

Kelley Lee. *The World Health Organization*. London: Routledge, 2008. 184 S. \$140.00 (cloth), ISBN 978-0-415-37017-2; \$25.95 (paper), ISBN 978-0-415-37013-4; ISBN 978-0-203-02973-2.



Reviewed by Klaas Dykmann

Published on H-Soz-u-Kult (November, 2010)

K. Lee: The World Health Organization

Kelley Lee, ehemalige Mitarbeiterin der Weltgesundheitsorganisation (WHO), legt ein schlüssig aufgebautes Einsteigerbuch zur WHO vor. Sie bietet eine überblicksartige Darstellung der Hintergründe einer Weltgesundheitspolitik und dem ständigen Auf und Ab gesundheitspolitischer Prioritäten vor dem Hintergrund medizinischer Debatten, institutioneller Entwicklungen und internationaler Kräfteverhältnisse. Die Autorin blickt auf eine umfangreiche Publikationsliste zu Fragen der internationalen Gesundheitspolitik zurück und fungiert derzeit als Leiterin des Public and Environmental Health Research Unit und Ko-Direktorin des Centre on Global Change and Health an der School of Hygiene and Tropical Medicine in London. Kelley Lee bekundet selbst, zwischen ihren Erfahrungen als WHO-Mitarbeiterin und der distanzierteren Position als externe akademische Betrachterin zu wandern, was ihr weitgehend gut gelingt, sich zuweilen aber in etwas zu narrativem Stil bemerkbar macht, andernorts jedoch durch Insiderwissen auch vortrefflich zur Illustration dient.

Das knapp gehaltene Buch aus der renommierten Reihe *Global Institutions* wartet nach einer die internationale

Zusammenarbeit in der Gesundheitspolitik vom 19. Jahrhundert bis 1945 behandelnden Einleitung auf mit knappen Überblicksdarstellungen zu den Themen „Einrichtung der WHO“ (Kapitel 1), „Struktur und Funktionen“ (Kapitel 2), „Globale Kampagnen gegen Krankheiten“ (3), der „Behandlung von Gesundheitsfaktoren“ (4) sowie einem abschließenden Teil „Von internationaler zu globaler Gesundheit“. Neben einer Auswahlbibliographie und elektronischen Verweisen zum Nachschlagen bietet das Buchlein Illustrationen, Themenkästen zu bestimmten Aspekten oder Personen sowie einige hilfreiche Organigramme.

Nach dem Zweiten Weltkrieg zog der Zusammenbruch der Infrastruktur, die Verbreitung von Viren, Vektoren und Geschlechtskrankheiten durch Truppen sowie Vertreibungen eine Verschlechterung der Gesundheitslage in vielen Teilen der Welt nach sich. Dennoch wurde dem Thema Gesundheit 1945 auf internationaler Ebene keine Priorität zugewiesen, was Lee berechtigterweise als kurios erachtet (S. 12/13). Obschon der Vorstoß zur Gründung einer internationalen Gesundheitsorganisation von Brasilien und China ausgegangen war, zeig-

ten sich vor allem die Vereinigten Staaten, Großbritannien und Frankreich als besonders eifrig, Entwurfe für eine solche Einrichtung vorzulegen. Schließlich dauerte es nach der Unterzeichnung der WHO-Verfassung durch 55 Regierungen zwei Jahre, bis diese auch in Kraft treten konnte. Diese Verzögerung brachte den beginnenden Einfluss des aufziehenden Ost-West-Gegensatzes auf die UN-Institutionen und die Abkehr vom idealistischen Internationalismus unmittelbar nach Kriegsende zum Ausdruck. Unterschiedliche Auffassungen von Gesundheit und Krankheit in den USA und der Sowjetunion führten zu ideologischen Auseinandersetzungen um die Ausrichtung der WHO: „This brought into greater relief the schism between those who envisioned an organization that embraced the values and goals of social medicine, and those who sought to circumscribe its mandate to, for example, disease surveillance and control.“ Da die USA in der Sozialmedizin ein sozialistisches Momentum vermuteten, bestand die Regierung auf der Eigentümlichkeit des Panamerikanischen Gesundheitsbros (PASB). (S. 13, 14) Borowy indes erwähnt, dass die USA bereits im Jahr 1944 Wert auf eine Fortdauer des PASB legten. Iris Borowy, *Coming to Terms with World Health. The League of Nations Health Organisation 1921-1946*. Frankfurt am Main 2009, S. 439. . Das Beharren der Vereinigten Staaten auf der fortdauernden Existenz des PASB – eine den amerikanischen Doppelkontinent abdeckenden Gesundheitsinstitution, die bereits 1902 gegründet worden war – war einer der Gründe, der die besondere Regionalstruktur der WHO mit einem Hauptquartier in Genf und sechs Regionalbros erklärte.

Lee unterscheidet in zwei wegweisende unterschiedliche Grundeinstellungen: eine biomedizinische, d.h. eher auf einzelne Krankheiten ausgerichtete Haltung, die vor allem in den USA Unterstützung fand und findet, sowie eine besonders in sozialreformerisch beseelten Kreisen Europas entstandene Überzeugung, Sozialmedizin sei der bessere Ansatz. Während die biomedizinische Haltung eher einer Mentalität der „silbernen Kugel“ zuneigt, d.h. der Auffassung, für fast jede Krankheit ließe sich ein wirksames Gegenmittel finden, wendet sich die Sozialmedizin eher den gesellschaftlichen Rahmenbedingungen zu, welche die Gesundheitssituation breiter Bevölkerungsschichten stark beeinflussen. Wenn man auf die eindeutig von der Sozialmedizin inspirierte Definition von Gesundheit in der WHO-Verfassung von 1946 schaut, wird dieser idealistisch anmutende Anspruch sehr deutlich: „Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity.“ Constitution of the World

Health Organization, Prambel, New York, 22. Juli 1946. . Entsprechend wurden die Schöpfung, Einrichtung und prägenden Anfangsjahre der WHO maßgeblich von diesen starken und bisweilen sich widersprechenden Einflüssen bestimmt. Zum einen waren es die Vorstellungen der Experten für Öffentliche Gesundheit im Technischen Vorbereitungsausschuss, denen eine Organisation mit universaler Mitgliedschaft zur Behandlung der physischen und mentalen Gesundheitsbedürfnisse auf der Welt vorschwebte. Die Organisation sollte von den Werten sozialer Gleichheit und des Internationalismus geleitet werden, die humanitären eher als Zielen des Eigeninteresses anhängen (S. 24). Zum zweiten erwähnt Lee den Einfluss der Akteure, welche die WHO fest verankert in der Geopolitik des Ost-West-Konflikts sahen. In diesem Zusammenhang wurde von der Organisation erwartet, die internationale Gesundheitszusammenarbeit zu stärken, jedoch innerhalb eines begrenzten Aktionsradius. Gesundheitsbedürfnisse wurden größtenteils durch Krankheiten definiert, wobei besonders epidemischen Krankheiten Bedeutung zuteil wurde. Hierbei sollte die WHO ihre Aktivitäten auf die Kontrolle von Krankheiten und die Bereitstellung wissenschaftlicher und technischer Hilfe konzentrieren. Die WHO blieb der UN untergeordnet und Bestrebungen, Gesundheitsziele über Machtpolitik zu stellen wurden zurückgewiesen: „these two visions of the WHO would be an ongoing source of tension“ (S. 24).

Die WHO wird finanziert aus einem regulären Haushalt sowie außerbudgetären Fonds. Die größten Beiträge stammten wie bei den meisten UNEinrichtungen von den reichen Ländern. Die WHO wird z.T. finanziert aus den besteuerten Beiträgen der Mitgliedsstaaten, bekannt als regulärer Haushaltsfond, die zweijährlich gemäß der UN-Skala für Zahlungsfähigkeit (BIP und Bevölkerungszahl) berechnet werden. Gemäß diesem System zahlt eine kleine Anzahl von Hocheinkommensländern das Meiste des Grundfonds der WHO. 1962 beglichen die USA, die UdSSR, Großbritannien mehr als die Hälfte des regulären Haushalts; ein weiteres Viertel wurde von Kanada, China, Frankreich, Deutschland, Indien, Italien und Japan bezahlt (S. 38). . In den 1970er Jahren machten die außerbudgetären Mittel noch 20 Prozent der Gesamtausgaben der WHO aus, nahmen in den Folgejahrzehnten jedoch sukzessive zu. Anfang der 1980er stellte diese Zunahme nicht nur einen „Vertrauensbeweis“ in besondere WHO-Programme dar, sondern drückten auch das Misstrauen der größten Geberstaaten (vereint in der so genannten Genfer Gruppe) in einige aus dem regu-

l ren Budget finanzierten Aktivitäten aus. Erstmals überstiegen die außerbudgetären Gelder 1990/1991 die des regulären Haushalts (S.  38/39). Von den nicht aus dem regulären Haushalt finanzierten Programmen erweisen sich besonders die Ausrottungsprogramme gegen Malaria und Pocken als erwähnenswert, aber auch den Kampagnen gegen HIV und Polio wuchs in den vergangenen Jahrzehnten zunehmend Bedeutung zu. Der WHO-Kampf gegen bestimmte Krankheiten zeitigte in den vergangenen sechs Jahrzehnten gemischte Ergebnisse, wobei diese vertikalen Kampagnen auch durch interinstitutionelle Querelen mit anderen Institutionen (Weltbank, UNICEF, FAO etc.) und Zust ndigkeitsprobleme beeinträchtigt wurden (S.  69/70).

Im Kapitel zur Behandlung breiterer Gesundheitsfaktoren geht Kelley Lee auf die zunehmende Berücksichtigung sozialer Umstände für Gesundheit seit Ende der 1960er Jahre ein, die schließlich in dem Aufruf  Gesundheit für alle  Ende der 1970er Jahre gipfelte. Das so genannte Basisgesundheitsmodell oder *Primary Health Care* (PHC) zielte vor allem auf ein holistisches Verständnis von Gesundheit ab und relativierte somit die Dominanz des vertikalen Ansatzes, der sich auf die Bekämpfung bestimmter Krankheiten konzentrierte. Die normative Basis für die PHC-Bewegung war eine Verpflichtung zu gesellschaftlicher Gleichheit bei der Gewährung von Gesundheitsdiensten, welche auf einem Verständnis von Gesundheit als Menschenrecht fußte (S.  79). Die Bewegung der *Primary Health Care* und der  Gesundheit für alle  spiegelten in Lees Worten auf vielfältige Weise auch die gewachsene Selbstbehauptung der ärmere Weltregionen in der UNO insgesamt wider. Diese gründete sich auf der Anerkennung der Unangemessenheit bestehender Ansätze zur Befriedigung grundlegender Gesundheitsbedürfnisse einer Mehrheit der Weltbevölkerung (S.  97/98). Gegen diese Bedrohung ihrer weltweiten Märkte begeherten die Lebensmittel-, Pharmazie- und Tabakindustrien auf und setzten sich für eine Beibehaltung des biomedizinischen Ansatzes in der WHO ein (S.  98). Die Kritik an diesem Ansatz, der motiviert wurde durch ein erstarktes Selbstbewusstsein ärmerer nichtwestlicher Weltregionen seit den 1960er Jahren, stieß rasch auf Widerstand bei westlichen Geberländern, der Pharmaindustrie sowie dem medizinischen Berufsstand Yves Beigbeder, L Organisation mondiale de la Santé. Avec la collaboration de Mahyar Nashat, Marie-Antoinette Orsini et Jean-François Tiercy. Paris 1995, S.  27. . Schließlich wurde mit einer *Selective Primary Health Care* (SPHC) der Versuch unternommen, das ursprüngliche

Konzept auf bestimmte Kernaspekte zu konzentrieren. Allerdings ging dabei Kritikern zufolge der ganzheitliche Anspruch des ursprünglichen Konzepts verloren, wie Lee mit folgendem Beispiel veranschaulicht: Im Rahmen des SPHC wurden Fabrikprodukte gegen Durchfall in ärmere Länder geliefert. Da sich das Lesen der Einnahmevervorschriften als wichtig erwies ebenso wie der Zugang zu ausreichend sauberem Wasser, gestaltete sich das Präparat für die Analphabeten und Armen ohne Zugang zu Wasser nur bedingt als eine Hilfe (S.  81).

Angesichts von Kelley Lees Darstellung eines fortwährenden Kr ftemessens zwischen bio- und sozialmedizinischen Prioritäten in der WHO stellt sich die Frage, inwieweit die Debatten um eine geeignete Weltgesundheitspolitik bzw. etwas bescheidener die ad quate Rolle der WHO sich auf ein st ndiges Aneinanderreiben dieser beiden westlichen Medizinverst ndnisse die Entwicklung der Organisation vollständig wiedergeben. Auch wenn die Verfasserin die andauernde Auseinandersetzung zwischen krankheitszentriertem und Umweltfaktoren ber cksichtigendem Ansatz als Narrativ bewundernswert konsistent und nachvollziehbar verfolgt, so bleiben doch Zweifel, ob die Bewegung hin zu einem Grundversorgungsmodell seit den 1960er Jahren bis zum Höhepunkt der Konferenz von 1978 in Alma Ata, nicht über diesen Antagonismus hinausging. Bereits das Konzept der  barf ssigen  rzte  aus der Volksrepublik China schien den westlichen Mediziner mit wissenschaftlicher Ausbildung als Prototyp und G lionsfigur einer biomedizinischen Konzeption herauszufordern. Die Wertschätzung nichtwestlicher Medizinsysteme und Einbeziehung traditioneller Heiler, die allerdings nicht alle Bereiche der WHO-Politik erreichte, deutete ebenso auf eine grundsätzlichere Entwicklung hin. Während Bio- und Sozialmedizin beide europäischen Ursprungs sind und jeweils die zumindest implizite übergeordnete Rolle des Arztes nicht in Frage stellten, galt das Konzept eines ländlichen Hilfsarbeiters, der sich auch traditioneller Praktiken bediente, schon als Novum, das eben auch auf nichtwestliche Traditionen und Erfahrungswerte zurückgriff. Natürlich war auch das in Alma Ata vertretene Konzept der *Primary Health Care* keineswegs gänzlich neu und speiste sich aus sozialmedizinischen Überlegungen oder den Beschlüssen der Konferenz zur ländlichen Hygiene in Bandung 1937. Dennoch kann durch die Aufwertung nichtwestlicher Wissensstände und dem damit einhergehenden erstarkten Selbstvertrauen der  dritten Welt  im Zuge der Forderungen nach einer Neuen Weltwirtschaftsordnung in den 1970er Jahren durchaus eine neue

Qualität im Hinblick auf die gesundheitspolitische Orientierung der WHO beigemessen werden.

Kelley Lee legt ein empfehlenswertes Buch vor, das als Einführung vor allem (Medizin-) Historikern und Sozialwissenschaftlern nützlich sein dürfte.

If there is additional discussion of this review, you may access it through the network, at:

<http://hsozkult.geschichte.hu-berlin.de/>

Citation: Klaas Dykmann. Review of Lee, Kelley, *The World Health Organization*. H-Soz-u-Kult, H-Net Reviews. November, 2010.

URL: <http://www.h-net.org/reviews/showrev.php?id=31831>

Copyright © 2010 by H-Net, Clio-online, and the author, all rights reserved. This work may be copied and redistributed for non-commercial, educational purposes, if permission is granted by the author and usage right holders. For permission please contact H-SOZ-U-KULT@H-NET.MSU.EDU.