



Kurzprotokoll der 12. Sitzung

Unterausschuss Globale Gesundheit (14)

Berlin, den 24. April 2023, 17:00 Uhr
als Kombination aus Präsenzsitzung
(Paul-Löbe-Haus, Saal E 600) und
Webex-Meeting*.

*Die Zugangsdaten zum Webex-Meeting werden an
den entsprechenden Teilnehmerkreis versandt.

Vorsitz: Prof. Dr. Andrew Ullmann, MdB

Tagesordnung

Tagesordnungspunkt 1

Seite 5

Bericht der Bundesregierung zu aktuellen Entwicklungen in der globalen Gesundheit

Selbstbefassung S-20(14-1)29

Tagesordnungspunkt 2

Seite 7

Gespräch: 75 Jahre Weltgesundheitsorganisation

Sachverständige:

Dr. Catharina Böhme, Weltgesundheitsorganisation

Prof. Dr. Anna Holzscheiter, Wissenschaftszentrum für Sozialforschung, TU Dresden

Selbstbefassung S-20(14-1)3



Tagesordnungspunkt 3

Seite 15

Gespräch: Pandemievertrag und Reform der Internationalen Gesundheitsvorschriften

Sachverständige:

Steven Solomon, Weltgesundheitsorganisation

Dr. Clare Wenham, The London School of Economics and Social Science

Dr. Viviana Munoz, The South Centre

Selbstbefassung S-20(14-1)31



Die Anwesenheitslisten liegen dem Originalprotokoll bei.

**Mitglieder des Ausschusses**

	Ordentliche Mitglieder	Stellvertretende Mitglieder
SPD	Coße, Jürgen Diaby, Dr. Karamba Kersten, Dr. Franziska Rudolph, Tina Stüwe, Ruppert	Engelhardt, Heike Katzmarek, Gabriele Ortleb, Josephine Seitzl, Dr. Lina Wollmann, Dr. Herbert
CDU/CSU	Albani, Stephan Braun, Dr. Helge Irlstorfer, Erich Kippels, Dr. Georg	Gröhe, Hermann Pilsinger, Stephan Rüddel, Erwin Stegemann, Albert
BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN	Düring, Deborah Schulz-Asche, Kordula Wagner, Johannes	Grau, Dr. Armin Grützmacher, Sabine Schauws, Ulle
FDP	Gerschau, Knut Ullmann, Prof. Dr. Andrew	Helling-Plahr, Katrin Mansmann, Till
AfD	Dietz, Thomas Schneider, Jörg	Baum, Dr. Christina Rinck, Frank
DIE LINKE.	Möhring, Cornelia	Vogler, Kathrin



Sitzungsbeginn: 17.00 Uhr

Vor Eintritt in die Tagesordnung

Der **Vorsitzende**, Abg. **Prof. Dr. Andrew Ullmann** (FDP) begrüßt die Teilnehmerinnen und Teilnehmer zu der 12. Sitzung.

Der Unterausschuss beschließt einstimmig, zu den Tagesordnungspunkten 2 und 3 öffentlich zu tagen.

Tagesordnungspunkt 1

Bericht der Bundesregierung zu aktuellen Entwicklungen in der globalen Gesundheit

Selbstbefassung S-20(14-1)29

Der **Vorsitzende** teilt mit, dass kurzfristig das Thema „Beteiligung Taiwans an der Weltgesundheitsorganisation (WHO) und an der Weltgesundheitsversammlung (WHS)“ aufgenommen worden sei. Gegenstand von Tagesordnungspunkt 1 sei zudem der Bericht vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) und vom Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (BMZ) zur aktuellen Entwicklung der globalen Gesundheit, der aus Anlass des Weltmaliertages am folgenden Tag auch aktuelle Angaben zum Kampf gegen diese Krankheit enthalte.

Andreas Bergfelder (Auswärtiges Amt (AA)) führt aus, dass es eine Weltgesundheitsversammlung (WHA)-Resolution von 1972 gebe, die festlege, dass die Volksrepublik China die alleinige Vertretung Chinas in der WHO sei. Gleichzeitig habe China von 2009 bis 2016 einen Beobachterstatus von Taiwan bei der Weltgesundheitsversammlung zugestimmt. Damals habe es eine Annäherung zwischen Taiwan und China gegeben. Dieser Status habe es Taiwan ermöglicht, sich in den Debatten aktiv zu äußern, an Side Events teilzunehmen und bei Vollmitgliedern offiziell für seine Anliegen zu werben. Die aktuelle taiwanesishe Regierung lehne ein Bekenntnis zu diesem Konsens von 1992 ab, wonach beide Seiten eine Existenz eines einzigen Chinas anerkennen. Peking habe daher 2016 sämtliche bi-

lateralen Dialoge abgebrochen und setze zunehmend, auch in multilateralen Organisationen, auf eine Isolierung Taiwans. Bei grenzüberschreitenden Gefahren sei es jedoch wichtig, dass alle relevanten Akteure, inklusive Taiwan, direkten Zugang zu notwendigen Informationen erhielten. Im Rahmen der „Ein-China-Politik“ der Europäischen Union (EU) unterstütze die Bundesregierung daher die sachbezogene Teilnahme des demokratischen Taiwans in internationalen Organisationen. Dies habe sie im Koalitionsvertrag bekräftigt. Die Bundesregierung setze sich daher für die technische Einbindung Taiwans in der WHO und für einen Beobachterstatus in der WHA ein.

Abg. **Kordula Schulz-Asche** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN) erkundigt sich, was seitens der Bundesregierung unternommen werde, um Taiwan in dieser Rolle zu stärken. Es sei ein Prozess, der sich eher zuspitzen werde. Daher interessiere sie, wie man von unserer Seite den Zugang zu Informationen oder den internationalen Organisationen unterstützen könne.

Andreas Bergfelder (Auswärtiges Amt (AA)) erläutert, dass es jedes Jahr Demargen gegenüber der WHO gebe, an denen sich die Bundesregierung beteilige. Bundesminister Prof. Dr. Karl Lauterbach, der regelmäßig an der WHA teilnehme, habe dies auch explizit im letzten Jahr zum ersten Mal seit langem gefordert. Ob er das wieder tun werde, wolle er dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) überlassen. Die Bundesregierung setze sich auf allen Ebenen dafür ein, dass das funktioniere. Bei der WHA selbst werde es sehr ritualisiert abgehandelt, dort sprächen zwei Länder für den Beobachterstatus und zwei Länder dagegen und dann werde es zu den Akten gelegt. Die Bundesregierung bemühe sich stets, die Taiwanesen zu unterstützen, es würden „Side Events“ am Rande der WHA veranstaltet, an denen die Bundesregierung auf geeigneter Ebene teilnehme. An die WHO würden Briefe geschrieben, die auch von der deutschen Botschafterin, der Ständigen Vertreterin, unterzeichnet würden. Es sei aber ein langer Prozess, zu dem nicht unbedingt dieses Jahr eine Lösung erfolge.

Abg. **Tina Rudolph** (SPD) führt aus, dass sich der Bundestag im letzten Jahr dafür ausgesprochen



habe, zu bekräftigen, dass Taiwan an der WHA inhaltlich beteiligt werden sollte, zumal dort entscheidende Erkenntnisse im Rahmen der Pandemiebewegung vorhanden gewesen seien, die auf der WHA berücksichtigt werden sollten. Im letzten Jahr sei die Antwort gegeben worden, dass die Delegation aus Taiwan da sei, das hieße, sie habe „Side Events“ durchführen und Sachverständige zu Meetings entsenden können. Sie bittet um genauere Erläuterung, wie die Einbindung Taiwans funktioniert und welche Möglichkeiten es gebe, dies zu kommunizieren.

Andreas Bergfelder (Auswärtiges Amt (AA)) führt aus, dass es in letzter Zeit einiges Hin und Her zur Frage des Zutritts der Taiwaner zum Gebäude gegeben habe. Die Bundesregierung habe stark für einen Zutritt der Taiwaner geworben. Nach seinem letzten Stand sei der Zutritt gewährleistet, dieser sei jedoch nicht aktuell. Er gehe stark davon aus, dass die Bundesregierung sich weiter dafür einsetzen werde. „Side Events“ von Taiwan würden seitens der Bundesregierung wahrgenommen. Inwieweit taiwanische Vertreter vor Ort sein würden, sei noch nicht absehbar. Es hänge auch davon ab, ob die WHO die entsprechenden Ausweise zur Verfügung stelle. Dafür habe sich die Bundesregierung sehr eingesetzt. Sein letzter Stand sei, dass es funktionieren würde.

Der Vorsitzende erkundigt sich zum gemeinsamen Bericht des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) und des Bundesministeriums für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (BMZ) zu den aktuellen Entwicklungen der globalen Gesundheit. Es gebe stark divergierende Positionen der Mitgliedstaaten bezüglich des Pandemieabkommens. Er möchte wissen, welche Punkte dies hauptsächlich betreffe und welche aus Sicht der Bundesregierung kritisch seien.

PSSt **Prof. Dr. Edgar Franke** (Bundesministerium für Gesundheit (BMG)) führt aus, dass er bei der Patient Safety-Veranstaltung in Montreux gewesen sei und dort mit dem Generaldirektor der WHO, Dr. Adhanom Ghebreyesus Tedros, und einigen anderen über das Thema gesprochen habe. Momentan gebe es unterschiedliche Auffassungen. Die Mitgliedstaaten des globalen Südens hätten andere

Schwerpunkte hinsichtlich der globalen Herausforderungen als die Industrieländer, aber es müsse versucht werden, politisch zusammen zu bleiben. Innerhalb der WHO müsse nicht nur ein Dialog geführt werden, sondern ein Interessenausgleich stattfinden.

Im Rahmen der Impfstoffe, die über COVID-19 Vaccines Global Access (COVAX) geliefert worden seien, habe man in vielen Bereichen Lösungen gefunden. Dieses Spannungsfeld werde noch länger alle globalen Themen begleiten.

Andreas Bergfelder (Auswärtiges Amt (AA)) nimmt Bezug auf den Zero Draft, der vorgelegt wurde und auf die Vorschläge der Europäischen Union (EU), die vor der letzten Verhandlungsrunde mühsam abgestimmt und dann in die Verhandlung eingebracht worden seien. Wenn man die beiden Entwürfe nebeneinanderlege, sei im Rahmen von „Prevention Preparedness Response“ (PPR), erkennbar, dass dem globalen Süden „Response“ wichtig sei und der globale Norden auch auf „Prevention“ und „Preparedness“ Wert lege. Hier sei der Zero Draft noch schwach. Beim Thema „Response“ gehe es um Equity“ und den möglichst gleichberechtigten und schnellen Zugang für alle zu medizinischen Gegenmaßnahmen, allen voran natürlich Impfstoffe, aber auch Medikamente und andere Dinge. Im Zero Draft stehe sehr viel zum Intellectual Property (IP)-Recht, mit dem die EU Schwierigkeiten habe. Die EU habe konkrete Vorschläge vorgelegt, wie man einen gerechten und schnellen Zugang für alle sicherstellen könne, ohne das IP-Recht anzufassen. Hierbei handele es sich um die groben Konfliktlinien. Es sei gelungen, die EU-Vorschläge unterzubringen. Sie seien eine Woche vor der Verhandlungsrunde herausgekommen und die Aufgabe der Bundesregierung sei jetzt, bis zur nächsten Verhandlungsrunde im Juni in den Hauptstädten der wichtigsten Länder in diesem Bereich dafür zu werben, in Genf, aber auch gegenüber dem leitenden Verhandlungsgremium, dem Intergovernmental Negotiating Body (INB-Büro). Dann werde ein neuer Text erwartet, der balanciert Vorschläge von allen aufgreifen solle. Ein schwieriger Verhandlungsprozess liege vor der Bundesregierung, die Verhandlungen seien politisiert und es gebe einen Nord-Südgraben. Diejenigen, die sich mit International Health Regulation (IHR) beschäftigten, wüssten, dass die gleichen Themen in den IHR-Verhandlungen vorkämen.



Tagesordnungspunkt 2

Gespräch: 75 Jahre Weltgesundheitsorganisation

Sachverständige: Dr. Catharina Böhme, Weltgesundheitsorganisation; Prof. Dr. Anna Holzscheiter, Wissenschaftszentrum für Sozialforschung, TU Dresden

Selbstbefassung S-20(14-1)30

Vorsitzender: Hiermit kommen wir nun zu TOP 2: 75 Jahre Weltgesundheitsorganisation. Als die WHO am 8. April 1948 als Sonderorganisation der Vereinten Nationen gegründet wurde, war der Zweite Weltkrieg erst wenige Jahre her und die Welt lag in Trümmern. Laut Verfassung hat die Weltgesundheitsorganisation die Aufgabe, allen Völkern zur Erreichung des bestmöglichen Gesundheitszustandes zu verhelfen. Es soll demnach ein Gesundheitszustand erreicht werden, der es allen Menschen ermöglicht, ein sozial und wirtschaftlich produktives Leben zu führen. Gesundheit wird als ein wesentlicher Bestandteil der menschlichen Entwicklung wahrgenommen. Während die WHO-Verfassung zunächst 61 Nationen unterzeichneten, hat sie heute 194 Mitgliedsländer. Wir wollen uns heute im Wesentlichen mit der Frage befassen, welche Lehren wir aus 75 Jahren WHO ziehen können und wie die Organisation für die Herausforderungen der Zukunft aufgestellt ist.

Bei der Gelegenheit darf ich mich für die heutige Simultanübersetzung bei unseren beiden Dolmetschern Julia Wardetzki und Alexander Schmitt bedanken, denn es findet diese Live-Übertragung auch für ausländische Journalisten statt. Ich freue mich zunächst, die Kabinettschefin von WHO-Generaldirektor Dr. Tedros, Dr. Catharina Böhme, online begrüßen zu können. Wir hatten zuletzt während unserer Delegationsreise nach Genf Gelegenheit für einen Austausch. Ich freue mich, dass Sie heute bei uns sind. Und bevor ich Ihnen das Wort erteile: Ich bin ein sehr strenger Vorsitzender. Wir hatten vereinbart, dass jeder zehn Minuten Redezeit erhält und danach haben wir die Diskussionsrunde.

Dr. Catharina Böhme (Weltgesundheitsorganisation (WHO)): Ich freue mich, dass ich 45 Minuten

hier mit Ihnen heute verbringen kann. 75 Jahre WHO und 75 Jahre deutsche Mitgliedschaft in der WHO mit dem Ziel, den höchstmöglichen Gesundheitszustand und -standard für alle Menschen zu erreichen. Seitdem haben wir bedeutende Fortschritte gemacht gemeinsam, und hier nur einige Beispiele. Die Lebenserwartung ist weltweit angestiegen von 46 auf 73 Jahre, die Müttersterblichkeit wurde in den letzten 20 Jahren um ein Drittel gesenkt, die Kindersterblichkeit sogar halbiert. Ausrottung von Krankheiten: Die Pocken wurden ausgerottet, das wird weltweit als einer der größten Erfolge der WHO und ihrer Mitgliedstaaten verbucht. Wir machen jetzt aber auch deutliche Fortschritte im Bereich Kinderlähmung/Polio, wo wir sogar "ahead" sind und hoffentlich bis 2024 das Ziel der Ausrottung erreichen. 42 Länder haben Malaria und 47 Länder mindestens eine der sogenannten vernachlässigten Tropenkrankheiten ausgerottet. Auch im Bereich Gesundheitsförderung machen wir zunehmend gemeinsam Fortschritte. Zum Beispiel ist die Zahl der Raucher in den letzten 20 Jahren um ein Drittel zurückgegangen. Diese Erfolge sind das Ergebnis der Zusammenarbeit mit unseren 194 Mitgliedstaaten und unseren Partnern. Aber wir stehen auch vor unglaublich großen Herausforderungen. Wir können stolz sein auf das, was wir erreicht haben. Aber die COVID-19-Pandemie hat die Fortschritte auf dem Weg zu den sogenannten SDGs, Sustainable Development Goals, weitgehend zunichte gemacht. Hier nur drei Beispiele. Zur Basisversorgung: Mindestens die Hälfte der Weltbevölkerung hat immer noch keinen Zugang zu Basisversorgung, wie Familienplanung, sanitäre Grundversorgung, Zugang zu medizinischem Personal. Wir hatten gerade ein Meeting hier zur Health Workforce-Krise und projizieren, dass uns weltweit 10 Millionen Gesundheitsfachkräfte fehlen und insbesondere in Afrika, wo es allein einen "Shortfall" von 6 Millionen gibt. Nicht übertragbare Krankheiten sind heute weltweit für mehr als 70 Prozent aller Todesfälle verantwortlich. Und auch da müssen wir noch mehr gemeinsam tun. Zweitens: Der Klimawandel und die Umwelt. Da ist Deutschland auch mit führend. Die Luftverschmutzung trägt weltweit zu 7 Millionen vorzeitigen Todesfällen pro Jahr bei. Wir brauchen die Innovation, Technologien von Deutschland. Auch, weil sich der Klimawandel ganz klar zur größten Bedrohung für unsere Gesundheit entwickelt: Todesfälle durch Hitzewellen, Flutkatastrophen, die Ausbreitung von



Krankheiten, ganz oft vermischt auch mit Konfliktsituationen in den Ländern. Derzeit reagieren wir als WHO auf 53 sogenannte "Graded Emergencies", akute Gesundheitskrisen, die sowohl durch Krankheitsausbrüche, Cholera zum Beispiel, Marburg-Fieber ganz akut, aber auch Naturkatastrophen hervorgerufen werden. Die Fortschritte bei der Bekämpfung von Malaria und Tuberkulose stocken. Wir haben jetzt wieder 4 000 Tote im Schnitt pro Tag von Tuberkulose zum Beispiel und antimikrobielle Resistenzen. Auch das ist ein Forschungsschwerpunkt in Deutschland und von großem Interesse. Die drohen ein Jahrhundert des medizinischen Fortschritts zunichtezumachen. Aus all diesen Gründen würde ich sagen, dass die WHO wichtiger ist, denn je. Denn viele dieser Herausforderungen, die ich gerade beschrieben habe, lassen sich wirklich nur gemeinsam bewältigen. Die WHO ist für uns das Forum, das so eine multilaterale Zusammenarbeit ermöglicht. In Gesundheitskrisen wie gerade beschrieben hat die WHO eine Führungsrolle, um die globale Reaktion zu koordinieren. Nach wie vor entwickeln wir Standards und Leitlinien, um die Gesundheit in allen Lebensstufen zu verbessern. Ich würde aber sagen, was immer wichtiger wird, ist unsere Präsenz und Position in den Ländern. Derzeit haben wir Büros als WHO in 152 Ländern und Gebieten. Diese Büros zu stärken und die WHO operationeller zu machen, hat sich unser Generaldirektor Dr. Tedros als Ziel für seine zweite Amtszeit gesetzt. Es ist ihm dabei wichtig, dass es darum geht, die Implementierung von Gesundheitsstrategien, die Ausbildung von Gesundheitspersonal, die Notfallversorgung in Krisen und die schnelle Eindämmung von Krankheitsausbrüchen voranzutreiben. Das geht nur, wenn wir stark vor Ort sind. Aber wir als WHO können nie besser sein als unsere Mitgliedstaaten uns befähigen. Das bringt mich zu zwei Schlüsselreformen. Erstens: Die Stärkung der globalen Architektur für Gesundheitskrisen, damit wir besser auf die steigende Zahl pandemischer Gefahren vorbereitet sind. COVID-19 hat uns die gravierenden Lücken in der weltweiten Abwehr von Pandemien brutal vor Augen geführt. Wir sind jetzt leider schon wieder in der Phase von "Panic Neglect", also in der Vernachlässigungsphase. Deshalb ist es uns wichtig als WHO, dass wir die Reformen, die durch COVID angestoßen wurden, auch weiter durchführen und zu Ende bringen. Ein wichtiges Element hierbei ist das Pandemie-Abkommen, das klare Regeln und Verfahren

bei dem Umgang mit Pandemiebedrohungen festlegt und zu dem Sie später noch mal mehr hören und diskutieren werden.

Zweitens: Eine nachhaltige Finanzierung der WHO. Wir sind eine Organisation unserer Mitgliedstaaten, doch in der Vergangenheit stammten weniger als 20 Prozent unseres WHO-Haushalts aus Mitgliedsbeiträgen. Die Mitgliedstaaten - allen voran Deutschland - haben im vergangenen Jahr beschlossen, dies zu ändern und sich darauf geeinigt, den Anteil bis 2030 schrittweise auf 50 Prozent des Kernhaushalts zu erhöhen. Die restlichen Mittel stammen dann aus freiwilligen Spenden aus verschiedenen Stellen. Falls diese Reform umgesetzt wird, wird der Haushalt der WHO deutlich berechenbarer werden. Es geht gar nicht darum, mehr Geld zu bekommen, sondern vor allen Dingen, das berechenbarer und vorhersehbarer und planbarer zu machen. Während der COVID-19-Pandemie - das betont mein Chef, Dr. Tedros immer wieder - hat Deutschland durch die herausragende politische, finanzielle und technische Unterstützung die WHO in die Lage versetzt, die globale Reaktion anzuführen, trotz zum Beispiel des Ausstiegs oder Fast-Ausstiegs der USA während dieser COVID-Pandemie-Krise. Dafür sind wir zutiefst dankbar und Tedros hat mich auch explizit gebeten, das hier nochmal anzumerken und wir hoffen, dass deshalb Deutschland auch weiterhin und künftig der WHO die Mittel bereitstellt, die wir brauchen, um die immensen Herausforderungen in der globalen Gesundheit auch künftig gemeinsam mit unseren Mitgliedstaaten zu bewältigen. Daher lassen Sie mich schließen mit zwei Bitten. Erstens: Setzen Sie sich dafür ein, dass die globale Architektur für Gesundheitskrisen - aufbauend auf dem, was wir schon während COVID-19 geschaffen haben - weiter gestärkt wird. Und zweitens hoffen wir, dass sich Deutschland weiterhin dafür einsetzt, auch künftig eine Führungsrolle bei der Stärkung der WHO einzunehmen.

Der Vorsitzende: Nun freue ich mich auf den Beitrag von Frau Prof. Dr. Anna Holzscheiter. Sie ist Inhaberin der Professur für Politikwissenschaft mit dem Schwerpunkt Internationale Politik an der Technischen Universität Dresden und Research Fellow am Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB). Sie ist uns ebenfalls online zugeschaltet.



Prof. Dr. Anna Holzscheiter (Wissenschaftszentrum für Sozialforschung, TU Dresden): Herzlichen Dank für Ihre Einladung, vor dem Unterausschuss zum Thema "75 Jahre Weltgesundheitsorganisation" zu sprechen. Sie hatten mich gebeten, zehn Minuten dazu zu sprechen, welche Lehren wir aus 75 Jahren WHO gezogen haben, welche Herausforderungen die Organisation erwarten und wie die gegenwärtigen Reformen der WHO diesen Herausforderungen begegnen. Meine erste Antwort auf Ihre Frage nach den Lehren aus 75 Jahren WHO ist ziemlich einfach, denn die Geschichte der WHO, ihre Erfolge, ihre Reformen, ihre Probleme, das ist das, was Frau Dr. Böhme auch gerade schon skizziert hat, spiegeln Erkenntnisse wider, die wir allgemein aus 75 Jahren Forschung zur Entwicklung internationaler Organisationen gezogen haben. Drei dieser Lessons, die wir gelernt haben, möchte ich für die WHO im Speziellen hervorheben. Die erste Lektion ist: Internationale Organisationen, wenn sie einmal geschaffen sind, bleiben da. Sie bleiben nicht nur da, sie wachsen, sie werden klebrig, so nennen wir das gerne, "sticky". Und sie tendieren dazu, so einen "Mission Creep" zu entwickeln, also, ihre Tätigkeitsfelder kontinuierlich auszuweiten, damit verknüpft auch personell zu wachsen. Das können wir an sehr vielen Behörden beobachten, aber vorbildlich eben auch an der WHO, die heute nicht mehr nur Kooperation ihrer Mitgliedstaaten in ihrem Kerntätigkeitsfeld Infektionsschutz ermöglichen soll, sondern zu deren Aufgabenspektrum mittlerweile auch mentale Gesundheit, Homöopathie, E-Health oder Menschenrechte gehören. Zu dieser Klebrigkeit, die ich gerade beschrieben habe, gehört oft auch eine beobachtete Kluft zwischen diesem "Mission Creep" und dem in der Organisation arbeitenden Personal. Das Personal muss ja nicht nur immer mehr Arbeitsbereiche abdecken, auch die vorhandene Expertise passt vielleicht irgendwann nicht mehr zu den Tätigkeitsfeldern. Wir haben immer noch in der WHO ungefähr 50 Prozent Expertinnen und Experten mit medizinischer Expertise und nur 1,6 Prozent ungefähr sind Sozial-, Politik- oder Rechtswissenschaftlerinnen und -wissenschaftler. Zweite Lektion: Wegen dieses "Mission Creep", wegen ihrer Tendenz zu wachsen und damit auch verbunden eine immer größer werdende Trägheit, sind internationale Organisationen sehr resistent für Wandel. Debatten über die Reform der WHO, ihre zentralen Ziele, ihr Zweck,

ihre Prozeduren wurden und werden immer geführt. Internationale Organisationen sind in dem Sinne Dauerbaustellen. Wenig erstaunlich werden diese Reformdebatten besonders laut, wenn die WHO durch globale Gesundheitskrisen wie HIV/AIDS, Ebola oder jetzt COVID-19 wieder ins Rampenlicht rückt. Jenseits ihres Kernmandats und auch jenseits dieser Standardprozeduren der WHO hat sich diese Organisation in den letzten 75 Jahren in vielerlei Hinsicht schleichend gewandelt, würde ich sagen, insbesondere, was den zunehmenden Einfluss nichtstaatlicher privater Akteure und Förderinstitutionen auf Agenda und Budget der Organisation betrifft. Das heißt, wir haben auf der einen Seite diese stetig wachsenden Erwartungen an diese Organisation mit diesen vielen neuen Tätigkeitsfeldern, auf der anderen Seite ein nur unwesentlich wachsendes Budget und das macht es erforderlich, auch finanzielle und personelle Ressourcen anderer Akteure - das ist das, was Frau Dr. Böhme wahrscheinlich gerade mit den Partnerinstitutionen und -organisationen meinte - zurückzugreifen. Dritte Lektion: Aufgrund dieser beiden Eigenschaften, dieser Trägheit und "Mission Creep", stehen die klassischen zwischenstaatlichen Organisationen wie die Weltgesundheitsorganisation zu jeder Zeit unter immensum Druck aus unterschiedlichen Richtungen. Es ist insbesondere die wahrgenommene Ineffizienz internationaler Organisationen - ich sage jetzt "wahrgenommen", weil wir die Ineffizienz ja gerne nur dann wahrnehmen, wenn etwas nicht funktioniert und nicht dann, wenn sie effektiv zum Wohlergehen der Weltbevölkerung beitragen. Diese Ineffizienz, die wahrgenommen wird, führt dazu, dass die WHO sich im Laufe der Zeit immer mehr mit konkurrierenden Organisationen und Programmen konfrontiert sah. Das begann schon in den späten 1960er Jahren, als die Weltbank auf den Plan trat, im Zuge ihrer Hinwendung zu menschlicher Entwicklung, und die WHO unter großen Druck gekommen ist, ihren Status als Sonne des Sonnensystems globale Gesundheitspolitik zu verteidigen.

Das sind die Lektionen. Wenn man die Effekte der gerade geschilderten Entwicklung in wenigen Worten zusammenfassen will, könnte man sagen: die globale Gesundheitspolitik der Gegenwart ist ein sehr komplexes Gefüge. Manche wollen es Architektur nennen. Man könnte es aber auch als etwas chaotischer als das bezeichnen. Ein komplexes Ge-



füge von Organisationen, Verträgen, globalen Partnerschaften, in denen die WHO zwar weiterhin unbestritten eine herausragende Position einnimmt, aber zugleich tief verstrickt ist, eben nicht nur in kooperative Partnerschaften, Initiativen mit anderen, sondern auch im Wettbewerb mit anderen Akteuren. Welche Probleme entstehen jetzt daraus? Also, wir können sagen, wir haben eine fragmentierte institutionelle Landschaft. Die nennen wir globale Gesundheitspolitik. Und was für ein Problem entsteht daraus? Das Problem, dass Regierungen vielfältige Möglichkeiten haben, die Organisationen und Programme so "à la carte" zu wählen, in denen sie ihre Interessen am besten durchsetzen können. Wir nennen das gerne "Forum Shopping". Also man kann--- Es ist so ein Selbstbedienungsladen. Und auch im Nachgang zur COVID-19-Pandemie können wir dieses Phänomen beobachten. Die Vereinigten Staaten als größter Beitragszahler zur WHO haben zugleich ein sehr ausgeprägtes Interesse an der Liberalisierung und Flexibilisierung der globalen Gesundheitspolitik. Das heißt, auch nach der Pandemie und auch Post-Trump sind sie immer noch eine treibende Kraft hinter WHO-Konkurrenzveranstaltungen wie beispielsweise dem neuen, bei der Weltbank angesiedelten Pandemic Fund. Zweites Problem, was aus diesen Entwicklungen entsteht, ist, dass wir beobachten können, dass wichtige Bereiche des internationalen Rechts, die sich mit der WHO weiterentwickelt haben und die besonders relevant sind für das Wohlergehen und die Gesundheit aller Menschen, nicht zum Mandat der WHO gehören. Also internationale Standards im Bereich des geistigen Eigentums werden zentral in der Welthandelsorganisation verwaltet, obwohl sie äußerst relevant sind für den global gerechten Zugang zu Medikamenten und Gesundheitsleistungen. Die Folge davon ist ein gegenwärtig sehr ausgeprägter Autoritätskonflikt zwischen der WTO (World Trade Organization) und der WHO darüber, wo der Zusammenhang zwischen Patentrecht und globaler Gesundheit verhandelt werden soll. Und wenn ich jetzt noch auf dieses "Forum Shopping" zurückkomme und das positiver wende, dann sehen gerade Länder des Globalen Südens hier im Moment in der Welthandelsorganisation ihre Interessen an einer grundlegenden Reform des Intellectual Property Law in der WTO nicht mehr widerspiegelt und setzen deshalb sehr große Hoffnungen auch in die Stärkung der WHO. Drittes Problem: die Öffnung der WHO für eine

Vielzahl privater Akteure - da nenne ich mal nur die klassischen Advocacy-Organisationen und private Unternehmen und unternehmensnahe Stiftungen - erschließt nicht nur neue Ressourcen, sondern sie mündet auch in Konflikten zwischen diesen nichtstaatlichen Akteuren, die mit der WHO zusammenarbeiten. Das heißt, die WHO ist heute nicht mehr nur der Schauplatz für Interessenkonflikte zwischen Staaten, sondern auch zentral für Interessenkonflikte zwischen unterschiedlichen Typen privater oder nichtstaatlicher Akteure, mit denen sie zusammenarbeitet. Das heißt, was wir in der WHO heute sehen, sind nicht mehr nur die klassischen Machtkämpfe zwischen ihren Mitgliedstaaten und den Interessenkonflikten und Kooperationen, sondern zwei weitere Formen von Konflikten: die Interessenskonflikte zwischen nichtstaatlichen Akteuren und auch die Konflikte zwischen der WHO und anderen Organisationen und Programmen für globale Gesundheit.

Lassen Sie mich noch abschließend zu den laufenden Reformen der WHO sprechen, denn die haben unmittelbare Relevanz für die Probleme, die ich gerade angesprochen habe. Wenn man die Reformen der Gegenwart zusammenfassen will, dann geht es in erster Linie um eine umfassende Stärkung der WHO. Das kann finanziell sein - das hat auch Frau Dr. Böhme schon erwähnt -, normativ, und dann auch mit Blick auf ihr Mandat, gerade im Krisenfall. Einen wichtigen Schritt hin zu dieser Stärkung, den haben wir schon im ersten Vortrag gehört, die Zustimmung der WHO-Mitgliedstaaten zu diesem neuen Finanzierungsmodell für die WHO. Da gehe ich jetzt nicht noch mal darauf ein. Ob die WHO darüber hinaus jedoch aus diesen noch laufenden Reformprozessen gestärkt hervorgehen wird, das ist in meinen Augen momentan noch vollkommen unklar. Auf der einen Seite überarbeiten die WHO-Mitgliedstaaten im Moment diese Internationalen Gesundheitsvorschriften. Auf der anderen Seite diskutieren wir seit Oktober diesen neuen Pandemievertrag. Ich denke, diese Neuverhandlung über die Gesundheitsvorschriften wird damit enden, dass die Befugnisse der WHO, insbesondere bei drohenden Gesundheitsnotständen tätig zu werden, ausgeweitet werden. Bei diesem neuen Pandemievertrag hingegen, da deutet sich schon jetzt an, dass er zum zentralen Schauplatz im Kampf um die Relevanz der WHO werden wird. Denn die Wünsche, die an diesen Vertrag herangetragen werden, sind sehr weitreichend. Sie reichen



von einem eng gefassten, technokratischen Instrument der Pandemieprävention und -kontrolle bis hin zu einem globalen Vertrag, der die Kompetenzen und Befugnisse der WHO zum Beispiel auch mit Blick auf die wirtschaftlichen und handelspolitischen Determinanten von Pandemiekontrolle beinhaltet oder der internationale Normen wie Menschenrechte, Gerechtigkeit, internationale Solidarität noch stärker verankert. Ein Vertrag, der es schafft, all die vielen, für globale Gesundheitspolitik relevanten Rechtsbereiche miteinander zu integrieren. Oder ein Vertrag, bei dem ein heterogenes Spektrum nichtstaatlicher Akteure bei der Schaffung und Überwachung des Vertrags mitwirken kann. Auch die Bundesregierung spricht sich im Zuge ihres Engagements für eine finanzielle Stärkung der WHO durch eine Erhöhung ihres regulären Budgets immer wieder für eine Aufwertung der WHO im komplexen Gefüge der globalen Gesundheitspolitik aus.

Das ist jetzt mein letzter Satz. Will sie diesem Anspruch gerecht werden - das wäre meine Empfehlung -, muss sie aber über diese rein materielle Unterstützung für die WHO hinausgehen und diesen Pandemievertrag auch als Chance für eine sehr weitreichende Reform des internationalen Gesundheitsrechts sehen. Denn nur dann kann die WHO als fortschrittliche Institution die Interessen von staatlichen und gesellschaftlichen Akteuren und von Akteuren des Globalen Nordens und des Globalen Südens abbilden. Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.

Der **Vorsitzende**: Vielen lieben Dank, Frau Prof. Holzscheiter. Auch Sie haben die Zeit sehr gut eingehalten, nur ein paar Sekunden überzogen. Das ist alles tolerabel und ich würde jetzt die Fragerunde beginnen wollen, üblicherweise fangen wir mit der SPD an und dann CDU/CSU, Grüne, etc.

Abg. **Tina Rudolph** (SPD): Erst mal würde ich gerne Frau Dr. Böhme zumindest herzlich grüßen in den digitalen Raum und Ihnen danken, dass Sie weiterhin gerade auch die Verhandlungen zum Pandemic Preparedness Treaty so gut begleiten. Meine Frage würde ich allerdings gerne an Prof. Holzscheiter stellen. Ich würde Ihnen noch mal herzlich danken für Ihre Ausführungen. Ich fand, es war eine sehr gute Problemanalyse. Ich würde

mir erhoffen, dass Sie auch ein paar Lösungshinweise noch für uns hätten. Und zwar konkret mache ich mir schon Gedanken, wie das wird, wenn wir die WHA (World Health Assembly) begleiten werden, bei der der Pandemic Preparedness Treaty hoffentlich verabschiedet werden wird und wir auch in Vorbereitung dessen schon jetzt teilweise aus dem Bereich der sozialen Medien mit sehr vielen Vorurteilen konfrontiert werden, was die Kommunikation zur WHO angeht. Vieles davon kann man sehr gut aus dem Weg räumen, das sind einfach Falschinformationen, die kursieren. Was wäre denn aus Ihrer Sicht eine gute Empfehlung an den politischen Raum, wie man kommunizieren sollte, dass so etwas nicht entsteht und dass komplexe Strukturen - wie Sie zu Recht sagen - wie die WHO begreifbar werden für die Bevölkerung?

Prof. Dr. Anna Holzscheiter (Wissenschaftszentrum für Sozialforschung, TU Dresden): Diese zwei Jahre, die wir hatten, in der Pandemie, waren auch eine Zeit, in der ich zum ersten Mal gemerkt habe, wie die breite Bevölkerung Deutschlands verstanden hat, welche Relevanz die Arbeit der WHO für ihr ganz kleines persönliches Leben hat, im Einzelnen. Auch Kinder haben es verstanden. Also generell, ich glaube, das Interesse an Politik bei Kindern und Jugendlichen und in der breiten Bevölkerung hat immens zugenommen, weil plötzlich klar war: Das, was da heute im Bundestag entschieden wird, wird morgen vielleicht ganz weitreichende Auswirkungen auf meinen privaten Radius, auf meine persönlichen Freiheiten haben und ich denke, da müsste man wieder ansetzen und versuchen, zu erläutern, das ist nicht nur irgendwie eine Gesundheitsbehörde, eine technokratische Behörde, die irgendwelche Vorschriften macht, Breastfeeding-Regeln und die Medikamentenproduktion kontrolliert, sondern es ist auch ein politisches Forum. Das ist das, was oft über Bord fällt. Und ich denke, das ist auch etwas, was man in die Kommunikation über diese WHO und auch über diesen Pandemievertrag mit reinnehmen kann, dass man eben sagen kann: Ja, hier wird etwas ausgehandelt. Und es gibt auch sehr viele, vielleicht auch erst mal konkurrierende Agenden, die mit dranhängen und konfligierende Normen, die wir in Einklang bringen müssen. Also vielleicht auch zu vermitteln, dass da nicht nur so ein Problem ist, wie so eine globale Pandemie und dann verhandeln wir eineinhalb Jahre. Vielleicht wird es auch zehn Jahre dauern



und dann haben wir plötzlich so einen Pandemievertrag, sondern dieses dazwischen. Also ich meine, das ist jetzt vielleicht so eine Perspektive von einer Person, die das Privileg hat, diese Prozesse auch beobachten und analysieren zu dürfen.

Abg. **Dr. Georg Kippels** (CDU/CSU): Vielen Dank für die einführenden Ausführungen. Ich würde an beide Referentinnen gerne eine Frage richten. Zunächst, Frau Dr. Böhme, wir haben im Nachgang zur Pandemie in unterschiedlicher Intention nationale Überlegungen im Hinblick auf eine Analyse der Wirksamkeit der einzelnen Mittel, die während der Pandemie angewendet worden sind. Die wissenschaftliche und auch die politische Diskussion laufen auf Hochtouren, aber die Bereitschaft, in eine flächendeckende Analyse einzutreten, ist unterschiedlich und eher etwas schwach ausgeprägt. Vor 14 Tagen haben wir in Washington erfahren, dass auch die amerikanische Regierung nur eingeschränkt bereit ist, da in irgendeiner Kommission oder ähnlichen Analyseinstitutionen einzutreten, um alle Schritte zu analysieren. Meiner Meinung nach ist allerdings eine solche, nach Möglichkeit weltweite Analyse durchaus sinnvoll und flächendeckend. Die Frage ist, kann das seitens der WHO stellvertretend geleistet werden und würden, wenn man sich zu einer solchen Maßnahme entschließen würde, ausreichend Informationen aus den Mitgliedsländern zur Verfügung stehen, um dann auch in eine vergleichende Betrachtung einzutreten? Weil lokale Unterschiede eine Rolle spielen können.

Frau Prof. Holzscheiter, wir haben große Übereinstimmungen, politisch, dass die WHO finanziell gestärkt werden sollte, um dann ihre Aufgaben, die sie ja teilweise - aus Ihrer Sicht - sich selbst verschafft, zu erfüllen. Die Frage ist, reicht für eine Kompetenzausweitung nur eine Aufstockung der Finanzmittel aus oder braucht es da schon einer grundlegenden Satzungsreform, um dann auch die Instrumentarien, die Beratungsmechanismen und gegebenenfalls auch Handlungsmechanismen im Falle der Konsultation stärken zu können? Das heißt, ist darüber hinaus auch eine komplette Überarbeitung des Satzungsgefüges der WHO unverzichtbar, um dann neben den Mitteln auch die notwendige Effektivität im Einsatz zu gewährleisten?

Dr. Catharina Böhme (Weltgesundheitsorganisation (WHO)): Vielleicht nur noch ganz kurz von meiner Seite auch zu der Frage vorher. Da wollte ich nur noch hinzufügen, dass die Relevanz der WHO auch weiterhin zu Tage tritt in vielen Bereichen und dass wir oft sehen, dass diese "Fatigue", dieser Müdigkeitseffekt nach der COVID-Pandemie fehlendes Interesse oder Desinteresse hervorgerufen hat im Gesundheitsbereich, wo wir aber schon wieder die ersten Anzeichen sehen für neue Mutationen im COVID-, aber auch im Influenza-Bereich. Und für uns ist es einfach so, dass die nächste Pandemie nicht unbedingt sehr fern liegt und dass man dieses Momentum nutzen muss, um das weiter umzusetzen. Ganz kurz, Herr Kippels, zu Ihrer Frage, vergleichende Analyse. Viele, viele Länder haben schon Studien gemacht jetzt über das letzte Jahr und ihre Lessons Learned, die Erfolge, aber auch die Challenges zusammengefasst. Die WHO wäre sicherlich bereit und auch in der Lage, das zusammenzubringen, wenn die Member States das vorschlagen und möchten. Was wir aber bisher sehen, ist, dass viele Länder nicht unbedingt verglichen werden wollen. Und das muss man noch mal diskutieren. Wir haben einzelne Länder, 5-6 Länder, die unbedingt vergleichende Datenlagen wollen, aber wir sehen andere, die einfach Angst haben. Wir publizieren auch zum Beispiel die verglichenen Mortality Data und so weiter. Da sehen wir, dass viele Länder doch zurückschrecken, was die Lessons Learned angeht.

Prof. Dr. Anna Holzscheiter (Wissenschaftszentrum für Sozialforschung, TU Dresden): Die Finanzierung ist schon mal ein wichtiger Schritt, weil es bedeutet, dass die WHO mehr Autonomie hat, in strukturelle Bereiche zu investieren, also Stärkung von Gesundheitssystemen beispielsweise ist ja auch so ein Reizthema. Aber gleichzeitig, wenn wir jetzt die Effekte der Pandemie sehen und wie schnell dieses Kartenhaus zusammenbricht, dann ist auch klar, dass das eine sehr wichtige Baustelle oder Fundament auch für das Wohlergehen, für die Gesundheit der Weltbevölkerung ist. Also dieses dann auch vielleicht Unpopuläre. Wir reden auch gern von horizontal versus vertikal, unpopuläre horizontale Bereiche in der Gesundheitspolitik, wo auch Personal und Finanzierung reinfließt, dann im Zusammenspiel mit diesen ganzen vertikalen Programmen für einzelne Krankheiten oder auch Gesundheitsprobleme wie nicht übertragbare



Krankheiten. Das ist das eine. Jetzt angesichts dessen, wie ich meinen Vortrag eingeleitet habe, klingt das mit der Änderung der Satzung für mich ganz toll. Und andererseits, wenn man dann zum Beispiel nach Großbritannien guckt, da hat jetzt, ich glaube im April, im UK Parliament wurde diskutiert oder wurde eine Petition eingereicht mit sehr, sehr vielen Stimmen, die gesagt hat, wenn dieser Vertrag zustande kommt, wollen wir sofort ein UK-Referendum. Was ich damit sagen will, ist, schon dieser Pandemievertrag wird von vielen Mitgliedstaaten der WHO auch nicht mitgetragen oder nur in einer ganz abgespeckten Variante. Andere wollen ihn benutzen, um zu sagen, die WHO muss eine sehr viel tragendere Säule auch des internationalen Gesundheitsrechts werden. Da muss alles zusammenlaufen: Recht auf Gesundheit, Recht des geistigen Eigentums, internationale Solidarität. All diese Normen sollen da jetzt zusammenlaufen. Also das könnte auch etwas sein, wo man sagt, da müsste der ganze Gründungsvertrag der WHO neu überdacht werden. Aber wenn man jetzt mal realistisch ist und sich auch so den geopolitischen Kontext anguckt und auch die Skepsis vieler Mitgliedstaaten überhaupt vis-à-vis der WHO, dann würde ich denken, das ist so Wishful Thinking, dass man jetzt sogar noch an der Satzung der WHO rumschrauben kann.

Dr. Catharina Böhme (Weltgesundheitsorganisation (WHO)): Wenn ich dazu nur noch kurz was sagen kann. In der Tat, ich glaube nicht, dass die Satzung der WHO jetzt geändert werden kann oder muss. Was wir in vielen Ländern sehen, ist eine Angst der Bevölkerung, was den Pandemievertrag angeht, der teilweise als Bedrohung wahrgenommen wird und wo gesagt wird, dass die WHO mehr in das Privatleben und die Privatrechte oder die Völkerrechte eingreifen möchte - was absolut nicht der Fall ist. Ich denke, es wird falsch interpretiert und dazu diskutieren Sie auch noch mal in der Folgesession. Aber diese Angst zu nehmen, ist eine unserer wichtigsten Aufgaben.

Jetzt die Frage, was das geistige Eigentum angeht. Da ist es schon einfach so, dass sechs Monate nach der Verfügbarkeit von Impfstoffen, in Deutschland zum Beispiel, Low Income Countries immer noch keine Impfstoffe zur Verfügung hatten. Deshalb sehen wir da einen großen Druck zwischen dem Globalen Süden und dem Globalen Norden. Aber wir

sagen auch immer, dass es viel besser schon gewesen ist als in vergangenen Krisen. Und es muss nicht unbedingt um IP, also geistiges Eigentum, gehen. Es geht darum, dass man bestimmte Volumina verfügbar macht, eine bestimmte Anzahl von Impfstoffen an Low Income Countries. Da geht es um freiwillige Lizenzierungsverfahren und so weiter. In der Tat ist das aber etwas, was noch viel mehr diskutiert werden muss. Und gerade das - wir sind jetzt zwei Wochen nach der letzten Diskussionsrunde über das Pandemieabkommen und das geistige Eigentum -, würde ich sagen, ist derzeit das Thema, das am kontroversesten diskutiert wird. Aber nicht unbedingt das, vor dem die Bevölkerung Angst hat. Da geht es mehr um: Wir nehmen Rechte weg als WHO. Und ich denke, das wird falsch dargestellt.

Abg. Kordula Schulz-Asche (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ganz herzlichen Dank. Meine Frage richtet sich an Frau Catharina Böhme und ich möchte mich von der Pandemie verabschieden und zu anderen Feldern kommen. Und zwar würden mich die Regionalstrategien in der Basisversorgung interessieren, denn wir haben in einigen Ländern durchaus die Frage der Erreichbarkeit von medizinischen bzw. Gesundheitsversorgungseinrichtungen, vor allem im ländlichen Raum. Auch positive Beispiele. Die Themen Gesundheitsförderung, Prävention, sozialmedizinische Ansätze sind schon genannt worden. Aber wie gesagt, die Erreichbarkeit von Gesundheitsversorgung, der Einsatz von Drohnen und Digitalisierung - einige Länder sind da schon sehr weit. Und mich würde interessieren, inwieweit, am besten, weil da mein Herz liegt, ob Sie etwas zur afrikanischen Regionalstrategie sagen könnten.

Dr. Catharina Böhme (Weltgesundheitsorganisation (WHO)): In unseren Regionalstrategien sehen wir einen großen Fokus hin zur Finanzierung im Bereich Primary Health Care, weil es das Effizienteste ist. Und in der Tat geht es da auch darum, wie kann man digitale Tools, digitale Apps zum Beispiel zur Verfügung stellen, wo man die Basisversorgung auch hilft, mit abzudecken, weil da geht es auch viel um Diagnostika, Medikamente, Vakzine und den ganzen Supply und die Logistik zum Beispiel darzustellen. Im Bereich Artificial Intelli-



gence wird jetzt auch viel stattfinden und das sehen wir in Ruanda zum Beispiel, wie das schon ganz erfolgreich eingesetzt wird von Health Care Workers, Telemedizin. Die Drohnen, die Sie angesprochen haben, die werden eingesetzt in Bergregionen zum Beispiel in Mosambik, aber das bleibt eher die Ausnahme. Generell geht es eher darum, die Primary Health Care-Sektoren zu finanzieren und da diese essenzielle Abdeckung zu gewährleisten und da geht es nach wie vor doch immer noch generell um traditionellere Methoden. Zum Beispiel sehen wir auch im Bereich Impfung von Kindern, wo wir deutlich zurückgefallen sind durch COVID, dass jetzt eins von fünf Kindern nicht geimpft wird - weltweit -, und in Afrika jetzt mehr als zwei von fünf Kindern nicht geimpft werden. Da müssen wir schauen, da geht es auch einfach um Health Workforce ganz stark.

Abg. **Rainer Semet** (FDP): Herzlichen Dank. Das Ziel der WHO, ausgehend von 2019, ist, eine Milliarde Menschen mehr von der allgemeinen Gesundheitsversorgung profitieren zu lassen und besser vor Notlagen zu schützen und das weiterzuentwickeln. Sehen Sie, dass das Ziel 2025 erreicht werden kann? Die zweite Frage wäre gewesen: Nach welchen Kriterien wird das Geld verteilt und geografisch zugeordnet? Und die dritte wäre: Haben sich die Schwerpunkte, ausgehend von 2019, in irgendeiner Art und Weise verschoben oder die Situation sich zugespitzt?

Dr. Catharina Böhme (Weltgesundheitsorganisation (WHO)): Wir erreichen die Ziele, wenn wir derzeit weitermachen, wie jetziger Stand, dann werden wir die Ziele verfehlen, nicht erreichen bis 2025. Deshalb hat unser Generaldirektor neue Ziele und auch Schwerpunkte gesetzt jetzt bei der letzten WHA (World Health Assembly). Da geht es stark um Health Promotion, also Förderung der Gesundheit statt Bekämpfung von Krankheiten. Und natürlich setzen wir auch auf Innovationstechnologien, für die wir auch die Hilfe von Deutschland brauchen. Zum Beispiel sehen wir eine gute Absenkung der Sterblichkeit durch die Einführung des ersten Malaria-Impfstoffs. Da ist der zweite Malaria-Impfstoff jetzt auch schon unterwegs und da kann man wirklich viel machen. Dann, für Tuberkulose haben wir jetzt gerade das Daten-Package erstmalig für

Phase III-Studiendaten erhalten, auch sehr vielversprechend. Deutsche Firmen wie BioNTech und so weiter haben auch Impfstoffkandidaten im Rennen. Also insgesamt im Bereich Innovation passiert derzeit viel, was uns hoffentlich helfen wird, die Ziele zeitnah zu erreichen. Und wir als WHO fokussieren unsere Ressourcen, die wir haben, ganz stark in die Länder, weil, wie ich gesagt habe, fehlt es an Training, an Workforce, an Surveillance, also an Überwachung und so weiter und in diesen Bereichen mit den Ländern an Strategien zu arbeiten, wie man das Ganze beschleunigen kann. Darauf liegt gerade unser Hauptschwerpunkt.

Abg. **Jörg Schneider** (AfD): Meine erste Frage geht an Frau Prof. Dr. Holzscheiter. Sie hatten eben diese Konkurrenzsituation angesprochen, die zwischen der WHO und den vielen anderen Organisationen in diesem Bereich entsteht. In Deutschland haben wir noch dazu die Situation, dass wir nicht nur unterschiedliche Institutionen unterstützen, sondern das auch noch aus unterschiedlichen Ministerien heraus tun. Halten Sie dieses Konzept für sinnvoll, oder was würden Sie für eine andere Lösung vorschlagen? Haben Sie ein Beispiel für ein Land, das das alles etwas geschickter anpackt als wir hier in Deutschland?

Und meine zweite Frage geht an Frau Dr. Böhme. Sie hatten eben angesprochen, dass es insgesamt einen Mangel von ungefähr zehn Millionen Gesundheitsmitarbeitern auf der Welt gibt. Jetzt haben wir in vielen westlichen Industrienationen - ich glaube, China geht auch in die Richtung - das Problem des demografischen Wandels und damit die Nachfrage nach medizinischem Personal. Sehen Sie das eher als eine Bedrohung oder auch als eine Chance, weil dadurch auch Ausbildungsprogramme angestoßen werden könnten, um bei uns diesen Bedarf zu decken, wovon aber auch die Länder selbst profitieren?

Prof. Dr. Anna Holzscheiter (Wissenschaftszentrum für Sozialforschung, TU Dresden): Vielen Dank für die Frage, die anknüpft an meine Diagnose dieser Fragmentierung. Es ist in der Tat so, dass wir manchmal so tun, als ob diese globale Architektur, wie sie auch gerne genannt wird oder nach der wir suchen, eine Struktur, in der die einzelnen Teile sinnvoll miteinander korrespondieren und sich



nicht duplizieren und sich keine Konkurrenz machen, dass wir danach suchen und dass wir immer sagen, das ist die globale Architektur und was auf der nationalstaatlichen Ebene abspielt, ist eine ganz andere Geschichte. Und was Sie angesprochen haben, ist in der Tat auch sehr relevant, also insbesondere vielleicht auch zwischen dem Gesundheitsministerium und dem Entwicklungsministerium, da vielleicht. Und dann haben wir auch das Wirtschafts- und das Finanzministerium, die sind ja alle auf unterschiedliche Weise in diese globale Gesundheitspolitik involviert. Und wir sehen dann eben auch, dass sich diese Präferenzbildung auf der nationalstaatlichen Ebene zwischen diesen Ministerien mit ihren auch teilweise sehr divergierenden Interessen schon schwierig gestaltet. Wieso sollte das auf der globalen Ebene, wo diese Ministerien jeweils ihre Inhalte, ihr Budget und so weiter hineingeben, irgendwie anders sein? Das ist aber auch etwas, woraus man auch eine Forderung an die Bundesregierung ableiten könnte, dass es noch mal mehr gegeben wäre, wenn man es ernst meint mit diesem: die WHO soll im Zentrum der globalen Gesundheitspolitik stehen. Wir wollen die Stärken - dass man dann tatsächlich auch sein Handeln so ausrichtet, dass man eben nicht so wie alle anderen in diese vielfältigen Programme investiert und auch diesen immer neuen institutionellen Experimenten, die wir nach COVID-19 auch wieder gesehen haben, diese unterschiedlichen Partnerschaften, New Mechanisms, Tools, Accelerators heißen die - es klingt alles so schön technisch, so wie ein Motor, wo ich weiß, wie der funktioniert. Dass auch auf der auf der einzelstaatlichen Ebene diese Abstimmung und vielleicht auch Harmonisierung und Kohärenz nochmal bedeutsam ist dafür, was ein Land wie Deutschland, das sehr stark in der globalen Gesundheitspolitik auftritt, dann auch nach außen trägt, und in diese internationalen Institutionen rein. Ich meine, wenn man sich auch Deutschlands unterschiedliche Rollen in der WTO und in der WHO anguckt, dann ist auch so klar, dass wir natürlich auch in dieser Forum-Shopping-Dynamik drinstecken.

Dr. Catharina Böhme (Weltgesundheitsorganisation (WHO)): Zu Ihrer Frage, was Angebot und Nachfrage vom Gesundheitspersonal angeht: In der Tat, da ist es so, dass wir auf Zusammenarbeit hoffen, das Angebot zu erhöhen, das heißt auch, Zusammenarbeit im Bereich Ausbildungsprogramme. Da gibt es auch

schon viele erfolgreiche Beispiele. Sudan zum Beispiel, wo die WHO über 200 Mitarbeiter zurzeit vor Ort hat. Was wir da jetzt sehen, ist, dass über die letzten zwei Jahre dort 110 Krankenschwestern, Pfleger und Ärzte im Bereich Notfallversorgung ausgebildet wurden. Das war durch Zusammenarbeit mit der EU möglich, die das auch mitfinanziert hat. Und dieses Personal wird jetzt gerade dort eingesetzt. Wir waren in der Lage, auch Preposition Supplies dort verfügbar zu machen, sodass dieses Personal jetzt vor Ort eine wichtige Rolle spielt. Und wie gesagt, in bestimmten Bereichen ein Überangebot durch Ausbildungsprogramme im Gesundheitsbereich herzustellen, ist derzeit eine der größten Anfragen, die wir zum Beispiel von afrikanischen Ländern und von unseren Regionen haben, weil da so viel Abwanderung besteht, wie Sie sagen.

Tagesordnungspunkt 3

Pandemievertrag und Reform der Internationalen Gesundheitsvorschriften

Selbstbefassung S-20(14-1)31

Der **Vorsitzende**: Wir kommen dann weiter zum dritten Tagesordnungspunkt. Wir richten unseren Blick auf den Pandemievertrag und die Reform der Internationalen Gesundheitsvorschriften. Mit diesen beiden Vorhaben versucht die internationale Staatengemeinschaft Lehren aus der COVID-19-Pandemie zu ziehen und Veränderungen und Umstrukturierungen vorzunehmen, damit wir besser auf eine nächste Pandemie vorbereitet sind. Zu diesem Thema liegt bei uns ein Bericht des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) vor. Zunächst hat Steven Solomon, Principal Legal Officer der WHO, das Wort, und wir sind gespannt auf Ihren Bericht.

Steven Solomon (Weltgesundheitsorganisation (WHO)): Wenn Sie erlauben, meine erste Zusammenarbeit mit Parlamentariern fand bereits unmittelbar nach meinem Universitätsabschluss statt. Mein erster Arbeitsplatz im öffentlichen Dienst war die Arbeit im US-Repräsentantenhaus für einen Kongressabgeordneten aus Long Island, New York. Dies tat ich drei Jahre lang, bis ich ein Jurastudium aufnahm und danach im Büro für Rechtsberatung



des Außenministeriums arbeitete. Im Jahr 2005 begann ich bei der Weltgesundheitsorganisation zu arbeiten, wo ich die Einheit für internationales, konstitutionelles und globales Gesundheitsrecht leite. Dies ist die Einheit, die die beiden Arbeitsbereiche unterstützt, die ich gleich ansprechen werde: die Verhandlungen zum Pandemievertrag und die Verhandlungen zur Stärkung der Internationalen Gesundheitsvorschriften. Mit Ihrer Erlaubnis würde ich jetzt gerne kurz ein paar Folien besprechen, aber nur ganz kurz, die Ihnen verdeutlichen werden, „was gerade los ist“ und wie es begann. Anschließend habe ich vor, ohne Folien etwas näher zu beleuchten, wie die Arbeit am Pandemievertrag und die Stärkung der Internationalen Gesundheitsvorschriften in Zukunft weitergehen könnte, was wir erwarten, was wir feststellen. Der Grund für dieses Foto ist, dass es meiner Meinung nach einen der wichtigsten Punkte und einen Aspekt der Natur der Verhandlungen unterstreicht, der in der Öffentlichkeit und bei einigen Parlamentariern für Verwirrung sorgt. Dies sind Länder, die in diesen beiden Arbeitsbereichen verhandeln. Hier, wahrscheinlich können Sie das nicht sehen, aber dies sind die Delegierten bei einer der letzten Verhandlungen. Sie halten ihre Länderschilder hoch. In der Mitte ist das sogenannte Büro, die sechs Verantwortlichen, die zur Vereinfachung des Prozesses gewählt wurden. So, weiter mit der nächsten Folie. Ich werde, wie gesagt, kurz über das INB, das zwischenstaatliche Verhandlungsgremium (Intergovernmental Negotiating Body), sprechen, das am Pandemievertrag arbeitet. Dies ist die Kurzbezeichnung für ein WHO-Übereinkommen oder ein anderes internationales Instrument. Wir werden über die WGIHR (Working Group on Amendments to the International Health Regulations) sprechen. Hier handelt es sich schließlich um die Vereinten Nationen. Es gibt also eine Menge Akronyme. Sie ist die Arbeitsgruppe für Erweiterungen der internationalen Gesundheitsvorschriften. Wie gesagt sind beide Gremien Teilbereiche der Gesundheitsversammlung. Dies ist ein wichtiger Punkt für Parlamente, wenn Sie erlauben, denn sie fällen keine Entscheidungen. Die Entscheidung darüber, was schlussendlich eingeführt wird, liegt bei der Weltgesundheitsversammlung, wo natürlich jedes Mitgliedsland der WHO vertreten ist. Anschließend entscheidet jedes Land für sich, ob und inwiefern es sich daran binden möchte. Was bei

der Einführung in der Weltgesundheitsversammlung geschieht, hat keinen Einfluss auf die Freiheit jedes Landes (die WHO besteht aus 194 davon) selbst zu entscheiden, ob es dabei sein möchte oder nicht. Wie gesagt wird jeder dieser Prozesse von einem so genannten Büro geleitet, das aus Länderrepräsentanten besteht, die vom Gremium selbst, von der Arbeitsgruppe oder über Verhandlungen gewählt werden. Die WHO besteht aus sechs Regionen und es gibt sechs Personen, die jeden dieser Prozesse vereinfachen, eine aus jeder unserer Regionen. Und ich habe Ihnen einige Bilder versprochen. Dies sind die Leute, Diplomaten und andere entsprechende Personen aus jeder der Regionen, von links nach rechts. Die Namen hatten Sie schon. Ich erzähle Ihnen nur, woher sie gekommen sind. Es gibt die Region Europa repräsentiert durch die Niederlande, die Region Afrika repräsentiert durch Südafrika, in der Mitte die Region Amerika repräsentiert durch Brasilien, die Region Östliches Mittelmeer national repräsentiert durch Ägypten, die Region Westlicher Pazifik mit Japan und die Region Südostasien mit Thailand. So viel zum INB. Hier haben wir die Gruppe von Personen, die jeweils ein Land repräsentieren, die das Büro formen. Hier haben wir, wieder von links nach rechts, die USA, Indonesien, Saudi-Arabien, Neuseeland, Frankreich und Kenia. Dann haben wir das Mandat für das zwischenstaatliche Verhandlungsgremium, das von den Mitgliedstaaten entschieden wird. Im Dezember 2021 fand eine Sondersitzung der Weltgesundheitsversammlung statt, in der eine konventionelle Vereinbarung entworfen und verhandelt wurde, die nach dem Durchlaufen eines gewöhnlichen Ratifizierungsprozesses bindend sein würde. Ich höre hier mit dem Hinweis auf, dass die WHO eine solche Vereinbarung bisher nur ein weiteres Mal eingeführt hat, und zwar mit dem Rahmenübereinkommen zur Eindämmung des Tabakgebrauchs. Daran sind 182 Länder beteiligt, darunter natürlich auch Deutschland. Das einzige Mal, dass die WHO einen Vertrag, ein Übereinkommen, ein Abkommen vereinbart hat, war dieses Tabakübereinkommen. Hier sind die Gründe dafür, warum die Mitgliedstaaten sich entschieden haben, diesen Prozess zu beginnen. Im Grunde gab es das Gefühl, dass die Reaktion auf COVID-19 sehr lückenhaft war und es gibt drei Hauptziele. Das erste ist bessere Vorbereitung von der Gemeinde bis zum Staat, von der regionalen bis zur globalen Ebene. Das zweite ist eine



bessere Chance zur Vermeidung zukünftiger Pandemien zu haben. Und das dritte ist eine bessere und koordiniertere Reaktion. Das ist das Ziel. Wie wollen wir das also erreichen? Das zwischenstaatliche Verhandlungsgremium hat eine Reihe von Besprechungen. Ich finde, der wichtige Punkt auf dieser Folie ist, dass es ein iterativer Prozess ist. Der Text, von dem Sie wahrscheinlich gehört haben, der sogenannte Zero Draft, der öffentlich einsehbar ist, ist ein Verhandlungsdokument. Eine Menge von dem, was Sie gehört haben, taucht darin auf. Das alles wurde von Ländern und anderen Beitragenden, auch Interessenvertretenden, zusammengetragen, die ihre Ideen vorgetragen haben. Es handelt sich also definitiv um einen Verhandlungstext. Er hat noch lange nicht das finale Stadium erreicht, daher der Name „Zero Draft“. Wenn wir mit den Folien fertig sind, werde ich erläutern, was wir bezüglich dessen als Nächstes erwarten. Hier sehen Sie den Zero Draft und, wie gesagt, über den Link haben Sie Zugriff auf das Foliendeck.

Fahren wir nun mit der WGIHR fort. Hier ist das Mandat dafür. Im Mai 2022, ca. sechs Monate später, wurde entschieden, die Internationalen Gesundheitsvorschriften zu stärken. Die internationalen Gesundheitsvorschriften sind ein vorhandenes, geltendes, rechtlich bindendes Instrument für 196 Länder, mit dem umfassend auf Gesundheitsnotfälle reagiert und Vorbereitungen dafür getroffen werden können. Wie ist also dort die Lage? Länder, und zwar nur Länder, in denen die Internationalen Gesundheitsvorschriften gelten, haben Ergänzungen vorgeschlagen, Ergänzungsentwürfe, über 300 Ergänzungen. Die bearbeitet die WGIHR, geleitet von den sechs Personen, die ich Ihnen gezeigt habe. Das Ziel ist, bis Mai 2024, also in ca. 13 Monaten, eine Einigung zu erreichen. Es wird oft gesagt, „in so kurzer Zeit einen Vertrag zu erarbeiten ist unmöglich“. Es ist nicht einfach. Aber bei der WHO-Verfassung, die ein Vertrag und das Gründungsdokument der WHO aus dem Jahr 1946 ist, hat der Entwurf von Anfang bis Ende genau sechs Monate gedauert. Es gibt also einen Präzedenzfall, schnell zu arbeiten, wenn der politische Wille dazu besteht.

Dr. Clare Wenham (The London School of Economics and Social Science): Ich werde an Steve anschließen, denn er hat genau das vorgestellt, über das ich ein bisschen genauer sprechen wollte. Ich beleuchte es von einem akademischen Standpunkt

und ich hatte vor, in den nächsten sieben Minuten einige größere, konzeptionellere Gedankenkonstrukte zu den beiden Prozessen, die Steve beschrieben hat, vorzustellen. Außerdem möchte ich beschreiben, was wir in den letzten Jahren gelernt haben, wie das unser Denken über diese beiden Prozesse verbessert hat, was in beiden Prozessen geschehen muss und welche Herausforderungen wir bei den Verhandlungen zu den beiden meistern müssen. Zunächst finde ich es wichtig, sich anzuschauen, was bei den bisherigen Reaktionen staatlicherseits, während der COVID-Pandemie und vergangenen Gesundheitskrisen schiefgelaufen ist, da aufgrund dessen dieser Prozess zur Ergänzung der Internationalen Gesundheitsvorschriften und zur Verhandlung eines Pandemievertrags überhaupt erst notwendig geworden ist. Ich denke, wir können uns das auf mehrere verschiedenen Arten anschauen. Also, die Struktur, die wir momentan haben, die für alle Staaten rechtlich bindend ist, sind die internationalen Gesundheitsvorschriften.

Dadurch müssen die Staaten die Balance zwischen dem Schutz vor der internationalen Ausbreitung von Krankheiten und Maßnahmen dafür, die dem Risiko für das internationale Reisen und den Handel angemessen sind, finden. Aber das ist kein Allheilmittel. Es löst nicht alle Probleme. Die Pandemie vor kurzem hat eine Reihe von Fehlern offenlegt. Der erste ist, dass die IGV ein Mechanismus zur Vermeidung, Vorbereitung und Erkennung sind, kein Reaktionsmechanismus. Sie sind nicht dafür gemacht, eine große Pandemie zu bewältigen und darauf zu reagieren. Sie wurden dafür konzipiert, diese Pandemie gar nicht erst entstehen zu lassen. Das ist also eine wesentliche Einschränkung, die wir in Betracht ziehen müssen, wenn wir Ergänzungen der IGV und auch den Pandemievertrag diskutieren. Ein zweites Problem ist, dass die Rolle einer gesundheitlichen Notlage internationaler Tragweite nur eingeschränkt hinterfragt wurde, diese Sprache einer gesundheitlichen Notlage internationaler Tragweite (GNIT), die für COVID-19 zuerst im Januar 2020 erklärt wurde. Inzwischen sind viele Menschen in der Diskussion und auch in der Politik mehr auf das Wort „Pandemie“ fixiert, welches der Generaldirektor zuerst im März 2020 erwähnt hat. Wir müssen also verstehen, was dieser rechtliche Begriff „GNIT“ im Vergleich zum Begriff „Pandemie“ bedeutet. Außerdem haben wir gesehen, dass viele Regierungen von den Anforderungen, die sie durch die IGV haben, abgewichen sind.



Beispielsweise kann der Generaldirektor nach Artikel 15 unter den IGV temporäre Empfehlungen geben, indem er Regierungen effektiv empfiehlt, wie sie auf diesen sich entwickelnden Erreger reagieren sollten. Wir haben beobachtet, dass die Regierungen diese nicht bis ins Detail umgesetzt oder sie auf ihre eigene Art interpretiert haben. Es gab auch Gegenwehr gegen Artikel 43, in dem es um die Auferlegung zusätzlicher Gesundheitsmaßnahmen geht. Unter den IGV sollen Regierungen keine zusätzlichen Maßnahmen einführen, ohne diese Entscheidungen klar zu begründen und zu belegen. Das wurde bei den Reisebeschränkungen für Südafrika ab Januar 2021 mit der Omikronwelle besonders deutlich. Diese gingen über die Anforderungen und Empfehlungen der WHO hinaus und einige Regierungen konnten nicht klar und deutlich belegen, warum sie eingeführt wurden. Eine weitere Herausforderung mit den aktuellen Regelungen für Regierungen ist das Fehlen des Wortes „Gerechtigkeit“ in den Internationalen Gesundheitsvorschriften. Wie Sie alle wissen, haben sich die Herausforderungen um die Impfstoffgerechtigkeit und den Zugang zu medizinischen Gegenmaßnahmen durch diese Pandemie gezogen. Die IGV haben diese Kapazität schlicht und ergreifend nicht und eventuell liegt es auch nicht in ihrem Anwendungsbereich, den IGV diese Befugnis hinzuzufügen. Dies ist also ein weiterer Bereich, den man wunderbar in die Verhandlungen des Pandemievertrags aufnehmen könnte. Innerhalb der IGV hat es Herausforderungen zum Thema Datenaustausch und der Frage, ob es freien und zeitigen Informationsaustausch zwischen den Ländern und der WHO gibt, gegeben. Es gibt Herausforderungen in Sachen Finanzierung und Kooperation. Länder mit höherem Einkommen sind also dagegen, Länder mit niedrigerem Einkommen zu fördern, zu unterstützen und mit ihnen zusammenzuarbeiten, damit sie ihre Kapazitäten verbessern und auf eine Pandemie reagieren können. Außerdem haben sich während der COVID-Pandemie andere Governance-Probleme gezeigt, zum Beispiel die fehlende Berücksichtigung sekundärer Auswirkungen der Pandemiepolitik. Innerhalb der IGV gibt es also vor allem ein Gesundheitskonzept. Die sekundären Auswirkungen auf die Wirtschaft, auf soziale Strukturen, auf verschiedene vulnerable Gruppen und Gemeinschaften werden nicht unbedingt beachtet. Sie alle sind nicht in die IGV eingebettet. Und es gibt keinen nennenswerten Compliance-Mechanismus, worüber ich gleich sprechen

werde. Nun, das war mein Überblick über einige der Hauptprobleme, die wir im aktuellen Rahmenregelwerk festgestellt haben, vor allem bei den IGV. Allerdings wurden diese Probleme in mehreren weiteren Prüfungen der Pandemiepolitik während COVID-19 erkannt. Wir haben eine Reihe verschiedener unabhängiger Prüfungen gesehen, die im Grunde alle zur gleichen Schlussfolgerung gekommen sind, nämlich, dass die IGV als eigenständiger Teil der internationalen Gesetzgebung und als technisches Dokument durchaus robust ist und dass es zwar Lücken gibt, aber viele dieser Lücken durch eine ordentliche Umsetzung der IGV geschlossen werden können. Daher ist es nicht unbedingt der Inhalt, sondern eher die Umsetzung, auf die wir uns in Zukunft bei Ideen zur Verbesserung der Pandemiepolitik konzentrieren müssen. Ein weiterer wichtiger Punkt ist, denke ich, dass die Arbeitsgruppe für Pandemievorbereitung und -reaktion, die schließlich zur WGIHR wurde, wie Steve schon sagte, 2020 einen detaillierten Bericht verfasste, der 131 Empfehlungen zur Verbesserung der Pandemiepolitik umfasste. 101 davon konnten ihrer Meinung nach durch Umsetzung der aktuellen IGV erfüllt werden und nur 30 davon würden ein neues Pandemieinstrument erfordern. Doch wenn man sich diese 30 Empfehlungen genauer anschaut, wenn man eine strikte Umsetzung und ein striktes Verständnis der IGV-Funktionsweise anwendet, können sie alle auf diese Art erfüllt werden. Daher war die einzige von der Arbeitsgruppe erarbeitete Empfehlung, die den Pandemievertrag statt besserer Umsetzung erforderte, die Empfehlung, laut der ein Rahmenübereinkommen eingeführt werden muss. Nun, ein weiterer wichtiger Bereich, der beachtet werden muss, ist, wie diese beiden Prozesse zusammenhängen werden. Es gab viele Kommentare und Diskussionen darüber, wie man das am besten angeht, wo man Zusammenwirken verstärkt und wo man Themen in verschiedene Bereiche aufteilt. Doch ich denke, bei all dieser Diskussion ist es auch wichtig, sich bewusst zu machen, dass diese Gespräche rund um die Pandemiepolitik nicht nur im Pandemievertrag und den IGV-Überarbeitungen vorkommen. Wie Anna Holzscheiter zuvor sagte, gibt es momentan über die Politiklandschaft und verschiedene Institutionen verteilt erhebliches Forum Shopping, sowohl innerhalb der WHO als auch in der Weltbank, in der United Nations (UN)-Generalversammlung, in der Welthan-



delsorganisation (WTO) und an der neuen vorgeschlagenen multilateralen Plattform für Zugang zu medizinischen Gegenmaßnahmen. Das Risiko dabei ist also, dass verschiedene Mechanismen verschiedene Bereiche der Pandemiereaktion verwalten werden. Für mich ist das ein Risiko, denn a) könnte es bedeuten, dass verschiedene Regierungen an verschiedenen Orten verschiedene Instrumente ratifizieren oder bewilligen, was zu einem sehr fragmentierten und umständlichen System führen könnte, um zukünftige Pandemien bewältigen zu können. Daher denke ich, dass US-Parlamentarier und Regierungen ganz genau darüber nachdenken müssen, wie man dies am besten aufeinander abstimmt, wo man verschiedene Themenbereiche ansiedelt und wie man sicherstellt, dass keine Doppelungen und/oder direkte Konkurrenz zwischen den verschiedenen Instrumenten entsteht.

Ich werde mich nun zum Abschluss nur noch auf eine der Fragen konzentrieren, die ich ansprechen sollte, und zwar: Wird der Pandemievertrag in seiner aktuellen Funktion den Erwartungen entsprechen? Ich denke, es gibt eventuell drei Bereiche, die genauer betrachtet werden müssen. Der erste ist die Betrachtung der WHO als regierungsfähiger Ort. Wie wir wissen, ist die WHO eine Organisation, die aus Mitgliedstaaten besteht und diese repräsentiert und in ihrem Namen handelt. Sie hat aber abgesehen von Mechanismen zur Anprangerung keinen eingebauten Compliance-Mechanismus, um Bereiche der internationalen Gesetzgebung wirksam durchsetzen zu können. Ich denke, man muss darüber nachdenken, wie man am besten sicherstellt, dass Regierungen sich in Zukunft an einen Pandemievertrag halten werden, obwohl wir von der Diagnose des Problems mit den IGV wissen, dass Compliance eine deren Hauptschwächen ist. Doch vielleicht ist es strategisch. Vielleicht ist der Grund, dass die WHO als zukünftiger regierungsfähiger Ort ausgewählt wurde, die Tatsache, dass sie diesen Mechanismus nicht hat. Vielleicht möchten Regierungen nicht von einer Gewalt mit größerer Sanktionierungsmacht zur Verantwortung gezogen werden. Aber ich denke, wir müssen diese Fragen, „Warum die WHO?“ und „Was können wir tun, um der WHO mehr Macht zu verleihen?“ genau durchdenken, falls der Pandemievertrag in diesen Bereich fallen wird. Nun, es gab Diskussionen darüber, den Prozess als Mechanismus zur Stärkung der WHO zu nutzen, und ich glaube, dass dies

noch viel genauer betrachtet werden muss. Außerdem muss mit den Anwälten und Rechtsexperten darüber gesprochen werden, wie man das am besten angeht, denn die Alternative ist, wie gesagt, eine Art Rat für Bedrohungen der globalen Gesundheit zu gründen, vom UN-Sicherheitsrat übernommen oder inspiriert, und das birgt auch Probleme mit weiterer Fragmentierung. Wir müssen diese beiden Prozesse also miteinander ausbalancieren. Ein zweites Problem, das es meiner Meinung nach mit der Erfüllung von Erwartungen gibt, ist die Natur eines Rahmenübereinkommens. Im Zero Draft wurden bisher 38 Artikel vorgeschlagen. Das wird schon schwierig zu verhandeln, aber dann wird es noch die weiteren Themen der Protokolle und der Umsetzung geben. Es gibt ein sehr wahrscheinliches Szenario, in dem verschiedene Regierungen verschiedene Protokolle übernehmen, aber nicht andere. Dieser Patchwork-Ansatz wird auch zu weiteren Spannungen führen, wenn und falls es zu einer weiteren Epidemie oder einem Erreger oder einer Pandemie kommt – haben die richtigen Regierungen die richtigen Bestandteile übernommen, um diese Pandemie ordentlich bewältigen zu können? Außerdem, wie ich schon einige Male erwähnt habe: eine dritte Überlegung muss die Compliance sein. Erhöht man sie mit Anreizen oder mit mehr Sanktionierungsfähigkeit? Nun, ein großer Teil der aktuellen Debatte, auf jeden Fall in der Literatur und der Konversation, scheint sich um die wichtigste Herausforderung bei der Compliance zu drehen: die Fähigkeit von Ländern mit geringem Einkommen, die Anforderungen dieser Mechanismen zu erfüllen. Doch ich denke, wir müssen nicht nur Länder mit geringem Einkommen betrachten, die sich während COVID-19 nicht an die IGV gehalten haben. Wir müssen andere Mechanismen zur Verbesserung der Compliance in Betracht ziehen. Sie lässt sich nicht einfach einhalten, indem man das Problem mit Geld löst und indem man Ländern mit geringem Einkommen dafür Geld gibt. Wir haben in den G7-Ländern erhebliche Umsetzungs- und Compliance-Lücken beobachtet, die neben innenpolitischen Interessen und globaler Gesundheitspolitik in Betracht gezogen werden müssen.

Der Vorsitzende: Ich gebe jetzt Frau Dr. Viviana Muñoz Tellez vom South Centre das Wort.



Dr. Viviana Munoz (The South Centre): Meine Institution, das South Centre, ist eine zwischenstaatliche Organisation aus Entwicklungsländern aus den Entwicklungslandregionen Lateinamerika, Afrika und Asien. Wir fungieren als Denkfabrik für Entwicklungsländer mit Sitz in Genf. Zuerst möchte ich kurz auf die Frage nach den Lektionen durch COVID-19 zurückkommen. Ich glaube, eine wichtige Lektion war, dass es insgesamt eine Unterinvestition im Gesundheitsbereich gibt. Zweitens, dass wir in der Tat ein fragmentiertes globales Gesundheitssystem haben, was wieder den Blick auf die zentrale Rolle der WHO gelenkt hat, was wiederum die Aufmerksamkeit darauf zurückgelenkt hat, was die potenziellen WHO-Mechanismen im Vergleich zu anderen sein könnten. In den vergangenen Jahren gab es viele Rückmeldungen zur Entwicklung von Mechanismen außerhalb der WHO. Es war also auch eine Bekräftigung der Bedeutung, die WHO im Zentrum zu haben. Drittens ist generell ein weiteres wichtiges Problem, dass wir die tiefen Ungleichheiten, die sich auch mehrere Bereiche beziehen, noch nicht angesprochen haben. Doch im Gesundheitsbereich ist die Erwartung, dass in die Gesundheit investiert wird, selbst wenn Länder innenpolitisch sehr durch die Linse der nationalen Sicherheit oder durch die Linse der Menschenrechte und des Rechts auf Gesundheit für alle beschäftigt sind – je nach Land ist das nicht ausreichend. Wenn wir andere Länder bei Bedrohungen durch Infektionskrankheiten und Erreger und nun mit der Verbindung zu hygienischen Krankheiten im Stich lassen, müssen wir offensichtlich auch darüber nachdenken, wie wir diese Kapazitätslücken in anderen Ländern angehen. Wie Dr. Tedros von der WHO sagte, sollte niemand zurückgelassen werden. Nun ist uns auch bewusst, dass wir alle betroffen sind und es eine vereinte Reaktion sein muss. Wie andere schon erwähnt haben, waren wir definitiv auf manches, was wir während COVID-19 erlebt haben, nicht vorbereitet. Es gab viele Studien der WHO-Experten darüber, wie die Internationalen Gesundheitsvorschriften sowohl umgesetzt wurden als auch funktionieren, und zwar im Hinblick auf vorangegangene internationale Ausbrüche, wie zum Beispiel Ebola. Deutlich ist die Tatsache, dass die IGV-Länder nicht in der Lage sind, die minimalen Kapazitäten der Vorbereitung auf Ausbrüche von Notlagen auf regionalem Niveau zu erreichen, geschweige denn die, die sich auf der ganzen Welt ausbreiten. Außerdem

hatten wir keine koordinierte Reaktion. Sobald wir also die Pandemielage hatten, waren verschiedene nationale Aktivitäten von Panik bestimmt und ein erhebliches Problem bei der Reaktion selbst war der Mangel an Koordination. Drittens und definitiv nicht am unwichtigsten war die Tatsache, dass COVID-19 ein Beispiel des disproportionalen Effekts von Ländern mit geringem und mittlerem Einkommen während der Pandemie war. Dies ist grundsätzlich ein Problem für die Welt. Es ist also ein globales Problem, das wir haben: Eine Anzahl an Ländern, die nicht einmal in der Lage sind, die grundlegendsten Anforderungen zu liefern. Für Entwicklungsländer geht es zusätzlich darum, Mechanismen zur Pandemievermeidung und dann zur Reaktion zu entwickeln. In Bezug auf die COVID-19 Pandemie haben wir gesehen, dass sie ungleich war. Daher gibt es die Forderung, dass bei einem Teil der Reaktionen auf zukünftige Pandemien die Gleichheit im Mittelpunkt stehen muss. Das bedeutet, konkret sicherzustellen, dass nationale oder regionale Maßnahmen nicht so durchgeführt werden, dass der Mangel an Kapazitäten bestimmter Länder, wie in der Vergangenheit geschehen, nicht beachtet wird. Das ist ein Element. Es basiert auf Kooperation oder Solidarität. Ein weiteres Element ist, dass wir bei Ländern, die nicht die gleichen Kapazitäten haben, davon ausgehen müssen, dass sie eventuell nicht die gleichen Auflagen erfüllen können. Damit meine ich, dass wir, wenn wir ein neues internationales Instrument einführen, nicht unbedingt allen Mitgliedstaaten das gleiche Niveau an Verpflichtungen und Auflagen auferlegen können. Andernfalls erhalten wir nicht die notwendige effektive Reaktion. Während wir darüber nachdenken, welche Maßnahmen für eine weltweit koordinierte Reaktion effektiv sind, müssen wir außerdem sicherstellen, welche Maßnahmen Ländern, die schon bei den Anforderungen der Internationalen Gesundheitsvorschriften im Rückstand sind, dabei helfen, aufzuholen. Nach aktuellem Stand der Dinge dreht sich die Diskussion über die Verhandlungen auf Basis des Zero Draft für einen Pandemievertrag im Grunde um das, was wir schon über die Probleme mit den Internationalen Gesundheitsvorschriften wissen, beispielsweise ein schwacher Artikel zur Kooperation. Es gibt einen Artikel, der, wie man sagen könnte, bereits den Anwendungsbereich eines etwaigen Gleichheitsproblems enthält, indem gesagt wird, dass vor allem Industrieländer Entwicklungsländer beim Aufbau der Kernkapazitäten, die



sie nach den Internationalen Gesundheitsvorschriften benötigen, unterstützen sollten. Wir sehen, dass dieser Artikel nicht ausreicht, um das Niveau an finanziellem und technischem Kapazitätsaufbau für Entwicklungsländer zu generieren. Daher bricht in einer Situation wie COVID-19 Chaos aus. Die meisten Länder, die die wenigsten Kapazitäten haben, sind die letzten, die wir für zusätzliche Gesundheitsinvestitionen in Betracht ziehen. Wir brauchen also Mechanismen, die direkt vor einer Krisensituation für Entwicklungsländer wirken können. Mit dem Zero Draft sehen wir momentan, dass er einige dieser Einschränkungen bei den Internationalen Gesundheitsvorschriften potenziell behandeln könnte, indem er allgemeiner formuliert wird. Wir können uns dem Thema, wie man den Aufbau von Kernkapazitäten in Entwicklungsländern unterstützen könnte, noch näher widmen. Dies geht über die Finanzierung hinaus. Die Lösung besteht nicht nur aus finanziellen Mechanismen, sondern wir müssen auch sicherstellen, dass wir beispielsweise ein besseres System für Forschung und Entwicklung haben, das weltweit besser koordiniert ist. Eines der großen Probleme bei der Reaktion lag im Bereich der unterschiedlichen nationalen Reaktionen auf die Nutzung öffentlicher Gelder zur Finanzierung von Aktivitäten im privaten Sektor sowie Forschung und Entwicklung, vor allem der Impfstoffproduktion. Sobald wir also neue Innovationen hatten, gab es einen Mangel an Koordination. Es gab einen Wettbewerb bei der Nutzung von Vorverträgen und in diesen Verträgen gab es einen Mangel an Gleichheitsregelungen, die es zum Beispiel ermöglicht hätten, in Entwicklungsländern die Produktionskapazität auf regionaler Ebene zu beschleunigen, damit sie schnell mit der Produktion ihrer eigenen Impfstoffe oder anderer wichtiger Einsätze oder Gegenmaßnahmen zur Bewältigung der COVID-19-Pandemie hätten beginnen können. In diesen Bereichen sehen wir, dass Regierungen – und deshalb ist dies ein sehr wichtiger Punkt für Parlamentarier – viel mehr dafür hätten tun können, einen besseren Deal vom privaten Sektor zu erhalten, vor allem, da ein großer Teil des Geldes vom öffentlichen Sektor bereitgestellt wurde. Es gab keine ausreichende Transparenz zur Natur dieser vertraglichen Bestimmungen. Der private Sektor hatte also die Oberhand, wie wir im Forschungs- und Entwicklungs-(F&E) System gerade im Allgemeinen sehen. Wir glauben, dass es eine sehr wich-

tige Chance für den Pandemievertrag ist, das weltweite System für Forschung und Entwicklung zu verbessern, sodass es besser auf die Bedürfnisse des Gesundheitswesens reagieren kann, und nicht nur auf Profitanreize des privaten Sektors. Wir müssen also einen besseren Mechanismus für Partnerschaften des öffentlichen und privaten Sektors schaffen und so die Rolle der öffentlichen Finanzierung auf eine Art und Weise aufbauen, die bessere Gesundheitsfolgen wie z. B. der Finanzierung darum, wie sie die regionale Produktionskapazität erhöhen können, ohne in Notlagen im Wettbewerb mit der Bereitstellung notwendiger Ressourcen für Industrieländer zu stehen. Eine schnellere Reaktion würde der ganzen Welt helfen. Dies ist der Grund dafür, warum die Themen des Technologietransfers und der Sicherstellung eines besseren Deals in den vertraglichen Bestimmungen für Forschung und Entwicklung, Produktbeschaffung und Vorverträgen ebenfalls wichtige Bestandteile des Pandemievertrags sein würden.

Abg. **Tina Rudolph** (SPD): Ich habe eine Frage an Steven Solomon. Sie betrifft vor allem die Präsentation von Dr. Wenham. Was würden Sie sagen, sind die Säulen, die im Pandemievertrag enthalten sein sollten, momentan aber nicht darin enthalten sind, die nicht von den aktuell bestehenden Gesundheitsvorschriften abgedeckt werden? Können Sie das für uns argumentieren? Warum brauchen wir den Vertrag und warum reicht die Arbeit an den Gesundheitsvorschriften nicht aus? Finden Sie, dass im Vermeidungsteil des aktuellen Entwurfs, vor allem in Bezug auf die Vermeidung des Klimawandels und des Schutzes der Biodiversität, diese Themen angemessen behandelt werden?

Steven Solomon (Weltgesundheitsorganisation (WHO)): Sehr gute Frage, aber meine Kollegen möchten vielleicht etwas hinzufügen. Um eine bessere Reaktion auf die nächste Pandemie zu schaffen, muss die Herstellungskapazität für Impfstoffe und andere Produkte zur Pandemiereaktion besser verteilt sein. Es muss eine regional verteilte Herstellung geben. Es bedarf besserer Vorbereitung im Sinne von stärkerer Überwachung und schnellerer und verlässlicherer Freigabe der Erreger selbst und ihrer Gensequenzinformationen. Man braucht einen „ganzheitlichen Gesundheitsansatz“ mit der Umwelt-Tier-Mensch-Schnittstelle, um Pandemien



besser verhindern zu können. Ob die IGV das alles tragen können, ist eine gute Frage, aber hier ist vor allem das Zusammenspiel anderer Regimes wie der Konvention über biologische Vielfalt, dem Nagoya-Protokoll, wichtig. Man kann etwas auf eine Art aufbauen, die der Industrie rechtliche Sicherheit gibt, die den Industrieländern größeren und sichereren Zugriff auf die Erreger und die Gensequenzdaten selbst gibt, die Entwicklungsländer besser befähigt, ihre eigene Produktion aufzubauen und ihnen Zugang zu Produkten im Fall der nächsten Pandemie zu gewähren. Ein Weg, die Zivilgesellschaft besser an Partnerschaften teilhaben zu lassen, und sie spielt eine immer wichtigere Rolle, und Gemeinschaften die Mittel zu geben, ist, in ihrem nationalen Kontext mitzuarbeiten. Der Vertrag ist ein einzigartiges Mittel dafür, da sein Anwendungsbereich unbegrenzt ist. Nach der WHO-Verfassung ist der Anwendungsbereich der IGV sehr eingeschränkt. Der Vertrag kann alles zum Thema Vorbereitung auf, Verhinderung von und Reaktion auf Pandemien enthalten. Die Frage ist also, was die Verfassung sagt. Wenn man sich anschaut, was zu tun ist, bleibt nur die Schlussfolgerung, dass ein Vertrag notwendig ist, um eine Reihe von Dingen zu bearbeiten, die über den Anwendungsbereich der IGV hinausgehen.

Abg. **Dr. Georg Kippels** (CDU/CSU): Das ist eine Frage zur Risikoeinschätzung an Frau Doktor Wenham. Ist es strategisch klug gewesen, zum jetzigen Zeitpunkt beide Verhandlungen aufzunehmen, oder wäre es nicht besser gewesen, aufgrund der Dringlichkeit sich zunächst einmal auf den Pandemievertrag zu konzentrieren?

Dr. Clare Wenham (The London School of Economics and Social Science): Ich stimme Ihrer Einschätzung zu. Ich glaube nicht, dass es klug war, beide Prozesse gleichzeitig zu beginnen, denn ich denke, es besteht das Risiko, dass zwei Prozesse nebeneinander herlaufen und man versucht herauszufinden, wo Dinge hingehören und dann fallen sie möglicherweise heraus oder man sagt, das gehört hier hin, aber dann wird es dort nicht angenommen. Ich glaube, es wäre eine wesentlich bessere Idee gewesen, sie nacheinander zu machen, denn dann weiß man, was in einem vorkommt und kann mit dem anderen die Lücken schließen. Ich würde allerdings sagen, dass es besser gewesen wäre, mit

den IGV-Ergänzungen anzufangen, bevor man mit dem Pandemievertrag fortfährt, da diese unsere vorhandene, rechtlich bindende internationale Gesetzgebung sind. Das heißt, diese abzuschließen und den Anwendungsbereich und die Einschränkungen davon zu verstehen, wie Steven gerade erwähnt hat, wäre das erste Puzzleteil und der Pandemievertrag oder andere Prozesse könnten darauf folgen.

Der **Vorsitzende**: Es tut mir sehr leid, dass das Ganze so kurz ausgefallen ist, insbesondere zu diesen wichtigen Themen. Wir machen jetzt den letzten TOP Verschiedenes. Gibt es aus der Runde noch Redebedarf unter dem Punkt Verschiedenes? Das sehe ich nicht. Unsere nächste Sitzung ist am 22. Mai. Da geht es um die Gesundheitsfachkräfte und Europa als Akteur der globalen Gesundheit. Ich wünsche einen schönen Abend und einen guten Start in diese Woche.

Schluss der Sitzung: 18:47 Uhr

Prof. Dr. Andrew Ullmann, MdB
Vorsitzender