



Pandemievertrag und globale Überwachung

Der geplante WHO-Pandemievertrag und die geplanten Änderungen der Internationalen Gesundheitsvorschriften weisen den Weg in ein globales biomedizinisches Überwachungs- und Bekämpfungssystem von Gesundheitsbedrohungen. Doch im Verhandlungsprozess wird auch Kritik laut: Wozu überhaupt ein Pandemievertrag und warum immer mehr zentrale Kontrolle?

SILVIA BEHRENDT UND AMREI MÜLLER, 5. Juli 2022, 0 Kommentare

Eine außerordentlich einberufene Weltgesundheitsversammlung der WHO hat im Dezember 2021 entschieden, einen neuen multilateralen Pandemievertrag zu verhandeln. Zudem hat die diesjährige, vom 22. bis 28. Mai abgehaltene reguläre 75. Weltgesundheitsversammlung beschlossen, gleichzeitig das bestehende völkerrechtliche Vertragswerk zur Regelung von grenzüberschreitenden Gesundheitsbedrohungen und globalen Gesundheitsnotständen – die sogenannten Internationalen Gesundheitsvorschriften von 2005 – zu revidieren. (1)

Obwohl vieles gegenwärtig noch unklar bleibt, scheinen diese Prozesse darauf abzuzielen, einen völkerrechtlichen Rahmen für eine auf WHO-Ebene zentralisierte und digital gestützte biomedizinische Überwachung der Weltbevölkerung, einschließlich ihrer Interaktion mit der Tierwelt und der Umwelt über den sogenannten „One-Health“-Ansatz, zu schaffen. Die Überwachung soll es ermöglichen, Krankheitserreger, die potenziell grenzüberschreitend die Gesundheit bedrohen, aufzuspüren, um rasch global koordinierte Notfallmaßnahmen zu ergreifen und damit die Gesundheitssicherheit (Global Health Security (GHS)) zu gewährleisten. Unter die medizinischen Gegenmaßnahmen fallen die schnelle Entwicklung, Herstellung und weltweite Verbreitung von (neuen) Diagnostika, Medikamenten und Impfstoffen.

Die Entscheidung, den internationalen gesundheitsrechtlichen Rahmen anzupassen, basiert auf der politischen Überzeugung, dass die weitreichenden Schäden der Corona-Krise hätten vermieden werden können, wenn zum richtigen Zeitpunkt bereits in ein solches System investiert worden wäre. Diese Auffassung wird insbesondere vom WHO-Generaldirektor, dem Europäischen Rat und der Europäischen Kommission, den öffentlich-privaten Partnern der WHO wie der Global Vaccine Alliance (GAVI) und der Coalition for Epidemic Preparedness Innovations (CEPI), verschiedenen von der 73. Weltgesundheitsversammlung (2020) (2) in Auftrag gegebenen Berichten zur Covid-19 Pandemie (3) sowie der International Federation of Pharmaceutical Manufacturers & Associations geteilt.

Der bisherige Verhandlungsverlauf

Verhandlungen zum geplanten Pandemievertrag sind vornehmlich auf Drängen der Europäischen Union aufgenommen worden. Der erste Vorschlag zum neuen Vertrag wurde vom Präsidenten des Europäischen Rates, Charles Michel, auf dem Pariser Friedensgipfel schon im November 2020 gemacht, der dann von der GZ, dem Europäischen Rat (Februar 2021) (4) sowie vom WHO-Generaldirektor (März 2021) aufgegriffen wurde. Die außerordentliche Weltgesundheitsversammlung setzte sodann im Dezember 2021 ein internationales Verhandlungsgremium zur Ausarbeitung eines neuen Pandemievertrages, den Intergouvernemental Negotiating Body (INB), ein.

Der Zeitrahmen für die Vertragsausarbeitung ist angesichts der Tatsache, dass sich internationale Vertragsverhandlungen normalerweise über mindestens ein Jahrzehnt erstrecken, sehr eng gesetzt. Das INB hat in seiner ersten Sitzung aber bereits die möglichen Inhalte des Vertrages in einem Arbeitsentwurf skizziert. Diese beruhen wiederum auf den Resultaten eines vom INB durchgeführten Konsultationsprozess mit WHO-Mitgliedstaaten und sogenannten privaten „Stakeholdern“ (zusammengefasst in diesem Bericht). Der Arbeitsentwurf soll in der nächsten INB-Sitzung im Juli 2022 mit weiterem Inhalt entlang der vier Teilbereiche Pandemieprävention, -vorbereitung, -bekämpfung und -erholung (*prevention, preparedness, response, recovery*) gefüllt werden. Die Verhandlungsergebnisse des INB sollen dann zur möglichen Annahme durch die 194 WHO-Mitgliedsstaaten im Mai 2024 der 77. Weltgesundheitsversammlung übermittelt werden.

Der parallele Revisionsprozess der Internationalen Gesundheitsvorschriften soll im selben Zeitraum verhandelt und abgeschlossen werden. Die 75. Weltgesundheitsversammlung einigte sich auf die Durchführung eines inklusiven Konsultationsprozesses zu diesem Zweck, nachdem ein unilateraler Vorstoß der USA scheiterte, weiterreichende Änderungen kurzfristig annehmen zu lassen. (5) Die USA zogen ihre Vorschläge vorerst zurück, da sich insbesondere afrikanische Staaten dieser unilateralen Vorgehensweise verwehrten.

Wesentliche Punkte des US-Vorschlags, wie die Ausdehnung des PHEIC-Konzepts (Public Health Emergencies of International Concern) auf eine Vorstufe des „intermediate public health alert“ sowie auf regionale Gesundheitsnotstände („public health emergency of regional concern“ (PHERC)), die den Anwendungsbereich der Internationalen Gesundheitsvorschriften beträchtlich ausweiten würden, könnten aber im Rahmen des konsultativen Revisionsprozess wieder eingebracht werden. WHO-Mitgliedsstaaten sind aufgefordert, schon bis Ende September 2022 ihre Änderungsvorschläge zu unterbreiten. (6)

Die dominante Global Health Security (GHS) Doktrin

Um die Prozesse und die Richtung, in die sie gehen, einzuordnen, sollte die Global Health Security (GHS) Doktrin Erwähnung finden. Die GHS-Doktrin hat bereits den letzten zehnjährigen Revisionsprozess (1995-2005) der Internationalen Gesundheitsvorschriften und damit viele der in ihr enthaltenen Regelungen bestimmt, und scheint nun die beiden Prozesse erneut maßgeblich zu leiten. Kurz zusammengefasst zielt der GHS-Ansatz auf die Reduzierung „biologischer Risiken“ ab, indem er Strategien der Biogefahren- und Bioterrorismusabwehr mit denen der öffentlichen Gesundheit verbindet.

Damit wird das Auftreten von Krankheitserregern nicht mehr ausschließlich als medizinisches sondern auch als sicherheitspolitisches Problem gedeutet. Unter den geltenden Internationalen Gesundheitsvorschriften kann beispielsweise ein „außergewöhnliches Ereignis“, das „durch die grenzüberschreitende Ausbreitung von Krankheiten eine Gefahr für die öffentliche Gesundheit in anderen Staaten darstellt und möglicherweise eine abgestimmte internationale Reaktion erfordert,“ (7) vom WHO-Generaldirektor (8) als PHEIC, das heißt als globaler gesundheitlicher Ausnahmezustand bzw. Gesundheits*notstand* qualifiziert werden. Daraufhin kann der Generaldirektor, nach Beratung mit einem Notfallkomitee, den WHO-Mitgliedsstaaten zeitlich begrenzte medizinische und nicht-medizinische Gegenmaßnahmen empfehlen. (9) Obwohl nicht verbindlich unter den geltenden Internationalen Gesundheitsvorschriften, sind die Staaten angehalten, diese Empfehlungen zu befolgen.

Die Idee dahinter ist, dass es sich beim Auftauchen einer neuen Virussequenz auch um einen absichtlichen Biowaffenangriff oder einen Laborunfall handeln könnte, denen nur mit militärischen Taktiken und Befehlsketten (10) begegnet werden könne, beispielsweise über Ausgangssperren, Kontaktverfolgung, Massenquarantäne auch für gesunde Menschen, Massentests, Massenimpfungen und strikte Informationskontrolle. (11)

Vertreter der GHS-Doktrin gehen von einer noch nie dagewesenen Häufigkeit globaler Gesundheitsbedrohungen (mit pandemischem Potenzial) aus, die trotz lokalem Auftreten die gesamte Welt bedrohen könnten. Dies wird der menschlichen Interdependenz mit der Tierwelt sowie Klimaveränderungen zugeschrieben und im „One Health“ Konzept (Mensch-Tier-Umwelt) gefasst. (12) Die Annahme ist, dass solchen Bedrohungen auch in Zukunft effektiv über von der WHO erklärte, globale Ausnahmezustände begegnet werden muss, um Gegenmaßnahmen zentral zu entwickeln und anzuordnen, und sie durch hierarchische Strukturen umzusetzen. Diese reichen von der WHO inklusive der über die letzten Jahre immer weiter ausgebauten Health Emergencies Programme, über regionale Institutionen wie die erst vor kurzem gegründete Health Emergency Preparedness and Response Agency (HERA) der EU, hin zu nationalen Gesundheitsbehörden und ‚resilienten‘ Gesundheitssystemen.

Insgesamt hat die Verbreitung der aus den USA stammenden GHS-Doktrin seit Anfang der 90-er Jahre, und insbesondere nach 9/11 und den Anthrax-Anschlägen, zu einer starken „Versicherheitlichung“ und Militarisierung von Reaktionen auf Krankheitsausbrüche geführt. Dies spiegelt sich auch in den weltweiten Reaktionen auf das Auftreten des Coronavirus im Januar 2020 wider, und kann an der Tatsache verdeutlicht werden, dass viele nationale Gremien zur Umsetzung von Covid-19 Gegenmaßnahmen durch hochrangige Militärangehörige (wie etwa in Deutschland, Indonesien und Österreich) geleitet wurden und werden.

Gesamtheitliche Ansätze des öffentlichen Gesundheitsschutzes, die primär auf lokale Lösungen, Freiwilligkeit, offene Kommunikation und demokratische Kooperation zwischen Bevölkerung und Gesundheitsbehörden

setzen, wurden aus dem Diskurs um globale Gesundheit weitgehend verdrängt.

Zu regelnde inhaltliche Aspekte

Trotz des noch ungewissen Ausgangs der beiden beschriebenen Prozesse können eine Reihe inhaltlicher Aspekte ausgemacht werden, die mit großer Wahrscheinlichkeit Eingang in den neuen Pandemievertrag und / oder die geänderten Internationalen Gesundheitsvorschriften finden werden. Insgesamt scheint angestrebt zu werden, die GHS nachhaltiger im internationalen Gesundheitsrecht zu verankern.

Dies geht aus zahlreichen WHO-Dokumenten und Berichten hervor, aktuell insbesondere dem bereits genannten ersten Arbeitsentwurf des INB und den Resultaten des vom INB durchgeführten Konsultationsprozesses, sowie zwei Berichten des WHO-Generaldirektors an die 75.

Weltgesundheitsversammlung (Mai 2022): zum einen, der Bericht zur Stärkung der Präventions- und Abwehrbereitschaft gesundheitlicher Notfälle durch die WHO; und zum anderen, der Bericht zur Stärkung der globalen Architektur für Prävention, Abwehrbereitschaft und Resilienz in gesundheitlichen Notfällen. Unter diesen inhaltlichen Aspekten sind:

- Der Aufbau einer globalen, digital gestützten biomedizinischen Überwachung, um Krankheitserreger, die eine potentielle Gesundheitsbedrohung darstellen, rasch bewerten und darauf mit global koordinierten Notfallmaßnahmen reagieren zu können. (13) Dies könnte die Verbreitung, Vernetzung und Vereinheitlichung digitaler Überwachungsinstrumente durch die WHO fördern, (14) beispielsweise zum Zweck des Austauschs von Proben von Krankheitserregern, genetischen und anderen biologischen Informationen; (15) und zur Speicherung individueller medizinischer und genetischer Information zur Rückverfolgung von Kontaktpersonen und zur globalen Einführung digitaler Impf- und Testbescheinigungen, um ‚sichere‘ internationale Reisen zu ermöglichen.
- Sicherstellung eines gerechten Zugangs zu und einer gerechten Verteilung von medizinischen Gegenmaßnahmen. Dies könnte die Stärkung der beschleunigten Entwicklung von investigativen Diagnostika, Therapeutika und Impfstoffen und den Ausbau globaler Produktions-, Vertriebs- und Verwaltungssysteme umfassen. (16)
- Eine Ausweitung der Anwendung der WHO Emergency Use Listing Procedure (EULP), die der WHO die weltweite Verbreitung nicht lizenzierter Medizinprodukte während eines PHEIC ermöglicht, (17) sowie der Ausbau von öffentlich-privaten Strukturen wie der Access to COVID-19 Tools Accelerator (einschließlich COVAX), über den EULP-Produkte weltweit verbreitet werden, wären in diesem Kontext denkbar. Dieser Ansatz spiegelt sich auch in der von CEPI vorangetriebenen 100Days Initiative wider, welche darauf abzielt, innerhalb von 100 Tagen neue Impfstoffe zu entwickeln, herzustellen und weltweit zu verabreichen.
- Die nachhaltige Sicherstellung einer angemessenen Finanzierung der WHO, damit sie eine leitende, operative Rolle bei der globalen Pandemieprävention und -bekämpfung spielen kann. (18) Dies soll im Zusammenspiel mit internationalen Finanzakteuren wie etwa der Weltbank und der Gründung neuer Fonds zur Finanzierung von medizinischen Gegenmaßnahmen samt dem Schutz geistiger Eigentumsrechte erreicht werden. (19)

- Aufbau widerstandsfähiger („resilienter“) nationaler Gesundheits- und Laborsysteme, die in der Lage sind, Krankheitserreger mit Pandemiepotenzial zu identifizieren und rasch darauf zu reagieren. (20)
- Sicherstellung zentralisierter „struktureller Lösungen“ auf nationaler Ebene durch die Annahme und Durchsetzung sogenannter „gesamtstaatlicher“ und „gesamtgesellschaftlicher“ Ansätze zur Pandemieprävention und -bekämpfung. (21) Auch die Vernetzung mit der regionalen und internationalen Ebene durch die Schaffung einer multidisziplinären und sektorübergreifenden Plattform von Zentren für öffentliche Gesundheitsnotstände (22) sowie das Durchführen regelmäßiger Simulationsübungen (23) werden vorgeschlagen.
- Integration des oben bereits genannten „One-Health“ Konzepts, um sicherzustellen, dass Gesundheitsrisiken durch neu auftretende Krankheiten zoonotischen Ursprungs oder durch Klimaveränderung in Zukunft verringert werden können. (24)
- Verbesserte Umsetzung und Durchsetzung der Internationalen Gesundheitsvorschriften und des geplanten Pandemievertrags durch die Vertragsstaaten über den Aufbau zentraler Überwachungs- und Durchsetzungsmechanismen. (25)
- Konzertierte Maßnahmen gegen die Verbreitung von medizinischen Fehlinformationen und Desinformationen sowohl auf nationaler als auch auf globaler Ebene, (26) einschließlich als Bestandteil von Förderungsmaßnahmen der Gesundheits- und Wissenschaftskompetenz der Bevölkerung. (27) Dies würde die bereits bestehenden WHO Aktivitäten im Bereich Infodemic Management ausbauen.

Offene Fragen und abschließende Bemerkungen

Die Prozesse zur Ausarbeitung eines neuen Pandemievertrags sowie der Revision der Internationalen Gesundheitsvorschriften laufen Gefahr, viele der technokratischen Gegenmaßnahmen, die im Laufe der Corona-Krise ergriffen wurden, für zukünftig auftauchende Erkrankungen zu verfestigen und zu routinisieren.

Die jüngsten Reaktionen der WHO und EU auf das vermehrte Auftreten von Affenpocken weisen in diese Richtung. Die WHO hat bereits ein Affenpocken-Notfallkomitee eingesetzt, das auf seiner ersten Sitzung am 23. Juni zwar noch keinen Affenpocken-PHEIC ausgerufen hat, die Situation aber weiter genau beobachten und in einigen Wochen erneut beurteilen will. Der WHO-Generaldirektor hat zudem „alle WHO-Mitgliedstaaten, Gemeinden und Einzelpersonen dazu aufgerufen, die Empfehlungen des Affenpocken-Notfallkomitees für eine verstärkte Überwachung, verbesserte Diagnostik, die Einbeziehung der Bevölkerung und die Risikokommunikation sowie den angemessenen Einsatz von Therapeutika, Impfstoffen und Maßnahmen im Bereich der öffentlichen Gesundheit, einschließlich Kontaktverfolgung und Isolierung, zu befolgen.“ Auch wurden bereits entsprechende Forschungs- und Entwicklungsprioritäten festgelegt und der Einkauf von Impfstoffen – zumindest in der EU – beschlossen. (28)

Weder das tatsächliche Risiko für die öffentliche Gesundheit noch möglicherweise bestehende Interessenkonflikte, die sich in der Vergangenheit als problematisch erwiesen haben, werden diskutiert.

Fragen nach der Effektivität einer GHS-inspirierten Pandemiepolitik sollten aber vermehrt gestellt werden. Es ist mittlerweile klar, dass viele der Gegenmaßnahmen während der Corona-Krise mehr Schaden angerichtet als

Nutzen gebracht haben. Das ist etwa der Fall für „Lockdowns“ und zeichnet sich auch für die weltweite Impfkampagne mit investigativen Impfstoffen ab. (29) Zudem muss angenommen werden, dass viele der inhaltlichen Vorschläge mit den menschenrechtlichen Verpflichtungen sowohl der Staaten als auch der WHO im Konflikt stehen.

Dahingehende Bedenken sind während einer im April 2022 vom INB organisierten öffentlichen Anhörung zivilgesellschaftlicher Organisationen und interessierter Einzelpersonen geäußert worden. Die Beiträge hinterfragten beispielsweise generell die Notwendigkeit für einen neuen Pandemievertrag. (30) Dies ist ein berechtigter Einwand, wenn bedacht wird, dass mit den Internationalen Gesundheitsvorschriften bereits ein umfassendes internationales Vertragswerk existiert, das es dem WHO-Generaldirektor erlaubt, koordinierte Maßnahmen beim Auftreten grenzüberschreitender Gesundheitsbedrohungen zu empfehlen. Auch die Festschreibung einer evidenzbasierten Entscheidungsfindung durch die WHO bei der Ausarbeitung und Empfehlung globaler medizinischer und nicht-medizinischer Interventionen wird verlangt. (31)

Zur Vereinbarkeit mit menschenrechtlichen Verpflichtungen fasst der Bericht zusammen:

„In den meisten Beiträgen wurde gefordert, dass bei der Ausarbeitung und Verhandlung des Vertrages die Menschenrechte geachtet werden, ... Dazu gehören unter anderem das Recht auf körperliche Unversehrtheit und die informierte Zustimmung nach Aufklärung, die Informationsfreiheit, das Diskriminierungsverbot und die Wahlfreiheit bei medizinischen Eingriffen. In mehreren Beiträgen wurde auf internationale Instrumente wie den Nürnberger Kodex, die Allgemeine Erklärung der Menschenrechte, die Erklärung von Helsinki, den Belmont-Bericht und die Oviedo Konvention und ihre Zusatzprotokolle verwiesen. Einschränkungen der Menschenrechte müssten rechtlich begründet sein“ (32)

Darin schwingen viele der relevanten offenen Fragen mit. So etwa die Tatsache, dass eine mögliche Ausweitung der notfallbedingten Verbreitung nicht lizenzierter, investigativer Impfstoffe, Therapeutika und Diagnostika über den neuen Pandemievertrag mit dem Recht auf Gesundheit (Artikel 12 UN-Sozialpakt), welches das Recht auf Zugang zu effektiven und sicheren Arzneimitteln und anderen Medizinprodukten einschließt, sowie mit dem Recht auf körperliche Unversehrtheit, in Konflikt geraten kann.

Zudem ist die Frage zu stellen, ob über viele Jahre erarbeitete medizinrechtliche Standards für die sichere Zulassung von Medikamenten über pandemische Notfallzulassungen als standardisierte öffentliche Gesundheitsmaßnahme leichtfertig aufgegeben werden sollten. Die Referenz zur Informationsfreiheit signalisiert, dass sich weitere Spannungen ergeben können, wenn ein über den Pandemievertrag verschärftes Infodemic Management (Informationskontrolle) auf die Menschenrechte auf freie Meinungsäußerung (Artikel 10 Europäische Menschenrechtskonvention und Artikel 19 UN-Zivilpakt) und die Wissenschaftsfreiheit (Artikel 15(1)(b) UN-Sozialpakt) treffen. Dies deutet sich in der Zensurpolitik während der Corona-Krise klar an.

Im Bericht gestellte Fragen nach der globalen Verwaltung von Gesundheitsdaten und die Ablehnung eines zentralisierten biomedizinischen Überwachungssystems (33) in vielen Beiträgen weisen des Weiteren auf die Probleme hin, inwieweit der Ausbau eines solchen Systems mit dem Menschenrecht auf Privatleben (Artikel 8 Europäische Menschenrechtskonvention und Artikel 17 UN-Zivilpakt) und Datenschutzverordnungen vereinbar ist.

Viele im Bericht zusammengefasste Beiträge lehnen auch eine weitere Zentralisierung von Entscheidungsmechanismen über öffentliche Gesundheitsmaßnahmen auf WHO-Ebene ab. Subnationale und lokale Gesundheitseinrichtungen seien besser in der Lage, gezielte Entscheidungen auf nationaler Ebene zu treffen. (34) Aus diesem Grund solle die WHO nach wie vor nur Empfehlungen, nicht aber verbindliche Anweisungen über medizinische und nicht-medizinische Maßnahmen unter den revidierten Internationalen Gesundheitsvorschriften oder einem neuen Pandemievertrag erlassen. (35)

Es bleibt zu hoffen, dass die WHO, ihre Mitgliedsstaaten und ihre einflussreichen privaten sowie öffentlichen Partner diese und weitere in der Anhörung geäußerten Bedenken im Verhandlungsprozess ernstnehmen. Aus rechtlicher Sicht müssen sämtliche medizinischen und nicht-medizinischen Maßnahmen zur Pandemieprävention und -bekämpfung mit den in nationalen Verfassungen sowie Europäischen und internationalen Verträgen verankerten Menschenrechten vereinbar sein und daher auch zwingend im Revisionsprozess der Internationalen Gesundheitsvorschriften sowie bei der Ausarbeitung des neuen Pandemievertrags beachtet werden.

Nur eine solche menschenrechtliche Dimension kann Gesellschaften und ihren demokratisch kontrollierten nationalen Institutionen, und damit unzähligen Individuen, Schutz vor dem ungerechtfertigten Durchgriff globaler Akteure garantieren.

Über die Autorinnen: Dr. Mag. Silvia Behrendt, Jahrgang 1980, ist österreichische Verwaltungsjuristin und hat über die Internationalen Gesundheitsvorschriften an der Universität St. Gallen/Georgetown University Law Center, Washington D.C., promoviert. Sie war „WHO expert consultant“ und hat eng mit dem WHO-Sekretariat der Internationalen Gesundheitsvorschriften in Genf zusammengearbeitet. Dr. Amrei Müller, Jahrgang 1981, ist seit 2020 Lecturer/Assistant Professor (Ad Astra Fellow) am University College Dublin, Sutherland School of Law. Ihre Forschungs- und Lehrtätigkeit konzentriert sich auf den Bereich des Europäischen und Internationalen Menschenrechtsschutzes sowie das humanitäre Völkerrecht.

Weitere Artikel zum Thema:

- **Monkey Business** (Paul Schreyer, 26.5.2022)
- **Mensch und Natur** (Wilfried Nelles, 17.4.2022)
- **Internationaler Pandemievertrag: Ein globaler Automatismus wird installiert** (Elke Schenk, 4.6.2021)

Anmerkungen

(1) Der offizielle Text der einschlägigen Entscheidung der 75. WHA ist derzeit noch nicht verfügbar. Siehe aber den begleitenden Bericht, einschließlich des Entscheidungsvorschlags an die WHA: WHO, Strengthening WHO preparedness for and response to health emergencies, Report of the Director-General, [A75/17](#), 23. Mai 2022, § 39.

(2) Resolution [WHA73.1](#), Covid-19 Response, 19. Mai 2020, § 9(10).

- (3) Global Preparedness Monitoring Board (GPMB), 'From Worlds Apart to a World Prepared', [Annual Report 2021](#); WHO, Report of the Review Committee on the Functioning of the International Health Regulations (2005) during the COVID-19 Response, [A74/9 Add.1](#), 5. Mai 2021; Report of the Independent Oversight and Advisory Committee for the WHO Health Emergencies Programme, [A74/16](#), 5. Mai 2021; und Independent Panel for Pandemic Preparedness and Response (IPPPR), 'COVID-19: Make it the Last Pandemic', [Report](#), Mai 2021.
- (4) Siehe auch die [EU-Webseite](#) zum geplanten Pandemievertrag.
- (5) Für eine Analyse, siehe: Silvia Behrendt und Amrei Müller, 'The far-reaching US proposals to amend the International Health Regulations at the upcoming 75th World Health Assembly: A call for attention', [EJIL:talk!](#), 18. Mai 2022.
- (6) Siehe WHO, Report [A75/17](#) (23. Mai 2022), *supra* fn. 1, §§ 13(b) und 39(2)(c).
- (7) Artikel 2 [Internationale Gesundheitsvorschriften](#).
- (8) Artikel 12 [Internationale Gesundheitsvorschriften](#).
- (9) Artikel 15 [Internationale Gesundheitsvorschriften](#).
- (10) Brett Forshay et al., 'Military Participation in Health Security: Analysis of Joint External Evaluation Reports and National Action Plans for Health Security' (2021) 19(2) *Health Security* 173.
- (11) Zur Umsetzung dieser pandemischen Gegenmaßnahmen in Entsprechung des GHS-Konzepts siehe [European Health Observatory](#), 'Health systems resilience during COVID-19: Lessons for building back better' (2021) 56 *Health Policy Series*.
- (12) Siehe auch John Mackenzie und Martyn Jeggo, '[The One Health Approach – Why is it so Important?](#)' (2019) 88(4) *Tropical Medicine and Infectious Disease* 1.
- (13) INB, Draft annotated outline of a WHO convention, agreement or other international instrument on pandemic prevention, preparedness and response, [A/INB/1/12](#), 14 June 2022, S. 6 (§ 3.8), 7 (§ 1.14), 8 (§§ 3.12 und 3.15), 9 (§ 1.14), 10 (§§ 1.15, 3.11 und 3.2), 11 (§§ 3.12 und 3.15), 13 (§§ 3.11 und 3.2), 14 (§§ 3.15 und 1.14) und Part VIII; Report [A75/17](#) (23. Mai 2022), *supra* fn. 6, §§ 11(c) und (d); WHO, Strengthening the global architecture for health emergency preparedness, response and resilience, Report by the Director-General, [A75/20](#), 23. Mai 2022, §§ 28(i), 38 und 40; INB, Summary report on the results of the INB digital platform, [A/INB/1/9](#), 3. Juni 2022, §§ 19 und 24.
- (14) Report [A75/17](#) (23. Mai 2022), *supra* fn. 1, Appendix 3, Table 7, S. 55-56; INB, [A/INB/1/9](#) (3. Juni 2022), *supra* fn. 13, § 31.
- (15) Siehe beispielsweise [WHO BioHub](#); WHO, [Strengthening pandemic preparedness planning for respiratory pathogens](#), *Policy Brief*, 27. April 2022, S. 3. WHO, [Global Genomic Surveillance Strategy for Pathogens with Pandemic Potential](#), 2022-2032, 28. März 2022.
- (16) Report [A75/17](#) (23. Mai 2022), *supra* fn. 1, §§ 11(b), (d) and (g); Report [A75/20](#) (23. Mai 2022), *supra* fn. 13, §51; INB, [A/INB/1/9](#) (3. Juni 2022), *supra* fn. 13, §§19 und 29.
- (17) INB, [A/INB/1/12](#) (14 June 2022), *supra* fn. 13, S. 11 und 14 (§ 1.16).
- (18) INB, [A/INB/1/12](#) (14 June 2022), *supra* fn. 13, S. 6 (§ 4.4), 9, 11, 14 und 16 (§ 4.5); Report [A75/17](#) (23. Mai 2022), *supra* fn. 1, § 11(j); Report [A75/20](#) (23. Mai 2022), *supra* fn. 13, §§54-56.
- (19) Report [A75/20](#) (23. Mai 2022), *supra* fn. 13, §§ 46-47.
- (20) INB, [A/INB/1/12](#) (14 June 2022), *supra* fn. 13, S. 8, 11, 14 und 15 (§§ 3.17 und 3.16); Report [A75/17](#) (23. Mai 2022), *supra* fn. 1, §§ 11(e) and (f); Report [A75/20](#) (23. Mai 2022), *supra* fn. 13, §§ 28(iii), 29 und 33; INB, [A/INB/1/9](#) (3. Juni 2022), *supra* fn. 13, §§ 27 and 27.

(21) INB, [A/INB/1/12](#) (14 June 2022), *supra* fn. 13, S. 8, 10, 13, 15 (§ 2.8); Report [A75/17](#) (23. Mai 2022), *supra* fn. 1, § 11(a); Report [A75/20](#) (23. Mai 2022), *supra* fn. 13, §§ 14(i), 25(i) und 36, und Fig.7 (S.15); INB, [A/INB/1/9](#) (3. Juni 2022), *supra* fn. 13, §§ 22 und 29.

(22) INB, [A/INB/1/12](#) (14 June 2022), *supra* fn. 13, S. 8 (§ 10).

(23) Ebd., S. 8 und 10 (§ 3.6).

(24) Ebd., S. 8, 10, 13, 15 (§§ 2.8 und 3.11) und Teil VII; Report [A75/17](#) (23. Mai 2022), *supra* fn. 1, § 11(h); Report [A75/20](#) (23. Mai 2022), *supra* fn. 13, § 5(ii); INB, [A/INB/1/9](#) (3. Juni 2022), *supra* fn. 13, § 24.

(25) INB, [A/INB/1/12](#) (14 June 2022), *supra* fn. 13, S.16 (Teil XI); Report [A75/17](#) (23. Mai 2022), *supra* fn. 6, §39; Report [A75/20](#) (23. Mai 2022), *supra* fn. 13, §§ 14(ii) und 21-27; INB, [A/INB/1/9](#) (3. Juni 2022), *supra* fn.13, §§ 35 und 36.

(26) Report [A75/17](#) (23. Mai 2022), *supra* fn. 1, §11(l); INB, [A/INB/1/9](#) (3. Juni 2022), *supra* fn. 13, § 24.

(27) INB, [A/INB/1/12](#) (14 June 2022), *supra* fn. 13, S. 16 (Teil X).

(28) Die Zulassung des angekauften Impfstoffes Imvanex von Bavarian Nordic erfolgte unter "besonderen Umständen".

(29) Siehe z.B. Stephanie Seneff et al., 'Innate Immune Suppression by SARS-CoV-2 mRNA Vaccinations: The Role of G-quadruplexes, Exosomes, and MicroRNAs' (2022) 164 *Food and Chemical Toxicology* 113008.

(30) INB, Outcomes of the first report of public hearings, [A/INB/1/10](#), 1. Juni 2022, § 27.

(31) Ebd., § 39.

(32) Ebd., § 29.

(33) Ebd., § 38.

(34) Ebd., § 28.

(35) Ebd. § 22.