



Doc. 15115

11. Juni 2020

Ausschuss für Soziales, Gesundheit und nachhaltige Entwicklung

Lehren für die Zukunft aus einer wirksamen und auf Rechte gestützten Reaktion auf die COVID-19-Pandemie

Bericht¹

Berichtersteller: Andrej Hunko, Fraktion der Vereinten Europäischen Linken (UEL)

Übersetzung: Sprachendienstes des Deutschen Bundestages

Zusammenfassung

Ein Ausbruch der vom neuartigen Coronavirus SARS-CoV-2 ausgelösten COVID-19-Erkrankung wurde erstmals am 31. Dezember 2019 dem WHO-Landesbüro in China gemeldet und am 30. Januar 2020 von der WHO zu einer gesundheitlichen Notlage von internationaler Tragweite und am 11. März 2020 zu einer Pandemie erklärt. Das Virus breitete sich binnen Monaten auf sechs Kontinente aus, infizierte Millionen und forderte hunderttausende Todesopfer.

Die Krankheit traf die Welt weitgehend unvorbereitet. Der Preis der anfänglichen Untätigkeit, der anschließenden schleppenden Reaktion, der überstürzten Maßnahmen und der voreiligen Wiedereröffnungen wird vielleicht mit Menschenleben gezahlt werden, sowie auch mit möglicherweise bleibenden Schäden an unseren politischen, demokratischen, sozialen, finanziellen und wirtschaftlichen Systemen und mit der Missachtung zahlreicher Rechte, die durch europäische und internationale Übereinkünfte garantiert werden.

Die aus dem Leid der letzten Monate zu ziehenden Lehren sind die, dass wir zur Vermeidung katastrophaler Folgen durch Todesfälle und Krankheitsüberlastung und ebenso katastrophaler Auswirkungen auf die Wirtschaft und die Menschenrechte rasch handeln müssen, um Ausbrüche einzudämmen, indem wir bewährte, effektive Maßnahmen ergreifen, die in rechtskonformer Weise umgesetzt, national, regional und international abgestimmt, verständlich kommuniziert und gerecht angewandt werden, wie in diesem Bericht empfohlen wird.

Der Europarat und die Europäische Union müssen ein regionales System aufbauen, das in der Lage ist, die zuständigen internationalen Einrichtungen in ihren Bemühungen zur Gewährleistung einer wirksamen Pandemievorsorge zu unterstützen. Die WHO muss reformiert werden, damit sie besser ihre Aufgabe erfüllen kann, für alle das erreichbare Höchstmaß an Gesundheit zu erzielen. Es sollte bei den Vereinten Nationen (VN) für aktuelle und künftige biologische Vorfälle von hoher Tragweite ein dauerhaftes Prüfsystem eingerichtet werden, was möglicherweise auch einen ständigen, eigens eingesetzten Vermittler im Büro des VN-Generalsekretärs beinhaltet. Die VN sollten außerdem für eine weltweite Kontrolle und Rechenschaftspflicht über die Pandemievorsorge durch eine unabhängige externe Stelle sorgen.

¹ Anmerkung: Die Berichte des Europarates bestehen standardmäßig aus drei Teilen: A Resolution: Entschließung, B recommendation: Empfehlung, C Explanatory memorandum: Erklärendes Memorandum. A und B werden von der Versammlung bzw. dem Ständigen Ausschuss verabschiedet, C ist ein ergänzender Teil des Berichterstatters.

A. Entschließung 2329 (2020)²

1. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat 2015 ein spezielles Instrument entwickelt, um zu bestimmen, welchen Krankheiten und Erregern bei der Forschung und Entwicklung im Zusammenhang mit gesundheitlichen Notlagen Priorität eingeräumt werden sollte. Im Jahr 2018 wurde die Liste um die „Krankheit X“ ergänzt, womit der Erkenntnis Rechnung getragen wurde, dass eine schwerwiegende weltweite Epidemie von einem Erreger ausgehen könnte, von dem bislang nicht bekannt ist, dass er Erkrankungen beim Menschen hervorruft.

2. Nach der Ebola-Epidemie von 2015–2016 verabschiedete die Parlamentarische Versammlung die Entschließung 2114 (2016) „Der Umgang mit gesundheitlichen Notlagen von internationaler Tragweite“. In dieser Entschließung formulierte die Versammlung eine Reihe von – nach wie vor gültigen – Empfehlungen, um die Welt besser auf die unausweichliche nächste internationale Pandemie vorzubereiten, wobei dringend neue Wege angemahnt wurden, um internationaler Gesundheitskrisen zu begegnen, bevor sie sich ereignen. Bedauerlicherweise verhallte der Appell der Versammlung weitgehend ungehört.

3. Die „Krankheit X“ traf die Welt weitgehend unvorbereitet in Form von COVID-19, ausgelöst durch ein neuartiges Coronavirus: 2019-nCoV (auch als SARS-CoV-2 bezeichnet). Der zuerst am 31. Dezember 2019 dem WHO-Landesbüro in China gemeldete Ausbruch wurde am 30. Januar 2020 zu einer gesundheitlichen Notlage von internationaler Tragweite und am 11. März 2020 zu einer Pandemie erklärt. Das Virus breitete sich binnen Monaten auf sechs Kontinenten aus, infizierte Millionen und forderte hunderttausende Todesopfer.

4. Bedauerlicherweise setzten einige Staaten in Anbetracht des sich rapide ausbreitenden Virus und ernüchternder Mortalitätsprognosen auf nationalistische Abschottung und auf repressive und autoritäre Gegenmaßnahmen, anstatt auf ein besonnenes und empathisches, evidenzbasiertes fundiertes, international koordiniertes, menschenrechtskonformes und effektives Vorgehen. Viele Staaten scheinen auch die Gefahr, in der sie sich befanden, zu spät erkannt zu haben (oder sie wollten sie nicht wahrhaben). Man kann sich nur schwer des Eindrucks erwehren, dass selbst auf europäischer und internationaler Ebene, einschließlich der WHO, verspätet reagiert worden ist.

5. Der Preis der anfänglichen Untätigkeit, der anschließenden schleppenden Reaktion, der überstürzten Maßnahmen und der voreiligen Wiedereröffnungen wird vielleicht mit Menschenleben gezahlt werden, sowie auch mit möglicherweise bleibenden Schäden an unseren politischen, demokratischen, sozialen, finanziellen und wirtschaftlichen Systemen und mit der Missachtung zahlreicher Rechte, die durch die Europäische Menschenrechtskonvention und andere rechtsverbindliche Übereinkünfte des Europarates sowie die Übereinkommen der Vereinten Nationen, wie das Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen, garantiert werden. Wenn die zur Eindämmung von Krankheiten ergriffenen Kontrollmaßnahmen im Bereich der öffentlichen Gesundheit Auswirkungen auf die Menschenrechte haben (etwa Quarantänemaßnahmen, Abstandsregeln, Nachverfolgung von Kontaktpersonen, Grenzkontrollen und Reisebeschränkungen), so müssen sie sich auf einschlägige Normen und das Vertrauen der Öffentlichkeit stützen, um wirksam zu sein: Sie müssen in transparenter, evidenzbasierter und auf Rechte gestützter Weise gestaltet und umgesetzt werden, depolitisiert sein, national, regional und international abgestimmt sein und verständlich kommuniziert und gerecht angewandt werden, wie in der Entschließung [2114 \(2016\)](#) der Versammlung ausgeführt.

6. Obwohl der erste Höhepunkt der Pandemie in den meisten Ländern Europas überschritten zu sein scheint, ist die Gesundheitskrise noch nicht vorbei – und dies vielleicht noch länger nicht. Die aus dem Leid der letzten Monate zu ziehenden Lehren sind die, dass wir zur Vermeidung katastrophaler Folgen durch Todesfälle und Krankheitsüberlastung und ebenso katastrophaler Auswirkungen auf die Wirtschaft und die Menschenrechte rasch handeln müssen, um Ausbrüche einzudämmen, indem wir bewährte, effektive Maßnahmen ergreifen, die in rechtskonformer Weise umgesetzt werden.

7. Die Versammlung empfiehlt deshalb den Mitgliedstaaten, bei einem Ausbruch des Coronavirus SARS-CoV-2 in ihrem Hoheitsgebiet

7.1. rasche und nachhaltige Maßnahmen zu ergreifen, um menschliche Kontakte durch physische Distanzierung – soweit möglich auf freiwilliger Basis – und, falls nötig, durch rechtskonforme Shutdowns/Ausgangssperren so lange zu reduzieren, bis die aktive lokale Verbreitung des Coronavirus auf ein Niveau sinkt, das mithilfe der Durchführung eingehender Tests, Nachverfolgung von Kontaktpersonen im Einklang mit dem Datenschutz sowie Quarantäne- und

² Vom Ständigen Ausschuss im Auftrag der Versammlung am 26. Juni 2020 verabschiedeter Text (siehe Dok. 15115, Bericht des Ausschusses für Soziales, Gesundheit und nachhaltige Entwicklung, Berichterstatter: Andrej Hunko). Siehe auch Empfehlung [2174 \(2020\)](#).

Selbstisierungsmaßnahmen beherrschbar ist, wobei der Grundsatz der Verhältnismäßigkeit gewahrt werden muss sowie die Auswirkungen solcher Maßnahmen auf die Grundrechte, darunter soziale und wirtschaftliche Rechte, und die physische und psychische Gesundheit zu berücksichtigen und Maßnahmen zur Kompensierung dieser negativen Auswirkungen zu treffen sind;

7.2. Schutzausrüstung für medizinische und weitere unentbehrliche Fachkräfte zu beschaffen, die Kapazität des Gesundheitssystems zu steigern und zu optimieren, indem nichtaktive medizinische Fachkräfte mobilisiert werden und die erforderliche Ausstattung zur sicheren und wirksamen Diagnose und Behandlung von Patientinnen und Patienten aufgestockt wird – insbesondere von Diagnosetests, Sauerstoff- und Beatmungsgeräten/Atemschutzmasken, sowie auch durch die Aufstockung der verfügbaren Intensivbetten in Krankenhäusern;

7.3. dafür zu sorgen, dass alle gesundheitspolitischen Maßnahmen die Menschenrechte achten, geschlechtersensibel sind und dabei Frauen maßgeblich in Entscheidungen einbezogen und gefährdete Bevölkerungsgruppen (insbesondere Menschen mit Behinderungen, Kinder und ältere Menschen) geschützt werden;

7.4. die Voraussetzungen zu schaffen, um symptomatische Fälle, die keiner sofortigen Krankenhausbehandlung bedürfen, auf freiwilliger Basis zu isolieren und zu betreuen und auf diese Weise Infektionsclustern im Haushalt bzw. in der Familie vorzubeugen und die erforderliche medizinische Überwachung sicherzustellen, um eine zügige Einweisung zu ermöglichen, sollte sich der Zustand eines/einer Patient*in verschlechtern;

7.5. Grenzen zu öffnen und unnötige Reisebeschränkungen aufzuheben, um ungehinderte Notfallmaßnahmen über Grenzen hinweg zu ermöglichen, wobei es innerhalb der Europäischen Union zumindest möglich sein sollte, gesundheitspolitische Maßnahmen zentral zu erarbeiten und bei Bedarf, je nachdem wo ein Ausbruch stattfindet, nach regionalen statt auf der Gebietszuständigkeit (Mitgliedstaaten) basierenden Kriterien umzusetzen.

8. Die Versammlung empfiehlt den Mitgliedstaaten, zu jeder Zeit

8.1. verlässliche Informationen über die komparativen dynamischen Veränderungen bei der Zahl der Todesfälle aufgrund unterschiedlicher Krankheitsbilder in den letzten drei Jahren sowie der Zahl der mit COVID-19-Infizierten unter ihnen zur Verfügung zu stellen;

8.2. Informationen vollständig, für alle verständlich und rechtzeitig sowie zugänglich für Menschen mit Behinderungen zu übermitteln und Entscheidungen, die auf evidenzbasierten wissenschaftlichen Erkenntnissen beruhen sollten, transparent zu gestalten (u. a. durch die Veröffentlichung von Expert*innenempfehlungen);

8.3. bei allen in ihrem Hoheitsgebiet befindlichen Personen ungeachtet ihres Status und nicht allein bei den in Krankenhäuser eingewiesenen Menschen oder medizinischen oder weiteren unentbehrlichen Fachkräften aktive und umfassende Testmaßnahmen durchzuführen und so bald wie möglich einen repräsentativen Querschnitt der Bevölkerung in großem Umfang auf Antikörper zu testen;

8.4. eine verantwortungsbewusste Erforschung, Entwicklung und Herstellung von Arzneimitteln, Diagnosekits, Impfstoffen und persönlicher Schutzausrüstung im Geiste der Solidarität aktiv zu fördern und die Preise so festzulegen, dass die auf diese Weise entwickelten Arzneimittel, Tests oder Impfstoffe für alle zugänglich und erschwinglich sind, insbesondere für gefährdete Personengruppen;

8.5. die europäische und internationale Solidarität, Koordinierung und Zusammenarbeit in den Vordergrund zu stellen und zu systematisieren; Schutzausrüstung sollte nicht von Nationalstaaten „für alle Fälle“ gehortet werden, sondern vielmehr innerhalb Europas wie auch weltweit dort verteilt werden, wo der Bedarf am größten ist;

8.6. ein grenzübergreifendes Verzeichnis über verfügbare Intensivbetten sowie mit Beatmungsgeräten und Personal ausgestattete Betten auf Intensivstationen zu erstellen und auf einem aktuellen Stand zu halten und sie Staaten, die sie benötigen, zur Verfügung zu stellen;

8.7. eine Überreaktion der Exekutive, unverhältnismäßige und unnötige repressive Maßnahmen, die die Menschenrechte oder die Menschenwürde verletzen, sowie jede Art von Diskriminierung bei der Umsetzung der öffentlichen Gesundheitsmaßnahmen zu vermeiden, insbesondere die

Diskriminierung von Menschen mit Behinderungen und älteren Menschen und diskriminierende Triage-Systeme;

8.8. die grundlegende Rolle der Parlamente mit ihrem Mandat der Kontrolle des Regierungshandelns erneut zu bekräftigen und sicherzustellen, dass sie in der Lage sind, dieses Mandat umfassend auszuüben, indem sie sowohl die technischen Mittel als auch das erforderliche Maß an Informationen erhalten;

8.9. sicherzustellen, dass ihre Pläne für die wirtschaftliche Erholung und den Schutz der Wirtschaft nicht die Voraussetzungen für eine zukünftige Zerstörung der Ökosysteme schaffen, die wahrscheinlich weitere Epidemien zoonotischer Natur zur Folge haben werden, und folglich die bereitgestellten Hilfen von der Einhaltung ehrgeiziger ökologischer und sozialer Kriterien gemäß den Zielen für nachhaltige Entwicklung der Vereinten Nationen abhängig zu machen.

9. Darüber hinaus fordert die Versammlung angesichts der aktuellen Pandemie die Mitgliedstaaten auf, verstärkte Anstrengungen zu unternehmen, um

9.1. den Stand ihrer Gesundheitssysteme, ihrer Pandemievorsorge und ihrer Infektionsüberwachungssysteme zu evaluieren mit dem Ziel, sie gegebenenfalls zu verbessern, um freien Zugang zu einer öffentlichen Gesundheitsversorgung von hoher Qualität zu garantieren, die von den Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten anstatt von Profitinteressen geleitet ist, ungeachtet ihres Geschlechts, ihrer Nationalität, Religion oder ihres sozioökonomischen Status;

9.2. die Wirksamkeit sowie auch die Kollateralschäden (insbesondere in Bezug auf die uneingeschränkte Ausübung der Menschenrechte einschließlich sozioökonomischer Rechte) der zur Bewältigung der aktuellen Pandemie getroffenen Maßnahmen zu beurteilen, um die gewonnenen Erkenntnisse auf künftige Notlagen im Bereich der öffentlichen Gesundheit anzuwenden.

10. Abgesehen von der aktuellen Pandemie müssen die öffentliche Gesundheitsvorsorge und die globale Gesundheitssicherheit dem Konzept „Eine Gesundheit“ (One Health) Rechnung tragen, das die Wechselbeziehungen zwischen Tier, Mensch und Umwelt, die zur Krankheit beitragen und vor ihr schützen, mit einschließt. National wie international müssen stärkere Anstrengungen unternommen werden, um die nächste Zoonose zu identifizieren, bevor sie auf Menschen überspringt, um die Koordinierung tierischer und menschlicher Systeme für die Erkennung von und Reaktion auf Krankheiten weiter zu stärken und um die Ökosysteme, die für die Gesundheit von Mensch, Tier und Umwelt unentbehrlich sind, zu schützen. Dies schließt auch die Identifizierung und Bekämpfung des Klimawandels als treibende Kraft für aufkommende gesundheitliche Bedrohungen, die Verbesserung der landwirtschaftlichen Tierhaltung regelnden Politik und das Vermeiden der Zerstörung unberührter Lebensräume durch den Menschen ein.

11. Die internationalen und europäischen Interventionen für die Gesundheitssicherheit und die Pandemievorsorge müssen ebenfalls datengestützt und evidenzbasiert sein sowie Menschenrechtsbestimmungen einschließen. Verschiedene öffentliche Datenquellen müssen zusammengeführt werden, um eine international einheitliche Dateninfrastruktur zu schaffen, die eine Modellierung mit Blick auf Entscheidungen ermöglichen kann. Diese Modelle müssen in Handlungsauslöser übersetzt werden. Sofern vertrauliche Daten übermittelt werden, müssen ein angemessener Datenschutz und Sicherheitsklauseln garantiert werden.

12. Die Versammlung empfiehlt deshalb, dass die Europäische Union ein regionales System aufbaut, das in der Lage ist, die zuständigen internationalen Einrichtungen in ihren Bemühungen zur Gewährleistung einer wirksamen Vorsorge gegen und in Reaktion auf Pandemien zu unterstützen.

13. Darüber hinaus empfiehlt die Versammlung eine Reform der WHO, die es ihr ermöglicht ihre Aufgabe, für alle das erreichbare Höchstmaß an Gesundheit zu erzielen, besser zu erfüllen. Diese Reform:

13.1. macht die WHO unabhängig von freiwilligen Beiträgen um ihre wesentlichen Aufgaben zu erfüllen.

13.2. gibt der WHO die notwendige Befugnis, Mitgliedstaaten bei einer Krise im Gesundheitsbereich, die sich zu einer gesundheitlichen Notlage von internationaler Tragweite ausweiten könnte, unangekündigt zu besuchen;

13.3. überprüft und stärkt die Internationalen Gesundheitsvorschriften (IGV), um die globale Kontrolle von Krankheiten neu auszurichten, die IGV zweckmäßiger zu gestalten (einschließlich der Steuerung

von Informationen wie z. B. des Austauschs von Proben und Gensequenzen) und Mechanismen für die Einhaltung zu sondieren;

13.4. führt eine wirksame und unabhängige, idealerweise parlamentarische Kontrolle der Organisation, ein: auf internationaler Ebene durch die Interparlamentarische Union und auf regionaler Ebene durch regionale parlamentarische Versammlungen wie etwa die Parlamentarische Versammlung des Europarates für die WHO-Region Europa;

13.5. verpflichtet die WHO, regional anpassungsfähige Eindämmungsstrategien zur Bekämpfung zukünftiger Gesundheitsgefahren unter Berücksichtigung der Alltagsrealität der Länder, Regionen und Bevölkerungen zu entwickeln.

14. Die Versammlung schlägt den Mitgliedstaaten vor, ihre Anstrengungen zu verstärken, um Fortschritte im Hinblick auf die Europäische Sozialcharta (SEV Nr. 35 und SEV Nr. 163) sowie das Übereinkommen des Europarates über Menschenrechte und Biomedizin (Oviedo-Konvention, SEV Nr. 164) zu erzielen, die die Wahrung der sozialen, wirtschaftlichen und anderen Menschenrechte unterstützt, die bei Reaktionen auf eine Pandemie am verletzbarsten sind.

15. Die Versammlung schlägt schließlich vor, bei den Vereinten Nationen für aktuelle und künftige biologische Vorfälle von hoher Tragweite ein dauerhaftes Prüfsystem einzurichten, was möglicherweise auch eine/n ständige/n, eigens eingesetzte/n Vermittler*in im Büro des/der UN-Generalsekretär*in beinhaltet. Die Vereinten Nationen sollten außerdem für eine internationale Kontrolle und Rechenschaftspflicht über die Pandemievorsorge durch eine unabhängige externe Stelle sorgen.

B. Empfehlung Empfehlung 2174 (2020)³

1. Die Parlamentarische Versammlung verweist auf ihre Entschließung 2329 (2020) „Lehren für die Zukunft aus einer wirksamen und auf Rechte gestützten Reaktion auf die COVID-19-Pandemie“.
2. Die Versammlung ist der Auffassung, dass das Menschenrechtsmandat des Europarates die Wiederaufnahme einer umfassenden zwischenstaatlichen Zusammenarbeit und Abstimmung im Bereich der öffentlichen Gesundheit erfordert, um nicht zuletzt ein regionales System aufzubauen, das in der Lage ist, die zuständigen internationalen Einrichtungen und EU-Organe bei ihren Bemühungen zur Gewährleistung einer wirksamen Vorsorge gegen und in Reaktion auf Pandemien zu unterstützen.
3. Die Versammlung empfiehlt dem Ministerkomitee daher, unverzüglich erneut einen zwischenstaatlichen Lenkungsausschuss für öffentliche Gesundheit als einen ersten Schritt zu diesem Ziel einzusetzen und zu überlegen, wie die Europäische Direktion für die Qualität von Arzneimitteln (EDQM) des Europarates mit der Arbeit des Ausschusses verbunden werden könnte.

³ Vom Ständigen Ausschuss im Auftrag der Versammlung am 26. Juni 2020 verabschiedeter Text (siehe Dok. 15115, Bericht des Ausschusses für Soziales, Gesundheit und nachhaltige Entwicklung, Berichterstatter: Andrej Hunko).

C. Erläuterndes Memorandum von Andrej Hunko, Berichterstatter

1. Einleitung

1. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat 2015 ein spezielles Instrument entwickelt, um zu bestimmen, welchen Krankheiten und Erregern bei der Forschung und Entwicklung im Zusammenhang mit gesundheitlichen Notlagen Priorität eingeräumt werden sollte. Im Jahr 2018 wurde die Liste um die „Krankheit X“ ergänzt, womit der Erkenntnis Rechnung getragen wird, dass eine schwerwiegende weltweite Epidemie von einem Erreger ausgehen könnte, von dem bislang nicht bekannt ist, dass er Erkrankungen beim Menschen hervorruft.⁴ Man spekulierte überwiegend auf eine Zoonose⁵ und auf eine hoch ansteckende Krankheit, die man in einer globalisierten Welt nur schwer würde eindämmen können. Gleichwohl bereiteten sich – wenn überhaupt – nur wenige Länder angemessen auf eine Pandemie vor, die von einer solchen neuartigen Erkrankung ausgelöst würde.

2. Die „Krankheit X“ traf die Welt somit weitgehend unvorbereitet in Form von COVID-19, ausgelöst durch ein neuartiges Coronavirus: 2019-nCoV (auch als SARS-CoV-2 bezeichnet). Diese Krankheit erfüllt alle Kriterien: Zoonose, Atemwegserkrankung (die eine schwere bis tödliche virale Lungenentzündung verursachen kann) und sehr ansteckend – selbst vor dem Auftreten von Symptomen. Der zuerst am 31. Dezember 2019 dem WHO-Landesbüro in China gemeldete Ausbruch wurde am 30. Januar 2020 zu einer gesundheitlichen Notlage von internationaler Tragweite und am 11. März 2020 zu einer Pandemie erklärt. Zum Zeitpunkt der Abfassung dieses Berichts hatte sich das Virus auf sechs Kontinente ausgebreitet, mehr als 6,4 Millionen Menschen infiziert und weltweit mehr als 380 000 Todesopfer gefordert⁶. Das Epizentrum der Krankheit verlagerte sich von China nach Europa (insbesondere Italien, Spanien, Deutschland, Frankreich, das Vereinigte Königreich und die Russische Föderation), den Nahen Osten (insbesondere Iran), die USA und Brasilien, wobei auch die Fälle in Indien und Afrika in beunruhigendem Maße zunehmen. In den schlimmsten Szenarien wurden weltweit 40 Millionen Tote⁷ und ein Zusammenbruch der Gesundheitssysteme durch einen überwältigenden Bedarf an Intensivbetten und das Fehlen eines sicheren und wirksamen Impfstoffs prognostiziert. Gleichwohl können durch eine wirksame und menschenrechtskonforme Reaktion auf COVID-19 viele Menschenleben gerettet sowie auch die Rechte, die das Fundament unserer Demokratien bilden, geschützt werden. Heute bedarf es mehr denn je der europäischen – ja globalen – Zusammenarbeit und Solidarität, um eine Krankheit zu überwinden, die keine Grenzen kennt.

3. Nach der Ebola-Epidemie von 2015–2016 verabschiedete die Parlamentarische Versammlung die [Entschließung 2114 \(2016\)](#) „Der Umgang mit gesundheitlichen Notlagen von internationaler Tragweite“.⁸ In dieser Entschließung formulierte die Versammlung eine Reihe von Empfehlungen, um die Welt besser auf die unausweichliche nächste weltweite Pandemie vorzubereiten, wobei dringend neue Wege angemahnt wurden, um internationaler Gesundheitskrisen Herr zu werden, bevor sie sich ereignen. Zwar verhallte der Appell der Versammlung leider weitgehend ungehört, doch wurde in der Entschließung auch dargelegt, wie die zur Eindämmung von Krankheiten ergriffenen Kontrollmaßnahmen im Bereich der öffentlichen Gesundheit, so sie denn Auswirkungen auf die Menschenrechte haben (etwa Quarantänemaßnahmen, Abstandsregeln, Grenzkontrollen und Reisebeschränkungen), gestaltet um umgesetzt werden müssen, um gleichzeitig wirksam und rechtskonform zu sein.

4. Bedauerlicherweise setzten einige Staaten in Anbetracht des sich rapide ausbreitenden Virus und ernüchternder Mortalitätsprognosen auf nationalistische Abschottung und auf repressive und autoritäre Gegenmaßnahmen, anstatt auf ein besonnenes und mitfühlendes, wissenschaftlich fundiertes, international abgestimmtes, menschenrechtskonformes und effektives Vorgehen. Wenig hilfreich war auch die Tatsache, dass viele Staaten die Gefahr, in der sie sich befanden, offenbar zu spät erkannt haben (oder sie nicht wahrhaben wollten), wodurch sie umso strengere und weitreichendere Maßnahmen ergreifen mussten, als die Epidemien in ihren Ländern außer Kontrolle gerieten und ihre Gesundheitssysteme überlastet wurden. Man kann sich nur schwer des Eindrucks erwehren, dass selbst auf europäischer und internationaler Ebene, einschließlich der WHO, unzureichend und zu spät reagiert wurde. Da viele Länder mit desaströsen Arbeitslosenzahlen und einem schweren Schlag für die Wirtschaft konfrontiert waren, herrschte allenthalben auch die Versuchung, die Wirtschaft nach den Ausgangssperren und Schließungen verfrüht zu „öffnen“.

⁴ www.who.int/activities/prioritizing-diseases-for-research-and-development-in-emergency-contexts.

⁵ Eine Zoonose ist jede Krankheit oder Infektion, die auf natürliche Weise von Wirbeltieren auf Menschen übertragen werden kann. Zoonosen können bakteriell, viral oder parasitär sein; es können aber auch unkonventionelle Erreger beteiligt sein. www.who.int/topics/zoonoses/en/.

⁶ Gemäß der COVID-19-Übersichtsseite des Center for Systems Science and Engineering (CSSE) der Johns Hopkins University (JHU), <https://coronavirus.jhu.edu/map.html>.

⁷ www.imperial.ac.uk/news/196496/coronavirus-pandemic-could-have-caused-40/.

⁸ <https://assembly.coe.int/nw/xml/XRef/Xref-XML2HTML-EN.asp?fileid=22755&lang=en> (englisch).

5. Tatsächlich stehen das globale Finanzsystem und viele Gesundheitssysteme bereits unter enormem Druck, wobei das Schlimmste noch bevorsteht. Weitere ganz reale Folgen sind etwa Gefahren für die europäischen Demokratien durch eine schleichende Zunahme von Autoritarismus bzw. Misstrauen in der Öffentlichkeit sowie durch ein Aushöhlen der Menschenrechte, Diskriminierung von Migranten, Flüchtlingen, „ausländisch aussehenden“ Menschen, Minderheiten (einschließlich Roma), Armen und Ausgegrenzten sowie institutionell verwarnten Menschen (etwa in Gefängnissen, Hafteinrichtungen, psychiatrischen Anstalten usw.), eine weitere Vertiefung von Ungleichheiten (darunter bei Kindern) und besonders drastische Auswirkungen für Frauen, ältere Menschen, Obdachlose und gesundheitlich angeschlagene Personen.

6. Das Augenmerk muss sich deshalb nun darauf richten, gemeinsam aus der ersten Welle der Pandemie Lehren zu ziehen und eine wirksame und menschenrechtskonforme Reaktion auf COVID-19 sowie auf künftige gesundheitliche Notlagen von internationaler Tragweite zu gewährleisten, um Menschenleben zu retten und all denjenigen, die es nötig haben, Zugang zur Gesundheitsversorgung zu garantieren sowie die sozialen, wirtschaftlichen, finanziellen und politischen Folgen der Pandemie durch europäische und internationale Zusammenarbeit in fairer Weise zu bewältigen. Die Arbeit der nationalen, regionalen und internationalen Gesundheitsbehörden, einschließlich der WHO, sowie alle nationalen und europäischen Entscheidungsprozesse müssen transparent und entpolitisiert sein, wobei Menschenleben und Menschenrechte an erster Stelle stehen müssen.

7. Dieser Bericht ist das Ergebnis des Antrags „COVID-19 – eine wirksame und menschenrechtskonforme Reaktion“, der von meiner Kollegin Jennifer De Temmerman (Frankreich, ALDE), mir selbst und mehr als 60 weiteren Kolleginnen und Kollegen am 27. März 2020 eingebracht wurde.⁹ Ich wurde am 19. Mai 2020 zum Berichtersteller ernannt. Am selben Tag führte der Ausschuss eine Anhörung zu dem Thema durch, an der folgende namhafte Expertinnen und Experten teilnahmen:

- Frau Stella Kyriakides, Kommissarin für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit, Europäische Kommission,
- Frau Dunja Mijatović, Menschenrechtskommissarin des Europarats,
- Herr David Nabarro, COVID-19-Sonderbeauftragter des Generaldirektors der Weltgesundheitsorganisation,
- Frau Rebecca Katz, Direktorin des Center for Global Health Science and Security der Georgetown University (USA).

2. Was wir über das neuartige Coronavirus wissen

8. Trotz der vielen im Internet kursierenden Verschwörungstheorien und von einigen Akteuren verbreiteten Falschinformationen scheint festzustehen, dass das Coronavirus 2019-nCoV Ende November/Anfang Dezember 2019 in der Stadt Wuhan¹⁰, der dicht bevölkerten Hauptstadt der chinesischen Provinz Hubei, erstmals aufgetreten ist. Der ursprüngliche Wirt des Virus war wahrscheinlich eine Fledermaus, wobei der Zwischenwirt noch nicht eindeutig identifiziert ist (möglicherweise ein Schuppentier). Jedenfalls setzte in Wuhan eine rasche Übertragung von Mensch zu Mensch ein, auch wenn sie von den chinesischen Behörden zunächst nicht als solche gemeldet wurde. Ende Dezember brachte dann die hohe Zahl Schwerkranker mit Lungenentzündungen, die der vom SARS-Coronavirus verursachten Krankheit verdächtig ähnelten, und die auf die Standardbehandlung in den Krankenhäusern Wuhans nicht ansprachen, eine kleine Gruppe von Ärzten dazu, Alarm zu schlagen – wofür sie von den örtlichen Behörden wegen des „Aufstellens falscher Behauptungen“ und „Verbreitung von Gerüchten“ umgehend gerügt wurden.¹¹

9. China (einschließlich Hongkong) war bereits zuvor einem neuartigen Coronavirus ausgesetzt gewesen, nämlich bei der SARS-Epidemie 2003.¹² Weitere Länder – insbesondere Saudi-Arabien, die Vereinigten

⁹ [Dok. 15094](#) (englisch).

¹⁰ [WHO, Novel Coronavirus \(2019-nCoV\) situation report 1](#), 21. Januar 2020. Ob das Virus nun auf dem Meeresfrüchte-Großmarkt Huanan seinen Ursprung hat, wie ursprünglich von den chinesischen Behörden vermutet und an die WHO bzw. von der WHO gemeldet, oder ob es auf dem Markt nur zur ersten Häufung von Fällen kam, wird sich wohl nie mit hundertprozentiger Sicherheit klären lassen. Es erscheint allerdings unwahrscheinlich, dass das Virus vom Hochsicherheits-Biolabor Wuhans, dem Institut für Virologie Wuhan, freigesetzt wurde oder entwichen ist, wie einige Verschwörungstheorien besagen.

¹¹ Einer der Ärzte, die Alarm schlugen, der Augenarzt Li Wenliang, starb selbst Anfang Februar 2020 an dem Virus, mit dem er sich während seiner Arbeit im Zentralkrankenhaus Wuhan angesteckt hatte. www.bbc.com/news/world-asia-china-51403795.

¹² Das SARS-Coronavirus (SARS-CoV) wurde 2003 identifiziert. Man geht davon aus, dass es sich dabei um ein Tiervirus aus einem bislang noch nicht bekannten tierischen Reservoir handelt (womöglich Fledermäuse), das auf andere Tiere übersprang (Zibetkatzen) und erstmals 2002 in der südchinesischen Provinz Guangdong Menschen

Arabischen Emirate und Südkorea – erlebten ab 2012 Krankheitsausbrüche, die von einem anderen Coronavirus verursacht wurden, nämlich MERS.¹³ Unser Wissen über diese neuartigen Coronaviren ist allerdings begrenzt. Dagegen gibt es eine Reihe teils bis in die 1960er Jahre zurückreichender repräsentativer Studien zu anderen Coronaviren, die Menschen schon seit langem infizieren. Darin wurde festgestellt, dass diese Coronaviren in der Regel mild verlaufende Erkrankungen verursachen (wie etwa Erkältungen), oft sogar ohne Symptome und nur nachweisbar durch serologische Antikörpertests.^{14,15} Da die tatsächliche Zahl derjenigen, die sich in der Bevölkerung mit dem neuartigen Coronavirus infiziert haben, noch unbekannt ist, vermitteln die gemeldeten Zahlen zur Fallsterblichkeit (Case Fatality Rate, CFR) bei MERS – ca. 35 % der gemeldeten Patienten mit MERS-CoV starben – und SARS – mit einer Fallsterblichkeit von 11 % – womöglich nicht das vollständige Bild. Die Pandemien des 20. Jahrhunderts, die sich am stärksten in unser Gedächtnis eingebrannt haben, wurden durch Grippeviren ausgelöst, nämlich die „Spanische Grippe“ von 1918–1919,¹⁶ die „Asiatische Grippe“ 1957 und die „Hongkong-Grippe“ 1968.¹⁷

10. Der problematische Umgang mit der H1N1-Pandemie im Jahr 2009 seitens der WHO und vieler Staaten (die angeblich „überreagierten“ und Entscheidungen trafen, die durch echte oder vermeintliche Interessenkonflikte beeinflusst waren)¹⁸ hat das Vertrauen der Öffentlichkeit in das Urteil von Wissenschaftlern und Experten sowie auch in die internationale Gesundheitspolitik beeinträchtigt. Trotz der tödlichen SARS- und MERS-Epidemien schienen nur wenige zu glauben, dass ein Coronavirus so gefährlich sein könnte – und einige glaubten, die WHO würde zu früh oder unnötig Alarm schlagen. Dies lag vor allem an dem vermeintlichen Mangel an Belegen für die vergleichsweise hohe Fallsterblichkeit, die beim neuen Coronavirus gegenüber der saisonalen Grippe beobachtet wurde (was auf unzureichende Tests bei einem repräsentativen Bevölkerungsquerschnitt in den meisten Ländern und enorme Abweichungen bei der gemeldeten Fallsterblichkeit und Gesamtmortalitätsrate zurückzuführen ist).¹⁹

11. Was wir bislang über das neuartige Coronavirus wissen, ist Folgendes: Das Virus ist ansteckender als die saisonale Grippe, aber nicht so ansteckend wie Masern. Es verbreitet sich hauptsächlich durch Tröpfcheninfektion, wobei aktuelle Studien nahe legen, dass es sich unter bestimmten Umständen bis zu drei Stunden in der Luft halten kann,²⁰ es über die ausgestoßene feuchte Atemluft²¹ (geschweige denn Husten oder Niesen) übertragbar ist und auf kontaminierten Oberflächen mehrere Stunden lang überleben kann.

12. Man geht davon aus, dass das Virus eine Basisreproduktionszahl R_0 im Bereich von 2 bis 2,5 hat;²² das heißt, wenn keine Maßnahmen zur Eindämmung des Virus getroffen werden, steckt jede mit dem Virus infizierte Person statistisch 2 bis 3 weitere Personen an. Diese Art der Ansteckung ist exponentiell: Das bedeutet, dass eine Fallzahl von 500 in relativ kurzer Zeit auf eine Million ansteigen kann – sie muss sich nur elfmal verdoppeln. Die WHO setzt die durchschnittliche Wachstumsrate – d. h. die für eine Verdopplung der

infizierte. Die SARS-Epidemie erfasste 26 Länder und führte 2003 bei über 8000 Fällen zu 774 Todesopfern.

www.who.int/ith/diseases/sars/en/.

¹³ www.who.int/emergencies/mers-cov/en/.

¹⁴ Arnold S. Monto und Sook K. Lim, „The Tecumseh Study of Respiratory Illness. VI. Frequency of and Relationship between Outbreaks of Coronavirus Infection.“ *The Journal of Infectious Diseases*. Vol 129, No.3, März 1974.

¹⁵ H. S. Kaye, H. B. Marsh und R. W. Dowdle, „Seroepidemiologic Survey of Corona Virus (Strain OC 43) related infections in a children’s population.“ *Am J Epidemiology* 94: 43–49, 1971.

¹⁶ Es wird geschätzt, dass sich ca. 500 Millionen Menschen (d. h. ein Drittel der damaligen Weltbevölkerung) mit diesem H1N1-Virus infizierten, das weltweit mindestens 50 Millionen Todesfälle verursachte. Die Fallsterblichkeit lag hoch bei Kindern unter 5 Jahren sowie Personen zwischen 20 und 40 wie auch über 65 Jahren. www.cdc.gov/flu/pandemic-resources/1918-pandemic-h1n1.html.

¹⁷ Der „Asiatischen Grippe“ von 1957 wie auch der „Hongkong-Grippe“ von 1968 wurde mit moderneren Instrumenten der Seuchenüberwachung begegnet; die Zahl der Todesfälle lag hier bei 500 000 bis 2 Millionen.

www.vox.com/2020/3/9/21164957/covid-19-spanish-flu-mortality-rate-death-rate.

¹⁸ Siehe [Entschließung 1749 \(2010\) der Versammlung: „Der Umgang mit der Pandemie H1N1: Mehr Transparenzbedarf“](#) (englisch). Schätzungen zufolge steckte sich fast ein Viertel der Bevölkerung mit H1N1 an, allerdings war die Sterblichkeitsrate mit 0,02 % relativ gering; es wurden 284 000 Todesfälle verzeichnet. www.healthline.com/health-news/how-deadly-is-the-coronavirus-compared-to-past-outbreaks.

¹⁹ Siehe zum Beispiel die Ansichten von Wolfgang Wodarg, ehemaliger Arzt und früheres Mitglied der Versammlung: www.wodarg.com, oder einen Artikel, der am 17. März 2020 vom Stanford-Professor für Medizin und Epidemiologie John P. A. Ioannidis auf dem Fachportal Stat veröffentlicht wurde: www.statnews.com/2020/03/17/a-fiasco-in-the-making-as-the-coronavirus-pandemic-takes-hold-we-are-making-decisions-without-reliable-data/.

²⁰ Siehe beispielsweise die Ergebnisse einer Studie des Virologielabors der Abteilung für institutseigene Forschung am Nationalen Institut für Allergien und Infektionskrankheiten in Hamilton, Montana (USA), die am 17. März 2020 im *New England Journal of Medicine* veröffentlicht wurde.

²¹ www.news.com.au/lifestyle/health/health-problems/coronavirus-exponential-growth-explains-terrifying-spread-of-virus/news-story/6f17b9f488c71f5fe3b858daf10b3ee2.

²² www.nature.com/articles/d41586-020-00758-2. Nach anderen Schätzungen liegt die Basisreproduktionszahl bei bis zu 4; siehe www.focus.de/gesundheits/news/epidemiologie-simuliert-verlauf-herdenimmunitaet-oder-weiter-kontaktverbote-die-corona-szenarien-nach-2-wochen_id_11811050.html.

Fälle benötigte Zeit – bei sechs Tagen an (womit eine Million Fälle nach 66 Tagen erreicht würden), aber einige Länder meldeten Verdopplungszeiten von gerade einmal drei Tagen (womit eine Million in der Hälfte der Zeit erreicht wäre).²³

13. Es ist diese Fähigkeit zum exponentiellen Wachstum, die die Gesundheitssysteme zu überlasten droht, selbst wenn nur ein relativ kleiner Anteil der Infizierten eine Krankenhausbehandlung und ein noch kleinerer Anteil eine intensivmedizinische Versorgung benötigt. Nach den ersten, auf vorläufigen Daten beruhenden Modellen verlaufen die meisten Fälle zwar mild, doch ist in bis zu 40 % der Fälle eine stationäre und in 5 % eine intensivmedizinische Behandlung erforderlich.²⁴ Schwere Krankheitsverläufe zeigen sich viel häufiger bei älteren Menschen, insbesondere bei Männern und Personen mit Vorerkrankungen. Die Infektion tritt in allen Altersgruppen auf, aber proportional gesehen offenbar seltener bei Kindern unter 15 Jahren. Unter den bis Anfang April Verstorbenen waren zwei Drittel Männer und 95 % älter als 60 Jahre, wobei die meisten eine oder mehrere Vorerkrankungen hatten, z. B. Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes, Lungen- oder Nieren-erkrankungen (wobei Übergewicht ein weiterer Faktor zu sein scheint).²⁵ Die meisten der schwer betroffenen Patienten mussten zwei Wochen oder länger auf einer Intensivstation künstlich beatmet werden, bevor sie sich erholten (falls überhaupt).²⁶

14. Die Inkubationszeit scheint bis zu 14 Tagen zu betragen. Die meisten Infizierten entwickeln dabei nach etwa fünf Tagen Symptome (Fieber oder Fiebergefühl, trockener Husten, Kopfschmerzen, Halsschmerzen, Muskel-/Gelenkschmerzen, Atembeschwerden/Engegefühl in der Brust, Durchfall, verstopfte Nase, Geruchs- und/oder Geschmacksverlust). Es gibt auch asymptomatische Träger der Krankheit (nach aktuellen Schätzungen ca. 30 % der Infizierten)²⁷, die selbst keine Symptome zeigen, aber in der Lage sind, andere zu infizieren. Die Zahl der asymptomatischen Infektionen zu kennen, ist für eine unverfälschte Schätzung der Infektionssterblichkeit (Infection Fatality Rate, IFR) ausgesprochen wichtig. Infizierte Personen scheinen bis zu 48 Stunden vor dem Auftreten der Symptome und bis zu sieben Tage nach ihrem Abklingen ansteckend zu sein. Viele Menschen können deshalb andere anstecken, bevor sie selbst Symptome zeigen (falls sie dies überhaupt tun), und in mild verlaufenden Fällen auch während und nach der symptomatischen Phase, da die Symptome mit denen einer Erkältung oder Grippe verwechselt werden können.

15. Nach den ersten offiziellen Daten aus China vom 19. März 2020 wurde die Fallsterblichkeit auf 4 % der bestätigten Fälle geschätzt, was um ein Vielfaches höher liegt als bei der saisonalen Grippe (0,1 %). Die offiziellen Daten aus China sollten allerdings aus mehreren Gründen mit Vorsicht genossen werden.²⁸ Die allmählich auch aus Europa verfügbaren Daten, etwa aus den schwer getroffenen Regionen Italiens, Frankreichs oder Belgiens, zeigen, dass die Fallsterblichkeit selbst in Regionen mit einer qualitativ hochwertigen Gesundheitsversorgung deutlich höher liegen kann (bis zu 16,3 %²⁹), wenn diese Gesundheitssysteme gefährlich überlastet sind, insbesondere dann, wenn es für eine alternde Bevölkerung mit vielen Vorerkrankungen auf den Intensivstationen zu einem Engpass an Betten mit Beatmungsgeräten und dem entsprechenden Personal kommt.³⁰ Die Fallsterblichkeit bei COVID-19, d. h. die Zahl der gemeldeten Toten pro Zahl der gemeldeten Fälle, variiert nämlich zwischen den einzelnen Ländern und auch mit der Zeit erheblich. Die Berechnungen reichen von über 15 % bis unter 1 %.³¹ Bei der Infektionssterblichkeit hingegen

²³ www.news.com.au/lifestyle/health/health-problems/coronavirus-exponential-growth-explains-terrifying-spread-of-virus/news-story/6f17b9f488c71f5fe3b858daf10b3ee2.

²⁴ WHO-Presskonferenz vom 8. April 2020, www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019. Diese Zahl verändert sich fortlaufend, vor allem weil zu wenig breit angelegte Tests bei asymptomatischen Fällen durchgeführt werden, die nach aktuellen Schätzungen ca. 30 % aller Infektionen ausmachen.

²⁵ Ebda. Siehe auch: www.news-medical.net/news/20200324/Overweight-and-obese-people-at-higher-risk-of-COVID-19.aspx.

²⁶ Offizielle chinesische Angaben zitiert von CNN, <https://edition.cnn.com/2020/03/20/health/covid-19-recovery-rates-intl/index.html>.

²⁷ Eine Kenntnis der Zahl asymptomatischer Träger ist für eine unverfälschte Schätzung der tatsächlichen Zahl der Infizierten (Nenner) ausgesprochen wichtig, schließlich ist diese wiederum Voraussetzung für die Berechnung einer unverfälschten Fallsterblichkeit.

²⁸ Es ist wahrscheinlich, dass bei den veröffentlichten offiziellen chinesischen Daten die Infektionszahlen wie auch die Fallsterblichkeit zu niedrig angesetzt sind – sowohl, weil einige der Daten wohl schlicht gar nicht erst erfasst wurden, als auch weil die chinesische Führung eine Veröffentlichung der erfassten Daten vielleicht aus politischen Gründen für nicht opportun hielt.

²⁹ Johns Hopkins Coronavirus resource center, mortality in the most affected countries, observed case-fatality ratio: <https://coronavirus.jhu.edu/data/mortality>.

³⁰ www.telegraph.co.uk/global-health/science-and-disease/have-many-coronavirus-patients-died-italy/.

³¹ [Globale Covid-19-Fallsterblichkeiten, Regelmäßig aktualisierte Übersicht des Zentrums für evidenzbasierte Medizin \(CEBM\) der Universität Oxford](http://www.cebm.ox.ac.uk/global/covid-19-fallsterblichkeiten). Die Fallsterblichkeit in den Mitgliedstaaten reicht von über 10 % (Belgien: 16,25 %, Frankreich: 15,54 %, Italien: 14,28 %, Vereinigtes Königreich: 14,18 %, Ungarn: 13,23 %, Niederlande: 12,85 %, Schweden: 11,98 %) bis unter 2 % (Slowakei: 1,85 %, Armenien: 1,23 %, Aserbaidschan: 1,19 %, Russische Föderation: 1,05 %, Island: 0,55 %).

werden alle infizierten Personen und so gesehen auch mild verlaufende und asymptomatische Fälle berücksichtigt. Eine kürzlich erschienene systematische Studienübersicht lieferte eine Punktschätzung der Infektionssterblichkeit von 0,64 % (0,50–0,78 %) „mit hoher Heterogenität“.³² Beunruhigend sind auch die aus Italien, Spanien und den USA kommenden Daten, die nahelegen, dass die Zahl jüngerer Menschen, die wegen Atembeschwerden stationär behandelt werden müssen, deutlich höher ist als ursprünglich angenommen, was die knappen intensivmedizinischen Ressourcen weiter belastet.

16. Man geht davon aus, dass es keine natürliche Immunität gegen 2019-nCoV gibt, da es als neuartiges Coronavirus gilt, das gerade erst die Artenbarriere überwunden hat. Dank einiger Ähnlichkeiten mit dem SARS-1-Coronavirus könnte sich allerdings die Dauer der Impfstoffentwicklung verkürzen. Man hofft, dass in 12 bis 18 Monaten ein Impfstoff für die Allgemeinheit zur Verfügung steht. Unter Experten gibt es aber auch Stimmen, die die Entwicklung eines Impfstoffs für unmöglich halten.³³ Klinische Studien mit Medikamenten, die möglicherweise zur Behandlung eingesetzt werden könnten, sind bereits angelaufen oder werden derzeit genehmigt, beispielsweise im Rahmen der von der WHO durchgeführten „Solidarity“-Studie oder der europäischen „Discovery“-Studie.³⁴ Leider zeigen bislang nur wenige der Studien erfolversprechende Ergebnisse.

17. Wie bei allen Infektionskrankheiten, für die ein Impfstoff derzeit nicht verfügbar ist, zeigen die altbekannten Gesundheits- und Hygienemaßnahmen ihre Wirkung und sollten angewandt werden: regelmäßiges Händewaschen mit Seife und Wasser (oder mit Händedesinfektionsmittel, wenn kein Wasser zur Verfügung steht), da sowohl Seife als auch Alkohol die Hülle des Coronavirus zerstören; in den Ellbogen oder ein (danach zu entsorgendes) Taschentuch niesen und husten bzw. im Falle einer Infektion eine Maske tragen, um Tröpfcheninfektionen zu vermeiden; Einhalten eines Abstandes von mindestens 1–2 Metern und Vermeiden von Händeschütteln, Umarmen oder Küssen; sich nicht ins Gesicht fassen, um Schmierinfektionen durch mit den Händen berührte kontaminierte Oberflächen zu vermeiden. Da zur Abwehr bzw. Überwindung der Infektion ein starkes Immunsystem benötigt wird, sind eine Verbesserung der sozialen Bedingungen und eine gesunde Lebensweise ebenfalls wichtig – dazu zählt unter anderem, Menschen aus Armut, Arbeitslosigkeit und Hunger zu befreien, gesunde Ernährungsgewohnheiten zu fördern, regelmäßige körperliche Betätigung, Reduktion von Stress und Verzicht auf Rauchen (einschließlich von E-Zigaretten).

18. Was wir über das neuartige Coronavirus SARS-CoV-2 ebenfalls noch nicht wissen, ist wie lange die durch eine Infektion erworbene Immunität anhält. Es kann davon ausgegangen werden, dass die Immunität wie bei den meisten anderen Coronaviren ein bis zwei Jahre bestehen bleibt.³⁵ Gehofft wird außerdem, dass selbst wenn die Immunität nur relativ kurz bestehen sollte, eine zweite Infektion einen weniger schweren Verlauf bei den ehemals Infizierten nimmt³⁶ und dass eine mild und asymptomatisch verlaufende Infektion dennoch genügend Antikörper entstehen lässt, um eine Immunität aufzubauen. Es wurde die Hypothese aufgestellt, dass sich zum Erreichen einer „Herdenimmunität“ (in Ermangelung eines Impfstoffs) bei dieser Pandemie 60–70 % der Bevölkerung würde anstecken müssen.³⁷ Ohne Eindämmungsmaßnahmen könnte dies voraussichtlich innerhalb eines Jahres geschehen. Wie es um die Immunität der Bevölkerung in den einzelnen Ländern derzeit bestellt ist, sollte daher durch mehrere repräsentative Querschnittstudien ermittelt werden, die unverzüglich beginnen und regelmäßig wiederholt werden sollten. Da nicht alle Länder die gleichen Eindämmungsmaßnahmen ergriffen haben, könnten solche Vergleiche wertvolle Erkenntnisse zur Herdenimmunität liefern. Für die 850 Millionen Menschen zählende Bevölkerung der Europaratsstaaten wurde prognostiziert, dass es bei der Strategie, bei der auf eine Herdenimmunität ohne Impfstoff gesetzt wird, zu Millionen Todesfällen kommen könnte, wobei sich die meisten Fälle in der Kohorte der Älteren und der Personen mit Vorerkrankungen ereignen würden. Ebenfalls unklar ist bislang, ob bestimmte Personen, die die Infektion überstanden haben, bleibende Lungen- oder sonstige Schäden davontragen. Daher ist es kaum verwunderlich, dass nur wenige Länder versucht haben, eine Herdenimmunität durch Ansteckung zu erreichen, anstatt auf einen Impfstoff zu setzen.³⁸

³² Gideon Meyerowitz-Katz, Lea Merone, [A systematic review and meta-analysis of published research data on COVID-19 infection-fatality rates](#), 27. Mai 2020.

³³ [Why we might not get a coronavirus vaccine](#), *The Guardian*, 22. Mai 2020.

³⁴ Dies betrifft z. B. Remdesivir (das ursprünglich zur Behandlung von Ebola entwickelt wurde), verschiedene zur HIV-Behandlung eingesetzte antivirale Medikamente, Chloroquin/Hydroxychloroquin (ein altes Malaria-Mittel, das manchmal mit dem Antibiotikum Azithromycin kombiniert wird) und verschiedene Antikörperbehandlungen.

³⁵ Das SARS-1-Coronavirus bewirkte eine längere Immunität, die 8 bis 10 Jahre anhielt.

[www.nytimes.com/2020/03/25/health/coronavirus-immunity-antibodies.html?searchResultPosition=1](#).

³⁶ In diesem Frühstadium der Pandemie ist dies allerdings noch ungewiss, schließlich ist bei bestimmten Erkrankungen – etwa dem Denguefieber – die zweite Infektion sogar gefährlicher als die erste.

³⁷ [www.nytimes.com/2020/04/26/health/can-antibody-tests-help-end-the-coronavirus-pandemic.html](#).

³⁸ Das Vereinigte Königreich und die Niederlande spielten kurzzeitig mit diesem Gedanken; das einzige Land, das tatsächlich diesen Ansatz verfolgt (wenn auch nicht als offizielles Ziel), ist Schweden. Die Ergebnisse sind durchwachsen: Ein Lockdown wurde zwar vermieden, allerdings ist die Zahl der Todesfälle bezogen auf die

3. Ein erster zeitgeschichtlicher Versuch: Reaktionen und ihre Wirksamkeit

19. Obwohl mit den ersten Versuchen zur systematischen Erfassung der staatlichen Reaktionen auf die COVID-19-Pandemie begonnen wurde,³⁹ liegen zur Wirksamkeit nichtpharmazeutischer Maßnahmen zur Verhinderung der Ausbreitung des neuartigen Coronavirus SARS-CoV-2 bislang zu wenig verlässliche Daten vor, um endgültige Schlüsse zu ziehen. Angesichts dessen und auch des sehr kurzen Zeitraums, der für die Erstellung dieses Berichts zur Verfügung stand, kann dies nur einen ersten Versuch darstellen, die Reaktionen auf die aktuelle Pandemie zu beurteilen.

20. Nach einer ersten Phase der Leugnung und einem Versuch der Unterdrückung ergriff China in der Provinz Hubei drastische Maßnahmen und riegelte das Epizentrum des Ausbruchs, Wuhan (sowie weitere Städte der Provinz), am 23. Januar 2020 ab; zu dem Zeitpunkt meldete das Land 500 Fälle und 17 Todesopfer. Doch da war das Kind bereits in den Brunnen gefallen:⁴⁰ Etwa 7 Millionen Menschen verließen Wuhan, bevor die Ausgangssperre in Kraft trat, und trugen das Virus nach Peking, Schanghai und in weitere Großstädte. Die internationalen Reisebeschränkungen kamen zu spät, um Wirkung zu zeigen – die Epidemie nahm bereits ihren Lauf (schließlich blieben ca. 85 % der infizierten Reisenden unentdeckt) und erfasste unter anderem New York und Seattle (USA), Sydney (Australien), Bangkok (Thailand), Tokio (Japan), Singapur und Seoul (Südkorea). Mittlerweile gibt es Hinweise, dass sich das Virus Ende 2019 auch in Europa ausbreitete.^{41 42}

21. Eine Delegation der WHO wurde erst am 16. Februar 2020 nach China gelassen. Der Delegationsleiter Dr. Bruce Aylward lobte in einer Pressekonferenz am 25. Februar 2020 die drastischen Maßnahmen, die von den chinesischen Behörden ergriffen worden waren.⁴³ Er behauptete, China hätte dem Rest der Welt kostbare Zeit verschafft, um sich für Ausbrüche in ihren eigenen Ländern zu rüsten. Allerdings gelangte eine Studie von Wissenschaftlern der Southampton University zum Ergebnis, dass eine frühere Reaktion mit kombinierten nichtpharmazeutischen Maßnahmen die Ausbreitung des Virus erheblich beeinflusst hätte.⁴⁴

22. Es wird darüber diskutiert, ob in der restlichen Welt kostbare Zeit vergeudet wurde. Trotz des Lobes der WHO für die chinesischen Methoden wurden viele davon außerhalb eines autoritären Systems für nicht machbar oder zumutbar gehalten.⁴⁵ Einige von ihnen wurden als wirksam angesehen, um die Pandemie einzudämmen, andere weniger. Doch viele der Maßnahmen, die als erfolgreich erachtet wurden⁴⁶, hätten wahrscheinlich schneller in der restlichen Welt übernommen werden können. Länder, die abgesehen von China laut der Johns Hopkins University bei der Eindämmung der Epidemie bislang erfolgreich waren, sind Taiwan, Südkorea, Singapur, Neuseeland und Island (anderen Ländern gelang es, die Sterblichkeitsrate niedrig zu halten: So liegt in Deutschland beispielsweise die beobachtete Fallsterblichkeit bei 4,5 % und in Israel bei 1,7 %⁴⁷).

Einwohnerzahl relativ hoch, insbesondere bei Älteren und Personen mit Vorerkrankungen.

www.businessinsider.fr/us/sweden-coronavirus-plan-is-a-cruel-mistake-skeptical-experts-say-2020-5. Eine aktuelle Studie ergab zudem, dass lediglich 7,3 % der in Stockholm lebenden Menschen Antikörper gegen die Krankheit gebildet hatten. www.theguardian.com/world/2020/may/21/just-7-per-cent-of-stockholm-had-covid-19-antibodies-by-end-of-april-study-sweden-coronavirus.

³⁹ Siehe z. B. Thomas Hale et al., „Variation in government responses to COVID-19“, *BSG Working Paper Series*, University of Oxford, April 2020, www.bsg.ox.ac.uk/sites/default/files/2020-05/BSG-WP-2020-032-v5.0_0.pdf.

⁴⁰ Siehe „How the virus got out“, *New York Times*, 22. März 2020.

⁴¹ Lucy van Dorp et al., „Emergence of genomic diversity and recurrent mutations in SARS-CoV-2“. *Infection, genetics, and Evolution 2019*.

⁴² A Deslandes et al., „SARS-CoV-2 was already spreading in France in late December 2019.“

⁴³ Der Bericht der gemeinsamen Mission der WHO und Chinas zur Coronavirus-Erkrankung 2019 (COVID-19) ist abrufbar unter www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/events-as-they-happen.

⁴⁴ „Hätten die Maßnahmen in China eine Woche, zwei Wochen oder drei Wochen früher durchgeführt werden können, hätte es einen drastischen Rückgang der Fälle um jeweils 66 % (Interquartilsabstand 50 %–82 %), 86 % (81 %–90 %) und 95 % (93 %–97 %) gegeben.“ Shengjie Lai et al., „Effect of non-pharmaceutical interventions to contain COVID-19 in China“, *Nature*, 4. Mai 2020.

⁴⁵ Beispielsweise wäre es schwierig (oder gar unmöglich), die Art von Ausgangssperren durchzusetzen, die in Wuhan verhängt wurden, wo die Bewohner buchstäblich in ihren Wohnblocks eingesperrt waren und sie nicht einmal zur Beschaffung von Dingen des täglichen Bedarfs verlassen durften (diese wurden von sogenannten „Nachbarschaftskomitees“ besorgt). www.theguardian.com/world/2020/mar/06/fake-fake-senior-chinese-leader-heckled-by-residents-on-visit-to-coronavirus-epicentre.

⁴⁶ China gelang es zum Beispiel, Tausende Ärzte und Pflegekräfte aus anderen Teilen des Landes zu mobilisieren, um an „vorderster Front“ in der Provinz Hubei mitzukämpfen, und zwar nicht durch Zwang, sondern durch die Förderung eines nationalen Identitätsgefühls und eines „Kampfgeistes“ in seinen öffentlichen Botschaften.

⁴⁷ Johns Hopkins Coronavirus resource center, cases and mortality by country: <https://coronavirus.jhu.edu/data/mortality>.

23. Folgende Maßnahmen wurden in den Medien als wirksam dargestellt:⁴⁸

23.1. Rasches Handeln: Im Falle einer Pandemie ist das Timing von entscheidender Bedeutung. Bei einer gezielten und frühzeitigen Reaktion lassen sich härtere, drastischere Eindämmungsmaßnahmen vermeiden, die notwendig werden können, wenn die Verbreitung des Virus außer Kontrolle gerät. Medienberichten zufolge ermöglichen drastische Eindämmungsmaßnahmen, dass sich andere, weniger oder gar nicht betroffene Teile eines Landes an der Bekämpfung der Epidemie beteiligen, sofern der Ausbruch noch relativ klein ist (unter 500 Infektionen) und sich auf bestimmte Brennpunkte konzentriert (wie etwa Wuhan in China oder das Elsass in Frankreich). Es ist gemeinhin bekannt, dass in Wuhan binnen Wochen zwei Krankenhäuser erbaut wurden; weniger bekannt ist wohl, dass 40.000 medizinische Fachkräfte aus anderen chinesischen Provinzen nach Wuhan geschickt wurden und dies für den Erfolg bei der Eindämmung des Virus in Wuhan wahrscheinlich genauso ausschlaggebend war. Damit andere Teile eines Landes relativ wenig betroffen bleiben, scheint es notwendig, auch in diesen Gebieten zügig strenge Eindämmungsmaßnahmen zu treffen. Dagegen hätten den Berichten zufolge die italienischen Erfahrungen gezeigt, dass eine gestaffelte Reaktion (beispielsweise zunächst nur die am schlimmsten betroffenen Städte abzuriegeln, dann Regionen und erst dann das ganze Land) nicht funktioniert.⁴⁹ Es wird argumentiert, dass Tausende Menschenleben im Vereinigten Königreich und den USA hätten gerettet werden können, wenn die Ausgangssperren bzw. Schließungen nur ein oder zwei Wochen früher verhängt worden wären (die Beschränkungen hätten in diesem Fall dann auch deutlich früher und gefahrloser wieder aufgehoben werden können).⁵⁰ Beispiele aus Ländern wie Island zeigen, dass frühzeitige und gezielte Maßnahmen in Verbindung mit groß angelegten Tests ein Mittel sein können, um das Virus einzudämmen, ohne auf komplette Ausgangssperren bzw. Schließungen zurückzugreifen.

23.2. Bekanntgabe von Informationen und transparente Entscheidungsprozesse: Es ist allgemein bekannt, dass Menschen ihr Verhalten ändern, wenn sie begreifen, dass es in ihrem ureigenen Interesse liegt – oder wenn sie dazu gezwungen werden. Ein unlängst erschienener Bericht des *Guardian* über die Erfahrungen im indischen Bundesstaat Kerala legt allerdings nahe, dass die Bereitschaft im ersten Fall größer ist.⁵¹ Wenn Entscheidungsträger Gefahren herunterspielen oder übertreiben, Informationen zurückhalten, den Rat von Wissenschaftlern und Experten allem Anschein nach nicht annehmen oder Entscheidungen hinter verschlossenen Türen treffen, geht das Vertrauen der Öffentlichkeit – und damit auch die Befolgung der Eindämmungsmaßnahmen – zurück. Dies wiederum kann möglicherweise härtere Kontrollmaßnahmen erforderlich machen, die die polizeilichen Ressourcen strapazieren, Verschwörungstheorien Vorschub leisten und weiteren Widerstand gegen den Staat hervorrufen können. Es gibt im Rahmen der aktuellen Pandemie bereits Hinweise darauf, dass in Ländern, die weiterhin offen und demokratisch funktionieren, freiwillige Eindämmungsmaßnahmen stärker befolgt werden, weniger Hamsterkäufe stattfinden usw.

23.3. Tests und Nachverfolgung von Kontakten in Verbindung mit Quarantäne oder Selbstisolierung: Der Generaldirektor der WHO, Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus, bemerkte am 16. März 2020: „Man kann einen Brand nicht mit verbundenen Augen bekämpfen“. Seine Botschaft an die Staaten lautete deshalb: „Testen, testen, testen“.⁵² Diese Strategie wurde, obgleich sie eine Stichprobenverzerrung hin zu symptomatischen Fällen begünstigt, erfolgreich in Südkorea angewandt, wo dank massenhafter Tests und rigoroser Nachverfolgung von Kontakten (mithilfe von Handy- und Kreditkartendaten) Ausgangssperren einige Zeit lang vermieden werden konnten. Infizierte Personen werden in staatlichen Unterkünften unter Quarantäne gestellt, während möglicherweise exponierte Personen sich in häusliche Quarantäne begeben müssen (bei Verstößen drohen hohe Bußgelder). Nach Einschätzung der Medien hat Südkorea für seine Bevölkerung die richtige Balance hinsichtlich der Quarantäne gefunden – nicht so restriktiv, dass die Menschen versucht sein könnten, die Quarantäne zu umgehen oder aus ihr zu flüchten, aber strikter (und leichter zu kontrollieren) als eine Selbstisolierung und somit sicherer für die allgemeine Bevölkerung. Das einzig verbleibende Problem bei dieser Situation (das in China ähnlich war) ist die Tatsache, dass eine häusliche Quarantäne möglicherweise Infizierter zu einer Ansteckung weiterer Mitglieder des Haushalts und damit zur Bildung kleiner Infektionscluster führen könnte. Allerdings sind bekannte Infektionscluster (die 80 % der gesamten Infektionen in China ausmachten) leichter einzudämmen, als dies bei anderen Übertragungswegen der Fall wäre. Dringend erforderlich ist auch ein bevölkerungsweites Testen auf Antikörper, um unabhängig von den Ergebnissen der RT-PCR-Tests herauszufinden, wer gegen die Krankheit immun ist.

⁴⁸ Die vorliegende Einschätzung ist die des Verfassers ausgehend von Daten der WHO sowie von Expertenmeinungen, die in frei zugänglichen Quellen wie dem *Guardian*, der *New York Times* usw. veröffentlicht wurden. Besonders erwähnt werden sollte auch www.nytimes.com/2020/03/22/health/coronavirus-restrictions-us.html.

⁴⁹ Verhängnisvolle Fehler wurden auch in Iran und Frankreich begangen, wo die Durchführung von Wahlen erlaubt wurde, als die Epidemie die Länder bereits erfasst hatte.

⁵⁰ www.nytimes.com/2020/05/20/us/coronavirus-distancing-deaths.html.

⁵¹ www.theguardian.com/world/2020/may/14/the-coronavirus-slayer-how-keralas-rock-star-health-minister-helped-save-it-from-covid-19.

⁵² www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/events-as-they-happen.

23.4. Verringerung menschlicher Kontakte durch räumliche Distanzierung und Schließungen/Ausgangssperren: Bei einer durch ein Virus ausgelösten Pandemie, das vor Auftreten der Symptome ansteckend ist, und bei der es asymptomatische wie auch symptomatische Träger gibt, die nicht wissen, dass sie infiziert sind (da sie ihre Symptome mit anderen Infektionen verwechseln), sowie auch Kranke, die glauben, dass sie es sich nicht leisten können, zu Hause zu bleiben, einen Arzt aufzusuchen oder anderweitig medizinische Hilfe in Anspruch zu nehmen, ist eine frühzeitige Schließung von Orten, an denen Menschen zusammenkommen, eminent wichtig: Sport- und Kulturveranstaltungen, Restaurants, Bars und Cafés, Fitnessstudios, Einkaufszentren usw. Alle Arbeiten, die von zu Hause aus möglich sind, sollten auch von dort aus erledigt werden. Strikte Schließungen bzw. Ausgangsbeschränkungen, durch die praktisch alle in ihren Wohnungen bleiben müssen – wie sie Anfang April für die Hälfte der Weltbevölkerung galten – sollen innerhalb von zwei oder drei Wochen nach ihrer Verhängung zu einer erfolgreichen Unterbrechung der Übertragungsketten führen.⁵³ Davon erwartet man sich, dass die Länder Zeit gewinnen, um ihre Notfallmaßnahmen besser vorzubereiten, und dass – je nachdem wie frühzeitig die Maßnahmen verhängt werden – die Epidemiekurve flach gehalten werden kann, um so eine Überlastung der Gesundheitssysteme und den damit verbundenen Anstieg der Sterblichkeit zu vermeiden (Neuseeland gelang es sogar, nicht nur die Kurve flach zu halten, sondern die Seuche praktisch zu eliminieren). Gleichwohl ist ohne bevölkerungsweite Infektionsdaten unklar, ob diese extremen Maßnahmen mit ihren gravierenden Auswirkungen auf die Wirtschafts- und Finanzsysteme der Länder und die Gesellschaft als Ganzes überhaupt gerechtfertigt sind und wie lange sie in Kraft bleiben sollten. Werden sie zu früh aufgehoben oder wird diese Aufhebung nicht von anderen gesundheitspolitischen Maßnahmen flankiert, etwa flächendeckenden Tests, Nachverfolgung von Kontakten und Isolierung, besteht das Risiko eines epidemischen „Jojo-Effekts“, bei dem der exponentielle Anstieg, der durch den Lockdown unterbrochen wurde, nach der Aufhebung wieder einsetzt und möglicherweise einen erneuten Lockdown erforderlich macht, sollten lokale Ausbrüche unentdeckt bleiben bzw. nicht unter Kontrolle zu bringen sein.⁵⁴ Medien berichten, dass 8 bis 12 Wochen Lockdown in den Ländern, in denen die Epidemie nicht zu weit fortgeschritten ist,⁵⁵ ausreichen, aber es fehlen momentan noch wissenschaftliche Belege, die diese Behauptung stützen.

23.5. Pandemievorsorge: Die bislang in Europa beobachteten Ergebnisse sind sehr unterschiedlich. Während laut Medienberichten eine frühzeitige Reaktion oft mit einem deutlich geringeren (falls überhaupt vorhandenen) Anstieg der Gesamtmortalitätsrate während der Pandemie einhergeht, könnten andere Faktoren ebenfalls eine Rolle spielen, etwa eine gute Pandemievorsorge (einschließlich der Verfügbarkeit persönlicher Schutzausrüstung und Tests für Gesundheitspersonal), die finanzielle Solidität der Gesundheitssysteme, die Verfügbarkeit von Krankenhaus- und Intensivbetten sowie die Kapazitäten für Laboruntersuchungen und die Nachverfolgung von Kontakten.

24. Maßnahmen, die offenbar weniger gut funktionieren:

24.1. Internationale Reisebeschränkungen: Die WHO riet von Beginn an davon ab, Reise- und Handelsbeschränkungen gegenüber Ländern zu verhängen, die COVID-19-Ausbrüche verzeichnen. In ihren am 29. Februar 2020 aktualisierten Empfehlungen heißt es: „Allgemein zeigt sich, dass eine Beschränkung des freien Verkehrs von Personen und Waren während gesundheitlicher Notlagen sich in den meisten Situationen als unwirksam erweist und dadurch für andere Maßnahmen bestimmte Ressourcen abgezogen werden könnten. Darüber hinaus könnten die Beschränkungen benötigte Hilfsgüter und technische Unterstützung blockieren, die Unternehmenstätigkeit beeinträchtigen und negative soziale und wirtschaftliche Folgen für die betroffenen Länder haben. [...] Reisebezogene Maßnahmen, die den grenzüberschreitenden Verkehr in erheblichem Maße beeinträchtigen, sind allenfalls zu Beginn eines Ausbruchs zu rechtfertigen, da sie den Ländern ermöglichen, Zeit zu gewinnen – selbst wenn es nur wenige Tage sind –, um rasch wirksame Vorsorgemaßnahmen zu treffen. Solche Beschränkungen müssen auf einer sorgfältigen Risikoabschätzung beruhen, in einem angemessenen Verhältnis zum Risiko für die öffentliche Gesundheit stehen, von kurzer Dauer sein und ausgehend von der jeweils aktuellen Lage regelmäßig überprüft werden.“⁵⁶ Zirkuliert das Virus bereits in der Bevölkerung eines Landes, ist eine Schließung der Grenzen sinnlos, da der Feind bereits „im

⁵³ www.weforum.org/agenda/2020/03/why-lockdowns-work-epidemics-coronavirus-covid19/.

⁵⁴ www.theguardian.com/commentisfree/2020/mar/21/the-case-for-shutting-down-almost-everything-and-restarting-when-coronavirus-is-gone Schon seit langem wird gern ein Vergleich der Sterberaten und Infektionskurven der ähnlich großen US-Städte Philadelphia in Pennsylvania (12 000 Tote) und Saint Louis in Missouri (700 Tote) während der Pandemie der „Spanischen Grippe“ 1918 als Beispiel dafür herangezogen, wie erfolgreich frühzeitige und anhaltende Ausgangssperren sind, wie sie in Saint Louis praktiziert wurden.

⁵⁵ Diese Option hätte beispielsweise Australien Mitte März 2020 offengestanden.

www.theguardian.com/commentisfree/2020/mar/21/the-case-for-shutting-down-almost-everything-and-restarting-when-coronavirus-is-gone.

⁵⁶ www.who.int/news-room/articles-detail/updated-who-recommendations-for-international-traffic-in-relation-to-covid-19-outbreak.

eigenen Hause“ ist.⁵⁷ Die Erfahrungen zeigen, dass in Europa die Grenzsicherungen weder die Einschleppung von COVID-19-Fällen verhindert noch die Ausbreitung der Epidemie verlangsamt haben und dass sie stattdessen die Warenströme behindert und die Solidarität der europäischen Staaten geschwächt haben.⁵⁸ Die Reisebeschränkungen in Europa hatten eher den Effekt, dass nationalistische Rückzugstendenzen, Fremdenfeindlichkeit und Sündenbock-Denken zunahmen.

25. Maßnahmen, deren Wirkung noch nicht erwiesen ist:

25.1. Schließung von Schulen/Kindertagesstätten: Nahezu alle von der aktuellen Pandemie betroffenen Länder entschieden sich dazu, als Mittel zur Eindämmung der Virusausbreitung Schulen teilweise oder ganz zu schließen.⁵⁹ Schulen und Kindertagesstätten zu schließen, scheint bei Epidemien eine wirksame gesundheitspolitische Maßnahme darzustellen, da Kinder in der Regel sehr gute Krankheitsüberträger sind sowie zu der Gruppe gehören, bei der das Risiko schwerer Krankheitsverläufe (einschließlich Tod) erhöht ist. Im Falle von COVID-19 allerdings scheinen Kinder – insbesondere die unter 10-Jährigen – selten krank zu werden, und sie entwickeln bei einer Ansteckung nur leichte oder gar keine Symptome⁶⁰ (bei den beunruhigenden Berichten über eine neue entzündliche Erkrankung ähnlich dem Kawasaki-Syndrom fehlt es noch an Belegen für einen Zusammenhang mit SARS-CoV-2, der noch weiter untersucht werden muss). Ebenfalls unklar ist bislang, ob Kinder gute Überträger von COVID-19 sind. Das Schließen von Schulen ist mit Nachteilen verbunden: Viele unverzichtbare Arbeitskräfte müssen wählen, ob sie zu Hause bleiben, um sich um ihre Kinder zu kümmern, oder ob sie riskieren, die (einer Hochrisikogruppe angehörenden) Großeltern dafür heranzuziehen, wenn keine alternative Betreuungsregelung, etwa staatlicherseits, gefunden werden kann; Kinder werden der Gefahr häuslicher Gewalt⁶¹ oder einem Hungerrisiko⁶² ausgesetzt, und die unter Kindern bestehenden Ungleichheiten beim Zugang zu Lernmöglichkeiten und Bildung können sich verschärfen. Momentan gibt es schlicht zu wenig Daten, die darüber Aufschluss geben, ob die Vorteile von Schulschließungen die Nachteile überwiegen. Die partiellen oder vollständigen Wiederöffnungen von Schulen in einigen Ländern liegen noch nicht lange genug zurück, um beurteilen zu können, welchen Einfluss sie auf die Ausbreitung des Virus haben; dies sollte weiter untersucht werden.

25.2. Tragen von Masken: Die einzige Art von Masken, mit denen man sich relativ wirksam vor einer Ansteckung schützen kann, sind Masken mit Luftfiltern, etwa vom Typ FFP1, FFP2 oder N95. Es gibt jedoch Hinweise darauf, dass auch OP- oder Stoffmasken einen gewissen Schutz davor bieten können, andere über Tröpfchen anzustecken (etwa beim Niesen oder Husten). Da sich aber die Krankheit sowohl über Aerosole als auch Tröpfcheninfektion überträgt und die allgemeine Bevölkerung außerhalb vieler asiatischer Länder den richtigen Umgang mit Masken nicht gewohnt ist, herrschen hier so viele Vorbehalte, dass die Regeln für das Tragen von Gesichtsmasken zu einem Politikum zu werden drohen⁶³.

25.3. Isolierung von Hochrisikogruppen: Großbritannien hat Personen mit einem erhöhten Risiko, schwer an COVID-19 zu erkranken oder zu sterben, aufgefordert, sich für mindestens drei Monate zu isolieren; die meisten Länder haben Besuchsbeschränkungen für Alten- und Pflegeheime eingeführt. Noch ist unklar, wie wirksam solche Maßnahmen sind und wie lange sie realistischerweise aufrechterhalten werden können. Sie sind auch mit erheblichen Nachteilen verbunden, da sie zu Diskriminierung, dem Verlust des Arbeitsplatzes, Armut, Vereinsamung und anderen negativen Folgen führen können. Die in Pflegeheimen beobachtete hohe Fallsterblichkeit deutet darauf hin, dass Verbesserungen an der Infrastruktur, etwa kleinere Stationen, mehr Personal und eine bessere Versorgung mit Ausrüstung sinnvoller sein könnten als eine vollständige Isolierung.

25.4. Bekanntmachung, wer infiziert ist oder wo sich infizierte Personen aufgehalten haben: Es ist nur allzu menschlich, wissen zu wollen, ob ein Nachbar, Arbeitskollege oder Supermarktkassierer infiziert ist oder ob einem im Restaurant oder einem öffentlichen Verkehrsmittel eine infizierte Person begegnet ist. Ob dies ein geeigneter Weg ist, selbst eine Ansteckung zu vermeiden oder herauszufinden, ob man infiziert ist, steht auf einem anderen Blatt. Personen, deren Privatsphäre auf diese Weise verletzt wurde, zu stigmatisieren oder gar

⁵⁷ Grenzen konnten allenfalls für Touristen geschlossen werden; für zurückkehrende Staatsbürger und Gebietsansässige kann eine 14-tägige Selbstisolierung oder Quarantäne verhängt werden.

⁵⁸ Strenge Kontrollen an der deutsch-polnischen Grenze führten beispielsweise zu 55 km langen Lkw-Staus.

⁵⁹ Thomas Hale et al., „[Variation in government responses to COVID-19](#)“, *BSG Working Paper Series*, University of Oxford, April 2020.

⁶⁰ Ilaria Liguoro, „[SARS-COV-2 infection in children and newborns: a systematic review](#)“, 18. Mai 2020.

⁶¹ Einschließlich sexueller Gewalt, siehe [Dok. 15109 „Sexuelle Gewalt gegen Kinder bekämpfen: Verstärkung der Maßnahmen und der Zusammenarbeit in Europa“](#) (Berichterstatte: Baroness Doreen Massey, Vereinigtes Königreich, SOC) (englisch).

⁶² Zum Beispiel leidet fast ein Fünftel der britischen Haushalte mit Kindern während des Lockdowns an Hunger: [www.theguardian.com/society/2020/may/03/exclusive-fifth-of-uk-homes-children-hungry-lockdown](#).

⁶³ [www.theguardian.com/uk-news/2020/may/21/face-mask-rules-more-political-than-scientific-says-expert](#).

anzugreifen, ist sicherlich kein wirksames Mittel⁶⁴, weshalb das in Südkorea eingesetzte elektronische System lediglich die Orte meldet, die von Infizierten besucht wurden (wobei die Anonymisierung der Daten nicht immer richtig funktionierte und einige Personen identifizierbar wurden – zudem waren sie womöglich an Orten, an denen sie sich nicht hätten aufhalten sollen). Es ist bislang unklar, ob solche Systeme eine wirksame gesundheitspolitische Maßnahme darstellen. So genannte „Tracking-Apps“ bergen auch die große Gefahr, dass unter anderem das Recht auf Datenschutz verletzt wird.⁶⁵

25.5. „Immunitätsausweise“: In einigen Ländern, darunter auch in meiner Heimat Deutschland, hat es Pläne zur Einführung sogenannter „Immunitätsausweise“ gegeben, damit die Bürgerinnen und Bürger ihre Grundrechte zurückerlangen können, die im Zuge der Eindämmungsmaßnahmen gegen das sich ausbreitende Virus eingeschränkt wurden, und zwar ausgehend vom Immunitätsstatus einer Person. Solche Maßnahmen können durchaus sinnvoll sein für unverzichtbare Arbeitskräfte, wie etwa das an vorderster Front tätige Gesundheitspersonal, das gegen eine Ansteckung immun ist und daher für andere keine Gefahr darstellt und sich um Hochrisikopatienten kümmern kann. Für die Allgemeinheit ist diese Idee allerdings höchst problematisch: Erstens liegen bislang keine Daten dazu vor, ob das Vorhandensein von Antikörpern im Blut vor einer Neuinfektion schützt, und falls ja, wie stark und für wie lange. Zweitens könnte mit der Wiedererlangung von Rechten durch Immunität der perverse Anreiz geschaffen werden, sich mit der Krankheit anzustecken, um immun zu werden.

4. Konkrete Folgen und Gefahren für die Menschenrechte

26. Angesichts der bisherigen Erfahrungen anderer Länder scheint klar zu sein, dass im Kampf gegen die Ausbreitung von SARS-CoV-2 einschneidende Maßnahmen, die Auswirkungen auf die Rechte haben (etwa Ausgangssperren oder Schließungen), allein durch ein frühzeitiges, gezieltes und wirksames Handeln vermieden werden können. Je später auf einen Ausbruch reagiert wird, desto drastischer müssen die Maßnahmen sein. Doch wie kann dies in möglichst menschenrechtskonformer Weise erfolgen, wohl wissend, dass ohne Achtung des Rechts auf Leben definitionsgemäß keine anderen Menschenrechte wahrgenommen werden können? Zwar gibt es eine klare Hierarchie der Menschenrechte im Falle von Pandemien, die wie im aktuellen Fall das Recht auf Leben bedrohen, jedoch kann kein Grundrecht als absolut angesehen werden.

4.1. Recht auf Leben und gleichberechtigter Zugang zur Gesundheitsversorgung

27. Das Recht auf Leben muss im Falle einer Pandemie in zweierlei Hinsicht geschützt werden: in Bezug auf die Gesundheit der Bevölkerung und in Bezug auf die klinische Medizin. Auf die gesundheitspolitischen Maßnahmen, die zum Schutz der Bevölkerung, insbesondere gefährdeter Personengruppen, vor einer Ansteckung getroffen wurden, um das Recht auf Leben zu schützen, wurde bereits eingegangen. Sobald eine Person aber krank ist, insbesondere wenn sie ernsthaft erkrankt ist, muss das Recht auf Leben allerdings auf Ebene des Individuums geschützt werden, und zwar durch den Zugang zu einer qualitativ hochwertigen Gesundheitsversorgung.

28. Alle unsere Mitgliedstaaten haben die Europäische Menschenrechtskonvention (EMRK) ratifiziert, die meisten haben auch die Europäische Sozialcharta (SEV Nr. 35 und 163) und das Übereinkommen des Europarates über Menschenrechte und Biomedizin (Oviedo-Konvention, SEV Nr. 164) ratifiziert. Sie sind somit verpflichtet, das Recht auf Leben aller zu schützen. Von diesem Recht ist keine Abweichung zulässig, nicht einmal in Kriegszeiten oder anderen öffentlichen Notlagen, durch die das Leben der Nation bedroht wird.⁶⁶ Der Staat sollte deshalb in einer Notsituation, wie wir sie derzeit erleben, keine Unterscheidung bei den in seinem Hoheitsgebiet lebenden Menschen vornehmen und ihnen allen, ungeachtet ihres Geschlechts, ihrer Nationalität, Religion oder ihres sonstigen Status usw., oder aber ihrer Zahlungsfähigkeit, Zugang zu einer lebensnotwendigen Gesundheitsversorgung gewähren.

29. Gleichwohl kann und wird eine solche Unterscheidung in der Praxis natürlich immer noch stattfinden. Welche ethischen Leitlinien gelten für das Treffen klinischer Entscheidungen bei der Gewährung bzw. Verweigerung des Zugangs zu einer lebensnotwendigen Versorgung (beispielsweise einem Beatmungsgerät

⁶⁴ Der Grund, warum das Tragen von Gesichtsmasken in vielen asiatischen Ländern vorgeschrieben ist bzw. eine gesellschaftliche Norm darstellt, ist der, dass Masken das Risiko, andere anzustecken, wenn man selbst infiziert ist, wirksam reduzieren. Wenn nur Infizierte Masken trügen, wären sie leicht erkennbar und könnten gesellschaftlich stigmatisiert werden (oder schlimmer). Außerdem weiß eine Person vielleicht gar nicht, dass sie infiziert ist. Wenn jeder eine Gesichtsmaske trägt, wird deshalb die Privatsphäre der Menschen geschützt und ein positiver Beitrag zur Gesundheit der Bevölkerung geleistet.

⁶⁵ Auf Details zu der Frage, welche Gefahren Tracking-Apps für die Menschenrechte darstellen, möchte ich an dieser Stelle nicht eingehen, da dies in dem in Vorbereitung befindlichen Bericht des Ausschusses für Recht und Menschenrechte untersucht wird.

⁶⁶ Artikel 15 Absatz 2 der EMRK schützt das Recht auf Leben vor jeglicher Abweichung (außer hinsichtlich Todesfällen infolge rechtmäßiger Kriegshandlungen).

auf einer Intensivstation), wenn die Nachfrage das Angebot übersteigt? Es wird zwar so gut wie allgemein anerkannt, dass eine Versorgung verweigert werden kann, wenn sie als medizinisch zwecklos angesehen wird (weil z. B. der Patient ohnehin sterben wird), aber anhand welcher Methoden soll bestimmt werden, wer unter denjenigen Zugang erhält, die noch eine gute Überlebenschance haben? Während also praktisch durchweg akzeptiert wird, dass die endgültige Beurteilung und Entscheidung das medizinische Personal an Ort und Stelle treffen muss, wer entscheidet über die ethischen Leitlinien oder Anleitungen, auf denen diese Entscheidungen basieren – berufsständische Ethik-Kommissionen, Minister, Parlamentarier?

30. Die Antworten liegen nicht ohne Weiteres auf der Hand. Nach der Reihenfolge des Eintreffens oder nach dem Losverfahren vorzugehen, erscheint vielleicht am gerechtesten, kann aber auch zu höheren Sterberaten führen, als wenn Patienten mit besseren Überlebenschancen Vorrang erhalten. Bessere Überlebenschancen haben in der Regel jüngere und gesündere Patienten. Durch die bevorzugte Behandlung dieser Patienten lassen sich zwar die Sterberaten niedriger halten, jedoch bereitet sie den Weg für Alters- und Behindertendiskriminierung sowie möglicherweise eine Diskriminierung aufgrund von Armut und dem vorherigen Zugang zur Gesundheitsversorgung (da Arme und Ausgegrenzte sowie Migranten und Flüchtlinge, Angehörige nationaler Minderheiten usw. in der Regel ohnehin weniger gesund sind, was an den sozialen Determinanten von Gesundheit liegt, etwa Problemen beim Zugang zum Gesundheitswesen). Die meisten Menschen finden es in Ordnung, wenn Ärzten, Krankenschwestern und weiteren unverzichtbaren medizinischen Kräften, die sich bei der Ausübung ihres Berufs infiziert haben (momentan schätzungsweise 12–15 % des Personals), Vorrang eingeräumt sowie auch Patienten erlaubt wird, freiwillig auf eine lebenserhaltende medizinische Behandlung zu verzichten.

31. In der Praxis existieren in den meisten Ländern bereits gewisse Leitlinien. Nicht selten sind die zugrundeliegenden Prinzipien utilitaristisch: Bevorzugung derjenigen, die andere retten können (unverzichtbares medizinisches Personal) und derjenigen mit den besten Überlebenschancen und der längsten verbleibenden Lebenserwartung.⁶⁷ Dies ist beispielsweise in Italien wie auch in Großbritannien der Fall. In der Lombardei (Italien) beschlossen einige Krankenhäuser, keine schwerkranken Patienten über 65 Jahren mehr aufzunehmen (in Frankreich: 80 Jahre); in England soll zu einem bestimmten Zeitpunkt geplant gewesen sein, solchen Patienten „Palliativversorgungs-Pakete“ auszuhändigen, mit denen sie dann zu Hause ihrem Schicksal überlassen würden, sollte der *National Health Service* überlastet werden.⁶⁸ Es kann also angenommen werden, dass klinische Entscheidungen unsere Gesellschaft tiefgreifend verändern würden, wenn bei den gesundheitspolitischen Maßnahmen gefährdete Bevölkerungsgruppen nicht geschützt werden: Alte, Gebrechliche, Arme, Ausgegrenzte und die diejenigen mit Vorerkrankungen hätten das größte Sterberisiko, was schwer zu beziffernde Folgewirkungen für den sozialen Zusammenhalt hätte. Genau das spielt sich gerade im Vereinigten Königreich und den USA ab, wo Angehörige von Minderheiten einem deutlich höheren Risiko ausgesetzt sind, sich mit dem Virus anzustecken, an ihm schwer zu erkranken oder an ihm zu sterben.⁶⁹

4.2. Schutz gefährdeter Personengruppen: die Lage älterer Menschen, insbesondere in Heimen

32. Angesichts einer Epidemie sind wir nicht alle gleich. Bestimmte Bevölkerungsgruppen sind gefährdeter als andere, was an verschiedenen Gründen liegt, unter anderem ihrem Alter oder ihrem Gesundheitszustand (z. B. Vorerkrankungen). COVID-19 bildet dabei keine Ausnahme. Die Zahlen zeigen, dass 80 % der Todesfälle, die mit COVID-19 in Verbindung gebracht werden, auf Personen über 70 Jahre entfallen, womit sie einer besonders gefährdeten Gruppe angehören.

33. Gemäß Artikel 2 der EMRK sind alle Staaten gehalten, die notwendigen Maßnahmen zu treffen, um ihre Bevölkerung, einschließlich die am stärksten gefährdeten Gruppen, vor Pandemien zu schützen. Trotz der wiederholten Warnungen vor den Konsequenzen der Epidemie für ältere Menschen⁷⁰ haben allerdings

⁶⁷ www.nytimes.com/2020/03/24/upshot/coronavirus-rationing-decisions-ethicists.html.

⁶⁸ www.theguardian.com/commentisfree/2020/mar/17/coronavirus-force-nhs-terrible-choices-covid19.

⁶⁹ „Mit der weiteren weltweiten Zunahme der Fälle von Coronavirus-Erkrankungen 2019 (COVID-19) gibt es auch immer mehr Hinweise darauf, dass die Pandemie unverhältnismäßig oft Schwarze, Asiaten und Angehörige ethnischer Minderheiten trifft“, [www.thelancet.com/journals/lanres/article/PIIS2213-2600\(20\)30228-9/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lanres/article/PIIS2213-2600(20)30228-9/fulltext). Grund ist unter anderem die höhere Zahl von Vorerkrankungen, von denen bekannt ist, dass sie einen schwereren Verlauf begünstigen, aber auch der, dass z. B. im Vereinigten Königreich „Angehörige ethnischer Minderheiten häufiger in Gegenden leben, die von COVID-19-Infektionen besonders betroffen sind“, oder in den USA „Angehörige ethnischer Minderheiten häufiger in dichter besiedelten Gegenden und dichter belegten Wohnungen leben, häufiger öffentliche Verkehrsmittel benutzen und in schlechter bezahlten Dienstleistungsberufen ohne Lohnfortzahlung im Krankheitsfall arbeiten, weshalb sie eher dazu neigen dürften, unter allen Umständen zur Arbeit gehen, wodurch das Expositionsrisiko steigt“.

⁷⁰ www.age-

platform.eu/sites/default/files/AGE_letter_to_EU_Commission%26European_Council_Presidents_on_COVID19_17Apr2020.pdf.

mehrere europäische Länder nur langsam reagiert.⁷¹ Die Lebensbedingungen in Pflegeeinrichtungen für ältere Menschen (wo viele Menschen eng zusammenleben) haben die Ausbreitung des neuartigen Coronavirus begünstigt und die Situation für diese Gruppe, die ohnehin unter einer erhöhten Sterblichkeit leidet, weiter verschärft. Eine Studie legt nämlich nahe, dass sich in einigen europäischen Ländern die Hälfte aller Todesfälle, die Sars-CoV-2 zugeschrieben werden, in Pflegeheimen ereignet.⁷²

34. Die verheerendsten Folgen der Pandemie ereigneten sich deshalb hinter verschlossenen Türen, genährt von erheblicher Ignoranz und Gleichgültigkeit. Pflegeheime sind zu einem Ort des Massensterbens geworden. Der Mangel an materiellen und personellen Ressourcen, der weithin bekannt war, gegen den aber jahrelang nichts unternommen wurde, wurde auch während der Gesundheitskrise nicht behoben.⁷³

Während sich das Personal einiger Einrichtungen dazu entschied, sich in den Heimen mit den Bewohnern zu isolieren (in Rumänien schrieb dies die Regierung sogar vor)⁷⁴ und dadurch Menschenleben zu retten und die Würde der Heimbewohner zu wahren, verließen einige Pflegekräfte ihre Arbeitsstelle mangels geeigneter Schutzvorkehrungen.⁷⁵

35. Hinzu kommt, dass eine noch nie dagewesene Überlastung der Intensivstationen in einigen Orten eine Triage von Patienten erforderlich machte. Ärzte wurden zu Entscheidungen gezwungen, die von ihnen nicht erwartet werden sollten, nämlich zu bestimmen, wer eine lebensrettende Behandlung erhält und wer sterben muss. Eine solche Triage ist inakzeptabel und erinnert an die Versorgung in Kriegszeiten. Ärzte in Straßburg räumten ein, dass sie den Zugang zu Beatmungsgeräten auf Personen unter 80 Jahren beschränkten.⁷⁶ Auch in Italien und Spanien gaben Ärzte zu, dass das Alter eine Schlüsselrolle bei medizinischen Entscheidungen gespielt habe. Einige Patienten entschieden sich schließlich dazu, sich selbst zu opfern und ihre Beatmungsgeräte anderen Patienten anzubieten. Ein 72-jähriger Priester in Italien überließ sein Beatmungsgerät einem jüngeren Patienten.⁷⁷ Der Französische Nationale Ethikbeirat (CCNE) ist darüber sehr besorgt und vertritt die Ansicht, dass die „Notwendigkeit einer Patiententriage eine sehr wichtige ethische Frage hinsichtlich der Verteilungsgerechtigkeit aufwirft“.⁷⁸

⁷¹ Es scheint sogar so, dass die Schwere der Epidemie zu Beginn deshalb so stark unterschätzt wurde, weil sie nur für ältere Menschen tödlich verlaufen würde, was die in unseren Gesellschaften herrschende Altersdiskriminierung verdeutlicht. Dass in Spanien, Italien und Belgien die COVID-19-Todesfälle unter Heimbewohnern erst spät in die offiziellen Statistiken einbezogen wurden, zeigt, dass gegenüber dem Schicksal älterer Menschen eine weit verbreitete Gleichgültigkeit herrscht. Nach allgemeiner Vorstellung sind ältere Menschen bereit zu sterben und haben keinen Nutzen für die Gesellschaft. Allerdings hängt „die Würde einer Person nicht von ihrer Nützlichkeit ab.“^{**} In einer Rede am 2. April 2020 sagte EU-Gleichstellungskommissarin Helena Dalli, es gebe „in der EU keinen Platz für Altersdiskriminierung“.^{***}

* „Human rights don't have a best-before date: COVID-19 lays bare rampant against ageism“, *The Globe And Mail*, 13. April 2020.^{**} Papier des Französischen Nationalen Ethikbeirats (CCNE): „[Contribution du Comité consultatif national d'éthique: Enjeux face à une pandémie](#)“, 13. März 2020.

^{***} Helena Dalli (EU-Kommissarin für Gleichstellung), 2. April 2020 www.age-platform.eu/sites/default/files/Covid-19_%26_olderPeople-Dalli_statement-Apr20.pdf.

In der [Entschließung 2168 \(2017\)](#) formulierte die Versammlung Empfehlungen zur Bekämpfung von Altersdiskriminierung, Verbesserung der Pflege älterer Menschen und Verhinderung ihrer Isolierung und sozialen Ausgrenzung.

⁷² Robert Booth, „[Half of coronavirus deaths happen in care homes, data from EU suggests](#)“, *The Guardian*, 13. April 2020.

⁷³ Das höchste französische Verwaltungsgericht, der *Conseil d'État*, wies in einer Entscheidung Forderungen von Gewerkschaften zurück und lehnte es ab, die Regierung wegen ihres vermeintlich unangemessenen Umgangs mit der Situation in Pflegeheimen zu verurteilen: www.conseil-etat.fr/ressources/decisions-contentieuses/dernieres-decisions-importantes/conseil-d-etat-15-avril-2020-depistage-systematique-et-regulier-des-personnes-residant-en-ehpad.

⁷⁴ Centre for Legal Resources, 16. April 2020, www.crlj.ro/en/romania-covid-19-protecting-residents-with-disabilities-and-the-elderly-by-isolating-employees-in-nursing-and-social-care-homes/.

⁷⁵ In Spanien ging dies in einem Fall so weit, dass die Armee 25 Leichen entdeckte, die in den Räumen eines Pflegeheims zurückgelassen worden waren. „[Coronavirus Pandemic in the EU: Fundamental Rights Implications](#)“, Agentur der Europäischen Union für Grundrechte, S. 27.

⁷⁶ Ebda, S. 26.

⁷⁷ Ebda.

⁷⁸ Papier des Französischen Nationalen Ethikbeirats (CCNE): „[Contribution du Comité consultatif national d'éthique: Enjeux face à une pandémie](#)“, 13. März 2020.

In einer 2009 veröffentlichten Stellungnahme des CCNE wurde bereits vor einer möglichen Abkehr von grundlegenden ethischen Prinzipien während eines Gesundheitsnotstands gewarnt. Die für die Betreuung und Pflege geltenden Anforderungen dürften auf keinen Fall aufgegeben werden. „Ausnahmslos jede Person hat das Recht auf lebensnotwendige Eingriffe (...). Ein Mangel an Ressourcen (...) sollte nie als Rechtfertigung für die Diskriminierung bestimmter Gruppen von Patienten dienen.“* In der Praxis allerdings werden ältere Menschen beim Zugang zur Versorgung diskriminiert und erhalten trotz ihrer Gefährdung weniger Schutz.

*www.ohchr.org/EN/NewsEvents/Pages/DisplayNews.aspx?NewsID=25746.

36. Es sollte auch betont werden, dass die allgemeine Ausgangssperre, die zur Eindämmung der Ausbreitung des Virus unverzichtbar war, zur Isolation vieler älterer Menschen führte, die in ihrer Wohnung⁷⁹ oder in ihren Zimmern in Pflegeheimen sich selbst überlassen wurden, wo sie mehrere Wochen lang keinerlei Kontakt zur Außenwelt hatten (und unter anderem auch keine Möglichkeit, im Bedarfsfall psychiatrische oder sterbebegleitende Pflege zu erhalten). In der Presse gab es Schlagzeilen wie „Ältere drohen an Langeweile und Vereinsamung zu sterben“.⁸⁰ Wie der CCNE es formuliert, beinhaltet die Achtung der Menschenwürde auch das Recht pflegebedürftiger Personen, soziale Bindungen aufrechtzuerhalten.⁸¹

37. Wie die Menschenrechtskommissarin des Europarates in ihrer letzten Erklärung „Lehren aus den verheerenden Folgen der COVID-19-Pandemie in Langzeitpflegeeinrichtungen“⁸² hervorhob, müssen die Mitgliedstaaten gemäß ihren Verpflichtungen aus Artikel 2 der EMRK betreffend das Recht auf Leben alle in diesen Einrichtungen aufgetretenen Todesfälle ausnahmslos aufklären (...). Die Mitgliedstaaten müssen außerdem sicherstellen, dass Bewohner von Langzeitpflegeeinrichtungen weiterhin zwischenmenschlichen Austausch mit ihren Angehörigen pflegen, vor allem dann, wenn sie krank sind. Die oberste Priorität muss jetzt lauten, dafür zu sorgen, dass sich derartige Ereignisse im Laufe der COVID-19-Pandemie niemals wiederholen.

38. Da ältere Menschen durch COVID-19 besonders gefährdet sind, kommt den Lebens- und Arbeitsbedingungen in Pflegeheimen höchste Bedeutung zu. Der europäische Pflegeheimsektor liegt in den Händen einiger weniger großer Privatkonzerne, die oft von Pensions- und Investmentfonds geführt werden.⁸³ Dies kann erhebliche negative Auswirkungen auf die Bedingungen in Pflegeheimen haben, wenn nämlich Profitinteressen den Bedürfnissen der Bewohner und den gesundheitsspezifischen Anforderungen an die Infrastruktur vorangestellt werden. Dasselbe gilt für Sparmaßnahmen, die eine Unterfinanzierung von Pflegeheimen zur Folge haben. Personalmangel, Überbelegung und riesige Pflegeheime mit zu geringer Distanz zwischen den Bewohnern sind einige der negativen Auswirkungen dieser Entwicklung, durch die die Gefährdung bei Ausbrüchen von Virusinfektionen noch weiter zunimmt. Die Mitgliedstaaten sollten dringend diese Probleme angehen, um die am stärksten gefährdeten Menschen zu schützen.

4.3. Verhältnismäßigkeit der Gesundheitsschutzmaßnahmen

39. Die COVID-19-Pandemie hat viele Mitgliedstaaten veranlasst, drastische Maßnahmen zum Schutz der öffentlichen Gesundheit zu ergreifen. Artikel 15 der EMRK stellt eine Abweichungsklausel dar, die es Mitgliedstaaten erlaubt, in Ausnahmefällen sowie in begrenztem Maße und unter Aufsicht von ihrer Verpflichtung abzuweichen, bestimmte in der Konvention verankerte Rechte und Freiheiten⁸⁴ zu gewährleisten. Die Konvention kann nach wie vor an alle Umstände angepasst werden und regelt weiterhin die Maßnahmen der Mitgliedstaaten, sogar im Falle einer nationalen Krise. Die meisten Mitgliedstaaten haben Maßnahmen getroffen, die bestimmte in den Verfassungen und der Konvention verankerte individuelle Rechte und Freiheiten einschränken, und zahlreiche Staaten haben der Generalsekretärin des Europarates ihre Abweichungen von der EMRK mitgeteilt. Sie unterliegen in dieser Hinsicht einer umfassenden Informationspflicht, die umso größer ist, je umfangreicher die Abweichung ausfällt. Die [Entschließung 2209 \(2018\)](#) der Versammlung „Notstand: Fragen der Verhältnismäßigkeit bei Abweichungen nach Artikel 15 der Europäischen Menschenrechtskonvention“ sollte in solchen Situationen in vollem Umfang eingehalten werden. Die Reaktion auf die Pandemie muss in einem strikt angemessenen Verhältnis zu der Gefahr stehen, der begegnet werden soll, und die Mitgliedstaaten sollten sich bemühen, etwaige Abweichungen von der Konvention in Grenzen zu halten. Der Ausschuss für Recht und Menschenrechte wird sich in seinem kommenden Bericht ausführlicher mit diesem Thema befassen.

4.4. Europäische und internationale Abstimmung und Steuerung der Gesundheitsschutzmaßnahmen

40. Es drängt sich einem der Eindruck auf, dass eine europäische und internationale Abstimmung in den ersten Monaten der Pandemie schlicht ausblieb. Da die Zuständigkeit für die öffentliche Gesundheit üblicherweise

⁷⁹ Europaweit wurden rasch zahlreiche Freiwilligenprogramme aufgestellt, um ältere Menschen in ihrem Alltagsleben zu unterstützen. Gleichwohl ist es Sache des Staates, für die Verteilung der von den Menschen benötigten Lebensmittel und Medikamente zu sorgen, insbesondere im Fall der am stärksten gefährdeten Gruppen, die ihre Wohnungen nicht verlassen sollen.

⁸⁰ www.lepoint.fr/sante/coronavirus-les-personnes-agees-risquent-de-mourir-d-ennui-et-de-solitude-13-03-2020-2367054_40.php#.

⁸¹ www.ccne-ethique.fr/sites/default/files/publications/ccne-reponse_a_la_saisine_du_26.03.20_reforcement_des_mesures_de_protection_en_ehpad_et_usld_0.pdf.

⁸² www.coe.int/en/web/commissioner/-/lessons-to-be-drawn-from-the-ravages-of-the-covid-19-pandemic-in-long-term-care-facilities.

⁸³ „The deadly impact of COVID-19 on Europe's care homes“, Euronews, 8. Mai 2020.

⁸⁴ Artikel 15 Absatz 2 EMRK: Aufgrund des Absatzes 1 darf von Artikel 2 nur bei Todesfällen infolge rechtmäßiger Kriegshandlungen und von Artikel 3, Artikel 4 Absatz 1 und Artikel 7 in keinem Fall abgewichen werden.

bei den einzelnen Staaten liegt bzw. in föderalen Staaten der regionalen (oder sogar subregionalen) Ebene übertragen wird, hatte selbst die Europäische Union Schwierigkeiten, das Vorgehen gegen diese gesundheitliche Notlage zu koordinieren, zumal sich die Mitgliedstaaten sträuben, ihre hoheitlichen Notstandsbefugnisse oder gesundheitspolitischen Vollmachten mit anderen zu teilen.

41. Das daraus resultierende Durcheinander an gesundheitspolitischen Maßnahmen hat deren Effektivität ernsthaft beeinträchtigt und war bisweilen geradezu kontraproduktiv.⁸⁵ Im passkontrollfreien Schengen-Raum wurden (entgegen dem Rat der WHO) wieder Grenzen hochgezogen, wodurch das Leben von Millionen Grenzpendlern erschwert sowie auch der Warenverkehr blockiert wurde. Einige Länder haben sogar ihre Grenzen für Ausländer komplett geschlossen, während andere Millionen ausgeben, um ihre andernorts gestrandeten Staatsbürger heimzuholen. Sechs Mitgliedstaaten haben Ausfuhrverbote für medizinische Ausrüstung eingeführt.⁸⁶ Positive Erfahrungen sind leider nur wenige zu vermelden: Krankenhäuser in Ländern wie etwa Deutschland, der Schweiz und (anfangs) auch Frankreich nahmen schwer erkrankte COVID-19-Patienten aus dem Elsass (Frankreich) und der Lombardei (Italien) auf. Die Staats- und Regierungschefs der Europäischen Union richteten ein neues ständiges EU-Krisenbewältigungszentrum ein und haben 50 Millionen Euro aufgebracht, um dringend benötigte medizinische Ausrüstung zu kaufen, die an die Krankenhäuser verteilt werden soll, wo sie am ehesten benötigt wird. Bis Mitte Mai 2020 hatte die Europäische Union trotz ihres begrenzten Mandats im Bereich der öffentlichen Gesundheit über 200 Initiativen zur Bekämpfung der COVID-19-Krise auf den Weg gebracht⁸⁷ und den Gesundheitssystemen, der Bevölkerung und der Wirtschaft ihrer Mitgliedstaaten rasch Hilfe geboten.⁸⁸ China, Kuba, die Russische Föderation, Rumänien, die Türkei und Albanien haben Ärzte, Krankenschwestern und medizinische Güter in schwer getroffene Länder entsandt.

42. Positiv zu vermerken ist, dass die Europäische Union anscheinend ihre Lektion gelernt hat, auch wenn sie Lehrgeld dafür zahlen musste. Die EU-Kommissarin für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (und ehemalige Präsidentin der Versammlung) Stella Kyriakides sagte dazu bei der Anhörung des Ausschusses am 19. Mai 2020 Folgendes: „Die zentrale hier zu ziehende Schlussfolgerung ist die, dass wir solchen Bedrohungen nur gemeinsam begegnen können. Eine Zersplitterung der Bemühungen macht uns alle verwundbar. Wenn wir Nabelschau betreiben, schwinden unsere Chancen, die unsichtbare Gefahr zu bekämpfen. Nur durch Solidarität und Zusammenarbeit über Grenzen hinweg können wir das Virus bezwingen.“ Dem kann ich nur zustimmen. Anfang Mai berief unter anderem die Europäische Kommission eine Geberkonferenz zur weltweiten Corona-Krisenreaktion ein, bei der Partner aus aller Welt zusammenkamen, um zur Unterstützung der Arbeiten an Diagnostik, Behandlungsmethoden und Impfstoffen für das neuartige Coronavirus Mittel zu mobilisieren. Bis Mitte Mai 2020 wurden 7,4 Milliarden Euro aufgebracht – 1,4 Milliarden davon wurden von der Kommission zugesagt. Die Kommission arbeitet derzeit auf ein neues, gesondertes EU-Gesundheitsprogramm hin, das über einen bislang beispiellosen Etat verfügt, um die Widerstandsfähigkeit der EU zu stärken.⁸⁹

43. Natürlich darf sich die Solidarität und Zusammenarbeit über Grenzen hinweg nicht auf Europa beschränken. Leider hat auch die WHO zu Beginn nur langsam reagiert, schließlich ist ihr System zur Steuerung der Gesundheitsschutzmaßnahmen aufgrund jahrelanger Kosten- und Personaleinsparungen geschwächt. Lediglich 20 % ihres Budgets werden durch Pflichtbeiträge der Mitgliedstaaten gedeckt, während der Rest aus freiwilligen Beiträgen stammt.⁹⁰ Dass die WHO für 80 % ihrer freiwilligen Beiträge auf lediglich 20 Beitragszahler angewiesen ist, wirft ernste Frage darüber auf, inwieweit sie noch in der Lage ist, unabhängig zu agieren.

44. Erst am 25. März 2020 lancierten die Vereinten Nationen einen Appell zugunsten eines neuen globalen humanitären Hilfsplans über 2 Milliarden US-Dollar, wobei die WHO einen Sechs-Punkte-Aktionsplan erstellt, um in den ärmsten Regionen für die Pandemie vorzusorgen und auf sie zu reagieren: in Regionen, die von Krisen betroffen sind und wo die Menschen unter anderem „aufgrund von Konflikten, Vertreibung, der

⁸⁵ So erlaubten etwa einige Länder potenziell infizierten Rückkehrern aus Risikogebieten, zur Schule oder zur Arbeit zu gehen, während andere sie zur Selbstisolierung aufforderten oder für 14 Tage unter Quarantäne stellten; einige Länder stuften bei den Schließungen bzw. Ausgangssperren auch Friseursalons oder Tabakläden als wesentliche Gewerbebetriebe ein.

⁸⁶ Italien, Bulgarien, Rumänien, Polen, Tschechische Republik und Slowakei. Frankreich hat sein Versorgungsmaterial verstaatlicht. Deutschland untersagte anfänglich die Ausfuhr von Versorgungsmaterial wie Masken, Schutzausrüstung und medizinischen Geräten, www.nytimes.com/2020/03/26/world/europe/coronavirus-eu.html.

⁸⁷ Durch Vereinbarungen über die gemeinsame Beschaffung und eine enge Zusammenarbeit mit der Industrie versucht die Europäische Union, ihren Mitgliedstaaten den Zugang zu wesentlicher Medizin- und Schutzausrüstung zu erleichtern und die europäische Produktion sicherer und leistungsfähiger medizinischer Geräte zu steigern.

⁸⁸ Erklärung der EU-Kommissarin Stella Kyriakides bei der Anhörung des Ausschusses am 19. Mai 2020.

⁸⁹ Ebda.

⁹⁰ www.who.int/about/funding/financing_the_pb/en/.

Klimakrise oder anderen Krankheitsausbrüchen entwurzelt wurden“.⁹¹ Leider kommen diese Maßnahmen womöglich viel zu spät, um eine humanitäre Katastrophe abzuwenden, da das Virus inzwischen in überfüllten Flüchtlingslagern und Slums der ganzen Welt zirkuliert.

45. Die Maßnahmen der WHO (bzw. das vermeintliche Ausbleiben derselben) wurden besonders scharf von US-Präsident Donald Trump kritisiert, der zudem damit drohte, die Mitgliedsbeiträge seines Landes an die Organisation zurückzuhalten oder aus ihr komplett auszutreten. Der Präsident unserer Versammlung und unser Ausschussvorsitzender haben die Haltung Donald Trumps offen kritisiert und zur Unterstützung der WHO aufgerufen⁹². Auf der 73. Weltgesundheitsversammlung am 19. Mai 2020 – die erstmals virtuell abgehalten wurde – verabschiedeten die Delegierten eine richtungsweisende EntschlieÙung, um die Welt geschlossen gegen die COVID-19-Pandemie vorgehen zu lassen, wozu der notwendige Konsens zur Unterstützung der Organisation erzielt wurde. Sobald die Pandemie vorbei ist, müssen die WHO und ihre Struktur zur Steuerung der Gesundheitsschutzmaßnahmen dringend gestärkt (und entpolitisiert) werden, damit die Organisation zur Erfüllung ihres Mandats in der Lage ist. Die Vorsitzende des Unterausschusses für öffentliche Gesundheit und nachhaltige Entwicklung, Frau Jennifer De Temmerman (Frankreich, ALDE), erklärte hierzu: „Mehr Macht sollte auch mit mehr Verantwortung und Rechenschaftspflicht einhergehen. Es herrscht ein eklatanter Mangel an parlamentarischer Kontrolle bei der WHO. Bei einer Reform der WHO sollten in jedem Fall auch Elemente einer solchen Kontrolle eingeführt werden, was für den Aufbau von Vertrauen und Solidarität unverzichtbar ist.“⁹³

4.5. Rettung des Wirtschafts- und Finanzsystems

46. Als COVID-19 sich im Januar 2020 in China auszubreiten begann, konnten abgesehen von Fachleuten nur wenige voraussehen, dass es zu einer globalen Ansteckung kommen würde – nicht nur medizinisch, sondern auch hinsichtlich der wirtschaftlichen und finanziellen Konsequenzen. Da China nun aber ein zentrales Glied der globalen Wertschöpfungsketten ist, war die Katastrophe vorprogrammiert.

47. Der Kampf gegen COVID-19, einschließlich der Eindämmungsmaßnahmen, durch die die Bevölkerung so weit es geht zu Hause gehalten werden sollte, hat zu einer gravierenden Unterbrechung der allgemeinen Wirtschaftstätigkeit geführt (insbesondere in Bezug auf Reise-, Freizeit- und andere Dienstleistungen; die Produktionskapazität aufgrund von Fabrikschließungen; den grenzüberschreitenden und inländischen Verkehr von Waren, Rohstoffen, Versorgungsgütern, Arbeitskräften und Nutzern). Die OECD erwartet für das Jahr 2020 eine starke Verlangsamung des weltweiten Wachstums, wobei das weltweite BIP-Wachstum für jeden Monat des strikten Lockdowns um 2 % zurückgehen dürfte.

48. Der Internationale Währungsfonds (IWF) warnte davor, dass COVID-19 einen „tieferen Konjunkturerinbruch als die letzte Finanzkrise“ auslösen könnte, selbst wenn es 2021 womöglich zu einem relativ starken Aufschwung käme. Für die nahe Zukunft sollte unser Anliegen aber darin bestehen, die Volkswirtschaften zeitnah zu stützen. Daher stimmt es zuversichtlich, dass die großen internationalen Einrichtungen und einzelnen Länder außerordentliche wirtschaftliche und geldpolitische Gegenmaßnahmen aufbieten, um sowohl die Epidemie abzuwehren als auch die Wirtschaftssysteme am Laufen zu halten.

49. Der IWF hat sich verpflichtet, mehr als 90 Ländern, die sich bereits an ihn um Hilfe gewandt haben, finanzielle Nothilfen zur Verfügung zu stellen (ca. 1 Billion US-Dollar), wobei die Schwellenländer von der COVID-19-Krise am schwersten getroffen zu sein scheinen.⁹⁴ In Europa haben sich die Finanzminister der EU-27 darauf verständigt, die Grenzen für die staatliche Kreditaufnahme auszusetzen, indem sie angesichts des „schwere[n] Konjunkturabschwung[s] im Euro-Währungsgebiet oder in der Union insgesamt“ die im fiskalpolitischen Rahmen der EU vorgesehene allgemeine Ausweichklausel⁹⁵ auslösten.⁹⁶ Diese bislang beispiellose Entscheidung gewährt den Mitgliedstaaten die nötige Flexibilität, „um alle notwendigen Maßnahmen zur Unterstützung unserer Gesundheits- und Katastrophenschutzsysteme zu ergreifen und unsere Volkswirtschaften zu schützen, unter anderem durch weitere diskretionäre Anreize und koordinierte Maßnahmen, die [...] so konzipiert werden, dass sie – je nach Erfordernis – rechtzeitig, zeitlich befristet und gezielt wirken“. Die Europäische Zentralbank (EZB) sagte ebenfalls zu, „geeignete und gezielte Maßnahmen“

⁹¹ www.who.int/dg/speeches/detail/who-director-general-s-remarks-launch-of-appeal-global-humanitarian-response-plan--25-march-2020.

⁹² Erklärung „[Let's help the WHO help all of us](#)“, 20. April 2020.

⁹³ Ebda.

⁹⁴ [Erklärung der geschäftsführenden Direktorin des IWF, Kristalina Georgieva](#), am 23. März 2020, und weitere Meldungen, www.imf.org/en/Topics/imf-and-covid19.

⁹⁵ Die allgemeine Ausweichklausel wurde 2011 eingeführt; die Europäische Union wollte damit Lehren aus der Finanz- und Wirtschaftskrise ziehen. Nach dem Stabilitäts- und Wachstumspakts darf das nationale Haushaltsdefizit 3 % des BIP und die Staatsverschuldung 60 % des BIP nicht übersteigen.

⁹⁶ [Erklärung der EU-Finanzministerinnen und -minister zum Stabilitäts- und Wachstumspakt angesichts der COVID-19-Krise](#), Pressemitteilung des Rates der EU, 23. März 2020.

zu ergreifen, um den Banken die Kreditvergabe an Unternehmen und Haushalte zu erleichtern, und legte ein 750 Milliarden Euro umfassendes Programm der quantitativen Lockerung (Instrument der Geldschöpfung) für den Markt des Euro-Gebiets auf. Damit folgte sie den ambitionierten Maßnahmen der US-Notenbank und der Bank of England.⁹⁷

50. Dennoch werden einige Mitgliedstaaten des Europarates in große Schwierigkeiten geraten. Italien befand sich bereits vor der COVID-19-Krise in einer heiklen Haushaltslage, schließlich verzeichnete es das geringste Wachstum im Euro-Gebiet und eine sehr hohe Staatsverschuldung (2019: 134,8 % des BIP gegenüber 84,1 % des BIP im Euro-Gebiet⁹⁸); es ist momentan das Land Europas, das vom neuartigen Coronavirus am schwersten getroffen ist. Die gezielten Maßnahmen der EZB werden prioritär eine Unterstützung Italiens zum Ziel haben müssen. Allerdings könnten andere Länder des Euro-Gebiets wie Griechenland, Spanien und Frankreich eine ähnliche Hilfe der EZB benötigen. Bislang konzentrierten sich die Ausgaben vieler Regierungen vorrangig auf Maßnahmen zur Rettung von Menschenleben und zur Beruhigung der Unternehmen wie auch der Bevölkerung, darunter durch vorübergehende Steuerentlastungen, eine Teilkompensation der Einnahmeausfälle derjenigen, die in die „technische Arbeitslosigkeit“ mussten, und die Unterstützung von kleinen und mittleren Unternehmen zur Vermeidung von Konkursen und zur Erhaltung von Arbeitsplätzen. Laut einer Analyse des Centre for Economic Policy Research (CEPR) müsse man gleichwohl „sorgfältig darauf achten, dass temporäre Lösungen keine langfristigen Probleme verursachen“.⁹⁹

51. Es ist erfreulich, dass Ende März 2020 bereits 27 europäische Länder (die Mitgliedstaaten Europäischen Union) zur Stützung ihrer Wirtschaft nationale Soforthilfeprogramme in die Wege geleitet hatten. Ihr Umfang reicht von 300 Millionen Euro in Luxemburg bis zu 1,1 Billionen Euro in Deutschland und unbegrenzten Zusagen in Ungarn und der Slowakei. Sie bieten eine Mischung aus staatlicher Unterstützung (gezielte Zuschüsse, Direkt- und Ausgleichszahlungen; Steuerentlastungen und -anreize; Liquiditätserleichterungen; Darlehen und staatliche Kreditbürgschaften, öffentliche Investitionen in lokale Unternehmensanleihen; Zahlungsaufschub für Mieten oder Versorgungsleistungen; Ausnahmeregelungen hinsichtlich der Arbeitszeit) für das Gesundheitswesen und Sozialdienste, für Arbeitnehmer und Haushalte, für schutzbedürftige Bevölkerungsgruppen, für Kommunen wie auch für Unternehmen (insbesondere Kleinbetriebe).¹⁰⁰ Mit der Zeit – sobald sich der Bedarf klarer abzeichnet – werden diese Maßnahmen wahrscheinlich erweitert und angepasst werden müssen.

52. Darüber hinaus hatten bis Anfang April 2020 bereits alle restlichen Mitgliedstaaten des Europarates wirtschaftliche Unterstützungsmaßnahmen für schutzbedürftige Bevölkerungsgruppen angekündigt (insbesondere Einkommenshilfen und Mindesteinkommensgarantien, Steuerentlastungen, Mietaufschub, Bonuszahlungen für Mitarbeiter des Gesundheits- und Sozialwesens, Verbot der Kündigung von Arbeitsverträgen) sowie auch für Unternehmen, die ihre Tätigkeit unterbrechen mussten (Kreditlinien und Bürgschaften, Unterbrechung von Konkursverfahren, Moratorien für die Schuldentrückzahlung, Beihilfen für die Tourismus- und Verkehrsbranche) wie auch gesamtwirtschaftliche Maßnahmen allgemeinerer Art (etwa Senkung der Referenzzinssätze und Liquiditätshilfen der Zentralbanken, Programme für öffentliche Investitionen). Einige Länder, zum Beispiel die Republik Moldau, haben für ihre Soforthilfeprogramme eine Kofinanzierung des IWF erhalten.¹⁰¹ Die Entwicklungsbank des Europarates (CEB) hat im April in Reaktion auf die COVID-19-Pandemie Anleihen für soziale Inklusion ausgegeben und damit 1 Milliarde Euro mobilisiert; sie hat auch bereits Italien und der Tschechischen Republik Darlehen in Höhe von jeweils 300 Millionen Euro und der Stadt Madrid (Spanien) ein Darlehen über 200 Millionen Euro zur Bekämpfung der COVID-19-Pandemie bewilligt¹⁰². Im Mai genehmigte die CEB im Eilverfahren acht neue Darlehen über insgesamt fast 1,3 Milliarden Euro für ihre Mitgliedstaaten (Kroatien, Estland, Griechenland, Kosovo*¹⁰³, Lettland, Republik Moldau, Serbien und Türkei), um gegen die COVID-19-Pandemie vorzugehen¹⁰⁴. Die Darlehen werden im

⁹⁷ [„ECB U-turn shows it fears coronavirus could destroy eurozone project“](#), Artikel von Larry Elliot, Wirtschaftsredakteur, *The Guardian*, 19. März 2020.

⁹⁸ Eurostat-Daten von April 2020. Das höchste Verhältnis des öffentlichen Schuldenstands zum BIP wurde Ende 2019 in Griechenland (176,6 %), Italien (134,8 %) und Portugal (117,7 %) verzeichnet, während Belgien und Frankreich nahe 100 % lagen; am niedrigsten sind die Werte in Estland (8,4 %), Bulgarien (20,4 %) und Luxemburg (22,1 %).

⁹⁹ [„Mitigating the COVID Economic Crisis: Act Fast and Do Whatever It Takes“](#), herausgegeben von Richard Baldwin und Beatrice Weder di Mauro, elektronische Veröffentlichung von CEPR Press VoxEU.org, März 2020.

¹⁰⁰ [„EU Member States economic decisions“](#), veröffentlicht von der Fondation Robert Schuman am 26. März (Stand: 25. März 2020).

¹⁰¹ „COVID-19: Overview of OSCE participating States' Responses as of 02 April 2020“, Parlamentarische Versammlung der OSZE.

¹⁰² <https://coebank.org/en/news-and-publications/news/>.

¹⁰³ * Jede Bezugnahme auf das Gebiet, die Institutionen oder die Bevölkerung des Kosovo in diesem Text soll gemäß der [Resolution 1244 \(1999\)](#) und unbeschadet des Status des Kosovo verstanden werden.

¹⁰⁴ <https://coebank.org/en/news-and-publications/news/ceb-approves-eight-new-covid-19-response-projects/>.

Rahmen der CEB-Fazilität zur Finanzierung des öffentlichen Sektors gewährt, die eine flexible und rasche Verwendung der CEB-Mittel ermöglicht.

53. Darüber hinaus hat die Europäische Investitionsbank rund 40 Milliarden Euro für die etwaige Finanzierung europäischer Unternehmen mobilisiert, die von der Krise betroffen sind, insbesondere im Wege von Überbrückungskrediten und der Aussetzung von Kreditrückzahlungen. Gleichzeitig rangen die Staats- und Regierungschefs der EU um eine Einigung, welcher Mechanismus für ein gemeinsames Vorgehen in Frage käme – eine Kreditlinie in Höhe von ca. 2 % ihrer Wirtschaftsleistung aus Mitteln des Europäischen Stabilitätsmechanismus (ESM) für das Euro-Gebiet (19 Mitgliedstaaten) oder alternativ eine Maßnahme, die die Form europäischer Corona-Bonds annehmen könnte. Hier trat die anhaltende Kluft zwischen dem „angeschlagenen Süden und dem fiskalisch konservativen Norden“ zu Tage.¹⁰⁵ Jacques Delors, ehemaliger Präsident der Europäischen Kommission (1985 bis 1995), nannte diese Spaltungen eine „tödliche Gefahr“ für die Europäische Union,¹⁰⁶ während die französische Ministerin für europäische Angelegenheiten, Amélie de Montchalin, warnte, die Europäische Union stünde vor einer Existenzkrise, da „Glaubwürdigkeit und Nutzen“ der Union darauf beruhten, dass sie gemeinsam auf die Coronavirus-Krise reagiere.¹⁰⁷ Obwohl am 9. April schließlich eine Einigung zur Inanspruchnahme des ESM erzielt wurde, sind die mit seiner Nutzung verbundenen Auflagen aus Sicht potenzieller Nutzerländer nach wie vor problematisch.

54. Kurze Zeit später gab die Europäische Kommission den Vorschlag bekannt, das EU-Budget dafür zu nutzen, „Menschenleben zu schützen und Existenzgrundlagen zu sichern“. Sie rief eine Initiative namens SURE ins Leben (Support mitigating Unemployment Risks in Emergency), die mit 100 Milliarden Euro dotiert ist und mit der Arbeitnehmer und Unternehmen unterstützt werden sollen. Alle verfügbaren Strukturfonds werden für den Kampf gegen das neuartige Coronavirus umgeschichtet, während Landwirte und Fischer gezielte Unterstützung erhalten.¹⁰⁸ Ähnlich tatkräftig zeigte sich der US-Kongress, der für die Wirtschaft des Landes ein Soforthilfepaket über 2 Billionen US-Dollar verabschiedete. Dies ist das größte Konjunkturprogramm in der Geschichte der USA. Mit dem Rettungsfonds unterstützt werden sollen Haushalte, um die Einkommensausfälle aufgrund der vorübergehenden Arbeitslosigkeit zu kompensieren (300 Mrd. USD), Krankenhäuser (100 Mrd. USD), die Entwicklung von Impfstoffen und Medikamenten (11 Mrd. USD); ferner fließen die Mittel in Kredite für angeschlagene Branchen wie etwa Fluggesellschaften (500 Mrd. USD), in Schulen (30 Mrd. USD), in Lebensmittelgutscheine und Kinderernährung (25 Mrd. USD) sowie in Hilfen für Landwirte (24 Mrd. USD).¹⁰⁹

55. Die Staats- und Regierungschefs der G20 sagten ihrerseits zu, „alle erforderlichen Schritte zu unternehmen, um diese Pandemie zu überwinden“, „weder einzeln noch gemeinsam Mühen zu scheuen“ und „alle erforderlichen Schritte zu unternehmen und alle verfügbaren Politikinstrumente einzusetzen, um den wirtschaftlichen und gesellschaftlichen Schaden aus der Pandemie so gering wie möglich zu halten, das globale Wachstum wiederherzustellen, die Stabilität der Märkte aufrechtzuerhalten und die Resilienz zu stärken“. Ihrer Erklärung zufolge wollen sie „mehr als 5 Billionen Dollar in die Weltwirtschaft“ investieren. Die Finanzminister und Zentralbankgouverneure der G20 wurden beauftragt, im Verbund mit internationalen Organisationen einen Aktionsplan zu erarbeiten, „um zügig angemessene internationale Finanzhilfe auf den Weg zu bringen“, während die Handelsminister angewiesen wurden, den Störungen im Welthandel zu begegnen und auf „ein freies, gerechtes, diskriminierungsfreies, transparentes, berechenbares und stabiles handels- und investitionspolitisches Umfeld“ hinzuarbeiten.¹¹⁰

4.6. Gewährleistung sozialer Rechte und des sozialen Zusammenhalts

56. Soziale Rechte – die durch die Europäische Sozialcharta garantiert werden, an die praktisch alle Mitgliedstaaten gebunden sind – sind auch Menschenrechte. Die während der Epidemie getroffenen gesundheitspolitischen Maßnahmen bzw. deren Folgen haben Auswirkungen auf zahlreiche dieser Rechte: das Recht auf Arbeit, vor allem derjenigen, die als „nicht unverzichtbar“ erachtet werden und nicht von zu Hause aus arbeiten können (z. B. im Gast- und Unterhaltungsgewerbe), oder von Arbeitskräften, die im Zuge der Schließungen bzw. Ausgangssperren entlassen werden; das Recht auf gerechte, sichere und gesunde Arbeitsbedingungen, vor allem für medizinisches Personal „an vorderster Front“ oder andere unverzichtbare Arbeitskräfte (darunter in Supermärkten, Bestattungsunternehmen oder im Reinigungsgewerbe), die

¹⁰⁵ [„EU leaders agree on more time to decide coronavirus economic rescue“](#), Reuters, 26. März 2020.

¹⁰⁶ [„Le manque de solidarité est un „danger mortel“ pour l'Europe, selon Jacques Delors“](#), Artikel in *Le Figaro*, 28. März 2020.

¹⁰⁷ [„Unity must be more than a slogan for EU in crisis, says French minister“](#), *The Guardian*, 29. März 2020.

¹⁰⁸ [„Coronavirus: Kommission mobilisiert ihre gesamten Ressourcen, um Menschenleben zu schützen und Existenzgrundlagen zu sichern“](#), Pressemitteilung der Europäischen Kommission, 2. April 2020.

¹⁰⁹ [„Senate approves \\$2 trillion COVID-19 stimulus bill“](#), WBRZ news, 25. März 2020; [„Here's what's in the \\$2T stimulus package – and what's next“](#), Politico, 25. März 2020.

¹¹⁰ [Gipfeltreffen der Staats- und Regierungschefs der G20 – Erklärung zu COVID-19](#), 26. März 2020.

Überstunden machen und oftmals nicht angemessen vor einer Ansteckung geschützt sind; das Recht von Kindern und Jugendlichen auf sozialen, gesetzlichen und wirtschaftlichen Schutz, das durch die Schließung von Schulen, Universitäten und Kindertagesstätten beeinträchtigt wird, mit möglichen Konsequenzen für ihren Schutz vor häuslicher Gewalt während der Ausgangssperren; das Recht älterer Menschen auf sozialen Schutz, wenn sie gebeten werden, sich monatelang zu isolieren, oder wenn ihnen zum Schutz ihrer Gesundheit persönliche Besuche verwehrt werden; das Recht der Arbeitnehmer mit Familienpflichten auf Chancengleichheit und Gleichbehandlung, wenn Schulen und Kindertagesstätten schließen; das Recht auf Schutz gegen Armut und soziale Ausgrenzung, insbesondere im Hinblick auf das Wohnen während der Ausgangssperren.¹¹¹

57. Die Mitgliedstaaten, die im Zuge der Pandemie gesundheitspolitische Maßnahmen treffen mussten, die sich auf diese Rechte auswirken, waren bemüht, ihre Anwendung zeitlich zu begrenzen und ihre Auswirkungen abzuschwächen, indem sie beispielsweise Unternehmen, Arbeitnehmern und gefährdeten Personengruppen¹¹² finanzielle Unterstützung boten oder Online-Lehrangebote organisierten. Allerdings wird schnell klar, dass die Pandemie bestehende Ungleichheiten weiter verschärft: Selbständige und in der Plattformökonomie tätige Personen haben zu Finanzhilfen oftmals keinen so leichten Zugang wie Festangestellte; Ärmere und schlechter Ausgebildete haben größere Schwierigkeiten, ihren Kindern „Homeschooling“ zu bieten (und haben womöglich keinen Zugang zu den notwendigen technischen Ressourcen); Ausgangssperren sind in schlechten oder beengten Wohnverhältnissen oder in der Gegenwart eines gewalttätigen Partners oder Elternteils schwerer zu ertragen. Frauen, die üblicherweise sowohl in der Familie als auch im medizinischen Alltag die größte Pflegelast zu tragen haben, sind in besonderer Weise der Gefahr von Diskriminierung, Gewalt – oder schlichter Erschöpfung – ausgesetzt. Die Armen und Ausgegrenzten (namentlich Obdachlose, Flüchtlinge, Migranten, Asylbewerber und Minderheiten wie etwa die Roma) leiden zwangsläufig am meisten.

58. In dieser Hinsicht ist es besonders wichtig, dass das an vorderster Front tätige Personal angemessen vor Schaden bewahrt und auch gerecht belohnt wird (etwa durch höhere Gehälter, sicherere Arbeitsverträge usw.). Die Pandemie hat uns schmerzlich vor Augen geführt, wie unzureichend die Staaten auf gesundheitliche Notlagen vorbereitet waren: Weltweit hatten Mitarbeiter des Gesundheitswesens mit einem Mangel an persönlicher Schutzausrüstung zu kämpfen und setzten sich selbst, aber auch ihre Patienten, einem Ansteckungs-, Erkrankungs- und Todesrisiko aus. Weitere unverzichtbare Arbeitskräfte – Supermarktkassierer, Auslieferungsfahrer, Mitarbeiter von Leichenhallen und Bestattungsunternehmen – wurden ebenfalls aufgefordert, unter gefährlichen Bedingungen Überstunden zu machen. Schnell stellte sich heraus, dass es sich bei den unverzichtbaren Arbeitskräften im Wesentlichen um Frauen handelte, von denen viele bereits vor Ausbruch der Pandemie unterbezahlt und arbeitsmäßig überlastet waren. Es ist höchste Zeit, dass die Unterbezahlung in Pflegeberufen und bei Tätigkeiten, die traditionell von Frauen ausgeübt werden, zur Sprache gebracht wird, und ich bin mir sicher, dass dies im kommenden Bericht des Ausschusses für Gleichstellung und Nichtdiskriminierung auch geschieht.

59. Wir leben ohnehin schon in Zeiten, in denen der soziale Zusammenhalt auf eine harte Probe gestellt wird; die Pandemie wird eine zusätzliche Belastung darstellen, wenn wir beschließen, uns zu Hause zu isolieren und uns nur um uns selbst zu kümmern. Aber so muss es nicht kommen: Die Pandemie führt uns vor Augen, wie sehr wir auf andere angewiesen sind, und hat neue Formen des sozialen Engagements hervorgebracht: Mitglieder örtlicher Fußballvereine oder Kirchen organisieren spontan Essenslieferungen für Hochrisikopersonen, die sich zu Hause isolieren; Tausende Menschen melden sich freiwillig, um auf verschiedenste Weise auszuhelfen, z. B. bei Telefondiensten; Nachbarn passen aufeinander auf; mancherorts applaudieren die Menschen jeden Abend landesweit den Mitarbeitern des Gesundheitswesens für ihre Anstrengungen.

5. Eine schöne neue Welt?

60. Die Situation, in der wir uns befinden, ist beispiellos. Wir sind seit einem Jahrhundert nicht mehr mit einer Pandemie vom Ausmaß der Spanischen Grippe konfrontiert gewesen. Unsere Gesellschaften haben sich seitdem beträchtlich verändert, und das nicht nur in Bezug auf den medizinischen und technischen Fortschritt. Aber im Grunde improvisieren wir von Fall zu Fall, was uns daran hindert, rasch zu reagieren und von anderen zu lernen. Politische und geopolitische Bruchlinien schwächen unseren Willen und somit unsere Fähigkeit zur Solidarität und Zusammenarbeit auf europäischer und internationaler Ebene. Gleichwohl ist es noch nicht zu spät, um das Ruder herumzureißen: Wir können diese Epidemie gemeinsam überwinden und – gestützt auf

¹¹¹ Wie bei der EMRK können die Vertragsstaaten auch bei der Europäischen Sozialcharta in Kriegszeiten oder bei einem anderen öffentlichen Notstand, der das Leben der Nation bedroht, Maßnahmen treffen, die von ihren Verpflichtungen abweichen, allerdings sind bislang keine derartigen Abweichungen der Generalsekretärin des Europarates mitgeteilt worden.

¹¹² Siehe die nicht erschöpfende Liste unter Ziffer 51.

die zentralen Werte des Europarates – eine neue, bessere Welt errichten. Dies würde uns ermöglichen, die Ziele für nachhaltige Entwicklung der VN bis 2030 zu erreichen und die nächste große Herausforderung, die uns nach der Pandemie erwartet, zu meistern: den Klimawandel.

5.1. Die Pandemie überwinden

61. Zunächst allerdings müssen wir die aktuellen Probleme bewältigen, vor die uns die Pandemie stellt. Zur Vermeidung katastrophaler Folgen durch Todesfälle und Krankheitsüberlastung müssen wir rasch handeln, um Ausbrüche einzudämmen, indem wir die in Kapitel 3 dargelegten bewährten, effektiven Maßnahmen ergreifen, die in menschenrechtskonformer Weise und unter Wahrung des Verhältnismäßigkeitsgrundsatzes umzusetzen sind.¹¹³

62. Für viele unserer Mitgliedstaaten bedeutet dies: rasche und nachhaltige Maßnahmen, um menschliche Kontakte durch räumliche Distanzierung – soweit möglich auf freiwilliger Basis – und, falls nötig, rechtskonforme Schließungen/Ausgangssperren so lange zu reduzieren, bis die aktive lokale Verbreitung des Coronavirus auf ein Niveau sinkt, das mithilfe der Durchführung eingehender Tests, Nachverfolgung von Kontaktpersonen im Einklang mit dem Datenschutz sowie Quarantäne- und Selbstisierungsmaßnahmen beherrschbar ist, wobei der Grundsatz der Verhältnismäßigkeit gewahrt werden muss sowie die Auswirkungen solcher Maßnahmen auf die Grundrechte, darunter soziale und wirtschaftliche Rechte, und die physische und psychische Gesundheit zu berücksichtigen und Maßnahmen zur Kompensierung dieser negativen Auswirkungen zu treffen sind; Beschaffung von Schutzausrüstung für medizinische und weitere unverzichtbare Fachkräfte; Steigerung und Optimierung der Kapazität des Gesundheitssystems, indem nichtaktive medizinische Fachkräfte mobilisiert werden und die erforderliche Ausstattung zur sicheren und wirksamen Diagnose und Behandlung von Patienten aufgestockt wird – insbesondere von Diagnostiktests, Sauerstoff und Beatmungsgeräten/Atmungschutzmasken, sowie auch durch die Aufstockung der verfügbaren Intensivbetten in Krankenhäusern; Sicherstellung, dass bei allen gesundheitspolitischen Maßnahmen die Menschenrechte geachtet werden, dass sie geschlechtersensibel sind und dabei Frauen maßgeblich in Entscheidungen einbezogen und gefährdete Bevölkerungsgruppen (insbesondere Menschen mit Behinderungen, Kinder und ältere Menschen) geschützt werden; Schaffung der Voraussetzungen, um symptomatische Fälle, die keiner sofortigen Krankenhausbehandlung bedürfen, auf freiwilliger Basis zu isolieren und zu betreuen und auf diese Weise Infektionsclustern im Haushalt bzw. in der Familie vorzubeugen und die erforderliche medizinische Überwachung sicherzustellen, um eine zügige Einweisung zu ermöglichen, sollte sich der Zustand eines Patienten verschlechtern. Dazu bedarf es der Öffnung von Grenzen und der Aufhebung unnötiger Reisebeschränkungen, um so ungehinderte Notfallmaßnahmen über Grenzen hinweg zu ermöglichen, wobei es innerhalb der Europäischen Union zumindest möglich sein sollte, gesundheitspolitische Maßnahmen zentral zu erarbeiten und bei Bedarf, je nachdem wo ein Ausbruch stattfindet, nach regionalen statt auf der Gebietszuständigkeit (Mitgliedstaaten) basierenden Kriterien umzusetzen.

63. Für alle unsere Mitgliedstaaten bedeutet dies: Bereitstellung verlässlicher Informationen über die komparativen dynamischen Veränderungen bei der Zahl der Todesfälle aufgrund unterschiedlicher Krankheitsbilder in den letzten drei Jahren sowie der Zahl der mit COVID-19 Infizierten unter ihnen; vollständige, verständliche und rechtzeitige Übermittlung von Informationen sowie transparente Entscheidungen auf der Grundlage evidenzbasierter wissenschaftlicher Erkenntnisse (u. a. durch die Veröffentlichung von Expertenempfehlungen). Aktive und umfassende Testmaßnahmen (nicht allein bei den in Krankenhäuser eingewiesenen Menschen oder medizinischen oder weiteren unverzichtbaren Fachkräften; so bald wie möglich sollte auch in großem Umfang auf Antikörper getestet werden, darunter auch bei einem repräsentativen Querschnitt der Bevölkerung, um diejenigen zu identifizieren, die bereits gegen die Krankheit immun sind). Aktive Förderung einer verantwortungsbewussten Erforschung, Entwicklung und Herstellung von Arzneimitteln, Diagnosekits, Impfstoffen und persönlicher Schutzausrüstung im Geiste der Solidarität und Gewährleistung, dass die auf diese Weise entwickelten Arzneimittel, Tests oder Impfstoffe für alle zugänglich und erschwinglich sind, insbesondere für gefährdete Personengruppen. Die europäische und internationale Solidarität, Koordinierung und Zusammenarbeit sollte in den Vordergrund gestellt und systematisiert werden. Schutzausrüstung sollte nicht von Nationalstaaten „für alle Fälle“ gehortet werden, sondern vielmehr innerhalb Europas dort verteilt werden, wo der Bedarf am größten ist. Erstellung und laufende Aktualisierung eines frei zugänglichen, grenzübergreifenden Verzeichnisses über verfügbare Intensivbetten sowie mit Beatmungsgeräten und Personal ausgestattete Betten auf Intensivstationen und deren Bereitstellung an Staaten, die sie benötigen. Gesundheitspersonal, das gegen die Krankheit immun geworden ist, sollte in anderen Ländern aushelfen, sobald der Bedarf im eigenen Land nachlässt. Übertriebene Eingriffe der Exekutivorgane, unverhältnismäßige und unnötige repressive Maßnahmen, durch die Menschenrechte verletzt werden, sowie jegliche Diskriminierung bei der Durchführung gesundheitspolitischer Maßnahmen

¹¹³ Eine genauere Orientierung bietet der am 20. März 2020 von der OECD veröffentlichte [ELS-Policy Brief](#).

sollten vermieden werden. Die Parlamente sollten weiterhin in der Lage sein, ihr Mandat der Kontrolle des Regierungshandelns auszuüben.

64. Darüber hinaus sollten die Mitgliedstaaten angesichts der aktuellen Pandemie verstärkte Anstrengungen unternehmen, um den Stand ihrer Gesundheitssysteme, ihrer Pandemievorsorge und ihrer Infektionsüberwachungssysteme zu evaluieren mit dem Ziel, sie gegebenenfalls zu verbessern, sowie auch die Wirksamkeit und die Kollateralschäden (insbesondere in Bezug auf die uneingeschränkte Ausübung der Menschenrechte einschließlich sozioökonomischer Rechte) der zur Bewältigung der aktuellen Pandemie getroffenen Maßnahmen zu beurteilen, um daraus Lehren für künftige gesundheitliche Notlagen zu ziehen. Sie sollten sicherstellen, dass ihre Pläne für die wirtschaftliche Erholung und den Schutz der Wirtschaft nicht die Voraussetzungen für eine zukünftige Zerstörung der Ökosysteme schaffen, die wahrscheinlich weitere Epidemien zoonotischer Natur zur Folge haben werden, und folglich die bereitgestellten Hilfen von der Einhaltung ehrgeiziger ökologischer und sozialer Kriterien gemäß den Zielen für nachhaltige Entwicklung der VN abhängig machen.

5.2. Begrenzung des Schadens für das Wirtschafts- und Finanzsystem: Mensch und Planet an die erste Stelle setzen

65. Unsere Länder sind vernetzt und voneinander abhängig – zum Guten wie zum Schlechten. Die Pandemie hat Schockwellen in Gang gesetzt, die nicht nur Schwachstellen der Gesundheitssysteme offengelegt und verstärkt, sondern auch unsere Wirtschaftssysteme erschüttert haben. Wie der OECD-Generalsekretär feststellt, ist „[d]as Verhalten der Finanzmärkte [...] Ausdruck der außergewöhnlichen Unsicherheit der Lage“, doch sei „es noch zu früh, um abzuschätzen, welche Auswirkungen Covid-19“ auf unsere Länder haben werde.¹¹⁴ Wir müssen die Wirtschaft am Laufen halten – nicht zuletzt um die Pandemie zu besiegen – und werden uns kritisch damit auseinandersetzen müssen, wie wir ihre Funktionsweise zum dauerhaften Wohl aller verbessern können. Wir benötigen ein nachhaltigeres Wirtschafts- und Finanzsystem, das möglichst der Realwirtschaft dient, und nicht der Finanzspekulation zum Vorteil einiger weniger. Dank ihrer beispiellosen Rettungspakete halten die Regierungen die regulatorischen Zügel fester denn je in der Hand und sollten die mit den Hilfen verknüpften Bedingungen nutzen, um von den Unternehmen mehr Investitionen in die Menschen und in eine „grünere“ Entwicklung zu verlangen.

66. Die COVID-19-Pandemie ist ein Prüfstein für unsere gemeinsamen Fähigkeiten und unsere Solidarität – auf lokaler, nationaler, regionaler und internationaler Ebene. Wenn wir Lehren aus der Pandemie ziehen wollen, dann wohl die, dass unsere Regierungen die strategischen Säulen von Wirtschaft und Wohlstand in unseren Ländern ernsthaft überdenken und sich dabei die langfristige Tragfähigkeit und Sicherheit vor Augen halten sollten. Bestimmte lebensnotwendige Dinge (etwa Medikamente, Lebensmittel und Energie) sollten vollständig „ortsnah“ erzeugt werden, was der lokalen Wirtschaft zugutekäme und wofür man sich gegebenenfalls auf europäische Solidarität stützen könnte. Auf kurze Sicht müssen wir die am stärksten gefährdeten Menschen und Betriebe schützen und dabei die Grundrechte an erste Stelle setzen.

5.3. Sicherung sozialer Rechte heute und in der Zukunft

67. Es ist unsere Pflicht, soziale Rechte während der Pandemie so weit wie möglich zu sichern und – sobald die Pandemie vorüber ist – erneut verstärkte Anstrengungen zur Armutsbekämpfung zu unternehmen (insbesondere von Kinderarmut und extremer Armut). Aktuell müssen wir sicherstellen, dass das Recht aller auf gleichberechtigten Zugang zur Gesundheitsversorgung gewahrt wird, insbesondere in Notsituationen: Es darf nicht eine Frage des Vermögens oder der „Beziehungen“ sein, ob jemand Zugang zu den benötigten Versorgungsleistungen erhält. Letztlich müssen wir aber auch die sozialen Determinanten von Gesundheit angehen, etwa schlechte Wohnverhältnisse und mangelnder Zugang zu Dienstleistungen, sowie auch die Ungleichheiten, die die sozialen Rechte und den sozialen Zusammenhalt, die für unser Überleben unverzichtbar sind, beeinträchtigen. Die Staaten sollten ihre Anstrengungen verstärken, um Fortschritte im Hinblick auf die Europäische Sozialcharta sowie die Oviedo-Konvention zu erzielen, die die Wahrung der sozialen, wirtschaftlichen und anderen Menschenrechte erleichtern, die bei Reaktionen auf eine Pandemie am verletzbarsten sind.

5.4. Blick in die Zukunft: Die Welt nach der Pandemie

68. Es steht fest, dass sich unsere Welt in den nächsten Jahren verändern und vielleicht kaum wiederzuerkennen sein wird. Von uns hängt es ab, ob sie sich zum Guten oder zum Schlechten verändert. Die Pandemie hat uns gezeigt, dass sich eines nicht wiederholen darf: mangelnde Vorbereitung auf eine weltweite Katastrophe, schließlich steht die nächste weltweite Katastrophe bereits vor der Tür – der menschgemachte

¹¹⁴ „[Coronavirus \(COVID-19\): Globales Handeln in einer globalen Krise](#)“, Artikel von Angel Gurría, OECD-Generalsekretär.

Klimawandel. Wir haben bereits mehrere kritische Schwellen, vor denen sich diese katastrophale Pandemie noch hätte abwenden lassen, verpasst; wir können es uns nicht leisten, die Kipp-Punkte des Klimawandels ebenfalls zu verpassen.

69. Es ist wichtig, dass wir aus dieser Pandemie in sämtlichen Bereichen Lehren ziehen. Die erste Lehre, die wir ziehen sollten, wurde von Frau Prof. Katz bei unserer Anhörung am 19. Mai 2020 genannt: „Die öffentliche Gesundheitsvorsorge und die globale Gesundheitssicherheit müssen dem Konzept „Eine Gesundheit“ Rechnung tragen, das die Wechselbeziehungen zwischen Tier, Mensch und Umwelt, die zur Krankheit beitragen und uns vor ihr schützen, mit einschließt. Wir müssen uns darum bemühen, die nächste Zoonose zu finden, bevor sie auf Menschen überspringt, die Koordinierung tierischer und menschlicher Systeme für die Erkennung von und Reaktion auf Krankheiten weiter zu stärken und die Ökosysteme, die für die Gesundheit von Mensch, Tier und Umwelt unentbehrlich sind, zu schützen. Dies umfasst auch die Identifizierung und Bekämpfung des Klimawandels als treibende Kraft für aufkommende gesundheitliche Bedrohungen“ und – wie ich hinzufügen würde – die Verbesserung der die landwirtschaftliche Tierhaltung regelnden Politiken und das Vermeiden der Zerstörung unberührter Lebensräume durch den Menschen. Die weltweiten Interventionen für die Gesundheitssicherheit und die Pandemievorsorge müssen ebenfalls datengestützt und evidenzbasiert sein und Menschenrechtsbestimmungen einschließen. Wir müssen die verschiedenen Datenquellen besser nutzen, eine einheitliche Dateninfrastruktur schaffen sowie Modellierungen mit Blick auf Entscheidungen vornehmen; diese Modelle und Daten müssen sodann in Handlungsauslöser übersetzt werden.

70. Wir müssen eine stärkere, mächtigere WHO etablieren, die vernünftig finanziert ist und zur Erfüllung ihrer wesentlichen Aufgaben nicht auf freiwillige Beiträge angewiesen ist. Eine WHO, die so reformiert wurde, dass sie besser ihre Aufgabe erfüllen kann, für alle das erreichbare Höchstmaß an Gesundheit zu erzielen. Dies ist nicht nur eine Frage des Geldes: Die WHO sollte auch die notwendige Befugnis erhalten, Mitgliedstaaten unangekündigt zu besuchen, wie dies zum Beispiel dem beim Europarat angesiedelten Europäischen Komitee zur Verhütung von Folter und unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung oder Strafe (CPT) erlaubt ist. Wie von Frau Prof. Katz bei unserer Anhörung am 19. Mai 2020 vorgeschlagen, sollten wir die Internationalen Gesundheitsvorschriften (IGV) überprüfen und stärken, um die globale Kontrolle von Krankheiten neu auszurichten, die IGV zweckmäßiger zu gestalten und Mechanismen für die Einhaltung zu sondieren.¹¹⁵ Wir müssen auch überdenken, wie wir Informationen regulieren, einschließlich des Austauschs von Proben und Gensequenzen. Nicht zuletzt bedarf es einer angemessenen, unabhängigen, idealerweise parlamentarischen Kontrolle der WHO, um so genügend Vertrauen und Solidarität aufzubauen, dass die Welt in der Lage ist, Pandemien gemeinsam zu besiegen.

71. Wie von Frau Prof. Katz bei unserer Anhörung am 19. Mai 2020 vorgeschlagen, wäre es außerdem sinnvoll, bei den Vereinten Nationen für aktuelle und künftige biologische Vorfälle von hoher Tragweite eine dauerhafte Leitungsstruktur einzurichten, die einen ständigen, eigens eingesetzten Vermittler im Büro des VN-Generalsekretärs umfasst. Die Vereinten Nationen sollten außerdem für eine weltweite Kontrolle und Rechenschaftspflicht über die Pandemievorsorge durch eine unabhängige externe Stelle sorgen.

72. Es liegt an uns, auf europäischer Ebene – und nicht allein auf Ebene der Europäischen Union –, ein regionales System aufzubauen, das in der Lage ist, die WHO bei ihren Bemühungen zu unterstützen. Dies könnte in Form einer regionalen Vereinbarung zwischen unserer Versammlung und der WHO Europa geschehen, die an unsere Kooperationsvereinbarung mit der OECD angelehnt ist; doch dabei sollte es nicht bleiben: Die zwischenstaatliche Zusammenarbeit und Abstimmung im Bereich der öffentlichen Gesundheit muss auch auf Ebene des Europarates neu belebt werden.

¹¹⁵ Hierzu erforderlich ist nach Ansicht von Prof. Katz entweder eine komplette Neuverhandlung des Vertragstextes, oder – in Anlehnung an andere Verträge – eine Überprüfungskonferenz für die Mitgliedstaaten der Weltgesundheitsversammlung, um sich darauf zu verständigen, wie die Artikel in einer sich verändernden Welt umgesetzt werden sollen.