



Die Wirtschaft ist lebenswichtig

Von Patrick Bernau

Die Wirtschaft dreht sich nicht in erster Linie ums Geld. Man muss das in diesen Tagen einmal so deutlich sagen: Geld ist nicht die Existenzberechtigung der Wirtschaft. Es ist nur Mittel zum Zweck, es soll selbst den egoistischsten Zeitgenossen dazu bewegen, wofür die Wirtschaft wirklich da ist: Sie soll Menschen mit dem versorgen, was sie brauchen.

Keine Frage: Die Welt muss die Ausbreitung des Coronavirus eindämmen, so gut es eben geht. Dafür ist jedes Mittel recht. In diesen Tagen ist schnell gesagt, dass dann eben mal die Wirtschaft leiden muss. Immer mehr Läden müssen schließen, immer mehr Fabriken stoppen die Produktion. Viele Menschen verlieren Auftraggeber oder ihre Arbeitsstelle, und diejenigen, denen es nicht so geht, haben Mühe, ihre Kinder zu betreuen. Die Eskalation ist längst noch nicht am Ende: An diesem Wochenende werden Ausgangsbeschränkungen eingeführt.

Gläubt man den Virologen, kann der Kampf gegen das Virus noch Monate dauern. Es geht ja gerade darum, dass die Infektionen nicht alle auf einmal kommen, sondern sich über eine längere Zeit verteilen. Das Paradox von Corona heißt: Je besser die Welt die Krise bekämpft, desto länger dauert sie. Umso wichtiger, dass die Maßnahmen nicht übertrieben werden – denn das würde den Kampf gegen das Virus selbst behindern.

Man vergisst eben so leicht, dass es in der Wirtschaft um mehr geht als um Geld. Schon in guten Zeiten wird Geldgier oft angeprangert, und wenn Tausende um ihr Leben kämpfen, wirkt sie besonders perfide. Außerdem entstand die letzte große Wirtschaftskrise in der Finanzwirtschaft. Der Kampf bestand damals darin, die vorher vernachlässigten Geldströme nachzuvollziehen und Geld an die richtige Stelle zu bringen.

In der aktuellen Krise aber ist es die einfachere Übung, die Geldflüsse sicherzustellen. Das Unternehmen Kredit bekommen, Selbstständige Zuschüsse und unbefristigte Leute Kurzarbeitergeld – das kann die Regierung zumindest in Deutschland leicht zusagen, im-

merhin hat sie in den vergangenen Jahren das Geld zusammengehalten. Doch je länger die Krise dauert und je weiter die Bewegung eingeschränkt wird, umso entscheidender wird es, die reale Wirtschaft am Laufen zu halten. Das ist keine Frage des Geldes, es ist eine Frage von Leben und Tod.

Keine Frage: Ärztinnen und Krankenpfleger stehen im Kampf gegen das Coronavirus an vorderer Front. Doch sie können den Kampf nur dann gewinnen, wenn andere mitarbeiten: Erzieherinnen müssen die Kinder betreuen, Industriemechaniker neue Lungenmaschinen liefern. Doch die Industriemechaniker stehen nicht in der Liste systemrelevanter Berufe, die ihre Kinder noch in den Kindergärten bringen dürfen. In der Schweiz hat ein Hersteller von Beatmungsgeräten schon um Hilfe gerufen, weil zu viele Mitarbeiter ausfallen.

Anfangs war nicht mal klar, ob Köche im Alterheim ihre Kinder noch in den Kindergärten bringen dürfen. Inzwischen hat zumindest das Land Nordrhein-Westfalen für den größeren Kreis gezogen: Betreuung werden auch die Kinder von Energieversorgern, Nahrungsmittelproduzenten, Computerexperten und einigen mehr. Es könnte der Beginn eines Trends sein. Denn mit jeder Woche werden mehr Leute gebraucht. Beatmungsgeräte kann man nur herstellen, wenn man Motoren und Schrauben hat. Die Schraubenproduktion wiederum funktioniert nur, wenn die Maschinen regelmäßig gewartet werden. So geht es weiter, die Kette der Vorprodukte ist lang. Selbst die Kultur kann in langen Wochen der Isolation durchaus systemrelevant werden: Schon die Römer wussten, dass der Mensch nicht nur Brot braucht, sondern auch Spiele.

Je länger die Krise dauert, desto deutlicher wird eine simple Wahrheit: In der arbeitsteiligen Welt sind sehr viele Leute systemrelevant – selbst wenn sie auch in dieser Krise nicht so gefeiert werden wie die Krankenschwestern und wenn das jetzt jeder selbst weiß. Nötig sind jetzt Lösungen, die einerseits das Virus eindämmen und andererseits die reale Wirtschaft nicht in die Knie zwingen. Weil die Wirtschaft überlebenswichtig ist.

DER SONNTAGSÖKONOM

BRINGEN EINWANDERER KRANKE HEILTEN?

In den Vereinigten Staaten herrschte in den Phasen der großen Einwanderungswellen um 1900 herum die Angst, die Immigranten könnten Krankheiten mitbringen. Von 1880 an untersuchten Ärzte und Krankenschwestern die Ankommenen etwa auf Ellis Island vor New York, der zentralen Sammelstelle für Millionen Einwanderer. Bestanden diese die ärztliche Prüfung nicht, wurden sie in ihre alte Heimat zurückgeschickt auf Kosten der Reeder.

Mehrere Epidemien und populistische Politiker hatten die Bevölkerung aufgeschreckt. Als 1872 die Cholera in New York ausbrach, machten viele alteingesessene New Yorker die katholischen Iren dafür verantwortlich, berichtet der Geschichtsprofessor Alan Kraut. Diese waren wegen ihres Glaubens vielen protestantisch geprägten Amerikanern ohnehin suspekt. An den Blattern in San Francisco im Jahr 1876 galten die Einheimischen den Chinesen die Schuld, ihre Viertel wurde abgeriegelt; einige wurden zu Impfungen gezwungen, die nicht ausreichten und schwere Nebenwirkungen zeigten. Generell wurden osteuropäische Juden verdächtigt, Tuberkulose in die Vereinigten Staaten eingeschleppt zu haben. Italienern schrieb man den Ausbruch der Kinderlähmung im Jahr 1916 zu. Noch im Jahr 1980 häuften sich die Berichte, dass vor allem Haitianer HIV verbreiteten. In jüngster Zeit wurden Flüchtlinge aus Zentralamerika im Fernsehsender Fox unter Verdacht gestellt, Infektionskrankheiten mitzubringen.

Um 1900 herum wurde die generelle Sorge, zu viele Ausländer könnten Amerika zum Nachteil verändern, durch Krankheitsrisiko zusätzlich gespeist. Die sogenannten Nativisten schlehteten die ausländerfeindliche Gefühlslage erfolgreich aus und setzten vor hundert Jahren eine Verschärfung des Einwanderungsrechts durch.

In einzelnen Jahren zwischen 1880 und 1920 waren jährlich eine Million Men-

Lange wurden Einwanderer für kranke Städte verantwortlich gemacht. Die Sache ist aber komplizierter.

Von Winand von Petersdorff

schen aus dem Ausland nach Amerika gekommen. Sie ließen sich vor allem in amerikanischen Großstädten nieder. Im Jahr 1890 war jeder dritte Großstädter im Ausland geboren. In den urbanen Zentren war gleichzeitig die Sterblichkeitsrate höher als auf dem Land. Von 1920 an aber schrumpfte die Einwanderung auf rund 200.000 im Jahr. Vor allem aus Süd- und Osteuropa kamen dank eines neuen Quotensystems deutlich weniger Menschen.

Dieser Umschwung in der Politik gibt Forschern die Möglichkeit, einer brisanten Frage auf den Grund zu gehen. Sank mit dem Rückgang der Einwanderung die Sterblichkeit in den großen Städten? Eine neue Studie kommt zu einem eindeutigen Ergebnis. Mit dem Rückgang der Immigration sank die Mortalität. Die Städte wurden gesünder.

Dieses Ergebnis wirft ein neues Licht auf die Erforschung der Lebensverhältnisse in den urbanen Zentren. Bisher hatte generell gegolten, dass der Umsetzungs neuer Erkenntnisse in Hygiene, Medizin und Ernährung kombiniert mit wachsendem Wohlstand der Rückgang der höheren Sterblichkeit in den Städten im Vergleich zum Leben auf dem Land zu verdanken war.

Die Forscher um den dänischen Ökonomenprofessor Philipp Ager fingierten in einem Modell, wie sich ausgewählte amerikanische Großstädte ohne Be-

schränkung der Zuwanderung entwickelt hätten. Die Städte waren von den Regelungen unterschiedlich betroffen, weil Einwanderer die Tendenz hatten, sich dort niederzulassen, wo schon viele ihrer Landsleute lebten. Das neue Quotensystem, das von 1921 an galt (und später verschärft wurde), beschränkte bestimmte Herkunftsländer stärker als andere. Städte, in denen sich beispielsweise viele Italiener niedergelassen hatten, verzeichneten wegen der diskriminierenden Quote einen deutlich geringeren Zustrom als andere, in denen sich beispielsweise besonders viele Schweden konzentrierten. So konnten die Forscher die Zahl der „fehlenden Einwanderer“ für verschiedene Städte ermitteln, indem sie die Realität mit dem Zustand abglich, der sich bei Beibehaltung der alten Rechtslage der unbegrenzten Zuwanderung ergeben hätte.

Die Forscher verglichen die Zahlen mit einem umfangreichen Datensatz, der die Todesursachen in 348 Städten zwischen 1900 und 1937 zeigt. Das Ergebnis des Vergleichs: Vor der Einführung der Beschränkung entwickelten sich die Mortalitätsraten in den Städten gleich. Nach der Limitierung sank die Mortalität deutlich schneller in Städten, denen besonders viele Zuwanderer fehlten. Die sinkende Sterblichkeit war vor allem darauf zurückzuführen, dass die Bewohner seltener an Infektionskrankheiten starben, die Forscher sprechen hier von externen Ursachen. Auf andere häufig vorkommende Todesursachen wie Krebs und Herzinfarkte hatte der Rückgang der Einwandererzahlen keinen Einfluss.

Eine mögliche Erklärung könnte lauten, dass Einwanderer selbst überproportional Opfer der Krankheiten waren. Mit ihrem Ausbleiben sank damit automatisch die Sterblichkeit in den Städten. Doch die Analyse der Forscher zeigt, dass das als Erklärung nicht reicht. Der von den Wissenschaftlern ermittelte Gesundheitseffekt war dafür schlicht zu

groß. Schließlich zeigen sie, dass die schwarze Bevölkerung nach dem Wegbleiben der Immigranten ebenfalls eine geringere Mortalität verzeichnete. Schwarze waren in der Regel Einheimische. Das weist darauf hin, dass Immigranten Einheimische mit tödlichen Krankheiten angesteckt haben. Schleppten also die Einwanderer die Krankheiten ein? Die Daten der medizinischen Kontrollen an der Grenze zeigen nach der Verschärfung des Einwanderungsrechts nicht, dass mehr Leute aus gesundheitlichen Gründen zurückgeschickt wurden als zuvor. Offenbar waren die Immigranten generell ziemlich robust.

Für viele Einwanderer sah die Realität der ersten Jahre so aus: Sie lebten in engen, schlecht durchlüfteten, ungesunden Mietskasernen ohne Toiletten und begünstigten so die Ausbreitung von Grippe, Lungenentzündung und Tuberkulose, den drei häufigsten Todesursachen zu Beginn des 20. Jahrhunderts. Mit dem Wegfall von Einwanderern waren die Verhältnisse weniger beengt, wie die Autoren der Studie zeigen. Gute Daten über die Wohnverhältnisse in den Immigrantenvierteln gibt es zwar nicht, doch Daten über Untermieter in Stadtteilen lassen Rückschlüsse zu. Viele Immigranten wohnten zunächst zur Untermiete, bevor sie sozial aufstiegen. Mit der Beschränkung der Zuwanderung sank die Zahl der Untermieter. Die Leute bekamen mehr Platz. Eine Wirkung hatte offenbar auch, dass mit dem Rückgang der Zuwanderung ein Leuten mehr Krankenhäusern in Krankenhäusern und mehr medizinisches Personal zur Verfügung stand.

Immigranten haben die Krankheiten nicht gebracht, schließen die Autoren. Die Lebensbedingungen in den Slums, in denen sie lebten, erhöhten die Sterblichkeit in den Großstädten.

Philipp Ager, James J. Feigenbaum, Casper Worm Hansen, Hui Ren Tan: How the Other Half Dies: Immigration and Mortality in US Cities, 2020 (erscheint in wenigen Tagen)

Es war ein heißer Julitag des Jahres 1974 in Griechenland, als plötzlich und unerwartet die Militärdiktatur gestürzt wurde. Der frühere Ministerpräsident Konstantinos Karamanlis sollte aus dem Exil zurückkommen und wurde auf dem Syntagma-Platz von Athen erwartet. Vor dem Parlament kam eine riesige Menschenmenge zusammen. In den Stunden zuvor hatte die Militärjunta Dutzende Lastwagen mit Soldaten und Lautsprechern durch die Straßen fahren lassen. „Bürger von Athen!“, brüllten die Bewaffneten: „Bleibt zu Hause!“ Doch die Demonstranten ließen sich nicht einschüchtern. Die Demokratie siegte, die Diktatur hatte verloren.

Nicholas Christakis, der als kleiner Junge mit seiner Mutter auf dem Syntagma-Platz demonstriert hat, ist heute ein Professor für Evolutionsbiologie an der Universität Yale. Kürzlich ist sein neues Buch „Blueprint“ erschienen, das davon handelt, was uns als Menschen eint. Es beginnt mit der Erinnerung an die Demo in Athen. Was Christakis sagen will: Menschen sind schon von ihrer genetischen Disposition her soziale Wesen. Sie existieren in der Gruppe. Wenn sie friedlich und solidarisch auftreten, vermögen sie es sogar, die Bissen vom Thron zu stürzen. Es hat gute Gründe, dass in vielen Verfassungen freiheitlich-demokratischer Gesellschaften die Versammlungsfreiheit ein Grundrecht ist. Man muss die positive Macht von Demonstrationen nicht romantisieren – Massen können bekanntlich auch viel schlimmes anrichten. Doch die kleine Geschichte aus Athen verdeutlicht: Solidarität braucht den öffentlichen Raum und die Erfahrung menschlicher

HANKS WELT

Das Virus und die Solidarität

Über den Altruismus in Zeiten von Corona. Von Rainer Hank

Nähe. Ihr pathetisches Emblem hierzulande ist die Lichterkette vieler Menschen mit Kerzen in den Händen. Im stillen Kämmerlein kann man nicht gut solidarisch sein. Das, so scheint es mir, ist ein Grundproblem dieser Corona-Wochen, wo wir aus guten Gründen aufgerufen werden, solidarisch zu sein, man uns aber nicht auf die Straßen und Plätze lässt, erst recht nicht in die Hospize und Hospitäler, um denen, die unsere Solidarität besonders nötig haben, unser Mitgefühl durch unsere Nähe zu zeigen. Der Aufruf, solidarisch zu sein, bleibt abstrakt in Zeiten des Ausnahmezustands, in denen das öffentliche Leben lahmgelegt und das Recht der freien Versammlung faktisch außer Kraft gesetzt ist. Fast scheint es, als ob sich diese Paradoxie in den Corona-Partys in den öffentlichen Parks zeigt, wo

Menschen, die doch nur einander nahe sein wollen, das Schlimmste anrichten: die Ausbreitung des Virus zu beschleunigen, was dann den Prozess zu drosseln. Geht, man kann Leute, die kilowise Mehl oder Konserven hamstern, unsolidarisch nennen, weil sie ihren Mitmenschen Lebensmittel entziehen. Aber vielleicht reicht es auch, solches Verhalten einfach nur als ungehörig oder meinetwegen egoistisch zu schelten. Kurzum: Ich bin skeptisch, ob uns die Beschreibung einer Ethik der Solidarität in diesen schweren Zeiten weiterhilft. Das merkt man nicht zuletzt daran, dass auch Politiker ihren Aufruf zur Solidarität stets mit einer Drohung verbindet: Wenn ihr euch nicht freiwillig sozial isoliert, dann verordnen wir eine Ausgangssperre. Wie man in einigen Bundesländern seit Freitag sieht, ist das

ernst gemeint. Solidarität – wahrlich eine „große Idee“ (Heinz Bude) – lebt davon, dass sie gerade nicht angeordnet werden kann. Staatlich befohlen, ist sie noch nicht einmal halb so viel wert. Alena Buxy, eine an der TU München lehrende Medizinerin, die auch Mitglied des Deutschen Ethikrates ist, kommt in ihrem vorlesenen Buch über das Solidaritätsprinzip in der Medizin (Campus Verlag) zu dem Schluss, dass die bei Pandemien nötigen Maßnahmen allenfalls teilweise als „solidarische Praktiken“ eingordnet werden können. Es geht stattdessen schlicht um die Pflicht staatlicher Institutionen, ihre Bürger zu schützen. Das hat wenig mit Solidarität zu tun und schon gar nicht mit Kampf oder gar Krieg gegen ein Virus, das nicht zu besie-



gen ist, sondern – ganz im Gegenteil – integriert werden muss in das menschliche Immunsystem. Natürlich brauchen solche staatlichen Maßnahmen die Akzeptanz in der Bevölkerung. Dabei geht es um Einsicht der Vernunft in das Notwendige. Mag sein, dass die Opfer sozialer Distanzierung einigen leichter fallen, wenn sie sie Solidarität nennen, um ihnen eine altruistische Funktion zu geben. Dass Solidarität nicht zielführend ist, zeigt sich besonders bedrückend, wenn es um die Priorisierung knapper medizinischer Ressourcen geht. Wenn hätten wir gerne, dass allen Kranken sofort jedwede medizinische Versorgung zuteilwird. Aber das geht schon unter normalen Bedingungen nicht. Priorisierung, im schlimmsten Fall Rationierung der medizinischen Leistungen könnten nötig werden; wir beobachten diese Katastrophe gerade mit großem Mitleid in Italien.

Auch hierzulande geht es heute schon Priorisierung, wenn die Krankenhäuser angewiesen sind, „normale“ Operationen auf die Zeit nach der Pandemie zu verschieben. „Harte Rationierung“ auf alle Fälle zu verhindern, also die Zuteilung intensivmedizinischer Leistungen unter Bedingungen absoluter Knappheit, das steckt ja gerade hinter der Pflicht, soziale Kontakte zu vermeiden. Zugleich wird das medizinische Angebot laufend ausgeweitet (auch mit Hilfe der Bundeswehr) und auf die Erfordernisse der Pandemie fokussiert. Doch auch wenn diese Anstrengungen hierzulande erfolgreich sind, führt kein Weg an der ökonomischen Einsicht vorbei, dass es bei medizinischen Ressourcen immer um Fragen der Verteilung und der Priorisierungsetzung geht, sagte die Ethik-

professorin Alena Buxy dieser Tage in einem Interview. Das von Empathie gespeiste Solidaritätsprinzip würde verlangen, demjenigen zuerst zu helfen, der die Hilfe am nötigsten braucht. Doch viele Pandemiekritiker und Leibfäden für die ärztliche Versorgung im Katastrophenfall haben vernünftige Gründe dafür, nach dem „größtmöglichen Nutzen für viele“ die Hilfe zu priorisieren. Im Klartext heißt das: Schwerstkranken mit den geringsten Überlebenschancen werden erst dann behandelt, wenn ausreichend Ärzte und Logistik für alle zur Verfügung stehen. Unserer solidarischen Intuition läuft das zu tiefst zuwider: Menschenleben solle man nicht gegeneinander aufrechnen, heißt es. Aber der Realismus der Knappheit von Ressourcen und Zeit verlangt, die Augen nicht zu verschließen, sondern Kriterien einer Ethik der Priorisierung zu entwickeln. Das Geld, also das Zuteilungsprinzip knapper Ressourcen auf Märkten, keine Rolle spielen darf, versteht sich von selbst. Auch abstrakte Altersregeln, wonach etwa Patienten über 60 Jahren nachrangig behandelt werden, hält Alena Buxy für problematisch. Ihr Kriterium lautet: Es kommt auf den klinischen Zustand der Kranken an und deren „ability to benefit“, also die Chance, von der Behandlung zu profitieren. Sie würden dann – geheilt – das Intensivbett nach wieder für andere Kranke frei machen.

Das alles sind ethisch äußerst sensible Überlegungen für Entscheidungen, die ein Höchstmaß an Verantwortungsgewissen verlangen, deren Kriterien aber nicht selten kontraintuitiv sind. Ich fürchte, dass gerade deshalb der Appell an die intuitive Solidarität nicht nur nicht weiter, sondern auch in die Irre führt.