

7. Der Lockdown – Nicht notwendig, aber unvermeidbar

Bei der Bekämpfung der Coronavirus-Pandemie hat es in vielen Ländern erhebliche Probleme auf politischer und administrativer Ebene gegeben. Im Nachhinein sind zahlreiche Versäumnisse und Fehleinschätzungen offenbar geworden, die mit dazu beigetragen haben, dass vermeidbare Infektionen und nachfolgende Sterbefälle passieren konnten. Richard Horton, Herausgeber der medizinischen Fachzeitschrift *The Lancet* und einer der prominentesten Kritiker der britischen Corona-Politik, hat diesbezüglich vom Covid-19-Management in vielen Ländern als dem größten wissenschaftspolitischen Problem für eine gesamte Generation gesprochen [442]. Für ihn und andere Fachpersonen aus Medizin und Wissenschaft war der Lockdown zwingend notwendig. Entgegengesetzte Ansichten sind bereits in Kapitel 1 ausführlich beschrieben worden. Diese Ansichten sehen den Lockdown als eine überzogene Reaktion auf eine Epidemie, die nicht so gravierend war wie im wissenschaftlichen und politischen Mainstream (wieder: ohne Wertung) angenommen wurde. Der Lockdown habe Auswirkungen gehabt, die angesichts des geringen Risikos der Pandemie, unangemessene Schäden zur Folge hatte. Wie also ist die Frage nach der Notwendigkeit des Lockdowns nach den hier zuvor präsentierten Hintergründen, Dynamiken und Konsequenzen zu beantworten?

7.1 Der unvermeidbare Lockdown

Für eine angemessene Betrachtung von Maßnahmen der Pandemiebekämpfung schlage ich vor, zwischen ›notwendig‹ und ›unvermeidbar‹ zu unterscheiden. Notwendig ist eine Maßnahme unter allen Umständen ohne Aus-

nahme. Unvermeidbar ist sie, wenn die Situation es gebietet. Letztere wäre jedoch unter gewissen Umständen zu vermeiden gewesen.

Was sagt uns dies nun für die Fragestellung dieses Buchs? Eine Pandemie ist in zeitlicher und sachlicher Hinsicht ein extrem dynamisches Geschehen und wirkt sich in verschiedenen Bereichen der Gesellschaft unterschiedlich aus. Daher muss die Fragestellung nach der Notwendigkeit des Lockdowns präzisiert und konkretisiert werden. Zunächst ist zu fragen, aus welcher Perspektive dies zu betrachten ist. In den Kapiteln 4 und 5 sollte deutlich geworden sein, dass die Sichtweisen der verschiedenen Teilsysteme der Gesellschaft, aber auch der psychologischen Befindlichkeiten der Bevölkerung nicht notwendig identisch sind. Wenn etwas epidemiologisch geboten erscheint, erfolgt nicht eine automatische Übernahme im politischen System. Und angemessene politische Entscheidungen werden nicht notwendigerweise anderswo in der Gesellschaft gutgeheißen. Aus diesem Grund sind politische Systeme gerade zu Beginn einer Epidemie sehr verhalten in ihrer Reaktion – wodurch nicht selten viel Zeit verloren geht [443].

Sodann gilt es, die zeitliche Dimension zu betrachten. Welcher Zeitpunkt soll es sein, an dem idealerweise die Notwendigkeit bestimmt werden kann? Insbesondere Epidemien mit unbekanntem Viren beginnen zumeist mit sehr unklaren epidemiologischen Parametern. Das heißt, es ist zu Beginn oft nicht klar, wie schnell sich die Infektion ausbreitet, welche Bevölkerungsgruppen primär betroffen sind und wie darauf reagiert werden sollte. Das führt zur nächsten Bedingung, nämlich zur Frage, welche Informationen wann zur Verfügung stehen, um über mögliche Restriktionen zu entscheiden. Die Informationslage wird erst im Verlauf der Epidemie besser, so dass gerade in den ersten Wochen und Monaten unsichere und auch widersprüchliche Informationen vorhanden sind. Des Weiteren sind die Ziele zu betrachten, die mit solchen Entscheidungen verbunden sind. Geht es um die Elimination der Infektion, um ihre Eindämmung oder um eine ›Durchseuchung‹? Und schließlich ist nach den zur Verfügung stehenden Alternativen zu fragen, wenn die Ziele gesetzt sind. Reichen Verhaltensempfehlungen aus oder braucht es tatsächlich rechtlich abgesicherte drastische Interventionen?

Vor dem Hintergrund dieser Fragen und den bisherigen Erkenntnissen soll im Folgenden die Implementation von Lockdown-Maßnahmen in den Ländern des globalen Nordens rekonstruiert werden. Es trafen, wie zuvor beschrieben, biologische, epidemiologische, psychologische sowie wissenschaftliche, mediale, wirtschaftliche und politische Dynamiken aufeinander. Schlussendlich musste politisch entschieden werden.

Die *Ausgangslage* vor der Pandemie kann wie folgt beschrieben werden:

- Weder in den politischen Systemen, noch in anderen Teilen der Gesellschaft und in der Bevölkerung war offenbar eine adäquate Einschätzung des Risikopotenzials neuer und neu auftretender Epidemien vorhanden – mit Ausnahme einzelner Standpunkte im Wissenschaftssystem.
- Wenn diese adäquate Einschätzung vorhanden gewesen wäre, hätten angemessene Pandemieplanungen ausgearbeitet und umgesetzt werden müssen, was anerkanntermaßen kaum irgendwo im globalen Norden der Fall war.
- Während der Pandemieplanungen ist überwiegend mit einer Influenza-infektion gerechnet worden, selten jedoch mit einer Coronavirusinfektion [444].
- Im Wissenschaftssystem sind nicht-pharmakologische Maßnahmen wie der Lockdown ab den 2000er-Jahren als Standardantwort auf Epidemien und Pandemien propagiert worden.
- In der modernen Gesellschaft des 21. Jahrhunderts wird eine hohe Anzahl von Todesfällen wie während der Pandemien der 1950er- und 1960er-Jahre nicht mehr akzeptiert, sondern es wird ein Eingreifen des politischen Systems erwartet.

Als die neue Coronavirus-Pandemie zu einem internationalen Thema wurde, stellte sich dies für die politischen Systeme zu *Beginn der Ausbreitung in den meisten Ländern* des globalen Nordens folgendermaßen dar:

- Aufgrund der fehlenden angemessenen Pandemieplanung waren nicht genügend konzeptionelle, personelle und materielle Ressourcen für eine schnelle Pandemiebekämpfung vorhanden.
- Relevante epidemiologische Parameter wie das große Risiko für ältere Menschen und die Bedeutung der Superspreading-Situationen waren noch nicht bekannt oder wurden nicht entsprechend gewürdigt.
- Wie in »Ausbruchskulturen« [38] während unerwarteter Epidemien sehr oft zu beobachten ist, wurden die Risiken in vielen Ländern so lange wie möglich negiert und die angemessenen Maßnahmen wurden so lange wie möglich hinausgezögert.
- In den meisten politischen Systemen und ihren administrativen Organisationen herrschte eine maximale Unsicherheit bezüglich der Pandemiebekämpfung.

- Angesichts der bis zu dem Zeitpunkt in der Bevölkerung nicht bekannten Pandemiegefahr und angesichts des politischen Klimas in vielen Ländern konnten die Regierungen nicht darauf vertrauen, dass reine Verhaltensempfehlungen mit der gleichen Effektivität wie beim Lockdown umgesetzt wurden.
- Die Coronavirus-Pandemie und der Umgang damit waren die beherrschenden medialen Themen im Spätwinter und Frühjahr 2020.
- In der Bevölkerung herrschte nach längerer Ignoranz und Verneinung des Themas in psychologischer Hinsicht zunehmend Verängstigung und Unsicherheit; dies in Europa insbesondere nach den Entwicklungen in der italienischen Region Lombardei.
- Die wirtschaftlichen und weiteren psychosozialen Risiken eines Lockdowns wurden in der Bevölkerung und in den Medien zunehmend in Kauf genommen.
- Die Bevölkerung hatte vielerorts bereits unmittelbar vor dem Lockdown mit einer Verhaltensänderung auf die Infektionsgefahr reagiert.
- Aus dem Wissenschaftssystem wurde überwiegend die Option der Eindämmung der Infektion gegenüber der Herdenimmunität und der ›Durchseuchung‹ der Bevölkerung favorisiert.
- Die Behandlungskapazitäten in den jeweiligen Gesundheitssystemen wurden als nicht sicher ausreichend für eine Situation ohne Restriktionen betrachtet.
- Der chinesische Weg des Lockdowns mittels umfassender Quarantäne- und Isolationsmaßnahmen hatte sich hinsichtlich der Eindämmung der Infektion als erfolgreich erwiesen.

Der Lockdown wäre demnach unter drei Bedingungen vermeidbar gewesen: a) wenn die Staaten dem in Kapitel 2 beschriebenen Schema der Hinnahme von Todesfällen wie in den 1950er- oder 1960er-Jahren gefolgt wären; b) wenn die Pandemieplanung so ausgereift und umgesetzt worden wäre, dass die staatlichen Stellen über genügend Ressourcen verfügt hätten, die ein Eindämmen der Infektion lediglich durch Restriktionen für einige wenige infizierte Personen und deren Kontakte ermöglicht hätte; c) wenn sich Regierungen und Bevölkerungen soweit vertraut hätten, dass Verhaltensempfehlungen allein ausgereicht hätten, um die Virusausbreitung wirksam zu unterbrechen. Diese Bedingungen trafen – bis auf wenige Ausnahmen – nicht zu.

Zusammenfassend kommt diese Analyse daher zu dem Schluss, dass der Lockdown zwar nicht zwingend notwendig, aber aufgrund der verschiede-

nen Dynamiken und Unterlassungen in der Pandemieplanung unvermeidbar gewesen ist. Die Erwartung in der Bevölkerung, die wissenschaftlichen Empfehlungen und der Handlungsdruck in der Politik ließen nur wenig Spielraum zu. Im Kern wurde der Lockdown in den meisten Ländern des globalen Nordens implementiert, weil die Vorbereitung insuffizient war, weil die Gesundheitssysteme als nicht belastbar wahrgenommen wurden, weil die Regierungen nicht darauf vertrauten, dass die Bevölkerung sich an Verhaltensempfehlungen hielt und weil China und andere Länder gezeigt hatten, dass die Lockdown-Strategie im Sinne der Infektionsreduktion erfolgreich war.

Es gab in den Ländern des globalen Nordens neben der Lockdown-Strategie effektiv nur zwei weitere umgesetzte Optionen, nämlich das auf Verhaltensempfehlungen basierende ›Schwedische Modell‹ und die Test- und Nachverfolgungsstrategie in Teilen Südasiens. In Anbetracht der oben skizzierten Ausgangslage und der Situation zu Beginn der Pandemie werden beide Optionen hier als so gut wie nicht übertragbar auf andere Länder und Regionen bewertet. Das ›Schwedische Modell‹ wäre in vielen Ländern – wie unten noch ausführlicher beschrieben wird – aufgrund des fehlenden Vertrauens zwischen Regierungen und Bevölkerung gescheitert. Die andere tatsächlich umgesetzte Alternative zum Lockdown während der Coronavirus-Pandemie war eine umfassende technologische Überwachung, ein sehr frühes Eingreifen mit Grenzschließungen und anschließender Testung und Kontaktnachverfolgung. Dies erfolgte aber nur in Teilen Südasiens, wo offenbar ein kulturelles Gedächtnis von früheren Epidemien vorhanden war und entsprechende Pandemieplanungen nicht nur ausgearbeitet, sondern auch umgesetzt wurden. Zudem wären die Eingriffe in die persönlichen Freiheiten in Ländern mit einer eher individualistischen Ausrichtung der Gesellschaft nicht akzeptiert worden.

Angesichts dieser Sachlage revidierte auch der bereits mehrfach angesprochene und dem Lockdown anfänglich sehr kritisch gegenüberstehende Epidemiologe John Ioannidis in einem Interview aus dem Juli 2020 seine Einschätzung: »Im Februar haben wir das Zeitfenster verpasst, in dem wir das neue Coronavirus im Keim hätten ersticken können. Hätten wir früher mit aggressiver Testung, Kontaktnachverfolgung und Isolation gehandelt, so wie in Südkorea, Taiwan oder Singapur, hätte sich das Virus nicht derart wild ausbreiten können. Die wichtigste Lektion aus der Pandemie ist, dass die Kosten durch eine verzögerte Kontrolle der Infektion beträchtlich sein können. Handle frühzeitig oder bereue es später. Als wir diese Gelegenheit verpasst haben, war der Lockdown unvermeidbar (*inevitable*). Ich sage ›unvermeid-

bar« mit einem gewissen Widerwillen, weil ich denke, dass es nicht dazu hätte kommen sollen.« [445]

Die Unvermeidbarkeit aus Sicht des politischen Systems wurde dann im Laufe des Frühjahrs 2020 durch das ›Herdenverhalten‹ der Staaten des globalen Nordens verstärkt – alle anderen Staaten haben mit wenigen Ausnahmen ähnlich agiert, daher konnte der eingeschlagene Weg aus der Perspektive des einzelnen politischen Systems nicht so ganz falsch sein. Es entstand hinsichtlich des Lockdowns eine gewisse Eigendynamik, der sich nicht viele Regierungen entziehen konnten.

7.2 Wie stichhaltig sind die Argumente der Lockdown-Skepsis?

Wie schon in Kapitel 1 beschrieben, hat sich im globalen Norden in Teilen der Medien und der Politik eine Lockdown-Skepsis entwickelt, welche die sozialen Restriktionen als nicht angemessen bewertet. Die Argumente gegen den Lockdown basieren auf verschiedenen Annahmen, die im folgenden Abschnitt auf der Basis der bis hierher entwickelten Erkenntnisse bewertet werden sollen. Die Annahmen drehen sich im Kern um den Aspekt der Gefährlichkeit des Coronavirus, um den Zeitpunkt der Einführung des Lockdowns und um die Folgen des Lockdowns.

Argument 1: Die Sterblichkeit durch das Coronavirus entspricht der saisonalen Influenza. [446]

Die Sterblichkeit durch und mit dem Coronavirus liegt nach den hier referierten Studien bis zu 6mal höher als bei der saisonalen Influenza. Gemäß einer bereits in Kapitel 3 zitierten Meta-Analyse ist die Infektions-Sterblichkeit bei 0,68 Prozent [194], während die Influenza-Sterblichkeit bei circa 0,1 bis 0,2 Prozent liegt. Zudem legt die relativ hohe Übersterblichkeit in vielen Ländern in den ersten Monaten der Pandemie nahe, dass gegenüber den Saisons mit einer Virusgrippe die Coronavirus-Pandemie deutlich mehr Menschenleben gefordert hat. Daher wird das Argument 1 für nicht stichhaltig betrachtet.

Argument 2: Der Lockdown war überflüssig, weil die Infektionsparameter bereits vor der formalen Einführung der Restriktionen gesunken waren. [447]

Die Beobachtung, dass relevante epidemiologische Parameter wie die Reproduktionszahl bereits vor der rechtlichen Einführung der Restriktionen in den beabsichtigten statistischen Größen befanden, stimmt für viele Länder. Die

Schlussfolgerung jedoch, dass der Lockdown überflüssig war, ist damit nicht zwingend. Zum einen werden individuelle Verhaltensanpassungen neben der Sorge vor der Infektion auch vor dem Hintergrund der bereits angekündigten Maßnahmen erfolgt sein. Und zum zweiten hat der Lockdown für die Verstärkung der Verhaltensanpassungen bzw. für die Verhinderung einer schnellen Aufgabe der Verhaltensanpassungen gesorgt. Die Ereignisse aus Ländern wie Israel oder aus einzelnen Bundesstaaten der USA haben während des Sommers 2020 gezeigt, dass ein schnelles Herunterfahren der Restriktionen absehbar zu einem neuen Infektionsausbruch führt [448]. Somit wird die Beobachtung bestätigt, die Schlussfolgerung jedoch nicht geteilt.

Argument 3: Der Lockdown hat erhebliche wirtschaftliche, medizinische und psychosoziale Folgeschäden verursacht, die schlimmer sind als die Pandemie-Folgen. [449]

Ohne Zweifel haben die Pandemie und der Lockdown wirtschaftliche, medizinische und psychosoziale Konsequenzen gehabt. Während diese Schäden zu Beginn der Pandemie überwiegend dem Lockdown zugeschrieben worden sind, wurde der Beitrag des Lockdowns in neueren Studien relativiert (siehe ausführlich in Kapitel 6). Wie gerade im Zusammenhang mit Argument 2 beschrieben, haben individuelle Verhaltensanpassungen einen großen Einfluss sowohl auf den Rückgang der Infektionen und damit zugleich auch auf ökonomische Parameter gehabt. Wenn Sozialkontakte aus Sorge vor Ansteckung gemieden wurden, hatte dies notwendigerweise Folgen für die Wirtschaft. Ähnlich verhielt es sich bei der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen. Medizinische Dienstleistungen waren zwar in Teilen reduziert oder geschlossen worden, jedoch wurden diese auch seltener aufgesucht als dies wieder möglich war. Eine, wenn man so will, Ironie der Diskussion um die Notwendigkeit des Lockdowns liegt möglicherweise darin, dass der Lockdown als solcher möglicherweise weniger relevant ist als allgemein angenommen wurde.

Bezüglich der psychosozialen Auswirkungen ist es im Sommer 2020 vermutlich noch zu früh, die Folgen und deren spezifischen Ursachen zu benennen. Diese werden wesentlich vom weiteren Verlauf der Pandemie und von der wirtschaftlichen Erholung abhängen. Die während der ersten Wochen und Monate der Pandemie berichteten vermehrt aufgetretenen psychischen Probleme sind vermutlich größtenteils akute Belastungsreaktionen, die bei Lockerung der Restriktionen und abnehmender Infektionsgefahr wieder geringer wurden. Zudem wird das Ausmaß der psychischen Probleme wahrscheinlich mit der Rigidität (z.B. Ausgangssperren) und der Länge der Restriktionen zusammenhängen [450]. Daher gilt sowohl für die psychosozia-

len wie auch für die ökonomischen Konsequenzen, dass eine rasche Eindämmung der Infektion die Voraussetzung für eine Minimierung der möglichen Schäden zu sein scheint.

Ein grundsätzliches Problem bei dem Argument, der Lockdown habe gravierendere Auswirkungen als die Pandemie, ist die Stoßrichtung, die sich zumeist auf ein Land bzw. gegen Maßnahmen einer Regierung richtet. Es wird damit unterstellt, die wirtschaftliche Entwicklung in der Schweiz oder in Deutschland (um Beispiele zu nennen) wäre grundsätzlich besser verlaufen, wenn diese Maßnahmen nicht getroffen worden wären. Dies ist aber, wie nachfolgend am Beispiel Schwedens noch verdeutlicht wird, nicht bzw. nur in einem geringen Maße der Fall. Neben den individuellen Verhaltensänderungen vieler Menschen ist vor allem auch die globale wirtschaftliche Verflechtung und damit die Unterbrechung von Lieferketten, Restriktionen im Reise- und Tourismusbereich sowie einer ausbleibenden Nachfrage aus Abnahmeregionen hier in Rechnung zu stellen. Geringere Restriktionen in nur einem Land hätten hier kaum die unterstellten ökonomischen Wirkungen gehabt. Darüber hinaus ist die globale ökonomische Situation zu betrachten, die sich bereits vor der Pandemie zum Negativen entwickelt hatte. Die Handelskonflikte und der Brexit, um nur zwei Aspekte zu nennen, tragen zur wirtschaftlichen Lage zwar nicht in dem Ausmaß wie die Pandemie bei, sind aber bezüglich der Erholung nicht hilfreich. Insgesamt bestehen bei diesem Argument erhebliche Zweifel an der Stichhaltigkeit.

Argument 4: Das »Schwedische Modell« hätte auf andere Länder übertragen werden sollen. [48]

In Schweden sind während der ersten Monate der Pandemie deutlich weniger restriktive Maßnahmen zur Eindämmung der Coronavirus-Infektion getroffen worden. Von Beginn an wurde von den Gesundheitsbehörden betont, man wolle einen Lockdown vermeiden. Entsprechend sind nur geringfügige Schließungen, etwa der Universitäten, verfügt worden. Allerdings sind Verhaltensempfehlungen ausgesprochen worden und die Mobilität der Bevölkerung ist deutlich zurückgegangen, wenngleich auch nicht in dem Ausmaß wie in den Ländern mit verschärfteren Restriktionen.

Ob der Verzicht auf den Lockdown wesentlich zur relativ hohen Sterblichkeit in Schweden beigetragen hat, dies ist wissenschaftlich umstritten. Obschon die Anzahl der Todesfälle aufgrund oder mit Covid-19 bis Anfang September 2020 nicht so hoch ist wie in anderen europäischen Ländern (z.B. Spanien oder Großbritannien), sind doch deutlich mehr Menschen in Schwe-

den gestorben als in den skandinavischen Nachbarländern. Die Nachbarn eignen sich zum Vergleich besser als andere Länder, da sie eine ähnliche Bevölkerungsdichte aufweisen und über ähnliche Sozial- und Gesundheitssysteme verfügen. Bezüglich der ökonomischen Folgen sind diese in Schweden etwas weniger gravierend ausgefallen als in den Nachbarländern, was aber beispielsweise die zu erwartende Arbeitslosigkeit nicht betrifft, die ähnlich hoch prognostiziert wird wie in vergleichbaren Regionen.

Bereits an anderer Stelle (Kapitel 5) wurde die absurde Favorisierung des ›Schwedischen Modells‹ durch rechtskonservative und rechtspopulistische Positionen angesprochen. Das – nicht immer unumstrittene – Modell basierte auf einem relativ großen Vertrauen der Bevölkerung in die Gesundheitsadministration und in die Gesundheitspolitik der Regierung [451]. Dieser Umstand hätte einer Übertragung des Modells in andere Länder zumeist entgegengestanden. Gerade in Ländern, die eine Politisierung der Coronavirus-Pandemie und der Reaktionen darauf gezeigt haben, wären Verhaltensempfehlungen kaum unstrittig gewesen, da das Vertrauen nicht entsprechend vorhanden war. Es ist zu vermuten, dass gerade diejenigen, die das ›Schwedische Modell‹ eingefordert haben, die ersten gewesen wären, die es bekämpft hätten. »Das große Nein«, das der Soziologe Armin Nassehi in Protestkulturen moderner Gesellschaften ausgemacht hat [452], hätte sehr wahrscheinlich auch weniger restriktiven Maßnahmen gegolten. Aus all diesen Gründen ist es höchst zweifelhaft, ob es zielführend oder auch nur möglich gewesen wäre, das ›Schwedische Modell‹ auf andere Länder zu übertragen.

Argument 5: Wenn man nur Ältere und Menschen mit Vorerkrankungen und Behinderungen geschützt hätte, wäre ein allgemeiner Lockdown überflüssig gewesen. [8]

Diesem Argument ist kaum zu widersprechen, außer, dass es praktisch kaum möglich war und ethisch höchst problematisch gewesen wäre. Angesichts der hohen Sterblichkeit im Zusammenhang mit Covid-19 in Pflegeeinrichtungen, die über lange Zeit aufgrund unzureichender Schutzausrüstung, mangelnder Ausbildung und schlechter Bezahlung der Pflegenden eben nicht in der Lage waren, geschützt zu werden, klingt es ein wenig zynisch, genau dies als Voraussetzung für weniger Restriktionen zu fordern. Darüber hinaus sind die im Verlauf der Pandemie erfolgten Isolationsmaßnahmen für viele Betroffene sehr nachteilig gewesen. Dies trifft vor allem für Menschen mit Demenz und anderen Formen kognitiver Behinderungen zu, die kaum in der Lage waren, zu verstehen, warum sie ihre Angehörigen nicht mehr sehen

konnten. Nicht zuletzt aus diesem Grund haben sich Fachpersonen aus Ethik und Pflege – unter anderem in der Schweiz [453] – gegen diese Restriktionen positioniert.

Noch schwieriger als für Menschen in Einrichtungen wäre diese Forderung für Ältere und Menschen mit Vorerkrankungen umsetzbar gewesen, die in der eigenen Wohnung leben. Wie hätten die Grenzen definiert werden sollen? Hätten alle Menschen ab einem Lebensalter von 60, 65 oder 70 Jahren das Haus nicht mehr verlassen dürfen? Und was hätte für jüngere Risikogruppen mit Übergewicht oder Diabetes gegolten? Für welchen Zeitraum hätte dies geschehen sollen? Wie hätte man die Versorgung sichergestellt? Und wie hätte man dies alles kontrollieren sollen? Zudem wäre verfassungs- und grundrechtlichen Bedenken vermutlich von den Gerichten relativ schnell stattgegeben worden. Das gesamte Argument ist nicht stichhaltig.

7.3 Wie können Lockdown-Maßnahmen während zukünftiger Pandemien vermieden werden?

Im Nachhinein – und die Feststellung dieses Zeitpunkts muss immer betont werden – stellt sich die Tatsache der unzureichenden Vorbereitung auf ein Gesundheitsereignis von der Größe der Coronavirus-Pandemie als zentraler Fehler in den Ländern des globalen Nordens heraus. Es gab lediglich einige wenige Staaten in Asien, welche hier besser aufgestellt waren [45]. Wenn Regierungen also ein großer Vorwurf gemacht werden kann, dann der, dass die eigenen Prognosen und Szenarien für globale Gesundheitsrisiken in der Regel nicht ernst genommen worden sind – man denke etwa an die in Kapitel 5 bereits zitierten deutschen Szenarien zu einem Coronavirus-Ausbruch aus dem Jahre 2012 [339]. Stattdessen fokussierten die Gesundheitsadministrations weiter auf Influenzaepidemien, wenn es um Vorbereitung ging. Aber selbst hier wurden die notwendigen Schritte, beispielsweise in der Anschaffung einer Reserve für Schutzkleidung, nicht umgesetzt.

Welche Lehren sind aus der Pandemie und den bisher erfolgten Interventionen zur Bekämpfung zu ziehen? Zunächst braucht es einen veränderten Umgang mit den Erfahrungen in der Vergangenheit. In diesem Buch wurde mehrfach auf Fehleinschätzungen bezüglich zukünftiger Ereignisse hingewiesen, die auf historischen Erfahrungen beruhen. Historische Erfahrungen können zwar allgemeine Hintergründe liefern, nicht aber die konkrete Gefahrenabwehr bei Ereignissen wie der Coronavirus-Pandemie leiten. Das

erkenntnistheoretische Problem der Epidemie oder Pandemie als ein im Prinzip singuläres Ereignis muss anerkannt werden. Wenn dies nicht geschieht, dann ist für die Ereignisse kommender Jahre zu befürchten, dass für längere Zeit mit Ereignissen mit dem gleichen Ausmaß der Coronavirus-Pandemie gerechnet wird. Um ähnliche Entwicklungen und die katastrophalen Folgen in gesundheitlicher und ökonomischer Hinsicht zu vermeiden, wird dann vermutlich alles getan, damit die Ereignisse des Jahres 2020 sich nicht wiederholen – selbst, wenn dies bedeutet, vollkommen über die Notwendigkeiten hinaus zu reagieren.

Um mit der Singularität von Epidemien besser umgehen zu können, scheint die wichtigste Erkenntnis für die Prävention demnach die Notwendigkeit einer unspezifischen Vorbereitung auf derartige Großrisiken zu sein. In einer vor der Pandemie erstellten Analyse hat der US-amerikanische Soziologe Andrew Lakoff vorgeschlagen, zwischen einer Gefahrenanalyse im Sinne von ›*Risk Assessment*‹ und einer allgemeinen Gefahrenvorsorge im Sinne von ›*Preparedness*‹ zu unterscheiden [37: 18ff.]. Die Annahme, dass die nächste Pandemie eine Influenza sein werde, ist auch dem *Risk Assessment* geschuldet. Es hatte in der jüngeren Vergangenheit eine Reihe von Epidemien gegeben, man denke etwa an die Vogelgrippen und an die Schweinegrippe. Daher lag es nahe, im Sinne einer Gefahrenanalyse unter Aspekten der Wahrscheinlichkeit von einer weiteren Influenza auszugehen. Doch Wahrscheinlichkeiten helfen bei Epidemien nicht allzu viel weiter. Die Vorbereitung auf zukünftige Ereignisse braucht eher eine Gefahrenvorsorge als eine Gefahrenanalyse. Bei einer allgemeinen Gefahrenvorsorge, so Lakoff, muss die Annahme getroffen werden, dass derartige Ereignisse unvorhersehbar sind, aber gleichwohl potenziell katastrophale Ausmaße annehmen können. Daher können zwar die Wahrscheinlichkeiten des Eintretens nicht abgeschätzt werden, die möglichen Folgen aber dennoch durchgespielt werden.

Daraus folgen zwei Maßnahmen für die Vorsorge: erstens braucht es unspezifische Ressourcen und Kapazitäten, um mit diesen Folgen umgehen zu können, und zweitens müssen auch für überraschende Ereignisse Alarmmechanismen etabliert werden. In diesem Zusammenhang gilt es, die Bevölkerung zu informieren und entsprechend mitzunehmen, um zu verdeutlichen, dass die Bereitschaft zur Bekämpfung einer Gefahr wie der Pandemie zentral von der Mitwirkung der Individuen abhängt. Die große Herausforderung bei einer solchen Strategie besteht darin, Ressourcen für ein Ereignis bereitzustellen und aufrechtzuerhalten, von dem man nicht weiß, ob und in welchem Ausmaß es eintreffen wird. Dies gilt nicht nur für personelle Ressourcen für

die mögliche Überwachung und Kontaktnachverfolgung, sondern auch für den Aufbau entsprechender Reserven in der Gesundheitsversorgung, die in früheren Jahrzehnten unter Kostendruck deutlich reduziert worden waren.

Ein veränderter Umgang mit Pandemien und anderen großen Schadensereignissen ist eine Lehre aus den Erfahrungen des Frühjahrs 2020. Ein weiterer notwendiger Schritt ist der Versuch, die Risiken der Übertragung von Infektionen aus dem Tierreich auf den Menschen zu verringern – es gilt, die Krankheit Y zu vermeiden. Das Potenzial für Viren, die auf den Menschen übertragen werden, ist immens. Allein im 20. Jahrhundert sind über 200 Erreger identifiziert worden, die Zoonosen auslösen können [454]. Und wir wissen bereits wenige Monate nach dem Ausbruch der Coronavirus-Infektion, dass die genetischen Vorläufer des neuen Virus mehrere Jahrzehnte im Tierreich zirkulierten [455].

Ein wesentlicher Übertragungsmotor ist der zunehmende Kontakt zwischen Menschen und Wildtieren sowie domestizierten Tieren. Diese werden heute mehr gejagt, gehandelt und transportiert als je zuvor. Zudem werden die Lebensräume vieler Tiere zunehmend eingeschränkt durch die Ausweitung von menschlichen Siedlungen und Transportwegen sowie großflächigen Rodungen. Zur Prävention der Übertragung von Infektionen auf den Menschen bedarf es daher zahlreicher Interventionen, die von einer Reduktion der Rodungen über die Adressierung kultureller Aspekte des Haltens und des Handelns von Wildtieren bis hin zu einer besseren Überwachung und Früherkennung neu auftretender Infektionen reichen [456]. Dies alles braucht natürlich eine intensive internationale Kooperation in den Bereichen Politik, Wirtschaft und Wissenschaft. Es bleibt daher zu hoffen, dass die Lehren, die man aus Krankheit X für die Prävention von Krankheit Y ziehen kann, auch tatsächlich gezogen und umgesetzt werden.