



Homepage:

<https://www.wch-germany.de/>

Telegram:

https://t.me/wch_country_council_germany

WHO für Anfänger

Die blau markierten Passagen weisen auf problematische Entwicklungen hin und stellen einen Kommentar der Autoren dieses Textes dar. Die schwarz markierten Textteile erklären die Begriffe, denen man in WHO-Texten begegnet.

2. Langversion

In verständlicherem Deutsch

Die WHO wurde am 7. April 1948 gegründet, propagiert das Recht auf Gesundheit als Grundrecht des Menschen und zählt aktuell (noch) 194 Mitgliedstaaten. Nach ihrer **Verfassung verfolgt die WHO den Zweck, „allen Völkern zur Erreichung des bestmöglichen Gesundheitszustandes zu verhelfen“ Finanzierung:** Im Jahr 2023 betrugen die Einnahmen der WHO 3,34 Milliarden US-Dollar. Die **Mitgliedsstaaten** zahlen Pflichtbeiträge und ggf. freiwillige Beiträge. Die Gesamteinnahmen aus den Mitgliedsbeiträgen betrugen 2023 knapp 0,5 Milliarden US-Dollar. **Freiwillige Beiträge**, die durch Mitgliedstaaten ebenso wie zum Beispiel durch NGOs (Nicht-Regierungs-Organisationen) und **private Spender** geleistet werden, tragen zum **Großteil der Finanzierung bei**. (Wikipedia).

Freiwillige Spender: z.B. GAVI, Gates Foundation, Rotary International, UNICEF, Weltbank. **Deutschland** zahlt gleich mehrfach Beiträge: Den **Pflichtbeitrag** (Assessed Contribution), einen **freiwilligen Betrag** und indirekt durch

Original

Assessed Contributions

If Voluntary Contributions are earmarked for specific purposes, this contradicts Art 37 of the WHO Constitution

einen Millionenzuschuss an GAVI. Deutschland ist einer der fünf größten Beitragszahler mit ca. 400 Millionen Euro jährlich (Stand März 2025).

Ursprünglich waren alle Beiträge der Mitgliedsländer **nicht zweckgebunden**, doch durch das durch die USA veranlasste Einfrieren der Mitgliedsbeträge in den 1980ern entstand eine Finanzierungslücke.

Obwohl die WHO-Verfassung es dem Generaldirektor der WHO untersagt, von einem Beitragszahler Anweisungen entgegenzunehmen, **sind die Spenden** der Organisationen, Stiftungen, Pharma- und anderen Unternehmen, Banken, Forschungsinstitute, UN-Einrichtungen, staatlichen Regionalverwaltungen und der EU-Kommission, die in der Summe den Großteil des Finanzbedarfs der WHO abdecken, **zweckgebunden**. Das ist ein klarer **Verstoß gegen den Art 37 der WHO-Verfassung**.

Schon seit Längerem vertritt die WHO die These, dass die Gesundheit von Menschen mit der Gesundheit von Tieren und der Umwelt verbunden ist. Demnach funktioniert die Verbreitung von Infektionskrankheiten bei Mensch und Tier nach dem gleichen Prinzip: Schweinepest, Vogelgrippe, Rinderwahn. Keime oder Viren können nach dieser These auf den Menschen überspringen. Damit verbunden ist das Narrativ, dass Pandemien im Wesentlichen (nur) durch Übertragungen von Tier zu Mensch entstehen (Zoonosen). Dadurch wird im Zweifel von der eigentlichen Problematik, den in Laboren manipulierten Viren (Gain-of-function-Forschung, GoF = Manipulation von Krankheitserregern), abgelenkt. Auch das „neue“ Coronavirus war ziemlich sicher ein GoF-Virus. Belegt durch eine sogenannte Furin-Spaltstelle, die nicht natürlich entstehen konnte.

Im Zentrum der Aufmerksamkeit der WHO stehen daher **Infektionskrankheiten**. Sie hat dazu ein **weltweit operierendes Netzwerk** geschaffen, das auf Pandemieausbrüche vorbereitet ist, sobald der WHO-Generaldirektor eine „Gesundheitliche Notlage Internationaler Tragweite“ (durch die neuen IGV möglich nun auch eine „Pandemische Notlage“) **ausruft**. Die konkreten Forschungen und wissenschaftliche Untermauerung für das Bestehen solcher Notlagen und die zu treffenden Maßnahmen sollen die **Kollaborationszentren** (hier kann man sie für jedes Land finden <https://apps.who.int/whocc/Search.aspx>) liefern, um so für „wissenschaftliche“ Akzeptanz zu sorgen. *In der Regel*

Art 37 WHO Constitution

„In the performance of their duties the Director-General and the staff shall not seek or receive instructions from any government or from any authority external to the Organization. (...) Each Member of the Organization on its part undertakes to respect the exclusively international character of the Director-General and the staff and not to seek to influence them.“

One Health

Zoonosen

Gain-of-function-Forschung

GOARN: Global Outbreak Alert and Response Network

WHOCC: WHO-Collaborating Centers

widersprechen deren Forschungsergebnisse aber den Ergebnissen unabhängiger Wissenschaftler.

Entsprechende Vorbereitungen wurden nach 2020 weiter ausgebaut und finden ihren Niederschlag z.B. in einer neuen Initiative, um nicht nur medizinisch gut auf die nächste Pandemie vorbereitet zu sein, sondern auch um die während der Corona-Pandemie gewonnenen Erkenntnisse einfließen zu lassen, was **Informationsaustausch** und **konzertierte Aktionen** in einer neuen Pandemie betrifft.

Ein wichtiger Aspekt des gemeinsamen Lernens besteht darin, sich regelmäßig (alle zwei Monate) in einem **Online-Treffen** mit wissenschaftlichen Institutionen weltweit auszutauschen. Dabei geht es um **Krankheitserreger, die eine Atemwegserkrankung auslösen** könnten. Einrichtungen können sich unter folgender Adresse registrieren lassen: PRET@who.int

Die WHO legt für eine solche Beteiligung verpflichtende Bedingungen fest, die sie in einem Dokument (ToR) beschreibt.

Auf der praktischen Ebene gehen die Vorbereitungen jedoch noch wesentlich weiter. Es sollen spätestens ab 2026 **Krankheitserreger weltweit gesucht**, als **biologisches Material** gesammelt und genetisch analysiert werden, die **eine Pandemie auslösen** könnten. Wenn man schon im Voraus für diese Erreger Tests, Impfstoffe und Schutzmasken produziert, die dann nach der Ausrufung eines Notstands durch den Generalsekretär milliardenfach benötigt werden, entstehen **Gewinne** (engl. Benefits), die dann mit den Ländern **geteilt werden** können, die sich an diesem Austauschsystem beteiligen. Über diesen Punkt im Anhang des Pandemievertrages konnte man sich 2025 noch nicht einigen. Er soll 2026 bei der nächsten WHA (World Health Assembly), der Weltgesundheitsversammlung, verabschiedet werden.

In Berlin gibt es den sogenannten BioHub, eine zentrale Koordinationsbehörde für Biologisches Material und Informationsaustausch. Die Proben und genetischen Analysen von pandemielevanten Erregern werden in einem **Labor in der Schweiz** gesammelt und die Länder bzw. Einrichtungen, die **Vereinbarungen** (SMTA 1 und SMTA 2) zur Nutzung dieser Einrichtung unterschrieben haben, können Proben dorthin schicken oder Informationen über Viren aus anderen Ländern dort abrufen. So können schon vor einer Pandemie die entsprechenden Pandemieprodukte wie Tests, Masken oder Impfungen bereitgehalten werden.

PRET, Preparedness and Resilience for Emerging Threats

R-PEF
Respiratory Pathogens Partners Engagement Forum

ToR: Terms of Reference

PABS: Pathogen Access and Benefit Sharing System (Art. 12 Pandemievertrag)

BMEPP
Biological Material of Epidemic or Pandemic Potential

BioHub part 1: WHO BioHub Operations located at WHO, coordination of BioHub system

SMTA 1 (Standard Material Transfer Agreements), Empfang von Informationen zu biologischem Material)
SMTA 2: Receiving samples from BioHub Facility = Empfang von Proben aus den Bio-Hub-Einrichtungen

Eine wichtige Rolle spielt dabei das **Labor in Spiez** in der Schweiz, eine Einrichtung, die in den Bereichen ABC-Schutz, Rüstungskontrolle und Umweltanalytik tätig sowie ein Kooperationspartner des RKI ist und sich am Sammeln und Bearbeiten des **pandemierelevanten Materials** beteiligt.

Der Streit um die Verteilung der Gewinne könnte den Pandemievertrag, dessen Anhang (PABS) nächstes Jahr verabschiedet werden soll, zum Scheitern bringen.

Gleichzeitig sind Partnerschaften zwischen Regierungen, Regierungsorganisationen (z.B. WHO und andere UN-Sonderorganisationen, EU) und Impfstoffherstellern entstanden, auch, um die **Interessen der Konzerne** (Stichwort „relevante Gesundheitsprodukte“, siehe unten) im Rahmen der neuen IGV durchzusetzen.

Vereinbarungen und Absprachen mit WHO-Spendern oder der digitalen BigTech-Branche werden geheim gehalten (vgl. Ursula von der Leyens Impfstoff-Vertrag mit Pfizer), die Öffentlichkeit hat keinerlei Kenntnis von dem, was im Hintergrund abgesprochen und vereinbart wird. Mitarbeiter von Impfstoffherstellern werden vom Generalsekretär der WHO als Mitarbeiter oder Experten ernannt und umgekehrt. Es bestehen also eklatante Interessenskonflikte Prominentes Beispiel:

Emer Cooke

„Nach dem Abschluss ihres Master-Studiums war sie von 1985 bis 1988 in verschiedenen Positionen in der irischen Pharmaindustrie tätig, bevor sie 1988 als pharmazeutische Gutachterin zur irischen Arzneimittelregulierungsbehörde wechselte. 1991 übernahm sie die Funktion als Managerin für wissenschaftliche und regulatorische Angelegenheiten bei der EFPIA, dem europäischen Verband der pharmazeutischen Industrie in Brüssel.^[2] (...) Von dort wechselte sie zur EMA“ (Wikipedia)

*Der WHO-Generaldirektor ist bei seinen Entscheidungen 1. über die Ausrufung gesundheitlicher Notlagen und 2. über den Erlass entsprechender Notstandsempfehlungen an Maßstäbe wie die wissenschaftliche Evidenz oder die Verhältnismäßigkeit gebunden. Jedoch gibt es **keinerlei unabhängige Kontrolle**: Die Mitglieder insbesondere des Notfallausschusses stehen ihm nur beratend zu Seite, ihre Empfehlungen sind nicht bindend, außerdem werden sie vom Generaldirektor selbst ein- und wieder abberufen. **Der Generalsekretär** kann somit praktisch alleine und völlig ungebunden, letztlich rein willkürlich eine **Gesundheitliche Notlage Internationaler Tragweite** ausrufen und **entsprechende Empfehlungen aussprechen**.*

Aufgrund der Intransparenz ist unklar, wer im Hintergrund die Fäden zieht.

BioHub part 2: The BioHub Facility located at Spiez Laboratory: responsible for the processing, storing etc. of BMEPPs

PPP: Public Private Partnership

Lack of transparency (Fehlende Transparenz)

Revolving Door (Drehtüre, “Personenkarussell”)

Conflicts of Interest (Interessenkonflikte)

Machtbefugnisse des Generalsekretärs ohne demokratische Legitimation

PHEIC Public Health Emergency of International Concern

Die sogenannte „Corona-Pandemie“ beruhte im Wesentlichen auf Modellrechnungen in Verbindung mit einem Test, dem RT-PCR-Test, mit dem winziges biologisches Material aufgespürt und dann vielfach kopiert werden konnte, sodass damit das Vorhandensein von Viren nachgewiesen werden konnte. Entscheidend dafür, was einen positiven Test ausmachte, war die Zahl der Kopiervorgänge. Unabhängige Wissenschaftler legten einen Wert von 20 (Kopiervorgängen = Cycles) als aussagekräftigen Wert fest. Anfang 2020 jedoch wurden CT-Werte von über 40 eingesetzt, was automatisch zu einer unverhältnismäßig hohen Zahl von **positiv Getesteten** führte, die man dann aber als Infizierte bezeichnete. Diese „**Infektionszahlen**“ wurden dann täglich in den Medien veröffentlicht und als Indikator einer sich gefährlich ausbreitenden Pandemie bezeichnet, wobei die meisten der positiv Getesteten keinerlei Symptome aufwiesen. Bei diesen gesunden Personen mit positiven Tests benutzte man den Begriff „**asymptomatischer Krankheitsverlauf**“.

Kritik am PCR-Test als Goldstandard:

*Der Erfinder des PCR-Tests, Kary Mullis (+ August 2019), bestand immer darauf, dass der PCR-Test alleine, ohne weitere Symptome, keine Infektion nachweisen kann (von den Medien und der Politik ignoriert) und auch in den inzwischen veröffentlichten **Protokollen des RKI-Krisenstabs** steht klar und deutlich, dass das RKI von der Testung „asymptomatischer Patienten“ entschieden abriet. Protokoll vom 10. März 2020: „Klare Botschaft für morgige Pressekonferenz: keine Testung von asymptomatischen Personen“.*

*Schon 2020 erschien eine **Studie von Pieter Borger et al.**, die den insbesondere den von Christian Drosten entwickelten PCR-Test als wissenschaftlich wertlos bezeichnete.*

Um die neuartige, klinisch nicht ausreichend getestete modRNA-Impfung gegen Coronaviren einsetzen zu dürfen, wurden zunächst **bedingte Zulassungen** (z.B. in der EU) bzw. Notfallzulassungen (z.B. in den USA) erteilt. Selbst die EMA, die europäische Zulassungsbehörde, bestätigte in einem

RT-PCR-Test

Reverse transcription
polymerase chain reaction

CT-Wert

Cycle Threshold

Asymptomatische Patienten
(„Testpandemie“)

Pieter Borger et al.

„**External peer review of the RTPCR test** to detect SARS-CoV-2 reveals 10 major scientific flaws at the molecular and methodological level: consequences for false positive results“

November 2020

DOI:10.5281/zenodo.4298004

The WHO **Emergency Use Listing** (EUL) is a risk-based procedure for assessing and listing unlicensed vaccines,

Schreiben an den EU-Abgeordneten Marcel de Graaf, dass die modRNA-Corona-Impfung nicht als Übertragungsschutz zugelassen wurde, sondern lediglich zur Milderung eines Krankheitsverlaufs. *Eine Vertreterin von Pfizer erklärte im EU-Parlament, dass sie überhaupt nicht die Zeit hatten, die Wirksamkeit der Impfung ausreichend zu testen.*

Therapeutics and in vitro diagnostics

Pharmakonzerne können sich bereits vor der Ausrufung von Notlagen um die Aufnahme ihrer neuen Produkte in eine sog. Notfallzulassungsliste der WHO (EUL) bewerben. Das betreffende, am 9.8.2022 bei der WHO etablierte Verfahren sieht Vorab- und Akutprüfungen von Medikamenten und Impfstoffen vor. Jedoch können die entsprechenden Expertengutachten unter Verschluss gehalten werden (WHO EUL, S. 25 und S. 29 unten). Über diese Liste versucht die WHO, Einfluss auf die weltweiten Zulassungsbehörden auszuüben.

Die seit 1. Juni 2024 beschlossenen Änderungen der Internationalen Gesundheitsvorschriften (IGV) der WHO

Ab 19.9.2025 sind die IGV bei fehlendem Widerspruch völkerrechtlich bindend. Allerdings müssen die IGV in der Regel auch ein innerstaatliches Zustimmungsverfahren durchlaufen, um im jeweiligen Mitgliedsland bindend werden zu können.

Völkerrechtliche und innerstaatliche
Verbindlichkeit

Merkmale einer Pandemischen Notlage:

- weite geographische Verbreitung einer übertragbaren Krankheit (*Nachweis durch PCR-Test*) in mehreren Staaten,
- Überschreitung der Kapazitäten der Gesundheitssysteme dieser Staaten (*in der Corona-Krise nur behauptet, statistisch nicht nachweisbar*),
- die erhebliche soziale und/oder wirtschaftliche Störungen einschl. des internationalen Verkehrs und Handels verursacht.

„Pandemische Notlage“ schon bei „hohem Risiko“ des Eintretens dieser Merkmale

Es wird vor allem an zell- und genbasierten Produkten gearbeitet und geforscht, die dann überall empfohlen werden sollen. Geplant ist auch die vermehrte Errichtung **weltweiter Produktionsstätten** für modRNA-Impfungen und deren Verteilung über konkrete **Zuteilungsmechanismen**.

„Relevante Gesundheitsprodukte“

Nicht nur sollen diese Produkte weltweit hergestellt werden, sondern es sollen auch die ärmeren Länder Impfungen, Tests usw. bekommen, wofür die reicheren Länder die finanziellen Mittel bereitstellen sollen („Equity“ = Verteilungsgerechtigkeit).

*Mit dem Gedanken der Solidarität und Gleichbehandlung ist aber gleichzeitig auch ein **Paradigmenwechsel** verbunden,*

Paradigmenwechsel in der Rechtsauffassung:
Vom Bürger zum Untertan

denn die bislang gültigen Vorstellungen, beruhend auf der christlichen Idee der Ebenbildlichkeit Gottes sowie dem Ideal der Aufklärung, sich aus der selbstverschuldeten Unmündigkeit zu befreien, sollen nun **durch einen Kollektivismus ersetzt werden, in dem das Kollektiv vor dem Individuum Vorrang besitzt**. Damit ist z.B. auch das Recht auf freiwillige Zustimmung zu medizinischen Eingriffen gefährdet.

Die staatliche Souveränität und die verfassungsmäßig garantierten Grundrechte sind also faktisch bedroht.

Nach den neuen IGV sollen die Staaten Kernkapazitäten auch im Bereich der Bekämpfung von sogenannter „Fehl- bzw. Desinformation“ entwickeln, stärken und erhalten. Diese Idee ist bereits im Digital Services Act (DSA) der EU in rechtlich angreifbarer Weise konkretisiert. Auch bei der WHO geht es um die Kontrolle wissenschaftlicher Thesen und Fakten. Dies setzt die Anmaßung eines staatlichen Wahrheitsmonopols voraus, durch das der freie, auch wissenschaftliche Diskurs unterbunden werden kann. **Damit ist neben der freien Meinungsäußerung auch die Wissenschaftsfreiheit massiv bedroht.**

Die UN beansprucht für sich, im Besitz der einzigen wissenschaftlichen Wahrheit zu sein:
Melissa Fleming, Under-Secretary-General for Global Communications at the United Nations: „**We own the science.**“ September 2022

Die Menschen sollen sich nicht mehr frei über den Stand der wissenschaftlichen Erkenntnis informieren können, sondern durch Beeinflussung ihres Verhaltens (**Nudging, Propaganda**) sich auf die Erfüllung der WHO-Vorgaben einstellen.

Zur **Umsetzung der IGV-Verpflichtungen** müssen die Staaten eine neue **nationale IGV-Behörde** errichten und die **Kernkapazitäten ihrer Behörden** auf nationaler, mittlerer (in Deutschland: Landes-) und kommunaler Ebene um zusätzliche IGV-Verpflichtungen erweitern.

Mit der Einführung des **Artikels 44 bis** erhöht die WHO den Druck v.a. auf die reicheren IGV-Vertragsstaaten, zur **Finanzierung** der staatlichen Kernkapazitäten insbesondere im Kontext Pandemischer Notlagen (erklärt durch den Generaldirektor der WHO) beizutragen.

Equity, Solidarity vs. Individuelle Grundrechte

“Infodemie”-Konzept der WHO

UN: „We own the science“

Verhaltenslenkung Kognitive Kriegsführung
(zusätzliche Elemente des „Infodemie“-Konzepts der WHO)

Neue nationale IGV-Behörde

Erweiterung der behördlichen Kernkapazitäten der Staaten um zusätzliche IGV-Verpflichtungen

Art 44bis Koordinierungsmechanismus für Finanzmittel