Andrä Gärber (Hg.)

Europa.Besser. Machen.

Vorschläge für eine progressive Wirtschaftspolitik

FRIEDRICH EBERT STIFTUNG

campus

Andrä Gärber (Hg.)

Europa.Besser.Machen.

Vorschläge für eine progressive Wirtschaftspolitik

Unter Mitwirkung von Sina Dürrenfeldt, Max Ostermayer,
Dr. Robert Philipps, Markus Schreyer

Campus Verlag
Frankfurt/New York

MIX
Papier aus verantwortungsvollen Quellen
FSC® C089473

ISBN 978-3-593-51332-4 Print
ISBN 978-3-593-44681-3 E-Book (PDF)

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.
Trotz sorgfältiger inhaltlicher Kontrolle übernehmen wir keine Haftung für die Inhalte externer Links. Für den Inhalt der verlinkten Seiten sind ausschließlich deren Betreiber verantwortlich.
Copyright © 2021 Campus Verlag GmbH, Frankfurt am Main
Umschlaggestaltung: Campus Verlag GmbH, Frankfurt am Main
Umschlagmotiv: Holzwürfel mit Flaggen europäischer Länder © www.shutterstock.com/Lindy Klales (Bildnummer 445749538)
Lektorat: Sönke Hallmann
Satz: Britta Liermann, Bureau Now
Gesetzt aus der Garamond und der TheSans
Druck und Bindung: Beltz Grafische Betriebe GmbH, Bad Langensalza
Printed in Germany

www.campus.de

Auf dem Weg zu einer Europäischen Gesundheitsunion – im Zeichen der Corona-Krise

Helmut Brand

In der derzeit herrschenden Covid-19-Pandemie stellt sich die Frage, welche Rolle die Europäische Union (EU) im Gesundheitsschutz einnimmt. Ist die jetzige Situation die Stunde der Nationalstaaten und läutet sie eine Rückbesinnung auf nationale Gesundheitsschutzanstrengungen ein oder ist sie ein »Window of Opportunity« auf dem Weg zu einer Europäischen Gesundheitsunion? Und wenn Letzteres zutrifft, was kann man im bestehenden, allerdings unübersichtlichen Regelwerk der EU schon jetzt erreichen und wo braucht es noch progressive Veränderungen?

Der »ideale« Ablauf der Pandemiebekämpfung

»Nachdem asiatische Länder zeitgerecht und transparent Ausbrüche eines Virus – der später SARS-Cov-2 (Covid-19) genannt werden wird – aufgrund der Internationalen Gesundheitsvorschriften (IHR) an die Weltgesundheitsorganisation (WHO) gemeldet hatten und diese entsprechend ihre Mitgliedstaaten umgehend informierte, trafen sich sofort die Europäischen Gesundheitsminister_innen, um ein gemeinsames Vorgehen zu beraten. Im Vordergrund standen z. B. eine Einigung bezüglich der Regelung des Reiseverkehrs mit den betroffenen Ländern, um Krankheitsfälle direkt nachverfolgen zu können, und gegebenenfalls die mögliche Aktivierung des gemeinsam entwickelten Pandemieplans. Im weiteren Verlauf wurden aufgrund der von den obersten Gesundheitsbehörden der Mitgliedstaaten gemeldeten Fälle an das Europäische Zentrum für die Kontrolle und Prävention von Krankheiten (ECDC) weitere Maßnahmen wie die Aktivierung des Europäischen Registers über Intensivbetten in Krankenhäusern und die 100-Tage-Reserve essenzieller Medikamente, Medizintechnologien und persönlicher Schutzkleidung beschlossen.

Dank der in Kernbereichen abgestimmten nationalen Pandemiepläne konnten Krankheitsmeldungen schnell elektronisch gemeldet und die von den Mitgliedstaaten getroffenen Maßnahmen verglichen und bewertet werden. Dadurch war es möglich, Krankheitsherde auch über Grenzen hinweg zu identifizieren und diese Krankheitscluster gezielt zu bekämpfen, ohne europäische Binnengrenzen schließen zu müssen. Je mehr man über das Virus wusste, wurden die Entscheidungen über Maßnahmen zur Eindämmung und Nachverfolgung an nachfolgende Entscheidungsebenen delegiert, um lokalen Gegebenheiten gerecht zu werden. Durch die enge Kooperation mit dem US-amerikanischen Zentrum für Krankheitskontrolle und Prävention (CDC) konnten europäische Erfahrungen auch mit anderen Kontinenten ausgetauscht werden und einen Beitrag zur globalen Gesundheit leisten. Die Risikokommunikation erfolgte mit den Bürger_innen über das als europäische Alternative zu Twitter und Facebook gegründete Europäische Soziale Netzwerk, welches Informationen zur Verfügung stellte, die automatisch und zeitgleich in allen Sprachen der EU verfügbar waren und von den Bürger_innen kommentiert werden konnten. Koordinierte Anstrengungen zur Entwicklung von Testdiagnostik, der Vergleich von Therapien und die Impfstoffentwicklung führten schlussendlich zu einer fast gleichzeitigen Verfügbarkeit von Präventions- und Behandlungsmethoden in allen Mitgliedstaaten. Die Pandemie hatte deshalb einen milden Verlauf in der EU.«

So oder so ähnlich hätte die Covid-Pandemie auch ablaufen können, wenn wir die schon bestehenden Möglichkeiten der EU genutzt hätten. Was hat uns also daran gehindert, genau das zu tun?

Europa in seiner Diversität, mit seiner Sprachenvielfalt, mit einer dadurch fehlenden europäischen Presse, Unterschiede im Wohlstandsniveau, die fehlende gemeinsame Außen- und Sicherheitspolitik, eine nur teilweise bestehende Währungsunion ohne Fiskalunion und mit Föderalismus und Zentralstaatlichkeit – all das macht es nicht leicht, eine Union zu bilden, die schützt und sichert: Gesundheitsschutz und Krankheitsbehandlung sind essenzielle Säulen einer Europäischen Gesundheitsunion. Die Bürger_innen fordern auch zu Recht ihren Nationalstaat auf, in der Krise für sie da zu sein. Deshalb konnte es überhaupt als politisch bedingter Reflex zu Grenzschließungen oder dem kurzfristigen Exportverbot gesundheitsrelevanter Güter kommen. Gleichzeitig gilt aber für die EU, dass sie meistens aus einer Krise gestärkt hervorgeht. So erfolgte die Gründung des ECDC aufgrund der Erfahrungen der SARS-Pandemie von 2002/2003.

Handlungsmöglichkeiten für eine Europäische Gesundheitsunion im Rahmen des jetzigen Vertrags

Im Vertrag über die Arbeitsweise der EU (§168) ist das Mandat zur Öffentlichen Gesundheit beschrieben, welches sich im Prinzip auf koordinierende und unterstützende Maßnahmen einer eher präventiven Gesundheitspolitik beschränkt. Eine Maßnahmenabwehr bei grenzüberschreitenden Gesundheitsgefahren ist möglich, jedoch ohne jegliche Harmonisierung der Rechtsvorschriften der Mitgliedstaaten. Besondere Regelungen betreffen die Qualitäts- und Sicherheitsstandards bei Organen und Substanzen menschlichen Ursprungs, Gesundheitsschutzmaßnahmen in den Bereichen Veterinärwesen und Pflanzenschutz sowie Maßnahmen zur Festlegung hoher Qualitäts- und Sicherheitsstandards für Arzneimittel und Medizinprodukte.

Das alles klingt nicht nach einem weitreichenden Mandat im Gesundheitswesen. Dazu kommt, dass eine Einmischung in die Organisation und Finanzierung der medizinischen Versorgung in den Mitgliedstaaten tabu ist. Dies heißt aber nicht, dass man sich keine Gedanken über die Organisationsform und Leistungsfähigkeit der verschiedenen Gesundheitssysteme in der EU machen darf. Im Gegenteil, es arbeiten verschiedene Arbeits- und Expertengruppen an der Frage, wie man die einzelnen Gesundheitssysteme zukunftsfähig halten kann. Auch das Europäische Semester, ein Rahmenwerk für die wirtschaftspolitische Steuerung der EU, in dessen Verlauf die EU-Mitgliedstaaten ihre Wirtschafts- und Fiskalpolitik aufeinander abstimmen, berücksichtigt die Ausgaben für die Gesundheitsversorgung, da sie bis zu elf Prozent des Bruttoinlandsprodukts (BIP) eines Landes betragen können. Es werden dabei Handlungsempfehlungen an die Mitgliedstaaten über einzuleitende Reformen ausgesprochen, die dann meist aber nur zögerlich in Angriff genommen werden.

Es gilt auch, dass bei der Festlegung und Durchführung aller Unionspolitiken und -maßnahmen ein hohes Gesundheitsschutzniveau sichergestellt werden soll. Dies ermöglicht es, sich in alle Politikbereiche im Sinne eines »Health in all Policies«-Ansatzes einzumischen. Allerdings ist das kein einfaches Vorgehen, da bei der Umsetzung gesundheitsrelevanter Probleme oft nicht eine direkte Linie von A nach B zu verfolgen ist, sondern man den Umweg über andere Politikbereiche nehmen muss. Zudem kann die Methode des »Health Impact Assessment« hilfreich sein, da es die Auswirkungen von allgemein geplanten gesetzlichen Regelungen auf die Gesundheit und das Gesundheitssystem analysiert. Es werden zwar schon regelmäßig die Auswirkungen neuer Regelungen auf verschiedene Bereiche untersucht, Gesundheitsfragen sind dabei aber nicht systematisch integriert.

Gleichzeitig muss man erkennen, dass sich durch die Covid-Pandemie das Interesse an Gesundheitsfragen nur auf den Gesundheitsschutz vor dem Virus, die Prävention und Behandlung konzentriert. Andere, ebenso wichtige Bereiche der Gesundheit und des Gesundheitswesens stehen weiterhin nicht im Fokus des Interesses. Wäre das Virus durch die globale Erwärmung aufgetreten, wären jetzt Maßnahmen zur Kontrolle der Erderwärmung Nummer eins der Hitliste politischer Talkshows und Interventionen.

Eine Fokussierung der EU-Gesundheitspolitik nur auf die laufende Pandemiekontrolle würde deshalb mittelfristig zu kurz greifen. Man muss dieses Moment nutzen, um eine EU-Gesundheitspolitik zu verankern, die umfassend sowohl die übertragbaren als auch die nichtübertragbaren Krankheiten berücksichtigt.

Eine progressive europäische Gesundheitspolitik kann sich an folgenden drei Kernbereichen orientieren:

- Gesundheit in den Mitgliedstaaten (Public Health in Europe);
- europäische Vertiefung im Gesundheitsbereich (European Integration in Health);
- globale Gesundheit und Europa (Global Health Europe).

Gesundheit in den Mitgliedstaaten (Public Health in Europe)

In diesem Bereich wird seit Langem an einer gemeinsamen Datenbasis mit vergleichbaren Indikatoren gearbeitet, die dann in Gesundheitsberichte der EU, WHO und Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) einfließen. Diese Lagebeurteilung im Vergleich ist wichtig, um beurteilen zu können, wo man mit seiner eigenen Region oder dem eigenen Land im Vergleich zu anderen steht. Ferner werden Interventionen der verschiedenen Mitgliedstaaten untersucht und verglichen, um Best-Practice-Beispiele zu finden und für andere Mitgliedstaaten nach einer Überprüfung der Übertragbarkeit zu empfehlen.

Zum einen bedarf es der Bereitschaft der Politik, diese Analysen aufzunehmen. In vielen Analysen ist z. B. eine mögliche Pandemie als ein Risiko mit geringer Eintrittswahrscheinlichkeit, aber hohem Schadenspotenzial

seit Jahren verzeichnet. Leider verließ man sich zu sehr auf den Faktor »kleines Risiko«. Zum anderem kommt es auch auf politisches Leadership an. In verschiedenen Analysen zur »Pandemic Preparedness« hatten die USA und Großbritannien Spitzenplätze inne. Politiker_innen in diesen Ländern haben allerdings Entscheidungen getroffen, die diese Spitzenpositionen neutralisierten – oder eben die Beurteilung der Pandemie-Bereitschaft war fehlerhaft. Um dies zu verhindern, kann man die Idee der regelmäßigen Stresstests aus dem Bankenbereich auf die Gesundheitssysteme übertragen, die nach der letzten Finanzkrise in der EU eingeführt wurden. Was man aus der letzten Finanzkrise durch vergleichende Untersuchungen auch lernen konnte, ist, dass wenn man Austerität übertreibt, dies negative gesundheitliche Folgen haben kann. Dies sehen wir allerdings im Augenblick nicht, sondern erleben, dass durch die Pandemiebekämpfung andere wichtige gesundheitsbezogene Maßnahmen wie Vorsorgeuntersuchung, z. B. für Krebserkrankungen, und auch aktuelle Behandlungen, z. B. bei Herzinfarkt, verzögert werden und einen Behandlungsrückstau erzeugen, der die Gesundheitssysteme in Zukunft zusätzlich belasten wird.

Betrachtet man die Entwicklung wichtiger Gesundheitsindikatoren getrennt nach »alten« und »neuen« Mitgliedstaaten, so sieht man, dass sie nach einer Phase der Konvergenz jetzt eher parallel laufen. Eine Annäherung, um den noch existierenden Abstand zu schließen, verläuft eher langsam. Da wirtschaftliche und gesundheitliche Entwicklungen in gewissen Bereichen einander bedingen, können die gesundheitsbezogenen Daten aus der deutschen Wiedervereinigung bei einer Abschätzung der Zeitdauer hilfreich sein.

Europäische Vertiefung im Gesundheitsbereich (European Integration in Health)

»Ein Kind wird in einem der Baltischen Staaten der EU mit einer seltenen Krankheit geboren. Da die Einwohnerzahl in diesem Land gering ist, gibt es hier keine Schwerpunktklinik für diese Erkrankung. Da aber in Madrid eine solche existiert, reisen Eltern und Kind nach einer Terminvereinbarung nach Spanien. Dort können sie während der Befundabklärung bei ihrem Kind bleiben. Übersetzungsdienste stehen zur Verfügung, um die Krankengeschichte zu erheben und Befunde, Diagnosen und Therapie dem Kind

und den Eltern zu erklären. Eine Ersttherapie erfolgt in Madrid, da ein Hochtechnologiegerät eingesetzt werden muss, welches nicht im Heimatland des Kindes zur Verfügung steht. Nach erfolgter Behandlung reisen das Kind und seine Eltern mit einem in Landessprache übersetzten Arztbrief zurück. Eine Nachfolgeuntersuchung erfolgt über eine Videokonferenz mit Übersetzungsservice, bei der vom spanischen Arzt ein elektronisches Rezept zur weiteren medikamentösen Behandlung ausgestellt wird, welches die Eltern bei sich vor Ort einlösen können. Die Kosten der Behandlung werden zwischen dem behandelnden Krankhaus in Spanien und der Krankenkasse der Eltern geregelt. Im Lauf der Zeit hat sich eine Klinik des Heimatlandes unseres Patienten profiliert und sich dem Netzwerk für seltene Erkrankungen der EU angeschlossen. Seitdem reisen die Daten der Patient_innen zu externen Konsultationen und nicht mehr die Patient_innen selbst.«

Der oben geschilderte Sachverhalt entspricht genau dem, was ein_e Bürger_in der EU von dieser erwarten würde: die Organisation von Gesundheitsleistungen in einem europäischen Rahmen. Und vieles von dem ist jetzt schon möglich. Die Direktive zur grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung und die Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofs haben viele Möglichkeiten eröffnet, einschließlich Regelungen zur Kostenerstattung. Videokonferenzen und elektronisches Rezept sind jetzt europaweit verfügbar. Schwerpunktkliniken sehen viele Fälle, auf die sie spezialisiert sind, und können deshalb eine gute Diagnostik und Therapie anbieten. Hochtechnologie kann besser ausgelastet werden und wird verfügbar für Patient_innen aus Mitgliedstaaten, die sich diese (noch) nicht leisten können. Woran liegt es dann, dass dies so wenig genutzt wird? Nur ein Prozent der Gesundheitsausgaben fällt in der grenzüberschreitenden Versorgung an.

Grund dafür ist vor allem die langsame nationale Umsetzung europäischer Vereinbarungen und die Regelung administrativer Detailfragen, die viel Zeit kosten. Bei European Integration in Health geht es um die Bereiche, bei denen ein Mitgliedstaat überfordert ist und/oder die Zusammenarbeit verschiedener Mitgliedstaaten einen Mehrwert bringt. Alles andere sollte nach dem Subsidiaritätsprinzip auf nationaler, regionaler oder lokaler Ebene bearbeitet werden.

Europa kann man also jetzt schon im vorhandenen Regelwerk realisieren, man muss nur wirklich wollen. Die Europäischen Agenturen sind ein Beispiel dafür. Sie erarbeiten ihn ihrem Bereich, was sonst jeder Mitgliedstaat für sich selber machen müsste, wenn der jeweilige Mitgliedstaat dies denn überhaupt aufgrund seiner Größe und Ressourcen könnte. Gemeinsame

Forschungsaktivitäten machen Sinn, wenn diese einen Mehrwert bringen und die EU von den Forscher_innen nicht nur als eine weitere Geldquelle gesehen wird. Europäische Netzwerke, wie z. B. das Netzwerk zu seltenen Erkrankungen, schaffen Voraussetzungen, um voneinander zu lernen und die Versorgung zu verbessern. Gemeinsames Bewerten neuer gesundheitsbezogener Technologien vermeidet Doppelarbeit und kann diese schneller verfügbar machen. Zentrales Einkaufen von allgemeinen Impfstoffen ermöglicht bessere Preise und eine gleichzeitige Verfügbarkeit in allen EU-Ländern. In der jetzigen Corona-Pandemie hat Europa nach einigen Anlaufschwierigkeiten eine gemeinsame Forschung zu Impfstoffen angeschoben und sich auch von entwickelten Impfstoffen gemeinsam Impfdosen gesichert. Manchmal fehlt es aber schlicht am Einfachen: Ein Register der Verfügbarkeit von Intensivbetten und speziellen Behandlungsgeräten würde es erleichtern, Patient_innen bei Überbelastung von Kliniken verlegen zu können.

Globale Gesundheit und Europa (Global Health Europe)

Wie sollte sich die EU mit ihren circa 450 Millionen Menschen zu anderen Nationen und Kontinenten in Gesundheitsfragen positionieren? Auch hier greift wieder der »Health in all Policies«-Ansatz. Da kleinere EU-Staaten kaum eine Chance auf Verhandlungen auf Augenhöhe haben, z. B. im Bereich von Handels- und Investitionsabkommen mit großen Staaten, wurde der EU der Auftrag gegeben, diese Aushandlungsprozesse zu übernehmen. Gesundheitsfragen können und sollen hier eine größere Rolle spielen. Es sei nur an die gescheiterte Transatlantische Handels- und Investitionspartnerschaft (TTIP) mit den USA erinnert, bei der medienwirksam das »Chlorhühnchen« als Symbol für eine europäische Gesundheitsgefährdung durch Chlorwasser behandelte Hühner gesehen wurde. Unabhängig von diesem Beispiel sind für Fragen der globalen Gesundheitsentwicklung diese Vereinbarungen wichtig und sollten in der Zukunft eine wichtige Komponente in der europäischen Gesundheitspolitik sein. Gleichzeitig müssen auch andere Akteure wie OECD, die Europäische Zentralbank (EZB), die Weltbank oder auch die BRICS-Staaten[1] durch ihren Einfluss auf die Wirtschaft der EU im Augenmerk sein. Deutschland hat z. B. in seiner G7-Präsidentschaft 2015 globale Gesundheit zur Chefsache gemacht. Als neuer Akteur hat sich

die Regionale, umfassende Wirtschaftspartnerschaft (RCEP), ein seit 2020 bestehendes Freihandelsabkommen zwischen zehn ASEAN-Mitgliedstaaten[2] und fünf weiteren Staaten in der Region Asien-Pazifik, dazugesellt.

Im Verhältnis zur WHO spielen IHR eine zunehmende Rolle, da sich in der jetzigen Pandemie einige Schwächen gezeigt haben. Die Bereitschaft, transparent und offen Infektionskrankheiten an die WHO zu berichten, ist leider oft nicht gegeben und eine unabhängige Überprüfung vor Ort kaum möglich. Reiserestriktionen sind von Handelsrestriktionen zu unterscheiden, um Lieferketten nicht unnötig zu unterbrechen. Auch sollte es verschiedene Alarmstufen zur Ausrufung eines Ereignisses einer gesundheitlichen Notlage von internationaler Tragweite geben.

Neben diesen inhaltlichen Fragen sollten auch Fragen der Governance der WHO von der EU im Auftrag seiner Mitgliedstaaten thematisiert werden, um verlässliches politisches Handeln zu gewähren. Das Programm Erasmus+ ist den meisten von uns nur als Austauschprogramm bekannt, es gibt aber auch einen »Capacity Development«-Bereich, in dem z. B. Kooperationsprojekte im Bereich Antibiotikaresistenz mit Staaten wie Indien gefördert werden.

Europäische Agenturen

Zur Unterstützung ihrer Mitgliedstaaten unterhält die EU Agenturen auch im Gesundheitsbereich. Das ECDC wurde schon in der Einleitung genannt. Informationsvorhaltung und Risikobeurteilung von Infektionskrankheiten sind ihre Hauptaufgaben. Auch führt es regelmäßig Trainingsprogramme durch, deren Absolvent_innen mittlerweile Positionen in den regionalen und nationalen Gesundheitsbehörden innehaben und eine »gemeinsame« Sprache sprechen. Aufgabe des ECDC ist es nicht, vor Ort Infektionsketten zu unterbrechen. Dies kann und sollte auch nicht seine Aufgabe sein. Es sollte eine originäre Aufgabe der lokalen Gesundheitsdienste bleiben, da sie die Situation vor Ort besser kennen. Generell ist aber das ECDC zu schlecht ausgestattet, um den an es gerichteten Forderungen nachzukommen. Ferner ist das Mandat des ECDC auf Infektionskrankheiten begrenzt.

Generell – also außerhalb von Pandemiezeiten – ist die Krankheitslast von Infektionskrankheiten wesentlich niedriger als die nichtübertragbarer

Krankheiten, die mediale Aufmerksamkeit dann bei Ausbrüchen einer Infektionskrankheit jedoch bei Weitem viel höher. Da aber viele nichtübertragbare Krankheiten aufgrund von Infektionskrankheiten entstehen können, ist die strikte Trennung beider Krankheitsarten nicht mehr zielführend. Da es außerdem keine europäische Agentur gibt, die ein Monitoring nichtübertragbarer Krankheiten zur Politikberatung durchführt, sollte das Mandat des ECDC erweitert werden. Das Gemeinsame Forschungszentrum (JRC) der EU führt neuerdings Daten von Krebsregistern zusammen, dies sollte aber eine der neuen Aufgaben des ECDC sein. Das JRC dagegen sollte beauftragt werden, mit seinem Institut für prospektive technologische Studien (IPTS) in Sevilla auch für Gesundheitsfragen in die Zukunft zu schauen.

Die Europäische Arzneimittelbehörde (EMA) ist wiederum für die Zulassung und Sicherheit von Medikamenten in der EU zuständig und vermeidet so, dass jeder Mitgliedstaat dies selbst regeln muss. Die Entscheidung über die Kostenerstattung von Medikamenten verbleibt dabei bei den Mitgliedstaaten. Die zukünftige Entwicklung der EMA hängt von dem Interesse und der Bereitschaft ab, gegebenenfalls Kompetenzen abzugeben, neue Aufgaben zu delegieren und diese zu finanzieren. Die Diskussion um Lieferengpässe von Medikamenten bedingt durch die Unterbrechung von Lieferketten aus Asien hat EMA ins Spiel gebracht, um diese sicherzustellen und auch gegebenenfalls eine Lagerhaltung zu organisieren. Ungeachtet der Diskussion um solche Lieferengpässe ist ein Hauptproblem, das aus Kostengründen die Produktion von z. B. Generika nach Asien verlagert wurde. Die Lösung, die Arzneimittelproduktion nach Europa zurückzuholen, ist aber zu simpel. Globalisierung lässt sich nicht so einfach rückabwickeln.

Die Europäische Behörde für Lebensmittelsicherheit (EFSA) entstand auch aufgrund von (Lebensmittel)Krisen und wurde zur Analyse, Beratung und Kommunikation im Zusammenhang mit der Lebensmittelkette eingerichtet. Damit ist sie ein Teil des One-Health-Ansatzes, bei dem man die menschliche und tierische Gesundheit zusammen mit der Umwelt betrachtet. Zoonosen spielen bei der Resistenz gegenüber Antibiotika eine wichtige Rolle – jetzt auch aktuell, als beim dänischen Nerz eine auf den Menschen übertragbare Covid-Mutation auftauchte.

Angesichts der Vielzahl der schon vorhandenen Agenturen stellt sich die Frage, ob weitere notwendig sind. Im Augenblick wird eine europäische Version der Behörde für biomedizinische Forschung und Entwicklung (BARDA) aus den USA diskutiert, in dem die Pandemieplanung und -bekämpfung auf europäischer Ebene erfolgen soll. Eine Unterstützung der

Mitgliedstaaten bei der Erstellung ihrer nationalen Pandemiepläne und eine Abstimmung über die wesentlichen Inhalte in einer eigenen Institution geht über das hinaus, was im Augenblick auf europäischer Arbeitsebene geleistet werden kann. Es stellt sich aber die Frage, ob eine neue Agentur nicht in Konkurrenz zu den gegebenen Institutionen stehen würde. Politisches Fehlverhalten im Pandemiefall wird auch sie nicht verhindern können. Es kommt deshalb auf die konkrete Ausgestaltung an, ob ein »mehr« in diesem Fall auch ein »besser« sein wird.

Ein neuer Vertrag hat Chancen und Risiken für eine Europäische Gesundheitsunion

Noch vor einem Jahr wäre die Antwort auf die Frage nach dem Aufschnüren des jetzigen Vertragswerks ein klares Nein gewesen. Angesichts von Euroskepsis und Ideen der Rückgabe mancher Kompetenzen an die Nationalstaaten wäre der Gesundheitsbereich bei der Diskussion um die Inhalte eines neuen Vertragswerks sicherlich thematisiert worden. Durch seine eingeschränkten Mandate und die eher geringe politische Bedeutung der Generaldirektion Gesundheit (DG SANTE) in der Hierarchie der Generaldirektionen, wäre er ein leichtes Opfer gewesen. Man sollte deshalb den Vertrag nur dann aufschnüren, wenn man weiß, dass man gewinnen kann. Dieser Zeitpunkt könnte für Gesundheit im Augenblick gekommen sein: Ein Europa, das schützt und im Sozialen und in Gesundheit sichert, beginnt umsetzbar zu werden.

Entscheidend wird sein, inwieweit wir die Gesundheitssysteme der EU »europäisieren« können. Nicht im Sinne der befürchteten »Gleichmacherei und Einigung auf den jeweilig niedrigsten Standard durch Harmonisierung«, sondern durch Monitoring, Beratung und Unterstützung auf dem Weg zu dem jeweils richtigen Gesundheitssystem eines Landes – »richtig« im Sinne von angepasst an die jeweils soziale, wirtschaftliche und kulturelle Situation eines Landes.

Auch die Nichtwiederwahl des amerikanischen Präsidenten Donald Trump und die sich abzeichnenden negativen Folgen des Brexits könnten als Wendepunkt des Erfolgs von Populist_innen gesehen werden, die eher eine schwache EU sehen wollen. Inwieweit der EU-interne Konflikt zur Rechtsstaatlichkeit in einigen Mitgliedstaaten gelöst werden kann, wird dies mit-

entscheiden. Es bleibt zu hoffen, die Kommissionspräsidentin nicht als eine Ms. Chamberlain mit einer Politik der Zugeständnisse zu erleben, da auch Demokratie gut für Gesundheit ist.

Bis zu einer möglichen Vertragsmodifizierung heißt die Devise deshalb, sich durchzumogeln, der jetzige Vertrag bietet im Augenblick genug Chancen, Sinnvolles zu tun!

Anmerkungen

1 BRICS: Brasilien, Russland, Indien, China, Südafrika.
2 ASEAN: Association of South East Asian Nations.