

Weltgesundheitsorganisation: Besinnung auf die Kernaufgaben

Marc Engelhardt

In der Diskussion über eine Reform der Weltgesundheitsorganisation (WHO) wird der Erfolg der Organisation immer wieder an den leicht messbaren Erfolgen neuerer öffentlich-privater Gesundheitsinitiativen gemessen. Weil diese zahlreiche Aufgaben der WHO übernommen haben, wird gefordert, die WHO solle sich auf ihre Kernaufgaben beschränken. Doch welches sind ihre Kernaufgaben? Kann sie ihre Führungsrolle im internationalen Gesundheitssektor verteidigen? Fest steht, selbst bei einer erfolgreichen Reform und einer Rückbesinnung auf die ›Kernaufgaben‹ müssen diese und der WHO-Haushalt gesichert sein.

Als die Weltgesundheitsorganisation (World Health Organization – WHO) im Jahr 1948 gegründet wurde, war sie mit ihrem Mandat zur Verwirklichung des bestmöglichen Gesundheitszustands bei allen Menschen (Art. 1 WHO-Verfassung) noch allein auf weiter Flur. 64 Jahre später ist die WHO eine von vielen Organisationen, die sich auf einem weiten Feld betätigen. Die amerikanische Expertin für öffentliche Gesundheit Victoria Fan bezeichnet die Lage als »verwirrend, selbst für Veteranen des globalen Gesundheitswesens«.¹ Zu den großen ›Playern‹ gehören neben der WHO etwa der Globale Fonds zur Bekämpfung von Aids, Tuberkulose und Malaria, die Globale Allianz für Impfstoffe und Immunisierung (GAVI), der Notfallplan des amerikanischen Präsidenten für die Aids-Bekämpfung (PEPFAR) und das europäische Pendant UNITAID. In einem ironischen Blog vergleicht Fan die unterschiedlichen Organisationen so: »Was würde passieren, wenn diese Organisationen Deine Eltern wären und Du würdest sie fragen, ob sie Dir ein neues Auto kaufen?« Die Antworten fallen erwartungsgemäß unterschiedlich aus. »Global Fund: Wir haben Deinen Antrag für einen Range Rover geprüft, und er ist technisch als Fahrzeug geeignet. Hier ist ein Scheck über 70 000 US-Dollar, kauf' Dir den Wagen wie im Antrag dargelegt.« Dagegen die WHO: »Es tut uns leid, wir haben seit einem Jahrzehnt kein Budget mehr für Autos. Aber wir haben brandneue Richtlinien über Sicherheit im Straßenverkehr.«² Fans Analogie ist nicht nur amüsant, sondern in vielerlei Hinsicht zutreffend und erhellend. Denn Eltern wie Geber müssen dafür sorgen, dass dem Empfänger ihrer Zuwendungen kurzfristig geholfen wird, er langfristig aber auf eigenen Füßen steht; sie verstehen (hoffentlich) seine finanziellen Bedürfnisse, haben aber auch andere Bedürfnisse, die sie erfüllen müssen; nicht

zuletzt haben Eltern wie Geber nicht immer volles Vertrauen in die Fähigkeit des Geldempfängers, die richtige Wahl zu treffen.

Starke Konkurrenz durch öffentlich-private Initiativen

Die Frage, wie effizient Organisationen sind, spielt für Geber vor dem Hintergrund knapper Kassen und der schwersten Wirtschaftskrise seit fast einem Jahrhundert eine immer wichtigere Rolle. Die WHO muss sich an Organisationen wie der öffentlich-privaten Partnerschaft ›GAVI Alliance‹ messen lassen, die perfekt gebergerecht aufgestellt ist: Die globale Impfallianz, an der UNICEF, die WHO, die Bill-und-Melinda-Gates-Stiftung und Pharmakonzerne beteiligt sind, hat nach eigenen Angaben seit dem Jahr 2000 mit einem Budget von 2,9 Milliarden Euro 288 Millionen Kinder in mehr als 70 Ländern weltweit geimpft. Das geht nur, weil GAVI eine Kampagnenorganisation mit einem klar definierten Ziel ist: den Zugang zu Impfungen gerade in Entwicklungsländern zu erleichtern. Der klar messbare Erfolg der Impfkampagnen ist für das Fundraising bei Regierungen entscheidend. Allein bei einem Spenden-Gipfel im Juni 2011 in London sagten Regierungen und private Geber GAVI weitere 4,3 Milliarden US-Dollar (fast drei Milliarden Euro) zu.³ Mit dem Geld sollen GAVI zufolge bis zum Jahr 2015 mehr als eine Viertel Milliarde Kinder in den ärmsten Ländern der Welt unter anderem gegen Diphtherie und Tetanus geimpft werden. Deutschland erhöhte seinen Beitrag von 20 auf 30 Millionen Euro. Mit seiner Marktmacht hat GAVI den Markt für Impfstoffe umgekrempelt. »Nehmen wir den Pneumokokken-Impfstoff: In den USA kostet er mehr als 60 Euro pro Dosis, für Sierra Leone zahlen wir aber nur zwei Euro für eine Dosis«, erklärt David Ferreira, einer der GAVI-Geschäftsführer. Die Messbarkeit ermöglicht es GAVI auch, sich mit einer einzigartigen Form von Anleihen Gelder für die Impfkampagnen am Finanzmarkt zu sichern.

Der klaren Struktur und der eindeutig messbaren Aufgabenstellung von GAVI, die sich ähnlich beim Globalen Fonds und anderen Organisationen wiederfinden, steht mit der WHO eine komplexe Organisation gegenüber, der von Diplomaten immer wieder Intransparenz bei der Verwendung zweckgebundener Mittel vorgeworfen wird.⁴ Auch aufgrund dieser Vorbehalte waren im Jahr 2012 nur noch rund ein Fünftel der WHO-Mittel zweckun-



Marc Engelhardt, geb. 1971, berichtet als freier UN-Korrespondent aus Genf und aus Afrika, unter anderem für die Berliner Zeitung und den Deutschlandfunk.

Nicht nur die wachsende Rolle der Gates-Stiftung, sondern auch die von Chan propagierte Einbeziehung der Industrie etwa durch gemeinsame Foren wird von der Zivilgesellschaft kritisiert.

gebunden. »Viele der traditionellen Geber der WHO stehen unter enormem Haushaltsdruck«, heißt es in einem im Dezember 2010 veröffentlichten Bericht von WHO-Generaldirektorin Margaret Chan mit dem Titel »Die Zukunft der WHO-Finanzierung.«⁵ »Die WHO wird deshalb versuchen, für neue Geber zu werben und neue Finanzquellen aufzutun.«

Nicht nur die wachsende Rolle der Gates-Stiftung, sondern auch die von Chan propagierte Einbeziehung der Industrie etwa durch gemeinsame Foren wird von der Zivilgesellschaft kritisiert. So schreibt die nichtstaatliche Organisation Ärzte ohne Grenzen in einem Kommentar zur WHO-Reform im Mai 2011: »Die Einbeziehung des kommerziellen Sektors in politische Diskussions- und Entscheidungsprozesse ist nicht im Interesse der globalen Gesundheit.«⁶ »Der schleichend wachsende Einfluss des Privatsektors auf die Arbeit der WHO macht uns große Sorgen«, klagt die für die WHO zuständige Expertin von Ärzte ohne Grenzen Katie Athersuch. Die Unabhängigkeit der WHO stehe auf dem Spiel, nicht zuletzt weil die Einbeziehung privater Unternehmen und ihrer Gelder die finanzielle Eigenständigkeit der WHO gefährde. »Es wäre naiv zu glauben, dass Privatunternehmen, die ihren Aktionären verpflichtet sind, Geld ausgeben, ohne dass sie eine Gegenleistung erwarten.«⁷ Ärzte ohne Grenzen wendet sich aus dem gleichen Grund auch dagegen, dass Vertreter der Pharmaindustrie im Vorstand von GAVI sind. Dem entgegnet GAVI-Direktor Ferreira: »Wir sind dezidiert als öffentlich-private Partnerschaft gegründet worden. Alle in der Allianz vertretenen Partner haben Eigeninteressen. Wichtig ist, dass wir offen damit umgehen.«⁸

Immer mehr Experten fordern, bei künftigen Kürzungen die Kernaufgaben der WHO zu schützen.

Der im Umfeld der WHO-Reform offenkundige Versuch Chans, den bei Gebern erfolgreichen Organisationen wie GAVI nachzueifern, hat eine Debatte darüber ausgelöst, wie sich die WHO von den diversen Allianzen im globalen Gesundheitsbereich unterscheidet und in Zukunft unterscheiden soll. »Finanzkrisen sind vermutlich immer der schlechteste Zeitpunkt, um eine Reform durchzuführen«, mutmaßt Mohga Kamal-Yanni, die bei der britischen nichtstaatlichen Hilfsorganisation Oxfam die WHO-Reform verfolgt. »Auch wenn es nicht so deutlich gesagt wird, so gehen im Moment doch alle davon aus, dass eine Reform dazu führen muss, dass die WHO in Zukunft weniger Geld ausgibt als bisher. Dabei braucht die WHO, wenn sie ihre Kernaufgaben auch in Zukunft erfüllen soll, vor allem zweierlei: mehr Geld und weniger Zweckbindung.«⁹

Die WHO-Kernaufgaben

Immer mehr Experten fordern deshalb, bei künftigen Kürzungen die Kernaufgaben der WHO zu schützen. Die WHO beschreibt ihre Kernaufgaben gegenwärtig so:

1. Führerschaft übernehmen bei Themen, die im Gesundheitsbereich von entscheidender Bedeutung sind und in solchen Fällen Partnerschaften eingehen, wo gemeinsames Vorgehen nötig ist;
2. Die Forschungsagenda mitbestimmen und wertvolle wissenschaftliche Forschung anregen, übersetzen und verbreiten;
3. Normen und Standards setzen und ihre Umsetzung fördern und überprüfen;
4. Moralisch vertretbare und evidenzbasierte Politikoptionen formulieren;
5. Technische Hilfe bereitstellen, den Wandel befördern und nachhaltige institutionelle Kapazitäten aufbauen;
6. Die Gesundheitslage beobachten und Gesundheitstrends bewerten.«¹⁰

Diese recht allgemein gehaltenen Kernaufgaben mit konkreten Maßnahmen auszufüllen, ist Gegenstand der derzeitigen Reformdiskussion. Ärzte ohne Grenzen etwa formuliert die Kernaufgaben folgendermaßen:

1. »Auftreten als »leitende und koordinierende Stelle im globalen Gesundheitswesen« (wie in der WHO-Verfassung festgelegt) und Übernahme einer Führungsrolle in allen Belangen, die für Gesundheit und Gesundheitssicherheit maßgeblich sind;
2. Standard- und Normsetzung und Ausarbeitung von Politikoptionen (...) unabhängig von Interessenskonflikten;
3. Unterstützung von Staaten auf der einen (...) und ihre Kontrolle auf der anderen Seite, indem die WHO sicherstellt, dass Normen, Standards und Beschlüsse umgesetzt werden (...);
4. Anreize schaffen für vorrangige medizinische Forschung und Sicherstellung eines breiten Zugangs für die Früchte dieser Anstrengungen.«¹¹

Einige dieser Bereiche sollen im Folgenden anhand konkreter Beispiele näher beleuchtet werden. Kernaufgaben festzulegen, ist besonders wichtig, weil dies mehr als andere Aspekte der Reform durch unbeabsichtigte Entwicklungen beeinträchtigt werden kann. »Noch während die WHO eine weitreichende Reform durchführt (...) erlebt die Organisation einen Exodus qualifizierten Personals, der ihre Arbeitsfähigkeit einschränkt«, schreibt Kamal-Yanni. Die Kernaufgaben der WHO zu erhalten, dürfe auch deshalb nicht warten, bis die WHO-Reform in einigen Jahren (geplant ist 2015) abgeschlossen sei.¹²

Kernaufgabe: Unverzichtbare Arzneimittel

Als Beispiel für eine durch Einsparungen bereits gefährdete Kernaufgabe nennt Kamal-Yanni die Abteilung für unverzichtbare Arzneimittel (Essential Medicines Department). »Diese Abteilung hat für mehr als drei Jahrzehnte eine unersetzliche Rolle dabei gespielt, Entwicklungsländern den Zugang zu bezahlbaren Arzneimitteln zu verschaffen.«¹³ Der Zugang aller Menschen zu unverzichtbaren Arzneimit-

teln ist ein Unterziel des achten UN-Millenniums-Entwicklungsziels zum Aufbau einer globalen Partnerschaft für Entwicklung. Die alle zwei Jahre vorzunehmende Aktualisierung der Liste unverzichtbarer Arzneimittel, die als Dreh- und Angelpunkt des Managements pharmazeutischer Versorgung angesehen wird, wird Kamal-Yanni zufolge ebenso wie die neu geschaffene Liste unverzichtbarer Arzneimittel für Kinder nicht mehr aus WHO-Eigenmitteln, sondern aus Drittmitteln der Bill-und-Melinda-Gates-Stiftung bezahlt.

Auch würden nur zehn Prozent der Kosten für den Sachverständigenausschuss, der für die Qualitätsvorgaben bei Entwicklung, Produktion, Kontrolle, Regulierung, Inspektion und Vergabe von Medizin zuständig ist (Expert Committee on Specifications for Pharmaceutical Preparations), einer von Oxfam initiierten Studie zufolge, noch aus dem Eigenbudget beglichen.

Wo Drittmittel fehlen, wird die Arbeit der WHO-Gremien aufgeschoben oder gar eingestellt: Geplante Richtlinien zum Thema Schmerz wurden ebenso auf Eis gelegt wie Pläne, die Sicherheit und den Einsatz von Arzneimitteln besser zu überprüfen. Das gleiche gilt für Standards zur Antibiotika-Resistenz, einem aus Sicht von Medizinern hoch brisanten Thema, sowie für Richtlinien für Preisfestlegung von Arzneimitteln und die Zusammenarbeit mit dem Suchtstoffkontrollrat (INCB) in Wien.¹⁴

Kamal-Yanni sieht nicht weniger als die Führungsrolle der WHO bei der Erstellung von glaubwürdigen und erprobten Richtlinien für Mitgliedstaaten, nichtstaatlichen Organisationen (NGOs), Industrie und staatliche Organisationen gefährdet – eine Aufgabe, welche die WHO selbst als Priorität ansieht und die die Grundlage für gesundheitspolitische Entscheidungen weltweit darstellt. Gerade weil die WHO die Rolle eines unabhängigen Kontrollleurs auch des Privatsektors wahrnimmt, befürchtet Kamal-Yanni durch die schwindende Eigenfinanzierung die Einflussnahme von »Gebern, die (der WHO) die Agenda diktieren können.«¹⁵

Eine weitere Aufgabe der Abteilung für unverzichtbare Arzneimittel ist, nationale Regulierungsbehörden, insbesondere in Entwicklungsländern, durch die Standard- und Normsetzung, aber auch durch direkte Hilfe zu unterstützen. In einer Studie brachte Oxfam die mangelnde Fähigkeit der WHO, dieser Aufgabe nachzukommen, mit 120 Todesfällen direkt in Verbindung, die sich zwischen Dezember 2011 und Januar 2012 in Pakistan ereigneten.¹⁶ In diesem Zeitraum meldeten Ärzte am Punjabi-Institut für Kardiologie in Lahore (einer öffentlichen Klinik, die vor allem mittellose Patienten versorgt) unerwartete Todesfälle, die die Ärzte mit fünf verschiedenen Herzmedikamenten aus lokaler Produktion in Verbindung brachten. Tests zeigten, dass in die Kapseln eines der Medikamente irrtümlich ein

Anti-Malariamittel gefüllt worden war. Geschätzte 46 000 Patientinnen und Patienten wurden mit den bestenfalls ungeeigneten und schlimmstenfalls lebensgefährlichen Medikamenten versorgt. Verantwortlich für diesen ernstesten Vorfall macht die Oxfam-Studie das Fehlen einer nationalen Regulierungsbehörde; dies ist umso gravierender, als dass die Pharmaproduktion die viertgrößte Industriesparte des Landes ist. Der WHO, die laut ihrer Verfassung dafür verantwortlich ist, dass ihre Mitgliedstaaten funktionierende Gesundheitssysteme haben, hätte der eklatante Mangel auffallen müssen, so die Autoren der Studie. Dass dies nicht geschah, liegt ihrer Ansicht nach an der Tatsache, dass die zuständige Abteilung (eben die für unverzichtbare Arzneimittel) personell so ausgedünnt wurde, dass sie ihren Aufgaben nicht mehr nachkommen kann.

Die Aufgaben, die die Abteilung für unverzichtbare Arzneimittel übernimmt, erachten Oxfam-Expertin Kamal-Yanni und ihre Kollegin Philippa Saunders nicht nur deshalb für besonders wichtig, weil es bei der Auswahl von Medikamenten um Leben und Tod geht, sondern auch, weil viele Mitgliedstaaten – vor allem Entwicklungsländer – rund 30 Prozent ihres Gesundheitshaushalts dafür ausgeben, Arzneimittel zu kaufen und zu subventionieren. Die WHO-Arbeit an dieser Stelle auszubauen,

Die alle zwei Jahre vorzunehmende Aktualisierung der Liste unverzichtbarer Arzneimittel wird nicht mehr aus WHO-Eigenmitteln bezahlt.

Wo Drittmittel fehlen, wird die Arbeit der WHO-Gremien aufgeschoben oder gar eingestellt.

1 Victoria Fan, *If the Global Health Donors Were Your Parents: A (Whimsical) Comparative Perspective*, Center for Global Development, Washington, D.C., 24.4.2012, <http://blogs.cgdev.org/global-health/2012/04/if-the-global-health-donors-were-your-parents-a-whimsical-comparative-perspective-2.php>

2 Ebd.

3 Vgl. www.gavialliance.org/funding/resource-mobilisation/process/gavi-pledging-conference-june-2011/

4 Interview des Autors mit Diplomaten am Rande der 65. Weltgesundheitsversammlung in Genf, 21.–26.5.2012.

5 Siehe: www.who.int/dg/who_futurefinancing2010_en.pdf

6 MSF Campaign for Access to Essential Medicines: Comments on the WHO Reform Agenda, Genf, Mai 2011.

7 Interview des Autors mit Athersuch in Genf, Juli 2011.

8 Interview des Autors mit Ferreira in Sierra Leone, Mai 2011.

9 Interview des Autors mit Kamal-Yanni in Oxford, September 2012.

10 WHO, *Engaging for Health: 11th General Programme of Work, 2006–2015: A Global Health Agenda*, Genf, Mai 2006, Executive Summary: WHO Core Functions.

11 MSF Campaign, a.a.O. (Anm. 6).

12 Mohga Kamal-Yanni, *Action to Preserve WHO's Core Functions Cannot Wait for Organizational Reform*, *The Lancet*, 13.1.2012, DOI: 10.1016/S0140-6736(12)60040-3

13 Ebd.

14 Sophie Arie, *Contaminated Drugs Are Held Responsible for 120 Deaths in Pakistan*, *BMJ Group*, 7.2.2012, *BMJ* 2012;344:e951.

15 Kamal-Yanni, a.a.O. (Anm. 12)

16 Arie, a.a.O. (Anm. 14).

ist daher nicht nur moralisch geboten, sondern auch wirtschaftlich sinnvoll.¹⁷

Kernaufgabe: medizinische Grundversorgung

Eine weitere Kernaufgabe der WHO, die aufgrund der derzeitigen Krise gefährdet scheint, ist der Aufbau und Zugang zu bezahlbarer medizinischer Grundversorgung, wie ihn die Erklärung von Alma Ata von 1978 (›Gesundheit für alle im 21. Jahrhundert‹) festschreibt.¹⁸ Die dafür zuständige Abteilung ist in den vergangenen Jahren stetig verkleinert und mit anderen Bereichen zusammengelegt worden. Ihre künftige Rolle nach der WHO-Reform ist unklar. Im Bereich medizinischer Grundversorgung liegt die Rolle der WHO vor allem darin, die Regierungen beim Aufbau ihrer Gesundheitssysteme zu beraten – eine Aufgabe, die immer wichtiger wird. Denn während jene Millenniums-Entwicklungsziele, die mit durch Impfungen behandelbaren Krankheiten zu tun haben, gute Fortschritte machen, schlägt sich die oft mangelhafte medizinische Grundversorgung immer deutlicher in den Statistiken nieder. So konstatiert die von UN-Generalsekretär Ban Ki-moon eingesetzte Expertengruppe zu Fragen der Verantwortung bei der Gesundheit von Frauen und Kindern in ihrem Zwischenbericht vom September 2012: »Es gibt einige besonders wichtige, aber dennoch zu wenig beachtete Probleme, die eine Verringerung der Sterberate von Kindern und Müttern verhindern. Viele dieser Probleme haben direkt mit den weit verbreiteten Schwächen in den Gesundheitssystemen der betroffenen Länder zu tun. Dazu gehören die unzureichende Qualifikation der politischen Führungsebene, schwache Regierungen, fehlende Gelder, das Fehlen qualifizierter Ärzte, Pfleger und anderen Personals und inakzeptable Abdeckungsgrade bei lebensrettenden Maßnahmen.«¹⁹ Die Expertengruppe sieht »einen Mangel an Regierungsführung, der durch einen Mechanismus beseitigt werden muss, der Partnerländer, multilaterale Organisationen, Geber, NGOs, Gesundheitsexperten, Forscher, Stiftungen und den Privatsektor einbezieht.« Im Idealfall könne dies ein ›Globaler Investitionsrahmen für die Gesundheit von Frauen und Kindern‹ sein. Bislang gebe es keinen strategischen Ansatz oder einen effektiven Mechanismus, um Investitionen gezielt für Kinder und Frauen nutzbar zu machen, so der Bericht.²⁰

Wie wichtig eine staatlich kontrollierte medizinische Grundversorgung ist, beschreibt der belgische Arzt Wim van Lerberghe, der seit dem Jahr 2003 bei der WHO für das Thema zuständig ist, so: »Generell kann man sagen, dass ein Gesundheitssystem, das keiner staatlichen Kontrolle unterliegt und nur sich selbst und dem Markt überlassen ist, nicht funktionieren kann. In diesem Szenario wird Gesundheitsversorgung zu einem beliebigen Produkt. Wenn die finanziellen Anreize für die Ge-

sundheitsversorger falsch gesetzt werden, kann es sein, dass man nicht die Behandlung bekommt, die man braucht oder dass man für die nötige Behandlung zu viel zahlt.«²¹

Seine Aufgabe sei es, so van Lerberghe, Regierungen zu beraten, die oftmals schwierige Entscheidungen zu fällen haben. »Selbst in ärmsten Ländern kommt der größte Teil des Gesundheitsbudgets nicht aus Hilfsgeldern. Das meiste Geld bringen Regierungen und Patienten auf. Deshalb muss man darauf achten, dass der jeweilige Gesundheitshaushalt richtig aufgestellt ist und richtig umgesetzt wird, so dass die für das jeweilige Land wichtigen Prioritäten berücksichtigt werden. Ein besseres Gesundheitssystem kann man nur erreichen, wenn eine Regierung in ihrem eigenen Land sich dafür einsetzt. Und Hilfsgelder helfen nur, wenn damit die von der Regierung des Empfängerlands selbst gesetzten Prioritäten umgesetzt werden.«

Viele Länder litten unter einer doppelten Last: »Einerseits kämpfen sie immer noch gegen viele übertragbare Krankheiten, andererseits nimmt die Zahl der nichtübertragbaren Krankheiten bereits zu.«

Die Erfolge von Beratungsdienstleistungen, wie der Arzt sie beschreibt, lassen sich schwerer quantifizieren als etwa die Zahl von Impfungen, auch weil sich der Erfolg oft erst nach längerer Zeit zeigt. Als ein Erfolgsbeispiel beschreibt van Lerberghe »Thailand, wo sich der Wandel sehr schnell vollzogen hat. Die Regierung hat weitreichende Entscheidungen gefällt, und politische Reformen sind enorm beschleunigt worden. Innerhalb weniger Jahre hat sich die Situation grundlegend geändert: vom Ausschluss des größten Teils der Bevölkerung hin zu einem Gesundheitssystem, wo heute die meisten Menschen Zugang zu einer medizinischen Grundversorgung haben.«

Beispiel Sierra Leone

Das Problem der sich weiter öffnenden Schere zeigt ein selbst vor Ort recherchiertes Beispiel aus Sierra Leone im Frühjahr 2011. In Gondama wurde im Hof des dortigen Krankenhauses der Auftakt der Nationalen Impfwoche gefeiert. Impfen ist eine wichtige Priorität für das westafrikanische Land: Das Impfprogramm der Regierung gegen Kinderlähmung, Tetanus, Diphtherie und andere Krankheiten soll helfen, die Prävalenz übertragbarer Krankheiten zu senken. Seit zwei Jahren, sagt der 52-jährige Arzt Sofani Fofana, habe es in seinem Krankenhaus keinen Fall von Kinderlähmung mehr gegeben. Von anderen Impfungen erwartet er ähnlich durchschlagende Erfolge.

Doch der Kampf gegen übertragbare Krankheiten ist nur ein Aspekt, sagt Fofana. »Die Leute kämpfen ums Überleben.« Fast jedes fünfte Kind stirbt vor seinem fünften Geburtstag, kaum irgendwo sonst auf der Welt ist die Kindersterblichkeit so hoch. Jede

Im Bereich medizinischer Grundversorgung liegt die Rolle der WHO vor allem darin, die Regierungen beim Aufbau ihrer Gesundheitssysteme zu beraten.

Die Erfolge von Beratungsdienstleistungen lassen sich schwerer quantifizieren als etwa die Zahl von Impfungen, auch weil sich der Erfolg oft erst nach längerer Zeit zeigt.

Woche behandelt Fofana in Gondama gut 300 Kinder: »Für viele kommt jede Hilfe zu spät.« Selbst denen, die rechtzeitig kommen, kann nicht immer geholfen werden. Oft fehlen Medikamente. Medizinisches Personal ist rar, auch wegen der schlechten Bezahlung. Chefarzt Fofana verdient nicht einmal 200 Euro im Monat. Offiziell müssen Kinder unter fünf Jahren, stillende Mütter und Schwangere für ihre Behandlung nichts bezahlen. Doch viele Ärzte lassen sich ihr mageres Gehalt dadurch aufbessern, dass sie Schmiergeld für eine Behandlung verlangen. Effektive Kontrollen gibt es nicht, auch weil der Gesundheitsbehörde – nach eigenen Angaben – dazu das Personal fehlt.

Das größte Problem ist aber die fehlende Krankenversicherung im Land. Zwar hat die Regierung angekündigt, diese möglichst schnell einzuführen, doch ohne Hilfe etwa von Seiten der WHO ist kaum vorstellbar, wie dies möglich sein soll. Denn selbst das Erheben von Steuern ist ein Kraftakt, den der Staat noch kaum bewältigen kann. Zudem ist das Gros der Bevölkerung – Schätzungen gehen von 80 Prozent aus – als selbstversorgende Kleinbauern oder im informellen Sektor tätig, weswegen die Gebühren für eine Krankenversicherung nur schwer erhoben werden können. »Es gibt aber auch die Möglichkeit, ohne Geld wichtige Fortschritte im Gesundheitssystem zu erreichen: indem man wirkungslose Medikamente streicht, sich auf günstige Behandlungsmethoden konzentriert und teure Krankenhausaufenthalte reduziert – und das sind nur einige Beispiele«, sagt der Experte van Lerberghe. Genau solche Beratungen sind es, die gerade arme Staaten dringend benötigen.

Fazit

Im Umfeld der WHO-Reform wird immer wieder festgestellt, dass sich mittlerweile andere internationale Organisationen um Gesundheitsprobleme kümmern, die früher die WHO abdecken musste. Daraus wird – wie einleitend bereits erläutert – geschlossen, dass sich die WHO durch einen Verzicht auf diese Themenfelder zugunsten der prioritären Kernaufgaben »gesund schrumpfen« kann.²² Doch diese Vorstellung entspricht zumindest in Teilen nicht der Praxis. »Das Problem dabei ist nicht die WHO, sondern die Masse an internationalen Organisationen und öffentlich-privaten Partnerschaften (Public-Private Partnerships – PPPs), mit denen die WHO sich koordinieren muss. Je mehr neue Organisationen geschaffen werden, umso höher wird der Aufwand für die WHO, die auf die eine oder andere Weise in die Arbeit einbezogen ist«, warnt Oxfam-Analystin Kamal-Yanni.²³ Und Victoria Fan ergänzt: »Es ist einfach, eine neue Organisation aus der Taufe zu heben, aber es ist nahezu unmöglich, sie wieder abzuschaffen. Man bekommt eine Organi-

sation einfach nicht tot, auch wenn man sie eigentlich nicht mehr bräuchte.«²⁴ Beide sprechen sich deshalb für eine WHO aus, die im Kern vor allem ihre Führungsrolle im globalen Gesundheitswesen verteidigt. »Die WHO muss Anführer sein, nicht nur – wie es Margaret Chan formuliert hat – Moderator«, fordert auch Katy Athersuch von Ärzte ohne Grenzen.²⁵

Die deutsche Gesundheitsexpertin Judith Richter weist der Weltgesundheitsorganisation nach wie vor die Rolle »der höchsten Autorität im internationalen Gesundheitswesen« zu. Sie fordert, die Reformdiskussion von der Debatte über die Lösung der Finanzkrise zu entkoppeln, um diese aus ihrer Sicht wichtigste Rolle der WHO nicht zu gefährden. Gefahren sieht sie etwa durch die Auslagerung von hoheitlichen Aufgaben oder die wachsende Abhängigkeit von privaten Gebern.²⁶ Wenn man diesem Gedanken folgt, stellt sich die Frage, ob eine – auch politisch wünschenswerte – Konzentration der Weltgesundheitsorganisation auf ihre Kernaufgaben tatsächlich mit einer Kürzung der Haushaltsgelder einhergehen kann oder muss. Die von Kamal-Yannis eingangs zitierte Forderung, der Organisation mehr statt weniger Geld zur Verfügung zu stellen, würde durch eine klarer umrissene und mithin transparentere Aufstellung der Organisation untermauert. Auch die Geber wüssten besser, wofür sie ihr Geld ausgeben sollen. Kamal-Yannis fordert die Sparkommissare auf, die Verhältnismäßigkeit zu wahren: »Der Jahresetat der WHO, etwa vier Milliarden US-Dollar, entspricht letztlich nur dem Jahresetat eines größeren Krankenhauses.«

»Die WHO muss Anführer sein, nicht nur – wie es Margaret Chan formuliert hat – Moderator«.

17 Mohga Kamal-Yanni/Philippa Saunders, Urgent Need for WHO to Prioritise Core Functions, *The Lancet*, 19.5.2012, DOI: 10.1016/S0140-6736(12)60810-1

18 Siehe: www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0017/132218/e93944G.pdf

19 Every Woman, Every Child: From Commitments to Action, S. 4, www.who.int/woman_child_accountability/ierg/reports/2012/en/index.html

20 Ebd.

21 Interview des Autors in Genf, Mai 2012.

22 WHO Reform Creeps Forward, *Canadian Medical Association Journal*, 10.7.2012, DOI: 10.1503/cmaj.109-4218

23 Interview des Autors in Oxford, September 2012.

24 Interview des Autors in New York, September 2012.

25 Interview des Autors in Genf, Juli 2011.

26 Judith Richter, WHO Reform and Public Interest Safeguards: An Historical Perspective, *Social Medicine*, März 2012, über: www.social-medicine.info