

Eine neue Strategie für europäische Gesundheitspolitik

Kirch, Anna-Lena; Braun, Daniela

Veröffentlichungsversion / Published Version

Arbeitspapier / working paper

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Kirch, A.-L., & Braun, D. (2018). *Eine neue Strategie für europäische Gesundheitspolitik*. (DGAP-Analyse, 5). Berlin: Forschungsinstitut der Deutschen Gesellschaft für Auswärtige Politik e.V.. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-60244-4>

Nutzungsbedingungen:

Dieser Text wird unter einer CC BY-NC-ND Lizenz (Namensnennung-Nicht-kommerziell-Keine Bearbeitung) zur Verfügung gestellt. Nähere Auskünfte zu den CC-Lizenzen finden Sie hier:

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.de>

Terms of use:

This document is made available under a CC BY-NC-ND Licence (Attribution-Non Commercial-NoDerivatives). For more information see:

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0>

Eine neue Strategie für europäische Gesundheitspolitik

Anna-Lena Kirch unter Mitarbeit von Daniela Braun

Gefördert durch:



Bundesministerium
für Gesundheit

aufgrund eines Beschlusses
des Deutschen Bundestages

Inhalt

Eine neue Strategie für europäische Gesundheitspolitik

Anna-Lena Kirch unter Mitarbeit von Daniela Braun

3	Executive Summary
5	1. Einleitung
7	2. Herausforderungen und Handlungsbedarf europäischer Gesundheitspolitik
8	3. Gesundheitspolitische Konfliktlinien in der EU
10	4. Der rechtliche Rahmen europäischer Gesundheitspolitik
12	5. Status Quo europäischer Gesundheitspolitik
15	6. Eine neue Agenda für europäische Gesundheitspolitik
23	7. Empfehlungen für die deutsche Gesundheitspolitik
26	Anmerkungen

Eine neue Strategie für europäische Gesundheitspolitik

Anna-Lena Kirch unter Mitarbeit von Daniela Braun

Executive Summary

Deutschland versteht sich als eine inklusive europäische Führungsmacht, die sich im Kontext von Brexit und zahlreicher Krisen für den Zusammenhalt Europas einsetzt. Im Bereich europäischer Gesundheitspolitik, die unter anderem als Teil der sozialen EU-Dimension, aber auch unter sicherheits- und entwicklungspolitischen Gesichtspunkten diskutiert wird, sieht dies jedoch anders aus: Deutschland nimmt hier keine Führungsrolle ein, sondern wird auf der EU-Ebene häufig als Bremser wahrgenommen, der sich der politischen Debatte über die künftige Ausrichtung europäischer Gesundheitspolitik verschließt.

Als Begründung für die Zurückhaltung verweisen deutsche Akteure auf zwei Aspekte:

1. Die rechtlichen Kompetenzen der EU sind im Gesundheitsbereich begrenzt. Der EU kommt nach Art. 168 AEUV im Wesentlichen eine koordinierende Rolle zu, während die Organisation nationaler Gesundheitssysteme in der Verantwortung der EU-Mitgliedstaaten liegt.
2. Die deutsche Zurückhaltung wird außerdem durch die komplexe Struktur der deutschen Selbstverwaltung sowie divergierende Interessen von Ärzteschaft, Krankenversicherungen, Unternehmen und anderen Stakeholdern begünstigt. Eine einheitliche und proaktive deutsche Positionierung zu europäischen Fragen wird dadurch erschwert.

Insgesamt ist der Spielraum für eine politische Kooperation im Gesundheitsbereich noch nicht völlig ausgeschöpft. Europäische Gesundheitspolitik wird als politischer Querschnittsbereich auch indirekt über andere Politikfelder und EU-Instrumente geformt. Dazu gehören etwa die Binnenmarktgesetzgebung und das Europäische Semester. Eine weiter gehende Europäisierung oder vertiefte freiwillige Kooperation ist möglich.

Zugleich ist der Bedarf für ein deutsches Engagement groß: Bei vier strategischen Fragen muss die EU ihre zukünftige Richtung festlegen:

- ob und wie die EU auf die Folgen wachsender Chancenungleichheit in Gesundheitsfragen – etwa beim Zugang zu Arzneimitteln – reagieren sollte;
- wie sie auf gemeinsame Herausforderungen angesichts von demographischem Wandel, steigenden Gesundheitskosten und knappen Ressourcen kurz- und mittelfristig antworten kann;
- wie die Chancen des Gesundheitssektors und der Gesundheitswirtschaft für Beschäftigung, Innovation und Wachstum optimal ausgeschöpft werden können;
- und wie die EU in der globalen Gesundheitspolitik handlungsfähiger werden kann.

Die Hauptkonfliktlinie hinsichtlich der Befürwortung einer stärkeren EU-Dimension im Gesundheitsbereich verläuft, verallgemeinernd zusammengefasst, zwischen großen und kleinen Mitgliedstaaten. Große Mitgliedstaaten wie Deutschland, Großbritannien, Polen, Spanien oder mit Abstrichen auch Frankreich und Italien betrachten eine mögliche stärkere Kooperation und Koordination bzw. Harmonisierung eher als Risiko und ungewollten Eingriff in nationale Strukturen – und weniger als Chance auf günstige Skaleneffekte. Sie verfügen eher über ausreichende personelle und finanzielle Ressourcen sowie eigene Strukturen für Nutzenbewertung und Qualitätsmanagement. Zudem müssen sie mit komplexen Interessenskoalitionen auf nationaler und regionaler Ebene umgehen. Gleichzeitig sind ihre Verhandlungspositionen stark und ihre nationalen Märkte attraktiv genug, um nicht auf einen EU-Hebel angewiesen zu sein.

Innerhalb der Gruppe großer Mitgliedstaaten bestehen jedoch Unterschiede hinsichtlich der Offenheit gegenüber europäischen Lösungen. Deutschland führt das Lager der Skeptiker an, zu dem auch Länder wie Großbritannien und Polen gehören. Frankreich, Italien und Spanien sind dagegen grundsätzlich aufgeschlossener für eine europä-

ische Kooperation und freiwillige Zusammenarbeit, etwa im Arzneimittelbereich.

Für kleine und mittelgroße Staaten hingegen bringen gemeinsame europäische Strukturen und Kooperationen potenzielle positive Skaleneffekte. Dies ist etwa der Fall, wenn es um Zulassungsverfahren, Nutzenbewertungen von Medizinprodukten, die Bereitstellung von Expertise und Forschung, Früherkennungsmechanismen, Personalplanung oder Preisverhandlungen geht. Als besonders pro-europäisch gelten Staaten wie Malta, Belgien, Irland, Luxemburg, Slowenien, Estland, Kroatien, Griechenland oder Portugal. Andere kleine Staaten, beispielsweise Tschechien, Bulgarien oder Dänemark, sehen eine Europäisierung der Gesundheitspolitik eher skeptisch und bringen dazu Souveränitätsfragen ins Spiel. Variablen, die die Position von EU-Mitgliedstaaten beeinflussen, sind beispielsweise der Organisationsgrad des Gesundheitssystems (zentralstaatlich vs. föderal), die Finanzierungsstrukturen (staatlich vs. Sozialversicherungsprinzip) und die Existenz einer starken Gesundheitsindustrie oder -wirtschaft. Auch die Folgen der europäischen Finanz- und Wirtschaftskrise für öffentliche Haushalte und Beschäftigungszahlen spielen in diesem Zusammenhang eine Rolle.

Angesichts der 2019 auslaufenden Amtsperiode von Jean-Claude Juncker als EU-Kommissionspräsident und der bereits angelaufenen Verhandlungen zum neuen mehrjährigen Finanzrahmen der EU stellen sich zusätzliche Fragen, wie gesundheitsbezogene Instrumente und Projekte innerhalb der EU zukünftig koordiniert und finanziert werden sollen. Der Fortbestand der Generaldirektion SANTE und eines separaten Förderprogramms für Gesundheit ist ungewiss. Deutschland sollte sich für eine europäische Gesundheitspolitik einsetzen, die den inner-

europäischen Zusammenhalt und die sozio-ökonomische Konvergenz positiv beeinflusst: So sollten etwa Länder wie Griechenland oder Rumänien unterstützt werden, die aktuell aus eigener Kraft kein zufriedenstellendes Versorgungsniveau bereitstellen können. Gleichzeitig sollte das Innovationspotenzial, etwa im E-Health- und Forschungsbereich, durch eine gezielte und nachhaltige Förderung erfolgversprechender Netzwerke und Forschungsprojekte mit europäischem Mehrwert ausgebaut werden. Außerdem sollte die Handlungs- und Strategiefähigkeit der EU gestärkt werden, etwa bei der Bekämpfung grenzüberschreitender Gesundheitsrisiken und im breiteren Bereich globaler Gesundheit, um dem Rückzug der USA von gesundheits- und entwicklungspolitischen Aufgaben entgegenzuwirken und sich gegen globale Wettbewerber mit illiberaler Gesinnung zu behaupten. Deutschland sollte proaktiv eigene Prioritäten erarbeiten und kommunizieren sowie die politische Koordinierung im eigenen Land verbessern, um konstruktiv zu einer neuen Agenda für die europäische Gesundheitspolitik beitragen zu können. Bestehende Partnerschaften etwa mit Frankreich, Österreich oder den Benelux-Staaten sollten dabei ausgebaut werden. Da Deutschland durch den Brexit mit Großbritannien seinen wichtigsten Partner bei gesundheitspolitischen Fragen auf der EU-Ebene verliert, ist außerdem die Etablierung neuer Partnerschaften innerhalb der EU wichtig. Besonders vielversprechend wäre etwa eine systematische Verstärkung des Austausches und der Zusammenarbeit mit den nordischen oder auch den baltischen Staaten. Diese stehen Deutschland bei verschiedenen Themen inhaltlich nahe und könnten den Verlust Großbritanniens zumindest abmildern – etwa in Binnenmarktfragen oder im Bereich globaler Gesundheit.

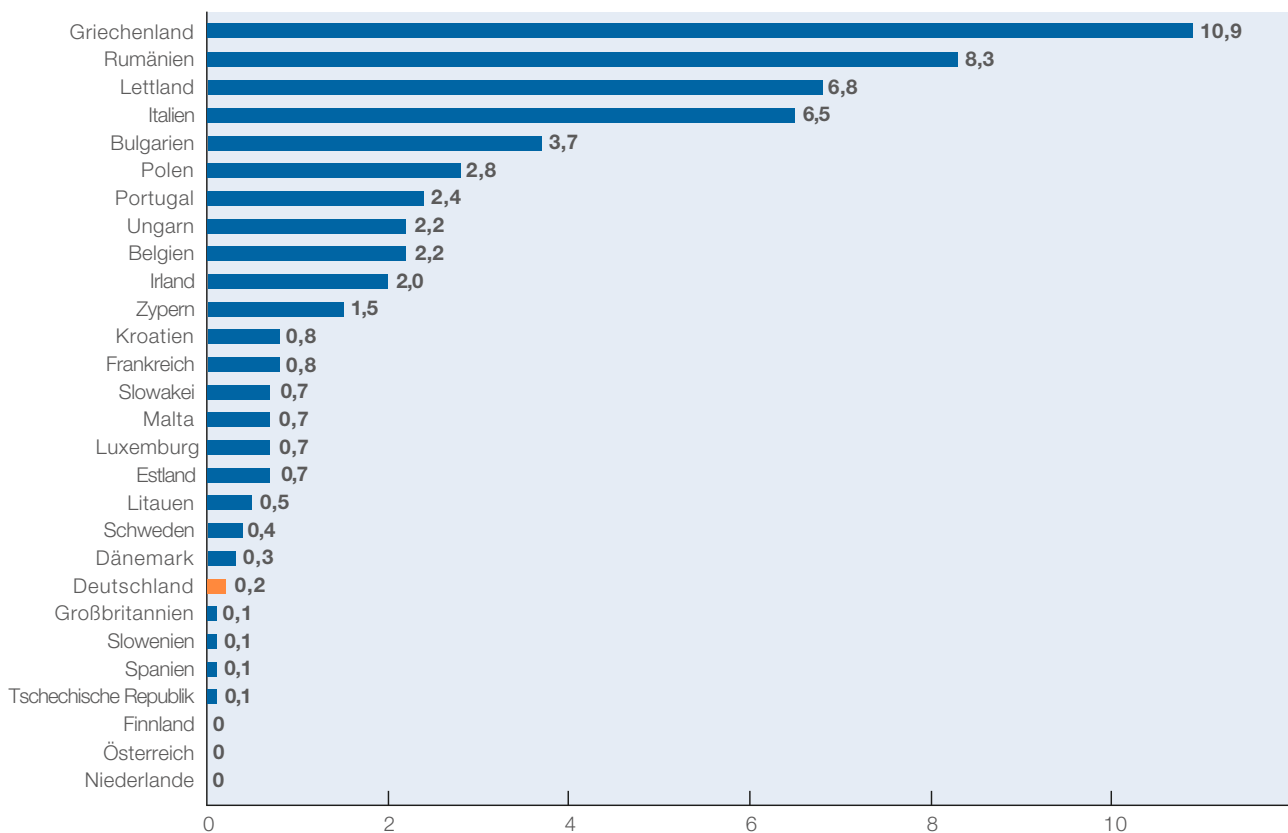
1. Einleitung

Sowohl die Europäische Kommission als auch die EU-Mitgliedstaaten erwarten gespannt, wie das deutsche Engagement im Rahmen der EU-Zukunftsdebatte unter der neuen Regierung aussehen wird. Eine der größten, strukturellen Herausforderungen, mit denen die EU-27 auf absehbare Zeit konfrontiert sein wird, ist die steigende wirtschaftliche und soziale Divergenz innerhalb der EU: Vereinfacht lässt sich diese als Konfliktlinie zwischen dem Nord-Westen auf der einen Seite und dem Süden und Süd-Osten auf der anderen Seite darstellen. In Folge der europäischen Finanz- und Schuldenkrise, die bereits bestehende Ungleichgewichte weiter verschärft hat, besteht ein deutliches Gefälle entlang verschiedener Indikatoren wie Beschäftigung oder Staatsverschuldung. Besonders deutlich sichtbar ist die Nord-Süd/Südost-Divergenz im Gesundheitsbereich und insbesondere am unterschiedlichen Zugang zu einer qualitativ hochwertigen und gleichzeitig erschwinglichen Gesundheitsversorgung – ein Politikfeld mit besonderer politischer und sozialer Sprengkraft (siehe Abb. 1).

Im Bewusstsein des Spaltungspotenzials, das die soziale Divergenz innerhalb der EU entfalten kann, wurde beim EU-Gipfel in Bratislava im September 2016 auch die soziale Dimension Europas als Priorität auf die europäische Zukunftsagenda gesetzt. Unterfüttert wurde dieser Fokus durch ein Reflexionspapier in Anlehnung an das Weißbuch des Präsidenten der Europäischen Kommission, Jean-Claude Juncker. Anknüpfend daran proklamierten die Europäische Kommission, das Europäische Parlament und der Rat beim Göteborger Sozialgipfel am 20. November 2017 die europäische Säule sozialer Rechte, welche 20 Grundsätze zur Stärkung der sozialen Dimension der EU formuliert, deren Umsetzung durch ein soziales Scoreboard unterstützt wird. Darin wird explizit das „Recht auf rechtzeitige, hochwertige und bezahlbare Gesundheitsvorsorge und Heilbehandlung“ genannt.¹

Während sich die deutsche Bundesregierung in ihrem Koalitionsvertrag bereits im Titel zu mehr europäischer Integration bekennt („Ein neuer Aufbruch für Europa“) und in den Bereichen Verteidigung, Migration und Eurozone Akzente gesetzt hat, gibt es bislang keine proaktiven Impulse für die Gestaltung einer europäischen Gesund-

Abb. 1: Prozent der Bevölkerung mit aus Kostengründen unerfülltem Bedarf an Gesundheitsversorgung (2015)



Quelle: https://ec.europa.eu/health/expert_panel/sites/expertpanel/files/docsdire/opinion_benchmarking_healthcareaccess_en.pdf, S. 44

heitspolitik.² Dies lässt die deutsche europapolitische Agenda inkonsistent erscheinen: Die Bundesregierung erhebt einerseits den Anspruch, Solidarität und europäischen Zusammenhalt zu fördern, versäumt es aber andererseits, den Gesundheitsbereich und drängende Herausforderungen wie die wachsende Chancenungleichheit von europäischen Patienten zu thematisieren.³

Das Fehlen europapolitischer Akzente mit einem Gesundheitsbezug fügt sich in die traditionelle deutsche Sichtweise ein, dass die EU auf der Grundlage von Art. 168 Abs. 7 AEUV keine Kompetenzen hinsichtlich der Ausgestaltung und Finanzierung nationaler Gesundheitssysteme innehat. Die Bundesregierung vertrat in den letzten Jahren die Auffassung, dass eine weitere Europäisierung dieses Politikfeldes kompetenzrechtlich nicht zulässig sei – eine Position, die einige Juristen in der von Deutschland proklamierten Eindeutigkeit allerdings nicht stützen.⁴ Stattdessen argumentieren sie, dass der rechtliche Spielraum differenziert zu betrachten sei und dass auch ohne Vertragsänderung durchaus Raum für eine stärkere politische Zusammenarbeit bestehe bzw. geschaffen werden könne. Politischer Spielraum für eine weitergehende Kooperation ließe sich insbesondere aus dem Querschnittscharakter von Gesundheit und dem übergeordneten Unionsziel eines hohen Niveaus an Gesundheitsschutz ableiten.

Deutschland hat sich unter Berufung auf die vermeintliche Sperrwirkung von Art. 168 Abs. 7 AEUV bislang sehr passiv und grundsätzlich restriktiv zu einer europäischen Gesundheitspolitik verhalten. Vor allem kleinere Mitgliedstaaten – beispielsweise Belgien, Luxemburg, Irland, Malta, Estland, Slowenien oder Griechenland – begrüßen dagegen eine stärkere EU-Dimension im Gesundheitsbereich. Diskutierte Initiativen thematisieren etwa eine stärkere Kooperation im Arzneimittelbereich, bei E-Health-Themen, bei Nutzenbewertungen, beim Austausch von Expertise und Best Practices, beim Horizon Scanning oder hinsichtlich einer gemeinsamen Bedarfsplanung für Gesundheitspersonal. Im Vergleich zu anderen größeren EU-Mitgliedstaaten wie Frankreich, Spanien oder Italien, die bei den oben genannten Themen eher zu einer freiwilligen Kooperation auf EU-Ebene bereit sind, nimmt Deutschland eine Sonderstellung ein. Auf EU-Ebene zeigte sich Deutschland in der Vergangenheit grundsätzlich zögerlich bis skeptisch bei Verhandlungen innerhalb der Ratsarbeitsgruppe für Gesundheit – auch gegenüber freiwilligen Kooperationen ohne deutsche Beteiligung. Die Funktionslogik der deutschen Selbstverwaltung aus Krankenkassen und kassenärztlichen sowie kassenzahnärztlichen Vereinigungen und die föderale Struktur

tragen wesentlich zu einer skeptischen Haltung Deutschlands bei. Im Vergleich zu staatlichen zentral organisierten Gesundheitssystemen erschwert die komplexe deutsche Selbstverwaltungsstruktur politische Kompromisse und systemische Reformen bereits auf nationaler Ebene.

Mit seiner passiven bis abwehrenden Haltung gegenüber europäischen von der Kommission oder kleinen Staaten angeregten Kooperationsinitiativen setzt sich Deutschland dem Vorwurf aus, eine fortschreitende Europäisierung im Vergleich zu den meisten anderen EU-Mitgliedstaaten pauschal zu blockieren. Verknüpft damit ist zugleich die Kritik, sich unsolidarisch gegenüber kleinen Mitgliedstaaten oder von der europäischen Finanz- und Schuldenkrise besonders negativ betroffenen Mitgliedstaaten zu zeigen. Die Liste deutscher proaktiver Initiativen im Rahmen europäischer Gesundheitspolitik ist kurz und beschränkt auf Beispiele, die nicht auf eine Generierung neuen Rechts ausgerichtet waren. Zu nennen ist etwa das Engagement der Bundesregierung 2014 im Kontext der Ebola-Krise, als Deutschland eins von drei Flugzeugen zur medizinischen Notevakuierung von internationalen humanitären Helferinnen und Helfern zur Verfügung gestellt hat, welches erstmalig eine fliegende Intensivstation mit Behandlungsmöglichkeit während des Fluges vorsah. Gleichzeitig ergriff Deutschland gemeinsam mit Frankreich die Initiative, Notfallteams zur Seuchenbekämpfung einzusetzen („EU-Weißhelm-Initiative“), die durch den „European Medical Corps“ schließlich umgesetzt wurde.

Diese passive und oft abwehrende Haltung ist mit dem Selbstbild Deutschlands als inklusive und glaubwürdige europäische Führungsmacht nicht vereinbar und gefährdet den europäischen Zusammenhalt. Daher wäre es nicht nur im Einklang mit dem deutschen Rollenverständnis, sondern auch im deutschen Interesse, dass die deutsche Bundesregierung im Rahmen der Verhandlungen zum nächsten Mehrjährigen Finanzrahmen der EU (MFR) Akzente setzt und im Kontext der deutschen Ratspräsidentschaft 2020 eine proaktive, konstruktive Agenda für eine europäische Gesundheitspolitik erarbeitet.

Deutsche Positionen für eine europäische Agenda sollten dabei im Sinne einer breit angelegten Strategie, die verschiedene Aspekte europäischer Zukunftsfähigkeit und europäischen Zusammenhalts thematisiert, in drei übergeordnete Prioritätsbereiche fallen:

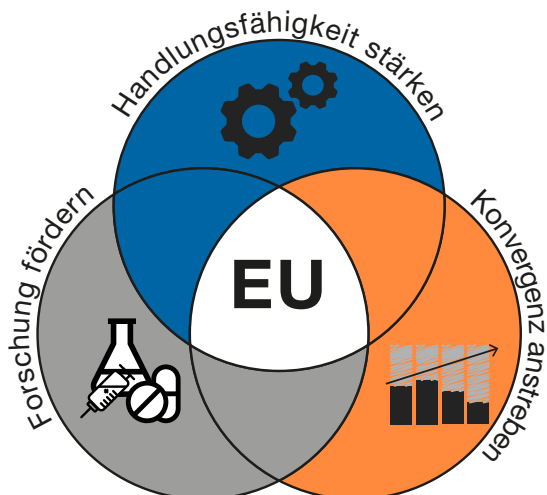
- (1) die Förderung sozialer und wirtschaftlicher Konvergenz bei kurz- und mittelfristiger Garantie eines breiten Zugangs zu erschwinglicher und qualitativ hochwertiger Gesundheitsversorgung,
- (2) die Ankurbelung von Innovation und Forschung,

(3) die Stärkung der EU-Handlungsfähigkeit nach außen und innen.

Diese drei Zieldimensionen sind eng miteinander verwoben und zugleich relevant für eine erfolgreiche EU-Kooperation oder -Integration in anderen Politikfeldern. Eine Union ohne signifikante Ungleichheit im Bereich Gesundheit wirkt sich beispielsweise positiv auf das Innovationspotenzial und die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit aus. Sie vermindert Kollektivgutprobleme und erleichtert somit die Handlungsfähigkeit nach außen, etwa durch das gemeinschaftliche Beisteuern finanzieller und personeller Ressourcen im Falle eines globalen Gesundheitskrisenmanagements. Gleichzeitig sind die genannten Dimensionen auch Voraussetzung für eine stabile Währungsunion, einen funktionierenden Binnenmarkt oder etwa eine funktionierende europäische Nachbarschaftspolitik.

Konkret sollte die Bundesregierung sich stärker und proaktiver als bisher in die bereits geführten, sekundärrechtlich begründeten Reform- und Kooperationsdebatten in den Bereichen Patientenmobilität, E-Health und Qualitätsmanagement einbringen. Sie sollte ferner das bestehende Engagement – zum Beispiel im Rahmen von Forschungsk Kooperation oder internationalem Gesundheitsmanagement – ausbauen. Außerdem sollte sie ihre bereits im Rahmen der G7- und G20-Präsidentschaften aufgebaute Expertise nutzen, um eigene Akzente etwa im Bereich globaler Gesundheit zu setzen. Deutschland sollte zudem grenzüberschreitende Partnerschaften etwa mit Frankreich, Österreich, Benelux und Polen ausbauen und sich bei Themen mit gesamteuropäischem Mehrwert für freiwillige Kooperationsformate öffnen.

Abb. 2: Drei Zieldimensionen für Deutschland in der europäischen Gesundheitspolitik



2. Herausforderungen und Handlungsbedarf europäischer Gesundheitspolitik

Die Liste der kurz-, mittel- und langfristigen Herausforderungen für die EU im Gesundheitsbereich ist lang:

Demographischer Wandel

Eine zentrale Herausforderung ist der voranschreitende demographische Wandel. Das Durchschnittsalter der EU-Bevölkerung ist im Zeitraum von 1996 bis 2016 um fast sechs Jahre gestiegen und auch die Lebenserwartung der Bevölkerung nimmt stetig zu. Gleichzeitig war das jährliche Bevölkerungswachstum im Zeitraum zwischen 2011 und 2016 mit Werten zwischen 0,2 und 0,4 Prozent verschwindend gering.⁵ Dieser Trend stellt die europäischen Gesundheitssysteme vor erhebliche Herausforderungen.

Steigende Gesundheitsausgaben und Innovationsdruck

Die steigende Lebenserwartung der Bevölkerung und die Zunahme chronischer Erkrankungen treiben die Kosten der Gesundheitsversorgung und insgesamt die Ausgaben der nationalen Gesundheitssysteme in die Höhe.⁶ Im EU-Durchschnitt belaufen sich die Gesundheitsausgaben der Mitgliedstaaten auf etwa zehn Prozent des Bruttoinlandsprodukts (BIP).⁷ Der Kostendruck wird durch fortschreitende Innovationen und Neuerungen in der Pharmaindustrie und Medizintechnik sowie bei Behandlungsmethoden weiter verstärkt.⁸

Fachkräftemangel und Versorgungslücken

Gleichzeitig führen rückläufige Beschäftigungszahlen im Gesundheitssektor in vielen EU-Mitgliedstaaten und der Fachkräftemangel insbesondere in vielen ländlichen und strukturschwachen Gebieten zu Engpässen bei der Gesundheitsversorgung.⁹ Eng damit verbunden ist die starke Abwanderung qualifizierter Fachkräfte – der sogenannte „Brain Drain“ – aus zahlreichen Ländern Süd- und Mittel-Ost-Europas, der den Gesundheitssektor sehr stark betrifft. Manche EU-Staaten kompensieren diese Versorgungslücken und Kostensteigerungen besser als andere, die die bereits bestehenden sozialen und wirtschaftlichen Unterschiede innerhalb der EU wiederum verstärken.

Verschuldung öffentlicher und private Haushalte

Auch in Kombination mit den europäischen Vorgaben hinsichtlich Haushaltsdefizit und öffentlicher Verschuldung führen die Kostensteigerungen im Gesundheitsbereich zu einer ungleichen Entwicklung innerhalb Europas: In vielen Ländern Süd- und Süd-Osteuropas resultieren sie eher in substanziellen Einsparungen im Gesundheitsbereich

als in vielen finanzstärkeren nord-westlichen EU-Mitgliedstaaten. Der Fall Griechenland zeigt exemplarisch, wie nachhaltig die europäische Finanz- und Schuldenkrise die Gesundheitssysteme mancher Nationalstaaten geschwächt hat. In Folge der hohen Staatsverschuldung, sinkender Steuereinnahmen und der im Rahmen der EU-Finanzhilfen durchgeführten öffentlichen Reform- und Sparmaßnahmen geriet die Finanzierung des Gesundheitssystems unter enormen Druck. Es entstanden deutliche medizinische Versorgungslücken, insbesondere in ländlichen Gebieten. In der Folge stieg unter anderem das Niveau der traditionell hohen, privaten Zuzahlungen zu Gesundheitsleistungen weiter an – ein Trend, der den bestehenden ungleichen Zugang innerhalb der Bevölkerung zu medizinischer Versorgung weiter verstärkte.¹⁰

Sinkendes Engagement in globale Gesundheit

Außerdem gibt es im Bereich globaler Gesundheit in vielen Punkten Handlungsbedarf. Herausfordernd in diesem Kontext sind kurz- und mittelfristig beispielsweise der Brexit-bedingte Verlust Großbritanniens als zentralen EU-Akteur in globaler Gesundheit sowie der zunehmende Rückzug der Vereinigten Staaten aus der Entwicklungspolitik. US-Präsident Donald Trumps Infragestellung multilateraler Organisationen und die sinkende finanzielle Unterstützung gesundheitsbezogener Projekte auf globaler Ebene bedingen nicht nur kurzfristig große Risiken für die Handlungsfähigkeit der EU bei akuten Krisen. Mit Blick auf den geostrategischen und ideellen Wettbewerb mit Drittstaaten wie Russland und China, die sich verstärkt als entwicklungspolitische Akteure positionieren und ihren Einfluss etwa in Afrika oder in Ländern der europäischen Nachbarschaft ausbauen, stellen sie auch langfristig eine Herausforderung für das Potenzial der EU als globalen Akteur dar.

Innovations- und Wachstumspotenzial

Im Gegenzug zu diesen Risiken bietet der Querschnittsbereich Gesundheit ein sehr großes positives Potenzial für Wachstum, Wettbewerbsfähigkeit, Innovation und Beschäftigung. Die europäische Pharmaindustrie allein hat einen Marktwert von über 200 Milliarden Euro und investiert mehr als 35 Milliarden Euro pro Jahr in Forschung und Entwicklung.¹¹ Die medizintechnische Industrie ist ebenfalls ein wichtiger Wirtschaftssektor mit einem Marktwert von über 100 Milliarden Euro und durchschnittlichen Wachstumsraten von etwa 4,4 Prozent seit 2008. Sie umfasst im europäischen Wirtschaftsraum etwa 27.000 Unternehmen, darunter zu 95 Prozent kleine und mittlere Unternehmen (KMU), und vereint mit

etwa sieben Prozent den höchsten Anteil europäischer Patentanfragen auf sich.¹² Ein besonders hohes Innovations- und Wachstumspotenzial besteht ganz speziell im E-Health-Bereich.¹³

Positiver Einfluss auf Beschäftigung

Neben ihrer Bedeutung für die europäische Wirtschaftskraft und ihrem Innovationspotenzial spielt die Gesundheitswirtschaft eine herausragende Rolle für den europäischen Arbeitsmarkt. In der EU praktizieren über 1,8 Millionen Ärztinnen und Ärzte, 3,4 Millionen Pflegekräfte und 3,2 Millionen Gesundheitsassistentinnen und -assistenten.¹⁴ Die forschende Pharmaindustrie verzeichnet etwa 740.000 direkt Beschäftigte. In der medizintechnischen Industrie sind europaweit mehr als 675.000 Personen angestellt.¹⁵

3. Gesundheitspolitische Konfliktlinien innerhalb der EU

Auf Grund der skizzierten Fülle EU-weiter Herausforderungen und Chancen sprechen sich einige, insbesondere kleinere EU-Mitgliedstaaten sowie viele europäische Stakeholder-Organisationen und große Teile der EU-Bevölkerung, für eine stärkere Rolle der EU in den Bereichen Gesundheit und sozialer Sicherheit aus. Sie sehen Handlungsbedarf vor allem angesichts der steigenden Chancenungleichheit europäischer Patientinnen und Patienten beim Zugang zu medizinischen Behandlungen und neuen und/oder teuren Arzneimitteln. Im Gegensatz dazu positionieren sich vor allem große EU-Mitgliedstaaten eher zurückhaltend bis abwehrend. Zusammenfassend erscheinen folgende Konfliktlinien, die je nach thematischem Schwerpunkt und Fragestellung leicht variieren.¹⁶

1. Deutsche Zurückhaltung und Veto-Position:

Deutschland ergreift nur in wenigen Fällen – etwa beim Ebola-Krisenmanagement oder bei der Überwachung übertragbarer Krankheiten – die Initiative. Gleichzeitig blockt es in der Regel Diskussionen über eine Vertiefung der europäischen Gesundheitspolitik unter Berufung auf die rechtliche Kompetenzordnung konsequenter und systematischer ab als die übrigen EU-Mitgliedstaaten. Länder wie Großbritannien, Polen, Tschechien oder Bulgarien stützen die deutsche Position häufig. Außerdem hat sich Deutschland in der Vergangenheit besonders kritisch gegenüber freiwilligen Kooperationen anderer Mitgliedstaaten – innerhalb wie außerhalb von EU-Strukturen – geäußert. All

dies hat dazu geführt, dass Deutschland in besonderer Weise als Bremser wahrgenommen wurde. Für die deutsche Positionierung sind zwei Faktoren besonders relevant: Einerseits ist Deutschlands Haltung durch das System der deutschen Selbstverwaltung im Gesundheitswesen und die Existenz starker Interessensverbände auf nationaler und regionaler Ebene bedingt. Beides erschwert die Entscheidungs- und Kompromissfindung innerhalb der EU deutlich; deutsche Ärzterevertreter etwa sehen Europäisierungstendenzen, die die Arbeitsprozesse und den Handlungsspielraum deutscher Ärzte direkt betreffen und bürokratischer gestalten, sehr kritisch. Andererseits ist Deutschland auch aufgrund seines politischen Einflusses sowie guter Beschäftigungsraten und Wirtschaftsindikatoren aktuell nicht auf europäische Kooperation und Unterstützung im Gesundheitsbereich angewiesen.

2. **Kleine vs. große Mitgliedstaaten:** Kleine EU-Staaten kooperieren eher als große Mitgliedstaaten: Dieser Trend ist vor allem durch ihre begrenzten finanziellen, personellen und administrativen Ressourcen, ihre im Vergleich zu großen Staaten geringere Verhandlungsmacht sowie ihre weniger attraktiven nationalen Märkte begründet. Sie rufen außerdem eher nach einer stärkeren Rolle der EU bei Standardsetzung, Nutzenbewertung, Personalplanung, Informationsaustausch und gemeinsamen Verhandlungen im Arzneimittelbereich. Kleinere Gesundheitssysteme bedeuten außerdem in der Regel eine höhere Anpassungsfähigkeit und -bereitschaft an Innovationen und Umstrukturierung. Für kleinere Mitgliedstaaten ist die Aussicht auf positive Skaleneffekte ein wichtiges Motiv. Dies gilt insbesondere für kleine wohlhabendere Staaten wie Malta, Irland, Luxemburg, die Niederlande oder Belgien. Im Unterschied dazu steht für kleine ärmere Mitgliedstaaten in Süd- und Südosteuropa – etwa Rumänien, Bulgarien, Ungarn oder Portugal – häufig die Forderung nach europäischer Solidarität und finanzieller Unterstützung im Vordergrund, ohne dass unbedingt eine stärkere Europäisierung von Strukturen und Prozessen angestrebt wird. Die kommissionskritischeren, kleinen Mitgliedstaaten – darunter Tschechien, Litauen oder Bulgarien – berufen sich ähnlich wie Großbritannien, Spanien oder Polen auf das Subsidiaritätsprinzip und nationale Souveränität. Große Mitgliedstaaten wie Deutschland, Frankreich, Spanien, Italien, Großbritannien oder Polen sind im Vergleich zu vielen Staaten weniger stark an Europäisierungsprozessen interessiert, die einen Eingriff in nationale Strukturen und Prozesse bedeuten könnten. Große Mitgliedstaaten verfügen eher über ausreichende Ressourcen, notwendige administrative Kapazitäten und eigene Expertise. Gleichzeitig sind ihre Märkte ausreichend groß und dadurch attraktiv für Pharmaunternehmen und die Gesundheitswirtschaft insgesamt, so dass sie bei Preisverhandlungen nicht auf EU-Hebel und Skaleneffekte angewiesen sind. Die Attraktivität einer europäischen Gesundheitspolitik sinkt zusätzlich in Mitgliedstaaten mit starken dezentralen Strukturen, einer starken Selbstverwaltung oder dominanten Unternehmensinteressen.
3. **Norden vs. Süden:** In der Tendenz traf die europäische Finanz- und Schuldenkrise nord-westliche Gesundheitssysteme weniger hart als südeuropäische und süd-osteuropäische. Gleichzeitig ist im Nord-Westen auch die forschende Pharma- und Medizintechnikindustrie stärker ausgeprägt als in Südeuropa und Süd-Osteuropa. Insbesondere südeuropäische EU-Mitgliedstaaten sind daher etwas regulierungs- und harmonisierungsfreudiger als nord-westeuropäische EU-Mitgliedstaaten.
4. **Europäische Institutionen / Stakeholder-Organisationen / Europäische Bevölkerung vs. EU-Mitgliedstaaten:** Allgemein stehen europäische Interessenvertretungen wie etwa das Europäische Patientenforum, die European Public Health Alliance (EPHA) oder die European Hospital and Healthcare Federation (HOPE) einer stärkeren europäischen Gesundheitspolitik offener gegenüber als nationale Akteure; dasselbe gilt für EU-Institutionen wie die Europäische Kommission und das Europäische Parlament. Das lässt sich sehr leicht durch unterschiedliche Handlungslogiken, Verflechtungen, Pfadabhängigkeiten und Loyalitäten erklären. Außerdem befürworteten laut der Eurobarometer Umfrage 85.1 aus dem Jahr 2016 insgesamt 63 Prozent der Befragten ein stärkeres Engagement der EU in Gesundheitsfragen.¹⁷

4. Der rechtliche Rahmen europäischer Gesundheitspolitik

Während einige EU-Mitgliedstaaten und europäische Stakeholderorganisationen die politische und wirtschaftliche Notwendigkeit einer proaktiven europäischen Gesundheitspolitik betonen, sind die Kompetenzen der EU und insbesondere der Europäischen Kommission auf den ersten Blick sehr beschränkt.¹⁸ Lediglich Art. 168 AEUV ist ausschließlich dem Themenfeld Gesundheit gewidmet. Er regelt insbesondere den Bereich des öffentlichen Gesundheitsschutzes – oder ‚Public Health‘ als dominante Bezeichnung im angloamerikanischen Raum. Demnach ist es Aufgabe und Ziel der EU, das allgemeine Gesundheitsniveau der Bevölkerung durch Prävention, Gesundheitsinformationen und Bekämpfung schwerer, weit verbreiteter Krankheiten zu verbessern und sie vor grenzüberschreitenden Gesundheitsgefahren zu schützen. Dazu gehören etwa der Schutz der Bevölkerung vor Tabak-Konsum und Alkoholmissbrauch sowie Maßnahmen zur Beobachtung, frühzeitigen Meldung und Bekämpfung von Pandemien und anderen grenzüberschreitenden Gesundheitskrisen. Die Querschnittsklausel in Absatz 1 besagt insbesondere, dass bei der Ausgestaltung anderer EU-Politiken ebenfalls der Gewährleistung eines hohen Gesundheitsschutzniveaus Sorge getragen werden muss. In Absatz 2 wird außerdem auf das besonders förderungswürdige Ziel einer verbesserten Komplementarität von Gesundheitssystemen in Grenzgebieten eingegangen. In Abs. 4 lit. a) – c) sind die Bereiche aufgelistet, in denen der EU gemäß des ordentlichen Gesetzgebungsverfahrens eine regulatorische Kompetenz zukommt. Diese Bereiche umfassen Maßnahmen zur Festlegung von Qualitäts- und Sicherheitsstandards für Organe, „Substanzen menschlichen Ursprungs“ und Blut (lit. a), Maßnahmen zum Schutz der Bevölkerungsgesundheit bei Pflanzenschutz und im Veterinärwesen (lit. b) sowie Maßnahmen zur Festlegung hoher Qualitäts- und Sicherheitsstandards für Arzneimittel und Medizinprodukte (lit. c). Artikel 168 AEUV begründet hingegen keine EU-Kompetenzen bei der Organisation der nationalen Gesundheitssysteme. Artikel 168 AEUV, Abs. 7 lautet entsprechend: „Bei der Tätigkeit der Union wird die Verantwortung der Mitgliedstaaten für die Festlegung ihrer Gesundheitspolitik sowie für die Organisation des Gesundheitswesens und die medizinische Versorgung gewahrt. Die Verantwortung der Mitgliedstaaten umfasst die Verwaltung des Gesundheitswesens und der medizinischen Versorgung sowie die Zuweisung der dafür bereitgestellten Mittel.“¹⁹

Auf der Grundlage dieses Artikels ist die EU daher in erster Linie ermächtigt, die mitgliedstaatliche Zusam-

menarbeit zu fördern, zu unterstützen und gegebenenfalls zu vervollständigen. Ganz praktisch impliziert diese Zuschreibung, dass es Aufgabe der Europäischen Kommission ist, Kooperation und insbesondere den Austausch von Best Practices mit dem Ziel voranzutreiben, das Gesundheitsniveau in der EU nachhaltig zu verbessern und die EU-Bürger vor Gesundheitsrisiken zu schützen.

Allerdings kann Artikel 168 AEUV nicht isoliert betrachtet und interpretiert werden. Er ist eingebettet in ein komplexes, primärrechtliches Vertragswerk sowie eine Fülle sekundärrechtlicher Rechtsakte. Der gesundheitspolitische Bereich im weiteren Sinne wird von zahlreichen Politikfeldern und Instrumenten direkt oder indirekt beeinflusst. Dazu gehören in erster Linie die Binnenmarktregeln (Art. 114 AEUV), die Instrumente makroökonomischer Koordinierung (VO (EU) 1175/2011 gestützt auf Art. 121 Abs. 6 AEUV) und die Grundrechtecharta, aber auch der Arbeitsschutz (Art. 153 Abs. 1 lit.a) oder der Verbraucherschutz (Art. 169 AEUV).²⁰

Der Einfluss des Europäischen Binnenmarktes auf nationale Gesundheitspolitiken ist bereits seit einigen Jahrzehnten zu beobachten. Er hat zahlreiche Legislativakte nach sich gezogen, so dass die „Binnenmarkt-Gesundheitspolitik“ als historisch älteste Dimension (indirekter) europäischer Gesundheitspolitik bezeichnet werden kann. Der Wechselwirkung zwischen europäischen Binnenmarktregeln und dem Anspruch auf eine national eigenständige Ausgestaltung und Finanzierung nationaler Gesundheitssysteme liegt die grundsätzlich spannungsgeladene Frage zu Grunde, inwiefern Gesundheitsgüter und nationale Strukturen einen besonderen Schutz genießen, der sie von der regulären Marktlogik und ihren Regeln ausnimmt.

Faktisch konnten über die Jahre zunehmend weitreichende Spill-over-Effekte der Binnenmarktregeln auf nationale Sozial- und Gesundheitspolitiken beobachtet werden. Diese schlagen sich in Maßnahmen zur Gleichbehandlung, Transparenz und Garantie der vier Grundfreiheiten nieder, darunter insbesondere der Mobilität von Patienten, medizinischen Fachkräften und Dienstleistungen.²¹ Europäisierungstendenzen in diesem Bereich wurden häufig durch Urteile des Europäischen Gerichtshofes (EuGH) befördert, wie der Fall der Patientenmobilitäts-Richtlinie 2011/24/EU zeigt (siehe beispielsweise die Kohll/Decker-Rechtsprechung).²² Der Prozess der binnenmarktgetriebenen Integration und Harmonisierung gilt zwischenzeitlich als weitestgehend abgeschlossen. In der wissenschaftlichen Debatte wird häufig die Auffassung vertreten, dass die nationalen Kompetenzen durch die existierende Rechtsetzung im Binnenmarkt-Kontext nicht

unverhältnismäßig beschnitten wurden. Dies zeigen die folgenden Beispiele bezogen auf das deutsche Gesundheitssystem: europäisches Beihilferecht nimmt Rücksicht auf das deutsche Krankenhausfinanzierungsrecht und die grenzüberschreitende Inanspruchnahme von Krankenhausbehandlungen ist im Zweifelsfall abhängig von nationalstaatlichen Genehmigungen.²³

Dagegen nahm der Einfluss makro-ökonomischer Instrumente und Koordinierungsmechanismen auf die Ausgestaltung nationaler Gesundheitsversorgung insbesondere im Zuge der europäischen Wirtschafts- und Finanzkrise zu. Die Europäische Kommission reagierte auf der Kompetenzgrundlage von Art. 121 Abs. 6 AEUV mit Reformen der europäischen Haushaltsaufsicht auf die Krise, um zukünftig makroökonomische Ungleichgewichte innerhalb der EU besser vorausszusehen und schneller darauf reagieren zu können. Dazu gehören unter anderem das Europäische Semester sowie Reformen des Stabilitäts- und Wachstumspaktes. Unter normalen Umständen können EU-Mitgliedstaaten – wenn sie keine Programmländer unter dem Europäischen Stabilitätsmechanismus (ESM) oder übermäßigen Defizitverfahren unterworfen sind – nicht gezwungen werden, die länderspezifischen Empfehlungen der Europäischen Kommission umzusetzen. Sie müssen zwar Rechenschaft über ihre Reformbemühungen ablegen, werden bei Nicht-Umsetzung jedoch nicht sanktioniert. Bei Programmländern hingegen ist der innenpolitische Spielraum stark eingeschränkt. Dabei spielen die Sozial- und die Gesundheitspolitik als größte nationale Ausgabenposten – im EU-Durchschnitt etwa 29,5 Prozent des BIP – eine große systemrelevante Rolle.²⁴ Griechenland ist beispielsweise im Rahmen des vereinbarten Memorandum of Understanding (MoU) noch immer zu weitreichenden Strukturreformen in den Bereichen Arzneimittelmarkt, Krankenhausversorgung und Organisation der Krankenversicherung verpflichtet, und diese werden von der Europäischen Kommission, der Europäischen Zentralbank (EZB) und dem Internationalen Währungsfonds (IWF) (vormals als Troika bezeichnet) eng überwacht. Das Land wurde etwa zur Reduzierung der Ärztezahl und zur Einführung von Zuzahlungen zu Behandlungen und Medikamenten verpflichtet. Ähnliche Bedingungen galten für Portugal und Zypern.²⁵ Im Rahmen des Europäischen Semesters wurden 2017 insgesamt für zwölf EU-Mitgliedstaaten länderspezifische Empfehlungen ausgesprochen, die Reformen zur Effizienzsteigerung des nationalen Gesundheitssystems anmahnen. Die Europäische Kommission plant zudem, im Kontext der EU-Zukunftsdebatte und mit

dem Ziel, die soziale Dimension der EU zu stärken und sichtbarer zu machen, ein sozialpolitisches Scoreboard zur Umsetzung der Europäischen Säule sozialer Rechte in das Europäische Semester zu integrieren.²⁶ Es ist daher absehbar, dass das Europäische Semester zunehmend auch mit sozialpolitischen Indikatoren verknüpft wird, um nicht nur haushaltspolitischen, sondern auch sozialen Ungleichgewichten vorzubeugen bzw. entgegen zu steuern. Das Beispiel der haushaltspolitischen Kontrolle zeigt sehr wirkungsvoll das Problem eines dualistischen Kompetenzverständnisses, welches die Politikverflechtung auf EU-Ebene nicht berücksichtigt. Während die Organisation nationaler Gesundheitssysteme auf der Grundlage von Art. 168 Abs. 7 AEUV Sache der Mitgliedstaaten ist, verändert sich das Bild, wenn man Gesundheitspolitik als einen Teilaspekt der Haushaltspolitik betrachtet. Der Gesamtzusammenhang ist daher maßgeblich und der EuGH sanktioniert erfahrungsgemäß nur weitreichende Kompetenzüberschreitungen als solche.²⁷ Außerdem formulieren die Grundrechtecharta und die sozialpolitische Dimension der Unionsbürgerschaft ein Recht auf nachhaltige Sozialschutzsysteme von hoher Qualität, darunter insbesondere den Zugang zur Gesundheitsvorsorge und ein Recht auf ärztliche Versorgung.²⁸ Nach Art. 6 Abs. 1 UAbs. 2 EUV geht von der Grundrechtecharta jedoch keine Erweiterung der EU-Kompetenzen aus.

Insgesamt kann daher festgehalten werden, dass Artikel 168 AUEV keine absolute Sperrwirkung hinsichtlich einer fortschreitenden Europäisierung von Gesundheitspolitik zugeschrieben werden kann.²⁹ Während die regulatorische Kompetenz der EU zur Harmonisierung des Rechts sehr limitiert ist, ist die Förderungs- und Unterstützungskompetenz der EU nach Art. 168 Abs. 5 AEUV sehr breit angelegt. Es besteht also durchaus Spielraum für eine tiefergehende EU-Kooperation, die zukünftig entweder alle 27 Mitgliedstaaten einschließt oder nur innerhalb kleinerer Koalitionen von EU-Mitgliedstaaten organisiert ist. Dieser Spielraum wurde beispielsweise in der Patientenmobilitätsrichtlinie 2011/24/EU explizit aufgegriffen und konkretisiert, indem unter Berufung auf das allgemeine sektorübergreifende Unions-Ziel der Sicherstellung eines hohen Gesundheitsschutzniveaus verschiedene freiwillige Initiativen zur Förderung mitgliedstaatlicher Kooperation auf den Weg gebracht wurden. Dazu gehören etwa die Europäischen Referenznetzwerke (ERNs), die gemeinsame Bewertung von Gesundheitstechnologien (Health Technology Assessment – HTA) oder das Netzwerk für elektronische Gesundheitsdienste (E-Health-Netzwerk).

5. Status Quo europäischer Gesundheitspolitik

Instrumente und Anreize

Wie im vorherigen Abschnitt beschrieben, ist die regulatorische Kompetenz der EU im Bereich Gesundheit sehr begrenzt. Die EU-Gesetzgebung im Rahmen des ordentlichen Gesetzgebungsverfahrens ist hauptsächlich im Bereich der Arzneimittelpolitik von Bedeutung – angesiedelt in der Generaldirektion für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (GD SANTE); und bei der Gewährleistung von Qualitätsstandards von Medizinprodukten und –technologien, welche der Generaldirektion für Binnenmarkt, Industrie, Unternehmertum und KMU (GD GROW) obliegt. In den meisten anderen Bereichen und Teildimensionen europäischer Gesundheitspolitik stehen der EU hingegen andere Instrumente und Anreize zur Verfügung. Dazu gehören die Koordinierung und der Best-Practice-Austausch, die Netzwerkbildung und die Forschungsförderung. Diese erlauben es der Kommission, indirekt durch die Ausgestaltung von Ausschreibungen und die Festsetzung von Förderkriterien kooperationsleitende Standards und inhaltliche Schwerpunkte zu setzen.

Die letzte umfassende Strategie zu einer europäischen Gesundheitspolitik wurde in Form eines Weißbuches im Jahr 2007 von der Europäischen Kommission vorgelegt.³⁰ Die Ziele der aktuellen europäischen Gesundheitspolitik sind im Dritten Aktionsprogramm für Gesundheit 2014–2020 formuliert und lassen sich in vier Säulen zusammenfassen:

- (1) die Gesundheitsförderung, Prävention und Förderung gesunder Lebensstile,
- (2) der Schutz der Bürgerinnen und Bürger vor grenzüberschreitenden Gesundheitsgefahren,
- (3) die Beitragsleistung zu innovativen, effizienten und nachhaltigen Gesundheitssystemen und
- (4) der Zugang zu einer besseren Gesundheitsversorgung.³¹

Auf der Grundlage des mehrjährigen Gesundheitsprogramms werden jährliche Arbeitspläne zur Umsetzung der genannten Ziele verabschiedet. Das innerhalb des Programms zur Verfügung stehende Budget ist nicht nur begrenzt; es ist gleichzeitig der einzige Posten innerhalb des aktuellen EU-Haushaltes, der explizit und ausschließlich der Förderung der öffentlichen Gesundheit in der EU gewidmet ist. Das gesamte Programm beläuft sich auf 449,39 Millionen Euro und macht damit lediglich 0,04 Prozent des Mehrjährigen Finanzrahmens aus.³² Die Implementierung der Arbeitspläne erfolgt unter anderem anhand ko-finanzierter Joint Actions, welche die frei-

willige Zusammenarbeit der Mitgliedstaaten fördern.³³ Vergangene und laufende Joint Actions umfassen beispielsweise die Implementierung von Best Practices im Umgang mit chronischen Krankheiten, die Unterstützung des E-Health-Netzwerks, das Forecasting und die Bedarfsplanung bei der Bereitstellung von Impfstoffen sowie ein Maßnahmenpaket zur Analyse und Strategieentwicklung zur Bewältigung ungleicher Gesundheitschancen.³⁴

Insgesamt stieß die Juncker-Kommission im Bereich Gesundheit weniger Legislativakte an als vorherige Europäische Kommissionen. Die GD SANTE etwa hat in der laufenden Amtszeit nur einen Legislativvorschlag für eine verstärkte Zusammenarbeit bei der Nutzenbewertung von Medizinprodukten (Health Technology Assessment – HTA) vorgelegt.³⁵ Zusätzlich legten andere Generaldirektionen wie GD MARKT vereinzelt Legislativvorschläge mit Gesundheitsbezug vor; etwa einen Richtlinienvorschlag zur Verhältnismäßigkeitsprüfung vor dem Erlass neuer Berufsreglementierungen.³⁶ Vertreter der Kommission verweisen darauf, dass eine weitere Gesetzgebung oder Harmonisierungsbestrebungen aktuell nicht erforderlich sind und dass alternative, zukunftsgerichtete Impulse von Seiten der Mitgliedstaaten kommen müssten.

Gesundheit im Kontext der Better Regulation Agenda

Diese Entwicklung und die Haltung der Europäischen Kommission muss im Kontext der breiteren EU-Zukunftsdebatte betrachtet werden. Sie können als Reaktion auf Diskussionen über eine Beschränkung der EU auf große Fragen von europäischem Mehrwert und die daraus resultierende Better Regulation Agenda begriffen werden; angestoßen hatten diese unter anderem Debatten in Großbritannien und den Niederlanden über eine mögliche Rückverlagerung von EU-Kompetenzen auf die nationale Ebene. Entsprechend selten tagt derzeit die Ratsarbeitsgruppe Gesundheit. Diese wahrgenommene Tatenlosigkeit wird von Akteuren, die eine stärkere EU-Dimension begrüßen würden, mit Frustration aufgenommen. Dazu zählen Mitgliedstaaten wie Belgien, Malta oder Luxemburg, aber auch europäische Stakeholder-Organisationen.

Der Trend eines Aktivitätsrückbaus von GD SANTE könnte vor dem Hintergrund der EU-Budgetverhandlungen und der Problematik, dass weniger Mitgliedstaaten zukünftig eine größere Anzahl von Prioritäten und Projekten finanzieren müssen, fortgesetzt werden. Möglicherweise stellt sich letztendlich die Frage, ob es über 2020 hinaus ein neues Gesundheitsprogramm geben wird und ob GD SANTE im Zuge möglicher Umstrukturierungen unter der nächsten Europäischen Kommission

überhaupt fortbesteht. Kritiker solcher Überlegungen in verschiedenen Mitgliedstaaten und Stakeholder-Organisationen warnen davor, dass sich das Gesundheitsnarrativ durch den Verlust von GD SANTE innerhalb der Europäischen Kommission zu stark in Richtung von Industrieinteressen verschieben könnte, weil GD GROW an Bedeutung gewönne.³⁷ Sie mahnen, dass der Aspekt von öffentlicher Gesundheit und Gesundheitsschutz damit marginalisiert würde. Andere Bedenken lauten, dass eine zentrale Koordinierungsstelle für Gesundheitsthemen wegfiel, wenn GD SANTE gestrichen würde; dies wäre nicht im Sinne des ‚Health in all policies‘-Ansatzes zur intersektoriellen Förderung eines hohen Gesundheitsschutzniveaus innerhalb der EU.

Gleichzeitig wird Kritik an der Implementierung des Gesundheitsprogramms geübt: Insbesondere wird darauf verwiesen, dass Joint Actions zu wenig nachhaltig angelegt und Stakeholder zu spät und wenig systematisch einbezogen seien. Ebenso mangle es an Daten zur Evaluation der Effizienz und des tatsächlichen Mehrwertes dieser Maßnahmen. Ein weiterer, fundamentaler Kritikpunkt bezieht sich auf die grundsätzliche Frage, inwiefern es weiterhin Aufgabe der EU sein sollte, Expertenaktivitäten und NGO-Projekte zu finanzieren. Geäußert wird diese Kritik insbesondere von Mitgliedstaaten, die nicht an einer stärkeren europäischen Dimension im Gesundheitsbereich interessiert und eigenständig in der Lage sind, entsprechende Studien oder Expertenpanels zu finanzieren oder die schlicht nicht bereit sind, ihre Beiträge zum EU-Haushalt zu erhöhen.

Unsichere Zukunft europäischer Gesundheitspolitik

Insgesamt stimmen der Rat und die Kommission überein, dass aktuell keine zusätzlichen Kompetenzübertragungen in Verbindung mit Vertragsänderungen notwendig oder wünschenswert sind, um die Rolle der EU im Gesundheitsbereich zu stärken. Im Einklang mit den verschiedenen Szenarien des Weißbuches zur Zukunft der EU werden stattdessen Möglichkeiten diskutiert, wie bestehende Kompetenzen und Instrumente bestmöglich ausgenutzt werden können. Dazu gehören sowohl Möglichkeiten einer stärkeren Kooperation auf gesamteuropäischer Ebene (beispielsweise bei HTA) als auch freiwillige Kooperationsformate einiger weniger Mitgliedstaaten. Bestehende Überlegungen und Kooperationsversuche adressieren hauptsächlich Themen wie den Austausch von Informationen und Expertise, gemeinsame Früherkennungsmechanismen (Horizon Scanning), gemeinsames HTA, gemeinsame Preisverhandlungen, den ge-

meinsamen Einkauf von Medikamenten sowie die Folgen von Brain Drain und Fachkräftemangel. Hinzu kommen klassische Public-Health-Themen wie Prävention und Gesundheitsförderung.

Seit 2014 haben sich verschiedene Ratspräsidentschaften – darunter vor allem die griechische (2014), italienische (2014) und niederländische Ratspräsidentschaft (2016) – auf Optionen und Instrumente freiwilliger Kooperation im Arzneimittelbereich konzentriert. Anlass war die Zulassung des hochpreisigen Hepatitis-C-Medikaments Sovaldi. Die niederländische Ratspräsidentschaft schlussfolgerte beispielsweise, dass neue Arzneimittel zwar ein hohes Innovationspotenzial haben und zu einer höheren Bevölkerungsgesundheit beitragen können, die Ressourcen nationaler Gesundheitssysteme gleichzeitig aber auch sehr belasten. Letzteres galt für die Preisbildung, Nutzenbewertungsverfahren und die Tragfähigkeit öffentlicher Finanzen, führte in Folge bereits in einigen Mitgliedstaaten zu Marktversagen und verwehrte Patienten damit den Zugang zu von ihnen benötigten wirksamen und erschwinglichen Arzneimitteln. Vor diesem Hintergrund enthielten die Ratsschlussfolgerungen unter der niederländischen Ratspräsidentschaft einen Appell, „den weiteren Ausbau der ausschließlich von den Mitgliedstaaten ausgehenden freiwilligen Zusammenarbeit zwischen den zuständigen Behörden und den Kostenträgern aus den Mitgliedstaaten zu erwägen, einschließlich der Zusammenarbeit in Gruppen von Mitgliedstaaten, die gemeinsame Interessen in Bezug auf Preisgestaltung und Kostenerstattung von Arzneimitteln haben.“³⁸ Die Schlussfolgerungen der maltesischen Ratspräsidentschaft in der ersten Jahreshälfte 2017 waren insgesamt noch ehrgeiziger und umfassender, indem sie forderte, die freiwillige europäische Zusammenarbeit von Gesundheitssystemen allgemein auszuweiten und aktiver voranzutreiben. Im Abschlussdokument wird ebenfalls die Notwendigkeit eines verbesserten Zugangs zu Medizintechnologien und Arzneimitteln thematisiert, aber die Schlussfolgerungen werfen darüber hinaus weitere mögliche Kooperationsbereiche auf, etwa eine gemeinsame Reaktion auf die Folgen des Brain Drains und Fachkräftemangels in vielen EU-Staaten. Vorgeschlagen wird auch eine intensivere, freiwillige Zusammenarbeit bei der personellen Bedarfsplanung, die Fortbildung und Anwendung ethischer Kriterien bei der Anstellung von Gesundheitspersonal sowie ein Ausbau der Europäischen Referenznetzwerke zu medizinischen Fachzentren mit unterschiedlichen Funktionen.³⁹ Die Agenda der bulgarischen Ratspräsidentschaft in der ersten Jahreshälfte 2018 wirkte daneben weniger ambitioniert, wenn es um freiwillige Kooperati-

on geht. Bulgarien benannte den Arzneimittelbereich als Schwerpunktthema und setzte als zweite Priorität neben effektiven, erschwinglichen Arzneimitteln die öffentliche Gesundheit und ganz speziell die gesunde Ernährung von Kindern.⁴⁰

Insgesamt zeigt der Blick auf die Ratsschlussfolgerungen der letzten Jahre, dass die Problemanalyse und Benennung von Prioritäten eine deutliche Konstanz aufweist. Erfolgversprechende, nachhaltige Lösungsansätze sind dagegen bislang nicht erkennbar. Als eines der zentralen Hemmnisse nennen viele Mitgliedstaaten dabei das Ausbleiben einer deutschen Führungsrolle.

Trend zu mehr Sub-Regionalismus

Da ein Konsens über gesundheitspolitische Ziele, die über allgemeine Absichtsbekundungen hinausgehen, auf EU-Ebene fehlt und es an der Vereinbarung konkreter nächster Schritte mangelt, gibt es in Teilen der EU vermehrt Beispiele für zwischenstaatliche, sub-regionale Ansätze. Dazu gehören die Valletta-Erklärung einiger hauptsächlich südeuropäischer Staaten⁴¹, Kooperationsbekundungen der nordischen Staaten, die BeneluxA-Initiative (Belgien, Niederlande, Luxemburg und Österreich)⁴² oder die Visegrád-Kooperation (Polen, Ungarn, Slowakei, Tschechien). Sowohl die Valletta-Koalition als auch BeneluxA konzentrieren ihre Kooperationsüberlegungen dabei auf den Arznei- und Medizintechnologiebereich. Die Visegrád-Staaten (V4) legen den Fokus hingegen auf gemeinsame Initiativen zur Innovationsförderung der Gesundheitswirtschaft und Digitalisierungsstrategien im weiteren Sinne. Die ungarische V4-Präsidentschaft benannte in ihrem Jahresprogramm 2017/2018 beispielsweise konkret die Medizin- und Nanorobotik. Längerfristig wird auch eine Zusammenarbeit zu E-Health und fairen Preisverhandlungen erwogen.⁴³

Es ist zu erwarten, dass sub-regionale Kooperationsformate weiter an Bedeutung gewinnen werden – vor allem, falls das EU-Engagement in Zukunft weiter zurückgehen sollte. Beteiligt sich Deutschland auch weiterhin nicht an sub-regionalen Initiativen, so werden deutsche Akteure keine Möglichkeit haben, inner-europäische Entwicklungen direkt zu beeinflussen. Dadurch befände sich Deutschland perspektivisch erst recht in einer passiven Beobachter- oder „Policy Taker“-Rolle für den Fall, dass sub-regionale Politiken Spill-over-Effekte auslösen, die Deutschland oder die EU betreffen. Eine solche Spill-over-Logik wäre denkbar etwa bei der Etablierung gemeinsamer Standards, Normen oder interoperabler Prozesse, die nach und nach innerhalb der EU ausgeweitet werden. Erreichen sie dabei eine kritische Masse, kann Deutsch-

land unter Druck geraten. Gesamteuropäische Ansätze würden zukünftig erschwert und die Fragmentierung innerhalb der EU zunehmen, falls sich auf diese Weise in verschiedenen Teilen der EU divergierende Standards etablieren. Bei Themen grenzüberschreitender Kooperation und Zusammenarbeit, die sich spezifischen sub-regionalen Herausforderungen widmen, sind hingegen keine negativen Folgen für Deutschland oder die EU zu erwarten.

Bislang konnten sub-regionale Initiativen jedoch keine unmittelbaren, weitreichenden Ergebnisse präsentieren, was in erster Linie an einem Mangel an strategischen und konkreten Ziel- und Prozessvorgaben liegt.⁴⁴ Einzelne Pilotprojekte in der Arzneimittelkooperation, beispielsweise im Generikasektor, laufen jedoch bereits.

Bei den Kooperationsansätzen handelt es sich um freiwillige Zusammenschlüsse von Staaten. Ihnen liegt zwar häufig ein formalisiertes Gefüge zugrunde; es fehlen jedoch supranationale Elemente, Sanktionierungsmechanismen und eine Ressourcenausstattung, die mit EU-Strukturen vergleichbar wären. Manche Gruppierungen wie BeneluxA oder die Valletta-Koalition sind offen für weitere Mitglieder. Das gilt nicht für die Visegrád-Staaten oder den Nordischen Rat. Ein weiteres Merkmal, das die Gruppen gemein haben, ist die Dominanz kleiner oder mittelgroßer Staaten. Deutschland oder Frankreich sind an keinem Kooperationsformat aktiv beteiligt, und auch Italien und Spanien nehmen aktuell keine führende Rolle ein, obwohl sie zu den ursprünglichen Unterzeichnerstaaten der Valletta-Erklärung im Juni 2017 gehörten. Dies wiederum schränkt die Erfolgchancen der Gruppierungen ein, wenn es etwa um Preisverhandlungen mit der Pharmaindustrie geht.

Es ist folglich im Interesse aktiver, kleinerer Länder wie Malta oder Belgien, die Kommission auch in Initiativen so genannter „Coalitions of the Willing“ einzubinden und entsprechende Ideen in der Ratsarbeitsgruppe zu diskutieren – eine Haltung, die wiederum von Deutschland und auch anderen Mitgliedstaaten kritisiert wird. Befürchtet wird, dass dieses Prozedere von harmonisierungsfreudigen Mitgliedstaaten und der Kommission genutzt werden könnte, um Themen ohne EU-Zuständigkeit auf die Agenda zu setzen und somit EU-Kompetenzen durch die Hintertür zu erweitern. Ferner besteht die Sorge, dass die Ratsagenda überfrachtet und von der Arzneimittelpolitik dominiert wird, so dass andere Diskussionen mit europäischem Mehrwert verhindert werden könnten. Deutschland, Spanien oder Schweden sprechen sich daher beispielsweise dafür aus, dass freiwillige Kooperationen außerhalb der EU-Institutionen stattfinden

sollen – wie im Fall von BeneluxA oder V4. Deutschland war zudem in den letzten Jahren darauf bedacht, nicht-intendierte Folgeeffekte freiwilliger Kooperationen auf das deutsche Gesundheitssystem zu verhindern. Dazu gehören etwa Eingriffe in Preisfestsetzungen für Gesundheitsleistungen, die Definition von Leistungskatalogen oder die mögliche Gefährdung anderer Strukturprinzipien der traditionell gewachsenen deutschen Selbstverwaltung. Den maltesischen Ratsschlussfolgerungen stimmte Deutschland entsprechend nur zu, nachdem die deutsche Delegation ein Addendum veröffentlicht hatte, in dem erklärt wird: „Die Ausgestaltung der freiwilligen Zusammenarbeit in jeder Phase steht in der alleinigen Verantwortung der sich freiwillig organisierenden Mitgliedstaaten. [...] Es erfolgt keine übergeordnete Koordinierung der Aktivitäten, insbesondere nicht durch die Kommission. Vereinbarungen, die innerhalb dieser Zusammenarbeit getroffen werden und Ergebnisse der Diskussionen entfalten lediglich eine Binnenwirkung auf die Mitgliedstaaten, die sich freiwillig dazu zusammenschließen. Es erfolgt keine Einbindung europäischer Strukturen außerhalb der in den europäischen Verträgen vorgesehenen Zuständigkeiten.“⁴⁵

6. Eine neue Agenda für europäische Gesundheitspolitik

Wie bereits aufgezeigt wurde, sollte sich die zukünftige Agenda europäischer Gesundheitspolitik an drei übergeordneten Zieldimensionen orientieren: (1) soziale und wirtschaftliche Konvergenz, (2) Innovation und Forschung sowie (3) Handlungsfähigkeit der EU nach innen und außen. In den folgenden Unterkapiteln werden ausgewählte Unterbereiche europäischer Gesundheitspolitik skizziert, um den Status Quo, aktuelle Herausforderungen und mögliche nächste Schritte – unter Berücksichtigung der übergeordneten Zieldimensionen – darzustellen.

6.1 Mobilität von Patienten

Der Bereich der Patientenmobilität ist auf EU-Ebene sekundärrechtlich geregelt. Die Richtlinie zur Patientenmobilität wurde in Folge einiger EuGH-Urteile verabschiedet, bei denen der EuGH im Sinne klagender Patienten entschied, denen ihre Herkunftsländer die Erstattung von Behandlungskosten oder Kosten beim Erwerb von Medizinprodukten in anderen EU-Staaten verwehrt hatten. Die Richtlinie regelt die Sicherstellung von Patientenmobilität durch eine Garantie transparenter, nicht-diskriminierender Verfahren, die die Bedingungen konkretisieren, unter denen Patienten – inklusive der Erstattung von Kosten

– Zugang zu Behandlungen, Therapien und Medikamenten in anderen EU-Staaten haben. Die Richtlinie hat das Ziel, Informationen bereitzustellen und Rechtssicherheit zu schaffen; sie ist jedoch nicht darauf angelegt, Patienten zu ermuntern, ihr Mobilitätsrecht stärker zu nutzen. Betont wird, dass die Richtlinie keinesfalls das Recht der Mitgliedstaaten einschränkt, den nationalen Gesundheits-Leistungskatalog sowie die Finanzierungsmechanismen im Gesundheitsbereich eigenständig zu bestimmen.⁴⁶ Die Notwendigkeit einer stärkeren Kooperation zwischen Gesundheitssystemen wird mit der Zielsetzung begründet, Patienten – insbesondere in Grenzregionen – den Zugang zu sicherer und hochwertiger Gesundheitsversorgung zu garantieren. Als konkrete Projekte werden dabei die ERNs und das E-Health-Netzwerk genannt.

Im gesamteuropäischen Kontext spielt Patientenmobilität nur eine marginale Rolle. Aufgrund von Sprach- und Vertrauensbarrieren und auch aus logistischen Gründen bevorzugen Patienten in der Regel Behandlungen in der Nähe ihres Wohnortes. Hinzu kommt der Faktor, dass bei Patienten Unsicherheit bezüglich der Prozesse und Erfolgsaussichten von Kostenerstattung und Kostenübernahme sowie der Qualität von Behandlungen in anderen EU-Mitgliedstaaten besteht. Laut einer Spezial-Eurobarometer-Umfrage aus dem Jahr 2014 haben im EU-Durchschnitt nur fünf Prozent der Befragten in den vorangegangenen zwölf Monaten medizinische Leistungen in einem anderen EU-Staat in Anspruch genommen. Bei nur zwei Prozent der Befragten war eine Behandlung im EU-Ausland geplant. Befragte, die eine Behandlung im EU-Ausland in Erwägung zogen, gaben als denkbare Gründe schwere Erkrankungen wie etwa Krebsleiden an. Der Einfluss der Patientenmobilitätsrichtlinie auf die routinemäßige Gesundheitsversorgung ist also gering.⁴⁷

Ein anderes Bild ergibt sich dagegen in beliebten Urlaubsregionen sowie dicht besiedelten Grenzregionen mit vielen Pendlern – beispielsweise an der deutsch-französischen Grenze, der deutsch-polnischen Grenze, in der Benelux-Region oder zwischen Irland und Nord-Irland. In diesen Regionen ist eine höhere Patientenmobilität zu beobachten als in der restlichen EU. Um die Mobilität in Grenzregionen zu erleichtern, werden EU-koordinierte Initiativen daher durch eine Fülle grenzüberschreitender, häufig bilateraler Initiativen ergänzt.⁴⁸ Solche Kooperationen sind häufig zwischen Regionen oder Kommunen organisiert. Im deutschen Fall gibt es zudem einige konkrete Abkommen zwischen deutschen Krankenversicherungen und Leistungserbringern in europäischen Nachbarstaaten oder Abkommen zwischen Krankenhäusern zur Bündelung von Expertise. Beispiele sind

etwa die Klinikkooperation kardiologischer Stationen im Saarland und im französischen Département Moselle, ein Trauma-Netzwerk in der SaarLorLux-Region oder eine deutsch-polnische Initiative im Bereich des Neugeborenen-screensings. Inhaltlich liegt der Schwerpunkt vieler Kooperationsprojekte auf Instrumenten des Wissensaustausches. Nur in seltenen Fällen sind teure Investitionen damit verbunden.

Die Herausforderungen, mit denen solche Kooperationsprojekte konfrontiert sind, sind mannigfaltig und ähneln in vielerlei Hinsicht den Gründen für begrenzte Patientenmobilität: Sprachliche Hürden, ein Mangel an Vertrauen, ungeklärte Rechts- und Krankenversicherungsfragen oder die Unkenntnis über Organisation und Funktionsweise anderer Gesundheitssysteme spielen auch hier eine entscheidende Rolle. Hinzu kommen abweichende Standards und finanzielle Gründe, Kostendruck und belastete öffentliche Haushalte sowie fehlende Planungssicherheit bei der Projektfinanzierung.

Während also einige Probleme und Schwierigkeiten geographisch spezifisch sind, lassen sich ebenso Herausforderungen skizzieren, die sich EU-weit übertragen lassen. Vor diesem Hintergrund sollten EU-Initiativen aufrechterhalten werden, die im Zuge eines Systemvergleichs bzw. eines Vergleiches von Best Practices einen Überblick über verschiedene Initiativen und ihre Erfolgsaussichten liefern. Die Hauptverantwortung bei der Verstärkung grenzüberschreitender Zusammenarbeit liegt hingegen bei den Mitgliedstaaten. Die grenzüberschreitende Kooperation sollte daher in nationale und bilaterale Strategien eingebettet und durch Rahmenabkommen fundiert sein. In der Folge sollte sie auch finanziell und personell unterstützt werden, um nationalen Besonderheiten bei der Ausgestaltung und Finanzierung von Gesundheitssystemen gerecht zu werden. Für Deutschland könnte dabei insbesondere die grenzüberschreitende Zusammenarbeit mit Frankreich, Polen, Österreich oder Benelux ein Hebel sein, um wichtige Netzwerke zu etablieren und die gesundheitspolitische Zusammenarbeit und Konsultation mit diesen strategisch wichtigen Partnern auch im EU-Kontext zu stärken.

6.2 Mobilität von Gesundheitspersonal

Während Patientenmobilität auf EU-Ebene eher ein Nischenthema ist, ist die Mobilität von Gesundheitsfachkräften mit einer Fülle von Herausforderungen, Chancen und Risiken behaftet. Sie wird zugleich zwischen EU-Mitgliedstaaten kontroverser diskutiert als die Mobilität von Patienten. Süd-osteuropäische Mitgliedstaaten leiden vergleichsweise stärker unter Fachkräftemangel

und Brain Drain, weil besonders junge, spezialisierte Fachkräfte ihre Herkunftsländer verlassen, um etwa in Nord-West-Europa zu arbeiten.⁴⁹ Irland, Großbritannien, Schweden und Finnland profitieren in besonderer Weise von innereuropäischer Mobilität von Ärzten, während Länder wie Griechenland, Portugal, Rumänien, Ungarn, Polen und die baltischen Staaten besonders negativ betroffen sind.⁵⁰ Damit gehen verschiedene Herausforderungen und Probleme einher. Ein drängendes Problem ist die erschwerte Bedarfsplanung auf nationaler Ebene. Ein anderes eng damit verbundenes Problem ergibt sich aus den unterschiedlichen Ausbildungskapazitäten verschiedener Länder und den hohen Kosten, die einem Staat etwa bei der Finanzierung eines Medizinstudiums entstehen. Auf EU-Ebene ist zu beobachten, dass einige Mitgliedstaaten systematisch zu wenig Nachwuchs ausbilden, um den eigenen Bedarf zu decken. Praktisch bedeutet das, dass manche Mitgliedstaaten benachteiligt erscheinen, weil sie zwar teure Ausbildungen finanzieren, später aber nicht von der Arbeitskraft vieler Absolventen profitieren, die eine Anstellung im europäischen Ausland unter besseren Konditionen bevorzugen.

Um dieser wahrgenommenen strukturellen Asymmetrie und den Herausforderungen einer allgemeinen europaweiten Bedarfsplanung zu begegnen, gab es auf europäischer Ebene bereits einzelne Vorstöße. Im Jahr 2012 legte die Europäische Kommission einen Aktionsplan vor, der die Notwendigkeit einer garantierten, nachhaltigen EU-weiten Ausstattung mit Gesundheitspersonal thematisiert. Handlungspotenzial wurde in vier Bereichen identifiziert:

- (1) Anforderungsprognosen für die Zusammensetzung von Gesundheitspersonal,
- (2) Früherkennungsmechanismen für benötigte Qualifikationen und Spezialisierungen im Gesundheitswesen,
- (3) ein Best-Practice-Austausch von Strategien zur Einstellung und dauerhaften Bindung von Gesundheitspersonal und
- (4) ethische Anstellungsverfahren.⁵¹

Im Rahmen der Joint Action SEPEN im Zeitraum von 2013 bis 2016 entstand anschließend ein Netzwerk zur Kooperation und Früherkennung bei Gesundheitspersonalplanung. Die Joint Action wurde bis 2018 verlängert.⁵² Außerdem setzte die maltesische Ratspräsidentschaft die Kooperation bei der europäischen Gesundheitspersonalplanung in den Ratschlussfolgerungen auf die Agenda und schlug eine stärkere Kooperation bei der Bedarfsplanung, gemeinsame Fortbildungsmaßnahmen und verstärkten Informationsaustausch vor. Die ungarische

Regierung trug weitergehende Vorschläge vor. Sie forderte u.a. eine konsequentere Einhaltung der Regeln zu „ethical hiring“⁵³, die innerhalb der Weltgesundheitsorganisation (World Health Organization – WHO) vereinbart wurden. Zur Diskussion brachte sie ferner Überlegungen zur Einführung von Kompensationsmechanismen für EU-Länder, die überproportional von einer Abwanderung von Gesundheitspersonal in andere EU-Staaten betroffen sind.

Dennoch findet auf der EU-Ebene keine ernsthafte Diskussion über Maßnahmen statt, die über ein gemeinsames Horizon Scanning und einen freiwilligen Best-Practice-Austausch hinaus gehen. Vorschläge etwa in Richtung von Kompensationszahlungen oder sonstigen Umverteilungsmechanismen werden als zu große Eingriffe in die Organisation der nationalen Gesundheitssysteme gewertet. Stattdessen wird die Verantwortung für Reformen, um auf nationaler Ebene attraktivere Arbeitsbedingungen zu schaffen, in erster Linie bei den Mitgliedstaaten gesehen. Das Fehlen einer europäischen Diskussion kann zudem darauf zurückgeführt werden, dass insbesondere große EU-Mitgliedstaaten wie Deutschland, Großbritannien oder Spanien eher von der innereuropäischen Mobilität im Gesundheitsbereich profitieren – oder zumindest nicht negativ betroffen sind – und daher keinen europäischen Handlungsbedarf in diesem Bereich sehen. Die Einschätzung überwiegt, dass Brain Drain und Fachkräftemangel im breiteren Kontext der Systemtransformation und der Herstellung sozialer und wirtschaftlicher Konvergenz gesehen werden müssen. Um wirtschaftlicher und sozialer Divergenz entgegenzuwirken, sollte der Spielraum für verstärkte EU-Aktivitäten und freiwillige Kooperation im EU-Kontext und auf bilateraler Ebene verstärkt ausgelotet werden.

6.3 Digitalisierung und E-Health

Wie bei der Mehrzahl der europäischen Politikfelder und nationalen Diskurse steht auch im Gesundheitsbereich das Thema Digitalisierung weit oben auf der Agenda. Auf EU-Ebene sind dabei verschiedene Maßnahmen und Vorschläge zu unterscheiden, die von unterschiedlichen Stellen koordiniert und finanziert werden. Zum einen wurde auf der Basis der Patientenmobilitäts-Richtlinie ein freiwilliges E-Health-Netzwerk etabliert, das die Zusammenarbeit und den Austausch zwischen den EU-Mitgliedstaaten erleichtern und eine größtmögliche Interoperabilität der verschiedenen Gesundheitssysteme herstellen soll. Innerhalb des Netzwerkes sind die nationalen Entscheidungsgremien zum Thema E-Health organisiert: Es stellt damit auf europäischer Ebene das Hauptentscheidungs-gremium in diesem Bereich dar. Ganz konkret

wird innerhalb des Netzwerkes aus allen 28 EU-Mitgliedstaaten eine breite Agenda von Themen diskutiert, die im E-Health Action Plan 2012-2020 zusammengefasst ist. Darin enthaltene konkrete Projekte reichen von der systematischeren Bereitstellung gesundheitsbezogener Daten und der Schaffung verschiedener Datenbanken über die Telemedizin sowie die flächendeckende Einführung und Interoperabilität elektronischer Patientenakten bis zur Einführung elektronischer Rezepte.⁵⁴ Innerhalb des europäischen Diskurses wird hervorgehoben, dass diese Maßnahmen die Effizienz steigern, langfristig Kosten einsparen, die Mobilität von Patienten und Fachpersonal fördern, Versorgungslücken schließen können, die zielgerichtete Forschung und Früherkennung erleichtern sowie Innovationen fördern.⁵⁵

Um das Thema Digitalisierung im Gesundheitsbereich auf der EU-Ebene mit all seinen Facetten voranzutreiben, führte die Europäische Kommission in der zweiten Hälfte von 2017 die öffentliche Konsultation „Wandel in Gesundheitswesen und Pflege im digitalen Binnenmarkt“ durch und veröffentlichte im April 2018 eine Mitteilung zum digitalen Wandel im Gesundheitswesen.⁵⁶ Zudem widmete sich die estnische Ratspräsidentschaft in der zweiten Hälfte von 2017 intensiv der europäischen E-Health-Agenda und veranstaltete eine dreitägige Konferenz zum Thema „Health in the Digital Society – Digital Society for Health“. Zum Abschluss der Ratspräsidentschaft wurden dem Thema E-Health außerdem erstmals explizite Ratschlussfolgerungen gewidmet. Darin werden insbesondere zwei Prioritäten formuliert: (1) die Ermächtigung von Patienten durch elektronischen Zugang zu ihren Gesundheitsdaten und (2) die Ermöglichung von datengestützter Gesundheitsforschung und -innovation.⁵⁷ Zur Weiterentwicklung und Implementierung des E-Health-Netzwerkes wurde außerdem im März 2018 eine neue Joint Action (eHAction) gestartet. Im Rahmen der Connecting Europe Facility (CEF) wird auf EU-Ebene zudem daran gearbeitet, bis 2020 eine Struktur in Form einer „Digital Service Infrastructure for eHealth“ bereitzustellen, die die Mitgliedstaaten beim Datenaustausch und insbesondere bei der Herstellung von Interoperabilität unterstützen soll.⁵⁸

Die EU-Mitgliedstaaten stimmen somit grundsätzlich darin überein, dass der Ausbau von E-Health und eine fortschreitende Digitalisierung essenziell sind. Dagegen bestehen jedoch in Detailfragen und im Blick auf die praktische Umsetzung diskutierter Initiativen deutliche Unterschiede. Sie betreffen sowohl nationale Diskurse und Einstellungen als auch existierende Ressourcen, Prozesse und Strukturen, auf denen aufgebaut werden kann. Das gilt etwa für die Verfügbarkeit von Breitbandnetzen

oder den bereits bestehenden Austausch elektronischer Daten innerhalb nationaler Gesundheitssysteme, zum Beispiel zwischen Krankenhäusern und niedergelassenen Ärzten.

Kleinere Mitgliedstaaten – insbesondere in Nordeuropa, aber auch in anderen Teilen der EU (etwa Belgien, Slowakei, Österreich) – treiben die E-Health-Agenda häufig aktiver voran als die meisten größeren Mitgliedstaaten und haben häufig weniger ausgeprägte Bedenken in der Bewertung von Privacy-Fragen und Cyber-Sicherheitsrisiken. Gleichzeitig ist die Bevölkerung in Nordeuropa bereits vertrauter mit Aspekten von E-Health als jene in Mittel- und Südeuropa. Laut einer Spezial-Eurobarometer-Umfrage aus dem Jahr 2017 haben beispielsweise mehr als 40 Prozent der Befragten in Estland, Finnland oder Dänemark in den vorangegangenen zwölf Monaten elektronische Gesundheitsdienstleistungen genutzt, während die Zahl in Malta, Deutschland oder Ungarn unter zehn Prozent lag.⁵⁹

Dieses Gefälle korreliert mit starken Divergenzen in der bestehenden Infrastruktur sowie unterschiedlichen Niveaus von Digitalisierung und E-Governance. Während die nordischen und baltischen Länder in diesem Bereich führend sind, besteht in vielen süd-west-europäischen Ländern immenser Nachholbedarf. Ein weiterer verstärkender Faktor ist die Organisation von Gesundheitssystemen und der Grad ihrer Zentralisierung. In kleineren, zentral organisierten Ländern ist es leichter und mit weniger großem Ressourcenaufwand möglich, einheitliche Strukturen zu schaffen, die auf dem neusten technischen Stand sind, als in großen, dezentralen Gesundheitssystemen mit einem hohen Grad an regionaler Selbstverwaltung.

Vor diesem Hintergrund besteht die größte Aufgabe der Europäischen Kommission und der EU-Mitgliedstaaten darin, Standards in Bezug auf Datenverarbeitung, Datenübertragung und Datensicherheit anzugleichen und interoperable Strukturen zu schaffen. Dies ist insbesondere wichtig, um anderen Drittstaaten im globalen Wettbewerb zuvor zu kommen. Auf der Grundlage gemeinsamer Standards und Strukturen kann dann das Potenzial von E-Health mittel- und langfristig für andere Bereiche wie zum Beispiel die gesundheitliche Prävention, Innovation, Forschung und die Früherkennung von Krisen oder anderen gesundheitspolitischen Entwicklungen auch auf EU-Ebene besser genutzt werden.

Kurzfristig sind zunächst beispielsweise Kooperationen beim Best-Practice-Austausch und in der Fortbildung von Beschäftigten im Gesundheitswesen zu Themen wie Datensicherheit sinnvoll. Wie in anderen gesundheitsrele-

vanten Querschnittsbereichen ist auch bei der Schaffung notwendiger Strukturen im E-Health-Bereich zu beachten, dass einzelne Länder oder Regionen innerhalb der EU nicht unverhältnismäßig hinter anderen zurückfallen; dies würde dem übergeordneten Ziel, einen breiten Gesundheitsschutz und maximale Patientensicherheit zu fördern, zuwiderlaufen. Um ein solches Negativszenario zu vermeiden, sollten bestehende Förderinstrumente genutzt und ein nachhaltiger Austausch zwischen den Mitgliedstaaten unter Einbeziehung der Kommission gesichert werden.

6.4 Qualitäts- und Sicherheitsstandards

Die Gewährleistung von Qualitäts- und Sicherheitsstandards bei Arzneimitteln und Medizinprodukten ist der zentrale Bereich in der Gesundheitspolitik, in dem die EU eine explizite Regulierungskompetenz besitzt. So ist die Europäische Arzneimittelagentur (EMA) beispielsweise gemeinsam mit den Mitgliedstaaten für die Arzneimittelzulassung auf EU-Ebene zuständig. Die Reform der Medizinproduktegesetzgebung bringt wesentliche Neuerungen bei der Gewährleistung von Qualitäts- und Sicherheitsstandards.⁶⁰ Dieses Paket aus zwei Verordnungen, die neue bzw. konkretisierte Vorschriften über Medizinprodukte (VO (EU) 2017/745) und In-vitro-Diagnostika (VO (EU) 2017/746) enthalten – wurde im April 2017 verabschiedet und gilt nach einer Übergangsfrist ab April 2020 bzw. 2022. Überarbeitet wurden die Verfahren zur Marktzulassung von Medizinprodukten und Marktüberwachung insbesondere in Reaktion auf Skandale wie den 2010 bekannt gewordenen Fall minderwertiger Silikonbrustimplantate der französischen Firma Poly Implant Prothèse. Die erreichten Neuerungen beinhalten u.a. ein stärkeres Initiativrecht der EU-Kommission bei Produkt-Klassifizierungen, eine angepasste Definition von Medizinprodukten, die zusätzliche Einbeziehung kosmetischer Produktgruppen mit nicht-medizinischer Zweckbestimmung (beispielsweise Kontaktlinsen oder Implantate) und die Schaffung einer europäischen Datenbank. Mitgliedstaaten kritisierten allerdings die als zu kurz angesehene Übergangsfrist.

Unter Federführung der GD SANTE wurde im Februar 2018 zudem ein Vorschlag über eine intensivere europäische Zusammenarbeit bei Health Technology Assessment vorgelegt, die auch für alle Mitgliedstaaten rechtsverbindliche HTAs beinhaltet. Die Kommission knüpft damit an eine bestehende freiwillige Kooperation der EU-Mitgliedstaaten bzw. nationaler HTA-Behörden im Rahmen einer Joint Action an. Aus Sicht der Kommission bringt eine stärkere europäische Zusammenarbeit bei der Nut-

zenbewertung von Arzneimitteln und anderen Therapieformen zahlreiche Vorteile mit sich. Vor dem Hintergrund zunehmend komplexer HTAs angesichts fortschreitender, immer komplexerer Innovationen antizipiert die Kommission durch eine stärkere Europäisierung von HTAs generelle Kosteneinsparungen und Effizienzgewinne. Sie prognostiziert ferner einen Anstieg an Transparenz, die Annäherung von Qualitätsstandards sowie einen besseren Zugang zu Arzneimitteln für kleinere Mitgliedstaaten wie Luxemburg, die keine eigenen HTA-Behörden haben.⁶¹ Sie rechnet zudem mit einer Entlastung der Industrie, die bisher 25 separate Preisverhandlungen führen muss und sich daher besonders auf die Märkte der großen Mitgliedstaaten konzentriert. Der HTA-Vorstoß wird derzeit unterstützt von Teilen der Medizinprodukteindustrie, weiten Teile der Pharmaindustrie, dem Europäischen Parlament und insbesondere vielen kleineren Mitgliedstaaten – darunter etwa die baltischen Staaten, die Niederlande, Kroatien, die Slowakei und Ungarn. Kritik äußern dagegen einige hauptsächlich größere Mitgliedstaaten – darunter Deutschland, Spanien, Frankreich und Polen, aber auch Bulgarien, Rumänien, Tschechien und Griechenland.⁶² Die Gegner des Vorschlages, häufig Staaten mit eigenen HTA-Behörden und gut organisierten Ärzte- und Apothekerverbänden, werfen der Kommission vor, mit der Initiative ihre Kompetenz zu überschreiten. Sie bemängeln zudem eine unnötige Bürokratiemaximierung und die Gefahr sinkender nationaler Qualitätsstandards. Im Falle von Mitgliedstaaten wie Rumänien und Bulgarien beruht die Kritik eher auf ihrer sehr geringen Ressourcenausstattung; befürchtet wird hier eine Überlastung der eigenen Systeme und Administrationen durch die im Kommissionsvorschlag formulierten Anforderungen.

Unmittelbare Herausforderungen im Arzneimittel- und Medizinproduktebereich ergeben sich durch den Brexit. Das gilt für die Arzneimittelzulassung, aber auch andere Bewertungsverfahren. Beispielsweise übernehmen britische Experten aktuell 20 Prozent der Arbeit der EMA.⁶³ Neben dem Verlust britischer Expertise und Arbeitskraft bei der Arzneimittelzulassung ist zu erwarten, dass auch die logistischen Implikationen des EMA-Umzuges zusätzlich dazu beitragen werden, dass es in der Übergangsphase zu Verzögerungen bei der Antragstellung kommen wird. Deutschland könnte als größter EU-Mitgliedstaat nachdrücklich dazu beitragen, dass der Übergang durch die Bereitstellung finanzieller und personeller Ressourcen möglichst problemlos bewältigt werden kann. Zusätzlich sollte sich Deutschland proaktiv daran beteiligen, im HTA-Bereich auf eine Kompromisslösung hinzuarbeiten,

die kleinere EU-Staaten entlastet und den Austausch von Expertise anregt.

6.5 EU-Förderinstrumente, Vernetzung und Forschungsk Kooperation

Forschungsförderung und Netzwerkbildung stehen im Zentrum der gesundheitsbezogenen EU-Aktivität. Aufgrund des ausgeprägten Querschnittscharakters von Gesundheitspolitik tragen neben dem in GD SANTE angesiedelten Gesundheitsprogramm auch andere Programme zur Förderung von Gesundheitszielen bei.⁶⁴ Im Rahmen des Kohäsionsfonds als Teil des Europäischen Struktur- und Investitionsfonds (ESIF) ist Gesundheit beispielsweise in Form thematischer Projekte zu Informations- und Kommunikationstechnologie (IKT), KMUs, sozialer Inklusion oder Beschäftigung repräsentiert. Der Europäische Fonds für regionale Entwicklung (EFRE) kann für die Förderung von gesundheitsrelevanter Infrastruktur, E-Health und KMUs herangezogen werden. Der Europäische Sozialfonds (ESF) finanziert unter anderem Initiativen, die sich mit Gesundheitsförderung, demographischem Wandel und gesundheitlicher Ungleichheit befassen. Außerdem werden gesundheitsrelevante Projekte im EU-Forschungsprogramm Horizon 2020 gefördert. Schließlich fördert auch die Europäische Investitionsbank (EIB) Projekte zur Stärkung des Zugangs zu Gesundheitsversorgung und zur sozialen und wirtschaftlichen Kohäsion in der EU – unter anderem im Rahmen des Europäischen Fonds für strategische Investitionen, der 2015 aufgelegt wurde.

Im Bereich der Netzwerkbildung hat die Patientenmobilitäts-Richtlinie im Jahr 2011 wichtige Akzente gesetzt und insbesondere die Bildung Europäischer Referenznetzwerke (ERNs) angestoßen. Die ERN-Initiative zielt darauf ab, durch die Vernetzung von Fachzentren und Gesundheitsdienstleistern die bestehende EU-weite Expertise zu bündeln und damit insbesondere die Diagnose- und Behandlungsstrategien für seltene Krankheiten zu verbessern. Die Kommission bietet dabei in erster Linie operative Unterstützung und ist für die Grundfinanzierung der Koordinierung zuständig. Die Teilnahme der Mitgliedstaaten an ERNs ist freiwillig. Nach der ersten Ausschreibung zur Etablierung von ERNs wurden im März 2017 insgesamt 24 Referenznetzwerke gegründet; unter der Beteiligung von mehr als 300 Krankenhäusern in aktuell 25 EU-Mitgliedstaaten plus Norwegen.⁶⁵ Griechenland und Malta streben eine Teilnahme nach der nächsten Ausschreibungsrunde an. Die ERNs haben also kurz- und mittelfristig ein großes Weiterentwicklungspotenzial, wenn es gelingt, die neugeschaffenen Netzwerke zu ver-

stetigen. Die teilnehmenden EU-Mitgliedstaaten sollten sich außerdem dafür einsetzen, die gewonnenen Daten unter Berücksichtigung der nötigen Anforderungen an Datensicherheit auch für weitergehende Forschung, die epidemiologische Überwachung oder die Entwicklung von Leitlinien für erfolgreiche Behandlungen und Qualitätsstandards zu nutzen. Neben dem diagnostischen und wissenschaftlichen Erkenntnispotenzial hat auch die umfassende Vernetzung von Ärzten und Experten einen gesonderten Wert – sowohl für Patienten, die von der gebündelten Expertise innerhalb der Netzwerke profitieren, als auch für die Ärzte selbst, denen auch in Bereichen mit wenigen Sachverständigen ein regelmäßiger Austausch ermöglicht wird. ERNs tragen zudem dazu bei, Vertrauen zwischen relevanten Akteuren zu schaffen. Viele Gesundheitsdienstleister möchten daher ERNs auch für neue Behandlungsmethoden und nicht-seltene Krankheiten nutzen. Insgesamt besteht eine der größten Herausforderungen darin, ERNs in die nationalen Gesundheitssysteme zu integrieren. Die Nachhaltigkeit der Kooperation hängt also wesentlich vom künftigen Engagement der Mitgliedstaaten ab. Entscheidend wird ihr Wille sein, die nötige Koordinierung zur Angleichung von Standards und Verfahren – beispielsweise bei Kostenerstattung und IKT Systemen – voranzutreiben.

Das Potenzial und der Mehrwert europäischer Förderungsmaßnahmen – insbesondere in der Netzwerkbildung und bei der Forschungsförderung – liegen somit auf der Hand. Vertreter der EU-Mitgliedstaaten auf nationaler, regionaler und lokaler Ebene sowie zahlreiche Stakeholder auf verschiedenen Ebenen kritisieren allerdings die Verfahren und Strukturen europäischer Förderungsansätze und Netzwerkstrategien. Bemängelt werden ihre Komplexität und Unübersichtlichkeit, die unzureichende Einbeziehung betroffener Stakeholder in einem frühen Stadium, der bürokratische Aufwand, die begrenzten Laufzeiten und mangelnde Erkenntnisse über die mittel- und langfristige Nachhaltigkeit einzelner Projekte.

Wie in vielen anderen Politikbereichen stellt der Brexit zudem auch im Gesundheitsbereich eine zentrale Herausforderung dar – etwa, wenn es darum geht, die Qualität der Forschung und bestehender Netzwerke aufrecht zu erhalten und zukünftig ein vergleichbares Niveau an finanziellen und personellen Ressourcen bereitzuhalten. Um die Brexit-Übergangsphase möglichst problemlos zu überbrücken, sollten die EU-27 und insbesondere Deutschland ihr Engagement in der Forschungsförderung und Forschungsk Kooperation kurz- und mittelfristig weiter erhöhen. Das gilt nicht nur innerhalb bestehender Strukturen und Netzwerke. Deutschland und die EU-27

sollten zusätzlich finanzielle Ressourcen für künftige EU-Forschungsprojekte mit gesamteuropäischem Mehrwert bereitstellen.

Bestimmte Mitgliedstaaten oder Gruppen von Mitgliedstaaten könnten dabei nach der Logik flexibler, differenzierter Kooperation eine besondere Verantwortung in Bereichen übernehmen, in denen sie besondere Expertise besitzen oder einen besonderen Mehrwert sehen. In derselben Manier könnten sie eine Führungsrolle bei der Verstetigung und Weiterentwicklung von Projekten einnehmen. Eine solche Cluster-Bildung auf der Grundlage offener Strukturen würde zum einen ein gesteigertes Verantwortungsgefühl („Ownership“) auf mitgliedstaatlicher Seite bewirken und somit die Nachhaltigkeit von Strukturen stärken. Zum anderen würde es die Kommission entlasten. Selbstverständlich darf die Folge nicht sein, dass einzelne Länder von Netzwerken oder Forschungsprojekten ausgeschlossen werden. Die Struktur der ERNs, die mit Hilfe von Netzwerkkoordinatoren organisiert sind, die an Krankenhäuser und Forschungseinrichtungen angebunden sind, könnte dabei als Vorbild dienen. Insbesondere Großbritannien und die Niederlande, aber auch Deutschland und Frankreich sind innerhalb der ERNs bereits sichtbar vertreten; Deutschland etwa stellt vier der 24 Netzwerkkoordinatoren. Grundsätzlich sollte darauf hingearbeitet werden, möglichst inklusive Kollaborationen und Netzwerke zu schaffen. Die Europäische Kommission sollte daher an der Struktur von Horizon 2020 festhalten, die in der dritten Säule insbesondere kollaborative Forschungsprojekte unterstützt.

Insgesamt sollte sich Deutschland zudem in den Verhandlungen für den nächsten Mehrjährigen Finanzrahmen dafür einsetzen, dass Gesundheit als gesonderter Budgetposten erhalten bleibt, um dem Risiko entgegenzuwirken, dass noch weniger Fördermittel zur Verfügung stehen, die auf eine Angleichung des Gesundheitsniveaus innerhalb der EU abzielen. Inhaltlich sollte bei der Forschungsförderung und der Finanzierung von Joint Actions die Balance zwischen wirtschaftlichen und gesellschaftspolitischen Innovationen gewahrt bleiben. Im Fokus stehen sollten Themen mit einem gesamteuropäischen Mehrwert: Dazu gehören die Folgen des demographischen Wandels, globale und grenzüberschreitende Gesundheitsrisiken, Patientensicherheit, Antibiotikaresistenzen, Digitalisierungsstrategien oder der Umgang mit seltenen Krankheiten. Um Doppelstrukturen zu verhindern, sollte in jedem Fall ein grundlegender Abwägungsprozess stattfinden, welche Prioritäten sinnvollerweise auf EU-Ebene vorangetrieben werden sollten und welche Themen besser von der WHO oder den Vereinten Natio-

nen (VN) bearbeitet werden können. Dabei sollten auch globale Veränderungen berücksichtigt und antizipiert werden, um etwaige aus ihnen resultierende Folgen für die Leistungsfähigkeit der gesundheitsrelevanten multilateralen Organisationen einzubeziehen. Ziehen sich etwa die USA schrittweise aus der WHO zurück und verändern sich auch die Prioritäten anderer Staaten, sollte sich die EU in bestimmten Bereichen stärker engagieren.

6.6 Globale Gesundheit

Globale Gesundheit bezeichnet ein Politikfeld, das sich mit Entwicklungen und Auswirkungen einer zunehmend globalisierten Welt auf Gesundheit und den damit verbundenen Herausforderungen befasst. Es schließt entwicklungspolitische Fragen, die Bekämpfung von grenzüberschreitenden Gesundheitsbedrohungen sowie Governance-Fragen ein. Die Kommission definiert globale Gesundheit als „*worldwide improvement of health, reduction of disparities, and protection against global health threats*“.⁶⁶ Die innere und äußere Handlungsfähigkeit sind dabei direkt miteinander verknüpft. Werden die liberalen Ordnungsstrukturen geschwächt, wirkt sich dies negativ auf die globale Gesundheit aus, denn die VN und die WHO sind zentrale Arenen der globalen Gesundheitspolitik. Deutlich erkennbar ist in diesem Zusammenhang, dass die USA ihr Engagement in globaler Gesundheit reduzieren und ihren bisherigen Kurs ändern. Anzeichen dafür sind etwa die geplanten Budgetkürzungen für die Centers for Disease Control and Prevention (CDC) oder auch die Wiedereinführung der Global Gag Rule, die besagt, dass die USA keine finanzielle Hilfe für NGOs bereitstellen, die Schwangerschaftsabbrüche anbieten oder dazu beraten.⁶⁷

Die EU ist im Politikfeld Globale Gesundheit zunehmend außenpolitisch aktiv, insbesondere im Zuge von Gesundheitskrisen wie BSE oder der H1N1-Pandemie 2009.⁶⁸ Zu den bereits angestoßenen und durchgeführten Maßnahmen gehören beispielsweise das Medical Corps, das in Gesundheitskrisengebiete weltweit entsandt werden kann, die epidemiologischen Trainingsprogramme des European Center for Disease Control and Prevention (ECDC) oder die Finanzierung der Projekte SHIPSAN und AIRSAN zur Verbesserung von Krankheitskontrollen im Luft- und Seeverkehr. Darüber hinaus unterstützt die EU die Universal Health Coverage Partnerschaft, die durch die Stärkung von politischem Dialog, Gesundheitskapazitäten und finanziellen Ressourcen eine verbesserte Gesundheitsversorgung in 35 Partnerländern anstrebt.⁶⁹

Trotz dieser Initiativen ergibt das Engagement der EU im Bereich der globalen Gesundheit kein einheitli-

ches Bild. Wie auch bei anderen Aktivitäten der EU auf dem Feld der Gesundheit ist dies unter anderem durch den Querschnittscharakter und die Fragmentierung des Politikfeldes sowie einen Mangel an Koordinierung begründet. Gesundheitsaspekte spielen beispielsweise in traditionellen, EU-außenpolitischen Politikfeldern wie der Entwicklungs- und Handelspolitik eine bedeutende Rolle. Die EU ist ein „patchwork actor“⁷⁰ und Kompetenzen, insbesondere auch die rechtlichen Grundlagen, liegen an unterschiedlichen Stellen und speisen sich aus diversen Gesetzestexten. Insgesamt lässt sich festhalten, dass die rechtlichen Kompetenzen der EU im Bereich Gesundheit beschränkt bleiben; die einzelnen Mitgliedstaaten sind die zentralen Akteure in globaler Gesundheit. Neben Deutschland sind vor allem Länder wie Großbritannien – das seit 2014 eine eigene Strategie für globale Gesundheit hat – sowie Frankreich, die Niederlande, Belgien, Spanien, Finnland, Dänemark und Schweden auf dem Gebiet der globalen Gesundheit sehr aktiv, wobei ihre Visionen sich unterscheiden. Während Spanien, Dänemark und Belgien einen Gerechtigkeitsansatz in globaler Gesundheit verfolgen, betonen Frankreich, die Niederlande, Großbritannien und Deutschland zusätzlich insbesondere Sicherheits- und Investmentaspekte.⁷¹ In Folge der unterschiedlichen Prioritätensetzung nutzt die EU ihren potenziellen, kollektiven Einfluss bislang nicht erfolgreich aus. Erkennbar ist dies daran, dass die EU ihr Gewicht bisher nicht effektiv in politischen Einfluss übersetzt, obwohl ihre Mitgliedsländer etwa in den Institutionen der VN einen nicht unerheblichen Teil des Stimmengewichts innehaben und insgesamt einer der größten Geldgeber sind. Auch in der WHO, in der die EU einen Beobachterstatus innehat, agiert sie insgesamt, gemessen an ihrem Potential, eher schwach.

Eine neue proaktive globale Gesundheitsstrategie für die EU

Die EU hat die strategische Grundlage für ihre derzeitige globale Gesundheitspolitik in der 2010 verabschiedeten Mitteilung der Kommission über globale Gesundheitspolitik und den folgenden Schlussfolgerungen des Rates formuliert. Der Rat stimmt darin den von der Kommission festgelegten vier Prioritäten zu. Dies sind: die Verbesserung von Global Governance, Fortschritte im Bereich *Universal Health Coverage*, die Steigerung der Kohärenz innerhalb der EU sowie die Förderung von Fachwissen, das allen zugänglich zu machen ist.⁷² Bisher konnten diese vereinbarten Prioritäten jedoch keine nachhaltige Dynamik entwickeln und gerieten in Vergessenheit. In der EU Global Strategy aus dem Jahr 2016 wird globale

Gesundheit nicht einmal erwähnt. Eine einheitliche strategische Ausrichtung der EU und ihrer Rolle im Bereich der globalen Gesundheit ist daher aktuell nicht erkennbar.

Angesichts dieser Problemlage und mit Blick auf die oben skizzierten Herausforderungen sollte eine neue, proaktive globale Gesundheitsstrategie erarbeitet werden. Darin sollte die EU ihre zukünftige Rolle im Politikfeld globale Gesundheit skizzieren, Prioritäten setzen und ihre Politiken kohärent darauf ausrichten. Damit die erarbeiteten Prioritäten nicht wie zuvor in Vergessenheit geraten, sollten der Europäische Rat und das Parlament eng in die Erarbeitung der Strategie eingebunden werden. Ebenso sollten eine Vielzahl von Stakeholdern aus Wissenschaft und Zivilgesellschaft involviert werden, um der Strategie Schubkraft und breite Akzeptanz zu verleihen. Ein geeigneter Abstimmungsrahmen könnte das Global Health Policy Forum sein, welches die Kommission vier Mal im Jahr organisiert, um den Austausch zwischen verschiedenen Gesundheits-Stakeholdern wie der WHO, der Gesundheitswirtschaft, der Zivilgesellschaft und wissenschaftlichen Einrichtungen anzukurbeln. Eine neue europäische globale Gesundheitsstrategie sollte sektorübergreifend und multidisziplinär gestaltet werden und die interne und externe Dimension von Gesundheitsthemen miteinander verknüpfen. Um ihre internationale Glaubwürdigkeit zu verbessern, sollte die EU zudem Maßnahmen ergreifen, um das Niveau der Gesundheitsversorgung auch in der europäischen Nachbarschaft zu verbessern.

In ihrer neuen globalen Gesundheitsstrategie sollte die EU ferner ihren wertebasierten Ansatz weiter verfolgen. Dazu sollte sie sich in ihrer Entwicklungspolitik sowie in internationalen Organisationen für eine verbesserte weltweite Gesundheitsversorgung einsetzen, Gesundheitssysteme nachhaltig stärken und einen menschenrechtsbasierten Ansatz ins Zentrum stellen. Gleichzeitig sollte die EU ihre ökonomische Macht nutzen, um im globalen Wettbewerb Standards und Normen zu etablieren, etwa durch die Etablierung hoher gesundheitspolitischer Standards in multilateralen Handelsabkommen. Auch die umweltpolitische Dimension von Gesundheit – darunter insbesondere der Schutz vor Umweltrisiken, die gesundheitsschädliche Wirkung haben – sollte stärker in eine zukünftige Strategie einbezogen werden. Hier könnte die EU eine globale Führungsrolle einnehmen und sich etwa verstärkt im Klimaschutz engagieren, in dem durch den Ausstieg der USA aus dem Pariser Klimaabkommen ein Vakuum entstanden ist. Angesichts der geopolitischen Veränderungen ist außerdem ein konkreter Fahrplan für die Stärkung der Zusammenarbeit mit internationalen

multilateralen Organisationen, insbesondere den VN, erforderlich, um eine zukunftsfähige Vision für Global Governance auch im Bereich Gesundheit zu entwerfen.

Der Impuls zur Entwicklung einer neuen globalen Gesundheitsstrategie sollte in erster Linie von den EU-Mitgliedstaaten ausgehen, um der Initiative Nachdruck zu verleihen. Deutschland könnte – zum Beispiel im Rahmen der deutschen Ratspräsidentschaft 2020 – als größter und wirtschaftlich stärkster EU-Mitgliedstaat eine Führungsrolle beim Agenda-Setting auf der EU-Ebene einnehmen; auch weil Berlin – etwa im Rahmen seiner G7 und G20 Präsidentschaft – in den vergangenen Jahren bereits besonderes Engagement in globaler Gesundheit gezeigt hat. Außerdem haben die Unionsparteien und die SPD im Koalitionsvertrag die Erarbeitung einer nationalen Strategie für globale Gesundheit angekündigt. Synergien dieses Prozesses könnten auch auf der EU-Ebene genutzt werden.

Die EU sollte weiterhin die Koordination und Kohärenz ihrer bestehenden Maßnahmen verbessern und die Einrichtung einer Koordinierungsstelle für globale Gesundheit in Erwägung ziehen, die beim Europäischen Auswärtigen Dienst angesiedelt werden könnte. Die Koordinierungsstelle könnte die Maßnahmen der EU im Bereich globaler Gesundheit im Blick behalten, gegebenenfalls aufeinander abstimmen und ihre Ausrichtung auf die gesetzten Prioritäten überprüfen. Dabei würde sie eng mit den verschiedenen Generaldirektionen und EU-Agenturen zusammenarbeiten. Gleichzeitig könnte die Koordinierungsstelle als Anlaufpunkt und Informationsstelle nach innen und außen dienen und unterschiedliche Akteure im Bereich der globalen Gesundheit zusammenbringen. Eine solche Koordinierungsstelle hätte zudem den Vorteil, das Thema globale Gesundheit auf EU-Ebene prominenter zu besetzen, ohne dass etwa eine Kompetenzverschiebung erforderlich wäre.

Die EU sollte sich außerdem auf den Ernstfall vorbereiten, indem sie die Bekämpfung von drohenden Gesundheitskrisen vorantreibt. Antibiotikaresistenzen, die steigende Krankheitslast durch nichtübertragbare Krankheiten weltweit und die Gefahr einer raschen Ausbreitung von Infektionskrankheiten in einer zunehmend vernetzten Welt sind Herausforderungen, die in einer globalen Gesundheitsstrategie dringend adressiert werden sollten. Mit dem 2017 verabschiedeten Aktionsplan gegen Antibiotikaresistenz hat die Europäische Kommission bereits wichtige Maßnahmen getroffen. Führende Mitgliedstaaten wie Großbritannien, Schweden und die Niederlande haben die Initiative unterstützt; zwischenzeitlich haben aber auch Deutschland und Frankreich ihr Engagement verstärkt. Auch mit Blick auf nichtübertragbare Krank-

heiten, die global eine immer größere Krankheitslast ausmachen, sollte die EU ihre Präventionsmaßnahmen verstärken und zu einer Best-Practice-Region werden.

Mit dem Ebola-Ausbruch in Westafrika und auch in Folge der Zika-Krise ist die rasche Ausbreitung von Infektionskrankheiten als Gefahr verstärkt ins Blickfeld politischer Entscheidungsträger gerückt. Verglichen mit der finanzstarken und professionell koordinierten Reaktion der USA wurde die Reaktion der EU auf Ebola von Beobachtern vielfach als unkoordiniert und zu langsam bemängelt.⁷³ Damit die Agentur in Zukunft effektiver vorgehen kann, sollten das Mandat und die Finanzierung des European Center for Disease Control and Prevention hinsichtlich der Prävention und Überwachung von Gesundheitskrisen ausgebaut werden. Auch angesichts der Budgetkürzungen der Centers for Disease Control and Prevention in den USA sollte die EU dringend in Betracht ziehen, einen größeren Beitrag zur Prävention, Überwachung und Bekämpfung von globalen Gesundheitskrisen zu leisten – nicht zuletzt auch zum Schutz der eigenen Bevölkerung.

7. Empfehlungen für die deutsche Gesundheitspolitik

Die EU steht im Bereich der Gesundheitspolitik aus den oben skizzierten sozialen, politischen und wirtschaftlichen Gründen unter erheblichem Erwartungs- und Handlungsdruck. Gleichzeitig ist die zukünftige Ausrichtung des Politikfeldes in all seinen Facetten ungewiss; es fehlt eine Gesamtstrategie. Bisher ist es den Mitgliedstaaten nicht gelungen, sich auf einen tragfähigen Konsens über die künftige Ausrichtung einer gesundheitspolitischen Agenda zu einigen. Wie oben dargestellt, propagieren viele kleinere Staaten mehr Europäisierung von Gesundheitspolitik oder wünschen sich mehr Solidarität in Form finanzieller Unterstützung; entweder aus einer proaktiven Verfolgung von Skaleneffekten heraus – wie bei Belgien, Irland, Malta, Luxemburg, Estland oder den Niederlanden – oder aus einer eher defensiven (Not-) Situation des eigenen Landes, wie im Falle von Rumänien, Ungarn, Portugal oder Griechenland. Vor allem größere Mitgliedstaaten, insbesondere solche mit einer starken Selbstverwaltung oder mit starken Regionen und dezentral angesiedelter Gesundheitskompetenz, stehen einer stärkeren Kooperation hingegen eher skeptisch gegenüber. Aus diesem Grund nehmen sub-regionale oder strukturierte freiwillige Kooperationsformate zu, die nicht alle EU-Staaten einschließen. Deutschland ist auf Grund seiner Größe und dem System der Selbstver-

waltung den skeptischen Mitgliedstaaten zuzuordnen: Mit Verweis auf kompetenzrechtliche Fragen entzieht es sich den Diskussionen über eine stärkere EU-Kooperation hingegen oft noch systematischer als die meisten anderen EU-Staaten – unabhängig von ihrer Größe, Unternehmensstruktur oder finanziellen Stärke.

Neben inhaltlichen Positionsunterschieden ist die EU durch den Brexit und die große Anzahl von Krisen und Herausforderungen auch mit der Frage konfrontiert, wie mit begrenzten Ressourcen immer mehr Prioritäten finanziert und bearbeitet werden können. Dadurch wird die EU-interne Debatte über die Nachhaltigkeit, Effizienz und Verhältnismäßigkeit bisheriger europäischer Initiativen und Instrumente im Gesundheitsbereich kontrovers geführt. Es ist ungewiss, ob GD SANTE und das Gesundheitsprogramm in der jetzigen Form unter der nächsten Europäischen Kommission Bestand haben werden.

Vor dem skizzierten Hintergrund zunehmend ungleich verteilter Gesundheitschancen innerhalb der EU und angesichts der bestehenden Unsicherheit, in welcher institutionellen Form, mit welchen Ressourcen und in welche Richtung sich die europäische Gesundheitspolitik weiter entwickeln wird, sollte Deutschland seiner angestrebten europäischen Führungsrolle in den nächsten Jahren gerecht werden: Es sollte seine bisherige abwartende bis ablehnende Haltung überwinden und eine aktivere Rolle bei der Formulierung, Umsetzung und Unterstützung der europäischen Gesundheitsagenda übernehmen. Die deutsche Ratspräsidentschaft 2020 bietet die ideale Gelegenheit dazu: Deutschland sollte eine zukunftsgerichtete Politik mitgestalten, die es der EU erlaubt, in gesundheitsrelevanten Fragen solidarisch und konvergenzfördernd zu agieren. Dabei sollte sie einen positiven Beitrag zu Innovation und Wettbewerbsfähigkeit im Gesundheitswesen und auf dem Gesundheitsmarkt leisten und dazu beitragen, die EU nach innen wie nach außen handlungsfähiger zu machen.

Konkret ergeben sich daraus für die Bundesregierung folgende Handlungsempfehlungen.

(A) Kurzfristige Handlungsempfehlungen

1. **Gesamteuropäische, proaktive Strategie entwickeln:** Die deutsche Regierung sollte im Kontext der Verhandlungen über den Mehrjährigen Finanzrahmen 2021-2027 eine weniger restriktive Agenda in der EU-Gesundheitspolitik verfolgen, die kompatibel mit dem übergeordneten europapolitischen Ansatz ist. Gesundheitspolitik sollte nicht isoliert betrachtet werden; die deutsche Positionierung sollte vielmehr dem Querschnittscharakter des Politikbereiches gerecht werden.

Das erfordert eine stärkere, innerdeutsche Koordinierung: (1) innerhalb des Bundesgesundheitsministeriums, (2) zwischen den verschiedenen Bundesministerien, (3) zwischen Bund und Ländern, (4) zwischen Politik, Organen der Selbstverwaltung und relevanten Stakeholdern.

2. **Berechenbarkeit als EU-Partner herstellen:** Die Bundesregierung hat ihre Herangehensweise in Fragen der EU-Gesundheitspolitik bislang nicht hinreichend skizziert, war kein Bestandteil proaktiver Koalitionen und wurde auch deshalb häufig als Bremser wahrgenommen. Um diesen Ruf zu überwinden, sollte sie daher sichtbar und transparent offenlegen, ob und wo Deutschland grundsätzlich Raum für eine stärkere EU-Dimension und Zusammenarbeit sieht. Da sich aus Artikel 168 Abs. 7 AEUV keine absolute Sperrwirkung gegenüber der Europäisierung von Gesundheitspolitik ableiten lässt, sollte die deutsche Positionierung und Argumentation über den bisherigen Verweis auf Kompetenzordnungen hinausgehen und politisch untermauert sein. Für die Verhandlungen über den nächsten MFR sollte Deutschland Kernbereiche identifizieren, die auf EU-Ebene gestärkt bzw. aufrechterhalten werden sollen – beispielsweise ERNs und andere Netzwerke zum Informationsaustausch und zur Koordinierung, globale Gesundheit oder E-Health.
3. **Solidarität zeigen:** Für viele insbesondere kleinere Länder mit geringer Ressourcenausstattung gilt die Kommission als wichtiger Partner, um sich auf der EU-Ebene Gehör zu verschaffen und eigene Initiativen voranzutreiben. Um eine ungewollte Einmischung im Gesundheitsbereich oder Einflussnahme „durch die Hintertür“ zu verhindern, sollte Deutschland über Möglichkeiten nachdenken, gerade diese Länder mit inklusiven Ansätzen im Gesundheitsbereich einzubinden. Deutschland sollte sich daher bei Zukunftsthemen gezielter an freiwilligen Kooperationsvorstößen beteiligen oder sich in den MFR-Verhandlungen für nachhaltige Finanzinstrumente mit Gesundheitsbezug einsetzen, die strukturell benachteiligten Mitgliedstaaten besonders zu Gute kommen.
4. **Partnerschaften ausbauen und pflegen:** Die Bundesregierung sollte verstärkt und über grenzüberschreitende Formate hinaus Möglichkeiten einer tiefergehenden Kooperation mit bewährten Partnern ausloten – insbesondere im Kontext des nahenden Brexit, da Deutschland mit Großbritannien seinen wichtigsten Partner verliert. Das gilt insbesondere für die Zusammenarbeit mit Frankreich, Benelux oder den nordischen Staaten. Denkbare Kooperationsfelder sollten

aber auch mit strategisch wichtigen Ländern wie Polen ausgelotet werden, mit denen sich die Zusammenarbeit in anderen Politikbereichen schwierig gestaltet. Denkbare Bereiche der Zusammenarbeit wären dabei etwa Digitalisierung, Innovationsförderung, Prävention oder Forschungskooperation.

5. **Brexit mitdenken:** Wie in allen anderen Politikbereichen gilt auch in der europäischen Gesundheitspolitik, dass die Abmilderung der negativen Folgen des Brexit von herausragender Bedeutung ist. Der Austritt Großbritanniens wird sich spürbar etwa in Mobilitätsfragen, der Forschungskooperation, ERNs, der Arzneimittelzulassung oder dem europäischen Engagement in globaler Gesundheit auswirken. Für Deutschland bedeutet das neben Mehrausgaben und einer verstärkten Bereitstellung von Expertise und anderen personellen Ressourcen, dass die Bemühung um intra-europäischen Zusammenhalt und folglich die Notwendigkeit eines umfassenden, solidarischen europapolitischen Ansatzes erneut zu betonen ist.

(B) Mittel- und langfristige Handlungsempfehlungen

1. **Koordinierung und Datenbasis stärken:** Deutschland sollte sich gemeinsam mit anderen EU-Akteuren darum bemühen, die Koordinierung gesundheitsrelevanter Maßnahmen in den verschiedenen Bereichen – Gesundheitspolitik, Binnenmarktpolitik, Forschungspolitik, Economic Governance – auszubauen. Nur so ist der Komplexität und dem intersektoriellen Charakter von Gesundheit besser gerecht zu werden, können Spill-over-Effekte besser antizipiert und potenzielle Skaleneffekte besser ausgenutzt werden. Eine verstärkte Koordinierung ist sowohl innerhalb der Kommission wie auch zwischen den Mitgliedstaaten und entstehenden Sub-Regionen erforderlich. Eng damit verbunden ist die Notwendigkeit, sich für die Bereitstellung und Auswertung einer nachhaltigen Datenbasis einzusetzen, anhand welcher die Wirksamkeit europäischer Förderung, Initiativen und Maßnahmen – etwa Joint Actions – besser bewertet werden kann.
2. **Soziale und wirtschaftliche Konvergenz stärken:** Deutschland sollte mit den EU-Partnern nachdrücklich den Strategieprozess darüber fortführen, wie auf die zunehmende Divergenz wirtschaftlicher und sozialer Lebensverhältnisse reagiert werden kann, die die politische Legitimation der EU sowie den Zusammenhalt zwischen den Mitgliedstaaten gefährden. Sollten sich die Versorgungsbedingungen zwischen den EU-Mitgliedstaaten immer weiter auseinander entwickeln,

birgt dies eine erhebliche politische Sprengkraft und gefährdet mittel- und langfristig den Fortbestand der Wirtschafts- und Währungsunion sowie der EU-27: Indikatoren sind hier konkret der Zugang zu erschwinglicher, guter Gesundheitsversorgung, armutsbedingte Gesundheitsrisiken und der systematische Brain Drain von medizinischem Fachpersonal. Eine sinkende soziale und wirtschaftliche Konvergenz würde auch die Glaubwürdigkeit der EU im EU-Erweiterungsprozess sowie innerhalb multilateraler Organisationen und in Verhandlungen mit Drittstaaten entscheidend beeinträchtigen. Auch vor diesem Hintergrund sollte die EU die soziale Dimension der Wirtschafts- und Währungsunion konsequent weiterdenken. Es sollte nachdrücklich daran gearbeitet werden, Koordinierungsprozesse im Rahmen des Europäischen Semesters weiterhin und nachhaltig durch gezielte Fördermaßnahmen auf der Grundlage von Art. 168 Abs. 5 AEUV zu ergänzen, die auf einen Abbau gesundheitlicher Ungleichheit in der EU abzielen.

3. **Bestehende Netzwerke ausbauen und verstetigen:**

Die Europäischen Referenznetzwerke, die von einer deutlichen Mehrheit gesundheitspolitischer Akteure und Stakeholdern als nützlich und ausbaufähig angesehen werden, sollten in ihrem Fortbestand gesichert und in ihrem Potenzial ausgenutzt werden. Neben der Bereitstellung der nötigen Ressourcen sollten fortlaufende Evaluierungs- und Abstimmungsprozesse aufrechterhalten werden: Ziel ist dabei, Probleme und Chancen der Interoperabilität und Standardangleichung frühzeitig zu erkennen und auf sie reagieren zu können. Dabei sollte ein inklusiver Ansatz verfolgt werden, der frühzeitig europäische, aber insbesondere auch nationale und regionale Stakeholder einbindet.

4. **Gesundheitssystemvergleiche als Chance be-**

greifen: Der Vergleich von Gesundheitssystemen sollte – vergleichbar mit ähnlichen Instrumenten in

der Wirtschafts- und Fiskalpolitik – als Chance und nicht als Bedrohung begriffen werden. Die Schaffung geeigneter, vergleichbarer Indikatoren in Verbindung mit Verfahren des Horizon Scannings zur frühzeitigen Erkennung von Herausforderungen und Belastungen nationaler Gesundheitssysteme sollten dabei nicht als Harmonisierungsmaßnahmen missverstanden werden. Sie liefern vielmehr einen wertvollen Input für europäische Initiativen (beispielsweise im Bereich der Angleichung von Standards und Garantie von Interoperabilität) und nationale Reformen. Eurobarometer-Umfragen und auch die Ergebnisse von politischen Hintergrundgesprächen zeigen, dass innerhalb der EU im Gesundheitsbereich ein besseres Verständnis der Länder füreinander dringend geboten ist.

5. **Gesundheitsaußenpolitik und Kommunikation**

stärken: Vor dem Hintergrund sich verschiebender globaler Kräfteverhältnisse und einer zunehmenden globalen Vernetzung sollte die EU ihre Gesundheitsaußenpolitik stärken und eine neue globale Gesundheitsstrategie formulieren. Damit die erarbeiteten Prioritäten nicht wie zuvor in Vergessenheit geraten, sollte der Prozess möglichst inklusiv ausgerichtet sein und die EU-Institutionen sowie relevante Stakeholder frühzeitig einbeziehen. Deutschland sollte in diesem Prozess eine führende Rolle spielen und auf seinem im Zuge der G7- und G20-Präsidentschaft bereits geschärften Profil aufbauen. Dazu gehört auch die Optimierung von EU-Kommunikationsstrukturen, um Beiträge im Krisenmanagement oder bei Unterstützungsmaßnahmen in der europäischen Nachbarschaft sichtbarer und transparenter zu gestalten. Wird die EU als wirksamer Akteur wahrgenommen und wertgeschätzt, steigert das auch wiederum die etwaige Bereitschaft der Mitgliedstaaten, die EU mit den nötigen Ressourcen auszustatten und eine stärkere Koordinierung im Bereich der globalen Gesundheit voranzutreiben.

Anmerkungen

- 1 Europäische Kommission, Die europäische Säule sozialer Rechte in 20 Grundsätzen dargestellt, <https://ec.europa.eu/commission/priorities/deeper-and-fairer-economic-and-monetary-union/european-pillar-social-rights/european-pillar-social-rights-20-principles_de> (abgerufen am 09.04.2018).
- 2 Die Bundesregierung, Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD, 19. Legislaturperiode, 14.03.2018, <https://www.bundesregierung.de/Content/DE/_Anlagen/2018/03/2018-03-14-koalitionsvertrag.pdf?__blob=publicationFile&v=2>, (abgerufen am 09.04.2018), S. 96-103.
- 3 Ebd., S. 6; Die Bundesregierung, Regierungserklärung, <<https://www.bundesregierung.de/Content/DE/Artikel/2018/03/2018-03-21-reg-erkl-kanzlerin.html>> (abgerufen am 09.04.2018).
- 4 Siehe beispielsweise Mary Guy und Wolf Sauter, The History and Scope of EU Health Law and Policy, CCP Working Paper 16-02, 2016, <https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=2718045> (abgerufen am 14.08.2018); Thorsten Kingreen, Eine neue Strategie für eine europäische Gesundheitspolitik: Diskussionspapier für die Deutsche Gesellschaft für Auswärtige Politik, 2017, Anlage 1; Winfried Kluth, Diskussionspapier zum Workshop: Eine neue Strategie für europäische Gesundheitspolitik, 2017, Anlage 2, S. 13-17.
- 5 Eurostat, People in the EU – Statistics on Demographi Changes, Datenauszug vom Juli 2017, <http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/People_in_the_EU_-_statistics_on_demographic_changes> (abgerufen am 09.04.2018).
- 6 Europäische Kommission, Bericht, Seminar on “Strategic investments for the future of healthcare”, 27.02.2017, <https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/investment_plan/docs/ev_20170227_mi_en.pdf>, (abgerufen am 09.04.2018); OECD / Europäische Kommission, Health at a Glance: Europe 2016 - State of Health in the EU Cycle 2016, in: OECD Publishing, 23.11.2016, <https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-europe-2016_9789264265592-en> (abgerufen am 09.04.2018), S.116.
- 7 Ebd., S.10.
- 8 OECD, Healthcare costs unsustainable in advanced economies without reform, 24.09.2015, <<http://www.oecd.org/health/healthcarecostsustainableinadvancedeconomieswithoutreform.htm>> (abgerufen am 09.04.2018).
- 9 Bank für Sozialwirtschaft, Fachkräftemangel im Gesundheitswesen: Anwerbung von Pflegekräften im Ausland, Brüssel Juli 2015, <https://www.efis.eu/fileadmin/Dokumente/EU-Politik/2015_07_Fachkraefte_im_Gesundheitswesen.pdf> (abgerufen am 09.04.2018).
- 10 European Commission, State of Health in the EU – Companion Report 2017, 2017, <https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/2017_companion_en.pdf> (abgerufen am 12.04.2018), S. 53.
- 11 European Federation of Pharmaceutical Industries and Associations, The Pharmaceutical Industry in Figures: Key Data, 2017, <https://www.efpia.eu/media/219735/efpia-pharmafigures2017_statisticbroch_v04-final.pdf> (abgerufen am 09.04.2018), S. 4.
- 12 MedTech Europe, The European Medical Technology Industry - in figures / 2018, <http://www.medtecheurope.org/sites/default/files/resource_items/files/MedTech%20Europe_Facts-Figures2018_FINAL_0.pdf> (abgerufen am 09.04.2018), S. 19.
- 13 Verzijl, Dervojeda, Probst & Frideres / Europäische Kommission, The Internet of Things: Smart Health, Business Innovation Observatory, Case Study 46, Februar 2015, <https://ec.europa.eu/eip/ageing/sites/eipaha/files/library/553de4994f48_Business%20Innovation%20Observatory%20-%20Smart%20Health.pdf> (abgerufen am 09.04.2018).
- 14 Eurostat, Health Personnel Statistics – physicians, Datenauszug vom September 2017, <http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Healthcare_personnel_statistics_-_physicians> (abgerufen am 09.04.2018).
- 15 European Federation of Pharmaceutical Industries and Associations, The Pharmaceutical Industry in Figures (vgl. Anmerkung 11), S.4; MedTech Europe, The European Medical Technology Industry - in figures / 2018 (vgl. Anmerkung 12), S. 15.
- 16 Der Input zur Skizzierung der Konfliktlinien basiert in erster Linie auf Workshops und Hintergrundgesprächen, die im Rahmen des DGAP-Projektes „Eine neue Strategie für Europäische Gesundheitspolitik“ im Zeitraum von September 2017 bis April 2018 in Berlin und Brüssel durchgeführt wurden. Gesprächspartner und Impulsgeber waren Vertreter des Bundesministeriums für Gesundheit, Health Attachés und Ministeriumsvertreter anderer EU-Mitgliedstaaten, Vertreter der Europäischen Kommission aus verschiedenen Generaldirektionen, europäische Stakeholder aus Wirtschaft und Zivilgesellschaft und Akademiker. Eine vollständige, detaillierte, differenzierte Ausgliederung unterschiedlicher Positionen von EU-Mitgliedstaaten, Stakeholdern und EU-Institutionen kann an dieser Stelle aus Ressourcengründen nicht geleistet werden. Zu diesem Zweck ist zusätzliche wissenschaftliche Forschung erforderlich.
- 17 Eurobarometer, Perceptions and expectations, fight against terrorism and radicalisation (QA), Special Eurobarometer of the European Parliament 85.1, 2016, <http://www.europarl.europa.eu/pdf/eurobarometre/2016/attentes/eb85_1_synthesis_perceptions_wishes_terrorism_en.pdf> (abgerufen am 16.04.2018).
- 18 Martin Schölkopf und Holger Pressel, Das Gesundheitswesen im internationalen Vergleich: Gesundheitssystemvergleich, Länderberichte und europäische Gesundheitspolitik, 3. Auflage, Medizinische Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, 2017, S. 257.
- 19 Kingreen, Eine neue Strategie für eine europäische Gesundheitspolitik (vgl. Anmerkung 4).
- 20 Schölkopf und Pressel, Das Gesundheitswesen im internationalen Vergleich, (vgl. Anmerkung 18), S. 257-258.
- 21 Kingreen, Eine neue Strategie für eine europäische Gesundheitspolitik (vgl. Anmerkung 4), S. 12-21.
- 22 InfoCuria, Decker Urteil des Gerichtshofes, 28. April 1998, <<http://curia.europa.eu/juris/showPdf.jsf?sessionid=9ea7d0f130defefbbee642ec4d538138cde43348bec.e34KaxiLc3eQc40LaxqMbN4Pb38Pe0?docid=43791&pageIndex=0&doclang=DE&mode=req&dir=&occ=first&part=1&cid=352624>> (abgerufen am 10.04.2018); Frank Schulz-Nieswandt, Gesundheitspolitik, in: Europa von A bis Z: Taschenbuch der europäischen Integration, Nomos Verlag, 2014, S. 277-279.
- 23 Kingreen, Eine neue Strategie für eine europäische Gesundheitspolitik (vgl. Anmerkung 4), S. 18-20.
- 24 Ebd.
- 25 Schölkopf und Pressel, Das Gesundheitswesen im internationalen Vergleich, (vgl. Anmerkung 18), S. 257-258.
- 26 Europäische Kommission, Arbeitsunterlage der Kommissionsdienststellen: Sozialpolitisches Scoreboard Begleitunterlage zur Mitteilung der Kommission an das Europäische Parlament, den Rat, den Europäischen Wirtschafts- und Sozialausschuss und den Ausschuss der Regionen, Brüssel 26.04.2017, <<http://eur-lex.europa.eu/legal-content/DE/TXT/PDF/?uri=CELEX:52017SC0200&from=DE>> (abgerufen am 09.04.2018); Europäische Kommission, Schlagzeilen: Europäisches Semester – Winterpaket, 07.03.2018, <<http://ec.europa.eu/social/main.jsp?langId=de&catId=89&newsId=9063&furtherNews=yes>> (abgerufen am 09.04.2018).
- 27 Kingreen, Eine neue Strategie für eine europäische Gesundheitspolitik (vgl. Anmerkung 4), S. 27.
- 28 Schulz-Nieswandt, Gesundheitspolitik, (vgl. Anmerkung 22), S. 277-279.
- 29 Matthias Pechstein, Diskussionspapier zur Skizzierung des europarechtlichen Spielraums bei der Europäisierung von Gesundheitspolitik, Anlage 3, 2017, S. 16.
- 30 Kommission der Europäischen Gemeinschaften, Weißbuch, Together for Health: A Strategic Approach for the EU 2008-2013, Brüssel 23.10.2007, <https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/policies/docs/whitepaper_en_0.pdf>, (abgerufen am 09.04.2018).
- 31 Europäische Kommission, Pressemitteilung, Q&A on the third Health Programme 2014-2020, Brüssel 26.02.2014, <http://europa.eu/rapid/press-release_MEMO-14-139_en.htm>, (abgerufen am 09.04.2018).
- 32 Europäisches Parlament, Briefing Health and Social Security, 2016, <[http://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/BRIE/2016/583865/EPRS_BRI\(2016\)583865_EN.pdf](http://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/BRIE/2016/583865/EPRS_BRI(2016)583865_EN.pdf)> (abgerufen am 12.04.2018).
- 33 Europäische Kommission, Factsheet, Funding under the 3rd Health Programme 2014-2020, <http://ec.europa.eu/chafea/documents/health/hp-factsheets/joint-actions/factsheets-hp-ja_en.pdf>, (abgerufen am 09.04.2018).
- 34 Europäische Kommission, Webinar, Joint Action – Annual Work Programme 2017, Luxemburg 30.03.2018, <http://ec.europa.eu/chafea/documents/health/ja-awp-2017-303103_en.pdf> (abgerufen am 09.04.2018); EuroHealthNet, Joint Actions, <<https://eurohealthnet.eu/hpe/joint-actions>> (abgerufen am 09.04.2018).
- 35 Timo Clemens, Kristine Sørensen, Nicole Rosenkötter, Kai Michelsen und Helmut Brand, The Directorate-General for Health and Consumers 1999–2014: An assessment of its functional capacities, in: Health Policy 121, 2017, <[http://www.healthpolicyjrn.com/article/S0168-8510\(17\)30093-3/pdf](http://www.healthpolicyjrn.com/article/S0168-8510(17)30093-3/pdf)> (abgerufen am 10.04.2018), S. 594-603.
- 36 Europäische Kommission, Vorschlag für eine Richtlinie des Europäischen Parlaments und des Rates über eine Verhältnismäßigkeitsprüfung vor Erlass neuer Berufsreglementierungen, COM(2016) 822 final, Brüssel 10.01.2017, <<https://eur-lex.europa.eu/legal-content/DE/TXT/PDF/?uri=CELEX:52016PC0822&from=DE>> (abgerufen am 21.08.2018).
- 37 Die genannten Kritikpunkte wurden im Rahmen der durchgeführten Projekt-Workshops und in vertraulichen Hintergrundgesprächen mit EU-Stakeholdern und Vertretern verschiedener EU-Mitgliedstaaten aufgeworfen und diskutiert.

- 38 Rat der Europäischen Union, Schlussfolgerungen des Rates zur Verstärkung der Ausgewogenheit der Arzneimittelsysteme in der EU und ihren Mitgliedstaaten, 17.06.2016, <<http://www.consilium.europa.eu/de/press/press-releases/2016/06/17/epsco-conclusions-balance-pharmaceutical-system/>> (abgerufen am 09.04.2018).
- 39 Rat der Europäischen Union, Entwurf von Schlussfolgerungen des Rates zur Förderung einer von den Mitgliedstaaten ausgehenden freiwilligen Zusammenarbeit zwischen den Gesundheitssystemen, Brüssel 09.06.2017, (Annahme 16.06.2017), <<http://data.consilium.europa.eu/doc/document/ST-9978-2017-REV-1/de/pdf>> (abgerufen am 09.04.2018).
- 40 Programme of the Republic of Bulgaria for the Presidency of The Council of the European Union, 2018, <<https://eu2018bg.bg/en/programme>> (abgerufen am 10.04.2018), S. 29-30.
- 41 Mitglieder der Valletta-Koalition sind Malta, Zypern, Griechenland, Italien, Spanien, Portugal, Rumänien, Irland, Kroatien und Slowenien. Frankreich hat Beobachterstatus. Siehe: Sarantis Michalopoulos, EU southern alliance on drug pricing expands, 01.02.2018, <<https://www.euractiv.com/section/health-consumers/news/eu-southern-alliance-on-drug-pricing-expands/>> (abgerufen am 10.04.2018).
- 42 The BeNeLuxA Initiative – Collaboration on pharmaceutical policy, Terms of Reference, Annahme am 01.03.2017, <http://www.beneluxa.org/sites/beneluxa.org/files/2017-07/BeneluxA_Terms_of_References_final_0.pdf> (abgerufen am 09.04.2018).
- 43 Hungarian Presidency of the Visegrad Group, V4 Connects, Presidency Program, 2017, <<http://www.visegradgroup.eu/documents/2017-2018-hungarian/20172018-hungarian>> (abgerufen am 10.04.2018), S. 13, 23-24.
- 44 Emma Eatwell, Voluntary cooperation between health systems: are we getting the balance right?, 03.01.2018, <<https://www.hanovercomms.com/2018/01/03/voluntary-cooperation-health-systems-getting-balance-right/>> (abgerufen am 10.04.2018).
- 45 Rat der Europäischen Union, Entwurf eines Protokolls, Betr.: 3548. Tagung des Rates der Europäischen Union (Beschäftigung, Sozialpolitik, Gesundheit und Verbraucherschutz), Anlage, Erklärung Deutschland, 29.06.2017 (vom 15./16. Juni 2017 in Luxemburg), <<http://data.consilium.europa.eu/doc/document/ST-10375-2017-INIT/de/pdf>>, (abgerufen am 09.04.2018), S. 11.
- 46 Amtsblatt der Europäischen Union, Richtlinie 2011/24/EU Des Europäischen Parlaments und des Rates über die Ausübung der Patientenrechte in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung, Annahme am 9.03.2011, <<http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2011:088:0045:0065:de:PDF>> (abgerufen am 10.04.2018).
- 47 Eurobarometer, Patientenrechte bei grenzüberschreitenden Gesundheitsdienstleistungen in der Europäischen Union, Spezial Eurobarometer 425, 2015, <http://ec.europa.eu/commfrontoffice/publicopinion/archives/ebs/ebs_425_sum_de.pdf> (abgerufen am 09.04.2018), S. 5, 9-17.
- 48 Für eine Übersicht siehe beispielsweise: Europäische Kommission, European Cross-Border Cooperation on Health: Theory and Practice, 2017, <http://ec.europa.eu/regional_policy/en/information/publications/brochures/2017/european-cross-border-cooperation-on-health-theory-and-practice> (abgerufen am 09.04.2018) oder: Europäische Kommission, Study on Cross-Border Cooperation: Capitalising on existing initiatives for cooperation in cross-border regions, 2018, <https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/cross_border_care/docs/2018_crossbordercooperation_exe_en.pdf> (abgerufen am 09.04.2018).
- 49 OECD / Europäische Kommission, Health at a Glance (vgl. Anmerkung 6).
- 50 Irene A Glinos, Matthias Wismar, James Buchan und Ivo Rakovac, How can countries address the efficiency and equity implications of health professional mobility in Europe?, Policy Brief 18, 2015, <http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/287666/OBS_PB18_How-can-countries-address-the-efficiency-and-equity-implications-of-health-professional-mobility-in-Europe.pdf?ua=1> (abgerufen am 09.04.2018); Tim Ball und Ginger Hervey, The EU exodus: When doctors and nurses follow the money, in: POLITICO, 27.09.2017, <<https://www.politico.eu/article/doctors-nurses-migration-health-care-crisis-workers-follow-the-money-european-commission-data/>> (abgerufen am 09.04.2018).
- 51 Europäische Kommission, Commission Staff Working Document on an Action Plan for the EU Health Workforce, 2012, <https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/workforce/docs/staff_working_doc_healthcare_workforce_en.pdf> (abgerufen am 10.04.2018).
- 52 Health Work Force, <<http://healthworkforce.eu/>> (abgerufen am 10.04.2018); Maria Kroezen, Michel Van Hoegardaen, The Joint Action on Health Workforce Planning and Forecasting: Results of a European programme to improve health workforce policies, in: Health Policy, Februar 2018, Vol. 122, Nr. 2, S. 87-93.
- 53 World Health Organisation, WHO Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel, <http://www.who.int/hrh/migration/code/WHO_global_code_of_practice_EN.pdf> (abgerufen am 10.04.2018).
- 54 eHealth Network, Guideline on the electronic exchange of health data under Cross-Border Directive 2011/24/EU: ePrescriptions and eDispensations, Annahme am 21.11.2016 in Brüssel, <https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/ehealth/docs/ev_20161121_co091_en.pdf> (abgerufen am 10.04.2018).
- 55 Europäisches Parlament, Briefing eHealth – Technology for health, 12.03.2015, <[http://www.europarl.europa.eu/thinktank/en/document.html?reference=EPRS_BRI\(2015\)551324](http://www.europarl.europa.eu/thinktank/en/document.html?reference=EPRS_BRI(2015)551324)> (abgerufen am 10.04.2018).
- 56 Europäische Kommission, Communication from the Commission to the European Parliament, the Council, the European Economic and Social Committee and the Committee of the Regions on enabling the digital transformation of health and care in the Digital Single Market; empowering citizens and building a healthier society, 25.04.2018, <<https://ec.europa.eu/digital-single-market/en/news/communication-enabling-digital-transformation-health-and-care-digital-single-market-empowering>> (abgerufen am 14.08.2018); Europäische Kommission, Synopsis Report, Consultation: Transformation Health and Care in the Digital Single Market, 2018, <https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/ehealth/docs/2018_consultation_dsm_en.pdf> (abgerufen am 10.04.2018).
- 57 Rat der Europäischen Union, Social Policy, Health and Consumer Affairs Council meeting on 8 December 2017, Draft Council conclusions on Health in the Digital Society - making progress in data-driven innovation in the field of health, Annahme am 08.12.2017 in Brüssel, <<http://data.consilium.europa.eu/doc/document/ST-14078-2017-INIT/en/pdf>> (abgerufen am 10.04.2018).
- 58 Europäische Kommission, eHealth, <<https://ec.europa.eu/cefdigital/wiki/display/CEFDIGITAL/2017/05/30/eHealth>> (abgerufen am 10.04.2018).
- 59 Eurobarometer, Attitudes towards the impact of digitisation and automation on daily life, Special Eurobarometer 460, 2017, <<http://ec.europa.eu/commfrontoffice/publicopinion/index.cfm/Survey/getSurveyDetail/instruments/SPECIAL/surveyKy/2160>> (abgerufen am 10.04.2018).
- 60 Sarah-Lena Böning und Remi Maier-Rigaud, Gesundheits- und Verbraucherpolitik, in: Jahrbuch der Europäischen Integration, Nomos Verlag, Baden-Baden, 2017, S. 265-268.
- 61 Ebd.
- 62 Sarantis Michalopoulos, Commission reassures 'worried' member states on Health Technology Assessment, in: Euroactiv, 10.01.2018, <<https://www.euractiv.com/section/health-consumers/news/commission-reassures-worried-member-states-on-health-technology-assessment/>> (abgerufen am 10.04.2018).
- 63 Paul Dallison und Sanya Khetani-Shah, POLITICO Brexit Files: Repeal Bill timetable — Drug diplomacy — Merkel's warning, in: Politico, 07.04.2017, <<https://www.politico.eu/newsletter/brexit-files/politico-brexit-files-repeal-bill-timetable-drug-diplomacy-merkels-warning/>> (abgerufen am 16.04.2018).
- 64 Europäisches Parlament, Briefing Health and Social Security, (vgl. Anmerkung 32).
- 65 European Commission, European Reference Networks, 2017, <https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/ern/docs/2017_brochure_en.pdf> (abgerufen am 10. April 2018).
- 66 Europäische Kommission, GD Gesundheit und Lebensmittelsicherheit, Globale Gesundheitspolitik, <https://www.politico.eu/newsletter/global_health_de> (abgerufen am 27.03.2017).
- 67 Daniela Braun, US Retreats From Ist Lead on Epidemic Preparedness, Juni 2017, <<https://yaleglobal.yale.edu/content/us-retreats-its-lead-epidemic-preparedness>> (abgerufen am 10. April 2018).
- 68 Thea Emmerling und Andrzej Rys, The Development of EU Health Policy: Treaty Basis, Health Acquis and History, in: Thea Emmerling, Ilona Kickbusch und Michaela Told (Hrsg.), The European Union as a Global Health Actor, World Scientific Publishing Co. Pte. Ltd., Singapur 2016, S. 21-91.
- 69 Universal Health Coverage: <<http://uhcpartnership.net/about/>> (abgerufen am 17.04.2018).
- 70 Emmerling und Rys, The Development of EU Health Policy: Treaty Basis, Health Acquis and History, in: Thea Emmerling, Ilona Kickbusch und Michaela Told (Hrsg.), The European Union as a Global Health Actor, World Scientific Publishing Co. Pte. Ltd., Singapur 2016, S. 21-91.
- 71 Remco Van de Pas, Lies Steurs, Sarah Delputte und Jan Ordie, The Global Health Policies of the EU and its Member States: A Common Vision?, in: Odermatt und Van den Sanden (Hrsg.), The EU and its Member States in the World: Legal and Political Debates, Proceedings of the Interdisciplinary Doctoral Colloquium „The EU as a Global Actor“, Working Paper No. 185, Juli 2017, S. 10-23.
- 72 Council of the European Union: Council conclusions on the EU role in Global Health, 10. May 2010, <http://www.consilium.europa.eu/uedocs/cms_Data/docs/pressdata/EN/foraff/114352.pdf> (abgerufen am 17. April 2018); Europäische Kommission, GD Gesundheit und Lebensmittelsicherheit, Globale Gesundheitspolitik, <https://ec.europa.eu/health/international_cooperation/global_health_de> (abgerufen am 27.03.2017).
- 73 Elizabeth Speakman, Martin McKee und Richard Coker, If not now, when? Time for the European Union to define a global health strategy, in: The Lancet, April 2017, Vol. 5, S. 392-393.

Quellenangaben für Icons in Grafik 2:

Zahnrad: Anastasya Bolshakova, Creative Commons (Attribution 3.0 Unported)

Link zu ihrer Webseite auf Iconfinder: https://www.iconfinder.com/nastu_bol

Link zur Lizenz: <https://creativecommons.org/licenses/by/3.0/>

Erlenmeyerkolben: Aleksandr Reva (<https://www.iconfinder.com/Revicon>)

Spritze/Tabletten: Jenny Kate (<https://www.iconfinder.com/JennyKate911>)

DGAPanalyse / Nr. 5 / September 2018



Dieses Werk ist lizenziert unter einer [Creative Commons Namensnennung – Nicht kommerziell – Keine Bearbeitungen 4.0 International](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/) Lizenz.
This work is licensed under a [Creative Commons Attribution – NonCommercial – NoDerivatives 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/).



Deutsche Gesellschaft
für Auswärtige Politik
German Council on
Foreign Relations

Die DGAP trägt mit wissenschaftlichen Untersuchungen und Veröffentlichungen zur Bewertung internationaler Entwicklungen und zur Diskussion hierüber bei. Die in den Veröffentlichungen geäußerten Meinungen sind die der Autoren.

Rauchstraße 17 / 18 · 10787 Berlin
Tel. +49 (0)30 25 42 31 -0 / Fax -16
info@dgap.org · www.dgap.org

Herausgeber
Deutsche Gesellschaft für
Auswärtige Politik e.V.

ISSN 1611-7034

Redaktion Eva-Maria McCormack
Layout / Satz Andreas Alvarez y Semtner
Designkonzept Carolyn Steinbeck · Gestaltung