

**Inhalt:**

**Zur Einführung Die Pandemie wie sie begann**

**Zur bisherigen Pandemiebekämpfung**

**Zu den Diskussion über die Corona-Pandemie**

**Allgemeines zur Einordnung:**

**Was kann das in dieser Pandemie heißen**

**Zu den Diskussionen:**

**Zu den Maßnahmen gegen die Pandemie**

**Warum Maßnahmen ergriffen werden müssen**

**Zu den verschiedenen Ausbreitungsphasen und warum der Begriff der „Welle“  
irreführend und falsch ist**

**Welche Maßnahmen sind also sinnvoll und welche nicht?**

**Konkrete Maßnahmen aus der Perspektive Dezember 2020**

**Ergänzung Januar 2021:**

**Internationales solidarisches Handeln**

**Wer hat, der gibt! Oder: wer trägt die Folgen der Pandemie?**

**Forderungen für das Gesundheitswesen und Lehren aus der Pandemie**

**Kasten:**

**Exkurs SARS COV 2 (Virusbezeichnung) COVID 19 (Erkrankung)**

## **Zur Einführung**

### **Die Pandemie und wie sie begann**

Die Corona-Pandemie begann 2019 in der Stadt Wuhan in China. Zunächst wurde von den dortigen Verantwortlichen versucht, den Ausbruch einer neuen Erkrankung zu verschweigen und zu vertuschen. In chinesischen sozialen Medien verbreitete sich Ende Dezember 2019 die Warnung des chinesischen Augenarztes Li Wenliang vor einem neuartigen Virus. Dieser musste auf Druck der Behörden seine Aussagen widerrufen und starb Anfang Februar 2020 an einer Coronainfektion. Die Behörden entschuldigten sich später für den erzwungenen Widerruf. Das Ausmaß der Infektionsausbreitung und die tödlichen Folgen für viele Menschen erschütterten das Vertrauen in das politische System – jedoch nur für wenige Wochen. Die Hilfs- und Eindämmungsmaßnahmen in China waren so effektiv, dass sich das Vertrauen der Bevölkerung wieder einstellte. Die Epidemie wurde zur globalen Pandemie. Hätten die Verantwortlichen - in China, in den USA, aber auch in Deutschland und anderen Staaten - die Situation schneller erkannt, hätte diese Pandemie evtl. aufgehalten oder zumindest verzögert werden können. China hat im Gegensatz zu den USA mit der WHO zusammengearbeitet und ist aktiv gegen die Pandemie vorgegangen, durch internationale Hilfe.

Zwar wurde im Rest der Welt nicht versucht, diese Erkrankung und die drohende Pandemie zu vertuschen. Der Ernst der Situation wurde nicht erkannt. So kam es u.a. in Europa zu einer unbemerkten Ausbreitung des Coronavirus, in Italien, Spanien und Frankreich. Diese regionale Ausbreitung war mehr oder weniger zufällig. Einen Weckruf für Europa stellten die Bilder aus Norditalien dar: überforderte Krankenhäusern, die zu Hot Spots wurden, und die vielen Toten dort. In allen drei Ländern haben neoliberale Umwandlungen das Gesundheitswesen erheblich geschwächt. So kamen mehrere negative Faktoren zusammen. In Deutschland wurde die Situation zu spät erkannt. Es rächte sich, dass - obwohl Pläne für eine Pandemie und deren Bekämpfung existierten - es keine ausreichenden Vorbereitungen gab. In den letzten Jahrzehnten, begonnen mit der SPD/Grünen Regierung mit Bundeskanzler Schröder ab 1998, waren die Verantwortlichen damit

beschäftigt, das Gesundheitssystem marktgerecht umzuformen. Wichtige Aufgaben, wie die Vorbereitung auf eine Pandemie, wurden vernachlässigt und der öffentliche Gesundheitsdienst kaputtgespart. Die Gesundheitsversorgung wurde zu einem Geschäftsfeld zur Bereicherung von Reichen gemacht – angetrieben von dem liberalen Mantra, der Markt regle die Versorgung und Konkurrenz sei der entscheidende Motor für eine Weiterentwicklung usw.. Die Folgen sind bekannt: Krankenhäuser wurden privatisiert. Mitte der 1980er Jahre wurde das bis dahin bestehende Gewinnverbot für Krankenhäuser abgeschafft. Danach konnten die Krankenhäuser Gewinne erzielen, aber auch Verluste machen und so über eine Insolvenz zur Schließung getrieben werden. Darüber hinaus wurde durch die Umstellung vom Selbstkostendeckungsprinzip auf Fallpauschalen schließlich ausnahmslos alle Krankenhäuser an Gewinnerzielung und Profitstreben ausgerichtet. Die ambulante Medizin wurde noch marktförmiger - mittels besonderer Bezahlung spezialisierter Leistungen (wie z.B. Herzkatheter-Untersuchungen oder Augenoperationen), privaten MVZs und vielen IGeL-Leistungen (sog. Individuelle Gesundheitsleistungen, die von den Versicherten privat zu bezahlen sind). Das deutsche Gesundheitswesen wurde so in allen Bereichen zu einem Geschäftsfeld für anlageorientierte Kapitalgesellschaften, Private-Equity Gesellschaften und auch börsennotierte Anleger. Die Umwandlung ist jedoch nicht so weit vorangeschritten, wie in anderen Ländern wie z.B. in den USA und einigen südeuropäischen Ländern. Kurz vor der Pandemie herrschte unter den meisten politisch Verantwortlichen noch der Konsens, dass viele Krankenhäuser geschlossen werden sollten. Aufgrund der marktförmigen Umwandlung und der schlechten Arbeitsbedingungen kam es in den letzten Jahren vermehrt zu Arbeitskämpfen und sozialem Protest für mehr Personal und gegen die Schließung von Krankenhäusern - vor allem von kleineren Krankenhäusern in der Fläche.

Der öffentliche Gesundheitsdienst wurde unter einem Kürzungsdiktat kaputtgespart. Die Gesundheitsämter waren mit einer dünnen Personaldecke und veralteter Ausstattung nicht gut auf die Pandemie vorbereitet. Das ruhigere Infektionsgeschehen der Sommermonate 2020 wurde nicht für eine nachhaltige Stärkung der Gesundheitsämter genutzt. Noch immer können die Gesundheitsämter - beispielsweise aufgrund unterschiedlicher Software - schlecht miteinander Daten

abgleichen. Zugleich fallen und fielen wichtige Aufgaben, wie z.B. die Schuleingangsuntersuchungen oder die Mütterberatung, zu großen Teilen aus.

Eine am Gemeinwohl orientierte Daseinsvorsorge, zu der die medizinische Versorgung gehört, ist ein Kern des Selbstverständnisses in der politischen Linken und in unserer Partei. DIE LINKE hat sich auf verschiedenen Ebenen, in Bündnissen wie in den Parlamenten, an den Kämpfen dafür beteiligt.

## **Zur bisherigen Pandemiebekämpfung**

Die Bundesregierung so wie die Bundesländer erkannten weder den Ernst der Lage, noch hatten sie ausreichende Vorbereitungen getroffen. Sie reagierten erst unter dem Druck der Ausbreitung des Coronavirus und der fatalen Folgen einer Erkrankung. Es wurde verpasst, die Ausbreitung des Virus nahe Null zu bringen. Im Gegensatz zur US-Regierung oder der brasilianischen Regierung, die den Ernst der Lage verleugneten, wurde entschieden reagiert, wenn auch zu spät. Der erste Lock-Down wurde quasi ad hoc beschlossen, und das mit gesellschaftlicher und politischer Unterstützung fast aller. Es gab eine starke Solidarität in der Gesellschaft. Über sozialstaatliche Maßnahmen wurde versucht, die Folgen für die Einzelnen existenziell abzufedern. In Hamburg wurden beispielsweise in der ersten Ausbreitungsphase Hotels für Wohnungslose geöffnet, wenn auch erst auf öffentlichen Druck hin.

Auf der anderen Seite wurden große Autokonzerne - z.B. mit Kurzarbeitergeld - unterstützt, während diese Konzerne gleichzeitig Gewinne ausschütteten. Das haben andere Länderregierungen anders gehandhabt. Es wurde deutlich, dass die Bundesregierung nicht die Förderung der gesellschaftlichen Solidarität, sowie die Beteiligung der Menschen an der Bewältigung der vor uns liegenden Aufgaben zum Ziel hat. Ihr Interesse ist vielmehr auf den Erhalt der profitorientierten und naturzerstörenden Wirtschaft fokussiert. Ein Umdenken hin zu einer sozialen und ökologischen Gesellschaft hat nicht stattgefunden. So ist es nicht verwunderlich, dass nicht auf Partizipation gesetzt wurde, sondern auf autoritäre Maßnahmen. Exemplarisch deutlich in der ersten Ausbreitungsphase zeigte sich das am

Verhängen von Bußgeldern für das Lesen auf einer Parkbank in München. Es ist auch nicht verwunderlich, sondern es war zu erwarten, dass sich durch diese Maßnahmen die Spaltung zwischen Arm und Reich verschärft hat. Viele, die beispielsweise in der Gastronomie Gering- und Gelegenheitsverdienende sind, hatten das Nachsehen, als diese im November 2020 für lange Zeit geschlossen wurden. Es sind keine spezifischen Maßnahmen entwickelt worden, um Ärmere vor der Infektion und den Folgen der Pandemie zu schützen, obwohl diese besonders stark betroffen sind. Die Poliklinik Veddel (Hamburg) brachte das zum Ausdruck, als sie einen privilegierten Schutz für nicht privilegierte Stadtteile forderte. Letztlich fehlt immer die schwächere Hälfte in der Politik der Regierenden: ginge es beispielsweise bei der Diskussion im November 2020 über Infektionsschutz an bzw. in den Schulen tatsächlich allein darum, denen, die ohnehin schon schwächer und benachteiligt sind, nicht noch mehr Probleme zu machen, hätte dieses Bemühen schon vor der Pandemie verstärkt werden müssen und können. Mehr oder weniger verdeckt geht es bei dem Wunsch, die Schulen offen zu halten, auch darum, die Eltern weiter arbeiten zu lassen und so die Wirtschaftskreisläufe aufrecht zu halten.

Im Laufe der Corona-Pandemie zeigt sich, dass nicht nur ein hohes Lebensalter ein relevanter Risikofaktor ist, sondern dass auch arme Menschen überdurchschnittlich oft einen schweren Krankheitsverlauf haben.

Diesen Zusammenhang belegen wissenschaftliche Studien, vor allem aus Großbritannien und den USA. Für Deutschland fand ein Team der Uni Düsseldorf und der AOK in einer Studie heraus, dass langzeitarbeitslose Menschen, die Hartz IV beziehen, weitaus häufiger wegen Covid-19 ins Krankenhaus müssen, als Menschen, die Arbeit haben.

Auch in Hamburg sind laut parlamentarischer Anfragen der LINKEN ärmere Stadtteile stärker betroffen. In ärmeren Stadtteilen kamen Menschen bis zu dreimal so häufig wie im Hamburger Durchschnitt ins Krankenhaus, bis zu mehr als zweieinhalbmal so oft mussten sie auf die Intensivstation. Die Bewohner dieser Stadtteile sind durchschnittlich besonders häufig arm, arbeitslos, leben in engen Wohnungen und erfahren weitere Benachteiligungen, wie z.B. Rassismus. Wir

wissen auch, dass Schüler:innen an Stadtteilschulen doppelt so oft infiziert werden, wie an Gymnasien.

Bei den bisherigen Maßnahmen handelt es sich um den Versuch der Regierung, den Status quo so gut es geht zu erhalten. Doch diese Motivation wird weitgehend intransparent gelassen. Weiterhin nicht transparent ist, wie es im Einzelnen zu welchen konkreten Maßnahmen gekommen ist. Es fehlt das redliche Bemühen, die Entscheidungsfindung transparent zu machen. Es fehlen meist Überlegungen zu einer Evaluierung der Maßnahmen. Anstelle einer Ausweitung der demokratischen Partizipation durch Transparenz und Beteiligung der Menschen in den verschiedensten Settings - wie z.B. die Beteiligung auch der demokratischen Opposition in den Parlamenten oder die Bildung von Infektionsschutz-Räten in Betrieben, Schulen, Universitäten, Krankenhäusern usw. - ist eine tendenziell autoritäre Form der Pandemiebekämpfung gewählt worden.

Die Phase im Sommer 2020, in der es eine geringe Verbreitung von Coronainfektionen in Deutschland gab, ist nicht genutzt worden. Zum einen auch, weil die Politik falsch beraten wurde. Zugespitzt wird das deutlich daran, dass während eines exponentiellen Anstiegs der Coronainfektionen und kurz vor dem 2. Lock-Down ein Papier der Kassenärztlichen Bundesvereinigung veröffentlicht wurde („KBV Positionspapier“), das einen beschwichtigenden Charakter besaß und eine falsche Einschätzung der Dynamik widerspiegelte. Beteiligt daran waren, um nur einige zu nennen, die KBV, der Virologe Streeck, aber auch andere ärztliche Verbände bzw. deren gewählte Vertreter. Auf Hamburg bezogen stehen viele Äußerungen des Vorsitzenden der KV Hamburg für einen Kurs, der -teils polemisch und populistisch - von zu großer Vorsicht abriet.

Zum anderen gab und gibt es genug gute Beratung. Die Zeit wurde aber nicht genutzt, um sich konsequent vorzubereiten auf die Verhinderung eines erneuten Anstiegs der Infektionen und, für den Fall eines Anstiegs, wie dieser wieder eingedämmt werden könnte. An den Schulen hat es in Hamburg keine guten Vorbereitungen gegeben. An einer Hamburger Schule ist beispielsweise ein Schüler durch fehlende Aufsicht während des coronabedingten Lüftens aus dem Fenster

gestürzt. Dieser Sturz führte zu schwersten Verletzungen und endete glücklicherweise nicht tödlich. Der zuständige Senator hat dafür nicht die politische Verantwortung übernommen. Es ist aber Resultat von fehlender Sorgfalt und Vorbereitung auch auf Senatsebene gewesen.

Ebenso gibt es keine konkreten Überlegungen, wie mit Coronainfektionen in den Schulen umgegangen werden soll. Die Gesundheitsämter sind nicht besser vorbereitet worden. So kam es mit dem Anstieg der Zahlen im Herbst 2020 zu einem Zusammenbruch der Rückverfolgung. Damit verloren die Gesundheitsämter ein entscheidendes Instrument des Infektionsschutzes. Die Versäumnisse waren zahlreich und gravierend.

## **Zu den Diskussion über die Corona-Pandemie**

### **Allgemeines zur Einordnung**

Es fehlte häufig der linke Kompass bei dieser Frage und es zeigte sich mangelndes Wissen. So sind immer die Ärmsten von Krankheit am stärksten betroffen. Frauen tragen die größte Last durch Care-Arbeit. Ärmere sterben 10 Jahre früher, als die Reichsten in Deutschland. Noch deutlicher wird der Unterschied, wenn die „guten“ Jahre verglichen werden. Ärmere werden also früher krank und durchleben mehr bevor sie statistisch gesehen früher Sterben. Diese Pandemie hat genau das bewiesen: Die Sterblichkeit ist unter den Ärmsten am höchsten und die patriarchalen Zustände haben sich zugespitzt.

Maßnahmen, die allgemein Krankheiten verhindern oder deren Folgen nachhaltig lindern könnten, wären soziale Veränderungen und nicht im engeren Sinn die medizinischen Behandlungen. Ein verdeutlichendes Beispiel: Die Tuberkulose in Norwegen ist nicht durch neue medizinische Behandlungen reduziert worden, sondern durch die Erschließung von Ölvorkommen und dem damit verbundenen Reichtum, der mehr oder weniger sozial verteilt wurde.

### **Was kann das in dieser Pandemie heißen**

Die (schlechten) sozialen Bedingungen wirken sich langfristig und kumulativ auf den biopsychosozialen Zustand der Menschen aus. Oder anders ausgedrückt: die Lebensverhältnisse gehen unter die Haut und werden in den Körper eingeschrieben. Das lässt sich rückwirkend nicht ändern und daher können in der derzeitigen Situation nur kurzfristige Schutzmaßnahmen greifen. Die strukturellen Zusammenhänge und Kausalitäten müssen jedoch sichtbar gemacht und die notwendigen strukturellen Veränderungen von der Linken angegangen werden. Weltweit zeigen epidemiologische Daten, dass Diskriminierungen aufgrund von tatsächlichen oder zugeschriebenen Eigenschaften wie Nationalität, Aussehen, Geschlecht, Herkunft, sowie die Klassenlage und der damit verbundene sozioökonomische Status darüber bestimmen, welche Menschen von dieser Pandemie besonders getroffen werden.

### **Zu den Diskussionen**

Unter Linken in Hamburg gab es neben der prinzipiellen Übereinstimmung, solidarisch gegen eine Verbreitung der Pandemie vorzugehen, auch eine kontroverse Diskussion über behördliche Maßnahmen zur Eindämmung der Corona-Pandemie. So wurde z.B. gelegentlich die Einschätzung geäußert, dass die durchgeführten Pandemiemaßnahmen der Aufstandsbekämpfung dienen. Argumente dafür bleiben in der Regel aus. Eine solche Einschätzung entbehrte einer soliden Grundlage und lenkte von dem ab, was ist, wie die ehemalige Bürgerschaftsabgeordnete und Vizepräsidentin der Bürgerschaft, Christiane Schneider, kommentierte. Solch eine Einschätzung ist anschlussfähig an verschwörerische Vorstellungen und verhindert eine realistische Einschätzung.

Teilweise wurde vertreten, dass es bereits mehrere Medikamente gegen die Infektion mit dem Coronavirus gäbe, und letztlich die Sorgen übertrieben seien. Das war schlichtweg falsch. Und es stellte eine Verharmlosung der Situation dar. Im November 2020 gab es noch immer kein wirksames Medikament gegen eine Coronainfektion. Es wurde vielmehr klar, dass das für viele Milliarden Euro teuer gekaufte Medikament Remdesivir unwirksam bzw. schädlich ist. Im November 2020 wurden Erfolge bei der Entwicklung von Impfstoffen deutlich. In den Krankenhäusern

verbesserte sich im Verlauf der Pandemie die Behandlung, da die Krankheitsverläufe und deren Komplikationen besser erkannt und behandelt werden konnten.

Falsche Einschätzungen mit tendenzieller Verharmlosung und Anschlussfähigkeit zu Leugner:innen war auch in wissenschaftlichen Kreisen festzustellen. So wurde die Übersterblichkeit in Frage gestellt, also dass diese Pandemie zu vermeidbaren Todesfällen führt. Es wurde darauf orientiert, dass es genug Intensivstationen bzw. freie Betten auf diesen gäbe, oder dass die ergriffenen Maßnahmen selber schädliche Wirkungen hätten usw.. Gerne wurde dabei pauschal eine Panikstimmung angenommen bzw. unterstellt, der entgegengetreten werden müsse. Eine solche Stimmung gab es jedoch nicht. Hamsterkäufe waren beispielsweise nicht Ausdruck von Panik, sondern einer pragmatischen Haltung, sich auf einen Shutdown vorzubereiten. Es waren diejenigen stärker verängstigt, die auch bereits vorher ein hohes Niveau an Ängstlichkeit hatten.

Das sich wiederholende Argumentationsmuster war die Unterstellung einer Panikstimmung, der Relativierungen und Verharmlosungen entgegengesetzt wurden, und das mit unrichtigen Argumenten, falschen Schlüssen oder schlicht mit kalkulierten Falschinformationen. Die Folgen waren Verharmlosung, Desorientierung und Pandemie-Müdigkeit.

In bestimmten Wissenschaftskreisen, wie in dem Netzwerk Evidenz basierte Medizin, kippte die von dieser Gruppe propagierte methodenkritische Wissenschaft in einen generellen Skeptizismus. So wurden Pandemiemaßnahmen in Zweifel gezogen, da sie nicht wissenschaftlich gesichert seien. Dabei wurde unterschlagen, dass diese Maßnahmen wissenschaftlich (noch) nicht belegt sein konnten, bzw. nicht in dem engen Rahmen der methodischen Schule dieses Netzwerkes. Die Methodik, der dieses Netzwerk folgt, baut auf einwandfreie Studien und konsequente Anwendung von Statistik auf, was in einer unklaren Situation aber nicht möglich und zielführend ist.

Eine beschwichtigende Haltung wird der Realität und den Gefahren nicht gerecht. Viel Leid und viele Tode hätten verhindert werden können. Es war und ist auch

unsere Aufgabe dafür zu arbeiten und zu kämpfen, dass diese Pandemie so wenig Schaden wie möglich anrichtet.

Auf der anderen Seite werden die Infektionsschutzmaßnahmen seit Monaten mit Rechtsverordnungen umgesetzt und nicht in Parlamenten beschlossen. Faktisch haben die Parlamente nicht zu entscheiden und sind durch das Infektionsschutzgesetz in ihren Kontrollfunktionen eingeschränkt. Dabei lautet ein zentrales Prinzip der parlamentarischen Demokratie, dass die wesentlichen Entscheidungen vom Gesetzgeber getroffen werden und nicht von den Regierungen. Das Fehlen von Öffentlichkeit und gesellschaftlichen Debatten führt dazu, dass die Regierenden ihre Maßnahmen nicht ausreichend begründen. Oft wissen die Menschen nicht, aus welchen Gründen die Maßnahmen sinnvoll sein sollen. Das kann dazu beitragen, dass die Akzeptanz und das Vertrauen in der Bevölkerung sinkt, und im äußersten Fall werden die Leute in die Arme von Corona-Leugner:innen getrieben. Nicht zuletzt schwindet das Vertrauen, wenn der Infektionsschutz nicht in allen Bereichen der Gesellschaft durchgesetzt wird, Insbesondere, wenn starke Profitinteressen dem Infektionsschutz entgegenstehen und dieser vor dem Werkstor endet. (Siehe zum Beispiel die Fleischindustrie u.a.).

## **Zu den Maßnahmen gegen die Pandemie**

Das RKI unterscheidet in der Strategie der Pandemiebekämpfung 3 Phasen eines Phasenplans: die 1. Phase ist die Eindämmungsstrategie (*Containment*), die 2. Phase ist die Schutz-Strategie, also der Schutz vulnerabler Gruppen (*Protection*), und die 3. Phase wäre bei einem Scheitern beider vorherigen Strategien die Folge-Minderungs-Strategie (*Mitigation*). Es ist Ziel, möglichst niemals in diese 3. Phase zu kommen. Auch ist die Trennung von Eindämmung und Schutzstrategie mehr eine gedankliche; denn ohne Eindämmung sind Schutzkonzepte - z.B. für Pflegeheime oder auch Schulen - nicht wirksam.

## **Warum Maßnahmen ergriffen werden müssen**

Gegen eine massenhafte, schnelle Ausbreitung müssen Maßnahmen ergriffen werden. Am Beispiel der Idee Herdenimmunität, als vermeintlicher Lösungsansatz,

wird deutlich, warum eine massenhafte Ausbreitung unbedingt abzuwenden ist. Die Voraussetzung für eine Herdenimmunität ist die begründete, aber noch nicht belegte Annahme einer anhaltenden Immunität nach einer Infektion. Ist das jedoch nicht der Fall, weil z.B. die Immunität nur eine gewisse Zeit anhält oder sich nur unvollständig entwickelt, kann es nicht funktionieren. Das Argument, dass vulnerable Menschen (z.B. Ältere) durch Isolierung und besondere Maßnahmen geschützt werden können, gilt nur bei einer geringen Verbreitung des Virus. Bei einer massenhaften Verbreitung, wie sie zum Erreichen der Herdenimmunität erforderlich wäre, würde es zu einer Verbreitung in allen Altersgruppen und auch unter besonders Gefährdeten kommen. Die Konsequenzen einer massenhaften Ausbreitung wären verheerend. Folgende Rechnungen sollen das veranschaulichen. Sie beruhen auf den Zahlen, die Andreas Kluge (UKE Intensivmediziner) am 20.10.20 unter Berufung auf die Datenlage des RKI genannt hat. (siehe unten EXKURS COV2) Diese Zahlen könnten noch schlechter ausfallen, wenn sich das Virus stärker in älteren Bevölkerungsgruppen ausbreitet. Die Tabelle stellt einen groben Überschlag dar, um die Dimension deutlich zu machen. Die Prognosen, wie groß der Anteil der Bevölkerung sein muss, um eine Herdenimmunität zu erreichen, schwanken zwischen 40% und 70%. Die gängigste Einschätzung liegt bei 60%.

Infektionsrate	Infizierte (Gesamtbevölkerung: 83 Mio.)	Krankenhausaufnahmen 6%	Intensivpatient:innen 2%	Tote durch SARS-COV2 1%
40 %	33,2 Mio.	1,99 Mio.	664 Tsd.	332 Tsd.
50 %	41,5 Mio.	2,49 Mio.	830 Tsd.	415 Tsd.
60 %	49,8 Mio.	2,99 Mio.	996 Tsd.	498 Tsd.
70 %	58,1 Mio.	3,49 Mio.	1162 Tsd.	581 Tsd.

Was also bedeuten „nur 40 % Infizierte“ in dieser Modellrechnung? 664.000 IntensivpatientInnen, 332.000 Menschen sterben und gleich viele müssen um ihr Leben kämpfen und eine schwere Krankheit überstehen.

Was das in der intensivmedizinischen Versorgung bedeutet, wird am folgenden Überschlag deutlich. Für den Überschlag rechne ich mit der gesamten Kapazität der Intensivbetten von ca. 30.000 Betten. Die beatmeten Patient:innen bleiben 2-3

Wochen, andere vielleicht nur eine Woche oder weniger auf einer Intensivstation. Eine vorsichtige und eher optimistische Schätzung mit einer Verweildauer von einer Woche pro schwer erkranktem und auf der Intensivstation behandelten Menschen würde bedeuten, dass mindestens 22 Wochen durchgehend alle Intensivstationen nur durch Menschen mit Covid 19 belegt wären. Das ist praktisch jedoch nicht möglich, da auch andere Menschen versorgt werden müssen.

Zum anderen würden sich nicht 40 % in einem gleichmäßigen Zeitraum von 22 Wochen anstecken, sondern es würde wahrscheinlich zu einer zeitlichen Häufung kommen, was spätestens dann zur Überlastung führen würde. Diese Zahlen sind nur grobe Überschläge.

Viele Dinge sind nicht berücksichtigt: das Personal für 30.000 Intensivbetten ist nicht verfügbar, auf den Intensivstationen müssen auch andere Kranke versorgt werden usw. Die Dimension bleibt jedoch erschreckend auch in dieser modelhaften Berechnung.

## **Zu den verschiedenen Ausbreitungsphasen und warum der Begriff der „Welle“ irreführend und falsch ist**

Als historisches Beispiel für eine Pandemie kann die sogenannte „spanische Grippe“ von 1918 gelten. Diese Influenza breitete sich weltweit aus und war für viele Menschen tödlich. Schätzungen gehen davon, dass etwa 50 Mio. Menschen an ihr verstorben sind. Während in Europa, auch bedingt durch den Weltkrieg und die revolutionären Veränderungen, der Infektionsschutz weniger Aufmerksamkeit erhielt und weniger konsequent durchgeführt wurde, war dieses in den USA anders. Daher gibt es aus den USA besser dokumentierte Beobachtungen, wie effektiv die einzelnen Schutzmaßnahmen waren - nicht zuletzt weil diese sich regional stark unterschieden. Es handelte sich um ähnliche Maßnahmen wie heute: Kinos, Theater und Schulen wurden geschlossen, Paraden abgesagt, und es gab eine Maskenpflicht uvm.. Dort, wo diese Dinge konsequent über die gesamte Zeit beibehalten wurden, verstarben am wenigsten Menschen. Nach dem ersten Rückgang von Grippeerkrankungen gab es schnell die Forderung, diese Maßnahmen zu lockern bzw. zurückzunehmen. Das geschah auch vielerorts, und schließlich kam es auch

zum Herbst 1918, wie im Herbst 2020 in Europa mit der Coronapandemie, zu einer starken Ausbreitung. Trotzdem setzten sich mancherorts beschwichtigende und verleugnende Tendenzen durch. So gründete sich beispielsweise in San Francisco ein Verein gegen die Maskenpflicht und setzte sich schließlich durch - mit tödlichen Konsequenzen: In San Francisco, das in der ersten Ausbreitungsphase durch konsequentes Handeln weniger Tote im Vergleich zu anderen Städten zu beklagen hatte, starben in der 2. Ausbreitungsphase (2. Welle) überproportional viele Menschen.

Die Bezeichnung Welle steht hier in Klammern, da dieser Begriff das Bild einer Naturkraft erzeugt, die nichts mit dem menschlichen Handeln zu tun hat. Analog verhält es sich mit dem falschen und demagogischen Gebrauch des Begriffes der Welle in Verbindung mit Migration und Flucht. Epidemiologisch wie historisch lässt sich belegen, dass es in der Hand der Menschen liegt, die Ausbreitung einer Pandemie zu stoppen. Die Ausbreitungsformen und Ausbreitungsphasen spiegeln den gesellschaftlichen Umgang mit der Infektion wider, so wie das Handeln und das Verhalten jedes einzelnen Menschen. Wir sind nicht Objekte eines Naturgeschehens, sondern aktive Subjekte. Es liegt in unserer Hand, die Ausbreitung dieser Pandemie zu bremsen und zu stoppen.

Bei der Betrachtung der Pandemie, vor dem historischen Hintergrund der „spanischen Grippe“ von 1918, ist es von Bedeutung zu verstehen, dass sich zum einen Widerstand im zeitlichen Verlauf gegen Infektionsschutzmaßnahmen entwickelt hat und zum anderen, dass die Menschen eine Ermüdung bzgl. der Schutzmaßnahmen durchlaufen sind. Diese massenpsychologische Dynamik droht sich in jeder Pandemie zu wiederholen. Eine Kritik, die nur die Regierungspolitik des Bundes und der Länder für diese Dynamik in Verantwortung nimmt, springt zu kurz. Die Regierenden hätten diese Dynamik erwarten und ihr besser begegnen müssen. Die Ursachen und die Antworten auf diese Dynamik finden sich in einem breiten gesellschaftspolitischen Verständnis und einer kritischen Analyse der sozioökonomischen Verhältnisse.

**Welche Maßnahmen sind also sinnvoll und welche nicht?**

Die zu treffenden Maßnahmen sollten die Ausbreitung eindämmen, verzögern und bremsen und besonders vulnerable/anfällige Menschen schützen. Am stärksten gefährdet sind chronisch kranke, alte und arme Menschen. Der Schutz kann gelingen durch Reduktion der Möglichkeiten der Übertragung. Ganz abstrakt ist das möglich durch eine Minimierung der sozialen Kontakte und Vermeidung von Clustergeschehen (s.u. Exkurs SARSCOV2). Abhängig von der Klassenlage, dem sozioökonomischen Status, sind jedoch die Möglichkeiten, sich zu schützen, ungleich verteilt. Daher müssen insbesondere die Maßnahmen auf diesen Umstand abheben. Die Menschen in ärmeren Quartieren brauchen mehr Platz, einen besseren ÖPNV, um überfüllte Transportmittel zu verhindern, und eine bessere materielle, soziale und medizinische Versorgung.

Es ist bedeutend, nicht mit autoritären Methoden zu reagieren, um zum einen nicht Reaktanz - also Widerstand - zu erzeugen und zum anderen, um die Menschen selbst zu Handelnden werden zu lassen. Der Großteil der Bevölkerung sieht die Notwendigkeit zu handeln und es gilt, alle zu bemächtigen, aktiv gegen die Pandemie und ihre verschiedenen Auswirkungen vorzugehen. Selbstorganisierte Nachbarschaftshilfe wie die Übernahme von Einkäufen ist ein Beispiel dafür. Es könnten weitere partizipative Elemente ausgebaut werden. In Krankenhäusern, Altenheimen, Schulen, Betrieben oder Stadtteilen könnten Räte gefördert werden, die sich bemühen, den Infektionsschutz zu organisieren und zu verbessern.

### **Konkrete Maßnahmen aus der Perspektive Dezember 2020**

**Konkret** ist es neben der allgemeinen Einschränkung von Kontakten zweckmäßig, die **Maskenpflicht auszuweiten** und auf ein permanentes Tragen außerhalb des eigenen Haushaltes zu orientieren. D.h., in allen Innenräumen sollten Masken getragen werden und auch im Freien, wenn Menschen sich begegnen. Insbesondere sollte darauf geachtet werden, dass in allen ärztlichen Praxen Masken getragen werden.

Die **Schulen** können bei einer starken Ausbreitung auch zu Clustern werden, was eine Reduzierung der Klassenstärke erfordert. Die Maskenpflicht sollte auf jüngere Jahrgänge ausgeweitet werden. Technische Luftfilteranlagen müssten aufgestellt und die Lüftungskonzepte geprüft werden auf ihre Sicherheit (z.B. bzgl. möglicher Stürze aus den Fenstern). Die Effektivität der Lüftung sollte mittels CO<sub>2</sub> Messungen geprüft werden. Ein mögliches Home-Schooling-Szenario muss konkret vorbereitet werden. Formen digitalen Unterrichts im Klassenverband mittels Internet-basierter Videokonferenzen müssen, falls noch nicht geschehen, ausgearbeitet und vorbereitet werden. Dafür müssen vor allem Schüler aus ärmeren Familien mit Endgeräten ausgestattet werden. Um ein besseres Lagebild zu bekommen, wäre ein Infektmonitoring wünschenswert, also die Erfassung von Infektionen/Erkältungen, die sich in den Schulen verbreiten. Zu fordern wären auch regelmäßige Abstriche beim Lehrpersonal, welche aus praktischen Gründen direkt an den Schulen genommen werden sollten.

Mit dem 19. Oktober 2020 hatte der Inzidenzwert in der Corona-Pandemie die besonders kritische Marke von 50/100 000 neue Infektionen pro Woche in Hamburg überschritten. Noch im Sommer 2020 hatte die Hamburger Schulbehörde stufenweise Konzepte zum Infektionsschutz entworfen und deren Einsatz vollmundig angekündigt. Die Schulbehörde hatte in diesem Fall immerhin ein grobes Konzept vorgelegt. Doch der Schulsenator verweigert die Umsetzung. Das Robert Koch-Institut als zentrale Größe im Bereich Infektionsschutz hat konkrete Empfehlungen vorgelegt. Wesentlich ist die Halbierung der Klassen, damit der Abstand gewahrt werden kann.

Eine Halbierung der Klassen bedeutet nicht, dass keine Betreuung stattfinden muss. Als erster Schritt muss der Regelunterricht ausgesetzt werden. Das ermöglicht, die Lerngruppen zu halbieren und neben dem Unterricht in der Schule auch Bildung an anderen Orten stattfinden zu lassen. Gute Erfahrungen damit gab es in Italien und Dänemark – beide Länder hatten auf geteilte Klassen, digitalgestützten Unterricht und die Nutzung von Theatern, Museen, Stadtteilzentren und anderen Orten gesetzt.

In **medizinischen Einrichtungen**, Krankenhäusern, ambulanten Praxen sowie in Alten - und Pflegeheimen sollte darauf gedrungen werden, **stets FFP2-Masken zu tragen**. Hier muss geprüft werden, ob genügend Masken und Schutzausrüstung zur Verfügung stehen und ob das Material auch für den Einsatz in medizinischen Bereichen zertifiziert ist. Denn, um das Personal und damit auch die Risikogruppe der Patient:innen effektiv vor einer Ansteckung zu schützen, hilft es nicht, Masken zu tragen, die keine ausreichende Filterleistung zum Schutz vor Aerosolen haben. Hier gilt nicht nur Quantität, sondern auch Qualität! Bei Bedarf muss die flächendeckende Versorgung mit persönlicher Schutzausrüstung von Bund und Ländern organisiert werden. Auch sollte **medizinisches Personal in regelmäßigen wöchentlichen Intervallen getestet werden**. Nur so kann verhindert werden, dass gefährdete Patient:innen unbemerkt infiziert werden und am Ende ganze Praxen, Pflegeheime oder Stationen in Krankenhäusern wegen Quarantäne geschlossen werden müssen. Es darf kein Personal eingesetzt werden, das infiziert ist. Das würde bedeuten, die Ansteckungsgefahr zu erhöhen und die Gesundheit des Personals zu gefährden. Die Arbeitszeiten dürfen nicht ausgedehnt werden. Vielmehr müssen die vom Arbeitsschutz vorhergesehen Arbeitspausen beim Arbeiten mit Schutzmasken eingehalten werden. Diese Regeln dürfen nicht einfach ignoriert werden!

Eine weitere Maßnahme ist die kostenlose Verteilung von FFP-2 Masken an Risikogruppen durch Apotheken. Maske tragen ist eine der effektivsten präventiven Methoden!

Bei weiteren Maßnahmen sollten alle Unternehmen und Betriebe in die Pflicht genommen werden. So könnte beispielsweise eine Verpflichtung auferlegt werden, in all diesen Bereichen die Kontakte um 50% zu verringern, was entsprechend nachgewiesen werden sollte.

Wenn das soziale Leben eingeschränkt werden muss, dann sollte das **soziale Leben der Kinder und Jugendlichen das letzte sein**, welches eingeschränkt wird. Dort, wo viele Menschen **gemeinsam arbeiten** müssen, muss **besonderer Schutz** organisiert werden und die Arbeitsbedingungen müssen verbessert werden. Es sollten stärkere Kontrollen durch das Amt für Arbeitsschutz in den Betrieben durchgeführt werden und es sollten Beratungsangebote durch die Gesundheitsämter

erfolgen. **Psychosoziale Beratungen und andere soziale Hilfsangebote müssen so lange wie möglich offenbleiben.** Sollte es erneut zu einem weitreichenden Erliegen des sozialen Lebens kommen, sollten **besondere Maßnahmen zur Unterstützung und zum Schutz von Frauen und Kindern** ergriffen werden.

Maßnahmen und Einschränkungen, die auf die Übertragung keinen wesentlichen Einfluss haben, wie etwa das Einsperren in Wohnungen durch **Ausgangssperren oder die Beschränkung des lokalen Radius, in dem sich Menschen aufhalten dürfen, sind strikt abzulehnen.** Bei allen Maßnahmen müssen dringend **soziale Benachteiligungen berücksichtigt** werden. So ist das zu Hause bleiben für Menschen, die in großen Wohnungen oder in Häusern mit Gärten wohnen, eine erheblich geringere Belastung, als z.B. für eine Familie in einer kleinen Etagen-Wohnung. Menschen, die alleine wohnen, droht Vereinsamung. Auch Maßnahmen, die darauf abzielen, dass Menschen in ihrem Quartier verbleiben, verstärken die soziale Ungleichheit, unter anderem durch die schlechte Infrastruktur vor Ort. In vielen Quartieren fehlen beispielsweise Drogerien, Einzelhandel, Post, Naherholungsmöglichkeiten, Jugendzentren, Sportplätze, Kinderspielplätze usw..  
**Wenn alle Maßnahmen nicht ausreichen,** um eine massenhafte Verbreitung zu verhindern, werden **weitreichende, zeitlich befristete Schließungen aller nicht systemrelevanten Bereiche unausweichlich.**

**Menschen in Gemeinschaftsunterkünften** - wie Geflüchtete, Gefangene und Wohnungslose - **müssen besonders geschützt werden,** denn sie sind überdurchschnittlich häufig geschwächt oder vorerkrankt. Hinzukommt, dass die derzeit geltenden Kontaktbeschränkungen mit den Lebensumständen von obdachlosen Menschen und der Unterbringung in Massenunterkünften, auch bei lockerer Belegung, nicht vereinbar sind. Im Gegenteil: Massenunterbringungen leisten zurzeit nicht das, was jetzt vorrangig notwendig wäre – obdach- und wohnungslose Menschen vor Infektionen zu schützen. Denn die Unterbringungsbedingungen sind vielfach so, dass die Betroffenen weder Abstand zueinander einhalten, noch sich wirklich ausruhen können. Statt Massenunterbringung braucht es Einzelzimmer und dezentrale Unterbringung. **Das**

**gilt auch für Geflüchtete im Süden und Osten der europäischen Außengrenzen in hohem Maße.** Diese Menschen brauchen solidarische Hilfe in besonderem Maße.

### **Ergänzung Januar 2021:**

Die **Landesarbeitsgemeinschaft (LAG) Gesundheit des LV Hamburg / Die Linke.** hat im Januar die Initiative **„ZERO COVID - Das Ziel heißt Null Infektionen! Für einen solidarischen europäischen Shutdown“** diskutiert. Die Initiative wird von uns unterstützt . Das Papier der Initiative und die Unterschriftenaktion der Initiative sind unter dem Link <https://zero-covid.org/> zu finden.

### **Internationales solidarisches Handeln**

Eine Pandemie lässt sich nur mit einer globalen Perspektive, nicht aber national besiegen. Praktische Solidarität ist, wenn Menschen aus anderen Ländern auf den hiesigen Intensivstationen behandelt werden. Das muss so weitgehend wie möglich ausgebaut werden. Es darf keine nationale bzw. europäische Hortung von Schutzausrüstungen und anderen wichtigen Gütern zur Pandemiebekämpfung geben, wie zu Beginn die Devise der EU lautete, „gesundheitsrelevantes Material“ nicht nach außerhalb Europas zu exportieren (von der Leyen). Ein möglicher Impfstoff muss international gerecht verteilt werden. Wenige reiche Staaten, darunter auch Deutschland, haben sich schon den größten Teil des Impfstoffs in intransparenten Vorverträgen gesichert. Die deutsche Bundesregierung folgt diesem „Impfstoff-Nationalismus“ und behindert damit eine global gerechte Impfstoffverteilung.

Pharmakonzerne funktionieren dabei in dem von Regierungen bereitgestellten Rahmen. Dieser Rahmen muss im Sinne globaler Solidarität und Gemeinwohlorientierung verändert werden. Wie bei BioNTech sind es immer auch relevante öffentliche Forschungs- und Entwicklungsgelder, die solche Innovationen ermöglichen. Diese Investitionen müssen die öffentliche Nutzung der Ergebnisse

sicherstellen und nicht in erster Linie privaten Reichtum fördern.

Eine gemeinwohlorientierte Pharmaindustrie aufzubauen, Patentrechte nicht über Menschenrechte zu stellen und den globalen Wissensaustausch im Bereich der medizinischen Forschung zu vertiefen, sind zukunftsweisende Lehren, die aus der Covid-19-Pandemie gezogen werden müssen. Profitmaximierung als grundlegendes Prinzip der Gestaltung der Gesellschaft ist überkommen und verschärft die jetzige Pandemie und die Klimaveränderung mit den daraus folgenden katastrophalen Auswirkungen.

### **Wer hat, der gibt! Oder: wer trägt die Folgen der Pandemie?**

Die Maßnahmen zur Pandemiebekämpfung sind in ihren Auswirkungen erheblich und in ihren Folgen langfristig auch bedrohlich. Die sozioökonomischen Auswirkungen sind gravierend. Es sind gesellschaftliche, soziale und kulturelle Strukturen gefährdet, die sich nicht allein mit staatlichen Zuschüssen oder Steuererleichterungen wiederherstellen lassen. Es darf nicht sein, dass für diese Schäden und Verluste die Gesellschaft aufkommt, nachdem die wirtschaftlichen Gewinne der letzten Jahre von Reichen und Großunternehmen privatisiert worden sind. Zugleich ist die profitorientierte kapitalistische Organisationsform, die wenige zu mächtigen Reichen macht, selbst ursächlich für diese Pandemie und insbesondere für ihre Folgen und deren schlechte Bewältigung.

Die privaten Klinikkonzerne, die im März 2020 fürchteten, Verluste zu machen, hatten zuvor hohe Dividenden erzielt. Es wurden viele Unternehmen, die erhebliche Gewinne erzielen, subventioniert z.B. über die Förderung der Kurzarbeit. Ein Beispiel ist BMW, ein Konzern, der gleichzeitig über 1,6 Mrd Euro an Gewinnen ausschüttet, wovon 750 Mio an 2 Personen gehen.

Unsere Ökonomie, sowie die medizinische Versorgung, muss auf das Wohl der Menschheit ausgerichtet sein. Die Krankenhäuser gehören in gesellschaftlichen Besitz.

Die Initiative für eine Vermögensteuer der Bundestagsfraktion Die Linke unterstützen wir. Dabei sollte es aber nicht stehen bleiben. Um soziale Gerechtigkeit herzustellen bedarf es vieler weiterer Veränderungen und Maßnahmen.

Krise und Kapitalismus geht nicht gut. In der Klimakrise ist es nicht 5 vor, sondern 5 nach 12, nur sind die negativen Auswirkungen viel langfristiger und später sichtbar, als die der gegenwärtigen Pandemie. Es ist jetzt die Zeit, die Wirtschaft und die gesellschaftliche Daseinsfürsorge grundsätzlich neu auszurichten.

## **Forderungen für das Gesundheitswesen und Lehren aus der Pandemie**

Die Lehre aus der Pandemie ist, dass wir das gesellschaftliche Leben solidarisch organisieren müssen. Der Reichtum darf nicht weiter abhängig von alten Besitzständen, sondern muss entsprechend dem Bedarf der Menschen verteilt werden. Die Aufgaben in der Gesellschaft müssen bewusst angegangen werden und können nicht durch den Markt oder durch Profitorientierung gelöst werden. Das trifft insbesondere für Kunst und Kultur zu. Nicht eine am „Markt“ produzierte Beliebtheit sollte darüber entscheiden, ob für die Künstler:innen genug Geld für das Leben und die Arbeit zur Verfügung steht, sondern die Gesellschaft sollte bewusst darüber entscheiden. Diese Diskussionen um die Folgen des Lock-Down und wer welche Förderung zur Kompensation bekommt, reflektieren eine gesellschaftliche Diskussion darüber, was tatsächlich wichtig ist.

Sicher kann es keine Toleranz gegenüber Coronaleugner:innen und Faschist:innen geben. Bei bewusster Verletzung des Infektionsschutzes und der fortgesetzten Verbreitung von Hetze und Falschinformationen muss entschlossen gehandelt werden. Es zeigt sich in dieser Pandemie deutlich, dass eine an Wissenschaft orientierte Weltanschauung, also ein materialistisches Verständnis, Voraussetzung ist, die Welt zum Positiven zu gestalten. Es ist nicht überraschend gewesen, dass Teile der Szene der Homöopathie, Anthroposophie, Osteopathie, des Yoga, Akkupunktur und Heilpraktiker:innen und der „alternativen Medizin“ sich mit Faschist:innen gemein macht und andere Teile sich nicht davon distanzieren. Als Linke stellen wir uns dem

entgegen. Insbesondere vor diesem Hintergrund der offensichtlichen Gefahren ist jetzt der Zeitpunkt, erneut zu fordern, keine öffentlichen Gelder in diese Szenen fließen zu lassen. Die Krankenkassen müssen aufhören, solche nachgewiesener Weise unwirksamen Therapien über ihre Zusatzleistungen (Satzungsleistungen) zu bezahlen und somit aufhören, die dahinter liegenden antiwissenschaftlichen und obskuren Weltbilder zu stärken. Der Beruf der Heilpraktiker:in muss geprüft werden und gehört zumindest in seiner jetzigen Form abgeschafft.

Eine berechtigte Kritik an der patriarchalen, Herrschaft und Missstände stützenden Medizin, welche nicht mit Begriffen wie „Schulmedizin“ beschrieben werden sollte, kann nicht in Konzepten wie „Alternativmedizin“ gefunden werden. Wir setzen uns für eine wissenschaftliche sozialistische Medizin und Versorgung ein. Es braucht eine materialistische Kritik an den bestehenden Verhältnissen und konkrete Ansätze, wie z.B. eine feministische Medizin, die Stärkung einer biopsychosozialen Medizin, Stärkung sozialpsychiatrischer Ansätze, systemische Sichtweisen, Public Health und die Erforschung sozialer Determinanten von Gesundheit und Krankheit, Stärkung einer egalitären Primärversorgung usw..

Im Gesundheitswesen zeigt die Pandemie, dass die Krankenhäuser demokratisiert und wieder in gesellschaftlichen Besitz übergehen müssen. Ein konkreter Schritt dahin ist mehr Personal für die Krankenhäuser, die Abschaffung der DRGs, die (Wieder-) Einführung des Sachleistungsprinzips und ein Verbot von Gewinnen bzw. Gewinnentnahmen. Ähnliches sollte für die stationäre und ambulante Altenpflege gelten.

Auch die ambulante Medizin gehört endlich in öffentliche Hände. Keineswegs ist es sinnvoll, die ambulante Versorgung über gewinnorientierte Praxen zu organisieren. Die ökonomischen Prinzipien widersprechen einer guten Versorgung. Die Bedeutung von Profitorientierung hat in den Jahren vor der Pandemie mittels MVZ (Medizinische Versorgungszentren) und dem Agieren von Private-Equity Gesellschaften (Investmentgesellschaften) noch zugenommen. Die zunehmende Bevorzugung von privat Versicherten, sowie die Ausweitung von IGeL Leistungen (die abgeschafft gehören, weil sinnlos) sind ebenfalls Ausdruck der tendenziell zunehmenden

Ökonomisierung. In der ambulanten Versorgung sollte keine ständische Organisation, wie die Kassenärztliche Vereinigung (KV), Verantwortung und Gestaltungsfreiheit behalten. Die kassenärztlichen Vereinigungen, ähnlich wie die Ärztekammern, sind nicht von außen demokratisch kontrolliert und verwalten sich selbstständig. Der Versorgungsauftrag (also die Verantwortung, eine ambulante Versorgung zu organisieren und zu gewährleisten) sollte von den KVen in eine gesellschaftliche demokratische Verantwortung übergehen. Gemeinwohlorientiert integrierte Stadtteilgesundheitszentren - nicht arztzentriert, interprofessionell und interdisziplinär mit einem Schwerpunkt auf einer guten Primärversorgung - sollten die Regel werden.

Der öffentliche Gesundheitsdienst sollte nachhaltig gestärkt, größerer Teil der ambulanten Versorgung werden und wieder mehr sozialmedizinische Aufgaben übernehmen.

Deutlich geworden ist, dass unsere Gesundheitsversorgung durch die im Prinzip solidarischen gesetzlichen Krankenkassen getragen wird. Die Abschaffung der Privatversicherung und die Gestaltung einer solidarischen Kranken- und Pflegeversicherung für alle ist ein dringendes Gebot. Unter Einbeziehung aller Einkommen kommt es so zu einer gerechten Finanzierung. Zugleich sollten alle Privilegien der privat Versicherten wie Bevorzugung bei Terminen, Therapien, Diagnostik und Service wie Einzelzimmer usw. abgeschafft werden.

Die Versorgung mit wichtigen Gütern wie Hilfsmitteln, Medizintechnik, Medikamenten und Impfstoffen sollte durch soziale Kriterien und nicht durch Profitstreben geleitet und organisiert werden. So müssen dringend Patente aufgebrochen werden. Es ist unmoralisch, die notwendige Behandlung einer Hepatitis C sich teuer bezahlen zu lassen oder sie den ärmeren Bevölkerungsschichten und Ländern vorzuenthalten. Es ist unmoralisch, sich eine Therapie gegen seltene, aber gravierende Erkrankungen mit mehreren Millionen Euro bezahlen zu lassen, oder diese Therapie den Menschen nicht zukommen zu lassen. Es ist unmoralisch, den Menschen aus Profitinteressen den Zugang zu lebenswichtigen Impfungen - wie beispielsweise gegen Masern oder perspektivisch gegen Coronaviren - vorzuenthalten. Diese unmoralischen

Handlungen gelten bei vielen Regierenden und Besitzenden als normale wirtschaftliche kapitalistische Geschäftsstrategien. Die Pharmaindustrie wie die medizinisch-technische Industrie müssen jedoch gemeinwohlorientiert arbeiten, ihr Besitz gehört in gesellschaftliche Hände und sie müssen demokratisiert und transparent organisiert werden.

Vor dem Hintergrund der Klimakrise und der drohenden Verstärkung verheerender Wetterveränderungen mit katastrophalen Auswirkungen auf uns Menschen ist jetzt dringend eine sozial-ökologische Veränderung notwendig. Eine realistische Sicht auf die Klimakrise ist notwendig. Wenn wir die gesellschaftlichen Diskussionen zur Coronapandemie reflektieren, wird deutlich, dass eine Leugnung, das Ignorieren oder das Beschwichtigen der kommenden Klimakrise verlorene Zeit bedeuten. Das ist gefährlich, da es für viele Menschen Leid und Elend bedeuten wird. Nur mit Hilfe einer wissenschaftlich orientierten Analyse und solidarischem Handeln kann die Gesellschaft die notwendigen Veränderungen meistern

### **Exkurs SARS COV 2 (Virusbezeichnung) COVID 19 (Erkrankung):**

Die Ansteckungsgefahr ist allgemein hoch. Es gibt aber eine Besonderheit: So stecken von 10 Infizierten durchschnittlich nur 3 von diesen weitere Menschen an. Das nennt sich **Überdispersion**. Wenn das Virus immer nur in einer Einzelkette übertragen werden würde, würde diese Infektionsserie irgendwann unterbrochen („cut the tail“). Kommen aber 10 Infizierte mit 10 Nicht-Infizierten zusammen, dann finden bei entsprechender Nähe und Dauer des gemeinsamen Aufenthaltes in einem Raum mit großer Wahrscheinlichkeit viele Infektionen statt. Schlussfolgerung: **Das Virus kann sich vor allem dann stark oder auch exponentiell verbreiten**, wenn es zu Zusammenkünften einer größeren Anzahl von Menschen kommt - sogenannte **Cluster**.

Wurde anfänglich wider besseren Wissens die Händedesinfektion betont, ist die Übertragung jedoch ganz überwiegend eine Tröpfchen- und Aerosolübertragung. **Die Aerosolübertragung hat im Herbst und Winter jahreszeitlich bedingt eine zunehmend große Bedeutung**. Aufgrund des Übertragungsweges ist konsequentes

**Maskentragen eine gute präventive Maßnahme.** Der Abstand von 1,5m bis 2m verhindert eine Tröpfchenübertragung, aber keine Aerosolübertragung, d.h. eine Übertragung durch kleinste Tröpfchen. Daher ist das Lüften von enormer Bedeutung und auch Filteranlagen bekommen dadurch mehr Relevanz. Vor diesem Hintergrund ist es präventiv sehr wichtig, in geschlossenen Räumen durchgehend Masken zu tragen, sie also nicht bei Erreichen eines Sitzplatzes abzulegen.

**Um die Aerosolübertragung zu verdeutlichen: Hält mensch sich mit einem Infizierten oder einer Infizierten in einem geschlossenen Raum auf, so reichen 5 Minuten in diesem Raum, um sich anzustecken!** Wenn jemand unwissentlich infiziert ist, wird er oder sie durch eine Maske weniger Tröpfchen und damit auch Aerosole in die Luft abgeben. Es sollten Masken mit der besten Schutzfunktion (FFP2 oder FFP3) genutzt werden. Aus theoretischen Überlegungen und Analogien kann davon ausgegangen werden, dass für die Schwere der Infektion auch wichtig sein kann, sich im Falle einer **Ansteckung mit möglichst wenigen Viruspartikeln zu infizieren.** Es wird angenommen, dass **eine Kombination von** Erschöpfung (z.B. durch Überarbeitung so wie hoher psychosozialer Belastung) mit einer wiederholten Infektion mit hohen Virus-Dosen besonders gefährlich ist und die **hohe Sterblichkeit von Pflege- und medizinischem Personal erklären könnte.**

Die **Sterblichkeit bei** einer Infektion mit SARSCOV 2 ist relativ hoch. Wissenschaftler, die besondere Expertise haben, wie Christian Drosten, gehen von einer Sterblichkeit von **0,5 – 1 %** aus. Die **Verteilung der Sterblichkeit ist jedoch in den Altersgruppen sehr unterschiedlich.** Weil es immer zum Vergleich der Grippe (Influenza) mit dem Coronavirus (SARS COV 2) kommt: Die Sterblichkeit bei einer Coronainfektion ist wesentlich - bis zu 16-mal - höher als bei der Grippe. Während an der Grippe besonders Kinder, Alte und Geschwächte versterben, sterben an einer Coronainfektion insbesondere alte bzw. ältere Menschen. Die Sterblichkeit nimmt ab dem 6. Lebensjahrzehnt deutlich zu und steigert sich mit dem 7. und 8. Lebensjahrzehnt nochmals. Wenn sich viele Millionen mit dem an der Coronavirus infizieren, ist jedoch damit zu rechnen, dass seltene Komplikationen auch in anderen Altersgruppen, z.B. bei Kindern, auftreten -auf Grund der großen Zahl an Erkrankten.

**Am 20.10.20 kamen** laut Stefan Kluge - leitender Intensivmediziner am UK Eppendorf (UKE) - **6%** aller Patienten, bei denen das Virus nachgewiesen wurde, **ins Krankenhaus**. Von diesen kommt jeder 3. **auf die Intensivstation, also 2% aller Infizierten!** Etwa 30 – 60% der beatmeten Patient:innen versterben. Diese Zahlen sind im Abschnitt „Warum Maßnahmen ergriffen werden müssen“ in einer Tabelle auf die realen Bevölkerungszahlen angewendet. Am 20.10.20 war **der Altersdurchschnitt** der Infizierten in Deutschland **bei 39 Jahren**, so dass sich die Zahlen bei Ausbreitung in älteren Bevölkerungskreisen noch verschlechtern werden.

\*\*\*