

## **IA3 Für eine gemeinsame EU-Gesundheitsunion**

Antragsteller\*in: Thomas Schuhmacher (LAG Programmatik  
JEF BW)

### **Antragstext**

1 Im Zuge der Coronapandemie erließ die Europäische Union (EU) zahlreiche  
2 Maßnahmen, um die wirtschaftlichen und gesundheitlichen Implikationen der  
3 Coronakrise zu minimieren. Während es der EU gelungen ist, die unvollständige  
4 Architektur der Eurozone weiterzuschließen, gab es im Bereich der  
5 Gesundheitspolitik weniger Fortschritte. Die EU-Gesundheitspolitik umfasst dabei  
6 mehrere Elemente. Für diesen Antrag liegt der Begriff der öffentlichen  
7 Gesundheitspolitik der EU von Greer (2014) zugrunde. Dieser gliedert die  
8 öffentliche Gesundheitspolitik der EU in drei Bereiche: 1. Die explizite  
9 gesundheitsfokussierte Politik, worunter z.B. der öffentliche Gesundheitsschutz  
10 zählt, 2. Market-Making und Regulationspolitik und schließlich 3. Fiskalische  
11 Governance. Der vorliegende Antrag wird sich nur auf den ersten Aspekt des EU-  
12 Gesundheitspolitik fokussieren.

13 Im Bereich der direkten Gesundheitspolitik sind die Kompetenzen der EU weiterhin  
14 marginal ausgeprägt. Zu Beginn der Pandemie besaß die Union über Art. 2 IV  
15 i.V.m. Art. 4 II k) AEUV und Art. 6 a) AEUV bzw. Art. 168 AEUV im Grundsatz nur  
16 eine Unterstützungs- und Koordinationsrolle, was konkret bedeutet, dass die  
17 Union z.B. einen Dialog zwischen den Mitgliedstaaten einleiten konnte. Eigene  
18 Maßnahmen waren auf Aufklärungs- und Präventionskampagnen sowie Forschung  
19 beschränkt. Neben der schwachen Rolle im Gesundheitsbereich besaß die EU  
20 ebenfalls eine „schwache Ausstattung“ an Ressourcen im Vergleich zum  
21 amerikanischen CDC. Hierbei ist z.B. gemeint, dass der ECDC im Vergleich zum  
22 amerikanischen Äquivalent mit einem relativ kleinen Budget von 60 Millionen Euro  
23 und nur einem Bruchteil der Mitgliederzahl ausgestattet war.

24 Die Folge: Der Ausbruch von Corona konnte in Europa nicht verhindert bzw.  
25 eingedämmt werden. Mehr als eine Millionen Europäer: innen bezahlten dafür mit  
26 ihrem Leben. Leider hat sich bei der institutionellen Unvollständigkeit der  
27 direkten EU-Gesundheitspolitik seit der Coronakrise grundsätzlich nicht viel  
28 geändert. Hierbei vertreten wir das zentrale Argument, dass wir in der gesamten  
29 EU einheitliche Mindeststandards (Überwachung, Impfung, Testung, Nachverfolgung  
30 etc.) brauchen, um die EU als Ganzes schützen zu können. Daher fordern wir ganz  
31 konkret, um die europäische Gesundheitsgovernance zu verbessern:

- 32 1. Wir fordern, dass die Empfehlungen an Mitgliedstaaten bei  
33 Gesundheitsnotfällen einen verpflichtenden Charakter bekommen. Durch die im  
34 November 2022 verabschiedete Verordnung zu grenzüberschreitenden  
35 Gesundheitsgefahren kann die EU Gesundheitsnotfälle erklären und nationale  
36 Notfallpläne überprüfen. Die EU kann dann durch die ECDC unverbindliche  
37 Empfehlungen aussprechen. Das gleiche gilt für die neuen Aufgaben der EMA. Die  
38 Agentur ist jetzt auch für die Überwachung und Bekämpfung von Engpässen bei  
39 medizinischen Gütern bei Notfallsituationen zuständig. Leider kann sie nur  
40 unverbindliche Empfehlungen aussprechen. Wir fordern hierbei ebenso, dass die  
41 EMA Empfehlungen mit einem verpflichteten Charakter erlassen kann.
- 42 2. Wir fordern, dass das Health Crisis Board im Rahmen der HERA gestrichen wird.  
43 Die EU-Kommission muss bei diesem Thema unabhängiger von den Mitgliedstaaten  
44 werden. Durch das Health Crisis Board kriegen die Mitgliedstaaten eine  
45 zusätzliche Einflussmöglichkeit bei der Entscheidungsfindung.
- 46 3. Wir fordern einen schnelleren und umfangreicheren Austausch von Daten. Zwar  
47 haben die Mitgliedstaaten durch die Verordnung zu grenzüberschreitenden  
48 Gesundheitsgefahren und die Stärkung des Mandats des ECDC mittlerweile  
49 Meldepflichten gegenüber dem ECDC, allerdings fehlt in der Verordnung eine  
50 Pflicht, dass die Daten schnell übermittelt werden müssen. Diese Daten müssen  
51 auch in einer standardisierten Form bei der ECDC ankommen, sonst dauert es zu  
52 lange bis der ECDC angemessene Handlungsempfehlungen für die Mitgliedstaaten  
53 erstellen kann.
- 54 4. Wir fordern, dass die EU das Gesundheitsprogramm „EU4Health“ sowie den  
55 Europäischen Struktur- und Investitionsfond (ESI-Fonds) stärker zusammen denken  
56 soll. Die EU sollte identifizieren, welcher Investitionsbedarf im  
57 Gesundheitsbereich existiert und die Mitgliedsländer darauf aufmerksam machen.  
58 Anschließend sollte die EU bei der Einreichung von Förderanträgen und bei der  
59 Verflechtung von verschiedenen Förderinstrumenten unterstützen. Letzteres ist  
60 notwendig, da etwa die EU4Health-Projekte wenige bis keine Querbezüge zu dem  
61 eben-falls für die öffentliche Gesundheit und Gesundheitsversorgung relevanten  
62 Europäischen Struktur- und Investitionsfonds aufweisen.
- 63 5. Die EU muss eine Strategie (Empfehlungen und Investitionsanreize) entwickeln,  
64 um die unterschiedliche Qualität der Gesundheitssysteme zwischen den  
65 Mitgliedstaaten anzugleichen, ohne dabei den primärrechtlichen Rahmen zu  
66 sprengen. Das heißt, die ausgearbeiteten Empfehlungen haben einen  
67 unverbindlichen Charakter. Hier gilt der Grundsatz: Die EU ist in der Bekämpfung  
68 von Gesundheitsbedrohungen nur so stark wie ihre schwächsten Mitgliedstaaten und  
69 Regionen.
- 70 6. Zwar ist eine primärrechtliche Vertragsänderung gerade nicht das wichtigste  
71 Problem. Allerdings fordern wir mittelfristig, dass die EU-Gesundheitspolitik

72 auf eine solidere Rechtsgrundlage gestellt wird. Konkret heißt das: Die  
73 Gesundheitspolitik muss eine geteilte Kompetenz nach Art. 4 AEUV werden.

### **Begründung**

Die Auswirkungen der Coronapandemie bilden für die EU eine enorme Herausforderung für Politik, Gesellschaft und Wirtschaft. Die Coronakrise führte in Europa zum größten wirtschaftlichen Einbruch seit dem Zweiten Weltkrieg. Ebenso ist der gesundheitspolitische Aspekt hierbei nicht zu vernachlässigen. Bislang sind über 1000000 Europäer: innen an den Folgen der Coronapandemie gestorben. Zu Beginn der Coronapandemie schien die EU in diesem Bereich zu straucheln. Für viele war die anfängliche Rolle der Union in der Coronakrise nicht ersichtlich und so ist es wenig überraschend, dass die Bürger: innen nicht von der EU, sondern von ihren nationalen Regierungen Schutz erwarteten. Daneben war die Anfangsphase der Pandemie von unkoordinierten und unsolidarischen Aktionen der Mitgliedstaaten geprägt, wie beispielsweise Exportstopps für medizinische Schutzgüter oder Grenzschließungen. Eine der Folgen des „chaotischen“ Beginns der Pandemiebewältigung in Europa war u.a. das Ausbleiben von dringend benötigter Hilfe in besonders betroffenen Ländern wie Italien im Februar 2020. Dies wiederum schmälerte das Ansehen der EU beträchtlich und verstärkte das Krisennarrativ der Medien. Die EU reagierte zwar mit der Forderung einer Gesundheitsunion und beschloss sogleich sieben Initiativen, um die Gesundheitsunion voranzutreiben. Fünf Initiativen setzte sie schon um. Hierbei handelt es sich, um die stärkeren Mandate des Europäischen Zentrums für die Prävention und die Kontrolle von Krankheiten (ECDC) und der Europäischen Arzneimittel-Agentur (EMA), die neue Behörde HERA, die Verordnung über die neue Verordnung über genzüberschreitende Gesundheitsgefahren und zu guter Letzt das Gesundheitsprogramm „EU4Health“. Die zwei letzten Initiativen sind die Modifikation des Arzneimittelrechts mittels einer Verordnung und einer Richtlinie sowie die Schaffung des Europäischen Gesundheitsdatenraums (EHDS). Allerdings ist eine grundsätzliche Zeitenwende bisher ausgeblieben.

### **Quelle:**

Greer, Scott L. (2014): „The three Faces of European Union Health Policy: Policy, Markets and Austerity“. In: Policy and Society. 33 (1). S.13-24.

### **Abkürzungsverzeichnis**

CDC – Zentrum für Krankheitskontrolle und Prävention

ECDC – Europäisches Zentrum für die Prävention und die Kontrolle von Krankheiten

EMA – Europäische Arzneimittel-Agentur