

Joachim Larisch (11.3.2020)

(K)ein soziales Leben in Zeiten von „Corona“?

Anmerkungen zu aktuellen gesundheitlichen Notstandsübungen und zur politischen Dimension von Public Health.

Vorbemerkung:

Die in der Bundesrepublik Deutschland und in einigen EU-Staaten vorgeschlagenen und durchgeführten Maßnahmen zum Gesundheitsschutz der Bevölkerung angesichts der Verbreitung des neuartigen SARS-CoV-2 Virus sind ohne Beispiel für liberale Demokratien und berühren fundamentale Rechte der Bürger, ihre gesellschaftlichen Beziehungen und die Strukturen demokratisch verfasster Staaten. Sie geben Anlass, nicht nur ihre Angemessenheit zu hinterfragen, sondern auch die Legitimität gesundheitlich begründeter staatlicher Interventionen im Hinblick auf die im Zuge der deutschen Notstandsgesetze vor Jahrzehnten thematisierte „Transformation der Demokratie“, bei der allerdings gesundheitlich begründete Zwangsmaßnahmen noch keine Rolle spielten (1). Die folgenden Anmerkungen verstehen sich als Beitrag zu einem dringend notwendigen öffentlichen Diskurs auf einem von Unsicherheiten übersäten gesellschaftlichen Gebiet und als Appell an die Gesundheitswissenschaften, sich auf die notwendige Auseinandersetzung einzulassen, auch auf die Gefahr hin, die eine oder andere Verletzung zu riskieren. Es wäre der Mühe wert.

1. *Covid-19 Fallzahlen*

Am 10. März 2020 um 8 Uhr verzeichnet die europäische Gesundheitsbehörde weltweit 114.243 sog. Covid-19 Fälle nach den Definitionen der meldenden Staaten (<https://www.ecdc.europa.eu/en/geographical-distribution-2019-ncov-cases>; Zugriff: 11.3.2020). Für Europa werden die folgenden Fallzahlen aufgeführt: „Italy (9 172), France (1 412), Spain (1 204), Germany (1 139), Switzerland (374), Netherlands (321), United Kingdom (321), Sweden (248), Belgium (239), Norway (192), Austria (131), Denmark (113), Greece (84).“ Für Italien werden 464 Todesfälle berichtet, in Frankreich und Spanien sind es 30 bzw. 28 und in den übrigen europäischen Staaten deutlich unter zehn Todesfälle. Die Behörde weist darauf hin, dass sich die Fallzahlen und Meldungen über Todesfälle täglich verändern können.

2. *Aktuelle Influenza-Saison*

Für die 8. Kalenderwoche 2020 werden 127.121 nachgewiesene Influenza Virusinfektionen in den 53 Mitgliedstaaten der WHO Europe berichtet (<https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/influenza-virus-characterisation-february-2020>; Zugriff: 11.3.2020). Für Deutschland werden nur für die 9. Meldewoche (MW) 2020 18.862 bestätigte Influenza-Fälle angegeben (<https://influenza.rki.de/>; Zugriff: 11.3.2020). „Seit der 40. MW 2019 wurden insgesamt 119.280 labordiagnostisch bestätigte Influenzafälle an das RKI übermittelt. Bei 19.819 (17 %) Fällen wurde angegeben, dass die Patienten hospitalisiert waren. Es wurden bisher 349 Ausbrüche mit mehr als fünf Fällen an das RKI übermittelt, darunter 62 Ausbrüche in Krankenhäusern. Seit der 40. KW 2019 wurden insgesamt 202 Todesfälle mit Influenzavirusinfektion an das RKI übermittelt, darunter 184 mit Influenza A-Nachweis, 14 mit Influenza B-Nachweis und drei mit einem nicht nach Influenzotyp (A/B) differenzierten Nachweis.“ (https://influenza.rki.de/Wochenberichte/2019_2020/2020-09.pdf; Zugriff: 11.3.2020)

3. *Zwischenfazit*

Etwa 120.000 Influenza-Fälle mit ca. 20.000 Krankenhausaufenthalten, über 200 Todesfälle

und mehr als 300 Ausbrüche in der laufenden Influenza-Saison sind anscheinend für die deutsche Öffentlichkeit und die Gesundheitspolitik unbedeutend. Es ist auch nicht bekannt geworden, dass in den beteiligten Arztpraxen besondere Schutzmaßnahmen für das Personal ergriffen werden oder gar von den Landesgesundheitsministerien Schutzkleidung gekauft wurde für die Arztpraxen und Krankenhäuser, um von drastischen Eingriffen in das soziale, kulturelle und politische Gefüge der Bundesrepublik Deutschland erst gar nicht zu sprechen. Tägliche Influenza-Presskonferenzen des Robert Koch-Instituts, Stellungnahmen namhafter Virologen und des Bundesgesundheitsministers: Fehlanzeige.

4. „Corona“ als Sonderfall?

Für die Anordnung von Zwangsmaßnahmen im Rahmen des Infektionsschutzes werden verschiedene Argumente genannt.

Argument 1: Das Virus tritt erstmals bei Menschen auf, es gibt keinen Impfstoff und die gesundheitlichen Folgen (Sterblichkeit) sind nicht abschätzbar.

Argument 2: Die Verbreitung lässt sich nicht aufhalten, aber „Entschleunigen“, damit die Infektionen nicht zusammen mit Influenza-Infektionen auftreten, wodurch sich die Gefahren erhöhen würden.

Argument 3: Die Verbreitung lässt sich nicht aufhalten, aber „Entschleunigen“, damit die Anzahl der schweren Verläufe mit Hospitalisierung und Isolierung reduziert wird angesichts der begrenzten Bettenkapazitäten in den Krankenhäusern.

Soweit ersichtlich, werden die Influenza-Viren ebenfalls zeitnah analysiert und sind z.T. nicht bekannt, weswegen die Impfung auch keinen vollständigen Schutz bieten kann. Argument Nr. 1 trifft daher nur insoweit zu, als es bisher keinen Impfstoff gibt. Bezüglich der Sterblichkeit trifft es nicht zu, da es inzwischen Schätzungen gibt. Für die VR China werden Fall-Verstorbenen-Anteile von 0,8-7,7 Prozent angegeben, außerhalb Chinas 1,5 Prozent oder niedriger

(https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Steckbrief.html#doc13776792bodyText3; Punkt 8; Zugriff: 11.3.2020). Angaben zum Alter, Geschlecht, Sozialstatus, Vorerkrankungen und medizinischer Behandlung der Verstorbenen liegen

- soweit ersichtlich - nicht vor.

Ob eine gleichzeitige SARS-CoV 2-Infektion und eine Influenza-Infektion das Erkrankungs- und Sterberisiko erhöht (Argument 2), ist – soweit erkennbar – unklar und keine gesicherte medizinische Erkenntnis.

Die Hospitalisierung Covid-19 Erkrankter (Argument 3) kann m.E. seriös gegenwärtig nicht geschätzt werden. Geht man von den bisherigen Krankheitsverläufen aus und betrachtet die Krankenhausbehandlung von Influenza-Patienten (vermutlich mit ganz anderen Grunderkrankungen), dann kann man kaum von einer aktuell erkennbaren Bettenknappheit sprechen.

Im Vergleich zur Influenza, der unter anderen vom Bundesgesundheitsminister immer wieder herangezogen wird, rechtfertigt die Verbreitung von SARS-CoV 2 und das Krankheitsgeschehen Covid 19 m.E. nicht die erheblichen Eingriffe in das öffentliche Leben, auch wenn der Bundesgesundheitsminister sie augenscheinlich für besonnen und behutsam hält (Gastkommentar in der Bild-Zeitung vom 10.3.2020, <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/presse/interviews/interviews-2020/gastbeitrag-bild-100320.html>; Zugriff: 11.3.2020).

5. *Öffentlichkeit und Public Health – zur politischen Dimension der Gesundheitswissenschaften*
- Die Dynamik der öffentlichen Diskussion über Covid-19 und die Tragweite der nicht nur in Deutschland vorgeschlagenen und ergriffenen Maßnahmen machen die praktische Bedeutung des öffentlichen Diskurses über Gesundheit und Wohlbefinden deutlich. Ist die Einschränkung der individuellen Reisefreiheit, der Berufsausübung, des Demonstrationsrechts usw. mit dem Hinweis auf den Infektionsschutz der Bevölkerung gerechtfertigt? Sind Überlegungen zur zwangsweisen Durchsetzung (ggf. unter militärischem Einsatz, vgl. Art. 35 Abs. 3 Grundgesetz) gerechtfertigt und welche Bedeutung kommt solchen Maßnahmen in einer liberalen Demokratie zu? (Maliziöse Hinweise auf die Grundgesetzänderung im Rahmen der Notstandsgesetze 1968 sind bereits in der konservativen Presse zu lesen). Die politische Dimension der Gesundheitswissenschaften ist offenkundig, die einschlägigen Fachgesellschaften und Protagonisten scheinen das Feld jedoch einigen wenigen Virologen und mit dem Robert Koch-Institut einer nachgeordneten Bundesbehörde zu überlassen. Damit können sich die Gesundheitswissenschaften nicht begnügen. Gefordert ist vielmehr die Initiierung eines öffentlichen Diskurses über Gesundheit als individuelles Vermögen, sich den im Lebenslauf verändernden Anforderungen anzupassen, den dafür notwendigen individuellen und sozialen Bedingungen sowie den wohlfahrtstaatlichen Strukturen, die dieses ermöglichen können. (2) Die zeitweilige oder gar dauerhafte Einschränkung fundamentaler demokratischer Rechte, die freiwillige oder durch politischen Druck erzwungene Absage von Veranstaltungen sowie die Thematisierung gesundheitsbezogener Maßnahmen diktatorischer Regime ist in diesen öffentlichen Diskurs einzubeziehen. Einer gesundheitlich und wohlfahrtstaatlich begründeten Transformation der freiheitlich-liberalen Demokratie in autoritär-obrigkeitsstaatliche Strukturen, die – aus anderen Gründen – in einigen EU-Mitgliedstaaten anscheinend schon begonnen hat, kann im öffentlichen Diskurs begegnet werden. Möglicherweise wird es dabei recht stürmisch zugehen, handelt es sich doch in der Gesundheitspolitik um ein vielfach vermintes Feld. Eine auf den rationalen öffentlichen Diskurs vertrauende, an der freiheitlichen liberalen Demokratie orientierte Gesundheitswissenschaft sollte davor nicht zurückschrecken.

Anmerkungen:

- (1) Vgl. Johannes Agnoli/ Peter Brückner: Die Transformation der Demokratie, Berlin: Voltaire-Verlag, 1967
- (2) Vgl. Müller, Rainer, Larisch, Joachim: Placing the Public into Public Health: Zur politischen Dimension der Gesundheitswissenschaften. In: Henning Schmidt-Semisch & Friedrich Schorb (Hg.), Public Health. Disziplin – Praxis – Politik. Springer VS. Reihe: Sozialwissenschaftliche Gesundheitsforschung. Im Erscheinen.