



## Gesundheitsnotstand als Machtmittel

Während die WHO-Planungen für künftige Pandemien im Fokus der kritischen Öffentlichkeit stehen – Stichwort Pandemievertrag –, sind entsprechende Beschlüsse und Vorhaben auf EU-Ebene weitgehend unter dem Radar der Aufmerksamkeit geblieben. Dabei gehört die Europäische Union zu den treibenden Kräften einer Umgestaltung der Gesundheitspolitik, bei der die Überwachung der Bevölkerung und eine weiter zentralisierte Machtausübung im Mittelpunkt stehen. Ein chronologischer Überblick.

ELKE SCHENK, 16. April 2024, 0 Kommentare

Bereits im November 2020 skizzierte die EU-Kommission die Notwendigkeit einer „EU-Gesundheitsunion“:

*„Wenn die öffentliche Gesundheit gefährdet ist, leidet unweigerlich auch die Wirtschaft. Wie eng die Rettung von Menschenleben mit der Rettung von Lebensgrundlagen zusammenhängt, war noch nie deutlicher. Die heute vorgelegten Vorschläge werden zu einem widerstandsfähigeren EU-Binnenmarkt und einer nachhaltigen wirtschaftlichen Erholung beitragen. (...) Gleichzeitig erhöht die wachsende Wahrscheinlichkeit von wiederholten Ausbrüchen übertragbarer Krankheiten die Dringlichkeit der Planung für zukünftige Ausbrüche sowie der Erhöhung der Vorsorge- und Reaktionskapazitäten. Darüber hinaus nehmen langfristige Phänomene, – wie die antimikrobiellen Resistenzen, der Druck auf die biologische Vielfalt und der Klimawandel – die alle mit der zunehmenden Bedrohung durch übertragbare Krankheiten in Europa und weltweit in Verbindung gebracht werden, weiter zu.“*

Als Beleg für immer häufiger auftretende Epidemien verwies die Kommission auf einen Artikel des Weltwirtschaftsforums vom 4. März 2020, wonach das Coronavirus kein Ausreißer sei, sondern Teil „unseres vernetzten viralen Zeitalters“.

Am 16. September 2021 wurde dann per Beschluss der EU-Kommission als neue Generaldirektion die Behörde für die Krisenvorsorge und -reaktion bei gesundheitlichen Notlagen (Health Emergency Preparedness and Response

Authority **HERA**) eingesetzt. „Die HERA antizipiert Gefahren und potenzielle Notlagen im Gesundheitsbereich mittels Informationsgewinnung und Aufbau der erforderlichen Reaktionskapazitäten“ (Hervorh. d. Verf.).

Die Krisenvorsorge erfolgt durch Bedrohungsanalysen im Vorfeld einer Gesundheitskrise, bei denen gewonnene Informationen mit Prognosemodellen verknüpft werden. Wird eine Gesundheitskrise ausgemacht, koordiniert HERA die pharmazeutischen Gegenmaßnahmen. Die Entwicklung, Herstellung und Beschaffung von Medizinprodukten sollen finanziert sowie innovative medizinische Technologien gefördert werden. Für „chemische, biologische und nukleare Notfälle“ sollen „strategische Reserven angelegt“ und ein Netz „stets betriebsbereiter Produktionsanlagen“ aufgebaut werden.

Ende November 2021 erhielt das **ECDC** (European Centre for Disease Prevention and Control, Europäisches Zentrum für die Prävention und die Kontrolle von Krankheiten) von EU-Parlament und Rat erweiterte Befugnisse. Es wurde zuständig für die Standardisierung der Datenerhebungsverfahren sowie die Analyse und die Verarbeitung der Daten auf EU-Ebene. Es stellt fortan sicher, dass die nationalen Gesundheitssysteme übertragbare Krankheiten rechtzeitig entdecken und analysieren können. Es prüft, ob die von nationalen Behörden sowie einschlägigen EU-Einrichtungen und -Agenturen ergriffenen Aktivitäten kohärent sind, wissenschaftlich begründet sind und sich gegenseitig ergänzen. Eine neue **EU-Experten-Taskforce** (EU Health Task Force) für schnelle Gesundheitsmaßnahmen im Falle eines größeren Ausbruchs wurde bei ihm angesiedelt. Die Fähigkeiten zur EU-weiten „digitalen Kontaktnachverfolgung“ wurden beim ECDC integriert.

## Vorbereitung auf europäischen Gesundheitsnotstand

Mit der Verordnung des EU-Parlamentes und des Rates zu „schwerwiegenden grenzüberschreitenden Gesundheitsgefahren“ vom 23. November 2022 schrieb man die bestehenden Strukturen fort und weitete sie aus. (Im Folgenden zitiert als VO2022/2371). Darin wurde erneut begründet, dass angesichts der COVID-19-Pandemie Handlungsbedarf bestehe, um eine „angemessene unionsweite Vorsorge und Reaktion bei sämtlichen grenzüberschreitenden Gesundheitsgefahren“ „einschließlich Gefahren im Zusammenhang mit Zoonosen“ zu gewährleisten (VO2022/2371, Erwägungsgrund 2). Wie bei den WHO-Plänen werden ökologische Probleme zu den Gesundheitsgefahren gezählt, und Gesundheitsvorsorge soll mit dem Konzept „One-Health“ erfolgen:

*„Der Raubbau an wildlebenden Pflanzen und Tieren und anderen natürlichen Ressourcen sowie der beschleunigte Rückgang der biologischen Vielfalt sind eine Gefahr für die menschliche Gesundheit. Da die Gesundheit von Mensch und Tier und die Umwelt untrennbar miteinander verknüpft sind, muss auf bestehende und neue Krisen mit dem Konzept 'One-Health' ['Eine Gesundheit'] reagiert werden“ (VO2022/2371, Erwägungsgrund 9).*

Zu den Schwerpunkten der Prävention und Reaktion auf Gesundheitsbedrohungen zählen abgestimmte, gemeinsame Maßnahmen der EU-Mitgliedsländer, eine breite epidemiologische Überwachung, neue Aufgaben für bestehende Gremien (Gesundheitssicherheitsausschuss, Frühwarn- und Reaktionssystem) sowie die Finanzierung von innovativer Forschung zu medizinischen Gegenmaßnahmen und ihrer gemeinsamen Beschaffung und Bevorratung.

Überwacht werden sollen nicht nur „schwerwiegende, grenzüberschreitende Gesundheitsgefahren“ durch biologische Erreger oder chemische Substanzen, sondern auch die „epidemiologische Überwachung übertragbarer Krankheiten und der damit zusammenhängenden besonderen Gesundheitsrisiken“ (VO2022/2371, Art.1). Dieser

unspezifisch gehaltene Passus lässt die Anwendung der Überwachung bei allen Infektionskrankheiten zu, auch ohne dass ein gesundheitlicher Notstand vorliegt.

Um rechtzeitig Gesundheitsgefahren zu erkennen und ihnen begegnen zu können, würden „Kapazitäten für Überwachung, Tests, Kontaktnachverfolgung, Labors, Schulung des Personals in der Gesundheitsversorgung“ benötigt, aber auch eine abgestimmte „Risiko- und Krisenkommunikation, einschließlich (sic!) für die Angehörigen der Gesundheitsberufe und die Bürgerinnen und Bürger“ (VO2022/2371, Art. 5).

Die Umsetzungsmaßnahmen infolge der Verordnung laufen. Über den Stand der 'EU-Gesundheitssicherheitsarchitektur' informierte die Kommission in ihrem „Bericht über den Stand der Krisenvorsorge im Gesundheitsbereich 2023“ am 15. Dezember 2023. (Im Folgenden zitiert als COM(2023) 792).

## Permanente (epidemiologische) Überwachung

Das umfangreiche Kapitel III der Verordnung regelt die Erfassung von Daten zur Ermittlung von Gesundheitsrisiken. Ein „Netz für die (permanente) epidemiologische Überwachung übertragbarer Krankheiten, einschließlich Krankheiten zoonotischen Ursprungs“ in EU- sowie Drittländern soll geschaffen werden (VO2022/2371, Art. 13). Grenzüberschreitende Krankheitsausbrüche sollen lokalisiert und bewertet werden, u. a. durch „Modellierung und Entwicklung von Reaktionsszenarios“. Darüber hinaus gilt die besondere Aufmerksamkeit der Kontaktverfolgung, um Ausbrüche einzudämmen. Die Kontaktnachverfolgung soll alle Personen betreffen, die sich möglicherweise infiziert haben oder möglicherweise mit infizierten Personen in Kontakt gekommen sind (vgl. VO2022/2371, Art. 3, Hervorh. d. Verf.). Die Kommission ernennt Referenzlabore, damit in den Mitgliedstaaten – freiwillig – einheitliche Diagnose- und Testmethoden verwendet werden (VO2022/2371, Art. 15).

Eine wesentliche Rolle kommt der **zentralen, digitalen Überwachungsplattform beim ECDC** zu. Die Überwachung, Verwaltung und der Austausch der Daten soll über eine digitale „integrierte und interoperable“ Plattform erfolgen, die „gegebenenfalls eine Überwachung in Echtzeit“ erlaubt, „um die Prävention und Kontrolle übertragbarer Krankheiten zu unterstützen“ (VO2022/2371 Art. 14). Integriert werden auch bestehende Überwachungsstrukturen auf EU- und nationaler Ebene, wie zum Beispiel **EIOS** (Epidemiebezogene Informationen aus offenen Quellen) oder das **UNITED4Surveillance** System (Aufbau von Kapazitäten auf Unionsebene und auf nationaler Ebene für die integrierte Überwachung), ein „koordiniertes Überwachungssystem für grenzüberschreitende Krankheitserreger im Rahmen des Konzepts 'One Health' zur „Überwachung von Tieren und Umwelt auf Zoonosen“ (COM(2023) 792, S. 16). Zur Fülle der bestehenden, neuen und neu verknüpften Überwachungsstrukturen gehört auch das **ARGUS-System**, um „ein zeitnahes und aktuelles Lagebild zu erstellen, das für die Notfallplanung, die angemessene Koordinierung und die Entscheidungsfindung hilfreich ist“ (COM(2023) 792, S. 18).

Die neue digitale Überwachungsplattform firmiert unter dem Begriff **MyHealth@EU**. Alle Mitgliedstaaten sollen bis 2025 daran angeschlossen werden. „Die Mitgliedstaaten sind dafür verantwortlich, dass das integrierte Überwachungssystem regelmäßig mit zeitnahen, vollständigen und genauen Informationen, Daten und Dokumenten gespeist wird“. Im Gegenzug erhalten sie über das **Europäische Frühwarnsystem EWRS** Warnmeldungen, um die „zum Schutz der öffentlichen Gesundheit notwendigen Maßnahmen“ zu ergreifen (VO2022/2371, Art. 18, Hervorh. d. Verf.).

Die Kommission kann zusammen mit dem Gesundheitssicherheitsausschuss, der nach 9/11 eingerichtet wurde und in dem nationale Gesundheitsbehörden vertreten sind, den Mitgliedstaaten Empfehlungen zu gemeinsamen

Strategien geben, z. B. zu „**Impfstrategien, Tests und Überwachung sowie Risikokommunikation**“ (COM(2023) 792, S. 20, Hervorh. d. Verf.). Im Anhang 1 (VO2022/2371) wird festgelegt, für welche Risiken die Überwachung gilt.

*„Insbesondere muss eines der folgenden Kriterien erfüllt sein:*

- (1) hohe Morbidität, hohe Mortalität oder neu auftretende Krankheit (zunehmender Fünfjahrestrend) in einem wesentlichen Prozentsatz der Mitgliedstaaten;*
- (2) Potenzial zur Verursachung grenzüberschreitender Ausbrüche;*
- (3) hochgefährlicher Erreger (Übertragbarkeit und Schwere);*
- (4) spezifische gezielte nationale oder unionsweite Programme im Bereich der öffentlichen Gesundheit, die Beobachtung und Evaluierung erfordern;*
- (5) Überwachung in der Union bietet anderen Mehrwert im Bereich der öffentlichen Gesundheit für nationale Überwachungssysteme als die Kriterien 1 bis 4.“*

Abgesehen vom 3. Kriterium sind die Kriterien unspezifisch und ohne Konkretisierung in Bezug auf die Schwere einer Erkrankung. Besonders weitreichend ist das letzte Kriterium, das einen Mehrwert für nationale Überwachungssysteme als Legitimation für Überwachung erlauben soll. **Der Überwachung auf potentielle Gesundheitsrisiken werden daher keine Grenzen gesetzt.**

Welche Daten werden in die digitale Überwachungsplattform eingespeist? Es handelt sich um „die automatisierte Erhebung von Überwachungs- und Labordaten“, „einschlägigen nicht personenbezogenen Gesundheitsdaten aus einer zuvor festgelegten und genehmigten Liste von elektronischen Gesundheitsakten und -datenbanken“, der „Medienbeobachtung“ sowie Daten, die für die Sekundärnutzung durch Pharmaindustrie oder Regierungen zur Verfügung stehen. Künstliche Intelligenz wird genutzt „zur Validierung, Analyse und automatisierten Meldung“ der Daten (VO2022/2371 Art. 14, Abs. 2). Um jederzeit über potentielle Gesundheitsrisiken informiert zu sein, darf das ECDC vielfältige moderne digitale Technologien nutzen, „darunter digitale mobile Anwendungen, Modelle künstlicher Intelligenz, weltraumgestützte Anwendungen oder andere Technologien zur automatisierten Kontaktnachverfolgung“. „Gegebenenfalls“ soll der Datenschutz berücksichtigt werden (VO2022/2371 Art. 14).

Hinter den nicht abschließend aufgeführten abstrakten Begriffen der Verordnung kann man sich bekannte und neue Datenquellen vorstellen: die elektronischen Patientenakten, digitale Testnachweise und Impfbzertifikate, Satellitendaten für Risiken im Zusammenhang mit One-Health oder Naturkatastrophen, GPS-Daten zur Kontaktverfolgung, Warn-Apps zur Identifikation von Infektionsketten, die Auswertung von Mobilitätsdaten von Handynutzern, die von Telekommunikationsanbietern erhoben werden, Abwassermonitoring, Systeme der Telemedizin und Fernüberwachung (Sensoren, Wearables oder mobile Apps, Überwachungsdaten von Kranken, die in Clouds abgespeichert werden), Suchanfragen über Internetsuchmaschinen, Modellierungen von Infektionswellen und Inzidenzen.

Weitere digitale Datenquellen könnten in Zukunft erschlossen werden: Die EU-Kommission arbeitet an „Digital Travel Credentials“. Geplant ist, Reisedokumente nur noch in digitaler, biometrischer Form auszugeben. Bei Grenzübertreten soll „ein ‘umfassender Abgleich biometrischer Daten’ (erfolgen). Die EU baut dafür bereits seit einigen Jahren eine Biometrie-Superdatenbank über alle IT-Systeme im Sicherheitsbereich hinweg auf.“

Verhandlungen über ein **EU-Gesetz zum europäischen Gesundheitsdatenraum** stehen vor dem Abschluss. Dabei geht es um die Frage, ob alle Daten der fast 500 Millionen EU-Bürgerinnen und Bürger, die mit Gesundheit und Krankheit verbunden sind, EU-weit erfasst, genutzt und weitergegeben werden dürfen. Zwei Regelungsbereiche sind

zu unterscheiden: das Anlegen einer elektronischen Patientenakte (ePA) und die Sekundärnutzung der darin gespeicherten Daten für Interessenten außerhalb des medizinischen Behandlungskontextes. Befürworter betonen den einfacheren digitalen Zugang von Patienten zu den elektronisch gespeicherten Behandlungsdaten sowie wirtschaftliche Vorteile: einen Binnenmarkt für elektronische Patientendatensysteme, digitale Gesundheitsdienstleistungen und -produkte.

Eine vorläufige Einigung wurde im Rahmen der Trilog-Verhandlungen, bei denen Vertreter des EU-Parlaments, (Minister)Rats und der Kommission beteiligt sind, Mitte März 2024 erzielt. Sie sieht zwar ein Widerspruchsrecht (opt-out) von Bürgerinnen und Bürgern gegen das Anlegen einer ePA und die Sekundärnutzung vor. Dieser Widerspruch erfasst aber nicht die Nutzung der anonymisierten oder pseudonymisierten Daten für „Zwecke des öffentlichen Interesses, der Politikgestaltung, der Statistik und der Forschung im öffentlichen Interesse“. Über das EU-weite Ausrollen der elektronischen Patientenakten entsteht ein unendlicher Datenpool für die oben erwähnte zentrale Überwachungsplattform. Die endgültige Abstimmung im EU-Parlament ist Ende April vorgesehen. Angesichts des Zeitdrucks am Ende der Legislaturperiode ist zu erwarten, dass das EU-Parlament der Trilog-Vorlage zustimmt.

Im Kontext einer Politik der 'digitalen Gesundheit' und Pandemieprävention wurde eine Fülle neuer lukrativer Projekte und Programme aufgelegt, die aus EU-Mitteln (EU4Health und Horizon) finanziert werden. Hier einige Beispiele:

- Ein Netz „ständig einsatzbereiter“ Produktionskapazitäten für Impfstoffe, die im Falle einer gesundheitlichen Notlage schnell aktiviert werden können, wurde gegründet (EU FAB network). Bis Sommer 2023 wurden vier EU-FAB-Verträge mit Pharmafirmen geschlossen, „um die Kapazität für die jährliche Herstellung von bis zu 325 Millionen verschiedenen Arten von Impfstoffen zu reservieren“ (COM (2023) 792).
- Ein Vertrag zur Schaffung eines Nachrichtendienstes sammelt Informationen, um präventiv Gesundheitsbedrohungen zu erfassen, bevor sie zu Gesundheitsnotständen geworden sind, genannt ATHINA (Advanced Technology for Health INtelligence and Action IT System).
- PANDASIA entwickelt Vorhersagemodelle zur Gefahr durch Zoonosen.
- DURABLE umfasst ein Netzwerk von Laboren gegen aufkommende Epidemien.
- HERA Invest stellt Finanzmittel für Innovation und Forschung zur Verfügung.
- Als hätte es die Kritik an der Aussagekraft des PCR-Tests zur Ermittlung von „Infizierten“ nie gegeben, darf im Projekt PCR-Test für alle (PCR 4 All) nach technischen Vereinfachungen gesucht werden, um den **PCR-Test** als **Massen-Screening-Methode** einzusetzen. Die **European Health and Digital Executive Agency (HaDEA)** sieht darin die **erste Verteidigungslinie bei der Bekämpfung künftiger Pandemien**“ (Hervorh. d. Verf.).

## Berichtspflichten der Staaten

Die Verordnung verpflichtet die Nationalstaaten, den Stand ihrer Krisenpräventions- und reaktionspläne und deren Umsetzung „der Kommission und den einschlägigen Agenturen und Einrichtungen der Union bis zum 27. Dezember 2023 und anschließend alle drei Jahre“ darzulegen (VO2022/2371, Art. 7). Die Kommission veröffentlicht dann Länderberichte und ihre Empfehlungen zur Behebung des Handlungsbedarfs. Per Durchführungsverordnung hat die

Kommission am 21.9.2023 einen umfangreichen Fragebogen vorgelegt. Um den Denkhorizont und die Prioritäten der Kommission zu vermitteln, werden Inhalte des Fragebogens ausführlich wiedergegeben. Abgefragt werden beispielsweise,

- wie der Nationalstaat die Internationalen Gesundheitsvorschriften der WHO umsetzt und ob er mit EU-Agenturen und Einrichtungen bei der Krisenprävention und -reaktion zusammenarbeitet;
- **„Labortestkapazitäten** im Falle gesundheitlicher Notlagen“, incl. Kapazitäten zur Sequenzierung und der Einführung neuer Testverfahren, wenn neuartige Erreger mit Pandemiepotenzial auftreten. Die höchste Punktzahl erhält ein Staat, der **eine wöchentliche Probenprüfkapazität von mehr als 2 % der Bevölkerung nachweisen** kann. Die Frage nach dem „Zugang zu Hochsicherheitslaboren“ (Schutzstufe 4), (in denen auch die gefährlichen *Gain-of-Function*-Forschungen stattfinden (Anmerkung d. Verf.) wird mit dem Hinweis versehen: *Nach Artikel 346 Absatz 1 AEUV ist kein Mitgliedstaat verpflichtet, Auskünfte zu erteilen, deren Preisgabe seines Erachtens seinen wesentlichen Sicherheitsinteressen widerspricht.*
- **Überwachungskapazitäten** bezüglich Abwasserüberwachung und automatisierte Überwachungssysteme für Atemwegserkrankungen; „Pläne und Infrastruktur für die zeitnahe und kontinuierliche Bewertung der Pandemiegefahr“ sowie spezifische Epidemie-Reaktionspläne;
- Möglichkeiten der Personalaufstockung im Falle einer Gesundheitskrise;
- die Bedarfsermittlung sowie die Finanzierung von Forschungs- und Produktionskapazitäten für medizinische Gegenmaßnahmen;
- ob es einen **„gesonderten, speziellen nationalen Risikokommunikationsplan“** gibt;  
Die höchste Punktzahl erhält ein Staat, der seine Risikokommunikation „auf konventionelle Medien sowie Online- und soziale Medien ausgerichtet“ hat, eine spezielle Zielgruppenanalyse durchführt und darauf zugeschnittene Kommunikationsmaßnahmen einleitet, eine „proaktive Öffentlichkeitsarbeit auf verschiedenen Kanälen (z.B. Hotline, Beschwerdesysteme, Monitoring von Social-Media-Plattformen (‘Social Listening’)“ sowie ein „tägliches Monitoring von Online- und Offline-Medien“ durchführt und das Risikokommunikationssystem getestet hat;
- ob Gesundheitskontrollen an den Grenzen durchgeführt werden, incl. der Weitergabe von Gesundheitsdaten an nationale oder internationale Stellen;
- die **Überwachung von „ Zoonosen und umweltbedingte(n) Gefahren, einschließlich klimabedingter Gefahren** sowie entsprechender Schulungsprogramme;  
Die Staaten sollen mitteilen, ob in den nationalen Präventionsplänen die „tatsächlichen oder prognostizierten Auswirkungen des Klimawandels auf Zoonosen“, „die tatsächlichen oder prognostizierten Auswirkungen extremer Wetterereignisse (etwa Hitzewellen, Überschwemmungen oder - indirekt - Waldbrände) auf die öffentliche Gesundheit“ berücksichtigt werden.
- Antimikrobielle Resistenzen (AMR);
- ob der Mitgliedstaat Teil eines **Netzwerks** von Einrichtungen für **klinische Studien** oder Kohortenstudien ist, das die **Teilnahme an Großversuchen** fördert.

Vor dem Hintergrund dieser Auskunftspflichten kann die „Etablierung eines bevölkerungsbezogenen Gesundheitspanels“ durch das RKI ingeordnet werden. „Mit dem Panel wird eine neue Infrastruktur für kontinuierliche epidemiologische Studien zur Beobachtung der Gesundheit der Bevölkerung in Deutschland bereitgestellt“. „Befragungsdaten, Messdaten und Labordaten zur Beschreibung der gesundheitlichen Lage (sollen) fortlaufend erhoben werden und zeitnah verfügbar sein“, heißt es. Eine Stichprobe von bis zu 70.000 Personen soll regelmäßig befragt werden.

## Von der Warnmeldung zum europäischen Gesundheitsnotstand

Neu ist, dass mit der Verordnung über grenzüberschreitende Gesundheitsgefahren auch **für die EU eine Gesundheitswarnung oder ein Gesundheitsnotstand ausgerufen** werden kann, unabhängig von der WHO. Eine Warnmeldung einer nationalen Behörde oder der Kommission kann erfolgen, wenn eine „schwerwiegende, grenzüberschreitende Gesundheitsgefahr“ vorliegt oder droht. Das trifft zu, wenn ein Ereignis „ungewöhnlich oder unerwartet“ ist und „tatsächlich oder potenziell“ ein erhebliches Erkrankungs- oder Sterberisiko besteht und das EU-Land alleine damit vermutlich nicht fertig wird (VO2022/2371, Art. 19). Nach der Warnmeldung findet eine Risikobeurteilung statt durch das ECDC, die Europäische Arzneimittel-Agentur (EMA), die Europäische Behörde für Lebensmittelsicherheit (EFSA), die Europäische Chemikalienagentur (ECHA) oder die Umweltagentur.

Nach einer Warnmeldung stimmen sich die Mitgliedstaaten „im Rahmen des Gesundheitssicherheitsausschusses und im Benehmen mit der Kommission“ über ihre Reaktion ab (VO2022/2371, Art. 21). Dazu gehört, den Forschungsbedarf für Gegenmaßnahmen festzulegen sowie „die **Risiko- und Krisenkommunikation**, die (...) zum Ziel hat, in der Union die **Öffentlichkeit und das Personal in Gesundheitsversorgung und Gesundheitswesen mit kohärenten und koordinierten Informationen zu versorgen**“ (Hervorh. d. Verf.).

Der **Alarm wird in eine Phase vor einer Gesundheitsgefahr vorverlegt** und kann ausgelöst werden aufgrund von Vermutungen oder Befürchtungen. Er löst die Freigabe öffentlicher Gelder zur schnellen Entwicklung von medizinischen Gegenmaßnahmen aus, das heißt Aufträge für die Pharmaindustrie. Schon zu diesem Zeitpunkt wird die öffentliche Kommunikation über das Ereignis EU-weit abgestimmt und gleichgerichtet. Zudem werden **Bewegungen und Kontakte von Menschen verfolgt**. Auch Drittländern soll „Zugang zur Interoperabilität der Kontaktnachverfolgung gewährt werden“ (VO2022/2371, Art. 28).

Im Hinblick auf die zu treffenden Maßnahmen bleibt die Verordnung vage. Die Kommission kann Maßnahmen empfehlen, die notwendig, angemessen und verhältnismäßig sein und „insbesondere jede unnötige Einschränkung der Freizügigkeit und des freien Waren- und Dienstleistungsverkehrs“ vermeiden sollen (VO2022/2371, Art. 22). Wie wenig diese Kriterien vor massiven Grundrechtseinschränkungen schützen, war während der Corona-Maßnahmen zu erleben. Der Europäische Gerichtshof EuGH hat im Dezember 2023 „Reiseverbote sowie Screening- und Quarantäneverpflichtungen während der Gesundheitskrise“ für gerechtfertigt erklärt. Darüber hinaus lässt die Häufigkeit, mit der in der Verordnung die Kontaktnachverfolgung thematisiert wird, befürchten, dass die Bewegungserlaubnis von behaupteten ‘Gefährdern’ (Ungeimpften), ‘Immunisierten’ (Geimpften) oder ‘Unbedenklichen’ (Getesteten) im Falle einer Gesundheitskrise wieder unterschieden wird. Dafür spricht auch das schon eingeführte digitale Zertifikat, das zur Zeit ruht, aber jederzeit wieder aktiviert werden kann.

**Die EU-Kommission allein erhält das Recht, einen europäischen Gesundheitsnotstand auszurufen. Sie kann „formell eine gesundheitliche Notlage auf Unionsebene feststellen; dies schließt Pandemien ein, bei denen die**

**betreffende schwerwiegende grenzüberschreitende Gesundheitsgefahr die Gesundheit der Bevölkerung auf Unionsebene gefährdet“** (VO2022/2371, Art. 23, Hervorh. d. Verf.).

Auslöser der Notlage können alle Gefahren sein, die biologische, chemische oder klimabedingte Ursachen haben. Davon wären Infektionskrankheiten ebenso erfasst wie Atomunfälle oder Naturkatastrophen. Die Mitgliedsstaaten oder das EU-Parlament werden nicht zwingend einbezogen. Die erwähnten Beratungsgremien müssen nicht verbindlich hinzugezogen werden und sind teilweise von der Kommission selbst bestimmt worden (Beratender Ausschuss). Die neuen Kompetenzen beziehen sich im Wesentlichen auf die Beschaffung, Entwicklung und Produktion von (innovativen) Medizinprodukten (VO2022/2371, Art. 25). Mit Verweis auf weitere Verordnungen können „Notfallpläne() für Forschung und Innovation“, die EU-Gesundheits-Taskforce und im Falle von Katastrophen die IPCR-(Integrated Political Crisis Response)-Regelung aktiviert werden.

Die EU-Ebene erhält kein Durchgriffsrecht in die Nationalstaaten bezüglich deren Maßnahmen im Falle einer Gesundheitskrise. Sie kann keine der sogenannten nichtpharmazeutischen Maßnahmen wie Lockdowns oder Ausgangssperren anordnen. Allerdings werden alle etablierten Systeme der Kontaktverfolgung genutzt und die Ausrufung eines Gesundheitsnotstandes kann den Mitgliedsländern als Legitimation für Testpflichten oder die Beschränkung der Freizügigkeit dienen.

Es bleibt die Frage, warum es so wichtig war, einen Europäischen Gesundheitsnotstand auszurufen zu können, unabhängig von der globalen Situation und der WHO. Eine Erklärung könnten die Inhalte der Notfallpläne liefern. Über Notfallpläne für Forschung und Innovation kann die **Entwicklung neuer Arzneimittel und Impfstoffe mit öffentlichen Geldern gefördert** werden. Auch **beschleunigte Zulassungsverfahren und Notfallgenehmigungen** können ermöglicht werden. Unter Berufung auf einen Notstand können Sicherheitsstandards in der Arzneimittelentwicklung und -zulassung gesenkt werden. Der Begriff der Innovation lässt die voreilige Etablierung von gentechnischen Anwendungen im Krisenmodus befürchten. Sowohl die Impfkohalition CEPI als auch die G20-Staaten haben als Ziel ausgegeben, neue Impfstoffe innerhalb von 100 Tagen entwickeln zu können. Die mRNA-Plattform gilt als zukünftige Standardtechnologie.

## **Kampf um die Meinungshoheit zu Gesundheitsthemen**

Noch bevor die WHO am 11.3.2020 die Pandemie ausgerufen hatte, galt der Kontrolle der öffentlichen Meinung schon ein besonderes Augenmerk. Die „Infodemie“ wurde als Gefahr ausgemacht, gleichwertig der des neuen Erregers. Bei seiner Rede auf der Münchner Sicherheitskonferenz Mitte Februar 2020, zu dem Zeitpunkt gab es 505 Fälle außerhalb Chinas, warnte WHO-Chef Tedros Gebreyesus:

*„Wir sind besorgt über das Ausmaß von Gerüchten und Fehlinformationen, die die Reaktion behindern. Die Ausbrüche von Ebola und COVID-19 unterstreichen einmal mehr, wie wichtig es für alle Länder ist, in die Vorsorge zu investieren und nicht in Panik zu verfallen. Aber wir kämpfen nicht nur gegen eine Epidemie, sondern auch gegen eine Infodemie. Fake News verbreiten sich schneller und leichter als dieser Virus und sind genauso gefährlich. Deshalb arbeiten wir auch mit Such- und Medienunternehmen wie Facebook, Google, Pinterest, Tencent, Twitter, TikTok, YouTube und anderen zusammen, um die Verbreitung von Gerüchten und Fehlinformationen zu bekämpfen.“*

Anfang Juni 2020 nahm die „Europäische() Beobachtungsstelle für digitale Medien (EDMO)“, ihre Arbeit auf. „Das Projekt soll helfen, „die für Desinformation relevanten Akteure, Werkzeuge, Methoden, Verbreitungsdynamik,

priorisierten Ziele und Auswirkungen auf die Gesellschaft zu verstehen. Es wird die wissenschaftlichen Erkenntnisse über Online-Desinformation erweitern, aber auch die Entwicklung eines EU-Marktes für Dienste zur Faktenprüfung vorantreiben und die Behörden unterstützen, die für die Überwachung digitaler Medien und die Entwicklung neuer politischer Strategien zuständig sind.“

Im „verschärfte(n) Verhaltenskodex zur Bekämpfung von Desinformation“ vom Juni 2022 verpflichten sich Online-Medien und Plattformen u. a. zur „Demonetisierung der Verbreitung von Desinformation; Gewährleistung der Transparenz der politischen Werbung; Verbesserung der Zusammenarbeit mit Faktenprüfern“. Die EU-Verordnung zur Pandemieprävention greift das Thema der 'richtigen' Information im Hinblick auf die Risikokommunikation auf (VO2022/2371, Art. 3).

Auch die aktuell auf WHO-Ebene verhandelten Verträge (Revision der Internationalen Gesundheitsvorschriften IHR und Pandemievertrag) wollen öffentlich geäußerte Zweifel an Epidemiemaßnahmen unterbinden. Laut dem Textvorschlag zum Pandemievertrag sollen die Staaten ein ausführliches Bildungsprogramm für die Bevölkerungen vorsehen, um ihre Wachsamkeit gegenüber Pandemien zu stärken sowie die Vorteile des wissenschaftlich-technologischen Fortschritts zu vermitteln (WHO CA+, Art. 18). Sie sollen Gesetze erlassen, um falsche und irreführende Informationen in sozialen Medien zu bekämpfen sowie Kommunikationsstrategien entwickeln, um Skepsis gegenüber Regierungen, der Wissenschaft, Pandemiemaßnahmen und Impfungen (sic!) zu bekämpfen. (Siehe auch IHR, Art. 44).

## **Digital Services Act als Gatekeeper gegen „Desinformation“**

Die öffentliche Meinungsbildung oder wissenschaftliche Debatte zu Gesundheitsfragen droht durch den EU-Digital Services Act (DSA) (Digitale-Dienste-Gesetz) beeinflusst zu werden. Er trat am 17. Februar 2024 in vollem Umfang in Deutschland in Kraft. Der DSA umfasst die Regelung des Onlinehandels im EU-Binnenmarkt. Zusätzlich zu Verbraucherschutzaspekten verpflichtet das Gesetz die Betreiber digitaler Plattformen, gegen rechtswidrige Inhalte vorzugehen.

Laut dem Richter im Ruhestand, Manfred Kölsch, sollen sie aber auch „besonders darauf achten, wie ihre Dienste zur Verbreitung oder Verstärkung nur irreführender oder täuschender Inhalte einschließlich Desinformationen genutzt werden“ könnten. Desinformation kann sich auf irreführende Produktwerbung oder politisch unerwünschte Meinungsbeiträge beziehen. Kölsch führt aus:

*„Der Begriff 'Desinformation' ist aber in dem DSA nicht definiert. Die Kommission hat jedoch schon 2018 klargestellt, dass Desinformationen unter anderen solche sind, die 'öffentlichen Schaden' anrichten können. Dabei bestimmt sie, unter öffentlichem Schaden seien 'Bedrohungen für die demokratischen politischen Prozesse und die politische Entscheidungsfindung sowie für öffentliche Güter wie den Schutz der Gesundheit (...) der Umwelt und der Sicherheit zu verstehen.'“*

Entsprechend werden Anbieter großer Plattformen verpflichtet, mindestens einmal jährlich einen Bericht über systemische Risiken im Zusammenhang mit ihrer Tätigkeit abzugeben. Dazu gehören die „Verbreitung rechtswidriger Inhalte über ihre Dienste“, „etwaige tatsächliche oder vorhersehbare nachteilige Auswirkungen auf die Ausübung der Grundrechte, insbesondere (...) der Menschenwürde, des (...) Grundrechts auf Schutz personenbezogener Daten, des (...) Grundrechts auf die Meinungs- und Informationsfreiheit, einschließlich Medienfreiheit und -pluralismus“, „alle tatsächlichen oder absehbaren nachteiligen Auswirkungen auf die

gesellschaftliche Debatte und auf Wahlprozesse und die öffentliche Sicherheit; (...) alle tatsächlichen oder absehbaren nachteiligen Auswirkungen in Bezug auf (...) den Schutz der öffentlichen Gesundheit“ (DSA, Art. 34). In diesem Sinne risikoreiche Eintragungen sind zu moderieren, das heißt mit Warnhinweisen, geringer Sichtbarkeit oder Sperren zu versehen (DSA, Art. 35).

Es ist unschwer zu erkennen, dass die Anforderungen in sich widersprüchlich und voller unbestimmter Rechtsbegriffe sind. In diesem Kontext könnten die „trusted flaggers“ eine zentrale Rolle erhalten. Ein **„Kordinator für digitale Dienste des Mitgliedstaates“ ernennt vertrauenswürdige Hinweisgeber auf illegale Inhalte** (DSA, Art. 22). Und die Plattformen müssen Partnerschaften mit Organisationen zur Überprüfung von Fakten schließen. Von der Regierung auserkorene Faktenchecker entscheiden also darüber, ob Beiträge auf Online-Plattformen illegal sind oder eventuell Gefahren für die öffentliche Gesundheit und Sicherheit darstellen. Es ist zu erwarten, dass sie immer die Narrative und Einschätzungen von offiziellen Organisationen, Regierungen und Behörden zugrunde legen, so undifferenziert, falsch oder unkritisch pharmanah diese auch sein mögen. Beispiele dafür können aus der Corona-Zeit zahlreich genannt werden.

Noch im Dezember 2023 heißt es in einer Mitteilung der EU-Kommission pauschal, „Impfungen sind von grundlegender Bedeutung, um die Ausbreitung von Infektionskrankheiten zu verhindern“, obwohl bewiesen ist, dass Impfungen gegen Atemwegsinfektionen bestenfalls dem Selbstschutz dienen können. In derselben Mitteilung wird gefordert, **„Impfskepsis in der Bevölkerung (sei) entgegenzuwirken“**, da sie **„ein zunehmendes Risiko für die öffentliche Gesundheit darstellt“**. (COM(2023) 792, S. 3, Hervorh. d. Verf.). Correctiv-Geschäftsführer David Schraven gab an, dass Mitteilungen von Regierungsseite, die über Meta / Facebook verbreitet werden, explizit keinem Fakten- und Desinformationscheck unterworfen werden sollen.

Kölsch befürchtet, „dass politisch unliebsame Meinungen, ja wissenschaftlich argumentierte Positionen gelöscht werden können“. Die Auslagerung der Meinungskontrolle an private Zensurdienstleister schottet die Regierungen zugleich vom Vorwurf der Zensur ab.

Im Falle einer Krise soll dafür gesorgt werden, die regierungsoffizielle Darstellung auszurollen, wie die Bestimmungen zum „Krisenreaktionsmechanismus“ (DSA, Art. 36) offenbaren. Eine Krise „gilt als eingetreten, wenn außergewöhnliche Umstände eintreten, die zu einer schwerwiegenden Bedrohung der öffentlichen Sicherheit oder der öffentlichen Gesundheit in der Union oder in wesentlichen Teilen der Union führen können.“

In diesem Falle sollen die Plattformen oder Suchmaschinen analysieren, inwiefern der Betrieb und die Nutzung dazu eventuell beigetragen haben und Beiträge moderieren, das heißt warnen oder löschen (DSA, Art. 35). Online-Plattformen und Suchmaschinen-Betreiber werden eingeladen, „sich an der Ausarbeitung, Erprobung und Anwendung“ von „Krisenprotokolle(n) zu beteiligen.“ Diese sollen die **„hervorgehobene Darstellung von Informationen über die Krisensituation, die von den Behörden der Mitgliedstaaten oder auf Unionsebene oder je nach Krisenkontext von anderen einschlägigen zuverlässigen Stellen bereitgestellt werden“** umfassen (DSA, Art 48, Hervorh. d. Verf.). Im Falle einer Krise dürfen also Internetkonzerne zusammen mit Regierungsstellen und anderen – von eben jenen Regierungsstellen als zuverlässig eingeordneten – Stellen darüber entscheiden, wie über die Krise, ihre Ursachen und Bewältigungsmöglichkeiten öffentlich zu reden ist.

Die strukturelle Benachteiligung der Nutzer großer Plattformen wird mit dem DSA verschärft. Denn mit der Ausweitung der Anlässe für Sperren oder Löschungen wachsen die Schwierigkeiten, sich gegen ungerechtfertigtes Vorgehen der Internetmedien-Konzerne zu wehren. Zugleich wird die Verbreitung wichtiger Informationen und

Analysen der Gegenöffentlichkeit unterbunden, wenn durch Löschungen und Sperren die Reichweite gekappt wird. (Ein eindrückliches Beispiel zeigt das Interview mit dem Berliner Unternehmer Jörg Kuttig vom 1.2.2024.)

Die Ermittlung und Verfolgung von „Risiken“ durch die öffentliche Meinungsbildung erfolgt analog der Ermittlung von Gesundheitsrisiken. Manfred Kölsch warnt:

*„Die Herrschaft des Verdachts wird ausgedehnt (...) Die Überwachungsverpflichtung aller Akteure ist **präventiv** angelegt. Es geht immer um 'voraussichtlich kritische', 'voraussehbar nachteilige' oder 'absehbar nachteilige Auswirkungen' auf die 'gesellschaftliche Debatte', die 'öffentliche Sicherheit' oder die 'öffentliche Gesundheit'.“*

## Fazit und Einordnung

- Die um sich greifenden Einrichtungen zum „betreuten Denken“ bedeuten einen Rückfall hinter die Aufklärung. Mut sich seines eigenen Verstandes zu bedienen und der Zweifel an offiziellen Dogmen (Narrativen) gelten als Gefährdung der Volksgesundheit und Sicherheit, wenn nicht Straftat. Die Menschen werden im „Gängelwagen“ der „Oberaufsicht“ von „Vormündern“ (Kant) aus Regierungen und Machteliten gehalten.
- Umwelt und öffentliche Gesundheit fallen laut dem geltenden Vertrag über die Arbeitsweise der Union AEUV in die geteilte Zuständigkeit zwischen EU-Kommission und Mitgliedsstaaten. Das (vermeintlich) schlechte Management der Corona-Pandemie dient als Begründung, der EU-Ebene mehr Kompetenzen zu übertragen und mehr EU-weit beratende und koordinierende Einrichtungen zu schaffen. Das verleiht der EU-Kommission faktisch mehr Entscheidungsbefugnisse und Einfluss, ohne mit der Begrenzung durch die EU-Verträge zu kollidieren. Die Kommission und ihre Unterbehörden werden zum Knoten, in dem alle Informationen zusammenfließen. Die Gleichrichtung der Präventionspolitik geschieht nicht durch sanktionsbewehrte Vorschriften, sondern durch soft law, Berichtspflichten sowie Bewertungen der Berichte und des erforderlichen Handlungsbedarfs. Auf diese Weise kann Druck auf die Länder ausgeübt werden, die der normierten Präventionspolitik nicht folgen.
- Die in den letzten Jahren verabschiedeten Rechtsakte zum Umgang mit Bedrohungen der öffentlichen Gesundheit kreisen um digitale Überwachung von möglichen biologischen, chemischen oder ökologischen Krankheitsauslösern, menschlichen Kontakten und Bewegungen, die Kontrolle der öffentlichen Meinungsbildung sowie neue Produkte der Pharmaindustrie als Gegenmaßnahmen.
- Es findet eine Aufblähung der mit der Prävention, Entdeckung und Reaktion auf (potentielle) Gefahren für die öffentliche Gesundheit(ssicherheit) befassten Exekutiv- und IT-Strukturen statt – sowohl bezogen auf Krankheitserreger als auch auf digitale Kommunikationsforen.
- Die Erfassung, Verarbeitung, Verknüpfung und Auswertung von Daten, die im weitesten Sinne mit öffentlicher Gesundheit zu assoziieren sind, wird zu einem einträglichen, aus öffentlichen Mitteln finanzierten Geschäftsfeld für Labore, Universitäten, Pharmafirmen, Soft- und Hardware-Firmen, IT-Dienstleister, Betreiber von Hochleistungsrechnern sowie autorisierte Faktenchecker.
- Die Überwachung erfolgt im Interesse – unter dem Vorwand – eines präventiven Gesundheitsschutzes entgrenzt und anlasslos. Sie umfasst Menschen, Tiere und Umweltveränderungen. Jede Abweichung von einer algorithmisch definierten oder modellierten Normalität löst Alarm aus. Eine Prämisse dabei ist, dass die Menschen für einander Bedrohungen darstellen, die durch permanente Überwachung ihrer Bewegungen,

Kontakte und Ausscheidungen einzudämmen sind. Gesundheitsfürsorge und Gesundheitsvorsorge, die den Menschen – und nicht die Daten – in den Mittelpunkt stellt, fehlt völlig.

- Als allgemeine Methode der Prävention von Gesundheitsgefahren wird ein technokratisches Verständnis von Gesundheit und Krankheit etabliert, dem ein einfaches Reiz-Reaktions-Schema zugrunde liegt. Daten entscheiden über den Schweregrad einer Epidemie, nicht die tatsächliche Krankheitslast oder Behandlungsbedürfnisse in der Bevölkerung. Die menschliche Wahrnehmung wird ersetzt durch die ‚Wahrheit der Daten‘, die die Wahrnehmung der Realität bestimmt und als Legitimation für Anti-Epidemiemaßnahmen dient. Das lässt sich schon für die Corona-Zeit feststellen. Veröffentlichungen des RKI ist zu entnehmen, dass sich die Covid-19-Wellen im März/April 2020 sowie im September/Oktober 2020 in den bestehenden Überwachungssystemen für Infektionskrankheiten nicht abbilden, „da sich die COVID-19-Fallzahlen noch in einer Größenordnung bewegen, die noch unterhalb des ‚syndromischen Radars‘ liegt.“ Der Hintergrund für Lockdowns, Ausgangs- und Kontaktbeschränkungen war, die Inzidenzen und Risikobeurteilungen nach Infektionsschutzgesetz auf der Zahl positiver PCR-Tests, das heißt Labordaten, zu gründen und nicht auf der Zahl von (schwer) Erkrankten. Im RKI-Wochenbericht vom Dezember 2022 heißt es: „Im Meldesystem nach Infektionsschutzgesetz werden alle gemeldeten SARS-CoV-2 laborbestätigten Fälle erfasst (...) [Zu] einer deutlichen Zirkulation von SARS-CoV-2 in der Bevölkerung [kam] (...) es in Deutschland erst mit dem Auftreten der Omikron-Linien“.

**Eine grundsätzliche Kritik an einer auf ‚Datenwahrheit‘ und ‚Predictive Modelling‘ basierenden Gesundheitspolitik scheint angeraten:** Der Geograph mit Arbeitsschwerpunkt Politische Geographie, Macht und Raum sowie Biopolitik, Henning Füller, betont in seiner Analyse „Steuerung aus den Daten selbst?“:

*„Es geht um eine Kritik an dem mit datenbasierter, prädiktiver Analyse verbundenen Modus der Wahrheitsfindung“. (1)*

Das Vorgehen sei, „ohne die Verzögerung durch eine ärztliche Diagnose, epidemiologisch relevante Ereignisse quasi im Moment ihres Auftretens registrieren zu können“ (S. 213). „Die Daten werden kontinuierlich und – durch den Verzicht auf eine Diagnoseschleife – ungefiltert und damit nahezu in Echtzeit eingespeist. Das angestrebte Ziel geht dabei über ein möglichst zeitnahes Registrieren von Vorfällen hinaus. Idealerweise sollen Gesundheitsgefahren, beispielsweise der Ausbruch einer Infektionskrankheit, erkannt werden, noch bevor es zu diesem Ereignis gekommen ist.“ (S. 216) „Solche Techniken betreiben im Grunde eine Überwachung im Voraus.“ (S. 216, Hervorh. d. Verf.) So erklärt sich, warum die einschlägigen Dokumente den Begriff der Prävention (Vermeidung von Krankheiten) zusätzlich zur Vorsorge verwenden.

Die britische Professorin für Ethik und Digitale Kultur, Btihaj Ajana fordert zu fragen, „wie sich diese Messtechnologien auf unsere ontologische Existenz, unser Sein und unsere Beziehungen sowie auf das, was uns zu Menschen macht, auswirken“:

*„Warum müssen wir überhaupt ‚vorhersagen‘? Ist die Vorhersage nicht eine Form der Kontrolle, und ist die Kontrolle nicht eines der Probleme – dieser Wille, die Welt um jeden Preis zu beherrschen, auch um den Preis des Lebens, der nur dazu führt, dass der Horizont unserer möglichen Zukunft verschlossen bleibt?“*

**Über die Autorin:** Elke Schenk, Jahrgang 1960, studierte Sozialwissenschaften und Germanistik und arbeitet als Lehrerin an einem Berufsschulzentrum. Seit fast zwei Jahrzehnten ist sie ehrenamtlich in globalisierungskritischen

Initiativen engagiert. Themen ihrer Veröffentlichungen und Vorträge sind unter anderem EU-Verträge, EU-Erweiterung, Eurokrise und geopolitische Entwicklungen.

## **Anmerkung**

(1) Henning Füller: Steuerung aus den Daten selbst? Zur Erkenntnisweise algorithmischer Mustererkennung am Beispiel Gesundheitsmonitoring. In: Sybille Bauriedl, Anke Strüver (Hg.): Smart City – Kritische Perspektiven auf die Digitalisierung in Städten. Bielefeld 2018, S. 211-221, hier S. 211.

### **Weitere Artikel zum Thema:**

- **Pandemievertrag: „Das Dramatische ist, dass die Politik diesen Prozess dominiert“** (Interview mit Silvia Behrendt, 27.3.2024)
- **Was steckt hinter dem Pandemievertrag?** (Elke Schenk, 23.5.2023)
- **Pandemievertrag und globale Überwachung** (Silvia Behrendt und Amrei Müller, 5.7.2022)
- **Monkey Business** (Paul Schreyer, 26.5.2022)
- **Falsche Pandemien** (Wolfgang Wodarg, 7.6.2021)