

Pandemie der Freiwilligkeit

Die zunehmende Fragmentierung der globalen Gesundheitsarchitektur durch immer neue Multi-Stakeholder-Initiativen

von Karolin Seitz

Das Vorgehen der Regierungen gegen die COVID-19-Pandemie war geprägt von nationalen und regionalen Alleingängen. Die Vorgaben der Weltgesundheitsorganisation (WHO), als der übergeordneten und koordinierenden Gesundheitsinstanz, für eine gerechte und effiziente Verteilung von Impfstoffen und anderen notwendigen medizinischen Produkten zur Eindämmung der Pandemie wurden nicht eingehalten. Mehrere Regierungen, philanthropische Stiftungen und die WHO riefen kurzfristig die globale Multi-Stakeholder-Initiative (MSI) Access to COVID-19 Tools Accelerator (ACT-A) unter Beteiligung von Pharmaindustrie und weiterer MSI als zentralen globalen Mechanismus zur Eindämmung der Pandemie ins Leben. ACT-A verfehlte aber nicht nur seine Verteilungsziele, sondern auch seinen Koordinierungsanspruch bei Weitem. Vielmehr trug ACT-A zu einer weiteren Fragmentierung der globalen Gesundheitsarchitektur bei. Nachdem die Pandemie abgeschwächt ist, erarbeiten verschiedene Akteur*innen der globalen Gesundheit Vorschläge, wie

zukünftigen Pandemien begegnet werden kann. Die Vorschläge beinhalten eine stärkere Einbindung von Unternehmen in multilaterale Prozesse sowie die Schaffung neuer globaler Multi-Stakeholder-Initiativen. Dabei sind die Probleme, die mit der zunehmenden Fragmentierung und Multi-Stakeholder-Initiativen einhergehen, seit Langem bekannt. Sie umfassen eine erschwerte Abstimmung von Aktivitäten, Duplikation von Maßnahmen, Finanzmittelkonkurrenz unter den Initiativen und zur WHO, Untergrabung der Kompetenz der WHO, Insellösungen und Schwierigkeiten des externen Monitoring und der Begleitung. Viele der Initiativen verfehlten ihre Ziele nicht zuletzt aufgrund ihres freiwilligen Charakters. Statt weiterhin auf das Prinzip der freiwilligen Selbstverpflichtungen zu setzen, müssen Regierungen und Unternehmen zu mehr Verbindlichkeit verpflichtet werden. Dieses Briefing untersucht den Zustand der globalen Gesundheitsarchitektur und macht Vorschläge für ihre Stärkung.

Die unkoordinierte COVID-19-Reaktion in einer fragmentierten globalen Gesundheitslandschaft

Als die Europäische Kommission, die Regierung Frankreichs und die Bill & Melinda Gates Foundation gemeinsam mit der WHO am 24. April 2020 die Gründung des [Access to COVID-19 Tools Accelerator](#) (ACT-A) verkündeten, war das erklärte Ziel der Multi-Stakeholder-Initiative angesichts einer stark fragmentierten globalen Gesundheitsarchitektur, die Reaktion auf die COVID-19-Pandemie der zahlreichen Akteur*innen zu koordinieren. Zu diesem Zeitpunkt gab es bereits eine Vielzahl

von meist parallel laufenden und sich zu wenig abstimmenden MSI, in denen internationale Organisationen, Privatwirtschaft und Zivilgesellschaft zusammenarbeiten und die sich mit übertragbaren Krankheiten und Gesundheitskrisen und damit auch mit COVID-19 befassen.¹

ACT-A umfasst vier Bereiche („Säulen“): Die Säulen Diagnostika, Therapeutika und Impfstoffe sowie die bereichsübergreifende Säule Gesundheitssysteme. Jede Säule wird von 2 – 3 beteiligten Institutionen geleitet. Darüber hinaus ist die WHO federführend bei einer bereichsübergreifenden

1 Beispielsweise die globale Impfallianz GAVI, der Globale Fonds zur Bekämpfung von Aids, Tuberkulose und Malaria (GFATM), die Coalition for Epidemic Preparedness and Innovation (CEPI), der Medicines Patent Pool (MPP), die Multilateral Leaders Task Force on COVID-19, die International Coordination Group on Vaccine Provision. Vgl. auch <https://covid19response.org/#overview>.

Arbeitsgruppe zum Thema Zugang und Zuteilung (Access and Allocation workstream). Als zentrales Element von ACT-A hat sich die COVAX-Fazilität herausgestellt, die die Impfstoff-Säule der Initiative bildet. COVAX wird gemeinsam von CEPI, Gavi und der WHO geleitet. UNICEF ist für die Logistik zuständig. Die Grundidee war eine globale Initiative zur Unterstützung der Entwicklung von COVID-19-Impfstoffen durch Vorabvereinbarungen mit Pharmaunternehmen und zur Verteilung der Impfstoffe an alle Länder der Welt, unabhängig davon, ob sie dafür bezahlen können oder nicht. COVAX sollte, basierend auf einem von der WHO entwickelten Fairen Zuteilungsrahmen (**Fair Allocation Framework**), für die gemeinsame Beschaffung und gerechte Verteilung von COVID-Impfstoffen zuständig sein.

Dabei setzte ACT-A insgesamt auf eine freiwillige Selbstverpflichtung sowohl von Regierungen, die über COVAX Impfstoffe beziehen und zugleich das System COVAX auch für wirtschaftlich schwächere Länder finanzieren sollten, als auch von Pharmaunternehmen, die über COVAX zu fairen Preisen Impfstoffe in die Welt liefern sollten. Der Glaubenssatz „Die Pandemie ist erst vorbei, wenn sie für alle vorbei ist“ sollte leitend für globale Solidarität und Kooperation sein. Von den 17,5 Milliarden Impfdosen, deren Lieferung weltweit bis Ende 2021 vereinbart war, entfielen jedoch nur 16 Prozent (2,8 Milliarden) auf COVAX. Den Rest sicherten sich die reichen Länder über bilaterale Lieferverträge an COVAX vorbei. Pharmaunternehmen belieferten diese, bevor sie ihre Zusagen an COVAX erfüllten.

Mit ACT-A verschob sich indes der Ort des globalen Coronakrisenmanagements von der WHO zu einer Multi-Stakeholder-Initiative mit eigener komplexer Governance und Entscheidungsstruktur.² Die WHO war hier nur eine von mehreren Partner*innen neben globalen Multi-Stakeholder-Partnerschaften.³ ACT-A verfehlte dabei nicht nur seine Verteilungsziele, sondern auch seinen Koordinierungsanspruch bei Weitem und geriet aufgrund seiner mangelhaften Governance und Intransparenz in die Kritik. Im Ergebnis trug ACT-A zu einer weiteren Fragmentierung der globalen Gesundheitsarchitektur bei.

Boom der Multi-Stakeholder-Initiativen, Schwächung der WHO und weitere Folgen der Fragmentierung

ACT-A und COVAX waren nicht die ersten MSI, die die WHO in zentralen Entscheidungen an den Rand drängten. Seit Ende der 1990er Jahre wurden zentrale Aufgaben der öffentlichen Gesundheitspolitik und ihre Finanzierung zunehmend aus der WHO in sogenannte Multi-Stakeholder-Initiativen und -Partnerschaften ausgegliedert. Als Gründe dafür wurden einerseits Schwächen in der Arbeitsweise der WHO bzw. im teilweise schwerfälligen und langsamen System der Vereinten Nationen (UN) selbst genannt, während andererseits MSI ganz im Sinne der neoliberalen Ideologie auf marktbasierteren Lösungen und Privatisierung beruhend und private Akteur*innen einbeziehend als effektiver und effizienter galten.⁴ Mühsame multilaterale Abstimmungsprozess zwischen den Staaten konnten innerhalb der MSI umgangen werden. Insbesondere während der Amtszeit der WHO-Generaldirektorin Gro Harlem Brundtland beteiligte sich die WHO an immer mehr privat-öffentlichen Partnerschaften. Die WHO versprach sich dadurch nicht nur die Mobilisierung zusätzlicher finanzieller Mittel, sondern auch mehr politische Aufmerksamkeit und Relevanz.

Seither kamen immer neue MSI und Akteur*innen in der Landschaft der globalen Gesundheit hinzu und gewannen an Einfluss. Steven Hoffman und Clarke Cole vom Institute for Global Health Research an der York University zählen bereits 2018 über 203 Akteur*innen in der globalen Gesundheit, davon 17 globale, meist auf einzelne Krankheiten fokussierte (vertikale) öffentlich-private Initiativen und Partnerschaften.⁵ Hinter vielen MSI steht die Bill & Melinda Gates Foundation (BMGF) als Initiatorin. Sie ist nicht nur finanzielle Förderin, sondern bestimmt deren Geschicke durch einen eigenen Sitz im Vorstand der Initiativen maßgeblich mit.

Doch wie Dr. Djamila Cabral, Vertreterin der WHO in Angola, beschreibt, führen solche einseitigen und auf einzelne Krankheiten fokussierte Lösungsansätze häufig zu doppelter Arbeit:

2 Vgl. Martens (2022).

3 GAVI, CEPI, der Foundation for Innovative New Diagnostics (FIND), GFATM, Unitaid, weitere multilaterale Organisationen (UNICEF, PanAmerican Health Organization und Weltbank) sowie einige der größten privaten Stiftungen (Wellcome Trust und Bill & Melinda Gates Foundation)

4 Pantzerhielm/Holzscheiter/Bahr (2019) und Spicer/ Agyepong et al. (2020)

5 Brown/Cueto/Fee (2006) und Hoffman/Cole (2018)

“Funding focused on specific diseases tends to duplicate efforts and creates fragmentation. With more direct support, WHO can leverage the resources essential to reach the most vulnerable people and contribute to realizing the Organization’s mandate.”⁶

Die vielen neuen Akteur*innen in der globalen Gesundheit haben nicht nur die Autorität der WHO untergraben, sondern stehen auch in finanzieller Konkurrenz zu ihr – so auch mit Blick auf ihre Aktivitäten zur Bekämpfung der COVID-19-Pandemie. Bis Dezember 2022 fehlten der WHO noch immer 436,5 Millionen USD zur vollständigen Umsetzung ihres COVID-19 Strategic Preparedness and Response Plan.⁷ Gleichzeitig zeigt sich eine zunehmende Konkurrenz um knapper werdende finanzielle Mittel auch zwischen den diversen MSI. So war auch ACT-A stark unterfinanziert und auch lange etablierte MSI wie GAVI oder der GFATM sehen sich mit abnehmenden Mitteln konfrontiert. Mit zunehmender Anzahl an MSI wird sich diese Situation weiter verschlechtern.

Die WHO hat bereits seit Jahren ein chronisches Finanzierungsproblem. Während die Mitgliedstaaten in den letzten Jahrzehnten mit zunehmend mehr Aufgaben an die Organisation herantraten, stellten sie ihr jedoch gleichzeitig kaum zusätzliche Mittel dafür zur Verfügung. Seit 1993 sind die Pflichtbeiträge der Staaten an die WHO im Wesentlichen eingefroren.⁸ Die WHO hängt zum großen Teil von freiwilligen Mitteln einiger weniger großer Mitgliedstaaten des globalen Norden wie den USA, Deutschland, Großbritannien, der EU, Kanada und privaten Stiftungen, allen voran der Bill & Melinda Gates Foundation ab. Der Zweijahreshaushalt von 2020–2021 wurde nur zu rund 16 Prozent durch vorhersehbare und flexibel einsetzbare Pflichtbeiträge der Mitgliedsländer gedeckt.⁹ Die freiwilligen Mittel sind zu einem großen Teil zweckgebunden, was den Gebern ermöglicht, der WHO vorzuschreiben, wofür sie diese einsetzen muss. Die WHO ist dadurch oftmals eher eine Umsetzungs- und Dienstleistungsorganisation, denn eine Leitungsorganisation.¹⁰ Das hat zur Folge, dass viel Geld in einige wenige

Programme floss, während andere Programme, wie beispielsweise die Krisenreaktionsfähigkeit oder die Arbeit der WHO im Bereich nichtübertragbarer Krankheiten unterfinanziert blieben.¹¹ Obwohl die WHO im Zeitraum 2020–2021 insgesamt mehr Finanzmittel erhielt als ursprünglich vorgesehen, gab es bei den organisatorischen Haushaltsstellen auf Output-Ebene eine Finanzierungslücke von rund 600 Mio. USD. Die WHO startete auch Anfang 2022 einen **Finanzierungsaufruf** im Umfang von 2,7 Mrd. USD, um Menschen weltweit in besonderen Krisensituationen zu unterstützen.¹² Der Bedarf wurde aber nicht gedeckt. Letztlich erhielt die Organisation nur rund 1,7 Mrd. USD an Spenden für die Nothilfe.¹³ Im Mai 2023 beschloss die 76. Weltgesundheitsversammlung (WHA) für das Zweijahresbudget 2024–2025 der WHO eine Erhöhung der Pflichtbeiträge um 20 Prozent. Das ist ein erster wichtiger Schritt zu einer nachhaltigeren und unabhängigeren Finanzierung der Organisation, der allerdings nicht ausreicht, um die vielfältigen Aufgaben der WHO umfangreich zu finanzieren.

Mit der Fragmentierung der Gesundheitslandschaft geht aber nicht nur eine Schwächung der WHO einher. Ob Geberländer, Entwicklungsbanken, MSI, private Stiftungen oder NGOs, jede*r Akteur*in hat seine*ihre eigenen Interessen, setzt unterschiedliche Schwerpunkte, nutzt unterschiedliche Methoden und Finanzierungsinstrumente und fordert unterschiedliche Berichterstattungsformate von den Empfängerländern und -Organisationen. Die Folgen sind erhöhte Transaktionskosten, eine erschwerte Koordinierung, gegenläufige oder sich duplizierende Maßnahmen sowie Aufgabenbereiche, die unterfinanziert bleiben. Hinzu kommt die Schwierigkeit, all die Initiativen mit all ihren eigenen Strukturen extern zu monitoren und zu begleiten – durch NGOs, aber vor allem auch durch Regierungen selbst. Die COVID-19-Pandemie hat die Fortschritte bei der Erreichung der gesundheitsbezogenen Ziele für Nachhaltige Entwicklung wieder zunichtegemacht. Doch auch vor der Corona-Krise ging es nur schleppend voran. Dr. Tedros Adhannom Ghebreyesus, WHO-Generaldirektor,

6 WHO (2022), S.22

7 <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/donors-and-partners/funding>

8 WHO Dok. EB/WGSF/7/INF.1, S.1, online unter: https://apps.who.int/gb/wgsf/pdf_files/wgsf7/WGSF_7_INF1-en.pdf

9 WHO (2022), S. 7

10 Handrieder (2020)

11 Gostin/Chirwa et al. (2023), S. 3 und WHO Dok. EB/WGSF/7/INF.1, online unter: https://apps.who.int/gb/wgsf/pdf_files/wgsf7/WGSF_7_INF1-en.pdf

12 <https://www.who.int/emergencies/funding/outbreak-and-crisis-response-appeal>

13 WHO (2023a)

schrieb das Scheitern u.a. der Fragmentierung in der globalen Gesundheitsarchitektur zu:

“(..) the reality is, we’re off track to achieve these ambitious goals by 2030. Fragmentation, duplication and inefficiency are undermining progress.”¹⁴

Risiken von Multi-Stakeholder-Initiativen

Bisherige Erfahrungen mit globalen Multi-Stakeholder-Initiativen – auch über den Gesundheitsbereich hinaus – zeigen, dass mit ihnen eine ganze Reihe an Herausforderungen und Risiken einhergeht:¹⁵

- 1. Wachsender Einfluss von Wirtschaftsinteressen:** Kritiker*innen warnen, dass unter dem Dach von Partnerschaftsinitiativen der Einfluss transnationaler Unternehmen und ihrer Interessenvertreter*innen auf den Diskurs, das Agenda-Setting und die politischen Entscheidungen der Regierungen wächst. Außerdem erhalten sie Mitentscheidungsgewalt über die Verwendung von öffentlichen Mitteln.
- 2. Interessenskonflikte:** In vielen MSI sind Umsetzungsinstitutionen und Empfänger*innen von finanzieller Förderung oft zugleich Mitglieder der Gremien, die über die Vergabe der Mittel bestimmen. Auch in nicht-finanziellen, sondern koordinierenden MSI erhalten beispielsweise Unternehmen eine Mitentscheidungsgewalt über die Regulierung/ den Umgang mit ihrer eigenen teilweise problematischen Geschäfts- und politischen Praktik.
- 3. Entpolitisierung von Debatten:** Dabei werden die globalen Herausforderungen u.a. in der globalen Gesundheit häufig entpolitisiert, indem die zugrundeliegenden strukturellen Ursachen, die verschiedenen Interessen der beteiligten Akteur*innen (Profit- vs. am Gemeinwohl orientierte Interessen) sowie regulatorische Lösungen, wie beispielsweise die Aufhebung von geistigen Eigentumsrechten auf Impfstoffe, Medikamente und weitere medizinische Güter zur Eindämmung der COVID-19-Pandemie, ignoriert und verdrängt werden. Vielmehr wird das Prinzip der freiwilligen Selbstverpflichtung, der „Charity“-Ansatz, medizinisch-technische und marktbasierende Lösungen hochgehalten.
- 4. Institutionelle Zersplitterung und Schwächung der UN:** Viele globale Partnerschaften sind mit dem Anspruch angetreten, die Koordination und Kohärenz in ihrem jeweiligen Aufgabenbereich zu fördern. Stattdessen haben sie jedoch eher zur weiteren Fragmentierung des globalen Institutionengefüges beigetragen. Zudem schwächen sie UN-Institutionen, da sie mit ihnen in Konkurrenz um finanzielle und personelle Mittel sowie um Kompetenzen treten. In den MSI sind die UN und Regierungen nur ein Partner unter vielen und haben keine koordinierende Rolle mehr.¹⁶
- 5. Unzureichende Finanzierung:** Ein Hauptargument für viele Multi-Stakeholder-Initiativen lautet, dass durch die Einbeziehung privater Akteur*innen zusätzliche Finanzmittel mobilisiert werden könnten. Die bisherige Praxis zeigt jedoch, dass dies nur in begrenztem Umfang der Fall ist. Vor allem die Hoffnungen auf zusätzliche Mittel der Privatwirtschaft haben sich, abgesehen von einigen Ausnahmen (u.a. der Gates-Stiftung), bisher nicht erfüllt.
- 6. Mangelnde Transparenz und Rechenschaftspflicht:** Vielen MSI mangelt es an validen Überprüfungsmechanismen. Die tatsächliche Erfüllung von Zusagen und deren Wirkungen sind dadurch nur schwer nachvollziehbar. Es ist zu vermuten, dass manche Partnerschaften gerade deswegen bewusst außerhalb der zwischenstaatlichen Strukturen der UN errichtet wurden, um allzu rigider Aufsicht und Kontrolle zu entgehen.
- 7. Dominanz von Gebern:** Viele MSI sind nach den Prioritäten der Geber, seien es private oder öffentliche, ausgerichtet, während die Ausrichtung an den Bedürfnissen der Empfänger (-Länder), beispielsweise die Stärkung öffentlicher Gesundheitssysteme und lokaler Produktionskapazitäten für Medikamente, häufig mangelhaft ist.¹⁷ Auch die Einbindung von zivilgesellschaftlichen Akteur*innen kommt oft zu kurz.

¹⁴ WHO (2018)

¹⁵ Siehe auch Martens/Seitz (2017)

¹⁶ Hanrieder (2020)

¹⁷ Syam (2023)

Initiativen gegen die Fragmentierung

Das Problem der Fragmentierung der globalen Gesundheitsarchitektur ist seit Jahren bekannt. Es wurden daher auf verschiedenen Ebenen regelmäßig Bemühungen unternommen, der Fragmentierung entgegenzuwirken. Dazu zählen z.B. die International Health Partnership+ (IHP+, 2016 zu UHC2030 transformiert) und die **Health Systems Funding Platform** (2012). Teilweise verschärften die Maßnahmen, die zu einer Harmonisierung und interorganisatorischen Angleichung führen sollten, die Fragmentierung allerdings.¹⁸ Ein bezeichnendes Beispiel hierfür ist das Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS), das sich von einem Koordinierungsmechanismus für alle UN-Organisationen und -Programme, die sich mit HIV/AIDS befassten, 1994 zu einer eigenständigen Institution und schließlich zum Konkurrenten mit anderen UN-Organisationen entwickelt hat.¹⁹

Einer der jüngeren Versuche, der Fragmentierung entgegenzuwirken geht auf die Initiative der damaligen Bundeskanzlerin Angela Merkel, des ghanaischen Präsidenten Nana Addo Dankwa Akufo-Addo und der ehemaligen norwegischen Premierministerin Erna Solberg zurück. Der „Globale Aktionsplan für ein gesundes Leben und das Wohlergehen aller Menschen“ (Global Action Plan for healthy lives and well-being for all, GAP) wurde 2019 von WHO-Generaldirektor Tedros Adhanom Ghebreyesus ins Leben gerufen. Er hatte zum Ziel, die Länder durch eine verbesserte Koordination der verschiedenen Akteur*innen bei der Umsetzung des gesundheitsbezogenen SDG3 zu unterstützen. Dreizehn zwischenstaatliche Gesundheits- und Entwicklungsorganisationen sowie MSI waren daran beteiligt.²⁰

Der WHO-eigene Fortschrittsbericht von 2023 präsentiert ein gemischtes Resultat des GAP. Während einige Erfolge, insbesondere hinsichtlich neuer Koordinierungsstrukturen, vorzuweisen sind, machen die Autor*innen deutlich, dass die Selbstverpflichtungen der verschiedenen GAP-Mitglieder zu einer verbesserten Koordination mäßig gut auf Landesebene umgesetzt wurden.²¹ Ein Grund hierfür seien fehlende Mechanismen, die es den Staaten

erlauben, die GAP-Mitglieder zur Rechenschaft zu ziehen.²² Zudem zeigt die GAP-Initiative seit Beginn große Schwächen, wenn es darum geht, zivilgesellschaftliche Akteur*innen einzubinden. Laut der Evaluierung der WHO hatte bereits die IHP+-Initiative mit genau denselben Problemen zu kämpfen.

Das zivilgesellschaftliche Bündnis „**Watch the GAP!**“ attestiert dem GAP angesichts der unkoordinierten Alleingänge seiner Mitglieder während der COVID-19-Pandemie ein völliges Versagen:

“COVID-19 could have been the (early) test case for the GAP – not in the sense of it already being fully implemented, but of demonstrating a stronger spirit of cooperation and alignment. The GAP agencies have failed this test.”

Das Scheitern der Multi-Stakeholder-Initiative ACT-A

Der Access to COVID-19 Tools Accelerator (ACT-A) mit seinen vier Säulen (Impfstoffe, Diagnostika, Therapeutika, Gesundheitssysteme sowie Zugang und Allokation), seiner Impfstoff-Fazilität COVAX, seinem Health Systems and Response Connector (HSRC) und seiner COVID-19 Vaccine Delivery Partnership (CoVDP) stellte einen erneuten Versuch dar, die COVID-19-Reaktionen der verschiedenen multilateralen Organisationen, MSI und privaten Stiftungen – viele darunter auch GAP-Mitglieder – zu koordinieren. Katerini Storeng et al. von der Universität Oslo bescheinigen ACT-A aufgrund seiner koordinierenden Rolle über mehrere MSI die Qualität einer sogenannten „super public private partnership“.²³ Seinen Koordinierungsanspruch verfehlte ACT-A aber bei Weitem.

Eine von der WHO in Auftrag gegebene externe Evaluierung von ACT-A von 2022 bescheinigt der Initiative zwar Erfolg darin, zusätzliche Mittel einzuwerben, beanstandet jedoch eine lange Mängelliste.²⁴ Darunter fallen ein zu starker Top-Down-Ansatz, in dem Länder mit niedrigem und mittlerem Einkommen und zivilgesellschaftliche Gruppen nicht angemessen eingebunden wurden.

18 Pantzerhielm/Holzscheiter/Bahr (2019) und Holzscheiter (2015)

19 Shridar (2012) und Holzscheiter (2015), S. 8/9

20 Die SDG3 GAP-Mitgliedsorganisationen sind GAVI, Global Financing Facility, Internationale Arbeitsorganisation (ILO), Der Globale Fonds UNAIDS, UNDP, UNFPA, UNICEF, Unitaid, UN Women, The World Bank, WFP, WHO, siehe auch <https://www.who.int/initiatives/sdg3-global-action-plan>

21 WHO (2023b)

22 Ebd., S.16

23 Storeng/de Bengy Puyvallée/Stein (2021), S. 12

24 Open Consultants (2022)

Starke Kritik üben die externen Evaluator*innen, zivilgesellschaftliche Gruppen und Wissenschaftler*innen jedoch insbesondere an der Governance der Initiative, die großen (privaten) Gebern und Unternehmen zu viel Einfluss und letztlich auch Entscheidungsgewalt über die Verwendung der eingesammelten (zum großen Teil öffentlichen) Milliardenbeträge ermöglichte, während Regierungen eine abnehmende Rolle spielten.²⁵ Die externen Evaluator*innen kritisieren eine mangelnde Koordinierung zwischen den Mitgliedern und mit regionalen Plattformen; Unklarheit darüber, wer wem gegenüber Rechenschaft schuldig ist; mangelnde Transparenz in Bezug auf die Entscheidungsfindung, die Zuweisung von Ressourcen und die Berichterstattung; eine informelle und insgesamt zu komplexe Struktur.²⁶ Die beteiligten MSI (z. B. GAVI und der GFATM) traten oft als Mitscheidenden über die Verteilung und zugleich als Empfängerinnen der Mittel auf, was Fragen nach Interessenskonflikten aufwirft. Zudem traten die verschiedenen Säulen von ACT-A in Konkurrenz um Finanzmittel. Die Impfstoff-Fazilität COVAX war dabei am erfolgreichsten, während die Säule zur Gesundheitssystemstärkung stark unterfinanziert blieb. Insgesamt warb ACT-A Spenden im Umfang von 24,2 Mrd. USD ein.²⁷

Laut der Organisation Ärzte ohne Grenzen zeigte das Scheitern von ACT-A und COVAX die grundlegenden Probleme des Modells der öffentlich-privaten Partnerschaft (oder eben MSI), mit denen häufig marktbasierende Lösungsansätze einhergehen.²⁸ Der von COVAX genutzte Advance Market Commitment-Ansatz (AMC, deutsch: vorgezogene Marktverpflichtung), bei welchem Pharmaunternehmen für die Medikamentenproduktion zu bestimmten Krankheiten, die besonders in Ländern mit geringem oder mittlerem Einkommen vorkommen, subventioniert werden, war von Beginn an zum Scheitern verurteilt. Die Annahme, dass die Nachfrage nach Medikamenten oder Impfstoffen möglicherweise unzureichend oder zu unsicher und daher für die Hersteller nicht attraktiv sei, traf im Falle von COVID-19 nicht zu. Das Problem mit den COVID-19-Impfstoffen war die Übernachfrage und nicht Anreize für die Impfstoffhersteller zu schaffen.

Anders als bei anderen UN-Organisationen existiert mit FENSA bei der WHO ein Regelwerk zur Zusammenarbeit der Organisation mit sogenannten nicht-staatlichen Akteuren (Framework of Engagement with Non-State Actors, FENSA). Es weist allerdings einige Schwächen auf.²⁹ Es ist unklar, in welcher Weise die Regelungen aus FENSA, beispielsweise Risiko-Analysen vor Partnerschaften mit dem Privatsektor, im Rahmen von MSI während der COVID-19-Krise befolgt wurden. Denn FENSA (Paragraph 73) gewährt der WHO Flexibilität während Krisensituationen. Der WHO-Generaldirektor muss für einen solchen Fall darüber Bericht erstatten. Das ist bisher nicht erfolgt.³⁰ Es sind daher dringend Nachbesserungen an FENSA und eine strenge Durchsetzung notwendig.

Pandemiefonds, Global Health Threats Council und Medical Counter Measures Platform – Keine Lehren für die Zukunft?

Angesichts der vielen nationalen Alleingänge während der Coronapandemie startete der WHO-Generaldirektor 2022 einen erneuten Koordinierungsversuch: In seinem während der 75. WHA vorgestellten Bericht „[Strengthening the Global Architecture for Health Emergency Preparedness, Response and Resilience](#)“ macht er zehn Vorschläge, um die globale Gesundheitsarchitektur bzgl. zukünftiger Pandemien zu stärken und der Fragmentierung der Initiativen entgegenzuwirken.

Die Vorschläge enthalten allerdings mehrere Widersprüche.³¹ Auf der einen Seite fordert der WHO-Generaldirektor eine Stärkung der WHO, jedoch zugleich die Förderung von Multi-Stakeholder-Initiativen und die Bereitstellung von Finanzmitteln unter dem Pandemiefonds, der im September 2022 unter der Weltbank angesiedelt wurde ([Financial Intermediary Fund \(FIF\) for Pandemic Prevention, Preparedness and Response](#), kurz PPPR). Ziel des Pandemiefonds ist die Mobilisierung zusätzlicher Ressourcen für langfristige Investitionen und technische Unterstützung zur Pandemieprävention, -vorsorge und -bekämpfung auf Länder-, regionaler und globaler Ebene mit einem besonderen Fokus auf Länder mit niedrigem und mittlerem Einkommen.

25 Siehe auch Moon/Amstrong et al. (2022) und <https://www.politico.com/news/2022/09/14/global-covid-pandemic-response-bill-gates-partners-00053969>

26 Open Consultants (2022), S. 33

27 <https://www.who.int/publications/m/item/access-to-covid-19-tools-tracker>

28 <https://msfaccess.org/covax-broken-promise-world>

29 <https://www.twn.my/title2/health.info/2019/hi190406.htm> und Seitz (2016)

30 <https://www.twn.my/title2/health.info/2023/hi230203.htm>

31 <https://twn.my/title2/health.info/2023/hi230107.htm>

Die WHO zählt mit 12 weiteren Organisationen u.a. der Weltbank, der FAO, UNICEF, GAVI und dem GFATM, zu den Umsetzungsorganisationen und kann sich um Mittel des Fonds bewerben.³²

Auf Landesebene hat der Fonds konkret zum Ziel, die Krankheitsüberwachung, die Laborsysteme, die Notfallkommunikation, die Pandemiekoordination, das Pandemiemanagement, sowie die Kapazitäten des Gesundheitspersonals zu stärken. Auf regionaler und globaler Ebene soll der Fonds unter anderem die Berichterstattung und den Informationsaustausch, die Harmonisierung, Regulierungen sowie die koordinierte Entwicklung, Beschaffung, Verteilung und Bereitstellung von medizinischen Gegenmaßnahmen und Hilfsgütern unterstützen. Gegebenenfalls wird der Fonds auch die Entwicklung von Medikamenten und Impfstoffen fördern.³³

Seit seiner Einsetzung im September 2022 bis Februar 2023 waren Finanzierungszusagen im Umfang von 1,6 Mrd. USD gemacht worden. Damit ist der Fonds noch weit von seinem Ziel entfernt, jährlich Mittel im Umfang von 10,5 Mrd. USD einzuwerben und langfristige und vorhersagbare Finanzierung bereitzustellen.³⁴

Während der COVID-19-Pandemie wurden die öffentlichen Mittel für Gesundheit von den Ländern weltweit hochgefahren. Doch nun stehen die nationalen Haushalte für Gesundheitsausgaben und öffentlichen Mittel für Entwicklungsleistungen (ODA) der Geberländer aufgrund von Inflation und hoher Schuldenlast vieler Länder unter massivem Druck.³⁵ Auch viele MSI geraten unter Finanzierungsnot, sind sie doch, anders als die WHO mit ihren – wenn auch geringen – staatlichen Pflichtbeiträgen, ausschließlich von freiwilligen Finanzierungszusagen für jeweils einige wenige Jahre abhängig.

In einem solchen angespannten Kontext wird der Pandemiefonds damit zu einem weiteren Konkurrenten der WHO um knappe öffentliche Mittel für globale Gesundheit. Es wird sich zeigen, ob es sich bei den eingeworbenen Mitteln für den Pandemiefonds wirklich um neue und zusätzliche Finanz-

mittel für die globale Gesundheit handelt oder ob es auf Kosten der Beiträge an die WHO geht. Dem **Pandemic Action Network** zufolge sind von den 22 bis Juli 2023 gemachten Förderzusagen der Länder bislang nur drei als tatsächlich zusätzliche Mittel zu den öffentlichen Entwicklungsleistungen (ODA) eingegangen. Drei der gemachten Zusagen sind eindeutig Teil der bestehenden ODA. Bei den restlichen Förderzusagen wurden dazu noch keine Informationen bereitgestellt.

Die beschriebenen Funktionen des Pandemiefonds machen deutlich, dass er großen Einfluss auf die verschiedenen PPPR-Bereiche auf nationaler, regionaler und globaler Ebene haben wird. Der Pandemiefonds muss sich in all seinen Aktivitäten strikt an die Standards und Vorgaben der WHO halten und darf nicht parallele Standards entwickeln. Der Fonds darf nicht riskieren, zusätzlich zu den Finanzmitteln auch mit Blick auf ihre koordinierende Rolle in Konkurrenz mit der WHO zu treten und zu einer zunehmenden Fragmentierung beizutragen.

Denn in der Governance des Pandemiefonds spielt die WHO bislang eine untergeordnete Rolle, da sie dort, anders als beispielsweise die Bill & Melinda Gates Foundation, keinerlei Entscheidungsbefugnis über die Mittelvergabe, sondern lediglich eine beobachtende, beratende und umsetzende Rolle innehat. Unter anderem der WHO Council on the Economics of Health for All, forderte eine bedeutendere Rolle der WHO im Fonds:

“(..) as WHO represents 194 countries and plays a central role in supporting PPR globally, it is imperative that it also has a central role to play in all aspects of the FIF. This means WHO should not only be a technical advisor or operator, but also a decision-making member of the Governing Board.”³⁶

Einige Länder forderten außerdem, der FIF solle an die WHA berichten.³⁷

Unter den zehn Vorschlägen des WHO-Generalsekretärs ist außerdem ein sogenannter **„Global Health Emergency Council“**. Ein ähnlicher, jedoch von der WHO unabhängiger „Global

32 <https://www.worldbank.org/en/topic/pandemics/brief/factsheet-financial-intermediary-fund-for-pandemic-prevention-preparedness-and-response>

33 Ebd.

34 Vgl. auch ausführliche Kritik des FIF von Dentico/Aye/Meurs (2022), S.6–12

35 World Bank (2023)

36 https://cdn.who.int/media/docs/default-source/council-on-the-economics-of-health-for-all/council-statement_19april2022.pdf?sfvrsn=6df1673f_3&download=true

37 https://genevahealthfiles.substack.com/p/the-fragmentation-in-emergencies?utm_source=post-email-title&publication_id=79396&post_id=72214725&isFreemail=true

Health Threats Council“ war bereits vom **Independent Panel for Pandemic Preparedness and Response** (IPPPR) vorgeschlagen worden. Das Panel kam zu dem Schluss, dass die WHO für das erfolgreiche Management zukünftiger Pandemien nicht kompetent genug wäre und hat daher ein von der WHO und den Gesundheitsminister*innen vollständig unabhängiges Gremium vorgeschlagen. Der Rat würde die Form einer MSI übernehmen und bei der UN-Generalversammlung in New York angesiedelt sein, seine Mitglieder aus Regierungschef*innen sowie hochrangigen nicht-staatlichen Vertreter*innen bestehen. Zivilgesellschaftliche Kritiker*innen, darunter **Ilona Kickbusch** vom Graduate Institute of International and Development Studies Genf, zweifeln aber an dem Mehrwert eines solchen, vom IPPPR vorgeschlagenen Rats und befürchten, dass damit eine weitere Parallelstruktur in der globalen Gesundheitsarchitektur geschaffen und die WHO weiter geschwächt würde. Schließlich würde der vorgeschlagene Rat nicht nur unabhängig von der WHO und anderen UN-Institutionen agieren, sondern sogar hierarchisch über ihr stehen. Kickbusch unterstützt als Alternative den Vorschlag des WHO-Generalsekretärs für ein in der WHO angesiedeltes Forum für hochrangige Vertreter*innen von Regierungen und anderen relevanten internationalen Organisationen, das die Weltgesundheitsversammlung und den jüngst geschaffenen ständigen PPPR-Ausschuss (EB Standing Committee on Health Emergency Prevention, Preparedness and Response) ergänzen würde. Während der Sitzung des WHO-Exekutivrats im Januar 2023 stieß der Vorschlag des WHO-Generalsekretärs bei einigen Mitgliedsstaaten allerdings auf Skepsis, insbesondere aufgrund der noch unklaren Arbeitsweise und der Gefahr einer Duplikation der Arbeit anderer Gremien.³⁸

Ein weiterer Koordinierungsversuch des WHO-Sekretariats ist die Schaffung einer sogenannten **„Medical Counter Measures Platform“**. Bis im Rahmen des zukünftigen Pandemieabkommens, bzw. bei der Überarbeitung der Internationalen Gesundheitsvorschriften (IHR) ggf. neue Institutionen etabliert werden, soll die Plattform ACT-A ersetzen und übergangsweise die Koordinierung für den Zugang zu medizinischen Produkten in Gesundheitsnotfällen übernehmen. Es ist geplant,

dass die Plattform im Herbst 2023, mit Unterstützung einiger großer Geber,³⁹ ihre Arbeit aufnimmt. Gegenwärtig besteht noch Unklarheit über die Governance-Form, die Finanzierung und Funktionen der Plattform. Außerdem ist auch die Frage ihrer Legitimität noch nicht geklärt. Denn bislang ist nicht vorgesehen, die WHA in die Entscheidung über die Einsetzung der Plattform einzubinden.⁴⁰ Das Third World Network bewertet die Initiative als Versuch der WHO, den zwischenstaatlichen Entscheidungsprozess zu umgehen:

“While the stage is set for the IHR [International Health Regulations] amendment and pandemic instrument negotiations are in progress this initiative of WHO is effectively an attempt to bypass the intergovernmental process.”⁴¹

Der News-Plattform DEVEX lag Mitte Mai 2023 ein Dokument vor, demzufolge der Plattform eine Steuerungsgruppe von 25 Mitgliedern mit Vertreter*innen aus den Mitgliedsstaaten, internationaler und regionaler Organisationen, zivilgesellschaftlicher Organisationen und des Privatsektors vorsitzen soll.⁴² Hinsichtlich der Einbindung von Ländern mit niedrigem und mittlerem Einkommen weist die Plattform Schwächen auf, wurden diese doch kaum in die Konsultationen zum Design der Plattform einbezogen.⁴³ Momentan sieht es so aus, als wäre die Plattform eine Wiedergeburt der Multi-Stakeholder-Initiative ACT-A. Es ist jedoch fraglich, ob aus den Erfahrungen von ACT-A mit Blick auf die Mängelliste Lehren gezogen werden.

Ausblick: Von freiwilligen Selbstverpflichtungen hin zu völkerrechtlicher Verbindlichkeit!

Die Regierungen, die WHO und andere Akteur*innen haben das Problem der Fragmentierung globaler Gesundheitspolitik und ihrer Folgen für die Erreichung eines gesunden Lebens für alle erkannt. Wie das Beispiel des Vorschlags zur Schaffung eines Global Health Threats Council, der Medical Countermeasures Platform und der neu geschaffene Pandemiefonds bei der Weltbank zeigen, werden aber weiterhin neue Institutionen in Form von MSI außerhalb der WHO geschaffen. Obwohl Regierungen die Rolle der WHO als koordinierende Autorität und ihre Stärkung her-

38 <https://healthpolicy-watch.news/new-10-point-who-proposal-for-reforming-global-emergency-response-gets-mixed-review/>

39 Insbesondere die EU, USA, Norwegen, Kanada, Japan, Indien, Ruanda, Botswana, Südafrika, private Stiftungen und MSIs, siehe <https://genevahealthfiles.substack.com/p/a-new-medical-countermeasures-platform>

40 <https://genevahealthfiles.substack.com/p/medical-countermeasures-platform>

41 <https://genevahealthfiles.substack.com/p/a-new-medical-countermeasures-platform>

42 <https://www.devex.com/news/exclusive-who-s-pandemic-countermeasures-plan-takes-shape-105451>

43 <https://genevahealthfiles.substack.com/p/medical-countermeasures-platform>

vorhaben, wurde der Pandemiefonds außerhalb der WHO bei der Weltbank angesiedelt. Auch der Global Health Threats Council soll unabhängig von der WHO etabliert werden. Beides führt letztlich zum weiteren Verlust von Kompetenzen der WHO und damit zu einer Untergrabung ihrer Autorität als multilateralem Entscheidungsgremium.

Die WHO ist anders als die Weltbank, die G7, G20 oder globale Multi-Stakeholder-Initiativen eine multilaterale UN-Organisation, in der alle UN-Mitgliedsländer mit jeweils einer Stimme vertreten sind und gesundheitspolitische Maßnahmen zwischen den Staaten diskutiert und multilateral beschlossen werden können. Die gleichberechtigte Einbeziehung schafft Eigenverantwortung („Ownership“) und Rechenschaftspflicht aller Regierungen für die getroffenen Beschlüsse und Maßnahmen und erhöht damit letztlich die Wirksamkeit globaler Gesundheitspolitik im Sinne eines gesunden Lebens für Alle. Für diese Aufgaben gibt es keine alternative internationale Institution. Durch den Beschluss der WHA im Mai 2023, den Anteil der Pflichtbeiträge der Staaten am WHO-Budget für 2023–2034 um 20 Prozent zu erhöhen, wird die Ownership aller Länder weiter gestärkt. Der aktuell diskutierte Auffüllungsmechanismus („Replenishment Mechanism“ oder „Investment Round“) für freiwillige Beiträge an die WHO gefährdet aber diese positive Entwicklung, da er statt ungebundener Beiträge eine zweckgebundene Finanzierung der WHO stärken würde.⁴⁴ Die WHO würde damit wieder an ihrer mühsam errungenen finanziellen Unabhängigkeit von den Prioritäten großer Geber und damit letztlich an Glaubwürdigkeit und Autorität einbüßen.

Darüber hinaus scheinen die Regierungen und internationale Organisationen, trotz der schwerwiegenden Kritik am Management von ACT-A, hinsichtlich der Governance-Form von neuen Entscheidungsgremien über Maßnahmen gegen zukünftige Pandemien keine Lehren gezogen zu haben. Insbesondere die einkommensstarken Regierungen halten an einem Multi-Stakeholder-Modell für die neue Medical Counter Measures Plattform, einen Global Health Threats Council und die Governance des Pandemiefonds fest.

Anstatt weiterhin auf das Prinzip der freiwilligen Selbstverpflichtung zu setzen, immer neue MSI zu schaffen und Parallelstrukturen

aufzubauen, sollten die Regierungen und die WHO sich auf die Regulierung als ihr zentrales Steuerungsinstrument zurückbesinnen. Sie sollten ihrer völkerrechtlichen Pflicht, die Menschenrechte durch entsprechende Gesetzgebung und Maßnahmen zu achten, zu schützen und zu gewährleisten, nachkommen. In der Governance der globalen Gesundheit wurde bislang vor allem ein „soft law“ – ein auf Freiwilligkeit und unverbindlichen Anreizen beruhender – Ansatz gewählt.⁴⁵ Während insbesondere im Handels- und Investitionsschutzbereich rechtlich verbindliche internationale Abkommen existieren, bei denen Staaten im Fall von Vertragsverletzung vor Schiedsgerichte gezogen und beispielsweise mit einer Aussetzung von Handelsvorteilen sanktioniert werden, bestehen rechtlich verbindliche internationale Vereinbarungen im Gesundheitsbereich mit solchen Sanktionsmöglichkeiten bei Verstößen noch nicht. Sie sind aber überfällig. **Die Internationalen Gesundheitsvorschriften (IHR)** sind zwar verbindlich und sehen auch die Möglichkeit vor, ein Schiedsgericht bei Verstößen einzuschalten. Doch tatsächlich ist dieser Streitschlichtungsmechanismus freiwillig für die Staaten und damit letztlich ein Papiertiger, der bislang auch nicht zur Anwendung kam.⁴⁶ Aus zivilgesellschaftlicher Sicht umfasst ein verbindlicher Ansatz die folgenden Maßnahmen, für die sich die Bundesregierung auf den verschiedenen politischen Ebenen einsetzen sollte:

» **Eine stärkere verbindliche Verpflichtung der Regierungen auf internationaler Ebene in Gesundheitskrisen:** Im Rahmen des Pandemievertrags sollten die Regierungen sich verbindlich für einen **global gerechten Zugang zu essentiellen Medizinprodukten und das Teilen von Daten und Technologien und Know-how** einsetzen und klare Verantwortlichkeiten benennen. Eigentum an den Produkten, wie Patentrechte, muss im Sinne der öffentlichen Gesundheit geregelt und für alle und insbesondere die Bedürftigsten zugänglich gemacht werden. Gerade im Fall von weltweiten Gesundheitskrisen, wie der COVID-19-Pandemie, muss die Aufhebung des Patentschutzes auf Arzneimittel ermöglicht werden. Die Medical Counter Measures Plattform und jeglicher durch den Pandemievertrag geschaffene Folgemechanismus zur Verteilung von Medizinprodukten muss einen verbindlichen Charakter haben.

⁴⁴ <https://twn.my/title2/health.info/2023/hi230503.htm>

⁴⁵ Gostin/Chriwa et al. (2023)

⁴⁶ Vgl. Hoffman/Habibi et al. (2022) und Huang (2020)

- » **Verbindliche Regulierung von Unternehmen statt freiwilliger Zusagen im Rahmen von MSI für einen gerechten Zugang zu Arzneimitteln:** Regierungen sollten es Unternehmen nicht selbst überlassen, an wen sie essentielle Arzneimittel und Technologien verkaufen, wieviel sie davon produzieren und ob sie das Wissen zu ihrer Herstellung mit anderen teilen. Insbesondere wenn öffentliche Gelder investiert wurden, sollten Unternehmen zu Kostentransparenz bei Forschung, Entwicklung und Produktion von Arzneimitteln und Technologien sowie Transparenz bei der Preisgestaltung verpflichtet werden. An die öffentlichen Gelder müssen zudem Bedingungen für den universellen Zugang zu diesen Produkten geknüpft werden. Zudem sollten die Regierungen auf die baldige Verabschiedung eines ambitionierten **völkerrechtsverbindlichen Abkommens** hinwirken, das Unternehmen dazu verpflichtet, bei ihren Geschäftstätigkeiten weltweit die Menschenrechte, den Umwelt- und Klimaschutz zu achten, und Opfern von Rechtsverletzungen Zugang zu Gerichten ermöglicht.
- » **Zur Prävention von Gesundheitskrisen und der allgemeinen Gesundheitsvorsorge verpflichtet:** Im Sinne des One-Health-Ansatzes sollten die Regierungen nicht nur die Vorsorge- und Reaktionsfähigkeit auf zukünftige Gesundheitskrisen stärken, sondern sich auch zu ihrer Prävention verpflichten. Im Bereich der Agrarproduktion und der Ernährungssysteme ist hierfür eine grundsätzliche Transformation hin zu nachhaltigen Lebensmittelproduktionssystemen unumgänglich.⁴⁷ Eine angemessene Finanzierung des Klimaprogramms der WHO sowie der Vorschlag der Regierungen von Kenia und Ghana für eine UN-Resolution zu Klima und Gesundheit wäre ein wichtiger Schritt zur Umsetzung des One-Health-Ansatzes. Zudem müssen sich die Regierungen stärker zum Schutz der Biodiversität einsetzen.
- » Präventiv tätig zu werden bedeutet auch, **lokale öffentliche Gesundheitssysteme zu stärken**, um einen universellen Zugang zu qualitativen Gesundheitsdienstleistungen besonders für unterversorgte und arme Bevölkerungsgruppen („Leave No One Behind“) zu gewährleisten sowie die Fokussierung auf intersektorale, horizontale Ansätze wie Primary Health Care. Die Regierungen müssen dafür ihre nationalen Gesundheitsbudgets entsprechend ausstatten. Das kann nur gelingen, wenn **fundamentale Veränderungen der globalen Finanzarchitektur** erfolgen, die den Regierungen größere heimische Finanzspielräume eröffnen. Das beinhaltet u. a. die Schaffung einer UN-Steuerkonvention zur Kooperation in der internationalen Steuerpolitik und die Einführung eines internationalen und unabhängigen Staateninsolvenzverfahrens zur Bewältigung von Schuldenkrisen.
- » **Rechenschaftspflicht und Transparenz von Regierungen und zwischenstaatlichen Organisationen erhöhen:** Nur mit einem starken Durchsetzungsmechanismus werden der Pandemievertrag und andere Gesundheitsvereinbarungen Wirkung zeigen. Solche Mechanismen könnten finanzielle Sanktionen für vertragsverletzende Länder, den Ausschluss aus den Vertragsgremien und Entzug von Handelsprivilegien, wie das bei der Welthandelsorganisation der Fall ist, beinhalten. Der Mechanismus zur Streitschlichtung bei Verstößen gegen die IHR sollte gestärkt und für die Vertragsstaaten verbindlich gemacht werden.⁴⁸ Die Vertragsorgane der UN-Menschenrechtsabkommen (Treaty Bodies) mit ihrer regelmäßigen Berichterstattungspflicht für die Vertragsstaaten und der Überprüfung durch unabhängige Fachausschüsse können als Modell für robuste Mechanismen zur Rechenschaft auch für Vereinbarungen im Gesundheitsbereich dienen.⁴⁹ Der während der 75. WHA vorgestellte Universal Health & Preparedness Review-Mechanismus geht bereits in die richtige Richtung, sollte aber nicht auf einer freiwilligen Basis beruhen, sondern verpflichtend für die WHO-Mitgliedsstaaten sein.
- » **Die Einbeziehung und Stärkung der Stimme zivilgesellschaftlicher Organisationen**, insbesondere lokaler Akteur*innen und Gruppen aus dem Globalen Süden, ist dabei wesentlich, da sie die Regierungen und einflussreichen

47 Siehe Seitz (2021)

48 Vgl. Hoffmann et al. (2022) und Huang (2020).

49 Die Fachausschüsse sind bevollmächtigt, den Regierungen Empfehlungen auszusprechen (Concluding Observations) sowie allgemeine Bemerkungen (General Comments) auszuarbeiten. Einige dürfen Eilaktionen (urgent procedures) und Frühwarnverfahren (early warning) sowie eigene Untersuchungen durchführen.

Akteur*innen in der globalen Gesundheit für ihr (Nicht-) Handeln zur Verantwortung ziehen. Eine solche Einbeziehung und Stärkung zivilgesellschaftlicher Gruppen erfordert u. a. Transparenz von zwischenstaatlichen Prozessen und beinhaltet u. a. ausreichend Redezeit während beispielsweise der WHA oder anderer Prozesse sowie eine Einbindung in Planung, in die Governance, Umsetzung und Überprüfung von multilateralen Abkommen wie dem zukünftigen Pandemievertrag, nach Vorbild der WHO-Tabakrahmenkonvention.⁵⁰ Dabei muss zivilgesellschaftlichen Akteur*innen mit Gemeinwohl-Interesse eine andere Rolle zugestanden werden als privatwirtschaftlichen Interessengruppen. Vielmehr muss die Umsetzung des Abkommens und weiterer internationaler Vereinbarungen vor kommerziellen Interessen geschützt werden.⁵¹ Auch die **Einbindung von Parlamenten und Kommunen** ist ein Mechanismus, um die Versprechungen und Handlungen der Regierungen und globalen Akteur*innen stärker demokratisch zu kontrollieren.

anderem überprüft werden, welchen Mehrwert die Initiativen für die Verwirklichung der Ziele der UN bringen, wie die Relation zwischen den Risiken und Nebenwirkungen und dem zu erwartenden Nutzen zu bewerten ist und welche Alternativen es gibt.

- » **Rechenschaftspflicht gegenüber öffentlichen Gremien und Transparenz von MSI und anderen einflussreichen Akteur*innen in der globalen Gesundheit** erhöhen: Ein umfassender rechtlicher und institutioneller Rahmen für Multi-Stakeholder-Partnerschaften ist notwendig, um sicherzustellen, dass die oben beschriebenen Risiken und Nebenwirkungen von Partnerschaften mit privaten Akteur*innen vermieden werden. Dieser muss Regelungen zum Umgang mit und zur Vermeidung von Interessenskonflikten, von privaten Geldgebern unabhängige Entscheidungs- und Managementstrukturen, unabhängige Evaluierungen von Wirkungen sowie gut ausgestattete Institutionen zum Nachhalten der Zusagen der Akteur*innen und zur Durchsetzung des Rahmenwerks beinhalten. Vorstellbar wäre die Einrichtung eines zwischenstaatlichen Gremiums, das sich kontinuierlich mit den Beziehungen zwischen UN und Privatsektor und der Ausgestaltung und Überwachung von Partnerschaftsinitiativen befasst.⁵² Bevor die UN-Organisationen und -Programme oder einzelne Regierungen neue Partnerschaftsbeziehungen überhaupt eingehen, sollten die möglichen Auswirkungen systematisch abgeschätzt werden. Dabei sollte unter

50 Vgl. <https://g2h2.org/wp-content/uploads/2023/04/Civil-Society-in-PPPR-Governance-Research-Report-Final.pdf>

51 Vgl. WHO-Tabakrahmenkonvention Artikel 15.3, online unter: <https://fctc.who.int/publications/i/item/9241591013>

52 Mehr dazu in Martens/Seitz (2017), S. 58, 59

Literatur

- Brown, Theodore M./Cueto, Marcos /Fee, Elizabeth (2006):** The World Health Organization and the Transition From “International” to “Global” Public Health. *American Journal of Public Health* 96, 62–72, online unter: <https://ajph.aphapublications.org/doi/full/10.2105/AJPH.2004.050831>
- Dentico, Nicoletta/Aye, Baba/Meurs, Mariska (2022):** Financial Justice for Pandemic Prevention, Preparedness and Response. G2H2 Report, online unter: <https://g2h2.org/wp-content/uploads/2022/11/G2H2-Report-2022.pdf>
- Gostin, Lawrence O./Chirwa, Danwood Mzikenge et al. (2023):** The WHO’s 75th anniversary: WHO at a pivotal moment in history. *BMJ Global Health* 2023;8:e012344, online unter: <https://gh.bmj.com/content/8/4/e012344>
- Handrieder, Tine (2020):** Priorities, Partners, Politics. The WHO’s Mandate beyond the Crisis. *Global Governance: A Review of Multilateralism and International Organizations*, 26(4), 534–543, online unter: https://brill.com/view/journals/gg/26/4/article-p534_2.xml
- Hoffman, Steven J./Cole, Clarke, B. (2018):** Defining the global health system and systematically mapping its network of actors. *Global Health*. 2018 Apr 17;14(1):38, online unter: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5904998/>
- Hoffman, Steven/Habibi, Roojin et al. (2022):** Mending Dispute Resolution under the International Health Regulations. *International Organizations Law Review*, 19(1), 241–268, online unter: https://brill.com/view/journals/iolr/19/1/article-p241_009.xml?language=en
- Holzscheiter, Anna (2015):** Restoring order in global health governance: Do metagovernance norms affect interorganizational convergence? *CES Papers-Open Forum 2014-2015 #23*, online unter: https://aei.pitt.edu/67186/1/CES_OFWP_23.pdf
- Huang, Jie (2020):** Can Trade Dispute Resolution Mechanisms Enhance State Compliance with International Health Regulations? *Insights from MARPOL 73/78, ASIL Insights, Volume: 24 Issue:8*, online unter: <https://www.asil.org/insights/volume/24/issue/8/can-trade-dispute-resolution-mechanisms-enhance-state-compliance>
- Martens, Jens (2022):** Globale Impfgerechtigkeit. Schlüssel zur Lösung der COVID-19-Pandemie. Bonn: GPF, online unter: https://www.globalpolicy.org/sites/default/files/GPF_Globale_Impfgerechtigkeit.pdf
- Martens, Jens/Seitz, Karolin (2017):** Globale Partnerschaften. Wundermittel zur Umsetzung der 2030-Agenda? Bonn: Global Policy Forum Europe, online unter: <https://www.globalpolicy.org/de/publication/globale-partnerschaften>
- Moon, Suerie/Amstrong, Jana et al. (2022):** Governing the Access to COVID-19 Tools Accelerator: towards greater participation, transparency, and accountability. *Lancet* 2022; 399(10323): 487–494, online unter: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(21\)02344-8/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(21)02344-8/fulltext)
- Open Consultants (2022):** External Evaluation of the Access To COVID-19 Tools Accelerator (ACT-A), online unter: [https://www.who.int/publications/m/item/external-evaluation-of-the-access-to-covid-19-tools-accelerator-\(act-a\)](https://www.who.int/publications/m/item/external-evaluation-of-the-access-to-covid-19-tools-accelerator-(act-a))

Pantzerhielm, Laura/Holzscheiter, Anna/Bahr, Thurid (2019): Governing effectively in a complex world? How metagovernance norms and changing repertoires of knowledge shape international organisation discourses on institutional order in global health. *Cambridge Review of International Affairs*, 35:4, 592–617, online unter:

<https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/09557571.2019.1678112>

Seitz, Karolin (2016): FENSA – a fence against undue corporate influence? *Brot für die Welt/GPF/Misereor*, online unter: <https://www.globalpolicy.org/en/publication/fensa-fence-against-undue-corporate-influence>

Seitz, Karolin (2021): Wege aus der globalen Gesundheitskrise. Mit dem One Health Ansatz für gesunde Menschen, gesunde Tiere und eine gesunde Umwelt weltweit. *Brot für die Welt/GPF/Misereor*, online unter: <https://www.globalpolicy.org/de/publication/wege-aus-der-globalen-gesundheitskrise>

Shridar, Devi (2012): Coordinating the UN System: Lessons from UNAIDS: A commentary on Mackey, *Social Science & Medicine* 76, (2012): 21–23, online unter: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0277953612007071>

Spicer, Neil/Agyepong, Irene et al. (2020): ‘It’s far too complicated’: why fragmentation persists in global health. *Global Health* 16, 60 (2020), online unter: <https://globalizationandhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12992-020-00592-1>

Storeng, Katerini/de Bengy Puyvallée, Antoine/Stein, Felix (2021): COVAX and the rise of the ‘super public private partnership’ for global health. *Global Public Health*, Volume 0, Issue ahead-of-print, online unter: <https://www.tandfonline.com/doi/epdf/10.1080/17441692.2021.1987502?needAccess=true&role=button>

Syam, Nirmalya (2023): Leading and Coordinating Global Health: Strengthening the World Health Organization. Research Paper 174. South Centre, online unter: https://www.southcentre.int/wp-content/uploads/2023/02/RP174_Leading-and-Coordinating-Global-Health-Strengthening-the-World-Health-Organization_EN.pdf

World Bank (2023): From Double Shock to Double Recovery, online unter: <https://www.worldbank.org/en/topic/health/publication/from-double-shock-to-double-recovery-health-financing-in-the-time-of-covid-19>

WHO (2018): Towards a Global Action Plan for Healthy Lives and Well-Being for All, online unter: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-DCO-2018.3>

WHO (2022): A healthy return: investment case for a sustainably financed WHO, (S.22) , online unter: <https://www.who.int/about/funding/invest-in-who/investment-case-2.0>

WHO (2023a): WHO’s Health Emergency Appeal (Annex 2), online unter: <https://www.who.int/emergencies/funding/outbreak-and-crisis-response-appeal/impact-in-2022>

WHO (2023b): 2023 progress report on the Global Action Plan for Healthy Lives and Well-being for All, online unter: <https://www.who.int/initiatives/sdg3-global-action-plan/progress-and-impact/progress-reports/2023>

Impressum

Pandemie der Freiwilligkeit

Die zunehmende Fragmentierung der globalen Gesundheitsarchitektur durch immer neue Multi-Stakeholder-Initiativen

Herausgeber:

Bischöfliches Hilfswerk MISEREOR e. V.
Mozartstraße 9, 52064 Aachen
info@misereor.de
www.misereor.de
Kontakt: Klaus Schilder

Brot für die Welt
Evangelisches Werk
für Diakonie und Entwicklung e. V.
Caroline-Michaelis-Straße 1, 10115 Berlin
info@brot-fuer-die-welt.de
www.brot-fuer-die-welt.de
Kontakt: Mareike Haase

Global Policy Forum Europe e.V.
Königstraße 37a, 53115 Bonn
europe@globalpolicy.org
www.globalpolicy.org
Kontakt: Jens Martens

Autorin: Karolin Seitz

Redaktionelle Mitarbeit: Mareike Haase, Klaus Schilder, Ellen Schmitt, Julia Stoffner

Layout: www.kalinski.media

Aachen/Berlin/Bonn, Oktober 2023