

Globale Gesundheit in der Krise: Herausforderungen und Handlungsoptionen

Sechs Thesen zur Rolle privater Akteure

von Karolin Seitz | Mai 2026

Die globale Gesundheit befindet sich in einer tiefen Strukturkrise: Massive Kürzungen öffentlicher Mittel bei bereits wachsender Abhängigkeit von privaten Akteuren, schwache multilaterale Institutionen und zunehmende Ungleichheiten gefährden das Menschenrecht auf Gesundheit. 4,5 Milliarden Menschen haben keinen Zugang zu grundlegenden Gesundheitsdiensten. Vor diesem Hintergrund wird über neue Wege zur Mittelmobilisierung diskutiert. Eine Chance sehen viele in der noch stärkeren Einbindung von privaten Akteuren.

Diese sollte allerdings sorgfältig geprüft und gestaltet werden, damit sie tatsächlich eine nachhaltige Wirkung insbesondere für die ärmsten und marginalisierten Bevölkerungsgruppen weltweit entfaltet und nicht vorwiegend den Interessen der privaten Akteure Folge leistet. Brot für die Welt, Global Policy Forum Europe und Misereor haben vor diesem Hintergrund im vorliegenden Briefing Paper sechs Thesen zur Rolle privater Akteure in der globalen Gesundheit und Handlungsansätze für die Bundesregierung und den Bundestag formuliert.

Demokratische Kontrolle, menschenrechtsbasierte Politik, starke öffentliche Institutionen und echte Beteiligung der Zivilgesellschaft sind entscheidend, um das Recht auf Gesundheit weltweit zu verwirklichen. Nur durch eine Stärkung der Weltgesundheitsorganisation, mehr Transparenz, Regulierung privater Einflussnahme und Investitionen in öffentliche Gesundheitssysteme und durch soziale Sicherungssysteme kann eine gerechte globale Gesundheitsordnung für alle erreicht werden.

Der Rückzug der USA u.a. aus der globalen Gesundheitspolitik und -finanzierung und humanitärer Hilfe hat die internationale Ordnung erheblich geschwächt. Die entstandene Lücke hat die Verwundbarkeit multilateraler Institutionen und des globalen Gesundheitssystems offengelegt. **Schätzungen** gehen davon aus, dass infolge der drastischen Kürzungen im US-Entwicklungsetat über 14 Millionen vermeidbare Todesfälle zu erwarten sind. Die Weltgesundheitsorganisation (*World Health Organization*, WHO) muss Massentlassungen vornehmen, um eine Insolvenz abzuwenden, und ihre Aufgaben neu priorisieren. Unter den aktuellen Bedingungen kann sie ihre Rolle als

zentrales Steuerungsorgan in der globalen Gesundheitsarchitektur nur eingeschränkt wahrnehmen.

Die weltweite Finanzierungskrise im Gesundheitsbereich wird durch zusätzliche Kürzungen der öffentlichen Entwicklungsleistungen (*Official Development Assistance*, ODA) durch weitere Geberländer, darunter Deutschland, Frankreich und Großbritannien, weiter verschärft. Die **Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung** (*Organisation for Economic Co-operation and Development*, OECD) schätzt, dass die ODA für Gesundheit im Jahr 2025 um bis zu 29 Prozent gegenüber 2024 zurückgegangen ist. Damit fiel das

Finanzierungsniveau auf den Stand von Mitte der 2000er Jahre zurück. Vor dem Hintergrund, dass **4,5 Milliarden Menschen** nach wie vor keinen Zugang zu grundlegenden Gesundheitsdienstleistungen haben und die Erreichung des Nachhaltigkeitsziels 3 (*Sustainable Development Goal 3*, SDG 3) „Ein gesundes Leben für alle“ in weiter Ferne liegt, ist das ein fataler Trend.

Vor dem Hintergrund sinkender öffentlicher Mittel wird über neue Wege zur Mittelmobilisierung diskutiert. Eine Chance sehen viele in der stärkeren Einbindung von Unternehmen und philanthropischen Stiftungen, etwa durch sogenannte Mischfinanzierungsinstrumente (*blended finance*), bei welchen öffentliche oder philanthropische Gelder eingesetzt werden, um private Investitionen für Entwicklungsziele zu mobilisieren (z. B. durch Garantien, zinsvergünstigte Kredite, Risikoteilung). Hinzu kommen neue öffentlich-private Partnerschafts-Projekte (ÖPPs) und die Privatisierung von Gesundheitsdiensten. Auch die Bundesregierung greift diesen Ansatz im Koalitionsvertrag auf. Mit dem am 7. Oktober 2025 vorgestellten Aktionsplan

„Starke Partnerschaften für eine erfolgreiche Wirtschaft weltweit“ und den Reformplan „Zukunft zusammen global gestalten“ des Bundesministeriums für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (BMZ) vom 12. Januar 2026 konkretisiert die Bundesregierung die angekündigten Maßnahmen zur Stärkung von Kooperationen mit der Privatwirtschaft im Bereich der Entwicklungszusammenarbeit.

Zahlreiche **Analysen**, unter anderem von Brot für die Welt, Misereor und dem Global Policy Forum Europe, weisen jedoch darauf hin, dass eine stärkere Einbindung privater Akteure, seien es Unternehmen, ihre Interessengruppen oder philanthropische Stiftungen, in die globale Gesundheitspolitik Risiken und Nebenwirkungen mit sich bringen kann. Daher sollte dies sorgfältig geprüft und gestaltet werden, damit Wirtschaftsaktivitäten in nachhaltige Bahnen gelenkt werden und die Zusammenarbeit tatsächlich eine nachhaltige Wirkung, insbesondere für die ärmsten und marginalisierten Bevölkerungsgruppen weltweit, entfaltet.

Sechs Thesen zur Rolle privater Akteure in der globalen Gesundheit und Handlungsansätze für die Bundesregierung, den Bundestag und die demokratischen Parteien:

1 Zugang zu Arzneimitteln und Forschungsergebnissen global gerecht gestalten

These: Das bestehende Arzneimittelsystem behindert den gerechten Zugang zu lebenswichtigen Medikamenten einschließlich Impfstoffen und Technologien, wie Diagnostika, besonders im Globalen Süden und während globaler Gesundheitskrisen wie Pandemien.

Kernprobleme:

Große Pharma- und Medizintechnikunternehmen („Big Pharma“) spielen eine zentrale Rolle für die globale Gesundheit, weil sie viele neue Impfstoffe, Arzneimittel und Technologien erforschen und entwickeln. Diese Rolle wird jedoch häufig genutzt, um enorme Profite, politischen Einfluss und weitreichende Marktmacht zu legitimieren. Bei genauerer Betrachtung sind diese Profite und Einflusststrukturen selbst unter Berücksichtigung hoher F&E-Kosten und Risiken kaum zu rechtfertigen.

Die Pharma- und Gesundheitsprodukteindustrie zählt zu den mächtigsten Lobbyakteuren weltweit. Allein in den USA gab sie 2025 rund **340 Millionen** US-Dollar für Lobbying aus, mehr als jede andere Branche. Auch in der EU gehört sie zu den finanzstärksten Interessenvertretern in Brüssel, mit

geschätzten Ausgaben von mindestens **21,8 Millionen** Euro jährlich und über **1.600** registrierten Unternehmen und Verbänden. Ziel dieser Lobbyaktivitäten ist vor allem die Sicherung und Ausweitung patentgeschützter Monopole, die Verhinderung strenger Preisregulierungen sowie die Beibehaltung des Status Quo im internationalen Patentrecht, etwa im Rahmen der Welthandelsorganisation (*World Trade Organization*, WTO) oder während der COVID-19-Pandemie.

Das Ergebnis ist ein **hochkonzentrierter globaler Arzneimittelmarkt**, in dem wenige Konzerne ganze Therapiebereiche dominieren. Diese **Marktkonzentration führt** zu hohen Preisen, geringerer Innovationsvielfalt und einer Ausrichtung der Forschung auf profitable statt gesellschaftlich notwendige Produkte, etwa zulasten von Impfstoffen und Medikamenten gegen vernachlässigte Tropen-

krankheiten, wie Leishmaniose. Beispielhaft für einen an Profiten statt am Bedarf orientierten Pharmamarkt ist die unzureichende Produktion von Cholera-Impfstoffen. Obwohl 2025 in **32 Ländern** Cholera ausbrach und wirksame Impfstoffe seit Langem existieren, werden sie wegen **fehlender Profitabilität nach Patentablauf** nur unzureichend produziert, sodass die WHO zeitweise sogar empfahl, statt zwei Dosen nur eine mit verkürztem Schutz zu verabreichen. Wenn die gegenwärtig laufende Studie der Herstellung von Cholera-Impfstoff in Südafrika positiv verläuft, könnte ein Impfstoff im Jahr 2028 zugelassen und in Afrika einsatzbereit sein.

Dabei wird ein erheblicher Teil der pharmazeutischen Grundlagenforschung und klinischen Entwicklung öffentlich finanziert. So wurden allein im Zeitraum 2010–2016 in Deutschland durchschnittlich **0,14 Milliarden US-Dollar** an öffentlichen (akademischen) Mitteln pro entwickeltem Medikament aufgewendet. Eine **Analyse** aus den USA zeigt, dass zwischen 2010 und 2019 alle 356 neu zugelassenen Arzneimittel zumindest teilweise auf öffentlich finanzierter Forschung beruhten, insbesondere durch die National Institutes of Health (NIH), die in diesem Zeitraum rund 187 Milliarden US-Dollar investierten. Trotz dieser öffentlichen Vorleistungen sichern sich private Unternehmen über Patente exklusive Verwertungsrechte und setzen Preise fest, die, wie an verschiedenen Beispielen deutlich wurde, weit über den tatsächlichen Entwicklungs- und Produktionskosten liegen, deren Höhe meist intransparent bleibt.

Gleichzeitig erzielen Pharmaunternehmen im Vergleich zu anderen Industriezweigen **außerwöhnlich hohe Gewinne**. Während der COVID-19-Pandemie nahmen die sieben größten Impfstoffhersteller allein im Jahr 2021 rund **86 Milliarden US-Dollar** ein und erzielten Nettogewinne von etwa **50 Milliarden US-Dollar**, einer Gewinnmarge von rund 57 Prozent. Ein erheblicher Teil der Einnahmen floss nicht zurück in Forschung, sondern in Dividenden, Aktienrückkäufe und Lobbyarbeit. Diese Dynamiken verstärken tiefgreifende globale Ungleichheiten im Zugang zu Arzneimitteln einschließlich Impfstoffen. Die Marktmacht großer Pharmakonzerne und höhere Gewinnmargen führen dazu, dass wohlhabende Länder bevorzugt beliefert werden, während der Zugang im Globalen Süden oft eingeschränkt bleibt, ein Muster, das sich während der COVID-19-Pandemie besonders deutlich zeigte. Festzuhalten ist, dass rund **einem Viertel** der Weltbevölkerung der Zugang zu essenziellen Arzneimitteln

fehlt, in den ärmsten Teilen Afrikas und Asiens steigt dieser Anteil auf bis zur Hälfte der Bevölkerung.

Zugleich orientieren sich die großen Pharmaunternehmen vor allem am Markt der Länder mit höherer Kaufkraft und vernachlässigen die Forschung und Entwicklung von Arzneimitteln zur Bekämpfung von Krankheiten, die insbesondere in Niedrigeinkommensländern vorkommen, darunter z.B. armutsassoziierte und vernachlässigte Tropenkrankheiten. Dabei benötigen rund **1,5 Milliarden** Menschen weltweit präventive oder therapeutische Maßnahmen gegen diese Erkrankungen. Patente und strenge Regelungen zum geistigen Eigentum blockieren zudem die lokale Produktion lebenswichtiger Medikamente im Globalen Süden und verstärken die Abhängigkeit von wenigen multinationalen Konzernen. So ist der afrikanische Pharmamarkt beispielsweise in hohem Maße von Importen abhängig, da mehr als **70 Prozent** der benötigten Arzneimittel aus dem Ausland bezogen werden. Die bestehenden Ungleichheiten im globalen Arzneimittelsystem sind sowohl ein Marktversagen, da Forschung und Entwicklung sich nach Profitinteressen richten, als auch ein politisches Versagen, weil Regierungen bislang zu wenig regulierend eingegriffen haben, um den gerechten Zugang zu sichern.

Patentdickichte in der Onkologie: Das Beispiel Roche und die Folgen für den globalen Zugang zu Krebsmedikamenten

Das derzeitige Patentsystem im Pharmabereich kann den Zugang zu Arzneimitteln erheblich einschränken, insbesondere wenn Unternehmen Strategien nutzen, um ihre Marktexklusivität künstlich zu verlängern. Ein häufiges Beispiel ist das sogenannte „Evergreening“, bei dem zusätzlich zu einem ursprünglichen Patent zahlreiche sogenannte Sekundärpatente auf kleinere Änderungen wie Dosierung, Herstellungsverfahren oder Anwendungsformen angemeldet werden. Dadurch entsteht ein „Patentdickicht“, das den Markteintritt von Generika oder Biosimilars verzögert und die Dauer von Monopolpreisen deutlich über die ursprünglich vorgesehenen 20 Jahre hinaus verlängern kann.

Ein **Beispiel hierfür ist der Schweizer Pharmakonzern Roche**, der rund um seine Antikörpertherapien gegen HER2-positiven Brustkrebs etwa 100 Patente aufgebaut hat. HER2-positiver Brustkrebs ist eine besonders aggressive Form der Erkrankung, von der weltweit jährlich über 400.000 Menschen neu betroffen sind. Obwohl das ursprüngliche Medikament Herceptin bereits in den 1990er-Jahren auf den Markt

kam, schützen noch Jahrzehnte später zahlreiche zusätzliche Patente diese Produkte, wodurch das Monopol teilweise bis in die 2040er-Jahre verlängert wird. Diese Praxis verzögert den Wettbewerb durch günstigere Biosimilars und hält die Preise hoch, was wiederum den Zugang in Ländern des Globalen Südens massiv erschwert und die öffentlichen Gesundheitssysteme im Globalen Norden massiv belastet. Laut einer [Analyse](#) von Public Eye hat diese „Patentmauer“ Roche bereits Umsätze von über 156 Milliarden Schweizer Franken ermöglicht.

Handlungsansätze, um die strukturelle Ungleichheit im globalen Arzneimittelsystem zu überwinden:

- » **Monopole und Preismisbrauch begrenzen:** Der Bundestag und die Bundesregierung sollten Wettbewerbs- und Steuerpolitik gezielt nutzen, um Marktkonzentration, Monopolisierung und überhöhte Preise zu verhindern. Unterstützend kann die Monopolkommission unabhängige Bewertungen vornehmen und Empfehlungen abgeben.
- » **Öffentliche Forschungs- und Produktionskapazitäten ausbauen:** Insbesondere Länder des Globalen Südens benötigen stärkere öffentliche Forschungs- und Produktionsstrukturen, um Abhängigkeiten von großen Pharmakonzernen im Globalen Norden zu verringern. Die Bundesregierung sollte verstärkt den Aufbau dieser Kapazitäten technisch und finanziell fördern. Programme der EU und der UN sollten die entsprechenden Investitionen und den Wissens-, Daten-, und Technologie-Transfer unterstützen.
- » **Reform des globalen Patentsystems:** Die Bundesregierung sollte sich in globalen Gesundheitsnotlagen im Rahmen der WTO für einen erweiterten TRIPS-Waiver (also der temporäre Verzicht auf bestimmte Patentrechte) einsetzen, der nicht nur Impfstoffe, sondern auch Therapeutika, Diagnostika und ggf. weitere pandemierelevante Produkte umfasst. Die bestehenden TRIPS-Flexibilitäten sollten so reformiert werden, dass alle Länder, insbesondere Entwicklungs- und Schwellenländer, sie vereinfacht und ohne politischen oder handelspolitischen Druck effektiv nutzen können. Die Bundesregierung sollte strukturelle Reformen im internationalen Patentrecht (wie beispielsweise kürzere Laufzeiten oder eingeschränkten Patentschutz für Medikamente, die für globale Gesundheitskrisen entscheidend sind) vorantreiben. Sie sind dringend notwendig, damit geistige Eigentumsrechte nicht länger die Produktion und den Zugang zu lebenswichtigen Arzneimitteln im Globalen Süden behindern, insbesondere in globalen Gesundheitskrisen wie Pandemien.
- » **Verbindliche Zugangsbedingungen und Preistransparenz bei öffentlich geförderter Forschung:** Die Bundesregierung sollte vertraglich sicherstellen, dass Forschungsergebnisse und Innovationen, die mit öffentlichen Mitteln entstehen, allen Menschen zugutekommen; Patente und Lizenzen sollten an klare Zugangs- und Preisbedingungen sowie an eine Offenlegung von Forschungs- und Entwicklungskosten gebunden sein. Die Bundesregierung sollte sich für eine einheitliche, systematische und zugängliche Berichterstattung über die direkten und indirekten öffentlichen Fördergelder auf nationaler und europäischer Ebene einsetzen.
- » **Arzneimittel als öffentliches Gut anerkennen:** Die Bundesregierung sollte essenzielle Medikamente und Technologien als öffentliche Güter anerkennen, die allen Menschen zur Verfügung gestellt werden sollten, unabhängig von Einkommen oder Herkunft und insbesondere in globalen Gesundheitskrisen. Für eine solche Anerkennung auch auf Ebene der EU und innerhalb der Weltgesundheitsversammlung sollte sich die Bundesregierung einsetzen.
- » **Gesetzliche Regeln statt freiwilliger Selbstverpflichtungen beschließen:** Generell sollte sich die Bundesregierung für verbindliche Vorgaben auf nationaler und internationaler Ebene einsetzen, um einen gerechten Zugang zu essenziellen Arzneimitteln und Technologien sicherzustellen.

2 Macht und Einfluss privatwirtschaftlicher Akteure in der globalen Gesundheitspolitik begrenzen

These: Privatwirtschaftliche Akteure, Unternehmen und ihre Interessenverbände, prägen die globale Gesundheitspolitik zunehmend. Ihr Einfluss gefährdet demokratische Entscheidungsprozesse und schwächt die WHO. Multi-Stakeholder-Initiativen können die Ungleichgewichte verstärken und fragmentieren die internationale Gesundheitsgovernance.

Kernprobleme:

Privatwirtschaftliche Akteure, darunter große Pharmaunternehmen, die Lebensmittel- und Getränkebranche („Big Food“) oder die Tabakindustrie, ihre Interessenverbände und Lobbygruppen, beeinflussen mit unterschiedlichen Instrumenten den gesellschaftlichen Diskurs und politische Entscheidungsprozesse in der globalen Gesundheit. Sie tun dies u.a. durch Lobbyarbeit bei Regierungen und internationalen Organisationen, globale Werbekampagnen, Finanzierung von Forschung, ihre operative Tätigkeit (z.B. durch Produktauswahl, Lieferverträge und Preisgestaltung) oder durch die direkte Finanzierung von und Partnerschaften zur Implementierung mit internationalen Organisationen wie der WHO. Die zunehmende Einflussnahme führt zu wachsenden Macht- und Interessenasymmetrien in der globalen Gesundheitsgovernance.

Besonders sichtbar wird dies bei nichtübertragbaren Krankheiten (NCDs), wie Leber- und Lungenerkrankungen oder Adipositas, Diabetes Typ 2 und Herz-Kreislauf-Erkrankungen, wo Industrieakteure aus den Bereichen Alkohol, Tabak, zuckerhaltige Getränke und hochverarbeitete Lebensmittel seit Jahren versuchen, verbindliche Regulierungen **abzuschwächen** oder durch freiwillige Selbstverpflichtungen zu ersetzen. So gelingt es in Deutschland aufgrund der **Lobbyarbeit der Lebensmittelindustrie** nicht, zuckerhaltige Lebensmittel etwa durch ein Werbeverbot für Kinder oder eine Zuckersteuer, wie sie gerade in Deutschland diskutiert wird, zu regulieren. Auf internationaler Ebene zeigt sich ein ähnliches Bild: Aufgrund intensiver **Lobbyaktivitäten** wurden sämtliche verpflichtende Verweise auf die Besteuerung von Tabak, Alkohol, zuckerhaltigen Getränken und hochverarbeiteten Lebensmitteln aus der finalen UN-Deklaration zu nichtübertragbaren Krankheiten (NCDs) im September 2025 gestrichen. Selbst die **WHO-Leitung** sah sich veranlasst, den Einfluss zu kritisieren und rief die Regierungen dazu auf, sicherzustellen, dass wichtige Gesundheitsreformen zum Wohle der Bevölkerung und dem öffentlichen Gesundheitswesen nicht

durch den Druck von Unternehmen untergraben werden.

Das **WHO-Sekretariat des Rahmenübereinkommens zur Eindämmung des Tabakgebrauchs (FCTC)** warnt seit Jahren ausdrücklich vor einer **systematischen Einflussnahme der Tabakindustrie**, etwa durch gezielte Lobbyarbeit vor Verhandlungen der Vertragsstaatenkonferenzen.

Auch während der Verhandlungen über einen Pandemievertrag im Rahmen der WHO übte insbesondere die **Pharmaindustrie** erheblichen Einfluss aus, um Verpflichtungen zu Technologietransfer, Transparenz und gerechtem Zugang zu Arzneimitteln zur Prävention, Behandlung und Diagnose und deren Herstellung zu vermeiden.

Studien und **zivilgesellschaftliche Analysen** zeigen exemplarisch für die USA, wie massives Industrie-Lobbying nationale Positionen zu WHO-Prozessen prägen, etwa zu Arzneimittelregulierung und Pandemievertrag. Darüber hinaus richtet sich das Lobbying gezielt gegen zentrale WHO-Empfehlungen zur Gesundheitsförderung, darunter Maßnahmen gegen irreführende Vermarktung von Säuglings- und Kleinkindnahrung sowie Empfehlungen zur Reduktion des Zucker- und Alkoholkonsums. Die Ausgaben für WHO-bezogenes Lobbying in den USA beliefen sich zwischen 2016 und 2019 auf durchschnittlich **14,2 Millionen** US-Dollar pro Jahr und stiegen während der COVID-19-Pandemie auf rund **46 Millionen** US-Dollar (2020). Vergleichbare Analysen mit Blick auf EU- und deutsche WHO-Positionen fehlen bislang. Insgesamt kommt die Studie zu dem Schluss, dass privatwirtschaftliches Lobbying in den USA nicht nur einzelne WHO-Prozesse im Sinne kommerzieller Interessen beeinflusst, sondern systematisch darauf abzielt, die Glaubwürdigkeit und den Handlungsspielraum der globalen Gesundheitsgovernance zu untergraben, bis hin zu (erfolgreichen) politischen Forderungen nach einem Rückzug der US-Regierung aus der WHO-Finanzierung.

Die Gründung und Finanzierung sogenannter globaler Multi-Stakeholder-Partnerschaften (MSPs)¹ sind weitere Instrumente, die privatwirtschaftlichen Akteuren Einfluss auf den Diskurs, das Agenda-Setting und die politischen Entscheidungen der Regierungen und UN-Organisationen gewähren.

Globale MSPs sind Kooperationen zwischen öffentlichen und nicht-öffentlichen Akteuren, die auf freiwilliger Basis gemeinsame Ziele verfolgen. Beispiele wie die Gavi Vaccine Alliance, die Coalition for Epidemic Preparedness Innovations (CEPI) oder der Access to COVID-19 Tools Accelerator (ACT-A), in deren höchsten Gremien auch Unternehmen und philanthropische Stiftungen vertreten sind, zeigen, dass diese über die Verwendung öffentlicher Gelder mitbestimmen. Zudem mangelt es den MSPs häufig an Transparenz über ihre Finanzierung und Wirksamkeit sowie an Rechenschaftspflicht gegenüber demokratischen Institutionen und den betroffenen Bevölkerungsgruppen. Wenige finanzstarke Akteure aus dem Globalen Norden (Regierungen, Unternehmen, philanthropische Stiftungen) dominieren die Prioritätensetzung der MSPs. Gleichzeitig müssen Regierungen, besonders Gesundheitsministerien im globalen Süden, beim Beantragen externer Finanz- oder Technikhilfe zahlreiche parallele Verwaltungs- und Berichtspflichten erfüllen.

Teilweise wurden durch die Gründung neuer MSPs Aufgaben und Entscheidungsprozesse aus den eigentlich zuständigen zwischenstaatlichen Organisationen unter dem UN-Dach ausgelagert. MSPs untergraben daher nicht selten die alleinige Entscheidungskompetenz der WHO und ihrer Mitgliedsstaaten, stehen im finanziellen Wettbewerb zu ihr um knappe öffentliche Ressourcen und tragen so zur Fragmentierung in der globalen Gesundheitsgovernance bei. Die in MSPs gesetzten Hoffnungen auf zusätzliche Mittel der Privatwirtschaft haben sich, abgesehen von wenigen Ausnahmen, bislang kaum erfüllt. Zudem werden bestehende Machtgefälle und Interessenkonflikte der beteiligten privatwirtschaftlichen Akteure häufig ignoriert.

Infolge des wachsenden Einflusses privatwirtschaftlicher Akteure in der globalen Gesundheitsgovernance, ob im Rahmen von MSPs oder durch

andere Instrumente der Einflussnahme, werden gesundheitspolitische Herausforderungen zunehmend entpolitisiert und unter marktökonomischen Gesichtspunkten bewertet, statt strukturelle Ursachen wie ungleiche Handels- und Patentsysteme oder regulatorische Defizite offen zu benennen. Im Vordergrund stehen medizinisch-technische und marktbasierende Ansätze sowie der sogenannte „Charity“-Ansatz und freiwillige Selbstverpflichtungen, während verbindliche politische und rechtliche Lösungen in den Hintergrund treten. Gewinninteressen werden gegenüber der Verwirklichung des Rechts auf Gesundheit der Vorzug gegeben.

Privatisierte Pandemiepolitik: ACT-A als Beispiel für Macht- und Diskursverschiebung

Der Access to COVID-19 Tools Accelerator (ACT-A) wurde 2020 von der Europäischen Kommission, der Regierung Frankreichs, der Bill & Melinda Gates Stiftung und der WHO geschaffen, um die globale Pandemiebekämpfung zu koordinieren. Zentrales Element war die COVAX-Fazilität, die die Entwicklung von COVID-19-Impfstoffen durch Vorabvereinbarungen mit Pharmaunternehmen unterstützen und die Verteilung der Impfstoffe an alle Länder der Welt koordinieren sollte. Aufgrund freiwilliger Beteiligung, nationaler Alleingänge und gravierender Governance-defizite verfehlte ACT-A jedoch seine Verteilungs- und Koordinierungsziele bei Weitem. Eine von der WHO beauftragte [externe Evaluierung](#) kritisierte die unzureichende Einbindung ärmerer Länder und der Zivilgesellschaft, mangelnde Transparenz und unklare Rechenschaftsstrukturen. Philanthropische Stiftungen und Unternehmen erhielten erheblichen Einfluss auf Entscheidungen über Milliarden öffentlicher Gelder, während Regierungen und die WHO an Bedeutung verloren. Die WHO war hier nur eine von mehreren Partner:innen. Multi-Stakeholder-Partnerschaften wie Gavi agierten zugleich als Entscheidungsträgerinnen und Empfängerinnen von Geldern, was Interessenkonflikte erzeugte. Insgesamt verschob ACT-A das globale Coronakrisenmanagement weg von staatlicher Regulierung hin zu freiwilligen, marktorientierten Ansätzen, während strukturelle Lösungen wie die Aussetzung von Patentrechten ausgeblendet wurden.

Handlungsansätze, um die demokratische Kontrolle in der globalen Gesundheitsgovernance zurückzugewinnen und Gemeinwohlorientierung zu sichern:

¹ MSPs umfassen sehr unterschiedliche Formen der Zusammenarbeit, die sich hinsichtlich Finanzierung, Mitgliedschaft, Themenfokus und Institutionalisierungsgrad stark unterscheiden. Sie können unterschiedliche Funktionen erfüllen. Sie können den politischen Diskurs beeinflussen und Wissen austauschen, internationale Normen und Standards setzen, öffentliche und private Ressourcen mobilisieren, technische Zusammenarbeit und Dienstleistungen (z.B. in Form von öffentlich-privaten Partnerschaften) bereitstellen sowie staatliche und nicht-staatliche Aktivitäten koordinieren. Häufig erfüllen MSPs mehrere dieser Funktionen gleichzeitig.

- » **Regeln und Mindeststandards für die Zusammenarbeit mit privatwirtschaftlichen Akteuren schaffen:** Die Bundesregierung sollte sich dafür einsetzen, dass auf UN-Ebene verbindliche Leitlinien und Mindeststandards zur Zusammenarbeit mit privatwirtschaftlichen Akteuren und bzgl. ihres Engagements in MSPs geschaffen werden. Die bestehenden Leitlinien sind stark **heterogen**, mangelhaft und werden nur unzureichend umgesetzt. Die neuen Regeln sollten neben wichtigen Grundprinzipien Mindeststandards, einschließlich detaillierter Auswahl- und Ausschlusskriterien, systematische Folgenabschätzungen und unabhängige Evaluierungen beinhalten. Die WHO hat mit dem Framework of Engagement with Non-State Actors (FENSA) ein Regelwerk, das allerdings Schwächen aufweist und nur unzureichend durchgesetzt wird. Um die Umsetzung der Regeln durch die UN-Sekretariate und auf zwischenstaatlicher Ebene sicherzustellen, bedarf es einer Stärkung der personellen Kapazitäten und der Schaffung eines zwischenstaatlichen UN-Gremiums für Partnerschaften mit der Wirtschaft. Es könnte analog zum NGO Committee des ECOSOC agieren.
- » **Privatwirtschaftlichen Lobbyeinfluss auf nationale WHO-Positionen begrenzen:** Darüber hinaus müssen Regierungen den Einfluss von privatwirtschaftlichen Lobbyakteuren auf nationale WHO-Positionen wirksam begrenzen, indem sie beispielsweise Politikformulierung und Interessenanhörung strikt trennen. Ergänzend könnten für besonders lobbyanfällige Politikfelder wie Arzneimittelpreise, geistiges Eigentum, Regulierung rund um die Prävention von nicht-übertragbaren Krankheiten oder Pandemievorsorge strikte „Firewall“-Regeln gelten, die den direkten Einfluss von Industrieakteuren ausschließen. Vorbild hierfür ist Artikel 5.3 der **WHO-Rahmenkonvention zur Eindämmung des Tabakgebrauchs** (FCTC)². Zusätzlich sollten staatliche Delegationen verpflichtet werden, externe Einflussnahmen offenzulegen, indem sie formell darlegen, welche Akteure im Vorfeld konsultiert wurden und welche Positionen diese eingebracht haben.
- » **Mehr Transparenz über Lobbyeinflüsse herstellen und exzessiven Lobbyismus beenden:** Die Bundesregierung sollte das deutsche Lobbyregister und das EU-Transparenzregister weiterentwickeln und sich für ein vergleichbares Register auf UN-Ebene einsetzen.
- » **Stärkung der WHO als zentrale Institution:** Die Bundesregierung sollte sich weiterhin für die finanzielle und politische Stärkung der Weltgesundheitsorganisation einsetzen, insbesondere durch höhere staatliche Pflichtbeiträge.
- » **Rolle von globalen Multi-Stakeholder-Partnerschaften (MSP) begrenzen:** Die Bundesregierung und die WHO sollten sich ausschließlich an MSPs beteiligen, welche auf den Dialog beschränkt sind. MSPs dürfen keine regelsetzende oder steuernde Funktion in der globalen Gesundheitsgovernance übernehmen. Die Mitgliedschaft in bestehenden MSPs sollte überprüft werden.

2 Artikel 5.3 der WHO-Tabakrahmenkonvention verpflichtet die Vertragsstaaten dazu, bei der Festlegung und Umsetzung ihrer gesundheitspolitischen Maßnahmen zur Tabakkontrolle diese Maßnahmen, im Einklang mit ihrem nationalen Recht, vor kommerziellen und anderen eigennützigen Interessen der Tabakindustrie zu schützen. Die WHO hat für die Umsetzung dieser Vorgabe eine spezielle **Leitlinie** herausgebracht.

3 Dominanz philanthropischer Stiftungen zurückdrängen

These: Die wachsende Dominanz philanthropischer Stiftungen in der globalen Gesundheitspolitik gefährdet die Unabhängigkeit der WHO und verzerrt Prioritäten in der globalen Gesundheitsagenda.

Kernprobleme:

In den letzten Jahrzehnten hat der philanthropische Sektor weltweit erheblich an Bedeutung gewonnen. Sowohl die Anzahl philanthropischer Stiftungen als auch ihr Fördervolumen und ihre Reichweite sind stark gestiegen. Nach Angaben der [OECD](#) gaben allein 32 private Stiftungen im Jahr 2023 insgesamt 11,7 Milliarden US-Dollar für entwicklungspolitische Zwecke aus, vor allem in den Bereichen globale Gesundheit und Bildung. Die Gates Foundation (ehemals Bill & Melinda Gates Foundation) ist dabei mit Abstand die größte und einflussreichste Akteurin in der Gestaltung globaler Gesundheit. Sie stellt jährlich etwa **acht Milliarden US-Dollar** an Fördermitteln für Entwicklungszwecke bereit, ein Großteil davon im Gesundheitsbereich. Seit dem Austritt der USA aus der WHO ist die Gates Foundation mit über 820 Millionen US-Dollar die größte Geberin der WHO und finanziert rund 13 Prozent des WHO-Budgets 2024–2025 (**761 Mio. USD**), deutlich mehr als etwa Deutschland mit **361 Millionen US-Dollar**. Da ihre Mittel zweckgebunden vergeben werden, beeinflusst die Stiftung unmittelbar, wofür die WHO ihre Ressourcen einsetzt.

Philanthropische Stiftungen spielen nicht nur eine wachsende Rolle bei der Entwicklungsfinanzierung. Sie haben auch Einfluss auf den gesellschaftlichen Diskurs und politische Entscheidungen. Neben direkter finanzieller Förderung nutzen sie verschiedene Instrumente zur Einflussnahme, etwa die Koppelung von Fördergeldern an staatliche Finanzierungszusagen (*Matching Funds*), das Ausleihen von Mitarbeitenden an Behörden und internationale Organisationen, die Unterstützung ausgewählter Forschungsprogramme oder die Gründung globaler Multi-Stakeholder-Initiativen. Darüber hinaus betreiben sie aktive Lobbyarbeit auf höchster politischer Ebene.

Die Förderlogik vieler philanthropischer Stiftungen ist stark technologisch und marktorientiert geprägt. Häufig bevorzugen sie Projekte mit kurzfristig messbaren Erfolgen (*Quick Wins*) und fördern verstärkt vertikale Programme mit starkem Fokus auf Infektionskrankheiten und technologischen Lösungen, sowie die Einbindung des Privatsektors. Dies wäre weniger problematisch, wenn die Akti-

vitäten der Stiftungen komplementär zu längerfristigen Maßnahmen wären. Durch Lobbyarbeit und die Koppelung ihrer Finanzausgaben an öffentliche Mittel fließen jedoch auch knappe öffentliche Gelder in von Stiftungen bevorzugte Bereiche. Strukturelle und langfristige Maßnahmen, etwa der Auf- und Ausbau öffentlicher Gesundheitssysteme, sowie die Diagnose und Behandlung chronischer Krankheiten werden entsprechend vernachlässigt, ganz zu schweigen von Maßnahmen der Vermeidung von Krankheitsursachen (z. B. Verbesserung des Zugangs zu sauberem Trinkwasser). In einigen Fällen tragen die von Stiftungen finanzierten Projekte zur Privatisierung grundlegender öffentlicher Dienstleistungen im Gesundheits- und Bildungswesen bei, sowohl in Ländern des Globalen Südens als auch in Industriestaaten wie den USA.

Auffällig ist, dass große Stiftungen wie die Gates Foundation, die Rockefeller Foundation und der Wellcome Trust ihre **Fördermittel für globale Gesundheitsbelange überwiegend an Nichtregierungsorganisationen in Ländern mit hohem Einkommen** vergeben, insbesondere in die USA. Damit fließt ein erheblicher Teil der sogenannten Entwicklungsgelder letztlich in Strukturen und Märkte des Globalen Nordens zurück. Häufig fördern Stiftungen auch private, gewinnorientierte Unternehmen. Bei der Gates Foundation entfielen zwischen 2018 und 2020 etwa **12 Prozent ihrer Fördermittel** im Gesundheitsbereich an Unternehmen, darunter beispielsweise an BioNTech. Hinzu kommen Direktbeteiligungen an zahlreichen Firmen. Vor diesem Hintergrund ist es nicht verwunderlich, dass **Bill Gates** während der Covid-19-Pandemie vehement gegen die zeitweise Aussetzung von Patenten für Covid-19-Impfstoffe argumentierte. Interessenkonflikte ergeben sich häufig auch durch Beteiligungen an Unternehmen, deren Produkte gesundheitsschädlich sind. So ist der Gates Trust, der das Vermögen der Gates Foundation verwaltet, einer der größten Anteilseigner an der mexikanischen Coca-Cola-Tochter und -Abfüller **Coca-Cola FEMSA**.

Problematisch ist außerdem die mangelnde Rechenschaftspflicht philanthropischer Stiftungen. Sie sind meist nur ihren eigenen Gremien oder Stiftern gegenüber verantwortlich, nicht jedoch

der Öffentlichkeit oder den Empfängern ihrer Fördermittel, was ein Demokratiedefizit und mangelnde Transparenz begünstigt.

Das zentrale Problem ist jedoch, dass Milliardärsvermögen unzureichend besteuert werden, Stiftungsmodelle teils gezielt der Steuervermeidung dienen und die dort gebündelten Mittel anschließend zur politischen Einflussnahme jenseits demokratischer Legitimation eingesetzt werden.

Auch die Bundesregierung arbeitet mit zahlreichen Stiftungen zu unterschiedlichen Themen zusammen: 2023 kooperierte das BMZ allein in **neun Projekten** mit der Gates-Stiftung sowie die gesamte Bundesregierung in über 20 weiteren mit internationalen und in über 250 mit deutschen philanthropischen Stiftungen. Dabei hat die Bundesregierung bis heute keine spezifischen Regeln zur Kooperation mit philanthropischen Stiftungen und es mangelt an Transparenz über die Kooperationsprojekte bspw. hinsichtlich ihrer Finanzierung und Wirksamkeit.

Wie die Gates Foundation die Prioritäten der WHO beeinflusst

Die Gates Foundation hat zwischen 2000 und 2024 mehr als 5,5 Milliarden US-Dollar an die WHO gespendet. Dabei waren mehr als **80 Prozent** der Gelder für die Bekämpfung von Infektionskrankheiten, insbesondere die Ausrottung von Polio (3,2 Mrd. USD) vorgesehen. Die Finanzierung von Programmen der WHO zur Stärkung von Gesundheitssystemen und nicht-übertragbaren Krankheiten, die eine immense Herausforderung in der globalen Gesundheit darstellen, spielen für die Gates Foundation eine Nebenrolle. Im Zeitraum 2024-2025 waren insgesamt mehr als **10 Prozent** des WHO-Budgets für die Ausrottung von Polio vorgesehen. Die Gates Foundation beeinflusst die Agenda der WHO jedoch nicht nur über die Finanzierung von Programmen, sondern auch über das „Ausleihen“ von Mitarbeitenden an die WHO oder die Finanzierung von Beratungsfirmen. Die **Gates Foundation finanzierte beispielsweise McKinsey**, um die WHO 2015 in ihrem Prozess zur Reform der Roll Back Malaria (RBM) Partnerschaft zu beraten. Die Reform führte zu einer weniger repräsentativen Governancestruktur der Partnerschaft und zur Verlagerung von RBM von der WHO zum United Nations Office for Project Services (UNOPS), einer stärker wirtschaftlich orientierten UN-Organisation.

Handlungsansätze für eine unabhängige WHO und eine globale Gesundheitsgovernance, die öffentliche Interessen und Bedarfe priorisiert:

- » **Finanzielle Unabhängigkeit der WHO stärken:** Die Bundesregierung sollte sich dafür einsetzen, dass nur ungebundene Spenden großer privater Stiftungen und von Unternehmen an die WHO möglich sind.
- » **Spezifische Kooperationsrichtlinien für Stiftungen in Deutschland entwickeln:** Die Bundesregierung sollte klare Kooperationsrichtlinien für den Umgang mit privaten Stiftungen entwickeln, einschließlich Prinzipien und Formen der Kooperation, transparenter Regeln u.a. zum Umgang mit Interessenkonflikten, Lobbying und Mitarbeiter:innenaustausch (Secondments), sowie Regeln zur Transparenz, Rechenschaftspflicht und Evaluierung. Die Kooperationsrichtlinien sollten sich an den **Projektkriterien des BMZ** für Entwicklungspartnerschaften mit der Wirtschaft, den Prinzipien der **Pariser Erklärung** über die Wirksamkeit der Entwicklungszusammenarbeit oder am **Rahmenwerk der WHO zur Zusammenarbeit mit nichtstaatlichen Akteuren** (FENSA) orientieren.
- » **Transparenz über Finanzströme und Förderempfänger erhöhen:** Die Bundesregierung sollte die Finanzflüsse, Förderverträge und Empfängerdaten, inklusive geographischer Verteilung der Mittel, von und mit Stiftungen, Regierungen und internationalen Organisationen offenlegen und sich auch auf internationaler Ebene für eine solche Offenlegung einsetzen.
- » **Steuerpolitik reformieren:** Die Bundesregierung sollte das Steuerrecht so gestalten, dass übermäßige Vermögenskonzentration und daraus resultierende politische Einflussmacht begrenzt werden und sich auch international beispielsweise für eine globale Mindeststeuer für Milliardär:innen einsetzen.

4 Finanzialisierung und Privatisierung stoppen – öffentliche Gesundheitsversorgung sichern

These: Die zunehmende Finanzialisierung und Privatisierung im Gesundheitswesen schränken den universellen Zugang zu hochwertigen Gesundheitsdiensten ein, insbesondere für die ärmsten Bevölkerungsgruppen.

Kernprobleme:

Viele Geber öffentlicher Entwicklungshilfe und internationale Organisationen setzen aktuell verstärkt auf Mischfinanzierungsinstrumente, privat-öffentliche Partnerschaften oder Advance Market Commitments (AMCs)³, um privates Kapital für die globale Gesundheit zu mobilisieren. Diese Ansätze, wie sie beispielsweise bei der Impfallianz Gavi, dem Globalen Fonds zur Bekämpfung von Aids, Tuberkulose und Malaria (GFATM) oder der Pandemic Emergency Financing Facility (PEF) der Weltbank Anwendung finden, sind Ausdruck einer wachsenden Finanzialisierung des Gesundheitssektors, bei der private Akteure, Finanzakteure und -märkte und Renditelogiken eine immer größere Rolle spielen.

Durch Privatisierung, Kommerzialisierung und die Behandlung von Gesundheit als Anlagemöglichkeit werden Investitionsentscheidungen, Preisbildung und Versorgungsstrukturen zunehmend den Interessen der Finanzakteure untergeordnet. Statt gesundheitspolitische Ziele zu verfolgen, orientiert sich der Gesundheitssektor immer mehr an Renditeerwartungen, was u.a. übertriebene Behandlungen, Qualitätsverluste und Druck auf Löhne und Arbeitsbedingungen im Gesundheitssektor fördern kann, nicht nur im Globalen Süden, sondern auch im Globalen Norden. Im Pharma- und Biotechnologiesektor führt dies dazu, dass Forschung zur Behandlung von Krankheiten, die wenig oder keinen Profit verspricht, vernachlässigt wird.

Zudem erweisen sich diese marktbasierenden Modelle häufig als langfristig **teurer** für Patient:innen und öffentliche Haushalte. Gerade in Ländern mit niedrigem Einkommen können sie den ungleichen Zugang zu Gesundheitsdiensten noch **verstärken**, etwa aufgrund von Gebühren für Behandlungen oder Medikamente. Anstatt zusätzliche private Mittel für die Gesundheitssysteme zu mobilisieren, müssen Regierungen im Globalen Süden im Rahmen der marktbasierenden Finanzierungsme-

chanismen häufig große Summen an öffentlichen Geldern als Zins- und Gebührenzahlungen an Finanzakteure im Globalen Norden zurücküberweisen, wie etwa im Fall der von Gavi genutzten Impfstoffanleihen der **International Finance Facility for Immunisation (IFFIm)**. Ähnliche Erfahrungen gibt es mit ÖPPs wie dem **Queen-Mamohato-Krankenhaus** in Lesotho, dessen Rückzahlungen das nationale Gesundheitsbudget stark belasteten.

In der Praxis führen diese marktbasierenden Finanzierungsmechanismen also häufig zu einer Privatisierung von Gewinnen bei gleichzeitiger Sozialisierung von Risiken: Während Renditen an private Investoren fließen, tragen Staaten und öffentliche Institutionen die finanziellen Risiken, etwa bei ausbleibenden Erfolgen oder ineffizienter Mittelverwendung. Gleichzeitig führt die Finanzialisierung zu mangelnder Transparenz und Rechenschaftspflicht im Gesundheitsbereich. Private Finanzflüsse entziehen sich häufig der öffentlichen Kontrolle aufgrund von Geschäfts- und Bankgeheimnissen.

Wenn öffentliche Gelder zu privaten Profiten werden: Wie IFFIm-Impfanleihen den Zugang zu Impfungen einschränken

Die International Finance Facility for Immunisation (IFFIm) mobilisiert seit 2006 private Gelder über sogenannte Impfstoffanleihen, die als „innovative Finanzierungsinstrumente“ gelten. Es flossen bisher über 3,1 Milliarden US-Dollar an Gavi, die Impfstoffallianz, um globale Impfkampagnen schneller zu finanzieren. Die Gelder müssen allerdings plus Zinsen an private Investoren zurückgezahlt werden. Laut einer **Studie** von 2022 erhielten private Investoren überwiegend aus dem Globalen Norden allein über 13 Jahre hinweg 879 Millionen US-Dollar Zinsen, welche von staatlichen Entwicklungshilfegeldern bezahlt wurden. Weitere 55 Millionen US-Dollar flossen an Banken, Anwälte, Prüfer und Berater für das Management der

³ Bei Advance Market Commitments (AMC, deutsch: vorgezogene Marktverpflichtungen) erhalten Pharmaunternehmen finanzielle Zusagen oder Subventionen, um Medikamente oder Impfstoffe gegen Krankheiten zu entwickeln und zu produzieren, die vor allem in Ländern mit niedrigem und mittlerem Einkommen vorkommen.

Anleihen. Dadurch steht netto weniger Geld für Impfungen zur Verfügung, während private Profite und Verwaltungskosten steigen.

Handlungsansätze, damit Gesundheitsversorgung als öffentliches Gut gesichert und nicht als Finanzanlage behandelt wird:

- » **Fiskalische Spielräume für öffentliche Investitionen in Gesundheit schaffen:** Die Bundesregierung sollte sich für Schuldenerleichterungen und -erlasse wirtschaftlich armer Länder, eine verstärkte internationale Kooperation bei der Bekämpfung von Steuerflucht und Gewinnverschiebung und ein faires globales Steuersystem einsetzen. Steuern auf gesundheitsgefährdende Produkte und Industrien, wie Tabak, Alkohol, zuckerhaltige Getränke, hochverarbeitete Lebensmittel oder fossile Brennstoffe, sollten gezielt zur Finanzierung öffentlicher Gesundheitssysteme genutzt werden. Generell sollte Gesundheitsversorgung als öffentliches Gut im Zentrum nationaler Haushalte stehen.
- » **Private Finanzierungsinstrumente begrenzen und regulieren:** Die Bundesregierung sollte auf verschiedenen Ebenen sicherstellen, dass privatwirtschaftliches Engagement im Gesundheitssektor primär als Beschaffungs- und Umsetzungspartner eingesetzt wird. Der Einsatz privater Finanzierungsmodelle im Gesundheitswesen darf nur in eng begrenzten Ausnahmefällen erfolgen und nur dann, wenn sie nach-

weislich bedarfsgerecht eingesetzt werden und Gesundheitssysteme stärken. Sie müssen klaren Regeln zu öffentlicher Rechenschaftspflicht, Transparenz und Gemeinwohlorientierung unterliegen; kommerzielle Geheimhaltung darf keine Intransparenz rechtfertigen.

- » **Wirksamkeitsprinzipien und Gemeinwohlkriterien für Öffentlich-Private Partnerschaften festlegen:** Öffentlich-Private Partnerschaften sollten nur in klar begründeten Ausnahmefällen eingesetzt und regelmäßig daraufhin überprüft werden, ob sie tatsächlich effizient, transparent und am öffentlichen Bedarf ausgerichtet sind. ÖPPs müssen nachweisen, dass sie langfristige Kosten senken, öffentliche Steuerungsfähigkeit erhalten und den Zugang zu Gesundheitsleistungen verbessern. Projekte, die diese Kriterien nicht erfüllen, sollten nicht weiter finanziert oder reformiert werden. Wo private Leistungen eingekauft werden, sollte auf klassische ÖPP-Verträge verzichtet und stattdessen auf klar abgegrenzte Vertragsbeziehungen gesetzt werden.
- » **Private Finanzierungslogiken kritisch bewerten:** Narrative, die private Finanzierung als „Win-win“-Lösung darstellen, verschleiern oft die tatsächlichen Kosten, Abhängigkeiten und Ungleichheiten. Politische Entscheidungen dürfen sich nicht an Renditeinteressen, sondern müssen sich am Recht auf Gesundheit und dem langfristigen Gemeinwohl orientieren.

5 Paradigmenwechsel zu ganzheitlicher, gerechter Gesundheitspolitik vorantreiben

These: Die zunehmende Fokussierung auf Gesundheitssicherheit, Medikalisierung und Vertikalisierung der globalen Gesundheitspolitik gefährdet das Recht auf Gesundheit, weil sie Symptome statt Ursachen bekämpft.

Kernprobleme:

Durch die einseitige Fokussierung von Regierungen auf Gesundheitssicherheit (*Global Health Security*) werden Gesundheitsrisiken wie grenzüberschreitende Pandemien als Sicherheitsbedrohungen für die eigene Bevölkerung und Wirtschaft sowie für die Stabilität ganzer Regionen angesehen, die ebenso wie Terrorismus bekämpft werden müssen. Diese Sichtweise führt jedoch unter anderem dazu, dass weitere wichtige Gesundheitsprobleme, etwa nicht-übertragbare Krankheiten, soziale Ungleichheiten oder schwache Gesundheitssysteme, vernachlässigt, dem Ziel der nationalen Sicherheit un-

tergeordnet und Ressourcen vorrangig für die Eindämmung akuter Krisen eingesetzt werden.

Bei der Medikalisierung der globalen Gesundheit werden Gesundheitsfragen primär durch medizinisch-technische Lösungen angegangen, während strukturelle, soziale und ökologische Ursachen von Krankheit weitgehend unbeachtet bleiben. Anstatt beispielsweise primär auf Behandlung von Diabetes zu setzen, sollten präventive Maßnahmen wie die Regulierung von Zuckerwerbung und -konsum bei Kindern gestärkt werden, um Diabetes und weiteren Gesundheitsproblemen vorzubeugen.

Die Vertikalisierung in der Globalen Gesundheit konzentriert sich auf die Bekämpfung einzelner Krankheiten durch technische und kurzfristig messbare Maßnahmen, was zwar Erfolge bei bestimmten Infektionen bringt, aber ohne Integration in die allgemeinen Gesundheitssysteme diese schwächt. Zudem werden Erkrankungen, die nicht die Aufmerksamkeit der Geldgeber erhielten, außer Acht gelassen, wie so genannte vernachlässigte Tropenkrankheiten (*Neglected Tropical Diseases*, NTDs) und nicht-übertragbare Erkrankungen, wie Diabetes, chronische Atemwegserkrankungen oder Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Präventive Ansätze und ganzheitliche Gesundheitsversorgung unter Berücksichtigung sozialer Determinanten von Gesundheit werden meist vernachlässigt. Während im Zuge der Nachhaltigen Entwicklungsziele ab 2015 mehr ganzheitliche Gesundheitsprogramme in den Fokus geraten sind, ist heute im Zusammenhang mit der starken Reduzierung von Gesundheits-ODA unter anderem in der deutschen Entwicklungszusammenarbeit eine Re-Fokussierung auf vertikale Programme wie Gavi oder GFATM zu erkennen.

Technische Lösungen versus strukturelle Gesundheitsförderung: Malariabekämpfung durch Gene-Drive-Mücken

Die Bekämpfung von Malaria durch gentechnisch veränderte Malaria-übertragende Stechmücken ist ein Beispiel für eine technische, vertikale Lösung, die im Gegensatz steht zur Förderung guter Umwelt- und Lebensbedingungen, die funktionierende Abwassersysteme und geschützte Wohnräume bieten. Insbesondere die Gates Foundation setzt unter anderem auf diesen Ansatz mithilfe der sogenannten „Gene-Drive“-Technologie und versucht, die Akzeptanz der umstrittenen Technologie mit massiver Lobbyarbeit zu erzielen, wie die sogenannten [Gene Drive Files](#) Ende Oktober 2017 offenlegten. Für Geldgeber und politische Einrichtungen sind vertikale Programme attraktiv, weil sie schnelle messbare Ergebnisse zeigen und einfacher zu verwalten sind als horizontale Programme. Vertikale Gesundheitsinterventionen haben dazu beigetragen, dass Pocken ausgerottet und dass bedeutende Fortschritte in der Bekämpfung von Tuberkulose und HIV/Aids erzielt werden konnten. Sie haben allerdings auch personelle und finanzielle Kapazitäten von den ohnehin knappen Ressourcen der nationalen Gesundheitssysteme und der internationalen Gesundheitsfinanzierung auf diese Krankheitsbereiche konzentriert.

Handlungsansätze, damit globale Gesundheitspolitik gerecht und menschenrechtsbasiert gestaltet wird:

- » **Gesundheit als Menschenrecht ins Zentrum stellen:** Der ganzheitliche Gesundheitsbegriff, körperliches, psychisches und soziales Wohlbefinden, sollte Grundlage aller Gesundheitsstrategien sein. Gesundheit sollte als Menschenrecht und öffentliches Gut verstanden und umgesetzt werden.
- » **One Health-Ansatz stärken:** Die enge Verbindung zwischen Mensch, Tier und Umwelt erfordert integrierte, holistische Strategien, um Zoonosen, Umweltverschmutzung und Klimafolgen gemeinsam zu bekämpfen.
- » **Ursachen von Krankheit bekämpfen:** Armut, Ungleichheit, Klimawandel, mangelhafte Ernährung und prekäre Arbeitsbedingungen sind zentrale Krankheitsursachen. Politische Maßnahmen müssen auf Ursachenbekämpfung statt Symptombehandlung setzen, u.a. durch Reduzierung von Treibhausgasen, Regulierung von Werbung und Konsum gesundheitsgefährdender Produkte und Industrien, wie Tabak, Alkohol, zuckerhaltige Getränke, hochverarbeitete Lebensmittel oder fossile Brennstoffe, bessere Arbeits- und Lebensbedingungen und soziale Gerechtigkeit.
- » **Soziale Sicherungssysteme** müssen ausgebaut werden, um Gesundheitskosten, Einkommensausfälle und Arbeitsunfähigkeit abzufedern.
- » **Lokale öffentliche Gesundheitssysteme stärken:** Investitionen in öffentliche, gemeinwohlorientierte Strukturen sind entscheidend, um flächendeckende Versorgung sicherzustellen. Betroffene Bevölkerungsgruppen und zivilgesellschaftliche Organisationen müssen aktiv in Planung und Umsetzung einbezogen werden, um bedarfsgerechte Lösungen zu fördern.
- » **Unternehmen zur Einhaltung von Menschenrechten und zum Klima- und Umweltschutz verpflichten:** Staaten müssen Unternehmen durch wirksame Gesetze, wie das Lieferkettensorgfaltspflichtengesetz, die EU-Lieferkettenrichtlinie (CSDDD) und den geplanten UN-Treaty zu Wirtschaft und Menschenrechten, zur Achtung der Menschenrechte, Klima- und Umweltschutz verpflichten.

6 Zivilgesellschaft und lokale Gemeinschaften stärken

These: Ohne die aktive Einbindung zivilgesellschaftlicher Organisationen und lokaler Gemeinschaften, insbesondere aus dem Globalen Süden, können die bestehenden Machtasymmetrien im Gesundheitsbereich zwischen privaten und öffentlichen Akteuren nicht ausgeglichen werden.

Kernprobleme:

Zivilgesellschaftliche Organisationen und lokale Gemeinschaften sehen sich weltweit zunehmend eingeschränkt. Der sogenannte „Shrinking Space“ zeigt sich nicht nur in sensiblen Bereichen wie sexueller und reproduktiver Gesundheit und Rechte, sondern betrifft auch andere Themenfelder in den Bereichen Gesundheit, Umwelt-, Sozial- und Menschenrechte, Bildung und Armutsbekämpfung. Nichtregierungsorganisationen und zivilgesellschaftliche Initiativen stoßen immer häufiger auf politische, rechtliche oder finanzielle Barrieren, die ihre Handlungsfähigkeit begrenzen und ihre Stimme in öffentlichen Debatten marginalisieren. Sie sind jedoch für die Gesundheitsarchitektur bedeutend, denn häufig sind sie diejenigen, die engen Kontakt zu der Bevölkerung haben, deren Vertrauen genießen und deren Bedarfe kennen und sich dafür einsetzen können. Zivilgesellschaftliche Organisationen haben zudem eine wichtige Rolle in der Überwachung staatlichen Handelns und dem Aufdecken von Missständen. Oft sind es zivilgesellschaftliche Akteure, die Menschenrechtsverletzungen aufdecken und dokumentieren und Betroffenen Zugang zu Recht und Abhilfe verschaffen.

Diese Entwicklung setzt sich auch auf internationaler Ebene fort. In den vergangenen Jahren hat sich der Handlungsspielraum für eine sinnvolle Beteiligung zivilgesellschaftlicher Organisationen an WHO-Entscheidungsprozessen **deutlich verengt**. Begrenzte Delegationsgrößen, stark verkürzte Redezeiten, die Zusammenlegung von Tagesordnungspunkten sowie die Verlagerung von Stellungnahmen nichtstaatlicher Akteure an das Ende von Debatten erschweren eine wirksame Beteiligung erheblich. Zusätzlich finden auf der Weltgesundheitsversammlung (WHA) immer mehr informelle Treffen, Side Events und nicht-öffentliche Gespräche statt, zu denen zivilgesellschaftliche Delegationen keinen Zugang haben. Wichtige Entscheidungen und Diskussionen verlagern sich dadurch aus den offiziellen Sitzungen heraus und entziehen sich zunehmend der öffentlichen Kontrolle. Der Weiterbestand des gemeinsamen Programms der Vereinten Nationen für HIV/Aids (UNAIDS) mit seiner starken direkten Einbindung von zivilgesellschaftlichen Organisationen und Betroffenenengruppen ist fraglich und es ist zu befürchten, dass bei

einer Fusion von UNAIDS mit der WHO deren wichtige aktive Beteiligung reduziert oder gar wegfallen könnte.

Insgesamt fehlt vielen zivilgesellschaftlichen Akteuren damit sowohl auf nationaler als auch auf internationaler Ebene die Möglichkeit, aktiv an Entscheidungsprozessen mitzuwirken. Gesundheitsstrategien, -programme oder politische Richtlinien werden häufig ohne echte Einbindung der betroffenen Gemeinschaften entwickelt, wodurch lokale Erfahrungen und Bedürfnisse unberücksichtigt bleiben. Angesichts der wachsenden Einflussnahme privater Akteure in der globalen Gesundheit verstärkt diese systematische Ausgrenzung bestehende Machtasymmetrien zwischen privaten Interessengruppen, staatlichen Akteuren und zivilgesellschaftlichen Organisationen, schwächt demokratische Strukturen und behindert die Entwicklung gerechter, inklusiver politischer Lösungen für Herausforderungen im Gesundheitsbereich auf globaler Ebene.

Angriffe auf Gesundheitsaktivismus und das Recht auf Gesundheit – Befunde des Global Health Watch 7

Der [Global Health Watch Report 7](#) aus dem Jahr 2024 zeigt das Spektrum der zivilgesellschaftlichen Einschränkungen im Gesundheitsbereich anhand verschiedener Fälle auf: So wurde in der Türkei die Türkische Ärztekammer wegen ihres Engagements für das Recht auf Gesundheit und Kritik u.a. an türkischen Militäraktionen in Nordsyrien kriminalisiert. Auf den Philippinen haben sogenannte „Red-Tagging“-Kampagnen, also das Brandmarken als Kommunist:innen, staatsfeindlich oder terroristisch, zu Einschüchterung und Gewalt gegen Gesundheitsaktivist:innen und Beschäftigte im Gesundheitswesen geführt, während in Südafrika fremdenfeindliche Tendenzen den Zugang von Migrant:innen zu medizinischer Versorgung erheblich einschränken.

Handlungsansätze, damit demokratische Teilhabe und Inklusion von zivilgesellschaftlichen Organisationen und Betroffenenengruppen zum Grundpfeiler der Gesundheitsgovernance werden:

- » **Echte Partizipation gewährleisten:** Die Bundesregierung sollte sicherstellen, dass sich zivilgesellschaftliche Akteure auf nationaler, europäischer und internationaler Ebene in der globalen Gesundheitsgovernance tatsächlich und wirksam einbringen können („meaningful participation“), beispielsweise wenn es um die Reform der WHO oder ihr Arbeitsprogramm geht.
- » **Gesundheitsaktivist:innen weltweit stärken und schützen:** Die Bundesregierung sollte politische und finanzielle Unterstützung von Gesundheitsaktivist:innen national und international bereitstellen und deren Schutz vor Repressionen und Gewalt weltweit fördern.
- » **Klare politische Haltung für eine starke Zivilgesellschaft einnehmen:** Bundesregierung, Bundestag und demokratische Parteien müssen universelle Menschenrechte sowie eine unabhängige, handlungsfähige Zivilgesellschaft sowohl national als auch international konsequent verteidigen und für deren aktive Beteiligung eintreten.

Schlussfolgerungen für ein global gerechtes Gesundheitssystem

Globale Krisen, die anhaltenden Folgen der Corona-Pandemie, die Auswirkungen des Klimawandels, geopolitische Spannungen und gewaltsame Konflikte belasten die Gesundheitssysteme und beeinträchtigen die Gesundheit von Millionen von Menschen. Hinzu kommt, dass sich die globale Gesundheit in einer tiefen Strukturkrise befindet, die durch massiv sinkende öffentliche Mittel für Entwicklungsleistungen, zunehmende Privatisierung und den wachsenden Einfluss mächtiger privater Akteure verschärft wird. Der Rückzug staatlicher Verantwortung hat die Abhängigkeit von Unternehmen und Stiftungen verstärkt und damit demokratische Kontrolle und Gemeinwohlorientierung geschwächt. Statt langfristiger Stärkung öffentlicher Gesundheitssysteme in Ländern mit niedrigem und mittlerem Einkommen dominieren

technokratische und marktorientierte Ansätze, oftmals eindimensional auf Krankheiten ausgerichtet, die deren strukturelle Ursachen und Ungleichheit ausblenden. Eine gerechte globale Gesundheitsordnung erfordert daher den politischen Willen der Bundesregierung und der anderen WHO-Mitgliedsstaaten, die WHO als zentrale multilaterale Institution zu stärken, Transparenz und Rechenschaftspflicht herzustellen und die Privilegien und Einflussnahme privater Akteure zu begrenzen. Nur durch öffentliche Finanzierung, eine menschenrechtsbasierte Politik, demokratische Kontrolle und echte Partizipation von Betroffenen und zivilgesellschaftlichen Organisationen kann das Menschenrecht auf Gesundheit verwirklicht werden. Globale Gesundheit muss wieder als öffentliches Gut verstanden werden – nicht als Markt.

Brot für die Welt, Global Policy Forum Europe und Misereor befassen sich seit 2013 in einem gemeinsamen Kooperationsprojekt mit der Rolle privater Akteure, darunter Unternehmen, ihren Interessenverbänden und philanthropischen Stiftungen, in relevanten Politikprozessen, welche für die sozial-ökologische Transformation wesentlich sind. Im Rahmen des Kooperationsprojekts sind zahlreiche Analysen entstanden. Sie sind [hier](#) zu finden.

Impressum

Globale Gesundheit in der Krise: Herausforderungen und Handlungsoptionen Sechs Thesen zur Rolle privater Akteure

Herausgeber:

Bischöfliches Hilfswerk MISEREOR e.V. · Mozartstraße 9 · 52064 Aachen
 info@misereor.de · www.misereor.de
 Kontakt: Ellen Schmitt

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: Julia Stoffner

Global Policy Forum Europe e.V. · Leostraße 11 · 50823 Köln
 europe@globalpolicy.org · www.globalpolicy.org
 Kontakt: Karolin Seitz

Autorin: Karolin Seitz

Redaktionelle Mitarbeit: Julia Stoffner, Ellen Schmitt, Benjamin Rosenthal, Julia Hanne, Marlene Sticckel

Layout: www.kalinski.media

Aachen/Berlin/Köln, Mai 2026