

Juni 2026

Genfer Depesche

Multilateraler Dialog Genf

Die 79. Weltgesundheitsversammlung der WHO 2026

Lindgard Buder

Unter dem Leitmotiv „Reshaping global health: a shared responsibility“ fand vom 18. bis 23. Mai 2026 in Genf die 79. Weltgesundheitsversammlung (WHA) der Weltgesundheitsorganisation (WHO) statt. Selten trafen fachliche Gesundheitsarbeit, institutionelle Reformbestrebung und geopolitische Spannung so unmittelbar aufeinander. Aktuelle Krankheitsausbrüche, eine zunehmend angespannte Finanzierungslage, die anhaltenden Kriege und Konflikte in der Ukraine, in Gaza und im Nahen Osten, die erstmalige Abwesenheit der Vereinigten Staaten sowie Argentiniens Austrittsanzeige prägten eine arbeitsintensive Versammlung.

Neben den ausstehenden Arbeiten am PABS¹-Annex zum WHO-Pandemieabkommen behandelte die WHA79 eine breite technische Agenda: antimikrobielle Resistenzen, internationale Rekrutierung von Gesundheitspersonal, Schlaganfallversorgung, Arzneimittelsicherheit, Notfallversorgung, Teleradiologie, Präzisionsmedizin, Strahlenschutz und die Ökonomie einer Gesundheit für alle. Damit lag ein erheblicher Teil der inhaltlichen Arbeit in den Ausschüssen. Unterdessen zeigte sich in den Plenar- und Verfahrensdebatten, dass Fragen von Souveränität, Finanzierung, Konflikt, Zugang zu Gesundheitsinnovationen und Erregerdaten sowie der Reichweite des gesundheitspolitischen Mandats der WHO heute tief in die technische Arbeit der Organisation hineinwirken.

Politischer und epidemiologischer Kontext der WHA79

Historisch steht die WHO für das weltweite Vorhaben, Gesundheit dort zu koordinieren, wo nationale Zuständigkeit an ihre Grenzen stößt. Ihre Verfassung weist ihr die Rolle zu, als leitende und koordinierende Instanz in der internationalen Gesundheitsarbeit zu handeln – eine Funktion, deren Ausübung heute voraussetzungsreicher ist als in früheren Jahrzehnten.

So begann die diesjährige WHA unter dem unmittelbaren Eindruck einer akuten Gesundheitsnotlage. Am Tag vor der Versammlung erklärte WHO-Generaldirektor Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus den Ebola-Ausbruch in der Demokratischen Republik Kongo und Uganda zu einer gesundheitlichen Notlage von internationaler Tragweite. Es ist die zweithöchste Alarmstufe der WHO, die erstmalig von einem WHO-Generaldirektor noch vor der Einberufung des zuständigen Emergency Committee erklärt worden war. Die Entscheidung stützte sich auf die Einschätzung, dass Ausmaß, Geschwindigkeit und regionale Ausbreitungsrisiken des Ausbruchs eine sofortige internationale Koordination erforderten². Der Ausbruch wird durch das Bundibugyo-Virus verursacht, für das bislang weder zugelassene spezifische Impfstoffe noch Therapeutika verfügbar sind. Während der Versammlung verschlechterte sich die Lage rasch. Allein in der DR Kongo verdreifachte sich die Zahl der bestätigten Fälle innerhalb einer Woche und

¹ PABS steht für Pathogen Access and Benefit Sharing. Access and Benefit Sharing (ABS) bezeichnet das Prinzip, nach dem Zugang zu genetischen Ressourcen bzw. zugehörigen Daten nur unter vorab vereinbarten Bedingungen gewährt wird und die Vorteile aus ihrer Nutzung fair und ausgewogen mit den Bereitstellern geteilt werden.

² Zusätzliche Informationen finden Sie hier: <https://www.who.int/news/item/17-05-2026-epidemic-of-ebola-disease-in-the-democratic-republic-of-the-congo-and-uganda-determined-a-public-health-emergency-of-international-concern>

entwickelte sich zu dem drittgrößten Ebola-Ausbruch seit Beginn der Aufzeichnungen. Einige der angekündigten Teilnehmer mussten ihre Präsenz in Genf absagen oder unterbrechen, um Unterstützung in den betroffenen Regionen zu leisten.

Nahezu zeitgleich gelang es, einen Hantavirus-Ausbruch an Bord der *MV Hondius* durch Kontaktverfolgung, Quarantäne und internationale Abstimmung einzuhegen. Die Infektion verlangte zuvor binnen weniger Tage internationale Meldekettten, Laborbestätigungen, medizinische Evakuierungen, Quarantäne, Kontaktverfolgung und die Abstimmung zahlreicher Staaten. Beide Geschehen sind nur zwei von zahlreichen derzeit aktiven Gesundheitsnotlagen. Beide standen offiziell nicht auf der Tagesordnung, prägten aber die Stimmung in Genf und unterstreichen die unabdingbare Zusammenarbeit, die auf multilateraler Ebene benötigt wird, um Epidemien wirksam zu begegnen.

Diese epidemiologische Dringlichkeit trifft indes auf eine WHO, deren politische und finanzielle Grundlagen unter Druck stehen. Dr. Tedros verwies in seiner Eröffnungsrede auf eine WHO, die nach Jahren wachsender Erwartungen nunmehr mit sinkenden und stärker umkämpften Ressourcen arbeiten muss. Die Organisation rechnet damit, dass etwa 90 Prozent ihres Basisbudgets für 2026 und 2027 zugesagt sind. Dieses Geld ist jedoch noch nicht vollständig eingegangen und es bleibt fraglich, wie die verbleibenden 10 Prozent gedeckt werden sollen. Länder, die ihre Beiträge nicht zahlen, könnten 2027 ihr Stimmrecht verlieren. Da in jenem Jahr der neue WHO-Generaldirektor gewählt werden soll, dürfte diese Sanktion von besonderer Relevanz sein.

Eine Organisation mit technischem Mandat, deren Arbeitsweise auf Konsens und fachliche Verständigung ausgerichtet ist, agiert heute in einem Umfeld, in dem gesundheitspolitische Fragen kaum noch von geopolitischen Realitäten zu trennen sind. Und trotzdem vermochte die Versammlung, mehr als 20 Beschlüsse und 13 Resolutionen zu verabschieden. Dieses Zusammenspiel aus politischer Spannung und produktiver Facharbeit

machte die diesjährige WHA zu einer besonderen Versammlung.

Politische Tagesordnungspunkte und Abstimmungen

In den letzten Jahren verzeichnete die Weltgesundheitsversammlung eine Zunahme von politischen Tagesordnungspunkten sowie die damit einhergehende Bereitschaft, das Konsensprinzip zugunsten von Abstimmungen aufzugeben. In diesem Jahr wuchs die Anzahl aufgezeichneter Abstimmungen erneut auf das bereits im Vorjahr erreichte Höchstniveau von zehn³. Bereits die Beratungen zur Tagesordnung am Montag, dem 18. Mai, deuteten eine politisierte Atmosphäre an. Wo früher die verfahrensmäßige Ordnung der Arbeitswoche diskutiert wurde, stand nunmehr die Frage zur Diskussion, ob und in welcher Form Konflikte im Rahmen der WHO als gesundheitsrelevant zu behandeln seien. Mitgliedstaaten verhandelten somit auch über die Reichweite des gesundheitspolitischen Mandats der WHO im Kontext von Angriffen auf zivile Infrastruktur, unterbrochene Lieferketten und humanitäre Zugangsbeschränkungen.

Manche dieser Streitpunkte begleiten die WHA seit Jahren. So wurde der Vorschlag, Taiwan als Beobachter zur Versammlung einzuladen, auch diesmal nicht auf die Tagesordnung gesetzt. China widersetzte sich strikt jeder Form der Teilnahme Taiwans und berief sich dabei auf das Ein-China-Prinzip sowie auf [Resolution 2758](#) der UN-Generalversammlung und [Resolution WHA25.1](#), die die Vertretung Chinas im UN-System und in der WHO der Volksrepublik zuweisen. Palau hielt dem zwar entgegen, die globale Gesundheits-Governance könne sich keinerlei Lücken in Surveillance, Informationsaustausch und Krisenvorsorge durch den Ausschluss einzelner Delegationen erlauben. Die Versammlung folgte aber dennoch der Empfehlung des General Committees, den Punkt nicht aufzunehmen. Damit verbleibt die WHA auf der seit 2017 bestehenden Linie, Taiwan nicht einzubinden.

³ Die Ergebnisse aller aufgezeichneten Abstimmungen finden Sie hier: https://apps.who.int/gb/e/e_outcomes_of_recorded_votes_WHA79.html

Abermals wurden die gesundheitlichen Folgen des russischen Angriffskrieges gegen die Ukraine als eigenständiger Punkt behandelt. Unter Tagesordnungspunkt 14.4 behandelte Ausschuss A die Umsetzung der [Resolution WHA75.11](#) zu gesundheitlichen Folgen des russischen Angriffskrieges und zur Lage in den Aufnahmeländern für Geflüchtete. Russland versuchte zuvor erfolglos, diesen Punkt mit dem allgemeinen Tagesordnungspunkt zu WHO-Arbeiten in Gesundheitsnotlagen zusammenzuführen. Der Ausschuss nahm den [Bericht](#) mit 62 Ja-Stimmen, 9 Gegenstimmen, 33 Enthaltungen und 77 abwesenden Mitgliedstaaten zur Kenntnis und billigte den zugehörigen [Entscheidungsentwurf](#) mit 62 Ja-Stimmen, 9 Gegenstimmen, 37 Enthaltungen und 73 abwesenden Mitgliedstaaten. Deutschland stimmte sowohl für die Kenntnisnahme des Berichts als auch für den Entscheidungsentwurf.

Auch hinsichtlich der Gesundheitsbedingungen in den besetzten palästinensischen Gebieten, einschließlich Ost-Jeruselems, sowie den Golanhöhen, entschied die Versammlung, die Tagesordnungspunkte 17.1 und 17.2 nach wie vor getrennt zu behandeln⁴. Israel hatte zwar eine Zusammenführung der beiden Punkte eingefordert, jedoch wurde die Entscheidung zur getrennten Befassung mit 90 Ja-Stimmen, 3 Gegenstimmen und 34 Enthaltungen angenommen. Der [Entscheidungsentwurf](#) zu den Gesundheitsbedingungen in den besetzten palästinensischen Gebieten, einschließlich Ost-Jeruselems, wie auch die [Resolution](#) zu den Gesundheitsbedingungen in den besetzten palästinensischen Gebieten, einschließlich Ost-Jeruselems und den Golanhöhen, wurden angenommen.

Die Entscheidungen zu den wiederkehrenden Tagesordnungspunkten fielen damit weitgehend ähnlich aus wie in den Vorjahren. Durchaus sichtbar traten politische Spannungen allerdings bei den neu auftretenden Punkten zutage. Erstmals brachten die Mitgliedstaaten des Golf-Kooperationsrates gemeinsam mit einer breiten Gruppe

von Ko-Sponsoren, darunter arabische Staaten sowie Kanada, Frankreich, die Ukraine und das Vereinigte Königreich, einen Tagesordnungspunkt zu den gesundheitlichen Folgen iranischer Angriffe auf Zivilbevölkerung und zivile Infrastruktur ein. Iran wies dies als Instrumentalisierung der WHO zurück, unterlag aber deutlich, sowohl bei der Aufnahme auf die Tagesordnung mit 95 zu 8 Stimmen als auch beim [Resolutionstext](#) mit 91 zu 2 Stimmen. Irans [Gegenentwurf](#) zum Schutz der Gesundheitsversorgung im Kontext der gegen Iran gerichteten Angriffe fand keine Mehrheit, sondern wurde mit 30 Gegenstimmen, 58 Enthaltungen und 74 abwesenden Mitgliedstaaten abgelehnt. Nur kurze Zeit später wurde hingegen eine Entscheidung zur gesundheitlichen Notlage im Libanon mit 95 Ja-Stimmen, 2 Gegenstimmen, 18 Enthaltungen und 74 abwesenden Mitgliedstaaten angenommen⁵. Der Katalog der Konflikte, den Staaten in die Weltgesundheitsversammlung tragen, weitete sich mit der Eskalation im Nahen Osten weiter aus.

Unter dem Tagesordnungspunkt zur Verwaltung der WHO-Verfassung befasste sich die WHA79 mit Argentiniens Austrittsanzeige. Diese war beim Generalsekretär der Vereinten Nationen eingegangen, der als Verwahrer der WHO-Verfassung fungiert und in dieser Eigenschaft förmliche Erklärungen der Mitgliedstaaten, darunter Beitritte und Austritte, entgegennimmt. Politisch sowie rechtlich entscheidend war jedoch, ob die WHA diese Mitteilung als wirksamen Austritt anerkennen würde. Der Exekutivrat hatte der WHA zunächst empfohlen, den Austritt Argentiniens zum 17. März 2026 anzuerkennen. Nach zähen Verhandlungen wurde diese Linie allerdings nicht übernommen. Ein [Änderungsantrag](#) von Belgien, Brasilien, Kroatien, Frankreich, Deutschland, Japan, der Niederlande, Norwegen und der Republik Korea nahm die Austrittsmitteilung zwar ausdrücklich zur Kenntnis, vermied aber die formelle rechtliche Anerkennung eines Austritts.

Die schließlich gefundene Formulierung hält Argentiniens Status bewusst offen. Die WHA stellte

⁴ Tagesordnungspunkt 17.1 betrifft die gesundheitliche Lage in den besetzten palästinensischen Gebieten, einschließlich Ost-Jeruselems, sowie den Golanhöhen. Tagesordnungspunkt 17.2 konzentriert sich auf die Gesundheitsbedingungen im besetzten palästinensischen Gebiet, einschließlich Ost-Jeruselems.

⁵ Eingehend hierzu berichten die Geneva Health Files: [Geopolitical Votes Wound The World Health Organization: Health For Some, Not All](#)

in dieser fest, sie würde eine volle Zusammenarbeit Argentiniens jederzeit begrüßen, erkenne aber keinen Anlass zu weiteren Schritten. So vermied die Versammlung einen Präzedenzfall für einen förmlich anerkannten Austritt aus der WHO und hielt zugleich eine spätere volle Mitwirkung Argentiniens – ohne neues Beitrittsverfahren – institutionell möglich. Der Fall steht neben der ebenfalls ungeklärten Lage der Vereinigten Staaten, deren Austritt wegen ausstehender Beitragszahlungen nicht als abgeschlossen behandelt wurde und deren Stimmrechte für 2027 ausgesetzt werden sollen. Erwähnenswert bleibt, dass die Vereinigten Staaten erstmals nicht an der Versammlung teilnahmen und in den Debatten nur selten ausdrücklich genannt wurden⁶.

Ein weiterer zentraler Verhandlungsstrang bleibt auch nach der WHA der PABS-Annex zum WHO-Pandemieabkommen. Die WHA79 hätte ursprünglich das Ergebnis der zwischenstaatlichen Arbeitsgruppe zum Annex (Intergovernmental Working Group, IGWG) behandeln sollen. Statt eines fertigen Textes lag ihr jedoch nur ein [Verhandlungsstand](#) vor sowie der Beschluss, die Arbeit der IGWG um ein weiteres Jahr fortzusetzen. Der Auftrag umfasst ausdrücklich auch die Ausarbeitung rechtlich verbindlicher Verträge, die mit der WHO ausgehandelt und unterzeichnet werden sollen. Das Ergebnis soll der WHA80 vorgelegt werden, gegebenenfalls bereits früher einer Sondersitzung der Weltgesundheitsversammlung im Jahr 2026. Die Verhandlungen werden im Juli 2026 mit der siebten Sitzung der IGWG fortgesetzt⁷.

Einige Staaten des Globalen Südens, darunter die Africa Group, Pakistan, Indien, Brasilien, Malaysia und Nepal, drängten in ihren Statements auf rechtliche Verbindlichkeit, Rückverfolgbarkeit, klare Vertragsmodelle und einen Vorteilsausgleich, der nicht von freiwilliger Kooperation der Industrie abhängt. Die Europäische Union und Deutschland unterstützten die Fortsetzung der PABS-Verhandlungen, verbanden ihr Bekenntnis zu einem gerechteren System jedoch klar mit

deutlichen Anforderungen an praktische Umsetzbarkeit, Innovationsfähigkeit und Beteiligung des Privatsektors. Die EU sprach sich für „ein gerechtes, wirksames und umsetzbares PABS-System“ aus, das Forschung und Entwicklung medizinischer Gegenmaßnahmen ermöglichen und für die Industrie tragfähig bleiben müsse. Deutschland rief die Mitgliedstaaten dazu auf, bestehende Differenzen zu überbrücken und realistische Einigungszonen zu finden. Berlin verband dies mit einem klaren Bekenntnis zu wirksamem Multilateralismus und internationaler Kooperation. Irland verwies mit Blick auf seine bevorstehende EU-Ratspräsidentschaft ebenfalls auf die Notwendigkeit eines inklusiven und konsensorientierten Prozesses: „Krankheitserreger kennen keine Grenzen und halten sich auch nicht an verlängerte Verhandlungsfristen.“

Parallel zu den PABS-Verhandlungen erhielt die WHO von den Mitgliedstaaten das Mandat, einen gemeinsamen, von den Mitgliedstaaten geführten und bei der WHO angesiedelten [Prozess zur Reform der globalen Gesundheitsarchitektur](#) einzuleiten. Dr. Tedros rahmte diesen Prozess als Versuch, die Vielzahl bestehender Reforminitiativen nicht durch eine zusätzliche Struktur zu erweitern, sondern in einen gemeinsamen politischen Rahmen zu bringen. Er verwies auf die zunehmend überlappende, komplexe und fragmentierte globale Gesundheitslandschaft. Der Auftrag ist eng gefasst und soll ausdrücklich keine Empfehlungen für Mandatsänderungen oder Zusammenlegungen von Organisationen geben. Diese Begrenzung wurde von Beobachtern und zivilgesellschaftlichen Akteuren als mangelnde Ambition kritisiert⁸. Der ghanaische Präsident John Dramani Mahama, der als Ehrengast eine Eröffnungsrede hielt, forderte dazu auf, das System mutiger zu reparieren.

Technische Dossiers und verabschiedete Resolutionen

Abseits der politisch aufgeladenen Programmpunkte arbeitete die WHA79 eine umfangreiche technische Agenda ab und nahm 13 Resolutionen

⁶ Ausführlicher berichtet Health Policy Watch: <https://healthpolicy-watch.news/who-assembly-declines-argentinias-withdrawal/>

⁷ Unsere Genfer Depeschen berichten über die Verhandlungen zum PABS-Annex im Detail: <https://www.kas.de/de/web/multilateraler-dialog-genf/genfer-depesche>

⁸ Siehe <https://www.devex.com/news/devex-checkup-who-what-happened-and-what-happens-next-112571>

sowie mehr als 20 Beschlüsse an. Zu den zentralen Beschlüssen gehörten [der neue Globale Aktionsplan zu antimikrobiellen Resistenzen](#) (2026–2036), die Änderung des [WHO-Kodex für die internationale Anwerbung von Gesundheitsfachkräften](#), mehrere Texte zur allgemeinen Gesundheitsversorgung (*Universal Health Coverage*) sowie Resolutionen und Strategien zu Strahlung und Gesundheit, zur Notfallversorgung und zur Ökonomie einer Gesundheit für alle.

Der neue globale Aktionsplan gegen antimikrobielle Resistenzen (AMR) aktualisiert das WHO-Rahmenwerk von 2015, knüpft an die [politische Erklärung der UN-Generalversammlung](#) von 2024 an und übernimmt das Ziel, die durch bakterielle Resistenzen verursachten Todesfälle bis 2030 um zehn Prozent zu senken. Der Plan verschiebt den Schwerpunkt zudem von einer primär auf neue Antibiotika ausgerichteten Innovationslogik hin zu einem breiteren One-Health-Ansatz. Prävention, Surveillance, Infektionsschutz, Wasser- und Sanitärversorgung, Impfungen, Biosicherheit, sachgerechter Einsatz antimikrobieller Mittel und Umweltaspekte werden damit zu zentralen Bausteinen einer systemischen AMR-Antwort.

Doch auch die vermeintlich technischen Verhandlungen über AMR spiegeln Spannungen um den Zugang zu Gesundheitsinnovationen und den Schutz geistigen Eigentums. Brasilien, Kolumbien und Indonesien hatten sich gegen Formulierungen gewandt, die den Technologietransfer auf freiwillige und einvernehmlich vereinbarte Bedingungen beschränkt hätten. Der erzielte Kompromiss spricht nun allgemeiner von Wissensaustausch und vom Transfer AMR-relevanter Technologien unter Achtung internationaler und nationaler Regeln. Deutschland unterstützte diese Lesart unter der ausdrücklichen Interpretation, dass damit auch das Prinzip freiwilligen Technologietransfers zu einvernehmlich vereinbarten Bedingungen erfasst bleibt. Diese Dynamik gleicht den Konfliktlinien, die schon in den PABS-Verhandlungen zu Reibungen geführt haben.

Ein zweiter Schwerpunkt betraf die Belastbarkeit von Gesundheitssystemen. Erstmals seit sechzehn Jahren wurde der [WHO-Kodex für die internationale Anwerbung von Gesundheitsfachkräften](#)

überarbeitet. Der Kodex bleibt rechtlich unverbindlich, wurde aber inhaltlich geschärft. Er erfasst nun ausdrücklich auch Gesundheitspersonal, das im Ausland in der Pflege oder Betreuung tätig ist und soll auch in Pandemien, Gesundheitsnotlagen, Umweltkatastrophen sowie humanitären und wirtschaftlichen Krisen gelten. Für Europa ist dieser Punkt relevant, weil viele Gesundheitssysteme der Region unter demografischem Druck, wachsendem Personalbedarf und zunehmender Abhängigkeit von internationaler Rekrutierung stehen. Die WHO erinnert daran, dass der internationale Wettbewerb um Fachkräfte nicht losgelöst von den Ausbildungskosten und Versorgungslücken der Herkunftsländer betrachtet werden kann. Eine transparentere, ethischere und wechselseitig tragfähigere Rekrutierung, einschließlich möglicher Koinvestitionen in Herkunftssysteme, soll mit dem aktualisierten Kodex angestrebt werden.

Zusätzliche Beschlüsse zur *Universal Health Coverage* befassten sich mit konkreten Versorgungslücken. Die Resolutionen zu [Schlaganfallversorgung](#), [Teleradiologie](#), [Präzisionsmedizin](#) und [Arzneimittelsicherheit](#) sowie die [Strategie für integrierte Notfall-, Intensiv- und operative Versorgung](#) für 2026 bis 2035 betreffen unterschiedliche Fachbereiche, folgen aber einer gemeinsamen Logik. Sie sollen Gesundheitssysteme befähigen, Diagnostik, Akutversorgung, Arzneimittelsicherheit, Rehabilitation und datenbasierte Versorgung verlässlicher und gerechter bereitzustellen. Schlaganfallversorgung steht dabei für eine lange unterschätzte Krankheitslast; die zugehörige Resolution ist die erste ihrer Art. Teleradiologie und Präzisionsmedizin adressieren den ungleichen Zugang zu Bildgebung, Genomik und spezialisierten Daten. Pharmakovigilanz überführt Arzneimittel- und Impfstoffsicherheit nun stärker in ein Umfeld von Echtweltdaten, digitaler Surveillance und auch künstlicher Intelligenz.

Bemerkenswert war außerdem die erste umfassende WHA-Resolution zu [Strahlung und Gesundheit](#). Sie bündelt Fragen ionisierender und nicht ionisierender Strahlung, darunter medizinische Bildgebung, Radiotherapie, Radiopharmazeutika, Radon, UV-Belastung und Strahlungsnotfälle. Die Resolution wurde in einem sicherheitspolitisch aufgeladenen Kontext verabschiedet, in dem Angriffe

oder Zwischenfälle in der Nähe nuklearer Anlagen die gesundheitliche Dimension von Strahlenschutz erneut politisiert haben. Die WHO erhält damit zwar kein neues Mandat zur Regulierung, aber die Resolution stärkt ihre Rolle bei der Evidenzerhebung, der technischen Unterstützung von Mitgliedstaaten, der internationalen Koordination und der Kartierung relevanter Akteure.

Mit der [Strategie zur Ökonomie einer Gesundheit für alle](#) griff die WHA schließlich die Frage auf, wie Gesundheit stärker in Wirtschaft-, Finanz-, Steuer-, Industrie- und Arbeitspolitik verankert werden kann. Der Text ist politisch ambitioniert, weil er Gesundheit nicht nur als Kostenfaktor, sondern als Voraussetzung resilienten Gesellschaften und inklusiver wirtschaftlicher Entwicklung beschreibt. Inmitten sinkender Entwicklungsfinanzierung und wachsender Haushaltskonkurrenz hängt die Wirkung solcher Strategien allerdings weniger von ihrer Verabschiedung in Genf ab, als von der Bereitschaft nationaler Regierungen, sie in Budgets, Gesetzgebung und ressortübergreifende Politik zu übersetzen.

Auch wenn zahlreiche neue, teilweise erstmalige, Resolutionen verabschiedet werden konnten, fällt auf, dass digitale Gesundheit und künstliche Intelligenz trotz ihrer wachsenden Bedeutung nur begrenztes Gewicht erhielten. Eine eigenständige Resolution zu diesem Themenbereich entstand nicht, wohl aber gab es Diskussionen über die Harmonisierung regulatorischer Ansätze, Governance und Standards für Daten, digitale Gesundheit und KI im Gesundheitssektor⁹. Dennoch verbleibt eine offene Lücke in der globalen Gesundheitsgovernance. Da der globale KI-Gipfel (*Global AI Summit*) 2027 in Genf stattfinden wird, könnte das Thema während der nächsten WHA an Aufmerksamkeit gewinnen.

Ergebnisse unter Vorbehalt

Trotz widriger Spannungen vermochte es die Weltgesundheitsversammlung auch in diesem Jahr, einige wichtige Resolutionen und Beschlüsse zu verabschieden, eine Vielzahl von gut besuchten Ne-

benveranstaltungen zu verzeichnen und sich weiterhin zur Ausgestaltung eines globalen PABS-Systems zu verpflichten. Es zeigt sich, dass multilaterale Foren im Gesundheitsbereich sehr wohl in der Lage sind, substanzielle Ergebnisse hervorzubringen. Die WHO funktioniert sowohl technisch und institutionell als auch in ihrer Fähigkeit, selbst unter politischem Druck Konsens zu organisieren. Doch die Architektur, in der die Organisation verankert ist, befindet sich im Wandel. Gesundheitspolitische Vorhaben funktionieren nur insoweit, als finanzielle und politische Unterstützung gegeben sind. Blickt man auf den drastischen Rückgang der globalen Entwicklungsfinanzierung und den Rückzug wichtiger Geldgeber aus internationalen Organisationen, so muss man sich die Frage nach der Umsetzbarkeit derzeitiger Beschlüsse stellen.

Indessen ist Deutschland nicht nur zum größten staatlichen Geber der WHO aufgerückt, sondern ist auch der größte Geldgeber der internationalen Entwicklungshilfe. Aus dieser Rolle erwächst ein Gestaltungsanspruch. Deutschland trat in Genf dafür ein, die notwendige Reform der WHO entschieden voranzutreiben, sie dabei aber vor allem auf drei Kernmandate zu verpflichten: die Festlegung globaler Normen und Standards, die Gewährleistung der globalen Gesundheitssicherheit sowie die Zusammenführung der Akteure in globalen Gesundheitsfragen. Zu diesem Zweck sagte Bundesgesundheitsministerin Nina Warken im Rahmen der WHA zusätzliche Mittel in Höhe von 25 Millionen Euro für das Jahr 2026 zu. Die WHO müsse handlungsfähig bleiben und dies liege „im ureigenen Interesse Deutschlands, denn nationale Gesundheitssicherheit hängt ganz entscheidend von multilateraler Kooperation ab“¹⁰. Dieser Gestaltungsanspruch könnte sich 2027 auch personell konkretisieren. So soll Berlin eine Kandidatur für den Posten des WHO-Generaldirektors erwägen – als aussichtsreichster Name gilt derzeit Helge Braun, ehemaliger Kanzleramtschef unter

⁹ Health Policy Watch fasst die Statements ausgewählter Delegationen zu diesem Thema zusammen: [WHA Member States Approve Antimicrobial Resistance Strategy After Resolving Tech Transfer Debate - Health Policy Watch](#)

¹⁰ Das vollständige Zitat und weitere Informationen finden sich hier: [Warken: WHO muss handlungsfähig bleiben – auch im Interesse von Deutschland | BMG](#)

Angela Merkel und ausgebildeter Arzt¹¹. Eine offizielle Bestätigung dessen steht zwar noch aus, doch als größter staatlicher Geber der WHO dürfte Deutschland ein nachvollziehbares Interesse daran haben, Reformkurs und Kernmandat der Organisation künftig auch auf Leitungsebene mitzuprägen.

In seiner Schlussansprache mahnte Generaldirektor Dr. Tedros, man habe in dieser Woche nicht jedes Problem gelöst; und eine Resolution sei nur so viel wert, wie sie in einer Klinik, einer Gemeinde oder einem Haushalt tatsächlich Veränderung bringen werde. An diesem Maßstab – und nicht an der bloßen Zahl der verabschiedeten Texte – werde sich daher das Ergebnis der WHA79 künftig bemessen lassen.

Konrad-Adenauer-Stiftung e. V.

Lindgard Buder

Programm Managerin Globale Gesundheit

Multilateraler Dialog Genf

Europäische und Internationale Zusammenarbeit



The text of this work is licensed under the terms and conditions of the "Creative Commons Attribution-Distribution at level playing field 4.0 internationally", CC BY-SA 4.0 (available at: <https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/deed.en>)

¹¹ [EXCLUSIVE: WHO Opens Nominations For Next Director General; Germany May Advance Former Merkel Aide, Helge Braun - Health Policy Watch](#)