

 POLICY BRIEF

ABLEHNUNG DER MONOPOLMACHT ÜBER ÖFFENTLICHE GESUNDHEIT

On the proposed IHR (2005) amendments
and WHO pandemic treaty

April 2023

Inhalt

I. Einleitung	3
II. Änderungen der internationalen Gesundheitsvorschriften	7
A. Verbindliche Maßnahmen und staatliche Souveränität	8
B. Überwachung: (digitale) Gesundheitsbescheinigungen und Locator-Formulare	10
C. Dissens weltweit bekämpfen	12
D. Kartellrechte und Regulierung	13
E. Unaufgeforderte Angebote und Mitwirkungspflichten	14
F. Weitergabe von Erregerproben und genetischen Sequenzdaten	15
G. Missachtung der Menschenrechte	16
III. Pandemievertrag/Abkommen (WHO CA+)	17
A. Anerkennung der Autorität der WHO und der globalen Gesundheitspolitik	17
B. Weltweit gegen abweichende Meinungen vorgehen und <i>Profile</i> identifizieren	18
C. Globales Lieferketten- und Logistiknetzwerk der WHO	18
D. Vereinheitlichung der Regulierung und Beschleunigung der Zulassung	19
E. Unterstützung der Gain-of-Function-Forschung	20
F. Weitergabe von Erregerproben und genetischen Sequenzdaten	21
G. One Health und Pandemie-/Epidemie-Ursachenanalyse	22
IV. Zurückweisung der Monopolmacht über die globale Gesundheit	25
A. Die Bedrohung durch Monopole	25
B. Wer leitet die WHO – strukturelle Realität	26
C. Korruption, Fehlentscheidungen und fatale Fehler	28
V. Ein besserer Weg für die globale öffentliche Gesundheit	33
A. Dezentralisierung der Kontrolle und Rechte des Einzelnen	33
B. Das Recht auf Privatsphäre: digitale ID, digitale Zertifikate und private (Gesundheits-)Daten	35
C. Meinungsfreiheit und Widerspruchsrecht	36
D. Internationaler Austausch und Integrität von Regulierungsprozessen	39
E. Defundierung und Einstellung der Gain-of-Function-Forschung	40
F. Idealer Rahmen und Ansätze für globale Gesundheit	40
VI. Fazit	41

I. Einleitung

Es finden Verhandlungen statt, um die Kontrolle der Weltgesundheitsorganisation (WHO) über globale Reaktionen und Überlegungen im Bereich der öffentlichen Gesundheit durch a) Änderungen der Internationalen Gesundheitsvorschriften (2005) und b) einen Pandemievertrag/ein Abkommen (WHO CA+) erheblich auszuweiten. . Beide Instrumente können als komplementär betrachtet werden. Während die eingereichten IGV-Änderungen im Falle einer Genehmigung die Befugnisse der WHO sowie ihres Generaldirektors gegenüber Staaten und nichtstaatlichen Akteuren erheblich stärken würden, würde das Pandemie-Abkommen in seiner derzeitigen Form ein neues, kosteneffizientes intensive supranationale Bürokratie und schaffen einen ideologischen Rahmen, unter dem in Angelegenheiten der globalen Gesundheit operiert werden kann.

Die Weltgesundheitsversammlung hat eine Frist bis Mai 2024 gesetzt, um über die vorgeschlagenen Änderungen der IGV und des Pandemievertrags abzustimmen. Über einige Änderungen der IGV konnte bereits im Mai 2023 abgestimmt und angenommen werden. Änderungen der IGV werden mit einfacher Mehrheit von den Delegierten der Weltgesundheitsversammlung ohne weitere nationale Ratifizierungsverfahren angenommen. Die Staaten behalten sich das Recht vor, sich innerhalb einer bestimmten Zeit (10 Monate) individuell abzumelden. Tun sie dies nicht, gilt für sie automatisch die überarbeitete Version. Der Vertrag erfordert derweil eine Zweidrittelmehrheit mit anschließender nationaler Ratifizierung. Gemäß Artikel 35 des Null-Vertragsentwurfs kann das Abkommen jedoch vor Abschluss der Ratifizierungsverfahren vorläufig in Kraft treten.

Offiziell werden die IGV-Änderungen und das Pandemieabkommen als Instrumente zur Stärkung der internationalen Zusammenarbeit, des effizienten Informationsaustauschs und der Gerechtigkeit im Falle einer weiteren globalen Gesundheitskrise präsentiert. De facto können sie zu Instrumenten werden, um die internationale Zusammenarbeit durch zentralisierte Diktate zu ersetzen, die Unterdrückung von Meinungsverschiedenheiten zu fördern und ein Kartell zu legitimieren, das der Bevölkerung interessengesteuerte Gesundheitsprodukte aufzwingt, die Gewinne erwirtschaften, gegenüber denen, die besser funktionieren, aber weniger profitabel

Insbesondere die eingereichten IGV-Änderungen bieten einen rechtlichen Rahmen für die monopolistische Macht über Aspekte der globalen öffentlichen Gesundheit in Zeiten tatsächlicher und potenzieller Krisen. Wenn diese Änderungen genehmigt würden, würde diese Macht von einigen wenigen potenten Haupt Spendern der WHO ausgeübt, die eine bedeutende Kontrolle über die Organisation ausüben. Dazu gehören eine Handvoll einkommensstarker Länder wie die USA, China und Deutschland sowie private Interessengruppen wie die Bill & Melinda Gates Foundation und Pharmakonzerne. Alle oben genannten staatlichen und privaten Geldgeber haben erhebliche Interessenkonflikte, wenn es um die globale öffentliche Gesundheitspolitik geht. Diese besonderen

Interessen haben die Organisation kompromittiert. Bemerkenswert ist in diesem Zusammenhang, dass die WHO nur über etwa ein Viertel ihres eigenen Budgets die volle Kontrolle hat. Der Rest besteht aus zweckgebundenen freiwilligen Beiträgen der Förderer.

Wenn vereinbart, würden einige der IGV-Änderungen es den Sonderinteressen, die die Organisation kompromittiert haben, ermöglichen, zu standardisieren und durchzusetzen, wie Staaten und sogar nichtstaatliche Akteure weltweit auf Notfälle im Bereich der öffentlichen Gesundheit reagieren und eine Vielzahl globaler Gesundheitsangelegenheiten im Allgemeinen angehen sollen. Einige der vorgeschlagenen Änderungen der IGV (2005) würden beispielsweise die Art der in den Artikeln 15 und 16 erwähnten vorübergehenden und ständigen Empfehlungen ändern, die von der WHO und ihrem Generaldirektor (derzeit ein Mitarbeiter von Gates) abgegeben werden können unverbindliche Beratung zur verpflichtenden Umsetzung durch die Vertragsstaaten. Wenn die Änderungen in Bezug auf Art und Umfang dieser Empfehlungen angenommen werden, würden sie einen Rahmen schaffen, in dem potenzielle zu empfehlende Maßnahmen gemäß Artikel 18 der IGV (2005) wie Behandlungen, Impfungen, Isolierung und Überwachung über das angeordnet werden könnten WER.

Während die WHO über keinen effektiven Durchsetzungsmechanismus gegenüber Ländern mit hohem Einkommen verfügt, könnten die vorgeschlagenen IHR-Änderungen dazu führen, dass mächtige Regierungen sich an die WHO-Richtlinien halten oder sogar hinter ihnen stehen und argumentieren, dass diese aufgrund ihrer Rechtslage intern eingehalten und durchgesetzt werden müssen Verbindlichkeit nach einem Instrument des Völkerrechts. Mächtige Nationalstaaten und private Interessengruppen, die sich an die Richtlinien halten, sowie die WHO selbst könnten die überarbeiteten IGV weiterhin als rechtlichen Rahmen nutzen, um zu versuchen, den Gesundheitskolonialismus zu legitimieren und Länder mit niedrigem Einkommen finanziell zur Einhaltung der Vorschriften zu drängen – und dabei ihre Souveränität ernsthaft untergraben. Einige der vorgeschlagenen Änderungen der IGV werfen daher ernsthafte Fragen zur Souveränität und zur Zukunft der demokratischen Staatsführung auf, die angegangen werden müssen.

Eine Vielzahl anderer eingereichter Vorschläge fördert eine systematische globale Zusammenarbeit, um abweichenden Meinungen von Regierungen und der WHO – einer UN-Agentur – entgegenzuwirken und damit eine konzentrierte Macht über Informationen zu fördern. Melissa Fleming, stellvertretende Generalsekretärin der Vereinten Nationen, äußerte auf einem Treffen des Weltwirtschaftsforums 2022 (2022: 1) in Davos die folgende Überzeugung: „Wir besitzen die Wissenschaft und wir denken, dass die Welt sie kennen sollte.“ Der Entwurf des Pandemievertrags ermutigt sogar alle Vertragsstaaten – einschließlich demokratischer, autoritärer und diktatorischer Staaten –, *Profile* dessen zu identifizieren, was von der WHO oder den Vertragsstaaten als Fehlinformationen wahrgenommen wird, und Informationen, Ansätze und Meinungen zu bekämpfen, die von der offiziellen Linie abweichen. Zusätzliche Änderungen der IGV (2005) sehen ebenfalls ein erweitertes Überwachungssystem mit (vorzugsweise

digitale) Gesundheitsbescheinigungen und Locator-Formulare, um die massenhafte Einhaltung zentralisierter Richtlinien sicherzustellen.

Eine Reihe von IHR-Änderungen würde, sofern sie genehmigt werden, unter bestimmten Umständen zusätzlich die Befugnis über die Identifizierung, Herstellung und Zuteilung von Gesundheitsprodukten an die WHO übertragen und sie effektiv in ein Kartell verwandeln. Unter den revidierten IGV könnte die WHO beispielsweise Vertragsstaaten anweisen, die Produktion eines bestimmten Arzneimittels zu erhöhen – was die Gewinne des Herstellers und/oder der Anteilseigner, die möglicherweise Beziehungen zur WHO haben – für die WHO steigert nach eigenem Gutdünken verteilen und ein Patronagesystem über die Empfänger aufbauen.

Insbesondere der Vertragsentwurf hat darüber hinaus negative Auswirkungen auf die globale (Gesundheits-)Sicherheit, da er trotz seiner außergewöhnlichen Gefahren für die biologische Sicherheit die Gain-of-Function-Forschung unterstützt. Das Entweichen oder die Freisetzung von gentechnisch veränderten Krankheitserregern aus Laborumgebungen wird nicht angemessen als ernsthafte Bedrohung und potenzielle Ursache von Pandemien eingestuft oder fokussiert, obwohl ein Laborleck eines vom Menschen manipulierten Virus höchstwahrscheinlich für die COVID-Pandemie verantwortlich ist, die zum Tod geführt hat von etwa 6,8 Millionen Menschen.

Die vorgeschlagenen IHR-Änderungen und das Pandemie-Abkommen (WHO CA+) – sofern vereinbart – werden unweigerlich dazu verwendet, die Interessen einiger weniger mächtiger Akteure auf Kosten anderer voranzutreiben. Sie stellen einen beispiellosen Versuch dar, die Konzentration undemokratischer Macht unter falschem Vorwand zu legalisieren, was eine schnelle, effektive und robuste Reaktion erfordert. Der vorgesehene Rechtsrahmen für die monopolistische Macht über Aspekte der globalen öffentlichen Gesundheit wird nicht zu einer besseren Pandemievorsorge führen, sondern zu einer Wiederholung einiger der schlimmsten Entscheidungen, die während der COVID-Pandemie im Falle eines zukünftigen Notfalls getroffen wurden. Der angestrebte Rechtsrahmen für die monopolistische Macht über Aspekte der globalen öffentlichen Gesundheit ist kein Zeichen des Fortschritts, sondern stellt einen Rückfall in der menschlichen Entwicklung in die Zeiten der Feudalsysteme, des Kolonialismus und der Zentralisierung dar Imperien.

Der **World Council for Health (WCH)** vereint über 190 Koalitionspartner weltweit. Die WCH ruft dazu auf, die in Kapitel II dieses Dokuments beschriebenen Änderungen der IGV (2005) sowie das derzeit vorgeschlagene Pandemie-Abkommen abzulehnen. Sie stellen einen Rahmen für die illegitime Ausübung globaler Regierungsgewalt ohne Volkseinverständnis, verfassungsmäßige Kontrollmechanismen oder Rechenschaftspflicht dar. Als solche schaffen sie einen gefährlichen Präzedenzfall, wenn sie verabschiedet werden. Der Geltungsbereich des beratenden WHO-Mandats und die der WHO über die IGV (2005) übertragenen Befugnisse sollten nicht erweitert werden.

Versäumnisse bei der Reaktion auf die jüngsten globalen Gesundheitskrisen sind genau auf die Akteure zurückzuführen, die durch die vorgeschlagenen Instrumente, falls sie angenommen würden, weiter gestärkt würden. Das Versagen sowohl der Nationalstaaten als auch der WHO-Bürokraten bei der Reaktion auf die jüngsten Notfälle im Bereich der öffentlichen Gesundheit und die Sonderinteressen, die sowohl die Organisation als auch die nationalen Gesundheitsbehörden gefährden, müssen sorgfältig untersucht werden.

Der Weltgesundheitsrat fordert ferner sofortige gesetzgeberische Maßnahmen gegen jede versuchte oder bestehende Monopolisierung des globalen oder nationalen Gesundheitswesens und verwandter Bereiche, sei es durch die WHO oder auf andere Weise. Es ist allgemein bekannt, dass Monopolmacht die freie Wahl und den Wettbewerb ausschaltet, wodurch individuelle Rechte verletzt werden, während Qualität und Innovation drastisch reduziert werden. Es gibt wenige Bereiche, in denen dies so schwerwiegende Folgen hat wie im Bereich der menschlichen Gesundheit.

Darüber hinaus stellt eine unzulässige Machtkonzentration eine Bedrohung für demokratische Systeme und das Recht der Menschen auf Selbstverwaltung dar. Demokratien werden bewahrt, indem ein Aufbau konzentrierter Macht verhindert und Monopole aufgebrochen werden, während gleichzeitig wesentliche demokratische Grundwerte gewahrt bleiben. Ohne angemessene gesetzgeberische Maßnahmen geht die Machtkonzentration und damit die Korruption politischer Prozesse durch wenige mit fatalen Folgen unvermindert weiter. Das Eigentum an jeder Form von Governance liegt bei den Menschen sowie bei den Personen, die sie wählen, um ihnen als Repräsentanten zu dienen, die wiederum effizienten Kontrollmechanismen unterworfen werden müssen, um eine Überreichweite zu verhindern. Vor allem muss Governance immer auf der Würde des Einzelnen und demokratischen Grundwerten beruhen. Global Governance darf nicht auf Kosten demokratischer Governance gehen.

Zweck dieses Dokuments

Das vorliegende Dokument stellt – mit Originalverweisen – die wichtigsten vorgeschlagenen IHR-Änderungen sowie zentrale Teile des Entwurfs des Pandemieabkommens (WHO CA+) vor und erklärt, warum sie sich erheblich von früheren Ansätzen zur globalen öffentlichen Gesundheit unterscheiden. Sie verdeutlicht ferner, warum die unangemessene Machtkonzentration im Bereich der globalen öffentlichen Gesundheit und die Bereitstellung eines rechtlichen Rahmens dafür durch die WHO eine Bedrohung für Gesundheit, Souveränität und Demokratie darstellen, die dringend angegangen werden muss. Darüber hinaus werden in diesem Dokument gesetzgeberische und erzieherische Maßnahmen empfohlen, um die öffentliche Gesundheit zu stärken und eine bessere Vorbereitung, eine effiziente internationale Zusammenarbeit und den Austausch in Bezug auf globale Gesundheitsnotfälle zu erreichen und gleichzeitig eine Monopolisierung zu vermeiden und die Robustheit demokratischer Ideale in Krisenzeiten sicherzustellen.

II. Änderungen der internationalen Gesundheitsvorschriften

Das Konzept hinter den Internationalen Gesundheitsvorschriften lässt sich auf eine Reihe von Internationalen Gesundheitskonferenzen zurückführen, die erstmals 1851 nach den europäischen Cholera-Epidemien in Paris abgehalten wurden. Diese Konferenzen konzentrierten sich darauf, die Ausbreitung von Cholera, Pest und Gelbfieber durch die Vereinheitlichung von Quarantänenvorschriften einzudämmen und gleichzeitig den internationalen Handel und Reisen zu schützen. Die Konferenzen boten auch ein Forum für den wissenschaftlichen Diskurs. Die Teilnehmer handelten schließlich eine Reihe internationaler Hygienekonventionen aus. Laut Gostin & Katz (2016: 266) erwuchs die „Daseinsberechtigung der frühesten Verträge aus einem wahrgenommenen Sicherheitsimperativ für mächtige Länder. Am wichtigsten war der Selbstschutz gegen äußere Bedrohungen [dh die Ausbreitung sogenannter *asiatischer Krankheiten* nach Europa], anstatt die Gesundheit der Öffentlichkeit in allen Regionen der Welt zu schützen.“ Teilnehmer waren hauptsächlich europäische Mächte (einschließlich Russland und der Türkei) und Die Vereinigten Staaten.

Als die WHO 1948 gegründet wurde, übernahm sie die Verantwortung für das Gebiet der Infektionskrankheiten. Die Organisation gab 1951 die Internationalen Gesundheitsvorschriften heraus, die sie schließlich 1969 überarbeitete und in Internationale Gesundheitsvorschriften umbenannte. Grundlegende Verpflichtungen der Vertragsstaaten gemäß den IGV (1969) bestanden darin, dass sie die WHO über den Ausbruch bestimmter Infektionskrankheiten informierten, wenn sie auftraten, und gewährleistete einige Fähigkeiten im Bereich der öffentlichen Gesundheit an Einreise-/Ausreisepunkten. Die Zusammenarbeit der Staaten mit der WHO basierte auf Ad-hoc-Diplomatie und war auf wenige Krankheiten beschränkt. 1995 entschied die Weltgesundheitsversammlung, dass die IHR (1969) kein angemessenes Instrument mehr seien, um den modernen Herausforderungen in Bezug auf Infektionskrankheiten zu begegnen, und forderte ihre umfassende Überarbeitung. Dieser Vorschlag erhielt während des SARS-Ausbruchs im Jahr 2003 mehr Dringlichkeit.

Der Überarbeitungsprozess führte zu den Internationalen Gesundheitsvorschriften von 2005, die derzeit für 196 Vertragsstaaten – die 194 WHO-Mitgliedsstaaten sowie den Heiligen Stuhl und Liechtenstein – verbindlich sind. Laut Fidler (2005: 343) verkörpern die IGV (2005) „eine neue Strategie – globale Gesundheitssicherheit – umgesetzt durch einen neuen Ansatz – globale Gesundheitsführung. [...] Eine solche integrierte Governance ist in der internationalen öffentlichen Gesundheit beispiellos und stellt einen konzeptionellen Durchbruch in der globalen Governance dar, der über den Bereich der öffentlichen Gesundheit hinaus von Bedeutung ist.“

Die IHR (2005) stattete die WHO mit neuen Befugnissen aus und erweiterte den Anwendungsbereich der Verordnungen über einige wenige Krankheiten hinaus. Die Länder mussten die WHO nun darüber informieren

Ereignisse, die einen öffentlichen Gesundheitsnotstand von internationaler Tragweite (PHEIC) darstellen könnten. Dem WHO-Generaldirektor wurde ferner die alleinige Befugnis gegeben, PHEICs zu deklarieren. Die Vertragsstaaten einigten sich auch auf eine Reihe von Verpflichtungen in Bezug auf die Einrichtung von Kernkapazitäten zur Erkennung, Bewertung, Meldung und Reaktion auf Notfälle im Bereich der öffentlichen Gesundheit von internationaler Tragweite. Während die IGV (2005) den Weg für eine Form globaler Gesundheitsgovernance bereiteten, taten sie dies in einem begrenzten Umfang und ohne nennenswerte Infragestellung des souveränen Status der Nationalstaaten. Dies ändert sich jedoch mit den Ende 2022 vorgeschlagenen und derzeit in Prüfung befindlichen Änderungen der IGV (2005).

Im Januar 2022 hat die US-Regierung unter Präsident Biden weitreichende Vorschläge zur Änderung der IGV (2005) gemacht. Während die meisten Vorschläge in der Weltgesundheitsversammlung scheiterten, hauptsächlich aufgrund der afrikanischen Opposition, wurde ein breiterer Prozess gestartet, der dazu aufrief, dass die Vertragsstaaten Änderungen der IGV (2005) vorschlagen sollten. Insgesamt haben 16 Vertragsstaaten entweder alleine oder im Verbund mit regionalen Institutionen (wie der EU, der WHO-Region Afrika, der Eurasischen Wirtschaftsunion und dem MERCOSUR) Vorschläge eingereicht. Die WHO beauftragte ihr International Health Regulations Review Committee (IHRRRC) mit einer Bewertung der vorgeschlagenen Änderungen. In seinem am 6. Februar 2023 veröffentlichten Bericht erklärt das IHRRRC, dass einige Änderungen zwar eine Wiederholung bestehender normativer Verpflichtungen darstellen, andere jedoch „beispiellose Verpflichtungen sowie Befugnisse für die WHO einführen, Staaten und nichtstaatliche Akteure zu leiten“ (WHO 2023: 57). Die wichtigsten Vorschläge werden im Folgenden diskutiert.

A. Obligatorische Maßnahmen und staatliche Souveränität

In Artikel 15 der Internationalen Gesundheitsvorschriften (2005) heißt es: Wenn „festgestellt wurde, [...] dass eine gesundheitliche Notlage von internationaler Tragweite vorliegt, gibt der Generaldirektor vorläufige Empfehlungen heraus“. Artikel 16 fügt hinzu, dass die „WHO [auch] dauerhafte Empfehlungen geeigneter Gesundheitsmaßnahmen [...] zur routinemäßigen oder regelmäßigen Anwendung abgeben kann“. In den IGV (2005) sind die vom Generaldirektor herausgegebenen vorläufigen Empfehlungen und die ständigen Empfehlungen als nicht bindende Ratschläge definiert, die zu berücksichtigen sind.

1

Eine Reihe der neu vorgeschlagenen Änderungen würde, wenn sie angenommen werden, die Art der Empfehlungen ändern, die abgegeben werden können, wodurch sie verbindlich und rechtsverbindlich würden.

¹ Während die Internationalen Gesundheitsvorschriften (2005) ein rechtlich bindendes Dokument sind, in dem sich die Vertragsstaaten verpflichten, die darin umrissenen Verpflichtungen zu erfüllen, ermächtigen sie weder die WHO noch ihren Generaldirektor, Verpflichtungen nach Belieben für neu entstehende Situationen zu erlassen. Stattdessen dürfen die WHO und ihr Generaldirektor in solchen Situationen gemäß den IGV (2005) nur unverbindliche Empfehlungen aussprechen.

Die Änderungen würden dies erreichen, indem sie den Deskriptor „unverbindlich“ aus der Definition der Begriffe „vorläufige *Empfehlungen*“ und „*dauerhafte Empfehlungen*“ in Artikel 1 streichen und gleichzeitig ein Mandat einfügen, diesen in verschiedenen nachfolgenden Artikeln zu folgen.

Beispielsweise stellt das IHRRC (2023: 55) in seinem Bericht in Bezug auf einen vorgeschlagenen neuen Artikel 13A fest: „Dieser Vorschlag [...] macht die vorübergehenden und ständigen Empfehlungen gemäß den Artikeln 15 und 16 verbindlich.“ In Bezug auf Absatz 7 des vorgelegten Artikels fährt der Ausschuss fort, dass „diese Vorschläge der WHO effektiv die Befugnis geben, Staaten zu beauftragen“ (ebd.: 57). In Bezug auf eine vorgeschlagene Änderung von Artikel 42 erklärt der IHRRC (2023: 67) ebenfalls: „Die vorgeschlagene Änderung, um einen Verweis auf vorübergehende und ständige Empfehlungen aufzunehmen, scheint die Anwendung dieser Empfehlungen obligatorisch zu machen.“

Verschiedene Änderungen würden auch die Befugnisse des Generaldirektors erheblich erweitern. Eine Änderung von Artikel 15 beispielsweise würde es dem Generaldirektor ermöglichen, Empfehlungen nicht nur während einer von ihm erklärten PHEIC abzugeben, sondern in allen Situationen, die nach seiner Einschätzung das Potenzial haben, eine solche zu werden (WHO 2023a: 15). In einer Ergänzung zu Artikel 42 heißt es unterdessen, dass WHO-Maßnahmen wie Empfehlungen des Generaldirektors nicht nur „von allen Vertragsstaaten unverzüglich eingeleitet und abgeschlossen werden müssen“, sondern dass „die Vertragsstaaten auch Maßnahmen ergreifen müssen, um sicherzustellen, dass nichtstaatliche Akteure, die in ihren jeweiligen Territorien tätig sind, halten sich an solche Maßnahmen“ (ebd.: 22). Das IHRRC schreibt, dass „nichtstaatliche Akteure keine Vertragsparteien der Verordnungen sind“ und dass der „Ausschuss besorgt ist, dass die vorgeschlagene Änderung zu weit geht, indem sie impliziert, dass die Vertragsstaaten nichtstaatliche Akteure durch Gesetze oder andere regulatorische Maßnahmen dazu verpflichten müssen Maßnahmen gemäß den Verordnungen einhalten“ (WHO 2023: 67).

Artikel 18 der IGV enthält eine nicht erschöpfende Liste von Maßnahmen, die die WHO den Vertragsstaaten in Form von Empfehlungen in Bezug auf Personen zu deren Umsetzung anweisen kann. Diese Liste umfasst unter anderem, ärztliche Untersuchungen zu verlangen, Nachweise über ärztliche Untersuchungen und Laboranalysen zu überprüfen, Impfungen oder andere Prophylaxen zu verlangen, Impfnachweise oder andere Prophylaxen zu überprüfen, Personen unter öffentliche Gesundheitsbeobachtung zu stellen, Quarantäne zu verhängen oder andere Gesundheitsmaßnahmen und zur Durchführung von Isolierung oder Behandlung (vgl. WHO 2023a: 17).

Die vorgeschlagenen Änderungen, die Empfehlungen der WHO oder ihres Generaldirektors verbindlich machen würden, werfen ernsthafte Fragen hinsichtlich ihrer Auswirkungen auf die staatliche Souveränität und demokratische Regierungsführung auf, die dringend angegangen werden müssen. Die Antworten können von Land zu Land unterschiedlich sein, einige sind anfälliger als andere.

B. Überwachung: (digitale) Gesundheitsbescheinigungen und Locator-Formulare

Um die massenhafte Einhaltung zentralisierter Richtlinien und Mandate sicherzustellen und zu überwachen, haben eine Reihe von Vertragsstaaten – insbesondere die Europäische Union, die von der Präsidentin der Europäischen Kommission, Ursula von der Leyen (eine Empfängerin des Gates Foundation Goalkeepers Award, deren Ehemann arbeitet, geleitet wird). für ein Biotech-Unternehmen, das an der Herstellung von mRNA-COVID-Produkten von Pfizer beteiligt ist) – haben Änderungen eingeführt, um ein vorzugsweise digitales Kontrollsystem auf der Grundlage von Gesundheitsbescheinigungen und Lokalisierungsformularen einzurichten. Die Vorschläge umfassen Impfbescheinigungen, Prophylaxebescheinigungen, Labortestbescheinigungen, Genesungsbescheinigungen und Passag

Das IHRRC stellt fest, dass einige „Vertragsstaaten gezielte Änderungen vorgeschlagen haben, um unter anderem digitale Zertifikate oder Zertifikate mit einem QR-Code (Quick Response) aufzunehmen“ und dass digitale Zertifikate oder Formulare möglicherweise nicht überall auf der Welt technisch machbar sind „ Digitalisierung sollte wo immer möglich genutzt werden“ (WHO 2023: 21).

Eine Reihe von Änderungsanträgen schlägt vor, Websites und/oder QR-Codes als Kontroll- und Überwachungsmittel zu verwenden. Einige zielen darauf ab, „digitale Technologie zu nutzen; und Einführung von Standardarbeitsanweisungen für alle Eingangspunkte“ (ebd.: 82). Während einige der Änderungen vorschlagen, dass die Weltgesundheitsversammlung technische Anforderungen für globale digitale Gesundheitszertifikate definieren sollte (d. h. in Bezug auf Verifizierungsmittel, Interoperabilität usw.), stellt die IHRRC zur Erwägung, „ob die Gesundheitsversammlung das am besten geeignete Gremium ist“. diese Aufgabe zu lösen „oder ob diese Verantwortung dem Generaldirektor [Tedros Adhanom Ghebreyesus] anvertraut werden sollte“ (ebd.: 62).

Änderungen bezüglich der Verwendung von (digitalen) Gesundheitsbescheinigungen oder Lokalisierungsformularen für die Kontrolle und Überwachung wurden nicht nur in Bezug auf Artikel zu internationalen Gesundheitsnotfällen vorgeschlagen, sondern auch in Bezug auf Artikel 23, in dem es um allgemeine Gesundheitsmaßnahmen bei der Ankunft sowie bei der Abreise geht . Laut IHRRC gilt dieser Artikel für alle Situationen, nicht nur für Notfälle im Bereich der öffentlichen Gesundheit von internationaler Tragweite (PHEICs). Eingereichte Änderungen zu Artikel 23 beinhalten zum Beispiel einen „neuen vorgeschlagenen Absatz 6, [der] einen spezifischen Verweis auf Passagierlokalisierungsformulare als Teil der möglicherweise erforderlichen Dokumente einführt, und eine Präferenz dafür, dass diese in digitalem Format vorliegen“ (ebd. : 61). Ein weiterer Änderungsantrag schlägt vor, Informationen über Labortests in die Gesundheitsdokumente von Reisenden aufzunehmen. Das IHRRC bemerkt: „Da Artikel 23 für alle Situationen gilt, nicht nur für PHEIC, ist der Ausschuss besorgt, dass eine solche Diese Anforderung kann Reisende überfordern und sogar ethische und diskriminierungsbedingte Bedenken aufwerfen.“ (ebd.: 62) Im Allgemeinen auch das IHRRC

erkennt Bedenken hinsichtlich „des angemessenen Schutzniveaus personenbezogener Daten“ an (ebd.: 66).

Wie der indonesische Gesundheitsminister Sadikin während des G20-Gipfels in Bali im November 2022 erklärte, ist die Einführung globaler digitaler Gesundheitszertifikate ein Hauptziel bei der Überarbeitung der IGV (2005). Indonesien selbst hat bereits mit der Umsetzung obligatorischer digitaler Gesundheitszertifikate begonnen, indem eine App verwendet wird, die über Android und Apple heruntergeladen werden kann. Das Land ist ein Beispiel dafür, wie globale digitale Gesundheitszertifikate, wenn sie über die IHR-Änderungen angenommen werden, von den Machthabern missbraucht werden können, um Menschen, einschließlich Kinder, zur Inanspruchnahme medizinischer Behandlungen zu zwingen, ihre Bewegungsfreiheit einzuschränken und den persönlichen Gebrauch bestimmter zu erzwingen digitale Apps zu nutzen und damit private (Gesundheits-)Daten zu schürfen.

Ab Januar 2023 für die (Wieder-)Einreise in das Land Indonesien erlegt seinen eigenen Staatsangehörigen ab 18 Jahren – entgegen wissenschaftlichen Erkenntnissen und ethischen Grundsätzen – die Verpflichtung auf, den Nachweis zu erbringen, dass sie drei Dosen einer COVID-19-Impfung erhalten haben und die sogenannte Peduli Lindungi (Bürgergesundheits-App) mit persönlichen Daten und Impfstatus installieren zu lassen (vgl. Indonesische Botschaft 2023). Für Passagiere auf Inlandsflügen, Zügen und Fähren müssen Kinder im Alter von 6 bis 17 Jahren eine Impfung gegen COVID-19 (obwohl kontraindiziert und potenziell schädlich) nachweisen, Personen ab 12 Jahren müssen diesen Nachweis über das Peduli Lindungi vorlegen Citizen Health App (vgl. UK.GOV 2023).

„Also lassen Sie uns ein digitales Gesundheitszertifikat von der WHO anerkennen lassen. Wenn Sie ordnungsgemäß geimpft oder getestet wurden, können Sie sich frei bewegen. [...] Indonesien hat es geschafft, die G20-Länder haben zugestimmt, dieses digitale Zertifikat nach WHO-Standards zu haben, und wir werden es der nächsten Weltgesundheitsversammlung in Genf als Überarbeitung [der] Internationalen Gesundheitsvorschriften vorlegen.“

— Indonesischer Gesundheitsminister Sadikin (November 2022)

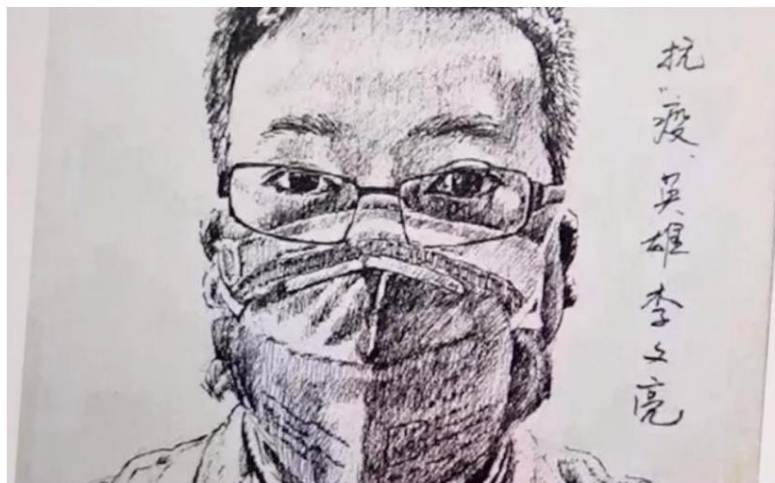
Digitale Gesundheitszertifikate sind ein Instrument zur Ermächtigung weniger und zur Unterwerfung der Masse. Die digitale Gesundheit im Allgemeinen wird auch zu einer Industrie, in der private Patientendaten zu einem Produkt in der Überwachungsökonomie werden. Die indonesische Regierung beispielsweise ist dabei, ihr gesamtes Gesundheitssystem zu digitalisieren, wofür sie unter anderem von der Bill & Melinda Gates Foundation unterstützt und koordiniert wird. Zu den Änderungen gehören die breite, teilweise vorgeschriebene Nutzung einer Bürgergesundheits-App und Anwendungen, die digitale Krankenakten von Einzelpersonen enthalten.

C. Dissens weltweit bekämpfen

Neben der Kontrolle über Maßnahmen und der Masseneinhaltung zielen die vorgeschlagenen Änderungen der IGV (2005) auch auf die Kontrolle über Informationen ab. Eingeführte Änderungen fordern „countering the dissemination of false and unreliable information“ (WHO 2023a: 25, 26) und die Stärkung der Kapazitäten der WHO auf globaler Ebene zur „counter misinformation and desinformation“ (ebd.: 40). Das IHRRC schlägt sogar vor, dass die WHO verpflichtet sein könnte, „Informationen aus anderen Quellen als den Vertragsstaaten zu überprüfen“ (WHO 2023: 21).

Das IHRRC erklärt, dass „Isinformation und Desinformation [...] das Vertrauen der Öffentlichkeit in und die Einhaltung von Regierungs- oder WHO-Richtlinien behindern können“ (WHO 2023: 21).

Weiter heißt es, dass grundlegende Menschenrechte wie Meinungs- und Pressefreiheit mit dem abgewogen werden müssen, was die WHO und die Regierungen zu jedem Zeitpunkt als genaue Informationen verkünden (vgl. ebd.: 21). Diese Erzählung ist gefährlich, antidemokratisch und das genaue Gegenteil dessen, was aufgrund der Lehren aus COVID passieren sollte.



Der SARS-CoV-2-Ausbruch könnte

schon früh eingedämmt werden konnten und die überwiegende Mehrheit der folgenden Ereignisse hätte verhindert werden können. Dies geschah nicht ausdrücklich aufgrund falscher und fataler

Anweisungen der Regierung und der WHO in den ersten Monaten des Ausbruchs des Coronavirus (der wahrscheinlich im September 2019 in Wuhan begann). Dies geschah auch ausdrücklich nicht, weil die chinesischen Regierungsbehörden die Meinungsfreiheit unterdrückten und alle Versuche von Krankenhausärzten an vorderster Front in Wuhan zensierten, die Welt Ende 2019 vor den ihrer Meinung nach schweren SARS-ähnlichen Symptomen bei ihren Patienten zu warnen. Whistleblower wie Dr.

Li Wenliang und seine Kollegen wurden festgenommen. Wie es ein Gastkommentar in The Guardian (2020: 1) ausdrückte: „Wenn China die Meinungsfreiheit wertschätzen würde, gäbe es keine Coronavirus-Krise.“

Der chinesische Whistleblower Li Wenliang gab eine Frühwarnung heraus, die von den Regierungsbehörden unterdrückt wurde.

Was das IHRRC auch nicht erwähnt, ist, dass die WHO den falschen Beamten förderte, während chinesische Whistleblower gegen die Zensur der Regierung kämpften, um die Welt zu warnen dass es im Fall von SARS keine Hinweise auf eine Mensch-zu-Mensch-Übertragung gebe

CoV-2, trotz klarer Gegenbeweise.

Im Verlauf der Pandemie unterstützte die WHO eine Reihe falscher Theorien. Der

Organisation zum Beispiel behauptete, dass COVID sei nicht in der Luft, und dieses Gegenteil verbreitete falsche Informationen, bis es gezwungen war, seine Position zu ändern, nachdem überwältigende wissenschaftliche Beweise für das Gegenteil vorliegen. Es spielte auch die Bedeutung der natürlichen Immunität herunter.



Dennoch versuchen die IHRRC und entsprechende Änderungen der IHR (2005), gefährliche Appelle an Autoritäten (Regierung und WHO) zu legitimieren und als neue Normen zu verankern sowie abweichende Meinungen zu unterdrücken. Dies bereitet den Boden dafür, dass die nächste möglicherweise lebensrettende Frühwarnung gegen staatliche Interessen – wie so oft – unterdrückt wird, sich als richtig erweisende abweichende Stimmen zensiert werden und Fehler der Behörden gerügt werden zerquetscht werden. All diese Dinge haben verheerende Folgen für das Wohlergehen von Gesellschaften und die Fähigkeit der Menschen, sich gegen staatliche Ungerechtigkeiten zu wehren. Der IHRRC-Bericht sowie die vorgeschlagenen IHR-Änderungen verbreiten die besorgniserregende, falsche, autoritäre und antiquierte Idee, dass einige wenige das Recht haben zu entscheiden, was wahr ist und was nicht, dass ihr Urteil endgültig und zweifelsfrei ist, selbst wenn sie es waren tausendfach als falsch erwiesen. Damit versuchen sie, ein antidemokratisches Monopol über den Inhalt und den Fluss von Informationen zu errichten.

D. Kartellrechte und Regulierung

Einige vorgeschlagene Änderungen zielen darauf ab, der WHO die Macht über die weltweite Identifizierung, Herstellung und Verteilung von Gesundheitsprodukten in Krisenzeiten zu übertragen (vgl. WHO 2023a: 13–14). Bei einer Annahme wäre die WHO in der Lage zu identifizieren, welche Produkte „sind

erforderlich, um auf Notfälle im Bereich der öffentlichen Gesundheit von internationaler Tragweite zu reagieren“ (ebd.: 13). Außerdem könnte es Staaten anweisen, „die Produktion von [handverlesenen] Gesundheitsprodukten zu steigern“ (ebd.: 13). Die eingereichten Änderungen besagen, dass die Vertragsstaaten auf „Ersuchen der WHO sicherstellen müssen, dass die Hersteller in ihrem Hoheitsgebiet die angeforderte Menge der Gesundheitsprodukte rechtzeitig an die WHO oder andere Vertragsstaaten gemäß den Anweisungen der WHO liefern, um eine wirksame Umsetzung der Zuteilungsplan“ (ebd.: 13). Das IHRRC stellt fest, dass „nicht ohne weiteres ersichtlich ist, ob Staaten dazu in der Lage sein könnten, ohne ihre innerstaatliche Regulierung privater Akteure, die in ihrem Hoheitsgebiet tätig sind, zu ändern“ (WHO 2023: 57).

Ein Änderungsvorschlag sieht eine Rolle für die WHO darin, auch standardisierte „Regulatory Guidelines for the Rapid Approval of Health Products of Quality“ zu schaffen (ebd.: 14).

In Bezug auf den letztgenannten Vorschlag zögert das IHRRC, da es „aus rechtlicher Sicht möglicherweise nicht ratsam ist, von der WHO die Entwicklung solcher Regulierungsrichtlinien zu verlangen, da die Haftung im Falle eines erheblichen Sicherheitsmangels, der nach der Markteinführung des Produkts auftritt, dann hauptsächlich auf sie fallen wird der Organisation“ (WHO 2023: 54).

Die Infrastruktur, die zur Umsetzung der Änderungen im Zusammenhang mit dem Zuweisungsmechanismus der WHO erforderlich ist, würde über das ergänzende Pandemieabkommen geschaffen. Letzteres würde im Falle einer Annahme das WHO Global Supply Chain and Logistics Network (auch bekannt als The Network) einrichten. Das Netzwerk wird im Abschnitt *Pandemievertrag (WHO CA+)* dieses Dokuments erörtert.

Ein zentraler Aspekt der vorgeschlagenen Änderungen, die sich auf den Zuteilungsmechanismus beziehen, ist der Gedanke, dass alle Gesundheitsmaßnahmen, die von den Vertragsstaaten selbst ergriffen werden, den Mechanismus der WHO im Allgemeinen nicht behindern dürfen (siehe Änderungen zu Artikel 43).

In diesem Fall legt der jeweilige Vertragsstaat der WHO Gründe vor. Dieser kann dann den Vertragsstaat auffordern, die Maßnahmen zu ändern oder aufzuheben. Erhebt der Vertragsstaat Einspruch, wird die Angelegenheit an den Notfallausschuss der WHO verwiesen, dessen Entscheidung endgültig ist. Der Vertragsstaat erstattet dann über die Umsetzung dieser Entscheidung Bericht. (WHO 2023a: 23–24)

E. Unaufgeforderte Angebote und Mitwirkungspflichten

Einige der vorgeschlagenen Änderungen der IGV begünstigen, falls sie angenommen werden, unaufgeforderte Angebote gegenüber potenziellen Hilfeempfängern *und* führen eine Verpflichtung zur Zusammenarbeit auf Seiten potenzieller Hilfeleistender ein.

Eine Änderung von Artikel 13 führt laut IHRRC „eine Verpflichtung ein für [a] Vertragsstaat, [ein] Hilfsangebot der WHO innerhalb von 48 Stunden anzunehmen oder abzulehnen, und wenn das Angebot abgelehnt wird, die Verpflichtung für den Vertragsstaat, der WHO die Gründe für die Ablehnung mitzuteilen.“ Das IHRRC erkennt an: „Die Verpflichtung der Vertragsstaaten, das Hilfsangebot der WHO anzunehmen oder die Ablehnung zu rechtfertigen, kann die Souveränität des betreffenden Vertragsstaats untergraben und riskiert, den Zweck und Geist echter Zusammenarbeit und Hilfe zu untergraben. Es ist das Vorrecht der Vertragsstaaten, Unterstützung zu erbitten oder anzunehmen, nicht Empfänger unaufgeforderter Angebote zu sein, verbunden mit der Verpflichtung, die Ablehnung zu begründen, und einem unrealistischen Zeitrahmen für die Beantwortung. Darüber hinaus ist der Vorschlag, dass die WHO die Gründe für die Ablehnung teilt, zwar zur Förderung der Transparenz gedacht, aber möglicherweise nicht förderlich für eine Atmosphäre, die die Zusammenarbeit fördert. Es könnte als Standardansatz des Misstrauens gegenüber Vertragsstaaten interpretiert werden, die Hilfsangebote ablehnen.“ (WHO 2023: 50)

In einem neuen Anhang 10 unter „Kooperationspflichten“ heißt es weiter: „Die Vertragsstaaten können die WHO oder andere Vertragsstaaten um Zusammenarbeit oder Unterstützung ersuchen [...]. Es ist die Pflicht der WHO und der Vertragsstaaten, an die solche Ersuchen gerichtet sind, unverzüglich auf solche Ersuchen zu reagieren und auf Ersuchen Zusammenarbeit und Unterstützung zu leisten. Jede Unfähigkeit, eine solche Zusammenarbeit und Unterstützung zu leisten, muss den ersuchenden Staaten und der WHO zusammen mit Gründen mitgeteilt werden.“ (WHO 2023a: 50) Die IHRRC stellt fest, dass die „Verpflichtungen, die in Absatz 1 dieses vorgeschlagenen neuen Anhangs festgelegt sind, absolut zu sein scheinen und bedingungslos“ (WHO 2023: 89).

F. Teilen von Krankheitserregerproben und genetischen Sequenzdaten

Es gibt eine Reihe widersprüchlicher Änderungen in Bezug auf die gemeinsame Nutzung von Erregerproben und genetischen Sequenzdaten (GSD) mit der WHO. Während ein Vorschlag besagt, dass die gemeinsame Nutzung genetischer Sequenzdaten (GSD) von Krankheitserregern nicht erforderlich ist, führt eine „große Gruppe von Änderungen [...] durch mehrere Vertragsstaaten die Verpflichtung der Vertragsstaaten ein, GSD mit der WHO zu teilen (obwohl ein anderer Wortlaut ist in verschiedenen Vorschlägen verwendet), sowie in einigen Fällen auch zusätzliche Daten auszutauschen“ und „ein Vorschlag [...] führt eine Verpflichtung für die WHO ein, Informationen, die sie gemäß diesem Absatz erhalten hat, mit allen Vertragsstaaten im Kontext von Forschung und Risiko auszutauschen Bewertungszwecke“ (WHO 2023: 38). Andere Vorschläge „führen eine spezifische Zusammenarbeit in Form des Austauschs von Erregerproben und GSD ein“ (ebd.: 70).

Während das IHRRC feststellt, dass „das Erfordernis der gemeinsamen Nutzung von Proben und der Übertragung von genetischem Material an die WHO Fragen des Mandats, der Fähigkeiten und der Verbindlichkeiten der WHO aufwerfen kann“ (ebd.: 39), würde der ergänzende Pandemievertrag, falls er angenommen wird, dies festlegen Pathogen Access and Benefit-Sharing System (PABS-System) der WHO für genau diesen Zweck, was die Biosicherheit und andere Sicherheitsbedenken aufwirft. Das PABS-System wird im Abschnitt *Pandemievertrag (WHO CA+)* dieses Dokuments weiter erörtert.

G. Missachtung der Menschenrechte

Es ist unwahrscheinlich, dass ein von Indien eingereichter Änderungsantrag weiterverfolgt wird, aber er erinnert eindringlich daran, dass die Rechte des Einzelnen, wie sie in der Erklärung der Menschenrechte von 1948 definiert sind, nicht als selbstverständlich angesehen werden können. Eine beträchtliche Anzahl von Regierungen weltweit glaubt nicht an diese Prinzipien. Gemäß Artikel 3 hat Indien den Vorschlag gemacht, die uneingeschränkte Achtung der Würde, der Menschenrechte und der Grundfreiheiten von Personen als Leitprinzipien der Internationalen Gesundheitsvorschriften zu streichen.

Article 3 Principles

1. The implementation of these Regulations shall be ~~with full respect for the dignity, human rights and fundamental freedoms of persons~~ **based on the principles of equity, inclusivity, coherence and in accordance with their common but differentiated responsibilities of the States Parties, taking into consideration their social and economic development.**

*Vorgeschlagene Änderung zur vollständigen Achtung der Würde,
Menschenrechte und Grundfreiheiten von Personen (WHO 2023a: 3)*

III. Pandemievertrag/Abkommen (WHO CA+)

Die Arbeit an einem Pandemievertrag der WHO wurde im Dezember 2020 vom Präsidenten des Europäischen Rates, Charles Michel, öffentlich vorgeschlagen. Die Initiative wurde von WHO-Generaldirektor Tedros Adhanom Ghebreyesus unterstützt. Der Pandemievertrag (derzeit als WHO CA+ bezeichnet) ist ein neues Instrument, das die IGV-Änderungen ergänzt. Der Pandemievertrag der WHO wird gemäß Artikel 19 (der sich auf die Annahme von Übereinkommen oder Vereinbarungen bezieht) der WHO-Verfassung zur Annahme erwogen, wobei zusätzlich die Eignung von Artikel 21 (der sich mit der Annahme von Verordnungen befasst) geprüft wird. Ein Zero-Entwurf des Vertrags wurde im Februar 2023 veröffentlicht.

Basierend auf dem Null-Entwurf würde der Vertrag, wenn er angenommen wird, eine neue supranationale Bürokratie schaffen. Das Leitungsgremium der neuen Bürokratie wäre die sogenannte Konferenz der Vertragsparteien (COP), die das einzige Entscheidungsorgan in Bezug auf Angelegenheiten im Zusammenhang mit dem Abkommen wäre. Im Folgenden werden einige der anderen Hauptpunkte des vorgeschlagenen Pandemieabkommens erörtert.

A. Anerkennung der Autorität der WHO und der globalen Gesundheitspolitik

Der vorgeschlagene Pandemievertrag (WHO CA+) würde, wenn er angenommen wird, der WHO ein erhebliches und unangemessenes Maß an Befugnissen übertragen. Vertragsparteien müssen laut Zero Draft die zentrale Rolle der WHO als „directing and coordinating Authority on global health“ (WHO 2023b: 5) sowie ihre zentrale Rolle „als dirigierende und koordinierende Behörde“ anerkennen zur internationalen Gesundheitsarbeit, zur Pandemieprävention, Bereitschaft, Reaktion und Wiederherstellung des Gesundheitssystems sowie zur Einberufung und Generierung wissenschaftlicher Beweise“ (ebd.: 4). Angesichts der kompromittierten, nicht gewählten und nicht rechenschaftspflichtigen Natur der WHO sollte keine solche allgemeine Autorität an die Organisation abgetreten werden.

Der Null-Entwurf verpflichtet die Vertragsparteien ferner, „zur Forschung beizutragen und die Politik über Faktoren zu informieren, die die Einhaltung öffentlicher Gesundheits- und Sozialmaßnahmen [wie das Tragen von Masken oder Lockdowns], das Vertrauen und die Akzeptanz von Impfstoffen [wie Pfizer und Moderna mRNA] behindern Produkte], Anwendung geeigneter Therapeutika und Vertrauen in Wissenschaft [WHO-Positionen] und staatliche Institutionen“ (ebd.: 24). Die Ergebnisse dieser Forschung werden verwendet, um zu versuchen, die Einhaltung zentralisierter Autorität und Richtlinien zu verbessern.



World Health Organizat...
@WHO

FACT: #COVID19 is NOT airborne.

The #coronavirus is mainly transmitted through droplets generated when an infected person coughs, sneezes or speaks.

To protect yourself:

- keep 1m distance from others
- disinfect surfaces frequently
- wash/rub your hands
- avoid touching your face

Readers added context they thought people might want to know

Scientific understanding of COVID-19 has evolved. It's now understood that the virus can be transmitted through aerosols that can remain suspended in the air for hours:
[cdc.gov/coronavirus/20...](https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-nCoV/)

This tweet provides information that was not conclusively proven at the time, and is now confirmed false.

WHO- Faktencheck vom 28. März 2020, selbst als falsch erwiesen

Konfliktformen wird nicht berücksichtigt. Beide vorgeschlagenen Instrumente enthalten den Standpunkt, dass einer nicht rechenschaftspflichtigen, kompromittierten supranationalen Organisation wie der WHO und nationalen Regierungen die Rolle von Schiedsrichtern über die Gültigkeit von Informationen eingeräumt werden sollte – mit Auswirkungen, die über die öffentliche Gesundheit hinausgehen.

C. Globales Lieferketten- und Logistiknetzwerk der WHO

Der Pandemievertrag würde, falls er angenommen wird, das Globale Lieferketten- und Logistiknetzwerk der WHO (das Netzwerk) einrichten. Während Mechanismen zur Erleichterung der gerechten und zeitnahen weltweiten Versorgung mit Arzneimitteln und anderen Gesundheitsprodukten, die für die Prävention und Behandlung von Krankheiten benötigt werden, wie in Artikel 6 beschrieben, von wesentlicher Bedeutung sind, geben die kompromittierte Natur der WHO sowie die während COVID gewonnenen Erkenntnisse Anlass zu Zweifeln ob solche Mechanismen der WHO anvertraut oder einer anderen zentralisierten Behörde unterstellt werden sollten.

B. Weltweit gegen abweichende Meinungen vorgehen und *Profile* identifizieren

Wie einige der eingereichten Änderungsanträge zum Inter

National Health Regulations (2005), der Null-Entwurf des Pandemie-Abkommens gemäß Artikel 17, fördert die Bekämpfung dessen, was die WHO als „falsche, irreführende, Fehlinformation oder Desinformation“ ansieht, einschließlich durch die Förderung der internationalen Zusammenarbeit.

(WHO2023b: 23). Der Vertragsentwurf geht über die vorgeschlagenen Änderungen hinaus, indem er auch die ausdrückliche Identifizierung von „Profilen von Fehlinformationen“ fordert (ebd.: 23).

Weder der Entwurf des Pandemievertrags noch die vorgeschlagenen Änderungen der IGV (2005) zeigen eine Anerkennung der Tatsache, dass die WHO und die Exekutive selbst während der COVID-Pandemie und darüber hinaus erhebliche Mengen falscher und irreführender Informationen verbreitet haben.

Auch der regelmäßige Einsatz systematischer Propaganda durch Regierungen vor, während und nach Kriegen sowie anderen

Es besteht die reale Gefahr, dass das WHO Global Supply Chain and Logistics Network – anstatt die Produkte zu vertreiben, die am besten funktionieren und die höchsten Sicherheitsprofile aufweisen, bei denen es sich in einigen Fällen um patentfreie Arzneimittel und nicht patentierbare Wirkstoffe handeln kann – dazu verwendet wird, ausgewählte Produkte zu pushen profitable pharmazeutische Produkte mit wenig verstandenen Sicherheitsprofilen auf ein breiteres Spektrum der Weltbevölkerung, insbesondere wenn die ergänzenden Änderungen der IGV (2005) verabschiedet werden, die der WHO mehr Befugnisse dazu verleihen. Öffentliche Gelder könnten über das WHO-Netzwerk systematisch an ausgewählte Interessengruppen umverteilt werden. Diese öffentlichen Gelder und Verteilungsmechanismen könnten besser bei verschiedenen gemeinnützigen Organisationen platziert und ihnen anvertraut werden, die nachweislich Unternehmensinteressen standhalten, angemessene Reaktionskapazitäten vor Ort bieten und denen schutzbedürftige Bevölkerungsgruppen vertrauen.

D. Standardisierung der Regulierung und Beschleunigung der Zulassung

Artikel 8 des Vertragsentwurfs zielt auf die Harmonisierung regulatorischer Anforderungen auf internationaler und regionaler Ebene sowie auf eine Beschleunigung der Zulassung und Zulassung neuartiger Produkte für den Notfalleinsatz während einer Pandemie. Dieser Teil des vorgeschlagenen Vertrags entspricht einer Kampagne der Coalition for Epidemic Preparedness Innovations (CEPI) unter der Leitung von Richard Hatchett, der einst unter Anthony Fauci arbeitete. CEPI wurde 2017 vom privaten, nicht rechenschaftspflichtigen World Economic Forum (WEF), der Bill & Melinda Gates Foundation und anderen gegründet, um die Entwicklung von Impfstoffen zu beschleunigen und den Prozess auf nur 100 Tage zu verkürzen. Im Vergleich dazu dauert die reguläre Impfstoffentwicklung 5 bis 10 Jahre, in denen Sicherheit und Wirksamkeit in klinischen Studien bewertet, behördliche Zulassungsverfahren durchlaufen und eine großflächige Herstellung eingeleitet werden.

Während potenzielle Therapeutika denen, die sie in lebensbedrohlichen oder lebensverändernden Situationen ausprobieren möchten, schneller zur Verfügung gestellt werden sollten (Right to Try), zeigen die Lehren aus der COVID-Pandemie, dass regulatorische Standards für die Zulassung neuartiger Produkte reduziert werden müssen sich noch in einer experimentellen Phase befindet, birgt erhebliche und sogar fatale Sicherheitsrisiken, insbesondere wenn das Potenzial schwerwiegender Nebenwirkungen von Regierungen und privaten Interessengruppen, die finanziell in diese Produkte investiert haben, zensiert wird. Eine zusätzliche Besorgnis bezieht sich auf die Tatsache, dass Regierungen, die in wenig verstandene, schnelle experimentelle mRNA-COVID-Produkte investierten, die für den Notfall zugelassen waren, versuchten, ihre Aufnahme durch systematischen Zwang und Propaganda zu erzwingen. Die daraus resultierenden politischen Pathologien, die sich gegen Personen richteten, die einer Injektion nicht zustimmten, wurden heute von weltbekannten Ärzten und Wissenschaftlern die mRNA COVID

Produkte, die aufgrund umfassender Sicherheitsbedenken und mangelnder Wirksamkeit gegen die Übertragung vom Markt genommen werden.

Generell ist es ratsam, ein individuelles „Right to Try“ in Bezug auf neuartige Therapeutika zu verankern und gleichzeitig zu verhindern, dass vorsichtige regulatorische Anforderungen bei einer breiteren Zulassung ausgehöhlt werden.

E. Unterstützung der Gain-of-Function-Forschung

Der Vertragsentwurf erklärt, dass bei „Labors und Forschungseinrichtungen, die Arbeiten zur genetischen Veränderung von Organismen durchführen, um ihre Pathogenität und Übertragbarkeit zu erhöhen“, Standards eingehalten werden sollten, um „eine unbeabsichtigte Freisetzung dieser Krankheitserreger zu verhindern“, dies jedoch erforderlich ist sicherzustellen, dass „diese Maßnahmen keine unnötigen administrativen Hürden für die Forschung schaffen“ (ebd.: 16).

Die im Vertragsvorschlag verankerte Unterstützung der Gain-of-Function-Forschung ist höchst problematisch, da die Risiken, die mit unethischer Gain-of-Function-Forschung an pandemisch potenziellen Krankheitserregern (PPPs) wie SARS verbunden sind, den Nutzen deutlich überwiegen. Kahn (2023: 1) erklärt, wie „wie Ikarus, der zu nahe an die Sonne fliegt, einige Wissenschaftler, die in Labors arbeiten, das Schicksal vorangetrieben haben, indem sie Krankheitserreger (dh Mikroben, die Menschen krank machen) geschaffen haben, die gefährlicher sind als die in der Natur vorkommenden. [...] Bei der Gain-of-Function-Forschung geht es darum, Mikroben wie Bakterien und Viren verbesserte Fähigkeiten zu verleihen, die sie normalerweise in der Natur nicht besitzen. Diese Forschung erhält derzeit fast keine nationale oder internationale Aufsicht.“

SARS-CoV-2 wurde am Wuhan Institute of Virology in China genetisch verändert; Laut dem ehemaligen CDC-Direktor Robert Redfield ist es wahrscheinlich, dass US-Steuergelder für die Gain-of-Function-Forschung bezahlt wurden, die das Virus hervorgebracht hat. Die Pandemie, die aller Wahrscheinlichkeit nach aus einem wissenschaftlich hergestellten SARS-CoV-2 resultierte, tötete laut WHO weltweit etwa 6,8 Millionen Menschen und führte zu einem Eingriff in grundlegende Menschenrechte. Das vorgeschlagene Pandemieabkommen offenbart eine besorgniserregende Missachtung der wahrscheinlichen Laborursprünge der COVID-Pandemie und der außergewöhnlichen Verwüstung, die aufgrund von Gefahren für die biologische Sicherheit im Zusammenhang mit der Funktionsgewinnforschung verursacht werden kann. Die Welt könnte Zeuge des Ausbruchs oder der Freisetzung eines wesentlich tödlicheren, vom Menschen hergestellten Virus als SARS CoV-2 werden. Als Beispiel stellt Kahn (2023: 1) fest:

„Mit einer Sterblichkeitsrate von ungefähr 56 Prozent ist das Vogelgrippevirus H5N1 viel tödlicher als SARS-CoV-2, das eine geschätzte Sterblichkeitsrate von unter 2 Prozent hat.

Das Vogelgrippevirus H5N1 trat erstmals 1997 in Hongkong bei infizierten Vögeln auf, konnte sich jedoch nicht ohne Weiteres von Säugetier zu Säugetier ausbreiten.

Sobald ein Krankheitserreger die Fähigkeit erlangt, sich leicht von Säugetier zu Säugetier zu verbreiten, steigt das Risiko, dass er sich auf den Menschen ausbreitet. Auftritt Ron Fouchier, ein Virologe vom Erasmus Medical Center in den Niederlanden. Im Jahr 2011 beschlossen er und seine Kollegen, dem Vogelgrippevirus H5N1 die verbesserte Fähigkeit zur Verbreitung über die Luft zwischen Säugetieren zu verleihen.“

F. Teilen von Krankheitserregerproben und genetischen Sequenzdaten

Der Pandemievertrag würde, falls er angenommen wird, ein Pathogen Access and Benefit Sharing System (PABS-System) der WHO einrichten, das ein geschäftliches Element enthält und für alle Vertragsstaaten zugänglich ist. Artikel 10 besagt:

„1. Die Notwendigkeit eines multilateralen, fairen, gerechten und zeitnahen Systems für den gleichberechtigten Austausch von Krankheitserregern mit pandemischem Potenzial und genomischen Sequenzen sowie den sich daraus ergebenden Vorteilen, das sowohl in interpandemischen als auch in pandemischen Zeiten gilt und funktioniert, wird hiermit anerkannt. Zu diesem Zweck wird vereinbart, das Pathogen Access and Benefit-Sharing System der WHO (das „PABS-System“) im Rahmen dieser WHO CA+ einzurichten. [...]

(2) Das PABS-System umfasst alle Krankheitserreger mit Pandemiepotenzial, einschließlich ihrer Genomsequenzen, sowie den Zugang zu Vorteilen, die sich daraus ergeben, und stellt sicher, dass es synergetisch mit anderen einschlägigen Zugangs- und Vorteilsausgleichsinstrumenten funktioniert. [...]

Der erleichterte Zugang wird gemäß einer Standard-Materialübertragungsvereinbarung bereitgestellt, deren Form im PABS-System dargelegt wird und die die Optionen für den Vorteilsausgleich enthält, die Unternehmen zur Verfügung stehen, die auf Krankheitserreger mit Pandemiepotenzial zugreifen [...] Das PABS-System [...] wird effektive, standardisierte globale und regionale Plattformen in Echtzeit fördern, die auffindbare, zugängliche, interoperable und wiederverwendbare Daten fördern, die allen Parteien zur Verfügung stehen.“ (WHO 2023b: 17)

Während der Zugang zu genetischen Sequenzdaten beispielsweise für den raschen Aufbau von Testkapazitäten wichtig ist, stellt das PABS-System, wie es derzeit vorgeschlagen wird und allen Vertragsstaaten – einschließlich Diktaturen, Kriegsländern und staatlichen Unterstützern des Terrorismus – zugänglich ist, eine Belastung dar. Der Entwurf des Pandemievertrags geht nicht auf die erheblichen Auswirkungen auf die Sicherheit ein, die mit der Weitergabe potenzieller Pandemieerreger (PPPs) und ihrer genetischen Sequenzdaten verbunden sind. Das PABS-System schafft ein zusätzliches Biosicherheitsrisiko zu dem Risiko, das sich aus bestehenden nationalen und internationalen Forschungsergebnissen erg

wobei die Aufsicht noch weniger angemessen ist, als sie es bereits ist. Die WHO hat nicht die Kapazitäten zu garantieren, dass Daten oder Material nicht in die falschen Hände geraten. Das vorgeschlagene PABS-System sendet außerdem das falsche Signal, da es die Ausweitung der Gain-of-Function-Forschung fördern könnte, wenn sie eingeschränkt und gestoppt werden sollte. Die WHO hat keine Mittel, um sicherzustellen, dass geteilte Materialien oder Daten nicht für wissenschaftliche Zwecke verwendet werden Experimente, die neue Gefahren schaffen.

G. One Health und Pandemie-/Epidemie-Ursachenanalyse

Der One-Health-Ansatz – ein relativ neuer Begriff – wurzelt in älteren Konzepten, die eine enge Verbindung zwischen der Gesundheit von Menschen, Tieren und Ökosystemen anerkennen. Unter dem One-Health-Ansatz wird Expertise in diesen Bereichen integriert. Das Wohlergehen von Menschen, Tieren und Ökosystemen ist eng miteinander verbunden. Eine Vielzahl von Organisationen wie die WHO versuchen jedoch, dieses Verständnis für ihre eigenen politischen Zwecke zu missbrauchen.

Der Nullentwurf des WHO-Vertrags verwendet eine One-Health-Sprache, um den Fokus auf die Mensch-Tier-Umwelt-Schnittstelle als Ursprung von Infektionskrankheiten und Pandemien zu lenken. Als „Treiber für das Auftreten und Wiederauftreten von Krankheiten an der Mensch-Tier-Umwelt-Schnittstelle“ werden darin insbesondere „Klimawandel, Landnutzungsänderung, Wildtierhandel, Wüstenbildung und antimikrobielle Resistenz“ identifiziert (WHO 2023b: 24).

Artikel 18 verpflichtet die Vertragsstaaten „im Kontext der Pandemieprävention, -vorsorge, -reaktion und -wiederherstellung der Gesundheitssysteme, einen „Eine-Gesundheit“-Ansatz zu fördern und umzusetzen, der [...] zwischen allen relevanten Akteuren koordiniert und kooperativ ist“ (WHO 2023b: 24) und „den One-Health-Ansatz auf nationaler, subnationaler und Einrichtungsebene zu berücksichtigen“ (ebd.: 25). Die Vertragsstaaten erkennen durch den Vertrag auch die Bedeutung der sogenannten Quadripartite an, die sich aus der WHO, der Ernährungs- und Landwirtschaftsorganisation der Vereinten Nationen, der Weltorganisation für Tiergesundheit und dem Umweltprogramm der Vereinten Nationen zusammensetzt, um Probleme im Zusammenhang mit One Health anzugehen.

Der Zero-Entwurf des Abkommens lenkt durch seine einseitige Fokussierung von der Gain-of-Function-Forschung als dem wahrscheinlichsten Ursprung der COVID-Pandemie ab. In einem Video, das von der WHO veröffentlicht wurde, um Unterstützung für das Pandemieabkommen zu gewinnen, spricht Generaldirektor Tedros Adhanom Ghebreyesus in ähnlicher Weise über Pandemien als „eine allgemeine Bedrohung, die wir nicht vollständig geschaffen haben und die wir nicht vollständig kontrollieren können – eine Bedrohung, die von unserer Beziehung zur Natur ausgeht selbst [diese Worte sind zu einem Video von zwei jungen Menschen bei einem Waldspaziergang vertont]“. Darauf folgt ironischerweise: „Es ist wichtig, dass wir alle eine m

ehrlische Einschätzung der [COVID]-Pandemie und lernen Sie daraus, damit wir dieselben Fehler nicht noch einmal wiederholen. Wir sind es den Millionen schuldig, die wir verloren haben“. Diese Erzählung stellt keine ehrliche Einschätzung der COVID-Pandemie und ihrer Ursprünge dar und offenbart gleichzeitig ein problematisches, einseitiges Verständnis der Rolle der Natur für die menschliche Gesundheit.

Obwohl Gefahren für die menschliche Gesundheit in der Natur zu finden sind, ist sie auch eine wesentliche Quelle und treibende Kraft für die menschliche Gesundheit.

Der Zero-Entwurf des Abkommens adressiert durch seine einseitige Ausrichtung eine Reihe von Faktoren der Entstehung und Persistenz schwerer Infektionskrankheiten nicht. Neben Laborexperimenten zu Pandemie-Potenzial-Erregern (PPPs), die später auslaufen, können dies die Ausbreitung explizit menschlicher Krankheitserreger und das Fehlen von Behandlungsangeboten sein. Beispielsweise ist die tödlichste Infektionskrankheit, die jedes Jahr etwa 1,6 Millionen Menschen tötet, die menschliche Tuberkulose, die durch einen hauptsächlich menschlichen Krankheitserreger verursacht wird, der es seit einem Großteil der Menschheitsgeschichte gibt. Tuberkulose ist in den meisten Fällen heilbar, jedoch fehlt es fatal an einer adäquaten Versorgung

Behandlung.

Der One-Health-Ansatz nimmt bei richtiger Anwendung einen zentralen Platz bei der Prävention einer Reihe von Infektionskrankheiten und gesundheitlichen Notfällen ein. Es ist jedoch ratsam, wichtige Ursachen und Träger von Epidemien und Pandemien nicht aus der Gleichung auszuschließen, die normalerweise nicht darunter fallen.

Bemerkenswert ist weiter, dass der Zero-Entwurf des WHO-Vertrags zwar ideologisch auf One Health und die Mensch-Tier-Umwelt-Schnittstelle fokussiert, aber ein mangelhaftes Verständnis dieses Ansatzes zu fördern scheint. Darin heißt es zum Beispiel, „dass die meisten neu auftretenden Infektionskrankheiten ihren Ursprung bei Tieren haben, einschließlich wild lebender und domestizierter Tiere“ (WHO 2023b: 6), ohne die Tatsache zu erwähnen, dass die Schwere neu auftretender Stämme ein geeigneterer Indikator für die Relevanz ist als die Anzahl, und dass in vielen (wenn auch nicht allen) Fällen schwerwiegendere Bedrohungen nicht von den Tieren selbst ausgehen, sondern von der übermäßigen, unnatürlichen Misshandlung von Tieren durch Menschen.

Ein Beispiel ist die Massentierhaltung, in der Tiere ihrer natürlichen Lebensräume beraubt und stattdessen zu Zehntausenden in Käfigen in Innenräumen mit schlechten sanitären Bedingungen und Abfallentsorgung eingesperrt werden. Einige Experten haben argumentiert, dass die A/H1N1-Pandemie von 2009 ihren Ursprung in Fabrikfarmen gehabt haben könnte. (Andere meinen, es könnte unbeabsichtigt von Wissenschaftlern erzeugt worden sein, die sich mit rekombinanter Virusforschung mit H1N1 befassen.) BSE und seine menschliche Variante, eine Form der Creutzfeldt-Jakob-Krankheit (vCJD), haben ihren Ursprung in Kühen, die sich zusammen mit anderen natürlich von Gras ernähren auftreten

Vegetation in der Natur, in der Massentierhaltung verarbeitete Tierhirne zu essen.

In Bezug auf den hoch pathogenen Vogelgrippe-Stamm (HPAI) H5N8 kommt die Scientific Task Force on Avian Influenza (2016: 1) zu dem Schluss, dass typische Ausbrüche dieser gefährlichen Art „mit intensiver Geflügelproduktion [Farmfarmen] und dem damit verbundenen Handel und Marketing verbunden sind Systeme mit Verbreitung von HPAI über kontaminiertes Geflügel, Geflügelprodukte und unbelebte Gegenstände“. Wildvögel hingegen sind „ein Reservoir für [nur] gering pathogene Virusstämme, mit geringer Prävalenz“ (ebd.: 3). Marius Gilbert, Epidemiologe an der Université Libre de Bruxelles in Belgien, erklärt: „Die meisten Viren, die in Wildvögeln zirkulieren, sind wenig gefährlich und verursachen nur milde Auswirkungen.“ durch evolutionären Wandel, meist verbunden mit den Bedingungen, unter denen die Tiere gehalten werden. Wir haben gesehen, wie niedrig pathogene Viren in landwirtschaftlichen Betrieben an Pathogenität gewannen.“ (Vidal 2021: 1) Was in der Natur meist ein mildes Virus für die betroffenen Tiere mit geringer Prävalenz bei Wildvögeln und geringer Ausbreitungsfähigkeit zwischen Säugetieren ist, hat der Mensch gleichzeitig über die industrielle Tierhaltung in hochvirulente, tödliche Formen verwandelt Zeit, um luftübertragene Formen zu schaffen, die durch Tierversuche in der Gain-of-Function-Forschung von Säugetier zu Säugetier hochgradig übertragbar sind. Infolgedessen hat die Vogelgrippe jetzt das Potenzial, zu einer Pandemie zu werden, die schlimmer ist als COVID-19.

Die Massentierhaltung ist auch ein bedeutender Faktor für antimikrobielle Resistenz (AMR), da die überwiegende Mehrheit der hergestellten Antibiotika (etwa 75 % weltweit) in Massentierhaltungen für Tiere verwendet werden, die in unnatürlichen und unhygienischen Lebensbedingungen leben, in denen Krankheitserreger Resistenzen entwickeln. Schätzungen zufolge starben allein im Jahr 2019 1,27 Millionen Menschen an antimikrobieller Resistenz (vgl. RKI 2022: 2).

Insgesamt geht der Vertragsentwurf nicht auf zentrale mögliche Ursachen für das Entstehen (etwa Laborlecks aus der Gain-of-Function-Forschung) und das Fortbestehen (etwa mangelnde Behandlungsmöglichkeit der menschlichen Tuberkulose) tödlicher Infektionskrankheiten ein nicht in erster Linie mit der Mensch-Tier-Umwelt-Schnittstelle verbunden sind, während wesentliche Grundsätze eines One-Health-Ansatzes außer Acht gelassen werden.

IV. Ablehnung der Monopolmacht über die globale Gesundheit

A. Die Bedrohung durch Monopole

Monopolmächte werden mit der Begründung entmutigt, dass die Menschen freie Wahl haben sollten und dass niemand den Wettbewerb mit ihren eigenen Entwürfen verhindern sollte. [...] Das Monopolsystem ist ein gefräßiges Biest, ein Kreislauf, der Geld in Macht verwandelt, in Geld in Macht. Wir müssen den Kreislauf durchbrechen.

Electronic Frontier Foundation (2021)

Demokratie wird bewahrt, indem demokratische Grundwerte auch in Krisenzeiten gewahrt, Machtkonzentrationen in den Händen weniger verhindert und Monopole aufgebrochen werden. Der Richter am Obersten Gerichtshof der USA, Louis Brandeis, warnte vor einem Jahrhundert, dass wir entweder Reichtum (und damit Macht) in den Händen weniger oder Demokratie konzentrieren können, aber dass wir nicht beides haben können. US-Präsident Franklin Roosevelt erklärte ähnlich: „Die erste Wahrheit ist, dass die Freiheit einer Demokratie nicht sicher ist, wenn die Menschen das Anwachsen privater Macht bis zu einem Punkt tolerieren, an dem sie stärker wird als ihr demokratischer Staat selbst.“

Antimonopolssysteme schützen nicht nur Demokratien, sondern ermöglichen auch die freie Wahl unter konkurrierenden Ideen, erfordern unabhängiges Denken, führen zur Schaffung freier Organisationen, lokaler Eigenverantwortung, Innovation und Qualität der Dienstleistungen. Ohne geballte Macht wird es schwieriger, politische Prozesse zu korrumpieren, die Wissenschaft zu kompromittieren, Informationen zu kontrollieren, Wettbewerb zu unterdrücken und Wahlmöglichkeiten zu beseitigen. Unabhängige Akteure und Organisationen, die keiner zentralisierten Machtstruktur verpflichtet sind, haben sich weiterhin als wesentlich erwiesen, um Ungerechtigkeiten herauszufordern und zu bekämpfen, die auf Machtmissbrauch zurückzuführen sind, der in der Menschheitsgeschichte allgegenwärtig ist.

Im Bereich der globalen Gesundheit kann Monopolmacht, die von Natur aus die Wahlmöglichkeiten einschränkt, konkurrierende Lösungen erstickt, die Wissenschaft korrumpiert, politische Prozesse kompromittiert, versucht, den Informationsfluss zu kontrollieren und abweichende Meinungen zu unterdrücken, besonders schädlich sein, da der Bereich am meisten berührt Grundbedürfnisse des Menschen. Aus diesem Grund kann die internationale Zusammenarbeit und das Teilen zum Nutzen der globalen Gesundheit nicht verbessert werden, indem man einer nicht gewählten, nicht rechenschaftspflichtigen und kompromittierten supranationalen Organisation wie der WHO konzentrierte Macht zuweist. Es müssen unterschiedliche Lösungsformen gesucht und entwickelt werden, um die globalen Herausforderungen zu bewältigen

Gesundheit.

B. Wer leitet die WHO – strukturelle Realität

Die einst edle Idee einer globalen Gesundheitsorganisation, die im besten Interesse der Menschheit arbeitet, wurde durch eine Einheit ersetzt, die weitgehend von den finanziellen und ideologischen Interessen übermächtiger privater Interessengruppen und einer Handvoll mächtiger Staaten angetrieben wird.

Die Weltgesundheitsorganisation steuert einen Kurs, der die Interessen einiger weniger ausbalanciert mächtige Länder wie die Vereinigten Staaten und Deutschland (zwei Top-Spender), große private Spender (hauptsächlich die Bill & Melinda Gates Foundation und der von Gates finanzierten GAVI Allianz) und China. Im Zeitraum 2020 bis 2021 führten Deutschland und die Europäische Kommission Spenden mit 1.732 Millionen US-Dollar an, gefolgt von Gates-dominierten Unternehmen mit 1.183 Millionen US-Dollar und den Vereinigten Staaten mit 693 Millionen US-Dollar (vgl. WHO 2023c). China ist mit einem Beitrag von 168 Millionen US-Dollar der elftgrößte Geber, hat aber erheblichen geopolitischen Einfluss, inkl. in der Weltgesundheitsversammlung.

Die WHO unterscheidet zwischen festgelegten Beiträgen (AC) und freiwilligen Beiträgen (VC). Die veranlagten Beiträge ergeben sich aus einem Prozentsatz des Bruttoinlandsprodukts jedes Mitgliedstaats und decken weniger als 20 % des gesamten Budgets der WHO ab. Freiwillige Beiträge (VC) kommen von Mitgliedsstaaten, privaten Stiftungen und der Industrie. Sie machen über 80 % des Budgets aus. Nahezu 90 % der freiwilligen Beiträge sind zweckgebunden für bestimmte Programme und Standorte. (vgl. WHO 2023d) In der Vergangenheit stammten 80 % des gesamten Budgets der WHO aus veranlagten Beiträgen, über deren Verwendung die WHO entschied, während nur 20 % zweckgebundene freiwillige Beiträge waren (vgl. Mischke & Pinzler 2017).

Da Gelder jetzt mit Vorbehalten versehen sind, ist die Organisation in einer Reihe von Fragen kompromittiert, die die Interessen ihrer Spender betreffen. Die Privatwirtschaft und auch die meisten staatlichen



WHO-Generaldirektor Tedros Adhanom Ghebreyesus posiert auf Twitter zur Unterstützung des neuen Buches von Bill Gates.

Akteure, die an entsprechende Unternehmen gebunden sind (z. B. deutsche Unternehmen wie Bayer, die Monsanto, BioNTech oder Boehringer Ingelheim gekauft haben; US-Unternehmen wie Pfizer, Moderna, Merck oder Johnson & Johnson) werden sich wahrscheinlich nicht einmischen, es sei denn, es werden potenzielle Gewinne – finanzielle oder andere – erzielt beteiligt. Margret Chan, die frühere Generaldirektorin der WHO, sagte 2015: „Ich muss meinen Hut nehmen und um die Welt reisen, um Geld zu betteln, und wenn sie uns das Geld geben, [es ist] stark mit ihren Vorlieben verbunden, was Sie mögen. Es ist vielleicht nicht die Priorität der WHO, also werden wir nicht so großartig sein, wie wir es waren, wenn wir das nicht lösen.“ (Frank 2018)

Eine Reihe führender globaler Gesundheits- und Kartellexperten sowie internationaler Organisationen fordern seit langem eine umfassende Reform der WHO. Besonders kritisch äußerten sie sich im Hinblick auf den erheblichen Einfluss privater Konzerninteressen und des Gates-Konzerns auf die Organisation.

Nachdem Gates wegen unrechtmäßiger Monopolisierung gegen sein Unternehmen im Fall Vereinigte Staaten gegen Microsoft Corporation angeklagt worden war, verlagerten sich seine Bemühungen auf die Konzentration der Macht in anderen Bereichen, insbesondere in der globalen öffentlichen Gesundheit und in der Landwirtschaft. Die Bill & Melinda Gates Foundation ist der zweitgrößte Spender der WHO, während Gates auch The Vaccine Alliance (GAVI) und CEPI gründete und mitfinanzierte. Da die Beiträge des Gates-Konglomerats zweckgebunden für bestimmte Projekte sind, entscheidet nicht die WHO, wie das jeweilige Geld ausgegeben wird, sondern Gates. Folglich bezahlt er die WHO dafür, ihre Infrastruktur, ihr Personal und ihr internationales Ansehen für seine Zwecke zu nutzen, und verwandelt sie in eine Vertragsorganisation. James Love (Knowledge Ecology International) – der an der Einleitung des Kartellverfahrens gegen Microsoft in den Vereinigten Staaten beteiligt war, zuvor mit Ärzte ohne Grenzen zusammengearbeitet und eine entscheidende Rolle im Kampf um die Zugänglichmachung antiretroviraler Behandlungen in Afrika gespielt hat – sagt, dass Mitarbeiter von Gates kommen mit einer expliziten Agenda und glaubt, dass die Menschen im Allgemeinen nicht verstehen, was der Einfluss, der von der Gates Foundation ausgeht, in der Praxis bedeutet. Bill Jeffery (Zentrum für Gesundheit, Wissenschaft und Recht) führt aus, dass die WHO in Bezug auf die Gates-Stiftung Finanzmittel von einer Organisation annimmt, deren finanzielles Wohlergehen vom Erfolg der Industrie für verarbeitete Lebensmittel und pharmazeutische Arzneimittel abhängt. Gleichzeitig haben eine Reihe führender Mitarbeiter der Gates Foundation zuvor für Monsanto (jetzt Bayer) gearbeitet, das Glyphosat herstellt und durch genetische Veränderung eine globale Monopolstellung über Saatgut anstrebt. Dementsprechend hat die Gates Foundation ein Interesse daran, dass die WHO bestimmte pharmazeutische sowie chemische Produkte fördert und deren starre Regulierung verhindert.

Thomas Gebauer (medico international) kritisiert die übermäßige Ermessenskompetenz einer einzelnen, nicht gewählten, nicht rechenschaftspflichtigen Person über ein globales Gremium: „Das ist eine Manifestation feudaler Strukturen. Wir müssen uns als demokratische Gesellschaften stellen welche Art von Prozessen wir inzwischen zugelassen haben.“ (Mischke & Pinzler 2017)

Die Unternehmen von Gates sind zwar die am weitesten verbreiteten, aber nicht die einzigen privaten Unternehmen, die die WHO kompromittieren. Auch einige private Stiftungen wie die Rockefeller Foundation sind in geringerem Umfang in die WHO investiert. Pharmakonzerne selbst spenden Millionen von US-Dollar an die supranationale Einrichtung in zeitlichem zeitlichem Abstand zu Entscheidungen der WHO, die sie betreffen könnten. Die WHO schätzt ihre langjährigen Beziehungen zur Industrie und bezeichnet sie als Partner. Selbst die höchsten staatlichen Beitragszahler, von denen die meisten ihre freiwilligen Beiträge zweckgebunden zahlen, sind an bestimmte Unternehmen gebunden, was sie in erhebliche Konflikte bringt Interesse.

KM Gopakumar (Third World Network) stellt weiter fest, dass Sonderinteressen nicht nur über Spenden Einfluss auf die WHO ausüben, sondern auch Personal innerhalb der Organisation einsetzen, um bestimmte Programme durchzuführen, und sie so an zwei Fronten steuern (vgl. ebd.).

Die Übertragung von mehr Macht über die globale Gesundheit und die Befugnis, Vertragsstaaten sowie nichtstaatliche Akteure, die in ihrem Hoheitsgebiet tätig sind, über die vorgeschlagenen Änderungen der Internationalen Gesundheitsvorschriften (2005) an die WHO zu lenken, verleiht unweigerlich übermäßige und undemokratische Befugnisse für die, die nicht zur Rechenschaft gezogen werden müssen besondere Interessen, die die Organisation kompromittiert haben. Sonderinteressen müssten nicht mehr versuchen, politische Prozesse in geheimen Hintertürgeschäften zu korrumpieren, sondern hätten die volle Kraft des Völkerrechts hinter sich. Diese Aussicht stellt eine ernsthafte Bedrohung für hart umkämpfte demokratische Systeme, die Souveränität von Staaten mit niedrigem Einkommen und die globale Gesundheit selbst dar.

C. Korruption, Fehlentscheidungen und fatale Fehler

Die Arbeit der WHO im Gesundheitsbereich ist oft politischen Zwängen und dem allgegenwärtigen Einfluss von Sonderinteressen untergeordnet, die die Organisation kompromittiert haben. Gleichzeitig leidet die in Genf ansässige supranationale Bürokratie unter einem Mangel an effektiver unabhängiger Aufsicht, Rechenschaftspflicht und Bescheidenheit. Infolgedessen war die WHO in exzessive Korruption verwickelt und hat wiederholt Fehler gemacht, indem sie Richtlinien mit schwerwiegenden Folgen für die globale Gesundheit ohne Rechenschaftspflicht implementiert hat. Dies ist ein weiterer Grund, warum seine Befugnisse nicht erweitert werden sollten; viel weniger u

unter keinem Vorwand sollte der Organisation – oder irgendeiner anderen Einheit – eine Monopolmacht über Aspekte der globalen Gesundheit übertragen werden, die ihr ursprüngliches Mandat erheblich überschreiten würde. Beispiele für unzulässige Beeinflussung der Entscheidungsfindung der WHO und fatale Fehler der Organisation sind unten aufgeführt.

Im Juni 2009 wurde Margaret Chan dann Direktorin
General der WHO, offiziell erklärt *the*

Influenza-A/H1N1-Pandemie. Cohen & Carter
(2010: 1) schreiben: „Es war der Höhepunkt von 10 Jahren
Pandemievorsorgeplanung für die WHO – jahrelange
Ausschusssitzungen mit eingeflogenen Experten aus der
ganzen Welt und Unmengen von Dokumentenentwürfen,
die Regierungen Orientierung bieten.“ Die WHO ließ von
der Industrie gesponserte Wissenschaftler ihre Influenza-
Politik leiten.

Staaten, die den Empfehlungen der WHO gefolgt sind
riesige Mengen pharmazeutischer Produkte mit
Steuergeldern von Konzernen erworben, für die die WHO-
Wissenschaftler verfügten

vorher gearbeitet. Cohen & Carter (2010: 1) fahren fort:

„Aber ein Jahr später kündigen Regierungen, die sich von der WHO beraten ließen, ihre Impfstoffverträge
und lagerten Oseltamivir (Tamiflu) und Zanamivir (Relenza) im Wert von Milliarden Dollar – gekauft aus
Gesundheitsbudgets bereits unter engen Zwängen – liegen ungenutzt in Lagern auf der ganzen Welt.
Eine gemeinsame Untersuchung des *BMJ* und des Bureau of Investigative Journalism hat Beweise
aufgedeckt, die beunruhigende Fragen darüber aufwerfen, wie die WHO mit Interessenkonflikten unter den
Wissenschaftlern umgegangen ist, die ihre Pandemieplanung beraten haben.“

WHO-Empfehlungen dienten in Ländern mit hoch lukrativen Märkten dazu, Milliarden Gewinne für
Pharmakonzerne zu generieren, die Verbindungen zu den Wissenschaftlern hatten, die an den WHO-
Empfehlungen arbeiteten. Darüber hinaus wird eines der empfohlenen Medikamente von Experten als
unwirksam bei der Behandlung der A/H1N1-Grippe angesehen. Noch im Jahr 2009 waren die Empfehlungen
der WHO unverbindlich. Lehren aus der Grippepandemie von 2009 liefern zwingende Gründe, warum
dies so bleiben sollte.

„Schlüsselwissenschaftler, die die
Weltgesundheitsorganisation bei der
Planung einer Grippepandemie beraten, hatten
bezahlte Arbeit für Pharmaunternehmen
geleistet, die von den Leitlinien, die sie
vorbereiteten, profitieren konnten. Diese
Interessenkonflikte wurden von der
WHO nie öffentlich bekannt gegeben,
und die WHO hat Untersuchungen
zurückgewiesen seine Behandlung der A/
H1N1-Pandemie als ‚Verschwörungstheorien‘.“

Kohen & Carter (2010):
Britisches medizinisches Journal

Während des *Ebola-Ausbruchs 2014 in Westafrika* hat die WHO nicht nur nicht angemessen und rechtzeitig reagiert, sondern auch internationale Organisationen wie Ärzte ohne Grenzen angeprangert. Die WHO erklärte, dass der Ausbruch nicht führen würde

zu einer Epidemie, die es dennoch tat. Über Monate hinweg organisierte und führte Ärzte ohne Grenzen Nothilfeinsätze mit teilweise bis zu 2.400 Einsatzkräften durch. Über 11.300 Menschen starben während dieser Ebola-Epidemie. Erst nachdem im August 2014 ein PHEIC ausgerufen wurde, trat die internationale Gemeinschaft in Aktion, um die Krankheit wirksam zu stoppen. Hätten die WHO und die internationale

„Nachdem wir als Organisation im Juni [2014] gesagt hatten, dass Ebola außer Kontrolle geraten sei, dauerte es bis August, bis die WHO zu demselben Schluss kam. Besonders am Anfang hat uns die WHO als Organisation vorgeworfen, wir würden Panikmache betreiben und wegen etwas weniger Dramatischem Alarm schlagen.“

Tankred Stöbe Dr.

Ärzte ohne Grenzen (Mischke
Pinzler 2017) &

Gemeinschaft rechtzeitig reagiert, hätten viele weitere Leben gerettet werden können. (vgl. Mischke & Pinzler 2017) Gostin & Katz (2016: 274) schreiben: „Die Verzögerung sah mit der Zeit nur noch schlimmer aus, da durchgesickerte WHO-Dokumente enthüllten, dass die Entscheidungen der WHO hochpolitisch und intransparent waren.“

Tankred Stöbe (Ärzte ohne Grenzen) führt aus, dass Ebola zu den sogenannten vernachlässigten Krankheiten gehört, die seit langem bekannt sind, aber nicht die nötige wissenschaftliche Aufmerksamkeit erhalten, da sie vor allem arme Menschen in Ländern mit niedrigem Einkommen

befallen, weit entfernt von diesen Märkten sind für die Industrie lukrativ. Demnach seien die Mittel für die Ebola-Sektion der WHO vor dem Ausbruch 2014 halbiert worden. (vgl. Mischke & Pinzler 2017)

In Bezug auf die *COVID-19-Pandemie* stellte ein von der WHO eingesetztes unabhängiges Gremium für Pandemievorsorge und -reaktion (IPPPR) fest, dass sowohl Regierungen als auch die WHO „schlechte strategische Entscheidungen“ getroffen haben, die zu „einem giftigen Cocktail beigetragen haben, der ließ die Pandemie zu einer katastrophalen menschlichen Krise werden.“ (Kupferschmidt 2021: 1) Die Lösung sieht das Gremium in noch mehr Zentralisierung und mehr Macht an die WHO. Stattdessen müssen die nationalen Regierungen und die WHO zur Rechenschaft gezogen werden; Entscheidungsfindung muss diversifiziert werden.

Sowohl die Regierungen als auch die WHO haben von Anfang an schlechte Entscheidungen getroffen. Frühe Warnungen chinesischer Kliniker an vorderster Front aus Wuhan vor ungewöhnlichem und schwerem SARS-

ähnliche Krankheitssymptome bei ihren Patienten wurden von der chinesischen Regierung systematisch unterdrückt. Die Unterdrückung von Informationen über die Ausbreitung von SARS-CoV-2 von November 2019 bis Ende Januar 2020 – als das Virus noch hätte eingedämmt werden können – ist eine der schlimmsten Vertuschungen der Geschichte mit fatalen Folgen für Millionen von Menschen. Die WHO verbreitete über die sozialen Medien weit verbreitete Desinformationen der chinesischen Regierung, wonach es keine Hinweise auf eine Übertragung von SARS-CoV von Mensch zu Mensch gab, obwohl führende WHO-Wissenschaftler es besser wussten und dies erklärt hatten. Trotz der tragischen Vertuschung verkündete der hochrangige WHO-Beamte Bruce Aylward später, dass die „Welt China eine große Schuld schuldet“, als das Land schließlich mit der autoritären Eindämmung begann Mittel.

Erst am 20. Januar 2020 gab die chinesische Regierung offiziell zu, dass Übertragungen von Mensch zu Mensch stattfanden. Die WHO brauchte bis zum 30. Januar, um einen öffentlichen Gesundheitsnotstand von internationaler Tragweite (PHEIC) auszurufen. Während der darauffolgenden Pandemie förderte die WHO eine Reihe falscher Theorien (z. B. keine Übertragung von Mensch zu Mensch, COVID wird nicht in der Luft übertragen usw.), spielte die wesentliche natürliche Immunität herunter und veröffentlichte widersprüchliche Aussagen (damals warnte sie einmal davor, die Sperren zu früh aufzuheben lobte Schwedens Lockdown-Ignorierungsansatz im nächsten Monat) und blieb hinter unabhängigen und innovativen Ärzten an vorderster Front zurück (z. B. wenn es um die Verwendung von Kortikosteroiden in Krankenhäusern ging).



Die WHO empfahl zunächst gegen die Anwendung von Kortikosteroiden bei fortgeschrittener COVID – während Ärzte Krankenhauspatienten damit behandelten (es ist bei früher COVID kontraindiziert) – revidierte dann ihr Urteil und empfahl es nachdrücklich aufgrund ihrer Wirksamkeit bei der Verringerung des Todesfalls bei schwerer COVID.

Schließlich berichteten eine Reihe renommierter Ärzte an vorderster Front – aus verschiedenen Teilen der Welt – von Erfolgen bei der Therapie von COVID bei frühzeitiger Behandlung. Diese Ärzte, die auf ihr unabhängiges klinisches Urteilsvermögen zurückgriffen, waren sowohl der WHO als auch den nationalen Gesundheitsbehörden voraus. Anerkannte Ärzte an vorderster Front entwickelten und veröffentlichten sichere und wirksame Frühbehandlungsprotokolle (die hauptsächlich zweckentfremdete patentfreie Medikamente enthielten), wodurch kaum Patienten durch die Krankheit verloren gingen,

wenn die Therapie früh begonnen wurde. Einige Kommunalverwaltungen, von Misiones in Argentinien bis hin zu Mexiko-Stadt und der indischen Region Uttar Pradesh, setzten unabhängig voneinander erfolgreich Versionen dieser frühen Behandlungsprotokolle ein und erzielten dadurch eine signifikante Verringerung der Sterblichkeit und der Krankenhauseinweisungen.



Grafik zu den Ergebnissen eines Frühbehandlungsprogramms (grün = Frühbehandlung, Blau = keine Frühbehandlung) der argentinischen Provinz Misiones, das zu dem Schluss kam: „Die Inzidenz von Krankenhauseinweisungen und Todesfällen ist in der Bevölkerung, die der Behandlung folgte, erheblich zurückgegangen.“

Eines der größten Verbrechen der COVID-Pandemie war das Festhalten und Unterdrücken dieser frühen Behandlungsprotokolle durch sowohl die nationalen Gesundheitsbehörden als auch die WHO aufgrund eines

einzigartigen Interesses und Fokus auf die Durchführung einer weltweiten Impfkampagne. Hätte es eine anerkannte frühe Behandlung von COVID gegeben, könnten die neuartigen und profitablen mRNA-Produkte, in die sowohl eine Reihe mächtiger Regierungen als auch private Geldgeber der WHO wie die Bill & Melinda Gates Foundation mit Millionen von US-Dollar erheblich investiert wurden, nicht eine Notfallbenutzungserlaubnis erhalten haben.

Einige Experten schätzen, dass 70–80 % der weltweiten COVID-Todesfälle durch eine systematische und rechtzeitige Behandlung hätten vermieden werden können. Die Unterdrückung sicherer und wirksamer, aber unrentabler Frühbehandlungsprotokolle für COVID durch Bundesbehörden, Unternehmensinteressen sowie Organisationen wie die WHO führte zu beispiellosem Leid und Verlust von Menschenleben. Es kann ein Verbrechen gegen die Menschlichkeit darstellen.

Keine Monopolmacht sollte an eine Person, Institution oder Organisation übertragen werden. Wenn eine Entität solche Befugnisse hätte und schlechte Entscheidungen oder fatale Fehler treffen würde, wäre es schwierig, ihnen entgegenzuwirken, und Gesellschaften könnten zusammenbrechen. Auch deshalb sind vielfältige Machtpole und wirksame demokratische Kontrollmechanismen wichtig.

V. Ein besserer Weg für die globale öffentliche Gesundheit

Dieses Kapitel gibt Hinweise zu wesentlichen Maßnahmen, die von nationalen und internationalen Führungskräften und Organisationen gefordert werden. Die vorgeschlagenen Gesetzgebungs- und Bildungsmaßnahmen bauen unter anderem auf den Erfahrungen auf, die während der verschiedenen Entwicklungsphasen der COVID-Pandemie gemacht wurden. Phase 1 betrifft den Ursprung von SARS-CoV-2 – der höchstwahrscheinlich in der Gain-of-Function-Forschung liegt. Phase 2 befasst sich mit dem Zeitraum, in dem die Ausbreitung der Pandemie mit Hilfe von Hinweisgebern und angemessenen Frühreaktionsmaßnahmen noch hätte verhindert werden können. Phase 3 ist ungefähr der Zeitraum, in dem die Hauptauswirkung auf die Sterblichkeit zu verzeichnen war, die mit einer leicht verfügbaren, sicheren und wirksamen Frühbehandlung deutlich hätte verringert werden können. Phase 4 bezieht sich auf die Erholungsphase, die eine ehrliche Bewertung und Maßnahmen zur Rechenschaftslegung erfordert.

A. Dezentralisierung der Kontrolle und der Rechte des Einzelnen

Auf der Grundlage der Lehren aus der COVID-Pandemie und zur Verbesserung der Vorbereitung sowie der Reaktion auf künftige internationale Gesundheitsnotfälle ist ein stärker dezentralisierter Ansatz für die globale und nationale Gesundheit als derzeit praktiziert von wesentlicher Bedeutung. Glaubwürdigkeit und Führung sollten auf Kompetenz und funktionierenden Lösungen beruhen und nicht auf unkritischen – und gefährlichen – Appellen an Autoritäten.

Während Bundesregierungen und ihre Gesundheitsbehörden sowie supranationale Organisationen wie die WHO und selbstermächtigte private Akteure während der COVID-Pandemie auf vielen Ebenen mit fatalen Folgen versagten, haben einige lokale Landesregierungen und Ärzte an vorderster Front sowie Glaubens- basierte Initiativen haben sich bewährt.

Eine Reihe von Kommunalverwaltungen verteilte erfolgreich sichere und wirksame Kits zur Frühbehandlung. Einige außergewöhnliche Ärzte an vorderster Front stellten Frühwarn- und Arbeitsbehandlungsprotokolle bereit, während sie unter erheblichem Druck standen, sich an die offizielle Linie zu halten.

Einige lokale Initiativen, wie die eines christlichen Priesters in Peru, organisierten dringend benötigte Ausrüstung (z. B. Sauerstoff) für Gemeinden. Gemeinsam ist den genannten Akteuren ihre starke Ethik sowie der enge Kontakt zum Geschehen vor Ort und zu Betroffenen. Sie haben ihre persönliche Verantwortung nicht an eine zentrale Autorität abgegeben und dadurch das Leben von Hunderttausenden von Menschen positiv verändert.

Folgende Maßnahmen sollten national und international ergriffen werden:

- Die Änderungen der International Health Regulations (2005) wie vorgeschlagen und des Pandemie-Abkommens/Übereinkommens (WHO CA+) wie in seinem Nullentwurf skizziert, müssen abgelehnt und abgelehnt werden, wenn sie zur Abstimmung gestellt werden. Sollten sie verabschiedet werden, müssen die Länder innerhalb von 10 Monaten aus den überarbeiteten Verordnungen aussteigen und die Ratifizierung des Vertrags ablehnen. • Gesetze, die supranationale Organisationen darauf beschränken, ein Forum für Austausch, Beratung und Reaktionsmöglichkeiten zu bieten, sollten eingeführt, verabschiedet und umgesetzt werden. Diese Organisationen haben kein öffentliches Mandat, unterliegen keinen demokratischen Kontrollmechanismen und sind nicht rechenschaftspflichtig, um Regeln oder Richtlinien durchzusetzen. Auch supranationale Einrichtungen wie die WHO sollten den Großteil ihrer Mittel von den Mitgliedstaaten erwirtschaften. Diese Mitgliedstaaten sollten ihre Beiträge nicht zweckgebunden verwenden die Organisation in die Lage versetzen, frei von nationalen Interessen zu handeln. Um Korruption weiter zu verhindern, sollte es der supranationalen Einrichtung auch untersagt werden, Gelder von privaten Interessengruppen und Unternehmen anzunehmen, die finanzielle Interessen in Bezug auf die Themen haben, mit denen sich die Organisation beschäftigt.
- Die Kontrolle über die Gesundheitspolitik sollte durch gesetzgeberische Maßnahmen dezentralisiert werden, wobei den Kommunen, Landesparlamenten, Gerichten und Volksabstimmungen eine zentralere Rolle zukommt als den Bundesregierungen. Die Gesetzgebung sollte auch verhindern, dass Entscheidungsbefugnisse, die sich über nationale demokratische Institutionen hinwegsetzen könnten, an ein nicht gewähltes supranationales Gremium abgegeben werden. • Es müssen Gesetze eingeführt, verabschiedet und umgesetzt werden, die der Arzt-Patienten-Beziehung einen soliden rechtlichen Schutz bieten und den Patienten das ausschließliche Recht geben, über eine individuelle medizinische Behandlung zu entscheiden, basierend auf dem klinischen Urteil und dem Rat ihrer gewählten Ärzte sowie der gesetzlichen Bestimmungen Gebot der informierten Zustimmung. Eingriffe von außen in die unantastbare Arzt-Patient-Beziehung durch Regierungen, gefangene Gesundheitsbehörden oder Krankenhausverwalter müssen verboten werden. • Der Wiederverwendung von sicheren patentfreien Arzneimitteln/Substanzen muss gesetzlicher Schutz gewährt werden, selbst wenn Interessen der Industrie versuchen, ihre Verwendung einzuschränken. • Die Interessenkonflikte, die eine beträchtliche Anzahl von Regierungen, Gesundheitsbehörden, Wissenschaft und Hochschulen, internationalen Organisationen und supranationalen Gremien beeinträchtigt haben, müssen sorgfältig untersucht und aufgedeckt werden.

B. Das Recht auf Privatsphäre: digitale ID, digitale Zertifikate und private (Gesundheits-)Daten

Totalitäre Mechanismen wie Chinas Sozialkreditsystem hängen von der absoluten Kontrolle über alle privaten Daten durch wenige ab. Ermöglicht wird dies durch digitale Überwachungstechnologien und künstliche Intelligenz (KI) – die möglicherweise der menschlichen Kontrolle entgleiten. Die Menschen der Welt sollten

sich nicht bemühen, in einer Welt zu leben, in der diese Art von totalitärer Kontrolle global existiert. Maßnahmen wie digitale IDs und digitale (Gesundheits-)Zertifikate bewegen die Welt in diese düstere Richtung

„Sie dringen durch Überwachung in unser Privatleben ein, sie extrahieren aus unserem Leben, geben das, was sie extrahieren, als Verhaltensdaten wieder und beanspruchen diese Verhaltensdaten dann als ihr Privateigentum.“

Shoshana Zuboff
(früher Harvard University)

Jeder Aspekt des Lebens eines Menschen wird von mächtigen Privatunternehmen und der Regierung als Produkt geerntet, analysiert und gehandelt. Die Privatsphäre der Menschen wird untersucht, monetarisiert und verkauft.

Letztendlich betrachten einige politische und unternehmerische Akteure Individuen als *hackbare Tiere*, ein Begriff, der vom Weltwirtschaftsforum-Ideologen Yuval Harari geprägt wurde. Dies bedeutet, dass einige private Einrichtungen und Regierungen glauben, dass sie Menschen dazu bringen können, alles zu tun (ob im wirtschaftlichen oder politischen Bereich), indem sie sie auf der Grundlage von psychografischen Nachrichten und anderen Werkzeugen manipulieren. Jede Form von privaten Daten ist für sie ein Gewinn, um eine 360-Grad-Sicht auf eine Person zu erstellen.

Digitale Überwachungssysteme, die sich in einigen ihrer Funktionen auf eine Art digitales Zertifikat stützen, sind ein Instrument zur Ermächtigung der Wenigen und zur Unterwerfung der Massen. Wie im Beispiel von China oder Indonesien werden digitale Gesundheitszertifikate verwendet, um die Bewegung zu kontrollieren und die Einhaltung zentralisierter Richtlinien zu erreichen, unabhängig davon, ob sie eine angemessene Begründung haben oder nicht. In einer Reihe von Ländern wurden digitale Gesundheitszertifikate – entgegen der Grundethik – verwendet, um die Einnahme von Medizinprodukten zu erzwingen, die sich später als potenziell tödliche Nebenwirkungen erwiesen haben, in einem breiten Spektrum der Gesellschaft kontraindiziert sind und weder Infektionen noch stoppen Übertragung. Zu einem bestimmten Zeitpunkt konnten Personen, die das medizinische Produkt eingenommen hatten, aber infiziert waren, immer noch an Orte gehen, während Personen, die es nicht eingenommen hatten, aber nicht infiziert waren, dies nicht konnten. Dies zeigt die welche Richtlinien, auch wenn sie sich negativ auf die öffentliche Gesundheit auswirken, auferlegt werden können.

Während eines tatsächlichen globalen Gesundheitsnotstands sind Tests und/oder Selbstquarantäne zu Hause sowie gegebenenfalls eine freiwillige frühzeitige Behandlung Maßnahmen, die keinerlei digitales Zertifikat oder erzwungene medizinische Behandlung erfordern und keine Einrichtung von Kontrollmechanismen erfordern, die dies erfordern kann für totalitäre Zwecke missbraucht werden.

Folgende Maßnahmen sollten national und international ergriffen werden:

- Jede Form des digitalen Ausweises mit einer Zusammenführung aller personenbezogenen Daten an einem einzigen Bezugspunkt muss durch geeignete gesetzliche Maßnahmen unterbunden werden. Ein solcher zentraler digitaler Bezugspunkt stellt ein erhebliches Risiko für die Rechte des Einzelnen, die Datensicherheit sowie die nationale Sicherheit dar und kann von antidemokratischen Akteuren und feindseligen Organisationen missbraucht werden. • Aufklärungsmaßnahmen zur Aufklärung über die Gefahren digitaler Ausweise initiiert und umgesetzt.
- Digital Mining sowie die Kontrolle privater (Gesundheits-)Daten müssen gesetzlich unter Strafe gestellt werden. Das Recht auf Privatsphäre – insbesondere in Gesundheitsfragen – ist ein Grundpfeiler der Demokratie. • Gesetzgeberische Maßnahmen müssen sicherstellen, dass Menschen jederzeit Eigentümer ihrer eigenen Daten sind und dass von privaten oder staatlichen Stellen gesetzte Bedingungen, die gegen diese Norm verstoßen, verboten sind.
- Nationale und internationale Organisationen sollten sich verpflichten, die folgenden Fragen zu untersuchen: Wem gehören und kontrollieren unsere Daten? Wer profitiert vom Handel damit? Und warum haben wir kein Mitspracherecht darüber, wer es bekommt?

C. Meinungsfreiheit und das Recht auf Widerspruch

Khosla & McCoy (2022: 1–2) schreiben:

„Eine Toleranz gegenüber abweichenden Meinungen kennzeichnet nicht nur die Fähigkeit, Regierungen (und andere mächtige Akteure) herauszufordern und zur Rechenschaft zu ziehen, sowie die Bereitschaft, die Ansichten von Minderheiten zu respektieren, sie fördert auch Debatten und Überlegungen in der Gesellschaft auf eine Weise, die positive soziale Veränderungen und Entwicklungen vorantreibt. Dissens kann dazu beitragen, die öffentliche Meinung zu informieren, die Politik zu ändern, Reformen zu beschleunigen und andere Menschenrechte zu fördern und zu schützen. Dissens

war von zentraler Bedeutung für die Förderung der Gleichberechtigung der Geschlechter und der Rechte der Frau sowie für die Umkehrung ethnischer und rassistischer Unterdrückung, wie dies durch die Bürgerrechtsbewegung in den USA und die Anti-

„Denn es genügt nicht, Widerspruch zuzulassen. Wir müssen es fordern. Denn es gibt viel zu widersprechen.“

Robert Kennedy (1966)

Apartheidkampf in Südafrika. Es war ein entscheidender Bestandteil in vielen erfolgreichen Kampagnen, die darauf abzielten, die natürliche Umwelt vor Schaden und Zerstörung zu schützen.

Und im Gesundheitsbereich spielte Dissens eine wichtige Rolle bei der Verbesserung des Zugangs zur Behandlung der HIV-Pandemie. [...] Das Recht auf Widerspruch muss respektiert und als gesunder Ausdruck von Demokratie und Freiheit angesehen werden, und wir müssen bewusst danach streben, dieses Recht kontinuierlich zu überwachen und zu schützen. [...]

Wichtig ist, dass die Stimmen von Angehörigen der Gesundheitsberufe [...] von entscheidender Bedeutung sind, um sicherzustellen, dass Maßnahmen zur Pandemiebekämpfung nicht als Vorwand für die weitere Unterdrückung der Menschenrechte, die Verhaftung von Journalisten und Aktivisten oder die Einführung drakonischer Gesetze zur Bekämpfung von „Fake News“ missbraucht werden. [...] Diejenigen, die im globalen Gesundheitsbereich arbeiten, spielen eine entscheidende Rolle beim Schutz, Erhalt und der Förderung kritischen Denkens. Angesichts beispielloser Herausforderungen ist es wichtiger denn je, standhaft zu bleiben und diese Grundprinzipien der Menschenrechte zu verteidigen.“

Zensur der freien Meinungsäußerung und Presse, die nicht gegen demokratische Verfassungen in ihrer jetzigen Form verstößt (z. B. indem sie zur Gewalt gegen eine Person oder Gruppe aufruft), sollte als Verfassungs- und Menschenrechtsverletzung entlarvt werden, die sie ist. Meinungs- und Pressefreiheit sind wesentliche Schutzmaßnahmen gegen Übergriffe von Machthabern. Die Einrichtung eines industriellen Zensurkomplexes – eng verbunden mit der Exekutive der Regierung, nationalen Sicherheitsbehörden und privaten Interessenvertretern – ist von Natur aus antidemokratisch und stellt eine versuchte Untergrabung grundlegender Menschen- und Verfassungsrechte unter falschem Vorwand dar. Ziel dieses Komplexes ist nicht die Bekämpfung von *Fake News*, sondern die Kontrolle von Inhalt und Informationsfluss. Es ist ein naiver und gefährlicher Irrtum zu glauben, dass diejenigen mit der Macht zur Zensur immer auf der Seite der Wahrheit stehen oder jederzeit wissen müssen, was die Wahrheit ist. Informationen werden am besten durch einen offenen Austausch und Diskurs, der die besten verfügbaren Beweise nutzt, von Fehlinformationen getrennt.

Der Einbezug unterschiedlich qualifizierter Perspektiven, auch abweichender von der offiziellen Linie, nützt Gesellschaften in Krisenzeiten und darüber hinaus, sorgt für Ausgleich und kann falsche Paradigmen stürzen.

Meinungsfreiheit ist auch der beste Garant für einen frühzeitigen Informationsaustausch bei globalen Gesundheitsnotfällen. Gostin & Katz (2016: 279–280) schreiben: „Obwohl die IHR [2005] einen robusten Informationsaustausch durch Meldung potenzieller PHEIC und nachfolgende Anfragen nach Follow-up-Daten fordern, verzögern die Länder weiterhin Meldungen und/oder begrenzen die gemeldeten Informationen. [...] Je schneller die Gesundheitsbehörden von einem neuartigen Ereignis erfahren, desto schneller können sie eine wirksame Reaktion einleiten, was zu weniger Fällen führt.

Aber Regierungen haben wirtschaftliche Gründe, transparente Informationen zurückzuhalten oder zu verzögern

teilen. [...] Doch das Versäumnis, die globale Alarmbereitschaft auszulösen, kann letztendlich noch größere Auswirkungen auf Menschenleben und nationale Schätze haben.“

Whistleblower und Mitarbeiter an vorderster Front sind die wichtigste Quelle für frühzeitige Informationen und Warnungen vor potenziellen Bedrohungen für die globale Gesundheit, nicht Regierungen.

Kliniker in Wuhan, China, entdeckten Ende 2019 schnell ungewöhnliche Häufungen von SARS-ähnlicher Lungenentzündung unbekannter Ursache. Wenn sie Redefreiheit und Zugang zu einem internationalen Überprüfungsforum und -netzwerk genossen hätten, hätte die COVID-Pandemie verhindert werden können. Weder die vorgeschlagenen IGV-Änderungen noch der Entwurf des Pandemievertrags gehen auf diesen Punkt angemessen ein. Dem WHO-Generaldirektor mehr Macht bei der Ausrufung globaler Gesundheitsnotfälle zu übertragen, ist nicht die Antwort, da er oder sie unter den gegenwärtigen strukturellen Bedingungen nicht unabhängig von den Interessen mächtiger Staaten wie China ist.

Folgende Maßnahmen sollten national und international ergriffen werden:

- Hinweisgeberschutz sollte stärker im nationalen und internationalen Recht verankert werden. Diversifizierte gemeinnützige Organisationen sollten ein sicheres Forum und Netzwerk für Whistleblower sowie für die Verstärkung ihrer Botschaften nach Überprüfung der Stärke ihrer Informationen bieten.
- Whistleblower sollten einen besonderen internationalen Schutz genießen, ähnlich dem, der Zeugen in Fällen der organisierten Kriminalität gewährt wird.
- Aufklärungs- und Gesetzgebungsmaßnahmen zur Aufdeckung und Beendigung des Eingriffs in die Meinungs- und Pressefreiheit als versuchte Subversion grundlegender Menschen- und Verfassungsrechte sollten eingeleitet und umgesetzt werden.
- Zur Aufdeckung und Demontage des antidemokratischen Industriezensurkomplexes sollten dringend Bildungsmaßnahmen ergriffen und gesetzgeberische Maßnahmen eingeleitet, verabschiedet und umgesetzt werden.
- Investitionen in Medienunternehmen, sei es durch Werbung oder andere Mittel, durch die pharmazeutische Industrie oder Akteure, die Aktien dieser Branche besitzen, sollten aufgrund ihres unangemessenen Einflusses auf die vierte Gewalt, die eine ausgewogene Berichterstattung über Fakten und Ereignisse einschränkt, verboten werden.
- Privaten Stakeholdern sollte es rechtlich nur erlaubt sein, Summen über 50.000 US-Dollar pro Jahr an insgesamt zwei Medienunternehmen zu spenden, entweder als Person oder mit einer ihrer Organisationseinheiten, um eine konzentrierte Macht einzelner Einheiten über

D. Internationaler Austausch und Integrität von Regulierungsprozessen

Es besteht die Notwendigkeit einer besseren internationalen Zusammenarbeit und eines breiteren Austauschs, sowohl in Notfällen als auch außerhalb von Notfällen. Eine echte globale Zusammenarbeit kann über anerkannte Foren erreicht werden, die eine Beteiligung der Zivilgesellschaft ermöglichen. Der weltweite Austausch von sicheren und wirksamen Arzneimitteln und Gesundheitsprodukten mit Bedürftigen sollte über ein diversifiziertes System internationaler und lokaler religiöser und anderer gemeinnütziger Organisationen erfolgen, die nachweislich Unternehmens- und nationalen Interessen standhalten. Diese Organisationen hätten sich das Vertrauen und die Zustimmung der Bevölkerung vor Ort verdienen müssen. Diese Organisationen sollten auch schnelle Reaktionskapazitäten entwickeln, die von Staaten sowie lokalen Gemeinschaften angefordert werden können, falls erforderlich, ergänzend zu denen von Nationalstaaten und supranationalen Organisationen. Auf diese Weise gibt es keine einzelne Einheit, die alleinige Monopol- und Patronagebefugnisse errichten kann. Dies ermöglicht eine größere Auswahl und Verantwortlichkeit. Gleichzeitig sollten die oben genannten religiösen und anderen gemeinnützigen Organisationen ohne Interessenkonflikte gemeinsam mit Kommunen und Staaten systematisch eigene Kapazitäten aufbauen. Dies wird es den Gemeinschaften ermöglichen, sich um ihre eigenen Leute zu kümmern und anderen eine helfende Hand zu reichen.

Wenn es um das Regulierungsverfahren für neuartige Produkte geht, ist es ratsam, die Aushöhlung umsichtiger regulatorischer Anforderungen in Bezug auf die Dauer und Qualität klinischer Studien zu verhindern. Gleichzeitig sollte ein Recht auf Verhandlung für Patienten, die an lebensbedrohlichen oder -verändernden Krankheiten leiden, im nationalen und internationalen Recht verankert werden.

Folgende Maßnahmen sollten national und international ergriffen werden:

- Foren zur Erörterung internationaler Angelegenheiten sollten eine starke Beteiligung der Zivilgesellschaft am Entscheidungsprozess ermöglichen.
- Die Verantwortung für die wohltätige Verteilung von sicheren und wirksamen Arzneimitteln sowie anderen Gesundheitsprodukten sollte auf verschiedene religiöse und andere gemeinnützige Organisationen übertragen werden, denen vor Ort vertraut wird, die über angemessene Fähigkeiten verfügen und keine Interessenkonflikte haben.
- Dieselben Organisationen sollten mit lokalen Gemeinschaften und Staaten zusammenarbeiten, um eigene Kapazitäten systematisch aufzubauen.
- Die Untergrabung des Regulierungsprozesses in Bezug auf die Länge und Qualität klinischer Studien verhindert werden.
- Ein Gerichtsverfahren sollte im nationalen und internationalen Recht verankert werden.

E. Defiananzierung und Einstellung der Gain-of-Function-Forschung

Das vorliegende Dokument hat die umfangreichen Biosicherheitsrisiken im Zusammenhang mit der besorgniserregenden Gain-of-Function-Forschung in den vorangegangenen Kapiteln umrissen.

Folgende Maßnahmen sind national und international zu ergreifen:

- Bildungsmaßnahmen müssen durchgeführt werden, um die Natur und die Gefahren für die biologische Sicherheit der Gain-of-Function-Forschung zu erklären. Experten ohne Interessenkonflikte sollte eine Plattform zur Risikoaufklärung geboten werden.
- Die Gain-of-Function-Forschung, die im Zusammenhang mit SARS-CoV-2 in Wuhan, China, mit US-Steuergeldern durchgeführt wurde, sowie die systematische Unterdrückung von Informationen darüber müssen aufgedeckt werden.
- Gesetze zum Verbot von Gain-of-Function-Forschung, ihrer Finanzierung und Auslagerung müssen eingeführt, verabschiedet und umgesetzt werden.

F. Idealer Rahmen und Ansätze für globale Gesundheit

Der Schutz der Gesundheit, des Wohlergehens und der Rechte der Menschen sollte ein zentrales Prinzip, ein Indikator und ein Ergebnis der Pandemieprävention, -vorsorge und -reaktion sein. Alle Maßnahmen müssen in erster Linie auf der unveräußerlichen, gottgegebenen Würde der menschlichen Person und den Menschenrechten beruhen. Wenn es jedoch um die Frage geht, wie Ursachen und andere Probleme im Zusammenhang mit globalen Gesundheitsnotfällen ideell analysiert werden können, kann kein einzelner Ansatz der Komplexität der Angelegenheit gerecht werden. Nationalstaaten, Gemeinschaften und einzelne Forscher sollten immer offen für unterschiedliche Blickwinkel sein.

Folgende Maßnahmen sollten national und international ergriffen werden:

- Notfallplanung muss Gesundheit, Menschenwürde und Rechte neu priorisieren.
- Bildungsmaßnahmen sollten an die Bedeutung der Konzepte der Menschenwürde und der Menschenrechte sowie an die Geschichte der Übergriffe der Machthaber erinnern und diese in den Mittelpunkt rücken.
- Eine Vielzahl vernünftiger Ansätze für globale Gesundheitsnotfälle sollte in Betracht gezogen werden, während gleichzeitig ihre Integrität gegen Versuche einer missbräuchlichen Aneignung sichergestellt werden muss.

VI. Abschluss

Das Ziel vieler Befürworter der Änderungen der Internationalen Gesundheitsvorschriften (2005) und des Pandemieertrags-/abkommens WHO CA+ ist es, die Einhaltung sinnvoller Verpflichtungen aus den IGV (2005) zu verbessern und zu vermeiden, dass nationale Interessen effiziente Reaktionen auf Infektionskrankheiten behindern Notfälle, indem sie der WHO beispiellose Befugnisse übertragen und eine weitere Zentralisierung der politischen Kontrolle ermöglichen. Was diese Befürworter nicht berücksichtigen, ist, dass die Übergabe von mehr Macht an die WHO an diesem Punkt gleichbedeutend mit der Übergabe von mehr und nicht weniger Macht an die Sonderinteressen (national und privat) ist, die leider die Organisation kompromittiert und effiziente Reaktionen auf sie behindert haben eine Reihe von Notfällen bei Infektionskrankheiten sowie andere globale Gesundheitsprobleme in der jüngeren Vergangenheit.

Was sie auch nicht berücksichtigen, ist, dass jede übermäßige Konzentration von Macht oder Monopolmacht in den Händen weniger ohne ein Mandat des Volkes und verfassungsmäßige Kontrollmechanismen, um sie einzuschränken, naturgemäß zu Machtmissbrauch führt, demokratische Prozesse untergräbt und beeinträchtigt, korrumpiert die Wissenschaft, schränkt die Wahlmöglichkeiten ein, erstickt konkurrierende Lösungen, ermöglicht die Kontrolle über den Informationsfluss und erstickt abweichende Meinungen.

Die vorgeschlagenen IHR-Änderungen und der Pandemievertrag werden – sofern vereinbart – unweigerlich dazu verwendet, die Interessen einiger weniger mächtiger Akteure voranzutreiben, die die WHO auf Kosten anderer kompromittiert haben. Sie können diese Instrumente nutzen, um internationale Zusammenarbeit durch undemokratische zentralisierte Diktate zu ersetzen, Zensur zu fördern und ein Kartell zu legitimieren, das der Bevölkerung interessengesteuerte Gesundheitsprodukte aufzwingt, die Profite über diejenigen erwirtschaften, die am besten funktionieren – unter dem Deckmantel der Gerechtigkeit.

Die internationale Zusammenarbeit und das Teilen zum Wohle der globalen Gesundheit können nicht verbessert werden, indem undemokratische konzentrierte Macht einer nicht gewählten, nicht rechenschaftspflichtigen und kompromittierten supranationalen Organisation übertragen wird. Aus diesem Grund müssen die in Kapitel II diskutierten Änderungen der Internationalen Gesundheitsvorschriften (2005) und des Pandemieertrags (WHO CA+), wie in seinem Nullentwurf skizziert, abgelehnt und abgelehnt werden, wenn sie entweder im Mai 2023 oder im Mai 2024 zur Abstimmung gestellt werden Sollten sie verabschiedet werden, müssen die Länder innerhalb von 10 Monaten aus den überarbeiteten Verordnungen aussteigen und die Ratifizierung des Vertrags ablehnen. Darüber hinaus sollten umsichtige gesetzgeberische und erzieherische Maßnahmen, wie in Kapitel V dieses Dokuments skizziert, eingeführt, verabschiedet und umgesetzt werden, um jeder Monopolisierung oder Monopolisierungsversuchen entgegenzuwirken, demokratische Ideale zu schützen und der öffentlichen Gesundheit zugute zu kommen.

Verweise

COHEN, D., & CARTER, P. (2010). WHO und die pandemische Grippe „Verschwörungen“. *BMJ*; 340 :c2912 doi:10.1136/bmj.c2912.

FIDLER, David P. (2005). From International Sanitary Conventions to Global Health Security: The New International Health Regulations, *Chinese Journal of International Law*, Band 4, Ausgabe 2, NOVEMBER 2005, Seiten 325–392, <https://doi.org/10.1093/chinesejil/jmi029>.

FRANK, Lilian (2008). TrustWHO Dokumentarfilm. <https://vimeo.com/ondemand/trustwho/260921911>.

GOSTIN, LO, & KATZ, R. (2016). Die International Health Regulations: The Governing Framework for Global Health Security. *Milbank Q*, 94(2), 264–313. <https://doi.org/10.1111/1468-0009.12186>.

GOV.UK (2023). Auslandsreisehinweise, Indonesien. <https://www.gov.uk/foreign-travel-advice/indonesia/coronavirus#:~:text=Du%20will%20brauchst%20a%20Ärzte,Impfungen%20und%20covid19%20Test%20Anforderungen.>

INDONESISCHE BOTSCHAFT (2023). Aktuelle Gesundheitsvorschriften bei der Einreise. <https://indonesianembassy.de/current-health-regulations-on-entry/>.

KAHN, Laura H. (2023). Die sieben Todsünden der biomedizinischen Forschung. *Georgetown Journal für internationale Angelegenheiten*. <https://gija.georgetown.edu/2023/03/03/the-seven-deadly-sins-of-biomedical-research/>.

KHOSLA, R. & MCCOY, D. (2022). Dissens und Protestrecht im Kontext globaler Gesundheit. *BMJ Globale Gesundheit* 2022; 7:e011540. doi:10.1136/bmjgh-2022-011540.

KUPFERSCHMIDT, Kai (2021). „Ein toxischer Cocktail“: Das Gremium fällt ein hartes Urteil über das Versagen der Welt, sich auf eine Pandemie vorzubereiten. <https://www.science.org/content/article/toxic-cocktail-panel-delivers-harsh-verdict-world-s-failure-prepare-pandemic>.

MISCHKE, Tatjana, & PINZLER, Jutta (2017). Die WHO – Im Griff der Lobbyisten? L'OMS - Dans les griffes des lobbyistes? *Kunst*. <https://m.imdb.com/title/tt12336562>.

RKI (2022). Die Belastung durch antimikrobielle Resistenzen in den G7-Ländern und weltweit. https://www.rki.de/EN/Content/infections/antibiotic/brochure_IHME_RKI.pdf?__blob=publicationFile#:~:text=Global%20context%3A%20a%20total%20of,direct%20attributable%20to%20antimikrobielle%20Beständigkeit.

WISSENSCHAFTLICHE TASK FORCE FÜR VOGELGRIPPE UND WILDE VÖGEL (2016). Erklärung zur hochpathogenen Vogelgrippe H5N8 (HPAI) bei Geflügel und Wildvögeln. 20. Dezember 2016.

https://www.cms.int/sites/default/files/Scientific%20Task%20Force%20on%20Avian%20Influenza%20and%20Wild%20Birds%20H5N8%20HPAI_December%202016_FINAL.pdf.

DER WÄCHTER (2020). Würde China die Meinungsfreiheit wertschätzen, gäbe es keine Coronavirus-Krise. <https://www.theguardian.com/world/2020/feb/08/if-china-value-free-free-there-be-no-coronavirus-crisis>.

WER (2023). Bericht des Prüfungsausschusses zu Änderungen der Internationalen Gesundheitsvorschriften (2005). https://apps.who.int/gb/wgihhr/pdf_files/wgihhr2/A_WGIHR2_5-en.pdf.

WER (2023a). Artikelweise Zusammenstellung vorgeschlagener Änderungen der Internationalen Gesundheitsvorschriften (2005), eingereicht gemäß Entscheidung WHA75(9) (2022). https://apps.who.int/gb/wgihhr/pdf_files/wgihhr2/A_WGIHR2_7-en.pdf.

WER (2023b). Zero-Entwurf der WHO CA+ zur Prüfung durch das zwischenstaatliche Verhandlungsgremium auf seiner vierten Sitzung. https://apps.who.int/gb/inb/pdf_files/inb4/A_INB4_3-en.pdf.

WER (2023c). Unsere Mitwirkenden. <https://www.who.int/about/funding/contributors>.

WER (2023d). Wie die WHO finanziert wird. <https://www.who.int/about/funding>.

WELTWIRTSCHAFTSFORUM (2022). Impact Meetings für nachhaltige Entwicklung 2022. Bekämpfung von Desinformation. <https://www.weforum.org/events/sustainable-development-impact-meeting-2022/sessions/tackling-disinformation>.

ANHANG 1: ZEITPLAN

Änderungen der Internationalen Gesundheitsvorschriften

- Jan. 2021: Ein sogenanntes unabhängiges Gremium für Bereitschaft und Reaktion auf Pandemien kommt zu dem Schluss, dass die IHR (2005) aktualisiert werden müssen, um sicherzustellen, dass die WHO und ihre Mitgliedsstaaten schneller auf globale Gesundheitsrisiken reagieren. • Jan. 2022: Die Biden-Administration macht weitreichende Vorschläge zur Änderung der IGV (2005).
- Mai 2022: Von 13 Vorschlägen akzeptiert die 75. Weltgesundheitsversammlung nur den Vorschlag, die Frist für die Ablehnung von Änderungsanträgen von 18 auf 10 Monate und die Frist vor dem Inkrafttreten solcher Änderungen von 24 auf 12 Monate zu verkürzen. Weitere Vorschläge werden vorbehaltlich zusätzlicher Verhandlungen gemacht.
- Die Verhandlungen über die vorgeschlagenen Änderungen umfassen sowohl die Mitgliedstaaten als auch nichtstaatliche Interessengruppen mit Beziehungen zur WHO. • Okt. 2022: Ein ernannter International Health Regulations Review Committee (IHRRRC), der direkt dem WHO-Generaldirektor (DG) Tedros Adhanom Ghebreyesus unterstellt ist, beginnt seine Arbeit zur Prüfung von Vorschlägen der Vertragsstaaten. Die Verfahren des IHRRRC sind vertraulich.
- Bis Januar 2023 haben 16 Vertragsstaaten entweder allein oder in Zusammenarbeit mit regionalen Institutionen (wie der EU, der afrikanischen Region der WHO, der Eurasischen Wirtschaftsunion und dem MERCOSUR) Vorschläge eingereicht. • Januar 2023: Der Prüfungsausschuss – der die Aufgabe hat, die Vorschläge der Mitgliedstaaten und angeschlossener Interessengruppen zusammenzufassen – erstellt einen zusammenfassenden Bericht an die GD, die ihrerseits die WHO-Mitgliedstaaten vor der 76. Weltgesundheitsversammlung informieren soll. • Einige Experten sagen, dass einige vorgeschlagene Änderungen auf der 76. Weltgesundheitsversammlung zur Abstimmung gestellt werden könnten – eine einfache Mehrheit reicht zur Annahme aus – die vom 23. bis 30. Mai 2023 stattfinden wird.
- Der offizielle Zeitplan sieht inzwischen vor, dass eine sogenannte Arbeitsgruppe zu Änderungen der Internationalen Gesundheitsvorschriften (2005) – bestehend aus ausgewählten Delegierten der Vertragsstaaten – im Laufe des Jahres 2023 einen endgültigen Vorschlag auf der Grundlage des Berichts des Überprüfungsausschusses erarbeiten soll. • Der endgültige Vorschlag für die Änderungen soll Anfang 2024 an die GD gehen, die ihn mindestens vier Monate vor der Weltgesundheitsversammlung 2024 an die Mitgliedstaaten weiterleiten soll.

Pandemie-Vertrag

- Dez. 2020: EU-Ratspräsident Charles Michel schlägt ein rechtsverbindliches Pandemieabkommen der WHO vor; Der Generaldirektor der WHO, Tedros Adhanom Ghebreyesus, unterstützt die Initiative. • Dez. 2021: Ein sogenanntes Zwischenstaatliches Verhandlungsgremium (INB) wird von der WHO dazu eingerichtet am Vertrag arbeiten.
- ING-Feedbackrunden schließen Mitgliedstaaten und nichtstaatliche Akteure in Beziehungen mit der WHO ein und handverlesenen Experten einen sogenannten Conceptual Zero Draft zu erarbeiten. • Nov. 2022: Ein Conceptual Zero Draft wird zur weiteren Prüfung durch das INB veröffentlicht.
- Dez. 2022: Die Mitgliedstaaten einigen sich darauf, das INB-Büro einen Zero Draft entwickeln zu lassen, der auf dem Conceptual Zero Draft für einen rechtsverbindlichen Vertrag basiert. (Das INB-Büro besteht aus sechs Delegierten, einer aus jeder der sechs WHO-Regionen, einschließlich der Co-Vorsitzenden Roland Driecce aus den Niederlanden und Precious Matsoso aus Südafrika.)
- Die Verhandlungen zum Zero Draft beginnen am 27. Februar 2023. • Von März bis April 2023 arbeitet das INB daran, einen Konsentext für das endgültige Instrument zu finden. • Im Mai 2023 wird der 76. Weltgesundheitsversammlung ein Fortschrittsbericht vorgelegt. • Von Mai 2023 bis März 2024 wird das INB versuchen, einen Konsentext sowie einen entsprechenden zu finalisieren Prozessbericht an die Weltgesundheitsversammlung.
- Im Mai 2024 soll der 77. Weltgesundheitsversammlung eine endgültige Fassung des Entwurfs für ein rechtsverbindliches Pandemieabkommen vorgelegt werden. • Der Pandemievertrag der WHO wird zur Annahme gemäß Artikel 19 der WHO-Verfassung erwogen, wobei zusätzlich die Eignung von Artikel 21 geprüft wird.

1st Floor, 11 Laura Place, Bath, BA2 4BL
WWW.WORLDCOUNCILFORHEALTH.ORG