



Wortprotokoll der 12. Sitzung

Ausschuss für Gesundheit

Berlin, den 13. Oktober 2025, 11:00 Uhr
als Kombination aus Präsenzsitzung
(Paul-Löbe-Haus, Saal E 200) und
Zoom-Meeting.

Vorsitz: Dr. Tanja Machalet, MdB

Tagesordnung - Öffentliche Anhörung

Einzigiger Tagesordnungspunkt

Seite 6

a) Gesetzentwurf der Bundesregierung

**Entwurf eines Gesetzes zu den Änderungen vom
1. Juni 2024 der Internationalen Gesundheitsvor-
schriften (2005) (IGV) vom 23. Mai 2005**

BT-Drucksache 21/1508

Federführend:

Ausschuss für Gesundheit

Mitberatend:

Ausschuss für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Ent-
wicklung

b) Unterrichtung durch die Bundesregierung

**Entwurf eines Gesetzes zu den Änderungen vom
1. Juni 2024 der Internationalen Gesundheitsvor-
schriften (2005) (IGV) vom 23. Mai 2005**

- 21/1508 -

Stellungnahme des Bundesrates

BT-Drucksache 21/1905

Federführend:

Ausschuss für Gesundheit

Mitberatend:

Ausschuss für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Ent-
wicklung

**Mitglieder des Ausschusses**

Fraktionen	Ordentliche Mitglieder	Stellvertretende Mitglieder
CDU/CSU	Beek, Sascha van Borchardt, Simone Hiller, Dr. Matthias Janssen, Anne Müller, Axel Pauls, Dr. Thomas Pilsinger, Dr. Stephan Schmidt, Sebastian Seitz, Nora Streeck, Dr. Hendrik Theiss, Dr. Hans Weiss, Dr. Maria-Lena Zeulner, Emmi	Albani, Stephan Demuth, Ellen Ehm, Lars Grasse, Adrian Knoerig, Axel Ludwig, Dr. Saskia Müller, Sepp Reddig, Pascal Rupprecht, Albert Staffler, Katrin Stegemann, Albert Timmermann-Fechter, Astrid Walch, Siegfried
AfD	Baum, Dr. Christina Bloch, Joachim Dietz, Thomas Ebenberger, Tobias Hess, Nicole Schießl, Carina Sichert, Martin Weiss, Claudia Ziegler, Kay-Uwe	Bessin, Birgit Birghan, Dr. Christoph Bollmann, Gereon Fetsch, Thomas Giersch, Alexis L. Kempf, Martina Möller, Stefan Przygodda, Kerstin Schmidt, Dr. Paul
SPD	Machalet, Dr. Tanja Mieves, Matthias David Moll, Claudia Pantazis, Dr. Christos Schwartz, Stefan Seitzl, Dr. Lina Yüksel, Serdar	Ahmetovic, Adis Dittmar, Sabine Glöckner, Angelika Kersten, Dr. Franziska Peick, Jens Schmidt, Dagmar
BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN	Dahmen, Dr. Janosch Fischer, Simone Heitmann, Linda Kappert-Gonther, Dr. Kirsten Wagner, Johannes	Grau, Dr. Armin Nick, Dr. Ophelia Piechotta, Dr. Paula Rietenberg, Sylvia
Die Linke	Gürpinar, Ates Merendino, Stella Schötz, Evelyn Stange, Julia-Christina	Arndt, Dr. Michael Brückner, Maik Fey, Katrin Gebel, Kathrin



Liste der Auskunftspersonen

Öffentliche Anhörung am 13. Oktober 2025, 11:00 Uhr

Paul-Löbe Haus, E 200

„Entwurf eines Gesetzes zu den Änderungen vom 1. Juni 2024 der Internationalen Gesundheitsvorschriften (2005) (IGV) vom 23. Mai 2005“

- ALM – Akkreditierte Labore in der Medizin e.V.¹
- Ärzte ohne Grenzen e.V.¹
- Bundesverband der Ärztinnen und Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes e.V.¹
- Deutsche Gesellschaft für Öffentliches Gesundheitswesen e.V. (DGÖG)¹
- Deutscher Landkreistag¹
- Deutscher Caritasverband e.V.¹
- Deutscher Städte- und Gemeindebund¹
- Deutscher Städtetag¹
- Global Health Hub Germany¹
- VENRO – Verband Entwicklungspolitik und Humanitäre Hilfe deutscher Nichtregierungsorganisationen e.V.¹
- Prof. Dr. Dr. Till Bärnighausen²
Direktor des Instituts für Global Health, Universitätsklinikum Heidelberg
- Dr. Pedro Alejandro Villarreal³
Stiftung Wissenschaft und Politik (SWP)
Deutsches Institut für Internationale Politik und Sicherheit
- Philipp Kruse⁴
Rechtsanwalt

¹ Auf Vorschlag aller Fraktionen zur öffentlichen Anhörung eingeladen.

² Auf Vorschlag der Fraktion der CDU/CSU zur öffentlichen Anhörung eingeladen.

³ Auf Vorschlag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN zur öffentlichen Anhörung eingeladen.

⁴ Auf Vorschlag der Fraktion der AfD zur öffentlichen Anhörung eingeladen.



- Dr. Beate Sibylle Pfeil⁴
Selbständige Wissenschaftlerin
- PD Dr. Peter Tinnemann²
Leiter des Gesundheitsamtes Frankfurt am Main



Die Anwesenheitslisten liegen dem Originalprotokoll bei.



Beginn der Sitzung: 11:00 Uhr

Einzigiger Tagesordnungspunkt

a) Gesetzesentwurf der Bundesregierung

Entwurf eines Gesetzes zu den Änderungen vom 1. Juni 2024 der Internationalen Gesundheitsvorschriften (2005) (IGV) vom 23. Mai 2005

BT-Drucksache 21/1508

b) Unterrichtung durch die Bundesregierung

Entwurf eines Gesetzes zu den Änderungen vom 1. Juni 2024 der Internationalen Gesundheitsvorschriften (2005) (IGV) vom 23. Mai 2005

- 21/1508 -

Stellungnahme des Bundesrates

BT-Drucksache 21/1905

Die **Vorsitzende**, Abg. **Dr. Tanja Machalet** (SPD): Sehr geehrte Damen und Herren, liebe Zuschauerinnen und Zuschauer, sehr verehrte Sachverständige, sehr geehrte Vertreterinnen und Vertreter der Bundesregierung, sehr geehrter Herr Staatssekretär Sorge, liebe Kolleginnen und Kollegen, ich begrüße Sie alle ganz herzlich zur öffentlichen Anhörung des Ausschusses für Gesundheit, die wie immer eine Mischung aus Präsenzsitzung und Online-Meeting ist. Vorab möchte ich die Sachverständigen und alle anderen Teilnehmerinnen und Teilnehmer, die uns per Zoom zugeschaltet sind, bitten, sich mit dem Namen anzumelden, sodass Ihre Teilnahme für uns erkennbar ist. Und ich möchte Sie bitten, Ihre Mikrofone vorerst stumm zu schalten. Das erleichtert uns die Durchführung der Anhörung.

Sehr geehrte Damen und Herren, in der heutigen Anhörung geht es um den Gesetzesentwurf der Bundesregierung „Entwurf eines Gesetzes zu den Änderungen vom 1. Juni 2024 der internationalen Gesundheitsvorschriften von 2005, IGV, vom 23. Mai 2005“ auf der Bundestagsdrucksache 21/1508. Ziel des Gesetzesentwurfs der Bundesregierung ist es, die Voraussetzungen für die völkerrechtliche Bindung der Bundesrepublik an die von der Weltgesundheitsversammlung angenommenen Änderungen der IGV zu schaffen. Der wesentliche Kern der Änderungen ist die Einführung des neuen Begriffs „pandemische Notlage“ in die Gesundheitsvorschriften. Darüber hinaus werden die Prinzipien

Gerechtigkeit und Solidarität als verbindliche Grundsätze in die internationalen Gesundheitsvorschriften aufgenommen. Eine weitere zentrale Neuerung ist, dass alle WHO-Mitgliedstaaten, die Weltgesundheitsorganisation bei unklaren Ereignissen, welche die öffentliche Gesundheit betreffen, unverzüglich informieren müssen. Zudem müssen sich die Staaten künftig rechtzeitig mit der WHO über geeignete gesundheitliche Gegenmaßnahmen abstimmen. Insgesamt sollen also diese Anpassungen die WHO und ihre Mitgliedstaaten in die Lage versetzen, schneller und effizienter auf Gefahren für die öffentliche Gesundheitslage, beispielsweise Pandemien, zu reagieren und die Bevölkerung besser zu schützen. Zu den Aspekten des Gesetzesentwurfs wollen wir heute in der Anhörung die Expertinnen und Experten anhören.

Bevor wir beginnen, will ich einige Anmerkungen zum Ablauf der Anhörung machen. Uns stehen heute 90 Minuten für Fragen und Antworten zur Verfügung. Diese 90 Minuten werden entsprechend der Stärke der Fraktionen in Verbindung mit einer ausschussinternen Verabredung auf drei Frageblöcke verteilt. Insgesamt entfallen auf die CDU/CSU 30 Minuten, auf die AfD 22 Minuten, auf die SPD 17 Minuten, auf BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN 12 Minuten und auf Die Linke 9 Minuten Fragezeit. Ich darf sowohl die Fragenden als auch die Sachverständigen bitten, sich möglichst kurz zu fassen, damit viele Fragen gestellt und beantwortet werden können. Die Anhörung wird live im Parlamentsfernsehen übertragen und das Wortprotokoll der Anhörung auf der Internetseite des Ausschusses im Anschluss veröffentlicht. Die aufgerufenen Sachverständigen, die online teilnehmen, weise ich noch darauf hin, dass Sie, sobald Sie ihren Redebeitrag beginnen, für uns im Sitzungssaal auf einem Videowürfel zu sehen und zu hören sind. Ihr Bild wird dann auch im Parlamentsfernsehen bzw. im Videostream übertragen. Bitte beachten Sie, dass Ihr Bild auch nach Ihrem Redebeitrag möglicherweise noch hier gesehen und im Internet bzw. im Parlamentsfernsehen übertragen werden kann. Ich bitte die Sachverständigen, entsprechend der Regelung in § 70 Absatz 6 Satz 3 der Geschäftsordnung des Deutschen Bundestages (GO-BT) beim ersten Aufruf etwaige finanzielle Interessenverknüpfungen in Bezug auf den Beratungsgegenstand offenzulegen. Das soll unsere öffentliche Anhörung sowohl für die Abgeordneten als auch für die Zuschauerinnen und Zuschauer noch transparenter machen. Ich



danke den Sachverständigen, die schriftliche Stellungnahmen eingereicht haben. Dann habe ich noch ein paar Hinweise für unsere Gäste auf der Galerie: Beifallsbekundungen und Zwischenrufe sowie die Aufzeichnung der Anhörung mit dem Smartphone oder anderen Geräten sind nicht gestattet. Bei Zuwiderhandlung behalte ich mir vor, die Personen des Saals zu verweisen. Wir beginnen nun. Das Fragerecht geht an die Fraktion der CDU/CSU-Fraktion für zehn Minuten. Die Technik funktioniert hoffentlich. Herr van Beek, Sie haben das Wort.

Abg. **Sascha van Beek** (CDU/CSU): Herzlichen Dank, Frau Vorsitzende. Herzlichen Dank auch an die Gutachter, sowohl online als auch hier im Raum, zu diesem wichtigen Thema, das absolut in unserem nationalen Interesse steht, die Instrumente der IGV entsprechend in Deutschland umzusetzen. Meine erste Frage geht an Prof. Dr. Bärnighausen: Wir haben unter Artikel 1 die Einführung des Begriffs der „pandemischen Notlage“. Bisher kannten wir schon den Begriff der „gesundheitlichen Notlage von internationaler Tragweite“. Dazu gibt es viel Unsicherheit. Ich möchte gerne von Ihnen wissen: Warum hilft diese klare Zuständigkeit, die dadurch geschaffen wird, und diese klare Begrifflichkeit uns weiter? Warum ist es wichtig, diesen Begriff der „pandemischen Notlage“ einzuführen?

Prof. Dr. Dr. Till Bärnighausen (Direktor des Instituts für Global Health, Universitätsklinikum Heidelberg): Vielen Dank, Herr van Beek. Die Notlage so klar definiert zu haben und international auch dieses Übereinkommen hilft uns natürlich ungeheuer in Deutschland als Nation. Denn wir sind nicht das Land, in dem die nächste Pandemie entstehen wird. Die wird in Südostasien entstehen, vielleicht in Zentralafrika, vielleicht im nördlichen Lateinamerika. Denn umso schneller an dem Ort, wo sie auftritt, definiert ist und dann global informiert ist, umso besser können wir uns schützen und umso besser können wir eingreifen als globale Gemeinschaft, aber natürlich auch als Deutschland.

Abg. **Sascha van Beek** (CDU/CSU): Vielen Dank. Ich würde dann noch weitergehen und die Betonung auf die nationale Souveränität legen und würde die Frage sowohl an Sie als auch an Herrn

Dr. Villarreal stellen. Wir haben unter anderem im Artikel 3 Absatz 4 eine ganz deutliche Betonung der nationalen Souveränität, auch im Wortlaut, denke ich. Es gibt keine andere Ableitung, auch nicht in anderen Artikeln. Vielleicht nochmal Ihr Statement und dann darauf das von Herrn Dr. Villarreal. Sehen Sie irgendwo in diesem Ansatz, dass unsere nationale Souveränität gefährdet ist?

Prof. Dr. Dr. Till Bärnighausen (Direktor des Instituts für Global Health, Universitätsklinikum Heidelberg): Petro als Rechtsanwalt kann natürlich noch ganz anders darüber nachdenken. Aus der Public Health und gesundheitsforscherischen Sicht sehe ich da keinerlei Problem. Wir arbeiten in diesen Dingen immer global zusammen. Ich glaube nicht, dass sich viel ändern wird am Ende. Aber es wird etwas offener, etwas transparenter, etwas globaler und es bringt vor allem die Länder, in denen Pandemien entstehen, in eine etwas mehr belastbare Pflicht, es den anderen Ländern schnell mitzuteilen. Also in Deutschland sehe ich geringe Gefahr, dass hier international in die Souveränität eingegriffen wird.

Dr. Pedro Alejandro Villarreal (Stiftung Wissenschaft und Politik (SWP) Deutsches Institut für Internationale Politik und Sicherheit): Danke sehr. Ich habe keinen Interessenkonflikt. Ich schließe mich Till an. Ich sehe auch, dass mit den Änderungen der Internationalen Gesundheitsvorschriften die Souveränität gewahrt bleibt, denn der Text der Internationalen Gesundheitsvorschriften macht es schon deutlich, dass die Entscheidungsfindung bei den nationalen Behörden liegen wird und dass die WHO den nationalen Behörden keine Maßnahme vorschreiben werden kann. Deswegen werden die Länder immer noch ihre souveränen Entscheidungen treffen, wie sie auf künftige gesundheitliche Notlagen von internationaler Tragweite, anschließend „pandemische Notlage“, reagieren werden. Danke sehr.

Abg. **Sascha van Beek** (CDU/CSU): Vielleicht daran anschließend können Sie noch mal ganz konkret sagen, wer, wenn die Weltgesundheitsorganisation eine Notlage feststellt, entscheidet in Deutschland über die Maßnahme? Damit wir das noch einmal konkret gehört haben. Und wie ist das Parlament in



solchen Notlagen eingebunden?

Dr. Pedro Alejandro Villarreal (Stiftung Wissenschaft und Politik (SWP) Deutsches Institut für Internationale Politik und Sicherheit): Ja, sehr gerne. Danke für die Frage. Gemäß dem Infektionsschutzgesetz wird der Bundestag entscheiden, nachdem die WHO eine gesundheitliche Notlage von internationaler Tragweite festgestellt hat. Der Bundestag kann, es ist kein Muss, er kann danach entscheiden, ob in Deutschland eine sogenannte epidemische Notlage von nationaler Tragweite vorliegt. Die Feststellung der WHO ist eines von unterschiedlichen Kriterien, die der Bundestag in Betracht ziehen wird, um festzustellen, ob es in Deutschland nötig ist, auch eine Notlage festzustellen. Nach dieser Feststellung des Bundestags wird das Bundesministerium für Gesundheit gemäß dem Infektionsschutzgesetz manche Entscheidungen treffen können, unter anderem Entscheidungen, die mit den Beschaffungen von medizinischen Produkten zu tun haben. Und wenn es um Maßnahmen der öffentlichen Gesundheit geht, Lockdown, Ausgangssperren und so weiter, werden sowohl die Bundesländer als auch auf der kommunalen Ebene die Behörden diese Entscheidungen treffen. Danke.

Abg. **Sascha van Beek** (CDU/CSU): Vielen Dank. Dann ist immer wieder zu hören, die WHO würde in einer „pandemischen Notlage“ willkürlich agieren und vielleicht die Erfahrungen aus der Pandemie nutzen, um mehr Macht zu bekommen. Die Frage vielleicht an Herrn Prof. Dr. Bärnighausen und Herrn Dr. Villarreal, aber gerne anschließend an VENRO: Gibt es irgendwelche Anzeichen dafür, dass die WHO in der Vergangenheit so gehandelt hat, dass sie nationale Souveränität unterwandern möchte oder irgendwie aus Machtbestreben in „pandemischen Notlagen“ eingreifen möchte?

Prof. Dr. Dr. Till Bärnighausen (Direktor des Instituts für Global Health, Universitätsklinikum Heidelberg): Also wenig im Sinne, dass hier nationale Souveränität ausgeschaltet wird. Die Hauptmachtquelle der WHO ist die Expertise. Sie greifen nicht ein, sie haben keine Armee, also keine Public-Health-Armee oder so. Es geht um die Expertise und das schnelle Feststellen, die Samples möglicherweise noch mal neu auszuarbeiten. Sie machen

diese Public-Health-Interventionen. Also die WHO hat die Macht der Expertise und auch die Macht der globalen Normsetzung, was in der Gesundheitsvorsorge und -fürsorge richtig ist, zu einem bestimmten Zeitpunkt. Das sind keine, sagen wir mal, physischen Eingriffe in die Souveränität eines Landes. Dass jetzt globale Expert:innen mit WHO-Unterstützung in Ländern mitwirken dürften, wenn das Land das erlaubt, und dass das etwas beschleunigt und verbessert wird – das hat in der Covid-19-Pandemie nicht so gut geklappt, wie es hätte klappen können, das hat Menschenleben gekostet – diese Eingreifmöglichkeiten, die hier gestärkt werden von der WHO-Seite, sind in meiner Sicht ganz, ganz harmlos, was die nationale Souveränität angeht, aber ganz, ganz effektiv, was das schnelle Auffinden von Krankheitsursachen und Interventions-effektivität angeht. Also eine gute, leichte Stärkung der WHO.

Dr. Pedro Alejandro Villarreal (Stiftung Wissenschaft und Politik (SWP) Deutsches Institut für Internationale Politik und Sicherheit): Danke, wenn ich auch einspringen darf, wir haben noch Zeit. Zur Frage, wie die WHO in der Vergangenheit gehandelt hat, im Sinne von, wie sie ihr Mandat ausgeübt hat, wenn es um eine gesundheitliche Notlage ging, kann ich aus den Daten, die ich habe, argumentieren, dass in der Vergangenheit die WHO eher eine „diplomatische Lösung“ bevorzugt hat, im Sinne von Zusammenarbeit mit den Ländern zu agieren. Und wirklich, es gibt vielleicht nur zwei Ausnahmen, die mir einfallen, wo die WHO sich gegen den Willen eines Staates positioniert hat. Aber das war wirklich nur die Ausnahme, weil die Staaten überhaupt nicht kooperierten. Denn wenn wir uns vor einer Notlage befinden, haben die anderen Staaten das Interesse, dass irgendeine Reaktion erfolgt. Die WHO kann nur in diesen Fällen agieren. Aber die WHO wurde eigentlich oft kritisiert, dass sie sehr zurückhaltend agiert und sich sehr diplomatisch gegenüber Staaten, die oft nicht kooperieren, verhält. Danke sehr.

Abg. **Sascha van Beek** (CDU/CSU): Vielleicht in Ergänzung, dann würde ich die Zeit in die nächste Runde nehmen. Vielleicht noch mal dazu: Wenn das schärfste Schwert der WHO ist, sich dann dagegen zu positionieren, welche Relevanz hat das für die Länder? Diese entscheiden doch, dass das



nochmal klar wird, für sich und müssen diesem nicht folgen?

Dr. Pedro Alejandro Villarreal (Stiftung Wissenschaft und Politik (SWP) Deutsches Institut für Internationale Politik und Sicherheit): Also, welche Relevanz hat das für die Staaten als für die anderen Staaten? Zum Beispiel, wenn, wie Herr Bärnighausen meinte, irgendein Ereignis auf dem Hoheitsgebiet eines anderen Landes auftritt und wir nicht wissen, was die Natur dieses Ereignisses ist, dann kann die WHO-Konsultation anfangen mit dem Staat, um festzustellen, welcher Natur das Ereignis ist und welche Daten vorhanden sind. Die WHO kann nicht erzwingen, dass diese Daten übermittelt werden, sondern diese nur per Handel sozusagen erhalten. Aber wenn der Staat gar nicht kooperiert, sehen die Internationalen Gesundheitsvorschriften in Artikel 10 vor, dass die WHO die Information, die sie hat, die ihr zur Verfügung stehen, den anderen Staaten übermittelt. Danke sehr.

Die **Vorsitzende**: Vielen Dank, dann Frau Dr. Baum für die AfD-Fraktion. Sie haben zehn Minuten.

Abg. **Dr. Christina Baum** (AfD): Ja, vielen Dank. Ich habe eine Frage an Herrn Rechtsanwalt Philipp Kruse. Und zwar: Was wurde als offizielle Motivation für die Anpassung der IGV genannt und ist für Sie diese Motivation sachgerecht und tragfähig, um den Schutz der öffentlichen Gesundheit vor Pandemiebedrohungen zu verbessern?

Die **Vorsitzende**: Herr Kruse, Sie dürfen.

Philipp Kruse (Rechtsanwalt): Frau Vorsitzende, geschätzte Anwesende, herzlichen Dank für die Einladung. Rechtsanwalt Philipp Kruse. Ich habe keinerlei Interessenverpflichtungen in diesem Zusammenhang. Zur Frage: Diese zielt darauf ab, ob nach allgemeiner Auffassung die IGV sachgerecht und tragfähig sind, um den Schutz der öffentlichen Gesundheit vor Pandemiebedrohungen wirksam zu verbessern. Nach offizieller Lesart geht es hier darum, dieses zentrale völkerrechtliche Instrument zur grenzüberschreitenden Bekämpfung von Gesundheitsgefährdungen, ich zitiere: „zu verbessern“, weil es teilweise überarbeitungsbedürftig im

Hinblick auf die internationale Koordinierung ist. Nun, wenn das Ziel darin besteht, den Schutz vor grenzüberschreitenden Gesundheitsgefahren, insbesondere Pandemien, zu verbessern, dann ist auch zu prüfen, ob mit diesem Gesetzgebungsverfahren, das heißt mit der Anpassung der IGV tatsächlich die entscheidenden Faktoren erkannt werden und auch verbessert werden, welche die öffentliche Gesundheit im Zusammenhang mit der Covid-19-Krise am stärksten bedroht haben. In diesem Punkt gehe ich mit der Auffassung der Bundesregierung nicht überein, denn es sind folgende Aspekte zu wenig oder nicht berücksichtigt worden im Zusammenhang mit diesem Gesetzgebungsverfahren, wenn es um das Handeln der WHO geht. Zunächst einmal ist zu berücksichtigen, dass bereits im Vorfeld der Schweinegrippe die WHO die Schwelle, respektive auch die Methode als Voraussetzung zur Ausrufung einer Pandemie ab 2009 tiefer angesetzt hat als zuvor. Zuvor war erforderlich, dass es eine weltweite Epidemie mit enormen Zahlen von Toten und Erkrankten hat geben müssen. Ab Mai 2009 bis heute hat es dann ausgereicht, „that there were more cases“, also mehr Fälle, mehr Fallzahlen einer Krankheit als normal. Das birgt ein Potenzial an Willkür und Unschärfe. Und anstatt zweitens abzustellen auf die Zahl tatsächlich Corona-ursächlicher Erkrankungen und Corona-ursächlicher Todesfälle, hat die WHO für die Festlegung des internationalen Gesundheitsnotstandes ab Ende Januar 2020 einen Test festgelegt, ohne Aussagekraft zur eigentlichen Kausalität einer Erkrankung. Das gilt es zu berücksichtigen. Drittens ist zu berücksichtigen, inwieweit die WHO durchaus valable, durchaus sichere und bewährte Behandlungsalternativen zu Unrecht zurückgestellt hat oder für unwirksam erklärt hat. Des Weiteren ist zu prüfen und in Berücksichtigung zu ziehen, dass die WHO ab November 2020 auf ihrer Homepage erklärt hat, dass Herdenimmunität nur noch auf dem Weg der Impfung erworben werden könne, nicht auf dem Weg natürlicher Infektionen. Und dann hat für neuartige Präparate auf ModRNA-Basis, welche bis zu dem damaligen Zeitpunkt noch niemals für den Gebrauch an der gesunden Bevölkerung zu rein präventiven Zwecken zugelassen worden waren, eine Expertengruppe der WHO im Dezember 2020, unmittelbar vor erstmaliger Zulassung dieser Präparate, den Herstellern empfohlen, auf die Kontrollgruppen respektive Placebo-Gruppen zu verzichten. Hier handelt es sich um einen Goldstandard für die Produktsicherheit.



Es ist auch noch zu erwähnen, dass die WHO durchaus Einfluss genommen hat auf die öffentliche Wahrnehmung und Berichterstattung, so unter anderem durch eine von ihr gegründete Tech-Task-Force, welcher alle großen IT- und Social Media-Unternehmen wie Google und Facebook angeschlossen waren. Sie hatten auf diesem Wege ausschließlich diejenigen Informationen zuzulassen, welche von der WHO kamen, worin ich einen Verstoß gegen die Wissenschaftsfreiheit sehe. Im Übrigen ist auch hervorzuheben, dass von der WHO bis heute keine ausreichenden Anstrengungen unternommen wurden, um den zahlreichen Hinweisen auf eine menschengemachte Ursache dieses Erregers auf den Grund zu gehen. Ohne Erkenntnis über die Ursache besteht diese Bedrohung rein sachlogisch weiter fort. All diese Fakten und eine ganze Liste weiterer Fakten gilt es, zur Kenntnis zu nehmen und zu prüfen, bevor man ein solches Gesetzgebungsvorhaben, mit dem man sich in bestimmten Aspekten, auf die wir noch zu sprechen kommen, zugunsten der WHO festlegt und ihr weitere Kompetenzen einräumt. Soweit zu dieser ersten Frage.

Abg. Dr. Christina Baum (AfD): Vielen Dank. Ich habe eine weitere Frage an Sie, Herr Rechtsanwalt. Können Sie konkretisieren, inwieweit die WHO in ihren Handlungen von ihren Geldgebern beeinflusst wird, sowohl während als auch außerhalb von Pandemien? Und inwieweit spielt dieser Einfluss eine Rolle im Zusammenhang mit Empfehlungen der WHO zu Gesundheitsprodukten?

Philipp Kruse (Rechtsanwalt): Zu diesem Punkt können wir uns zunächst orientieren an den Informationen auf der WHO-Homepage. Daraus geht hervor, dass beispielsweise Ende 2023 der Anteil freiwilliger Beiträge am Programmbudget der WHO mit Zweckbindung, also mit Zweckbindung der Sponsoren bei 76 Prozent lag. Diese Information geht direkt aus der Homepage der WHO hervor. So dann ist festzuhalten, dass bei einem so hohen Grad von freiwilliger Finanzierung mit Zweckbindung es auf der Hand liegt, dass hier ein gewisser Einfluss genommen werden kann. Festzuhalten ist, dass die WHO bis heute in keinem einzigen Fall offengelegt hat, worin diese Zweckbindungen im Einzelfall ganz konkret bestehen. Es ist also in diesem Zusammenhang wesentlich zu prüfen und auch

festzustellen, welche Gruppen den größten Beitrag leisten jeweils in dieses Zwei-Jahres-Budget der WHO. Es sind in diesem Zusammenhang prominent und unzweifelhaft, wie gesagt von der Homepage der WHO direkt zu entnehmen, die Gates Foundation und GAVI. Beides sind Organisationen, deren Ziel- und Zweckbestimmung ganz offen deklariert darin besteht, den Absatz von Impfstoffen zu fördern. Dann ist hinzuweisen auf einen Untersuchungsbericht der Australian Medical Professionals Society vom Juni 2025 mit dem Titel „Follow the Money“, welcher in diesem Zusammenhang sehr viel klare, nützliche weitere Informationen dahingehend liefert, dass der Einfluss gerade der Pharmaindustrie auf die Handlungen und auf die Kommunikation der WHO sehr stark ist. Nun zum zweiten Teil Ihrer Frage, inwieweit in diesem Zusammenhang eben auch ein Bezug auf die neue Bestimmung in Bezug auf die Gesundheitsprodukte zu erkennen ist. Ich verweise auf den Definitionsartikel 1 Gesundheitsprodukte. In den Anpassungen gibt es zahlreiche Bestimmungen. Hier ist festzuhalten, bei diesen Gesundheitsprodukten handelt es sich im Vergleich zu den bisherigen IGV um eine neue Kategorie. Sie umfasst sämtliche denkbaren Pandemie-Produkte, unter anderem auch zell- und genbasierte Therapien und ähnliche Technologien. Damit sind eben Substanzen gemeint wie die Impfstoffe, die unter Covid zum Einsatz gelangt sind. Und auch wenn diese Bestimmungen nach ihrem strikten Wortlaut nicht unmittelbar rechtsverbindlich ausgestaltet werden, so ist doch zu erwarten, dass eine Empfehlung der WHO von den Staaten als Goldstandard oder als Best Practice genommen werden wird. Das ist nicht eine Verletzung der Souveränität, aber es ist das Thema der Einflussnahme auf die Entscheidungsfindung der Staaten. Hier ist es eben dann wiederum relevant, festzuhalten und zu prüfen, und diese Prüfung gilt es zu unternehmen, was der Einfluss der Industrie, der Pharmaindustrie und insbesondere Impfindustrie auf die Finanzierung der WHO über 70 Prozent beträgt. Danke.

Die Vorsitzende: Vielen Dank. Für die SPD-Fraktion hat nun Herr Yüksel das Wort.

Abg. Serdar Yüksel (SPD): Ja, im Namen der SPD-Fraktion danke ich Ihnen für die Stellungnahmen, die Sie uns geschickt haben. Meine erste Frage



richtet sich an Herrn Dr. Villareal. Wie leider eben vorgetragen, kursieren im Internet viele Desinformationen über die IGV-Reform. Wir alle sind auch zugespannt worden mit Mails, auch als Abgeordnete, die bewusst zur Verunsicherung der Bevölkerung beitragen sollen. Es wird behauptet, dass die WHO mit der Reform willkürliche Pandemien ausrufen und damit eine Art Gesundheitsdiktatur einleiten könne, und unsere nationale Souveränität würde verletzt und Grund- und Menschenrechte würden eingeschränkt. Was entgegnen Sie solchen Behauptungen?

Dr. Pedro Alejandro Villarreal (Stiftung Wissenschaft und Politik (SWP) Deutsches Institut für Internationale Politik und Sicherheit): Ja, danke für die Frage. Ich sehe im aktuellen Text keine Grundlage für diese Behauptungen. Ich kann zwei Gründe nennen. Erstens, wenn argumentiert wird, die WHO kann eine Pandemie willkürlich feststellen. Das ist, würde ich sagen, eine sehr grobe Vereinfachung des Entscheidungsfindungsprozesses bei der WHO. Erstens, würde ich sagen, bevor der WHO-Generaldirektor oder die -direktorin eine „pandemische Notlage“ feststellen kann, müssen, das ist eine prozedurale Voraussetzung, externe Expertinnen und Experten konsultiert werden in einem sogenannten Notfallausschuss nach Artikel 48 der Internationalen Gesundheitsvorschriften. Ohne diese Beratung darf der Generaldirektor oder die Generaldirektorin keine „pandemische Notlage“ erklären oder feststellen. Das ist die eine Sache. Also diese externen Expertinnen und Experten beraten die WHO, wobei man muss auch sagen, die WHO hat natürlich das Mandat, um das zu erklären, aber immer nach Beratung. Zweitens, ob man die Feststellung einer „pandemischen Notlage“, zu einer Gesundheitsdiktatur führen wird, findet ich nicht. Denn, wie es im Gesetzentwurf steht, die Feststellung einer „pandemischen Notlage“ bedeutet keine neuen Verpflichtungen für die Vertragsstaaten der Internationalen Gesundheitsvorschriften, sondern die WHO darf ihnen empfehlen, welche möglichen Maßnahmen wirksam sein könnten. Und diese Empfehlungen werden auf Basis der verfügbaren Evidenz formuliert. Die verfügbare Evidenz, wenn ich das hinzufügen darf, stellen die nationalen Behörden der WHO zur Verfügung. Also die WHO arbeitet und handelt auf der Basis der Daten, die die nationalen Behörden, wie das Paul-Ehrlich-Institut, wie die Europäische Arzneimittelagentur, wie die

US-amerikanische Food- und Drug Administration, der WHO zur Verfügung stellen. Deswegen ist es keine einseitige Entscheidung. Auf der anderen Seite hat die WHO auch keine Befugnisse, den Staaten irgendwas vorzuschreiben.

Abg. **Serdar Yüksel** (SPD): Vielen Dank. Die zweite Frage richtet sich an Herrn Dr. Tinnemann. Uns interessiert auch die lokale Perspektive. Herr Dr. Tinnemann, als Leiter des Gesundheitsamtes Frankfurt am Main stehen Sie im Krisenfall an vorderster Front. Welchen praktischen Mehrwert hat die IGV-Reform für ihre Arbeit im Pandemiefall?

Die **Vorsitzende**: Herr Dr. Tinnemann ist online dabei. Ja, bitte.

PD Dr. Peter Tinnemann (Leiter des Gesundheitsamtes Frankfurt am Main): Vielen Dank, Herr Yüksel. Sehr geehrte Vorsitzende, ich habe auch keine Interessenkonflikte. Vielleicht noch mal, um Sie abzuholen: Die IGV sind ein völkerrechtliches Rahmenwerk. Sie sind keine Gebrauchsanweisungen für das, was wir in den Gesundheitsämtern machen. Wir würden natürlich, wenn wir einen Fall eines Patienten haben, der am Frankfurter Flughafen ankommt, hinfahren, schauen, wie es dem Patienten geht, welche Gesundheitsgefahren von diesem Patienten für den Rest der Bevölkerung ausgehen würden und würden dann auf Basis des Infektionsschutzgesetzes die entsprechenden Maßnahmen ergreifen. Wichtig bei den Überarbeitungen der IGV sehe ich eigentlich mehr, dass andere Mitgliedstaaten oder Staaten, die dieses Rahmenwerk unterzeichnen, entsprechende Kapazitäten vorhalten und sich vorbereiten und entsprechende Laborkapazitäten, Maßnahmenkapazitäten, Präventionskapazitäten haben, um sicherzustellen, dass diese Patienten, wenn sie in anderen Ländern auftreten, diagnostiziert und behandelt werden können und möglicherweise gar nicht erst nach Deutschland kommen. Danke schön.

Abg. **Serdar Yüksel** (SPD): Vielen Dank. Das bringt mich tatsächlich in Überleitung zu der Frage an Herrn Müller von Akkreditierten Laboren in der Medizin e.V. Durch die IGV-Reform sollen auch, wie gerade eben erwähnt, sogenannte Kernkapazitäten ausgeweitet werden, welche als Reaktion auf



gesundheitliche Notlagen vorgehalten werden sollen. Dazu gehört unter anderem auch das Vorhalten von Labordiagnostik auf regionaler Ebene. Wie bewerten Sie die IGV-Reform? Welche nationalen Maßnahmen sind aus Ihrer Sicht erforderlich, um genau diese Laborkapazitäten in Deutschland weiter zu stärken?

Die **Vorsitzende**: Herr Müller.

Michael Müller (ALM – Akkreditierte Labore in der Medizin e.V.): Ja, Michael Müller, ALM. Ich habe diesbezüglich auch keine Interessenkonflikte. Vielen Dank für die Frage. Wir haben in der Pandemie gut gelernt, wie es wichtig ist, im Rahmen der Diagnostik dieser Infektionserkrankung eine gute Zusammenarbeit zu haben, um Erkrankte zu erkennen und die Ausbreitung der Infektionserkrankung zu verhindern oder zumindest einzudämmen. Die Struktur der Labore in Deutschland ist besonders vorteilhaft, weil wir eine Mischung haben aus universitären, stationären und einer in der Breite vorhandenen, flächendeckenden Versorgung von niedergelassenen ambulanten Laboratorien. Das war ein wesentlicher Vorteil, weil dadurch der Zugang der Ärztinnen und Ärzte, der Gesundheitsämter und auch der betroffenen Menschen zur Diagnostik nah war und niemand ins Krankenhaus musste. Insofern ist die lokale oder die regionale Struktur von Laboren ein wichtiger Moment, wenn man Frankfurt oder Berlin anguckt, damit Diagnostik verfügbar ist. Das gilt es auch in der Zukunft zu erhalten, indem man sich Gedanken macht, wie man das dann machen kann.

Abg. **Serdar Yüksel** (SPD): Vielen Dank. Die nächste Frage richtet sich an den Deutschen Caritasverband. Liebe Frau Dr. Fix, wir als SPD sind der Überzeugung, dass gerade in solchen Krisen auch die internationale Solidarität eine besondere Bedeutung spielt. Wie bewerten Sie die Reform der IGV aus Perspektive eines nationalen Wohlfahrtsverbandes, insbesondere was die Handlungsoptionen zum Schutz vulnerabler Gruppen anbelangt?

Dr. Elisabeth Fix (Deutscher Caritasverband e.V.): Ja, ganz herzlichen Dank, Herr Abgeordneter, für die Frage. Elisabeth Fix für den Deutschen Caritasverband. Keine finanziellen

Interessenverflechtungen. Wir als Caritas haben uns sehr gefreut und begrüßen mit großem Nachdruck, dass die Werte der Menschenrechte, die Würde des Menschen, der Gerechtigkeit im Sinne von Equity, das heißt gleicher Zugang, gleichberechtigter Zugang, Verteilungsgerechtigkeit und das Prinzip der Solidarität Eingang in die IGV gefunden haben. Das ist von allerhöchster Bedeutung. Wir haben in der vergangenen Pandemie gesehen, wie wichtig es gewesen wäre, dass dieses Kriterium schon stärker etabliert gewesen worden wäre. Zum einen haben wir, was die internationale Perspektive anbelangt, Corona-Patientinnen und -Patienten aus dem Ausland aufgenommen in unsere Krankenhäuser. Das ist auch gesetzlich geregelt worden. Zum anderen gab es aber, was die internationale Perspektive anbelangt, zu wenig Möglichkeiten, die Verteilungsgerechtigkeit bei den Impfstoffen durchzusetzen. Also gerade wir als Caritas International hatten uns für einen gerechten Zugang zur Impfstoffproduktion in den ärmeren Ländern eingesetzt und auch für eine Regelung der Patente, damit diese Länder den Impfstoff erhalten können. Danke.

Die **Vorsitzende**: Danke schön. Jetzt Frau Dr. Kappert-Gonther für die Grünen für sechs Minuten.

Abg. **Dr. Kirsten Kappert-Gonther** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Vielen Dank, Frau Vorsitzende. Das Wesen von Pandemien ist, dass die Viren und die Krankheiten eben nicht an Nationalgrenzen haltmachen. Das macht eine Pandemie aus. Was wir jetzt gerade verstanden haben durch Ihre Ausführungen ist, dass nationale Souveränität hier eben nicht unnötig eingeschränkt wird. Was mich aber noch mal interessiert, Herr Dr. Villareal, Ihre Expertise ist ja gerade internationale Gesundheitspolitik und Völkerrecht. Wie hilft denn dieses IGV nun international, aber vor allem auch die deutsche Bevölkerung zu schützen in einem Fall einer solchen internationalen Gesundheitsnotlage?

Dr. Pedro Alejandro Villarreal (Stiftung Wissenschaft und Politik (SWP) Deutsches Institut für Internationale Politik und Sicherheit): Vielen Dank für diese Frage. Zusätzlich zu dem Punkt von Herrn Bärnighausen, wie eine Feststellung einer „pandemischen Notlage“ zu einer besseren Bekämpfung von Pandemien beitragen könnte, könnte ich zwei,



drei Beispiele nennen, wie diese Änderungen eigentlich zu einer besseren Vorsorge und Bekämpfung von Pandemien beitragen. Und zwar erstens, diese Änderungen schaffen einen neuen Ausschuss der Vertragsstaaten für die Durchführung der Internationalen Gesundheitsvorschriften. Diese Internationalen Gesundheitsvorschriften sind im Jahr 2007 in Kraft getreten und die Durchsetzung war immer dahingehend problematisch, inwiefern und inwieweit die Staaten die Verpflichtungen und auch die Standards umgesetzt, national umgesetzt haben. Das war immer eine Lücke. Dank diesen Reformen, dank diesen Änderungen werden die Vertragsstaaten eigentlich und nicht das WHO-Personal einen Ausschuss haben, wo sie diese Themen von Durchsetzung besser diskutieren und verhandeln können auf eine nicht-konfrontative Art und Weise. Es geht nicht darum, Länder zu bestrafen, sondern wirklich eine Zusammenarbeit zu fördern. Zweitens würde ich sagen, wenn es um eine bessere Vorsorge und Bekämpfung gegen künftige Pandemien geht, kann man um die Frage der Finanzen nicht herumkommen, also wie wir das finanzieren. Es ist wichtig zu betonen, dass diese Änderungen keine Verpflichtungen für Staaten beinhalten, mehr Geld der WHO oder anderen Staaten direkt zur Verfügung zu stellen für die Verpflichtungen der Internationalen Gesundheitsvorschriften. Aber diese Änderungen schaffen einen neuen koordinierenden Finanzierungsmechanismus, mit dem die Länder identifizieren können, welche Mittel international, regional und auch national verfügbar sind, damit andere Länder in ihren Kapazitätsaufbau investieren können. Und das ist immer ein umstrittenes Thema, wie viel Geld ist eigentlich verfügbar für einen solchen Zweck. Danke.

Abg. Dr. Kirsten Kappert-Gonthier (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Vielen Dank. Ich würde gerne nochmal einmal konkret nachfragen. Würden Sie die Frage mit Ja beantworten, dass diese Internationalen Gesundheitsvorschriften die deutsche Bevölkerung substanziell schützen werden?

Dr. Pedro Alejandro Villarreal (Stiftung Wissenschaft und Politik (SWP) Deutsches Institut für Internationale Politik und Sicherheit): Ja, ich würde mit Ja beantworten.

Abg. Dr. Kirsten Kappert-Gonthier (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Vielen Dank. Herr Dr. Wulf, Sie vertreten VENRO, den Verband der Entwicklungspolitik und humanitären Hilfen. Ich würde gerne von Ihnen wissen, warum aus Ihrer Sicht die Zustimmung Deutschlands zu diesen Änderungen der IGV sowohl für uns in Deutschland als auch international so wichtig sind, nicht nur nicht schädlich, sondern wichtig.

Dr. Andreas Wulf (VENRO – Verband Entwicklungspolitik und Humanitäre Hilfe deutscher Nichtregierungsorganisationen e.V.): Ja, guten Morgen. Vielen Dank für die Frage, Frau Abgeordnete. Ich habe auch keine finanziellen Interessenkonflikte anzumelden. Was, glaube ich, wichtig ist, um nochmal zu verstehen, was tatsächlich die Rolle der WHO ist, dieses Schutzes ist, ich habe nochmal nachgeguckt: Jährlich gehen etwa 400 Signale ein von möglichen grenzüberschreitenden Infektionsproblemen, die die WHO bewertet, die die WHO auch mitteilt und mit den entsprechenden internationalen Fachleuten bespricht. Und das dann, wenn alle paar Jahre eine tatsächliche so große Gefahr wie die Covid-19-Pandemie entsteht, das dann alleine zu tun ... Also die Idee, dass ein so großes, starkes Land wie Deutschland alleine in der Lage ist, global solche Risikosignale wahrzunehmen, aufzunehmen, zu bewerten ... dafür ist die WHO völlig unabdingbar. Ich glaube, das macht auch deutlich, wie sehr unser Schutz tatsächlich auch davon abhängt, dass es solche internationalen Strukturen gibt.

Abg. Dr. Kirsten Kappert-Gonthier (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ganz herzlichen Dank. Herr Prof. Bärnighausen, ich würde Sie gerne nochmal fragen: Inwieweit ist es notwendig, diese Internationalen Gesundheitsvorschriften auch für uns in Deutschland zu etablieren, um die deutsche Bevölkerung im Falle von weiteren Pandemien zu schützen?

Prof. Dr. Dr. Till Bärnighausen (Direktor des Instituts für Global Health, Universitätsklinikum Heidelberg): Ja, es hilft uns natürlich, wenn wir bereits wissen, wenn die Pandemie woanders entsteht, was die Ursache ist, wo sie herkommt, welche Maßnahmen effektiv sind. Das weiß man am



Anfang nicht, man experimentiert. Es muss gehandelt werden und auf theoretischer Basis kann man anfangen zu handeln, aber jetzt muss die Wissenschaft greifen. Und wenn jetzt Information entsteht, die lokal bleibt, nicht gemeldet werden, das heißt, dieses Wissen wird nicht global verteilt, dann sind wir in Deutschland Wochen oder Monate zurück in unserem Eigenschutz. Also starke Stärkung dieser Funktion.

Die **Vorsitzende**: Dann haben wir jetzt Die Linke noch, Herr Gürpinar.

Abg. **Ates Gürpinar** (Die Linke): Vielen Dank, dass Sie sich die Zeit nehmen, uns die Fragen zu beantworten. Ich beginne auch mit Herrn Dr. Wulff von VENRO. Allerdings würde ich mich gerne auf den Pandemievertrag, der mit ausverhandelt wurde, ein bisschen beziehen und Sie fragen, welche Rolle, also Ihres Erachtens und Ihrem Blick nach, welche Rolle die deutsche Bundesregierung bei den Verhandlungen zum Pandemievertrag spielt und welche Auswirkungen ein Ergebnis im Sinne der Bundesregierung für die Versorgung von Menschen im globalen Süden hätte und gerne auch, wenn Sie kurz darstellen würden, was die Interessenkonflikte sind, die da eine Rolle spielen.

Dr. Andreas Wulf (VENRO – Verband Entwicklungspolitik und Humanitäre Hilfe deutscher Nichtregierungsorganisationen e.V.): Ja, vielen Dank. Das ist jetzt so kurz schwer zu machen. Der Pandemievertrag ist ergänzend zu diesen Internationalen Gesundheitsvorschriften zu verstehen. Deswegen ist es auch gut, dass in den Internationalen Gesundheitsvorschriften diese pandemische Gefahrenlage nochmal deutlich herausgearbeitet wird, um zu entscheiden, wann dieser Vertrag zutrifft. Die entscheidenden Debatten, die gerade noch geführt werden, gehen genau um die Frage, wie teilt man das Wissen um die gefährlichen Erreger und dann auch die Ergebnisse der Forschung global miteinander. Hier ist die Bundesregierung sehr stark auf einer Linie mit der Europäischen Union und anderen Staaten, die sagen: Es darf auf gar keinen Fall verpflichtend, auch nicht für die Akteure der Industrie, die solche Produkte entwickeln, sein, dass sie dann das Wissen und die entsprechenden Produkte teilen. Wir denken, dass es notwendig ist,

hier sich selbst verpflichtend Signale zu setzen, dass man nur gemeinsam solche Pandemien bewältigen kann. Das haben wir bei Covid-19 gesehen und deswegen wünschen wir uns auch, dass die Bundesregierung ein bisschen mehr über ihren Schatten springt, als sie das in der Regel tut. Das bleibt weiterhin abhängig auch von Abstimmung innerhalb der Europäischen Union. Deswegen ist auch die Rolle der Bundesregierung nach wie vor zentral, um deutlich zu machen, es geht eben nicht nur darum, die ökonomischen Interessen von Impfstoffproduzenten und sowas zu berücksichtigen, sondern tatsächlich auch die der Menschen, die auf diese Produkte dann angewiesen sind und in Ländern leben, die nicht die tiefen Taschen von Deutschland haben, um sich damit rechtzeitig bevorraten zu können.

Abg. **Ates Gürpinar** (Die Linke): Vielen Dank. Ich würde da gerne nochmal bei Ihnen anschließen, weil ja auch schon deutlich wird, dass ein paar Punkte einfach noch nicht beschlossen wurden beziehungsweise geklärt wurden aus den Verhandlungen und die Staaten sich da weiterhin in Verhandlungen befinden und andere nicht. Jetzt wäre die konkrete Nachfrage, was denn wirklich unklar ist und welches Ergebnis Sie sich erhoffen würden aus den weiteren Verhandlungen, also worauf man sich Ihres Erachtens nach verständigen kann oder verständigen sollte?

Dr. Andreas Wulf (VENRO – Verband Entwicklungspolitik und Humanitäre Hilfe deutscher Nichtregierungsorganisationen e.V.): Worum sich gestritten wird, ist folgende Formulierung, wo es darum geht, wie freiwillig oder wie selbstverpflichtend das Teilen von Informationen einerseits und das Teilen dann von den Ergebnissen der Information für Forschung und Entwicklung und für die Produktion von Gesundheitsmitteln, die eine mögliche neue Pandemie bekämpfen. Das sind Medikamente, Impfstoffe, auch Diagnostika. Es geht darum, ob man es wieder dem eher freien Spiel der Märkte überlässt, wie solche Preisgestaltungen laufen, wie überhaupt der Technologie- und Wissenstransfer in Regionen funktionieren kann, die eben nicht bislang selbstständig aktiv in der Produktion von Gesundheitsmitteln sind und sich so bevorraten können. Da tritt der afrikanische Kontinent immer besonders in den Blick. Hier gibt es nach wie



vor Debatten darum, wie man diese konkreten Selbstverpflichtungen in einem solchen völkerrechtlichen Instrumentarium so formuliert, dass die Kompromisse der Verhandlungen mehrheitsfähig werden. Bevor dieses Zusatzabkommen nicht verhandelt, nicht durchverhandelt ist, werden die Staaten diesen Pandemievertrag nicht unterzeichnen, der formal schon im letzten Mai bei der Weltgesundheitsversammlung verabschiedet worden ist.

Abg. **Ates Gürpınar** (Die Linke): Vielen Dank. Es ist schon spannend, dass an mich, wahrscheinlich an uns alle relativ viele Briefe und Nachrichten gekommen sind, die gesagt haben, es wird hier quasi, ich sage jetzt mal, eine Gesundheitsdiktatur eingeführt, die WHO kann quasi die Grundrechte hier im Land einschränken und die Entscheidungsfreiheit einschränken. Und Sie sagen quasi eigentlich, also nicht das Gegenteil, Sie sagen aber, es gibt überhaupt keine Verpflichtungen, auch dort, wo es vielleicht sinnvoll wäre, Informationen weiterzugeben, gibt es sie nicht. Deswegen nochmal die Frage an Sie, andere haben das schon beantwortet: Die Souveränität der Staaten wird durch die Veränderung nicht infrage gestellt?

Dr. Andreas Wulf (VENRO – Verband Entwicklungspolitik und Humanitäre Hilfe deutscher Nichtregierungsorganisationen e.V.): Nein, die Verpflichtungen, also es gibt unterschiedliche Ebenen der Verpflichtungen, der Selbstverpflichtungen, wenn es darum geht, dass zum Beispiel, wie Villarreal schon gesagt hat, es darum geht, dass auch globale Finanzierungssolidarität entsteht und man Kooperationen schließt mit Ländern, in denen die Strukturen zur Überwachung von Infektionskrankheiten besser ausgebaut werden müssen. Da würde ich sagen, grundsätzlich sind internationale Abkommen natürlich immer lokal, national umzusetzen. Und diese Umsetzung ist die Souveränität der Staaten.

Die **Vorsitzende**: Das müssten wir dann in der nächsten Runde weiter ausführen. Vielen Dank. Dann käme jetzt Herr van Beek für die CDU nochmal für zehn Minuten an die Reihe.

Abg. **Sascha van Beek** (CDU/CSU): Ja, vielen Dank, Frau Vorsitzende. Ich würde meine Frage an

Dr. Tinnemann richten und würde nochmal gerne auf die Situation in Deutschland vor Ort kommen. Sie haben gerade gesagt, ich fasse einmal so zusammen, wie ich es verstanden habe: Also, wenn jetzt jemand bei Ihnen in Frankfurt landet, dann holen Sie nicht die IGV aus der Schublade und rufen bei der WHO an, was sollen wir machen, sondern fahren vor Ort und sind dort gefragt. Und die IGV sind nun mal jetzt auch kein neues Instrument, sondern wir kennen sie schon seit 2005. Sie haben gerade, oder wir haben gerade auch schon über das Infektionsschutzgesetz gesprochen, in dem ganz viele Instrumente schon verankert sind und die auch wichtig sind. Mich würde nochmal am konkreten Beispiel interessieren, wie sie vorgehen, wie es aktuell schon läuft. Wie Dinge konkret umgesetzt werden, die schon seit 2005 oder 2007 in Deutschland bestehen und warum diese Neuerungen jetzt so wichtig sind, weil vielleicht in der Vergangenheit, vielleicht am praktischen Beispiel und aus Erfahrung heraus eine Lücke aufgetreten ist, weil wir die internationale Zusammenarbeit vielleicht noch nicht so verstärkt hatten bei einigen Dingen.

PD Dr. Peter Tinnemann (Leiter des Gesundheitsamtes Frankfurt am Main): Also ich würde vielleicht mit dem zweiten Teil der Frage anfangen. Ich sehe derzeit eigentlich keine große Notwendigkeit oder ich kann nichts ableiten, was von den IGV unsere Arbeit vor Ort maßgeblich beeinflussen würde. Wir würden in einem Fall, wenn, das ist der Ausnahmefall, jemand im Flieger ankommt und man hat den Verdacht, dass eine Ebola-Infektion vorliegt, dann würden wir natürlich vor Ort hinfahren, uns das aus fachärztlicher, bevölkerungsmedizinischer Sicht anschauen und dann Entscheidungen treffen vor Ort. Das machen wir in der Regel nicht ohne im Prinzip die notwendigen Stellen auch schon von vornherein zu informieren. Das heißt, wir nehmen die Kolleginnen und Kollegen aus den Ministerien von der Landesebene schon direkt mit in den Informationsfluss rein und in der Regel funktioniert das auch so, dass die Kolleginnen und Kollegen vom RKI ebenfalls informiert werden. In Deutschland gibt eine sehr starke Zusammenarbeit zwischen den nach den IGV benannten Flughäfen oder den Behörden, die an den Flughäfen und auch an den Seehäfen tätig sind. Wir tauschen uns in solchen Situationen immer ganz konkret zur aktuellen Lage aus. Wir würden im Moment aufgrund der Änderungen, die durch die IGV-Überarbeitung



anstehen, nichts anderes tun, als das, was wir schon vor fünf oder vor zehn Jahren gemacht haben. Die praktische Arbeit würde tatsächlich nicht davon beeinflusst werden. Ich würde aber davon ausgehen, dass wir dazu in der Lage sind, das hat Prof. Bärnighausen schon angedeutet, wenn Informationen aus anderen Ländern vorliegen und der Informationsfluss von außerhalb von Deutschland zu uns schneller ist, wenn notwendig, auf beispielsweise Airlines noch besser zugehen zu können und sagen zu können, welche Informationen sie uns geben müssen, damit wir eine vernünftige Kontaktpersonennachverfolgung machen können. Das sind Sachen, die würden jetzt nicht per se durch die Änderungen geändert werden. Ich glaube, wo die neuen IGV wirklich einen großen Vorteil haben werden, ist, dass die Staaten, die sie jetzt unterzeichnen, sich auf die Kernkapazitäten einlassen und dann auch vor Ort schauen müssen, dass die Kernkapazitäten erfüllt sind. Also, dass Diagnostik da ist, dass Surveillance-Mechanismen da sind und dass man auch Response-Mechanismen hat. Bei uns funktioniert das alles schon prima. Da sehe ich jetzt keinerlei große Notwendigkeit, hier in den bestehenden Strukturen etwas zu ändern.

Abg. Sascha van Beek (CDU/CSU): Vielen Dank. Vielleicht noch mal in die Vergangenheit geguckt und aus den Erfahrungen heraus: Wie wäre der konkrete Fall? Wir wissen, alle Länder verpflichten sich dann, die Informationen zu teilen. Dann hat man diese Information. Wie würde das Handeln darauf in Deutschland konkret aussehen? Warum ist es von Vorteil, vor die Lage zu kommen? Vielleicht könnten Sie dazu ein bisschen ausführen.

PD Dr. Peter Tinnemann (Leiter des Gesundheitsamtes Frankfurt am Main): Wir hatten in der kürzlichen Vergangenheit Fälle von Marburg-Virus in Ruanda. Und dann ist es natürlich für uns wichtig, wir kriegen das über die entsprechenden Kanäle mit, das wird auch über die sozialen Medien, im Internet kommuniziert, dass die Informationen, möglichst fundierte Informationen, die richtigen Informationen auch über die etablierten Kanäle zu uns kommen. Und dass wir auch Fragen stellen können nach Ruanda beispielsweise. Das funktioniert derzeit häufig über informelle Kanäle, über Kolleginnen und Kollegen, die man vor Ort hat. Ich glaube, da wird auch die Position der WHO

gestärkt werden, indem im Prinzip die Informationsflüsse formalisierter werden und strukturierter ein Austausch stattfinden kann. Auf unserer Seite in Deutschland, das hatte ich gerade schon versucht zu erklären, würden wir die Landesebene informieren, die informiert die Bundesebene. Und die Bundesebene, das RKI, würde dann im Prinzip an die WHO herantreten und entsprechend der notwendigen Informationen weitergeben, die von WHO-Seite gewünscht sind oder im Prinzip relevant sind.

Abg. Sascha van Beek (CDU/CSU): Ja, vielen Dank. Daran anschließend würde ich meine Frage an Herrn Müller richten. Diagnostik ist ein großes Thema und auch die in der Kooperation mit anderen Ländern schneller an Pathogene zu kommen und entsprechend auch an diagnostische Möglichkeiten, die vielleicht in anderen Ländern vorhanden sind und diese auch hier in Deutschland zu nutzen. Da gibt es immer die Mär, dass sich dann irgendjemand in einem Vollschutzanzug mit einem gekühlten Koffer in ein Flugzeug setzt und damit um die Welt fliegt, um vielleicht in ein deutsches Labor zu kommen. Vielleicht können Sie noch mal sagen: Wie funktioniert die internationale Kooperation und welche Möglichkeiten gibt es in Deutschland, und wie würden Sie wahrscheinlich im Falle einer Lage an diese Daten kommen, um in Deutschland entsprechend mitzuhelfen?

Michael Müller (ALM – Akkreditierte Labore in der Medizin e.V.): Michael Müller, vielen Dank für die Frage. Das ist gerade schon schön beschrieben worden. Es ist in der Diagnostik ähnlich. Im Rahmen der Kommunikation der Wissenschaftler untereinander wird irgendjemand Bescheid geben oder informieren, wir haben hier einen komischen Fall. Der Fall kann am Flughafen auftauchen, kann am Seehafen auftauchen, der kann genauso gut auftauchen bei einem Hausarzt, beim Internisten oder in einem Krankenhaus. Wenn man nicht genau weiß, was die Ursache einer Infektionserkrankung ist, ist es die Aufgabe, den Erreger zu finden. Dafür haben wir in Deutschland nationale Referenzlabore, wir haben entsprechende Sicherheitslabore, die beim Bundesamt für Katastrophenschutz und Bevölkerungsschutz angesiedelt sind in einem sogenannten Netzwerk. Diese werden sich darum kümmern, diesen Erreger zu finden. Wir haben in der Pandemie



das große Glück gehabt, dass die Methode, also die Detektionsmethode in Berlin veröffentlicht worden ist. Dann können sich die diagnostischen Labore mit dieser Information bewaffnen und versuchen, eine entsprechende Detektionsmöglichkeit zu bekommen. Wir hatten in der Pandemie sehr früh Firmen, die dazu beigetragen haben, die Werkstoffe, die wir dazu brauchen, bereitzustellen. Und wir hatten das große Glück, dass der Erreger eine entsprechende Klassifikation bekommen hat. Wenn wir uns vorstellen, dass es ein Erreger ist, der nur in einem Hochsicherheitslabor diagnostizierbar wäre, wäre der Prozess ein ganz anderer. Wahrscheinlich werden Erreger eine Rolle spielen in einer künftigen Pandemie, die eher Atemwegserkrankungen betreffen. Wir haben im Rahmen der letzten Pandemie die Erfahrung gemacht, dass vermutlich Menschen schon den Erreger übertragen können, noch bevor sie Symptome haben. Das macht es wieder komplizierter, aber der Weg ist auch identisch. Wir sprechen miteinander. Deswegen kann ich das, was Herr Dr. Tinnemann sagt, nur unterstützen. Es braucht eine strukturierte Vorgehensweise, wer ruft wen an, um was in welcher Weise zu bekommen. Das läuft im Moment eher informell und basiert darauf, dass Menschen sich kennen und wissen, wo rufen sie an, um was zu finden. Insofern finden wir als Verband diese IGV auch sehr nützlich und auch sehr wichtig, um die Bevölkerung, das hat Frau Kappert-Gonthier auch gefragt, um die Bevölkerung effektiv zu schützen, weil die Umsetzung, da gäbe es ein paar Potenziale dazu. Vielen Dank.

Abg. **Sascha van Beek** (CDU/CSU): Vielen Dank. Jetzt will ich keinen neuen Block aufmachen, aber nochmal vielleicht konkret. Wie arbeiten moderne Labore in der Regel? Wird Blut durch die Gegend geschickt, durch die Welt oder irgendwelche Abstrichröhrchen mit gefährlichen Dingen? Oder läuft es dann doch eher über Sequenzen, die über Datenträger ausgetauscht werden?

Michael Müller (ALM – Akkreditierte Labore in der Medizin e.V.): Der wesentliche Punkt ist, dass jemand in der Lage sein muss, aus der Probe, das kann Blut sein, das kann ein Abstrich sein, das kann etwas anders sein, mit einem geeigneten Test, den Erreger zu finden. Und wegen der Anzahl der Erkrankten wird das sehr schnell auch national, sehr schnell regional, sehr schnell auch dezentral

erforderlich sein, um sozusagen die Bedürfnisse aller Kranken gut zu erkennen und ausreichend gute Präventionsmaßnahmen für den öffentlichen Gesundheitsdienst auf den Weg zu bringen, um das realisieren zu können. Insofern wird dann die Probe, das ist der Vorteil der In-vitro-Diagnostik, wird die Probe des Menschen transportiert, unter Einhaltung der dafür geltenden Transportvorschriften, Gefahrstoffstraße und so weiter, sodass immer sichergestellt werden kann, dass von dieser transportierten Probe keine Gefahr ausgeht. Auch das findet heute bereits statt, weil international und auch national die Labore sehr eng zusammenarbeiten und im Rahmen von Studien und von anderen Dingen oder auch von diagnostischen Proben sich unterstützen. Das Praktische passiert jeden Tag schon heute. Dies ist in eine gute Struktur zu bringen, damit man weiß, was soll eigentlich künftig wie passieren und noch rascher. Sie haben das so schön gesagt, um noch rascher vor die Lage zu kommen, das wäre gut.

Die **Vorsitzende**: Ja, vielen Dank, Frau Dr. Baum, Sie haben das Wort.

Abg. **Dr. Christina Baum** (AfD): Danke schön. Mich interessiert in Bezug auf die Souveränität die Meinung einer selbstständigen Wissenschaftlerin. Denn ich persönlich hätte mir gewünscht, dass Deutschland wie Schweden einen eigenen Weg in der Corona-Pandemie gegangen wäre, anstatt der WHO zu folgen, denn wir kennen heute alle die schweren Schäden, die durch die Corona-Maßnahmen entstanden sind und erst recht durch die mRNA-Therapie. Deshalb meine Frage an Sie, Frau Dr. Pfeil: Sind Sie der Meinung, dass die WHO durch die neuen IGV in die Souveränität ihrer Mitgliedstaaten und insbesondere in die Souveränität Deutschlands eingreift, ja oder nein?

Die **Vorsitzende**: Frau Dr. Pfeil.

Dr. Beate Sibylle Pfeil (Selbständige Wissenschaftlerin): Danke schön für die Frage, Frau Baum und Frau Vorsitzende. Ich muss mich in dem Punkt meinen Vorrednern anschließen. Prinzipiell greift die WHO nicht in die Souveränität der Mitgliedstaaten ein. Das ergibt sich auch aus Artikel 59 Absatz 2 Grundgesetz. Danach sind völkerrechtliche



Verträge im Rang einfacher Bundesgesetze einzuordnen und sind aber auch am Grundgesetz zu messen. Die neuen IGV erhöhen allerdings den faktischen Umsetzungsdruck auf die Staaten, indem sie beispielsweise zur Einführung einer nationalen IGV-Behörde und zur Koordinierung der Umsetzung der IGV-Verpflichtungen die Staaten verpflichten. Dann werden die behördlichen Kernkapazitäten, wie hier angesprochen, erweitert, beispielsweise um den sensiblen Punkt der Bekämpfung von Fehl- und Desinformationen als Teil der sogenannten Risikokommunikation. Dann geht es auch um den bereits angesprochenen Implementierungsmechanismus, wo es um die Umsetzung der finanziellen Verpflichtungen geht, vor allem der reichen Staaten gegenüber den Armen nach dem Prinzip der Equity. All das klingt auf den ersten Blick tatsächlich harmlos und auch sinnvoll. All das setzt aber voraus, dass die WHO tatsächlich noch die Expertise hat, die hier vorausgesetzt wird. Nach meiner Überzeugung und auch unter rechtsstaatlichen Gesichtspunkten betrachtet, leidet diese WHO inzwischen unter fundamentalen Strukturfehlern und etabliert so ein Dauerspannungsverhältnis zum Grundgesetz und seinem Wertesystem. Nochmals zur Betonung, die Schlussverantwortung, da bin ich Ihrer Meinung, liegt bei den staatlichen Behörden. Aber wir haben eine faktische Gefährdung von Souveränität, die daraus erwächst, dass die WHO nach wie vor genau dann großes Vertrauen genießt, wenn es um wissenschaftliche Evidenz und Expertise geht. Der Kollege hat richtig gesagt, die Machtquelle der WHO ist ihre Expertise. Das würde ich im Folgenden auch gerne noch mal näher ausführen.

Abg. Dr. Christina Baum (AfD): Dann stelle ich doch gleich noch mal die Frage, worin liegt in Ihrer Meinung nach der fundamentale Strukturfehler der WHO?

Dr. Beate Sibylle Pfeil (Selbständige Wissenschaftlerin): Dazu habe ich drei Punkte aufzuführen. Einen Punkt hat der Kollege Kruse schon angesprochen. Es geht um die eklatante Spendenabhängigkeit der WHO, ein Großteil davon Abhängigkeit von zweckgebundenen Spenden. Das widerspricht schon der WHO-Verfassung, die in Artikel 37 festlegt, dass die WHO von keiner Seite Weisungen entgegennehmen darf. Das gilt umso mehr für

private Spendenvereinbarungen. Hier haben wir ein Einfallstor für potenzielle Fremdinteressen, die die Entscheidungen der WHO mit beeinflussen können. Wir haben hier eklatant eine Gefahr, dass Profitinteressen sich am Ende gegenüber Gesundheitsinteressen durchsetzen. Wir haben die Gefahr, dass die WHO eben nicht mehr, wie wir uns es wünschen würden, objektiv, unabhängig und evidenzbasierte Entscheidungen im Sinne der Gesundheit der Weltbevölkerung trifft. Das ist der erste Punkt. Strukturfehler Nummer zwei: Es ist eine eklatante Intransparenz bei der WHO zu beobachten. Es gibt zwar eine Information Disclosure Policy. Da sind die Ausnahmen interessant. Interessenkonflikte der WHO-Experten und des Personals müssen nicht offengelegt werden. Inhalte von Spenderverträgen müssen nicht offengelegt werden. Die Verträge der WHO mit der digitalen Big Tech-Branche werden nicht offengelegt. Auf diesem Weg kann die WHO Einfluss nehmen auf die Informationspolitik, beispielsweise die Plattformen verbieten Posts, die sich im Widerspruch mit Vorgaben der WHO befinden. Das wurde von einem deutschen Gericht als rechtmäßig erklärt. Hier sehe ich eklatante Gefahren für die Eingriffe in die Meinungsäußerungs- und Wissenschaftsfreiheit. Dann haben wir beispielsweise eine Emergency Use Listing Procedure der WHO. Hier geht es um die Erstellung einer Liste von Notfallprodukten, die vorab begutachtet werden können, mit denen die WHO großen Einfluss auf die Zulassungsbehörden der Welt ausübt. In diesem Verfahren werden zwar Expertengutachten herangezogen, die sagen aber dann in diesem Verfahren wortwörtlich, dass sich die WHO die volle Kontrolle über alle nachfolgenden Entscheidungen und Maßnahmen vorbehält und auch über die Veröffentlichung der Expertenberichte einschließlich der Entscheidung, ob diese Berichte verwendet werden oder nicht. Das heißt, es können hier Produkte von WHO-Sponsoren auf die Liste kommen, ohne dass klar ist, ob die Experten diese für effektiv und unbedenklich eingestuft haben. Hier haben wir noch ein verstärktes Potenzial für Fremdsteuerung. Der dritte Punkt betrifft die aus meiner Sicht juristisch betrachtet überbordenden Machtbefugnisse des WHO-Generaldirektors. Überbordend deshalb, weil er bei seinen weitreichenden Entscheidungen über die Ausrufung von Fakes und über die Abgabe von Empfehlungen, die tatsächlich unverbindlich bleiben, einen großen Einfluss auf die Staaten und ihre Entscheidungen ausüben kann



und keinerlei unabhängiger Kontroll- und Rechtsmittelinstanz unterliegt. Und hieraus ergibt sich aus meiner Sicht ganz eindeutig die Gefahr von Willkür. Er ist zudem, der Herr Tedros, durch die Immunität geschützt, persönlich nicht rechen-schaftspflichtig. Und im Gegensatz dazu steht das große Vertrauen, dass wir alle, Sie hier immer noch, in die Unabhängigkeit und Evidenzbasierung des Handelns der WHO setzen. Und die Tatsache, dass so viele Menschen in der Bevölkerung das nicht mehr so sehen, hängt damit zusammen, dass sehr wohl viele inzwischen sehen, wie viele Schäd- den diese Politik am Ende transportiert durch staat- liche Behörden in der Bevölkerung angerichtet hat. Und dann haben wir im Ergebnis dadurch etabliert, ein Dauerspannungsverhältnis der WHO und der IGV insbesondere zum Grundgesetz und seinem Wertesystem. Und diesen Punkt würde ich auch gern dann nochmals ergänzend ausführen. Danke schön.

Abg. **Dr. Christina Baum** (AfD): Ich glaube, die Ausführung dieses Punktes würde mich auch inter- essieren, dauert aber etwas länger. Kann ich viel- leicht die 30 Sekunden mit in die nächste Runde nehmen?

Die **Vorsitzende**: Ja, können wir machen. Dann wäre jetzt Herr Yüksel für die SPD an der Reihe.

Abg. **Serdar Yüksel** (SPD): Ganz herzlichen Dank, Frau Vorsitzende. Meine Frage geht an Herrn An- dreas Wulf. Frau Dr. Fix hat gerade schon das Thema eingeführt, was die internationale und glo- bale Verantwortung anbelangt. Und bei den IGV geht es nicht nur um den Schutz in den wohlha- benden Staaten, sondern es muss auch um die Frage gehen, wie wir einen gerechten Zugang zu Prävention, Diagnostik und Impfstoff in den Län- dern des globalen Südens gewährleisten. Da würde mich Ihre Haltung und Einschätzung interessieren.

Dr. Andreas Wulf (VENRO – Verband Entwick- lungspolitik und Humanitäre Hilfe deutscher Nichtregierungsorganisationen e.V.): Vielen Dank. Das ist gerade, wie wir aus der Covid-19-Pandemie gesehen haben, ein ganz zentrales Problem. Diese vermeintliche Machtfülle, wie wir gerade gehört haben, die der Generaldirektor hat, bleibt

tatsächlich eine ganz limitierte. Gerade bei der Frage, ist die Welt bereit, die Produkte, die zur Be- kämpfung einer solchen Pandemie entstehen, auch gerecht zu verteilen, sind die Vorschläge der Welt- gesundheitsorganisation komplett missachtet wor- den. Ich denke, daran zeigt sich, dass diese ver- meintliche Machtfülle der Weltgesundheitsorgani- sation ganz stark begrenzt wird von den anderen Interessen der jeweiligen Mitgliedstaaten. Diese sind schließlich diejenigen, die die Arbeit der WHO wesentlich tragen und finanzieren müssen. Hier würde ich sagen, sind wir an einem Punkt zu- mindest einer Meinung, dass die Unabhängigkeit der WHO durch ihre unabhängige Finanzierung durch Mitgliedstaaten deutlich aufgestockt werden muss. Da ist die Bundesregierung sehr aktiv mit dran gewesen. Ich denke aber, dass gerade dann die Stimme der Weltgesundheitsorganisation offen- sichtlich nicht ausreichend gehört wird in der Frage, wenn man tatsächlich knappe Ressourcen auch miteinander teilen muss.

Abg. **Serdar Yüksel** (SPD): Vielen Dank. Meine nächste Frage richtet sich an Herrn Bärnighausen oder an Herrn Villareal. Wir haben gerade sehr aus- führlich über das Thema Falschinformation etwas gehört. Um genau diese Transparenz und öffentli- che Aufklärung im Rahmen der IGV-Umsetzung zu stärken und damit auch internationale Gesund- heitsmaßnahmen von der Bevölkerung besser nach- vollzogen oder akzeptiert werden können, was würden Sie empfehlen?

Prof. Dr. Dr. Till Bärnighausen (Direktor des Insti- tuts für Global Health, Universitätsklinikum Hei- delberg): Dass es hier dieses globale Zusammen- kommen der Expert:innen gibt, hilft natürlich ge- gen Falschinformation ungeheuerlich. Neben der Machtquelle der WHO, dass sie Expertise in ihrer eigenen Institution hat, hat sie die Convening Power, dass Expert:innen zu ihr kommen, wenn die WHO sie ruft. So sind die Prozesse. Da steckt natür- lich nicht der Tedros drin, sondern das ist ein Pro- zess von globalen Expert:innen, die zusammen- kommen und die Wissenschaft hinterfragen und wieder hinterfragen und kritisieren und am Ende kommt das bestmögliche Empfehlungsprodukt raus, was man zu diesem Zeitpunkt haben kann. Es ist natürlich gut gegen Falschinformation, dass es hier diese globale Einheit gibt, die Evidenz auf



globale Füße setzt und nicht Falschinformationen, die hier und da aus einzelnen Gemeinschaften entstehen, weiterträgt. Also die WHO ist ein Puffer gegen die Falschinformation und braucht natürlich, und da glaub' ich sind wir alle der gleichen Meinung, eine Unabhängigkeit und auch das Expertentum. Also die WHO zu stärken in ihrem eigenen Expertentum und in ihrer Convening Power ist eine gute Sache und dieses Gesetz ist ein Baustein auf diesem Weg.

Abg. **Serdar Yüksel** (SPD): Vielen Dank. Die nächste Frage richtet sich an Frau Dr. Fix. Frau Dr. Fix, welche Erfahrungen haben Sie denn eigentlich als Caritasverband während der Covid-19-Pandemie im Zusammenspiel zwischen staatlichen und zivilgesellschaftlichen Akteuren gesammelt und welche Lehren sollten aus Ihrer Sicht in solch einer Reform Berücksichtigung finden, um zukünftig, und das haben Sie auch ausgeführt, sozial gerechtere oder menschnahe Krisenbewältigung zu ermöglichen?

Dr. Elisabeth Fix (Deutscher Caritasverband e.V.): Ja, ganz herzlichen Dank. Ich werde es vielleicht nicht nochmal ausführen, was ich schon gesagt habe, auch wenn vorher ein bisschen wenig Zeit dafür zur Verfügung stand. Die Frage nach Erfahrungen im Zusammenspiel zwischen staatlichen und zivilgesellschaftlichen Organisationen, zu der wir auch gehören: Ja, also ich kann nur sagen, wir haben uns durch die Gesetzgebung massiv unterstützt gefühlt. Ich nenne nur, auch um den Bezug herzustellen, hier die „pandemische Notlage“, die jetzt in die IGV-Vorschriften eingeführt wird. Wir hatten damals die epidemische Lage von nationaler Tragweite. Die hat es ermöglicht, dass gerade für die vulnerablen Gruppen die Schutzschirme haben etabliert werden können. Die Schutzschirme beispielsweise in der Pflege, aber auch für die Krankenhäuser etc. Das war sehr wichtig. Zusammenspiel auf örtlicher Ebene fand vor allem mit dem Gesundheitsamt statt. Da muss ich sagen, wir haben auch eine Abfrage kürzlich nach fünf Jahren Corona gemacht, die wurde sehr gut bewertet, es fehlt an der Digitalisierung. Sehr häufig mussten eben die üblichen Faxe und Telefonate stattfinden, um zu melden, wie viele infizierte Personen und wer infiziert ist etc. Was wir brauchen, ist einen

dringenden Digitalisierungsschub im Gesundheitswesen in diesem Land. Danke.

Die **Vorsitzende**: Ja, vielen Dank. Dann Kirsten Kappert-Gonthier für BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN.

Abg. **Dr. Kirsten Kappert-Gonthier** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Vielen Dank, Frau Vorsitzende. Herr Dr. Villareal, ich möchte Sie noch mal fragen: Es wurde gerade die Expertise der WHO hier infrage gestellt. Wie schätzen Sie die Qualität der wissenschaftlichen Expertise der WHO ein und warum?

Dr. Pedro Alejandro Villarreal (Stiftung Wissenschaft und Politik (SWP) Deutsches Institut für Internationale Politik und Sicherheit): Ja, danke für die Frage. Ich würde nur ergänzen, dass die WHO normalerweise mit externen Expertinnen und Experten zusammenarbeitet in Beratungsgremien. Diese Expertinnen und Experten, die die WHO beraten, damit die WHO ihre Entscheidungen treffen kann, sind unabhängige Expertinnen und Experten, die eine breite geografische Vertretung darstellen. Sie arbeiten, das ist wichtig zu betonen, sie arbeiten ehrenamtlich. Also sie bekommen keinen Lohn oder so, keine Auftragsbezahlung. Das ist wichtig zu betonen, warum diese Unabhängigkeit mindestens auf dieser Ebene doch eingehalten wird.

Abg. **Dr. Kirsten Kappert-Gonthier** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Herzlichen Dank. Dazu eine Nachfrage. Was würde denn für den Bevölkerungsschutz in Deutschland passieren, wenn wir auf die Expertise seitens der WHO und der koordinierenden Funktion der Expertise, der wissenschaftlichen Expertise durch die WHO verzichten müssten?

Dr. Pedro Alejandro Villarreal (Stiftung Wissenschaft und Politik (SWP) Deutsches Institut für Internationale Politik und Sicherheit): Ja, das ist eine große Frage natürlich. Ich würde einem vorherigen Kommentar etwas hinzufügen. Und zwar, warum es wichtig ist, dass wir auf die Expertise der WHO achten. Wenn, wie vorher auch gesagt, ein Ereignis, das eine gesundheitliche Notlage darstellen könnte, auf einem Hoheitsgebiet eines anderen Landes auftritt und man einen schnellen Zugang zu dieser



Information benötigt, damit die nationalen Behörden in Deutschland besser und schneller darauf reagieren können, wenn wir dann auf diese Information verzichten würden, würde das bedeuten, dass man sozusagen blind auf dieses Ereignis reagieren würde. Denn die WHO ist diejenige, die natürlich nach Konsultation mit dem betroffenen Staat feststellt, okay, was ist die Natur, was wissen wir überhaupt über dieses Ereignis irgendwo anders. Das ist ein Beispiel, wo die Expertise der WHO nötig sein wird.

Abg. Dr. Kirsten Kappert-Gonthier (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Vielen Dank. Ich interpretiere Ihre Aussage so, dass Sie der Auffassung sind, man müsste die WHO sogar deutlich noch stärken, anstatt sie womöglich zu schwächen. Wäre das eine korrekte Interpretation?

Dr. Pedro Alejandro Villarreal (Stiftung Wissenschaft und Politik (SWP) Ja, und meine Kolleginnen und Kollegen haben es schon erwähnt, im Punkt der Finanzierung könnte die WHO gestärkt werden. Ich habe vielleicht eine andere Meinung, wie das gemacht werden könnte. Aber es ist doch eine Tatsache, dass die WHO heutzutage eine schwierige finanzielle Lage erlebt. Sie befindet sich in einem Verschlinkungsprozess, der eigentlich ziemlich schwierig für die Organisation ist. Und ja, ich finde auch, dass die WHO in diesem Sinn auch in anderen Bereichen gestärkt werden könnte. Ansonsten werden wir nicht besser gegen künftige Pandemien vorbereitet sein.

Abg. Dr. Kirsten Kappert-Gonthier (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ganz herzlichen Dank. Frau Dr. Fix, Sie vertreten ja einen der großen Wohlfahrtsverbände, die Caritas. Und ich würde gerne noch mal fragen: Diese Werte Solidarität, Gerechtigkeit, Nächstenliebe, inwieweit sind diese in der ganzen Frage der internationalen Zusammenarbeit und beim Umgang mit Pandemien für Sie relevant? Und wie würden sich die IGV auf Ihrer Arbeit auswirken?

Dr. Elisabeth Fix (Deutscher Caritasverband e.V.): Ja, ganz herzlichen Dank nochmal für die Frage. Ich hatte jetzt schon ein bisschen ausgeführt zu den Werten Gerechtigkeit, Solidarität und den

Stellenwert, den Sie für die Caritas in ihrer täglichen Arbeit haben. Sie stehen in unserer Satzung und Sie werden auch gelebt. Und insofern sind wir sehr dankbar, dass diese Werte jetzt hier verankert werden. Konkrete Auswirkungen in die Praxis waren wirklich die schon erwähnte Aufnahme von Corona-Patientinnen und -Patienten auch in unseren Krankenhäusern. Das wird auch in der Krisenresilienz, die wir jetzt hier zu betreiben haben, eine verstärkte Aktivität erfordern, das möchte ich gerade mal kurz erwähnen. Zweiter Punkt, eben gerechte Impfstoffverteilung auch für den globalen Süden und rechtzeitige Versorgung mit Impfstoffen. Die Anregung der Eigenproduktion von Impfstoffen, das war auch ein großes Thema in der Pandemie. Und nochmal, um aufs Inland zu kommen und da die Werte Gerechtigkeit und Solidarität zu benennen. Wir hatten bei den ersten Impfungen den privilegierten Zugang von besonders vulnerablen Personengruppen. Hier haben wir als Caritas darauf geachtet, dass aus unserer Sicht, auch in Abstimmung mit den medizinischen Erfordernissen natürlich, wirklich die Gruppen alle in den Blick kamen, die in den Blick kommen mussten. Da waren einige am Anfang noch nicht dabei, wie Frauenhäuser, wie Menschen mit Behinderung in besonderen Wohnformen etc. etc. Da durften wir durch Stellungnahmen darauf hinweisen und es wurde auch nachgebessert. Das ist für uns gelebte Solidarität, dass andere, die nicht so vulnerabel waren, zunächst bei beschränkter Impfstoffproduktion zurückstehen mussten und wir erst nach und nach den Impfstoff verteilen konnten und zwar nach diesem Prinzip, wer ist am vulnerabelsten. Danke.

Abg. Dr. Kirsten Kappert-Gonthier (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Vielen Dank. Dazu eine Nachfrage. Sie haben das gerade sehr eindrücklich geschildert: Niemanden aus dem Blick verlieren. In einer Krise wirklich darauf achten, dass alle die Hilfe kriegen. Würden Sie sagen, die internationalen Gesundheitsvorschriften helfen bei diesem Ziel?

Dr. Elisabeth Fix (Deutscher Caritasverband e.V.): Ja, eindeutig.



Abg. **Dr. Kirsten Kappert-Gonthier** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ich danke Ihnen.

Die **Vorsitzende**: Vielen Dank für die knackige kurze Antwort. Ates Gürpınar für die Linken.

Abg. **Ates Gürpınar** (Die Linke): Vielen Dank auch für die zweite Runde. Ich bin schier begeistert, wie groß das Verlangen danach ist, Spenden von Unternehmen und Milliardären quasi zu beschränken in der WHO. Das würde ich mir auch für manche Parteienlandschaft zum Beispiel hier im Land wünschen. Meine konkrete Frage an Herrn Villarreal: Sie haben quasi die Frage von Frau Kappert-Gonthier ausgeführt. Aber genau dort, wie die Finanzierung aussehen könnte, haben Sie gesagt, Sie haben vielleicht andere Meinungen. Wie ist die denn? Wie könnte denn eine Finanzierung aussehen, um vielleicht auch manchen Vorwürfen zu begegnen, wenn sie eben nicht von Spenden dieser Art getragen würde?

Dr. Pedro Alejandro Villarreal (Stiftung Wissenschaft und Politik (SWP) Deutsches Institut für Internationale Politik und Sicherheit): Herzlichen Dank für die Frage. Zuerst wollte ich auch weiter präzisieren, wie die Finanzierung des Kernhaushalts der WHO doch transparent gemacht werden könnte, unter anderem, wer an die WHO spendet. Das ist doch sichtbar auf der Webseite. Eigentlich wollte ich hinzufügen: Ja, es ist zwar bekannt, dass nicht staatliche Akteure, so sagen wir dazu, an die WHO-Geld spenden. Manchmal sehen diese finanziellen Beiträge bestimmte Bedingungen vor. Aber es ist am Ende die Weltgesundheitsversammlung, die die endgültige Entscheidung trifft, wie das Geld verwendet werden sollte. Die Weltgesundheitsversammlung ist eigentlich das Hauptorgan der WHO, das sind Regierungsvertreterinnen und -vertreter. Die Regierungen der Mitgliedstaaten sind diejenigen, die den Haushalt genehmigen. Deswegen wissen sie schon, dass dieses Geld aus diesen anderen Quellen kommt. Immerhin genehmigen sie das, weil, und das kommt zu Ihrer Frage, am Ende werden die Staaten diese finanziellen Beiträge nicht gut machen. Dank dem Bundesministerium für Gesundheit wurde eine Erhöhung der Pflichtbeiträge der Staaten genehmigt. Bis zu 50 Prozent des Kernhaushalts der WHO sollte im Jahr 2030 aus

Pflichtbeiträgen der Staaten kommen, sodass wir die Unabhängigkeit der WHO stärken, wenn das wirksam durchgeführt wird. Das wäre meine Antwort zu Ihrer Frage, wie das gemacht werden könnte.

Abg. **Ates Gürpınar** (Die Linke): Ja, vielen Dank. Ich glaube, die letzten 30 Sekunden werden zu knapp. Deswegen schenke ich Sie.

Die **Vorsitzende**: Vielen Dank. Dann hat nochmal Herr van Beek für die CDU das Wort.

Abg. **Sascha van Beek** (CDU/CSU): Ja, vielen Dank. Ich würde gerne nochmal meine Frage an Herrn Dr. Tinnemann stellen. Wir haben gerade viel über Wissenschaftsfreiheit auch im Zusammenhang mit Meinungsfreiheit und evidenzbasiertem Handeln gesprochen und auch über das Thema Fake News. Mich würde interessieren, als jemand, der für eine Behörde steht, die die meisten Dinge dann umsetzen vor Ort muss: Wo kommt die Wissensinformation her? Haben Sie Zweifel daran, dass die Dinge, die vom RKI oder aus der WHO kommen, falsch sind? Wie hilfreich sind sie Ihnen? Und vor allen Dingen vielleicht nochmal, mit welchen Fake News werden Sie in der täglichen Arbeit konfrontiert?

PD Dr. Peter Tinnemann (Leiter des Gesundheitsamtes Frankfurt am Main): Also wir holen uns natürlich die Informationen aus den offiziellen Publikationen der WHO und auch des Robert-Koch-Instituts, die allerdings immer mit dem Hinweis versehen sind, dass am Ende die Entscheidung im kommunalen Gesundheitsamt getroffen werden muss. Wir sind aber auch wissenschaftlich ausgebildete Medizinerinnen und Mediziner und wir gucken natürlich in die Fachliteratur und orientieren uns daran, was diskutiert wird in Publikationen in der Fachöffentlichkeit. Insofern gehe ich schon davon aus, dass ich eine vernünftige Entscheidung treffen kann, zusammen mit meinem Team und wir nicht überflutet werden von irgendwelchen Fake News, die uns in Bereiche bringen, mit denen wir nichts anfangen können, oder die uns falsche Entscheidungen treffen lassen würden. Danke.



Abg. **Sascha van Beek** (CDU/CSU): Ja, vielen Dank. Also gut ausgebildete Mediziner vor Ort entscheiden aufgrund von wissenschaftlichen Grundlagen. Das ist auch nochmal gut herauszustellen. Eine Frage, die ich in Richtung von Herrn Prof. Dr. Bärnighausen habe: Wir haben das Prinzip der Gerechtigkeit und Solidarität als Grundprinzip. Mich würde einfach interessieren: Ist das jetzt eine komplett neue Erfindung der WHO in diesem Jahr oder wo spielt Solidarität und Gerechtigkeit, vielleicht auch schon mal ein bisschen in die Historie geguckt, eine Rolle? Wie funktioniert globale Gesundheit, Wissenschaft und Medizin vielleicht auch schon in einer längeren Tradition und warum ist das so erfolgreich?

Prof. Dr. Dr. Till Bärnighausen (Direktor des Instituts für Global Health, Universitätsklinikum Heidelberg): Tolle Frage. Also eine ganz frühe Umsetzung der Solidarität in der Gesundheitspolitik kommt aus Deutschland. Also die bismarckischen Reformen 1884, 1883. Wir haben das eigentlich in die Gesundheit richtig zum ersten Mal hineingebracht. Die ganz alten Solidaritätsbegriffe kommen aus Europa, aus Deutschland, wo sich Zünfte und die Knappschaften untereinander unterstützt haben; also, dass Menschen, die irgendwie gemeinsam in der Arbeit sind und damit in ihrem Dasein, im Leben sich zusammengeschlossen haben, um sich in Krankheitsfällen zu helfen. Denn Krankheit ist ein Risiko, was nur sehr bedingt unserer Eigenkontrolle unterliegt und genau wie das ein Pech, sodass dann diejenigen, die das Glück hatten, gesund zu sein, den anderen Knappen geholfen haben, den anderen Bäckern geholfen haben. Da kommt ganz groß die Solidarität her in der Gesundheit, die sich dann unter Bismarck in der deutschen Sozialversicherung niederschlägt. Und dieses Prinzip, aus Deutschland kommend, ganz wichtig in der intellektuellen Geschichte, lässt sich natürlich auch sehr gut auf globale Situationen übertragen. Hier sind wir auch in der Pflicht, in der moralischen Pflicht, also in Ländern zu helfen, wo es nicht so gut geht. Im Augenblick profitiert wahrscheinlich die Welt von unserer Expertise, auch in der WHO, von Deutschland. Das ist gut so. Darauf bin ich stolz als deutscher Wissenschaftler, dass wir die erste Impfung hatten, die mRNA-Vakzine in einer Rekordzeit von einem Jahr. Einer der am wenigsten Nebenwirkungen in der gesamten Geschichte der Impfungen verursachte. Die Impfung

kam aus Deutschland. Der erste Test kam aus Deutschland. Wir waren da voranschreitend und haben solidarisch natürlich versucht, dieses Wissen auch bereitzustellen für andere Länder. Und da kann man immer noch nachziehen. Ich lasse es erstmal bei dieser kürzeren Antwort.

Abg. **Sascha van Beek** (CDU/CSU): Ist in Ordnung, aber ich würde gerne verlängern auch an Herrn Dr. Wulf. Deutschlands Rolle in der internationalen Zusammenarbeit und in der Solidarität und vielleicht auch mit einer neuen Führungsrolle verantwortungsvoll voranzugehen, Dr. Bärnighausen hat schon erwähnt, welche Innovationen aus Deutschland kamen, wo wir auch in der Pandemie Verantwortung übernommen haben. Wo sehen Sie die Verantwortung und die Perspektive, warum es wichtig ist, dass Deutschland vorangeht?

Dr. Andreas Wulf (VENRO – Verband Entwicklungspolitik und Humanitäre Hilfe deutscher Nichtregierungsorganisationen e.V.): Sie erlauben mir, dass ich ein bisschen kritischer sozusagen auf die deutsche Rolle gerade in der Frage des Teilens der Ergebnisse der Wissenschaft gucke. Da gab es eine starke Debatte um die geistigen Eigentumsrechte, um die Frage, macht man dieses Technologie- und Wissen-Sharing, das Teilen von Wissenschaft und Technologie tatsächlich auch stark oder versucht man doch die Regeln, die bei der Welthandelsorganisation festgelegt worden sind, im Interesse der Unternehmen mehr zu fördern. Hier wurde Deutschland, das haben wir auch in den internationalen Debatten gemerkt, durchaus stark kritisiert, dass sie sich da wenig sozusagen aus der Reserve heraus haben locken lassen. Ich denke, das wäre ein weiterer Schritt von der deutschen internationalen Kooperation hier zu signalisieren, dass es uns wichtig ist. Es gibt Pilotprojekte, es gibt auch die Förderung von dieser Messenger-RNA-Impfstoffproduktion in Ruanda beispielsweise. Da ist auch immer die Frage: Wer hat dann letztlich das Sagen in diesen Projekten? Hier wäre es sicherlich ein Signal, nochmal zu sagen, jetzt auch in der Debatte um den Patagon in Access Sharing Mechanismus beim Pandemievertrag ... nochmal deutlich ein Signal zu setzen, dass hier tatsächlich globalisiert, globalisierte Welt heißt: Man muss eben auch solidarische Mechanismen globalisieren und nicht nur im nationalen Rahmen denken. Also da könnte



Deutschland jetzt gerade auch durch den dramatischen Ausfall der USA in der Ländergruppe sagen: Gut, wir sind einer der größten nationalen Finanziers und Geber. Dies tatsächlich dann mit Politik zu unterlegen, das wäre sicherlich wichtig.

Abg. **Sascha van Beek** (CDU/CSU): Ja, vielen Dank. Vielleicht dann noch eine Anschlussfrage dazu an Herrn Dr. Villarreal. Die internationale Verantwortung, aber auch das Teilen: Vielleicht können Sie nochmal sagen, warum das auch für uns national für unsere Gesundheitsbranche und für die Unternehmen wichtig ist, in diesen internationalen Lieferketten zu sein – einmal Solidarität, aber vielleicht auch ein bisschen in Perspektive auf Return on Invest für unsere Branchen.

Dr. Pedro Alejandro Villarreal (Stiftung Wissenschaft und Politik (SWP) Deutsches Institut für Internationale Politik und Sicherheit): Ja, sehr gerne. Danke für die Frage. Eigentlich würde ich nur erwähnen, dass Deutschland heutzutage der zweitgrößte Beitragszahler unter den einzelnen Mitgliedsstaaten der WHO ist, nach dem Austritt der USA, und nachdem das Vereinigte Königreich außerhalb der Europäischen Union ist. Es wäre wichtig für Deutschland, eine Stimme zu haben, wie die Änderungen eigentlich durchgeführt werden sollen. Und wenn es zum Beispiel um die Resilienz von Lieferketten geht: Warum ist das wichtig für Deutschland? Es ist eigentlich der Fall, oder ich bin der Überzeugung, dass ein Großteil der nationalen Produktion dank multinationaler Lieferketten erfolgreich gemacht werden kann. Wenn wir nicht sicher sein können, dass diese Lieferketten in der Zukunft funktionieren werden, diese medizinischen Lieferketten funktionieren werden, dann werden wir natürlich nicht besser vorbereitet sein. Dafür braucht man eigentlich eine Zusammenarbeit mit den anderen Ländern und gemeinsame Verständnisse. Zum Beispiel welche, so heißt die Kategorie in den Internationalen Gesundheitsvorschriften, „maßgeblichen Gesundheitsprodukte“ existieren? Wie sehen die Lieferketten aus? Dafür braucht man Informationen aus anderen Ländern, um zu verstehen, wie die Lage dort aussieht, damit wir uns vergewissern können, dass sie in einer Pandemie weiter funktionieren werden. Das wäre ein direkter Return on Investment für Deutschland, meiner Meinung nach, über die Tatsache hinaus, dass

Deutschland dank der Änderungen der Vorschriften auch eine direkte Stimme haben würde bei diesen neuen Gremien, das Gremium für die Durchführung der IGV und den Finanzierungsmechanismus. Es ist sehr wichtig, dass der zweitgrößte Beitragszahler eine Stimme hat.

Die **Vorsitzende**: Vielen Dank, dann Frau Dr. Baum.

Abg. **Dr. Christina Baum** (AfD): Ich möchte noch mal auf das geplante Vorgehen der WHO gegen Falschinformation eingehen. Das setzt voraus, dass die WHO glaubt, zu wissen, was wahr oder unwahr, was richtig oder falsch ist. Es macht sie also zu einer Art Wahrheitsministerium. Nun wissen wir aber genau, dass die ganzen kritischen Wissenschaftler zum Beispiel während der Corona-Pandemie überhaupt nicht miteinbezogen wurden in den Diskurs, im Gegenteil, sie wurden ausgegrenzt, diffamiert, als Verschwörungstheoretiker sogar verächtlich gemacht. Das heißt also, wenn eine solche große Gruppe kritischer Wissenschaftler gar nicht mit einbezogen wird, kann eine WHO überhaupt nicht objektiv darüber urteilen, was wahr und was richtig ist. In dem Zusammenhang möchte ich Sie noch mal fragen, Frau Dr. Pfeil: Erklären Sie doch bitte noch einmal ausführlich, das Ihrer Meinung nach bestehende Dauerspannungsverhältnis zwischen der WHO bzw. den neuen IGV und dem Grundgesetz und seinem Wertesystem, zum Beispiel dem Artikel 5: Meinungsfreiheit.

Dr. Beate Sibylle Pfeil (Selbständige Wissenschaftlerin): Danke, Frau Baum. Ich möchte erst mal noch mal auf das Thema eingehen, was ich vorhin schon angesprochen habe. Es geht um die Machtbefugnisse des WHO-Generaldirektors. Er kann Notstände ausrufen und auf dieser Grundlage Empfehlungen abgeben, die nachweislich große Wirkung hatten auch in der Zeit der sogenannten Corona-Pandemie. Die „pandemische Notlage“ übrigens ist als Steigerungsform konzipiert. Sie muss zusätzliche Merkmale erfüllen, die Tatbestandsmerkmale. Für diese Tatbestandsmerkmale genügt aber das hohe Risiko. Wenn ich diesen Tatbestand einer rechtsstaatlichen Bestimmtheitsprüfung unterziehen würde, müsste dieser Tatbestand eigentlich sofort zerlegt werden mangels ausreichender Bestimmtheit, aus meiner Perspektive. Die weitere



Problematik bei der Ausrufung von Notständen und beim Erlass von Empfehlungen besteht darin, dass der Generaldirektor natürlich sehr wohl Kriterien hat in den IGV, nach denen er sich richten muss – bitte für die weiteren Details auch meine ausführliche Stellungnahme noch mal konsultieren. Es ist wichtig, er hat Kriterien. Aber wir wissen aus dem deutschen Staatsrecht, was sind diese wert, was sind die Grundrechte wert, wenn wir keine Rechtsstaatsprinzipien haben zur Absicherung dieser Grundrechte? Sie sind das Papier nicht wert, auf dem sie gedruckt sind. Die Empfehlungen des Notfallausschusses sind notabene nicht verbindlich. Der Herr Tedros hat einen Notstand in Sachen Affenpocken gegen den Rat seines Notfallausschusses ausgerufen. Außerdem werden diese Experten von ihm eingesetzt und können auch von ihm wieder abgesetzt werden – bitte Artikel 47 folgende der IGV konsultieren. Der zweite Punkt ist aus meiner Sicht tatsächlich der Punkt der relevanten Gesundheitsprodukte. Hier haben wir keinerlei Sicherungsmechanismen, die uns garantieren, dass diese Produkte tatsächlich effizient sind im Sinne eines Infektionsschutzes. Die Vertreterin von Pfizer hat zugegeben, dass die Testung, ob Infektionsschutz durch diese Moderna-Substanzen vorgeht, in der Kürze der Zeit gar nicht zu leisten war. Trotzdem hat man diese Produkte zugelassen. Da habe ich ein Problem mit Solidarität, wenn ich gar nicht weiß, ob ein Mittel überhaupt schützt vor Übertragung, weil das die einzige Grundlage wäre, das für die Bevölkerung oder Teile der Bevölkerung verpflichtend zu machen. Damit komme ich zum dritten Punkt. Wenn eine WHO verpflichtet zur Bekämpfung von Fehl- und Desinformation, dann rührt sie aus Perspektive von Artikel 5 an den Grundlagen der Meinungsäußerungs-, Informations- und Wissenschaftsfreiheit. Wir haben das tatsächlich erlebt. Da muss ich der Frau Dr. Baum leider recht geben. Es wurde ein größerer Teil der seriösen, ich betone der seriösen Wissenschaftsgemeinschaft in der Vergangenheit aus dem Diskurs ausgeschlossen. Es gab Anläufe, Menschen zu Wort kommen zu lassen, die anderen Positionen vertreten. Wir haben die in der Öffentlichkeit fast nicht gehört. Die Problematik besteht einfach darin: Wir brauchen, um Wissenschaftlichkeit zu erzeugen, wir brauchen elementar diesen Diskurs. Das ist eine der Grundlagen unseres Grundgesetzes. Letztlich geht es hier um unsere Werteordnung. Ohne Diskurs ist alles ohne Wert, auch das, was von der

WHO an Maßnahmen und Empfehlungen ausgeht. Danke schön.

Die **Vorsitzende**: Vielen Dank. Dann abschließend noch mal Serdar Yüksel für die SPD-Fraktion.

Abg. **Serdar Yüksel** (SPD): Vielen Dank. Das bringt mich zu der Frage, wie wir das gerade in der Debatte hier auch gehört haben. Ich würde gerne an Herrn Villarreal die Frage stellen: Insbesondere von interessierter Seite wird der WHO wiederholt vorgeworfen, sie agiere undemokratisch im Interesse privater Akteure. Können Sie bitte aus wissenschaftlicher und völkerrechtlicher Sicht darstellen, wie die Entscheidungsstrukturen, die Finanzierung und die Mandate der WHO tatsächlich ausgestaltet sind und inwiefern solche Behauptungen einer sachlichen Prüfung standhalten?

Dr. Pedro Alejandro Villarreal (Stiftung Wissenschaft und Politik (SWP) Deutsches Institut für Internationale Politik und Sicherheit): Das Mandat steht in der sogenannten WHO-Verfassung. Das ist ein internationaler Vertrag, den alle Mitgliedstaaten ratifiziert haben, unter anderem Deutschland. Dieses Instrument bietet der WHO ein Mandat, das beinhaltet, diese unterschiedlichen Organe zu schaffen. Die Weltgesundheitsversammlung ist das Hauptorgan. Da sind Regierungsvertreterinnen und Regierungsvertreter präsent. Sie bestimmen, was die WHO tun wird. Der WHO-Generaldirektor oder die WHO-Generaldirektorin hat manche Befugnisse, zum Beispiel eine gesundheitliche Notlage von internationaler Tragweite festzustellen, auch wenn der Rat eines Notfallausschusses dagegen empfiehlt. Aber er muss das rechtfertigen, er muss natürlich das begründen, warum er das macht. In diesem konkreten Fall von Affenpocken vertrat der Notfallausschuss zwei Meinungen. Es gab keine Einstimmigkeit. Das war der Grund, warum der WHO-Generaldirektor agieren musste, denn der Ausschuss war nicht einer Meinung. Deswegen hat er vorsichtig agiert und die gesundheitliche Notlage erklärt. Der WHO-Generaldirektor ist letztendlich der Weltgesundheitsversammlung rechenschaftspflichtig, wo alle Regierungen vertreten sind. Das ist doch eine demokratische Legitimation, da die nationalen Regierungen diese Personen auswählen, die die nationalen Interessen bei der



Weltgesundheitsversammlung vertreten werden. Das kann ich momentan im Interesse der Zeit erläutern. Danke.

Die **Vorsitzende**: Ich sehe keine weiteren Fragen. Dann darf ich mich sehr herzlich bedanken, bei Ihnen, dass Sie hier zu uns gekommen sind zu unserer Anhörung. Wir werden jetzt die Anhörung auswerten und im Gesetzgebungsverfahren weiterarbeiten. Für heute darf ich Sie hier entlassen aus der Sitzung und Ihnen noch eine angenehme gute Woche wünschen. Für die anderen, die Sitzung ist geschlossen und wir sehen uns im Ausschuss alle am Mittwoch um 9.30 Uhr wieder.

Schluss der Sitzung: 12:36 Uhr

Gez.

Dr. Tanja Machalet, MdB

Vorsitzende