

COVID-19 und das Krisenmanagement der WHO

Der Vorwurf einer vermeintlichen China-Hörigkeit verkennt das Dilemma der Weltgesundheitsorganisation (WHO) im Kampf gegen Infektionskrankheiten. Trotz eingeschränkter Handlungsmöglichkeiten hat die COVID-19-Pandemie die essenzielle Rolle der UN-Sonderorganisation als Schaltzentrale im internationalen Seuchenschutz verdeutlicht.



Dr. Jan Thiel
forscht als Senior Researcher am Center for Security Studies (CSS) der ETH Zürich zur globalen Gesundheitspolitik.
✉ jan.bouschen@sipo.gess.ethz.ch

COVID-19 hat die Weltgesundheitsorganisation (World Health Organization – WHO) zurück in den Mittelpunkt der weltweiten Aufmerksamkeit gerückt. Seit ihrer Gründung im Jahr 1948 ist die UN-Sonderorganisation mit Sitz in Genf federführend in der globalen Gesundheitspolitik. Zu den Kernaufgaben der weltweit über 7000 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zählt der Aufbau nachhaltiger Gesundheitssysteme in Entwicklungsländern und die medizinische Soforthilfe in humanitären Notlagen. Als Schnittstelle zwischen Wissenschaft und Politik ist die WHO mit 194 Mitgliedstaaten jedoch mehr als nur eine Hilfsorganisation des Globalen Südens.¹ Ihre evidenzbasierten Richtlinien gelten weltweit als medizinischer Goldstandard. Ferner überwacht die Genfer Behörde globale Gesundheitstrends, koordiniert die Forschung zu vernachlässigten Krankheiten und setzt internationale Normen im Gesundheitswesen.

Bekannt ist die WHO jedoch vor allem für ihre Arbeit im globalen Seuchenschutz. Mit der Revision der Internationalen Gesundheitsvorschriften (International Health Regulations – IHR) im Jahr 2005 stärkten die Mitgliedstaaten nach über zehnjährigen Verhandlungen die Rolle der Sonderorganisation im Kampf gegen Infektionskrankheiten.² Dazu gehört die Entwicklung internationaler Mindeststandards für die nationale Pandemievorsorge mit dem Ziel, Krankheitsausbrüche frühzeitig vor Ort zu erkennen und einzudämmen, bevor sich die-

se international verbreiten können. Der Aufbau der sogenannten ›IHR-Kapazitäten‹ ist zwar für alle Staaten verpflichtend, in vielen Schwellen- und Entwicklungsländern jedoch aufgrund von konkurrierenden Zielen in den oft unterfinanzierten Gesundheitssystemen weiterhin unzureichend. Zudem neigen Staaten aus Sorge vor politischen Reputationsverlusten und negativen Folgen für Wirtschaft und Tourismus dazu, Krankheitsausbrüche innerhalb ihrer Landesgrenzen zu verschleiern. Daher betreibt die WHO seit dem Jahr 2005 ein eigenes globales Frühwarnsystem und durchforstet das Internet mittels Algorithmen fortlaufend nach Anzeichen neuer Ausbrüche in verschiedenen Sprachen.

Auch dank der Soforthilfe aus Genf entwickeln sich nur wenige der jährlich rund einhundert registrierten Ausbrüche zu Epidemien. Auf Anfrage nationaler Behörden kann die WHO binnen weniger Tage internationale Expertenteams zwecks Risikoanalyse und Krisenmanagement in ihre Mitgliedstaaten entsenden. Dazu betreibt die WHO ein weltweites Netzwerk aus über 250 Institutionen und tausenden Fachleuten. Sollte sich ein Ausbruch dennoch zu einer Gefahr für die internationale Gemeinschaft entwickeln, ist die WHO befugt, unter Hinzuziehung eines externen Sachverständigengremiums einen internationalen Gesundheitsnotstand auszurufen und Richtlinien für Gegenmaßnahmen zu entwickeln. Diese Empfehlungen schließen Handels- und Reisebeschränkungen ein, sind jedoch für Staaten nicht bindend.

Umstrittene Politik gegenüber China

Die schnelle Reaktion der WHO auf den Ausbruch des neuen Coronavirus SARS-CoV-2 im chinesischen Wuhan Ende Dezember 2019 verdeutlicht die Lehren vergangener Gesundheitskrisen. Viel Kritik er-

¹ Nitsan Chorev, The World Health Organization Between North and South, Ithaca 2012.

² David P. Fidler, From International Sanitary Conventions to Global Health Security: The New International Health Regulations, Chinese Journal of International Law, 4. Jg., 2/2005, S. 325–392.

Drei Fragen an Bernhard Schwartländer

Wie lange wird der von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) aufgrund von COVID-19 ausgerufene »internationale Gesundheitsnotstand« noch andauern?

Die COVID-19-Pandemie wird uns noch einige Zeit begleiten. Die Weltgemeinschaft muss sich weiterhin entschlossen an die Maßnahmen der öffentlichen Gesundheit halten, wie etwa das Abstandthalten oder das Tragen von Masken. Die Förderung der Impfstoffgerechtigkeit ist ein weiterer zentraler Punkt. Die Ziele des Strategischen Bereitschafts- und Reaktionsplans für COVID-19 2021 (SPRP) und des Beschleunigten Zugangs zu Instrumenten für die Bekämpfung von COVID-19 (ACT Accelerator) sollen die akute Pandemiephase beenden. Mit den Werkzeugen, die wir jetzt zur Hand haben – und mit dem Zusatz der gerechten weltweiten Impfstoffverteilung – können wir diese Pandemie beenden.

Wie wird eine globale Impfstoffgerechtigkeit erreicht?

Erstens müssen Staaten und Impfstoffhersteller den am meisten gefährdeten Menschen in allen Ländern Priorität einräumen. Zweitens muss verstärkt in die Produktion und den Austausch von Impfstoffen, die Therapien und Diagnose durch die ACT-Accelerator-Initiative investiert werden. Drittens sollten Staaten mit ausreichenden Impfstoffvorräten Impfdosen mit bedürftigen Ländern und Gemeinschaften teilen. Viele Regierungen haben sich dazu verpflichtet, aber sie müssen diesen Worten auch konkrete Taten folgen lassen, um sicherzustellen, dass Impfstoffgerechtigkeit erreicht wird.

Was lernen wir von COVID-19 für zukünftige Pandemien?

Die Welt muss eindeutig das globale System der Pandemie-, Vorsorge- und Bekämpfungsmaßnahmen stärken. Die WHO und andere warnen schon seit vielen Jahren vor der realen Gefahr einer Infektionskrankheit mit Pandemiepotenzial, die die Welt bedroht. COVID-19 wird nicht die letzte Pandemie sein, worauf die Welt reagieren muss. COVID-19 hat uns vor Augen geführt, wie die Gesundheit in allen Bereichen des Lebens eine essentielle Rolle spielt. Es ist jetzt wichtiger denn je, dass die Investitionen in die Gesundheitssysteme erhöht werden. Wir müssen einen Ansatz der universellen Gesundheitsversorgung verfolgen, um die Gesundheit und das Wohlergehen aller Menschen zu schützen. Und schließlich müssen wir die Zusammenhänge zwischen der Gesundheit von Menschen, Tieren und Ökosystemen berücksichtigen. Die Menschheit kann zukünftige Pandemien nur mit einem gesamtheitlichen Ansatz für die öffentliche Gesundheit, die Tiergesundheit und die Umwelt verhindern.



Dr. Bernhard Schwartländer,
ist beigeordneter Generaldirektor und strategischer Berater des WHO-Generaldirektors seit März 2021. Zuvor war er seit dem Jahr 2017 WHO-Kabinettschef.

FOTO: WHO

hielt die UN-Organisation unter Leitung von Margaret Chan für ihr zögerliches Verhalten zu Beginn der Ebola-Krise im Jahr 2014. Im Falle des neuen Coronavirus rief Chans Nachfolger Tedros Adhanom Ghebreyesus, der die WHO seit dem Jahr 2017 leitet, bereits nach fünf Wochen Ende Januar 2020 den Notstand aus. Zwar waren mit weniger als 200 Toten die weltweiten Fallzahlen zum damaligen Zeitpunkt vergleichsweise gering. Dennoch empfahl die WHO all ihren Mitgliedern, das nationale Krisenmanagement auf höchster politischer Ebene zu aktivieren und sich auf eine mögliche Pandemie vorzubereiten. In vielen Mitgliedstaaten wurden die Warnungen aus Genf jedoch nicht hinreichend ernst genommen.³ Auch in Europa unterschätzten nationale Gesundheitsbehörden sowie das Europäische Zentrum für die Prävention und die Kontrolle von Krankheiten (ECDC) wochenlang die Gefahr von COVID-19. Erst die Überlastung norditalienischer Gesundheitssysteme führte im März 2020 zu einem regionalen Strategiewechsel.

Mangelnde Kritik der WHO an den Versuchen Chinas, den Ausbruch von COVID-19 zu verschleiern, hat die Organisation wiederum in eine neue politische Krise gestürzt. Mit der einstimmigen Unterzeichnung der IHR sind alle Mitgliedstaaten verpflichtet, Ausbrüche von Infektionskrankheiten, die sich international verbreiten können, binnen 24 Stunden an die WHO zu melden und weitere Details auf Anfrage bereitzustellen. China kam dieser Meldepflicht jedoch nur unzureichend nach.⁴ Zwar informierte Peking die WHO bereits Ende Dezember 2019 über den Ausbruch der neuen Lungenkrankung. Die übermittelten Fallzahlen in den Folgemonaten waren jedoch teilweise unvollständig oder unzureichend aufgeschlüsselt. Die Zensur der öffentlichen Berichterstattung und die strafrechtliche Verfolgung von Hinweisgeberinnen und -gebern erschwerten belastbare Rückschlüsse auf das lokale Infektionsgeschehen zusätzlich. Zu einer Verurteilung der chinesischen Verschleierungstaktik durch die Genfer Behörde kam es jedoch bis heute nicht. Stattdessen lobte der WHO-Generaldirektor China wiederholt für dessen »unglaubliche« Transparenz und »vorbildliches« Engagement, das »neue Maßstäbe« im Seuchenschutz setze.⁵

Dass sich die WHO frühzeitig gegen eine Reisewarnung für China aussprach, verstärkte den Eindruck einer vermeintlichen China-Hörigkeit. Laut einer Vielzahl von wissenschaftlichen Studien können Grenzschließungen virale Epidemien zwar nicht stoppen, aber um bis zu sechs Wochen verzögern und damit wertvolle Zeit für nationale Vorsorgemaßnahmen erkaufen.⁶ Selbst im Zuge umfassender Lockdowns und Reisebeschränkungen innerhalb Chinas hielt die WHO jedoch an ihrer

Empfehlung gegen Beschränkungen des internationalen Reiseverkehrs fest. Zudem kritisierten WHO-Fachleute Drittstaaten für unilaterale Grenzschließungen, darunter auch die USA. Zwar ist die reservierte Haltung der WHO gegenüber der Zweckmäßigkeit von Reisewarnungen wenig überraschend, da in vergangenen Krisen solche Maßnahmen von betroffenen Staaten häufig als Bestrafung für nationale Transparenz gewertet wurden. Im Falle von COVID-19 war die Empfehlung gegen Grenzschließungen als Teil einer internationalen Eindämmungsstrategie allerdings auch in der wissenschaftlichen Fachgemeinschaft umstritten.⁷

Als Reaktion setzten die USA unter Präsident Donald Trump im April 2020 ihre Beitragszahlungen aus und reichten ihr offizielles Austrittsgesuch ein. Mit einem Anteil von über 15 Prozent am zweijährigen Haushalt stellen die USA mit rund 900 Millionen US-Dollar seit langem den größten Geldgeber der WHO.⁸ Zwar war dieser historische Schritt ebenfalls innenpolitisch motiviert, um von eigenen Fehlern der Trump-Regierung im nationalen Krisenmanagement abzulenken. Der neu gewählte US-Präsident Joe Biden hat die Entscheidung seines Vorgängers daher bereits an seinem ersten Amtstag widerrufen. Die Vorgängerregierung war mit ihrer Kritik an der WHO jedoch nicht allein. Im Rahmen der Weltgesundheitsversammlung (World Health Assembly – WHA), dem höchsten politischen Kontrollgremium der UN-Behörde, stimmten im Mai 2020 alle 194 Mitgliedstaaten für eine unabhängige Untersuchung des WHO-Krisenmanagements. Die Europäische Union (EU) hatte als Vermittlerin zwischen China und den USA einen entsprechenden Resolutionsentwurf eingebracht. Der abschließende Bericht des Unabhängigen Gremiums für die Bereitschaft und Reaktion auf Pandemien (Independent Panel for Pandemic Preparedness and Response – IPPR) soll noch im Laufe dieses Jahres veröffentlicht werden.

Dilemma einer ›zahnlosen‹ WHO

In finanzieller Hinsicht erweist sich der Verdacht einer politischen Befangenheit gegenüber Beijing jedoch als unbegründet. Der steigende Einfluss Chinas innerhalb des UN-Systems wird in westlichen Hauptstädten bereits seit längerem mit Be sorgnis wahrgenommen.⁹ Auch für die WHO ist die aufstrebende Großmacht daher ein Partner von strategischer Relevanz. Mit einem Anteil von rund einem Prozent am Haushalt der WHO ist deren Abhängigkeit von China derzeit aber noch vernachlässigbar.¹⁰ Selbst Deutschland überwies als

Die US-Regierung war mit ihrer Kritik an der WHO jedoch nicht allein.

fünftgrößter Spender in den vergangenen zwei Jahren mit knapp 350 Millionen US-Dollar mehr als das Dreifache nach Genf.

Der Vorwurf der China-Hörigkeit verkennt zudem das Dilemma der ›zahnlosen‹ UN-Behörde im internationalen Seuchenschutz. Um die Gefahr eines Krankheitsausbruchs hinreichend bewerten zu können, ist die WHO auf den Zugang zu innerstaatlichen Epizentren angewiesen. Betroffene Staaten sind laut der IHR allerdings nicht verpflichtet, internationale Expertenteams zwecks Risikoanalyse ins Land zu lassen. Darüber hinaus besitzt die WHO keinerlei Sanktionsmöglichkeiten, wie etwa Geldbußen oder Stimmrechtsentzug, sollte ein Staat der völkerrechtlichen Meldepflicht nicht gerecht werden und nur unzureichend Informationen über einen Krankheitsausbruch bereitstellen. Vertu-

³ Ben Stockton/Céline Schoen/Laura Margottini, Crisis at the Commission: Inside Europe's Response to the Coronavirus Outbreak, The Bureau of Investigative Journalism, 15.2.2020, www.thebureauinvestigates.com/stories/2020-07-15/crisis-at-the-commission-inside-europes-response-to-the-coronavirus-outbreak

⁴ Associated Press, China Delayed Releasing Coronavirus Info, Frustrating WHO, 2.6.2020, apnews.com/article/3c061794970661042b18d5aeaad9fae

⁵ Emily Rauhala, Chinese Officials Note Serious Problems in Coronavirus Response. The World Health Organization Keeps Praising Them, Washington Post, 9.2.2020, www.washingtonpost.com/world/asia_pacific/chinese-officials-note-serious-problems-in-coronavirus-response-the-world-health-organization-keeps-praising-them/2020/02/08/b663dd7c-4834-11ea-91ab-ce439aa5c7c1_story.html

⁶ Ana LP Mateus et al., Effectiveness of Travel Restrictions in the Rapid Containment of Human Influenza: a Systematic Review, Bulletin of the World Health Organization, 92. Jg., 12/2014, S. 868–880.

⁷ Selam Gebrekidan et al., Ski, Party, Seed a Pandemic: The Travel Rules That Let COVID-19 Take Flight, New York Times, 30.9.2020, www.nytimes.com/2020/09/30/world/europe/ski-party-pandemic-travel-coronavirus.html

⁸ Amy Maxmen, What a US Exit From the WHO Means for COVID-19 and Global Health, Nature, 27.5.2020, www.nature.com/articles/d41586-020-01586-0

⁹ Courtney J. Fung/Shing-hon Lam, Chinas ›bürokratischer Fußabdruck‹ in den UN, VEREINTE NATIONEN (VN), 68. Jg., 6/2020, S. 243–248.

¹⁰ WHO, Results Report Programme Budget 2018–19, UN Doc. A73/24 Rev.1 v. 30.9.2019, Genf 2019, S. 13, www.who.int/publications/i/item/who-result-report-programme-budget-2018-2019



Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) schult das medizinische Personal der Intensivstation des Setthathirath-Krankenhauses in Laos in grundlegenden Techniken, um die Notwendigkeit der mechanischen Beatmung von COVID-19-Patientinnen und -Patienten zu verringern. FOTO: WHO/BLINK MEDIA/BART VERWEIJ

schungsversuche nationaler Gesundheitsbehörden zwingen die WHO daher in eine politische Zwickmühle: vor neuen Seuchen zu warnen und staatliche Intransparenz öffentlich anzuprangern, ohne die Kooperation der betroffenen Regierung und damit den Zugang zu Informationen vom Epizentrum einer möglichen Pandemie zu gefährden.

Ohne die notwendigen Rechtsmittel bleibt die politische Beschwichtigung das letzte Mittel, um die Kooperation intransparenter Gesundheitsbehörden sicherzustellen. Im Falle Chinas war die umstrittene Strategie teilweise erfolgreich.¹¹ Die chinesische Führung unter Xi Jinping gewährte nach einem außerordentlichen Besuch des WHO-Generaldirektors in Peking einer internationalen Expertenmission Mitte Februar 2020 einen zweiwöchigen Zugang zu den am schwersten betroffenen Regionen. Darüber hinaus stimmte die chinesische Führung im Rahmen der Weltgesundheitsversammlung im Mai 2020 widerwillig einer unabhängigen Untersuchung zum Ursprung von SARS-CoV-2 zu. Vorläufige Ergebnisse deuten auf einen zoonotischen Ursprung der Seuche hin, also auf eine Übertragung von Tier zu Mensch. Unter den Teilnehmern der WHO-Teams befanden sich ebenfalls Mitarbeite-

rinnen und Mitarbeiter des deutschen Robert Koch-Instituts (RKI). Internationale Expertenmissionen dienen somit auch als Vehikel, um sensible Informationen vom Epizentrum anderen Mitgliedstaaten abseits der politischen Bühne zugänglich zu machen. Allerdings hatten beide Missionen mit erheblichen politischen Repressalien zu kämpfen.¹² Die Einsicht in relevante Daten wurde vor Ort teilweise verwehrt. Zudem annullierten chinesische Behörden Anfang Januar 2021 mit dem Verweis auf Quarantäneregulationen kurzerhand die Einreisevisa von WHO-Fachleuten, während sich diese bereits im Transit nach Beijing befanden.¹³ Die Posse veranschaulicht die Brisanz und Relevanz der WHO als politischer Türöffner im internationalen Seuchenschutz.

Trotz des teilweisen Erfolgs bleibt der china-freundliche Kurs auch innerhalb der Organisation umstritten. Die Legitimität der WHO speist sich aus ihrem Ruf als glaubwürdige und unabhängige Fachorganisation. Internationale Kritik am Krisenmanagement während vergangener Krisen, etwa der Schweinegrippe im Jahr 2009 oder des Ebola-Virusausbruchs im Jahr 2014, hatte bereits zu einem nachhaltigen Vertrauensverlust geführt, der ebenfalls die vielen anderen Arbeitsbereiche der WHO negativ beeinflusste. Die erneute Politisierung des Krisenmanagements im Falle von COVID-19 und die drohenden finanziellen Einschnitte durch einen Austritt der USA hatten die interne Kontroverse über die Kosten und den Nutzen der Beschwichtigungsstrategie weiter verstärkt.

Notwendige Reformen sind unwahrscheinlich

Der internationalen Kritik am Lob Chinas im Umgang mit COVID-19 steht allerdings das mangelnde Interesse der Staatengemeinschaft an einer völkerrechtlichen Stärkung der WHO gegenüber. Im Rahmen der Weltgesundheitsversammlung im Mai 2020 machte Australien den Vorschlag, die IHR nach dem Vorbild bestehender Chemie- und Nuklearwaffenkonventionen zu reformieren. Neue Inspektionsbefugnisse sollten es der WHO ermöglichen, Krankheitsausbrüche in Zukunft auch ohne Zustimmung des betroffenen Staates untersuchen zu dürfen. Der Vorschlag ist nicht neu: Vergeblich

¹¹ Kai Kupferschmidt, Mission Impossible? WHO Director Fights to Prevent a Pandemic Without Offending China, *Science*, 10.2.2020, www.sciencemag.org/news/2020/02/mission-impossible-who-director-fights-prevent-pandemic-without-offending-china

¹² Emily Rauhala/Lily Kuo, Politics Frustate WHO Mission to Search for Origins of Coronavirus in China, *Washington Post*, 6.1.2021, washingtonpost.com/world/asia_pacific/coronavirus-china-wuhan-who-visit/2021/01/06/f880d41c-48bf-11eb-97b6-4eb9f72ff46b_story.html

¹³ Javier C. Hernández, Two Members of WHO Team on Trail of Virus are Denied Entry to China, *New York Times*, 13.1.2021, www.nytimes.com/2021/01/13/world/asia/china-who-wuhan-covid.html

hatten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Weltgesundheitsorganisation während der zehnjährigen IHR-Verhandlungen auf solche Befugnisse gedrängt. Ein entsprechender Entwurf scheiterte damals aber am breiten Widerstand der Mitgliedstaaten.¹⁴ Finanzschwächeren Entwicklungsländern bietet der Zugang zu innerstaatlichen Epizentren eine wichtige Verhandlungsmasse, um politischen Einfluss auf die WHO im Krisenfall ausüben zu können. Auch westliche Staaten, darunter die USA, sahen in einer ›supranationalen Seuchenpolizei‹ einen inakzeptablen Eingriff in ihre territoriale Souveränität. Vor diesem Hintergrund ist die mangelnde politische Resonanz auf den Vorstoß Australiens wenig überraschend. Ein ›zahnloses‹ Mandat wird die WHO daher auch in der nächsten Pandemie vom guten Willen eines betroffenen Staates abhängig machen.

Ein stärkeres Mandat ohne eine solide Grundfinanzierung würde die Unabhängigkeit der WHO ohnehin nur begrenzt erhöhen. Fachleute kritisieren das Budget der UN-Sonderorganisation seit langem als unzureichend. Mit über zwei Milliarden US-Dollar pro Jahr standen der WHO vor COVID-19 für ihre globalen Aufgaben ebenso viele Mittel zur Verfügung, wie etwa dem Genfer Universitätskrankenhaus. Die Abhängigkeit von freiwilligen Spenden macht es Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern jedoch besonders schwer, staatliche Geldgeber öffentlich an den Pranger zu stellen. Auf Druck der USA wurden im Jahr 1993 die für alle Mitglieder verpflichtenden Grundbeiträge, die sich nach dem Bruttoinlandsprodukt richten, auf das damalige Volumen eingefroren. Seither steigt der Anteil freiwilliger Mittel am zweijährigen Haushalt kontinuierlich auf derzeit über 80 Prozent.¹⁵ Die Notwendigkeit eines Lobbyings ihrer Mitgliedstaaten, die auch weiterhin knapp 60 Prozent des Haushalts finanzieren, hat eine Kultur der politischen Zurückhaltung tief in der chronisch-unterfinanzierten Behörde verwurzelt. Mit einer Finanzreform ist mittelfristig allerdings nicht zu rechnen. Schwellen- und Entwicklungsländer zeigen keine Bereitschaft, ihre verpflichtenden Grundbeiträge zu erhöhen. Finanzkräftigen Industrieländern bieten freiwillige und meist zweckgebundene Spenden wiederum ein wirksames Werkzeug, um Einfluss auf die strategische Ausrichtung der Organisation zu nehmen.¹⁶

Brückenkopf zwischen Wissenschaft und Politik

Dem mangelnden politischen Willen der Staatengemeinschaft steht die essenzielle Rolle der UN-Sonderorganisation als wissenschaftliche Schaltzentrale im Kampf gegen COVID-19 gegenüber. Bereits wenige Wochen nach Bekanntwerden der ersten Fälle versammelte die WHO hunderte Fachleute im Genfer Amtssitz, um Wissenslücken zu identifizieren und Forschungssagenden festzulegen. Als besonders effektiv hat sich dabei ein neues Konsortium von über 500 Kliniken in 30 Staaten erwiesen, das seit März 2020 unter Leitung der WHO in den sogenannten ›Solidaritäts-Studien‹ die Effektivität verschiedener Therapeutika in Rekordzeit untersucht. Darüber hinaus bilden hunderte evidenzbasierte WHO-Richtlinien, auch zu umstrittenen Fragen wie etwa der Maskenpflicht, den Teststrategien, Schulschließungen und ein allgemeines Herunterfahren der gesellschaftlichen Aktivitäten, eine wichtige Orientierungshilfe für Entscheidungsträgerinnen und -träger im klinischen und politischen Krisenmanagement.

Eine politische Schlüsselrolle kommt der Genfer Organisation zu, Ländern des Globalen Südens einen preiswerten Zugang zu knappen Schutzimpfungen zu ermöglichen. Neben den hohen Kosten

Ein stärkeres Mandat ohne solide Grundfinanzierung würde die Unabhängigkeit der WHO nur begrenzt erhöhen.

für patentgeschützte Vakzine verschärfen unilaterale Vorverkaufsverträge zwischen Pharmaunternehmen und finanzierten Industrienationen die weltweite Impfstoffknappheit: Mehr als 70 Prozent der für das Jahr 2021 verfügbaren Impfdosen sind auf diesem Wege für die wohlhabendsten 16 Prozent der Weltbevölkerung reserviert.¹⁷ Um eine gerechtere Verteilung von Schutzimpfungen zu ermöglichen, gründete die WHO im Juni 2020 in Kooperation mit den öffentlich-privaten Partnern Globale Allianz für Impfstoffe und Im-

¹⁴ Mary Whelan, Negotiating the International Health Regulations, Genf 2008, repository.graduateinstitute.ch/record/4066

¹⁵ Kristina Daugirdas/Gian Luca Burci, Financing the World Health Organization: What Lessons for Multilateralism?, *International Organizations Law Review*, 16. Jg., 2/2019, S. 299–338.

¹⁶ Erin R. Graham, Money and Multilateralism: How Funding Rules Constitute IO Governance, *International Theory*, 7. Jg., 1/2015, S. 162–194.

¹⁷ Olivier J. Wouters et al., Challenges in Ensuring Global Access to COVID-19 Vaccines: Production, Affordability, Allocation, and Deployment, *The Lancet*, 12.2.2021, [www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(21\)00306-8/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(21)00306-8/fulltext)

munisierung (GAVI) und der Koalition für Innovationen in der Epidemievorbeugung (CEPI) einen neuen multilateralen Beschaffungsmechanismus, den Globalen Zugang zu COVID-19-Impfstoffen (COVID-19 Vaccines Global Access – COVAX). Dessen Ziel ist es, bis Ende dieses Jahres rund zwei Milliarden Impfdosen über eigene Vorverkaufsverträge von verschiedenen Herstellern zu erwerben. Dies ist zwar unzureichend, um den globalen Bedarf sicherzustellen, dennoch muss die Initiative als politischer Erfolg gewertet werden. COVAX gewährleistet erstmalig auch einkommensschwachen Staaten inmitten einer Pandemie Zugang zu Impfstoffen für bis zu 20 Prozent ihrer Bevölkerung: Erste Lieferungen erreichten Mitgliedstaaten bereits im Februar 2021. Zudem profitieren die ärmsten 92 Staaten der Welt von subventionierten Preisen, die durch staatliche Entwicklungshilfe und private Spenden, wie etwa der Bill-und-Melinda-Gates-Stiftung, finanziert werden.¹⁸

Das Verhältnis der EU zur neuen COVAX-Initiative ist jedoch ambivalent. Zwar unterstützen EU-Mitgliedstaaten den subventionierten Zugang für die ärmsten Länder mit einer Milliarde Euro. Die Ankündigungen seitens der EU-Kommission und einzelner Mitgliedstaaten im Frühjahr 2020, darunter Frankreich und Deutschland, Vakzine, sobald verfügbar, als globales öffentliches Gut zu behandeln und damit einen paritätischen Zugang

sicherzustellen, haben sich jedoch nicht bewahrheitet.¹⁹ Wie viele andere westlichen Staaten, darunter auch die USA, bezieht die EU-Kommission im Namen ihrer 27 Mitglieder Impfstoffe ausschließlich über eigene Direktverträge mit Herstellern. Dies sichert zwar einen priorisierten Zugang zu höheren Preisen, verringert jedoch die finanzielle Schlagkraft von COVAX und verschärft die weltweite Impfstoffknappheit.

Brennglas globaler Gesundheitspolitik

Trotz nennenswerter Erfolge im internationalen Krisenmanagement hat COVID-19 Defizite in der globalen Gesundheitspolitik offenbart. So stehen den enormen finanziellen Kosten der Krisenbewältigung unzureichende Investitionen in die globale Pandemievorsorge gegenüber. Allein die USA haben im ersten Jahr der Pandemie vier Billionen US-Dollar für den Kampf gegen COVID-19 ausgegeben.²⁰ Zum Vergleich: Der WHO standen vor Ausbruch des Coronavirus weniger als 140 Millionen US-Dollar pro Jahr zur Unterstützung nationaler Vorsorgemaßnahmen in allen 194 Mitgliedstaaten zur Verfügung.²¹ Die humanitären und wirtschaftlichen Folgen von COVID-19 bieten daher auch eine Chance, das Engagement der WHO im internationalen Seuchenschutz vor der nächsten Krise politisch und finanziell zu stärken.

Globale Gesundheitspolitik darf jedoch nicht auf den internationalen Seuchenschutz verengt werden. Nichtübertragbare Krankheiten sind für mehr als 70 Prozent der weltweit vermeidbaren Toten verantwortlich. Mit der Erklärung der universellen Gesundheitsversorgung als eines der Ziele für nachhaltige Entwicklung (Sustainable Development Goals – SDGs) im Jahr 2015 konnte die WHO zwar einen politischen Erfolg erzielen. Finanzielle Investitionen der Geberländer konzentrieren sich jedoch weiterhin auf spezifische Krankheiten oder punktuelle Technologien, wie etwa Schutzimpfungen oder kostengünstige Diagnostik. Laut UN-Schätzungen bleibt somit mehr als der Hälften der Weltbevölkerung der Zugang zur medizinischen Grundversorgung und zu bezahlbaren Medikamenten verwehrt.²² Dabei sollte es nicht erst einer Pandemie bedürfen, um uns daran zu erinnern, dass Gesundheit ein Menschenrecht ist.

English Abstract

Dr. Jan Thiel

COVID-19 and WHO Crisis Management pp. 51–56

COVID-19 marks a historic challenge for the World Health Organization (WHO). International criticism of its cautious dealings with China's lack of transparency pushed the UN Specialized Agency to the brink of a new political crisis. A 'toothless' mandate, however, leaves political appeasement as its only means of ensuring access of the international community to information from the epicenter of a possible pandemic. The lack of political will for reforms contrasts with the pivotal role of the UN agency as bridgehead between science and politics in preparing the world for infectious diseases and leading the fight against the pandemic.

Keywords: Gesundheit, Krise/Krisenmanagement, Pandemie, Industrieländer, Schwellenländer, Weltgesundheitsorganisation, health, crisis/crisis management, pandemic, industrialized countries, emerging economies, World Health Organization

¹⁸ Siehe dazu auch den Beitrag von Cornelia Ulbert und Elena Sondermann in diesem Heft.

¹⁹ Siehe dazu auch die Pro- und Contra-Standpunkte zur Aufhebung des Patentschutzes für COVID-19-Impfstoffe in diesem Heft.

²⁰ Peter Whoriskey et al., ›Doomed to Fail: Why a \$4 Trillion Bailout Couldn't Revive the American Economy, Washington Post, 5.10.2020, www.washingtonpost.com/graphics/2020/business/coronavirus-bailout-spending/

²¹ WHO, Results Report Programme Budget 2018–19, a.a.O. (Anm. 10), S. 46.

²² WHO/Weltbank, Tracking Universal Health Coverage: 2017 Global Monitoring Report, Genf 2017.