WELT+ MEINUNG CORONA-POLITIK

# *Der deutsche Sonderweg durch die Pandemie*

Stand: 09:03 Uhr | Lesedauer: 7 Minuten

Von Frank Lübberding

„Wenige Informationen": Karl Lauterbach, Gesundheitsminister

Quelle: picture alliance / photothek

Andere Länder sind viel besser darin, Corona-Daten zu sammeln und auszuwerten. Warum greift die deutsche Gesundheitspolitik nicht darauf zurück? Das RKI und Karl Lauterbach geben irritierende Gründe dafür an.

Eine der Binsenweisheiten dieser Pandemie findet sich schon in der Definition des Begriffes: Eine Pandemie ist ein globales Ereignis, deren Auswirkungen betreffen somit die gesamte Menschheit. Insofern muss jedes Land seinen eigenen Umgang damit finden, obwohl Sars-Cov-2 und Covid-19 ansonsten überall gleich sind. Jede Virusvariante verbreitet sich über die modernen Transportwege in einer rasanten Geschwindigkeit, selbst das bisweilen versuchte Abschotten des eigenen Landes gelingt (/kultur/plus233899872/Corona-Massnahmen-Neuseeland-das-falsche-Vorbild.html) nur für begrenzte Zeit.

Trotzdem gibt es erkennbare Unterschiede in der politischen Handhabung dieser gesundheitspolitischen Herausforderung. Die hängen offensichtlich von den jeweils politischen und kulturellen Traditionen genauso ab, wie von der Leistungsfähigkeit des jeweiligen Gesundheitssystems und von der wissenschaftlichen Politikberatung. In

Diktaturen wie in China lassen sich rigorose Eingriffe in die persönliche Freiheit einfacher durchsetzen als in liberalen Verfassungsstaaten. Letztere müssen immer eine Gratwanderung vollführen, um die aus den Maßnahmen resultierenden Konflikte zu beherrschen.

Dabei zeigten sich in Europa interessante Unterschiede: In Skandinavien muss die Politik nur mit einem vergleichsweise geringen Konfliktpotenzial umgehen, in West- und Mitteleuropa kochen dagegen die Emotionen hoch. Dabei geht es in allen Staaten um die gleichen Daten: um Infektionszahlen und Inzidenzwerte, die zu beklagenden Toten und die schweren Fallverläufe in den Krankenhäusern. Alle Staaten verfolgen dasselbe Ziel: die Auswirkungen dieser Pandemie möglichst gering zu halten. Sie wenden aber höchst unterschiedliche Methoden an, um dieses Ziel zu erreichen. In Deutschland drohen weiterhin rigide Kontaktbeschränkungen bis zum Vorschlag einer Neujahrspause, während zum jetzigen Zeitpunkt in Dänemark die Wiedereinführung der Maskenpflicht und der 3G-Regel auszureichen scheinen.

Nun ist im „Philosophie Magazin“ (https://www.philomag.de/archives/61-philosophie-magazin-1-2022https://www.philomag.de/archives/61-philosophie-magazin-1-2022) ein Streitgespräch zwischen dem gerade ernannten Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach (SPD) und dem Bonner Philosophen Markus Gabriel (/regionales/nrw/article225693519/Philosoph-Markus-Gabriel-will-Geimpften-die-Freiheiten-zurueckgeben.html) erschienen. Es fand Anfang September im Rahmen der Phil.Cologne in Köln statt, moderiert von der Chefredakteurin Svenja Flaßpöhler (/kultur/plus234663496/Erotik-Svenja-Flasspoehler-ueber-das-Problem-des-Abstandhaltens.html). Dort machte Lauterbach auf ein „Versäumnis“ aufmerksam: Wir hätten „zum Teil zu wenige Informationen über das gehabt, was wie in anderen Ländern gemacht wurde.“ Es ging dabei um die Frage nach der Wirksamkeit von Schulschließungen, die es in Frankreich im Gegensatz zu Deutschland kaum gab. Das lässt sich auch im Vergleich zu anderen Staaten beobachten: Deutschland war hier einen Sonderweg gegangen.

## Ein Virus kennt keine Grenzen

Lauterbach warnte in dem Streitgespräch davor, Dinge zu bewerten, von denen man „wenig Kenntnis“ habe. Er traue sich nicht zu sagen, „wie erfolgreich die Schulstrategie in Frankreich war. Wie viele Menschen sind zusätzlich gestorben? Oder war es so, dass die Lehrer sehr früh geimpft worden sind?“

Das muss er sich auch nicht zutrauen, es überfordert jeden einzelnen Politiker, Wissenschaftler oder Journalisten. Nur hat es in Deutschland keinen einzigen Versuch gegeben, diese Frage einmal systematisch zu klären. Schließlich ist das Virus überall gleich, auch die Infektiösität etwa von Kindern und Jugendlichen.

Wie können wir aber als Staat von den Erfahrungen anderer Staaten lernen und wie erklären sich die Unterschiede? Bei uns sind für die Auswertung solcher Daten das Bundesgesundheitsministerium und das ihm unterstellte Robert-Koch-Institut (RKI) zuständig.

Auf eine entsprechende Anfrage der WELT antwortete es mit einer beeindruckenden Liste der internationalen Kooperationspartner des RKI. Im RKI ist das „Zentrum für internationalen Gesundheitsschutz“ (https://www.rki.de/DE/Content/Institut/Internationales/COVID_ZIG/COVID_ZIG_node.html) mit dieser Aufgabe betraut. Gleichzeitig beschrieb das RKI in seiner Antwort die Probleme beim Auswerten der Erfahrungen, etwa anderer europäischen Länder. Es sei eine „Übertragung nicht 1:1 möglich“. Vielmehr müssten „die Umstände berücksichtigt werden“.

Darunter versteht das RKI „Unterschiede u.a. in den Definitionen, in der Diagnostik und Teststrategie geben. Die unterschiedlichen Gegebenheiten (z.B. Vorkommen von Virusvarianten, Klima, demografische Unterschiede wie Alterspyramide, andere Lebensumstände und Verhaltensunterschiede) müssen bei der Einordnung der Beobachtungen und den möglichen Schlussfolgerungen berücksichtigt werden. Des Weiteren spielen auch die vorhandenen Kapazitäten und die jeweiligen politischen Priorisierungen und zugrundeliegende Wertevorstellungen eine Rolle. Diese Limitationen sind bekannt und Unterschiede werden in der Bewertung des RKI berücksichtigt“.

## Dänemark, du hast es besser

Dabei bleibt völlig unklar, welche Bewertungen überhaupt vorgenommen worden sind. Die Antwort liest sich wie ein Witz von Radio Eriwan aus der verblichenen Sowjetunion: Im Prinzip ist diese Auswertung sinnvoll, aber in der Praxis leider kaum umsetzbar. Es geht wohlgemerkt etwa um solche einfachen Fragen, wie etwa die Erfahrungen Frankreichs beim Thema Schulschließungen zu beurteilen sind. Diese müsste nicht ein einzelner Politiker klären, aber ein professioneller Apparat zur wissenschaftlichen Politikberatung schon. Dies

würde nicht die Formulierung entsprechender politischer Empfehlungen bedeuten, aber eine Entscheidungshilfe für die verantwortlichen Politiker.

Zudem ist es ein Rätsel, warum solche „Limitationen“ nicht in Deutschland gelten sollen. Skandinavische Staaten haben die Bevölkerungsgröße eines deutschen Bundeslandes, entsprechend groß sind die Unterschiede im deutschen Föderalstaat. Bayern ist anders als Schleswig-Holstein, Sachsen nicht mit Bremen gleichzusetzen. Angesichts dessen ist es schon mutig für Deutschland einheitliche Beurteilungskriterien vorauszusetzen, die aber bei der Berücksichtigung der Erfahrungen anderer europäischer Staaten eine „Limitation“ sein soll.

Der unterschiedliche Umgang betrifft sogar den Umgang mit virologischen Standards: So meldete (https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/129742/Zahl-bestaetigter-Omikron-Faelle-in-Daenemark-sprunghaft-gestiegen) das kleine Dänemark am 6. Dezember mit seinen noch nicht einmal sechs Millionen Einwohnern 261 nachgewiesene Fälle mit der Omikron-Variante, wir dagegen bei 83 Millionen Einwohner lediglich fünfzehn.

Das liegt wohl nicht an der größeren Ausbreitung in Dänemark, sondern eher an den besseren virologischen Standards: Dänemark gehört zu den führenden Ländern, wenn es um die Sequenzierung von Coronaviren geht. Wie sich ein Gesundheitssystem auf die Pandemie einstellen kann, zeigt etwa Norwegen mit seinem im Juli dieses Jahres gegründeten „Centre for Epidemic Interventions Research (https://www.fhi.no/en/more/research-centres/ceir/about-ceir/)“. Gleiches gilt für das viel gescholtene und gleichzeitig hochgelobte öffentliche Gesundheitssystem in Schweden (https://www.folkhalsomyndigheten.se/the-public-health-agency-of-sweden/).

Diese Staaten zeichnet im Gegensatz zu Deutschland eines aus: eine große Berechenbarkeit im politischen Handeln, trotz der flexiblen Anpassung an sich verändernde Bedingungen. Im Gegensatz zu Deutschland gibt es dort auch eine systematische Auswertung der Erfahrungen in anderen Staaten, nicht zuletzt bei den nächsten skandinavischen Nachbarn.

## Schwer durchschaubares Gesundheitssystem

Hierzulande ist die internationale Erfahrung aber lediglich ein politisches Vehikel zur Durchsetzung der jeweiligen Position. Sie wird damit zum politischen Zankapfel, wie nicht

zuletzt das schwedische Beispiel zeigte. So fallen bei uns auch desaströse Schwächen nicht weiter auf, selbst wenn sie Jürgen Windeler, Leiter des „Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG)“, schon im November dieses Jahres formulierte (https://observer-gesundheit.de/traurige-fors).

Der Abstand in der klinischen Forschung zu Großbritannien oder den skandinavischen Ländern „werde immer größer“, so sein ernüchterndes Fazit über die deutsche Corona-Forschung. Ein öffentliches Echo war faktisch nicht vorhanden, trotz der herausragenden Stellung dieses Instituts im deutschen Gesundheitssystem. Es interessierte niemanden, weder die Politik noch die betroffenen Forschungsinstitutionen.

Die arbeiten sich lieber an den Medien ab, wenn sie es wagen, deren politische Forderungen zu kritisieren. Dabei ist unser auf dem Grundsatz der Selbstverwaltung beruhendes Gesundheitssystem nicht nur eines der weltweit teuersten, sondern in seiner Komplexität „nur von wenigen wirklich zu durchschauen“. So beschreibt es Martin Scherer, Präsident der „Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin“ (DEGAM) in einer Stellungnahme gegenüber WELT. Das betreffe nicht zuletzt unser Versorgungssystem, wo „jede bedachte oder unbedachte politische Verlautbarung“ die „Bedürfnisse, Ansprüche, Sorgen und Ängste triggern und das Hilfesuchverhalten der Menschen beeinflussen“ könne.

Gerade unser System mit einer Vielzahl von Akteuren und Interessengruppen braucht ein berechenbares Handeln der Politik statt panischer Kurswechsel, wie etwa bei der Aufgabe der Priorisierung beim Boostern geschehen. Dafür gibt es noch weitere Beispiele. So hat Christian Karaginannidis, einer der führenden Intensivmediziner des Landes, in einem „Research Letter (https://ccfor)“ von finanziellen Fehlanreizen gesprochen, die dazu führen, dass in Deutschland so viele Patienten eine intensivmedizinische Behandlung bekommen.

Dieser Artikel ist unbeachtet am 29. November in einer Fachzeitschrift erschienen, allerdings gelten bei uns seit dem 1. Dezember neue Vergütungsregeln für die Behandlung von Covid-19-Patienten, wobei diese daran gar nicht erkrankt sein müssen. Es gibt nämlich zur normalen Vergütung für jeden positiv Corona getesteten und an das Gesundheitsamt gemeldeten Patienten im Krankenhaus zusätzlich 7.000 Euro, wenn er zwei Nächte im Krankenhaus bleiben sollte. Die Patienten müssen nicht wegen Covid-19 behandelt werden, sondern es reicht der Nachweis der Infektion, auch bei einem Beinbruch.

## Unruhe auf den Straßen

Aber solche Absurditäten erstaunen nicht mehr, wenn der neue Gesundheitsminister Karl Lauterbach in dem Streitgespräch mit dem Philosophen Markus Gabriel aus dem September seine Ablehnung der Impfpflicht noch so begründete: Wir hätten angesichts der oft irrationalen Ablehnung der Impfung nach der Einführung der Impfpflicht „sehr viel Unruhe auf den Straßen, weil wir eine Staatsgewalt einsetzen müssten, wie wir sie in der Nachkriegszeit in Deutschland noch nicht gesehen haben. Ein solches Vorhaben wäre nie zu rechtfertigen."

Bis jetzt, drei Monate später von Lauterbach selbst (/vermischtes/article235483856/Anne-Will-Lauterbach-Menschen-die-diese-Achtung-nicht-verdient-haben.html). Da wird die Unterstützung einer Impfpflicht sogar als eine Art moralische Verpflichtung betrachtet, obwohl ein solches Vorhaben in keinem anderen europäischen Land geplant ist, außer in Österreich. Deutschland ist zum provinziellen Tollhaus geworden, wissenschaftlich und politisch. Dänemark oder Norwegen haben es besser. Eine ernüchternde Wahrheit in dieser Pandemie.

Teilen Sie die Meinung des Autors?

JA 612 NEIN 23

Die WELT als ePaper: Die vollständige Ausgabe steht Ihnen bereits am Vorabend zur Verfügung – so sind Sie immer hochaktuell informiert. Weitere Informationen: http://epaper.welt.de

Der Kurz-Link dieses Artikels lautet: https://www.welt.de/235523374