

WIFIS-Arbeitspapier Nr. 3



Multiples Versagen: WHO, EU und Deutschland in der Corona-Krise

Von August Pradetto

Hamburg, Juni 2020

Gliederung

1. Einleitung.....	1
2. Südkorea.....	2
3. Taiwan.....	6
4. Hongkong.....	7
5. WHO.....	8
6. EU.....	11
7. Durchseuchung und anderer Nonsens.....	19
8. Deutschland: Realitätsferne Gedankenspiele und westlich-freiheitliche versus asiatisch-autoritäre Klischees.....	23
9. Fazit.....	33
Literatur.....	39

1. Einleitung

Die These dieses Beitrags lautet, dass sowohl Wissenschaft als auch Politik in der Anfangsphase der Ausbreitung des Coronavirus SARS-CoV-2 in Deutschland und Europa versagt haben. Ein wesentlicher Teil der Infektionen, der tödlichen Opfer des Virus und der Beschädigung des ökonomischen und sozialen Lebens ist auf dieses Versagen zurückzuführen. Diese Bewertung ergibt sich aus einer Evaluation, die drei Schritten folgt. Erstens wird ein Vergleich der Pandemiebekämpfung in Ostasien einerseits und in Europa andererseits angestellt. Hongkong, Singapur, Taiwan, Südkorea und China waren erheblich erfolgreicher als europäische Länder, obwohl diese später von der Ausbreitung des Virus betroffen waren. Zweitens wird das Vorgehen der WHO, der EU und einiger europäischer Länder, vor allem Deutschlands, in Augenschein genommen. In einem dritten Schritt werden einige Diskurse beleuchtet, die den Umgang mit der Pandemie reflektieren. Und schließlich werden einige Schlussfolgerungen mit Blick darauf formuliert, dass jederzeit weitere solche Ereignisse auftreten können.¹

Auch wenn Bill Gates Angela Merkel als Beispiel für ein erfolgreiches COVID-19-Krisenmanagement im Vergleich zu anderen Ländern hervorhob: In Deutschland wurden eklatante Fehler bei der Einschätzung der Pandemie, bei der Festlegung von Strategien und bei der Implementierung von Maßnahmen gemacht.

Viele Wissenschaftler und Ärzte in Deutschland verbreiteten noch im März die Auffassung, bei COVID-19 handele es sich um eine Art Grippe, mit der jedes Jahr zu rechnen sei. Diese fordere je nach Schwere der Infektion auch Tausende Tote. Zu diesem Zeitpunkt war aber aufgrund der Entwicklungen im Dezember und Januar in Wuhan, im Februar in Italien und Spanien schon überdeutlich, dass die Pandemie eine andere Qualität hatte. Keiner der Ärzte in den Krankenhäusern der besonders betroffenen Gebiete konnte sich erinnern, in den vorhergehenden Jahrzehnten derartige Zustände erlebt zu haben: von der plötzlichen Füllung von Kliniken mit Patienten derselben Diagnose, über die hohe Rate von genau dieser Infektion bei Ärzten und Pflegepersonal mit ebenfalls signifikanter Mortalität, dem Mangel an Beatmungsgeräten und deswegen notwendiger Patientenselektion bis hin zum massiven Mangel an Medikamenten und Material aufgrund der Intensität der

¹ Für eine kritische Auseinandersetzung mit den Thesen dieses Textes danke ich Gerhard Beestermöller, Gert-Joachim Glaessner, Hans Hanau, Werner Hess, Ulrich Hufeld, Werner Kampeter, Werner Meissner, Dieter Segert, Michael Staack, Klaus Timmer und Ernst-Christian Urban.

² Die hier gewählte männliche Form bezieht sich immer zugleich auf weibliche und männliche Personen.

Ausbreitung und der Überfüllung von Krankenhäusern. Das galt nicht nur für Italien und Spanien, sondern teilweise [auch für die Schweiz](#).

Die chinesischen Behörden hatten die Weltgesundheitsorganisation (WHO) am 31. Dezember 2019 über das Auftreten von COVID-19 informiert, nachdem Patienten mit atypischer Pneumonie in die Krankenhäuser eingeliefert worden waren. Über die Anzahl der dort Erkrankten gibt es unterschiedliche Einschätzungen; sie reichen von zwei Dutzend bis „massenhafte“. Davon ist auch abhängig, wie der Zeitpunkt der Meldung an die Weltgesundheitsorganisation (WHO) eingestuft wird: Sie oszilliert zwischen „sehr schnell“ und „wochenlange Verschleierung“. Das war sechs Wochen, nachdem der [erste Patient mit entsprechenden Symptomen in Wuhan](#) festgestellt worden war.³

Jedenfalls gab es im Dezember und im Januar diverse Berichte und Analysen darüber, was sich in China entwickelte und bereits zu diesem Zeitpunkt über seine Grenzen hinausgriff. Die Regierungen einiger Länder reagierten entsprechend. Usbekistan holte noch vor Jahresende 82 Studenten aus Wuhan zurück und steckte sie in Quarantäne.

2. Südkorea

Südkorea mit seinen 51 Mio. Einwohnern war von der Epidemie als einer der ersten Nachbarn Chinas betroffen. Nach der Meldung Pekings an die WHO am 31. Dezember 2019 über das Auftreten eines neuen aggressiven Coronavirus folgte am 20. Januar die Mitteilung, das Virus übertrage sich von Mensch zu Mensch. Am gleichen Tag wurde der [erste Fall in Südkorea](#) bekannt.

Seoul reagierte umgehend mit einer „Response-Strategie“, die im Wesentlichen aus drei Komponenten bestand: *testing, tracing, treating* (umfassende Tests, Kontaktverfolgung, ambulante und stationäre Behandlung bzw. Isolierung). Bis Mitte Februar hatte man die Lage unter Kontrolle. Trotz vieler Tests gab es bis dahin nur 31 bestätigte Fälle und keine Toten. Am 19. Februar wurde eine [Angehörige einer christlichen Sekte positiv getestet](#). Sie hatte trotz Symptomen einen Gottesdienst besucht.

³ Verschleierung ist freilich nicht nur ein Markenzeichen Chinas, sondern vieler Akteure, die aus ökonomischen oder reputativen Gründen Informationen zurückhalten. Wie die Washington Post am 18. Mai berichtete, wollen 5.000 Touristen österreichische Autoritäten verklagen, weil diese absichtlich Informationen zu Corona in Skiresorts verschwiegen hätten. Island hatte am 5. März Tirol zum Risikogebiet erklärt, nachdem rückkehrende Touristen positiv auf Corona getestet worden waren. Obwohl sich die Hinweise auf einen Ausbruch mehrten, stoppten die örtlichen Behörden den Skizirkus erst sechs Tage später.

Danach breitete sich das Virus bis Mitte März rapide (etwa 8.000 Fälle), bis zur ersten Aprilwoche noch immer heftig aus (Anstieg auf mehr als 10.000 Fälle). Dann flachte die Kurve ab. In Italien (60 Mio. Einwohner) waren es am 15. März jedoch bereits etwa 21.000 und am 8. April 140.000 Infektionen – bei einer viel niedrigeren Testrate! In Italien waren die ersten Fälle von Corona gar nicht viel später als in Südkorea, am 28. Januar, bekannt geworden.

Generell lässt sich sagen, dass Südkorea aus folgenden Gründen besser aufgestellt war als Andere: Erstens hatte man eine Strategie, die ein erfolgreiches Krisenmanagement ermöglichte. Zweitens zeichnete sich die Regierung durch eine dezidierte und überzeugende Führung aus. Drittens waren und wurden die institutionellen Voraussetzungen geschaffen, um die Strategie umzusetzen. Und viertens gab es eine Zivilbevölkerung, die aufgrund des Vertrauens, das sie in die Regierung und die Behörden hatte, die notwendigen Maßnahmen umsetzte.⁴

Einer der wesentlichsten Faktoren für den günstigen Verlauf in Südkorea bestand darin, dass Regierungsbehörden ohne Zögern die Zusammenarbeit mit Wissenschaftlern und Unternehmen aufnahmen, die auf die Herstellung von Tests spezialisiert waren. Chinesische Fachkollegen hatten die genetische Sequenz des COVID-19-Virus wenige Tage zuvor publik gemacht. Südkoreanische Firmen begannen umgehend mit der Entwicklung und Lagerung von Testkits.

Simultan wurden 600 Teststationen aufgebaut. Den Test konnte man teilweise auch bequem mit dem Auto erledigen – die Behörden hatten 80 Drive-Through-Zentren eingerichtet.⁵ Man brauchte nur die Scheibe zu öffnen und eine Speichelprobe nehmen lassen. Wer positiv getestet wurde, bekam einige Stunden später einen Anruf mit der entsprechenden Information.

Als sich die Situation im Februar zuspitzte, war man in der Lage, **10.000 Menschen pro Tag zu testen**. Bis 8. März, als die steile Kurve der Neuinfektionen etwas abzuflachen begann, wurden 188.518 Tests durchgeführt. In Italien lag die Testzahl zu diesem Zeitpunkt bei 49.937 und in den USA bei 3.069.⁶ Italien hatte bis Mitte März mehr als 1.000 Tote zu beklagen, Südkorea nur 67. Die Strategie *testing, tracing, treating* ermöglichte, fast alle auftretenden Fälle – auch die milden und symptomlosen – zu erfassen und nachzuerfolgen.

⁴ Ausführlicher siehe eine Ende April publizierte Untersuchung der [Pandemiebekämpfung in Südkorea](#) und die einen Monat später veröffentlichte [Studie von Eric. J. Ballbach](#). Einige der nachfolgend aufgeführten Informationen zu Südkorea basieren auf diesen Beiträgen.

⁵ In Deutschland wurde von solchen Möglichkeiten [punktuell ab Anfang März berichtet](#) - als Kuriosum im Kampf gegen die Pandemie.

⁶ In Deutschland waren es zu diesem Zeitpunkt 124.716.

Der Hintergrund für die Möglichkeit zur massiven Reaktion an allen Hotspots im Südosten und Nordwesten des Landes⁷ war eine funktionierende In-frastruktur. Die Methoden der Eindämmung bestanden neben massenhaftem Testen, um Infektionen aufzuspüren, und der kompromisslosen Verfolgung der Infektionsketten auch in der konsequenten Verhängung von Isolations- bzw. Quarantänemaßnahmen. Positiv Getestete und diejenigen, mit denen Kontakt nachgewiesen wurden, wurden rigoros unter Quarantäne gestellt. Die Einhaltung wurde strikt kontrolliert. Die Nachbarn von Infizierten wurden vor einer Kontaktaufnahme gewarnt.

Im Zuge des *tracing* wurde von jedem erfassten Infizierten ein Bewegungsprofil mit genauen zeitlichen Angaben zunächst in Interviews erstellt, für die die Gesundheitsämter zuständig waren. Soweit Lücken blieben, ergänzte man sie durch Informationen aus Zahlungsvorgängen und Bewegungsdaten, über die die Telefongesellschaften verfügen. Daten über Bezahlvorgänge erlaubten die Identifikation derjenigen, die vor und nach dem Infizierten Rechnungen beglichen. Diese wurden umgehend verständigt und aufgefordert, sich testen zu lassen.

Anschließend wurden diese Bewegungsprofile anonymisiert ins Netz gestellt. Jede(r) konnte solcherart sehen, ob er oder sie die dargestellten Routen zum entsprechenden Zeitpunkt gekreuzt hatte. Gegebenenfalls ließ man sich sofort an einer der mobilen Teststationen überprüfen.

Die nach der MERS-Epidemie 2003 eingerichteten *Korea Centers for Disease Control and Prevention* (KCDC) waren darauf vorbereitet, für dieses ziemlich aufwändige Verfahren in kurzer Zeit entsprechende Ressourcen zu mobilisieren. Auch die rechtlichen Grundlagen für ein solches Vorgehen waren nach dem MERS-Ausbruch geschaffen worden. Das *Gesetz zur Kontrolle und Prävention von Infektionskrankheiten* war nicht nur eine Reaktion auf die Pandemie selbst gewesen, sondern auch auf das Verhalten der damaligen Regierung, Informationen zurückzuhalten, deren Veröffentlichung sie nicht für wünschenswert hielt. Die KCDC unterrichteten nun die Bevölkerung in täglichen Pressebriefings und erläuterten die erforderlichen Maßnahmen.

Darüber hinaus nahmen die Behörden weitere technische Anwendungen in Anspruch. Eine Smartphone-App ermöglichte, GPS-Karten abzurufen, die die Ausbreitung der Infektion darstellten. In Frankreich wurde eine solche App Ende Mai vorgestellt, in Deutschland führte man sie Mitte Juni ein.

Außerdem untersagte die Regierung wie in vielen anderen Ländern Massenveranstaltungen und schloss Einrichtungen, in denen potenziell viele Menschen zusammenkamen. Konzerte und Festivals wurden abgesagt,

⁷ Das Zentrum waren Daegu und die dazugehörige Provinz Gyoengbuk, wo rund 75 Prozent aller Fälle registriert wurden. Vgl. die täglichen Updates zu Verteilung und Entwicklung des Infektionsgeschehens auf dem koreanischen Portal <https://terms.naver.com/entry.nhn?docId=5912275&cid=43667&categoryId=43667>.

Büchereien und Museen zugemacht. Nationale und internationale Sportveranstaltungen wurden zurückgestellt. Großunternehmen ordneten Heimarbeit an. Der Beginn des Schuljahres wurde verschoben. Das gleiche galt für Kindergärten.

All dies machte in Südkorea so radikale Maßnahmen, wie sie später in großen Teilen Europas praktiziert wurden, nicht notwendig. Betriebe und Geschäfte blieben offen unter der Bedingung, notwendige Hygieneregeln einzuhalten. Es gab in Südkorea nie einen generellen Lockdown, keine generellen Kontaktsperrungen, keine inländischen Reisebeschränkungen und keine verordnete Schließung von Behörden, Betrieben oder Geschäften. Südkoreanische Experten waren sich einig, dass die vorhandene Technologie – anders als zu Zeiten der Pest – genau feststellen lasse, wie und wohin sich die Seuche ausbreitet, und somit auch gezielt reagiert werden könne.

Diese Vorgehensweise machte auch keine Verschiebung von Wahlen notwendig. Die für den 15. April terminierten Parlamentswahlen fanden wie vorgesehen statt. Die Wahlbeteiligung lag bei 66 Prozent. Die Demokratische Partei von Präsident Moon Jae-in trug aufgrund ihres dezidierten, transparenten und erfolgreichen Krisenmanagements gegen die Pandemie einen erstaunlich klaren Sieg davon. Sie und eine mit ihr verbündete Organisation gewannen 180 der 300 Parlamentssitze. Zu diesem Zeitpunkt zählte Südkorea etwa 11.000 Infizierte und 208 Tote. In Großbritannien (mit 60 Mio. Einwohnern) waren es 89.000 Infizierte und mehr als 13.000 Tote, in Italien 165.000 Infizierte und 21.000 Tote.

Wie empfindlich die Behörden in Südkorea auf einen Anstieg von Infektionen und eine mögliche zweite Welle reagierten, konnte man Ende Mai beobachten. Am 27. Mai meldeten die Gesundheitsämter einen Rückschlag bei der Eindämmung des Virus, nämlich 40 Neuinfektionen. An den beiden Folgetagen gab es noch mehr Fälle. Die Regierung vermutete, dass aufgrund des wärmer werdenden Wetters ein nachlässigerer Umgang mit Schutzmasken um sich griff.

Sofort mussten öffentliche Einrichtungen wie Museen, Theater und Kulturzentren wieder schließen. Für öffentliche Verkehrsmittel und Taxen war die Maskenpflicht schon vorher eingeführt worden. Zu diesem Zeitpunkt galt in Deutschland die Regelung, dass sich täglich nicht mehr als 5.000 bis 6.000 Menschen neu infizieren dürften, um die bereits nach und nach eingeführten Lockerungen aufrechterhalten zu können. Seoul hatte diese Grenze auf 50 Neuinfektionen pro Tag festgelegt. Das bleibt auch dann ein Bruchteil, wenn man den Unterschied in der Bevölkerungsgröße berücksichtigt.

Wenn auch einige der Maßnahmen, mit denen Südkorea u.a. asiatische Länder die Pandemie in Griff bekam, in Europa rechtlich nicht zulässig sind: Viele dieser Möglichkeiten wurden – selbst als das Gesundheitssystem in Teilen Italiens kollabierte – erst gar nicht evaluiert, geschweige ausgeschöpft.

3. Taiwan

Auch Taiwan regierte prompt auf den Ausbruch in Wuhan. Noch am 31. Dezember wurde ein [Paket von 124 Maßnahmen](#) beschlossen und implementiert.

Ab 31. Dezember kontrollierten die Behörden in Taiwan alle Einreisenden aus der Region auf Symptome. Stufenweise folgte eine [Abschottung bis hin zu einem kompletten Flugstopp](#) aus China und anderen betroffenen Ländern. Die frühzeitigen Maßnahmen erfolgten ebenfalls vor dem Hintergrund der Erfahrungen bei der SARS-Epidemie. 2003 hatte sich gezeigt, dass aus China keine zeitnahen und genauen Daten zum Krankheitsausbruch übermittelt wurden. Die gleiche Erfahrung fürchtete man nun wieder zu machen.

Noch bevor Peking am 20. Januar die Übertragung von Mensch zu Mensch bestätigte und Wuhan am 23. Januar unter Quarantäne gestellt wurde, hatte Taipei wesentliche Vorbereitungen abgeschlossen. 44 Mio. Schutzmasken und weitere medizinische Ausrüstung waren bereitgestellt, um sie an Krankenhäuser und die Bevölkerung zu verteilen. Der erste Fall war am 21. Januar festgestellt worden. Es handelte sich um eine Taiwanerin, die aus Wuhan zurückgekehrt war. Ab diesem Zeitpunkt wurden Infektionsketten mit Nachdruck verfolgt. Das Tragen von Masken war vor allem in öffentlichen Verkehrsmitteln obligatorisch, um das Risiko von Infektionen zu verringern.

Obwohl zwischen dem Festland und Taiwan jährlich Millionen von Menschen reisen, wurden laut Johns Hopkins Universität bis 12. März auf [Taiwan nur 53 COVID-19-Erkrankungen und ein Todesfall](#) gemeldet. In Taiwan war trotz der ungleich kürzeren „Vorwarnzeit“ wegen der dezidierten Reaktion und den Vorbereitungen und Maßnahmen, die getroffen wurden, ebenfalls kein allgemeiner Lockdown nötig wie später in Europa.

All dies war international bekannt. Taiwan unterrichtete ständig die WHO. Es gab diesbezügliche Publikationen in internationalen, englischsprachigen Fachzeitschriften.⁸ Ab dem Bekanntwerden der Seuche in Wuhan spätestens am 31. Dezember hatte man in Europa fast zwei Monate Zeit, um sich mit dem Sachverhalt und der Entwicklung bekannt zu machen und Maßnahmen zu treffen.

⁸ [Paul Robert Vogt](#): „Das Einzige was man tun musste: ab dem 31. Dezember 2019 ‚bat + coronavirus‘ in «PubMed», der U.S. National Library of Medicine, eingeben und alle Daten lagen vor. Und man musste nur die Publikationen bis Ende Februar 2020 verfolgen, um zu wissen, 1) was auf uns zukommt und 2) was zu tun ist.“

4. Hongkong

Auch in Hongkong reagierten die [Behörden vergleichsweise schnell](#) – stellt man die Abhängigkeit der Sonderverwaltungszone von Peking in Rechnung. Ab Ende Januar wurde eine intensive Kontrolle, ob jemand infiziert ist, Standard – nicht nur bei ankommenden Reisenden, sondern auch in den Stadtbezirken. Feriencamps und neu errichtete Wohnsiedlungen wurden in Quarantäneeinrichtungen umfunktioniert. Alle, die vom chinesischen Festland einreisten, sowie Personen, die aus vom Coronavirus betroffenen Ländern kamen, wurden für [14 Tage unter Quarantäne gestellt](#). Mit Anrufen und Ortung per Mobiltelefon wurde überprüft, ob die Isolation auch eingehalten wird. Wer sich nicht orten ließ, wurde zur Fahndung ausgeschrieben. Großveranstaltungen wurden abgesagt, flexible Arbeitsregelungen und Homeoffice ermöglicht, Schulschließungen verfügt. Fahrstuhlknöpfe, Geldautomaten und andere Kontaktflächen wurden mit Folien überzogen, die täglich mehrfach desinfiziert wurden. Die Einwohner wurden nachdrücklich auf die Geltung von persönlichen Schutzmaßnahmen hingewiesen. Abgesehen von anderen Hygienemaßnahmen bezog sich das auf das Tragen eines Mundschutzes beim Verlassen der Wohnung oder des Hauses. 99 Prozent hielten sich an dieses Gebot.

Ab Anfang Februar erließen die Behörden [scharfe Einreisebeschränkungen](#). Zehn von 13 Grenzübergängen zu Festland-China wurden geschlossen. Normalerweise kommen jeden Tag Zehntausende aus Shenzhen über die Grenze. Zuvor hatten Tausende Krankenhausmitarbeiter ihre Arbeit niedergelegt und für Grenzschließungen demonstriert. Sie befürchteten eine Überforderung des Gesundheitssystems durch den Zustrom von Patienten. Offen blieben nur der Flughafen, die Hongkong-Zhuhai-Macau-Brücke und die Shen-zhen-Bay-Brücke. Bis dahin waren mehr als 17.000 Infizierte und 361 Todesfälle aus China gemeldet worden. In Hongkong selbst waren 15 Personen positiv getestet worden.

Ausgesetzt wurde der gesamte grenzüberschreitende Zug- und Fährenverkehr. Auf dem Flughafen wurden alle Ankommenden bezüglich ihrer Temperatur und bei Anzeichen einer Erkrankung auf Corona getestet. Die Methoden der Eindämmung waren im Wesentlichen die gleichen wie in Südkorea und Taiwan: massenhaftes Testen, um Infektionen aufzuspüren, kompromisslose Verfolgung der Infektionsketten und konsequente Verhängung von Isolations- bzw. Quarantänemaßnahmen. Solcherart lag die Reproduktionsrate des Virus von Anfang an bei nicht mehr als 1. Die 7,5 Mio.-

Metropole meldete bis zum 31. März 715 Infizierte (nach anderen Zählweisen weniger) und lediglich vier Todesfälle im Zusammenhang mit Corona.

Aufgrund dessen war auch hier ein Lockdown wie zuvor in Wuhan und anderen chinesischen Provinzen und später in diversen europäischen Ländern nicht nötig. Die Menschen gingen weiter zur Arbeit und betrieben Sport, natürlich unter entsprechenden Auflagen und Vorsichtsmaßnahmen. Restaurants und Geschäfte blieben geöffnet.

5. WHO

Es war nicht so, dass die WHO COVID-19 verschlafen hätte. Nach der Information durch chinesische Behörden am 31. Dezember 2019 berichtete z.B. Taiwan detailliert über den Verlauf und die Gegenmaßnahmen. Innerhalb und außerhalb der WHO konnte man durch die internationale Kooperation sowohl mit chinesischen als auch mit taiwanesischen Wissenschaftlern und Behörden Bescheid wissen. Dass die WHO noch wochenlang abwiegelte, lag u.a. daran, dass Taiwan (wegen des Widerstands Pekings) keine Stimme in der WHO hat, während das Gewicht Chinas in der Weltgesundheitsorganisation erheblich ist.⁹ Und Peking wollte weder eine Einstufung der Seuche als weltweite Pandemie noch eine Schließung der Grenzen anderer Länder. Zu groß war offenbar die Sorge vor ökonomischen Nachteilen, die derartige Maßnahmen zur Folge hätten.

Während in Wuhan, in anderen Teilen Chinas und in einigen Nachbarstaaten Bahnhöfe und Flughäfen stillgelegt und Reiseverbindungen unterbrochen worden waren¹⁰, um die Ausbreitung des Virus zu verhindern – auch Russland hatte die Grenzen zu China abgeriegelt –, sah die WHO noch in einer Stellungnahme am 4. Februar keinen Grund, den internationalen Reiseverkehr einzuschränken. Zu diesem Zeitpunkt waren in China bereits 427 Menschen mit COVID-19 gestorben. Berechnungen ergaben, dass je nach Region und Betroffenheit eine [Verdoppelung der Infektionen innerhalb von vier bis acht Tagen](#) erfolgte.

In der zweiten Februarwoche änderten die chinesischen Behörden die Zählweise, womit sich die Anzahl der täglich gemeldeten Infektionen vervielfachte. Nachdem man Lungenscans, die Corona-bedingte Pneumonie zeigten, inkludiert hatte, sprangen zwischen dem 11. und 12. Februar die

⁹ Gegen den expliziten Wunsch der EU, der USA und vieler anderer Länder setzte Peking durch, dass [Taiwan auch nicht zur Jahrestagung der WHO](#) am 18. und 19. Mai 2020, auf der es praktisch ausschließlich um die Bekämpfung von COVID-19 ging, eingeladen wurde.

¹⁰ Der Lockdown in Wuhan erfolgte, wie schon erwähnt, am 23. Januar, als offiziell die Zahl der Infizierten auf 631 gestiegen war.

Zahlen von 2.000 auf 15.000 nach oben.¹¹ Zu diesem Zeitpunkt zählte man global bereits 50.000 Infizierte und 1.000 Tote, am 25. Februar 80.000 und 3.000 Verstorbene.

Die Begründung, mit der sich die WHO gegen Reisebeschränkungen und Grenzsicherungen aussprach, klang angesichts der Ausbreitung des Virus und der Maßnahmen, die verschiedene Akteure bereits getroffen hatten, aus der Zeit gefallen. „Wenn Menschen nicht offiziell reisen dürfen, suchen sie sich inoffizielle Wege“, so [WHO-Sprecher Christian Lindmeier auf NDR Info](#) Anfang Februar. An regulären Grenzübergangsstellen, so Lindmeier, könnten Ärzte Einreisende kontrollieren und – falls nötig – isolieren und behandeln. Das sei bei inoffiziellen Grenzübertreten nicht möglich. Wie ein solches Grenzregime ohne Beschränkungen des Reiseverkehrs umgesetzt werden sollte, sagte er indes nicht.

Ins Zentrum der Kritik an der WHO rückte ihr Generaldirektor, Tedros Adhanom Ghebreyesus, der unkritisch Informationen, die er von der chinesischen Führung erhielt, öffentlich wiederholte. Zwar deklarierte die Weltgesundheitsorganisation am 30. Januar die Folgen von COVID-19 als einen „öffentlichen Gesundheitsnotstand von internationaler Dimension“. Aber erst am 28. Februar bewertete die WHO das Risiko auf globaler Ebene als „sehr hoch“. Und erst am 12. März wurde die sich ausbreitende Seuche als „Pandemie“ eingestuft. Ghebreyesus' Äußerungen wiesen bis Anfang März nicht nur Ähnlichkeiten mit der Außenkommunikation der Pekinger Führung auf. Sie stimmten auch mit der Position des US-Präsidenten überein, der durch das Virus keine Gefahr für die USA sah und die Arbeit der WHO lobte – später machte er die WHO für die dramatische Entwicklung in den USA verantwortlich.

Nicht nur in Asien und in internationalen, englischsprachigen Fachzeitschriften waren schon Wochen vorher eingehende Warnungen verlautbart worden. Die erste und deswegen auch berühmteste [Studie zum neuen Coronavirus](#) erschien am 24. Januar in The Lancet, einer der ältesten und renommiertesten medizinischen Fachzeitschriften der Welt, herausgegeben in London. Dort wurde die Übertragbarkeit von Mensch zu Mensch beschrieben, die u.a. aufgrund der Verfolgung von Infektionsketten bei Reisenden in China festgestellt worden war. In den USA selbst warnte am 20. Februar ein [Team der Harvard University](#), bestehend aus Experten in den Bereichen Epidemiologie, Infektionskrankheiten, Ökonomie, Politik und anderen Disziplinen, vor einer weltweiten Pandemie. Die Maßnahmen, die in China ergriffen worden seien, hätten die Ausbreitung verlangsamt, könnten aber ihre Ausbreitung außerhalb Chinas nicht verhindern. Die Welt müsse sich auf eine globale Dissemination einstellen. Nun müsse die Frage gestellt

¹¹ Generell stellen [Experten die Angaben aus China unter ein Fragezeichen](#), weil das dortige Gesundheitssystem in den Hotspots mit den Fällen schlicht überfordert war.

werden, „was wir, als Weltgemeinschaft, als einzelne Nationen und sogar als einzelne Krankenhäuser tun können, um uns auf etwas vorzubereiten, was mehr und mehr potenziell unvermeidlich erscheint“, war das Resümee.

Am 6. März erschien eine Studie in Science, geschrieben von einer Gruppe chinesisch-US-amerikanischer Autoren. Sie wiesen darauf hin, dass nur eine Kombination von Grenzsicherungen und lokalen Ausgangssperren effektiv seien. Dies sei geeignet, die Verbreitung des Virus um 90 Prozent einzudämmen. Dagegen wurde nicht nur von Schweizer Behörden das unsinnige Argument angeführt, Grenzsicherungen würden nichts bringen, „weil sich die meisten sowieso zu Hause anstecken“ würden.¹²

Nachdem die italienischen Behörden einen größeren Infektionsherd südlich von Mailand festgestellt hatten, wurden am 22. Februar 50.000 Einwohner der Lombardei unter Quarantäne gestellt. Diskotheken wurden geschlossen, Sportveranstaltungen abgesagt, Karnevalsumzüge verboten. Am 8. März erklärte Ministerpräsident Giuseppe Conte die Stadt Mailand, die Lombardei und weitere Regionen in Norditalien zur Sperrzone. Einen Tag später wurde der Lockdown auf das ganze Land ausgeweitet. In Italien verdoppelte sich die Zahl der Infizierten in weniger als vier Tagen. Auch diverse andere Mitgliedstaaten der EU hatten zu diesem Zeitpunkt gegen die Wahrnehmung und den Rat der WHO und auch des Europäischen Zentrums für die Prävention und die Kontrolle von Krankheiten (ECDC) begonnen, schärfere Maßnahmen zu setzen.

Ebenfalls am 8. März verkündete der Generalsekretär der Vereinten Nationen, António Guterres, dass ein Crisis Management Team unter der Führung der WHO eingerichtet worden sei. Als die WHO COVID-19 am 12. März zu einer globalen Pandemie erklärte, waren bereits 89 Länder von bestätigten Infektionen betroffen.

Zwei Monate später drohte US-Präsident Trump, [die Zahlungen Washingtons an die WHO einzustellen](#) und sich aus der Organisation zurückzuziehen, wenn nicht innerhalb von 30 Tagen massive Änderungen in der Organisationsstruktur und der politischen Ausrichtung erfolgten. Das hatte freilich weniger mit Versäumnissen und Fehlern der WHO zu tun als mit Trumps üblicher Sündenbockpolitik. Seine Kritik an der Weltgesundheitsorganisation wurde überwiegend als Versuch gewertet, die Entgleisungen und politischen Fehlleistungen des Präsidenten als Krisenmanager zu überdecken. Die USA waren schon im März zum global von Corona am schwersten betroffenen Land geworden. Den ersten Infektionsfall hatte es in den USA – ähnlich wie in Europa – bereits am 22. Januar gegeben.

Dass auch bei US-Behörden zumindest partiell ein Bewusstsein über die Gefährlichkeit des Virus gegeben war, zeigte die frühe [Reaktion der Centers for Disease Control and Prevention \(CDC\)](#) und des

¹² Paul Robert Vogt zitiert das Schweizer BAG und den Bundesrat.

[Heimatschutzministeriums](#). Sie hatten bereits am 17. und 18. Januar an den Flughäfen von San Francisco, Los Angeles und New York Gesundheitschecks für Reisende aus Wuhan angeordnet.¹³ Am 25. Februar gab das Biowaffenforschungszentrum in Fort Detrick in Maryland eine interne Warnung aus: Der Ausbruch des Coronavirus in den USA werde den Status einer Epidemie erreichen. Trump beklagte kurze Zeit später, der alarmistische Ton z.B. des CDC verunsichere die Wall Street.

Aber Trump zielte in der Auseinandersetzung mit der WHO auf eine Instrumentalisierung im Sinne seiner generellen außenpolitischen Agenda. Zum einen ging es um eine weitere Front in der strategischen Auseinandersetzung mit China und um die Eindämmung des Einflusses Pekings auf internationale Organisationen. Zum anderen spielte aber auch die allgemeine Abneigung Trumps gegen multilaterale internationale Zusammenschlüsse eine Rolle, die Absicht einer Schwächung internationaler Institutionen.

6. EU

Die Mitgliedstaaten der EU sind hauptverantwortlich für den Schutz ihrer Bürger. Die nationalen Regierungen haben ihr Bestes zu tun, um Schaden von ihren Völkern abzuwenden. Wenn sie in einer Krisensituation wie der COVID-19-Pandemie unterschiedliche Maßnahmen ergreifen, um dieser Aufgabe nachzukommen, ist dies weder ungewöhnlich noch stellt es die europäische Integration in Frage. Gleichwohl haben die Mitglieder wie auch Brüssel die Aufgabe, Dritte oder die Gesamtheit der EU betreffende Maßnahmen abzustimmen und zu koordinieren. In diesem Sinne vereinbarten die Gesundheitsminister der Union am 13. Februar ein gemeinsames Vorgehen gegen die Krankheit, nachdem in der zweiten Januarhälfte erste Infektionen aus diversen Mitgliedsländern gemeldet worden waren.

Darüber hinaus hat Brüssel für den Gesamttraum der EU Gemeinschaftsaufgaben wahrzunehmen. In einer Krisenlage gilt dies besonders. Es geht um Schutzpflichten für 450 Mio. Bürger, die Aufrechterhaltung der Funktionsfähigkeit der Gemeinschaftsinstitutionen und des gemeinsamen Marktes sowie um die demokratischen Errungenschaften. Dafür gibt es Rechtsgrundlagen, supranationale Einrichtungen und länderübergreifende Mechanismen. Im Falle einer „natürlichen oder

¹³ Gesundheitsminister Alex Azar soll tags darauf versucht haben, Präsident Trump telefonisch über die Gefahr des Coronavirus zu unterrichten. US-Medien berichteten, dass [Trump aber lieber über die Gefahr von E-Zigaretten](#) reden wollte.

menschengemachten Katastrophe“ hat die EU eine [vertragsgebundene Pflicht zur Solidarität](#).

Für spezielle Zwecke verfügt die EU seit 2005 über eine Behörde zur Bekämpfung von Seuchen. Das ECDC im schwedischen Solna hat ein Budget von jährlich 60 Mio. Euro. Es beschäftigt 280 Mitarbeiter. Die Identifizierung von Seuchen ist die wichtigste Aufgabe der Behörde. Leiterin ist die Deutsche Andrea Ammon. Vorher war sie u.a. für das Robert-Koch-Institut in Berlin tätig gewesen.

Am 24. Januar hatte es den ersten identifizierten Fall in Frankreich gegeben, am 28. Januar in Deutschland.¹⁴ Man wusste, Infizierte könnten auch vor den ersten Symptomen ansteckend sein. Genau diese Erkenntnis – und ein Blick über die Grenzen etwa nach Südkorea, wo die massenhafte Erstellung von Testkits längst angelaufen war, um Infizierte möglichst umgehend zu identifizieren – hätte auch in Deutschland und in Europa entsprechende Vorbereitungen auslösen müssen.

Doch auf dem erwähnten Treffen der EU-Gesundheitsminister zwei Wochen später bewerteten sie die Lage nicht einmal als eine „Krise“. Die Leiterin des ECDC, die ebenfalls zugegen war, sagte, die [Kapazität für Testlabors in Europa sei ausreichend](#). Von daher sah man offenbar auch keinen konkreten Bezugspunkt für die Bekundung, gemeinsam gegen die Ausbreitung des Virus vorzugehen. Entsprechend folgten keine Handlungen. Das war einen Tag, nachdem auch die WHO gewarnt hatte, die Welt sei der Gefahr einer Pandemie ausgesetzt. Zwei Tage später mussten nach einer Karnevalssitzung im nordrhein-westfälischen Kreis Heinsberg 300 Menschen und ihre Familien in eine zweiwöchige Quarantäne. An der Feier hatte ein Infizierter teilgenommen.

Noch Ende Februar, als die Lombardei längst unter Quarantäne gestellt worden war, schätzte das ECDC das Infektionsrisiko in Europa als „gering bis moderat“ ein, ganz in Übereinstimmung mit dem Robert-Koch-Institut in Deutschland. Zwei Monate später [begründete die Leiterin Ammon](#) ihre Fehlleistung damit, dass man zu wenig über das Virus gewusst habe und nach wie vor in einem Lernprozess begriffen sei. Man habe sich an der Erfahrung mit dem SARS-Virus 2003 orientiert. Ihre Behörde habe auf Labor- und epidemiologische Daten zurückgegriffen, die von den EU-Mitgliedsstaaten an sie weitergegeben worden seien. Außerdem habe man das Internet und die sozialen Netzwerke nach Informationen durchsucht. Tauchten Gerüchte über neue Infektionssituationen auf, würde das über Kontakte zu den jeweiligen nationalen Gesundheitsbehörden oder die WHO verfolgt. Erst als in der letzten Februar- und der ersten Märzwoche viele Europäer aus den Ferien zurückgekommen waren und die COVID-19-Infektionen sprunghaft

¹⁴ Im April 2020 wurden die ersten Fälle in Europa bereits auf Dezember 2019 zurückdatiert.

zugenommen hatten, habe man gemerkt, dass drastischere Maßnahmen notwendig seien.

Das war acht Wochen, nachdem die Ausbreitung in ostasiatischen Ländern aufgrund intensiven Personenverkehrs mit China als extrem besorgniserregend eingestuft und entsprechende Abwehrmaßnahmen ergriffen worden waren – u.a. drastische Einschränkungen des Reiseverkehrs. Das war sechs Wochen, nachdem Südkorea ähnlich reagiert hatte, und vier Wochen, nachdem Hongkong die Stadt abgeriegelt und effiziente Maßnahmen zur Nichtverbreitung des Virus ergriffen hatte. Vom 24. Januar, als der erste Infizierte in Frankreich entdeckt wurde, war fünf Wochen lang zu beobachten, wie sich das Virus nach und in Europa ausbreitete. Das ECDC merkte nach eigenen Angaben aber erst, als in den Touristenzentren und nach der Rückkehr von Touristen in deren Heimatorte die Infiziertenzahlen zu explodieren begannen, dass etwas nicht stimmte.

Die [beiden Tabellen der Financial Times \(FT\)](#) – „The global Covid-19 death toll is continuing to ease slowly“ und „Death rates have climbed far above historical averages in many countries that have faced Covid-19 outbreaks“ – zeigen drastisch das Desaster der Corona-Bekämpfung in Europa. Im frühen März überholte Europa die asiatischen Länder in der Zahl der Todesopfer, bis Mitte März explodierte die Zahl. Bis heute gibt es täglich unverhältnismäßig mehr Todesopfer als in allen asiatischen Ländern zusammen, China eingerechnet.

Die meisten deutschen Bundesländer, Dänemark, Norwegen, die Schweiz und andere europäische Staaten begannen erst gegen Ende der zweiten Märzwoche Bildungseinrichtungen und Museen zu schließen sowie Veranstaltungen einzuschränken. Italien, Spanien und Österreich verhängten strenge Ausgehbeschränkungen, die Schließung von Restaurants, Spielplätzen und Versammlungsorten. In der dritten Märzwoche zogen fast alle Regierungen in der EU nach. Nachdem diverse Länder ihre Grenzen dichtgemacht hatten, schloss am 16. März auch Berlin die Grenzen. Ausnahmen galten nur mehr für Pendler und den Warenverkehr. Zwischen 2. und 16. März war in [Deutschland die Kurve der Neuinfektionen](#) rapide angestiegen – auf mehr als 5.000 neue Infektionen pro Tag. Am 9. März war ein Verbot von Großveranstaltungen verhängt worden, am 16. März wurden die Schulen und Kitas geschlossen. Am 19. März begann die Kurve langsam abzufachen. Am 23. März wurde eine generelle Kontaktsperre wirksam.¹⁵ Frankreich hatte am 17. März eine zweiwöchige Ausgangssperre verhängt.

Großbritanniens Premier Boris Johnson verfolgte eine andere Strategie. Sie zielte qua Verzicht auf Einschränkungen des öffentlichen Lebens auf die

¹⁵ Gesetzliche Grundlagen schuf der Bundestag am 27. März mit dem „[Gesetz zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite](#)“, das das Infektionsschutzgesetz vom 20. Juli 2000 (inklusive einer Änderung vom 10. Februar 2020) modifizierte.

schnelle Herstellung einer „Herdenimmunität“, die bei einer 60-70-prozentigen „Durchseuchung“ der Bevölkerung gegeben und damit das Problem der Neuinfektionen lösen sollte. Diese Strategie stellte de facto auf den Kopf, was von den asiatischen Ländern praktiziert, aber auch von der WHO und dem Generalsekretär der Vereinten Nationen als „geteilte Verantwortung für alle von uns“ definiert worden war: dass die weitere Ausbreitung von SARS-CoV-2 nach Möglichkeit verhindert werden müsse.

Eben dies war auch das Resultat einer [Untersuchung von Otto Kolbl \(Universität Lausanne\) und Maximilian Mayer \(University of Nottingham Ningbo China\)](#), die am 4. März erschienen war und die den Pandemieverlauf in China zum Inhalt hatte. Die rapide Ausbreitung des Virus sei nach weniger als 80.000 Infektionen zum Stehen gekommen, und zwar dank der rigorosen Maßnahmen, die in der zweiten Januarhälfte ergriffen worden seien. Die Meisten hätten sich vor dem 23. Januar infiziert. Bis 23. Februar seien noch immer 10.000 „schwere Fälle“ in den Krankenhäusern behandelt worden. Bei einer angenommenen Herdenimmunität von 40 bis 70 Prozent der erwachsenen Bevölkerung könne man sich ausrechnen, was dies für das Gesundheitssystem bedeute. Solange keine effiziente medizinische Behandlung oder ein Impfstoff zu Verfügung stünden, bleibe nur eine Herangehensweise, wenn die Wirtschaft und das soziale Leben nicht durch Lockdowns zerstört werden sollen: die massive Ausdehnung der Kapazitäten, um neue Fälle zu erkennen und zu behandeln, und zwar mit maximaler Geschwindigkeit und Präzision.

Dies erfordere die Lösung dreier relativ einfacher, aber extrem dringlicher Aufgaben. Erstens müsse die Möglichkeit zur Gewinnung einer umfassenden Datenbasis zwecks Rückverfolgung von Infektionsketten geschaffen werden. Zweitens müsse die Ausweitung von Testkapazitäten erfolgen. Und schließlich seien Quarantäneeinrichtungen bereitzustellen. Das alles könne im Prinzip innerhalb von Wochen bewerkstelligt werden.

In vielen europäischen Ländern hatte man genau dies verabsäumt. Aufgrund der explosionsartigen Ausbreitung des Virus in Großbritannien und nach der Veröffentlichung einer Studie, wonach die Vorgehensweise der Regierung geschätzte 500.000 Tote zur Folge haben würde, nahm Johnson von der Durchseuchungsidee wieder Abstand. Allerdings waren keine adäquaten Vorbereitungen getroffen worden, um in ausreichendem Maße Corona-Tests durchzuführen. Mitte März stellte die Regierung deswegen das Testen und die Kontaktrückverfolgung wieder ein. Der Lockdown wurde am 23. März verhängt. Johnson selbst erkrankte an COVID-19 und musste am 6. April auf eine Intensivstation verlegt werden. Zu diesem Zeitpunkt war Großbritannien bereits das Land mit der höchsten Zahl an Infektionen und Toten in Europa.¹⁶

¹⁶ Johnson gestand anlässlich einer Parlamentssitzung in der ersten Maiwoche zu, man verfüge erst jetzt wieder über Kapazitäten, die es ermöglichten, mit Hilfe von Tests und Kontaktverfolgung die Pandemie zu bekämpfen; vgl. FAZ, 07.05.2020, S. 1.

Die Tabelle „Death rates have climbed far above historical averages in many countries that have faced Covid-19 outbreaks“ in der FT verdeutlicht zweierlei: Erstens die Gefährlichkeit des Virus und die explosionsartige Vervielfachung der Infizierten in den meisten europäischen Ländern bis März 2020. Die Mortalität stieg signifikant an, zwischen 6 Prozent in Deutschland und Dänemark am unteren Ende der Skala und bis zu 55 Prozent in Italien, 60 in Spanien, 61 in Großbritannien und 66 in Belgien an der Spitze. Nur Norwegen hatte keine erhöhte Sterberate. Zweitens bestätigt sie die absolute Notwendigkeit und die Überfälligkeit, diese Entwicklung mit drastischen Maßnahmen der Kontaktbeschränkung zu stoppen. Wäre dies nicht gelungen, hätte eine Katastrophe gedroht.

Noch schlimmer sah es in Großstädten, wie aus der Grafik „Mortality rates have soared in urban areas worldwide, with overall excess deaths much higher than reported Covid-19 counts“, und in den Zentren der Virenverbreitung wie Bergamo in Norditalien aus. Dort stieg die Mortalität im März 2020 um fast das Fünffache des sonstigen Durchschnitts, in London um mehr als das Doppelte (135 Prozent), in Stockholm um 87 Prozent.

Das ECDC hinkte hinter dieser Entwicklung hilf- und führungslos hinterher. Koordinierte Pandemiepläne der europäischen Länder existierten nicht. An der Spitze der EU sah es nicht besser aus. Die Kommission agierte hilflos, inkompetent, chaotisch oder gar nicht. Von der Kommissionspräsidentin Ursula von der Leyen waren bis Ende März statt gezielter Anstrengungen zur Eindämmung der Pandemie und zur Koordination der Aktivitäten der Mitgliedstaaten vor allem Presseauftritte und Videobotschaften zu sehen, in denen sie Solidaritätsbekundungen oder Appelle zur Kooperation abgab. Italien wurde in der Anfangsphase der Pandemie völlig im Stich gelassen. Weder die EU noch die Mitgliedstaaten halfen. Deutschland und Frankreich beschränkten sogar den Export medizinischer Schutzkleidung nach Italien.

Stattdessen sprang China ein, das zu diesem Zeitpunkt von der Pandemie schon weniger als Italien betroffen war. Peking schickte am 12. März ein erfahrenes Mediziner-Team sowie umfangreiches Ausrüstungsmaterial nach Rom. Seither hat sich die überwiegend positive Einstellung der Italiener zur EU gedreht, und Peking nutzte seine Hilfe für den „globalen Norden“ propagandistisch. Auch Spanien, Ungarn und diverse EU-Kandidaten im Südosten Europas wie Serbien kamen in den Genuss chinesischer Hilfe, die von Seiten der EU ausblieb. Belgrad erklärte, dass China bei der Bekämpfung der Pandemie hilfreicher sei als die Europäische Union.

Die chinesische Führung dagegen konnte ihre Fähigkeit zu einem Krisenmanagement in vielen Teilen der Welt demonstrieren. In Europa ging die Unterstützung vor allem in jene Länder, die sich an der „Neue-Seidenstraßen-Initiative“ beteiligen. Die ohnehin bestehenden Trennlinien in der EU dürften solcherart noch konturierter werden. Simultan präsentierte sich

Peking als guter Kollaborateur der internationalen Gemeinschaft, sowohl auf bilateraler als auch auf multilateraler Ebene. Dies betraf vor allem die Kooperation in der WHO und in den G20.

Allerdings war der Versuch der KP Chinas, ihre „globale Hilfe“ zur internationalen Imagestärkung zu nutzen, nur partiell erfolgreich. Viele Artikel, die nach Europa und anderswohin gingen, waren defekt und konnten nicht gebraucht werden. Dazu kam ein auch noch inkohärenter „propaganda overkill“, der die Glaubwürdigkeit altruistischen Handelns und einer produktiven Führungsrolle in globalen Angelegenheiten untergrub. Während die Hilfeleistungen an Europa und Afrika mit großem Aufwand herausgestellt wurden, schaffte es die im Januar und Februar von der EU und den USA an China geleistete Hilfe zur Bekämpfung des Virus kaum in die Medien.¹⁷

Dazu kamen dann von offizieller Seite ins Spiel gebrachte Spekulationen, das Virus könnte im Oktober 2019 von US-Militärs anlässlich ihrer Teilnahme bei Wettkämpfen in Wuhan eingeschleppt worden sein. Außerdem wurde immer deutlicher, in welchem Ausmaß Kritik innerhalb Chinas über das Verschleppen und Verschweigen der Pandemieentwicklung geübt wurde und zugleich Kritiker zum Schweigen gebracht wurden.

Was die EU betraf, war jedenfalls von Führung oder einem Brüsseler Krisenmanagement bis Mitte März wenig zu sehen. Das von der Kommissionspräsidentin auf einem Pressetermin am 2. März vorgestellte Corona-Response-Team der EU brachte keine einzige konkrete Handlungsempfehlung zustande. Als man sich durchrang, für die am meisten betroffenen Mitgliedstaaten ein Beschaffungsprogramm für medizinische Ausrüstung zu organisieren, wurden öffentliche Ausschreibungen mit monatelangen Fristen editiert.

Es gab einige Wissenschaftler mit einem internationalen Horizont, die mit Nachdruck und öffentlich auch in den europäischen Medien warnten und Aufforderungen an die Regierungen der EU-Mitglieder richteten, sich am besten gemeinschaftlich mit ihren Kollegen in Taiwan und Südkorea in Verbindung zu setzen, um eine kohärente Strategie für Europa zu entwickeln. Die Warnungen und Aufforderungen wurden missachtet.

Derweil suchten die meisten Regierungen von EU-Mitgliedstaaten ihr Heil in nationalen Alleingängen. Staaten verhängten Exportverbote für Schutzmasken, medizinisches Gerät und andere Ausrüstung, unilateral wurden Grenzen geschlossen, die Produktion etwa von Masken wurde individuell abzusichern gesucht. Später versuchte sich die Kommissionspräsidentin damit zu rechtfertigen, dass die EU in Fragen der Gesundheitsvorsorge und Seuchenbekämpfung nichts zu sagen habe. Realität war, dass Brüssel schon an der Organisation der Solidarität mit den zuerst von der Pandemie betroffenen

¹⁷ Die EU hatte Ende Januar in einer ersten unmittelbaren Reaktion auf eine Anfrage der chinesischen Regierung 12 Tonnen medizinische Ausrüstung nach China geschickt.

Staaten scheiterte, und zwar schon auf der einfachsten Ebene der Organisation von Schutzmasken und medizinischer Ausrüstung.

Noch viel weniger war die EU in der Lage, die absehbar noch dramatischeren Folgen der Pandemie außerhalb Europas in den Blick zu nehmen und Hilfe zu organisieren. Nicht die EU oder die europäischen Länder, die Afrika immer als besonderes Verantwortungsgebiet der Europäer betonten, schickten medizinische Ausrüstung, sondern China. Unter anderem profitieren davon Algerien, Burkina Faso, Äthiopien, Senegal, Südafrika und Zimbabwe. Gegenwärtig wird mit einer Pekinger 80-Mio.-Dollar-Spende das Afrikanische Zentrum für Seuchenbekämpfung und -vorsorge (CDC) in Addis Abeba gebaut. Dieses Zentrum soll zu einem Gesundheitsknotenpunkt werden, das Hilfestellung in ganz Afrika leisten soll. Die Alibaba Foundation von Jack Ma verteilte Millionen von Masken kostenlos in alle Welt, inklusive USA. Auch Huawei war insbesondere in Afrika, aber auch in Kanada (Streit um die Tochter des Firmengründers von Huawei, Meng Wanzhou!) mit der Verteilung medizinischen Materials aktiv.

Schließlich kam auch die [EU in die Gänge](#). Aufgeschreckt durch die Nachricht, US-Präsident Trump wolle sich die exklusiven Rechte am Anti-Corona-Impfstoff sichern, an dem das Unternehmen CureVac bereits arbeitete, bot sie [am 15. März der Firma einen 80 Mio. Euro-Kredit](#) an, um diese Firma in Deutschland und Europa zu halten. 48 Mio. Euro wollte die Kommission für 18 Forschungsprojekte, die sich der Bekämpfung der Pandemie widmeten, zur Verfügung stellen. Außerdem sollten weitere Gelder im Rahmen einer „Europäischen Partnerschaft für Gesundheit“ für das Projekt [„Innovative Medizinische Initiative“](#) verfügbar gemacht und im Strukturfonds Gelder zur Unterstützung des Gesundheitswesens umgeschichtet werden.

Die Kommission überredete auch Mitgliedstaaten, in der Frage des Exports medizinischer Güter zu kooperieren, statt sich voneinander abzuschotten. Schließlich gelang es ihr, von chinesischer Seite angebotene [Hilfe und Ausrüstung in das am stärksten betroffene Italien](#) zu leiten. Griechenland wurde mit 500 mobilen Teststationen ausgestattet. Etwa zu diesem Zeitpunkt kam es auch zu [mehr bilateraler Hilfe unter den EU-Ländern](#). Krankenhausbetten wurden auch für Patienten aus besonders betroffenen Regionen zur Verfügung gestellt, Material von einem Land, in dem es nicht unmittelbar benötigt wurde, an ein besonders bedürftiges übermittelt.

Am 18. März kündigte die Europäische Zentralbank (EZB) [750 Mrd. Euro umfassende Anleihekäufe](#) bis Ende 2020 an. Ein [3 Mrd. Euro-Kredit wurde für die westlichen Balkanländer](#), Jordanien, Moldawien, Tunesien und die Ukraine auf den Weg gebracht. 37 Mio. Euro gingen als Soforthilfe an die Balkanländer im Südosten Europas. 140 Mio. Euro sollten für diesen Zweck für Armenien, Aserbaidschan, Belarus, Georgien, Moldawien und die Ukraine bereitgestellt werden. Damit versuchte man der strategischen Orientierung auf Partnerschaftsländer und EU-Kandidaten vor allem im Osten und Südosten

Europas gerecht zu werden sowie auf Staaten, die für die Außenpolitik der Union im Mittelmeerraum als wesentlich erachtet werden.

Am 20. März setzte die deutsche Regierung die „Schuldenbremse“ aus, um die Hürden für eine Stützung der Wirtschaft aus dem Weg zu räumen. Auch auf EU-Ebene wurden die Haushaltsregeln und die Bestimmungen bezüglich staatlicher Beihilfen gelockert.

Die Kommission hatte monatelang neben dem Gang der Ereignisse gestanden. Umso vehementer versuchte sich Präsidentin von der Leyen Anfang April an die Spitze derer zu setzen, die bereits zu diesem Zeitpunkt auf einen Fahrplan für einen stufenweisen Ausstieg aus den Notfallmaßnahmen drängten. Sie setzte am 7. April für den darauffolgenden Tag eine Pressekonferenz an, auf der sie die „Exit-Strategie“ der EU präsentieren wollte.

Dazu kam es nicht. Gleich mehrere Regierungen intervenierten noch am gleichen Tag. Besonders Italien, Spanien und Frankreich waren verärgert, nicht nur weil sie sich nicht informiert und übergangen fühlten. Sondern vor allem, weil sie die Veröffentlichung eines Ausstiegsplans für verfrüht hielten – die Pandemie befand sich auf dem Höhepunkt, und Millionen Bürger waren aufgefordert, zuhause zu bleiben.

Die Präsentation wurde peinlicherweise verschoben. *Nach* den Gesprächen mit den Mitgliedstaaten habe man den Eindruck gewonnen, so die Kommission, man brauche noch etwas mehr Zeit.¹⁸

Am selben Abend reichte der Präsident des Europäischen Forschungsrates, **Mauro Ferrari**, bei von der Leyen seine Kündigung ein. Der Nanomediziner hatte erst drei Monate zuvor sein Amt übernommen. Er sei „extrem enttäuscht“, wie die Union auf die Pandemie reagiere. Sein Versuch, ein umfassendes wissenschaftliches Programm zur Bekämpfung von COVID-19 aufzustellen, sei torpediert worden.

Am 8. April verlautbarte die EU ein **Communiqué**, das die „globale Antwort“ der EU auf die Krise beschrieb, und einen Tag später einigten sich die Finanzminister auf ein Hilfspaket von 540 Mrd. Euro zur Stützung der Wirtschaft in der EU und ein Paket von 15,6 Mrd. Euro für Drittländer, davon 3,25 Mrd. für Afrika, davon wieder 1,19 Mrd. für die nordafrikanischen Nachbarn der EU. 3,8 Mrd. sollten für die westlichen Balkanstaaten und die unmittelbaren Nachbarn der EU im Osten und Süden Europas bereitgestellt werden. Darüber hinaus sollte der Europäische Fonds für Nachhaltige Entwicklung (EFSD) für 1,42 Mrd. Euro Garantien für Afrika und die europäischen „Nachbarschaftsländer“ bereitstellen.

¹⁸ „Ursula von der Leyen führt die EU in der größten Krise ihrer Geschichte. Ob sie die Richtige für den Job ist, wird sich zeigen“, titelte die NZZ am 12.04.2020, <https://www.nzz.ch/international/von-der-leyen-in-der-krise-auf-verlorenem-posten-ld.1549674>.

Der Bundesminister für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung Gerd Müller kritisierte das allerdings als völlig unzureichend, abgesehen davon, dass es sich nicht um zusätzliche, sondern um umgeschichtete Mittel handele. Am 19. April rief Müller die Europäische Union auf, in der Corona-Krise Afrika und den Nahen Osten mit 50 Mrd. Euro zu unterstützen. Das EU-Hilfspaket von 500 Mrd. Euro sei nur nach innen gerichtet. Es gehe darum, einen „Schutzschirm auch auf unsere Nachbarregionen in Afrika und im Krisenbogen um Syrien ausweiten“. Die Europäische Investitionsbank sollte Wirtschaftskredite auflegen, die EU Stabilisierungskredite und Nothilfen bereitstellen. Zur Finanzierung brachte Müller eine Finanztransaktionssteuer in die Diskussion.¹⁹

Wenige Tage zuvor hatten die EU-Finanzminister Unterstützung für eine Initiative der G20 vom 15. April bekundet, die Schulden für Entwicklungsländer für ein Jahr einzufrieren und 20 Mrd. Euro als Beistand für Länder weltweit bereitzustellen, um der Krise zu begegnen. Zur Krisenbekämpfung versprach gleichzeitig auch der Internationale Währungsfonds (IWF), eine Billion Dollar zu verleihen. Dazu sollten Gelder der Weltbank in der Höhe von 200 Mrd. kommen.

Zu etwa dem gleichen Zeitpunkt wurden von verschiedenen europäischen Regierungen die ersten Lockerungen angekündigt und gleichzeitig einige Instrumente der Pandemiebekämpfung nachjustiert. Die deutsche Regierung empfahl nun das Tragen von Gesichtsmasken und erklärte es Ende April z.B. für das Einkaufen in Geschäften als Pflicht. Schulen sollten Anfang Mai selektiv wieder ihren Betrieb aufnehmen. Je nach Situation wurden abgeschwächte oder weitergehende Exit-Szenarien entworfen. Ab Mitte Mai machten diverse EU-Staaten sukzessive und je nach Einschätzung der Gefährdung bzw. der Abwägung von Vor- und Nachteilen die Grenzen zu Nachbarstaaten wieder durchlässiger.

7. Durchseuchung und anderer Nonsens

Nach der SARS-Epidemie 2002/03 hatte sich die Staatengemeinschaft im Rahmen der WHO auf Regeln geeinigt, wie Pandemien international zu begegnen sei. 2012 kam MERS, und wieder wurden die Defizite einer koordinierten internationalen Reaktion deutlich. 2015 warnte Bill Gates, die Welt sei auf die nächste Corona-Pandemie unvorbereitet. In den folgenden Jahren wurde mit Impfstoffen experimentiert. Mangels Interesses und Mittel

¹⁹ Bis Mai 2020 kam Unterstützung für Afrika jedenfalls vor allem über die WHO und die Bill & Melinda Gates Foundation sowie China und (in geringerem Maße) auch Kuba. Die EU war kaum vertreten, die USA sowieso nicht.

wurden allerdings viele Forschungen wiedereingestellt. Studien und Warnungen, die das Szenario beschrieben, wie es sich dann im Winter 2019/20 von Wuhan ausgehend entwickelte, gab es genug.

Diejenigen in Deutschland und in Europa, die es aufgrund ihrer Profession wissen sollten, konnten es wissen: Epidemiologen, Virologen, wissenschaftliche Institute, die sich mit der Verbreitung von Krankheiten und Seuchen beschäftigen, zuständige Behörden und Ministerien. Vor allem seit SARS gab es eine große Zahl von Studien, Risikoanalysen und Notfallplänen. Das neue Virus, am 11. Februar 2020 „COVID-19“ getauft, und seine Verbreitung waren spätestens seit 31. Dezember 2019 bekannt, als China die WHO informierte. Viele asiatische Länder handelten sofort. Der Großteil der Wissenschaftler, Forschungsinstitute, Behörden und Regierungen in Europa und den USA reagierten viel zu spät, nämlich erst im März. Der erste Corona-Fall in den USA war am 22. Januar 2020, in Europa am 24. Januar identifiziert worden. Im Laufe des Februars wurden alle wesentlichen Fakten über die Aggressivität des Virus, seine Ausbreitung und erfolgreiche Methoden seiner Bekämpfung bekannt.

Alle Berichte und Publikationen, die in Europa über die Maßnahmen und Entwicklungen in der unmittelbaren Nachbarschaft Chinas berichteten, betonten die Bedeutung der genauen Beobachtung, der Analyse und der Festlegung von Strategien für Deutschland und andere europäische Staaten. In Europa nahm man diese Studien, Publikationen, Warnungen und Meldungen offenbar vielfach nicht zur Kenntnis. Ein Grund lag vermutlich in der Überzeugung oder Hoffnung, das neue Virus würde über die zuerst betroffene Region hinausgehend nur eine geringe Verbreitung finden.

Dabei hatte sich nach 2003 SARS und 2012 MERS im Jahre 2013 auch der Deutsche Bundestag mit Katastrophenszenarien auseinandergesetzt. Diskutiert wurde u.a., wie man sich auf Überschwemmungen oder eine künftige SARS-Pandemie vorbereiten könne. Für die zu ziehenden Schlussfolgerungen wurde sogar eine [SARS-Corona-Pandemie in Europa simuliert](#).²⁰ Reale Vorbereitungen blieben aus. Vor allem aber zeigt all dies, dass auch die eigenen Analysen und Planspiele nicht ernst genommen und alle Warnungen in den Wind geschlagen wurden.

²⁰ Es gab auch in Deutschland eine Reihe von Untersuchungen, die sich mit der Verbreitung von Corona-Viren und ihrer Gefährlichkeit auseinandersetzten. So erforschte etwa eine Gruppe von Wissenschaftlern des Leibniz-Instituts für Primatenforschung in Göttingen im Gefolge der MERS-Seuche Virus-Mutationen. Sie stellte fest, dass das Virus, das etwa von Dromedaren auf der arabischen Halbinsel auf Menschen übertragen wurde, durch Veränderungen in seiner Struktur nicht nur resistenter gegen die Abwehrkräfte der Patienten wird. Sondern auch, dass eine der nächsten Veränderungen dazu führen könnte, dass die Viren leichter von Mensch zu Mensch übertragen werden. Ein infizierter Reisender könnte dann eine Infektionskette auslösen, die zu einer Pandemie führt. [Die Studie wurde 2018 publiziert](#). Einer der aufgeführten Mitautoren war übrigens Christian Drosten, der in der COVID-19-Krise 2020 medial stark in Erscheinung trat.

Die Konsequenz war, dass viel zu spät und viel zu dürftig Gegenmaßnahmen ergriffen wurden. Als die Pandemie Ende Februar und Anfang März voll zuschlug, stellte sich heraus, dass nur völlig unzureichend auf Masken, Desinfektionsmittel, medizinisches Material und Testmöglichkeiten zugegriffen werden konnte.²¹ Eigentlich hätten schon im Januar – wie in Taiwan und Südkorea – massive Anstrengungen unternommen werden müssen, um alle, bei denen es notwendig war, testen zu können – also erstens bei allen mit Symptomen, bei positiver Testung zweitens bei allen Kontaktpersonen sowie drittens bei einem sample zumindest in Risikogebieten, um festzustellen, wie weit die Verbreitung vorangeschritten ist, welche Dunkelziffer existiert und wie sich das Verhältnis von symptomatischen und asymptomatischen Infizierten darstellt.

Stattdessen wurde von „flächendeckenden Tests“ selbst dort abgeraten, wo es eine Häufung von Infektionen gab. Teilweise wurde auch von in Behörden verantwortlichen Wissenschaftlern die unsinnige Begründung angeführt, dass nicht alle Tests das richtige Ergebnis anzeigen würden, weil die Inkubationszeit nicht berücksichtigt werden und man sich auch nach einem Test infizieren könne.

Ähnlich unsinnig und gefährlich war die These von der notwendigen „Durchseuchung“ der Bevölkerung, um „Herdenimmunität“ zu erlangen. Sie wurde vom RKI noch den ganzen März über verbreitet. Bei regional in allen Ländern sehr unterschiedlich verteilter Infektionsdichte und bei einer insgesamt geringen Infektionsrate (z.B. in Deutschland Ende Mai 2020 nicht einmal 0,25 Prozent) würde es Generationen dauern, bis eine „Durchseuchung“ erreicht wäre. Bis dahin würde das Virus x-fach mutiert haben.

Diese nicht nachvollziehbare Vorstellung zusammen mit der gegen alle ethischen Grundsätze verstößenden Auffassung, dass ohnehin vorwiegend „Alte und Menschen mit erheblichen Vorerkrankungen“ stürben, dürfte ebenfalls beigetragen haben, keine ausreichenden Vorbereitungen gegen die Ausbreitung des Virus zu treffen. Solange nicht mit einem Impfstoff zu rechnen ist, kann es nicht darum gehen, die Kurve flach zu halten, damit bei der Durchseuchung das Gesundheitssystem nicht zusammenbricht - also eine quasi kontrollierte Durchseuchung zustande kommt. Vielmehr muss das Bestreben sein, dass sich möglichst wenige Menschen infizieren.

²¹ Paul Robert Vogt führte in Bezug auf das Versagen der Experten und der Pandemiekommission in der Schweiz aus: "Was man wenigstens hätte tun können: die exzellenten wissenschaftlichen Arbeiten der Chinesischen und Amerikanisch-Chinesischen Wissenschaftler studieren, die in den besten Amerikanischen und Englischen Medizinischen Zeitschriften publiziert worden sind. Man hätte wenigstens – und das wäre ohne Information an die Bevölkerung, ohne Panik zu säen, machbar gewesen – man hätte wenigstens das notwendige medizinischen Material auffüllen können."

Die Strategie der Infektionsvermeidung schlugen alle Länder ein, die um China herum liegen und auch China selbst. Sie versuchten mit allen Mitteln diejenigen zu identifizieren, die offensichtlich oder möglicherweise infiziert waren, und sie strebten danach, durch Isolierung der Infizierten, Quarantäne der Kontaktpersonen sowie rigide Hygiene- und Kontrollmaßnahmen Infektionsketten zu durchbrechen und auszutrocknen. In den meisten europäischen Ländern wurde bis Anfang März kaum eine der von Südkorea, Singapur, Taiwan, Hongkong und auch China erfolgreich eingesetzten Maßnahmen angewendet. Es gab keine Grenzsicherungen, keine Grenzkontrollen, keine Kontrollen auf den internationalen Flughäfen. Aber auch als ab 8. März derartige Maßnahmen ergriffen wurden, waren sie wenig kohärent und konterkarierten sich partiell wechselseitig. Den Folgen konnte nur mehr mit Radikalität begegnet werden. Innerhalb kurzer Zeit wurde nun das Leben in den meisten EU-Ländern heruntergefahren.

Dagegen konnte Peking am 18. März verkünden, dass erstmals seit Ausbruch der Epidemie im ganzen Land kein neuer Ansteckungsfall verzeichnet worden sei. Die [Grafik „Mapping the coronavirus outbreak“ der FT](#) zeigt vor allem auch die Folgen der Ignoranz, der Arroganz und der Nachlässigkeit der Verantwortlichen in Wissenschaft und Politik in Europa (und natürlich auch in den USA und Brasilien) gegenüber der Ausbreitung des Virus.

China sah sich durch das erstmalige Auftreten des Virus im November 2019 und seine Ausbreitung vor allem im Januar 2020 vor eine völlig neue, gigantische Herausforderung gestellt. Peking bewältigte es dennoch binnen Wochen, die Kontrolle über die Epidemie zu erlangen. Das ist bei aller Kritik an der Verschleierung von Fakten, der unzureichenden Weitergabe von Informationen, möglichen Ungenauigkeiten bei der Datenerhebung etc. festzuhalten.²² Die umliegenden und auf engste Weise mit China verbundenen Länder und Städte wie Südkorea, Taiwan, Hongkong, Singapur schafften es innerhalb kürzester Zeit, die notwendigen Strategien zu entwickeln und anzuwenden, um ein Übergreifen auf ihre Gesellschaften abzuwehren und Schaden abzuwenden.

Die Wissenschaftler und Politiker in Europa hatten mehr Zeit, bis sich das Virus – angekündigt – in ihren Ländern auszubreiten begann. Sie hätten auf all den Erfahrungen und Erkenntnissen aufbauen können, die China und die anderen genannten Akteure in Asien erfolgreich in der Bekämpfung des Virus machten. Stattdessen verhielten sie sich bis Ende Februar/Anfang März wie Hans-Guck-in-die-Luft. Europa überholte innerhalb von acht Wochen China

²² China hatte im Dezember und im Januar [gar nicht ausreichende Testkapazitäten](#), um alle Corona-Infizierten und alle an oder mit Corona Verstorbenen zu erfassen. Tests mussten ja nach Ausbruch von COVID-19 erst entwickelt werden. Erst Anfang Februar bestand diese Möglichkeit in vollem Ausmaß. Die Angaben über die im Dezember und Januar vor allem in Wuhan Verstorbenen müssen daher sicherlich nach oben korrigiert werden.

in Bezug auf die Ausbreitung des Virus, die Zahl der Infizierten und die Todesopfer. Bis Mai 2020 gab es etwa 150.000 mit Corona zusammenhängende Todesfälle. Das war das 30-fache dessen, was bis zu diesem Zeitpunkt in diesem Teil Asiens einschließlich Chinas vorgefallen war. Und das bei einer Bevölkerung, die gerade einmal ein Drittel der chinesischen ausmacht, unter Bedingungen, die sich nicht so gutsituiert darstellen wie in Europa. Länder wie Frankreich mit gerade einmal 67 Mio. Einwohnern hatten bis Mai 2020 fünf- bis sechsmal soviel Tote wie China mit einer Bevölkerung von 1,4 Mrd. Die Diskrepanz ist gigantisch, das kann bei aller Unschärfe und möglicherweise unterschiedlicher statistischer Verarbeitung von Daten festgehalten werden.

Zusammengefasst: Die politischen Führungen der europäischen Länder wussten sich, nachdem wegen mangelnder Schutzvorkehrungen und unterlassener Maßnahmen ab Ende Februar die Infektionszahlen in die Höhe geschwollen waren, nicht anders als durch einen generellen Lockdown zu helfen. Nötig wurde dies in erster Linie aufgrund des Versagens der Wissenschaftler und Behörden, die für Seuchen und Pandemien zuständig sind.

Der Vorwurf des Versagens trifft freilich nicht nur die Wissenschaftler. Nicht nur an das RKI ist die Frage zu stellen: Was hat das RKI unternommen, um von den Zuständen in den jeweiligen Ländern unterrichtet zu sein und mit den analogen Organisationen zusammenzuarbeiten und Daten auszutauschen? Was hat das Gesundheitsministerium in Berlin getan, um die Kooperation mit den Behörden anderer Länder aufzubauen bzw. zu nutzen, um Strategien für Gegenmaßnahmen in Deutschland und in Europa zu entwickeln? Welche Kommunikations- und Arbeitsstrukturen hat das Außenministerium zum Gesundheitsministerium etabliert, um Informationen zusammenzuführen und Maßnahmen vorzubereiten? Was haben die europäischen Botschaften und Generalkonsulate in den asiatischen Ländern nach Europa bzw. nach Berlin berichtet, als sich die Seuche dort verbreitete und Gegenmaßnahmen ergriffen wurden?

Freilich ist gerade in einer solchen Lage die Politik vom Fachwissen der Spezialisten abhängig. Diese haben die Entwicklung überwiegend nicht ernst und die vorhandenen Daten, Informationen und Studien nicht zur Kenntnis genommen. Sie haben sich in teilweise abwegigen Debatten auf Nebenschauplätze begeben und Irreführung betrieben.

8. Deutschland: Realitätsferne Gedankenspiele und westlich-freiheitliche versus asiatisch-autoritäre Klischees

Während in allen Ländern, in denen die Seuche erfolgreich eingedämmt worden ist, die Menschen Gesichtsmasken tragen, wurde in Europa ihre Wirksamkeit in abstruser Weise in Frage gestellt: Sie biete keinen 100-prozentigen Schutz; sie schütze – begrenzt – die Umwelt vor dem Infizierten, aber sie schütze den Maskenträger nicht vor denen, die keine Maske tragen. Und Maskenträger wögen sich in falscher Sicherheit. Dass, wenn alle Masken tragen, alle geschützter sind als ohne Masken, sagt einem allerdings der einfachste Menschenverstand.

Ein Argument war, dass Aerosole, die Viren enthalten können, durch die Masken bzw. über vorhandene Öffnungen entweichen können. Dafür wurde z.B. eine [Studie herangezogen, die bei vier Corona-Patienten](#) die Durchlässigkeit von einfachen Masken und Schals testete und zu dem Schluss kam, dass gegen Aerosole mit einem geringen Durchmesser keine ausreichende Filterleistung bestehe.

Die Prüfbedingungen sahen allerdings so aus: „Zur Durchführung der Studie wurde eine Petrischale mit einem viralen Transportmedium etwa 20 cm von den Mündern der Patienten entfernt platziert. Die vier PatientInnen wurden angewiesen, jeweils fünfmal auf eine Petrischale zu husten, während sie keine Maske, eine chirurgische Maske und einen Baumwollschal trugen.“ Kontaminationen zeigten sich auch bei Maskenträgern auf allen der 20 cm von den Mündern entfernten Schalen.

Nun kann man 20 cm als „Kussabstand“ charakterisieren. Was aber ist bei einem Abstand von 50 cm? Das interessierte das Forscherteam von 14 (!) Personen, die die Studie erstellten, offenbar nicht. Natürlich helfen Masken dabei, dass ihre Träger, wenn sie husten oder niesen, Tröpfchen und Aerosole weniger weit schleudern. Wenn also Abstände eingehalten werden, dann ist der Maskenschutz durchaus wirksam. Er verringert die Gefahr einer Kontamination bereits ab einer Entfernung von einem halben Meter, also insbesondere beim Miteinandersprechen, beim gemeinsamen Gehen und beim Aufeinandertreffen z.B. in öffentlichen Verkehrsmitteln. Dass sich [SARS-CoV-2-Viren auf Aerosolen](#) in geschlossenen Räumen stundenlang in der Luft halten können und eine Gefahr darstellen, spricht – abgesehen von der Empfehlung möglichst oft zu lüften – nicht gegen, sondern umso mehr für einen Mundschutz.

Teilweise wurde in Deutschland (und anderswo in Europa) die Masken-Debatte unter dem Gesichtspunkt kultureller Determination, einer differierenden Mentalität zwischen Menschen im westlichen und im östlichen Kulturkreis, geführt. Die zugrunde liegende These besagt pointiert, dass der kollektivistische Asiate an Mundschutz gewöhnt sei, während das freiheitliche Individuum im Westen gerne seine offenen Gesichtszüge zeige. Deswegen könne man Deutschen nicht einfach einen Mundschutz verordnen.

Derartige – vorsichtig formuliert – Suprematieansichten sind ein Bestandteil dessen, was „Der Spiegel“ bereits Ende März 2020 in einem

Artikel, der vom Vergleich einiger Länder in der Pandemiebekämpfung handelte, als „europäische Arroganz“ charakterisierte. Zusammen mit der Ignoranz gegenüber einfachsten praktischen Vorkehrungen, die zur alltäglichen Hygiene in anderen Ländern gehören, kostete diese Arroganz vielen Menschen in Deutschland und Europa das Leben.

Glücklicherweise gibt es auch im Westen pragmatisch denkende Politiker. Gegen die Empfehlungen nationaler Gesundheitsbehörden und des US-Präsidenten ordnete Gouverneurin Michelle Lujan Grisham von New Mexico, einem der ärmsten Bundesstaaten der USA, Mitte März eine Maskenpflicht und flächendeckende Tests in ihrem Bundesstaat an. Im Westen des Landes in sozial problematischen Navajo-Reservaten hatte es eine geradezu explosionsartige Ausbreitung des Virus gegeben; 1.200 Infizierte wurden festgestellt.

Grisham ließ die gesamte Navajo-Polizei testen. Insgesamt führten die Behörden in New Mexico bis 1. Mai 2020 65.000 Tests durch – bei einer Bevölkerung von knapp über zwei Millionen. 3.200 Fälle wurden identifiziert und 112 Corona-Tote verzeichnet. Die Bilanz war damit weitaus besser als in diversen anderen Staaten und Regionen der USA. Die generelle Maskenpflicht und die Strategie des *testing, tracing und treating* hatten in New Mexico ähnlich positive Wirkungen wie zuvor in Singapur oder Taiwan.

Im April 2020 wurden schließlich auch in Deutschland die Ergebnisse von Studien vorgestellt, deren Ergebnis der gesunde Menschenverstand ohne die Entwicklung eines Forschungsdesigns, eines Evaluationskonzepts und einer Auswertungsstrategie sowie ohne hohe Kosten voraussagen konnte. Die Forschungsergebnisse besagten, dass sich durch allgemeines Tragen von Masken – wie einfach diese auch immer sein mögen – das Infektionsrisiko um mehr als 90 Prozent verringert, wenn auch andere Sicherheitsregeln eingehalten werden. Plötzlich wurden auch die Konsequenzen des Maskentragens für das subjektive Sicherheitsgefühl anders bewertet. Eines der u.a. vom RKI vorgetragenen Argumente gegen eine Maskenpflicht oder auch nur eine Maskenempfehlung war ja gewesen, die Menschen wögen sich in falscher Sicherheit. In Taiwan und in anderen asiatischen Ländern hatte man immer die Ansicht gehegt, die Masken würden – neben der unmittelbaren Risikoreduktion – die Bürger daran erinnern, im Alltag wachsam und vorsichtig zu sein.

Erst Mitte April wurde in Deutschland angefangen, Mundschutzregelungen einzuführen – nicht verbindlich, sondern als Empfehlung, und dazu noch völlig uneinheitlich. Die Stadt Jena hatte allerdings schon in der ersten Aprilwoche, quasi unilateral eine Maskenpflicht verordnet. Oberbürgermeister Thomas Nitzsche erklärte, man habe dem Rat des städtischen Gesundheitsamtes und der Experten des Uni-Klinikums mehr vertraut als dem RKI. Die Gesundheitsministerin des Landes Thüringen fand das übertrieben und wegen eines vermeintlich „falschen Sicherheitsgefühls“

eher gefährlich. Bundesgesundheitsminister Jens Spahn hielt davon ebenso wenig. Der Chef der Kassenärztlichen Vereinigung bezeichnete die Jenaer Maskenpflicht als „reine Symbolpolitik“. In Jena aber trugen fast alle, die auf die Straße, einkaufen oder spazieren gingen, eine Maske. Danach gab es 10 Tage lang keine Neuinfektionen in der Stadt. In der FAZ war zu lesen, dass verblüffte Behörden und Spezialisten aus anderen Städten anriefen, um sich nach den Ursachen dieses Erfolgs zu erkundigen.

In Deutschland brauchte man tatsächlich bis 26. April, bis sich Berlin zu einer Maskenpflicht wenigstens beim Einkaufen in Geschäften und bei Erledigungen in öffentlichen oder privaten Einrichtungen durchringen konnte.

Analog verliefen die Debatten und die Praxis in Bezug auf das Testen von möglicherweise infizierten Personen. In allen asiatischen Ländern, die betroffen waren, war klar: Entscheidend für die Fähigkeit, frühzeitig und gezielt Maßnahmen gegen die Ausbreitung des Virus zu setzen, ist das Wissen über seine Verbreitung. Wie dort, konnte man auch in Europa brauchbare Daten nur gewinnen, wenn [zu Beginn der Pandemie massenhaft Tests](#) zumindest in den Regionen durchgeführt wurden, wo das Virus in Erscheinung trat. Die Kenntnis der Zahl der asymptomatischen Coronavirus-Träger ist wesentlich für Vorstellungen über die Ausbreitung des Virus. Mitte März war klar, dass als Dunkelziffer das 10- bis 20-fache positiv Getesteter zu veranschlagen ist. Die Verbreitung des Virus einzudämmen konnte nur gelingen, wenn möglichst viele Infizierte erkannt und sie und ihre Kontakte isoliert würden.

In Deutschland wurde mehr getestet als in anderen europäischen Ländern. Aber im Vergleich zu den Ländern, die in Asien betroffen waren, etwa Taiwan, Südkorea und Hongkong, handelte man zu wenig und zu spät. Von Italien und Spanien zu schweigen. Nicht, dass in Deutschland alle schliefen und niemand diese relativ einfachen Gegebenheiten durchschaut hätte. Aber solche Persönlichkeiten mussten sich gegen heftige Widerstände durchsetzen.

In Rostock hatte es den ersten Infektionsfall am 10. März gegeben. Das für den darauffolgenden Tag geplante Konzert, für das 5.000 Menschen erwartet wurden, sagte Oberbürgermeister Claus Ruhe Madsen umgehend ab. Er verhängte für seine Verwaltung einen Shutdown und schickte 2.000 der 2.500 Mitarbeiter nach Hause, damit sie von dort arbeiteten. Zwei Tage später wurden alle 44 Schulen der Stadt geschlossen. Die Kapazitäten des örtlichen Gesundheitsamtes wurden ausgebaut. Und der Bürgermeister organisierte die Bereitstellung von Testmöglichkeiten durch ein ortsansässiges Biotechnologie-Unternehmen. Die folgenden Massentests waren ein wesentlicher Faktor bei der Begrenzung der Infektionen in der Stadt. Madsen ließ Ärzte, Krankenschwestern, Feuerwehrleute und Pflegekräfte testen, auch wenn sie keine Symptome aufwiesen. Am 23. April ließ der Bürgermeister wissen, dass [Rostock die erste deutsche Großstadt sei, die keinen Corona-Fall mehr habe](#).

Bezeichnend war, gegen wen sich Madsen durchsetzen musste. Fachleute in den Uni-Kliniken des Landes sowie der Verband der Ärzte im Öffentlichen Gesundheitswesen des Landes Mecklenburg-Vorpommern wandten sich gegen die Massentests. Hier kommt wieder die Rolle des Robert-Koch-Instituts ins Spiel. Dieses Institut ist die deutsche Bundesoberbehörde für Infektionskrankheiten und nicht übertragbare Krankheiten. Als Einrichtung der öffentlichen Gesundheitspflege besteht seine Aufgabe in der Wahrung der Gesundheit der Gesamtbevölkerung. Es handelt sich um eine zentrale Forschungseinrichtung der Bundesrepublik Deutschland. Das RKI riet von Massentests ab, was ein wesentlicher Grund für die anfängliche Vernachlässigung auf diesem Gebiet in den meisten Teilen Deutschlands und das Fehlen einer Mobilisierung von Kapazitäten durch die Politik war. Das Argument war, es würden knappe Ressourcen vor allem mit Blick auf Schutzausrüstungen, Laborauslastung usw. gebunden. Außerdem könne sich ein heute negativ Getesteter morgen infizieren, und dann helfe der Test von gestern nicht.

Das Niveau dieser Argumentation lag auf dem der Schutzmaskendebatte: Wer eine Maske trägt, schütze zwar den anderen, aber man selbst sei vor den anderen nicht sicher. Auch in Bezug auf die Virus-Testung leitete die Politik angesichts unablässig steigender Infektions- und Mortalitätszahlen erst im April Korrekturen ein und forderte zu einer massiven Ausweitung von Tests auf. Zu einer durchdachten, dezidierten und kohärenten Strategie der Bekämpfung der Pandemie durch lokale Behörden, die verantwortliche Landesdienststellen und Bundesbehörden ist es nie gekommen.

Angesichts vieler falscher Einschätzungen, Analysen, Ratschläge und Vorgaben maßgeblicher Experten, zentraler Behörden und verantwortlicher Politiker auf Landes- und Bundesebene kann man von Glück sprechen, dass das Virus in Deutschland nicht mehr Schaden angerichtet hat. Diese Vermutung ist umso naheliegender, als auch in Europa in einigen Ländern rechtzeitiger, entschlossener und koordinierter auf die Pandemie reagiert wurde. Dänemark war erheblich erfolgreicher als Deutschland. Dort hatten die Behörden nach den ersten Anzeichen der Ausbreitung sofort Bibliotheken, Schulen, Kindergärten und Universitäten geschlossen. Das Land hatte im Verhältnis zu Deutschland, bezogen auf die Bevölkerungszahl, erheblich weniger Infektionen und Tote zu beklagen. Der Rostocker Oberbürgermeister Madsen hat zu dem Land ein besonderes Verhältnis: Er ist in Kopenhagen geboren und beobachtete offenbar genauer als die in Deutschland für die Bundesländer und den Gesamtstaat zuständigen Behörden, welche Strategien anderswo entwickelt und erfolgreich verfolgt wurden, um der Pandemie Herr zu werden.

Haarsträubend war in Deutschland in der gesamten Zeit der Ausbreitung des Virus das Verhalten von Politik und Wirtschaft in Bezug auf den Sachverhalt, dass Masken in weiten Teilen des Landes schlicht fehlten und

nicht zu kaufen waren – an manchen Orten bis Ende April. Das High-Tech-Land Deutschland, der Exportweltmeister höchstentwickelter Maschinen, das wirtschaftliche Schwergewicht Europas, mit einer in der Eigenwahrnehmung effizienten Verwaltung, war nicht in der Lage, binnen Kurzem in ausreichendem Maße einen primitiven Mund- und Nasenschutz bereitzustellen! Wochenlang brüteten bürokratische Stellen, wie die Bevölkerung, soweit sie das – gegen den Rat des RKI und des Gesundheitsministeriums – wollte, in ausreichendem Maße mit Masken versorgt werden könne.

Ende März beauftragte Jens Spahn schließlich die denkbar schlechteste Administrationseinheit mit der Bereitstellung von Millionen Masken: das [Beschaffungsamt der Bundeswehr](#). Jene Dienststelle also, die in den vergangenen Jahren für ihre verfehlte Beschaffungspolitik, für ihre Inkompetenz und für die Verschleuderung von Milliarden praktisch nur Negativschlagzeilen produziert hat. Und tatsächlich versagte das Amt auch bei diesem Auftrag kläglich. Weshalb der Minister sich dann [zwei Wochen später an Großunternehmen](#) wie BMW mit der Frage wandte, ob diese nicht in der Lage wären, für Schutzmasken zu sorgen.

Inkompetenz und Fehlleistungen kosteten in Deutschland bis Mai 2020 mehr als 8.000 Menschen das Leben. Natürlich hätte eine frühe, flächendeckende Maskenpflicht und andere Maßnahmen nicht alle retten können, aber doch viele. Nochmals zur Erinnerung: In Hongkong, das bekanntlich direkt an die chinesische Provinz Guangdong grenzt und wo über die Grenze aus Shenzhen üblicherweise Hunderttausende „Festland-Chinesen“ einreisen, gab es etwas mehr als 1.000 Infizierte und vier (!) Corona-Tote. Das ist auch dann wenig, wenn man berücksichtigt, dass die Bevölkerungszahl in Deutschland zehnmal höher ist.²³

Realitätssinn ließ vielfach auch die Debatte über das Verhältnis von Freiheitseinschränkungen für alle und Sicherheit für die Gruppe der besonders Gefährdeten vermissen. In vielen Medien wurde (in mehr oder weniger kaschierenden Formulierungen) die Frage gestellt, wann der Zeitpunkt gekommen sei, ab dem der Tod sowieso schon alter und gebrechlicher Menschen in Kauf zu nehmen sei. Schließlich habe die Freiheitsbeschneidung Aller und die Schädigung der Wirtschaft ebenfalls zunehmend negative Folgen auf die Gesellschaft und damit auch den Gesundheitszustand der restlichen Bevölkerung.

Es gab und gibt in dieser Krisensituation ein hohes Maß an Solidarität mit Armen und Schwachen. Debatten in der Corona-Krise machten aber auch

²³ In Singapur, ebenfalls mit frühzeitigen Maßnahmen erfolgreich, zeigte sich freilich, dass noch andere Bedingungen gegeben sein müssen, um das Virus unter Kontrolle zu halten. In den [Quartieren für Arbeiter vor allem aus Südasiens](#), in denen katastrophale hygienische und soziale Bedingungen herrschen, wurden im April plötzlich Tausende Infektionen innerhalb kürzester Zeit gemeldet.

deutlich, welche Bereitschaft in einer solchen Krisensituation aufkommt, bisher Unsagbares öffentlich zu vertreten. So notwendig gerade in Krisenlagen die Debatte über die Abwägung grundlegender Rechte und Prinzipien sowie konkurrierender öffentlicher Güter ist: Meist strengten sich die Protagonisten solcher Überlegungen nicht an, über die Grenzen zu blicken und zu eruieren, welche Strategien anderswo entwickelt wurden, um der Pandemie und einem Massensterben wirksam etwas entgegenzusetzen. In der zugespitzt geführten Auseinandersetzung über das Verhältnis von – pointiert formuliert – gesundheitlicher und wirtschaftlicher Sicherheit oder auch der Rechte unterschiedlicher Generationen wurde deutlich, auf welches Niveau der ethischen Reflexion die Debatte innerhalb kürzester Zeit sinken kann.

Dieser Niveauverlust wurde auch in anderen Diskursen und politischen Entscheidungsräumen offenbar. Anstatt auf europäischer wie auf nationalstaatlich-deutscher Ebene alles daran zu setzen, eine führende Rolle bei der Seuchenbekämpfung zu spielen und besonders betroffenen Regionen vor allem im Süden des Kontinents schnell und unbürokratisch zu helfen, wurde partiell fast schon hämisch auf „italienische Verhältnisse“ und die hohe Verschuldung des Landes verwiesen. Hilferufe aus Regionen, in denen plötzlich katastrophale Verhältnisse herrschten und in denen es für Viele um Leben und Tod ging, wurden tatsächlich absichtlich überhört oder sogar zurückgewiesen. Es ging hier nicht um sog. Corona-Bonds, bei denen man sehr unterschiedlicher Meinung sein kann. Es ging um Masken, Beatmungsgeräte und andere medizinische Ausrüstung sowie Krankenhauspersonal, um Leben zu retten.

Die EU als Gemeinschaftsorganisation wie auch die Führungen der Mitgliedstaaten haben bei dieser Aufgabe versagt. Das stellt der EU nicht nur ein desaströses Zeugnis als Solidargemeinschaft aus. Mit diesem Verhalten in einer existenziellen Krisenlage wurde nach den Verwerfungen vor allem seit der Finanzkrise 2008 das Fundament der Union weiter beschädigt. Diejenigen, die sich in den vergangenen 15 Jahren gegen die EU positioniert haben, fühlen sich in ihren Vorbehalten bestätigt – seien es nationalistische „Exiters“ oder aus einer ganz anderen politischen Richtung kommende „Lexiters“.²⁴ Die Corona-Krise wurde von Führungspersonlichkeiten in Brüssel, von Merkel, Macron und anderen als die „größte Herausforderung seit dem Zweiten Weltkrieg“ charakterisiert. Weder Brüssel noch Deutschland noch das „europäische Führungsduo“ stellten sich, als die Katastrophe hereinzubrechen begann, dieser Herausforderung.

Dabei war es keineswegs so, dass – wie in Brüssel insinuiert – die Mitgliedstaaten ein gemeinschaftliches Vorgehen unterminiert hätten. Die Unfähigkeit sowohl Brüssels als auch der maßgeblichen nationalstaatlichen

²⁴ „Lexiters“ mobilisierten aus einer anti-kapitalistischen oder anti-neoliberalen Motivation gegen einen Verbleib Großbritanniens in der EU.

Akteure, ein abgestimmtes Krisenmanagement zu praktizieren, das den Namen verdiente, hatte zur Folge, dass jedes EU-Mitglied für sich zu handeln begann. Am 20. April entschuldigte sich die Kommissionspräsidentin im Namen der EU bei Italien für das vollständige Versagen der Gemeinschaft. Von politischer Verantwortung war nicht die Rede. Ebenso wenig wurde eine Erklärung für das Versagen abgegeben, sondern die üblichen Floskeln von der Notwendigkeit des Zusammenhalts und der Solidarität strapaziert. Dass dies durch die Initiative Macrons und Merkels einen Monat später, der EU einen [500-Mrd.-Euro-Wiederaufbaufonds](#) vorzuschlagen, und die noch weiter gehenden Vorschläge der EU-Kommission kompensiert und vergessen gemacht wird, ist zu bezweifeln.

Dies alles war auch Wasser auf die Mühlen derjenigen, die die Funktionsfähigkeit einer supranationalen Organisation wie der EU und ihrer demokratisch-kooperativen Mechanismen seit jeher in Frage stellen. Nicht, dass die EU auseinanderfiel. Dazu sind zu viele Abhängigkeiten, utilitaristische Überlegungen und mit der Gemeinschaft verbundene Einzelinteressen im Spiel. Aber das organisationsinterne Gegeneinander, die EU-interne Allianzbildung wird stärker, auch deswegen, weil von einigen Mitgliedern das gemeinsame Wertefundament von Rechtsstaatlichkeit und Demokratie in Frage gestellt wird. Diese politischen Divergenzen lassen auch außenpolitische Optionen wirksam werden, die den Einfluss externer Akteure auf die EU erhöhen. Einige politische Führungspersonlichkeiten erachten China oder Russland als bessere Partner als Deutschland oder die Europäische Union.

Eine weitere überflüssige Debatte betraf die Frage, ob eine Diktatur besser in der Lage sei, in einer solchen Krisensituation zu reagieren, als eine Demokratie. Hongkong, Südkorea und Taiwan zeigen, dass es nicht in erster Linie um die Frage von Demokratie oder Diktatur geht, sondern um Realitätswahrnehmung und die Durchführung von Maßnahmen, die in Notsituationen jedem System offenstehen. Dass in Deutschland und in anderen europäischen Ländern zu spät reagiert wurde, lag nicht an einer spezifischen politischen Struktur, einer Vorliebe zum Theoretisieren oder einer Vorherrschaft von Bedenkenträgern, sondern in erster Linie an der Tatsache, dass das Virus nicht ernst genommen wurde.

Die kontroversen Debatten über das Verhältnis von Freiheit und Sicherheit sowie das Kontemplieren über westliche Individual- und asiatische Kollektivwerte spiegelten vor allem die Tatsache, dass der Ernst der Lage nicht begriffen wurde. Als man ihn schließlich erkannte, wurden viele Bedenken über Bord geworfen. Von der (wenigstens partiellen) Maskenpflicht bis zur Außerkraftsetzung grundlegender bürgerlicher Freiheiten trafen die Behörden Maßnahmen, die in anderen Ländern – ob (semi-)demokratisch oder autoritär – längst zum Repertoire erfolgreicher Pandemiebekämpfung gehörten. Mit dem Lockdown in Europa erfuhr die Debatte über deliberative Demokratie und

Freiheit in Europa versus autokratische Mentalität und konfuzianische Kultur in Asien eine groteske Umkehrung. Die rigiden Hygiene-, Überwachungs- und Quarantänevorschriften in Hongkong, Taiwan, Singapur und Südkorea hatten nicht nur bewirkt, dass es viel weniger Infizierte und Tote gab als in Europa und die Pandemie erheblich schneller wieder unter Kontrolle war. Sondern sie hatten auch zur Folge, dass individuelle und kollektive Freiheiten auf allen möglichen Gebieten viel weniger eingeschränkt werden mussten als in Deutschland und Europa.

Vielfach wurde betont, dass man die asiatischen Länder nicht mit den europäischen vergleichen könne. Abgesehen von schon erörterten Annahmen über kulturelle Unterschiede werden auch unterschiedliche Erfahrungen mit Coronaviren und Epidemien angeführt. SARS und MERS haben in Europa fast keine Rolle gespielt – sie waren ein überwiegend asiatisches Problem. Insofern war klar, dass in Korea, Hongkong, Taiwan und Vietnam²⁵ – ebenfalls eine Erfolgsgeschichte und „ein Überraschungssieger im Kampf gegen Corona“ – eine geschärfte Wahrnehmung der Gefährlichkeit des Virus vorherrschte.

Aber z.B. Neuseeland hatte wie viele europäische Länder mit SARS 2002/03 und mit MERS im Jahre 2012/13 ebenfalls nur abstrakte Erfahrung. In Neuseeland ist kein einziger Fall dieser beiden von Coronaviren verursachten Krankheiten diagnostiziert worden. Die seit Oktober 2017 an der Spitze der Regierung stehende Jacinda Ardern war sich jedoch der Tatsache bewusst, dass dies auch anders sein könne und prompte und rigorose Maßnahmen zur Nichtausbreitung entscheidend sind. Es lag an einem klaren Krisenmanagement mit ganz ähnlich wie in Asien angewendeten Methoden, dass es bis Ende Mai nicht mehr als etwa 1.150 bestätigte Infektionen und 22 Todesfälle gab.²⁶

Es gab aber wie schon angedeutet auch in Europa Staaten, die zielgerichteter und erfolgreicher agierten als der Rest: Neben dem schon erwähnten Dänemark gehören die Tschechische Republik, Norwegen, Estland und vor allem Griechenland dazu. Dabei zeigte es sich wie in Asien, dass nicht nur der ökonomische Standard sowie die Ausstattung und die Qualität des Gesundheitssystems eine Rolle spielen.

In einem Vergleich von zehn europäischen Ländern, den der französische Think Tank *The Bridge* anstellte, schnitt Griechenland am besten ab. Das Land, das vor zehn Jahren in und nach der Finanzkrise fast als gescheiterter Staat galt, bewältigte die Corona-Herausforderung bravourös. Das Elf-Millionen-Einwohner-Land verzeichnete bis Ende Mai knapp 3.000 Infizierte und weniger als 180 Corona-Tote. In Deutschland war bezogen auf die Bevölkerungszahl die Zahl der Todesopfer fünfmal so groß. Auch Österreich

²⁵ Das Land hat eine Bevölkerung von 95 Mio. und grenzt im Norden direkt an China. Menschen leben vielfach auf engstem Raum zusammen.

²⁶ Gleiches galt für diverse andere kleinere Länder in ganz unterschiedlichen Regionen.

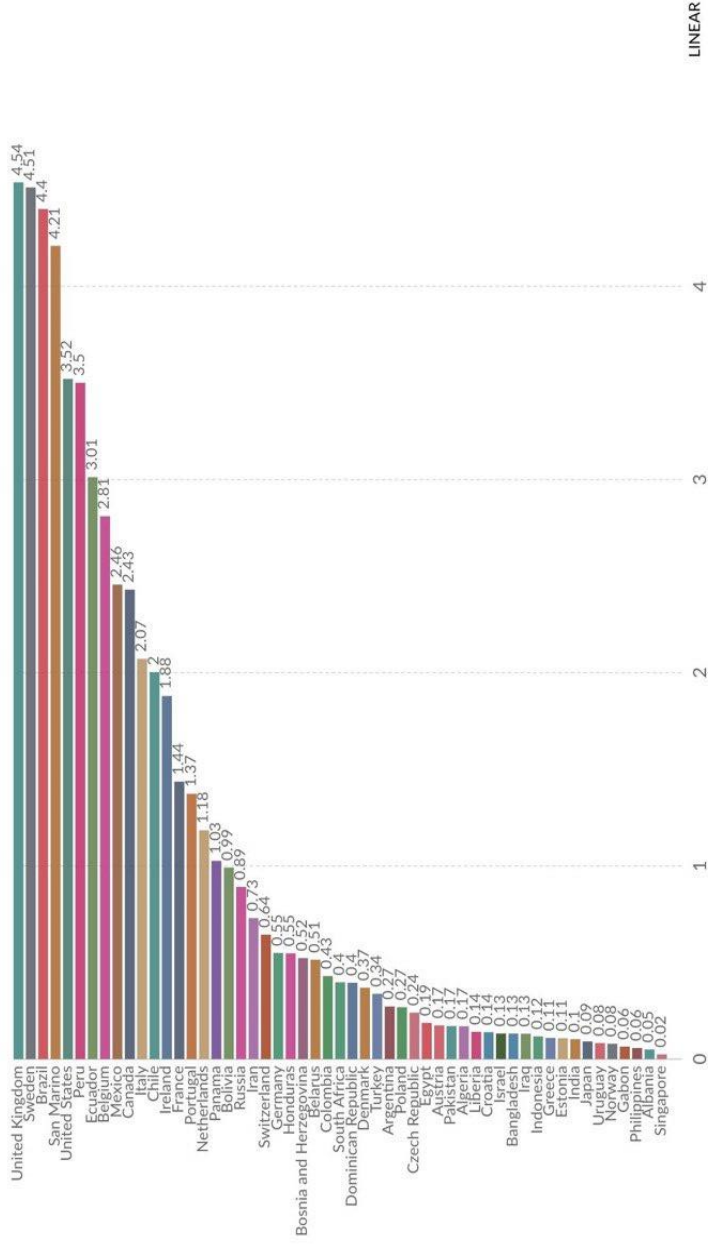
war erheblich erfolgreicher. Die Mortalitätsrate betrug nicht einmal ein Drittel dessen, was in Deutschland zu beklagen war.

Die Infografik von „Our World in Data: Daily confirmed COVID-19 deaths per million people, rolling 7-day average“ bestätigt den Befund: Je rascher, restriktiver und mit dem Ziel einer Nichtverbreitung des Virus (statt einer Durchseuchung) gehandelt wurde, desto besser war die Bilanz. Je weniger ernst die Gefahr genommen und eine falsche oder laxe Strategie verfolgt wurde, desto höher die Mortalität.²⁷ Großbritannien, Schweden, Brasilien und die USA stehen diesbezüglich an der Spitze. Ihre Mortalitätsrate pro einer Million Einwohner war gegen Ende Mai 2020 durchschnittlich um das 40-fache höher als in Griechenland, Estland und Norwegen.

²⁷ Beim Vergleich sind natürlich die unterschiedlichen Zeitpunkte der Ausbreitung des Virus in verschiedenen Regionen zu beachten. Was Europa, die USA und Brasilien betrifft, stimmt die Momentaufnahme aber weitgehend.

Daily confirmed COVID-19 deaths per million people, May 25, 2020

Shown is the rolling 7-day average. Limited testing and challenges in the attribution of the cause of death means that the number of confirmed deaths may not be an accurate count of the true number of deaths from COVID-19.



Source: European CDC - Situation Update Worldwide - Data last updated 25th May, 11:25 (GMT+01:00)

LINEAR
CC BY

Quelle: Our World in Data, <https://ourworldindata.org/grapher/daily-covid-deaths-per-million-7-day-average>, European CDC, [Zugriff am 25.05.2020].

9. Fazit

Dies alles führt zu der Konklusion, die schon mehrfach angedeutet wurde: Der insgesamt bedeutsamste Faktor für eine mehr oder weniger erfolgreiche Bekämpfung der Pandemie sind die Akteure, die für die Wahl der Strategie und die Implementierung von Maßnahmen verantwortlich sind. Das sind in erster Linie die Virologen und Epidemiologen, die als Experten die Lage beurteilen, Vorgehensweisen entwickeln und Regierungen beraten. Und die Politiker, die gemäß der Gesamtlage und den Rahmenbedingungen politische Entscheidungen zu treffen haben. Von der Kompetenz und der Führungsstärke dieser beiden Gruppen hängt der dritte entscheidende Faktor ab: das Verhalten der Bevölkerung.

Eine kleine Minderheit von Virologen und Epidemiologen setzte sich durchaus kritisch mit vorherrschenden Annahmen und Einschätzungen auseinander. Ein Beispiel war der Disput, der zwischen dem Direktor für Medizinische Mikrobiologie an der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Alexander Kekulé, und dem Direktor des Instituts für Virologie an der Charité in Berlin, Christian Drosten, geführt wurde. U.a. ging es um die von [Drosten vertretene These](#) bezüglich der Durchseuchung der Bevölkerung mit dem Virus.²⁸

Im Gegensatz zu Drosten und anderen Virologen hatte Kekulé bereits in der zweiten Februarhälfte die Ansicht vertreten, Deutschland sei nicht vorbereitet auf die Pandemie. Die zuständigen Gesundheitsbehörden hätten eine falsche Wahrnehmung bezüglich der Gefährlichkeit des Virus. Er schlug flächendeckende Tests bei allen vor, die Anzeichen von Grippe oder schweren Erkältungen zeigten. Damit könne man die „[glimmende Zigarette austreten, bevor sie einen Waldbrand verursacht](#)“. Denn: „Das ist die einzige Möglichkeit, quasi ein Netz über Deutschland zu legen und so einen einzelnen Fall oder einen kleinen Ausbruch frühzeitig zu erkennen.“ De facto plädierte Kekulé für jene Vorgehensweise, die in Ostasien, Neuseeland und in Griechenland eingeschlagen worden war oder gerade eingeschlagen wurde. Kekulé wollte frühzeitig entschiedene Maßnahmen wie die Schließung von Kitas und Schulen. Drosten und mit ihm die überwiegende Mehrheit war anderer Auffassung - und die Politik schloss sich an.²⁹

²⁸ Wenn die Durchseuchung, so Drosten, zu 60-70 Prozent – das wären 50 bis 58 Mio. Menschen – im schlechten Fall innerhalb eines Jahres erfolge, wäre das Gesundheitssystem überlastet. Im guten Fall von zwei Jahren würden die Kliniken das bewältigen. Kekulé hielt diese Annahme für ein „[maximales Horrorszenario](#)“, inklusive der sich daraus ergebenden Berechnungen über die Zahl der Corona-Toten. Außerdem prognostizierte Drosten den Höhepunkt der Epidemiewelle in Deutschland zwischen Juni und August 2020.

²⁹ Später [revidierte Drosten seine Auffassung](#).

Welche Schlussfolgerungen sind zu ziehen?

Die Aufarbeitung des Versagens in Deutschland und in vielen europäischen Ländern sollte jetzt beginnen. Der Grund ist zunächst: Da noch kein Impfstoff zur Verfügung steht und damit die Gefahr weiterer Infektionswellen gegeben ist, müssen schnellstmöglich organisatorische und institutionelle Konsequenzen mit Blick auf die Bekämpfung der Pandemie gezogen werden. Wichtig ist eine Bilanz nicht zuletzt für diejenigen ärmeren Länder und Regionen, die nicht über ausreichende Mittel verfügen, um der Ausbreitung des Virus und seinen Folgen kostspielige Maßnahmen und Instrumente entgegenzusetzen zu können. Der zweite Grund ist längerfristig: Die Pandemien der vergangenen Jahre zeigen, dass in der Zukunft jederzeit weitere solche Ereignisse auftreten können. Dafür müssen Vorbereitungen getroffen werden. Untersucht werden sollte,

- warum in Deutschland viele Epidemiologen und Virologen, warum das Roland-Koch-Institut, warum die zuständigen Behörden, Gremien und Sachverständigenkreise die internationale Literatur und die konkreten Warnungen vor der Epidemie nicht oder viel zu spät zur Kenntnis genommen haben und nicht in der Lage waren, adäquat zu reagieren; warum die Bundesregierung ernsthaft erst Mitte März Aktionen setzte, als sich das Virus in Südeuropa schon rasend schnell ausbreitete, in Norditalien und in Madrid katastrophale Zustände herrschten und das Virus längst auch auf Deutschland übergegriffen hatte;
- warum also die Lernfähigkeit und die Lerngeschwindigkeit trotz Vorlaufzeit, trotz erfolgreicher Beispiele, trotz aufwändiger und kostenintensiver Gesundheits- und Vorwarnsysteme und trotz behaupteter internationaler Vernetztheit offenkundig stark unterentwickelt ist;
- warum die Außenvertretungen der Bundesrepublik, die Botschaften und Generalkonsulate in der zuerst betroffenen Region entweder unzureichend deutlich reagiert haben oder warum ihre Berichte nicht bis an die Spitze des Außenministeriums durchgedrungen sind und zum Handeln veranlasst haben;
- warum die EU in der Krise zu einem Totalausfall wurde, weder eine führende Rolle bei der Bekämpfung der Pandemie in Europa spielte noch in der Lage war, anfangs auch nur die dringendsten Hilfsmaßnahmen für besonders betroffene Regionen und Länder auf die Beine zu stellen.

Das multiple Versagen durch Wissenschaft und Politik in Deutschland und in Europa hat unübersehbare Schäden zur Folge. Das Virus brach nicht wie eine Naturkatastrophe, etwa ein nicht vorhersehbares Erdbeben oder ein

Meteoriteneinschlag, über die Welt herein. Es gab Vorläufer. Es gab Berichte, Untersuchungen, Analysen, Warnungen und Handlungshinweise. Es gab Beispiele mit einem bei bestimmten Strategien mehr und bei anderen Strategien weniger erfolgreichen Vorgehen bereits im Dezember, Januar und Februar.

Nicht das Virus war der entscheidende Faktor der negativen Entwicklung, sondern in großen Teilen Europas das Verhalten von Wissenschaft und Politik gegenüber seiner Ausbreitung.

Zu prüfen ist die Frage, ob die genannten Einrichtungen in einer so selbstzentrierten Routine verfangen sind, dass die in ihnen Tätigen die sie umgebende Welt, ihre Interdependenzen und ihre Risiken nicht mehr adäquat erfassen oder negieren. Und nicht wahrnehmen und verarbeiten, was Kollegen, Experten und Politiker in anderen Ländern untersuchen und an Strategien erarbeiten, um ihre Bevölkerungen vor einer sich ausbreitenden Seuche zu schützen.

Opposition und rally 'round the flag

Bemerkenswert ist aber auch das Versagen der parlamentarischen und außerparlamentarischen Opposition in Deutschland. Es war natürlich nicht so, dass „alternative Stimmen“ und Kontroversen über die Pandemie unterdrückt worden wären, wie in diversen sozialen Medien verbreitet. Die Bewertung, die Opposition habe versagt, bezieht sich vielmehr auf das Ergebnis kollektiver Meinungsbildung, die von einer erstaunlich breiten Zustimmung zu einer falschen oder mindestens unzureichenden Strategie geprägt war.

Eine Ursache, die Binnenzentriertheit der Debatte, wurde oben erörtert. Zwar stellte sich von Anfang die Frage nach der richtigen Strategie, als über die Pandemiebekämpfung in China und den ostasiatischen Ländern berichtet wurde. Daraus abgeleiteter Kritik am deutschen oder europäischen Krisenmanagement wurde aber von vielen Wissenschaftlern und Politikern meist sehr schnell mit dem Hinweis auf eine angebliche Unvergleichbarkeit der Verhältnisse begegnet. Gleichzeitig konnten die Verantwortlichen in Deutschland, beginnend im Februar, auf die katastrophalen Verhältnisse in Italien oder Spanien verweisen. Dieser Vergleich rückte die einheimischen Krisenmanager in ein viel positiveres Licht, als es die Komparation mit Südkorea, Hongkong oder Taiwan erlaubt hätte.

Ein Teil des Phänomens oppositionellen Versagens ist mit der Bedeutung erklärbar, die der Regierung und der Exekutive in derartigen Bedrohungssituationen zukommen. Der „nationale Notstand“ kreiert eine Dauerpräsenz der Entscheider in den Medien. Dies lässt ihre Beschlüsse überzeugender und alternativloser erscheinen, als sie es tatsächlich sein mögen. Eine Verstärkung des Effekts ergibt sich durch jene Experten, die als

Forscher und Berater diese politischen Entscheidungen medial argumentativ untermauern und mit der Autorität wissenschaftlicher Expertise anhand scheinbar oder tatsächlich fundierter Forschungserkenntnisse erklären und kommunizieren. Die Präsenz dieser Akteure ist umso dominanter, als in solchen Momenten „außergewöhnlicher Politik“ (Ralf Dahrendorf) die existenzielle Frage, mit der sie allgegenwärtig sind, in den Vordergrund tritt und alle anderen Probleme und Streitthemen überlagert.

Damit ist schon angedeutet: Neben der thematischen kommt es gleichzeitig zu einer institutionellen Reduktion. Der parlamentarische Streit, die Vielzahl der Institutionen und ihre Vertreter, die üblicherweise ihre Anliegen unterbreiten, zu umstrittenen Themen Stellung nehmen, Lobbyarbeit leisten oder auch nur diskutieren und die Buntheit des politischen, ökonomischen, sozialen und kulturellen Lebens repräsentierten, treten weitgehend in den Hintergrund. Die Manager der akuten Krise rücken in den Vordergrund.

Im Falle der Pandemie können das zuweilen auch Ärzte in Krankenhäusern, Klinikchefs, sich aufopfernde Pflegekräfte, CEOs von Unternehmen, die Impfstoffe und Medikamente entwickeln, oder andere für die Bewältigung des Problems bedeutsame Persönlichkeiten sein. Auf der nationalen und damit in der Wahrnehmung der Meisten auch entscheidenden Ebene sind dies die Bundeskanzlerin, der Gesundheitsminister, der Innenminister, einige Länderchefs, die hinsichtlich des Krisenmanagements für das ganze Land Gewicht und Einfluss haben, das RKI, diverse Experten.

Diese Konstellation übersetzt sich in einen Legitimitätsgewinn derer, die an oberster oder auch vorderster Stelle mit der Gefahr aktiv umgehen und Verantwortung für ihre Beseitigung oder Reduzierung übernehmen. Zugleich gibt es angesichts einer Bedrohung, die die ganze Gesellschaft betrifft, einen *rally 'round the flag*-Effekt: die verstärkte kurzfristige Unterstützung der Regierung oder der politischen Führer eines Landes in Zeiten internationaler Krisen (oder Kriege) durch die Bevölkerung. Die [politische Psychologie](#) hat diesen Mechanismus freiwilliger Abgabe von Kompetenzen und Verantwortung an die Exekutive in Sondersituationen auch von Institutionen, die eigentlich für die Funktion von *checks and balances* vorgesehen sind, analysiert.

Dies alles erklärt nicht nur die Popularitätswerte der Krisenmanager, die teilweise in Höhen steigen, die ansonsten nur Führungspersönlichkeiten in autoritären und mediengesteuerten Staaten erreichen. Sondern es erklärt auch eine Einschränkung hinsichtlich der Wahrnehmung des Problems und der Optionen, die sich im Umgang damit anbieten.

Die gemeinsam erlebte Gefahr produziert das Bedürfnis nach Gemeinsamkeit und Solidarität. Damit erfolgen eine positive Erwartung und Projektion auf diejenigen, die diese Gemeinsamkeit und diese Solidarität organisieren. Sie führt simultan zu einer Abneigung gegenüber denjenigen, die

sich in dieser alle betreffenden Notsituation dem als notwendig empfundenen Zusammenstehen verweigern. Kritik an den verantwortlichen Krisenmanagern wird als Unterminierung dieser Notwendigkeit empfunden.

Freilich: Sind die Krisenmanager nicht plausibel, überzeugend und erfolgreich, wendet sich die Zustimmung schnell und kann ins Gegenteil umschlagen. Aber solange ihr Handeln als erfolgreich oder alternativlos oder besser als vorstellbare oder vorgeschlagene Alternativen erscheint, halten die oben dargestellten Wirkungen an. In solchen Situationen haben die Krisenmanager den Vorteil, dass sie nicht nur den Diskurs bestimmen, sondern ihre Entscheidungen ständig rechtfertigen können.

Ökonomisierung des Gesundheitswesens und der Konnex von nationalem und internationalem Krisenmanagement

Ein Teil der Kalamitäten in der Corona-Krise ist einer Art Globalisierung geschuldet, die das Ziel schlanker Strukturen, kostengünstiger Produktion und optimierter Vorratshaltung auf Bereiche ausdehnt, auf die die Logik ökonomischer Rationalität nur beschränkt anwendbar ist. Im Sektor traditioneller staatlicher Sicherheit kommt kein Akteur auf die Idee, seine Lieferketten so auszulagern, dass eine Unterbrechung einen massiven Verlust an Sicherheit nach sich zöge. Im Bereich Gesundheit sind in den letzten Jahrzehnten eine Kommerzialisierung und Einsparungen zur Wirkung gekommen, die die gesundheitliche, ökonomische und soziale Sicherheit ganzer Länder aufs Spiel setzen.

Aus vergangenen Epidemien wie [SARS](#), [MERS](#) und [Ebola](#) scheinen die Verantwortlichen wenig gelernt zu haben. Gelder, die notwendig gewesen wären, um den Seuchen, ihren Ursachen und ihren Auswirkungen auf den Grund zu gehen und Strategien dagegen zu entwickeln, wurden in dem Augenblick eingespart oder gestrichen, da das Problem nicht mehr so dringlich erschien. Auch unter diesem Aspekt war die Vorbereitung auf COVID-19 unzureichend. Die Erfahrung zeigt, dass was sich nicht in profitable Produkte umzusetzen verspricht, aus der Forschung weggespart wird.

Auch deshalb wird eine internationale Autorität benötigt, die sich mit biologischen Gefährdungen beschäftigt und aufgrund wissenschaftlicher Erkenntnisse in *Public Private Partnerships* Gelder nicht nur unter dem Aspekt aktueller Gewinnerwartung, sondern gegenwärtiger und zukünftiger Risikoeinschätzung allokiert. Dies wird umso dringlicher, als Fragen der öffentlichen Gesundheit im internationalen Raum immer mehr politisiert und für politische Zwecke instrumentalisiert werden.

Die Pandemie hat Führungsschwäche und institutionelle Defizite auf nationaler, regionaler und globaler Ebene grell beleuchtet. Zentrale internationale Organisationen, die eigentlich für genau diese Supervision

geschaffen worden sind – das ECDC, die WHO –, sind an dieser Herausforderung ebenso gescheitert wie die EU als supranationale Dachorganisation europäischer Staaten und viele Politiker und Akteure auf der nationalen Ebene. Die Unfähigkeit, sich auf regionale oder gar globale Herausforderungen zu verständigen, ist evident. Und in diesem Kontext wird auch das Unvermögen der relevanten Akteure deutlich, den Begriff der Sicherheit adäquat zu definieren und gemeinsam Mittel und Institutionen zur Bewältigung von Herausforderungen und Krisen bereitzustellen.

Schnelle Lösungen gibt es nicht, genauso wenig wie einen mächtigen Akteur auf welcher Ebene auch immer, der es richtet. Führungsstärke kann es nur geben, wenn Transparenz, zuverlässige Informationssysteme, die Forschung und der wissenschaftliche Austausch, der Multilateralismus und der Institutionalismus sowie die Unabhängigkeit zuständiger Organisationen (d.h. ihrer Wissenschaftlichkeit gegenüber politischer Instrumentalisierung) gestärkt werden.

Die wesentliche Verantwortung liegt zuerst auf der nationalen Ebene. In erster Linie sind die Nationalstaaten dafür zuständig, den institutionellen, personellen und materiellen Kontext bereitzustellen, um die Sicherheit ihrer Bürger vor allem auf dem Gebiet der Gesundheit zu gewährleisten. Das Gesundheitssystem ist die Basis und der wesentlichste Teil des staatlichen Wohlfahrtssystems.

Zugleich hat die Krise gezeigt, wie überaus notwendig ein funktionierendes gesamteuropäisches Gesundheits- und Pandemiezentrum und eine für die Gesamtheit der Mitglieder handlungsfähige Europäische Union ist.

Neben anderen notwendigen und bereits angedeuteten Maßnahmen auf der Ebene regionaler und globaler Organisationen ist es auch Zeit für eine institutionalisierte G-20 – nicht gegen sonstige Regionalorganisationen wie die EU oder die Afrikanische Union und nicht gegen globale Organisationen wie die Weltbank, die WHO oder die Vereinten Nationen, sondern im Verbund mit diesen, aber mit einem institutionalisierten Austausch und einem permanenten Krisenmechanismus der wichtigsten Player. Und einer WHO, die „zu einer Art [Weltpandemiezentrum](#)“ auszubauen ist, wie Entwicklungshilfeminister Gerd Müller verlangte.

Käme man in dieser Richtung voran, wäre wenigstens ein Kontrapunkt gesetzt zu jenem Rückfall in anachronistische Muster nationaler und internationaler Politik, der in den vergangenen zwei Jahrzehnten insgesamt immer stärker zu beobachten ist. Was diese Negativentwicklung im Falle einer Krise wie der Ausbreitung von COVID-19 bedeutet, darauf hat das erste Halbjahr 2020 ein Schlaglicht geworfen.

August Pradetto ist emeritierter Professor für auswärtige und internationale Politik an der Helmut-Schmidt-Universität Hamburg.
Kontakt: pradetto@hsu-hh.de

Literatur

- Bae, Seongman et al. (2020): Effectiveness of Surgical and Cotton Masks in Blocking SARS-CoV-2: A Controlled Comparison in 4 Patients, in: *Annals of Internal Medicine*, 06.04.2020, <https://www.acpjournals.org/doi/10.7326/M20-1342> [Zugriff am 17.06.2020].
- Ballbach, Eric. J. (2020): Eine Wahl, zwei Sieger, SWP-Aktuell A31, 31.05.2020, https://www.swp-berlin.org/fileadmin/contents/products/aktuell/2020A31_Suedkorea.pdf [Zugriff am 01.06.2020].
- Böge, Friederike/Sattar, Majid (2020): Chronik einer Eskalation, in: FAZ, 22.05.2020, <https://www.faz.net/aktuell/politik/ausland/trump-gegen-xi-jinping-chronik-einer-eskalation-16780221.html> [Zugriff am 31.05.2020].
- Bundesanzeiger Verlag (2020): Gesetz zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite vom 27. März 2020, Bundesgesetzblatt Jahrgang 2020 Teil I Nr. 14, Bonn am 27. März 2020, https://www.bgbl.de/xa/ver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBI&start=//%5B@attr_id=%27bgbll16s1994.pdf%27%5D#_bgbl_%2F%2F*%5B%40attr_id%3D%27bgbll120s0587.pdf%27%5D__1592850751733 [Zugriff am 31.05.2020].
- Bundesministerium für Gesundheit (2020a): Krisenstab des BMI und BMG beschließt Maßnahmen zur Gesundheitssicherheit gegen Corona-Infektionen, 28.02.2020, <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/presse/pressemitteilungen/2020/1-quartal/krisenstab-bmg-bmi.html> [Zugriff am 31.05.2020].
- Bundesministerium für Gesundheit (2020b): Gemeinsamer Krisenstab BMI/BMG fällt weitere Beschlüsse, 10. März 2020, <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/presse/%20pressemitteilungen/2020/1-quartal/krisenstab-bmg-bmi-sitzung-5.html> [Zugriff am 31.05.2020].
- Bundesministerium für Gesundheit (2020c): Anordnung des Bundesministeriums für Gesundheit auf-grund von § 5 des Infektionsschutzgesetzes nach Feststellung einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite durch den Deutschen Bundestag vom 31. März 2020, https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Datien/3_Downloads/C/Coronavirus/Anordnung_BMG_31_Maerz_2020.pdf [Zugriff am 31.05.2020].
- Bundesministerium für Gesundheit (2020d): Schutzausrüstung aus deutscher Herstellung, Meldung, 01. April 2020, <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/ministerium/meldungen/2020/herstellung-schutzausruestung.html> [Zugriff am 15.06.2020].
- Burchard, Hans von der/Vela, Jakob Hanke (2020): EU weighs into German-American spat over vaccine company, in: *Politico*, 16.03.2020, <https://www.politico.eu/article/eu-weighs-into-german-american-spat-over-vaccine-company/> [Zugriff am 31.05.2020].
- Büchenbach, Katrin (2020): In Südkorea verbreitet sich das Coronavirus über eine Sekte. Diese gewinnt auch in der Schweiz immer mehr Anhänger, NZZ,

- 21.02.2020, <https://www.nzz.ch/international/coronavirus-in-suedkorea-ist-der-infektionsherd-eine-sekte-nzz-ld.1541921>, [Zugriff am 25.05.2020].
- Cabestan, Jean-Pierre (2020): China's Battle with Coronavirus: Possible Geopolitical Gains and Real Challenges, Aljazeera Centre for Studies, 19.04.2020, <https://studies.aljazeera.net/en/reports/china's-battle-coronavirus-possible-geopolitical-gains-and-real-challenges?fbclid=IwAR1Xbwobh9N5je7YsBQu9M1g58bAx7WPz3rCYYpdI-tSftz12iKilXZZvMs> [Zugriff am 24.05.2020].
- Deutscher Bundestag (2020): Basisinformationen zum Gesetz zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite, Dokumentations- und Informationssystem, <http://dipbt.bundestag.de/extrakt/ba/WP19/2605/260577.html> [Zugriff am 24.05.2020].
- Ebbighausen, Rodion (2020): Vietnams Kriegserklärung an Corona, Deutsche Welle, 23.04.2020, <https://www.dw.com/de/vietnams-kriegserklärung-an-corona/a-52923517> [Zugriff am 26.05.2020].
- Ehrhardt, Christoph/Fähnders, Till (2020): Menschliche Einwegware, FAZ, 24.04.2020, <https://www.faz.net/aktuell/politik/ausland/corona-pandemie-gastarbeiter-sind-besonders-betroffen-16738810.html> [Zugriff am 24.05.2020].
- European Central Bank (2020): ECB announces €750 billion Pandemic Emergency Purchase Programme (PEPP), Press Release, 18.03.2020, https://www.ecb.europa.eu/press/pr/date/2020/html/ecb.pr200318_1%7E3949d6f266.en.html [Zugriff am 24.05.2020].
- European Commission (2020a): Statement by Commissioner for Crisis Management Janez Lenarčič on EU support to China for the Coronavirus outbreak, 01.02.2020, https://ec.europa.eu/commission/presscorner/detail/en/statement_20_178 [Zugriff am 24.05.2020].
- European Commission (2020b): Coronavirus: EU global response to fight the pandemic, 08.04.2020, https://ec.europa.eu/commission/presscorner/detail/en/IP_20_604 [Zugriff am 24.05.2020].
- Farzan, Antonia Noori/Shepherd, Katie (2020): Live updates: Trump threatens to pull out of WHO, announces he is taking drug not proven to prevent COVID-19, Washington Post, 19.05.2020, <https://www.washingtonpost.com/nation/2020/05/19/coronavirus-update-us/> [Zugriff am 24.05.2020].
- Feldwisch-Dentrup, Hinnerk (2020): How WHO Became China's Coronavirus Accomplice, Foreign Policy, April 2, 2020, <https://foreignpolicy.com/2020/04/02/china-coronavirus-who-health-soft-power/> [Zugriff am 24.05.2020].
- Financial Times Visual & Data team (2020): Coronavirus tracked: the latest figures as countries start to reopen, Financial Times, 06.07.2020, <https://www.washingtonpost.com/nation/2020/05/19/coronavirus-update-us/> [Zugriff am 06.07.2020].
- Frankfurter Allgemeine Zeitung (2020): Erster Corona-Fall in Südkorea nachgewiesen, FAZ.net, 20.01.2020, <https://www.faz.net/aktuell/gesellschaft/gesundheit/coronavirus/neuartiges-coronavirus-erstmalig-in-suedkorea-aufgetreten-16591115.html>, [Zugriff am 25.05.2020].
- Fuk-Woo Chan, Jasper et al. (2020): A Familial Cluster of Pneumonia Associated with the 2019 Novel Coronavirus Indicating Person-To-Person Transmission: A Study

- of a Family Cluster, in: *Lancet*, 395: 514-23, <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31986261/> [Zugriff am 24.05.2020].
- G20 (2020): G20 Finance Ministers and Central Bank Governors Meeting, Communiqué, 15 April 2020, [https://g20.org/en/media/Documents/G20_FMCBG_Communique_EN%20\(2\).pdf](https://g20.org/en/media/Documents/G20_FMCBG_Communique_EN%20(2).pdf) [Zugriff am 31.05.2020].
- Gebauer, Matthias (2020): Bundesregierung richtet Masken-Luftbrücke ein, *Spiegel Online*, 26.04.2020, <https://www.spiegel.de/politik/corona-krise-bundeswehr-richtet-masken-luftbruecke-ein-a-475b36cd-0cce-4bc9-b174-2361257ba2ac> [Zugriff am 15.06.2020].
- Gegout, Catherine (2020): Protective gear, rescue packages and research: now the EU spends big to beat coronavirus, *The Conversation*, 30.04.2020, <https://theconversation.com/protective-gear-rescue-packages-and-research-now-the-eu-spends-big-to-beat-coronavirus-137225> [Zugriff am 24.05.2020].
- Gross Stein, Janice (2013): Psychological Explanations of International Decision Making and Collective Behavior, Chapter 8, in: Carlsnaes, Walter/Risse, Thomas/Simmons, Beth A. (Hrsg.): *Handbook of International Relations*, London: Sage, S. 195-219.
- Guterres, António (2020): COVID-19: We will come through this together, *United Nations*, 13.03.2020, <https://www.un.org/en/coronavirus/covid-19-we-will-come-through-together> [Zugriff am 24.05.2020].
- Haseltine, William A. (2020): What AIDS Taught Us About Fighting Pandemics, *Project Syndicate*, 15.05.2020, https://www.project-syndicate.org/onpoint/what-aids-taught-us-about-fighting-pandemics-by-william-a-haseltine-2020-05?utm_source=Project+Syndicate+Newsletter&utm_campaign=b2fa459993-op_newsletter_2020_05_18&utm_medium=email&utm_term=0_73bad5b7d8-b2fa459993-104370713&mc_cid=b2fa459993&mc_eid=0f23cb6c77 [Zugriff am 24.05.2020].
- Höhler, Gerd (2020): Die Stunde des Sotiris Tsiodras, *Zeit Online*, 22.04.2020, <https://www.zeit.de/politik/ausland/2020-04/coronavirus-griechenland-sotiris-tsiodras-kyriakos-mitsotakis-krisenmanagement/> [Zugriff am 26.05.2020].
- innovative medicines initiative/Europe's partnership for health (2020): We are an EU public-private partnership funding health research and innovation, <https://www.imi.europa.eu> [Zugriff am 24.05.2020].
- Isati, Marisa et al. (2020): All 50 U.S. states have taken steps toward reopening in time for Memorial Day weekend, *Washington Post*, 20.05.2020, <https://www.washingtonpost.com/nation/2020/05/19/coronavirus-update-us/> [Zugriff am 06.07.2020].
- Jaeger, Mona (2020): Madsens Methode gegen Corona, *FAZ*, 23.04.2020, <https://www.faz.net/aktuell/politik/inland/rostock-buergermeister-madsens-methode-gegen-corona-16738694.html> [Zugriff am 24.05.2020].
- Kekulé, Alexander S. (2020): Die Statistik neu zu berechnen, kann die aktuelle Arbeit nicht retten“, *Tagesspiegel*, 28.05.2020, <https://www.tagesspiegel.de/wissen/dros-ten-studie-zur-ansteckung-von-kindern-die-statistik-neu-zu-berechnen-kann-die-aktuelle-arbeit-nicht-retten/25866488.html> [Zugriff am 01.06.2020].
- Kim, Myoung-Hee (2020): How South Korea Stopped COVID-19 Early, *Project Syndicate*, 27.04.2020, <https://www.project-syndicate.org/commentary/how-south->

- korea-stopped-covid19-early-by-myoung-hee-kim-2020-04 [Zugriff am 24.05.2020].
- Kleine-Weber, Hannah et al. (2019): Mutations in the Spike Protein of Middle East Respiratory Syndrome Coronavirus Transmitted in Korea Increase Resistance to Antibody-Mediated Neutralization, *Journal of Virology* (93), 2/2019, <https://jvi.asm.org/content/93/2/e01381-18> [Zugriff am 24.05.2020].
- Kölbl, Otto/Mayer, Maximilian (2020): Learning from Wuhan – there is no Alternative to the Containment of COVID-19, 04.03.2020, https://www.researchgate.net/publication/339721905_Learning_from_Wuhan_-_there_is_no_Alternative_to_the_Containment_of_COVID-19 [Zugriff am 24.05.2020].
- Kuo, Lily (2020): China backs 'comprehensive review' of pandemic. *The Guardian*, 18.05.2020, <https://www.theguardian.com/world/2020/may/18/china-facing-pressure-over-COVID-19-and-taiwan-at-world-health-assembly> [Zugriff am 24.05.2020].
- Martens, Michael (2020): Ein Arzt für alle Griechen, *FAZ*, 03.05.2020, <https://www.faz.net/aktuell/politik/ausland/sotiris-tsiodras-ein-corona-arzt-fuer-alle-griechen-16741794.html> [Zugriff am 24.05.2020].
- Mineo, Liz (2020): Health officials expect coronavirus to spread worldwide, *The Harvard Gazette*, 20.02.2020, <https://news.harvard.edu/gazette/story/2020/02/health-officials-expect-coronavirus-to-spread-worldwide/> [Zugriff am 24.05.2020].
- NDRInfo (2020): WHO rechnet mit mehr Corona-Infektionen, 03.02.2020, <https://www.ndr.de/nachrichten/info/WHO-Sprecher-zu-Corona-Wird-schlimmer-bevor-es-besser-wird,who106.html> [Zugriff am 01.06.2020].
- ntv (2020a): „Horrorszenario“ oder nicht? Virologen streiten über Ausmaß von Covid-19, *ntv.de*, 11.03.2020, <https://www.n-tv.de/panorama/Virologen-streiten-ueber-Ausmass-von-Covid-19-article21634360.html> [Zugriff am 25.05.2020].
- ntv (2020b): Maskenpflicht in Jena: „Neun Tage keine einzige Neuinfektion“, *ntv.de*, 17.04.2020, <https://www.n-tv.de/politik/Neun-Tage-keine-einzige-Neuinfektion-article21719701.html> [Zugriff am 25.05.2020].
- New Zealand Ministry of Health (2015): Middle East respiratory syndrome (MERS), <https://www.health.govt.nz/our-work/diseases-and-conditions/communicable-disease-control-manual/middle-east-respiratory-syndrome-mers> [Zugriff am 01.06.2020].
- New Zealand Ministry of Health (2015): Severe acute respiratory syndrome (SARS), <https://www.health.govt.nz/our-work/diseases-and-conditions/communicable-disease-control-manual/severe-acute-respiratory-syndrome-sars> [Zugriff am 01.06.2020].
- Oesch, Jonas et al. (2020): Von Lockdown zur Lockerung – wie das Coronavirus die Welt auf den Kopf gestellt hat im Zeitverlauf, *NZZ*, 10.05.2020, <https://www.nzz.ch/international/coronavirus-vom-lockdown-zu-lockerung-interaktive-grafik-ld.1555627> [Zugriff am 24.05.2020].
- Oh, Juhwan et al. (2020): National Response to COVID-19 in the Republic of Korea and Lessons Learned for Other Countries, *Health Systems & Reform* (6), 1/2020, <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/23288604.2020.1753464> [Zugriff am 08.06.2020].

- Parker, Richard (2020): How New Mexico Is Beating the Virus, New York Times, 01.05.2020, <https://www.nytimes.com/2020/05/01/opinion/new-mexico-coronavirus-curve.html> [Zugriff am 24.05.2020].
- Paun, Carmen/Deutsch, Jillian (2020): Health Ministers squabble over face masks at coronavirus talks, Politico, 06.03.2020, <https://www.politico.eu/article/health-ministers-squabble-over-face-masks-at-coronavirus-talks/> [Zugriff am 24.05.2020].
- Peer, Mathias (2020): Wie Vietnam zum Überraschungssieger im Kampf gegen Corona wurde, Handelsblatt, 22.04.2020, <https://www.handelsblatt.com/politik/international/asien-wie-vietnam-zum-ueberraschungssieger-im-kampf-gegen-corona-wurde/25759304.html?ticket=ST-4676702-ujvL3y2GSRDUi9QuNzoH-ap5> [Zugriff am 24.05.2020].
- Petersen, Volker (2020): Erwartete Zahl der Infizierten: Woher kommen diese 60 bis 70 Prozent?, ntv.de, 11.03.2020, <https://www.n-tv.de/panorama/Woher-kommen-diese-60-bis-70-Prozent-article21634342.html> [Zugriff am 25.05.2020].
- Petring, Jörn (2020): So bekämpfen Chinas Nachbarn erfolgreich Corona, Wirtschaftswoche, 13.03.2020, <https://www.wiwo.de/politik/ausland/vorbilder-taiwan-hong-kong-suedkorea-so-bekaempfen-chinas-nachbarn-erfolgreich-corona/25640544.html> [Zugriff am 26.05.2020].
- Phoenix (2020): Prof. Maximilian Mayer zu Strategien gegen das Coronavirus am 17.03.2020, YouTube-Channel Phoenix, 17.03.2020, <https://www.youtube.com/watch?v=m-vZLITbLrM> [Zugriff 24.05.2020].
- Rega, John (2020): G20 freezes poor countries' debts to add \$20B for pandemic fight, Politico, 15.04.2020, <https://www.politico.eu/article/coronavirus-g20-freezes-poor-countries-debts-to-add-20b-for-pandemic-fight/> [Zugriff am 24.05.2020].
- Rist, Manfred (2020): Paradoxe Lage in Singapur: Die eigene Bevölkerung steckt sich kaum mit dem Corona-Virus an, unter den Gastarbeitern grassiert die Krankheit hingegen, NZZ, 29.04.2020, <https://www.nzz.ch/international/coronavirus-zweifelwelten-in-singapur-ld.1554171> [Zugriff am 26.05.2020].
- Schug, Markus (2020): „Corona-Drive-In“ eröffnet, Frankfurter Allgemeine Zeitung, 04.03.2020, <https://www.faz.net/aktuell/gesellschaft/gesundheit/coronavirus/coronavirus-drive-in-in-gross-gerau-eroeffnet-abstrich-im-auto-16663134.html>, [Zugriff am 25.05.2020].
- Schultz, Stefan (2020): Tödliche Arroganz, Der Spiegel, 29.03.2020, <https://www.spiegel.de/kultur/strategien-gegen-das-coronavirus-toedliche-arroganz-kommentar-a-17422345-38c1-405f-b307-7deab0fc02e7> [Zugriff am 24.05.2020].
- Senzel, Holger (2020): Neuseeland und das Virus: Team Kiwi gegen Corona, tagesschau.de, 17.05.2020, <https://www.tagesschau.de/ausland/neuseeland-coronavirus-101.html> [Zugriff am 25.05.2020].
- Steinvorth, Daniel (2020a): „Die zweite Welle kommt so oder so“, NZZ, 03.05.2020, https://www.nzz.ch/international/coronaseuche-warum-das-as-eu-fruehwarnsystem-versagte-ld.1554150?kid=_2020-5-4&trco=&mktcid=nled&mktcval=102 [Zugriff am 24.05.2020].
- Steinvorth, Daniel (2020b): Ursula von der Leyen führt die EU in der größten Krise ihrer Geschichte: Ob sie die Richtige für den Job ist, wird sich zeigen, NZZ, 12.04.2020, <https://www.nzz.ch/international/von-der-leyen-in-der-krise-auf-verlorenem-posten-ld.1549674> [Zugriff am 24.05.2020].

- Süddeutsche Zeitung (2020): Hongkong riegelt Großteil der Grenzübergänge nach China ab, 03.02.2020, <https://www.sueddeutsche.de/politik/coronavirus-china-hongkong-1.4782544> [Zugriff am 17.06.2020].
- Tagesschau.de (2020): Hoffen auf das Frühjahr, 24.02.2020, <https://www.tagesschau.de/inland/corona-interview-kekule-101.html> [Zugriff 25.05.2020].
- The Bridge Tank (2020): Flattening the Curve – A pan-European comparative analysis of the COVID-19 outbreak, 15.04.2020, <http://thebridgetank.org/en/2020/04/15/flattening-the-curve-a-pan-european-comparative-analysis-of-the-covid-19-outbreak/> [Zugriff am 26.05.2020].
- Truscheit, Karin (2020): Virus im Anflug, in: FAZ, 30.05.2020, S. 9, <https://www.faz.net/2.1848/uebertragung-von-corona-warum-gerade-aerosole-gefaehrlich-sein-koennen-16792176.html> [Zugriff am 24.05.2020].
- United Nations (2020): COVID-19 Response, <https://www.un.org/en/coronavirus/un-secretary-general> [Zugriff am 24.05.2020].
- Valero, Jorge (2020): EU allocates Chinese aid to Italy to fight against the pandemic, Euractiv, 19.03.2020, <https://www.euractiv.com/section/coronavirus/news/eu-allocates-chinese-aid-to-italy-to-fight-against-the-pandemic> [Zugriff am 24.05.2020].
- Vogt, Paul Robert (2020): COVID-19 – eine Zwischenbilanz oder eine Analyse der Moral, der medizinischen Fakten, sowie der aktuellen und zukünftigen politischen Entscheidungen, Die Mittelländische Zeitung (DMZ), <https://www.mittellaendische.ch/covid-19-analysen-von-prof-dr-med-dr-h-c-paul-robert-vogt/covid-19-eine-zwischenbilanz-oder-eine-analyse-der-moral-der-medizinischen-fakten-sowie-der-aktuellen-und-zuk%C3%BCnftigen-politischen-entscheidungen/#gsc.tab=0>, [Zugriff am 25.05.2020].
- Washington Post (2020): When it comes to coronavirus response, superpowers may need to study smaller nations, 16.05.2020, https://www.washingtonpost.com/world/2020/05/16/when-it-comes-coronavirus-response-superpowers-may-need-study-smaller-nations/?utm_campaign=wp_evening_edition&utm_medium=email&utm_source=newsletter&wpisrc=nl_evening [Zugriff am 08.06.2020].
- Wesel, Barbara (2020): Corona-Hilfe: Kein frisches Geld für Afrika, Deutsche Welle, 08.04.2020, <https://www.dw.com/de/corona-hilfe-kein-frisches-geld-f%C3%BCr-afrika/a-53066745> [Zugriff am 25.05.2020].
- Wildermuth, Volkart (2020): Coronavirus: Aktuelle Zahlen und Entwicklungen, Deutschlandfunk, 28.05.2020, https://www.deutschlandfunk.de/coronavirus-aktuelle-zahlen-und-entwicklungen.2897.de.html?dram:article_id=472799 [Zugriff am 28.05.2020].
- WirtschaftsWoche (2020): 500.000.000.000 Euro für den Wiederaufbau, 18.05.2020, <https://www.wiwo.de/politik/europa/aussergewoehnliche-einmalige-kraftanstrengung-500-000-000-000-euro-fuer-den-wiederaufbau/25841188.html> [Zugriff am 24.05.2020].
- ZDFheute (2020): Studie zu Maßnahmen: Hongkong: Erfolge gegen Corona ohne Lockdown, 18.04.2020, <https://www.zdf.de/nachrichten/panorama/coronavirus-hongkong-massnahmen-100.html> [Zugriff am 25.05.2020].
- Zeit Online (2020): Müller fordert 50 Milliarden für Entwicklungsländer, 19.04.2020, <https://www.zeit.de/news/2020-04/19/mueller-fordert-50-milliarden-fuer-entwicklungslaender> [Zugriff am 25.05.2020].

