

# ANFORDERUNGEN AN EINE GERECHTE UND ZUKUNFTSFÄHIGE GLOBALE GESUNDHEITSARCHITEKTUR

Die globale Gesundheit befindet sich an einem kritischen Wendepunkt. Während Pandemien, der Klimawandel und geopolitische Spannungen die Gesundheitssysteme weltweit belasten, drohen internationale Institutionen und Partnerschaften handlungsunfähig zu werden. Besonders Länder des Globalen Südens spüren die Folgen am stärksten – obwohl sie am dringendsten auf globale Solidarität angewiesen sind.

Zwei Entwicklungen prägen die Situation: die Fragmentierung des Systems und eine Finanzierungs-krise. Die globale Gesundheitsarchitektur ist stark fragmentiert. Regierungen im Globalen Süden müssen zahlreiche parallele Verfahren und Berichtspflichten erfüllen, da multilaterale Organisationen wie die Weltgesundheitsorganisation (WHO) und öffentlich-private Initiativen wie der Global Fund zur Bekämpfung von AIDS, Malaria und Tuberkulose oder die globale Impfallianz Gavi ihre Prozesse kaum harmonisieren und sich wenig an nationale Systeme anpassen. Entscheidungsstrukturen werden von ressourcenstarken Akteuren (v.a. G7/G20 und internationalen Stiftungen) dominiert, was Prioritäten beeinflusst und Machtasymmetrien verstärkt.

Gleichzeitig herrscht eine Finanzierungs-krise der Globalen Gesundheit. Der Rückzug der USA aus der Entwicklungszusammenarbeit trifft besonders den Gesundheitssektor, da die USA mit 41 Prozent der Mittel der Öffentlichen Entwicklungszusammenarbeit (Official Development Assistance, ODA) der

größte Geber und Länder wie beispielsweise die Demokratische Republik Kongo massiv davon abhängig waren. Zudem haben auch europäische Länder, unter ihnen Deutschland, drastisch ihre ODA-Mittel gekürzt und damit gegen ihre Zusagen, mindestens 0,7 Prozent des Bruttoinlandproduktes für die Entwicklungszusammenarbeit bereitzustellen, verstoßen. Damit untergräbt auch die Bundesregierung ihre Glaubwürdigkeit, zur Stärkung der Gesundheitssysteme in den Partnerländern beizutragen.

Die finanziellen Einschnitte gefährden die Gesundheitsversorgung in den Ländern des Globalen Südens wie auch die Arbeit internationaler Organisationen wie der WHO und UNAIDS, und Multistakeholder-Initiativen wie Gavi und des Globalen Fonds.

Zusätzlicher Druck entsteht durch die Folgen des Klimawandels, die Gesundheitskrisen weiter verschärfen. Jedoch fehlt es oft an einer koordinierten globalen Reaktion – dies zeigte sich unter anderem an den zähen Verhandlungen für einen internationalen Pandemievertrag, die von der WHO koordiniert wurden.

Vor diesem Hintergrund finden aktuell Debatten um eine Reform der internationalen Gesundheitsarchitektur statt, unter anderem im Rahmen des UN80-Prozesses der Vereinten Nationen (United Nations, UN). Sie zielen darauf ab, angesichts der Krise des Multilateralismus, der sich eben auch in der Globalen Gesundheitsarchitektur zeigt, die UN kohärenter, inklusiver und rechenschaftspflichtiger zu gestalten, Machtungleichgewichte abzubauen und die

Rolle von Partnerländern und Zivilgesellschaft zu stärken. Die Reformprozesse müssen zu einer zukunftsfähigen Architektur führen, die den Prinzipien von Legitimität, Transparenz und globaler Solidarität entspricht. Sie sollten dafür genutzt werden, die gesundheitliche Versorgung und Partizipation von Menschen weltweit zu verbessern.

Angesichts der aktuellen geopolitischen Verwerfungen und einer Erosion multilateraler Zusammenarbeit, müssen Länder wie Deutschland sich umso klarer für eine gerechte internationale Ordnung einsetzen.

Wir fordern die Bundesregierung auf, sich im Zuge der Reformen insbesondere für den Erhalt und den Ausbau folgender Kernelemente einer gerechten und zukunftsfähigen Gesundheitsarchitektur einzusetzen:

## **Legitimität, Rechenschaftspflicht und Inklusivität**

- Entscheidungsprozesse in den Institutionen der Globalen Gesundheitsarchitektur müssen transparent und inklusiv sein, indem sie auch zivilgesellschaftliche Perspektiven und betroffene Bevölkerungsgruppen einbeziehen.
- Entscheidungen müssen auf der Basis einer breiten Legitimation getroffen werden, unter anderem durch den Einbezug von Betroffenen und zivilgesellschaftlichen Akteuren. Alle Institutionen müssen über Rechenschaftsmechanismen verfügen.
- Reformen müssen dazu beitragen, einen Ausgleich struktureller Ungleichheiten zwischen Interessensgruppen bei Regierungs- und Entscheidungsprozessen schaffen. Als positive Beispiele sind hier vor allem UNAIDS sowie die Multistakeholder-Länderkoordinationsmechanismen zur Umsetzung der Länderprogramme des Globalen Fonds zu nennen, in denen zivilgesellschaftliche

Organisationen umfassende Mitbestimmungsrechte haben.

## **Menschenrechte und Gender**

- In allen Institutionen der Globalen Gesundheitsarchitektur müssen die Menschenrechte sowie Ansätze der Gesundheitsgerechtigkeit („Health Equity“) umgesetzt werden. Vulnerable und marginalisierte Bevölkerungsgruppen müssen dabei priorisiert werden.
- Der Schutz von Geschlechtergerechtigkeit sowie die Förderung von sexueller und reproduktiver Gesundheit und Rechten müssen als Kernelemente in allen Institutionen festgeschrieben und durchgesetzt werden.

## **Partizipation der Zivilgesellschaft**

- Zivilgesellschaftliche Organisationen müssen systematisch und bedeutsam an den internationalen Reformprozessen, wie aktuell an den UN80-Prozessen, sowie bei der Ausgestaltung einer neuen globalen Gesundheitsarchitektur und bei der Umsetzung globaler Gesundheitspolitiken beteiligt werden. Hierfür bedarf es offener, für alle Beteiligten zugänglicher Politikdialoge mit den jeweiligen Entscheidungsträger\_innen.

## **Abgestimmte strategische und operationale Planung**

- Strukturen und Prozesse der Institutionen der globalen Gesundheitsarchitektur sollten Länder möglichst wenig belasten und gleichzeitig Effizienz in großem Maßstab ermöglichen. Es bedarf einer kontinuierlichen Orientierung an den Bedürfnissen und Stimmen der Länder, Gemeinschaften und der Zivilgesellschaft. Ansätze sollten politisch und methodisch holistisch sein, indem sie themen- und ressortübergreifend die relevanten Bereiche erfassen sowie technisch-me-

dizinischer Lösungen (z. B. der WHO) mit sozialen und gesellschaftspolitischen Ansätzen (z. B. von UNAIDS) verbinden. Nur so können verwundbare und marginalisierte Bevölkerungsgruppen bedarfsgerecht erreicht werden.

## Gesundheitsfinanzierung

- Die Gesundheitsfinanzierung muss in ausreichenderweise gesichert werden, indem
  - die OECD-DAC-Länder 0,7 Prozent ODA-Mittel, davon 0,1 Prozent für Gesundheitsdienstleistungen, bereitstellen;
  - Finanzierungsoptionen jenseits und zusätzlich von ODA eruiert werden;
  - Geberländer ihre Partner bei der heimischen Ressourcenmobilisierung unterstützen, um auch mehr Mittel für Gesundheitsdienste und öffentliche Gesundheit aufzubringen.

## Monitoring und Evaluation

- Über die Institutionen der globalen Gesundheitsarchitektur und deren Regulierungsstrukturen hinweg sollten gemeinsame, nach Geschlecht und Betroffenengruppen disaggregierte Indikatoren entwickelt werden, die es unter anderem ermöglichen, die Stärkung von Gesundheitssystemen, Fortschritte bei der innerstaatlichen Angleichung und eine vergleichende Messung von Gesundheitsgerechtigkeit zu erfassen.
- Über die Statistiken staatlicher, regionaler und internationaler Institutionen hinaus sollten ergänzende, disaggregierte Daten aus der Zivilgesellschaft, der unabhängigen Wissenschaft und weiteren Stakeholdern genutzt werden.
- Zudem sollte die Evaluation von Programmen von Externen durchgeführt werden – ohne Ein-

flussnahme der Auftraggeber\_innen, so dass unabhängige Ergebnisse vorliegen.

## Stärkung lokaler Ansätze und Bedürfnisse

- Partnerländer müssen beim Auf- und Ausbau inklusiver Gesundheitssysteme unterstützt werden. Hierfür ist die Fortführung der bilateralen Entwicklungszusammenarbeit sinnvoll, um Regulierungs- und Verwaltungskapazitäten zu stärken.
- Lokale Kapazitäten für die Herstellung von Medikamenten, Impfstoffen und Diagnostika müssen in Partnerländern unterstützt werden. Nationale Regulierungsbehörden müssen befähigt werden, klare Regeln für das Engagement privater Unternehmen im Gesundheitsbereich festzulegen.
- Die zivilgesellschaftliche Entwicklungszusammenarbeit muss deutlich gestärkt werden, insbesondere in fragilen Kontexten.

## Forschung, Entwicklung und Produktion

- Über die Institutionen für Globale Gesundheit müssen Entscheidungsträger\_innen dafür sorgen, dass alle Menschen, insbesondere aus vulnerablen und marginalisierten Gruppen, auch in unterversorgten Regionen, Zugang zu medizinischen Qualitätsprodukten wie Medikamenten, Diagnostika und weiteren Gesundheitsprodukten zu erschwinglichen Preisen haben. Markt- und Politikversagen müssen sie besser verhindern.
- Die Vergabe von öffentlichen Geldern für Forschung und Entwicklung an pharmazeutische und medizintechnische Unternehmen muss stets auch an Zugangsbedingungen für die Empfänger\_innen geknüpft werden.

- Die regionale private und öffentliche Forschung und Entwicklung sowie die Fertigung von medizinischen Produkten sollte gezielter unterstützt werden.
- Der Einsatz digitaler Lösungen sollte unter Wahrung des Datenschutzes mitgedacht werden, um den Zugang zur Gesundheitsversorgung zu verbessern. Hierfür muss das Entstehen innovationsfreundlicher Wirtschaftssysteme in den Partnerländern unterstützt werden.

### IMPRESSUM

#### **Herausgeber**

Verband Entwicklungspolitik und Humanitäre Hilfe  
deutscher Nichtregierungsorganisationen e. V. (VENRO)  
Stresemannstraße 72  
10963 Berlin

Tel.: 030/2 63 92 99-10

E-Mail: [sekretariat@venro.org](mailto:sekretariat@venro.org)

**Redaktion:** Dr. Sonja Grigat

#### **Mitarbeit:**

Maximilian Kiefer, Marwin Meier, Tanja Siebenbrodt,  
Julia Stoffner, Fiona Uellendahl, Peter Wiessner,  
Dr. Andreas Wulf

Berlin, 18. Dezember 2025