

Reformfähig oder irrelevant?

Die WHO auf der Suche nach einer neuen Rolle in der globalen Gesundheitspolitik

Cornelia Ulbert



Dr. Cornelia Ulbert, geb. 1965, ist Wissenschaftliche Geschäftsführerin des Instituts für Entwicklung und Frieden (INEF) an der Universität Duisburg-Essen.

Die Rolle der Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat sich seit ihrer Gründung stark gewandelt. Bis in die neunziger Jahre hinein war sie ungefragt die führende Organisation im Bereich der internationalen Gesundheitspolitik. Doch in den letzten Jahrzehnten haben sich die Bedingungen, unter denen Gesundheitsprobleme bearbeitet werden, grundlegend verändert. Ob ein nun in Gang gekommener Reformprozess tatsächlich dazu führen kann, dass die WHO wieder der maßgebliche Akteur im System globaler Gesundheitspolitik wird, hängt entscheidend davon ab, welche Rolle die Mitgliedstaaten ihr inhaltlich zuweisen und wie glaubwürdig sie diese Rolle materiell und institutionell absichern.

Der Wandel von internationaler zu globaler Gesundheitspolitik

Jahrzehntlang war die internationale Gesundheitspolitik durch staatliche und zwischenstaatliche Akteure wie die Weltgesundheitsorganisation oder UNICEF geprägt. Doch mittlerweile werden Gesundheitsprobleme in einem System globaler Gesundheitspolitik bearbeitet.¹ Deutlichstes Zeichen hierfür ist die Zunahme der Akteure, Finanzierungsmechanismen und Programme, wodurch die WHO zu einem Spieler unter vielen wurde. Der Wandel zu globaler Gesundheitspolitik steht in engem Zusammenhang mit größeren politischen, wirtschaftlichen und sozialen Abhängigkeiten, die Folge von Globalisierungsprozessen mit einem steigenden grenzüberschreitenden Austausch von Gütern, Personen, aber auch Ideen und Werten sind. Augenfällig wird dies an der weiträumigen Verbreitung von Infektionserkrankungen wie HIV/Aids, verschiedenen Formen der Influenza oder auch dem schweren akuten Atemwegssyndrom (SARS), was auf die zunehmende Mobilität von Gütern und Personen zurückzuführen ist. Staatliche Grenzen verlieren dadurch an Bedeutung. Verstärkt wird diese Entwicklung durch die Tatsache, dass der staatliche Einfluss auf die Produktion und den gesellschaftlichen Zugang zu Medikamenten abgenommen hat. Verantwortlich dafür sind die stetige Liberalisierung des Welthandels und die Regulierung von Eigentumsrechten im Abkommen über handelsbezogene Aspekte der Rechte an geistigem Eigentum (TRIPS). Gleichzeitig hat auch die Privatisierung von Gesundheitsdienstleistungen deutlich zugenommen, die in den achtziger Jahren politisch initiiert wurde und über die Strukturanpassungsprogramme von Weltbank und Inter-

nationalen Währungsfonds (IWF) vorangetrieben wurde. So übernahm seither auch die im Vergleich zur WHO ungleich finanzstärkere Weltbank eine bedeutende und in Teilen konkurrierende Rolle im Gesundheitsbereich. Vor allem in den neunziger Jahren hat die Weltbank die internationale Gesundheitspolitik maßgeblich beeinflusst. Während die Bank als finanziell und konzeptionell starker Akteur auftrat, reduzierte sich die Rolle der WHO auf die Bereitstellung ›technischer Expertise‹.

Neue Akteure, neue Steuerungsinstrumente und mehr finanzielle Ressourcen

Der Bedeutungsverlust der WHO zeigt sich nicht nur an der Ausweitung der Zahl der Akteure, die sich mittlerweile mit Gesundheitsfragen beschäftigen, sondern auch daran, wie sich diese an der Gestaltung globaler Gesundheitspolitik beteiligen. Mittlerweile spielen viele ›private‹ Akteure eine hervorgehobene Rolle und haben eine Reihe von Funktionen übernommen, die bislang den staatlichen und zwischenstaatlichen Akteuren vorbehalten waren. Nicht zuletzt die Gründung zahlreicher öffentlich-privater Partnerschaften (Public-Private Partnerships – PPPs) im Gesundheitsbereich zeigt, dass private und nichtstaatliche Akteure Steuerungsdefizite klassischer staatlicher und zwischenstaatlicher Akteure zunehmend durch ihr Engagement ausgleichen. Dies hat zwischenzeitlich zu einer deutlichen Ausweitung der Mittel geführt, die global für die Bearbeitung von Gesundheitsproblemen bereitgestellt werden. Diese Entwicklungen sollen im Folgenden kurz an drei Funktionen illustriert werden, die für ein gut funktionierendes System globaler Gesundheitsversorgung maßgeblich sind: 1. Themensetzung, 2. Finanzierung und Ressourcenzuteilung sowie 3. Forschungs- und Entwicklungsleistungen.²

1. Themensetzung

Widmeten sich nichtstaatliche Organisationen (NGOs) wie Ärzte ohne Grenzen oder Oxfam traditionell eher der Bereitstellung von Gesundheitsdienstleistungen und der Umsetzung von Gesundheitsprojekten, so sind NGOs und private Stiftungen seit etwa einem Jahrzehnt immer stärker daran beteiligt, einzelne Gesundheitsprobleme auf die politische Tagesordnung zu setzen. Diese haben mit ihrem Engagement dafür gesorgt, dass dem Thema Gesundheit sowohl in den zwischenstaatlichen Debatten als auch im globalen politischen Diskurs weitaus mehr Aufmerksamkeit zuteil wurde.

Allerdings kann man hierbei auch feststellen, dass ›Gesundheit‹ in sehr unterschiedlichen Kontexten diskutiert wird. Die Diskurse lassen sich danach unterscheiden, ob Gesundheit als Wert an sich angesehen wird oder als Mittel zum Zweck.³ Eine starke zivilgesellschaftliche Bewegung, die sich im Jahr 2000 als ›Weltgesundheitsbewegung‹ (People's Health Movement) institutionalisierte, tritt für die Durchsetzung des Rechts auf Gesundheit für alle ein.⁴ Aus dieser Bewegung heraus entstand auch die Idee, alternative Weltgesundheitsberichte zu verfassen, die seit dem Jahr 2005 bereits dreimal unter dem Titel ›Global Health Watch‹ veröffentlicht wurden.⁵ Der starke menschenrechtliche Bezug des Themas Gesundheit schlug sich im Jahr 2002 in der Einsetzung eines Sonderberichterstatters für das Recht auf Gesundheit durch die damalige Menschenrechtskommission nieder.⁶ Auch die Definition von Gesundheit als öffentliches Gut betrachtet Gesundheit als einen Wert an sich. Diese Interpretation von Gesundheit wurde stark vom UN-Entwicklungsprogramm propagiert.⁷ Im Mittelpunkt steht hierbei die Beobachtung, dass Leistungen der Gesundheitsvorsorge und -versorgung nicht in ausreichendem Maße durch den Markt allein bereitgestellt werden. Dies lasse sich beispielsweise daran ablesen, dass vielen Erkrankungen, die besonders in den Entwicklungsländern auftreten, im Bereich Forschung und Entwicklung von Behandlungsmethoden und Medikamenten keine oder nur geringe Beachtung geschenkt wird.

Aus zwei anderen Perspektiven gilt Gesundheit als Mittel zum Zweck: zum einen im Kontext von Entwicklung, zum anderen aus Sicherheitserwägungen. In ihrem Weltentwicklungsbericht von 1993 thematisierte die Weltbank erstmalig unter dem Titel ›Investing in Health‹ die wichtige Rolle von Gesundheit zur Förderung von wirtschaftlicher Entwicklung. Seither wurde die funktionale Bedeutung von Gesundheit in Entwicklungsprozessen durch zahlreiche prominente Berichte und nicht zuletzt auch in den Millenniums-Entwicklungszielen (MDGs) hervorgehoben. Drei der MDGs widmen sich explizit dem Thema Gesundheit, einige andere weisen einen deutlichen Bezug zu Gesundheit auf. Sicherheitsrelevant wurden Gesundheitsthemen vor allem durch die rasche Ausbreitung einzelner hoch ansteckender Infektionserkrankungen der letzten Jahre (neben SARS auch die Vogelgrippe und die Schweinegrippe). Außerdem befürchtete man terroristische Anschläge mit Biowaffen im Nachgang der Anschläge vom 11. September 2001. Im Rahmen der Diskussion um ein erweitertes Sicherheitskonzept wurde Gesundheit auch als Bestandteil sogenannter menschlicher Sicherheit (human security) bewertet.⁸

Die Einbettung des Themas Gesundheit in unterschiedliche, sich teilweise überlappende Diskurse hat mit dazu beigetragen, dass sich auch innerhalb des Systems der Vereinten Nationen immer mehr Ein-

heiten und Organisationen mit gesundheitsrelevanten Fragen befassen. Notwendig wäre die Koordinierung der unterschiedlichen Diskurse und Themen innerhalb und außerhalb des UN-Systems. Eine Koordinierung und teilweise Harmonisierung der zahlreichen voneinander unabhängigen Aktivitäten wird aber nur dann möglich sein, wenn zwischen den beteiligten Akteuren Einigkeit hinsichtlich der zugrundeliegenden Normen, Rollen und wechselseitigen Erwartungen besteht.⁹

2. Finanzierung und Ressourcenzuteilung

Der fehlende normative Konsens im System globaler Gesundheitspolitik macht sich insbesondere bei Finanzierungsfragen negativ bemerkbar, wenn es darum geht, wie einzelne Ressourcen auf unterschiedliche Gesundheitsbereiche verteilt werden sollen. Die Mittel, die für gesundheitsbezogene Entwicklungsaufgaben und -projekte global zur Verfügung gestellt werden, sind in den letzten zwei Jahrzehnten deutlich gestiegen. Nach Berechnungen des ›Institute for Health Metrics and Evaluation‹ (IHME)¹⁰ ist ein Anstieg dieser als ›development health assistance‹ bezeichneten Mittel von 5,82 Mrd. US-Dollar im Jahr 1990 auf 27,73 Mrd. US-Dollar im Jahr 2011 zu verzeichnen, wobei sich die Summe allein zwischen den Jahren 2001 und 2008 verdoppelte.¹¹

1 Siehe hierzu beispielsweise Kelley Lee, *Globalisation and Health: An Introduction*, Basingstoke 2003; Ichiro Kawachi/Sarah Wamala (Eds.), *Globalization and Health*, Oxford 2007.

2 Vgl. hierzu Suerie Moon et al., *The Global Health System: Lessons for a Stronger Institutional Framework*, PLOS Medicine, 7. Jg., 1/2010, S. e1000193, die als weitere wichtige Funktionen noch Umsetzung/Bereitstellung von Gesundheitsdienstleistungen und Monitoring/Evaluierung/Lernen nennen.

3 Ausführlicher hierzu Elena Heßelmann/Cornelia Ulbert, *Globale Gesundheitspolitik im Wandel*, in: Tobias Debiel/Dirk Messner/Franz Nuscheler/Michèle Roth/Cornelia Ulbert (Hrsg.), *Globale Trends 2010: Frieden, Entwicklung, Umwelt*, Frankfurt a.M. 2009, S. 223–245, hier S. 229–233.

4 Siehe www.phmovement.org

5 Siehe www.ghwatch.org/ghws

6 Siehe auch den Beitrag von Anand Grover/Fiona Lander, *Das Recht auf Gesundheit in Theorie und Praxis*, in diesem Heft, S. 214–218. Zum Mandat und den bisherigen Ergebnissen der Arbeit der jeweiligen Sonderberichterstatter siehe <http://unsrhealth.org>

7 Siehe Inge Kaul/Isabelle Grunberg/Marc Stern/Priya Gajraj (Eds.), *Global Public Goods: International Cooperation in the 21st Century*, Oxford 1999.

8 Commission on Human Security: *Human Security Now*, New York 2003, Kap. 6.

9 Vgl. Moon et al., a.a.O. (Anm. 2), S. 2.

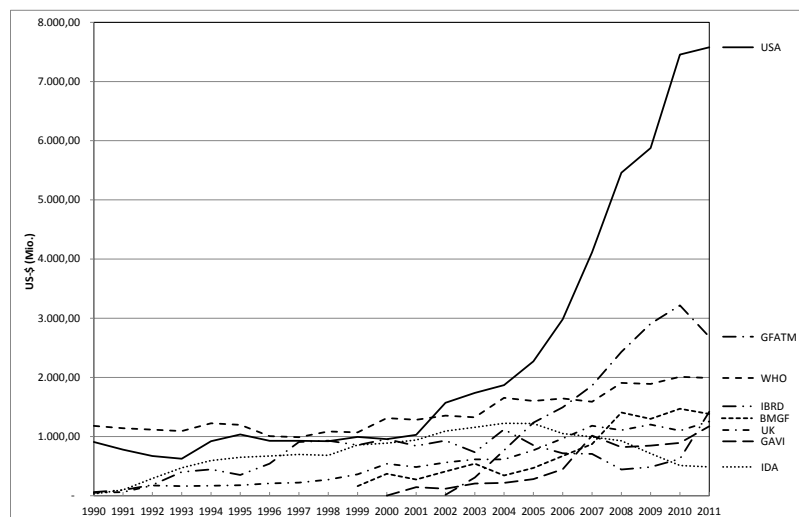
10 Das IHME wurde mit Mitteln der Bill-und-Melinda-Gates-Stiftung an der ›University of Washington‹ in Seattle gegründet.

11 Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), *Financing Global Health 2011: Continued Growth as MDG Deadline Approaches*, Seattle 2011, S. 15.

Die globalen, politischen Diskurse lassen sich danach unterscheiden, ob Gesundheit als Wert an sich angesehen wird oder als Mittel zum Zweck.

Notwendig wäre die Koordinierung der unterschiedlichen Diskurse und Themen innerhalb und außerhalb des UN-Systems.

Zunahme der Mittel für gesundheitsbezogene Entwicklungszusammenarbeit 1990–2011 (ausgewählte Geber)



Quelle: Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), Financing Global Health 2011: Continued Growth as MDG Deadline Approaches, Seattle 2011, S. 64f.

Es gibt klare Hinweise darauf, dass die Gates-Stiftung über ihre Finanzmacht auch die politische Agenda bestimmt.

Die vom IHME veröffentlichten Zahlen veranschaulichen im Zeitverlauf gut den Bedeutungsverlust der WHO, die in den neunziger Jahren noch über das größte Budget zur Bearbeitung von Gesundheitsfragen verfügte. Seit Anfang dieses Jahrhunderts haben nicht nur die USA und Großbritannien ihre Mittel für Gesundheitsprojekte deutlich aufgestockt, bereits in der zweiten Hälfte der neunziger Jahre hatten auch die Finanzierungsinstitutionen der Weltbank¹² vermehrt Mittel zur Förderung von Gesundheitsprogrammen und -projekten zur Verfügung gestellt. Mit dem Globalen Fonds zur Bekämpfung von Aids, Tuberkulose und Malaria (GFATM) gibt es seit dem Jahr 2002 einen neuen Finanzierungsmechanismus, über den Projekte zur Bekämpfung der drei namensgebenden Erkrankungen gefördert werden. Auch eine PPP wie die ›GAVI Alliance‹, die Globale Allianz für Impfstoffe und Immunisierung, die im Jahr 2000 mit einer Ansbuchfinanzierung der Bill-und-Melinda-Gates-Stiftung (BMGF) gegründet wurde, gehört mittlerweile zu den größten Gebern in der globalen Gesundheitspolitik. Die BMGF selbst ist seit einigen Jahren der größte private Finanzier. Sie setzt ihre Mittel einerseits dazu ein, um bestimmte Erkrankungen zu bekämpfen – wie die meisten ›neuen‹ Geber überwiegend Infektionskrankungen¹³ – andererseits um bestimmte Interventionsformen wie Impfstoffe und Immunisierungen zu propagieren.¹⁴ Es gibt klare Hinweise darauf, dass die Gates-Stiftung über ihre Finanzmacht auch die politische Agenda bestimmt: So werden staatliche Mittel entweder in Bereiche, die von der BMGF gefördert werden, umgeleitet oder die Mittel der Stiftung dazu verwendet, ehemals staatliche Finanzierungen zu ersetzen.¹⁵

Die Beispiele GFATM, GAVI oder auch ein großer bilateraler Finanzierungsfonds der USA, der United States President’s Emergency Plan for Aids Relief (PEPFAR), spiegeln den Trend wider, Mittel für bestimmte vertikale Programme zur Verfügung zu stellen, die der Bekämpfung einzelner ausgewählter Erkrankungen dienen. Darunter fällt auch, dass staatliche und nichtstaatliche beziehungsweise private Geber in immer größerem Maße freiwillige Zuwendungen zweckgebunden an multilaterale Organisationen wie die WHO oder die Weltbank geben. Dies hat nicht nur dazu geführt, dass der Haushalt der WHO in den Jahren 2010/2011 zu 75 Prozent aus freiwilligen Beiträgen bestand, sondern diese Mittel von den Gebern auch noch in großem Umfang als zweckgebunden deklariert wurden.¹⁶

3. Forschung und Entwicklung (F&E)

Die skizzierte Tendenz zu ›Multi-Bi-Finanzierung‹¹⁷ hat auch Auswirkungen auf die Gesundheitsforschung und Entwicklung von Behandlungsmethoden und Medikamenten. Die starke Ausrichtung auf schnelle und vorzeigbare Ergebnisse birgt jedoch die Gefahr in sich, dass lediglich die Gesundheitsprobleme bearbeitet werden, bei denen sich schnell ein Erfolg einstellt, denn insbesondere die neuen Initiativen und PPPs beziehen ihre Legitimität aus ihrer Effektivität. Entscheidungen darüber, wofür Forschungs- und Entwicklungsgelder zur Verfügung gestellt werden, fallen aber nicht unbedingt unter Berücksichtigung der Interessen der Betroffenen. Deren Beteiligung, also die Input-Legitimität, tritt demgegenüber in den Hintergrund.

Der Ansatz, schnellen Erfolg zu erzielen, hatte in den ersten Jahren des gesundheitspolitischen Engagements der neuen Geber dazu geführt, sich stärker auf die Behandlung von Infektionserkrankungen zu konzentrieren. Nicht zuletzt die Diskussion um ›vernachlässigte‹ Krankheiten und die globalen Gesundheitslasten (global burden of diseases) durch nicht-übertragbare Krankheiten wie Herz-/Kreislauf- oder Krebserkrankungen, die auch zunehmend die Gesundheitssysteme von Ländern mit mittlerem Einkommen betreffen, haben mittlerweile zu einer leichten Korrektur bei den Finanzierungsentscheidungen geführt. Dennoch stehen längerfristige Ziele einer breiten öffentlichen Gesundheitsversorgung, insbesondere mit Blick auf Entwicklungsländer, immer noch nicht im Mittelpunkt weltweiter Forschungsanstrengungen, weil durch das bestehende System geistiger Eigentumsrechte kein Marktanreiz geschaffen wird, Forschungs- und Entwicklungsarbeit in deren spezifische Gesundheitsprobleme zu investieren.

Der Versuch, bei der 65. Weltgesundheitsversammlung im Mai 2012 zu einem Konsens über die Aushandlung eines Vertrags über Forschung und Entwicklung zu gelangen, ist vorläufig gescheitert. Durch diesen Vertrag hätten die notwendigen Mit-

tel für die Erforschung von Erkrankungen, die in Entwicklungsländern auftreten, bereitgestellt sowie die Forschungsanstrengungen besser koordiniert werden sollen.¹⁸ Denn die Zunahme an F&E-Mitteln in der globalen Gesundheitspolitik hat bislang nicht dazu geführt, dass sich der Anteil an Gesundheitsforschung signifikant von den USA, Europa und Japan in andere Länder verschoben hätte. Auch sogenannte Produktpartnerschaften wie die ›International Aids Vaccine Initiative‹ (IAVI), durch die Wissensaufbau und die Nutzung vorhandener Wissensressourcen in den Entwicklungsländern gefördert wird,¹⁹ haben trotz gewisser Erfolge das Gesamtbild nicht verändern können.

Die Diskussion einiger maßgeblicher Steuerungsfunktionen im System globaler Gesundheitspolitik hat gezeigt, dass die WHO in den letzten Jahrzehnten nur noch begrenzt Führungsaufgaben übernommen hat. Ein Grund dafür liegt auch darin, dass sie als Organisation nicht in der Lage war, hinreichend auf die veränderten Bedingungen und Anforderungen zu reagieren, die sich seit den neunziger Jahren im Übergang von internationaler zu globaler Gesundheitspolitik ergeben hatten.

Finanzkrise der WHO als Vertrauenskrise

Im Nachgang zur Weltfinanzkrise von 2007/2008 musste die WHO Kürzungen hinnehmen. Sie ist seither in noch stärkerem Maße darauf angewiesen, weitere freiwillige Zuwendungen einzuwerben, die sie nicht nur von ihren Mitgliedstaaten erhält. Lediglich 54 Prozent der freiwilligen Beiträge stammten im Zweijahreshaushalt 2010/2011 von den Staaten, 21 Prozent wurden von den Vereinten Nationen und anderen zwischenstaatlichen Organisationen aufgebracht, 18 Prozent von Stiftungen (allen voran der BMGF), sechs Prozent von NGOs und ein Prozent von Unternehmen.²⁰ In Anbetracht der insgesamt deutlich gestiegenen Mittel in der globalen Gesundheitspolitik ist die Finanzkrise, in der sich die WHO befindet, jedoch auch als Zeichen des Vertrauensverlustes von Seiten der Mitgliedstaaten und anderer Geber zu werten. Indem die WHO-Mitgliedstaaten und private Geber Mittel als freiwillige zweckgebundene Zuweisungen deklarieren, erhalten sie die Möglichkeit, einerseits ihre jeweils eigenen Finanzierungsprioritäten zu verfolgen und andererseits die Vergabe der Mittel an Leistungskriterien zu knüpfen und die Überprüfung von Ergebnissen einzufordern. Die mangelhafte Grundausstattung führt allerdings bereits jetzt dazu, dass die WHO Gefahr läuft, bestimmte Kernaufgaben nicht mehr hinreichend erfüllen zu können, und durch vermehrten Stellenabbau langjährig aufgebaute Expertise verloren geht.

Viele der Probleme, mit denen die WHO zu kämpfen hat, sind nicht neu. Bereits Mitte der neunziger

Jahre wurde der WHO bescheinigt, sich in einer Krise zu befinden.²¹ Schon damals zeichnete sich ab, dass freiwillige zweckgebundene Zuwendungen zu einer – mehr oder weniger unkontrollierten – Ausweitung des Aufgabenportfolios der WHO führen würden. Darin war keine Prioritätensetzung mehr erkennbar, und es war der Steuerung durch die WHO-Führungsgremien entzogen. Damals wie heute verursacht die Struktur der WHO mit dem Amtssitz in Genf und den autonom handelnden Regionalbüros, die wiederum nicht gut mit den Ländervertretungen vernetzt sind, Schwierigkeiten, Entscheidungen innerhalb der Organisation stringent durchzusetzen. Die heutige Kritik an der WHO bezieht sich daher sowohl auf die Führungsstruktur der WHO, auf Management-Prozesse, die als zu bürokratisch gelten, als auch auf die Qualität ihrer Arbeit, zumal sich die WHO als Gesamtorganisation bislang keiner externen Evaluierung gestellt hat.

Der Beginn eines Reformprozesses

Nachdem WHO-Generaldirektorin Margaret Chan im Januar 2010 einen Diskussionsprozess zur Zu-

Die Diskussion hat gezeigt, dass die WHO in den letzten Jahrzehnten nur noch begrenzt Führungsaufgaben übernommen hat.

¹² Das sind die Internationale Bank für Wiederaufbau und Entwicklung (IBRD) und die Internationale Entwicklungsorganisation (IDA).

¹³ Siehe David McCoy/Sudeep Chand/Devi Sridhar, *Global Health Funding: How Much, Where it Comes from and Where it Goes*, *Health and Policy Planning*, 24. Jg., 6/2009, S. 407–417; Nirmala Ravishankar et al., *Financing of Global Health: Tracking Development Assistance for Health from 1990 to 2007*, *Lancet*, 373. Jg., 9681/2009, S. 2113–2124.

¹⁴ Siehe David McCoy/Gayatri Kembhavi/Jinesh Patel/Akish Luintel, *The Bill & Melinda Gates Foundation's Grant-Making Programme for Global Health*, *Lancet*, 373. Jg., 9675/2009, S. 1645–1653.

¹⁵ Siehe Marwa Farag et al., *Does Funding from Donors Displace Government Spending for Health in Developing Countries?*, *Health Affairs*, 28. Jg., 4/2009, S. 1045–1055.

¹⁶ Der WHO-Programmhaushalt in den Jahren 2010/2011 betrug (ohne den Wert freiwilliger Sachspenden wie Impfmittel) 3,866 Mrd. US-Dollar. Davon stammten 945 Mio. aus den ordentlichen Beiträgen der Mitgliedstaaten und 2,899 Mrd. aus freiwilligen Zuwendungen. Siehe WHO, *Financial Report and Audited Financial Statements for the Period 1 January 2010 to 31 December 2011*, Genf 2012, WHO Doc. A65/29, S. 3.

¹⁷ Vgl. hierzu Devi Sridhar, *Who Sets the Global Health Research Agenda? The Challenge of Multi-Bi Financing*, *PLOS Medicine*, 9. Jg., 9/2012, S. e1001312.

¹⁸ Consultative Expert Working Group on Research and Development: *Financing and Coordination*, WHO Doc. A65/24 v. 20.4.2012.

¹⁹ Siehe Joanna Chataway/James Smith, *The International Aids Vaccine Initiative (IAVI): Is It Getting New Science and Technology to the World's Neglected Majority?*, *World Development*, 34. Jg., 1/2006, S. 16–30.

²⁰ WHO, *Financial Report*, a.a.O. (Anm. 16), S. 5.

²¹ Fiona Godlee, *The World Health Organisation: WHO in Crisis*, *British Medical Journal*, 309. Jg., 6966/1994, S. 1424–1428.

Der Vorschlag, ein Weltgesundheitsforum zu gründen, wurde bislang nicht weiterverfolgt.

kunft der Finanzierung der WHO angestoßen hatte, wurde schnell klar, dass die Mitgliedstaaten die Frage der Finanzierung mit Forderungen nach weitreichenderen Reformen innerhalb der Organisation verbanden. Als Ergebnis längerer interner Beratungen legte Chan dem Exekutivrat und der 65. Weltgesundheitsversammlung eine Reihe konkreter Reformvorschläge vor, die auf einer ersten internen Evaluierung der Arbeit der WHO beruhten.²² Die umfangreichen Reformvorschläge beziehen sich auf die Inhalte der Arbeit (Programme und Prioritätensetzungen), die Lenkungsstruktur und konkrete Management-Prozesse.²³ Insgesamt scheinen die Reformvorhaben sehr ambitioniert zu sein; erste Beschlüsse wurden bereits gefasst.²⁴ Dazu gehört auch die Festlegung einiger Kernaufgaben, auf die sich die WHO bei der Erarbeitung eines neuen Rahmenplans für die Jahre 2014 bis 2019 konzentrieren soll:²⁵ eine Führungsrolle zu übernehmen, die Forschungsagenda zu bestimmen, Normen und Standards zu setzen, konkrete politische Handlungsempfehlungen zu formulieren, technische Hilfe zu leisten und den Kapazitätsaufbau in den Mitgliedstaaten zu fördern sowie eine Überwachungsfunktion einzunehmen und Gesundheitstrends herauszuarbeiten. Wie es der WHO gelingen kann, diese Kernaufgaben tatsächlich erfolgreich zu erfüllen, bleibt in diesem Stadium jedoch weiterhin unklar.

Welche Rolle ist für die WHO denkbar?

Der eingeleitete Reformprozess wird nur dann erfolgreich sein, wenn sich die WHO-Mitgliedstaaten und die anderen Akteure im System globaler Gesundheitspolitik darauf verständigen, welche Rolle

die WHO künftig in der komplexen Netzwerkstruktur übernehmen soll. Dabei gilt eine grundlegende Bedingung: »Um zu diesem Konsens zu gelangen, müssen sich die Beteiligten über die Ziele einig sein und den Prozess als inklusiv, transparent, technisch durchführbar und fair betrachten.«²⁶ Dazu gehört auch, dass die WHO wichtige Akteure über die Mitgliedstaaten hinaus besser in ihre programmatische Arbeit einbindet.

Der noch nicht sehr ausgereifte Vorschlag der WHO-Generaldirektorin, ein Weltgesundheitsforum (World Health Forum) zu gründen,²⁷ über das weitere Akteure an der Arbeit der WHO beteiligt werden sollen, wurde bislang nicht weiterverfolgt. Zum einen befürchten die Mitgliedstaaten eine Aushöhlung ihrer Entscheidungsmacht, zum anderen meldeten auch zivilgesellschaftliche Organisationen scharfen Protest an. Bei NGOs lautet der Vorbehalt, dass Unternehmen und private Stiftungen einen zu großen Einfluss auf die Arbeit der WHO nehmen könnten. Damit würde es zu Interessenkonflikten kommen, für die es bislang keinerlei Verhaltensrichtlinien oder institutionelle Vorkehrungsmaßnahmen gebe.²⁸ Dass das Thema möglicher Interessenkonflikte offen diskutiert und wirksame Verfahren gefunden werden müssen, wie die WHO damit umgehen kann, steht außer Frage.²⁹ Kritiker einer stärker formalisierten institutionellen Einbindung anderer wichtiger Akteure in der globalen Gesundheitspolitik lassen jedoch außer Acht, dass diese Akteure bereits über freiwillige Zuwendungen an die WHO deren Agenda bestimmen – und darüber hinaus die globale politische Tagesordnung –, ohne dass sie sich dafür in irgendwelchen Gremien rechtfertigen müssten. Zudem kann die WHO eine Steuerungsfunktion nur dann übernehmen, wenn sie alle relevanten Akteure institutionell einbinden kann.

Die Entscheidung, welche Funktionen der WHO zugewiesen werden sollten, in denen sie tatsächlich künftig (wieder) eine Führungsrolle übernehmen kann, hängt davon ab, worin deren »Alleinstellungsmerkmale« beziehungsweise »komparativen Vorteile« liegen. Diese liegen eindeutig nicht darin, eine Organisation zur Finanzierung von Gesundheitsprojekten zu sein. Ebenso wenig liegen die Stärken der WHO darin, in größerem Umfang selbst Projekte vor Ort durchzuführen. Im Gegensatz zu den zahlreichen neuen Initiativen und PPPs, deren Legitimität auf den Ergebnissen ihrer Arbeit (Output-Legitimität) beruht, bezieht die WHO ihre Legitimität aus dem Umstand, dass sie die Organisation im System der Vereinten Nationen ist, die sich ausschließlich dem Thema Gesundheit widmet. Zudem ist es ihr am ehesten möglich, durch ihre universelle Mitgliedschaft, einen Einblick in die globalen Gesundheitsbedürfnisse zu erhalten. Dieser Umstand würde dafür sprechen, für die WHO vor allem drei wesentliche Funktionen im System globaler Gesundheits-



WHO-Generaldirektorin Margaret Chan und Bill Gates während eines Treffens auf der 64. Weltgesundheitskonferenz im Mai 2011 zum Thema Ausrottung der Kinderlähmung. Foto: WHO/ Pierre Albouy

politik ins Auge zu fassen: **1.** Die Identifizierung maßgeblicher Gesundheitsprobleme und Normsetzung, **2.** technische Unterstützung über die Erarbeitung von Regeln und Richtlinien sowie **3.** ein Forum zur Verfügung zu stellen, auf dem bindende Entscheidungen getroffen werden können.

1. Die Identifizierung maßgeblicher Gesundheitsprobleme und Normsetzung

Viele Beobachter betrachten die Verabschiedung der Erklärung von Alma-Ata im Jahr 1978,³⁰ in der die WHO das Recht auf Gesundheit für alle fest schrieb, als einen Meilenstein in der Geschichte der Organisation. Damit gelang es ihr, internationale Gesundheitspolitik unter ein gemeinsames normatives Dach zu stellen, das große Mobilisierungskraft entfaltet. Wie »ein bestmöglicher Gesundheitszustand« erreicht werden kann, hat die WHO gezeigt, indem sie in dem Bericht der Kommission für Gesundheitsforschung für Entwicklung darauf hingewiesen hat, dass es vernachlässigte Krankheiten gibt.³¹ Auch in der Untersuchung globaler Gesundheitsbelastungen leistete die WHO Pionierarbeit, durch die langfristige Trends in der Entwicklung möglicher Gesundheitsprobleme aufgezeigt wurden, worauf nationale Gesundheitssysteme vorausschauend reagieren können.

2. Technische Unterstützung über die Erarbeitung von Regeln und Richtlinien

Kritik an der Qualität der Arbeit der WHO bezieht sich insbesondere darauf, dass es der Organisation nicht immer gelingt, rechtzeitig Richtlinien im Umgang mit bestimmten Erkrankungen oder konkrete Therapieansätze zu formulieren. Dass es hierzu Kritik gibt, zeigt aber auch, dass genau diese Leistung von der WHO erwartet wird. Keine andere Organisation bietet sich aufgrund ihrer universalen Mitgliedschaft an, einen Vorsorgeplan im Umgang mit Grippe-Pandemien zu entwickeln oder Internationale Gesundheitsvorschriften zu erlassen, die im Jahr 2005 erfolgreich überarbeitet wurden.

3. Forum, auf dem bindende Entscheidungen getroffen werden können

Das Mandat der WHO ermöglicht es ihr theoretisch, Verhandlungsprozesse anzustoßen, an deren Ende für die Mitglieder bindende Entscheidungen stehen. Interessanterweise hat die WHO in ihrer Geschichte bislang nur einen einzigen Vertrag verabschiedet, nämlich im Jahr 2003 das Rahmenübereinkommen zur Eindämmung des Tabakgebrauchs. Mit diesem Vertrag ist auch ein Berichtssystem verbunden, ein Novum in der Geschichte der WHO, in der die Einhaltung von Regeln bislang den Mitgliedstaaten anheimgestellt war.

Sich über die Stärken der WHO im Vergleich zu anderen Akteuren im globalen Gesundheitssystem im Klaren zu werden, scheint unerlässlich, um Pri-

oritäten in der Aufgabenstellung zu setzen und herauszufinden, in welche Richtung sich Reformen im Bereich Programm, institutionelle Struktur und Management-Prozesse bewegen sollten. Nur weil Themen »wichtig« sind, heißt das nicht, dass sie auch von der WHO bearbeitet werden müssen.³² Die Frage ist, welchen »Mehrwert« die Behandlung von Themen innerhalb der WHO im Vergleich zu anderen Institutionen haben könnte. Dazu ist eine verlässliche Grundfinanzierung notwendig, die die WHO-Mitgliedstaaten aber nur zur Verfügung stellen werden, wenn sie vom Wert der Organisation und dem Erfolg des Reformprozesses überzeugt sind. Allerdings sind die Mitgliedstaaten damit noch nicht aus ihrer Verantwortung entlassen. Wenn die WHO wirklich eine Führungsrolle in der globalen Gesundheitspolitik übernehmen soll, dann müssen sich ihre Mitglieder auch darauf einlassen, für alle verbindliche Regeln zu formulieren, die einmal eingegangenen Verpflichtungen einzuhalten und deren Einhaltung systematisch überprüfen zu lassen.

Wenn die WHO eine Führungsrolle übernehmen soll, dann müssen sich ihre Mitglieder darauf einlassen, für alle verbindliche Regeln zu formulieren.

22 WHO Reform: Independent Evaluation Report: Stage One, WHO Doc. A65/5 Add.2 v. 18.5.2012.

23 WHO Reform: Consolidated Report by the Director-General, WHO Doc. A65/5 v. 25.4.2012.

24 Decisions and List of Resolutions, WHO Doc. A65/DIV/3 v. 5.6.2012.

25 WHO Reform: Draft Twelfth General Programme of Work and Explanatory Notes, WHO Doc. A65/5 Add.1 v. 26.4.2012.

26 Moon et al., a.a.O. (Anm. 2), S. 2.

27 WHO, World Health Forum, Concept Paper, 22.6.2011, www.who.int/dg/reform/en_who_reform_world_health_forum.pdf

28 Siehe etwa Judith Richter, WHO Reform and Public Interest Safeguards: An Historical Perspective, *Social Medicine*, 6. Jg., 3/2012, S. 141–150.

29 Siehe hierzu beispielsweise die Vorschläge von David Stuckler/Sanjay Basu/Martin McKee, Global Health Philanthropy and Institutional Relationships: How Should Conflicts of Interest Be Addressed, *PLOS Medicine*, 8. Jg., 4/2011, S. e1001020.

30 Erklärung von Alma-Ata, www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0017/132218/e93944G.pdf

31 Commission on Health Research for Development, *Health Research, Essential Link to Equity in Development*, Oxford 1990.

32 Vgl. hierzu etwa den Vorschlag von Gaudenz Silberschmidt, eher einen »Matrix-Ansatz« für die Reform der WHO zu wählen. Gaudenz Silberschmidt, *How to Set Priorities for the World Health Organization*, Global Health Programme Working Paper No. 6, Genf 2011, S. 6.