Vorereignisse, P(l)andemieplanung und die Folgen der Corona-Krise

Eine chronologische Einordnung von Seuchenausbrüchen, Planspielen, Krisenmaßnahmen und internationalen Vorsorgestrukturen

1. Seuchen als grenzüberschreitende Herausforderung – die Vorgeschichte

Lange vor COVID-19 stellten seltsame Infektionskrankheiten und neue Tierseuchen Staaten, Gesundheitsbehörden und internationale Organisationen vor die Aufgabe, grenzüberschreitende Ausbrüche einzudämmen. BSE, die Vogelgrippe, die Schweinegrippe und die Afrikanische Schweinepest führten zu Überwachungsmaßnahmen, Handelsbeschränkungen, Impfstoffforschung und internationalen Krisenplänen. Dabei ist zwischen Erkrankungen des Menschen und Tierseuchen zu unterscheiden: Nicht jeder Ausbruch war in der Vergangenheit eine schwere Pandemie, doch die Erfahrungen mit der Ausbreitung von Krankheitserregern prägten die Entwicklung internationaler Frühwarn- und Vorsorgesysteme.

Mit SARS 2002/2003, der Influenza-Pandemie H1N1 2009/2010 und MERS ab 2012 rückten insbesondere die Risiken neuartiger, grenzüberschreitend übertragbarer Krankheitserreger in den Mittelpunkt. Die internationale Gesundheitspolitik begann zunehmend, nicht nur auf konkrete Ausbrüche zu reagieren, sondern auch mögliche zukünftige Krisen durch Risikoanalysen, Planspiele, Pandemiepläne und die Entwicklung medizinischer Gegenmaßnahmen vorzubereiten.

2. Deutschland und die internationale Pandemieplanung vor Corona

Die Vorbereitung auf eine schwere Pandemie war in Deutschland bereits vor 2020 Bestandteil staatlicher Krisenvorsorge. Im Rahmen der Länder- und Ressortübergreifenden Krisenmanagementübung LÜKEX wurde 2007 eine weltweite Influenza-Pandemie simuliert. Die Übung sollte die Zusammenarbeit von Bund, Ländern, Behörden und weiteren Akteuren verbessern und Schwachstellen in den bestehenden Krisenplänen aufdecken. 2012 folgte eine Risikoanalyse des Bundes mit dem fiktiven Szenario einer Pandemie durch das Coronavirus „***Modi-SARS***“. Die Analyse beschrieb unter anderem eine Überlastung medizinischer Versorgungskapazitäten sowie mögliche Engpässe bei Arzneimitteln, Schutzausrüstung und anderen wichtigen Gütern.

Diese Dokumente sind bedeutsam, weil sie zeigen, dass wesentliche Risiken einer weltweiten Pandemie und mögliche Folgen für die staatliche Handlungsfähigkeit bereits vor dem tatsächlichen Ausbruch untersucht worden waren. Es stellt sich die Frage, welche Erkenntnisse aus diesen Analysen in die praktische Vorsorge übernommen wurden und weshalb sich während der Krise erhebliche Probleme bei Beschaffung, Versorgung, Kommunikation und Koordination zeigten.

Auch international wurden Pandemie- und Krisenszenarien fortlaufend durchgespielt und Abläufe geübt. Dazu gehörten „***Dark Winter***“ (2001), eine Simulation eines fiktiven Pockenangriffs, sowie „***Clade X***“ (2018), eine Übung zu einer schweren, fiktiven Pandemie. Solche Planspiele dienen offiziell dazu, Entscheidungswege, Kommunikationsstrukturen und Reaktionsmöglichkeiten unter Krisenbedingungen zu prüfen.

3. „Lock Step“ (2010): Ein Zukunftsszenario zwischen Pandemie und staatlicher Kontrolle

Besondere Aufmerksamkeit verdient der 2010 von der Rockefeller Foundation und dem Global Business Network veröffentlichte Bericht *Scenarios for the Future of Technology and International Development*. Darin werden vier mögliche Zukunftsszenarien beschrieben. Eines davon, „Lock Step“, schildert eine schwere Pandemie, auf die Staaten mit strengen Maßnahmen, verstärkten Kontrollen und Einschränkungen der Bewegungsfreiheit reagieren.

Bemerkenswert ist die im Szenario beschriebene Entwicklung nach der akuten Krise: Strenge staatliche Kontrolle und Überwachung bleiben bestehen oder werden weiter ausgebaut. Die Bevölkerung gewöhnt sich an Einschränkungen ihrer Privatsphäre und Selbstbestimmung, während die Regierungen ihre Machtposition festigen.

Diese Darstellung wirft im Rückblick auf die vergangene Corona-Pandemie Fragen auf, die nicht allein medizinischer Natur sind: Welche Eingriffe wurden in einer Krise als notwendig begründet? Welche davon wurden später zurückgenommen? Und welche technischen, administrativen oder rechtlichen Strukturen blieben bestehen?

Der Bericht ist ein dokumentiertes Zukunftsszenario, kein Beweis für eine geplante Pandemie. Die Parallelen zwischen einem fiktiven Szenario und späteren Ereignissen wecken für sich genommen Skepsis und Merkwürdigkeiten. Sie liefern einen Anlass, die tatsächliche Entwicklung von Krisenmaßnahmen und Kontrollstrukturen genauer zu untersuchen.

4. „Event 201“ (2019): Eine Pandemieübung unmittelbar vor COVID-19

Am 18. Oktober 2019 fand in New York die internationale Pandemieübung „***Event 201***“ statt. Organisiert wurde sie vom *Johns Hopkins Center for Health Security* gemeinsam mit dem Weltwirtschaftsforum und der *Bill & Melinda Gates Foundation*. Das fiktive Szenario behandelte ein neuartiges ***Coronavirus***, das sich weltweit ausbreitet und neben schweren gesundheitlichen Folgen auch erhebliche wirtschaftliche und gesellschaftliche Auswirkungen auslöst.

Die Teilnehmer diskutierten unter anderem die Zusammenarbeit von Regierungen, internationalen Organisationen und privaten Unternehmen, die Verteilung medizinischer Gegenmaßnahmen, die Aufrechterhaltung wichtiger Lieferketten sowie die Kommunikation während einer Pandemie. Auch der Umgang mit Fehlinformationen und die Zusammenarbeit mit Medien und digitalen Plattformen waren Teil der Empfehlungen.

Nur wenige Wochen später wurden die ersten Fälle des neuartigen Coronavirus in China bekannt; im Frühjahr 2020 entwickelte sich daraus die weltweite COVID-19-Pandemie. Die zeitliche Nähe zwischen „Event 201“ und dem tatsächlichen Ausbruch führte zu vielen Fragen und etlichen Spekulationen. Die Veranstalter erklärten, dass die Übung keine Vorhersage gewesen sei und mit fiktiven epidemiologischen Annahmen gearbeitet habe.

Die zeitliche Abfolge ist dokumentiert, und ist eine mögliche Verbindung zwischen der Übung und dem Ausbruch anzusehen. Kritisch zu untersuchen ist, welche in der Übung erörterten Maßnahmen später tatsächlich umgesetzt wurden, welche Rolle öffentlich-private Partnerschaften spielten und wie die vorgeschlagenen Kommunikations- und Krisenmechanismen mit Meinungsfreiheit, Transparenz und demokratischer Kontrolle vereinbar waren.

5. COVID-19: Pandemie, staatliche Eingriffe und die offene Ursprungsfrage

Ab Ende 2019 breitete sich SARS-CoV-2 weltweit aus. Im März 2020 stufte die Weltgesundheitsorganisation COVID-19 als Pandemie ein. Staaten führten weitreichende Maßnahmen ein, darunter Kontaktbeschränkungen, Reise- und Zugangsbeschränkungen, Quarantäne, Maskenregeln und zeitweise Schließungen von Einrichtungen und Betrieben. Später kamen groß angelegte Impfkampagnen und digitale COVID-Zertifikate hinzu.

Die Krise offenbarte Defizite in der Vorbereitung und Versorgung, stellte Gesundheitssysteme vor erhebliche Belastungen und führte zu tiefgreifenden Eingriffen in das gesellschaftliche und wirtschaftliche Leben. Zugleich wurden viele falsche Entscheidungen getroffen. Deshalb müssen

sowohl die damalige Gefahrenlage als auch die **freie** wissenschaftliche Grundlage, die Verhältnismäßigkeit einzelner Maßnahmen und die Qualität der politischen Entscheidungsprozesse rückblickend geprüft werden. Deutschland als demokratisches Land inhaftiert derzeit ca. 1.500 kritische Ärzte aus unterschiedlichen Gründen, einer der weltweit bekanntesten Fälle ist **Dr. Reiner Füllmich** (Gründer und Moderator Corona-Ausschusses), der als hochgefährlicher Schwerverbrecher in der Sicherheitsabteilung eines Gefängnisses inhaftiert wird.

Eine zentrale, bis heute nicht abschließend geklärte Frage betrifft den Ursprung von SARS-CoV-2. Im März 2025 berichteten Medien, der Bundesnachrichtendienst habe einen Laborunfall in Wuhan bereits 2020 als wahrscheinliche Ursache bewertet. Diese Einschätzung soll auf nachrichtendienstlichen Informationen beruht haben. Die vollständigen Grundlagen der Bewertung wurden nicht öffentlich zugänglich gemacht; als Gründe wurden unter anderem der Schutz nachrichtendienstlicher Quellen und Methoden angeführt. Viele belegte Indizien und Forschungsergebnisse sprechen aus der heutigen Sicht deutlich dafür, auch ein Prozess gegen den US-Immunologen, Dr. Anthony Fauci steht im Sommer 2026 im Zentrum einer politischen und rechtlichen Aufarbeitung der Corona-Pandemie, Gain-of-Function-Forschung und „Impfpflichten“-Täuschung sowie bekannten Todesfällen (GMO) durch Republikaner bekräftigen diesen BND Bericht.

Im Juni 2025 erklärte die wissenschaftliche Expertengruppe der WHO zur Untersuchung des Ursprungs neuer Krankheitserreger, dass wesentliche Informationen für eine abschließende Bewertung weiterhin fehlten. Nach ihrer Einschätzung sprach die verfügbare Evidenz eher für einen zoonotischen Übergang, während ein Laborursprung nicht ausgeschlossen werden konnte. Ein Laborunfall ist damit eine ernsthaft zu prüfende Hypothese, aber kein abschließend nachgewiesener Ursprung – „China mahnt zur Zurückhaltung".

Daraus ergeben sich berechtigte Fragen: Wer verfügte wann über welche Informationen? Welche Untersuchungen wurden vorgenommen? Welche Erkenntnisse wurden veröffentlicht und weshalb viele zurückgehalten? Und wie ist zu bewerten, dass eine nachrichtendienstliche Einschätzung erst Jahre später öffentlich bekannt wurde? Bei der Beantwortung muss zwischen belegter Geheimhaltung, wissenschaftlicher Unsicherheit, politischer Zurückhaltung und einem nicht nachgewiesenen Vorwurf gezielter Unterdrückung unterschieden werden.

6. Nach der akuten Pandemie: „Catastrophic Contagion“ und die nächste Krise

Am 23. Oktober 2022 führten das Johns Hopkins Center for Health Security, die Weltgesundheitsorganisation und die Bill & Melinda Gates Foundation in Brüssel die Übung „Catastrophic Contagion“ durch. Das fiktive Szenario beschrieb eine Pandemie mit höherer Sterblichkeit als COVID-19, von der insbesondere Kinder und Jugendliche betroffen wären. Regierungs- und Gesundheitsexperten diskutierten unter anderem internationale Koordination, politische Entscheidungen unter Zeitdruck, öffentliche Kommunikation und den Umgang mit unvollständigen Informationen.

Die Übung fand zu einem Zeitpunkt statt, als die Welt noch mit den Folgen der Corona-Pandemie beschäftigt war. Sie zeigt, dass die internationale Vorbereitung auf zukünftige Gesundheitskrisen weitergeführt und institutionell ausgebaut wurde. Die veröffentlichten Empfehlungen betonten unter anderem eine stärkere internationale Zusammenarbeit, die Vorbereitung staatlicher Entscheidungsstrukturen und den Umgang mit Fehlinformationen.

Auch diese Übung wirft viele Fragen und ist kritisch zu betrachten – die Zukunft wird es mal wieder Zeigen. Sie ist jedoch ein relevanter Anknüpfungspunkt für die Frage, wie weitreichend die Krisenvorsorge ausgestaltet werden soll und welche Kontrollmechanismen dabei notwendig sind.

Besonders wichtig ist, wie „Fehlinformation“ definiert wird, wie unabhängige wissenschaftliche Kontroversen geschützt werden und wer die Grenzen staatlicher oder privater Eingriffe in die öffentliche Kommunikation überwacht.

7. Demografischer Wandel: Sinkende Geburtenraten und die Folgen für Wirtschaft und Gesellschaft

Neben den gesundheitlichen, politischen und wirtschaftlichen Folgen der vergangenen Pandemie verdient auch die weltweite demografische Entwicklung Beachtung. Der von *Der Pragmaticus* am 9. August 2026 veröffentlichte Beitrag „Der große Geburtenrückgang und seine Folgen“ beschreibt den anhaltenden Rückgang der Fertilitätsraten und die daraus entstehenden Herausforderungen für Arbeitsmärkte, Wirtschaftswachstum und Sozialsysteme.

Die Entwicklung ist international dokumentiert: Nach Angaben der Vereinten Nationen sank die weltweite Gesamtfertilitätsrate auf rund 2,2 im Jahr 2024. In mehr als der Hälfte der Länder und Gebiete liegt sie inzwischen unter dem Bestandserhaltungsniveau von etwa 2,1 Kindern pro Frau. Besonders niedrige Werte verzeichnen unter anderem Teile Ostasiens und Europas. Die Folgen zeigen sich langfristig in einer alternden Bevölkerung, einem veränderten Verhältnis zwischen Erwerbstätigen und Ruheständlern sowie steigenden Anforderungen soziale System.

Diese Entwicklung nahm seit 2021 stark zu, und wird auf vielfältige Umstände heruntergebrochen. Dazu gehören veränderte Lebensentwürfe, wirtschaftliche Unsicherheit, Wohnkosten, die Vereinbarkeit von Beruf und Familie, spätere Familiengründungen und ein besserer Zugang zu Bildung und reproduktiver Gesundheitsversorgung. Welche Faktoren in einzelnen Ländern wie stark wirken, muss jeweils anhand der verfügbaren Daten untersucht werden. Unfruchtbarkeit (Infertilität), Totgeburtenrate und stark erhöhten Säuglingssterblichkeit ist bislang zu keinem Zeitpunkt Erwähnt.

Für die Aufarbeitung der Pandemiepolitik ist deshalb eine klare Unterscheidung erforderlich: Der weltweite Fertilitätsrückgang ist eine belegte demografische Entwicklung. Daraus lässt sich ableiten, dass COVID-19 oder „Impfungen“ möglicherweise diesen Trend verursacht haben, vielleicht sogar eine koordinierte Bevölkerungsreduktion beabsichtigt und in die Wege geleitet wurde. Hierzu sind weitere belastbare Belege erforderlich, diese benötigen jedoch weitere Zeit.

Gleichwohl ist die demografische Entwicklung für die übergeordnete Betrachtung relevant. Bevölkerungsstruktur, Arbeitskräfteangebot, Produktivität und die Finanzierbarkeit sozialer Sicherungssysteme beeinflussen politische Entscheidungen und staatliche Zukunftsplanung. Deshalb sollte untersucht werden, wie Regierungen und internationale Organisationen auf diese Herausforderungen reagieren, welche wirtschaftlichen und gesellschaftlichen Zielsetzungen sie verfolgen und wie die entsprechenden Maßnahmen demokratisch legitimiert und kontrolliert werden.

Die entscheidende Frage ist dabei nicht, ob demografische Veränderungen automatisch auf eine bestimmte politische Absicht hindeuten, sondern wie transparent mit ihnen umgegangen wird: Welche Daten und Annahmen liegen politischen Entscheidungen zugrunde? Welche Folgen werden für unterschiedliche Bevölkerungsgruppen erwartet? Und wie wird sichergestellt, dass Maßnahmen zur Bewältigung wirtschaftlicher und demografischer Herausforderungen mit individuellen Freiheitsrechten und demokratischer Mitbestimmung vereinbar bleiben?

Am 17. Dezember 2022 berichtete Spiegel:
"**EctoLife**" - 30.000 Babys pro Jahr: Konzept setzt auf künstliche Mutterleibe und Designer-Babys.

8. Was blieb nach Corona? Digitale Systeme, neue Regeln und institutionelle Vorsorge

Eine kritische Aufarbeitung endet nicht mit dem Ende der akuten Gesundheitsnotlage. Sie muss auch untersuchen, welche Strukturen danach fortgeführt, erweitert oder in neue Regelwerke überführt wurden.

Ein konkretes Beispiel ist das digitale COVID-Zertifikat der Europäischen Union. Die entsprechende EU-Verordnung lief am 30. Juni 2023 aus. Bereits am 1. Juli 2023 übernahm die WHO jedoch die technische Grundlage des EU-Systems als ersten Baustein ihres Global Digital Health Certification Network. Nach Angaben der Europäischen Kommission handelt es sich (noch) um ein freiwilliges System zur Überprüfung von Gesundheitsdokumenten; die zugrunde liegenden personenbezogenen Daten verbleiben bei den nationalen Stellen. Damit wurde das frühere EU-COVID-Zertifikat vorerst nicht einfach als verpflichtendes EU-Reisezertifikat fortgeführt, seine technische Grundlage wurde aber für einen breiteren internationalen Gesundheitskontext weiterentwickelt.

Zugleich wurden die internationalen Gesundheitsvorschriften der WHO geändert. Die 2024 beschlossenen Änderungen traten für die meisten erfassten Staaten am 19. September 2025 in Kraft. Sie sehen unter anderem eine neue Kategorie des internationalen Alarmzustands, sogenannte „pandemic emergency“, sowie nationale Koordinierungsstellen vor. Die WHO betont, dass sie Staaten nicht zur Umsetzung bestimmter Maßnahmen zwingen kann und dass die staatliche Souveränität über die Gesundheitspolitik bestehen bleibt. Parallel wurde das WHO-Pandemieabkommen im Mai 2025 angenommen; weitere Verhandlungen über den Anhang zum Zugang zu Krankheitserregern und die faire Verteilung daraus entstehender Vorteile wurden fortgesetzt.

Diese Entwicklungen belegen, dass die internationale P(l)andemievorbereitung nach COVID-19 nicht beendet, sondern weiterentwickelt wurde. Sie belegen für sich genommen jedoch nicht, dass damit eine dauerhafte Kontrolle der Bevölkerung beabsichtigt ist. Genau deshalb bedarf es einer sachlichen Prüfung der konkreten Befugnisse, Datenflüsse, Zuständigkeiten und Kontrollrechte.

9. Die zentrale Frage: Krisenvorsorge oder dauerhafte Ausweitung von Kontrolle?

Eine Pandemie ist nicht nur ein medizinisches Ereignis. Sie kann tiefgreifende Veränderungen in Gesetzgebung, Verwaltung, Digitalisierung, öffentlicher Kommunikation und staatlichen Befugnissen auslösen. Maßnahmen, die während einer akuten Notlage eingeführt werden, können technische und institutionelle Möglichkeiten schaffen, die auch danach bestehen bleiben. Daraus ergibt sich eine grundlegende demokratische Frage: Werden außergewöhnliche Eingriffe tatsächlich beendet, wenn ihre ursprüngliche Begründung entfällt, oder werden Teile der geschaffenen Strukturen in den normalen Verwaltungs- und Rechtsrahmen übernommen?

Diese Frage muss anhand konkreter Maßnahmen beantwortet werden. Zu untersuchen sind die jeweilige Rechtsgrundlage, die Befristung, die tatsächliche Nutzung, die Kontrollmöglichkeiten durch Parlamente und Gerichte, der Schutz personenbezogener Daten sowie die Möglichkeit, Maßnahmen bei veränderter Gefahrenlage zurückzunehmen. Gleiches gilt für staatliche und private Kommunikationsstrukturen, die während einer Pandemie zur Bekämpfung von Fehlinformationen geschaffen oder ausgeweitet wurden.

Die Szenarien „***Lock Step***“, „***Event 201***“ und „***Catastrophic Contagion***“ beweisen nicht direkt eine koordinierte Planung der Corona-Pandemie. Sie dokumentieren jedoch, wie internationale Akteure mögliche Pandemieabläufe, politische Reaktionen und gesellschaftliche Folgen modelliert und diskutiert haben. In Verbindung mit den tatsächlich eingeführten Maßnahmen ergibt sich daraus ein legitimer Untersuchungsauftrag: Nicht nur die Wirksamkeit und Rechtmäßigkeit einzelner

Krisenentscheidungen sind zu bewerten, sondern auch die Strukturen, die aus ihnen hervorgegangen sind.

Vor diesem historischen Hintergrund richtet sich die folgende Zusammenfassung auf die konkreten rechtlichen, institutionellen und wirtschaftlichen Mechanismen der internationalen Pandemiepolitik. Im Mittelpunkt stehen die internationalen Gesundheitsvorschriften der WHO, das WHO-Pandemieabkommen, WEF-Agenda 2030, die deutschen gesetzlichen Grundlagen, die europäischen Verfahren zur Impfstoffzulassung und -beschaffung sowie die damit verbundenen Fragen von Transparenz, Haftung, Verhältnismäßigkeit und demokratischer Kontrolle.

Entscheidend ist dabei, ob sie auf nachvollziehbaren wissenschaftlichen Grundlagen beruhen und ob außergewöhnliche Eingriffe in Freiheit und Selbstbestimmung tatsächlich auf das notwendige Maß begrenzt bleiben.

Quellen zur Überprüfung und Vertiefung

- Deutscher Bundestag: Risikoanalyse im Bevölkerungsschutz 2012 – fiktives Szenario „Modi-SARS“
- Deutscher Bundestag: Antwort zur LÜKEX-Pandemieübung 2007
- Johns Hopkins Center for Health Security: Event 201 – Übung und Empfehlungen
- Johns Hopkins Center for Health Security: Catastrophic Contagion – Übung von 2022
- WHO: Bewertung der Ursprünge von SARS-CoV-2, 27. Juni 2025
- Europäische Kommission: Digitales COVID-Zertifikat und Übernahme der technischen Grundlage durch die WHO
- WHO: Änderungen der Internationalen Gesundheitsvorschriften treten in Kraft, 19. September 2025
- Der Pragmaticus: Der große Geburtenrückgang und seine Folgen (9. August 2026)
- Vereinte Nationen: World Fertility 2024
- The Lancet: Global fertility in 204 countries and territories, 1950–2021 (2024)

Hinweis zum Rockefeller-Bericht:
Für die endgültige Veröffentlichung sollte die Quelle möglichst direkt über die Rockefeller Foundation oder eine bibliothekarisch verlässliche Archivkopie zitiert werden.

Beispiel oder Hinweis?
Eine zuvor ausgestrahlte Serie:

Pandemievorbereitung und globale Governance

Ausführliche Dokumenten- und Quellenprüfung · **Stand: 29. Oktober 2026**

Inhalt

1. SPARS: Das fiktive Pandemie-Szenario 2025–2028
2. „Lock Step“: Das Szenario der Rockefeller Foundation von 2010
3. Die 100-Tage-Mission: Impfstoffentwicklung und globale Vorbereitung
4. WHO: Internationale Gesundheitsvorschriften und Pandemieabkommen
5. Deutschland: Infektionsschutzgesetz und staatliche Befugnisse
6. EU: Impfstoffzulassung und Sicherheitsüberwachung
7. EU: Beschaffung, Haftung und Transparenz
8. PABS: Erregerzugang und internationale Verteilung
9. Vier konkrete Prüfungen der Vollzugs- und Kontrollmechanismen
10. Gesamtbewertung
11. Kompakte Stichpunktzusammenfassung
12. Quellenverzeichnis
13. Appendix

1. SPARS: Das fiktive Pandemie-Szenario 2025–2028

1.1 Ursprung und Zweck

Das Dokument ***The SPARS Pandemic, 2025–2028*** wurde 2017 vom *Johns Hopkins Center for Health Security* veröffentlicht. Es beschreibt eine fiktive Pandemie durch einen neuartigen Coronavirus-Erreger und untersucht, wie Behörden, Wissenschaft, Medien und Bevölkerung in einer solchen Krisensituation kommunizieren und handeln könnten.
Es handelt sich um ein Szenario für die Krisen- und Risikokommunikation. Die Autoren untersuchen damit mögliche Probleme bei der Kommunikation medizinischer Maßnahmen, beim Umgang mit Unsicherheit, bei der Bewertung von Nebenwirkungen und bei der Aufrechterhaltung des öffentlichen Vertrauens.

Primärquelle: The SPARS Pandemic, 2025–2028 – Originaldokument (PDF)

1.2 Welche Aspekte sind besonders relevant?

Das Szenario behandelt unter anderem:

- die frühe Kommunikation eines neuen Infektionsgeschehens;
- die Entwicklung und Einführung medizinischer Gegenmaßnahmen;
- die Kommunikation über Nutzen, Risiken und Nebenwirkungen;
- Konflikte zwischen wissenschaftlichen Einschätzungen, politischen Entscheidungen und öffentlicher Wahrnehmung;
- den Umgang mit widersprüchlichen Informationen und sinkendem Vertrauen;
- die Schwierigkeiten, eine Krisenkommunikation später zu korrigieren, wenn neue Erkenntnisse vorliegen.

Diese Themen sind für die Bewertung tatsächlicher Pandemiepolitik relevant, weil sie typische Konflikte zwischen Geschwindigkeit, wissenschaftlicher Unsicherheit, öffentlichem Vertrauen und staatlicher Verantwortung beschreiben.

1.3 Bedeutet die Jahresangabe 2025–2028 eine Vorhersage?

Die Jahresangabe ist Bestandteil der „fiktiven“ Handlung. Aus dem Dokument lässt sich nicht ableiten, dass die Autoren für diesen Zeitraum eine reale Pandemie vorhergesagt oder deren Auslösung geplant hätten.
Es ist allerdings sinnvoll, das Szenario nachträglich mit tatsächlichen Ereignissen zu vergleichen. Dabei muss zwischen drei Arten von Übereinstimmungen unterschieden werden:

Art der Übereinstimmung	Aussagekraft
Allgemeine Ähnlichkeit, etwa Krisenkommunikation oder Impfstoffentwicklung	Gering; solche Themen sind in vielen Pandemieszenarien zu erwarten
Konkrete Übereinstimmung bestimmter Abläufe oder Kommunikationsprobleme	Kann für eine inhaltliche Analyse relevant sein
Nachweis einer Verbindung zwischen Szenario, konkreten Entscheidungen und geplanter Umsetzung	Wäre ein wesentlich stärkerer Beleg, muss aber unabhängig nachgewiesen werden

Bewertung:
SPARS ist ein reales und öffentlich zugängliches Planszenario. Es belegt, dass mögliche Kommunikationsprobleme einer künftigen Pandemie bereits 2017 systematisch durchgespielt wurden. Es belegt nicht, dass eine solche Pandemie anschließend gezielt herbeigeführt werden sollte.

2. „Lock Step“: Das Szenario der Rockefeller Foundation von 2010

2.1 Was beschreibt der Bericht?

Der Bericht *Scenarios for the Future of Technology and International Development* entstand 2010 in Zusammenarbeit mit der Rockefeller Foundation und dem Global Business Network. Er enthält mehrere Zukunftsszenarien, darunter „***Lock Step***“.

In diesem Szenario führt eine fiktive schwere Influenzapandemie zu erheblichen gesellschaftlichen und politischen Veränderungen. Beschrieben werden unter anderem stärkere staatliche Steuerung, eine Ausweitung bestimmter Kontrollmaßnahmen und Veränderungen im Verhältnis zwischen Staat, Technologie und Bevölkerung.

Quelle: Scenarios for the Future of Technology and International Development – PDF

2.2 Warum wird „Lock Step“ mit COVID-19 verglichen?

Der Bericht beschreibt mögliche Folgen einer Pandemie, die sich teilweise mit späteren realen Erfahrungen vergleichen lassen:

- Einschränkungen des öffentlichen Lebens;
- verstärkte staatliche Koordination;
- Nutzung technischer Systeme zur Überwachung oder Steuerung;
- Konflikte über Freiheit, Sicherheit und staatliche Verantwortung;
- langfristige gesellschaftliche Veränderungen infolge einer Krise.

Solche Parallelen sind ein legitimer Gegenstand politischer und gesellschaftlicher Analyse. Ein Szenario kann zeigen, dass bestimmte Folgen bereits vor einem Ereignis als möglich erkannt und diskutiert wurden.

Allerdings muss zwischen einer allgemeinen Beschreibung möglicher Krisenfolgen und einer präzisen Vorhersage unterschieden werden. Dass ein Bericht eine Pandemie mit staatlichen Kontrollmaßnahmen beschreibt, beweist nicht, dass seine Autoren die spätere COVID-19-Pandemie kannten oder deren Ablauf steuerten.

2.3 Wie ließe sich eine tatsächliche Planung nachweisen?

Für eine belastbare Aussage über eine geplante Umsetzung wären weitere Belege notwendig, beispielsweise:

1. Dokumente, in denen eine konkrete Pandemie als gewünschtes oder festgelegtes Ereignis beschrieben wird;
2. interne Entscheidungsprotokolle, die einen Zusammenhang zwischen dem Szenario und späteren operativen Entscheidungen herstellen;
3. nachweisbare Kommunikations- oder Finanzierungsverbindungen, die über die allgemeine Zusammenarbeit im Bereich Krisenvorsorge hinausgehen;
4. Belege dafür, dass nicht nur die Reaktion auf eine mögliche Pandemie, sondern deren absichtliche Herbeiführung vorgesehen war.

Bewertung:
„***Lock Step***" zeigt, dass bestimmte politische und gesellschaftliche Folgen einer Pandemie bereits 2010 als mögliche Entwicklung diskutiert wurden. Die Ähnlichkeit mit späteren Ereignissen ist besonders untersuchenswert, aber aktuell kein hinreichender Beweis einer gezielten Planung.

3. Die 100-Tage-Mission: Impfstoffentwicklung und globale Vorbereitung

3.1 Was ist die 100-Tage-Mission?

Die *Coalition for Epidemic Preparedness Innovations* (**CEPI**) verfolgt das Ziel, bei einer neu auftretenden Pandemie einen Impfstoff innerhalb von etwa 100 Tagen nach Identifikation des Erregers so weit zu entwickeln, dass eine erste Zulassung und die Produktion in größerem Maßstab möglichst rasch ermöglicht werden können.

Die Initiative beruht auf der Erkenntnis, dass die Zeit zwischen dem Auftreten eines neuen Erregers und der Verfügbarkeit medizinischer Gegenmaßnahmen entscheidend sein kann.
Primärquelle: CEPI – The 100 Days Mission

Das G7-Kommuniqué von Carbis Bay aus dem Jahr 2021 unterstützte das Ziel, die Entwicklung sicherer und wirksamer Impfstoffe, Behandlungen und Tests von etwa 300 auf 100 Tage zu verkürzen.
Quelle: G7 Carbis Bay Summit Communiqué

3.2 Welche Strukturen müssen dafür vorbereitet werden?

Ein solches Ziel lässt sich nicht allein durch die schnellere Durchführung einer klinischen Studie erreichen. Es setzt voraus, dass mehrere Bereiche bereits vor dem Auftreten eines bestimmten Erregers vorbereitet werden.

1. Überwachung und Früherkennung
Labore, epidemiologische Überwachung, internationale Meldesysteme und genetische Sequenzierung sollen neue Erreger möglichst früh erkennen und charakterisieren.

2. Forschungsplattformen
Impfstofftechnologien, Forschungsnetzwerke und klinische Studienstrukturen werden vorbereitet, damit nach Identifikation eines Erregers schneller mit der Entwicklung begonnen werden kann.

3. Produktion und Finanzierung
Produktionskapazitäten, Rohstoffversorgung und Finanzierung sollen frühzeitig verfügbar sein. Teilweise können Kapazitäten bereits vor einer endgültigen Zulassung vorbereitet oder vertraglich abgesichert werden.

4. Zulassung und Sicherheitsüberwachung
Regulierungsbehörden können frühzeitig beraten und Daten fortlaufend prüfen. Die Sicherheitsanforderungen und die Bewertung des Nutzen-Risiko-Verhältnisses bleiben entscheidend.

3.3 Ist ein Impfstoff nach 100 Tagen vollständig geprüft?

Das ist nicht garantiert. Die 100-Tage-Mission ist ein politisches und wissenschaftlich-technisches Ziel, keine allgemeine gesetzliche Garantie, dass jeder künftige Impfstoff innerhalb dieses Zeitraums umfassend auf alle kurz- und langfristigen Risiken untersucht werden kann.

Es ist wichtig, drei Dinge zu unterscheiden:

- Schnelle Entwicklung: Ein Kandidat wird mithilfe vorbereiteter Plattformen schneller entwickelt.
- Frühe Zulassung oder Verfügbarkeit: Die regulatorisch erforderlichen Daten werden bewertet; je nach Verfahren können bestimmte zusätzliche Daten nach der Zulassung erhoben werden.
- Langfristige Sicherheitskenntnis: Seltene oder verzögert auftretende Risiken können eine längere Beobachtung und die Auswertung großer Bevölkerungsgruppen erfordern.

Eine Beschleunigung kann durch vorbereitete Technologien, parallele Prozesse und frühzeitige regulatorische Beratung erreicht werden. Sie beseitigt aber nicht automatisch wissenschaftliche Unsicherheit.

3.4 Was ist an der internationalen Verteilungsfrage kritisch?

Die Universität der Vereinten Nationen veröffentlichte am 20. Oktober 2026 einen Policy Brief zu Lehren aus der COVID-19-Impfstoffverteilung. Darin werden Unterschiede bei Finanzierung, Beschaffung, Verteilung und Verabreichung sowie die Bedeutung gerechter Zugänge und regionaler Kapazitäten behandelt.

Quelle: United Nations University – Best Practices in Global Vaccination Roll-Out to Reduce Health Inequity

Daraus ergibt sich eine zentrale Governance-Frage: Die Fähigkeit, einen Impfstoff schnell zu entwickeln, bedeutet noch nicht, dass er gerecht verteilt wird. Entscheidend sind die Produktionskapazitäten, Vertragsbedingungen, Finanzierung, nationale Beschaffungsentscheidungen und Verteilungsmechanismen.

Kritische Beiträge, etwa von Meryl Nass, stellen die Annahmen und die Umsetzbarkeit bestimmter Health-Security-Strategien infrage. Solche Beiträge können wichtige Fragen aufwerfen, sollten aber mit Primärdokumenten und unabhängigen Prüfberichten abgeglichen werden.
Kritischer Beitrag: Meryl Nass – Biden Health Security Plan

Bewertung:
Die 100-Tage-Mission ist eine dokumentierte Vorbereitung auf eine mögliche künftige Pandemie. Sie zeigt, dass die Entwicklung und Herstellung medizinischer Gegenmaßnahmen beschleunigt werden soll. Sie belegt ernsthafte Vorbereitungen auf zukünftige Ereignisse und Pandemie(n).

4. WHO: Internationale Gesundheitsvorschriften und Pandemieabkommen

Hier müssen zwei verschiedene Regelwerke unterschieden werden: die Internationalen Gesundheitsvorschriften (IGV/IHR) und das WHO-Pandemieabkommen.

4.1 Änderungen der Internationalen Gesundheitsvorschriften

Die WHO meldete, dass die 2024 beschlossenen Änderungen der Internationalen Gesundheitsvorschriften am 19. September 2025 für die davon erfassten Vertragsstaaten in Kraft traten.
Zu den wesentlichen Änderungen gehören:

- eine zusätzliche Alarmstufe namens „Pandemic Emergency“;
- nationale IGV-Behörden zur Koordinierung der Umsetzung;
- eine stärkere Betonung des Zugangs zu medizinischen Produkten;
- Regelungen zur Unterstützung und Finanzierung der Reaktion auf Gesundheitsnotlagen.

Primärquelle: WHO – Amended International Health Regulations enter into force
Erläuterung: WHO – Questions and answers on the IHR amendments

Die WHO teilte mit, dass elf der 196 IGV-Vertragsstaaten die Änderungen abgelehnt hatten; für diese Staaten gelten die vorherigen Fassungen weiter, solange die Ablehnung besteht.

Welche IGV-Fassung gilt in den fünf Ländern?

Land	Status der IGV-Änderungen von 2024	Welche Fassung gilt?
Deutschland	Die Ablehnung vom Juli 2025 wurde am 23. Februar 2026 zurückgenommen.	Fassung mit den Änderungen von 2024, seit 23. Februar 2026. Sotsiaalministeerium+1
Polen	Polen gehört nicht zu den Staaten, die die Änderungen von 2024 abgelehnt haben.	Fassung mit den Änderungen von 2024, seit 19. September 2025. Weltgesundheitsorganisation+1
Österreich	Österreich hat die Änderungen von 2024 fristgerecht abgelehnt.	Vorherige Fassung, also die IGV von 2005 in der für Österreich geltenden Fassung vor den Änderungen von 2024. Sotsiaalministeerium+1
Frankreich	Frankreich hat keine Ablehnung erklärt, sondern eine Fristverlängerung für die erforderlichen nationalen Rechts- und Verwaltungsanpassungen bis spätestens 19. September 2026 mitgeteilt.	Die Änderungen von 2024 gelten völkerrechtlich seit 19. September 2025. Die Erklärung Frankreichs war keine Ablehnung. Ob sämtliche innerstaatlichen Anpassungen fristgerecht abgeschlossen wurden, lässt sich aus der Erklärung allein nicht feststellen.
Tschechien	Ablehnung der IGV-Änderungen aus zeitlichen Gründen	Stand 29. Oktober 2026 gilt daher grundsätzlich die vorherige Fassung der IGV von 2005

4.2 Wer entscheidet über einen internationalen Gesundheitsnotstand?

Der **WHO-Generaldirektor** entscheidet im Rahmen der IGV über die Feststellung eines internationalen Gesundheitsnotstands. Dabei sind unter anderem wissenschaftliche Erkenntnisse, Informationen betroffener Staaten und die Beratung eines zuständigen Notfallausschusses zu berücksichtigen.

Eine internationale Notstandserklärung kann erhebliche politische und praktische Folgen haben: Sie kann die Koordination verstärken, nationale Krisenpläne beeinflussen und internationale Empfehlungen auslösen.
Sie ist jedoch nicht mit einer unmittelbaren Weisung an die Bevölkerung eines Mitgliedstaates gleichzusetzen.

Die WHO erklärt ausdrücklich, dass sie Staaten keine Lockdowns oder Impfpflichten für deren Bevölkerung aufzwingen kann. Die konkrete Umsetzung nationaler Gesundheitsmaßnahmen bleibt Sache der jeweiligen Staaten und ihrer Rechtsordnungen.

4.3 Das WHO-Pandemieabkommen

Dieser Bereich ist besonders wichtig, weil hier Regeln für die internationale Zusammenarbeit bei Krankheitserregern und den daraus entwickelten medizinischen Produkten geschaffen werden.

Was ist bereits beschlossen – und was noch nicht?

Die Weltgesundheitsversammlung hat das WHO-Pandemieabkommen am 20. Mai 2025 angenommen. Das Abkommen enthält Regelungen zur Pandemieprävention, Vorsorge und Reaktion, unter anderem zu Überwachung, Forschung, Produktionskapazitäten und internationaler Zusammenarbeit.

Ein zentraler Bestandteil ist das geplante System *Pathogen Access and Benefit-Sharing* (**PABS**). Es soll den raschen Austausch von Erregerproben und genetischen Sequenzinformationen mit pandemischem Potenzial

ermöglichen und zugleich eine gerechtere Verteilung der daraus entstehenden Vorteile fördern, beispielsweise Impfstoffe, Diagnostika und Therapeutika.

Die Weltgesundheitsversammlung nahm das WHO-Pandemieabkommen am 20. Mai 2025 an.
Es umfasst unter anderem:

- Prävention und Vorsorge;
- internationale Zusammenarbeit;
- Forschung und Entwicklung;
- Stärkung nationaler Kapazitäten;
- ein globales Lieferketten- und Logistiknetzwerk;
- Regeln zum Austausch von Erregerinformationen und zur Verteilung medizinischer Gegenmaßnahmen.

Quelle: Bundesgesundheitsministerium – Internationales Pandemieabkommen

Der PABS-Anhang ist jedoch noch nicht abgeschlossen. Nach den offiziellen Mitteilungen der WHO wurden die Verhandlungen im September 2026 fortgesetzt; die Einigung steht noch aus. Das deutsche Bundesgesundheitsministerium bestätigt, dass die Verhandlungen bis zur Weltgesundheitsversammlung 2027 verlängert wurden. Erst nach Annahme des Anhangs kann das Abkommen zur Unterzeichnung und Ratifikation durch die Staaten freigegeben werden.

Damit gilt:
Das Abkommen wurde angenommen, aber seine vollständige operative Umsetzung ist noch nicht vollständig abgeschlossen.

WHO-Verhandlungsübersicht: Intergovernmental Working Group on the WHO Pandemic Agreement

Wo liegen die konkreten Kontrollrisiken?

1. Zugang und Zweckbindung. Der Austausch von Erregerproben und Sequenzinformationen kann Forschung und Reaktion beschleunigen. Zugleich braucht es nachvollziehbare Regeln dazu, wer Zugang erhält, wie die Verwendung kontrolliert wird und welche Pflichten sich aus dem Zugang ergeben. Die Existenz eines globalen Datenaustauschs ist für sich genommen kein Beleg für missbräuchliche Nutzung.

2. faire Verteilung. Ein System kann den schnellen Austausch von Proben fördern, ohne automatisch zu garantieren, dass alle Staaten im Krisenfall gleich schnell Zugang zu Impfstoffen erhalten. Entscheidend sind die konkreten Vertragsbedingungen, die Produktionskapazitäten, die Verteilungsregeln und die Durchsetzung vereinbarter Verpflichtungen.

3. Interessenkonflikte. Wenn öffentliche Institutionen Forschung finanzieren, Unternehmen Produkte entwickeln und Regierungen große Abnahmemengen vereinbaren, müssen Rollen und Interessen transparent bleiben. Zu prüfen wäre, ob die späteren PABS-Regeln nachvollziehbare Berichtspflichten, unabhängige Kontrollen und wirksame Sanktionen enthalten.

4. demokratische Kontrolle. Internationale Vereinbarungen können langfristige Verpflichtungen schaffen. Deshalb ist entscheidend, welche Regeln nach der Ratifikation verbindlich gelten, wie sie national umgesetzt werden und welche Möglichkeiten Parlamente, Gerichte und Öffentlichkeit zur Kontrolle besitzen.

Bedeutet das eine globale Weisungsbefugnis der WHO?

Aus dem bisher angenommenen Pandemieabkommen lässt sich derzeit keine allgemeine unmittelbare Weisungsbefugnis der WHO über die Bevölkerung der einzelnen Länder / Deutschlands ableiten. Die WHO selbst beschreibt das Abkommen als Instrument internationaler Zusammenarbeit, das nationale Souveränität ausdrücklich berücksichtigt. Die nahe liegende Praxis wird die tatsächliche Macht sichtbar machen.

Allerdings kann ein internationales Abkommen verbindliche Verpflichtungen für seine Vertragsstaaten begründen. Wie weit diese im Einzelnen reichen und wie sie praktisch umgesetzt werden, hängt vom endgültigen Vertragstext, dem PABS-Anhang, den Ratifikationen und der nationalen Umsetzung ab.

4.4 Die entscheidenden Governance-Fragen

Bei beiden Regelwerken sind vor allem folgende Punkte zu prüfen:

1. Welche Kriterien führen zur Einstufung einer Lage als internationale Gesundheitsnotlage oder Pandemie-Notlage?
2. Wie transparent sind wissenschaftliche Daten und die Arbeit der beratenden Ausschüsse?
3. Wie werden mögliche Interessenkonflikte offengelegt?
4. Wie wird zwischen internationaler Empfehlung und nationaler Entscheidung unterschieden?
5. Welche Kontrollmechanismen gelten für Erregerdaten, medizinische Produkte, Finanzierung und Verteilung?
6. Wie werden internationale Verpflichtungen national umgesetzt und parlamentarisch kontrolliert?

Bewertung:
Die internationale **Pandemie-Governance wird nachweislich ausgebaut**. Die rechtliche Wirkung einer internationalen Vereinbarung muss von der nationalen Umsetzung und den konkreten Zuständigkeiten unterschieden werden, kann jedoch einen entscheidenden Einfluss darauf nehmen.

5. Deutschland: Infektionsschutzgesetz und staatliche Befugnisse

5.1 Der gesetzliche Rahmen

Das deutsche Infektionsschutzgesetz (IfSG) regelt Aufgaben und Befugnisse von Bund, Ländern und zuständigen Behörden.

Primärquelle: Infektionsschutzgesetz – amtlicher Gesetzestext

Wichtige Vorschriften sind:

- § 4 IfSG: Aufgaben des Robert Koch-Instituts;
- § 5 IfSG: epidemische Lage von nationaler Tragweite;
- § 28 IfSG: Schutzmaßnahmen;
- § 30 IfSG: Absonderung;
- § 31 IfSG: berufliche Tätigkeitsverbote;
- § 32 IfSG: Rechtsverordnungen der Landesregierungen.

§ 28 IfSG ermächtigt zuständige Behörden unter den gesetzlichen Voraussetzungen zu notwendigen Schutzmaßnahmen. Er begrenzt diese zugleich auf das, was zur Verhinderung der Verbreitung übertragbarer Krankheiten erforderlich ist.
Der Paragraph stellt außerdem ausdrücklich klar: **Eine Heilbehandlung darf nicht angeordnet werden.**

§ 32 ermöglicht den Landesregierungen, entsprechende Maßnahmen durch Rechtsverordnungen zu regeln

Der Gesetzestext enthält zugleich Begrenzungen. So bestimmt § 28 ausdrücklich, dass eine Heilbehandlung nicht angeordnet werden darf. Eine Impfpflicht lässt sich daher nicht pauschal allein aus der allgemeinen Schutzmaßnahmenklausel ableiten; dafür müsste eine gesonderte gesetzliche Grundlage geprüft werden.

Daraus ergeben sich drei unterschiedliche Ebenen:

- Gesetzgeber: schafft und begrenzt die gesetzlichen Befugnisse.
- Exekutive: erlässt Verordnungen oder konkrete behördliche Anordnungen auf gesetzlicher Grundlage.
- Gerichte: können die Rechtmäßigkeit konkreter Maßnahmen überprüfen.

Eine fachliche Empfehlung des RKI ist nicht dasselbe wie eine Rechtsnorm.
Ebenso wenig ersetzt eine WHO-Notstandserklärung die deutsche Rechtsgrundlage für einen Eingriff.

5.2 Wer ist für welche Entscheidung zuständig?

Akteur	Aufgabe
Robert Koch-Institut	Wissenschaftliche Bewertung, epidemiologische Überwachung und fachliche Empfehlungen
Deutscher Bundestag	Parlamentarische Feststellung einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite im Rahmen des § 5 IfSG
Landes- und Kommunalbehörden	Konkrete Schutzmaßnahmen im Rahmen der gesetzlichen Befugnisse
Landesregierungen	Rechtsverordnungen auf gesetzlicher Grundlage
Verwaltungsgerichte	Überprüfung der Rechtmäßigkeit konkreter Maßnahmen
Parlamente und Öffentlichkeit	Politische Kontrolle und öffentliche Debatte

Eine fachliche Empfehlung des RKI ist keine Rechtsnorm. Ebenso wenig ersetzt eine WHO-Notstandserklärung die deutsche Rechtsgrundlage für einen Grundrechtseingriff.

5.3 Welche Grenzen gelten für staatliche Maßnahmen?

Entscheidend sind die gesetzlichen Voraussetzungen und die Verhältnismäßigkeit. Bei einer weitreichenden Maßnahme sollten insbesondere folgende Fragen beantwortet werden:

- Welche Daten rechtfertigen die Maßnahme?
- Wie aktuell und repräsentativ sind diese Daten?
- Welche Unsicherheiten bestehen?
- Welche weniger einschneidenden Alternativen wurden geprüft?
- Wie lange gilt die Maßnahme?
- Wann und anhand welcher Kriterien wird sie überprüft?
- Können Betroffene wirksamen gerichtlichen Rechtsschutz erhalten?

Gerade bei schnell wechselnden Gefahrenlagen kann eine Maßnahme, die zu Beginn vertretbar war, später überprüfungsbedürftig werden, wenn sich die Datenlage verändert.

<u>Bewertung:</u>
Deutschland verfügt über ein gesetzliches Instrumentarium für erhebliche Eingriffe in das öffentliche Leben. Daraus folgt weder eine unbegrenzte Blankovollmacht noch, dass ein Missbrauch ausgeschlossen wäre. Die konkrete Rechtmäßigkeit hängt von der geltenden Norm, der Tatsachengrundlage, der Verhältnismäßigkeit und der gerichtlichen Überprüfbarkeit ab.

6. EU: Impfstoffzulassung und Sicherheitsüberwachung

6.1 Bedingte Zulassung

Hier müssen zwei Vorgänge getrennt betrachtet werden:

1. Zulassung: Darf ein Impfstoff in der EU in Verkehr gebracht werden?
2. Beschaffung und Einsatz: Wer kauft ihn, in welchen Mengen, zu welchen Bedingungen und wer entscheidet über seine Anwendung?

Die Trennung ist wichtig, weil eine politische Entscheidung zur Bevorratung oder Vorabbeschaffung nicht automatisch eine Arzneimittelzulassung bedeutet.

6.1.1 Dokument A: Bedingte Zulassung und beschleunigte Prüfung

Primärquelle: Europäische Arzneimittel-Agentur (EMA) – Conditional marketing authorisation

Die EU besitzt bereits ein Verfahren für eine bedingte Zulassung. Die EMA beschreibt es ausdrücklich als Instrument, um Medikamente bei ungedecktem medizinischem Bedarf und in öffentlichen Gesundheitsnotlagen früher verfügbar zu machen.

Die wesentlichen Voraussetzungen sind:

- Das Nutzen-Risiko-Verhältnis muss positiv sein.
- Es muss wahrscheinlich sein, dass der Hersteller die noch fehlenden umfassenden Daten nachreichen kann.
- Es muss ein ungedeckter medizinischer Bedarf bestehen.
- Der Nutzen der sofortigen Verfügbarkeit muss die Risiken überwiegen, die sich aus den noch ausstehenden Daten ergeben.

Eine solche Zulassung gilt zunächst ein Jahr und kann verlängert werden. Der Hersteller erhält verbindliche Auflagen und Fristen für weitere Untersuchungen oder Datenerhebungen. Bei ungünstiger neuer Evidenz kann die Zulassung eingeschränkt, ausgesetzt oder widerrufen werden. (EMA)

Was bedeutet das für die Sicherheitsprüfung?

Eine bedingte Zulassung ist nicht dasselbe wie eine Zulassung ohne Sicherheitsanforderungen. Sie bedeutet aber, dass bei der Zulassungsentscheidung noch nicht zwingend alle Daten vorliegen, die für eine reguläre Zulassung verlangt würden.

Das ist der eigentliche Zielkonflikt: Ein früherer Zugang zu einem möglicherweise lebensrettenden Mittel wird gegen die Unsicherheit abgewogen, die durch noch ausstehende Daten entsteht.

6.1.2 Dokument B: Welche Sicherheitsdaten liegen zum Zulassungszeitpunkt vor?

Das offizielle EU-Impfstoffportal beschreibt die üblichen klinischen Prüfphasen:

Prüfphase	Typischer Umfang	Zentrale Fragestellung
Phase I	Etwa 20–100 gesunde Freiwillige	Verträglichkeit, Sicherheit und erste Hinweise auf Wirkung
Phase II	Mehrere Hundert Teilnehmende	Dosierung, Immunantwort und häufigere kurzfristige Nebenwirkungen
Phase III	Tausende Teilnehmende	Wirksamkeit, Sicherheit und häufigere Nebenwirkungen in größeren Gruppen

Die Phasen können in ihrer konkreten Ausgestaltung variieren. Bei einer Notfallzulassung ist deshalb nicht allein entscheidend, ob „Phase III“ stattgefunden hat, sondern welche Daten daraus vorliegen, wie lange die Teilnehmenden beobachtet wurden, welche Endpunkte gemessen wurden und welche Unsicherheiten verbleiben. (EU-Impfstoffportal)

Ein wichtiger methodischer Punkt: Seltene Nebenwirkungen lassen sich in Studien mit einigen Tausend Teilnehmenden nur begrenzt erkennen. Dafür sind ergänzende Pharmakovigilanz, Meldesysteme, Register und Auswertungen großer Bevölkerungsgruppen wichtig.

Die Existenz solcher Überwachungssysteme beweist allerdings nicht automatisch, dass jede Nebenwirkung erkannt, richtig zugeordnet oder rechtzeitig kommuniziert wird. Dafür müssten konkrete Daten zur Meldequalität, zur Signalbewertung, zur Vollständigkeit der Nachbeobachtung und zu regulatorischen Entscheidungen untersucht werden.

Die Europäische Arzneimittel-Agentur (EMA) beschreibt die bedingte Zulassung als Instrument, mit dem Arzneimittel bei ungedecktem medizinischem Bedarf oder in einer öffentlichen Gesundheitsnotlage früher verfügbar gemacht werden können.

Primärquelle: EMA – Conditional marketing authorisation

Zu den Voraussetzungen gehören:

- ein positives Nutzen-Risiko-Verhältnis;
- die Aussicht, dass fehlende umfassende Daten nachgereicht werden können;
- ein ungedeckter medizinischer Bedarf;
- ein größerer erwarteter Nutzen der sofortigen Verfügbarkeit als das Risiko der noch ausstehenden Daten.

Eine bedingte Zulassung gilt zunächst ein Jahr und kann verlängert werden. Der Hersteller muss verbindliche Auflagen und Fristen erfüllen. Bei neuen Risiken oder nicht erfüllten Verpflichtungen kann die Zulassung geändert, ausgesetzt oder widerrufen werden. Hersteller und Regierung haften nicht für entstehende gesundheitlichen Schäden.

6.2 Was bedeutet „Rolling Review“?

Beim Rolling Review werden Daten bereits während der Entwicklung fortlaufend geprüft, statt erst nach Einreichung eines vollständigen Dossiers. Dadurch kann sich die regulatorische Prüfzeit verkürzen.

Das bedeutet nicht automatisch, dass klinische Studienphasen entfallen. Entscheidend bleibt, welche Daten zum jeweiligen Entscheidungszeitpunkt vorliegen und welche Anforderungen für eine Zulassung erfüllt sein müssen.

Rechtliche Grundlagen sind unter anderem:

- Verordnung (EG) Nr. 726/2004 – zentralisiertes EU-Zulassungs- und Aufsichtsverfahren;
- Verordnung (EG) Nr. 507/2006 – bedingte Zulassungen.

6.3 Sicherheitsüberwachung nach der Zulassung

Die Pharmakovigilanz erfasst und bewertet Verdachtsmeldungen, sucht nach neuen Sicherheitssignalen und ermöglicht regulatorische Maßnahmen.

Eine einzelne Verdachtsmeldung beweist keine Kausalität. Umgekehrt beweist eine geringe Zahl von Meldungen nicht, dass ein Risiko ausgeschlossen ist.

Für eine fundierte Bewertung müssen unterschiedliche Daten zusammen betrachtet werden:

- Meldungen von Patienten und medizinischen Fachkräften;
- Ergebnisse klinischer Studien;
- Register- und Bevölkerungsdaten;
- Hintergrundraten bestimmter Erkrankungen;
- neue epidemiologische Erkenntnisse;
- Ergebnisse nach der Zulassung verlangter Studien.

6.4 Wann kann eine Zulassung eingeschränkt oder widerrufen werden?

Die EU-Rechtsordnung sieht Maßnahmen vor, wenn sich das Nutzen-Risiko-Verhältnis verändert oder wichtige Verpflichtungen nicht erfüllt werden. Je nach Sachlage können Auflagen angepasst, Warnhinweise geändert, die Zulassung ausgesetzt oder widerrufen werden.

Für eine konkrete Produktprüfung ist daher nicht nur der allgemeine Rechtsrahmen relevant. Entscheidend sind die tatsächlichen Zulassungsunterlagen, die nachzureichenden Daten, die Fristen und die dokumentierten Sicherheitsbewertungen des jeweiligen Produkts, diese fehlten bei der vergangenen P(l)andemie und wurden bislang nicht vollständig eingereicht.

Bewertung:
Die EU verfügt über ein rechtliches Instrumentarium zur Zulassung und Sicherheitsüberwachung. Ob dieses Instrumentarium im Einzelfall ausreichend und rechtzeitig eingesetzt wurde, muss anhand der konkreten Produktakten, Auflagen und Entscheidungen geprüft werden.

7. EU: Impfstoffbeschaffung, Haftung und Transparenz

7.1 Was der Europäische Rechnungshof festgestellt hat

Der Europäische Rechnungshof untersuchte im Sonderbericht 19/2022 die EU-COVID-19-Impfstoffbeschaffung bis Ende 2021.

Primärquelle: Europäischer Rechnungshof – Sonderbericht 19/2022

Der Bericht stellte unter anderem fest:

- Die EU sicherte sich ein breit aufgestelltes Portfolio verschiedener Impfstoffkandidaten.
- Die Beschaffung begann später als in Großbritannien und den USA.
- Verträge mussten geschlossen werden, bevor umfassende wissenschaftliche Erkenntnisse zu Sicherheit und Wirksamkeit aller Kandidaten vorlagen.
- Frühere Verträge boten bei bestimmten Lieferbedingungen weniger Schutz als später abgeschlossene Verträge.
- Die Möglichkeiten, Lieferprobleme wirksam zu sanktionieren oder zu kompensieren, waren teilweise begrenzt.
- Die Kommission hatte noch keine umfassende Auswertung des Beschaffungssystems und keine vollständigen Stresstests vorgesehen.

Diese Feststellungen betreffen die COVID-19-Beschaffung bis Ende 2021. Sie beweisen nicht, dass alle künftigen Verträge dieselben Schwächen aufweisen werden. Sie zeigen aber, welche Risiken bei einer erneuten Beschaffung unter Zeitdruck entstehen können.

7.2 Was das EU-Gericht zur Transparenz feststellte

Am 17. Juli 2024 beanstandete das Gericht der Europäischen Union in den verbundenen Verfahren T-689/21 und T-761/21, dass die Kommission der Öffentlichkeit keinen ausreichend weitgehenden Zugang zu bestimmten COVID-19-Impfstoffverträgen gewährt hatte.

Quellen:

- Gerichtshof der EU – Pressemitteilung 113/24
- EUR-Lex – Urteil T-689/21

Die Beanstandungen betrafen unter anderem Entschädigungsklauseln und Angaben zu möglichen Interessenkonflikten im Verhandlungsteam.

Das Urteil bedeutet nicht, dass sämtliche Verträge rechtswidrig waren oder jede Schwärzung unzulässig war. Es belegt aber, dass konkrete Einschränkungen des öffentlichen Informationszugangs gerichtlich beanstandet wurden.

7.3 Haftung und staatliche Entschädigung

Bei Impfstoffverträgen muss zwischen drei Ebenen unterschieden werden:

1. Produkthaftung: Unter welchen Voraussetzungen haftet der Hersteller für Schäden durch ein fehlerhaftes Produkt?
2. Vertragliche Entschädigung: Welche Kosten kann ein Staat dem Hersteller nach einer vertraglichen Vereinbarung erstatten?
3. Öffentliches Finanzrisiko: Welche finanziellen Belastungen können dadurch bei staatlichen Haushalten entstehen?

Eine vertragliche Entschädigungsregelung ist nicht automatisch gleichbedeutend mit einer vollständigen Haftungsfreistellung des Herstellers gegenüber Geschädigten. Die konkrete Wirkung hängt von den Vertragsklauseln, dem anwendbaren Recht und der Art des Schadens ab.

7.4 Welche Kontrollfragen sind für künftige Verträge entscheidend?

Prüffeld	Konkrete Frage
Preise und Mengen	Sind Preise, Mindestabnahmen und Stornierungskosten nachvollziehbar?
Lieferfähigkeit	Gibt es verbindliche Fristen und wirksame Folgen bei Verspätungen?
Haftung	Wer trägt welche Kosten bei Schäden und Rechtsstreitigkeiten?
Interessenkonflikte	Sind Interessenbindungen der Verhandelnden offengelegt?
Veröffentlichung	Welche Vertragsbestandteile werden veröffentlicht und welche geschwärzt?
Kontrolle	Können Parlament, Rechnungshof und Gerichte die Vertragsdurchführung wirksam prüfen?

Bewertung:
Die COVID-19-Erfahrung liefert konkrete Belege für Schwächen bei Vertragsgestaltung und Transparenz. Für eine künftige Pandemie wäre zu prüfen, ob diese Mängel tatsächlich behoben wurden.

8. PABS: Erregerzugang und internationale Verteilung

8.1 Was bedeutet PABS?

PABS steht für Pathogen Access and Benefit-Sharing. Das geplante System soll den raschen Austausch von Erregerproben und genetischen Sequenzinformationen mit pandemischem Potenzial ermöglichen und gleichzeitig eine gerechtere Verteilung der daraus entstehenden Vorteile fördern, etwa Impfstoffe, Diagnostika und Therapeutika.

Das System ist ein zentraler Bestandteil des WHO-Pandemieabkommens.

Quellen:

- WHO – PABS-Verhandlungen im Juli 2026
- Bundesgesundheitsministerium – Internationales Pandemieabkommen

8.2 Was war Ende Oktober 2026 noch offen?

Zum Stand 29. Oktober 2026 war der PABS-Anhang noch nicht abgeschlossen. Die Verhandlungen wurden bis zur Weltgesundheitsversammlung 2027 verlängert.

Damit sind wesentliche operative Details noch nicht endgültig festgelegt. Eine abschließende Prüfung der späteren Vollzugs- und Sanktionsmechanismen ist daher noch nicht möglich.

8.3 Die wichtigsten offenen Kontrollfragen

Zugang zu Erregerdaten

- Wer darf welche Proben und Sequenzinformationen erhalten?
- Wie wird dokumentiert, wer auf Daten zugreift?
- Welche Regeln gelten für die weitere Nutzung?

Vorteilsausgleich

- Welche Verpflichtungen entstehen für Unternehmen, die aus bereitgestellten Erregerinformationen Produkte entwickeln?
- Wie werden Impfstoffe und andere medizinische Gegenmaßnahmen verteilt?
- Welche Regeln gelten, wenn die Nachfrage das Angebot übersteigt?

Governance

- Wer entscheidet, welche Erreger unter das System fallen?
- Wie werden Interessenkonflikte behandelt?
- Welche Kontroll- und Sanktionsmechanismen gelten bei Nichteinhaltung?

Demokratische Kontrolle

- Welche Verpflichtungen entstehen nach Annahme, Unterzeichnung und Ratifikation?
- Wie werden die Regeln national umgesetzt?
- Welche Möglichkeiten haben Parlamente, Gerichte und Öffentlichkeit, die Umsetzung zu kontrollieren?

Bewertung:
PABS ist eine konkrete internationale Infrastruktur im Aufbau. Die endgültigen Regeln zu Erregerzugang, Vorteilsausgleich und Durchsetzung sind noch nicht vollständig vereinbart. Die Entwicklung belegt eine Vorbereitung auf den internationalen Austausch von Erregerinformationen und die Verteilung medizinischer Gegenmaßnahmen, nicht eine Absicht zur Freisetzung eines Erregers.

9. Vier konkrete Prüfungen der Vollzugs- und Kontrollmechanismen

Prüfung 1: Deutschland – Gesetzesvollzug und Rechtsschutz
Dokumentengrundlage: Infektionsschutzgesetz

Was rechtlich vorhanden ist:

- Gesetzliche Grundlagen für Schutzmaßnahmen;
- Zuständigkeiten von Behörden und Landesregierungen;
- Verhältnismäßigkeitsanforderungen;
- gerichtlicher Rechtsschutz;
- parlamentarische Kontrolle.

Was konkret geprüft werden muss:

- Ist die gesetzliche Grundlage für die jeweilige Maßnahme eindeutig?
- Sind die zugrunde liegenden Daten nachvollziehbar?
- Wurden mildere Mittel geprüft?
- Sind Dauer und Beendigungskriterien festgelegt?
- Ist eine wirksame gerichtliche Überprüfung möglich?

Befund:
Die Kontrollmechanismen bestehen. Ihre praktische Wirksamkeit hängt davon ab, wie gut Entscheidungen begründet und überprüft werden können.

Prüfung 2: EU – Zulassung und Sicherheitsüberwachung

Dokumentengrundlage: EMA – Bedingte Zulassung, Verordnung (EG) Nr. 726/2004

Was rechtlich vorhanden ist:

- Nutzen-Risiko-Bewertung;
- verbindliche Auflagen;
- Nachbeobachtung und Pharmakovigilanz;
- Möglichkeiten zur Änderung, Aussetzung oder zum Widerruf einer Zulassung.

Was konkret geprüft werden muss:

- Welche Daten fehlten zum Zulassungszeitpunkt?
- Welche Auflagen wurden erteilt?
- Wurden die Fristen eingehalten?
- Wie wurden Sicherheitssignale bewertet?
- Welche regulatorischen Konsequenzen folgten aus neuen Erkenntnissen?

Befund:
Das Recht sieht Überwachung und Eingriffsmöglichkeiten vor. Ob sie im Einzelfall wirksam eingesetzt wurden, ist anhand der konkreten Produktunterlagen zu prüfen.

Prüfung 3: EU – Beschaffungsverträge und Haftung

Dokumentengrundlage: Rechnungshofbericht 19/2022, EU-Gericht, Pressemitteilung 113/24

Was dokumentiert ist:

- Schwächen bei einzelnen Liefer- und Vertragsbedingungen;
- begrenzte Möglichkeiten, Lieferprobleme zu überwinden;
- gerichtliche Beanstandungen konkreter Transparenzbeschränkungen.

Was konkret geprüft werden muss:

- Sind neue Verträge transparenter?
- Sind Lieferverpflichtungen und Sanktionen klar geregelt?
- Wie sind Entschädigungs- und Haftungsklauseln gestaltet?
- Werden Interessenkonflikte offengelegt?
- Haben Parlamente und Kontrollorgane ausreichenden Zugang zu den relevanten Vertragsinformationen?

Befund:
Hier bestehen die konkretesten dokumentierten Kritikpunkte. Die COVID-19-Erfahrung zeigt, dass rechtliche und institutionelle Kontrolle nicht automatisch vollständige Transparenz garantiert.

Prüfung 4: WHO – PABS und internationale Verpflichtungen
Dokumentengrundlage: WHO-Pandemieabkommen und PABS-Verhandlungen

Was dokumentiert ist:

- Ausbau der internationalen Zusammenarbeit;
- geplantes System für Erregerzugang und Vorteilsausgleich;
- noch laufende Verhandlungen über operative Regeln.

Was konkret geprüft werden muss:

- Wer erhält Zugang zu Erregerdaten?
- Wie werden Gegenleistungen und Produktverteilung geregelt?
- Welche Verpflichtungen gelten für Hersteller?
- Welche Sanktionen gelten bei Nichteinhaltung?
- Wie werden die Regeln national umgesetzt und kontrolliert?

Befund:
Die institutionelle Richtung ist klar, aber die endgültigen operativen Regeln waren Ende Oktober 2026 noch nicht abgeschlossen.

10. Gesamtbewertung

10.1 Was durch die Dokumente gut belegt ist

Die Quellen zeigen, dass internationale Pandemievorbereitung nicht nur aus allgemeinen Absichtserklärungen besteht. Es gibt konkrete Organisationen, Rechtsakte, Finanzierungsmechanismen und Verfahren.

Belegt sind insbesondere:

- die systematische Entwicklung von Pandemieszenarien;
- das internationale Ziel, Impfstoffe schneller zu entwickeln und bereitzustellen;
- die Erweiterung der internationalen Gesundheitsvorschriften;
- das angenommene WHO-Pandemieabkommen und die noch laufenden PABS-Verhandlungen;
- die gesetzlichen Eingriffsbefugnisse des deutschen Infektionsschutzrechts;
- die EU-Verfahren zur beschleunigten Zulassung und zur Sicherheitsüberwachung;
- die gemeinsame Impfstoffbeschaffung und die dokumentierten Transparenzprobleme aus der COVID-19-Erfahrung.

10.2 Welche Risiken sind real und prüfungswürdig?

Die wichtigsten Risiken betreffen nicht nur die Existenz der Strukturen, sondern deren praktische Anwendung:

- Transparenz: Sind Daten, Verträge und Entscheidungsgrundlagen öffentlich nachvollziehbar?
- Interessenkonflikte: Werden die Interessen öffentlicher Institutionen, privater Unternehmen und wissenschaftlicher Akteure offengelegt?
- Sicherheit: Werden fehlende Daten und Unsicherheiten transparent behandelt?
- Verhältnismäßigkeit: Werden Maßnahmen regelmäßig überprüft und bei veränderter Lage angepasst?
- Rechenschaftspflicht: Sind Entscheidungen wirksam durch Parlamente, Gerichte und unabhängige Kontrollorgane überprüfbar?

- Verteilungsgerechtigkeit: Erhalten auch Länder mit geringeren finanziellen und industriellen Kapazitäten Zugang zu medizinischen Gegenmaßnahmen?

Diese Fragen sind legitim und durch die bestehenden Dokumente begründet.

10.3 Was durch diese Dokumente nicht belegt ist

Die geprüften Quellen belegen nicht:

- dass eine Pandemie für einen bestimmten zukünftigen Zeitraum festgelegt wurde;
- dass SPARS oder „Lock Step“ als operative Pläne für eine absichtlich herbeigeführte Pandemie dienten;
- dass die 100-Tage-Mission eine absichtliche Freisetzung eines Erregers voraussetzt;
- dass die WHO eigenständig Lockdowns oder Impfpflichten in Deutschland anordnen kann;
- dass eine konkrete Beweiskette für die absichtliche Auslösung einer künftigen Pandemie vorliegt.

Diese Aussagen könnten nur mit zusätzlichen, spezifischen Belegen geprüft werden. Die Existenz von Vorbereitungssystemen allein reicht dafür nicht aus.

Schlussfolgerung

Die internationalen Pandemievorbereitungen sind real und institutionell zunehmend ausgebaut. Sie umfassen Früherkennung, Forschung, Impfstoffentwicklung, Produktionskapazitäten, Beschaffung und rechtliche Koordination. Zugleich zeigen die Erfahrungen mit der COVID-19-Impfstoffbeschaffung, dass Transparenz und Kontrolle unter Krisendruck starke Schwächen aufweisen.

Die sachlich stärkste kritische Position besteht deshalb darin, konkrete Entscheidungen, Verträge, Sicherheitsdaten und Kontrollmechanismen zu untersuchen, anstatt aus allgemeinen Parallelen automatisch auf eine geplante Pandemie zu schließen.

11. Kompakte Stichpunktzusammenfassung

SPARS und „Lock Step“

- SPARS ist ein fiktives Pandemie- und Kommunikationsszenario von 2017.
- „Lock Step“ ist ein Zukunftsszenario aus einem Bericht von 2010.
- Parallelen zu späteren Ereignissen können analysiert werden.
- Die Szenarien belegen für sich allein keine Vorhersage und keine Planung.

100-Tage-Mission

- CEPI und G7 unterstützen eine beschleunigte Impfstoffentwicklung.
- Dafür werden Forschung, Überwachung, Finanzierung und Produktionskapazitäten vorbereitet.
- Das 100-Tage-Ziel ist keine Garantie für vollständig geklärte Langzeitsicherheit.
- Schnelle Entwicklung und gerechte Verteilung sind unterschiedliche Aufgaben.

WHO und internationales Recht

- Die geänderten IGV traten 2025 für die erfassten Staaten in Kraft.
- Die neue Alarmstufe „Pandemic Emergency“ erweitert die internationale Koordination.
- Die WHO kann nach eigener Darstellung keine nationalen Lockdowns oder Impfpflichten erzwingen.
- Das WHO-Pandemieabkommen wurde 2025 angenommen; PABS war Ende Oktober 2026 noch nicht abgeschlossen.

Deutschland

- Das IfSG enthält gesetzliche Grundlagen für Schutzmaßnahmen.
- Behörden müssen sich an gesetzliche Voraussetzungen und Verhältnismäßigkeit halten.
- Gerichte können konkrete Maßnahmen überprüfen.
- Entscheidend sind Datenqualität, Begründung, Dauer und Ausstiegskriterien.

EU-Zulassung und Beschaffung

- Bedingte Zulassungen können frühere Verfügbarkeit ermöglichen.
- Auflagen, Sicherheitsüberwachung und Widerrufsmöglichkeiten sind vorgesehen.
- Rechnungshof und EU-Gericht dokumentierten konkrete Schwächen bei der COVID-19-Beschaffung und Transparenz.
- Künftige Verträge sollten auf Lieferpflichten, Haftung, Interessenkonflikte und öffentliche Kontrolle geprüft werden.

Gesamturteil

- Der Ausbau internationaler Pandemievorbereitung ist dokumentiert.
- Transparenz, Sicherheitsstandards und demokratische Kontrolle bleiben zentrale Prüfbereiche.
- Die geprüften Dokumente belegen keine absichtliche Auslösung einer künftigen Pandemie.

12. Quellenverzeichnis

Szenarien und Krisenkommunikation

1. Johns Hopkins Center for Health Security – The SPARS Pandemic 2025–2028 (PDF)
2. Journal of International Crisis and Risk Communication Research – SPARS
3. Rockefeller Foundation / Global Business Network – Scenarios for the Future of Technology and International Development (PDF)

Impfstoffvorbereitung und 100-Tage-Mission

4. CEPI – The 100 Days Mission
5. G7 – Carbis Bay Summit Communiqué
6. United Nations University – Best Practices in Global Vaccination Roll-Out
7. Meryl Nass – Kritischer Beitrag zur Health-Security-Strategie

WHO und internationales Pandemieabkommen

8. WHO – Amended International Health Regulations enter into force
9. WHO – Fragen und Antworten zu den IGV-Änderungen
10. Bundesgesundheitsministerium – Internationales Pandemieabkommen
11. WHO – PABS-Verhandlungen, Juli 2026
12. WHO – Intergovernmental Working Group on the Pandemic Agreement

Deutsches Infektionsschutzrecht

13. Infektionsschutzgesetz – amtlicher Gesetzestext

EU-Zulassung und Sicherheitsüberwachung

14. EMA – Conditional Marketing Authorisation
15. Verordnung (EG) Nr. 726/2004
16. Verordnung (EG) Nr. 507/2006

EU-Beschaffung und Transparenz

17. Verordnung (EU) 2022/2371
18. Europäischer Rechnungshof – Sonderbericht 19/2022
19. Europäischer Rechnungshof – Bericht als PDF
20. Gerichtshof der EU – Pressemitteilung 113/24
21. EUR-Lex – Urteil T-689/21

Hinweis zur Quellenbewertung:
Rechtsakte, amtliche Behördeninformationen, Gerichtsentscheidungen und Rechnungshofberichte sind für rechtliche und institutionelle Aussagen vorrangig. Meinungsbeiträge können auf mögliche Risiken hinweisen.

13. Appendix

Was die konkreten Planspiele tatsächlich nahelegen

Planspiel	Erregertyp im Szenario	Was daran auffällt
Event 201 (2019)	Fiktives, neuartiges Coronavirus mit zoonotischem Ursprung	Übertragung vom Tier auf den Menschen, anschließend effiziente Mensch-zu-Mensch-Übertragung und schwere weltweite Pandemie. Johns Hopkins Center for Health Security+1
Clade X (2018)	Fiktives, gentechnisch verändertes Parainfluenzavirus	Ein Szenario mit schwerer Atemwegserkrankung und einer angenommenen biologischen Bedrohung. Johns Hopkins Center for Health Security+1
Catastrophic Contagion (2022)	Fiktiver, neuartiger Erreger	Eine Pandemie mit höherer Sterblichkeit als COVID-19, die Kinder und Jugendliche überproportional trifft. Die offizielle Beschreibung legt den Erreger nicht eindeutig auf eine reale Virusart fest. Johns Hopkins Center for Health Security
Atlantic Storm (2005) und „Dark Winter“ (2001)	Pockenvirus	Planspiele zu einem absichtlichen Pockenausbruch und den Folgen für Gesundheitssystem und staatliche Krisenreaktion. Sage Journals

Daraus ergibt sich ein recht klares Muster:
Die Übungen befassen sich nicht nur mit einer gewöhnlichen Grippewelle, sondern mit Erregern, die entweder sehr gut übertragbar sind, schwere Krankheitsverläufe verursachen oder eine außergewöhnliche gesellschaftliche und staatliche Reaktion auslösen könnten.

Welche Erreger wären aus fachlicher Sicht besonders relevant?

Ich würde folgende Gruppen für weitere Untersuchung priorisieren:

PDB-101: Goodsell Gallery: Influenza Virus

1. Influenzaviren – insbesondere aviäre Influenza (H5N1, H7N9)

Sie besitzen ein relevantes Pandemiepotenzial, weil Influenzaviren sich verändern und zwischen Tierarten übertragen werden können. Entscheidend wäre eine dauerhaft effiziente Übertragung von Mensch zu Mensch. Die bisherige Gefährlichkeit für einzelne Menschen ist nicht mit einer bereits bestehenden Pandemieübertragbarkeit gleichzusetzen.

Colorized transmission electron micrograph shows SARS-CoV-2 virus particles (orange), isolated from a patient. [IMAGE] | EurekAlert! Science News Releases

2. Neuartige Coronaviren

Besonders relevant wegen SARS, MERS und COVID-19. Der Event-201-Fall ist ausdrücklich ein zoonotisches Coronavirus, das sich anschließend effizient zwischen Menschen verbreitet.

Johns Hopkins Center for Health Security

Virus Nipah : nouvelle flambée en Inde, vigilance mondiale et absence de traitement spécifique - Medi-Sphere

3. Henipaviren – insbesondere Nipah

Nipah ist wegen seiner hohen Fallsterblichkeit, möglicher neurologischer Komplikationen und begrenzter Behandlungsmöglichkeiten relevant. Eine effiziente dauerhafte Übertragung zwischen Menschen ist bislang allerdings nicht in dem Umfang belegt, der für eine globale Pandemie erforderlich wäre. Nipah wurde auch im Umfeld von Clade X als relevantes Vergleichsthema behandelt.

Johns Hopkins Center for Health Security+1

Tracking Enterovirus D68, Cause of a Polio-like Illness in Some Patients | J. Craig Venter Institute

4. Enteroviren

Besonders interessant im Zusammenhang mit der Frage nach Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen. Einzelne Enteroviren können schwere neurologische Erkrankungen auslösen. Allerdings ist das nicht gleichbedeutend mit einer globalen Pandemiegefahr.

Johns Hopkins ABX Guide+1

About Smallpox | Smallpox | CDC

5. Orthopockenviren – insbesondere Variola (Pocken)

Wegen der historischen Gefährlichkeit und der hohen Ansteckungsfähigkeit waren Pocken Gegenstand älterer Planspiele. Ein absichtlicher Ausbruch wäre ein anderes Szenario als eine natürlich entstandene Pandemie. Die Existenz solcher Übungen ist kein Hinweis auf einen bevorstehenden Ausbruch.

Meine Einordnung

Wenn ich die Übungen und die historischen Pandemievorbereitungen zusammenführe, ergibt sich folgende Priorisierung – ausdrücklich nach der Präsenz in den Szenarien und der strategischen Relevanz, nicht nach einer berechenbaren Wahrscheinlichkeit des nächsten Ausbruchs:

Priorität	Erregergruppe	Begründung
1	Neue Influenza-Varianten	Klassisches Pandemiepotenzial, Tier-Mensch-Übergang
2	Neue Coronaviren	Ausdrücklich Gegenstand von Event 201 und Erfahrungen aus SARS/COVID-19
3	Henipaviren/Nipah	Hohe Krankheitslast und begrenzte Gegenmaßnahmen
4	Enteroviren	Besonderer Bezug zu Kindern und neurologischen Erkrankungen
5	Pocken/Orthopocken	Historisch relevante Bioterrorismus- und Ausbruchsszenarien

Ein wichtiger Punkt ist Catastrophic Contagion:

Die **besondere Betonung von Kindern und Jugendlichen** ist auffällig und sollte in deiner Auswertung ausdrücklich erwähnt werden. Daraus lässt sich aber nicht ableiten, dass ein künftiger Erreger gezielt Kinder treffen wird. Die offizielle Beschreibung spricht von einem fiktiven Erreger und benennt keine konkrete reale Virusart.

Pandemievorbereitung, Erregerszenarien und biologische Krisenplanung

Chronologische Gesamtauswertung der historischen Vorereignisse, Planspiele, Pandemieprogramme und Krisenstrukturen

Untersuchungszeitraum: 2001–2026
Thematischer Schwerpunkt: Pandemieplanung, Lungenpest, biologische Hochrisikoerreger, internationale Planspiele, Impfstoffentwicklung, Überwachung und staatliche Krisenreaktion.

---

1. Ziel und Fragestellung der Untersuchung

Die Untersuchung betrachtet, auf welche biologischen Gefahren sich internationale Organisationen, die Europäische Union und nationale Behörden vorbereiten.

Dabei stehen fünf Fragen im Mittelpunkt:

1. Welche Krankheitserreger werden in offiziellen Risikoanalysen und Planspielen berücksichtigt?
2. Welche konkreten Pandemie- und Biogefahrenszenarien wurden in den vergangenen Jahren geübt?
3. Welche Impfstoff-, Diagnostik- und Arzneimittelprogramme werden für zukünftige Ausbrüche vorbereitet?
4. Welche Überwachungs-, Kommunikations- und Krisenstrukturen werden dafür aufgebaut beziehungsweise dauerhaft vorgehalten?
5. Welche rechtlichen und demokratischen Kontrollmechanismen begrenzen die Anwendung dieser Strukturen?

Es ist wichtig, zwischen einer natürlichen Pandemie, einem zoonotischen Ausbruch, einem Laborunfall und einer absichtlichen biologischen Freisetzung zu unterscheiden. Diese Ereignisse können ähnliche medizinische Folgen haben, erfordern aber unterschiedliche Ermittlungs- und Sicherheitsmaßnahmen.

Ein Planspiel belegt zunächst nur, dass ein bestimmtes Szenario als geeignet angesehen wurde, um Vorsorge- und Reaktionsfähigkeit zu überprüfen. Es ist kein Beleg dafür, dass ein entsprechender Ausbruch geplant ist oder tatsächlich bevorsteht.

2. Historische Entwicklung der Pandemie- und Biogefahrenplanung

2001 – Dark Winter: Pocken als biologisches Bedrohungsszenario

In den USA wurde mit „Dark Winter“ ein Planspiel durchgeführt, das einen absichtlichen Pockenausbruch simulierte.

Im Mittelpunkt standen:

- Ausbreitung einer gefährlichen Infektionskrankheit,
- begrenzte Impfstoffvorräte,
- Überlastung des Gesundheitssystems,
- staatliche Entscheidungsfindung,
- öffentliche Kommunikation und gesellschaftliche Reaktionen.

Das Szenario behandelte einen biologischen Angriff und keine natürlich entstandene Pandemie.

2005 – Atlantic Storm: Internationale Pockenkrise

Das internationale Planspiel „Atlantic Storm“ simulierte ebenfalls einen absichtlichen Pockenausbruch.

Geübt wurden insbesondere:

- internationale politische Koordination,
- grenzüberschreitende Gesundheitsmaßnahmen,
- Verteilung knapper Impfstoffe,
- Abstimmung zwischen Regierungen und Gesundheitsorganisationen.

Diese Übungen zeigen, dass Pocken bereits lange vor COVID-19 als mögliches Szenario einer internationalen Gesundheits- und Sicherheitskrise betrachtet wurden.

2007 – LÜKEX und nationale Pandemieplanung

Deutschland entwickelte seine Pandemievorbereitung unter anderem durch die länderübergreifende Krisenmanagementübung LÜKEX weiter.

Die Übungsreihe befasst sich mit außergewöhnlichen Gefahrenlagen, bei denen mehrere Behörden und Verwaltungsebenen zusammenarbeiten müssen.

2010 – Rockefeller Foundation / Global Business Network: „Scenarios for the Future“

Das Dokument „Scenarios for the Future of Technology and International Development“ enthält vier fiktive Zukunftsszenarien.

Besonders bekannt wurde „Lock Step“. Es beschreibt eine hypothetische Pandemie, bei der Staaten mit weitreichenden Maßnahmen, verstärkter Kontrolle und Überwachung reagieren.

Das Dokument ist ein Szenario zur Zukunftsplanung, keine Vorhersage und kein Beweis für eine geplante Pandemie.

Seine Bedeutung für die vorliegende Untersuchung liegt in der Frage, wie sich außergewöhnliche staatliche Maßnahmen während einer Krise entwickeln und welche davon möglicherweise über die eigentliche Krisenzeit hinaus bestehen bleiben.

2012 – Deutsche Risikoanalyse „Modi-SARS“

Die Risikoanalyse des Bundes zur Pandemie durch ein hypothetisches SARS-ähnliches Coronavirus untersuchte die Folgen eines schweren Infektionsgeschehens.

Sie betrachtete unter anderem:

- Ausbreitung und Krankheitsverläufe,
- Belastung des Gesundheitswesens,
- Schutzmaßnahmen,
- Versorgung und Ressourcen,
- staatliche Krisenkoordination.

Das Dokument ist ein Beispiel dafür, dass die Vorbereitung auf neuartige Atemwegserreger bereits vor COVID-19 Bestandteil deutscher Sicherheits- und Katastrophenschutzplanung war.

---

3. Pest und Lungenpest: Ein eigenständiger Schwerpunkt biologischer Gefahrenplanung

Die Pest wurde in der bisherigen Betrachtung zunächst nicht ausreichend berücksichtigt. Die Recherche zeigt jedoch, dass sie seit vielen Jahren ein konkretes Szenario der biologischen Notfall- und Sicherheitsplanung ist.

Medizinische Einordnung

Die Pest wird durch das Bakterium *Yersinia pestis* verursacht.

Es gibt drei wesentliche Krankheitsformen:

- Beulenpest: typischerweise Übertragung durch infizierte Flöhe.
- Septikämische Pest: schwere systemische Infektion über die Blutbahn.
- Lungenpest: Befall der Lunge, mit möglicher Übertragung zwischen Menschen durch infektiöse Tröpfchen bei engem Kontakt.

Die Lungenpest kann schwer verlaufen und unbehandelt lebensbedrohlich sein. Sie ist jedoch mit geeigneten Antibiotika behandelbar.

Sie ist nicht mit einem hochübertragbaren Atemwegsvirus gleichzusetzen. Eine direkte Mensch-zu-Mensch-Übertragung ist möglich, erfordert aber typischerweise engen Kontakt mit einer erkrankten Person.

2017 – „Wunderbaum“, Berlin

In Berlin fand eine dreitägige Übung mit rund 300 Beteiligten statt.

Das Szenario beinhaltete einen angenommenen terroristischen Angriff mit:

- Lungenpest,
- Rizin als Giftstoff.

Beteiligt waren unter anderem Polizei, Bundespolizei, GSG 9, Feuerwehr, Robert Koch-Institut und Gesundheitsämter.

Geübt wurden der Schutz der Bevölkerung, die Zusammenarbeit der Sicherheits- und Gesundheitsbehörden sowie die Verfolgung der mutmaßlichen Täter.

2019 – „Blue Orchid“, Europäische Kommission und ECDC

Das EU-Planspiel „Blue Orchid“ simulierte die Einfuhr eines einzelnen Lungenpest-Falls in einen EU-Mitgliedstaat.

Die Übung prüfte:

- Kommunikationswege zwischen EU-Kommission und ECDC,
- das Early Warning and Response System (EWRS),
- IT- und Videokonferenzsysteme,
- formelle Informationsanforderungen zwischen Institutionen,
- die Koordination in einer grenzüberschreitenden Gesundheitskrise.

Die Europäische Kommission bestätigte 2025 in einer parlamentarischen Antwort, dass die Erkenntnisse aus dieser Übung später bei der Reaktion auf COVID-19 hilfreich waren.

Der interne Übungsbericht wurde nicht veröffentlicht.

2020 – UN-Simulation, organisiert durch das RKI

Deutschland organisierte im Rahmen des UN-Generalsekretärsmechanismus zur Untersuchung mutmaßlicher Einsätze chemischer oder biologischer Waffen (UNSGM) eine virtuelle Tabletop-Übung.

Sie diente der Planung einer internationalen Untersuchungsmission bei einem mutmaßlichen biologischen Waffenereignis.

Die Teilnehmer erarbeiteten unter anderem:

- Missionsplanung,
- Zusammensetzung eines Untersuchungsteams,
- Ausrüstung,
- Interviews,
- Probenahmen,
- Zusammenarbeit mit internationalen Referenzlaboren.

2022 – UN-Capstone-Feldübung, Berlin

Diese Übung ist für die vorliegende Untersuchung besonders relevant.

Die praktische Feldübung fand vom 19. bis 28. September 2022 in Berlin statt. Sie war Teil eines zweistufigen Projekts, dessen vorbereitende Tabletop-Phase 2020 durchgeführt worden war.

Eine wissenschaftliche Auswertung wurde 2025 in der Fachzeitschrift „Emerging Infectious Diseases“ veröffentlicht.

Das Szenario beinhaltete:

- einen Ausbruch von *Yersinia pestis*,
- eine gegen zahlreiche Antibiotika resistente Variante,
- Lungenpest und Beulenpest,
- Mensch-zu-Mensch-Übertragung,
- besonders betroffene Flüchtlingsunterkünfte,
- den Verdacht auf einen biologischen Angriff durch einen Nachbarstaat.

Ein 19-köpfiges internationales Untersuchungsteam aus 16 Ländern sollte eine mögliche biologische Waffenfreisetzung untersuchen.

Die Übung umfasste:

- internationale Ermittlungsarbeit,
- Grenzübertritte und Verhandlungen,
- Interviews mit Betroffenen und Zeugen,
- Entnahme und Sicherung von Proben,
- Laboranalysen,
- Umgang mit Medien und politischem Druck,
- Erstellung eines Untersuchungsberichts.

Die Übung war kein Hinweis auf einen realen Pest-Ausbruch. Sie prüfte die Fähigkeit der Vereinten Nationen, einen mutmaßlichen biologischen Angriff unabhängig untersuchen zu können.

2022 – Berliner Seuchenalarmplan

Am 11. Dezember 2022 erließ Berlin einen Seuchenalarmplan.

Die Lungenpest wird darin ausdrücklich als Beispiel einer hochkontagiösen lebensbedrohlichen Erkrankung genannt.

Der Plan regelt unter anderem:

- Aktivierung einer behördlichen Einsatzleitung,
- Einbindung eines Kompetenzzentrums für hochkontagiöse Erkrankungen,
- Zusammenarbeit von Gesundheitsämtern und Landesbehörden,
- Koordination antiepidemischer Maßnahmen,
- Absonderung und medizinische Versorgung betroffener Personen.

Damit existiert in Berlin eine konkrete administrative Grundlage für den Fall eines Lungenpest-Verdachts.

2023–2024 – Europäisches Projekt JA TERROR

Das europäische Projekt JA TERROR beschäftigte sich mit der Verbesserung der Vorsorge und Reaktion auf biologische und chemische Terrorangriffe.

Es zielte auf die Zusammenarbeit zwischen:

- Gesundheitswesen,
- Sicherheitsbehörden,
- Zivilschutz,
- nationalen und internationalen Partnern.

Im Rahmen des Projekts wurden auch klinische Leitlinien zur Behandlung biologischer und chemischer Gefahren veröffentlicht. Die Lungenpest wird darin ausdrücklich behandelt.

Das Projekt endete am 31. Dezember 2024.

Eine zuvor genannte Übungsbezeichnung „Black Mirror“ sowie eine konkrete Teilnehmerzahl von 14 Ländern konnten in den hier überprüften offiziellen Quellen nicht ausreichend bestätigt werden und werden deshalb nicht als gesicherte Fakten gewertet.

---

4. Weitere Pandemie- und Planspiele 2018–2022

2018 – Clade X

Das Johns Hopkins Center for Health Security führte das Planspiel „Clade X“ durch.

Das Szenario verwendete ein fiktives Parainfluenzavirus, das sich weltweit ausbreitet und schwere Erkrankungen verursacht.

Im Mittelpunkt standen:

- internationale Krisenreaktion,
- staatliche Entscheidungsprozesse,
- Reise- und Quarantänemaßnahmen,
- medizinische Versorgung,
- Impfstoffentwicklung,
- Kommunikation und gesellschaftliche Auswirkungen.

Oktober 2019 – Event 201

Das Planspiel wurde vom Johns Hopkins Center for Health Security gemeinsam mit dem Weltwirtschaftsforum und der Bill & Melinda Gates Foundation durchgeführt.

Es simulierte eine weltweite Pandemie durch ein fiktives neuartiges **Coronavirus**.

Behandelt wurden:

- internationale Zusammenarbeit,
- Medien und öffentliche Kommunikation,
- Desinformation,
- Lieferketten,
- wirtschaftliche Folgen,
- medizinische Gegenmaßnahmen,
- Zusammenarbeit zwischen Staat und Privatwirtschaft.

Event 201 war ein fiktives Trainingsszenario. Kurz darauf brach die weltweite P(l)andemie mit **COVID-19** aus.

Oktober 2022 – Catastrophic Contagion

Dieses Planspiel wurde von Johns Hopkins gemeinsam mit der WHO und der Bill & Melinda Gates Foundation durchgeführt.

Das Szenario beschrieb eine fiktive Pandemie durch einen Erreger mit höherer Sterblichkeit als COVID-19, bei der Kinder und Jugendliche überproportional betroffen waren.

Schwerpunkte waren:

- internationale Gesundheitskoordination,
- politische Entscheidungsfindung,
- öffentliche Kommunikation,
- Umgang mit Falschinformationen,
- Vorbereitung auf eine besonders schwere Pandemie.

Der Erreger war fiktiv und wurde nicht eindeutig einer realen Virusart zugeordnet.

5. Welche Erreger stehen in den offiziellen Risiko- und Forschungsprogrammen im Fokus?

WHO: R&D Blueprint und Pathogen Prioritization

Die WHO priorisiert Erreger, bei denen Forschung, Diagnostik, Impfstoffe und Medikamente für künftige Gesundheitsnotfälle besonders wichtig sind.
Zu den bekannten priorisierten Krankheiten und Erregern gehören:

- COVID-19 und neue Coronaviren,
- SARS und MERS,
- Influenza,
- Ebola und Marburg,
- Lassa-Fieber,
- Nipah und andere Henipaviren,
- Krim-Kongo-Fieber,
- Rift-Valley-Fieber,
- Zika,
- Pest,
- Disease X als Platzhalter für einen bislang unbekannten Erreger.

Seit 2022 verfolgt die WHO zusätzlich einen Ansatz, der ganze Virusfamilien und nicht nur einzelne bekannte Erreger betrachtet. Mehr als 200 Wissenschaftler aus über 50 Ländern untersuchten 28 Virusfamilien und eine Gruppe von Bakterien.

EU: HERA und die Gesundheitsbedrohungsanalyse 2025/2026

Die Europäische Kommission hat zwölf Virusfamilien mit epidemischem und pandemischem Potenzial priorisiert.
Die Bedrohungen werden unter anderem anhand folgender Kriterien bewertet:

- Übertragbarkeit,
- Schwere der Erkrankung,
- Ausbreitungspotenzial,
- mögliche Auswirkungen auf die EU,
- Verfügbarkeit von Impfstoffen und Medikamenten,
- Einfluss von Umwelt- und Klimaveränderungen.

Zu den besonders relevanten Familien gehören:
Höchste Priorität:

- Coronaviridae – SARS, MERS und SARS-CoV-2.
- Orthomyxoviridae – insbesondere Influenza-A-Viren.
- Filoviridae – Ebola und Marburg.
- Poxviridae – Mpox und Variola (Pocken).

Weitere hohe Priorität:

- Paramyxoviridae – Nipah und Hendra.
- Picornaviridae – Polio und Enteroviren.
- Flaviviridae – Dengue, West-Nil, Zika, Gelbfieber.
- Togaviridae – Chikungunya und weitere Alphaviren.
- Arenaviridae – Lassa und verwandte Viren.
- Hantaviridae – Hantaviren.
- Phenuiviridae – Rift-Valley-Fieber und weitere Viren.
- Nairoviridae – Krim-Kongo-Fieber.

Die **Pest** wird in der EU-Bewertung nicht als eine der zwölf priorisierten Virusfamilien geführt, weil sie bakteriell verursacht wird. Sie ist aber Bestandteil der biologischen Gefahren- und Bioterrorismusvorsorge.

Deutschland: Schwerpunkt Atemwegserreger

Die deutsche Pandemieplanung konzentriert sich insbesondere auf neuartige Influenzaviren und Coronaviren.

Das RKI überwacht daneben zahlreiche weitere Atemwegserreger, darunter:

- Influenza,
- SARS-CoV-2,
- RSV,
- Rhino- und Enteroviren,
- Parainfluenzaviren,
- Adenoviren.

Andere gefährliche Erreger werden im Rahmen der allgemeinen Infektionsschutz- und Biogefahrenplanung berücksichtigt.

6. Zusammenstellung der wesentlichen möglichen Erreger

Die folgende Übersicht ordnet die Erreger nach den dokumentierten Vorsorge- und Übungsschwerpunkten.

A. Klassische Pandemie- und Atemwegserreger

Erregergruppe	Beispiele	Bedeutung
Influenzaviren	H5N1, H7N9, H1N1	Veränderlichkeit, Tier-Mensch-Übergang, Pandemiepotenzial
Coronaviren	SARS-CoV, MERS-CoV, SARS-CoV-2	Atemwegsübertragung, zoonotisches Potenzial
Paramyxoviren	Nipah, Hendra	Schwere Erkrankungen, neurologische Folgen, zoonotische Übertragung
Enteroviren	EV-D68, EV-A71	Teilweise schwere neurologische Erkrankungen, insbesondere bei Kindern
Unbekannte Erreger	Disease X	Platzhalter für neue, bislang unbekannte Erreger

B. Erreger mit hoher Krankheitslast und besonderer internationaler Bedeutung

Erregergruppe	Beispiele	Bedeutung
Filoviren	Ebola, Marburg	Schwere hämorrhagische Erkrankungen
Arenaviren	Lassa, Junin	Hämorrhagische Fieber und regionale Ausbrüche
Nairoviren	Krim-Kongo-Fieber	Schwere Erkrankung, Zeckenübertragung
Phenuiviren	Rift-Valley-Fieber	Tier-Mensch-Übertragung und Vektorübertragung
Flaviviren	Dengue, Zika, West-Nil	Vektorübertragung und geografische Ausbreitung

C. Biologische Hochrisikoerreger und Bioterrorismus-Szenarien

Erreger / Gefahrstoff	Bedeutung
Yersinia pestis	Pest, insbesondere Lungenpest als mögliches Mensch-zu-Mensch-Szenario
Variola-Virus	Pocken, historisch bedeutsames Biowaffen-Szenario
Bacillus anthracis	Milzbrand, klassischer biologischer Gefahrenstoff
Francisella tularensis	Tularämie, biologische Gefahrenvorsorge
Clostridium botulinum / Botulinumtoxin	Botulismus, schwere toxische Erkrankung
Ricin	Pflanzliches Gift, kein Krankheitserreger im eigentlichen Sinne

D. Antibiotikaresistente Bakterien

Ein zusätzlicher Bereich ist die zunehmende Bedeutung antimikrobieller Resistenzen.

Dazu zählen unter anderem:

- Carbapenem-resistente *Acinetobacter baumannii*,
- resistente Enterobacterales,
- resistente *Pseudomonas aeruginosa*,
- Methicillin-resistenter *Staphylococcus aureus*,
- resistente Tuberkulose-Erreger.

Diese Erreger sind nicht automatisch Pandemie-Kandidaten. Sie stellen jedoch eine erhebliche Herausforderung für Krankenhäuser, medizinische Versorgung und Krisenmanagement dar.

Besonders relevant ist das Berliner UN-Planspiel 2022, in dem ausdrücklich eine gegen zahlreiche Antibiotika resistente Variante von ***Yersinia pestis*** angenommen wurde.

---

7. Impfstoff-, Diagnostik- und Arzneimittelprogramme

CEPI: Die 100 Days Mission

Die Coalition for Epidemic Preparedness Innovations verfolgt das Ziel, innerhalb von 100 Tagen nach Identifizierung einer neuen Pandemiebedrohung einen sicheren und wirksamen Impfstoff bis zur ersten Zulassung und skalierbaren Herstellung zu entwickeln.

Dafür werden vorbereitet:

- Impfstoffplattformen,
- Forschung an repräsentativen Erregern ganzer Virusfamilien,
- klinische Studieninfrastruktur,
- Produktionskapazitäten,
- internationale Forschungskooperation.

Die Mission baut auf den Erfahrungen aus COVID-19 auf. Die ersten COVID-19-Impfstoffe wurden nach 326 Tagen ausgeliefert.

EU: HERA

Die Health Emergency Preparedness and Response Authority koordiniert die Vorbereitung auf Gesundheitsnotfälle und medizinische Gegenmaßnahmen.

Die EU-Strategie umfasst:

- Forschung und Entwicklung,
- Diagnostik,
- Impfstoffe und Therapeutika,
- strategische Vorräte,
- flexible Produktionskapazitäten,
- internationale Zusammenarbeit,
- Einbindung der Privatwirtschaft.

Ein besonderer Ansatz ist die sogenannte „Ever-warm production capacity“. Produktionskapazitäten sollen auch außerhalb einer akuten Krise verfügbar oder kurzfristig aktivierbar bleiben.

WHO-Pandemieabkommen und PABS

Das WHO-Pandemieabkommen wurde im Mai 2025 angenommen.

Ein zentraler Bestandteil ist das Pathogen Access and Benefit-Sharing System (PABS).

Es soll den Zugang zu Erregern und Sequenzinformationen mit einer fairen Verteilung der daraus entstehenden Vorteile verbinden.

Vorgesehen ist unter anderem ein Zielwert, nach dem teilnehmende Hersteller im Pandemiefall 20 Prozent ihrer Echtzeitproduktion von Impfstoffen, Therapeutika und Diagnostika für die WHO bereitstellen.

Die konkrete Umsetzung hängt von der weiteren Ausgestaltung des PABS-Anhangs und den notwendigen Ratifikationsschritten ab.

---

8. Überwachung, Dateninfrastruktur und Frühwarnsysteme

WHO: Collaborative Surveillance

Die WHO verfolgt einen Ansatz, bei dem verschiedene Informationsquellen zusammengeführt werden.

Dazu gehören:

- Labordaten und Genomsequenzierungen,
- Meldedaten aus Krankenhäusern und Arztpraxen,
- epidemiologische Daten,
- Abwasserüberwachung,
- Tiergesundheitsdaten,
- Umweltinformationen,
- internationale Frühwarnsysteme.

Ziel ist, Ausbrüche früher zu erkennen und die Entscheidungsgrundlage für Gesundheitsmaßnahmen zu verbessern.

EU: Ausbau der Überwachung

Die EU verfolgt unter anderem:

- Abwasserüberwachung,
- Sequenzierung,
- internationale Frühwarnsysteme,
- mobile Labore,
- Bedrohungsanalysen,
- Überwachung an Verkehrsknotenpunkten.

Diese Infrastruktur ist nicht ausschließlich für eine akute Pandemie vorgesehen, sondern soll dauerhaft verfügbar sein.

Deutschland

Das RKI betreibt bereits kontinuierliche Überwachungssysteme für Atemwegserkrankungen und andere Infektionskrankheiten.

Die Existenz solcher Systeme ist zunächst ein normaler Bestandteil moderner Gesundheitsvorsorge. Entscheidend für die demokratische Bewertung sind Zweckbindung, Datenzugriff, Speicherfristen und Kontrollmechanismen.

---

9. Internationale und nationale Rechtsgrundlagen

Internationale Gesundheitsvorschriften (IGV/IHR)

Die 2024 beschlossenen Änderungen der Internationalen Gesundheitsvorschriften traten für die meisten Vertragsstaaten am 19. September 2025 in Kraft.

Zu den Änderungen gehören:

- die neue Kategorie „pandemic emergency“,
- nationale IHR-Anlaufstellen,
- verbesserte internationale Koordination,
- stärkere Regelungen zum Zugang zu medizinischen Gegenmaßnahmen,
- zusätzliche Anforderungen an Vorsorge und Reaktionsfähigkeit.

Die WHO erhält dadurch „keine“ unmittelbare Befugnis, Lockdowns, Impfpflichten oder andere Maßnahmen gegenüber der Bevölkerung eines Mitgliedstaates anzuordnen. Die Umsetzung konkreter Maßnahmen bleibt eine nationale Angelegenheit.

Bei der Bewertung einzelner Staaten ist zwischen internationalem Inkrafttreten, formeller Zurückweisung und nationaler Umsetzung zu unterscheiden.

Nationale Krisenstrukturen

Deutschland verfügt über verschiedene rechtliche und organisatorische Grundlagen für den Infektionsschutz, den Katastrophenschutz und die Reaktion auf biologische Gefahren.

Der Berliner Seuchenalarmplan von 2022 ist ein konkretes Beispiel dafür, wie bei Verdacht auf Lungenpest oder andere hochkontagiöse lebensbedrohliche Krankheiten eine Einsatzleitung und ein Kompetenzzentrum aktiviert werden können.

---

10. Der russische Laborfall im Oktober 2026

Anfang Oktober 2026 wurde der Tod einer 28-jährigen Mitarbeiterin des Irkutsker Anti-Pest-Forschungsinstituts bekannt.

Sie war am 29. September mit schwerer Lungenentzündung in ein Krankenhaus eingeliefert worden und starb am 2. Oktober.

Medien berichteten über einen möglichen Laborunfall mit *Yersinia pestis*. Diese Angaben wurden von den russischen Behörden bestritten.

Die Behörden teilten der WHO mit:

- Es seien keine aktuellen Pestfälle in der Region registriert.
- Es habe keinen Laborunfall gegeben.
- Kontaktpersonen seien untersucht und überwacht worden.
- Bei den Kontaktpersonen seien keine Hochrisikoerreger nachgewiesen worden.
- Die Todesursache sei eine Lungenentzündung unbekannter Ursache.

Die WHO veröffentlichte am 10. Oktober 2026 eine Meldung zu dem Ereignis. Das ECDC aktualisierte seine Bewertung am 12. Oktober.

Nach den Angaben der russischen Behörden wurden mehr als 5.000 Labortests bei Kontaktpersonen durchgeführt. Die WHO stellte keine Hinweise auf eine laufende Übertragung fest.

Die genaue Ursache des Todes blieb in der WHO-Meldung jedoch ungeklärt. Eine laborassoziierte Exposition konnte deshalb nicht vollständig unabhängig ausgeschlossen werden.

Der Fall ist kein bestätigter Pest-Ausbruch.

---

11. Gesamtbewertung: Was ist tatsächlich belegt?

Aus der Gesamtschau ergeben sich folgende Feststellungen:

Erstens: Die Pandemieplanung konzentriert sich vor allem auf Influenza und Coronaviren.

Diese Erregergruppen stehen bei WHO, EU und deutscher Pandemieplanung im Mittelpunkt, weil sie ein erhebliches Potenzial für weitreichende Atemwegsinfektionen besitzen.

Zweitens: Die Pest ist ein eigenständiger Schwerpunkt biologischer Gefahrenplanung.

Die dokumentierten Übungen von 2017, 2019 und 2020/2022 belegen, dass Lungenpest nicht nur theoretisch betrachtet wurde. Sie wurde konkret als Szenario für Terrorabwehr, internationale Krisenkoordination und die Untersuchung eines mutmaßlichen biologischen Angriffs verwendet.

Drittens: Die Übungen umfassen zunehmend mehr als die medizinische Versorgung.

Sie betreffen auch:

- internationale Ermittlungen,
- Sicherheitsbehörden,
- politische Entscheidungsprozesse,
- Kommunikation,
- Logistik,
- Medien,
- Lieferketten,
- Zusammenarbeit mit privaten Unternehmen.

Viertens: Die Vorsorgeinfrastruktur wird dauerhaft weiterentwickelt.

Frühwarnsysteme, Sequenzierung, Laborkapazitäten, strategische Vorräte und flexible Produktionsstrukturen werden als langfristige Vorsorge verstanden und nicht ausschließlich als befristete COVID-19-Maßnahmen.

Fünftens: Die Existenz dieser Strukturen ist kein Beweis für eine geplante Pandemie.

Die dokumentierten Übungen und Programme belegen eine umfassende Vorbereitung auf unterschiedliche biologische Gefahren. Sie belegen nicht, dass ein bestimmter Erreger als nächstes freigesetzt werden soll oder ein Ausbruch bereits feststeht.

---

12. Offene Untersuchungsfragen und kritische Prüfpunkte

Für eine weitergehende Untersuchung sollten insbesondere folgende Fragen beantwortet werden:

1. Welche konkreten Daten werden durch nationale und internationale Frühwarnsysteme erhoben?
2. Wer hat Zugriff auf diese Daten und wie lange werden sie gespeichert?
3. Welche Voraussetzungen müssen erfüllt sein, damit eine außergewöhnliche Krisenstruktur aktiviert wird?
4. Welche Befugnisse besitzen Gesundheitsbehörden, Sicherheitsbehörden und internationale Organisationen jeweils?
5. Welche parlamentarischen und gerichtlichen Kontrollmöglichkeiten bestehen?
6. Wie wird sichergestellt, dass Notfallmaßnahmen nach Ende einer Krise zurückgenommen werden?
7. Welche Unternehmen und privaten Organisationen sind an Impfstoffentwicklung, Beschaffung, Datenverarbeitung und Krisenlogistik beteiligt?
8. Welche Verträge, Haftungsregelungen und Interessenkonflikte sind öffentlich nachvollziehbar?
9. Welche unabhängigen Kontrollmechanismen bestehen bei Verdacht auf einen Laborunfall oder eine absichtliche biologische Freisetzung?
10. Wie wird verhindert, dass ein nicht bestätigter Verdacht zu unverhältnismäßigen staatlichen Maßnahmen führt?

---

13. Schlussfolgerung

Die Untersuchung zeigt, dass die internationale Pandemie- und Biogefahrenvorsorge über viele Jahre hinweg systematisch ausgebaut wurde.

Dabei existieren zwei miteinander verbundene, aber unterschiedliche Vorsorgebereiche:

A. Klassische Pandemieplanung:
Influenza, Coronaviren, neue zoonotische Atemwegsviren und unbekannte Erreger.

B. Biologische Hochrisiko- und Sicherheitsplanung:
Lungenpest, Pocken, Anthrax, Botulismus und weitere gefährliche biologische Agenzien, einschließlich möglicher Laborunfälle und absichtlicher Freisetzungen.

Die Pest verdient dabei eine eigenständige Betrachtung. Insbesondere die Berliner UN-Feldübung von 2022 zeigt, dass sogar eine antibiotikaresistente Variante von ***Yersinia pestis*** mit Lungen- und Beulenpest sowie einem mutmaßlichen biologischen Angriff als komplexes internationales Krisenszenario durchgespielt wurde.

Quellenbasis:

Hier sind die wichtigsten Originaldokumente, auf denen diese Auswertung beruht:

1. WHO – Prioritizing diseases for research and development
2. WHO – R&D Blueprint for Epidemics
3. EU-Kommission – Comprehensive 2025 Health Threat Prioritisation Assessment (8. Januar 2026, 119 Seiten)
4. EU-Kommission – Medical Countermeasures Strategy
5. CEPI – The 100 Days Mission
6. WHO – Collaborative Surveillance
7. WHO – Framework for Health Emergency Preparedness and Response (März 2026)
8. Johns Hopkins – Event 201
9. Johns Hopkins – Clade X
10. Johns Hopkins – Catastrophic Contagion
11. WHO – Fragen und Antworten zu den IHR-Änderungen
12. CDC – Lessons Learned from a Full-Scale Bioterrorism Exercise (TOPOFF, 2000)
13. Public Health – 31 Tabletop Exercises, darunter Pest-Szenarien (2007)
14. WVU – Tabletop Scenarios for Realism in Bioterrorism and Threat Preparedness (2012)
15. CDC – Bioterrorism and Plague: Preparedness (2024)
16. WHO – Pneumonia of undetermined etiology, Russian Federation (10. Oktober 2026)
17. ECDC – Russland: Pneumonia of unknown aetiology (12. Oktober 2026)
18. Nature – Plague scare: what scientists know, and what Russia won’t say (8. Oktober 2026)