

Jusletter

Vergisst die WHO über ihren sicherheitsfokussierten Ansatz der Covid-19-Pandemiebekämpfung den Menschenrechtsschutz? (Teil 2)

Das Beispiel der globalen medizinischen Gegenmassnahme Covid-19-Impfung

Autoren/Autorinnen: Silvia Behrendt / Amrei Müller

Beitragsart: Wissenschaftliche Beiträge

Rechtsgebiete: Gesundheitsrecht, Menschenrechte

DOI: 10.38023/04359066-570f-4c92-935e-847417737de7

Zitiervorschlag: Silvia Behrendt / Amrei Müller, Vergisst die WHO über ihren sicherheitsfokussierten Ansatz der Covid-19-Pandemiebekämpfung den Menschenrechtsschutz? (Teil 2), in: Jusletter 24. Januar 2022

Dieser Beitrag analysiert, inwieweit der sicherheitsfokussierte Ansatz der WHO Covid-19-Pandemiebekämpfung, insbesondere die von der WHO empfohlene medizinische Gegenmassnahme zur weltweiten Durchführung von Covid-19-Impfungen, mit den menschenrechtlichen Verpflichtungen der WHO und der ihrer Mitgliedsstaaten vereinbar ist. Diese Verpflichtungen ergeben sich u.a. aus Artikel 3 (1) der Internationalen Gesundheitsvorschriften (IGV). Der Schwerpunkt liegt auf einer Diskussion der Vereinbarkeit mit dem Verbot unfreiwilliger Teilnahme an medizinischen oder wissenschaftlichen Experimenten und dem Verbot medizinischer Behandlung ohne freie und informierte Zustimmung und den Rechten auf Zugang zu wirksamen und sicheren Medikamenten und zu gesundheitsbezogenen Informationen.

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung
2. Menschenrechtliche Verpflichtungen der WHO
3. Der PHEIC unter den IGV und die Notstandsklauseln in internationalen Menschenrechtsverträgen
4. Die medizinische Gegenmassnahme Covid-19-«Impfung» und die menschenrechtlichen Verpflichtungen der WHO
 - 4.1. Verbot unfreiwilliger Teilnahme an medizinischen oder wissenschaftlichen Experimenten und Verbot medizinischer Behandlung ohne freie und informierte Zustimmung
 - 4.2. Recht auf Zugang zu sicheren und wirksamen Medikamenten und Medizinprodukten
 - 4.3. Recht auf Zugang zu gesundheitsbezogenen Informationen
5. Schlussbetrachtung

1. Einleitung

[1] In Teil 1 dieses Beitrags¹ wurde erläutert, dass die WHO in ihrer Covid-19-Pandemiebekämpfungsstrategie auf einen von der Global Health Security (GHS)-Doktrin bestimmten, sicherheitsfokussierten Ansatz setzt. Dies wird durch einschlägige Bestimmungen in den Internationalen Gesundheitsvorschriften (IGV)² ermöglicht. Relevant ist hier erstens insbesondere Artikel 12 IGV, der dem WHO-Generaldirektor die weitreichende Kompetenz

einräumt, eine Art globalen Gesundheitsnotstand (Public Health Emergency of International Concern [PHEIC]) zu deklarieren und mit der Unterstützung eines Notfallausschusses (Covid-19 IHR Emergency Committee³) Empfehlungen für medizinische und nicht-medizinische Gegenmassnahmen an die WHO-Mitgliedstaaten zu geben.⁴ Zweitens spiegelt der weite Anwendungsbereich der IGV,⁵ der die Bekämpfung nicht nur von natürlich auftretenden Krankheitserregern umfasst, sondern auch von Erregern, die über bioterroristische Angriffe oder Laborunfälle freigesetzt wurden, und damit einen «all-hazards»-Ansatz verkörpert, die GHS-Doktrin wider. Die GHS-Doktrin wurde über einen grundlegenden Revisionsprozess des alten WHO-Sanitärreglements in diese und andere Bestimmungen der IGV integriert, unter anderem unter dem Einfluss US-amerikanischer Bioabwehrstrategien (besonders nach dem 11. September 2001) sowie der intensivierten Forschung an SARS-CoV Viren in Folge des SARS Ausbruches 2002/03, der den zweischneidigen Charakter der Forschung an SARS-CoV Viren international offenlegte.⁶

[2] Teil 1 zeigte sodann, wie diese von der GHS-Doktrin bestimmte Pandemiebekämpfungsstrategie in den vom WHO Covid-19-Notfallausschuss empfohlenen medizinischen und nicht-medizinischen Gegenmassnahmen rund um die globale Impfkampagne gegen Covid-19 zum Ausdruck kommt. Zwei wichtige Aspekte in diesem Kontext sind erstens die Listung experimenteller «Impfstoffe» über die Emergency Use Listing Procedure (EULP) der WHO, die in der Praxis einer weltweiten quasi-Notfallzulassung dieser «Impfstoffe»⁷ gleichkommt, und der die globale Verteilung der «Impfstoffe» über GAVI/Covax ermöglicht; und zweitens die weitreichende Kontrolle von Informationen über die Krankheit Covid-19 und die «Impfstoffe» via Infodemic Management.

[3] Der nun folgende zweite Teil widmet sich der Frage, inwieweit dieser sicherheitsfokussierte Ansatz – insbesondere die genannten WHO-Aktivitäten in Bezug auf Covid-19-«Impfstoffe» – mit den menschenrechtlichen Verantwortlichkeiten und Verpflichtungen der WHO und ihrer Mitgliedstaaten zu vereinbaren ist. In der bisherigen Diskussion wird zwar die Wichtigkeit des internationalen Menschenrechtsschutzes im Kontext von Solidaritätsaufrufen an reiche Länder, den gleichberechtigten Zugang zu Covid-19-«Impfstoffen» in armen Ländern sicherzustellen, sowohl von der WHO⁸ als auch von UN-Menschenrechtsorganen⁹ und Akademikern¹⁰ betont. Allerdings werden andere aus menschenrechtlicher Sicht höchst relevante Aspekte kaum thematisiert,¹¹ von denen einige in den folgenden Abschnitten im Überblick diskutiert werden.

[4] Zunächst wird kurz herausgestellt, aus welchen Rechtsquellen sich die menschenrechtlichen Verantwortlichkeiten und Verpflichtungen der WHO herleiten, und welche Menschenrechte besonders von den Aktivitäten der WHO im Kontext der globalen Covid-19-PHEIC Gegenmassnahme «Impfungen» tangiert sind (Abschnitt 2). Abschnitt 3 stellt klar, dass die Ausrufung eines PHEIC durch die WHO grundsätzlich weder automatisch in den internationalen oder europäischen Menschenrechtsschutz noch die nationalen Grundrechtsordnungen eingreift, etwa durch die zwangsläufige Aktivierung von Notstandsklauseln. Abschnitt 4 analysiert sodann mögliche Verletzungen einiger Rechte durch die in Teil 1 dieses Beitrags beschriebenen WHO-Aktivitäten im Bereich Covid-19-«Impfstoffe». Der Artikel endet mit einer zusammenfassenden Schlussbetrachtung (Abschnitt 5).

2. Menschenrechtliche Verpflichtungen der WHO

[5] Eine im Kontext der WHO Covid-19-Pandemiebekämpfung wenig beachtete Bestimmung in den IGV ist Artikel 3 (1) IGV. Dieser Artikel legt den Grundsatz der Menschenrechtskonformität als ersten Implementierungsgrundsatz der IGV fest. Die Durchführung der IGV muss «unter uneingeschränkter Achtung der Würde des Menschen, der Menschenrechte und

Grundfreiheiten» erfolgen.¹² Diese Verpflichtung richtet sich auch an die WHO,¹³ einschliesslich ihres Covid-19-Notfallausschusses und an den WHO-Generaldirektor, wenn diese befristete Empfehlungen zu medizinischen und nicht-medizinischen Gegenmassnahmen ausarbeiten und abgeben.¹⁴ Menschenrechtliche Verpflichtungen¹⁵ der WHO ergeben sich des Weiteren aus Artikel 3 (2) IGV, welcher auf die WHO-Verfassung und die UN-Charta Bezug nimmt.¹⁶ Die WHO-Verfassung enthält in ihrer Präambel das Menschenrecht auf Gesundheit, und die menschenrechtlichen Artikel der UN-Charta richten sich an die UN und ihre Sonderorganisationen.¹⁷ In den Artikeln 1 und 2 sowie 55 und 56 UN-Charta werden die Staaten aufgefordert, *in Zusammenarbeit mit den UN* «die allgemeine Achtung und Verwirklichung der Menschenrechte und Grundfreiheiten für alle [...] ohne Unterschied»¹⁸ zu fördern. Auch Resolutionen des UN-Sicherheitsrats oder anderer UN-Organe, in denen menschenrechtliches Gewohnheitsrecht¹⁹ zum Ausdruck kommt – etwa der Allgemeinen Erklärung der Menschenrechte (AEMR)²⁰ – können von Bedeutung sein; sowie allgemein der *corpus juris* der UN-Menschenrechtsverträge und ihrer Interpretation durch UN-Menschenrechtsorgane.²¹ Schliesslich heben viele der internationalen Menschenrechtsverträge die Rolle der UN und ihrer Sonderorganisationen hervor, die Staaten bei der Umsetzung dieser Verträge zu unterstützen.²²

[6] Im Kontext der durch die WHO notfallbedingt gelisteten Covid-19-«Impfstoffe» sind eine Reihe von Menschenrechten, die sich in internationalen und regionalen Verträgen wie auch im Gewohnheitsrecht finden, betroffen. Unter diesen sind: das Recht, nicht gefoltert oder unmenschlich oder erniedrigend behandelt zu werden;²³ das Recht auf Privatsphäre²⁴ und das Recht auf körperliche und geistige Unversehrtheit der Person,²⁵ einschliesslich des Rechts, nicht einvernehmlich medizinischen oder wissenschaftlichen Experimenten unterzogen zu werden²⁶ oder sich ohne freie und informierte Zustimmung einer medizinischen Behandlung auszusetzen;²⁷ das Recht auf Gesundheit,²⁸ insbesondere das Recht auf Zugang zu sicheren und wirksamen Arzneimitteln und anderen medizinischen Produkten sowie das Recht auf Zugang zu gesundheitsbezogenen Informationen,²⁹ wobei das letztgenannte Recht auch durch das Recht auf freie Meinungsäusserung und das Recht, Informationen und Ideen frei zu empfangen und weiterzugeben, gestützt wird;³⁰ und das Recht auf Wissenschaft,³¹ einschliesslich des Rechts, an wissenschaftlichen Prozessen teilzuhaben und diese zu organisieren,³² und vor möglichen nachteiligen Auswirkungen und Gefahren wissenschaftlicher Innovationen und ihrer Anwendungen geschützt zu werden.³³

[7] Näher ausgeführt und interpretiert für den Kontext der Biomedizin werden diese Rechte unter anderem in dem verbindlichen Übereinkommen über Menschenrechte und Biomedizin (Oviedo-Konvention) des Europarats von 1997³⁴ und dessen Zusatzprotokoll über Biomedizinische Forschung von 2005³⁵ sowie in zahlreichen (unverbindlichen) internationalen Erklärungen und fachlichen Leitlinien wie bspw. der Allgemeinen Erklärung über Bioethik und Menschenrechte von 2005,³⁶ dem Nürnberger Kodex von 1947,³⁷ der Deklaration von Helsinki³⁸ und den *International Ethical Guidelines for Health-related Research Involving Humans*.³⁹

3. Der PHEIC unter den IGV und die Notstandsklauseln in internationalen Menschenrechtsverträgen

[8] Wie in Teil 1 ausgeführt, wurde das von der GHS-Doktrin beeinflusste Konzept des PHEIC im Rahmen der Revision 2005 neu in die IGV aufgenommen. Der PHEIC soll eine Art internationalen Notstand darstellen, ähnlich den Ausnahmeständen, die sich in vielen nationalen Rechtsordnungen finden.⁴⁰ In der Schweiz wurde infolge der Verpflichtung zur Implementierung der revidierten IGV das Epidemiegesetz 2012 massgeblich überarbeitet und nach einem dreistufigen Modell, das eine normale, besondere und aussergewöhnliche

epidemiologische Lage⁴¹ vorsieht, PHEIC-konform gestaltet.⁴² Das deutsche Infektionsschutzgesetz sieht eine «epidemiologische Notlage» vor, die unter anderem an einen von der WHO erklärten PHEIC geknüpft ist.⁴³ Über das Feststellen epidemiologischer Lagen legitimieren sich Abweichungen von bisher gültigen Gesetzen und Grundrechten in der Schweiz und Deutschland, sowie vielen anderen Ländern,⁴⁴ einschliesslich der Rechte, die auch über europäische und internationale Menschenrechtsverträge geschützt sind.

[9] Dabei ist anzumerken, dass von Seiten der IGV kein Automatismus besteht, der die Notstandsklauseln in Menschenrechtsverträgen oder nationalen Verfassungen aktiviert. Ein von der WHO ausgerufener PHEIC wird nur in den seltenen Fällen als «öffentlicher Notstand, der das Leben der Nation bedroht» unter Artikel 4 (1) UN-Zivilpakt und Artikel 15 EMRK zu qualifizieren sein, wenn dieser eine ganz aussergewöhnliche Krisensituation darstellt, die «die gesamte Bevölkerung betrifft [...] und eine Bedrohung für das organisierte Leben der Gemeinschaft darstellt, auf die sich die staatlichen Strukturen stützen.»⁴⁵ Obwohl einige Staaten im Frühjahr 2020 ihre Derogationen sowohl vom UN-Zivilpakt als auch von der EMRK an das UN-Generalsekretariat⁴⁶ und/oder den Europarat⁴⁷ meldeten und mit dem Auftreten von SARS-CoV-2 begründeten, so kann zumindest in Frage gestellt werden, ob dies bei der doch niedrigen durchschnittlichen Infektionssterblichkeitsrate (IFR), die im Bereich der saisonalen Influenza liegt, ⁴⁸ gerechtfertigt war und ist.⁴⁹

[10] Sollte dennoch angenommen werden, dass ein von der WHO erklärter PHEIC die Ausrufung eines öffentlichen Notstands unter dem Menschenrechtssystem in Extremsituationen tatsächlich rechtfertigt – bspw. wenn der PHEIC auf Grund eines sich verbreitenden Virus erklärt wird, der um ein Vielfaches gefährlicher ist als SARS-CoV-2, etwa Ebola mit einer IFR von 50%⁵⁰ – so müssen Vertragsstaaten dennoch die in Artikel 4 UN-Zivilpakt und Artikel 15 EMRK festgeschriebenen Grundsätze befolgen. Insbesondere können einige der oben genannten Menschenrechte generell nicht ausser Kraft gesetzt werden, da sie als notstandsfest gelten. Das gilt vor allem für das Folterverbot und das Verbot grausamer, unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung, welches das Verbot einschliesst, Menschen unfreiwillig medizinischen oder wissenschaftlichen Experimenten auszusetzen,⁵¹ und für das Recht auf Leben.⁵² Bei anderen Rechten, etwa dem Recht auf Zugang zu sicheren und wirksamen Medikamenten und Medizinprodukten und auf Zugang zu gesundheitsbezogenen Informationen sowie dem Recht auf körperliche Unversehrtheit, ist es schwer vorstellbar, dass ein Ausserkraftsetzen erforderlich und verhältnismässig⁵³ ist, um das übergeordnete Ziel, welches jegliche Notstandsmassnahmen haben sollten, zu erreichen: die Wiederherstellung der Normalität⁵⁴ einer funktionierenden demokratischen Ordnung, die es Staaten erst ermöglicht, ihren sämtlichen menschenrechtlichen Verpflichtungen nachzukommen.⁵⁵

[11] Des Weiteren ist anzumerken, dass insbesondere das Folterverbot und das Verbot der zwangsweisen Teilnahme an medizinischen und wissenschaftlichen Experimenten Teil des in bewaffneten Konflikten anwendbaren humanitären Völkervertrags-⁵⁶ und Gewohnheitsrechts⁵⁷ sowie des internationalen Strafrechts ist.⁵⁸ US-Gerichte haben zudem den Nürnberger Kodex, der nach dem Zweiten Weltkrieg sicherstellen sollte, dass Menschen nie wieder unfreiwillig medizinischen Experimenten und Verfahren unterworfen werden, als Bestandteil des Völkergewohnheitsrechts bestätigt.⁵⁹ Im Resultat bedeutet dies, dass die menschenrechtlichen Verpflichtungen der Staaten, und nachgeordnet die der WHO, aus den oben genannten Rechten – insbesondere das Verbot unfreiwilliger medizinischer und wissenschaftlicher Humanexperimente und medizinischer Behandlung – auch während eines PHEIC nicht ausgesetzt werden können, selbst im unwahrscheinlichen Fall, dass der PHEIC auch die Aktivierung menschenrechtlicher Notstandsklauseln rechtfertigt.

4. Die medizinische Gegenmassnahme Covid-19-«Impfung» und die menschenrechtlichen Verpflichtungen der WHO

[12] Im Folgenden werden einige bisher wenig diskutierte Fragen erörtert, die im Zusammenhang mit der von der WHO empfohlenen Gegenmassnahme der Listung von bislang unlicenzierten Covid-19-«Impfstoffen» und ihrer weltweiten Bewerbung und Verbreitung stehen, und aus der Perspektive des Menschenrechtsschutzes relevant sind. Darunter sind Fragen zum Verbot, die Teilnahme an wissenschaftlichen oder medizinischen Experimenten oder medizinischen Behandlungen zu erzwingen (4.1), zum Recht auf Zugang zu sicheren und wirksamen Medikamenten und Medizinprodukten (4.2) und dem Recht auf Zugang zu gesundheitsbezogenen Informationen (4.3).

4.1. Verbot unfreiwilliger Teilnahme an medizinischen oder wissenschaftlichen Experimenten und Verbot medizinischer Behandlung ohne freie und informierte Zustimmung

[13] Eine wichtige Frage, die sich aus der Perspektive des Menschenrechtsschutzes stellt, ist die Frage, ob die WHO im Rahmen ihrer Aktivitäten im Bereich Covid-19-«Impfungen» sowohl die Freiheit des Einzelnen, nicht unfreiwillig an medizinischen oder wissenschaftlichen Experimenten teilzunehmen, als auch die Freiheit, medizinische Behandlungen nach informierter Aufklärung abzulehnen, hinreichend berücksichtigt. Diese Frage stellt sich insbesondere, wenn bedacht wird, dass die Covid-19-«Impfungen» von der WHO nur notfallbedingt gelistet sind, und damit generell als experimentell gelten müssen.⁶⁰

[14] Das Recht auf körperliche und geistige Unversehrtheit «gewährt einer Person die ausschliessliche Nutzung ihres Körpers und die Kontrolle darüber auf der Grundlage dessen, dass der Körper der Ort oder Brennpunkt ihrer Subjektivität (wie auch immer sie verstanden und konstituiert sein mag) ist»⁶¹, durch die Menschen Wohlbefinden und Beziehungen zu anderen Menschen erfahren, selbstbestimmt handeln und sich damit als Menschen entwickeln können. Dies ist die Grundlage für den nachhaltigen Schutz, den das Recht auf körperliche und geistige Unversehrtheit im internationalen Menschenrechtssystem sowie in vielen nationalen Rechtsordnungen erfährt. Dieser hat sich auch vor dem Hintergrund der Auswüchse erzwungener «Gesundheitsfürsorge» während des Naziregimes (aber auch der zwangsweisen kolonialen medizinischen Praktiken) entwickelt, die die Interessen des Einzelnen den Interessen des Staates, der «Volksgesundheit» oder der Wissenschaft unterordneten.⁶² Der hohe Stellenwert des Rechts geht bspw. aus der eindeutigen Formulierung des ersten Grundsatzes des Nürnberger Kodex hervor, wonach die «freiwillige Zustimmung der Versuchsperson *absolut unerlässlich*» für die Teilnahme an medizinischen Experimenten ist,⁶³ sowie aus Artikel 4 der Oviedo-Konvention, der festlegt, dass bei der Anwendung biologischer und medizinischer Erkenntnisse und Technologien auf den Menschen «die Interessen und das Wohl des Menschen Vorrang vor dem alleinigen Interesse der Gesellschaft oder der Wissenschaft» haben sollten.⁶⁴ Zu nennen ist auch Artikel 7 des UN-Zivilpakts, der das Recht, nicht einvernehmlich medizinischen oder wissenschaftlichen Experimenten unterzogen zu werden, als Teil des Folterverbots und des Verbots, Menschen grausamer, unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung auszusetzen, festsetzt. Auch der Europäische Gerichtshof für Menschenrechte (EGMR) misst dem Recht auf körperliche und geistige Unversehrtheit generell ein grosses Gewicht in seiner Rechtsprechung bei, indem er die Freiheit, über den eigenen Körper zu verfügen, als einen *grundlegenden* durch die EMRK geschützten Wert bezeichnet⁶⁵ und herausgestrichen hat, dass «der Körper einer Person den intimsten Aspekt des Privatlebens betrifft.»⁶⁶ Zudem hebt der vom UN Population Fund veröffentlichte Jahresbericht 2021 zum Zustand der Weltbevölkerung mit seinem diesjährigen Themenfokus *My body is my*

own: *Claiming the right to autonomy and self-determination* die Wichtigkeit des Menschenrechts auf körperliche und geistige Unversehrtheit hervor.⁶⁷

[15] Jeder Eingriff in das Recht auf körperliche und geistige Unversehrtheit – sei es durch medizinische Behandlungen⁶⁸ oder Teilnahme an medizinischen oder wissenschaftlichen Experimenten⁶⁹ – erfordert deshalb zunächst einmal die freiwillige Einwilligung nach gründlicher Aufklärung (*informed consent*).⁷⁰ Dies bedeutet, dass jeder, der sich einer medizinischen Behandlung unterzieht oder an einem medizinischen Experiment teilnimmt, objektiv über den Zweck und die Art des Verfahrens, seinen Nutzen und seine Risiken und Nebenwirkungen, darüber, ob es vernünftige Alternativen gibt, und darüber, was geschieht, wenn die Behandlung nicht durchgeführt wird, aufgeklärt werden muss;⁷¹ und dass dies ohne jegliche Art von Zwang, Täuschung, Anreiz oder andere Art von Druck geschieht.⁷² Bei der Teilnahme an medizinischen oder wissenschaftlichen Experimenten muss zudem sichergestellt werden, dass der Aufklärungsprozess ein kontinuierlicher ist, d.h. dass Teilnehmer fortwährend über neue Risiken, mögliche negative Folgen und Unsicherheiten informiert werden;⁷³ und dass die Einwilligung schriftlich erfolgt.⁷⁴ Freie Zustimmung beinhaltet auch das Recht, eine medizinische Behandlung oder die Teilnahme an medizinischen Experimenten abzulehnen⁷⁵ und die Einwilligung jederzeit zu widerrufen.⁷⁶

[16] Ob diese Erfordernisse von der WHO in ihren Aktivitäten rund um die weltweite Bewerbung und Verteilung der von ihr durchweg als «sicher und wirksam»⁷⁷ bezeichneten Covid-19-«Impfstoffe» ausreichend berücksichtigt werden, ist fraglich. Wie in Teil 1 dieses Beitrags erläutert, werden für die notfallbedingt unter der EULP gelisteten Covid-19-«Impfstoffe» sog. «real-world data»-Studien⁷⁸ und andere Studien zur Wirksamkeit und Sicherheit im Rahmen der zur Zeit global ausgeführten Impfkampagnen noch über die kommenden Jahre durchgeführt.⁷⁹ Das vollständige Sicherheits- und Wirksamkeitsprofil der «in Lichtgeschwindigkeit»⁸⁰ entwickelten, auf neuen gen-basierten Technologien⁸¹ beruhenden Covid-19-«Impfstoffe», von der WHO Ad Hoc Expert Group auch als «investigative Prüfprodukte»⁸² bezeichnet, wird somit erst in einigen Jahren bekannt sein. Jeder, der diese «Impfungen» verabreicht bekommt, nimmt damit an einem medizinischen Experiment teil und muss entsprechend den obigen Kriterien gründlich aufgeklärt werden.

[17] Soweit den Autorinnen bekannt ist, informiert die WHO nicht systematisch über den neuartigen und experimentellen Charakter der Covid-19-«Impfungen», weder auf ihrer Webseite,⁸³ noch über GAVI/COVAX,⁸⁴ noch hält sie ihre Mitgliedsstaaten explizit dazu an, dies zu tun, etwa über die Empfehlungen zur medizinischen Gegenmassnahme Covid-19-«Impfungen», die sie an die Staaten richtet.⁸⁵

[18] Die Covid-19-«Impfungen» als Voraussetzung für internationale Reisen werden von der WHO nicht direkt unterstützt.⁸⁶ Sie fördert aber gleichzeitig die Einführung digitaler Zertifikate zum Covid-19-Impfstatus, «für die Zwecke einer wirksamen Gesundheitsfürsorge und den Nachweis der Impfung, falls diese für andere Zwecke [als Reisen] benötigt wird»,⁸⁷ indem sie bspw. detaillierte technische Leitlinien zu digitalen Covid-19-Zertifikaten für alle Mitgliedsstaaten erarbeitet hat.⁸⁸ Zudem ruft die WHO die Staaten dazu auf, alle von ihr über die EULP notfallbedingt gelisteten Covid-19-«Impfstoffe» anzuerkennen, einschliesslich für Reisezwecke.⁸⁹ Gegen die momentane Praxis in vielen Staaten, über digitale Zertifikate Bewegungsfreiheiten oder andere alltägliche Aktivitäten vom Covid-19-«Impfstatus» einer Person abhängig zu machen, und damit viele Menschen vom öffentlichen Leben auszuschliessen und/oder ihnen den Zugang zu ihren Arbeitsplätzen zu verwehren, hat sich die WHO bisher nicht geäussert. Diese Praktiken erscheinen aber als unzulässige Anreize,

indirekter oder gar direkter Zwang⁹⁰ der betreffenden Staaten auf den Einzelnen, an weltweiten «real-world data»-Studien zu den Covid-19-«Impfstoffen» teilzunehmen.⁹¹

[19] Das Recht auf körperliche Unversehrtheit kann eingeschränkt werden, einschliesslich aus Gründen des öffentlichen Gesundheitsschutzes.⁹² Besonders im Lichte des Urteils *Vavříčka und Andere gegen die Tschechische Republik*⁹³ der Grossen Kammer des EGMR vom April 2021, welches die Durchführung von Kinderpflichtimpfungen gegen neun Krankheiten in der Tschechischen Republik für vereinbar mit Artikel 8 EMRK erklärte, wird in diesem Zusammenhang bspw. von ANNA NILSSON argumentiert, dass einer Impfpflicht auch im Bereich der Covid-19-«Impfungen» nur begrenzte Bedenken aus menschenrechtlicher Sicht entgegenstünden.⁹⁴ Dies ist eine Argumentation, die auch von der WHO aufgegriffen werden könnte, obwohl die WHO bisher nicht direkt für eine Covid-19-Pflichtimpfung eintritt.⁹⁵ Sie könnte auch mit dem Hinweis auf Artikel 12 (2) (c) UN-Sozialpakt bestärkt werden, welcher eine Pflicht der Staaten aus dem Recht auf Gesundheit ableitet, sukzessive Massnahmen zu ergreifen, die zur «Verhütung, Behandlung und Bekämpfung von epidemischen, endemischen, berufsbedingten und anderen Krankheiten» notwendig sind, die in der Interpretation des UN-Sozialausschusses natürlich auch Impfkampagnen einschliessen können.⁹⁶ In diesem Kontext kann allerdings festgehalten werden, dass der EGMR in *Vavříčka* die Kinderpflichtimpfungen nur als verhältnismässigen Eingriff in das Recht auf körperliche Unversehrtheit absegnete, weil a) die über Jahrzehnte eingesetzten traditionellen Impfstoffe, basierend auf den von der Tschechischen Republik vorgebrachten wissenschaftlichen und gesundheitspolitischen Argumenten, als sicher und wirksam angesehen wurden;⁹⁷ b) Entschädigungsregelungen für etwaige Impfschäden getroffen waren;⁹⁸ und c) der EGMR der Tschechischen Republik einen *weiten* Ermessensspielraum gewährte,⁹⁹ innerhalb dessen sie die Verhältnismässigkeit ihrer Politik der neun Kinderpflichtimpfungen begründen konnte.¹⁰⁰ Letzteres stellt allerdings eine im Urteil kaum begründete abrupte Abkehr von bestehender Rechtsprechung dar,¹⁰¹ in der der EGMR regelmässig verlangt hat, dass jeder Eingriff in das Recht auf körperliche Unversehrtheit über eine medizinische Zwangsbehandlung einer sehr starken Rechtfertigung bedarf, und dass der den Staaten verbleibende Ermessensspielraum demnach eng ist.¹⁰²

[20] Wie die «Abweichende Meinung» von Richter Wojtyczek zu *Vavříčka* hervorhebt, kann der Entscheid der Mehrheit unter anderem für ihren laxen Umgang mit wissenschaftlichen Studien und Beweisen kritisiert werden, der im Resultat viele der im Prozess vorgebrachten legitimen Einwände der Beschwerdeführer gegen die Kinderpflichtimpfung unbeantwortet liessen.¹⁰³ Dies, und insbesondere die geringe IFR von Covid-19,¹⁰⁴ sowie die Tatsache, dass es sich bei den von der WHO bedingt gelisteten Covid-19-«Impfstoffen» um experimentelle «Krisenimpfstoffe» handelt, deren Wirksamkeit¹⁰⁵ und Sicherheit¹⁰⁶ wissenschaftlich zum gegenwärtigen Zeitpunkt keinesfalls abschliessend geklärt ist, schliesst es aus, dass basierend auf dem *Vavříčka*-Entscheid ein Covid-19-Impfzwang als menschenrechtskonform begründet werden kann. Eine staatlich angeordnete und von der WHO möglicherweise gutgeheissene Impfpflicht mit solchen investigativen Prüfprodukten würde nicht nur die Rechte auf körperliche Unversehrtheit und Gesundheit verletzen, sondern in einigen Fällen auch das Recht auf Leben.¹⁰⁷ Letzteres wäre nicht zu rechtfertigen, *selbst wenn* durch eine staatlich angeordnete Massenpflichtimpfung zahlenmässig mehr Menschen vor einem Tod durch Covid-19 bewahrt würden, als dass Menschen an den Folgen der Pflichtimpfung sterben würden.¹⁰⁸ Gleichzeitig würde ein solcher medizinischer Zwangseingriff die Teilnahme an einem medizinischen Experiment erzwingen, und zwar in Verletzung von Artikel 7 UN-Zivilpakt.

4.2. Recht auf Zugang zu sicheren und wirksamen Medikamenten und Medizinprodukten

[21] Problematisch erscheinen die Aktivitäten der WHO im Bereich Covid-19-«Impfstoffe» auch aus der Sicht des Rechts auf Zugang zu sicheren und wirksamen Medikamenten, welches ein wichtiger Bestandteil des Rechts auf Gesundheit in Artikel 12 UN-Sozialpakt ist.¹⁰⁹ Der UN-Sondergesandte zum Recht auf Gesundheit hat einige der staatlichen Verpflichtungen unter diesem Recht spezifiziert, die auch die WHO respektieren sollte:

«According to the right-to-health framework, States are required to protect the population from unsafe and poor-quality medicines. Quality assurance for medicines includes such aspects as registration and marketing of good quality, safe and efficacious products under ethically and medically validated clinical trials, continuous regulation of the quality of production of medicines and prevention of sub-standard and spurious medicines from being sold on the market after registration.»¹¹⁰

[22] Zudem merkt der Sondergesandte an, dass Staaten vor einer Marktzulassung von neuen Medikamenten die Pharmaunternehmen dazu verpflichten sollten, alle Daten aus medizinisch und ethisch fundierten klinischen Studien über die Sicherheit, Qualität und Wirksamkeit neuer Arzneimittel vorzulegen und speziell dafür Sorge tragen sollten, dass auch negative Ergebnisse klinischer Studien von der Industrie veröffentlicht werden.¹¹¹

[23] Wie in Teil 1 dieses Beitrags dargelegt, fehlen die regulären prä- und post-Marketing Zulassungs- und Langzeitstudien über die Wirksamkeit und Sicherheit der über die EULP gelisteten neuartigen «Impfstoffe».¹¹² Das Global Advisory Committee on Vaccine Safety (GACVS) der WHO, welches für die globale Pharmakovigilanz aller Impfstoffe seit über zwei Jahrzehnten zuständig ist, bewertet laufend die Covid-19-«Impfstoffe» auf eine positive Nutzen/Kosten Bilanz.¹¹³

[24] Die von den verschiedenen Impfstoffherstellern Ende 2020 angegebene *Wirksamkeit*, Covid-19-Infektionen in circa 95% der Fälle zu verhindern,¹¹⁴ kann im Anbetracht der Beobachtung, dass es keinen Zusammenhang zwischen dem Prozentsatz der geimpften Bevölkerung eines Landes und den auftretenden Covid-19-Fällen zu geben scheint, mit Vorsicht betrachtet werden.¹¹⁵ Auch bezogen sich die Herstellerangaben zur Wirksamkeit stets auf die relative, nicht aber die absolute Wirksamkeit der «Impfstoffe».¹¹⁶ Letztere liegt bei den bisher bedingt zugelassenen «Impfstoffen» durchschnittlich bei circa 1%.¹¹⁷ Die «Impfungen» können weder die Weitergabe des Virus noch Symptome verhindern, da sie keine sterile Immunität erzeugen, sondern allenfalls für einige Monate¹¹⁸ vor schwereren Krankheitsverläufen schützen.¹¹⁹ Wie schon in Teil 1 angemerkt, weisen bspw. die von *Pfizer/BioNTech* und *Moderna* durchgeführten Notfallzulassungsstudien Defizite auf, die dazu beitragen, dass die angegebene hohe Wirksamkeit der jeweiligen «Impfstoffe» gegen Covid-19 bisher nicht eindeutig erwiesen ist.¹²⁰

[25] Wenn es zur Frage nach der *Sicherheit* der Covid-19-«Impfstoffe» kommt, muss festgehalten werden, dass die Frühwarnsysteme zur Erfassung von in Zusammenhang mit Medikamenten kurzfristig auftretenden Nebenwirkungen für die experimentellen Covid-19-«Impfstoffe» eine beunruhigend hohe Anzahl von Verdachtsmeldungen aufweisen. Mit Stand Anfang Dezember 2021 finden sich bspw. Verdachtsmeldungen zu 19'886 Todesfällen im US-amerikanischen Vaccine Adverse Event Reporting System (*VAERS*);¹²¹ zu 18'217 Todesfällen in der *EudraVigilance*-Database der Europäischen Arzneimittelbehörde (EMA);¹²² und zu 15'372 Todesfällen in der von der WHO selbst betriebenen Global Individual Case Safety Reports Datenbank *VigiAccess*.¹²³ Auch wenn die an diese zur Frühwarnung entwickelten Datenbanken übermittelten Verdachtsmeldungen weitere Untersuchungen erfordern, bevor kausale Zusammenhänge bestätigt oder ausgeschlossen werden können, steht ausser Frage, dass

diese Anzahl die Verdachtsmeldungen über Todesfälle in zeitlichem Zusammenhang mit der Verabreichung herkömmlicher Impfstoffe seit der Einrichtung dieser Datenbanken bei weitem übersteigt.¹²⁴ Auch die Anzahl der Verdachtsmeldungen zu sehr verschiedenartigen Nebenwirkungen ohne Todesfolge, darunter schweren Nebenwirkungen, ist in allen drei Datenbanken hoch.¹²⁵ Darunter sind Nebenwirkungen wie Myokarditis/Perikarditis,¹²⁶ Thrombozytopenie,¹²⁷ anaphylaktische Schocks und Störungen des Nervensystems.¹²⁸ Zum Vergleich: als 1976 fast 25% der damaligen US-Bevölkerung (ca. 45 Millionen US-Bürger) gegen die Schweinegrippe geimpft worden waren, wurde die Kampagne nach Berichten über 25 Todesfälle und 362 Berichten zum Auftreten schwerwiegender neurologischer Störungen im zeitlichen Zusammenhang mit der Impfung abgebrochen.¹²⁹ Angesichts fehlender Langzeitstudien sind langfristig auftretende Nebenwirkungen der Covid-19-«Impfungen» noch nicht beurteilt worden,¹³⁰ unter ihnen bspw. Risiken verbunden mit der nicht bekannten Verteilung der Lipid-Nanopartikel in den Organen,¹³¹ der Antikörper-Abhängigen-Verstärkung (antibody dependent enhancement – ADE)¹³² oder Risiken für die reproduktive Gesundheit.¹³³ Langfristige Nebenfolgen können bei neuen Impfstoffen durchaus auftreten, wie der Einsatz von *Pandemrix* zur Bekämpfung der Schweinegrippe 2009 gezeigt hat. Viele junge Menschen litten danach an Narkolepsie.¹³⁴ Auch wurden die auf neuartiger Technologie beruhenden Covid-19-«Impfstoffe» nicht ausreichend auf ihre Toxizität, einschliesslich der Genotoxizität und Karzinogenität, untersucht.¹³⁵

[26] Der WHO-Generaldirektor hat dennoch in einer Pressemeldung vom 1. Dezember 2021 jegliche Sicherheitsbedenken, die sich aus der hohen Anzahl von Verdachtsmeldungen über Nebenwirkungen nach Covid-19-«Impfung» an die Frühwarndatenbank *VigiAccess* mit Hinweis auf die hohen Verimpfungsraten dementiert.¹³⁶ Ob und inwieweit die WHO Verdachtsmeldungen zumindest zu Todesfällen und schweren Nebenwirkungen eingehend untersucht, und ab welcher Anzahl und Schwere von Verdachtsmeldungen ein notfallbedingt gelisteter Covid-19-«Impfstoff» seine EUL verlieren könnte, wird nicht erwähnt.¹³⁷

[27] Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass die kurz-, mittel- und langfristigen Auswirkungen der Covid-19-«Impfstoffe» auf den menschlichen Körper und das Immunsystem zum gegenwärtigen Zeitpunkt nicht in vollem Umfang bekannt sind, und dass die Anzahl an Verdachtsmeldungen zu Nebenwirkungen, einschliesslich Todesfälle, durchaus Fragen zur Sicherheit der notfallbedingt von der WHO gelisteten Covid-19-«Impfstoffe» aufwerfen. Damit erscheint die globale Bewerbung der Covid-19-«Impfstoffe» als «wirksam und sicher»¹³⁸ durch die WHO und GAVI/COVAX schwer mit den Verpflichtungen der WHO aus dem Menschenrecht auf Zugang zu sicheren and wirksamen Medikamenten und Medizinprodukten vereinbar. Auch der Ruf, experimentelle Covid-19-«Impfstoffe» als «essential medicines» – also Medikamente, die einen vorrangigen Bedarf an medizinischer Versorgung abdecken¹³⁹ und prioritär zugänglich gemacht werden sollten – anzuerkennen,¹⁴⁰ erscheint vor diesem Hintergrund verfrüht.

4.3. Recht auf Zugang zu gesundheitsbezogenen Informationen

[28] Ein weiteres Recht, welches durch die Aktivitäten der WHO zu Covid-19-«Impfungen» beeinträchtigt ist, ist das Recht auf Zugang zu angemessenen, evidenzbasierten Gesundheitsinformationen, die es dem Einzelnen ermöglichen, eigenständige und informierte Entscheidungen für seine persönliche Gesundheit zu treffen.¹⁴¹ Das schliesst das Recht ein, Informationen zu Gesundheitsfragen zu suchen, zu empfangen und weiterzugeben,¹⁴² und fällt auch unter den Schutzbereich des Rechts auf freie Meinungsäusserung.¹⁴³ Gemäss der Interpretation des UN-Sozialausschusses sind Staaten verpflichtet, dieses Recht sicherzustellen, indem sie bspw. davon absehen, absichtlich Informationen zum Gesundheitsschutz und Behandlungsmethoden zurückzuhalten oder falsch darzustellen,¹⁴⁴ oder

es zulassen, dass private Akteure dies tun.¹⁴⁵ Gleichzeitig sollten Staaten aktiv dazu beitragen, dass Menschen gut informierte Entscheidungen über ihre Gesundheit treffen können, etwa indem sie Informationen über gesunde Lebensweisen und Ernährung¹⁴⁶ sowie Medikamentensicherheit verbreiten. Informationspflichten sind zudem von besonderer Bedeutung im Bereich der Durchführung von medizinischen und wissenschaftlichen Studien.¹⁴⁷

[29] Fragen im Hinblick auf den Schutz dieser Rechte wirft insbesondere das in Teil 1 dieses Beitrags beschriebene Infodemic Management der WHO zur Bekämpfung medizinischer «Falschinformationen» in Bezug auf Covid-19 auf.¹⁴⁸ Die WHO und die mit ihr zusammenarbeitenden Technologiefirmen sollten durch ihre Aktivitäten und Empfehlungen auch in diesem Bereich nicht die Fähigkeit der Staaten untergraben, ihren Verpflichtungen aus den Menschenrechtsverträgen nachzukommen.

[30] Das Infodemic Management zielt unter anderem darauf ab, der Ablehnung oder Skepsis gegenüber den experimentellen Covid-19-«Impfstoffen» (vaccine hesitancy) in der Bevölkerung entgegenzuwirken. Gleichzeitig werden von der WHO als medizinische «Falschinformationen» eingestufte Informationen zu Behandlungsmethoden von Covid-19, die eine mögliche Alternative oder Ergänzung zum alleinigen Fokus auf globale Durchimpfung bieten könnten, «pre»- oder «de-bunk», oder aber ganz gelöscht.¹⁴⁹ Tatsächlich führt dies zu Zensur¹⁵⁰ von Ärzten, Wissenschaftlern und anderen Fachleuten, sowie von Journalisten und interessierten Gruppen und Einzelpersonen auf Plattformen wie *Facebook*, *Google/Youtube* und *Twitter*.¹⁵¹ Fragen zu Sicherheit und Wirksamkeit der Impfstoffe können im Lichte des oben zusammengefassten Wissensstands über die von der WHO notfallbedingt gelisteten Covid-19-«Impfstoffe» aber durchaus berechtigt erscheinen. Es gibt zudem keine guten Gründe, eine offene Diskussion über vielversprechende Behandlungsmethoden der Covid-19 Krankheit, die in einigen Ländern durchaus Erfolg gezeitigt haben,¹⁵² und die als Alternative oder Ergänzung zum alleinigen Fokus auf Massenimpfungen verstanden werden könnten, generell zu unterbinden.¹⁵³

[31] Die Entwicklung hin zu einer Situation, in der medizinische Informationen über Covid-19 und über Covid-19-«Impfstoffe», die offiziell von der WHO verkündet werden, als die einzig korrekten medizinischen Informationen zu akzeptieren sind, geht sicher über die Beschränkungen hinaus, die nach den einschlägigen Einschränkungsklauseln der internationalen Menschenrechtsverträge vom Recht auf Informationsfreiheit in einer demokratischen Gesellschaft zulässig sind, etwa unter Artikel 4 UN-Sozialpakt, Artikel 19 (3) UN-Zivilpakt und Artikel 19 i.V.m 29 (2) AEMR. Fragen stellen sich insbesondere auch, wenn – unter dem Eindruck der in Teil 1 dieses Beitrags beschriebenen auf Sicherheit fokussierten öffentlichen Gesundheitsmassnahmen – diejenigen, die Fragen zu Sicherheit und Wirksamkeit der Covid-19-«Impfstoffe» stellen, gar als Bedrohung für die nationale oder globale Sicherheit porträtiert werden und deren Diskussionsbeiträge aus diesem Grund zensiert werden müssen,¹⁵⁴ ohne dass eine inhaltliche Auseinandersetzung mit den vorgebrachten Argumenten stattfindet.

[32] Problematisch ist zudem, dass das Infodemic Management der WHO die positive Dynamik einer unabhängigen und offenen Wissenschaft sabotiert. Eine von Transparenz und beständigem Infragestellen getragene Wissenschaft ermöglicht die Entwicklung einer Medizin, die in der Lage ist, Risiken für Mensch und Umwelt zu minimieren. Sie kann unsichere und unwirksame Gesundheitsmassnahmen und Medikamente aufdecken und gleichzeitig positiven Nutzen maximieren, indem sie bessere Behandlungsmethoden und Arzneimittel entwickelt, die Menschenleben retten und schützen können.¹⁵⁵ Diese Dynamik – die auch vom Recht auf Wissenschaft geschützt ist¹⁵⁶ – sollte bei der weltweiten Verabreichung von experimentellen

Covid-19-«Impfstoffen» und anderen von der WHO empfohlenen Massnahmen zur Bekämpfung des Covid-19-PHEIC nicht unterdrückt werden.

[33] Des Weiteren trägt die Wahrung der Rechte auf freie Meinungsäusserung und auf Wissenschaft auch während eines PHEIC dazu bei, Korruption zu verhindern, Transparenz zu gewährleisten und die Voreingenommenheit der verschiedenen Akteure gegenüber der Pharma-Industrie und anderen mächtigen Privatakteuren zu kontrollieren.¹⁵⁷ Ein Beispiel in diesem Kontext ist die gegenwärtige Behandlung des vom British Medical Journal veröffentlichten Beitrags zu den von Whistleblowern berichteten Unregelmässigkeiten bei der Durchführung der *Pfizer* Studien durch *Facebook's* «Faktchecker». ¹⁵⁸ Korruption, Intransparenz und Voreingenommenheit hatten sich bereits während des von der WHO erklärten PHEIC zur Schweinegrippe 2009 ¹⁵⁹ als problematisch erwiesen, wie von der Parlamentarischen Versammlung des Europarats im Nachgang ausführlich untersucht wurde. ¹⁶⁰

5. Schlussbetrachtung

[34] Dieser in zwei Teilen veröffentlichte Beitrag hat aufgezeigt, dass die WHO in ihrer Bekämpfung der Covid-19-Pandemie einen sicherheitsfokussierten Ansatz verfolgt. Dieser Ansatz des WHO Pandemiemanagements wird durch bestimmte Artikel und Konzepte der IGV (2005) gelenkt und gefördert, die über einen mehrjährigen Revisionsprozess, der seinerseits massgeblich von der sicherheitspolitischen Global Health Security (GHS) Doktrin beeinflusst wurde, und im Jahre 2005 in die IGV integriert wurde. Zu nennen ist hier insbesondere das Konzept des PHEIC, welches es dem WHO-Generaldirektor erlaubt, eine Art globalen Gesundheitsnotstand auszurufen, wenn ein «aussergewöhnliches Ereignis» auftritt, das durch die grenzüberschreitende Ausbreitung von bestimmten Krankheiten eine Gefahr für die öffentliche Gesundheit darstellt. Auch der weite Anwendungsbereich der IGV der neben der Bekämpfung bestimmter natürlich auftretender Krankheitserreger auch die Biogefahrenabwehr einschliesst, spiegelt die GHS-Doktrin wider.

[35] Im Kontext des von der WHO am 30. Januar 2020 deklarierten Covid-19-PHEIC kommt der sicherheitsfokussierte Ansatz insbesondere in der von der WHO empfohlenen Gegenmassnahme ¹⁶¹ zur globalen Durchführung von Covid-19-«Impfungen» zum Ausdruck. So weitete die WHO 2020 ihre Kompetenzen aus, über die EULP notfallbedingt neuartige und nicht regulär lizenzierte Covid-19-«Impfstoffe» zu listen, um auf diese Weise ihre globale Distribution und Verabreichung zu beschleunigen, während klinische Studien zur Wirksamkeit und Sicherheit der «Impfstoffe» über die kommenden Jahre weiter geführt werden. Diese Strategie – möglichst viele Menschen möglichst rasch über zentral gesteuerte Prozesse zu impfen – ist eine Strategie der Biogefahrenabwehr. Strikte Informationskontrolle – etwa in Form von Infodemic Management durch die WHO – ist eine weitere Komponente dieser Strategie.

[36] Insgesamt hat der von der GHS-Doktrin beeinflusste in der IGV 2005 verankerte Ansatz das traditionelle medizinische Modell epidemiologisch-evidenzbasierter Pandemiebekämpfung, das die öffentliche Gesundheit ganzheitlich im Fokus hatte, in ein System der Gesundheitskontrolle durch wenig flexible globale und nationale Notstandsregelungen umgebaut. Der Fokus liegt dabei oft eindimensional auf der Eliminierung eines einzigen Krankheitserregers – analog zur Eliminierung einer terroristischen oder anderen Sicherheitsbedrohung – durch zentral angeordnete biomedizinische und technokratische «Lösungen», dem andere Erwägungen und Faktoren, die der Aufrechterhaltung der öffentlichen Gesundheit dienen könnten, ¹⁶² untergeordnet werden.

[37] Der vorliegende Teil 2 des Beitrags hat in diesem Zusammenhang aufgezeigt, dass dieser auf Sicherheit fokussierte Ansatz der Pandemiebekämpfung den menschenrechtlichen Verpflichtungen der WHO aus Artikel 3 (1) IGV kaum Beachtung schenkt, und dass sich damit Verletzungen dieser Verpflichtungen klar andeuten. Einige der problematischen Aspekte sind die Bewerbung der experimentellen Covid-19-«Impfstoffe» als «wirksam und sicher» durch die WHO und mit ihr über Public Private Partnerships (PPPs) verbundene Partner sowie die globale Distribution der «Impfstoffe» bei gleichzeitig ausbleibender systematischer Aufklärung darüber, dass es sich bei den über die EULP gelisteten Covid-19-«Impfstoffe» um auf neuen Technologien beruhende «investigative Prüfprodukte» handelt. Deshalb nimmt jeder, dem diese «Impfstoffe» verabreicht werden, an einem medizinischen Experiment teil. Dies – und die zurzeit zumindest indirekten Vorstösse der WHO zur Einführung digitaler Covid-19-Impfzertifikate zur Wiederherstellung internationaler Reisefreiheiten – wirft Fragen hinsichtlich der Achtung des Verbots unfreiwilliger Teilnahme an medizinischen oder wissenschaftlichen Experimenten und des Verbots medizinischer Behandlungen ohne freie und informierte Zustimmung auf, sowie der Achtung des Rechts auf Zugang zu sicheren und wirksamen Medikamenten und Medizinprodukten. Diese Fragen ergeben sich insbesondere vor dem Hintergrund der sich entwickelnden Datenlage zur tatsächlichen Wirksamkeit und Sicherheit der verwendeten experimentellen «Impfstoffe».¹⁶³ Ein weiterer Aspekt der WHO Pandemiebekämpfung, der weiterhin gründlich auf seine Vereinbarkeit mit den Rechten auf Zugang zu evidenzbasierten Gesundheitsinformationen, auf Meinungs- und Informationsfreiheit sowie auf Wissenschaftsfreiheit überprüft werden sollte, ist das WHO Infodemic Management. Dieses Management hat zu weitreichender Kontrolle (einschliesslich der Zensur) gesundheitlicher Informationen zu Covid-19 geführt, die die jeweiligen offiziellen Vorgaben der WHO hinterfragen.

[38] Die sicherheitspolitisch dominierten GHS-Ansätze der Pandemiebekämpfung haben sich seit dem Auftauchen von SARS-CoV-2 auch zunehmend auf EU-Ebene und auf der nationalen Ebene in vielen Ländern durchgesetzt. So ist die EU im Begriff, mit der im September 2021 gegründeten Health Emergency Preparedness and Response Agency (HERA) eine institutionelle Struktur zu schaffen, um zukünftig unter anderem «Gesundheitsnotstände» EU-weit auszurufen, und medizinische und nicht-medizinische Gegenmassnahmen EU-weit zu koordinieren.¹⁶⁴ Um nur zwei Beispiele auf Länderebene zu nennen: In Deutschland werden unter anderem die derzeitige Impfkampagne gegen Covid-19 von einem Bundeswehrgeneral koordiniert, der die im Januar 2020 geschaffene Abteilung 6 für Gesundheitssicherheit, Gesundheitsschutz und Nachhaltigkeit des deutschen Gesundheitsministeriums leitet.¹⁶⁵ In Grossbritannien wurde im April 2021 die für die Kontrolle von Infektionskrankheiten zuständige nationale Gesundheitsbehörde von «Public Health England» in «UK Health Security Agency» umbenannt.¹⁶⁶

[39] Besonders angesichts dieser Entwicklungen, der Einführung von digitalen Covid-19-Impfzertifikaten in immer mehr Lebensbereichen¹⁶⁷ sowie der sich ausweitenden Diskussion einer allgemeinen Impfpflicht mit von der WHO notfallbedingt gelisteten Covid-19-«Impfstoffen» in vielen Ländern, will dieser Beitrag dazu anregen, die von der GHS-Doktrin dominierten Covid-19-PHEIC Gegenmassnahmen der WHO verstärkt im Lichte des internationalen Menschenrechtsschutzes zu analysieren und zu beurteilen. Dies sollte insbesondere zu einer nachhaltigen Reaktivierung von Rechtsprinzipien wie die freie und informierte Einwilligung in medizinische Behandlungen und die Teilnahme an medizinischen und wissenschaftlichen Experimenten beitragen sowie zu einer gründlichen Diskussion über die Notwendigkeit und Verhältnismässigkeit der medizinischen und nicht-medizinischen von der WHO empfohlenen Covid-19-PHEIC Gegenmassnahmen und ihrer Umsetzung in den WHO-Mitgliedstaaten auf der Grundlage aller nach derzeit fast zwei Jahren Covid-19-PHEIC vorliegenden Tatsachen.

SILVIA BEHRENDT, Mag. Dr. (HSG), ist österreichische Verwaltungsjuristin und hat über die Internationalen Gesundheitsvorschriften an der Universität St. Gallen/Georgetown University Law Center, Washington D.C., promoviert. Sie war «WHO expert consultant» und hat eng mit dem WHO Sekretariat der Internationalen Gesundheitsvorschriften, Epidemic Alert and Response, in Genf zusammengearbeitet.

AMREI MÜLLER, Dr. iur., ist seit 2020 Lecturer/Assistant Professor (Ad Astra Fellow) an der University College Dublin Sutherland School of Law. Ihre Forschungs- und Lehrtätigkeit konzentriert sich auf den Bereich des Europäischen und Internationalen Menschenrechtsschutzes sowie das Humanitäre Völkerrecht.

- 1 SILVIA BEHRENDT/AMREI MÜLLER, [Vergisst die WHO über ihren sicherheitsfokussierten Ansatz der Covid-19-Pandemiebekämpfung den Menschenrechtsschutz?](#) (Teil 1), Jusletter 20. Dezember 2021.
- 2 Internationale Gesundheitsvorschriften (2005), SR 0.818.103, AS 2007 2471, [Resolution der Weltgesundheitsversammlung 58.3](#) «Revision of the International Health Regulations (2005)», 2509 UNTS 79. Die IGV sind als eigenständiger völkerrechtlicher Vertrag nach Art. 2 (1) der Wiener Vertragsrechtskonvention mit eigenen Vertragsparteien (Art. 66 [3] IGV) zu qualifizieren; sie sind Teil des sekundären WHO-Rechts, welches die WHO über die Resolution WHA 54.3 verpflichtet, obwohl diese selbst keine Vertragspartei der IGV ist.
- 3 WHO [Covid-19 IHR Emergency Committee](#).
- 4 Art. 15 IGV.
- 5 Dieser ergibt sich über die Definition von «Krankheiten» gemäss Art. 1 IGV, die «eine Krankheit oder einen gesundheitlichen Zustand, die oder der ungeachtet des Ursprungs oder der Quelle Menschen erheblich schädigt oder schädigen kann» und damit explizit nur auf die Gesundheitsschädigung und nicht auf die Intention oder Quelle der Freisetzung der Krankheit abstellt, sodass jede gesundheitsschädigende Gefahr einbezogen wird.
- 6 Zweischneidig ist diese Forschung unter anderem unter der UN-Biowaffenkonvention (BWK) von 1972 (1015 UNTS 163). Sie kann einerseits die BWK verletzen. Andererseits kann sie unter derselben gerechtfertigt sein, um potenzielle Biowaffenentwicklungen und -angriffe zu antizipieren und entsprechende Diagnostika oder Impfstoffe entwickeln zu können. Siehe Art. 1 BWK.
- 7 Dieser Beitrag setzt Covid-19-«Impfung» in Anführungszeichen, da es sich bei den meisten von der WHO im EUL-Verfahren gelisteten «Impfstoffen» nicht um Impfstoffe im klassischen Sinne handelt, sondern um eine gen-basierte Immuntherapie, bei der beliebige Körperzellen genetisch so verändert werden, dass sie automatisch Spike-Proteine produzieren, die für die Hülle des SARS-CoV-2-Virus charakteristisch sind, und gegen welche der menschliche Körper dann Antikörper entwickeln soll. Dies soll schwere Verläufe der Covid-19-Krankheit verhindern, nicht aber gegen das SARS-CoV-2-Virus immunisieren (siehe etwa: DEBORAH PUSHPARAJAH et al., *Advances in gene-based vaccine platforms to address the COVID-19 pandemic*, *Advanced Drug Delivery Reviews* 2021/170, S. 113 ff.). Traditionell sind Impfungen von der WHO als «administration of agent-specific, but safe, *antigenic components* that in vaccinated individuals can induce protective *immunity* against the corresponding infectious agent» definiert (siehe: <https://www.who.int/travel-advice/vaccines>). Für einen Überblick, siehe auch: PAUL SCHREYER, [Faktencheck: Sind die mRNA-Injektionen Impfungen oder Gentherapie?](#), *Multipolar Magazin*, 3. Dezember 2021.
- 8 WHO-Generaldirektor, [Speech at the Paris Peace Forum Panel: ACT-A: Covid-19 Vaccines, Tests and Therapies, the Global public good Solution](#), 12. November 2020.
- 9 UN-Sozialausschuss, [Statement on universal and equitable access to vaccines for the coronavirus disease \(COVID-19\)](#), E/C.12/2020/2, 15. Dezember 2020 und [Statement on universal affordable vaccination against coronavirus disease \(COVID-19\), international cooperation and intellectual property](#), E/C.12/2021/1, 23. April 2021; UN-Hochkommissar für Menschenrechte, [The Human Rights Case for Vaccine Multilateralism](#), Nebenveranstaltung während der 47. Sitzung des UN-Menschenrechtsrats, 5. Juli 2021.
- 10 SHARIFAH SEKALALA et al., [Decolonising human rights: how intellectual property rights result in unequal access to the Covid-19 vaccine](#), *British Medical Journal – Global Health* 2021/6, S. e006169 ff.; und MAXWELL SMITH et al., [Should COVID-19 vaccines authorized for emergency use be considered «essential» medicines?](#), *Health and Human Rights Journal* 2021/23 (1), S. 145 ff.

- 11 Eine Ausnahme bildet: Parlamentarische Versammlung des Europarats (PACE), [Resolution 2361 \(2021\)](#), Covid vaccines: ethical, legal and practical considerations, 27. Januar 2021.
- 12 Die IGV sollten im Lichte internationaler Menschenrechte interpretiert und angewendet werden, siehe etwa: GIAN LUCA BURCI/RIIKKA KOSKENMAKI, Human rights implications of governance responses to public health emergencies: The case of major infectious disease outbreaks, in: Andrew Clapham/Mary Robinson (Hrsg.), *Realizing the right to health*, Rüffer & Rub, Zürich 2009, S. 346 ff., S. 351.
- 13 ANDRAZ ZIDAR, WHO International Health Regulations and human rights: From allusion to inclusion, *International Journal of Human Rights* 2015/19 (4), S. 505 ff., S. 510.
- 14 Dies ergibt sich auch aus den [Draft Articles on the Responsibility of International Organizations \(DARIO\) der International Law Commission](#) 2011, insbesondere Art. 3–6, 10 und 17. Art. 17 (1) schreibt dabei die Verantwortung einer Internationalen Organisation für Handlungen ihrer Mitgliedstaaten nach einer verbindlichen Entscheidung der Organisation vor, während Art. 17 (2) eine solche Verantwortung nach einer nicht verbindlichen Entscheidung der Organisation festlegt. Siehe etwa AUGUST REINISCH, *The challenging international legal framework for dealing with non-state actors*, in: Philip Alston (Hrsg.), *Non-state actors and human rights*, Oxford University Press, Oxford 2005, S. 40 ff., S. 46; und ANTONIOS TZANAKOPOULOS, *Disobeying the Security Council: Countermeasures against wrongful sanctions*, Oxford University Press, Oxford 2011, S. 21, 49 und 53.
- 15 Die menschenrechtlichen Verpflichtungen der WHO unterscheiden sich im Charakter von den staatlichen Verpflichtungen, die sich direkt aus internationalen und regionalen Menschenrechtsverträgen ergeben. Letztere ergeben sich für Staaten gegenüber Menschen, die sich unter der Hoheitsgewalt eines jeweiligen Vertragsstaates befinden (siehe z.B. Art. 1 [EMRK](#) [213 UNTS 221]; Art. 2 [1] UN-Zivilpakt [999 UNTS 171]); erstere aus den oben im Text genannten Rechtsquellen für die WHO, hauptsächlich gegenüber den WHO-Mitgliedstaaten. Die menschenrechtlichen Verpflichtungen der WHO zielen primär darauf ab, sicherzustellen, dass WHO-Aktivitäten nicht die Fähigkeiten der Staaten untergraben, ihren Menschenrechtsverpflichtungen nachzukommen, sondern die Staaten (proaktiv) zu unterstützen, diese Verpflichtungen umzusetzen, etwa wenn die Staaten Empfehlungen der WHO Folge leisten. Siehe dazu bspw. UN-Sozialausschuss, Allgemeine Bemerkung 14 – Recht auf Gesundheit, E/C.12/2000/4, 11. August 2000, § 64.
- 16 Der Internationale Gerichtshof (ICJ) hat 1980 festgestellt: «International organizations are subjects of international law and, as such, are bound by any obligations incumbent upon them under general rules of international law, under their constitutions or under international agreements to which they are parties.» ICJ, *Interpretation of the Agreement of March 1951 between the WHO and Egypt*, Advisory Opinion, ICJ Reports (1980) 73, § 37.
- 17 Für eine detaillierte Untersuchung der menschenrechtlichen Verpflichtungen der UN: siehe GUGLIELMO VERDIRAME, *The UN and human rights: Who guards the guardians?*, Cambridge University Press, Cambridge 2011, S. 75–82.
- 18 Art. 55 (c) UN Charta.
- 19 VERDIRAME (2011), (Fn. 17), S. 82; ROSALYN HIGGINS, *The development of international law through the political organs of the United Nations*, Oxford University Press, Oxford 1963.
- 20 GA Res 217 (A) III, 10. Dezember 1948. Die AEMR gilt als massgebliche Richtschnur für die Auslegung der allgemeinen Menschenrechtsbestimmungen in der UN-Charta. Zum gewohnheitsrechtlichen Status der AEMR siehe: WILLIAM SCHABAS, *The customary law of human rights*, Oxford University Press, Oxford 2021; ILIAS BANTEKAS/LUTZ OTTE, *International Human Rights Law and Practice*, Cambridge University Press, Cambridge 2013, S. 20–22 und 62.
- 21 ZIDAR (2015), (Fn. 13), S. 510.
- 22 Z.B. Art. 22 UN-Sozialpakt (933 UNTS 3); Art. 45 UN-Kinderrechtskonvention (1577 UNTS 3); Art. 38 UN-Behindertenrechtskonvention (2513 UNTS 3).
- 23 Art. 5 AEMR; Art. 7 UN-Zivilpakt; Art. 37 UN-Kinderrechtskonvention; Art. 1 und 16 UN-Folterkonvention; Art. 3 [EMRK](#); Art. 4 EU-Grundrechtecharta.
- 24 Art. 12 AEMR; Art. 17 UN-Zivilpakt; Art. 16 UN-Kinderrechtskonvention; Art. 8 [EMRK](#); Art. 7 EU-Grundrechtecharta.
- 25 Art. 3 EU-Grundrechtecharta.
- 26 Art. 7 UN-Zivilpakt.
- 27 Art. 12 und 25 AEMR; Art. 12 UN-Sozialpakt; Art. 8 [EMRK](#); Art. 17 UN-Zivilpakt.
- 28 Art. 25 AEMR; Art. 12 UN-Sozialpakt; Art. 24 UN-Kinderrechtskonvention; Art. 35 EU-Grundrechtecharta.
- 29 Art. 25 AEMR; Art. 12 UN-Sozialpakt; und UN-Sozialausschuss, Allgemeine Bemerkung 14, (Fn. 15), §§ 11, 12 (b) (iv), 14 und 34–37.
- 30 Art. 19 AEMR; Art. 19 UN-Zivilpakt; Art. 17 UN-Kinderrechtskonvention; Art. 10 [EMRK](#); Art. 11 EU-Grundrechtecharta.

- 31 Art. 27 AEMR; Art. 15 (1) (b) UN-Sozialpakt.
- 32 UN-Sozialausschuss, Allgemeine Bemerkung 25: Recht auf Wissenschaft, E/C.12/GC/25, §§ 13 und 16; UNESCO, [Venice Statement on the Right to Enjoy the Benefits of Scientific Progress and its Applications](#), 2009, paras. 13 (a) und (b).
- 33 UN-Sozialausschuss, Allgemeine Bemerkung 25, (Fn. 32), §§ 56–57 und 71–76; Bericht des UN-Sondergesandten für kulturelle Rechte und das Recht auf Wissenschaft, A/HRC/20/26, 14. Mai 2012, § 50; UNESCO, Venice Statement (2009), (Fn. 32), §§ 12 (f), 13 (c) und 16 (c). Generell zum Recht auf Wissenschaft siehe: LEA SHAVER, The right to science and culture, *Wisconsin Law Review* 2010, S. 212 ff.; YVONNE DONDERS, The right to enjoy the benefits of scientific progress: In search of state obligations in relation to health, *Medical Health Care and Philosophy* 2011/14, S. 321 ff.
- 34 Übereinkommen über Menschenrechte und Biomedizin (Oviedo-Konvention), ETS 164, 1997. 29 der 47 Mitgliedstaaten des Europarats haben die Oviedo-Konvention ratifiziert.
- 35 Zusatzprotokoll über Biomedizinische Forschung, CETS 195, 2005. (12 Ratifikationen; 11 Unterzeichnungen).
- 36 UNESCO, [Allgemeine Erklärung über Bioethik und Menschenrechte](#), verabschiedet von der UNSECO Generalkonferenz am 19. Oktober 2005.
- 37 [Nürnberger Kodex](#) (1947). Der Kodex ging aus dem Nürnberger Ärzteprozess des US-Militärgerichtshofs hervor und enthält 10 Prinzipien für die Durchführung medizinischer Experimente. Zum Hintergrund und zur Entstehungsgeschichte siehe: JENNIFER LEANING, [War crimes and medical science](#), *British Medical Journal* 1996/131, S. 1413 ff.
- 38 [Declaration of Helsinki, Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects](#), verabschiedet von der Generalversammlung der World Medical Association (Juni 1964). Die letzte Revision fand 2013 statt.
- 39 [International Ethical Guidelines for Health-related Research involving Humans](#), Vierte Auflage der Guidelines (2016), ausgearbeitet vom Council for International Organizations of Medical Sciences (CIOMS) in Zusammenarbeit mit der WHO.
- 40 Siehe Teil 1 dieses Beitrags: BEHRENDT/MÜLLER (2021), (Fn. 1), Abschnitt 2.2., (S. 13–15).
- 41 Vgl. Art. 6 (besondere Lage), Art. 7 (ausserordentliche Lage) des Bundesgesetzes über die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten des Menschen vom 28. September 2012 (Epidemiengesetz, EpG; SR 818.101).
- 42 Siehe Botschaft zur Revision des Bundesgesetzes über die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten des Menschen (Epidemiengesetz, EpG), [BBJ 2011 362](#) ff. Interessanterweise wird auf den SARS Ausbruch 2002/03 hingewiesen, um die Revisionsnotwendigkeit zu begründen. Ein Automatismus zwischen PHEIC und der Erklärung einer epidemiologischen Lage im nationalen Recht wurde ausgeschlossen: «Die Feststellung des Eintretens einer solchen Notlage wird restriktiv und unter Berücksichtigung bestimmter Kriterien gehandhabt (vgl. Art. 12 IGV). Sie führt nicht automatisch zur Anordnung von Massnahmen in der Schweiz,» in: [BBJ 2011 364](#).
- 43 § 5 (deutsches) Gesetz zur Verhütung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten beim Menschen (Infektionsschutzgesetz – IfSG) vom 20. Juli 2000 (BGBl. I S. 1045), das zuletzt durch Artikel 1 des Gesetzes vom 22. November 2021 (BGBl. I S. 4906) geändert worden ist.
- 44 Für einen generellen Überblick über die nationalen rechtlichen Antworten auf Covid-19: siehe <https://oxcon.ouplaw.com/home/OCC19>.
- 45 EGMR, *Lawless gegen Irland* (No.3), Nr. 332/57, 1. Juli 1961, § 28 (eigene Übersetzung). Siehe auch: UN-Menschenrechtsausschuss, Allgemeine Bemerkung 29 – Ausnahmezustand, CCPR/C/21/Rev.1/Add.11, 31. August 2001, § 3; und Siracusa Principles on the Limitations and Derogations Provisions in the International Covenant on Civil and Political Rights, Annex to the document of the UN Commission for Human Rights, E.CN.4/1985/4, 28. September 1984, § 39: «A state party may take measures derogating from its obligations under the International Covenant on Civil and Political Rights pursuant to Article 4 (...) only when faced with a situation of *exceptional and actual or imminent danger* which threatens the life of the nation. A threat to the life of the nation is one that: (a) affects the whole of the population and either the whole or part of the territory of the state; and (b) threatens the physical integrity of the population, the political independence or the territorial integrity of the state or the existence or basic functioning of institutions indispensable to ensure and protect the rights recognized in the Covenant.»
- 46 An die UN gemeldete Derogationen vom UN-Zivilpakt: siehe UN Treaty Collection, [Depositary Notifications to the Secretary-General](#). Für einen Überblick zu Covid-19 bedingter Derogationen und Einschränkungen: siehe auch ICNL, [Covid-19 Freedom Tracker](#).
- 47 An den Europarat gemeldeten Derogationen von der EMRK: [Reservations and Declarations for Treaty No.005 – Convention for the Protection of Human Rights and Fundamental Freedoms](#) (ETS No. 005).

- 48 Die durchschnittliche IFR von Covid-19 liegt bei 0,15%, die sich für Personen unter 70 auf durchschnittlich 0,05% reduziert: JOHN IOANNIDIS, Reconciling estimates of global spread and infection fatality rates of COVID-19: An overview of systematic evaluations, *European Journal of Clinical Investigation* 2021/51 (5), S. 1 ff. Zum Vergleich: die saisonale Grippe hat eine durchschnittliche IFR von 0,16%.
- 49 Siehe etwa eine kritische Analyse der Situation in Frankreich: SÉBASTIEN PLATON, Reinventing the wheel ... and rolling over fundamental freedoms? The Covid-19 epidemic in France and the «state of health emergency», *Theory and Practice of Legislation* 2020/8(3), S. 293 ff.
- 50 WHO, [Ebola Virus Disease](#).
- 51 Art. 7 i.V.m. Art. 4 (2) UN-Zivilpakt; Art. 3 i.V.m. Art. 15 (2) [EMRK](#); UN-Menschenrechtsausschuss, Allgemeine Bemerkung 29, (Fn. 45), § 7.
- 52 Art. 6 i.V.m. Art. 4 (2) UN-Zivilpakt; Art. 2 i.V.m. Art. 15 (2) [EMRK](#).
- 53 UN-Menschenrechtsausschuss, Allgemeine Bemerkung 29, (Fn. 45), §§ 4–5; und zur Interpretation von Art. 15 [EMRK](#) durch den EGMR, siehe DAVID HARRIS et al. (Hrsg.), *The law of the European Convention on Human Rights*, Oxford University Press, 4. Auflage, Oxford 2018, S. 821 ff. Der UN-Sozialpakt enthält keine Notstandsklausel.
- 54 UN-Menschenrechtsausschuss, Allgemeine Bemerkung 29, (Fn. 45), § 1.
- 55 Siracusa Principles, (Fn. 45), § 39 (b). Dies geht auch aus dem engen Zusammenhang von Demokratie, dem Gleichheitsgrundsatz und den Menschenrechten hervor, die die Grundlage des regionalen und internationalen Menschenrechtsschutzes bildet. Siehe bspw. SAMANTHA BESSON, Human rights and democracy in a global context: Decoupling and recoupling, *Ethics & Global Politics* 2011/4 (1), S. 19 ff.
- 56 Art. 12 und 50 Genfer Abkommen vom 12. August 1949 zur Verbesserung des Loses der Verwundeten und Kranken der Streitkräfte im Felde (I. Genfer Abkommen), 75 UNTS 31; Art. 12 und 51 Genfer Abkommen vom 12. August 1949 zur Verbesserung des Loses der Verwundeten, Kranken und Schiffbrüchigen der Streitkräfte zur See (II. Genfer Abkommen), 75 UNTS 85; Art. 13 und 130 Genfer Abkommen vom 12. August 1949 über die Behandlung der Kriegsgefangenen (III. Genfer Abkommen), 75 UNTS 135; Art. 32 und 147 Genfer Abkommen vom 12. August 1949 zum Schutz von Zivilpersonen in Kriegszeiten (IV. Genfer Abkommen), 75 UNTS 287; Art. 11 (2) (b) Zusatzprotokoll I vom 8. Juni 1977 zu den Genfer Abkommen vom 12. August 1949 über den Schutz der Opfer internationaler bewaffneter Konflikte (Protokoll I), 1125 UNTS 3; und Art. 5 Zusatzprotokoll vom 8. Juni 1977 zu den Genfer Abkommen vom 12. August 1949 über den Schutz der Opfer nicht internationaler bewaffneter Konflikte (Protokoll II), 1125 UNTS 609.
- 57 Regel 92, [Datenbank](#) des IKRK zu den Regeln des humanitären Völkergewohnheitsrechts.
- 58 Art. 8 (2) (a) (ii), 8 (2) (b) (x) und 8 (2) (e) (xi) Statut des Internationalen Strafgerichtshofs von 1998, 2187 UNTS 90. Für eine ausführliche Analyse: siehe IRINI KIRIAKAKI, Das Humanexperiment als völkerstrafrechtliches Verbrechen – Vom Nürnberger Kodex zum Rom-Statut für einen Internationalen Strafgerichtshof, *Zeitschrift für die Gesamte Strafrechtswissenschaft* 2006/118, S. 229 ff.
- 59 *Rabi Abdullahi et al. v. Pfizer, Inc.*, US Court of Appeals for the Second Circuit, 562 F.3d (2009); *Grimes/Higgins v. Kennedy Krieger Institute*, Maryland Court of Appeals, 366 Md 29; 782 A2d 807 (2001).
- 60 Siehe Teil 1 dieses Beitrags, Abschnitt 3.2., (S. 21–26).
- 61 JONATHAN HERRING/JESSE WALL, The nature and significance of the right to bodily integrity, *Cambridge Law Journal* 2017/76 (3), S. 566 ff., S. 580 (eigene Übersetzung).
- 62 See the historical overview by MAHMOUD CHERIFF BASSIOUNI et al., An appraisal of human experimentation in international law and practice: The need for international regulation of human experimentation, *Journal of Criminal Law & Criminology* 1981/72, S. 1597 ff., S. 1606; JOCHEN VOLLMAN/ROLF WINAU, [Informed consent in human experimentation before the Nuremberg code](#), *British Medical Journal* 1996/313, S. 1445 ff; ALEX DE WAL, [Military Global Health](#), *Boston Review*, 11. November 2014; siehe auch: Parlamentarische Versammlung des Europarats (PACE), Covid-19 vaccines: Ethical, legal and practical considerations, Bericht des Committee on Social Affairs, Health and Sustainable Development, Rapporteur: Ms Jennifer DE TEMMERMAN, Frankreich, Alliance of Liberals and Democrats for Europe, [Doc. 15212](#), 11. Januar 2021, § 62.
- 63 Nürnberger Kodex, Prinzip I; UN-Sondergesandter zum Recht auf Gesundheit, Bericht zu informierter Einwilligung, A/64/272, 10. August 2009, § 35 («Informed consent of participants is *imperative* for conducting medical research»).
- 64 Eine gleichlautende Formulierung findet sich in Art. 3 (2) UNESCO-Erklärung über Bioethik und Menschenrechte (Fn. 36). Siehe auch UN-Sozialausschuss, Allgemeine Bemerkung 25, (Fn. 32), § 19.
- 65 Siehe bspw. EGMR, *Pretty gegen das Vereinigte Königreich*, Nr. 2346/02, 29. April 2002, § 66; *K.A. und A.D. gegen Belgien*, Nr. 42758/98 und 45558/99, 17. Februar 2005, § 83.

- 66 Siehe EGMR, *Y.F. gegen Türkei*, Nr. 24209/94, 22. Juli 2003, § 33 («a person's body concerns the most intimate aspect of private life»); *A.P., Garçon und Nicot gegen Frankreich*, Nr. 79885/12, 6. April 2017, § 123.
- 67 UNFPA, *My body is my own: Claiming the right to autonomy and self-determination*, State of world population 2021, S. 55–84.
- 68 Siehe z.B. Art. 5 Oviedo-Konvention; Art. 6 (1) UNESCO-Erklärung über Bioethik und Menschenrechte, (Fn. 36).
- 69 Art. 16 Oviedo-Konvention; Art. 24 Zusatzprotokoll zur Oviedo-Konvention; Art. 6 (2) UNESCO-Erklärung über Bioethik und Menschenrechte; UN-Sondergesandter zum Recht auf Gesundheit, Bericht zu informierter Einwilligung (Fn. 63), § 35. Siehe auch die Diskussion der verschiedenen Komponenten des Prinzips der freiwilligen Einwilligung nach Aufklärung im internationalen Menschenrechtsschutz von ERIN TALATI, *An open door to ending exploitation: Accountability for violations of informed consent under the Alien Tort Statute*, *University of Pennsylvania Law Review* 2006/155, S. 231 ff., S. 268.
- 70 Siehe e.g. Entscheide des EGMR und der UN-Ausschüsse, die Verletzungen wegen erzwungener Verabreichung von Medikamenten (EGMR, *X gegen Finnland*, Nr. 34806/04, 3. Juli 2012); erzwungenen Urin-, Blut- oder HIV/AIDS-Tests (EGMR, *R.S. gegen Ungarn*, Nr. 65290/14, 2. Juli 2019; EGMR, *M.A.K. und R.K. gegen das Vereinigte Königreich*, Nr. 45901/05, 23. März 2010; UN-Menschenrechtsausschuss, *Andrea Vandom gegen Republik Korea*, Beschwerde 2273/2013, Views angenommen am 10. August 2018, CCPR/C/123/D/2273/2013); erzwungenen gynäkologischen Untersuchungen oder Sterilisationen (EGMR, *Juhnke gegen Türkei*, Nr. 52515/99, 13. Mai 2008, §§ 81–82; EGMR, *V.C. gegen Slowakei*, Nr. 18968/07, 8. November 2011); invasiven Behandlungen während der Geburt (CEDAW-Ausschuss, *S.F.M gegen Spanien*, Beschwerde Nr. 138/2018, CEDAW/C/75/D/138/2018, Views angenommen am 28. Februar 2020, § 7.2); Zwang zur Fortsetzung nicht lebensfähiger Schwangerschaften (UN-Menschenrechtssausschuss, *Siobhan Whelan gegen Irland*, Beschwerde Nr. 2425/2014, Views angenommen am 17. Juli 2017, CCPR/C/119/D/2425/2014, § 7.8); sowie erzwungenen Tests neuer antipsychotischer Medikamente, die nicht für die allgemeine Anwendung zugelassen waren (EGMR, *Bataliny gegen Russland*, Nr. 10060/07, 23. Juli 2015, § 90), festgestellt haben. Siehe auch UN-Sozialausschuss, Allgemeine Bemerkung 14, (Fn. 15), § 8. Das Prinzip der freiwilligen Einwilligung nach Aufklärung ist auch in nationalen Rechtsordnungen tief verankert. Siehe z.B. THIERRY VANSWEEVELT/NICOLA GLOVER-THOMAS, *Informed consent and health – A global analysis*, Elgar, 2020.
- 71 Art. 5 Oviedo-Konvention und der Explanatory Report – ETS 164 – Human Rights and Biomedicine (Convention), 4. April 1997, § 35; Art. 6 UNESCO-Erklärung über Bioethik und Menschenrechte (Fn. 36); PACE, Resolution 2361 (2021), (Fn. 11), § 7.3.4; UN-Sozialausschuss, Allgemeine Bemerkung 25, (Fn. 32), § 71; CEDAW-Ausschuss, *A.S. gegen Ungarn*, Beschwerde 4/2004, Views angenommen am 29. August 2006, CEDAW/C/36/D/4/2004, § 11.3; CEDAW-Ausschuss, Allgemeine Bemerkung 24: Artikel 12 (Frauen und Gesundheit), A/54/38/Rev.1, chap.I, § 20; UN-Sondergesandter zum Recht auf Gesundheit, Bericht zu informierter Einwilligung (Fn. 63), § 15.
- 72 Siehe z.B. Nürnberger Kodex, Prinzip 1; Art. 5 Oviedo-Konvention und der Explanatory Report, (Fn. 71), § 35; Art. 15 (2) UNESCO-Erklärung über Bioethik und Menschenrechte (Fn. 36); UN-Sondergesandter zum Recht auf Gesundheit, Bericht zu informierter Einwilligung (Fn. 63), §§ 13 und 36; PACE, Resolution 2361 (2021), (Fn. 11), § 7.3.1; UN-Sozialausschuss, Allgemeine Bemerkung 22: Recht auf sexuelle und reproduktive Gesundheit, E/C.12/GC/22, 2. Mai 2016, § 58; CEDAW-Ausschuss, Allgemeine Bemerkung 24, (Fn. 71), § 22; CEDAW-Ausschuss, *A.S. gegen Ungarn*, (Fn. 71), § 11.3; EGMR, *Salmanoğlu und Polattaş gegen Türkei*, Nr. 15828/03, 17. März 2009, §§ 88 ff; und *V.C. gegen Slowakei*, Nr. 18968/07, 8. November 2011, §§ 111–112.
- 73 Art. 24 Zusatzprotokoll über Biomedizinische Forschung zur Oviedo-Konvention; UN-Sondergesandter zum Recht auf Gesundheit, Bericht zu informierter Einwilligung (Fn. 63), § 35.
- 74 Art. 16 (v) Oviedo-Konvention; Art. 6 (2) UNESCO-Erklärung über Bioethik und Menschenrechte (Fn. 36); UN-Sondergesandter zum Recht auf Gesundheit, Bericht zu informierter Einwilligung (Fn. 63), § 35.
- 75 Art. 5 Oviedo-Konvention; Art.6 (1) und (2) UNESCO-Erklärung über Bioethik und Menschenrechte; UN-Sozialausschuss, Allgemeine Bemerkung 25 (2020) (Fn. 32), § 44; UN-Sondergesandter zum Recht auf Gesundheit, Bericht zu informierter Einwilligung (Fn. 63), § 28; siehe auch: JOHN TASIOLAS/EFFY VAYENA, *Getting human rights right in global health*, *The Lancet* 2015/385, S. 42 ff., S. 42, die auf ein Menschenrecht auf Nichtteilnahme an medizinischen Experimenten hinweisen.
- 76 Art. 16 (v) Oviedo-Konvention; Explanatory Report – ETS 164 (Fn. 71), § 38; UN-Sondergesandter zum Recht auf Gesundheit, Bericht zu informierter Einwilligung (Fn. 63), § 35.
- 77 Insbesondere stützt sich die WHO bei ihrer Empfehlung an die Allgemeinheit über die Covid-19 «Impfstoffe» auf die Argumentation, dass diese «sicher und wirksam» seien. WHO, [COVID-19 advice for the public: Getting vaccinated](#). Mehr zur Wirksamkeit und Sicherheit der «Impfstoffe» in Abschnitt 4.3.

- 78 Für eine Definition der Terminologie «real world data» siehe AMR MAKADY et al., What is real-world data? A review of definitions based on literature and stakeholder interviews, *Value Health* 2017/20 (7), S. 858 ff. Im Kontext der Covid-19-«Impfstoffe» bezieht sich diese Terminologie auf die Tatsache, dass die klinischen Studien noch nicht abgeschlossen sind, sondern die Daten aus der «real world» Verimpfung laufend evaluiert werden. Siehe auch DAVID SHASHA et al., [Real-world safety data for the Pfizer BNT162b2 SARS-CoV-2 vaccine: historical cohort study](#), *Clinical Microbiology and Infection* 9/2021.
- 79 Siehe bspw.: WHO, [Recommendation for an Emergency Use Listing of Tozinameran Covid-19 mRNA vaccine \(nucleoside modified\)](#) submitted by BioNTech Manufacturing GmbH, 26. Januar 2021; und WHO, [Recommendation for an Emergency Use Listing of Covid-19 mRNA vaccine \(nucleoside modified\)](#) submitted by Moderna Biotech (Spain), 17. Mai 2021.
- 80 Siehe bspw. Fachartikel der Lancet Commission on COVID-19 Vaccines and Therapeutics Task Force Members, [Operation Warp Speed: implications for global vaccine security](#), *Lancet Global Health* 9/2021, S. e1017 ff; und KARIN BOK et al., [Accelerated COVID-19 vaccine development: milestones, lessons, and prospects](#), *Immunity* 2021/54, S. 1636 ff. Normalerweise dauert die Entwicklung eines neuen Impfstoffs bis zur regulären Zulassung zehn bis 15 Jahre (siehe: MICHAEL DOULBERIS et al., [Does COVID-19 vaccination warrant the classical principle «ofelein i mi vlaplin»?](#), *Medicina* 2021/57 (3), S. 253 ff., S. 257).
- 81 Siehe oben Fn. 7.
- 82 WHO Ad Hoc Expert Group on the Next Steps for Covid-19 Vaccine Evaluation, [Placebo-Controlled trials of Covid-19 vaccines – Why we still need them](#), *New England Journal Medicine* 2021/384, S. e2 (1) ff., S. e2 (1)–e2 (2), die die Covid-19-«Impfstoffe» durchweg als «investigational vaccines» bezeichnet.
- 83 WHO, [Covid-19 advice for the public: Getting vaccinated](#); und WHO, [vaccines explained](#).
- 84 COVAX, [Working for global equitable access to COVID-19 vaccines](#); Gavi, [COVAX](#).
- 85 Alle bisher gegebenen Empfehlungen des WHO Covid-19 IHR Emergency Committee: <https://www.who.int/groups/covid-19-ih-er-emergency-committee>.
- 86 WHO News, [Moving towards digital documentation of COVID-19 status](#), 27. August 2021. Das entspricht Art. 35 IGV. Und: WHO Covid-19 IHR EC, [Statement on the ninth meeting of the International Health Regulations \(2005\) Emergency Committee regarding the coronavirus disease \(COVID-19\) pandemic](#), 26. Oktober 2021, temporary recommendations to state parties, § 7.
- 87 WHO News, [Moving towards digital documentation of COVID-19 status](#), 27. August 2021.
- 88 WHO, [Digital Documentation of COVID-19 Certificates: Vaccination Status. Technical Specifications and Implementation Guidance](#), 27. August 2021.
- 89 WHO Covid-19 IHR EC, [Statement on the ninth meeting](#), 2. Oktober 2021, temporary recommendations to state parties, § 8.
- 90 Siehe oben insbesondere Fn. 72.
- 91 Siehe auch die Bedenken, die der UN-Sondergesandte zum Recht auf Gesundheit zur Einführung von digitalen «Immunitätspässen» äussert: UN-Sondergesandter zum Recht auf Gesundheit, Bericht zu Covid-19 und das Recht auf Gesundheit, A/75/163, 16. Juli 2020, §§ 89–91.
- 92 Art. 8 (2) EMRK; Art. 12 i.V.m. Art. 4 UN-Sozialpakt; und Art. 26 (1) Oviedo-Konvention. In Art. 16 der Oviedo-Konvention festgeschriebene Rechte von Teilnehmern an wissenschaftlichen und medizinischen Experimenten können allerdings nach Art. 26 (2) Oviedo-Konvention *nicht* eingeschränkt werden.
- 93 EGMR, *Vavříčka und Andere gegen die Tschechische Republik* (Grosse Kammer), Nr. 47621/13, 8 April 2021.
- 94 ANNA NILSSON, [Is mandatory vaccination against Covid-19 justifiable under the European Convention on Human Rights?](#), Blog des Global Campus of Human Rights, 15. April 2021. Parallel, aus Sichtweise des deutschen Verfassungsrechts: STEPHAN RIXEN/ADAM SAGAN, [Impfpflicht oder «2G minus K»?](#), *VerfBlog*, 11. Dezember 2021. Beide Beiträge gehen ohne Diskussion davon aus, dass notfallbedingt gelistete Covid-19-«Impfstoffe» kaum kurz-, mittel- oder langfristige Nebenwirkungen, geschweige denn Todesfälle, zur Folge haben können. Diese Annahme muss hinterfragt werden (siehe unten Abschnitt 4.3.). Auch der experimentelle Charakter der «Impfstoffe» wird nicht thematisiert.
- 95 WHO, [COVID-19 and mandatory vaccination: ethical considerations and caveats](#), Policy Brief, 13. Mai 2021.
- 96 UN-Sozialausschuss, Allgemeine Bemerkung 14, (Fn. 15), §§ 16 and 44 (b).
- 97 EGMR, *Vavříčka und Andere gegen die Tschechische Republik*, (Fn. 93), § 291. Siehe allerdings die Kritik am Umgang mit wissenschaftlichen Beweisen in der «Abweichenden Meinung» (sog. «Dissenting Opinion») von Richter Wojtyczek, §§ 9–11.
- 98 *Vavříčka und Andere gegen die Tschechische Republik*, (Fn. 93), § 302.

- 99 Ebed., §§ 280, 284–85, 310. Dies wird erreicht durch ein Verschieben der Fragestellung weg von einer Frage über einen möglicherweise gerechtfertigten medizinischen Zwangseingriff (d.h. ohne informierte Zustimmung) hin zu einer Frage des Zugangs zu Gesundheitsdienstleistungen und der Art und Weise, wie diese organisiert sind (siehe insbesondere §§ 274 und 280).
- 100 Wegen des gewährten weiten Ermessensspielraums mass der EGMR Argumenten, dass sehr hohe Impfquoten bei Kindern auch über die in den meisten Mitgliedsstaaten des Europarats auf Freiwilligkeit beruhenden Ansätzen erreicht werden, keine Bedeutung zu (*Vavříčka und Andere gegen die Tschechische Republik*, (Fn. 93), §§ 285, 306 und 310). Die Ablehnung des «less restrictive alternative»-Tests wird auch in der «Abweichenden Meinung» von Richter Wojtyczek kritisiert (§ 14).
- 101 Richter Wojtyczek stellt in diesem Zusammenhang in seiner «Abweichenden Meinung» fest, dass das Vorgehen der Mehrheit eine «unerwartete Entwicklung in der Rechtsprechung» («unexpected jurisprudential development») darstellt (§ 4).
- 102 Siehe etwa *A.P., Garçon und Nicot gegen Frankreich*, Nr. 79885/12, 6. April 2017, §§ 121–123; *Dubská und Krejzová gegen die Tschechische Republik*, Nr. 28859/11, 15. November 2016, § 178; und *Hämäläinen gegen Finnland*, Nr. 37359/09, 16. Juli 2014, §§ 68–69; siehe auch die Kritik in der «Abweichenden Meinung» von Richter Wojtyczek, §§ 7 und 8.
- 103 «Abweichende Meinung» von Richter Wojtyczek, §§ 5, 9, 14–16 (unbeantwortete Fragen der Beschwerdeführer) und §§ 3, 10 und 11 (zur Notwendigkeit, dass der EGMR unabhängige Experten anhört).
- 104 Siehe oben Fn. 48.
- 105 Siehe dazu unten Abschnitt 4.3. (Fn. 114–120).
- 106 Siehe dazu unten Abschnitt 4.3. (Fn. 121–135).
- 107 Siehe unten (Fn. 121–123) zu Verdachtsmeldungen von tödlichen Nebenwirkungen nach Covid-19-«Impfungen».
- 108 Dies ergibt sich aus den strikt begrenzten Ausnahmen vom Recht auf Leben (Art. 3 AEMR, Art. 6 UN-Ziviltakt, Art. 2 (2) EMRK), die die Tötung eines Menschen durch unbedingt erforderliche Gewaltanwendung nur erlaubt, um das Leben eines anderen Menschen gegen rechtswidrige Gewalt zu verteidigen, etwa um eine Geiselnahme zu beenden. Siehe etwa UN-Menschenrechtsausschuss, Allgemeine Bemerkung 36: Recht auf Leben, CCPR/C/GC/36, 3. September 2019, § 12 («The intentional taking of life by any means is permissible only if it is strictly necessary in order to protect life from an imminent threat.»); und EGMR, *McCann gegen das Vereinigte Königreich*, Nr. 18984/91, 27. September 1995, §§ 148–150. Dies würde auch gelten, wenn unbekannt ist, wer in Folge einer experimentellen «Impfung» sterben wird. Siehe auch die Entscheidung des deutschen Bundesverfassungsgerichts zum Luftsicherheitsgesetz vom 15. Februar 2006, 1 BvR 357/05, BVerfGE 115, 118–166.
- 109 UN-Sozialausschuss, Allgemeine Bemerkung 14, (Fn. 15), §§ 12 (c) und (d).
- 110 UN-Sondergesandter zum Recht auf Gesundheit, Bericht zum Zugang auf Medikamente als wichtige Komponente des Rechts auf Gesundheit, A/HRC/23/42, 1. Mai 2013, § 61.
- 111 Ebed., § 63.
- 112 BEHRENDT/MÜLLER (2021), (Fn. 1), Abschnitt 3.2., (S. 21–26).
- 113 WHO, [The Global Advisory Committee on Vaccine Safety \(GACVS\)](#). Im November 2021 bewertete GACVS den Nutzen der Impfung höher als die Risiken, wie bspw. das Auftreten von Myokarditis oder noch unbekannter Langzeitfolgen. WHO News, [Interim statement on COVID-19 vaccination for children and adolescents](#), 24. November 2021.
- 114 PIERO OLLIEARO et al., [Covid-19 vaccine efficacy and effectiveness – The elephant \(not\) in the room](#), *The Lancet Microbe*, 20. April 2021.
- 115 S. V. SUBRAMANIAN/AKHIL KUMAR, [Increases in COVID-19 are unrelated to levels of vaccination across 68 countries and 2947 counties in the United States](#), *European Journal of Epidemiology*, 30. September 2021. Siehe auch die Ergebnisse einer, sich noch im pre-print Stadium befindlichen, in einem US-Gefängnis durchgeführten Studie: PHILLIP SALVATORE et al., [Transmission potential of vaccinated and unvaccinated persons infected with the SARS-CoV-2 Delta variant in a Federal Prison \(July-August 2021\)](#), (S. 11: «During a high-transmission outbreak of the SARS-CoV-2 Delta variant in a prison setting, we failed to find different durations of RT-PCR positivity, Ct values, or durations of viral culture positivity in fully vaccinated persons compared with persons who were not fully vaccinated.»). Und eine weitere Studie aus Massachusetts, CATHERINE BROWN et al., [Outbreak of SARS-CoV-2 infections, including Covid-19 vaccine breakthrough infections, associated with large public gatherings – Barnstable County, Massachusetts, July 2021](#), *Morbidity and Mortality Weekly Report* 2021/79, S. 1059 ff.
- 116 Unter relativer Wirksamkeit/relativer Risiko-Reduktion versteht man das Verhältnis der Erkrankung mit und ohne Impfung. Die absolute Risiko-Reduktion durch Impfung betrachtet das Risiko der gesamten

- Bevölkerung, überhaupt mit SARS-CoV-2 in Kontakt zu kommen und möglicherweise zu erkranken. Am Beispiel der an die EMA von Pfizer/BioNTech vorgelegten Studienergebnissen vom 19. Februar 2021 (EMA/707383/2020 Corr.1): 9 von 20'172 Personen, die die Impfung erhielten, bekamen Covid-19 Symptome während in der Gruppe von 19'965 Personen, die ein Placebo erhalten hatten, 169 Personen Covid-19 Symptome zeigten. Damit liegt die relative Risiko-Reduktion bei 95%, während die absolute Risiko-Reduktion bei 0,8% liegt. D.h. es müssen statistisch 125 Menschen geimpft werden, um eine Infektion zu verhindern.
- 117 OLLIEARO et al. (2021), (Fn. 114); siehe auch: Coronaimpfstoff: Was bedeutet 90% wirksam?, aerzteblatt.de, 9. Dezember 2020; und HARTGroup, Vaccine efficacy and the number needed to treat: What does 95% efficacy actually mean?, 17. Dezember 2021.
- 118 YAIR GOLDBERG et al., Waning immunity after the BNT162b2 vaccine in Israel, New England Journal of Medicine 2021/385, S. e85 ff.
- 119 Selbst dies geht allerdings nicht eindeutig aus der Pfizer/BioNTech-Studie hervor. Die Studie resümiert: «Excellent vaccine efficacy (preventing symptomatic COVID-19) was shown in subjects without evidence of prior SARS-Cov2 infection (VE 95.0%; 95% CI: 90.3%, 97.6%), which was consistent across relevant subgroups. It is likely that the vaccine also protects against severe COVID-19, though these events were rare in the study, and statistically certain conclusion cannot be drawn. It is presently not known if the vaccine protects against asymptomatic infection, or its impact on viral transmission. The duration of protection is not known.» (EMA/707383/2020 Corr.1, S. 97).
- 120 PETER DOSHI, Will Covid-vaccines save lives? Current trials are not designed to tell us, British Medical Journal 2020/371, S. m4037; PETER DOSHI, Pfizer and Modern's «95% effective» vaccines – we need more details and the raw data, thebmjopinion, 4. Januar 2021; PETER DOSHI, Clarification: Pfizer and Modern's «95% effective» vaccines – we need more details and the raw data, thebmjopinion, 5. Februar 2021; und PAUL THACKER, Covid-19: Researcher blows the whistle on data integrity issues in Pfizer's vaccine trial, British Medical Journal 2021/375, S. n2635 ff; WHO Ad Hoc Expert Group (2021), (Fn. 82), S. e2 (1) ff.
- 121 Vaccine Adverse Event Reporting System (VAERS); aktuelle, aufbereitete Daten unter: <https://openvaers.com/covid-data>.
- 122 EudraVigilance; in regelmässigen Abständen aktualisierte, aufbereitete Daten unter: <https://www.impfnebenwirkungen.net/report.pdf>.
- 123 WHO Datenbank VigiAccess.
- 124 Zum Vergleich siehe: PEDRO MORO et al., Deaths reported to the Vaccine Adverse Event Reporting System, United States, 1997–2013, Clinical Infectious Diseases 2015/61 (6), S. 980 ff.; und KRiStA – Netzwerk kritischer Staatsanwälte und Richter, Impfnebenwirkungen und Menschenwürde – Warum eine Impfpflicht gegen Art. 1 Abs. 1 GG verstößt, 17. Dezember 2021. Die Autoren heben hervor, dass bei 772'676'478 in Deutschland durchgeführten Impfungen mit traditionellen Impfstoffen im Zeitraum 1. Januar 2000 bis 31. Dezember 2020 54'488 Verdachtsfälle auf mit der Impfung zusammenhängende Nebenwirkungen an das Paul-Ehrlich-Institut (PEI) gemeldet wurden, einschliesslich 456 Todesfälle. Für 107'888'714 bis zum 31. September 2021 in Deutschland verabreichte Covid-19-«Impfungen» wurden 172'188 Verdachtsmeldungen an das PEI gemacht, einschliesslich 1'801 Todesfälle. Siehe auch eine vergleichende Analyse der VigiAccess Berichte zu Verdachtsmeldungen nach Covid-19-«Impfungen» mit Berichten zu Verdachtsmeldungen nach traditionellen Impfungen (Stand: 12. Dezember 2021): WHO VigiAccess Datenbank: 2.727.041 Reports mit 6.552.626 einzelnen Impfnebenwirkungen gemeldet, Transparenztest, 18. Dezember 2021.
- 125 Mit Stand Anfang Dezember 2021 finden sich 946'461 Verdachtsmeldungen zu Nebenwirkungen in VEARS, 4'550'485 Verdachtsmeldungen in EudraVigilance und 2'727'041 Verdachtsmeldungen in VigiAccess. Es werden bei weitem nicht alle Nebenwirkungen gemeldet. Siehe etwa ROSS LAZARUS et al., Electronic support for Public Health-Vaccine Adverse Reporting System (ESP:VEARS), die festhalten, dass generell nur 1% der auftretenden Nebenwirkungen bei Impfungen an das US System VEARS gemeldet werden (S. 6). Zu «Underreporting» in VEARS siehe auch TOM SHIMABUKURO et al., Safety monitoring in the Vaccine Adverse Event Reporting System (VAERS), Vaccine 2015/33 (36), S. 4398 ff., S. 4406/07.
- 126 Z.B. DROR MEVORACH et al., Myocarditis after BNT162b2 mRNA vaccine against Covid-19 in Israel, New England Journal of Medicine 2021/385, S. 2140 ff.; GILBERT CHUA et al., Epidemiology of acute Myocarditis/Pericarditis in Hong Kong adolescents following Comirnaty vaccination, Clinical Infectious Diseases 2021 (accepted manuscript, 28. November 2021); STEVEN GUNDRY, Abstract 10712: Mrna COVID vaccines dramatically increase endothelial inflammatory markers and ACS risk as measured by the PULS cardiac test: A warning, Circulation 2021/144 (Suppl_1), S. A10712; Public Health Ontario, Enhanced epidemiological summary: Myocarditis and pericarditis following vaccination with COVID-19 mRNA vaccines in Ontario: December 13, 2020 to September 4, 2021; UK Health Security Agency, Guidance on Myocarditis and Pericarditis after COVID-19 Vaccination for Healthcare Professionals, 29.

- November 2021; EMA, [Zusammenfassung der Merkmale des Arzneimittels \(Produktinformation Cominarty\)](#), 7. Dezember 2021, S. 4.
- 127 SUE PAVORD, et al., [Clinical features of vaccine-induced immune thrombocytopenia and thrombosis](#), *New England Journal of Medicine* 2021/385, S. 1680 ff.; sowie sog. Rote Hand Briefe der «Impfstoff»-Hersteller, z.B.: Janssen, [COVID-19 Vaccine Janssen: Risiko für das Auftreten von Immunthrombozytopenie \(ITP\) und venöser Thromboembolie \(VTE\)](#), 13. Oktober 2021; AstraZeneca, [VAXZEVRIA/COVID-19-Impfstoff AstraZeneca: Risiko einer Thrombozytopenie \(einschließlich Immunthrombozytopenie\) mit oder ohne assoziierter Blutung](#), Oktober 2021; BioNTech Manufacturing GmbH/Moderna Biotech Spain, [Rote-Hand-Brief BioNTech und Moderna zu den Impfstoffen Comirnaty und Spikevax](#), 19. Juli 2021.
- 128 JOSEF FINSTERER, [Neurological side effects of SARS-CoV-2 vaccinations](#), *Acta Neurologica Scandinavica* 2021/145 (1), S. 5 ff.; ERUM KHAN et al., [Acute transverse myelitis following SARS-CoV-2 vaccination: A case report and review of literature](#), *Journal of Neurology* 2021; JHIH-JIAN GAO et al., [Acute transverse myelitis following COVID-19 vaccination](#), *Vaccines* 2021/9 (9), S. 1008 ff.
- 129 KENRAD NELSON, [Influenza vaccine and Guillain-Barre Syndrome – Is there a risk?](#), *American Journal of Epidemiology* (2012) 175/11, S. 1129 ff.; RICHARD KRAUSE, [The swine flu episode and the fog of epidemics](#), *Emerging Infectious Diseases* 2006/12 (1), S. 40 ff.; EBEN HARRELL, [How to deal with Swine Flu: Heeding the mistakes of 1976](#), *Time Magazine*, 27. April 2009; und [Gerald Ford rushed out a vaccine. It was a disaster](#), *The New York Times*, 2. September 2020.
- 130 Für einen Überblick der noch ausstehenden Studiendaten zum *Pfizer/BioNTech* «Impfstoff» *Comirnaty*, siehe etwa EMA Committee for Medicinal Products for Human Use (CHMP), [Assessment report on the annual renewal of the conditional market authorization, EMA/596333/2021](#), 14. Oktober 2021.
- 131 JW ULM, [Rapid Response to: Will Covid-19 vaccines save lives? Current trials are not designed to tell us](#), *British Medical Journal* 2020/371, S. m4037; RUMIANA TENCHOV et al., [Lipid nanoparticles – From liposomes to mRNA vaccine delivery, a landscape of research diversity and advancement](#), *ASC Nano* 2021/15, S. 16982 ff.; SONIA NDEUPEN et al., [The mRNA-LNP platform’s lipid nanoparticle component used in preclinical vaccine studies is highly inflammatory](#), *iScience* 2021/24, 103479.
- 132 NOUARA YAHYI et al., [Infection-enhancing anti-SARS-CoV-2 antibodies recognize both the original Wuhan/D614G strain and Delta variants. A potential risk for mass vaccination?](#), *Journal of Infection* 2021/83(5), S. 607 ff.; WEN SHI LEE et al., [Antibody-dependent enhancement and SARS-CoV-2 vaccines and therapies](#), *Nature Biology* 2020/5, S. 1185 ff.
- 133 HART-Group, [Women’s reproductive concerns are brushed aside](#), 1. November 2021; ALEISHA BROCK, [Spontaneous abortions and policy on COVID-19 mRNA vaccines](#), *Science, Public Health Policy & Law* 2021/11, S. 130 ff.
- 134 TOMI SARKANEN et al., [Narcolepsy associated with Pandemrix vaccine](#), *Current Neurology and Neuroscience Reports* 2018/18, S. 43 ff.; [Grippeimpfung: Wie Pandemrix eine Narkolepsie auslöst](#), 2. Juli 2015, [aerzteblatt.de](#).
- 135 Vgl. bspw. EMA, Committee for Medicinal Products for Human Use (CHMP), [Assessment Report](#), 19. Februar 2021, EMA/707383/2020 Corr. 1, S. 48, 50; sowie EMA, Zusammenfassung der Merkmale des Arzneimittels (Produktinformation Cominarty), (Fn. 126), S. 15. Insbesondere hinsichtlich des Ausschlusses eines teratogenen (Schädigung der embryonalen Entwicklung) Schädigungspotenzials wären auch klinische Untersuchungen notwendig und nicht nur die Verwendung von präklinischen Toxizitätsdaten (Tierversuchen), die teilweise an nur einer anstatt mehreren Tierarten durchgeführt wurden (siehe: ALLYAH ABBAS-HANIF et al., [Covid-19 treatments and vaccines must be evaluated in pregnancy](#), *British Medical Journal* 2021/375, S. n2377 ff.).
- 136 WHO News, [Correcting misperceptions on COVID-19 vaccination data emerging from WHO VigiAccess](#), 1. Dezember 2021.
- 137 Letzteres geht auch nicht aus den von der WHO veröffentlichten Dokumenten zur EULP hervor. Siehe auch Teil 1 dieses Beitrags: BEHRENDT/MÜLLER (2021), (Fn. 1), Abschnitt 3.2., (S. 21–26).
- 138 Siehe Fn. 77 und 83–84.
- 139 Laut WHO werden «essential medicines» ausgesucht «based on disease prevalence and public health relevance, evidence of clinical efficacy and safety, and comparative costs and cost-effectiveness.» (WHO, [Essential Medicines](#)).
- 140 SMITH et al. (2021), (Fn. 10), S. 145 ff.
- 141 Art. 12 UN-Sozialpakt; Art. 25 AEMR; Art. 24 (2) (e) UN-Kinderrechtskonvention; UN-Sozialausschuss, Allgemeine Bemerkungen 14, (Fn. 15), § 11 und Allgemeine Bemerkung 22, (Fn. 72), § 5; UN-Menschenrechtsausschuss, *Siobhan Whelan gegen Irland*, Beschwerde Nr. 2425/2014, View angenommen am 17. Juli 2017, CCPR/C/119/D/2425/2014, § 7.6; UN-Sondergesandter zum Recht auf Gesundheit, Bericht zu informierter Einwilligung (Fn. 63), §§ 15–17 und 23; UN-Sondergesandter zum Recht auf Gesundheit, Bericht zu Covid-19 und dem Recht auf Gesundheit, (Fn. 91), § 63. Für einen Überblick über das Recht auf Zugang zu angemessenen und evidenzbasierten

- Gesundheitsinformationen siehe: CARLOS CUETO DIAZ/JAVIER VASQUEZ, The right to receive and impart information as cross-cutting issue in the protection of the right to health, *Health Law & Policy Brief* 2012/6 (2), S. 1 ff.
- 142 UN-Sozialausschuss, Allgemeine Bemerkungen 14, (Fn. 15), § 12 (b) (iv); und Allgemeine Bemerkung 22, (Fn. 72), § 18.
- 143 Art. 19 UN-Zivilpakt; Art. 19 AEMR; Art. 10 EMRK. Siehe auch EGMR, *Sunday Times gegen das Vereinigte Königreich*, Nr. 6538/74, 26. April 1979, § 66, in dem der EGMR feststellte, dass die Öffentlichkeit im Rahmen des Rechts auf freie Meinungsäußerung (Art. 8 EMRK) über Fragen der öffentlichen Gesundheit «angemessen informiert» werden muss (interessanterweise betraf dieser Fall Zeitungsberichte über den Contergan-Skandal). Ein Recht der Öffentlichkeit auf Informationen, die es dem Einzelnen erlauben, Risiken für Gesundheit und Leben realistisch einzuschätzen, ist auch Teil des Schutzbereichs von Art. 8 EMRK: *Vilnes und Andere gegen Norwegen*, Nr. 52806/09 und 22703/10, 5. Dezember 2013, §§ 235–236 and 244; *Guerra und Andere gegen Italien*, Nr. 14967/89, 19. Februar 1998, §§ 57–60; und *Roche gegen das Vereinigte Königreich*, Nr. 32555/96, 19. Oktober 2005, §§ 157–169.
- 144 UN-Sozialausschuss, Allgemeine Bemerkung 14, (Fn. 15), §§ 34 und 50; und Allgemeine Bemerkung 22, (Fn. 72), §§ 41 und 58.
- 145 UN-Sozialausschuss, Allgemeine Bemerkung 14, (Fn. 15), § 35; und Allgemeine Bemerkung 22, (Fn. 72), § 43.
- 146 UN-Sozialausschuss, Allgemeine Bemerkung 14, (Fn. 15), § 47.
- 147 Art. 16 (iv) Oviedo-Konvention; Art. 6 (2) UNESCO-Erklärung über Bioethik und Menschenrechte (Fn. 36); UN-Sondergesandter zum Recht auf Gesundheit, Bericht zu informierter Einwilligung (Fn. 63), § 39.
- 148 Teil 1 dieses Beitrags: BEHRENDT/MÜLLER (2021), (Fn. 1), Abschnitt 3.3., (S. 27–30).
- 149 Ebed.; und bspw. *YouTube/Google's Covid-19 «medical misinformation policy»*: <https://support.google.com/youtube/answer/9891785?hl=en>.
- 150 LAURIE CLARKE, *Covid-19: Who fact checks health and science on facebook?*, *British Medical Journal* 2021/373, S. n1170 ff. *YouTube* hat seit Februar 2020 über eine Million Videos zum Thema Covid-19 gelöscht: *YouTube will begin removing content questioning any approved medical vaccine*, *MyBroadband*, 29. September 2021; *YouTube löscht eine Million Videos seit Beginn der Pandemie*, *SpiegelOnline*, 26. August 2021.
- 151 Einige Beispiele: MATT TAIBBI, *Meet the censored: Bret Weinstein*, 19. Juni 2021; JOE MARTINO, *The censorship of scientists & doctors has gone too far: Dr. Byram Bridle*, *The Pulse*, 23. Juni 2021; ARJUN WALIA, *Why did twitter censor an eminent infectious disease expert for his opinion on COVID vaccines?*, *The Pulse*, 16. Mai 2021; MARTIN KULLDORFF/JAY BHATTACHARYA, *The smear campaign against the Great Barrington Declaration*, *sp!ked*, 2. August 2021; betreffend Robert F. Kennedy Jr.: AUDREY CONKLIN, *Facebook bans Robert Kennedy Jr.'s Instagram in anti-vax crackdown*, *FOXBusiness*, 11. Februar 2021 und Robert Kennedy's Antwort: *RFK, Jr. Responds to Instagram's removal of his account*, *The Defender*, 11. Februar 2021. Für einen Überblick über die Situation im deutschsprachigen Raum, siehe DENNIS KALTWASSER, *Ein gesinnungsjournalistisches Totalversagen*, *NachDenkSeiten*, 12. Oktober 2021.
- 152 PIERRE KORY et al., *Review of the emerging evidence demonstrating the efficacy of Ivermectin in the prophylaxis and treatment of COVID-19*, *American Journal of Therapeutics* 2021/28 (3), S. e299 ff; PAUL MARIK /PIERRE KORY, *Ivermectin, a reanalysis of the data*, *American Journal of Therapeutics*, 2021/28 (5), S. e579 ff.; PETER McCULLOUGH, et al., *Pathophysiological basis and rationale for early treatment of SARS-CoV-2 (COVID-19) infection*, *American Journal of Medicine* 2021/134 (1), S. 16 ff; und NURULLAH OKUMUS et al., *Evaluation of the effectiveness and safety of adding ivermectin to treatment in severe Covid-19 patients*, *BMC Infectious Disease* 2021/21, S. 411 ff.
- 153 Diskussionen über die Wirksamkeit von Ivermectin und Hydroxychloroquine sind nach *Youtube/Google's Covid-19 «medical misinformation policy»* bspw. nicht erlaubt: <https://support.google.com/youtube/answer/9891785?hl=en>.
- 154 Mehr Details am Beispiel Grossbritannien, einschliesslich der Beteiligung von Geheimdiensten und militärischen Einrichtungen an Infodemic Management siehe: WHITNEY WEBB, *US – UK Intel Agencies declare cyber war on independent media*, *Unlimited Hangout*, 11. November 2020.
- 155 KAMRAN ABBASI, *Covid-19: Politicisation, «corruption», and suppression of science*, *British Medical Journal* 2020/371, S. m4425 ff.
- 156 Art. 15 (1) (b) UN-Sozialpakt; Art. 27 AEMR; UN-Sozialausschuss, Allgemeine Bemerkung 25, (Fn. 32), §§ 13, 17, 24, 42–43, 50, 56–57 und 72–76.
- 157 Ausführlicher zu diesem Thema: JACOB LEVICH, *Disrupting Global Health. The Gates Foundation and the vaccine business*, in: Richard Parker/Jonathan Garcia (Hrsg.), *Routledge Handbook on the Politics of Global Health*, Routledge, London 2018, S. 207 ff.

- 158 [Open Letter from the BMJ to Mark Zuckerberg](#), Rapid Response to: Covid-19: Researcher blows the whistle on data integrity issues in Pfizer's vaccine trial, British Medical Journal 2021/375, S. n2635 ff.
- 159 WHO, H1N1 IHR Emergency Committee.
- 160 PACE/Social, Health and Family Affairs Committee, [The handling of the H1N1 pandemic: More transparency needed](#), AS/Soc (2010) 12, 23. März 2010; ADRIAN O'DOWD, [Council of Europe condemns «unjustified scare» over Swine Flu](#), British Medical Journal (2010) 340, S. c3033 ff.
- 161 Andere von der WHO direkt oder indirekt empfohlene Covid-19-PHEIC Gegenmassnahmen – wie «lockdowns», Massentestungen, nächtliche Ausgangssperren, «social distancing», verpflichtendes Maskentragen, Schulschliessungen etc. – sind auch Ausdruck der GHS-Doktrin. Sie konnten in den zwei Teilen dieses Beitrags nicht weitergehend analysiert werden, zählten aber vor dem Auftreten von SARS-CoV-2 nicht zu den empfohlenen Massnahmen zur Bekämpfung einer Atemwegsviruspandemie (siehe etwa: THOMAS INGLESBY et al., [Disease mitigation measures in the control of pandemic influenza](#), Biosecurity and Bioterrorism: Biodefense Strategy, Practice and Science 2006/4 (4), S. 366 ff; und Pandemie-Richtlinien der WHO, [Non-pharmaceutical public health measures for mitigating the risk and impact of epidemic and pandemic influenza guidance](#), 19. September 2019).
- 162 Konkret im Bereich der Bekämpfung des Covid-19-PHEIC etwa die gesundheitliche Aufklärung über die natürliche Stärkung des menschlichen Immunsystems und die Ausweitung der Behandlungsmethoden der Covid-19-Krankheit (siehe Fn. 152). Insbesondere für Länder mit niedrigem Einkommen kann zudem die systematische Verbesserung des Zugangs zu gesundheitlicher Grundversorgung, zu ausreichenden, gesunden und nahrhaften Lebensmitteln, sauberem Wasser und Sanitäranlagen und angemessenem Wohnraum ein sinnvoller, vom internationalen Menschenrechtssystem unterstützter Ansatz sein, die öffentliche Gesundheit und Lebensqualität der Menschen zu verbessern, und damit auf Freiwilligkeit beruhende Impfkampagnen zu ergänzen. Dieser public health Ansatz spiegelt sich etwa in der [Alma-Ata Deklaration](#) der International Conference on Primary Health Care von 1978 wider, sowie in den noch im September 2019 aktualisierten Pandemie-Richtlinien der WHO (Fn. 161).
- 163 Siehe oben Abschnitt 4.3.
- 164 Europäische Kommission, Communication from the Commission to the European Parliament, the European Council, the Council, the European Economic and Social Committee and the Committee of the Regions: Introducing HERA, the European Health Emergency and Response Authority, the next step towards completing the European Health Union, [COM\(2021\) 576 final](#), 16. September 2021.
- 165 [Als Generalarzt ins Bundesgesundheitsministerium](#), Bundeswehr – Aktuelles, 26. März 2020; V. HARTMANN, «... eine enorm fordernde Aufgabe ...», Interview mit GStA Dr. Holtherm, Leiter Abteilung 6, Gesundheitsschutz, Gesundheitssicherheit und Nachhaltigkeit im BMG, Wehrmedizin und Wehrpharmazie 2020/4.
- 166 [UK Health Security Agency. Covid: Health security body gives UK «protective shield»](#), BBC News, 23. März 2021.
- 167 Siehe etwa die [Ausweitung der Zertifikatspflicht](#) auch auf Personen ab 16 Jahren betreffend den «immunologischen» Status der Person auch in der Schweiz, vorläufig bis 24. Januar 2022.

0 Kommentare

Es gibt noch keine Kommentare

* Pflichtfelder

Was ist Ihr Kommentar?

Titel:

Ihr Kommentar: *

Name: *

Eliane Locher

Senden

Ihr Kommentar wird durch eine Moderatorin bzw. einen Moderator geprüft und in Kürze freigeschaltet.