

# Die Weltgesundheitsorganisation im Wandel

›Gesundheit für alle‹ bleibt oberstes Ziel

Yves Beigbeder

**Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat in ihrer 64-jährigen Geschichte Höhen und Tiefen durchlaufen. Besonders in den letzten Jahren sah sich die Organisation starker Kritik ausgesetzt. Zum einen hatte die unglückliche Handhabung der Schweinegrippe-Pandemie ihre Glaubwürdigkeit erschüttert und zum anderen stürzte die WHO im Jahr 2011 in eine Finanzkrise. Die Nähe zur Pharmaindustrie und die Abhängigkeit von freiwilligen Beitragsleistungen sind die größten Herausforderungen, denen sich die Organisation in den nächsten Jahren stellen muss.**

Die 65. Weltgesundheitsversammlung, die am 26. Mai 2012 endete, verabschiedete wichtige Entscheidungen für die Zukunft der Organisation. Die Versammlung bestätigte den eingebrachten Entwurf des Exekutivrats, das Mandat von Margaret Chan als Generaldirektorin der Weltgesundheitsorganisation (World Health Organization – WHO) um eine zweite Amtsperiode von fünf Jahren zu verlängern. Zusätzlich wurde das Mandat für eine Reform der Organisation erteilt. Dies war notwendig geworden, da die WHO nicht nur aufgrund ihres Umgangs mit der Schweinegrippe-Pandemie (2009–2010) in eine Glaubwürdigkeitskrise gestürzt war, sondern zusätzlich dazu auch im Jahr 2011 von einer Finanzkrise hart getroffen wurde. Darüber hinaus sieht sich die Organisation durch mächtige Akteure in ihrer ureigenen Rolle als ›leitende und koordinierende Behörde des internationalen Gesundheitswesens‹ immer mehr bedroht.

## Die Ursprünge

Die Idee, eine Weltgesundheitsorganisation zu gründen, entstand zum einen auf den Internationalen Gesundheitskonferenzen, die von 1851 bis 1935 stattfanden, und zum anderen durch die Verabschiedung der ersten Internationalen Konvention im Jahr 1903. Das Ziel war damals, Europa vor exotischen tödlichen Krankheiten wie Pest, Gelbfieber oder Cholera zu schützen ohne dabei den internationalen Handel allzu sehr einzuschränken. Auf diesem Gebiet effektive Maßnahmen zu ergreifen, wurde dadurch erschwert, dass kaum verlässliche und wissenschaftliche Erkenntnisse über diese Krankheiten vorlagen. Außerdem waren die damaligen internationalen Beziehungen von europäischen Staaten, den USA und latein-amerikanischen Staaten dominiert. Einige Gesundheitsorganisationen wurden auf regionaler Ebene ins Leben gerufen: kleine Gesundheitsräte in Kon-

stantinopel (1839), Tanger (1940), Alexandria (1843) und Teheran (1867). Die erste zwischenstaatliche Gesundheitsorganisation war das Panamerikanische Gesundheitsamt, das im Jahr 1902 in Washington, D.C. gegründet wurde, gefolgt von dem 1907 in Paris gegründeten Internationalen Amt für öffentliche Hygiene. Nach dem Ersten Weltkrieg wurde das Pariser Amt im Jahr 1923 nach Genf umgesiedelt und unter die Schirmherrschaft des Völkerbunds gestellt. Während des Zweiten Weltkriegs errichteten die Alliierten im humanitären Bereich im Jahr 1941 die Nothilfe- und Wiederaufbauverwaltung der Vereinten Nationen (UNRRA): Diese half Millionen von Menschen in 25 Ländern unter anderem durch medizinische Hilfe, Impfungen, Lebensmittel, Kleidung und medizinische und andere Lieferungen.

Diese ersten Bemühungen der internationalen Zusammenarbeit im Gesundheitssektor waren wichtige Erfahrungen für die WHO. Der normative Rahmen der WHO beruht auf den frühen internationalen Gesundheitsübereinkommen. Das Panamerikanische Gesundheitsamt war Vorbild für die regionale Struktur.<sup>1</sup> Die Organisation wurde schließlich im Jahr 1948 als Sonderorganisation der Vereinten Nationen gegründet.

## Die Struktur der WHO

Die WHO besteht aus der Weltgesundheitsversammlung, dem Exekutivrat, dem Sekretariat sowie mehreren Regionalbüros. Jedes Jahr im Mai tritt die Weltgesundheitsversammlung, bestehend aus den Vertretern aller – gegenwärtig 194 – Mitgliedstaaten, auf ihrer ordentlichen Jahrestagung am Amtssitz in Genf zusammen. Die Versammlung entscheidet über die politischen Maßnahmen, ernennt den/die Generaldirektor/in, analysiert Berichte und Aktivitäten des Exekutivrats und genehmigt den Haushalt.

Der Exekutivrat besteht aus 34 Personen (seit 2005), die im Gesundheitsbereich ausgebildet sind und ihre jeweiligen Regierungen repräsentieren. Sie werden unter Berücksichtigung einer ausgewogenen geografischen Verteilung von der Versammlung gewählt. Der Rat tritt mindestens zweimal im Jahr zusammen. Er legt der Versammlung Programmvorschläge vor, erwirkt Entscheidungen und politische Maßnahmen der Versammlung und entscheidet über Hilfsmaßnahmen in Situationen, die sofortiges Handeln erfordern. Zudem führt der Exekutivrat die ihm im Namen der gesamten Versammlung übertragenen Aufgaben aus.



**Dr. Yves Beigbeder**, geb. 1924, war von 1955 bis 1984 Personalreferent in verschiedenen Regionalbüros der Weltgesundheitsorganisation, zuletzt war er stellvertretender Personalchef am Amtssitz in Genf.

Mitte der neunziger Jahre änderte sich das operative Umfeld. Es entstanden neue, parallel agierende oder rivalisierende Programme für die öffentliche Gesundheit.

Die Regionalbüros bestehen aus dem Regionalausschuss, zusammengesetzt aus den Mitgliedstaaten einer Region, und werden von Regionaldirektoren geleitet, denen ein Sekretariat zur Seite steht. Es gibt sechs Regionalbüros: Afrika, Amerika, Europa, Östliches Mittelmeer, Südostasien und westlicher Pazifik. Die Regionaldirektoren werden im Einvernehmen mit dem Regionalausschuss vom WHO-Exekutivrat ernannt. Insgesamt arbeiten gegenwärtig im Genfer Sekretariat und in den Regional- und Länderbüros 7817 Mitarbeiter, einschließlich der Mitarbeiter mit Zeitverträgen.<sup>2</sup>

### Die WHO-Strategie

Ziel der WHO ist es, »allen Völkern zur Erreichung des bestmöglichen Gesundheitszustands zu verhelfen«. Sie soll die »leitende und koordinierende Stelle des internationalen Gesundheitswesens« sein.<sup>3</sup> Ihre »Autorität« leitet sie jedoch aus rechtlich nicht bindenden Resolutionen der Weltgesundheitsversammlung ab und aus Bestimmungen und Empfehlungen sowie aus einigen wenigen rechtlich bindenden Übereinkommen.

In den ersten Jahren ihres Bestehens standen die Bekämpfung von Malaria, die Gesundheit von Mutter und Kind, die Behandlung von Tuberkulose und Geschlechtskrankheiten sowie Ernährung und Umwelthygiene an oberster Stelle der Agenda. Im Jahr 1955 startete die WHO ein ambitioniertes Programm zur Ausrottung von Malaria, welches gegen Ende der siebziger Jahre als gescheitert angesehen wurde. Das Programm zur Ausrottung der Pocken, das zwischen 1967 und 1977 durchgeführt wurde, war hingegen sehr erfolgreich. Im Jahr 1974 begann das erfolgreiche Onchozerkose-Kontrollprogramm (Flussblindheit) in Westafrika und das weltweit angelegte erweiterte Schutzimpfungsprogramm für Kinder.

Eine wichtige Innovation war die Verabschiedung der »Globalen Strategie zur Gewährleistung der Gesundheit aller Menschen bis zum Jahr 2000« durch die WHO und UNICEF im Jahr 1978 (heute durch die Millenniums-Entwicklungsziele bis zum Jahr 2015 verlängert). Zum einen wurde damit die Bedeutung der medizinischen Grundversorgung unterstrichen, und zum anderen wurde anerkannt, dass der bestmögliche Gesundheitszustand nur erreichbar ist, wenn zusätzlich zum Gesundheitssektor auch andere soziale und wirtschaftliche Sektoren einbezogen werden.<sup>4</sup>

Im Jahr 1987 initiierte die WHO das weltweite Programm zur Bekämpfung von HIV/Aids, ein Jahr später nahm die Organisation den Kampf gegen die Kinderlähmung auf.

Mitte der neunziger Jahre änderte sich das operative Umfeld. Es entstanden neue, parallel agierende oder rivalisierende Programme für die öffentliche Gesundheit, initiiert zum Beispiel von der

Weltbank oder von nichtstaatlichen Akteuren, wie der kapitalkräftigen Bill-und-Melinda-Gates-Stiftung. Gleichzeitig eröffnete die Einrichtung öffentlich-privater Partnerschaften der WHO den Zugang zum gewinnorientierten Privatsektor und zur Pharmaindustrie.

Die Einrichtung des Gemeinsamen Programms der Vereinten Nationen zu HIV/Aids (UNAIDS) im Jahr 1996,<sup>5</sup> welches das Globale Aidsprogramm der WHO ersetzte, war ein Schlag gegen die Führungsspitze und ein Misstrauensvotum gegen das Management der Organisation.<sup>6</sup>

Der Umgang mit der Schweinegrippe-Pandemie in den Jahren 2009 und 2010 hat zudem der Glaubwürdigkeit der Organisation geschadet. Die Finanzkrise im Jahr 2011 und der nachfolgende Reformprozess hatten Einfluss auf Rolle und Identität der WHO sowie auf ihre komparativen Vorteile als eine staatlich geführte Organisation mit begrenzten Mitteln in einem kompetitiven Umfeld.<sup>7</sup>

### Die Krise mit der Schweinegrippe-Pandemie

Im April 2009 wurde die WHO über das Auftauchen eines neuen Virus A(H1N1) informiert, das in neun Ländern Infektionen durch Mensch-zu-Mensch-Übertragung verursachte. Am 11. Juni 2009 rief sie den Beginn einer Pandemie aus, nachdem in zwei WHO-Regionen Infektionsfälle aus 74 Ländern bekannt geworden waren. Das Ende der Pandemie wurde im August 2010 bekannt gegeben: insgesamt 18 500 Todesfälle wurden gemeldet.

Sowohl die Medien als auch zwischenstaatliche Organisationen warfen der WHO vor, die Risiken der Krankheit überbewertet zu haben, nicht zuletzt unter Einfluss oder aufgrund des ausgeübten Drucks von Seiten der Pharmaindustrie sowie »unabhängiger Experten«, die auch in Verdacht standen, mit der Pharmaindustrie in enger Verbindung zu stehen.<sup>8</sup>

Der WHO-Überprüfungsausschuss wies im Mai 2011 große Teile der Kritik am WHO-Management hinsichtlich der Krise zurück, bescheinigte aber gleichzeitig ernste Mängel und machte Verbesserungsvorschläge.<sup>9</sup> Die Organisation wurde von den Vorwürfen entlastet, kommerzielle Interessen hätten die Entscheidung der WHO, eine Pandemie auszurufen, beeinflusst. Trotzdem blieben ernste Zweifel bestehen über mögliche Interessenkonflikte einiger Experten der WHO-Beratergruppen. Auch mangelnde Transparenz und eine unzureichende Kommunikationsstrategie wurden kritisiert.

### Die Finanzkrise 2011

Der Zweijahreshaushalt 2010–2011 war noch auf 5,68 Milliarden US-Dollar veranschlagt worden: im Jahr 2010 wurde ein Defizit von 300 Millionen

Die Organisation wurde von den Vorwürfen entlastet, kommerzielle Interessen hätten die Entscheidung der WHO, eine Pandemie auszurufen, beeinflusst.

US-Dollar verzeichnet. Der Zweijahreshaushalt 2012–2013 wurde von der Weltgesundheitsversammlung im Mai 2011 in einer Höhe von 3,96 Milliarden US-Dollar bewilligt, nachdem sich das Sekretariat um einen Etat von 4,8 Milliarden US-Dollar bemüht hatte.<sup>10</sup> Diese Kürzung hatte den Abbau von über 300 Arbeitsplätzen (von insgesamt 2400 Stellen) am WHO-Amtssitz zur Folge.<sup>11</sup>

Ausgelöst worden war die Finanzkrise in erster Linie durch einen starken Rückgang der freiwilligen Beitragsleistungen zum WHO-Haushalt, aber auch durch den ungünstigen Wechselkurs zwischen dem starken Schweizer Franken und dem schwachen US-Dollar.

In den siebziger Jahren bestand der WHO-Haushalt noch zu 80 Prozent aus den Pflichtbeiträgen der Mitgliedstaaten, dem sogenannten ›ordentlichen Haushalt‹. Die restlichen 20 Prozent ergaben sich aus den freiwilligen Beitragsleistungen. Heute ist es umgekehrt: Der ordentliche Haushalt 2010–2011 machte lediglich 17,3 Prozent der gesamten finanziellen Ressourcen aus. Die restlichen 82,7 Prozent bestanden aus freiwilligen Beitragsleistungen von Regierungen, anderen zwischenstaatlichen Organisationen, Stiftungen und Pharmaunternehmen. Dies hatte zur Folge, dass die WHO die Kontrolle über ihre Prioritätensetzung und Programme verlor.

Die zunehmende Abhängigkeit von freiwilligen Beitragsleistungen führt dazu, dass die von allen Mitgliedstaaten der Weltgesundheitsversammlung anerkannten Prioritäten in den Hintergrund rücken und die Mittel, die zu ihrer Finanzierung zur Verfügung stehen, geringer werden. Programme, die auf das Interesse bei Gebern stoßen – etwa Programme, um bestimmte übertragbare Infektionskrankheiten einzudämmen oder auszurotten – sind in der Regel gut finanziert. Ein weiteres Problem liegt in der Unvorhersehbarkeit der freiwilligen Beitragsleistungen, was wiederum dazu führt, dass es für das Sekretariat schwieriger wird, langfristige Pläne aufzustellen und umzusetzen.

Die Abhängigkeit der WHO von externen Beitragszahlern führt zu ihrer teilweisen Privatisierung. WHO-Generaldirektorin Margaret Chan bestätigte, dass die Finanzkrise den Beginn einer neuen und fortwährenden Ära wirtschaftlicher Knappheit eingeläutet habe und man in einigen der traditionellen Arbeitsbereiche Einschnitte vornehmen müsse.<sup>12</sup>

Ein prozentualer Anstieg des ordentlichen Haushalts durch Beitragszahlungen der Regierungen ist, wiewohl wünschenswert, bei der gegenwärtigen globalen politischen und wirtschaftlichen Lage nicht realistisch.

## Öffentlich-private Partnerschaften

Gro Harlem Brundtland, WHO-Generaldirektorin von 1998 bis 2003, öffnete die WHO für den Privat-

sektor. UN-Generalsekretär Kofi Annan schuf im Jahr 1999 den ›Globalen Pakt‹ zwischen den UN und der Wirtschaft und ermutigte zu öffentlich-privaten Partnerschaften (Public-Private Partnerships – PPPs).

Die WHO war bereits in den siebziger Jahren an Partnerschaften im Gesundheitsbereich beteiligt, unter anderem mit dem neu etablierten Sonderprogramm für Forschung und Ausbildung in Tropenkrankheiten und dem Sonderprogramm für Forschung, Entwicklung und Weiterbildung im Bereich der menschlichen Reproduktion. Im Jahr 1988 wurde die Weltweite Initiative zur Ausrottung der Kinderlähmung ins Leben gerufen, im Jahr 1989 das Onchokokose-Kontrollprogramm in Afrika und die Partnerschaft zur Zurückdrängung der Malaria im Jahr 1998. Ab dem Jahr 2000 nahm die Zahl der PPPs erheblich zu: dazu zählten die Globale Partnerschaft ›Stopp der Tb‹ und der Globale Fonds zur Bekämpfung von Aids, Tuberkulose und Malaria. Gemeinsam mit UNICEF, der Weltbank und der Bill-und-Melinda-Gates-Stiftung nimmt die WHO an der Globalen Allianz für Impfstoffe und Immunisierung (Global Alliance for Vaccines and Immu-

In den siebziger Jahren bestand der WHO-Haushalt noch zu 80 Prozent aus den Pflichtbeiträgen der Mitgliedstaaten.

1 Vgl. The First Ten Years of the World Health Organization, WHO, Genf 1958, Kap. 1 und 2.

2 Stand: 31. Dezember 2011, Human Resources: Annual Report, WHO Doc. A65/34 v. 15.5.2012.

3 WHO-Verfassung, Präambel, Art. 1 und 2 (a).

4 Zur Entstehung der Strategie und Programme der WHO in den Jahren 1948 bis 1991 siehe Yves Beigbeder et al., The World Health Organization, Dordrecht 1998, S. 16–29.

5 UNAIDS wurde durch Resolution 1994/24 des Wirtschafts- und Sozialrats geschaffen und nahm seine Arbeit im Jahr 1996 auf. Seine Ko-Sponsoren sind: ILO, UNHCR, UNICEF, UNODC, UNDP, UNFPA, UNESCO, WFP und WHO.

6 Vgl. Kelley Lee, The World Health Organization (WHO), London und New York 2009, S. 62.

7 Vgl. auch Yves Beigbeder, L'OMS en péril, Paris 2011.

8 Siehe: Council of Europe, Parliamentary Assembly, Resolution 1749(2010) v. 24.6.2010 sowie European Parliament Resolution of 8 March 2011 on Evaluation of the Management of H1N1 Influenza in 2009–2010 in the EU, EU Doc. 2010/2153(INI) v. 8.3.2011.

9 Report of the Review Committee on the Functioning of the International Health Regulations (2005) in Relation to Pandemic (H1N1) 2009, Report by the Director-General, WHO Doc. A64/10 v. 5.5.2011.

10 Die Zahlen für 2010–2011 sind zu finden in: Draft Proposed Programme Budget 2010–2011, WHO Doc. PPB/2010–2011; die Zahlen für 2012–2013 in Resolution WHA64.3 v. 20.5.2011.

11 Am 31. Juli 2011 hatte die WHO insgesamt 7836 Mitarbeiter, am 31. Dezember 2010 waren es noch 8273 Mitarbeiter gewesen, siehe Human Resources: Annual Report, WHO Doc. EB130/26 Add.1 v. 1.12.2011.

12 Rede von Margaret Chan bei der 64. Weltgesundheitsversammlung, WHO Doc. A64/3 v. 16.5.2011.

nization – GAVI) teil, die in ihren ersten zehn Jahren dazu beitrug, 325 Millionen Kinder zu impfen.

Die grundlegende Kritik an den PPPs betrifft die Einbeziehung kommerzieller Unternehmen, die als ›Partner‹ behandelt und mit zwischenstaatlichen Organisationen und Regierungen mit Entscheidungsbefugnis hinsichtlich gesundheitspolitischer Fragen gleichgestellt werden. Die finanziellen Ressourcen multinationaler Firmen und Stiftungen sind weitaus größer als die der WHO und bringen die WHO damit in eine Abhängigkeitsposition.

So betrogen zum Beispiel die freiwilligen Beitragsleistungen der Gates-Stiftung für den Zeitraum 2010–2011 437,2 Millionen US-Dollar. Sie lagen etwas über den freiwilligen Beitragsleistungen der USA in Höhe von 428,8 Millionen US-Dollar und waren beinahe doppelt so hoch wie die Beitragsleistungen Großbritanniens (217,2 Millionen US-Dollar).<sup>13</sup> Die Beiträge der Gates-Stiftung machten einen bemerkenswerten Anteil am Gesamthaushalt der WHO für denselben Zeitraum aus, welcher bei 5,68 Milliarden US-Dollar lag.

Nichtstaatlichen Organisationen (NGOs) zufolge, die am Netzwerk ›People's Health Movement‹ beteiligt sind, nehmen kommerzielle Interessen immer mehr Einfluss auf die Ziele und Strategien der WHO. Thomas Gebauer, Geschäftsführer der international tätigen deutschen Hilfsorganisation ›Medico International‹ wies darauf hin: »Der Löwenanteil von 25 Milliarden US-Dollar, den Gates in Gesundheitsprogramme innerhalb der letzten zehn Jahre weltweit investieren konnte, stammte aus den Einnahmen bekannter Firmen der chemischen, pharmazeutischen und Lebensmittel-Industrie, deren Geschäftspraktiken häufig den weltweiten Gesundheitsbemühungen zuwiderlaufen.« Zudem habe Bill Gates ein Vermögen damit verdient, das Recht auf geistiges Eigentum zu verteidigen, so Gebauer: Die Gates-Stiftung »unterstützt lieber patentierte Medikamente und Impfstoffe, anstatt frei zugängliche und preiswertere Generika zu fördern«.<sup>14</sup>

Analytiker und NGOs fordern, dass unabhängige Experten die komparativen Kostenvorteile und den Mehrwert von PPPs den Risiken und Kosten gegenüberstellen und bewerten sollen. Andere wiederum lehnen PPPs ab, da sie unvereinbar mit demokratischen Entscheidungsprozessen, wirtschaftlicher Gerechtigkeit und dem Recht auf Gesundheit seien. Sie plädieren für eine angemessene öffentliche Finanzierung der WHO unabhängig vom Privatsektor.

Die WHO unterhält enge, aber notwendige Beziehungen mit dem Privatsektor, dessen Macht offensichtlich ist und dessen Ressourcen von wesentlicher Bedeutung sind. Spendengelder und andere karitative Finanzierungsarten sind wichtige Beiträge für Gesundheitsprogramme. Gleichzeitig muss die WHO das große Ziel ›Gesundheit für alle‹ weiter

verfolgen, das hauptsächlich auf die Länder des Südens ausgerichtet ist. Seine Leitungsorgane und sein Sekretariat müssen, mit Hilfe von NGOs, die notwendigen Kontrollen gewährleisten, um die wissenschaftliche und technische Integrität der Organisation zu sichern.

## Die Pharmaindustrie und unverzichtbare Arzneimittel

Die Liste der unverzichtbaren Arzneimittel wurde zum ersten Mal im Jahr 1977 von der WHO veröffentlicht. Sie wird alle zwei Jahre überarbeitet. Die Liste dient dazu, allen Bevölkerungsgruppen Zugang zu unverzichtbaren Arzneimitteln zu ermöglichen und sicherzustellen, dass diese sicher, wirksam und von guter Qualität sind und dass Medikamente verantwortungsbewusst verschrieben und angewandt werden. Die Weltgesundheitsversammlung verabschiedete im Jahr 1986 die überarbeitete Arzneimittelstrategie und im Jahr 1988 die ›Ethischen Kriterien für die Arzneimittelwerbung‹, die als allgemeine Prinzipien von den Regierungen angewandt werden sollen.<sup>15</sup> Ein Kodex der ›Freiwilligen Selbstkontrolle für die Arzneimittelindustrie‹ wurde vom Internationalen Verband der Pharmazeutikerhersteller und -verbände (IFPMA) entwickelt.

Ein besserer Zugang zu den unverzichtbaren Arzneimitteln und Impfstoffen ist insbesondere für Entwicklungsländer notwendig. Dazu ist es erforderlich, dass auf die Arzneien Preisnachlässe gegeben werden und dass die Forschung und Entwicklung von Medikamenten zur Behandlung von Krankheiten, die von der Industrie vernachlässigt werden, ausgeweitet wird.

## Geistiges Eigentum und das Recht auf Gesundheit

Seit dem Jahr 2001 hat die WHO im Bereich geistiges Eigentum und Patentschutz einen neuen zwischenstaatlichen Partner: die Welthandelsorganisation (WTO). Die WTO ist keine UN-Organisation und ihr Mandat, den Freihandel durch zwischenstaatliche Abkommen zu fördern, unterscheidet sich von dem der WHO, läuft ihm sogar manchmal zuwider.

Im November 2001 bekräftigte die WTO-Ministererklärung über das Übereinkommen über handelsbezogene Aspekte der Rechte des geistigen Eigentums (TRIPS) und öffentliche Gesundheit das Recht der Mitgliedstaaten der WTO, das Monopol an Patentrechten in jenen Situationen zu ignorieren, in denen der Zugang zu Medikamenten für die gesamte Bevölkerung gesichert werden muss. In einer neuen WTO-Ministererklärung von 2003 wurde festgelegt, unter welchen Umständen die Staaten Medikamente importieren können, die andernorts unter Zwangslizenz hergestellt wurden. Als Thai-

Die grundlegende Kritik an den PPPs betrifft die Einbeziehung kommerzieller Unternehmen, die als ›Partner‹ behandelt werden.

Die WHO unterhält enge, aber notwendige Beziehungen mit dem Privatsektor, dessen Macht offensichtlich ist und dessen Ressourcen von wesentlicher Bedeutung sind.

land in den Jahren 2006/2007 Zwangslizenzen erteilte, wurde dies von der Pharmaindustrie, den USA, der EU und der Schweiz abgelehnt – fand jedoch Unterstützung durch NGOs.

Die Bemühungen der WHO, Staaten zum Dialog mit der Industrie zum Thema Zwangslizenz zu ermutigen, werden von den NGOs kritisch gesehen. Diese fordern die WHO auf, viel klarer Stellung zu den TRIPS-Auslegungen zu beziehen. NGOs empfehlen der WHO, den Mitgliedstaaten auf Anfrage technische Hilfe anzubieten, um die Anwendung der Zwangslizenzierung zu erleichtern, und Süd-Süd-Partnerschaften zu unterstützen, damit politische, technische und finanzielle Ressourcen dieser Länder gebündelt werden können. Den NGOs zufolge sollte die WHO eine aktivere und sichtbare Rolle dabei einnehmen, die Regierungen und die Pharmaindustrie daran zu erinnern, dass das Recht auf Gesundheit über den Ansprüchen des geistigen Eigentums, selbst wenn diese legitim sein sollten, und des Profits steht.

### Internationale Normen: Der Norden gegen den Süden

Die Internationale Arbeitsorganisation (ILO) hat seit dem Jahr 1919 insgesamt 189 Konventionen verabschiedet. Im Vergleich dazu hat die WHO lediglich ein Abkommen, das Rahmenübereinkommen der WHO zur Eindämmung des Tabakgebrauchs, sowie eine Vorschrift, nämlich die Internationalen Gesundheitsvorschriften, verabschiedet. Allgemein zieht es die WHO vor, rechtlich unverbindliche Empfehlungen und Resolutionen zu verabschieden, und somit nicht verpflichtet zu sein, diese zu kontrollieren oder Verstöße zu sanktionieren.

Die Verhandlung und Verabschiedung des Internationalen Kodex für die Vermarktung von Muttermilchersatzprodukten im Jahr 1981 war dem gegenläufigen Kräftenessen der Industrie und der nationalen sowie internationalen NGOs ausgesetzt, und entwickelte sich zu einer traumatischen Erfahrung für das WHO-Sekretariat (die USA stimmte gegen den Kodex). Der Kodex ist nicht mehr als eine Empfehlung und wird häufig ignoriert oder von der Industrie umgangen. Das Internationale Aktionsnetzwerk zur Säuglingsernährung (IBFAN) kontrolliert und berichtet über die Umsetzung des Kodex durch die Industrie und über nationale Gesetzgebung.

Die Verhandlungen zum Rahmenübereinkommen der WHO zur Eindämmung des Tabakgebrauchs begannen während der Amtszeit von Gro Harlem Brundtland. Es wurde von der Weltgesundheitsversammlung im Jahr 2003 einstimmig verabschiedet und trat im Jahr 2005 in Kraft.

Die Tabakindustrie hat jedoch nicht aufgegeben: sie nutzt heute WTO-Vorschriften, um das WHO-Übereinkommen anzufechten. Mit einem Gesetz



Delegationen der WHO-Mitgliedstaaten diskutieren während der 65. Weltgesundheitsversammlung im Mai 2012 die Reform der Organisation. Foto: WHO

wurde in Australien beschlossen, dass ab 1. Dezember 2012 alle Tabakprodukte in neutraler Verpackung verkauft werden sollen – eine erprobte Methode, um das Rauchen zu verringern. Der multinationale Tabakkonzern Philip Morris verklagte daraufhin Australien, und die Industrie lobbyiert in einem Streitverfahren vor der WTO gegen die Entscheidung mit einem Antrag, den unter anderem Honduras und die Ukraine eingebracht haben, mit der Begründung, es lägen Verstöße gegen die Vereinbarungen des TRIPS-Abkommens vor.

Die Antwort von WHO-Generaldirektorin Margaret Chan fiel jedoch deutlich aus. Sie rief weltweit zur Unterstützung Australiens auf und warf der Tabakindustrie vor, Einschüchterungsmethoden anzuwenden und »extrem aggressiv« und »zähnefletschend« vorzugehen. Auch diese Streitfrage ist ein Beispiel für den andauernden Zielkonflikt zwischen der Sicherung öffentlicher Gesundheitsstandards und dem freien Handel.<sup>16</sup>

Bezüglich der Obergrenze von ungebundenen Zuckern für eine gesunde Ernährung musste sich die WHO aufgrund zu starker Opposition der Zuckerindustrie auf Empfehlungen beschränken. Im Jahr

Es besteht ein andauernder Zielkonflikt zwischen der Sicherung öffentlicher Gesundheitsstandards und dem freien Handel.

<sup>13</sup> Voluntary Contributions by Fund and by Donor for the Financial Period 2010–2011, WHO Doc. A65/29 Add.1 v. 5.4.2012.

<sup>14</sup> Das ›People's Health Movement‹ ist ein Netzwerk von NGOs, die sich auf Gesundheitspolitik spezialisiert haben und in mehr als 70 Ländern arbeiten. Siehe Andreas Zumach, Who Is Really Helping the WHO?, Deutsche Welle, 21.5.2012.

<sup>15</sup> World Health Assembly Resolution WHA39.27, Mai 1986; WHA41.17, Mai 1988.

<sup>16</sup> William New, WHO Head Urges Global Support for Australia in Fight Against Tobacco, Intellectual Property Watch, 22.3.2012, [www.ip-watch.org/2012/03/22/who's-chan-urges-global-support](http://www.ip-watch.org/2012/03/22/who's-chan-urges-global-support)

Alkohol wurde endlich als neuer offizieller ›Feind‹ der WHO und der öffentlichen Gesundheit dem Tabak gleichgestellt.

2010 hat sie die ›Globale Strategie zur Bekämpfung des Alkoholmissbrauchs‹ verabschiedet: Alkohol wurde endlich als neuer offizieller ›Feind‹ der WHO und der öffentlichen Gesundheit dem Tabak gleichgestellt, jedoch mit dem Unterschied, dass lediglich der exzessive Alkoholkonsum verurteilt wurde, nicht aber Alkohol als solches. Auch diese Strategie ist nur eine Empfehlung, kein rechtsverbindliches Übereinkommen.

### Forschung und Entwicklung bei vernachlässigten Krankheiten

Während der Weltgesundheitsversammlung im Mai 2012 wurde die Generaldirektorin in einer Resolution aufgefordert, ein offenes Treffen der Mitgliedstaaten abzuhalten, um den Bericht einer Expertengruppe zu diskutieren.<sup>17</sup> Die Gruppe hatte Empfehlungen ausgearbeitet, wie die Forschung und Entwicklung bei vernachlässigten Tropenkrankheiten (wie etwa der Schlafkrankheit, der Chagas-Krankheit, Bilharziose und Leishmaniose) besser koordiniert werden kann.<sup>18</sup> Die Krankheiten betreffen überproportional arme Länder und werden von der Pharmaindustrie vernachlässigt. Laut Ärzte ohne Grenzen wurden von 1975 bis 2004 nur 18 von insgesamt 1556 Medikamenten entwickelt, die für die Pathologien in armen Ländern anwendbar sind.<sup>19</sup>

In ihrem Bericht hat die Expertengruppe empfohlen, dass die Mitgliedstaaten Verhandlungen für ein rechtsverbindliches Übereinkommen aufnehmen sollten.<sup>20</sup> Weitere Vorschläge waren:

- Erhöhung der öffentlichen Investitionen mittels zusammengelegter Mittel (pooled funds) zur Finanzierung von Forschungseinrichtungen, einschließlich Partnerschaften in der Produktentwicklung auf langfristiger, gesicherter Basis;
- Direkte Zuwendungen an Firmen in Entwicklungsländern;
- Erhöhung der Finanzmittel durch die Erhebung von Steuern für Tabak und Alkohol, eine Steuer für Finanztransaktionen, Förderung der privaten Finanzierung;
- Einrichtung von Patentpools: Patentinhaber übertragen die Lizenz ihrer Patente nach ausgehandelten Bedingungen an einen gemeinsamen Pool und berechtigen Hersteller, die Lizenzen aus diesem Pool unter Anwendung besonderer Auflagen zu verwenden;
- Sozial gerechte Lizenzierungsmodelle (Equitable Access Licensing): damit sollen erschwingliche Versionen in armen Ländern zur Verfügung gestellt werden.

Die Diskussionen in der Weltgesundheitsversammlung verliefen entlang der üblichen Linien zwischen

den Ländern des Nordens und des Südens. Die USA, Japan, Kanada, Australien und Monaco, mit Unterstützung der EU, waren in den Diskussionen gegen ein rechtlich bindendes Instrument – hauptsächlich also jene Länder mit einer starken Pharmaindustrie. Die Schweiz bat um eine Vertagung des Treffens um ein Jahr. Kenia und die Union Südamerikanischer Nationen (UNASUR) mit Unterstützung afrikanischer und asiatischer Staaten setzten sich dafür ein, ohne Verzug formelle Verhandlungen aufzunehmen.<sup>21</sup> Michelle Childs von Ärzte ohne Grenzen sagte: »Dies waren extrem schwierige Verhandlungen. Die USA, die EU – angeführt von Frankreich – und Japan haben nichts unversucht gelassen, um jegliche Fortschritte zu blockieren. Diese mussten aber nach übereinstimmender Meinung der Gesundheitsexperten gemacht werden, um den medizinischen Bedürfnisse der Menschen in Entwicklungsländern gerecht zu werden.«<sup>22</sup>

### Die WHO-Reform

Dass Reformbedarf besteht, ausgelöst durch die Finanz- sowie die Glaubwürdigkeitskrisen der WHO zwischen 2009 und 2011, wurde von der Generaldirektorin ungeschönt im Mai 2011 festgestellt: »Am Ende dieses Jahrzehnts wird die WHO überlastet und überfordert sein und einer spezifischen Reform bedürfen. Die Prioritätensetzung ist weder hinreichend selektiv noch strategisch ausgerichtet. Die vielen Organisationen, die heutzutage im Bereich Gesundheit aktiv sind, die Doppelarbeit und die Fragmentierung schaffen einen beispiellosen Bedarf an größerer Kohärenz und effektiverer Koordinierung.«<sup>23</sup> Im Mai 2012 bekräftigten die Mitgliedstaaten noch einmal ihre Unterstützung für die Reformagenda der Generaldirektorin. Sie unterstützten die von ihr vorgeschlagenen fünf Kategorien zur Prioritäten- und Programmsetzung:

- Übertragbare Krankheiten, einschließlich HIV/Aids, Tuberkulose, Malaria und vernachlässigte Krankheiten;
- Nichtübertragbare Krankheiten wie Herzkrankheiten, Krebs, Lungenerkrankungen, Diabetes und psychologische Erkrankungen sowie Behinderungen und Verletzungen;
- Die lebenslange Förderung der Gesundheit;
- Die Stärkung der Gesundheitssysteme mit dem Ziel einer weltweiten Abdeckung;
- Beobachtung von und entsprechende Gegenmaßnahmen für Krankheitsausbrüche, akute öffentliche gesundheitliche Notlagen und humanitäre Katastrophen.<sup>24</sup>

Die Mitgliedstaaten betonten, dass sich die WHO stärker auf soziale, ökonomische und umweltpolitische Faktoren, die die Gesundheit beeinflussen,

Von 1975 bis 2004 wurden nur 18 von insgesamt 1556 Medikamenten entwickelt, die für die Pathologien in armen Ländern anwendbar sind.

konzentrieren sollte.<sup>25</sup> Die Management-Reformen, die von der Generaldirektorin vorgeschlagen wurden, schließen unter anderem folgende Punkte ein:

- Stärkung der WHO-Länderbüros;
- Überarbeitung der Personalstruktur und der Arbeitsverträge sowie Umsetzung eines Rahmenkonzepts für Mobilität und Rotation;
- Verbesserung des Monitoring und der Berichterstattung;
- Stärkung des Rahmenkonzepts zur internen Kontrolle;
- Stärkung der Maßnahmen betreffend Interessenkonflikte;
- Aufbau von Kommunikationskapazitäten.<sup>26</sup>

## Fazit

Die Weltgesundheitsversammlung hat die internationale Gemeinschaft im Mai 2012 gebeten, die führende Rolle der WHO in der globalen Gesundheitspolitik zu unterstützen. Sie hat die Mitgliedstaaten und Geber dazu aufgerufen, Ressourcen bereitzustellen und die institutionellen Kapazitäten der WHO zu stärken, damit diese ihre Rolle als federführende Organisation innerhalb des Clusters Globale Gesundheit (des Ständigen interinstitutionellen Ausschusses der Vereinten Nationen) ausüben kann.<sup>27</sup>

Die ›fünf Kategorien‹, die als Prioritäten- und Programmsetzung festgelegt wurden, sind umfangreich wie alle Programme und Aktivitäten, die von der Weltgesundheitsversammlung überarbeitet wurden. Die Versammlung hat im Mai 23 Resolutionen verabschiedet, unter anderem zu humanitären Notlagen, internationalen Gesundheitsvorschriften, Massenveranstaltungen, den Millenniums-Entwicklungszielen, zur Pandemievorsorge bei Grippeinfektionen, zur Weltweiten Initiative zur Ausrottung der Kinderlähmung, zu Forschung und Entwicklung, Bilharziose oder gefälschten medizinischen Produkten.

Die Versammlung hat der Generaldirektorin die Prioritätensetzung überlassen, wobei schwierige und schmerzhaft Entscheidungen getroffen und Programme und Personal auf ordnungsgemäße Weise abgebaut werden müssen. Personalkürzungen wurden bereits vorgenommen, jedoch muss sich die WHO darüber klar werden, welche Programme gestärkt, zurückgefahren oder abgeschafft werden sollten.

Die WHO hat als weltweit einzige Institution für öffentliche Gesundheit große Vorteile. Sie repräsentiert die Interessen der Länder des Südens wie des Nordens und muss Kompromisse zwischen den Erfordernissen der reichen Länder und den Bedürfnissen der armen Länder finden. Sie hat ein starkes Mandat in den Bereichen Regulierung, Beobachtung von Epidemien und Kampf gegen Krankheiten. Nur die WHO kann die weltweit besten Spezialisten zusammenrufen und diese bitten, Berichte und Empfehlungen abzugeben, die von Politikern und Wissenschaft-

lern anerkannt und von Gesundheitsdiensten und Laboratorien ausgeführt werden. Nur die WHO hat das Mandat und die Kapazitäten, internationale Normen im Hinblick auf Nahrung sowie auf biologische, pharmazeutische und ähnliche Produkte zu entwickeln, einzurichten und zu fördern. Ihre Stärke liegt in ihren wissenschaftlichen und technischen Fähigkeiten und ihren Erfahrungen bei der Bekämpfung von Krankheiten.

Um ihre Rolle als leitende und koordinierende Behörde des internationalen Gesundheitswesens vollumfänglich ausüben zu können, muss die Finanzierung der WHO gesichert sein. Die Organisation sollte ihren Mitgliedstaaten versichern, dass ›Gesundheit für alle‹ als oberstes Ziel der WHO bestehen bleibt und das Recht auf Gesundheit anerkannt wird.

Die WHO muss Kompromisse zwischen den Erfordernissen der reichen Länder und den Bedürfnissen der armen Länder finden.

**17** Follow-up of the Report of the Consultative Expert Working Group on Research and Development: Financing and Coordination, Resolution WHA65.22 v. 26.5.2012.

**18** Bericht: WHO Doc. A65/24 v. 20.4.2012.

**19** Le rude combat contre les maladies ›négligées‹, Editorial, Le Monde, 29.5.2012.

**20** William New, WHO Expert Group to Recommend Binding R&D Treaty Negotiation, Intellectual Property Watch, 14.12.2011, [www.ip-watch.org/2011/12/14/who-expert-group-to-recommend-binding-rd-treaty-negotiation/](http://www.ip-watch.org/2011/12/14/who-expert-group-to-recommend-binding-rd-treaty-negotiation/)

**21** Agathe Duparc, Les pays en développement imposent une négociation sur la recherche médicale, Le Monde, 27./28.5.2012.

**22** Kathy Jones, Research on Neglected Diseases to Take Priority Place for WHO, AFP, General Health News, 27.5.2012, [www.medindia.net/news/research-on-neglected-diseases-to-take-priority-place-for-who-101830-1.htm](http://www.medindia.net/news/research-on-neglected-diseases-to-take-priority-place-for-who-101830-1.htm)

**23** The Future of Financing for WHO, World Health Organization: Reforms for a Healthy Future, Report by the Director-General, WHO Doc. A64/4 v. 5.5.2011, Abs. 3, [http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA64/A64\\_4-en.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA64/A64_4-en.pdf)

**24** WHO Reform, Report by the Director-General, WHO Doc. A65/40 v. 22.3.2012.

**25** 65th World Health Assembly Closes with New Global Health Measures, WHO News Release, 26.5.2012.

**26** WHO, Executive Board, Decisions, EBSS2(3) Managerial Reforms, WHO Doc. EBSS/2/DIV/2 v. 7.11.2011.

**27** Outcome of the World Conference on Social Determinants of Health, Resolution WHA65.8 v. 26.5.2012; WHO's Response and Role as the Head Cluster Lead in Meeting the Growing Demands of Health in Humanitarian Emergencies, Resolution WHA65.20 v. 26.5.2012.