

Hans C. Matter

Internationale Gesundheitsvorschriften (2005)

Internationale Bedeutung und Auswirkungen auf die Steuerung und Organisation der Krankheitsbekämpfung in der Schweiz

Masterarbeit eingereicht bei der Universität Bern, Kompetenzzentrum für Public Management KPM, im Rahmen des Executive Master of Public Administration MPA

Die Schriftenreihe des Kompetenzzentrums für Public Management der Universität Bern wird herausgegeben von:

Prof. Dr. Andreas Lienhard
Dr. Adrian Ritz
Dr. Reto Steiner

Die inhaltliche Verantwortung für jeden Band der KPM-Schriftenreihe liegt beim Autor resp. bei den Autoren.

Hans C. Matter

Internationale Gesundheitsvorschriften (2005)

Internationale Bedeutung und Auswirkungen auf die Steuerung und Organisation der Krankheitsbekämpfung in der Schweiz

Masterarbeit eingereicht bei der Universität Bern, Kompetenzzentrum für Public Management KPM, im Rahmen des Executive Master of Public Administration MPA

KPM-Verlag
Bern

*Dr. phil. nat. Hans C. Matter ist Sektionschef Früherkennung
und Epidemiologie beim Bundesamt für Gesundheit BAG*

4. Auflage 2012
Die Deutsche Bibliothek – CIP-Einheitsaufnahme

*Internationale Gesundheitsvorschriften (2005). Internationale Bedeutung
und Auswirkungen auf die Steuerung und Organisation der
Krankheitsbekämpfung in der Schweiz*

Hans C. Matter
Bern 2009
ISBN 978-3-906798-26-4

Alle Rechte vorbehalten
Copyright © 2009 by KPM-Verlag Bern
Jede Art der Vervielfältigung ohne Genehmigung des Verlags ist
unzulässig.

www.kpm.unibe.ch

INHALTSVERZEICHNIS

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS	IX
VORWORT	XV
MANAGEMENT SUMMARY	XVII
1 EINLEITUNG	1
1.1 Ausgangslage	1
1.2 Ziel der Studie und Fragestellung	3
1.3 Abgrenzung des Untersuchungsgegenstandes	3
1.4 Aufbau der Arbeit.....	4
1.5 Datengrundlage und Analyse	5
2 „PUBLIC HEALTH“-GOVERNANCE IM „GLOBAL VILLAGE“	7
2.1 Globalisierung.....	8
2.2 Governance-Begriff.....	11
2.2.1 Internationale und globale Governance	12
2.3 Globale öffentliche Gesundheitsgüter	14
2.4 Technologische Entwicklung	16
3 INTERNATIONALE GESUNDHEITSVORSCHRIFTEN: ENTSTEHUNG UND ÜBER- ARBEITUNG	19
3.1 Schutz vor Einschleppung von Krankheiten in früheren Jahrhunderten ...	19
3.2 Erste Konventionen zu Infektionskrankheiten	20
3.3 Gründung der WHO und das Internationale Sanitätsreglement von 1951.....	24
3.4 Internationales Sanitätsreglement von 1969.....	25
3.5 Schwächen des Internationalen Sanitätsreglements (1969).....	29
3.5.1 Geringe Anzahl regulierter Krankheiten	30
3.5.2 Ungenügende Krankheitsüberwachung	30
3.5.3 Mangelnde Einhaltung der Vorschriften	31
3.5.4 Fehlende Instrumente zur Durchsetzung und Streitbeilegung	33
3.5.5 Weitere Punkte und Fazit.....	35
3.6 Revision des Internationalen Sanitätsreglements (1969).....	36
3.6.1 Revisionsbedarf	36
3.6.2 Revisionsprozess	38
3.6.2.1 Erste Entwürfe.....	40
3.6.2.2 Revisionskonzept	41
3.6.2.3 Breite Vernehmlassung und intensive Verhandlungen	42
3.6.2.4 Rolle der Schweiz in den Verhandlungen.....	45
3.6.3 Inkraftsetzung	46
3.6.3.1 In der Schweiz.....	47
3.6.4 Vorbehalte.....	48
4 IGV (2005): INHALT UND BEURTEILUNG	51
4.1 Vision und Ziele	51
4.2 Bestimmungen der IGV (2005)	53
4.2.1 Geltungsbereich.....	54
4.2.2 Informationsbeschaffung und -weitergabe der WHO	56
4.2.3 Nationale Kernkapazitäten	59

4.2.4	Bestätigung der PHEIC und Empfehlungen der WHO	61
4.2.5	Erlaubte und zusätzliche Gesundheitsschutzmassnahmen	62
4.2.6	Menschenrechtsprinzipien	64
4.2.7	Institutionelle Organe und Prozeduren.....	68
4.2.8	Beziehung zu anderem internationalem Recht	70
4.3	Stärken der IGV (2005).....	72
4.3.1	Erweiterter Geltungsbereich.....	72
4.3.2	Steuerungsinstrumente der WHO	73
4.3.3	Menschenrechtsprinzipien	75
4.3.4	Nationale Kernkapazitäten	75
4.3.5	Kooperationsanreize	76
4.4	Mögliche Schwächen der IGV (2005)	76
4.4.1	Reaktiv statt problembezogen pro-aktiv	77
4.4.2	Freiwillig statt verbindlich	78
4.4.3	Finanzelle und politische Umsetzung.....	83
5	UMSETZUNG DER IGV (2005).....	85
5.1	Generell	85
5.2	In der Europäischen Union	87
5.3	In der Schweiz	89
5.3.1	Auswirkungen der IGV (2005) in der Schweiz.....	89
5.3.2	Revision des Epidemiengesetzes	91
5.3.2.1	Verfassungsauftrag	91
5.3.2.2	Auftrag und Ziele der Totalrevision.....	92
5.3.2.3	Epidemiengesetzrevision und IGV (2005)	93
5.3.3	Aufbau der Kernkapazitäten.....	94
5.3.3.1	System zur Überwachung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten	94
5.3.3.2	Erweiterung der Meldepflicht	95
5.3.3.3	Kernkapazitäten an den Grenzen.....	96
5.3.4	Nationale IGV-Anlaufstelle	97
5.3.4.1	Aufgaben und Pflichten	98
5.3.4.2	BAG als nationale IGV-Anlaufstelle.....	100
5.3.4.3	Herausforderungen für die nationale IGV-Anlaufstelle ..	105
5.3.5	Nationale Governance	107
5.3.5.1	Aufgaben- und Zuständigkeitsregelung: drei Regimes ..	107
5.3.5.2	Führung und Koordination	111
5.3.5.3	Technische Unterstützung.....	121
5.3.5.4	Neuer Ansatz: Regionalisierung	122
5.3.6	Wichtigste Punkte im Überblick.....	125
6	SCHLUSSFOLGERUNGEN UND AUSBLICK	127
6.1	Neue Ära der globalen Governance unter IGV (2005)?.....	127
6.2	Ein Paradigmenwechsel auch in der Schweiz	132
6.3	Ausblick	136
	LITERATURVERZEICHNIS	139
	QUELLENVERZEICHNIS	149
	ABBILDUNGSVERZEICHNIS	151
	TABELLENVERZEICHNIS	153

ANHANG I.....	155
ANHANG II.....	159
ÜBER DEN AUTOR.....	161

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

Das Verzeichnis führt Abkürzungen von Fachausdrücken, Organisationen und Erlassen in Originalsprache auf. Wo geläufige Übersetzungen der englischen Ausdrücke auf Deutsch existieren, sind diese zum besseren Verständnis angefügt. Nicht aufgeführt sind allgemein eingeführte Abkürzungen wie etc., inkl., z.B.

Abs.	Absatz
AG	Arbeitsgruppe
AIDS	Acquired Immune Deficiency Syndrome
Art.	Artikel
BABS	Bundesamt für Bevölkerungsschutz
BAG	Bundesamt für Gesundheit
BAP	Bundesamt für Polizei
BAV	Bundesamt für Verkehr
BAZL	Bundesamt für Zivilluftfahrt
BIP	Bruttoinlandprodukt
BJ	Bundesamt für Justiz
BLW	Bundesamt für Landwirtschaft
Bst.	Buchstabe
BV	Bundesverfassung der Schweizerischen Eidgenossenschaft vom 18. April 1999 (SR 101)
BVET	Bundesamt für Veterinärwesen
BWC	Biological Weapon Convention
CDC	Centers for Disease Control and Prevention

CJKV	Verordnung über die Prävention der Creutzfeldt-Jakob-Krankheit bei chirurgischen und medizinischen Eingriffen vom 20. November 2002 (SR 818.101.21)
DEZA	Direktion für Entwicklung und Zusammenarbeit
ECDC	European Centre for Disease Prevention and Control / Europäisches Zentrum für die Prävention und die Kontrolle von Krankheiten
EDA	Eidgenössisches Departement für auswärtige Angelegenheiten
EDI	Eidgenössisches Departement des Innern
EDV	Elektronische Datenverarbeitung
EFV	Eidgenössische Finanzverwaltung
EG	Europäische Gemeinschaft
ELD	Elektronische Lagedarstellung
EU	Europäische Union
EVD	Eidgenössisches Volkswirtschaftsdepartement
EWIN	Early Warning and Information Network
EWRS	Early Warning & Response System / Frühwarn- und Reaktionssystem
EZV	Eidgenössische Zollverwaltung
FAO	Food and Agriculture Organization / Organisation für Ernährung und Landwirtschaft
FMH	Foederatio Medicorum Helveticorum
GDK	Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren
GLEWS	Global Early Warning System for Major Animal Diseases including Zoonoses
GOARN	Global Outbreak Alert and Response Network

GPGH	Global Public Good for Health / globales öffentliches Gesundheitsgut
GPHIN	Global Public Health Information Network
H	Hämagglutinin
HIV	Human Immunodeficiency Virus
HMG	Bundesgesetz über Arzneimittel und Medizinalprodukte (Heilmittelgesetz) vom 15. Dezember 2000 (SR 812.21)
IAEA	International Atomic Energy Agency / Internationale Atomenergiebehörde
IATA	International Air Transport Association / Internationaler Luftverkehrsverband
ICAO	International Civil Aviation Organization / Internationale Zivilluftfahrtorganisation
ICRC	International Committee of the Red Cross / Internationales Komitee vom Roten Kreuz
IES	Information und Einsatzsystem
IFRC	International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies / Internationale Föderation der Rotkreuz- und Rothalbmond-Gesellschaften
IGV	Internationale Gesundheitsvorschriften
IHR	International Health Regulations / Internationale Gesundheitsvorschriften
ILO	International Labour Organization / Internationale Arbeitsorganisation
IMO	International Maritime Organization / Internationale Seeschifffahrtsorganisation
INFOSAN	International Food Safety Authorities Network
IPV	Verordnung über Massnahmen zur Bekämpfung einer Influenza-Pandemie (Influenzapandemie-Verordnung) vom 27. April 2005 (SR 818.101.23)

ISF	International Shipping Federation / Internationaler Reederverband
ISPM	Institut für Sozial- und Präventivmedizin
KdK	Konferenz der Kantonsregierungen
KKJPD	Konferenz der kantonalen Justiz- und Polizeidirektorinnen und -direktoren
KomABC	Eidgenössische Kommission für ABC-Schutz
KSD	Koordinierter Sanitätsdienst
MDG	Millennium Development Goals / Millenniumsentwicklungsziele
MPA	Master of Public Administration
MPE	Multinational Private Enterprise
Mrd.	Milliarden
MS	Mitgliedstaat
MSF	Médecins sans frontières
N	Neuraminidase
NAZ	Nationale Alarmzentrale
NEK	Nationale Ethikkommission
NGO	Non-Governmental Organization / Nichtregierungsorganisation
NPM	New Public Management
OECD	Organization for Economic Co-operation and Development / Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung
OIE	World Organization for Animal Health / Weltorganisation für Tiergesundheit
PHEIC	Public Health Emergency of International Concern / gesundheitliche Notlage von internationaler Tragweite
POBA	„Public Health“-orientierter B-Ansatz

RAS-BICHAT	Rapid Alert System-Taskforce on Biological and Chemical Agent Attack
RVOG	Regierungs- und Verwaltungsorganisationsgesetz vom 21. März 1997 (SR 172.010)
SARA	Sicherheitsorientierter „All-Risk“-Ansatz
SARS	Severe Acute Respiratory Syndrome / Schweres Akutes Respiratorisches Syndrom
SAV	Schweizerischer Apothekerverband
SiA	Sicherheitsausschuss
SMS	Short Message System
SPOC	Single Point of Contact
SPS	Agreement on the Application of Sanitary and Phytosanitary Measures (SPS Agreement) / Übereinkommen über die Anwendung gesundheitspolizeilicher und pflanzenschutzrechtlicher Massnahmen (SPS-Übereinkommen) (SR 0.632.20)
SPSU	Swiss Pediatric Surveillance Unit
SR	Systematische Sammlung des Bundesrechts
UN	United Nations / Vereinte Nationen
UNDP	United Nations Development Program / Entwicklungsprogramm der Vereinten Nationen
UNO	United Nations Organization / Organisation der Vereinten Nationen
UNO-Pakt I	Internationaler Pakt über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte vom 16. Dezember 1966 (SR 0.103.1)
UNO-Pakt II	Internationaler Pakt über bürgerliche und politische Rechte vom 16. Dezember 1966 (SR 0.103.2)
US	United States / Vereinigte Staaten
US \$	Amerikanischer Dollar (Geldwährung)
USA	United States of America / Vereinigte Staaten von Amerika

UVEK	Eidgenössisches Departement für Umwelt, Verkehr, Energie und Kommunikation
VBS	Eidgenössisches Departement für Verteidigung, Bevölkerungsschutz und Sport
VKS	Vereinigung der Kantonsärztinnen und Kantonsärzte der Schweiz
VPB	Verwaltungspraxis der Bundesbehörden
WHA	World Health Assembly / Weltgesundheitsversammlung
WHO	World Health Organization / Weltgesundheitsorganisation
WTO	World Trade Organization / Welthandelsorganisation
ZGB	Schweizerisches Zivilgesetzbuch vom 10. Dezember 1907 (SR 210)

VORWORT

Ausgangslage und Rahmen für die vorliegende Arbeit stellen die Internationalen Gesundheitsvorschriften (IGV) dar, die als zukunftsgerichtete Antwort der Staatengemeinschaft auf die zunehmende Bedrohung der internationalen öffentlichen Gesundheit, verursacht durch Ausbrüche und Epidemien von übertragbaren Krankheiten, Mitte Juni 2007 in Kraft getreten sind. Das Kernstück der Arbeit bildet die Analyse der neuen Steuerungs- und Koordinationselemente dieser Vorschriften und die Diskussion ihres Stellenwerts in Bezug auf die Etablierung einer globalen Gesundheits-Governance. In Bezug auf die Schweiz werden mögliche Auswirkungen dieses neuen völkerrechtlichen Instruments auf das System der Krankheitsbekämpfung analysiert und verschiedene Handlungsoptionen für die Umsetzung der IGV (2005) entwickelt.

Ein besonderer Dank geht an Dr. med. G. Silberschmidt, Leiter der Abteilung Internationales und PD Dr. med. P.A. Raeber, Leiter der Abteilung Übertragbare Krankheiten am BAG. Sie haben ihre Erfahrungen, Erkenntnisse und Einschätzungen in Bezug auf die Krankheitsbekämpfung im Allgemeinen und die IGV (2005) im Besonderen im Rahmen von zwei Interviews mit mir geteilt. Für die Unterstützung bei der Themenauswahl und die fachliche Betreuung während der Masterarbeit danke ich Herrn Prof. Dr. A. Ladner herzlich. Für ihre wertvollen Inputs und die angeregten Diskussionen danke ich Dr. S. Walser und E. Tschirky. Trotz voller Agenda und kurzer Termine haben sich Prof. Dr. D.W. Hartmann, M. Schüpbach, Th. Bertschy und G. Kessler für eine kritische Durchsicht des Manuskripts Zeit genommen. Ihre kompetenten Kommentare und nützlichen Hinweise seien hiermit ganz speziell verdankt. Ein spezieller Dank gilt auch Dr. med. S. Winteler, die mich bei der Literatursuche tatkräftig unterstützte. Meine MPA-Ausbildung und die Erstellung der Masterarbeit haben zu mehrwöchigen Abwesenheiten geführt. Ich danke meinen Vorgesetzten, meinen Kolleginnen und Kollegen der Abteilung Übertragbare Krankheiten und meinen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Sektion Früherkennung und Epidemiologie für ihre Geduld und Unterstützung. Ein spezieller Dank gilt Dr. P. Mathys. Er hat als stellvertretender Sektionschef die Sektion während meinen zahlreichen Abwesen-

heiten geschickt und umsichtig geführt. Schliesslich möchte ich all denjenigen ein herzliches Dankeschön aussprechen, auf deren Unterstützung und Wohlwollen, sei es im beruflichen oder privaten Umfeld, ich stets zählen konnte.

Bern, im August 2007

Hans C. Matter

MANAGEMENT SUMMARY

Ökonomische, ökologische und gesellschaftliche Entwicklungen der letzten 30 Jahre haben dazu geführt, dass Ausbrüche und Epidemien, verursacht durch übertragbare Krankheiten, sich immer häufiger massiv auf die öffentliche Gesundheit und die Wirtschaft auf internationaler Ebene auswirken. Die nationalstaatlich ausgerichtete Perspektive der Krankheitsbekämpfung greift in diesen globalen Bedrohungssituationen zu kurz. Wirksame Gegenmassnahmen erfordern eine globale Steuerung und die koordinierte Bereitstellung globaler Gesundheitsgüter in den Bereichen Früherkennung, Überwachung, Verhütung und Bekämpfung. Im Juni 2007 sind als neues völkerrechtliches Instrument zur Verhinderung der grenzüberschreitenden Ausbreitung von Krankheiten die Internationalen Gesundheitsvorschriften – die IGV (2005) – in Kraft getreten. Die vorliegende Studie identifiziert die neuen Steuerungs- und Koordinationselemente und diskutiert ihren Stellenwert in Bezug auf die Etablierung einer globalen Gesundheits-Governance. Sie analysiert die möglichen Auswirkungen auf das System der Krankheitsbekämpfung in der Schweiz und präsentiert Handlungsoptionen für die Umsetzung dieser neuen Vorschriften.

Die Vorgängerreglemente aus den Jahren 1951 und 1969 scheiterten an einem zu engen Fokus, einer utopischen Zielsetzung, ungenügenden Anreizen zur Einhaltung der Vorschriften und fehlenden Steuerungsmechanismen. Sie vermochten dem Teufelskreis zwischen dem Einsatz exzessiver Massnahmen und der Verheimlichung von Krankheitsausbrüchen mit internationalem Ausbreitungspotenzial nicht beizukommen. Die IGV (2005) verfolgen demgegenüber eine Vision, die auf Früherkennung, nationalen Kapazitäten zur Krankheitsüberwachung und -bekämpfung, internationaler Koordination, „Leadership“ durch die Weltgesundheitsorganisation (WHO) und Transparenz beruht. Mit den IGV (2005) soll vor der grenzüberschreitenden Ausbreitung von Krankheiten geschützt und gleichzeitig eine unnötige Beeinträchtigung des internationalen Handels und Verkehrs vermieden werden. Der Geltungsbereich der Meldepflicht wurde erweitert und umfasst alle Ereignisse (biologisch, chemisch, radioaktiv), ungeachtet ihrer Quelle oder ihres Ur-

sprungs. Der WHO als zentraler Koordinatorin wurden neue Steuerungsinstrumente gegeben, die es ihr erlauben, Druck auf die Vertragsstaaten auszuüben, sich bei der Abklärung und Bekämpfung kooperativ zu verhalten. Zwar steht es den Vertragsstaaten weiterhin frei, zusätzliche Gesundheitsschutzmassnahmen zu ergreifen, doch müssen diese bestimmten Voraussetzungen genügen und die Mitgliedstaaten unterliegen einer Informations- und Begründungspflicht. Eine weitere wichtige Neuerung bildet die Aufnahme von Anliegen zum Schutz der Menschenrechte in die IGV (2005).

Der WHO kommt im neuen Konzept einer globalen Gesundheits-Governance eine entscheidende Rolle zu. Eine erfolgreiche Umsetzung wird massgeblich davon abhängen, ob die WHO willens und organisatorisch, politisch und finanziell in der Lage ist, als weltweite Koordinatorin den Wandel zu einer rechtsetzenden und global steuernden Organisation zu realisieren und im Bereich der Epidemienbekämpfung die angestrebte Führungsrolle zu übernehmen. Insbesondere der Aufbau nationaler Kernkapazitäten für die Krankheitsüberwachung und -bekämpfung, der einen Grundpfeiler der neuen Philosophie darstellt, ist aufgrund fehlender Finanzierungsmechanismen gefährdet.

In der Schweiz sind die Überwachungs- und Bekämpfungskapazitäten in Bezug auf die übertragbaren Krankheiten auf einem guten Stand. Anpassungen an die Minimalanforderungen der IGV (2005) sind nicht grundlegend sondern punktuell erforderlich. Der zunehmenden Verflechtung von Sicherheits- und Gesundheitspolitik, Gesundheitsinnen- und -ausserpolitik sowie dem Prinzip der Subsidiarität sind allerdings bei der Umsetzung gebührend Rechnung zu tragen. Im Bereich der Führung und Steuerung sind die Kompetenzverteilung zwischen Bund und Kantonen, die Führungs- und Steuerungsstruktur bei Krisenereignissen auf Bundesstufe sowie die Ausgestaltung der vertikalen und horizontalen Koordination zu klären. Hier werden als wichtigste Reformelemente die Aufnahme dreier Regimes für die Kompetenzverteilung zwischen Bund und Kantonen in die Totalrevision des Epidemiengesetzes, die Schaffung eines Koordinationsorgans und die Schaffung eines nationalen B-Krisenorgans vorgeschlagen. Auf fachlicher Ebene stehen die Einrich-

tung der nationalen IGV-Anlaufstelle, die Flexibilität und Schnelligkeit der Überwachungssysteme, die Erweiterung der Meldepflicht, der Ausbau der technischen Unterstützung und die Einbindung in internationale Systeme sowie der Gesundheitsschutz an den Grenzen im Vordergrund. Um die Vorgaben der IGV (2005) zu erfüllen, müssen die entsprechenden Prozesse beschleunigt, Verbindlichkeiten erhöht und Doppelspurigkeiten abgebaut werden. Die IGV (2005) werden in der Schweiz keine Revolution der nationalen Governance im B-Bereich auslösen, jedoch zu einer längst fälligen Flurbereinigung und Systemoptimierung beitragen. Sie liefern ein notwendiges und letztendlich überraschend zukunftsorientiertes Handlungskonzept für die rasche Identifizierung und Eindämmung globaler Gesundheitsbedrohungen des 21. Jahrhunderts.

1 EINLEITUNG

1.1 Ausgangslage

Übertragbare Krankheiten haben das Potenzial, sich unbehindert von Landesgrenzen auszubreiten. Ökonomische, ökologische und gesellschaftliche Entwicklungen begünstigen die Verbreitung von Krankheitserregern. Ungebremstes Bevölkerungswachstum, die zunehmende Integration der Weltmärkte, steigende Mobilität und ungenügende medizinische Versorgung sind nur einige der Faktoren, die für den Vormarsch besiegt geglaubter und neu auftretender Krankheiten verantwortlich sind (vgl. Morse 1995: 8). In den letzten 30 Jahren sind über 40 Infektionskrankheiten neu identifiziert worden (vgl. Heymann 2004: S17). Darunter figurieren beispielsweise das HI-Virus, das sich seit den 80er Jahren pandemisch ausbreitet, die neue Variante der Creutzfeldt-Jakob-Krankheit oder hämorrhagische Fieberviren (Ebola, Marburg). In den 90er Jahren gaben insbesondere Choleraausbrüche in Lateinamerika, Lungenpest in Indien und Ebola in der Demokratischen Republik Kongo auf internationaler Ebene Anlass zu Besorgnis. Zu Beginn des 21. Jahrhunderts schliesslich schreckten drei Ereignisse die Weltöffentlichkeit auf und zeigten die Verletzlichkeit der internationalen öffentlichen Gesundheit. Es handelte sich dabei um die absichtliche Verbreitung von Anthraxsporen in Postsendungen im Jahr 2001, die Emergenz und Verbreitung von SARS¹ im Jahr 2003, die Ausbreitung der Vogelgrippe H5N1 und die damit verbundene Influenzapandemiegefahr seit Beginn 2004.

Angesichts der internationalen Bedeutung dieser Gesundheitsbedrohungen werden eine globale Krankheitsüberwachung, internationale Steuerung und Koordination der Bekämpfungsmassnahmen gefordert, um Epidemien zu verhüten, Ausbrüche frühzeitig zu erkennen und einzudämmen und staatliche Überreaktionen mit potenziell schädlicher Wirkung für Wirtschaft und Gesellschaft so weit als möglich zu verhindern. Als zentrales Koordinations- und globales Steuerungsinstrument dienen

¹ Schweres Akutes Respiratorisches Syndrom (SARS).

der Staatengemeinschaft die Internationalen Gesundheitsvorschriften² (IGV), die aus einer Totalrevision des Internationalen Sanitätsreglements von 1969 hervorgegangen sind.

Das erste Internationale Sanitätsreglement geht auf das Jahr 1951 zurück. Obschon es mehrmals überarbeitet worden war, genügte dieses technische Reglement zur Kontrolle und Eindämmung von Pest, Cholera und Gelbfieber nicht mehr den wirtschaftlichen und gesellschaftlichen Anforderungen einer modernen Krankheitsbekämpfung. Bereits in den 90er Jahren gab deshalb die Weltgesundheitsversammlung (WHA)³ dem Sekretariat der Weltgesundheitsorganisation (WHO)⁴ den Auftrag, das Internationale Sanitätsreglement zu überarbeiten. Unter dem Eindruck des SARS-Ausbruchs und angesichts der Bedrohung durch eine mögliche Influenzapandemie wurde die Totalrevision des Internationalen Sanitätsreglements ab 2003 vehement vorangetrieben. Am 23. Mai 2005 verabschiedete die WHA die total revidierten Internationalen Gesundheitsvorschriften.

Der Bundesrat hat im Juni 2006 auf Antrag des Eidgenössischen Departements des Innern (EDI) den IGV (2005) ohne Vorbehalte zugestimmt und das Bundesamt für Gesundheit (BAG) als nationale IGV-Anlaufstelle der Schweiz bezeichnet.⁵ Die IGV (2005) sind am 15. Juni 2007 in Kraft getreten.

Als Kompetenzzentrum für Gesundheitsfragen ist das BAG bundesseitig von den IGV (2005) besonders betroffen (vgl. Zeltner 2007: 1). Es übernimmt als nationale IGV-Anlaufstelle die Federführung in Bezug auf deren bedarfsgerechte und völkerrechtskonforme Umsetzung und Anwendung.

² International Health Regulations (IHR).

³ World Health Assembly (WHA).

⁴ World Health Organization (WHO).

⁵ Bundesratsbeschluss vom 9. Juni 2006.

1.2 Ziel der Studie und Fragestellung

In der vorliegenden Arbeit werden Ziel und Inhalt der IGV (2005) vorgestellt, ihr Potenzial, aber auch die möglichen Schwierigkeiten als globales Regelungs-, Steuerungs- und Gestaltungsinstrument zur Früherkennung, Überwachung, Verhütung und Bekämpfung übertragbarer Krankheiten im internationalen Kontext diskutiert, und der Rahmen ihrer Auswirkungen auf die Ausgestaltung der politisch-administrativen Programme und Behördenarrangements im Bereich der übertragbaren Krankheiten in der Schweiz abgesteckt. Dabei wird von der Hypothese ausgegangen, dass die IGV (2005) als völkerrechtliche Norm zur Krankheitsbekämpfung mit einem im Vergleich zum Vorgängerreglement revolutionären Ansatz den Ausgangspunkt für eine globale Governance der internationalen öffentlichen Gesundheit darstellen. Das Produkt der Studie soll eine breite Analyse der Auswirkungen der IGV (2005) auf die internationale Ausgestaltung der Krankheitsbekämpfung und eine Präsentation von Lösungsansätzen für eine sinnvolle und völkerrechtskonforme Umsetzung dieser neuen internationalen Norm in der Schweiz darstellen.

1.3 Abgrenzung des Untersuchungsgegenstandes

Das Hauptanliegen der IGV (2005) besteht darin, die grenzüberschreitende Ausbreitung übertragbarer Krankheiten zu verhindern. Neben Ausbrüchen übertragbarer Krankheiten von internationaler Bedeutung beziehen die IGV (2005) subsidiär auch radioaktive und chemische Vorkommnisse mit ein, wenn sie für die öffentliche Gesundheit von Belang sind. Obschon die Ausdehnung des Geltungsbereichs auf internationaler Ebene eine wichtige Neuerung darstellt, liegt der Schwerpunkt dieser Arbeit – insbesondere was die Umsetzung in der Schweiz betrifft – auf dem so genannten B-Bereich.⁶ Die Domänen A⁷ und C⁸ werden nur am Rande gestreift.

⁶ Biologische Ereignisse stehen in Zusammenhang mit Erregern (Bakterien, Viren etc.).

⁷ Atomare Ereignisse stehen in Zusammenhang mit erhöhter Radioaktivität.

⁸ Chemische Ereignisse (Chemieereignisse).

Die vorliegende Arbeit stellt keine umfassende juristische Analyse und Würdigung der IGV (2005) dar. Sie analysiert vielmehr die Frage, inwieweit die revidierten Vorschriften aus globaler Sicht als Steuerungsinstrument zu einer substanziellen Verbesserung der internationalen Krankheitsbekämpfung beitragen, wo ihre Stärken und Schwächen liegen, und welche Herausforderungen sich bei der Implementierung in der Schweiz stellen.

1.4 Aufbau der Arbeit

Die vorliegende Arbeit besteht aus drei Hauptteilen:

- Theoretische Grundlagen (vgl. Kapitel 2)
- Inhalt und Beurteilung des völkerrechtlichen Instrumentariums zur globalen Bekämpfung von übertragbaren Krankheiten (vgl. Kapitel 4)
- Umsetzung der IGV (2005) und Auswirkungen auf die Schweiz (vgl. Kapitel 5)

Zu Beginn liefert Kapitel 2 einige theoretische Grundlagen zur „Public Health“-Governance. Die Auswirkungen der Globalisierung auf den Bereich der öffentlichen Gesundheit werden kurz umrissen und der Governance-Begriff definiert. Im Weiteren wird das Konzept der globalen Gesundheitsgüter vorgestellt und auf den entscheidenden Einfluss der Informationstechnologien auf die Krankheitsüberwachung und -bekämpfung hingewiesen. Nach diesem theoretischen Einführungsteil widmet sich Kapitel 3 der Entstehung und Überarbeitung der internationalen Gesundheitsvorschriften. Einem Überblick über frühe völkerrechtliche Instrumente zur internationalen Bekämpfung von Infektionskrankheiten folgt eine Analyse der Schwächen des bisherigen Internationalen Sanitätsreglements aus dem Jahr 1969. Anschliessend werden der Revisionsprozess und die Modalitäten der Inkraftsetzung der IGV (2005) kurz vorgestellt, bevor in Kapitel 4 mit der Präsentation und Analyse der neuen IGV (2005) ein Schwerpunkt dieser Arbeit folgt. Die wichtigsten Neuerungen werden beschrieben und kommentiert. Die Stärken und möglichen Schwächen der IGV (2005) werden aufgezeigt und im Hinblick auf die Etablierung einer globalen Gesundheits-Governance disku-

tiert. Im dritten Teil werden die Umsetzung der IGV (2005) und ihre Auswirkungen auf die nationale Governance im Bereich der Bekämpfung von übertragbaren Krankheiten in der Schweiz beleuchtet (vgl. Kapitel 5). Dabei werden verschiedene Handlungsoptionen und Reformansätze vorgeschlagen, die insbesondere die Führungs- und Koordinationsstrukturen des Bundes und seine Zusammenarbeit mit den Kantonen betreffen. Im letzten Abschnitt (vgl. Kapitel 6) wird ausgehend von den Erkenntnissen zu den IGV (2005) der Bezug zu den in Kapitel 2 eingeführten Governance-Aspekten auf globaler und nationaler Ebene geschaffen. Ein Ausblick rundet die Arbeit ab.

1.5 Datengrundlage und Analyse

Folgende Elemente stellen die Grundlage für die vorliegende Arbeit dar:

- Studium der relevanten Gesetzestexte, insbesondere der Sanitätsreglemente von 1951⁹ und 1969,¹⁰ der IGV (2005), des Bundesgesetzes vom 18. Dezember 1970 über die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten des Menschen (Epidemiengesetz),¹¹ seiner Verordnungen, des Vorentwurfs zur Totalrevision des Epidemiengesetzes vom April 2007 (Version der ersten Ämterkonsultation) sowie punktuell anderer Gesetzes- und Verordnungstexte, soweit sie in Zusammenhang mit den Inhalten und Zielen der IGV (2005) stehen.
- Erkenntnisse aus einem ausgedehnten, wenn auch nicht erschöpfenden Literaturstudium, insbesondere zu den Herausforderungen im Bereich der übertragbaren Krankheiten, zu Fragen der „Public-Health“-Governance, zum Stellenwert der IGV (2005) und ihren Auswirkungen auf die internationale Gesundheitspolitik und zur Ausgestaltung der Epidemienbekämpfung in der Schweiz.
- Persönliche Teilnahme an verschiedenen (vorbereitenden) Verhandlungsrunden zu den IGV (2005) auf nationaler und internationaler Ebene.

⁹ Internationales Sanitätsreglement vom 25. Mai 1951 (SR 0.818.101).

¹⁰ Internationales Sanitätsreglement vom 25. Juli 1969 (SR 0.818.102).

¹¹ Epidemiengesetz (SR 818.101).

- Interviews mit den Leitern der Abteilungen „Internationales“ und „Übertragbare Krankheiten“ im BAG.
- Gespräche mit Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des BAG sowie anderer Verwaltungsstellen des Bundes und der Kantone zu Einzelfragen im Hinblick auf die Umsetzung der IGV (2005).
- Persönliche Erfahrungen aus einer 15-jährigen Tätigkeit am BAG im Bereich der Überwachung, Verhütung und Bekämpfung von übertragbaren Krankheiten.

Die zwei Experteninterviews erfolgten in Form eines Gesprächs basierend auf einem Leitfaden. Für die Auswertung wurden Wortprotokolle erstellt. Der verwendete Gesprächsleitfaden sowie weitere Angaben zu den Interviews sind im Anhang aufgeführt (vgl. Kapitel 9.1).

2 „PUBLIC HEALTH“-GOVERNANCE IM „GLOBAL VILLAGE“

Die globalen Veränderungstreiber – Globalisierung, technologischer Fortschritt und sozialer Wandel – nehmen weit reichenden Einfluss auf den Gesundheitsbereich. Heutzutage durchdringen Fragen der Gesundheit praktisch alle Lebensbereiche. Der soziale Wandel ist geprägt von einer zunehmenden Individualisierung und Ökonomisierung. Mit der Globalisierung wurden nicht nur die Weltmärkte integriert sondern auch Gesundheitsprobleme internationalisiert. Was bei den Finanz- und Wirtschaftsmärkten noch der Vervollständigung harret, hat sich im Bereich der gesundheitlichen Bedrohungen bereits realisiert. Die Welt ist mikrobiell vereint (vgl. Berlinguer 1999: 18). Diese Entwicklungen üben einen enormen Reformdruck auf die nationalen Gesundheitssysteme (Chancengleichheit, Leistungsfähigkeit, Bedarfsgerechtigkeit, Wirtschaftlichkeit, Finanzierbarkeit), die Ausgestaltung internationaler Zusammenarbeit (völkerrechtliche Gesundheitsnormen) und die Aufgabenteilung und Zuständigkeiten der zahlreichen staatlichen und nichtstaatlichen Akteure im Gesundheitsbereich aus. Die öffentliche Gesundheit entzieht sich zunehmend dem Einflussbereich und der Kontrolle der Nationalstaaten und wird zu einem globalen öffentlichen Gut (vgl. Kapitel 2.3). Ein Festhalten an uneingeschränkter nationaler Souveränität und defensiv ausgerichteten Gesundheitspolitiken ist in Anbetracht der Tatsache, dass nicht primär nationale sondern vorwiegend global wirkende Faktoren die Gesundheitsdeterminanten prägen, nicht mehr zeitgemäss (vgl. Owen/Roberts 2005: 12). Auf nationaler und internationaler Ebene müssen neue Formen der Steuerung, Zusammenarbeit und Finanzierung gefunden und implementiert werden, um den gesellschaftlichen Gesundheitsproblemen, die zunehmend territoriale, funktionale und kognitive Grenzen überschreiten, mit adäquaten Politiken und Arrangements entgegenzutreten. Die Herausforderung besteht darin, einerseits die Möglichkeiten der Globalisierung für die Belange der (öffentlichen) Gesundheit nutzbar zu machen und andererseits zu verhindern, dass sich Gesundheit ausschliesslich als privates Gut, und zunehmend als Privileg der Reichen und der reichen Länder etabliert und in seine öffentliche

Dimension ausschliesslich aus einer Perspektive der nationalen Sicherheit investiert wird.

Die Bedeutung der revidierten IGV (2005) im Bereich der Ausbruchsbekämpfung muss in diesem globalen Kontext beurteilt werden. Die IGV (2005) sind daran zu messen, ob sie auf diese globale Entwicklungen adäquate (Teil-)Antworten zu liefern und einen massgeblichen Einfluss auf die Erstellung globaler öffentlicher Gesundheitsgüter zu nehmen vermögen.

Nachfolgend sollen einige Begriffe und Konzepte, die für das Verständnis und die Beurteilung der IGV (2005) wichtig erscheinen, eingeführt und der Bezug zum Bereich der übertragbaren Krankheiten geschaffen werden. Für eine ausführlichere Darstellung wird auf die einschlägige Literatur verwiesen.

2.1 Globalisierung

Der Globalisierungsbegriff umfasst die politischen, zivilgesellschaftlichen und wirtschaftlichen Veränderungsprozesse der modernen Welt. Ungeachtet nationaler Grenzen breiten sich Finanzkapital, Waren und Güter, Menschen, Konzepte, Bilder, Ideen und Werte beinahe ungehindert aus (vgl. Taylor 2002: 975). Entlang dieses Prozesses einer zunehmenden ökonomischen, politischen und sozialen Interdependenz und globalen Integration manifestieren sich verschiedene Herausforderungen, die sich zusammenfassend folgendermassen charakterisieren lassen (vgl. Messner 2005: 34 ff. und Behrens 2004: 109 f.):¹²

- Bereitstellung globaler Güter (Schutz des internationalen Klimas, Schutz der internationalen öffentlichen Gesundheit)
- Grenzüberschreitende Probleme (Migration, Ausbreitung von Erregern)
- Globale Phänomene (Klimawandel, Mega-Städte, Antibiotika-Resistenzen)

¹² Um den Bezug zu den IGV (2005) zu schaffen, ist stets eines der angegebenen Beispiele auf den Gesundheitsbereich bezogen.

- Globale Interdependenzphänomene (Wirtschaftskrisen, wirtschaftliche Auswirkungen von Massnahmen des Gesundheitsschutzes auf den internationalen Handel und Verkehr)
- Systemwettbewerb (Erosion sozialer und ökologischer Standards, Zugang zu medizinischer Versorgung)

Wirtschaft und Gesellschaft spielen sich auf lokaler, nationaler und internationaler Ebene ab (vgl. Benz 2004: 13 f.). Um die nationalen „Policy“-Ziele zu erreichen, sind die Regierungen zunehmend gezwungen, international zu kooperieren. Verschiedene globale Akteure, die auf die nationalen Systeme Einfluss nehmen, haben sich dem direkten Zugriff durch die Nationalstaaten entzogen. Um diese global agierenden Kräfte kontrollieren und steuern zu können, sind neue Formen der internationalen Zusammenarbeit erforderlich. Auf der anderen Seite kommen die Nationalstaaten im Globalisierungsprozess unter einen konstruktiven Effektivitäts- und Effizienzdruck (vgl. Messner 2005: 43). Mit Verweis auf internationale Abkommen werden von den Regierungen eine bessere Qualität staatlicher Dienstleistungen, funktionsfähige Regulierungssysteme und Partizipation eingefordert. Ihre Legitimität wird zunehmend anhand internationaler Regeln und Standards gemessen.

Im Zusammenhang mit einer oft als ungebunden wahrgenommenen, marktwirtschaftlich ausgerichteten Globalisierung¹³ wächst das Unbehagen über neue ökologische, soziale und terroristische Risiken. Deshalb wird gefordert, dass die Globalisierungsentwicklung, da sie sich nicht mehr rückgängig machen lässt, zumindest mit angemessenen ethisch-sozialen Steuerungsmechanismen ausgestaltet werde, um die negativen Folgen abzufedern (vgl. Ruh/Gröbly 2006: 156 ff.).

Mit der Globalisierung hat auch ein Wandel der internationalen Organisationen stattgefunden. Ihre Zusammensetzung ist breiter und heterogener geworden, ihre Beschlüsse haben eine grössere regionale Reichweite erhalten und ihre Eingriffstiefe in nationalstaatliche Belange hat zugenommen (vgl. Behrens 2004: 114). Diese allgemeine Tendenz trifft auch für die WHO zu. Der dynamische Prozess der Globalisierung bietet der

¹³ Maria Behrens spricht in diesem Zusammenhang von einer globalen „Rambo-Ökonomie“ (vgl. Behrens 2004: 110).

WHO die Gelegenheit, im Rahmen ihres Zuständigkeitsbereiches und ihrer völkerrechtlichen Kompetenzen mit einer Vielzahl von staatlichen und nichtstaatlichen Akteuren zu kooperieren und ihre Strategien aus einer traditionell staatenbezogenen Perspektive auf ein globaleres Niveau zu heben (vgl. Aginam 2006: 665).

Im Bereich der übertragbaren Krankheiten nimmt die Globalisierung massgeblich Einfluss auf den geographischen Aktionsradius von Krankheitserregern, das Ausmass wirtschaftlicher und gesellschaftlicher Auswirkungen von (nationalen) Gesundheitsschutzmassnahmen, die Verfügbarkeit und Verbreitung von Informationen (vgl. Kapitel 2.4) und die Ausgestaltung der Überwachungs- und Bekämpfungssysteme. Krankheitsausbrüche sind in einer globalisierten Welt keine lokale Angelegenheit mehr. Personen und Waren überschreiten die Landesgrenzen in einem bis anhin nie da gewesenen Ausmass. Die internationale Reisetätigkeit ist förmlich in den letzten Jahrzehnten explodiert.¹⁴ Dank technologischer Entwicklungen haben sich die Reisezeiten zwischen den internationalen Destinationen massiv reduziert. Beinahe jede interkontinentale Destination ist heutzutage innert weniger Stunden erreichbar. Landesgrenzen sind somit für Krankheiten, deren Inkubationszeiten länger sind als die Flugreisezeiten, ohne Belang.

SARS hat gezeigt, dass unter diesen Umständen die fehlende Bereitschaft eines Landes zur Zusammenarbeit mit der Staatengemeinschaft und staatliche Informationskontrolle verheerende, globale Auswirkungen haben können. SARS blieb zwar aus historischer Sicht für die öffentliche Gesundheit von untergeordneter Bedeutung. Aus wirtschaftlicher Sicht und in Bezug auf die Ausgestaltung des internationalen Gesundheitsschutzes („Health Security“), deren Basis die IGV (2005) bilden, war SARS jedoch hochrelevant. Dank SARS und seinen wirtschaftlichen Auswirkungen wurde der vor sich hindümpelnde Prozess der Revision

¹⁴ Mitte der Fünfziger Jahre betrug die jährliche Zahl der Flugpassagiere auf internationalen Flügen noch rund 12 Millionen (vgl. Dorelle 1969: 104). Die Gesamtzahl internationaler Flugreisen überschritt 2005 die 800 Millionenmarke (Quelle: „World Tourism Organization“, <http://www.world-tourism.org>). An den internationalen Flughäfen der Schweiz werden pro Tag durchschnittlich über 80'000 Passagiere abgefertigt (Quelle: Bundesamt für Zivilluftfahrt, BAZL).

des Internationalen Sanitätsreglements (1969) revitalisiert und innert kürzester Zeit zum Abschluss gebracht.

2.2 Governance-Begriff

Governance¹⁵ bezeichnet die Tätigkeit des Regierens, Lenkens, Steuerns und Koordinierens und ihre prozessualen, strukturellen und funktionalen Aspekte. Governance meint absichtsvolles Handeln im öffentlichen Interesse, wobei es gleichgültig ist, ob die Handelnden private oder staatliche Akteure sind (vgl. Mayntz 2004: 67). Sie liefert Orientierung in komplexen Strukturen und bildet einen Rahmen für die Kombination aus Hierarchie (externe Steuerung), Verhandlungen, Selbststeuerung und Koordination und schliesst informelle, aber dauerhafte Interaktionsmuster (Netzwerke) zwischen staatlichen, kommunalen und gesellschaftlichen Akteuren ein (vgl. Benz 2004: 20 ff.). Dabei bedeutet Steuern die bewusste Intervention in Handlungsfelder bzw. die Lenkung des Verhaltens von Akteuren, um Änderungen in Richtung auf festgelegte Ziele zu erreichen (Intervention und Interaktion). Koordination meint demgegenüber die Abstimmung von Handlungen unterschiedlicher Akteure in Bezug auf ein gemeinsames Ziel (Interdependenz und Wechselseitigkeit).

Die Kommission „Global Governance“ definiert Governance als die Gesamtheit der zahlreichen Wege, auf denen Individuen sowie öffentliche und private Institutionen ihre gemeinsamen Angelegenheiten regeln.¹⁶ Es handelt sich um einen kontinuierlichen Prozess, durch den kontroverse oder unterschiedliche Interessen ausgeglichen und kooperatives Handeln initiiert werden kann. Der Begriff umfasst sowohl formelle Institutionen und mit Durchsetzungsmacht versehene Herrschaftssysteme

¹⁵ Der Begriff „gouvernance“ wurde im 13. Jahrhundert in Frankreich als Synonym für „gouvernement“ (die Art und Weise des Regierens) verwendet. Mit derselben Bedeutung tauchte die englische Übersetzung „Governance“ im 14. Jahrhundert in England auf. In den 80er Jahren des letzten Jahrhunderts wurde der Begriff von der Weltbank im Bereich der Entwicklungspolitik im Sinn einer normativen Grösse („Good Governance“) wiederbelebt (vgl. Cassen 2001: 28 und Mayntz 2004: 66).

¹⁶ Die Kommission „Global Governance“ wurde 1992 gegründet und veröffentlichte unter der Leitung des schwedischen Premierministers Ingvar Carlsson 1994 den Bericht „Our Global Neighborhood“ (<http://www.libertymatters.org/globalgovernance.htm>).

als auch informelle Regelungen, die von Menschen und Institutionen vereinbart oder als im eigenen Interesse liegend angesehen werden.

Obschon der Governance-Begriff in den verschiedenen Anwendungsfeldern variiert, identifiziert Arthur Benz einen konstanten Begriffskern mit folgenden Elementen (vgl. Benz 2004: 25):

- Governance bedeutet Steuern und Koordinieren
- Governance beruht auf institutionalisierten Regelsystemen und deren Kombinationen (Markt, Hierarchie, Mehrheitsregel, Verhandlungsregeln)
- Governance umfasst kollektives Handeln im Rahmen von Institutionen (Netzwerke, Koalitionen, Vertragsbeziehungen, wechselseitige Anpassung im Wettbewerb)
- Governance-Prozesse überschreiten in der Regel Organisationsgrenzen, insbesondere die Grenzen von Staat und Gesellschaft

2.2.1 Internationale und globale Governance

Im internationalen Kontext werden mit Governance die geregelten Beziehungen zwischen Staaten in der internationalen Politik, die Formen der Interaktion und Kooperation zwischen Regierungen, Verwaltungen und transnationalen gesellschaftlichen Akteuren erfasst (vgl. Benz 2004: 16). Dabei werden drei Ausprägungen unterschieden: Intergouvernementalismus bezeichnet Verhandlungen auf Regierungschefstufe, Transgouvernementalismus umfasst die internationale Zusammenarbeit in spezifischen Problemfeldern und Abstimmung der nationalen Politiken durch Fachbeamte und Transnationalismus bezeichnet die Koordination privater Akteure zur Realisierung gemeinsamer Ziele (vgl. Behrens 2004: 107).

Tabelle 1: Governance-Typologien.

Governance Modell	Involvierte Akteure	Rechtsquellen	Anwendungsbereich
Nationale Governance	Staaten, nicht-staatliche Akteure, Individuen	Verfassungen, Gesetze, Verordnungen, Verfügungen, Gerichtsentscheide	Staatsgebiet
Internationale Governance	Staaten, internationale Organisationen	Staatsverträge, internationales Recht, generelle Prinzipien	Direkt zwischen Staaten oder indirekt durch internationale Organisationen
Globale Governance	Staaten, internationale Organisationen, multinationale Unternehmen, Nichtregierungsorganisationen, Individuen	Staatsverträge, internationales Recht, generelle Prinzipien, nicht bindende Normen ("Soft Law")	Beziehungen zwischen Staaten und Aktivitäten und Verhalten von nicht-staatlichen Akteuren und Individuen

Nach Fidler 2002b: 8 f., modifiziert.

Anders als auf nationalstaatlicher Ebene fehlt in der internationalen Politik eine umfassende Zentralinstanz, die Beschlüsse autoritativ durchzusetzen vermag. Internationale Governance besteht aus einer Mischung einseitiger Machtausübung und Kooperation, Kommunikation und Verhandlungen. Da die Nationalstaaten aufgrund der durch die Globalisierung bedingten komplexen Interdependenzen verwundbarer geworden sind, besteht – aus Eigeninteresse zur Abwehr möglicher negativer Folgen dieser Entwicklung – die Bereitschaft, informelle und formalisierte Kooperationen in Form internationaler Organisationen und Regimes einzugehen (vgl. Behrens 2004: 104 f.). Dadurch wird die Ausbildung einer

zusätzlichen Ebene supranationaler Organisationen gefördert, die zu einer Vervielfältigung vertikaler Verflechtungsbeziehungen führt (vgl. Mayntz 2004: 71).

Als globale Governance werden diejenigen Koordinationsleistungen bezeichnet, die nicht allein von Staaten, sondern von einer Vielzahl gesellschaftlicher Akteure auf verschiedenen Ebenen lokaler, nationaler, regionaler und internationaler Politik erbracht werden. Sie bildet eine Form der supranationalen Regelung und Problemlösung.¹⁷

Die drei Governance Modelle, nationale, internationale und globale Governance sind in Tabelle 1 zusammengefasst.

2.3 Globale öffentliche Gesundheitsgüter

Die IGV (2005) visieren die Verhütung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten mit globalem Ausbreitungspotenzial und eine weltweite Überwachung von Ereignissen mit Auswirkungen auf die internationale öffentliche Gesundheit an. Dies sind globale öffentliche Gesundheitsgüter (GPGH)¹⁸ (vgl. Fidler 2003b: 489).

Das Konzept der globalen öffentlichen Gesundheitsgüter liefert einen Rahmen, um diejenigen Bereiche zu identifizieren, in denen internationale Kooperation notwendig ist, damit globale Politiken zur Bereitstellung der öffentlichen Gesundheit umgesetzt und geeignete Akteure miteinbezogen werden können (vgl. Sandler/Daniel 2002: 196 f.). Es liefert Anhaltspunkte für die Ausgestaltung dieser Politiken und das Design geeigneter institutioneller Arrangements und bietet Hilfestellung bei Ressourcenallokationsentscheiden. Globale öffentliche Gesundheitsgüter sind dadurch gekennzeichnet, dass sie einen weltweiten Gesundheitsnutzen abwerfen. Sie lassen sich durch die drei folgenden Haupteigenschaften definieren:

¹⁷ Dabei existieren zwei verschiedene normative Varianten globaler Governance. Das neoliberale Konzept verfolgt als Ziel den Abbau staatlichen Protektionismus. Die sozialdemokratische Variante fordert dazu ein Gegenmodell, dessen ordnungspolitische Architektur aus den sechs Säulen Welthandels-, Weltwettbewerbs-, Weltwährungs-, Weltsozial-, Weltumwelt- und Weltfriedensordnung bestehen soll (vgl. Behrens 2004: 109 f.).

¹⁸ „Global Public Good for Health“ (GPGH).

-
- Nicht-Rivalität: Ein Land kann an dem aus einer Aktivität entstandenen Nutzen teilhaben, ohne dass dadurch andere Länder in ihrem Zugriff auf diesen Nutzen eingeschränkt würden. Nicht-Rivalität kann auch dahingehend interpretiert werden, dass die Grenzkosten, weiteren Nutzern den Zugriff auf ein bestimmtes Gut zu ermöglichen, gleich null sind. Die Ausrottung der Pocken im Jahre 1977, dank der die Pockenimpfung weltweit nicht mehr nötig ist, stellt einen weltweiten nicht rivalisierenden Gesundheitsnutzen dar.
 - Nicht-Ausschliessbarkeit: Der Hersteller eines Gutes kann andere nicht davon abhalten, an diesem Gut teilzuhaben. Die Erkenntnis beispielsweise, dass SARS durch Absonderungs- und Quarantänemassnahmen erfolgreich bekämpft werden kann, steht allen Ländern zur Verfügung. Nicht-Ausschliessbarkeit kann zu Trittbrettfahrerverhalten führen, da ein Anreiz besteht, sich bei der Bereitstellung des Gutes nicht zu beteiligen.
 - Kombinationsart: Sie beinhaltet die Art und Weise, wie die verschiedenen Beiträge zur Erstellung eines öffentlichen Gutes kombiniert werden (Summe der Teilbeiträge, schwächstes Glied etc.). Die Bekämpfung und langfristig angestrebte Eradikation von Masern beispielsweise erfordert den weltweiten und systematischen Einsatz der Masernimpfung bei Kindern aller Länder dieser Welt. Für die Erreichung des globalen Eliminationsziels sind aber primär die Impfkampagnen in denjenigen Ländern entscheidend, in denen Masernausbrüche weiterhin vorkommen. So gefährdet beispielsweise eine ungenügende Maserndurchimpfung in Ländern wie der Schweiz Eliminationserfolge in Nord- und Südamerika.

Zwischen einem reinen öffentlichen Gut und einem (marktfähigen) privaten Gut bestehen verschiedene Zwischenstufen in Bezug auf die beiden Dimensionen Rivalität und Ausschliessbarkeit (unvollständige öffentliche Güter, Clubgüter etc.). Eine entsprechende Taxonomie der globalen und transnationalen Gesundheitsgüter mit verschiedenen Beispielen liefert Todd Sandler (vgl. Sandler/Daniel 2002: 199).

Je nach Ausprägung der Güter und der Art der Kombination kann auf die Selbstkorrekturfähigkeit des Marktes vertraut werden oder ist im Gegen-

teil kollektives Handeln angezeigt, um Marktversagen zu kompensieren. Letzteres könnte, auf die IGV (2005) bezogen, in Ländern der Fall sein, deren System zur Erfassung von Krankheitsausbrüchen minimalen Anforderungen nicht genügt, und die somit in der globalen Krankheitsüberwachung das schwächste Glied darstellen. Im Gegensatz zum traditionellen Ansatz, bei dem öffentliche Gesundheit ausschliesslich Sache der Nationalstaaten und der öffentlichen Hand war, umfasst das Konzept der globalen öffentlichen Gesundheitsgüter eine Vielzahl von Akteuren. In der Tat widmen sich neben staatlichen Institutionen auch private Stiftungen (z.B. „Gates Foundation“),¹⁹ Nichtregierungsorganisationen (NGOs) (z.B. „Médecins sans Frontières“),²⁰ multilaterale Organisationen, hier insbesondere die WHO, aber auch die Weltbank oder das „UN Development Program“ (UNDP), sowie verschiedene öffentlich-private Partnerschaften („Public Private Partnership“) der Bereitstellung globaler öffentlicher Gesundheitsgüter, die allen Ländern zu Gute kommen sollen. Internationale Abkommen können dazu beitragen, die Bereitstellung von globalen öffentlichen Gütern sicherzustellen, in dem sie die Anreize für Trittbrettfahren reduzieren und kooperatives Verhalten fördern.

2.4 Technologische Entwicklung

Die globale Verbreitung der Telekommunikationsmittel und der breite Zugang zum Internet haben den Umgang der Gesellschaft mit Informationen grundlegend geändert (vgl. Grein/Kamara 2000: 97). Information ist einerseits leicht zugänglich, andererseits im Übermass und ohne Qualitätskontrolle verfügbar. Dies kann zu unbegründeten Ängsten in der Bevölkerung und zu negativen wirtschaftlichen Auswirkungen führen. Um Informationen über Krankheitsausbrüche systematisch nachzugehen, hat die WHO bereits 1997 ein Überwachungssystem („Outbreak Investigation System“) geschaffen (vgl. Grein/Kamara 2000: 97 ff.). Die verarbeiteten Informationen stammen nicht aus offiziellen staatlichen Quellen, sondern von nationalen Instituten der öffentlichen Gesundheit, nationalen und regionalen Büros der WHO, „WHO Collaborating Centers“,

¹⁹ Bill & Melinda Gates Foundation: <http://www.gatesfoundation.org>.

²⁰ Médecins sans Frontières (MSF): <http://www.msf.ch>.

NGOs sowie aus Presse, Radio, Fernsehen und dem Internet. Die Meldungen aus den elektronischen Medien werden vom „Global Public Health Information Network“ (GPHIN), einem elektronischen Überwachungssystem, das von „Health Canada“ entwickelt wurde, identifiziert und extrahiert. Im April 2000 lancierte die WHO offiziell das „Global Outbreak, Alert and Response Network“ (GOARN), um die internationale Koordination der Ausbruchsbekämpfung zu verbessern und einen operativen Rahmen für die Unterstützung der betroffenen Länder zu liefern (vgl. Merianos/Peiris 2005: 1250). Das Netzwerk leistete bei der Früherkennung und Bewältigung von SARS und der Abklärung vieler weiterer lokal begrenzter Krankheitsausbrüche wertvolle Dienste (vgl. Heymann 2002: 179). Seit 2000 hat GOARN auf mehr als 50 Ereignisse mit der Unterstützung vor Ort durch die Entsendung von insgesamt 400 Expertinnen und Experten in rund 40 Länder reagiert.²¹

Die rasante Entwicklung der Informationstechnologie hat somit nicht nur die Überwachung der Infektionskrankheiten revolutioniert, sondern auch die Rolle der WHO neu definiert. Indem der WHO relativ breite Informationsbeschaffungsmöglichkeiten zur Verfügung stehen, dominieren die Nationalstaaten nicht mehr länger den Prozess der epidemiologischen Überwachung.

²¹ Quelle: <http://www.who.int/csr/outbreaknetwork/goarnenglish.pdf>.

3 INTERNATIONALE GESUNDHEITSVORSCHRIFTEN: ENTSTEHUNG UND ÜBERARBEITUNG

3.1 Schutz vor Einschleppung von Krankheiten in früheren Jahrhunderten

Die internationale Reise- und Handelstätigkeit begünstigt die Einschleppung und Verbreitung von Krankheitserregern. Dies ist keine neue Erkenntnis. Bereits im 14. Jahrhundert hatten italienische und französische Städte und Provinzen Quarantänestationen und Lazarette für die Absonderung²² von Reisenden mit Krankheitssymptomen eingerichtet.²³ Die Einreise von Personen und der Tier- und Warenimport aus Gebieten mit Krankheitsausbrüchen wurden systematisch eingeschränkt (vgl. Hardiman 2003: 207). Zur Zeit der Beulenpest verwehrten beispielsweise in der Republik Venedig die zuständigen Behörden allen Schiffspassagieren aus betroffenen Gebieten oder bei Vorliegen pestähnlicher Symptome den Landgang (vgl. Thacker 2000: 1). Aufgrund des sich stetig intensivierenden Handels- und Reiseverkehrs setzten immer mehr Häfen restriktive Massnahmen zur Gefahrenabwehr ein. Vielerorts fanden Bestimmungen zur Quarantäne- und Absonderungspflicht Eingang in die lokal gültigen Gesetze. Aufgrund fehlender Koordination zwischen den Anlaufstationen der Handelsschiffe führten diese Massnahmen zu einer massiven Beeinträchtigung des grenzüberschreitenden Handels. Die Schaffung eines international anerkannten Quarantäneregimes für die Häfen Europas drängte sich förmlich auf. Nach und nach setzte sich die Erkenntnis durch, dass ein Schiff nach durchlaufener Quarantäne für weitere angesteuerte Häfen keine Gefahr mehr darstellte. Die Frage der

²² Absonderung bezeichnet die Isolierung von erkrankten Personen, um eine Übertragung von Krankheitserregern auf andere Personen zu verhindern. Quarantäne bezeichnet die vorsorgliche Absonderung von Personen ohne Krankheitssymptome, die einem Übertragungsrisiko ausgesetzt waren. Falls die Personen unter Quarantäne nach der maximalen Dauer der Inkubationszeit der betreffenden Krankheit nicht erkrankt sind, besteht keine Erkrankungsrisiko mehr.

²³ Im Kampf gegen die Pest wurden in Venedig (1348), Ragusa (1377) und Marseille (1383) Schiffe, Besatzungsmitglieder, Reisende und Waren während 40 Tagen unter Beobachtung (Quarantäne) gestellt (vgl. Dorelle 1969: 103).

grenzsanitarischen Massnahmen wurde zu einem Thema auf dem Parkett der internationalen Diplomatie.

3.2 Erste Konventionen zu Infektionskrankheiten

Ob die Anfänge der internationalen Gesundheitsvorschriften eher darauf zurückzuführen waren, dass zwischen 1830 und 1847 verschiedene Choleraepidemien Europa unvorbereitet heimsuchten oder doch eher die beschriebenen Handelsbarrieren den Ausschlag gaben, ist umstritten (vgl. von Tigerstrom 2005: 4). Auf alle Fälle verfolgte die erste Internationale Sanitätskonferenz von 1851 in Paris eine doppelte Zielsetzung. Die Länder Europas sollten vor den verheerenden Choleraepidemien geschützt und die national sehr unterschiedlich ausgestalteten Quarantäne- und Absonderungsvorschriften harmonisiert werden (vgl. Giesecke 2000: 588). Obschon man sich über diese Ziele einig war, gelang es in Paris nicht, eine gemeinsame Regelung zu beschliessen. Weitere Verhandlungsrunden folgten.²⁴

Tabelle 2: Internationale Übereinkommen zu übertragbaren Krankheiten, 1892 – 1969.

Jahr	Internationale Abkommen
1892-97	Internationale Sanitätsabkommen (insgesamt vier Abkommen)
1903	Internationales Sanitätsabkommen (ersetzt die Abkommen aus den Jahren 1892, 1893, 1894 und 1897)
1905	Interamerikanisches Sanitätsabkommen
1912	Internationales Sanitätsabkommen (ersetzt das Abkommen aus dem Jahre 1903)

²⁴ Auch die Schweiz war in dieser Zeit von Cholera- (1854-55) und Typhusepidemien (1865-66) betroffen. Dies führte allmählich zu einem kollektiven Bewusstsein für die öffentlichen Folgen gesundheitsschädigenden Verhaltens (vgl. Varone 2004: 256). An den ersten Verhandlungsrunden hatte die Schweiz allerdings nicht teilgenommen. Erst an der achten Konferenz in Dresden (1893) wird die Teilnahme einer Schweizer Delegation erwähnt (vgl. Howard-Jones 1974: 69).

Jahr	Internationale Abkommen
1926	Internationales Sanitätsabkommen (Überarbeitung des Abkommens von 1912)*
1927	Zusatzprotokoll zum Panamerikanischen Sanitätsabkommen
1928	Panamerikanisches Sanitätsabkommen für die Luftfahrt
1930	Abkommen zum Diphtherie-Antiserum und zu Massnahmen gegen Dengue
1933	Internationales Sanitätsabkommen für die Luftfahrt*
1934	Internationales Abkommen zum gegenseitigen Schutz vor Dengue
1938	Internationales Sanitätsabkommen (Ergänzung des Abkommens von 1926)*
1944	Internationales Sanitätsabkommen (Modifikation der Konvention von 1926)*
1944	Internationales Sanitätsabkommen für die Luftfahrt (Überarbeitung des Abkommens von 1933)*
1951	Internationales Sanitätsreglement (1951)*
1953- 69	Änderungen des Internationalen Sanitätsreglements*
1969	Internationales Sanitätsreglement (1969)*

*: Abkommen, die durch die IGV (2005) ersetzt wurden. Nach Fidler 2001b: 845, modifiziert und ergänzt.

Insgesamt fanden in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts zehn Sanitätskonferenzen statt, an denen acht Konventionen zu grenzüberschreitenden Auswirkungen von Infektionskrankheiten verhandelt wurden.²⁵ Die meisten traten gar nie in Kraft (vgl. Gostin 2004b: 2623). Fehlendes

²⁵ David P. Fidler liefert eine ausführliche Liste der verhandelten und beschlossenen internationalen Vereinbarungen zu Fragen der öffentlichen Gesundheit zwischen 1851 und 1945 (vgl. Fidler 2001a: 25 ff.).

Wissen zu den Ursachen und Übertragungswegen von Krankheiten²⁶ dürfte in erster Linie für das Scheitern verantwortlich gewesen sein (vgl. Roelsgaard 1974: 265). Dennoch, die Pariser Konvention von 1851 gilt als entscheidender Wendepunkt im Bereich der Krankheitsbekämpfung. Sie markierte den Beginn der internationalen Gesundheitsdiplomatie.

Die Krankheitsbekämpfung mauserte sich im 19. Jahrhundert von einer strikt nationalen zu einer internationalen Angelegenheit. Technologische Entwicklungen, wie der Aufbau des Eisenbahnnetzes und der Einsatz dampfbetriebener und somit schnellerer Schiffe verstärkten diesen Prozess. Der Druck auf die nationalen Gesundheitssysteme stieg kontinuierlich an. Letztendlich mussten aber drei Bedingungen erfüllt sein, um kollektiv gegen übertragbare Krankheiten vorgehen zu können. Die Krankheitsursachen mussten bekannt, geeignete Präventions- und Therapiemaßnahmen identifiziert und der Wille zum gemeinsamen Vorgehen stark genug sein, um die Ausbreitung von Cholera und anderer Infektionskrankheiten mit international koordinierten Massnahmen wirksam eindämmen zu können (vgl. Sandler/Daniel 2002: 197).

Die Gründung von insgesamt vier internationalen Gesundheitsorganisationen in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts stellte einen weiteren wichtigen Meilenstein bezüglich der Internationalisierung der Krankheitsbekämpfung dar (vgl. Fidler 2001a: 24): „Pan American Sanitary Bureau“ (1902), „Office International d’Hygiène Publique“ (1907), „Health Organization of the League of Nations“ (1923) und „Office International des Epizooties“ (1924). Diese Organisationen trugen neben der wirtschaftlichen Entwicklung und dem wissenschaftlichen Erkenntnisgewinn im Bereich der übertragbaren Krankheiten maßgeblich dazu bei, dass bis zum zweiten Weltkrieg verschiedene internationale Übereinkommen zur grenzüberschreitenden Kontrolle und Bekämpfung von Infektionskrankheiten abgeschlossen werden konnten (vgl. Tabelle 2).

Von besonderer Bedeutung ist die Konvention aus dem Jahre 1926. Dieser völkerrechtliche Vertrag, der 1944 revidiert wurde, enthielt bereits die

²⁶ Erst die wissenschaftlichen Erkenntnisse zur Erregertheorie von Louis Pasteur (1822-1895) und Robert Koch (1843-1910) ermöglichten die Erarbeitung und Einigung auf verstärkt wissenschaftlich fundierte Politiken und Gesetze.

wichtigsten Elemente, die einige Jahre später in das erste Internationale Sanitätsreglement einfließen sollten. Die Konvention hatte zum Ziel, die Weiterverbreitung der fünf Krankheiten – Cholera, Pest, Gelbfieber, Pocken und Fleckfieber²⁷ – zu verhindern und dabei den internationalen Handel nicht übermässig zu beeinträchtigen. Zu diesem Zweck einigte man sich auf einen Katalog von Massnahmen im Bereich der Quarantäne, der Impfpflicht bei Reisenden, der Desinfektion sowie der Entrattung von Schiffen, Luftfahrzeugen und Waren. Die Vertragsstaaten durften für den Schutz vor der Einschleppung dieser fünf Krankheiten nur die aufgeführten (und keine weitergehenden) Massnahmen ergreifen. Die Schaffung eines Netzwerkes sollte zudem die gegenseitige Information sicherstellen (vgl. Dorelle 1969: 103).

Trotz dieser Errungenschaften und der regen diplomatischen Tätigkeit in den ersten 100 Jahren der Gesundheitsdiplomatie vermochte das allmählich entstandene umfangreiche völkerrechtliche Regelwerk nur in geringem Masse das Vorgehen zur Bekämpfung von Infektionskrankheiten international zu koordinieren. Einerseits überschritten sich die vielen Konventionen oftmals inhaltlich, andererseits waren die einzelnen Vereinbarungen jeweils nur von einer beschränkten Anzahl Staaten unterzeichnet worden. Dies erschwerte eine sinnvolle Umsetzung massiv, so dass weder die angestrebten Bekämpfungsziele erreicht, noch die Auswirkungen der Schutzmassnahmen auf den internationalen Handel substantiell reduziert werden konnten. Das Fazit von David P. Fidler zu dieser ersten Periode globaler Gesundheits-Governance fällt dementsprechend ernüchternd aus (vgl. Fidler 2001b: 846): Einerseits wurde erkannt, dass aufgrund des zunehmenden internationalen Handels Gesundheitsrisiken tendenziell eine globale Dimension erhalten hatten. Die Staaten sahen sich zur Kooperation im Rahmen internationalen Rechts gezwungen, um diesen globalen Gesundheitsbedrohungen wirksam zu begegnen. Andererseits vermochte aber das internationale Gesetzesregime nicht wirklich und nachhaltig kooperatives Verhalten zwischen den Staaten zu bewirken.

²⁷ Typhus.

3.3 Gründung der WHO und das Internationale Sanitätsreglement von 1951

Die WHO war die erste internationale Organisation, die durch die Vereinten Nationen eingesetzt wurde (vgl. Sze 1988: 29 ff.). Am 22. Juli 1946 unterzeichneten 61 Länder an der internationalen Gesundheitskonferenz in New York (USA) die Verfassung der WHO.²⁸ Artikel 1 setzt als Zweck der WHO fest, allen Völkern zur Erreichung des bestmöglichen Gesundheitszustandes zu verhelfen. Dabei beruht das Mandat der WHO auf einem breiten Gesundheitsverständnis. Gesundheit wird nicht nur als das Fehlen von Krankheit und Gebrechen verstanden, sondern als ein Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens.²⁹ Neben vielen anderen Aufgaben³⁰ sollte sich die WHO als leitende und koordinierende Stelle des internationalen Gesundheitswesens betätigen und die Bekämpfung epidemischer, endemischer und anderer Krankheiten fördern. Als formelle Governance-Instrumente gibt die Verfassung der WHO die Möglichkeit, zu Themen, die innerhalb der Zuständigkeiten der Organisation liegen, Verträge oder Abkommen zu schließen,³¹ Reglemente zu erlassen³² und Empfehlungen abzugeben.³³ Insbesondere die Möglichkeit, im Sinne eines quasi-legislativen Prozesses bindende Regelungen zu treffen, stellte Mitte des letzten Jahrhunderts ein Novum für die internationale Zusammenarbeit im Bereich des Gesundheitswesens dar (vgl. Fidler 2001a: 28).

Im November 1946, an der zweiten Tagung der Interimskommission der WHO, wurde der dringende Bedarf erkannt, die verschiedenen bereits

²⁸ Die WHO-Verfassung (SR 0.810.1) trat am 7. April 1948 in Kraft, so auch in der Schweiz, nachdem sie die Bundesversammlung im Dezember 1946 genehmigt hatte.

²⁹ „Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity“. Die Definition wurde seit Inkrafttreten der WHO-Verfassung nicht verändert (<http://www.who.int/about/definition/en/print.html>).

³⁰ Siehe Art. 2 Bst. a – v WHO-Verfassung.

³¹ Hierzu ist eine Zweidrittelmehrheit der WHA nötig (Art. 19).

³² „Die Gesundheitsversammlung ist ermächtigt, Regelungen zu treffen über: a. sanitäre und Quarantänemassnahmen und andere Vorkehrungen zur Verhinderung der Ausbreitung von Krankheiten von einem Land ins andere [...]“ (Art. 21). Die unter Art. 21 beschlossenen Reglemente unterliegen einem „Opting-Out“-Verfahren (vgl. Kapitel 3.6.3).

³³ „Die Gesundheitsversammlung ist ermächtigt, den Mitgliedstaaten Empfehlungen über jede innerhalb der Zuständigkeit der Organisation liegende Frage zu machen“ (Art. 23).

bestehenden Konventionen im Bereich der Infektionskrankheiten zu überarbeiten und in einem Reglement zusammenzufassen. Am 25. Mai 1951 nahm die vierte WHA das Internationale Sanitätsreglement einstimmig an. Als Grundlage diente die 1944 revidierte Internationale Sanitätskonvention von 1926 (vgl. Kapitel 3.2). Das Internationale Sanitätsreglement (1951) trat im Oktober 1952 in Kraft und umfasste insgesamt sechs Krankheiten: Pest, Cholera, Gelbfieber, Pocken, Rückfallfieber³⁴ und Fleckfieber.³⁵ Das Reglement enthielt insgesamt 115 Artikel, aufgeteilt in 10 Titel. Die verschiedenen Bestimmungen bezogen sich auf:

- Meldungen und Berichte über die Seuchenlage (Art. 2-13)
- Sanitätsorganisation an Häfen und Flughäfen (Art. 14-22)
- Seuchenpolizeiliche Massnahmen und Formalitäten im Allgemeinen (Art. 23-29), bei der Abreise (Art. 30), unterwegs (Art. 31-34) und bei der Ankunft (Art. 35-45)
- Massnahmen bei der Beförderung von Waren, Gepäck und Postsaachen im internationalen Verkehr (Art. 46-48)
- Gebühren (Art. 101)

Die besonderen Vorschriften für die einzelnen so genannten „Quarantäne-Krankheiten“³⁶ galten insbesondere der Festsetzung krankheitsspezifischer Inkubationszeiten, den Impf-, Quarantäne- und Absonderungsmodalitäten, sowie der Vektorbekämpfung, Entseuchung und Desinfektion.

3.4 Internationales Sanitätsreglement von 1969

Das Internationale Sanitätsreglement von 1969³⁷ stellte eine revidierte³⁸ und konsolidierte Version des Reglements aus dem Jahre 1951 dar (vgl.

³⁴ Borreliose.

³⁵ Der Bundesrat hatte dem Internationalen Sanitätsreglement am 17. Oktober 1952 ohne Vorbehalt zugestimmt.

³⁶ Pest (Art. 49-59), Cholera (Art. 60-69), Gelbfieber (Art. 70-81), Pocken (Art. 82-87), Fleckfieber (Art. 88-92) und Rückfallfieber (Art. 93-100).

³⁷ Das Internationale Sanitätsreglement (1969) wurde von der 22. WHA am 25. Juli 1969 in Boston (USA) angenommen und trat am 1. Januar 1971 in Kraft.

³⁸ Das Internationale Sanitätsreglement (1951) wurde 1955, 1956, 1960 und 1963 geringfügig modifiziert (vgl. Velimirovic 1976: 478).

Velimirovic 1976: 478). Die Revision war aufgrund der Entwicklung des epidemiologischen Wissens und der veränderten Rahmenbedingungen, die den weltweiten Handel und Reiseverkehr prägten, notwendig geworden.³⁹ Die Neuerungen wurden allgemein begrüsst und das revidierte Reglement sogar als radikale Wende in der internationalen Krankheitsüberwachung gepriesen.⁴⁰

Tabelle 3: Struktur und Inhalt des Internationalen Sanitätsreglements (1969).

Titel (Artikel)	Inhalt
I (1)	Definitionen
II (2-13)	Meldungen und Berichte über die Seuchenlage
III (14-22)	Sanitätsorganisation
IV (23-49)	Sanitäre Massnahmen und Formalitäten [Allgemeine Bestimmungen; Sanitäre Massnahmen bei der Abfahrt, Sanitäre Massnahmen unterwegs zwischen Abfahrts- und Ankunftshafen oder -flughafen, Sanitäre Massnahmen bei der Ankunft, Massnahmen bei der Beförderung von Fracht, Waren, Gepäck und Postsachen im internationalen Verkehr]
V (50-75)	Besondere Vorschriften für die einzelnen dem Reglement unterliegenden Krankheiten [Pest, Cholera, Gelbfieber]
VI (76-81)	Sanitäre Ausweise
VII (82)	Gebühren
VIII (83-85)	Verschiedene Bestimmungen
IX (86-94)	Schlussbestimmungen

³⁹ Durch den Gebrauch von Warencontainern und anderen Transporteinheiten stieg beispielsweise die Gefahr, dass Krankheitsvektoren eingeschleppt würden. In Bezug auf den internationalen Reiseverkehr stieg die Zahl der internationalen Flugpassagiere von rund 7 Millionen im Jahr 1951 auf über 50 Millionen im Jahr 1966 an (vgl. o.V. 1971: 415).

⁴⁰ Das „British Medical Journal“ schreibt 1971 zum revidierten Internationalen Sanitätsreglement (1969): „This requires that all of the World Health Organization’s 131 member and associate member States disclose immediately the presence of any serious infectious disease within their borders, so that this information can be available on a worldwide scale.“ (vgl. o.V. 1971: 415).

Titel (Artikel)	Inhalt
Anhänge	
1	Zeugnis über Rattenvernichtung
2	Internationales Zeugnis über Impfung oder Wiederimpfung gegen Gelbfieber
3	Gesundheitsausweis für die Meerschiffahrt
4	Abschnitt für sanitäre Fragen des allgemeinen Luftfahrzeugausweises

In eckigen Klammern sind die Kapitelbezeichnungen im Internationalen Sanitätsreglement (1969) angegeben.

Die Struktur des Internationalen Sanitätsreglements (1969) kann Tabelle 3 entnommen werden. Die Bestimmungen in insgesamt 94 Artikeln, unterteilt in neun Titel, decken vier Hauptbereiche ab (vgl. Hardiman 2003: 208):

- Meldepflicht
- Routinemassnahmen und permanente Einrichtungen an internationalen Häfen und Flughäfen
- Maximal erlaubte Massnahmen zur Abwehr der Einschleppungsgefahr
- Ausstellung bestimmter gesundheitsbezogener Dokumente und Bescheinigungen

Das Reglement verfolgte einen Doppelzweck: maximale Sicherheit gegen die internationale Verbreitung von Krankheiten erreichen und dabei die Auswirkungen auf den internationalen Handel minimal halten.

Eine maximale Sicherheit vor der Ausbreitung von Krankheiten sollte hauptsächlich durch zwei Massnahmen erreicht werden:

- Obligatorische Meldung von Krankheitsausbrüchen an die WHO, soweit sie die vom Reglement abgedeckten Erreger betrafen. Die WHO ihrerseits war verpflichtet, diese Meldungen allen Mitgliedsländern mitzuteilen
- Errichtung und Betrieb minimal nötiger seuchenpolizeilicher Einrichtungen und Kapazitäten an den Häfen und Flughäfen

Das Konzept des Internationalen Sanitätsreglements von 1969 beruhte auf der optimistischen Philosophie, dass Infektionskrankheiten bzw. ihre Erreger an den Landesgrenzen durch Massnahmen bei Reisenden, Flugzeugen und Schiffen erfolgreich aufgehalten werden können (vgl. Nicoll/Jones 2005: 322). Während für Pest, Cholera, Pocken und Gelbfieber weiterhin krankheitsspezifische Bestimmungen galten, wurden Fleck- und Rückfallfieber nicht mehr als Bedrohung für die internationale Gesundheit angesehen und aus dem Katalog der meldepflichtigen Krankheiten gestrichen. Die Vorschriften wurden 1973 insbesondere in Bezug auf den Massnahmenteil zu Cholera ergänzt.⁴¹ Die 34. WHA strich schliesslich im Jahre 1981 die Pocken von der Liste der zu meldenden Erkrankungen, nachdem diese weltweit ausgerottet worden waren.

Der Geltungsbereich des Reglements von 1969 reduzierte sich somit auf drei Krankheiten. Die Mitgliedstaaten waren verpflichtet, alle Ausbrüche von Cholera, Pest und Gelbfieber innerhalb ihres Staatsgebietes der WHO zu melden (Art. 3) und während einer Epidemie weitere Informationen zu liefern (Art. 6). Diese Informationen mussten von der WHO so rasch als möglich den Gesundheitsbehörden aller Mitgliedsländer weiter gegeben werden (Art. 11). An den Grenzen, insbesondere an den wichtigsten Eintrittspforten, mussten in Bezug auf die seuchenpolizeilichen Einrichtungen, die angebotenen Gesundheitsdienstleistungen und das Gesundheitspersonal Minimalstandards eingehalten werden (Titel III). Die Massnahmen zur Verhinderung der internationalen Ausbreitung, die von den betroffenen Ländern ergriffen werden sollten, waren für alle drei Krankheiten separat aufgeführt (Titel V).

Um die Auswirkungen der Massnahmen zum Schutz der öffentlichen Gesundheit auf den Welthandel möglichst gering zu halten, wurden die Handels- und Reiserestriktionen festgesetzt, die die nicht betroffenen Länder als Reaktion auf einen Krankheitsausbruch gegen das betroffene Land maximal verhängen konnten. Artikel 23 dazu explizit: „Die durch diese Vorschriften gestatteten sanitären Massnahmen bilden das Höchstmass dessen, was ein Staat gegenüber dem internationalen Ver-

⁴¹ 26. WHA.

kehr zum Schutze seines Gebietes gegen die diesem Reglement unterliegenden Krankheiten fordern darf.“ Diese Massnahmen unter Titel IV des Reglements betrafen:

- Anforderungen an Gesundheits- und Impfbescheinigungen für Reisende aus Ländern, in denen die im Internationalen Sanitätsreglement (1969) aufgeführten Krankheiten vorkamen
- Rattenvernichtung, Entseuchung und Desinfektion von Schiffen und Flugzeugen
- Detaillierte seuchenpolizeiliche Massnahmen an Flug- und Seehäfen

Die Auflistung der maximal tolerierten Massnahmen zielte darauf ab, die von den Ausbrüchen betroffenen Länder vor Überreaktionen und unnötigen Handelsembargos der Nachbarländer, Handelspartner und anderer Länder zu schützen. Die Reaktion auf Ausbrüche sollte soweit als möglich evidenzbasiert, multilateral abgestimmt und unter Einbezug der WHO erfolgen (vgl. Aginam 2006: 668). Als Kontrollinstrument waren die Mitgliedsländer verpflichtet, der WHO alle Massnahmen zu melden, die Personen aus betroffenen Gebieten (inkl. Impfvorschriften) und eingeführten Waren auferlegt wurden (Art. 8).

3.5 Schwächen des Internationalen Sanitätsreglements (1969)

Das Internationale Sanitätsreglement (1969) stellte das einzige globale Instrument zur Überwachung von Infektionskrankheiten und zum Schutz der öffentlichen Gesundheit dar. Die Hauptkritik betraf im Wesentlichen folgende Punkte (vgl. Fidler/Gostin 2006: 85, Baker/Fidler 2006: 1058, Merianos/Peiris 2005: 1249 und World Health Organization 2002: 3):

- Geringe Anzahl regulierter Krankheiten
- Ungenügende Krankheitsüberwachung
- Fehlende Einhaltung der Vorschriften durch die Mitgliedstaaten („Compliance“)
- Ungenügende bzw. falsche Anreize
- Fehlende Mechanismen für die Zusammenarbeit

- Fehlende spezifische Risikoreduktionsmassnahmen
- Fehlender Mechanismus für ein rasches Risiko-Assessment für die öffentliche Gesundheit
- Fehlen einer Strategie und eines adäquaten Entscheidprozesses, um auf die sich rasch ändernden globalen ökonomischen und technologischen Rahmenbedingungen und ihren Einfluss auf die öffentliche Gesundheit flexibel und situationsgerecht reagieren zu können
- Fehlende Instrumente zur Durchsetzung der Bestimmungen und zur Streitbeilegung

Nachfolgend soll auf einige dieser Punkte, die für die Revision von Bedeutung waren, eingegangen werden.

3.5.1 Geringe Anzahl regulierter Krankheiten

Nach dem Wegfall der Pocken beschränkte sich das Internationale Sanitätsreglement (1969) auf drei Krankheiten (Pest, Cholera, Gelbfieber), deren Stellenwert im Vergleich zu anderen Problemen der öffentlichen Gesundheit gering war (vgl. Roelsgaard 1974: 268). Es stellte sich die Frage, ob die Mittel für die Anwendung des Internationalen Sanitätsreglements (1969) nicht besser in anderen Gesundheitsbereichen mit höherem Kosten-Nutzeneffekt eingesetzt worden wären. In der Tat schien zumindest für Cholera das Internationale Sanitätsreglement (1969) kaum eine signifikante Wirkung bei der Verhinderung der Einschleppung entfaltet zu haben (vgl. Velimirovic 1976: 479). Andere lang bekannte Krankheiten, wie beispielsweise Meningokokken-Meningitis, hämorrhagische Fieber, Tuberkulose oder neue Bedrohungen wie HIV/AIDS, SARS, aviäre Influenza oder Nipah-Virus waren überhaupt nicht abgedeckt.

3.5.2 Ungenügende Krankheitsüberwachung

Da sich die WHO gemäss den Bestimmungen des Internationalen Sanitätsreglements (1969) nur auf offizielle Meldungen abstützen durfte, war sie für die Krankheitsüberwachung von der Meldebereitschaft der betroffenen Länder abhängig. Die Krankheitsüberwachung lag somit vollständig in der Hand der einzelnen Mitgliedstaaten. Vor dem SARS-Ausbruch im Jahr 2003, bei dessen Bekämpfung die WHO die ihr durch

das Reglement zugewiesenen Kompetenzen bei weitem überschritt, hatte die WHO in einem einzigen Fall die Weltgemeinschaft vor einem Ausbruch gewarnt, bevor eine offizielle Meldung des betroffenen Landes vorlag.⁴²

3.5.3 Mangelnde Einhaltung der Vorschriften

Das Reglement enthielt weder Anreize für die Mitgliedstaaten, sich an die Bestimmungen zu halten, noch enthielt es griffige Mechanismen, um das erwünschte Verhalten zu erzwingen. Vorgeschriebene Massnahmen wurden entweder nicht durchgeführt, oder aber realitätsfremd und über das Ziel hinausschiessend umgesetzt. Die Einhaltung und sinnvolle Umsetzung der Vorschriften („Compliance“) war insbesondere in den folgenden vier Bereichen inadäquat:

- Unter dem Internationalen Sanitätsreglement (1969) meldepflichtige Ausbrüche wurden nicht oder nur sehr spät gemeldet
- Maximal erlaubte Massnahmen wurden überschritten. Vertragsstaaten verhängten Einreise- und Importembargos ohne genügende wissenschaftliche Grundlage
- Vorgeschriebene Hygienestandards an den Grenzen wurden nicht eingehalten
- Unberechtigterweise wurden für bestimmte Krankheiten Gesundheitszertifikate verlangt (z.B. Cholera- und Pockenimpfnachweise, HIV- und AIDS-Testresultate)

Das Überwachungs- und Bekämpfungskonzept des Sanitätsreglements kollabierte förmlich von zwei Seiten (vgl. Fidler 2004a: 66). Einerseits missachteten die von Ausbrüchen betroffenen Länder aus Angst vor Überreaktionen die Meldepflicht, andererseits reagierten nicht betroffene Vertragsstaaten prompt mit exzessiven Massnahmen. Die zu Unrecht verhängten Reise- und Handelsrestriktionen verursachten in den von

⁴² Im Jahre 1970 gab der Generaldirektor der WHO Informationen über einen Choleraausbruch in Guinea bekannt, obschon die Regierung Guineas diesen Ausbruch unter dem Internationalen Sanitätsreglement (1969) nicht notifiziert hatte (vgl. Fidler 2005: 345).

Ausbrüchen betroffenen Ländern grosse wirtschaftliche Schäden.⁴³ Zwar schädigt ein Handelsembargo in der Regel sowohl das exportierende als auch das importierende Land. Doch da es sich bei den betroffenen Ländern häufig um Entwicklungsländer handelt und für das importierende Land meist Ausweichmöglichkeiten bestehen, sind *de facto* die negativen Auswirkungen für den exportierenden Staat weitaus grösser als für das importierende Land. Eine quantitative Untersuchung in vier ostafrikanischen Ländern⁴⁴ hat gezeigt, dass ein Fischimportembargo der Europäischen Union (EU) aufgrund einer Choleraepidemie das Bruttoinlandsprodukt (BIP) in den betroffenen Ländern um rund 1% und das gesamte Exportvolumen um 10% sinken liess.

Diesen Massnahmen zur Gefahrenabwehr lagen oft politische Überlegungen zu Grunde. Die entsprechenden Entscheidungen wurden aus Unwissenheit oder unter Missachtung von Erkenntnissen über Ursprung und Übertragungswege der betreffenden Krankheit bzw. der globalen epidemiologischen Situation gefällt (vgl. Velimirovic 1976: 479). Oft ist in realen oder öffentlich wahrgenommenen Bedrohungssituationen staatliches Handeln vom Bedürfnis geleitet, etwas für den Schutz der Bevölkerung zu tun. Dieser Hang zum staatlichen Aktivismus wird noch verstärkt, wenn der öffentliche (und/oder mediale) Druck zunimmt.

Unter diesen Voraussetzungen bestehen für betroffene Länder kaum Anreize, Krankheitsausbrüche zu melden. Vielmehr erscheint es vorteilhaft, Ausbrüche zu verschweigen oder die Meldung zu verzögern, um sich gegen übertriebene Schutzmassnahmen durch andere Länder mit dramatischen Auswirkungen auf Handel und Tourismus zu schützen. Dieses

⁴³ Folgende Beispiele geben einen Eindruck, in welchem Kooperations-/Nicht-Kooperations-Dilemma sich Länder befanden, die von meldepflichtigen Krankheiten betroffen waren:

- Während eines Pestausbruchs in Surat im Bundesstaat Gujarat (Indien) im Jahr 1994 erlitt Indien einen geschätzten Verlust von 1.7 Mrd. US\$ aufgrund unnötiger Schutzmassnahmen besorgter Staaten (vgl. World Health Organization 2002: 3).
- Im Jahr 1991 erlitt Peru, nachdem es der WHO vorschriftsgemäss einen Choleraausbruch gemeldet hatte, einen wirtschaftlichen Schaden von rund 700 Millionen US\$ aufgrund von Schutzmassnahmen anderer Länder, die nicht im Einklang mit dem Internationalen Sanitätsreglement (1969) standen, und zahlte somit einen hohen Preis für seinen Entscheid zur unilateralen Kooperation (vgl. Cash/Narasimhan 2000: 1362 f.).

⁴⁴ Simbabwe, Kenia, Tansania und Uganda.

Verhalten stellt andererseits wiederum einen Anreiz für irrationale und exzessive Schutzmassnahmen dar, da *a priori* davon auszugehen ist, dass sich die Ausbruchslage in den betroffenen Ländern weit schlimmer präsentiert als öffentlich zugegeben und allenfalls der WHO gemeldet worden ist. Daraus ergibt sich ein Teufelskreis zwischen dem Einsatz exzessiver Massnahmen und der Verheimlichung von Krankheitsausbrüchen mit internationalem Ausbreitungspotenzial, dem die Mechanismen des Internationalen Sanitätsreglements (1969) nicht beizukommen vermochten.

3.5.4 Fehlende Instrumente zur Durchsetzung und Streitbeilegung

Internationale Gesundheitspolitiken sehen sich in der Regel mit einer eher defensiven und negativen Einstellung der Staaten konfrontiert (vgl. Dorelle 1969: 109). Das internationale politische System ist geprägt von der zwischen den Staaten herrschenden Anarchie. Dabei ist Anarchie nicht mit Chaos gleichzusetzen. Sie bezeichnet vielmehr eine Organisationsform, in der Macht und Autorität dezentralisiert nur von den einzelnen Staaten als konstitutive Systemelemente ausgeübt werden (vgl. Abbott 1989: 347). In diesem System können hohe Unsicherheit und „Rational-Choice“-Entscheidung, bei denen die kurzfristige Nutzenmaximierung im Vordergrund steht, zu nicht kooperativem Verhalten führen (vgl. Abbott 1989: 354 ff.).

Tabelle 4: Kooperation im internationalen Kontext. Spieltheoretischer Ansatz.

		Staat B	
		Kooperieren	Nicht Kooperieren
Staat A	Kooperieren	3,3	1,4
	Nicht Kooperieren	4,1	2,2

Die angegebenen Werte entsprechen dem angenommenen relativen Nutzen, den Staat A bzw. Staat B aus kooperativem und nicht kooperativem Verhalten ziehen. Die Zahlen vor dem Komma beziehen sich auf Staat A, die Zahlen nach dem Komma auf Staat B. Da Staaten gemäss der Spieltheorie nicht den gemeinsamen Nutzen sondern den Eigennutzen maximieren, besteht die Reaktion von A auf das Verhalten von B stets darin, nicht zu kooperieren, und umgekehrt. Nach Fidler 1996: 497, modifiziert.

Wie Tabelle 4, basierend auf der Spieltheorie,⁴⁵ modellhaft illustriert, besteht die dominante Strategie für beide Akteure darin, nicht zu kooperieren. In der als „Prisoners' Dilemma“ bekannten Konstellation führt die Eigennutzenmaximierung sowohl bei einer anfänglich offensiven (Kooperation) als auch defensiven Strategie (Nichtkooperation) unweigerlich zu Nichtkooperation, obschon der Gesamtnutzen beider Staaten bei Kooperation (6) höher liegt als bei Nichtkooperation (4). Übertragen auf den Bereich der internationalen Epidemienbekämpfung liegt nicht kooperatives Verhalten beispielsweise dann vor, wenn betroffene Staaten Informationen zu relevanten Krankheitsausbrüchen zurückhalten und nicht betroffene Staaten exzessive Schutzmassnahmen beschliessen.

Mit Regeln und Normen, die den Informationsaustausch begünstigen, Verhaltensvorgaben machen, ein „Compliance“-Monitoring ermöglichen und nicht kooperatives Verhalten sanktionieren, können Anreize für kooperatives Verhalten gesetzt und Voraussetzungen geschaffen werden, um aus dem „Prisoners' Dilemma“ auszubrechen. Um die zwischenstaatliche Kooperation zu fördern, setzte das Internationale Sanitätsreglement (1969) auf die Meldepflicht (internationaler Informationsaustausch) und einen Katalog maximal zulässiger Massnahmen (Verhaltensvorgaben). Das Reglement enthielt aber weder Bestimmungen für ein „Compliance“-Monitoring, noch war ein griffiges Sanktionsinstrument geschaffen worden.⁴⁶ Artikel 93 des Internationalen Sanitätsreglements (1969) sah zur Regelung von Fragen oder Meinungsverschiedenheiten als erste Instanz den Generaldirektor der WHO und als letzte Instanz den Internationalen Gerichtshof vor. Obschon in vielen Fällen infolge Missachtung der Vorschriften materieller Schaden entstanden war, wurde dieses Streitbeilegungsverfahren anscheinend kaum genutzt (vgl. von Tigerstrom 2005: 7).

Die Anreize zu nicht kooperativem Verhalten waren somit zu stark und die positiven und negativen Anreize des Sanitätsreglements zur Koope-

⁴⁵ Als Spiel in der Spieltheorie wird eine Modellsituation verstanden, bei der zwei oder mehr rational agierende Akteure (hier: Staaten) sich für eine von mehreren Handlungsoptionen (hier: Kooperieren oder Nicht Kooperieren) entscheiden müssen (vgl. Abbott 1989: 354).

⁴⁶ Der WHO stand kein Instrument zur Verfügung, um Art. 23 (festgelegtes Höchstmass an erlaubten Massnahmen) durchzusetzen und fehlbare Länder zu bestrafen.

ration zu schwach, um aus der Nichtkooperationsfalle ausbrechen zu können (vgl. Fidler 1996: 498 f.).

3.5.5 Weitere Punkte und Fazit

Das Internationale Sanitätsreglement (1969) enthielt kaum Bestimmungen zur Förderung der Zusammenarbeit zwischen der WHO und den Ländern, die von meldepflichtigen Krankheiten betroffenen waren. Ein rasches, unabhängiges, krankheitsspezifisches Risiko-Assessment war nicht vorgesehen. Ebenso fehlten weitgehend Vorgaben und Minimalstandards, wie die einzelnen Länder Infektionskrankheiten innerhalb ihres Gebietes verhüten, bekämpfen und kontrollieren sollten. Ausser den Vorschriften bezüglich der Massnahmen an den Grenzen ging das Reglement nicht auf Aspekte der nationalen Governance von Bedrohungen der öffentlichen Gesundheit ein.

Das Internationale Sanitätsreglement (1969) war zuwenig kooperationsfreundlich ausgestaltet und in Bezug auf die gesetzten Ziele unrealistisch. Seine untergeordnete Bedeutung drückte sich in der weit verbreiteten Missachtung der Vorschriften aus. Das Instrument wurde zusehends irrelevant (vgl. Hardiman 2003: 210) und erwies sich schlicht als ungeeignet für eine globale Regulierung der öffentlichen Gesundheit (vgl. Aginam 2006: 668). Probleme ergaben sich bereits bei der Interpretation des erklärten Doppelzieles. Wie liess sich die maximale Sicherheit gegen die internationale Ausbreitung von Infektionskrankheiten definieren? Wie konnte eine minimale Beeinträchtigung des Handels- und Reiseverkehrs erreicht werden, wenn nur die maximal zulässigen Massnahmen aufgeführt waren, deren Anwendung in den meisten Situationen einer Überreaktion entsprach? Die WHO selber erachtete die internationale Krankheitsbekämpfung auf der Basis des Internationalen Sanitätsreglements (1969) als utopisch (vgl. Velimirovic 1976: 480).

3.6 Revision des Internationalen Sanitätsreglements (1969)

3.6.1 Revisionsbedarf

In einem Editorial des „Journal of Infectious Diseases“ schrieb Boris Velimirovic bereits im Jahr 1976, dass eine grundlegende Revision des Internationalen Sanitätsreglements (1969) erforderlich sei (vgl. Velimirovic 1976: 478). Dabei stünden nicht primär neue Entdeckungen zu Bakterien, Viren oder Vektoren sondern die rasante Entwicklung der internationalen Reise- und Handelstätigkeit, die Dynamik der epidemiologischen Situation und die organisatorischen Zwänge im Bereich des Gesundheitswesens im Vordergrund. In den 80er und 90er Jahren des vergangenen Jahrhunderts meldeten sich bereits besiegt geglaubte Infektionskrankheiten zurück. Neu- und wiederauftretende Infektionskrankheiten deckten die Schwächen des Internationalen Sanitätsreglements (1969) schonungslos auf.

In Anbetracht der Gesundheitsbedrohungen durch neuartige Infektionskrankheiten beauftragte die WHA in einer Resolution die WHO, das Internationale Sanitätsreglement (1969) zu revidieren. Revisionsbedürftig waren insbesondere folgende Bereiche (vgl. Hardiman 2003: 208):

- Ausweitung der Meldepflicht auf alle Krankheiten von internationaler Bedeutung
- Verwendung nicht offizieller Informationen und Datenquellen durch die WHO
- Verstärkung des Vorbereitungsstandes und der Bekämpfungskapazitäten
- Modernisierung der gesundheitspolizeilichen Routinemassnahmen an (Flug-)Häfen

Die neuen Gesundheitsvorschriften sollten eine neue Strategie („Global Health Security“), umgesetzt durch einen neuen Ansatz („Global Health Governance“), ermöglichen. Die globale Perspektive der „Health Secu-

riety“ beruht auf einer globalen Partnerschaft und stützt sich auf drei Säulen:⁴⁷

- Bekannte Risiken einschränken
- Auf unerwartete Ereignisse reagieren
- Vorbereitungsstand verbessern

Um den Paradigmenwechsel von der traditionell nationalen Steuerung zu einer globalen Gesundheits-Governance vollziehen zu können, sind gemäss Lawrence O. Gostin sechs Prinzipien von Bedeutung (vgl. Gostin 2004a: 606 und Gostin 2004b: 2623):

- Primat der Gesundheit über die Wirtschaft
- Breite gesetzliche Basis für Belange der internationalen öffentlichen Gesundheit
- Globale Überwachung mittels Zugang zu Basisdaten und Vernetzung
- Nationaler Vorbereitungsstand dank Standards, Anreizen und technischer Entwicklungszusammenarbeit
- Schutz der Menschenrechte durch Integration der Siracusa Prinzipien⁴⁸
- „Good Public Health Governance“ dank Transparenz, Objektivität und Fairness

Die WHO hat diesen Paradigmenwechsel mit einer Neuausrichtung ihrer internen Struktur- und Prozessorganisation bereits vor der Verabschiedung der IGV (2005) zumindest partiell vollzogen. In den 90er Jahren begann die WHO zudem mit GOARN ein Instrument zur Verstärkung der globalen Überwachung von Infektionskrankheiten zu entwickeln. Selbstverständlich war GOARN viel breiter gefasst als die drei vom Internationalen Sanitätsreglement (1969) abgedeckten Krankheiten Cholera, Pest und Gelbfieber. Während der SARS-Krise übernahm die WHO die globale Steuerung der Ausbruchsbekämpfung in einer Art, wie sie vom Inter-

⁴⁷ Contain known risks, respond to the unexpected, improve preparedness (vgl. Hardiman 2003: 209).

⁴⁸ United Nations, Economic and Social Council, U.N. Sub-Commission on Prevention of Discrimination and Protection of Minorities, Siracusa Principles on the Limitation and Derogation of Provisions in the International Covenant on Civil and Political Rights, Annex, UN Doc E/CN.4/1984/4 (1984).

nationalen Sanitätsreglement (1969), das zu dieser Zeit in Kraft war, weder vorgesehen noch völkerrechtlich legitimiert war.

3.6.2 Revisionsprozess

Der gesamte Revisionsprozess, vom Auftrag der WHA im Mai 1995 bis zur einstimmigen Annahme des revidierten Reglements unter dem neuen Namen „Internationale Gesundheitsvorschriften“ im Mai 2005, dauerte ziemlich genau 10 Jahre. Die wichtigsten Etappen dieses langen Revisionsprozesses sind in Tabelle 5 zusammengefasst.

Der Revisionsprozess hatte zum Ziel, die allgemein bekannten Lücken des Internationalen Sanitätsreglements (1969) in einem kollaborativen Prozess zu beheben und ein wirksames völkerrechtliches Instrument zu schaffen, das eine globale Krankheitsüberwachung sicherstellen und pro-aktives Handeln bei der Bekämpfung internationaler Krankheitsausbrüche ermöglichen würde (vgl. Pan American Health Organization 2003: 14).

Tabelle 5: Revisionsprozess der IGV (2005).

Zeitpunkt	Aktivität
Mai 1995	Resolution 48.7 der WHA mit Revisionsauftrag.
Dezember 1995 – Oktober 1997	Ausarbeitung und Test eines obligatorischen Meldesystems basierend auf der Meldung von Krankheitssyndromen („syndrome notification“).
Januar 1998	Erster vorläufiger Revisionsentwurf geht an die Mitgliedstaaten.
August 1999	Erstellung eines „Policy“-Papiers zur Revision. Zusammenarbeit mit internationalen Organisationen (IAEA, IATA, ICAO, IMO, WTO).

Zeitpunkt	Aktivität
Mai 2001	Die WHA unterstützt mit der Resolution 54.14 zu „Global Health Security – Epidemic Alert and Response“ den Revisionsprozess.
Januar 2002	Alle Mitgliedsländer werden aufgefordert, einen nationalen „Focal Point“ einzurichten für alle Aktivitäten der Revision des Internationalen Sanitätsreglements.
Mai 2003	In den Resolutionen 56.28 und 56.29 würdigt die WHA die Rolle der WHO bei der Bekämpfung von SARS und verlangt eine rasche Beendigung des Revisionsprozesses.
Januar 2004	Erster vollständiger Revisionsentwurf und Beginn der regionalen Konsultationen.
September 2004	Neu überarbeiteter Revisionsentwurf.
November 2004	Erste umfassende Verhandlungsrunde zum Revisionsentwurf.
Februar 2005	Zweite umfassende Verhandlungsrunde zum Revisionsentwurf.
Mai 2005	Dritte umfassende Verhandlungsrunde zum Revisionsentwurf.
Mai 2005	Einstimmige Annahme der IGV (2005) durch die WHA am 23. Mai 2005.
Dezember 2006	Termin für die Ablehnung oder das Anbringen von Vorbehalten im Rahmen des „Opting-Out“-Verfahrens.
Juni 2007	Inkrafttreten der IGV (2005).

Abkürzungen siehe Abkürzungsverzeichnis. Quelle: World Health Organization 2002: 14 f. und Fidler 2005: 344 ff.

3.6.2.1 Erste Entwürfe

Ein erster, noch wenig ausgereifter Revisionsentwurf wurde 1998 den Mitgliedstaaten vorgelegt. Die wichtigsten Neuerungen betrafen die Krankheitsüberwachung (Geltungsbereich und Informationsbeschaffung) und die Durchsetzung der Bestimmungen anhand eines Streitbeilegungsmechanismus (vgl. Fidler 2005: 344 ff. und Fidler 2001b: 847). Als Grundlage für die Meldepflicht sollte nicht mehr von spezifischen Krankheiten ausgegangen werden, sondern vielmehr ein weit gefasstes Syndromkonzept⁴⁹ zur Anwendung kommen.

Dieses Konzept sah vor, das Auftreten von vordefinierten Syndromen (akutes hämorrhagisches Fieber, akute respiratorische Syndrome, akute Durchfallsyndrome, akute neurologische Syndrome etc.) der Meldepflicht zu unterstellen. Aufgrund einer Pilotstudie kam die WHO allerdings zum Schluss, dass das Syndromkonzept nicht geeignet war. Das Konzept wurde fallengelassen und an dessen Stelle ein Algorithmus (Entscheidungsschema) zur Identifikation von gesundheitlichen Notlagen von internationaler Tragweite (PHEIC)⁵⁰ entwickelt.

Die Informationstechnologien revolutionierten nicht nur die Überwachung von Infektionskrankheiten, sondern beeinflussten auch die Rolle der WHO bei der Überwachung (vgl. Kapitel 2.4). Diesem Umstand sollte dadurch Rechnung getragen werden, dass die WHO neben den offiziellen Meldungen der Mitgliedstaaten im Rahmen der Meldepflicht auch auf andere Informationsquellen (NGOs, Einzelpersonen, Medien etc.) zugreifen und diese Informationen völkerrechtlich abgestützt verwenden und publik machen konnte.

Als dritte Neuerung wurde ein Streitbeilegungsmechanismus („Committee of Arbitration“) vorgeschlagen. Diesem Komitee sollte rechtlich bindende Entscheidungskompetenz zukommen insbesondere bei Meinungsverschiedenheiten zu bestimmten handels- und reiseeinschränkenden Massnahmen. Das Komitee sollte prüfen und entscheiden, ob bestrittene

⁴⁹ Ein Syndrom bezeichnet eine Gruppe von Krankheitszeichen (objektiv) und -symptomen (subjektiv), die für ein bestimmtes Krankheitsbild charakteristisch sind.

⁵⁰ Public Health Emergency of International Concern (PHEIC).

Massnahmen den Prinzipien der Wissenschaftlichkeit und der öffentlichen Gesundheit entsprechen oder nicht. Dieser Vorschlag stiess allerdings auf wenig Akzeptanz und wurde rasch fallengelassen. An seine Stelle trat die Idee, mit spezifischen, zeitlich befristeten Empfehlungen den Handlungsspielraum der Mitgliedstaaten bei der Festsetzung von Massnahmen zum Schutz vor einer Einschleppung einzuschränken.

Im Verlauf der internen Erarbeitung und Revision von Entwürfen wurden zusätzliche Neuerungen aufgenommen. So schlug die WHO beispielsweise als weitere Ausdehnung des Geltungsbereiches vor, den revidierten Vorschriften nicht nur alle Infektionskrankheiten zu unterstellen, sondern auch Risiken der öffentlichen Gesundheit verursacht durch chemische und radioaktive Substanzen mit einzubeziehen, sofern von ihnen eine Gefährdung der internationalen öffentlichen Gesundheit oder eine übermässige Beeinträchtigung des Waren- und Reiseverkehrs im Sinne des PHEIC-Konzeptes ausging.

3.6.2.2 Revisionskonzept

In ihrem Bericht „Global Crisis – Global Solutions“ vom April 2002 präsentierte die WHO schliesslich das Kernkonzept für die Revision (vgl. World Health Organization 2002: 5 ff.). Es beinhaltete folgende zehn Kernbereiche:

- Meldung aller PHEIC
- Einrichtung nationaler IGV-Anlaufstellen
- Aufbau nationaler Surveillance-Kapazitäten
- Möglichkeit der Mitgliedsländer, der WHO vertrauliche Meldungen zukommen zu lassen (ohne Veröffentlichungspflicht der WHO)
- Möglichkeit der WHO, auf Informationen, die nicht im Rahmen der offiziellen Meldepflicht gemeldet wurden, zuzugreifen und diese zu verwenden
- Massnahmen zur Verminderung wirtschaftlicher Verluste verursacht durch PHEIC
- Unterstützung der Vertragsstaaten durch die WHO bei der Abklärung und Kontrolle von Ausbrüchen

- Transparente Prozesse innerhalb der WHO zur Erstellung von Empfehlungen
- Erstellung einer nicht vollständigen Liste von Massnahmen, die Gegenstand einer WHO-Empfehlung darstellen könnten
- Einrichtung einer permanenten Review-Struktur zur Sicherung der IGV-Prozesskontinuität

Der stete aber doch recht langsame Revisionsprozess erhielt im Nachgang zur SARS-Krise neuen Schwung. Die WHA beauftragte die WHO, den Revisionsprozess rasch zu Ende zu führen, und mit dem revidierten Reglement einen flexiblen Rahmen zur raschen und wirksamen Bekämpfung von unbekanntem Krankheiten zu schaffen. Der Revisionsprozess beschleunigte sich daraufhin massiv. Ein erster umfassend revidierter Gesetzesentwurf wurde anfangs 2004 präsentiert und in die breite Vernehmlassung geschickt. Die Version enthielt im Vergleich zum bestehenden Reglement grundlegende Änderungsvorschläge gemäss dem Kernkonzept der WHO (vgl. Hardiman 2003: 210). Daneben waren weiterhin Elemente aus dem früheren Reglement enthalten, die dem klassischen Regime folgten.⁵¹

3.6.2.3 Breite Vernehmlassung und intensive Verhandlungen

Der Revisionsprozess war insgesamt so angelegt, dass ein möglichst breiter Konsens erzielt werden konnte (vgl. World Health Organization 2002: 11). Die Mitgliedstaaten hatten Gelegenheit, in einem Internetforum und an Konsultationen in den sechs Regionen der WHO den Entwurf zu kommentieren.⁵² Die vorgelegte Version einer Totalrevision des Reglements wurde als technisch gut, aber als politisch kaum umsetzbar eingeschätzt. Anhand eines zweiten Entwurfs, ausgearbeitet vom WHO Sekretariat und verschiedenen internationalen Expertinnen und Experten wurde zwischen November 2004 und Mai 2005 in drei intergouvernemen-

⁵¹ So sollten die Vertragsstaaten weiterhin verpflichtet werden, an wichtigen Grenzstellen entsprechende Kapazitäten einzurichten bzw. zu betreiben, damit bei der Ein- und Ausreise die nötigen Massnahmen vorschriftsgemäss durchgeführt werden konnten (z.B. Verwendung standardisierter Gesundheitsdokumente) (vgl. Fidler 2005: 343).

⁵² Die sechs Regionen mit WHO Regionalbüros umfassen Afrika, Nord- und Südamerika, den östlichen Mittelmeerraum, Europa, Südostasien und den westlichen Pazifikraum.

talen Verhandlungsrunden um eine breit akzeptierte und dennoch griffige Totalrevision des Internationalen Sanitätsreglements (1969) gerungen.⁵³

Die konfliktträchtigen Themen in den Verhandlungen umfassten die Bereiche Souveränität (zusätzliche Gesundheitsmassnahmen, Bestimmungen über den Einsatz von WHO-Teams im Hoheitsgebiet betroffener Mitgliedstaaten, rechtlicher Status der Empfehlungen), Solidarität zwischen reichen und armen Ländern (Finanzierungshilfen), Rolle der WHO (Informationsquellen, Empfehlungen), Konflikte zu bereits bestehendem internationalem Recht (Beziehung zu anderen internationalen Organisationen und Vereinbarungen),⁵⁴ das Taiwan-Problem, Geltungsbereich des Reglements (Ursprung der PHEIC, Terrorismus, Gesundheitsbereich), innerstaatliche Organisation (Föderalismus) und Instrumente zur Durchsetzung (Streitschlichtung, Komitees).

Als die drei heikelsten politischen Konfliktbereiche entpuppten sich im Laufe der Verhandlungen die Überschneidungen der neuen Internationalen Gesundheitsvorschriften und des erweiterten Zuständigkeitsbereiches der WHO mit anderen Vereinbarungen des Völkerrechts und anderen internationalen Organisationen (z.B. WTO, IAEA), die Rolle der WHO in Bezug auf die Terrorismusbekämpfung (biologisch, chemisch, radioaktiv) und die Taiwanfrage. Die Kompromissfindung beeinflusste den Gang der Verhandlungen massiv und nahm direkt und indirekt Einfluss auf die Ausgestaltung verschiedenster Bestimmungen.⁵⁵ So wurde beispielsweise lang und heftig um die einzelnen Definitionen (Art. 1) gerungen, da diese für viele operative Artikel von höchster Relevanz waren. Eine detaillierte Darstellung des Verhandlungsverlaufs würde den Rahmen dieser Arbeit sprengen. Nachfolgend werden deshalb nur diejenigen Bestimmungen kurz diskutiert, die das Resultat eines langen problemspezifi-

⁵³ Die drei Verhandlungsrunden fanden vom 1.-13. November 2004, vom 21.-26. Februar und vom 12.-14. Mai 2005 jeweils in Genf statt.

⁵⁴ Während den Verhandlungen wurde mehrmals darauf hingewiesen, dass die Bestimmungen in den IGV (2005) sich mit Bestimmungen in anderen internationalen Vereinbarungen überschneiden (WTO Vereinbarungen, Luftreinhalteabkommen, Seevölkerrecht, Übereinkommen über die nukleare Sicherheit, Menschenrechte und humanitäres Völkerrecht, diplomatisches Recht) (vgl. von Tigerstrom 2005: 9).

⁵⁵ Die am heftigsten umstrittenen Artikel sind im Erläuternden Bericht zu den internationalen Gesundheitsvorschriften (2005) detailliert aufgeführt (vgl. Bundesamt für Gesundheit 2006b: 4 f.).

schen Kompromissfindungsprozesses waren und für die IGV (2005) von herausragender Bedeutung sind.

Anwendungsbereich (Art. 1 und 2): Die Definition des Begriffes Krankheit unabhängig von deren Ursprung (Art. 1) und die Beschränkung des Fokus auf den Gesundheitsaspekt (Art. 2) erlauben einen breiten Einsatz der Vorschriften und limitieren die Gefahr, dass die IGV (2005) politisch für andere Zwecke missbraucht werden könnten.

Universalität (Art. 3): Mit dem Prinzip der universellen Gültigkeit sind Taiwan⁵⁶ und allfällige sich in Auflösung befindliche Staaten mit eingeschlossen.

Aufbau der Infrastruktur (Art. 5, Anlage 1): Für den Aufbau der Infrastruktur sind 5 Jahre vorgesehen mit der Möglichkeit einer mehrfachen Fristverlängerung. Die Umsetzung des Kapazitätsaufbaus könnte sich somit bis ins Jahr 2016 erstrecken. Auf einen Finanzierungsmechanismus wurde verzichtet.

Nichtstaatliche Informationsquellen (Art. 9): Obschon die WHA bereits im Mai 2003 die WHO beauftragt hat, für die Bekämpfung von SARS auch auf Informationen aus nichtstaatlichen Quellen zurückzugreifen,⁵⁷ kam die gesetzliche Verankerung dieses Prinzips während der Verhandlungen unter starken Beschuss, wurde aber letztlich doch akzeptiert.

Zusammenarbeit und Kompatibilität (Art. 14 und 57): Die Zusammenarbeit mit zwischenstaatlichen Organisationen und internationalen Organen sowie die Kompatibilität mit anderen völkerrechtlichen Übereinkünften wurden explizit geregelt. Aufgrund des erweiterten Geltungsbereiches ist die Schnittstelle der IGV (2005) zur WTO, und hier insbesondere zum Übereinkommen über die Anwendung gesundheitspolizeilicher und pflanzenschutzrechtlicher Massnahmen von Bedeutung (SPS-Übereinkommen).⁵⁸

⁵⁶ Trotz dieser Bestimmung bleibt weiterhin unklar, ob Taiwan direkt mit der WHO ohne Bezug Chinas interagieren kann, oder ob dies der vorgängigen Einwilligung Chinas bedarf (vgl. Fidler 2005: 375 f.).

⁵⁷ WHA-Resolution 56.28 vom 28. Mai 2003.

⁵⁸ SPS-Übereinkommen (SR 0.632.20).

Zusätzliche Gesundheitsmassnahmen (Art. 43): Mit den revidierten IGV besteht für die Mitgliedstaaten weiterhin die Möglichkeit souverän über Massnahmen zu entscheiden, welche über die WHO-Empfehlungen hinausgehen. Artikel 43 versucht allerdings die Gefahr der Einführung von Handelshemmnissen unter dem Deckmantel der Epidemienkontrolle zu vermindern, indem verlangt wird, dass sich diese Massnahmen nach wissenschaftlichen Grundsätzen, verfügbaren wissenschaftlichen Erkenntnissen und spezifischen Anleitungen und Ratschlägen der WHO richten.

Gremien (Art. 47-53): Der Notfallausschuss bildet ein technisch orientiertes, der Prüfungsausschuss ein politisch orientiertes Gremium.

Entscheidschema (Anlage 2): Dem vorgeschlagenen Entscheidschema (Algorithmus) zur Bestimmung von PHEIC wurde eine kurze Liste obligatorisch zu meldender Krankheiten angefügt.⁵⁹

3.6.2.4 Rolle der Schweiz in den Verhandlungen

Die Schweiz hat insbesondere ab 2004 aktiv am Revisionsprozess teilgenommen. Die Federführung oblag dem BAG. Im Rahmen einer interdepartementalen Arbeitsgruppe unter Einbezug einer Kantonsvertretung wurden die Auswirkungen der Entwürfe der Totalrevision auf verschiedene Politikbereiche besprochen und die Verhandlungsrunden vorbereitet. Als Grundlage diente eine vom BAG in Auftrag gegebene Studie zum Status und Inhalt des Revisionsentwurfes aus juristischer Sicht (vgl. Boisson de Chazournes/Mbengue 2004: 1 ff.). Während den Verhandlungsrunden konnte die Schweiz mehrere Vorschläge einbringen und eine aktive Rolle bei der Erarbeitung von Kompromissen einnehmen. So gelang es beispielsweise dank einer von der Schweiz vorgeschlagenen Klausel in Art. 3, wonach die Durchführung der IGV (2005) „auf das Ziel ihrer weltweiten Anwendung zum Schutz der Weltbevölkerung“ ausgerichtet ist, auch die von China beanspruchte Insel Taiwan einzuschliessen. Die Schweiz vermittelte zudem erfolgreich bei der Frage des erwei-

⁵⁹ Diese Liste umfasst Pocken, Poliomyelitis durch Wildtyp-Poliiovirus, humane Influenza verursacht durch einen neuen Subtyp des Influenzavirus und SARS.

terten Geltungsbereichs zwischen den divergierenden Positionen der USA und des Iran.

Bis in die letzten Verhandlungstage forderten die USA vehement einen Föderalismusartikel, der die Verpflichtung von föderal strukturierten Ländern auf die dem Bundesstaat zugeordneten Kompetenzen beschränkt hätte. Die Schweiz wehrte sich mit anderen föderal organisierten Staaten erfolgreich mit dem Argument, dass die Verpflichtungen immer vom Mitgliedstaat als Ganzes übernommen werden müsste, dieser dann aber gemäss seiner föderalen Struktur in der internen Umsetzung frei sei. Die USA zogen daraufhin ihren Vorschlag zurück.⁶⁰

3.6.3 Inkraftsetzung

Die IGV (2005) sind völkerrechtlich verbindliche Rechtsregeln, die sich direkt auf die Verfassung der WHO stützen. Da es sich um ein Regelwerk unter internationalem Recht handelt, sind sie für einen Staat nur verbindlich, wenn er dem revidierten Reglement gemäss dem vorgesehenen Verfahren zugestimmt hat. Anstelle der üblichen expliziten Zustimmung der Mitgliedstaaten (Ratifizierung) unterstehen die IGV (2005) gemäss Art. 22 der WHO-Verfassung einem so genannten „Opting-Out“-Verfahren.⁶¹ Die Vorschriften gelten für alle Mitgliedstaaten, die nicht explizit innerhalb der vorgegebenen Frist das Regelwerk *in toto* abgelehnt oder Vorbehalte angebracht haben. Insgesamt sind zurzeit 193 Staaten Mitglieder der WHO.

Die IGV (2005) traten am 15. Juni 2007 in Kraft. Sie ersetzen gemäss Art. 58 die bisherigen Internationalen Sanitätsreglemente von 1951 und 1969 sowie einige weitere ältere, aber noch gültige Vereinbarungen (vgl. Tabelle 2 in Kapitel 3.2). Für die verschiedenen Vorschriften bestehen zwar unterschiedliche Implementierungsfristen, doch ist die Einhaltung

⁶⁰ Wie sie bereits während den Verhandlungen angekündigt hatten, brachten die USA in Bezug auf die Föderalismusproblematik allerdings einen Vorbehalt an (vgl. Kapitel 3.6.4).

⁶¹ Artikel 22 WHO-Verfassung: „Die in Ausführung von Artikel 21 getroffenen Regelungen treten für alle Mitgliedstaaten in Kraft, nachdem ihre Annahme durch die Gesundheitsversammlung gebührend bekannt gegeben worden ist, ausgenommen für diejenigen Mitgliedstaaten, die den Generaldirektor innerhalb der in der Bekanntgabe festgesetzten Frist von ihrer Ablehnung oder von der Erhebung von Vorbehalten in Kenntnis setzen.“

des gesamten Instrumentes verbindlich, falls keine Vorbehalte angebracht wurden.

Im Mai 2006 hatte die WHA die Vertragsstaaten aufgerufen, vor dem Inkrafttreten freiwillig diejenigen Bestimmungen der IGV (2005) nachzukommen, die für das von der Vogelgrippe und einer möglichen Grippepandemie beim Menschen ausgehende Risiko relevant sind.⁶² Die Schweiz unterstützte diese Resolution und erklärte sich bereit, die entsprechenden Bestimmungen der IGV (2005) soweit als möglich bereits vor ihrem offiziellen Inkrafttreten anzuwenden.

3.6.3.1 In der Schweiz

Durch die Genehmigung der WHO-Verfassung im Dezember 1946 hatten die eidgenössischen Räte dem Bundesrat stillschweigend die Kompetenz zur Annahme oder Ablehnung der IGV (2005) erteilt. Da sich die IGV (2005) innerhalb des von Art. 21 der WHO-Verfassung⁶³ gesteckten Rahmens bewegen, handelt es sich nach dem Regierungs- und Verwaltungsorganisationsgesetz (RVOG) um den Vollzug eines Staatsvertrages.⁶⁴ Somit lag die Annahme der IGV (2005) in der Kompetenz des Bundesrates.

Im Vernehmlassungsverfahren zu den IGV (2005) blieb die Notwendigkeit einer möglichst guten internationalen Zusammenarbeit zur Bekämpfung von Epidemien unbestritten. In einer einzigen Stellungnahme wurde explizit das Anbringen eines Vorbehaltes im Zusammenhang mit der Erhebung von Gebühren gefordert (Art. 40 IGV, Gebühren). Verschiedene Kantone erachteten eine Klärung der Abläufe und eine Verbesserung der

⁶² WHA Resolution 59.2 vom 26. Mai 2006.

⁶³ Art. 21 WHO-Verfassung: „Die Gesundheitsversammlung ist ermächtigt, Regelungen zu treffen über: a. sanitäre und Quarantänemassnahmen und andere Vorkehren zur Verhinderung der Ausbreitung von Krankheiten von einem Land ins andere; b. die Nomenklatur der Krankheiten, der Todesursachen und der Arbeitsmethoden des öffentlichen Gesundheitsdienstes; c. Normen der diagnostischen Methoden für den internationalen Gebrauch; d. Normen für die Beschaffenheit, Reinheit und Wirksamkeit biologischer pharmazeutischer und ähnlicher Produkte im internationalen Handel.“

⁶⁴ „Ebenfalls selbstständig abschliessen kann er [der Bundesrat] völkerrechtliche Verträge von beschränkter Tragweite. Als solche gelten namentlich Verträge, die [...] dem Vollzug von Verträgen dienen, die von der Bundesversammlung genehmigt worden sind“ (Art. 7a Abs. 2 Bst. b RVOG) (SR 172.010).

Koordination zwischen Bund und Kantonen bei akuten Gesundheitsgefährdungen als notwendig. Sie betonten, in die Ausgestaltung der Massnahmen zur Umsetzung der IGV (2005) einbezogen werden zu wollen. Die Schaffung der nationalen IGV-Anlaufstelle am BAG blieb unbestritten.

Der Bundesrat nahm am 9. Juni 2006 aufgrund eines Antrages des EDI vom 29. Mai 2006 vom Ergebnis dieses Vernehmlassungsverfahrens Kenntnis und stimmte den IGV (2005) ohne Vorbehalte zu. Sie traten in der Schweiz gemäss Art. 59 IGV (2005) am 15. Juni 2007 in Kraft.

In einem Schreiben vom 27. Juli 2006 setzte der Vorsteher des EDI den Generaldirektor der WHO über den Bundesratsentscheid zu den IGV (2005) in Kenntnis und informierte ihn darüber, dass die Schweiz den IGV (2005) unter Verzicht auf das Anbringen von Vorbehalten zustimmt, das BAG als nationale IGV-Anlaufstelle der Schweiz bestimmt wurde und die IGV (2005) in der Schweiz gemäss Resolution WHA 59.2 soweit als möglich bereits vor dem 15. Juni 2007 auf freiwilliger Basis angewandt werden.

3.6.4 Vorbehalte

Die Frist für die Ablehnung oder Meldung von Vorbehalten⁶⁵ ist am 15. Dezember 2006 abgelaufen. Gemäss Art. 62 der IGV (2005) orientiert der WHO Generaldirektor alle Vertragsstaaten, welche die IGV (2005) nicht abgelehnt haben, über die eingegangenen Vorbehalte und räumt ihnen eine sechsmonatige Frist zur Stellungnahme ein. Wenn mindestens ein Drittel dieser Staaten Einwände gegen einen bestimmten Vorbehalt erhebt, wird die WHO den betreffenden Staat auffordern, die Rücknahme des Vorbehalts innerhalb von 3 Monaten zu erwägen. Ist der betreffende Staat damit nicht einverstanden, wird die WHO den Prüfungsausschuss anrufen (vgl. Kapitel 4.2.7). Vorbehalte können vom betroffenen Staat jederzeit durch entsprechende Meldung an den WHO Generaldirektor zurückgezogen werden (Art. 63).

⁶⁵ Zu den verschiedenen Vorbehaltstypen vgl. Boisson de Chazournes/Mbengue 2004: 11 f.

Die IGV (2005) sind von keinem WHO Mitgliedstaat abgelehnt worden. Vorbehalte haben indes Indien, die Türkei und die USA angebracht.

Indien: In einem offiziellen Schreiben vom 14. Dezember 2006 meldet Indien dem Generaldirektor der WHO Vorbehalte in Bezug auf die Umsetzung der IGV (2005) im Umgang mit Gelbfieber an.

Türkei: In einem offiziellen Schreiben vom 14. Dezember 2006 informiert die Türkei den Generaldirektor der WHO darüber, dass sie die Bestimmungen der IGV (2005) unter Berücksichtigung von gewissen bereits bestehenden Konventionen des Seevölkerrechts umsetzen wird.

USA: In einer diplomatischen Note datiert vom 13. Dezember 2006 bringen die USA einen Vorbehalt in Bezug auf die Umsetzung der IGV (2005) im Einklang mit den Grundprinzipien des Föderalismus und nach Massgabe der verfassungsmässig vorgegebenen innerstaatlichen Kompetenzordnung an.⁶⁶

Im Weiteren liefern die USA drei Interpretationen zu den Bestimmungen der IGV (2005):

- Die USA erachten, dass die Vertragsstaaten im Rahmen der IGV (2005) verpflichtet sind, der WHO alle PHEIC zu melden, ungeachtet des Ursprungs oder der Quelle, unabhängig davon, ob es sich um eine natürliche, akzidentelle oder vorsätzliche Verbreitung von biologischem, chemischem oder radioaktivem Material handelt.
- Die USA erachten es im Rahmen von Art. 9 der IGV (2005) als nicht möglich, eine Meldung zu erstatten, wenn dadurch die Fähigkeit der US Streitkräfte eingeschränkt würde, wirksame Massnahmen im Interesse der nationalen Sicherheit zu ergreifen.

⁶⁶ „Le Gouvernement des Etats-Unis d’Amérique se réserve le droit d’assumer les obligations en vertu du Règlement d’une manière qui soit compatible avec ses principes fondamentaux du fédéralisme. En ce qui concerne les obligations relatives à la mise en place, au renforcement et au maintien des principales capacités requises visées à l’annex 1, le Règlement sera appliqué par le Gouvernement fédéral ou par les gouvernements des Etats, selon qu’il conviendra, en vertu de notre Constitution, dans la mesure où la mise en oeuvre de ces obligations relève de la compétence du Gouvernement fédéral. Dans la mesure où ces obligations relèvent de la compétence des gouvernements des Etats, le Gouvernement fédéral portera ces obligations avec une recommandation favorable à l’attention des autorités des États concernés.“

- Die USA erachten, dass sich aus den Vorschriften der IGV (2005) keine direkten „privaten“ Rechte, die justiziabel sind, ableiten lassen.

Die Fristen für Stellungnahmen der Vertragsstaaten zu den Vorbehalten der USA und Indiens sind auf den 17. Juli 2007 bzw. 7. August 2007 festgesetzt. Bis anhin liegen Stellungnahmen Griechenlands zu den Vorbehalten der Türkei und Irans zu denjenigen der USA vor. Der Iran weist insbesondere die von den USA geäußerte Einschränkung mit Bezug auf die US Streitkräfte vehement zurück.

4 IGV (2005): INHALT UND BEURTEILUNG

4.1 Vision und Ziele

Während des Revisionsprozesses liess sich die WHO durch eine Vision leiten, die auf den fünf Elementen Früherkennung, Kapazitäten zur Krankheitsüberwachung und Vorbereitung („Preparedness“), internationale Koordination, „Leadership“ durch die WHO und Transparenz beruht (vgl. World Health Organization 2002: 4):

- Die internationale Ausbreitung von Krankheiten wird am besten dadurch verhindert, dass Krankheitserreger oder andere Bedrohungen der öffentlichen Gesundheit frühzeitig erkannt und rasch bekämpft werden, solange sie sich noch auf eine lokale bzw. nationale Ebene beschränken.
- Frühzeitiges Erkennen potenzieller Bedrohungen der öffentlichen Gesundheit erfordert adäquate nationale und überregionale Überwachungskapazitäten.
- Da viele Staaten für eine effektive und effiziente Krankheitsbekämpfung die Unterstützung multilateraler Institutionen in Anspruch nehmen müssen, ist internationale Koordination notwendig. Dies auch im Hinblick darauf, dass sich rasch negative Auswirkungen auf den internationalen Handels- und Reiseverkehr und den Tourismus ergeben können.
- Die internationale Steuerung setzt einen internationalen Koordinator (WHO) voraus, der die Meldewege, die Bekämpfungs- und Schutzmassnahmen und den globalen Austausch epidemiologischer Informationen harmonisiert.
- Meldungen von Krankheitsrisiken an einen internationalen Koordinator erfolgen am ehesten, wenn voraussehbar ist, ob und inwieweit diese Informationen die wirtschaftlichen Interessen (Handel, Reisen, Tourismus) des betroffenen Staates beeinträchtigen werden.

Das erklärte Ziel der IGV (2005), „die grenzüberschreitende Ausbreitung von Krankheiten zu verhüten und zu bekämpfen, davor zu schützen und dagegen Gesundheitsschutzmassnahmen einzuleiten, und zwar auf eine

Art und Weise, die [...] eine unnötige Beeinträchtigung des internationalen Verkehrs und Handels vermeidet“ (Art. 2) lehnt sich vordergründig an Ziel und Zweck der früheren internationalen Sanitätsreglemente an. Das Internationale Sanitätsreglement (1969) hatte eine maximale Sicherheit für die öffentliche Gesundheit und eine minimale Beeinträchtigung des internationalen Handels gefordert. Ein wesentlicher Unterschied zwischen der neuen und alten Zielrichtung besteht allerdings darin, dass in den IGV (2005) den Gesundheitszielen ein höherer Stellenwert zugewiesen, der öffentlichen Gesundheit gleichsam das Primat über die Wirtschaft gegeben wird.⁶⁷ Natürlich sollen Überreaktionen ohne wissenschaftliche Grundlage vermieden werden, da sie unnötigen wirtschaftlichen Schaden anrichten, der seinerseits wieder einen negativen Einfluss auf die mehrheitlich ausserhalb des Gesundheitssystems stehenden Gesundheitsdeterminanten (Armut, Schulbildung etc.) nehmen kann. Andererseits gilt es zu erkennen, dass nicht beides, vollständiger Gesundheitsschutz und unbeeinträchtigter Handels- und Reiseverkehr, gleichzeitig zu erreichen sind (vgl. Postulate von Lawrence O. Gostin in Kapitel 3.6.1). Die IGV (2005) sind vom utopischen Doppelzweck eines maximalen Gesundheitsschutzes und minimaler wirtschaftlicher Beeinträchtigung abgerückt. Der Ansatz ist integrativ, weist aber den gesundheitspolitischen Erfordernissen einen höheren Stellenwert zu als den wirtschaftlichen Anliegen. Dieser neue Ansatz ist Ausdruck der erhöhten Bedeutung, die der öffentlichen Gesundheit in der internationalen Politik zukommt. Aspekte der öffentlichen Gesundheit durchdringen mittlerweile praktisch alle wichtigen Bereiche globaler Governance wie Sicherheit, Handel, wirtschaftliche Entwicklung, Umwelt- und Klimaschutz sowie die Menschenrechte⁶⁸ (vgl. Fidler/Gostin 2006: 86).

Die Art und Weise, wie dieses Ziel erreicht werden soll, sowie der Rahmen, in dem die Vertragsstaaten ihre Souveränität in Bezug auf die nati-

⁶⁷ Wie Lawrence O. Gostin schreibt: „The WHO’s mission should unequivocally be expressed as global health protection [...]. That is the vision of the WHO Constitution. Neither the preamble nor article 21 mentions commerce protection, let alone minimization of barriers to commercial intercourse“ (vgl. Gostin 2004b: 2625).

⁶⁸ Menschenrechte: „Human rights are a set of universal entitlements that individuals enjoy irrespective of their sex, nationality, religion, culture or other status, that are inherent to human beings and that are proclaimed and protected by international law“ (vgl. Patterson/London 2002: 964).

onale öffentliche Gesundheit in Zukunft ausüben werden, unterscheidet sich in den neuen IGV (2005) deutlich vom bisherigen klassischen Regime der Internationalen Sanitätsreglemente von 1951 und 1969.⁶⁹ Im folgenden Kapitel wird auf die wichtigsten Neuerungen eingegangen. Sie betreffen:

- Ausdehnung des Geltungsbereiches
- Rolle und neue Kompetenzen der WHO
- Anforderungen an die nationalen Krankheitsüberwachungs- und Reaktionskapazitäten
- Handlungsspielraum der Vertragsstaaten in Bezug auf den Gesundheitsschutz
- Berücksichtigung der Menschenrechte
- Einbettung in das internationale Recht
- Institutionelle Organe und Prozeduren

4.2 Bestimmungen der IGV (2005)

Die IGV (2005) umfassen 66 Artikel, unterteilt in 10 Teile, und neun Anlagen (vgl. Tabelle 6).

Tabelle 6: Struktur und Inhalt der IGV (2005).

Teil (Artikel)	Inhalt
Teil I (1-4)	Begriffsbestimmungen, Zweck und Anwendungsbereich, Grundsätze und zuständige Behörden
Teil II (5-14)	Informationen und Gesundheitsschutzmassnahmen
Teil III (15-18)	Empfehlungen
Teil IV (19-22)	Grenzübergangsstellen
Teil V (23-34)	Massnahmen für die öffentliche Gesundheit

⁶⁹ Wie bis anhin kommt die Hauptrolle bei der Umsetzung der Ziele der IGV (2005), wenn auch nicht ausschliesslich, so doch zum grössten Teil den Vertragsstaaten zu. Die IGV (2005) messen gleichsam deklaratorisch jedem Vertragsstaat das souveräne Recht zu, bei der Verfolgung seiner jeweiligen Gesundheitspolitik Gesetze zur erlassen und durchzuführen. Dabei soll allerdings den Zielen der IGV (2005) Rechnung getragen werden (Art. 3 Abs. 4).

Teil (Artikel)	Inhalt
Teil VI (35-39)	Gesundheitsdokumente
Teil VII (40-41)	Gebühren
Teil VIII (42-46)	Allgemeine Bestimmungen
Teil IX (47-53)	Die IGV-Sachverständigenliste, der Notfallausschuss und der Prüfungsausschuss
Teil X (54-66)	Schlussbestimmungen
Anlagen	
Anlage 1	Geforderte Kapazitäten für die Überwachung und Reaktion sowie für Flughäfen, Häfen und Landübergänge
Anlage 2	Entscheidungsschema zur Bewertung und Meldung von Ereignissen, die eine gesundheitliche Notlage von internationaler Tragweite darstellen können
Anlage 3	Muster der Bescheinigung über die Befreiung von der Schiffshygienekontrolle
Anlage 4	Technische Anforderungen an Beförderungsmittel und Beförderer
Anlage 5	Besondere Massnahmen für übertragbare (vektorinduzierte) Krankheiten
Anlage 6	Impfung, Prophylaxe und zugehörige Bescheinigungen
Anlage 7	Anforderungen an die Impfung oder Prophylaxe für bestimmte Krankheiten
Anlage 8	Muster einer Seegesundheitserklärung
Anlage 9	Allgemeine Erklärung für Luftfahrzeuge, Abschnitt über Gesundheit

4.2.1 Geltungsbereich

In den Geltungsbereich fallen nicht mehr nur einige wenige Krankheiten sondern generell alle Ereignisse im Gesundheitsbereich, die potenziell eine Beeinträchtigung der internationalen öffentlichen Gesundheit oder der internationalen Reise- und Handelstätigkeit darstellen. Im Rahmen

dieses „All-Risk“-Ansatzes umfassen die Vorschriften alle Bedrohungen der öffentlichen Gesundheit ungeachtet ihres Ursprungs oder ihrer Quelle (Art. 1) (vgl. Fidler/Gostin 2006: 86). Den IGV (2005) unterstehen somit:

- Natürlich vorkommende Infektionskrankheiten bekannter oder unbekannter Ätiologie
- Nicht übertragbare Krankheiten verursacht durch chemische oder radioaktive Substanzen
- Akzidentelle oder absichtliche Freisetzung biologischer, chemischer oder radioaktiver Substanzen

Die in Art. 6 und 7 ausgeführte Meldepflicht der Mitgliedsländer umfasst „alle Ereignisse, die in Übereinstimmung mit dem Entscheidungschema eine gesundheitliche Notlage von internationaler Tragweite in seinem Hoheitsgebiet darstellen können“.⁷⁰ Als Entscheidungshilfe für dieses Konzept der PHEIC dient der Algorithmus in der Anlage 2. Im Wesentlichen geht es darum, anhand von vier Fragen jedes von der nationalen Krankheitsüberwachung registrierte Ereignis auf seine potenziellen internationalen Auswirkungen zu überprüfen. Im zweiten Teil der Anlage 2 ist anhand von Beispielen die Anwendung des Entscheidungschemas erklärt. Für jedes Ereignis ist jeweils zu beurteilen, ob:

- Die Auswirkungen auf die öffentliche Gesundheit schwerwiegend sind⁷¹
- Das Ereignis ungewöhnlich oder unerwartet ist⁷²

⁷⁰ David P. Fidler stellt hierzu fest, dass unklar bleibt, ob Art. 7 (Weitergabe von Informationen während unerwarteter oder ungewöhnlicher Ereignisse betreffend die öffentliche Gesundheit) sich inhaltlich von Art. 6 (Meldung) unterscheidet (vgl. Fidler 2005: 365 f.). In der Tat stellt Art. 7 ein Produkt intensiver Verhandlungen dar, bei der die Schweiz eine entscheidende Vermittlerrolle einnahm. Gemäss Art. 7 in Verbindung mit Art. 1 fallen Ausbrüche mit bioterroristischem Hintergrund ebenfalls unter die IGV-Meldepflicht, ohne dass dies, wie in früheren Entwurfsversionen noch der Fall, explizit ausgesprochen wird. Siehe dazu auch die Anmerkung der USA zum Geltungsbereich (vgl. Kapitel 3.6.4).

⁷¹ Mögliche Indikatoren: grosse Anzahl Fälle/Todesfälle, Erreger mit hohem epidemiologischen Potenzial, Therapieversagen, Krankheitsfälle beim Gesundheitspersonal, speziell betroffene Risikogruppen, besondere Begleitumstände (Naturkatastrophen, Bürgerkrieg etc.), Ausbruch in dicht besiedelten Gebieten, grossflächige Verseuchungsgefahr durch biologische, chemische oder radioaktive Stoffe.

⁷² Ungewöhnlich oder unerwartet bezüglich Erreger, Quelle, Trägersubstanz, Übertragungsweg, Symptomatik, geographisches und zeitliches Auftreten etc.

- Ein erhebliches Risiko für eine grenzüberschreitende Ausbreitung besteht⁷³
- Ein erhebliches Risiko für Beschränkungen des internationalen Reise- oder Handelsverkehrs besteht⁷⁴

Wenn zwei dieser Kriterien zutreffen, muss das Ereignis der WHO innert 24 Stunden zur Kenntnis gebracht werden. Vier Krankheiten sind bei Auftreten immer zu melden (Pocken, Poliomyelitis verursacht durch Wildtyp-Poliioviren, humane Influenza verursacht durch einen neuen Influenzavirussubtyp und SARS). Weitere speziell aufgeführte Krankheiten erfordern zwingend die Anwendung des Entscheidungsschemas, sobald Verdachtsfälle auftreten.⁷⁵ Die WHO ist beauftragt, die Wirksamkeit des Algorithmus-Ansatzes regelmässig zu überprüfen (Art. 54).⁷⁶

Im Sinne eines Melderechts können die Staaten bei nicht meldepflichtigen Ereignissen „die WHO dennoch weiterhin informieren und sich mit ihr über geeignete Gesundheitsmassnahmen abstimmen“, wenn sie dies wünschen (Art. 8).

4.2.2 Informationsbeschaffung und -weitergabe der WHO

Wie in Kapitel 3.5 ausgeführt, bestand eine der grossen Schwächen des Internationalen Sanitätsreglements (1969) in der ungenügenden Einhaltung der Bestimmungen. Aufgrund der Spieltheorie (vgl. Kapitel 3.5.4) wären die Vorschriften so auszugestalten, dass sowohl die Anreize für Kooperation als auch die Kosten für Nichtkooperation erhöht würden (vgl. Fidler 1996: 498). Verschiedene Neuerungen der revidierten Vorschriften schaffen Anreize für eine erhöhte Kooperation der Mitgliedstaat-

⁷³ Anzeichen für epidemiologischen Zusammenhang mit ähnlichen Ereignissen in anderen Ländern, Fälle im Zusammenhang mit internationaler Reisetätigkeit, Teilnahme an internationalen Veranstaltungen, grenzüberschreitende Verseuchung mit biologischem, chemischem oder radioaktivem Material.

⁷⁴ Mögliche Indikatoren: ähnliche Ereignisse in der Vergangenheit, Ein- und Ausfuhr von verseuchten Gütern, Ereignisse im Rahmen internationaler Veranstaltungen, Interesse ausländischer Medien.

⁷⁵ Die Anwendung des Entscheidungsschemas (Algorithmus) ist obligatorisch bei Auftreten von: Cholera, Lungenpest, Gelbfieber, viralen hämorrhagischen Fiebrern (Ebola, Lassa, Marburg), West-Nil-Fieber und anderen Krankheiten besonderer nationaler oder regionaler Bedeutung.

⁷⁶ Die erste Überprüfung beginnt gemäss Art. 54 Abs. 3 spätestens im Juni 2008, ein Jahr nach Inkrafttreten der IGV (2005).

ten. Diese reichen von der Zusage technischer Unterstützung bis hin zu öffentlichem Anprangern nicht kooperativen Verhaltens:

- Meldungen an die WHO im Rahmen der Meldepflicht (Art. 6 und 7) werden von der WHO neu erst dann an die übrigen Mitgliedstaaten weitergegeben, wenn das Ereignis vom Generaldirektor offiziell als PHEIC deklariert wurde, eine grenzüberschreitende Ausbreitung von der WHO bestätigt worden ist, die vorgesehenen nationalen Bekämpfungsmassnahmen nicht erfolgreich waren oder gar nicht durchgeführt worden sind, oder internationale Massnahmen erforderlich sind (Art. 11 Abs. 2).
- Die WHO hat die Möglichkeit „Berichte aus anderen Quellen als Meldungen oder Konsultationen“ zu berücksichtigen (Art. 8). Wenn derartige Berichte vorliegen, konsultiert die WHO den betroffenen Vertragsstaat und versucht eine Bestätigung zu erlangen. Eine Information der übrigen Mitgliedstaaten erfolgt in den oben beschriebenen Situationen gemäss Art. 11 Abs. 2.
- Die einzelnen Vertragsstaaten sind zudem aufgefordert, die WHO über Anzeichen einer Gefahr für die öffentliche Gesundheit ausserhalb ihres Hoheitsgebietes zu unterrichten (Art. 9 Abs. 2).
- Bei Vorliegen relevanter Informationen startet die WHO in Zusammenarbeit mit dem betroffenen Vertragsstaat einen Verifikationsprozess (Art. 10). Abbildung 1 gibt einen Überblick über den Notifizierungs- und Verifikationsprozess.
- Die WHO hat die Möglichkeit, den übrigen Mitgliedstaaten die verfügbaren Informationen zukommen zu lassen, falls sich der betroffene Staat nicht kooperativ zeigt (Art. 10 Abs. 4), oder unter gewissen Umständen die Öffentlichkeit direkt zu informieren (Art. 11 Abs. 4).

Eine zeitgerechte Weitergabe von Informationen zu Ausbrüchen ist für die Koordination der Massnahmen und eine wirksame Bekämpfungsstrategie unabdingbar. Während des Verifikationsprozesses, unabhängig davon aus welcher Quelle die Initialmeldung stammt, bietet deshalb die WHO den Mitgliedstaaten routinemässig technische Unterstützung bei der Abklärung und Bekämpfung von entsprechenden Ereignissen an (Art. 10).

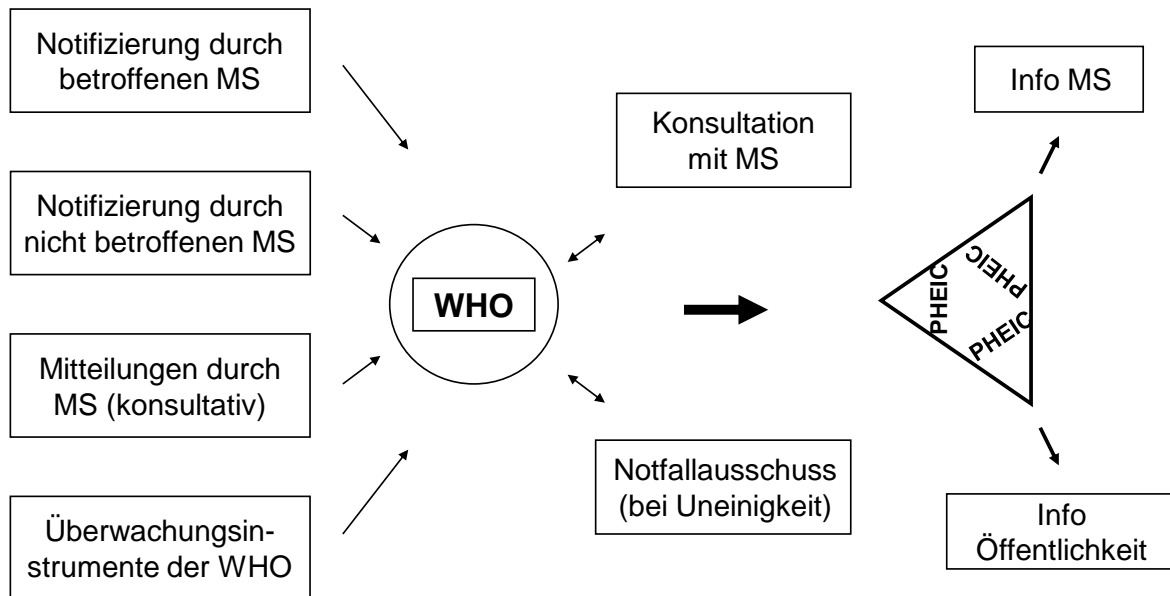


Abbildung 1: Notifizierung und Verifikation unter IGV (2005).

Diese neuen Instrumente, kombiniert mit den weit reichenden Möglichkeiten der Informationstechnologien, erlauben es der WHO, Druck auf die Vertragsstaaten auszuüben. Dies soll dazu beitragen, dass potenzielle Gesundheitsbedrohungen unter den IGV (2005) frühzeitig gemeldet werden, und sich die betroffenen Mitgliedstaaten bei der Abklärung und Bekämpfung kooperativ verhalten. David P. Fidler spricht in diesem Zusammenhang von einer Zange, die auf die einzelnen Staaten wirkt und sie zur Kooperation zwingt (vgl. Fidler 2004c: 802). Auf der einen Seite kann die WHO nichtstaatliche Informationen zur Überwachung verwenden, andererseits hat sie die Möglichkeit, Reisewarnungen und Reiseempfehlungen abzugeben, ohne dass eine Einwilligung des betroffenen Staates vorliegen muss. Im Gegensatz zum Gesundheitsregime der Internationalen Sanitätsreglemente von 1951 und 1969 besteht für die Vertragsstaaten somit ein starker Anreiz zu Transparenz und Kooperation mit der WHO und anderen Ländern. Um die ökonomischen Schäden von Krankheitsausbrüchen so gering wie möglich zu halten, erscheint für das

betroffene Mitgliedsland unter den IGV (2005) kooperatives Verhalten neu als gangbare Alternative zur staatlichen Unterdrückung von Informationen (vgl. Fidler/Gostin 2006: 90).

4.2.3 Nationale Kernkapazitäten

Das „All-Risk“-Konzept der WHO kann nur funktionieren, wenn die nationalen Infrastrukturen zur Krankheitsüberwachung und -bekämpfung in der Lage sind, lokale Krankheitsausbrüche so rasch als möglich zu erkennen und zu kontrollieren, bevor sie zu einem internationalen Problem werden. Dies bedeutet für viele Länder einen massiven Kapazitätsausbau. Die IGV (2005) verlangen von den Mitgliedstaaten, „Kapazitäten zu schaffen, zu stärken und zu unterhalten, um Ereignisse [...] festzustellen, zu bewerten, zu melden und darüber Bericht zu erstatten“ (Art. 5 Abs. 1) und „umgehend und wirksam auf Gefahren für die öffentliche Gesundheit zu reagieren“ (Art. 13 Abs. 1). Diese Anforderung bezieht sich auf das gesamte Hoheitsgebiet und betrifft nicht nur die Grenzübergangsstellen, wie dies noch in den Internationalen Sanitätsreglementen von 1951 und 1969 der Fall war. Die geforderten Kernkapazitäten sind in Anlage 1 spezifiziert.⁷⁷ Sie umfassen Anforderungen auf kommunaler,⁷⁸ gliedstaatlicher (kantonalen)⁷⁹ und nationaler Ebene,⁸⁰ aber auch an den Grenzübergängen (Flughäfen, Schiffshäfen, terrestrische Grenzübergänge). Die Kapazitäten zum Gesundheitsschutz auf nationaler Ebene beziehen sich auf die Planung geeigneter Bekämpfungsmassnahmen, Laboranalysen, Logistik, den Einsatz vor Ort, die Führung und Koordination, sowie den Vorbereitungsstand („Preparedness“).⁸¹ Diese Infrastrukturen und Prozesse sollen rund um die Uhr gewährleistet sein. Die spezifischen Pflichten der Behörden und die geforderten Kernkapazitäten an den

⁷⁷ Geforderte Kernkapazitäten für die Überwachung und Reaktion (Anlage 1, Teil A) sowie von benannten Flughäfen, Häfen und Landübergängen geforderte Kernkapazitäten (Anlage 1, Teil B).

⁷⁸ Ereignisse erkennen und melden, Sofortmassnahmen durchführen.

⁷⁹ Meldeeingang bestätigen, Meldungen bewerten und an die nationale Gesundheitsbehörde weiterleiten, zusätzliche Massnahmen anordnen und durchführen.

⁸⁰ Meldungen innert 48 Stunden bewerten und gemäss den IGV (2005) innert 24 Stunden nach der Bewertung der WHO melden.

⁸¹ Gemäss Anlage 1: „Die Kapazität: [...] einen nationalen Plan zur Reaktion auf eine gesundheitliche Notlage zu entwickeln, anzuwenden und fortzuführen, einschliesslich der Schaffung multidisziplinärer/multisektoraler Teams zur Reaktion auf Ereignisse, die eine gesundheitliche Notlage von internationaler Tragweite darstellen können.“

Grenzübergangsstellen sind im Teil IV (Art. 19 bis 22) und in Anlage 1 (Teil B) geregelt.

Für die Kommunikation mit der WHO müssen alle Mitgliedstaaten eine nationale IGV-Anlaufstelle („National IHR Focal Point“) bezeichnen (Art. 4). Diese müssen für die Verständigung mit den in Art. 3 vorgesehenen IGV-Kontaktstellen der WHO jederzeit erreichbar sein. Zu ihren Aufgaben gehört die Versendung dringender Mitteilungen an die WHO und die Verbreitung von Informationen an die zuständigen Bereiche der innerstaatlichen Verwaltung.⁸²

Jeder Vertragsstaat bewertet innert 2 Jahren nach Inkrafttreten der IGV (2005), ob innerhalb seines Hoheitsgebietes die vorhandenen nationalen Strukturen und Mittel den Mindestanforderungen genügen. Aufgrund dieser Bewertung werden Aktionspläne entwickelt und bestehende Lücken in der Krankheitsüberwachung und -bekämpfung geschlossen. Für den Kapazitätsaufbau besteht eine Realisierungsfrist von 5 Jahren nach Inkrafttreten (bis 2012). Diese Frist kann maximal zweimal um 2 Jahre verlängert werden. Die WHO unterstützt die Vertragsstaaten bei den Bewertungs- und Planungsverfahren (Anlage 1) und auf Ersuchen beim Aufbau dieser Kapazitäten (Art. 5 Abs. 3) sowie bei der Erschließung finanzieller Mittel (Art. 44 Abs. 2). Die Vertragsstaaten sind, soweit möglich, zur Zusammenarbeit verpflichtet bei „der Leistung oder Erleichterung technischer Zusammenarbeit und logistischer Unterstützung, vor allem bei der Schaffung, der Stärkung und der Aufrechterhaltung der [...] erforderlichen Kapazitäten zum Schutz der öffentlichen Gesundheit“ und „der Erschließung finanzieller Mittel zur Erleichterung der Erfüllung ihrer Verpflichtungen“ (Art. 44 Abs. 1).⁸³

⁸² In Anbetracht der unterschiedlichen Verwaltungsstrukturen in den einzelnen Mitgliedstaaten muss damit gerechnet werden, dass die Behördenarrangements zur Umsetzung der nationalen IGV-Anlaufstellen sehr heterogen ausfallen werden. Damit unter diesen Umständen das Netzwerk der nationalen IGV-Anlaufstellen dennoch funktioniert, ist eine minimale Standardisierung notwendig. Die WHO hat deshalb Richtlinien für die Einrichtung und den Betrieb der nationalen IGV-Anlaufstellen aufgestellt. Auf diese wird in Kapitel 5.3.4 eingegangen.

⁸³ Diese Verpflichtung ist allerdings schwach und vermag das Kernproblem der Finanzierung der IGV (2005) nicht befriedigend zu lösen (vgl. Fidler/Gostin 2006: 88).

4.2.4 Bestätigung der PHEIC und Empfehlungen der WHO

Obgleich die einzelnen Mitgliedstaaten anhand des Algorithmus (Anlage 2) jeweils selber entscheiden können, ob bezüglich eines nationalen Ereignisses eine Meldung an die WHO erfolgen muss, liegt der abschliessende Entscheid, ob eine PHEIC vorliegt, bei der WHO Generaldirektorin.⁸⁴ Dieser erfolgt nach Konsultation des betroffenen Staates oder, falls kein Konsens besteht, auf Rat des neu eingerichteten Notfallausschusses (Art. 12). Das Verfahren bei Uneinigkeit ist in Art. 49 beschrieben. Bei ihrer Entscheid stützt sich die WHO Generaldirektorin auf die vom Vertragsstaat bereitgestellten Informationen, das Entscheidschema, den Rat des Notfallausschusses, wissenschaftliche Grundsätze und ein Risiko-Assessment bezüglich der grenzüberschreitenden Ausbreitung und der Beeinträchtigung des internationalen Verkehrs. In diesem Bereich wurden der WHO Generaldirektorin somit weitreichende Kompetenzen zuerkannt.

Sobald offiziell eine PHEIC vorliegt, gibt die WHO Generaldirektorin zeitlich befristete, nicht bindende Empfehlungen ab („temporary recommendations“).⁸⁵ Diese beinhalten in der Regel Gesundheitsmassnahmen, die von den betroffenen Mitgliedstaaten und/oder anderen Staaten umgesetzt werden sollten, „um die grenzüberschreitende Ausbreitung von Krankheiten zu verhindern oder zu verringern und eine unnötige Beeinträchtigung des internationalen Verkehrs zu vermeiden“ (Art. 15 Abs. 2). Die WHO Generaldirektorin kann zudem ständige, nicht bindende Empfehlungen für geeignete Gesundheitsmassnahmen zur regelmässigen oder gelegentlichen Anwendung erlassen (Art. 16). Ständige Empfehlungen müssen jeweils der nächsten WHA zur Prüfung vorgelegt werden (Art. 53). Bei der Abgabe von Empfehlungen ist die WHO Generaldirektorin nicht vollständig frei, sondern muss bestimmte Kriterien beachten (Art. 17). Ein Notfallausschuss (zeitlich befristete Empfehlungen) und ein Prüfungsausschuss (ständige Empfehlungen) beraten die WHO Generaldirektorin in fachlichen Fragen (Art. 48 und 50). Inhaltlich können eine,

⁸⁴ Am 9. November 2006 wurde Dr. Margaret Chan als Nachfolgerin des im Amt verstorbenen Dr. Lee Jong-wook zur WHO Generaldirektorin gewählt.

⁸⁵ Zum Instrumentarium der Empfehlungen und zu ihrer Verbindlichkeit vgl. Boisson de Chazournes/Mbengue 2004: 12 f.

mehrere (oder allenfalls andere als) in Art. 18 aufgelistete Empfehlungen Gegenstand der zeitlich befristeten oder ständigen Empfehlungen sein. Sie können sich auf Personen, Gepäck, Fracht, Container, Beförderungsmittel, Güter oder Postpakete beziehen.

4.2.5 Erlaubte und zusätzliche Gesundheitsschutzmassnahmen

Empfehlungen, die von der WHO gestützt auf die IGV (2005) ausgesprochen werden, sind für die Mitgliedstaaten nicht bindend (Art. 15, 16 und 18). Die Vertragsstaaten haben einen Ermessensspielraum und können zusätzliche Massnahmen anordnen. Aufgrund des erweiterten Anwendungsspektrums ist es nicht mehr möglich, in den IGV (2005) detaillierte, auf spezifische Krankheiten abgestimmte Vorschriften zu erlassen.⁸⁶ Wie bereits das Internationale Sanitätsreglement (1969) enthalten die revidierten Gesundheitsvorschriften allerdings weiterhin eine Reihe von Gesundheitsschutzmassnahmen, die sich nicht auf spezifische Krankheiten beziehen und von den Vertragsstaaten bei Reisenden und Gütern eingesetzt werden können (Teil V Massnahmen für die öffentliche Gesundheit und Teil VI Gesundheitsdokumente). Diese Massnahmen umfassen Inspektionen, Überprüfungen, Impfungen und den Einsatz von Bescheinigungen. Andererseits werden auch Massnahmen erwähnt, die nicht oder nur in bestimmten Situationen erlaubt sind. So dürfen im allgemeinen bei Schiffen und Luftfahrzeugen auf der Durchreise (Art. 25) und bei zivilen Lastwagen, Zügen und Bussen auf der Durchfahrt (Art. 26) keine Gesundheitsschutzmassnahmen durchgeführt, Schiffen und Luftfahrzeugen die „free pratique“ (Lande- bzw. Anlauferlaubnis) nicht verweigert (Art. 28), Reisenden, die keine unmittelbare Gefahr für die öffentliche Gesundheit darstellen, die Weiterreise nicht verwehrt (Art. 30), eine invasive⁸⁷ ärztliche Untersuchung für die Einreise nicht verlangt (Art. 31) und Durchgangsgüter zum Schutz der öffentlichen Gesundheit nicht zurückbehalten werden (Art. 33).⁸⁸ Die Bestimmungen zu den Massnahmen für die

⁸⁶ Eine Ausnahme bilden die in Anlage 7 aufgeführten Empfehlungen zur Gelbfieberimpfung.

⁸⁷ „Invasiv“ bedeutet das Durchstechen oder Einschneiden der Haut oder das Einführen eines Instruments oder Fremdkörpers in den Körper oder die Untersuchung einer Körperhöhle (Art. 1 Abs. 1).

⁸⁸ Diese Bestimmungen unterliegen allerdings allesamt Art. 43, der den Mitgliedstaaten unter bestimmten Voraussetzungen den Einsatz dieser Massnahmen erlaubt.

öffentliche Gesundheit beziehen sich auf Beförderungsmittel und Beförderer (Art. 24 bis 29 und Anlage 4 und 5), auf Reisende (Art. 30 bis 32), auf Güter, Container und Container-Verladeplätze (Art. 33 und 34) und auf den harmonisierten Einsatz von Gesundheitsdokumenten wie die Impfbescheinigungen (Art. 36 und Anlage 6), die Seegesundheitserklärung (Art. 37 und Anlage 8), den Abschnitt Gesundheit in der allgemeinen Erklärung für Luftfahrzeuge (Art. 38 und Anlage 9) und die Schiffshygienebescheinigung (Art. 39 und Anlage 3). Speziell erwähnenswert ist Anlage 7, die Empfehlungen und Anforderungen in Bezug auf die Gelbfieberimpfungen liefert und in aktualisierter Form ein Relikt aus dem krankheitsspezifischen Teil der Internationalen Sanitätsreglemente von 1951 und 1969 darstellt.⁸⁹

Die IGV (2005) erlauben es den Mitgliedstaaten, als Reaktion auf eine Gefährdung der öffentlichen Gesundheit, Massnahmen durchzuführen, die das gleiche oder ein höheres Mass an Gesundheitsschutz wie die WHO-Empfehlungen erreichen, oder die nach den oben zitierten Artikeln eigentlich nicht zulässig wären (Art. 43). Derartige Massnahmen müssen allerdings wissenschaftlichen Grundsätzen genügen und sich nach verfügbaren wissenschaftlichen Erkenntnissen und spezifischen Anleitungen oder Ratschlägen der WHO richten. Sie dürfen den internationalen Verkehr nicht stärker beeinträchtigen und für Personen nicht invasiver oder störender sein als Alternativen, die unter vertretbarem Aufwand ebenfalls einen angemessenen Gesundheitsschutz erreichen würden. Zudem unterstehen die Mitgliedstaaten, die zusätzliche Massnahmen im Sinne von Art. 43 treffen, einer Begründungs- und Informationspflicht. Vertragsstaaten, die von derartigen zusätzlichen Massnahmen betroffen sind, können an den die Massnahme durchführenden Staat gelangen, um eine für beide Seiten annehmbare Lösung zu finden (Art. 43 Abs. 7). In Ergänzung dazu liefert Art. 56 ein Streitbeilegungsverfahren, das allerdings auf Freiwilligkeit beruht und im Prinzip nicht bindend ist.⁹⁰

⁸⁹ Gemäss Anlage 7 Abs. 2 Bst. f benennen die Vertragsstaaten weiterhin „spezielle Gelbfieber-Impfstellen in ihrem Hoheitsgebiet, um die Qualität und Sicherheit der angewandten Verfahren und jeweiligen Materialien zu gewährleisten“.

⁹⁰ Der Schiedsspruch im Rahmen eines Schiedsverfahrens ist gemäss Fakultativer Schiedsordnung des Ständigen Schiedshofs für die Beilegung von Streitigkeiten zwischen zwei Staaten

Mit der Revision wurde der Ansatz, mit dem nationale Überreaktionen vermieden werden sollen, grundlegend geändert. Während das Internationale Sanitätsreglement (1969) hierzu alle maximal erlaubten Massnahmen auflistete, führen die revidierten IGV (2005) restriktive Prinzipien (Wissenschaftlichkeit, Verhältnismässigkeit) und spezielle Prozesse ein (Information, Begründung, obligatorische Überprüfung zusätzlicher Massnahmen) (vgl. von Tigerstrom 2005: 8). Das Fehlen eines griffigen Mechanismus zur Durchsetzung der Bestimmungen der IGV (2005), wie es beispielsweise das SPS-Übereinkommen mit dem obligatorischen Streitbeilegungsverfahren der WTO kennt, könnte allerdings dazu führen, dass diese Prinzipien und Prozesse nicht im erwünschten Masse eingehalten und umgesetzt werden (vgl. Fidler/Gostin 2006: 91).

4.2.6 Menschenrechtsprinzipien

Personenbezogene Massnahmen zum Schutz der öffentlichen Gesundheit tangieren in mehr oder weniger starkem Ausmass international anerkannte Persönlichkeitsrechte (UNO-Pakt II).⁹¹ In bestimmten Fällen dürfen allerdings diese Rechte zumindest teilweise eingeschränkt werden.⁹²

Gemäss den Siracusa Prinzipien ist die Einschränkung individueller ziviler und politischer Rechte durch eine Massnahme der öffentlichen Gesundheit nur dann gerechtfertigt, wenn (vgl. Fidler 2002a: 19 und o.V. 1985: 3 ff.):

- Ein substanzielles öffentliches Interesse vorliegt
- Eine gesetzliche Grundlage besteht
- Ein legitimes Ziel verfolgt wird

(<http://www.pca-cpa.org>) nur für diejenigen Streitparteien verbindlich und endgültig, die vorgängig das Schiedsverfahren und den Schiedsspruch als bindend anerkannt haben (Art. 56 IGV [2005]).

⁹¹ Internationaler Pakt über bürgerliche und politische Rechte (UNO-Pakt II) vom 16. Dezember 1966 (SR 0.103.2).

⁹² „Im Falle eines öffentlichen Notstandes, der das Leben der Nation bedroht und der amtlich verkündet ist, können die Vertragsstaaten Massnahmen ergreifen, die ihre Verpflichtungen aus diesem Pakt in dem Umfang, den die Lage unbedingt erfordert, ausser Kraft setzen, vorausgesetzt, dass diese Massnahmen ihren sonstigen völkerrechtlichen Verpflichtungen nicht zuwiderlaufen und keine Diskriminierung allein wegen der Rasse, der Hautfarbe, des Geschlechts, der Sprache, der Religion oder der sozialen Herkunft enthalten“ (Art. 4 Abs. 1 UNO-Pakt II).

- Die Massnahme im Hinblick auf die Zielerreichung verhältnismässig ist
- Der betroffenen Person vorgängig rechtliches Gehör gewährt wird (in Notsituationen so rasch als möglich nach Vollzug der Massnahme)
- Die zivilen und politischen Rechte durch die Massnahme nicht stärker eingeschränkt werden, als dies für die Erreichung des Ziels notwendig ist
- Die Massnahme nicht diskriminierend ist

Die IGV (2005) tangieren in verschiedener Hinsicht die Menschenrechte. So können im Bereich der Krankheitsüberwachung der Schutz der Privatsphäre, bei der Impfung und Behandlung die körperliche Unversehrtheit, bei Reisebeschränkungen die Bewegungsfreiheit und bei Absonderung und Quarantäne die persönliche Freiheit betroffen sein (vgl. Gostin 2004a: 607).

Während das Internationale Sanitätsreglement (1969) keine expliziten Verpflichtungen in Bezug auf die internationalen Menschenrechte beinhaltet, findet der Schutz von Persönlichkeitsrechten in verschiedenen Bestimmungen der IGV (2005) Eingang (vgl. Tabelle 7).

Tabelle 7: Bestimmungen der IGV (2005) mit Bedeutung für die Menschenrechte.

Artikel	Inhalt
3.1	Uneingeschränkte Achtung der Würde des Menschen, der Menschenrechte und der Grundfreiheiten.
23.2	Bei zusätzlichen Gesundheitsmassnahmen nur die am wenigsten störende und invasive ärztliche Untersuchung zur Erreichung des Ziels aus Sicht der öffentlichen Gesundheit (Verhütung grenzüberschreitender Ausbreitung).
23.3	Keine ärztliche Untersuchung, Impfung, Prophylaxe oder Gesundheitsmassnahme ohne ausdrückliche Zustimmung des Reisenden.
23.4	Information der Reisenden über die mit der Prophylaxe oder deren Unterlassung verbundenen Risiken.
23.5	Durchführung ärztlicher Untersuchungen, medizinischer Verfahren, Impfungen etc. bei Reisenden nur in Einklang mit anerkannten nationalen oder internationalen Sicherheitsrichtlinien.
31.1	Generell keine invasive ärztliche Untersuchung, Impfung oder andere Prophylaxemassnahmen als Voraussetzung für die Einreise. Vertragsstaaten können diese allerdings unter bestimmten Bedingungen und unter Einhaltung von Art. 23 verlangen.
31.2	Unter bestimmten Bedingungen sind die Einreiseverweigerung und der Zwang, sich einer ärztlichen Untersuchung, Impfung oder anderen Prophylaxemassnahmen zu unterziehen, möglich.
32	Behandlung von Reisenden unter Achtung ihrer Würde, der Menschenrechte und Grundfreiheiten und Beschränkung der Unannehmlichkeiten oder Leiden auf ein Mindestmass. Reisende sind höflich und respektvoll zu behandeln. Geschlechtsbezogene, soziokulturelle, ethnische oder religiöse Belange sind zu berücksichtigen und die Versorgung der Reisenden bei der Durchführung von (Quarantäne-)Massnahmen ist sicherzustellen.
42	Transparente und unterschiedslose Anwendung von Gesundheitsmassnahmen.
43.2	Zusätzliche Gesundheitsmassnahmen ausgerichtet nach wissenschaftlichen Grundsätzen, verfügbaren wissenschaftlichen Erkenntnissen und Informationen und spezifischen Anleitungen und Ratschlägen der WHO.
45.1	Vertrauliche Behandlung und anonymisierte Verarbeitung von Personendaten gemäss innerstaatlichem Recht.
45.2	Für die Bewertung und Bewältigung einer Gefahr für die öffentliche Gesundheit können personenbezogene Daten offen gelegt und verarbeitet werden, wobei die Verarbeitung gesetzesmässig, zweckdienlich, angemessen, sachdienlich, auf ein sinnvolles Mass beschränkt, genau und in aktualisierter Form erfolgen muss. Die Daten dürfen nicht länger als erforderlich aufbewahrt werden.
45.3	Die WHO stellt Einzelpersonen personenbezogene Daten in verständlicher Form zur Verfügung und ermöglicht Korrekturen.

Die IGV (2005) setzen als Grundsatz fest, dass ihre Umsetzung unter „uneingeschränkter Achtung der Würde des Menschen, der Menschenrechte und der Grundfreiheiten“ erfolgen soll. Die Anwendung „richtet sich nach der Charta der Vereinten Nationen und der Satzung der Weltgesundheitsorganisation“ (Art. 2). Die Siracusa Prinzipien finden sich in den IGV (2005) wieder. So sind die Vertragsstaaten verpflichtet, diejenigen Risiken der öffentlichen Gesundheit, bei denen der Einsatz von personenbezogenen Massnahmen aufgrund des öffentlichen Interesses gerechtfertigt ist, zu identifizieren und zu bezeichnen. Die Massnahmen müssen sich nach wissenschaftlichen Grundsätzen richten und auf wissenschaftlicher Evidenz beruhen (siehe insbesondere Art. 43). Sie dürfen für Personen nicht invasiver oder störender sein als unter vertretbarem Aufwand verfügbare Alternativen, die das gewünschte Gesundheitsschutzniveau ebenfalls erreichen (Art. 23, 31 und 43). Diese Prinzipien gelten auch für alle ständigen und befristeten Empfehlungen, die die WHO unter den IGV (2005) erlässt.⁹³ Die Anwendung aller aufgrund der IGV (2005) ergriffenen Massnahmen muss transparent sein. Sie darf nicht auf diskriminierende Art und Weise erfolgen und sich beispielsweise gegen unbeliebte Bevölkerungsgruppen (Migrantinnen und Migranten, ethnische Minderheiten etc.) richten. Die Vertragsstaaten müssen Reisende unter Achtung ihrer Würde, der Menschenrechte und Grundfreiheiten behandeln (Art. 32).

In einigen Fällen gehen die IGV (2005) in Bezug auf den Schutz von Persönlichkeitsrechten über bestehende internationale Verpflichtungen hinaus und leisten so einen aktiven Beitrag zur Erweiterung der Menschenrechtsprinzipien (vgl. von Tigerstrom 2005: 12). Die entsprechenden Bestimmungen setzen einen Rahmen, der etablierter „Best-Practice“ entspricht, und beschränken staatliches Handeln in einigen sensiblen Bereichen. Erwähnt werden in diesem Zusammenhang die Informationspflicht und das Zustimmungsgesetz („informed consent“, Art. 23), die Pflicht der Vertragsstaaten, allfällige mit den Massnahmen verbundene Unannehmlichkeiten oder Leiden auf ein Mindestmass zu beschränken

⁹³ Gemäss Lawrence O. Gostin sollten Empfehlungen folgende (ethische) Werte zu Grunde liegen: Vorsorgeprinzip, Wahl der am wenigsten restriktiven/einschneidenden Alternative zur Erreichung eines angemessenen Schutzniveaus, Gerechtigkeit und Transparenz (vgl. Gostin/Bayer 2003: 3229).

(Art. 32)⁹⁴ und der Umgang mit personenbezogenen Daten (Art. 45).⁹⁵ Hier verweisen die IGV (2005) allerdings auf das jeweils geltende innerstaatliche Recht. David P. Fidler und Lawrence O. Gostin orten die Gefahr, dass sich der Schutz der Privatsphäre im Umgang mit Gesundheitsdaten unter den IGV (2005) ohne international anerkannte Standards in der heteroklitischen Landschaft nationaler Datenschutzbestimmungen verlieren wird (vgl. Fidler/Gostin 2006: 88).

Im Gegensatz dazu sehen die IGV (2005) in Bezug auf den Menschenrechtsschutz keine spezifischen Bestimmungen vor, wenn Vertragsstaaten Reisende ohne deren Zustimmung zwingen, sich gewissen Massnahmen zu unterziehen. Soweit es zur Bekämpfung einer unmittelbaren Gefahr erforderlich ist, kann gemäss Art. 31 ein Vertragsstaat Reisende nach seinem innerstaatlichen Recht zwingen, sich bestimmten Massnahmen zu unterziehen, durch die das Ziel aus Sicht der öffentlichen Gesundheit erreicht wird. Zu diesen Massnahmen gehören ärztliche Untersuchungen, Impfungen und andere Prophylaxen sowie zusätzliche anerkannte Gesundheitsmassnahmen, welche die Ausbreitung der Krankheit verhindern oder bekämpfen, einschliesslich der Absonderung, der Quarantäne oder der Beobachtung des Reisenden zum Schutz der öffentlichen Gesundheit.

4.2.7 Institutionelle Organe und Prozeduren

Die IGV (2005) sehen als neue institutionelle Instrumente die Schaffung einer IGV-Sachverständigenliste (Art. 47), eines Notfallausschusses (Art. 48 und 49), eines Prüfungsausschusses (Art. 50-53) und eines Streitbeilegungsverfahrens vor (Art. 56).

⁹⁴ „Hierzu gehört es, a) Reisende höflich und respektvoll zu behandeln; b) geschlechtsbezogene, soziokulturelle, ethnische oder religiöse Belange der Reisenden zu berücksichtigen und c) Reisenden, die unter Quarantäne gestellt, abgesondert oder ärztlicher Untersuchung oder anderen Verfahren zum Schutz der öffentlichen Gesundheit unterzogen sind, in angemessener Weise Lebensmittel und Wasser, Unterkunft und Kleidung, Schutz des Gepäcks und anderer Habe, ärztliche Behandlung, Mittel zur nötigen Kommunikation möglichst in einer für sie verständlichen Sprache und andere geeignete Hilfe zur Verfügung zu stellen oder stellen zu lassen.“

⁹⁵ Für Massnahmen der öffentlichen Gesundheit („Contact Tracing“, Absonderung, Quarantäne) müssen häufig die Namen der Betroffenen gemeldet werden. Der Datenschutz ist deshalb hier von grosser Bedeutung.

IGV-Sachverständigenliste („IHR Roster of Experts“): Die Mitglieder der IGV-Sachverständigenliste werden von der WHO Generaldirektorin ernannt, wobei jeder Vertragsstaat auf Ersuchen Anspruch auf Ernennung eines von ihm vorgeschlagenen Sachverständigen hat. Die Sachverständigenliste bildet die Grundlage für die Zusammensetzung des Notfall- und Prüfungsausschusses durch die WHO Generaldirektorin.

Notfallausschuss („Emergency Committee“): Die WHO Generaldirektorin konstituiert bei Bedarf einen Notfallausschuss. Der Notfallausschuss berät die WHO Generaldirektorin bezüglich der Klassifizierung eines Ereignisses als PHEIC bzw. der Rückstufung einer PHEIC und nimmt Stellung zu den vorgeschlagenen zeitlich befristeten Empfehlungen. Der Vertragsstaat, in dessen Hoheitsgebiet das Ereignis auftritt, hat Anspruch darauf, dass mindestens ein von ihm benannter Sachverständiger im Notfallausschuss Einsitz nimmt. Die Stellungnahmen des Notfallausschusses zu zeitlich befristeten Empfehlungen werden allen Vertragsstaaten übermittelt.

Prüfungsausschuss („Review Committee“): Für die Dauer der Tätigkeiten einer Tagung richtet die WHO Generaldirektorin einen Prüfungsausschuss als Sachverständigenausschuss ein, wobei auf eine ausgewogene Zusammensetzung in Bezug auf die geographische Vertretung, die Geschlechter, entwickelte Länder bzw. Entwicklungsländer sowie Disziplinen, wissenschaftliche Auffassungen und praktische Erfahrungen geachtet werden muss. Der Prüfungsausschuss ist zuständig für die fachliche Beratung der WHO Generaldirektorin in Bezug auf die Änderung und Wirksamkeit der Vorschriften der IGV (2005) und die Änderung oder Aufhebung von ständigen Empfehlungen. Die Stellungnahmen des Prüfungsausschusses zu ständigen Empfehlungen werden allen Vertragsstaaten übermittelt.

Streitbeilegungsverfahren („Settlement of Disputes“): Die Beilegung von Streitigkeiten zwischen Vertragsstaaten unter IGV (2005) sieht drei Stufen vor:

- Beilegung durch die Streitparteien mittels Verhandlungen oder anderen friedlichen Mitteln ihrer Wahl

- Einbezug der WHO Generaldirektorin, die sich „nach besten Kräften bemüht, sie [die Streitigkeit] beizulegen“
- Freiwillige Durchführung eines Schiedsverfahrens

Streitigkeiten zwischen der WHO und den Vertragsstaaten gelangen an die WHA. Weitergehende Instrumente für die Lösung von Streitigkeiten zwischen Vertragspartnern zur Auslegung oder Anwendung der Vorschriften sind in den IGV (2005) nicht enthalten.

4.2.8 Beziehung zu anderem internationalem Recht

Im Laufe des Revisionsprozesses wurde deutlich, dass durch den erweiterten Geltungsbereich und den erhöhten Stellenwert, den die öffentliche Gesundheit im internationalen Kontext in den letzten Jahren erreicht hat, die Schnittstellen und potenziellen Widersprüche zu anderen internationalen Vereinbarungen im Vergleich zum schmalbrüstigen Internationalen Sanitätsreglement von 1969 zunehmen würden.⁹⁶ Dabei ergaben sich neben den bekannten Schnittstellen zum internationalen Handelsrecht neue Berührungspunkte in Bereichen wie Umweltpolitik, Menschenrechte und internationale Sicherheit (Bioterrorismus, Massenvernichtungswaffen). Diese Problematik wurde entschärft, indem die Vertragsstaaten anerkennen, dass die IGV (2005) und andere völkerrechtliche Übereinkünfte im Sinne der Vereinbarkeit ausgelegt werden sollen. Rechte und Pflichten der Vertragsstaaten aus anderen völkerrechtlichen Verträgen werden nicht tangiert (Art. 57). Zudem anerkennen die IGV (2005) explizit die Notwendigkeit intersektorieller und multidisziplinärer Zusammenarbeit bei der Bewältigung potenzieller Notlagen von internationaler Tragweite (Art. 14). Die 58. WHA hat im Sinne von Art. 14 Abs. 1 der IGV (2005) die anderen zuständigen zwischenstaatlichen Organisationen und internationalen Organe, mit denen die WHO ihre Tätigkeiten koordinieren soll, definiert.⁹⁷ Auf dieser Liste fehlt allerdings die WTO, was in

⁹⁶ Für eine detaillierte Abhandlung zu internationalem Recht und „Global Public Health“ vgl. Fidler 2001a: 9 ff.

⁹⁷ Organisation der Vereinten Nationen (UNO), Internationale Arbeitsorganisation (ILO), Organisation der Vereinten Nationen für Ernährung und Landwirtschaft (FAO), Internationale Atomenergiebehörde (IAEA), Internationale Zivilluftfahrt-Organisation (ICAO), Internationale Seeschiffahrtsorganisation (IMO), Internationales Komitee vom Roten Kreuz (ICRC), Internationale Föderation der Rotkreuz- und

Anbetracht der bestehenden Schnittstellen zwischen den IGV-Bestimmungen und den WTO-Vereinbarungen, insbesondere dem SPS-Übereinkommen, doch eher überrascht (vgl. Aginam 2006: 670).⁹⁸

Der integrative und erweiterte Ansatz der IGV (2005) bietet die Chance, dass sich andere internationale Vereinbarungen positiv auf die Erreichung der Ziele der IGV (2005) auswirken könnten. Es ist insbesondere denkbar, dass aufgrund der Überschneidungen zwischen den IGV (2005) und dem SPS-Übereinkommen, WTO Mechanismen zur Anwendung gelangen, die der Versuchung der einzelnen Vertragsstaaten entgegentreten, im Übermass zusätzliche oder unter den IGV (2005) nicht erlaubte Gesundheitsschutzmassnahmen anzuwenden. Das gut etablierte Streitbeilegungsverfahren der WTO steht 150 Mitgliedern der WTO offen.⁹⁹ Dieses wird voraussichtlich eher zum Zug kommen als das in den IGV (2005) definierte, nur schwach ausgebildete Streitbeilegungsverfahren. Bilaterale Meinungsverschiedenheiten aufgrund unilateral erhobener Gesundheitsschutzmassnahmen, die nicht den Kriterien von Art. 43 der IGV (2005) entsprechen und deshalb wohl auch nicht WTO-kompatibel sind, dürften eher vor dem WTO-Schiedsverfahren landen.

Gemäss dem SPS-Übereinkommen sind die Vertragsstaaten verpflichtet, ihre gesundheitspolizeilichen und pflanzenschutzrechtlichen Massnahmen nach internationalen Standards, Richtlinien und Empfehlungen auszugestalten. Der Anreiz zur Einhaltung der IGV-Bestimmungen könnte noch dadurch erhöht werden, dass die IGV (2005) unter dem SPS-Übereinkommen als internationaler Standard anerkannt würden (vgl. von Tigerstrom 2005: 13). Die IGV (2005) haben allerdings zurzeit diesen Status nicht.

In die gleiche Stossrichtung wie die neuen Anforderungen an die Kernkapazitäten der Vertragsstaaten zur Krankheitsüberwachung und -bekämpfung zielen Bestimmungen im Internationalen Pakt über wirt-

Rothalbmond-Gesellschaften (IFRC), Internationaler Luftverkehrsverband (IATA), Internationaler Reederverband (ISF) und Weltorganisation für Tiergesundheit (OIE).

⁹⁸ In Tat und Wahrheit handelte es sich um einen Entscheid der letzten Verhandlungsstunden, der die Aufnahme der OIE und WTO auf die Liste der internationalen Organisationen betraf und mit der Taiwanfrage in Verbindung stand (G. Silberschmidt, mündliche Mitteilung).

⁹⁹ <http://www.wto.org>.

schaftliche, soziale und kulturelle Rechte (UNO-Pakt I).¹⁰⁰ Dieser verlangt von den Unterzeichnerstaaten, dass sie auf die Erreichung spezifischer Gesundheitsziele hinarbeiten, worunter auch die Verhütung und Bekämpfung endemischer und epidemischer Krankheiten fällt (Art. 12 Abs. 2). Um dieses Ziel zu erreichen, sind gewisse Überwachungs- und Reaktionskapazitäten erforderlich. Allerdings besteht für den Aufbau dieser Kapazitäten keine zeitliche Frist. Er soll gemäss Art. 2 Abs. 1 progressiv im Rahmen der finanziellen Möglichkeiten des betreffenden Staates erfolgen (vgl. Fidler 2005: 3730). In Bezug auf den Aufbau derartiger Kernkapazitäten sind somit die IGV (2005) deutlich zielstrebigter ausgestaltet.

4.3 Stärken der IGV (2005)

Die hauptsächlichen Stärken der IGV (2005) sind gleichzeitig auch die wichtigsten Neuerungen im Vergleich zum Internationalen Sanitätsreglement (1969). Sie liegen im erweiterten Geltungsbereich, in den neuen Steuerungsinstrumenten, dem geforderten Aufbau der Kernkapazitäten, dem expliziten Bezug zu den Menschenrechten und den verschiedenen kooperationsfördernden Anreizen.

4.3.1 Erweiterter Geltungsbereich

Die IGV (2005) stellen ein umfassendes Instrument zur Vorbeugung, Überwachung und Bekämpfung der internationalen Verbreitung von akuten Gesundheitsgefährdungen dar. Sie bilden einen rechtlichen Rahmen, der die Mitgliedstaaten verpflichtet, ihre Massnahmen bei akuten Gesundheitsbedrohungen auf der Basis eines Netzwerkes globaler Krankheitsüberwachung zu koordinieren. Sie sind auf alle Ereignisse anwendbar, die eine Gefahr von internationaler Tragweite für die öffentliche Gesundheit darstellen, ungeachtet ihres Ursprungs (natürlich, akzidentell¹⁰¹ oder absichtlich). Dabei spielt es keine Rolle, ob sie durch biologische Agenzien, chemische Einwirkungen oder ionisierende Strahlung

¹⁰⁰ Internationaler Pakt über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte (UNO-Pakt I) vom 16. Dezember 1966 (SR 0.103.1).

¹⁰¹ Labor- oder Transportunfall.

verursacht sind. Für Infektionskrankheiten sind die IGV (2005) damit das zentrale Instrument des Völkerrechts. Für andere Gesundheitsgefährdungen, für welche bereits völkerrechtliche Instrumente bzw. ein international anerkanntes Vorgehen bestehen, kommen die IGV (2005) subsidiär zur Anwendung.

Die Ausweitung des Anwendungsbereiches der IGV (2005) im Vergleich zum Internationalen Sanitätsreglement (1969) ist somit dreifacher Natur (vgl. Fidler 2005: 361 ff.):

- Der statische Ansatz eines geschlossenen krankheitsspezifischen Rahmens wird durch eine dynamische Definition ersetzt. Der PHEIC-Ansatz ist flexibel und zukunftsgerichtet und verfolgt konsequent eine „Public-Health“-Perspektive.
- Der Geltungsbereich beschränkt sich nicht mehr nur auf übertragbare Krankheiten sondern erfährt eine Ausdehnung auf Ereignisse biologischen, chemischen und radioaktiven Ursprungs, womit auch nicht-übertragbare Krankheiten erfasst werden.¹⁰²
- Die Quelle der Gesundheitsgefährdung ist in Bezug auf den Anwendungsbereich irrelevant.

4.3.2 Steuerungsinstrumente der WHO

Die Kompetenzen der WHO zur globalen Steuerung der Überwachung und Bekämpfung von PHEIC sind in den Bereichen Überwachung, Umgang mit Informationen (Konfidentialität), Intervention und institutionelle Organe gestärkt und ausgebaut worden.

Information und Verifikation: Die WHO hat einen Überwachungsauftrag und kann verschiedenste offizielle und nicht-offizielle Quellen der Gesundheitsberichterstattung von staatlichen und nichtstaatlichen Akteuren verwenden, um potenzielle Gesundheitsgefahren internationaler Tragweite zu identifizieren. Dafür stehen ihr verschiedene Informationssysteme zur Verfügung. Sobald relevante Informationen vorliegen, kann die

¹⁰² Im internationalen Recht wurde der nichtinfektiöse Bereich, falls überhaupt, ausserhalb der Internationalen Sanitätsreglemente von 1951 und 1969 behandelt, beispielsweise im internationalen Handelsrecht, im Umweltrecht, in den Sicherheitsvereinbarungen und den Menschenrechtskonventionen.

WHO mit den betroffenen Ländern, auch wenn sie sich unkooperativ zeigen und signifikante Ereignisse nicht gemeldet haben, einen Verifikationsprozess beginnen. Die Weitergabe der Erkenntnisse kann bedarfsgerecht ausgestaltet werden, wofür verschiedene Plattformen zur Verfügung stehen.¹⁰³ Die neuen Informations- und Verifikationsprozesse in den IGV (2005) beschneiden die staatliche Souveränität und stellen eine Stärkung der globalen Gesundheits-Governance durch die WHO dar (vgl. Fidler/Gostin 2006: 90).

Die Teilnahme nichtstaatlicher Akteure an der globalen Überwachung erhält allerdings einen deutlichen Dämpfer. Die WHO ist gemäss Art. 9 im Prinzip verpflichtet, ihre Informationsquelle den Vertragsstaaten bekanntzugeben. „Nur wo dies ordnungsgemäss begründet ist, darf die WHO die Vertraulichkeit der Quelle wahren.“¹⁰⁴ Dies könnte insbesondere für Einzelpersonen abschreckend wirken, da sie je nach politischer Situation staatliche Repressionen befürchten müssen, wie dies beispielsweise bei SARS mehrfach der Fall war.

PHEIC: Die WHO Generaldirektorin entscheidet darüber, ob es sich bei einem bestimmten (nationalen) Ereignis um eine PHEIC handelt oder nicht. Dabei kann der betroffene Staat nur bedingt Einfluss auf den Entscheidungsprozess nehmen. Er besitzt kein Vetorecht. Diese Definitionsmacht der WHO ist von entscheidender Bedeutung, initiiert doch die offizielle Deklaration einer PHEIC eine ganze Reihe von Aktivitäten und verpflichtet die Mitgliedstaaten zu bestimmten Handlungen.

Empfehlungen: Mit zeitlich befristeten und ständigen Empfehlungen („Soft Law“) übernimmt die WHO flexibel und situationsbezogen die Führung in der globalen Bekämpfung der PHEIC (Empfehlungsmacht). Dabei hat sich das Instrument der zeitlich befristeten Empfehlungen – insbesondere Reisewarnungen und empfohlene Reisebeschränkungen – in

¹⁰³ Öffentlich zugängliche Informationen der WHO zu Ausbrüchen übertragbarer Krankheiten umfassen die WHO „Outbreak Verification Lists“ (per E-mail Versand), die WHO „Disease Outbreak News“ (http://www.who.int/emc/outbreak_news/index.html) und das „Weekly Epidemiological Record“ (<http://www.who.int/wer/index.html>).

¹⁰⁴ Die Deutschübersetzung erscheint mit dem Passus „ordnungsgemäss begründet“ eher unglücklich. Die entsprechende Textpassage in der englischen Originalversion lautet: „and only where it is duly justified may WHO maintain the confidentiality of the source“.

der SARS-Krise als sehr einflussreich und strukturierend erwiesen, obschon WHO-Empfehlungen keine rechtlich bindende Wirkung entfalten. Sie vermögen allerdings politischen Druck zu entwickeln, und allein schon die Möglichkeit, Zielscheibe einer Reiseempfehlung zu werden und dadurch ökonomisch Schaden zu nehmen, hat einen disziplinierenden Effekt.¹⁰⁵ Mit den ständigen Empfehlungen verfügt die WHO zudem über ein Instrument, längerfristig auf den Umgang der Mitgliedstaaten mit bestehenden Gefahren für die öffentliche Gesundheit Einfluss zu nehmen und somit auf eine internationale Harmonisierung der nationalen Ansätze zur Verhütung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten hinzuarbeiten. Der Geltungsbereich bleibt allerdings weiterhin auf die Verhinderung grenzüberschreitender Ausbreitung von Krankheiten und die Verminderung der Beeinträchtigungen des internationalen Handels beschränkt.

Organisation: Verschiedene neue institutionelle Organe und Prozeduren stärken die Rolle der WHO und definieren die Zusammenarbeit mit den Mitgliedstaaten (nationale IGV-Anlaufstellen, Notfallausschuss, Prüfungsausschuss).

4.3.3 Menschenrechtsprinzipien

Die Aufnahme von Anliegen zum Schutz der Menschenrechte in die IGV (2005) ist ein wichtiger Schritt. Allerdings spielen die Mechanismen, die häufig im internationalen System Staaten dazu bewegen, internationales Recht einzuhalten, im Falle der Menschenrechte nicht, da diese zwischen Staaten nicht reziprok sind. Im Prinzip ist kein anderer Staat Opfer oder benachteiligt, wenn ein Staat seine Bürgerinnen und Bürger schlecht behandelt (vgl. Taylor 1992: 337).

4.3.4 Nationale Kernkapazitäten

Die Vorschriften schaffen einen Rahmen, der nicht nur die internationale Zusammenarbeit in Fragen der Gesundheit verbessert, sondern auch die

¹⁰⁵ Die von einer PHEIC betroffenen Länder haben einen starken Anreiz, transparent und detailliert über die epidemiologische Situation zu berichten, damit der geographische und zeitliche Anwendungsbereich einer allfälligen Reisewarnung so klein wie möglich ausfällt.

nationalen Gesundheitssysteme stärkt (vgl. Fidler/Gostin 2006: 93). Dank präziser zeitlicher Vorgaben für den Kapazitätsaufbau nehmen die IGV (2005) indirekt Einfluss auf das nationale „Agenda Setting“ und die Ressourcenallokation im Gesundheitsbereich. Im Laufe der Verhandlungen wurde zudem klar, dass die Ergänzung des Algorithmus mit einer konkreten Liste von Krankheiten vorab für die osteuropäischen und afrikanischen Staaten deshalb von so grosser Bedeutung war, weil sie nur damit auf nationaler Ebene Mittel für die Umsetzung der IGV (2005) zu generieren vermögen. Über die Auswirkungen der IGV (2005) auf die Ausgestaltung des Systems der Krankheitsbekämpfung in der Schweiz wird in Kapitel 5.3 näher eingegangen.

4.3.5 Kooperationsanreize

Wie in Kapitel 3.5 ausgeführt, gelang es dem Internationalen Sanitätsreglement (1969) nicht, genügend starke Anreize zu setzen, um die Mitgliedstaaten zu kooperativem Verhalten zu bewegen. Zwar wurden mit der Meldepflicht und den krankheitsspezifischen Massnahmen die Verfügbarkeit der relevanten Informationen verbessert und Verhaltensvorgaben gemacht, ein „Compliance“-Monitoring und Sanktionen bei Verletzung von Bestimmungen fehlten allerdings. Mit den IGV (2005) wurde die Verfügbarkeit relevanter Informationen erhöht, ihre Streuung begünstigt, die Verhaltensvorgaben flexibilisiert, und Ansätze zu einem Monitoring der „Compliance“ etabliert. Sanktionen für nicht kooperatives Verhalten sind weiterhin nicht vorgesehen.

4.4 Mögliche Schwächen der IGV (2005)

Mit Recht kann die Frage gestellt werden, ob sich mit der Einführung der IGV (2005) in Bezug auf die Rolle der WHO und ihre Möglichkeiten der Steuerung bei der Bekämpfung des SARS-Ausbruchs etwas verändert hätte (vgl. Calain 2007a: 5). In der Tat stellen die revidierten IGV (2005) wahrscheinlich in erster Linie einen völkerrechtlichen Nachvollzug einer Entwicklung dar, die bereits Mitte der 90er Jahre begonnen hat und durch die SARS-Krise akzentuiert wurde. Dies tut den IGV (2005) keinen Abbruch, relativiert allerdings etwas die mit der Inkraftsetzung der neuen

Gesundheitsvorschriften geäußerten Hoffnungen auf eine Revolution in Bezug auf die Neugestaltung der globalen Gesundheits-Governance.

Bereits während der Revisionsphase ist an der Ausgestaltung der neuen Bestimmungen Kritik geübt worden. Es kristallisieren sich drei Hauptschwachpunkte heraus, die die Wirksamkeit der IGV (2005) in Frage stellen könnten (vgl. Fidler 2005: 389 ff.):

- Reaktives Konzept und fehlender Bezug zu den Gesundheitsdeterminanten
- Ungenügende Anreize zu kooperativem Verhalten und fehlender Mechanismus zur Durchsetzung der Bestimmungen
- Fehlendes politisches und ökonomisches Kapital

Auf diese Punkte soll nachfolgend etwas detaillierter eingetreten werden.

4.4.1 Reaktiv statt problembezogen pro-aktiv

Gesundheitsschutz: Die IGV (2005) befähigen zwar die Vertragsstaaten, Gefahren der öffentlichen Gesundheit mit internationalem Verbreitungspotenzial zu entdecken und zu bekämpfen. Sie beschäftigen sich jedoch nicht direkt mit den Gesundheitsdeterminanten Armut, Hunger, Grundbildung, Gleichberechtigung der Geschlechter und Nachhaltigkeit der allgemeinen Lebensbedingungen. Diese schaffen den Nährboden, dass neue oder besiegt geglaubte Krankheiten auftreten und sich verbreiten können. Die globale Gesundheitsschutzstrategie ist defensiv und reaktiv ausgerichtet. David P. Fidler sieht in diesem Zusammenhang in den IGV (2005) eher ein Instrument zur globalen Krankheitstriage als eine Grundlage für die globale Krankheitsprävention (vgl. Fidler 2005: 389). Es besteht die Befürchtung, dass mit den neuen Gesundheitsvorschriften eine Ressourcenverlagerung weg von der Gesundheitsförderung hin zum Gesundheitsschutz stattfinden könnte, und somit die Verbesserung der Gesundheitsdeterminanten – insbesondere in Entwicklungsländern – zunehmend vernachlässigt wird (vgl. Fidler 2006: 56).

Enger Fokus: Den revidierten IGV (2005) wurde in diesem Sinne auch vorgeworfen, keine Lösungen für die wirklich dringenden globalen Gesundheitsprobleme, wie beispielsweise den Zugang zu HIV/AIDS-

Medikamenten in Entwicklungsländern, die Verbesserung von Präventionsprogrammen, die Stimulierung von Forschung und Entwicklung im Impfbereich oder den „Brain Drain“ von Gesundheitspersonal aus den Entwicklungsländern¹⁰⁶ zu liefern (vgl. Fidler/Gostin 2006: 93 und Fidler 2005: 391). Überhaupt ist fraglich, ob im Bereich der etablierten bzw. wiederauftretenden Infektionskrankheiten wie beispielsweise der Tuberkulose die IGV (2005) einen substanziellen Lösungsbeitrag zu liefern vermögen (vgl. Forrest 2001: 13 f.).

Dieser Kritik ist entgegenzuhalten, dass das Grundkonzept der IGV (2005) nie auf die Verminderung bestehender Krankheitslast abzielte und deshalb die Normen auch nicht dementsprechend ausgestaltet worden sind.

4.4.2 Freiwillig statt verbindlich

Einhaltung der Bestimmungen: Die IGV (2005) enthalten keine spezifischen Bestimmungen über die Konsequenzen, die ein Mitgliedsland in Bezug auf die Nichteinhaltung der IGV (2005) zu gewärtigen hat. Ein griffiger Mechanismus im Sinne eines standardisierten Vorgehens bei Nichteinhaltung von Bestimmungen („Non-Compliance“-Prozedur) existiert nicht. Sanktionen bei Widerhandlung sind nicht vorgesehen (vgl. Boisson de Chazournes/Mbengue 2004: 4 und Fidler/Gostin 2006: 93). In der Tat besteht ein Ungleichgewicht zwischen dem auf durchsetzbaren internationalen Normen basierenden Welthandelssystem und der bis anhin angesichts der Bedrohungen und des Schadenspotenzials durch übertragbare Krankheiten nur schwach ausgebildeten Basis für eine globale Steuerung der Krankheitsbekämpfung (vgl. Gostin 2004a: 606). Hier gilt es allerdings darauf hinzuweisen, dass in vielen multilateralen Vereinbarungen, wie beispielsweise im Umweltbereich, trotz schwach ausgebildeter Durchsetzungsinstrumente und fehlender formeller Monitoring-Instrumente ein relativ hoher Einhaltungswert erreicht werden konnte (vgl. Schirnding/Onzivu 2002: 972). Dies ist unter anderem darauf zurückzuführen, dass der innerstaatliche Druck (Medien, Lobbyisten

¹⁰⁶ In vielen OECD-Ländern, wie auch in der Schweiz, wird in den nächsten Jahren der Bedarf an Gesundheitspersonal massiv zunehmen, da sich die „Baby-Boom“-Generation dem Ruhestand nähert (vgl. Organisation for Economic Cooperation and Development/World Health Organization 2006: 176).

etc.), internationale Vereinbarungen umzusetzen, den Regierungen insbesondere in den industrialisierten Ländern starke Anreize setzen, die völkerrechtlichen Vorgaben einzuhalten und sich kooperativ zu verhalten. Es ist denkbar, dass ähnliche Mechanismen auch im Bereich der IGV (2005) spielen werden.

Algorithmus: Da die Notifizierung auf einem Algorithmus und nicht auf einer definierten Liste meldepflichtiger Krankheiten beruht,¹⁰⁷ bleibt der Ermessensspielraum für die Mitgliedsländer, ein Ereignis als potenzielle PHEIC zu melden, trotz vorgegebener Kriterien relativ gross. Eine Falschbeurteilung eines Ereignisses (ob absichtlich oder in Unkenntnis) hat keine rechtlichen Konsequenzen für den Vertragsstaat. Was unter dem Internationalen Sanitätsreglement (1969) als klare Missachtung der Vorschriften galt – wenn beispielsweise Choleraausbrüche nicht gemeldet wurden – könnte unter den revidierten Vorschriften unter Berufung auf den dem Algorithmus inhärenten Ermessensspielraum die „Compliance“-Frage viel subtiler werden lassen.

Der Wechsel von der statischen Erregerliste zum dynamischen Algorithmus bedarf voraussichtlich einer längeren Gewöhnungsphase. Falls sich der Algorithmusansatz nicht bewährt, besteht die Gefahr, dass die IGV (2005) auf die Meldepflicht von Pocken, Polio, SARS und neuartigen Influenzaviren beim Menschen reduziert werden. Für letztere besteht seit Jahrzehnten ausserhalb der IGV (2005) bereits ein robustes Meldesystem, das sich dank der kontinuierlichen globalen Überwachung der saisonalen Grippe auf einem hohen Entwicklungs- und Betriebsniveau befindet (vgl. Hampson 1997: S8). Damit würde den IGV (2005) erneut ein Abgleiten in die relative Bedeutungslosigkeit drohen (vgl. Fidler 2003b: 498). Aufgrund derartiger Befürchtungen ist die WHO verpflichtet, die Eignung des Meldealgorithmus regelmässig zu überprüfen (Art. 54 Abs. 3).

„Soft Law“: Die IGV (2005) geben der WHO keine Kompetenzen, Gesundheitsmassnahmen vorzuschreiben und durchzusetzen. Vielmehr

¹⁰⁷ Vier Krankheiten sind auch in den IGV (2005) ohne vorgängige Anwendung des Entscheidungsschemas meldepflichtig (vgl. Kapitel 4.2.1).

geben sie ihr die Kompetenz, mit Hilfe von zeitlich befristeten bzw. ständigen Empfehlungen Druck auf die Mitgliedsländer auszuüben und kooperatives Handeln zu begünstigen. Wenn Vertragsstaaten zeitlich befristete oder ständige Empfehlungen nicht berücksichtigen oder nicht einhalten und andere Massnahmen durchführen wollen, unterstehen sie zwar einer Informations- und Begründungspflicht, die Empfehlungen der WHO sind jedoch formell nicht bindend. Es wurde zudem kritisiert, dass mit dem in den IGV (2005) vorgesehenen Instrument der zeitlich befristeten und ständigen Empfehlungen der WHO gar keine neuen Kompetenzen zugebilligt wurden,¹⁰⁸ und das Hauptproblem der fehlenden „Compliance“ ungelöst bleibt (vgl. Fidler 2003a: 287 f.).

Schutzniveau: Vertragsstaaten stehen bei tatsächlichen oder angenommenen externen Bedrohungen der öffentlichen Gesundheit innenpolitisch unter starkem Druck. Grosse Beunruhigung innerhalb der Bevölkerung verstärkt durch die Medienberichterstattung, die Forderungen selbsternannter Experten, die die (angebliche) Inkompetenz und Inaktivität der Behörden anprangern, und die Instrumentalisierung des Themas für innenpolitische Machtspiele, verleiten die zuständigen Behörden zu Aktivismus. Wenn innerhalb der Verwaltung die Zuständigkeiten sowie die Führungsstrukturen nicht geklärt sind, besteht zudem die Gefahr eines Massnahmenwettstreits zwischen den Gebietskörperschaften zur Steigerung des Schutzniveaus für die Bevölkerung. In Anbetracht des Informationsdefizits und des Zeitdrucks, dem Regierungen im Falle einer PHEIC ausgesetzt sind, ist der Hang zur Überreaktion nachvollziehbar. Die Tendenz, das Vorsorgeprinzip in diesen Situationen im Sinne einer Null-Risiko-„Policy“ auszulegen, führt dazu, dass Massnahmen, deren Wirkung rein theoretischer Natur und/oder wissenschaftlich kaum oder nicht erwiesen ist, gefordert, geplant und umgesetzt werden. Es stellt sich die Frage, ob ein Vertragsstaat unter den IGV (2005) den souveränen Entscheid fällen kann, eine sehr risikoaverse Position einzunehmen und mit strikten Massnahmen eine Nullrisikopolitik umzusetzen. Artikel 43 der IGV (2005) billigt den Vertragsstaaten das Recht zu, unter bestimmten Voraussetzungen neben den von der WHO empfohlenen Massnahmen

¹⁰⁸ Die WHO-Verfassung weist der WHA in Art. 23 das Recht zu, Empfehlungen zu Sachverhalten innerhalb ihres Zuständigkeitsbereiches abzugeben.

zusätzliche Massnahmen durchzuführen „um ein angemessenes Mass an Gesundheitsschutz“ zu erreichen.¹⁰⁹ Die IGV (2005) äussern sich nicht dazu, wer dieses „angemessene Mass an Gesundheitsschutz“ festsetzt. Aus dem Gesamtzusammenhang von Art. 43 erscheint dieser Entscheid eher dem einzelnen Staat zuzufallen (vgl. von Tigerstrom 2005: 14). Eine externe, objektive Überprüfung dieses Entscheides ist nicht vorgesehen. Die IGV (2005) setzen die Schranken zur Verhinderung schädlichen Schutzverhaltens erst auf Niveau der einzelnen Massnahmen. Diese müssen sich nach wissenschaftlichen Grundsätzen und Erkenntnissen richten, dürfen den internationalen Reise- und Handelsverkehr nicht unnötigerweise beeinträchtigen und müssen den Vorschriften der IGV (2005) entsprechen (beispielsweise in Bezug auf die Menschenrechte). Der Entscheid- und Handlungsspielraum des einzelnen Staates sowohl bezüglich der Wahl des Schutzniveaus als auch der Ausgestaltung der Massnahmen bleibt somit relativ breit. Auch unter Einhaltung der IGV-Bestimmungen besteht somit die Gefahr, dass Gesundheitsschutzmassnahmen getroffen werden, die sich übermässig negativ auf die von der PHEIC direkt betroffenen Staaten auswirken.¹¹⁰ Trotz einer Meldepflicht der Vertragsstaaten in Bezug auf ihre Massnahmen, verfügt die WHO über keine Möglichkeit, von den Mitgliedsländern die Abkehr von übertriebenen, wirtschaftsschädigenden Massnahmen zu fordern und dies durchzusetzen.

Menschenrechte: Es ist unklar, inwieweit die Bestimmungen der IGV (2005), die den Schutz der Menschenrechte betreffen, direkt anwendbar („self-executing“) und somit justiziabel sind. Die Frage der direkten Anwendbarkeit einer Norm ist von grosser Bedeutung, wenn ein Völkerrechtsvertrag ein Recht enthält, welches das innerstaatliche Recht nicht oder nur ungenügend gewährleistet (vgl. Cottier/Kälin 2005: 544). Sofern der völkerrechtliche Vertrag nichts anderes vorsieht, wird die Fra-

¹⁰⁹ „Derartige Massnahmen dürfen den internationalen Verkehr nicht starker beeinträchtigen und für Personen nicht invasiver oder störender sein als unter vertretbarem Aufwand verfügbare Alternativen, die ein angemessenes Mass an Gesundheitsschutz erreichen würden“ (Art. 43).

¹¹⁰ Da die IGV (2005) im Gegensatz zum Internationalen Sanitätsreglement (1969) keine krankheitsspezifischen maximal erlaubten Gesundheitsmassnahmen definieren, könnten Situationen entstehen, in denen einzelne Mitgliedsländer noch schärfere Massnahmen durchführen, als unter dem alten Regime erlaubt war.

ge der unmittelbaren Anwendbarkeit der Bestimmungen eines internationalen Vertrags von den Staaten selbst geregelt. Die Staaten haben sich in der Wiener Vertragsrechtskonvention¹¹¹ verpflichtet, Völkerrecht vor Landesrecht gelten zu lassen und völkerrechtliche Normen nach Treu und Glauben zu erfüllen. Wie diese Völkerrechtsnormen innerstaatlich eingeführt werden, ist den einzelnen Staaten überlassen. Die Schweiz folgt dabei dem Grundsatz des Monismus, nach dem Völkerrecht und Landesrecht integrale Bestandteile einer einheitlichen Rechtsordnung bilden (vgl. Cottier/Kälin 2005: 538). Andere Staaten sehen nach den Grundsätzen des Dualismus in Völkerrecht und Landesrecht zwei getrennte Rechtsordnungen. Die mit der Rechtsanwendung beauftragten Behörden legen durch Auslegung fest, ob eine völkerrechtliche Norm unmittelbar anwendbar ist oder nicht.¹¹² Bereits während der Erarbeitungsphase wurde kritisiert, dass die Verbesserung des Menschenrechtsschutzes in den IGV (2005) nur in sehr generalisierter und teilweise übersimplifizierender Weise erfolge. Es hätte weder eine breite Debatte stattgefunden, noch wären konkrete Bestimmungen bezüglich spezifischer Rechte von Personen erarbeitet worden, die sich einer Absonderung, Quarantäne oder anderen obligatorischen Massnahme unterziehen müssen (vgl. Calain 2007a: 6 und Gostin 2004b: 2626). An dieser Stelle sei auch an die Erklärung der USA erinnert, wonach sich gemäss ihrer Interpretation aus den IGV (2005) keine einklagbaren Rechte von Privatpersonen ergeben würden (vgl. Kapitel 3.6.4).

Globale Akteure: Die IGV (2005) richten sich an die Vertragsstaaten. Andere Akteure, insbesondere des privaten Sektors (globale Unternehmen) können ebenfalls innerhalb ihres Einflussbereiches Entscheide treffen und Massnahmen durchführen, die für die globale Krankheitsbekämpfung und die von PHEIC betroffenen Staaten von Bedeutung sind.

¹¹¹ Wiener Übereinkommen über das Recht der Verträge (Vertragsrechtskonvention) vom 23. Mai 1969 (SR 0.111).

¹¹² Das Bundesgericht hat eine Reihe von Kriterien zur unmittelbaren Anwendbarkeit von völkerrechtlichen Normen entwickelt. Demzufolge sind diejenigen völkerrechtlichen Normen direkt anwendbar („self-executing“), die, wenn man sie im Gesamtzusammenhang und im Lichte von Gegenstand und Zweck des Vertrages betrachtet, unbedingt und eindeutig genug formuliert sind, damit sie eine direkte Wirkung erzeugen und in einem konkreten Fall angewendet werden beziehungsweise die Grundlage für eine Entscheidung darstellen können (Botschaft zur Europäischen Charta der kommunalen Selbstverwaltung vom 19. Dezember 2003).

Diese global agierenden Akteure sind allerdings in den IGV (2005) nicht berücksichtigt (vgl. von Tigerstrom 2005: 14 f.).

4.4.3 Finanzelle und politische Umsetzung

Finanzielle Kompensation: Die IGV (2005) sehen keinen Kompensationsmechanismus vor für Staaten oder Personen, die von PHEIC betroffen sind. Dies auch dann nicht, wenn sie von Massnahmen anderer Staaten, die nicht in Einklang mit den IGV (2005) handeln, wirtschaftlichen Schaden erlitten haben (vgl. Forrest 2001: 33). Zwar bestehen innerhalb der IGV (2005) Ansätze für ein Streitbeilegungsverfahren, doch erscheint dies zu schwach ausgebaut, um im Einzelfall die Entschädigungsfrage verbindlich lösen zu können. Es stellt sich zudem die Frage, welche rechtlichen Schritte einem Staat oder einer Privatperson zur Verfügung stehen, wenn aufgrund einer von der WHO deklarierten PHEIC und der daraufhin erhobenen Massnahmen ein Schaden entstanden ist, und sich im Nachhinein herausstellt, dass keine Notsituation vorlag. Für beide Situationen wurde im Laufe der Verhandlungen die Schaffung eines Kompensationsfonds vorgeschlagen (vgl. Boisson de Chazournes/Mbengue 2004: 4).

Föderalismus: Die Umsetzung kann, wie insbesondere von den USA befürchtet, in föderal aufgebauten Ländern Probleme bieten. Die Bestimmungen der IGV (2005) betreffen alle Staatsebenen von der kommunalen über die gliedstaatliche bis zur bundesstaatlichen Ebene. Fällt die Durchsetzung der Einhaltung von Bestimmungen aus internationalem Recht nicht in den Zuständigkeitsbereich der obersten staatlichen Ebene, erscheint aus politischen Gründen eine Durchsetzung nicht opportun oder können auf unterer Ebene die mit der Umsetzung der IGV (2005) verbundenen Ressourcenaufwendungen nicht erbracht werden, ist die globale Umsetzung der IGV (2005) gefährdet. Vor allem in Bezug auf die Krankheitsüberwachung und Meldepflicht wird befürchtet, dass föderal organisierte Staaten auf Grund ihres Staatsaufbaus nicht in der Lage sind, die zeitlichen Fristen einzuhalten oder gewisse Bestimmungen zu erfüllen (vgl. Wilson/McDougall 2006: 31).

Föederal organisierte Länder haben zudem das Problem, dass national ein ähnliches Versagen der „Meldecompliance“ auftreten könnte wie auf internationaler Ebene. Die nationalen Behörden können potenzielle PHE-IC nur dann an die WHO melden, wenn sie selber davon Kenntnis haben. Aus verschiedenen Gründen ist es jedoch möglich, dass die zuständigen gliedstaatlichen Behörden keine oder nur unvollständige Informationen über Ausbrüche weiterleiten. Auf unterer Staatsebene könnten beispielsweise wirtschaftliche Auswirkungen, Untersuchungsverfahren durch die übergeordnete Staatsebene oder Stigmatisierung befürchtet werden. Zudem sind die Regierungen der Gliedstaaten oft überzeugt, das Problem selber lösen zu können (vgl. Wilson/McDougall 2006: 32).

Finanzierung: Es bleibt unklar, wie ärmere Länder Aufbau und Betrieb der nötigen Infrastrukturen sicherstellen können (vgl. Gostin 2004b: 2626). Weder stehen der WHO genügend eigene Mittel zur Hilfestellung zur Verfügung, noch wurden im Rahmen der IGV (2005) ein Finanzierungsmechanismus kreiert oder neue Finanzmittel erschlossen (vgl. Fidler/Gostin 2006: 93). Die Bestimmungen in Art. 44 zur Zusammenarbeit und Hilfe werden kaum ausreichen, um die Finanzierungsproblematik zu lösen. Es bestehen daher begründete Zweifel, ob in absehbarer Zeit genügend finanzielle Mittel verfügbar werden, um die globale Gesundheitsschutzstrategie der IGV (2005) zu finanzieren.

Entwicklungsländer: Kritiker äusserten den Verdacht, dass der forcierte Aufbau von Früherkennungs- und Überwachungskapazitäten in Entwicklungsländern vor allem aus einer egoistischen Perspektive der Industrienationen erfolgt, um Ausbrüche zu ihrem eigenen Schutz frühzeitig zu erkennen. Damit die Gesundheitsinfrastruktur auf die Gesundheitsbedürfnisse vor Ort ausgerichtet bleibt, wurde gefordert, dass der Auf- und Ausbau der Überwachungs- und Responsekapazitäten in Entwicklungsländern in Bezug auf die Ausgestaltung, die Finanzierung und den Betrieb nachhaltig und integriert erfolgen müsse (vgl. Calain 2007b: 13 ff.).

5 UMSETZUNG DER IGV (2005)

5.1 Generell

Der strategische Umsetzungsplan der WHO will die globalen Partnerschaften fördern, die nationalen Systeme zur Überwachung, Verhütung und Bekämpfung von Krankheiten stärken und die Sicherheit der öffentlichen Gesundheit bei Reise und Transport gewährleisten. Innerhalb der WHO liegt der Schwerpunkt der Umsetzung auf der Stärkung des globalen Alarmierungs- und Response-Systems und der Fortführung der internationalen bedrohungsspezifischen Kontrollprogramme. Studien und ein IGV-spezifisches Monitoring sollen den Umsetzungsprozess begleiten.

Die IGV (2005) traten für 190 der 193 Mitgliedstaaten am 15. Juni 2007 in Kraft. Für Indien, die Türkei und die USA war dies einige Monate später nach Abschluss des Verfahrens bezüglich der eingebrachten Vorbehalte der Fall. Artikel 59 IGV (2005) sieht vor, dass Staaten, die nicht in der Lage sind, bis zum Inkrafttreten der IGV (2005) ihre innerstaatlichen Rechts- und Verwaltungsregelungen anzupassen, der WHO Generaldirektorin entsprechend Meldung erstatten. Als einziges Land hat das Königreich Tonga eine Verzögerung von 12 Monaten gemeldet.

Bis Mitte Mai 2007 hatten 161 (83%) aller Vertragsstaaten eine nationale IGV-Anlaufstelle bezeichnet, wobei vollständige Angaben nur für deren 49 (25%) zur Verfügung standen.¹¹³ Insgesamt 52 Länder hatten gemäss Art. 47 eine Expertin oder einen Experten für die IGV-Sachverständigenliste nominiert (Art. 47), darunter auch die Schweiz.¹¹⁴

Die WHO ihrerseits bezeichnete jederzeit erreichbare IGV-Kontaktstellen in den sechs WHO Regionen (Art. 4 Abs. 3). Die IGV-Kontaktstellen der WHO übermitteln dringende Mitteilungen über die Durchführung der IGV (2005) an die nationalen IGV-Anlaufstellen der einzelnen Mitgliedstaaten. Die IGV-Kontaktstelle für Europa befindet sich am WHO Regio-

¹¹³ Quelle: Technisches Briefing zu den IGV (2005) an der 60. WHA vom 16. Mai 2007 in Genf.

¹¹⁴ Die Schweiz nominierte Prof. Dr. Robert Steffen vom Institut für Sozial- und Präventivmedizin (ISPM) der Universität Zürich für die IGV-Sachverständigenliste.

nalbüro in Kopenhagen. Die IGV-Kontaktstellen haben mit den nationalen IGV-Anlaufstellen Kontakt aufgenommen und einen Kommunikationstest durchgeführt. Im vierten Quartal 2007 erfolgte ein umfassender Systemtest. Die WHO stellt allen Vertragsstaaten die Kontaktdaten der nationalen IGV-Anlaufstellen zur Verfügung. Um ihrer Informationspflicht nachzukommen, hat die WHO zudem eine IGV-Informationssseite eingerichtet, die den designierten nationalen IGV-Anlaufstellen eine Übersicht über akute Ereignisse der öffentlichen Gesundheit mit internationaler Bedeutung gibt („IHR Event Information Site“).

Die Sicherstellung von Kernkapazitäten und die Einrichtung nationaler IGV-Anlaufstellen bilden zwei zentrale Elemente in den IGV (2005). Die Vertragsstaaten sind verpflichtet, die nationalen Strukturen und Mittel so auszugestalten, dass die Anforderungen an die Kernkapazitäten der IGV (2005) erfüllt sind. Dies betrifft insbesondere zwei Bereiche:

- Tätigkeiten in Zusammenhang mit der Überwachung, Berichterstattung, Meldung, Bestätigung, Intervention und Zusammenarbeit bei IGV-relevanten Ereignissen
- Tätigkeiten in Bezug auf Grenzen (Flughäfen, Häfen und Landübergänge)

Struktur und Organisation des IGV-relevanten Bereiches der Krankheitsverhütung und -bekämpfung bleiben grundsätzlich den einzelnen Mitgliedstaaten überlassen. Den Vertragsstaaten steht es offen, mit welchen Mitteln sie den Vorgaben der IGV (2005) genügen wollen. Mit der Verpflichtung jedes Mitgliedslandes, eine nationale IGV-Anlaufstelle einzurichten und das nationale Überwachungssystem so auszugestalten, dass es gewissen Minimalanforderungen entspricht, nehmen die IGV (2005) jedoch zumindest indirekt Einfluss auf die strukturelle und prozessuale innerstaatliche Organisation. Das WHO Sekretariat hat seit der Verabschiedung der IGV (2005) verschiedene Hilfsmittel (technische Empfehlungen, Leitfäden) für die Umsetzung der IGV (2005) auf das Internet geschaltet oder den Mitgliedstaaten zukommen lassen. Andere in

den IGV (2005) angekündigte Leitlinien stehen zum jetzigen Zeitpunkt noch nicht zur Verfügung.¹¹⁵

Die weltweite Umsetzung der IGV (2005) wird sich aufgrund der diversen Möglichkeiten der Mitgliedsländer, Fristverlängerungen zu beantragen, bis Sommer 2016 hinziehen. Ob bis dahin tatsächlich in allen Ländern die minimal geforderten Kernkapazitäten zur Verfügung stehen werden, bleibt fraglich und wird insbesondere von der Lösung des Finanzierungsproblems abhängen.

Die Wirksamkeit der IGV (2005) wird regelmässig von der WHA überprüft. Eine erste derartige Überprüfung findet spätestens im Jahr 2012 statt (Art. 54).

5.2 In der Europäischen Union

Die EU ist nicht Vertragspartnerin der IGV (2005). Das Regelwerk anerkennt allerdings die Rolle der „Organisationen der regionalen Wirtschaftsintegration“, wie sie unter anderem die EU darstellt.¹¹⁶ Für die EU beziehen sich viele Artikel der IGV (2005) auf Angelegenheiten, die unter das Gemeinschaftsrecht fallen. Sie können dabei die ausschliessliche Zuständigkeit der Gemeinschaft oder die gemeinsame Zuständigkeit der einzelstaatlichen Regierungen und der Gemeinschaft betreffen.¹¹⁷ Sollte beispielsweise die WHO der Staatengemeinschaft empfehlen, die Ein- oder Ausfuhr bestimmter Waren im Rahmen der IGV (2005) zu verweigern (Art. 18 Abs. 2), so müsste die EU als Ganzes handeln, da die EU-Mitgliedstaaten nach den Binnenmarktvorschriften nicht einseitig handeln dürfen (vgl. Kommission der Europäischen Gemeinschaften 2007: 3 ff.). In vielen Bereichen (Handel, Verkehr, Grenzpolitik im Binnenmarkt) ha-

¹¹⁵ Leitlinien für die Anwendung von Gesundheitsmassnahmen auf zivile Lastwagen, Züge und Busse (Art. 29).

¹¹⁶ Artikel 57 Abs. 3: „Unbeschadet ihrer Verpflichtungen nach diesen Vorschriften wenden Vertragsstaaten, die Mitglieder einer Organisation der regionalen Wirtschaftsintegration sind, in ihren gegenseitigen Beziehungen die in dieser Organisation der regionalen Wirtschaftsintegration in Kraft befindlichen gemeinsamen Regelungen an.“

¹¹⁷ Daneben sind andere Artikel der IGV (2005) ausschliesslich Sache der einzelstaatlichen Regierungen, da im jeweiligen Zusammenhang keine gemeinschaftlichen Rechtsvorschriften vorliegen (vgl. Kommission der Europäischen Gemeinschaften 2007: 5).

ben die IGV (2005) zudem politische Auswirkungen, weshalb eine enge Koordination unter den EU-Mitgliedstaaten erforderlich ist.

Um einen höchstmöglichen Grad an Effizienz zu erreichen, schlug die EU Kommission folgendes Vorgehen vor (vgl. Kommission der Europäischen Gemeinschaften 2007: 9 f.):

Zuhanden der Mitgliedstaaten:

- Benennung der gleichen nationalen Kontaktstelle für das EWRS¹¹⁸ wie für die nationalen IGV-Anlaufstellen
- Informationsaustausch zwischen den EU-Mitgliedstaaten und der WHO mittels EWRS
- Nutzung des EWRS für die Koordination des Risikomanagements

Zuhanden des Europäischen Zentrums für die Prävention und die Kontrolle von Infektionskrankheiten (ECDC):¹¹⁹

- Erarbeitung von Leitlinien für die Erkennung und Beurteilung von Bedrohungen innerhalb der EU
- Erstellung einer Anleitung für die Verwendung des Meldealgorithmus
- Erleichterung des Austausches von Informationen und der „Best Practice“ zwischen den EU-Mitgliedstaaten

Obschon jeder Vertragsstaat angehalten ist, eine nationale IGV-Anlaufstelle zu benennen und einzurichten, könnte das ECDC auf Ebene der EU gewisse Aktivitäten gegenüber der WHO übernehmen. Dies betrifft beispielsweise die ständige Erreichbarkeit, den Informationsaustausch (Art. 7), die Anhörung (Art. 8), sonstige Berichte (Art. 9), die Verifizierung (Art. 10), die Entgegennahme von Informationen seitens der WHO (Art. 11) und die Verbreitung von Informationen an relevante EU-Verwaltungsstellen und die Konsolidierung deren Beiträge.

¹¹⁸ Mit der Resolution 2119/98/EG des Europäischen Parlaments und des Rates wurde ein Netz für die epidemiologische Überwachung und Kontrolle übertragbarer Krankheiten in der EU errichtet („Early Warning and Response System“, EWRS). Das Netz dient in erster Linie dazu, Infektionskrankheiten zu melden, die mehr als einen EU-Mitgliedstaat betreffen oder sich auf mehrere Mitgliedstaaten ausbreiten könnten. Zu melden sind ebenfalls die für die Prävention oder Kontrolle von Ereignissen getroffenen Abhilfemassnahmen.

¹¹⁹ European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC).

Gemäss einer Mitteilung der Kommission an das Europäische Parlament und den Rat vom 26. September 2006 (vgl. Kommission der Europäischen Gemeinschaften 2007: 15), wird die Kommission eine Vereinbarung zwischen der Gemeinschaft und der WHO über die IGV (2005) aushandeln und unterzeichnen, in der die Rollen des EWRS und des ECDC bei der Implementierung der IGV (2005) klargestellt werden.

Die Umsetzung der IGV (2005) in der EU ist für die Schweiz von Bedeutung. Zurzeit finden Gespräche zu einem Gesundheitsabkommen zwischen der Schweiz und der EU statt. Dieses Gesundheitsabkommen sieht unter anderem die Teilnahme der Schweiz an der ECDC und an den Frühwarnsystemen EWRS und RAS-BICHAT vor. Die Übernahme des EU „Health Acquis“ in diesem Bereich könnte Voraussetzung für den Abschluss eines Gesundheitsabkommens sein.

5.3 In der Schweiz

5.3.1 Auswirkungen der IGV (2005) in der Schweiz

Das Internationale Sanitätsreglement (1969) hat bezüglich der nationalen Krankheitsbekämpfung in der Schweiz kaum Spuren hinterlassen. Zu erwähnen wären immerhin die Bewilligungspflicht für Gelbfieberimpfzentren, die Notifizierungspflicht¹²⁰ oder die Verwendung von völkerrechtlich konformen Dokumenten, wie beispielsweise die internationale Impfscheinigung.

Die IGV (2005) werden sich im Vergleich zum Vorgängerreglement auf politischer, organisatorischer und kultureller Ebene stärker und nachhaltiger auswirken. Die direkt aus den IGV (2005) ableitbaren Einzelaufgaben und die beteiligten Akteure in der Schweiz sind im Anhang zusammengestellt. Die wichtigsten Elemente der Umsetzung der IGV (2005) in der Schweiz betreffen den Kapazitätsaufbau, die Einrichtung der natio-

¹²⁰ Im Februar und März des Jahres 1963 ereignete sich in Zermatt ein Typhusausbruch mit 437 Erkrankungsfällen. Unter den Betroffenen waren auch viele ausländische Touristen. In insgesamt drei Fällen verlief die Erkrankung tödlich. Gemäss dem damals gültigen Internationalen Sanitätsreglement (1951) war Typhus meldepflichtig. Die nationalen Gesundheitsbehörden informierten offiziell am 18. März 1963 über den Ausbruch (vgl. Bernard 1965: 541).

nalen IGV-Anlaufstelle, die bundesverwaltungsinterne Koordination, das Krisenmanagement und die Zusammenarbeit zwischen Bund und Kantonen.

Auf politischer Ebene stellen sich grundsätzliche Fragen der Aufgabenteilung und Steuerung zwischen Bund und Kantonen in Normal- und Krisenzeiten. Die IGV (2005) sind dabei nicht auslösendes sondern eher verstärkendes Element einer Diskussion, die Ende der 90er Jahre des vergangenen Jahrhunderts und spätestens nach den Erfahrungen mit Anthrax und SARS in der Schweiz eingesetzt hat. Dabei lassen sich sowohl Zentralisierungs- als auch Dezentralisierungstendenzen erkennen. Das Gebot einer effektiven und effizienten Krankheitsbekämpfung im Bereich der übertragbaren Krankheiten setzt dabei dem „hoch miniaturisierten Extermföderalismus“ (vgl. Bühlmann 2006: 4) in diesem Bereich schweizerischer Gesundheitspolitik fachlich bedingte Grenzen. Andererseits verhindern der föderale Staatsaufbau, die Autonomieanliegen der Kantone, das Prinzip der Subsidiarität und die weitgehend fehlende Vollzugsinfrastruktur des Bundes eine übermässige Zentralisierung. Als dritter Weg, neben dem verfassungsmässigen Gebot zur Dezentralisierung und der aufgabenspezifischen Notwendigkeit einer verstärkten Zentralisierung ist – als sinnvolle Ausgestaltung nationaler Politik – eine Regionalisierungsdiskussion in Gang gekommen. Diese schlägt sich unter anderem in den Vorschlägen der Eidgenössischen Kommission für ABC-Schutz (KomABC) zu einer nationalen ABC-Strategie nieder (vgl. Kapitel 5.3.5.4).¹²¹

Neben den politischen und organisatorischen Implikationen beinhaltet die Umsetzung der IGV (2005) auch eine Komponente des kulturellen Wandels. Dieser lässt sich unter den beiden Begriffen Transparenz und Verbindlichkeit subsumieren. Wichtige Informationen zurückhalten, Krankheitsfälle verheimlichen, Ausbruchssituationen ohne externe Hilfe lösen wollen, sind weltweit verbreitete Reflexe und nicht auf einzelne Länder beschränkt. Auch in der Schweiz gilt es, die innerstaatliche Transparenz in Bezug auf gesundheitsrelevante Ereignisse und die ge-

¹²¹ Der Bundesrat hatte der KomABC den Auftrag erteilt, bis Ende Juni 2007 eine Gesamtstrategie für den nationalen ABC-Schutz zu entwickeln und diese dem Bundesrat zu unterbreiten.

troffenen Massnahmen zu erhöhen. Dabei erscheinen neben entsprechenden Normen auch institutionelle Anreize und vertrauensbildende Massnahmen zwischen den nationalen und kantonalen Behörden sinnvoll. Eine entscheidende Rolle spielt hier die Revision des Epidemiengesetzes. Bevor in den folgenden Kapiteln die verschiedenen politischen, organisatorischen und kulturellen Aspekte der Umsetzung der IGV (2005) detailliert behandelt werden, soll deshalb kurz auf die Ziele dieser Totalrevision und auf den Stand des Revisionsprozesses eingegangen werden.

5.3.2 Revision des Epidemiengesetzes

5.3.2.1 Verfassungsauftrag

Das Gesundheitswesen ist grundsätzlich Sache der Kantone.¹²² Gemäss Art. 118 Bundesverfassung (BV) ist der Bund zwar beauftragt, in allgemeiner Form Massnahmen zum Schutz der Gesundheit zu treffen, die Bundeskompetenzen im Bereich des Gesundheitswesens sind indessen beschränkt. Artikel 118 Abs. 1 BV hält fest, dass der Auftrag des Bundes „im Rahmen seiner Zuständigkeit“ gilt. Dies deutet daraufhin, dass Abs. 1 keine eigenständige kompetenzbegründende Funktion hat, sondern vor allem programmatischer Natur ist. Der Bund ist für einige wenige fachlich begrenzte Aufgabenbereiche zuständig, die in Art. 118 Abs. 2 Bst. a-c abschliessend aufgezählt sind (Umgang mit Lebensmitteln, Heilmitteln, Betäubungsmitteln, Organismen, Chemikalien und Gegenständen, die die Gesundheit gefährden können; Bekämpfung übertragbarer, stark verbreiteter oder bösartiger Krankheiten; Schutz vor ionisierenden Strahlen). Der Bund verfügt in diesen Teilbereichen des Gesundheitsschutzes somit über eine umfassende, nachträglich derogierende Gesetzgebungskompetenz.¹²³ Diese erschöpft sich nicht im Erlass von Grundsätzen sondern der Bund ist angehalten, konkrete Schutzbestimmungen zu statuieren. Dabei handelt es sich um einen Gesetzgebungsauftrag und nicht um einen reinen Kompetenzartikel. Die Kantone ihrer-

¹²² Daneben kommen aber auch Bund und Gemeinden eine ganze Reihe von wichtigen Kompetenzen zu (vgl. Kocher 2007: 115).

¹²³ Rechtsgutachten des Bundesamtes für Justiz vom 8. Mai 2003 (VPB 68.81) auf <http://www.vpb.admin.ch/deutsch/doc/68/68.81.html>.

seits sind berechtigt, ihre Kompetenzen auszuüben, solange und soweit der Bund nicht gesetzgeberisch tätig ist. Der Bund hat in der Praxis bis anhin die Kompetenz in Bezug auf die Bekämpfung von Krankheiten nur teilweise ausgeschöpft und den Gesetzgebungsauftrag nur partiell konkretisiert, obschon dieser seit mehr als 100 Jahren in der Verfassung verankert ist. In der Schweiz besteht kein umfassendes Gesetz zur Bekämpfung von stark verbreiteten und bösartigen Krankheiten. Die bestehenden Regelungen beziehen sich hauptsächlich auf übertragbare Krankheiten (Epidemiengesetz, Tuberkulosegesetz),¹²⁴ wobei der Grössteil des Vollzugs an die Kantone delegiert wird (vgl. Zenger/Schüpbach 2007: 104).

5.3.2.2 Auftrag und Ziele der Totalrevision

Das Bundesgesetz über die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten des Menschen (Epidemiengesetz) datiert aus dem Jahr 1970. Seine längst überfällige Revision war bereits anfangs der 90er Jahre angedacht worden (vgl. Zenger 1993: 1 ff.). Dem nach dem Konzept des „Old Public Health“¹²⁵ ausgerichteten Gesetz sollte eine Verjüngungskur salutogenetischer Konzeption verpasst werden. Die Revision wurde aber erst nach SARS möglich, als plötzlich Lücken in der polizeilichen Gefahrenabwehr zutage traten, über die man bis anhin mangels entsprechender Bedrohungssituationen geflissentlich hatte hinwegsehen können.

Im Nachgang zur SARS-Krise hat das EDI im Jahr 2003 auf Antrag der Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) das BAG beauftragt, den Revisionsbedarf für das Epidemiengesetz im Detail abzuklären. Im Juni 2006 erteilte der Bundesrat dem EDI formell den Auftrag, die Revisionsarbeiten unverzüglich an die Hand zu nehmen. Unter der Federführung des BAG ging ein mit Kantonsvertretern und externen Expertinnen und Experten ausgearbeiteter Vorentwurf

¹²⁴ Bundesgesetz betreffend Massnahmen gegen die Tuberkulose (SR 818.102).

¹²⁵ „Old Public Health“ bezeichnet eine „Public-Health“-Konzeption, die die Gesundheit im Sinne der Abwesenheit von Krankheit und die Risikovorsorge ins Zentrum rückt. Neuere Ansätze („New Public Health“) nehmen neben rein präventivmedizinischen Konzeptionen auch sozial- und verhaltenswissenschaftliche Aspekte auf. Sie gehen vom Grundsatz mündiger Bürgerinnen und Bürger aus und fördern deren Entscheidungskompetenz durch Informations- und Wissensvermittlung (vgl. Zenger 2006: 32).

im Frühling 2007 in die erste Ämterkonsultation. Nach einer Überarbeitung gelangte der Vorentwurf anfangs 2008 in die Vernehmlassung.

Die materiellen Hauptzielsetzungen der Totalrevision sind:

- Verankerung des Doppelzwecks Sicherheit und Gesundheit
- Arbeitsteilung zwischen Bund und Kantonen
- Krisenbewältigung
- Definition von Zielpopulationen
- Ausgestaltung der Massnahmen nach rechtsstaatlichen Grundsätzen
- Internationale Zusammenarbeit und Umsetzung der IGV (2005)

Der zur Vernehmlassung vorgelegte Gesetzesentwurf konkretisiert die zentralen Strategien der Gefahrenbekämpfung mit Zweck- und Zielbestimmungen. Er enthält rechtliche Grundlagen zur Informationstätigkeit der Behörden, zur Förderung der Aufklärung und Bewusstseinsbildung in der Öffentlichkeit und zur Stärkung des eigenverantwortlichen Handelns. Der Vorschlag definiert Massnahmen zur Erkennung, Verhütung und Bekämpfung von übertragbaren Krankheiten und bestimmt die Voraussetzungen und das Verfahren für deren Anordnung. Er definiert die Verantwortlichkeiten zwischen Bund und Kantonen, präzisiert die Bundeskompetenz in besonderen und ausserordentlichen Lagen und regelt die Finanzierung. Die internationale Zusammenarbeit wird gemäss den Vorgaben der IGV (2005) gestärkt, indem die Informationsflüsse zwischen der Schweiz, anderen Staaten und internationalen Organisationen geregelt werden.

5.3.2.3 Epidemiengesetzrevision und IGV (2005)

Im erläuternden Bericht zu den IGV (2005) kommt der Bundesrat nach Überprüfung der Gesetzesnormen und der Praxis zum Schluss, dass für ihre Umsetzung in der Schweiz grundsätzlich keine Anpassungen auf Gesetzesebene notwendig sind (vgl. Bundesamt für Gesundheit 2006b: 14). Massnahmen der IGV (2005), die durch das ordentliche Instrumentarium der Krankheitsbekämpfung nicht abgedeckt sind (Ausdehnung des Geltungsbereiches, Einreiseverbote, national einheitliche Regelung von Quarantäne und Absonderung, Datenaustausch mit dem Ausland

etc.) können auf Verordnungsstufe gestützt auf Art. 10 des Epidemien-gesetzes (Notkompetenz des Bundesrates) angeordnet werden. Das gel-tende Recht bietet somit *grosso modo* eine genügende Grundlage für die Bekämpfung von Bedrohungssituationen, wie sie die IGV (2005) einfor-dern.¹²⁶ Diese ist jedoch einzelfallbasiert und erfolgt *ad hoc*. Deshalb hat der Bundesrat richtig erkannt, dass im Zuge der ohnehin geplanten To-talrevision des Epidemien-gesetzes den IGV (2005) umfassend Rech-nung zu tragen ist mit dem Ziel, durch die Revision die internationale Systemkonformität und Interoperabilität zu optimieren.

5.3.3 **Aufbau der Kernkapazitäten**

5.3.3.1 System zur Überwachung und Bekämpfung von Infektions-krankheiten

Die Überwachungs- und Bekämpfungskapazitäten in Bezug auf die über-tragbaren Krankheiten in der Schweiz sind auf einem guten Stand (vgl. Silberschmidt 2006: 12). Anpassungen an die Minimalanforderungen sind nicht grundlegend sondern punktuell erforderlich und zum Teil be-reits erfolgt. Kritisch sind die Ausgestaltung des nationalen Meldewe-sens, der zeitgerechte Übergang von der Früherkennung zur Interventi-on, die adäquate Vollzugsberichterstattung, die Koordination und Steue-rung innerhalb und zwischen den verschiedenen Ebenen, sowie die Kommunikation in Krisensituationen. Zweifellos werden die verschiede-nen Neuerungen (Meldealgorithmus, Vollzugsreporting, internationale Notifizierung etc.) einen gemeinsamen Lernprozess bedingen, der eine gewisse Zeit in Anspruch nehmen wird.

Die Einführung der IGV (2005) könnte zum Anlass genommen werden, das System der Erkennung, Verhütung und Bekämpfung von übertrag-baren Krankheiten in der Schweiz insgesamt oder in einzelnen Teilberei-chen, z.B. das obligatorische Meldesystem, zu evaluieren. Diese Syste-mevaluation sollte innerhalb der nächsten 2 Jahre erfolgen, damit ge-

¹²⁶ In der Schweiz sind Massnahmen, die nicht im Zusammenhang mit übertragbaren Krankheiten des Menschen stehen, in den jeweiligen Gesetzgebungen geregelt (Strahlenschutz-, Tierseuchengesetz-gebung). Für die Umsetzung der IGV (2005) sind in diesen Bereichen keine Rechtsanpassungen nötig (vgl. Bundesamt für Gesundheit 2006b: 15).

mäss den Vorgaben der IGV (2005) die Optimierungen rasch und zielgerichtet realisiert werden können. Die Evaluationsergebnisse würden zudem als Ausgangspunkt und Vergleichsbasis für die vorgesehene regelmässige Berichterstattung des EDI an den Bundesrat zur Umsetzung des revidierten Epidemiengesetzes dienen.

5.3.3.2 Erweiterung der Meldepflicht

Im Rahmen der Umsetzung der IGV (2005) ist eine Erweiterung der Meldepflicht ins Auge zu fassen. Diese beinhaltet die Ausdehnung des Kreises der Meldepflichtadressaten, eine umfassendere Definition meldepflichtiger Ereignisse, den meldespezifischen Informationsaustausch zwischen nationalen und internationalen Akteuren und die Flexibilisierung des Meldekatalogs.

Die Meldepflicht sollte sich künftig nicht nur an die Ärzteschaft, Laboratorien und Spitäler richten, sondern weitere Akteure des Gesundheitsbereiches umfassen (Apotheker, kantonale Einsatzkräfte, Rettungsdienste etc.). Denkbar wäre auch eine Ergänzung der Meldepflicht durch ein individuelles Melderecht, wie es beispielsweise das Bundesgesetz über Arzneimittel und Medizinprodukte (Heilmittelgesetz, HMG) im Rahmen der Meldung unerwünschter Wirkungen und Vorkommnisse kennt.¹²⁷ Um dem PHEIC-Konzept gerecht zu werden und den von den IGV (2005) vorgegebenen Algorithmus sinnvoll anwenden zu können, sind die personen- und krankheitsorientierten Meldeereignisse auf weitere Beobachtungen auszudehnen, wie beispielsweise das Vorliegen einer verdächtigen infektiösen Substanz (z.B. Anthrax-Brief).¹²⁸

¹²⁷ Artikel 59 des Heilmittelgesetzes (SR 818.21).

¹²⁸ Die entsprechende Bestimmung im Vorentwurf zur Epidemiengesetzrevision sieht vor, dass Ärztinnen und Ärzte, Spitäler sowie andere öffentliche oder private Institutionen Beobachtungen zu übertragbaren Krankheiten den zuständigen kantonalen Behörden melden. Unter Beobachtungen fallen unter anderem Symptome, Syndrome, klinische Befunde, Verdachtsdiagnosen, bestätigte Diagnosen, Todesfälle, Labordiagnosen, Testresultate, mikrobiologische, histologische und andere direkte und indirekte Erregernachweise, Typisierungen, Resistenzprüfungen, verdächtige Substanzen und verdächtige Gegenstände.

Im Interesse eines länderübergreifenden Gesundheitsschutzes sollte die nationale Früherkennung in entsprechende internationale Systeme (EWRS, RAS-BICHAT) eingebunden und der bi- und multilaterale Austausch von patientenbezogenen Daten für die länderübergreifende Krankheitsbekämpfung (z.B. im Bereich der Tuberkulose, Meningitisfälle, Masern) ermöglicht werden.¹²⁹ Die gesetzlichen Grundlagen und Voraussetzungen hierzu sollten so ausgestaltet werden, dass die Konflikte zwischen einem ausreichenden Persönlichkeitsschutz und den Anliegen der öffentlichen Gesundheit fallgerecht gelöst werden können.

Eine Flexibilisierung des Meldekataloges schliesslich könnte mit einer entsprechenden Delegationsnorm an das verantwortliche Departement oder Amt erreicht werden.

5.3.3.3 Kernkapazitäten an den Grenzen

Der zweite Bereich der geforderten Kernkapazitäten betrifft die Einrichtungen an den Grenzen, insbesondere an den internationalen Flughäfen. Bereits Ende 2003 wurden die Flughafenbetreiber in der Schweiz verpflichtet, im Hinblick auf die Verhinderung der Einschleppung von neu auftretenden Infektionskrankheiten die Infrastruktur und Krisenorganisation vorzubereiten. Je nach epidemiologischer Situation müssen Informationsschriften aufgelegt oder verteilt, Passagierlisten sichergestellt, Kontaktkarten und Gesundheitsfragebögen eingesetzt und Körpertemperaturmessungen oder andere zur Identifizierung übertragbarer Krankheiten geeignete Untersuchungen des Gesundheitszustandes von Reisenden vorgenommen werden können. Gleichzeitig wurden zur Unterstützung und Koordination der Umsetzung dieser Bestimmungen die betroffenen staatlichen und privaten Akteure im Rahmen eines informellen Flughafennetzwerkes an einen Tisch gebracht. Das Flughafennetzwerk hat Leit-

¹²⁹ Aktuelles Fallbeispiel: Im Mai 2007 landete ein aus den USA kommendes Flugzeug in Genf, unter dessen Passagieren sich eine an Masern erkrankte Person befand. Es bestand somit die Möglichkeit, dass während des Fluges Mitreisende, darunter auch Personen amerikanischer Staatsbürgerschaft, mit Masern angesteckt worden waren. Den Schweizer Behörden gelang es nur teilweise, die von den amerikanischen Gesundheitsbehörden angeforderten Angaben zu liefern. Grund dafür waren fehlende gesetzliche Grundlagen (Zugriff auf Passagierliste), unterschiedliche Einschätzung der Gesundheitsgefährdung zwischen den schweizerischen und amerikanischen Behörden und Auflagen des Persönlichkeitsschutzes (Datenschutz).

linien für die Erstellung von Notfallplänen zur Bewältigung von Vorfällen im Bereich Infektionskrankheiten erarbeitet, koordiniert die Massnahmen an den Flughäfen, organisiert Übungen und trifft sich jährlich ein- bis zweimal unter der Leitung des BAG. Die Voraussetzungen für eine rasche Umsetzung der IGV (2005) sind somit gegeben, wobei in einzelnen Bereichen eine Optimierung der gesetzlichen Grundlagen (z.B. Zugriff auf Passagierlisten bei Auftreten einer übertragbaren Krankheit an Bord, Ausreise-Screening) anzustreben ist. Zudem sind diejenigen Flughäfen zu benennen, welche den Vorschriften der IGV (2005) entsprechen müssen (Art. 20). Zu überprüfen bleibt, ob nicht auch grössere Schifffahrtshäfen der Schweiz den Kapazitätsvorgaben der IGV (2005) entsprechen müssen (z.B. Rheinschifffahrt). In Bezug auf grössere Landübergänge finden zurzeit im Rahmen der Influenzapandemievorsorge Gespräche auf nationaler und kantonaler Ebene mit den Anrainerstaaten statt. Dabei wird deutlich, dass die Durchsetzbarkeit und Wirkung von Massnahmen zur Verhinderung der Einschleppung von übertragbaren Krankheiten an den Landesgrenzen sehr begrenzt sind und deshalb ganz im Sinne der IGV (2005) eher auf eine grenzüberschreitende Ausbruchsbekämpfung hingearbeitet werden sollte, als eine Abschottungsstrategie zu verfolgen.

5.3.4 Nationale IGV-Anlaufstelle

Die IGV (2005) sehen in Art. 4 Abs. 1 die Schaffung nationaler IGV-Anlaufstellen vor. Technische, organisatorische und kulturelle Anpassungen sind nötig (technische Infrastruktur, Pikett-Dienst, Meldeablauf, Vernetzung), damit die nationale IGV-Anlaufstelle am BAG ihre Rolle als Schnittstelle zwischen der nationalen Überwachung und der internationalen Notifizierung übernehmen kann. Dabei gilt es zu berücksichtigen, dass die Anpassung der Kommunikationsmittel und die Sicherstellung der Erreichbarkeit und der Reaktionsfähigkeit sowohl die bundesverwaltungsinternen als auch die kantonalen Akteure in die Pflicht nehmen.¹³⁰

¹³⁰ Bis Juni 2007 hatten 19 der 26 kantonalen Gesundheitsdienste dem BAG eine Telefonnummer für die permanente Erreichbarkeit gemeldet.

5.3.4.1 Aufgaben und Pflichten

Die Aufgaben und Pflichten der nationalen IGV-Anlaufstellen umfassen (Art. 4):

- Permanente Erreichbarkeit
- Versendung dringender Mitteilungen an die zuständige IGV-Kontaktstelle der WHO
- Entgegennahme dringlicher Mitteilungen der WHO
- Weiterleitung der Informationen an die innerstaatlich zuständigen Behörden

Dringende Mitteilungen beziehen sich insbesondere auf die Bestimmungen in den Art. 6 bis 12. Sie beinhalten:

- Meldung von Ereignissen gemäss Entscheidungsschema: binnen 24 Stunden nach der Bewertung
- Alle als Reaktion auf derartige Meldungen durchgeführte Gesundheitsmassnahmen: laufend sobald verfügbar
- Zusatzinformationen zu gemeldeten Ereignissen: laufend sobald verfügbar¹³¹
- Konsultation (ohne Meldung) vom Vertragsstaat oder der WHO ausgehend: bei Bedarf
- Verifikationsprozess
 - erste Antwort¹³² auf Ersuchen der WHO mit Statusbericht: binnen 24 Stunden
 - Beurteilung gemäss Entscheidungsschema: binnen 48 Stunden (Anlage 1)
- Konsultation zur Feststellung einer PHEIC: bei Bedarf

¹³¹ Insbesondere Falldefinitionen, Laborergebnisse, Quelle und Art des Risikos, Zahl der Krankheits- und Todesfälle, Bedingungen der Krankheitsausbreitung, getroffene Gesundheitsmassnahmen.

¹³² Gefordert ist zumindest eine Empfangsbestätigung für das Ersuchen der WHO (Art. 10 Abs. 2 Bst. a).

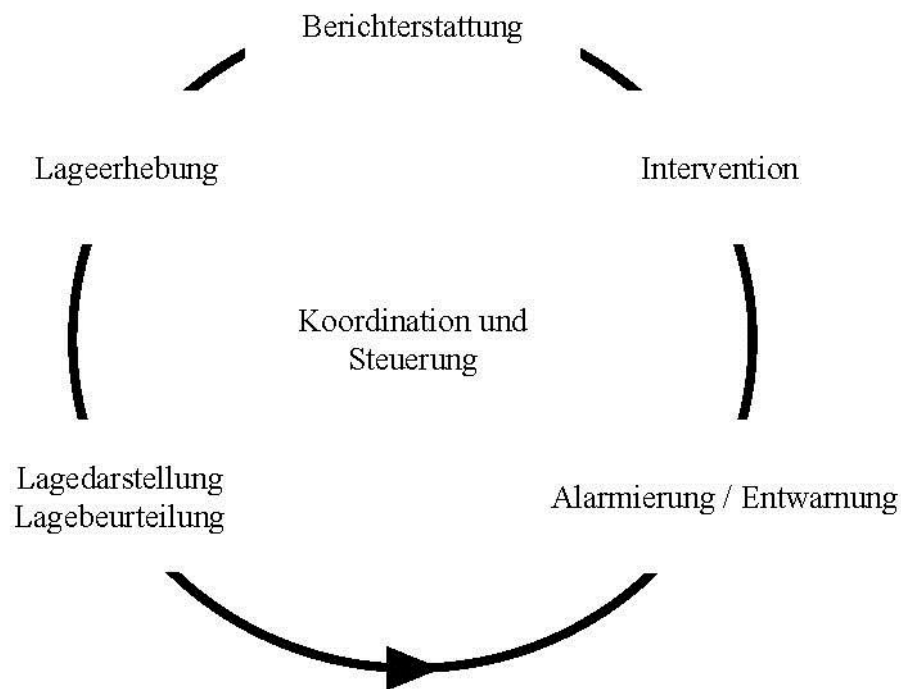


Abbildung 2: PHEIC-Bearbeitungszyklus.

Die WHO hat in einem separaten Dokument („National IHR Focal Point Guide“) die Vorgaben der IGV (2005) in Bezug auf die Errichtung und den Betrieb der nationalen IGV-Anlaufstellen folgendermassen präzisiert:

- Nationale IGV-Anlaufstellen sind Organisationseinheiten und nicht Einzelindividuen
- Status der nationalen IGV-Anlaufstellen sollte innerstaatlich geregelt werden
- Vernetzung und Koordination mit den nationalen Krisenstäben innerhalb und ausserhalb des Gesundheitsbereiches sind sicherzustellen
- Vernetzung und Koordination mit anderen Verwaltungsstellen zur Beurteilung potenzieller PHEIC müssen etabliert sein
- Störungssichere Telefon- und Faxlinien sowie E-Mail mit generischer Adresse sind einzurichten

- Koordinaten der nationalen IGV-Anlaufstelle müssen jährlich jeweils bis 1. März bestätigt werden¹³³
- Jede Änderung der Koordinaten muss unverzüglich und schriftlich an die WHO Generaldirektorin erfolgen

5.3.4.2 BAG als nationale IGV-Anlaufstelle

In der Schweiz übernimmt die Abteilung Übertragbare Krankheiten des BAG die Funktion der nationalen IGV-Anlaufstelle. Ihr Status sollte im Rahmen der Totalrevision des Epidemiengesetzes auf gesetzlicher Stufe verankert werden.¹³⁴

Die Einrichtung der nationalen IGV-Anlaufstelle bringt neben technischen Anpassungen, auf die in diesem Rahmen nicht näher eingetreten werden kann, vor allem organisatorische Neuerungen. In Abbildung 2 ist der Bearbeitungszyklus eines meldepflichtigen Ereignisses dargestellt. Der Zyklus kann von der erstmaligen Erfassung eines Gesundheitsproblems bis zur Entwarnung und finalen Berichterstattung mehrmals durchlaufen werden. Innerhalb dieses Zyklus gilt es die nationale IGV-Anlaufstelle zu positionieren. Mögliche Teilprozesse und Schnittstellen der nationalen IGV-Anlaufstelle sind in Abbildung 3 skizziert. Sie werden im Folgenden kurz dargestellt.

„Single Point of Contact“ (SPOC): Das SPOC nimmt als einziges Eintrittsportale alle Anrufe entgegen. Es beurteilt nach vorgegebenen Kriterien die Dringlichkeit der Anfrage und leitet die Informationen zeitgerecht an das Fachpikett der nationalen IGV-Anlaufstelle weiter. Das SPOC kann vom fachlichen Pikett getrennt und ausgelagert werden. Mögliche Partner für die Einrichtung des SPOC-Dienstes sind die Nationale Alarmzent-

¹³³ Die Kontaktdaten umfassen: Name der als nationale IGV-Anlaufstelle designierten Organisationseinheit und der verantwortlichen Person, Adresse, generische Email-Adresse, Telefonnummer(n), Fax-Nummer(n).

¹³⁴ Gemäss Vorentwurf des revidierten Epidemiengesetzes: „Das Bundesamt [für Gesundheit] übernimmt die Aufgaben der nationalen Anlaufstelle gemäss den Internationalen Gesundheitsvorschriften (2005). Insbesondere meldet es der WHO Ereignisse, die eine gesundheitliche Notlage von internationaler Tragweite darstellen können.“

rale (NAZ),¹³⁵ Medgate,¹³⁶ das Schweizerische Toxikologiezentrum¹³⁷ etc.

Nationale IGV-Anlaufstelle: Sie ist zuständig für die regelkonforme Notifizierung relevanter Ereignisse im Geltungsbereich der IGV (2005). Sie stellt das Fachpikett und wirkt als Informationsdrehscheibe mit koordinierender und steuernder Funktion. Sie definiert die Prozesse (Früherkennung, Beurteilung, Infoaufbereitung, Meldung an die WHO, Konsultation), kontrolliert deren Einhaltung und bringt, wo nötig, Verbesserungen an. Sie verfügt über die nötigen Unterlagen (Adressen, Vorlagen für die schriftliche Information, Prozessbeschreibungen), um einen raschen Informationsaustausch auf nationaler und internationaler Ebene zu gewährleisten. Sie nimmt die Informationen des SPOC entgegen, bewertet sie anhand des Meldealgorithmus und führt je nach Bedarf die entsprechenden Prozesse durch oder initiiert sie. Sie stellt die Schnittstellen zwischen dem A-, B- und C-Bereich sicher, soweit dies im Rahmen ihres Auftrages notwendig ist. Für fachtechnische Belange kommuniziert die nationale IGV-Anlaufstelle direkt mit der IGV-Kontaktstelle der WHO. Für andere Fragen unterstützt und koordiniert sie, soweit nötig, die Kommunikation zwischen den zuständigen Behörden und der WHO.

Informationen, die über die nationale IGV-Anlaufstelle eingehen, können den Aufbau einer Krisenorganisation innerhalb des BAG, beim Bund oder in den Kantonen auslösen. Die Schnittstellen insbesondere zu den internen Prozessen des Krisenstrukturaufbaus sind deshalb sicherzustellen. Bei IGV-relevanten Ereignissen wird die Anlaufstelle sinnvollerweise in die nationalen Krisenstäbe miteinbezogen. Sie steht in engem Kontakt zu den operativen Stäben der nationalen und kantonalen Behörden.

¹³⁵ Die NAZ (<http://www.naz.ch>) ist die Fachstelle des Bundes für ausserordentliche Ereignisse. Sie ist ein Geschäftsbereich des Bundesamtes für Bevölkerungsschutz (BABS).

¹³⁶ Das BAG etablierte im Jahr 2003 (SARS-Krise) eine Hotline, die seit Ausbruch der aviären Influenza A (H5N1) Fragen aus der Bevölkerung zur Vogelgrippe und Influenzapandemie beantwortet. Die Firma Medgate (<http://www.medgate.ch>) betreibt diese Hotline im Auftrag des BAG.

¹³⁷ Das Schweizerische Toxikologiezentrum wurde 1966 vom Schweizerischen Apothekerverband in Zusammenarbeit mit der Universität Zürich gegründet. Das Zentrum gibt rund um die Uhr unentgeltlich ärztliche Auskunft bei Vergiftungsfällen und Vergiftungsverdacht, sammelt Erfahrungsberichte der behandelnden Ärzte, produziert Risikobewertungsberichte für die Ärzteschaft, Behörden und Industrie und ist aktiv auf dem Gebiet der Prävention (<http://www.toxi.ch>).

Früherkennungsinstrumente: Verschiedene Bundesverwaltungsstellen sind mit Aufgaben der Früherkennung und Lagedarstellung in dem von den IGV (2005) abgedeckten Bereich tätig. Zu erwähnen sind neben dem BAG (A- und B-Bereich), unter anderen die NAZ, der „Medical Intelligence Service“ des Eidgenössischen Departements für Verteidigung, Bevölkerungsschutz und Sport (VBS) und der Stab Sicherheitsausschuss (Stab SiA). Im B-Bereich generieren das obligatorische Meldesystem,¹³⁸ das Sentinella-Meldesystem¹³⁹ und das „Swiss Pediatric Surveillance Unit“¹⁴⁰ Daten zu übertragbaren Krankheiten, die für die Früherkennung von Krankheitsausbrüchen verwendet werden können. Daneben besteht mit EWIN¹⁴¹ ein innerbetriebliches Alertsystem, in dessen Rahmen täglich das Internet nach krankheitsspezifischen Informationen abgesucht und Schlüsselpersonen im BAG per SMS bzw. E-Mail über relevante Ereignisse informiert werden. Der angestrebte Zugang zu europäischen Netzwerken (insbesondere EWRS und RAS-BICHAT)¹⁴² wird zurzeit im Rahmen des Gesundheitsdossiers zwischen der Schweiz und der EU verhandelt (vgl. Kapitel 5.2).

¹³⁸ Im Rahmen der obligatorischen Meldepflicht müssen zurzeit 40 klinische und mikrobiologische Diagnosen gemeldet werden (vgl. Bundesamt für Gesundheit 2006d: 2). Alle gemäss Anhang 2 der IGV (2005) zwingend zu notifizierenden Krankheiten, wie auch Krankheitsfälle bzw. Erregernachweise, bei denen die IGV (2005) zwingend die Anwendung des Meldealgorithmus vorsehen, sind von der Meldepflicht erfasst. Der Meldepflicht unterstehen alle praktizierenden Ärztinnen und Ärzte sowie alle privaten und öffentlichen Laboratorien der Schweiz. Die Meldefristen sind unterschiedlich festgesetzt. Innerhalb 2 Stunden müssen klinische Beobachtungen und positive Laborergebnisse zu Anthrax, Botulismus, Pest, neue Subtypen von Infuenza A, Pocken, SARS und virale hämorrhagische Fieber gemeldet werden. Die Meldung erfolgt in der Regel an den Kantonsarzt. Die Meldung übertragbarer Krankheiten, die durch humanpathogene Erreger verursacht werden, und die meldepflichtigen Beobachtungen sind in der Verordnung über die Meldung übertragbarer Krankheiten des Menschen (Melde-Verordnung; SR 818.141.1) und der Verordnung des EDI über Arzt- und Labormeldungen (SR 818.141.11) geregelt.

¹³⁹ Am Schweizerischen Sentinella Meldesystem (Sentinella), einem seit 1986 bestehenden freiwilligen Monitoringsystem für impfverhütbare Krankheiten und andere medizinische Themen, nehmen rund 200 Ärztinnen und Ärzte der Hausarztmedizin teil. Ein Systembeschrieb (Stichwort Sentinella) und aktuelle Datenauswertungen sind auf der Website des BAG verfügbar (<http://www.bag.admin.ch>).

¹⁴⁰ Das „Swiss Pediatric Surveillance Unit“ (SPSU) ist ein seit 1995 bestehendes, nationales Erhebungssystem, das gemeinsam von der Schweizerischen Gesellschaft für Pädiatrie und dem BAG betrieben wird. Es dient der Erfassung von seltenen pädiatrischen Krankheitsbildern und seltenen Komplikationen häufigerer Krankheiten bei hospitalisierten Kindern in der Schweiz (http://www.bag.admin.ch/k_m_meldesystem/_00737/index.html?lang=de).

¹⁴¹ Early Warning and Information Network (EWIN).

¹⁴² Rapid Alert System-Taskforce on Biological and Chemical Agent Attack (RAS-BICHAT).

Für die Umsetzung der IGV (2005) gilt es, diese verschiedenen Kapazitäten zu bündeln, einen einheitlichen Verifikations- und Beurteilungsmechanismus einzuführen, und die Schnittstelle zur nationalen IGV-Anlaufstelle sicherzustellen.

Informationsweitergabe national: Die Weitergabe von IGV-relevanten Informationen betrifft die bundesinternen Stellen, die kantonalen Behörden sowie nichtstaatliche Akteure. Dabei geht es einerseits um die Weitergabe von fachtechnischen Informationen, über die die zuständigen Stellen zur Erfüllung ihrer Aufgaben verfügen müssen, andererseits aber auch um die Information der politischen Behörden. Da die IGV (2005) die gesamte B-Domäne und subsidiär auch den A- und C-Bereich einschliesst, sind die diversen Schnittstellen innerhalb des BAG und der Bundesverwaltung sicherzustellen. Die weitgehend inaktive BAG-interne B-Plattform (vgl. Guery 2007: 114) könnte zu diesem Zweck in eine IGV-Plattform, die auch Vertreterinnen und Vertretern anderer Verwaltungsstellen offen steht (Bundesamt für Veterinärwesen [BVET], Bundesamt für Landwirtschaft [BLW], VBS etc.) umgewandelt werden. Bei IGV-relevanten Ereignissen ist zudem von einem erhöhten öffentlichen Informationsbedürfnis auszugehen. Die nationale IGV-Anlaufstelle stellt deshalb sicher, dass die Kommunikationsdienste des Bundes miteinbezogen werden.

Notifizierung: Die Meldungen an die WHO unterliegen relativ kurzen Zeitlimiten (Bewertung: 48 h; Notifizierung: 24 h). Die Prozesse der Informationsbeschaffung, -beurteilung und -aufbereitung sind entsprechend auszugestalten. Die Notifizierung potenzieller PHEIC an die WHO haben neben dem fachlichen auch einen politischen Aspekt. Die nationale IGV-Anlaufstelle überprüft, dass die entsprechende bundesinterne „Clearance“ vorliegt. Im Falle einer Notifizierung sind zwingend die nationalen Partner (z.B. betroffene Kantone) über Zeitpunkt und Inhalt der Meldung zu informieren. Da Rückfragen der WHO zu beantworten und Detailangaben nachzuliefern sind, steht die Notifizierung in engem Zusammenhang mit dem Prozess der Informationsbeschaffung.

Bedingt durch den erweiterten Geltungsbereich der IGV (2005) muss auch bei A- und C-Ereignissen, sowie im Bereich der Lebensmittelsi-

cherheit und der Zoonosen sichergestellt werden, dass die Notifizierung durch die nationale IGV-Stelle erfolgt. Informationsaustausch innerhalb anderer internationaler Netzwerke und Organisationen wie beispielsweise INFOSAN¹⁴³ oder GLEWS¹⁴⁴ ersetzen die Notifizierung durch die nationale IGV-Anlaufstelle nicht (vgl. World Health Organization 2007: 2 f.).

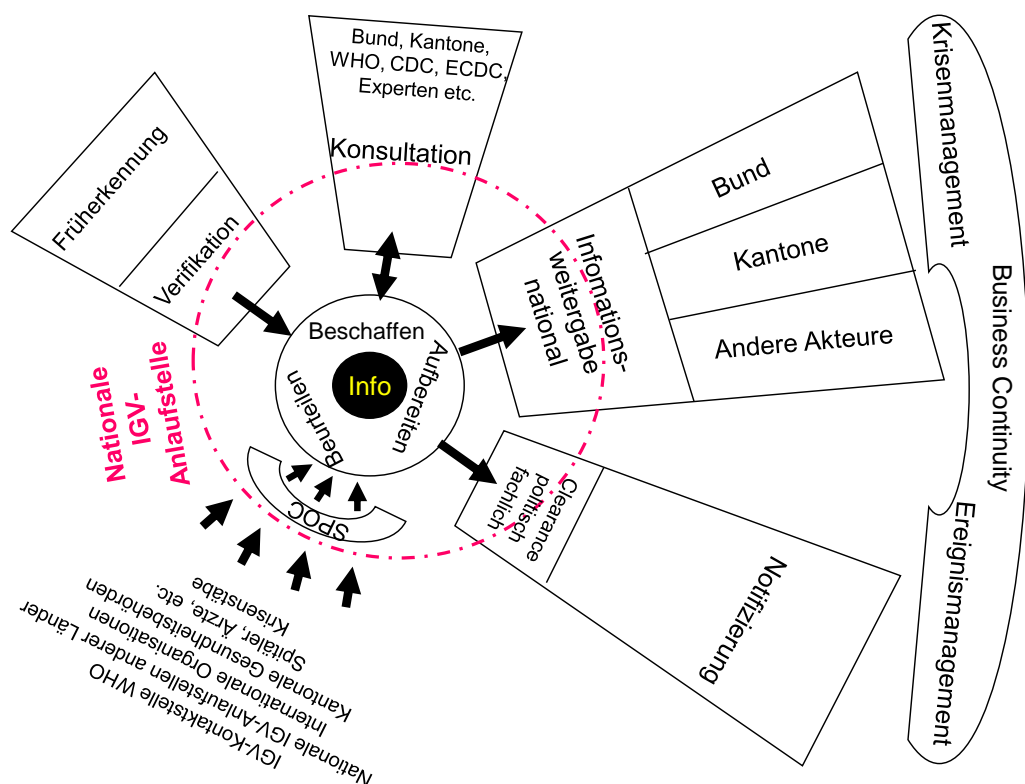


Abbildung 3: Nationale IGV-Anlaufstelle.

Konsultation: Bedingt durch den föderalen Staatsaufbau und die Departmentalisierung der Staatsaufgaben ist unter dem erweiterten Geltungsbereich der IGV (2005) eine enge Koordination und Kooperation zwischen den verschiedenen Akteuren unabdingbar. Insbesondere die Informationsbeschaffung und -beurteilung (Risiko-Assessment) erfordert unter diesen Umständen viel Konsultation und Absprache. Dafür ist ein Klima der Offenheit und des gegenseitigen Vertrauens Voraussetzung.

¹⁴³ International Food Safety Authorities Network (INFOSAN).

¹⁴⁴ Global Early Warning System for Major Animal Diseases, including Zoonoses (GLEWS).

5.3.4.3 Herausforderungen für die nationale IGV-Anlaufstelle

Die Ausgestaltung der nationalen IGV-Anlaufstelle in der beschriebenen Form bietet einige Herausforderungen, um die Zielvorgaben unter den IGV (2005) zu erreichen. Wie bereits Abbildung 3 andeutet, sind die Zuständigkeitsgrenzen der nationalen IGV-Anlaufstelle in Bezug auf die vorgeschlagenen Hauptprozesse noch nicht festgelegt. Hier erscheint eine vorgängige Konsultation der verwaltungsinternen Partner sinnvoll.

Die gesetzliche Verankerung der nationalen IGV-Anlaufstelle bildet einen wichtigen Ausgangspunkt. Ihre Ausgestaltung ist allenfalls durch eine Ausführungsverordnung zu präzisieren. Die gesetzliche Grundlage alleine vermag die Akzeptanz und erfolgreiche Integration dieser neuen Institution jedoch nicht sicherzustellen. Als neu geschaffene, national und international legitimierte Struktur gilt es, die nationale IGV-Anlaufstelle mit geeigneten Massnahmen rasch in die bereits bestehenden nationalen und internationalen Informationsflüsse vorab im B-Bereich, aber auch in den Bereichen A und C, zu integrieren und allenfalls neue Prozesse zu etablieren. Dabei sollen die Informationseingänge gebündelt und soweit wie möglich nach standardisiertem Vorgehen beurteilt und nach etablierten Qualitätskriterien weiterverarbeitet werden. Auch die Informationsweitergabe bedarf einer weitergehenden Koordination als bisher. Der erhöhte Standardisierungsgrad soll Verbindlichkeit und Sicherheit schaffen, wobei genügend Raum für Flexibilität in Spezialsituationen verbleiben muss. Angestrebt wird keine interne Monopolisierung der Aufgaben sondern eine Klärung der Aufgabenbereiche und Verantwortlichkeiten innerhalb des BAG und der Bundesverwaltung.

Der Übergang von der Früherkennung einer Gefahrensituation zur zeitgerechten Intervention ist anfällig für Zeitverzögerungen, situationsinadäquates Verhalten (Überreaktionen, ungeeignete Massnahmen, Passivität) und nicht oder ungenügend koordiniertes Vorgehen. Der breite Einsatz von technischen Hilfsmitteln (elektronische Lagedarstellung, Alarmsystem etc.) und die Erarbeitung von allgemeinen und krankheitsspezifischen Notfallplänen (Influenzapandemieplan, Pockenplan etc.) vermögen hier eine massgebliche Verbesserung zu bewirken. Die

nationale IGV-Anlaufstelle sollte in derartige Projekte eingebunden werden und diese aktiv unterstützen.

Die Akzeptanz der nationalen IGV-Anlaufstelle innerhalb der Bundesverwaltung stellt einen entscheidenden Erfolgsfaktor dar, zumal der Geltungsbereich neben B- auch A- und C-Ereignisse umfasst, und – was als Herausforderung für die Zusammenarbeit noch fast wichtiger erscheint – auch staatsicherheitsrelevante Aspekte mit einschliesst. Aus Sicht der öffentlichen Gesundheit erscheint eine übermässige Vermischung der „Public-Health“ mit der Sicherheitspolitik längerfristig riskant und sollte deshalb umsichtig angegangen werden, auf operativer Ebene muss jedoch gewährleistet sein, dass „Public-Health“-relevante Erkenntnisse aus dem Sicherheitsbereich der nationalen IGV-Anlaufstelle zeitgerecht zur Kenntnis gebracht werden (und umgekehrt). Anstelle der Bildung einer neuen Plattform oder eines zusätzlichen Koordinationsorgans erscheint hierzu die konsequente Einbindung der nationalen IGV-Anlaufstelle in bereits bestehende Organe und die Berücksichtigung der IGV (2005) in den etablierten und zukünftigen Strategien und Prozessen des ABC-Bereiches¹⁴⁵ der vielversprechendere Ansatz. Daneben müssen Kommunikationshindernisse (normative, politische, fachliche, technische, persönliche) abgebaut, die Erreichbarkeit und Verfügbarkeit der Akteure innerhalb des ABC-Netzwerkes sichergestellt und ein Klima des Vertrauens und der Offenheit etabliert werden. Dies sind Voraussetzungen, damit auf nationaler Ebene die Gesundheitsbedrohungen frühzeitig bewältigt und auf internationaler Ebene die zeitlichen Vorgaben der IGV (2005) eingehalten werden können.

Aufbau und Betrieb der nationalen IGV-Anlaufstelle stellen für die Abteilung Übertragbare Krankheiten des BAG eine technische, organisatorische und kulturelle Herausforderung dar. Kritische Bereiche sind die Zusammenarbeit zwischen dem SPOC und dem Fachpikett, die Verfügbarkeit und Störanfälligkeit der Infrastruktur, insbesondere der technischen

¹⁴⁵ Der Strategievorschlag „ABC-Schutz Schweiz“ der KomABC lässt einen Bezug zu den IGV (2005) vermissen und sollte diesbezüglich überarbeitet und ergänzt werden.

Anlagen,¹⁴⁶ der personelle Aufbau des Pikett-Dienstes, die Verfügbarkeit personeller Ressourcen zur Erbringung administrativer Leistungen vor allem im Bereich des Informationsmanagements (Beschaffung, Beurteilung, Aufbereitung, Weitergabe, Ablage), die Anpassung der Leistungsprozesse an die Vorgaben der IGV (2005), die Integration der verschiedenen Früherkennungsinstrumente und konsequente Anwendung des Entscheidungschemas (Meldealgorithmus), die Einbindung abteilungsexterner Fachbereiche (Lebensmittel, Strahlenschutz, Chemikalien), die Sicherstellung einer vorschriftskonformen Notifizierung in allen betroffenen Bereichen, die bundesinterne Zusammenarbeit (insbesondere Eidgenössisches Departement für auswärtige Angelegenheiten [EDA], Eidgenössisches Volkswirtschaftsdepartement [EVD] und VBS) und die Schnittstelle zur „Business Continuity“-Planung und zum Krisenmanagement der Abteilung und des Amtes. Der Ansatz, die Realisierung der nationalen IGV-Anlaufstelle auf Anpassungen in den Bereichen Technologie, Anwendung (Applikationen) und Daten zu beschränken, greift zu kurz. Der wesentliche Wandel bleibt in den weichen Domänen „Mensch und Organisation“ und „Geschäftsprozesse“ zu realisieren. Aufgrund der Ausprägungen dieser Change-Elemente erscheint deshalb die Realisierung der nationalen IGV-Anlaufstelle in Form eines BAG-Projektes ausgestattet mit den entsprechenden Mandaten und Ressourcen eher erfolgversprechend als die Realisierung innerhalb der Linie.

5.3.5 Nationale Governance

5.3.5.1 Aufgaben- und Zuständigkeitsregelung: drei Regimes

Die Zusammenarbeit zwischen Bund und Kantonen im Bereich der übertragbaren Krankheiten ist sehr konsultativ und partizipatorisch ausgestaltet und stark auf Situationen im „Courant normal“ ausgerichtet. Das Epidemiengesetz regelt im Kompetenzbereich des Bundes die Aufgabentei-

¹⁴⁶ Zurzeit ist die Abteilung Übertragbare Krankheiten des BAG in einem Gebäude eingemietet, das die Voraussetzungen für einen gesicherten Betrieb der nationalen IGV-Anlaufstelle und ein situationsadäquates Ereignis- und Krisenmanagement nicht gewährleistet.

lung zwischen Bund und Kantonen.¹⁴⁷ Im Normalfall liegt die Vollzugskompetenz bei den Kantonen. Gemäss Art. 11 treffen die Kantone die Massnahmen zur Bekämpfung übertragbarer Krankheiten. Die Anordnung einiger spezifischer Massnahmen (Information, internationaler Verkehr, ausserordentliche Umstände) liegen beim Bund. Seine Hauptaufgabe besteht in der Oberaufsicht und in der Koordination (Art. 9: „Der Bund übt die Oberaufsicht über die Durchführung des Gesetzes aus und koordiniert wenn nötig die Massnahmen der Kantone“).

Das aktuell gültige Epidemiengesetz sieht einen Dualismus vor. Im „Courant normal“ liegt ein grosser Teil der Gestaltungskompetenz bei den Kantonen. Der Vollzug steht fast vollständig unter ihrer Kontrolle. Der Bund setzt primär auf Koordination und versucht, in einigen Bereichen nationale Ziele zu bezeichnen (z.B. im Impfbereich). Sobald die Kantone überfordert sind, die Aufgabenerfüllung aus dem Ruder zu laufen droht, besteht ein gesetzliches Instrument, das dem Bundesrat erlaubt, für das ganze Land oder für einzelne Landesteile die notwendigen Massnahmen anzuordnen, wenn ausserordentliche Umstände es erfordern (Art. 10). Diese Notfallklausel kam in der Vergangenheit mehrmals zur Anwendung. So beziehen sich die Influenzapandemie-Verordnung¹⁴⁸ und die CJKV¹⁴⁹ auf Art. 10 des Epidemiengesetzes. Eine übermässige Ausreizung der Notfallklausel ist allerdings aus rechtstaatlicher Sicht problematisch. Nicht in jedem Fall, in dem ein Eingreifen des Bundes erwünscht und sinnvoll ist, liegt eine ausserordentliche Situation vor. Zudem besteht ein grosser Interpretationsspielraum.

¹⁴⁷ Weitere eidgenössische Gesetze zum Gesundheitsschutz, die sich vollständig oder partiell auf den Bereich der übertragbaren Krankheiten beziehen, sind das Bundesgesetz betreffend Massnahmen gegen die Tuberkulose (SR 818.102), das Bundesgesetz über genetische Untersuchungen beim Menschen (SR 810.12) und das Bundesgesetz über Lebensmittel und Gebrauchsgegenstände (SR 817.0).

¹⁴⁸ Verordnung über Massnahmen zur Bekämpfung einer Influenza-Pandemie (Influenzapandemie-Verordnung, IPV, SR 818.101.23).

¹⁴⁹ Verordnung über die Prävention der Creutzfeldt-Jakob-Krankheit bei chirurgischen und medizinischen Eingriffen (CJKV, SR 818.101.21).

Obschon der Bund in Situationen besonderer Bedrohungen Handlungswille und -fähigkeit bewiesen hat,¹⁵⁰ gilt es, im Hinblick auf die Umsetzung der IGV (2005) die Verbindlichkeit und Disziplin der verschiedenen Akteure und die Vorsehbarkeit staatlichen Handelns in diesen akuten Bedrohungssituationen zu verbessern. Dies bedingt allerdings ein Umdenken und eine gewisse Flexibilität im Rollenverständnis, soll das Ziel einer Prozessbeschleunigung und einer effektiven, effizienten und transparenten Bewältigung unterschiedlichster Bedrohungssituationen erreicht werden. Der dualistische Ansatz des jetzigen Epidemiengesetzes sollte durch die drei nachfolgend vorgeschlagenen, differenzierter ausgestalteten Regimes ersetzt werden, die entlang der Eskalationslinie von Bedrohungssituationen zum Einsatz kommen:

Regime „Kantone“: Die Aufgaben- und Kompetenzverteilung richtet sich nach dem bisherigen Schema und ist auf den „Courant normal“ ausgerichtet. Die Kompetenzbereiche des Bundes werden klarer umschrieben (Zielvorgaben, Aufsicht, Koordination, Früherkennung, Meldepflicht, Aufklärung und Bewusstseinsbildung, Information, Versorgung, Forschung etc.) und die Vollzugsautonomie der Kantone bleibt ausdrücklich gewahrt. Der Bund ist zuständig für die Oberaufsicht und Koordination. Er macht Zielvorgaben und kontrolliert deren Einhaltung. Die Kantone nutzen ihren Gestaltungsspielraum, um die Zielvorgaben mit adäquaten Mitteln zu erreichen und erstatten regelmässig Bericht über die Zielerreichung. Die vertikale und horizontale Koordination erfolgt in geeigneten Plattformen.

Szenarien für das Regime „Kantone“ sind: Masern- und Meningitisausbrüche in Schulen, Tuberkulosefälle, lokale Ausbrüche gastro-intestinaler Erkrankungen etc.

¹⁵⁰ Als weiteres Beispiel kann die Verordnung vom 1. April 2003 betreffend Massnahmen des Bundesamtes für Gesundheit zur Prävention des Schweren Akuten Respiratorischen Syndroms (SARS) (SARS-Verordnung, SR 818.101.22) aufgeführt werden, mit der beruhend auf Art. 10 des Epidemien-gesetzes das BAG ermächtigt wurde, „die zur Verminderung des Übertragungsrisikos von SARS notwendigen Sofortmassnahmen zu treffen und die entsprechenden Verfügungen zu erlassen“ (Art. 2).

Regime „Bund Gesundheit“: In einer besonderen Lage,¹⁵¹ bei der zur Abwehr einer Gesundheitsgefährdung eine einheitliche Regelung durch den Bund notwendig ist oder die Situation die Kraft der Kantone übersteigt, gehen die im Epidemiengesetz an die Kantone delegierten Kompetenzen an den Bund, der soweit sinnvoll und in angemessener Detailschärfe die Massnahmen anordnet. Der Bund übernimmt die Federführung, der Massnahmenvollzug verbleibt bei den Kantonen, allerdings unter stark eingeschränktem Gestaltungsspielraum. Sowohl der Bund als auch die Kantone sorgen in ihren Zuständigkeitsbereichen für eine adäquate Krisenorganisation.

Szenarien für das Regime „Bund Gesundheit“ sind: Influenzapandemie, SARS-Ausbruch, Pockenattacke etc.

Regime „Bund Sicherheit“: Die Kompetenzen des Bundes stützen sich im Regime „Kantone“ und Regime „Bund Gesundheit“ auf Art. 118 BV. In ausserordentlichen Situationen kann der Bund zudem Massnahmen zur Wahrung der äusseren und inneren Sicherheit treffen (Art. 185 BV). Er kann unmittelbar darauf gestützt befristete Verordnungen und Verfügungen erlassen und auch schwerwiegende Einschränkungen von Grundrechten ohne gesetzliche Grundlage vornehmen,¹⁵² um eingetretenen oder unmittelbar drohenden schweren Störungen zu begegnen (Art. 36 BV). Beim Regime „Bund Sicherheit“ bildet eine Bedrohung der öffentlichen Gesundheit zwar den Ausgangspunkt, die Auswirkungen auf andere gesellschaftliche Bereiche sind jedoch dergestalt, dass sich über die Belange der öffentlichen Gesundheit hinaus eine sicherheitsgefährdende Dynamik entwickelt. Unter Umständen normalisiert sich die Lage auch dann nicht, wenn das Gesundheitsproblem als auslösendes Element nicht mehr besteht.

¹⁵¹ Eine besondere Lage liegt insbesondere dann vor, wenn die ordentlichen Vollzugsorgane (Kantone) nicht in der Lage sind, Epidemien und Krankheitsausbrüchen angemessen vorzubeugen, diese einzudämmen oder zu bekämpfen. Dies ist namentlich in Situationen mit erhöhter Ansteckungs- und Ausbreitungsgefahr, besonderer Gesundheitsgefährdung oder schwerwiegenden Auswirkungen auf die Wirtschaft oder auf andere Lebensbereiche der Fall.

¹⁵² Die Grundrechtseinschränkungen in Fällen ernster, unmittelbarer und nicht anders abwendbarer Gefahren müssen allerdings durch ein öffentliches Interesse begründet und verhältnismässig sein und dürfen den Kerngehalt der Grundrechte nicht antasten (Art. 36 BV).

Szenarien für das Regime „Bund Sicherheit“ sind: „Worst-Case“-Szenario einer Influenzapandemie (vgl. Bundesamt für Gesundheit 2006c: 21 ff.), grossflächiger Einsatz biologischer Massenvernichtungswaffen etc.

Mit der Einführung dieses Konzeptes, das sich am PHEIC-Ansatz der IGV (2005) inspiriert, werden die Voraussehbarkeit und Rechtsicherheit in besonderen und ausserordentlichen Lagen erhöht. Die Feststellung einer besonderen oder ausserordentlichen Lage obliegt dem Bundesrat nach Anhörung der betroffenen Kantone.

5.3.5.2 Führung und Koordination

Der dreistufige Staatsaufbau in der Schweiz stellt für die Umsetzung der IGV (2005) eine Herausforderung dar. Mit den revidierten Vorschriften, welche die Mitgliedstaaten bei der Erkennung, Verhütung und Bewältigung von Krankheitsausbrüchen in die Pflicht nehmen und einen globalen Steuerungsanspruch geltend machen, steigt der Druck auf die innerstaatlichen Akteure. Dieser bezieht sich auf die Effizienz und Effektivität nationaler Steuerungsinstrumente, die Verfügbarkeit von Kapazitäten, die Geschwindigkeit von Prozessen, die Qualität der Produkte staatlichen Handelns (Überwachung, Verhütung, Bekämpfung), die Verantwortlichkeit („Accountability“), den Informationsfluss und die Zusammenarbeit zwischen den Staatsebenen und den anderen beteiligten Akteuren. Zwar obliegt dem Bund mit der Oberaufsicht die Vollzugskontrolle, doch sind dieser im föderalistischen System der Schweiz aufgrund der Notwendigkeit langfristiger Kooperation enge Grenzen gesetzt. Deshalb zieht der Bund oft kooperative Strategien einer konfliktuellen Vorgehensweise vor und macht von seinen Interventionsmöglichkeiten nur wenig Gebrauch (vgl. Vatter 2006: 93 f.).

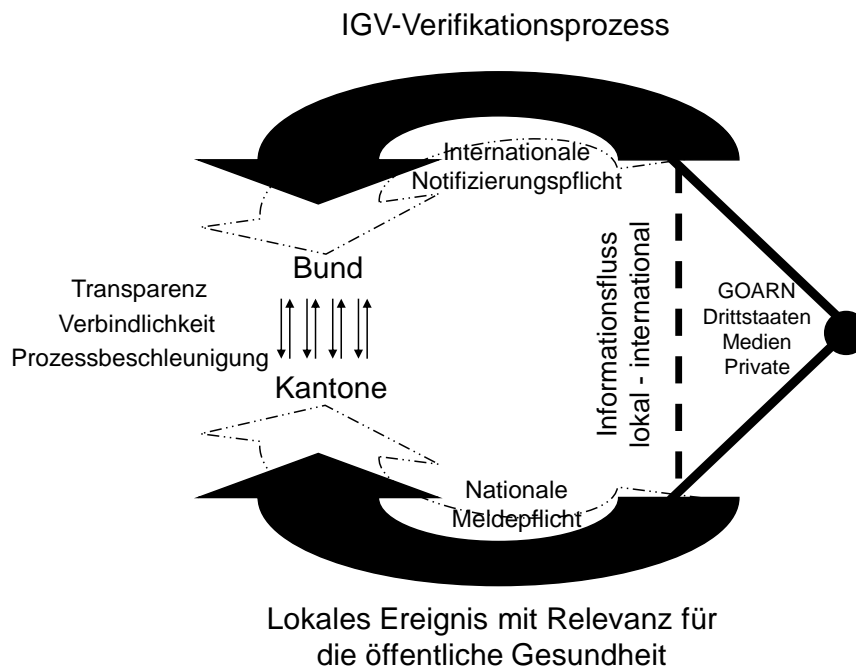


Abbildung 4: IGV (2005) nehmen Bund und Kantone in die Zange.

Die Umsetzung der IGV (2005) erfordert eine verbesserte Verbindlichkeit auf Stufe Bund und Kantone. Die nationalen und kantonalen Gesundheitsbehörden werden durch die revidierten Vorschriften in die Pflicht genommen (vgl. Abbildung 4). Auf der einen Seite gilt es, die lokalen Bedrohungssituationen frühzeitig zu bekämpfen und zu kontrollieren, auf der anderen Seite stehen die internationalen Forderungen bezüglich der Information und Abklärung sowie der Ausgestaltung der Interventionen nach internationalen Vorgaben und Empfehlungen. Dank neuer Informationsmittel und -kompetenzen der WHO ist es durchaus denkbar, dass lokale Ereignisse ein Nachfragen der WHO bzw. einen IGV-Verifikationsprozess bei den nationalen Behörden auslösen, bevor auf nationaler Ebene überhaupt eine Meldung erfolgt ist. Der Koordinationsbedarf auf und zwischen allen Staatsebenen im B-Bereich ist deshalb gross, insbesondere wenn eine Situation akuter Bedrohung der öffentlichen Gesundheit vorliegt. Im Hinblick auf die Umsetzung der IGV (2005) schlägt der Verfasser für eine verbesserte Führung und Koordination die

Schaffung eines nationalen B-Krisenorgans (vgl. Kapitel 5.3.5.2.1) und eines Koordinationsorgans Bund-Kantone vor (vgl. Kapitel 5.3.5.2.3).

Für eine Übersicht über die anderen, bereits bestehenden ordentlichen Führungs- und Koordinationsorgane sowie die Krisenstäbe des B-Bereiches auf Bundes- und Kantonebene wird auf die detaillierte Analyse von Michael Guery zum biologischen Terrorismus am Beispiel der Anthrax-Alarme im Herbst 2001 in der Schweiz verwiesen (vgl. Guery 2007: 46 ff.).

5.3.5.2.1 Stufe Bund: Nationales B-Krisenorgan

Die Erfahrungen der letzten Jahre mit nationalen Bedrohungssituationen der öffentlichen Gesundheit (Anthrax-Briefe, SARS, Influenza A [H5N1]) haben Lücken in der Führungs- und Koordinationsstruktur des Bundes und in der Zusammenarbeit zwischen Bund und Kantonen zu Tage gelegt (vgl. Guery 2007: 175 ff.). Diese Einschätzung bestätigte sich anlässlich einer nationalen Führungsübung der Bundesverwaltung im Jahr 2005 zu einem Influenzapandemieszenario (vgl. Strategische Führungsausbildung SFA 2005: 29 ff.). Ähnlich waren die Erfahrungen im Rahmen zweier internationaler Übungen der EU zu Pocken (vgl. Health Protection Agency 2007b: 1 ff.) und zur Influenzapandemie (vgl. Health Protection Agency 2007a: 1 ff.), an denen die Schweiz im Jahr 2005 teilgenommen hatte.

Als Folge der Überschneidungen in den Bereichen der öffentlichen Gesundheit und der nationalen Sicherheit ist innerhalb der Bundesverwaltung ein Kompetenzgerangel zwischen den drei Akteuren EDI (BAG), VBS (Bundesamt für Bevölkerungsschutz [BABS], Koordinierter Sanitätsdienst [KSD] etc.) und Bundeskanzlei in Bezug auf die Führung und Steuerung im B-Bereich entstanden. Dies stellt in Bezug auf eine effektive und effiziente Bekämpfung und Kontrolle von Bedrohungslagen der öffentlichen Gesundheit im Allgemeinen und bezüglich der Umsetzung der IGV (2005) im Speziellen eine besondere Herausforderung dar. Wie nachfolgend dargestellt, wird man diesbezüglich nicht um eine Flurbereinigung herumkommen. Dabei geht es nicht um eine Monopolisierung der Zuständigkeit sondern um eine sinnvolle Aufgabenteilung unter der Fe-

derführung des EDI, das national die Koordination der Akteure und ein abgestimmtes Vorgehen sicherstellt und international als kompetenter Ansprechpartner gegenüber der WHO auftritt. Mit dem Auftrag an das BAG, als nationale IGV-Anlaufstelle zu fungieren, hat der Bundesrat die Zuständigkeiten in Bezug auf übertragbare Krankheiten bundesverwaltungsintern bestätigt.

Zurzeit sind verschiedene Bundesstellen (Bundeskanzlei, VBS, EDI) damit beauftragt, die Führungs- und Koordinationsstrukturen innerhalb des Bundes für Krisensituationen, allgemein oder in einzelnen Teilbereichen, zu klären. Dabei haben sich im ABC-Bereich zwei Grundmodelle herauskristallisiert:

- Sicherheitsorientierter „All-Risk“-Ansatz (SARA). Dieses Modell wird insbesondere von verschiedenen Organisationseinheiten des VBS (KSD, BABS) und der KomABC verfolgt. SARA geht von einem umfassenden Schutz der Gesellschaft – unabhängig von der Art der Bedrohung – aus und begünstigt die Fokussierung auf Synergien (vgl. Möckli 2007: 2).
- „Public-Health“-orientierter B-Ansatz (POBA). POBA ist gesundheitsorientiert und stark auf die bestehenden (zivilen) Kapazitäten und Kompetenzen im B-Bereich ausgerichtet. Dieses Gegenmodell zu SARA wird vom EDI favorisiert.

Bundesweit müssen die strategisch-politischen Führungsstrukturen geklärt und Doppelspurigkeiten abgebaut werden (vgl. Möckli 2007: 3). Die KomABC empfiehlt deshalb in ihrem Vorschlag zu einer Strategie „ABC-Schutz Schweiz“ die Führungsstruktur des Bundes für die ABC-Ereignisse zu überprüfen und anzupassen. Namentlich soll sich der Bund für alle Ereignisse, bei denen er die Führungsrolle übernimmt, eine einheitliche Führungsstruktur geben. Im Sinne eines „All-Risk“-Ansatzes soll analog zu den Kantonen nur noch ein Krisenstab bestehen, wobei die Führung bei demjenigen Departement liegt, welches vom Ereignis am meisten betroffen ist. SARA ist eine den kantonalen Einsatzstäben nachgebildete, kulturell eher militärisch ausgerichtete, dem „One-Size-Fits-All“-Gedanken verhaftete Krisenführungs- und Einsatzstruktur. Die

bisherigen Umsetzungsvorschläge dieses Ansatzes¹⁵³ tragen allerdings der gut etablierten Erkenntnis zu wenig Rechnung, dass sich in Krisensituationen oft nur bewährt, was bereits in Normalzeiten gut funktioniert. Das Konzept erscheint eher für das Regime „Bund Sicherheit“ geeignet, das nur in ausserordentlichen Situationen, bei denen die innere Sicherheit massiv bedroht ist, zur Anwendung kommen sollte. In derartigen Ausnahmesituationen mag es sogar sinnvoll sein, die departementale Federführung in der Krisenbewältigung einem Handwechsel zu unterziehen, zumal, wie in Kapitel 5.3.5.1 ausgeführt, der Hauptfokus nicht mehr zwingend auf der Gesundheitsproblematik liegt. Die IGV (2005) verfolgen mit ihrem erweiterten Geltungsbereich einen integrierten Ansatz. Dies scheint für eine operative „One-Size-Fits-All“-Lösung zu sprechen, doch gilt es zu relativieren, dass der Einbezug der Bereiche A und C subsidiär erfolgt und die Zuständigkeiten zwischenstaatlicher Organisationen und internationaler Organe wie z.B. die IAEA nicht tangiert werden (Art. 14 und Art. 57). Bezogen auf die Schweiz erscheint aufgrund der bisherigen Erfahrungen mit Krisen im B-Bereich die Übertragung von Führungs- und Steuerungskompetenzen auf Bundesebene an einen ABC-Krisenstab als wenig erfolgversprechend. Zu stark unterscheiden sich auf Bundesebene die Szenarien, die involvierten Systeme und ihre Akteure im B-Bereich von den Bereichen A und C. Das vollzugsorientierte ABC-Krisenführungsmodell der Kantone eignet sich nur bedingt für die in weit stärkerem Masse politisch-strategisch ausgerichtete Bundesebene.

Der „Public-Health“-orientierte B-Ansatz konkretisiert sich in der vorbereitenden Ausgestaltung des Influenzapandemiesonderstabs. Dieser Sonderstab wird im Falle einer Influenzapandemie durch den Bundesrat zu seiner Beratung eingesetzt.¹⁵⁴ Er steht unter der Leitung des EDI und unterstützt den Bund und die Kantone bei der Koordination der Vollzugsmassnahmen. Der Sonderstab besteht aus drei Modulen, einem Kernstab mit den Generalsekretären und Vertretern der Bundeskanzlei, des BAG und der Konferenz der Kantonsregierungen (KdK), einem erweiterten Stab zusätzlich mit Vertretern der betroffenen Fach- und Quer-

¹⁵³ Erste Entwürfe einer Verordnung über die Einsatzorganisation zum ABC-Schutz.

¹⁵⁴ Artikel 4 der Influenza-Pandemieverordnung (SR 818.101.23).

schnittsämter, der Kantone und anderer Akteure und einem Gesamtstab. Der Stab SiA ist beauftragt, zuhanden des Generalsekretärs des EDI und in Zusammenarbeit mit dem BAG alle nötigen Vorkehrungen zu treffen, damit der Pandemiesonderstab jederzeit einberufen werden und er seine Arbeit ohne Verzögerung aufnehmen kann.

Dieser Sonderstab ist zwar auf eine potenziell grosse Gesundheitsgefährdung ausgerichtet, bleibt aber auf die Influenzapandemie beschränkt. Dies greift letztlich zu kurz. Das Modell kann aber, wie nachfolgend vorgeschlagen, ohne weiteres als Grundlage dienen für die Ausgestaltung eines nationalen B-Krisenorgans (vgl. Abbildung 5). Dieses nationale B-Krisenorgan würde hauptsächlich unter dem Regime „Bund Gesundheit“ zum Einsatz kommen,¹⁵⁵ könnte aber bei Bedarf ebenso unter dem Regime „Kantone“ und „Bund Sicherheit“ tätig werden und sollte im revidierten Epidemien-gesetz verankert werden.

Dem nationalen B-Krisenorgan auf Stufe Bund kommen drei Hauptaufgaben zu:

- Entscheidvorbereitung für den Bundesrat
- Koordination der Aktivitäten innerhalb der Bundesverwaltung
- Koordination der Aktivitäten mit den Kantonen und anderen wichtigen Partnern

Das nationale B-Krisenorgan steht unter der Leitung des EDI und umfasst entsprechend den drei Hauptaufgaben drei Module und einen Stabsteil.

Modul 1 „Entscheidvorbereitung“: Die Entscheidvorbereitung beinhaltet nicht nur technisch-fachliche Aspekte sondern vollzieht den exekutiv-politischen Konsensfindungsprozess bis auf Stufe Generalsekretäre innerhalb des nationalen B-Krisenorgans. Dadurch wird der verwaltungsin-terne Lösungsfindungs- und -erarbeitungsprozess markant verkürzt und sichergestellt, dass der Bundesrat rasch entscheiden kann, da keine

¹⁵⁵ Dabei gilt es zu berücksichtigen, dass der Wechsel vom „Courant normal“ zum Regime „Bund Gesundheit“ nicht zwangsläufig und in jedem Fall die Einberufung des nationalen B-Krisenorgans nötig macht.

bzw. nur die entscheidenden Dissense am Bundesrattstisch erörtert und entschieden werden müssen. Erfahrungen, beispielsweise aus der Führungsübung von 2005, haben gezeigt, dass der übliche dezentrale Prozess mit schriftlicher Ämterkonsultation und schriftlichem Mitberichtsverfahren in Bedrohungssituationen, insbesondere wenn es sich um mehr als punktuelle Ereignisse handelt, die zeitgerechte und situationsadäquate Entscheidungsfindung gefährdet (vgl. Strategische Führungsausbildung SFA 2005: 41). Neben der Entscheidvorbereitung stellt Modul 1 sicher, dass die bundesrätlichen Aufträge rasch und koordiniert in die zuständigen Departemente weitergeleitet werden.

Die Zusammensetzung dieses Moduls des nationalen B-Krisenorgans entspricht in etwa dem Kernstab des Influenzapandemiesonderstabs (Generalsekretäre der betroffenen Departemente, Vertretung des hauptbetroffenen Amtes, Vertretung der KdK). Die Vertretung der Kantone nimmt in Ergänzung zu Modul 3 Einsitz in das Modul 1, um die kantonale Sicht unmittelbar in die Entscheidvorbereitung einfließen lassen zu können.

Modul 2: „Steuerung und Koordination Bundesverwaltung“: Für die Koordination der Aktivitäten innerhalb der Bundesverwaltung ist der Einbezug der betroffenen Fach- und Unterstützungsämter notwendig, um einerseits die Fachexpertise in der Problembewertung und Lösungserarbeitung vor Ort zu haben und andererseits die Koordination und Detailabstimmung der bundesseitigen Massnahmen zwischen den betroffenen Ämtern sicherzustellen. Die Zusammensetzung dieses Moduls des Krisenorgans entspricht in etwa dem erweiterten Stab des Pandemiesonderstabs. Je nach Bedarf und Problemstellung können weitere insbesondere nichtstaatliche Akteure in dieses Modul des nationalen B-Krisenorgans aufgenommen werden.

Modul 3: „Steuerung und Koordination Bund-Kantone-weitere Akteure“: Für die Koordination der Aktivitäten des Bundes mit den Kantonen unter dem Regime „Bund Gesundheit“ fehlte bis anhin ein geeignetes Gremium. Hier kommt das in Kapitel 5.3.5.2.3 vorgeschlagene Koordinationsorgan zum Zug. Dieses bereits im „Courant normal“ vom Bund geführte, speziell für die Koordination im B-Bereich zwischen Bund und Kantonen

konzipierte Gremium vervollständigt als drittes Modul das nationale B-Krisenorgan. Je nach Bedarf und Problemstellung können weitere insbesondere nichtstaatliche Akteure in dieses Modul des nationalen B-Krisenorgans aufgenommen werden.

Stab des nationalen B-Krisenorgans: Der dreimodulige Aufbau erlaubt es, die Sitzungsagenden bedarfs- und situationsgerecht auszugestalten (parallel, seriell). Dem Stab als weiteres Element des nationalen B-Krisenorgans kommt deshalb eine ganz wichtige Rolle zu. Er ist verantwortlich für alle administrativen und organisatorischen Belange (allenfalls auch für die Lagedarstellung).

Kommunikationseinheit des nationalen B-Krisenorgans: Dem nationalen B-Krisenorgan wird eine Kommunikationseinheit fest zugeteilt. Diese stellt die Koordination mit den Kommunikationsverantwortlichen auf Stufe Bund und Kantone sicher und unterstützt und berät das nationale B-Krisenorgan in Kommunikationsfragen.¹⁵⁶

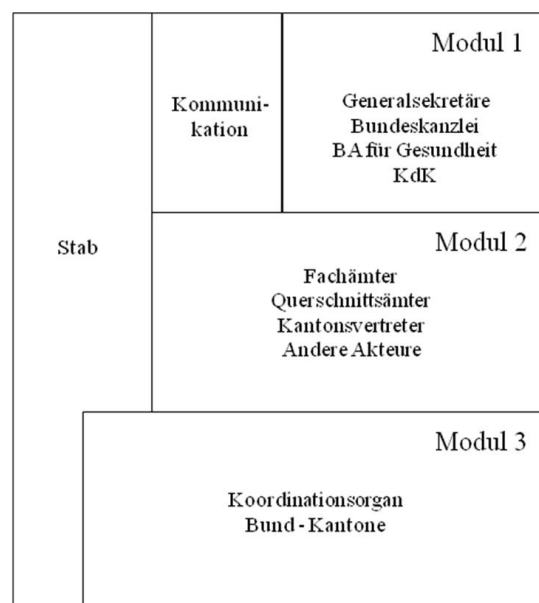


Abbildung 5: Zusammensetzung des nationalen B-Krisenorgans.

¹⁵⁶ Während der Führungsübung des Bundes im Rahmen der Influenzapandemievorbereitung erwiesen sich die Informations- und Kommunikationsprozesse als sehr anspruchsvoll und optimierungsbedürftig (vgl. Strategische Führungsausbildung SFA 2005: 43). Der Bundesrat hat deshalb entschieden, die Information und Kommunikation in einer künftigen Führungsübung mit Priorität zu testen (Bundesratsbeschluss vom 22. Juni 2005).

Das vorgeschlagene Modell eines nationalen B-Krisenorgans erlaubt die Konzentration der Kräfte im B-Bereich. Das nationale B-Krisenorgan ist sowohl für die strategisch-politischen Belange als auch für die operative Umsetzung zuständig.

5.3.5.2.2 Stufe Kantone: horizontale Instrumente

Die Kantone können Konkordate über sämtliche Gegenstände aus ihrem Zuständigkeitsbereich abschliessen. Dies umfasst Angelegenheiten aus dem autonomen und delegierten Wirkungskreis der Kantone (vgl. Tschannen 2004: 235). Rund 10% der bestehenden Konkordate beziehen sich auf den Bereich Gesundheit und Soziales.¹⁵⁷ Heute bestehen mehr als 100 interkantonale Vereinbarungen, die das Handlungsfeld Gesundheit betreffen (vgl. Achtermann/Berset 2006: 76).

Neben den Konkordaten bilden die GDK und die Vereinigung der Kantonsärztinnen und Kantonsärzte der Schweiz (VKS) die wichtigsten horizontalen Institutionen im Bereich der übertragbaren Krankheiten.¹⁵⁸ Diese horizontalen Institutionen dienen vor allem der Koordination und der Zusammenarbeit zwischen den Kantonen ohne Einbezug des Bundes (vgl. Linder 2005: 147).

Die GDK wurde 1919 gegründet (vgl. Bochsler/Sciarini 2006: 27). Wie die anderen insgesamt 16 interkantonalen Direktorenkonferenzen dient die GDK als konsultatives Organ vor allem dem Erfahrungsaustausch, der interkantonalen Aufgabenteilung und -koordination sowie der Besprechung aktueller Probleme zwischen den für Gesundheitsbelange zuständigen Regierungsräten aller Kantone (vgl. Vatter 2006: 97). Die Entschiede der Konferenz haben für ihre Mitglieder und die Kantone lediglich empfehlenden Charakter. Vertreter von Bundesstellen (insbesondere der Vorsteher des EDI und der Direktor BAG) und Vertreter des Fürstentums Liechtenstein nehmen als ständige Gäste an den Sitzungen der Konferenz teil. Der Bund bringt sich im Rahmen seiner Zuständigkeiten

¹⁵⁷ Quelle: Datenbank der Konkordate des Instituts für Föderalismus an der Universität Freiburg (http://www.sgww.ch/sekto/news/archiv/d/041208_konkordate.php).

¹⁵⁸ Weitere in den Bereich der übertragbaren Krankheiten involvierte kantonale Stellen umfassen unter anderen die Kantonschemikerinnen und Kantonschemiker, die Kantonsapothekerinnen und Kantonsapotheker sowie die B-Fachverantwortlichen.

aktiv in die Diskussionen ein. Die Konferenz verfügt über ein ständiges Zentralsekretariat mit Sitz in Bern. Rechtlich und finanziell werden die Konferenz und das Zentralsekretariat von den Kantonen getragen.¹⁵⁹

Die VKS ist als Verein im Sinne von Art. 60 ff. ZGB¹⁶⁰ organisiert. Sie bezweckt die gegenseitige Information im Aufgabenbereich, die Besprechung und Bearbeitung gemeinsamer Probleme, die Erarbeitung von Vernehmlassungen und Anträgen im Bereich gemeinsamer Probleme von gesamtschweizerischer Bedeutung zuhanden der GDK, des EDI, des BAG und anderer Instanzen.¹⁶¹ Der Landesphysikus des Fürstentums Liechtenstein gehört der VKS als Mitglied mit beratender Stimme an. Die Vereinigung führt jährlich gemeinsam mit der GDK eine Jahresversammlung und zwei- bis dreimal eine Mitgliederversammlung durch. Die Abteilung Übertragbare Krankheiten des BAG nimmt regelmässig an diesen Versammlungen teil und bestreitet nach Absprache mit dem Präsidenten des VKS einen zeitlich limitierten Teil zu bundesrelevanten Themen.

5.3.5.2.3 Zusammenarbeit Bund – Kantone: Koordinationsorgan

Das Koordinationsorgan soll die Zusammenarbeit zwischen Bund und Kantonen fördern. Dieses neu zu schaffende Organ koordiniert im „Courant normal“ die Aktivitäten von Bund und Kantonen, berät Problemstellungen und erarbeitet Lösungsvorschläge. Seine Aufgabe liegt insbesondere in der

- Problemerkennung und -beurteilung sowie der Erarbeitung von Lösungen
- Koordination der Erkennungs-, Verhütungs- und Bekämpfungsmassnahmen
- Sicherstellung der einheitlichen Umsetzung der Massnahmen
- Koordination der Information und Kommunikation

¹⁵⁹ <http://www.gdk-cds.ch>.

¹⁶⁰ Schweizerisches Zivilgesetzbuch (ZGB) (SR 210).

¹⁶¹ Statuten der Vereinigung der Kantonsärztinnen und Kantonsärzte vom 22. Mai 1997.

Ähnlich wie der Notfallausschuss im Rahmen der Feststellung einer PHEIC durch die WHO Generaldirektorin unter den IGV (2005) sollte das Koordinationsorgan bei der Beurteilung einer besonderen oder ausserordentlichen Lage angehört werden. Bei der Krisenbewältigung wird es in das nationale B-Krisenorgan integriert (vgl. Kapitel 5.3.5.2.1).

Bei der Regelung der Einberufung, Zusammensetzung und Führung des Koordinationsorgans im Rahmen einer Verordnung sollten folgende Punkte in Betracht gezogen werden:

- Führung durch den Bund
- Angemessene Vertretung der relevanten Partner (Bund, Kantone, nichtstaatliche Akteure)
- Bedarfsgerechte, allenfalls flexible Zusammensetzung (z.B. durch modulartigen Aufbau)
- Beschränkung der Teilnehmerzahl, damit die Handlungsfähigkeit nicht gefährdet ist
- Regelmässige auf Sitzungen der GDK und des VKS abgestimmte Sitzungstermine
- Rasche Einberufungsmöglichkeit bei Bedarf
- Umschreibung der Aufgaben im „Courant normal“, beispielsweise Vorbereitung gemeinsamer Gesundheitsdossier für Sitzungen der VKS oder der GDK, Erarbeitung nationaler Ziele und Strategien, Sicherstellung der Berichterstattung, Massnahmen der Wirkungsüberprüfung, Koordination des Massnahmenvollzugs, Umsetzung der IGV (2005)
- Umschreibung der Aufgaben in Krisenzeiten (z.B. Konsultation bei Bezeichnung einer besonderen Lage, Teilnahme am nationalen B-Krisenorgan)
- Verfügbarkeit administrativer Ressourcen

5.3.5.3 Technische Unterstützung

Neben den institutionellen Koordinationsstrukturen sind die Informationsflüsse und Koordinationsbedürfnisse auch durch entsprechende elektronische Hilfsmittel des Datenaustausches abzudecken. Eine elektronische Vernetzung bietet sich in folgenden Bereichen an:

- Meldungen zu übertragbaren Krankheiten (eingehende Meldungen und Rückmeldungen der zentralen Behörde)
- Früherkennung und Lagedarstellung
- Vollzugsmeldungen
- Verfügbarkeit von Infrastruktur (z.B. freie Spitalbetten, Notfallaufnahme, Quarantänestationen)
- Epidemiologische Abklärungen
- Fallidentifizierung („Case Finding“) und Eruiierung von Kontaktpersonen („Contact Tracing“)
- Absonderung und Quarantäne

Verschiedene Systeme finden sich bundesseitig in Entwicklung und in Teilbereichen bereits im Einsatz. Zu erwähnen sind die Elektronische Lagedarstellung (ELD) der NAZ und das IES¹⁶² des KSD. Einer breiteren Einführung standen bis anhin vorwiegend technische Schwierigkeiten, die Finanzierung und Fragen zur gegenseitigen Systemabgrenzung im Wege. Ein wichtiges Kriterium für den anstehenden Systemscheid erscheint neben Benutzerfreundlichkeit und Robustheit für die Zukunft insbesondere auch die Kompatibilität mit bestehenden internationalen Netzwerken (EWRS, RAS-BICHAT).

5.3.5.4 Neuer Ansatz: Regionalisierung

Neben der in der Praxis häufig anzutreffenden Zentralisierung von Aufgaben und Kompetenzen lassen sich drei Stossrichtungen zur Reform des heutigen Föderalismus in der Schweiz unterscheiden: die Entflechtungsstrategie durch Dezentralisierung, wie sie im neuen Finanz- und Lastenausgleich zum Ausdruck kommt, die vertikale und horizontale Kooperationsstrategie, insbesondere die neuen Formen der interkantonalen Zusammenarbeit, und die grundlegende territoriale Strukturreform durch die Schaffung neuer politischer Gebietseinheiten (vgl. Vatter 2006: 99).

Bei den übertragbaren Krankheiten stellen sich ähnliche Probleme wie in anderen Politikbereichen. Die Kantongrenzen stimmen nur noch be-

¹⁶² Das „Information und Einsatzsystem“ (IES) ist ein gesamtschweizerisches, internetbasiertes EDV-System.

dingt mit den konfluierenden Lebens- und Wirtschaftsräumen überein. Bedingt durch die hohe Personen- und Warenmobilität erhalten auch kleinere, lokal begrenzte Krankheitsausbrüche rasch eine interkantonale Dimension. Verstärkt wird diese Tendenz durch die hohe Sensibilisierung der Medien und Bevölkerung für Gesundheitsgefährdungen aller Art und ihren steten Informationsbedarf. Innert kurzer Zeit können sich, als fiktive aber praxisnahe Beispiele, nach einem lokalen Masernausbruch in einem Kindergarten im Kanton Waadt die kantonalen Behörden in St. Gallen mit Anfragen zu den möglichen Auswirkungen für die dortigen Kindergärten konfrontiert sehen. Ein Listerien-Nachweis in einem Käse aus einem Verkaufsregal in Locarno kann das Käuferverhalten in der Stadt Basel nachhaltiger beeinflussen als in der betroffenen Region.

Die Zurückhaltung des Bundes, trotz Verfassungsauftrag die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten von Menschen umfassend zu regeln, und die fast vollständige Vollzugsdelegation an die Kantone verhindern oftmals eine effektive und effiziente Krankheitsbekämpfung.¹⁶³ Der Bund steht 26 ungleichen Partnern gegenüber. Die Erfüllung der Kantonsarztfunktion ist kantonal sehr unterschiedlich ausgestaltet. Während in grösseren Kantonen der Kantonsarzt oder die Kantonsärztin hauptberuflich angestellt, voll in das zuständige kantonale Departement integriert und mit finanziellen und personellen Ressourcen ausgestattet sind, wird die Funktion in einzelnen kleineren Kantonen nebenamtlich in Teilzeitarbeit von einem praktizierenden Arzt oder einer praktizierenden Ärztin wahrgenommen. Obschon das geltende Gesetz seit jeher die gemeinsame Anstellung von Fachpersonal durch die Kantone vorsieht, haben sich diesbezüglich keine Kooperationen, z.B. in Form der Anstellung eines gemeinsamen Kantonsarztes oder einer gemeinsamen Kantonsärztin, ergeben.

Im Lichte der IGV (2005) erscheint eine weitergehende Dezentralisierung im Bereich der Verhütung und Bekämpfung übertragbarer Krankheiten nicht opportun. Viel eher wären ein Zusammenführen von Kompetenzen

¹⁶³ In seinem Geleitwort zur 3. Auflage des Buches Gesundheitswesen Schweiz vergleicht Markus Dürr das verästelte und verwinkelte Gesundheitssystem der Schweiz mit einer Tinguely-Maschine: „Wenn man irgendwo zupft, weiss man nie genau, wo überall es zu rattern und knattern beginnt“ (vgl. Dürr 2007: 7).

und Mitteln und die Stärkung des regionalen Vollzugs anzustreben. Der Bereich Epidemienbekämpfung figuriert nicht in der abschliessenden Liste derjenigen Aufgabenbereiche, für die der Bund auf Antrag interessierter Kantone interkantonale Verträge allgemein verbindlich erklären oder Kantone zur Beteiligung an interkantonalen Verträgen verpflichten kann (Art. 48a BV).¹⁶⁴ Da dem Bund verfassungsmässig die Regelungskompetenz im Bereich der übertragbaren Krankheiten ohnehin zugewiesen ist, erscheint der Weg der Allgemeinverbindlicherklärung und Beteiligungspflicht kantonaler Vereinbarungen nicht als probates Mittel, die Einheitlichkeit des Vollzuges sicherzustellen. Viel eher wäre die Schaffung regionaler Kompetenzzentren im Sinne von vier bis sechs Gesundheitsregionen anzustreben, die es erlauben würden, dem Bund gleichwertige Partner an die Seite zu stellen und die teilweise überholte kantonale Vielfalt durch gesamtschweizerische Lösungen sowohl in der Planung als auch im Vollzug zu ersetzen. In Anlehnung an entsprechende Modelle für die Zusammenarbeit in kantonsübergreifenden Agglomerationen (vgl. Arn/Strecker 2007: 88 ff.) wäre allenfalls die Schaffung eines Gesundheitsrates zu prüfen (vgl. Kocher 2004: 109). Die Bildung des Koordinationsorgans könnte hierzu – beschränkt auf den Bereich der übertragbaren Krankheiten – ein erster Schritt sein.

Die KomABC hat in ihrer Gesamtstrategie für den Nationalen ABC-Schutz den Regionalisierungsgedanken aufgenommen und eine Regionalisierung der Einsatzmittel für ABC-Ereignisse empfohlen. Da es nicht sinnvoll und zweckmässig ist, dass jeder Kanton sämtliche möglichen ABC-Ereignisse alleine bewältigt, sind bereits in der Vorbereitung entsprechende gegenseitige Hilfeleistungen zu regeln und zu üben. Als Beispiel für eine Regionalisierung der Kompetenzen und Kapazitäten dient das Regionallabornetzwerk (vgl. Bundesamt für Gesundheit 2006a: 668 ff.). Dieses stellt in sechs Regionen Zusatzkapazitäten im Primärdiagnostikbereich für humanpathogene Erreger der Risikogruppe 3 sicher. Ein Grossteil der 26 Kantone hat mit einem der sechs Kompe-

¹⁶⁴ Artikel 48a BV tritt am 1. Januar 2008 in Kraft.

tenzzentren eine Vereinbarung abgeschlossen,¹⁶⁵ damit im Bedarfsfall (z.B. bei Vorliegen verdächtiger Postsendungen) rasch auf fragliche Erreger (z.B. Anthrax) getestet werden kann. Die Steuerung erfolgt über ein nationales Koordinationsorgan unter der Leitung des BAG. Ein Anforderungskatalog setzt minimale Standards für die Leistungen der Regionallaboratorien fest.

5.3.6 Wichtigste Punkte im Überblick

Die Umsetzung der IGV (2005) in der Schweiz erfordert Systemoptimierungen auf verschiedenen Ebenen. Im Bereich der Führung und Steuerung sind die Kompetenzverteilung zwischen Bund und Kantonen, die Führungs- und Steuerungsstruktur bei Krisenereignissen auf Bundesstufe sowie die Ausgestaltung der vertikalen und horizontalen Koordination zu klären. Auf fachlicher Ebene stehen die Bearbeitung von PHEIC, die Flexibilität und Schnelligkeit der Überwachungssysteme und der Gesundheitsschutz an den Grenzen im Vordergrund. Um die Vorgaben der IGV (2005) zu erfüllen, müssen Prozesse beschleunigt, Verbindlichkeiten erhöht und Doppelspurigkeiten abgebaut werden. Erhöhte Transparenz und ein Klima des Vertrauens zwischen den beteiligten Partnern sollen dazu beitragen, dass die Kooperation zwischen nationalen und internationalen, staatlichen und nichtstaatlichen Akteuren verbessert und neue Formen der Zusammenarbeit etabliert werden können. Um diese Ziele zu erreichen, wurden im Rahmen dieser Analyse folgende Reformelemente vorgeschlagen:

- Kompetenzverteilung zwischen Bund und Kantonen anhand dreier Regimes
- Schaffung eines Koordinationsorgans zwischen Bund und Kantonen für Belange der Bekämpfung übertragbarer Krankheiten
- Schaffung eines nationalen B-Krisenorgans
- Einbindung von Vertretern nichtstaatlicher Akteure in die Koordinations- und Steuerungsorgane (Koordinationsorgan, nationaler B-Krisen-stab)

¹⁶⁵ Das Regionallabornetzwerk umfasst die Regionen „Nord“ (Standortkanton Basel-Stadt), „Süd“ (Standortkanton Tessin), „Ost“ (Standortkanton Zürich), „West“ (Standortkantone Genf und Waadt),

- Einrichtung der nationalen IGV-Anlaufstelle als zentrales Koordinations- und Steuerungsorgan für die Beschaffung, Bearbeitung und Weitergabe von Informationen in Bezug auf Ereignisse, die eine PHE-IC darstellen könnten
- Sicherstellung der Schnittstellen zwischen den Bereichen A, B und C (Transformation der BAG-internen B-Plattform in eine IGV-Plattform)
- Erweiterung der Meldepflicht
- Evaluation des Systems zur Überwachung von Infektionskrankheiten in der Schweiz
- Ausbau der technischen Unterstützung (elektronische Plattformen, Kriseninfrastruktur) und Einbindung in internationale Systeme
- Förderung des Regionalisierungsansatzes

Für die Umsetzung der neuen Elemente sind die gesetzlichen Voraussetzungen zu schaffen (Totalrevision des Epidemiengesetzes), die Strategien im ABC-Bereich anzupassen (nationaler Strategievorschlag der KomABC), eine klarere Positionierung und Aufgabenteilung zwischen Sicherheit und Gesundheit anzustreben und die organisatorischen und strukturellen Anpassungen in den betroffenen Bereich vorzunehmen.

6 SCHLUSSFOLGERUNGEN UND AUSBLICK

6.1 Neue Ära der globalen Governance unter IGV (2005)?

Am Anfang der vorliegenden Analyse stand die Hypothese, dass die IGV (2005) mit einem gleichsam revolutionären Ansatz die Weichen für eine globale Gesundheits-Governance in einem Teilbereich der Krankheitsbekämpfung stellen würden. Ist das neue völkerrechtliche Instrument tatsächlich in der Lage, ein derartiges Regime zu etablieren? Sind die Nationalstaaten gewillt, im Sinne eines konstruktivistischen Ansatzes im Zusammenspiel mit anderen internationalen Akteuren ein lernendes globales System mit gemeinsamen Zielen und Strategien zur Verhütung und Bekämpfung von globalen Gesundheitsbedrohungen zu bilden (vgl. Kickbusch 2002: 194)? Das Verhältnis von Staaten im anarchisch strukturierten internationalen System ist zumindest nach neorealistischer Auffassung von gegenseitigem Misstrauen geprägt. Deshalb besteht nur eine geringe Bereitschaft zur Kooperation und somit zur Institutionalisierung von Regimes.¹⁶⁶ Dem hält der liberale Institutionalismus entgegen, dass Institutionen als Ergebnis der Normenbindung eine eigene Dynamik und Bindekraft entwickeln (vgl. Behrens 2004: 118). Das Internationale Sanitätsreglement (1969) beruhte auf dem klassischen Regime und den Prinzipien der Souveränität, der Nichteinmischung und des konsensbasierten Völkerrechts. Daraus resultierte ein traditionelles Governance-System, das ausschliesslich Nationalstaaten involvierte, vor allem die Mechanismen staatlicher Interaktion betraf (Diplomatie, Handel etc.) und auf die Art der Ausgestaltung innerstaatlicher Politiken keinen direkten Einfluss nahm (vgl. Fidler 2004b: 258). In dieser Konstellation fristete das Internationale Sanitätsreglement (1969) ein Mauerblümchendasein. Für seine Marginalisierung waren der zu enge Fokus, die utopische Zielsetzung, ungenügende Anreize zur Einhaltung der Vorschriften und fehlende Steuerungsmechanismen verantwortlich. Seine Bestimmungen

¹⁶⁶ Nach dem neorealistischen Ansatz bedarf es für das Entstehen eines internationalen Regimes eines staatlichen Hegemons, der mit einem internationalen Regime das Ziel verfolgt, seine Macht zu erhalten oder zu vergrössern (vgl. Behrens 2004: 117).

wurden willentlich und systematisch missachtet. Souveränitätsüberlegungen, Eigeninteresse und fehlende Ressourcen der Vertragsstaaten waren dafür verantwortlich. Häufig lag es im ureigenen Interesse eines Landes, Empfehlungen der WHO oder die Bestimmungen des Internationalen Sanitätsreglements (1969) nicht zu befolgen, um dadurch Beeinträchtigungen des nationalen Prestiges, wirtschaftliche Verluste und Einbußen im Reise- und Tourismusgeschäft zu vermeiden. Da die WHO unter dem Internationalen Sanitätsreglement (1969) nur eine schwache Governance-Rolle einnehmen konnte, blieben die völkerrechtlich bindenden Vorschriften immer dann auf der Strecke, wenn Regierungen die nationale Autonomie über die Gesundheitspolitik und das Prinzip der Nichteinmischung in innere Angelegenheiten höher werteten als die horizontale Kooperation. Schliesslich verfügten in manchen Fällen insbesondere ärmere Länder oder solche, die wegen Krieg, Bürgerkrieg oder Naturkatastrophen auseinanderzufallen drohten, nicht über die minimalen Strukturen, um die Bestimmungen und Empfehlungen umsetzen zu können (vgl. Gostin 2004b: 2626).

Das globale Governance-Modell der öffentlichen Gesundheit, das sich schliesslich während SARS herausbildete, verlieh der WHO gegenüber ihren Mitgliedsländern unabhängige Kompetenzen und Macht. Kein einzelner Staat, auch nicht die USA, wären in der Lage gewesen, die Bewältigung der SARS-Epidemie in der Art sicherzustellen, wie es der WHO gelang (vgl. Fidler 2004b: 268). Die Kooperationsbereitschaft der Mitgliedsländer (mit Ausnahme von China) bei der Bekämpfung von SARS ist aus historischer Perspektive erstaunlich und einmalig. Kein völkerrechtlicher Rahmen stützte dieses kooperative globale Governance-Modell, keine völkerrechtlich bindende Regelung forderte die spezifischen Kooperationsleistungen der Nationalstaaten ein. China war in der Tat völkerrechtlich nicht verpflichtet, SARS-Fälle zu notifizieren, da SARS vom schmalen Geltungsbereich des Internationalen Sanitätsreglements (1969) nicht erfasst wurde. Unter SARS war eine neue Ära angebrochen. Die gemeinsame Bedrohung erhob die Zusammenarbeit zum neuen „kategorischen Imperativ“ und die Fähigkeit zur internationalen Zusammenarbeit in der Krankheitsbekämpfung zu einem strategischen Erfolgsfaktor (vgl. Kickbusch 2002: 198). Dies musste auch China

schmerzlich erfahren, als sich im Laufe der Ereignisse seine Möglichkeiten, die Kontrolle über die Informationen zu SARS und seine Bekämpfungspolitik zu wahren, durch den Zugang der WHO zu nicht-staatlichen Informationsquellen in Luft aufzulösen begannen.

SARS hat deutlich gemacht, dass die Problemzusammenhänge grenzüberschreitend und die Funktionssysteme übernational organisiert sind. Das sich verändernde Machtgefüge zwischen weltweit mobilen Akteuren und den Nationalstaaten setzt die etablierten Institutionen unter Druck (vgl. Messner 2005: 27). Die IGV (2005) sind Ausdruck dieses Globalisierungsdrucks. Sie führen völkerrechtlich nach, was sich während SARS herausgebildet und bewährt hat. Der Druck auf die Staatengemeinschaft aufgrund weltweiter Krisen, verursacht durch neu- und wiederauftretende Infektionskrankheiten in den letzten 15 Jahren, war genügend gross, dass die grundlegenden Änderungen im Hinblick auf die Etablierung einer globalen Gesundheits-Governance die Verhandlungsdynamik überlebt haben. In Anbetracht der Pandemiegefahr, die von der Ausbreitung der Vogelgrippe ausgeht, erklärten sich viele Länder bereit, die IGV (2005) sogar vor dem offiziellen Termin des Inkrafttretens anzuwenden. Im Zentrum des Gesinnungswandels steht mit der globalen Gesundheits-Governance ein neuer Prozess, und mit den globalen öffentlichen Gesundheitsgütern sollen neue materielle Ziele verfolgt werden (vgl. Fidler 2004b: 264).

Das Konzept des GPGH bricht mit der engen, staatenbezogenen Sichtweise, dem das klassische Regime verpflichtet war (vgl. Fidler 2004b: 270 f.). Es verfolgt globale Ziele und erweitert das Akteurspektrum über die nationalstaatlichen Grenzen hinaus. Das Konzept fordert Politiken, die über die nationalstaatlichen Grenzen hinaus Wirkung entfalten. Die dadurch geschaffenen öffentlichen Güter sollen global, d.h. nicht nur Staaten sondern auch nichtstaatlichen Akteuren zugänglich sein und nicht nur den wirtschaftlichen Grossmächten sondern auch der Bevölkerung in Entwicklungsländern zu gute kommen. Daneben sind an der Produktion dieser Güter nicht nur die Staatengemeinschaft mit ihren Mitgliedsländern und supranationalen Organisationen beteiligt sondern

auch nichtstaatliche Akteure, beispielsweise im Rahmen von globalen öffentlich-privaten Partnerschaften.

Die frühe Bekämpfung und Eindämmung einer PHEIC, die sich weltweit auszubreiten droht, ist ein GPGH. Rasches und gezieltes kollektives Handeln unter der Federführung eines globalen Koordinators liegt im öffentlichen Interesse. Die immensen Auswirkungen einer pandemischen Ausbreitung, wie sie die Welt zurzeit beispielsweise in Bezug auf HIV und AIDS erlebt, können so frühzeitig verhindert werden. Die IGV (2005) tragen dazu bei, hier Anreize zu setzen, um die betroffenen Akteure, insbesondere die Vertragsstaaten, zur gemeinsamen Bereitstellung der benötigten Güter und Produktionsstrukturen zu bewegen.

Internationales Recht, dem ein Staat zugestimmt hat, setzt der Ausübung seiner Souveränität gültige Grenzen (vgl. von Tigerstrom 2005: 9). Die neuen IGV (2005) sind ein völkerrechtlich bindendes Regelwerk, das den Vertragsstaaten spezifische Rechte und Pflichten zuweist und Abläufe festschreibt, mit dem Ziel, die internationale Ausbreitung von Krankheiten zu verhindern. Um die Vision eines globalen Gesundheitsschutzes zu erreichen, wurden die IGV (2005) radikal umgebaut. Ihrem Anspruch, mehr Einfluss zu nehmen als die Vorgängerreglemente, wurde dadurch Rechnung getragen, dass der Geltungsbereich ausgedehnt, der WHO eine aktivere Rolle in der Interventionsphase zugebilligt und ihr ein flexibles Informationsmanagement in der Erkennung, Verhütung und Bekämpfung von Krankheitsbedrohungen zugestanden wurde (vgl. Calain 2007a: 5 und Fidler 2006: 56). Die IGV (2005) stellen damit nicht nur einen rechtlichen Rahmen für eine verbesserte zwischenstaatliche Zusammenarbeit im Gesundheitsbereich sicher, sondern bezwecken auch eine Stärkung der innerstaatlichen Überwachungs- und Interventionssysteme, indem sie auf handlungsfähige nationale Institutionen bauen. Ob das Einfordern von Minimalstandards die territorialstaatlich organisierten Politiken im Bereich der Krankheitsbekämpfung nachhaltig zu transformieren vermag, bleibt indes fraglich.

Das internationale Recht ist zwar zentral für die Ausgestaltung der Struktur und die Dynamik der globalen „Public Health“-Governance, doch letztendlich bleiben die IGV (2005) nur toter Buchstabe, wenn sie nicht

umgesetzt und der Transformationsprozess zur globalen Gesundheits-Governance, der noch in den Anfängen steckt, nicht vorangetrieben wird (vgl. Fidler/Gostin 2006: 93). Verschiedene Faktoren werden ausschlaggebend sein, damit den IGV (2005) nicht ein ähnliches Schicksal widerfährt wie ihren Vorgängerreglementen. Der WHO und der WHO Generaldirektorin kommt im neuen Konzept einer globalen Gesundheits-Governance eine entscheidende Rolle zu. Eine erfolgreiche Umsetzung wird massgeblich davon abhängen, ob die WHO willens und organisatorisch, politisch und finanziell in der Lage ist, als weltweite Steuerungsinstantz und Koordinatorin den Wandel zu einer rechtsetzenden und global steuernden Organisation zu realisieren und im Bereich der Epidemienbekämpfung die angestrebte Führungsrolle zu übernehmen. Globalisierte öffentliche Gesundheit erfordert – zumindest in der Implementierungsphase – eine globale Governance-Struktur, in der internationale Organisationen, private Akteure, Unternehmen, Zivilgesellschaften und NGOs mit den Akteuren der IGV (2005)¹⁶⁷ interagieren können. Damit die WHO diesem Anspruch gerecht werden kann, muss das rechtliche Instrument flexibel gehandhabt werden. Änderungen der IGV (2005) sollten, wenn nötig, rasch erfolgen können. Die völkerrechtlichen Voraussetzungen dafür sind gegeben.¹⁶⁸

Eine der wohl entscheidensten Fragen und grössten Herausforderungen, die noch einer Lösung harren, betrifft die Finanzierung des angestrebten nationalen Kapazitätsaufbaus, der einen Grundpfeiler der neuen Philosophie darstellt. Die WHO, selber finanziell unter Druck, wird die Finanzierung nicht gewährleisten können. Neue Finanzierungsmodelle für die Investition in kapazitätsbildende GPGHs sind hier gefordert.

Die Integration der IGV (2005) ins Völkerrecht, die Klärung der komplexen Beziehung zwischen den IGV (2005) und anderen relevanten Quellen internationalen Rechts (vgl. von Tigerstrom 2005: 6) und die „Public-

¹⁶⁷ Mitgliedstaaten, WHO Generaldirektor, WHO Sekretariat, IGV-Kontaktstellen der WHO, nationale IGV-Anlaufstellen, Notfall- und Prüfungsausschuss.

¹⁶⁸ Änderungen zu den IGV (2005) können jederzeit von einem Vertragsstaat oder von der WHO Generaldirektorin vorgeschlagen werden. Diese Änderungsvorschläge werden der WHA zur Prüfung vorgelegt. Beschlossene Änderungen treten gemäss den einschlägigen Bestimmungen der IGV (2005) in Kraft („Opting-out“-Verfahren) (Art. 55 IGV [2005]).

Health“-orientierte Ausgestaltung der Schnittstellen bilden weitere grosse Herausforderungen. Schliesslich hängt die Realisierung des neuen Konzeptes einer globalen Gesundheits-Governance ganz massgeblich von der Ausgestaltung der nationalen „Public Health“-Governance ab (vgl. Fidler 2002b: 7).

6.2 Ein Paradigmenwechsel auch in der Schweiz

Auf nationaler Ebene nehmen drei allgemeine, gesundheitspolitisch relevante Trends massgeblich Einfluss auf die Ausgestaltung des Systems zur Bekämpfung von Infektionskrankheiten und die Umsetzung der IGV (2005). Dabei beschränken sich diese Trends nicht auf die Schweiz, sondern stellen zum Teil globale Phänomene dar (zumindest innerhalb der OECD) (vgl. Fidler 2006: 51 ff.):

- Der Stellenwert der Gesundheitsthemen in der Aussenpolitik ist deutlich gestiegen. Da die nationalstaatlichen Grenzen durchlässiger geworden sind, kann in einem internationalen System von globalen Politiknetzwerken die Trennung zwischen Innen- und Aussenpolitik immer weniger aufrechterhalten werden (vgl. Behrens 2004: 106). Die Schweiz ist wahrscheinlich eines der ersten Länder, das sich eine vom Innen- und Aussenminister unterschriebene Gesundheitsaussenpolitik gegeben hat. Der Schutz vor Infektionskrankheiten steht in dieser Zielvereinbarung zwischen dem EDI und dem EDA neben anderen Themen an oberster Stelle.¹⁶⁹
- Auf nationaler Ebene nehmen die Schnittstellen zwischen der Gesundheits- und Sicherheitspolitik laufend zu (vgl. Guery 2007: 178). Mit der Bioterrorismuskussion, dem Anschlag vom 11. September 2001, den Anthrax-Attacken in den USA und der Befürchtung, Viren und Bakterien könnten als Massenvernichtungswaffen eingesetzt werden, ist die öffentliche Gesundheit in den sicherheitspolitischen Chefetagen salonfähig geworden. Als Folge beginnt der sicherheitspolitische Apparat tief in den zivilen Bereich der Krankheitsüberwachung, -verhütung und -bekämpfung vorzudringen.

¹⁶⁹ Die aussenpolitische Zielvereinbarung im Bereich Gesundheit wurde am 9. Oktober 2006 von EDI und EDA gutgeheissen.

- Ein dritter wichtiger, allgemeiner Trend betrifft das Subsidiaritätsprinzip, das Entscheidungen auf dem tiefstmöglichen Entscheidungsniveau ansiedelt. Gemäss BV üben die Kantone alle Rechte aus, die nicht dem Bund übertragen sind (Art. 3), und der Bund übernimmt (nur) diejenigen Aufgaben, die einer einheitlichen Regelung bedürfen (Art. 42 Abs. 2 BV). Das Subsidiaritätsprinzip wird ab 1. Januar 2008 noch explizit in der BV verankert. Als politischer Grundsatz wird es sich in Zukunft deshalb wohl noch stärker auf die Ausgestaltung der Aufgabenteilung zwischen den drei Staatsebenen auswirken.

Im Gegensatz zu zentralistisch organisierten Ländern bildet in dezentral föderalistischen Strukturen, wie sie die Schweiz oder die USA kennen, die horizontale gliedstaatliche Steuerung und Koordination bei der Bewältigung nationaler öffentlicher Aufgaben eine entscheidende Rolle. Die Umsetzung der IGV (2005) stellt unter diesen Voraussetzungen eine besondere Herausforderung dar. Generell stösst das traditionell gewachsene und stark föderalistisch ausgerichtete Gesundheitssystem in der Schweiz zunehmend an seine Steuerungsgrenzen. Der Föderalismus begünstigt die Systemkomplexität, erschwert die Systemsteuerung und die interkantonale Kohärenz der Gesundheitspolitiken. Er verhindert die Einführung einer nationalen Planung des Gesundheitssystems und ist Kosten treibend (vgl. Achtermann/Berset 2006: 45). Der OECD-Bericht zum schweizerischen Gesundheitswesen fordert deshalb eine Verbesserung der Governance des Gesundheitssystems in der Schweiz (vgl. Organization for Economic Cooperation and Development/World Health Organization 2006: 177). Das langfristige Ziel sollte ein übergreifendes Rahmengesetz für Gesundheit sein, mit dem die Kompetenzen von Bund und Kanton und nationale Standards klar festgeschrieben werden. Das Gesetz würde Ziele und Prioritäten explizit festhalten, die Kostenträgerschaft bestimmen und Sanktionen definieren. Das Gesetz würde auch den Rahmen für andere Bundesgesetze bilden, wie etwa für das Krankenversicherungsgesetz,¹⁷⁰ das Heilmittelgesetz und das Epidemienge-

¹⁷⁰ Bundesgesetz über die Krankenversicherung (Krankenversicherungsgesetz) vom 18. März 1994 (SR 832.10).

setz sowie für ein geplantes Präventions- und Gesundheitsförderungsgesetz.

Ein derartiges Rahmengesetz würde die Umsetzung der IGV (2005) zweifellos erleichtern. In den nächsten Jahren ist allerdings die Realisierung eines derartigen Gesetzesprojektes kaum möglich. Somit bietet sich die Revision des Epidemiengesetzes an, die Aufgaben- und Zuständigkeitsordnung sowie die Führung und Koordination in Bezug auf die Überwachung und Bekämpfung von übertragbaren Krankheiten im Sinne der IGV (2005) zu optimieren. Als neue Elemente der Koordination und Kooperation zwischen Bund und Kantonen sollten das Drei-Regimes-Konzept (vgl. Kapitel 5.3.5.1), ein neues Koordinationsorgan (vgl. Kapitel 5.3.5.2.3), ein nationales B-Krisenorgan (vgl. Kapitel 5.3.5.2.1) und das Prinzip der Ziel- und Strategievorgaben durch den Bund Eingang in die Revision des Epidemiengesetzes finden. Letzteres bildet mit der Berichtserstattungspflicht, Leistungs- und Wirkungsüberprüfung durch den Bund und dem Evaluationsauftrag¹⁷¹ vier NPM-Elemente¹⁷² zur Effektivitäts- und Effizienzsteigerung staatlichen Handelns im Bereich der Krankheitsbekämpfung.

Trotz der vorgeschlagenen Neuerungen im Vorentwurf eines revidierten Epidemiengesetzes verbleibt die Vollzugskompetenz grundsätzlich bei den Kantonen (allenfalls unter Einschränkung des Gestaltungsspielraums). Im „Courant normal“ wie auch in besonderen und ausserordentlichen Lagen arbeiten Bund und Kantone weiterhin Hand in Hand und übernehmen verschiedene Teilaufgaben im Bereich der Früherkennung, Überwachung, Verhütung und Bekämpfung.

¹⁷¹ Der Bundesrat überprüft die Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit der Massnahmen nach diesem Gesetz und erstattet den eidgenössischen Räten alle 4 Jahre Bericht (vorgesehener Evaluationsartikel in der Totalrevision des Epidemiengesetzes).

¹⁷² New Public Management (NPM).

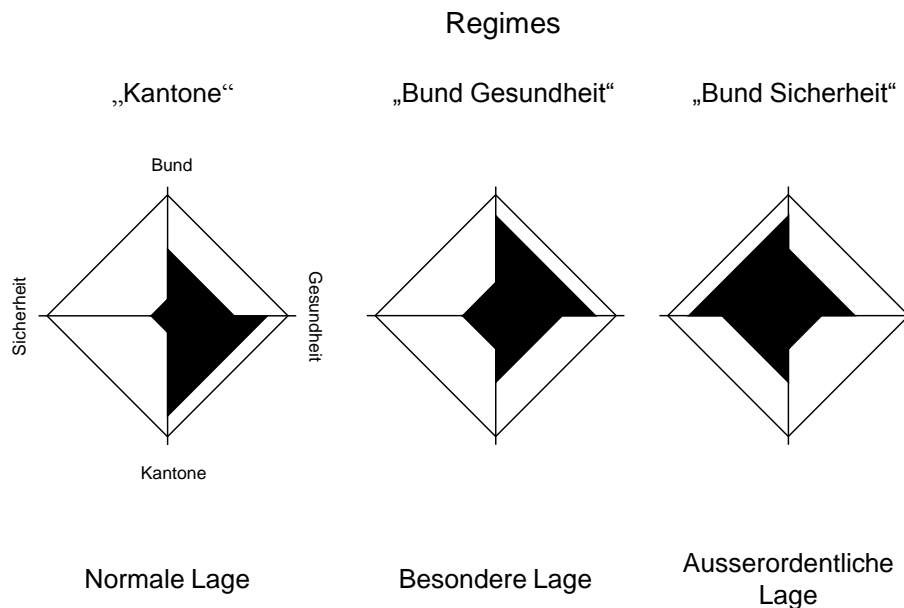


Abbildung 6: Kompetenzverschiebungen in verschiedenen Bedrohungslagen.

Als eine Priorität auf Bundesebene erscheint die Klärung zwischen den Anliegen der öffentlichen Gesundheit und denjenigen der nationalen Sicherheit, da diese sich massiv auf die Ausgestaltung der Behördenarrangements auswirken. Es gilt, entlang der Eskalationsstufen beiden Aspekten Rechnung zu tragen. Abbildung 6 zeigt vereinfacht die Kompetenzverschiebungen zwischen dem Gesundheits- und Sicherheitsbereich beim Bund und den Kantonen entlang der Eskalation von der normalen zur besonderen und ausserordentlichen Lage. Für die Bewältigung von PHEIC sollen keine Parallelsysteme errichtet werden, vielmehr sind die bestehenden Strukturen der öffentlichen Gesundheit auf diese Aufgaben vorzubereiten und fit zu machen. Das angestrebte Ziel liegt in der raschen und adäquaten Bewältigung von Gesundheitskrisen anhand eines „Public-Health“-Konzeptes, das den zeitgerechten Einsatz von Massnahmen erlaubt, die zielführend, verhältnismässig, wissenschaftlich untermauert, international abgestimmt, IGV-konform und vollzugstauglich sind.

Die IGV (2005) werden in der Schweiz keine Revolution der nationalen Governance im B-Bereich auslösen. Sie werden jedoch dazu beitragen,

eine längst überfällige Flurbereinigung und Systemoptimierung voranzutreiben.

6.3 Ausblick

Gesundheit ist ein fundamentales Element der nachhaltigen menschlichen Entwicklung. In der globalen Partnerschaft für Entwicklung, Sicherheit und Menschenrechte (UNO) hat Gesundheit eine hohe Priorität. Drei von acht der im Jahr 2000 von allen Mitgliedstaaten der Vereinten Nationen verabschiedeten „Millennium Development Goals“ (MDG) betreffen Gesundheitsfragen.¹⁷³ Im Bereich der übertragbaren Krankheiten bilden die IGV (2005) eine wichtige Basis, die zur Erreichung dieser Ziele beitragen kann. Sie basieren auf einer Vision integrierter Governance im Interesse der globalen öffentlichen Gesundheit, verbunden mit den Prinzipien und Normen aus anderen Bereichen des Völkerrechts (Handelsrecht, Menschenrechte, Umweltschutz, Sicherheit). Die IGV (2005) investieren in das globale Gut der öffentlichen Gesundheit und bilden einen Kontrapunkt zu kurzfristigen Partikularinteressen nationalstaatlich ausgerichteter Nutzenmaximierung. Ob die IGV (2005) und die WHO hier genügend Druck aufzubauen vermögen, wird sich weisen. Das Schicksal der IGV (2005) wird nicht zuletzt davon abhängen, wie die Weltgemeinschaft mit der nächsten grossen Gesundheitsherausforderung im Infektionsbereich umgehen wird. SARS gilt als Paradebeispiel einer unter der Führung der WHO geglückten globalen Antwort auf eine massive mikrobiologische Attacke. SARS hatte die Staaten aufgeschreckt und die Voraussetzungen für ein griffiges völkerrechtliches Instrument geschaffen, das es der Staatengemeinschaft erlauben sollte, aus dem „Prisoners’ Dilemma“ auszubrechen (vgl. Kapitel 3.5.4). Dieser Erfolg wird sich unter Umständen bei der nächsten bedeutenden internationalen Gesundheitsbedrohung so nicht wiederholen lassen. Im Gegensatz zu SARS wird es der WHO wahrscheinlich nicht gelingen, eine Influenzapandemie zu verhindern. Dafür sind für einmal nicht die fehlenden völkerrechtlichen Normen verantwortlich sondern in erster Linie die

¹⁷³ Kindersterblichkeit verringern (MDG 4), Gesundheit der Mütter verbessern (MDG 5), HIV/AIDS, Malaria und andere übertragbare Krankheiten bekämpfen (MDG 6).

Eigenschaften des Influenzavirus. Im Gegensatz zu SARS ist der Anteil der asymptomatischen Virusausscheider bei Influenza relativ hoch, weshalb Massnahmen wie Absonderung und Quarantäne nur von beschränktem Nutzen sind. Der von den IGV (2005) angestrebte globale Ansatz bildet allerdings die Chance, die Auswirkungen einer Influenzapandemie oder einer anderen globalen Gesundheitsbedrohung zu vermindern.

Die drohende Influenzapandemie könnte zumindest für die nächsten Jahre Garant für die generelle Einhaltung der IGV (2005) sein. Spieltheoretisch gedacht, lohnt es sich für einen Staat nicht, das neu etablierte Regelwerk durch Missachtung der Bestimmungen zu schwächen und so diese wertvolle Institution im Kampf gegen eine zukünftige Pandemie aufs Spiel zu setzen. Zuversichtlich stimmt zudem, dass in Situationen einer akuten Gesundheitsgefährdung trotz unterschiedlicher Interessen eine Einigung relativ leicht gelingen kann, wenn eine gescheiterte, verzögerte oder sachlich nicht angemessene Entscheidung für alle Beteiligten katastrophale Folgen hätte. Dies gilt sowohl auf nationaler als auch internationaler Ebene. Voraussetzung ist allerdings eine geteilte Interpretation der Entscheidungssituation (vgl. Mayntz 2004: 74). Konflikt mildernd wirken auch gewisse Formen der Ungewissheit, insbesondere über die Kosten und den Nutzen, die eine Entscheidung für die verschiedenen Beteiligten mit sich bringt. Im Falle der IGV (2005), auf die sich die Weltgemeinschaft gezeichnet vom Schock des SARS-Ausbruchs und mit der handfesten Bedrohung einer Influenzapandemie im Nacken rasch geeinigt hatte, mag sich der eine oder andere Vertragsstaat ob der Konsequenzen der eingegangenen Verpflichtung im Nachhinein noch die Augen reiben. Trotzdem sind die Bemühungen um die Realisierung der IGV (2005) nicht hoch genug einzuschätzen. Die IGV (2005) liefern ein notwendiges und letztendlich überraschend zukunftsorientiertes Handlungskonzept für die rasche Identifizierung und Eindämmung globaler Gesundheitsbedrohungen des 21. Jahrhunderts.

LITERATURVERZEICHNIS

- Abbott, K. W.* (1989): Modern international relations theory: A prospectus for international lawyers. In: *Yale Journal of International Law*, Bd. 335, S. 346-351
- Achtermann, W./Berset, C.* (2006): Gesundheitspolitiken in der Schweiz - Potential für eine nationale Gesundheitspolitik. Bern 2006
- Aginam, O.* (2006): Globalization of health insecurity: the World Health Organization and the new International Health Regulations. In: *Med Law*, Bd. 25, Nr. 4, S. 663-672
- Arn, D./Strecker, M.* (2007): Verstärkung der Zusammenarbeit in kantonsübergreifenden Agglomerationen. Bericht der Tripartiten Technischen Arbeitsgruppe. Bern 2007
- Baker, M. G./Fidler, D. P.* (2006): Global public health surveillance under new international health regulations. In: *Emerg Infect Dis*, Bd. 12, Nr. 7, S. 1058-1065
- Behrens, M.* (2004): Global Governance. In: *Governance - Regieren in komplexen Regelsystemen*, hrsg. v. A. Benz/S. Lütz/U. Schimank/G. Simonis, Wiesbaden 2004, S. 103-124
- Benz, A.* (2004): Governance - Modebegriff oder nützliches sozialwissenschaftliches Konzept? In: *Governance - Regieren in komplexen Regelsystemen*, hrsg. v. A. Benz/S. Lütz/U. Schimank/G. Simonis, Wiesbaden 2004, S. 11-28
- Berlinguer, G.* (1999): Health and equity as a primary global goal. In: *Development*, Bd. 42, Nr. 4, S. 17-21
- Bernard, R. P.* (1965): The Zermatt typhoid outbreak in 1963. In: *J Hyg (Lond)*, Bd. 63, Nr. 4, S. 537-563
- Bochsler, D./Sciarini, P.* (2006): Konkordate und Regierungskonferenzen. Standbeine des horizontalen Föderalismus. In: *LeGes*, Bd. 2006/1, S. 23-41

- Boisson de Chazournes, L./Mbengue, M. M. (2004): International Health Regulations (IHR) - a legal assessment of its status and content. Bern 2004*
- Bühlmann, B. (2006): Von Kantonsfusionen spricht niemand mehr. In: Tages-Anzeiger, 19-05-2006, S. 4*
- Bundesamt für Gesundheit (2006a): Diagnostik im B-Bereich - Stand und Perspektiven des Regionallabornetzwerkes. In: Bull BAG/OFSP, Bd. 33, S. 668-672*
- Bundesamt für Gesundheit (2006b): Erläuternder Bericht zu den Internationalen Gesundheitsvorschriften (2005). Bern 2006*
- Bundesamt für Gesundheit (2006c): Influenza-Pandemieplan Schweiz 2006. Strategien und Massnahmen in Vorbereitung auf eine Influenza-Pandemie. Bern 2006*
- Bundesamt für Gesundheit (2006d): Meldung von Infektionskrankheiten. Supplementum XIV. In: Infektionskrankheiten. Diagnose und Bekämpfung, hrsg. v. Bundesamt für Gesundheit, Bern 2006, S. 1-3*
- Calain, P. (2007a): Exploring the international arena of global public health surveillance. In: Health Policy Plan, Bd. 22, Nr. 1, S. 2-12*
- Calain, P. (2007b): From the field side of the binoculars: a different view on global public health surveillance. In: Health Policy Plan, Bd. 22, Nr. 1, S. 13-20*
- Cash, R. A./Narasimhan, V. (2000): Impediments to global surveillance of infectious diseases: consequences of open reporting in a global economy. In: Bull World Health Organ, Bd. 78, Nr. 11, S. 1358-1367*
- Cassen, B. (2001): Le piège de la gouvernance. In: Le Monde diplomatique, 15-06-2001, S. 28*

-
- Cottier, T./Kälin, W./Kiener, R./Künzli, J./Müller, M./Tschannen, P./Tschentscher, A. (2005):* Öffentliches Recht I. Unterlagen zu den Vorlesungen: Einführung in das Verfassungsrecht, Einführung in das Verwaltungsrecht, Einführung in das Internationale Recht. Bern 2005
- Dorelle, P. (1969):* Old plagues in the jet age: international aspects of present and future control of communicable diseases. In: WHO Chron, Bd. 23, S. 103-111
- Dürr, M. (2007):* Geleitwort. In: Gesundheitswesen Schweiz 2007-2009, hrsg. v. G. Kocher/W. Oggier, Bern 2007, S. 7
- Fidler, D. P. (1996):* Mission impossible? International law and infectious diseases. In: Temple Int Comp Law J, Bd. 10, Nr. 2, S. 493-502
- Fidler, D. P. (2001a):* International law and global public health. In: Spec Law Dig Health Care Law, Nr. 261, S. 9-66
- Fidler, D. P. (2001b):* The globalization of public health: the first 100 years of international health diplomacy. In: Bull World Health Organ, Bd. 79, Nr. 9, S. 842-849
- Fidler, D. P. (2002a):* Bioterrorism, public health, and international law. In: Chic J Int Law, Bd. 3, Nr. 1, S. 7-26
- Fidler, D. P. (2002b):* Global health governance. Overview of the role of international law in protecting and promoting global public health. Discussion paper no. 3. London 2002
- Fidler, D. P. (2003a):* Emerging trends in international law concerning global infectious disease control. In: Emerg Infect Dis, Bd. 9, Nr. 3, S. 285-290
- Fidler, D. P. (2003b):* SARS: political pathology of the first post-Westphalian pathogen. In: J Law Med Ethics, Bd. 31, Nr. 4, S. 485-505

- Fidler, D. P. (2004a):* Caught between paradise and power: public health, pathogenic threats, and the axis of illness. In: *McGeorge Law Rev*, Bd. 35, Nr. 1, S. 45-104
- Fidler, D. P. (2004b):* Constitutional outlines of public health's "new world order". In: *Temple Law Review*, Bd. 77, Nr. 2, S. 247-289
- Fidler, D. P. (2004c):* Germs, governance, and global public health in the wake of SARS. In: *J Clin Invest*, Bd. 113, Nr. 6, S. 799-804
- Fidler, D. P. (2005):* From international sanitary conventions to global health security: the new International Health Regulations. In: *Chinese Journal of International Law*, Bd. 4, S. 325-392
- Fidler, D. P. (2006):* Health as foreign policy: harnessing globalization for health. In: *Health Promot Int*, Bd. 21, Suppl. 1, S. 51-58
- Fidler, D. P./Gostin, L. O. (2006):* The new International Health Regulations: an historic development for international law and public health. In: *J Law Med Ethics*, Bd. 34, Nr. 1, S. 85-94
- Forrest, M. (2001):* Using the power of the World Health Organization: the international health regulations and the future of international health law. In: *Spec Law Dig Health Care Law*, Nr. 269, S. 9-35
- Giesecke, J. (2000):* Prevention, not panic--epidemics and trade sanctions. In: *Lancet*, Bd. 356, Nr. 9229, S. 588-589
- Gostin, L. (2004a):* The International Health Regulations and beyond. In: *Lancet Infect Dis*, Bd. 4, Nr. 10, S. 606-607
- Gostin, L. O. (2004b):* International infectious disease law: revision of the World Health Organization's International Health Regulations. In: *JAMA*, Bd. 291, Nr. 21, S. 2623-2627
- Gostin, L. O./Bayer, R./Fairchild, A. L. (2003):* Ethical and legal challenges posed by severe acute respiratory syndrome: implications for the control of severe infectious disease threats. In: *JAMA*, Bd. 290, Nr. 24, S. 3229-3237

-
- Grein, T. W./Kamara, K. B./Rodier, G./Plant, A. J./Bovier, P./Ryan, M. J./Ohyama, T./Heymann, D. L. (2000):* Rumors of disease in the global village: outbreak verification. In: *Emerg Infect Dis*, Bd. 6, Nr. 2, S. 97-102
- Guery, M. (2007):* Biologischer Terrorismus in Bezug auf die Schweiz. Zürich 2007
- Hampson, A. W. (1997):* Surveillance for pandemic influenza. In: *JID*, Bd. 176, Suppl. 1, S. S8-S13
- Hardiman, M. (2003):* The revised International Health Regulations: a framework for global health security. In: *Int J Antimicrob Agents*, Bd. 21, Nr. 2, S. 207-211
- Health Protection Agency (2007a):* Exercise Common Ground. A pandemic influenza exercise for the European Union. Final Report March 2006. Internet: http://ec.europa.eu/health/ph_threats/com/common.pdf
- Health Protection Agency (2007b):* Exercise New Watchman. A smallpox exercise for the European Union. Final Report March 2006. Internet: http://ec.europa.eu/health/ph_threats/com/watchman.pdf
- Heymann, D. L. (2002):* The microbial threat in fragile times: balancing known and unknown risks. In: *Bull World Health Organ*, Bd. 80, Nr. 3, S. 179
- Heymann, D. L. (2004):* Smallpox containment updated: considerations for the 21st century. In: *Int J Infect Dis*, Bd. 8, Suppl. 2, S. S15-S20
- Howard-Jones, N. (1974):* The scientific background of the International Sanitary Conferences, 1851-1938. In: *WHO Chron*, Bd. 28, S. 265-268
- Kickbusch, I. (2002):* Global health governance: some theoretical considerations on the new political space. In: *Health impacts of globalization: towards global governance*, hrsg. v. K. Lee, London 2002, S. 192-203

- Kocher, G. (2004): Kompetenz- und Aufgabenteilung Bund - Kanton - Gemeinden. In: Gesundheitswesen Schweiz 2004-2006: Ein aktueller Überblick, hrsg. v. G. Kocher/W. Oggier, Bern 2004, S. 104-110*
- Kocher, G. (2007): Kompetenz- und Aufgabenteilung Bund - Kantone - Gemeinden. In: Gesundheitswesen Schweiz 2007-2009. Eine aktuelle Übersicht, hrsg. v. G. Kocher/W. Oggier, Bern 2007, S. 109-118*
- Kommission der Europäischen Gemeinschaften (2007): Mitteilung der Kommission an das europäische Parlament und den Rat über die internationalen Gesundheitsvorschriften. Brüssel 2007*
- Linder, W. (2005): Schweizerische Demokratie. Institutionen, Prozesse, Perspektiven. Bern, Stuttgart, Wien 2005*
- Mayntz, R. (2004): Governance im modernen Staat. In: Governance - Regieren in komplexen Regelsystemen, hrsg. v. A. Benz/S. Lütz/U. Schimank/G. Simonis, Wiesbaden 2004, S. 65-76*
- Merianos, A./Peiris, M. (2005): International health regulations (2005). In: Lancet, Bd. 366, Nr. 9493, S. 1249-1251*
- Messner, D. (2005): Global Governance: Globalisierung im 21. Jahrhundert gestalten. In: Globalisierung als politische Herausforderung. Global Governance zwischen Utopie und Realität, hrsg. v. M. Behrens, Wiesbaden 2005, S. 27-54*
- Möckli, D. (2007): Biorisiken: Schutz vor Pandemie und Bioterrorismus. In: CSS Analysen zur Sicherheitspolitik, Bd. 2, Nr. 5, S. 1-3*
- Morse, S. S. (1995): Factors in the emergence of infectious diseases. In: Emerg Infect Dis, Bd. 1, Nr. 1, S. 7-15*
- Nicoll, A./Jones, J./Aavitsland, P./Giesecke, J. (2005): Proposed new International Health Regulations. In: Br Med J, Bd. 330, Nr. 7487, S. 321-322*
- o.V. (1971): International Health Regulations. In: Br Med J, Bd. 1, Nr. 5746, S. 415*

o.V. (1985): The Siracusa Principles on the limitation and derogation provisions in the International Covenant on Civil and Political Rights. In: Hum Rights Q, Bd. 7, S. 3-14

Organization for Economic Cooperation and Development/World Health Organization (2006): Schweiz. OECD-Berichte über Gesundheitssysteme. Paris 2006

Owen, J. W./Roberts, O. (2005): Globalization, health and foreign policy: emerging linkages and interests. In: Global Health, Bd. 1, S. 12

Pan American Health Organization (2003): Revision of the International Health Regulations. In: Epidemiol Bull, Bd. 24, Nr. 4, S. 14-15

Patterson, D./London, L. (2002): International law, human rights and HIV/AIDS. In: Bull World Health Organ, Bd. 80, Nr. 12, S. 964-969

Roelsgaard, E. (1974): Health regulations and international travel. In: WHO Chron, Bd. 28, S. 265-268

Ruh, H./Gröbly, Th. (2006): Die Zukunft ist ethisch - oder gar nicht. Wege zu einer gelingenden Gesellschaft. Frauenfeld 2006

Sandler, T./Daniel, G./Arce, M. (2002): A conceptual framework for understanding global and transnational goods for health. In: Fiscal Studies, Bd. 23, Nr. 2, S. 195-222

Schirnding, Y./Onzivu, W./Adede, A. O. (2002): International environmental law and global public health. In: Bull World Health Organ, Bd. 80, Nr. 12, S. 970-974

Silberschmidt, G. (2006): Internationale Gesundheitsvorschriften. In: Informationsschrift KSD, Nr. 1/06, S. 12-13

Strategische Führungsausbildung SFA (2005): Führungsübung 2005: Epidemie in der Schweiz. Bern 2005

Sze, S. (1988): WHO: from small beginnings. In: World Health Forum, Bd. 9, S. 29-34

- Taylor, A. L.* (1992): Making the World Health Organization work: a legal framework for universal access to the conditions for health. In: *Am J Law Med*, Bd. 18, Nr. 4, S. 301-346
- Taylor, A. L.* (2002): Global governance, international health law and WHO: looking towards the future. In: *Bull World Health Organ*, Bd. 80, Nr. 12, S. 975-980
- Thacker, S. B.* (2000): Historical development. In: *Principles and practice of public health surveillance*, hrsg. v. S. T. Teutsch/R. E. Churchill, New York 2000, S. 1-16
- Tschannen, P.* (2004): *Staatsrecht der Schweizerischen Eidgenossenschaft*. Bern 2004
- Varone, F.* (2004): Auf dem Weg zu einer nachhaltigen Nutzung natürlicher Ressourcen. In: *Sozialbericht 2004*, hrsg. v. C. Suter/I. Renschler/D. Zoge, Zürich 2004, S. 247-272
- Vatter, A.* (2006): Föderalismus. In: *Handbuch der Schweizer Politik*, hrsg. v. U. Klöti/P. Knoepfel/H. Kriesi/W. Linder/Y. Papadopoulos/P. Sciarini, Zürich 2006, S. 80-102
- Velimirovic, B.* (1976): Editorial: Do we still need International Health Regulations? In: *J Infect Dis*, Bd. 133, Nr. 4, S. 478-482
- von Tigerstrom, B.* (2005): The revised international health regulations and restraint of national health measures. In: *Health Law J*, Bd. 13, S. 35-76
- Wilson, K./McDougall, C./Upshur, R.* (2006): The new International Health Regulations and the federalism dilemma. In: *PLoS Med*, Bd. 3, Nr. 1, S. e1
- World Health Organization* (2002): *Global crisis - global solutions. Managing public health emergencies of international concern through the revised International Health Regulations*. Geneva 2002

- World Health Organization* (2007): The identification, assessment and management of food safety events under the International Health Regulations (2005). In: INFOSAN Information Note, Nr. 4/2007, S. 1-6
- Zeltner, T.* (2007): Wir sind das Kompetenzzentrum für Gesundheitsfragen. Bern 2007
- Zenger, C. A.* (1993): Krankheitsverhütung und Public health im Recht. Grundlagen für eine zeitgemässe Gesetzgebung über die Krankheitsverhütung. Bern 1993
- Zenger, C. A.* (2006): Verfassungsgrundlagen, Geltungsbereich und inhaltliche Merkmale eines revidierten Epidemiengesetzes. Bern 2006
- Zenger, C. A./Schüpbach, M.* (2007): Öffentliches Gesundheitsrecht II. Rechtliche Grundlagen und Aufgaben der Gesundheitspolitik. Bern 2007

QUELLENVERZEICHNIS

Bundesgesetz betreffend Massnahmen gegen die Tuberkulose vom 13. Juni 1928 (SR 818.102)

Bundesgesetz über Arzneimittel und Medizinalprodukte (Heilmittelgesetz) vom 15. Dezember 2000 (SR 812.21)

Bundesgesetz über die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten des Menschen (Epidemiengesetz) vom 18. Dezember 1970 (SR 818.101)

Bundesgesetz über die Krankenversicherung (Krankenversicherungsgesetz) vom 18. März 1994 (SR 832.10)

Bundesgesetz über genetische Untersuchungen beim Menschen vom 8. Oktober 2004 (SR 810.12)

Bundesgesetz über Lebensmittel und Gebrauchsgegenstände (Lebensmittelgesetz) vom 9. Oktober 1992 (SR 817.0)

Bundesverfassung der Schweizerischen Eidgenossenschaft vom 18. April 1999 (SR 101)

Internationale Gesundheitsvorschriften (2005) vom 23. Mai 2005 (mit Anlagen) (SR 0.818.103)

Internationaler Pakt über bürgerliche und politische Rechte (UNO-Pakt II) vom 16. Dezember 1966 (SR 0.103.2)

Internationaler Pakt über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte (UNO-Pakt I) vom 16. Dezember 1966 (SR 0.103.1)

Internationales Sanitätsreglement (Reglement Nr. 2 der Weltgesundheitsorganisation) vom 25. Mai 1951 (SR 0.818.101)

Internationales Sanitätsreglement vom 25. Juli 1969 (SR 0.818.102)

Regierungs- und Verwaltungsorganisationsgesetz vom 21. März 1997 (SR 172.010)

Schweizerisches Zivilgesetzbuch vom 10. Dezember 1907 (SR 210)

Übereinkommen über die Anwendung gesundheitspolizeilicher und pflanzenschutzrechtlicher Massnahmen. Anhang 1A.4 zum Abkommen vom 15. April 1994 zur Errichtung der Welthandelsorganisation (SR 0.632.20)

Verordnung betreffend Massnahmen des Bundesamtes für Gesundheit zur Prävention des Schweren Akuten Respiratorischen Syndroms (SARS) (SARS-Verordnung) vom 1. April 2003 (SR 818.101.22)

Verordnung des EDI über Arzt- und Labormeldungen vom 13. Januar 1999 (SR 818.141.11)

Verordnung über die Meldung übertragbarer Krankheiten des Menschen (Melde-Verordnung) vom 13. Januar 1999 (SR 818.141.1)

Verordnung über die Prävention der Creutzfeldt-Jakob-Krankheit bei chirurgischen und medizinischen Eingriffen (SR 818.101.21)

Verordnung über Massnahmen zur Bekämpfung einer Influenza-Pandemie (Influenza-Pandemieverordnung) vom 27. April 2005 (SR 818.101.23)

Wiener Übereinkommen über das Recht der Verträge (Vertragsrechtskonvention) vom 23. Mai 1969 (SR 0.111)

ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Abbildung 1:	Notifizierung und Verifikation unter IGV (2005)	58
Abbildung 2:	PHEIC-Bearbeitungszyklus.....	99
Abbildung 3:	Nationale IGV-Anlaufstelle.....	104
Abbildung 4:	IGV (2005) nehmen Bund und Kantone in die Zange	112
Abbildung 5:	Zusammensetzung des nationalen B-Krisenorgans	118
Abbildung 6:	Kompetenzverschiebungen in verschiedenen Bedrohungslagen.....	135

TABELLENVERZEICHNIS

Tabelle 1:	Governance-Typologien	13
Tabelle 2:	Internationale Übereinkommen zu übertragbaren Krankheiten, 1892 – 1969.....	20
Tabelle 3:	Struktur und Inhalt des Internationalen Sanitätsreglements (1969).....	26
Tabelle 4:	Kooperation im internationalen Kontext Spieltheoretischer Ansatz.	33
Tabelle 5:	Revisionsprozess der IGV (2005)	38
Tabelle 6:	Struktur und Inhalt der IGV (2005)	53
Tabelle 7:	Bestimmungen der IGV (2005) mit Bedeutung für die Menschenrechte	66

ANHANG I

Experteninterviews

Gesprächsleitfaden I

Datum: 13.06.2007, 15:00-16:30

Ort: Bundesamt für Gesundheit

Interview-Partner: **Gaudenz Silberschmidt**

Interviewer: Hans C. Matter

Allgemeine Fragen

„Public Health“-Governance

- Herausforderungen globale „Public Health“-Governance in Bezug zu den IGV (2005)?
- Inwieweit ist mit den IGV (2005) eine neue Ära der globalen Gesundheits-Governance angebrochen (These David P. Fidler)?
- Welchen Stellenwert haben die IGV (2005) im Völkerrecht?
- Welche Auswirkungen haben die IGV (2005) auf die Internationale Gesundheitspolitik?
- Eckpunkte der Schweizer Gesundheitsaussenpolitik, nicht nur in Bezug auf IGV (2005)?
- Welche Auswirkungen haben die IGV (2005) auf die Gesundheitspolitik der Schweiz?

IGV (2005)

- Entscheidende Punkte/„Highlights“ im Revisionsprozess (Erfolgsfaktoren, Risiken, Kompromisse)?
- Welches waren die heikelsten politischen Konfliktbereiche in der Erarbeitung der IGV (2005)?
- Rolle der Schweiz im Revisionsprozess (vor 2004, regionale Konferenzen, Verhandlungen)?
- Wichtigste Neuerungen (Ziel, Geltungsbereich, Informationsbeschaffung, nationaler Kapazitätsaufbau, PHEIC und Empfehlungen, erlaubte und zusätzliche Gesundheitsschutzmassnahmen, Menschenrechtsprinzipien, Beziehung zu internationalem Recht)?
- Stärken der IGV (2005)?
- Schwächen der IGV (2005) (fehlender Bezug zu den Gesundheitsdeterminanten, fehlender Mechanismus zur Durchsetzung der Bestimmungen, ungenügende Anreize für kooperatives Verhalten, Ausrichtung auf „Soft Law“, fehlendes politisches und ökonomisches Kapital, Menschenrechtsprinzipien)?

Spezifische Fragen

- Wo steht der Prozess der „Biological Weapon Convention“ (BWC) insbesondere in Bezug auf das Verifikations-Regime?
- In welchen anderen völkerrechtlichen Verträgen werden Aspekte der öffentlichen Gesundheit geregelt (Wasserkonvention, BWC etc.)?
- Warum ist die WTO nicht auf der IGV-Liste aufgeführt? Konsequenzen?
- Inwiefern vermögen WHA-Entscheide die IGV (2005) punktuell zu ändern?

- Welchen Stellenwert haben WHA-Entscheide überhaupt?
- Welche Länder haben Vorbehalte angebracht?
- Wie ist der Stand der Vereinbarungsverhandlungen zu den IGV (2005) zwischen EU und WHO? Ist die Schweiz miteinbezogen?
- Sind neben der Tabak-Konvention andere Abkommen unter Art. 19 WHO-Satzung in der Pipeline?
- Das Internationale Sanitätsreglement (1969) sah ein Streitbeilegungsverfahren vor (Internationaler Gerichtshof). Wurde dieses je genutzt?

Gesprächsleitfaden II

Datum : 15.06.2007, 12:30-13:30

Ort: Bundesamt für Gesundheit

Interview-Partner: **Pierre-Alain Raeber**

Interviewer: Hans C. Matter

- Welches sind die wichtigsten Neuerungen der IGV (2005).
- Welche Auswirkungen haben die folgenden Neuerungen auf die öffentliche Gesundheit in der Schweiz politisch, strategisch, operativ für Bund und Kantone:
 - Ausdehnung des Geltungsbereichs
 - Informationsbeschaffung und -weitergabe
 - Nationaler Kapazitätsaufbau und nationale IGV-Anlaufstelle

- Konzept PHEIC
- Menschenrechtsprinzipien
- Was muss am BAG ändern aufgrund der IGV (2005):
 - Meldealgorithmus
 - Nationale IGV-Anlaufstelle
 - Meldewesen
 - Zusammenarbeit Bund-Kantone
- Welches sind die Hauptakteure im Bereich der übertragbaren Krankheiten in der Schweiz?
- Wie sind die Aufgaben verteilt?
- Was verändert sich bezüglich Akteuren und Aufgabenverteilung nach Inkrafttreten der IGV (2005)?
 - Was sind die Charakteristika der „Public Health“-Governance in der Schweiz in Bezug auf übertragbare Krankheiten (Ausprägungen, Herausforderungen, Schwächen)?
 - Inwieweit wird die nationale „Public Health“-Governance in Bezug auf übertragbare Krankheiten durch die IGV (2005) beeinflusst?
 - Welches sind die wichtigsten Reformbedürfnisse im Bereich der übertragbaren Krankheiten in der Schweiz?

ANHANG II

IGV (2005): Aufgaben und beteiligte Hauptakteure in der Schweiz

Gegenstand	Verantwortlich	Beteiligt	Termin	Artikel	Bemerkungen
Bestätigung der IGV-Kontaktdaten	Nationale IGV-Anlaufstelle	BAG	Alljährlich	4	
Einrichtung der nationalen IGV-Anlaufstelle	BAG	Bund	Sofort	4	
Aufbau von Kernkapazitäten <ul style="list-style-type: none"> Überwachung Gesundheitsschutz 	BAG, Bund, Kantone	Kantone, Meldepflichtige, bezeichnete Grenzstellen	15. Juni 2012	5, 13, 19	
Bewertung der nationalen Strukturen und Mittel	Bund, Kantone	Dritte	15. Juni 2009	Anlage 1 A	Anschliessend Erarbeitung von Aktionsplänen zur Optimierung
Nationaler Plan zur Reaktion auf gesundheitliche Notlagen	Bund	Kantone, Dritte	15. Juni 2012	Anlage 1 A	Einschliesslich multidisziplinäre/ multisektorielle Teams
Notfallpläne für gesundheitliche Notlagen an Grenzübergängen	BAG, Kantone	Flughäfen, Flughafenetzwerk	15. Juni 2012	Anlage 1 B	Einschliesslich Benennung eines Koordinators
Innerstaatliche Beurteilung und Bewertung	BAG	Kantone	15. Juni 2012	Anlage 1 A	Relevante Ereignisse
Adäquate Einrichtung von Grenzübergangsstellen	BAG, Kantone	Flughafenetzwerk, Hafen- und Flughafenbetreiber	Spätestens 15. Juni 2012	Anlage 1 B und 5	Einschliesslich der Vektorkontrolle
Notifizierung	BAG, nationale IGV-Anlaufstelle		24 Stunden nach Bewertung	6, 43	Meldepflichtige Beobachtungen und Massnahmen; wissenschaftliche Begründung für Zusatzmassnahmen
Verifikationsprozess	BAG, nationale IGV-Anlaufstelle,	Kantone, Bundesverwaltung	24 Stunden nach Ersuchen der WHO	10	
Konsultation	BAG		Auf Anfrage WHO	11, 12	Informationsaustausch Feststellung PHEIC
Unterstützung und Zusammenarbeit	DEZA, Bund	BAG	Auf Ersuchen WHO	13, 44	Bei Schutzmassnahmen, Überwachung, technische Zusammenarbeit, Erschliessung finanzieller Mittel, normative Umsetzung der IGV (2005)
Befolgung von Empfehlungen	Bund, Kantone, Dritte		Bei Vorliegen	15	Zeitlich befristete und ständige Empfehlungen
Benennung von Häfen und Flughäfen unter IGV (2005)	BAG	BAZL, Kantone	Nicht explizit festgelegt	19	Inkl. Bezeichnung der zuständigen Behörden
Konformität der Gesundheitsdokumente	BAG, BAZL, EZV, Kantone		Sofort	20, 36-39; Anlagen 3, 6 bis 9	Schiffshygienebescheinigungen, Befreiung von der Schiffshygienekontrolle, Seegesundheitserklärung, allgemeine Erklärung für Luftfahrzeuge, Impf- und Prophylaxebescheinigung,

Gegenstand	Verantwortlich	Beteiligt	Termin	Artikel	Bemerkungen
Instruktion der Beförderer	Bund, Kantone	Beförderer	Bei Bedarf	22, 24, 37, 38; Anlage 4	
Überwachung von potenziell verseuchten Waren und Ladeplätzen	Bund, Kantone	Beförderer	Sofort	22, 34	
Aufsicht über den Massnahmenvollzug	Bund, Kantone	Beauftragte Dritte	Sofort	22, 24	Rückmeldung an nationale IGV-Anlaufstelle
Notfallprogramme	Bund, Kantone	Flughäfen, Häfen etc.	Sofort	22	
Informationsweitergabe an nächsten Zielort	BAG	Kantone, Flughäfen, Häfen, Grenzübergangsstellen Drittländer	Bei Bedarf	27, 30, Anlage 5	Nur in bestimmten Situationen
Achtung der Würde, Menschenrechte und Grundfreiheiten	Bund, Kantone	Alle mit öffentlichen Aufgaben betraute Stellen	Sofort	32	Behandlung von Reisenden
Nationale einheitliche Tarife für Gesundheitsmassnahmen	Bund, Kantone	Beauftragte Dritte	Sofort	40, 41	Reisende, Güter
Transporterleichterungen	Bund	Kantone		46	Biologische Substanzen für Bestätigungen und Gesundheitsschutzmassnahmen unter IGV (2005)
Benennung von Sachverständigen für die IGV-Sachverständigenliste	BAG	ISPM Zürich	Sofort	47	Bereits erfolgt (vgl. Kapitel 5.1)
Verzugsmeldung zu innerstaatlichen Rechts- und Verwaltungsregelungen			15. Juni 2007	59	Für die CH nicht relevant, da Vollzug der IGV (2005) über Art. 10 des Epidemien-gesetzes im Prinzip ohne Anpassungen möglich
Benennung von Gelbfieber-Impfstellen	BAG	Ärzteschaft	Sofort	Anlage 7	

Abkürzungen siehe Abkürzungsverzeichnis.

ÜBER DEN AUTOR



Nach dem mit einer Doktorarbeit abgeschlossenen Biologiestudium an der Universität Bern war Hans C. Matter mehrere Jahre im Rahmen eines Tollwutbekämpfungsprogramms der Weltgesundheitsorganisation (WHO) in Nordafrika als wissenschaftlicher Berater und Projektleiter tätig. Nach seiner Rückkehr in die Schweiz trat er anfangs 1992 eine Stelle am Bundesamt für Gesundheit (BAG) an, wo er seither in der Abteilung Übertragbare Krankheiten zuerst als wissenschaftlicher Mitarbeiter und ab 1997 als Sektionsleiter tätig ist. Gleichzeitig brachte er seine Erfahrungen in Bezug auf die Tollwutbekämpfung im Auftrag der WHO in verschiedenen Auslandseinsätzen (Türkei, Sri Lanka, Jemen, Tunesien) ein. Seit 2003 leitet er die Sektion Früherkennung und Epidemiologie. Im Laufe seiner Tätigkeit konnte Hans C. Matter am BAG wichtige Projekte in den Bereichen Grippeimpfprävention, Influenzapandemievorbereitung, Früherkennung, Meldesysteme, Epidemiengesetzrevision etc. realisieren.

Hans C. Matter ist verheiratet und hat drei Kinder. Er lebt in Bern. Korrespondenz ist zu richten an Dr. phil. nat. Hans C. Matter, Bundesamt für Gesundheit, Postfach, 3003 Bern.