

Antwort

der Bundesregierung

**auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Eva-Maria Schreiber, Sylvia Gabelmann, Tobias Pflüger, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE.
– Drucksache 19/3605 –**

Einsatz der Bundesregierung gegen resistente Tuberkulose weltweit

Vorbemerkung der Fragesteller

Jedes Jahr infizieren sich rund eine halbe Million Menschen mit resistenter Tuberkulose (TB). TB ist die derzeit tödlichste Infektionskrankheit. Rund 1,7 Millionen Menschen sind 2016 an TB gestorben. Als erstes Land weltweit hat Südafrika das Medikament Bedaquilin in nationale Behandlungsrichtlinien für TB aufgenommen. Wie das südafrikanische Gesundheitsministerium im Juni 2018 bekannt gab, sollen dort künftig alle Patienten mit resistenten Formen von TB mit Bedaquilin behandelt werden. Bedaquilin ist eines der wenigen neu entwickelten Medikamente gegen TB. Eine Therapie mit Bedaquilin hat deutlich weniger Nebenwirkungen als die bisher angewandten Therapien, die in vielen Fällen zu Schwindel, Depressionen oder Taubheit führen. Für viele Menschen, die an resistenten Formen von TB erkrankt sind, ist Bedaquilin die letzte Chance auf Heilung. Schätzungen zufolge werden weltweit nicht einmal 5 Prozent der Menschen, die Bedaquilin bräuchten, mit dem Medikament behandelt.

In Südafrika hat die Behandlung von Patienten mit Bedaquilin laut der Nichtregierungsorganisation Ärzte ohne Grenzen (siehe www.aerzte-ohne-grenzen.de/suedafrika-setzt-auf-bedaquilin-gegen-resistente-tuberkulose) zu besseren klinischen Ergebnissen geführt. Erste Ergebnisse zeigen, dass Bedaquilin sicher und wirksam ist, und bei der Mehrheit der Patienten anstelle der bisherigen Injektion angewendet werden kann. Viele Länder kommen bei der Einführung von Bedaquilin nur langsam voran. Südafrika hat nun einen wichtigen Schritt getan, indem es sicherstellt, dass niemandem, der an resistenter TB erkrankt ist, der Zugang zu Bedaquilin verwehrt bleibt. Um den Einsatz von Bedaquilin in gängige Praxis zu übersetzen, müssen die Hersteller die Preise für das Medikament senken, denn der hohe Preis stellt bislang ein Hauptproblem für die Verfügbarkeit der Therapie dar. Weitere Länder sowie die Weltgesundheitsorganisation (WHO) sollten dem wegweisenden Beispiel von Südafrika folgen.

Aus Sicht der Fragesteller wäre es wünschenswert, wenn das Beispiel Südafrika im Rahmen des ersten UN High-Level Meeting (UNHLM) zu TB im September 2018 in New York Delegationen aus anderen Ländern – unter anderem die deutsche – zu einem ernsthaften Bekenntnis motivieren könnte, um bei der Bekämpfung von TB die entscheidende Wende zu schaffen. Auch die deutsche Bundesregierung muss sich hier engagieren.

Die Antwort wurde namens der Bundesregierung mit Schreiben des Bundesministeriums für Gesundheit vom 13. August 2018 übermittelt.

Die Drucksache enthält zusätzlich – in kleinerer Schrifttype – den Fragetext.

Daher haben wir die Bundesregierung in einer Schriftlichen Frage (Bundestagsdrucksache 19/3288) gefragt, was sie unternimmt, damit Tuberkulose-Patientinnen und Tuberkulose-Patienten weltweit Zugang zu effektiven TB-Diagnostika und -Medikamenten erhalten, und wie sie sich beim UN High-Level Meeting zu TB und darüber hinaus im Sinne des sogenannten De-Linkage-Konzepts für die Forschung neuer, verbesserter und bezahlbarer Therapien einsetzen wird.

1. Welche Rolle spielen TRIPS-Flexibilitäten – das sind juristisch verankerte Mechanismen, die den Mitgliedstaaten die Möglichkeit offenhalten, trotz geltendem Patentschutz spezifische Anforderungen im Bereich der öffentlichen Gesundheit geltend zu machen – für die deutsche Bundesregierung, um wie in der Antwort auf die Schriftliche Frage 108 der Abgeordneten Eva-Maria Schreiber auf Bundestagsdrucksache 19/3288) genannt „Barrieren zum Zugang zu bezahlbaren Arzneimitteln auf breiter Ebene zu überwinden“?

Wie die Bundesregierung in der Antwort auf die Schriftliche Frage 108 der Abgeordneten Eva-Maria Schreiber auf Bundestagsdrucksache 19/3288 ausgeführt hat, enthält das Übereinkommen über handelsbezogene Aspekte der Rechte des geistigen Eigentums (TRIPS) im Rahmen der Welthandelsorganisation (WTO) bestimmte Anforderungen an die nationalen Rechtssysteme der WTO-Mitglieder hinsichtlich der Rechte des geistigen Eigentums. Das Abkommen gilt auch für Immaterialgüterrechte im Arzneimittelbereich, ist aber nicht auf diese beschränkt. Sofern das Abkommen Immaterialgüterrechte im Arzneimittelbereich betrifft, bezweckt es einen Ausgleich zwischen dem Interesse einer guten Arzneimittelversorgung einerseits und dem Interesse an Innovationsanreizen für die notwendige Erforschung und Entwicklung neuer Arzneimittel andererseits. Im Jahr 2001 wurde in Doha eine Erklärung zum TRIPS-Abkommen und der öffentlichen Gesundheitsfürsorge verabschiedet. Diese zielt u. a. auf eine funktionierende Versorgung der Bevölkerung in Entwicklungsländern mit lebenswichtigen Medikamenten ab und bekräftigt u. a. das Recht der WTO-Mitglieder, die sogenannten TRIPS-Flexibilitäten, wie z. B. Zwangslizenzen, zu nutzen. Im Jahr 2016 trat eine Änderung des TRIPS-Abkommens in Kraft. Nun können WTO-Mitglieder ohne lokale Arzneimittelproduktionskapazitäten neben der Möglichkeit des Parallelimports derartige Arzneimittel gegebenenfalls auch über eine Zwangslizenz in einem anderen Land produzieren lassen. Außerdem hat der TRIPS-Rat im Jahr 2015 die am wenigsten entwickelten Länder (LDC) bis zum 1. Januar 2033 von der Verpflichtung ausgenommen, Patentschutz für Arzneimittel zu gewähren und durchzusetzen.

Deutschland tritt für eine ganzheitliche Betrachtung der Zugangsproblematik ein. Diese beinhaltet eine breite Betrachtung aller Problemfelder entlang der Produktions- und Lieferkette von Arzneimitteln. Sie sieht Patentschutz als Anreiz für Innovationen, Forschung und Entwicklung neuer Arzneimittel und somit als Teil der Lösung. Diese Position wurde auch gegenüber Vorschlägen anderer Verhandlungspartner zu den TRIPS-Flexibilitäten sowie den Vorschlägen weiterer Staaten zu diesem und weiteren Punkten vertreten.

Im Übrigen wird auf die o. a. Antwort der Bundesregierung auf die Schriftliche Frage der Abgeordneten Eva-Maria Schreiber verwiesen.

2. Welche Modelle von Open Access unterstützt die Bundesregierung (bitte Einzelmaßnahmen und Finanzierungshöhe auflisten)?
3. Welche Instrumente nutzt die deutsche Bundesregierung, um Open Access aktiv anzuwenden?

Wegen des inhaltlichen Zusammenhangs werden die Fragen 2 und 3 zusammen beantwortet.

Die Bundesregierung befürwortet den Ansatz von Open Access, bei dem wissenschaftliche Publikationen für die Allgemeinheit über das Internet unentgeltlich zugänglich gemacht werden. Hierbei sieht sie den sogenannten Goldenen Weg, bei dem wissenschaftliche Beiträge direkt der Allgemeinheit frei zugänglich publiziert werden, und den Grünen Weg, bei dem wissenschaftliche Beiträge, ggf. nach Ablauf einer Embargofrist, in ein geeignetes Repositorium eingestellt werden, als gleichwertig an.

Die Bundesregierung setzt die Maßnahmen der Open Access-Strategie des Bundesministeriums für Bildung und Forschung (BMBF) aus dem Jahr 2016 um. Seit November 2016 enthalten die Förderbekanntmachungen und die Bescheide der Projektförderung des BMBF regelmäßig eine Open-Access-Klausel. Mit der Förderrichtlinie des freien Informationsflusses in der Wissenschaft fördert das BMBF seit 2018 innovative Projekte, die die Verbreitung von Open Access in Deutschland voranbringen. Hierfür wurden rund 5,5 Mio. Euro bewilligt. Zur Förderung von Open-Access-Publikationen aus abgeschlossenen BMBF-geförderten Projekten sind insgesamt 1,2 Mio. Euro vorgesehen.

4. Inwiefern spielen Zugang und Bezahlbarkeit von und zu medizinischen Produkten sowie innovative Instrumente der Forschungsförderung eine Rolle in der deutschen Positionierung zum UNHLM zu TB?

Die Bundesregierung erachtet es als grundsätzlich erforderlich, das Thema Zugang zu medizinischen Produkten in seiner gesamten Komplexität zu erfassen und Barrieren zum Zugang zu bezahlbaren Arzneimitteln auf breiter Ebene zu überwinden. So nutzt das BMBF bereits seit 2011 das innovative Forschungsförderinstrument der Produktentwicklungspartnerschaften für die Entwicklung von Impfstoffen, Diagnostika und Medikamenten für vernachlässigte, armutsassoziierte Krankheiten, bei denen der Aspekt des Zugangs von Anfang an berücksichtigt wird. Seit 2016 wird die Produktentwicklungspartnerschaft „TB Alliance“ mit 10 Mio. Euro für fünf Jahre vom BMBF gefördert. Ziel der Förderung ist es u. a., neue Wirkstoffe gegen Tuberkulose und verbesserte Tuberkulose-Therapiepläne zu entwickeln. Die TB Alliance hat sich mit dem „AAA-Mandat“ („Adoption, Availability, Affordability“) dazu verpflichtet, die geförderten Produkte zu erschwinglichen Preisen verfügbar zu machen.

Die Bedeutung des Zugangs zu und der Bezahlbarkeit von medizinischen Produkten für die diskriminierungsfreie Behandlung von Tuberkulosepatientinnen und -patienten gerade im Hinblick auf vulnerable Gruppen wie z. B. Frauen und Kinder, Inhaftierte, Obdachlose und andere hat für die Bundesregierung eine hohe Bedeutung und wurde aktiv in die Verhandlungen der politischen Deklaration zu Tuberkulose eingebracht und unterstützt. Dabei spielten u. a. auch Aspekte der Verbesserung der personen- sowie genderbezogenen Behandlung von Tuberkuloseerkrankten sowie ein verbessertes Management der Nebenwirkung eine wichtige Rolle.

5. Welche Modelle der Forschungsförderung bringt die Bundesregierung konkret in ihrer Position zum UNHLM ein?
6. Inwiefern setzt sich die Bundesregierung für effektive und bezahlbare TB-Diagnoseinstrumente im Rahmen des UNHLM ein, insbesondere im Hinblick auf Forschung und Entwicklung zu neuen Diagnostika sowie für eine Umsetzung und Anerkennung der TB-Diagnosetool-Liste der WHO?

Wegen des inhaltlichen Zusammenhangs werden die Fragen 5 und 6 zusammen beantwortet.

Die Bundesregierung bringt sich intensiv in die Vorbereitung (Modalitätenresolution, politische Erklärung, multisectoral accountability framework/sektorenübergreifender Rahmen zur Umsetzung der eingegangenen Verpflichtungen) der Tagung der Generalversammlung der Vereinten Nationen auf hoher Ebene am 26. September 2018 ein. Bei der Tagung soll eine politische Erklärung zur Bekämpfung der Tuberkulose von den Mitgliedstaaten der Vereinten Nationen verabschiedet werden, die neben der Schaffung eines hohen politischen Bekenntnisses zur Bekämpfung der Tuberkulose weltweit die Staaten gleichzeitig auch zur Umsetzung von Aktionen verpflichtet und eine verstärkte globale multisektorielle Herangehensweise zur Ausrottung der Tuberkulose voranbringt. Die Unterstützung der Eigenbemühungen der Länder sowie die Nutzung und Stärkung bereits bestehender Systeme und Ressourcen zur Vermeidung von Parallelstrukturen und Förderungen von Effizienzgewinnen sind dabei wichtige Aspekte der deutschen Position.

Die Bundesregierung setzt sich durch ein vielfältiges Engagement aktiv für die Tuberkulose-Bekämpfung ein und unterstützt Forschung und Entwicklung zu Tuberkulose durch verschiedene Förderprogramme. Die Bundesregierung unterstützt ein Bekenntnis der o. g. Tagung zu nachhaltiger Finanzierung der Tuberkuloseforschung.

Der Schwerpunkt der Tagung liegt auf allgemeinen, breit angelegten Ansätzen zur Forschungsförderung. Eine Festlegung auf einzelne Modelle (z. B. Projektförderung, Produktentwicklungspartnerschaften), die alle im jeweiligen Kontext ihre Berechtigung haben, steht diesem Ansatz entgegen. Aus diesem Grund bringt die Bundesregierung keine Vorschläge zu Modellen der Forschungsförderung ein.

Die Berücksichtigung von Effektivität und Bezahlbarkeit bei Einsatz, Forschung und Entwicklung von Tuberkulose-Diagnoseinstrumenten ist aus Sicht der Bundesregierung wesentlich für eine Beendigung der weltweiten Tuberkulose-Epidemie. Bezüglich der Instrumente der Forschungsförderung wird auf die Antwort zu Frage 4 verwiesen.

7. Wie gedenkt die Bundesregierung, die Ergebnisse des UNHLM umzusetzen und zu unterstützen?

Die Umsetzung der gesteckten Ziele zu Tuberkulose und nichtübertragbaren Krankheiten (NCD) ist für die Bundesregierung von großer Bedeutung. Deutschland ist über das Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit (BMZ) viertgrößter öffentlicher Geber des Globalen Fonds zur Bekämpfung von HIV/AIDS, Tuberkulose und Malaria (GFATM), der weltweit der wichtigste Finanzier im Kampf gegen die Tuberkulose ist.

Im Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD haben die Regierungsparteien vereinbart: „Internationale Partnerschaften wie den Globalen Fonds gegen Aids/HIV, Tuberkulose und Malaria (GFATM) wollen wir mit ausreichenden Mitteln ausstatten und unsere gegebenen Zusagen erfüllen“.

8. Wie viel gibt die Bundesregierung aktuell für die Forschung und Entwicklung medizinischer Produkte für TB aus?

Wie hoch ist das Budget der EDCTP (= European and Developing Countries Clinical Trials Partnership), das in die Forschung und Entwicklung für Tuberkulose fließt?

Durch die Forschungsförderung der Bundesregierung (Projektförderung und Bundesanteil an der institutionellen Förderung außeruniversitärer Forschungseinrichtungen) wurde Forschung und Entwicklung für medizinische Produkte zu Tuberkulose in den letzten Jahren wie folgt unterstützt:

im Jahr 2014: 7,2 Mio. Euro,

im Jahr 2015: 9,2 Mio. Euro,

im Jahr 2016: 12,2 Mio. Euro,

im Jahr 2017: 14,8 Mio. Euro.

Durch die European and Developing Countries Clinical Trials Partnership (EDCTP) wurde Forschung und Entwicklung zu Tuberkulose von Januar 2014 bis Juni 2018 mit Mitteln in Höhe von 36,7 Mio. Euro unterstützt.

9. Wie und in welchem Umfang werden die erwähnten „Twinning-Arrangements“ wie in der Antwort der Bundesregierung auf die Schriftliche Frage 108 der Abgeordneten Eva-Maria Schreiber auf Bundestagsdrucksache 19/3288 finanziert?

Die Bundesregierung unterstützte in den Jahren 2000 bis ca. 2010 im Rahmen der bilateralen Entwicklungszusammenarbeit nationale Tuberkulosebekämpfungsprogramme im südlichen Kaukasus (Aserbaidschan, Georgien, Armenien) und ebenfalls seit dem Jahr 2000 bis heute in Zentralasien (Usbekistan, Tadschikistan, Kirgisistan, Kasachstan) und in Pakistan. Da diese Länder zu den sog. „hot spots“ für multiresistente und extensiv resistente Tuberkulose (MDR/XDR-TB) zählen, lag bzw. liegt ein Schwerpunkt dieser Unterstützung im Aufbau von Laborkapazitäten zur spezifischen Diagnostik der Medikamentenresistenz, insbesondere dem Aufbau von nationalen Referenzlaboren. Begleitend und unterstützend zu den Investitionen in die Infrastruktur (z. B. BSL-3-Sicherheitslabore mit moderner Technologie zur MDR/XDR-TB-Diagnostik) erfolgt dabei auch die Weiterentwicklung personeller Ressourcen über die genannten „Twinning-Arrangements“ der jeweiligen Gesundheitsministerien mit den beiden deutschen, von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) zertifizierten, supranationalen Tuberkulose-Referenzlaboren in Gauting und Borstel. Im Rahmen dieser Twinning-Arrangements wurden bisher drei nationale Tuberkulose-Referenzlabore in den Ländern Kirgisistan, Tadschikistan und Usbekistan unterstützt, welche auch aktuell noch laufen. Im Kern besteht die Unterstützung in der Durchführung von längerfristig angelegten Aus- und Weiterbildungsprogrammen sowie gegenseitigen Hospitationen des Laborfachpersonals. Die Finanzierung erfolgt aus den Projektmitteln und beträgt im Durchschnitt rund 45 000 Euro (rund 20 000 bis 60 000 Euro) pro Jahr und pro nationalem Referenzlabor. Die Unterstützung erfolgt in der Regel über einen Zeitraum von etwa drei Jahren.

10. Nach welchen Kriterien werden „Twinning-Arrangements“ ausgewählt und umgesetzt?

Der Bedarf an Unterstützungsmaßnahmen durch Twinning-Arrangements nationaler TB-Referenzlabore wird im Rahmen der Vorbereitung von Investitions-Neuvorhaben regelmäßig geprüft. Für eine derartig spezifische Unterstützung kommen nur die von der WHO zertifizierten und mandatierten supranationalen Referenzlabore in Frage. In Deutschland sind dies ausschließlich die beiden Labore in Gauting und Borstel (die sich jeweils regional spezialisiert haben).

11. Wie unterscheiden sich „Twinning-Arrangements“ von Klinikpartnerschaften?

Grundsätzlich handelt es sich bei den „Twinning-Arrangements“ um eine besondere Form der Klinikpartnerschaft. Auch hier wird den Partnern spezifisches Know-how zur Verfügung gestellt und gleichzeitig profitieren auch die deutschen Institute von dem internationalen Engagement. Im Unterschied zu vielen Klinikpartnerschaften ist das Auswahlverfahren (wie in der Antwort zu Frage 10 dargestellt) eingeschränkt, und die Finanzierung erfolgt als Begleitmaßnahme eines größeren finanziellen Zusammenarbeit-Investitions-Projektes (s. Antwort zu Frage 9) und nicht als eigenständiges Programm.

12. Erwägt die Bundesregierung eine Aufstockung der momentan mit 12,6 Mio. Euro geförderten Klinikpartnerschaften, eine 2016 ins Leben gerufene Initiative, mit der Partnerschaftsprojekte zwischen Gesundheitseinrichtungen in Entwicklungs- und Schwellenländern und Partnern in Deutschland gefördert werden?

Eine Aufstockung der Initiative Klinikpartnerschaften ist geplant. So soll das Förderprogramm Hochschul- und Klinikpartnerschaften in Afrika 2018 im Bereich E-Health erweitert werden (neue Förderrunde). Für das Programm (Fondsvorhaben) Gesundheitspartnerschaften Global ist für das Jahr 2019 ebenfalls eine Aufstockung geplant (neue Förderrunden).

13. Was ist das konkrete Ziel dieser Partnerschaften?

Gemeinsam mit der Else Kröner-Fresenius-Stiftung unterstützt das BMZ Partnerschaften zwischen deutschen Kliniken und Gesundheitseinrichtungen in Entwicklungs- und Schwellenländern. Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) und die WHO beraten bei der Umsetzung der Initiative.

Ziel der Initiative ist, einen Beitrag zur Stärkung der Gesundheitsversorgung in Entwicklungs- und Schwellenländern zu leisten und somit zur Umsetzung der globalen Agenda (Sustainable Development Goals: SDG 3 und SDG 17) beizutragen. Denn trotz beachtlicher Erfolge in den letzten Jahren bleiben zahlreiche Herausforderungen: Vermeidbare Infektionen wie Malaria oder TB und der gleichzeitige Anstieg von nichtübertragbaren und chronischen Krankheiten wie Diabetes mellitus stellen Gesundheitssysteme in Entwicklungs- und Schwellenländern vor große Herausforderungen. Darüber hinaus dient die Initiative der Bekämpfung von Fluchtursachen (schlechte oder gar keine Gesundheitsversorgung, ineffiziente Gesundheitssysteme).

Um einen nachhaltigen Beitrag in den Partnerländern zu leisten, fokussiert die Initiative auf der Fort- und Weiterbildung von Gesundheitsfachkräften und auf der Beratung zur Optimierung von Strukturen und Prozessen in Gesundheitseinrichtungen.

Klinikpartnerschaften sind ein gutes Instrument, um Know-how zu teilen und durch langfristigen Austausch zu festigen. Innovative Ansätze wie z. B. E-Health und E-Learning bieten heute Möglichkeiten, weite Distanzen zu überbrücken. Dabei fließt Expertise zu Krankheitsbildern, Behandlungsoptionen, Technologien oder Abläufen in beide Richtungen, so dass beide Partner profitieren.

14. Welche Klinikpartnerschaften sind zukünftig geplant, und mit welchen thematischen Schwerpunkten?

Um der großen Bandbreite und Vielfalt an Partnerschaften gerecht zu werden, werden im Förderprogramm Gesundheitspartnerschaften global keine thematischen Schwerpunkte gesetzt und zweimal jährlich Förderrunden ausgeschrieben. Hochschul- und Klinikpartnerschaften in Afrika sind ein thematisch und regional fokussiertes Förderprogramm. Aktueller thematischer Fokus ist die Patientensicherheit. Ab dem Jahr 2019 ist ein zusätzlicher Schwerpunkt im Bereich E-Health geplant.

15. Was bringen die jeweiligen Partner nach Kenntnis der Bundesregierung in diese Klinikpartnerschaften ein?

Für eine erfolgreiche Partnerschaft bringen die Partner langfristiges ehrenamtliches Engagement und Eigenleistungen ein, wie z. B. die Bereitstellung von Personal zur Umsetzung der Projekte, die Beteiligung an Reise- und Transportkosten, das Bereitstellen von Sachleistungen (z.B. Labormaterialien) sowie deren Wartung und Instandhaltung.

Die Projekte der Klinikpartnerschaften sind gekennzeichnet durch einen kontinuierlichen Austausch auf Augenhöhe von Expertise und Wissenstransfer zu Krankheitsbildern, Behandlungen, neuen Technologien, Qualitätsverbesserungen und Prozessoptimierungen. Es sollen nachhaltige Wirkungen erzielt werden und die medizinischen Einrichtungen sollen zur Umsetzung der nationalen Gesundheitsstrategien befähigt werden.

16. Zu welchen Krankheitsbildern arbeiten Klinikpartnerschaften nach Kenntnis der Bundesregierung konkret?

Die Projekte der Klinikpartnerschaften decken ein breites Spektrum an Themen und Problemlösungsansätzen der Gesundheitsversorgung ab und befassen sich u. a. mit der Verbesserung der Versorgungsqualität und der Patientensicherheit (33 Prozent), der Mutter-Kind-Gesundheit (16 Prozent), den übertragbaren Krankheiten (13 Prozent), der Onkologie (9 Prozent) und den psychischen Erkrankungen (5 Prozent) sowie der Zahngesundheit (5 Prozent) und der Augengesundheit (2 Prozent), der Orthopädie (3 Prozent), den nicht übertragbaren Krankheiten (2 Prozent), der Pflege (2 Prozent), der Chirurgie, der Notfallmedizin, der Pädiatrie sowie weiteren Themenbereichen.

17. Welchen Stellenwert haben die Klinikpartnerschaften innerhalb des Schwerpunkts Gesundheitssystemstärkung in Entwicklungsländern?

Die Projekte passen sich in bestehende deutsche Strategien zur Gesundheitssystemförderung ein und sind unter Berücksichtigung nationaler Strategien an den Bedarfen der Partnerorganisationen ausgerichtet. Da die Partnerschaften in die lokalen Strukturen der Gesundheitsversorgung eingebettet und an den Gesund-

heitsstrategien und Bedarfen der Partnerländer orientiert sind, können sie – als ein spezifisches Instrument – einen Beitrag zur Gesundheitssystemstärkung leisten.

18. Gibt es bereits eine Evaluation der Klinikpartnerschaften, und falls nein, wann ist eine solche geplant?

Eine wissenschaftliche Begleitevaluation wird ab September 2018 bis zum Ende der Projektlaufzeit durchgeführt.

19. Wie bildet sich das Engagement der Bundesregierung für Tuberkulose in den Klinikpartnerschaften ab?

Derzeit werden fünf Partnerschaftsprojekte in Moldau, Namibia, Liberia, Malawi und Tansania gefördert, die sich mit dem Ausbau und der Erweiterung der Labordiagnostik und der Verbesserung der Behandlung von Tuberkulose in Kombination mit HIV/AIDS und Diabetes befassen.

20. Plant die Bundesregierung, sich an der Finanzierung der Erstellung und Umsetzung einer Roadmap zur Bekämpfung von Schlangenbissen, die erst kürzlich in die WHO-Liste der vernachlässigten Krankheiten aufgenommen wurden, und an der besseren Verfügbarkeit von Antiseren zu beteiligen?
- a) Falls nein, aus welchen Gründen?
- b) Falls ja, in welcher Höhe?

Der Schwerpunkt des Förderkonzepts „Globale Gesundheit im Mittelpunkt der Forschung“ des BMBF liegt auf der biomedizinischen Forschung und Entwicklung. Biomedizinische Fragestellungen sind für die Bekämpfung von Schlangenbissen nicht vorrangig zu bearbeiten.

21. Welche Bemühungen hat die Bundesregierung seit ihrer Mitgliedschaft im WHO-Exekutivrat im Bereich der Gesundheitssystemstärkung unterstützt?

Im Mai diesen Jahres ist Deutschland in den WHO-Exekutivrat gewählt worden und hat an seiner ersten Exekutivratssitzung teilgenommen. Wichtige Tagesordnungspunkte waren „Ergebnisse der 71. Weltgesundheitsversammlung“ und „Sonstige Management-, Verwaltungs- und Governance-Angelegenheiten“. Das Thema Gesundheitssystemstärkung war kein eigener Tagesordnungspunkt, wird aber von Deutschland seit Jahren konsistent u. a. in den Gremien der WHO eingebracht und ist ein Schwerpunkt der deutschen Entwicklungszusammenarbeit im Gesundheitssektor.

Gesundheitssystemstärkung in Staaten insbesondere mit fragilen Gesundheitssystemen ist eine der Prioritäten der WHO. Deutschland unterstützt die WHO bei diesem Thema auch finanziell sowie in der Entwicklungszusammenarbeit.

Die nächste Sitzung des WHO-Exekutivrates findet im Januar 2019 statt. Auf der vorläufigen Tagesordnung stehen Themen wie z. B. das Gesundheitskrisenmanagement, die Ausrottung der Kinderlähmung, die Implementierung der Nachhaltigkeitsziele der Agenda 2030 und das WHO-Notfallprogramm. Jeder Themenkomplex mit den jeweils angedachten Verbesserungen, die zu diskutieren sein werden, dient letztlich der Gesundheitssystemstärkung.

22. In welcher Höhe wird die Bundesregierung im Jahr 2018 und in den Folgejahren freiwillige und ungebundene Mittel für die WHO bereitstellen, nachdem das Bundesministerium für Gesundheit 2015 erstmals freiwillige Unterstützung in Höhe von 35 Mio. Euro geleistet hat?

Neben dem BMG stellen üblicherweise auch Auswärtiges Amt (AA), Bundesministerium für Umwelt, Naturschutz und nukleare Sicherheit (BMU) und das BMZ der WHO freiwillige Mittel bereit. Die Förderung von Programmen der WHO durch das AA im Rahmen der Humanitären Hilfe im Haushaltsjahr 2018 und den Folgejahren ist abhängig vom Gesamtgefüge der weltweiten humanitären Bedarfslage und den weiteren Entwicklungen der humanitären Krisenlagen. Nach aktuellem Planungsstand wird das AA im Rahmen der Humanitären Hilfe für Programme der WHO im Haushaltsjahr 2018 Mittel in Höhe von rund 10 Mio. Euro und im Haushaltsjahr 2019 in Höhe von rund 3 Mio. Euro zur Verfügung stellen.

Im Jahr 2018 und in den Folgejahren können laut dem entsprechenden BMG-Haushaltstitel bis max. 60 Mio. Euro freiwillig zweckgebunden für die WHO bereitgestellt werden.

23. Gibt es nach Kenntnis der Bundesregierung aktuelle, neue Bestrebungen, die Pflichtbeiträge der Mitgliedstaaten für die WHO angemessen zu erhöhen?

Aktuell sind der Bundesregierung keine entsprechenden Pläne zur Erhöhung der Pflichtbeiträge bekannt.

