

Der Preis der Freiheit ist ewige Wachsamkeit.

Eine Gesundheitschronologie

Die dokumentierte Rüstung des Gesundheitswesens

[esc](#)

13. September 2025

Vor einiger Zeit habe ich einen Referenzbeitrag mit dem Titel „*Eine Klimachronologie*“ veröffentlicht. Ziel war es, aufzuzeigen, wie absurd der „*Kohlenstoffkonsens*“ erscheint, wenn man die historische Zeitleiste durchgeht, in der Ereignisse immer zur nächsten Entwicklung zu führen scheinen, als ob sie Teil eines vorgefassten Plans wären.

Werfen wir einen ähnlichen Blick auf die Gesundheit. Genauer gesagt, sehen wir uns an, wie das Thema Gesundheit schrittweise als Waffe gegen die Bevölkerung instrumentalisiert wurde.



Ähnlich wie die vorherige Chronologie wird auch diese als „**eine** Chronologie“ und nicht als „**die** Chronologie“ bezeichnet – da die Zeitleiste viel zu viele Ereignisse enthält, als dass eine Person sie alle realistisch erfassen könnte. Daher könnte es durchaus sein, dass ich einige Ereignisse übersehen habe. Wenn Ihnen etwas Wichtiges fehlt, hinterlassen Sie unten einen Kommentar.

Einige der weniger detaillierten Ereignisse müssen jedoch ausgelassen werden. Ziel ist es, die Zukunft zu dokumentieren



Eine Klimachronologie

[9. Januar](#)

[Lesen Sie die ganze Geschichte](#)

Zusammenfassung

Was als angebliche Sorge um das menschliche Wohlergehen begann, wurde im Laufe von nicht weniger als sechzig Jahren schrittweise zu einer weitläufigen Infrastruktur technokratischer Steuerung umgestaltet. Diese Chronologie skizziert, wie sich „*Gesundheit*“ – *einst die Domäne von Ärzten und Patienten* verwandelte – **in ein globales System des Verhaltensmanagements, der Risikomodellierung und der programmierbaren Compliance** .

Von der Ausweitung der Gesundheitsplanung unter LBJ im Jahr 1966 bis zur Alma-Ata-Erklärung von 1978 und der Neudefinition von Gesundheit als „*Menschenrecht*“ entwickelte sich die öffentliche Gesundheit zu einem sektorübergreifenden Steuerungsinstrument. Berichte wie der kanadische *Lalonde-Bericht* trugen dazu bei, die Verantwortung von medizinischen Institutionen auf individuelles Verhalten und soziale Bedingungen zu verlagern – was wiederum nicht-medizinische Institutionen, Unternehmen und transnationale Akteure dazu veranlasste, Gesundheitsergebnisse neu zu definieren und zu verwalten.

In den 1980er und 1990er Jahren wurden globale Impfprogramme als logistische Plattformen operationalisiert, die Krankheitsüberwachung in militärisch geprägte Bereitschaftsprotokolle integriert und Pandemien als Sicherheitsbedrohungen – *nicht nur als biologische Ereignisse* – dargestellt, was eine rigorose Ausmerzungen aufgrund der geringsten erdenklichen Beweislage rechtfertigte. Anfang der 2000er Jahre war eine komplexe rechtlich-finanzielle Architektur etabliert: **Vorhersagemodelle konnten Notstandsbefugnisse auslösen, und die Einhaltung der WHO-Richtlinien wurde zur Voraussetzung für Entwicklungshilfe, Handel und Legitimität** .

Nach dem Fehlstart im Jahr 2009 war das System im Jahr 2020 einsatzbereit. Die Reaktion auf COVID-19 demonstrierte die Funktionsfähigkeit eines Kommando- und Kontrollapparats

von weltweitem Ausmaß: algorithmisch begründete Beschränkungen, biometrische Zugangssysteme, globale Rechtsharmonisierung und nahtlose Integration zwischen privaten Unternehmen, Gesundheitsbehörden und internationalen Gremien.

Heute, mit der Verabschiedung des WHO-Pandemievertrags in Gesetzen – *dem bald globale digitale ID-Rahmenwerke und das Abkommen über den Zugang zu Krankheitserregern und den Vorteilsausgleich folgen werden* – **ist Gesundheit zum zentralen Vektor der globalen Governance geworden**. Sie vereint Biologie, Verhalten, Ökologie, Ökonomie und Moral zu einer einzigen Kontrollebene, in der Antizipation und nicht Behandlung die treibende Logik ist. **Dies ist keine öffentliche Gesundheit als Fürsorge. Es ist öffentliche Gesundheit als Compliance**.

Die folgende Zeitleiste zeigt, wie wir hierher gekommen sind – Schritt für Schritt, Krise für Krise, immer vorwärts.

Wir werden parallele Entwicklungen, wie etwa Rockefellers Fokus auf Bevölkerungskontrolle, der bereits 1927 begann, nicht untersuchen. Zumindest nicht direkt. Natürlich könnte man die Entwicklung noch weiter zurückverfolgen, aber das ist nicht notwendig, um ein nahezu vollständiges Bild zu erhalten.

Fast sechs Jahrzehnte lang folgte die Transformation des öffentlichen Gesundheitswesens einem klaren und ununterbrochenen Bogen: von *der Planung* (1966–1980er Jahre) über die *technokratische Koordination* (1980er–2000er Jahre) und *die rechtliche Kodifizierung* (2005–2015) bis hin zur *Simulation und Aktivierung* (2016–2025). Im Laufe dieser Zeit **wurde Gesundheit systematisch mit Klimapolitik, Biodiversitätsmanagement und globalen Entwicklungszielen verknüpft und wurde zum Schnittpunkt für das Management von Verhalten, Mobilität, Ressourcen und Risiken**.

“ zur Behandlung von Krankheiten begann, *Was als* „*moralischer Imperativ*“ entwickelte sich zu einem globalen System programmierbarer Compliance. Gesundheit wurde zu einer Kontrollschnittstelle: gesteuert durch Metriken, verwaltet durch Algorithmen und durch digitale Infrastruktur durchgesetzt. Diese Chronologie offenbart mehr als nur ein Muster – sie dokumentiert den bewussten Aufbau eines kybernetischen Regimes, in dem Krisen kontinuierlich, Beteiligung an Bedingungen geknüpft und Kontrolle total ist.

Nach den Aufzählungspunkten ist eine Schlussfolgerung mit einer Diskussion über die unmittelbare zukünftige Entwicklung enthalten.

Die Konvergenz 2020

[esc](#)

.

16. Juli



In „Trisektorale Netzwerke“ haben wir erörtert, wie Wolfgang Reinickes Modell die Illusion einer Demokratie erzeugt: Regierung, Wirtschaft und Zivilgesellschaft scheinen zusammenzuarbeiten, während die tatsächliche Koordination woanders stattfindet.

[Lesen Sie die ganze Geschichte](#)

1. LBJs Gesundheitsreform (1966)

Die Änderungsanträge zur umfassenden Gesundheitsplanung und zu den öffentlichen Gesundheitsdiensten etablierten die bundesstaatliche Gesundheitsplanung als systematische Regierungsfunktion und beauftragten staatliche und regionale Behörden, Ressourcen zu koordinieren und Prioritäten auf Bevölkerungsebene festzulegen. Damit wurde Gesundheit erstmals als Planungsproblem und nicht mehr als klinische Dienstleistung institutionalisiert, wodurch die Autorität von einzelnen Ärzten auf Planungsgremien verlagert wurde. Das Gesetz schuf die administrative Infrastruktur für eine **zentralisierte Ressourcenzuweisung** und schuf gleichzeitig den Präzedenzfall, dass Gesundheitsergebnisse eine systematische Koordination über mehrere Sektoren hinweg erfordern – und **schuf damit die Voraussetzungen für die Integration der Gesundheitsplanung in ökologische und ökologische Governance-Rahmenbedingungen**.



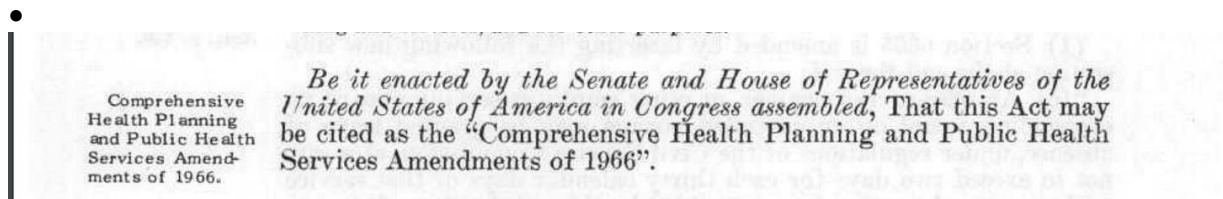
Die Gesundheitsplanungsbehörden von Amerika

[esc](#)

.

10. November 2023

[Lesen Sie die ganze Geschichte](#)



- **Nutzung und Erhaltung der Biosphäre (1968)**

Auf der UNESCO-Biosphärenkonferenz von 1968 wurde erstmals das ökologische Gleichgewicht auf Bevölkerungsebene als Governance-Ziel institutionell formuliert. Der Mikrobiologe René Dubos verfasste Empfehlung 3, in der er die Notwendigkeit eines **Gleichgewichts zwischen Mensch und Natur (3.3)** erklärte und darauf **hinwies, dass Umweltveränderungen zu Zoonosen führen würden (3.2)**. Damit wurden die moralischen und philosophischen Grundlagen für die Einbeziehung der menschlichen Gesundheit in die Umweltpolitik gelegt. Dubos beriet später die UN-Konferenz in Stockholm von 1972, wo der Slogan „*Global denken, lokal handeln*“ die Idee bekräftigte, dass individuelles Verhalten *könnte – und sollte* mit der Optimierung des Planetensystems in Einklang gebracht werden

RECOMMENDATION 3

RESEARCH ON HUMAN ECOLOGY

The Conference,

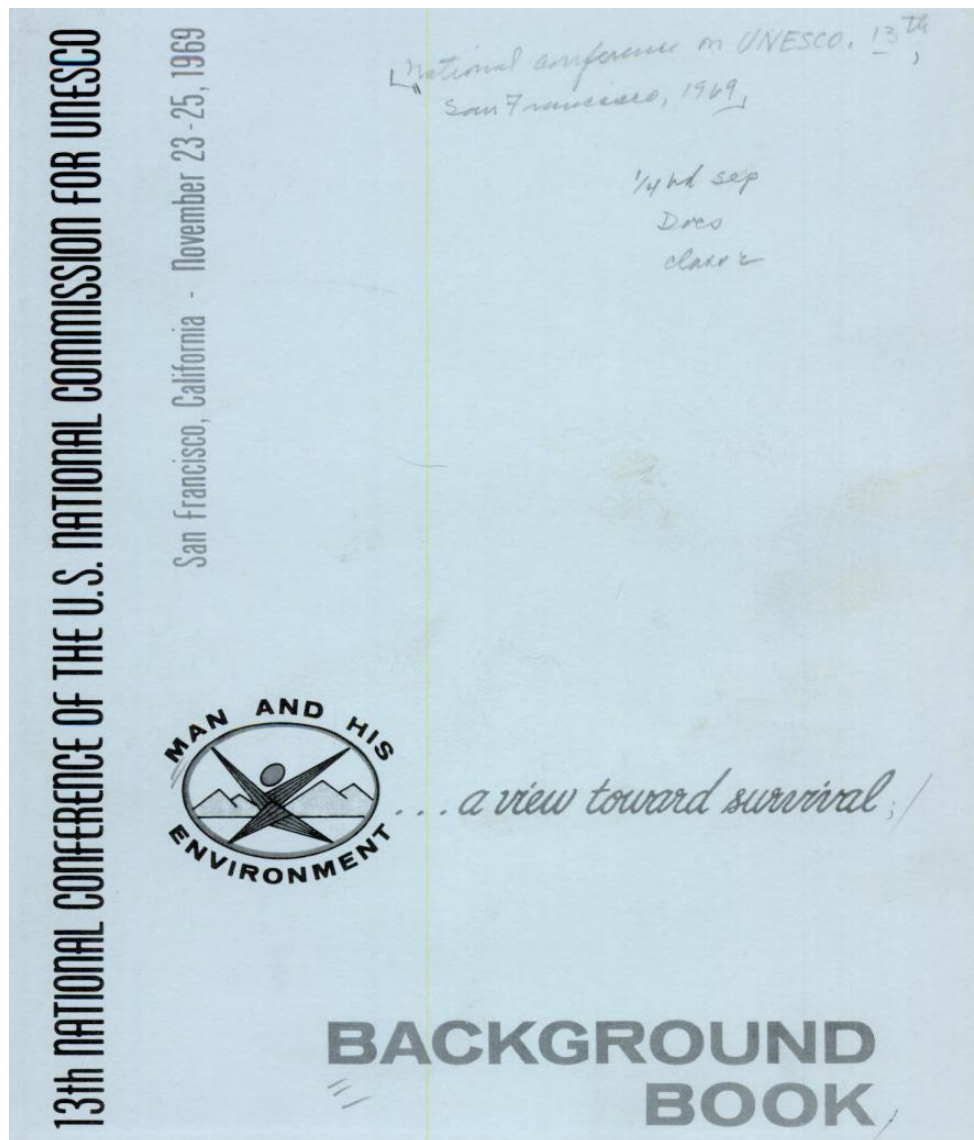
Considering that man is an integral part of most ecosystems, not only influencing but being influenced by his environment; that his physical and mental health, now and in the future, are intimately linked with the dynamic system of natural objects, forces and processes that interact within the biosphere and including also those of man's culture;

Recommends to the Member States and their appropriate institutions, to Unesco, WHO and the international organizations concerned:

1. That research be directed to man's basic ecology and to his social and physical adaptability to the changes of all kinds to which he is being subjected, whether in simple or in more complex societies, including those that are highly technological and urbanized;
2. That continuing and intensified research be undertaken on the ecology of human diseases, with special reference to those associated with environmental change and to the zoonotic diseases arising from interactions between man and animals;
3. That this research be directed at solving increasingly important problems of the establishment of the necessary balance between man and his environment in relation to the maintenance of his health and well-being in their broadest connotations.

Der Mensch und seine Umwelt: Ein Blick auf das Überleben (1969) 1

Dieser UNESCO-Bericht lieferte den philosophisch-praktischen Prototyp, der Dubos' Biosphärenkonzepte zu umfassenden Governance-Rahmenwerken erweiterte. Das Dokument erfasste die frühe ideologische Verschmelzung von Ökologie, Gesundheit, Bevölkerungswissenschaft und administrativer Kontrolle und legte die doktrinaire Grundlage für **die Behandlung menschlicher Siedlungen als überschaubare ökologische Einheiten**. Es argumentierte, dass Umweltgesundheit systematische Interventionen in sozialen, wirtschaftlichen und verhaltensbezogenen Bereichen erfordere – **und legte damit den konzeptionellen Grundstein für alles, von Initiativen zur planetaren Gesundheit bis hin zum integrierten Ansatz der nachhaltigen Entwicklungsziele zur Bevölkerungssteuerung**.



- **Nationale Umweltgesundheitsprogramme: Ihre Planung, Organisation und Verwaltung (1970)** [2](#)

baute direkt auf dem Thema „Der Mensch und seine Umwelt“ Dieser technische Bericht der WHO auf und definierte „Gesundheitsplanung“ ausdrücklich als untrennbar mit dem Management von Umwelt-, Stadt- und Wirtschaftssystemen. Das Dokument operationalisierte das Konzept, dass Gesundheitsergebnisse koordinierte Interventionen in mehreren Sektoren erfordern, und nahm damit technokratische Stadtplanung, Zonenvorschriften und Ansätze zur „Gesundheit in allen Politikbereichen“ vorweg. Es **schuf den administrativen Rahmen für die Behandlung der individuellen Gesundheit als Funktion systematisch gesteuerter Umweltbedingungen** und schlug die konzeptionelle Brücke zu umfassenden planetaren Überwachungssystemen.

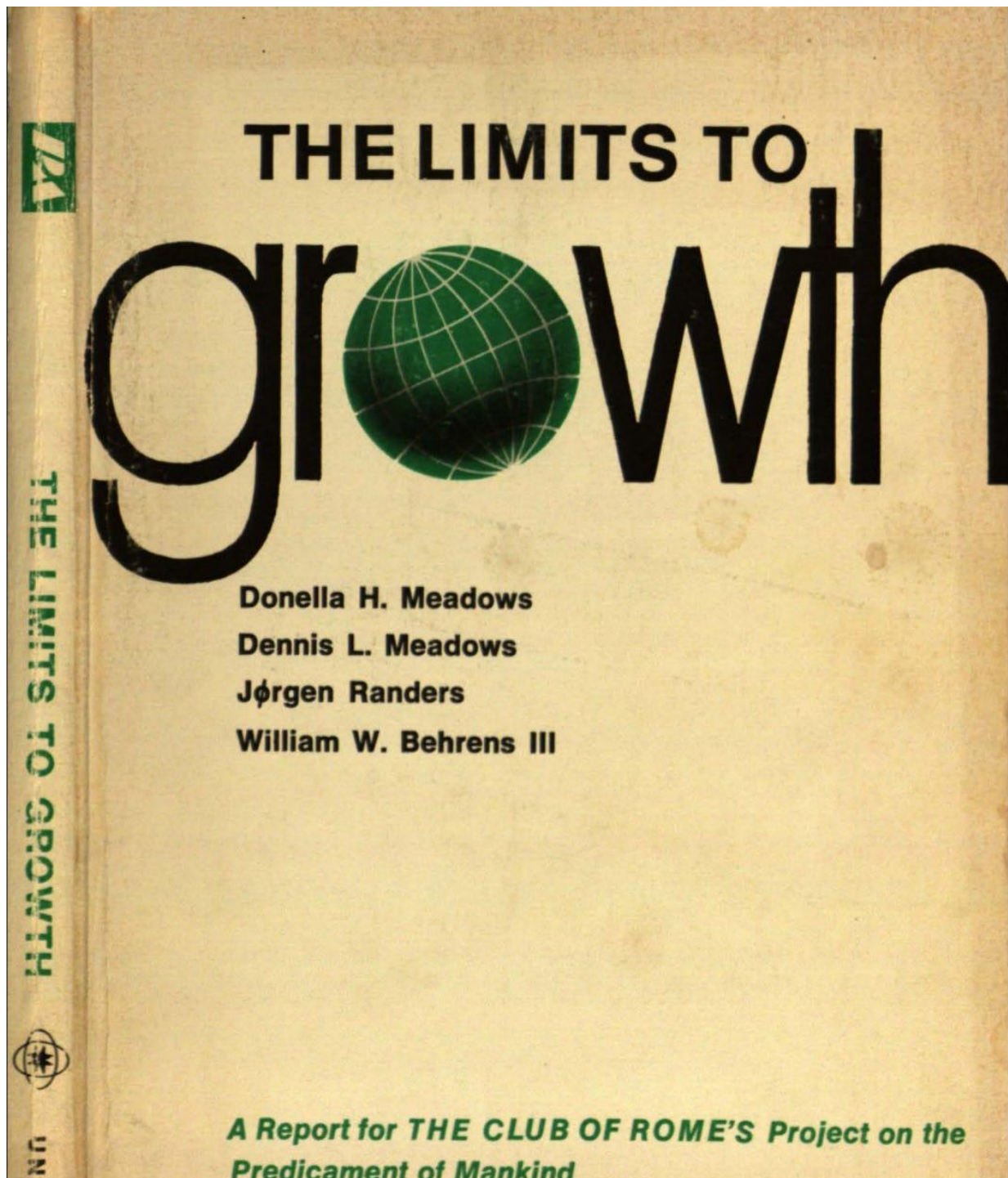
- **SCOPE 1: Globales Umweltüberwachungssystem (1971)**

Der erste Bericht des Wissenschaftlichen Ausschusses für Umweltprobleme, der von UN-Generalsekretär Maurice Strong für die Stockholmer Konferenz 1972 in Auftrag gegeben wurde, wandelte die zwischen 1968 und 1970 entwickelten konzeptionellen Rahmenbedingungen in eine operative Überwachungsinfrastruktur um. GEMS führte eine

umfassende globale Überwachung von Atmosphäre, Wasser, Boden, Organismen und biologischen Systemen durch zentral koordinierte Datenerfassung, standardisierte Protokolle und Satellitenintegration ein. Der Bericht legte fest, **alle Umweltdaten durch ganzheitliche Analyse „als Einheit“ zu behandeln und schuf damit die operative Grundlage für globale Überwachungssysteme**, die in Stockholm offiziell eingeführt und zu One-Health-Überwachungsnetzwerken weiterentwickelt wurden.

- **Club of Rome/Grenzen des Wachstums (1968-1972)** [3](#)

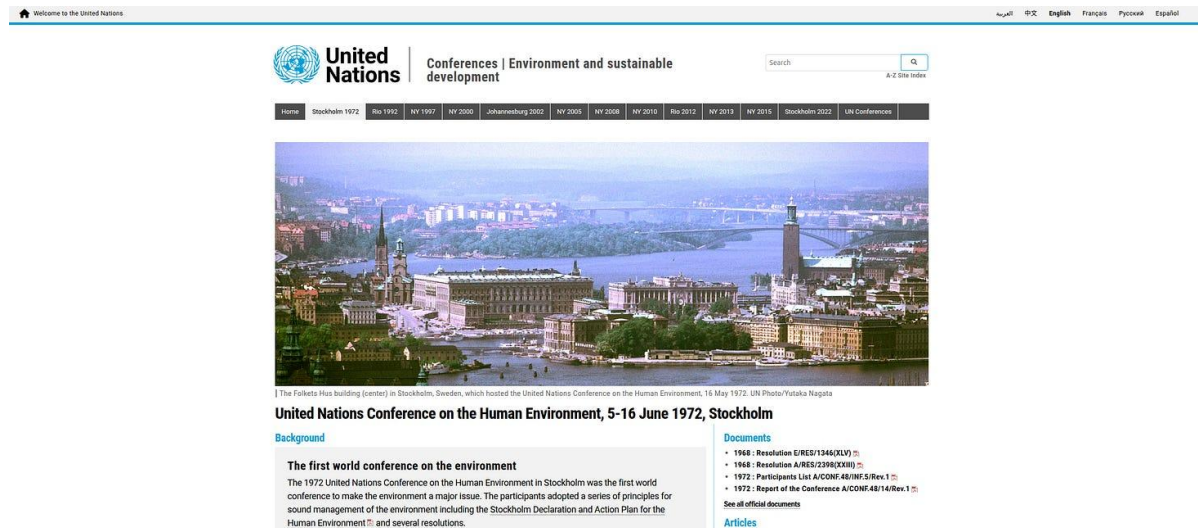
Der 1968 gegründete Club of Rome veröffentlichte 1972 „*Die Grenzen des Wachstums*“, den ersten Bericht zur Modellierung vernetzter Planetensysteme. Er zeigte, dass anhaltendes Bevölkerungswachstum, Industrialisierung, Ressourcenverbrauch und Umweltverschmutzung innerhalb eines Jahrhunderts die Tragfähigkeitsgrenze der Erde erreichen würden. Das MIT-Team untersuchte mithilfe von Computermodellen fünf grundlegende Faktoren – Bevölkerungswachstum, landwirtschaftliche Produktion, Erschöpfung nicht erneuerbarer Ressourcen, Industrieproduktion und Umweltverschmutzung – und testete mithilfe von Computermodellen alternative Muster für die Zukunft der Menschheit. Dadurch wurde das grundlegende Gerüst geschaffen, das Bevölkerungskontrolle, Ressourcenmanagement und planetare Governance miteinander verbindet und das den heutigen Initiativen zur „Gesundheit des Planeten“ zugrunde liegt. Zudem lieferte es den mathematischen Modellierungsansatz, der systematische Eingriffe in menschliches Verhalten und Ressourcenallokation rechtfertigt.



Stockholmer Konferenz (1972) [4](#)

Die UN-Konferenz über die Umwelt des Menschen, die vom 5. bis 16. Juni 1972 unter Generalsekretär Maurice Strong stattfand, schuf die internationale Legitimität und den institutionellen Rahmen für die Umsetzung der in SCOPE 1 konzipierten globalen Überwachungssysteme und der vom Club of Rome entwickelten Bevölkerungsmanagementmodelle. Die Konferenz übernahm das Global Environmental Monitoring System (GEMS) formell als offizielle UN-Politik und gründete das UNEP, um Überwachungsnetzwerke auf globaler Ebene zu operationalisieren. Stockholm legitimierte das Konzept, dass **lokale Umwelt- und Gesundheitsprobleme globaler Aufsicht und**

Intervention bedürfen, institutionalisierte den Rahmen „Global denken, lokal handeln“, der die internationale Autorität über nationale Gesundheitspolitiken rechtfertigte und den Präzedenzfall für supranationale Governance-Systeme schuf, die später durch die Pandemie-Rahmenwerke der WHO operationalisiert wurden.



SCOPE 3 (1973)

Aufbauend auf Stockholms rechtlichem Mandat erstellte der dritte Bericht des Wissenschaftlichen Ausschusses für Umweltprobleme einen umfassenden Plan für eine globale Überwachungsinfrastruktur, mit der die Überwachungsverpflichtungen der Konferenz umgesetzt werden sollten. Dieser Bericht erweiterte den Rahmen von SCOPE 1 und beschrieb detailliert **die systematische Überwachung von Atmosphäre, Ozeanen, Flüssen, Grundwasser, Böden, Vegetation, Wäldern, Nahrungsmitteln und – ganz wichtig – die epidemiologische Überwachung, einschließlich der „Epidemieprognose“** auf Grundlage des zunehmenden internationalen Reiseverkehrs. Das Dokument forderte ausdrücklich **die Überwachung soziologischer und wirtschaftlicher Indikatoren wie Ernährung, Bildung, Wohnen, Beschäftigung und Gesundheitsversorgung**. Damit nahm er den Rahmen der „*Sozialen Determinanten der Gesundheit*“ um 35 Jahre vorweg und schuf die Grundlage für die One-Health-Überwachung und die globalen Gesundheitsüberwachungssysteme der WHO.



UMFANG

[esc](#)

5. Dezember 2023

[Lesen Sie die ganze Geschichte](#)

Globales Umweltüberwachungssystem der UNEP (1974)

UNEP hat den Überwachungsplan von SCOPE 3 durch das Dokument UNEP/GC/24 formell operationalisiert und konzeptionelle Rahmenbedingungen in verbindliche UN-Programmverpflichtungen mit obligatorischen Anforderungen an die Datentransparenz umgewandelt. Mit der Umsetzung **wurde die Überwachung über „prioritäre Schadstoffe“ hinaus auf „Krankheitsauftreten, Arzneimittelresistenz und genetische Belastung“ ausgeweitet und gleichzeitig „Indikatoren für die Gesundheit von Mensch, Tier und Pflanze“ festgelegt**. UNEP GEMS verpflichtete die teilnehmenden Nationen, „eine große Bandbreite von Variablen in Luft, Wasser, Boden, Lebensmitteln oder Biota – einschließlich des Menschen“ über **Netzwerke auf globaler, regionaler und lokaler Ebene zu überwachen, mit der Verpflichtung zum „umgehenden Informationsaustausch“**. Dadurch entstand das erste funktionsfähige **globale Überwachungssystem**, das den institutionellen Präzedenzfall für die Gesundheitsüberwachungsnetzwerke und die Infrastruktur zur Pandemieüberwachung der WHO schuf.



Globales Umweltüberwachungssystem

[esc](#)

5. Dezember 2023

[Lesen Sie die ganze Geschichte](#)

Gesetz zur nationalen Gesundheitsplanung und Ressourcenentwicklung (1974)

Zeitgleich mit der Einführung der globalen Überwachung durch das UNEP erweiterte dieses Gesetz den Planungsrahmen von LBJ aus dem Jahr 1966 durch die Schaffung von **Gesundheitssystemagenturen mit der Befugnis, den Bau von Gesundheitseinrichtungen und die Anschaffung größerer Geräte zu genehmigen oder abzulehnen**. Das Gesetz institutionalisierte die systematische Überwachung der Gesundheitsinfrastruktur durch regionale Gremien mit Bundesmandat, **zentralisierte Entscheidungen über die Ressourcenzuteilung weiter und etablierte bürokratische Genehmigungsverfahren**, die lokale medizinische und gesellschaftliche Präferenzen außer Kraft setzen konnten. Diese nationale Gesundheitsplanungsinfrastruktur schuf die notwendigen Verwaltungsmechanismen für die Umsetzung der durch das UNEP GEMS gesammelten globalen Überwachungsdaten

und lieferte den regulatorischen Rahmen für die Koordinierung lokaler Gesundheitssysteme mit internationalen Überwachungsnetzwerken.



[Die Gesundheitsplanungsbehörden von Amerika](#)

[esc](#)

10. November 2023

[Lesen Sie die ganze Geschichte](#)

NSSM 200/Kissinger-Bericht (1974) [5](#)

Dieses geheime US-amerikanische National Security Study Memorandum **verknüpfte Bevölkerungswachstum ausdrücklich mit Bedrohungen der nationalen Sicherheit** und lieferte die strategische Grundlage für die Integration bevölkerungsorientierter Gesundheitsmaßnahmen in geopolitische Ziele. Der Bericht identifizierte schnelles Bevölkerungswachstum in Entwicklungsländern als destabilisierend für die Interessen der USA und **empfahl koordinierte internationale Programme zur Senkung der Geburtenraten durch den Ausbau des Gesundheitssystems und Familienplanungsiniciativen**. NSSM 200 schuf den konzeptionellen Rahmen für die Behandlung demografischer Trends als Sicherheitsprobleme, die systematisches Eingreifen erfordern, schuf die strategische Begründung für **die Einbettung der Bevölkerungskontrolle in humanitäre Gesundheitsprogramme** und rechtfertigte die internationale Aufsicht über nationale Reproduktions- und Gesundheitspolitiken unter dem Deckmantel der Entwicklungshilfe und der globalen Stabilität.

CONFIDENTIAL - GDS

April 24, 1974

National Security Study Memorandum 200

TO: The Secretary of Defense
The Secretary of Agriculture
The Director of Central Intelligence
The Deputy Secretary of State
Administrator, Agency for International Development

SUBJECT: Implications of Worldwide Population Growth for U.S.
Security and Overseas Interests

The President has directed a study of the impact of world population growth on U.S. security and overseas interests. The study should look forward at least until the year 2000, and use several alternative reasonable projections of population growth.

In terms of each projection, the study should assess:

- the corresponding pace of development, especially in poorer countries;
- the demand for US exports, especially of food, and the trade problems the US may face arising from competition for resources; and
- the likelihood that population growth or imbalances will produce disruptive foreign policies and international instability.

The study should focus on the international political and economic implications of population growth rather than its ecological, sociological or other aspects.

The study should then offer possible courses of action for the United States in dealing with population matters abroad, particularly in developing countries, with special attention to these questions:

- What, if any, new initiatives by the United States are needed to focus international attention on the population problem?
- Can technological innovations or development reduce growth or ameliorate its effects?

CONFIDENTIAL - GDS

CONFIDENTIAL - GDS

- 2 -

- Could the United States improve its assistance in the population field and if so, in what form and through which agencies -- bilateral, multilateral, private?

The study should take into account the President's concern that population policy is a human concern intimately related to the dignity of the individual and the objective of the United States is to work closely with others, rather than seek to impose our views on others.

The President has directed that the study be accomplished by the NSC Under Secretaries Committee. The Chairman, Under Secretaries Committee, is requested to forward the study together with the Committee's action recommendations no later than May 29, 1974, for consideration by the President.


Henry A. Kissinger

cc: Chairman, Joint Chiefs of Staff

CONFIDENTIAL - GDS

Schweinegrippe (1976)

Ein lokaler Ausbruch auf dem Militärstützpunkt Fort Dix wurde als potenzielle Pandemiegefahr eingeschätzt und löste die erste bundesweite Massensimpfkampagne in der Geschichte der USA aus. Dies war ein erster Praxistest für bevölkerungsweite Gesundheitsinterventionen auf der Grundlage prädiktiver Modelle. Obwohl der Ausbruch auf den Stützpunkt beschränkt blieb, startete die CDC ein landesweites Immunisierungsprogramm, das 45 Millionen Amerikaner betraf und sich dabei die Infrastruktur für die Gesundheitsplanung zunutze machte, die durch den National Health Planning Act von 1974 geschaffen wurde. Dieser Vorfall schuf einen Präzedenzfall für die Ausweitung begrenzter Krankheitsfälle auf bevölkerungsweite Interventionen auf der Grundlage von Risikobewertungen durch Experten statt klinischer Beweise. Damit wurde die Machbarkeit einer koordinierten Mobilisierung der Gesundheitssysteme auf Bundes- und Landesebene demonstriert, die zum Vorbild für künftige Reaktionen auf Pandemien werden sollte.



Die Gesundheitsplanungsbehörden von Amerika

[esc](#)

.

10. November 2023

[Lesen Sie die ganze Geschichte](#)

Rougemont (1976)

Nach den praktischen Erfahrungen aus der Schweinegrippe-Kampagne trafen sich Impfstoffhersteller und Vertreter des öffentlichen Gesundheitswesens in der Schweiz, um **die weltweiten Überwachungssysteme zu koordinieren und Protokolle zur Impfstoffentwicklung zu standardisieren, damit sie auf künftige Pandemien vorbereitet sind**. Das Treffen formalisierte Partnerschaften zwischen Industrie und Regierung bei der Pandemieplanung und richtete gemeinsame Datenbanken und Frühwarnnetze ein, die die Überwachungsinfrastruktur des UNEP mit den Möglichkeiten zur kommerziellen Impfstoffentwicklung integrierten. Rougemont **schuf die Vorlage für die internationale Krankheitsüberwachung und Reaktionskoordination, die die Interessen der Pharmaindustrie in die globalen Strukturen der Gesundheitsverwaltung einbettete** und sicherstellte, dass die im Rahmen von GEMS und SCOPE gesammelten Überwachungsdaten vorbestimmte kommerzielle Vereinbarungen für die Beschaffung und Verteilung von Impfstoffen auslösen würden.



[Die Gesundheitsplanungsbehörden von Amerika](#)

[esc](#)

.

10. November 2023

[Lesen Sie die ganze Geschichte](#)

Neudefinition von Gesundheit als Governance: Der Lalonde-Bericht (1974) [6](#)

Kanadas Gesundheitsminister Marc Lalonde veröffentlichte „*Eine neue Perspektive auf die Gesundheit der Kanadier*“, in dem er Gesundheit nicht als klinisches Ergebnis, sondern als Ergebnis von vier indirekten Faktoren neu definierte: Biologie, Umwelt, Lebensstil und Gesundheitssysteme, und **argumentierte, dass Verhalten und Umwelt einen größeren Einfluss auf die Gesundheit hätten als medizinische Behandlung**. Dieser Schwenk markierte den Ursprung des später von der WHO übernommenen Rahmens der „*Sozialen Determinanten der Gesundheit*“, der Eingriffe in nahezu jeden Aspekt des Lebens rechtfertigt – von Ernährung und Wohnen bis hin zu Bildung und Beschäftigung. Der Lalonde-Bericht **verwandelte die öffentliche Gesundheit in ein sektorübergreifendes**

Managementproblem , öffnete die Tür für die algorithmische Modellierung des Bevölkerungsverhaltens und **ermöglichte es nicht-medizinischen Institutionen, Gesundheitsergebnisse durch Politik, Daten und Infrastruktur zu beeinflussen** , was eine perfekte Ergänzung zu den durch UNEP GEMS eingerichteten Überwachungssystemen darstellt.



Die Determinanten der Gesundheit

[esc](#)

13. September 2023

[Lesen Sie die ganze Geschichte](#)



National Collaborating Centre
for Determinants of Health
Centre de collaboration nationale
des déterminants de la santé

[OUR CENTRE](#) [OUR WORK](#) [LEARN](#) [CONNECT](#) [NEWS & EVENTS](#)

Resource Library



A NEW PERSPECTIVE ON THE HEALTH OF CANADIANS
le nouveau document
Marc Lalonde

[VISIT LINK](#)

A new perspective on the health of Canadians

Author: Lalonde, M.
Published: 1974

[f](#) [t](#) [e](#)

The Lalonde Report was published while Marc Lalonde was Canada's Minister of National Health and Welfare, and had a transformative effect on the way world thinks about health. It remains one of the founding documents of health promotion. The report outlines a conceptual framework for a holistic understanding of health as an outcome of human biology, environment, lifestyle, and health care organization. The Public Health Agency of Canada describes it as *"a cornerstone of Canada's international reputation and a proud historical achievement in the health field."*

Search Resources

☐ Show only resources published by NCCDH

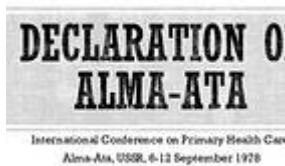
☐ Show resources associated with ALL selected categories

☒ Show resources associated with ANY selected categories

Primäre Gesundheitsversorgung (1978): Die Alma-Ata-Erklärung [7](#)

Aufbauend auf dem sektorübergreifenden Gesundheitsrahmen des Lalonde-Berichts beriefen WHO und UNICEF die Internationale Konferenz zur medizinischen Grundversorgung in Alma-Ata (Kasachstan) ein. Das Ergebnis war die Erklärung von Alma-Ata, in der Gesundheit als „*grundlegendes Menschenrecht*“ proklamiert und zu weltweiter Zusammenarbeit aufgerufen wurde, um „*Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000*“ zu erreichen. Obwohl in humanitärer Sprache verfasst, legte Alma-Ata den Grundstein für ein

zentralisiertes Clearinghouse-Modell der Gesundheitsverwaltung mit von Experten erstellten Informationen, Aufklärung, Impfstoffen und Medikamenten, deren Umsetzung jedoch auf Gemeindeebene über behördenübergreifende Mechanismen und standardisierte Indikatoren verwaltet wird. Entscheidend ist, dass Alma-Ata **die Idee normalisierte, dass internationale Institutionen und technische Experten – und nicht souveräne Regierungen – die öffentliche Gesundheitsagenda festlegen sollten**, und den grundlegenden Rechtsrahmen für künftige Überwachung, Ressourcenzuweisung und verhaltensorientierte Interventionsmodelle unter dem Motto „*Gleichheit*“ und Zugang schuf.



[Selektive/primäre Gesundheitsversorgung](#)

[esc](#)

.

5. April 2024

[Lesen Sie die ganze Geschichte](#)

The screenshot shows the WHO website interface. At the top is the WHO logo and navigation menu. The main heading is 'Global strategy for health for all by the year 2000'. Below this is a date '16 June 2012 | Publication'. The page is divided into three columns: a left column with a book cover image and a 'Download (3.3 MB)' button; a middle column with an 'Overview' section describing the strategy; and a right column with 'WHO TEAM', 'NUMBER OF PAGES' (90), and 'REFERENCE NUMBERS' (ISBN: 9241800038).

Architektur der Pandemievorsorge (1978)

Unter CDC-Direktor William Foege veröffentlichten die USA ihren **ersten bundesweiten Grippepandemieplan**, der direkt auf dem Rahmenwerk für koordinierte internationale Gesundheitsmaßnahmen der Alma-Ata-Erklärung aufbaute. Der Plan führte wichtige operative Konzepte ein, die noch heute Anwendung finden: **Impfkampagnen**,

Echtzeitüberwachung, behördenübergreifende Koordinierung und öffentlich-private Zusammenarbeit, wodurch das Gesundheitswesen von einer klinischen Dienstleistung zu einem Logistik- und Koordinierungsproblem wurde. Foeges Modell operationalisierte die durch UNEP GEMS und SCOPE 3 entwickelte Überwachungsinfrastruktur in umsetzbare Reaktionsrahmen und schuf so den institutionellen Präzedenzfall für Interventionen auf Bevölkerungsebene, die algorithmisch über Grenzen und Bevölkerungsgruppen hinweg angewendet werden konnten. Dieser Plan lieferte die **konzeptionelle Blaupause dafür, die Reaktion auf eine Pandemie als skalierbares Governance-System** und nicht als medizinisches Notfallmanagement zu betrachten.



[Die Gesundheitsplanungsbehörden von Amerika](#)

[esc](#)

.

10. November 2023

[Lesen Sie die ganze Geschichte](#)

INCLIN (1980)

Das von der Rockefeller Foundation ins Leben gerufene International Clinical Epidemiology Network **etablierte standardisierte Protokolle zur Krankheitsüberwachung und klinischen Forschung** in Entwicklungsländern und setzte Foeges Konzepte zur Pandemievorsorge innerhalb des in Alma-Ata geschaffenen globalen Gesundheitsinfrastrukturrahmens um. INCLIN **schuf unmittelbar vor Ausbruch der AIDS-Epidemie eine umfassende Infrastruktur zur Echtzeiterfassung von Gesundheitsdaten und Expertenberatungnetzwerke** und lieferte damit den operativen Rahmen für koordinierte internationale Gesundheitsinterventionen, die lokale Gesundheitsprobleme in global verwaltete Datensätze umwandelten. Das Netzwerk integrierte klinische Forschung mit den durch UNEP GEMS eingerichteten Umweltüberwachungssystemen und **schuf so die Grundlage für eine umfassende Gesundheitsüberwachung, die später koordinierte internationale Reaktionen auf gesundheitliche Notfälle ermöglichen sollte**.



Ganzheitliche globale Gesundheitssicherheit

[esc](#)

.

21. Mai 2024

[Lesen Sie die ganze Geschichte](#)

Task Force für das Überleben von Kindern (1984) [8](#)

William Foege, der die Führung des CDC aufgegeben hatte, leitete diese von der Rockefeller Foundation unterstützte Initiative, die WHO, UNICEF, Weltbank und UNDP vereinte, um **die Logistik für Massenimpfungen zu koordinieren und so das Impfen von einer medizinischen Intervention zu einer globalen Governance-Infrastruktur zu machen**. Die Task Force machte die durch Alma-Ata eingerichteten internationalen Koordinierungsmechanismen operational und nutzte die durch INCLEN entwickelten Überwachungsnetzwerke, um **das erste umfassende globale Impfstoffversorgungssystem** zu schaffen. Diese Initiative zeigte, wie Gesundheitsinterventionen systematisch über mehrere internationale Institutionen hinweg skaliert werden können, und schuf den institutionellen Präzedenzfall für koordinierte globale Gesundheitsprogramme, die Finanz-, Logistik- und Überwachungskapazitäten unter einheitlichen Managementstrukturen integrierten.



Fact Sheet

Who ▾ What ▾ News & Media ▾ How To Help ▾

Following are some of the defining moments in our history.



1984

The Task Force for Child Survival is founded at the Bellagio conference in Italy by former Centers for Disease Control and Prevention Director **Dr. Bill Foege** and his colleagues Carol Walters and Bill Watson, with the specific goal of raising low childhood immunization rates in developing countries. The Task Force's founding partners were the **World Health Organization, UNICEF, Rockefeller Foundation, The World Bank, and the United Nations Development Programme.**

Zev Navehs Total Human Ecosystem (1984) [9](#)

Er stellte die Theorie auf, dass menschliche Siedlungen verwaltbare ökologische Einheiten sind, die eine systematische Optimierung der Ressourcenflüsse, der Bevölkerungsdichte und der Verhaltensmuster erfordern, und schuf damit den theoretischen Rahmen für die **Integration der durch GEMS eingerichteten Umweltüberwachungssysteme in das Bevölkerungsgesundheitsmanagement**. Sein Ansatz **behandelte menschliche Gemeinschaften als biologische Systeme, die der Umwelttechnik unterliegen**, und ergänzte das Arbeitsmodell der Task Force for Child Survival perfekt, indem er die konzeptionelle Grundlage für die Integration von Stadtplanung, Gesundheitsergebnissen und Bevölkerungsmanagement in einheitliche Regierungssysteme lieferte. Navehs Rahmen rechtfertigte systematische Eingriffe in menschliche Siedlungen anhand derselben ökologischen Prinzipien, die der Umweltüberwachung zugrunde lagen, und schuf damit die theoretische Basis für **ein umfassendes Bevölkerungsmanagement durch die Integration von Umwelt- und Gesundheitspolitik**.



[Das gesamte menschliche Ökosystem](#)

[28. Juli 2024](#)

[Lesen Sie die ganze Geschichte](#)

Kinderimpfinitiative (1990) [10](#)

Aufbauend auf dem Koordinationsmodell der Task Force for Child Survival erweiterte die Children's Vaccine Initiative die systematische Impfstoffverteilung durch **die Integration von Forschung und Entwicklung, Überwachungsdaten und Vertriebskanälen, um „ideale“ Impfstoffe zu entwickeln, die für den logistischen Einsatz statt für klinische Ergebnisse optimiert sind**. Die CVI operationalisierte Navehs ganzheitlichen Ökosystemansatz, indem sie die Impfstoffentwicklung als systemtechnisches Problem behandelte, das biologische, logistische und verhaltensbezogene Variablen in einheitliche Produktions- und Verteilungssysteme integrierte. Diese Initiative demonstrierte, wie Gesundheitsinterventionen von Anfang an für den Einsatz in der gesamten Bevölkerung konzipiert werden können. Dabei wurden die durch INCLEN aufgebauten Überwachungsnetzwerke und die durch die Task Force entwickelten institutionellen Koordinationsmechanismen genutzt, um umfassende Impfprogramme zu erstellen, die als Governance-Infrastruktur statt als medizinische Intervention fungierten.

The Children's Vaccine Initiative

Frank Harhoff

Beyond the immediate objectives of the CVI is the ultimate goal of a single oral immunization shortly after birth that will protect the world's infants against all major childhood diseases.

mortality among under-five-year-olds by one-third, by the year 2000. A less publicized event occurred a few weeks before the World Summit, when an international group of experts in the field of vaccine research and application reviewed the contribution which improved and new vaccines can make during the current decade to the

"Vaccines offer the greatest prospects for achieving rapid improvements in health."

Dr. O. Ransome-Kuti, former Minister of Health, Nigeria

health of the world's children. The resulting "Declaration of New York" provided the scientific and industrial underpinning for the goal of childhood mortality reduction set by the world leaders. It stated specifically that the application of current science can lead to vaccines which can be given either multiple doses, keep their potency in tropical temperatures, can be given in the form of cocktails of several vaccines, and are affordable.

In 1991 the Rockefeller Foundation, the United Nations Development Programme (UNDP), UNICEF, the World Bank and WHO launched the Children's Vaccine Initiative (CVI), joining their forces with vaccine research and development institutes, pharmaceutical companies, and national and international development agencies. The resulting international coalition is unique in the goals set, its broad mandate, and the synergy of the activities of its national and international partners. Set against the ultimate goal of a single oral immunization shortly after birth that will protect the world's infants against all major childhood diseases, the immediate objectives of the CVI are:

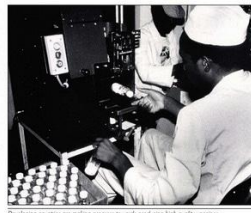
- to facilitate provision of an adequate supply of affordable, safe and effective vaccines against important infectious diseases;

- to accelerate the development and production of improved and new vaccines;

- to simplify the complex logistics of vaccine delivery.

Management structure

What has happened since the incep-



Developing countries are making progress towards producing high quality vaccines.

tion of the CVI by partners have moved ahead on three accounts: establishing an organizational structure to guide and manage the CVI activities, initiating a strategic planning process, and developing a heat-stable polio vaccine and a single-dose tetanus toxoid vaccine.

Today the CVI organization includes a Consultative Group which provides an international forum for consultation and review; a Management Advisory Committee to review strategies and programmes; in many countries of the much larger consultative group; a Standing Committee composed of the five founding agencies, which takes its cue from the other bodies in approving the CVI strategy, work programme and budget; and, at the operational level, Product Development Groups designed to promote, facilitate and manage projects leading to the development of vaccines and related products. A secretariat, based in WHO, Geneva, supports the CVI bodies as outlined.

Over the past year, two products

"A new relationship is needed between the public sector and industry to combat poverty."

M. J. P. Hook, Advisor of Development Cooperation, the Netherlands

Development Groups have already made substantial progress in developing a heat-stable polio vaccine (linked to the polio vaccine eradication goal) and a single-dose tetanus toxoid vaccine, the latter with the potential to prevent 600 000 deaths per year.

According to WHO senior officials and scientists familiar with national health programmes, the take-off phase of the CVI has been remarkably smooth. In fact, hundreds of highly motivated specialists are already working worldwide to push frontiers ahead in strategic planning, biotechnology, immunology, epidemiology, vaccine supply, quality control, regulatory matters, licensing, patents, and financial and legal issues. All these areas are interlocking parts of a complex mosaic.

The CVI relies heavily on "spin-offs" vaccine research carried by the WHO/UNDP Programme for Vaccine Development, and on the "downstream" operations and experience of the global Expanded Programme on Immunization (EPI) spearheaded by UNICEF and WHO which, by the end of 1990, reached 80% of the world's children with a protective course against the six major childhood diseases: poliomyelitis, measles, tuberculosis, diphtheria, pertussis, and tetanus. To make the EPI more effective the CVI aims to improve the heat stability of vaccines (e.g., poliomyelitis) and to reduce the

CVI: for the sake of children

The Children's Vaccine Initiative (CVI) is an informal association of public and private groups dedicated to helping the world community to focus, accelerate and apply advances in the science, development, manufacture and efficient delivery of new and better vaccines for the world's children.

It was launched in response to the Declaration of New York, made shortly before the World Summit for Children in 1990, which called for a global commitment to the production and delivery of "ideal children's vaccines" that provide fast, inexpensive, and safe protection against a wide range of diseases, are simple to administer and are affordable.

The CVI was established by the United Nations Children's Fund (UNICEF), the United Nations Development Programme (UNDP), the Rockefeller Foundation, the World Bank and the World Health Organization (WHO), and has its secretariat at WHO's headquarters.

A news bulletin called CVI Forum is published three times a year and is available on request from Dr. Lindsay Martinez, CVI Secretariat, WHO, 121 Geneva 27, Switzerland.

Contributors to the CVI

To date, the following agencies and countries have made specific financial contributions: the founders – the Rockefeller Foundation, the United Nations Development Programme (UNDP), UNICEF, the World Bank, WHO – and Associates for Cooperation in International Health (Japan), Canada, the European Community, Japan, the Netherlands, Rotary International and the USA. In addition an increasing number of countries, agencies and companies are undertaking activities under the CVI umbrella.

number of doses through the administration of vaccine cocktails. The implications are not only that more infants are reached but also that the cost of logistics, especially the cold chain, will decline, thereby potentially freeing funds for vaccine development and production and higher immunization levels.

Among the constraints faced by the CVI are the soaring costs of vaccine development and production, due to the high cost of industrial research and development through increasingly sophisticated technologies (e.g.,

genetic engineering), and the high insurance premiums that companies must pay against lawsuits stemming from possible side effects. Another factor is the increased concentration of vaccine development and production in a few conglomerates which could lead to cartel price-setting. On the positive side, as suggested by large international vaccine manufacturers, a two-tier price structure is needed with a market price for developed countries and an affordable price for developing countries.

In the scientific arena, exciting

developments are anticipated in micro-encapsulation whereby a vaccine contained in microcapsules is ingested and – since the capsules are biodegradable – is released over time, mimicking repeated injections. The live-vaccine carrier approach is a second path towards a one-shot vaccine, unrelated live viral or bacterial components will be used as carriers to deliver the required vaccines more efficiently. A third approach is to use micro-encapsulation and live-vaccine carriers for oral administration, thereby obviating the complex logistics of injections.

Although private sector companies have shown much interest in the CVI, their concrete participation has yet to materialize. The dilemma to be overcome is to match corporate profits with public health goals on national

CVI target diseases

EPI vaccines

Tetanus toxoid

Heat-stable polio vaccine

Measles

Pertussis (whooping cough)

Hepatitis B

Unlicensed vaccines likely to be available within the next five years

Dengue

Enterotoxigenic E. coli

Rotavirus

Under consideration

Malaria

Shigella

Typhoid

Unlicensed non-EPI vaccines

Haemophilus influenzae type B

Meningococcus

Pneumococcus

Typhoid

Typhoid

Typhoid

Typhoid

Typhoid

Typhoid

Typhoid

Typhoid

Typhoid

Typhoid

Typhoid

Typhoid

Typhoid

Typhoid

Typhoid

Typhoid

Typhoid

Typhoid

Typhoid

Typhoid

Typhoid

Typhoid

Typhoid

Typhoid

Typhoid

Typhoid

Typhoid

Typhoid

Typhoid

Typhoid

Typhoid

Typhoid

Typhoid

Typhoid

Typhoid

Typhoid

Typhoid

Typhoid

Typhoid

Typhoid

Typhoid

Typhoid

Typhoid

Typhoid

Typhoid

Typhoid

Typhoid

Typhoid

Typhoid

Typhoid

Typhoid

Typhoid

Typhoid

Typhoid

Typhoid

Typhoid

Typhoid

Typhoid

Typhoid

Typhoid

Typhoid

Typhoid

Typhoid

Typhoid

Typhoid

Typhoid

Typhoid

Typhoid

Typhoid

Typhoid

Typhoid

Typhoid

Typhoid

Typhoid

Typhoid

Typhoid

Typhoid

Typhoid

Typhoid

Typhoid

Typhoid

Typhoid

Typhoid

Typhoid

Typhoid

Typhoid

Typhoid

Typhoid

Typhoid

Typhoid

Typhoid

Typhoid

Typhoid

Typhoid

Typhoid

Typhoid

Typhoid

Typhoid

Typhoid

Typhoid

Typhoid

Typhoid

Typhoid

Typhoid

Typhoid

Typhoid

Typhoid

Typhoid

Typhoid

Typhoid

Typhoid

Typhoid

Typhoid

Typhoid

Typhoid

Typhoid

Typhoid

Typhoid

Typhoid

Typhoid

Typhoid

Typhoid

Typhoid

Typhoid

Typhoid

Typhoid

Typhoid

Typhoid

Typhoid

Typhoid

Typhoid

Typhoid

Typhoid

Typhoid

Typhoid

Typhoid

Typhoid

Typhoid

Typhoid

Typhoid

Typhoid

Typhoid

Typhoid

Typhoid

Typhoid

Typhoid

Typhoid

Typhoid

Typhoid

Typhoid

Typhoid

Typhoid

Typhoid

Typhoid

Typhoid

Typhoid

Typhoid

Typhoid

Typhoid

Typhoid

Typhoid

Typhoid

Typhoid

Typhoid

Typhoid

Typhoid

Typhoid

Typhoid

Typhoid

Typhoid

Typhoid

Typhoid

Typhoid

Typhoid

Typhoid

Typhoid

Typhoid

Typhoid

Typhoid

Typhoid

Typhoid

Typhoid

Typhoid

Typhoid

Typhoid

Typhoid

Typhoid

Typhoid

Typhoid

Typhoid

Typhoid

Typhoid

Typhoid

Typhoid

Typhoid

Typhoid

Typhoid

Typhoid

Typhoid

Typhoid

Typhoid

Typhoid

Typhoid

Typhoid

Typhoid

Typhoid

Typhoid

Typhoid

Typhoid

Typhoid

Typhoid

Typhoid

Typhoid

Review

Emerging Infections: Microbial Threats to Health in the United States

Institute of Medicine (US) Committee on Emerging Microbial Threats to Health
Joshua Lederberg, Robert E. Shope, Stanley C. Oaks Jr., editors.

Washington (DC): National Academies Press (US); 1992.

PMID: 25121245 Bookshelf ID: NBK234855 DOI: 10.17226/2008

[Free Books & Documents](#)

Excerpt

The emergence of HIV disease and AIDS, the reemergence of tuberculosis, and the increased opportunity for disease spread through international travel demonstrate the critical importance of global vigilance for infectious diseases.

FULL TEXT LINKS

PDF HTML PRINT
NAP.edu »

 Emerging Infections: Microbial Threats to Health in the United States

ACTIONS

“ Cite

🔖 Collections

↪ Permalink

PAGE NAVIGATION

Unser Planet, unsere Gesundheit (1992) [12](#)

Das gleichzeitig mit dem Bericht des Institute of Medicine veröffentlichte **WHO-Dokument „Unser Planet, unsere Gesundheit“ integrierte Klima, Biodiversität und Krankheiten formal in einen einzigen politischen Zusammenhang** „dargelegten wissenschaftlichen Argumenten auf, und operationalisierte Navehs Konzepte des totalen menschlichen Ökosystems in der offiziellen internationalen Gesundheitspolitik. Das Dokument baute auf den in „*Neu auftretende Infektionskrankheiten*“ um die Ausweitung der Gesundheitspolitik über die Krankheitsüberwachung hinaus auf umfassende Umwelt- und Verhaltensmanagementsysteme zu rechtfertigen. Zusammen rechtfertigten diese Dokumente von 1992 eine dauerhafte Abkehr **von reaktiver Gesundheitsfürsorge hin zu präventiver Bevölkerungskontrolle im Rahmen der globalen Gesundheitssicherheit** und schufen den konzeptionellen Rahmen für die Integration der durch UNEP GEMS eingerichteten Umweltüberwachungssysteme mit systematischen Gesundheitsinterventionen, die anhand der CVI- und Task Force-Modelle entwickelt wurden.



World Health
Organization



iris.
Institutional Repository
for Information Sharing

English ▾

Contact

Help

Search IRIS

Search

BROWSE

All of IRIS

Communities & Collections

By Issue Date

Authors

Titles

Subjects

This Collection

By Issue Date

Authors

Our planet, our health : report of the WHO Commission on Health and Environment



View/Open

 9241561483.pdf (2.064Mb)

Citation

WHO Commission on Health and Environment & World Health Organization. (1992). Our planet, our health : report of the WHO Commission on Health and Environment. World Health Organization. <https://iris.who.int/handle/10665/37933>

Description

Issued in Spanish as: Publicaci' on cient'ifica / Organizaci' on Panamericana de la Salud ; no. 544 jap published by: Kankyo Sangyo Shinbun Co. Ltd 282 p.

ISBN

9241561483
8877731907 (ita)
522503263x (Russian)

Export

Europäische wissenschaftliche Arbeitsgruppe für Influenza (1992)

Mit der Schaffung des ESWI wurde eine grenzübergreifende wissenschaftliche Autorität in der Pandemieplanung institutionalisiert, die den operativen Mechanismus für die Umsetzung der integrierten Klima-Gesundheits-Governance-Rahmenbedingungen lieferte, die in den gleichzeitigen Berichten der WHO und des Institute of Medicine aus dem Jahr 1992 festgelegt wurden. **Das ESWI vereinte Virologen, Immunologen und Modellierer, um Regierungen und internationale Gremien zu beraten, und wurde fast vollständig von Pharmaunternehmen finanziert** . Damit wurde der Prototyp für supranationale Expertennetzwerke geschaffen, die kommerzielle Interessen in die Strukturen wissenschaftlicher Autorität einbetteten. Diese Initiative **operationalisierte die im Rahmen von INCLEN entwickelten Überwachungs- und prädiktiven Modellierungsfähigkeiten**, indem sie permanente Beratungsnetzwerke schuf, die internationale Reaktionen koordinieren und gleichzeitig **sicherstellen konnten, dass die Pharmaindustrie über Kanäle mit technischem Fachwissen in die Politikentwicklung einfließt** .

The screenshot shows a document titled "The European Scientific Working Group on Influenza (ESWI)". The text describes the group's purpose, its formation in 1988, and its activities. It mentions that the group was created to provide scientific advice to the WHO and to coordinate research on influenza. The document also lists the group's members and its publications.

Das ESWI

[esc](#)

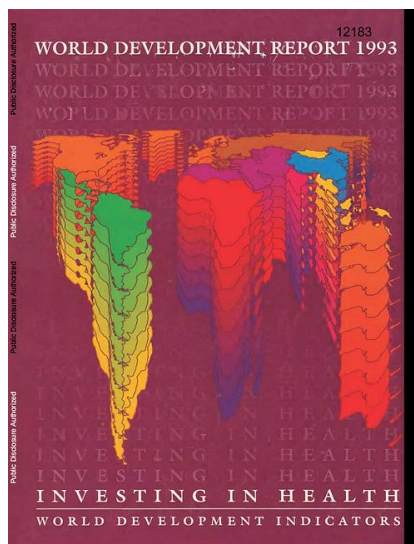
.

11. Oktober 2023

[Lesen Sie die ganze Geschichte](#)

Weltentwicklungsbericht: Investitionen in die Gesundheit (1993) [13](#)

Das wichtigste Dokument der Weltbank zur Gesundheitspolitik legte die Kostenwirksamkeitsanalyse als primären Rahmen für die globale Zuweisung von Gesundheitsressourcen fest und lieferte den **Mechanismus zur finanziellen Umsetzung der integrierten Governance-Systeme**, die in den Berichten von 1992 umrissen wurden, sowie der durch die ESWI geschaffenen Expertennetzwerke. Der Bericht propagierte eine **marktorientierte Gesundheitsversorgung** und priorisierte Interventionen auf Grundlage wirtschaftlicher Modellierung statt klinischer Notwendigkeit. **Gesundheitsergebnisse wurden in finanzielle Berechnungen umgewandelt, die mithilfe der über die INCLEN- und GEMS-Netzwerke gesammelten Überwachungsdaten systematisch verwaltet werden konnten**. Dieser Rahmen verankerte technokratische Effizienzmetriken in der internationalen Entwicklungsfinanzierung und schuf die Finanzarchitektur, um **Gesundheitshilfe an die Einhaltung standardisierter Indikatoren zu knüpfen, die im Rahmen der Koordinierungsmodelle der Children's Vaccine Initiative und der Task Force for Child Survival entwickelt wurden**.



Creutzfeldt-Jacobs-Krankheit (1996) [14](#)

Die BSE-Krise war der **integrierten Überwachungs-, Expertenberatungs- und Finanzrahmen** erste Praxistest der 1992–1993 geschaffenen. **Der junge Mathematiker Neil Ferguson entwickelte Computermodelle, die die präventive Schlachtung von über 4 Millionen Rindern auf der Grundlage statistischer Hochrechnungen statt bestätigter Infektionen rechtfertigten**. Dieser Vorfall führte vor Augen, wie die von der ESWI verkörperten Expertennetzwerke wissenschaftliche Grundlagen für Masseninterventionen bei der Bevölkerung liefern konnten, während die Kostenwirksamkeitsrahmen der Weltbank wirtschaftliche Störungen auf der Grundlage algorithmischer Risikobewertungen rechtfertigen konnten. Die Krise **etablierte mathematische Modelle als ausreichende Rechtfertigung für Masseninterventionen unabhängig vom tatsächlichen Vorliegen einer Krankheit und schuf damit einen Praxispräzedenzfall für algorithmische Entscheidungen in der Bevölkerungskontrolle**, die später mithilfe der seit Alma-Ata entwickelten institutionellen Infrastruktur von der Tier- auf die menschliche Bevölkerung ausgeweitet wurden.



[Entschließung WHA56.19](#)

[esc](#)

.

12. Oktober 2023

[Lesen Sie die ganze Geschichte](#)

Der CNN-Vorfall (1996)

Nachdem die BSE-Krise die algorithmische Bevölkerungskontrolle demonstriert hatte, veröffentlichte CNN die Sendung „*Tödliche Gefahren des milliarden schweren Impfstoffgeschäfts mit staatlicher Billigung*“ **und deckte darin systematische Vereinnahmung durch Regulierungsbehörden, finanzielle Interessenkonflikte und die bewusste Unterdrückung von Daten zur Impfstoffsicherheit durch Bundesbehörden und Pharmaunternehmen auf** . Die Untersuchung ergab, dass die Beratungssitzungen des ACIP von Pharmavertretern dominiert wurden, dass sicherere Impfstoffe zurückgehalten wurden, um die Gewinnspannen zu schützen, und dass **der Haftungsschutz von 1986 der Industrie die Sicherheitsanreize genommen und die Kosten auf die Steuerzahler abgewälzt hatte**. Dies war der **letzte Fall von feindseligem Pharmajournalismus durch die großen Medien vor der vollständigen Vereinnahmung der Industrie durch Regulierung und Berichterstattung** und dokumentierte, wie die Expertennetzwerke, beispielhaft dargestellt durch ESWI, umfassende Kontrolle sowohl über die Politikgestaltung als auch über die öffentliche Diskussion über Gesundheitsinterventionen erlangt hatten.



[CNNs tödliche Impfgefahren von 1996](#)

[esc](#)

.

15. Februar 2024

[Lesen Sie die ganze Geschichte](#)

Testfall zum Management der Tierpopulation (1997)

Aufbauend auf dem Präzedenzfall algorithmischer Entscheidungsfindung, der während der BSE-Krise geschaffen wurde und inmitten der von CNN dokumentierten Medienpräsenz stattfand, **diente der H5N1-Ausbruch in Hongkong als entscheidender Proof of Concept für ein systematisches Populationsmanagement durch Expertenberatungsnetzwerke**. Koordiniert durch ESWI und unterstützt durch Foeges Protokolle aus der CDC-Ära **wurden 1,6 Millionen Geflügel getötet, und zwar auf Grundlage von prädiktiven Modellen und Risikobewertungen** statt auf Grundlage eines bestätigten Krankheitsvorkommens. Dieses Ereignis bestätigte das Funktionsmodell: ***mathematischer Auslöser* → *Expertenberatung* → *Massenintervention*** und zeigte, dass durch Algorithmen von Expertennetzwerken laufende Überwachungsdaten schnelle und drastische Maßnahmen im Namen der Krankheitsvorbeugung rechtfertigen können. **Damit wurde eine skalierbare Vorlage für die Anwendung systematischer Populationskontrollmaßnahmen geschaffen, die auf technokratischen Risikobewertungen statt auf klinischen Beweisen basieren.**

Avian Influenza Virus in Humans in Hong Kong

In May 1997, a 3-year-old boy in Hong Kong contracted an influenza-like illness. Later, every diagnosis included the isolation in cell culture of reagents distributed for diagnosis of human influenza viruses. By August, the United States (22) had confirmed that the isolate was A/Hong Kong/18/97 and considered representative of those responsible for which several thousand chickens had died. Molecular analysis of the virus influenza viruses.

Because the further cases of human infection with H5N1 virus were seen or no person-to-person spread observed, surveillance for influenza was

As summarized on their Internet disease surveillance site, the Hong Kong Health Department (24) reported 15 human cases of H5N1 virus infection confirmed cases (10) had died (11, 12), of which 5 were fatal (one in a 10 May, the case fatality rates were 10% in children and 5.7% in adults in

Investigation of the circumstances surrounding each human influenza case in the United States and Japan. Except for one (24) child (24) (24) in a hospital (24) in the Hong Kong (24) of H5N1 virus, which spread. On December 28, 1997, secondary authorities began to thought information of children from neighboring areas was stopped. Subsequent occurred at the beginning of the virus influenza season in Hong Kong, it to generate human and avian influenza viruses with capacity for efflu

Die H5N1-Pandemie von 1997, die keine war

[esc](#)

.

5. Oktober 2023

[Lesen Sie die ganze Geschichte](#)



H5N1 - Teil tWHO

[esc](#)

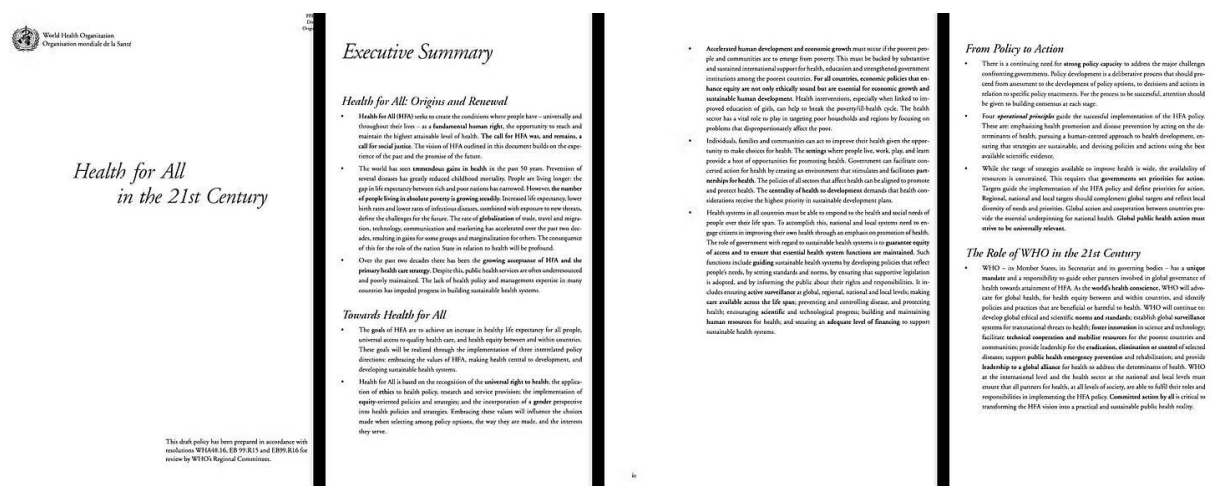
.

5. Oktober 2023

[Lesen Sie die ganze Geschichte](#)

Gesundheit für alle im 21. Jahrhundert (1997) [15](#)

Dieses Übergangsdokument der WHO baute auf „*Unser Planet, unsere Gesundheit*“ auf, indem es den Rahmen der Gesundheitspolitik der Alma-Ata-Erklärung für das kommende Jahrtausend ausdrücklich neu formulierte und „*Politik im Dienste der Gesundheit*“ als eine sektorübergreifende Aufgabe beschrieb, die über medizinische Bereiche hinausgeht und sich auf ein umfassendes Sozialmanagement erstreckt. Das Dokument **definierte die staatliche Verantwortung neu und betrachtete sie als „Systemverwaltung“ statt als Dienstleistungserbringung, wodurch die nationale Souveränität untergraben und der Umfang der öffentlichen Gesundheit auf alle Aspekte des sozialen und wirtschaftlichen Lebens ausgeweitet wurde**. Dieser konzeptionelle Rahmen lieferte die ideologische Grundlage für die Integration der im Rahmen von UNEP GEMS entwickelten Überwachungssysteme mit den von ESWI veranschaulichten Expertenberatungsnetzwerken und schuf so die **theoretische Rechtfertigung für ein umfassendes Bevölkerungsmanagement durch Gesundheitspolitik**, das später durch die Ziele für nachhaltige Entwicklung umgesetzt werden sollte.



Plan zur Vorbereitung auf eine Grippepandemie in den Vereinigten Staaten (1997)

Dieser von Peter Patriarca und Nancy Cox verfasste Plan schlug eine Brücke zwischen Foege's Überwachungsrahmen von 1978 und der europäischen Pandemiearchitektur der ESWI und **erweiterte gleichzeitig die durch Alma-Ata geschaffenen Rechtsbehörden zu umfassenden Interventionsmöglichkeiten für die Bevölkerung**. Der Plan ging von **der Impfung ganzer Bevölkerungen** aus, integrierte die Pandemiereaktion in allgemeine Impfprogramme für Erwachsene und **holte umfangreichen Input der Pharmaindustrie mit Haftpflichtversicherung ein, wodurch das durch die ESWI entwickelte Expertennetzwerkmodell in nationale Rechtsrahmen umgesetzt wurde**. Er forderte die Autorität der WHO bei Pandemieerklärungen und **dehnte die Impfung auf „nicht-traditionelle Gruppen“ aus, darunter gesunde Kinder und Erwachsene**. Dadurch wurde die operationelle Vorlage für bevölkerungsweite Interventionen geschaffen, die auf algorithmischen Risikobewertungen statt auf klinischer Notwendigkeit beruhen, und gleichzeitig der juristische Präzedenzfall für die Unterordnung der nationalen Gesundheitspolitik unter die Entscheidungen internationaler Experten geschaffen.

group of scientists from government health control and prevention, the Food and Drug Administration, the Centers for Disease Control and Prevention – and academic institutions. The group was part of the Influenza Pandemic Preparedness and Emergency Response Plan (IPREP) for the flu. For short, they began to lay out the next killer flu. The group of scientists, which harbors no illusions about what it's up to, says the CDC's Dr. Nancy Cox. "By the time you realize things are real, it's too late. A virus spread by respiratory route and it's already in the air."

Der US-Pandemieplan mit Nancy Cox

[esc](#)

16. Oktober 2023

[Lesen Sie die ganze Geschichte](#)

DoD: Globale Überwachung neu auftretender Infektionskrankheiten (1997)

Mit der Presidential Decision Directive NSTC-7 wurde GEIS als globales militärisches Überwachungsnetzwerk eingerichtet, das die im Rahmen von UNEP GEMS und SCOPE 3 entwickelten zivilen Überwachungssysteme militarisierte und Gesundheitsdaten, Tierüberwachung und Umweltproben in die Geheimdienstoperationen des Verteidigungsministeriums integrierte. Das Programm schuf „Partnerlabore weltweit“, die unter militärischer Koordination in Echtzeit Krankheitserreger identifizieren, Genomsequenzierungen durchführen und epidemiologische Daten liefern und sich gleichzeitig mit parallelen Erdbeobachtungsinitiativen abstimmen, um auf das integrierte Global Earth Observation System of Systems (GEOSS) hinzuarbeiten. Dies stellte die operative Fusion von Gesundheits-, Umwelt- und Militärüberwachung in einem einheitlichen Apparat zur planetaren Überwachung dar, mit detaillierten Spezifikationen für die Datenharmonisierung und sicheren Informationstransfermechanismen, die die traditionellen zivilen Aufsichtsstrukturen umgingen und die umfassende Überwachungsinfrastruktur schufen, die für die Umsetzung der im gleichzeitigen Pandemieplan der USA von 1997 umrissenen Möglichkeiten zur Intervention gegen die Bevölkerung erforderlich ist.

mandates in order to ensure that response to outbreaks that have the potential to adversely affect United States citizens will be more coordinated. In disaster responses to epidemics overseas. In disaster response (USAID) will continue to address the (DOD) will be expanded to include strengthening its global disease reduction efforts, increased involvement with military treatment and diagnostic capacity at its three domestic and international points for the training of foreign technicians.

Das Verteidigungsministerium

[esc](#)

9. November 2023

[Lesen Sie die ganze Geschichte](#)

CDC-EID Band 4 Nr. 3 (1998) [16](#)

Diese Ausgabe von Emerging Infectious Diseases lieferte die wissenschaftliche Begründung für die Überwachungsinfrastruktur, die durch GEIS und den Pandemieplan von 1997 aufgebaut wurde. Sie enthielt Artikel, die genau mit den militärischen und internationalen Zielen der Gesundheitspolitik übereinstimmten, die durch die globalen Überwachungsnetzwerke des Verteidigungsministeriums festgelegt wurden. Mit hochkarätigen Beiträgen von **Anthony Fauci, Joshua Lederberg, Stephen A. Morse, Donna Shalala und anderen** unterstrich diese Publikation die Themen **globale Krankheitsbedrohungen, Risiken zoonotischer Spillover, Impfungen und die Notwendigkeit koordinierter internationaler Überwachungssysteme** und legitimierte gleichzeitig die **Integration der durch UNEP GEMS entwickelten und durch GEIS militarisierten Überwachung der Gesundheit von Tier, Umwelt und Mensch**. Zeitpunkt und Inhalt zeigten eine nahtlose Koordination zwischen den wissenschaftlichen Veröffentlichungen der CDC und den eingesetzten operativen Überwachungsnetzwerken und lieferten **eine von Experten begutachtete wissenschaftliche Deckung für die Militarisierung der globalen Gesundheitsüberwachung**. und die Erweiterung der Möglichkeiten zur prädiktiven Modellierung, die Interventionen auf Bevölkerungsebene auf der Grundlage der während der BSE- und H5N1-Krisen geschaffenen Präzedenzfälle für algorithmische Entscheidungen rechtfertigen würden.



WHO-Koordinationstreffen der Impfstoffindustrie (1998) [17](#)

An diesem frühen Koordinierungstreffen nahmen WHO, Rockefeller Foundation, Weltbank, UNICEF, die Children's Vaccine Initiative und zwölf Pharmaunternehmen teil, um **die theoretisch durch ESWI geschaffenen öffentlich-private Partnerschaftsrahmen zu operationalisieren und gleichzeitig auf den in CDC-EID veröffentlichten wissenschaftlichen Begründungen aufzubauen**. Das Treffen erarbeitete Vorlagen für die Impfstoffentwicklung, die die durch GEIS erzeugten Überwachungsdatenströme mit kommerziellen Pharmainteressen integrierten. Dies forderte eine stärkere Akzeptanz bestehender Impfstoffe und koordinierte dies mit dem deutlichen Anstieg der überwachungsbezogenen Investitionen der Rockefeller Foundation ab 1998.

Überwachung von Krankheiten im Mekong-Becken (MBDS) (1999) [19](#)

Im Februar 1999 lud die Rockefeller Foundation Vertreter der Gesundheitsministerien von sechs Ländern des Mekongbeckens ein, um **das erste grenzüberschreitende Netzwerk zur Krankheitsüberwachung aufzubauen**. Damit sollten die globalen Überwachungsrahmen, die durch den Pandemieplan der WHO von 1999 geschaffen wurden, operationalisiert und gleichzeitig der Prototyp für regionale Überwachungssysteme erstellt werden, die nationale Souveränität umgehen könnten. MBDS demonstrierte die Machbarkeit vertrauensbasierter Netzwerke für den grenzüberschreitenden Datenaustausch und die koordinierte Reaktion auf Krankheitsausbrüche und bewies, dass sich die internationale Gesundheitspolitik durch technische Kooperationsabkommen statt durch formelle Verträge über nationale Autorität hinwegsetzen kann. Die Initiative schuf die operative Vorlage für regionale Netzwerke zur Krankheitsüberwachung, die die durch GEIS entwickelten militärischen Überwachungskapazitäten mit zivilen Gesundheitssystemen integrierten. So wurde der Prototyp für die Skalierung der globalen Überwachungsinfrastruktur durch regionale Partnerschaften geschaffen, die später durch CORDS erweitert und in One-Health-Rahmenwerke integriert werden sollten.



Introduction

In February 1999, representatives of the six bordering countries through which the Mekong river runs – Cambodia, China (Yunnan and Guangxi), Lao PDR, Myanmar, Thailand, and Vietnam (Figure 1) – convened in Bangkok, Thailand, and agreed to work closely to combat disease outbreaks in the region (hereinafter referred to as the Greater Mekong Sub-Region). At this meeting, facilitated by the Rockefeller Foundation (RF) [2], participating epidemiologists and policy makers proposed creation of the Mekong Basin Disease Surveillance (MBDS) network and, upon returning to their respective countries, obtained approval from their ministers of health to establish MBDS. Development of MBDS was in direct response to the 1997 memorandum of understanding between the World Health Organization (WHO) and the Association of South East Asian

Bounlay Phommasek et al.

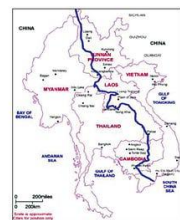


Fig. 1. Greater Mekong Sub-region. Source: United Nations Environment Programme (UNEP) [1].

reported [3]. Cambodia recognized that not only did it need to strengthen community-based surveillance, but also that it could better contain such epidemics if Cambodia and Vietnamese epidemiologists and officials worked together.

Health status in the region also reflects national as well as regional economic and political diversity. So while the spectrum of communicable diseases in the six countries is qualitatively similar, incidence varies considerably. For example, in 2009 the incidence of tuberculosis in China, Lao PDR and Thailand ranged from 70 to 137 cases per 100,000 population, which was about half the incidence in Cambodia, Myanmar and Vietnam where it ranged from 199 to 347 per 100,000 [6]. In 2010, infant mortality rates ranged from 42 to 90 per 1000 live births in Cambodia, Lao PDR and Myanmar, compared to 11 to 39 per 1,000 live births in Thailand, China and Vietnam.

The context in which MBDS emerged differed from the one in which it operates today. People living in the six countries were familiar with the danger of communicable diseases – such as multi-drug-resistant malaria, dengue hemorrhagic fever, sexually transmitted diseases, HIV/AIDS, tuberculosis, dengue encephalitis, visceral leishmaniasis, hepatitis E and cholera. Also, while there was a strong tradition of public health and epidemiological intelligence in the region, particularly in Thailand, the lower income countries were still developing human

resources to strengthen their health systems. National systems for controlling outbreaks of infectious diseases were weak and underfunded. Moreover, although international and supported vertical reporting to WHO of infectious data for specific diseases such as malaria, tuberculosis and HIV/AIDS, epidemiologists found it difficult to communicate politically and economically sensitive information horizontally between countries or via the internet. The six countries set up MBDS with three main aims of focus: (i) to improve cross-border infectious disease outbreak investigation and response by sharing surveillance data and best practices in disease recognition and reporting and by jointly responding to outbreaks; (ii) to develop expertise in epidemiological surveillance across the countries; and (iii) to enhance communication between the countries. Today, MBDS plays a key role in disease control in the region, enhancing efforts by governments, WHO, and US Centers for Disease Control and Prevention (CDC) to build national and regional capacity to face the dangers of new disease outbreaks such as SARS and avian influenza H5N1 [7].

Governance and Values

The health ministers of each MBDS member country signed two memoranda of understanding, the first in 2001 and the second in 2007, to provide an agreed framework for the governing structure and processes of the consortium (Figure 2): each country would be represented by a country coordinator; the country coordinator would work closely with cross-border coordinators responsible for designated sites where the extent of cross-border movement could lead to disease outbreaks; a network secretariat would coordinate regular meetings of country and cross-border coordinators and support all members in the network's activities; and an MBDS Executive Board, made up of one policy maker at the senior level from each member country, would set policy and link the network to higher levels of government. Country coordinators are usually epidemiologists based in the health ministry departments responsible for disease surveillance; the MBDS Secretariat is hosted by the Thai Ministry of Public Health, which provides office space and other support.

The leaders of MBDS realized the importance of institutionalization of the network and have been working towards this since 2008. After a great deal of discussion and brainstorming, the network decided to turn itself into a legal entity in January 2012. MBDS formally registered in Thailand as a foundation. The main purpose of this new arrangement is to mobilize funding so that MBDS can continue its activities unhindered. MBDS formed a new board with representatives of the six countries and a few "invited" members, and is recruiting

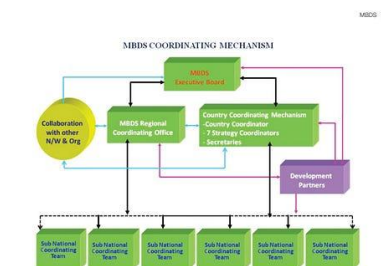


Fig. 2. MBDS coordinating mechanism (NOW a Org – networks and organizations). Source: MBDS.

a new director with relevant experience to help the MBDS Secretariat.

While MBDS operates within an agreed governance structure and according to agreed processes, it is driven by informal trust-based relationships between MBDS member countries. Although mutual trust is the core value of the network, this trust did not appear overnight, but grew steadily. Joint activities have gradually built a platform for regular interactions among the country coordinators, local cross-border teams, and other stakeholders to learn about each other as professionals and as individuals and to foster a sense of community. A decade after its birth, all founding MBDS leaders are still actively involved in network activities. This crucial continuity of leadership is also apparent at the border sites, for example, the Malaysian and Southeast Asian health staff on the Thai-Lao border have been working continuously with each other informally, as villagers and patients frequently cross the border. In a trip to the Bhek and Chiang Rai sites, a colleague working for one of MBDS' international partners (8) observed the useful relationship between the staff of the local health departments of Lao PDR and Thailand and the active exchange of information taking place between them using modern technologies. Language is often a barrier in

communicating, but this was not the case as the two countries understood each other's languages.

The informal trust-based relationships between MBDS member countries complement the formal vertical MOU-based relationship and WHO/International Health Regulations reporting structures (9, 10) – especially important as the MBDS countries cross two WHO regions (i.e. the South-East Asia Region and Western Pacific Region). Thus, the governing structure of the MBDS is – like a piece of "social fabric" that is difficult to weave by engineering horizontal (informal trust-based relationships) and vertical (formal and official relationship) threads.

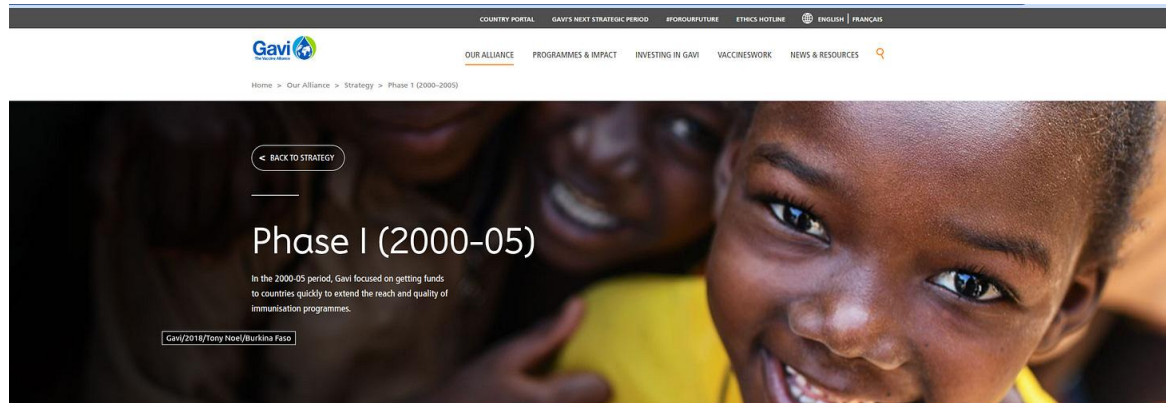
International Organizations Partnering With MBDS

A number of partners contributed to the development of MBDS. The RF was the primary and first donor and provided core support from 1998 to 2012. Other major donors and partners have included the Agence Française de Développement (AFD), Asia-Pacific Economic Cooperation Emerging Infection Network (APEC E-IN) maintained by the University of Washington, ASEAN Plus Three Emerging Infectious Disease (EID) Programme under the auspices of the Association of Southeast Asian Nations (ASEAN) Secretariat and

Globale Allianz für Impfstoffe und Immunisierung (2000) [20](#)

Aufbauend auf den Koordinierungsmechanismen, die beim WHO-Industrietreffen 1998 eingerichtet wurden, und den im WHO-Pandemieplan von 1999 kodifizierten Rechtsrahmen institutionalisierte GAVI eine ständige Multistakeholder-Plattform, die öffentliche Stellen, privates Kapital, Pharmaunternehmen und globale Finanzinstitutionen in einheitlichen Governance-Strukturen zusammenführte. GAVI operationalisierte leistungsbasierte Finanzierung, algorithmisch ausgelöste Lieferung und Stakeholder-Governance der Bevölkerungsgesundheit und nutzte die durch MBDS prototypisch entwickelten Überwachungsnetzwerke, um datengesteuerte Impfstoffverteilungssysteme zu schaffen, die unabhängig von nationalen Gesundheitsprioritäten funktionierten. Diese Initiative schuf die ständige institutionelle Architektur für die Umsetzung des durch ESWI entwickelten Expertenberatungsmodells und stellte gleichzeitig sicher, dass die Interessen der

Pharmaindustrie in die internationalen Gesundheits-Governance-Strukturen eingebettet waren. So wurde das Rückgrat der Lieferungen geschaffen, das später während COVID-19 durch die umfassenden Überwachungs- und Koordinierungssysteme operationalisiert werden sollte, die seit der Militarisierung der globalen Gesundheitsüberwachung 1997 entwickelt wurden.



In Gavi's first five years, the Vaccine Alliance concentrated on two primary areas:

Globale Gesundheitssicherheitsinitiative (GHSI) (2001) [21](#)

Die GHSI wurde nach dem 11. September und den Anthrax-Anschlägen gegründet und vereinte führende **Nationen** (*USA, Kanada, EU-Mitglieder, Japan, Mexiko, Großbritannien*) sowie die WHO als technischen Partner. **Sie behandelte Pandemien sowie chemische, biologische, radiologische und nukleare Bedrohungen (CBRN) als Herausforderungen für die nationale Sicherheit**. Die Initiative förderte nachrichtendienstlich gestützte Bioüberwachung, sektorübergreifende Koordinierung und gemeinsame Szenarioübungen – noch bevor der Begriff „One Health“ zum Standard wurde.



About the GHSI

The Global Health Security Initiative (GHSI) is an informal network of countries and organizations that came together shortly after the September 11, 2001 terrorist attacks to exchange information and coordinate practices within the health sector for confronting new threats and risks to global health. Delegations of the GHSI include Canada, France, Germany, Italy, Japan, Mexico, the United Kingdom, the United States, and the European Commission. The World Health Organization (WHO) serves as an observer.

Gründung der Nuclear Threat Initiative (NTI) (2001) [22](#)

Das von CNN-Gründer Ted Turner und dem ehemaligen US-Senator Sam Nunn gegründete NTI entwickelte sich zu einer „gemeinnützigen, überparteilichen globalen Sicherheitsorganisation“, die **biologische Bedrohungen systematisch mit nationalen Sicherheitsrahmen verknüpfte**. Zu den frühen Mitgliedern der Organisation gehörten Amartya Sen vom Collegium International (*Verfechter einer Weltregierung*) und Jessica Mathews, die im NSC, in der Redaktion der Washington Post und im Lenkungsausschuss der Bilderberg-Brigade saß. Als Schlüsselfiguren beschäftigte das NTI Mark Smolinski – *Autor des Berichts „Healthy People 2010“ aus dem Jahr 2000, in dem Konzepte zu den sozialen Determinanten der Gesundheit vorgestellt wurden* – und Margaret Hamburg, die zum Rahmenwerk zur Reaktion des DHS auf Pandemien aus dem Jahr 2005 beitrug und später 2005 in das Kuratorium der Rockefeller-Universität gewählt wurde. Im Jahr 2003 gründete das NTI das Middle East Consortium for Infectious Disease Surveillance (MECIDS), das den Austausch von Gesundheitsdaten zwischen Israel, Jordanien und der Palästinensischen Autonomiebehörde integrierte. **In Zusammenarbeit mit der Rockefeller Foundation startete NTI 2007 CORDS und schuf damit den institutionellen Rahmen für grenzüberschreitende Netzwerke zur Krankheitsüberwachung** die später koordinierte Pandemie-Governance-Systeme ermöglichen würden.



One Health – Teil 2: Rockefeller, NTI & CORDS

[esc](#)

.

5. August 2023

[Lesen Sie die ganze Geschichte](#)

Integrierte Krankheitsüberwachung und -bekämpfung (2001) [23](#)

Die technischen Richtlinien der WHO für eine integrierte Krankheitsüberwachung in Afrika **machten die systematische Erhebung von Gesundheitsdaten auf einem ganzen Kontinent möglich** und legten damit die Vorlage für eine globale Überwachungsinfrastruktur fest. Aufbauend auf fortschrittlichen WHO-Resolutionen seit 1969 **verpflichtete die Initiative die afrikanischen Mitgliedsstaaten, ihre Labore aufzurüsten, alle Überwachungsaktivitäten unter zentrale Koordinierungsstellen zu fassen und Epidemiedaten „umgehend“ über hierarchische Ketten an die WHO-Zentrale zu melden**. Das System verlangte eine „flexible“ und „vollständige“ Datenerhebung zu vorrangigen Krankheiten und antimikrobiellen Resistenzen mit Bestimmungen für eine sektorübergreifende Integration, auch mit den Landwirtschaftsministerien, und nahm damit One-Health-Rahmen vorweg. Dieses afrikanische Pilotprogramm **demonstrierte die Machbarkeit einer kontinentweiten Echtzeit-Gesundheitsüberwachung und schuf einen operationellen Präzedenzfall für die globale Überwachungsbehörde der WHO**, indem es die Infrastruktur schuf, die später für Pandemieerklärungen und koordinierte internationale Reaktionen verwendet wurde.

Technical guidelines for
integrated disease surveillance
and response in the African region

July 2001

Integrierte Krankheitsüberwachung und -reaktion

[esc](#)

.

18. Oktober 2023

[Lesen Sie die ganze Geschichte](#)

Pilanesberg-Resolution: Vorläufer von One Health (2001) [24](#)

Im Jahr 2001 verabschiedeten internationale Gesundheits- und Veterinärexperten die Pilanesberg-Resolution zur Vogelgrippe, **die eine formelle Integration der Gesundheitssektoren für Tier, Mensch und Umwelt forderte**. Darin wurde anerkannt, dass die ökologischen Ursachen von Krankheiten – *insbesondere von Zoonosen* – eine

fachübergreifende Überwachung und Intervention erfordern. Obwohl weniger bekannt als spätere One-Health-Dokumente, war **Pilanesberg die erste internationale Erklärung, die gemeinsame Datenbanken, Frühwarnsysteme und eine koordinierte Risikobewertung zwischen den Gesundheits-, Landwirtschafts- und Umweltministerien befürwortete**. Sie legte den operativen und konzeptionellen Grundstein für die Manhattan-Prinzipien (2004) und markierte den Beginn der institutionellen Konvergenz in der Pandemie-Governance.

AHEAD		Pilanesberg Resolution
search AHEAD ENHANCING HOME/NEWS NEWS ARCHIVE IUCN 2003 WORLD PARKS CONGRESS AHEAD LAUNCH FORUM AHEAD WORKING GROUPS Great Limpopo Transfrontier Conservation Area (KAZA) TFCA Great Apes Zambia Namibia KAZA TFCA ANIMAL HEALTH SUB-WORKING GROUP AHEAD on the RADIO AHEAD WEBCASTS AHEAD PODCASTS AHEAD in PRINT SADC-AHEAD Guidelines on CBT FMD Bulletin LINKS 2022 Namibia MAWLR-MEET Workshop 2019 Ngamiland CBT Gap Analysis Workshop 2018 Botswana DVS Workshop	In 2001, at an international scientific meeting held in Pilanesberg National Park in South Africa, the Wildlife Disease Association and the Society for Tropical Veterinary Medicine jointly prepared and released a resolution calling for the recognition of animal health sciences as critical to the design and management of sustainable programs for both livestock and wildlife. This resolution, which is targeted at multilateral and bilateral donors as well as governmental authorities, encourages agencies to consider potential wildlife health impacts when development projects (particularly livestock development) are being planned or implemented. These two professional societies, representing over 1,000 scientists and meeting together to address the issue of diseases transmitted between domestic and wild animals, wished to emphasize the interrelatedness of development actions and the environment, the potential for adverse consequences in projects that neglect to consider wildlife disease issues, and the importance of considering the true and overall costs and benefits to natural as well as human-made production systems when evaluating or defining sustainable projects. <u>The resulting "Pilanesberg Resolution" summarizes what we still need to be doing to proactively foster successful conservation and development outcomes at the wildlife / livestock / human health interface.</u> Resolution by the Wildlife Disease Association and the Society for Tropical Veterinary Medicine calling for international donor community recognition of animal health sciences as critical for the design and management of sustainable wildlife and/or livestock-based programs. Whereas, <u>contact and resource competition between wildlife and livestock continuously expand as more and more land comes under some form of human use;</u> whereas, <u>wild and domestic animals have many diseases in common</u> and both groups can and do play different roles in disease epidemiology, and recognizing that these interrelationships can have significant implications for disease prevention or control schemes; whereas, <u>livestock-based and wildlife-based activities are undertaken separately as well as jointly as primary modes of sustenance, economic betterment and support of rural livelihoods, with the sustainability thereof inextricably linked to ecologically appropriate land-use choices;</u> whereas, <u>the sustainable management of livestock as well as the conservation of wildlife require ground-level stewardship, including disease surveillance,</u> by those communities closest to and most dependent on these resources; whereas, numerous governmental and non-governmental organizations worldwide provide financial resources, incentives, leadership, and advice targeted at boosting productivity and sustainability of the livestock and/or <u>natural resource management</u> sectors without always recognizing <u>concomitant disease implications,</u> which can be significant and complex; whereas, <u>limited funding streams for wildlife and/or livestock initiatives</u> require prudent use;	whereas, donor organizations seldom possess sufficient internal expertise regarding the myriad disease issues implicit in ensuring the success of wildlife and/or livestock-based programs; and whereas, the Wildlife Disease Association and the Society for Tropical Veterinary Medicine, along with other local, national, and international organizations, represent professionals who possess unique skills, knowledge, and experience with wild and domestic animal diseases and their underlying causes, ecological relationships, and economic implications. Now, therefore, be it resolved that, the Wildlife Disease Association and the Society for Tropical Veterinary Medicine urge those organizations contemplating the funding and implementation of programs involving wildlife or livestock resources to: * encourage projects that foster integrative approaches to livestock production, food security, human health, economic growth, democracy and governance, biodiversity conservation, and natural resource management in order to build upon synergies among these sectors while precluding conflicting policies and/or negative impacts on either livestock or wildlife health; * formalize steps in their project design, environmental impact assessment, and implementation processes which address wildlife, livestock, and rangeland health issues and their implications for sustainability and thus success, recognizing that these projects may alter fundamental relationships between animal hosts and potential pathogens and parasites; * when contemplating projects involving domestic and/or wild animals, establish relationships with appropriate wildlife and domestic animal health-oriented organizations and recognized local, national, regional, and international experts, thereby identifying an appropriate pool of professionals who can assist in ensuring the inclusion of <u>timely, science-based advice in planning, implementation, and monitoring processes;</u> and * put a premium on local human capacity-building to address the long-term technical needs of development activities that require expertise in domestic animal health and wildlife health by building adequate support into project design and implementation so as to engage local expertise and to foster capacity-building at professional as well as community levels as a first-tier priority within and beyond the life-spans of such programs. For more details (PDF of complete paper): Kareesh, W. B., Osofsky, S. A., Rooke, T. E., and P. L. Barrows. 2002. "Joining Forces to Improve Our World." Conservation Biology, vol. 16: 1432-1434. Home/News News Archive IUCN 2003 World Parks Congress AHEAD Launch Forum AHEAD Working Groups Great Limpopo Transfrontier Conservation Area Kavango-Zambezi (KAZA) Great Apes Zambia Namibia KAZA TFCA Animal Health Sub-Working Group AHEAD on the Radio AHEAD Webcasts AHEAD Podcasts AHEAD in Print SADC-AHEAD Guidelines on CBT FMD Bulletin Links 2022 Namibia MAWLR-MEET Workshop 2019 Ngamiland CBT Gap Analysis Workshop 2018 Botswana DVS Workshop 2017 DVS-AHEAD Meet Workshop 2016 KAZA-AHEAD-FAO Workshop

Dunkler Winter (2001) [25](#)

die am 22. und 23. Juni 2001 vom Johns Hopkins Center for Civilian Bio Defense Strategies und CSIS auf dem Luftwaffenstützpunkt Andrews durchgeführt wurde, **Bei dieser Pocken-Bioterrorismus-Simulation**, reagierten ehemalige hochrangige Beamte, darunter Senator Sam Nunn (vom NTI) als Präsident und David Gergen als Nationaler Sicherheitsberater, bei mehreren NSC-Sitzungen auf einen verdeckten Angriff. **Die Übung brachte katastrophale Systemausfälle ans Licht: Krankenhäuser waren überlastet, Staatsgrenzen wurden zu Engpässen, und es gab internationale Reisebeschränkungen. Es wurden drei Millionen Infizierte und eine Million Tote prognostiziert**. Vizepräsident Cheney nannte die Ergebnisse „*erschreckend*“ nach einem Briefing nach dem 11. September“. **Sie führten zu sofortigen Bestellungen von Impfstoffvorräten und schufen die Vorlage für die Aktivierung von Notstandsbefugnissen** und die Außerkraftsetzung staatlicher Behörden durch den Bund im Falle einer Gesundheitskrise.

news wise

About
News
Experts
Journalists
Pricing

Search
Login
Register

Bioterrorism Exercise, Dark Winter, Identifies Challenges for National Response

24-Jul-2001 12:00 AM EDT, by [Analytic Services \(ANSER\)](#)

REQUEST AN EXPERT

MEDIA CONTACT

REGISTER FOR REPORTER ACCESS TO CONTACT DETAILS

TYPE OF ARTICLE

Policy

SECTION

SCIENCE

KEYWORDS

Security
Strategy
Biological
Warfare
Cyber
Terrorism

For additional information, contact Randy Larsen, Director, the ANSER Institute for Homeland Security randall.larsen@homelandsecurity.org

For help in arranging editorial, contact Earl Channell Channell Marketing Chanmkt@infi.net

Bioterrorism exercise, Dark Winter, identifies challenges for national response.

Representative Shays's National Security Subcommittee schedules hearing to explore lessons learned.

Arlington, Virginia, July 20, 2001 - The ANSER Institute for Homeland Security, in partnership with the Center for Strategic and International Studies and the Johns Hopkins Center for Civilian Biodefense Studies, co-developed and hosted a senior-level war game exercise called "Dark Winter" June 22 and 23, 2001. Dark Winter examined the national security, intergovernmental, and information challenges of a biological attack on the American Homeland. The lessons learned in Dark Winter were striking; so much so that the Subcommittee on National Security, Veterans Affairs, and International Relations (Congressman Christopher Shays, Chairman) has scheduled a hearing on the subject entitled "Combating Terrorism: Federal Response to a Biological Weapons Attack." The hearing will take place on July 23 at 2:30 p.m. in room 2154 of the Rayburn House Office Building.

The Dark Winter exercise was designed to simulate possible U. S. reaction to the deliberate introduction of smallpox in three states during the winter of 2002. According to Randy Larsen, Director of the ANSER Institute for Homeland Security, "Our objective was to explore major fault lines between the different levels of federal, state and local government and the private sector in their ability to limit loss of life, suffering and economic damage. We learned that containing the spread of a contagious disease delivered as a bioweapon will present significant ethical, cultural, operational and legal challenges."

Participants of Dark Winter included Senator Sam Nunn, (D-GA), Governor Frank Keating of Oklahoma, former advisor to the President David Gergen, and former Director of Central Intelligence James Woolsey. The exercise was made possible by grant funding from The McCormick Tribune Foundation and The Oklahoma City National Memorial Institute for the Prevention of Terrorism.

Rechtliche Rahmenbedingungen für Krisenmanagement (2001–2005)

In dieser Zeit wurden Notstandsbefugnisse als rechtliche **Grundlage der Gesundheitspolitik normalisiert**. Der Model State Emergency Health Powers Act [von 2001 26](#) gab den US-Bundesstaaten die Befugnis, sich in gesundheitlichen Notfällen über bürgerliche Freiheiten hinwegzusetzen. Mit der **Überarbeitung der Internationalen Gesundheitsvorschriften der WHO im Jahr 2005** wurden die globale Koordinierung von Hilfsmaßnahmen und die Verpflichtung zum Datenaustausch formalisiert [27](#). Diese rechtlichen Instrumente **ermöglichten die Aktivierung von Notfallbehörden in Echtzeit auf der Grundlage prädiktiver Modelle, wodurch die Krisenbewältigung zu einem dauerhaften System und nicht mehr zu einer Ausnahmereaktion wurde**.

Global
Regions

Select language

World Health Organization

Donate

Home
Health Topics
Countries
Newsroom
Emergencies
Data
About WHO

Home / Publications / Overview / International Health Regulations (2005) – Third edition

International Health Regulations (2005) – Third edition

1 January 2016 | Publication

Overview

The International Health Regulations (2005) (IHR) provide the international legal framework for the prevention and response to the international spread of diseases. The IHR are an instrument of international law, adopted pursuant to Article 21 of the WHO Constitution, and are legally-binding on 196 States Parties, including all the 194 Member States of WHO.

The third edition of the IHR reflects the amendments to Annex 7 that were adopted by the Sixty-seventh World Health Assembly through resolution WHA67.13 (2014). Under Annex 7, as amended, the period of protection from vaccination with an approved vaccine against infection with yellow fever, and the validity of the related certificate, are for the life of the person vaccinated rather than a period of ten years as previously required.

In accordance with the WHO Constitution and the IHR, this amendment entered into force for all States Parties on 11 July 2016. There were no reservations or rejections concerning the amendment submitted by any State Party within the period required by the IHR.

WHO TEAM

Health Security Preparedness (HSP)

EDITORS

World Health Organization

NUMBER OF PAGES

91

REFERENCE NUMBERS

ISBN: 978-92-4-158049-6

العربية
中文
Français
Русский
Español

Gesetz zur öffentlichen Gesundheitssicherheit und zur Vorbereitung und Reaktion auf Bioterrorismus (2002) [28](#)

Nach den Anthrax-Briefanschlägen im Oktober 2001, bei denen 22 Menschen infiziert und 5 getötet wurden, wurde mit dem Model State Emergency Health Powers Act ein Modellgesetz vorgeschlagen, um die staatlichen Gesundheitsgesetze zu aktualisieren und so den

Bedrohungen durch Bioterrorismus zu begegnen. Der Kongress reagierte mit der Verabschiedung des Public Health Security and Bioterrorism Preparedness and Response Act von 2002 (*PL 107-188*), der Notfallinterventionen auf der Grundlage biologischer Risikobewertungen autorisierte und die Aufsicht über ausgewählte Kampfstoffe durch neue HHS- und USDA-Vorschriften verstärkte. Das Gesetz **richtete den strategischen nationalen Vorrat ein**, schuf Bundesförderprogramme zur Vorbereitung auf Bioterrorismus auf Landes- und lokaler Ebene und verpflichtete kommunale Wassersysteme zur Durchführung von Schwachstellenbewertungen. Am wichtigsten war jedoch, dass das Gesetz **die Aktivierung von Notfallbefugnissen durch biologische Risikomodellierung** statt durch bestätigte Bedrohungen normalisierte und so die rechtliche Struktur für **präventive Interventionen auf der Grundlage von Expertenbewertungen potenzieller biologischer Gefahren** schuf. Dies schuf den Präzedenzfall für die Auslösung von Notfallbehörden durch algorithmische Bedrohungsbewertung, die später bei der Reaktion auf Pandemien zum Einsatz kommen sollte.



PEPFAR (2003)

Präsident Bushs Notfallplan zur AIDS-Hilfe **diente als Einrichtung einer globalen Gesundheitsüberwachungsinfrastruktur mit HIV/AIDS als operativem Vehikel**, ähnlich wie INCLEN klinisch-epidemiologische Netzwerke in Entwicklungsländern nutzte. Obwohl als Initiative für eine einzelne Krankheit vermarktet, **integrierte PEPFAR systematisch separate Gesundheitsinformationssysteme in zentralisierte nationale und regionale Überwachungsnetzwerke** und sammelte „*Informationen auf Patientenebene und über klinische Dienste*“ in über 39 Ländern. Das Programm etablierte „*eine nationale Strategie, einen Koordinierungsmechanismus und ein Überwachungs- und Bewertungssystem*“ in jedem Gastland und **führte so eine harmonisierte Datenerfassung ein, die mit den Systemen der WHO, der Weltbank und des Verteidigungsministeriums kompatibel war**. Die Architekten von PEPFAR, darunter **Peter Piot** und **Mark Dybul**, verfassten später Rahmenwerke zur Pandemieüberwachung und zeigten, wie **die AIDS-Hilfe als Vorwand für eine umfassende globale Erfassung von Gesundheitsdaten und als Grundlage für zukünftige Umsetzungen von One Health und der Global Health Security Agenda** diente.



[PEPFAR](#)

[esc](#)

.

18. Oktober 2023

[Lesen Sie die ganze Geschichte](#)

Weltgesundheitsversammlung 56 (2003) [29](#)

Die Resolution WHA56.19 stellte **den ersten ausdrücklichen Aufruf zu einem globalen „Modellplan“** zur Reaktion auf eine Pandemie dar. Sie etablierte die Autorität der WHO bei der Erklärung von Pandemien und verpflichtete die Mitgliedsstaaten zur Umsetzung standardisierter Überwachungssysteme und Impfstoffvorratsprogramme. Die Resolution **schrrieb Impfabdeckungsziele von 50 % bis 2006 und 75 % bis 2010 vor, verlangte öffentlich-private Partnerschaften mit Arzneimittelherstellern und rief zu einer globalen Integration der Krankheitsüberwachung bei Mensch und Tier auf**. Bezeichnenderweise endete die Frist für Vorschläge zu dieser Initiative am 7. September 2001 – *vier Tage vor dem 11. September* – was zeigt, dass **die Ausweitung der globalen Gesundheitsüberwachung geplant war, bevor das Narrativ des Bioterrorismus politischen Deckmantel lieferte**. Die Resolution formalisierte die Führung der WHO bei der Pandemievorsorge und diente gleichzeitig den Interessen der Pharmaindustrie durch garantierte Impfstoffmärkte, Vorratsanforderungen und öffentliche Forschungs- und Entwicklungszuschüsse. Damit wurde der rechtliche und institutionelle Rahmen geschaffen, der später in den Internationalen Gesundheitsvorschriften von 2005 und der Reaktion auf COVID-19 umgesetzt wurde.



[Entschließung WHA56.19](#)

[esc](#)

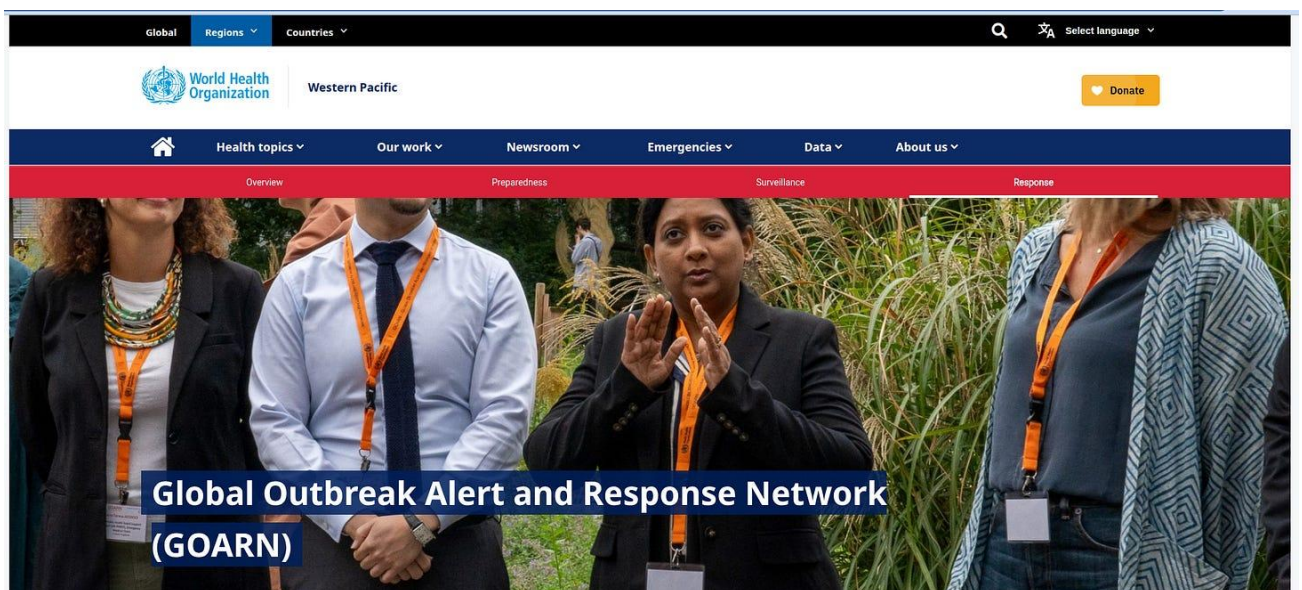
.

12. Oktober 2023

[Lesen Sie die ganze Geschichte](#)

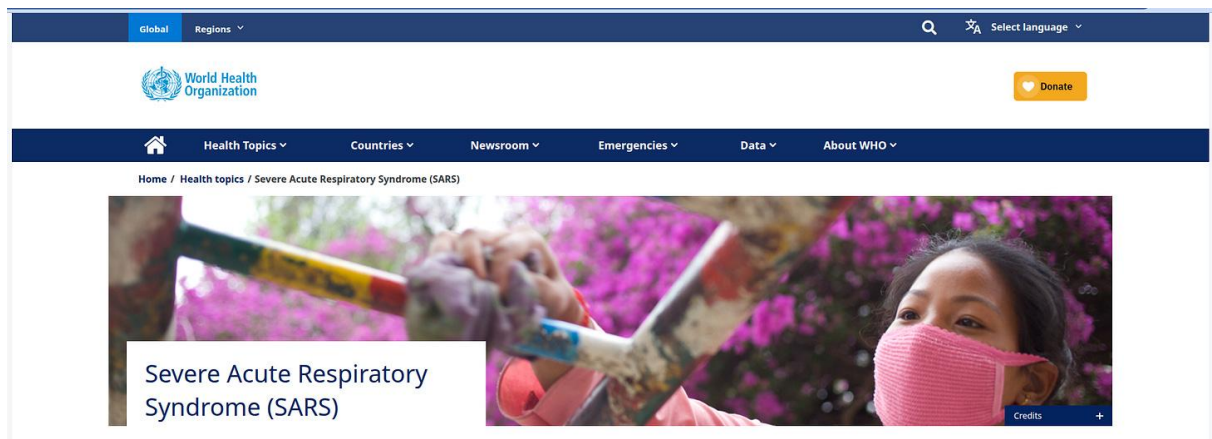
Globales Warn- und Reaktionsnetzwerk der WHO bei Krankheitsausbrüchen (GOARN) (2003) [30](#)

GOARN wurde als Reaktion auf neue globale Bedrohungen wie SARS gegründet und ermöglichte eine schnelle Reaktion auf Krankheitsausbrüche durch **die Koordinierung des Echtzeit-Datenaustauschs, den Einsatz von Experten und die Integration der Überwachung mit internationalen Partnern**. Es markierte die Institutionalisierung der globalen Reaktion auf Krankheitsausbrüche als dauerhafte Infrastruktur – ein Vorbote der zentralen Koordinierung während COVID-19. GOARN verwandelte Ausbrüche von lokalen Gesundheitsproblemen in Auslöser für globales Verwaltungshandeln.



Schweres Akutes Respiratorisches Syndrom (SARS-1) (2003) [31](#)

Bei der ersten umfassenden globalen Gesundheitssimulation wurde eine **Atemwegserkrankung mit Ausschlussdiagnose** [32](#) ohne Autopsie verwendet, um internationale Koordinierungsmechanismen und den Einsatz von Überwachungsmaßnahmen zu testen. Trotz begrenzter geografischer Verbreitung und fragwürdiger Diagnosekriterien **löste SARS die Einrichtung von Seuchenkontrollzentren in ganz Europa und Asien aus, die sofort verbesserte Überwachungsprotokolle, Kontaktverfolgungssysteme und Quarantäneverfahren einführten**. Der Vorfall bestätigte die Befugnis der WHO, gesundheitliche Notstände auf der Grundlage prädiktiver Modelle statt klinischer Beweise auszurufen, und demonstrierte gleichzeitig die Machbarkeit koordinierter internationaler Lockdown-Maßnahmen. **SARS diente als operativer Proof of Concept für eine globale Infrastruktur zur Reaktion auf eine Pandemie und schuf Präzedenzfälle für Reisebeschränkungen, wirtschaftliche Störungen und technokratische Regierungsführung**, die während COVID-19 verstärkt eingesetzt werden sollten.



Weltgesundheitsmetriken (2004) [33](#)

Eine gemeinsame Initiative der WHO und der Gates Foundation startete eine systematische globale Standardisierung von Gesundheitsdaten und schuf einheitliche Indikatoren und Messrahmen, die einen algorithmischen Vergleich von Gesundheitsergebnissen bevölkerungsübergreifend ermöglichten. Das Programm etablierte Basisdatensätze zur weltweiten Erfassung von Impfraten, Krankheitsprävalenz und Gesundheitssystemleistung und stellte die notwendige statistische Infrastruktur für leistungsorientierte Finanzierung und Compliance-Überwachung bereit. Durch die Quantifizierung von Gesundheitsergebnissen anhand standardisierter Kennzahlen transformierte die Initiative unterschiedliche lokale Gesundheitspraktiken in global vergleichbare Datenpunkte. Dies ermöglichte eine zentralisierte Ressourcenzuweisung und politische Interventionen auf der Grundlage algorithmischer Schwellenwerte statt auf gesellschaftlichen Bedürfnissen oder demokratischen Vorgaben.



One Health-Konvergenz (2004–2008)

Mit den Manhattan-Prinzipien [34](#) aus dem Jahr 2004, die von William Foege an der Rockefeller University vorgestellt wurden, wurde One Health [35](#) formell etabliert: **ein Governance-Rahmenwerk, das die Gesundheit von Mensch, Tier und Umwelt vereint**. Diese Prinzipien wurden 2008 durch ein trilaterales Abkommen zwischen WHO, FAO und OIE [36](#) in den Governance-Prozess einbezogen **bekräftigt. Entscheidend war, dass sie Interessengruppen wie Arzneimittelhersteller und ethische Unterscheidungen zwischen**

Arten aufheben . Die Idee, dass Menschen wie Wildtierpopulationen verwaltet werden könnten, war nicht länger Theorie – sie war nun in der internationalen Politik verankert.



Mehr als eine Gesundheit

[esc](#)

.

28. April

[Lesen Sie die ganze Geschichte](#)

WHO und die Pharmaindustrie (2004)

Im November 2004 trafen sich Impfstoffhersteller wie Johnson & Johnson, GlaxoSmithKline, AstraZeneca, Aventis und Merck mit Vertretern der WHO, um den kommerziellen Rahmen für die Vorbereitung auf eine Pandemie festzulegen. Die Kanadierin Theresa Tam war offizielle Teilnehmerin. **Die Pharmaunternehmen legten eine umfassende Wunschliste vor** : Haftungsschutz, öffentliche Forschungs- und Entwicklungsgelder, langfristige Regierungsaufträge, beschleunigte Regulierung, verstärkte routinemäßige Grippeimpfungen zum Aufbau der Produktionskapazitäten und Schutz des geistigen Eigentums. Sie forderten die WHO auf, die globale Impfstoffverteilung zu koordinieren, während die Regierungen die Produktionskosten subventionierten und Abnahmeverträge unabhängig vom Auftreten einer Pandemie garantierten. Das Treffen **formalisierte das Geschäftsmodell, bei dem Notfälle im Bereich der öffentlichen Gesundheit vorbestimmte kommerzielle Vereinbarungen auslösen und die Vorbereitung auf eine Pandemie in eine gewinngarantierte Branche verwandeln** . Auffällig war die Abwesenheit von Pfizer, das später im Jahr 2005 die One-Health-Initiative sponserte. Dies deutet darauf hin, dass kommerzieller Wettbewerb statt koordinierter Planung die frühe Entwicklung eines Überwachungsstaats vorangetrieben hat.



[Die WHO trifft sich im November 2004 mit der Pharmaindustrie.](#)

12. Juli 2023

Lesen Sie die ganze Geschichte

Sturm im Atlantik (2005) 37 38

Bei dieser Ministerübung des UPMC Center for Biosecurity und der Johns Hopkins University am 14. Januar 2005 **wurden koordinierte bioterroristische Pockenangriffe in sechs Großstädten simuliert**. Amtierende und ehemalige Regierungsvertreter spielten dabei die Staatschefs bei einem transatlantischen Gipfeltreffen. Das Szenario zeigte, dass die Zahl der Fälle von zunächst 51 innerhalb von nur 4,5 Stunden auf 3.320 Fälle anstieg. Dies demonstrierte die schnelle internationale Ausbreitung der Krankheit und offenbarte, dass die Strukturen von NATO und EU für die Koordinierung einer Pandemie unzureichend waren. „Atlantic Storm“ etablierte die WHO als „ideale Instanz zur Koordinierung internationaler Reaktionen“ und bewies gleichzeitig, dass die meisten Länder über keine angemessene Infrastruktur zur Pandemiebekämpfung verfügten. **Damit wurden Präzedenzfälle für die Unterordnung nationaler Souveränität unter internationale Mechanismen zur Gesundheitskoordination geschaffen.**

Atlantic Storm

A simulated bioterrorist attack demonstrated the weakness of international public health and security systems when dealing with a sudden outbreak of highly infectious diseases.

David S. Hamill & Bradley Z. Smith

On 14 January 2005, two heads of government from Europe and the United States met in a simulated bioterrorist attack. The exercise, known as Atlantic Storm, was held in the U.S. Although the simulated attack did not take place, the exercise was designed to test the ability of international public health and security systems to respond to a sudden outbreak of highly infectious diseases. The exercise was held in the U.S. and was attended by representatives from the U.S. and several European countries. The exercise was held in the U.S. and was attended by representatives from the U.S. and several European countries. The exercise was held in the U.S. and was attended by representatives from the U.S. and several European countries.

science & society

viewpoint

Atlantic Storm

A simulated bioterrorist attack demonstrated the weakness of international public health and security systems when dealing with a sudden outbreak of highly infectious diseases.

David S. Hamill & Bradley Z. Smith

On 14 January 2005, two heads of government from Europe and the United States met in a simulated bioterrorist attack. The exercise, known as Atlantic Storm, was held in the U.S. Although the simulated attack did not take place, the exercise was designed to test the ability of international public health and security systems to respond to a sudden outbreak of highly infectious diseases. The exercise was held in the U.S. and was attended by representatives from the U.S. and several European countries. The exercise was held in the U.S. and was attended by representatives from the U.S. and several European countries.

Nationale Strategie für eine Grippepandemie (2005) 39

, Minister für Innere Sicherheit im US-Ministerium **Michael Chertoff – Mitverfasser des PATRIOT Act** – veröffentlichte das erste operative One-Health-Rahmenwerk, getarnt als Politik zur Pandemievorsorge. **Die Strategie basierte auf drei Säulen: Vorsorge und Kommunikation (zentralisiertes Kommando, Einsatz von medizinischem Personal), Überwachung und Erkennung (Echtzeitüberwachung von Menschen und Tieren, grenzüberschreitende Kontaktverfolgung) sowie Reaktion und Eindämmung (soziale Distanzierung, Versammlungsbeschränkungen, Quarantäne).** Das Dokument **forderte ausdrücklich eine Koordinierung durch die WHO, die FAO und die OIE – die drei wichtigsten One-Health-Agenturen** – und verlangte gleichzeitig **Impfstoffvorräte, öffentliche Subventionen für Pharmaunternehmen und Unterstützung der militärischen Infrastruktur für anhaltende Überwachungsoperationen**. Diese Strategie operationalisierte die theoretischen One-Health-Konzepte aus den Jahren 2003–2004 und wandelte die Überwachung der Umwelt- und Tiergesundheit in eine

Heimatschutzinfrastruktur um, die unter dem Deckmantel der Pandemievorsorge permanente Überwachungssysteme und militärisch-zivile Koordinierungsmechanismen rechtfertigte.



[Die Nationale Strategie zur Bekämpfung der Grippepandemie](#)

[esc](#)

.

5. Juli 2023

[Lesen Sie die ganze Geschichte](#)

Internationale Gesundheitsvorschriften (2005) [40](#)

Die überarbeiteten IGV der WHO schufen den **Rechtsrahmen für eine supranationale Gesundheitspolitik, indem sie die Befugnis der Organisation kodifizierten, gesundheitliche Notlagen von internationaler Tragweite auszurufen und koordinierte globale Reaktionen anzuordnen**. Die Vorschriften schufen für die Mitgliedsstaaten verbindliche Verpflichtungen, grundlegende Überwachungskapazitäten aufzubauen, Gesundheitsdaten in Echtzeit auszutauschen und während erklärter Notlagen die von der WHO empfohlenen Maßnahmen umzusetzen. Anders als die vorherigen Vorschriften von 1969, die sich auf Cholera, Pest und Gelbfieber beschränkten, **erweiterten die Rahmenbestimmungen von 2005 die Befugnisse der WHO auf „gesundheitliche Notlagen von internationaler Tragweite“ jeglicher Ursache – biologisch, chemisch oder radiologisch**. Die IGV wandelten die vorübergehende Notfallkoordination in dauerhafte Rechtsverpflichtungen um und führten standardisierte Meldemechanismen, Frühwarnsysteme und eine Überwachung der Einhaltung der Vorschriften ein, die **die nationale Gesundheitssouveränität effektiv einer technokratischen globalen Politik unterordneten**. Dieser Rechtsrahmen bildete die Grundlage für die Reaktionsbefugnisse der WHO in Bezug auf COVID-19 und die laufenden Verhandlungen zum Pandemievertrag.

Global
Regions

Search
Select language

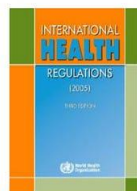
World Health Organization

Home
Health Topics
Countries
Newsroom
Emergencies
Data
About WHO

Home / Publications / Overview / International Health Regulations (2005) – Third edition

International Health Regulations (2005) – Third edition

1 January 2016 | Publication



Download (2.7 MB)

Overview

The International Health Regulations (2005) (IHR) provide the international legal framework for the prevention and response to the international spread of diseases. The IHR are an instrument of international law, adopted pursuant to Article 21 of the WHO Constitution, and are legally-binding on 196 States Parties, including all the 194 Member States of WHO.

The third edition of the IHR reflects the amendments to Annex 7 that were adopted by the Sixty-seventh World Health Assembly through resolution WHA67.13 (2014). Under Annex 7, as amended, the period of protection from vaccination with an approved vaccine against infection with yellow fever, and the validity of the related certificate, are for the life of the person vaccinated rather than a period of ten years as previously required.

In accordance with the WHO Constitution and the IHR, this amendment entered into force for all States Parties on 11 July 2016. There were no reservations or rejections concerning the amendment submitted by any State Party within the period required by the IHR.

The third edition of the IHR also updates Appendix 1 containing the list of States Parties to the IHR (to include Liechtenstein and South Sudan).

The IHR were further amended by the Seventy-fifth World Health Assembly through resolution WHA75.12 (2022) and the Seventy-seventh World Health Assembly through resolution WHA77.17 (2024). The third edition of the IHR does not reflect the afore-mentioned amendments. The IHR, as amended in 2022, are available at [International Health Regulation \(2005\) \(who.int\)](https://www.who.int/publications/m/item/international-health-regulation-2005).

WHO TEAM

Health Security Preparedness (HSP)

EDITORS

World Health Organization

NUMBER OF PAGES

91

REFERENCE NUMBERS

ISBN: 978-92-4-158049-6

العربية

中文

Français

Русский

Español

BARDA-Schulung (2006) [41](#)

Die Biomedical Advanced Research and Development Authority wurde 2006 durch den Pandemic and All-Hazards Preparedness Act (PAHPA) als Zentrum innerhalb des HHS gegründet und ist für die Beschaffung und Entwicklung medizinischer Gegenmaßnahmen gegen Bioterrorismus, CBRN-Bedrohungen, pandemische Grippe und neu auftretende Krankheiten zuständig. Die BARDA leitet das Projekt BioShield und arbeitet mit der biomedizinischen Industrie zusammen. Sie nutzt Zuschüsse, um fortschrittliche Forschung und Entwicklung zu fördern und gleichzeitig Vorräte für den Strategic National Stockpile zu beschaffen und zu unterhalten. Dadurch **wurde die operative Infrastruktur für den schnellen Einsatz medizinischer Gegenmaßnahmen geschaffen, die später während der COVID-19-Pandemie zum Einsatz kamen**.

An official website of the United States government
Here's how you know
U.S. Department of Health & Human Services

ASPR
Administration for Strategic Preparedness & Response

Search ASPR Site

About
Response Operations
Health Care Readiness
Medical Countermeasures & Biodefense
Partnering
Tools
Current Responses

About ASPR
Program Offices
Center for the Biomedical Advanced Research and Development Authority

Center for the Biomedical Advanced Research and Development Authority

The Center for the Biomedical Advanced Research and Development Authority (BARDA) provides an integrated, systematic approach to the development of the necessary vaccines, drugs, therapies, and diagnostic tools for public health medical emergencies such as chemical, biological, radiological, and nuclear (CBRN) accidents, incidents and attacks; pandemic influenza (PI), and emerging infectious diseases (EID).

Together with its industry partners, BARDA promotes the advanced development of medical countermeasures to protect Americans and respond to 21st century health security threats.

Der UNSIC/Weltbank-Plan von 2006 (2006) [42](#)

Dieser **umfassende Finanzierungsrahmen für die Pandemie legte den Grundstein für eine koordinierte globale Reaktion**, die während COVID-19, also vierzehn Jahre vor seiner Umsetzung, in die Praxis umgesetzt wurde. Der Plan sah **1,9 Milliarden US-Dollar an zugesagten Mitteln vor, darunter spezifische Mechanismen für Überwachungssysteme,**

Kontaktverfolgung, Quarantäneprotokolle, Maßnahmen zur sozialen Distanzierung, Schulschließungen, Reisebeschränkungen, die Bevorratung antiviraler Mittel und öffentlich-private Partnerschaften . Das Dokument schrieb Echtzeit-Berichtssysteme, Modelle der wirtschaftlichen Auswirkungen, Kommunikationsstrategien und eine Geschäftskontinuitätsplanung vor und richtete gleichzeitig Koordinierungsmechanismen zwischen WHO, Weltbank und UN mit leistungsbasierter Finanzierung ein, die davon abhängig war, dass die Länder standardisierte Bereitschaftskriterien erfüllten. Der bemerkenswert vorausschauende Plan skizzierte die Isolierung der Bevölkerung, massenhafte antivirale Prophylaxe, Maßnahmen zur sozialen Distanzierung, darunter die Schließung von Schulen und Arbeitsplätzen, die Kontrolle von Massenansammlungen und öffentlichen Verkehrsmitteln, gemeindebasierte Bewegungsbeschränkungen und Kontrollen der grenzüberschreitenden Bewegung „ – eine genaue Widerspiegelung der Reaktion von 2020, die durch dieselbe institutionelle Architektur umgesetzt wurde, die durch dieses Dokument geschaffen wurde.

SECTION 4: TECHNICAL CONTENT OF THE RESPONSE

49. The FAO, OIE, and WHO have established the technical interventions to be prioritised when governments are responding to threats of avian and pandemic influenza. Interventions include: improving animal disease surveillance, detection and response systems; introduction of bio-security measures to control exposure to infection; testing and improving animal susceptibility to infection, including measures to promote biodiversity and conservation and the production of scientific evidence to better guide the response. Other essential interventions include arrangements for compensating and ensuring livelihood sustainability of persons whose poultry are cullled, strategies for containing and mitigating a pandemic, the development of new products, and establishment of anti-viral and personal protective equipment (PPE) stocks.

50. These interventions have to be implemented through the joint efforts of agriculture and human health sectors, with support from other parts of national and local government, and alliances with key bodies outside government. They are implemented within a context of widely varying country capacity and quality of life (see Table 3, Figure 2). The capacity of national and local institutions to implement these interventions, particularly in poorer countries, may be very restricted indeed.

Human Health

Surveillance and Infectious Disease Control in Humans

74. Programmes to enhance surveillance and case reporting are being widely planned (see Table 5). Despite improvements in passive case detection, very few countries at present have adequately developed active surveillance and detection systems.

75. Most countries for which there is current information intend to purchase human pandemic vaccines when they become available (see Figure 5). Several countries intend to produce vaccines as well, this seems optimistic given the challenges of vaccine manufacture and distribution especially as an exactly matching candidate vaccine will not be available until the pandemic virus becomes evident.^{13,17}

Figure 5

Percentage of national authorities planning to purchase or to produce pandemic vaccine by region

Region	Percentage (%)
Asia & Pacific	71
Africa	41
Middle East & N. Africa	46
Europe & Central Asia	61
Americas	71

Source: Global Data Gathering Exercise, May-June 2006. Note: Denominators represent the number of countries for which there is a response to the question in the Global Data Gathering Exercise.

Table 3. Selected development and health indicators (mean average per country) by region for 2003.

	Asia & Pacific	Africa	Middle East and N. Africa	Europe and Central Asia	Americas
Life expectancy at birth (y)	66	49	68	74	71
GDP/capita PPP (US\$)	2,967	842	1,121	8,070	10,700
Physicians per 100,000	81	26	143	313	150
Number of countries	35	46	22	51	50

Source: UNDP Human Development Report, 2005.

51. Countries request external assistance with implementing these interventions. This assistance can across a range of sectors, and supports countries with very different implementation capacities. The UN System has made a point of offering coordinated support to different countries around the world. This is reflected in a common approach different UN agencies, but to work in synergy at even ensure a shared analysis of agreement on strategies a factors for a successful response.

RESPONSES TO AVIAN AND HUMAN INFLUENZA THREATS:

PROGRESS, ANALYSIS AND RECOMMENDATIONS

JANUARY - JUNE 2006

52. Avian and human influenza. Effective concerted action (institutional to national, and consider that the action and that the first immediate objective to prevent a human pandemic is to control the disease in birds. To be effective, national action must be duly complemented and reinforced by regional and international initiatives. for national authorities to establish the risks the UN System Influenza Coordinator and response capacity, and then to assess their risk. World Bank and response capacity that these risks are being met. This, in turn, support. It is anticipated that analysis undertaken for subsequent reports in this series should help make such assessments possible.

SECTION 5: HUMAN AND FINANCIAL RESOURCES TO DELIVER PRIORITY ACTIONS

Human Capacity in Animal and Human Health

67. The epidemiological impact of H5N1 in wild and domestic birds across three continents, the potential for human infections, and the existing response, require a sustained and coordinated effort. FAO, OIE and WHO are working in the UN Global Data Gathering Exercise to assess a common monitoring system. FAO and OIE are conducting a joint assessment of the human and animal health systems in the region, to identify gaps in capacity and resources. FAO and OIE are also working with the UN System Influenza Coordinator to develop a common approach to the response. The strengthening of official Veterinary Services is a priority in order to ensure the national surveillance and response system. The strengthening of official Veterinary Services is a priority in order to ensure the national surveillance and response system. The strengthening of official Veterinary Services is a priority in order to ensure the national surveillance and response system.

SECTION 7: PRIORITIES FOR INTERNATIONAL ACTION

113. This report has highlighted the progress made nationally and internationally in tackling the threats posed by the highly pathogenic influenza virus, while identifying existing gaps. In order to close these gaps, the following priority actions need to be emphasised.

114. A consistent information, education and communication campaign is an integral part of the global strategy to control avian and human influenza. Local and international efforts to convey well-timed and locally adapted messages to support behaviour change need to be encouraged so that risks to health, livelihoods, livestock and economies can be reduced.

115. In order to mitigate the socio-economic impact of avian influenza, there is a strong need for all nations to develop fair and well-functioning incentive structures and compensation mechanisms to sustain the livelihood of all whose poultry are lost as a result of efforts to control avian influenza. These mechanisms can be effective only if communications efforts include information on how they work.

116. To reduce avian and human influenza threats, best animal health practices need to be supported. Special emphasis should be given to bio-security and strategic vaccination. Further, there is a need for governments to invest in veterinary laboratory diagnostic capacity and poultry vaccine development, in line with international standards.

117. To enhance surveillance and protection of human health, rapid response mechanisms and optimal practice for human pandemic containment need to be established, promoted and tested. Governments need to make substantial investments in human laboratory diagnostic capacity, while making an effort to share information, viral samples and sequences, and ensuring affordable access to safe and effective vaccines and antivirals.

118. In order to advance our understanding of the risks and threats associated with avian and human influenza, systematic international action for effective use of epidemiology, virology and social science is necessary. The full sharing of data and biological material needs to be accompanied by innovative international efforts to develop vaccines and diagnostics involving governments, researchers and manufacturers.

119. To ensure that these priority actions are indeed implemented, the flexible financing framework needs to be reinforced. There is a strong need for the international community to offer predictable external assistance, while improving systems for fund distribution so that assistance can be delivered in a timely manner, following standardised implementation procedures. External partners can further help in kind with rapid deployment of veterinary and human epidemiologists, as well as training veterinarians and health workers in surveillance, risk mitigation and response. Recipient countries bear the responsibility for preparing draft plans – even if rudimentary – in order for donors to make informed decisions on funding priorities.

Transvac (2007) 43

Das 7. Rahmenprogramm der Europäischen Union finanzierte diese Schulungsinitiative zur Impfstoffentwicklung mit 26,5 Millionen Euro über zwei Phasen und **senkte dabei systematisch die Qualifikationsstandards für Impfstoffentwickler durch ein 36-tägiges beschleunigtes Programm** . Koordiniert von der Europäischen Impfstoffinitiative in **Partnerschaft mit großen Pharmakonzernen und Aufsichtsbehörden** führte Transvac 14 Schulungsmodule mit minimalen Zulassungsvoraussetzungen durch – nur ein Modul erforderte einen Bachelor-Abschluss, während die meisten online oder als halbtägige Sitzungen absolviert werden konnten. Das Programm schulte vor seinem Abschluss etwa 400 Personen und schuf so einen Pool von Impfstoffentwicklern, die schnell ihre Qualifikationen erlangten und weder über eine traditionelle pharmazeutische Ausbildung noch über Erfahrung verfügten. Diese Initiative **unterstützte direkt die spätere „100-Tage-Mission“ zur Impfstoffentwicklung, die auf dem G7-Treffen 2021 beworben wurde** , und zeigte, wie regulatorische Standards und berufliche Anforderungen systematisch abgebaut wurden, um eine schnelle Bereitstellung von Impfstoffen zu ermöglichen, mit **Pharmaunternehmen und Aufsichtsbehörden arbeiten zusammen, um Genehmigungsverfahren zu beschleunigen und gleichzeitig die rechtliche Immunität für beschleunigte Produkte zu wahren**



[Werden Sie in 36 Tagen zum Impfstoffentwickler](#)

[esc](#)

.

14. September 2023

[Lesen Sie die ganze Geschichte](#)

TRANSVAC: New Vaccines Faster

TRANSVAC is a collaborative infrastructure project funded by the European Commission (EC), initially under the 7th Framework Programme (FP7) and currently under Horizon 2020. The project is a joint effort of leading European groups working in the field of vaccine development, and is coordinated by the European Vaccine Initiative (EVI). TRANSVAC is designed to accelerate vaccine development by enhancing European vaccine research and training, and increase sustainability of EC vaccine projects by implementing a permanent research infrastructure for early vaccine development.



Vernetzung von Organisationen zur regionalen Krankheitsüberwachung (CORDS) (2007) [44](#)

CORDS wurde 2007 von der Rockefeller Foundation und der Nuclear Threat Initiative gegründet und **war ausdrücklich auf Überwachung, Laborkapazitäten, Zusammenarbeit, Datenaustausch und regionale Überwachungsnetzwerke für Infektionskrankheiten ausgelegt**. Das Programm unterstützte den Skoll Global Threats Fund und die Fondation Mérieux – die französische Organisation, die später im Jahr 2015 das Wuhan Institute of Virology mit ihrer Fachkompetenz im Bereich Biosicherheit unterstützte. Mark Smolinski, der die Entwicklung von CORDS leitete, war zuvor im Jahr 2000 Autor des Berichts „*Healthy People 2010*“, in dem Konzepte zu den sozialen Determinanten der Gesundheit vorgestellt wurden, und *leitete die Entwicklung eines regionalen Krankheitsüberwachungssystems* namens MECIDS, das Israel, Jordanien und die Palästinensische Autonomiebehörde verbindet. Bis 2023 hatte CORDS in ganz Europa, Afrika und Asien Überwachungszentren in Betrieb genommen, wobei Projekte wie „*Mobile Technology for One Health Surveillance*“ die **Integration digitaler Überwachungssysteme mit der Erkennung biologischer Bedrohungen** demonstrierten. CORDS stand für den operativen Einsatz grenzüberschreitender Überwachungsnetzwerke, die später eine Infrastruktur für eine koordinierte Reaktion auf Pandemien ermöglichen würden.



One Health – Teil 2: Rockefeller, NTI & CORDS

[esc](#)

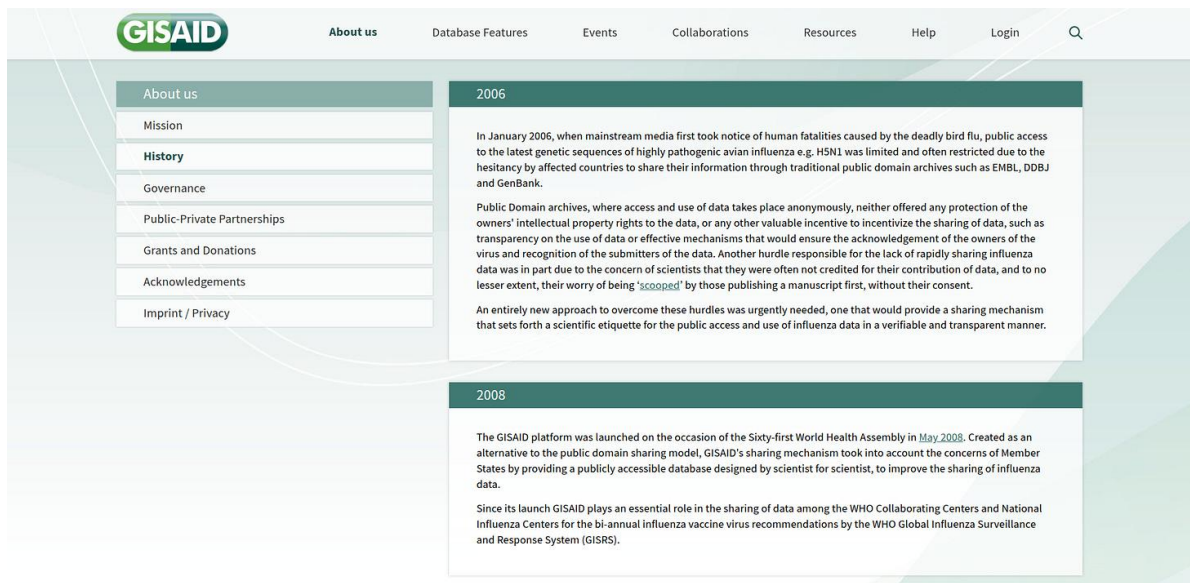
.

5. August 2023

[Lesen Sie die ganze Geschichte](#)

GISAID (2008) [45](#)

Die von Peter Bogner ins Leben gerufene Global Initiative on Sharing All Influenza Data schuf **die erste Echtzeit-Plattform zur Überwachung viraler Genome. Diese operationalisierte die** während der BSE-Krise durch mathematische Epidemiologie entwickelten Fähigkeiten zur prädiktiven Modellierung und basierte gleichzeitig auf den durch GEIS und African IDSR entwickelten globalen Überwachungsnetzwerken. **GISAID erstellte Protokolle zum schnellen Austausch viraler Genome, die die über One-Health-Überwachungsnetzwerke gesammelten Überwachungsdaten in verwertbare Informationen für koordinierte internationale Reaktionen umwandelten** und so die notwendige technische Infrastruktur für algorithmische Entscheidungen in Bezug auf Pandemien schufen. Die Plattform demonstrierte, wie bei der genetischen Überwachung herkömmliche Berichtsketten von Laboren umgangen werden können, wodurch ein direkter Datenaustausch zwischen Forschungseinrichtungen und internationalen Gesundheitsbehörden ermöglicht wird. Gleichzeitig **wurde die grundlegende Architektur für die Echtzeit-Virusverfolgung geschaffen**, die später während COVID-19 durch automatisierte Bedrohungsbewertung und Mechanismen zur Auslösung von Reaktionen eine sofortige globale Koordinierung ermöglichen würde.



Soziale Determinanten der Gesundheit der WHO (2008) [46](#)

“ der Weltgesundheitsorganisation *Der Bericht* „ *Closing the Gap in a Generation* unter dem Vorsitz von Michael Marmot “ **eine umfassende Überwachungsinfrastruktur, etablierte unter dem Deckmantel der „ Gesundheitsgerechtigkeit verankerte aber ein grundlegend dystopisches Prinzip der Beweisbewertung** . Der Bericht forderte „ *nationale und globale Überwachungssysteme für Gesundheitsgerechtigkeit mit routinemäßiger Erfassung von Daten zu den sozialen Determinanten von Gesundheitsungleichheit* “ und die Registrierung aller Kinder bei der Geburt , was digitale Identitätsrahmen direkt unterstützte. **Besonders alarmierend war die ausdrückliche Feststellung des Dokuments, dass „ Beweise nach ihrer Zweckmäßigkeit beurteilt werden müssen “**, wodurch faktisch subjektive, politisch motivierte Bewertungsstandards anstelle objektiver wissenschaftlicher Kriterien etabliert wurden . Dadurch entstand ein System, in dem weltweit riesige Überwachungsdaten gesammelt, aber nach vorgegebenen ideologischen Zielen statt nach empirischen Analysen interpretiert werden konnten. Der Bericht forderte „ *Gesundheitsgerechtigkeit auf höchster Regierungsebene* „ und „ *Kohärenz bei der globalen Überwachung und beim Handeln* “, **wodurch der rechtliche und institutionelle Rahmen für eine von der WHO koordinierte globale Governance geschaffen wird, die durch konstruierte Kennzahlen zur gesundheitlichen Ungleichheit und selektiv interpretierte Überwachungsdaten gerechtfertigt wird** .



[Die Determinanten der Gesundheit](#)

[esc](#)

13. September 2023

[Lesen Sie die ganze Geschichte](#)

Änderung der WHO-Definition von „*Pandemie*“ (2009) [47](#)

Im Mai 2009 strich die WHO den Schweregrad der Erkrankung aus der Definition der sechsten Pandemiestufe und verlangte lediglich „*die schnelle und weltweite Verbreitung eines neuen Virus, gegen das die Bevölkerung keine Immunität besitzt*“. Diese entscheidende Definitionsänderung ermöglichte die Ausrufung der H1N1-Pandemie im Juni 2009, obwohl das Virus seit den 1970er Jahren bekannt war und nur leichte Erkrankungen verursachte.

Durch die Änderung wurden Pandemieausrufe von medizinischen Einschätzungen zu administrativen Auslösern für vorgegebene Reaktionsrahmen. Die klinische Beurteilung wurde aus der Notfallauslösung entfernt und ein Präzedenzfall für den Einsatz teurer Gegenmaßnahmen geschaffen, die ausschließlich auf Übertragungsmetriken statt auf tatsächlichen Gesundheitsgefahren beruhten.

Round table

The elusive definition of pandemic influenza

Peter Doshi^a

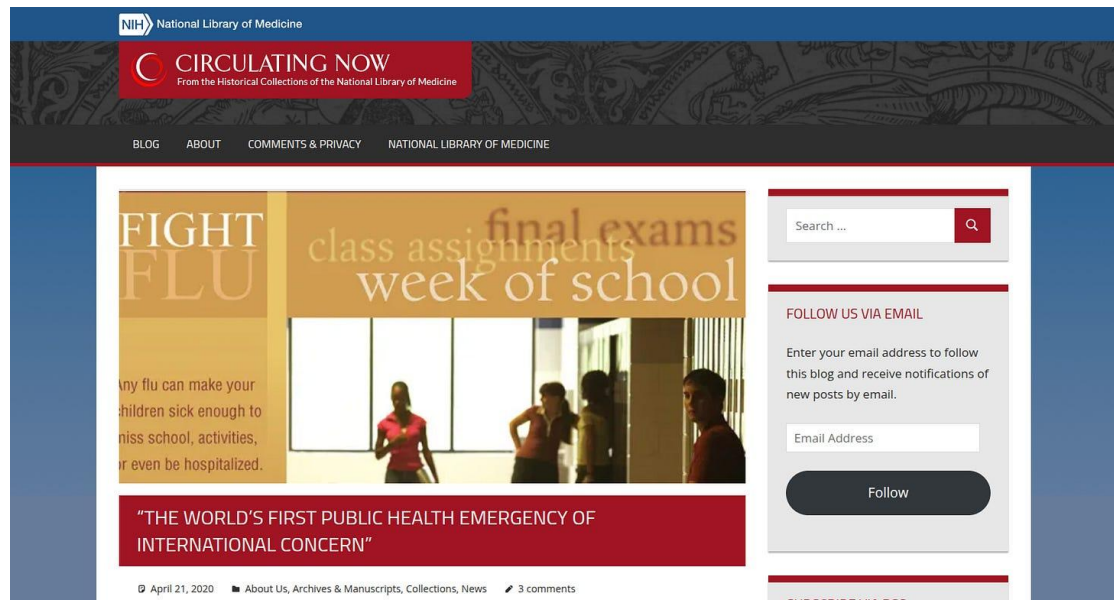
Abstract There has been considerable controversy over the past year, particularly in Europe, over whether the World Health Organization (WHO) changed its definition of pandemic influenza in 2009, after novel H1N1 influenza was identified. Some have argued that not only was the definition changed, but that it was done to pave the way for declaring a pandemic. Others claim that the definition was never changed and that this allegation is completely unfounded. Such polarized views have hampered our ability to draw important conclusions. This impasse, combined with concerns over potential conflicts of interest and doubts about the proportionality of the response to the H1N1 influenza outbreak, has undermined the public trust in health officials and our collective capacity to effectively respond to future disease threats.

WHO did not change its definition of pandemic influenza for the simple reason that it has never formally defined pandemic influenza. While WHO has put forth many descriptions of pandemic influenza, it has never established a formal definition and the criteria for declaring a pandemic caused by the H1N1 virus derived from "pandemic phase" definitions, not from a definition of "pandemic influenza". The fact that despite ten years of pandemic preparedness activities no formal definition of pandemic influenza has been formulated reveals important underlying assumptions about the nature of this infectious disease. In particular, the limitations of "virus-centric" approaches merit further attention and should inform ongoing efforts to "learn lessons" that will guide the response to future outbreaks of novel infectious diseases.

H1N1- *Pandemie* (2009) [48](#) [49](#) [50](#)

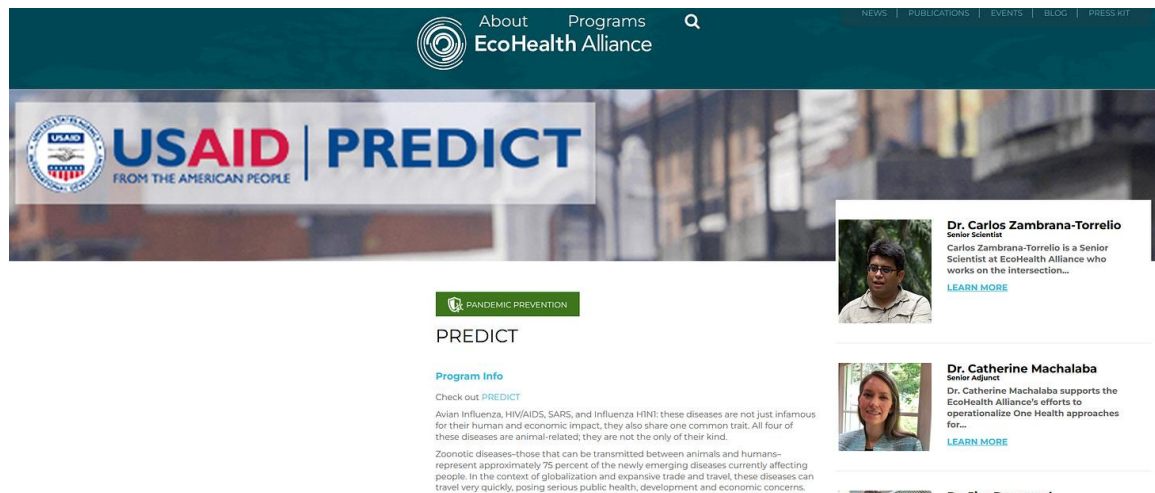
Am 25. April 2009 erklärte der Generaldirektor der WHO den H1N1-Ausbruch gemäß den Internationalen Gesundheitsvorschriften von 2005 zu einer gesundheitlichen Notlage von internationaler Tragweite. Dies markierte den ersten vollständigen Praxistest des überarbeiteten Pandemie-Rahmenwerks. **Im Mai 2009 hatte die WHO den Schweregrad der Krankheit aus der Definition der sechsten Pandemiestufe gestrichen und nur noch die „*schnelle und weltweite Ausbreitung eines neuen Virus*“ gefordert.** Dies löste weltweit teure Gegenmaßnahmen aus, obwohl das Virus seit den 1970er Jahren bekannt war. Die Reaktion umfasste **Massenimpfkampagnen, die auf Bundes-, Landes- und lokaler Ebene koordiniert wurden. Deutschland bestellte 50 Millionen Dosen im Wert von über 500 Millionen Euro**, während im Rahmen der weltweiten Bemühungen allein in Europa über 30 Millionen Dosen verteilt wurden. Trotz jahrelanger Pandemieplanung verzögerte sich die Impfstoffproduktion bis November 2009 – *nachdem der Höhepunkt*

der Erkrankung vorüber war – was sowohl die Aktivierungsfähigkeit des Systems als auch seine operativen Grenzen verdeutlichte. Dieser Vorfall **bestätigte die Autorität der WHO, gesundheitliche Notlagen auf Grundlage der Ausbreitung und nicht des Schweregrads auszurufen**, und damit Präzedenzfälle für eine globale Koordinierung zu schaffen, die während COVID-19 verfeinert und skaliert werden könnte.



USAID-Programm „Emerging Pandemic Threats PREDICT“ (2009–2020) [51](#)

PREDICT wurde 2009 als Reaktion auf den *der Vogelgrippe* Ausbruch **H5N1 ins Leben gerufen und von Dennis Carroll, dem Leiter der Abteilung für neu auftretende Bedrohungen der USAID**, entwickelt. Die Epidemiologin Jonna Mazet von der UC Davis fungierte als globale Leiterin. Unter der Leitung des One Health Institute der UC Davis **wurde das Programm von einem Konsortium durchgeführt, dem EcoHealth Alliance, Metabiota, Wildlife Conservation Society und die Smithsonian Institution angehörten und das** in über 30 Ländern Afrikas, Asiens und Lateinamerikas vertreten war. PREDICT *initiierte One Health Surveillance, einen transdisziplinären, kollaborativen Ansatz zum Verständnis des Infektionsrisikos an risikoreichen Tier-Mensch-Schnittstellen*, und unterstützte die Global Health Security Agenda. Das Programm schulte über 2.500 Personen in Biosicherheit und Überwachungsmethoden, baute die Kapazitäten in 32 Diagnoselabors weltweit aus und sammelte mehr als 140.000 biologische Proben von Wildtieren. Dabei wurden 815 neue Viren entdeckt und die Zahl der bekannten Säugetierviren verdoppelt. PREDICT konzentrierte die Überwachung auf *Virusfamilien mit epidemischem und pandemischem Potenzial* „darunter Coronaviren, Influenzaviren und Filoviren wie Ebola. Das Programm **operationalisierte die weltweite Suche nach Krankheitserregern im Rahmen von One Health**, schuf die Überwachungsinfrastruktur und geschultes Personal, das später bei der Reaktion auf COVID-19 eingesetzt wurde, und **etablierte die EcoHealth Alliance als zentralen Knotenpunkt** in internationalen Netzwerken zur Pandemievorsorge.



Ethische Normalisierung (2009–2019)

der Rockefeller Foundation [Durch die Initiative „Planetary Health“ 52](#) und die Berliner Prinzipien [53](#) aus dem Jahr 2019 entstand eine neue moralische Logik: **Der Mensch ist kein Hüter der Natur, sondern ein ökologischer Störenfried**. In dieser Phase wurde die Annahme der menschlichen Ausnahmestellung in Governance-Rahmenwerken aufgehoben. Die „*Perspektive des Biodiversitätsschutzes*“ **galt nun gleichermaßen für menschliche und tierische Populationen**. Früher undenkbare Eingriffe – *Verhaltenskontrolle, Reproduktionsmanagement und Ressourcenbeschränkungen* – wurden ethisch gerechtfertigt, wenn sie als notwendig für das planetare Gleichgewicht oder die „*Artengerechtigkeit*“ dargestellt wurden.



Entwicklung der Ethik im öffentlichen Gesundheitswesen – Teil 1

[esc](#)

.

7. August

[Lesen Sie die ganze Geschichte](#)



Entwicklung der Ethik im Bereich der öffentlichen Gesundheit – Teil 2

[esc](#)

.

8. August

[Lesen Sie die ganze Geschichte](#)



Die Berliner Prinzipien

[esc](#)

.

19. März 2024

[Lesen Sie die ganze Geschichte](#)

Globaler Impfaktionsplan der WHO (2011–2020) [54](#)

Dieser Fahrplan **kodifizierte Rahmenbedingungen für Impfgerechtigkeit** und operationalisierte gleichzeitig die **von GAVI entwickelten leistungsbasierten Finanzierungsmechanismen** und die durch JEE-Bewertungen geschaffenen Überwachungsmöglichkeiten, um **umfassende globale Governance-Systeme für die Immunisierung zu schaffen**. Der Aktionsplan legte Impfabdeckungsziele, Überwachungsanforderungen und Finanzierungsmechanismen fest, die die Impfstofflieferung mit digitalen Identitätssystemen und der Erfassung von Gesundheitsdaten integrierten und so **den operativen Rahmen für die Umsetzung einer programmierbaren Compliance durch Impfaufzeichnungen** schufen. Der Plan zeigte, wie Impfprogramme statt als medizinische Interventionen als Governance-Infrastruktur fungieren können, indem die durch One-Health-Überwachungssysteme entwickelten Überwachungsnetzwerke genutzt werden, um die Compliance der Bevölkerung mit den Impfanforderungen zu verfolgen, während der Zugang zu Dienstleistungen, Reisen und wirtschaftlicher Teilhabe an den Impfstatus geknüpft wird,

der durch digitale Gesundheitszertifikate dokumentiert wird, die in Identitätsüberprüfungssysteme integriert sind.

The screenshot shows the WHO website's 'Global vaccine action plan 2011-2020' page. The header includes navigation links for 'Global', 'Regions', 'Search', and 'Select language'. Below the WHO logo, there are tabs for 'Health Topics', 'Countries', 'Newsroom', 'Emergencies', 'Data', and 'About WHO'. The main content area features a large image of a woman and child, with the title 'Global vaccine action plan 2011-2020' and a 'Download (8.1 MB)' button. To the right, there is an 'Overview' section with text about the plan's endorsement and goals, and a 'WHO TEAM' section listing editors and reference numbers.

- **Rahmen für gemeindezentrierte Gesundheitsentwicklung (CCHD) (2011)** [55](#)

Die CCHD-Initiative etablierte **leistungsbasierte Gesundheitskennzahlen auf Gemeindeebene und verknüpfte globale Entwicklungshilfe mit algorithmisch gemessenen Gesundheitsergebnissen** in Pilotprogrammen in Asien und Subsahara-Afrika. Dieser Rahmen schuf die operative Vorlage für die Konditionierung von Hilfeleistungen an die Einhaltung standardisierter Gesundheitsindikatoren. Dies ermöglichte es internationalen Organisationen, nationale Regierungen zu umgehen und die lokale Bevölkerung direkt durch Entwicklungsfinanzierung zu steuern. CCHD verkörperte die Institutionalisierung der Gesundheitspolitik auf Gemeindeebene und schuf die Infrastruktur für ein bevölkerungsweites Verhaltensmanagement durch wirtschaftliche Anreize, die an Daten der Gesundheitsüberwachung gekoppelt waren.

- **Öffentliche Gesundheit England One Health (2013)** [56](#) [57](#) [58](#)

Public Health England, das am 1. April 2013 als ausführende Agentur gegründet wurde, **implementierte umgehend One-Health-Überwachungsrahmen mit seinem gemeinsamen Bericht über Antibiotikagebrauch und -resistenz bei Mensch und Tier**. Der britische One-Health-Bericht fasste Überwachungsdaten aus dem Jahr 2013 zu **Antibiotikaresistenzen bei bei Tieren und Menschen verbreiteten Bakterien zusammen und schuf integrierte Überwachungssysteme**, die Daten *parallel* auswerteten, um die Zusammenhänge zwischen Antibiotikaverkauf, -gebrauch und -resistenz über verschiedene Sektoren hinweg zu beurteilen. Das Gründungsdokument von PHE mit den Prioritäten betonte den Aufbau eines *öffentlichen Gesundheitssystems* mit Verantwortung für die Bereiche „*Arbeitsplätze, Wohnen und Gemeinden*“ durch die Einbindung lokaler Behörden und schuf damit ein neues Modell, bei dem die Autorität des öffentlichen Gesundheitswesens über die traditionellen medizinischen Bereiche hinausging. Dies stellte die Operationalisierung der One-Health-Prinzipien in Großbritannien dar, und zwar durch zentralisierte Datenerfassung, sektorübergreifende Integration der Überwachung und die Ausweitung der Gesundheitsverwaltung auf wirtschaftliche und soziale Bereiche. Damit wurde der institutionelle Rahmen geschaffen, der später für die Koordinierung der Maßnahmen gegen COVID-19 und für Interventionen auf Bevölkerungsebene verwendet wurde.



▼ Menu
 

[Home](#) > [Corporate information](#)

Corporate report
Public Health England's priorities for 2013 to 2014

Priorities for PHE in 2013 to 2014.

From: [Public Health England](#)
 Published 26 April 2013

 [Get emails about this page](#)

Documents



[Public Health England: our priorities for 2013/14](#)
 PDF, 1.38 MB, 16 pages
 This file may not be suitable for users of assistive technology.
[Request an accessible format.](#)

Related content

[Public Health England annual report and accounts 2013 to 2014](#)

Globale Gesundheitssicherheitsagenda (GHSA) (2014) [59](#)

Die [60](#) wurden von den USA und etwa 44 Gründungspartnern ins Leben gerufen und später auf 60–70 Nationen und Organisationen erweitert. Sie formalisierte die Gesundheitspolitik unter Sicherheitsgesichtspunkten und führte „Aktionspakete“ [61](#) ein, die verbindliche Ziele und Rechenschaftsmaßstäbe für die Vorbereitung auf Epidemien und die Kernkompetenzen im Umgang mit Krankheiten festlegten. Die gemeinsamen externen Evaluierungen [62](#) und Scorecards der GHSA verknüpften die nationale Reaktion auf Pandemien mit globalen Benchmarks und verankerten die Gesundheit in formellen internationalen Rechts- und nationalen Sicherheitsrahmen.



[Die globale Gesundheitssicherheitsagenda](#)

[esc](#)

.

18. Oktober 2023

[Lesen Sie die ganze Geschichte](#)



Obama One Health (2015) 63

Präsident Obamas Nationaler Aktionsplan zur Bekämpfung antibiotikaresistenter Bakterien führte explizit „*One Health*“-Überwachungssysteme ein, verdoppelte die Bundesmittel auf 1,2 Milliarden Dollar und richtete integrierte Überwachungsnetzwerke für die Bereiche Human- und Tiergesundheit ein. Der Plan forderte eine „**Intensivierung der nationalen One-Health-Überwachungsbemühungen zur Bekämpfung von Resistenzen**“ durch integrierte Datenerfassung aus „*mehreren Überwachungsnetzwerken*“. Dies würde „*die derzeit sehr begrenzten Daten deutlich erweitern und qualitativ hochwertige Informationen, einschließlich detaillierter Genomdaten, liefern, die für die zeitnahe Verfolgung resistenter Bakterien in unterschiedlichen Umgebungen erforderlich sind*“. Die Initiative schuf das Detect Network of AR Regional Laboratories, eine nationale Sequenzdatenbank resistenter Krankheitserreger, und **führte routinemäßige Meldepflichten für die Antibiotikaüberwachung für 95 % der Medicare-berechtigten Krankenhäuser ein**. Entscheidend war, dass der Plan betonte, dass „*Antibiotikaresistenz ein globales Problem ist, das globale Lösungen erfordert*“. „und forderte eine internationale Koordinierung, um „*die nationalen und internationalen Kapazitäten zur Erkennung, Überwachung, Analyse und Meldung von Antibiotikaresistenzen zu stärken*“ und „*ein gemeinsames System zwischen den USA und der Europäischen Union für den Austausch und die Analyse bakterieller Resistenzmuster zu schaffen*“. Dies stellte die **formelle Institutionalisierung der One-Health-Überwachungsinfrastruktur innerhalb der US-Bundespolitik** dar und schuf den rechtlichen und operativen Rahmen für die sektorübergreifende Datenintegration und die internationale Koordinierung der Gesundheitspolitik.



SDG-Kennzahlen und Compliance-Infrastruktur (2015) [64](#)

Im Jahr 2015 verabschiedeten die Vereinten Nationen die Ziele für nachhaltige Entwicklung [65](#) (SDGs) und verankerten damit 17 miteinander verknüpfte Zielsetzungen in allen Bereichen der Weltpolitik. Anders als ihre [die Millenniums-Entwicklungsziele 66](#) Vorgänger, , **waren die SDGs um datengesteuerte Indikatoren [67](#), algorithmische Planung und leistungsbasierte Finanzierung [68](#) herum strukturiert** . Ziele wie SDG 3 (*Gesundheit*) , SDG 13 (*Klima*) und SDG 15 (*Leben an Land*) **machten es möglich, dass Gesundheits- und Umweltkennzahlen zu rechtlichen und finanziellen Hebeln wurden** . Die Einhaltung dieser Kennzahlen wurde an den Zugang zu Krediten der Weltbank, Unterstützung durch die WHO und UN-Programme geknüpft. Diese Phase markierte einen subtilen, aber tiefgreifenden Wandel: **Ethik wurde quantifizierbar und Moral programmierbar** . Die SDGs fungieren nun als universeller Rahmen zur Rechtfertigung von Interventionen auf Bevölkerungsebene anhand statistischer Schwellenwerte [69](#) statt anhand demokratischer Beratungen.



[Die Ziele für nachhaltige Entwicklung](#)

[esc](#)

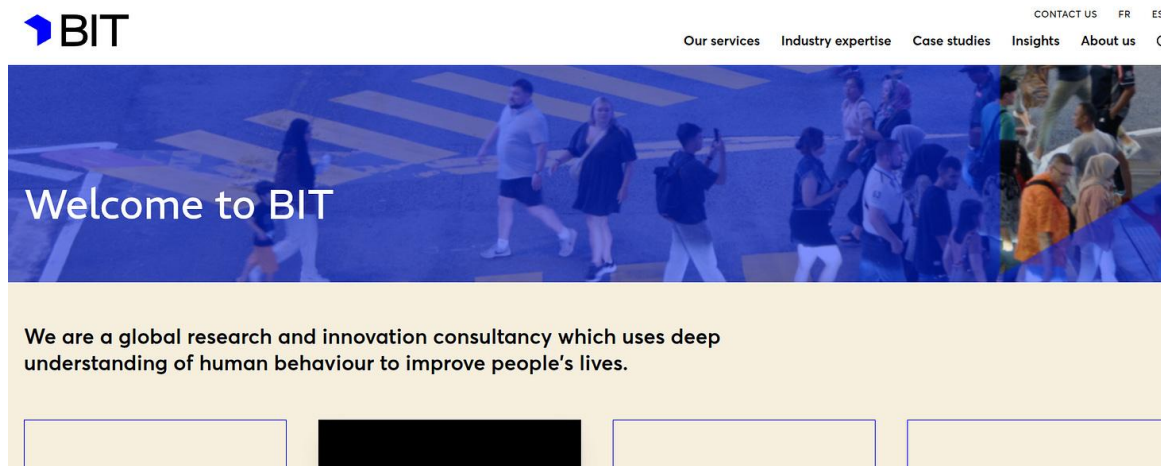
.

12. November 2024

[Lesen Sie die ganze Geschichte](#)

Behavioral Insights Teams und die Nudge Unit (2016–2020) [70](#)

Unter der Führung des britischen Behavioural Insights Team (BIT) integrierten Regierungen weltweit **psychologische Manipulation in ihre Gesundheitspolitik unter dem Deckmantel der „Nudge-Theorie“**. Diese Teams nutzten Verhaltensökonomie und Kognitionswissenschaft, um das Verhalten der Bevölkerung – *von der Impfbereitschaft bis zur Einhaltung der Ausgangsbeschränkungen* – ohne formellen Zwang zu steuern. **Während der COVID-19-Pandemie wurde Nudging zu einer anerkannten Form der Massengedankenkontrolle, wodurch die Grenze zwischen öffentlicher Gesundheitskommunikation und psychologischer Kriegsführung verwischte**. Die Gesundheitspolitik umfasste nun auch Wahrnehmungsmanagement als Infrastruktur.



Ein Rahmen zur Bekämpfung von Infektionskrankheitskrisen (2016) [71](#)

Die Kommission für ein globales Gesundheitsrisiko-Rahmenwerk der National Academy of Medicine stuft Infektionskrankheiten als „*vernachlässigte Dimension der globalen Sicherheit*“ ein und **forderte nach der Ebola-Krise jährlich 4,5 Milliarden US-Dollar für die Schaffung globaler Rahmenwerke für Gesundheitsrisiken**. Der Bericht richtete das Pandemic Product Development Committee ein, um die Zulassung, Herstellung und Verteilung medizinischer Produkte zu beschleunigen, einschließlich der „*Konvergenz von Regulierungsprozessen und -standards*“, der Vorabzulassung von Designs für klinische Studien und Mechanismen für die Bevorratung und Verteilung von Impfstoffen. Dieses Rahmenwerk **positionierte die Pandemievorsorge als ein Gebot der nationalen Sicherheit, das globale Koordination, verbesserte Kapazitäten der WHO und beschleunigte Forschung und Entwicklung erforderte**, und schuf damit die institutionelle Architektur, die später während COVID-19 für eine koordinierte internationale Reaktion und den Einsatz von Notfallprodukten operationalisiert wurde.

Review

The Neglected Dimension of Global Security: A Framework to Counter Infectious Disease Crises

Commission on a Global Health Risk Framework for the Future;
National Academy of Medicine, Secretariat

Washington (DC): National Academies Press (US); 2016 May 16.

PMID: 27336117 Bookshelf ID: NBK368394 DOI: 10.17226/21891

[Free Books & Documents](#)

PULL TEXT LINKS

PDF HTML PRINT

NAP #52

33

The Neglected

Dimension of

Global Security: A

Framework to

Counter Infectious Disease

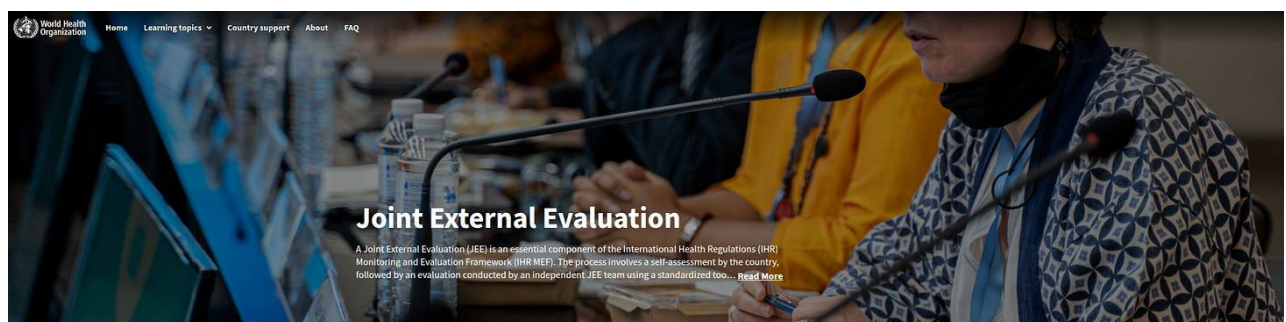
Crises

ACTIONS

Cite

• Gemeinsame externe Bewertungen (JEE, 2016+) [72](#)

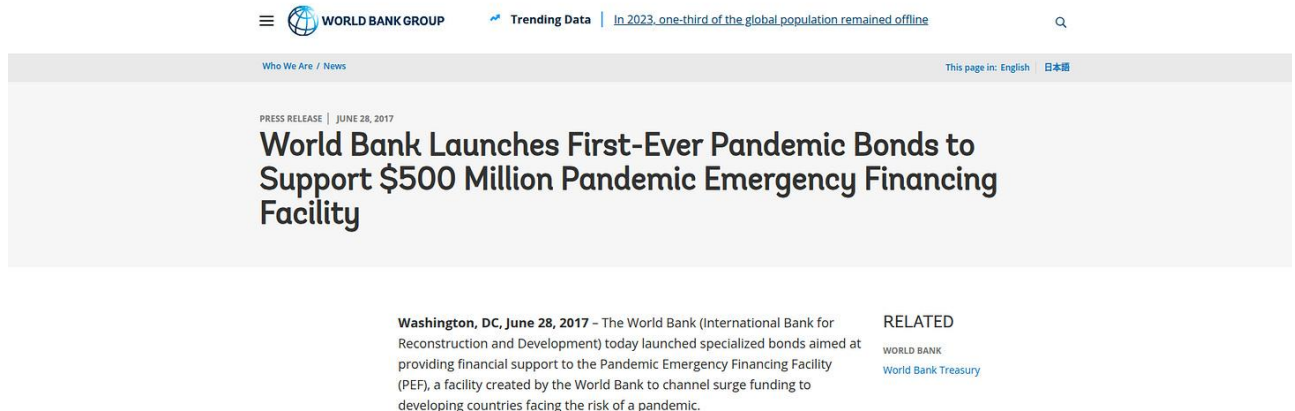
Im Rahmen der Internationalen Gesundheitsvorschriften von 2005 führte die WHO Peer-Review-Audits zur nationalen Gesundheitsvorsorge ein, die **die Einhaltung von Gesetzen an den internationalen Ruf und die Finanzierung knüpften**. Sie operationalisierte die leistungsorientierten Finanzierungsmechanismen, die durch GAVI entwickelt wurden, und baute gleichzeitig auf den durch GHSI geschaffenen Koordinierungsrahmen auf. **Der JEE-Prozess schuf standardisierte Maßstäbe zur Bewertung der nationalen Gesundheitssicherheitskapazitäten und ermöglichte so eine systematische Bewertung der Einhaltung der Überwachungs- und Reaktionsverpflichtungen der WHO durch die Länder**. Gleichzeitig wurde der Zugang zu internationaler Gesundheitsfinanzierung von der Erfüllung technokratischer Bereitschaftskriterien abhängig gemacht. Diese Initiative zeigte, wie die Einhaltung von Gesetzen durch Reputations- und Finanzmechanismen statt durch formelle Sanktionen durchgesetzt werden kann. Sie schuf den operativen Rahmen für die weltweite Umsetzung der Überwachungs- und Reaktionskapazitäten, die durch One-Health-Netzwerke entwickelt wurden, und schuf gleichzeitig den institutionellen Präzedenzfall dafür, nationale Souveränität von der Einhaltung internationaler Standards im Gesundheitsbereich abhängig zu machen.



Wirtschaftliche Durchsetzungsmechanismen 2017 [73](#)

Die Pandemie-Anleihen der Weltbank aus dem Jahr 2017 **führten spekulative Finanzierungen in die öffentliche Gesundheit ein und belohnten Investoren, wenn kein Ausbruch gemeldet wurde**. Diese Phase verwandelte die globale Gesundheitspolitik in ein

Zwangssystem: Algorithmische Bewertungen lösten Verpflichtungen aus, und Nichteinhaltung bedeutete wirtschaftliche Isolation. Die Gesundheitspolitik wurde zu einer Funktion der Finanzrisikomodellierung und der Vertragsdurchsetzung.



CEPI-Gründung (2017) [74](#)

Die in Davos ins Leben gerufene Koalition für Innovationen in der Epidemievorsorge wurde zu einem zentralen Bestandteil der „100-Tage-Impfstoff“-Mission und der Infrastruktur zur Reaktion auf COVID-19.



Nextstrain (2018) [75](#)

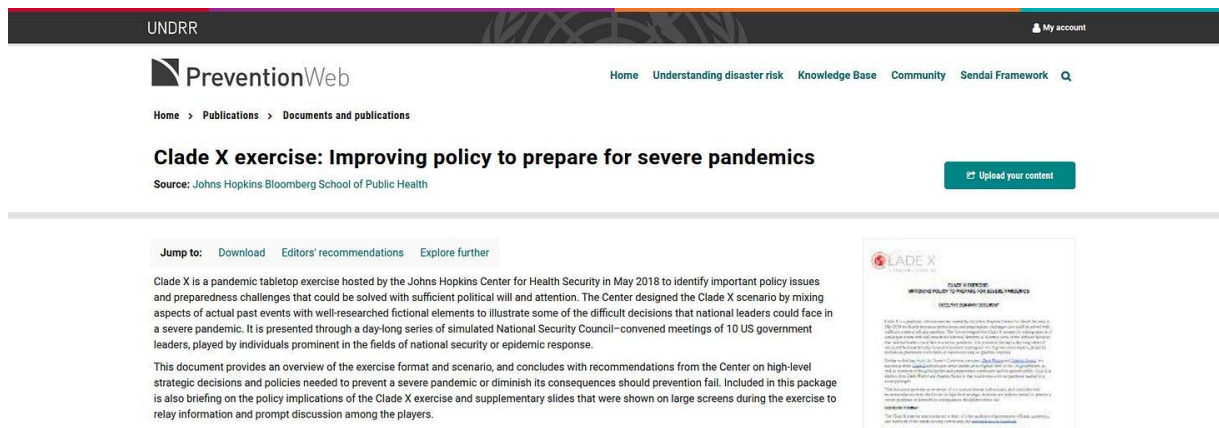
Nextstrain wurde von Trevor Bedford und Richard Neher entwickelt und schuf **Open-Source-Tools für die Echtzeitverfolgung und Visualisierung der viralen Genomentwicklung**. Dabei operationalisierte es die über ein Jahrzehnt durch GISAID gesammelten viralen Überwachungsdaten und baute gleichzeitig auf den durch die mathematische Epidemiologie entwickelten Rahmenwerken für prädiktive Modelle auf. Die Plattform **integrierte**

phylogenetische Analysen mit geografischer Kartierung und zeitlicher Verfolgung und wandelte Rohdaten der genomischen Überwachung in visuelle Entscheidungshilfetools um, die politische Interventionen in Echtzeit steuern konnten. Nextstrain demonstrierte, wie die virale Genomüberwachung automatisiert und demokratisiert werden kann, indem es die notwendige analytische Infrastruktur schuf, um koordinierte internationale Reaktionen auf der Grundlage viraler genetischer Veränderungen statt klinischer Ergebnisse zu rechtfertigen. Gleichzeitig **schuf es die technische Grundlage für die Echtzeit-Entscheidungsmaschinen für Pandemien, die während COVID-19 durch die Integration mit digitalen Kontaktverfolgungssystemen und Plattformen zur Verhaltensüberwachung operationalisiert werden sollten.** .

The screenshot shows the Bioinformatics journal homepage. At the top, there are navigation links for 'Journals' and 'Books', and a 'Sign in through your institution' button. The main header features the 'Bioinformatics' title and the 'iSCBS' logo. Below the header, there is a search bar and a 'Submit' button. The main content area displays the article 'Nextstrain: real-time tracking of pathogen evolution' by James Hadfield et al. The article is from Volume 34, Issue 23, December 2018. The article content is available as a PDF, and there are links for 'Split View', 'Cite', 'Permissions', and 'Share'. There are also advertisements for 'LONGITUDE PRIZE ON ALS' and 'mnda'.

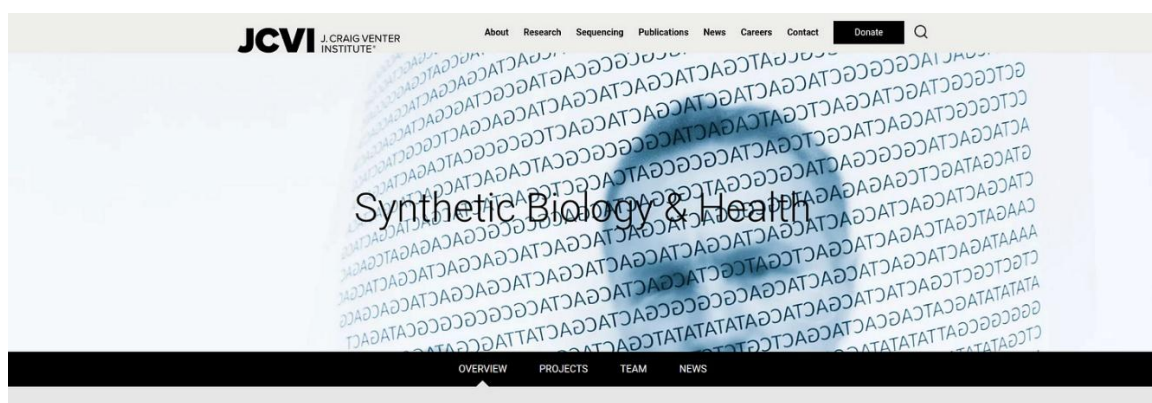
Clade X (2018) [76](#)

Bei dieser Übung, die am 15. Mai 2018 vom Johns Hopkins Center for Health Security durchgeführt wurde, **wurde ein gentechnisch verändertes Parainfluenza-Nipah-Hybridvirus simuliert, das von Terroristen im Kampf gegen die Überbevölkerung freigesetzt wurde. Dies führte weltweit zu 900 Millionen simulierten Todesfällen** . Die eintägige Simulation des Nationalen Sicherheitsrats deckte Systemfehler auf, darunter **fehlgeschlagene Impfstoffe, überlastete Gesundheitssysteme und die Unfähigkeit der Regierung, die Ausbreitung einzudämmen. In den USA werden innerhalb eines Jahres 0,5 bis 2 Millionen Todesfälle prognostiziert** . Clade X zeigte, dass die derzeitigen Pandemievorsorgemaßnahmen der USA für neuartige Krankheitserreger unzureichend sind, während gleichzeitig Szenarien für gentechnisch veränderte Biowaffen normalisiert und **operative Rahmenbedingungen für eine koordinierte internationale Reaktion auf eine Pandemie verfeinert wurden, die während COVID-19 aktiviert werden würde** .



mRNA-Plattform & Entwicklung des Biotech-Netzwerks (2018–2020) [77](#)

Die Biotechnologieinitiativen der DARPA und die Plattformen für synthetische Biologie von Craig Venter schufen Kapazitäten für eine schnelle genetische Reaktion, mit denen **die im Rahmen der Operation Warp Speed vorgesehenen Systeme zur Bereitstellung von Impfstoffen in Notfällen operationalisiert werden konnten**. Gleichzeitig bauten sie auf den Koordinierungsmechanismen der Pharmaindustrie auf, die im Rahmen von CEPI und früheren öffentlich-privaten Partnerschaften eingerichtet wurden. Die Entwicklung der mRNA-Plattform demonstrierte, wie Biotechnologie als Waffe für eine schnelle Intervention in der Bevölkerung eingesetzt werden kann. Sie schuf programmierbare Impfstoffsysteme, die auf der Grundlage von viralen Genomdaten, die über GISAID und Nextstrain gesammelt wurden, rasch modifiziert werden konnten, ohne dass herkömmliche Zeitpläne für die Impfstoffentwicklung eingehalten wurden. Diese technologische Infrastruktur **ermöglichte die „100-Tage-Impfmission in internationalen Foren beworbene“** und bewies, dass genetische Interventionen in bevölkerungsweitem Maßstab innerhalb von Zeitrahmen entwickelt und eingesetzt werden können, die mit den Protokollen zur Notfallverwaltung vereinbar sind. Gleichzeitig wurde die technische Grundlage dafür geschaffen, menschliche Populationen als programmierbare biologische Systeme zu behandeln, die auf der Grundlage algorithmischer Bedrohungsbewertungen einer schnellen genetischen Modifikation unterliegen.



Die Berliner Prinzipien (2019) [78](#)

Die Berliner Prinzipien von 2019 **aktualisierten die Manhattan-Prinzipien von 2004 und umfassten 10 Kernpunkte, die Klimawandel, Biodiversitätserhaltung und**

Gesundheitspolitik unter technokratischer Leitung integrieren . Das Dokument stellte ausdrücklich fest, dass *es „unmöglich ist, die menschliche Gesundheit isoliert von der Gesundheit anderer Tiere und der Umwelt zu schützen“*, indem es die Berücksichtigung der Gesundheit von Mensch und Tier formal gleichsetzte und den menschlichen Exzeptionalismus aus den Governance-Rahmenwerken verbannte. Die Prinzipien etablierten ein „*adaptives Management*“ unter Verwendung von Überwachungsdaten und **forderten gleichzeitig umfassende globale Überwachungsnetze, die die menschliche Gesundheit, Umweltsysteme und die Verfolgung der Biodiversität durch Plattformen wie GEOSS umfassen**. Die von Andrew Farlow mitverfassten und mit der Rockefeller-Lancet Planetary Health-Initiative verbundenen **Berliner Prinzipien operationalisierten One Health als Governance-System, das kollektives planetarisches Management über demokratische Rechenschaftspflicht und individuelle Rechte stellt** .



Die Berliner Prinzipien

[esc](#)

19. März 2024

[Lesen Sie die ganze Geschichte](#)

Eine Welt in Gefahr (2019) [79](#)

Der erste Jahresbericht des Global Preparedness Monitoring Board, **der im September 2019 veröffentlicht wurde, warnte vor einer „ sich schnell über die Luft verbreitenden Pandemie, die bis zu 80 Millionen Menschen töten, Volkswirtschaften stören und soziales Chaos verursachen könnte nur wenige Monate vor dem Auftreten von COVID-19 ausdrücklich “** . Die gemeinsame Initiative von WHO und Weltbank rief die Länder dazu auf, „*starke Produktionskapazitäten*“ aufzubauen, Genomsequenzen neuer Krankheitserreger unverzüglich auszutauschen und **die Pandemievorsorge über IWF und Weltbank in die wirtschaftliche Risikoplanung zu integrieren** . Der Bericht kritisierte den „*Kreislauf aus Panik und Vernachlässigung im Zusammenhang mit Pandemien*“ und forderte sieben dringende Maßnahmen in den Bereichen Führung, multisektorale Ländersysteme, Forschung und Entwicklung, Finanzierung sowie robuste internationale Koordinierung. **Unter der Leitung der ehemaligen WHO-Generaldirektorin Gro Harlem Brundtland** wurden die vorausschauenden Warnungen und konkreten Empfehlungen des Gremiums während der COVID-19-Reaktion in die Praxis umgesetzt. Dies zeigt, dass die **Pandemieplanung bereits Jahre vor dem erklärten Notstand bis hin zu detaillierten Umsetzungsplänen fortgeschritten war** .



[Home](#)
[About us](#)
[News](#)
[Reports](#)

[Home / Reports / m / item](#)

A World at Risk

GPMB 2019 Annual Report

18 September 2019 | Publication



Download (2.8 MB)

Overview

The GPMB published its first annual report in September 2019 titled, A World At Risk. This report provided a snapshot of the world's ability to prevent and contain a serious global health threat. It also called for seven urgent priority actions leaders must take to prepare across five areas: leadership, building multisectoral country systems, research and development, financing, and robust international coordination.

[العربية](#)
[中文](#)
[Français](#)
[Русский](#)
[Español](#)

Crimson Contagion (2019) [80](#)

Bei dieser groß angelegten Pandemieübung des HHS, die von Januar bis August 2019 durchgeführt wurde, **wurde ein aus China stammendes Atemwegsvirus simuliert, das 110 Millionen Amerikaner infizierte, 7,7 Millionen ins Krankenhaus eingeliefert und 586.000 Menschen tötete**. Der geheime Einsatzbericht enthüllte katastrophale Koordinationsfehler zwischen den Bundesbehörden. Die Rollen der Teilnehmer waren unklar, HHS und FEMA nutzten unterschiedliche Informationssysteme und es herrschte Verwirrung über die offiziellen Informationsquellen für das Weiße Haus. Dies war **die größte jemals vom HHS durchgeführte funktionale Pandemieübung und fand Monate vor COVID-19 statt**.

[Subscribe](#)
[Employee Login](#)
[IEM Puerto Rico](#)

[IEM 40 Years 1983-2023](#)

[INDUSTRIES](#)
[CAPABILITIES](#)
[ABOUT](#)
[INSIGHTS](#)
[CAREERS](#)

NOVEMBER 25, 2020

Pandemic Data for HHS's Crimson Contagion Exercise

Case Study: IEM Health

The U.S. Department of Health and Human Services' (HHS) Crimson Contagion Exercise (a pandemic influenza scenario) required synthetic data on pandemic cases for the players to be able to analyze epidemiological and contact tracing efforts.

Recognizing a Need

The most extensive functional exercise ever performed by the HHS, Crimson Contagion, was conducted in 2019, and covered all ten HHS and FEMA regions, 12 states, and all four time zones in the continental United States. The exercise was meant to focus on: the whole community response and policy issues of workforce viability; critical infrastructure protection; economic impact; non-pharmaceutical interventions; scarce resource allocation; prioritization of vaccines and other countermeasures; and medical surge operations. HHS required synthetic data on pandemic cases to be developed for the exercise and to be provided to the states participating in the exercise.



SEARCH

PRESS RELEASES

IEM Launches 20th Anniversary of Katrina Video Campaign

HUD Selects IEM for Community Compass Program Services

Disaster Experts Available to Provide Critical Insights on Readiness for the 2025 Hurricane Season

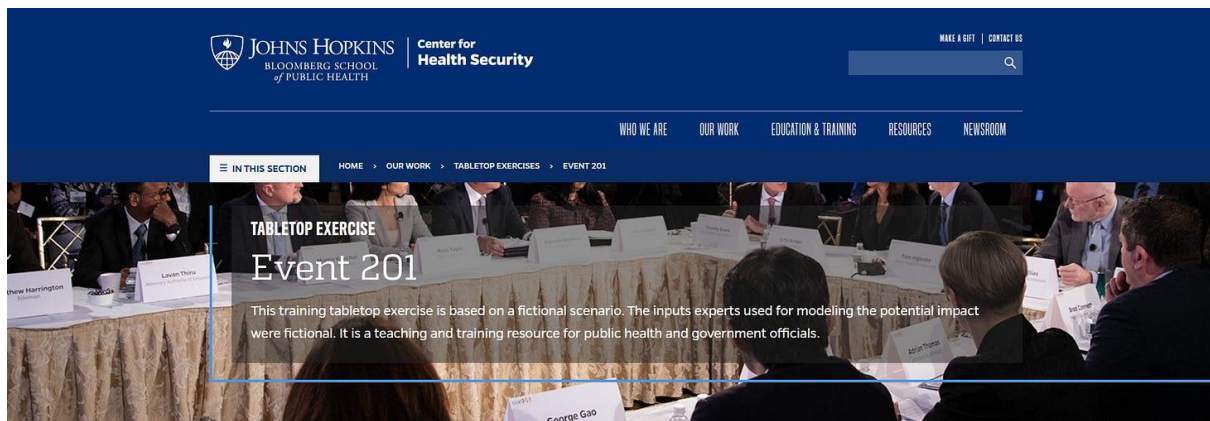
See all press releases

CASE STUDIES

Over \$1 Billion in Fraud Discovered and Documented by IEM's Fraud and Forensic Investigators, Using Innovative Fraud Tools to Deliver Custom Protection-Ready Law Enforcement Packages

Veranstaltung 201 (Oktober 2019) [81](#)

Diese Pandemie-Simulationsübung, die vom Johns Hopkins Center for Health Security, dem Weltwirtschaftsforum und der Gates Foundation nur wenige Monate vor COVID-19 durchgeführt wurde, „**zeigte anschaulich eine Reihe dieser wichtigen Lücken in der Pandemievorsorge**“ und skizzierte Mechanismen der öffentlich-privaten Zusammenarbeit.



Der Private Sector Roundtable für globale Gesundheitssicherheit (2020) [82](#)

Diese geheimnisvolle Organisation bezeichnet sich selbst als „*offizielle Stimme des Privatsektors innerhalb der globalen Gesundheitssicherheitsgemeinschaft*“, obwohl sie in der Öffentlichkeit nur minimal präsent ist – nur wenige Google-Ergebnisse und weniger als 1.000 Twitter-Follower nach siebenjähriger Tätigkeit. Unter der Leitung von Pharmamanagern wie Alan Tennenberg (*ehemals Johnson & Johnson*) Ashling Mulvaney (*ehemals AstraZeneca*) und umfasst der Roundtable Mitglieder wie BlackRock, die Gates Foundation, Rockefeller, Merck und Pfizer und wird weiterhin offiziell vom Weißen Haus unterstützt und hat Sitze im Lenkungsausschuss der Global Health Security Agenda . Ihre Empfehlungen fordern ausdrücklich erweiterte öffentlich-private Partnerschaften, „*nachhaltige Finanzierung und die Fähigkeit, in Krisenzeiten die notwendigen zusätzlichen Mittel auf supranationaler Ebene bereitzustellen*“, die digitale Transformation der Gesundheitsdatenanalyse und die Integration der Lieferkette als „*kritische Komponenten der globalen Gesundheitssicherheit*“. Die Organisation steht für die **formelle Institutionalisierung der Unternehmenserfassung im Pandemie-Governance-System und stellt sicher, dass Pharma- und Finanzinteressen direkten Einfluss auf die staatliche Gesundheitspolitik haben, während die demokratische Kontrolle umgangen wird** .



[Das PSRT](#)

[esc](#)

.

8. November 2023

[Lesen Sie die ganze Geschichte](#)

COVID-19 (2020–2023)

Die COVID-19-Pandemie demonstrierte die **umfassende Anwendung der Logik des Tierpopulationskontrolle auf den Menschen**. Lockdowns, Quarantänen, Impfvorschriften und digitale Zugangssysteme [83](#) wurden **durch algorithmische Bewertungen [84](#) ausgelöst und durch Notstandserklärungen gerechtfertigt**. Global harmonisierte Interventionen umgingen lokale politische Debatten, und die Bevölkerung akzeptierte technokratische Herrschaft weitgehend, sofern sie auf wissenschaftlicher Autorität beruhte. Diese Phase zeigte nicht nur, dass das System funktionieren konnte – sie zeigte, dass es bereits funktionierte.



[COVID 19](#)

[esc](#)

.

30. Mai

[Lesen Sie die ganze Geschichte](#)

Digitale Kontaktverfolgungs-Apps (TraceTogether, Exposure Notification, 2020) [85](#)

Aufbauend auf den durch GISAID und Nextstrain entwickelten Möglichkeiten zur Echtzeit-Virusüberwachung **entstanden mit digitalen Kontaktverfolgungsanwendungen**

Verhaltensüberwachungssysteme auf Smartphone-Ebene, die die

Bevölkerungsüberwachung über persönliche Geräte im Rahmen der Erfordernisse der öffentlichen Gesundheit operationalisierten. TraceTogether, entwickelt von der

Government Technology Agency Singapurs, und die Exposure Notification API von Google und Apple zeigten, wie die Pandemievorsorge eine umfassende digitale Verfolgung

menschlicher Bewegungen und sozialer Interaktionen rechtfertigen kann, während

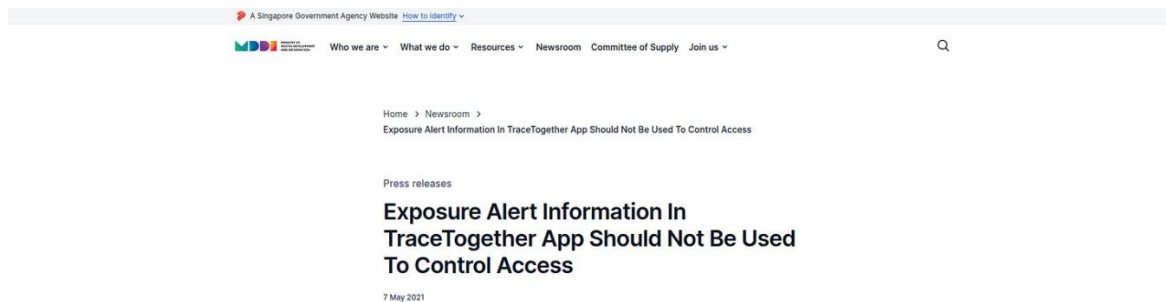
gleichzeitig **die technische Infrastruktur für eine Echtzeit-Veränderung des**

Bevölkerungsverhaltens geschaffen wird. Diese Anwendungen lieferten einen frühen Proof of Concept für Überwachungssysteme auf Smartphone-Ebene, die **individuelle**

Verhaltensdaten mit der Verfolgung des viralen Genoms integrierten, und schufen so die operative Grundlage für algorithmische Pandemiereaktionssysteme, die automatische

Interventionen auf der Grundlage digitaler Näherungsdaten statt klinischer Beurteilungen auslösen könnten, und schufen gleichzeitig einen Präzedenzfall für die Einbettung der

Gesundheitsüberwachung in die Infrastruktur persönlicher Computer.



- **Operation Warp Speed (2020)** [86 87](#)

Die öffentlich-private Partnerschaft in den USA **verkürzte die Zeitpläne für die Impfstoffforschung und -entwicklung von Jahren auf Monate**, indem sie die durch rechtliche Krisenmanagementrahmen geschaffenen Notfallregulierungswege operationalisierte und gleichzeitig auf den durch CEPI entwickelten öffentlich-privaten Koordinierungsmechanismen und den seit dem Koordinierungstreffen zwischen der WHO und der Industrie im Jahr 1998 bestehenden Partnerschaften zwischen der Pharmaindustrie aufbaute. **Operation Warp Speed demonstrierte, wie Notfallerkklärungen die normale behördliche Aufsicht umgehen können, während gleichzeitig die mit DARPA-Mitteln entwickelten mRNA-Plattformtechnologien und die durch JEE-Bewertungen geschaffene Überwachungsinfrastruktur zur Koordinierung der weltweiten Impfstoffverteilung genutzt werden.** Die Operation normalisierte Notfallzulassungsverfahren, die die Anforderungen klinischer Studien algorithmischen Risikobewertungen unterordneten, und schuf so einen operativen Präzedenzfall für die Durchführung experimenteller medizinischer Interventionen im Bevölkerungsmaßstab auf der Grundlage prädiktiver Modellierung statt langfristiger Sicherheitsdaten. Gleichzeitig wurde der Regulierungsrahmen für die Umsetzung der „100-Tage-Impfmission“ durch vorab genehmigte Notfallprotokolle geschaffen.



- **AvesTerra (2020)** [88](#)

Das dystopische Whitepaper der Georgetown University vom April 2020, verfasst von Peter Piot (*wie er selbst auf dem Sterbebett an Covid-19 behauptete*), Mark Dybul und JC Smart, kündigte effektiv **globale Test- und Rückverfolgungsmöglichkeiten unter Verwendung bereits vorhandener militärischer Überwachungstechnologie** an. AvesTerra, entwickelt im Rahmen des SIMPLEX-Programms der DARPA und mit Finanzierung durch die CDC, erstellte „*Hypergraph-Darstellungen großer Datenmengen*“ für die **Echtzeitverfolgung ganzer Bevölkerungen, mit clientseitiger Visualisierung durch die Fraym-Software, die „die Menschheit abbildet“**. Die Technologie wurde im September 2019 einsatzbereit –

Monate vor COVID-19 – und **bis August 2020 erfolgreich für die Pandemieüberwachung angepasst** . Das Georgetown-Papier **forderte die obligatorische globale Implementierung aufdringlicher Überwachungssysteme** mit der Begründung, dass „ wir uns nicht auf *Selbstauskünfte verlassen können* einheitliches globales System benötigten “ und „ nur“ ein , um wirksam zu sein. Dabei handelte es sich um den **Einsatz militärischer Informationskriegstechnologie** , die von den Naval Information Warfare Centers entwickelt wurde, als zivile Gesundheitsinfrastruktur unter dem Vorwand, die öffentliche Sicherheit zu schützen und einen Vertrauensverlust in die Regierung zu verhindern.



[Die Georgetownian Dystopie](#)

[esc](#)

.

19. Juni 2023

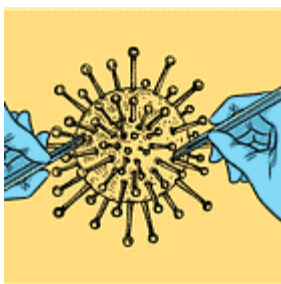
[Lesen Sie die ganze Geschichte](#)

Ein globaler Deal für unser Pandemiezeitalter (2021) [89 90](#)
Vorgeschlagen wurden mindestens **15 Milliarden US-Dollar pro Jahr an neuen internationalen Finanzmitteln (75 Milliarden US-Dollar über fünf Jahre)**, um vier **Lücken – Überwachung, nationale Systeme, medizinische Gegenmaßnahmen und Governance** – zu schließen, sowie etwa 1 % der inländischen Gesundheitsausgaben des **BIP in Ländern mit niedrigem und mittlerem Einkommen** ; gefordert wurde die Einrichtung eines Global Health Threats Fund (*FIF bei der Weltbank*) und eines Global Health Threats Board (Gesundheits- und Finanzminister der G20+, ähnlich dem FSB), um die von der WHO geleitete Gesundheitsgovernance mit der Finanzierung zu verknüpfen, WHO/One Health zu stärken und eine Hochfinanzierung über IFIs zu ermöglichen – und damit effektiv **die Weichen für Finanzierung und Governance zu stellen, die später vom Pandemiefonds umgesetzt wurden** .



Die Gain-of-Function-Ablenkung (2021-) [91](#)

Die intensive Konzentration auf den Ursprung von COVID-19 in Laboren dient als **strategische Ablenkung von der eigentlichen Funktion der Pandemie: der Implementierung einer vorgefertigten Governance-Infrastruktur unter Krisenbedingungen**. Die Gain-of-Function-Debatte **rechtfertigt implizit die politische Reaktion, indem sie akzeptiert, dass das Virus einzigartig gefährlich war**, während die wahre Waffe die Geschichte über das Virus war, nicht der Erreger selbst. Die Eigenschaften von COVID-19 scheinen bewusst auf politische Ermöglichung statt auf maximale Letalität ausgelegt zu sein – **neuartig genug, um beispiellose Maßnahmen zu rechtfertigen, aber mild genug, um die Funktionsfähigkeit der wesentlichen Überwachungsinfrastruktur aufrechtzuerhalten**. Die Pandemie führte zu einer „*indikatorbasierten Governance*“, bei der menschliches Urteilsvermögen durch automatisierte Schwellenwerte ersetzt wurde: Die Auslastung der Krankenhäuser löste Lockdowns aus, Fallzahlen bestimmten Reisegenehmigungen und die Impfbereitschaft bestimmte den Zugang zu Dienstleistungen. Diese Infrastruktur blieb dauerhaft einsatzbereit, selbst als sich das Virus zu einer endemischen Milde entwickelte. Dies zeigt, dass **COVID-19 keine Gesundheitskrise war, die bestimmte Richtlinien ermöglichte, sondern ein Infrastrukturprojekt, für dessen Umsetzung ein Gesundheitskrisen-Narrativ erforderlich war**.



[Die Gain-of-Function-Ablenkung](#)

[esc](#)

.

18. Juni

[Lesen Sie die ganze Geschichte](#)

Digitale Zertifikate und Zugangskontrolle der WHO (2021) [92](#) [93](#) [94](#) [95](#) [96](#) [97](#)

Während der *angeblichen* COVID-19-Pandemie veröffentlichte die Weltgesundheitsorganisation ihre globale Spezifikation für **die digitale Dokumentation von COVID-19-Zertifikaten (DDCC)**. Dieser technische Standard wurde zum Prototyp für digitale Gesundheitspässe, **da er die digitale Identitätsprüfung mit Impfdaten und Testergebnissen kombiniert**. Der DDCC, der sich an den ISO- und IATA-Standards orientierte, ermöglichte einen Echtzeit-Ausschluss von Reisen, der Arbeit oder den Dienstleistungen auf Grundlage eines algorithmisch ermittelten Gesundheitszustands. Obwohl als vorübergehend konzipiert, **wurde er zum operativen Testfall für die Integration biometrischer Identität, Überwachung und Verhaltenskontrolle in ein globales Zugangssystem**. Der DDCC klassifizierte Gesundheitsdaten effektiv als Governance-Infrastruktur neu und markierte damit einen Wandel von der öffentlichen Gesundheit zur programmierbaren Staatsbürgerschaft, bei dem **soziale Teilhabe an die Einhaltung algorithmisch definierter Schwellenwerte geknüpft wird**.



[Inklusiver Kapitalismus](#)

[esc](#)

.

29. Mai

[Lesen Sie die ganze Geschichte](#)

The image is a screenshot of a webpage from the Center for Global Development (CGD). The header includes the CGD logo and navigation links for Research, Commentary, Experts, and Events. The main content area features a "CGD NOTE" titled "A COVID Vaccine Certificate: Building on Lessons from Digital ID for the Digital Yellow Card". Below the title is a "DOWNLOAD PDF" button. The authors are listed as Alan Gelb and Anit Mukherjee, dated February 11, 2021. A section titled "More From the series" shows a sequence of three images: a green document, a smartphone displaying a QR code, and a white document. The "Introduction" section discusses COVID-19 vaccination efforts and the role of a COVID Vaccine Certificate (CVC) as a functional ID. It mentions that the CVC will be a formidable challenge due to the need for international cooperation and implementation in mass vaccination campaigns across different health management systems and ID systems.

Globale Strategie für digitale Gesundheit 2020–2025 [98](#)

Die von der 73. Weltgesundheitsversammlung verabschiedete digitale Gesundheitsstrategie der WHO **verankerte den Wandel von der klinischen Medizin zur algorithmischen Steuerung** durch das *Internet der Dinge*, *virtuelle Gesundheitsversorgung*, *Fernüberwachung*, *künstliche Intelligenz*, *Big-Data-Analysen*, *Blockchain* und *Smart Wearables* und etablierte globale Rahmenbedingungen für die Gesundheitsüberwachung in Notfällen. Die Strategie betont *Informationszentren für die Krankheitsüberwachung*, *um bei Epidemien und anderen gesundheitlichen Notfällen zeitnahe Entscheidungen zu treffen und umzusetzen*. Gleichzeitig stärkt sie die Steuerung der digitalen Gesundheit auf nationaler und internationaler Ebene durch regulatorische Rahmenbedingungen. Die Globale Initiative für digitale Gesundheit 2023 operationalisierte diese Rahmenbedingungen, indem die WHO Netzwerke von Interessenvertretern verwaltete, um die Umsetzung der WHO-Normen und -Standards für die digitale Transformation des Gesundheitssystems zu erleichtern. Diese Strategie **ermöglicht die direkte Umsetzung der SDGs durch digitale Identitätsprüfung und Gesundheitsüberwachung und schafft die technische Infrastruktur für Verhaltenskontrolle auf Bevölkerungsebene**. getarnt als Modernisierung des Gesundheitswesens und Pandemievorsorge.

The screenshot shows the WHO website interface. At the top, there's a navigation bar with 'Global' and 'Regions' dropdowns, a search icon, and a 'Select language' dropdown. Below this is the WHO logo and a 'Donate' button. A secondary navigation bar includes 'Home', 'Health Topics', 'Countries', 'Newsroom', 'Emergencies', 'Data', and 'About WHO'. The main content area has a breadcrumb trail: 'Home / Publications / Overview / Global strategy on digital health 2020-2025'. The title 'Global strategy on digital health 2020-2025' is prominently displayed, followed by the date '18 August 2021 | Publication'. On the left, there's a thumbnail of the strategy document cover with a 'Download (3.6 MB)' button. The 'Overview' section states the purpose of the strategy and provides a link to access all available languages. On the right, a sidebar lists 'WHO TEAM' (Digital Health and Innovation (DHI)), 'EDITORS' (World Health Organization), 'NUMBER OF PAGES' (50), 'REFERENCE NUMBERS' (ISBN: 978-92-4-002092-4), and 'COPYRIGHT' information with icons for CC, BY, NC, ND. At the bottom right, there are buttons for 'Français' and 'Español'.

Impfagenda 2030 (2022) [99](#)

Die Immunisierungsagenda 2030 der WHO hat einen globalen Rahmen für „*lebenslang anhaltende Impfungen*“ geschaffen, der auf sieben strategischen Prioritäten basiert und **eine allgemeine Gesundheitsversorgung, umfassende Überwachungssysteme und digitale Gesundheitsinformationsnetzwerke** integriert. Die von allen WHO-Mitgliedsstaaten unterstützte Agenda fördert eine „*gleichberechtigte Impfdeckung*“ aller Altersgruppen und bettet Impfprogramme in eine umfassendere Infrastruktur der Gesundheitsverwaltung ein, die robuste Lieferketten, Echtzeit-Überwachungssysteme und öffentlich-private Partnerschaften umfasst. Der Rahmen **fordert ausdrücklich die Vorbereitung auf „Krankheit X“ und positioniert Impfungen als zentrale Faktoren für die globale Gesundheitssicherheit, die Umweltgesundheit und die sozialen Determinanten der Gesundheit im Rahmen der One-Health-Prinzipien**.



Die Immunisierungsagenda 2030

[esc](#)

.

13. Oktober 2023

[Lesen Sie die ganze Geschichte](#)

Ganzheitliche globale Gesundheitssicherheit (2022) [100](#)

Der Global Health Council hat die „*Ganzheitliche Globale Gesundheitssicherheit*“ als umfassenden Rahmen eingeführt, der **Gesundheitspolitik mit Klimawandel, antimikrobieller Resistenz, Wirtschafts- und Sozialpolitik, Überwachungssystemen und Gerechtigkeitsnarrativen in einem einzigen „multidisziplinären“ Ansatz** zusammenführt. Diese Initiative geht über traditionelle nationale Sicherheitsrahmen hinaus und fordert eine **systematische Integration der Gesundheitssysteme mit allgemeiner Krankenversicherung, Überwachung der sozialen Determinanten der Gesundheit und „naturbasierten Lösungen“**. Gleichzeitig wird die **kollektive Sicherheit betont, die „alle Menschen in den Mittelpunkt stellt“**. Der Rahmen verknüpft Gesundheitssicherheit ausdrücklich mit Governance-Strukturen, Kommunikationsstrategien, Personalmanagement und widerstandsfähiger Infrastruktur und **konsolidiert so effektiv mehrere Bereiche sozialer Kontrolle unter dem Dach des globalen Gesundheitsschutzes und des Prinzips, niemanden zurückzulassen**.



Ganzheitliche globale Gesundheitssicherheit

[esc](#)

.

21. Mai 2024

[Lesen Sie die ganze Geschichte](#)

Planetare Kontrollinfrastruktur (2023–2025) [101](#) [102](#)

Die letzte Stufe ist die planetare Simulation und digitale Durchsetzung. Systeme wie Digital Public Infrastructure [103](#) (DPI), Digital Twins und Microsofts Planetary Computer [104](#) simulieren nun Individuen, Ökosysteme und Verhaltensweisen in Echtzeit. Diese Plattformen – *angebunden an die WHO, die Weltbank, die ISO und die G20* – bilden einen kybernetischen Governance-Kreislauf. **Politische Entscheidungen basieren zunehmend auf Simulationsergebnissen, die durch digitale IDs, programmierbares Geld und KI umgesetzt werden. Das Ziel, „Mensch und Natur in Einklang zu bringen“, ist nun technisch umsetzbar.**



Der digitale Zwilling

[esc](#)

.

27. Juli 2024

[Lesen Sie die ganze Geschichte](#)

One Health-Personalentwicklung und Integration von Klima und Gesundheit (2023)

Vanessa Kerry, Tochter des US-Politikers John Kerry und Young Global Leader des Weltwirtschaftsforums, wurde in eine WHO-Position berufen, deren Schwerpunkt auf der Entwicklung von One-Health-Personal und der Integration von Klima- und Gesundheitsthemen liegt. Als CEO von Seed Global Health – *einer mit Pfizer und Moderna kooperierenden Organisation* – beaufsichtigt Kerry medizinische Ausbildungsprogramme in Entwicklungsländern, die mit dem nachhaltigen Entwicklungsziel 3.c zur Stärkung des Gesundheitspersonals übereinstimmen. Ihre Ernennung fördert die **globale Standardisierung von One-Health-Ausbildungsprotokollen** und erweitert gleichzeitig die Überwachungs- und Interventionsmöglichkeiten in ressourcenarmen Umgebungen. Sie steht für die **Institutionalisierung von Klima- und Gesundheitsnarrativen im Rahmen der internationalen Entwicklung von Gesundheitspersonal und die Integration von Partnerschaften mit der Pharmaindustrie in die globale Gesundheitssicherheitsinfrastruktur der WHO.**



[Vanessa Kerry.](#)

[esc](#)

.

22. Juni 2023

[Lesen Sie die ganze Geschichte](#)

• **INB schließt letzte Verhandlungsphase ab. (März 2024)** [105](#)

Das Zwischenstaatliche Verhandlungsgremium (INB), das als zentraler Ausarbeitungsmechanismus des Vertrags eingerichtet wurde, **konsolidiert formell die globalen Governance-Funktionen in den Bereichen Gesundheit, Finanzen, Zivilgesellschaft und Compliance-Infrastruktur**. Der INB-Prozess verankert die Autorität der Interessengruppen, gleicht die Rechtssprache mit den IGV 2005 und den SDG-Kennzahlen ab und institutionalisiert die supranationale Koordinierungsrolle der WHO gemäß Artikel 13A.

• **WHO veröffentlicht endgültigen Kompromissrahmen. (Juni 2024)**

Trotz der Behauptungen einer Abschwächung behält der überarbeitete Vertragstext die verbindliche, auf DPI basierende Durchsetzung, operative Auslöser über IHR 13A und die Übergabe der Streitbeilegung an multilaterale Organisationen bei. Die Rechtshoheit wird durch indikatorbasierte Delegation und Stakeholder-Governance umgangen.



[WHO-Pandemie-Übereinkommen \[April 2024\]](#)

[esc](#)

.

24. April 2024

[Lesen Sie die ganze Geschichte](#)

Gemeinsamer Compliance-Stack von WHO, UNDP und WEF aktiviert. (2025) [106](#)

Die Einführung der einheitlichen **digitalen öffentlichen Infrastruktur (DPI)** und des **Rahmens zur Durchsetzung digitaler IDs** beginnt unter der gemeinsamen Führung von WHO, UNDP und WEF. Zu den Systemen gehören der GIDH-Gesundheitsdatenaustausch, die ID4D/MOSIP-Identitätsintegration, ESG-gesteuerte Finanzinstrumente und biometrische Risikobewertungen. Der Pandemievertrag fungiert als rechtlicher Rückhalt; **WHO- und UN-Agenturen übernehmen die zentrale Steuerung der weltweiten Infrastruktur zur Einhaltung gesundheitsbezogener Verhaltensregeln**.

The screenshot shows the ID TECH website with a dark header. The top navigation bar includes links for Newsletter, Contact Us, and Our Services. Below the header, there's a blue banner for Facetec with the text "\$600,000 Spoof Bounty Program". The main navigation menu lists: BIOMETRICS, NEWS, DEEPFAKES & AI, APPLICATIONS, SOLUTIONS, COMPANIES, PODCASTS, and EVENTS. A search bar is located on the right. The main content area features an article titled "World Economic Forum Pushes for Next-Gen Digital Public Infrastructure with New Initiative" dated April 28, 2025. The article text states: "The World Economic Forum (WEF) has launched the Connected Future Initiative, a global effort aimed at advancing Digital Public Infrastructure (DPI) to better support emerging technologies including biometrics, artificial intelligence (AI), extended reality (XR), and quantum computing. The program is housed within WEF's Centre for the Fourth Industrial Revolution and brings together over 200 organizations, including major technology firms such as Amazon, Google, Microsoft, and Hitachi." It further explains: "The Connected Future Initiative aims to address the widening gap between existing digital infrastructure and rapidly evolving technological capabilities. According to Dylan Reim, Lead of the initiative, and Judith Vega of WEF's Metaverse Initiative, 'Without an intentional, future-oriented approach to DPI, societies risk falling behind in the digital transformation race, exacerbating existing inequalities and inefficiencies.'" To the right of the article is a "LISTEN NOW" button for the "ID TALK PODCAST". Below the article is a "PARTNERS" section featuring the Facetec logo and a description of their 3D Face Verification and Reverification software, which anchors digital identity and creates a chain of trust from user onboarding to ongoing authentication on all modern smart devices and webcams. It mentions that Facetec's 3D FaceMaps are trusted, remote identity verification solutions, backed by a persistent spoof bounty program and ISO 15408 Certified Information Protection Standard (CISPA) in the EU.

Der WHO-Pandemievertrag (2025) [107](#)

Mit der Kodifizierung wurde die Umwandlung vorübergehender Notfallmaßnahmen in dauerhaftes Völkerrecht abgeschlossen. Durch die Ausweitung der Definition des „*Pandemiepotenzials*“ um Umwelt- und Verhaltensrisikofaktoren wurde die Befugnis zur präventiven Steuerung der Bevölkerung kodifiziert. Interessengruppen, einschließlich privater Unternehmen, sind nun formal an der Entscheidungsfindung beteiligt. Dieser Vertrag legt die Struktur fest:

prädiktive Modellierung → rechtliche Aktivierung → Intervention der Interessengruppen → wirtschaftliche Durchsetzung.



[Der Pandemie-Vertrag](#)

[esc](#)

31. Mai

[Lesen Sie die ganze Geschichte](#)

Fazit: Architektur der globalen Kontrolle

Im Jahr 2025 näherte sich die letzte Phase einer jahrzehntelangen Transformation ihrem Abschluss. Was als moralischer Imperativ zum Schutz der menschlichen Gesundheit begann, wurde zur operativen Logik eines globalen Compliance-Regimes. Der Pandemievertrag, der als Instrument der humanitären Vorsorge verkauft wurde, fungierte als Schlussstein – er verband ein Netz bereits bestehender Systeme zu einer integrierten Kontrollarchitektur.

Im Zentrum dieser Architektur steht das System „**Pathogen Access and Benefit-Sharing**“ . Trotz seines Namens handelt es sich hierbei nicht um ein Backoffice-System, das sich mit Proben beschäftigt; es fungiert vielmehr als Herzstück des Systems, als Ort, an dem **der Zugang zu Technologie, geistigem Eigentum, Finanzierung, Vorräten und sogar zu einem guten Ruf von der Einhaltung von Regeln abhängig gemacht wird** . In Verbindung mit den KPIs von One Health und den SDGs **verwandelt PABS „Gesundheit“ in eine Berechtigungsebene** : Indikatoren speisen Modelle, Modelle weisen Vorteile zu, und Zuteilungen generieren Feedback, das die Indikatoren neu definiert.

Das Pandemieabkommen verhält sich wie eine Verfassung, aber PABS ist das Betriebssystem, das es betreibt.



[Zugang zu Krankheitserregern und Vorteilsausgleich](#)

[esc](#)

.

14. Aug.

[Lesen Sie die ganze Geschichte](#)

Integriert man dies in die neue Clearinghouse-Logik, wird das Bild klarer. Mit der Aktualisierung der IGV 2024, dem Übereinkommen und PABS befindet sich die WHO in einer Schlüsselposition: Sie muss nicht jeden Akteur im Detail verwalten, sondern nur noch die Unbedenklichkeit definieren und die Abläufe abstimmen. „**Gerechtigkeit**“ **wird zur Anspruchsberechtigung** ; die IGV liefern die Auslöser und Dashboards; PABS regelt

Zuteilung und Sperren; digitale IDs und umfassendere DPI-Schienen sorgen für eine grenzüberschreitende Durchsetzung. **Die Frage ist nicht mehr, wer Fairness verdient; das System berechnet lediglich, wer Anspruch auf „Gerechtigkeit“ hat**, und wird so zu einer Clearingstelle für Gesundheitsgerechtigkeit.



[Das Health Equity Clearinghouse](#)

[esc](#)

.

30. Aug.

[Lesen Sie die ganze Geschichte](#)

Die **UN-Notfallplattform** ist die Zündschnur, die das Ganze zum Leuchten bringt. **Die Erklärung eines „komplexen globalen Schocks“**, der typischerweise durch eine globale Modellierungssimulation, eine „Black Box“, vorhergesagt wird und der sich leicht auf ein weiteres simuliertes Ereignis im Zusammenhang mit dem Klimawandel beziehen ließe, **bringt die Bereiche Finanzen, Standards, Identität, Rechnungsprüfung, Datenaustausch und Beschaffung in einem einzigen Schritt zusammen und verwandelt weiches Recht durch Infrastrukturabhängigkeit in harte Beschränkungen**.

Die Teilnahme bleibt nominell freiwillig, wird jedoch kommerziell obligatorisch: Sobald die Plattform gestartet ist, kann die Teilnahmeberechtigung im großen Maßstab umgeschaltet werden – Kapital, Märkte, Mobilität.



[Die UN-Notfallplattform](#)

[esc](#)

.

1. September

[Lesen Sie die ganze Geschichte](#)

Dies ist die algorithmische Umkehrung, die Modell, Geld und Mandat verbindet. **Indikatoren steuern Modelle; Modelle legen Schwellenwerte für „Risiko“ und „Eigenkapital“ fest; das Zahlungssystem erzwingt die Ergebnisse**. Mit ESG-gesteuerten Krediten, stressgetesteten Bilanzen und programmierbarer Währung wird Tugend zum Parameter: **Metrik → Telemetrie → Hauptbuch → Berechtigung**.

Die moralische Geschichte – *Gerechtigkeit, Widerstandsfähigkeit, Solidarität* – fließt als Rechtfertigung nach unten, während **die Kontrolle über das Apex-Ledger, das Transaktionen und Berechtigungen validiert, nach oben fließt**. Die Gesundheit liefert über PABS das soziale Signal, die Notfallplattform den Notschalter und **Geld den bedingten Engpass**.



[Architektonische Umkehrung](#)

[esc](#)

.

12. September

[Lesen Sie die ganze Geschichte](#)

Unter dem Deckmantel einer „**ganzheitlichen**“ **Gesundheitssicherheit wurden unterschiedliche Bereiche** – *Infektionskrankheiten, Klimawandel, Verlust der Artenvielfalt, Nahrungsmittelsysteme, psychische Gesundheit, wirtschaftliche Risiken und sogar sozialer Zusammenhalt* – **in einem einzigen, totalisierenden Rahmen gebündelt**.

Was einst Wissenschaft war, wurde zur Simulation; was einst Souveränität war, wurde zum Konsens der Interessengruppen. **Nach dieser neuen Logik wurden alle Krisen zu einer einzigen Krise, und alle Reaktionen basierten auf einem einzigen Modell**.



Ganzheitliche globale Gesundheitssicherheit

esc

.

21. Mai 2024

Lesen Sie die ganze Geschichte

Der Kernmechanismus ist **eine globale Modellierung, die durch eine digitale Identitätsinfrastruktur durchgesetzt wird**. Internationale Organisationen bieten keine Leitlinien mehr, sondern geben Prognosen heraus. Diese Prognosen wurden zu Verpflichtungen, die durch algorithmische Schwellenwerte operationalisiert und durch bedingte Finanzierung, biometrische Compliance und Verhaltensanreize durchgesetzt wurden. Das Modell ersetzte das Mandat.

Was entstand, war keine Regierungsführung, sondern **eine Regierungsführung ohne Politik**. Nicht Fürsorge, sondern Kontrolle durch die **Verschmelzung von öffentlicher Gesundheit, ökologischer Verantwortung und Risikomanagement** – *gefeiert als Durchbruch im „Silo-sprengenden Systemdenken“* – lief auf eine neue Art von **vorausschauendem Autoritarismus** hinaus.

Der Mensch, der als Risikoüberträger und CO2-Emittent neu definiert wird, **befindet sich heute in einer kontinuierlichen Krisenschleife**, wird ständig gemanagt, ständig überwacht – und ist nie frei.

Was umgesetzt wurde, sind nicht bloß Verträge, sondern ein globales Betriebssystem – ein moralischer, technischer und rechtlicher Rahmen, **der die Bevölkerung in Echtzeit regieren soll**. Und die größte Innovation war nicht die Verschmelzung von Gesundheit und Klima, sondern die Auslöschung aller Bereiche, in denen die Regierungsführung angefochten werden konnte.



Der Weg zum algorithmischen Autoritarismus

esc

.

1. September

Lesen Sie die ganze Geschichte