

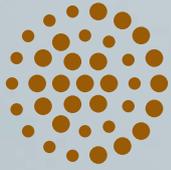
Aus der Pandemie Hoffnung schöpfen:

**EINE NEUE STRATEGIE
FÜR GESUNDHEIT UND
NACHHALTIGE ENTWICKLUNG**

BERICHT DER

Paneuropäischen Kommission für
Gesundheit und nachhaltige Entwicklung

September 2021



Paneuropäische Kommission für *Gesundheit und nachhaltige Entwicklung*

Eine unabhängige Kommission
einberufen von

Hans Henri P. Kluge
WHO-Regionaldirektor für Europa

unter dem Vorsitz von

Mario Monti
Präsident der Bocconi-Universität und
ehemaliger Ministerpräsident Italiens

Auftrag: Überdenken der politischen Prioritäten vor dem Hintergrund von Pandemien

Dies ist der Abschlussbericht der Paneuropäischen Kommission für Gesundheit und nachhaltige Entwicklung. Er folgt auf den Handlungsappell vom März 2021.

Die Empfehlungen, die aus der Arbeit der Kommission hervorgingen, beruhen auf einer Bestandsaufnahme der Evidenz, die in Verbindung mit dem Hauptbericht veröffentlicht wird.

.....

Kopenhagen
September 2021

<https://www.euro.who.int/de/health-topics/health-policy/european-programme-of-work/pan-european-commission-on-health-and-sustainable-development>

Zusammenfassung	1	Ziel 5: Ein förderliches Umfeld für Investitionen in die Gesundheit schaffen	26
Die Folgen der COVID-19-Pandemie und die Lehren daraus		Zwischen Ausgaben für konsumierte Gesundheitsleistungen und zukunftsorientierten Investitionen unterscheiden	26
Vorbereitung auf die Zukunft	6	Öffentliche Investitionen in Präventions-, Vorsorge- und Gegenmaßnahmen erhöhen	27
Werdegang der Pandemie	6	Die Überwachung der Gesundheitssysteme stärken	28
Auswirkungen der Pandemie	7	Gesundheitsbezogene Überlegungen in Wirtschaftsprognosen einbeziehen	29
Lehren aus der Pandemie	8		
Die Arbeit der Kommission	9	Ziel 6: Die Politiksteuerung im Gesundheitsbereich auf globaler Ebene verbessern	31
Ziel 1: Den einheitlichen Gesundheitsansatz auf allen Ebenen operationalisieren	13	Einen globalen Gesundheitsrat unter dem Dach der G20 einsetzen	32
Die biologische Vielfalt und das Klima schützen – eine Absicherung auf allen Ebenen	14	Einen Pandemievertrag vereinbaren	33
Verpflichtungen auf nationaler Ebene	15	Eine globale Regelung für Pandemieimpfstoffe erarbeiten	33
Verstärkte Zusammenarbeit auf internationaler Ebene	15		
Ziel 2: Auf allen Ebenen der Gesellschaft Maßnahmen zur Überwindung der Spaltungen treffen, die durch die Pandemie noch verschärft wurden	17	Ziel 7: Die Politiksteuerung im Gesundheitsbereich in der paneuropäischen Region verbessern	35
Den Unsichtbaren Sichtbarkeit verleihen	17	Ein paneuropäisches Netzwerk für Krankheitsbekämpfung einrichten	36
Ungleichheiten abbauen	18	Einen Paneuropäischen Rat für Gesundheitsgefahren	36
Das Vertrauen stärken	18	Prioritär in Plattformen für den Datenaustausch und die Dateninteroperabilität investieren	37
Die Teilhabe von Frauen an Führungspositionen und darüber hinaus sicherstellen	19	Die notwendige Finanzierung sichern, damit die WHO ihren Auftrag erfüllen kann	37
Ziel 3: Innovationen zugunsten der Verbesserung des einheitlichen Gesundheitsansatzes unterstützen	20	Absichten in die Tat umsetzen	38
Eine strategische Überprüfung von Bereichen mit ungedecktem Bedarf vornehmen	20	Tabelle: Umsetzung im Überblick: Was ist zu tun, wie, von wem und wann	41
Innovationspartnerschaften aufbauen	21		
Lernende Gesundheitssysteme unterstützen	21	Anhang: Zusammenarbeit der Paneuropäischen Kommission mit der G20 im Hinblick auf die Einsetzung eines Gesundheitsrats	52
Ziel 4: In leistungsstarke, widerstandsfähige und inklusive Gesundheitssysteme investieren	22		
Die Infrastruktur der Gesundheitssysteme stärken	23		
Gesundheitspersonal gewinnen, schulen und binden	24		
Gesundheits- und Sozialwesen verschmelzen	25		

„Die Länder können diese Empfehlungen nun für einen Wiederaufbau zum Besseren verwenden. Ich hoffe sehr, dass die nationalen Regierungen sorgfältig prüfen werden, wie sie die Empfehlungen annehmen und umsetzen können.“



Als ich beschloss, im September 2020 die Paneuropäische Kommission für Gesundheit und nachhaltige Entwicklung einzuberufen, war ich von dem Wunsch getragen, dem Gesundheits- und Sozialwesen einen hohen Stellenwert auf der politischen Tagesordnung zu verschaffen. Ziel war es, eine Bestandsaufnahme der Lehren aus der COVID-19-Pandemie vorzunehmen und hochrangige Entscheidungsträger zu Maßnahmen zu bewegen, die uns vor künftigen gesundheitlichen Bedrohungen schützen und Fortschritte in Bezug auf Gesundheit und nachhaltige Entwicklung in der gesamten paneuropäischen Region ermöglichen würden.

Neu an dieser unabhängigen Kommission sind ihr multidisziplinärer Charakter und ihre Zusammensetzung aus herausragenden Persönlichkeiten aus dem Gesundheitsbereich und darüber hinaus mit reichhaltigen Erfahrungen in Politik, Verwaltung und Management.

Mein herzlicher Dank gilt Prof. Mario Monti, dem ehemaligen Ministerpräsidenten und Finanzminister Italiens und früheren Mitglied der Europäischen Kommission, für seine Führungsrolle bei der Übernahme einer so ehrgeizigen und anspruchsvollen Aufgabe sowie allen Kommissionsmitgliedern für die Tatkraft, Zeit und Erfahrung, die sie diesem wichtigen Anliegen gewidmet haben. Ganz besonders möchte ich dem wissenschaftlichen Koordinator, Prof. Elias Mossialos von der London School of Economics and Political Science, und dem Vorsitzenden des wissenschaftlichen Beirats, Prof. Martin McKee von der London School of Hygiene and Tropical Medicine, und seinen Ko-Vorsitzenden Dr. Natasha Azzopardi Muscat und Dr. Josep Figueras sowie der Beraterin des Kommissionsvorsitzenden, Prof. Aleksandra Torbica, danken.

Dieser Bericht, der den Mitgliedstaaten auf der 71. Tagung des WHO-Regionalkomitees für Europa vorgelegt wird, liefert uns umsetzbare Handlungsempfehlungen, die sich auf fundierte wissenschaftliche Erkenntnisse stützen und uns erneut die zentrale Rolle der Wissenschaft und wissenschaftlicher Erkenntnisse bei der Bestimmung der tieferen Ursachen gesellschaftlicher Probleme und der Ermittlung nachhaltiger und anpassungsfähiger Lösungskonzepte bewusst machen.

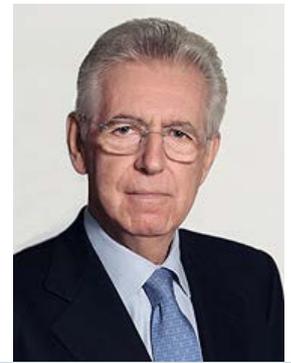
Die Länder können diese Empfehlungen nun für den Wiederaufbau zum Besseren nutzen. Ich hoffe sehr, dass die nationalen Regierungen, insbesondere die Regierungschefs, die Minister für Gesundheit und Soziales und die Finanzminister, sowie die internationalen und multilateralen Organisationen, darunter die WHO und der G20, sorgfältig prüfen werden, wie sie die in diesem Bericht enthaltenen Empfehlungen übernehmen und umsetzen können.

Das WHO-Regionalbüro für Europa ist bereit, mit den Mitgliedstaaten zusammenzuarbeiten und sie auf diesem Weg zu unterstützen, um das Gesundheits- und Sozialwesen in der Europäischen Region zu stärken und so die gesundheitsbezogenen Ziele für nachhaltige Entwicklung im Rahmen des Europäischen Arbeitsprogramms 2020–2025 – „Gemeinsam für mehr Gesundheit in Europa“ zu erreichen.

Dr. Hans Henri P. Kluge

WHO-Regionaldirektor für Europa

„Die Welt braucht eine neue und kühne Strategie für Gesundheit und nachhaltige Entwicklung vor dem Hintergrund von Pandemien.“



Als ich Dr. Kluges E-Mail erhielt, in der er diese gewaltige Aufgabe vorschlug, nämlich welche Lehren aus COVID-19 für die Gesundheits- und Sozialpolitik gezogen werden könnten – nicht gerade mein Spezialgebiet –, war ich höchst erstaunt, aber nur für einen kurzen Augenblick. Ganz offensichtlich hatte er nicht mich gemeint. Nach einem Seufzer der Erleichterung rief ich Dr. Kluge an – wir hatten bis dahin nie miteinander gesprochen – und informierte ihn höflich darüber, dass sich sein Büro in der Person geirrt hatte.

Wie sich herausstellte, lag der Irrtum bei mir. Tatsächlich hatte der WHO-Regionaldirektor für Europa die Idee, einen ehemaligen Regierungschef zu bitten, ihm bei der Einsetzung einer unabhängigen Kommission behilflich zu sein, der nicht nur Biowissenschaftler und Leiter von gesundheitlichen und sozialen Einrichtungen, sondern auch Ökonomen, führende Vertreter aus der Privatwirtschaft und von Finanzinstitutionen sowie einige weitere ehemalige Staats- und Regierungschefs angehören würden, und in dieser Kommission den Vorsitz zu übernehmen.

Zwei im Bereich öffentliche Gesundheit fachlich wie politisch sehr angesehene Persönlichkeiten, Prof. Martin McKee und Prof. Elias Mossialos, drängten mich, dieses unkonventionelle Anliegen zumindest in Betracht zu ziehen. Als sie zudem ihre Bereitschaft bekundeten, mir bei der Lenkung der Arbeit als Vorsitzender des wissenschaftlichen Beirats bzw. als wissenschaftlicher Koordinator zur Seite zu stehen, war ich mir sicher, dass dieses Unterfangen in zuverlässigen Händen liegen würde. Darüber hinaus sollte ich beim Herangehen an diese eher mysteriöse Aufgabe durch eine eigene Sonderberaterin, Prof. Aleksandra Torbica, unterstützt werden, die mit dem Dialog zwischen Gesundheitsexperten und Ökonomen hervorragend vertraut ist.

Würde es uns allerdings gelingen, als Kommissionsmitglieder hochrangige Persönlichkeiten mit einer angemessenen geografischen, beruflichen und politischen Bandbreite und einem ausgewogenen Geschlechterverhältnis zu gewinnen? Das war, so muss ich zugeben, einfacher als erwartet. Ich hatte also keine Ausrede und nahm den Vorschlag von Dr. Kluge an. Rückblickend möchte ich seinen Weitblick anerkennen und ihm für die doch ziemlich einzigartige Gelegenheit danken, die der Kommission unter voller Wahrung ihrer Unabhängigkeit zuteilwurde. Uneingeschränkter Rückhalt fand die Initiative auch beim Generaldirektor der WHO, Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus.

Meine tiefe Dankbarkeit gilt den 18 anderen Kommissionsmitgliedern für ihre Bereitschaft, sich auf eine Reise durch unbekanntes Terrain einzulassen, die einen ungewöhnlich stark interdisziplinär geprägten Dialog voraussetzte. Es war ein Privileg, ein Jahr lang eng mit ihnen zusammenzuarbeiten, auch wenn wir leider kein einziges Mal persönlich zusammenkamen. Das herausragende Engagement aller meiner Kollegen, das durch das Geschick der Ko-Vorsitzenden des Wissenschaftlichen Beirats, Dr. Natasha Azzopardi-Muscat und Dr. Josep Figueras, als Kulturmittlern und durch die unermüdliche Unterstützung von Gabriele Pastorino erleichtert wurde, hat uns einen intensiven Austausch ermöglicht. Aus ursprünglich sehr unterschiedlichen, auch durch die Ungleichheiten zwischen den 53 Mitgliedstaaten in der paneuropäischen Region der WHO bedingten Perspektiven heraus konnten wir unsere Denkweisen allmählich einander annähern. Letztlich wurden der Bericht und die darin enthaltenen Empfehlungen einstimmig angenommen.

Die Welt braucht nach unserer Auffassung eine neue und kühne Strategie für Gesundheit und nachhaltige Entwicklung vor dem Hintergrund von Pandemien; eine Strategie, die eine Kombination zweier neuartiger Ansätze erfordert. Erstens müssen wir die Zusammenhänge zwischen der Gesundheit der Menschen, der Tiere, der Pflanzen und des Planeten – vor allem in Bezug auf Umwelt, biologische Vielfalt und Klima – in vollem Umfang anerkennen. Zweitens aber muss der sich daraus ergebende einheitliche Gesundheitsansatz („One Health“) nicht nur operativ umgesetzt, sondern auch nahtlos in einen breiteren und kohärenten Politikrahmen integriert werden, der insbesondere die Wirtschafts- und Finanz-, Technologie-, Sozial- und internationale Politik umfasst. Anschließend gliedern wir die vorgeschlagene neue Strategie in eine Reihe empfohlener Maßnahmen auf nationaler, paneuropäischer und globaler Ebene.

Die Pandemie hat unseren Erdball einer wahren, nicht simulierten Belastungsprobe ausgesetzt, die mit beispielloser Klarheit eine schwere chronische Krankheit der Politikgestaltung ans Licht gebracht hat: Kurzsichtigkeit. Sie weist zwei Dimensionen auf: eine zeitliche, nämlich wenn politische Entscheidungsträger versuchen, heute einen Konsens zu erreichen, indem sie die Lasten auf die kommenden Generationen abwälzen, und eine räumliche, nämlich wenn sie versuchen, auf nationaler Ebene Probleme zu lösen, die von Natur aus länderübergreifend sind.

Weder Gesundheit noch eine nachhaltige Entwicklung lassen sich herbeiführen, wenn diese in der aktuellen Politik endemische Doppelerkrankung nicht ausgerottet wird. Die Pandemie hat eine Tragödie verursacht, uns aber auch Hoffnung gebracht. Möglicherweise wollen wir die derzeitige Wirklichkeit nicht wahrhaben. Doch dann müssen wir die Schuld für künftige Tragödien bei uns selbst suchen. Vielleicht schon bald.

Mario Monti

Vorsitzender der Paneuropäischen Kommission für Gesundheit und nachhaltige Entwicklung

Vorsitz

Mario Monti, italienischer Senator auf Lebenszeit, Präsident der Bocconi-Universität, ehemaliger Ministerpräsident Italiens und ehemaliger EU-Kommissar

Wissenschaftlicher Koordinator

Elias Mossialos, Leiter der Fakultät für Gesundheitspolitik an der London School of Economics and Political Science und ehemaliger Staatsminister Griechenlands

Vorsitzender des

wissenschaftlichen Beirats

Martin McKee, Professor für öffentliches Gesundheitswesen in Europa an der London School of Hygiene & Tropical Medicine und ehemaliger Präsident der European Public Health Association sowie Forschungsleiter am Europäischen Observatorium für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik

Mitglieder der Kommission

Rafael Bengoa, ehemaliger Minister für Gesundheit und Verbraucherschutz in der Regierung der spanischen Region Baskenland, Ko-Direktor des Instituts für Gesundheit und Strategie (SI-Health)

Suma Chakrabarti, Vorsitzender des Overseas Development Institute (ODI) und ehemaliger Präsident der Europäischen Bank für Wiederaufbau und Entwicklung (EBWE)

Maggie De Block, ehemalige belgische Ministerin für Soziales und Gesundheit, ehemalige Ministerin für Asylfragen und Migration, Mitglied der Abgeordnetenkammer

Louise Fresco, Vorstandsvorsitzende der Wageningen University & Research

Sylvie Goulard, Stellvertretende Präsidentin der Banque de France, ehemalige Verteidigungsministerin und ehemaliges Mitglied des Europäischen Parlaments

Tarja Halonen, ehemalige Präsidentin der Republik Finnland

Luise Hölscher, Geschäftsführerin der Robert Bosch Gesellschaft für medizinische Forschung und ehemalige Vizepräsidentin der EBWE

Toomas Hendrik Ilves, ehemaliger Präsident der Republik Estland

Beata Javorcik, Chefökonomin der EBWE

Jim O'Neill, Vorsitzender von Chatham House und ehemaliger Handelsminister des Vereinigten Königreichs

Roza Otunbayeva, ehemalige Präsidentin der Kirgisischen Republik

Igor Shuvalov, Vorsitzender der VEB.RF (Landesentwicklungsgesellschaft) und ehemaliger Erster Stellvertretender Ministerpräsident der Russischen Föderation

Anna Stavdal, designierte Präsidentin der World Organization of Family Doctors (WONCA)

Helle Thorning-Schmidt, ehemalige Ministerpräsidentin Dänemarks und ehemalige Geschäftsführerin von Save the Children

Willem Van Lerberghe, ehemaliger Leiter der Abteilung Gesundheitssysteme, Gesundheitspolitik und Gesundheitspersonal beim WHO-Hauptbüro

Beatrice Weder di Mauro, Präsidentin des Centre for Economic Policy Research (CEPR), Professorin für Internationale Wirtschaftswissenschaften am Graduate Institute of International and Development Studies, Forschungsprofessorin und ausgezeichnete Stipendiatin des INSEAD

Sonderberaterin des

Vorsitzenden der Kommission

Aleksandra Torbica, Leiterin des Forschungszentrums für Gesundheits- und Sozialmanagement an der Bocconi-Universität (CERGAS)

Ko-Vorsitzende des

wissenschaftlichen Beirats

Natasha Azzopardi Muscat, Leiterin der Abteilung Gesundheitspolitik und Gesundheitssysteme der Länder, WHO-Regionalbüro für Europa

Josep Figueras, Leiter des Europäischen Observatoriums für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik

Sekretariat

Robb Butler, Exekutivdirektor im Büro des Regionaldirektors, WHO-Regionalbüro für Europa

Gabriele Pastorino, Fachreferent, Abteilung Gesundheitspolitik und Gesundheitssysteme der Länder, WHO-Regionalbüro für Europa

Frederic Simard, Programmassistent, Büro des Regionaldirektors, WHO-Regionalbüro für Europa

Naomi Limaro Nathan, Fachreferentin, Abteilung Gesundheitspolitik und Gesundheitssysteme der Länder, WHO-Regionalbüro für Europa

Rebecca Forman, Leitende Beraterin für Gesundheitspolitik, London School of Economics and Political Science (LSE) –Health

Mitglieder

Clemens Auer, Präsident des European Health Forum Gastein und Sonderbeauftragter für Gesundheit beim österreichischen Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz, Österreich

Reinhard Busse, Leiter des Fachgebiets Management im Gesundheitswesen, Technische Universität Berlin, Deutschland

Kairat Davletov, Direktor des Instituts für Gesundheitsforschung, Nationale Kasachische Universität Al-Farabi Almaty, Kasachstan

Isabel de la Mata, Hauptberaterin für Gesundheit und Krisenmanagement bei der Europäischen Kommission

George Gotsadze, Präsident der Stiftung Curatio International, Georgien

Patrick Jeurissen, Professor am Medizinischen Zentrum der Universität Radboud und Wissenschaftlicher Referent beim niederländischen Ministerium für Gesundheit, Wohlfahrt und Sport, Niederlande

Anna V. Kontsevaya, Stellvertretende Direktorin für wissenschaftliche und analytische Arbeit und Leiterin der Abteilung Öffentliche Gesundheit am Staatlichen medizinischen Zentrum für Therapeutik und Präventivmedizin beim russischen Gesundheitsministerium, Russische Föderation

Orly Manor, Professorin für Biostatistik, Hebräische Universität Jerusalem, Israel

Charles Normand, Emeritierter Professor für Gesundheitspolitik und Gesundheitsmanagement, Zentrum für Gesundheitspolitik und Gesundheitsmanagement, Trinity College Dublin, Universität Dublin, Irland

Oresta Piniashko, Leiterin, Abteilung Gesundheitstechnologiebewertung, Staatliches Fachzentrum des ukrainischen Gesundheitsministeriums, Ukraine

Walter Ricciardi, Leiter der Fakultät für öffentliche Gesundheit und Stellvertretender Leiter der medizinischen Fakultät, Katholische Universität vom Heiligen Herzen, Rom, Italien

Jorge Simões, Professor für Gesundheitspolitik und Gesundheitssysteme, Institut für Hygiene und Tropenmedizin, NOVA-Universität Lissabon, Portugal

Mark Pearson, Stellvertretender Direktor für Beschäftigung, Arbeit und Soziales, Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung

Peter Smith, Emeritierter Professor für Gesundheitspolitik, Imperial College London, und Professor für Globale Gesundheitsökonomie, Universität York, Vereinigtes Königreich

Camilla Stoltenberg, Generaldirektorin, Nationales Institut für öffentliche Gesundheit, Norwegen

Dr. Miklós Szócska, Direktor, Schulungszentrum für Gesundheitsleistungen, und Dekan der Fakultät für Gesundheit und staatliche Verwaltung, Semmelweis-Universität, Ungarn

Sekretariat

Lucia Dell'Amura, Verwaltungsassistentin, Abteilung Gesundheitspolitik und Gesundheitssysteme der Länder, WHO-Regionalbüro für Europa

*Wir können die
Konsequenzen unseres
Versagens während dieser
Pandemie nicht einfach
hinnehmen, ohne zu
versuchen, ihre Ursachen
zu ermitteln und dagegen
anzugehen.*

Derzeit sind wir weit davon entfernt, die 17 Ziele der Vereinten Nationen für eine nachhaltigere Entwicklung bis 2030 zu erreichen. Nach wie vor beuten wir die Meere und die Erde aus, zerstören Wälder und die natürliche Umwelt, dulden Ungleichheit und Diskriminierung und erzeugen CO₂, als ob all das keine Auswirkungen auf die Gesundheit von Menschen und anderen Lebewesen hätte. Wenn wir die zahlreichen Risiken für die menschliche Gesundheit verringern wollen, müssen wir zuerst diese selbstverschuldeten Missstände in Angriff nehmen.

So lautet die erste Botschaft dieses Berichts: Gesundheit setzt eine nachhaltige Entwicklung im Einklang mit den Zielen der UN für nachhaltige Entwicklung (SDG) voraus.

Wenn wir die Verpflichtungen, die wir über unsere Regierungen eingegangen sind, einhalten wollen, müssen wir unsere Lebensweise ändern. Unsere politischen Entscheidungsträger müssen ihr übliches Silodenken überwinden und über Fächer, Ministerien, Gemeinschaften und Nationen hinweg Beziehungen aufbauen. Und wir müssen uns von denjenigen inspirieren lassen, die sich mit Umweltproblemen wie dem Klimawandel und dem Verlust der biologischen Vielfalt auseinandersetzen, und Verbindungen zu ihnen erkunden, wie dies in der auf dem Weltgesundheitsgipfel 2021 angenommenen Erklärung von Rom betont wird.

Wir tun dies alles, weil die Weltgemeinschaft trotz jahrzehntelanger Warnungen vor einer Pandemie in der Größenordnung von COVID-19 und trotz Forderungen, die Entwicklungen an der Schnittstelle zwischen Human-, Veterinär- und Umweltmedizin aufmerksam zu verfolgen, nicht ausreichend vorbereitet war, als das Virus SARS-CoV-2 Ende 2019 erstmals auftrat. Die politischen Reaktionen waren unterschiedlich und allzu oft fehlgeleitet. Infolgedessen waren und sind die Auswirkungen von COVID-19 katastrophal – nicht nur für die Gesundheit und das Wohlbefinden, sondern auch für die Wirtschaft, den sozialen Zusammenhalt, die Bildung und vieles mehr. Diese Auswirkungen treffen unverhältnismäßig stark diejenigen, die ohnehin schon benachteiligt waren. Jetzt bietet sich uns die Chance, günstige Voraussetzungen für Investitionen in eine gesunde Bevölkerung und einen gesunden Planeten zu schaffen, und zwar mit ausreichend ausgestatteten, bedarfsgerechten und innovativen Systemen für Gesundheit und Soziales sowie Umweltschutz. Wir dürfen diese Chance nicht verspielen.

Im Laufe des vergangenen Jahres haben die Mitglieder der Kommission darüber nachgedacht, was bei der Bekämpfung von COVID-19 und bei früheren Krisen funktioniert hat und was eher nicht. In unserem Handlungsappell vom März 2021 und in diesem Abschlussbericht haben wir eine Reihe von Empfehlungen zur Verwirklichung von sieben Kernzielen ausgesprochen, die eine erneute Katastrophe dieses Ausmaßes verhindern sollen. Bei der Formulierung unserer Empfehlungen haben wir uns auf die umfangreiche Arbeit anderer Kommissionen und Gremien gestützt, die zur Bewältigung von COVID-19 und seiner Folgen eingesetzt wurden, und zugleich wichtige Alleinstellungsmerkmale unserer vom WHO-Regionalbüro für Europa einberufenen Paneuropäischen Kommission für Gesundheit und nachhaltige Entwicklung – Überdenken der politischen Prioritäten vor dem Hintergrund von Pandemien – berücksichtigt.

Das, was unsere Kommission insbesondere ausmacht, geht aus unserem vollen Titel und Mandat hervor: a) Gesundheit nicht nur aus dem Blickwinkel von Pandemien, sondern in ihrer Gesamtheit zu betrachten, b) Wechselwirkungen zwischen Gesundheit und nachhaltiger Entwicklung aufzuzeigen und c) den Stellenwert der Gesundheitspolitik im Verhältnis zu anderen Prioritäten und Politikbereichen zu überdenken. Geografisch liegt unser Schwerpunkt auf den 53 Mitgliedstaaten in der Europäischen Region der WHO und dem allgemeinen globalen Kontext, in dem die WHO agiert.

Unsere Empfehlungen tragen dieser besonderen Aufgabe umfassend Rechnung und geben Orientierungshilfe in der Frage, welche Priorität die Länder nun der Gesundheit und der nachhaltigen Entwicklung einräumen sollten, um die Systeme und Gesellschaften auf den richtigen Kurs für künftige Generationen zu bringen.

Wichtigste Ziele und Empfehlungen

ZIEL 1

Den einheitlichen Gesundheitsansatz auf allen Ebenen operationalisieren

Der einheitliche Gesundheitsansatz („One Health“), der die Verknüpfungen zwischen Menschen, Tieren, Pflanzen und ihrer gemeinsamen Umwelt anerkennt, ist als Konzept nicht neu, wurde jedoch in seiner Anwendung bislang durch eine bruchstückhafte Politikgestaltung und Finanzierung sowie siloähnliche Organisationsstrukturen gehemmt. Wie COVID-19 gezeigt hat, sind bei einer Gefährdung eines dieser Teilbereiche auch die anderen gefährdet. Jetzt mehr denn je müssen wir dringend einen einheitlichen Gesundheitsansatz verfolgen, um auf die Bedrohungen für die menschliche Gesundheit und die weitere Verwirklichung einer nachhaltigen Entwicklung zu reagieren.

Wir geben folgende Empfehlungen ab:

- **Die Regierungen schaffen Strukturen, Anreize und ein förderliches Umfeld für die Entwicklung kohärenter, ressortübergreifender Strategien im Sinne des einheitlichen Gesundheitsansatzes**, die auf dem Konzept „Gesundheit in allen Politikbereichen“ und den SDG aufbauen.
- **Die Mechanismen für die Koordination und Zusammenarbeit zwischen maßgeblichen internationalen Organisationen wie der WHO, der Ernährungs- und Landwirtschaftsorganisation der Vereinten Nationen (FAO), der Weltorganisation für Tiergesundheit (OIE) und dem Umweltprogramm der Vereinten Nationen (UNEP) werden gestärkt**, um die Bemühungen im Hinblick auf ein gemeinsames Verständnis, eine einheitliche Terminologie und eine geeignete internationale Architektur für die Festlegung von Prioritäten, die Vereinbarung von Zuständigkeitsbereichen und die Ermittlung des Potenzials für gemeinsame Aktivitäten zur Förderung der Gesundheit von Menschen, Tieren und der natürlichen Umwelt zu unterstützen.
- **Auf allen Ebenen werden koordinierte Maßnahmen mit dem Ziel getroffen, umweltbedingte Gesundheitsrisiken**, darunter biodiversitäts- und klimabezogene Risiken, **zu mindern** und die Berichterstattung im Rahmen des einheitlichen Gesundheitsansatzes zu verbessern.

ZIEL 2

Auf allen Ebenen der Gesellschaft Maßnahmen zur Überwindung der Spaltungen treffen, die durch die Pandemie noch verschärft wurden

Infolge von COVID-19 treten die Ungleichheiten und Ungleichgewichte in unseren Gesellschaften nicht nur zutage, sondern werden auch ausgenutzt und verschärft. Die am stärksten benachteiligten und am häufigsten übersehenen Menschen in den Gesellschaften haben oft am meisten unter den Folgen der Pandemie und den Politikmaßnahmen zu ihrer Bewältigung gelitten. Diese Auswirkungen sind nicht aus heiterem Himmel entstanden, sondern die Folge einer langjährigen Politik, die zu einer hohen Einkommens- und Vermögensungleichheit, zu Unterinvestitionen in den Sozialschutz, zu ungleichen Chancen für bestimmte Gruppen, zu zunehmender Unsicherheit bei Arbeitsplätzen, Löhnen, Wohnraum und sogar bei der Lebensmittelversorgung, zu Rassismus und anderen Formen der Diskriminierung sowie zur Vorrangstellung des Einzelnen vor der Gesellschaft beigetragen hat. Wir müssen diese Lücken jetzt schließen, nicht nur der Fairness halber, sondern auch, um Risse in der Gesellschaft auszubessern, Polarisierung abzubauen und das Vertrauen in die öffentlichen Einrichtungen wiederherzustellen. Dabei müssen wir uns im Einklang mit den SDG stets auf einen nachhaltigen Wandel zum Wohle aller konzentrieren.

Wir geben folgende Empfehlungen ab:

- **Die zahlreichen Ungleichheiten in Bezug auf Gesundheit und Zugang zur Versorgung innerhalb von Bevölkerungsgruppen werden durch Informationssysteme erfasst**, um Politikkonzepte und Interventionen gestalten zu können, die an den tieferen Ursachen dieser Ungleichheiten ansetzen.
- **Die Menschen in der Gesellschaft, die in Armut oder unter prekären Umständen leben, werden bestimmt**, und Politikmaßnahmen werden erarbeitet und umgesetzt, um ihnen die für eine gute Gesundheit benötigte Sicherheit zu vermitteln.
- **Explizite Quoten werden für die Vertretung von Frauen in öffentlichen Gremien festgelegt**, die an der Formulierung und Umsetzung der Gesundheitspolitik beteiligt sind.



ZIEL 3

Innovationen zugunsten der Verbesserung des einheitlichen Gesundheitsansatzes unterstützen

Die Pandemie hat deutlich gezeigt, dass das bestehende Innovationsmodell, bei dem der öffentliche Sektor den größten Teil des Risikos übernimmt und die Erträge zumeist an private Unternehmen fließen, mit schweren Mängeln behaftet ist und falsche Anreize setzt. Das Ausmaß der Pandemie und die Fortschritte bei der Entwicklung von Impfstoffen haben zudem klar erkennen lassen, wie wichtig zielgerichtete Forschung ist und dass wir innovationsbezogene Herausforderungen bewältigen und erfolgreich sein können, wenn wir als Partner – über geopolitische Grenzen, Branchen und Institutionen hinweg – zusammenarbeiten.

Wir geben folgende Empfehlungen ab:

- **Es wird eine strategische Überprüfung der Bereiche vorgenommen, in denen ein ungedeckter Bedarf an Innovationen besteht, die zur Verbesserung des einheitlichen Gesundheitsansatzes in Europa notwendig sind.**
- **Es werden Mechanismen für die Abstimmung zwischen der Forschung sowie der Entwicklung und Umsetzung von Politikmaßnahmen und Interventionen zur Verbesserung des einheitlichen Gesundheitsansatzes eingerichtet,** die auf einer echten Partnerschaft zwischen dem öffentlichen und dem privaten Sektor mit einer gleichmäßigen Verteilung von Risiken wie Erträgen beruhen.
- Mit Unterstützung des WHO-Regionalbüros für Europa **werden weiterhin Anstrengungen zur Entwicklung eines Mechanismus für ständige Wissensgewinnung, stetiges Lernen und laufende Verbesserungen auf der Grundlage von Innovationen in der paneuropäischen Region unternommen.**

ZIEL 4

In leistungsstarke, widerstandsfähige und inklusive nationale Gesundheitssysteme investieren

Die Belastung des Gesundheitssystems im Gefolge von COVID-19 hat ein Schlaglicht auf das Versäumnis zahlreicher Länder geworfen, flexibel in Krankenhäuser, die primäre Gesundheitsversorgung und das Sozialwesen zu investieren, um auf die Krise reagieren zu können, vor der so viele seit Jahrzehnten gewarnt hatten. Die Politikmaßnahmen zur Steigerung der Widerstandsfähigkeit der Gesundheitssysteme sollten sich vor allem an der so wichtigen Infrastruktur der Gesundheitssysteme orientieren, wozu die Gestaltung der Gesundheitseinrichtungen, das Gesundheitspersonal und die Beziehung zwischen Gesundheits- und Sozialwesen gehören.

Wir geben folgende Empfehlungen ab:

- **Alle Investitionen in die Gesundheitssysteme werden erhöht,** insbesondere in den Bereichen, für die traditionell weniger Mittel bereitgestellt werden, etwa **die primäre und die psychische Gesundheitsversorgung,** wobei diese Investitionen so gelenkt werden sollten, dass sie die Fähigkeit der Gesundheitssysteme optimieren, ihren Nutzern die bestmögliche Gesundheit zu bieten.
- Vor dem Hintergrund der Pandemieerfahrungen **wird in das Gesundheitspersonal investiert und seine Stellung gestärkt.** Dabei sollte der Schwerpunkt auf Möglichkeiten liegen, Gesundheits- und Pflegepersonal zu gewinnen, zu binden und während seines gesamten Berufslebens zu unterstützen, und zugleich untersucht werden, wie sich die Aufgaben des Gesundheitspersonals angesichts des raschen Wandels in Medizin und Technologie verändern können.
- **Die Verknüpfungen zwischen dem Gesundheits- und dem Sozialwesen werden vor dem Hintergrund der Pandemieerfahrungen neu bewertet und gestärkt,** um diese Bereiche enger miteinander zu verzahnen.
- Der Prävention übertragbarer und nichtübertragbarer Krankheiten wird Priorität eingeräumt, und **die Investitionen in die Kapazitäten im Bereich der öffentlichen Gesundheit werden ausgeweitet.**

Wichtigste Ziele und Empfehlungen

ZIEL 5

Ein förderliches Umfeld für Investitionen in die Gesundheit schaffen

Einige der für das Ausbleiben von Investitionen in die Gesundheit verantwortlichen Faktoren sind Kurzsichtigkeit und negative externe Effekte (etwa die Nichtbeachtung der grenzüberschreitenden Wirkung nationaler Gesundheitssysteme) im Zusammenspiel mit dem Umstand, dass der umfassendere Nutzen der Gesundheitssysteme für die Gesellschaft nicht erkannt wird. Um diesen Schieflagen entgegenzuwirken, müssen sich die Informationen, Anreize und Normen ändern, die die Mittelvergabe sowohl durch die nationalen Regierungen als auch seitens des Privatsektors betreffen. Darüber hinaus gilt es, dem grenzüberschreitenden Charakter gesundheitlicher Bedrohungen und ihren Auswirkungen auf globale öffentliche Güter durch verstärkte internationale Unterstützung Rechnung zu tragen. In Zukunft sollten Finanzministerien, Zentralbanken, Aufsichtsbehörden und staatliche Stellen Anreize für Investitionen zugunsten von Gesundheit und Wohlbefinden für alle schaffen. Alle erdenklichen Maßnahmen sollten getroffen werden, um die Folgen gesundheitsschädigender Aktivitäten zu verringern, indem die damit verbundenen Risiken gebührend berücksichtigt und die Kosten dieser Aktivitäten erhöht werden.

Wir geben folgende Empfehlungen ab:

- Die Daten zu Gesundheitsausgaben werden anders erfasst, und zwar so, dass **klarer unterschieden wird zwischen Ausgaben für konsumierte Gesundheitsleistungen einerseits und zukunftsorientierten Investitionen in die Krankheitsprävention und die Steigerung der Effizienz der Leistungserbringung andererseits.**
- **Die Investitionen in Maßnahmen zur Verringerung von Bedrohungen, zur Bereitstellung von Frühwarnsystemen und zur Verbesserung der Krisenreaktion werden aufgestockt.**
- **Die Befugnisse der WHO zur Überwachung der Gesundheitssysteme werden gestärkt und umfassen regelmäßige Bewertungen der Bereitschaftsplanung,** die in das Monitoring durch den Internationalen Währungsfonds, die Entwicklungsbanken und andere Fachinstitutionen einfließen.

- **Der Anteil der Entwicklungsfinanzierung, der auf globale öffentliche Güter,** anhaltende grenzüberschreitende externe Effekte und allgemein auf die Gesundheit **entfällt, wird erhöht.**
- **Gesundheitsbezogene Überlegungen werden in Wirtschaftsprognosen,** Unternehmensstrategien und Rahmenkonzepte für das Risikomanagement **auf allen Ebenen einbezogen.**

ZIEL 6

Die Politiksteuerung im Gesundheitsbereich auf globaler Ebene verbessern

Mit der Annahme der Internationalen Gesundheitsvorschriften (IGV) (2005) haben sich die Länder der Welt mehrheitlich zum Grundsatz des gemeinsamen Vorgehens gegen gesundheitliche Bedrohungen bekannt. COVID-19 hat jedoch deutlich gemacht, dass dies nicht ausreicht. Wir benötigen Mechanismen, mit denen wir Mittel für globale öffentliche Güter mobilisieren und von den Ländern Rechenschaft für ihre Beiträge einfordern können.

Wir geben folgende Empfehlungen ab:

- **Ein Globaler Gesundheitsrat wird unter dem Dach der G20 eingesetzt,** um eine bessere Bewertung der sozialen, wirtschaftlichen und finanziellen Folgen gesundheitsbezogener Risiken zu fördern, wobei er sich auf Erkenntnisse aus der bisherigen Arbeit des Netzwerks für die Ökologisierung des Finanzsystems, des Finanzstabilitätsrats und anderer Klima- und Biodiversitätsinitiativen stützt, und um den Anteil privater Finanzmittel für Gesundheit auszuweiten.
- **Ein Pandemievertrag wird vereinbart, der wahrhaft global ist,** eingehalten werden kann, ausreichende Flexibilität bietet und innovative Mechanismen vorsieht, die die Regierungen dazu veranlassen, einen Teil ihrer hoheitlichen Entscheidungsprozesse für bestimmte Politikbereiche zu bündeln.
- **Eine globale Regelung für Pandemieimpfstoffe** mit Festlegungen zu den Rechten und Pflichten aller Beteiligten **wird erarbeitet,** um die Verfügbarkeit und Verteilung von Impfstoffen zu gewährleisten.

ZIEL 7

Die Politiksteuerung im Gesundheitsbereich in der paneuropäischen Region verbessern

Unsere Welt und insbesondere unsere Europäische Region der WHO sind hochgradig vernetzt, was zahlreiche Vorteile mit sich bringt, aber auch Risiken der Krankheitsübertragung birgt. Europa ist besonders anfällig für gesundheitliche Bedrohungen, und die Welt ist anfällig für in Europa entstehende Bedrohungen. Ebenso könnte ein Rückgang der Vernetzung drastische Konsequenzen für Europa und die Welt haben. Zudem ist die paneuropäische Region äußerst vielfältig und durch große Unterschiede in Bezug auf Wohlstand, Bevölkerungsgröße, Kultur, politisches System, Demografie und Bevölkerungsgesundheit gekennzeichnet, was verschiedenste Probleme hinsichtlich der Koordination und Politikgestaltung hervorrufen kann. COVID-19 hat ein Licht auf viele der Schwach- und Bruchstellen in unseren globalen Steuerungssystemen geworfen und besonders deutlich zutage treten lassen, dass mehr unternommen werden kann, um die Politiksteuerung im Gesundheitsbereich und die Rolle des WHO-Regionalbüros für Europa in der gesamten paneuropäischen Region zu stärken.

Wir geben folgende Empfehlungen ab:

- **Ein paneuropäisches Netzwerk für Krankheitsbekämpfung wird** unter der Leitung des WHO-Regionalbüros für Europa **ingerichtet**, das rasche und wirksame Antworten auf neu auftretende Bedrohungen bereitstellt, indem es die Frühwarnsysteme stärkt, unter anderem durch Erweiterung der epidemiologischen und labortechnischen Kapazitäten, und die Entwicklung eines interoperablen Netzwerks für Gesundheitsdaten unterstützt, das auf gemeinsamen, von der WHO entwickelten Standards beruht, in der Erkenntnis, dass die Regierungen unterschiedlich schnell agieren werden.
- **Ein Paneuropäischer Rat für Gesundheitsgefahren wird vom WHO-Regionalbüro für Europa einberufen**, um das politische Engagement, die Komplementarität und Zusammenarbeit im gesamten multilateralen System, die Rechenschaftslegung und die Förderung der Kooperation und Koordination zwischen den Gesetzgebungs- und Exekutivorganen in der paneuropäischen Region zu stärken und aufrechtzuerhalten.

- **Multilaterale Entwicklungsbanken und Institutionen der Entwicklungsfinanzierung investieren vorrangig in Plattformen für den Datenaustausch** und die Dateninteroperabilität.
- **Die notwendige Finanzierung wird gesichert, damit die WHO ihren Auftrag** in der Europäischen Region **erfüllen kann**.

Vorbereitung auf die Zukunft

1. Wir können die Konsequenzen unseres Versagens während dieser Pandemie nicht einfach hinnehmen, ohne zu versuchen, ihre Ursachen zu ermitteln und dagegen anzugehen. Derzeit sind wir weit davon entfernt, die 17 Ziele der Vereinten Nationen für eine nachhaltigere Entwicklung bis 2030 zu erreichen.

Nach wie vor beuten wir die Meere und die Erde aus, zerstören Wälder und die natürliche Umwelt, dulden Ungleichheit und Diskriminierungen und erzeugen CO₂, als ob all das keine Auswirkungen auf die Gesundheit von Menschen und anderen Lebewesen hätte. Wenn wir die zahlreichen Risiken für die menschliche Gesundheit verringern wollen, müssen wir zuerst diese selbstverschuldeten Missstände in Angriff nehmen.

2. So lautet die erste Botschaft dieses Berichts: Gesundheit setzt eine nachhaltige Entwicklung im Einklang mit den Zielen der UN für nachhaltige Entwicklung (SDG) voraus. Wenn wir die Verpflichtungen, die wir über unsere Regierungen eingegangen sind, einhalten wollen, müssen wir unsere Lebensweise ändern. Unsere politischen Entscheidungsträger müssen ihr übliches Silodenken überwinden und über Fächer, Ministerien, Gemeinschaften und Nationen hinweg Beziehungen aufbauen. Und wir müssen uns von denjenigen inspirieren lassen, die sich mit Umweltproblemen wie dem Klimawandel und dem Verlust der biologischen Vielfalt auseinandersetzen, und Verbindungen zu ihnen erkunden, wie dies in der auf dem Weltgesundheitsgipfel 2021 angenommenen Erklärung von Rom betont wird.

Werdegang der Pandemie

3. Die Pandemie war nicht nur vorhersehbar, sondern wurde auch vorhergesagt. In den vergangenen drei Jahrzehnten haben Forscher und Kommentatoren auf die Bedeutung der Entwicklungen an der Schnittstelle zwischen Human-, Veterinär- und Umweltmedizin hingewiesen. Dieses Konzept bezeichnen wir heute als einheitlichen Gesundheitsansatz („One Health“). Doch trotz der zahlreichen Warnungen war die internationale Gemeinschaft weitgehend unvorbereitet auf das Auftreten eines neuen Infektionserregers, des Virus SARS-CoV-2-Virus, Ende 2019 in Wuhan (China). Als die ersten Fälle erkannt wurden, hatte sich das Virus bereits über die Grenzen Chinas hinaus ausgebreitet und war innerhalb weniger Wochen in Europa angekommen. Bald sollte es in fast alle Teile der Welt gelangen.

4. Politiker und die sie beratenden Wissenschaftler hatten Mühe, über die nächsten Schritte zu entscheiden. Einige Entwicklungen wirkten sich zu ihren Gunsten aus. Die genetische Struktur des Virus konnte schnell entschlüsselt werden, und rasch waren Diagnosetests verfügbar, sodass die Ausbreitung des Virus verfolgt werden konnte. Allerdings traten auch Probleme auf. Es bestand Unklarheit darüber, wie sich das Virus ausbreitete, und es sollte viele Wochen dauern, bis die Bedeutung der Übertragung über die Luft erkannt wurde, und noch länger, bis diese Erkenntnisse allgemein akzeptiert wurden. Aufgrund dieser Wissenslücke, gepaart mit der unvermeidlichen politischen Zögerlichkeit, durch rasche und beispiellose Maßnahmen große Teile der Wirtschaft herunterzufahren, blieben die Maßnahmen, die nach heutigem Kenntnisstand wirksam sind – Verringerung von Menschenansammlungen in Umfeldern, in denen sich das Virus ausbreiten kann, und wirksame Ermittlung von Kontaktpersonen – zunächst aus. Und unser Lernprozess ging weiter. Wir hatten es nicht einfach mit einer weiteren viralen Lungenentzündung zu tun, sondern mit einer Erkrankung, die viele verschiedene Systeme des Körpers angriff, und einige unserer Erstbehandlungen, etwa die verfrühte künstliche Beatmung von Patienten, konnten die Lage noch verschlimmern. Wir alle durchliefen eine steile Lernkurve.

5. Angesichts dieser Ungewissheit gab es unterschiedliche Vorstellungen über mögliche Reaktionsmaßnahmen. Einige Länder, vor allem in der Region Asien-Pazifik, die in den vergangenen Jahren Erfahrungen mit dem Schwere Akuten Respiratorischen Syndrom (SARS) gemacht hatten, gingen rasch dazu über, die Übertragung durch Grenzsicherungen und strenge Ausgangsbeschränkungen zu unterdrücken. Heute sehen wir ein, dass dies der beste Weg war, die Gesundheit und die Wirtschaft zu schützen, doch war diese Ansicht damals sehr umstritten. Andere, häufig gestützt auf Pläne für die pandemische Influenza, sahen eine weltweite Ausbreitung als unvermeidlich an und versuchten, die Folgen der Krankheit durch gezielte Maßnahmen zur Verhinderung einer Überlastung der Gesundheitssysteme abzumildern. Einige hielten es sogar für am besten, die Ausbreitung des Virus in der Bevölkerung zuzulassen, um eine natürliche Immunität zu erreichen, und dabei die am stärksten gefährdeten Personen zu schützen. Doch selbst dann, als Einvernehmen über die notwendigen Schritte bestand, gingen die Meinungen über ihren Zeitpunkt auseinander. Es

ist eine normale menschliche Reaktion, zunächst abzuwarten, bevor man Einschränkungen in dem letztlich notwendigen Umfang beschließt, doch ist die Zeit nicht auf der Seite derer, die sich bei einer Epidemie, in der sich die Zahl der Fälle alle zwei bis drei Tage verdoppelt, zögerlich verhalten.

Auswirkungen der Pandemie

6. Die Folgen der Pandemie sind gewaltig: In den am schwersten betroffenen Ländern stehen der Einzelne, die Familie, die Gesellschaft und die Volkswirtschaft vor verheerenden Auswirkungen, deren Ausmaß sich viele nicht hätten vorstellen können, als erstmals über das Virus berichtet wurde. COVID-19 hat weltweit mittlerweile mehrere Millionen vorzeitige Todesfälle verursacht und bei vielen Menschen Folgewirkungen hervorgerufen, darunter das sogenannte „Long COVID“, eine Kombination von Symptomen, die mehrere Systeme des Körpers betreffen und häufig mit starken Einschränkungen einhergehen.

7. Anlass zur Sorge geben allerdings nicht nur die direkten Folgen von Infektionen. Viele konnten während der Pandemie keine Gesundheitsversorgung in Anspruch nehmen, da die Gesundheitseinrichtungen ihre Angebote verstärkt auf den unmittelbaren Bedarf der Menschen mit COVID-19 ausrichteten. Die Behandlung von zeitkritischen Erkrankungen wie Krebs im Frühstadium verzögerte sich, und Früherkennungsprogramme wurden ausgesetzt, weshalb viele Menschen keine Diagnose erhielten und somit nicht frühzeitig therapiert werden konnten. Viele Gesundheitssysteme werden künftig mit einem massiven Rückstau an Fällen zu kämpfen haben, dessen Abbau mehrere Jahre in Anspruch nehmen könnte.

8. Weitere indirekte Folgen sind der Verlust von Arbeitsplätzen, Einkommen und sozialer Unterstützung. Frauen sind stark betroffen, vor allem dort, wo sie aufgrund traditioneller Geschlechterrollen die Verantwortung für die Kinderbetreuung und -erziehung übernehmen mussten, wenn Schulen und Kindergärten geschlossen wurden. Auch Kinder haben unter der Pandemie gelitten. Viele wurden zu Waisen, mussten in einer entscheidenden Phase ihrer Entwicklung auf Bildung und soziale Beziehungen verzichten und gerieten wegen des Verlusts von Familienbetrieben in wirtschaftliche Not. Für viele werden die Folgen, darunter entgangene Bildung und geringere Verdienstmöglichkeiten, ein Leben lang andauern.

9. Eines der prägenden Merkmale der Pandemie besteht darin, dass sie die bereits vorhandenen Ungleichheiten ans Licht gebracht hat. Die Menschen, die schon zuvor benachteiligt waren, sind mit höherer Wahrscheinlichkeit infektionsgefährdet. Sie sind in Branchen mit Kundenkontakt wie dem Verkehrswesen oder in Bereichen tätig, die die Ausbreitung begünstigen, etwa in der Lebensmittelverarbeitung, und infizieren daher oft eher Familienangehörige, mit denen sie gemeinsam in beengten Wohnverhältnissen leben. Sie weisen aufgrund von Vorerkrankungen ein höheres Risiko für einen schweren Krankheitsverlauf und folglich für einen vorzeitigen Tod auf. Zudem sind sie am stärksten von den Politikmaßnahmen betroffen, da sie als Selbstständige von Arbeitsplätzen in der informellen Wirtschaft abhängen, die häufig nicht von staatlichen Unterstützungsmaßnahmen erfasst werden. Die gesellschaftlichen Veränderungen der vergangenen Jahrzehnte haben diese Bevölkerungsgruppen verwundbar gemacht. Immer mehr Menschen leben in prekären Verhältnissen, in denen die traditionellen sozialen Sicherheitsnetze durchlässig geworden sind, und wissen nicht, ob sie von einer Woche zur nächsten ein Einkommen, eine Beschäftigung, eine Wohnung oder selbst Nahrungsmittel haben werden.

10. Wie groß diese Ungleichheit ist und welche Bevölkerungsgruppen daher am stärksten gefährdet sind, ist in vielen Ländern nicht sichtbar. Daten zum sozioökonomischen Status, zur ethnischen Zugehörigkeit und zu anderen Determinanten von Gesundheit sind nicht Gegenstand systematischer Erhebungen. Werden Daten so erhoben, dass diese Ungleichheiten erkennbar sind, deuten sie häufig auf Bevölkerungsgruppen hin, die in mehrfacher Hinsicht benachteiligt sind. Viele dieser Benachteiligungen sind die Folge einer staatlichen Politik (oder mitunter des Fehlens einer solchen Politik), die in Bereichen wie Gesundheit, Bildung und Beschäftigung keine Leistungen vorsieht. Andere sind Ausdruck bestehender Spaltungen in der Gesellschaft, unter anderem aufgrund von Rassismus.

11. Über die gesundheitlichen und sozialen Auswirkungen hinaus hat die Pandemie auch katastrophale wirtschaftliche Folgen. Schätzungen zufolge schrumpfte die Produktion im Jahr 2020 weltweit um 3,3 %, ein Wert, der deutlich über dem während der globalen Finanzkrise von 2008 verzeichneten Rückgang von 1 % liegt. Mittlerweile sind die Bewertungen einiger Aktienmärkte, insbesondere derjenigen, die von Technologieunternehmen beherrscht werden,

in die Höhe geschneilt, was die Ungleichheiten weiter wachsen lässt. Einige der am schwersten getroffenen Länder sind auf Tourismus oder Rohstoffexporte angewiesen oder nur begrenzt in der Lage, angemessene Politikmaßnahmen durchzuführen.

12. Es hätte allerdings noch viel schlimmer kommen können. Zum Glück waren die meisten Zentralbanken nach den Reformen im Gefolge der globalen Finanzkrise gut vorbereitet und brachten massive Hilfsprogramme (allein in der Eurozone im Umfang von 1,85 Billionen Euro) auf den Weg. Mit diesen Interventionen wurden Maßnahmen unterstützt, die die Auswirkungen auf die Beschäftigung abschwächten, darunter umfassende arbeitsplatzerhaltende Maßnahmen und Lohnsubventionen. Dennoch waren junge Menschen, Geringqualifizierte, Migranten, Frauen und Beschäftigte in kleinen Unternehmen sehr stark betroffen.

13. Mit Blick auf die Zukunft gibt es Grund zu der Annahme, dass sich viele Volkswirtschaften rasch erholen werden. Der Internationale Währungsfonds (IWF) geht in seinem Weltwirtschaftsausblick 2021 davon aus, dass die globale Wirtschaftsleistung 2021 um 6 % und 2022 dann nur noch um 4,4 % zulegen wird. Hinter diesen Zahlen verbergen sich jedoch deutliche Unterschiede zwischen den Ländern und länderübergreifend, und der IWF weist warnend auf eine noch immer sehr unsichere weltweite Wirtschaftslage hin. Hintergrund dafür sind die Möglichkeit des Auftretens neuer Varianten, die Frage, inwieweit sich die Unternehmen dank der während der Pandemie beschlossenen Politikmaßnahmen erholen können, und die Ausgabebereitschaft der Menschen mit Ersparnissen. Weitere Unwägbarkeiten sind die Stimmung der Anleger, insbesondere in Bezug auf die Anleihemärkte, und das Inflationsrisiko. Darüber hinaus zeichnen sich zahlreiche andere gravierende und in vielen Fällen miteinander verknüpfte Bedrohungen ab, etwa die fortschreitende Ausbreitung antimikrobieller Resistenzen (AMR), die globale Erwärmung, die Massenmigration, Konflikte und Gefahren für die Demokratie, die allesamt erhebliche Risiken für die Gesundheit, das Wohlbefinden sowie die gesellschaftliche und wirtschaftliche Leistungsfähigkeit darstellen.

Lehren aus der Pandemie

14. Heute wissen wir, dass bei der Reaktion auf die Pandemie viele Fehler gemacht wurden. Wie wir bereits erwähnten, waren die Regierungen mit einer sich rasch entwickelnden Krise konfrontiert, sich jedoch kaum einig über das Wann und Wie der Reaktion. Die Länder agierten unterschiedlich schnell und mit unterschiedlichen Mitteln. Und sie lieferten sich bei der Beschaffung der notwendigen Güter weltweit einen fieberhaften Wettlauf, wobei sie mitunter Opfer skrupelloser oder krimineller Akteure wurden, eine Situation, die in einigen Fällen noch durch Korruption verschärft wurde.

15. Die verheerenden Folgen von COVID-19 haben deutlich gemacht, wie überaus unvorbereitet viele Länder in der Europäischen Region der WHO¹ waren, auch wenn sich das erst nach Abschluss der Untersuchungen genauer herausstellen wird, die unerlässlich sein werden, damit wir Lehren ableiten können. Allerdings wissen wir bereits jetzt ziemlich viel. Ein offensichtlicher Schwachpunkt war die Planung. Selbst wenn die Länder über Pläne verfügten, wurden diese möglicherweise nicht aktualisiert oder erprobt, oder es wurden nicht die notwendigen Vorkehrungen getroffen. Die technischen Kapazitäten waren häufig unzureichend, sodass die Systeme für die Überwachung und Bekämpfung nicht in der Lage waren, die Warnzeichen zu erkennen, geeignete Gegenmaßnahmen zu konzipieren oder sie umzusetzen. Und die politische Führung war – selbst eingedenk der schwierigen Umstände – oft mangelhaft oder schwach, wodurch sich die Lage in einigen Fällen noch verschlimmerte.

16. Diese Versäumnisse waren unverzeihlich. Es gab zahlreiche Warnungen, zuletzt bei den Ausbrüchen der Ebola- und Zika-Viruskrankheiten, SARS und der Schweinegrippe. In Anbetracht all dieser Erfahrungen wurde deutlich, wie wichtig die Vorsorge in Bezug auf Surveillance, Reaktionsfähigkeit und die Beseitigung der Schwachstellen in der Gesellschaft ist, die so viele Menschen einem Risiko sowohl in Bezug auf eine Infektion als auch hinsichtlich der Reaktion darauf aussetzten. Zudem lassen andere Teile der Welt, insbesondere die Region Asien-Pazifik, erkennen, dass es Ländern, die vorbereitet waren, in öffentliche Gesundheitssysteme investiert hatten und Führungsstärke bewiesen, gelang, die gesundheitliche und wirtschaftliche Belastung durch frühzeitiges und entschlossenes Handeln zu verringern.

1 Die Europäische Region der WHO mit ihren 53 Mitgliedstaaten erstreckt sich über ein riesiges geografisches Gebiet, das vom Atlantik bis zum Pazifik reicht und von uns als paneuropäische Region bezeichnet wird.

17. Wir können es uns nicht leisten, beim nächsten Mal dieselben Fehler zu machen, und wir können davon ausgehen, dass es ein nächstes Mal geben wird. Mit ihren detaillierten Empfehlungen will die Kommission das Risiko des Auftretens neuer Infektionen durch Maßnahmen im Rahmen des einheitlichen Gesundheitsansatzes verringern, unsere Fähigkeit zur raschen und wirksamen Reaktion durch bessere Vorsorge stärken und zum Wiederaufbau unserer Gesellschaften in gestärkter Form beitragen. Bei der Ausarbeitung dieser Empfehlungen hat sich die Kommission natürlich auf die umfangreiche Arbeit anderer Gremien gestützt, die sich mit denselben Fragen auseinandergesetzt haben, wenngleich sie sich in unserem Fall besonders mit den spezifischen Belangen der Europäischen Region der WHO sowohl innerhalb ihrer 53 Mitgliedstaaten als auch im allgemeinen globalen Kontext, in den sie sich einordnet, befasst hat.^{2,3,4,5} Allen Empfehlungen der Kommission liegt die feste Überzeugung zugrunde, dass wir eine Situation, in der wir der Gesundheit nicht genügend Beachtung schenken, nicht länger akzeptieren können, und zwar aus mindestens fünf wichtigen Gründen:

- Ethisches Gebot: Gesundheit ist ein grundlegendes Menschenrecht.
- Einhaltung von Verpflichtungen: Seit Jahrzehnten verpflichten sich die Regierungen immer wieder zur Verbesserung der Gesundheit, zuletzt im Rahmen der Ziele für nachhaltige Entwicklung, zu denen auch die Zielvorgabe gehört, bis 2030 eine allgemeine Gesundheitsversorgung zu erreichen.
- Wirtschaft: Gesundheit trägt ebenso wie Bildung, Wissen und Infrastruktur auf verschiedenen Wegen zum Wirtschaftswachstum bei, unter anderem durch eine größere Erwerbsbeteiligung und eine höhere Produktivität.
- Sicherheit: Wie die Pandemie nur allzu deutlich gezeigt hat, untergraben Gesundheitsprobleme und das Unvermögen, auf schwere gesundheitliche Bedrohungen zu reagieren, die nationale und globale Sicherheit.

- Vertrauen in Demokratie und Rechtsstaatlichkeit: Wenn Regierungen nicht in die Gesundheit ihrer Bevölkerung investieren, können diejenigen, die zurückgelassen werden, das Vertrauen in die politischen Institutionen verlieren, wodurch Demokratie und Rechtsstaatlichkeit potenziell ausgehöhlt werden.

Die Arbeit der Kommission

18. Die Paneuropäische Kommission für Gesundheit und nachhaltige Entwicklung: Überdenken der politischen Prioritäten vor dem Hintergrund von Pandemien ist eine unabhängige fachübergreifende Gruppe von Führungspersönlichkeiten, die Ende 2020 vom WHO-Regionaldirektor für Europa mit Zustimmung des WHO-Generaldirektors ins Leben gerufen wurde. Von den vielen verschiedenen Kommissionen und Gremien, die zur Bewältigung von COVID-19 und seiner Folgen eingesetzt wurden, hebt sich unsere Kommission in mehrfacher Hinsicht ab, wie aus ihrem vollen Titel und Mandat hervorgeht: a) Gesundheit nicht nur aus dem Blickwinkel von Pandemien, sondern in ihrer Gesamtheit zu betrachten, b) Wechselwirkungen zwischen Gesundheit und nachhaltiger Entwicklung aufzuzeigen und c) den Stellenwert der Gesundheitspolitik im Verhältnis zu anderen Prioritäten und Politikbereichen zu überdenken. Zudem liegt unser geografischer Schwerpunkt speziell auf den 53 Mitgliedstaaten in der Europäischen Region der WHO und dem allgemeinen globalen Kontext, in dem die WHO agiert.

19. Im vergangenen Jahr haben wir untersucht, was bei der Reaktion auf COVID-19 und bei früheren Krisen funktioniert hat und was eher nicht. Wir haben uns gefragt, wie wir besser auf die aktuellen Herausforderungen reagieren und uns für die unvermeidlichen künftigen Bedrohungen für die Gesundheit wappnen können. Und wir haben eine Reihe von Empfehlungen ausgesprochen, die, sofern sie umgesetzt werden, unserer Meinung nach die Gefahr einer erneuten Katastrophe dieses Ausmaßes verringern dürften. Wir müssen stärker vorausschauend handeln. Prävention und Vorbereitung können nicht bedeuten, dass wir so weiter machen wie bisher. Während wir den Übergang von einer Welt vor COVID-19 zu einer

2 COVID-19: Make it the Last Pandemic. Unabhängige Kommission für Pandemievorsorge und -bekämpfung, 2021 (https://theindependentpanel.org/wp-content/uploads/2021/05/COVID-19-Make-it-the-Last-Pandemic_final.pdf).

3 Report of the Review Committee on the Functioning of the International Health Regulations (2005) during the COVID-19 response. Geneva: World Health Organization; 2021 (A74/9; <https://www.who.int/publications/m/item/a74-9-who-s-work-in-health-emergencies>).

4 Independent Oversight and Advisory Committee for the WHO Health Emergencies Programme. Geneva: World Health Organization; 2021 (A74/16; <https://www.who.int/publications/m/item/a74-16-independent-oversight-and-advisory-committee-for-the-who-health-emergencies-programme>).

5 A Global Deal for Our Pandemic Age. Report of the G20 High Level Independent Panel on Financing the Global Commons for Pandemic Preparedness and Response; 2021 (<https://pandemic-financing.org/report/foreword/>).

Welt nach der Pandemie vollziehen, müssen wir anerkennen, dass wir neue Denkansätze benötigen.

20. Unsere Empfehlungen richten sich an die Regierungen der Länder in der Europäischen Region der WHO. Wir fordern sie auf, auf zwei Ebenen zu handeln: innerhalb ihrer eigenen Grenzen, damit sie besser vorbereitet sind, denn leider mussten wir erkennen, dass wir nur so stark sind wie das schwächste Glied, und auf internationaler Ebene, indem wir uns gemeinsam bemühen, Europa und die Welt sicherer zu machen.

21. Bei der Erarbeitung unserer Empfehlungen haben wir uns ausgiebig mit der Vielfalt dieser Region befasst. Die Paneuropäische Kommission für Gesundheit und nachhaltige Entwicklung repräsentiert die 53 Mitgliedstaaten in der Europäischen Region der WHO mit all ihren Stärken und Herausforderungen. 27 Länder sind Mitglied der Europäischen Union (EU), weitere fünf sind Teil der Eurasischen Wirtschaftsunion, und drei weitere (Island, Liechtenstein und Norwegen) gehören gemeinsam mit den EU-Mitgliedstaaten dem Europäischen Wirtschaftsraum an. Die übrigen Länder bilden eine von Vielfalt geprägte Gruppe mit unterschiedlichen Verbindungen zur EU und anderen regionalen Zusammenschlüssen. Auch wirtschaftlich gesehen sind die 53 Mitgliedstaaten vielfältig und decken mit einem Land mit niedrigem Einkommen, vier Ländern mit mittlerem Einkommen (untere Kategorie), 14 Ländern mit mittlerem Einkommen (obere Kategorie) sowie 34 Ländern mit hohem Einkommen das gesamte Einkommensspektrum ab. Zudem verfügen die Länder über verschiedene Möglichkeiten der Zusammenarbeit, unter anderem im Rahmen der G20 und der G7, mit weitreichenden Konsequenzen für die Gesundheit und die Fähigkeit zur Reaktion auf gesundheitliche Bedrohungen. Wenn wir also betrachten, wie die 53 Länder zusammenarbeiten können, müssen wir die potenzielle Rolle dieser verschiedenen Foren anerkennen. Dies ist eine besondere Herausforderung für das WHO-Regionalbüro für Europa, das überlegen muss, wie es am besten innerhalb der Länder, die der EU angehören, innerhalb der Länder, die ihr nicht angehören, und auf globaler Ebene arbeiten kann. Dieser unausweichlichen Realität haben wir bei unserer Analyse und unseren Empfehlungen möglichst umfassend Rechnung getragen.

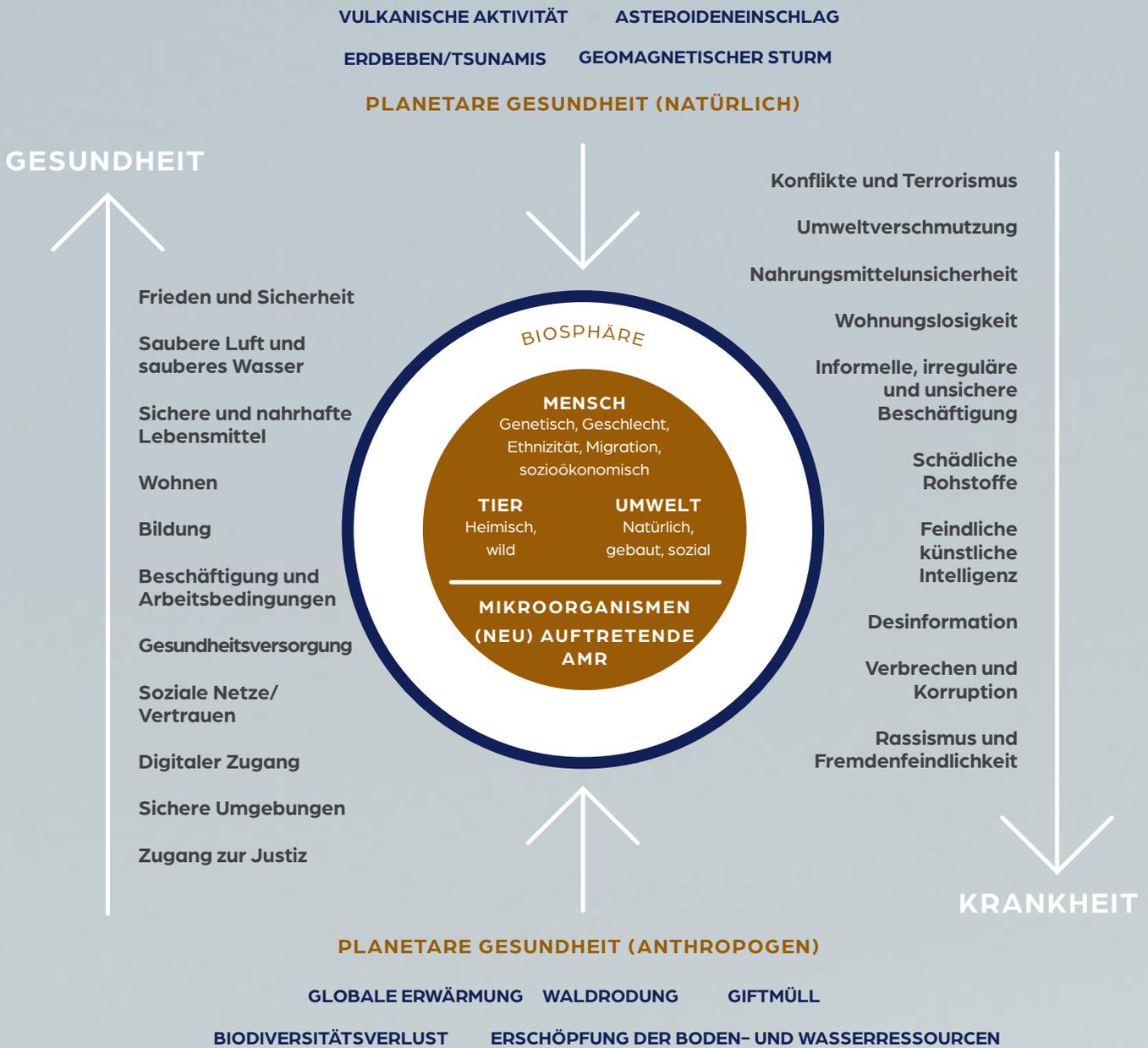
22. Wir haben auch über die vielen verschiedenen Faktoren nachgedacht, die die Gesundheit im weitesten Sinne beeinflussen: One Health („Eine Gesundheit“). Dieser einheitliche Gesundheitsansatz beschäftigt die Wissenschaft seit Jahrzehnten und stützt sich auf Erkenntnisse aus verschiedenen Disziplinen. Es ist keineswegs einfach, das komplexe Beziehungsgefüge zusammenzufassen, und unser Modell stellt zwangsläufig eine Vereinfachung der Realität dar. Wir hielten es jedoch für nützlich, dieses Konzept als Grundlage für unsere Herangehen an die Gesundheit, die Faktoren, die sie bedrohen, und diejenigen, die sie fördern, zu verwenden, während wir uns bemühen, die Mechanismen ebenso wie die gesundheitlichen Folgen der Pandemie – direkt und indirekt – zu verstehen.

23. Im Mittelpunkt des einheitlichen Gesundheitsansatzes steht das Geflecht der individuellen und kollektiven Beziehungen zwischen Menschen, Tieren und der natürlichen Umwelt, die sämtlich mit den Mikroorganismen interagieren, mit denen sie jeweils in der sogenannten Biosphäre, dem durch Lebewesen besiedelten Teil der Erde, koexistieren (Abb. 1). An dieser Schnittstelle entstehen viele der größten Bedrohungen für unser Überleben. Dazu gehören Infektionserreger, die auf andere Arten übergreifen oder sich weiterentwickeln, um neue ökologische Nischen zu besetzen, darunter diejenigen, die wir für sie schaffen, beispielsweise durch unsachgemäßen Gebrauch von Antibiotika oder Veränderungen in unserem Verhalten, sowie all das, was wir zum Überleben benötigen, wie Nahrung, Wasser und Schutz vor extremen Wetterereignissen. Diese Beziehungen spielen sich auf einem Planeten ab, dessen Bedingungen dem Einfluss zahlreicher Faktoren unterliegen. Einige entziehen sich unserer Kontrolle, auf viele können wir jedoch einwirken. In den vergangenen Jahrhunderten und insbesondere den letzten Jahrzehnten haben wir Menschen in bislang ungekanntem Ausmaß Einfluss auf die natürlichen Ressourcen unseres Planeten genommen, den Boden, die Luft und das Wasser verschmutzt und die vielen Arten, mit denen wir uns die Erde teilen, verdrängt. Wir haben allerdings auch viel zur Förderung der Gesundheit getan, Medikamente entwickelt, Gesundheitssysteme aufgebaut und noch vieles mehr.

24. Unser Modell deckt vieles von dem ab, was wir einzeln und gemeinsam leisten, um die Gesundheit entsprechend dem einheitlichen Ansatz – positiv wie negativ – zu beeinflussen. Zu den positiven Einflussfaktoren gehören die traditionellen Voraussetzungen für Gesundheit wie Nahrung und Unterkunft, aber auch neuere Faktoren, etwa Gesundheitssysteme, digitaler Zugang und Mechanismen zur Überwachung von Ökosystemen und der Gesundheit von Mensch und Tier. Negative Einflussfaktoren sind unter anderem Konflikte, Unsicherheit und der Handel mit schädlichen Rohstoffen. Sie alle haben während der Pandemie eine Rolle im Guten wie im Schlechten gespielt, während die Zerstörung von Ökosystemen, der erhöhte Druck auf die Landnutzung und die zunehmende menschliche Mobilität allesamt zur Ausbreitung von Krankheitserregern beitragen.

25. Seit nahezu zwei Jahrzehnten sind die Regierungen in der gesamten Europäischen Region der WHO dem Grundsatz „Gesundheit in allen Politikbereichen“ verpflichtet. Viele der wichtigsten Entscheidungen für Gesundheit und Wohlbefinden werden außerhalb der Gesundheitsministerien getroffen, nämlich von den für die Wirtschafts-, Agrar-, Beschäftigungs-, Bildungs-, Umwelt- und Industriepolitik verantwortlichen Stellen. Wenn wir nachhaltige Fortschritte bei der Verbesserung der Gesundheit unserer Bevölkerung gewährleisten wollen, müssen wir jene Politikmaßnahmen unterstützen, die den einheitlichen Gesundheitsansatz als integriertes, ressortübergreifendes Konzept fördern, und jenen, die ihn gefährden, entgegenwirken.

ABB. 1 – DIE DETERMINANTEN VON GESUNDHEIT IM 21. JAHRHUNDERT



Quelle: McKee M, Hrsg. (2021). Drawing light from the pandemic: a new strategy for health and sustainable development—a review of the evidence. Kopenhagen: WHO-Regionalbüro für Europa im Auftrag des Europäischen Observatoriums für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik.

ZIEL 1

DEN EINHEITLICHEN GESUNDHEITSANSATZ AUF ALLEN EBENEN OPERATIONALISIEREN

EMPFEHLUNGEN

- 1.1 **Verpflichtungen auf nationaler Ebene:** Die Regierungen sollten Strukturen, Anreize und ein förderliches Umfeld für die Entwicklung kohärenter, ressortübergreifender Strategien im Sinne des einheitlichen Gesundheitsansatzes schaffen, die auf dem Konzept „Gesundheit in allen Politikbereichen“ und den SDG aufbauen.
- 1.2 **Verstärkte Zusammenarbeit auf internationaler Ebene:** Die Mechanismen für die Koordination und Zusammenarbeit zwischen maßgeblichen internationalen Organisationen wie der WHO, der FAO, der OIE und dem UNEP sollten gestärkt werden, um die Bemühungen im Hinblick auf ein gemeinsames Verständnis, eine einheitliche Terminologie und eine geeignete internationale Architektur für die Festlegung von Prioritäten, die Vereinbarung von Zuständigkeitsbereichen und die Ermittlung des Potenzials für gemeinsame Aktivitäten zur Förderung der Gesundheit von Menschen, Tieren und der natürlichen Umwelt zu unterstützen.
- 1.3 **Koordinierte Maßnahmen auf allen Ebenen zur Verringerung umweltbedingter Gesundheitsrisiken,** einschließlich biodiversitäts- und klimabezogener Risiken, und zur Verbesserung der Berichterstattung im Rahmen des einheitlichen Gesundheitsansatzes.

26. Die COVID-19-Pandemie hat die Fragilität der menschlichen Gesundheit zutage treten lassen und ihre Wechselbeziehungen mit der Gesundheit von Tieren und der natürlichen Umwelt allgemein verdeutlicht, mit denen sie gemeinsam die Biosphäre bildet (Abb. 2). COVID-19 ist eine zoonotische Infektion, verursacht durch ein Virus, das die Artengrenze übersprungen hat. Vermutlich haben jedoch menschliche Aktivitäten wie die Abholzung von Wäldern, der Wildtierhandel und -verzehr sowie der internationale Reiseverkehr das Auftreten des Virus SARS-CoV-2 ermöglicht und seine weltweite Verbreitung begünstigt. Dies hat tief greifende Folgen für uns alle. Wir und unsere Nachkommen sehen uns nun einer ungewissen Zukunft gegenüber, sofern nicht dringend Abhilfe geschaffen wird.

ABB. 2 DIE BIOSPHÄRE ALS KERNSTÜCK VON „ONE HEALTH“



Quelle: McKee M, Hrsg. (2021). Drawing light from the pandemic: a new strategy for health and sustainable development—a review of the evidence. Kopenhagen: WHO-Regionalbüro für Europa im Auftrag des Europäischen Observatoriums für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik

27. Der einheitliche Gesundheitsansatz („One Health“) ist ein kooperativer, ressort- und fachübergreifender Ansatz, der auf lokaler, regionaler, nationaler und globaler Ebene verfolgt wird, um in Anerkennung der Wechselbeziehungen zwischen Menschen, Tieren, Pflanzen und ihrer gemeinsamen Umwelt optimale gesundheitliche Resultate zu erzielen.⁶ Er ist nicht nur ein Ansatz, sondern auch ein Resultat in Form von optimaler Gesundheit für Menschen, Tiere, Pflanzen und ihre gemeinsame Umwelt, das ein öffentliches Gut darstellt.

Ein öffentliches Gut hat besondere Eigenschaften: Es gereicht allen zum Vorteil; wer es nutzt, schränkt das, was für andere verfügbar ist, nicht ein, und niemand kann von seinem Nutzen ausgeschlossen werden. Ein klassisches Beispiel ist die Straßenbeleuchtung. Im Kontext einer Pandemie sind weitere Beispiele unter anderem Surveillance-Systeme und das Wissen, das sie hervorbringen. Wenn öffentliche Güter dem Wirken des Marktes überlassen werden, kommt es aufgrund dieser Besonderheiten zu Unterproduktion.

28. Der einheitliche Gesundheitsansatz ist kein neues Konzept, wurde in seiner Anwendung jedoch bislang durch eine bruchstückhafte Politikgestaltung und Finanzierung sowie siloähnliche Organisationsstrukturen gehemmt.

Jetzt mehr denn je müssen wir von der individuellen bis zur globalen Ebene dringend einen einheitlichen Gesundheitsansatz verfolgen, um auf die Bedrohungen für die menschliche Gesundheit und die weitere Verwirklichung einer nachhaltigen Entwicklung zu reagieren. Wie die COVID-19-Pandemie ganz klar gezeigt hat, sind bei einer Gefährdung eines der Teilbereiche von „One Health“ auch die anderen Elemente in Gefahr. „One Health“-Belange wie antimikrobielle Resistenzen (AMR), Lebensmittelsicherheit und globale Erwärmung manifestieren sich über nationale, ministerielle, organisatorische und fachliche Grenzen hinweg, und ebenso übergreifend muss auch unser Ansatz sein, mit dem wir sie in Angriff nehmen. Ein einheitlicher Gesundheitsansatz setzt voraus, dass das traditionelle Silodenken in Bezug auf Umweltmedizin, Pflanzen- und Tiergesundheit und menschliche Gesundheit überwunden wird, um einschlägige Sachkenntnis

und zuständige Behörden zusammenzubringen. Die erfolgreiche Operationalisierung des einheitlichen Gesundheitsansatzes hängt von Entscheidungen und Prozessen auf allen Ebenen ab. Sie erfordert Synergien zwischen Strategien, Strukturen und Systemen, die die Politik, die Gesetzgebung und die Finanzierung miteinander verknüpfen. **Die Kommission ruft alle Akteure im Bereich der nachhaltigen Entwicklung auf, ein gemeinsames Verständnis für die Interdependenz zwischen der Gesundheit von Mensch, Tier und Umwelt zu entwickeln.**

Die biologische Vielfalt und das Klima schützen – eine Absicherung auf allen Ebenen

29. Die biologische Vielfalt ist ein entscheidender Aspekt des einheitlichen Gesundheitsansatzes, da sie gewissermaßen als Versicherung gegen Bedrohungen für das menschliche Überleben wirkt.

So hat die Vielfalt der Vegetation in tropischen Regenwäldern dann, wenn die klimatischen Bedingungen eine Pflanzenart benachteiligen, zur Folge, dass eine andere in die entstandene Lücke hineinwachsen kann. Auf diese Weise kann weiter atmosphärisches Kohlendioxid absorbiert werden. Dies ist sehr viel schwieriger, wenn die ursprünglichen Wälder durch eine Monokultur von Nahrungspflanzen ersetzt wurden oder wenn die verbleibenden Regenwaldflächen zerstückelt und voneinander getrennt werden. Ebenso hat die selektive Zucht, die der intensiven Fleischproduktion zugrunde liegt, genetisch homogene Herden entstehen lassen, die anfällig für das Auftreten neuer Krankheitserreger sind. Dieser Verlust an genetischer Vielfalt untergräbt die Widerstandsfähigkeit von Agrarökosystemen gegenüber künftigen Gefahren, etwa Schädlingen, Krankheitserregern und dem Klimawandel, und stellt somit eine erhebliche Bedrohung für die weltweite Lebensmittelsicherheit dar. An der Entwicklung von Messgrößen für die biologische Vielfalt^{7,8} wird bereits intensiv gearbeitet, doch muss noch mehr getan werden, um einschlägige Indikatoren in die Berichterstattung zum einheitlichen Gesundheitsansatz aufzunehmen, die andere Indikatoren für Umweltmedizin, etwa die gesundheitlichen Auswirkungen des Klimawandels, ergänzen.⁹

6 Centers for Disease Prevention and Control. One Health Basics [website] (<https://www.cdc.gov/onehealth/basics/index.html>, accessed 29 July 2021).

7 NatureServe. Biodiversity Indicators Dashboard [website] (<https://www.natureserve.org/conservation-tools/biodiversity-indicators-dashboard>, eingesehen am 29. Juli 2021).

8 Dasgupta P. The Economics of Biodiversity: The Dasgupta Review. London, HM Treasury, 2021 (https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/962785/The_Economics_of_Biodiversity_The_Dasgupta_Review_Full_Report.pdf, eingesehen am 29. Juli 2021).

9 The 2020 report of the Lancet Countdown on health and climate change: responding to converging crises. Lancet. 2021;397:129–70 ([https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)32290-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)32290-X)).

30. Alle müssen zur Förderung eines einheitlichen Gesundheitsansatzes beitragen, ob als Bürger an den Wahlurnen, als Verbraucher zwischen den Verkaufsregalen oder in einigen Fällen als Entscheidungsträger auf verschiedenen Ebenen des Staates oder des Privatsektors. Ihre jeweilige Einstellung beeinflusst ihre Fähigkeit, Entscheidungen zu treffen, die etwas bewirken. Ein ranghoher Politiker kann Gesetze ändern, die Fragen wie die Lebensmittelproduktion betreffen. Eine Familie aus der Mittelschicht entscheidet sich vielleicht eher für Lebensmittel, die auf eine möglichst umweltschonende Weise hergestellt wurden. Andere dagegen haben nur wenige Wahlmöglichkeiten, vor allem wenn die preisgünstigsten Lebensmittel in den Regalen unter den gesundheitlich bedenklichsten Bedingungen produziert werden oder wenn die einzigen örtlichen Arbeitsplätze von Arbeitgebern angeboten werden, die den einheitlichen Gesundheitsansatz untergraben. Doch selbst wenn die Optionen begrenzt sind, können alle nur von einem besseren Problembewusstsein profitieren, das eine fundierte öffentliche Debatte fördert. Dies erfordert Maßnahmen **zur Entwicklung eines umfassenden Verständnisses der Grundsätze und Praxis eines einheitlichen Gesundheitsansatzes vom frühen Kindesalter an, die zu anhaltender Unterstützung durch künftige Generationen beitragen können und auf lokaler Ebene mit verschiedensten Maßnahmen zur Förderung von Bewusstseinsbildung, Aufklärung und Verhaltensänderung als Bestandteil an diesem Ansatz ausgerichteteter kommunaler Aktionspläne verknüpft werden.**

Verpflichtungen auf nationaler Ebene

31. Die Akteure, die für die Verbesserung der Gesundheit von Menschen, Tieren und der Umwelt eintreten, können viel voneinander lernen. Tierärzte, Gesundheitsfachkräfte, Umweltwissenschaftler und Verhaltensforscher können Praxisgemeinschaften und Netzwerke für den Wissensaustausch aufbauen, über die sie rasch besorgniserregende Signale wie eine erhöhte Sterblichkeit bei Vögeln oder Ausbrüche von grippeähnlichen Erkrankungen melden und untersuchen können, und zwar in Zusammenarbeit mit bestehenden Netzwerken wie dem Programm zur Überwachung neu auftretender Krankheiten (ProMED) und dem Globalen Netzwerk der WHO zur Warnung und Reaktion bei Krankheitsausbrüchen (GOARN). Diejenigen, die zu diesen Bemühungen beitragen, sind allerdings auf eine unterstützende Struktur angewiesen, die häufig nicht vorhanden ist. Daher **fordert die Kommission**

die Regierungen auf, Strukturen, Anreize und das Umfeld für die Entwicklung kohärenter nationaler Strategien im Sinne des einheitlichen Gesundheitsansatzes zu schaffen, die auf dem Konzept „Gesundheit in allen Politikbereichen“ aufbauen. Jede Regierung muss selbst entscheiden, wie sie dabei vorgeht, wobei sie innerhalb der nationalen Grenzen handelt und zugleich die Vorteile der internationalen Zusammenarbeit nutzt. Wichtig ist, dass die verantwortlichen Stellen, insbesondere die Finanz-, Gesundheits-, Landwirtschafts- und Umweltminister, ihr Silodenken überwinden, um gemeinsame Lösungen für gemeinsame Probleme zu finden.

Verstärkte Zusammenarbeit auf internationaler Ebene

32. Die notwendigen Veränderungen werden durch Politikmaßnahmen und Initiativen innerhalb der einzelnen Länder vorangetrieben, sollten jedoch durch die globale Architektur unterstützt werden. Allerdings sind die Rahmenbedingungen nicht nur auf der nationalen Ebene, sondern auch global und regional fragmentiert. **Die Kommission fordert Maßnahmen zur Behebung von Defiziten und Überschneidungen in den bestehenden internationalen Steuerungsstrukturen und insbesondere zwischen den verschiedenen Sonderorganisationen der Vereinten Nationen.**

33. Aus vielen Gründen, nicht zuletzt deshalb, weil es gilt, massive organisatorische Beeinträchtigungen in einer Zeit, in der sich die Welt von einer Krise erholt, zu vermeiden, wird der Wandel sehr wahrscheinlich schrittweise erfolgen. Das heißt jedoch nicht, dass keine Dringlichkeit besteht. **Wir benötigen kreative Denkansätze für die Frage, wie wir Synergien zwischen der WHO, der FAO, der OIE, dem UNEP und anderen Gremien in diesem Bereich herstellen können.** Logischerweise wird dies unter dem Dach der Vereinten Nationen geschehen. Eine (bereits bestehende oder eigens eingerichtete) Organisation bzw. ein entsprechendes Netzwerk könnten damit beauftragt werden, ausgehend von einem gemeinsamen Verständnis künftiger Herausforderungen für den einheitlichen Gesundheitsansatz Normen zu erarbeiten, die Regierungen bei der Umsetzung nationaler Strategien in diesem Bereich zu unterstützen und maßgeblichen Gruppen ein Forum für das gegenseitige Lernen, die Verbreitung bewährter Verfahren und die Entwicklung geeigneter Kennziffern für die Leistungsbewertung zu bieten. In der Europäischen Region der WHO, so empfehlen wir, sollte das WHO-Regionalbüro für Europa die

Federführung bei der Einberufung dieser Gruppen übernehmen.

34. Um politische Ziele und Vorgaben zu erreichen, müssen gemeinsame Instrumente und Regulierungsrahmen vorhanden sein.

Die Kommission fordert dazu auf, eine einheitliche Terminologie und eine geeignete internationale Architektur zu erarbeiten, um Prioritäten festzulegen, Zuständigkeitsbereiche zu vereinbaren und Möglichkeiten für eine Zusammenarbeit zur Förderung der Gesundheit von Menschen, Tieren und der natürlichen Umwelt aufzuzeigen. Durch messbare Resultate könnte die Integration des einheitlichen Gesundheitsansatzes in bestehende Instrumente wie die in immer stärkerem Maße verwendeten ESG-Indikatoren (Umwelt, Soziales und Unternehmensführung) und andere Regulierungsrahmen erleichtert werden, was seinerseits den Privatsektor anregen würde, derartige Fragen zu berücksichtigen und in die Berichterstattung und Risikobewertung einzubeziehen.



ZIEL 2

AUF ALLEN EBENEN DER GESELLSCHAFT MASSNAHMEN ZUR ÜBERWINDUNG DER SPALTUNGEN TREFFEN, DIE DURCH DIE PANDEMIE NOCH VERSCHÄRFT WURDEN

EMPFEHLUNGEN

- 2.1 **Sicherstellen, dass die zahlreichen Ungleichheiten in Bezug auf Gesundheit und Zugang zur Versorgung innerhalb von Bevölkerungsgruppen durch international vergleichbare Informationssysteme erfasst werden, um Politikkonzepte und Interventionen gestalten zu können, die an den tieferen Ursachen dieser Ungleichheiten ansetzen.**
- 2.2 **Die Menschen in der Gesellschaft, die in Armut oder unter prekären Umständen leben, bestimmen und Politikmaßnahmen erarbeiten und umsetzen, um ihnen die für eine gute Gesundheit benötigte Sicherheit zu vermitteln.**
- 2.3 **Explizite Quoten für die Vertretung von Frauen in öffentlichen Gremien festlegen, die an der Formulierung und Umsetzung der Gesundheitspolitik beteiligt sind.**

Den Unsichtbaren Sichtbarkeit verleihen

35. **Eine der besorgniserregendsten Auswirkungen der COVID-19-Pandemie besteht darin, dass die Ungleichheiten und Ungleichgewichte in unseren Gesellschaften nicht nur zutage traten, sondern auch ausgenutzt wurden.** Die Pandemie hat auf überaus tragische Weise die Brüche zwischen Personen, Gruppen und Gemeinschaften verdeutlicht und unser anhaltendes Versagen beim Schutz derjenigen offenbart, die am verwundbarsten sind.

36. Wenngleich jeder in gewissem Umfang von der Pandemie und den Maßnahmen zu ihrer Bewältigung betroffen ist, haben einige Gruppen wesentlich mehr gelitten als andere. Fast immer handelt es sich um diejenigen, die ohnehin bereits benachteiligt sind oder übersehen werden. Unter anderem sind es Kinder, die in Wohnverhältnissen ohne einen Ort zum Lernen oder den für den Online-Unterricht erforderlichen Internetzugang leben, Menschen in prekärer Beschäftigung, die sich entscheiden müssen, ob sie sich in ihre Arbeitsstätte begeben, wo sie infektionsgefährdet sind, oder ob sie ihre Familie ernähren können, Menschen mit chronischen Erkrankungen wie Krebs, HIV, Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Diabetes und Menschen in Einrichtungen der Langzeitpflege, die in vielen Fällen ohne familiäre Begleitung, oft unter schrecklichen Umständen, gestorben sind.

37. Diese Situation ist die Folge einer langjährigen Politik, die für eine hohe Einkommens- und Vermögensungleichheit, Unterinvestitionen in den Sozialschutz, insbesondere in das Gesundheits- und Sozialwesen, und ungleiche Chancen für bestimmte Gruppen gesorgt hat. Hinzu kommt, dass diese Maßnahmen zu zunehmender Unsicherheit in Bezug auf Arbeitsplätze, Löhne, Wohnraum und sogar

die Lebensmittelversorgung, zu Rassismus und anderen Formen der Diskriminierung sowie zur Vorrangstellung der Interessen des Einzelnen vor den Bedürfnissen der Gesellschaft geführt haben. Sie alle haben auf ihre Weise zu den Schwierigkeiten beigetragen, mit denen die Regierungen in aller Welt bei der Reaktion auf COVID-19 zu kämpfen hatten.

38. Nach dem Ausbruch der Pandemie erkannten die meisten Regierungen zwar relativ früh, aber doch zu spät, dass etwas getan werden musste, um die am stärksten Gefährdeten zu schützen. Sie beschlossen vielfältige Maßnahmen, darunter ein Einfrieren der Mieten und Räumungsverbote, Programme zur Stützung von Unternehmen und Arbeitsplätzen, direkte Transferzahlungen und eine Reihe von Konjunkturmaßnahmen. Nun, da an Plänen für die Erholung nach der COVID-19-Krise gearbeitet wird, **ist es jedoch an der Zeit, das Mantra vom „Wiederaufbau zum Besseren“ in die Tat umzusetzen. Die seit Langem bestehenden tieferen Ursachen dieser Ungleichheiten müssen dringend angegangen werden.**

39. Dies kann nur geschehen, wenn die Regierungen eine genaue Vorstellung von der Art und dem Umfang dieser Ungleichheiten haben. Bei vielen von ihnen ist dies jedoch nicht der Fall. Oft sind die am stärksten Benachteiligten in den amtlichen Statistiken praktisch unsichtbar. Solange die Merkmale von Benachteiligungen nicht – mit den entsprechenden Schutzvorkehrungen – erfasst werden, lässt sich unmöglich feststellen, ob Menschen systematisch benachteiligt werden.

40. Als Grundlage dafür wird die bisherige Arbeit der WHO und anderer internationaler Organisationen dienen, die seit Jahren mit den Regierungen zusammenarbeiten, um sie bei der Verbesserung ihrer Gesundheitsinformationssysteme zu

unterstützen. Routinedaten sind nur dann hilfreich, wenn sie über die gängige Aufschlüsselung nach Alter und Geschlecht hinaus nach Möglichkeit sozioökonomische Daten zur Bildung, zur ethnischen Zugehörigkeit und zum Migrationsstatus enthalten, wenn auch mit strikten Schutzvorkehrungen, um ihren Missbrauch beispielsweise durch Polizei und Einwanderungsbehörden zu verhindern. **Es sollten regelmäßige Erhebungen** mit angemessenen Stichprobengrößen und harmonisierten Fragen **durchgeführt werden**, um die Lebensbedingungen, die Gesundheitsbedürfnisse und die Inanspruchnahme des Gesundheitswesens so zu erfassen, dass sie international vergleichbar sind. Entsprechende Erhebungen gibt es bereits, etwa die EU-Erhebung über Einkommen und Lebensbedingungen und die Erhebung zu Gesundheit, Altern und Ruhestand in Europa, doch decken sie nicht die gesamte paneuropäische Region ab.

41. Diese Daten sind zu jedem Zeitpunkt wichtig, ganz besonders jedoch in einer Pandemiesituation, in der geeignete und wirksame nationale und internationale Maßnahmen im Bereich der öffentlichen Gesundheit davon abhängen, dass die Länder fundierte epidemiologische Informationen austauschen können, um die Übertragung und Ausbreitung zu verstehen. An solchen Systemen mangelt es leider innerhalb der Länder der paneuropäischen Region und in noch größerem Maß länderübergreifend (und eigentlich auch weltweit). Bedenklich stimmen die generellen Versäumnisse, die infolge von COVID-19 zutage getreten sind, was die Fähigkeit der Länder zur Zusammenarbeit bei der Entwicklung von Lösungen für die fragmentierte und unvollständige Datenlage in der Europäischen Region der WHO betrifft. Daher **fordert die Kommission die Regierungen auf, mit Unterstützung des WHO-Regionalbüros für Europa übergreifende Maßnahmen für die gesamte paneuropäische Region zur Gewährleistung der Interoperabilität von Gesundheitsdaten zu erarbeiten, die zeitnahe Informationen über die Verteilung der Gesundheit innerhalb der Bevölkerung nach Geschlecht, ethnischer Zugehörigkeit (sofern rechtlich zulässig), ökonomischem Status und anderen relevanten Merkmalen liefern können.**

Ungleichheiten abbauen

42. Umfassende Strategien zum Abbau von Ungleichheiten sind nicht nur ein Gebot der Fairness. Es gibt gewichtige Argumente dafür, aus

Eigeninteresse zu handeln. Viele der Bedingungen, aufgrund deren Einzelpersonen und Familien benachteiligt sind, haben dem Virus die Möglichkeit gegeben, zu überleben und sich auszubreiten. Es gibt jedoch noch einen weiteren Grund. In einigen Ländern hat die Pandemie eine zunehmende Polarisierung bewirkt, die die Bevölkerung in „wir“ und „die anderen“ teilt und das Vertrauen in öffentliche Einrichtungen untergräbt. Erfahrungen aus der jüngeren und fernerer Vergangenheit erinnern uns daran, dass eine Situation, in der einige Gruppen systematisch zurückgelassen werden, das Vertrauen in das politische System schwächen kann, was sich auf die gesamte Gesellschaft auswirkt.

43. Aus diesen Gründen fordert die Kommission die Regierungen auf, die Menschen in ihrer Gesellschaft zu bestimmen, die in Armut oder unter prekären Umständen leben, indem sie die Bedrohung anerkennen, die sich daraus nicht nur für die Gesundheit, sondern auch für das Vertrauen in Institutionen und Demokratie ergibt, und Maßnahmen zur Bekämpfung und Verringerung dieser Ungleichheiten zu unterstützen. Forderungen nach einem „Wiederaufbau zum Besseren“ und danach, „niemanden zurücklassen“, dürfen keine leeren Parolen sein.

Das Vertrauen stärken

44. Derzeit wird der öffentliche (und private) Diskurs zu einem Großteil durch eine ausgeprägte soziale und politische Parteinahme bestimmt, die zu einer Verwässerung der Tatsachen führt und Sorge über das Anbrechen eines postfaktischen Zeitalters auslöst. Wenn Mutmaßungen und Meinungen den gleichen Stellenwert haben wie wissenschaftliche Erkenntnisse, werden Experten unterminiert und – was besorgniserregend ist – Politikkonzepte ausgehend von Wunschvorstellungen statt von vorhandenem Wissen gestaltet und umgesetzt.

45. Der zunehmende Mangel an Vertrauen in Fakten und Sachverstand äußert sich in wachsender Skepsis gegenüber politischen Führern und Entscheidungsstrukturen. Dies stand der Pandemiebekämpfung oft im Wege, insbesondere in den Ländern, in denen die Mitglieder der politischen Klasse als eigennützige Elite dargestellt werden. Der für die Reaktion auf COVID-19 notwendige Rückhalt in der Öffentlichkeit wird dadurch zwangsläufig beeinträchtigt. Das mangelnde Vertrauen führt zu einem Riss in der Gesellschaft, der eine neue Art von Führung und verbesserte Ansätze für die Entscheidungsfindung erforderlich macht.

46. Die Forderung der Patienten, es dürfe keine Entscheidung über sie ohne sie geben, und der Übergang zu einer patientenorientierten Versorgung sind genauso relevant für bevölkerungsbezogene wie für individuelle Maßnahmen. Bei den als Antwort auf die Pandemie beschlossenen Politikmaßnahmen fanden die praktischen Probleme, mit denen gewöhnliche Menschen bei ihrer Umsetzung konfrontiert sind, in zu vielen Fällen nicht genügend Beachtung. Wachsende Erfahrungen gibt es mit der sogenannten „Co-Creation“, d. h. der gemeinsamen Entwicklung von Lösungen, bei der in Zusammenarbeit mit der Bevölkerung Politikmaßnahmen gestaltet werden, die die für ihr Funktionieren erforderliche breite Akzeptanz finden können. Besonders wichtig ist es, dies in Partnerschaft mit Bevölkerungsgruppen zu tun, die sich oft kein Gehör verschaffen können. Daher **fordert die Kommission neue Ansätze für die Entscheidungsfindung, die auf den besten verfügbaren wissenschaftlichen Erkenntnissen beruhen, zugleich aber auch inklusiv sind, Fairness und Gerechtigkeit als gemeinsame Werte verkörpern und breiten Rückhalt in der Öffentlichkeit finden.**

Die Teilhabe von Frauen an Führungspositionen und darüber hinaus sicherstellen

47. Krisen, ob als Folge von Naturereignissen oder menschlichen Handlungen, haben fast immer geschlechtsspezifische Konsequenzen, betreffen Frauen und Männer also unterschiedlich. In der gegenwärtigen Pandemie haben Frauen wesentlich häufiger ihren Arbeitsplatz verloren, und viele der unverhältnismäßig hohen Zahl von Frauen in der informellen Wirtschaft mussten erhebliche Einkommenseinbußen hinnehmen. Sie waren öfter von Burnout betroffen als Männer, und einige haben auf Nahrung verzichtet, um ihre Kinder zu schützen. Viele Mädchen sind aus dem Bildungssystem ausgeschieden, und im Zuge der Wiederöffnung der Schulen dürften sie mit geringerer Wahrscheinlichkeit zurückkehren als Jungen.

48. Darin spiegelt sich zum Teil die geschlechtsspezifische Natur der Beschäftigung wider. Wenngleich das Geschlechtergefälle in der Beschäftigung seit der Annahme der Erklärung und Aktionsplattform von Beijing 1995 in gewissem Umfang verringert werden konnte, müssen viele Frauen selbst jetzt noch traditionelle Betreuungsaufgaben wahrnehmen und zugleich auf Bildungs-, Arbeitsmarkt- und Einkommenschancen verzichten. Dies führt zu beruflicher Segregation

und zur Unterrepräsentation von Frauen in besser vergüteten Positionen und höherwertigen Branchen. Frauen arbeiten häufiger in prekären, weniger stabilen Beschäftigungsverhältnissen mit niedrigerer Entlohnung und geringeren Leistungen; 2019 wurde das geschlechtsspezifische Lohngefälle in Europa auf über 14 % geschätzt. Da Frauen in Branchen wie Gastgewerbe, Tourismus und Bildungswesen überrepräsentiert sind, oft in untergeordneten Positionen mit weniger Heimarbeitsmöglichkeiten (insbesondere in Ländern mit höherem Einkommen), sind sie besonders stark von den Einschränkungen zur Bekämpfung von COVID-19 betroffen. Auch aufgrund dieser Belastungen hat sich ihre körperliche und psychische Gesundheit verschlechtert, und oft haben sie geschlechtsspezifische Gewalt erfahren. Wir begrüßen viele der Unterstützungsmaßnahmen der Regierungen, die sich in einigen Fällen speziell an Frauen richten, doch muss die Politikgestaltung und Entscheidungsfindung nun mit einem neuerlichen Bekenntnis zur Gleichstellung der Geschlechter einhergehen. Rufe nach einer ausdrücklichen Gleichstellungsdimension in den Programmen für den Wiederaufbau nach COVID-19 werden immer wieder laut. Die G7 stellen Investitionen in die Bildung von Mädchen und die Beschäftigung von Frauen in Aussicht, doch werden diese nur dann den notwendigen Strukturwandel bewirken, wenn Frauen sich aktiv an der Gestaltung der Agenda beteiligen.

49. Daher **fordert die Kommission die Regierungen auf, die Partizipation von Frauen in Entscheidungsgremien auszuweiten und die Berücksichtigung ihrer Rechte und Bedürfnisse in allen staatlichen Politikkonzepten zu gewährleisten.** Dies sollte auch explizite Quoten für die Vertretung von Frauen in öffentlichen Gremien umfassen, die an der Formulierung und Umsetzung der Gesundheitspolitik beteiligt sind, insbesondere in Bezug auf Vorsorge, Krisenmanagement und Gegenmaßnahmen. Wir wissen, dass die Gleichstellung der Geschlechter bei der Entscheidungsfindung positive wirtschaftliche Auswirkungen hat und unzählige Vorteile mit sich bringt, **denn Frauen in Führungspositionen messen sozial wichtigen Themen (Gesundheit, Bildung, Wohlfahrt, Rechte, sozialer Zusammenhalt) nachweislich höhere Priorität bei** als ihre männlichen Kollegen. Und genau diese Bereiche müssen bei allen Planungen für die Zeit nach COVID-19 im Mittelpunkt stehen.



ZIEL 3

INNOVATIONEN ZUGUNSTEN DER VERBESSERUNG DES EINHEITLICHEN GESUNDHEITSANSATZES UNTERSTÜTZEN

EMPFEHLUNGEN

- 3.1 Eine strategische Überprüfung der Bereiche vornehmen, in denen ein ungedeckter Bedarf an Innovationen besteht, die zur Verbesserung des einheitlichen Gesundheitsansatzes in Europa notwendig sind.**
- 3.2 Mechanismen für die Abstimmung zwischen der Forschung sowie der Entwicklung und Umsetzung von Politikkonzepten und Interventionen zur Verbesserung des einheitlichen Gesundheitsansatzes einrichten, die auf einer echten Partnerschaft zwischen dem öffentlichen und dem privaten Sektor mit einer gleichmäßigen Verteilung von Risiken wie Erträgen beruhen.**
- 3.3 Mit Unterstützung des WHO-Regionalbüros für Europa weiterhin Anstrengungen zur Entwicklung eines Mechanismus für ständige Wissensgewinnung, stetiges Lernen und laufende Verbesserungen auf der Grundlage von Innovationen unternehmen.**

Eine strategische Überprüfung von Bereichen mit ungedecktem Bedarf vornehmen

50. Die Pandemie hat bestätigt, wie wichtig Innovationen für eine bessere Gesundheit sind. Im besten Fall gehörten dazu neue Behandlungen (und mitunter neue Verwendungen für bereits vorhandene Behandlungen) wie Impfstoffe und Arzneimittel, teilweise auf der Grundlage neuer Technologie, und neue Versorgungsmodelle, etwa Online-Konsultationen und innovative Surveillance-Ansätze sowohl für die Ausbreitung der Krankheit als auch für die Reaktion auf Gegenmaßnahmen und deren Konsequenzen. Die riesigen Investitionen in biomedizinische Innovationen fließen allerdings nicht immer dorthin, wo sie am meisten gebraucht werden. Das bestehende Innovationsmodell gilt weithin als fehlerhaft. Erstens wird das Risiko weitgehend vom öffentlichen Sektor getragen, der einen Großteil der Grundlagenforschung finanziert, aus der neue Arzneimittel und Technologien hervorgehen, doch fließen die Erträge zumeist an die Unternehmen, die dieses Wissen in Produkte umsetzen, welche sie auf den Markt bringen. Zweitens werden die Prioritäten dieser Unternehmen in hohem Maße von den bestehenden Anreizstrukturen bestimmt. Produkte, für die es nur einen kleinen Markt gibt – und deren Preis so hoch sein muss, dass eine Rendite erzielt wird –, beispielsweise für seltene Krankheiten, werden nur hergestellt, wenn andere Anreize vorhanden sind, etwa eine Verlängerung des Patentschutzes oder öffentliche Zuschüsse für Forschung und Entwicklung. Noch schwieriger ist die Situation bei antimikrobiellen Mitteln, da für die Erbringer von Gesundheitsleistungen eine starke Veranlassung besteht, sie möglichst selten einzusetzen, um der Herausbildung von

Resistenzen entgegenzuwirken. Diese ungünstige Anreizgestaltung ist auch in anderen Bereichen der Innovation zu beobachten. So beruht ein Teil der Medizintechnik auf demselben Geschäftsmodell wie Drucker und Rasierapparate. Hierbei können die Anfangskosten niedrig gehalten werden, während die Gewinne durch den Verkauf der notwendigen Verbrauchsartikel zustande kommen, sodass ein starker Anreiz besteht, möglichst wenig Raum für Interoperabilität zu lassen. Ähnlich problematisch sind Interventionen auf der Organisationsebene, etwa neue Versorgungsmodelle, da es schwierig ist, ein Wirtschaftsmodell zu schaffen, das eine Rendite abwirft. Während der Pandemie ließen sich zahlreiche Beispiele für ein Marktversagen in unterschiedlichem Ausmaß beobachten. Der Entwicklung von COVID-19-Impfstoffen etwa kam zugute, dass umfangreiche öffentliche Mittel für Forschung und Entwicklung bereitgestellt und Vereinbarungen über Abnahmegarantien eingegangen wurden, wobei strategische Investitionen der Koalition für Innovationen in der Epidemievorsorge (CEPI) eine zentrale Rolle spielten. Ein Großteil der Erkenntnisse zu neuen Behandlungen für COVID-19 stammt aus öffentlich finanzierten Studien wie der RECOVERY-Studie im Vereinigten Königreich oder ist der kreativen Nutzung großer Datenbanken zu verdanken, etwa die Erkenntnisse aus der Initiative OpenSAFELY.

51. In dieser und anderer Hinsicht hat uns das Ausmaß der Pandemie vor Augen geführt, wie wichtig zielgerichtete Forschung ist. Eine Frage wurde formuliert, und Forscher und Entwickler aus dem öffentlichen und dem privaten Sektor wurden gebeten, sie zu beantworten. Viele andere Fragen verlangen jedoch ebenfalls eine Antwort.

Einige wurden bereits angedeutet. Sie lauten unter anderem wie folgt: Welche neuen antimikrobiellen Mittel wären denkbar, mit denen wir unseren Vorsprung im Wettlauf gegen Resistenzen halten könnten? Sind bestimmte Schnelldiagnoseverfahren wie die Lateral-Flow-Tests, die zur Eindämmung von COVID-19 beigetragen haben, geeignet, den Einsatz antimikrobieller Mittel zu reduzieren? Gibt es Medikamente, mit denen sich das Fortschreiten von Demenz verhindern lässt? Bei einer ganzen Reihe von Fragen geht es zudem darum, wie sichergestellt werden kann, dass Innovationen in die Praxis umgesetzt und Versorgungsmodelle optimiert werden. Und wie können wir dafür sorgen, dass die Patienten und die an vorderster Linie tätigen Gesundheitsfachkräfte in die gemeinsame Konzeption dieser Antworten einbezogen werden? Bei der mühevollen Suche nach solchen Antworten müssen wir allerdings in einem System arbeiten, das nur zu oft Produkte mit geringem therapeutischen Nutzen entwickelt, insbesondere die sogenannten Nachahmerprodukte, die allenfalls marginale Vorteile gegenüber den bereits vorhandenen Präparaten bieten.

52. Unser bestehendes System ist zwar zu wesentlichen Neuerungen in der Lage, scheitert dabei jedoch allzu oft. In Bezug auf Alternativen gibt es zahlreiche Beispiele, etwa die CEPI oder die Initiative „Arzneimittel für vernachlässigte Krankheiten“, die zeigen, was möglich ist. **Die Kommission fordert, unerfüllte gesundheitliche Bedürfnisse in Europa laufend zu bewerten, um eine strategische Antwort für vernachlässigte Krankheiten, Bevölkerungsgruppen und Interventionen zu gestalten, die alle Phasen des Innovationsprozesses** von der Grundlagenforschung über klinische Studien in der Endphase der Entwicklung bis hin zur Überwachung nach der Markteinführung umfasst.

Innovationspartnerschaften aufbauen

53. Die Bewertung unerfüllter gesundheitlicher Bedürfnisse sollte als Grundlage für verbesserte Systeme der Innovationssteuerung in Europa dienen, von denen einige bereits im Entstehen begriffen sind, etwa die EU-Initiative HERA (Behörde für die Krisenvorsorge und -reaktion bei gesundheitlichen Notlagen). Auch künftig werden öffentlich-private Partnerschaften unumgänglich sein, doch müssen diese im Gegensatz zu früher auf Transparenz beruhen und die Risiken und den Nutzen der Innovation teilen. Zudem wäre es denkbar, verstärkt auf Beschaffungsmodelle zurückzugreifen, die den

Dialog zwischen denjenigen, die die für die eine innovative Gesundheitsversorgung benötigten Waren und Dienstleistungen beschaffen, und denjenigen, die sie herstellen, erleichtern. Darüber hinaus müssen die Regierungen, Leistungserbringer, Berufsverbände und sonstigen Akteure Mechanismen einrichten, mit denen sichergestellt wird, dass die Bedürfnisse der Erbringer von Gesundheitsleistungen bei der Gestaltung der Agenda und der Erarbeitung der Lösungen berücksichtigt werden.

Lernende Gesundheitssysteme unterstützen

54. Die Gesundheitssysteme sind sowohl Urheber als auch Nutzer von Forschung. Diese zweite Rolle wird jedoch allzu oft unterschätzt. Zu Beginn der Pandemie, als noch sehr ungewiss war, welche Behandlungen wirken könnten, wurde vielen Patienten in europäischen Krankenhäusern die Möglichkeit der Teilnahme an klinischen Studien verwehrt. Stattdessen erhielten sie Behandlungen, die noch nicht auf ihren Einsatz bei COVID-19 geprüft worden waren. Letztlich konnte durch Initiativen wie die RECOVERY-Studie für mehrere Behandlungen, darunter das kostengünstige Generikum Dexamethason, der Effektivitätsnachweis erbracht werden erbracht werden, doch waren bis dahin bereits zahlreiche Menschen unnötig gestorben. In einigen Ländern wäre die Durchführung derartiger Studien viel zu schwierig gewesen, weil es ihnen vor der Pandemie nicht gelungen war, gestraffte Ethikstandards und sonstige Zulassungssysteme und Finanzierungsregelungen einzuführen. Ebenso dauerte es zu lange, bis die komplexe multisystemische Natur von COVID-19 verstanden wurde, nicht zuletzt aufgrund der schwach entwickelten Strukturen für den Dialog zwischen den verschiedenen Fachrichtungen, deren Vertreter unterschiedliche Zeitschriften lesen, unterschiedliche Konferenzen besuchen und sich oft nicht untereinander austauschen. Eine solche Situation darf sich nicht wiederholen. **Die Kommission fordert Regierungen, Forschungsförderer, Leistungserbringer und Berufsverbände auf, die Modalitäten zu überprüfen, mit denen sie Gesundheitssysteme unterstützen, die lernen, regelmäßig neue Erkenntnisse hervorbringen, zusammenfassen und verbreiten und Veränderungen in Bezug auf Arzneimittel, Technologien und Versorgungsmodelle realisieren.**



ZIEL 4

IN LEISTUNGSSTARKE, WIDERSTANDSFÄHIGE UND INKLUSIVE GESUNDHEITSSYSTEME INVESTIEREN

EMPFEHLUNGEN

- 4.1** Alle Investitionen in die Gesundheitssysteme erhöhen, insbesondere in den Bereichen, für die traditionell weniger Mittel bereitgestellt werden, etwa primäre und psychische Gesundheitsversorgung, wobei diese Investitionen so gelenkt werden sollten, dass sie die Fähigkeit der Gesundheitssysteme optimieren, ihren Nutzern die bestmögliche Gesundheit zu bieten.
- 4.2** Vor dem Hintergrund der Pandemieerfahrungen in das Gesundheitspersonal investieren und seine Stellung stärken, wobei der Schwerpunkt auf Möglichkeiten liegt, Gesundheit- und Pflegepersonal zu gewinnen, zu binden und während seines gesamten Berufslebens zu unterstützen, und zugleich untersucht wird, wie sich die Aufgaben des Gesundheitspersonals angesichts des raschen Wandels in Medizin und Technologie verändern können.
- 4.3** Die Verknüpfungen zwischen dem Gesundheits- und dem Sozialwesen vor dem Hintergrund der Pandemieerfahrungen neu bewerten und stärken, um diese Bereiche enger miteinander zu verzahnen.
- 4.4** Der Prävention übertragbarer und nichtübertragbarer Krankheiten Priorität einräumen und die Investitionen in die Kapazitäten im Bereich der öffentlichen Gesundheit ausweiten.

55. Die Pandemie hat den Gesundheitssystemen einen beispiellosen Schock versetzt. In den am stärksten heimgesuchten Regionen stieg die Zahl der Patienten, die eine Intensivversorgung benötigten, sprunghaft und weit über die verfügbaren Kapazitäten hinaus an. Fernsehberichte aus Italien, dessen nördliche Regionen als erste betroffen waren, zeigten schwer kranke, auf Fluren liegende Patienten, die vom Gesundheitspersonal unter nahezu unmöglichen Bedingungen behandelt wurden. Es fehlte an fast allem. Es gab zu wenige Betten für die Patienten, zu wenig medizinisches Personal, zu wenig Ausrüstung, insbesondere Beatmungsgeräte, und in einigen Fällen Probleme bei der kontinuierlichen Sauerstoffverabreichung. Unter diesen Umständen wurde die Rettung des Lebens derjenigen, die an diesem neuen und für zu viele der Betroffenen tödlichen Virus erkrankt waren, zur Priorität.

56. Diese Belastung warf ein Schlaglicht auf das Versäumnis zahlreicher Länder, in Krankenhäuser zu investieren, die ausreichende Flexibilität hatten, auf die Krise zu reagieren, vor der so viele seit Jahrzehnten gewarnt hatten. Ganz anders

verhielt es sich in einigen asiatischen Ländern, wo die Krankenhäuser vor dem Hintergrund einer Pandemiebedrohung umgestaltet worden waren und auch Kapazitäten hatten, die an der Pandemie Erkrankten von denjenigen zu trennen, die eine routinemäßige Versorgung benötigten.

57. Parallel dazu spielte sich in Einrichtungen der Langzeitpflege eine weitere Tragödie ab, die vor allem ältere und gebrechliche Menschen betraf. In einigen Ländern wurden durch die Notwendigkeit, Krankenhausbetten frei zu machen, indem bereits eingewiesene Patienten entlassen wurden, Infektionen in diese Einrichtungen eingeschleppt. Eine Kombination von Faktoren, darunter die geringe Priorität, die der Bereitstellung von persönlicher Schutzausrüstung (PSA) galt, die informelle Beschäftigung vieler Mitarbeiter, die einige von ihnen möglicherweise zur Tätigkeit in mehreren Einrichtungen zwang, und fehlende Testangebote ermöglichten die rasche Ausbreitung von Infektionen, die zum vermeidbaren Tod zahlreicher anfälliger Pflegeheimbewohner und in einigen Fällen auch ihrer Betreuungspersonen führte.

58. Eine solche Situation darf sich nicht wiederholen. Aus den derzeit in einigen Ländern durchgeführten Untersuchungen lassen sich zahlreiche Lehren ableiten, die beherzigt werden müssen. Es ginge über das Mandat der Kommission hinaus, ein detailliertes Konzept für die künftige Organisation der Gesundheitssysteme zu liefern. Wir können jedoch auf eine Reihe von Grundsätzen hinweisen, die Eingang in die Politikkonzepte finden sollten, um die Widerstandsfähigkeit der Gesundheitssysteme in Zukunft zu steigern. Sie betreffen insbesondere die Infrastruktur der Gesundheitssysteme, darunter die Gestaltung der Gesundheitseinrichtungen, das Gesundheitspersonal, das bei der Bewältigung der Krise eine so wichtige Rolle gespielt hat, und die Beziehung zwischen dem Gesundheits- und dem Sozialwesen.

Die Infrastruktur der Gesundheitssysteme stärken

59. Dass die Höhe der Investitionen in die Gesundheitssysteme in der gesamten paneuropäischen Region sehr unterschiedlich ausfällt, ist längst bekannt. Eine jüngere Studie, bei der Daten aus ausgewählten Ländern Westeuropas zusammengetragen wurden, ergab, dass das Kontingent an Intensivbetten um das Fünffache variierte. Es überrascht kaum, dass die Länder mit dem niedrigsten Niveau der Versorgung Schwierigkeiten hatten und die Politik auf die Notwendigkeit aufmerksam wurde, das Gesundheitssystem zu schützen. Letztlich haben viele Leistungserbringer die Situation gemeistert, allerdings nur dank des heldenhaften Einsatzes ihres Personals und kreativer Konzepte für die Neuausrichtung des Leistungsangebots und die Umschichtung von Mitarbeitern. Allgemeine Abteilungen wurden in Intensivstationen umgewandelt, und ihr Personal wurde rasch darin geschult, die schwersten Erkrankungsfälle unter Aufsicht zu beobachten.

60. Dieses Vorgehen hatte allerdings seinen Preis. Das Personal, das verlegt wurde, konnte die Patienten, die es normalerweise betreut hätte, nicht versorgen. In vielen Ländern wurde ein Großteil der routinemäßigen Tätigkeit, insbesondere in Bereichen wie der primären und der psychischen Gesundheitsversorgung, praktisch eingestellt. Auch jetzt ist man sich noch nicht völlig im Klaren über die Folgen. Die Aussetzung einiger Aktivitäten, etwa der Krebsvorsorge, dürfte in Zukunft allerdings tief greifende Konsequenzen haben.

61. Als wichtigste Lehre aus dieser Erfahrung lässt sich ableiten, dass die Praxis einiger Länder, Gesundheitseinrichtungen mit einer Auslastung von über 95 % und ohne einen Mechanismus für die Reaktion auf Bedarfsspitzen zu betreiben, kurzfristig ist. Dies mag zwar kurzfristig effizient erscheinen, ist aber auf lange Sicht mit erheblichen Kosten verbunden. Dabei geht es nicht allein um physische Kapazitäten. Mehrere Länder haben vorgeführt, dass sie die Zahl der Krankenhausbetten rasch erhöhen können, beispielsweise durch die Übernahme anderer Räumlichkeiten, etwa ungenutzter Konferenzeinrichtungen. In den meisten Fällen waren diese allerdings von geringem Nutzen, da es nicht möglich war, das für die Betreuung der Patienten benötigte Personal zu finden.

62. Diese Herausforderung wird nicht einfach zu meistern sein. Offensichtlich investieren Regierungen, insbesondere wenn sie finanziell unter Druck stehen, nur zögerlich in die zusätzlichen Kapazitäten, die für eine Reaktion in einer Krisensituation benötigt werden. Es hat sich jedoch herausgestellt, dass viele Länder in der paneuropäischen Region vermehrt in die Gesundheitssysteme investieren müssen. Wenngleich die unterschiedliche Behandlung verschiedener Teile des Gesundheitssystems unangemessen ist und unnötige Spaltungen bewirkt (sie alle sind für die Versorgung notwendig), erscheint es wenig hilfreich, bestimmten Aktivitäten Mittel zugunsten anderer zu entziehen. Einige Bereiche sind allerdings von jeher unterfinanziert: Insbesondere die Primärversorgung leidet häufig darunter, dass sie aufgrund einer ganzen Reihe finanzieller Anreize weniger attraktiv als die fachärztliche Versorgung in Krankenhäusern ist. Auch die psychische Gesundheitsversorgung ist in vielen Ländern zusätzlich unter Druck geraten, was auf eine Spar- und Beschäftigungspolitik zurückzuführen ist, die die Unsicherheit erhöht. Infolgedessen werden in vielen Ländern einige Menschen mit psychischen Gesundheitsproblemen – unangemessen – im Strafjustizsystem betreut.

63. Aus diesen Gründen **fordert die Kommission die Regierungen auf, die Investitionen in die Gesundheitssysteme insgesamt zu erhöhen, insbesondere jedoch in den Bereichen, für die traditionell weniger Mittel bereitgestellt werden, wobei diese Investitionen so gelenkt werden sollten, dass sie die Fähigkeit der Gesundheitssysteme optimieren, ihren Nutzern die bestmögliche Gesundheit zu bieten.**

Gesundheitspersonal gewinnen, schulen und binden

64. Die Beschäftigten im Gesundheitswesen haben sich als Helden der Pandemie erwiesen. Sie haben weit über das übliche Maß hinaus Einsatz gezeigt und stundenlang unter oft entsetzlichen Bedingungen gearbeitet. Eingehüllt in Schutzkleidung, haben sie körperliches Unbehagen verspürt und psychische Belastung erlebt, darunter auch ein hohes Maß an Burnout und sogenannte moralische Verletzungen, ein Schuldgefühl, das entsteht, wenn man aufgrund der jeweiligen Gegebenheiten nicht in der Lage ist, Pflegeleistungen in der gewünschten Qualität zu erbringen. In zu vielen Fällen haben Beschäftigte des Gesundheitswesens ihr Leben im Dienste anderer gegeben.

65. Ihre Kämpfe wurden anerkannt, und ihnen wurden öffentliche Danksagungen und andere Gesten der Wertschätzung seitens der Politik zuteil. Doch dies reicht nicht aus. In vielen Ländern werden diese Fachkräfte nicht angemessen vergütet. Ihre Gehälter sind niedriger als die anderer Beschäftigter mit vergleichbarem Bildungsstand, und in einigen Ländern wird stillschweigend vorausgesetzt, dass sie ihr Einkommen durch informelle Bezahlung aufbessern. Ihre Aufstiegsmöglichkeiten sind begrenzt, und die Hierarchien sind starr. Infolgedessen scheiden viele von ihnen aus dem Gesundheitssystem ihrer Länder aus, da sie sich bessere Aussichten im Ausland erhoffen, Chancen in anderen Branchen nutzen oder ihr Berufsleben ganz beenden. Das Problem besteht nicht nur darin, dass knappe Fähigkeiten und Fachkenntnisse vergeudet werden. Es gibt auch überzeugende Belege dafür, dass Gesundheitseinrichtungen mit der Fähigkeit, Personal zu gewinnen und zu binden, etwa Krankenhäuser mit Magnetstatus, eine höherwertige Versorgung bieten, was auch – und das ist entscheidend – weniger Krankenhausinfektionen beinhaltet. Aus diesen Gründen **fordert die Kommission die Regierungen auf, ihre Strategien zur Stärkung des Gesundheitspersonals vor dem Hintergrund der Pandemieerfahrungen zu überprüfen und dabei den Schwerpunkt auf die Unterstützung dieser systemrelevanten Kräfte während ihres gesamten Berufslebens zu legen.**

66. Zugleich **muss anerkannt werden, dass sich die Aufgaben des Gesundheitspersonals verändern.** Auch dieser Prozess hat sich während der Pandemie beschleunigt. Es gibt zunehmend Belege für eine „Aufgabenverlagerung“ im Gesundheitswesen, mit der sichergestellt werden soll, dass diejenigen, die am besten für die Übernahme einer bestimmten Aufgabe geeignet sind, diese auch übernehmen. Dass eine bestimmte Tätigkeit jahrzehntelang von einer bestimmten Gruppe von Beschäftigten ausgeführt wurde, ist keine ausreichende Begründung dafür, dass es auch künftig so sein muss. Viele Beschäftigte des Gesundheitswesens haben somit zusätzliche Aufgaben übernommen, insbesondere um auf die Bedürfnisse von Patienten einzugehen, die viel schwerer erkrankt sind als diejenigen, die sie normalerweise betreuen. Die Verlagerung von Aufgaben betrifft die Beziehungen zwischen drei Elementen: Gesundheits- und Pflegepersonal, Patienten und ihre Betreuer sowie Technologie. In vielen Ländern wird der historische Paternalismus in der Medizin allmählich durch die Erkenntnis abgelöst, dass Patienten, in einigen Fällen mit Unterstützung ihrer Betreuungsperson, partnerschaftlich mit der sie versorgenden Gesundheitsfachkraft zusammenarbeiten sollten, indem sie gemeinsame Ziele aufstellen und entscheiden, wie diese am besten erreicht werden können. Wissenschaftliche und technologische Fortschritte, etwa neue Wege des Zugangs zu den inneren Organen des Körpers, haben für verschiedene Gruppen von Beschäftigten im Gesundheitswesen zahlreiche neue Aufgaben entstehen lassen. Wichtig ist, dass hartnäckige historische Grenzen den Fortschritt nicht behindern. Zu betonen ist jedoch auch, dass die Veränderungen nicht nur Kosteneinsparungen, sondern auch eine Verbesserung der gesundheitlichen Resultate bewirken sollten. Daher **fordert die Kommission die Regierungen auf, in Zusammenarbeit mit den Berufsverbänden zu untersuchen, wie sich die Aufgaben des Gesundheitspersonals angesichts des raschen Wandels in der Medizin verändern können.**

Gesundheits- und Sozialwesen verschmelzen

67. Der vermeidbare Tod von so vielen Heimbewohnern wird zahlreichen Familien als ganz wesentliches Merkmal der Pandemie in Erinnerung bleiben. Allzu lange war das Sozialwesen gewissermaßen das Stiefkind des Gesundheitssystems. Nur wenige Regierungen haben Systeme für seine angemessene Finanzierung eingerichtet, obwohl Demografen ganz eindeutig vor der Überalterung der Bevölkerung warnten. Die notwendigen Entscheidungen können nicht länger aufgeschoben werden, zumal es in mehreren Ländern Anzeichen für einen weiteren Rückgang der Geburtenraten während der Pandemie gibt.

68. Die Alterung der Bevölkerung muss daher mit einem umfassenden Konzept angegangen werden. Bereits jetzt gibt es zahlreiche Erkenntnisse darüber, wie ein gesundes Altern gefördert werden kann, insbesondere durch Maßnahmen, die sicherstellen, dass Menschen im mittleren Alter so gesund wie möglich sind und ältere Menschen Gelegenheit erhalten, gesellschaftlich aktiv zu bleiben, beispielsweise über kommunale Einrichtungen, durch freie Fahrt in öffentlichen Verkehrsmitteln und andere Mechanismen. Die Pandemie hat viele ältere Menschen an Online-Plattformen herangeführt, die künftig weitere Möglichkeiten für eine gesellschaftliche Beteiligung bieten könnten, wengleich dies nicht als selbstverständlich angesehen werden sollte.

69. Einige dieser Bemühungen haben bereits Früchte getragen. Die Prävalenz von Demenz in verschiedenen Altersgruppen ist in mehreren Ländern rückläufig, zum Teil wohl auch dank einer verbesserten Handhabung traditioneller Risikofaktoren wie Bluthochdruck. Trotz dieser Verbesserungen sind jedoch nach wie vor zahlreiche Menschen auf Langzeitpflege angewiesen. Daneben gibt es andere, die zuhause leben und sozial betreut werden und oft sehr unter den während der Pandemie notwendigen Einschränkungen gelitten haben. In beiden Gruppen finden sich zahlreiche Menschen, die mehr Unterstützung durch die Gesundheitsdienste benötigen. Infolge der Fragmentierung der Gesundheits- und Sozialsysteme fallen sie allerdings allzu häufig durch die Lücken im System. Sowohl die Bewohner von Pflegeheimen, die mit COVID-19 in Kontakt kamen, als auch die zuhause lebenden Menschen, die die Maßnahmen zur Eindämmung des Infektionsgeschehens aufgrund ihrer komplexen Bedürfnisse nur unter Schwierigkeiten befolgen konnten, wurden vom System im Stich gelassen.

Aus diesen Gründen **empfiehlt die Kommission den Regierungen und Behörden, die an der Leistungserbringung im Gesundheits- und Sozialwesen und an ihrer Finanzierung beteiligt sind, die Verknüpfungen zwischen diesen verschiedenen Elementen der Versorgung vor dem Hintergrund der Pandemieerfahrungen neu zu bewerten, um die systemischen Versäumnisse, die sich während der Pandemie verstärkt haben, zu beheben.**



EMPFEHLUNGEN

- 5.1 Die Daten zu Gesundheitsausgaben anders erfassen, und zwar so, dass klarer unterschieden wird zwischen Ausgaben für konsumierte Gesundheitsleistungen und zukunftsorientierten Investitionen.**
- 5.2 Die Investitionen in Maßnahmen zur Verringerung von Bedrohungen, zur Bereitstellung von Frühwarnsystemen und zur Verbesserung der Krisenreaktion aufstocken.**
- 5.3 Die Befugnisse der WHO zur Überwachung der Gesundheitssysteme stärken, unter anderem durch regelmäßige Bewertungen der Bereitschaftsplanung, die in das Monitoring durch den IWF, die Entwicklungsbanken und andere Fach- und Finanzinstitutionen einfließen.**
- 5.4 Den Anteil der Entwicklungsfinanzierung, der auf globale öffentliche Güter, anhaltende grenzüberschreitende externe Effekte und allgemein auf die Gesundheit entfällt, erhöhen.**

70. Faktoren wie Kurzsichtigkeit bei der Entscheidungsfindung, die Nichtberücksichtigung des erheblichen externen Nutzens der Bekämpfung globaler gesundheitlicher Bedrohungen und der Umstand, dass das globale Gesundheitssystem nur so stark ist wie sein schwächstes Glied, hatten zur Folge, dass nicht in die Bereitschaftsplanung und Widerstandsfähigkeit der Gesundheitssysteme investiert wurde, was zu den negativen Auswirkungen der COVID-19-Pandemie beitrug. Um diesen Missstand zu beseitigen, müssen sich die Informationen, Anreize und Normen ändern, die die Mittelvergabe sowohl durch die nationalen Regierungen als auch seitens des Privatsektors betreffen. Darüber hinaus rechtfertigen die grenzüberschreitenden Übertragungseffekte und die weltweiten Interdependenzen von gesundheitlichen Bedrohungen wie Pandemien und AMR ihre Bekämpfung durch mehr Finanzmittel auf globaler Ebene.



Zwischen Ausgaben für konsumierte Gesundheitsleistungen und zukunftsorientierten Investitionen unterscheiden

71. Volkswirtschaftliche Gesamtrechnungen haben bedeutende Konsequenzen für Politik und Planung. Im vergangenen Jahrhundert wurden immer wieder Bemühungen unternommen, die systematische Messung der Wirtschaftstätigkeit auf nationaler Ebene institutionell zu verankern. Dabei ging es in erster Linie um Überwachung und Evaluation, die Unterstützung einer evidenzbasierten Entscheidungsfindung und eine bessere internationale Vergleichbarkeit. Seit 2000 verfügt das Gesundheitswesen über einen eigenen Rahmen für die Erfassung der Gesundheitsausgaben, das System der Gesundheitskonten (SHA), das weltweit als Grundlage für eine breit gefächerte Berichterstattung über aggregierte Gesundheitsausgaben dient. Das SHA wurde mehrfach überarbeitet, um die Erfahrungen aus der Gesundheitsausgabenrechnung zu berücksichtigen und Nutzen und Relevanz der Gesundheitskonten für die Politik zu steigern. In Anbetracht dessen, wie die Ausgaben in diesen Systemen verbucht werden, einschließlich der erhobenen Variablen und des

Grades der Aufschlüsselung, muss geprüft werden, inwieweit es möglich ist, die Art und Weise der Erfassung der Daten zu den Gesundheitsausgaben zu verbessern.

72. Die derzeitigen Systeme können verbessert werden, indem zwischen routinemäßigen und zukunftsorientierten Gesundheitsausgaben unterschieden wird. Im aktuellen SHA werden die Gesundheitsausgaben bereits nach Funktionen gegliedert, um die verschiedenen Ziele dieser Aufwendungen (etwa kurativ, rehabilitativ und präventiv) voneinander abzugrenzen. Nicht zweckdienlich ist allerdings, dass keine Unterscheidung zwischen routinemäßigen Gesundheitsausgaben (mit sofortiger und unmittelbarer Wirkung auf die Gesundheit) und zukunftsorientierten Gesundheitsausgaben getroffen wird, d. h. Aufwendungen, die entweder Krankheitsausbrüche verzögern oder verhindern (Prävention) oder die Effizienz der Leistungserbringung steigern (technischer Fortschritt). Daher **fordert die Kommission dazu auf, Daten zu Gesundheitsausgaben anders zu erfassen, und zwar so, dass klarer unterschieden wird zwischen Ausgaben für konsumierte Gesundheitsleistungen und Investitionen. Dies wird für die Länder ein Anreiz sein, mehr in Präventionsangebote zu investieren, und dürfte die dringend benötigten Innovationen fördern, die eine effizientere Versorgung ermöglichen.**

Öffentliche Investitionen in Präventions-, Vorsorge- und Gegenmaßnahmen erhöhen

73. Künftige Pandemien sind vermeidbar, wenn wir in Präventions-, Vorsorge- und Gegenmaßnahmen investieren. Wie im Bericht der Unabhängigen Kommission für Pandemievorsorge und -bekämpfung (IPPPR) hervorgehoben wird, war die COVID-19-Krise tatsächlich vermeidbar.

Um künftige Gesundheitskrisen abzuwenden, müssen wir jetzt handeln und die vielfältigen Schwachstellen, die in unseren internationalen Vorsorge- und Reaktionssystemen festgestellt wurden, dringend angehen. Wir wissen mittlerweile, dass die Kosten von Maßnahmen zur Pandemieprävention nur einen geringen Teil der Kosten ausmachen, die bereits der COVID-19-Pandemie zuzuschreiben sind. Wir können es uns nicht leisten, Investitionen in einen einheitlichen Gesundheitsansatz für die Prävention weiter hinauszuzögern.

74. Die Prävention und die Bewältigung von Pandemien dürfen nicht privaten Märkten oder

einzelnen Ländern überlassen werden, da sie beide globale öffentliche Güter darstellen. Maßnahmen zur Verbesserung der Pandemieprävention, -vorsorge und -reaktion oder zur Inangriffnahme von AMR und umweltbedingten Herausforderungen für die Gesundheit kommen allen gleichermaßen zugute, selbst wenn sie nicht dafür bezahlen. Die Bereitstellung und Finanzierung öffentlicher Güter leidet generell unter dem Trittbrettfahrerproblem: Private Anbieter sind nicht bereit, ein öffentliches Gut in ausreichenden Mengen zu finanzieren, weil der Nutzen allen zugutekommt. Ebenso verhält es sich bei einem globalen öffentlichen Gut: Einzelne Länder investieren zu wenig, da der Nutzen einer erfolgreichen Prävention und Bewältigung zumindest teilweise anderen zufällt. Schließlich sind sowohl die Pandemievorsorge als auch die Pandemiebewältigung vom Problem des schwächsten Glieds betroffen. Das schwächste Glied in einer Kette bestimmt die Stärke des gesamten Systems. Das schwächste Glied bei der Bekämpfung einer Pandemie ist das Land, das das Virus nicht einzudämmen vermag und zu einer Quelle neuer Infektionen und Varianten wird. Aus dem Zusammenspiel dieser Übertragungseffekte und Interdependenzen ergibt sich die Erkenntnis, dass die Finanzierung und Steuerung der Pandemieprävention und -bewältigung ein gemeinsames Anliegen der Weltgemeinschaft sein muss.

75. Die Kommission fordert die Regierungen, staatlichen Behörden, Entwicklungsbanken und andere Akteure auf, verstärkt in Maßnahmen zur Verringerung von Bedrohungen, zur Bereitstellung von Frühwarnsystemen und zur Verbesserung der Krisenreaktion zu investieren. Wir müssen imstande sein, vorherzusehen, wo, wann und wie Bedrohungen durch Infektionskrankheiten in den kommenden Jahrzehnten am ehesten (wieder) auftreten werden, und uns innovative Methoden wie die genetische Epidemiologie von Mikroorganismen zunutze zu machen, um die Entwicklung künftiger biomedizinischer Gegenmaßnahmen grundlegend zu verändern und die rasche Erkennung und Bekämpfung künftiger Ausbrüche zu ermöglichen.

76. Die Fiskalpolitik sollte auf den einheitlichen Gesundheitsansatz abgestimmt werden und dem doppelten Nutzen von Investitionen in Gesundheit und Umwelt Rechnung tragen. Wie oben dargelegt wurde, sollten die Regierungen kohärente, ressortübergreifende Strategien im Sinne des einheitlichen Gesundheitsansatzes entwickeln und die Fiskalpolitik daran ausrichten.

Ein umfassendes Herangehen an die Problematik ist unumgänglich. Die globale Erwärmung wird das Risiko extremer Hitzeereignisse, die die menschliche Gesundheit bedrohen, steigern und zu einem Anstieg des Meeresspiegels und der Überschwemmung tiefliegender Gebiete führen und somit einige Orte unbewohnbar machen. Eine Politik, die Waldrodungen oder Intensivlandwirtschaft weniger attraktiv macht, kann Umwelt- und Biodiversitätszielen dienen, aber auch das Risiko von zoonotischen Übersprüngen und AMR mindern. Instrumente wie ökologische Finanztransfers, bei denen öffentliche Einnahmen innerhalb eines Landes auf der Grundlage ökologischer Indikatoren zwischen verschiedenen staatlichen Ebenen umgeschichtet werden, oder der Mechanismus REDD+, der einkommensschwachen Ländern ergebnisorientierte finanzielle Anreize dafür bietet, dass sie Waldrodung und -schädigung verhindern, wurden im Hinblick auf Naturschutzziele eingesetzt, könnten aber auch zugunsten von Gesundheitszielen angepasst werden. Diese Mechanismen könnten finanzielle Anreize für die Reduzierung von Risikofaktoren für das Auftreten neuer Infektionskrankheiten enthalten. Programme dieser Art hätten positive Nebeneffekte in allen Bereichen von „One Health“ und wären der Gesundheit von Menschen, Tieren und Pflanzen sowie der Gesundheit der Umwelt zuträglich. Die Fiskalpolitik sollte so beschaffen sein, dass dieser Zusatznutzen möglichst hoch ist.

Die Überwachung der Gesundheitssysteme stärken

77. Die multilaterale Überwachung der Gesundheitssysteme und der Fiskalpolitik ist ein fester Bestandteil der internationalen Ordnung. Multilaterale Organisationen – darunter die WHO, die Europäische Kommission, der IWF und die Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) – spielen durch routinemäßige Überwachungen auf Landesebene eine wichtige normative Rolle bei der Gestaltung der nationalen Politik. So führt die Europäische Kommission im Rahmen des Europäischen Semesters einen jährlichen Zyklus der haushaltspolitischen und makroökonomischen Überwachung ihrer Mitgliedstaaten durch, der IWF bewertet im Rahmen von Konsultationen nach Artikel IV regelmäßig die Wirtschafts- und Finanzpolitik seiner 190 Mitgliedstaaten und führt Gespräche mit Regierungen, Zentralbankvertretern und anderen wichtigen Akteuren über seine Erkenntnisse und Lehren aus internationalen

Erfahrungen, und auch die OECD nimmt auf Anfrage Länderprüfungen vor.

78. Die Pandemie hat die Kosten von Investitionsdefiziten im Gesundheitsbereich deutlich gemacht, und die Überwachung der Gesundheitssysteme sollte enger mit der Überwachung der Fiskalpolitik verzahnt werden. Wenngleich einige Gesundheitssysteme im Rahmen des Europäischen Semesters und von der OECD bewertet werden, steht das Thema Gesundheit bei den Artikel-IV-Konsultationen des IWF allgemein nicht auf der Tagesordnung, abgesehen von Überlegungen zu Haushaltsengpässen, die auf Gesundheitsausgaben zurückzuführen sind, und Aufforderungen zur Steigerung der Effizienz der Gesundheitssysteme. Damit lässt die internationale Finanzinstitution eine Gelegenheit ungenutzt, hat die Pandemie doch gezeigt, dass unzureichende Investitionen in die Gesundheit, insbesondere in die öffentlichen Gesundheitssysteme, an sich bereits eine Quelle von Risiken mit makrokritischer Bedeutung darstellen können, nicht nur für das betreffende Land, sondern für die ganze Welt.

79. Die Kommission fordert, der WHO die Befugnis zu erteilen, regelmäßige Bewertungen der nationalen Gesundheitssysteme mit Schwerpunkt auf den Funktionen der öffentlichen Gesundheit und der Fähigkeit zur Vorbereitung und Reaktion auf Pandemien vorzunehmen, und ihre Bewertungen in die Überwachung durch den IWF und die Programmgestaltung der Entwicklungsbanken und andere Fachinstitutionen aufzunehmen. Diese Bewertungen könnten sich auf die Erfahrungen der allgemeinen regelmäßigen Überprüfung stützen, mit der der UN-Menschenrechtsrat die Bereitschaftsplanung und Reaktionsfähigkeit sowie die Einhaltung der rechtlichen Verpflichtungen aus den IGV (2005) bewertet. Alternativ wäre es denkbar, ein den Artikel-IV-Konsultationen des IWF vergleichbares Modell anzuwenden, bei dem Mitarbeiter der Institution mit Regierungsvertretern zusammenkommen, um Risiken für die Haushalts- und Finanzstabilität zu analysieren und zu erörtern, und dessen Ergebnisse in einem Abschlussbericht vorlegen. Diese Überprüfungen könnten ihrerseits in die Überwachung durch den IWF einfließen, damit dieser beurteilen kann, ob der Umfang der Gesundheitsausgaben für Funktionen der öffentlichen Gesundheit so niedrig ist, dass die Gesamthöhe oder Effizienz der Gesundheitsausgaben als makrokritisch zu bewerten ist.

80. Eine verbesserte Überwachung der Gesundheitssysteme und –ausgaben sollte auch der Prioritätensetzung im Inland und bei den Gebern zugrunde liegen. Als nützlich wird sich dies nicht nur für Länder mit hohem und mit mittlerem Einkommen (obere Kategorie) erweisen, die das Gesundheitswesen in erster Linie eher aus inländischen Einnahmen finanzieren und von einer externen Evaluation profitieren könnten, sondern auch, um zu überwachen, ob Länder mit niedrigem und mit mittlerem Einkommen (untere Kategorie) ausreichende Unterstützung von multilateralen Entwicklungsbanken (MEB) und anderen externen Finanzierungsquellen für die öffentliche Gesundheit erhalten. Die Überprüfungen könnten in die Arbeit der WHO im Bereich Kapazitätsaufbau und die Programmplanung der Weltbank, in die Entscheidungen regionaler Entwicklungsbanken und in die von anderen Organisationen, die sich mit dem einheitlichen Gesundheitsansatz befassen, etwa der FAO und OIE, geleistete Unterstützung einfließen. Viele europäische Mitgliedstaaten der WHO sind wichtige Anteilseigner bei multilateralen Entwicklungsbanken und Geldgeber für „Kreditfenster“, die Darlehen zu Vorzugsbedingungen gewähren, und sie könnten auf einen politischen Richtungswechsel drängen, um der Gesundheit in ihren Portfolios mehr Priorität einzuräumen.

81. Neben einer Erhöhung der öffentlichen Investitionen in die Gesundheit wird empfohlen, dass die Institutionen der Entwicklungsfinanzierung verstärkt privatwirtschaftliche Investitionen in die Gesundheit unterstützen. Institutionen im Bereich Entwicklungsfinanzierung, die in den Privatsektor investieren, darunter MEB wie die Internationale Finanz-Corporation (IFC) und die Europäische Bank für Wiederaufbau und Entwicklung (EBWE), tätigen derzeit kaum Investitionen in das Gesundheitswesen. Zwischen 2013 und 2018 flossen weniger als 3 % der Investitionen dieser Institutionen in den Gesundheitsbereich, und weniger als 1 % davon kamen Ländern mit niedrigem Einkommen zugute. Es ist offenkundig erforderlich, dass diese Institutionen nicht allein in die direkte Erbringung von Gesundheitsleistungen, sondern prioritär und vermehrt auch in die Förderung von Gesundheitsforschung und –innovation und die Stärkung von Versorgungsketten investieren. Diese Notwendigkeit besteht weltweit, aber speziell auch in den Ländern mit niedrigem und mit mittlerem Einkommen (untere Kategorie) in der Europäischen Region der WHO, wo der EBWE und der IFC eine besonders wichtige Rolle zuteilwird.

82. Die Kommission fordert, dass der Anteil der Entwicklungsfinanzierung, der auf die Bereitstellung globaler öffentlicher Güter und die Bewältigung langjähriger grenzüberschreitender externer Effekte ausgerichtet ist, erhöht wird und dass die Regierungen als wichtigste Anteilseigner bei multilateralen Institutionen sowohl für die Ausweitung des Darlehensvolumens der MEB als auch für einen höheren Stellenwert von Gesundheitsfragen, darunter in Ländern mit niedrigem und mit mittlerem Einkommen (untere Kategorie), sorgen.

Gesundheitsbezogene Überlegungen in Wirtschaftsprognosen einbeziehen

83. In der Risikobewertung im Finanzbereich hat sich seit Langem das Verfahren etabliert, bei bevorstehenden Investitionen nicht nur die Aussicht auf gute finanzielle Erträge, sondern auch ESG-Faktoren zu prüfen. Diese Faktoren werden zunehmend als Grundlage für Investitionsentscheidungen auf allen Ebenen herangezogen, die Unternehmen ebenso wie Staatsanleihen oder Papiere supranationaler Emittenten betreffen. Wichtigstes Ziel der ESG-Indikatoren ist es, Anreize für Erfolge in Bereichen mit sozialer Verantwortung zu schaffen und entsprechend zu belohnen, indem die Leistungsfähigkeit eines Kreditnehmers in den oben genannten Bereichen bewertet wird. Während Kritiker skeptisch sind, ob diese Maßnahmen von Kreditgebern und Kreditnehmern ernst genommen werden, wächst die Zahl der Beispiele, bei denen sie erfolgreich dazu beigetragen haben, Kapital von schädlichen Aktivitäten fernzuhalten.

84. Anhand des einheitlichen Gesundheitsansatzes lassen sich ESG-Indikatoren bestimmen, die ethische und nachhaltige Investitionen fördern. Das ESG-Konzept sollte verfeinert und um „One Health“-Überlegungen erweitert werden, um Risiken zu minimieren und Chancen zu maximieren und um wirksamer auf die Verwirklichung der SDG hinzuarbeiten. Tatsächlich können die Auswirkungen von Investitionen auf die Gesundheit bereits als Teil der sozialen Dimension angesehen werden, und die Analyse der Auswirkungen auf die ökologische Dimension lässt sich so anpassen, dass sie die Auswirkungen auf „One Health“ insgesamt abbildet. Dies könnte zu mehr Transparenz und einem größeren Bewusstsein hinsichtlich der Auswirkungen der Tätigkeit der einzelnen Akteure auf die Gesundheit und etwaige Gesundheitsrisiken sowie zu einer Verlagerung der Prioritäten und Aktivitäten potenzieller Kreditnehmer beitragen.

85. Nationale, europäische und globale Regulierungsbehörden sollten Standards für die Offenlegung und Berichterstattung aufstellen, die das Bewusstsein für die Auswirkungen von Investitionen auf die Gesundheit und etwaige Gesundheitsrisiken schärfen und in dieser Hinsicht Transparenz gewährleisten können. Derzeit ist nur sehr wenig bekannt über die positiven oder negativen Auswirkungen bestimmter Aktivitäten auf die Gesundheit und die Risiken, die sich aus gesundheitlichen Problemen ergeben können. Staatliche Stellen und private Initiativen haben sich zunehmend bemüht, Transparenz in Bezug auf Umweltfaktoren zu gewährleisten, und zwar durch Kennzeichnungen (wie den EU-Standard für grüne Anleihen und das EU-Umweltzeichen), Systematiken der Wirtschaftszweige (die EU-Taxonomie) und Berichterstattungsstandards (die EU-Richtlinien zur Berichterstattung; Empfehlungen der Taskforce „Klimabezogene Finanzinformationen“ des Rates für Finanzstabilität). Die Ausweitung der Offenlegungspflichten von Unternehmen und Finanzinstituten auf gesundheitsbezogene Informationen würde zu mehr Transparenz und Bewusstsein beitragen. Wie beim Klima würden solche Maßnahmen von den Bemühungen profitieren, die auf regionaler Ebene (insbesondere von der EU) und darüber hinaus (von globalen Normungsgremien und der Internationalen Plattform für nachhaltige Finanzierungen) unternommen werden, um die Standards ausgehend von einem gemeinsamen Verständnis auf globaler Ebene zu harmonisieren.

86. Um sicherzustellen, dass das Finanzsystem gesundheitlichen Risiken Rechnung trägt, sollten diese in Strategien und Rahmenkonzepte für Risikomanagement einbezogen werden. Das Netzwerk für die Ökologisierung des Finanzsystems hat aufgezeigt, wie sich der Klimawandel in finanziellen Risiken niederschlagen kann, und entwickelt seit einiger Zeit Szenarien zur Bewertung solcher Risiken. Dies trägt zu einer besseren risikoorientierten Bepreisung und zur Ausrichtung der Finanzströme an den Klimazielen entsprechend dem Übereinkommen von Paris bei. Genauso wie bei finanziellen Entscheidungen die mit dem Klimawandel verbundenen Risiken und die negativen externen Effekte von Investitionen in Aktivitäten, die zu CO₂-Emissionen führen, berücksichtigt werden sollten, sollten in diesem Zusammenhang auch Gesundheitsrisiken und gesundheitsbezogene negative externe Effekte beachtet werden. Aktivitäten, die der Gesundheit schaden oder nutzen (negative bzw. positive externe Effekte), werden nicht angemessen bepreist und gehen tendenziell

mit Über- oder Unterproduktion einher. Dazu gehören Aktivitäten mit einem höheren Risiko einer Zunahme der AMR, etwa Intensivlandwirtschaft und Waldrodung, oder Landnutzungsänderungen, bei denen das Risiko eines zoonotischen Übersprungs steigt. Der erste Schritt wird darin bestehen, ein gemeinsames Verständnis der Gesundheitsrisiken sowie entsprechende Standardinformationen zu erarbeiten, die Unternehmen und Finanzinstituten eine Bewertung der gesundheitsbezogenen Risiken und Chancen ermöglichen. Wie das Beispiel der Umweltrisiken verdeutlicht, erfordern die Bewusstseinsbildung und die Übernahme von Eigenverantwortung in der Finanzbranche Zeit und müssen durch Erkenntnisse untermauert werden. Finanzinstitute sowie Aufsichts- und Regulierungsbehörden befassen sich erst ansatzweise mit dieser Thematik, beispielsweise in der Versicherungsbranche, wo sich die Frage nach der Absicherung pandemiebedingter Unterbrechungen des Geschäftsbetriebs stellt, oder um Gesundheitsaspekte in klimabezogene Finanzszenarien einzubeziehen.

87. Die Kommission fordert dazu auf, gesundheitsbezogene Überlegungen in Wirtschaftsprognosen, Unternehmensstrategien und Rahmenkonzepte für Risikomanagement auf allen Ebenen einzubeziehen. Durch messbare Resultate wird die Integration des einheitlichen Gesundheitsansatzes in bestehende Instrumente und Regulierungsrahmen erleichtert, was seinerseits Unternehmen und die Finanzbranche anregen wird, Ansätze zu verfolgen, die den Auswirkungen auf „One Health“ und den damit verbundenen Risiken Rechnung tragen. Darüber hinaus fordert die Kommission die Regierungen und Zentralbanken auf, solche Aspekte bei ihren makroökonomischen Prognosen und ihren Vorschriften für den Finanzsektor zu berücksichtigen und sich dabei auf die bedeutenden Fortschritte zu stützen, die im vergangenen Jahr bei der Modellierung der Wechselwirkung zwischen Infektionskrankheiten und der Wirtschaft erzielt wurden.

EMPFEHLUNGEN

- 6.1 Einen Globalen Gesundheitsrat unter dem Dach der G20 einsetzen.¹⁰**
- 6.2 Einen Pandemievertrag erarbeiten, der wahrhaft global ist, eingehalten werden kann, ausreichende Flexibilität bietet und innovative Mechanismen vorsieht, die die Regierungen dazu veranlassen, einen Teil ihrer hoheitlichen Entscheidungsprozesse für bestimmte Politikbereiche zu bündeln.**
- 6.3 Eine globale Regelung für Pandemieimpfstoffe mit Festlegungen zu den Rechten und Pflichten aller Beteiligten erarbeiten, um die Verfügbarkeit und Verteilung von Impfstoffen zu gewährleisten.**

88. Die öffentlichen Güter im Gesundheitsbereich umfassen traditionell das aus Forschung und Entwicklung hervorgehende Wissen und die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten. Die Lancet-Kommission für Investitionen in Gesundheit¹¹ hat die Definition globaler öffentlicher Güter im Gesundheitsbereich allerdings auf die Bewältigung negativer grenzüberschreitender externer Effekte (wie die Bekämpfung von Epidemien und Pandemien, die Nachverfolgung von AMR und die Eindämmung der Ausbreitung von Risikofaktoren für nicht übertragbare Krankheiten) und die Förderung einer globalen Führung oder Steuerung (bereichsübergreifende Überzeugungsarbeit, globale Zusammenkünfte zur Erarbeitung eines Konsenses und globaler Strategien) ausgeweitet.

89. Die WHO ist ein wichtiger Anbieter globaler öffentlicher Güter im Gesundheitsbereich, beispielsweise indem sie Standards, Leitlinien und Bewertungen von therapeutischen Produkten veröffentlicht, Aktionspläne erarbeitet, Koordinierungsstrukturen einberuft und Völkerrecht wie das Rahmenübereinkommen zur Eindämmung des Tabakgebrauchs begründet. Sie kann jedoch nicht die alleinige Verantwortung für die Schaffung globaler öffentlicher Güter im Gesundheitsbereich tragen.

90. In Anbetracht der Merkmale eines öffentlichen Gutes stellt sich folgende Frage: Wer wird dafür bezahlen, und was geschieht, wenn die Bezahlung ausbleibt? Wenngleich die Vorteile der internationalen Zusammenarbeit zur Schaffung

globaler öffentlicher Güter hinlänglich bekannt sind, übernehmen die einzelnen Länder nur ungern die Kosten, weil sie befürchten, dass andere Länder daraus Nutzen ziehen, ohne sich finanziell zu beteiligen. Solange also nicht ganz bewusst beschlossen wird, globale öffentliche Güter zu produzieren, werden die Investitionen in diesem Bereich zu gering ausfallen. Daher ist ein Mechanismus vonnöten, der sicherstellt, dass die für die Produktion globaler öffentlicher Güter notwendige Finanzierung – entweder aus inländischen oder aus internationalen Mitteln – bereitgestellt und aufrechterhalten wird.

91. Obwohl sich die meisten Länder der Welt mit der Annahme der IGV (2005) zum Grundsatz des gemeinsamen Vorgehens gegen gesundheitliche Bedrohungen bekannt haben, hat die COVID-19-Pandemie deutlich gemacht, dass dies nicht ausreicht. Es gibt weder ein globales Besteuerungssystem noch ein System zur Sanktionierung von Ländern, die nicht zu globalen öffentlichen Gütern beitragen. **Daher gilt es, Mechanismen zu schaffen, mit denen Mittel für globale öffentliche Güter mobilisiert und die Länder für ihre Beiträge rechenschaftspflichtig gemacht werden.** Diese Mechanismen können unterschiedliche Formen annehmen, auf unterschiedlichen rechtlichen Grundlagen beruhen, unterschiedliche Einschränkungen der einzelstaatlichen Hoheitsrechte vorsehen und unterschiedliche Durchsetzungsmechanismen beinhalten.

¹⁰ Siehe auch Anhang, Zusammenarbeit der Paneuropäischen Kommission mit der G20 im Hinblick auf die Einsetzung eines Globalen Gesundheitsrats.

¹¹ Jamison D, Summers L, Alleyne G, Arrow K, Berkley S, Binagwaho A et al. (2013). Global health 2035: A world converging within a generation. Lancet. 2013;382:1898–955. doi: 10.1016/S0140–6736(13)62105–4.

Einen globalen Gesundheitsrat unter dem Dach der G20 einsetzen

92. Die Kommission fordert die Einsetzung eines Globalen Gesundheitsrats unter dem Dach der G20, der eine wirksame Koordination der Gesundheits-, Wirtschafts- und Finanzpolitik bei den Regierungen und im internationalen Rahmen gewährleistet. Bei dieser Empfehlung haben wir uns vom Erfolg des Finanzstabilitätsrats inspirieren lassen, der nach der globalen Finanzkrise – ebenfalls von der G20 – eingerichtet wurde. Der Globale Gesundheitsrat muss einen klaren Auftrag mit politischem Rückhalt haben und auf Konsensbasis arbeiten. Wir haben also kein detailliertes Konzept für seine Zusammensetzung oder Arbeitsweise erstellt, da dies den beteiligten Regierungen obliegt. Nach unserem Dafürhalten sollte er jedoch allgemein aus Vertretern der Finanz- und Gesundheitsministerien bestehen. Denkbar wäre für uns zudem, dass er damit betraut wird, Versäumnisse bei der Bereitstellung globaler öffentlicher Güter im Gesundheitsbereich zu bestimmen und bei der internationalen Staatengemeinschaft Unterstützung für die Korrektur dieser Versäumnisse zu gewinnen, Risiken zu bewerten und die Bereitschaftsplanung und Reaktionsfähigkeit im Zusammenhang mit Gesundheitskrisen zu gewährleisten, auch durch die Freigabe der erforderlichen Ressourcen. Davon abgesehen zeichnen sich für uns indessen mehrere Fragen ab, die von den Regierungen beantwortet werden müssen. Soll er sich beispielsweise nur mit Pandemien oder auch mit globalen gesundheitlichen Bedrohungen im weiteren Sinne befassen? In Anbetracht der wachsenden Bedeutung der Wechselwirkungen zwischen Gesundheit und nachhaltiger Entwicklung ist es möglicherweise ineffizient, ein funktionsfähiges Forum für eine gemeinsame Gesundheits- und Wirtschaftspolitik einzurichten, davon aber nur für Pandemien Gebrauch zu machen. Wie sollte seine Tätigkeit mit bestehenden Aktivitäten auf internationaler Ebene verknüpft werden, die die Erarbeitung von Antworten auf die globale Erwärmung betreffen? Wäre es in Anbetracht der Erfolge von Zentralbanken und anderen Akteuren, die für die Ökologisierung des Finanzsystems eintreten (etwa das Netzwerk für die Ökologisierung des Finanzsystems), und der wahrscheinlichen Tendenz, diese Maßnahmen auf Artenvielfalt und Gesundheit auszuweiten, sinnvoll, derartigen Institutionen eine bestimmte Rolle zu übertragen, was überdies den Zustrom privaten Kapitals in die Finanzierung von Gesundheit auf nationaler und internationaler Ebene begünstigen könnte?

93. Die G20 sollte sich bei der Einrichtung des Globalen Gesundheitsrats ganz besonders um Inklusivität bemühen, und zwar in einem höheren Maße, als es derzeit der Fall ist. **Wir stellen uns vor, dass der Globale Gesundheitsrat ähnlich wie der Finanzstabilitätsrat Länder außerhalb der G20 einbezieht und starke institutionelle Verbindungen zu den mit dem einheitlichen Gesundheitsansatz befassten Organisationen wie FAO, UNEP, WHO und OIE knüpft.**

94. In diesem Zusammenhang ist es wichtig, die Aufgaben des Globalen Gesundheitsrats von denen der anderen genannten Organisationen abzugrenzen. **Eine reformierte und gestärkte WHO muss der zentrale Pfeiler der globalen Gesundheitspolitik bleiben. Der Globale Gesundheitsrat würde tatsächlich an Einfluss und Wirksamkeit gewinnen, wenn er im Rahmen der G20 eingerichtet würde** und der WHO-Generaldirektor (und möglicherweise einige Regionaldirektoren, vielleicht auf Rotationsbasis) eine wichtige Rolle erhielten. **Die WHO muss auch künftig in der Lage sein, eine gesundheitliche Notlage von internationaler Tragweite zu erklären, doch könnte der Globale Gesundheitsrat dann die Entwicklung von Instrumenten für die Risikobewertung und die Mobilisierung von Finanzmitteln unterstützen.** Zu betonen ist, dass die Vereinten Nationen durch die Einrichtung eines Globalen Gesundheitsrats bei der G20 keineswegs unterminiert würden und dass dieser natürlich mit dem Globalen Rat für Gesundheitsbedrohungen vereinbar wäre, der von der Gesundheitsgefahren der Vereinten Nationen entsprechend der Empfehlung der IPPPR eingesetzt werden soll. Im Gegenteil, **die Vereinten Nationen dürften von der höheren Wirksamkeit der globalen Gesundheitspolitik, die sich aus dem Globalen Gesundheitsrat ergibt, profitieren.** Schließlich sollte der Globale Gesundheitsrat mit den internationalen Finanzinstitutionen, insbesondere dem IWF, zusammenarbeiten, ein Rahmen, in dem er die Freigabe der Sonderziehungsrechte der Mitgliedstaaten erleichtern könnte.

Einen Pandemievertrag vereinbaren

95. Wir schließen uns den Forderungen nach einem neuen Pandemievertrag im Einklang mit dem Beschluss WHA74(16) der Weltgesundheitsversammlung an. Dieser Vorschlag hat bereits breite, wenn auch nicht universelle Unterstützung gefunden. Sowohl im IPPPR-Bericht als auch in einer Erklärung führender Politiker aus aller Welt vom März 2021 wird ein Pandemievertrag gefordert, **in dem die Verantwortlichkeiten von Staaten und internationalen Organisationen geklärt und rechtliche Verpflichtungen und Normen für den Pandemiefall aufgestellt werden.**

Zudem würden, so die Erwartung, mit dem Vertrag Regelungen geschaffen und unterstützt, die globale öffentliche Güter hervorbringen könnten. Darüber hinaus sollten nach Auffassung der Kommission mehrere andere Aspekte bei der Fortführung dieses Prozesses berücksichtigt werden, und der Vertrag sollte wahrhaft global sein, eingehalten werden können, ausreichende Flexibilität bieten und innovative Mechanismen vorsehen, die die Regierungen dazu veranlassen, ihre hoheitlichen Entscheidungsprozesse in bestimmten Politikbereichen zu bündeln. Ein solcher Vertrag

- wäre wahrhaft global – Damit der Vertrag ein Erfolg wird, müssen möglichst viele Länder einbezogen werden. Weder China noch die Vereinigten Staaten als zwei der größten Wirtschaftsakteure der Welt haben sich der politischen Erklärung vom März 2021 angeschlossen, und ihre Beteiligung an einem künftigen Abkommen dieser Art ist unerlässlich.
- würde nichtstaatliche Akteure einbinden – Forscher und andere nichtstaatliche Organisationen sollten in die Ausarbeitung des Vertrags einbezogen werden, um ihm zu breiter Akzeptanz zu verhelfen.
- würde auf früheren Erfahrungen aufbauen – Mit dem Vertrag sollte das Rad nicht neu erfunden werden. Vielmehr sollte ihm eine detaillierte Analyse der Probleme zugrunde liegen, die die Wirksamkeit bestehender Vereinbarungen, etwa die der COVAX und der IGV (2005), einschränken.
- würde die Einhaltung fördern – Da der Vertrag der Zustimmung aller beteiligten Regierungen bedarf, ist es unwahrscheinlich, dass seine Einhaltung im Wege von Sanktionen durchgesetzt wird; stattdessen sollten starke Anreize für die Einhaltung geschaffen werden.

- hätte einen geeigneten Anwendungsbereich – Die Regierungen müssen strategisch überlegen, was in diesen Vertrag Eingang finden muss und was eher Gegenstand anderer Maßnahmen (wie derjenigen, die an anderer Stelle in diesem Bericht erörtert werden) sein sollte. Es ist unabdingbar, ein ausgewogenes Verhältnis zwischen dem, was wünschenswert, und dem, was machbar ist, herzustellen. Zwar sollte der Vertrag ausreichende Flexibilität für eine Reaktion auf eine Vielzahl von Szenarien auf verschiedenen Zuständigkeitsebenen bieten, doch muss vermieden werden, dass das Ausmaß der Flexibilität seine Einhaltung erschwert.
- würde Hoheitsrechte bündeln – Damit der Vertrag ein Erfolg wird, müssen die Regierungen ihre hoheitliche Entscheidungsfindung für bestimmte Politikbereiche in gewissem Umfang an das zuständige globale Gremium abtreten und zulassen, dass globale Normen Vorrang vor nationalen Prioritäten haben. Dafür sollten geeignete Anreizmechanismen vorhanden sein.

Eine globale Regelung für Pandemieimpfstoffe erarbeiten

96. Politische Entscheidungen über die im Pandemiefall benötigten Impfstoffe sollten eingedenk der damit verbundenen öffentlichen Güter getroffen werden. Diese sind zweifacher Art: 1) das aus der Forschung und Entwicklung (FuE) im Zusammenhang mit Impfstoffen hervorgehende Wissen und 2) das Potenzial für Herdenimmunität oder die Eradikation der Krankheit durch Impfstoffe. FuE-Wissen kann Technologieplattformen für die Herstellung von Impfstoffen umfassen, und wenn dieses Wissen von anderen übernommen werden kann – sofern ein Wissenstransfer stattfindet und die Regeln für geistiges Eigentum (IP) gelockert werden –, können weitere technologische Fortschritte erzielt werden und somit positive externe Effekte entstehen. Wenn Impfstoffe Herdenimmunität oder die Eradikation der Krankheit bewirken, erzeugen sie ebenfalls positive externe Effekte. Andererseits besteht auch das Problem der doppelten oder negativen Externalität: Die Hersteller verhindern möglicherweise einen Wissens-Spillover aus ihren FuE-Aktivitäten und -Investitionen, und dem Einzelnen entsteht aufgrund seiner Entscheidung, sich nicht impfen zu lassen, kein größerer Nutzen wie etwa Herdenimmunität.

97. Die ersten COVID-19-Impfstoffe wurden in weniger als einem Jahr entwickelt, verteilt und einem Teil der Weltbevölkerung verabreicht – eine unglaubliche und beispiellose wissenschaftliche

Errungenschaft. Einige Länder sind auf dem besten Weg zur Durchimpfung ihrer gesamten erwachsenen Bevölkerung (und haben sogar mit der Impfung von Kinder begonnen), doch in anderen Ländern sind die Impfquoten bedenklich niedrig, und neue COVID-19-Varianten breiten sich rasch aus. Diese Erfahrung hat eindrucksvoll bewiesen, was die Wissenschaft dank globaler Zusammenarbeit zu leisten vermag, jedoch auch die weltweit bestehenden enormen Ungleichheiten veranschaulicht.

98. Die Verfügbarkeit von COVID-19-Impfstoffen muss dringend ausgeweitet werden, jetzt und auf Jahre hinaus. Dadurch würde sichergestellt, dass der größte Teil der Weltbevölkerung geimpft ist, was wiederum die Wiederaufnahme der Wirtschaftstätigkeit ermöglichen und das Auftreten neuer, gefährlicherer Virusstämme verhindern könnte. Daraus ergeben sich mehrere zentrale Fragen. Unter anderem geht es darum, ob auf IP-Rechte verzichtet werden soll, damit Hersteller in aller Welt selbst Impfstoffe herstellen können, auf welche Weise Mechanismen zur Ausweitung der Herstellung und zur Sicherung des weltweiten Zugangs zu Impfstoffen unterstützt werden können und welche Regelungen zur gemeinsamen Nutzung von Impfstoffen in Notlagen angemessen sind.

99. Die Kommission fordert eine globale Regelung für Pandemieimpfstoffe – im Einklang mit dem Globalen Impfkaktionsplan 2030 der WHO –, in der die Rechte und Pflichten aller Beteiligten festgelegt sind. Dazu zählen diejenigen, die die für die Entwicklung und Evaluation von Impfstoffen erforderlichen Forschungsarbeiten finanzieren und durchführen, diejenigen, die die Produkte genehmigen, diejenigen, die sich mit IP-Rechten befassen, und diejenigen, die dafür sorgen müssen, dass die Impfstoffe an die Bedürftigen verteilt und von den an vorderster Linie tätigen Gesundheitsfachkräften verabreicht werden. Mit dieser neuen Regelung muss ein Weg gefunden werden, das unmittelbare gesundheitspolitische Ziel eines hohen Schutzes vor der betreffenden Krankheit zu erreichen, ohne die Hersteller davon abzubringen, in FuE zu investieren.



EMPFEHLUNGEN

- 7.1 Ein paneuropäisches Netzwerk für Krankheitsbekämpfung einrichten, das vom WHO-Regionalbüro für Europa einberufen wird, um rasche und wirksame Antworten auf neu auftretende Bedrohungen bereitzustellen, indem es die Frühwarnsysteme stärkt, unter anderem durch Erweiterung der epidemiologischen und labortechnischen Kapazitäten, und die Entwicklung eines interoperablen, auf gemeinsamen WHO-Standards beruhenden Netzwerks für Gesundheitsdaten unterstützt, in der Erkenntnis, dass die Regierungen unterschiedlich schnell agieren werden.**
- 7.2 Einen Paneuropäischen Rat für Gesundheitsgefahren einrichten, der vom WHO-Regionalbüro für Europa einberufen wird, um das politische Engagement, ein Höchstmaß an Komplementarität und Zusammenarbeit im gesamten multilateralen System, die Rechenschaftslegung und die Förderung der Kooperation zwischen den Gesetzgebungs- und Exekutivorganen in der paneuropäischen Region zu stärken und aufrechtzuerhalten.**
- 7.3 Prioritär Plattformen für den Datenaustausch und die Dateninteroperabilität entwickeln.**
- 7.4 Die notwendige Finanzierung sichern, damit die WHO ihren Auftrag in der Europäischen Region erfüllen kann.**

100. Vernetzung, die Voraussetzung für den Austausch von Waren, Dienstleistungen, Menschen und Ideen, hat zahlreiche Vorteile, birgt jedoch immer auch das Risiko der Krankheitsübertragung. Viele Länder in der Europäischen Region der WHO sind hochgradig vernetzt. Dem DHL Global Connectedness Index 2020 zufolge befinden sich 19 der 25 am stärksten vernetzten Länder der Welt in Europa (die anderen sechs in Asien). Fünf ihrer Flughäfen (Amsterdam, London, Paris, Frankfurt und Istanbul) gehörten 2017 zu den 20 verkehrsreichsten Flughäfen der Welt, und an jedem dieser Flughäfen war ein wesentlich höherer Anteil der Reisenden international unterwegs als an gleichermaßen stark frequentierten Flughäfen in den Vereinigten Staaten oder China. Einerseits ist somit Europa in besonderem Maße anfällig für gesundheitliche Bedrohungen und die Welt anfällig für in Europa auftretende Bedrohungen; andererseits könnte ein Rückgang der Vernetzung drastische Konsequenzen für Europa und die Welt haben.

101. Zudem ist die paneuropäische Region äußerst vielfältig und durch große Unterschiede in Bezug auf Wohlstand, Bevölkerungsgröße, politisches System, Vernetzung, Demografie

und Bevölkerungsgesundheit gekennzeichnet, was verschiedenste Probleme hinsichtlich der Koordination und der Politikgestaltung aufwirft.

102. Wie diese Probleme beschaffen sind, zeigt sich am Aufwand, der betrieben werden musste, um die Reaktionen in der gesamten Region während der Pandemie zu koordinieren und vergleichbare und nützliche Daten innerhalb der EU oder der WHO zu erstellen. Die Probleme treten vor dem Hintergrund einer fragmentierten und von Konflikten geprägten globalen Politiksteuerung auf, bei der mehrere Foren und Organe mit unterschiedlichen Zielen Einfluss auf die Gesundheitspolitik nehmen. Sie fügen sich ein in den Kontext altbekannter Bedenken hinsichtlich der Angemessenheit der WHO-Finanzierung und komplexer Rivalitäten mit anderen internationalen Organisationen, die sich auf die Gesundheit auswirken. Die globale Gesundheitspolitik ist immer stärker fragmentiert und Veränderungen ausgesetzt und oft abhängig von wechselnden innenpolitischen und diplomatischen Strategien. Das ist keine Formel für Widerstandsfähigkeit. Zudem kann mehr dafür getan werden, die Gesundheitspolitik und die Rolle des WHO-Regionalbüros für Europa in der gesamten paneuropäischen Region zu stärken.

Ein paneuropäisches Netzwerk für Krankheitsbekämpfung einrichten

103. Wir fordern ein gemeinsames Vorgehen in der gesamten paneuropäischen Region mit dem Ziel, Doppelarbeit zu vermeiden. Die EU verfügt über einen Apparat für die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten, der sich auf das Europäische Zentrum für die Prävention und die Kontrolle von Krankheiten (ECDC) stützt, und sie plant die Einrichtung einer speziellen Behörde für die Krisenvorsorge und -reaktion bei gesundheitlichen Notlagen (HERA). Darüber hinaus leistet die EU umfangreiche neue Investitionen in pharmazeutische Entwicklungen, den Katastrophenschutz (über das Programm rescEU) und die Gesundheitssysteme (über das Programm EU4Health) sowie in andere EU-Strategien wie die Strategie „Vom Erzeuger zum Verbraucher“. Diese sehr wertvollen Ressourcen kommen der gesamten paneuropäischen Region und auch der Welt in unterschiedlichem Ausmaß zugute. Es gibt jedoch bereits etablierte Verfahren für die zwischenstaatliche Zusammenarbeit über die Grenzen der EU hinweg, beispielsweise bei der Eliminierung von Tollwut. Wir fordern eine Ausweitung derartiger paneuropäischer, von EU und WHO gemeinsam verwalteter Aktivitäten.

104. Wir fordern die Regierungen auf, in Zusammenarbeit mit subregionalen Organen wie der EU und der Eurasischen Wirtschaftsunion ein paneuropäisches Netzwerk für Krankheitsbekämpfung einzurichten, das vom WHO-Regionalbüro für Europa einberufen wird. Mit diesem Gremium, das bestehende Strukturen wie das ECDC ergänzen würde, könnten Frühwarnsysteme, epidemiologische und labortechnische Kapazitäten und Systeme für interoperable Daten gestärkt werden. Das WHO-Regionalbüro für Europa (über seine Schaltzentralen für gesundheitliche Notlagen und das in Istanbul angesiedelte Fachzentrum für gesundheitliche Notlagen) könnte als Sekretariat fungieren und die fachlichen Ansprechpersonen in den Mitgliedstaaten sowie die supranationalen Fachagenturen für gesundheitliche Notlagen und Überwachung in der Region zusammenbringen, darunter das ECDC, das Netzwerk der Europäischen Behörde für Lebensmittelsicherheit für die Datenüberwachung zu Zoonosen, das Südosteuropäische Gesundheitsnetzwerk sowie Institutionen in der Gemeinschaft Unabhängiger Staaten und der Partnerschaft der Nördlichen Dimension für Gesundheit und Soziales. Bei Bedarf sollte sich die regionale Zusammenarbeit über die paneuropäische Region hinaus auch auf Länder im Nahen Osten und in Nordafrika erstrecken.

Einen Paneuropäischen Rat für Gesundheitsgefahren einrichten

105. Die Gesundheitspolitik sollte auf die Zukunft ausgerichtet sein, doch sind unsere Systeme und Strukturen derzeit noch überwiegend reaktiv, was gesundheitliche Notlagen und Pandemien betrifft. Frühwarnsysteme sind unerlässlich, um aufkommende Bedrohungen zu erkennen und darauf zu reagieren. Die konkreten Bedrohungen für den einheitlichen Gesundheitsansatz in einem bestimmten geografischen Gebiet können bekannt oder unbekannt sein oder werden möglicherweise nicht überwacht. Es ist entscheidend wichtig, angemessene Kapazitäten bereitzustellen, um Veränderungen bei Krankheitserregern und Krankheitssymptomen sowie Entwicklungen, die den Charakter übergreifender Elemente des „One Health“-Systems beeinflussen, zu verfolgen und darauf zu reagieren.

106. Die **Kommission fordert die Einrichtung eines vom WHO-Regionalbüro für Europa einberufenen Paneuropäischen Rates für Gesundheitsgefahren**, der die Zusammenarbeit fördert, für mehr regionale Solidarität sorgt sowie Multilateralismus und Rechenschaftslegung fördert. Dieser Rat würde vornehmlich auf der Ebene der Gesundheitsminister tagen, wobei in Krisenzeiten eine außerordentliche Teilnahme auf der Ebene der Staatschefs möglich wäre.

107. Dieses auf regionaler Ebene repräsentative Gremium würde dazu dienen,

- das politische Engagement im Hinblick auf die Vorsorge für Pandemien und gesundheitliche Bedrohungen (Operationalisierung des einheitlichen Gesundheitsansatzes) und entsprechende Reaktionen zu stärken und aufrechtzuerhalten
- ein Höchstmaß an Komplementarität, Zusammenarbeit und kollektivem Handeln in der gesamten paneuropäischen Region auf allen Ebenen zu gewährleisten, unter anderem indem es
 - Interoperabilität gewährleistet und, sofern möglich, die gesundheitlichen und sozialen Maßnahmen und Konzepte für Vorsorge und Reaktion harmonisiert
 - den Austausch von Ressourcen für die Reaktion auf Notlagen, darunter Gesundheitspersonal sowie finanzielle und materielle Ressourcen (Ausrüstung), ermöglicht

- Rechenschaft von den Akteuren durch Anerkennung und Kontrolle einfordert
- die Zusammenarbeit zwischen den Gesetzgebungs- und Exekutivorganen in der paneuropäischen Region fördert.

Prioritär in Plattformen für den Datenaustausch und die Dateninteroperabilität investieren

108. Auch mehr als 18 Monate nach Ausbruch der Pandemie ist es in der gesamten paneuropäischen Region noch immer schwierig, aktuelle und vergleichbare Daten über die Epidemiologie von COVID-19 zu beschaffen. Diese Schwachstellen betreffen selbst grundlegende Messgrößen wie die wöchentliche Sterblichkeit und sind in Bezug auf kritische Informationen wie die Virus-Sequenzierung sehr gravierend.

109. Noch weniger Daten sind zu den Determinanten von Gesundheit verfügbar. Die bestehenden Regelungen für den Austausch von Daten zum Handel mit Agrarlebensmitteln könnten ergänzend zum Codex Alimentarius auf die gesamte Lebensmittelkette und auf die zahlreichen bereits dargelegten Aspekte des einheitlichen Gesundheitsansatzes ausgeweitet werden. Besondere Priorität gilt Daten über die Verbringung von Tieren. Da sowohl der legale als auch der illegale Handel mit dem Auftreten von Infektionskrankheiten in Verbindung gebracht wird, sollten zudem parallel zu den Leitlinien im Rahmen des Übereinkommens über den internationalen Handel mit gefährdeten Arten freilebender Tiere und Pflanzen (CITES) neue Leitlinien für den Handel mit allen Wildtierarten erarbeitet werden.

110. **Die Kommission fordert paneuropäische Anstrengungen zur Schaffung eines interoperablen Netzwerks für Gesundheitsdaten, das auf gemeinsamen, vom WHO-Regionalbüro für Europa entwickelten Standards beruht, in der Erkenntnis, dass die Regierungen unterschiedlich schnell agieren werden. Zudem ersucht die Kommission die multilateralen Entwicklungsbanken und Institutionen der Entwicklungsfinanzierung, prioritär in diese Bereiche zu investieren.**

Die notwendige Finanzierung sichern, damit die WHO ihren Auftrag erfüllen kann

111. In Anbetracht ihrer entscheidenden Rolle bei der Steuerung und Koordination der Gesundheitssicherheit und Vorsorge in der gesamten Europäischen Region der WHO benötigt die Organisation eine nachhaltige Finanzierung auf allen drei Ebenen (Hauptbüro, Regionalbüros und Länderbüros). Einen entsprechenden Hinweis richtete die IPPPR auch an die globale Arbeitsgruppe für nachhaltige Finanzierung. Da nachhaltige Finanzierung nur etwas mehr als ein Drittel der dem WHO-Regionalbüro für Europa zur Verfügung stehenden Mittel ausmacht, hat die zunehmende Abhängigkeit von zweckgebundenen freiwilligen Beiträgen, die für bestimmte fachliche Prioritäten oder geografische Teilregionen vorgesehen sind, in wichtigen Programmbereichen, etwa nichtübertragbaren Krankheiten, sogenannte Armutinseln entstehen lassen. Zwar übernehmen einige Mitgliedstaaten eine Vorreiterrolle, indem sie der Europäischen Region nicht zweckgebundene freiwillige Beiträge zuweisen, doch muss das Regionalbüro angemessener ausgestattet werden (auf der Grundlage solcher nicht zweckgebundenen freiwilligen Beiträge, einer detaillierten Finanzierungsanalyse und eines paneuropäischen Investitionsszenarios), um seinem erweiterten Auftrag und den gestiegenen Erwartungen gerecht zu werden.

112. COVID-19 wird nicht die letzte Pandemie sein, und wir müssen bereits jetzt überlegen, wie wir FuE finanzieren und Herstellungs- und Liefermechanismen unterstützen sollten, damit wir für die nächste Krise einen chancengleichen Zugang zu bezahlbaren Impfstoffen garantieren können. **Die Kommission fordert, dass unter der Koordination des WHO-Regionalbüros für Europa verstärkte Anstrengungen zum Aufbau von Produktionskapazitäten und zur Finanzierung von FuE in der paneuropäischen Region unternommen werden, um den Zeitraum von der Entwicklung bis zur Vermarktung eines Impfstoffs im Pandemiefall noch weiter, und zwar auf drei bis fünf Monate, zu verkürzen.**

113. Mit diesem Bericht ergeht ein Aufruf zum Handeln – zur Operationalisierung des einheitlichen Gesundheitsansatzes, zur Beseitigung von Bruchstellen in der Gesellschaft, zu Innovationen und Investitionen in Gesundheitssysteme, zur Bereitstellung globaler öffentlicher Güter und zu einer besseren paneuropäischen und globalen Politiksteuerung im Gesundheitsbereich. Im Rahmen dieser allgemeinen Ziele haben wir eine Reihe spezifischer Empfehlungen ausgesprochen, in denen sich die Prioritäten der Kommission niederschlagen. Einige davon erfordern Veränderungen in der inner- und zwischenstaatlichen Politiksteuerung sowie bei internationalen Gremien. Diese Veränderungen sind ihrerseits mit erheblichen politischen, wirtschaftlichen und ordnungspolitischen Herausforderungen verbunden. Zum Handeln aufzurufen und Taten folgen zu lassen – das sind zwei völlig verschiedene Dinge. Die Kommission ist sich dieses Umstands und der Notwendigkeit, über Möglichkeiten der Umsetzung ihrer Empfehlungen nachzudenken, voll und ganz bewusst.

114. COVID-19 hat den Gesundheitssystemen einen gewaltigen Schock versetzt, doch dürften politische Analysten und Entscheidungsträger, die frühere Krisen beobachtet haben, mit vielen der Versäumnisse vertraut sein, die die Reaktion auf die Pandemie kennzeichneten. Die Pandemie hat der paneuropäischen Region erneut die tiefer liegenden Strukturprobleme in unseren Gesundheitssystemen und Gesellschaften vor Augen geführt. Die Entscheidungsträger waren sich der Probleme bereits aufgrund der globalen Finanzkrise oder in letzter Zeit infolge der Flüchtlingskrise in der Europäischen Region bewusst. Sie haben oft eine klare Vorstellung von den Ursachen und Folgen sowie davon, mit welchen Politikmaßnahmen sie angegangen werden müssen. Den notwendigen Wandel tatsächlich zu vollziehen, hat sich allerdings als deutlich komplexer erwiesen.

115. Die größte Herausforderung besteht bislang weniger in der Bestimmung von Erfolgsstrategien als vielmehr im kollektiven Unvermögen, diese wirksam umzusetzen. Darin kommt nicht nur die Komplexität des Wandels, sondern auch das begrenzte Verständnis der Frage zum Ausdruck, wie Reformen auf Systemebene umgesetzt werden können, eine Situation, die durch die begrenzte Zahl der Menschen mit den dafür benötigten Fähigkeiten noch verschärft wird. Allzu oft verlassen sich die Regierungen auf externe Berater, die den innerstaatlichen Kontext kaum kennen.

116. Ob die Länder erfolgreich Veränderungen herbeiführen konnten (oder nicht), lässt sich unter anderem damit erklären, inwieweit sie in der Lage waren, gemeinsame Erfahrungen aus früheren Krisen zu verwerten. Zu den zentralen Elementen gehören die Wirksamkeit der institutionellen Steuerung, die gesellschaftliche Solidarität, wie sie sich in den Gesundheits- und Sozialsystemen äußert, sowie Transparenz und Teilhabe an der Entscheidungsfindung. Sie ermöglichen (oder hemmen) die Umsetzung und untermauern die Fähigkeit der Länder, einen chancengleichen Zugang zu angemessen finanzierten Gesundheitssystemen bereitzustellen, die sich auf eine leistungsfähige Primärversorgung und entsprechend ausgebildete, ausgestattete und motivierte Arbeitskräften stützen. Dies kann sich entscheidend auf die Fähigkeit auswirken, Schocks zu widerstehen oder ihnen zu erliegen. Wenn die paneuropäische Region auf diese Krise reagieren und widerstandsfähige Gesundheitssysteme und Gesellschaften aufbauen will, muss sie das Augenmerk klar auf Reform und Wandel und vor allem auf die Umsetzung richten.

117. Wenngleich die Umsetzung den einzelnen Staaten obliegt, wäre es ein Fehler, die Herausforderungen ausschließlich aus nationaler Sicht zu betrachten. Alle Reformen müssen auf den lokalen Kontext zugeschnitten sein, doch bieten sich umfassende Möglichkeiten dafür, zu lernen, was in anderen Ländern funktioniert und was nicht. Zudem weisen viele der Herausforderungen, vor denen die Gesellschaften und ihre Gesundheitssysteme stehen, eine ausgeprägte internationale Dimension auf.

118. Auch dieser Punkt wird durch COVID-19 veranschaulicht. Zunächst reagierten viele Länder auf die Pandemie eher reflexartig, indem sie die geografischen und wirtschaftlichen Grenzen schlossen, vereinzelte nationale Antwortoptionen anboten und länderübergreifende Überlegungen ignorierten. Finanzkrisen, die Ausbreitung übertragbarer Krankheiten und die Herausforderungen im Zusammenhang mit Flüchtlingen aus Konfliktgebieten traten jedoch allesamt in einem globalisierten Kontext auf und zeigten überaus deutlich, dass Lösungen auf der Ebene einzelner Länder nicht ausreichen. Die Problematik ist grenzübergreifender Natur und kann nur durch gemeinsames internationales Handeln wirksam angegangen werden.

119. Die Umsetzung wird wesentlich dadurch gehemmt, dass sich die Regierungen etwas schwer damit tun, Regulierungs- und

Entscheidungsbefugnisse mit internationalen Organisationen zu teilen oder sich an gemeinsamen Modalitäten der Politiksteuerung zu beteiligen. Dass sie dies mit nationaler Souveränität und Subsidiarität begründen, leuchtet zwar oft ein, doch kann ein Alleingang in den Politikbereichen, die durch grenzüberschreitende externe Effekte gekennzeichnet sind und in denen ein Bedarf an öffentlichen Gütern besteht, schädlich sein. Die legitimen Souveränitätsinteressen der Regierungen können (und sollten) im Rahmen der internationalen Politiksteuerung gewahrt werden, sollten jedoch nicht die zwingende Notwendigkeit verdrängen, gemeinsame Lösungen zum Nutzen aller zu finden.

120. Ein weiteres Beispiel dafür sind antimikrobielle Resistenzen. Die mangelnden Fortschritte bei der Umsetzung strenger internationaler ordnungspolitischer Regeln zur Bekämpfung dieser Bedrohung stehen im Widerspruch zu den Erkenntnissen über die sich abzeichnenden gesundheitlichen und wirtschaftlichen Auswirkungen arzneimittelresistenter Infektionen und deren potenziell verheerenden Konsequenzen. Multilaterale Organisationen wie die WHO und die EU haben detaillierte AMR-Aktionspläne vorgelegt, die bewährte Mechanismen wie eine verstärkte globale Überwachung, eine Regulierung des unnötigen Antibiotikagebrauchs und einen Vergleich der Leistung zwischen den Ländern beinhalten. Einige Erfolge sind durchaus zu verzeichnen – nicht zuletzt dank der Annahme nationaler, am einheitlichen Gesundheitsansatz orientierter Aktionspläne –, doch werden internationale ordnungspolitische Strategien insgesamt nur unzureichend aufgegriffen. AMR verdeutlichen sowohl die Notwendigkeit koordinierter globaler Maßnahmen als auch die mangelnde Bereitschaft der Länder, sich an einem wahrhaft gemeinsamen europäischen und globalen Vorgehen zu beteiligen.

121. Der in diesem Bericht betrachtete einheitliche Gesundheitsansatz zeigt einen Weg auf, erfordert jedoch ein komplexes, gemeinschaftliches und ressort- wie fachübergreifendes Arbeiten. Zudem geht er mit der Aufforderung an Regierungen und internationale Organisationen einher, multinationale Initiativen einzuleiten und internationale ordnungspolitische Strukturen einzuführen und/oder zu reformieren. Die Versäumnisse bei der globalen Bekämpfung von AMR sollten als abschreckendes Beispiel und als eindringliche Mahnung dienen, den Fokus auf die internationale Dimension der Umsetzungsprobleme zu richten.

122. Die Akzeptanz eines gewissen Maßes an internationaler Politiksteuerung und Regulierung ist entscheidend wichtig. Voraussetzung dafür sind echter politischer Wille und die Bereitschaft, sich nicht auf eine enge nationale Perspektive zu beschränken und die Bedeutung der internationalen Zusammenarbeit anzuerkennen. Politischer Wille kann Hindernisse überwinden, Investitionen in globale öffentliche Güter fördern und internationale Modalitäten der Politiksteuerung stärken. Ohne einen solchen Willen ist es äußerst schwierig, diese Situation zu meistern, und ein wirksamer – ja selbst ein guter – Umgang mit drohenden Schocks für unsere Systeme unmöglich.

123. Dieser Bericht ist ein Aufruf zum Handeln – zu konkreten Fortschritten bei der Umsetzung. Die darin enthaltenen Empfehlungen geben die Stoßrichtung für Veränderungen vor, werfen jedoch auch eine Reihe praktischer Fragen auf. Wer handelt und insbesondere welche Organisation und Umsetzungsebene ist die richtige? Wie führen die Institutionen Wandel und Veränderung herbei? Wann werden Maßnahmen getroffen – und wie können mittel- und langfristige Verpflichtungen auf der Tagesordnung verbleiben?

124. Wir Kommissionsmitglieder erkennen die Vielfalt der Länder in der paneuropäischen Region und die Eigenständigkeit der nationalen Regierungen an. Wir sind uns der vielfältigen sozialen, wirtschaftlichen und politischen Gegebenheiten sowie der unterschiedlichen Gesundheitssysteme, Arbeitsweisen und historischen Entwicklung voll und ganz bewusst und wissen, wie komplex es ist, Veränderungen zu realisieren. Wir haben daher keine detaillierten Pauschalkonzepte für die Umsetzung vorgelegt. Dennoch können wir in der nachstehenden Tabelle 1 einige Grundsätze und Maßnahmen in diesem Bereich vorschlagen, wenn auch mit der gebührenden Zurückhaltung.

125. Das „Wer“ muss bei allen Umsetzungsmaßnahmen unbedingt klar festgelegt sein. Wichtig ist zudem die Bestimmung der richtigen Umsetzungsebene (lokal, national, paneuropäisch, global) und anschließend der richtigen Organisation. Die Auswahl überschneidet sich mit dem „Wie“, muss jedoch Mandaten, Kapazitäten (personell und finanziell) und einschlägigen Erfahrungen Rechnung tragen. Mit einer Bestandsaufnahme der Akteure kann nicht nur sichergestellt werden, dass die entsprechende Verantwortlichkeit dem richtigen „Wer“ zugewiesen wird, sondern auch, dass das umgebende „Kraftfeld“ von Institutionen und Netzwerken zur

Unterstützung der Umsetzung mobilisiert werden kann. Dadurch bietet sich zudem eine Gelegenheit, den Verpflichtungen in Bezug auf Einbeziehung und Inklusion nachzukommen, die im Rahmen der Ziele zum gesellschaftlichen Zusammenhalt und zur Beteiligung von Frauen festgelegt wurden.

126. Eine ähnliche Checkliste für das „Wie“ wäre kein Versuch, die auf allen Ebenen und in verschiedenen Umfeldern durchzuführenden Maßnahmen vorzuschreiben, sondern ein Vorschlag, sämtliche Umsetzungspläne mit einer sorgfältig ausgearbeiteten Beschreibung der organisatorischen Erfordernisse zu versehen, die auch Überlegungen zu Management und Finanzen enthält. Nicht zuletzt sollte dabei eingehend betrachtet werden, wie Veränderungen innerhalb von Gesundheitsorganisationen, die offenkundig fest in ihrer politischen und beruflichen Kultur verwurzelt sind, herbeigeführt werden können, wie bereichsübergreifend gearbeitet werden kann und wie mit anderen Akteuren und mit ganz spezifischen, der Gesundheit nicht immer förderlichen Interessen zu verfahren ist. In Bezug auf das „Wie“ müsste daher erkundet werden, ob der politische Wille zu Veränderungen in der gebotenen Tiefe und Breite gegeben ist (siehe oben). In allen Fällen wird der Erfolg davon abhängen, ob es gelingt, eine realistische Koalition zu bilden, die Fortschritte ermöglicht, und zwar unter Einsatz von Instrumenten wie Konsultationen, der Einbeziehung des gesamten Spektrums (nicht traditioneller) Akteure, der Analyse und klaren Darstellung komplexer Sachverhalte zur Überwindung von Missverständnissen und der Schaffung von Akzeptanz für die inhaltliche Verknüpfung der Herausforderungen.

127. Das „Wann“ ist in vielerlei Hinsicht weniger komplex, jedoch gleichermaßen entscheidend für den Erfolg. Selbst ein so einfacher Schritt wie die Aufstellung eines Zeitplans für die Umsetzung von Reformen kann Missverständnisse und praktische Unstimmigkeiten zwischen den Elementen des Systems zutage treten lassen, die die Umsetzung potenziell beeinträchtigen. Die Vereinbarung eines Zeitplans kann auch ein Schritt hin zum Aufbau einer Allianz sein, die den Fortschritt begünstigt. Bei der Durchführung sofortiger und kurzfristiger Maßnahmen besteht die Gefahr, dass mittel- und langfristige Maßnahmen in Vergessenheit geraten. Dem kann durch Planung und Transparenz, Überwachung und Berichterstattung vorgebeugt werden.

128. Dieser letzte Abschnitt des Berichts enthält eine Tabelle mit den wichtigsten Zielen und Empfehlungen.

Darin werden Beispiele für Maßnahmen genannt und zentrale Überlegungen zur Umsetzung von Veränderungen angestellt. Zudem wird darauf eingegangen, wer diese Maßnahmen wie durchführen könnte, jedoch ohne dass versucht wird, über sehr allgemeine Anhaltspunkte zu Verantwortlichkeit und Zeitplan hinaus ins Detail zu gehen. Ebenso vermieden werden detaillierte Leitlinien, da es unangebracht wäre, die Besonderheiten der jeweiligen Ländererfahrungen außer Acht zu lassen. Die Tabelle lässt jedoch klar erkennen, wie überaus wichtig umsetzungsbezogene Erwägungen sind, und macht anhand ihrer anschaulichen Beispiele deutlich, inwieweit ein kohärenter Ansatz für die Umsetzung mit den Werten verknüpft ist, die diesem Bericht zugrunde liegen.

129. In unserem Bericht wird anerkannt, dass die Umsetzung von Veränderungen unter vielfältigen sozialen, wirtschaftlichen und politischen Gegebenheiten eine sensible Abstimmung auf die nationalen Bedürfnisse erfordert, jedoch der Tendenz widerstanden, zuzulassen, dass nationale und subnationale Besonderheiten den paneuropäischen Kontext und die globalen Dimensionen verdecken.

130. Es muss noch viel konkrete Arbeit geleistet werden, damit die Erkenntnisse über Systeme und Gesellschaften, die die paneuropäische Region während dieser Pandemie gewonnen hat, in die Tat umgesetzt werden können. Detaillierte Konzepte für die Umsetzung sind vielleicht weder möglich noch wünschenswert, doch konzertierte Verpflichtungen der Regierungen, Veränderungen zu bewirken, und zwar gemeinsam, sind unerlässlich, wenn die Region echte Widerstandsfähigkeit aufbauen und die Ungleichheiten und Versäumnisse angehen will, die den Krisenerfahrungen zugrunde liegen und für ihr Fortbestehen sorgen.

131. Das WHO-Regionalbüro für Europa muss die Umsetzung dieser Verpflichtungen in tatsächliches Handeln federführend unterstützen. Es ist gut dafür aufgestellt, gemeinsam mit den einzelnen Regierungen und innerhalb ihres nationalen Kontexts Umsetzungspläne zu entwickeln und sicherzustellen, dass die Regierungen sich der externen Effekte und des Werts des internationalen Arbeitens bewusst sind. Die WHO ist ebenfalls gut positioniert, um eine Debatte einzuberufen, die den internationalen Dimensionen Rechnung trägt und die gemeinschaftlichen und kollektiven Veränderungen gewährleistet, welche den Kreislauf von Schock, Krise und Ungleichheit durchbrechen können.

TABELLE

UMSETZUNG IM ÜBERBLICK: WAS IST ZU TUN, WIE, VON WEM UND WANN

Ziel	Empfehlung	WIE (ausgewählte Beispiele möglicher Maßnahmen)	WER sollte das umsetzen/ beaufsichtigen	WANN (Zeiträumen für die Umsetzung)
<p>1. Den einheitlichen Gesundheitsansatz auf allen Ebenen operationalisieren</p>	<p>1.1 Verpflichtungen auf nationaler Ebene billigen, um Strukturen, Anreize und das Umfeld für die Entwicklung kohärenter nationaler Strategien im Sinne des einheitlichen Gesundheitsansatzes zu schaffen, die auf dem Konzept „Gesundheit in allen Politikbereichen“ und den Zielen für nachhaltige Entwicklung beruhen</p>	<p>Nationale Strategien im Sinne des einheitlichen Gesundheitsansatzes erarbeiten und umsetzen.</p> <p>Ein nationales Konsortium für den einheitlichen Gesundheitsansatz einberufen.</p> <p>Aufklärungsprogramme zum einheitlichen Gesundheitsansatz auflegen, um ein umfassendes Verständnis der Grundsätze und Praxis dieses Konzepts zu entwickeln.</p> <p>Berufsverbände mobilisieren, um Gesundheitsfachkräfte für den einheitlichen Gesundheitsansatz zu gewinnen.</p> <p>Ressortübergreifende Sonderarbeitsgruppen einsetzen, die die horizontale Koordination von „One-Health“-Ansätzen erleichtern können.</p> <p>Nationale Präventions- und Interventionsprogramme für Notlagen im Zusammenhang mit Zoonosen unter Anwendung eines einheitlichen Gesundheitsansatzes institutionalisieren.</p> <p>Übersichtstafeln einrichten und systematisch Indikatoren heranziehen, um Maßnahmen auf allen Ebenen mit dem Ziel zu unterstützen, umweltbedingte Gesundheitsrisiken, darunter biodiversitäts- und klimabezogene Risiken, zu mindern und die Berichterstattung im Rahmen des einheitlichen Gesundheitsansatzes zu verbessern.</p>	<p>Nationale Ebene: je nach Bedarf Ministerien für Gesundheit, Forschung, Umwelt, Landwirtschaft, Finanzen und Bildung</p> <p>Verbände von Gesundheitsfachkräften</p> <p>Nationale Gesundheitsbehörden für Human- und Veterinärmedizin</p>	<p>Sofort, spätestens jedoch ab Mitte 2022</p>

Ziel	Empfehlung	WIE (ausgewählte Beispiele möglicher Maßnahmen)	WER sollte das umsetzen/ beaufsichtigen	WANN (Zeitraumen für die Umsetzung)
	<p>1.2 Internationale Modalitäten der Politiksteuerung für einen einheitlichen Gesundheitsansatz einrichten.</p>	<p>WHO, FAO, OIE und UNEP bauen die bestehenden Mechanismen der Zusammenarbeit, etwa die Dreierkoalition, zu leistungsfähigen und wirksamen Koordinations- und Kooperationsmechanismen aus.</p> <p>Aufbauend auf bestehenden Instrumenten wie dem Codex Alimentarius die gesamte Lebensmittelkette abdecken.</p> <p>Das Übereinkommen über den internationalen Handel mit gefährdeten Arten freilebender Tiere und Pflanzen (CITES) auf den gesamten Handel mit Wildtieren ausweiten.</p>	<p>Unter der Aufsicht der Mitgliedstaaten stehende internationale Organisationen</p>	<p>Sofort</p>
<p>2. Auf allen Ebenen der Gesellschaft Maßnahmen zur Überwindung der Spaltungen treffen, die durch die Pandemie noch verschärft wurden</p>	<p>2.1 Die Menschen in der Gesellschaft bestimmen, die in Armut oder unter prekären Umständen leben, und Maßnahmen zur Bekämpfung und Verringerung dieser Ungleichheiten unterstützen.</p>	<p>Die nationale Gesundheitspolitik aktualisieren, um sicherzustellen, dass die Menschenrechte in der Gesetzgebung verankert sind, sowie bereichsübergreifende Synergien und Umsetzungspläne entwickeln, die sich über die Grenzen des Gesundheitssystems hinaus auch auf die Bereiche Wohnen, Bildung, Sozialwesen, Strafjustiz und Beschäftigungspolitik erstrecken.</p> <p>Die Datengrundlage für politische Entscheidungen durch Aufschlüsselung der Informationen nach sozioökonomischem Status, Ethnizität und anderen gesundheitsrelevanten Merkmalen stärken, um die Ursachen für Spaltungen in der Gesellschaft zu ermitteln, und die Politik so gestalten, dass diese behoben werden.</p>	<p>Nationale Ebene: je nach Bedarf Ministerien für Gesundheit, Soziales, Arbeit und Finanzen</p>	<p>Mittelfristig</p>

Ziel	Empfehlung	WIE (ausgewählte Beispiele möglicher Maßnahmen)	WER sollte das umsetzen/ beaufsichtigen	WANN (Zeiträumen für die Umsetzung)
	<p>2.2 Das Misstrauen in der Gesellschaft abbauen und den Zusammenhalt durch eine effektive und gesamtstaatliche Führung verbessern.</p>	<p>Foren einrichten, die beratende und inklusive Entscheidungsprozesse unterstützen, unter besonderer Berücksichtigung der Bedürfnisse und Ansichten der Bevölkerung.</p> <p>Nationale und globale Kapazitäten für eine effektive und gesamtstaatliche Führung aufbauen.</p> <p>Den Bedenken der Öffentlichkeit in Bezug auf Datenschutz Rechnung tragen.</p>	<p>Akteursübergreifend, einschließlich Vertretern der Zivilgesellschaft und von staatlichen Organen/Ministerien</p>	<p>Mittelfristig</p>
	<p>2.3 Sicherstellen, dass Gesundheitsdaten verfügbar sind, die anhand verschiedener Indikatoren Aufschluss über die Verteilung der Gesundheit innerhalb der Bevölkerung geben, und Messgrößen für eine zeitnahe Überwachung von gesundheitlicher Ungleichheit und Ungleichheiten beim Zugang zum Gesundheits- und Sozialwesen entwickeln.</p>	<p>Innerhalb von Systemen für das Informationsmanagement im Gesundheitswesen Indikatoren zur systematischen Klassifizierung und Kategorisierung der Gesundheitsverteilung innerhalb der Bevölkerung und zur Ermittlung von Zielgruppen erstellen und überwachen.</p> <p>Ein paneuropäisches Instrument zur Messung und Überwachung von Ungleichheiten innerhalb von Ländern in der Region erstellen und validieren.</p>	<p>Nationale Ebene: Nationales statistisches Amt oder zuständige nationale Datenbehörde in Abstimmung mit dem Gesundheitsministerium</p> <p>Internationale Ebene: WHO-Regionalbüro für Europa</p>	<p>Kurzfristig</p>
	<p>2.4 Explizite Quoten für die Vertretung von Frauen in öffentlichen Gremien annehmen, die an der Formulierung und Umsetzung der Gesundheitspolitik beteiligt sind, insbesondere in Bezug auf Vorsorge, Krisenmanagement und Gegenmaßnahmen.</p>	<p>Gesetze ausarbeiten und verabschieden, die verbindliche Frauenquoten in Vorständen, Lenkungsausschüssen, Sachverständigenausschüssen usw. von öffentlichen Einrichtungen vorsehen.</p> <p>Eine staatliche Stelle, etwa ein Frauenministerium, einrichten, die die Regierung zur Frauenpolitik und zu frauenrelevanten Fragen berät.</p>	<p>Nationale Ebene: Umsetzung unter Aufsicht von internationalen Organisationen</p>	<p>Sofort</p>

Ziel	Empfehlung	WIE (ausgewählte Beispiele möglicher Maßnahmen)	WER sollte das umsetzen/ beaufsichtigen	WANN (Zeiträumen für die Umsetzung)
3. Innovationen zugunsten der Verbesserung des einheitlichen Gesundheitsansatzes unterstützen	3.1 Eine strategische Überprüfung der unerfüllten gesundheitlichen Bedürfnisse in der paneuropäischen Region durchführen, um zentrale Aufgaben für Gesundheitsinnovationen zu ermitteln, die eine Grundlage für die Abstimmung von Finanzmitteln und Maßnahmen bilden können.	<p>Eine paneuropäische Bewertung der gesundheitlichen Bedürfnisse/ Erhebung zur Ermittlung der unerfüllten gesundheitlichen Bedürfnisse durchführen.</p> <p>Einen nationalen leitenden Beauftragten/Experten für Gesundheitsinnovation benennen, der die Regierung in der Frage berät, wie die Finanzmittel und Maßnahmen zur Förderung der Innovation in den Gesundheitssystemen aufeinander abgestimmt werden können.</p>	<p>WHO-Regionalbüro für Europa</p> <p>Nationale Ebene (nationales statistisches Amt mit Unterstützung des Gesundheitsministeriums)</p>	<p>Kurzfristig</p>
	3.2 Mechanismen für die Zusammenarbeit mit einschlägigen Akteuren in Forschungs- und Entwicklungsprozessen einrichten und das Potenzial für echte Partnerschaften bei voller Kostentransparenz erkunden.	<p>Nationale und regionale Rechtsvorschriften und Mechanismen (einschließlich Regulierungsmechanismen) beschließen, die Innovationen in Gesundheitssystemen, darunter steuerliche Anreize, Subventionen und eine erweiterte internationale Zusammenarbeit, fördern.</p>	<p>Nationale Ebene (Gesundheits- und Finanzministerium)</p>	<p>Mittelfristig</p>
	3.3 Mit Unterstützung des WHO-Regionalbüros für Europa weiterhin Anstrengungen zur Entwicklung eines Mechanismus für ständige Wissensgewinnung, stetiges Lernen und laufende Verbesserungen unternehmen, um Innovationen durch Systeme in der paneuropäischen Region umzusetzen.	<p>Ressourcen mobilisieren, mit denen das WHO-Regionalbüro für Europa die Informationsinfrastruktur/ den Aktionsplan entwickeln kann, die/den sie zur Unterstützung der Länder bei der Umsetzung von Innovationen durch Systeme in der paneuropäischen Region benötigt.</p> <p>Die Budgets der Länder aufstocken, um organisatorische Innovationen in den Gesundheitssystemen in gleichem Umfang wie biomedizinische Innovationen zu unterstützen.</p>	<p>WHO-Regionalbüro für Europa</p> <p>Nationale Regierungen</p>	<p>Kurzfristig</p>

Ziel	Empfehlung	WIE (ausgewählte Beispiele möglicher Maßnahmen)	WER sollte das umsetzen/ beaufsichtigen	WANN (Zeiträume für die Umsetzung)
<p>4. In leistungsstarke, widerstandsfähige und inklusive Gesundheitssysteme investieren</p>	<p>4.1 Die Investitionen in die Gesundheitssysteme aufstocken, um Finanzierungslücken in der primären Gesundheitsversorgung, im Sozialwesen und in den Bereichen psychische Gesundheit und öffentliche Gesundheit zu schließen, und zugleich Transparenz und Rechenschaftslegung in Bezug auf das Kosten-Nutzen-Verhältnis gewährleisten.</p>	<p>Zusätzliche Mittel für die Finanzierung von Gesundheitssystemen (bis zu einem vereinbarten Prozentsatz des nationalen Haushalts) bereitstellen, um Finanzierungslücken in der primären Gesundheitsversorgung, im Sozialwesen und in den Bereichen psychische Gesundheit und öffentliche Gesundheit anzugehen und zu schließen.</p> <p>Nationale Kapazitäten für die Prioritätensetzung und Initiativen wie Gesundheitstechnologiebewertung, evidenzbasierte Medizin und Bewertungen der Leistung von Gesundheitssystemen aufbauen, um Transparenz und Rechenschaftslegung in Bezug auf das Kosten-Nutzen-Verhältnis zu gewährleisten.</p>	<p>Nationale Ebene</p>	<p>Kurz-/mittelfristig</p>

Ziel	Empfehlung	WIE (ausgewählte Beispiele möglicher Maßnahmen)	WER sollte das umsetzen/ beaufsichtigen	WANN (Zeiträumen für die Umsetzung)
	<p>4.2 Umfassende Strategien mit dem Ziel erarbeiten, ein Arbeitskräfteangebot im Gesundheitswesen zu schaffen und in dieses Personal zu investieren und es zu schützen, unter besonderer Berücksichtigung demografischer Trends und der Fähigkeit bestehender Entlohnungssysteme, auch künftig ein nachhaltiges Arbeitskräfteangebot zu gewährleisten.</p>	<p>Alle nationalen Regierungen nehmen eine kritische Bewertung der Zusammensetzung und des Profils ihres Arbeitskräfteangebots sowie der entsprechenden Personalkonzepte vor.</p> <p>Alle nationalen Regierungen verpflichten sich bei der Schaffung eines Arbeitskräfteangebots zu einer Selbstversorgungspolitik auf der Grundlage von fünf Strategien:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Verbesserung der Arbeitsbedingungen für die Beschäftigten im Gesundheitswesen • Förderung der Einführung von Innovationen in Form von Qualifikationsmix • Unterstützung des Globalen Verhaltenskodex der WHO für die grenzüberschreitende Anwerbung von Gesundheitsfachkräften • Einrichtung internationaler Systeme für die Zusammenarbeit bei der Ausbildung von Gesundheitspersonal • Festlegung paneuropäischer Prognose- und Planungsmechanismen <p>Regionale und nationale Regierungen verpflichten sich zu einem vom WHO-Regionalbüro für Europa, der EU, der Eurasischen Wirtschaftsunion und der Gemeinschaft Unabhängiger Staaten eingerichteten und geleiteten internationalen System für die Zusammenarbeit bei der Ausbildung von Gesundheitspersonal, mobilisieren dafür Ressourcen und leisten Unterstützung, um aus bewährten Verfahren zu lernen und diesbezügliche Erfahrungen auszutauschen.</p> <p>Ein supranationales Konsortium von Ausbildungseinrichtungen und Interessenverbänden bilden, das regionsweite Neuorientierungs- und Umschulungsmaßnahmen zur rascheren Anpassung des vorhandenen Personals an die Herausforderungen nach COVID aufzutretenden konzipiert und organisiert.</p>	<p>Nationale Ebene (Gesundheitsministerium)</p>	<p>Mittelfristig</p>

Ziel	Empfehlung	WIE (ausgewählte Beispiele möglicher Maßnahmen)	WER sollte das umsetzen/ beaufsichtigen	WANN (Zeiträumen für die Umsetzung)
	<p>4.3 Die finanzielle Absicherung priorisieren, indem Strategien zur Verringerung des Anteils der Zahlungen aus eigener Tasche (auf unter 15 % der laufenden Gesundheitsausgaben) und somit zur Vermeidung ruinöser Ausgaben eingeführt werden.</p>	<p>Ressourcen zur Stärkung der finanziellen Absicherung und zur Verstärkung des nationalen Engagements für das die Verwirklichung einer allgemeinen Gesundheitsversorgung betreffende SDG durch entsprechende Rechtsvorschriften bereitstellen.</p>	<p>Nationale Ebene (Finanzministerium)</p>	<p>Mittelfristig</p>
	<p>4.4 In Konzepte und Angebote im Bereich der psychischen Gesundheit investieren und diese umsetzen, um psychische Gesundheit und geistiges Wohlbefinden in den Mittelpunkt des Wiederaufbaus zu stellen.</p>	<p>Im Gesundheits- und Sozialwesen eine psychische Gesundheitsversorgung als Bestandteil der Wiederaufbaumassnahmen nach der Pandemie bereitstellen.</p> <p>Den verwundbarsten Gruppen in der Gesellschaft Zugang zu einer (kostenlosen) hochwertigen psychischen Gesundheitsversorgung gewähren.</p> <p>Einrichtungen zur Ausbildung von Fachkräften für die psychische Gesundheitsversorgung finanzieren.</p>	<p>Nationale Ebene</p>	<p>Sofort</p>
	<p>4.5 Die Integration der Angebote im Gesundheits- und Sozialwesen unter Sicherung einer patientenorientierten Versorgung und aufbauend auf einer leistungsfähigen Primärversorgung priorisieren.</p>	<p>Durch Haushaltsreformen den Gesundheits- und den Sozialetat zusammenführen und durch eine Reform der Zahlungsabwicklung die Koordination auf allen Ebenen des Gesundheits- und Sozialwesens fördern.</p>	<p>Nationale Ebene (Finanzministerium in enger Zusammenarbeit mit dem Ministerium für Gesundheit und Soziales)</p>	<p>Mittelfristig</p>
	<p>4.6 Die Prävention übertragbarer und nichtübertragbarer Krankheiten priorisieren.</p>	<p>Die Investitionen in Maßnahmen zur Verringerung von Bedrohungen, zur Bereitstellung von Frühwarnsystemen und zur Verbesserung der Krisenreaktion aufstocken.</p>	<p>Ministerien für Finanzen, Umwelt und Landwirtschaft in enger Zusammenarbeit mit dem Gesundheitsministerium</p>	<p>Sofort</p>

Ziel	Empfehlung	WIE (ausgewählte Beispiele möglicher Maßnahmen)	WER sollte das umsetzen/ beaufsichtigen	WANN (Zeiträumen für die Umsetzung)
5. Ein förderliches Umfeld für Investitionen in die Gesundheit schaffen	5.1 Die Verfahren für die Erfassung der Daten zu Gesundheitsausgaben so ändern, dass klarer unterschieden wird zwischen Ausgaben für konsumierte Gesundheitsleistungen und Investitionen, und den Ländern damit einen Anreiz bieten, mehr in Präventionsangebote und Notfallvorsorge zu investieren.	Indikatoren erstellen, die die Unterscheidung zwischen Ausgaben für konsumierte Gesundheitsleistungen und Investitionen klarer abbilden.	OECD/WHO/Eurostat und nationale Ebene	Sofort
	5.2 Die Überwachungsfunktion der multilateralen Finanzinstitutionen zur Förderung von Investitionen in die Gesundheit stärken.	Maßnahmen nach dem Vorbild der Artikel-IV-Konsultationen des IWF beschließen, bei denen Mitarbeiter der Institution mit Regierungsvertretern zusammenkommen, um Risiken für die Haushalts- und Finanzstabilität zu analysieren und zu erörtern, und einen Abschlussbericht vorlegen.	Internationale Ebene	Kurzfristig
	5.3 Die Überwachungsbefugnisse der WHO stärken, damit sie regelmäßige Bewertungen der nationalen Gesundheitssysteme vornehmen können, mit Schwerpunkt auf den Funktionen der öffentlichen Gesundheit und der Fähigkeit zur Vorbereitung und Reaktion auf Pandemien.	Die WHO in die Lage versetzen, regelmäßige Bewertungen auf der Grundlage der allgemeinen regelmäßigen Überprüfung vorzunehmen, mit der der UN-Menschenrechtsrat die Bereitschaftsplanung und Reaktionsfähigkeit sowie die Einhaltung der rechtlichen Verpflichtungen aus den IGV (2005) bewertet.	Internationale Ebene	Kurzfristig

Ziel	Empfehlung	WIE (ausgewählte Beispiele möglicher Maßnahmen)	WER sollte das umsetzen/ beaufsichtigen	WANN (Zeiträumen für die Umsetzung)
	<p>5.4 Anhand von Bewertungen von Gesundheitsindikatoren Bereiche ermitteln, in denen ein höheres Leistungsniveau erforderlich ist und finanzielle Unterstützung zum Erreichen dieses Leistungsniveaus beitragen kann.</p>		<p>Nationale Ebene (darunter Finanzinstitute und Körperschaften) und internationale Ebene (Entwicklungsbanken)</p>	<p>Kurzfristig</p>
	<p>5.5 Den Anteil der Entwicklungsfinanzierung, der auf die Bereitstellung globaler öffentlicher Güter und die Bewältigung langjähriger grenzüberschreitender externer Effekte ausgerichtet ist, erhöhen.</p>		<p>Internationale Ebene (internationale Entwicklungsbanken/ Institutionen)</p>	<p>Mittelfristig</p>
	<p>5.6 Gesundheitsbezogene Überlegungen in Unternehmensstrategien und Rahmenkonzepte für das Risikomanagement einbeziehen.</p>	<p>Das Konzept der ESG-Indikatoren verfeinern und um „One Health“-bezogene Risiken erweitern und es zur Förderung ethischer und nachhaltiger Investitionen nutzen.</p> <p>Obligatorische Ex-ante-Folgenabschätzung zu den Auswirkungen der Zuweisung von nicht gesundheitsbezogenen Wiederaufbaumitteln auf den einheitlichen Gesundheitsansatz durchführen.</p>	<p>Nationale Ebene (darunter Finanzinstitute, Regulierungsbehörden und Körperschaften)</p> <p>Internationale Ebene</p>	<p>Kurzfristig</p>
	<p>5.7 Gesundheitsrisiken in makroökonomischen Prognosen berücksichtigen, und zwar gestützt auf die bedeutenden Fortschritte des vergangenen Jahres bei der Modellierung der Wechselwirkung zwischen Infektionskrankheiten und der Wirtschaft.</p>		<p>Nationale Ebene – Regierungen und Zentralbanken</p>	<p>Kurzfristig</p>

Ziel	Empfehlung	WIE (ausgewählte Beispiele möglicher Maßnahmen)	WER sollte das umsetzen/ beaufsichtigen	WANN (Zeiträumen für die Umsetzung)
6. Die Politiksteuerung im Gesundheitsbereich auf globaler Ebene verbessern	6.1 Einen Globalen Gesundheitsrat unter dem Dach der G20 einsetzen.	Wie in der Empfehlung ausgeführt.	G20	Sofort
	6.2 Einen globalen Pandemievertrag erarbeiten.	Einen Pandemievertrag erarbeiten, der wahrhaft global ist, eingehalten werden kann, ausreichende Flexibilität bietet und innovative Mechanismen vorsieht, die die Regierungen dazu veranlassen, einen Teil ihrer hoheitlichen Entscheidungsprozesse für bestimmte Politikbereiche zu bündeln.	Nationale Ebene	Sofort
	6.3 Eine globale Regelung für Pandemieimpfstoffe erarbeiten.	Eine globale Regelung für Pandemieimpfstoffe mit Festlegungen zu den Rechten und Pflichten aller Beteiligten erarbeiten, um die Verfügbarkeit und Verteilung von Impfstoffen zu gewährleisten.	Internationale und nationale Ebene	Kurz-/mittel-fristig

Ziel	Empfehlung	WIE (ausgewählte Beispiele möglicher Maßnahmen)	WER sollte das umsetzen/ beaufsichtigen	WANN (Zeitraumen für die Umsetzung)
7. Die Politiksteuerung im Gesundheitsbereich in der paneuropäischen Region verbessern	7.1 Ein paneuropäisches Netzwerk für Krankheitsbekämpfung einrichten, das rasche und wirksame Antworten auf neu auftretende Bedrohungen bereitstellt.	<p>Ein paneuropäisches Netzwerk für Krankheitsbekämpfung einrichten, das unter der Leitung des WHO-Regionalbüros für Europa steht und eine rasche und wirksame Reaktion auf neu auftretende Bedrohungen ermöglicht, indem es die Frühwarnsysteme stärkt, unter anderem durch Erweiterung der epidemiologischen und labortechnischen Kapazitäten, und die Entwicklung eines interoperablen Netzwerks für Gesundheitsdaten unterstützt, das auf gemeinsamen, von der WHO entwickelten Standards beruht, in der Erkenntnis, dass die Regierungen unterschiedlich schnell agieren werden.</p>	<p>WHO-Regionalbüro für Europa</p>	<p>Kurz-/ mittelfristig</p>
	7.2 Einen Paneuropäischen Rat für Gesundheitsgefahren einrichten, der vom WHO-Regionalbüro für Europa einberufen wird.	<p>Einen Paneuropäischen Rat für Gesundheitsgefahren einrichten, um das politische Engagement zu stärken und aufrechtzuerhalten und ein Höchstmaß an Komplementarität und Zusammenarbeit im gesamten multilateralen System sowie Rechenschaftslegung und die Förderung der Kooperation zwischen den Gesetzgebungs- und Exekutivorganen in der paneuropäischen Region zu gewährleisten.</p>	<p>WHO-Regionalbüro für Europa</p>	<p>Sofort</p>
	7.3 Investitionen der multilateralen Entwicklungsbanken und der Institutionen der Entwicklungsfinanzierung in Plattformen für den Datenaustausch und die Dateninteroperabilität priorisieren.		<p>Multilaterale Entwicklungsbanken und Institutionen der Entwicklungsfinanzierung</p>	<p>Kurz-/ mittelfristig</p>

ANHANG

ZUSAMMENARBEIT DER PANEUROPÄISCHEN KOMMISSION MIT DER G20 IM HINBLICK AUF DIE EINSETZUNG EINES GESUNDHEITSRATS¹² (EMPFEHLUNG 6.1. DES BERICHTS)

Dieser Anhang enthält die wichtigsten Schritte der Zusammenarbeit der Paneuropäischen Kommission mit dem italienischen G20-Vorsitz im Hinblick auf die Einsetzung eines Globalen Gesundheitsrats.



A) Ursprünglicher Vorschlag („Ein Handlungsappell“, 16. März 2021)

Schaffung eines Globalen Gesundheitsrats auf Ebene der G20 nach dem Vorbild des im Zuge der globalen Finanzkrise gegründeten Finanzstabilitätsrats mit dem Potenzial, sich zu einem Globalen Rat für öffentliche Güter zu entwickeln, der Versäumnisse bei der Bereitstellung globaler öffentlicher Güter bestimmt und bei der internationalen Staatengemeinschaft Unterstützung für deren Korrektur gewinnt (S. 6–7).

Wir fordern die G20 auf, die Einrichtung eines neuen Forums in Gestalt eines Globalen Gesundheitsrats zu erwägen, in dem Behörden und Experten aus Gesundheits-, Wirtschafts- und Finanzpolitik sowie aus anderen politischen Bereichen gemeinsam Anfälligkeiten identifizieren, die die Gesundheit von Mensch, Tier und Umwelt (einheitlicher Gesundheitsansatz) gefährden. Dieses Forum könnte sich zu einem Globalen Rat für öffentliche Güter entwickeln, in dessen Rahmen Versäumnisse bei der Bereitstellung globaler öffentlicher Güter identifiziert werden und die Unterstützung der internationalen Gemeinschaft zur Behebung dieser Versäumnisse sichergestellt wird.



¹² Wird derzeit von der G20 in Form eines Globalen Gesundheits- und Finanzrats in Betracht gezogen.

B) Schreiben an den G20-Vorsitz mit dem Vorschlag für einen Globalen Gesundheitsrat (5. April 2021)

Prof. Mario Draghi
Ministerpräsident Italiens
G20-Vorsitzender

Kopie an:

Dr. Daniele Franco
Minister für Wirtschaft und
Finanzen

Dr. Roberto Speranza
Minister für Gesundheit

Mögliche Beiträge zum G20-Prozess (Bereiche Finanzen und Gesundheit)

Sehr geehrter Herr Ministerpräsident,

im Nachgang zu meinem ersten Austausch mit Prof. Francesco Giavazzi darf ich Ihnen in Ihrer Eigenschaft als G20-Vorsitzender bestätigen, dass es für die Paneuropäische Kommission für Gesundheit und nachhaltige Entwicklung eine Freude und Ehre wäre, mit ihren Überlegungen und Handlungsempfehlungen einen Beitrag zum G20-Prozess zu leisten.

Die im September 2020 vom WHO-Regionalbüro für Europa mit Unterstützung des WHO-Generaldirektors ins Leben gerufene Paneuropäische Kommission, deren Vorsitz ich inne habe, wurde damit betraut, „die politischen Prioritäten vor dem Hintergrund von Pandemien zu überdenken“. Angesichts dieses weit gefassten Mandats wird von uns erwartet, dass wir Empfehlungen nicht nur im Bereich der Gesundheitspolitik, sondern auch dazu vorlegen, wie die gesamte öffentliche Politik, insbesondere die Wirtschafts- und Finanzpolitik, überdacht werden muss, damit sie mit einer neuen Vision von Gesundheit übereinstimmt, die die derzeitige Pandemie mit beispielloser Klarheit und Dringlichkeit von uns verlangt. Ebenso überdacht werden muss die Angemessenheit der derzeitigen Architektur für die internationale Politiksteuerung im Gesundheitsbereich.

Als erstes Ergebnis ihrer Arbeit veröffentlichte die Kommission Mitte März einen kurzen „Handlungsappell“. Der Handlungsappell (der auch die Aufgabenstellung der Kommission und eine Liste ihrer Mitglieder enthält) kann hier eingesehen werden: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/498555/Pan-European-Commission-Call-to-action-ger.pdf

In dem Papier werden drei zentrale Verbesserungen bei der Politiksteuerung im Gesundheitsbereich gefordert. Wir müssen:

- a) den einheitlichen Ansatz („One Health“) für die Gesundheit von Mensch, Tier und Umwelt operativ umsetzen, um das Risiko neuer Pandemien zu verringern
- b) das globale Finanzsystem stärker in den Dienst ökologischer und gesundheitlicher Ziele stellen
- c) die internationale Politiksteuerung im Gesundheitsbereich radikal verbessern

Wir haben beschlossen, diese Empfehlungen bereits jetzt herauszugeben, ohne unseren im September fälligen Abschlussbericht abzuwarten, damit sie in den derzeit laufenden Prozessen, allen voran bei der G20, berücksichtigt werden können.

Vor diesem Hintergrund, sehr geehrter Herr Ministerpräsident, stehe ich Ihnen sowie Minister Franco und Minister Speranza jederzeit für eventuell erforderliche Klarstellungen zur Verfügung. Sollten Sie der Ansicht sein, dass unsere Kommission um Beiträge in der Form, die Ihnen angemessen erscheint, ersucht werden könnte, so denke ich, dass diese im Hinblick auf die folgenden Elemente geleistet werden könnten:

- 1) So bald wie möglich: ein Meinungs austausch zu unserer Empfehlung, dass die G20 einen „Globalen Gesundheitsrat“ einsetzen sollte, wie sie es im Zuge der globalen Finanzkrise mit der Einsetzung des „Finanzstabilitätsrats“ (Financial Stability Board, FSB) getan hat. Unter Ihrer starken Führung, sehr geehrter Herr Ministerpräsident, hat sich der FSB als sehr wirksames Instrument zur Förderung von Veränderungen der Regulierung und Beaufsichtigung der Finanzmärkte erwiesen. Ohne ihn wäre es möglicherweise zu einer weiteren schweren Finanzkrise gekommen. Der „Globale Gesundheitsrat“ sollte sich aus Behörden und Experten aus dem Gesundheits- sowie dem Wirtschafts- und Finanzbereich zusammensetzen. Ein solches Forum könnte sich zu gegebener Zeit zu einem Globalen Rat für öffentliche Güter weiterentwickeln (Finanzstabilität ist natürlich ein sehr wichtiges öffentliches Gut, ebenso wie die Gesundheit, doch gibt es noch viele andere).
- 2) Weltgesundheitsgipfel (Mai) unter Federführung des italienischen Vorsit zes der G20 und der Europäischen Kommission. Bei dieser Gelegenheit könnten wir Anregungen zur Architektur der globalen Gesundheitspolitik (vielleicht zur Weiterentwicklung der Idee eines „Globalen Gesundheitsrats“, falls Sie daran Interesse haben) und zu der Frage geben, wie wir an das Überdenken politischer Entscheidungen vor dem Hintergrund der Pandemie herangehen können. EU-Kommissionspräsidentin Ursula von der Leyen und EU-Gesundheitskommissarin Stella Kyriakides haben Kenntnis von unserer Arbeit.
- 3) Gemeinsame Tagung der Finanz- und Gesundheitsminister (Oktober). Bis dahin ist unser Abschlussbericht erschienen. Das Besondere an dem Bericht ist ein frischer Blick auf die Gesundheitspolitik, der sie über eine relativ isolierte Perspektive hinaus im Zentrum neuer politischer Zielkonflikte verortet, weshalb einige seiner Elemente in die Vorbereitung dieser gemeinsamen Tagung einfließen könnten. Denkbar wäre natürlich auch, dass wir sie schon vor der Veröffentlichung zur Verfügung stellen.

Ich hoffe, sehr geehrter Herr Ministerpräsident, dass Sie und Ihre Minister meinen Ausführungen einige nützliche Hinweise entnehmen werden. Sie können uns gern um Klarstellungen bitten oder Varianten der genannten Punkte vorschlagen, die Ihren Programmen für die G20 möglicherweise besser entsprechen. Gemeinsam mit meinen Kollegen in der Paneuropäischen Kommission stehe ich Ihnen jederzeit uneingeschränkt zur Verfügung und sehe Ihren Antworten erwartungsvoll entgegen.

Mit den besten Wünschen für das Gelingen der G20 unter Ihrer Führung, das für die Wiederbelebung der multilateralen Politiksteuerung so wichtig ist, danke ich Ihnen für Ihre Aufmerksamkeit.

Mit freundlichen Grüßen

Mario Monti

Vorsitzender

Paneuropäische Kommission für Gesundheit und nachhaltige Entwicklung

C) Erklärung auf dem vom italienischen G20-Vorsitz und von der Europäischen Kommission ausgerichteten Weltgesundheitsgipfel (21. Mai 2021)

Frau Präsidentin von der Leyen, Herr Ministerpräsident Draghi,

ich danke Ihnen für die Einladung, eine Botschaft im Namen der Paneuropäischen Kommission für Gesundheit und nachhaltige Entwicklung zu übermitteln. Diese unabhängige Kommission, die von der WHO ins Leben gerufen wurde, wird ihren Abschlussbericht im September vorlegen. Der Bericht könnte den Gesundheits- und Finanzministern der G20 nützliche Anregungen zur Behandlung auf ihrer gemeinsamen Tagung im Oktober liefern, denn wir befassen uns nicht nur mit Pandemien, sondern auch mit der Frage, wie die Gesundheitspolitik und die Wirtschafts- und Finanzpolitik besser in einem ganzheitlichen Ansatz auf nationaler und globaler Ebene zusammengeführt werden können, auch um zu vermeiden, dass die Vernachlässigung der Gesundheitspolitik sich möglicherweise rächt und die Wirtschafts- und Finanzpolitik zur Geisel einer Gesundheitskrise wird.

In unserem Handlungsappell vom März haben wir einige Empfehlungen zur Verbesserung der internationalen Politiksteuerung im Gesundheitsbereich vorgelegt. Mit Blick auf die G20 möchte ich lediglich auf eine dieser Empfehlungen eingehen. Wir sind zuversichtlich, dass aus dem in Kürze beginnenden Weltgesundheitsgipfel unter der Leitung von Ministerpräsident Draghi und Präsidentin von der Leyen eine Reihe wichtiger Grundsätze hervorgehen wird. Ihre Umsetzung erfordert das nachdrückliche Engagement einer gestärkten WHO im Zentrum eines umfassenden Netzwerks von Gesundheitsorganisationen und Interessenträgern. Aus diesem besonderen Anlass und in Zukunft ist die Gesundheitsgemeinschaft jedoch auch auf einen ausgeprägten und beispiellosen politischen Willen und massive Investitionen angewiesen. Daher muss auf globaler Ebene ein Forum gefunden werden, das diese politischen und finanziellen Impulse tatsächlich setzt. Die Erklärung von Rom wird wahrscheinlich die Forderung nach einer hochrangigen politischen Führungsstruktur enthalten: Ein solches Forum könnte also problemlos im Rahmen der G20 aktiviert werden, ohne dass neue Institutionen geschaffen werden müssen. Die G20 sollte, vielleicht in einer stärker inklusiven Konfiguration, die Einsetzung eines Globalen Gesundheitsrats in Erwägung ziehen und sich dabei an den positiven Erfahrungen mit dem FSB orientieren. Ich bin überzeugt, dass die G20 auf diese Weise dauerhaft einen einzigartigen Beitrag zur globalen Gesundheit leisten könnte.

Mario Monti

Vorsitzender

Paneuropäische Kommission für Gesundheit und nachhaltige Entwicklung

D) Vorschlag der Paneuropäischen Kommission zum Globalen Gesundheitsrat und anstehender Abschlussbericht: Überdenken der politischen Wechselwirkungen zwischen den Bereichen Gesundheit und Wirtschaft/Finanzen (28. Juli 2021)

(Von der Paneuropäischen Kommission erstellter Vermerk, der vom Sherpa des G20-Vorsitzes als Entwurf eines Konzeptpapiers des Vorsitzes an die Delegationen übermittelt wurde)

Bei dem Vorschlag zu einem Globalen Gesundheitsrat (Global Health Board, GHB) geht es im Kern nicht um Pandemien, sondern um das breitere Spektrum von Gesundheit und nachhaltiger Entwicklung. In Anbetracht des höheren Stellenwerts der Gesundheitspolitik und des gewachsenen Bewusstseins ihrer Relevanz bei unseren Staats- und Regierungschefs, unterstützt durch die verstärkten Arbeitsbeziehungen zwischen den Gesundheitsministern und den Wirtschafts- und Finanzministern, ist es entscheidend wichtig, die Gesundheits- und Finanzpolitik so zu formulieren, dass sie sowohl auf nationaler als auch auf internationaler Ebene kohärent angewandt werden kann. Aus dieser Überlegung heraus schlägt die Paneuropäische Kommission vor, als Forum für eine solche verstärkte Konvergenz zwischen dem Gesundheits- und dem Finanzbereich einen von der G20 einzusetzenden Globalen Gesundheitsrat zu wählen, auch eingedenk der positiven Erfahrungen mit dem Finanzstabilitätsrat und der günstigen Rahmenbedingungen, die die G20 für eine vertrauensvolle Interaktion zwischen beiden Ressorts bietet.

Anregungen für die Tagung der G20-Finanz- und Gesundheitsminister im Oktober

Der Abschlussbericht der Paneuropäischen Kommission, der im September veröffentlicht werden soll, enthält eine Reihe von Empfehlungen zur optimalen Gestaltung der neuen Beziehungen zwischen der Gesundheitspolitik und anderen Politikbereichen auf nationaler Ebene. Die Kommission vertraut darauf, dass der Bericht hilfreiche Anregungen für die Tagung der Finanz- und Gesundheitsminister der G20 am 30. Oktober liefern kann, die eine Einigung über einen Beschluss zur Einsetzung des Globalen Gesundheitsrats erleichtern könnten, sofern dieser Beschluss auf die Tagesordnung des Treffens der Staats- und Regierungschefs am 31. Oktober gesetzt wird.

Politische Grundsätze

Die Paneuropäische Kommission ist folgender Ansicht:

a) Eine reformierte und gestärkte WHO sollte der zentrale Pfeiler der globalen Gesundheitspolitik bleiben und tatsächlich an Einfluss und Wirksamkeit gewinnen, wenn ein Globaler Gesundheitsrat unter dem Dach

der G20 eingerichtet wird, in dem der WHO-Generaldirektor (und möglicherweise einige Regionaldirektoren, vielleicht auf Rotationsbasis) eine wichtige Rolle spielen.

- b) Die G20 sollte sich bei der Einsetzung des GHB ganz besonders um Inklusivität bemühen, und zwar in einem höheren Maße als bisher.
- c) Die UN würden durch die Einrichtung eines GHB bei der G20 keineswegs unterminiert, und dieser wäre natürlich mit dem Globalen Rat für Gesundheitsgefahren vereinbar, der von der UN-Generalversammlung entsprechend der Empfehlung der IPPPR eingesetzt werden soll. Im Gegenteil: Die UN als Basis demokratischer Legitimität dürften von einem Effektivitätsgewinn, der sich aus dem GHB für die Politiksteuerung im Gesundheitsbereich insgesamt ergibt, profitieren.
- d) Sollten Zweifel an der Aussage unter c) bestehen, so sei nur daran erinnert, dass dem IWF aus der erfolgreichen Tätigkeit des FSB, des Vorgängers des nun vorgeschlagenen GHB, kein Nachteil, sondern vielmehr ein Nutzen entstand.

Wirkungsbereich

- Er sollte die Förderung einer nachhaltigeren Entwicklung umfassen, d. h. nicht nur die Bewältigung der Folgen von Pandemien und das Krisenmanagement, sondern auch die Auseinandersetzung mit ihren Ursachen.
- Er sollte sich ausdrücklich auf den einheitlichen Gesundheitsansatz und die UN-Entwicklungsziele beziehen.

Mandat

- Verwaltung des Globalen Gesundheitsfonds (sofern dieser eingerichtet wird)
- Förderung einer besseren Bewertung wirtschaftlicher und finanzieller Risiken im Gesundheitsbereich, Durchführung von Frühwarnaktivitäten (auch zu potenziellen Herausforderungen, die von Gesundheitskrisen für die Geld- und Währungspolitik ausgehen), in Zusammenarbeit mit IWF und Weltbank sowie Überprüfungen der Finanzstabilität
- Bewertung von Anfälligkeiten im Bereich der globalen Gesundheit (aus Sicht eines einheitlichen Gesundheitsansatzes) und rechtzeitige Ermittlung und Überprüfung dieser Anfälligkeiten
- Förderung von Koordination und Informationsaustausch zwischen den Behörden mit Zuständigkeit für die Widerstandsfähigkeit des Gesundheitswesens in Bezug auf die Prävention, die Organisation widerstandsfähiger Gesundheitssysteme und Krisensituationen

(Notfallplanung, Frühwarnung, Krisenmanagement)

- Untersuchung der Verbindungen und Parallelen zu dem Netzwerk für die Ökologisierung des Finanzsystems (NGFS) und den Bemühungen des FHB im Bereich des Klimaschutzes und zuletzt auch der biologischen Vielfalt
- Ausweitung des Anteils privater Finanzmittel für Gesundheit und bessere Bewertung negativer externer Effekte; aus diesem Grund sollten antimikrobielle Resistenzen (AMR) nicht getrennt von der Analyse von Pandemien betrachtet werden
- Förderung der Entwicklung erschwinglicher privater oder öffentlicher Krankenversicherungen; Ermittlung von Geschäftschancen und Skaleneffekten
- Förderung der Umsetzung von vereinbarten Verpflichtungen und Handlungsempfehlungen durch die Mitgliedstaaten in Form von Umsetzungsmonitoring, fachlicher Begutachtung und Offenlegung
- Erarbeitung von Optionen, die den für Gesundheit zuständigen internationalen Organisationen ausreichende Durchsetzungsbefugnisse verleihen

Struktur

- Eine reformierte und gestärkte WHO sollte der zentrale Pfeiler der globalen Gesundheitspolitik bleiben (unter aktiver Einbeziehung des WHO-Generaldirektors und der Regionaldirektoren).
- Ein Globaler Gesundheitsrat mit den hier beschriebenen Merkmalen wäre natürlich uneingeschränkt mit dem Globalen Rat für Gesundheitsgefahren vereinbar, der von der UN-Generalversammlung (entsprechend der Empfehlung anderer Gremien) eingesetzt werden soll.
- Kleines, gemischt besetztes Sekretariat: WHO-Bedienstete und „One Health“-Personal + Personal mit Finanzkenntnissen (bereits vorhanden oder noch einzustellen, mit Dienstort in Genf, eventuell in den Räumlichkeiten des Globalen Fonds)
- Flexible Berichterstattung an die G20 und Staats- und Regierungschefs (sowie konkrete Weiterverfolgung bei den gemeinsamen Tagungen der Finanz- und Gesundheitsminister)

Zusammensetzung

- G20+ (d. h. G20-Länder mit der Fähigkeit zur Finanzierung und Übernahme der politischen Führung + Länder oder Ländergruppen mit spezifischen Risiken im Gesundheitsbereich; bei Bedarf auf Rotationsbasis; eher im dreijährlichen als im jährlichen Turnus)

- Finanzminister und Gesundheitsminister (oder jeweilige hochrangige Vertreter) jedes Landes; flexible Zusammensetzung, die nach demselben interdisziplinären Kriterium wie für andere eventuell geplante Ausschüsse und/oder Tagungen festzulegen ist
- Reformierte WHO als zentraler Pfeiler + ihre „One Health“-Partner bei FAO, OIE und UNEP; IWF und Weltbank + regionale Entwicklungsbanken + WTO
- FSB/NGFS könnten vom Globalen Gesundheitsrat mit spezifischen Aufgaben betraut werden (Analyse finanzieller Risiken im Gesundheitsbereich, Datenlücken, Prüfung von Schwachstellen usw.).

Institutionelle und rechtliche Aspekte

Leitkriterien (bei vielen Aspekten kann der FSB als Präzedenzfall dienen):

- Ebenso wie der FSB keine auf einem Vertrag beruhende Organisation; beschrieben als „flexible, reaktionsschnelle, von den Mitgliedern gesteuerte, institutionenübergreifende und multidisziplinäre Institution“
- Denkbar wäre auch ein Verein nach Schweizer Recht (mit Sitz in Genf in WHO-Nähe oder in Basel in der Nähe von FSB/BIZ).
- Die Strukturen müssen genauer definiert werden (Plenum, Sekretariat, ständige Ausschüsse, Arbeitsgruppen, regionale beratende Gruppen, siehe Satzung FSB Art. 20) und inklusiv sein.
- Vorsitz (vom Plenum für eine bestimmte Anzahl von Jahren gewählt, entweder unter Beibehaltung seiner ursprünglichen Position oder besser noch auf der Grundlage eines eigens dafür erteilten Vollzeitmandats)
- Geschäftsordnung (sollte dem auf Konsens gegründeten Charakter dieses Gremiums Ausdruck verleihen und zugleich dem Erfordernis der Wirksamkeit und Umsetzung Rechnung tragen)
- Notwendigkeit der Interaktion mit der Zivilgesellschaft (NGO, gemeinnützige Organisationen usw., insbesondere mit Ärzten und Interessenvertretern, unter gebührender Berücksichtigung von Transparenz und Interessenkonflikten); besondere Maßnahmen zugunsten von Frauen und anfälligen Bevölkerungsgruppen
- Transparenz, Rechenschaft, mutige Kommunikation (auch zur Bekämpfung von Desinformation und Anti-Impf-Bewegungen usw.)

Haushalt

Noch festzulegen

Verfahren

Oktober 2021 Gipfeltreffen in Rom unter italienischem G20-Vorsitz: Herbeiführung einer umfassenden Einigung über die Einrichtung des GHB, seine Grundsätze und die Ernennung eines kleinen Interims-Lenkungsausschusses mit einem persönlichen Vertreter je Staats- oder Regierungschef und der Aufgabe, die genauen Modalitäten für die Einsetzung des GHB auf einer dauerhaften organisatorischen Grundlage vorzuschlagen, unter anderem gestützt auf die Erfahrungen mit dem FSB als Präzedenzfall.

Anmerkungen

Die „Paneuropäische Kommission für Gesundheit und nachhaltige Entwicklung: Überdenken der politischen Prioritäten vor dem Hintergrund von Pandemien“ wurde Ende 2020 von der WHO (Regionaldirektor für Europa mit Unterstützung des WHO-Generaldirektors) ins Leben gerufen.

Obwohl die Mitglieder der Paneuropäischen Kommission ganz Europa (natürlich nicht nur die EU, sondern die Europäische Region im Sinne der WHO-Definition) vertreten, ist ihr Mandat nicht geografisch gebunden. Insbesondere in Bezug auf Verbesserungen bei der globalen Politiksteuerung betreffen die Empfehlungen sowohl die paneuropäische Region als auch die globale Politiksteuerung.

DANKSAGUNG

Unser herzlicher Dank gilt den folgenden Personen, die in verschiedener fachlicher Eigenschaft zu den endgültigen Ergebnissen der Arbeit der Paneuropäischen Kommission beigetragen haben:



Gebbienna BRON

Jonathan CYLUS

Oxana DOMENTI

Tamas EVETOVITS

Nicholas FAHY

Nils FIETJE

Scott GREER

Nick GULDEMOND

Clayton HAMILTON

Tom HART

Victoria KIRKBY

Erlan LE CALVAR

Suszy LESSOF

Danilo LO FONG

Emine Alp MEŞE

Dimitra PANTELI

Govin PERMANAND

Alex PLEKHANOV

Francesca RACIOPPI

Selina RAJAN

Anna SAGAN

Oleg SALAGAY

Romain SVARTZMAN

Sarah THOMSON

Ewout VAN GINNEKEN

May VAN SCHALKWYK

Erin WEBB

Matthias WISMAR

Isabel YORDI

