
POSITION DER JUGEND

zu der neuen Strategie der Bundesregierung zu Globaler Gesundheit

Koordiniert von der Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland (bvmd)

30. August 2018

Vorwort

Das folgende Papier wurde in einem gemeinschaftlichen, konsensorientierten Prozess von verschiedenen Vertreter*innen von Jugend- und Nachwuchsorganisationen aus dem Gesundheitssektor in den vergangenen Monaten erarbeitet. Es soll der Bundesregierung bei der Erstellung der neuen Strategie zur Globalen Gesundheit Empfehlungen geben, welche drei Themen aus der Sicht des Nachwuchses mit besonderer Priorität zu beachten sind: (I) **Forschung und Lehre**, (II) **Universal Health Coverage** und das (III) **Konzept der Planetaren Gesundheit**. Folgende Prinzipien halten die Autor*innen für elementar als Rahmen der Umsetzung der neuen globalen Gesundheitsstrategie: **Fundierung in den Menschenrechten** und dem Recht auf Gesundheit; konsequentes Praktizieren von **fairen, transparenten und Evidenz-informierten Entscheidungsprozessen**, Streben nach einer **ganzheitlichen Herangehensweise an die globalen Herausforderungen (Health in all Policies)** und konsequentes **Eintreten für einen kohärenten Multilateralismus** in den umzusetzenden Aktivitäten.

Das Papier erhebt keinen Anspruch auf die vollständige Abbildung aller wichtigen Themen der Globalen Gesundheit. Sowohl die Themenauswahl als auch die Heterogenität der einzelnen Abschnitte spiegelt die Diversität der Hintergründe der Personen und Organisationen wieder, die an dem Prozess beteiligt waren.

Das Menschenrecht auf Gesundheit als Basis für politisches Handeln

In Einklang mit der bisherigen Strategie der Bundesregierung zur globalen Gesundheitspolitik aus dem Jahr 2013 soll die neue Strategie konsequent auf dem Verständnis von Gesundheit als "zentrale[m] Menschenrecht, eine[m] der höchsten Güter aller Menschen und zugleich wesentliche Voraussetzung für soziale, wirtschaftliche und politische Entwicklung und Stabilität" (1) aufbauen. Dieses Verständnis muss sich im politischen Handeln auf zwei Ebenen widerspiegeln:

(I) Deutschland steht als Teil der internationalen Staatengemeinschaft in der Verantwortung die progressive Realisierung des Rechts auf Gesundheit für alle Menschen weltweit zu fördern (*Benefizienz*). Dies beinhaltet eine Stärkung bezüglich der Verfügbarkeit und Zugänglichkeit einer entsprechenden Gesundheitsversorgung von adäquater Akzeptabilität und Qualität, beschränkt sich jedoch nicht auf diese. Eine Globale Gesundheitsstrategie welche auf dem Grundsatz eines Menschenrechts auf Gesundheit aufbaut, strebt die progressive Realisierung dieses Rechts durch Einwirkung auf die Faktoren und Determinanten an, welche es Menschen ermöglicht bzw. die diese davon abhalten ein Leben in Gesundheit zu verwirklichen (2). Neben diesem positiv formulierten Recht auf Gesundheit, spielt in unserer globalisierten Welt auch die zweite Ebene eine ebenso entscheidende Rolle: (II) Die Verantwortung Deutschlands, durch seine nationale und internationale Politik nicht die Gesundheit, anderer Menschen zu gefährden – sei dies durch (unintendierte) negative Auswirkung auf das Gesundheitssystem in anderen Ländern oder die für Gesundheit relevanten Determinanten und Lebensumstände (*Non-Malefizien*).

Dafür ist ein noch klareres Bekenntnis zur globalen Verantwortung und zentralen Bedeutung von Gesundheit für jeden Menschen auf der Welt notwendig. Um das bereits in der bisherigen Strategie gesetzte Ziel zu erreichen, bedarf es ein hohes Maß an Engagement, Umsicht und Handlungswillen. Die neue Strategie der Bundesregierung bietet eine wichtige Chance, nationale und internationale politische Prozesse zu schärfen, bisherige Maßnahmen zu optimieren und neue, innovative Ansätze zu entwickeln. Da das Recht auf Gesundheit explizit nicht auf die Gesundheitsversorgung beschränkt ist (2), bedarf es der aufeinander abgestimmten Anstrengung aller Ministerien und relevanten politischen Akteure, die Förderung innovativer und Evidenz-generierender Forschung und finanzielle Investitionen in Evidenz-informierte Gesundheitsförderung.

Die in diesem Positionspapier vorgeschlagenen Lösungsansätze zielen vor allem darauf ab, bereits bestehende Ansätze konsequent umzusetzen und erfolgreich weiter zu entwickeln. Den Autor*innen ist bewusst, dass teilweise unpopuläre und vielleicht auch kurzfristig nachteilig erscheinende Schritte unumgänglich sind, um längerfristige Ziele zu erreichen. Dies unterstreicht die Bedeutung, dass alle Entscheidungen in fairen und transparenten Prozessen auf Basis von defensiblen Kriterien getroffen werden. Aufgrund der Tatsache, dass das menschliche Zusammenleben der Zukunft nur auf der Basis allseitiger Achtung der Menschenrechte, demokratischer Entscheidungsprozesse und dem Prinzip der Nicht-Diskriminierung gelingen kann, ist die kritische Analyse der deutschen Gesetzgebung sowie aller politischen internationalen Abkommen auf ihre Bedeutung für die weltweite Gesundheit notwendig. Deutschland alleine wird der großen Herausforderung nicht gerecht werden können. Internationale Kooperationen und eine Stärkung von supranationalen Institutionen (wie zum Beispiel der Weltgesundheitsorganisation (WHO)) sind daher unabdinglich.

Leitprinzipien

Faire, transparente & Evidenz-informierte Entscheidungsprozesse

Als erstes Leitprinzip sollte die Bundesregierung eine Etablierung von fairen, transparenten und Evidenz-informierten Entscheidungsprozessen als primäres Merkmal von Aktivitäten im Bereich Globaler Gesundheit anstreben. Dies sollte sowohl für die Entwicklung der neuen globalen Gesundheitsstrategie gelten, wie auch für die Verwirklichung dieser in Deutschland und darüber hinaus. Dieses Prinzip sollte sowohl für Diskussionen und Entscheidungen zu konkreten Interventionen in den Lebenswelten, wie auch für solche auf einem (regionalen/nationalen) Policy-level gelten.

In einer offenen, pluralistischen Gesellschaft sind bei Debatten über die Verteilung limitierter Ressourcen, der Priorisierung einzelner Themenbereiche oder der Auswahl einzelner Maßnahmen mit dem Ziel der Förderung der Gesundheit ein nachvollziehbarer Dissens zu erwarten, da es weder ein universelles Set an *richtigen* oder *besten* Beurteilungs- und Entscheidungskriterien gibt, noch eine universell *akzeptierte* Gewichtung dieser existiert. Folglich wird es auch keine universell *richtige* oder *beste* Entscheidung mit Blick auf gesundheitsrelevante, die öffentliche Gesundheit betreffende, Priorisierungs- und Verteilungsfragen geben. Dies gilt sowohl für die aktuelle Debatte darüber, welche Prioritäten die Bundesregierung in ihrer neuen Globalen Gesundheitsstrategie setzen sollte, als auch für die zahlreichen daraus folgenden Entscheidungsprozesse national und international (z.B. Entscheidungen für oder gegen die Einführung einer konkreten Interventionsmaßnahme). Da in pluralistischen Gesellschaften das Finden der einen universell *besten* oder *richtigen* Entscheidung nicht möglich ist, sollte stattdessen angestrebt werden, diese Entscheidungen in fairen, partizipativen Entscheidungsprozessen zu finden (3-8).

Nicht nur verleihen diese *fairen* Prozesse der Entscheidung die nötige Legitimität, auch erleichtern diese die Akzeptanz und damit die Umsetzbarkeit dieser Entscheidungen: Widerspruch und Widerstand von jenen, welche negativ von einer Entscheidung betroffen sind, deren Begründung sie nicht kennen, nicht teilen und an deren Entstehung sie nicht beteiligt wurden, ist nicht nur nachvollziehbar, sondern auch gerechtfertigt.

Als Grundlage solch fairer Prozesse halten die Autor*innen u.a. folgende Aspekte für essentiell: Transparenz im Entscheidungsprozess, ehrliche und wahrhaftige Kommunikation, Bemühung um Vertrauen, Partizipation relevanter Stakeholdergruppen - inklusive dem Empowerment von Akteuren mit geringerer Stellvertretung, eine besondere Berücksichtigung der Interessen von vulnerablen Gruppen und derer, welche die größte Last der Intervention tragen müssen, die Möglichkeit eines Einspruchs- und Revisionsverfahrens, ein adäquates Management von Interessenkonflikten, sowie die Etablierung von Institutionen, welche diese Prinzipien durchsetzen können (3,4,9-13).

Ein zentrales Merkmal fairer Entscheidungsprozesse ist die **Teilhabe relevanter Stakeholder (Partizipation & Empowerment)**. Bei Entscheidungen sowohl über Prioritäten und Grundausrichtungen der Globalen Gesundheitsstrategie, wie auch in Bezug auf die zur Umsetzung notwendigen Interventionen, sollten die Stimmen und Interessen aller von der Entscheidung betroffenen Personen(-gruppen) gehört und berücksichtigt werden. Zu einem öffentlichen Gesundheitssystem (das nicht auf das System der Krankenversorgung limitiert ist) gehören Zivilbevölkerung, zivilgesellschaftliche Organisationen und Interessenvertretungen (z.B. Gewerkschaften), ebenso wie der private und öffentliche Sektor, als auch private und öffentliche Dienstleister. Vertreter*innen aller Gruppen müssen bei Entscheidungsfindung miteinbezogen werden, damit ein nachhaltiger Interessenausgleich innerhalb eines öffentlichen Gesundheitssystems gewährleistet werden kann. Im Sinne der WHO Ottawa Charta (14) beinhaltet dies für die Zivilbevölkerung nicht nur die Möglichkeit am Entscheidungsprozess mitzuwirken, sondern auch, dass - insbesondere vulnerable Gruppen - dazu ermächtigt werden, an der Entscheidung teilzuhaben und fair repräsentiert zu werden bzw. sich selbst zu präsentieren (**Empowerment**). Nicht nur über die Themen, deren Priorisierung im Entscheidungsprozess abgewogen wird, sondern auch über die Gründe - Argumente und Kriterien - sollte eine öffentliche Debatte angestrebt werden.

Auch der Privatsektor kann eine wichtige Rolle in Gesundheitssystemen einnehmen. Hierbei ist jedoch ein adäquates Management von Interessenkonflikten, die Berücksichtigung von Machtverhältnissen und Transparenz der Prozesse essentiell.

Um die Nachhaltigkeit von Maßnahmen zu gewährleisten, ist auch der Aspekt der **Ownership** (Eigentümerschaft) und das **Empowerment** der Kooperationspartner*innen mitzudenken - seien dies nun vulnerable Populationen in Deutschland oder Regierungen von Low-Income Countries.

Inbesondere bei Maßnahmen, welche in Bezug auf oder mit Kooperationspartner*innen mit unterschiedlich großer Handlungsmacht (Agency) getroffen werden, ist eine **Kooperation und Begegnung auf Augenhöhe** elementar. Dies beinhaltet Aspekte wie Souveränität, Autonomie, Akzeptabilität, Ownership und Empowerment.

Um die Nachvollziehbarkeit und Akzeptanz der Interventionen zu erhöhen, sind **Transparenz in Bezug auf den Entscheidungsprozess**, die an der Entscheidung beteiligten **Akteure**, die **Begründung für die Entscheidung sowie die Entscheidungsgrundlagen** essentiell (5,9,13). Die Entscheidungen für oder gegen Maßnahmen, Gesetze oder Forschungsvorhaben der Globalen Gesundheit entstehen vor dem Hintergrund begrenzter finanzieller, technischer und menschlicher Ressourcen. Gleichzeitig greifen praktisch alle Interventionen und Gesetze in unterschiedlichem Maße in individuelle Freiheitsrechte ein.

Um vor diesem Hintergrund zu Entscheidungen zu kommen, welche für alle an der Entscheidung beteiligten oder von der Entscheidung betroffenen Personen(-gruppen) akzeptabel sind, sollten alle **Entscheidungen Evidenz-informiert** getroffen werden, das heißt **auf Basis der besten verfügbaren wissenschaftlichen Evidenz** und im Bewusstsein über die Unsicherheit der Evidenz getroffen werden.

Dieses Prinzip Evidenz-informierter Prozesse schließt explizit ein, dass neue innovative Interventionen (z.B. eine Steuer auf Zuckergesüßte Getränke) eingeführt werden können, zu welchen die Evidenzlage noch nicht abschließend geklärt ist. Wissenslücken darüber zu schließen, wie die Globale Gesundheit am besten gefördert werden kann, ist für sich selbst ein erstrebenswertes Ziel der Globalen Gesundheitsstrategie. Auch sollte ein Bewusstsein darüber bestehen, dass Partikularinteressen das Argument unzureichender Evidenz in der Vergangenheit missbraucht haben, um sinnvolle Maßnahmen zum Schutz der öffentlichen Gesundheit zu verhindern (15).

Ein bewusster Umgang mit begrenzten Ressourcen und der Intrusivität von Eingriffen beinhaltet jedoch, dass alle politischen und interventionellen Maßnahmen kritisch und unabhängig von politischer Einflussnahme mit adäquaten Methoden evaluiert werden. Hierfür ist eine Begegnung von Entscheidungsträger*innen und Wissenschaftler*innen auf Augenhöhe notwendig. Evidenz-Nutzung und Generierung sollte sowohl bei der Ermittlung von Prioritäten (bedarfsorientiert) als auch der Implementierung und Evaluation stets mitgedacht werden. Um zu gewährleisten, dass ausreichend Kapazitäten für die unabhängige Beurteilung verfügbarer Evidenz bereitgestellt werden können und diesen auch vertraut wird, bedarf es institutionalisierter Prozesse (z.B. im Sinne eines Health Technology Assessment).

In der Literatur zu Priorisierung, Entscheidungsfindung und Beurteilung von Maßnahmen (16-21) sowie der Public Health Ethics (Ethik der öffentlichen Gesundheit) Literatur (9-11,21) sind zahlreiche **Entscheidungs- und Handlungshilfen** veröffentlicht worden, welche Entscheidungsträger*Innen darin unterstützen sollen, alle relevanten Entscheidungskriterien zu berücksichtigen. Diese können einen nützlichen Ausgangspunkt für die Reflektion darüber bieten, ob zentrale Aspekte oder Entscheidungskriterien berücksichtigt wurden.

Aspekte, deren Relevanz in fairen und transparenten Prozessen mit Blick auf Prioritäten und Maßnahmen zur Förderung diskutiert werden können, beinhalten u.a. Aspekte von Balance von (gesundheitlichem) Nutzen und Schaden, erweiterter Nutzen und Schaden mit Blick auf Gesellschaft (z.B. bezüglich Bildung, Armut, ökonomische Produktivität oder Umwelt), Auswirkung auf soziale oder gesundheitliche Ungleichheit (z.B. Fokus auf Erkrankungen die primär vulnerable oder sozial benachteiligte Gruppen betreffen), finanzielle Aspekte (kurzfristige und langfristige Kosten für verschiedene Akteure) oder Umsetzbarkeit (Verfügbarkeit von ausreichenden Human- und sonstigen Ressourcen, technologische oder infrastrukturelle Umsetzbarkeit). Darüber hinaus können Aspekte von Akzeptabilität der Maßnahmen, die Autonomie der Betroffenen (auf individueller und gesellschaftlicher Ebene) sowie die Proportionalität und Intrusivität der Maßnahmen wichtige Aspekte darstellen. Proportionalität meint in diesem Fall, dass eine Intervention (in Bezug auf Intrusivität (z.B. Eingriff in individuelle Freiheiten) und Ausmaß (z.B. in Bezug auf finanzielle oder humane Ressourcen)) mit dem Ausmaß der gesundheitlichen Herausforderung, dem erwarteten positiven Effekt und dem Level an Evidenz im Einklang stehen muss.

Health in all Policies - der Grundsatz der Ganzheitlichkeit

Der **Grundsatz der Ganzheitlichkeit** beschreibt die Anerkennung und Einbeziehung all dieser Einflussbereiche und Determinanten in eine Strategie für eine bessere Globale Gesundheit. Dafür sind Handlungen in den verschiedensten Politikbereichen (**Health in all Policies**) notwendig, welche nur durch eine abgestimmte, multidisziplinäre und sektorübergreifende Zusammenarbeit erfolgreich sein kann (**One Health**). Die Autor*innen halten diesen Grundsatz für ein essentielles Grundprinzip, an dem sich die neue Globale

Gesundheitsstrategie orientieren sollte. Auch weitere Herausforderungen wie der Klimawandel, nachhaltige Konsum- und Produktionsweisen und ihre Auswirkungen auf Gesundheit auf verschiedenen Ebenen können nicht durch einen (Gesundheits-)sektor allein gelöst werden. Soziale, politische und ökonomische Determinanten von Gesundheit spielen eine bedeutende Rolle in allen Politikfeldern der Bundesregierung und eine kritische Überprüfung der Auswirkungen politischer Entscheidungen auf diese Determinanten, sowohl auf regionaler, nationaler und internationaler Ebene sollte dem politischen Handeln und der Gesetzgebung vorausgehen.

Das Komitee für wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte der Vereinten Nationen (Committee on Economic, Social and Cultural Rights; CESCR) schreibt zum Recht auf Gesundheit explizit, dass dieses nicht auf ein Recht auf Gesundheitsversorgung reduziert werden kann und für Gesundheit und gesundheitsrelevantes Verhalten essentielle sozioökonomische Faktoren sowie weitere Gesundheitsdeterminanten mit einschließen muss (2).

Folglich, sollte auch Globale Gesundheit weder als reines Teilgebiet der Medizin verstanden werden, sich nicht primär auf medizinische Eingriffe und die direkte Gesundheitsversorgung fokussieren, noch als politisch korrekter Begriff für International Health verwendet werden (22). Das Konzept von Globaler Gesundheit bezieht die komplexen Zusammenhänge sozialer, politischer, ökonomischer und ökologischer Determinanten von Gesundheit auf lokaler, nationaler und globaler Ebene mit ein und geht damit weit über die Abwehr von internationalen Gesundheitsgefahren, den Schutz der eigenen Bevölkerung und "Health Security" hinaus.

Dieses Grundkonzept einer ganzheitlichen Förderung der Globalen Gesundheit drückt sich beispielsweise in den Sustainable Development Goals (SDGs) aus, welche Grundlage für das deutsche Engagement in der Globalen Gesundheitspolitik, wie etwa in der Entwicklungszusammenarbeit und anderen Formen der internationalen Zusammenarbeit, sein sollten. Die Sustainable Development Goals (SDGs), die Grundlage der Agenda 2030 der Vereinten Nationen sind, rücken Nachhaltigkeit in den Fokus. Die SDGs unterstreichen, dass Gesundheit, neben dem prioritären Ziel 3 "Gesundes Leben für alle – ein gesundes Leben für alle Menschen jeden Alters gewährleisten und ihr Wohlergehen fördern" auch in jedem weiteren der 16 Ziele wichtiger Bestandteil ist. Die Verflechtungen und gegenseitigen Auswirkungen dieser 17 Handlungsfelder könnten angesichts der Herausforderungen in unserer globalisierten Welt nicht deutlicher sein.

Der Grundsatz der Ganzheitlichkeit erkennt die zahlreichen Belege dafür an, dass **soziale Determinanten von Gesundheit** (wie beispielsweise **Ungleichheit und Armut**) **wesentliche gesundheitsbestimmende Faktoren einer Gesellschaft darstellen** (23). Reduktion der gesundheitlichen Ungleichheit national wie global ist eine große politische Aufgabe die nahezu alle Sektoren betrifft.

Ein "Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens und nicht nur das Fehlen von Krankheit oder Gebrechen" (24) ist für viele Menschen aufgrund von Kriegen, Konflikten, Verfolgung und struktureller Gewalt (25) nicht erreichbar. Bewaffnete Konflikte sind ursächlich für vermeidbare Todesfälle sowie Verletzungen, Traumatisierungen und Vertreibungen. Hinzu kommen oft Nahrungsmittelknappheit, schlechte Hygieneverhältnisse in den Lagern der Vertriebenen und eine zerstörte Gesundheitsversorgung. Unterernährung, seelischer Stress und enge Unterbringungen fördern die Verbreitung von Infektionskrankheiten und hindern Kinder an einer gesunden Entwicklung. Deshalb gilt es, Konflikte als eine wichtige und vermeidbare Ursache für körperliches und seelisches Leid, von Grund auf zu vermeiden. Prävention von Konflikten sollte eine Maxime der deutschen Strategie zu Globaler Gesundheit sein, nicht die anschließende symptomatische Therapie. Der **Erhalt und die Förderung von Frieden und Stabilität** ist langfristig ein kosteneffizienter und bedeutender Faktor auf dem Weg zu einer besseren Globalen Gesundheit.

In einer effektiven Strategie zur globalen Gesundheitspolitik sollten Maßnahmen Vorrang haben, die durch integrierte, kohärente und multidisziplinäre sektor-/ressortübergreifende Ansätze gesundheitsförderliche Lebenswelten fördern, schaffen und erhalten. Unter dem Grundsatz der Ganzheitlichkeit sollte außerdem die wechselseitige **Auswirkung von Gesundheit auf die belebte und unbelebte Umwelt** berücksichtigt werden. Dieser unter **One Health** zusammengefasste Ansatz trägt dem Umstand Rechnung, dass die Gesundheit von Mensch, Tier und Umwelt, unter anderem vor dem Hintergrund, zoonotischer Erkrankungen und antimikrobieller Resistenzen nicht unabhängig voneinander behandelt werden können und hierfür der Austausch mit anderen Fachbereichen wie beispielsweise der Veterinärmedizin zur Erarbeitung gemeinsamer Strategien notwendig ist. Der **One Health-Ansatz** ist vor dem Hintergrund des Health-in-all Policies Ansatzes ein wichtiges und prominentes Gebiet, dem die Notwendigkeit zu multisektoriellem Handeln als Grundsatz innewohnt und in Zukunft verstärkt berücksichtigt werden muss. Ein noch weiter gefasster Ansatz, der den Einfluss des intakten Ökosystems und einer nicht schädigenden Umwelt als Grundvoraussetzung für Gesundheit einbezieht, ist der **Planetary Health Ansatz**. Planetary Health ist ein ganzheitlicher Ansatz, dem bislang zu wenig Unterstützung zukommt und stellt daher eines der drei prioritären Themenfelder unseres Positionspapiers dar (siehe Abschnitt Planetare Gesundheit).

Auch bei **Public-Private-Partnerships** zur Durchführung von Projekten der Entwicklungszusammenarbeit, sind diese Ansätze als Grundsatz voranzustellen. Das Deutsche Evaluierungsinstitut der Entwicklungszusammenarbeit beschreibt, dass "der notwendige Interessenausgleich zwischen Zielen der Entwicklungszusammenarbeit und Unternehmensinteressen zur Folge hat, dass Interessen und Bedarfe relevanter entwicklungspolitischer Zielgruppen in den Partnerländern teilweise nur eingeschränkt berücksichtigt werden" (26).

Kohärenter Multilateralismus - Globale Herausforderungen erfordern globale Ansätze

Als drittes Leitprinzip sollte sich die Globale Gesundheitsstrategie der Bundesregierung am Prinzip eines kohärenten Multilateralismus orientieren. Dies beinhaltet eine Stärkung internationaler Institutionen, sowie ein Streben nach Verbindlichkeit in internationalen Beschlüssen und eine Kohärenz von politischen Aktivitäten.

Der bereits in der vergangenen Strategie der Bundesregierung formulierte Leitgedanke der **Stärkung internationaler Institutionen**, sollte weiterhin Priorität bleiben. Hierbei sollte die **Stärkung der WHO** an oberster Stelle stehen. Dieses zentrale Leitprinzip wird im Abschnitt UHC in größerer Tiefe ausgeführt.

Im Sinne des Leitprinzips eines kohärenten Multilateralismus sollte sich die Bundesregierung dafür einsetzen, dass (1) **Entscheidungen zur Förderung der Globalen Gesundheit** nicht in uni- oder bilateralen, sondern multilateralen und im **besten Falle auf Ebene der Weltgemeinschaft** beschlossen werden, (2) dass **Entscheidungen, in verschiedenen internationalen Organisationen** (z.B. zwischen UN und WTO) **inhaltlich kohärent sind** und insbesondere den Einfluss kommerzieller Determinanten von Gesundheit miteinbezieht, (3) dass die **nationale Politik kohärent mit Entscheidungen und Handlungen der multilateralen Organisationen** ausfällt, (4) dass **Entscheidungen innerhalb der internationalen Organisationen verbindlich und überprüfbar ausfallen** und (5) dass die **Bundesregierung sich zur Einhaltung aktiv beschlossener, wenn auch nicht-verbindlicher Entscheidungen verpflichtet**.

Die Inkohärenz internationaler Abkommen in verschiedenen Bereichen erschwert die Umsetzbarkeit der einzelnen Regularien. Internationale Verträge verschiedener Sektoren verfolgen unterschiedlichen Zielsetzungen und unterscheiden sich häufig im Gewicht ihrer Durchsetzbarkeit. Ein Beispiel für die negativen Auswirkungen von Inkohärenz auf die Globale Gesundheit sind WTO-Richtlinien zum geistigen Eigentum, welche im Konflikt zu dem im Recht auf Gesundheit definierten Zugang zu Gesundheitsversorgung, in diesem Fall neuen Gesundheitstechnologien, stehen (27). Zur Verbesserung der Globalen Gesundheit ist es deswegen unbedingt notwendig auf globaler Ebene eine größere Kohärenz dieser Bereiche zu erreichen.

Dabei ist die vollständige Implementierung der **Internationalen Gesundheitsvorschriften (IGV) (2005)** in Deutschland sowie international eine wichtige Aufgabe. Die IGV beruhen auf dem Konzept international geteilter Gesundheitssicherheit und sind völkerrechtlich bindend und essentiell, um die Ausbreitung grenzüberschreitender Gesundheitsgefahren zu verhindern und wichtige Präventions- und Schutzmechanismen zu etablieren. Hierauf wurde in der letzten Globalen Gesundheitsstrategie der Bundesregierung explizit Bezug genommen. In Zukunft sollte die Förderung der Umsetzung der IGV sowie aller dafür notwendigen Kompetenzen in Deutschland sowie auch in anderen IGV-Vertragsstaaten weiter Priorität haben. Dabei ist insbesondere zu beachten, dass Länder mit hohem Einkommen durch die IGV verpflichtet sind, Länder mit niedrigem Einkommen bei der Umsetzung zu unterstützen.

Prioritäre Themenfelder

Im Folgenden sollen die Themenfelder tiefer dargestellt werden, welche aus der Sicht des Nachwuchses mit besonderer Priorität zu beachten sind: (I) **Forschung und Lehre**, (II) **Universal Health Coverage** und das (III) **Konzept der Plantaren Gesundheit**.

I. Forschung & Lehre

Um den Herausforderungen gewachsen zu sein, welche sich aus der aktuellen und zukünftigen globalen Krankheitslast ergeben, sollte der Aufbau von Kapazitäten im Bereich Forschung und Gesundheitspersonal eines der prioritären Themenfelder der Strategie der Bundesregierung zu Globaler Gesundheit sein. Dies beinhaltet zum einen, ausreichende institutionelle Strukturen zu schaffen, welche die nötige wissenschaftlichen Evidenzgrundlage zu Problemen und Lösungen bieten können, als auch entsprechendes

Humankapital auszubilden, welche in Deutschland, in internationalen Institutionen und in anderen Ländern in der Lage ist, diese Evidenz zur Förderung der Globalen Gesundheit in die Praxis umzusetzen.

I.a. Förderung von Forschungskapazitäten und -strukturen

Unabhängig davon, welche inhaltliche Ausrichtung die Bundesregierung in ihrer neuen globalen Gesundheitsstrategie anstrebt, ist eine adäquate institutionelle und strukturelle Forschungslandschaft essentiell. Wir halten hier zwei prioritäre Aspekte für essentiell: (1) eine institutionelle Stärkung und (2) eine Stärkung von Querschnittsthemen innerhalb der Forschungsförderung im Bereich der Forschung zu Globaler Gesundheit.

Stärkung der Forschungsinstitutionen für Globale Gesundheit

Hierfür müssen die existierenden Institutionen finanziell und strukturell gestärkt und attraktiver für aktuell ins Ausland abwandernde Wissenschaftler*innen gemacht werden. Während im medizinischen Bereich zahlreiche deutsche Institutionen auf internationalem Niveau mithalten und prominente Stellungen einnehmen, ist die deutsche Forschungslandschaft im Bereich Public Health (mit Blick auf die Öffentliche Gesundheit im Allgemeinen und im Blick auf Globale Gesundheit im Speziellen) durch die strukturellen und institutionellen Gegebenheiten aktuell nicht ausreichend in der Lage, sich mit entsprechenden Forschungseinrichtungen aus den USA oder Großbritannien auf Augenhöhe zu messen. Daraus ergeben sich für die Förderung der Forschungslandschaft in Deutschland folgende Konsequenzen: **(1) Stärkung von Forschung zu Aspekten von Globaler Gesundheit** in den vorhandenen und international kompetitiven **Institutionen medizinischer Forschung** (z.B. Förderung einer stärkeren Berücksichtigung von internationaler Versorgungsforschung). **(2) Stärkung der Forschungslandschaft und Institutionen im Bereich Public Health** um hier international kompetitive Institutionen etablieren zu können. **(3) Stärkung von Aspekten von Globaler Gesundheit (3a)** in den zu stärkenden **Public Health Institutionen** sowie **(3b) in anderen sozial- oder wirtschaftswissenschaftlichen Institutionen**, welche essentielle Beiträge zur Weiterentwicklung und Stärkung von Global Health liefern können (z.B. Entwicklungsökonomie, Ethnologie, Soziologie, internationales Recht). **(4)** Dabei ist die **Einrichtung eines virtuellen oder tatsächlichen Forschungszentrums oder -netzwerk für Globale Gesundheit** in Betracht zu ziehen, bei denen Forschungsinstitutionen aus dem Bereich der biomedizinischen Forschung, dem Bereich Public Health und anderen zentralen sozial- und wirtschaftswissenschaftlichen Institutionen miteinander verknüpft werden.

Zentrale Querschnittsthemen innerhalb der Stärkung von Forschung zu Globaler Gesundheit

Unabhängig davon welche prioritären Themenfelder ausgewählt werden, sollte neben der allgemeinen institutionellen Stärkung im Bereich der Forschung zu Globaler Gesundheit und der Entwicklung der Forschungskapazitäten in den priorisierten Themenbereichen auch ein allgemeiner inhaltlicher Fokus auf die folgenden Querschnittsthemen gelegt werden. Diese sind bei allen prioritären Themenfeldern von essentieller Bedeutung, da sie vor dem Hintergrund multidimensionaler Herausforderungen und der Notwendigkeit von komplexen Interventionen in komplexen System eine ausreichende Evidenzgrundlage für Entscheidung, Handlung und Evaluation liefern können.

Diese sind:

- **Forschung zu Wissenstransfer und -austausch sowie Forschungszusammenarbeit zwischen Wissenschaft und Politik (Research co-production):** Eine zentrale Herausforderung in Deutschland wie auch global stellt die Anwendungslücke bestehender Erkenntnisse aus dem Bereich Public Health in die Umsetzung in Politik und Praxis dar. Die Forschung dazu, wie die Schnittstelle zwischen Wissenschaft und Politik bzw. Public Health Entscheidungsträger*innen überwunden werden können, hat somit nicht nur das Potenzial die Bevölkerungsgesundheit weltweit zu verbessern, sondern auch bewusster mit den begrenzten Ressourcen umzugehen.
- **Kapazitätsaufbau und -stärkung im Bereich Evidence-based Public Health.** Vor dem Hintergrund der Entscheidung wo begrenzte Ressourcen eingesetzt werden sollen - und damit auch wo diese nicht verfügbar sein werden - ist ein Ressourcen-bewusster und -effizienter Umgang essentiell. Gelder oder Humankapital welche in ineffektive oder gar schädliche Interventionen investiert werden, stehen anderen effektiven oder effizienteren Maßnahmen nicht mehr zur Verfügung. Eine adäquate wissenschaftliche Grundlage dazu, welche Interventionen überhaupt einen positiven Nutzen erwarten lassen und mit welchen Maßnahmen möglichst effizient Menschen geholfen werden kann ist daher essentiell. Hierzu ist eine Stärkung von Kapazitäten im Bereich Evidence-based Public Health essentiell.

Im Besonderen, ist hierbei der Aspekt von Evidenzgenerierung zu komplexen Interventionen in komplexen Systemen essentiell, welcher charakteristisch für Interventionen ist, welche auf eine Förderung der öffentlichen Gesundheit abzielen (28,29). Vor dem Hintergrund von Komplexität ist eine stärkere Forschung zu den Aus- und Wechselwirkungen mit den Kontextfaktoren essentiell, welche für den Erfolg oder das Scheitern von spezifischen Faktoren in unterschiedlichen Settings entscheidend sein können (30,31).

- **Translations- und Implementierungsforschung.** Ein wichtiger Aspekt zur Förderung einer Evidenzgrundlage für Public Health Maßnahmen auf nationaler und internationaler Ebene ist die Stärkung von Translations- und Implementierungsforschung (Translation und implementation research): Hiermit ist eine Forschungsrichtung gemeint, welche die Übertragbarkeit und Generalisierbarkeit von Evidenz aus einem definierten Kontext auf einen anderen Kontext untersucht. Insbesondere für die Übertragung von Erkenntnissen und Maßnahmen, welche in Ländern mit hohem Pro-Kopf-Einkommen in den letzten Dekaden zu einer deutlichen Reduktion der Krankheitslast beigetragen haben, auf Gesellschafts- und Wirtschaftssysteme in Ländern mit niedrigem oder mittlerem Pro-Kopf-Einkommen, ist ein tiefes Verständnis von Kontextfaktoren und Wirkungspfaden notwendig. Eine Stärkung der Forschung in diesem Bereich und eine Kapazitätsentwicklung innerhalb des Forschungsfeldes in Ländern mit niedrigem- und mittlerem Pro-Kopf-Einkommen wäre wünschenswert.
- **Forschung zu Entscheidungsprozessen, neuen Anreizsystemen für bedarfs- und bedürfnisorientierte Forschung, sowie konkrete Maßnahmen zur Förderung der öffentlichen Gesundheit.** Es sollte eine bessere Entscheidungsfindung erforscht werden, um die begrenzten Ressourcen besser zu nutzen und die Autonomie jener, die von einer Intervention betroffen sind, zu wahren. Zudem sollten Indikatoren zur Evaluierung erforscht werden, wo der Forschungsbedarf für Forschung für Globale Gesundheit am größten ist. Das beinhaltet beispielsweise Forschungsaktivitäten im Bereich Prioritätensetzung, Multi-Criteria decision analysis, Bedarfsanalysen und Entscheidungshilfsmittel (wie Leitlinien oder Health Technology Assessments).

Eine bedeutende Hürde im Bereich der Arzneimittelforschung stellt ein Patent-basiertes Forschungssystem dar, welches nur begrenzte Forschungsanreize für Themen bietet, die wenig Profit versprechen, wie neue Antibiotikaklassen (32), seltene Krankheiten oder vernachlässigte Tropenkrankheiten. Es wurden bereits einige attraktive Mechanismen und Entwürfe von alternativen Forschungsanreizsystemen wissenschaftlich (33,34) beschrieben und u.a. von der WHO empfohlen (35) um diesem Konflikt von Markt- und gesellschaftlichen Interessen zu begegnen. Angesichts der Dringlichkeit für die Globale Gesundheit, Forschungslücken zu schließen, ist es notwendig, weiter an alternativen Forschungsanreizen zu forschen, sie mit Evidenz zu belegen, sie sicher zu finanzieren und sie umzusetzen, wie in der "Global Strategy and Plan of Action on Public Health, Innovation and Intellectual Property" der WHO vorgesehen (36). Deutschland sollte sich mittels bindender Abmachungen auf nationaler und internationaler Ebene an diesem Prozess aktiv beteiligen, dabei eine nachhaltige, finanzielle Unterstützung von Delinkage-Mechanismen zusichern und Evidenz-basierte Maßnahmen in die eigene Forschungslandschaft implementieren.

- **Stärkung von Open Science & Open research.** Wissenschaftliche Erkenntnisse, insbesondere solche, die durch öffentliche Fördergelder finanziert wurden, sollten allen Menschen und Institutionen zur Verfügung stehen. Nicht nur stellen die hohen Gebühren, welche wissenschaftliche Verlage verlangen, eine zunehmende finanzielle Belastung für Universitäten in Deutschland dar, auch kann der fehlende Zugang zu wissenschaftlichen Erkenntnissen auf Grund von Bezahlschranken sich nachteilhaft auf die Krankenversorgung von Politikgestaltung in Ländern mit Niedrigem- und mittlerem Pro-Kopf-Einkommen auswirken. Die Bundesregierung sollte Maßnahmen treffen, um Aspekte von Open Science (öffentlich zugänglicher Forschung) zu stärken. Dies können finanzielle Förderungen für Open Access Publikationen sein (z.B. eine weitere Stärkung des Open-Access-Publikationsfonds aus Mitteln der Deutschen Forschungsgemeinschaft) oder politische Maßnahmen um Lösungen für die dominante Marktstellung wissenschaftlicher Verlage (mit einem quasi-monopol auf den Inhalt der Zeitschriften) zu finden. Die Bundesregierung sollte Open Science als eines der Grundprinzipien der Forschungsförderung weiter stärken.

I.b. Förderung von Lehre und Weiterbildung zu Globaler Gesundheit an deutschen Universitäten

Um das Themenfeld Globale Gesundheit in Deutschland langfristig - und auch im internationalen Vergleich - zu stärken, benötigt es entsprechendes Engagement in der Lehre und Weiterbildung. Hierfür bedarf es einer Institutionalisierung bestehender Initiativen und Stärkung bewährter Ansätze, die bislang oftmals von individuellem Engagement und der Verfügbarkeit von Ressourcen an einzelnen Standorten abhängig ist. Seit langem wird auf internationaler (37) und nationaler (38-41) Ebene seitens Studierender, der Wissenschaft und von der Weltgesundheitsorganisation eine Integration von Inhalten zu Globaler Gesundheit in die Ausbildung von Nachwuchsfachkräften gefordert. Um zukünftig in Deutschland eine ausreichende Anzahl starker und international anerkannter Expert*innen im Bereich Lehre und Forschung zu Globaler Gesundheit sicherzustellen, müssen die bestehenden Nachfragen und Forderungen (39,42) in konkrete Taten umgesetzt werden. Dazu gehört zum einen die Integration entsprechender Ausbildungsinhalte in das Kerncurriculum - dies gilt neben dem Medizinstudium noch für viele weitere Fachdisziplinen, wie Public Health, Sozialwissenschaften, Recht und Wirtschaft, Stadtplanung und viele weitere. Wünschenswert wäre dabei nicht eine Diversifizierung im Sinne eines alleinigen Aufbaus zusätzlicher Studiengänge, sondern insbesondere die Integration von Ausbildungsinhalten zu Globaler Gesundheit in bestehende Studiengänge (43) und die Ausbildung von Expert*innen mit einem soliden Verständnis von Globaler Gesundheit in der Grundlagen-, sowie der anwendungsorientierten Forschung und Praxis mit internationaler Ausrichtung. Um bereits früh den Health-in-all Policies Ansatz auch in die Ausbildung von Nachwuchsfachkräften mit einzubeziehen, sollte die Integration von multidisziplinärem Lehrpersonal angestrebt werden.

Neben einer flächendeckenden Integration von Inhalten Globaler Gesundheit in die Kerncurricula relevanter Studiengänge sollte auch die Förderung neuer (Master)-Studiengänge, Postgraduierten Programme, eine strukturierte und integrierte Facharzt*ärztin und PhD Weiterbildung, Scholarship/Fellowship-Programme sowie internationale Kooperationen (u.a. mit dem Globalen Süden) gefördert werden.

Die sich aus diesen Maßnahmen ergebende wissenschaftliche Grundlage schafft flächendeckende und professionelle Verankerung und Umsetzung von Themen der Globalen Gesundheit. Nur bei Sicherung eines breiten und qualitativ hochwertigen Angebots von Ausbildungs- und Forschungsmöglichkeiten im Bereich Globaler Gesundheit, kann eine systematische Abwanderung von hochqualifizierten Fachkräften zur Wahrnehmung entsprechender Programme im Ausland verhindert, Deutschland als attraktiver Standort für Lehr- und Forschungsaktivitäten im Bereich Globaler Gesundheit etabliert werden und gut ausgebildete Fachkräfte aus Deutschland sich in den verschiedenen Bereichen von Globaler Gesundheit engagieren und so zu nationaler und internationaler Gesundheitssystemstärkung beitragen können.

Dafür benötigt es insbesondere eine Stärkung des finanziellen und personellen Engagements im Bereich Globaler Gesundheit, die Anerkennung der Bedeutung entsprechender Lehr- und Forschungsinhalte an allen relevanten Fakultäten und die quantitative und qualitative Förderung von Professuren mit Schwerpunkt Globale Gesundheit.

II. Universal Health Coverage

“Universal health coverage is the single most powerful concept that public health has to offer.”
Margaret Chan, Director-General, WHO, 21 May 2012

Das Recht auf Gesundheit, 1948 von den Vereinten Nationen in der Allgemeinen Erklärung der Menschenrechte festgeschrieben, erkennt den Zugang zu medizinischer Versorgung ebenso als Menschenrecht an, wie die Gewährleistung einer Absicherung im Krankheitsfall. Das Konzept Universal Health Coverage (UHC) zielt auf die Erfüllung dieser Rechte ab und bedeutet, dass jeder Mensch Zugang zu benötigten, qualitativ hochwertigen Gesundheitsdienstleistungen erhält (eingeschlossen Prävention, Gesundheitsförderung, Behandlung, Rehabilitation und Palliativversorgung), ohne sich durch die Inanspruchnahme finanziellen Härten auszusetzen.

Im aktuellen 13. Arbeitsprogramm der Weltgesundheitsorganisation nimmt das Erreichen von UHC eine zentrale Rolle ein und ist im SGD 3.8 fest verankert. Gleichzeitig ist UHC Voraussetzung für das Gelingen weiterer SDGs, unter anderem für Armutsbekämpfung, Geschlechtergerechtigkeit und nachhaltiges Wirtschaftswachstum. Grundvoraussetzung für das Erreichen von UHC sind funktionsfähige Gesundheitssysteme. Vor allem die UHC-Säulen Prävention, Gesundheitsförderung und Absicherung erfordern eine enge Zusammenarbeit mit Sektoren, die über den Gesundheitssektor hinausgehen.

In der Strategie der Bundesregierung von 2013 zur Globalen Gesundheit wurde zwar das Thema "Gesundheitssystemstärkung und UHC" aufgegriffen, jedoch nicht mit der nötigen Bedeutung fokussiert und behandelt. Im Folgenden werden Maßnahmen auf nationaler, bilateraler und globaler Ebene vorgeschlagen, die es ermöglichen, genau diese Lücke zu schließen und so UHC effektiv zu fördern.

II.a. National: UHC in Deutschland lückenlos umsetzen.

Gegenwärtig ist es nicht für alle in Deutschland lebenden Menschen möglich das Gesundheitssystem in seinem vollen Umfang in Anspruch zu nehmen. Papierlosen Migranten, Asylbewerbern, staatenlosen Personen, Deutschen ohne Krankenversicherung, oder EU-Bürger*innen ohne Krankenversicherung ist es oft faktisch, beispielsweise im Rahmen des Asylbewerberleistungsgesetzes, oder praktisch, beispielsweise durch die konkrete Gefahr der Abschiebung bei Inanspruchnahme medizinischer Leistungen, nicht möglich gesundheitliche Versorgung wahrzunehmen. Zu Recht wird von vielen Sozialverbänden, Menschenrechtsorganisationen, dem Weltärztebund oder der Bundesärztekammer außerdem kritisiert, dass dieser Umstand regelmäßig Ärzt*innen in ethische Dilemma zwingt, wenn sie sich zwischen der Behandlungsbedürftigkeit von Patient*innen oder der Finanzierung ihrer Arbeit entscheiden müssen (44). Die Folgen dieser Politik sind die Verschleppung und Aggravierung behandelbarer Erkrankungen, schlechtere Vorsorge bei Kindern (45) und nicht zuletzt eine Steigerung der Gesamtkosten für die Gesundheitsausgaben (46). Die Umsetzung von universell geltender Gesundheitsversorgung innerhalb Deutschlands ist zudem eine wichtige Voraussetzung für die Glaubhaftigkeit und Vorbildfunktion im Bemühen einer neuen globalen UHC Strategie. Der Anspruch der Bundesregierung sollte daher für alle in Deutschland lebenden Menschen sein, einen gleichwertigen und gleichberechtigten Zugang zu einer medizinischen Versorgung zu ermöglichen, der das in Artikel 25 der Allgemeine Menschenrechte postulierte „Recht auf [...] Wohl und Gesundheit“ gewährleistet (47).

II.b. Bilaterale Zusammenarbeit: Weiterentwicklung der Gesundheitssystemstärkung.

Die Bundesregierung sollte folgende zwei Investitionschancen nutzen um fragile Gesundheitssysteme in direkter Zusammenarbeit mit Partnerländern zu UHC-Systemen zu transformieren: Zum einen robuste **Finanzinvestitionen** in das Gesundheitssystem derjenigen Länder, die trotz projizierten Zuwachses der öffentlichen Eigenmittel für Gesundheit nicht genügend Ressourcen für UHC-grundlegende Strukturen aufbringen werden können. Zum anderen die Erhöhung der Wirksamkeit der technischen Zusammenarbeit im Gesundheitsbereich im Sinne einer **Systemstärkung**, um damit Reformprozesse zur Umsetzung von UHC effizient zu unterstützen. Diese beiden Chancen werden im Folgenden näher erläutert.

Finanzinvestitionen in das Fundament fragiler Gesundheitssysteme: Gesundheitsfachkräfte und Infrastruktur. Trotz international steigender öffentlicher Gesundheitsausgaben werden zur globalen Realisierung von UHC bis 2030 jährlich zwischen 20 und 54 Milliarden US Dollar fehlen (48). Circa 23-32 Länder werden – im Gegensatz zur Mehrheit mit genügend nationalen Ressourcen – auf externe Investitionen angewiesen sein, die meisten davon sind Niedrigeinkommensländer (48). Gesundheitsfachkräfte und Infrastruktur machen den Großteil dieser Kosten aus (48,49). Vor allem in diesen Bereichen und Ländern sollte die Bundesregierung zusätzlich investieren. Hierdurch würden nötige Voraussetzungen zur Realisierung von UHC in jenen Ländern erst ermöglicht. Darüber hinaus sollten Länder zur Schließung weiterer Systemlücken finanziell in folgenden vier Bereichen unterstützt werden: Bei 1. dem Aufbau eines Finanzverwaltungssystems; 2. Versorgungsketten von Medikamenten- und Medizinprodukten, Laboren und weiteren diagnostischen Einrichtungen; 3. der lokalen Gesundheitssystemverwaltung und -steuerung auf Distriktebene und 4. Informationssystemen für den Gesundheitssektor (48). UHC und ‚Health Security‘ hängen in diesen Bereichen eng zusammen: Auch zur Verhinderung von Epi- und Pandemien müssen diese erwähnten Systemlücken geschlossen werden (48). Um zu gewährleisten, dass Investitionen zur Gesundheitssystemstärkung beitragen, ist es essentiell, Wege (z.B. über Treuhandfonds oder innovative Ansätze wie KfWs TrueBudget) zu finden, Zahlungen direkt an die beteiligten Regierungen zu tätigen.

Komplementär kann technische Zusammenarbeit zur Stärkung fragiler Gesundheitssysteme fruchtbar sein, sofern sie nationale Reformen wirksam und effizient unterstützt. Die Bundesregierung braucht dafür eine, den jeweiligen Bedürfnissen und Gegebenheiten des Landes angepasste Strategie zur Gesundheitssystemstärkung.

Entwicklung und Umsetzung einer Strategie zur Gesundheitssystemstärkung. Systemstärkende Aspekte sind in Programmen der bilateralen Zusammenarbeit enthalten, allerdings nur fragmentiert (50), als einer neben vielen anderen. Dies muss sich ändern:

‚All roads lead to UHC‘ (Dr. Tedros). Dieser integrative Grundsatz sollte auch in der technischen Zusammenarbeit der Bundesregierung im Bereich Gesundheit strategisch konzipiert und operationalisiert werden. Um das Ziel UHC wirksamer und effizienter zu erreichen, sollten folglich die gesamten Programme der bilateralen Zusammenarbeit im Bereich Gesundheit, als auch assoziierte Organisationsstrukturen darauf ausgerichtet werden. Die Entwicklung der UHC-Strategie sollte evidenz-informiert, in bestehende internationale Prozesse integriert und partizipativ sein, d.h. unter Mitarbeit von sachkundigen Personen aus Partnerländern, sowie aus der Zivilgesellschaft. Die UHC-Strategie der Bundesregierung sollte ermöglichen, dass Partnerländer die Prioritäten für die Zusammenarbeit in der Entwicklung ihres Gesundheitssystems setzen, bisherige vertikale Programme horizontaler werden, die Zusammenarbeit in den Bereichen ‚Financing‘, ‚Governance‘ und ‚Service Delivery‘ verstärkt wird und ein problem-gesteuerter iterativer Ansatz, sowie systemweite Evaluierungen als Arbeitsweise etabliert werden. Der nachhaltigen Stärkung von Fähigkeiten im öffentlichen Dienst der Partnerländer muss hierbei eine Schlüsselrolle zukommen. Darüber hinaus sollte sie zügig ausgearbeitet und umgesetzt werden.

Partnerländern mehr Entscheidungsmacht in Zusammenarbeit geben. Verschiedene Länder werden verschiedene Wege einschlagen, um UHC zu realisieren. UHC ist vorerst eine innenpolitische Agenda und eine sehr brisante, da hier eine Veränderung in der Ressourcenverteilung und Solidarität stattfindet. Um UHC in Zusammenarbeit zu erreichen, sollte primär der erfolgreiche Prozess im Fokus stehen und nicht nur die einzelnen Projekte (51). Die Bundesregierung sollte Staaten in diesem Prozess und in den spezifischen nationalen Prioritäten unterstützen, die darin auftreten und UHC fördern, und hierfür nationalen Regierungen mehr Entscheidungsmacht in der Gestaltung der Zusammenarbeit auf ihrem Weg zu UHC einräumen.

Vertikale Programme werden horizontaler: Mehr System als Krankheit. Der Komplexität von Gesundheitssystemstärkung wird häufig durch vertikale Interventionen, oft sogar an bereits bestehenden Strukturen vorbei, nicht Rechnung getragen. Dies hat negative Folgen für das lokale und nationale System: Doppelstrukturen bei Planung und Evaluation, Dysbalancen in der Ressourcen- und Arbeitsfachkräfteverteilung zwischen spezifischen Programmen und dem nationalen System, Störungen in Grundversorgungsprozessen, und externe Verformung der Prioritäten in Haushaltsentscheidungen (52). Bilateralen Gesundheitsprogramme sollten transparent sowohl auf ihren Beitrag zur Stärkung, als hinsichtlich der oben genannten Behinderungen nationaler Systeme untersucht werden. Der Beitrag der Stärkung sollte anhand von folgenden Kriterien untersucht werden: 1. Übereinstimmung mit nationalen Gesundheitsstrategien 2. Beitrag zu den von ‚UHC203‘ identifizierten Unterbereichen von ‚Governance‘, ‚Financing‘ und ‚Service Delivery‘. Die Untersuchungen sollten als Chance für eine systemstärkende Neugestaltung der Programme gemeinsam mit den Regierungen der Partnerländer verstanden und genutzt werden. In genau diesen drei Bereichen –Governance, Financing, Service Delivery– sollte die technische Zusammenarbeit mit bisherigen und neuen Partnerländern zudem intensiviert werden. Die Bundesregierung könnte hier Partnerländer darin unterstützen kontextspezifische digitale Informations- und Datenbanken zu entwickeln, anzuwenden, und erhobene Daten effektiv zu nutzen (inklusive der Messung von UHC). Primär progressive Finanzierungsmodelle, inklusive einer möglichst unfragmentierten Ressourcensammlung und Ausschüttung (Pooling), sollten bei der Etablierung unterstützt werden um ‚Out-of-Pocket Payments‘ zu vermindern. Hierzu sollten Institutionen zur Bewertung von Gesundheitstechnologien aufgebaut und evidenzbasierte Entscheidungen zum strategischen Einkauf von Gesundheitsleistungen unterstützt werden. Konzeptionell sollte die Stärkung von primärer Gesundheitsversorgung wieder deutlich hervorgehoben werden, um den flächendeckenden, umfassenden und kosteneffizienten Zugang der Bevölkerung zu qualitativ hochwertiger Gesundheitsversorgung zu steigern. Dabei spielt die Stärkung von Gesundheitsfachberufen und interprofessionellen Teams, die kommunale Versorgung und die intersektorale Vernetzung eine entscheidende Rolle.

Umdenken und Umstellung der Arbeitsweise auf einen problem-gesteuerten iterativen Ansatz. Trotz jahrzehntelanger internationaler Zusammenarbeit im Gesundheitssystem einiger Länder, funktionieren viele dieser Systeme nicht zufriedenstellend. Das Kopieren und Ausbreiten von ‚best practice‘ Programmen sind oft ein Teil des Problems. Es werden vor allem langfristige Fähigkeiten im öffentlichen Dienst der Partnerländer benötigt um Universal Health Coverage zu ermöglichen (53).

Der problem-gesteuerte iterative Ansatz zielt darauf ab. Es ist eine Strategie um ‚Reformfähigkeiten‘ in Partnerländern aufzubauen, die problem-gesteuert (durch lokale Berufstätige, im Gegensatz zum etwaigen Problem des ‚solution-selling‘ externer Experten), iterativ (dadurch, dass ein Raum geschaffen und geschützt wird um eine ganze Reihe von Antworten auf priorisierte Probleme zu entdecken, auszuprobieren und in regulären Intervallen zu bewerten–im Gegensatz zu einer einmaligen Evaluation am Ende eines Projektes) und adaptiv ist (Reformer zielen auf zugeschnittene Lösungen ab, die durch lokale Prozesse erreicht und legitimierte sind im Gegensatz zur Replikation von ‚best practice‘ Beispielen aus anderen Ländern) (53). Diese Strategie ist komplex und kann gelernt werden, beispielsweise durch einen (54) 15-wöchigen Onlinekurs des Harvard Center for International Development. Die bisherige Arbeitsweise sollten auf diesen Ansatz überprüft und angepasst werden.

Gesundheitssystemergebnisse an Stelle von Projektergebnissen zur Evaluierung nutzen. Projektgebundene Evaluationen können Erfolge vortäuschen, d.h. die Projekte erreichen bestimmte Parameter und verändern nicht, oder hindern sogar UHC Erfolge in einem Land (55,56). Systemweite Evaluationen sind schwieriger, aber möglich und richtig: Kausale Effekte sind schwieriger zu messen, möglicherweise sind längere Zeitraum nötig bis Veränderungen beobachtet werden. Wenn UHC allerdings funktioniert, bedeutet es, dass ein System leistungsfähig ist. Die Wirksamkeit bilateraler Zusammenarbeit der Bundesregierung für UHC drückt sich dementsprechend in dieser Gesundheitssystemleistungsfähigkeit von Partnerländern aus: Gesundheitsergebnisse, der Grad effektiver Versorgung und finanzieller Absicherung der Bevölkerung sowie 'Responsiveness', Effizienz, und Qualität des Systems. Systemweite Evaluationen sind mittelfristig zudem effizienter als Projektevaluationen, da vermehrte Kosten durch Duplikation, Fragmentierung oder überflüssige Koordination zwischen Partnern gespart werden. Sie implizieren auch eine Verschiebung der Anreize in der Zusammenarbeit von Projekt/Programm- zum Systemlevel. Genau diese Anreize sind notwendig um UHC, und auch die damit einhergehende internationale Absicherung vor Pandemien, zu erreichen (54,55).

Nach nationalen und bilateralen Maßnahmen gibt es auch wichtige Chancen in der globalen Zusammenarbeit, die anschließend erläutert werden.

II.c. Globale Zusammenarbeit: Gemeinsam mehr erreichen.

Die Bundesregierung kann UHC global durch normative Autorität sowie globale, öffentliche Güter der Gesundheit und deren entscheidenden Institutionen stärken. Investitionen in diese 'globalen Funktionen' der Gesundheit sind ein wichtiges Instrument welches die Bundesregierung nutzen sollte, um UHC für möglichst viele Menschen in möglichst vielen Ländern zu erreichen (51,57). Diese fördern außerdem maßgeblich Deutschlands Stellung in der Globalen Gesundheit. Im Folgenden werden vier Maßnahmen erläutert.

Die internationale Gesundheitszusammenarbeit beeinflussen. Die Bundesregierung sollte ihren Einfluss geltend machen, um wirksame Gesundheitssystemstärkung als führendes Paradigma in der bi- und multilateralen Zusammenarbeit im Bereich Gesundheit zu verwurzeln und entfalten. Bausteine dieser Norm wurden bereits im vorherigen Abschnitt genannt und sollten nicht nur für die nationale, sondern auch für die internationale Zusammenarbeit gelten. Zusätzlich ist eine bessere Abstimmung zwischen verschiedenen Geberländern nötig, um kohärente Zusammenarbeit mit Partnerländern auf dem Weg zu UHC zu ermöglichen. Die Bundesregierung sollte sich bemühen, dieses Paradigma sowohl in den Programmen anderer Geberländer hin zu mehr Systemstärkung, als auch in den multilateralen Geberfonds, besonders GAVI – the Vaccine Alliance und der Global Fund for Aids TB and Malaria und weitere multilaterale Organisationen wie UNAIDS und UNICEF zu stärken. Aufbauend auf das Engagement der Bundesregierung in der Initiative 'Healthy Systems – Healthy Lives' könnte u.a. UHC2030 eine effektive Plattform sein.

Gesellschaftliche Relevanz hervorheben: UHC ist gerecht, UHC ist ein Investment, UHC hat politisches Kapital. Zivilgesellschaftliche Forderungen nach universeller Gesundheitsversorgung sind oft der entscheidende Motor für dessen Realisierung (51,58). Gesundheit und UHC sind auch für Staaten erreichbar, wenn sie noch keine Länder mit höherem Einkommen sind und fördern die weitere volkswirtschaftliche Entwicklung signifikant (59,60). Des Weiteren kann die politische Zugkraft genutzt werden, um Wahlen zu gewinnen, wie beispielsweise in Ghana ('Abolish Cash and Carry') oder Thailand ('20 Bath To Cure Every Disease'). Dieses politische Potenzial von Gesundheit und UHC sollte die Bundesregierungen durch ihre auswärtigen Beziehungen zu Regierungen und der globalen Öffentlichkeit stärken und so dessen Umsetzung fördern.

Neben der normativen Stärkung ist die Förderung globaler öffentlicher Gesundheitsgüter für UHC, sowie die Stärkung diesbezüglich entscheidender Institutionen zielführend.

Wissensvermittlung und –nutzung zu UHC-Realisierung katalysieren. Ein relevantes öffentliches Gut ist die Generierung und Verteilung von Erkenntnissen, die klären, welche Strategien in der Umsetzung von UHC erfolgreich sind, sowohl zu technischen Aspekten, als auch zur politischen Ökonomie von Gesundheitsreformen. Daher sollte die Bundesregierung Forschungsprojekte zu diesen Fragen verstärkt fördern. Essentiell ist zudem die regelmäßige und vergleichbare Messung von UHC in Hinsicht auf Fortschrittsbestimmungen für die nachhaltigen Entwicklungsziele, und auch da internationale komparative Gesundheitssystemrankings selbst Reformen stimulieren können (z.B. Mexico's Reform infolge des WHO Rankings 2000). Die Bundesregierung sollte diesbezüglich ihr Engagement in der 'Health Data Collaborative' ausbauen um eine bessere Verfügbarkeit von Primärdaten zu erzielen und Monitoringprozesse zu UHC im Rahmen der nachhaltigen Entwicklungsziele politisch und finanziell zu stärken. Des Weiteren könnten beispielsweise die 'Health Systems in Transitions Reports' des WHO Collaborating Centers der

TU Berlin auf weitere Länder ausgeweitet werden. Zudem sind kollaborative und komparative Lernmöglichkeiten zur Realisierung von UHC zielführend. Das Engagement der Bundesregierung im Netzwerk Providing4Health (P4H) sollte ausgebaut werden. Anreize könnten entwickelt werden, um weitere Länder zur Zusammenarbeit mit P4H zu ermutigen und gemeinsam entwickelte Empfehlungen umzusetzen. Zudem sollten die Koordinierungskapazitäten der Multi-Stakeholder-Plattform UHC2030 kontinuierlich unterstützt werden.

Die Handlungsfähigkeit der WHO für das 21. Jahrhundert fördern und einfordern. Die Weltgesundheitsorganisation ist der zentrale globale Akteur zur Umsetzung von Universal Health Coverage und zur Bereitstellung globaler, öffentlicher Güter für Gesundheit. Krisen, wie die des Ebola-Ausbruchs in Westafrika in 2014, verdeutlichen einmal mehr, wie wenig Handlungsspielraum der WHO gegeben wird, ihr Budget selbstbestimmt auszugeben. Es ist daher essentiell, dass die Bundesregierung für dessen Erweiterung eintritt. Hierfür sollte sie progressiv darauf hinarbeiten, dass das WHO Budget anstatt derzeit aus 75 % zweckgebunden Mitteln in bis 2025 aus 75 % ungebundene Mitteln besteht. Dies benötigt keine zusätzlichen Ressourcen, erlaubt jedoch der WHO sich auf ihre Kerngebiete konzentrieren zu können und selbstgesteckte Ziele, darunter ihre höchste Priorität –UHC– zur Umsetzung zu bringen. Die ungebundenen Beiträge der Bundesregierung an die WHO sollten daher erhöht werden. Zusammen mit anderen Mitgliedstaaten sollte eine Finanzierungsreform initiiert werden um die Handlungsfähigkeit der Weltgesundheitsorganisation durch mehr Budgetautonomie wiederherzustellen. Zeitgleich zu einer Finanzierungsreform sollte die Bundesregierung weitere Reformen der WHO hinsichtlich ihrer Autorität, Governance, Struktur und Strategie anregen, damit die WHO dem 21. Jahrhundert und der von ihr erwarteten Wirksamkeit für Weltgesundheit gerecht wird. Besonders hervorzuheben ist hierbei die Stärkung der normativen Kapazitäten der WHO. Das Management negativer Externalitäten, zum Beispiel durch die Verbreitung Antimikrobieller Resistenzen, ist ein zentrales Element Globaler Governance von Gesundheit. Daher verfügt die WHO durch ihre Verfassung über weitreichende Befugnisse zur Setzung internationalen Rechts. Die Bundesregierung sollte auf eine vermehrte Nutzung und Stärkung der personellen Kapazität dieser Kompetenz der WHO hinwirken.

III. Planetare Gesundheit

Planetare Gesundheit (*Planetary Health*) beschreibt die *Gesundheit der menschlichen Zivilisation und der natürlichen Systeme, auf deren Funktion wir angewiesen sind* (61). Das Konzept trägt dem Umstand Rechnung, dass die Störung des Erdsystems und seiner physikalischen, chemischen und biologischen Teilsysteme durch menschliches Handeln zu einer maßgeblichen Determinante der globalen Gesundheit geworden ist und in den kommenden Jahrzehnten weiter an Bedeutung gewinnen wird (61).

Ein wesentlicher Teil der globalen Krankheitslast lässt sich schon heute auf Umweltveränderungen zurückführen: Jährlich sterben weltweit über 9 Millionen Menschen allein an den Folgen verschiedener Arten von Umweltverschmutzung. Das entspricht knapp 16% aller Todesfälle und ist mehr als durch HIV, Tuberkulose und Malaria zusammen (62). Luftverschmutzung, die im Wesentlichen durch die Verbrennung fossiler Energieträger verursacht wird, und die Verschmutzung der Umwelt durch Chemikalien stellen dabei nur zwei von neun **Planetary Boundaries** (*Planetare Belastungsgrenzen*) dar, die den *sicheren Handlungsraum der Menschheit auf dem Planeten Erde* umschreiben (63,64).

Die Planetaren Belastungsgrenzen und mit ihnen assoziierte Gefahren für die menschliche Gesundheit sind im Einzelnen: Luftverschmutzung (Herz-Kreislauf- und Atemwegserkrankungen, Krebs), Verschmutzung durch Chemie, Plastik und Schwermetalle (Krebs, embryonale Defekte, hormonell bedingte Störungen, Erkrankungen des Nervensystems), Klimawandel (hitzebedingte Erkrankungen, Herz-Kreislauf- und Atemwegserkrankungen, Infektionskrankheiten, Mangelernährung, psychische Erkrankungen, direkte Traumata), übermäßige Frischwasser-Nutzung (Mangelernährung, Wassermangel, Durchfallerkrankungen, psychische Erkrankungen), Veränderung der biogeochemischen Flüsse von Stickstoff und Phosphor (Mangelernährung, Wassermangel), Ozeanversauerung (Mangelernährung), Biodiversitätsverlust (Infektionskrankheiten, Senkung der Widerstandsfähigkeit in Bezug auf die anderen Grenzen, Verlust potentieller Medikamente), Landnutzungsänderungen (Wirkung über Klimawandel und Biodiversitätsverlust) und Ozonabbau in der Stratosphäre (Katarakt, Hautkrebs) (65).

Die Überschreitung dieser ökologischen Grenzen in Folge menschlichen Handelns ist verbunden mit einer tiefgreifenden Gefährdung der globalen Gesundheit und sollte im Sinne einer an Prävention orientierten globalen Gesundheitspolitik unbedingt vermieden werden. Zugleich ist eine Anpassung an bereits bestehende und unvermeidliche künftige Gesundheitsgefahren durch vom Menschen verursachte Umweltveränderungen zwingend erforderlich. Maßnahmen zur Vermeidung (Primärprävention und *Prävention 0. Ordnung*) sowie zur Anpassung (Sekundär- und Tertiärprävention) sollten integriert gedacht und umgesetzt werden - und können

Co-Benefits in allen Bereichen der globalen Gesundheit entfalten: so sind etwa Vermeidung und Anpassung an die Folgen des Klimawandels die **„größte Chance für die Globale Gesundheit im 21. Jahrhundert“** (66).

Wenn jedoch wirksame Vermeidungs- und Anpassungsmaßnahmen ausbleiben, droht die zusätzlich generierte globale Krankheitslast, in Folge vom Menschen verursachten Umweltveränderungen, die Entwicklungsfortschritte der letzten Jahrzehnte weltweit rückgängig zu machen. Um ein **Erreichen der Sustainable Development Goals (SDGs)** und eine kurz- und langfristige Sicherung der erzielten Fortschritte der globalen Gesundheit zu gewährleisten, ist es daher unabdingbar, die gesundheitlichen Auswirkungen dieser Umweltveränderungen sowie Maßnahmen zu ihrer Vermeidung und zur Anpassung an ihre Folgen als wesentliche Komponenten in einer Global-Health-Strategie zu verankern.

Das Konzept **der Planetaren Gesundheit** schafft hierfür einen **geeigneten Rahmen**: Es bietet eine interdisziplinäre Plattform für eine Sektoren übergreifende Zusammenarbeit sowie Zugang zu wissenschaftlichem Knowhow an der Schnittstelle von Medizin, Public Health, Umwelt- und Nachhaltigkeitswissenschaften. Weltweit bekennen sich bereits über 100 namhafte akademische und wissenschaftliche Institutionen sowie Regierungs- und Nichtregierungsorganisationen zu den Inhalten und dem konzeptionellen Rahmen von Planetary Health, etwa die Harvard T.H. Chan School of Public Health, die London School of Hygiene and Tropical Medicine, das Stanford Center for Innovation in Global Health, die American Public Health Association, das renommierte Journal The Lancet und die United Nations Foundation (PLANETARY HEALTH ALLIANCE 2018). Will Deutschland auf dem Gebiet der Globalen Gesundheit zukünftig eine entscheidende Rolle einnehmen, müssen die Inhalte und der konzeptionelle Rahmen von Planetary Health ein wesentliches Fundament der neuen Strategie zur Globalen Gesundheit darstellen.

Die Gefährdung der menschlichen Gesundheit durch das Überschreiten der planetaren Belastungsgrenzen wirkt sowohl global als auch lokal. Die Öffentliche Gesundheit in Deutschland ist nicht nur deshalb ein untrennbarer Teil der Globalen Gesundheit. Präventive Maßnahmen zur Vermeidung und Anpassung sollten vor Ort in Deutschland beginnen. Diese entfalten ihre Wirkung wiederum lokal und global. Zusätzlich kann anderen Ländern strategische Unterstützung angeboten werden („think global, act local“).

Maßnahmen und Aktivitäten:

Anerkennung und Erwähnen der Erkenntnisse des Planetary Health-Ansatzes in der neuen Strategie für Globale Gesundheit:

- Anerkennung der Sicherung von menschlicher Gesundheit und Wohlbefinden als zentrales politisches Ziel, und Anerkennung der Abhängigkeit dieser von der Funktion der physikalischen, chemischen und biologischen Teilsysteme des komplexen Systems Erde;
- Nutzung des konzeptionellen Rahmens von Planetary Health zum Verständnis der komplexen Zusammenhänge zwischen menschlichem Handeln, Umweltveränderungen und Gesundheitsfolgen;
- Reframing von Umweltschutz als Gesundheitsschutz (*Prävention 0. Ordnung*) in der öffentlichen und politischen Debatte und hiermit verbundene Stärkung des Gewichtes von Gesundheitspolitik in der nationalen und globalen politischen Entscheidungsfindung;

Vertragliche Rahmenbedingungen als Konsequenz:

- Anerkennung und Umsetzung des Pariser Klimaabkommens und der Sustainable Development Goals (SDGs) als vertragliche Rahmenbedingungen des globalen Gesundheitsschutzes;
- Anerkennung des Verursacherprinzips im Sinne eines finanziellen und strukturellen Ausgleichs von Gesundheitsschäden bedingenden Umweltveränderungen durch Deutschland und andere Industrienationen an Länder des globalen Südens;

Evidenzbasiertes Handeln:

- Nutzung von wissenschaftlich fundierter Erdsystem-Analyse, auf ihr beruhenden Gesundheitsfolge-Abschätzungen und Handlungsempfehlungen bei der politischen Entscheidungsfindung in allen Bereichen (*health in all policies* mit Schwerpunkt Mensch-Umwelt-Interaktionen);
- Auch in anderen politischen Strategien, wie beispielsweise der Sonderinitiative „Eine Welt ohne Hunger“ zur Verbesserung der Ernährungssicherheit, sollen die Erkenntnisse von Planetary Health berücksichtigt werden. Einige der bisherigen Kooperationsprojekte wie beispielsweise die „Kartoffelinitiative“ der „German Food Partnership“ standen in der Kritik, da sie Ansätze der Ganzheitlichkeit, wie auch Aspekte von Planetary Health den Wirtschaftsinteressen der beteiligten Firmen unterordnen würden (67);

Finanzierungskonzept:

- Einbezug der Folgekosten menschengemachter Umweltveränderungen und ihrer Gesundheitsschäden in Kostenrechnungen, hiervon ausgehend höhere Besteuerung und Streichung der Subventionierung umwelt- und gesundheitsschädigender Faktoren, sowie Einsatz der frei werdenden Mittel und zusätzliche Investitionen in Sektoren und Ministerien übergreifende Maßnahmen des Umwelt- und Gesundheitsschutzes bzw. des gesundheitsbezogenen Umweltschutzes;

Konkrete Maßnahmen

- Einberufung einer interdisziplinären Kommission zu Planetary Health mit Besetzung durch Expert*Innen aus Erdsystem-Analyse, Klimafolgenforschung, Umweltmedizin, Public Health und Klinischer Medizin in Zusammenarbeit der Bundesministerien für Gesundheit, Umwelt und wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung; Beauftragung dieser Kommission mit der Erarbeitung eines umfassenden Gutachtens zu Herausforderungen und Chancen im Bereich der planetaren Gesundheit, Maßnahmen zu Vermeidung und Anpassung an gesundheitliche Umweltfolgen und zur Schaffung eines resilienten globalen Gesundheitssystems;
- Förderung von wissenschaftlichen, interdisziplinären Projekten und Studien, sowie interdisziplinärer Arbeitsgruppen zu Gesundheitsfolge-Abschätzungen, Co-Benefits durch Maßnahmen zur Vermeidung und Anpassung an Umweltveränderungen und politischen Handlungsempfehlungen an akademischen und außeruniversitären Forschungseinrichtungen beispielsweise im Bereich der Erdsystem-Analyse und Klimafolgenforschung, durch die Bereitstellung finanzieller Mittel;
- Schaffung eines institutionellen Rahmens zur Zusammenarbeit von Wissenschaft, Gesundheitssektor, Zivilgesellschaft und Politik im Bereich Planetary Health zur nationalen und globalen Vernetzung beteiligter Akteur*Innen;
- Konsequente Umsetzung des Pariser Klimaabkommens als eines der wichtigsten Gesundheitsabkommen des Jahrhunderts (68) auf nationaler und globaler Ebene, inklusive konkreten Maßnahmen zur Reduktion von Emissionen wie beispielsweise Steuern auf Kerosin und Reduktion von der Nutzung tierischer Produkte;
- Umsetzung von integrierten und Sektorenübergreifenden Maßnahmen zum Erreichen der Sustainable Development Goals (SDGs), die nahezu vollständig direkt oder indirekt mit der Globalen Gesundheit in Verbindung stehen, sowie wissenschaftliche Evaluation dieser Maßnahmen;
- Implementierung von berufsbegleitenden, international Aus- und Weiterbildungsprogrammen im Bereich Planetary Health für verschiedene Berufsgruppen;
- Verankerung der Inhalte von Planetary Health im Curriculum von Studiengängen und Berufsausbildungen im Gesundheitsbereich;
- Einrichtung und Stärkung spezifischer Gesundheits-Ressorts in allen entsprechenden Bundesministerien mit regelmäßigem Austausch.

Hintergrund

Die mehr als 30 Autor*innen dieses Papiers vertreten die folgenden Nachwuchsorganisationen: AG Klimawandel und Gesundheit der kritischen Mediziner*innen, Bundesarbeitsgemeinschaft Junge Pflege im Deutschen Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK), Bundeschüler und -studierendenrat (BSSR) des Deutschen Verbandes für Physiotherapie, Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland (bvmd), Internationale Ärzte für die Verhütung des Atomkrieges, Ärzte in sozialer Verantwortung (IPPNW), Fachbereich Studierende der Deutschen Gesellschaft für Public Health (DGPH), Global Health AG der Charité, Global Health Alliance Deutschland (GHA-D), MediNetz, Nachwuchsnetzwerk Öffentliche Gesundheit (NÖG), Psychologie-Fachschafften-Konferenz (PsyFaKo), Students for Planetary Health Berlin (SfPHBerlin), Universities Allied for Essential Medicines (UAEM), Young Leaders for Health. Zudem waren weitere Einzelpersonen involviert. Für einen zukünftigen, weiteren Austausch innerhalb der Nachwuchsorganisationen ist eine sektorübergreifende Zusammenarbeit wünschenswert und sollte in den weiteren Prozessen angestrebt werden. Der im Rahmen des Positionspapiers angestoßene Austausch unter den verschiedenen Organisationen wurde sehr positiv wahrgenommen und soll in Zukunft fortgesetzt werden.

Als nachkommende Generation haben die Autor*innen ein großes Interesse an einer gerechten, globalen Gesundheitspolitik. Die Vielzahl der Organisationen und die Heterogenität der Hintergründe der Autor*innen wird in diesem Papier in den einzelnen Abschnitten widerspiegelt. Dennoch ist die Gruppe des Nachwuchses geeint durch das Bedürfnis, das Recht auf Gesundheit als Basis für jedes politische Handeln anzuerkennen.

Für weiteren Austausch stehen motivierte Nachwuchsnetzwerke mit großem Interesse an Verbesserung von Aus- und Weiterbildungsmöglichkeiten, Vernetzung von Aktivitäten in der (Lehr-)Forschung und Vernetzung von Öffentlicher und Globaler Gesundheit in Deutschland zur Verfügung.

Quellen

1. Die Bundesregierung. Globale Gesundheitspolitik gestalten - gemeinsam handeln - Verantwortung wahrnehmen [Internet]. 2013 [cited 2018 Aug 29]. Available from: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/Publikationen/Gesundheit/Broschuere_n/Globale_Gesundheitspolitik-Konzept_der_Bundesregierung.pdf.
2. Office of the High Commissioner for Human Rights. CESCR General Comment No. 14: The Right to the Highest Attainable Standard of Health (Art. 12). 2010 [cited 2018 Aug 29]. Available from: <http://www.refworld.org/pdfid/4538838d0.pdf>
3. Daniels N, Sabin J. Limits to health care: fair procedures, democratic deliberation, and the legitimacy problem for insurers. *Philosophy and Public Affairs*. 1997; 26:303–350.
4. Daniels N, Sabin J. The ethics of accountability in managed care reform. *Health Affairs*. 1998; 17:50–64.
5. Daniels N. Accountability for reasonableness : Establishing a fair process for priority setting is easier than agreeing on principles. *BMJ: British Medical Journal* 2000; 321(7272):1300-1301.
6. Martin D, Singer P: A strategy to improve priority setting in health care institutions. *Health care analysis: HCA : journal of health philosophy and policy* 2003; 11(1):59-68.
7. Friedman A: Beyond accountability for reasonableness. *Bioethics* 2008; 22(2):101-112.
8. Gruskin S, Daniels N: Process is the point: justice and human rights: priority setting and fair deliberative process. *Am J Public Health* 2008; 98:1573–1577.
9. Childress JF, Faden RR, Gaare RD, Gostin LO, Kahn J, Bonnie RJ, Kass NE, Mastroianni AC, Moreno JD, Nieburg P: Public Health Ethics: Mapping the Terrain. *The Journal of Law, Medicine & Ethics* 2002; 30(2):170-178.
10. Tannahill A: Beyond evidence - To ethics: A decision-making framework for health promotion, public health and health improvement. *Health Promotion International* 2008, 23(4):380-390.
11. Marckmann G, Schmidt H, Sofaer N, Strech D: Putting Public Health Ethics into Practice: A Systematic Framework. *Frontiers in Public Health* 2015; 3:23.
12. Friedman A: Beyond accountability for reasonableness. *Bioethics* 2008; 22(2):101-112.
13. Sen A. *The Idea of Justice*. Cambridge, Massachusetts Belknap Press of Harvard University Press; 2009.
14. World Health Organisation. Ottawa Charter for Health Promotion: First International Conference on Health Promotion [Internet]. 1986 [cited 2018 Aug 29]. Available from https://www.healthpromotion.org.au/images/ottawa_charter_hp.pdf
15. Cranor, CF. The Tobacco Strategy Entrenched. *Science* 2008; 321: 1296-1297.
16. Rehfuess E, Stratil J, Scheel I, Portela A, Norris S, Baltussen R. The WHO-INTEGRATE evidence to decision framework version 1.0: Integrating WHO norms and values and a complexity perspective. *BMJ Global Health* 2018; in press.
17. Goetghebeur MM, Wagner M, Khoury H, Levitt RJ, Erickson LJ, Rindress D. Evidence and Value: impact on Decision Making--the EVIDEM framework and potential applications. *BMC Health Serv Res*. 2008;8:270.
18. Tromp N, Baltussen R. Mapping of multiple criteria for priority setting of health interventions: an aid for decision makers. *BMC health services research* 2012; 12:454.
19. Alonso-Coello P, Oxman AD, Moberg J, Brignardello-Petersen R, Akl EA, Davoli M, Treweek S, Mustafa RA, Vandvik PO, Meerpohl J et al: GRADE Evidence to Decision (EtD) frameworks: a systematic and transparent approach to making well informed healthcare choices. 2: Clinical practice guidelines. *BMJ* 2016; 353.

20. Norheim OF, Baltussen R, Johri M, Chisholm D, Nord E, Brock D, Carlsson P, Cookson R, Daniels N, Littlejohns P et al: Guidance on priority setting in health care (GPS-Health): the inclusion of equity criteria not captured by cost-effectiveness analysis. *Cost Eff Resour Allocat* 2014; 12:18.
21. Nuffield Council on Bioethics: Public health: ethical issues. In. Cambridge: Cambridge Publishers Ltd; 2007.
22. Koplan JP, Bond TC, Merson MH, Reddy KS, Rodriguez MH, Sewankambo NK, Wasserheit JN; Consortium of Universities for Global Health Executive Board. Towards a common definition of global health. *Lancet* 2009;373(9679):1993-5.
23. CSDH. Closing the Gap in a Generation: Health Equity through Action on the Social Determinants of Health. Geneva: World Health Organization; 2008.
24. World Health Organization. Constitution of the World Health Organization; 1948 [cited 2018 Aug 29]. Available from: <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf?ua=1>.
25. Farmer PE, Nizeye B, Stulac S, Keshavjee S. Structural Violence and Clinical Medicine. *PLoS Med* 2006; 3(10): e449.
26. Hartmann C, Gaisbauer F, Vorwerk K. Evaluierung des developp.de-Programms. Bonn; 2017. p 77.
27. United Nations Development Programme. Report of the United Nations Secretary-General's High-Level Panel on Access to Medicines: Promoting innovation and access to health technologies. 2016. p 16.
28. Petticrew M, Knai C, Thomas J, et al. Systematic reviews of complex systems for health decision-making: implications of a systems perspective for framing the question and for inclusion criteria. *BMJ Global Health* forthcoming.
29. Lewin S, Hendry M, Chandler J, et al. Assessing the complexity of interventions within systematic reviews: development, content and use of a new tool (iCAT_SR). *BMC Med Res Methodol* 2017; 17:76.
30. Booth A, Moore G, Flemming K, et al. Factoring in context in systematic reviews and guidelines for complex interventions. *BMJ Global Health* forthcoming.
31. Pfadenhauer LM, Gerhardus A, Mozygemba K, et al. Making sense of complexity in context and implementation: the Context and Implementation of Complex Interventions (CICI) framework. *Implement Sci* 2017; 12:21.
32. van Geelen L, Meier D, Rehberg N, Kalscheuer R. (Some) current concepts in antibacterial drug discovery. *Applied Microbiology and Biotechnology* 2018; 102(7):2949-2963.
33. Hubbard T, Love J. A new trade framework for global healthcare R&D. *PLoS Biol* 2004; 2(2):E52.
34. Access to Medicine Foundation. Access to Medicines Index [Internet]. 2018 [cited 2018 Aug 28]. Available from: <https://accesstomedicineindex.org/media/atmi/2017-Methodology-2018-Access-to-Medicine-Index.pdf>.
35. World Health Organization. Report of the Consultative Expert Working Group on Research and Development: Financing and Coordination [Internet]. 2012 [cited 2018 Aug 28]. Available from: http://www.who.int/phi/CEWG_Report_5_April_2012.pdf.
36. World Health Organization. Overall programme review of Global strategy and plan of action on public health, innovation and intellectual property [Internet]; 2018 [cited 2018 Aug 28]. Available from: <http://www.who.int/medicines/innovation/gspa-review/en/>.
37. Frenk J, Chen L, Bhutta ZA, Cohen J, Crisp N, Evans T, et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *Lancet*. 2010; 376:1923–1958.
38. Gabrysch S, Jaehn P. Germany must invest in its global health academic workforce. *The Lancet* 2018; Volume 391, ISSUE 10121, P656-657.

39. Kaffes I, Moser F, Pham M, Oetjen A, Fehling M. Global health education in Germany: An analysis of current capacity, needs, and barriers. *BMC Medical Education* 2016; 16:304.
40. Medizinstudierende fordern mehr Global Health an Hochschulen [Internet]. *aerzteblatt.de* 2017 [cited 2018 Aug 29]. Available from: <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/74322/Medizinstudierende-fordern-mehr-Global-Health-an-Hochschulen>.
41. Global Health Hochschulranking. Was tragen Universitäten zu Globaler Gesundheit bei? [Internet]. 2017 [cited 2018 Aug 29]. Available from: www.globale-gesundheit.de.
42. Bozorgmehr K, Schubert K, Menzel-Severing J, Tinnemann P. Global Health Education: a cross-sectional study among German medical students to identify needs, deficits and potential benefits (Part 1 of 2: Mobility patterns & educational needs and demands). *BMC Medical Education* 2010; 10:66.
43. Havemann M, Bösner S. Global Health as “umbrella term” – a qualitative study among Global Health teachers in German medical education. *Globalization and Health* 2018; 14:32.
44. Offe J DA, Bozorgmehr K, Trabert G. Parallel report to the CESCR. On the right to health for non-nationals [Internet]. 2018 [cited 2018 Aug 29]. Available from: http://typo3.p428724.webspaceconfig.de/fileadmin/user_upload/temp/Parallel_report_CESCR_Right_to_Health_non-nationals_July2018.pdf
45. Stellungnahme der Zentralen Kommission zur Wahrung ethischer Grundsätze in der Medizin und ihren Grenzgebieten (Zentrale Ethikkommission) bei der Bundesärztekammer. Zwangsbehandlung bei psychischen Erkrankungen. *Dtsch Arztebl International* 2013; 110(26):1334-8
46. Bozorgmehr K, Razum O. Effect of Restricting Access to Health Care on Health Expenditures among Asylum-Seekers and Refugees: A Quasi-Experimental Study in Germany, 1994–2013. *PLoS ONE* 2015; 10(7):e0131483.
47. UN General Assembly. Universal Declaration of Human Rights [Internet]. 1948 [cited 2018 Aug 29]. Available from: <http://www.refworld.org/docid/3ae6b3712c.html>
48. Stenberg K, Hanssen O, Edejer TT-T, Bertram M, Brindley C, Meshreky A, et al. Financing transformative health systems towards achievement of the health Sustainable Development Goals: a model for projected resource needs in 67 low-income and middle-income countries. *The Lancet Global Health* 2017; 5(9):e875-e87.
49. Schmets G, Hanssen O, Soucat A, Porignon D. Interconnectedness of UHC and health security WHO Background paper prepared for UHC2030 [Internet]. 2017 [cited 2018 Aug 29]. Available from: https://www.uhc2030.org/fileadmin/uploads/uhc2030/Documents/About_UHC2030/UHC2030_Working_Groups/2017_Fragility_working_groups_docs/Meeting_Nov_2017/BACKGROUND_PAPER_-_HEALTH_SECURITY_UHC_-_UHC2030_FRAGILE_WG_-_07_NOV_2017_-_V2.pdf.
50. Munir K, Worm I. Health systems strengthening in German development cooperation: making the case for a comprehensive strategy. *Global Health* 2016; 12: 81.
51. Yamey G, Evans D. Implementing Pro-Poor Universal Health Coverage - Lessons from country experience [Internet]. 2015 [cited 2018 Aug 29]. Available from: <http://globalhealth2035.org/sites/default/files/bellagio/policy-report-implementing-pro-poor-uhc.pdf>.
52. Marchal B, Cavalli A, Kegels G. Global health actors claim to support health system strengthening—is this reality or rhetoric? *PLoS medicine* 2009; 6(4):e1000059.
53. Woolcock M. Enhancing Public Health Outcomes in Developing Countries: From Good Policies and Best Practices to Better Implementation [Internet]. 2018 [cited 2018 Aug 29]. Available from: https://bsc.cid.harvard.edu/files/bsc/files/woolcock_publichealth_cid340.pdf.

54. Andrews M, Woolcock M, Pritchett L. Building state capability: Evidence, analysis, action: Oxford University Press; 2017.
55. Shroff ZC, Ghaffar A, Soucat A. Moving Beyond Diagonal and T-Shaped: Getting the Incentives Right for the Pie Not for the Slice. *Health Systems & Reform*. 2017; 3(4):261-7.
56. Sparkes S, Durán A, Kutzin J, Organization WH. A system-wide approach to analysing efficiency across health programmes. World Health Organization; 2017.
57. Schäferhoff M, Fewer S, Kraus J, Richter E, Summers LH, Sundewall J, et al. How much donor financing for health is channelled to global versus country-specific aid functions? *The Lancet* 2015; 386(10011):2436-41.
58. Bump JB. The long road to universal health coverage: historical analysis of early decisions in Germany, the United Kingdom, and the United States. *Health Systems & Reform*. 2015; 1(1):28-38.
59. Sen A. Development as freedom. Oxford; Oxford University Press: 1999.
60. WHO Commission on Macroeconomics and Health & World Health Organization. Macroeconomics and health: investing in health for economic development : executive summary / report of the Commission on Macroeconomics and Health. Geneva. World Health Organization 2001 [cited 2018 Aug 29]. Available from: <http://www.who.int/iris/handle/10665/42463>.
61. Whitmee S, Haines A, Beyrer C, Boltz F, Capon AG, de Souza Dias BF, et al. Safeguarding human health in the Anthropocene epoch: report of The Rockefeller Foundation—Lancet Commission on planetary health. *Lancet* 2015;386:1973–2028. 10.1016/S0140-6736(15)60901-1.
62. Landrigan PJ, Fuller R, Hu H, Caravanos J, Cropper ML, Hanrahan D, Sandilya K, Chiles TJ, Kumar P, Suk WA. Pollution and Global Health - An Agenda for Prevention. *Environ Health Perspect*. 2018; 6;126(8):084501.
63. Rockström, J, Steffen W, Noone K, Persson Å, Chapin FS, Lambin E, et al. Planetary boundaries:exploring the safe operating space for humanity. *Ecology and Society*. 2009; 14(2): 32.
64. Steffen W, Richardson K, Rockström J, Cornell SE, Fetzer I, Bennett EM, et al. Planetary boundaries: Guiding human development on a changing planet. *Science* 2015;347, 1259855.
65. Butler CD. *Climate Change and Global Health*. 1st ed. Boston, MA: CABI; 2014.
66. Watts N, Adger WN, Agnolucci P, Blackstock J, Byass P, Cai W, et al. Health and climate change: policy responses to protect public health. *Lancet* 2015; 386(10006):1861–1914.
67. Positionspapier der AG Landwirtschaft & Ernährung des Forums Umwelt und Entwicklung zur German Food Partnership (GFP). German Food Partnership – Entwicklungszusammenarbeit zum Nutzen deutscher Konzerne oder zur Bekämpfung von Hunger und Armut? [Internet]. 2013 [cited 2018 Aug 29]. Available from: http://forumue.de/wp-content/uploads/2015/05/pospap_gfp_v3.pdf.
68. The Paris Agreement is a Health Agreement – WHO [Internet]. 2018 [cited 2018 Aug 29]. Available from: <https://unfccc.int/news/the-paris-agreement-is-a-health-agreement-who>.