 27.02.2016

Durm, Martin (2010): Schweinegrippe - ein großer Bluff? In: tagesschau.de-Archiv, 26.01.2010; veröffentlicht unter: <https://tsarchive.wordpress.com/2010/01/26/schweinegrippe730>, 30.12.2016

Engelhardt, Marc (2012): Weltgesundheitsorganisation: Besinnung auf die Kernaufgaben. In: Vereinte Nationen 5/2012, S.209-213; veröffentlicht unter: www.dgyn.de/fileadmin/publications/PDFs/Zeitschrift_VN/VN_2012/Heft_5_2012/05_engelhardt_VN_5-12_11-10-2012.pdf, 02.01.2016

Evans, Ruth/Michaela Wilczek (2017): Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung Thinking outside the box to strengthen health systems. G20 health experts meet in new Working Group for the first time; veröffentlicht unter: www.health.bmz.de/what_we_do/hss/Dates_and_events/strengthen_health_systems/index.html, 06.03.2017

Freund, Markus/Khullat Munir (2016): German Development Cooperation's Contribution to Global Health. Portfolio Analysis. Bonn; veröffentlicht unter: www.deval.org/files/content/Dateien/Evaluierung/Berichte/2016_DEVal_GDC%20Health%20Portfolio%20Analysis.pdf, 15.12.2016

Garrett, Laurie (2016): Garret on Global Health. In: Council on Foreign Relations. 9.11.2016; veröffentlicht unter: www.cfr.org/about/newsletters/archive/newsletter/n4140, 20.02.2017

Gavi (2016): Cash Received by Gavi. Proceeds, as of 31 December 2015; veröffentlicht unter: www.gavi.org/library/gavi.../cash-receipts-31-december-2015, 13.12.2016

Gavi (2017a): The World Health Organization; veröffentlicht unter: www.gavi.org/about/partners/who, 28.02.2017

Gavi (2017b): Germany. Proceeds to Gavi from donor contributions & pledges (2016-2020) as of 31 December 2016; veröffentlicht unter: www.gavi.org/funding/donor-profiles/germany, 25.02.2017

Huet, Natalia (2017): World looks for a better doctor. In: POLITICO, 22.01.2017; veröffentlicht unter: www.politico.eu/article/world-looks-for-a-better-doctor, 25.02.2017

Horton, Richard/Udani Samarasekera (2016): Special Report. WHO's Director-General candidates: visions and priorities. In: The Lancet, 3.10.2016; veröffentlicht unter: [www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(16\)31847-5](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(16)31847-5), 03.01.2017

IDA/World Bank (2017): Table 1A: Contributions to the Eighteenth Replenishment; veröffentlicht unter: www.ida.worldbank.org/sites/default/files/pdfs/ida18-donor-contributions.pdf, 15.03.2017

IMPACT 2016 (2016): Governor Mike Pence; veröffentlicht unter: www.impact2016.org/candidates/mike-pence, 28.02.2017

Institute for Health Metrics and Evaluation (2015): Financing Global Health 2014: Shifts in Funding as the MDG Era Closes; veröffentlicht unter: www.healthdata.org/sites/default/files/files/policy_report/2015/FGH2014/IHME_FGH_2014_Brief.pdf, 28.02.2017

Kellend, Kate (2016): The World Health Organization's critical challenge: healing itself. In: Reuters Investigates, 8. Februar 2016; veröffentlicht unter: www.reuters.com/investigates/special-report/health-who-future, 15.02.2017

Kupferschmidt, Kai (2015): In wake of Ebola epidemic, Margaret Chan wants countries to put their money where their mouth is. In: Science, 14.10.2015; veröffentlicht unter: www.sciencemag.org/news/2015/10/wake-ebola-epidemic-margaret-chan-wants-countries-put-their-money-where-their-mouth, 24.02.2017

Mahoney, John (2014): Response to: Clift, Charles. Ebola and the WHO reform. Who cares? In: Global Health Check, 15.10.2014; veröffentlicht unter: www.globalhealthcheck.org/?p=1678, 17.02.2017

Mathari, Annegret (2016): Die WHO sucht die Nähe zur Privatwirtschaft. In: TagesWoche, 01.06.2016; veröffentlicht unter: www.tageswoche.ch/de/2016_23/international/720711/Die-WHO-sucht-die-N%C3%A4he-zur-Privatwirtschaft.htm, 15.02.2017

McNeill, Donald G. Jr. (2016): Trump Administration Puts the U.S. at a Crossroad for Global Health Aid. In: The New York Times, 19.12.2016; veröffentlicht unter: www.nytimes.com/2016/12/19/health/donald-trump-foreign-aid-global-health.html?_r=2, 28.02.2017

Misereor/Brot für die Welt/Global Policy Forum (2016): Wirtschaft, Macht, Politik - Einfluss privatwirtschaftlicher Akteure in internationalen Politikprozessen. Aachen/Berlin/Bonn.

Radek, Monika Elisabeth (2011): Weltkultur am Werk? Das globale Modell der Gesundheitspolitik und seine Rezeption im Reformkurs am Beispiel Polens. Bamberg.

Ravelo, Jenny Lei (2016): Margaret Chan attempts one last WHO funding boost. In: Devex, 03.11.2016; veröffentlicht unter: www.devex.com/news/margaret-chan-attempts-one-last-who-funding-boost-89064, 18.02.2017

Saez, Catherine (2016): Proposal By WHO To Increase Country Contributions Receives Mixed Reactions. In: Intellectual Property Watch, 01.11.2016; veröffentlicht unter: www.ip-watch.org/2016/11/01/proposal-increase-country-contributions-receives-mixed-reactions, 28.01.2017

Seek (2017): Seek Donor tracker; veröffentlicht unter: <https://donortracker.org>, 15.03.2017

Seitz, Karolin (2016): Briefing Paper. FENSA - a fence against undue corporate influence? In: Brot für die Welt/Global Policy Forum/Misereor (Hrsg.); veröffentlicht unter: www.globalpolicy.org/images/pdfs/Briefing_0916_FENSA.pdf, 28.02.2017

Sharman, Jon (2016): Donald Trump told not to abandon Obamacare by World Health Organization. In: INDEPENDENT, 09.12.2016; veröffentlicht unter: www.independent.co.uk/news/world/americas/world-health-organisation-donald-trump-not-abandon-obamacare-a7466466.html, 27.02.2017

The Global Fund (2016): Financials; veröffentlicht unter: www.theglobalfund.org/en/financials, 27.10.2016

The Global Fund (2017): The Global Fund. WHO and Global Fund Strengthen Partnership, 20. Mai 2014; veröffentlicht unter: www.theglobalfund.org/en/news/2014-05-20-who-and-global-fund-strengthen-partnership, 05.01.2017

The Lancet (2013): A new German Government: leadership for health? Lancet Editorial, The Lancet Vol. 382, S.999; veröffentlicht unter: [www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(13\)61958-3.pdf](http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(13)61958-3.pdf), 16.01.2017

The World Bank (2013): World Bank - Civil Society Engagement. Washington; veröffentlicht unter: www.siteresources.worldbank.org/CSO/Materials/21063337/CSEngagement06Final.pdf, 07.03.2017

United Nations (2016): Protecting Humanity from Future Health Crises. Report of the High level Panel on the Global Response to Health Crises, Advance Unedited Copy, 25. Januar 2016; veröffentlicht unter: www.un.org/News/dh/infocus/HLP/2016-02-05_Final_Report_Global_Response_to_Health_Crises.pdf, 28.02.2016

WHO (1995): Weltgesundheitsbericht 1995. Brücken schlagen zwischen Arm und Reich. Zusatzkapitel: Die Entwicklungsgeschichte der WHO. S. 93-100; veröffentlicht unter: www.apps.who.int/whr/1995/en/whr95_ch4_ger.pdf, 20.02.2017

WHO (2006): Constitution of the World Health Organization, 45. Auflage; veröffentlicht unter: www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf, 14.02.2017

WHO, Regionalbüro für Europa (2011): Reform der WHO für eine gesunde Zukunft. EUR/RC61/21, 5. September 2011; veröffentlicht unter: www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/150088/RC61_wd21g.pdf?ua=1, 21.02.2017

WHO (2011a): The Future of Financing for WHO. A64.4, 5. Mai 2011; veröffentlicht unter: www.apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA64/A64_4-en.pdf, 10.02.2017

WHO (2011b): Implementation of the International Health Regulations (2005), A64/10 (05.05.2011), veröffentlicht unter: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA64/A64_10-en.pdf, 28.04.2017

WHO (2015a): Report of the Ebola Interim Assessment Panel. Genf; veröffentlicht unter: www.who.int/csr/resources/publications/ebola/report-by-panel.pdf?ua=1, 20.01.2017

WHO (2015b): Programme Budget web portal. Contributors 2014-2015. Source and distribution of funds available - 31 December 2015; Bill-und-Melinda-Gates-Foundation; veröffentlicht unter: www.extranet.who.int/programmebudget/Biennium2014/Contributor, 08.02.2017

WHO (2016a): Programme Budget web portal. Contributors 2016-2017. Source and distribution of funds available 2016; Bill-und-Melinda-Gates-Foundation; veröffentlicht unter: www.extranet.who.int/programmebudget/Biennium2016/Contributor, 08.02.2017

WHO (2016b): WHO Programmatic and Financial Report for 2014-2015, A69/45; veröffentlicht unter: www.apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_45-en.pdf?ua=1, 10.02.2017

WHO (2016c): WHO Financing Dialogue 2016. WHO's financial situation as at 30 September 2016; veröffentlicht unter: www.who.int/about/finances-accountability/funding/financing-dialogue/fd-financial-situation.pdf?ua=1, 20.12.2016

WHO (2016d): WHO's Financing Dialogue 2016: A proposal for increasing the assessed contributions; veröffentlicht unter: www.who.int/about/finances-accountability/funding/financing-dialogue/assessed-contribution.pdf?ua=1, 05.01.2017

WHO (2016e): WHO's new Health Emergencies Programme. Online Q&A. 31 October 2017; veröffentlicht unter: www.who.int/features/qa/health-emergencies-programme/en, 22.02.2017

WHO (2016f): WHO's Financing Dialogue 2016; veröffentlicht unter: www.who.int/about/finances-accountability/funding/financing-dialogue/en, 28.12.2016

WHO (2016g): Overview of Reform Implementation. A69/4, 11. März 2016; veröffentlicht unter: www.apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_4-en.pdf, 10.02.2017

WHO (2016h): Live Stream des Finanzierungsdialogs am 31.10.2016 in Genf; veröffentlicht unter: www.who.int/about/finances-accountability/funding/financing-dialogue/streaming/en, 20.02.2017

WHO (2017a): Programme Budget web portal. Contributors 2014-2015. Source and distribution of funds available - 31 December 2015; Gavi Alliance; veröffentlicht unter: www.extranet.who.int/programmebudget/Biennium2014/Contributor, 09.02.2017

WHO (2017b): Why a financing dialogue? Veröffentlicht unter: www.who.int/about/finances-accountability/funding/financing-dialogue/en, 02.01.2017

WHO (2017c): Programme Budget web portal; veröffentlicht unter: www.extranet.who.int/programmebudget/Biennium2016/Financing, 09.01.2017

WHO (2017d): Why reform? Veröffentlicht unter: www.who.int/about/who_reform/change_at_who/what_is_reform/en, 08.01.2017

WHO (2017e): Contingency Fund for Emergencies income and allocations; veröffentlicht unter: www.who.int/about/who_reform/emergency-capacities/contingency-fund/contribution/en, 13.02.2017

WHO (2017f): Our reform story; veröffentlicht unter: www.who.int/about/who_reform/change_at_who/strategic_thinking_map.jpg?ua=1, 22.01.2017

WHO (2017g): Programme Budget web portal. Contributors/2016-2017. Source and distribution of funds available 2016. Global Fund to fight Aids, Tuberculosis and Malaria; veröffentlicht unter: <http://extranet.who.int/programmebudget/Biennium2016/Contributor>, 17.02.2017

Zumach, Andreas (2012): Who is really helping the WHO? In: Deutsche Welle, 21.05.2012, veröffentlicht unter: www.dw.com/en/who-is-really-helping-the-who/a-15965508; 22.02.2017

Über die Autorin

Barbara Kühlen arbeitet seit über sechzehn Jahren im Bereich Globale Gesundheit und Entwicklungszusammenarbeit, sowohl in der Projektplanung- und -implementierung als auch in der Advocacy-Arbeit. Zuletzt war sie bei Oxfam Deutschland angestellt. Zurzeit ist Kühlen freie Beraterin für Entwicklungszusammenarbeit und Globale Gesundheit. Sie ist Diplom-Regionalwissenschaftlerin Lateinamerika.

**Brot für die Welt –
Evangelischer
Entwicklungsdienst**

Caroline-Michaelis-Straße 1
10115 Berlin

Tel +49 30 65211 0
Fax +49 30 65211 3333
info@brot-fuer-die-welt.de
www.brot-fuer-die-welt.de