

Kurzdossier:

COVID-19 und die allgemeine Gesundheitsversorgung

OKTOBER 2020

Zusammenfassung

Innerhalb von neun Monaten hat sich COVID-19 in mehr als 190 Ländern ausgebreitet, die offizielle Zahl der Infizierten beträgt über 30 Millionen. Mehr als 1 Million Menschen haben ihr Leben verloren. Die Pandemie hat lang ignorierte Risiken offengelegt, darunter unzulängliche Gesundheitssysteme, Lücken in der sozialen Sicherung und strukturelle Ungleichheiten. Sie hat ebenfalls deutlich gemacht, wie wichtig ein öffentliches Gesundheitswesen, leistungsfähige Gesundheitssysteme und Notfallvorsorge sowie die Resilienz der Menschen beim Auftreten eines neuen Virus oder einer neuen Pandemie sind, und damit der Forderung nach einer allgemeinen Gesundheitsversorgung noch mehr Gewicht verliehen.

Gesundheit ist ein grundlegendes Menschenrecht, und eine allgemeine Gesundheitsversorgung ist unerlässlich, wenn das Ziel der Gesundheit für alle verwirklicht werden soll. Eine allgemeine Gesundheitsversorgung soll definitionsgemäß alle Personen und Gemeinschaften in die Lage versetzen, die jeweils benötigten Gesundheitsleistungen in Anspruch zu nehmen, ohne in finanzielle Not zu geraten. Dennoch ist mindestens die Hälfte der Weltbevölkerung nach wie vor nicht vollständig mit unentbehrlichen Gesundheitsleistungen versorgt. Mehr als 800 Millionen Menschen wenden 10 Prozent oder mehr ihres Haushaltseinkommens für die Gesundheit auf.¹ Die Beseitigung finanzieller Hürden für die Inanspruchnahme von

Was versteht man unter allgemeiner Gesundheitsversorgung?

Allgemeine Gesundheitsversorgung bedeutet, dass alle Personen und Gemeinschaften die jeweils benötigten Gesundheitsleistungen in Anspruch nehmen können, ohne in finanzielle Not zu geraten. Die Zielsetzung der allgemeinen Gesundheitsversorgung ist dreigliedrig:

- **Gleichberechtigter Zugang:** Alle, die Gesundheitsleistungen benötigen, sollen diese auch erhalten, nicht nur diejenigen, die es sich leisten können, dafür zu bezahlen.
- **Ausreichende Qualität:** Die Qualität der Gesundheitsleistungen soll ausreichend sein, um den Gesundheitszustand der Leistungsempfängerinnen und -empfänger zu verbessern
- **Kein unzumutbares finanzielles Risiko:** Die Menschen sollen nicht aufgrund der Kosten für die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen in finanzielle Not geraten.

Das Konzept der allgemeinen Gesundheitsversorgung beruht auf der Satzung der Weltgesundheitsorganisation von 1948, in der die Gesundheit zu einem grundlegenden Menschenrecht erklärt wird, sowie auf der in der Erklärung von Alma Ata von 1978 festgelegten Agenda „Gesundheit für alle“. Alle Mitgliedstaaten der Vereinten Nationen haben sich im Rahmen der Ziele für nachhaltige Entwicklung (A/RES/74/2, Oktober 2019) erneut nachdrücklich darauf verpflichtet, bis 2030 eine allgemeine Gesundheitsversorgung zu verwirklichen.

¹ World Health Organization (WHO), „Universal health coverage (UHC)“, 24. Januar 2019, verfügbar unter [www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-\(uhc\)](http://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-(uhc))

Gesundheitsleistungen muss ein vorrangiges Anliegen sein, auch wenn dies in Zeiten einer wirtschaftlichen Rezession eine Herausforderung darstellt. COVID-19 hat jedoch gezeigt, dass die Wirtschaft davon profitiert, wenn Epidemien wirksam bekämpft werden. Ebenso ist deutlich geworden, welche Nachteile es hat, die Absicherung im Krankheitsfall primär auf der Grundlage von lohn- und gehaltsbasierten Beitragszahlungen zu finanzieren. In einer weltweiten Wirtschaftskrise steigt unweigerlich die Arbeitslosigkeit, und wenn der Leistungsanspruch an derartige Beitragszahlungen gekoppelt ist, wird der Zugang zu Gesundheitsleistungen gerade dann eingeschränkt, wenn er am dringendsten benötigt wird.

Die Welt ist nun an einem kritischen Punkt in der COVID-19-Pandemie angelangt. Nach anfänglichen Erfolgen bei der Bekämpfung der Übertragung flammt die Krankheit derzeit in vielen Ländern infolge der Lockerung der Beschränkungen erneut auf. Angesichts des Herannahens der Grippezeit in Teilen der Welt und eines Anstiegs sowohl der Fallzahlen als auch der Krankenhausaufenthalte fällt es vielen Ländern schwer, das rechte Gleichgewicht zwischen dem Schutz der öffentlichen Gesundheit, dem Schutz der persönlichen Freiheiten und der Aufrechterhaltung des Wirtschaftslebens zu finden.

Gäbe es bereits eine allgemeine Gesundheitsversorgung, könnten die Länder wirksamer und effizienter gegen die Morbidität und die Mortalität vorgehen, die von der COVID-19-Krise mittelbar und unmittelbar verursacht werden, und zwar erstens durch das Virus selbst, zweitens durch die Unfähigkeit von Gesundheitssystemen zur fortlaufenden Bereitstellung unentbehrlicher Gesundheitsleistungen und drittens aufgrund der sozioökonomischen Auswirkungen der Krise.

Es hat sich gezeigt, dass das Virus genau die Gruppen am stärksten bedroht, die bereits davor besonders gefährdet waren: in Armut lebende

Menschen, ältere Menschen, Personen mit Vorerkrankungen, Frauen, Kinder, Migrantinnen und Migranten sowie Vertriebene. In nur wenigen Monaten sind ganze Regionen, die bei der Beseitigung der Armut und der Verringerung der Ungleichheit vorangekommen waren, um Jahre zurückgeworfen worden. Zum ersten Mal seit Beginn der entsprechenden Messungen im Jahr 1990 gab es einen Rückschritt in der menschlichen Entwicklung.

Dass zwischen der öffentlichen Gesundheit und der Widerstandsfähigkeit von Volkswirtschaften und Gesellschaften im Allgemeinen eine Verbindung besteht, steht längst außer Frage. COVID-19 hat nur noch untermauert, dass sich Investitionen in die Gesundheit auf lange Sicht lohnen.

Dagegen kann ein Mangel an Investitionen verheerende großflächige und möglicherweise jahrelang andauernde soziale und wirtschaftliche Folgen auf der ganzen Welt nach sich ziehen. Monatlich kostet die Pandemie die Weltwirtschaft 375 Milliarden US-Dollar, und seit Ausbruch der Krise sind 500 Millionen Arbeitsplätze verloren gegangen. Es gilt nach wie vor, die Ursache der Wirtschaftskrise im Auge zu behalten: COVID-19. In diesem Zusammenhang hat die **WHO umfassende Richtlinien** für wirksame Maßnahmen zum Schutz der öffentlichen Gesundheit veröffentlicht.

Sichere und wirksame Impfstoffe, Diagnostika und Therapeutika werden ebenfalls unerlässliche Voraussetzungen für die Beendigung der Pandemie und eine raschere weltweite Erholung sein. Zudem ist hinreichend klar geworden, dass es im nationalen und wirtschaftlichen Interesse eines jeden Landes liegt, gemeinsam mit anderen intensiv auf die Ausweitung des Zugangs zu Tests und Behandlungen hinzuwirken und einen Impfstoff als globales Kollektivgut zu betrachten, eine Art „Volksimpfstoff“, der für alle und überall auf der Welt verfügbar und bezahlbar ist. Global gesehen ist die beste Lösung zur Erreichung dieses Ziels der **ACT-Accelerator**, ein

Kooperationsrahmen zur Beschleunigung des Zugangs zu einem COVID-19-Instrumentarium, das auch die COVAX-Fazilität umfasst.

Längerfristige Maßnahmen der Pandemievorsorge und -abwehr können ebenfalls als globales Kollektivgut betrachtet werden, das entsprechende Investitionen auf globaler und nationaler Ebene verlangt. Dazu bedarf es eines standardisierten Warnsystems bei Ausbrüchen, an das konkrete Handlungen seitens der nationalen und lokalen Gesundheitsbehörden geknüpft sind. Bis jetzt hat nur ein Drittel der Länder die Kapazitäten für ihre nach den *Internationalen Gesundheitsvorschriften (2005)* vorgesehenen Managementsysteme für gesundheitliche Notlagen im öffentlichen Gesundheitswesen aufgebaut.

Zur Überwindung der COVID-19-Pandemie wird ein weltweit koordinierter, gesamtstaatlicher und gesamtgesellschaftlicher Ansatz vonnöten sein. Die gewonnenen Erfahrungen bekräftigen den Ruf nach einer allgemeinen Gesundheitsversorgung, die einen gleichberechtigten Zugang

aller zu hochwertiger Gesundheitsversorgung ohne finanzielle Risiken gewährleistet und die Gesellschaften wirksam vor einer weiteren Gesundheitskrise mit den entsprechenden verheerenden Auswirkungen auf das Leben und die Lebensgrundlagen der Menschen schützt. Alle Mitgliedstaaten der Vereinten Nationen haben im Rahmen der Ziele für nachhaltige Entwicklung und im Einklang mit der [Politischen Erklärung von 2019 über allgemeine Gesundheitsversorgung](#) vereinbart, die Verwirklichung der allgemeinen Gesundheitsversorgung bis 2030 anzustreben.

Im Rahmen der zur Bekämpfung und Überwindung von COVID-19 getroffenen Maßnahmen können klare Schritte unternommen werden, um die von der Pandemie aufgedeckten Schwächen anzugehen und in eine Stärkung der Resilienz des öffentlichen Gesundheitswesens in der Zukunft zu investieren. Letzten Endes ist es Aufgabe der Politik, dafür zu sorgen, dass es nie wieder zu einer Pandemie dieses Ausmaßes und mit diesen Auswirkungen kommt.

HANDLUNGSEMPFEHLUNGEN

1. VORDRINGLICH EINE WEITERE AUSBREITUNG VON COVID-19 BEKÄMPFEN:

- Gesundheitsmaßnahmen zur Reduzierung der lokalen COVID-19-Übertragung auf Null weiter verstärken
- Flächendeckende Vorkehrungen für COVID-19-Tests, Isolierung und Kontaktnachverfolgung treffen
- Versorgung von COVID-19-Patienten sicherstellen und damit die Zahl der Sterbefälle senken

2. DIE VERSORGUNG MIT ANDEREN UNENTBEHRLICHEN GESUNDHEITSL EISTUNGEN SICHERN. Um Morbidität und Mortalität so weit wie möglich zu senken, müssen in der akuten Phase der COVID-19-Pandemie vorrangige Gesundheitsleistungen weiter erbracht werden.

3. DEN ZUGANG ZU NEUEN SCHNELL-DIAGNOSTIKA UND BEHANDLUNGEN DEUTLICH AUSWEITEN UND SICHERSTELLEN, DASS KÜNFTIGE COVID-19-IMPfstOFFE EIN GLOBALES KOLLEKTIVGUT MIT GLEICHBERECHTIGTEM ZUGANG FÜR ALLE UND ÜBERALL SIND:

- Zur Sicherung des gleichberechtigten Zugangs zu einem neuen COVID-19-Instrumentarium einen globalen Ansatz verfolgen und den ACT-Accelerator vollständig finanzieren

- Dringend der Verbreitung von Falschinformationen und unwahren Gerüchten über die Sicherheit von Impfstoffen entgegenwirken

4. ALLGEMEINE GESUNDHEITSV ERSORGUNG VERWIRKLICHEN:

- In die für den Schutz und die Förderung der Gesundheit und des Wohlbefindens unerlässlichen Kernaufgaben der Gesundheitssysteme, die sogenannten Gemeingüter für die Gesundheit, investieren
- Gesundheitsversorgung in Verbindung mit COVID-19 und andere unentbehrliche Gesundheitsleistungen kostenfrei anbieten

5. DIE PANDEMIEVORSORGE AUF NATIONALER UND GLOBALER EBENE STÄRKEN UND FÜR DIE ZUKUNFT GESUNDE GESELLSCHAFTEN ANSTREBEN

1. Auswirkungen von COVID-19 auf die Gesundheit und Pandemiebekämpfung

Innerhalb von nur neun Monaten hat sich COVID-19 auf mehr als 190 Länder ausgebreitet. Ende September 2020 lag die Zahl der registrierten Fälle weltweit bei über 30 Millionen und die Zahl der Todesfälle bei mehr als 1 Million. COVID-19 ist mittelbar und unmittelbar für Krankheits- und Todesfälle verantwortlich, und zwar auf dreierlei Weise: 1) durch das Virus selbst, 2) durch die Unfähigkeit von Gesundheitssystemen zur fortlaufenden Bereitstellung unentbehrlicher Gesundheitsleistungen und 3) aufgrund der sozioökonomischen Auswirkungen.

1.1. WER AM MEISTEN DURCH COVID-19 GEFÄHRDET IST UND WARUM ES GLOBALER GEGENMASSNAHMEN BEDARF

Je nach Altersstruktur der Bevölkerung treten bei 5 bis 15 Prozent der an COVID-19 Erkrankten lebensbedrohliche Komplikationen auf, die eine mechanische Beatmung erforderlich machen. 15 bis 20 Prozent der Erkrankten leiden an schweren Symptomen und benötigen

Sauerstoffgaben oder andere Eingriffe im Krankenhaus.² Zu den bekannten Risikofaktoren für einen schweren Krankheitsverlauf zählen Alter über 60 Jahre, Bluthochdruck, Diabetes, Herz-Kreislauferkrankungen, chronische Erkrankungen der Atemwege oder immunkompromittierende Erkrankungen. 1,7 Milliarden Menschen (etwa ein Fünftel der Weltbevölkerung) leiden an mindestens einer der genannten Vorerkrankungen, und 350 Millionen Menschen (4 Prozent der Weltbevölkerung) ragen ein hohes Risiko, schwer an COVID-19 zu erkranken.³ Der Bevölkerungsanteil mit erhöhtem Risiko ist in Ländern mit älteren Bevölkerungen, in afrikanischen Ländern mit hoher HIV/Aids-Prävalenz und in kleinen Inselstaaten mit hoher Diabetesprävalenz am größten.

COVID-19 trifft häufig diejenigen am härtesten, die es sich am wenigsten leisten können: die Alten, die chronisch Kranken oder Menschen in prekären Lebensbedingungen. In Langzeitpflegeeinrichtungen sind nicht nur die Morbiditäts- und Mortalitätsraten unter älteren Menschen hoch, sondern es fallen gleichzeitig auch viele Pflegekräfte wegen COVID-19 aus. In mehreren Ländern der Europäischen Union machen die Todesfälle unter den Bewohnerinnen

2 WHO, „Operational considerations for case management of COVID-19 in health facility and community“, 19. März 2020, verfügbar unter https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331492/WHO-2019-nCoV-HCF_operations-2020.1-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

3 Andrew Clark et al., „Global, regional, and national estimates of the population at increased risk of severe COVID-19 due to underlying health conditions in 2020: a modelling study“, *The Lancet*, 15. Juni 2020, verfügbar unter www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S2214-109X%2820%2930264-3.

und Bewohnern dieser Einrichtungen mehr als die Hälfte aller COVID-19-bedingten Todesfälle aus.⁴ Menschen, die auf engem Raum leben, wie in überfüllten Siedlungen, Flüchtlings- und Migranteneinrichtungen oder Gefängnissen, sind ebenfalls verstärkt gefährdet.

Gesundheitsfachkräfte haben aufgrund ihres häufigeren Kontakts mit COVID-19-Fällen ein hohes Ansteckungsrisiko (siehe **Kasten 1.1**). Menschen, die an vorderster Front in systemerhaltenden Berufen tätig sind, etwa im öffentlichen Personennahverkehr, in der Nahrungsmittelproduktion oder bei der Polizei, tragen ebenfalls ein höheres Risiko. Eine Reihe chronischer Erkrankungen erhöht die Anfälligkeit für eine Ansteckung mit COVID-19 und führt vermehrt zu nachteiligen Folgeerscheinungen. So konnte etwa in Untersuchungen bei bestehenden HIV-Infektionen in der Westkap-Provinz Südafrikas eine 2,5 Mal so hohe Sterblichkeit durch COVID-19 nachgewiesen werden. Angstzustände und Depressionen scheinen bei wegen COVID-19 stationär behandelten Menschen gehäuft aufzutreten. In einer entsprechenden Patientengruppe in Wuhan (China) wiesen über 34 Prozent Angst- und 28 Prozent Depressionssymptome auf. Dies zeigt deutlich, wie wichtig es ist, die psychische Gesundheitsversorgung als grundlegenden Bestandteil nationaler Maßnahmen gegen COVID-19 zu betrachten, wie in dem im Mai 2020 veröffentlichten Kurzdossier ***COVID-19 und psychische Gesundheit*** dargelegt wird.

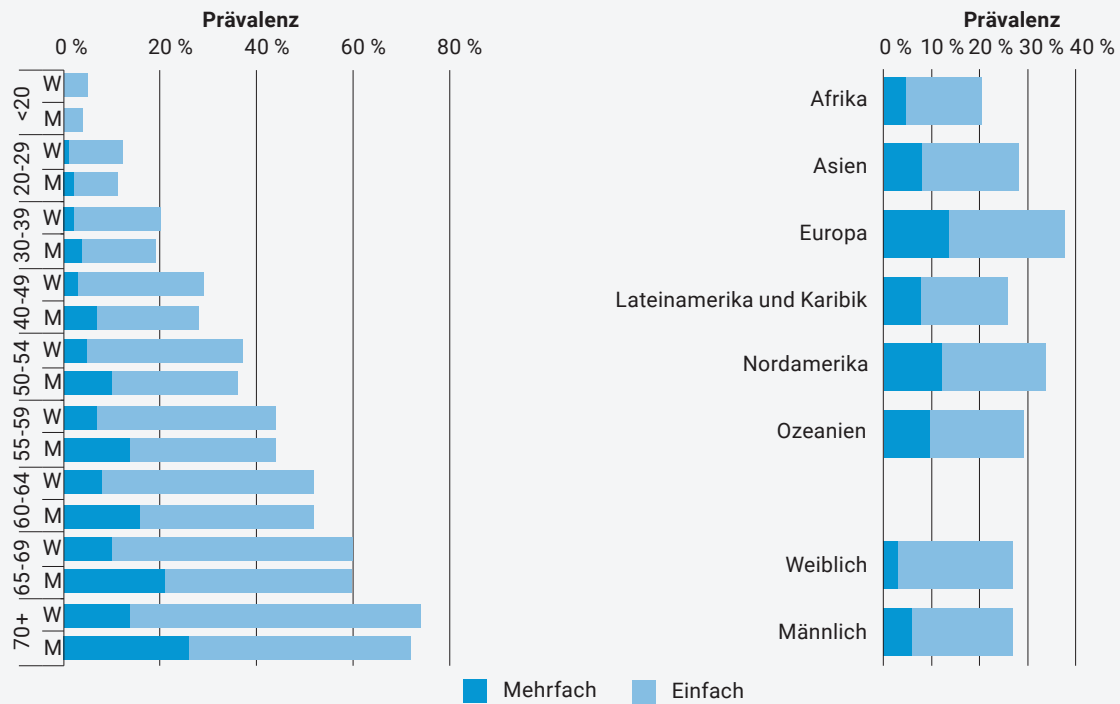
Frauen spielen bei der Bekämpfung der Pandemie als Gesundheitsfachkräfte und Betreuungspersonen und in der Mobilisierung der Bevölkerung eine unverhältnismäßig große Rolle. Weltweit sind 70 Prozent des Gesundheitspersonals Frauen⁵, und in einigen Ländern sind die Infektionsraten unter den weiblichen Gesundheitsfachkräften doppelt so hoch wie unter den männlichen.⁶ Im Privatbereich leisten Frauen dreimal so viel unbezahlte Betreuungsarbeit wie Männer. Wenn die Gesundheitssysteme überlastet sind, entfällt ein größerer Anteil auf die häusliche Pflege, wobei diese Belastung zum großen Teil von Frauen und Mädchen getragen wird.

4 European Centre for Disease Prevention and Control, „Epidemiology of COVID-19“, 15. Juli 2020, verfügbar unter www.ecdc.europa.eu/en/covid-19/latest-evidence/epidemiology.

5 M. Boniol et al., „Gender Equity in the Health Workforce: Analysis of 104 Countries“, Health Workforce Working Paper 1, WHO, 2019; z. B. in Bezug auf Spanien und die USA, wo über 70 Prozent der infizierten Gesundheitsfachkräfte Frauen sind, siehe UN-Women, „COVID-19: Emerging gender data and why it matters“, 26. Juni 2020, verfügbar unter <https://data.unwomen.org/resources/covid-19-emerging-gender-data-and-why-it-matters>.

6 UN-Women, „COVID-19 and Women’s Leadership: From an Effective Response to Building Back Better“, Kurzdossier Nr. 18, 2020, verfügbar unter www.unwomen.org/-/media/headquarters/attachments/sections/library/publications/2020/policy-brief-covid-19-and-womens-leadership-en.pdf?la=en&vs=409.

ABBILDUNG 1.1. PRÄVALENZ VON RISIKOFAKTOREN FÜR EINEN SCHWEREN KRANKHEITSVERLAUF NACH ALTER, GESCHLECHT UND REGION – 2020



Die Rolle der Frauen und ihre Belastungen während der Pandemie finden in den politischen Entscheidungsprozessen nicht genügend Berücksichtigung. Zum 1. Januar 2020 waren drei Viertel aller Parlamentssitze weltweit von Männern belegt. Nur 25 Prozent aller Gesundheitsministerien haben eine Frau an ihrer Spitze, und auch in Gesundheitseinrichtungen sind Frauen nur zu knapp 25 Prozent in leitenden Positionen vertreten. Demgegenüber haben Männer 72 Prozent der Führungspositionen in globalen Gesundheitsorganisationen inne.⁷ Die Rolle der Frauen muss über die Arbeit an vorderster Front hinaus erweitert werden, sodass sie an der Gestaltung, Umsetzung und Kontrolle nationaler Maßnahmen zur Bekämpfung von COVID-19 teilhaben. Es lässt sich empirisch belegen, dass in Ländern, deren Staats- und Regierungsoberhäupter Frauen sind, die Maßnahmen gegen COVID-19 als besonders wirksam wahrgenommen werden.⁸

Angesichts der Tatsache, dass die meisten an vorderster Front eingesetzten Personen Frauen sind, sollten Unterstützungsmaßnahmen für diese Gruppe den Bedürfnissen von Frauen Rechnung tragen. Das kann unter anderem flexible Arbeitsbedingungen, kostenfreie Beförderung oder Zusatzzahlungen und -leistungen umfassen, womit auch der stärkeren Belastung der Frauen durch unbezahlte Pflegearbeit während der Pandemie Rechnung getragen würde.

KASTEN 1.1. KEINE AUSGRENZUNG VON FLÜCHTLINGEN

Die Gesundheit von Flüchtlingen, Binnenvertriebenen und Staatenlosen in prekären Situationen ist durch COVID-19 besonders bedroht. Die Risiken sind noch höher in instabilen und von Konflikten betroffenen Gebieten sowie in humanitären Notsituationen, in denen viele Flüchtlinge und Binnenvertriebene in überfüllten Räumen oder unter unhygienischen Bedingungen leben, die die Ausbreitung von COVID-19 begünstigen. Mehr als 85 Prozent aller Flüchtlinge haben in Ländern mit niedrigem bis mittlerem Einkommen Zuflucht gefunden. Der Globale Pakt für Flüchtlinge fordert die internationale Gemeinschaft auf, sicherzustellen, dass Flüchtlinge und ihre Aufnahmegemeinden auf dem Weg eines Landes zur Verwirklichung der Ziele für nachhaltige Entwicklung nicht zurückgelassen werden, unter anderem durch die Aufnahme von Flüchtlingen in die nationalen Gesundheitssysteme.⁹ Im Kurzdossier **COVID-19 und Menschen unterwegs** forderte der Generalsekretär überdies ihre Einbeziehung in nationale Aktionspläne gegen COVID-19, den Schutz ihrer Menschenrechte und die Anerkennung ihres enormen Potenzials, Teil der Lösung zu sein.

7 Ebd.

8 Ebd., siehe z.B. Äthiopien, Dänemark, Deutschland, Finnland, Island, Neuseeland und Slowakei.

9 Hoher Flüchtlingskommissar der Vereinten Nationen, „Globaler Pakt für Flüchtlinge“, verfügbar unter <https://www.un.org/depts/german/migration/a73-12-part-II.pdf>.

KASTEN 1.2. BEISPIELE FÜR GUTE PRAXIS

BEWÄLTIGUNG DER GESUNDHEITLICHEN AUSWIRKUNGEN VON COVID-19 AUF FLÜCHTLINGE UND BINNENVERTRIEBENE

- In Ghana und in der Türkei sind Flüchtlinge gleichberechtigt mit den Staatsangehörigen vollständig in das nationale Gesundheitssystem eingebunden.
- In Ruanda wurden in Kigali lebende Flüchtlinge in das nationale System der sozialen Krankenversicherung aufgenommen.
- In Mauretanien läuft mit Unterstützung der Weltbank ein Übergangsprozess, um die Kapazität des nationalen Systems so zu verbessern, dass Flüchtlinge es uneingeschränkt in Anspruch nehmen können.
- In Peru wurde für positiv auf COVID-19 getestete Flüchtlinge und Migrantinnen und Migranten sowie Verdachtsfälle eine temporäre Krankenversicherung bewilligt.

Zur Umsetzung einer vollständig inklusiven staatlichen Gesundheitspolitik benötigen die Staaten sowohl finanzielle als auch technische Hilfe. Eine solche Politik ermöglicht Ländern, die Flüchtlinge beherbergen, auf Mittel für humanitäre und Entwicklungszwecke zuzugreifen und mehrjährige Projekte zu planen.

BEWÄLTIGUNG DER SOZIO-ÖKONOMISCHEN FOLGEN VON COVID-19 FÜR VERTRIEBENE

- Peru, Chile und Argentinien erlauben seit kurzem Flüchtlingen, die über eine im Ausland erworbene Qualifikation in einem Gesundheitsberuf verfügen, im Rahmen der Bekämpfung von COVID-19 zu arbeiten. In Irland hat die Ärztekammer des Landes angekündigt, Flüchtlingen und Asylsuchenden mit einer medizinischen Ausbildung zu gestatten, medizinische Unterstützung zu leisten, einschließlich als Assistenzkräfte.
- In Burkina Faso, Tschad, Guinea und Liberia zahlen humanitäre Akteure auch während der Schulschließungen Flüchtlingen, die Lehrkräfte sind, weiterhin ein Entgelt zur Einkommenssicherung.
- Die Regierung Südafrikas hat bestätigt, dass 30 Prozent der Finanzhilfen für kleine Lebensmittelgeschäfte an Geschäfte mit ausländischen Besitzerinnen und Besitzern gehen können, auch an solche, die von Flüchtlingen betrieben werden.

Weltweit haben Regierungen ihre Maßnahmen zur Eindämmung der Verbreitung von COVID-19 ausgeweitet. Dazu gehört das Schließen von Schulen und Arbeitsstätten, die Absage öffentlicher Veranstaltungen, zahlenmäßige Beschränkungen für Menschenansammlungen, Einschränkungen des öffentlichen Personenverkehrs,

Ausgangssperren und Einschränkungen der Bewegungsfreiheit im Inland und des grenzüberschreitenden Reiseverkehrs.¹⁰ Derartige Maßnahmen haben sich bei der Senkung des Anstiegs von COVID-19-Erkrankungen und -Todesfällen als wirksam erwiesen. So gab es in Ländern, die frühzeitig ihr Wirtschafts- und

¹⁰ Blavatnik School of Government, University of Oxford, „US Government Response“, 14. September 2020, verfügbar unter www.bsg.ox.ac.uk/research/research-projects/coronavirus-government-response-tracker.

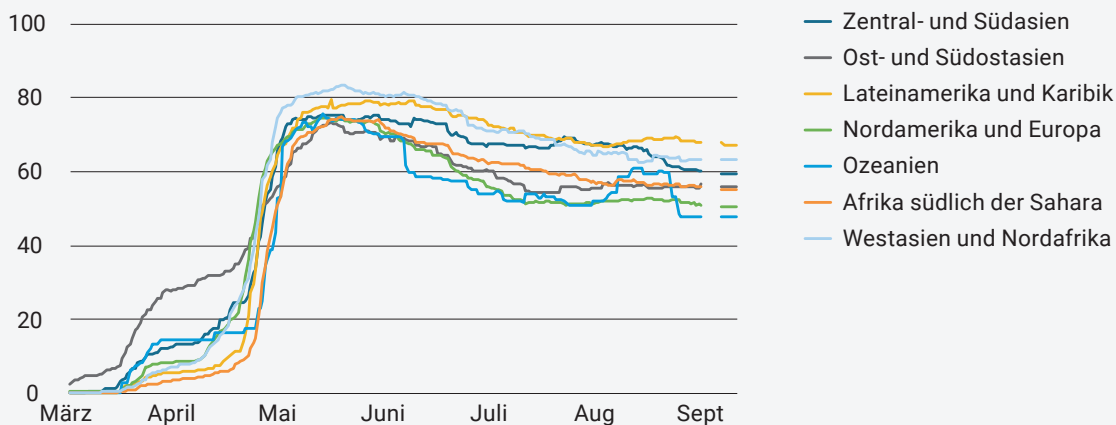
Gesellschaftsleben herunterfahren, in den darauffolgenden Wochen weniger Todesfälle. Zudem hat sich die kumulative Pro-Kopf-Mortalität aufgrund von COVID-19 in den einzelnen Ländern auf unterschiedlichem Niveau eingependelt. Risikogruppen, wie etwa ältere Menschen, müssen weiter vor einer möglichen Infektion mit COVID-19 geschützt werden. Andere, zum Beispiel nicht gewaltbereite Gefangene, die auf engem Raum leben, wurden je nach Fall freigelassen.

Entscheidungen über Behandlung und Pflege müssen auf der Grundlage medizinischer Notwendigkeit getroffen werden und nicht aufgrund diskriminierender Faktoren wie

Ethnizität, Nationalität, Religion, Geschlecht, Alter, Behinderung oder politischer Gesinnung. Es ist von grundlegender Wichtigkeit, dass diejenigen, die unter ähnlichen gesundheitlichen Problemen oder Symptomen leiden, die gleiche Behandlung und Pflege erhalten. Patientinnen und Patienten sowie ihre Betreuungspersonen müssen so weit wie möglich in Entscheidungen eingebunden und über die Behandlungsmöglichkeiten und deren Grenzen aufgeklärt werden. Es ist wichtig, dass Behandlung und Pflege die finanzielle Not der Menschen nicht noch verschlimmern; dies ist ein zentraler Grundsatz der allgemeinen Gesundheitsversorgung.

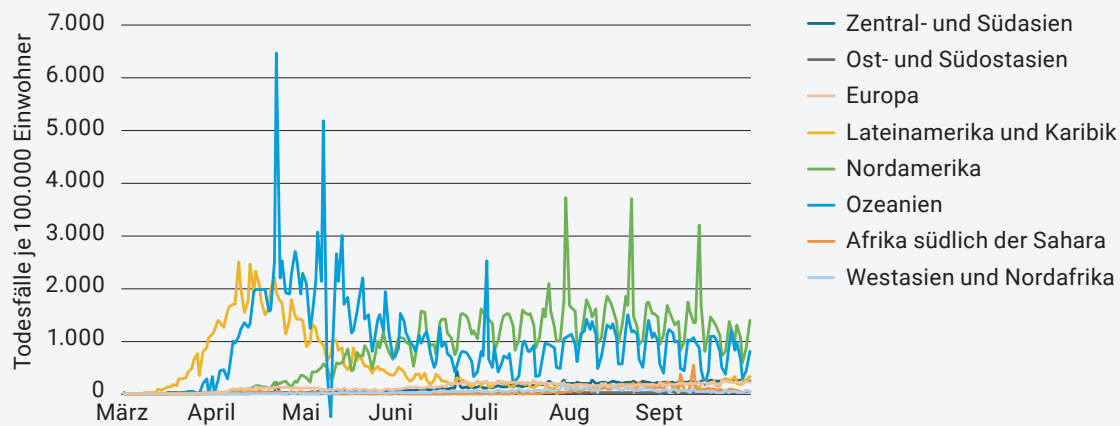
ABBILDUNG 1.2. UMSETZUNG VON EINDÄMMUNGS- UND WEITEREN GESUNDHEITSMASSNAHMEN NACH REGION – 2020

Index von 0 bis 100, bezeichnet das Ausmaß der öffentlichen Gesundheitsmaßnahmen nach Region.



Quelle: Weltgesundheitsorganisation.

ABBILDUNG 1.3. TREND BEI COVID-19-ERKRANKUNGS- UND TODESFÄLLEN NACH REGION – 2020



Quelle: Weltgesundheitsorganisation

1.2. AUSWIRKUNGEN AUF ANDERE GESUNDHEITSL EISTUNGEN

Die zusätzliche Patientenzahl aufgrund von COVID-19 gefährdet die Fähigkeit der Gesundheitssysteme, andere unentbehrliche Leistungen bereitzustellen. Auf der lokalen Ebene kann das die Absage geplanter Operationen und anderer nicht dringlicher Behandlungen bedeuten. Zudem können Reisebeschränkungen, Unterbrechungen der Versorgungsketten und die Verlegung von Personal weiterreichende Auswirkungen haben.¹¹ Die indirekten Auswirkungen können dabei manchmal stärker ausfallen als die direkten Folgen des Pandemieausbruchs. In 90 Prozent aller Länder sind hier bereits Schwierigkeiten aufgetreten. Wie auch bei COVID-19 selbst sind diejenigen, die dann

auf unentbehrliche Gesundheitsleistungen verzichten müssen, mit hoher Wahrscheinlichkeit Mitglieder armer, benachteiligter Gruppen, die meist einen schlechteren Zugang zu den entsprechenden Leistungen haben.

Global gesehen können diese Auswirkungen die Fortschritte bei der Erreichung der Ziele für nachhaltige Entwicklung schwer beeinträchtigen oder gar rückgängig machen. So könnte etwa ein Rückgang um 9,8 bis 18,5 Prozent bei Interventionen im Bereich der reproduktiven Gesundheit und der Gesundheit von Müttern und Kindern, zum Beispiel Immunisierungsmaßnahmen, sowie ein 10-prozentiger Anstieg der Fälle von Auszehrung im Lauf von sechs Monaten in 118 Ländern zu mehr als 250.000 zusätzlichen Sterbefällen bei Kindern und 12.000 bei Müttern führen.¹² Zudem können, wenn in 114 Ländern mit niedrigem bis mittlerem Einkommen die

¹¹ WHO, „Maintaining essential health services: operational guidance for the COVID-19 context“, 1. Juni 2020, verfügbar unter www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-essential-health-services-2020.1.

¹² Timothy Roberton et al., „Early estimates of the indirect effects of the COVID-19 pandemic on maternal and child mortality in low-income and middle-income countries: a modelling study“, *The Lancet: Global Health*, Vol. 8, Nr. 7, 1. Juli 2020, verfügbar unter [www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X\(20\)30229-1/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X(20)30229-1/fulltext).

Beschränkungen noch mindestens sechs Monate andauern, 47 Millionen Frauen nicht auf moderne Verhütungsmittel zugreifen, 7 Millionen ungewollte Schwangerschaften eintreten und 31 Millionen zusätzliche Fälle geschlechtsspezifischer Gewalt erwartet werden.¹³ Wenn die geplante Verteilung imprägnierter Moskitonetze 2020 nicht stattfindet und der Zugang zu wirksamen Malariabehandlungen eingeschränkt ist, könnten bis zum Jahresende 769.000 Menschen an Malaria sterben.¹⁴ Sinkt die prognostizierte Rate an Tuberkulosediagnosen weltweit über 3 Monate um 25 Prozent, könnte es um 13 Prozent mehr Tuberkulosesterbefälle geben, was einem Rückfall auf das vor 5 Jahren verzeichnete Niveau der Tuberkulosesterblichkeit gleichkommt.¹⁵ Eine sechsmonatige Unterbrechung antiretroviraler Therapien könnte in Afrika südlich der Sahara im Zeitraum 2020-2021 500.000 zusätzliche Todesfälle aufgrund Aidsbedingter Erkrankungen nach sich ziehen; 2018 wurden in der Region ungefähr 470.000 solcher Fälle verzeichnet.¹⁶

COVID-19 kann sich negativ auf den Ausgang nichtübertragbarer Krankheiten auswirken, wenn die Diagnose verzögert erfolgt, zum Beispiel bei Krebs oder Herzkrankheiten, und die Krankheit daher ein fortgeschritteneres Stadium erreicht. Es liegen bereits aus einigen Ländern Meldungen vor, dass bei Herzinfarkten, Schlaganfällen und Krebserkrankungen eine medizinische Versorgung erst verspätet in Anspruch genommen wurde.¹⁷

Um die Morbidität und die Mortalität so weit wie möglich zu senken, müssen die Länder festlegen, welche unentbehrlichen Gesundheitsleistungen auch in der akuten Phase der COVID-19-Pandemie weiter vorrangig zu erbringen sind. Die entsprechenden Kategorien sind in **Kasten 1.3** aufgelistet.¹⁸

13 United Nations Population Fund, „Coronavirus Disease (COVID-19) Pandemic“, Juni 2020, verfügbar unter www.unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/UNFPA_Global_Response_Plan_Revised_June_2020_.pdf.

14 WHO, „The potential impact of health service disruptions on the burden of malaria“, 23. April 2020, verfügbar unter www.who.int/publications/i/item/the-potential-impact-of-health-service-disruptions-on-the-burden-of-malaria.

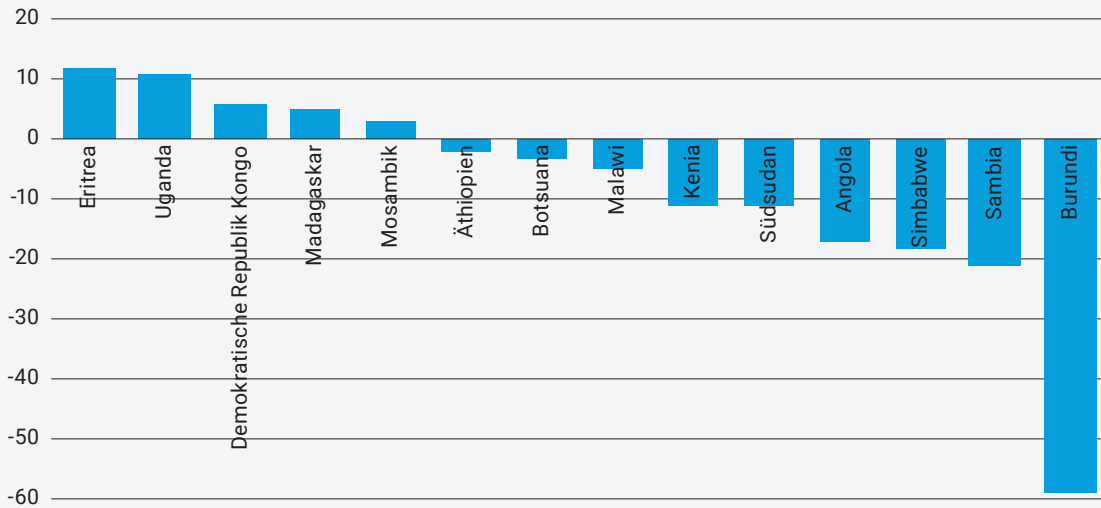
15 WHO, „Tuberculosis and COVID-19“, Information Note, 12. Mai 2020, verfügbar unter www.who.int/docs/default-source/documents/tuberculosis/infonote-tb-covid-19.pdf?sfvrsn=b5985459_18.

16 A. Hogan et al., „Spiral: Report 19: The Potential Impact of the COVID-19 Epidemic on HIV, TB and Malaria in Low- and Middle-Income Countries“, 30. April 2020, verfügbar unter <https://spiral.imperial.ac.uk:8443/handle/10044/1/78670>.

17 Marion M. Mafham et al., „COVID-19 pandemic and admission rates for and management of acute coronary syndromes in England“, *The Lancet*, Vol. 396, Nr. 10248, 8. August 2020, verfügbar unter [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)31356-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)31356-8).

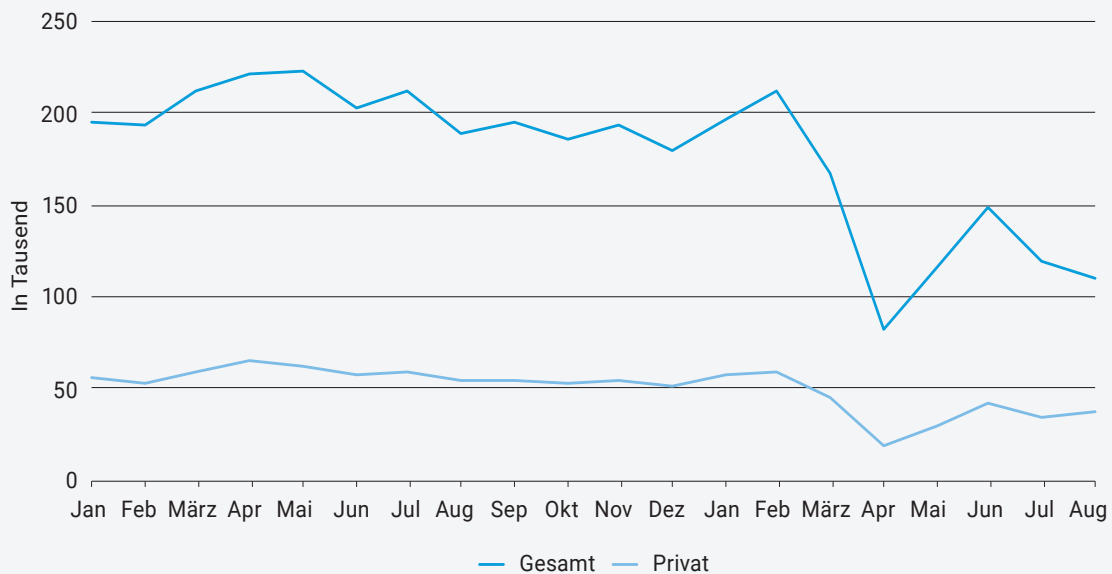
18 WHO, „Maintaining essential health services“.

ABBILDUNG 1.4. PROZENTUALE VERÄNDERUNG DER ENTBINDUNGEN IN ÖFFENTLICHEN GESUNDHEITSEINRICHTUNGEN IM ÖSTLICHEN UND SÜDLICHEN AFRIKA IM VERGLEICH ZU 2019



Quelle: Regionalprogramm „2gether 4 SRHR“ unter Beteiligung von UNFPA, UNAIDS, UNICEF und WHO.

ABBILDUNG 1.5. RÜCKGANG DES BESUCHS VON GESUNDHEITSEINRICHTUNGEN DURCH TUBERKULOSEKRANKE IN INDIEN, 2019-2020



Die landesweiten Ausgangsbeschränkungen begannen in Woche 12; in einigen Bundesstaaten wurden in Woche 16 die Bestimmungen teilweise gelockert. Die Daten entstammen der öffentlichen Website des nationalen Echtzeit-Tuberkuloseüberwachungssystems.

Quelle: <https://reports.nikshay.in/Reports/TBNotification>

KASTEN 1.3. WÄHREND DER COVID-19-KRISE VORRANGIG ZU ERBRINGENDE LEISTUNGEN

- Behandlung medizinischer Notfälle und allgemeiner Akutfälle, die zeitnahe Interventionen erfordern, einschließlich Betreuung weiblicher Gewaltopfer
- Prävention und Behandlung übertragbarer Krankheiten, einschließlich Immunisierungsmaßnahmen
- Angebote im Bereich der sexuellen und reproduktiven Gesundheit, einschließlich bei Schwangerschaft und Entbindung
- Unentbehrliche Leistungen für schutzbedürftige Bevölkerungsgruppen wie Kleinkinder und ältere Erwachsene
- Bereitstellung von Medikamenten, Versorgungsgütern und Unterstützung durch Gesundheitsfachkräfte für die laufende Behandlung chronischer Erkrankungen, einschließlich psychischer Erkrankungen
- Unterstützende Leistungen wie grundlegende diagnostische Bildgebung, Labore und Blutbanken.

Mit dem Rückgang der Zahl der COVID-19-Fälle müssen viele unterbrochene Leistungsangebote rasch wieder bereitgestellt werden. Entscheidungen über Änderungen in der Leistungserbringung müssen auf richtigen und aktuellen Daten darüber fußen, wie die wichtigsten unentbehrlichen Leistungen erbracht werden. Die Daten sollten sowohl Änderungen in der Einsatzbereitschaft von Versorgungssystemen im Rahmen von Gesundheitseinrichtungen und gemeindenahen Einrichtungen, einschließlich unterbrochener Präventivprogramme, zum Beispiel für versäumte Impfungen, als auch gravierende Verschlechterungen bei nichtübertragbaren Krankheiten oder fortgeschrittenen Infektionen anzeigen. Wenn die Leistungserbringung wiederaufgenommen wird, dann wahrscheinlich im Kontext einer sogenannten „neuen Normalität“, in dem das Risiko einer COVID-19-Übertragung und des neuerlichen Entstehens lokaler Cluster oder der Verbreitung innerhalb der Gemeinschaft nach wie vor besteht. Eine Notfallplanung für die

mögliche erneute Aussetzung von Leistungen ist jedenfalls erforderlich und kann die Aufstockung von Ausrüstung und Medikamenten sowie die Schulung von Personal umfassen.

1.3. SOZIOÖKONOMISCHE AUSWIRKUNGEN

Verschiedene Maßnahmen zur Eindämmung der Übertragung von COVID-19 und zur Entlastung der Gesundheitssysteme haben nicht nur zu einem Rückgang der Reisetätigkeit, des Konsums und der Investitionen, sondern auch zu einem Schrumpfen des Arbeitskräfteangebots und der Produktion geführt und damit enorme sozioökonomische Auswirkungen nach sich gezogen, besonders für die verwundbarsten Gruppen.¹⁹ Diese Auswirkungen und die zu ihrer Abfederung getroffenen Maßnahmen wurden in den vorangegangenen [Kurzdossiers](#) näher

¹⁹ World Bank, *Global Economic Prospects 2020*, „Chapter 1: Global Outlook, Pandemic, Recession: The Global Economy in Crisis“, Juni 2020, verfügbar unter <https://openknowledge.worldbank.org/bitstream/handle/10986/33748/211553-Ch01.pdf>.

erläutert. Der Internationale Währungsfonds und die Weltbank unterstützen die Initiative zur Aussetzung des Schuldendienstes, in deren Rahmen die Schuldnerländer freiwerdende Mittel zur Erhöhung ihrer Sozial-, Gesundheits- oder Wirtschaftsausgaben verwenden können. Dies erweist sich gerade für die allgemeine Gesundheitsversorgung als äußerst wichtig, erfordert doch jeder Fortschritt auf dem Weg dahin öffentliche Finanzmittel.^{20, 21, 22}

Trotz dieser fiskalischen Anreize wird damit gerechnet, dass die Wirtschaftsleistung in den hochentwickelten Ländern um 7 Prozent und in den Schwellen- und Entwicklungsländern zum ersten Mal seit über 50 Jahren sinken wird. Monatlich kostet die Pandemie die Weltwirtschaft 375 Milliarden Dollar, und seit Ausbruch der Krise sind 500 Millionen Arbeitsplätze verlorengegangen. Es wird von entscheidender Bedeutung sein, die grundlegende Ursache der Wirtschaftskrise, also COVID-19, zu bekämpfen und zu diesem Zweck umgehend Investitionen in das Gesundheitswesen höchste Priorität einzuräumen. Verglichen mit den Kosten einer anhaltenden weltweiten Rezession werden die finanziellen Kosten einer umfassenden Pandemiebekämpfung im öffentlichen Gesundheitswesen niedrig ausfallen. Im Rahmen der Gesundheitsfinanzierung müssen staatlichen Finanzierungsmaßnahmen und der Beseitigung finanzieller Hindernisse beim Zugang zur Gesundheitsversorgung Vorrang eingeräumt werden.²³

Die globale Rezession wird voraussichtlich zum ersten Anstieg der extremen Armut weltweit seit 1998 führen. Schätzungen zufolge könnte COVID-19 im Jahr 2020 zusätzliche 70 bis 100 Millionen Menschen in extreme Armut stürzen und damit die seit 2017 erzielten Fortschritte faktisch zunichtemachen. Die Folgen für die menschliche Gesundheit sind potenziell gravierend, und bei jedem gesundheitsbezogenen Nachhaltigkeitsziel dürfte es Rückschritte geben. Am stärksten betroffen werden wahrscheinlich die von einem Armutsindikator beeinflussten Zielvorgaben sein (zum Beispiel dürfte Tuberkulose weniger häufig behandelt werden und der Anteil der von qualifiziertem Gesundheitspersonal betreuten Geburten sinken).

Die neu von extremer Armut betroffenen Menschen werden zum großen Teil in Ländern leben, die schon jetzt mit hohen Armutsraten und einer großen Zahl von Armen zu kämpfen haben. Nahezu die Hälfte der prognostizierten neuen Armen wird auf Südasien und über ein Drittel auf Afrika südlich der Sahara entfallen. Der weltweite Anstieg der Armut gefährdet den Zugang zur Gesundheitsversorgung für die schwächsten Bevölkerungsgruppen. Die Inzidenz ruinöser Gesundheitsausgaben, die von 2000 bis 2015 kontinuierlich anstieg, dürfte angesichts der COVID-19-Pandemie weiter zunehmen.²⁴

20 WHO, „Policy Brief No 1 Raising revenues for health in support of UHC: strategic issues for policy makers“, 10. November 2015, verfügbar unter www.who.int/publications/i/item/raising-revenues-for-health-in-support-of-uhc-strategic-issues-for-policy-makers.

21 Ajay Tandon et al., „From slippery slopes to steep hills: Contrasting landscapes of economic growth and public spending for health“, *Social Science and Medicine*, vol. 259, August 2020, verfügbar unter www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0277953620303907?dgcid=rss_sd_all.

22 Joseph Kutzin, Winnie Yip und Cheryl Cashin, „Alternative Financing Strategies for Universal Health Coverage“, World Scientific Handbook of Global Health Economics and Public Policy, 2016, verfügbar unter www.worldscientific.com/doi/abs/10.1142/9789813140493_0005.

23 UHC2030 International Health Partnership, „Living with COVID-19: Time to get our act together on health emergencies and UHC“, Diskussionspapier, 27. Mai 2020, verfügbar unter www.uhc2030.org/fileadmin/uploads/uhc2030/Documents/Key_Issues/Health_emergencies_and_UHC/UHC2030_discussion_paper_on_health_emergencies_and_UHC_-_May_2020.pdf.

24 WHO, *Primary Health Care on the Road to Universal Health Coverage: 2019 Monitoring Report*, verfügbar unter www.who.int/healthinfo/universal_health_coverage/report/uhc_report_2019.pdf?ua=1.

1.4. DEN ZUGANG ZU NEUEN SCHNELLDIAGNOSTIKA UND BEHANDLUNGEN DEUTLICH AUSWEITEN UND KÜNFTIGE COVID-19-IMPfstOFFE ZU EINEM GLOBALEN KOLLEKTIVGUT MACHEN

Wir sind nun an einem kritischen Punkt in der COVID-19-Pandemie angelangt. Nach anfänglichen Erfolgen bei der Unterdrückung der Übertragung nehmen derzeit in vielen Ländern infolge der Lockerung einiger Beschränkungen die Fallzahlen wieder zu. Die WHO hat die Länder dringend dazu aufgefordert, auch weiterhin auf die vollständige Umsetzung nachweislich wirksamer gesundheitlicher Maßnahmen hinzuwirken, und umfassende Richtlinien für die Eindämmung der Verbreitung des Virus veröffentlicht.

Sichere und wirksame Impfstoffe, Diagnostika und Therapeutika werden unerlässliche Voraussetzungen für die Beendigung der Pandemie und eine raschere weltweite Erholung sein. Diese lebensrettenden Mittel werden jedoch nur dann Wirkung zeigen, wenn sie zur gleichen Zeit in allen Ländern und auf gleichberechtigter Basis auch den schwächsten Teilen der Bevölkerung zur Verfügung stehen. Im Prinzip heißt das, dass sie zu globalen Kollektivgütern werden müssen. Der **ACT-Accelerator**, ein Kooperationsrahmen zur Beschleunigung des Zugangs zu einem COVID-19-Instrumentarium, ist die beste globale Lösung, um die Entwicklung der Instrumente, die wir zur schnellstmöglichen Rettung von Menschenleben benötigen, zu beschleunigen und sie möglichst vielen Menschen zu gerechtesten Bedingungen zugänglich zu machen.

Der ACT-Accelerator zeitigt bereits die ersten konkreten Ergebnisse: Evaluierungen Dutzender neuer, bahnbrechender Schnelldiagnostika,

die einzige bewährte Therapie für schwere Verläufe der Coronavirus-Krankheit, das umfangreichste Impfstoffforschungsportfolio und die Einrichtung einer COVAX-Impfstofffazilität, zu deren Unterstützung sich bereits 156 Länder verpflichtet haben, denen weitere folgen werden, und die Erzielung eines Konsenses hinsichtlich der internationalen Verteilung dieser Produkte. Mit Hilfe dieses Mechanismus erfolgt eine Risikoteilung zwischen den Ländern und steigt gleichzeitig die Wahrscheinlichkeit, dass sie Zugang zu den erfolgreichsten, bewährtesten, wirksamsten und sichersten Impfstoffen erhalten. Diese Vergemeinschaftung von Risiko und Ertrag ist im Gegensatz zu einzelstaatlichen Bemühungen zur Entwicklung eines Impfstoffs der einzig sichere und erfolgversprechende Weg, die Weltwirtschaft rasch wieder in Schwung zu bringen und den Menschen ihre Lebensgrundlagen zurückzugeben. In der ersten Phase geht es vor allem darum, diejenigen mit Impfstoffen zu versorgen, die sie am dringendsten benötigen, also die Beschäftigten im Gesundheits- und Sozialwesen, ältere Menschen und andere schutzbedürftige Bevölkerungsgruppen, und zwar gleichzeitig überall auf der Welt und unabhängig vom Vermögensstand. Der ACT-Accelerator muss nun rasch in den Vollbetrieb übergehen, um die beeindruckenden ersten Fortschritte in größerem Maßstab umzusetzen.

In den ACT-Accelerator zu investieren wird sich in einer beschleunigten Erholung der Wirtschaft jedes Landes niederschlagen. Das Programm benötigt dringend 35 Milliarden Dollar, um seine Kapazität über die Anlaufphase hinaus auszubauen und so sein Ziel zu verwirklichen: die Herstellung von 2 Milliarden Impfstoffdosen, 245 Millionen Behandlungen und 500 Millionen Tests.

2. Eine allgemeine Gesundheitsversorgung ist wesentlich für die wirksame Bekämpfung von COVID-19

Die COVID-19-Krise hat lang ignorierte globale Gesundheitsrisiken offengelegt, darunter unzulängliche Gesundheitssysteme, Lücken in der sozialen Sicherung und strukturelle Ungleichheiten. Sie hat ebenfalls deutlich gemacht, wie wichtig ein öffentliches Gesundheitswesen und seine Leistungen für die Resilienz der Menschen beim Auftreten eines neuen Virus oder einer neuen Pandemie sind, und damit der Forderung nach einer allgemeinen Gesundheitsversorgung noch mehr Gewicht verliehen.

Gesundheit ist ein grundlegendes Menschenrecht und umfasst sowohl Gesundheitsleistungen als auch die zugrundeliegenden Determinanten von Gesundheit. Eine allgemeine Gesundheitsversorgung ist unerlässlich, wenn das Ziel der Gesundheit für alle verwirklicht werden soll. Eine allgemeine Gesundheitsversorgung soll definitionsgemäß alle Personen und Gemeinschaften in die Lage versetzen, die jeweils benötigten Gesundheitsleistungen in Anspruch zu nehmen, ohne in finanzielle Not

zu geraten. Dennoch ist mindestens die Hälfte der Weltbevölkerung nach wie vor nicht vollständig mit unentbehrlichen Gesundheitsleistungen versorgt. Mehr als 800 Millionen Menschen wenden 10 Prozent oder mehr ihres Haushaltseinkommens für die Gesundheit auf.²⁵

Die COVID-19-Pandemie hat auch Unstimmigkeiten in der Umsetzung offengelegt. Eine allgemeine Gesundheitsversorgung umfasst per definitionem den Zugang zum vollen Leistungsspektrum, einschließlich Gesundheitsförderung, Prävention und Behandlung. Alle diese Faktoren werden ebenso wie die Gesundheitssicherheit bei der Nachverfolgung der Fortschritte bei der Verwirklichung einer allgemeinen Gesundheitsversorgung gemäß Nachhaltigkeitsziel 3.8.1. (Versorgung mit grundlegenden Gesundheitsleistungen) mitberücksichtigt. In der Praxis liegt das Hauptaugenmerk jedoch größtenteils auf der Behandlung und weniger oder gar nicht auf der Gesundheitsförderung und der Prävention.²⁶

²⁵ WHO, „Universal health coverage (UHC)“, verfügbar unter [www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-\(uhc\)](http://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-(uhc)).

²⁶ UHC2030, „Living with COVID-19“, verfügbar unter www.uhc2030.org/fileadmin/uploads/uhc2030/Documents/Key_Issues/Health_emergencies_and_UHC/UHC2030_discussion_paper_on_health_emergencies_and_UHC_-_May_2020.pdf.

2.1. GEMEINGÜTER FÜR DIE GESUNDHEIT

Um der Pandemie effizient und wirksam zu begegnen und die Grundlagen für eine bessere Zukunft zu schaffen, müssen die Regierungen verstärkt in die für den Schutz und die Förderung der Gesundheit und des Wohlbefindens unerlässlichen Kernaufgaben der Gesundheitssysteme, die sogenannten „Gemeingüter für die Gesundheit“, investieren (siehe **Kasten 2.1**).²⁷ In menschenrechtlicher Hinsicht bedeutet dies, unter Ausschöpfung aller zur Verfügung stehenden Ressourcen ein Mindestmaß der aus dem Recht auf Gesundheit erwachsenden Kernverpflichtungen zu erfüllen. Dazu gehört der Zugang zu unentbehrlichen Medikamenten ebenso wie eine ausgewogene Verteilung aller Gesundheitseinrichtungen, -güter und -leistungen. Diese Aufgaben bilden einen festen Bestandteil der von allen Mitgliedstaaten im Rahmen der Internationalen Gesundheitsvorschriften sowie der Politischen Erklärung über allgemeine Gesundheitsversorgung (2019) eingegangenen Verpflichtungen.^{28, 29} Vorsorgemaßnahmen lassen sich auch in die bestehenden Kapazitäten der Gesundheitssysteme einbauen; es müssen also keine neuen Strukturen geschaffen oder neues Personal eingestellt werden. Die Erfahrungen in der COVID-19-Krise haben uns deutlich vor Augen geführt, dass die Gesundheitssysteme vieler Länder nicht ausreichend dafür gerüstet waren, die Gesundheit ihrer Bevölkerung in vollem Umfang zu schützen.

KASTEN 2.1. GEMEINGÜTER FÜR DIE GESUNDHEIT*

- Politikkoordinierung
 - » Institutionelle Kapazitäten (z. B. Zentrum für Krankheitsbekämpfung, Institut für öffentliche Gesundheit, Notfalleinsatzzentrale)
 - » Arbeitsmarktpolitische Maßnahmen im Gesundheitswesen
 - » Beschaffung und Lieferketten für persönliche Schutzausrüstung und andere Versorgungsgüter
- Information und Kontrolle (z. B. Zentrum für Krankheitsbekämpfung, Institute für öffentliche Gesundheit, lokale COVID-19-Kontrolle, einschließlich Informationssystemen) und Laborkapazitäten (z. B. Ausbau der COVID-19-Testkapazitäten)
- Risikokommunikation (z. B. aufsuchende Arbeit, um Einzelpersonen und Familien besser zu befähigen, ihre Gesundheit selbst in die Hand zu nehmen, und die Einbindung und das Vertrauen der lokalen Bevölkerung zu stärken)
- Regulierung
 - » Lebensmittelkontrolle und -zulassung
 - » Qualitätsvorschriften für Arzneimittel und Gesundheitsprodukte
- Fiskalische Instrumente (z. B. Gesundheitsabgaben, Abschaffung von Energiesubventionen zur Verringerung von Atemwegserkrankungen)
- Programme für die öffentliche Gesundheit
 - » Wasser- und Sanitärversorgung in Gesundheitseinrichtungen
 - » Impfwesen
 - » Tiergesundheit
 - » Umwelthygiene und -medizin

* Auch als grundlegende Aufgaben des öffentlichen Gesundheitswesens bezeichnet

27 WHO, „Common goods for health“, 2019, verfügbar unter www.who.int/health-topics/common-goods-for-health#tab=tab_1.

28 WHO, International Health Regulations (2005) Third Edition, 1. Januar 2016, verfügbar unter <https://www.who.int/publications-detail-re-direct/9789241580496>. Amtliche deutschsprachige Fassungen: dBGBI. II 2007 S. 930, 2009 S. 275, 2016 S. 498; öBGBI. III Nr. 98/2008, Nr. 170/21016, Nr. 182/2016; SR 0818.103..

29 <https://www.un.org/Depts/german/gv-74/band1/ar74002.pdf>.

Leistungsfähige, auf der primären Gesundheitsversorgung aufbauende Gesundheitssysteme sind die Grundlage für eine wirksame Bekämpfung von COVID-19 wie auch für eine allgemeine Gesundheitsversorgung. Einige Länder haben bei ihren Notfallmaßnahmen den Schwerpunkt eher auf den Ausbau der Intensivbettenkapazitäten als auf die Primärversorgung gelegt. Es ist aber beides nötig. Stationäre Leistungen müssen ortsfern erbracht werden, unter Verwendung von persönlicher Schutzausrüstung und Ventilatoren, während Primärversorgungsleistungen, die üblicherweise über mehrere Besuche verteilt erbracht werden, nach Möglichkeit zusammengefasst werden müssen. Unter Umständen müssen die Aufnahmeverfahren für die stationäre Behandlung angepasst werden, weil sich auch die mit der Pflege im Krankenhaus verbundenen Risiken und Chancen verändern können.

Ist die stationäre Leistungserbringung eingeschränkt, müssen dringend alternative Strategien zur Bereitstellung unentbehrlicher Medikamente und Leistungen eingeführt werden. So kann zum Beispiel in Situationen, in denen eine stationäre Versorgung nicht möglich ist, mit Mitteln wie der Telemedizin (zur Übermittlung wichtiger Informationen), dem Postversand von Medikamenten, Anleitungen zur Selbstbehandlung und einer Aufgabenteilung für mobiles Personal der Zugang zu unentbehrlichen Gesundheitsleistungen verbessert werden.

Wirksame Kommunikation und die Einbindung der lokalen Bevölkerung sind Grundvoraussetzungen für die Erhaltung des Vertrauens der Öffentlichkeit. Obgleich während der COVID-19-Pandemie bei Kontakten mit Erbringern von Gesundheitsleistungen die empfohlenen Abstandsregeln einzuhalten sind, sollten Patientinnen und Patienten die Inanspruchnahme zeitnah erforderlicher Behandlungen nicht aufschieben und laufende Therapien für chronische Erkrankungen nicht unterbrechen. Klare Aussagen dazu, wann und wo medizinische Hilfe

in Anspruch genommen werden kann, die Aussetzung der Kosten für ihre Inanspruchnahme sowie Zusicherungen bezüglich der Sicherheit der Versorgung sind wichtige Bestandteile der Pandemiebekämpfung. Um die Wirksamkeit dieser Maßnahmen zu steigern, ist eine Mitwirkung der lokalen Bevölkerung und der Zivilgesellschaft an nationalen COVID-19-Koordinierungsgruppen von grundlegender Wichtigkeit.

Die Mitwirkung an Gesundheitsinformations- und -aufklärungsmaßnahmen und der Zugang zu diesen Informationen sind für den uneingeschränkten Genuss des Rechts auf Gesundheit unerlässlich. Wenn den betroffenen Gemeinschaften richtige, aktuelle und barrierefreie Informationen in allen lokalen Sprachen zur Verfügung stehen, können sie fundierte Entscheidungen zu ihrem eigenen Schutz und zum Schutz anderer treffen. Insbesondere wenn ihre aktive und konstruktive Mitwirkung an gesundheitsbezogenen Entscheidungsprozessen eingefordert und gleichzeitig erleichtert wird, können sie sich in positiver Weise an den Gesundheitsmaßnahmen beteiligen. Dies gilt in gleichem Maße für Gemeinschaften und Gruppen, die sich häufig an den Rand der Gesellschaft gedrängt sehen, wie etwa Migrantinnen und Migranten, Menschen mit Behinderungen, in Armut lebende und ältere Menschen.

COVID-19 verdeutlicht einmal mehr, wie wichtig es ist, dass die Regierungen die lokalen Gemeinschaften, die betroffenen Bevölkerungsgruppen, die maßgeblichen Interessenträger und Organisationen, die Zivilgesellschaft und den Privatsektor als Teil der Lösung im Kampf gegen die Epidemie betrachten. Bei der Gestaltung der Notfallvorsorge und -bewältigung sind die Gleichstellung der Geschlechter und die Stärkung der Selbstbestimmung der Frauen unerlässlich. Es muss Vertrauen in den Staat vorhanden sein, damit die Maßnahmen Wirkung zeigen und die Strategien auch Unterstützung finden.

Ebenso erforderlich ist ein leistungsfähiges, mit klaren Rechenschaftspflichten versehenes Krisenmanagement über die verschiedenen Interessenträger und Organisationen hinweg. Welchen wertvollen Beitrag lokale Gruppen leisten, hat sich schon wiederholt bei der Mobilisierung der Bevölkerung, bei Sensibilisierungskampagnen, bei der Weitervermittlung von Verdachtsfällen zu Versorgungs- und Gesundheitsleistungen sowie bei Anschluss- und Unterstützungsmaßnahmen gezeigt.

2.2. FINANZIERUNG VON GESUNDHEIT WÄHREND DER COVID-19-KRISE

Die Beseitigung finanzieller Hürden für den Zugang zu Gesundheitsleistungen ist ein entscheidender Schritt zur Verbesserung der öffentlichen Gesundheit. In Zeiten einer wirtschaftlichen Rezession stellt dies eine Herausforderung dar. COVID-19 hat jedoch gezeigt, dass die Wirtschaft profitiert, wenn Epidemien wirksam bekämpft werden. COVID-19 unterstreicht die Notwendigkeit, finanzielle Hürden zu beseitigen, die Menschen bei Entscheidungen über die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen hemmen.³⁰ In Zeiten einer wirtschaftlichen Rezession stellt dies eine Herausforderung dar. COVID-19 hat jedoch gezeigt, dass die Wirtschaft profitiert, wenn Epidemien wirksam bekämpft werden. COVID-19 unterstreicht die Notwendigkeit, finanzielle Hürden zu beseitigen, die Menschen bei Entscheidungen über die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen hemmen.

Die Leistungen öffentlicher wie privater Leistungserbringer müssen nach Möglichkeit durch Vorauszahlungen vergütet werden.

Dort wo informelle Zahlungen (zum Beispiel für medizinische Versorgungsgüter oder an Gesundheitsfachkräfte) üblich sind, reicht die bloße Ankündigung der Unentgeltlichkeit von Leistungen möglicherweise nicht aus. Die Regierungen könnten zuverlässige Mechanismen für die kostenlose Erbringung unentbehrlicher Leistungen einrichten³¹ und die Öffentlichkeit klar und deutlich darüber informieren. Ist es nicht möglich, Gebühren oder andere finanzielle Hürden (zum Beispiel Beförderungskosten) zu beseitigen, könnten die Gesundheitsministerien zusammen mit staatlichen Stellen, die soziale Transferzahlungen leisten, dafür Sorge tragen, dass Haushalte in prekären Situationen medizinische Hilfe in Anspruch nehmen können.³²

Die in der COVID-19-Krise gewonnenen Erfahrungen unterstreichen die Aussagen zur Finanzierung einer allgemeinen Gesundheitsversorgung. Insbesondere wenn die Absicherung im Krankheitsfall an eine Erwerbstätigkeit gekoppelt ist, hat ein Schock für die Wirtschaft, der zum Verlust versicherungspflichtiger Arbeitsplätze führt, auch negative Folgen für die Kostenübernahme. Dies widerspricht dem Grundsatz der allgemeinen Gesundheitsversorgung, denn das Recht auf Gesundheitsversorgung ist mehr als nur eine Sozialleistung für Erwerbstätige. Deshalb haben Länder, die traditionell auf eine Gesundheitsversorgung setzen, die aus Beitragszahlungen aus Erwerbstätigkeit finanziert wird, dieses System durch Finanzspritzen aus dem allgemeinen Haushalt stützen müssen, um sowohl die Anfälligkeit des Systems für Arbeitsplatzverluste zu verringern

30 UHC2030, „Living with COVID-19“, verfügbar unter www.uhc2030.org/fileadmin/uploads/uhc2030/Documents/Key_Issues/Health_emergencies_and_UHC/UHC2030_discussion_paper_on_health_emergencies_and_UHC_-_May_2020.pdf.

31 Prosper Tumusiime, „Domestic Health Financing for Covid-19 Response in Africa“, Social Health Protection Network, 28. April 2020, verfügbar unter <https://p4h.world/en/bmj-domestic-health-financing-covid-19-response-africa>.

32 Joe Kutzin, „Priorities for the Health Financing Response to COVID-19“, Social Health Protection Network, 2. April 2020, verfügbar unter <https://p4h.world/en/who-priorities-health-financing-response-covid19>.

als auch sicherzustellen, dass die grundlegend erforderlichen Maßnahmen zur Pandemiebekämpfung umgesetzt werden können.³³

2.3. GERECHTIGKEIT BEI DER GESUNDHEITSVERSORGUNG, EINSCHLIESSLICH GEMEINDENAHER VERSORGUNG

Die allgemeine Gesundheitsversorgung umfasst das Ziel der Gerechtigkeit bei der Nutzung benötigter wirksamer Leistungen mit finanzieller Absicherung sowie eine Bewertung der Fortschritte bei der Zielerreichung auf der Ebene der Gesamtbevölkerung. Systeme, die organisatorisch auf weitere Fortschritte bei der Verwirklichung der allgemeinen Gesundheitsversorgung ausgerichtet sind, können besser auf Krankheitsausbrüche reagieren, wenn sie rechtebasiert sind und den Menschen in den Mittelpunkt stellen.

Im Hinblick auf einzelne Leistungen hat die COVID-19-Krise deutlich gemacht, dass Gesundheitssysteme mit großen Ungleichheiten bei den Leistungsansprüchen und einer Fragmentierung in mehrere Untersysteme und Programme nicht nur für die Menschen problematisch sind, die davon bedroht sind, zurückgelassen zu werden, sondern auch für Gesellschaft und Wirtschaft im Allgemeinen.

Zudem sind fragmentierte Systeme weniger in der Lage, effektiv auf Ausbrüche übertragbarer Krankheiten zu reagieren, als Systeme, in denen mehr Gleichheit bei den Leistungsansprüchen herrscht und wichtige Teilsysteme, insbesondere für epidemiologische Daten und Daten zur Leistungsnutzung, auf der Ebene des gesamten Systems operieren, unter Einschluss der öffentlichen und privaten Leistungsanbieter, die die Gesamtbevölkerung versorgen.

Eine auf lohn- und gehaltsbasierten Beitragszahlungen aufbauende Gesundheitsfinanzierung erweist sich in einer weltweiten Wirtschaftskrise als besonders problematisch, da hier unweigerlich die Arbeitslosigkeit ansteigt und bei einer Koppelung des Leistungsanspruchs an derartige Beitragszahlungen der Zugang zu Gesundheitsleistungen gerade dann eingeschränkt sein kann, wenn er am dringendsten benötigt wird. Die Länder könnten dafür sorgen, dass bestimmte Bevölkerungsgruppen, die am stärksten von COVID-19 betroffen sind, darunter Opfer sexueller Gewalt, Menschen mit Behinderungen (15 Prozent der Weltbevölkerung), Menschen mit psychischen Problemen, Menschen mit HIV/Aids, ältere Menschen, Flüchtlinge und Binnenvertriebene sowie Migrantinnen und Migranten, nicht länger auf die Versorgung mit notwendigen Gesundheitsleistungen verzichten müssen.

³³ Zum Beispiel in Deutschland (www.covid19healthsystem.org/countries/germany/livinghit.aspx?Section=4.1%20Health%20financing&Type=Section) oder in der Tschechischen Republik (www.covid19healthsystem.org/countries/czechrepublic/livinghit.aspx?Section=4.1%20Health%20financing&Type=Section).

3. Gesunde Gesellschaften und eine bessere Pandemievorsorge für die Zukunft

COVID-19 hat gefährliche Defizite bei der Vorsorge, bei der Gesundheitsversorgung und beim Zugang zu Gesundheitsleistungen offengelegt.

Zur Pandemievorsorge und -abwehr bedarf es eines standardisierten Warnsystems bei Ausbrüchen, an das konkrete Handlungen seitens der nationalen und lokalen Gesundheitsbehörden geknüpft sind. Nur ein Drittel der Länder hat im öffentlichen Gesundheitswesen die Kapazitäten für die nach den *Internationalen Gesundheitsvorschriften* vorgesehenen Managementsysteme für gesundheitliche Notlagen aufgebaut. Dementsprechend haben die Vereinten Nationen für die Länder technische und operative Anleitungen erstellt. Das Spektrum reicht von Instrumenten für die Nothilfeplanung über Koordinierung und Finanzierung bis zu Risikokommunikation und Einbindung lokaler Gemeinschaften, Gesundheitsüberwachung, Infektionsprävention und -bekämpfung sowie Labortests. Für die Prävention und Vorsorge in Ländern mit niedrigerem Einkommen und in fragilen Ländern sind verstärkt Solidarität und Unterstützung seitens der G20/OECD-Länder gefordert.

Eine grundlegende Herausforderung wird darin bestehen, sicher und zeitnah Daten zu erfassen.

Die herkömmlichen Gesundheitsinformationssysteme sind bisher nicht in der Lage, aktuelle Informationen über Leistungserbringung und Gesundheitsinvestitionen zu liefern. Für 2020 geplante Haushaltsbefragungen wurden weitgehend auf 2021 verschoben – derzeit sind

weniger als 10 im Gange. Umfragen in Gesundheitseinrichtungen gibt es nahezu keine. Da die derzeitigen Informationssysteme keine aktuellen Daten über den Stand der Programmumsetzung und der Investitionen im Gesundheitswesen liefern, könnten die Mitgliedstaaten in verlässliche Datensysteme investieren. Für Gesundheitsmanagement-Informationssysteme könnte, soweit möglich, eine Aufschlüsselung von Daten nach Geschlecht, Alter, Einkommen, Ethnizität, Migrationsstatus, Behinderung, Aufenthaltsort und anderen im jeweiligen nationalen Kontext relevanten Merkmalen angestrebt werden.

3.1. GESUNDE UND GUT GERÜSTETE GESELLSCHAFTEN MÜSSEN EINEN GESAMTSTAATLICHEN ANSATZ VERFOLGEN UND SICH MIT DEN SOZIALEN DETERMINANTEN VON GESUNDHEIT BEFASSEN

Zur Überwindung der COVID-19-Pandemie wird ein weltweit koordinierter, gesamtstaatlicher und gesamtgesellschaftlicher Ansatz vonnöten sein. Pandemievorsorge kann als globales Kollektivgut betrachtet werden, das entsprechende Investitionen auf globaler und nationaler Ebene

erfordert. Die Gesundheitssysteme müssen sich hin zu einem ganzheitlicheren Ansatz entwickeln, dessen Schwerpunkt auf der allgemeinen und primären Gesundheitsversorgung und dem Sozialschutz liegt. Es ist wichtig, dass bei den Maßnahmen gegen die Pandemie Ungleichheiten nicht zementiert oder gar verschärft werden. Die Welt muss sicherstellen, dass aus den Erfahrungen Lehren gezogen werden und COVID-19 zu einem Wendepunkt wird, sowohl bei der Vorsorge für gesundheitliche Notlagen, die an den sozialen Determinanten von Gesundheit ansetzt und eine sektorübergreifende Zusammenarbeit erfordert, als auch mit Blick auf Investitionen in wesentliche, ans 21. Jahrhundert angepasste öffentliche Leistungen.

Obwohl COVID-19 eine Tragödie für die Menschheit ist, bietet sich mit ihr doch eine einzigartige Gelegenheit, eine gerechtere und nachhaltigere Welt aufzubauen. Das bedeutet, dass es in allen Ländern für die Gesundheitspolitik noch nie so wichtig war wie heute, die richtigen Politikkonzepte zu entwickeln, die Fortschritte hin zu einer allgemeinen Gesundheitsversorgung ermöglichen. Um COVID-19 zu bekämpfen und sich für künftige Pandemiebedrohungen zu rüsten, sind bevölkerungs- und systemweite Maßnahmen erforderlich.

COVID-19 hat untermauert, dass sich Investitionen in die Gesundheit auf lange Sicht lohnen, wohingegen ein Mangel an Investitionen soziale

und wirtschaftliche Auswirkungen von globalem Ausmaß nach sich ziehen kann. Leistungsfähige nationale Gesundheitssysteme bilden den Eckpfeiler dieser Anstrengungen, sowohl bei der Vorsorge und bei der Bekämpfung von Ausbrüchen als auch bei der Herbeiführung anhaltender Fortschritte hin zu einer allgemeinen Gesundheitsversorgung. Nicht zuletzt bedarf es kluger Investitionen inner- und außerhalb des Gesundheitssystems in die „Gemeingüter für die Gesundheit“, um Pandemiebereitschaft zu gewährleisten. Angesichts von COVID-19 müssen die Länder ihre nationalen Gesundheitspläne aktualisieren, um sicherzustellen, dass Vorsorge- und Abwehrkapazitäten in die Unterstützung der Gesundheitssysteme sowie in breiter angelegte, gesamtstaatliche Vorbereitungsmaßnahmen integriert werden, und sich an dem Strategischen Bereitschafts- und Reaktionsplan der WHO, dem Rahmen der Vereinten Nationen für sozioökonomische Sofortmaßnahmen im Kontext von COVID-19 und dem Plan der Vereinten Nationen für globale humanitäre Maßnahmen orientieren. Wichtige globale Geber könnten die Länder bei ihren Anstrengungen zur Stärkung ihrer Gesundheitssysteme und damit zur Verwirklichung von Gesundheitssicherheit und nachhaltigen Fortschritten hin zu einer allgemeinen Gesundheitsversorgung unterstützen. Letzten Endes ist es Aufgabe der Politik, dafür zu sorgen, dass es nie wieder zu einer Pandemie dieses Ausmaßes und mit diesen Auswirkungen kommt.

4. Handlungsempfehlungen

1. ZUR EINDÄMMUNG DER PANDEMIE VORDRINGLICH EINE WEITERE AUSBREITUNG VON COVID-19 BEKÄMPFEN:

- a) **Gesundheitsmaßnahmen zur Reduzierung der lokalen COVID-19-Übertragung auf Null weiter verstärken.** Dazu gehört das Schließen von Schulen und Arbeitsstätten, die Absage öffentlicher Veranstaltungen, zahlenmäßige Beschränkungen für Menschenansammlungen, Einschränkungen des öffentlichen Personenverkehrs, Ausgangssperren und Einschränkungen der Bewegungsfreiheit im Inland und des grenzüberschreitenden Reiseverkehrs, bei gleichzeitiger Wahrung der Grundrechte, einschließlich des Asylzugangs. Diese Maßnahmen haben sich bei der Senkung des Anstiegs von COVID-19-Erkrankungen und -Todesfällen als wirksam erwiesen.
- b) **Flächendeckende Vorkehrungen für COVID-19-Tests, Isolierung und Kontaktnachverfolgung treffen.** Kontaktnachverfolgung und Isolierung sind fester Bestandteil der Maßnahmen zur Eliminierung der Übertragung und bilden die Grundlage der Systeme zur Überwachung von COVID-19. Die Regierungen müssen klar und konsistent kommunizieren, wie sich die Bevölkerung zu verhalten hat, um die Ausbreitung des Virus unter Kontrolle zu bringen.
- c) **Versorgung der an COVID-19 Erkrankten sicherstellen und damit die Zahl der Sterbefälle senken.** Die Behandlung schwer Erkrankter kann eine Reihe von Störungen nach sich ziehen, die als

Post-Intensivbehandlungssyndrom oder PICS („post-intensive care syndrome“) bekannt sind. Falls erforderlich, sollten Palliativmaßnahmen mit der Heilbehandlung Hand in Hand gehen. Entscheidungen über die Behandlung sollten auf der Grundlage medizinischer Notwendigkeit getroffen werden und nicht aufgrund diskriminierender Faktoren wie Ethnizität, Nationalität, Religion, Geschlecht, Alter, Behinderung oder politischer Gesinnung. Auch hier ist eine wirksame staatliche Lenkung nötig, um die Anwendung bewährter Vorgehensweisen zu ermöglichen.

2. DIE VERSORGUNG MIT ANDEREN UNENTBEHRLICHEN GESUNDHEITSL EISTUNGEN SICHERN.

Um Morbidität und Mortalität so weit wie möglich zu senken, könnten die Länder sicherstellen, dass in der akuten Phase der COVID-19-Pandemie vorrangige Gesundheitsleistungen weiter erbracht werden. Dazu gehören die Behandlung medizinischer Notfälle, einschließlich der geburtshilflichen Notversorgung, die Prävention und Behandlung übertragbarer Krankheiten, Leistungen im Bereich der sexuellen und reproduktiven Gesundheit, unentbehrliche Leistungen für besonders schutzbedürftige Bevölkerungsgruppen, die Bereitstellung von Medikamenten und unterstützenden Leistungen wie grundlegende diagnostische Bildgebung, Labore und Blutbanken.

3. DEN ZUGANG ZU NEUEN SCHNELL-DIAGNOSTIKA UND BEHANDLUNGEN DEUTLICH AUSWEITEN UND SICHERSTELLEN, DASS KÜNFTIGE COVID-19-IMPfstOFFE EIN GLOBALES KOLLEKTIVGUT MIT GLEICHBERECHTIGTEM ZUGANG FÜR ALLE UND ÜBERALL SIND:

- a) Es liegt im nationalen und wirtschaftlichen Interesse jedes Landes, **bei der Sicherung des gleichberechtigten Zugangs zu einem neuen COVID-19-Instrumentarium einen globalen Ansatz zu verfolgen.** Am effektivsten lässt sich dies durch den ACT-Accelerator, einen Kooperationsrahmen zur Beschleunigung des Zugangs zu einem COVID-19-Instrumentarium, erreichen, für dessen Übergang von der Anlaufphase in den zur Verwirklichung seiner Ziele erforderlichen Vollbetrieb 35 Milliarden Dollar erforderlich sind. Das Programm muss vollständig finanziert werden, wobei für die unmittelbare Fortsetzung seiner Arbeit innerhalb der nächsten drei Monate 15 Milliarden Dollar benötigt werden.
- b) **Dringend der Verbreitung von Falschinformationen und unwahren Gerüchten über die Sicherheit von Impfstoffen entgegenwirken.** Um das Vertrauen der Öffentlichkeit in die gründliche Überprüfung, Wirksamkeit und Sicherheit von Impfungen zu stärken, sind dringend gezielte Investitionen erforderlich, insbesondere um das Vertrauen in die Sicherheit und Wirksamkeit künftiger COVID-19-Impfstoffe aufzubauen, das für wirksame Immunisierungskampagnen erforderlich ist.

4. ALLGEMEINE GESUNDHEITSVERSORGUNG VERWIRKLICHEN:

- a) **In die** für den Schutz und die Förderung der Gesundheit und des Wohlbefindens unerlässlichen Kernaufgaben der Gesundheitssysteme, die sogenannten **Gemeingüter für die**

Gesundheit, investieren. Die Regierungen müssen ihre Investitionen entsprechend aufstocken, damit die Welt bei neuerlichen Ausbrüchen nicht wieder vor der gleichen Situation steht. Diese Aufgaben bilden einen festen Bestandteil der von allen Mitgliedstaaten im Rahmen der *Internationalen Gesundheitsvorschriften* sowie der *Politischen Erklärung über allgemeine Gesundheitsversorgung* (2019) eingegangenen Verpflichtungen. Dazu gehören Politikkoordination, Krankheitsüberwachung, Kommunikation, Regulierung der Produktqualität, fiskalische Instrumente und Zuschüsse für öffentliche Gesundheitsprogramme.

- b) **Gesundheitsversorgung in Verbindung mit COVID-19 und andere unentbehrliche Gesundheitsleistungen kostenfrei anbieten.** Die Senkung der finanziellen Hürden für die Inanspruchnahme von Leistungen ist für die Länder ein wichtiger Schritt hin zur allgemeinen Gesundheitsversorgung. Idealerweise sollten sich Patientinnen und Patienten am Ort der Leistungserbringung keine Gedanken über Gebühren für die Inanspruchnahme dieser Leistungen machen müssen; gerade in Zeiten wie diesen sollten finanzielle Erwägungen keinen Einfluss darauf haben, ob und wo jemand medizinische Hilfe sucht. Die Leistungen öffentlicher wie privater Leistungserbringer könnten während der COVID-19-Pandemie soweit möglich durch Vorauszahlungen vergütet werden.

- ### **5. DIE PANDEMIEVORSORGE AUF NATIONALER UND GLOBALER EBENE STÄRKEN UND FÜR DIE ZUKUNFT GESUNDE GESELLSCHAFTEN ANSTREBEN.** COVID-19 verdeutlicht einmal mehr, wie wichtig es ist, dass die Regierungen einen gesamtstaatlichen und gesamtgesellschaftlichen Ansatz verfolgen,

bei dem die Gemeinschaften vor Ort, die betroffenen Bevölkerungsgruppen, die Zivilgesellschaft und der Privatsektor als Teil der Lösung im Kampf gegen die Epidemie betrachtet werden. Zur Pandemievorsorge und -abwehr bedarf es eines standardisierten Warnsystems bei Ausbrüchen, an das konkrete Handlungen seitens der nationalen und lokalen Gesundheitsbehörden geknüpft sind. Auf globaler und nationaler Ebene werden entsprechende integrierte Investitionen notwendig sein, um die Gesundheitssysteme insgesamt zu stärken und die allgemeine Gesundheitsversorgung zu verwirklichen

Fazit

Die allgemeine Gesundheitsversorgung fußt auf dem Grundsatz der Gerechtigkeit und kann ein wirkungsvolles Mittel des sozialen Ausgleichs sein, wenn die Länder rasch zu einer verteilungs- und zugangsgerechten Versorgung der gesamten Bevölkerung übergehen. Sie hat sich als Katalysator für ein Wirtschaftswachstum erwiesen, das Einzelnen, Familien, Gemeinschaften, Unternehmen und Volkswirtschaften gleichermaßen zugutekommt. Gute Gesundheit ist nicht nur ein Ergebnis, sondern auch eine Triebkraft wirtschaftlichen und sozialen Fortschritts. Darum steht die allgemeine Gesundheitsversorgung im Mittelpunkt der Agenda 2030.

Die Verwirklichung von Gesundheitssicherheit und die Erzielung von Fortschritten hin zu einer allgemeinen Gesundheitsversorgung sind keine einander ausschließenden Handlungswege; beides setzt eine Stärkung der Gesundheitssysteme voraus. Die Politik hat es in der Hand, der Gerechtigkeit im Gesundheitswesen und der Schaffung von Gesundheitssystemen, die Schutz für alle bieten, Vorrang einzuräumen. Systeme, die auf weitere Fortschritte bei der Verwirklichung einer allgemeinen Gesundheitsversorgung ausgerichtet sind, weil sie das Wohl der gesamten Bevölkerung in den Blick nehmen, sind zudem besser in der Lage, auf Krankheitsausbrüche zu reagieren.

Übersetzung aus dem Englischen:

Deutscher Übersetzungsdienst der Vereinten Nationen, New York

Sprachendienst der Weltgesundheitsorganisation, Regionalbüro Europa, Kopenhagen