

Fit for Purpose? Die WHO auf der Suche nach einer neuen Rolle in der globalen Gesundheit

von Cornelia Ulbert¹

ABSTRACT

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) ist die internationale Organisation mit dem Mandat, die internationale Gesundheitszusammenarbeit zu koordinieren und zu führen. Diese Rolle konnte sie aber im System globaler Gesundheit bislang nicht angemessen ausüben. Verantwortlich dafür ist unter anderem eine lang andauernde Finanzierungs Krise, die Ausdruck des mangelnden Vertrauens der Mitgliedsstaaten in die Leistungsfähigkeit der Organisation ist. Mit dem laufenden Arbeitsprogramm unter dem neuen Generaldirektor Tedros Adhanom Ghebreyesus strebt die WHO an, diesen Führungsanspruch umzusetzen und ihre Wirksamkeit zu steigern. Dazu sind weitreichende Änderungen geplant. Die Transformation der WHO kann jedoch nur gelingen, wenn die Mitgliedsstaaten den Anteil der frei verwendbaren Mittel im Budget erhöhen, um der WHO den notwendigen Gestaltungsspielraum für die Reformen zu verschaffen.

Schlüsselwörter: Weltgesundheitsorganisation, Reform, globale Gesundheit

***The World Health Organization (WHO)** is the international organization with the mandate to coordinate and lead international collaboration in health matters. In the global health system of today, however, WHO has not been able to fulfill this role adequately yet. This is partly due to a long lasting financing crisis, which reflects the member states' lack of confidence in the efficiency and capacities of the organization. With its current General Program of Work the WHO under Director-General Tedros Adhanom Ghebreyesus seeks to realize its claim to leadership and to increase its effectiveness. For this, various changes are currently under way. However, the transformation can only be successful, if member states increase the percentage of unearmarked funds to provide WHO with the necessary leeway to carry out the projected reforms.*

Keywords: World Health Organization, reform, global health

1 Einleitung

Die Architektur, innerhalb derer Gesundheitsfragen behandelt werden, hat sich vor allem in den vergangenen 20 Jahren von einem eher zwischenstaatlich geprägten in ein globales System gewandelt. Dadurch wurde die Weltgesundheitsorganisation (World Health Organization, WHO) zu einem von vielen – teilweise konkurrierenden – Akteuren. Obwohl mit der Zunahme an Akteuren auch die finanziellen Mittel für die Gesundheitszusammenarbeit stiegen, befindet sich die WHO seit Jahren in einer Finanzierungs Krise, die auch Ausdruck des mangelnden Vertrauens der Mitgliedsstaaten in die Leis-

tungsfähigkeit der Organisation ist. Daran konnten auch wiederholte Reforminitiativen nichts ändern. Mit dem Amtsantritt des gegenwärtigen WHO-Generaldirektors Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus im Jahr 2017 setzte ein neuer Reformprozess ein, durch den die WHO wieder eine stärkere Führungsrolle übernehmen will. Gleichzeitig soll sie in die Lage versetzt werden, besser mit anderen Akteuren der globalen Gesundheitspolitik zu kooperieren. Der vorliegende Beitrag erläutert den Kontext des aktuellen Reformprozesses, skizziert zentrale Reformaspekte und diskutiert die Erfolgsaussichten, die Rolle der WHO als führende Gesundheitsorganisation zu stärken.

¹ Dr. rer. pol. Cornelia Ulbert, Institut für Entwicklung und Frieden (INEF), Universität Duisburg-Essen · 47048 Duisburg · Telefon 0203-3794422
E-Mail: cornelia.ulbert@inef.uni-due.de

2 Die WHO im System globaler Gesundheit

Die WHO nahm 1948 ihre Arbeit mit dem Ziel auf, dass alle Völker ein „Höchstmaß an Gesundheit“ („highest possible level of health“) erreichen sollten (*WHO 2006, Article 1*), wobei Gesundheit definiert wurde als der Zustand vollkommenen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens („state of complete physical, mental and social well-being“), also mehr umfasste als die Abwesenheit von Krankheit (*WHO 2006, 1*). Mit diesem Mandat war eine lange Liste von Aufgaben verbunden, allen voran, als führende und koordinierende Instanz in der internationalen Gesundheitsarbeit zu wirken (*WHO 2006, Article 2 (a)*).

Bis in die 1990er-Jahre hinein war die WHO auch unhinterfragt die führende Organisation im Bereich der internationalen Gesundheitspolitik. Doch in den vergangenen Jahrzehnten haben sich die Bedingungen, unter denen Gesundheitsprobleme global bearbeitet werden, grundlegend verändert. Jahrzehntelang war internationale Gesundheitspolitik durch staatliche und zwischenstaatliche Akteure wie die WHO oder das Kinderhilfswerk der Vereinten Nationen (United Nations Children's Fund – UNICEF) geprägt. Doch mittlerweile werden Gesundheitsprobleme in einem System globaler Gesundheitspolitik bearbeitet. Deutlichstes Kennzeichen hierfür ist die Zunahme der Akteure, Finanzierungsmechanismen und Programme, wodurch die WHO zu einem unter vielen Spielern wurde. Der Wandel zu globaler Gesundheitspolitik steht in engem Zusammenhang mit größeren politischen, ökonomischen 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 in jüngerer Zeit des Zika-Virus. Im Endeffekt verlieren staatliche Grenzen dadurch an Bedeutung.

Gleichzeitig nahm auch die Privatisierung von Gesundheitsdienstleistungen deutlich zu, die in den 1980er-Jahren politisch initiiert wurde und über die Strukturanpassungsprogramme von Weltbank und Internationalem Währungsfonds (IWF) vorangetrieben wurde. So übernahm seither auch die im Vergleich zur WHO ungleich finanzkräftigere Weltbank eine starke und in Teilen konkurrierende Rolle im Gesundheitsbereich, wodurch diese vor allem seit den 1990er-Jahren einen dominierenden Einfluss auf internationale Gesundheitspolitik erhalten konnte. Während die Weltbank als finanziell und konzeptionell starker Akteur auftrat, reduzierte sich die Rolle der WHO auf die technische Expertise in Gesundheitsfragen.

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 sogenannte private Akteure eine hervorgehobene Rolle – allen voran die finanzstarke Bill-und-Melinda-Gates-Stiftung (Bill & Melinda Gates Foundation, BMGF). Diese 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 nicht staatliche Akteure Steuerungsdefizite klassischer staatlicher und zwischenstaatlicher Akteure verstärkt durch ihr Engagement ausgleichen. Dies hat vor allem seit Beginn der 2000er-Jahre – angeregt durch die Millennium-Entwicklungsziele (Millennium Development Goals, MDGs) der Vereinten Nationen (United Nations, UN) – zu einer deutlichen Ausweitung der Mittel geführt, die Ländern mit niedrigem und mittlerem Einkommen global für die Bearbeitung von Gesundheitsproblemen bereitgestellt werden. Nach Berechnungen des Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), das mit Mitteln der BMGF an der University of Washington in Seattle gegründet wurde, stiegen diese als *development health assistance* bezeichneten Mittel von 12 Milliarden US-Dollar im Jahr 2000 auf 37 Milliarden US-Dollar im Jahr 2017 an, mit einem Höhepunkt von etwa 40 Milliarden US-Dollar im Jahr 2013 (*Institute for Health Metrics and Evaluation 2018*).

Die Bereitschaft vieler Staaten, mehr Mittel für die globale Gesundheitszusammenarbeit zur Verfügung zu stellen, schlug sich jedoch nicht im gleichen Maß in einem stärkeren finanziellen Engagement bei der WHO nieder. Diese befindet sich vielmehr seit Jahrzehnten in einer Finanzierungskrise, nachdem trotz gestiegener Anforderungen die Finanzausstattung über Jahre hinweg nahezu konstant blieb und der Anteil der frei verwendbaren Pflichtbeiträge im Vergleich zu zweckgebundenen freiwilligen Zuwendungen stetig sank. Die Zurückhaltung der Mitgliedsstaaten, die Pflichtbeiträge zu erhöhen, ist Ausdruck eines mangelnden Vertrauens in die Leistungsfähigkeit der WHO. Die Grenzen dieser Leistungsfähigkeit wurden im Zuge der Ebola-Epidemie 2014/15 in Westafrika drastisch deutlich.

3 Ebola-Krise 2014/15 offenbart eklatante Schwächen

Die Ebola-Epidemie 2014/15 in den westafrikanischen Staaten Guinea, Liberia und Sierra Leone markiert mit circa 28.600 Krankheits- und rund 11.300 Todesfällen (*WHO 2016b*) eine der schwersten Gesundheitskrisen der jüngeren Zeit. Der

WHO waren zwar bereits im März 2014 erste Infektionsfälle gemeldet worden, einen Gesundheitsnotfall von internationaler Tragweite (Public Health Emergency of International Concern, PHEIC) rief diese jedoch erst im August 2014 aus. Eine konzertierte internationale Hilfsaktion lief allerdings erst an, als sich der Sicherheitsrat der Vereinten Nationen im September desselben Jahres erstmalig in seiner Geschichte mit einem akuten Gesundheitsnotfall beschäftigte und feststellte, dass der Ausbruch von Ebola in Westafrika eine Bedrohung des internationalen Friedens und der Sicherheit darstellte. Der damalige UN-Generalsekretär Ban Ki-moon setzte daraufhin eine Sondermission zur Bekämpfung von Ebola (UN Mission for Ebola Emergency Response, UNMEER) ein und einen Sonderbeauftragten für Ebola, um die internationalen Hilfsmaßnahmen besser zu koordinieren.

Der Ebola-Ausbruch in Westafrika zeigte deutlich, dass die existierenden Strukturen zur Bekämpfung globaler Gesundheitskrisen große Defizite aufwiesen. Eigentlich wäre es Aufgabe der WHO gewesen, im UN-System eine steuernde und koordinierende Funktion zu übernehmen. Dazu dienen auch die internationalen Gesundheitsvorschriften, die 2005 überarbeitet wurden und in denen verbindliche Maßnahmen zur internationalen Bekämpfung von Infektionserkrankungen niedergelegt sind. Die seit Jahren chronische Unterfinanzierung der WHO trug unter anderem dazu bei, dass die Organisation nicht in der Lage war, zügig und angemessen auf die Ebola-Infektionsschwelle zu reagieren. Aufgrund von Sparmaßnahmen wurden ausgerechnet in dem damals laufenden Haushalt die Mittel für die Notfallreaktion beim Ausbruch von Epidemien und Gesundheitskrisen um die Hälfte gekürzt. Daher war die WHO nicht einmal in der Lage, ihren eigenen Notfallplan vom August 2014 zügig umzusetzen, weil sie dazu zunächst Mittel einwerben musste. Hinzu kam die historisch gewachsene, aber schon seit Jahren bemängelte organisatorische Struktur der WHO mit dem Hauptquartier in Genf und sechs weitgehend autonom agierenden Regionalbüros. Etwa 70 Prozent des WHO-Personals arbeitet in den Regional- und Länderbüros (*WHO 2016a*) und ist dem zentralen Zugriff des Genfer Hauptquartiers weitgehend entzogen. Daher war das Hauptquartier in Genf auch nicht in der Lage, das theoretisch vorhandene, aber nicht immer hinreichend qualifizierte Personal schnell in die von Ebola betroffenen Länder abzustellen.

Im Nachgang zur Ebola-Krise attestierten eine Reihe von Experten-Kommissionen und Berichten der WHO einen Mangel an technischen Kapazitäten, gepaart mit einer fehlenden „Notfall-Kultur“, also der Fähigkeit, schnell Entscheidungen zu treffen, mit anderen Organisationen zusammenzuarbeiten und flexibel auf Anforderungen vor Ort zu reagieren. Zudem wurden die unsichere Finanzierung der WHO, der unklare Fokus der Organisation auf mögliche Aufgabengebiete sowie fehlende Transparenz und nicht existierende Rechenschaftspflichtigkeit für Fehlleistungen beklagt (*Moon et al. 2017*). Vor

allem das kollektive Versagen der Weltgemeinschaft in der Ebola-Krise zeigte deutlich, dass der WHO-Reformprozess, der seit 2011 unter der vorherigen Generaldirektorin Margaret Chan angestoßen worden war, nicht ausreichend war, um der WHO zu einer klaren und wirksamen Rolle in der globalen Gesundheitsarchitektur zu verhelfen. Umso entscheidender wird es sein, dass der nun unter dem neuen Generaldirektor Tedros initiierte Reformprozess zu einer Stärkung der WHO führen wird.

4 Ansatzpunkte zur Reform der WHO

Am Beispiel der Ebola-Krise lässt sich der Handlungsbedarf ablesen, an dem die Reform der WHO verstärkt ansetzen muss: Stärkung nationaler Gesundheitssysteme und Zugang zu allgemeiner Gesundheitsversorgung, Aufbau eines effektiven Pandemie-Notfallsystems, Verbesserung der Koordination innerhalb der WHO über die verschiedenen Strukturebenen hinweg und innerhalb des UN-Systems mit klaren Verantwortlichkeiten, Förderung von Kooperationen mit weiteren Akteuren im globalen Gesundheitssystem, Überprüfung der Wirksamkeit der eigenen Arbeit sowie eine ausreichende Finanzierung zentraler Aufgaben und Programme.

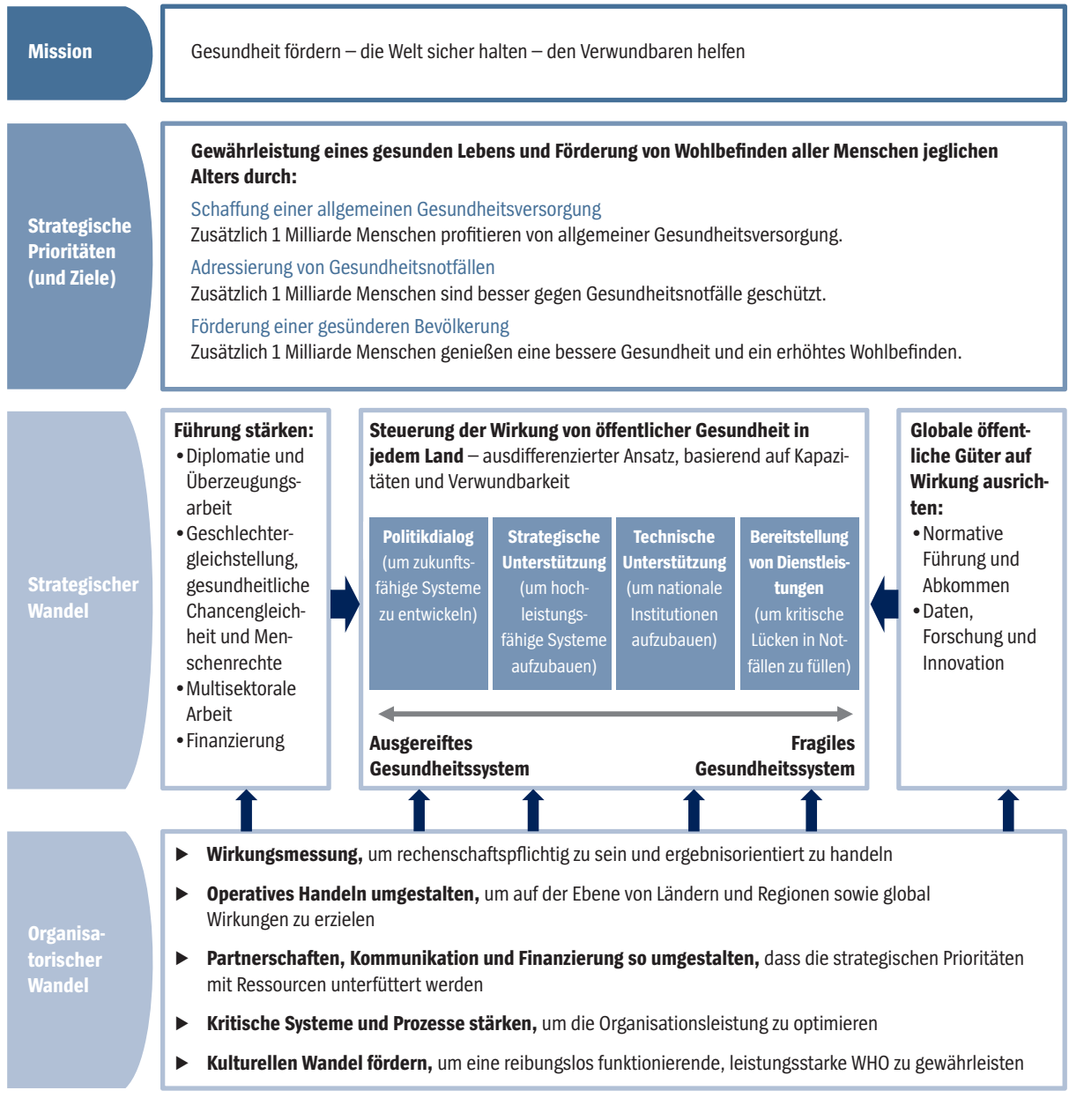
In dem nun bis 2023 laufenden Arbeitsprogramm (*WHO 2018a*) will die WHO ihre Vision einer Welt, in der alle Menschen ein Höchstmaß an Gesundheit und Wohlbefinden erlangen, über drei zentrale Grundsätze realisieren: Gesundheit fördern – die Welt sicher halten – den Verwundbaren helfen (siehe Abbildung 1). Die entscheidende Neuerung besteht darin, dass die mit dieser Mission verbundenen strategischen Prioritäten und Ziele eng mit der Umsetzung der Nachhaltigen Entwicklungsziele der Vereinten Nationen (Sustainable Development Goals, SDGs) verbunden sind, allen voran SDG 3 zu Gesundheit („Ein gesundes Leben für alle Menschen jeden Alters gewährleisten und ihr Wohlergehen fördern“) sowie weiteren gesundheitsrelevanten Zielen. Da sich die SDGs, anders als die Millennium-Entwicklungsziele (MDGs), nicht nur auf Länder mit niedrigem oder mittlerem Einkommen beziehen, sondern auch auf die entwickelten Länder, betont die WHO damit ihren Anspruch, normativ und operativ in alle Mitgliedsstaaten hineinzuwirken. Die Wirkungsorientierung, die sich mit dem neuen Arbeitsprogramm verbindet, ist daher eng mit den Diskussionen im UN-System zur Umsetzung und Überprüfung der SDGs verbunden.

4.1 Die „Triple Billion“-Ziele

Das Reformprogramm konzentriert sich auf drei ehrgeizige Ziele: Jeweils eine Milliarde Menschen mehr soll bis zum Jahr 2023: 1) in den Genuss einer allgemeinen Gesundheitsversorgung kommen, 2) vor Gesundheitsnotfällen geschützt

ABBILDUNG 1

Strategische Prioritäten und neue Schwerpunktsetzungen im WHO-Arbeitsprogramm 2019–2023



Quelle: WHO (2018 a) 7 (eigene Übersetzung). Grafik: G+G Wissenschaft 2019

werden und 3) einen verbesserten Gesundheitsstatus erreichen. Diese drei Ziele beziehen sich auf Unterziele von SDG 3, so etwa SDG 3.8, nach dem eine allgemeine Gesundheitsversorgung (Universal Health Coverage, UHC) angestrebt wird.

Der Zugang zu UHC, welche vor allem eine primäre Grundversorgung einschließt, zielt auf den Abbau von Zugangsbarrieren („leave no one behind“) und die Vermeidung finanzieller Härten. Um dies zu erreichen, will die WHO den

Mitgliedsstaaten technische Hilfe zur Verfügung stellen und mit Partnern zusammenarbeiten, um für jedes Land ein entsprechendes UHC-Angebot zu gestalten. Die Ausgestaltung von nationalen Gesundheitssystemen umfasst darüber hinaus Fragen von Gesundheitspersonal, vom Zugang zu Medikamenten, Impfstoffen und Medizinprodukten sowie der Finanzierung und Regierungsführung (Governance) in den jeweiligen Ländern.

Beim Umgang mit Gesundheitsnotfällen kann die WHO auf den Reformen aufbauen, die noch unter der Vorgänger-Generaldirektorin Margaret Chan umgesetzt wurden. So ermöglicht beispielsweise ein Notfallfonds (Contingency Fund for Emergencies, CFE) der WHO mittlerweile, umgehend auf Gesundheitsnotfälle zu reagieren. Weitere finanzielle Unterstützung erhält die WHO bei humanitären Gesundheitskrisen zudem durch Finanzierungsinstrumente der UN und der Weltbank, die nach der Ebola-Epidemie 2014/15 geschaffen wurden (WHO 2017). Mit Blick auf Gesundheitsnotfälle sollen nun aber auch die Gesundheitssysteme vor allem in fragilen Staaten und in Konfliktländern gestärkt werden.

Das dritte Ziel, den Gesundheitsstatus von Bevölkerungen zu verbessern, ist ein relativ umfassendes. Im Verlauf des Reformprozesses ist hier eine weitere Fokussierung angestrebt. Zunächst geht die WHO in diesem Bereich noch von fünf Bereichen aus, die dabei in den Blick genommen werden müssen. Dies sind die Verbesserung von Humanressourcen über den Lebensverlauf hinweg, die verstärkte Befassung mit nicht übertragbaren Erkrankungen und geistiger Gesundheit, die Ausrottung hochinfektiöser Erkrankungen, der Kampf gegen Antibiotikaresistenzen und die Bekämpfung der negativen gesundheitlichen Auswirkungen des Klimawandels in kleinen Inselstaaten und weiteren verwundbaren Staaten.

4.2 Fokus auf Wirkung in den Ländern

Im Unterschied zum vorangegangenen (zwölften) Arbeitsprogramm stehen nun nicht mehr Themenbereiche und Programme im Vordergrund. Vielmehr richtet sich der Blick im neuen Arbeitsprogramm zentral auf die Wirkungen, die die WHO insbesondere in den Mitgliedsstaaten erzielen will. Dadurch soll es leichter möglich werden, auf Länderebene Prioritäten zu setzen und die entsprechenden Programme zu entwickeln (WHO 2018a, 45). Die Wirkungsorientierung bedingt jedoch auch, dass die möglichen Ziele, die erreicht werden, operationalisiert und messbar gemacht werden (können). Dies macht ein aufwendiges Berichtssystem und umfangreiche Datenerhebungen notwendig. Transparenz herzustellen und Rechenschaft darüber abzulegen, wofür Mittel verausgabt wurden und was mit diesen erreicht wurde, vor allem auf Länderebene, ist eine entscheidende Voraussetzung dafür, das verloren gegangene Vertrauen der Mitgliedsstaaten wiederzugewinnen.

4.3 Kultureller und organisatorischer Wandel

Auch wenn im Laufe der Jahre unzählige Expertenkommissionen die Arbeit der WHO in unterschiedlichen Bereichen immer wieder überprüften und kritisch begleiteten, bedingt die neue Wirkungsorientierung jedoch einen kulturellen Wandel in der WHO. Mit der neuen Logik des Arbeitsprogramms soll das bisher praktizierte Silo-Denken in isolierten Themenbereichen aufgebrochen werden. Aber auch die vertikale Fragmentierung der WHO in Hauptquartier, eigenständige Regionalbüros und Länderbüros soll einer zielorientierten Zusammenarbeit der verschiedenen Ebenen weichen. Geplant ist vor allem eine Stärkung der Länderbüros – eine Maßnahme, die an Reformprozesse im gesamten UN-Entwicklungssystem anknüpft. Zudem kündigte Generaldirektor Tedros Anfang März 2019 auch größere Veränderungen in der Organisationsstruktur der WHO an, die zu klareren Verantwortlichkeiten entlang der neuen strategischen Ziele und zu direkteren Berichtsstrukturen führen sollen (Lancet Editorial 2019).

4.4 Neue Wege der Ressourcenmobilisierung

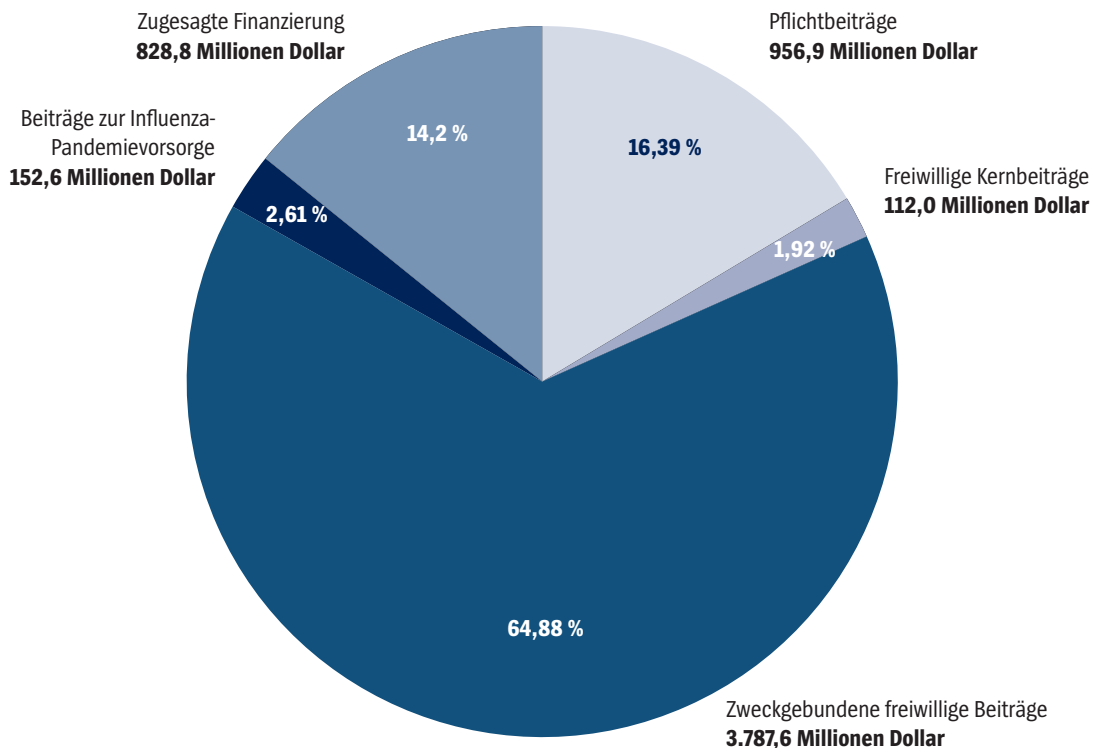
Auch nach Jahren des intensiven Dialogs mit den Mitgliedsstaaten sind diese nicht bereit, die Pflichtbeiträge, die der WHO zur flexiblen Verausgabung zur Verfügung gestellt werden, signifikant zu erhöhen (Reddy et al. 2018). Das bedeutet, dass auch im laufenden Haushalt der Anteil der nicht zweckgebundenen Beiträge (Pflichtbeiträge und freiwillige Kernbeiträge) weiter bei lediglich knapp 20 Prozent liegen wird (siehe Abbildung 2). Das ambitionierte Reformprogramm wird jedoch nicht ohne zusätzliche Ressourcen umzusetzen sein. Daher verknüpft die WHO das neue Arbeitsprogramm mit einem Plädoyer für den „Investment Case“, um von staatlichen und nicht staatlichen Geldgebern vor allem weitere nicht zweckgebundene Mittel einzuwerben (WHO 2018b). Um die immer wieder geforderte Transparenz bei der Mittelverausgabung herzustellen, hat die WHO inzwischen ein Internetportal eingerichtet, in dem Details zur Zusammensetzung und Verausgabung des aktuellen Zweijahres-Budgets abgerufen werden können (open.who.int/2018-19/budget-and-financing/gpw-overview).

5 Erfolgsaussichten der aktuellen Reform

Die Arbeit strategisch an der Erreichung der SDGs auszurichten, bietet der WHO grundsätzlich einen breiteren Spielraum, als dies unter dem globalen Vorgänger-Zielekatalog, den MDGs, der Fall war. Insbesondere die Fokussierung der MDGs auf einzelne Erkrankungen (HIV/Aids, Tuberkulose, Malaria) und Bevölkerungsgruppen (Kinder, Mütter) hatte über Jahre hinweg dazu beigetragen, dass die Förderung von Gesundheitssystemen vernachlässigt wurde und die sozialen Determinanten von Gesundheit aus dem Blick gerieten. Der SDG-Katalog re-

ABBILDUNG 2

Das WHO-Budget 2018–19 nach Finanzierungsart



Der überwiegende Teil des WHO-Budgets stammt aus zweckgebundenen freiwilligen Beiträgen. Davon kommen 590 Millionen Dollar aus den USA, 488 Millionen Dollar von der Bill & Melinda Gates Foundation und 327 Millionen Dollar aus dem Vereinigten Königreich. Deutschland (Rang 5) zahlt 186 Millionen Dollar.

Quelle: open.who.int/2018-19/contributors/contributor, Grafik: G+G Wissenschaft 2019

präsentiert stärker das Verständnis von Gesundheit, das in der WHO-Verfassung niedergelegt ist. Die Umsetzung der SDG-Agenda wird jedoch nur gelingen, wenn alle beteiligten Akteure, also relevante Organisationen innerhalb und außerhalb des UN-Systems, stärker miteinander kooperieren. Insofern ist es zu begrüßen, dass elf Gesundheits- und Entwicklungsorganisationen im Oktober 2018 einen globalen Aktionsplan für gesundes Leben und Wohlbefinden für alle (Global Action Plan for Healthy Lives and Well-being for All) veröffentlicht haben, um in einer ersten Phase einen konzertierten Umsetzungsplan zur schnelleren Erreichung der gesundheitsbezogenen SDGs zu erarbeiten (WHO 2018c). Die WHO hat hierbei die Koordinierungsrolle übernommen und reklamiert damit den Führungsanspruch für sich.

Eine wirkliche Führungsrolle setzt allerdings voraus, dass die WHO die von ihr formulierten strategischen Ziele mit der

vollen Unterstützung der Mitgliedsstaaten umsetzen kann. Das laufende Budget, in dem einflussreiche Mitgliedsstaaten und große nicht staatliche Geber wie die BMGF durch zweckgebundene freiwillige Beiträge der WHO vorschreiben, wofür diese Mittel auszugeben hat, zeigt, wie weit die WHO noch davon entfernt ist, die Akzente setzen zu können, die der neue Generaldirektor im Sinn hat. Auch wenn das Arbeitsprogramm von der Weltgesundheitsversammlung, dem Organ, in dem alle Mitgliedsstaaten Entscheidungen treffen, einstimmig angenommen wurde, klafft zwischen dieser Zustimmung und dem finanziellen Bewegungsspielraum, den die Auftraggeber gewähren, eine deutliche Lücke.

Bedenklich stimmt zudem, dass das Werben um weitere Mittel in eine ökonomische Sprache verpackt wird, in der der Mehrwert von Investitionen in Gesundheit ausgedrückt wird als „30 Millionen Leben gerettet“, „zusätzlich 100 Millionen

Jahre gesunden Lebens“ und „zusätzlich 2–4 Prozent Wirtschaftswachstum in Ländern niedrigen und mittleren Einkommens“ (*WHO 2018b, 5*). Dies steht im Gegensatz dazu, dass die WHO immer betont, Gesundheit sei ein Menschenrecht.

Zivilgesellschaftliche Akteure kritisieren daher zu Recht, dass die WHO mit dieser ökonomischen Rhetorik vor allem private Geldgeber ansprechen möchte und Gefahr läuft, sich immer stärker von diesen abhängig zu machen. Die bisherigen Überlegungen zur besseren Einbindung der Zivilgesellschaft stießen bei dieser bislang nicht auf uneingeschränkte Zustimmung. Vielmehr wurde der Vorschlag, den Generaldirektor Tedros zur 144. Sitzung des Verwaltungsrats Ende 2018 vorlegte, „die“ Zivilgesellschaft zu ermutigen, als eine Gruppe in den WHO-Gremien zu sprechen (*WHO 2018d, 12*), als weitere Einengung des Spielraums zivilgesellschaftlicher Akteure verstanden, die in der Regel ein sehr breites Meinungsspektrum abdecken (*Schwarz 2019*). Die kontroverse Debatte um die Einbindung der nicht staatlichen Akteure in die Arbeit der WHO wird damit weiterhin einen vertrauensvollen Umgang behindern. Auch wenn die Zivilgesellschaft nicht der finanzkräftigste Akteur ist, wird es notwendig sein, diese in die Arbeit der WHO einzubeziehen – vor allem, wenn Wirkungen auf Länderebene erzielt werden sollen.

Das ehrgeizige Arbeitsprogramm der WHO betont den Transformationscharakter, der mit diesem Wandel einhergeht. Damit verbunden sind jedoch auch geteilte Verantwortlichkeiten zwischen der Organisation und ihren Mitgliedsstaaten. Der neue Generalsekretär Tedros hat deutlich gemacht, dass er bereit ist, seinen Teil der Verantwortung für die Organisation anzunehmen. Ein ebenso deutliches Zeichen der Mitgliedsstaaten steht demgegenüber noch aus.

Literatur

Institute for Health Metrics and Evaluation (2018): Financing Global Health 2017. Funding Universal Health Coverage and the Unfinished HIV/AIDS Agenda, healthdata.org → Results → Policy Reports → April 17, 2018

Lancet Editorial (2019): WHO Reform Continues to Confuse. *The Lancet*, Vol. 393, No. 10176; thelancet.com → The Lancet → View archive

Moon S et al. (2017): Post-Ebola Reforms: Ample Analysis, Inadequate Action. *BMJ*, Vol. 356, No. 8090, 280

Reddy SK, Mazhar S, Lencucha R (2018): The Financial Sustainability of the World Health Organization and the Political Economy of Global Health Governance: A Review of Funding Proposals. *Globalization and Health*, Vol. 14; globalizationandhealth.biomedcentral.com → Articles → Search

Schwarz T (2019): Civil Society Engagement with the World Health Organization: Towards a new Era of Partnership or Defending a Shrinking Space; g2h2.org/posts/shrinking-space

WHO (World Health Organization) (2006): Constitution of the World Health Organization. Basic Documents, Forty-fifth Edition, Supplement, 1–18

WHO (World Health Organization) (2016 a): Human Resources: Update. Workforce Data, as at 31 December 2015; who.int/about/finances-accountability/budget/ → Previous bienniums

WHO (World Health Organization) (2016 b): Situation Report. Ebola Virus Disease, 10 June 2016; who.int/csr/disease/ebola/situation-reports/archive/en

WHO (World Health Organization) (2017): Contingency Fund for Emergencies. Report of the WHO Health Emergencies Programme; who.int → Emergencies → Funding → Contingency Fund for Emergencies

WHO (World Health Organization) (2018 a): Draft Thirteenth General Programme of Work, 2019–2023. Report by the Director General (A71/4); who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA71/A71_4-en.pdf?ua=1

WHO (World Health Organization) (2018 b): A Healthier Humanity. The WHO Investment Case for 2019–2023; who.int/iris/bitstream/handle/10665/274710/WHO-DGO-CRM-18.2-eng.pdf

WHO (World Health Organization) (2018 c): Towards a Global Action Plan for Healthy Lives and Well-Being for All. Uniting to Accelerate Progress towards the Health-Related SDGs; who.int/docs/default-source/global-action-plan/global-action-plan-phase-1-final.pdf

WHO (World Health Organization) (2018 d): WHO Reform Processes, Including the Transformation Agenda, and Implementation of United Nations Development System Reform. Report of the Executive Board Chairperson on the Outcome of the Informal Consultation on Governance Reform (EB 144/34); who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB144/B144_34-en.pdf

(letzter Zugriff auf alle Internetquellen: 21. März 2019)

DIE AUTORIN



Dr. rer. pol. Cornelia Ulbert,

Jahrgang 1965, ist Politikwissenschaftlerin und seit 2006 wissenschaftliche Geschäftsführerin des Instituts für Entwicklung und Frieden (INEF), Universität Duisburg-Essen. Sie studierte Politikwissenschaft, Germanistik und Philosophie an den Universitäten Tübingen, Heidelberg und der London School of Economics und promovierte an der Universität Mannheim. Im Anschluss daran war sie als wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Universität Konstanz, dem Europäischen Hochschulinstitut Florenz sowie der Freien Universität Berlin tätig.