ZUSAMMENFASSENDE STELLUNGNAHME

zu den am 1. Juni 2024 geänderten Internationalen Gesundheitsvorschriften 2005 der Weltgesundheitsorganisation

Die Bedeutung der geänderten Internationalen Gesundheitsvorschriften (IGV) erschließt sich nur durch eine gesamtheitliche Betrachtung der IGV einerseits, und der gravierenden Strukturdefizite der Weltgesundheits-organisation (WHO) und ihrer seit Jahren ungesunden Finanzierung andererseits. Wie aus den Detail-Ausführungen in Anlage 1 hervorgeht, ist eine Ratifizierung der geänderten IGV für Österreich unvertretbar und abzulehnen!

1. WHO, globale Governance, Transparenz und Interessenkonflikte

Das WHO 2-Jahres-Budget beträgt rd. 7.4 Mrd. USD. Die WHO finanziert sich nur mehr zu rd. 16 % über Pflichtbeiträge der Mitgliedstaaten. **73% sind freiwillige zweckgebundene Gelder** einflussreicher Staaten und Drittakteure (Stiftungen, private Firmen, internationale Organisationen, etc.). Diese Gelder werden dann gespendet, wenn sie für WHO-Programme eingesetzt werden, die der Geldgeber umgesetzt haben will aufgrund von Eigeninteressen bzw. wirtschaftlichen Interessen. Inklusive der Gates Gelder an die Globale Impfallianz GAVI (die ihrerseits wieder Spender an die WHO ist) ist die Gates Stiftung mit 1.2 Mrd. USD der größte Spender der WHO. Vergleichsweise „kleine" Großspender sind die Europäische Kommission (352 Mill. USD) oder Deutschland (187 Mill. USD)[1].

Die geänderten IGV dehnen das Ermessen der WHO weiter aus. Kritisch sind die übermäßige Machtkonzentration und weitere Machtausweitung des WHO-Generaldirektors, unzureichende externe und unabhängige Kontrollmechanismen, sowie die fehlende Rechenschaftspflicht (Art. 1, Art. 12, Annex 2 IGV). Die vorgesehenen Komitees - deren Mitglieder der WHO-Generaldirektor selbst auswählt - haben rein beratende Funktion (Art. 48-50, Art. 53 IGV). Hinzu kommen strafrechtliche Immunität für den WHO-Generaldirektor und WHO-Mitarbeiter, und Intransparenz (z.B. werden Interessenkonflikte und Spendenverträgen nicht offengelegt)[2].

2. Paradigmenwechsel zur "Globalen Gesundheitssicherheit"

Mit dem durch die WHO in 2021 initiierten Gesetzesreformpaket „Pandemie, Prävention, Vorbereitung und Reaktion" wurden zwei große strukturelle Trends etabliert[3].

1. **Globale Gesundheitssicherheit**: die öffentliche Gesundheit ist ein Sicherheitsproblem und erfordert ein permanentes „Vorbereitet-Sein" auf Notfälle und mögliche Pandemien. Dieser sicherheitsfokussierte Ansatz führt zur Ausweitung von Exekutivbefugnissen („all-government"). Eindämmung wird über Verhältnismäßigkeit priorisiert.
2. Eine **öffentlich-private Verflechtung** von Gesundheits-Maßnahmen im Falle von Infektionskrankheiten und potenziellen Notfällen, wodurch die Grenzen zwischen öffentlicher Zuständigkeit und privaten Interessen von Drittakteuren zunehmend verschwimmen. Dies ebnet den Weg in eine Pharmazeutisierung der Gesellschaft (d.h. Einsatz technokratischer und markt-getriebener Lösungen, pharmazeutische Gesundheitsprodukte jeglicher Art).

Doppelte Vertragsarchitektur: Diese **Gesetzesreform** stützt sich auf **zwei Verträge:**
- Die geänderten **IGV** sollen globale öffentliche Gesundheitsnotstände regeln. Sie sind keine einfachen Vorschriften, sondern ein völkerrechtlich verbindlicher Vertrag, der in Österreich die Zustimmung des Parlaments erfordert. Viele IGV-Bestimmungen betreffen nicht nur technische Details. Im Falle einer ausgerufenen Pandemie bzw. einer pandemischen Notlage sind die Auswirkungen der geänderten IGV auf Österreich als WHO-Mitgliedsstaat äußerst problematisch und schlichtweg inakzeptabel!
Österreich hat die geänderten IGV (und auch den Pandemievertrag) nicht selbst verhandelt. Das Verhandlungsmandat

[1] Detail-Ausführungen Anlage 1: Seite 2 und 3
[2] Detail-Ausführungen Anlage 1: Seite 9 und 10, sowie Anlage C
[3] Detail-Ausführungen Anlage 1: Seite 1 und 2

für alle EU-Mitgliedstaaten hatte die EU-Kommission. Per Ratsbeschluss in 2024 «*lädt die EU-Kommission die Mitgliedstaaten* [nun] *dazu ein, die Änderungen der IGV im Interesse der Union* ***vorbehaltlos anzunehmen***»[4].

- Der neue **internationale Pandemievertrag** wurde im Mai 2025 in der 78. Weltgesundheitsversammlung (WHA) angenommen. Prävention, Vorsorge und Reaktion im Falle künftiger Pandemien sollen verbessert werden, um globale Gesundheitsbedrohungen „zu bekämpfen". Die Verhandlungen laufen noch, das sogenannte Pathogen Access and Benefit Sharing (PABS)-System ist noch offen. Strittig sind z.B. der Datenaustausch zu Krankheitserregern und genetischen Sequenzen, Eigentumsrechte für Pharma Know-how und Hightech-Technologien und Produkten (z.B. für Impfstoffe, Therapeutika, Diagnostika), Finanzierungsverpflichtungen reicherer Staaten, gerechtere Verteilung von Pandemieprodukten, etc. Angestrebter Zeitpunkt für die Annahme des PABS-Annexes ist die 79. WHA im Mai 2026[5].

Neu ist auch der über den Pandemievertrag eingebracht **„One-health"-Ansatz** („eine Gesundheit"), wonach die Gesundheit von Menschen, Tieren, Pflanzen und der gemeinsamen Umwelt untrennbar zusammenhängen. Der WHO-Einfluss und der IGV-Anwendungsbereich **weiten sich durch diese allumfassende Sicht** im Falle tatsächlicher, sowie „möglicher potenzieller Risiken", „pandemischer Notlagen", oder auch im Falle der „Klimakrise" - **enorm aus**, u.a. z.B. auf die Nahrungsmittel- und Futtermittelproduktion, Tierproduktion, Tiergesundheit[6]!

3. Inakzeptable Neuerungen und kritische Implikationen für Österreich

3.1. Souveränitätseinschränkungen durch faktischen Druck

Die geänderten IGV von 2024 führen eine Reihe von Änderungen ein, die den Handlungsspielraum der WHO erweitern und die Verpflichtungen der Vertragsstaaten vertiefen. Deutlich weitreichendere Änderungen wie im Erstentwurf des Jahres 2022 mussten jedoch im Laufe der Verhandlungsjahre zurückgenommen werden[7].
Die geänderten IGV etablieren eine ständige „Krisen- und Pandemie-Bereitschaft". Viele Vertragsregelungen zu Strukturen und Prozessen sind verbindlich, inkl. gewisser finanzieller Verpflichtungen. Die WHO-Empfehlungen selbst mögen rechtlich nicht bindend sein, aber auch sie werden ***bei Annahme*** **der geänderten IGV** realpolitisch umzusetzen sein! Die IGV-Vertragsklauseln stellen generell eine erhebliche Einmischung in die nationale Autonomie dar, indem sie Verpflichtungen zur „unverzüglichen und vollständigen Umsetzung der Gesundheitsvorschriften vorgeben" (Art. 42 IGV, sowie Art. 13 und 15), wissenschaftliche Deutungshoheit einfordern (Annex 1 IGV), die Gesundheitspolitik gestalten und Prioritäten vorgeben, sowie personelle und finanzielle Ressourcen im Gesundheitswesen zuordnen[8]. Eine faktische Gefährdung der Souveränität entsteht auch dadurch, dass die WHO und ihre Empfehlungen trotz eklatanter und augenscheinlicher Strukturfehler immer noch hohes Vertrauen genießen („Beste Praxis" oder „Gold Standard").

3.2. Zu den problematischen IGV-Punkten gehören im Detail

- Einführung des neuen Begriffs „**pandemische Notlage**", bereits ein ‚*hohes Risiko*' reicht aus (Art 1 IGV Abs. 1);

- Erweiterung der „**relevanten Gesundheitsprodukte**", die nun sämtliche denkbare pharmazeutische Produkte enthalten, inkl. neu auch ‚*Zell- und Gentherapien*' sowie ‚*andere Gesundheits-Technologien*' (Art 1 IGV Abs. 1). Die Ausrufung eines globalen Gesundheitsnotstands (PHEIC) bzw. einer pandemischen Notlage löst beschleunigte Medikamenten- und Impfstoffentwicklungen, oder auch Notfallzulassungen (inkl. unvollständiger Zulassungsunterlagen) aus. Der WHO-Generaldirektor bestimmt Gesundheitsprodukte und deren Hersteller[9];

- Neueinführung der Begriffe **Solidarität und Verteilungsgerechtigkeit** (Equity) als Argumente für Verpflichtungen zur Verbesserung des Zugangs zu medizinischen Produkten und Finanzierung (Art 3 IGV);

- Deutliche Ausweitung und permanente Vorhaltung weiterer **„Kernkapazitäten"** in den Mitgliedstaaten auf nationaler und regionaler Ebene, und nun *neu auch auf lokaler* Ebene (z.B. Testlabore, Überwachungskapazitäten,

[4] Detail-Ausführungen Anlage 1: Seite 4 und Seite 7
[5] Detail-Ausführungen Anlage 1: Seite 4
[6] Detail-Ausführungen Anlage 1: Seite 12
[7] Detail-Ausführungen Anlage 1: Seite 4 bis 6, und Anlage B
[8] Detail-Ausführungen Anlage 1: Seite 7 und 8 (Art. 42 IGV, sowie Art. 13 und 15)
[9] Detail-Ausführungen Anlage 1: Seite 13 und 14, inkl. Emergency Listing Procedure (EULP)

Lagerbestände, permanente Zugang zu Gesundheitsdiensten, etc., Annex 1 IGV);

- Erstmals vertragliche Verpflichtungen zu **Risikokommunikation** inklusive Regelungen zum Umgang mit **Fehl- und Desinformation** laut zukünftiger WHO-Vorgaben (Annex 1 IGV)[10];

- Einrichtung eines **koordinierenden Finanzmechanismus (CFM)** argumentiert mit dem Prinzip von Gerechtigkeit, jedoch ohne Finanzierungshöhe, etwaige Grenzen oder die Dauer festzulegen (Art. 44bis IGV)[11];

- Ausweitung von **Bürokratie und Verwaltungsaufwand** durch IGV-Vorgaben für z.B. ständige nationale IGV-Koordinierungsstellen, oder auch die Einsetzung eines neuen Implementation Committee zur konsequenten Umsetzung der geänderten IGV (Art 4, Art. 54bis IGV)[12].

4. Position Österreichs und anderer Staaten

Das österreichische Gesundheitsministerium befürwortet die Annahme der IGV trotz zahlreicher kritischer Stimmen aus u.a. Medizin, Wissenschaft, Recht, Gesellschaft und Politik. Trotz einer Reihe an formalen Fehlern und Rechtsbrüchen bei der Annahme der IGV im Juni 2024 werden die Auswirkungen der geänderten IGV in Österreich [erst wörtlich] «*im Zuge der Implementierung geprüft und die Umsetzung erfolgt* [dann] *in Form von allfällig notwendigen Änderungen von Materiengesetzen*»[13].

Italien, die USA, Argentinien, und Israel indessen haben die geänderten IGV im Juli 2025 fristgerecht abgelehnt. Ablehnende Positionen auch in der Slowakei (2024), und in den deutschen Bundesländern Brandenburg und Thüringen (2025). Die Schweiz stimmte unter Vorbehalten bzgl. der WHO-Verpflichtungen zum Umgang mit Fehl- und Desinformation in der Risikokommunikation zu[14].

5. Schlussfolgerung und Handlungsempfehlung

Internationale Zusammenarbeit im Falle von Pandemien oder Notfällen ist wichtig und selbstverständlich. Ein derart weitreichender völkerrechtlich verbindlicher Vertrag wie die geänderten IGV von 2024 legen Österreich jedoch zusätzliche neue vertragliche Verpflichtungen auf, und bedrohen die faktische Souveränität in Bezug auf mehrere nationale Kompetenzen. Weiters sind die liberale demokratische Grundordnung, sowie die in der österreichischen Verfassung verbrieften Grund- und Freiheitsrechte und die Menschenrechte dadurch gefährdet!

Die gesetzlich gebotenen rechtlichen Prüfungen und Abwägungen in Hinblick auf die Zulässigkeit und Verhältnismäßigkeit von Grundrechtseingriffen, sowie Informations- und Meinungsfreiheit müssen im Falle von globalen Gesundheitsnotständen uneingeschränkt erhalten bleiben. Gerade im Falle von Notständen braucht es mehr Demokratie, breiten Diskurs und sozialen Zusammenhalt. Die Annahme der geänderten IGV kann deshalb keineswegs befürwortet werden! Die geänderten IGV sind vom österreichischen Parlament strikt abzulehnen.

Für die Initiative „NEIN zu den IGV der WHO"
GGI – Grüner Verein für Grundrechte und Informationsfreiheit
GHRA – Global Health Responsibility Agency
GfÖ – Wissenschaftliche Initiative Gesundheit für Österreich
MFG Österreich – Menschen, Freiheit, Grundrechte
Die Eiche - Völkerverständigungs- und Zivilschutzverein
demokratie.at
Plattform Respekt

[10] Detail-Ausführungen Anlage 1: Seite 14 und 15
[11] Detail-Ausführungen Anlage 1: Seite 15
[12] Detail-Ausführungen Anlage 1: Seite 5, Seite 11, Seite 13 bis 15
[13] Detail-Ausführungen Anlage 1: Seite 4 und Seite 8
[14] Detail-Ausführungen Anlage 1: Seite 8 und 9

Anlage 1: Detail-Ausführungen

Analyse zu den geänderten Internationalen Gesundheitsvorschriften (IGV) der Weltgesundheitsorganisation (WHO)

Dieses Dokument dient als Informationsgrundlage für eine politische Debatte über die Auswirkungen der 2024 geänderten Internationalen Gesundheitsvorschriften (IGV) der WHO auf Österreich als WHO-Mitgliedsstaat und die Bevölkerung im Falle einer ausgerufenen Pandemie bzw. einer pandemischen Notlage. Es analysiert die veränderten Kompetenzen und Verantwortlichkeiten, die sich für den österreichischen Staat aus den IGV ergeben bzw. ergeben könnten.

Trotz Rücknahme gewisser weitreichender Änderungsvorschläge (aus Erstentwurf 2022), enthalten die nun zur Ratifizierung vorgelegten geänderten IGV2024 immer noch eine Reihe an problematischen Regelungen und inakzeptablen Verpflichtungen für die Mitgliedstaaten, sodass die geänderten IGV durch das österreichische Parlament jedenfalls abzulehnen sind!

Ausgangslage:

1. Weltgesundheitsorganisation (WHO)

Die WHO ist eine Sonderorganisation der Vereinten Nationen mit Sitz in Genf. Sie ist rechtlich, organisatorisch und finanziell selbständig, und zählt heute über 8.000 Mitarbeiter weltweit. Ihre Aufgaben bestehen in der Verbesserung des öffentlichen Gesundheitswesens und in der Koordination im Falle von internationalen Notfällen. Die WHO wurde am 7. April 1948 gegründet und zählt heute 194 Mitgliedstaaten (bzw. 196 IGV-Staaten).
Die wichtigsten Gremien der WHO sind (a) die Weltgesundheitsversammlung (WHA) – bestehend aus Delegierten aller Mitgliedstaaten, (b) der Exekutivrat (34 von der WHA jeweils für drei Jahre gewählte Mitglieder) und (c) das Sekretariat (Leitung obliegt dem Generaldirektor, zuständig für Programme, Vorschriften und Aktivitäten der WHO).

Globale Gesundheitssicherheit als Gesetzesreformpaket

Die WHO hat im Jahr 2021 unter ihrer Schirmherrschaft das **Gesetzesreformpaket** „**Pandemie, Prävention, Vorbereitung und Reaktion**" (**PPPR**) initiiert.

Das **PPPR**-**Gesetzesreformpaket** (Legislative Reform)[15] ist geprägt von zwei großen strukturellen Trends:
(1) **Gesundheitssicherheit** und speziell globale pandemische Kontrolle,
(2) eine **öffentlich-private Verflechtung** von Gesundheits-Maßnahmen im Falle von Infektionskrankheiten und anderen potenziellen Notfällen.

Die PPPR-Gesetzesreform stützt sich auf **zwei Verträge:**
- **die geänderten IGV,**
- **und neu: einen Pandemie-Vertrag**.

(1) Der **Gesundheitssicherheits-Ansatz** deutet öffentliche Gesundheit um in ein Sicherheitsproblem, und bettet es ein in ein globales Notfall-Kontrollsystem mit standardisierten Antworten. Dieser sicherheitsfokussierte Ansatz führt generell zur Ausweitung von Exekutivbefugnissen („all-government"), einheitlichen Gegenmaßnahmen und Notfallsystemen, und priorisiert eine rasche Eindämmung zu Lasten der Verhältnismäßigkeit, der lokalen Gegebenheiten und einer demokratischen Kontrolle.
Dieser neu geforderte permanente Status des „**Vorbereitet-seins**" (Art. 2 IGV) und seine operative Umsetzung durch Annex 1 IGV (Kernkapazitäten) legen den Vertragsstaaten *verbindliche* Verpflichtungen zur Errichtung von

[15] Die WHA startete diesen Reform Prozess mit der Resolution 74.7 (Strengthening WHO preparedness for and response to health emergencies, 31 May 2021).

dauerhaften Infrastruktur-, Bestands- und Beschaffungssystemen auf. Dies verwandelt das Gesundheitssystem in ein „**ständiges pandemisches Bereitschaftsregime**", das routinemäßige Beschaffung und Lagerung für außergewöhnliche Szenarien erfordert. Solche Verpflichtungen stellen eine erhebliche Einmischung in die nationale Autonomie dar, indem sie Gesundheitspolitik in den Mitgliedsstaaten gestalten, Prioritäten setzen und (finanzielle) Ressourcen zuordnen!

Uneingeschränkte Datensammlung mit dem schlagenden Argument Sicherheit: Um vorbereitet zu sein, etablierte die WHO in 2022 den **WHO-Hub für Pandemie und Epidemie-Intelligenz in Berlin[16].** Ziel ist eine effektivere Krankheitsüberwachung *weltweit* aufzubauen. Ein Frühwarnsystem erhebt Daten in Echtzeit zum Risikomonitoring und nutzt KI-Technologie, um Bedrohungen der öffentlichen Gesundheit zu identifizieren. Daten- und Informationsaustausch sollen global gefördert werden, um Ausbrüche schneller zu erkennen und kontrollieren zu können. Simulationen und Analysen sollen zu einer globalen Bereitschaft und zu schnellen Reaktionen (Gesundheitsmaßnahmen, Gesundheitsprodukten, Risikokommunikation, etc.) beitragen.

GHEC – die WHO baut ihre eigene Einsatzstruktur auf: Mit dem „Global Health Emergency Corps" hat die WHO im April 2025 im Rahmen der Übung «Polaris»[17] erstmals eine internationale Einsatzstruktur getestet, die im Krisenfall grenzüberschreitend Maßnahmen koordinieren soll. Es wird damit eine internationale Struktur und Gruppe aufgebaut, die im Ernstfall unabhängig von nationalen Verfahren einsatzfähig wäre. Es ergeben sich daraus eine Reihe an Fragen. Wer entscheidet über einen solchen Einsatz? Wie weit reichen ihre Befugnisse? Welche Kontrollmechanismen gibt es? Wie erfolgt die Finanzierung?

(2) Die **öffentlich-private Verflechtung** beschreibt die zunehmende Rolle privater Akteure – einschließlich philanthropischer Stiftungen, globaler Konzerne und Finanzinstitute – bei der Gestaltung des Gesundheitswesen und seiner Kontrolle, und ebnet den Weg in eine **Pharmazeutisierung der Gesellschaft**[18]. Die Grenzen zwischen öffentlicher Zuständigkeit und privatem Interesse verschwimmen zunehmend, und vor allem kommerzielle technologische Lösungen werden prioritär. Dies ist sehr bedenklich in Bezug auf Transparenz, Verantwortlichkeit und Haftung, und die Unterordnung von Menschenrechten gegenüber marktgetriebenen Lösungen.

Finanzierung der WHO

Die WHO hat ein 2-Jahres Budget von rd. 7.4 Milliarden US Dollar. Sie finanziert sich aktuell nur mehr zu rd. **16 % über Pflichtbeiträge** der Mitgliedstaaten, die sich nach dem Wirtschaftsvolumen und der Bevölkerungszahl der Länder richten[19]. Hingegen sind (Stand Ende 2023) **73% der Gelder zweckgebundene Zuwendungen** von einflussreichen Staaten und Drittakteuren (Stiftungen, Philanthropen, privaten Firmen, internationalen Organisationen, ...). Diese Gelder werden dann gegeben, wenn sie von der WHO für Projekte bzw. Programme eingesetzt werden, die der Geldgeber befürwortet und umgesetzt haben will. Verträge mit privaten Geldgebern und der Zweckbindung von diesen Spenden werden *nicht* offengelegt!

Der größte Teil dieser freiwilligen Beiträge stammte bisher von den **USA (rd. 727 Millionen USD),** dahinter folgte mit rd. 687 Millionen USD die Gates Stiftung und weiters die GAVI (Globale Impfallianz) mit rd. 526 Millionen USD. Die Gates Stiftung ist wiederum Mitbegründer und Großspender der GAVI[20]. Inklusive der Gates Gelder an die Globale Impfallianz GAVI (die ihrerseits wieder Spender an die WHO ist) ist die **Gates Stiftung mit 1.2 Milliarden USD der größte Spender der WHO**! Das sind 17% der gesamten Budgetmittel der WHO nur von **einem einzigen Spender**!

[16] https://www.who.int/news/item/17-06-2025-the-who-hub-in-berlin-driving-innovation-to-make-the-world-safer-from-health-threats
[17] https://gh.bmj.com/content/10/8/e019424
[18] Elbe et al., Medical countermeasures for national security: A new government role in the pharmaceuticalization of society, Social Science & Medicine, Vol 131 (2015), 263-271, https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.04.035; Müller/Behrendt, WHO-Pandemievertrag: Schleichende Militarisierung der Pandemiepolitik, Berliner Zeitung , 4th May 2025, available at https://www.berliner-zeitung.de/open-source/who-pandemievertrag-schleichende-militarisierung-der-pandemiepolitik-li.2210806.
[19] WHO Homepage: https://open.who.int/2024-25/contributors/by-fund-types/vcs
[20] https://open.who.int/2024-25/contributors/by-fund-types/vcs

Die von Gates verfolgte Strategie besteht in „philanthropisch" geleiteten Investments in die weltweite Gesundheitspolitik bei gleichzeitig hohen Renditen. Das offen deklarierte Ziel und der Zweck der Gates Foundation und von GAVI ist es, den Absatz von Impfstoffen zu fördern. Gemäß SEC (Security & Exchange-Commission – US-Börsenaufsichtsbehörde) hat die Gates Stiftung 55 Millionen USD 2019 in BioNTech investiert und 2021, im zweiten Corona-Jahr, 86 % der Aktien mit einem Gewinn von mehr als 300 – 500 Millionen USD verkauft.

Weitere dazu vergleichsweise „kleine" Großspender der WHO sind die Europäische Kommission mit 352 Mill. USD, die Weltbank mit 295 Mill. USD, Deutschland mit 187 Mill. USD, Kanada mit 130 Mill USD, Großbritannien mit 184 Mill. USD, und die Europäische Investitionsbank mit 191 Mill. USD (siehe auch Anlage A zu diesem Dokument).

Die treibende Kraft von Spendern wie z.B. Stiftungen (Gates, Rockefeller, Welcome Trust, …), oder Firmen aus dem Gesundheitsbereich bzw. der Pharmaindustrie, sind **Eigeninteressen** und **klare wirtschaftliche Vorteile**. **Notzulassungen** im Falle von Pandemien und **verkürzte Zulassungsdauer** für Medikamente und Impfstoffe von bisher deutlich über 10 Jahren (um ordnungsgemäß präklinische und klinische Studien durchzuführen, Nebenwirkungen zu prüfen, …) auf lediglich 3-6 Monate sind wirtschaftlich hochattraktiv und wirken sich enorm auf die Kosten eines Markt-Zulassungsverfahrens der Produkte aus!

Mit dem WHO-Austritt der USA im Jänner 2025 fällt der größte Spender weg. Diese Lücke wird nun zunehmend durch anderweitige Finanzquellen, z.B. „Private Public Partnerships (PPP)", aufgefüllt werden, was den Einfluss privater Stakeholder auf WHO-Programme und Aktionen noch verschärft. Aufgrund dieser wirtschaftlichen Verflechtungen liegen Interessenkonflikte auf der Hand, weshalb Kritiker verstärkt auf die Gefahr der Dominanz wirtschaftlicher Interessen über die Gesundheitspolitik hinweisen. Gleichzeitig besteht die Gefahr der Vernachlässigung anderer gesundheitspolitischer Aspekte wie Prävention, regionalem Gesundheitswissens, dem Konzept von Public Health (Öffentliche Gesundheitsfürsorge, Volksgesundheit), oder auch von zwingend erforderlichen Sicherheitsstandards bei Medikamenten. **Public Health** – ein Ansatz, der auch in Österreich lange Tradition hat - geht es um das *gemeinsame Handeln* für eine nachhaltige Verbesserung der gesamten Bevölkerung, und eben nicht um ‚ausschließlich pharmazeutische Gesundheitsprodukte jeglicher Art' und ‚industriegetriebene technokratische Ansätze'. Hingegen werden Natur- als auch Sozial- und Kulturwissenschaften herangezogen. Durch die Erfassung gesundheitsrelevanter Daten, der Aufdeckung und Analyse aktueller und historischer Einflüsse von Gesellschaft und Umwelt auf Gesundheit und Krankheit werden bevölkerungsbezogene Maßnahmen für die Prävention, Gesundheitsförderung, verbesserte medizinische Versorgung, Änderung des Verhaltens und Kontrolle der Umweltbedingungen entwickelt. Der physische und psychische Gesundheitszustand der Bevölkerung sollen durch gesundheitsbezogene Initiativen in Forschung, Entwicklung, Bildung und Öffentlichkeitsarbeit sowie durch Beratung verbessert werden.

Die WHO veröffentlicht ihre Finanzflüsse durch Finanzberichte udgl. Angesichts der Komplexität der enormen Finanzströme und der Zweckgebundenheit der Mittel ist eine Nachverfolgbarkeit und Bewertung des Mitteleinsatzes jedoch nur sehr eingeschränkt möglich.

Weitere Informationen zur Finanzierung der WHO und zur Frage, inwieweit die WHO unabhängig und objektiv agiert, können in einem Bericht der Australian Medical Professional Society (AMPS) nachgelesen werden. Die Ergebnisse aus einer unabhängigen Untersuchung hierzu wurden im Juni 2025 veröffentlicht[21]. Nachzulesen ist, dass die Einflussnahme der Pharmaindustrie auf Handlungen und die Kommunikation der WHO erwartungsgemäß sehr stark ist.

2. Internationaler Pandemievertrag

Am 20. Mai 2025 haben die Mitgliedstaaten der WHO bei der 78. Weltgesundheitsversammlung (WHA) in Genf den Text des **Internationalen Pandemievertrags** mit breiter Mehrheit angenommen.

Mit der Annahme des Abkommens ist der Verhandlungsprozess jedoch noch nicht vollständig abgeschlossen. Ein zentraler Bestandteil des Abkommens, das sogenannte **Pathogen Access and Benefit Sharing (PABS)-System**, muss noch in einem separaten Annex ausverhandelt werden. Dieses System soll im Pandemiefall sowohl den schnellen Zugang zu Krankheitserregern und genetischen Sequenzdaten als auch eine gerechtere Verteilung von Pandemieprodukten (Diagnostika, Therapeutika, Impfstoffe) sicherstellen.

[21] https://amps.redunion.com.au/hubfs/Follow%20the%20Money%20-%2022June25%20FINAL.pdf

Grundlegende Rahmenbedingungen wurden im Abkommen bereits festgelegt, die für die Umsetzung notwendigen Details sollen bis 2026 im Rahmen einer Arbeitsgruppe ausgearbeitet werden. Angestrebter Zeitpunkt für die Annahme des PABS-Annexes ist die 79. Weltgesundheitsversammlung im Mai 2026.

3. Internationale Gesundheitsvorschriften (IGV)

Die IGV bilden die völkerrechtliche Grundlage für die Bekämpfung grenzüberschreitender Infektionskrankheiten. Sie wurden als für alle Mitgliedstaaten der WHO rechtsverbindliches Dokument 1969 erlassen und 2005 geändert.

Die derzeitigen IGV2005 wurden durch den Österreichischen Bundeskanzler jedoch nur **kundgemacht** im Bundesgesetzblatt Nr. BGBl. III Nr. 98/2008 am 12.08.2008[22]. **Eine Befassung und Abstimmung im Parlament,** wie dies für einen völkerrechtlich verbindlichen Vertrag erforderlich gewesen wäre, **erfolgte nicht!** Rein formalgesetzlich sind die IGV2005 damit derzeit nicht verbindlich für Österreich.

Am 1. Juni 2024 hat die 77. Weltgesundheitsversammlung (WHA) die geänderten IGV – unter Missachtung der IGV-Verfahrensvorschriften und unter formalen Rechtsbrüchen der WHA-Verfahrensregeln - angenommen. So wurde beispielsweise die vorgegebene 4-Monate Frist zur Vorlage des final konsolidierten IGV-Änderungsvorschlags an die Mitgliedsstaaten nicht eingehalten[23]. Weiters erfolgte die Verabschiedung der gesamten IGV-Revision im WHA-Plenum ohne Feststellung des Quorums «im Konsens» (in den WHA-Verfahrensregeln *nicht* vorgesehen[24])[25] und das Abstimmergebnis wurde nicht dokumentiert.

Die Nichteinhaltung der vorgeschriebenen 4 Monate-Frist vor der 77. WHA (Art. 55 Abs. 2 IGV) für die Vorlage der endgültigen Vertragsfassung beraubte Vertragsstaaten ihres Rechtsanspruchs, rechtzeitig und umfassend inländische Bewertungen der vorgeschlagenen Änderungen vorzunehmen, einschließlich der Möglichkeit rechtliche, institutionelle und budgetäre Auswirkungen, sowie Auswirkungen auf die Menschenrechte zu prüfen. Diese internen Bewertungen sind nicht nur technische Übungen; sie sind ein wesentlicher Ausdruck des souveränen Rechts jedes Staates, den Umfang und die Bedingungen zu bestimmen, unter denen er sich verpflichtet, durch internationale Verpflichtungen gebunden zu werden!

3.1. Vielzählige Änderungen in den IGV2024

In der Mehrheit der IGV-Artikel wurden eine Reihe an Anpassungen vorgenommen. **Änderungen** betreffen nicht nur technische Details, es sind hingegen **grundlegende und vielfach inakzeptable Änderungen vorgenommen worden** [26].

Zu den kritischen Neuerungen gehören u.a.:

- Einführung des neuen Begriffs „**pandemische Notlage**" (Art 1 IGV Abs. 1), einer Steigerungsform zum öffentlichen Gesundheitsnotstands internationaler Tragweite (PHEIC*), der *zusätzliche* Tatbestände zu erfüllen hat, wobei jedoch bereits ein nur „hohes Risiko" ausreicht und eine mangelnde Bestimmtheit gegeben ist.

[22] Kundmachung https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=20005937
[23] Gemäß Art. 55 Abs. 2 IGV hätte der konsolidierte geänderte IGV-Text für die 77. WHA bis spätestens 27. Januar 2024 vorliegen müssen; tatsächlich lag er erst am Tag der Abstimmung am 1. Juni 2024 vor.
[24] Abstimmung «im Konsens» in den Verfahrensregeln 72-79 nicht vorgesehen, weder für das Plenum noch für die Ausschüsse. https://apps.who.int/gb/bd/pdf_files/BD_49th-en.pdf#page=178;S. 173 ff.: Rules of Procedure of the World Health Assembly
[25] Plenarsitzung vom 01.06.2024, ca. 21:07; Offizielle Video-Aufzeichnung: WHA77 Plenary, 9th Plenary Meeting 01/06/2024 – 20:55-22:50: https://www.who.int/about/governance/world-health-assembly/seventy-seventh; ab Zeitmarke 12:50)
[26] In Deutschland heißt es dazu in Artikel 2 des „**Gesetz zu den Änderungen** vom 1. Juni 2024 der Internationalen Gesundheitsvorschriften (2005) **(IGV)** vom 23. Mai 2005: *„Durch dieses Gesetz in Verbindung mit den Internationalen Gesundheitsvorschriften (2005) (IGV) werden die **Grundrechte der körperlichen Unversehrtheit** (Artikel 2 Absatz 2 Satz 1 des Grundgesetzes), der **Freiheit der Person** (Artikel 2 Absatz 2 Satz 2 des Grundgesetzes), des **Brief- und Postgeheimnisses** (Artikel 10 des Grundgesetzes) und der **Freizügigkeit** (Artikel 11 Absatz 1 des Grundgesetzes) **eingeschränkt**".*

- Erweiterung der „**relevanten Gesundheitsprodukte**", die sämtliche denkbaren pharmazeutischen Produkte enthält, und neu auch Zell- und Gentherapien sowie ‚andere Gesundheits-Technologien' umfassen (Art 1 IGV Abs. 1).

- Neueinführung der Begriffe **Solidarität und Gerechtigkeit** (Equity) bei der Verbesserung des Zugangs zu medizinischen Produkten und der Finanzierung (Art 3 IGV).

- Einrichtung eines **koordinierenden Finanzierungsmechanismus,** der die Ermittlung und den Zugang zu Finanzmitteln unterstützen soll, und Finanzierungsverpflichtungen reicherer Staaten gegenüber finanziell ärmeren Staaten nach dem Prinzip von Gerechtigkeit (Equity) vorsieht, ohne jedoch Finanzierungshöhe, etwaige Grenzen oder die Dauer festzulegen (Art. 44bis IGV).

- Zur Reaktion auf Ereignisse, die eine gesundheitliche Notlage von internationaler Tragweite darstellen können: **Verpflichtung** der Vertragsstaaten für eine **deutliche Ausweitung und permanente Vorhaltung weiterer „Kernkapazitäten"** in **Annex 1 IGV** (A. Geforderte Kernkapazitäten).
  Neu sind das Vorhalten von Labordiagnostikkapazitäten *(auch auf lokaler,* regionaler und nationaler Ebene), Kapazitäten zur Erstellung von Handlungsempfehlungen für klinisches Fall-Management, sowie Verpflichtungen zu **Risikokommunikation** inklusive Regelungen zum Umgang mit **Fehl- und Desinformation**.

- Ermöglichung **digitaler** oder **non-digitaler Gesundheitsdokumente** lt. genauen Format-Vorgaben bzw. WHO-Empfehlungen (Artikel 35), damit die Gültigkeit des Dokuments gegeben ist. Erwähnenswert hierzu ist, dass ein Gesundheitsdokument nur dann gültig ist, wenn der **Impfstoff** oder die **Prophylaxe durch die WHO genehmigt wurde**.

- Verbindliche Verpflichtung zur Einrichtung oder Benennung von bis zu zwei **ständigen nationalen IGV-Koordinierungsstellen** (National IHR Authority), und nationalen **IGV-Anlaufstellen** für WHO IGV-Kontaktstellen (**National IGV-Focal Points (NFP)** (Art 4 IGV).

- Einsetzung eines **Implementation Committee** zur konsequenten Umsetzung und Einhaltung der IGV (Art 54bis).

* PHEIC (public health emergency of international concern) bedeutet laut IGV-Definition ein außergewöhnliches Ereignis, das (i) ein öffentliches Gesundheitsrisiko für einen anderen Staat darstellen könnte aufgrund internationaler Ausbreitung, und (ii) möglicherweise ein koordiniertes internationales Vorgehen erfordert.
Relevant hierzu: **bis 2009** beschrieb die WHO auf ihrer Homepage eine Influenza Pandemie („H1N1 Schweinegrippe") mit einer **hohen Sterblichkeitsrate**, konkret *„mit einer enormen Anzahl an Toten und Erkrankungen*"; **ab 2009** und bemerkenswerterweise 1 Monat vor Ausbruch der Schweinegrippe wurde der Text auf der WHO-Homepage geändert und der Bezug zur hohen Sterblichkeitsrate gelöscht[27]. Der Europarat zitierte diese Änderung der Definition in 2009 als Beweis dafür, damit die WHO nun zukünftig eine Pandemie erklären könne, ohne die Intensität der Krankheit zu beweisen[28].

[27] Definition bis 2009 (gem. WHO Pandemic Preparedness homepage)**:** *An influenza pandemic occurs when a new influenza virus appears against which the human population has no immunity, resulting in several simultaneous epidemics worldwide* ***with enormous numbers of deaths and illness****."* Definition ab 2009**:** *An influenza pandemic may occur when a new influenza virus appears against which the human population has no immunity.*

[28] Quelle: https://apps.who.int/iris/handle/10665/270941

3.2. Einschub - Deutlich weitreichendere Neuerungen im 2022 IGV Erstentwurf

Die beauftragte Arbeitsgruppe zur Überarbeitung der IGV2005 (Working Group on Amendments to the International Health Regulations (WGIHR)) entschied in ihrer ersten Besprechung am 14.-15. November 2022, dass das WHO-Sekretariat eine Überarbeitung der IGV in den 6 offiziellen Sprachen vorlegt, ohne Angabe der Mitgliedstaaten, die diese Änderungsvorschläge einbrachten[29].

Die ursprünglich vorgeschlagenen **Änderungen im 2022 IGV Erstentwurf waren sehr weitreichend**! Eine Reihe an kritischen Streichungen einerseits bzw. neuen Machtbefugnissen für die WHO andererseits – **in Anlage B im Original auszugweise nachzulesen** - mussten in den zwei Verhandlungsjahren 2022 bis 2024, und nicht zuletzt aufgrund massiven internationalen Protests und zivilgesellschaftlichem Engagement von der WHO jedoch wieder zurückgenommen werden.

Vorgesehene Änderungen im WHO Erstentwurf 2022 (nachzulesen in Anlage B)

- Dauerhafte Empfehlungen und temporäre Empfehlungen waren bindend (Art. 1 IGV 2022)
- die bestehende Vertragsklausel zur „*vollen Respektierung der Würde, der Menschenrechte und von fundamentalen Grundfreiheiten bei der Umsetzung der IGV*" wurde gestrichen (Art. 3 IGV 2022); dies ist sehr bedenklich in einem Vorschriften-Entwurf einer Organisation, die dem Wohle aller Menschen und zum Schutz der Weltgesundheit dienen soll
- Globaler Gesundheitsnotstand mit entspr. Maßnahmen auch bereits dann möglich, wenn auch „nur das Potential" für einen Gesundheitsnotstand vorlag (Art. 12, NEW para. 6 IGV 2022)
- die Mitgliedstaaten sollten verpflichten werden, die dauerhaften Empfehlungen und temporären Empfehlungen der WHO zu befolgen *(„Member States … undertake to follow")*, (Art. 13A IGV 2022)
- der WHO-Generaldirektor bestimmte verpflichtende Maßnahmen für Personen der Mitgliedstaaten wie z.B. Impfung oder andere Prophylaxe, öffentliche Gesundheitsüberwachung von verdächtigen Personen, Quarantäne oder andere Gesundheitsmaßnahmen für verdächtige Personen, Isolierung und Behandlung von betroffenen Personen, etc. (Art. 18 IGV 2022)
- Einführung weitgehender Zensurvorschriften: die Verbreitung „falscher" und „unzuverlässiger" Informationen sollte gezielt bekämpft werden (Art. 44 IGV 2022); das Recht seine Meinung zu äußern, aber auch das Recht auf Information über Medien jeder Art, und Informationen ohne Rücksicht auf Grenzen zu empfangen und zu verbreiten, wären dadurch massiv beschnitten worden. Unabhängig von diesem Verstoß gegen das Recht auf Meinungsfreiheit stellte sich für die Menschen die ernsthafte Frage: wer bestimmt, was falsche und insbesondere unzuverlässige Information ist? Wer entscheidet, welche Informationen bekämpft werden sollen?
- Art. 53A und Art. 54bis IGV sahen ein Umsetzungs-Komitee sowie Vorschriften zur Umsetzung der geänderten IGV vor, um zu überwachen und sicherzustellen, dass die geänderten IGV auch umgesetzt werden (inkl. Mobilisierung finanzieller Ressourcen). Regelungen zur Umsetzung durch ein Umsetzungs-Komitee finden sich in gleicher Weise in der zur Ratifizierung verabschiedeten Letztversion Art. 54.

4. Position der österreichischen Bundesregierung

Die Österreichische Regierung befürwortet das Internationale Pandemieübereinkommen unter Bezugnahme auf die globale Solidarität und die Fokussierung auf die Ursachen von Pandemien.[30] Laut den Ausführungen des Gesundheitsministeriums war Österreich durch Delegierte des Außenministeriums, des Gesundheits- und Sozialministeriums und der Ständigen Vertretung Österreichs bei den Vereinten Nationen in Genf bei allen Verhandlungen vertreten. Laut Homepage erhielten neben den anderen Ministerien auch die österreichischen Sozialpartner, weitere Interessensvertretungen sowie NGOs die Möglichkeit, sich in ihrem Themenbereich fachlich einzubringen. Die Erfahrungen aus der Covid-Pandemie hätten Schwachstellen im internationalen Pandemiemanagement gezeigt.

[29] Document A/WGIHR/1/5 (November 2022)
[30] https://www.sozialministerium.gv.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem/Gesundheitspolitik-in-der-EU-und--im-internationalen-Kontext-(WHO)/FAQ-WHO-Pandemieabkommen.html

- **Tatsächliches Verhandlungsmandat**

Hierzu relevant ist, dass die EU-Mitgliedstaaten (auch Österreich) **der Europäischen Kommission ihr Verhandlungsmandat** übertragen haben, und zwar für den Pandemie-Vertrag, als auch **die IGV** (die unter die Zuständigkeit der Mitgliedstaaten fallen)[31]. Dieses Mandat sah vor, dass die Kommission nur Fragen bezüglich der Zuständigkeiten der Union aushandelt. Tatsächlich war die Kommission mit ihren Vorschlägen während des gesamten Verhandlungsprozesses jedoch inhaltlich sehr aktiv und erfolgreich.
Das Gesundheitsministerium schreibt hierzu wörtlich in einer Information an den EU-Ausschusses des Bundesrates am 7. Mai 2025[32]: *„Die völkerrechtlich bindende Zustimmung für die IGV wäre daher grundsätzlich von der EU selbst durchzuführen. Da die EU aber nicht Vertragspartei der IHR (2005) ist (und dies auch nicht werden kann), kann sie dies nicht selbst vornehmen, sondern lädt die Mitgliedstaaten mit jenem Ratsbeschluss*[33] *dazu ein, die gezielten Änderungen der IGV2005 im Interesse der Union „**vorbehaltlos**" anzunehmen. Dies ist insbesondere notwendig, um eine einheitliche Anwendung der IHR (2005) innerhalb der Union zu gewährleisten*".

- **Nationalstaatliche Souveränität**

Das Gesundheitsministerium verweist darauf, dass die Beibehaltung der **nationalstaatlichen Souveränität in Artikel 22** des **Internationalen Pandemieübereinkommens** festgehalten werde, und dass das WHO-Sekretariat bzw. der WHO-Generaldirektor - unter Hinweis auf den bloßen Empfehlungscharakter von Pandemiebewältigungsmaßnahmen - keine Befugnis erhalten würden, in die nationalstaatliche Souveränität einzugreifen bzw. gegenüber Staaten Maßnahmen (z.B. Reiseeinschränkungen, Lockdowns etc.) zu verordnen.

Artikel 3 der IGV (Grundsätze) inkludiert den Satz *„Staaten haben im Einklang mit der Charta der Vereinten Nationen und den Grundsätzen des Völkerrechts das souveräne Recht, im Rahmen ihrer Gesundheitspolitik Gesetze zu erlassen und umzusetzen. Dabei sollten sie den Zweck dieser (IGV) Verordnungen wahren*". Es ist richtig - sogar selbstredend -, dass Staaten im Rahmen (auch) ihrer Gesundheitspolitik das souveräne Recht haben, Gesetze zu erlassen und umzusetzen. Richtig ist auch, dass temporäre bzw. geltende WHO-Gesundheitsmaßnahmen Empfehlungen sind.
Aber: die IGV geben ein **verpflichtendes System, ein Regelwerk** bis hin zu konkret zu etablierenden **Kapazitäten** (IGV-Koordinationsstellen, Testlabors, Lagerbestände, …) auf nationaler, regionaler und sogar lokaler Ebene vor. All dies für die Vorbereitung auf globale Gesundheitsnotstände und Pandemie - inkl. Überwachung, Berichtspflichten, Risikokommunikation und grundsätzliche Finanzierungsverpflichtungen. Darüber hinaus entsteht aus mehreren IGV-Vertragsklauseln ein **faktischer Umsetzungsdruck**.

- Nachzulesen in **Art. 42 IGV**, der die **Verpflichtung zur unverzüglichen und vollständigen Umsetzung der Gesundheitsmaßnahmen** unmissverständlich festschreibt[34].

- Art. 13: *„Reaktion der öffentlichen Gesundheit, einschließlich eines gleichberechtigten Zugangs zu relevanten Gesundheitsprodukten*", wo in Absatz 1 angewiesen wird, dass *„jeder Vertragsstaat so schnell wie möglich, spätestens jedoch fünf Jahre nach dem Inkrafttreten dieser Verordnungen für diesen Vertragsstaat, die Kernkapazitäten zur Vorbeugung, Vorbereitung und zum schnellen und effektiven Reagieren entwickelt, verstärkt und unterhält*", - dies, um *„auch in fragilen und humanitären Umgebungen wie in Annex 1 IGV dargelegt, zu reagieren".*

- sowie in Art. 15 *Vorläufige Empfehlungen.* In Abs. 2 heißt es: *„Vorübergehende Empfehlungen können **Gesundheitsmaßnahmen** umfassen, die vom Staat/von den Staaten **umzusetzen sind, die sich in einer gesundheitlichen Notlage von internationaler Tragweite, einschließlich einer pandemischen Notlage, befinden,*** [….][35].

[31] Beschluss (EU) 2022/451 des Rates https://eur-lex.europa.eu/legal-content/DE/TXT/HTML/?uri=CELEX:32022D0451
[32] https://www.parlament.gv.at/dokument/BR/SINF-BR/489/imfname_1681987.pdf
[33] Beschluss des Rates, COM(2024) 541 final https://eur-lex.europa.eu/legal-content/DE/TXT/HTML/?uri=CELEX:52024PC0541
[34] *Article 42 Implementation of health measures* Health measures taken pursuant to these Regulations shall be initiated and completed without delay, and applied in a transparent and non-discriminatory manner.

[35] IGV Art. 15 Abs. 2.: Temporary recommendations may include health measures **to be implemented by the State(s) Party(ies) experiencing** the public health emergency of international concern, including a pandemic emergency, or by other States Parties, regarding persons, baggage, cargo, containers, conveyances, goods, including relevant health products, and/or

Österreich hat zwar gemäß Artikel 55 IGV wenige Tage vor Fristende (19. Juli 2025) einen rechtswahrenden **Widerspruch** gegen die geänderten IGV erhoben, da die IGV als Staatsvertrag gem. Art 50 Abs. 2 Bundesverfassung dem Parlament zur Genehmigung vorgelegt werden müssen.

Das österreichische Gesundheitsministerium bekennt sich jedoch klar zur Ratifizierung. In einer schriftlichen Information des Gesundheitsministeriums zu den geänderten IGV an den EU-Ausschusses des Bundesrates am 7. Mai 2025[36] hält das Gesundheitsministerium betreffend etwaige Auswirkungen auf die Republik Österreich befremdlich anmutend fest, dass *„eine detaillierte Prüfung im Rahmen der innerstaatlichen* [IGV] *Umsetzung erfolgt. Diese erfolgt in Form von **allfällig notwendigen Änderungen von Materiengesetzen** nach Zustimmung des Europäischen Parlaments sowie nach dem innerstaatlichen Genehmigungs- und Ratifikationsprozess*. D.h. es wird bereits **vorab festgeschrieben, dass Materiengesetze im erforderlichen Falle eben geändert werden!**

5. Position anderer Staaten

Dem gegenüber haben einige Staaten wie beispielsweise die **USA, Argentinien, Israel** und **Italien** die geänderten IGV im Juli 2025 fristgerecht abgelehnt. Die USA und Argentinien haben überdies ihren Austritt aus der WHO im Jänner bzw. Februar 2025 bekanntgegeben (einjährige Kündigungsfrist, Austritt wirksam per Jänner bzw. Februar 2026). Die USA, Israel und auch Italien begründen ihre Entscheidung damit, dass es durch die IGV bei der Pandemiebewältigung zu faktischen Souveränitätsverlusten kommen könnte.

Die **Schweiz** hat den Änderungen der IGV zugestimmt, allerdings erklärte der Bundesrat zum **Umgang mit Fehl- und Desinformation in der Risikokommunikation einen Vorbehalt.** Die Schweiz werde «eine objektive, wissenschaftliche Risikokommunikation weiterhin gewährleisten und die in der Bundesverfassung garantierten Grundrechte wie die Meinungsäußerungs-, die Medien- und die Wissenschaftsfreiheit wahren».

Widerstand gibt es auch in **Deutschland**. So verweigerten die Landesregierungen der Bundesländer **Brandenburg** und **Thüringen** im September 2025 die Zustimmung zu einem entsprechenden Zustimmungsgesetz des Bundes, welcher die weitreichenden Änderungen der IGV in nationales Recht überführt.

Vier WHO-Mitgliedsstaaten - der Iran, Neuseeland, die Niederlande und Slowakei - haben die in 2022 vorgeschlagene Fristverkürzung zur Annahme der IGV (von 18 auf 10 Monate) abgelehnt[37]. Ihre finalen Entscheidungen werden somit im März 2026 vorliegen. Die **Slowakei** hat ihre kritische und ablehnende Position gegenüber den IGV2024 bereits in der 77.WHA im Juni 2024 in Genf öffentlich bekanntgegeben.
Demnach kommen andere maßgebende Staaten sehr wohl zu dem Schluss, dass die WHO durch die IGV-Empfehlungen zwar nicht direkt in die Souveränität eingreift, sich jedoch der faktische Umsetzungsdruck für WHO-Empfehlungen und das vorgegebene Regelwerk erhöht! Dadurch wird die nationalstaatliche Souveränität *bei Annahme* der geänderten IGV realpolitisch beeinträchtigt. Sie lehnten die geänderten IGV damit ab bzw. meldeten sie Vorbehalte an.

postal parcels to prevent or reduce the international spread of disease and avoid unnecessary interference with international traffic.

[36] https://www.parlament.gv.at/dokument/BR/SINF-BR/489/imfname_1681987.pdf

[37] Fristverkürzung eingebracht in einem IGV Amendement im Mai 2022 im Rahmen der 75. WHA. Fristen sind geregelt in Art. 59 IGV Inkrafttreten; Frist für Ablehnungen oder Vorbehalte; sowie Art 61 IGV Ablehnung.

6. Kritikpunkte an der WHO
6.1. Demokratische Strukturdefizite

Zum besseren Verständnis der Bedenken zu den Internationalen Gesundheitsvorschriften und den Auswirkungen auf Österreich einige kritische Ausführungen zur WHO:

- Die WHO verfügt über **keine** dem österreichischen Staatsrecht **vergleichbaren, demokratisch-rechtsstaatlichen Strukturen,** die auf den Prinzipien der demokratischen Legitimation, Gewaltenteilung, Kontrolle und Verantwortlichkeit beruhen.

- **Finanzierung und Unabhängigkeit**: Die WHO-Entscheidungen reflektieren vorrangig Interessen einflussreicher Mitgliedstaaten und Finanzgeber aus dem privaten Bereich (Stiftungen, internationale Firmen, NGO, ...). Wie auf Seite 2 oben ausgeführt, beeinträchtigt der hohe Anteil der **Spenden/freiwilligen Beiträge** und **zweckgebundenen Finanzmittel (rund 71% des gesamten WHO-Budgets)** erheblich die Unabhängigkeit bei der Entscheidungsfindung und Festlegung der Programm- und Projektprioritäten mit inhärenten Interessenkonflikten. Durch die Vorgabe der Spender nimmt dieser de facto Einfluss auf die Richtung der WHO[38], wobei Spendenverträge nicht öffentlich einsehbar sind.

- **Übermäßige Machtkonzentration bei einer Person, i.e. dem WHO-Generaldirektor**: Neben der Führung und strategischen Planung ist der Generaldirektor u.a. für die Ressourcenplanung zuständig. Sein Einfluss erstreckt sich auf die Budgetplanung und -verwendung und die Akquisition von finanziellen Mitteln von Staaten und privaten Geldgebern. Darüber hinaus obliegt dem WHO-Generaldirektor die sog. **Notfallkoordination** (siehe Pkt.6.2). Er entscheidet allein, ob eine Pandemie vorliegt und auch, welche Maßnahmen zur Bekämpfung einer Pandemie zu ergreifen sind. Eine Einzelperson an der Spitze der WHO mit sehr viel Macht kann leicht beeinflusst werden. Ein dringendes Erfordernis wäre deshalb, Kompetenzen und Entscheidungen einem größeren WHO-Gremium aus Gesundheitsexperten ohne Interessenskonflikte zur Sicherstellung eines breiten Diskurses zu übertragen.

- **Unzureichende externe und unabhängige Kontrollmechanismen, sowie fehlende Rechenschaftspflicht:** Mangelnde wirksame Kontrolle erschwert die Verantwortungszuweisung bei Fehlentscheidungen, die als solche sanktionslos bleiben. Explizite Kontrollmöglichkeiten, beispielsweise durch ein Gericht oder ein unabhängiges Expertengremium, an das man sich wenden könnte, gibt es nicht.
  Art. 48 IGV und Art 49 IGV sehen zwar ein **Notfall-Komitee (Emergency Committee)** vor, das im Falle eines PHEIC bzw. einer pandemischen Notlage durch den Generaldirektor eingerichtet und befasst werden kann. Art. 50 IGV sieht weiters ein **Beurteilungs-Komitee (Review Committee)** vor, dass den Generaldirektor zu den IGV bzw. den Maßnahmen und deren Dauer technisch beraten kann.

  Die Mitglieder **beider Komitees** werden jedoch vom Generaldirektor selbst ausgewählt. Er bestimmt die Einberufung, die Agenda und entscheidet auch, welche Belange er dem Notfalls-Komitee bzw. Beratungs-Komitee tatsächlich zur Beratung überträgt. Der **Generaldirektor entscheidet alle Belange eigenständig**, eine Bindung an das Beratungsergebnis oder den Rat des jeweiligen Komitees ist nicht gegeben (Referenzen Notfalls-Komitee Art. 49 Abs. 5 IGV; Beurteilungs-Komitee Art. 53 IGV)!

  So entschied der amtierende Generaldirektor Dr. Tedros beispielsweise im Juni 2022 – entgegen der Empfehlung der beratenden Komitees - eigenhändig die Ausrufung der Affenpocken-Pandemie, inkl. deren wiederholten Verlängerung bis 2023.

- Es gibt **kaum formalisierte Instrumente** für Mitgliedstaaten, Entscheidungen der WHO anzufechten.

- Der WHO-Generaldirektor und WHO-Mitarbeiter genießen für Handlungen im Rahmen ihrer Funktion **strafrechtliche Immunität**. Basierend auf den „Vorrechten und Immunitäten der Sonderorganisationen"[39]

[38] Anzumerken ist, dass zudem seit 2016 völkervertragsrechtliche Regelungen für nichtstaatliche, global agierende Akteure wie Nichtregierungsorganisationen, akademische Institutionen und Stiftungen bestehen, denen Eingaberechte und sogar Verhandlungsteilnahmen zugestanden werden https://www.who.int/about/collaboration/non-state-actors

[39] Convention on the Privileges and Immunities of the Specialized Agencies, UNTS vol. 33, p. 261.

besteht entsprechend absoluter Immunitätsschutz. Das WHO-Sekretariat agiert in einem rechtlichen Vakuum, und ist von der Anwendung jeglicher Normen von jeglichen Rechtsangelegenheiten, die ansonsten im nationalen Bereich gelten - wie Steuern, Betrug, Korruption, Strafrecht, Grund- oder Menschenrechtsgarantien usw. -, abgeschirmt. Weitere Ausführungen hierzu in Anlage C (Seite 25).

- **Eklatante Transparenzdefizite**: Die WHO wurde wiederholt dafür kritisiert, die Entscheidungsfindung, Datenfreigabe, Verwendung öffentlicher Mittel für Forschung und Entwicklung (z.B. auch für pandemiebezogene Produkte) einschließlich der Förderbedingungen in der Zusammenarbeit mit privaten Unternehmen nicht ausreichend offenzulegen. Die WHO hat zwar eine „Information Disclosure Policy", diese enthält jedoch eine Reihe an kritischen Ausnahmen wie z.B. **keine Offenlegung** von Interessenskonflikten von WHO-Mitarbeitern und Experten, keine Offenlegung von Inhalten von Spendenverträgen und von Verträgen mit Firmen der Big-Tech Branche. Damit kann die WHO uneingeschränkt Einfluss nehmen auf die Informationspolitik und öffentlich verfügbare Informationen. Dies ist höchst bedenklich, weil es einerseits das Risiko von Manipulation und Angstmache beinhaltet, und anderseits das Recht auf freie Meinungsäußerung und Wissenschaftsfreiheit gefährdet!

- **Grundrechte und Verhältnismäßigkeit**: Die WHO kann Empfehlungen zu Maßnahmen geben, die mit gravierenden Grundrechtseinschränkungen verbunden sind (z. B. Reisebeschränkungen, Quarantäne, Impfungen, Testpflichten), nimmt aber keine rechtsstaatliche Prüfung der Verhältnismäßigkeit mangels Kompetenz zu einer rechtlichen Prüfung und Abwägung vor. Dies birgt im Fall der Notfallausrufung die Gefahr von unverhältnismäßigen Einschränkungen der Grundrechte der Bevölkerung.

  Da sich die Mitgliedstaaten völkerrechtlich und innerstaatlich zur IGV-Umsetzung verpflichten sollen, besteht hier zwangsläufig ein **enormes Spannungsverhältnis** zwischen der Befolgung der WHO-Vorgaben einerseits, und der in Österreich verfassungsrechtlich gebotenen Abwägungspflicht der Behörden andererseits.
  Grundrechtseingriffe sind verfassungsrechtlich nur zulässig, wenn und soweit diese Eingriffe – nach eingehender Prüfung – einem legitimen Zweck dienen und verhältnismäßig sind, d.h. notwendig, geeignet und angemessen sind.
  Bei der **Bewertung der Einschränkung der Grund- und Freiheitsrechte** in den Covid-19 Jahren in Österreich wurden die verfassungsrechtlich gebotenen Abwägungen sträflich vernachlässigt. Im Gegenteil, kritische Experten aus der Medizin, Wissenschaft, Recht, Medien, Politik, oder auch Kunst und Kultur wurden weder gehört noch berücksichtigt und unter massivem – vielfach auch medialem - Druck aus dem Diskurs ausgegrenzt, verächtlich gemacht und diffamiert. Es ist besorgniserregend, dass diese Ausgrenzung und Nicht-Gesprächsbereitschaft kritischen Experten gegenüber bis heute anhalten!

6.2. Kritikpunkte zu einzelnen, geänderten Bestimmungen der IGV

6.2.1 Ausrufung eines PHEIC oder einer Pandemischen Notlage (Art. 12 IGV)

Der Generaldirektor kann bereits nach geltender Rechtslage eine „Gesundheitliche Notlage von Internationaler Tragweite" *(Public Health Emergency of International Concern – PHEIC*) samt begleitender Empfehlungen (wie bei Covid-19 geschehen) ausrufen. Dies bietet die Grundlage für die Gefährdungseinschätzung neu auftretender Krankheitserreger und die Empfehlung begründeter Folgemaßnahmen (bei Covid-19 z.B. Maskentragung, Abstand halten, Lockdowns, Schulschließungen, gravierende Einschränkungen von Kinderrechten, Behinderung der Erwerbsfreiheit, Beschränkungen im Zugang zu Bildung, Beschränkungen von Besuchsrechten für Ungeimpfte für Krankenhäuser / Pflegeheimen, Einbeziehung der Privatwirtschaft in die Impfstoffplanung und -einführung, Covid-19 Impfpflicht, explizite finanzielle Förderung der Impfstoffakzeptanz und Impfquoten, etc.).

Nun neu kann der Generaldirektor (bei einer Notlage „pandemischer Art") auch eine „**Pandemische Notlage**" samt begleitender **Empfehlungen** ausrufen.

Voraussetzungen für die Ausrufung sind:
- wenn eine übertragbare Krankheit sich auf mehrere Staaten ausdehnt,
- dies die Leistungsfähigkeit von Gesundheitssystemen übersteigt,
- dies schwere soziale und/oder wirtschaftliche Störungen verursacht, und

- ein schnelles, gerechtes und verstärktes koordiniertes internationales Handeln mit ressortübergreifenden und gesamtgesellschaftlichen Ansätzen erfordert. Dabei reicht es, dass nicht nur ein *tatsächliches* Risiko, sondern bereits auch ein **hohes potenzielles Risko** einer weiten Verbreitung besteht, sodass diese Voraussetzungen vorliegen.

Dem Begriff eines potenziellen "hohen Risikos" fehlen jedoch objektive Parameter, so dass die Auslegung im Ermessen des Generaldirektors liegt. Es genügt zum Beispiel, dass in seiner Einschätzung eine Überlastung der Gesundheitssysteme zu befürchten ist. Zu solchen Überlastungen kommt es bei fast jeder größeren Grippewelle, und diese werden entsprechend routinemäßig gehandhabt. Definitionsmerkmale mikrobiologischer, epidemiologischer und klinischer Art wie **Erregerart** (natürlichen Ursprungs oder im Labor hergestellt; **Biowaffe** / aus Gain-of-Function Research (GoF, Funktionszugewinn-Forschung)); oder **Übertragungsweise und Sterberaten** sind hingegen **nicht angeführt.**

Die Empfehlungen können sowohl beim PHEIC als auch bei einer Pandemischen Notlage sehr weitreichend sein - entgegen der Ausführungen des Gesundheitsministeriums auf seiner Webseite. Bereits in den IGV2005 wird geregelt, dass verdächtigen Reisenden z.B. Reisebeschränkungen, oder nach Aufklärung und Zustimmung gelinde invasive / übergriffige medizinische Untersuchungen, Impfungen oder Prophylaxe angeordnet werden können (Art. 23 IGV, Abs. 2). Im Falle von erwiesenem Gesundheitsrisiko können medizinische Untersuchungen oder Impfungen von Reisenden sogar erzwungen werden (Art 31 IGV, Abs. 2). Der Generaldirektor unterliegt bestimmten Abstimmungsmechanismen (z.B. mit Mitgliedstaat mit Notfallereignis, Notfallausschuss), formal ist jedoch auch eine Entscheidung im Alleingang möglich. Annex 2 der IGV enthält ein geändertes Entscheidungsschema samt Beispielen für die Gefährdungseinschätzung.

PHEIC und die Pandemische Notlage erfahren ihre gesteigerte Bedeutung im Zusammenhang mit dem **neuen Pandemievertrag** und seinen Mechanismen, welche die WHO als zentrale Plattform für die Koordination der globalen Erregerforschung und die Beschaffung und Verteilung von Gesundheitsprodukten (v.a. Impfstoffe und Medikamente) ihrer Stakeholder mit teilweise enorm hohen Renditen etablieren. Es ist davon auszugehen, dass sich Empfehlungen des WHO-Generaldirektors zum Umgang mit den Notlagen zukünftig vermehrt auf die als maßgeblich eingestuften Gesundheitsprodukte beziehen werden. **Gesundheit wird** damit noch deutlicher **zu einem gewaltigen, globalen Wirtschaftsmarkt** mit dem Fokus auf Gesundheitsprodukte, Umsatz und Gewinn (siehe Pkt. 6.2.3.).

- **One Health-Ansatz & Auswirkungen auf die IGV**

Über den Pandemievertrag ebenso **neu eingebracht** wird ein **„one health"-Ansatz** („eine Gesundheit"). Dieser Ansatz basiert auf dem Verständnis, dass die Gesundheit von Menschen, Tieren, Pflanzen und der gemeinsamen Umwelt eng miteinander zusammenhängen. One health soll *„ein kollaborativer, sektorübergreifender und transdisziplinärer Ansatz sein, der auf lokaler, regionaler, nationaler und globaler Ebene arbeitet – mit dem Ziel, optimale Gesundheitsergebnisse zu erzielen und dabei die Verbindung zwischen Menschen, Tieren, Pflanzen und ihrer gemeinsamen Umwelt zu berücksichtigen*[40]."

Der **Einflussbereich** der WHO und der **Anwendungsbereich der IGV** - nicht zuletzt durch die Neuaufnahme von Begrifflichkeiten wie „pandemische Notlage" / „mögliche potenzielle Risiken" - weiten sich durch diese allumfassende Sicht auf „Menschen, Tiere, Pflanzen und Umwelt" enorm aus. Abgeleitete Disziplinen, wie Nahrungsmittel- und Futtermittelproduktion & Versorgung, Tierproduktion, etc. fallen ebenfalls in den one-health Wirkungskreis.

- **WHO-Empfehlungen für Gesundheitsmaßnahmen:** bindend oder nicht bindend?

Rechtlich sind die Empfehlungen des Generaldirektors infolge einer pandemischen Notlage oder eines PHEIC für die Vertragsstaaten **nicht bindend**. Insofern kann in rechtlicher Hinsicht nicht von einem Souveränitätsverlust der Nationalstaaten gesprochen werden. **Realpolitisch** wird es sich ein Nationalstaat jedoch bei *Annahme* der geänderten IGV kaum leisten können den WHO-Empfehlungen nicht nachzukommen, angesichts des damit verbundenen internationalen Drucks, möglicher Haftungsfolgen, Auswirkungen auf die Wirtschaft (z.B. Handels-beschränkungen durch andere Staaten), Abschneiden von Lieferketten bis hin zu diplomatischer Isolierung.

[40] https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/one-health

Diese faktische Gefährdung der Souveränität entsteht dadurch, dass die WHO trotz eklatanter und augenscheinlicher Strukturfehler immer noch hohes Vertrauen genießt. Wie auch in den Covid-19-Jahren praktiziert, ist es absehbar, dass scheinbar nicht bindende Empfehlungen der WHO (z. B. zu Testmethoden, Impf-Zertifikate, Lockdowns, oder Einsatz experimenteller genbasierter Behandlungen) von Behörden und Regierungen nicht hinterfragt, sondern im Gegenteil als „Beste Praxis" oder als „Gold Standard" der WHO ohne unabhängige Überprüfung übernommen werden (Art. 15, 16, 36, 42 der bestehenden IGV; in Verbindung mit Vorschriften zu Fehl- und Desinformation (Annex 1 IG)).

Große Staaten mögen Konsequenzen und internationalen Druck besser bewältigen können. Kleinere Staaten mit hoher Exportwirtschaft oder Fremdenverkehr – so wie auch Österreich – werden sich Empfehlungen, Maßnahmen und Vorgaben kaum widersetzen können. Für Entwicklungsländer oder Ländern des globalen Südens besteht ein zusätzliches hohes Risiko durch die Gefahr, dass bei Widerspruch die WHO, Weltbank, UN-Organisationen, oder auch private Geldgeber ihre finanzierten Hilfs- oder Gesundheitsprojekte unmittelbar einstellen.

So haben faktisch fast alle Staaten die Empfehlungen während der Covid-19-Jahre umgesetzt. Österreich hat dies in gleicher Weise kritiklos getan – mit Ausgaben >50 Mrd. EUR[41], ungeheuren Auswirkungen auf Wirtschaft und Gesellschaft, und gravierenden Eingriffen in die Grundrechte der Bevölkerung. Hier stellt sich die Frage, **wer** im Umsetzungsfall die in Österreich verfassungsgesetzlich **gebotenen rechtlichen Prüfungen und Abwägungen -** in Hinblick auf die Zulässigkeit der Grundrechtseingriffe - **vornimmt**? Die Bundesbehörden, die gleichzeitig die WHO-Empfehlungen strikt umsetzen sollen? Die Gerichte, die im Fall einer rechtlichen Prüfung der Maßnahmen den von der WHO verlautbarten Gefährdungseinschätzungen und Wirksamkeitsannahmen von Maßnahmen widersprechen sollen? Hier führt sich das System ad absurdum.

Fazit:
Aus dem Blickwinkel der Erfahrungen mit den Pandemie-Bekämpfungsmaßnahmen während Covid-19 sollte eine öffentliche Debatte darüber geführt werden, inwieweit eine derart weitreichende De-facto-Kompetenzübertragung an eine supranationale Organisation, deren Entscheidungsorgane nicht demokratisch legitimiert und weder der Organisation selbst, noch dem österreichischen Parlament, noch der österreichischen Bevölkerung gegenüber verantwortlich sind, mit den Grundprinzipien der österreichischen Bundesverfassung vereinbar ist.

6.2.2 Equity und Solidarity (Art. 3 IGV)

Die **neu eingeführten Begriffe "Equity**" (Gerechtigkeit) und „**Solidarity**" (Solidarität) dienen als Vehikel für globale Produkt-Platzierungsmandate unter dem Deckmantel der Solidarität und Verteilungsgerechtigkeit. Obwohl als programmatische Prinzipien gerahmt, werden beide neuen Begrifflichkeiten durch umfangreiche Verpflichtungen der Entwicklungshilfe, insbesondere im Rahmen des Pandemischen Abkommens, implementiert. Dazu gehören verbindliche Zusagen zu Spenden und obligatorischen Finanz- und Technologietransfers, die normative Bestrebungen in durchsetzbare Umverteilungs-Mechanismen verwandeln. Diese Entwicklungshilfeverpflichtungen werden den Mitgliedsstaaten unabhängig von einer nationalen Priorisierung oder Kosten-Nutzen-Bewertung auferlegt.

Bzgl. Entwicklungshilfeverpflichtungen sind eine Reihe an Fragen zwischen den Mitgliedstaaten strittig und aktuell in Verhandlung: z.B. Eigentumsrechte (Intellectual Property) für Daten und Sequenzen, Fragen zu technischem und wissenschaftlichem Know-how sowie Technologietransfer, Eigentum von neuen Erfindungen, u.v.m.

[41] Lt. 2022 Rechnungshofbericht hat die extra errichtete Coronahilfen–Finanzierungsagentur (Cofag) 19 Mrd. Euro abgewickelt. Mit dem Gründen einer externen GesmbH entzog man die Hilfszahlungen der demokratischen Kontrolle durch das Parlament. Das kritisiert der Rechnungshof in seinem Rohbericht. Die Kontrolleure des Rechnungshofs urteilen hart über die Personalbestellungen und deren hohen Gehälter, hohen Beratungskosten von 21 Mio. Euro und über die Gefahren der Überförderung, vor allem großer Betrieb und Konzerne. https://kontrast.at/cofag-rechnungshof-bericht/

6.2.3 Relevante Gesundheitsprodukte

Der Generaldirektor entscheidet die Ausrufung eines globalen Gesundheitsnotstands (PHEIC) bzw. einer pandemischen Notlage laut Art. 12 IGV, und bestimmt die im Fall einer Pandemie bzw. einer pandemischen Notlage zum Einsatz kommenden, relevanten Gesundheitsprodukte. Diese können gem. Art. 1 IGV *„Arzneimittel, Impfstoffe, Diagnostika, Medizinprodukte, Produkte zur Vektorbekämpfung, persönliche Schutzausrüstung, Dekontaminierungsprodukte, Hilfsprodukte, Antidote, aber auch Zell- und Gentherapien und sonstige Gesundheitstechnologien*‟ umfassen. Hierzu wichtig ist, dass die **Deklaration** für einen PHEIC bzw. eine pandemische Notlage mit sehr relevanten sekundären Rechtswirkungen, insbesondere des Pharmarechts, verbunden ist, da eben diese **mittels der geänderten IGV** veranlassten Deklarationen oft als Auslöser für beschleunigte Verfahren in der Diagnostik, Medikamenten- und Impfstoffentwicklung dient! Beispiele hierfür sind **globale Notfall-Listungen** basierend auf dem ‚Emergency Use Listing Procedure' (EULP) der WHO[42], **Notfallzulassungen**[43] oder, im Rahmen des EU-Rechts, **bedingte Marktzulassungen**[44]. Diese rechtlichen Konsequenzen müssen bei der Beurteilung der normativen Auswirkungen von PHEIC- bzw. pandemische Notlage-Deklarationen und medizinischen Gegenmaßnahmen, d.h. von relevanten Gesundheitsprodukten, berücksichtigt werden! Die WHO erlangt regulatorische Zuständigkeiten und Beschaffungs-Rollen für Gesundheitsprodukte, wodurch jedoch nationale Schutzmaßnahmen und Rechenschaftspflichten umgangen werden.

Besonders besorgniserregend ist, dass diese „**Krisenmedikamente**‟ ihre WHO-Notfall-Listung, Notfallzulassung oder bedingte Marktzulassung trotz unvollständiger Zulassungsunterlagen (unzureichende Studienergebnisse aus Tierversuchen oder klinischen Studien, fehlende Daten zur Toxikologie und Karzinogenese, Verteilung und Abbau im Körper, etc.) erhalten können! Menschen können somit zu klinischen Versuchszwecken verwendet werden, was aus grund- bzw. menschenrechtlicher Sicht (Grundrecht auf körperliche Unversehrtheit, Nürnberger Kodex) vehement abzulehnen ist.

Darüber hinaus hat der Generaldirektor exklusive Autorität, Hersteller für Notfall-Produkte auszuwählen *ohne* Aufsicht von national zuständigen Behörden und inländischen Verwaltungsverfahren[45]. Dies ist insofern von hoher Relevanz, da die Befürwortung oder die Ablehnung von Medikamenten durch die WHO durch einen nach wie vor gegebenen Vertrauensvorschuss ein hohes Gewicht haben. **WHO-Aussagen** werden, wie oben auf Seite 12 auch dargelegt, zumeist als „**Beste Praxis**‟ oder als „**Gold Standard**‟ ungeprüft übernommen.

---

[42] This procedure is applicable prior to the PHEIC declaration, but once a PHEIC is declared, the EUL gets activated, see WHO, Emergency Use Listing, August 2022. https://cdn.who.int/media/docs/default-source/medicines/eulprocedure.pdf?sfvrsn=55fe3ab8_8&download=true

[43] Badnjević et al. Risks of emergency use authorizations for medical products during outbreak situations: a COVID-19 case study. BioMed Eng OnLine 19, 75 (2020). https://biomedical-engineering-online.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12938-020-00820-0
Ostad et. al, Strengthening Vaccine Regulation: Insights from COVID-19 Vaccines, Best Practices, and Lessons for Future Public Health Emergencies. Vaccines 2025, 13, 638. https://doi.org/10.3390/vaccines13060638.

[44] The legal basis is Art. 14-a of Regulation (EC) No 726/2004 https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=CELEX:02004R0726-20190128, the provisions for granting a conditional marketing authorisation are stipulated in Regulation (EC) No 507/2006 https://eur-lex.europa.eu/eli/reg/2006/507/oj , see for more information https://www.ema.europa.eu/en/human-regulatory-overview/marketing-authorisation/conditional-marketing-authorisation
Maksimova et al., Balancing ethical norms and duties for the introduction of new medicines through conditional marketing authorization: a research agenda, Frontiers in Medicine Vol 11(2024), DOI=10.3389/fmed.2024.1408553.

[45] Any application by a manufacturer for a recommendation is at the discretion of the Secretariat, i.e. the Director-General, see EUL, note , 24 p. 12.

6.2.4 Risikokommunikation (Annex 1 IGV)

In den Art. 5, 13 IGV und in Annex 1 IGV werden bereits seit 2005 Verpflichtungen der Mitgliedstaaten zur Errichtung von Kernkapazitäten festgelegt. Sehr kritisch zu bewerten ist vor allem die nun neu hinzugekommene Verpflichtung zur Schaffung von Kernkapazitäten in Bezug auf die „**Risikokommunikation, einschließlich des Umgangs mit Fehl- und Desinformation**" (Annex 1, A. Abs. 2 lit. iv).
Die Mitgliedstaaten sollen demnach die von der WHO vorgegebene Berichterstattung verbreiten und zudem Vorkehrungen für eine Bekämpfung von Desinformation treffen. Dies birgt die Gefahr von **Zensur** und verstößt eklatant gegen die **im österreichischen Verfassungsrecht verbrieften Grundrechte der Meinungsfreiheit, sowie der Presse- und Medienfreiheit und der Freiheit der Wissenschaft.**

Die IGV-Vorgaben zu Risikokommunikation erstrecken sich weit über die traditionellen Funktionen des Gesundheitssystems, und erheben Zweifel in Bezug auf Vereinbarkeit mit Art. 3 IGV, der u.a. die Achtung der Menschenrechte und Grundfreiheiten verlangt. Diese Verpflichtungen bergen erneut die Gefahr der Unterordnung der nationalen Souveränität auch in Bezug auf die (Risiko)Kommunikation, sowie die Handhabung von Fehl- und Desinformation, und des Rechts auf freie Meinungsäußerung (Art. 19 ICCPR; Art. 10 EMRK). Weiters ist einzuwenden, dass im Falle von Zensur auch die Gefahr besteht, richtige und gerechtfertigte Betrachtungsweisen als Falschaussagen zu zensieren, und damit Wissensgewinn in Krisen verhindert.

- **Digital Services Act (DSA)**

Die geschilderte Problematik der **„gezielten Informationssteuerung" und Zensur** verschärft sich in Verbindung mit **Art. 36 DSA** der EU. Dieser ermöglicht es der EU-Kommission, im Falle einer schwerwiegenden Bedrohung der öffentlichen Sicherheit oder Gesundheit, wie einer pandemischen Notlage, große Online-Plattformen und Suchmaschinen zu Maßnahmen wie der **Entfernung von Inhalten** oder der **Änderung von Empfehlungssystemen** (Anpassung der Algorithmen, die bestimmen, welche Inhalte Nutzern auf Plattformen wie sozialen Netzwerken oder Suchmaschinen angezeigt werden) aufzufordern. Die Kommission kann die Wirksamkeit und Verhältnismäßigkeit dieser Maßnahmen überwachen und bei Bedarf Anpassungen verlangen. Dies würde im Kontext einer WHO-ausgerufenen Pandemie oder einer Pandemischen Notlage die Meinungsfreiheit im Internet erheblich einschränken.

Die **Freiheit der Wissenschaft und Forschung** (Ö Verfassung – Art. 17 StGG) ist eine wesentliche Grundlage eines demokratischen Staates. Studien, Forschungen und auch kritische Analysen müssen frei entstehen können, zum Wohle der Bevölkerung und des wissenschaftlichen Fortschritts. Die Einschränkung dieser Freiheiten durch generische Normen behindert den Fortschritt und die wissenschaftliche Debatte, die für den Schutz der öffentlichen Gesundheit und die Gewährleistung einer soliden Grundlage für die Gesundheitspolitik von entscheidender Bedeutung ist.

6.2.5 Finanzielle Verpflichtungen und koordinierender Finanzierungsmechanismus

Eine weitere rechtliche Vertragsklausel, die durch die geänderten IGV 2024 eingeführt wird, ist die neue Verpflichtung der Vertragsstaaten gemäß Art. 44(2bis) IGV „***Haushaltsmittel zu erhalten oder zu erhöhen und zusammenzuarbeiten, um eine nachhaltige Finanzierung zu stärken*"**.

Die Einrichtung des **Koordinierenden Finanzmechanismus (CFM)** nach Art. 44bis ist der operative Teil zur **Verpflichtung für mehr Finanzmittel**. Ursprünglich mit dem Pandemievertrag verbunden, wurde der CFM nun in die IGV aufgenommen, obwohl es sich um ein *verbindliches* internationales Rechtsinstrument zwischen Vertragsstaaten handelt. Der CFM schafft eine **dauerhafte pandemische Finanzierungsstruktur** unter der Aufsicht der WHA (Art. 44 bis para. 3). Dies ist kritisch zu bewerten, da die Zuweisung der Autorität an die WHA eine Governance Struktur außerhalb der direkten Kontrolle der Vertragsstaaten einführt. Dies könnte zu einer rechtlichen Fragmentierung führen, wenn einige Staaten die geänderten IGV nicht vollumfänglich annehmen oder zurückweisen, was konkret auch der Fall ist (siehe Pkt. 5).

Der CFM ist eine finanzielle Verpflichtung, ohne Finanzierungshöhe, etwaige Grenzen oder die Dauer festzulegen. Dies birgt das Risiko, Milliarden in Systeme und Gesundheitsprodukte [zur Vorbereitung und permanenten Krisen-Bereithaltung] zu investieren entsprechend der Verpflichtung durch extern definierte Pandemie-Prioritäten globaler Akteure. Die leere Verpflichtung zur Erhöhung der Haushaltsfinanzierung zur ständigen „Pandemie-Bereitschaft"

verzerrt jedoch die Erfordernisse des nationalen Gesundheitswesens. Der CFM steuert demnach die nationale öffentliche Gesundheitsfinanzierung durch von außen festgelegte Prioritäten ohne parlamentarische Kontrolle, rechtliche Schutzmaßnahmen oder Prüfung der Verhältnismäßigkeit, und sticht damit die nationale Budget-Souveränität wirksam aus!

Eine weitere nicht adressierte Frage ist, wie freiwillige Geldbeiträge von Spendern - die durch Art. 44bis(2)lit e IGV ausdrücklich unterstützt werden - in Bezug auf Nicht-Korruption, Transparenz und Betrugsprävention geregelt werden können, da potenziell enorme finanzielle Beträge in Anspruch genommen werden.

Zusammenfassend, das CFM-Design untergräbt grundlegende Prinzipien der Souveränität, der Verhältnismäßigkeit und der demokratischen Rechenschaftspflicht. Es verstärkt die Verpflichtungen für Nationalstaaten aus dem zukünftigen Pandemieabkommen, und legt finanzielle Belastungen auf - jedoch losgelöst von tatsächlichen nationalen Krankheitsbelastungen und den Erfordernissen und Prioritäten des öffentlichen Gesundheitswesens eines Mitgliedstaates. Dies geht weit über das per WHO-Verfassung bevollmächtigt Mandat der WHO hinaus!

6.2.6. IGV-Umsetzungsverpflichtungen und Ausweitung von Bürokratie und Verwaltungsaufwand

- **IGV-Koordinierungsstelle und IGV-Anlaufstellen**

Die Implementierung von bis zu zwei ständigen nationalen **IGV-Koordinierungsstellen** (National IHR Authority) gemäß Art. 4 IGV - neben den bestehenden **nationalen IGV-Anlaufstellen** für WHO IGV-Kontaktstellen (Nationalen IGV-Focal Points (NFP)) - führt eine verpflichtende zusätzliche institutionelle Ebene ein. Aufgabe ist die Koordination der **obligatorischen Umsetzung** der geänderten IGV. Die Vertragsstaaten werden ausdrücklich verpflichtet, ihre innerstaatlichen Rechts- und/oder Verwaltungsvorschriften zu diesem Zweck anzupassen.

Die verbindliche Verpflichtung zur Einrichtung oder Benennung solcher Stellen sowie die Übertragung zusätzlicher Kompetenzen betreffend Pandemien, pandemischer Notlagen oder potenzielle Krisen erfordern formale Rechtsakte (Rechts- oder Exekutive-Verordnungen), Finanzierung und Humanressourcen. Einflüsse auf die gegebenen institutionellen Strukturen, Bürokratie und zusätzlicher Verwaltungsaufwand sowie Kosten für das bereits ohnehin mehr als überlastete Gesundheitssystem in Österreich sind vorprogrammiert.

Die **Nationalen IGV-Anlaufstellen (NFP)** müssen jederzeit zugänglich sein für die dringende Kommunikation mit der WHO. Sie sind verantwortlich für die Koordinierung der Berichterstattung und Kontrollen, um sicherzustellen, dass die zukünftig nun ausgeweiteten Kernkapazitäten funktionsfähig und effektiv umgesetzt werden.

- **Implementierungs-Komitee**

Art. 54bis IGV führt mit einem **neuen Implementierungs-Komitee** einen zusätzlichen institutionellen Aufsichtsmechanismus ein, der formal als unterstützend, nicht-strafend und beratend bezeichnet wird. Struktur und Funktionsumfang widersprechen jedoch dieser Beschreibung. Durch die Einrichtung von Peer-Monitoring-Strukturen und gegenseitigen Überprüfungsverfahren übt der neue Mechanismus normativen und institutionellen Druck auf die Vertragsstaaten aus, und führt so einen **Mechanismus der internationalen Compliance-Steuerung** ein. Diese auferlegte Architektur verändert die zwischenstaatliche Natur der IGV maßgeblich, und verletzt die Autonomie der Staaten in sensiblen öffentlichen Gesundheitsbelangen.

Darüber hinaus - und trotz seines beratenden Anscheins - ist der Ausschuss betraut, die operativen Modalitäten der CFM nach Art. 44bis IGV festzulegen.

Kritisch ist, dass das Komitee mit *keiner* Autorität betraut ist, die Rechts- oder Ermessensbefugnisse des Generaldirektors der WHO zu überwachen oder zu begrenzen, auch nicht in Fällen manifester Willkür. Die Aufsicht ist unidirektional – anwendbar nur gegenüber Vertragsstaaten, nicht jedoch gegenüber der WHO selbst. Diese Asymmetrie in der Rechenschaftspflicht ist mit den Grundprinzipien der institutionellen „gegenseitigen Kontrolle" (checks and balances) in der internationalen Governance unvereinbar!

6.2.7. Nationale Kernkapazitäten (Annex 1 IGV)

Eine kritische Analyse der Neuerungen in Annex 1 zeigt für Vertragsstaaten erhebliche rechtliche und strukturelle Bedenken, sowie Bedenken bezüglich der Menschenrechte auf. Annex 1 stellt den entscheidenden und verbindlichen Rahmen dar, der die Vertragsstaaten verpflichtet, ihre öffentlichen Gesundheitssysteme auf lokaler, mittlerer und nationaler Ebene grundlegend zu überprüfen, und ggf. neu zu organisieren. Die eingeführten Kapazitäten sind nicht mehr nur auf reaktive Notmaßnahmen beschränkt, sondern verlangen dauerhafte Bereitschaftsstrukturen.

Auf lokaler Ebene sind die Vertragsstaaten nun neu auch zur Vorbereitung der unmittelbaren Umsetzung von u.a. vorläufigen Kontrollmaßnahmen, und auch zur Bereitstellung und Erleichterung des Zugangs zu Gesundheitsdiensten für Reaktionen verpflichtet (Annex 1, A (1) c) bis e)).
Auf mittlerer (regionaler) Ebene werden konkrete Verpflichtungen in Bezug auf Überwachung, Laboruntersuchungen, der Logistik, dem Zugang zu Gesundheitsprodukten und der Risikokommunikation - einschließlich Adressierung von Fehlinformationen und Desinformation (Pkt. 6.2.4.) - auferlegt (Annex 1 A. (2) c)).

Auf nationaler Ebene werden umfangreiche Funktionen wie schnelle Ermittlung von Kontrollmaßnahmen, Überwachung, spezialisierter Personaleinsatz, Laboranalysen, logistische Unterstützung, Vor-Ort-Unterstützung, Entwicklung von klinischen Leitlinien, Risikokommunikation und die Schaffung operativer Verbindungen mit hochrangigen Beamten und Ministerien verpflichtend eingeführt (Annex 1 A. (3)).

Wiederholt – wie ein roter Faden - wird die Verpflichtung betont, *„den Zugang zu Gesundheitsdienstleistungen und Gesundheitsprodukten zu gewährleisten, die für Reaktionen (bei Pandemien, pandemischen Notlagen bzw. generell potenziellen Krisen) erforderlich sind‟*.
Dies spiegelt einen starken technokratischen, standardisierten Ansatz wider, der die pharmazeutischen Maßnahmen – implizit Impfstoffe – über kontextspezifische Strategien klar priorisiert. Zusätzliche Ressourcen und die Übernahme von Kosten (bzw. Umsätze und Gewinne für die Industrie) für die Vorbereitung, sowie die permanente funktionstüchtige ‚Bereithaltung‘ all dieser Strukturen und Produkte (inkl. deren Lagerung und Ablauf) sind schlichtweg vorgegeben (Stichwort Pharmazeutisierung der Gesellschaft).

7. Zusammenfassung

Abschließend halten wir fest, dass in Krisenfällen eine internationale Zusammenarbeit selbstverständlich wichtig und sinnvoll und ein effektives Pandemiemanagement zu befürworten sind. Internationale Kooperation ist möglich, ohne dass sich Staaten umfassenden völkerrechtlichen Verträgen unterziehen.

Angesichts der dargestellten kritischen Neuerungen, Verpflichtungen und vielfältigen Problemstellungen in den IGV besteht die ernsthafte Gefahr, dass die Souveränität in Bezug auf mehrere nationale Kompetenzen faktisch untergraben wird. Es mögen zwar nicht unmittelbare Vorgaben bzw. direkte Eingriffe in die Souveränität erfolgen, jedoch werden der WHO und ihren Stakeholdern zu viel Einfluss auf nationale Gesundheitsentscheidungen eingeräumt, sodass die IGV als Instrument für politische und steuernde Einflussnahme genutzt werden können.

Es braucht eine grundlegende Reform der WHO aufgrund der zahlreichen oben ausgeführten Strukturdefizite. Als dringend erforderliche Verbesserungsmaßnahmen zur WHO und den IGV sehen wir u.a. die Notwendigkeit:

- zu umfassender Transparenz und Offenlegung etwaiger Interessenskonflikte von WHO-Mitarbeitern und beigezogenen Experten; dies ist Stand-der-Technik in Wissenschaft und Industrie.
- Kompetenzen, Diskurs und Entscheidungen an ein internationales und unabhängiges Expertengremium zu übertragen - statt übermäßiger Macht- & Entscheidungsbefugnisse für nur eine Person (i.e. dem WHO-Generaldirektor), sowie das Erfordernis zur Etablierung von unabhängigen klaren Kontrollmechanismen inkl. dem Prinzip der Verantwortlichkeit und Rechenschaftspflicht.
- die Finanzierung der WHO massiv zu gesunden, indem WHO-Programme & Projekte durch primär Pflichtbeiträge der Mitgliedstaaten finanziert werden, und die Einflussnahme von Drittakteuren (Firmen, Stiftungen, …) hintangehalten wird. Grundsätzliche Aufgaben der WHO und die Höhe von Pflichtbeiträgen sollten neu diskutiert werden. Etwaige Spenden sollen keine Zweckbindung haben und Spendenverträge sind grundsätzlich offenzulegen.
- zur uneingeschränkten Wahrung des Rechts auf freie Meinungsäußerung und Medienfreiheit.
  Darüber hinaus, keine WHO-Definitionshoheit für „richtige" und „zuverlässige" Informationen, sowie keine Einflussnahme und Zensur von Informationen durch WHO, IT & Big-Tech Firmen.
- zur uneingeschränkten Wahrung von Würde, Grund- und Freiheitsrechten und von Menschenrechten; weiters zur Neudefinition von Datenschutz, da immer mehr Daten durch laufendes Monitoring von WHO Daten-Hubs erfasst, verarbeitet und an Dritte weitergegeben werden.

Aus all den dargelegten Ausführungen sind die zur Ratifizierung vorgelegten IGV 2024 in ihrer derzeitigen Ausgestaltung vom österreichischen Parlament abzulehnen!

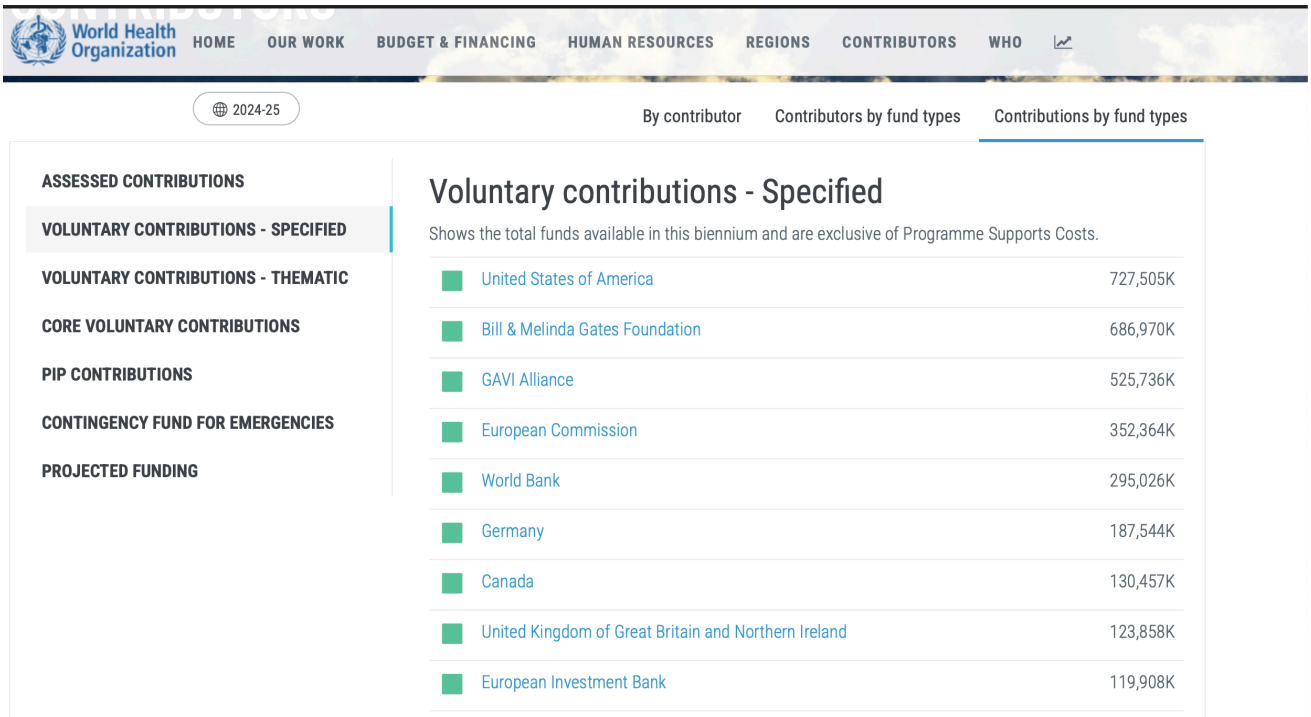
Für die Initiative „NEIN zu den IGV der WHO"

GGI – Grüner Verein für Grundrechte und Informationsfreiheit
GfÖ – Wissenschaftliche Initiative Gesundheit für Österreich
MFG Österreich – Menschen, Freiheit, Grundrechte
Oma Elisabeth, Völkerverständigungs- und Zivilschutzverein Die Eiche
demokratie.at
Plattform Respekt

3 Anlagen zu den Detail-Ausführungen

Anlage A: Freiwillige Beiträge an die WHO
Anlage B: Originalauszüge aus dem 2022 Erstentwurf der IGV Revision
Anlage C: Privilegien und absolute WHO Immunität

Anlage A: Freiwillige Beiträge an die WHO



Quelle: https://open.who.int/2024-25/contributors/by-fund-types/vcs

Anlage B: Originalauszüge aus dem 2022 Erstentwurf der IGV Revision

Ursprüngliche Änderungsvorschläge der WHO - erstellt durch das WHO Sekretariat basierend auf der Entscheidung WHA75(9) (2022).

Seite 1 des 2022 geänderten IGV Erstentwurf

World Health Organization

Article-by-Article Compilation of Proposed Amendments to the International Health Regulations (2005) submitted in accordance with decision WHA75(9) (2022)

The Working Group on Amendments to the International Health Regulations (WGIHR) at its first meeting on 14–15 November 2022 decided that "the Secretariat shall also publish online an article-by-article compilation of the proposed amendments, as authorized by the submitting Member States, in the six official languages, without attribution of the proposals to the Member States proposing them.".[1]

In furtherance of the WGIHR's decision above, this document provides an article-by-article compilation of the proposals for amendments to the International Health Regulations (IHR) (2005) submitted in accordance with decision WHA75(9) (2022).

Seite 2 des 2022 geänderten IGV Erstentwurf

"Unverbindliche" Empfehlungen werden durch die **Streichung von „non-binding" ausdrücklich für verbindlich erklärt.**

Legend

~~Strikethrough~~ = delete existing text

Underlined and bold = new text proposed

(…) = existing text in the IHR for which proposals for amendments were not submitted and thus omitted form this compilation

Article 1 Definitions

1. For the purposes of the International Health Regulations (hereinafter "the IHR" or "Regulations"):

(…)

"health products" include therapeutics, vaccines, medical devices, personal protective equipment, diagnostics, assistive products, cell- and gene-based therapies, and their components, materials, or parts."

"health products" include medicines, vaccines, medical devices, diagnostics, assistive products, cell- and gene-based therapies, and other health technologies, but not limited to this course

"health technologies and know-how" includes organized set or combination of knowledge, skills, health products, procedures, databases and systems developed to solve a health problem and improve quality of life, including those relating to development or manufacture of health products or their combination, its application or usage. "Health technologies" are interchangeably used as "health care technologies",

(…)

"standing recommendation" means ~~non-binding~~ advice issued by WHO for specific ongoing public health risks pursuant to Article 16 regarding appropriate health measures for routine or periodic application needed to prevent or reduce the international spread of disease and minimize interference with international traffic;

"temporary recommendation" means ~~non-binding~~ advice issued by WHO pursuant to Article 15 for application on a time-limited, risk-specific basis, in response to a public health emergency of international concern, so as to prevent or reduce the international spread of disease and minimize interference with international traffic;

Seite 3 des 2022 geänderten IGV Erstentwurf

Die volle Respektierung der **Würde, Menschenrechte und fundamentalen Grundfreiheiten** bei der Umsetzung der IGV wurde gestrichen!

Die **Menschenrechte** umfassen:

- Recht auf Versammlungsfreiheit
- Recht auf freie Meinungsäußerung
- Recht auf Informationsfreiheit
- Verbot willkürlicher Verhaftungen
- Verbot von Folter
- Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit
- Verbot der Sklaverei
- Anspruch auf Rechtsschutz
- Anspruch auf ein faires Gerichtsverfahren
- Unschuldsvermutung
- etc.

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**.

(…)

2 bis. The States Parties shall develop and maintain capacities to implement the Regulations in accordance with their Common But Differentiate Responsibilities and Respective Capabilities (CBDR-RC), availability of international financial assistance and shared technological resources, and in this regard, primary preference shall be given to the establishment of functioning public health systems resilient to public health emergencies.

3. The implementation of these Regulations shall be guided by the goal of their universal application for the protection of all people of the world from the international spread of disease. **When implementing these Regulations, Parties and WHO should exercise precaution, in particular when dealing with unknown pathogens.**

(…)

New 5. The State Parties shall implement theseRegulations on the basis of equity, solidarity as well as and in accordance with their common but differentiated responsibilities and respective level of development of the State Parties.

New 6: Exchange of information between State Parties or between State Parties and WHO pursuant to the implementation of these Regulations shall be exclusively for peaceful purposes.

Seite 9 und 10 des 2022 geänderten IGV Erstentwurf

Der WHO Generaldirektor entscheidet allein (!), ob ein PHEIC vorliegt. Warum entscheidet nicht ein unabhängiges Expertengremium?
Gleichzeitig sind in den IGV keine Kontrollmechanismen für Handlungen, Entscheidungen oder Maßnahmen des WHO Generaldirektor zu finden.

Gesundheitsnotstand mit entspr. Maßnahmen sind sogar auch dann möglich, wenn **„nur das Potential"** für einen solchen Gesundheitsnotstand vorliegt.

Article 12 Determination of a public health emergency of international concern ***public health emergency of regional concern, or intermediate health alert***

1. The Director-General shall determine, on the basis of the information received, in particular from the State Party within whose territory an event is occurring, whether an event constitutes a public health emergency of international concern in accordance with the criteria and the procedure set out in these Regulations.

NEW (6) The Director-General, if the event is not designated as a public health emergency of international concern, based on the opinion/advice of the Emergency Committee, may designate the event as having the potential to develop into a public health emergency of international concern, communicate this and the recommended measures to States parties in accordance with procedures set out in Article 49

Seite 12 des 2022 geänderten IGV Erstentwurf

Die Mitgliedstaaten verpflichten sich **(=*undertake to follow*),** die „Empfehlungen" der WHO zu befolgen.
Umsetzungsverpflichtung – Beeinträchtigung von nationalen Entscheidungen?

NEW Article 13A WHO Led International Public Health Response

1. States Parties recognize WHO as the guidance and coordinating authority of international public health response during public health Emergency of International Concern and undertake to follow WHO's recommendations in their international public health response.

2. WHO shall carry out an assessment of the availability and affordability of the heath products such as diagnostics, therapeutics, vaccines, personal and protective equipment and other tools required for responding to public health emergencies of international concern, including the potential increase in supply resulting form the surge and diversification of production and in cases of expected shortage of supply, WHO shall develop and allocation plan for health products so as to ensure equitable access to people of all States Parties.

3. WHO shall, in its allocation plan for health products, inter alia identify and prioritize the recipients of health products, including health workers, frontline workers and vulnerable populations, and determine the required quantity of health care products for effective distribution to the recipients across States Parties.

4. Upon request of WHO, States Parties with the production capacities shall undertake measures to scale up production of health products, including through diversification of production, technology transfer and capacity building especially in the developing countries.

5. Upon request of WHO, States Parties shall ensure the manufacturers within their territory supply the requested quantity of the health products to WHO or other States Parties as directed by WHO in a timely manner in order to ensure effective implementation of the allocation plan.

6. WHO shall develop and maintain a database containing details of the ingredients, components, design, know-how, manufacturing process, or any other information required to facilitate

Seite 14 des 2022 geänderten IGV Erstentwurf

WHO Generaldirektor als Einzelperson entscheidet die Maßnahmen, und auch wie lange sie gelten.
Warum entscheidet nicht ein unabhängiges Expertengremium?

Gleichzeitig sind in den IGV keine Kontrollmechanismen für Handlungen, Entscheidungen oder Maßnahmen des WHO Generaldirektor zu finden.

Article 15 Temporary recommendations

1. If it has been determined in accordance with Article 12 that a public health emergency of international concern is occurring, **or the event has a potential to become PHEIC,** the Director-General shall issue temporary recommendations in accordance with the procedure set out in Article 49. Such temporary recommendations may be modified or extended as appropriate, including after it has been determined that a public health emergency of international concern has ended, at which time other temporary recommendations may be issued as necessary for the purpose of preventing or promptly detecting its recurrence.

Seite 16 des 2022 geänderten IGV Erstentwurf

Die Maßnahmen, die der WHO Generaldirektor in Bezug auf **Personen, verdächtigen Personen und betroffenen Personen bestimmt.**

Article 18 Recommendations with respect to persons, baggage, cargo, containers, conveyances, goods and postal parcels

1. Recommendations issued by WHO to States Parties with respect to persons may include the following advice:

- no specific health measures are advised;
- review travel history in affected areas;
- review proof of medical examination and any laboratory analysis;
- require medical examinations;
- review proof of vaccination or other prophylaxis;
- require vaccination or other prophylaxis;
- place suspect persons under public health observation;
- implement quarantine or other health measures for suspect persons;
- implement isolation and treatment where necessary of affected persons;
- implement tracing of contacts of suspect or affected persons;
- refuse entry of suspect and affected persons;
- refuse entry of unaffected persons to affected areas; and
- implement exit screening and/or restrictions on persons from affected areas.

- **Medizinische Untersuchung**
- **Impfnachweis**
- **Impfpflicht**
- **Gesundheitsüberwachung**
- **Quarantäne od. Gesundheits-maßnahmen**
- **Isolierung und Behandlung**
- **Kontaktverfolgung**

Seite 14 des 2022 geänderten IGV Erstentwurf

Vorgesehene Zensur: Die **Verbreitung „falscher" und „unzuverlässiger" Informationen soll unterdrückt** werden.

Article 44 Collaboration and assistance

1. States Parties shall ~~undertake to~~ collaborate with **and assist** each other**, in particular developing counties States Parties, upon request,** ~~to the extent possible~~, in:

(h) (new)in countering the dissemination of false and unreliable information about public health events, preventive and anti-epidemic measures and activities in the media, social networks and other ways of disseminating such information

2. WHO shall collaborate with **and promptly assist** States Parties, **in particular developing countries** upon request, ~~to the extent possible~~, in:

(e) (New) countering the dissemination of false and unreliable information about public health events, preventive and anti-epidemic measures and activities in the media, social networks and other ways of disseminating such information;

Anlage C: Privilegien und absolute WHO Immunität[46]

Angesichts des PPPR Gesetzesreformpakets (siehe auch Seite 1 oben), das dem WHO-Sekretariat und seinem Generaldirektor neue Befugnisse verleiht, stellt sich die Frage, ob die Vorrechte und Immunitäten des Übereinkommens über die Vorrechte und Immunitäten der Sonderorganisationen für den Generaldirektor und die Mitarbeiter des Sekretariats rechtlich auf Handlungen ausgedehnt werden können, die im Rahmen dieser Rechtsordnungen durchgeführt werden.
Tatsächlich wendet die WHO einen absoluten Immunitätsschutz[47] an, selbst für quasi-kommerzielle Aktivitäten[48] und Spenderverträge[49] usw., der die Aktivitäten der WHO von der Anwendung nationaler Gesetze ausnimmt. Mit anderen Worten: Das WHO-Sekretariat agiert in einem rechtlichen Vakuum, und ist von der Anwendung jeglicher Normen von jeglichen Rechtsangelegenheiten, die ansonsten im nationalen Bereich gelten - wie Steuern, Betrug, Korruption, Strafrecht, Grund- oder Menschenrechtsgarantien usw. -, abgeschirmt.

Gleichzeitig ist die WHO vor Gericht nicht klagebefugt. Z. B. auch die Expertenberatung durch von der WHO ernannte Personen ist – unabhängig von möglicher Fahrlässigkeit, vorsätzlichem Fehlverhalten oder nicht offengelegten Interessenkonflikten – aufgrund ihres abgeleiteten Anspruchs auf Immunität vor rechtlicher Kontrolle geschützt[50]. In der Praxis führt dies zu einer strukturellen Rechenschaftslücke, da weder das Sekretariat noch seine benannten Experten vor nationalen oder internationalen Foren für Amtsmissbrauch, Falschdarstellungen oder Pflichtverletzungen haftbar gemacht werden können.

Das Fehlen eines öffentlich zugänglichen Interessenkonfliktregisters[51] in Verbindung mit der ausschließlichen internen Überprüfung durch das WHO-Sekretariat untergräbt die im internationalen Verwaltungsrecht erwarteten Transparenz- und Verfahrensstandards zusätzlich und muss bei jeder Analyse des IGV-Rechtssystems berücksichtigt werden.

---

[46] Bewertung von Dr. S. Behrendt

[47] The WHO Secretariat is particularly keen to highlight its immunity privileges in every publication and for any activity it undertakes. Of particular concern are regulatory activities that could negatively impact individual‘s health, like the ‚Emergency Use Listing Procedure‘ (see note 24 below). For Covid-19 vaccines „WHO disclaims any and all liability and responsibility for any injury, death, loss, damage or other prejudice of any kind whatsoever that may arise as a result of or in connection with the procurement, distribution and use of any unlicensed product included in the list. WHO disclaims any and all liability and responsibility for any loss, damage, liability or other prejudice of any kind whatsoever that may arise as a result of or in connection with any assessment and recommendation under the EUL procedure.“, see EUL, note 24, p. 65.

[48] See Chowdhury, On the Restriction of International Organizations’ Immunity by the Supreme Court of the United States: Conditional? Sustainable? Feasible?, Völkerrechtsblog, 30.05.2022, doi: 10.17176/20220530-182036-0; Bordin , To what immunities are international organizations entitled under general international law? Thoughts on Jam v IFC and the ‘default rules’ of IO immunity, QIL 72 (2020) 5-28, available at QIL 72 (2020) 5-28.

[49] WHO’s buget consists of over 80 per cent on voluntary contributions. However, these contributions and their donors – whether in kind or in terms of commissioned work are without transparency, anti-corruption standards, fraud prevention and – by law – no taxes are applicable, for more information see WHO, Voluntary contributions by fund and by contributor, 2024, A78/INF./3, available at https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA78/A78_INF3-en.pdf.

[50] Convention on the Privileges and Immunities of the Specialized Agencies, Annex VII- The World Health Organization, Section 2, available here https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/convention-on-the-privi-en.pdf.

[51] Declaration of Interests for WHO Experts, available here https://cdn.who.int/media/docs/default-source/air-pollution-documents/doi_en_form_blank8ba6ab2c-dd62-49a9-914d-aacb4f7ebec7.pdf?sfvrsn=387a7953_5.