

Aus dem Institut für Public Health
der Medizinischen Fakultät Charité – Universitätsmedizin Berlin

DISSERTATION

Effektivität der Weltgesundheitsorganisation:
Eine Systematische Literaturübersicht

zur Erlangung des akademischen Grades
Doktor medicinae (Dr. med.)

vorgelegt der Medizinischen Fakultät
Charité – Universitätsmedizin Berlin

von

Fabian Moser
aus Erfurt

Datum der Promotion: 25.11.2022

Inhaltsverzeichnis

I.	TABELLEN- UND ABBILDUNGSVERZEICHNIS.....	3
II.	ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS	3
III.	ABSTRACT.....	4
IV.	EINLEITUNG.....	7
	<i>ORGANISATORISCHER AUFBAU: GRUNDELEMENTE DER WELTGESUNDHEITSORGANISATION.....</i>	<i>7</i>
	<i>ORGANISATORISCHE BEURTEILUNG: EINE VIELZAHL VON KRITIKPUNKTEN, ABER OHNE KLARE KRITERIEN.</i>	<i>9</i>
	<i>ORGANISATORISCHE VERBESSERUNG: MEHRERE REFORMEN, MEHRERE REZEPTE, ABER OHNE KLAR VERSTANDENE MECHANISMEN.....</i>	<i>10</i>
	<i>ZIEL: ZU MEHR KLARHEIT ÜBER DIE ORGANISATORISCHE EFFEKTIVITÄT DER WHO BEITRAGEN.</i>	<i>12</i>
V.	MATERIAL UND METHODEN	13
	<i>ENTWICKLUNG EINES RAHMENS FÜR DIE ANALYSE DER ORGANISATORISCHEN EFFEKTIVITÄT</i>	<i>14</i>
	<i>Ermittlung und Integration von Material für eine Analyse der organisatorischen Effektivität.....</i>	<i>14</i>
	<i>Analyse des Materials für einen Rahmen der organisatorischen Effektivität</i>	<i>18</i>
	<i>Erläuterung des Analyserahmens der organisatorischen Effektivität.....</i>	<i>18</i>
	<i>LITERATURSUCHE UND SYNTHESMETHODE ZUR MESSUNG DER EFFEKTIVITÄT DER WHO</i>	<i>24</i>
	<i>Ermittlung der Publikationen für die Analyse.....</i>	<i>26</i>
	<i>Wie die Publikationen analysiert wurden</i>	<i>29</i>
VI.	ERGEBNISSE.....	32
	<i>LEGITIMITÄT & GOVERNANCE.....</i>	<i>34</i>
	<i>ZIELE & STRATEGIEN</i>	<i>38</i>
	<i>STRUKTUR & PERSONALLEISTUNG</i>	<i>41</i>
	<i>INSTITUTIONELLE AUTORITÄT & BEZIEHUNGEN.....</i>	<i>44</i>
	<i>IDENTITÄT.....</i>	<i>49</i>
VII.	DISKUSSION	51
	<i>ZUSAMMENFASSUNG DER WICHTIGSTEN ERGEBNISSE.....</i>	<i>51</i>
	<i>STÄRKEN UND SCHWÄCHEN DER VORGELEGTEN ANALYSE UND BEZUG ZU ÄHNLICHEN STUDIEN.....</i>	<i>54</i>
	<i>BEDEUTUNG DER ERGEBNISSE DER ANALYSE IM KONTEXT DER ZUGRUNDELIEGENDEN PUBLIKATIONEN</i>	<i>59</i>
VIII.	ZUSAMMENFASSUNG UND FAZIT	62
IX.	LITERATURVERZEICHNIS.....	65
X.	EIDESSTÄTTLICHE VERSICHERUNG	75
XI.	LEBENS LAUF	76
XII.	DANKSAGUNG	78

I. TABELLEN- UND ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Tabelle 1	Rahmen zur Analyse der organisatorischen Effektivität.....	19
Tabelle 2	ENTREQ – Kriterien und zugehörige Dissertationstextstellen...	25-26
Tabelle 3	Suchbegriffe, die zur Identifizierung von Literatur verwendet wurden.....	27
Abbildung 1	Wie die Publikationen für die Analyse ausgewählt wurden.....	29
Abbildung 2	Verteilung der Themen auf die Elemente des Analyserahmens der organisatorischen Effektivität.....	33
Box 1	Evidenzstufen.....	31

II. ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

ENTREQ	Enhancing transparency in reporting the synthesis of qualitative research
FCTC	Rahmenübereinkommen zur Eindämmung des Tabakgebrauches
IGV	Internationale Gesundheitsvorschriften
MOPAN	Multilateral Organisation Performance Assessment Network
MS	Mitgliedsstaaten
VN	Vereinte Nationen
WHA	Weltgesundheitsversammlung
WHO	Weltgesundheitsorganisation

III. ABSTRACT

Introduction: The World Health Organization (WHO) is widely recognized as the leading global health institution, but many critics have called for its reform, such as in the aftermath of the 2014-16 Ebola outbreak. I have examined articles calling for WHO reform and found that criticisms of WHO's performance are common, but the precise standards of judgment are unclear and the ways in which WHO should be strengthened are rarely specified. Given the critique and its shortcomings, this dissertation aims to measure WHO's organizational effectiveness.

Materials and Methods: There was a lack of a unified mechanism for assessing WHO's organizational effectiveness. Therefore, based on the organizational studies literature, I developed a framework that combines five common elements of organizational effectiveness: i. Legitimacy and governance, ii. Goals and strategies, iii. Structure and personnel performance, iv. Authority and relationships, v. Identity. Using this analytical framework, I then conducted a systematic literature review to measure WHO effectiveness, following the ENTREQ criteria. I identified 139 publications from five databases, classified them by study type, and included findings on WHO by framework elements. I conducted a thematic analysis and synthesis of their findings.

Results: A total of 998 themes were identified from 122 expert opinion/commentary articles (87.8%), 15 observational studies (10.8%), and two reviews (1.4%). They indicate that: i. WHO's legitimacy and governance are weakened by uneven state participation, undecided purpose, and insufficient accountability; ii. WHO's goals reflect the priorities of a few of the organization's funders; iii. shortcomings exist in WHO's structure, including insufficient coordination, rigid processes, and in its workforce; iv. WHO's authority is technical, normative, and very limited because WHO cannot enforce its global rules, which member states regularly violate; v. There are questionable traits in WHO's identity, particularly during pandemic response, and inadequate relationships with businesses and civil society.

Discussion: I risked introducing bias in the identification of publications and the extraction and synthesis of their findings. The limited completeness, applicability, and

low quality of the evidence significantly weaken this review. To my knowledge, this is the first academic study focused on analysis of WHO organizational effectiveness.

Conclusions: We know little about WHO effectiveness because the evidence base is weak. This literature review suggests that WHO effectiveness is limited at several levels. More studies of WHO effectiveness should be conducted.

Einleitung: Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) ist weithin als die führende globale Gesundheitsinstitution anerkannt, aber viele Kritiker*innen haben ihre Reform gefordert, wie zum Beispiel nach dem Ebola-Ausbruch 2014-16. Ich habe Artikel untersucht, in denen eine Reform der WHO gefordert wird, und festgestellt, dass Kritik an der Leistung der WHO häufig geäußert wird, aber die genauen Maßstäbe für die Beurteilung unklar sind und die Art und Weise, wie die WHO gestärkt werden sollte, selten spezifiziert wird. Vor diesem Hintergrund hat diese Dissertation das Ziel, die organisatorische Effektivität der WHO zu messen.

Material und Methoden: Es fehlt an einem allgemein akzeptierten Ansatz zur Bewertung der organisatorischen Effektivität der WHO. Daher entwickelte ich auf der Grundlage der organisationswissenschaftlichen Literatur einen Analyserahmen, der fünf Hauptelemente der organisatorischen Effektivität vereint: i. Legitimität und Governance, ii. Ziele und Strategien, iii. Struktur und Personalleistung, iv. Autorität und Beziehungen, v. Identität. Mit diesem Analyserahmen führte ich anschließend ein systematisches Literaturstudium nach ENTREQ-Kriterien durch, um die Effektivität der WHO zu messen. Ich ermittelte 139 Publikationen aus fünf Datenbanken, klassifizierte diese nach Studientypen und führte eine thematische Analyse und Synthese ihrer Erkenntnisse nach den Elementen des Analyserahmens durch.

Ergebnisse: Insgesamt wurden 998 Themen zur WHO-Effektivität aus 122 Kommentarartikeln (87,8 %), 15 Beobachtungsstudien (10,8 %) und zwei Übersichtsarbeiten (1,4 %) identifiziert. Sie weisen darauf hin, dass i. die Legitimität und die Governance der WHO durch eine ungleiche Einflussnahme der

Mitgliedsstaaten, einen ungenügend definierten Zweck und eine unzureichende Rechenschaftslegung geschwächt sind; ii. die Ziele der WHO die Prioritäten einiger weniger Geldgeber der Organisation widerspiegeln, iii. Mängel in der Struktur der WHO, darunter unzureichende Koordination, zähe Prozesse, und in der Belegschaft existieren; iv. die Autorität der WHO technisch und normativ, und sehr begrenzt ist, weil die WHO ihre globalen Regeln, gegen die einige Mitgliedsstaaten regelmäßig verstoßen, nicht durchsetzen kann; v. es fragwürdige Identitätsmerkmale der WHO gibt, insbesondere während der Pandemiebekämpfung, sowie inadäquate WHO-Beziehungen zu Unternehmen und Zivilgesellschaft.

Diskussion: Ich habe bei der Ermittlung der Publikationen und der Extraktion und Synthese ihrer Erkenntnisse riskiert, Bias einzuführen. Die begrenzte Vollständigkeit, Anwendbarkeit und geringe Qualität der Evidenz schwächen diese Übersichtsarbeit erheblich. Meines Wissens ist dies die erste akademische Studie, die die WHO mit Fokus auf die organisatorische Effektivität untersucht.

Schlussfolgerungen: Wir wissen wenig über die Effektivität der WHO, weil die Evidenzbasis schwach ist. Diese Literaturübersicht deutet darauf hin, dass die Effektivität der WHO auf mehreren Ebenen eingeschränkt ist. Es sollten mehr Studien zur Effektivität der WHO durchgeführt werden.

IV. EINLEITUNG

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) wurde 1948 zum weltweiten Schutz und zur weltweiten Förderung der menschlichen Gesundheit gegründet (1). Die WHO war für bedeutende Erfolge im Bereich der öffentlichen Gesundheit verantwortlich: Die Ausrottung der Pocken im Jahr 1980 und ein rechtsverbindliches internationales Abkommen zur Eindämmung des Tabakkonsums (FCTC), das 2005 in Kraft trat (2).

Organisatorischer Aufbau: Grundelemente der Weltgesundheitsorganisation.

Der Exekutivrat der WHO legt die Agenda der jährlichen Weltgesundheitsversammlung (WHA) fest und bereitet Resolutionen und Dokumente für die WHA vor, in der 194 Mitgliedsstaaten (MS) über vorgeschlagene organisatorische Aktivitäten entscheiden, die vom Sekretariat der Organisation durchgeführt werden (1). Jeder MS hat eine gleichberechtigte Stimme bei politischen Entscheidungen und Wahlen während der WHA (1). 34 MS haben zusätzlich eine Stimme im Exekutivrat für drei Jahre, wenn ihr/e nationale/r Kandidat/in in diesen gewählt wurde (1). Die MS beteiligen sich individuell an der Forschung, Normen- und Programmentwicklung der Organisation sowie an Monitoring-, technischen Unterstützungs- und Koordinationsaktivitäten durch Interaktion mit den Länder-, Regional- und Hauptbüros (3). Hierfür dienen auch die mehrjährigen Country Cooperation Strategies als Memoranden (3). Die Verfassung der WHO ermächtigt sie, 21 Funktionen zu erfüllen - wie z.B. alle MS während der WHA zur Regulierung von Produkten, internationalen Diagnosestandards, Gesundheitsnomenklaturen und anderen Anforderungen gegen die internationale Ausbreitung von Krankheiten einzuberufen - und jegliche Maßnahmen zu treffen um ein höchstmögliches Maß an Gesundheit für alle Völker zu erreichen (1). Historische Ereignisse, insbesondere der Entwurf dieser Verfassung, die siegreiche Ausrottung der Pocken sowie die Alma-Ata-Agenda für die primäre Gesundheitsversorgung und ihre unvollständige Umsetzung, haben in der WHO ein weites Verständnis von Gesundheit als körperliches, geistiges und soziales Wohlbefinden verankert, in Verbindung mit einem engeren, oft stark biomedizinisch geprägten, organisatorischen Ansatz zur Problemlösung (2). Dies wird ergänzt durch das Verständnis, dass Regierungen für die Gesundheit ihrer Bevölkerung verantwortlich sind, dass die Gesundheit aller Menschen von der

Zusammenarbeit zwischen den Ländern abhängt, dass Ungleichheiten in der Entwicklung von Gesundheitsförderung und Krankheitsbekämpfung zwischen den Ländern Gefahren darstellen und dass der höchste erreichbare Gesundheitsstandard ein grundlegendes und universelles Menschenrecht ist (1, 4).

Das Sekretariat der WHO betreibt eine stark dezentralisierte Bürokratie mit öffentlichen und privaten Ressourcen. Die WHO wird über 2-Jahres-Budgets von Staaten, anderen multilateralen Organisationen, öffentlich-privaten Partnerschaften sowie privaten Stiftungen finanziert und hat für die Zweijahresperiode 2018-19 insgesamt 6,3 Mrd. \$ bewilligt bekommen (5). Davon konnte das Sekretariat etwa ein Viertel (bzw. 1,589 Mrd. \$) flexibel einsetzen, etwa 68 % (bzw. 4,328 Mrd. \$) für von den Gebern vorgegebene Projekte und verzeichnete einen Einnahmeausfall von etwa 6 % (bzw. 0,359 Mrd. \$) (5). Das Zweijahresbudget der WHO ist etwa halb so groß wie das Jahresbudget der US-Gesundheitsbehörde CDC, das sich für 2019 auf 11,9 Mrd. \$ belief (6). Der Hauptsitz des WHO-Sekretariats in Genf wird ergänzt durch sechs Regionalbüros (in Brazzaville, Kairo, Kopenhagen, Manila, New Dehli, Washington DC), 149 Länderbüros, zwei Liaisonbüros (zur Europäischen Union in Brüssel, zu den Vereinten Nationen (VN) in New York City), zwei Forschungsbüros (für Krebserkrankungen in Lyon, universelle Gesundheitsversorgung und alternde Bevölkerungen in Kobe), ein Büro zur Unterstützung bei der grenzüberschreitenden Krankheitsüberwachung und -bekämpfung (Lyon) und ein allgemeines Servicebüro (Kuala Lumpur) (7). Ein Führungsteam am Hauptsitz ergänzt den derzeitigen Generaldirektor Dr. Tedros Ghebreyesus sowie sechs Regionaldirektor*innen bei der Aufsicht über etwa 7000 Menschen, die als formelle Mitarbeiter*innen für die WHO arbeiten, zu denen Ärzt*innen, Epidemiolog*innen, Wissenschaftler*innen, Expert*innen für Öffentliche Gesundheit, Nothilfe, Gesundheitswirtschaft, Verwaltung und Finanzen gehören (7-9). Die WHO unterhält mehr als 100 akteursübergreifende Kooperationsbeziehungen, zum Beispiel die Global Polio Eradication Initiative (10). Darüber hinaus stehen mehr als 200 internationale Nichtregierungsorganisationen, Stiftungen oder Wirtschaftsverbände in 'offiziellen Beziehungen' zur WHO und sind inzwischen eingeladen, bei Sitzungen der WHA, des Exekutivrats und der Regionalkomitees Stellungnahmen abzugeben und sich um die Organisation offizieller Satellitenveranstaltungen während der WHA zu bewerben (11). Die WHO arbeitet auch mit etwa 800 akademischen Einrichtungen ('WHO Collaborating Centres')

zusammen, die in 80 MS, davon 37 % in fünf Ländern (USA, China, Großbritannien, Indien, Australien), Forschung, Unterstützung bei der Entwicklung von Richtlinien oder andere Aktivitäten zur Unterstützung von WHO-Programmen durchführen (12). Außerdem arbeitet die WHO mit zahlreichen Einzelpersonen zusammen, die in 'Expert Advisory Panels and Committees' fachliche Beratung leisten (13).

Organisatorische Beurteilung: Eine Vielzahl von Kritikpunkten, aber ohne klare Kriterien.

Seit Beginn des neuen Jahrtausends gab es vier große Infektionskrankheitsausbrüche, die zu internationalen Krisen führten, und in bzw. nach jeder dieser Krisen wurde Kritik an der WHO verlautbart. So gab es Aufrufe zu Reformen bei der WHO anlässlich des SARS-Ausbruch 2002-3 und der H1N1-Grippe-Pandemie 2009-2010. Diese erreichten während und nach dem Ausbruch der Ebola-Viruserkrankung 2014-16 in Westafrika einen vorläufigen Höhepunkt (14-17). Kritiker*innen charakterisierten die WHO als lethargisch, ineffektiv und inkompetent (16, 18-21). Eine umfassende Bewertung ihrer Leistung während der COVID-19-Pandemie steht noch aus. Während dieser Krisen schien die Grundlage für die Kritik auf hohem Niveau einigermaßen klar zu sein - der Wunsch nach entschlossenerem Handeln oder einem schnelleren Ende der Epidemien -, aber es wurde nicht klar, welche Kriterien genau herangezogen wurden, bzw. welche Standards zur Bewertung der Leistung der WHO herangezogen werden könnten.

Als ich mich breiter in der gesundheitlichen und medizinischen Literatur umsah, stellte ich fest, dass Beschwerden über die WHO an der Tagesordnung waren. Zu den Vorwürfen gehörten

- unbefriedigende Antworten auf zunehmende transnationale Gesundheitsprobleme wie nicht-übertragbare Krankheiten oder gefälschte Medikamente (22, 23);
- verzerrte Prioritäten und unzureichende Aufmerksamkeit für die ärmsten Länder (21, 24-27);
- versagte wissenschaftliche und technische Führung (18);
- Verzicht auf eine Führungsrolle bei der Leitung und Koordinierung der globalen Gesundheit, einschließlich des Versäumnisses, eine bedarfsorientierte globale Agenda festzulegen (19, 21, 28);

- das Versäumnis, eine kohärente Strategie zu definieren und umzusetzen (28);
- das Versäumnis, sich mit anderen Institutionen abzustimmen, die maßgeblich die weltweiten Gesundheitsergebnisse mitbestimmen (23);
- die Unfähigkeit, in verschiedenen Konflikten zwischen Gesundheit und Handel effektiv zu intervenieren (22, 24, 29)
- und organisatorische Starrheit inmitten sich schnell verändernder globaler Gesundheitsprobleme, Strategien und Akteuren (19, 21).

Wie diese Beiträge zeigen, besteht verbreitete Sorge, dass die WHO dem Anspruch einer führenden Organisation der globalen Gesundheit nicht gerecht wird und dies in Zeiten, in denen die MS eine solche Institution benötigen, um drängende Herausforderungen zu bewältigen.

Organisatorische Verbesserung: Mehrere Reformen, mehrere Rezepte, aber ohne klar verstandene Mechanismen.

Die WHO hat in den letzten zwanzig Jahren unter den Generaldirektor*innen Brundtland, Chan und Tedros drei Organisationsreformen durchlaufen (25, 30-32). Es bleibt weitgehend unerforscht, wie die durchgeführten Reformen und die geäußerte Kritik aufeinander abgestimmt sind und wie die Reformen die Leistung der WHO beeinflusst haben. Manche haben zu neuen, unvorhergesehenen Ergebnissen geführt. So war beispielsweise die schleppende Reaktion auf den Ausbruch der Ebola-Viruskrankheit in Westafrika im Jahr 2014 (33) teilweise auf die 2011 eingeleitete Reform zurückzuführen. Hier wurde das Gesamtbudget der WHO, das für Ausbrüche und Notfälle zur Verfügung steht, um die Hälfte gekürzt, und es blieben weniger als zehn dahingehend spezialisierte WHO-Mitarbeiter in der Region Afrika verfügbar (33, 34). Die Frage, wie die WHO reformiert werden sollte, um ihre Effektivität zu verbessern, ist von entscheidender Bedeutung. Die COVID-19-Pandemie unterstreicht den Bedarf an einer funktionsfähigen globalen Koordinierung, um die Gesundheit weltweit zu schützen und gibt weitere Hinweise dafür, dass die WHO nur begrenzt in der Lage ist, diese vielschichtige Arbeit durchzuführen.

Während die berücksichtigte Literatur darin übereinstimmt, dass die WHO reformiert werden sollte, erscheint es schwieriger, ihr konsensuale Vorschläge zu entnehmen, wie eine solche Reform durchgeführt werden sollte oder wie diese die Leistung zum Besseren verändern würde. Die Reformvorschläge umfassen

- die Beschränkung des WHO-Mandats auf technische und normative Aktivitäten, wie z. B. Richtlinien, Verhaltenskodizes und internationale Rechtsinstrumente, und die Stärkung ihrer Autorität gegenüber den MS (25);
- die Erhöhung des Anteils der ungebundenen Finanzierung durch Besteuerung bestimmter finanzieller Transaktionen oder der MS-Beiträge (18, 25, 29);
- eine zentrale Vermittlungsstelle für gesundheitsbezogenes Wissen (18, 35),
- eine verstärkte Verlagerung von Ressourcen auf die Länderbüros, um die Reaktionsfähigkeit und die Zusammenarbeit zu verbessern (19);
- eine verstärkte Umsetzung des Menschenrechtsansatzes (36);
- den Vorsitz eines VN-Panels für globale Gesundheit für die WHO einzurichten, um die Bemühungen mit gesundheitsbezogenen Einrichtungen, der Vereinten Nationen, Organisationen der Zivilgesellschaft und der Industrie zu bündeln (20);
- die Erhöhung der Transparenz der WHO-Führung und Finanzen durch Abschaffung geheimer Abstimmungen und Öffnung der Entscheidungsprozesse über Prioritäten, Führung und Finanzierung für die Öffentlichkeit (18);
- die Einführung eines externen Überprüfungsprozesses (18, 35);
- die Begrenzung der Amtszeit der Generaldirektor*innen auf sieben Jahre, Trennung von technischen und Führungsfunktionen, Umstrukturierung der Regionalbüros mit entweder stärker zentralisierter oder dezentralisierter Entscheidungsfindung (37)
- und Aufspaltung der WHO in eine technische Durchführungsorganisation mit größerer Haushaltsautonomie und geringerer Abhängigkeit von nicht-technischen Interessen sowie eine separate politische Plattform für Verhandlungen über internationale Zusammenarbeit in Gesundheitsfragen (26).

Diese Vorschläge unterscheiden sich so sehr in Umfang und Spezifität, dass es schwierig ist, sie zusammenzufassen, aber sie haben ein entscheidendes Merkmal gemeinsam:

Schwach oder völlig fehlend ist die Grundlage für die Beurteilung, wie Verbesserungen gemessen werden würden, und die detaillierte Logik, wie die Vorschläge die Leistung der WHO verändern würden. Die meisten Artikel versäumen es zu spezifizieren, wie sie den Unterschied zwischen der aktuellen und der erwarteten Leistung nach der Reform quantifizieren würden. Viele Autor*innen definieren die Probleme nicht genau und erörtern nicht, wie eine empfohlene Veränderung zu einem gewünschten Ergebnis führen würde. Der am häufigsten zitierte Artikel zur WHO-Reform schlug nach dem Ausbruch der Ebola-Viruserkrankung 2014-16 zehn Empfehlungen vor, von denen sechs explizit auf Veränderungen bei der WHO abzielten (16). Er erwähnte, dass die Umsetzung der empfohlenen Änderungen messbar sein würde, ließ jedoch offen, wie die Auswirkungen gemessen werden sollten, wie die Leistung der WHO vor und nach der Reform bewertet werden sollte, und hatte keinen Methodenteil, in dem beschrieben wurde, wie die Reformempfehlungen des Artikels generiert wurden.

Ziel: Zu mehr Klarheit über die organisatorische Effektivität der WHO beitragen.

Die kritische Bewertung und Messung des Erfolgs der Arbeit der WHO ist ein wichtiger erster Schritt, um mehr Klarheit in der Reformdebatte zu schaffen. Zahlreiche hochrangige Kommissionen haben die Reaktion der Organisation auf den Ausbruch der Ebola-Viruskrankheit 2014-16 in Westafrika untersucht (16, 33, 38-40). Die WHO führt interne Evaluationen von Programmen durch (41), wird von der Inspektionseinheit der Vereinten Nationen (VN) bewertet (42, 43) als auch durch eine Gruppe von Geberländern durch ein Bewertungsnetzwerk für multilaterale Organisationen (44). Trotz dieser Kontrollaktivitäten erfolgt die Untersuchung der organisatorischen Effektivität der WHO eher sporadisch und es gibt keinen standardisierten Ansatz hierfür.

Das Fehlen einer gründlichen Analyse der aktuellen organisatorischen Leistung der WHO und eines standardisierten Maßstabes hierfür motiviert diese Dissertation. Sie versucht, zu einem klareren Verständnis der Effektivität der WHO, der organisatorischen Schwächen und möglicher Ansatzpunkte für Reformen beizutragen. Zu diesem Zweck überprüfte ich systematisch die relevante wissenschaftliche Literatur mit Hilfe eines Analyserahmens, der auf der Organisationstheorie basiert, um die organisatorische Effektivität der WHO zu messen.

V. MATERIAL UND METHODEN

Um die Effektivität der WHO zu messen, versuchte ich mich auf konzeptionelle und messtechnische Standards zu stützen, bevor ich systematisch die Literatur über die WHO zusammentrug und analysierte. Daher untersuchte ich zunächst die akademische Publikationslandschaft zur WHO und ihrer Reform. Dies bestätigte meinen Verdacht, dass Reformempfehlungen typischerweise nicht erklären, auf welcher Grundlage die Veränderungen die Leistung der WHO steigern würde.

Da die untersuchte Literatur zur globalen Gesundheit keine gründlichen Vorschläge zur Definition, Konzeptualisierung oder Messung der organisatorischen Effektivität der WHO offenlegte, suchte ich nach einem gemeinsamen Standard, der in anderen Bereichen zur Bewertung von Organisationen verwendet wird und auf die WHO angewendet werden könnte. Im April 2017 durchsuchte ich Google Scholar mit den Stichworten 'organizational effectiveness' und 'organizational performance' sowie 'multilateral organization' mit 'effectiveness' oder 'performance'. Ich überprüfte die ersten zehn Seiten der Ergebnisse, die für jede Suche erschienen, und studierte die Publikationen. Diesen Studien fehlte ein allgemein anerkannter Analyse-Standard, der zur Bewertung der Effektivität der WHO herangezogen werden könnte. Viele Publikationen konzentrierten sich auf die Effektivität bestimmter Organisationseinheiten, wie z. B. die Effektivität von Teams, bewerteten aber nicht die Effektivität mit der Organisation als Analyseeinheit. Studien bewerteten meist die Effektivität von Unternehmen und verwendeten dazu hochaggregierte Kriterien, wie z.B. den Shareholder Value. Nur wenige Publikationen betrachteten multilaterale Organisationen und bemühten sich vorrangig, die Ursachen für schlechte Leistung zu identifizieren (siehe z.B. (45-47)). In dieser Literatur zeigte sich auch ein stark fragmentiertes Gesamtverständnis von organisatorischer Effektivität. Anstelle eines gemeinsamen theoretischen Standards oder Konzepten mit signifikanten Überschneidungen zur Untersuchung von Effektivität verwendeten die Autor*innen sehr heterogene Definitionen und Konzepte zur Bewertung von Organisationen (siehe auch (48)).

Auf dieser Grundlage - kein Standardkonzept oder -maß für die Effektivität der WHO, kein gemeinsamer Standard in der breiteren organisationswissenschaftlichen Literatur

- beschloss ich, die organisationstheoretische Literatur gründlicher zu untersuchen und Elemente zu identifizieren, die effektive Organisationen charakterisieren. Ich ordnete diese Elemente in einem Analyserahmen und wendete diesen dann zur Messung der Effektivität der WHO an. Der nächste Abschnitt beschreibt die Entwicklung dieses Analyserahmens und seine Aussage über die Effektivität von Organisationen.

Entwicklung eines Rahmens für die Analyse der organisatorischen Effektivität

Organisationen und ihre Effektivität sind Gegenstand umfangreicher Forschung aus Ökonomie, Soziologie, Politikwissenschaft, Management, Psychologie und einigen anderen Disziplinen und lassen sich am besten verstehen, wenn man die Erkenntnisse aus diesen Perspektiven integriert (49).

Ermittlung und Integration von Material für eine Analyse der organisatorischen Effektivität

Ich wählte drei Datenbanken, um aktuelle Literatur aus diesen verschiedenen Bereichen zu finden. Ich verwendete Academic Search Premiere, um Titel und Zusammenfassungen von Peer-Review-Zeitschriften aus fast allen akademischen Bereichen zu erfassen. Ich wählte JSTOR, um Volltexte aus den Sozial- und Geisteswissenschaften zu finden. Ich bezog Google Scholar für 'graue Literatur' mit ein.

Ich suchte in den Datenbanken nach Titeln, die 'organizational effectiveness' oder Varianten dieser beiden Begriffe, z.B. 'organization performance'. Ich verwendete den allgemeinen Begriff 'organizational' und Varianten, um eine Stichprobe von Studien zu finden, die eine große Auswahl von Organisationen enthält und somit die Wahrscheinlichkeit erhöht, allgemeingültige Elemente der organisatorischen Effektivität offenzulegen. Ich verwendete beide Begriffe - Effektivität und Leistung - aufgrund ihrer semantischen Ähnlichkeit und ihrer austauschbaren Verwendung in Bezug auf Organisationen, die ich während der initialen Suche (siehe Seite 12-13) beobachtet hatte. Ich suchte nur nach Titeln, basierend auf der Annahme, dass die meisten relevanten Publikationen Titel haben würden, die obige Begriffe enthalten, und dass die Suche nach Volltexten mit diesen Begriffen nicht hilfreich wäre, da sie zu

einer übermäßigen Anzahl von irrelevanten Publikationen führen würde. Ich beschränkte die Suche auf Publikationen aus den Jahren 2000 bis 2017, um die Wahrscheinlichkeit zu erhöhen, dass die Ergebnisse der Studien, insbesondere die Variablen, die mit der Effektivität in Verbindung gebracht werden, auch in der Gegenwart und Zukunft gültig sind.

Ich durchsuchte die Titel (und Abstracts, wo verfügbar) nach potenziell relevanten Publikationen. Ich schloss sie ein, wenn sie sich auf Effektivität in Organisationen oder Untertypen von Organisationen bezogen (z.B. organisatorische Effektivität, Unternehmensleistung, effektive öffentliche Organisationen) und mindestens ein weiteres Kriterium erfüllten: i. Untersuchung eines Zusammenhangs einer oder mehrerer Variablen mit Effektivität, ii. Untersuchung von Konzepten der Organisationseffektivität, iii. Beschreibung ihrer Messung oder Bewertung. Ich bezog sowohl empirische als auch theoretische Arbeiten ein. Ein theoretischer Analyserahmen, der ausschließlich auf verfügbaren empirischen Daten aufbaut, würde es nicht erlauben seine Gültigkeit zu prüfen, da diese Daten ihn nicht widerlegen können. Der rein theoretische Aufbau eines Analyserahmen, der eventuelle widersprechende Daten ignoriert, wäre ebenfalls anfällig für falsche Schlussfolgerungen (50). Eine Kopplung beider Ansätze hingegen verspricht mehr Konsistenz der Schlussfolgerungen (50). Ich schloss Publikationen aus, wenn sie Effektivität in Bezug auf andere Analyseeinheiten als Organisationen erwähnten (z. B. Teameffektivität, Kosteneffektivität von Medikamenten, Leistung der Industrie). Um herauszufinden, welche Elemente mit effektiven Organisationen verbunden sind, würde ich Studien benötigen, die Effektivität auf der Organisationsebene analysieren.

Anschließend überprüfte ich ausgewählte Teile der Volltexte, um zu entscheiden, welche Arbeiten weiter analysiert werden sollten. Dabei versuchte ich, meine Stichprobe für die Analyse vor Faktoren zu schützen, die zu falschen Schlussfolgerungen führen könnten, und zwar mit drei Ansätzen.

Erstens überprüfte ich die Methodenabschnitte der empirischen Arbeiten auf das Vorhandensein klarer Effektivitätskriterien und die Datenerhebung zu Variablen über mehrere Zeitpunkte hinweg. Wenn beides fehlte, wurden die Studien ausgeschlossen. Ich schränkte die Stichprobe auf Studien mit klaren Kriterien ein, um die

Wahrscheinlichkeit zu erhöhen, dass ich Studien einschloss, die ein ähnliches Konstrukt und entsprechende organisatorische Elemente, die mit diesem Konstrukt verbunden sind, bewerten. Ich schloss Querschnittsstudien aus, da ihre Stichprobe von Einzelbeobachtungen keine Variation in den Variablen erfassen kann und daher nicht in der Lage ist, Kausalität zu etablieren.

Zweitens überprüfte ich die Einleitung und die Diskussionsabschnitte der Studien, um die potenzielle Verallgemeinbarkeit der Ergebnisse zu beurteilen. Wenn das Ziel der Studie eine allgemeine Evidenz oder Theorie für Organisationen war (z.B. *In dieser Arbeit untersuchen wir Sozialkapital und seine Beziehung zur Leistung auf Organisationsebene*¹ (51)), wurden die Studien eingeschlossen. Studien wurden ausgeschlossen, wenn das Ziel war, neue Evidenz oder Theorien für einen bestimmten Organisationstyp zu finden, ohne dass eine Relevanz der untersuchten Variablen für andere Organisationstypen in der Einleitung oder im Diskussionsteil erwähnt wurde. Ich schloss Studien zu bestimmten Organisationstypen ein, wenn ich eine Erwähnung einer möglichen Relevanz der untersuchten Variablen für die Effektivität anderer Organisationstypen oder Organisationen im Allgemeinen fand, die durch ein Zitat belegt waren. Zum Beispiel *die überlegene Leistung eines Unternehmens hängt von seiner Fähigkeit ab, die von ihm geschaffenen immateriellen Assets (z.B. Wissen) zu verteidigen und zu nutzen (...)* *In dieser Studie des öffentlichen Sektors von lokalen Behörden in Israel konzentrieren wir uns auf eine Reihe von sechs immateriellen Elementen und ihre direkten und interaktiven Auswirkungen auf eine Reihe von fünf organisatorischen Leistungsmaßen, während wir die Auswirkungen des Standorts, der wahrgenommenen Umweltunsicherheit und der Größe der Organisation (Gemeinde) kontrollieren* (52). Ich folgte zwei allgemein verwendeten Kriterien, erstens Eigentum (privat oder öffentlich), zweitens primär Begünstigte durch die Organisation (Eigentümer, Mitglieder, Kunden, Öffentlichkeit) um Organisationen zu typologisieren: private oder öffentliche Unternehmen, Mitgliedschafts- oder Dienstleistungsorganisationen und andere Organisationen, die der Allgemeinheit zugute kommen (53). Ich wandte die oben genannten Standards für den Ein- und Ausschluss an, um ein vernünftiges Gleichgewicht zwischen der Anzahl der

¹ Kursive Textstellen zeigen Übersetzungen im Wortlaut von Englischsprachigen Originalzitaten aus den durch Referenzen zugeordneten Originalarbeiten an. Sie wurden vom Autor dieser Dissertation erstellt.

eingeschlossenen Beobachtungen und ihrer Verallgemeinerbarkeit zu erreichen. Drittens schloss ich 'graue Literatur' aus, die nur auf der Meinung der Autor*innen zu beruhen schien, z. B. wenn keine Referenzen enthalten waren.

Ich ergänzte diese Arbeiten mit weiteren Publikationen, die relevant waren, aber nicht mit der Datenbanksuche erfasst wurden. Zunächst durchsuchte ich die Ausgaben der Zeitschriften "Organization Science" und "Administrative Science Quarterly" aus den Jahren 2000-2017, um zusätzliche Artikel zu überprüfen und festzuhalten. Ich nutzte diese Zeitschriften, weil die Artikel, die ich nach der Datenbanksuche gefunden habe, in dreierlei Hinsicht relevant waren: i. Beitrag zum allgemeinen Verständnis von organisatorischer Effektivität, ii. ein interdisziplinärer Ansatz zur Untersuchung von Organisationen, iii. große, longitudinale Stichproben.

Ich erfasste weitere Publikationen zum Thema Effektivität, auf die in einer Übersichtsarbeit zur Messung organisatorischer Effektivität (48) sowie in den Büchern 'Organizations and organizing: Rational, natural and open systems perspectives' (49) und 'Institutions and Organizations: Ideas, Interests, and Identities' (54) hingewiesen wurde. Ich entschied mich für diese Bücher, weil sie hoch zitierte und kürzlich aktualisierte Synthesen der Organisations- und Institutionentheorie boten. Ich bezog zusätzliche Publikationen über diese Quellen ein, auch wenn sie vor der unteren Zeitgrenze (2000) veröffentlicht wurden, und zwar aus zwei Gründen. Erstens, weil sie möglicherweise wichtige Elemente aufweisen könnten. Ältere Publikationen mit aktueller Relevanz, wie ihre Zitierung zeigt, können Argumente artikulieren, die neuere Studien für Organisationstypen zu spezifizieren versuchen, während die Argumente aus früheren Studien selbst allgemeiner und zusätzlich wertvoll für mein Studienziel sein können. Zweitens können diese Studien bei der Analyse der Beispielpublikationen hilfreich sein: sie haben wahrscheinlich dazu beigetragen, wie Organisationen und ihre Effektivität heute verstanden und analysiert werden. Ein Rückblick auf diese Studien würde helfen einige Annahmen, die in neueren Studien möglicherweise für gegeben erachtet werden, nachzuvollziehen. Außerdem enthalten sie möglicherweise dauerhafte Definitionen von Begriffen, die in der Organisationstheorie weit verbreitet und akzeptiert sind. Die Verwendung von standardisierten Begriffen würde helfen, Studien systematisch zu analysieren, auch wenn sie in ihrer Begriffsverwendung divergieren. Ich kam zu dem Schluss, dass beides - das Verständnis für

vorherrschenden Annahmen in den verschiedenen Theorien und die Förderung einer gemeinsamen Sprache in den verschiedenen Disziplinen - hilfreich, wenn nicht sogar entscheidend für korrekte Schlussfolgerungen aus der Analyse der fragmentierten Literatur ist.

Analyse des Materials für einen Rahmen der organisatorischen Effektivität

In den Publikationen identifizierte und integrierte ich organisatorische Elemente, die mit Effektivität verbunden sind. Wenn ich ein Element identifizierte - eine organisatorische Ursache, einen Zustand, einen Prozess, eine Dimension oder eine andere untersuchte Variable - listete ich sie in einer Tabelle mit einer Erklärung auf. Wenn ich eine weitere Eigenschaft identifizierte, verglich ich sie mit den zuvor aufgezeichneten. Wo sie ähnlich waren, betrachtete ich sie gemeinsam und leitete ihre Bedeutung in einer gemeinsamen Aufzeichnung ab. Wenn sich eine Eigenschaft auch nur geringfügig von den zuvor aufgezeichneten unterschied, fügte ich sie zur Tabelle hinzu. Wenn zwei Eigenschaften miteinander unvereinbar waren, entfernte ich beide, weil keine von beiden eine allgemein notwendige Eigenschaft effektiver Organisationen wäre. Mit diesem Verfahren erreichte ich eine thematische Sättigung, als ich 47 verschiedener Elemente organisatorischer Effektivität aus 68 Publikationen (45, 46, 48, 49, 51, 52, 54-115) identifiziert hatte. Als Nächstes eliminierte ich Elemente, die immer noch deutlich mehr Annahmen erforderten als die große Mehrheit der Elemente. Dies ermöglichte eine konzeptionelle Darstellung der organisatorischen Effektivität, die einen breiten Umfang hat und wenige Annahmen erfordert. Anschließend versuchte ich, die Elemente zu einem in sich kohärenten Konzept mit weitgehend übereinstimmenden Begriffen zusammenzufassen, das jedoch die Unterschiede der zugrundeliegenden Elemente bewahrt. Ich gruppierte die 47 Elemente in verschiedene Kategorien, die auf den zugrundeliegenden Ähnlichkeiten basierten, was zunächst 12 verschiedene Elemente ergab ('Subelemente') siehe Tabelle 1). Diese habe ich dann weiter unter fünf Elementen mit Begriffen aus der Literatur subsumiert ('Hauptelemente' siehe Tabelle 1).

Erläuterung des Analyserahmens der organisatorischen Effektivität

Tabelle 1 zeigt die gemeinsamen Merkmale effektiver Organisationen, die ich mit der oben beschriebenen Such- und Synthesestrategie identifizierte, in einem Grundgerüst.

Es umfasst fünf Hauptelemente und zwölf Subelemente: 1) Legitimität und Governance der Organisation (Hauptelement), untermauert durch ihren Zweck, ihre Partizipation und Rechenschaftslegung (Subelemente); 2) die in ihrer Mission dargelegten Ziele und Strategie sowie ihre Vorstellungen von Lernen und Innovation; 3) das Ausmaß, in dem die Struktur zweckdienlich ist und die Personalleistung 4) ihre Autorität, andere zu beeinflussen und Beziehungen durch Kooperation aufzubauen und 5) ihre Kultur, ihre Normen und Werte und ihre interne Kohärenz, die die Identität der Organisation bilden. Im Folgenden skizziere ich diese Elemente und erläutere, warum sie für die organisatorische Effektivität wichtig sind.

Tabelle 1 Rahmen zur Analyse der organisatorischen Effektivität.

Hauptelement	Subelement	Beispielfrage
LEGITIMITÄT + GOVERNANCE	Institutioneller Zweck	Inwieweit bietet die Organisation einen Mehrwert?
	Rechenschaftslegung	Inwieweit sind angemessene Mechanismen zur Rechenschaftslegung vorhanden und werden diese befolgt?
	Beteiligung	Inwieweit können sich Personen förderlich in der Organisation beteiligen?
ZIELE + STRATEGIEN	Mission	Inwieweit verfolgt die Organisation erfolgreich eine Mission?
	Lernen + Innovation	In welchem Umfang nimmt die Organisation relevante externe Ressourcen auf und transformiert sich?
STRUKTUR + PERSONALLEISTUNG	Zweckmäßigkeit	Inwieweit entspricht das strukturelle Design der Organisation den an sie gestellten Arbeitsanforderungen?
	Belegschaft	Inwieweit sorgt die Organisation für einen optimalen Einsatz des Personals?
AUTORITÄT + BEZIEHUNGEN	Institutionelle Autorität	Inwieweit beeinflusst die Organisation bei Bedarf andere Akteure?
	Kooperative Beziehungen	In welchem Umfang kooperiert die Organisation bei Bedarf mit anderen Akteuren?
IDENTITÄT	Kultur	Inwieweit kommt die Organisationskultur der Mission der Organisation zugute?
	Normen + Werte	Inwieweit kommen die Normen und Werte der Organisation ihrer Mission zugute?
	Kohärenz	Inwieweit ist die organisatorische Integrität gegeben?

Legitimität und Governance spiegeln das Einverständnis der relevanten Parteien wider, dass eine Organisation über bestimmte Befugnisse und Entscheidungsprozesse auf hoher Ebene verfügt. Legitimität und Governance erfordern einen Organisationszweck, einen vereinbarten Nutzen für Menschen oder Staaten, den sie sonst nicht erreichen könnten und der von ihnen gebilligt wird. Zum Beispiel haben Staaten zwischenstaatliche Organisationen mit der Annahme gegründet, dass sie gewünschte Ergebnisse, wie Frieden und Sicherheit, durch solche Organisationen besser gemeinsam erreichen können als ohne. Legitimität und Governance erfordern auch, dass die Parteien sich in fairer Weise an den Entscheidungen der Organisation beteiligen und die Organisation zur Rechenschaft ziehen. Die Parteien legen fest, was von ihr erwartet wird, bewerten, wie die Erwartungen erfüllt werden, und verändern die Organisation entsprechend. Legitimität und Governance ermöglichen es Organisationen, fortlaufend auf die Interessen relevanter Parteien zu reagieren. Sie ist notwendig, um Organisationen zu sinnvollem Handeln zu bewegen, aber nicht ausreichend, um es zu bewirken.

Ziele und Strategien sind die Mechanismen, durch die Organisationen ihre Zwecke in Handlungen umsetzen. Sie beziehen sich auf die Entscheidungen über präferierte Ergebnisse und Mittel, die die organisatorischen Abläufe auf den Zweck ausrichten. Eine Vereinbarung über Ergebnisse und Mittel ermöglicht strategisches Handeln. Wenn sich die Staaten zum Beispiel auf Eckdaten einigen, die sie erreichen wollen, und auf die Mittel, um dies zu erreichen, sind multilaterale Organisationen in der Lage, auf ihren übergeordneten Zweck hinzuarbeiten. Uneinigkeit über anzustrebende Ergebnisse erfordert Verhandlungen, der Wettbewerb um die Mittel erfordert zusätzlich mehr Wissen, um eine Einigung zu erzielen. Organisatorisches Lernen und Innovation unterstützen die Gestaltung und Umsetzung von Strategien. Die Umsetzung von beabsichtigten Strategien erfordert außerdem Kontextualisierung, Ressourcen, Autorität und abgestimmte Anreize. Ziele und Strategien ermöglichen es Organisationen, sinnvolles Handeln zu entwerfen. Das Erreichen der Arbeit, die sie generieren, erfordert Personal und Arbeitsteilung.

Die institutionelle Struktur und die Personalleistung prägen die Kapazität und Qualität der organisatorischen Produktivität. Dazu gehört die Art und Weise, wie eine Organisation die Arbeit innerhalb ihrer Gemeinschaft aufteilt und miteinander

verbindet. Zum Beispiel hat die WHO ihre Arbeit entlang fachlicher Anforderungen in elf Abteilungen unterteilt, die nach Krankheiten, Bevölkerungssegmenten und administrativen Funktionen organisiert sind (z. B. Nichtübertragbare Krankheiten und psychische Gesundheit; Gesundheit von Familien, Frauen und Kindern; Außenbeziehungen) und entlang geografischer Linien in Hauptquartier, Regional- und Länderbüros. Die Organisationsstruktur erfüllt ihren Zweck, wenn ihre Teile so spezialisiert sind, wie ihre Arbeit komplex ist, so formalisiert und zentralisiert, wie sie vorhersehbar ist, und so koordiniert, wie es der gegenseitigen Abhängigkeit ihrer Aufgaben entspricht, ohne die Effizienz zu beeinträchtigen. Die Rekrutierung, Zuweisung und Beförderung von Mitarbeitern sowie die Personalrollen und -regeln setzen das Wissen, die Fähigkeiten, das Vertrauen und die Motivation der Belegschaft zusammen. Eine angemessene Passung von Struktur und Belegschaft ermöglicht es Organisationen, die Arbeit der Organisation effizient auszuführen.

Institutionelle Autorität und Arbeitsbeziehungen beziehen sich auf die Befugnisse und Bahnen, durch die Organisationen ihre Interessen in dem breiteren organisatorischen Feld, in dem sie tätig sind, durchsetzen. Institutionelle Autorität bezieht sich auf legitime organisatorische Macht. Die Befugnis einer Organisation, andere zu sanktionieren, indem sie ihnen bei der Erreichung gewünschter Ziele hilft oder sie daran hindert, kann durch die Zustimmung derjenigen, die ihr unterliegen, oder durch die Übertragung durch die relevanten Akteure legitimiert werden. Zum Beispiel haben Staaten der VN-Friedensmission die Befugnis übertragen, in bestimmten Konflikten mit Soldaten zu intervenieren. Arbeitsbeziehungen definieren sich durch die Art und Weise, wie eine Organisation mit anderen Organisationen zusammenarbeitet, um ihre Ziele zu erreichen. Kooperation kann die politischen und finanziellen Ressourcen, die Koordination von Interessen, die Effizienz, die Innovation von Wissen, Produkten und Dienstleistungen sowie die Sicherheit in der Organisationsumgebung erhöhen. Autorität und Kooperation erlauben es Organisationen, ihre Umwelt für ihre Zwecke zu steuern. Akteure aus dieser Umgebung haben Wahrnehmungen über die organisatorische Integrität.

Identität spiegelt die institutionelle Kohärenz wider, einschließlich ihrer kulturellen und normativen Merkmale, die Organisationen einen Kompass für ihr Handeln bieten. Die Wahrnehmung und moralische Auffassung von Situationen, Problemen und Lösungen

formen gemeinsam, was eine Organisation in Betracht zieht und tut, und produzieren die Merkmale, die ein Gefühl dafür vermitteln, wofür eine Organisation steht. Wenn die Europäische Union beispielsweise ihre organisatorischen Absichten kommuniziert, bezieht sie sich häufig auf die Kulturen und Werte, die sie mit ihren MS teilt. Identität ermöglicht es Organisationen, ihre strukturellen Einheiten in eine institutionelle Logik einzubinden und ein kohärentes und glaubwürdiges Verhalten zu erzeugen. Die hier skizzierten Merkmale artikulieren gemeinsam das durch die Literaturübersicht und -synthese identifizierte Konzept der organisatorischen Effektivität.

Der gewählte Analyserahmen ermöglicht es, die organisatorische Effektivität anhand dieser Elemente zu messen (siehe Beispiel-Fragen in Tabelle 1). Indem man jedes dieser Elemente für eine Organisation untersucht, ist es möglich zu verstehen, wie gut eine Organisation arbeitet, Bereiche für Verbesserungen zu identifizieren und Reformen vorzuschlagen. Indem wir beispielsweise analysieren, inwieweit eine Organisation Vorteile im Vergleich zu anderen Institutionen bietet, angemessene Mechanismen der Rechenschaftslegung befolgt und eine förderliche Beteiligung ermöglicht, können wir ihre Legitimität und Governance beurteilen. Indem wir ermitteln, inwieweit ihr Aufbau den Anforderungen an ihre Arbeit entspricht, beurteilen wir, ob ihre Strukturen zweckmäßig sind.

Die zur Entwicklung des Analyserahmens verwendete Methode hat mehrere Limitationen. Erstens wurden aufgrund von Publikationbias, und da ich möglicherweise nicht auf alle relevanten veröffentlichten Studien zugegriffen habe, wahrscheinlich relevante Daten übersehen. Ich verwendete jedoch drei Datenbanken, Zeitschriftenrecherchen und Referenzen aus ausgewählten Publikationen, um möglichst viele relevante Studien einzubeziehen. Zweitens könnte die Methode zu unsachgemäßen Verallgemeinerungen der in den Primärstudien enthaltenen Daten geführt haben: Die Methoden und die Durchführung der analysierten Studien entsprachen nicht immer genau der Inferenz, die von dieser Synthese erwünscht war - die Bestimmung von generellen Elementen der organisatorischen Effektivität. Ich schloss Studien ein, auch wenn sie nicht ein breites Spektrum von Organisationstypen betrachteten. Ich wählte jedoch nur Studien aus, deren Volltext die oben genannten Kriterien erfüllte, um das Risiko von unsachgemäßen Verallgemeinerungen zu minimieren. Drittens kann die Methode zu Fehlern bei der Zusammenfassung und

Integration der Evidenz geführt haben. Die Evidenz war sehr heterogen, was es schwierig machte, die Ergebnisse der Studien zu vergleichen und zu integrieren. Die gewählte Methode kann auch nicht feststellen, ob ein Element für die Effektivität wichtiger ist als eine andere. Außerdem kann sie nicht konsistent testen, ob die von den Primärstudien untersuchten Variablen durch Design- oder Implementierungsmerkmale der Studien oder andere z.B. historische, theoretische oder praktische Variablen beeinflusst wurden. Trotz dieser Schwierigkeiten entschied ich mich dafür, die Synthese dieser heterogenen Evidenz durchzuführen, weil ich davon ausging, dass die Schlussfolgerungen daraus fruchtbarer sein würden als wenn sie auf die spärlichen Beobachtungen begrenzt wären, die über Organisationen verfügbar sind, die der WHO stärker ähneln. Viertens könnten andere Wissenschaftler*innen mit meinen Interpretationen der Studienergebnisse und bei der Synthese der Ergebnisse in die Elemente des Analyserahmens nicht einverstanden sein. Fünftens, diese Methode kann die Kausalität von Elementen für organisatorische Effektivität nicht nachweisen, jedoch geben die verwendeten Such- und Synthesemethoden eine Basis dafür, dass jedes Element Relevanz hat. Anschließend werde ich nun diese Elemente, im Sinne von Maßstäben für die organisatorische Effektivität, auf die WHO anwenden.

Literatursuche und Synthesemethode zur Messung der Effektivität der WHO

In dieser Dissertation führte ich eine systematische Literaturanalyse zur globalen Gesundheit durch, um die organisatorische Effektivität der WHO zu messen. Ich verwendete den oben beschriebenen Analyserahmen als konzeptionelle Grundlage und angewandte Fragen für die Elemente, um die organisatorische Effektivität der WHO zu untersuchen:

1. Legitimität und Governance
 - Zweck: Bietet die WHO komparative Vorteile?
 - Beteiligung: Ist sie förderlich in der WHO?
 - Rechenschaftspflicht: Gibt es genug in der WHO?
2. Ziele und Strategie
 - Mission: Hat die WHO eine?
 - Lernen und Innovation: Lernt und erneuert sich die WHO?
3. Struktur und Personalleistung
 - Zweckmäßigkeit: Passt die Struktur der WHO zu ihrer Arbeit?
 - Belegschaft: Hat die WHO vitales Humankapital?
4. Autorität und Beziehungen
 - Institutionelle Autorität: Beeinflusst die WHO bei Bedarf andere?
 - Kooperative Beziehungen: Arbeitet die WHO bei Bedarf mit anderen?
5. Identität
 - Kultur: Ist die der WHO förderlich?
 - Normen und Werte: Gibt es Einigkeit wie sie die WHO leiten?
 - Kohärenz: Ist die WHO stimmig?

Ich versuchte, Antworten auf die Fragen zu finden und analysierte die Erkenntnisse aus den Publikationen anhand der Elemente des Analyserahmens. Außerdem klassifizierte ich die Publikationen nach der Art der Studie, um das Vertrauensniveau, das wir in die Ergebnisse haben können, abzuschätzen. Die Literatursuche erfolgte im November 2018 mit Pubmed, Google Scholar, Academic Search Premiere und Ebsco Global Health. Im Gegensatz zu einer iterativen Suchstrategie die Studien bis zur thematischen Sättigung identifiziert, zielte ich hier darauf ab, alle relevanten Studien zur Beantwortung der übergeordneten Fragestellung – wie effektiv ist die WHO – zu identifizieren.

Aus meiner Lektüre verwandter Literatur zur WHO erwartete ich, dass die Studienergebnisse überwiegend qualitativer Art sein würden, obgleich nicht unbedingt durch qualitative Studien generiert. Um diese Ergebnisse zu identifizieren, analysieren und synthetisieren verfolgte ich die von der Cochrane Collaboration empfohlenen ENTREQ (Enhancing transparency in reporting the synthesis of qualitative research) Kriterien (116) (siehe Tabelle 2 für die 21 Kriterien und zugehörigen Dissertationstextstellen). Ich wählte diese Kriterien, da sie mir einen standardisierten Ansatz zu Analyse ermöglichten. Ich weise jedoch darauf hin, dass hier eine Unsicherheit verbleibt, da die Stichprobe nicht überwiegend qualitative Studien umfasste.

Tabelle 2 Enhancing transparency in reporting the synthesis of qualitative research: ENTREQ – Kriterien (116) und zugehörige Dissertationstextstellen. Die Tabelle ist eine autorisierte Wiedergabe der Originaltabelle aus Tong A, Flemming K, McInnes E, Oliver S, Craig J. Enhancing transparency in reporting the synthesis of qualitative research: ENTREQ. BMC medical research methodology. 2012;12(1):1-8, die unter einer Creative Commons Attribution (CC-BY) Lizenz publiziert wurde.

No	Item	Guide and description	Vergleiche
1	Aim	State the research question the synthesis addresses.	Seite 12, Seite 24
2	Synthesis methodology	Identify the synthesis methodology or theoretical framework which underpins the synthesis, and describe the rationale for choice of methodology (e.g. <i>meta-ethnography, thematic synthesis, critical interpretive synthesis, grounded theory synthesis, realist synthesis, meta-aggregation, meta-study, framework synthesis</i>).	Seiten 14-23, 29-30
3	Approach to searching	Indicate whether the search was pre-planned (<i>comprehensive search strategies to seek all available studies</i>) or iterative (<i>to seek all available concepts until they theoretical saturation is achieved</i>).	Seite 24
4	Inclusion criteria	Specify the inclusion/exclusion criteria (e.g. <i>in terms of population, language, year limits, type of publication, study type</i>).	Seite 26-29
5	Data sources	Describe the information sources used (e.g. <i>electronic databases (MEDLINE, EMBASE, CINAHL, psycINFO, Econlit), grey literature databases (digital thesis, policy reports), relevant organisational websites, experts, information specialists, generic web searches (Google Scholar) hand searching, reference lists</i>) and when the searches conducted; provide the rationale for using the data sources.	Seite 24
6	Electronic Search strategy	Describe the literature search (e.g. <i>provide electronic search strategies with population terms, clinical or health topic terms, experiential or social phenomena related terms, filters for qualitative research, and search limits</i>).	Seiten 26-28
7	Study screening methods	Describe the process of study screening and sifting (e.g. <i>title, abstract and full text review, number of independent reviewers who screened studies</i>).	Seiten 26-28, Abbildung 1, Seite 29
8	Study characteristics	Present the characteristics of the included studies (e.g. <i>year of publication, country, population, number of participants, data collection, methodology, analysis, research questions</i>).	Seite 32
9	Study selection results	Identify the number of studies screened and provide reasons for study exclusion (e.g. <i>for comprehensive searching, provide numbers of studies screened and reasons for exclusion indicated in a figure/flowchart; for iterative searching describe reasons for study exclusion and inclusion</i>).	Seite 28, Abbildung 1, Seite 29

		<i>based on modifications t the research question and/or contribution to theory development).</i>	
10	Rationale for appraisal	Describe the rationale and approach used to appraise the included studies or selected findings (e.g. <i>assessment of conduct (validity and robustness), assessment of reporting (transparency), assessment of content and utility of the findings</i>).	Seiten 29-31
11	Appraisal items	State the tools, frameworks and criteria used to appraise the studies or selected findings (e.g. <i>Existing tools: CASP, QARI, COREQ, Mays and Pope [25]; reviewer developed tools; describe the domains assessed: research team, study design, data analysis and interpretations, reporting</i>).	Seite 31
12	Appraisal process	Indicate whether the appraisal was conducted independently by more than one reviewer and if consensus was required.	Seite 31
13	Appraisal results	Present results of the quality assessment and indicate which articles, if any, were weighted/excluded based on the assessment and give the rationale.	Seiten 32 und 60
14	Data extraction	Indicate which sections of the primary studies were analysed and how were the data extracted from the primary studies? (e.g. <i>all text under the headings "results /conclusions" were extracted electronically and entered into a computer software</i>).	Seiten 29-31
15	Software	State the computer software used, if any.	Seite 30
16	Number of reviewers	Identify who was involved in coding and analysis.	Seite 30
17	Coding	Describe the process for coding of data (e.g. <i>line by line coding to search for concepts</i>).	Seiten 29-30
18	Study comparison	Describe how were comparisons made within and across studies (e.g. <i>subsequent studies were coded into pre-existing concepts, and new concepts were created when deemed necessary</i>).	Seiten 29-30
19	Derivation of themes	Explain whether the process of deriving the themes or constructs was inductive or deductive.	Seite 30
20	Quotations	Provide quotations from the primary studies to illustrate themes/constructs, and identify whether the quotations were participant quotations of the author's interpretation.	Seite 34-50
21	Synthesis output	Present rich, compelling and useful results that go beyond a summary of the primary studies (e.g. <i>new interpretation, models of evidence, conceptual models, analytical framework, development of a new theory or construct</i>).	Seite 34-50

Ermittlung der Publikationen für die Analyse

Ich ermittelte akademische und 'graue' Literatur aus Pubmed, Google Scholar, Academic Search Premiere und Ebsco Global Health, indem ich in drei Suchvorgängen mehrfach Kombinationen von Suchbegriffen, Abkürzungen und Umkreissuche verwendete. Ich wählte Pubmed wegen seiner umfangreichen Indizierung von Gesundheitszeitschriften, in denen die Veröffentlichung der meisten Analysen zu erwarten war sowie Google Scholar, um zusätzliche Literatur zu identifizieren. Zudem verwendete ich Academic Search Premiere und EBSCO Global Health, weil diese Datenbanken Suchbegriffe wie 'world health organization' und 'Reform' in Umkreissuche identifizieren. Dies war wichtig, denn ohne diese Funktion

würden sich die meisten identifizierten Artikel auf die Reform von Gesundheitssystemen und nicht auf die Reform der WHO beziehen.

Tabelle 3 zeigt die Begriffe, die bei den Suchvorgängen verwendet wurden. Zunächst suchte ich in Pubmed und Google Scholar nach Titeln oder Abstracts, die die Begriffe 'world health organization' **und** 'perform*' oder 'fail*' oder Varianten dieser beiden enthielten und zusätzlich 'participation' oder 'goal' oder einen anderen Begriff aus dem Analyserahmen der organisatorischen Effektivität (siehe Tabelle 3 für alle verwendeten Begriffe). Ich erwartete, dass die Kombination dieser Suchbegriffe die meisten Analysen zu Elementen der organisatorischen Effektivität der WHO zutage fördern würde. Zweitens durchsuchte ich Pubmed und Google Scholar nach Titeln oder Abstracts, die die Begriffe 'world health organization' **und** 'global health governance' enthielten. Diese Begriffe würden Studien mit allgemeiner Beurteilung der WHO hinzufügen. Ich wählte den Begriff 'global health governance' anstelle von 'effectiveness' oder 'performance', da letztere nahezu keine Ergebnisse mit der WHO als Analysegegenstand lieferten, während ersterer häufig verwendet wird, wenn dies der Fall ist.

Tabelle 3 Suchbegriffe, die zur Identifizierung von Literatur verwendet wurden. *=Abkürzung

'world health organization'	AND	
<i>Suche 1</i>	'performance OR satisf* OR accomplish* OR achieve* OR respond OR response OR fulfil* OR effective* OR weak* OR fail*OR shortcoming OR defect* OR deficient OR deficiency OR dysfunction* OR reform*'	'legitimacy OR governance OR purpose OR accountability OR accountable OR participation OR goal OR strategy OR strategies OR mission OR learning OR innovation OR structure OR workforce OR identity OR culture OR norm OR values OR coherence OR coherent OR cooperation OR authority'
<i>Suche 2</i>	'global health governance'	
<i>Suche 3</i>	'reform*' (im Umkreis von drei Wörtern)	

Von den 1880 nicht-duplizierten Referenzen, die ich durch diese beiden Suchen erhielt, schloss ich irrelevante Referenzen aus. Ich überprüfte die Titel und Zusammenfassungen, um diejenigen herauszufiltern, die primär die WHO analysierten

oder die WHO sekundär, im Zusammenhang mit einem anderen primären Analysegegenstand (z. B. die SARS-Pandemie oder die globale Steuerung nicht übertragbarer Krankheiten) analysierten. Ich schloss Referenzen aus, die die WHO lediglich zu deskriptiven Zwecken erwähnten (z. B. um das in einer Studie verwendete Behandlungsprotokoll zu spezifizieren). Die Anwendung dieser Kriterien ergab 140 eingeschlossene Referenzen.

In der dritten Suche verwendete ich die Begriffe 'world health organization' und 'reform' in Umkreissuche von drei Wörtern und Abkürzung auf Academic Search Premiere und EBSCO Global Health. Ich überprüfte die Ergebnisse, schloss diejenigen aus, die keinen Fokus auf die WHO-Reform hatten, und ergänzte die verbleibenden Artikel mit weiteren, die ich in den Referenzen von zwei Übersichtsartikeln identifizierte. Diese Suche ergab 85 Referenzen.

Ich führte die Referenzen aus den drei Suchen zusammen, was 192 nicht-duplizierte Referenzen ergab. Ich beschränkte die Referenzen auf die Jahre 2008-2018, um meinen Fokus auf die jüngere Leistung der WHO zu legen. Weitere 21 Referenzen, bei denen kein Volltext online gefunden werden konnte und die keine Referenzen hatten, wurden entfernt. In dieser Dissertation werden die resultierenden 139 Publikationen untersucht (Abbildung 1).

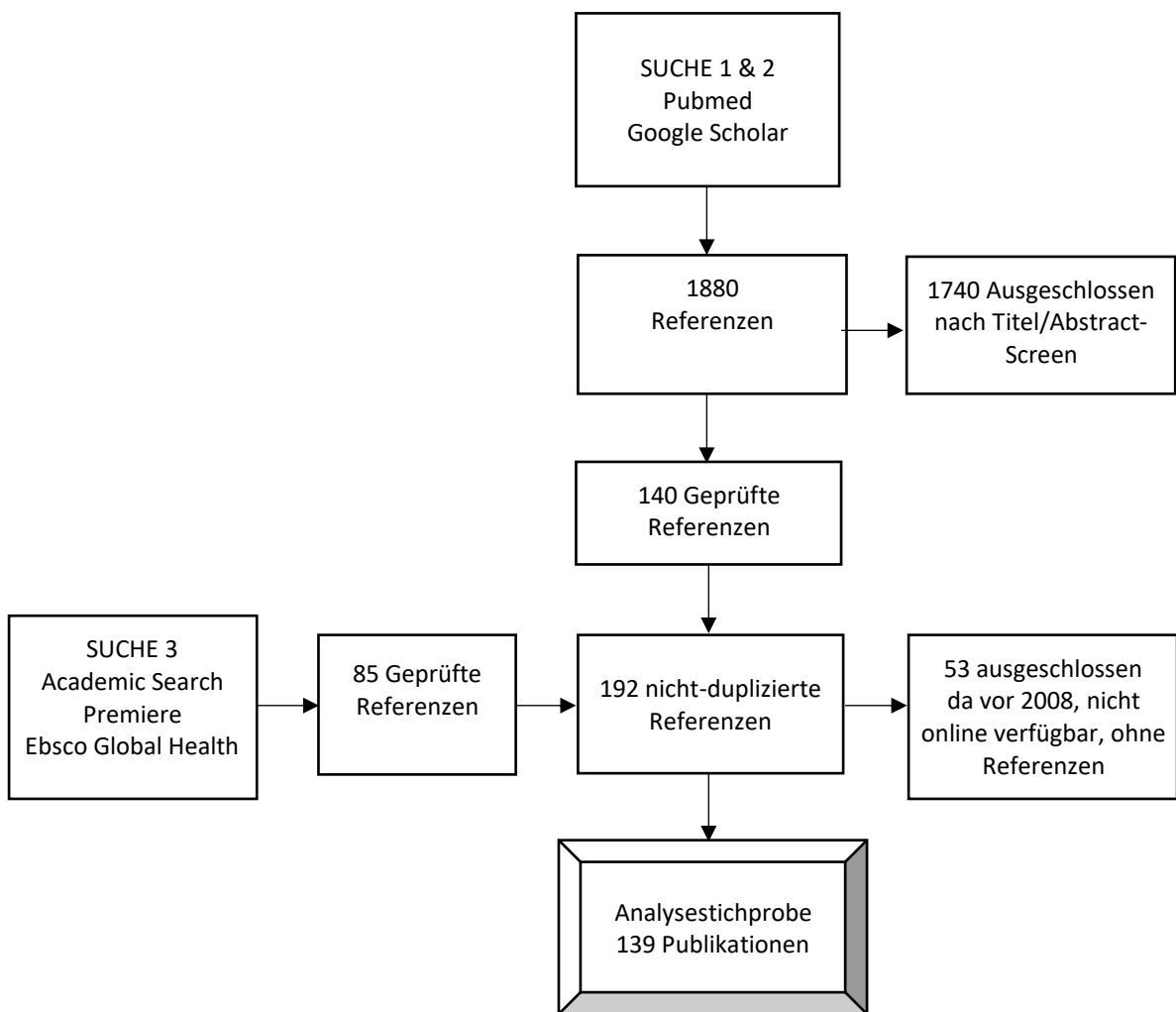


Abbildung 1 Wie die Publikationen für die Analyse ausgewählt wurden.

Wie die Publikationen analysiert wurden

Ich führte eine thematische Analyse und Synthese der ausgewählten Publikationen durch. Ich wählte diese Methode, die häufig verwandt wird, um thematische Muster in den Erkenntnissen der Publikationen zu identifizieren und hierdurch die gewählte Fragestellung zu beantworten (117). Ich las alle Volltexte der Publikationen in unserer Stichprobe, um ihre Erkenntnisse in Bezug auf die organisatorische Effektivität der WHO zu extrahieren. Ich kodierte die Textstellen, in denen die Erkenntnisse beschrieben wurden, das heißt, ich dokumentierte sie und erfasste ihren Inhalt und ihre Bedeutung in Kurzaussagen (117). Ich kodierte Textstellen des Volltextes von Kommentarartikeln sowie der Ergebnis- und Diskussionsabschnitte von Einzelstudien-

und Übersichtsartikeln. Studienergebnisse und darauf basierende Ideen im Diskussionsabschnitt würden die nützlichsten Erkenntnisse enthalten. Kommentarartikel konnten nicht in diese Abschnitte begrenzt werden, weshalb der Volltext analysiert wurde.

Ich verwendete die oben vorgestellten angewandten Fragen des Analyserahmens als Leitfaden für eine deduktive Ableitung von Themen aus der Literatur und kodierte hierfür fortlaufend die in den Texten gefundenen Antworten aus den Publikationen. Wenn ich Antworten in den Texten identifizierte, erfasste ich zunächst die thematische Aussage (Thema) eines Absatzes in einem Satz. Wenn Erkenntnisse, die für die Beantwortung der obigen Fragen wesentlich erschienen, durch eine einzelne Textzeile, einen Unterabsatz oder mehrere Absätze ausgedrückt wurden, kodierte ich diese Textstellen und erfasste deren Themen auf diesen Ebenen. Dabei zeichnete ich die Themen und ihre entsprechenden Publikationstextstellen in Microsoft Excel 16.43 auf, die sowohl Beobachtungen als auch zusätzliche Details enthielten. Die so generierten Themen ordnete ich nach den oben eingeführten Elementen des Analyserahmens, z. B. unter 'Rechenschaftslegung' oder 'Mission'. Wenn die Themen allgemeiner eine Hauptkategorie wie 'Legitimität und Governance' betrafen, aber nicht spezifisch eine der zugrundeliegenden Elemente wie 'Rechenschaftslegung', ordnete ich sie unter 'Legitimität und Governance allgemein' ein. Um die Themen zusammenzufassen, suchte ich dann nach Ähnlichkeiten und Unterschieden zwischen ihnen. Diejenigen, die gleich waren oder sich nur sehr geringfügig im Wortlaut unterschieden, erfasste ich als Duplikate. Ich identifizierte ähnliche Themen und generierte abstraktere Themen, die ihre gemeinsame Bedeutung erfassten und leitete dann analytische Themen ab, um die Fragen des Analyserahmens zur Messung der Effektivität der WHO zu beantworten, wenn die ursprünglichen Publikationen diese nicht direkt beantworteten. Ich erfasste zudem Originalzitate aus den Publikationen, um eine möglichst enge Verbindung zwischen den Ergebnissen der vorgelegten Literaturanalyse und den zugrundeliegenden Erkenntnissen der analysierten Originalarbeiten zu schaffen und die identifizierten Themen zu illustrieren. Diese übersetzte ich im Wortlaut und kennzeichnete sie im Ergebnisteil durch *kursive Textsetzung*.

Außerdem versuchte ich, die Stärke der Evidenz in den identifizierten Publikationen zu bewerten. Dies sollte mir erlauben, die Verlässlichkeit abzuschätzen, dass die Themen gültig und angemessen sind, um Empfehlungen und Entscheidungen zu unterstützen. Ich kategorisierte die Publikationen in eine einfache Hierarchie der Evidenz, basierend auf dem Studiendesign, einem weit verbreiteten Proxy für die Qualität der Evidenz, in der folgenden absteigenden Reihenfolge (118, 119): Experimentelle Studien (Stufe 2), Beobachtungsstudien (Stufe 1) und Expertenmeinungen (Stufe 0) (118). Gut durchgeführte systematische Übersichten oder Meta-Analysen von Beobachtungsstudien liefern in der Regel stärkere Evidenz als einzelne Beobachtungsstudien (120). Da ihre Evidenzstärke in der Regel nicht größer als die einer experimentellen Studie ist und weil ich die Stärke der Synthesemethode nicht bewerte, ordnete ich solche Synthesen auf der gleichen Ebene ein wie einzelne Beobachtungsstudien. Entsprechend positioniere ich Synthesen von experimentellen Studien auf der gleichen Ebene wie experimentelle Studien (121, 122). Einzelne Expertenmeinungen wurden als *Interpretation der Evidenz im Kontext der Erfahrung und des Wissens des Experten* (118, 123) betrachtet und der niedrigsten Evidenzstufe zugeordnet (Box 1).

2 Experimentelle Studien (oder systematische Übersichten über diese)
1 Beobachtungsstudien (oder systematische Übersichten über diese)
0 Expertenmeinung

Box 1 Evidenzstufen.

Ich wandte diese Evidenzhierarchie auf die identifizierten Publikationen wie folgt an: 'Übersicht' (Review), wenn eine Publikation eine Literatursuchstrategie und Auswahlkriterien angab, 'Studie', wenn sie Datenerhebungs- und Analysemethoden über eine Literatursuchstrategie und -auswahl hinaus angab, und 'Expertenmeinung', wenn sie keines von beidem hatte. Ich unterteilte 'Übersicht' und 'Studien' weiter in Experimente, wenn sie Experimente oder Quasi-Experimente beschrieben oder zusammenfassten, und in Beobachtungspublikationen.

VI. ERGEBNISSE

Die Publikationen umfassten 122 Expertenmeinungen/Kommentarartikel (87,8 %), 15 Beobachtungsstudien (10,8 %) und zwei Übersichtsarbeiten (1,4 %). Es gab keine experimentellen Studien. Das häufigste Publikationsthema war, übergeordnet, Management von internationalen Ausbrüchen von Infektionskrankheiten in 35 Publikationen (25,2 %), darunter 18, die die Notfallreaktion der WHO auf den Ebola-Ausbruch 2014 beschrieben (12,9 %). Die meisten Publikationen (34; 24,5 %) erschienen in 2014. 101 Publikationen (72,7 %) wurden von Erstautor*innen von Institutionen in vier Ländern, der Vereinigten Staaten (50; 36 %), des Vereinigten Königreichs (23; 16,5 %), der Schweiz (17; 12,2 %) und Kanadas (11; 7,9 %), verfasst.

Ich identifizierte insgesamt 998 einzelne Themen aus den 139 Publikationen. Die Anzahl dieser Themen, verteilt auf die Elemente des Analyserahmens, die sie betreffen, variiert. Wie Abbildung 2 zeigt, betrifft mehr als ein Drittel der 998 identifizierten Themen (37 %, 368) die Ziele und Strategie der WHO und mehr als ein Viertel ihre Mission (27 %, 271). Etwa ein Fünftel der Themen betrifft drei andere Elemente der organisatorischen Effektivität: Legitimität und Governance (17 %, 168), Struktur und Personalleistung (20 %, 197) sowie Autorität und Beziehungen (20 %, 196). Unter Legitimität und Governance verteilen sich die Themen in fast gleicher Anzahl auf die Subelemente Zweck, Rechenschaftslegung und Beteiligung. Aber unter Struktur und Personalleistung fanden sich circa 1.5 mal mehr Themen zur Zweckmäßigkeit der Struktur im Vergleich zur Belegschaft. Nur wenige der identifizierten Themen beziehen sich auf die Kultur der WHO (2 %), Normen und Werte (4 %) sowie Kohärenz (1 %), die gemeinsam ihre Identität untermauern.

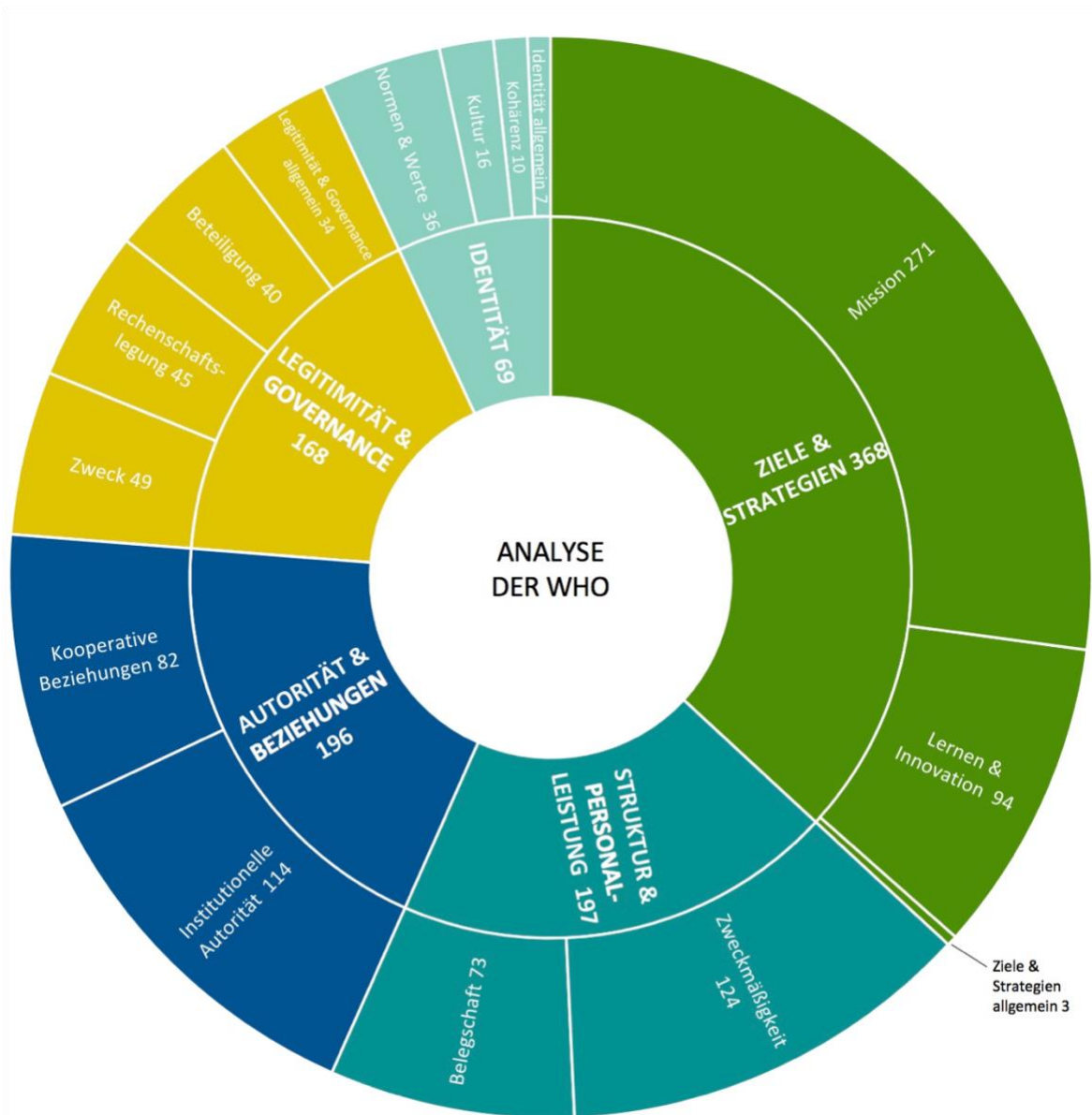


Abbildung 2 Verteilung der Themen auf die Elemente des Analyserahmens der organisatorischen Effektivität. Der innere Kreis zeigt, wie sich die insgesamt 998 aus den Publikationen identifizierte Themen in ihrer Anzahl auf die fünf Hauptelemente des Analyserahmens verteilen. Der äußere Kreis zeigt die Verteilung dieser Themen auf die zwölf Subelemente des Analyserahmens, die die Hauptelemente untermauern (vergleiche auch Tabelle 1 und Seite 24). Z.B. betreffen insgesamt 168 Themen die Legitimität und Governance der WHO (gelber Bereich), zusammengesetzt aus 49 Themen, die den Organisationszweck der WHO betreffen, 45 zu ihrer Rechenschaftslegung, 40 Themen zur Beteiligung in der WHO und 34 Themen, die ihre Legitimität und Governance betreffen, aber keinen dieser drei Subelemente direkt zuordenbar waren (hier als 'Legitimität und Governance allgemein' dargestellt).

Das Ziel dieser Dissertation ist es, die Effektivität der WHO zu messen. Es gibt zwar keinen Goldstandard für die Messung der organisatorischen Effektivität, aber ich stellte in meinem Literaturstudium fest, dass effektive Organisationen in der Regel gemeinsame Elemente haben und baute diese in einen Analyserahmen ein. Im folgenden Abschnitt präsentiere ich die Ergebnisse der thematischen Analyse, die die WHO auf diese Elemente untersucht und nach den fünf Hauptelementen des Analyserahmens strukturiert ist.

Legitimität & Governance

Viele Veröffentlichungen weisen darauf hin, dass die Legitimität und die Governance² der WHO erheblichen Einschränkungen unterliegen. Die nahezu universelle Mitgliedschaft der Staaten und das Prinzip ein Staat - eine Stimme in den Führungsgremien legen nahe, dass eine Voraussetzung für Legitimität gegeben ist (124-126). Viele diskutieren jedoch den ungleichen Einfluss zwischen den MS. Einige berichten, dass Ungleichheiten *zwischen den Staaten bei der Entscheidungsfindung im Bereich der globalen Gesundheit sowohl in der Weltgesundheitsversammlung als auch im Exekutivrat fortbestehen*³ (127). Ungleiche Beteiligung kann im Verhandlungsprozess beobachtet werden, zum Beispiel als afrikanische Länder *sich nicht an den Verhandlungen [über den Globalen Verhaltenskodex der WHO zur Internationalen Rekrutierung von Gesundheitspersonal] beteiligen konnten, bis Norwegen und WHO EURO den Global Policy Advisory Council dabei unterstützten, ihre aktive Beteiligung sicherzustellen* (128). Ein anderes Beispiel ist die Entscheidung der WHO allein auf freiwillige Firmenkontrollen bei der Vermarktung von Junk Food an

² Wie bereits im Methodenabschnitt auf Basis der Organisationsliteratur vereinfacht definiert, spiegeln Legitimität und Governance eine Vereinbarung der relevanten Parteien wider, dass eine Organisation bestimmte Autorität sowie Entscheidungsprozesse auf hoher Ebene hat. Legitimität und Governance erfordern einen Organisationszweck, Beteiligung und Rechenschaftslegung (vergleiche auch Seite 20).

³ Kursive Textstellen zeigen auch im Ergebnisteil Übersetzungen im Wortlaut von Englischsprachigen Originalzitaten aus den durch Referenzen zugeordneten Originalarbeiten an. Sie wurden vom Autor dieser Dissertation erstellt, um eine möglichst enge Verbindung zwischen den Ergebnissen der vorgelegten Literaturanalyse und den zugrundeliegenden Erkenntnissen der analysierten Originalarbeiten zu schaffen und um die identifizierten Themen zu illustrieren.

Kinder zu bauen, bei der die USA den Entscheidungsprozess viel stärker beeinflusst haben als das anderen MS möglich war (129).

Wissenschaftler*innen haben auch festgestellt, dass sich die Governance der WHO von der formellen, zunehmend statischen Weltgesundheitsversammlung wegbewegt hat, was zu einer ungleichen Beteiligung der MS geführt hat. Es gibt Belege dafür, dass die formale WHO-Governance in den letzten Jahrzehnten in eine zunehmende Anzahl informeller Paralleltreffen zerbrochen ist (130). Ein Wissenschaftler vermutet, dass das Interesse an größerer Effizienz in der Governance eine Reihe von Änderungen motivierte, die die Dauer der Versammlung und die technischen Diskussionen in den formellen Sitzungen verringerten, während die Mitgliederzahl und die Anzahl der Tagesordnungspunkte zunahm (130). Die formelle Versammlung, so der Autor, wurde dann einer rituellen Vortragsveranstaltung ähnlich, die meist vorab beschlossene Themen bestätigt, der es an Aufmerksamkeit, Anwesenheit und Interaktion mangelt, da viele Diskussionen in den Exekutivrat oder zahlreiche informelle Orte Fora verlegt wurden (130). Andere Wissenschaftler*innen stellen fest, dass *viele der in der [WHO-] Verfassung verankerten politischen Prozesse - wie der Exekutivrat und die Weltgesundheitsversammlung (WHA) - dysfunktional geworden sind; die Tagesordnungen sind überladen, sinnvolle Debatten sind nicht einfach und konsensbasierte Entscheidungen sind immer schwieriger zu erreichen* (131). Ein weiterer Artikel weist darauf hin, dass die Teilnahme von Vertreter*innen der MS oft nicht in strategische Debatten über kollektive Handlungsmöglichkeiten mündet, weil es ihren Beiträgen während der Weltgesundheitsversammlung an Qualität fehlt (132). Zwei Artikel stellen übereinstimmend fest, dass Staaten mit kleinen Delegationen nicht gleichberechtigt an WHO-Entscheidungen teilnehmen können, weil sie bei den vielen und oft parallel stattfindenden Governance-Sitzungen relativ wenig vertreten sind (127, 130), was *das Prinzip der Gleichheit der Mitgliedsstaaten untergräbt* (130).

Ich fand Hinweise für Verwirrung über die zahlreichen Rollen der WHO und darüber, welche ihrer Zuständigkeiten Vorrang haben sollten. Wissenschaftler*innen haben behauptet, dass die WHO als Leiter und Koordinator fungieren sollte, insbesondere bei grenzüberschreitenden Krankheitsausbrüchen (16, 132-134); einen legitimen Entscheidungsraum für Kooperation, gemeinsame Regeln, globale öffentliche Güter und Überwachung kultivieren (124, 132, 135-141); sich für die Gesundheit

vernachlässigter Bevölkerungsgruppen einsetzen sollte (142) und Staaten bei nationalen Gesundheitsproblemen unterstützen sollte, insbesondere wenn diese ein Risiko für die Bevölkerung in anderen Nationen darstellen (141, 143). In drei Publikationen wurde eine anhaltende Uneinigkeit darüber festgestellt, ob sich die WHO auf die globale normative Arbeit oder die operative Unterstützung in den Ländern konzentrieren sollte (136, 138, 144). Eine Autorin vermutet, dass ein Grund dafür sein könnte, dass *die Mitgliedsstaaten sich immer noch nicht ganz einig sind, welche Art von Organisation sie wollen*, während *die Angst einiger Länder, ihre Souveränität sowie einen Teil der WHO-Finanzierung auf Länderebene zu verlieren, greifbar ist* (138). Autor*innen vermuten, i. dass die Länder mit unterschiedlichen Erwartungen versuchen, divergierende Interessen durch die WHO zu verwirklichen (145), ii. dass reiche Länder es eher vorziehen, dass die WHO globale Regeln festlegt und überwacht (144) während iii. arme Länder es eher vorziehen, dass die WHO ihnen hilft, ihre nationalen Systeme zu verbessern, indem sie Wissen, Fähigkeiten und Ressourcen bereitstellt (144). In mehreren Publikationen wird übereinstimmend der Wert von ständigen Entwicklungsmaßnahmen durch die WHO bezweifelt (136, 138, 146). Einige Artikel weisen darauf hin, dass andere Organisationen besser geeignet sind, den Regierungen bei der Erfüllung ihrer nationalen Aufgaben zu helfen, und dass die WHO mehr beitragen würde, wenn sie sich auf grenzüberschreitende Themen (146) und Mechanismen für die gegenseitige Hilfe zwischen Ländern konzentrieren würde (147).

Mehrere Publikationen weisen auf Unzulänglichkeiten in der Rechenschaftslegung der WHO hin. Wissenschaftler*innen stellten fest, dass der Exekutivrat *für viele seiner Entscheidungen nicht öffentlich rechenschaftspflichtig ist* und Probleme mit der Transparenz hat (18), und, dass die Weltgesundheitsversammlung wenig Einfluss auf den Arbeitsplan der Organisation hat (148). Außerdem wurde moniert, dass die Vertreter*innen der MS, die die Arbeit der WHO mitbestimmen, *nur begrenzt rechenschaftspflichtig für ihren Beitrag zu den in der Verfassung festgelegten Zielen sind und dafür, wie sie die WHO leiten* (148). Eine Veröffentlichung eines ehemaligen Gesundheitsministers und WHO-Beamten weist darauf hin, dass geheime Abstimmungen bei WHO-Wahlen die Transparenz und Rechenschaftslegung verringern und manchmal zu *durch geopolitische Interessen motivierten Gegenleistungen* führen (146). Eine vergleichende Analyse globaler

Gesundheitsorganisationen zeigt, dass es der WHO an *regelmäßigen unabhängigen Evaluierungen oder einer öffentlichen Informationspolitik* fehlt (149).

Ein Artikel stellte fest, dass die Rechenschaftsregeln der WHO unzureichend konzipiert und umgesetzt sind. Die Autor*innen weisen darauf hin, dass die WHO zwar formalisierte Regeln für die Rechenschaftslegung hat, diese aber *nur in bestimmten Programmen auf der Ebene der Unterorganisationen operationalisiert werden [...] und auf der Organisationsebene nur für Finanzen, Beschaffung, Personalwesen und Geschäftsstrategie [angewandt werden]* - obwohl die formalen Regeln eine umfassende Operationalisierung in der gesamten Organisation erwarten (150). Weiterhin identifizierten sie mehrere Unzulänglichkeiten der WHO-Rechenschaftslegung *in der Form - sie sind zu weit gefasst und es fehlt an effektiven Mechanismen, die sie in die Praxis umsetzen würden - und im Inhalt - sie lassen die Konzepte der Verantwortlichkeit, der externen Kontrolle oder der Konsequenzen von Handlungen aus* (150). Sie stellten allgemeiner fest, dass diese Regeln *sich auf die Rechenschaftslegung nicht von, sondern gegenüber der WHO als Organisation konzentrieren* (150).

Ziele & Strategien

Viele Publikationen hinterfragen die Praxis der WHO, ihre Ziele und Strategien⁴ zu definieren. Die WHO hat sich zum Ziel gesetzt, die Gesundheit weltweit zu fördern und zu schützen (151). Dennoch artikulieren mehrere Wissenschaftler*innen ihre Bedenken über strategische Entscheidungen der WHO. In einem Bericht heißt es, dass *ein starkes Gefühl in verschiedenen Formen und Foren zum Ausdruck kommt, dass die Aktionen der WHO ad-hoc und derivativ sind, dass die Initiativen unzusammenhängend sind und es ihnen an strategischer Richtung und Nachverfolgung fehlt* (152). In zwei umfassenden Berichten über die Reform der WHO wurde ein weit verbreiteter Konsens darüber festgestellt, dass die WHO *überfordert* ist (144, 153).

Wir haben viele Artikel gefunden, die nahelegen, dass die WHO ihre eigenen Ziele nicht festlegen kann, weil die MS ihr weder den nötigen Konsens noch strategische Autonomie gewähren. Einige argumentieren, dass dadurch, dass *der Großteil des WHO-Budgets für bestimmte Zwecke vorgesehen ist, die WHO per definitionem ein Spiegelbild der spezifischen und unterschiedlichen Finanzierungsprioritäten der Geber geworden ist* (25). Viele Autor*innen weisen darauf hin, dass die WHO oft zuerst das tut, wofür sie Geld aufreiben kann, d.h. Summen, die an bestimmte Themen und Geber gebunden sind (127, 144, 147, 152, 154, 155), deren *Präferenzen sich oft von Jahr zu Jahr ändern* (147). Viele Artikel weisen auf inhaltliche Limitationen der Prioritäten der WHO hin. Mehrere Autor*innen weisen darauf hin, dass diese Prioritäten sich von solchen unterscheiden, die auf globalen Gesundheitsbedürfnissen basieren (127, 147, 152, 154, 155), wie z. B. auf der globalen Krankheitslast (155). Einige Wissenschaftler*innen vermuten, dass sie mehr auf die Bedürfnisse reicherer als ärmerer Staaten ausgerichtet sind (142, 153). Andere Artikel weisen darauf hin, dass die WHO die kurzfristige biomedizinische Bekämpfung von Infektionskrankheiten

⁴ Wie bereits im Methodenabschnitt auf Basis der Organisationsliteratur vereinfacht definiert, sind Ziele und Strategien die Mechanismen, durch die Organisationen ihren Zweck in Handlungen umsetzen. Sie beinhalten Verhandlungen, um sich auf eine organisatorische Mission zu einigen, organisatorisches Lernen und Innovation, um den Entwurf und die Umsetzung von Strategien zu unterstützen, was außerdem Kontextualisierung, Ressourcen, Autorität und abgestimmte Anreize erfordert (vergleiche auch Seite 20).

gegenüber der langfristigen multisektoralen Gesundheitsförderung priorisiert (151, 156) und dabei die sozialen Determinanten der Gesundheit als Grundursachen für Bevölkerungsgesundheit vernachlässigt (156).

Ein weiterer kritizierter Bereich ist die häufig begrenzte Wirkung globaler Gesundheits-Strategien auf die staatliche Praxis, ein Problem, das mit einer unzureichenden organisatorischen Strategie zusammenhängt. Im Gegensatz dazu stelle ein Wissenschaftler fest, dass politische Empfehlungen und Normen zur psychischen Gesundheitsversorgung kaskadenartig von der WHO-Zentrale zu den Regionalbüros, dann zu den Länderbüros und schließlich zu den Regierungen der Mitgliedsländer gelangen (157). Es gibt vermutlich bestimmte Bedingungen, unter denen die Leitlinien der WHO in Ländern greifen können. In einer Publikation wird zum Beispiel geschlussfolgert, dass zweckgebundene Finanzierung, Unterstützung der Zivilgesellschaft, politische Innovationen, Lernen und Verinnerlichung von Normen effektive Wege für die WHO sein können, um die nationale Gesundheitspolitik in China zu beeinflussen (158). Dennoch stellen viele Autor*innen fest, dass die von der WHO geschaffenen Kernstrategien, wie die *globale Gesundheitssicherheitsstrategie* (159), in den MS nicht umfassend umgesetzt werden (16, 19, 33, 129, 154, 159-162), weil die Ressourcen zur tatsächlichen Implementierung der Strategie nicht ausreichten (16, 154, 159, 160). Ein Artikel weist darauf hin, dass die WHO-Strategie für Gesundheitssicherheit zu dem widersprüchlichen Ergebnis geführt hat, *dass nur die Länder mit dem geringsten Risiko angemessene Überwachungssysteme entwickelt haben* (143). Darüber hinaus scheinen wichtige Strategien der WHO keine funktionierenden Mechanismen für die Zusammenarbeit von Staaten und anderen Organisationen vorzuhalten, um die gewünschten Ergebnisse zu erzielen. Wissenschaftler*innen, die sich mit der Pandemievorsorge befassten, stellten fest, dass ein funktionierender multilateraler Mechanismus zum Aufbau von Kapazitäten der Internationalen Gesundheitsvorschriften fehlte (159). Dies galt auch für die WHO-Empfehlungen zur Vermarktung von Lebensmitteln und alkoholfreien Getränken und die Globale Alkoholstrategie der WHO: in beiden Fällen gelang es nicht, einen Rahmen für die Zusammenarbeit zu schaffen (163). Wenn die Richtlinien der WHO von begrenzter Qualität sind, können Staaten ebenfalls Einwände gegen sie erheben. Ein Artikel dokumentiert die Bewertung von WHO-Leitlinien und stellt fest, dass sie einen guten Geltungsbereich haben, einen guten Zweck verfolgen und klar dargestellt sind,

aber im Durchschnitt von mäßiger Qualität sind und es ihnen an redaktioneller Unabhängigkeit, Anwendbarkeit, Beteiligung von Interessengruppen und Strenge bei der Entwicklung fehlt (164).

Mehrere Publikationen weisen auf erhebliche Einschränkungen beim organisatorischen Lernen und bei der Innovation der WHO hin. Einige Analyst*innen vermuten, dass die Überwachungs- und Evaluierungsmechanismen der WHO schwächer sind als die vieler humanitärer Organisationen (165), andere weisen darauf hin, dass es keine unabhängigen externen Evaluierungen der WHO gibt (166). Darüber hinaus vermuten viele Autor*innen, dass die Organisation zu wenig von Evaluierungen profitiert, nicht weil die Empfehlungen vernachlässigbar wären, sondern weil sie sie nicht operationalisiert (33, 39, 40, 144, 147, 159, 167-169). Zum Beispiel weisen mehrere Autor*innen darauf hin, dass die WHO neue organisatorische Kenntnisse und Strukturen erworben hat, um Infektionskrankheitsepidemien besser zu bewältigen (125, 167, 170, 171). Es deuten jedoch einige Arbeiten an, dass die WHO es versäumt hat, frühere Erfahrungen und Empfehlungen zu berücksichtigen, insbesondere in Bezug auf Bekämpfungsstrategien und Finanzen (40, 147, 159, 165, 167-171). Dies deutet auf breitere Probleme bei der Reaktionsfähigkeit der WHO hin. Mehrere Artikel stellen fest, dass sich die WHO nicht ohne weiteres an Veränderungen anpasst, und einige Autor*innen schlussfolgern, dass die WHO *nicht in der Lage zu sein scheint, mit der Dynamik der sich schnell verändernden globalen Gesundheitslandschaft umzugehen* (172). Einige Wissenschaftler*innen beziehen sich auf die Epidemiologie, wenn sie darauf hinweisen, dass die Fähigkeit der WHO, auf nicht-übertragbare Krankheiten zu reagieren, schwächer ist als bei anderen Krankheitskategorien, obwohl erstere mittlerweile den größten Teil der globalen Krankheitslast ausmacht (127). Andere weisen darauf hin, dass die WHO es versäumt hat, sich Technologien für ihren normativen Einfluss zunutze zu machen (173, 174), zum Beispiel das Internet (174). Eine Autorin legt nahe, dass politische Innovationen, die in anderen öffentlichen Organisationen entstanden sind, bei der WHO fehlen und beklagt *was wir sehen, ist ein stetiger Niedergang der WHO, die sich wütend an veraltete politische Institutionen und bürokratische Modelle klammert [...], nicht weil die WHO nicht gebraucht wird, sondern weil sie sich nicht an eine sich verändernde Welt angepasst hat* (173).

Struktur & Personalleistung

Viele Publikationen weisen auf Defizite in der institutionellen Struktur und Personalleistung⁵ hin. Dazu gehört der Wettbewerb zwischen den Abteilungen um die Budgets, den viele als Hindernis für die Koordination und Kooperation ihrer verzahnten Arbeit identifizieren (134, 152, 166, 175, 176). Einige vermuten, dass diese Struktur die Einheit und Motivation in der Belegschaft verringert (166) und die Bildung einer *kohärenten und rationalen Personalstruktur* behindert (176). Einem Artikel zufolge führt dieser Wettbewerb auch zu Situationen, in denen *die WHO oft Ansichten äußert, die auf dem kleinsten gemeinsamen Nenner beruhen (...) und nicht in der Lage ist, Prioritäten zwischen verschiedenen Themen zu setzen*. Dies wird damit begründet, dass *die Abstimmung zwischen verschiedenen Teilen der Organisation vor dem Engagement mit anderen Akteuren Verhandlungen zwischen den verschiedenen Interessen und Perspektiven der einzelnen Abteilungen erfordert* (175). Diese Aufteilung der Organisation auf enge Themenbereiche hat dazu geführt, dass sie nur bedingt in der Lage ist, mit systemischen Problemen und Problemen, die mehrere Themenbereiche betreffen, umzugehen. Viele berichten, dass das Personal der WHO nicht multidisziplinär genug sei, um Lösungen für drängende Probleme anzubieten, etwa bei der Gesundheitsfinanzierung oder der Bekämpfung nicht-übertragbarer Krankheiten (127, 144, 147, 175), die *eine ganz andere Verteilung von Fähigkeiten zu erfordern scheinen, als sie derzeit besteht* (144). Einige behaupten, dass die Belegschaft der WHO im Großen und Ganzen zu klein für ihre Arbeit ist (147). Dies hat auch die Pandemiebekämpfung eingeschränkt. Einige Autor*innen vermuten, dass während des Ausbruchs der Ebola-Virus-Krankheit im Jahr 2014 *die Kernaufgabe der globalen Überwachung der öffentlichen Gesundheit und der Risikobewertung*

⁵ Wie bereits im Methodenabschnitt auf Basis der Organisationsliteratur vereinfacht definiert, prägen die institutionelle Struktur und die Personalleistung die Kapazität und Qualität der organisatorischen Produktivität. Dazu gehört die Art und Weise, wie eine Organisation die Arbeit innerhalb ihrer Gemeinschaft aufteilt und miteinander verbindet. Die Organisationsstruktur erfüllt ihren Zweck, wenn ihre Teile so spezialisiert sind, wie die Arbeit komplex ist, so formalisiert und zentralisiert, wie sie sicher ist, und so koordiniert, wie es der Verzahnung ihrer Aufgaben entspricht, ohne die Effizienz zu beeinträchtigen. Die Rekrutierung, Zuteilung und Beförderung von Mitarbeitern sowie die Rollen und Regeln bilden das Wissen, die Fähigkeiten, das Vertrauen und die Motivation der Belegschaft (vergleiche auch Seite 20-21).

möglicherweise nur von einem sehr kleinen Team im WHO-Hauptquartier [4 Mitarbeiter] wahrgenommen wurde (39) und die Reaktion in gewissem Maße fehlgeleitet wurde, weil auch das Regionalbüro für die afrikanische Region nicht genügend Personal hatte (33).

Ein weiterer Bereich, der häufig beanstandet wurde, waren Personalpraktiken. Zwei Veröffentlichungen deuten darauf hin, dass bei der Ernennung von Personal bei der WHO politisches Kalkül Vorrang vor Qualifikation hatte (19, 177). Darüber hinaus erschweren die Personalregeln der WHO, einschließlich der Forderung, *ein sprachliches und geografisches Gleichgewicht aufrechtzuerhalten* (19) die Rekrutierung der sachkundigsten und qualifiziertesten Mitarbeiter (19, 148, 178). Einige behaupten, dass *die WHO nicht notwendigerweise auf der Grundlage von Verdiensten belohnt oder befördert, und das Leistungsmanagement des Personals durch die oft kurze Laufzeit der Personalverträge eingeschränkt wird* (165). Mehrere Autor*innen behaupten, dass leistungsstarke Mitarbeiter die WHO regelmäßig wegen ihrer einschränkenden bürokratischen Arbeitsumgebung verlassen haben (127, 172). Dazu gehören laut einem Artikel *begrenzte finanzielle Ressourcen, Widerstand gegen Veränderungen, Vermeidung schwieriger Themen, ein Übermaß an Meetings, Toleranz gegenüber ungleichem Arbeitseinsatz unter den Mitarbeitern, proaktive Rücksichtnahme auf mächtige Mitgliedsstaaten und häufige kulturübergreifende Missverständnisse am Arbeitsplatz (insbesondere in Bezug auf Gender)* (127).

Struktur- und Personalleistungsprobleme sind auch auf eine unzureichende Zusammenarbeit zwischen dem Hauptsitz der WHO und ihren Regionalbüros zurückzuführen. Viele Autor*innen sind sich einig, dass die Zusammenarbeit zwischen dem Hauptsitz und den Regionalbüros der Organisation unzureichend ist (18, 19, 25, 125, 136, 144, 148, 152, 160, 171, 177, 178). Ein Autor beschreibt die WHO als eine Organisation, die *keine singuläre Einheit ist, sondern eher wie eine Föderation von sechs Regionalbüros funktioniert* (19). Die Regionalbüros werden als Produkt historischer institutioneller Verhandlungen beschrieben, in erster Linie zwischen den Diplomaten, die an der Gründung der WHO arbeiteten, und dem älteren Pan-American Sanitary Bureau, das erhebliche Autonomie forderte, als es zustimmte, der WHO als Regionalbüro beizutreten (148). Wissenschaftler*innen beschreiben die Regionalbüros ferner als *pfadabhängig der Politik unterworfen* (144) und mit variabler

Infektionskontrolle- und Gesundheitssystemkapazität (143). Viele Autor*innen haben festgestellt, dass Haushaltsautonomie der Regionalbüros (18, 19, 147, 155), doppelte Berichtsverhältnisse der Regionaldirektoren zum Generaldirektor und zu den regionalen Gesundheitsministern (18, 148, 178), unzureichende Informationsflüsse (125), angespannte Beziehungen (143) und eine unklare Aufgabenverteilung (160) mit dem Hauptsitz die Arbeit der WHO behindern. Einige Wissenschaftler*innen weisen darauf hin, dass die Wahl der Regionaldirektoren durch die MS die Rechenschaftslegung innerhalb der WHO verringert, da sie dann den nationalen Vertretern dieser Staaten berichtspflichtig sind und nicht ausschließlich dem Generaldirektor der WHO (18, 179). Außerdem weisen viele Publikationen darauf hin, dass die Regionalbüros die Verwaltungskosten der WHO steigern (19, 136, 144, 152, 180).

Langsame Prozesse sind strukturelle Hindernisse bei der Erfüllung organisatorischer Aufgaben. Zum Beispiel bei der Beantwortung von staatlichen Anfragen, wie *Als die thailändische Regierung den Zugang zu patentierten Basismedikamenten ermöglichen wollte, bat sie die WHO um technische Unterstützung. Nach mehreren Monaten bat das WHO-Hauptbüro sein Regionalbüro um Unterstützung, was dieses nicht leisten konnte. Es dauerte einige weitere Monate, bis das Büro in Genf, Schweiz, nach weiterem Drängen ein Expertenteam nach Thailand schickte* (172). Ein anderer Autor verweist auf *die Anzahl der Organisationsebenen, von denen Länder, die technische Hilfe beantragen, eine Genehmigung einholen müssen, und die eklatante Zeit, die es braucht, um Projekte finanziert zu bekommen* (18).

Starrheit ist auch ein Grund für Verzögerungen bei der Krisenreaktion der WHO. Das Panel der Vereinten Nationen, das den Umgang mit dem Ausbruch der Ebola-Viruskrankheit 2014 analysierte, stellte fest, dass *selbst als die Organisation den eskalierenden Reaktionsbedarf erkannte, ihre internen administrativen Regeln für Personal, Beschaffung und Finanzen die schnelle Entsendung von Personal oder Notfallmaterial nicht ermöglichte* (40). Andere argumentieren, dass die Ursache für den anfänglich insuffizienten Umgang der WHO mit der Krise die unzureichende Quantität (39, 181) und Qualität (16) des Personals in den Länderbüros war. Darüber hinaus stimmen nach Ansicht von Autor*innen die Kompetenzen der Mitarbeiter*innen in den WHO-Länderbüros oft nicht mit den Bedürfnissen der Länder überein (144).

Institutionelle Autorität & Beziehungen

Viele Veröffentlichungen weisen auf erhebliche Einschränkungen der institutionellen Autorität⁶ der WHO hin. Eine Basis der Autorität der WHO ist technisch. Zum Beispiel war die technische Hilfe *für verschiedene Regierungsebenen und -sektoren* (182) ein Kanal der Einflussnahme auf Staaten (139, 182). Außerdem besitzt die WHO *die seltene und beneidenswerte Macht, die besten internationalen Experten kurzfristig zu mobilisieren* (172). Neben der technischen Autorität beeinflusst die WHO die Staaten durch Empfehlungen sowie durch verbindliche und nicht verbindliche globale Regeln (126, 139, 147, 163, 183). Einige argumentieren, dass die WHO *ihre normative Autorität hauptsächlich durch 'soft power' ausübt, entweder durch verfassungsmäßig autorisierte 'Empfehlungen' oder durch eher informelle Maßnahmen der Versammlung, des Exekutivrates und/oder des Sekretariats* (147). Zu den nicht bindenden Regeln gehören formale Kodizes wie der Kodex für die Vermarktung von Muttermilchersatzprodukten von 1981 und der Globale Verhaltenskodex für die internationale Rekrutierung von Gesundheitspersonal von 2010 sowie Strategien und Aktionspläne (139). Einige Autor*innen weisen jedoch darauf hin, dass unverbindliche Empfehlungen oft ihre beabsichtigte Wirkung verfehlen (129) und dass die WHO sich nur selten auf verfassungsrechtliche Berichtspflichten beruft, um die Umsetzung von Empfehlungen zu überwachen (147).

Die WHO hat nur wenige verbindliche Regeln erlassen. Mehrere Wissenschaftler*innen weisen darauf hin, dass die WHO diese Möglichkeit vernachlässigt (147, 155, 163, 169). Einige weisen darauf hin, dass die WHO, obwohl sie den Auftrag hat, umfangreiche Regeln zum Schutz der Gesundheit zu erlassen, diese Möglichkeit *bei wichtigen Themen wie gefälschten Medikamenten, alkoholischen Getränken, Lebensmittelsicherheit und Ernährung* (155) verpasst hat. Die WHO hat

⁶ Wie bereits im Methodenabschnitt auf Basis der Organisationsliteratur vereinfacht definiert, beziehen sich institutionelle Autorität und Arbeitsbeziehungen auf die Kanäle und Befugnisse, durch die Organisationen ihre Interessen in dem breiteren organisatorischen Feld, in dem sie tätig sind, durchsetzen. Institutionelle Autorität bezieht sich auf legitime organisatorische Macht. Kooperation kann politische und finanzielle Ressourcen erhöhen, helfen, Interessen zu koordinieren, die Effizienz zu steigern, zu Wissenszuwachs und zur Innovation von Produkten und Dienstleistungen beizutragen und dem Umfeld mehr Stabilität zu verleihen (vergleiche auch Seite 21).

nur vier verbindliche internationale Rechtsinstrumente verabschiedet, darunter das Rahmenübereinkommen zur Eindämmung des Tabakkonsums (FCTC) und die Internationalen Gesundheitsvorschriften (IGV) (163). Einige Wissenschaftler*innen vermuten, dass die Internationalen Gesundheitsvorschriften den Einfluss der WHO erhöht haben, indem sie die WHO ermächtigten, einen internationalen Gesundheitsnotstand auszurufen (143, 184), epidemiologische Informationen von nichtstaatlichen Akteuren zu benutzen (143) und Staaten, die gegen Regeln verstoßen, zu benennen und anzuprangern (161). Obwohl die IGV und die FCTC wichtige Rechtsinstrumente sind, beruhen sie weitgehend auf der Zustimmung der MS, was die Umsetzung begrenzt.

Ich stufte die Nichteinhaltung der WHO-Regeln durch die Staaten als Belege für die begrenzte Autorität der WHO ein. Viele Autor*innen weisen darauf hin, dass Staaten, die die Internationalen Gesundheitsvorschriften unterzeichnet haben, diese regelmäßig verletzen, indem sie Handels- und Reisebeschränkungen ohne begründete wissenschaftliche Grundlage auferlegen (33, 40, 125, 161, 162). Viele stellen fest, dass *die WHO zwar Regeln aufstellen und deren Umsetzung überwachen kann* (185), aber keine Struktur hat, um Vereinbarungen durchzusetzen oder Streitigkeiten zwischen Staaten zu schlichten (23, 139, 162, 185, 186). Einige Autor*innen behaupten, dass dieses Fehlen i. die WHO in eine unterlegene Position im Vergleich zum Handelssektor bringt (139), ii. als zentrales Hindernis für die Schaffung globaler öffentlicher Güter wirkt (185) und iii. sie daran hindert, sich mit einigen Gesundheitsproblemen, wie z.B. gefälschten Medikamenten zu befassen (23, 159). In Bezug auf die Pandemiebekämpfung weisen einige darauf hin, dass die WHO während ihrer Reaktion auf die SARS-Pandemie zwar ihre Autorität behauptete, die Staaten die WHO aber *hätten blockieren oder ignorieren können*, wenn sie *ihre Interessen bedroht hätte* (187).

Dies zeigt, wie begrenzt der supranationale Einfluss der WHO im Verhältnis zur Politik der einzelnen Staaten ist. In der Tat haben mehrere Wissenschaftler*innen, die sich mit der Reaktion auf Pandemien befasst haben, festgestellt, dass Staaten aus innenpolitischen Gründen (26, 161) rechtsverbindliche Vereinbarungen ignorieren (125, 159, 161). Einige Wissenschaftler*innen vermuten, dass Staaten *relevante Daten nicht immer vollständig oder sofort melden* (124). Hinzu kommt, dass, wenn

Staaten, die noch nicht von einem Ausbruch betroffen sind, unangemessene Beschränkungen erlassen, sie die von einem Ausbruch betroffenen Staaten weiter davon abschrecken, diesen zu melden (33). Während die Kosten, die mit dem Ignorieren dieser Vereinbarungen verbunden sind, gering waren, illustriert dies ein tieferes Problem über den Mangel an effektiven Sanktionsbefugnissen der WHO (154, 161, 168). Zum Beispiel *hat die WHO weder während der H1N1-Pandemie noch während des Ebola-Ausbruchs von ihrer naming-and-shaming-Macht Gebrauch gemacht, obwohl in beiden Fällen über 40 Länder Maßnahmen ergriffen haben, die nicht von der Organisation gefordert wurden* (161).

Viele Veröffentlichungen deuten auf einen Rückgang des Vertrauens in die WHO und der finanziellen Zuwendungen für die WHO hin. Bedenken über ihre organisatorische Leistung haben mehrere Geber dazu veranlasst, *die Mängel der WHO zu umgehen* (25), indem sie andere Wege für die Umsetzung ihrer Prioritäten fanden. Autor*innen stellen fest, dass diese Geber *zunächst einen wachsenden Teil ihrer finanziellen und politischen Unterstützung in andere gesundheitsbezogene VN-Organisationen lenkten* und später *neue Initiativen wie das Gemeinsame Programm der Vereinten Nationen zu HIV/AIDS (UNAIDS), die Globale Allianz für Impfstoffe und Immunisierung (GAVI) und den Globalen Fonds zur Bekämpfung von HIV/AIDS, Tuberkulose und Malaria (GFATM)* (25) gründeten. Andere weisen darauf hin, dass es eine *wachsende Frustration über die Nichteinhaltung der IGV* gibt, was die USA und andere dazu veranlasste, die *Global Health Security Agenda (GHSA)* zu gründen (143). Darüber hinaus hat die Reaktion der WHO auf den Ausbruch der Ebola-Virus-Krankheit in Westafrika *die Glaubwürdigkeit der WHO erschüttert*, so dass die *VN der WHO die Führung bei der Schaffung der VN-Mission für Ebola-Notfallmaßnahmen entzogen hat* (159). Viele Autor*innen vermuten, dass die WHO im Laufe der Zeit an Einfluss an diese neuen globalen Gesundheitsorganisationen verlor (140, 155, 159, 163, 165, 168), die *die Organisation oft in den Schatten stellen* (155). Mehrere Autor*innen behaupten, dass die WHO nicht mehr die Autorität hat, die globale Gesundheitsagenda zu bestimmen (19, 152, 166).

Viele Veröffentlichungen legen nahe, dass die WHO unzureichende Arbeitsbeziehungen zu nichtstaatlichen Akteuren hat, zu denen Unternehmen und zivilgesellschaftliche Organisationen gehören. Sie beschreiben die Beziehung

allgemein als *distanziert und manchmal misstrauisch* (147). Einige weisen darauf hin, dass die WHO noch nicht geklärt hat, wie sie *am besten in einer mittlerweile deutlich dichterem und komplexeren Gesundheitsarchitektur funktionieren kann* (152). Ein Beispiel wird in einem Artikel über den Kampf gegen gefälschte Medikamente wie folgt beschrieben: *Die WHO ist in ihrer Fähigkeit, die Ressourcen verschiedener Interessengruppen unter ihren derzeitigen Führungsstrukturen einzubinden und zu nutzen, erheblich eingeschränkt, und es fehlen ihr die notwendigen Partner, um entscheidende Informationen für Durchsetzungsmaßnahmen zu liefern* (23). Andere weisen auf ein Spannungsverhältnis zwischen dem organisatorischen Kern der WHO und den *von der WHO beherbergten Partnerschaften* hin, da *die Steuerung der Partnerschaften (die von Geldgebern bestimmt werden kann und in der Regel Interessengruppen einschließt) oft von den Steuerungsstrukturen der WHO abgekoppelt ist* (144).

Darüber hinaus weisen viele Artikel darauf hin, dass die WHO nicht genug mit zivilgesellschaftlichen Organisationen zusammenarbeitet (33, 40, 144, 147, 156, 165, 188). Ein Autor weist in diesem Zusammenhang auf den *weitgehenden Ausschluss der Zivilgesellschaft von der Governance der WHO* (156) hin. Darüber hinaus stellten die Bewertungsgremien der VN und der WHO zu ihrer Reaktion auf den Ebola-Viruskrankheit-Ausbruch 2014 in Westafrika fest, dass sie ohne ausreichende Zusammenarbeit mit den lokalen Gemeinschaften gearbeitet haben (33, 40).

Die Wege der WHO zur Zusammenarbeit mit Unternehmen hat ebenfalls Mängel. Einige argumentieren, dass das Rahmenwerk der WHO für die Zusammenarbeit mit nichtstaatlichen Akteuren unzureichend ist, um die Gesundheit der Verbraucher zu schützen, da es sich *eng auf die Fragen der Risikobewertung und des Risikomanagements für die WHO selbst konzentriert, wenn sie mit dem privaten Sektor zusammenarbeitet*, und keinen Mechanismus für deren Überprüfung vorschlägt (189).

Politische Widerstände scheinen die WHO daran zu hindern, anders mit nichtstaatlichen Akteuren zusammenzuarbeiten. Mehrere Autor*innen weisen darauf hin, dass es eine anhaltende Uneinigkeit darüber gibt, inwieweit die Organisation mit nichtstaatlichen Akteuren kooperieren sollte (144, 153, 190). Unklar bleibt auch, so

schlagen die Autor*innen einer Übersichtsarbeit zur WHO-Reformliteratur vor, wie Befürworter*innen und Gegner*innen für mehr Kooperation in Einklang gebracht werden könnten oder wie die Ansichten der Staaten verteilt sind (153)

Identität

Mehrere Veröffentlichungen weisen auf fragwürdige Züge der Identität⁷ der WHO hin, insbesondere hinsichtlich kultureller Eigenschaften der WHO bei Pandemieeinsätzen. Einige argumentieren, dass die WHO in diesen Situationen, in denen sie mit *widersprüchlichen Mandaten der Unterstützung von Regierungen und der Koordinierung und Führung des Gesundheitssektors* konfrontiert ist, routinemäßig mehr nach politischen als nach technischen Gesichtspunkten handelt (165). Andere fügen hinzu, dass sie in ihrem Ansatz oft eher reaktiv als proaktiv ist (181). Die Einschätzung der VN zum Ausbruch der Ebola-Virus-Krankheit im Jahr 2014 legt nahe, dass die WHO sich selbst als normative Führungsinstanz verstanden hat, was jedoch nicht notwendigerweise mit den passenden Routinen für Pandemie-Einsätzen einhergeht (40). Einige vermuten, dass die WHO eine *Kultur hat, die Protokoll über Substanz stellt; Vorsicht über Mut; Hierarchie über Kompetenz; Konservatismus bei der Einschätzung von Problemen und Verschleierung von Beweisen, die die Beziehungen zu Regierungen oder Gebern in Frage stellen könnten* (165). So wurde beispielsweise in mehreren, unabhängig voneinander und im Auftrag der WHO durchgeführten, umfassenden Bewertungen festgestellt, dass die Organisation bei ihrer Reaktion auf den Ebola-Viruskrankheit-Ausbruch 2014 in Westafrika eine Kultur der Undurchsichtigkeit und Risikoscheu an den Tag legte (16, 165, 181, 184). Mehrere der Berichte deuten darauf hin, dass kulturelle Merkmale, wie oben beschrieben, die Qualität der Entscheidungen der WHO bei der Reaktion auf einen Ausbruch behindert haben (165, 181, 184).

Einige Autor*innen behaupten, dass die Organisationskultur der WHO für ihre Arbeit zu biomedizinisch geprägt sei. Sie weisen darauf hin, dass die WHO weitgehend innerhalb eines biomedizinischen Rahmens von Gesundheit agiert (147, 175) und dass eine Ausweitung dieses Rahmens hin zu mehr sektorübergreifender

⁷ Wie bereits im Methodenabschnitt auf Basis der Organisationsliteratur vereinfacht definiert, spiegelt die Identität die institutionelle Kohärenz wider, einschließlich ihrer kulturellen und normativen Merkmale, die Organisationen einen Kompass für ihr Handeln bieten. Identität ermöglicht es Organisationen, ihre unterschiedlichen Teile in eine institutionelle Logik einzubinden und kohärentes und glaubwürdiges Verhalten zu erzeugen (vergleiche auch Seite 21-22).

Zusammenarbeit notwendig ist, aber nicht stattfindet, weil die Anreize dafür fehlen (175). Außerdem wird darauf hingewiesen, dass die externe Kommunikation der Organisation die Relevanz von Gesundheit für andere Sektoren nur unzureichend vermittelt, da die WHO *oft nicht in der Lage ist, effektiv in der Sprache und mit den Perspektiven anderer Sektoren zu sprechen, da ihr das politische Gespür, die Kommunikationsfähigkeiten und die relevanten Fakten fehlen, um die Bedeutung von Gesundheit für die Prioritäten und Interessen anderer Akteure zu vermitteln* (175).

Eine unabhängige und transparente Entscheidungsfindung bei der WHO wurde teils durch, manchmal miteinander verflochtene Interessen von individuellen MS und Unternehmen beeinträchtigt. Wissenschaftler*innen weisen darauf hin, dass es trotz gegenteiliger Vorschriften zu Konflikten zwischen Unternehmens- und öffentlichen Gesundheitsinteressen gekommen ist, und legen nahe, dass der *Personenfluss zwischen dem privaten und dem öffentlichen Sektor, einschließlich der Abordnung zur WHO, Fragen der Einflussnahme und Unparteilichkeit aufwirft* (189). Einige haben festgestellt, dass viele zuvor zugesagte *Schutzmaßnahmen für das öffentliche Interesse (...) nie eingeführt oder wirksam gemacht wurden* (191), andere, dass die WHO sich manchmal *geweigert hat, die Transparenzregeln der Organisation durchzusetzen, wenn sie mit dem Widerstand einiger Mitgliedsstaaten konfrontiert war* (192). Einige Autor*innen legen nahe, dass sich Staats- und Unternehmensinteressen verflechten, indem die *Macht, die diese [Pharma-, Lebensmittel-] Industrien über das Sekretariat ausüben, teilweise durch die Lobbyarbeit der Mitgliedsstaaten vermittelt wird, die große transnationale Unternehmen beherbergen* (148). Weitere Evidenz dafür sind die späten WHO-Entscheidungen zur Tabakkontrolle, die, wie von einer Chatham House Arbeitsgruppe zur WHO-Reform vorgeschlagen, möglicherweise lange verschoben wurden, da kommerzielle Interessen, vermittelt durch die Staaten, wissenschaftliche Beweise übertrumpft haben könnten (144).

VII. DISKUSSION

Dieser Abschnitt fasst die wichtigsten Ergebnisse der Literaturübersicht zusammen und setzt sie dann in einen Kontext mit den Stärken und Schwächen des Analyseprozesses, früheren verwandten Arbeiten und der begrenzten Vollständigkeit, Anwendbarkeit und Qualität der in den eingeschlossenen Publikationen enthaltenen Evidenz.

Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse

Ich identifizierte insgesamt 998 Themen aus sorgfältig geprüften 139 Publikationen. Die Publikationen umfassten 122 Expertenmeinungen/Kommentare (87,8 %), 15 Beobachtungsstudien (10,8 %) und zwei Übersichtsarbeiten (1,4 %). Es gab keine experimentellen Studien. Die Anzahl der Themen variiert erheblich zwischen den Elementen der organisatorischen Effektivität. Im Folgenden möchte ich die Bewertung der organisatorischen Effektivität aus meiner Sicht und vereinfacht zusammenfassen. Dabei folge ich dem beschriebenen Analyserahmen.

Übereinstimmend weisen viele Publikationen darauf hin, dass die Legitimität und Governance der WHO erheblich eingeschränkt sind. Dabei wird auf den ungleichen Einfluss bei der Beteiligung der MS hingewiesen. Es wird festgestellt, dass sich die Governance der WHO von der formellen, zunehmend statischen Weltgesundheitsversammlung wegbewegt hat, was zu einer ungleichen Einflussnahme der Staaten geführt hat. Ich fand Hinweise für Verwirrung über die zahlreichen Rollen der WHO und darüber, welche ihrer Aufgaben vorrangig zu behandeln sind. Mehrere Publikationen bemängeln die Rechenschaftslegung der WHO.

Übereinstimmend werden auch die Ziele und Strategien der WHO hinterfragt. Viele Artikel legen nahe, dass die WHO ihre eigenen Ziele nicht festlegen kann, weil die MS ihr weder den nötigen Konsens noch die strategische Autonomie gewähren. Es wird darauf hingewiesen, dass die WHO oft zuerst das tut, wofür sie Geld auftreiben konnte, d.h. Mittel, die an bestimmte Themen und Interessen der Geldgeber gebunden sind. Ein weiterer weithin kritisierte Bereich ist die begrenzte Wirkung der globalen Kernstrategien auf die staatliche Praxis. Autor*innen legen nahe, dass es den

Strategien an Ressourcen und funktionalen Mechanismen fehlt, um die gewünschten Ergebnisse in den MS und anderen Organisationen zu erreichen. Mehrere Veröffentlichungen weisen auf erhebliche Einschränkungen beim organisatorischen Lernen der WHO hin, einschließlich der Berücksichtigung früherer Erfahrungen bei der Pandemiebekämpfung und bei der Reaktion auf epidemiologische, technologische und institutionelle Veränderungen.

Viele Veröffentlichungen bemängeln die institutionelle Struktur und die Personalleistung der WHO. Hierzu wird auch die Aufteilung der Organisation auf enge Themenbereiche gezählt, die sie schlecht für den Umgang mit komplexen und verzahnten Problemen gerüstet hat und einen Wettbewerb zwischen den Abteilungen um Budgets erzeugt. Es wird übereinstimmend berichtet, dass die Belegschaft der WHO nicht ausreichend multidisziplinär aufgestellt sei, um Lösungen für wesentliche Gesundheitsprobleme, wie Gesundheitsfinanzierung und nicht-übertragbare Krankheiten, zu erarbeiten. Weitere beklagte Schwächen umfassen Personalpraktiken, einschließlich nicht-meritokratischer Einstellungen und Beförderungen, und ein einengendes bürokratisches Arbeitsumfeld. Probleme mit der personellen Struktur und der Leistungsfähigkeit des Personals wurden auch auf die unzureichende Zusammenarbeit zwischen der WHO-Zentrale und den Regionalbüros zurückgeführt. Langsame Prozesse sind strukturelle Hindernisse bei der Erfüllung organisatorischer Aufgaben und bedingten Verzögerungen bei der Krisenreaktion der WHO.

Erhebliche Einschränkungen der institutionellen Autorität der WHO wurden von zahlreichen Veröffentlichungen identifiziert. Eine Basis der WHO-Autorität ist technisch, die andere normativ, da die WHO Staaten durch verbindliche und nicht verbindliche globale Regeln beeinflusst. Die WHO hat nur wenige verbindliche Vereinbarungen erlassen, darunter die IGV und FCTC. Die häufige Nichteinhaltung der WHO-Regeln durch die Staaten werde ich als Beleg für eine begrenzte Autorität der WHO. Es fehlt der WHO an Mitteln, Vereinbarungen durchzusetzen, Sanktionen zu verhängen oder Streitigkeiten zwischen Staaten zu schlichten. Viele Veröffentlichungen deuten auf eine Abnahme des Vertrauens in die WHO und damit verbunden auch der finanziellen Zuwendung zur WHO von Seiten der Geber hin. Offenbar werden als Reaktion auf die bemängelten Leistungen der WHO neue

Organisationen zur Bearbeitung von Gesundheitsthemen finanziert. Darüber hinaus bestand die übereinstimmende Wahrnehmung, dass die WHO unzureichende Arbeitsbeziehungen zu nicht-staatlichen Akteuren hat, sowohl bezüglich zivilgesellschaftlicher Organisationen als auch Unternehmen.

Mehrere Veröffentlichungen hinterfragten die Identitätsgestaltung der WHO. Sie kritisierten die kulturellen Merkmale der WHO während der Pandemiebekämpfung, einschließlich der Behauptung, dass sie routinemäßig reaktiv und mehr aus politischen als aus technischen Gründen handelt. Einige Veröffentlichungen legten nahe, dass die Organisationskultur der WHO zu biomedizinisch geprägt sei, um ihre Arbeit über Sektorgrenzen hinweg zu bewältigen. Schließlich wurde darauf hingewiesen, dass unabhängige und transparente Entscheidungsfindung bei der WHO durch miteinander verflochtene Unternehmens- und Einzelstaatsinteressen beeinträchtigt sei.

Stärken und Schwächen der vorgelegten Analyse und Bezug zu ähnlichen Studien

Die oben zusammengefassten Ergebnisse und ihre Gültigkeit müssen im Kontext der Schwächen der vorgelegten Analyse betrachtet werden. Sowohl bei der Ermittlung der Publikationen als auch bei der Extraktion und Synthese ihrer Ergebnisse bestand das Risiko von Bias. Erstens habe ich wahrscheinlich nicht alle relevanten Publikationen erfasst. Die zweite Einschränkung besteht darin, dass ich möglicherweise relevante Erkenntnisse der Autor*innen dieser Publikationen übersah, weil ich nicht die gesamten potenziell relevanten Publikationsabschnitte Zeile für Zeile analysierte. Stattdessen extrahierte und kodierte ich Erkenntnisse zur WHO in einem zuvor festgelegten Analyserahmen für organisatorische Effektivität. Ich entschied mich gegen die Extraktion von Erkenntnissen durch zeilenweises Kodieren, da dies in Ermangelung eigener Ergebnisabschnitte in den meisten Publikationen wahrscheinlich eine große Anzahl von Themen erzeugt hätte, die für die Beurteilung der Effektivität der WHO irrelevant gewesen wären. Ich extrahierte die Erkenntnisse über die WHO anhand des a priori erstellten Analyserahmens, um die Chance zu erhöhen, solche Ergebnisse zu sammeln, die für die Messung der Effektivität der WHO relevant sind. Dafür verwendete ich einen auf den Analyserahmenelementen basierenden Leitfaden für die Analyse. Mir ist bewusst, dass ich bei diesem Prozess Bias riskierte, etwa wenn ich Erkenntnisse extrahierte, die nicht mit den Kategorien im Wortlaut identisch, aber vom Konzept her ähnlich waren. Um dieses Risiko zu minimieren, versuchte ich mich bei der Identifizierung der zu extrahierenden Erkenntnisse eng an die Analyserahmenelemente zu halten. Dennoch ist diesem Ansatz eine Subjektivität inhärent und andere Wissenschaftler*innen könnten durch eine andere Auswahl zu anderen Schlussfolgerungen kommen.

Die dritte Einschränkung ist, dass ich die ursprünglichen Erkenntnisse der Autor*innen möglicherweise falsch erfasste. Wenn ich identifizierte Erkenntnisse mit einem beschreibenden Thema zusammenfasste, bestand die Gefahr, dass ich den Inhalt der ursprünglichen Studie falsch beschrieb. Um dieses Risiko zu minimieren, versuchte ich mich eng an den ursprünglichen Studieninhalt, den ich zusammen mit dem entsprechenden beschreibenden Thema aufzeichnete, zu halten.

Viertens riskierte ich, Bias bei der Synthese von Themen einzubringen. Ich könnte falsch interpretiert haben, wie ähnlich oder unterschiedlich die identifizierten Themen sind und wie ihre Konzepte über Studien hinweg übersetzt werden können. Darüber hinaus riskierte ich Bias im nächsten Schritt, der über den Inhalt der Originalpublikationen hinausging, indem ich aus den deskriptiven Themen abstraktere Themen ableitete, um die Effektivität der WHO zu messen. Dies war ein notwendiger Schritt, weil die deskriptiven Themen noch kein Syntheseprodukt lieferten, das sich direkt mit dem Anliegen meiner Analyse befasste - der Messung der Effektivität der WHO durch die Beantwortung der Fragen, die sich aus den Kategorien des Analyserahmens ergaben.

Die Stärke der hier vorgelegten Analyse ist, dass sie organisationstheoretisch fundiert und umfassend ist, und so die vielfältige Literatur über die WHO in einer ersten standardisierten Bewertung ihrer organisatorischen Effektivität integriert. Der für diese Studie entwickelte Analyserahmen trägt dazu bei, das abstrakte Konzept der organisatorischen Effektivität messbar zu machen und seine multiplen Dimensionen zu erfassen. Auch wenn die Messung der Effektivität der WHO mit diesem Standard mangels entsprechender quantitativer Indikatoren für ihre Elemente von begrenzter quantitativer Präzision ist, erlauben uns die daraus resultierenden Fragen, die WHO auf diese vielfältigen Dimensionen zu untersuchen. Diese Überprüfung basiert auf einem umfangreichen Literaturrecherchierungs- und Analyseprozess, der zur Zusammenstellung eines umfassenden Satzes von Literaturergebnissen über die Organisationseffektivität der WHO führte. Deren Synthese ermöglichte es der Analyse, ihre gemeinsame Bedeutung in einer verständlichen Menge von Ergebnissen zu erfassen. Diese bleiben insofern umfassend, als sie mehrere Aspekte der Organisationseffektivität der WHO für jedes der Elemente aufzeigen, die nach dem hier verwendeten Analyserahmen von Bedeutung sind. Jedes Element, und der zugehörige Ergebnisabschnitt der WHO-Analyse, kann auch als ein identifizierter Bereich zur Verbesserung der WHO verstanden werden. In der Zusammenschau können diese Elemente und Ergebnisse der Strukturierung einer umfassenden Debatte über die Reform der WHO dienen.

Meines Wissens gibt es in der akademischen Literatur keine andere Untersuchung, die die organisatorische Effektivität der WHO misst. Dies verhindert den direkten

Vergleich der Ergebnisse dieser Untersuchung mit einer ähnlichen Studie. Wie in der Einleitung dieser Dissertation erwähnt, gibt es jedoch Evaluierungen der Leistung der WHO durch nicht-akademische Organisationen, wie z.B. die Inspektionsabteilung der VN (42, 43) und, umfassender noch, MOPAN, das Multilateral Organisational Performance Network, das von 18 reichen Ländern gebildet wird, die *ein gemeinsames Interesse daran haben, die Effektivität der großen multilateralen Organisationen, die sie finanzieren, zu bewerten* (44). Die Ergebnisse ihres letzten, 2019 veröffentlichten Berichts, der die Leistung der WHO im Vergleich zu einem früheren Bericht von MOPAN aus dem Jahr 2013 bewertet, und die Ergebnisse dieser Dissertation weisen wichtige Gemeinsamkeiten, aber auch Unterschiede auf.

Erstens stellen sowohl der MOPAN Bericht als auch die hier vorgelegte Analyse fest, dass die Finanzierung der WHO durch wenige Geldgeber, die ihr Geld an bestimmte Prioritäten und Projekte binden, problematisch für die Leistung der WHO ist. Die hier vorgelegte Analyse ergab, dass die finanzielle Abhängigkeit der WHO und der fehlende Konsens zwischen den MS zu umstrittenen Prioritäten und programmatischen Strategien führt, was die WHO bei der Festlegung ihrer eigenen Ziele und der Entwicklung einer Mission einschränkt. Die MOPAN-Bewertung stellte jedoch fest, dass die finanzielle Abhängigkeit vor allem die *organisatorische Anpassungsfähigkeit, Flexibilität und Agilität* der WHO einschränkt und deutet darauf hin, dass eine der Stärken der WHO in der Tat eine *klare langfristige Vision ist, die ihre Strategie und ihren Ergebnisrahmen informiert und antreibt* (44). Die MOPAN-Bewertung scheint den strategischen Erfolg mit größerem Augenmerk auf die Anwendung bestimmter Managementtechniken durch die WHO beurteilt zu haben, als auf den Inhalt der von der WHO verfolgten Prioritäten und ob diese ihre beabsichtigte Wirkung haben. Dazu gehört auch das *ergebnisorientierte Management*, das die WHO seit der MOPAN-Bewertung von 2013 zunehmend in ihre Strategiedokumente aufgenommen hat (44), was die Autor*innen der MOPAN-Bewertung zu der Schlussfolgerung geleiten haben könnte, dass die Strategie ein Bereich mit gesteigerter Leistung war. Im Vergleich dazu ergab diese Literaturanalyse, dass die Prioritäten der WHO eher die Interessen einzelner Akteure widerspiegeln und dass es der WHO an strategischer Autonomie mangelt, was eine Ausrichtung der Prioritäten an den globalen Gesundheitsbedürfnissen behindert.

Die Ergebnisse dieser Literaturanalyse stimmen mit der Feststellung der MOPAN-Bewertung überein, dass die *normativen Leitlinien* der WHO eine organisatorische Stärke darstellen (44). Die Literaturübersicht ergab jedoch, dass die Effektivität der WHO durch fehlende Sanktions- und Durchsetzungsmechanismen in der Ausübung ihrer Autorität erheblich eingeschränkt ist, wenn Staaten oder andere Organisationen diese nicht einhalten können oder wollen. Darüber hinaus teilen beide Bewertungen die Feststellung, dass die Personalleistung und die Anforderungen an ihre Arbeit nicht immer übereinstimmen und dass die Arbeitsbeziehungen der WHO ein Bereich sind, durch den sie ihre Leistung steigern kann.

Einige wichtige Erkenntnisse konnten nur entweder in der MOPAN-Bewertung oder in der hier vorgelegten Analyse gefunden werden, möglicherweise aufgrund von Unterschieden in dem zugrunde liegenden konzeptionellen Analyserahmen und/oder Datenquellen. Die MOPAN-Bewertung schlug *signifikante technische Herausforderungen rund um die Messung und Berichterstattung als Ergebnisse* als einen von vier Bereichen zur Verbesserung der Leistung der WHO vor, die diese Literaturanalyse nicht fand. Weiterhin, dass die WHO (...) *die Entscheidungsfindung näher an die Bedürfnisse der Länder gebracht* hat, was in der hier vorgelegten Analyse nicht gefunden wurde. Dass die MOPAN-Bewertung die Entscheidungsfindung näher an den lokalen Bedürfnissen ansiedelte, die hier vorgelegte Analyse jedoch nicht, könnte auf die Verwendung von Umfragen bei den Länderpartnern durch MOPAN zurückzuführen sein, eine wertvolle Datenquelle, die dieser Literaturanalyse nicht zur Verfügung stand. Mit Ausnahme dieses Ergebnisses wurden in der MOPAN-Bewertung keine größeren Bedenken hinsichtlich der Legitimität und Governance der WHO geäußert, die jedoch in der hier vorgelegten Analyse zusammengefasst wurden. In der MOPAN-Bewertung wurden auch keine größeren Bedenken hinsichtlich der Autorität oder der organisatorischen Identität der WHO als Schwachpunkte geäußert. Diese Unterschiede rühren wahrscheinlich von den unterschiedlichen Elementen der organisatorischen Effektivität her, die untersucht wurden. Das MOPAN-Rahmenwerk konzentriert sich auf *strategisches, Leistungs-, Beziehungs- und operatives Management* (44). Diese weisen Ähnlichkeiten mit den Elementen der institutionellen Struktur und der Personalleistung, der kooperativen Beziehungen und der Ziele und Strategien auf, die in dieser Literaturübersicht verwendet wurden, scheinen jedoch mehr auf Managementprozesse ausgerichtet zu sein.

Ein weiterer Unterschied besteht darin, dass der MOPAN-Bericht die WHO zum Teil anhand ihrer Fortschritte aus dem Bericht von 2013 bewertet (44), im Sinne von *Anspruchsniveaus* (49). Dies könnte z.B. die Wahrnehmung einer verstärkten strategischen Kapazität erklären, weil das im jüngsten Arbeitsplan der WHO angelegte "ergebnisorientierte Management" besser war als in dem zuvor bewerteten. Jedoch würden nur leichte Verbesserungen von schlechten Zielen und Strategien diese noch nicht zu guten Zielen und Strategien machen, und umgekehrt würden leichte Qualitätsverschlechterungen aus ursprünglich guten Zielen und Strategien keine schlechten machen. Dies verdeutlicht eine Einschränkung bei der Bewertung aktueller Leistungen im Vergleich zu vergangenen Leistungen, was häufig geschieht, wenn Organisationen ihren Fortschritt auf Basis früherer Leistungen anhand von Anspruchsniveaus bewerten. Nach der Diskussion der Stärken und Schwächen des Prozesses der Literaturübersicht sowie seiner Beziehung ähnlichen Publikationen, wende ich mich nun dem Kontext der Stichprobe von Publikationen zu.

Bedeutung der Ergebnisse der Analyse im Kontext der zugrundeliegenden Publikationen

Die Vollständigkeit und Anwendbarkeit der Evidenz in den identifizierten Publikationen zur Messung der Effektivität der WHO war begrenzt, was die Validität dieser Literaturanalyse schwächt. Die identifizierten Publikationen waren in mehrfacher Hinsicht unzureichend, um die Ziele dieser Literaturanalyse zu erreichen. Erstens konnte ich die Effektivität der WHO nicht direkt anhand von Publikationen messen, die dies primär untersuchen, da ich keine fand. Zweitens konnte ich die Elemente der Effektivität der WHO selten direkt untersuchen, da es nur wenige Studien gab, die dies taten. Zum Beispiel hatte keine der identifizierten Publikationen das primäre Ziel, die Belegschaft der WHO zu untersuchen. Viele eingeschlossene Publikationen, die sich mit der Reform der WHO befassten, konzentrierten sich eher darauf, der WHO Änderungen vorzuschlagen, als ihre Effektivität zu analysieren. Ich entschied mich, sie einzubeziehen, weil ich davon ausging, dass sie dennoch einige wertvolle Analysen der WHO und dahingehend relevante Ergebnisse enthalten würden. Außerdem analysierten einige der einbezogenen Publikationen nicht primär die WHO, sondern sekundär, indem sie die Maßnahmen der WHO im Zusammenhang mit einem anderen primären Analysegegenstand (z. B. Pandemien oder die globale Governance nicht-übertragbarer Krankheiten) diskutierten. Diese Publikationen betteten ihre Beobachtungen nicht immer in einen allgemeineren Kontext des Organisationsverhaltens der WHO ein.

Zusätzliche Faktoren schränkten die Vollständigkeit und Anwendbarkeit der Evidenz in den identifizierten Publikationen ein. Die in den Publikationen enthaltenen Beobachtungen erfolgten nicht zum gleichen Zeitpunkt, sondern lagen oft Jahre zurück. Das erschwerte ihre Interpretation für die Beurteilung der heutigen WHO, da sich die WHO bezüglich der betrachteten Aspekte geändert haben kann. Da ich jedoch das Veröffentlichungsdatum kenne, konnte diese zeitliche Verteilung teilweise berücksichtigt werden. Darüber hinaus fand ich für einige der identifizierten Elemente der organisatorischen Effektivität, insbesondere für die organisatorische Identität der WHO mit der ihr zugrundeliegenden Kultur, den Normen und Werten sowie der Kohärenz, nur sehr wenige entsprechende Erkenntnisse in den eingeschlossenen Publikationen (vgl. Abbildung 2). Eine plausible Erklärung ist, dass die eingeschlossenen Publikationen die WHO nur marginal in Bezug auf diese Elemente

untersucht haben. Die Ergebnisse in der hier vorgelegten Analyse könnten also die Bedeutung einiger Elemente der Effektivität der WHO überschätzen und wichtige andere übersehen oder unterschätzen, z.B. die Organisationskultur der WHO. Neben dem WHO-Sekretariat, das vom Generaldirektor geleitet wird, sind auch die MS ein wesentlicher Bestandteil der Organisation und ihrer Funktionsweise, aber mit einigen Ausnahmen habe ich relativ wenig Analysen über das Verhalten der MS gefunden. Erkenntnisse über die Auswirkungen organisatorischer Interventionen, z.B. der Organisationsreformen, auf die organisatorische Effektivität der WHO und ihrer Elemente waren in den einbezogenen Publikationen ebenfalls rar. Diese Einschränkungen deuten darauf hin, dass die Messung der Effektivität der WHO, die das primäre Ziel dieser Dissertation ist, auf einer schwachen Evidenzbasis aufbaut.

Die Gesamtqualität der Evidenz aus den eingeschlossenen Publikationen war sehr niedrig, was die Verlässlichkeit der Schlussfolgerungen über die Effektivität der WHO weiter einschränkt. Von den 139 Publikationen, die in die Stichprobe für die Analyse aufgenommen wurden, dokumentierten nur 17 eine Methode für ihre Ergebnisse, was auf eine erhebliche Einschränkung der internen Validität der Erkenntnisse aus dieser Stichprobe hindeutet. Daher wurden die meisten Publikationen als Expertenmeinung kategorisiert. Ich habe mich entschieden, diese Publikationen trotz dieser Einschränkung einzubeziehen, weil dies das beste Material war, das ich in der Literatur zur Untersuchung der organisatorischen Effektivität der WHO identifizieren konnte. Und obwohl eine einzelne Expertenmeinung nicht als Evidenz, sondern eher als Interpretation derer gilt, erlaubt die für diese Analyse zusammengestellte Auswahl an Publikationen empirische Beobachtungen über die Effektivität der WHO, wie zum Beispiel, dass viele Wissenschaftler*innen auf Mängel in der institutionellen Struktur und der Belegschaft der WHO hinweisen.

Mehrere Faktoren könnten die geringe Qualität in der Evidenz der Publikationen erklären. Erstens könnte der Mangel an Klarheit und Einigkeit über das Konzept der organisatorischen Effektivität, seine Elemente und die Art und Weise der Messung gründliche Studien zur Untersuchung der WHO eingeschränkt haben. Zweitens reduziert die Tatsache, dass die WHO eine einzigartige Organisation ohne leicht verfügbare Vergleichsorganisationen ist, die Möglichkeiten sie mit Beobachtungs- und experimentellen Studien zu untersuchen. Drittens würde die Messung der

organisatorischen Effektivität der WHO wahrscheinlich von sozialwissenschaftlichen Methoden profitieren, aber diese werden in der stark biomedizinisch ausgerichteten wissenschaftlichen Gemeinschaft der WHO möglicherweise nicht häufig eingesetzt. Viertens könnte, wie oben erwähnt, die von mir verwendete Suchmethode relevante Studien übersehen haben, darunter auch einige mit besserer Evidenz. Einerseits ist die geringe Qualität der Evidenz eine der stärksten Einschränkungen dieser Analyse, andererseits ist sie eine ihrer wichtigsten Erkenntnisse.

VIII. ZUSAMMENFASSUNG UND FAZIT

In Ermangelung von Klarheit darüber, wie gut die WHO funktioniert, stellte sich diese Dissertation das Ziel, die organisatorische Effektivität der WHO zu messen. Ihre Ergebnisse basieren auf einer systematischen Literaturanalyse, die einen in der Organisationstheorie verankerten Analyserahmen verwendet. Im vorherigen Abschnitt habe ich die Stärken der Übersichtsarbeit, vor allem der mehrdimensionale konzeptionelle Ansatz und die umfassende Integration der Literatur, und die Schwächen, vor allem das Risiko für Bias bei der Ermittlung der Publikationen sowie bei der Extraktion und Synthese ihrer Erkenntnisse, die begrenzte Vollständigkeit und Anwendbarkeit sowie die insgesamt geringe Qualität der Evidenz, dargelegt.

Mit der vor diesem Hintergrund gebotenen Vorsicht bei der Verwertung dieser Analyse, ziehe ich aus den Ergebnissen dieser Literaturübersicht die folgenden initialen Schlussfolgerungen über die Effektivität der WHO:

Die Legitimität der WHO und die Qualität ihrer Governance werden durch Unstimmigkeiten über ihren Zweck, ungleiche Einflussnahme der MS und unzureichende Rechenschaftslegung geschwächt. Ihr weit gefasstes, ideelles Ziel wird weithin akzeptiert, aber das Fehlen einer Einigung über spezifischere Prinzipien und Maßstäbe führt zu einem fortwährenden Streit über programmatische Strategien, die auf den Interessen einzelner MS und Interessengruppen basieren, ohne konsequente Verbindung zu größeren Zielen oder historischen Zeiträumen. Die Fähigkeit der WHO, sich intern zu koordinieren, wird durch Probleme in ihrer Organisationsstruktur eingeschränkt, dazu zählen wenig miteinander verzahnte Fachabteilungen, weitgehend autonome Regionalbüros und starre Arbeitsabläufe. Verschärft werden diese Probleme durch Schwächen der personellen Situation durch Einstellungen und Beförderungen, die nicht primär auf Eignung und Leistung beruhen, unzureichende Personalausstattung in den Länderbüros und begrenzte fachübergreifende Kompetenzen. Die WHO ist zwar mit technischen und normativen Befugnissen ausgestattet. Sie ist aber mangels finanzieller Unabhängigkeit und effektiver rechtlicher Befugnisse zu schwach, um effektiv auf kooperationsunwillige oder - unfähige Staaten einzuwirken. Zudem bestehen Schwierigkeiten im Umgang mit Unternehmen und anderen nichtstaatlichen Akteuren. Die WHO identifiziert sich selbst als transparent, unabhängig und risikofreudig, aber für viele Kritiker*innen ist das

Handeln der Organisation in Zeiten größter Not diesen Ansprüchen nicht gerecht geworden. Während des Ausbruchs der Ebola-Viruskrankheit 2014 in Westafrika wurde das Agieren der WHO weithin als konservativ, langsam, übermäßig nachgiebig gegenüber bestimmten nationalen Interessen und basierend auf undurchsichtigen Prozessen charakterisiert. Die Diskrepanz zwischen Selbstdarstellung und externer Bewertung macht die WHO auch anfällig für interne Konflikte und für unzulässige Einflussnahme durch MS und Unternehmen.

Aufgrund der Limitationen der Analyse und insbesondere der schwachen Evidenz der analysierten Publikationen müssen diese initialen Schlussfolgerungen zur organisatorischen Effektivität der WHO mit Vorsicht betrachtet werden. Fast 90 % der identifizierten Publikationen gaben keine Studienmethode an, was darauf schließen lässt, dass die bisherigen wissenschaftlichen Diskussionen über die Effektivität der WHO auf einer sehr schwachen Evidenzbasis beruhen. Wir wissen sehr wenig über die Funktionsweise der Organisation, die von fast allen Staaten mit dem Schutz und der Förderung der Gesundheit der Bevölkerungen weltweit beauftragt wird. Das bedeutet auch, dass die Debatte über Reformen der WHO unter Wissenschaftler*innen und politischen Entscheidungsträger*innen auf einer sehr schwachen Evidenzbasis geführt wurde.

Die weithin anerkannte Bedeutung der WHO und die Einschränkungen bei der Evidenz zu ihrer organisatorischen Effektivität rechtfertigen weitere Forschung. Studien sollten die WHO auf die identifizierten Elemente der organisatorischen Effektivität mit einer geeigneten Methode untersuchen, die sich z.B. zwischen der Bewertung der Organisationskultur der WHO und der Untersuchung ihrer Strukturen unterscheiden würde. Aufgrund der schwachen Evidenzbasis, die in der Literatur für jedes der Elemente identifiziert wurde, und weil die Methode, die zur Entwicklung des Analyserahmens verwendet wurde, nicht bestimmen kann, ob ein Element wichtiger ist als ein anderes, gibt es keine solide Grundlage für eine Empfehlung, welches der Elemente zuerst untersucht werden sollte. Die Verteilung der beschriebenen Themen auf die Elemente des Analyserahmens scheint jedoch darauf hinzudeuten, dass insbesondere die organisatorische Identität der WHO bisher wenig wissenschaftliche Aufmerksamkeit erhalten hat. Darüber hinaus legen die Ergebnisse der hier vorgelegten Analyse nahe, dass das Verhalten der MS für das Funktionieren der WHO

wichtig ist, aber relativ wenig wissenschaftliche Aufmerksamkeit erhalten hat. Daher sollte weiter untersucht werden, wie MS die Leistung der WHO durch die verschiedenen Elemente gestalten, und ein sinnvoller erster Ansatzpunkt wäre der Organisationszweck der WHO. Darüber hinaus sollten die Erkenntnisse zur organisatorischen Effektivität mit Studien verknüpft werden, die Reformen der WHO untersuchen. Zum einen, um zu analysieren, wie frühere Interventionen die organisatorische Effektivität der WHO verändert haben. Zum anderen, um organisatorische Eingriffe zu entwickeln und vorherzusagen, wie diese die Effektivität erhöhen würden. Außerdem sollten Methodenstudien den Analyserahmen weiter verfeinern, z.B. durch die Entwicklung von Indikatoren für seine Elemente, die es erlauben, auch quantitative Daten zur Messung der Effektivität der WHO zu verwenden, durch die Untersuchung von Beziehungen zwischen den Elementen oder durch zusätzliche konzeptionelle Messansätze.

IX. LITERATURVERZEICHNIS

1. World Health Organization. Constitution of the World Health Organization. Basic Documents: World Health Organization; 2014.
2. Packard RM. A history of global health: interventions into the lives of other peoples: JHU Press; 2016.
3. World Health Organization. 2016 Country Cooperation Strategy Guide. 2016. Date Accessed 3 May 2017. Available from: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/251734/WHO-CCU-16.04-eng.pdf?sequence=1>.
4. World Health Organization. 13th General Programme of Work (GPW13). 2018. Date Accessed 17 July 2018. Available from: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA71/A71_4-en.pdf.
5. World Health Organization. Budget and Finance Summary 2018-19. Date Accessed 9 February 2021. Available from: <https://open.who.int/2018-19/budget-and-financing/summary>.
6. United States Centers for Disease Control and Prevention. CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION FY 2019 President's Budget. 2019. Date Accessed 9 February 2021. Available from: <https://www.cdc.gov/budget/documents/fy2019/fy-2019-detail-table.pdf>.
7. World Health Organization. WHO People and Offices. 2018. Date Accessed 31 July 2018. Available from: <http://www.who.int/about/structure/en/>.
8. World Health Organization. WHO Headquarters Leadership Team. 2018. Date Accessed 31 July 2018. Available from: <http://www.who.int/dg/leadership-team/en/>.
9. World Health Organization. Regional Directors. 2018. Date Accessed 31 July 2018. Available from: http://www.who.int/dg/regional_directors/en/.
10. World Health Organization. Partnerships and Collaborative Arrangements with WHO Involvement. 2018. Date Accessed 17 July 2018. Available from: <http://www.who.int/about/collaborations/partnerships/partnerships-collaborative-arrangements-with-WHO-involvement.pdf>.
11. World Health Organization. List of Entities in Official Relations with WHO. 2018. Date Accessed 17 July 2018. Available from: <http://www.who.int/about/collaborations/non-state-actors/non-state-actors-list.pdf>.
12. World Health Organization. COLLABORATING CENTRES Factsheet 2018. 2018. Date Accessed 18 July 2018. Available from: <http://www.who.int/collaboratingcentres/FactsheetWHOCC2018.pdf>.
13. World Health Organization. Expert Advisory Panels Factsheet. 2017. Date Accessed 17 July 2018. Available from: <http://www.who.int/about/collaborations/FactsheetEAP2017.pdf>.
14. Fidler DP. SARS: Political pathology of the first post-Westphalian pathogen. *The Journal of Law, Medicine & Ethics*. 2003;31(4):485-505.
15. Fineberg HV. Pandemic preparedness and response—lessons from the H1N1 influenza of 2009. *New England Journal of Medicine*. 2014;370(14):1335-42.
16. Moon S, Sridhar D, Pate MA, Jha AK, Clinton C, Delaunay S, Edwin V, Fallah M, Fidler DP, Garrett L. Will Ebola change the game? Ten essential reforms before the next pandemic. The report of the Harvard-LSHTM Independent Panel on the Global Response to Ebola. *The Lancet*. 2015;386(10009):2204-21.
17. Flynn P. The handling of the H1N1 pandemic: more transparency needed. Council of Europe Parliamentary Assembly. 2010.
18. Bloom BR. WHO needs change. *Nature*. 2011;473(7346):143-5.

19. Chow JC. Is the WHO becoming irrelevant. *Foreign Policy*. 2010;8:11-34.
20. Mackey TK, Liang BA. A United Nations Global Health Panel for Global Health Governance. *Social science & medicine* (1982). 2013;76(1):12-5.
21. Lidén J. The World Health Organization and Global Health Governance: post-1990. *Public Health*. 2014;128(2):141-7.
22. Magnusson RS. Non-communicable diseases and global health governance: enhancing global processes to improve health development. *Globalization and health*. 2007;3:2.
23. Mackey TK, Liang BA. Improving global health governance to combat counterfeit medicines: a proposal for a UNODC-WHO-Interpol trilateral mechanism. *BMC medicine*. 2013;11:233.
24. Legge D. Future of WHO hangs in the balance. *BMJ*. 2012;345.
25. Lee, Pang. WHO: retirement or reinvention? *Public Health*. 2014;128(2):119-23.
26. Hoffman SJ, Røttingen J-A. Split WHO in two: strengthening political decision-making and securing independent scientific advice. *Public Health*. 2014;128(2):188-94.
27. Banerji D. Serious crisis in the practice of international health by the World Health Organization: the Commission on Social Determinants of Health. *International journal of health services : planning, administration, evaluation*. 2006;36(4):637-50.
28. Gostin LO, Mok EA. Grand challenges in global health governance. *British medical bulletin*. 2009;90:7-18.
29. van de Pas R, van Schaik LG. Democratizing the World Health Organization. *Public health*. 2014;128(2):195-201.
30. Yamey G. Have the latest reforms reversed WHO's decline? *Bmj*. 2002;325(7372):1107-12.
31. Tedros A. Transforming for Impact. 2019. Date Accessed January 11 2020. Available from: <https://www.who.int/dg/speeches/detail/transforming-for-impact>.
32. World Health Organization. WHO Reform High-level Implementation Plan and Report 2013. Date Accessed January 15 2020. Available from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/105521/A66_4-en.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
33. World Health Organization. Report of the Ebola Interim Assessment Panel. 2015. Date Accessed May 5 2017. Available from: <https://www.who.int/csr/resources/publications/ebola/report-by-panel.pdf>.
34. Butler D. Agency gets a grip on budget: reforms increase flexibility and shift spending towards non-communicable disorders. *Nature*. 2013;498(7452):18-20.
35. Pang T, Garrett L. The WHO must reform for its own health. *Nature medicine*. 2012;18(5):646.
36. Friedman EA, Gostin LO. Pillars for progress on the right to health: harnessing the potential of human rights through a Framework Convention on Global Health. *Health and human rights*. 2012;14(1):E4-19.
37. Clift C. What's the World Health Organization For. 2014. Date Accessed May 5 2017. Available from: https://www.chathamhouse.org/sites/default/files/field/field_document/20140521WHOHealthGovernanceClift.pdf.
38. Sands P, Mundaca-Shah C, Dzau VJ. The neglected dimension of global security—a framework for countering infectious-disease crises. *New England Journal of Medicine*. 2016;374(13):1281-7.

39. World Health Organization. Implementation of the International Health Regulations (2005). Report of the Review Committee on the Role of the International Health Regulations (2005) in the Ebola outbreak and response A69/21. 2016. Date Accessed 2 November 2018. Available from: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_21-en.pdf?ua=1
40. Kikwete J, Amorim C, Calmy-Rey M, Natalegawa M, Phumaphi J, Shah R. Protecting Humanity from Future Health Crises: Report of the High-level Panel on the Global Response to Health Crises. 2016. Date Accessed November 2 2018.
41. World Health Organization. Evaluation: update and proposed workplan for 2020–2021. 2019. Date Accessed January 15 2020. Available from: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB146/B146_38-en.pdf.
42. Joint Inspection Unit. REVIEW OF MANAGEMENT, ADMINISTRATION AND DECENTRALIZATION IN THE WORLD HEALTH ORGANIZATION(WHO) Part I. 2012. Date Accessed January 15 2020. Available from: https://www.unjiu.org/sites/www.unjiu.org/files/jiu_document_files/products/en/reports-notes/JIU%20Products/JIU_REP_2012_6_English.pdf.
43. Joint Inspection Unit. REVIEW OF MANAGEMENT, ADMINISTRATION AND DECENTRALIZATION IN THE WORLD HEALTH ORGANIZATION(WHO) Part II. 2012. Date Accessed January 15 2020. Available from: https://www.unjiu.org/sites/www.unjiu.org/files/jiu_document_files/products/en/reports-notes/JIU%20Products/JIU_REP_2012_7_English.pdf.
44. MOPAN. MOPAN 2017-18 ASSESSMENTS World Health Organization (WHO) 2019. Date Accessed January 15 2020. Available from: <http://www.mopanonline.org/assessments/who2017-18/WHO%20Report.pdf>.
45. Gutner T, Thompson A. The politics of IO performance: A framework. The review of international organizations. 2010;5(3):227-48.
46. Barnett MN, Finnemore M. The politics, power, and pathologies of international organizations. International organization. 1999;53(4):699-732.
47. Lall R. Beyond institutional design: Explaining the performance of international organizations. International Organization. 2017:245-80.
48. Martz W. Evaluating organizational performance: rational, natural, and open system models. American Journal of Evaluation. 2013;34(3):385-401.
49. Scott WR, Davis GF. Organizations and organizing: Rational, natural and open systems perspectives: Routledge; 2015.
50. King G, Powell EN, editors. How not to lie without statistics. Delivery at the 2008 Annual Meeting of the American Political Science Association; 2008.
51. Leana CR, Pil FK. Social capital and organizational performance: Evidence from urban public schools. Organization Science. 2006;17(3):353-66.
52. Carmeli A, Tishler A. The relationships between intangible organizational elements and organizational performance. Strategic management journal. 2004;25(13):1257-78.
53. Blau PM, Scott WR. Formal organizations: A comparative approach: Stanford University Press; 1962.
54. Scott WR. Institutions and organizations: Ideas, interests, and identities: Sage Publications; 2013.
55. Etzioni A. Two approaches to organizational analysis: A critique and a suggestion. Administrative science quarterly. 1960:257-78.
56. Simon HA. On the concept of organizational goal. Administrative science quarterly. 1964:1-22.

57. Stinchcombe AL. Organizations and social structure. Handbook of organizations. 441965. p. 142-93.
58. Yuchtman E, Seashore SE. A system resource approach to organizational effectiveness. American sociological review. 1967;891-903.
59. Child J. Organizational structure, environment and performance: The role of strategic choice. Sociology. 1972;6(1):1-22.
60. Dowling J, Pfeffer J. Organizational legitimacy: Social values and organizational behavior. Pacific sociological review. 1975;18(1):122-36.
61. Aldrich HE, Pfeffer J. Environments of organizations. Annual review of sociology. 1976;2(1):79-105.
62. Steers RM. When is an organization effective? A process approach to understanding effectiveness. Organizational Dynamics. 1976;5(2):50-63.
63. Meyer JW, Rowan B. Institutionalized organizations: Formal structure as myth and ceremony. American journal of sociology. 1977;83(2):340-63.
64. Quinn RE, Rohrbaugh J. A competing values approach to organizational effectiveness. Public productivity review. 1981:122-40.
65. Quinn RE, Cameron K. Organizational life cycles and shifting criteria of effectiveness: Some preliminary evidence. Management science. 1983;29(1):33-51.
66. Flamholtz EG, Das T, Tsui AS. Toward an integrative framework of organizational control. Accounting, organizations and society. 1985;10(1):35-50.
67. Mintzberg H, Waters JA. Of strategies, deliberate and emergent. Strategic management journal. 1985;6(3):257-72.
68. Lawrence PR, Lorsch JW. Organization and environment: managing differentiation and integration Harvard Business Review Press; 1986.
69. Damanpour F. Organizational innovation: A meta-analysis of effects of determinants and moderators. Academy of management journal. 1991;34(3):555-90.
70. March JG. Exploration and exploitation in organizational learning. Organization science. 1991;2(1):71-87.
71. Clarkson ME. A stakeholder framework for analyzing and evaluating corporate social performance. Academy of management review. 1995;20(1):92-117.
72. Donaldson T, Preston LE. The stakeholder theory of the corporation: Concepts, evidence, and implications. Academy of management Review. 1995;20(1):65-91.
73. Suchman MC. Managing legitimacy: Strategic and institutional approaches. Academy of management review. 1995;20(3):571-610.
74. Cameron KS, Whetten D. Organizational effectiveness and quality: The second generation. HIGHER EDUCATION-NEW YORK-AGATHON PRESS INCORPORATED-. 1996;11:265-306.
75. Porter M. What Is Strategy? Harvard Business Review. 1996.
76. Woods N. Good governance in international organizations. Global governance. 1999;5:39.
77. Brewer GA, Selden SC. Why elephants gallop: Assessing and predicting organizational performance in federal agencies. Journal of public administration research and theory. 2000;10(4):685-712.
78. Burt RS. The network structure of social capital. Research in organizational behavior. 2000;22:345-423.
79. Cohen WM, Levinthal DA. Absorptive capacity: A new perspective on learning and innovation. Strategic Learning in a Knowledge economy: Elsevier; 2000. p. 39-67.

80. Meier KJ, Polinard JL, Wrinkle RD. Bureaucracy and Organizational Performance: Causality Arguments about Public Schools. *American Journal of Political Science*. 2000;44(3):590-602.
81. Rojas RR. A review of models for measuring organizational effectiveness among for-profit and nonprofit organizations. *Nonprofit Management and Leadership*. 2000;11(1):97-104.
82. Smith HL, Bullers Jr WI, Piland NF. Does information technology make a difference in healthcare organization performance? A multiyear study. *Hospital Topics*. 2000;78(2):13-22.
83. Lusthaus C. Organizational assessment: A framework for improving performance: IDRC; 2002.
84. Rubenstein R, Schwarz AE, Stiefel L. Better than Raw: A Guide to Measuring Organizational Performance with Adjusted Performance Measures. *Public Administration Review*. 2003;63(5):607-15.
85. Boudreau JW. Organizational Behavior, Strategy, Performance, and Design in "Management Science". *Management Science*. 2004;50(11):1463-76.
86. Chen J, Hong H, Huang M, Kubik JD. Does fund size erode mutual fund performance? The role of liquidity and organization. *American Economic Review*. 2004;94(5):1276-302.
87. Jessica ES. No Longer Unmeasurable? A Multidimensional Integrated Model of Nonprofit Organizational Effectiveness. *Nonprofit & Voluntary Sector Quarterly*. 2004;33(4):711-28.
88. Kim Jean Lee S, Yu K. Corporate culture and organizational performance. *Journal of managerial psychology*. 2004;19(4):340-59.
89. Barki H, Pinsonneault A. A model of organizational integration, implementation effort, and performance. *Organization science*. 2005;16(2):165-79.
90. Buchanan A, Keohane RO. The legitimacy of global governance institutions. *Ethics & international affairs*. 2006;20(4):405-37.
91. Lee D, Brower RS. Pushing the Envelope on Organizational Effectiveness: Combining an Old Framework and a Sharp Tool. *Public Performance & Management Review*. 2006;30(2):155-78.
92. Maurer I, Ebers M. Dynamics of social capital and their performance implications: Lessons from biotechnology start-ups. *Administrative Science Quarterly*. 2006;51(2):262-92.
93. Voss ZG, Cable DM, Voss GB. Organizational Identity and Firm Performance: What Happens When Leaders Disagree about "Who We Are?". *Organization Science*. 2006;17(6):741-55.
94. Waal Ad. The characteristics of a high performance organisation. 2006.
95. Yehuda B. Communalities and Distinctions in the Measurement of Organizational Performance and Effectiveness Across For-Profit and Nonprofit Sectors. *Nonprofit & Voluntary Sector Quarterly*. 2006;35(1):39-65.
96. Pandey SK, Coursey DH, Moynihan DP. Organizational Effectiveness and Bureaucratic Red Tape: A Multimethod Study. *Public Performance & Management Review*. 2007;30(3):398-425.
97. Sang Mi C. Assessing Organizational Effectiveness in Human Service Organizations: An Empirical Review of Conceptualization and Determinants. *Journal of Social Service Research*. 2007;33(3):31-45.
98. Lafortune L, Farand L, Mondou I, Sicotte C, Battista R. Assessing the performance of health technology assessment organizations: A framework. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*. 2008;24(1):76.

99. Provan KG, Kenis P. Modes of network governance: Structure, management, and effectiveness. *Journal of public administration research and theory*. 2008;18(2):229-52.
100. Wasserman N. Revisiting the strategy, structure, and performance paradigm: The case of venture capital. *Organization Science*. 2008;19(2):241-59.
101. Andrews R, Boyne GA, Law J, Walker RM. Centralization, Organizational Strategy, and Public Service Performance. *Journal of Public Administration Research and Theory: J-PART*. 2009;19(1):57-80.
102. Damanpour F, Walker RM, Avellaneda CN. Combinative effects of innovation types and organizational performance: A longitudinal study of service organizations. *Journal of management studies*. 2009;46(4):650-75.
103. DeHart-Davis L. Green Tape: A Theory of Effective Organizational Rules. *Journal of Public Administration Research and Theory: J-PART*. 2009;19(2):361-84.
104. Ethiraj SK, Levinthal D. Hoping for A to Z while rewarding only A: Complex organizations and multiple goals. *Organization Science*. 2009;20(1):4-21.
105. Richard PJ, Devinney TM, Yip GS, Johnson G. Measuring organizational performance: Towards methodological best practice. *Journal of management*. 2009;35(3):718-804.
106. Harvey G, Skelcher C, Spencer E, Jas P, Walshe K. Absorptive capacity in a non-market environment: A knowledge-based approach to analysing the performance of sector organizations. *Public Management Review*. 2010;12(1):77-97.
107. Lipson M. Performance under ambiguity: international organization performance in UN peacekeeping. *The Review of International Organizations*. 2010;5(3):249-84.
108. Hartnell CA, Ou AY, Kinicki A. Organizational culture and organizational effectiveness: a meta-analytic investigation of the competing values framework's theoretical suppositions. *Journal of Applied Psychology*. 2011;96(4):677.
109. Matthews JR. Assessing Organizational Effectiveness: The Role of Performance Measures. *The Library Quarterly: Information, Community, Policy*. 2011;81(1):83-110.
110. Parmigiani A, Rivera-Santos M. Clearing a path through the forest: A meta-review of interorganizational relationships. *Journal of Management*. 2011;37(4):1108-36.
111. Nold Iii HA. Linking knowledge processes with firm performance: organizational culture. *Journal of Intellectual Capital*. 2012;13(1):16-38.
112. Rhee M, Kim T. Great vessels take a long time to mature: Early success traps and competences in exploitation and exploration. *Organization Science*. 2014;26(1):180-97.
113. Cameron K. Organizational effectiveness. *Wiley Encyclopedia of Management*. 2015:1-4.
114. Liket KC, Maas K. Nonprofit Organizational Effectiveness: Analysis of Best Practices. *Nonprofit & Voluntary Sector Quarterly*. 2015;44(2):268-96.
115. Martinez EA, Beaulieu N, Gibbons R, Pronovost P, Wang T. Organizational Culture and Performance. *The American Economic Review*. 2015;105(5):331-5.
116. Tong A, Flemming K, McInnes E, Oliver S, Craig J. Enhancing transparency in reporting the synthesis of qualitative research: ENTREQ. *BMC medical research methodology*. 2012;12(1):1-8.
117. Thomas J, Harden A. Methods for the thematic synthesis of qualitative research in systematic reviews. *BMC medical research methodology*. 2008;8(1):1-10.

118. Balshem H, Helfand M, Schünemann HJ, Oxman AD, Kunz R, Brozek J, Vist GE, Falck-Ytter Y, Meerpohl J, Norris S. GRADE guidelines: 3. Rating the quality of evidence. *Journal of clinical epidemiology*. 2011;64(4):401-6.
119. Movsisyan A, Dennis J, Rehfues E, Grant S, Montgomery P. Rating the quality of a body of evidence on the effectiveness of health and social interventions: A systematic review and mapping of evidence domains. *Research synthesis methods*. 2018;9(2):224-42.
120. Mueller M, D'Addario M, Egger M, Cevallos M, Dekkers O, Mugglin C, Scott P. Methods to systematically review and meta-analyse observational studies: a systematic scoping review of recommendations. *BMC medical research methodology*. 2018;18(1):44.
121. Murad MH, Montori VM, Ioannidis JP, Jaeschke R, Devereaux P, Prasad K, Neumann I, Carrasco-Labra A, Agoritsas T, Hatala R. How to read a systematic review and meta-analysis and apply the results to patient care: users' guides to the medical literature. *Jama*. 2014;312(2):171-9.
122. Howick J, Chalmers I, Glasziou P, Greenhalgh T, Heneghan C, Liberati A, Moschetti I, Phillips B, Thornton H. Explanation of the 2011 Oxford Centre for Evidence-Based Medicine (OCEBM) Levels of Evidence (Background Document). 2016. Date Accessed August 28 2019. Available from: <https://www.cebm.ox.ac.uk/resources/levels-of-evidence/ocebmllevels-of-evidence>.
123. Schünemann H, Brozek J, Guyatt G, Oxman A. GRADE Handbook. 2013. Date Accessed August 28 2019. Available from: <https://gdt.gradepr.org/app/handbook/handbook.html#h.52ccy41iwbon>.
124. Sridhar D, Frenk J, Gostin L, Moon S. Why we need an independent, impartial WHO. *BMJ: British Medical Journal*. 2014;348(7964):15-7.
125. Gostin LO. Our Shared Vulnerability to Dangerous Pathogens. *Medical law review*. 2017;25(2):185-99.
126. Sridhar D, Gostin L. World Health Organization: past, present and future. *Public Health*. 2014;128(2):117-8.
127. Hoffman SJ, Rottingen JA. Split WHO in two: strengthening political decision-making and securing independent scientific advice. *Public Health*. 2014;128(2):188-94.
128. Cooper AF, Farooq AB. Stretching health diplomacy beyond 'Global' problem solving: Bringing the regional normative dimension in. *Global social policy*. 2015;15(3):313-28.
129. Haynes L, Legge D, London L, McCoy D, Sanders D, Schuftan C. Will the struggle for health equity and social justice be best served by a Framework Convention on Global Health? *Health and human rights*. 2013;15(1):E111-6.
130. Eckl J. Successful Governance Reform and Its Consequences: How the Historical Drive for Shorter Meetings and More Time Efficiency Reverberates in Contemporary World Health Assemblies. *Global health governance: the scholarly journal for the new health security paradigm*. 2017.
131. Kickbusch I, Reddy KS. Global health governance - the next political revolution. *Public Health*. 2015;129(7):838-42.
132. Kickbusch I, Szabo MM. A new governance space for health. *Global health action*. 2014;7:23507.
133. Gostin LO. A framework convention on global health: health for all, justice for all. *Jama*. 2012;307(19):2087-92.
134. Kluge H, Martín-Moreno JM, Emiroglu N, Rodier G, Kelley E, Vujnovic M, Permanand G. Strengthening global health security by embedding the International

- Health Regulations requirements into national health systems. *BMJ global health*. 2018;3(Suppl 1):e000656.
135. Yach D, von Schirnding Y. Public health lives: Gro Harlem Brundtland. *Public Health*. 2014;128(2):148-50.
136. Yach D. World Health Organization Reform—A Normative or an Operational Organization? *American Journal of Public Health*. 2016;106(11):1904-6.
137. Collier R. WHO reforms long overdue, critics say. *CMAJ: Canadian Medical Association Journal*. 2011;183(14):1574-5.
138. Kickbusch I. WHO reform: A personal perspective. *Journal of Public Health Policy*. 2013;34(3):481-5.
139. Gostin L, Sridhar D. Global health and the law. *New England Journal of Medicine*. 2014;370(18):1732-40.
140. Taylor A, Alfoen T, Hougendobler D, Buse K. Nonbinding Legal Instruments in Governance for Global Health: Lessons from the Global AIDS Reporting Mechanism. *The Journal of law, medicine & ethics : a journal of the American Society of Law, Medicine & Ethics*. 2014;42(1):72-87.
141. Abeysinghe S. An uncertain risk: the World Health Organization's account of H1N1. *Science in context*. 2014;27(3):511-29.
142. Collier R. WHO reform creeps forward. *CMAJ: Canadian Medical Association Journal*. 2012;184(10):E525-E6.
143. Burkle FM, Jr. Global Health Security Demands a Strong International Health Regulations Treaty and Leadership From a Highly Resourced World Health Organization. *Disaster medicine and public health preparedness*. 2015;9(5):568-80.
144. Clift C. What's the World Health Organization for?: final report from the centre on Global Health Security Working Group on Health Governance: Chatham House, The Royal Institute of International Affairs; 2014.
145. Cassels A, Smith I, Burci GL. Reforming WHO: the art of the possible. *Public Health*. 2014;128(2):202-4.
146. Frenk J. Finance and Governance: Critical Challenges for the Next WHO Director-General. *American Journal of Public Health*. 2016;106(11):1906-7.
147. Gostin LO, Sridhar D, Hougendobler D. The normative authority of the World Health Organization. *Public Health*. 2015;129(7):854-63.
148. Legge D. Future of WHO hangs in the balance. *BMJ: British Medical Journal (Online)*. 2012;345.
149. Clinton C, Sridhar D. Who pays for cooperation in global health? A comparative analysis of WHO, the World Bank, the Global Fund to Fight HIV/AIDS, Tuberculosis and Malaria, and Gavi, the Vaccine Alliance. *The Lancet*. 2017;390(10091):324-32.
150. Eccleston-Turner M, McArdle S. Accountability, international law, and the World Health Organization: A need for reform? *Global health governance: the scholarly journal for the new health security paradigm*. 2017.
151. Markel H. Worldly approaches to global health: 1851 to the present. *Public Health*. 2014;128(2):124-8.
152. Lidén J. *The World Health Organization and Global Health Governance: post-1990*. *Public Health (Elsevier)*. 2014;128(2):141-7.
153. Cassels A, Kickbusch I, Told M, Ghiga I. How should the WHO reform? An Analysis and Review of the Literature. 2014. Date Accessed 5 May 2017. Available from: <https://repository.graduateinstitute.ch/record/292197?ln=en>.
154. Gostin LO. The Future of the World Health Organization: Lessons Learned From Ebola. *The Milbank quarterly*. 2015;93(3):475-9.

155. Sridhar D, Gostin LO. Reforming the World Health Organization. *JAMA: Journal of the American Medical Association*. 2011;305(15):1585-6.
156. Gostin LO. Commentary: The World Health Organization's Historic Moment of Peril and Promise: Reimagining a Global Health Agency Fit for Purpose in the 21st Century. *Global health governance: the scholarly journal for the new health security paradigm*. 2017.
157. Shen GC. Cross-national diffusion of mental health policy. *International journal of health policy and management*. 2014;3(5):269-82.
158. Huang Y. International institutions and China's health policy. *Journal of health politics, policy and law*. 2015;40(1):41-71.
159. Heymann DL, Chen L, Keizo T, Fidler DP, Tappero JW, Thomas MJ, Kenyon TA, Frieden TR, Yach D, Nishtar S, Kalache A, Olliaro PL, Horby P, Torreele E, Gostin LO, Ndomondo-Sigonda M, Carpenter D, Rushton S, Lillywhite L, Devkota B. Global health security: the wider lessons from the west African Ebola virus disease epidemic. *Lancet*. 2015;385(9980):1884-901.
160. Wenham C. What we have learnt about the World Health Organization from the Ebola outbreak. *Phil Trans R Soc B*. 2017;372(1721):20160307.
161. Worsnop CZ. Provoking Barriers: The 2014 Ebola Outbreak and Unintended Consequences of WHO's Power to Declare a Public Health Emergency. *Global Health Governance: the scholarly journal for the new health security paradigm*. 2017.
162. Wilson K, Brownstein JS, Fidler DP. Strengthening the International Health Regulations: lessons from the H1N1 pandemic. *Health Policy Plan*. 2010;25(6):505-9.
163. Taylor AL, Alfven T, Hougendobler D, Tanaka S, Buse K. Leveraging non-binding instruments for global health governance: reflections from the Global AIDS Reporting Mechanism for WHO reform. *Public Health*. 2014;128(2):151-60.
164. Burda BU, Chambers AR, Johnson JC. Appraisal of guidelines developed by the World Health Organization. *Public Health*. 2014;128(5):444-74.
165. Checchi F, Waldman RJ, Roberts LF, Ager A, Asgary R, Benner MT, Blanchet K, Burnham G, d'Harcourt E, Leaning J. World Health Organization and emergency health: if not now, when? *Bmj*. 2016;352:i469.
166. Hawkes N. "Irrelevant" WHO outpaced by younger rivals. *BMJ*. 2011;343:d5012.
167. Lough S. Lessons from Ebola bring WHO reforms. *CMAJ: Canadian Medical Association Journal*. 2015;187(12):E377-E8.
168. Gostin LO, Friedman E. Ebola: a crisis in global health leadership. *The Lancet*. 2014;
169. Gostin LO. World Health Organization Reform: Lessons Learned from the Ebola Epidemic. *Hastings Center Report*. 2015;45(2):6-7.
170. Moon S, Leigh J, Woskie L, Checchi F, Dzau V, Fallah M, Fitzgerald G, Garrett L, Gostin L, Heymann DL. Post-Ebola reforms: ample analysis, inadequate action. *Bmj*. 2017;356:j280.
171. Mackey TK. The Ebola Outbreak: Catalyzing a "Shift" in Global Health Governance? *BMC Infectious Diseases*. 2016;16:699-.
172. Wibulpolprasert S, Chowdhury M. World Health Organization: Overhaul or Dismantle? *American Journal of Public Health*. 2016;106(11):1910-1.
173. Lee K. Business as Usual: A Lack of Institutional Innovation in Global Health Governance Comment on "Global Health Governance Challenges 2016 - Are We Ready?". *International journal of health policy and management*. 2016;6(3):165-8.

174. Pang T, Garrett L. The WHO must reform for its own health. *Nature medicine*. 2012;18(5):646-.
175. Gopinathan U, Watts N, Hougendobler D, Lefebvre A, Cheung A, Hoffman SJ, Rottingen JA. Conceptual and institutional gaps: understanding how the WHO can become a more effective cross-sectoral collaborator. *Globalization and health*. 2015;11:46.
176. Legge DG, Schuftan C, Baum FE, Pas Rvd, Sanders D, Hanson L, McCoy D, Amit S. Comment - WHO's weakness is not technical, but due to lack of accountability. *BMJ Global Health*. 2017;2(Suppl. 1):e000236-e.
177. Mackey TK, Liang BA. A United Nations global health panel for global health governance. *Social Science & Medicine*. 2013;76:12-5.
178. Dussault G. The Election of the Next World Health Organization Director-General Explained to a Visitor From Mars. *American Journal of Public Health*. 2016;106(11):1908-9.
179. Gostin LO. Reforming the World Health Organization After Ebola. *JAMA: Journal of the American Medical Association*. 2015;313(14):1407-8.
180. The time is ripe to reform the World Health Organization. *Nature*. 2017;542(7639):6.
181. WHO. Report of the Ebola interim assessment panel. 2015. 2015.
182. Magnusson RS. Rethinking global health challenges: towards a 'global compact' for reducing the burden of chronic disease. *Public Health*. 2009;123(3):265-74.
183. Hesselman M, Toebes B. Adopting New International Health Instruments—What Can We Learn From the FCTC?: Comment on "The Legal Strength of International Health Instruments—What It Brings to Global Health Governance?". *International journal of health policy and management*. 2018;7(3):264.
184. Kupferschmidt K. Report prescribes strong medicine for WHO. *Science*. 2015;349(6245):223-4.
185. Kickbusch I. A game change in global health: the best is yet to come. *Public Health Reviews*. 2013;35(1):2.
186. Moon S. WHO's role in the global health system: what can be learned from global R&D debates? *Public Health*. 2014;128(2):167-72.
187. Marten R, Smith RD. State Support: A Prerequisite for Global Health Network Effectiveness: Comment on "Four Challenges that Global Health Networks Face". *International journal of health policy and management*. 2018;7(3):275.
188. Ooms G, Marten R, Waris A, Hammonds R, Mulumba M, Friedman EA. Great expectations for the World Health Organization: a Framework Convention on Global Health to achieve universal health coverage. *Public Health (Elsevier)*. 2014;128(2):173-8.
189. Buse K, Hawkes S. Sitting on the FENSA: WHO engagement with industry. *The Lancet*. 2016;388(10043):446.
190. Collier R. World Health Organization reform languishes. *CMAJ: Canadian Medical Association Journal*. 2012;184:E173-E4.
191. Richter J. WHO reform and public interest safeguards: an historical perspective. *Social Medicine*. 2012;6(3):141-50.
192. Attaran A, Benton D, Chauvin J, McKee M, Percival V. Webcast the World Health Assembly. *The Lancet*. 2014.

X. EIDESSTATTLICHE VERSICHERUNG

„Ich, Fabian Moser, versichere an Eides statt durch meine eigenhändige Unterschrift, dass ich die vorgelegte Dissertation mit dem Thema: Effektivität der Weltgesundheitsorganisation: Eine Systematische Literaturübersicht (Effectiveness of the World Health Organization: a systematic literature review) selbstständig und ohne nicht offengelegte Hilfe Dritter verfasst und keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel genutzt habe. Alle Stellen, die wörtlich oder dem Sinne nach auf Publikationen oder Vorträgen anderer Autoren/innen beruhen, sind als solche in korrekter Zitierung kenntlich gemacht. Die Abschnitte zu Methodik (insbesondere praktische Arbeiten, Laborbestimmungen, statistische Aufarbeitung) und Resultaten (insbesondere Abbildungen, Graphiken und Tabellen) werden von mir verantwortet.

Ich versichere ferner, dass ich die in Zusammenarbeit mit anderen Personen generierten Daten, Datenauswertungen und Schlussfolgerungen korrekt gekennzeichnet und meinen eigenen Beitrag sowie die Beiträge anderer Personen korrekt kenntlich gemacht habe (siehe Anteilserklärung). Texte oder Textteile, die gemeinsam mit anderen erstellt oder verwendet wurden, habe ich korrekt kenntlich gemacht.

Meine Anteile an etwaigen Publikationen zu dieser Dissertation entsprechen denen, die in der untenstehenden gemeinsamen Erklärung mit dem/der Erstbetreuer/in, angegeben sind. Für sämtliche im Rahmen der Dissertation entstandenen Publikationen wurden die Richtlinien des ICMJE (International Committee of Medical Journal Editors; www.icmje.org) zur Autorenschaft eingehalten. Ich erkläre ferner, dass ich mich zur Einhaltung der Satzung der Charité – Universitätsmedizin Berlin zur Sicherung Guter Wissenschaftlicher Praxis verpflichte.

Weiterhin versichere ich, dass ich diese Dissertation weder in gleicher noch in ähnlicher Form bereits an einer anderen Fakultät eingereicht habe.

Die Bedeutung dieser eidesstattlichen Versicherung und die strafrechtlichen Folgen einer unwahren eidesstattlichen Versicherung (§§156, 161 des Strafgesetzbuches) sind mir bekannt und bewusst.“

Datum

Unterschrift

XI. LEBENSLAUF

Mein Lebenslauf wird aus datenschutzrechtlichen Gründen in der elektronischen Version meiner Arbeit nicht veröffentlicht.

XII. DANKSAGUNG

Ich danke Prof. Tobias Kurth und Prof. Elke Schöffner für ihre Betreuung dieser Dissertation.

Ich danke Dr. Jesse B. Bump, Harvard TH Chan School of Public Health. Die Konzeption und Durchführung dieser Studie erfolgte gemeinsam mit Dr. Bump.

Ich danke der Studienstiftung des deutschen Volkes für ihre finanzielle Unterstützung, die drei Forschungsaufenthalte an der Harvard TH Chan School of Public Health ermöglichte.

Ich danke der Harvard TH Chan School für die Möglichkeit, dort als Gaststudent wissenschaftlich tätig zu sein.

Ich danke dem Promotionsbüro der Charité für die Beantwortung meiner Fragen und für die formale Prüfung dieser Dissertation.

Ich danke Brigitte Hühne für die Prüfung der Rechtschreibung und Grammatik dieser Dissertationsschrift.

Ich danke meinen Eltern für ihre Unterstützung.