

**Zusammenfassung der Befragung der Mitglieder  
des Global Health Hub Germany zu einem  
Internationalen Pandemievertrag**



*Global Health Hub Germany  
Juni 2022*

# **Zusammenfassung**

## **Befragung der Mitglieder des Global Health Hub Germany zu einem Internationalen Pandemievertrag**

### **Hintergrund**

Auf Beschluss der Weltgesundheitsversammlung (WHA) wurde im Februar 2022 ein zwischenstaatliches Verhandlungsgremium (Intergovernmental Negotiating Body - INB)<sup>1</sup> etabliert, das einen internationalen Pandemievertrag erarbeiten soll. Im Anfangsstadium dieses Prozesses werden Ideen und Vorschläge für inhaltliche Elemente des Pandemievertrags (was genau sollte alles im Vertrag geregelt und aufgenommen werden?) gesammelt. Nicht nur Mitgliedstaaten, sondern auch nichtstaatliche Akteure und unabhängigen Expert\*innen können ihre Gedanken und Vorschläge zu dem zu verhandelnden völkerrechtlichen Instrument zur globalen Pandemieprävention, -vorsorge und -reaktion übermitteln.

Ziel der 194 WHO-Mitgliedsstaaten ist es, zukünftig besser auf Pandemien und Gesundheitsnotfälle vorbereitet zu sein, diesen vorzubeugen und darauf frühzeitiger, wirksam reagieren zu können. Ein erster Vorschlag zu einem internationalen Pandemievertrag wird das INB im August 2022 zur Diskussion stellen. Eine Verabschiedung durch die WHA ist für 2024 geplant. Im Rahmen von zwei öffentlichen, durch die WHO organisierten Anhörungen können nichtstaatliche Akteure ihre Positionen in den Entwicklungsprozess einbringen.<sup>2</sup>

Im Global Health Hub Germany (GHHG) ist eine breite Palette an nichtstaatlichen Akteursgruppen vertreten. Der GHHG möchte die starke Stimme der nichtstaatlichen Akteure in Deutschland unterstützen. Der Hub befragte daher seine Mitglieder zu prioritären Inhalten und angestrebten Ergebnissen des Pandemievertrags, zu Vorschlägen für die Rechenschaftslegung und Überwachung der Umsetzung und zu Fragen, die im Rahmen der Entwicklung des Pandemievertrags geklärt werden sollten. Der GHHG fasste die Rückmeldungen zusammen und wertete diese aus, um den deutschen politischen Entscheidungsträger\*innen eine kondensierte Fassung zur Verfügung zu stellen

### **Methodik**

Die Abfrage erfolgte auf Deutsch. Der Global Health Hub Germany erhielt 12 in Umfang und im Zuschnitt auf die Fragen sehr unterschiedliche Rückmeldungen sowohl von Einzelpersonen (7), als auch von Gruppen (5). Elf Rückmeldungen kamen aus den folgenden Akteursgruppen: Wissenschaft (1), Think Tank (2), Wirtschaft (1), Zivilgesellschaft (5), Jugend (2) und eine Rückmeldung von der Hub Community zu Antimikrobiellen Resistenzen (eine gemischte Akteursgruppe aus Vertreter\*innen internationaler Organisationen, der Wissenschaft und Wirtschaft). Die meisten Rückmeldungen kamen von zivilgesellschaftlichen Organisationen.

Die Inhalte der Rückmeldungen wurden in Anlehnung an die Taxonomie des Global Health Centers, Graduate Institute of International and Development Studies Geneva (2022)<sup>3</sup> klassifiziert. Auf der Grundlage der Rückmeldungen wurden vier übergeordnete Kategorien identifiziert: 1) Governance, 2) Ansätze, Systeme, Instrumente der Pandemieprävention, -vorsorge und -reaktion (PPVR), 3) Globale Solidarität (Offenlegung von Daten, Zugang zu medizinischen Gegenmaßnahmen) und 4) Finanzierung.

---

<sup>1</sup> „Das Intergovernmental Negotiating Body“ besteht aus 194 Mitgliedsstaaten und wird geleitet von einem sechsköpfigen Gremium mit Vertreter\*innen aller sechs WHO Regionen aus den Ländern Südafrika, Niederlande, Brasilien, Ägypten, Japan und Thailand.

<sup>2</sup><https://www.who.int/news-room/events/detail/2022/04/12/default-calendar/public-hearings-regarding-a-new-international-instrument-on-pandemic-preparedness-and-response> (abgerufen am 27.06.2022)

<sup>3</sup> <https://repository.graduateinstitute.ch/record/299832> (abgerufen am 27.06.2022)

Alle Rückmeldungen wurden in thematische Über- und Unterkategorien erfasst sowie nach Akteursgruppen gruppiert.

Einschränkend ist anzumerken, dass Ungenauigkeiten hierbei nicht ausgeschlossen werden können, u.a. aufgrund der unterschiedlichen oder ungenauen Verwendung von Begrifflichkeiten oder aufgrund von Beiträgen, die automatisch, ohne Fehlerprüfung, von den Einreichenden vom Englischen ins Deutsche übersetzt eingereicht wurden. Zudem kann angenommen werden, dass nur Personen und Gruppen zurückgemeldet haben, die die Notwendigkeit für ein neues internationales Instrument sehen. Eine Frage der Abfrage bezog sich allein auf die Kategorie Governance (Rechenschaftslegung und Monitoring), sodass hier erhöhte Rückmeldungen zu erwarten waren. Die Fragen zu Inhalten bzw. zu konkreten Ergebnissen des Pandemievertrags wurden nicht trennscharf voneinander beantwortet und wurden daher nicht gesondert ausgewertet.

## Ergebnisse

Als prioritäre Inhalte eines internationalen Pandemievertrags empfehlen die deutschen nichtstaatlichen Akteure:

- das verbindliche Engagement von Regierungen für wirksame Pandemieprävention und -bekämpfung,
- die Stärkung der Pandemieprävention,
- die Verankerung des „One Health“ und „Planetary Health“-Ansatzes und
- die Förderung globaler Gerechtigkeit und Solidarität

Diese Themen gezielt und gemeinsam auf globaler Ebene anzugehen, wird auch in der internationalen Diskussion als Mehrwert eines internationalen Pandemievertrags erachtet.

Dabei legt die Akteursgruppe der **Zivilgesellschaft** ein etwas stärkeres Gewicht in ihren Rückmeldungen auf die Themen Rechenschaftspflicht von Regierungen, Überwachung der Umsetzung sowie Zugang zu medizinischen Gegenmaßnahmen. Die Akteursgruppe **Wirtschaft** und die gemischte Hub Community zu Antimikrobiellen Resistenzen setzen starke Akzente bei Maßnahmen und Instrumenten zur Pandemieprävention, -vorsorge und -reaktion. Die Rückmeldungen der **Jugend**-Vertreter\*innen und Vertreter\*innen von **Think Tanks** und **Wissenschaft** waren am umfassendsten. Sie erachten Governance, PPVR-Instrumente und globale Solidarität gleichsam wichtig als Inhalt eines Pandemievertrags.

Die Stärkung der **Rechenschaftslegung** inkl. transparenter Berichterstattung der Staaten nennen mehr als die Hälfte der Rückmeldungen aus dem Kreis der Zivilgesellschaft, Jugend, Think Tanks und Wissenschaft (n=7) als Priorität für einen internationalen Pandemievertrag. Dies könne beispielsweise mithilfe eines Rahmenabkommens (Beispiel: Tabakrahmenübereinkommen), über die Verpflichtung der Regierungen und regelmäßige Konferenzen der Vertragspartner (Beispiel: Pariser Klimaschutzabkommen), ein Kontrollgremium unabhängiger Expert\*innen oder ein Gremium aus Mitgliedstaaten und anderen Stakeholdern (Beispiel: Globaler Fonds) mit Sanktionsbefugnis erreicht werden. Für den Einbezug nichtstaatlicher Akteure in die Governancestrukturen bzw. bei der Umsetzung und dem Monitoring des Pandemievertrags treten Vertreter\*innen von Think Tanks, Zivilgesellschaft und Wirtschaft ein.

Die Hälfte der Rückmeldungen, über alle Akteursgruppen hinweg, sehen einen notwendigen Schwerpunkt des Pandemievertrags bei der **Pandemieprävention, -vorhersage, -früherkennung und -warnung** sowie bei der Umsetzung eines **One Health bzw. Planetary Health**-Ansatzes. Sogenanntes „Deep Prevention“ geht die Ursachen und Quellen für Pandemien an. Verbesserte Früherkennung und -warnung können verhindern, dass Ausbrüche zu Pandemien mit globalem Ausmaß werden.

Ähnlich hoch war der Konsens hinsichtlich der Bedeutung **gestärkter, widerstandsfähiger Gesundheitssysteme** für eine verbesserte Pandemieprävention und -bekämpfung.

Einigkeit unter den rückmeldenden Akteursgruppen bestand darin, dass ein verbesserter **Zugang zu medizinischen Gegenmaßnahmen** (Impfstoffen, Medikamente, Diagnostika) Ziel eines internationalen Pandemievertrags sein sollte. Die meisten Rückmeldungen (n=10) nannten dieses Thema, wobei Unterschiede dahingehend bestanden, ob dieser Zugang global, gleichberechtigt, gerecht, bedarfsgerecht oder mit geringeren Hürden ausgestattet sein sollte. Um einen verbesserten Zugang zu Gesundheitsprodukten zu erreichen, erachten fünf Rückmeldungen aus den Akteursgruppen Wissenschaft, Zivilgesellschaft und Jugend die (geographische) Ausdehnung der Produktion als notwendig. Als weitere Instrumente zur Erreichung eines gleichberechtigten Zugangs zu Medizinprodukten werden vonseiten der Akteursgruppen Zivilgesellschaft und Jugend u.a. Technologie- und Wissenstransfer, das zeitweilige Aussetzen des Patentschutzes, Solidaritätsfonds, der Ausbau von Covax zu einem (regionalen) Beschaffungsmechanismus und transparente Preise für medizinische Produkte und Technologien empfohlen. Vertreter\*innen der Wirtschaft weisen darauf hin, dass der Schutz des geistigen Eigentums weder Hindernis für die Entwicklung noch die Verbreitung von Impfstoffen oder anderen medizinischen Technologien während der Covid-19 Pandemie war.

Die nachhaltige Bereitstellung von mehr **nationalen und internationalen Mitteln für die Pandemiebekämpfung** erachten die Akteursgruppen Zivilgesellschaft, Wissenschaft und Wirtschaft (n=5) als wichtigen Inhalt eines Pandemievertrages. Vonseiten der Zivilgesellschaft wurde die Entwicklung eines neuen Finanzierungsinstruments oder eine Mandaterweiterung des Globalen Fonds zur Bekämpfung von Aids, Tuberkulose und Malaria vorgeschlagen, um eine angemessene Finanzierung sicherzustellen.

Als **während den Verhandlungen zu klärender Frage** bzw. als zu erreichendes Ergebnis wurde mehrfach ein gemeinsames Verständnis zu der Frage „Warum und wofür ist ein internationaler Pandemievertrag wichtig?“ aufgeführt und dazu, wie seine Umsetzung und verstärkte Transparenz, einschließlich der Offenlegung von Pathogenen mit Pandemiepotential, befördert werden kann (Anreize, Sanktionen, Abbau von Hinderungsgründen).

Darüber hinaus enthielten die Rückmeldungen zahlreiche, weiterführende Fragen. Hier eine Zusammenstellung dieser, welche über die oben aufgeführten Themen hinausgehen:

#### Zusammenarbeit von Regierungen

- Wie kann der Multilateralismus durch verstärkte internationale Zusammenarbeit zwischen Staaten mit Blick auf Pandemieprävention und -kontrolle gestärkt werden?
- Welche Rechte und Pflichten besitzen Staaten bei Krankheitsausbrüchen?
- Was meinen die Mitgliedsstaaten mit "Equity" und "Solidarity" bei einem Gesundheitsnotfall? Wie verpflichten sich Länder hierzu? Wird dies in bestimmten Bereichen operationalisiert?
- Warum wurden die IGV nicht von Regierungen befolgt?
- Welche Rolle wird der ACT Accelerator in der Zukunft spielen?
- Kann ein Pandemievertrag die Komplexität in der globalen Gesundheitsarchitektur reduzieren?

#### Gesamtgesellschaftlicher Ansatz

- Wie kann eine Zusammenarbeit zwischen Politik und Wissenschaft erreicht werden, die Mitgliedsstaaten mit der besten verfügbaren Evidenz informieren? Wie kann die Kompetenz von Politiker\*innen verbessert werden, um eine evidenzbasierte, öffentliche Gesundheitskommunikation zu gewährleisten?
- Wie stark können/sollten die verschiedenen Akteure miteinbezogen werden, um genügend Ownership zu kreieren, aber trotzdem zeitnah Durchschlagskraft zu entwickeln? Welche Rolle/Aufgaben sollten/können die einzelnen Akteure konkret übernehmen?

- Wie kann eine effektive Trennung von Interessen (Gesundheit, Wirtschaft, Politik) erfolgen?
- Wie werden Bürger\*innen von passivem Beobachter\*innen zu aktiven Kämpfer\*innen gegen die Krise?
- Inwiefern kann ein Pandemievertrag sicherstellen, dass bei einer neuen Pandemie reguläre Gesundheitsprogramme nicht so stark beeinträchtigt werden (verbesserte Integration)?
- Stehen die ergriffenen Maßnahmen im Einklang mit den Menschenrechten (insbesondere auch der UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen)?
- Welchen Mehrwert kann der Pandemievertrag über die genannten Punkte hinaus liefern, damit das Menschenrecht auf Gesundheit global geschützt und gesteigert werden kann?

#### Intersektorale Kooperation für Prävention

- Wie können Daten zu Krankheitserregern und Risikofaktoren für Erkrankungen aus verschiedenen Sektoren verbunden, integriert und gleich geteilt werden? Wenn ein Pandemievertrag unter der WHO verhandelt wird, welchen Einfluss wird die WHO auf Rechtsordnungen anderer Sektoren (z.B. zur Tiergesundheit und zu Umweltproblemen) haben?
- Mit welchen UN-Institutionen und Prozessen muss der Pandemievertrag verknüpft werden, um effektiv Prävention betreiben zu können?

# Rückmeldungen zur Befragung der Mitglieder des Global Health Hub Germany zu einem Internationalen Pandemievertrag – Kurzübersicht



Thema (min. zweifach genannt)	Maßnahmen / Instrumente (exemplarisch von verschiedenen Akteursgruppen)	Vorschlag von
<b>Governance</b>		
• Stärkung der Rechenschaftspflicht	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rahmenabkommen mit Protokollen wie bei Tabakrahenübereinkommen (W1)</li> <li>• Verpflichtungen der Regierungen und ihre Wirkungsbewertung, regelmäßige Konferenzen der Vertragspartner - COP wie bei Pariser Klimaschutzabkommen (TT1)</li> <li>• Nach internationalem Recht rechtsverbindlicher Vertrag (ZG2)</li> <li>• Prinzipien für Rechenschaftspflicht und Monitoring: Transparenz, globale Gerechtigkeit und Inklusivität (J1)</li> <li>• Etablierung eines normativ eindeutigen ethischen Kodex (TT2)</li> </ul>	TT1, W1, ZG1, ZG2, ZG4, J1, J2  (TT2)
• Verbesserte, transparente Berichterstattung	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Regelmäßige Berichterstattung (ZG1, ZG2)</li> <li>• Kontrolle der Umsetzung durch unabhängige Expert*innen (ZG4) oder durch ein ständiges Gremium (Multistakeholder-Zusammensetzung wie bei Globalen Fonds) mit im Vertrag verankerten Entscheidungsbefugnissen inkl. (Vorschlag für) Sanktionen, Anbindung an WHO, WHA und WHO-EB (ZG1)</li> <li>• Veröffentlichung, welche Finanzmittel wie durch Regierung eingesetzt wurden (ZG4)</li> </ul>	TT1, W1, ZG1, ZG2, ZG4, ZG5, J2
• Verbessertes M&E	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Unabhängiges und transparentes Monitoring mit disaggregierten Indikatoren (Menschen mit Behinderungen, ältere Menschen) (ZG5)</li> <li>• Einfache und starke M&amp;E Mechanismen mit breiter Partizipation der Zivilgesellschaft, des Privatsektors und der Wissenschaft (TT1)</li> <li>• Prozess- und Ergebnisindikatoren, wie beispielsweise Anzahl der Länder, die Protokolle einhalten und der geteilten, neuen Pathogene oder Höhe der zur Verfügung stehenden Mittel (W1)</li> <li>• Einbezug des "Universal periodic health review" Mechanismus (TT1, J2)</li> <li>• M&amp;E: ggf. Orientierung am SUN (Scaling up Nutrition) Movement (P1)</li> </ul>	TT1, W1, ZG1, ZG5, J1, J2, P1
• Einbezug nichtstaatlicher Akteure	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Einbezug der Zivilgesellschaft durch ein Beratungsgremium (ZG4)</li> <li>• Zivilgesellschaft und „Communities“ müssen Teil der Steuerung und Entscheidungsfindung bei allen neuen Steuerungs-, Finanz- und Umsetzungsmechanismen sein (ZG2)</li> <li>• Einbezug Zivilgesellschaft, des Privatsektors und der Wissenschaft in M&amp;E Mechanismen (TT1, J2)</li> <li>• Einbezug besonders betroffener Menschen inkl. Gesundheitspersonal in die Erstellung von Pandemieplänen, Mapping der Risikogruppen als Teil der Pandemiepläne (ZG5)</li> <li>• Systematischer Einbezug des Privatsektors als wichtiger Partner bei der Pandemieprävention, -vorsorge und -bekämpfung inkl. Innovation, Herstellung und Bereitstellung von Produkten und Dienstleistungen</li> </ul>	TT1, ZG2, ZG4, ZG5, J2, P1
• Intern. Gesundheitsvorschriften (IGV)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Regelmäßige Überprüfung und Anpassung der IGV, wie bei Biological Weapons Convention (TT1)</li> <li>• Überarbeitung und Aktualisierung der IGV, Koordinierung mit Pandemievertrag, Checkliste, Externe Umsetzungsbewertung (JEE) (W1)</li> </ul>	TT1, W1
<b>Pandemieprävention, -vorsorge und -reaktion</b>		
• Zugang zu Gesundheitsdaten	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verstärkte Regelungen disaggregierte Daten (z.B. Krankheitsfälle, Impfungen) zu teilen und zu veröffentlichen (ZG3)</li> <li>• Nutzung, Verarbeitung und Auswertung von Gesundheitsdaten für zukünftige Gesundheitslösungen (digitale Vernetzung, international compatible, digitale Infrastrukturen, abgestimmte Regularien und weltweites Teilen von Gesundheitsdaten für private und öffentliche Forschung und Entwicklung) (P1)</li> </ul>	ZG3, P1

Thema	Maßnahmen / Instrumente (exemplarisch von verschiedenen Akteursgruppen)	Vorschlag von
• Datenerfassung	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verpflichtung zur Erfassung von Gesundheitsdaten (nicht nur Krankheiten); verknüpfte lokale Gesundheitsdatenbanken (TT2)</li> <li>• Nach Alter, Geschlecht und Behinderung aufgeschlüsselte Datenerhebung und -analyse zu Mortalität, Morbidität, medizinischer Versorgung und Zugänglichkeit (ZG5)</li> <li>• Überwachung der globalen Impfquoten gegen bestimmte Pathogene bspw. durch globale Einführung eines globalen digitalen Impfpasses, dessen Daten auf einem WHO-Server liegen (CC1)</li> </ul>	TT2, ZG5, CC1
• Surveillance	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Integrierte Überwachungssysteme, auch auf globaler Ebene (TT1, W1)</li> <li>• Integrierte Surveillance (Entwicklung einfacher Diagnoseverfahren, Zugang und flächendeckender Einsatz zur Überwachung der Verbreitung und Entstehung neuer AMR) (CC1)</li> <li>• Surveillance and Reporting müssen „One Health“-Indikatoren beinhalten (J2)</li> </ul>	TT1, W1, J2, CC1
• One Health / Planetary Health	<ul style="list-style-type: none"> <li>• „One Health“ und „Planetary Health“ als Grundlage für die Pandemieprävention (J2)</li> <li>• One Health-Ansatz, da vermehrt Zoonosen auftreten (P1)</li> <li>• Sogenannter „Deep Prevention“-Ansatz, der die Quellen von Pandemien angeht und Ausbrüche verhindert (TT1)</li> <li>• Verstärkte intersektorale Zusammenarbeit für „One Health“ (CC1)</li> <li>• Investitionen in Klimaschutz im Sinne von Pandemieprävention (P1)</li> </ul>	TT1, W1, ZG4, J2, CC1, P1
• AMR	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Überwachung, Prävention und Eindämmung möglicher Pandemieerreger, besonders resistenter Erreger (CC1)</li> <li>• Infektionskontrolle und -prävention, Integrierte Surveillance, Zugang zu essentiellen Antibiotika und Diagnostik, Förderung des rationalen Einsatzes, R&amp;D, „Push and Pull Incentives“, M&amp;E-Vorschläge für AMR: Verbessertes Monitoring des internationalen Antibiotikaeinsatzes, inklusive des landwirtschaftlichen Einsatzes; Einführung von Anreiz und Sanktionen bei Erfüllen, Einhalten oder Nichteinhalten von Grenzwerten (falls sinnvoll, möglich und notwendig); Anzahl der zugelassenen Therapien gegen prioritäre Pathogene laut der WHO-Liste; Anzahl der Länder, die ihrer Bevölkerung Zugang zu essentiellen Antibiotika gewährleisten (CC1)</li> </ul>	TT1, CC1
• Qualitätssicherung und Evidenzbasierung von Maßnahmen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Von Aussagen zu Epidemien und von Maßnahmen; Interdisziplinäre Zusammenarbeit (TT2)</li> <li>• Evidenzbasierter Austausch über die Wirksamkeit von Maßnahmen unter der Beachtung der Menschenrechte (ZG5)</li> <li>• Bezüglich einzelner Maßnahmen: öffentliche Gesundheitskommunikation von Politiker*innen (TT1), Reisebeschränkung (J2)</li> <li>• Berücksichtigung von Korruptionsrisiken bei Reaktionsplänen; transparente Auftragsvergabe; Nutzeigentumsregister, Wirtschaftsprüfung; geschlechterinklusive Beschwerdemöglichkeiten (ZG3)</li> </ul>	TT2, ZG5
• Prävention	<ul style="list-style-type: none"> <li>• „Deep prevention“-Ansatz, siehe One Health/Planetary Health (TT1)</li> <li>• Ganzheitlicher und multisektoraler Ansatz (ZG4)</li> </ul>	TT1, TT2, W1, ZG4, J2, CC1, P1
• Vorhersage, Früherkennung und -warnung	<ul style="list-style-type: none"> <li>• System. Verfahren zur Warnung der Weltbevölkerung mit auslösenden Handlungen (TT1)</li> <li>• Erkennung und Meldemechanismen für Krankheiten und Gesundheitsnotfälle (W1)</li> <li>• Reform des WHO-Alarmmechanismus und des PHEIC-Verfahrens (J2)</li> <li>• Fähigkeiten zur Risikovorhersage und -bewertung sowie zur strategischen Vorausschau (P1)</li> <li>• Motivierte und unabhängige Expert*innen als nationale IGV Focal Points (z.B. Ärzte ohne Grenzen) (W1)</li> </ul>	TT1, TT2, W1, J2, P1
• (Risiko-) Kommunikation	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Partizipative Gestaltung von inklusiver, barrierefreier /-armer Risikokommunikation, Gesundheitsinformationen und -diensten (ZG5)</li> </ul>	W1, ZG5
• Verbesserte Koordinierung	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Stärkung der globalen, regionalen und nationalen Koordination verschiedener Akteure (und Umsetzungsaktivitäten) (W1)</li> <li>• Stärkung der Rolle der WHO bei der Koordinierung der multilateralen Reaktion auf Covid-19 und künftige Pandemien (P1)</li> </ul>	W1, P1
• Raschere Reaktion + bessere PPVR-Kapazitäten	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Netzwerk nationaler Notfalleinsatzzentren mit zentralem Hauptsitz (W1)</li> <li>• Aufbau von Kapazitäten inkl. Gesundheitssystemstärkung und Festlegung einheitlicher Standards (J2)</li> </ul>	TT1, W1, J2
• Gesundheitssystemstärkung	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gesundheitssystemstärkung für verbesserte PPVR (ZG1)</li> <li>• Langfristige Widerstandsfähigkeit von Gesundheitssystemen (ZG4, CC1)</li> </ul>	W1, ZG1, ZG4, J2, CC1, P1

Thema	Maßnahmen / Instrumente (exemplarisch von verschiedenen Akteursgruppen)	Vorschlag von
• Integration	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Priorisierung von Community Health (ZG2)</li> <li>• Integrierte Infrastruktur für Pandemieprävention und -bekämpfung</li> </ul>	(ZG2) TT2, ZG5
• Gesundheitspersonal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gewährleistung der Aus- und Fortbildung von Gesundheitsfachkräften und angemessene Bezahlung; Brain-Drain verhindern (ZG5)</li> </ul>	ZG5, P1
• SDG3 Umsetzung	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Priorisierung von Maßnahmen im Sinne der SDGs, insbes. SDG 3 und hier Gesundheit für alle Kinder und jeden Arbeitsplatz (TT2)</li> <li>• Mehrwert von PPVR für die Umsetzung des Menschenrechts auf Gesundheit durch Weiterverfolgung der SDGs und ihrer Prinzipien (ZG1)</li> </ul>	TT2, ZG1
• Forschung & Entwicklung; Innovation	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Schnelle Entwicklung von Impfstoffen und Therapeutika auf der Basis länderübergreifender Forschungsk Kooperationen (J2)</li> <li>• Größere Transparenz bei klinischen Studien, Aufnahmen eines Passus in den WHO Richtlinien zu Gesundheitsnotfällen (ZG3)</li> </ul>	W1, J2, CC1, P1 (ZG3)
<b>Offenlegung von Daten, Zugang, Gerechtigkeit</b>		
• Offenlegung von Daten / Transparenz	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Teilen von Verdachtsmomenten, Informationen und Pathogenen (W1); Vollständige Transparenz (ZG4)</li> <li>• Richtlinien für rechtzeitiges, umfängliches und transparentes Pathogendatenteilen und verpflichtende Kooperation zur Aufklärung (J2)</li> <li>• Gleichbehandlung beim Teilen von Daten und Pathogenen während eines Ausbruchs zur Förderung der Dekolonialisierung der globalen Gesundheit und Umwelt (TT1)</li> </ul>	W1, ZG4, J2  (TT1)
• Anreizsystem für Transparenz / Früherkennung	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Anreizsysteme für die Stärkung der Früherkennung und Reaktion (TT1)</li> <li>• Sanktionen (ZG1); Verknüpfung von Transparenz und Rechenschaftspflicht mit finanzieller Unterstützung (ZG4)</li> <li>• Abbau von Barrieren: Vermeidung nicht-evidenzbasierter Reisebeschränkungen (J2)</li> </ul>	TT1, ZG1, ZG4, J2
• Globale Solidarität	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vorsorge für ausgewogene und solidarische Reaktion von Regierungen; einheitliches Regelwerk das für die gesamte Welt verbindlich gilt; Begrenzung des "Ich zuerst"-Ansatzes durch Instrumente für die verschiedenen Phasen von Pandemien (in Krisensituationen stehen Politiker*innen unter starkem Druck das richtige Gleichgewicht zwischen den Bedürfnissen der eigenen Bevölkerung und der internationalen Solidarität zu finden). (ZG4)</li> </ul>	W1, ZG1, ZG4, J2
• Verbesserter Zugang zu Impfstoffen, Diagnostika, Therapeutika und sonstiger medizinischer Ausrüstung	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gleichberechtigter (TT1, ZG2, J1), gerechter (W1, ZG2, J1, J2), bezahlbarer (J1) Zugang</li> <li>• Gleicher Zugang (rechtzeitig und geographisch ausgewogen), z.B. durch Einschränkung industrieller Profitabilität während Pandemien, vereinfachte Zwangslizensierung o. Einfließen eines bestimmten Prozentsatzes national beschaffter Produkte in Solidaritätsfonds (ZG4)</li> <li>• Abbau von entgegenstehenden Interessen (ZG1) und Barrieren (Mangel an globaler, regulatorischer Konvergenz schränkt Zugang zu Medizinprodukten und Gesundheitsdaten ein - P1); alternative Modelle im Rahmen der Forschung, Entwicklung und Lizensierung/Patentierung priorisieren, öffentliche Finanzierungen an Bedingungen knüpfen (J1)</li> <li>• Pandemic TRIPS-Waiver und Umsetzung der folgenden Initiativen durch alle Staaten: R&amp;D Treaty, WHO Global Strategy and Plan of Action on Public Health, Innovation and Intellectual Property (GSPoA), WHO Roadmap for Access to Medicines, Vaccines and Health Products 2019-2023, Transparency Resolution der WHA (WHA 72.8) (J2)</li> <li>• Stärkung der Teilhabe benachteiligter Gruppen (J1); barrierefreier und bedarfsgerechter Zugang (ZG5)</li> <li>• Globaler Zugang und faire globale Ressourcenverteilung, Instrumente zur Förderung des schnellen globalen Zugangs von LMICs zu essentiellen Medikamenten, Impfungen und anderen notwendigen Ressourcen (CC1)</li> <li>• Veröffentlichung von Verträgen und Preisen für med. Produkte und -technologien; WHO geführte Preistabelle (Welche Länder, welche Preise für welche Medikamente / Ausrüstung zahlen); Ausbau COVAX zu globalem oder regionalem Beschaffungsmechanismus (ZG3)</li> <li>• Schaffung eines innovativen Umfelds (Schutz des geistigen Eigentums - war weder Hindernis für die Entwicklung noch die Verbreitung von Impfstoffen oder anderen medizinischen Technologien während der Pandemie) (P1)</li> </ul>	TT1, W1, ZG1, ZG2, ZG4, ZG5, J1, J2, CC1, P1 (ZG3)



Thema	Maßnahmen / Instrumente (exemplarisch von verschiedenen Akteursgruppen)	Vorschlag von
• Priorisierung von Gruppen	• Gesundheitspersonal und gefährdete Gruppen (Menschen mit Behinderung, vorerkrankte Menschen, ältere Menschen, Kinder unter fünf Jahre) oder vulnerable Gruppen	ZG5, J2
• Produktion ausdehnen	• Regional (W1) • Schaffung größerer Ökosysteme für die Entwicklung und Produktion von Versorgungsgütern (ZG2) • Geographisch ausgewogen (ZG4) • Im globalen Süden (J1, J2)	W1, ZG2, ZG4, J1, J2
• Technologie- /Wissenstransfer fördern	• Gemeinsame Entwicklung und Weitergabe von Technologie (ZG2) • Know-how-Austausch und Technologietransfer im Rahmen von Beschaffungsverträgen (ZG4) • Nachhaltiger Technologietransfer über WHO Covid 19 Technology Access Pool und WHO mRNA Hub verstetigen (J2) • Kontinuierliches und unbürokratisches Teilen neuer Forschungsergebnisse unter Koordination der WHO (J2) • Wissenstransfer mithilfe der WHO und Investitionen in Forschungskapazitäten im globalen Süden (J1)	ZG2, ZG4, J1, J2
<b>Finanzierung</b>		
• Ausreichende Mittel	• Aufbau nachhaltiger Finanzierungsmechanismen auf nationaler und internationaler Ebene • Neues Finanzierungsinstrument zur Bewältigung von Pandemien oder Mandatserweiterung des Globalen Fonds, um die Bewältigung von und Reaktion auf Pandemien zu ermöglichen (ZG4)	W1, ZG1, ZG2, ZG4, P1

## Autor\*innen der Rückmeldungen

### Zivilgesellschaft

ZG1 - Tilman Rüppel, Medmissio

ZG2 - Eolann Mac Fadden, Frontline Aids

ZG3 - Melissa Cederqvist Njihia, Transparency International Global Health Programme

ZG4 - Zoya Shabarova, Anna Zakowicz, Tamara Prinsenber, Indre Karciauskaite, AIDS Healthcare Foundation Europe (AHF Europe)

ZG5 - Miriam Maier, Christoffel –Blindenmission, Sabrina Ebert, HI Handicap International, Gabriele Weigt, bezev, Fiona Uellendahl, World Vision Deutschland e.V., Dr. Jürgen Focke, Helpage Deutschland e.V., Zivilgesellschaft

### Think Tank

TT1 - Maike Voss, KLUG/Centre for Planetary Health Policy

TT2 - Prof. Dr. Ole Döring, Institut für Globale Gesundheit e.V.

### Wissenschaft

W1 - Dr. Lukusa Kakonku André

### Jugend

J1 - Maurice Remy, Universities Allied for Essential Medicines Europe e.V. (UAEM)

J2 - Paul Schnase, Maurice Remy, Flora Wiegand, Theresa Krüger und Sebastian Schönherr, UAEM, Sophie Gepp und Annika Kreitlow, GandHi, Anile Tmava, deutsche Jugenddelegierte zur WHA)

### Privatwirtschaft

P1 - Premarajani Sabantham für die GHA - German Health Alliance

### Crosscutting

CC1- Hub Community zu Antimikrobiellen Resistenzen: Maurice Gesser, Johnson & Johnson (Wirtschaft), Sebastian Schönherr, Uni Leipzig (Wissenschaft), Miriam Holm, WHO (Internationale Organisationen)