

■ Drucksachen

200 Jahre Engels: Von 1876 bis 1878 entwickelte er die Erkenntnistheorie des dialektischen Materialismus (Teil II)

■ Schwarzer Kanal

Die »übermächtigen nationalen Medien« berichteten wenig von der Begegnung Lawrows mit zwei AfD-Abgesandten. Warum nur?

■ Reportage

Ringsum Apfelblüten – ein Frühling voller Hoffnung. Ein Bildband folgt dem Vorrücken der Roten Armee 1945

■ ABC-Waffen

Das tote Ende der Straße: Ein Auszug aus Olaf Arndts gerade veröffentlichten Roman »Unterdeutschland«

Interview: Markus Bernhardt

Die SARS-CoV-2-Pandemie hält seit Monaten die Welt in Atem. Eine lautstarke Minderheit bezweifelt jedoch die Gefährlichkeit der Covid-19-Erkrankung. Zu welchem Schluss kommen Sie?

Andreas Wulf: Die Coronapandemie hat in wenigen Monaten weltweit 1,5 Millionen Opfer gefordert, und noch ist ein Ende der Verbreitung nicht abzusehen, trotz eines begründeten Optimismus, was die neuen Impfstoffe angeht. Auch die Überlastung der Gesundheitssysteme vor allem in Europa und auf dem amerikanischen Doppelkontinent zeigt das Bild einer Pandemie, die zu den schwersten in der jüngeren Menschheitsgeschichte gehört. Wer vor diesen Tatsachen die Augen verschließt, und besonders die Schutzmaßnahmen ignoriert und ablehnt, handelt fahrlässig und verantwortungslos. Der VDÄÄ (Verein Demokratischer Ärztinnen und Ärzte, jW) hat darauf bereits im Mai 2020 hingewiesen und auch die Medizinerinnen, Mediziner und andere Gesundheitsfachleute kritisiert, die eine besonders problematische Rolle spielen in den Reihen der obskuren Verleugnerinnen und Verleugner.

Gerade in einer Krise wie jetzt muss die Grundlage ärztlichen wie auch politischen Handelns eine kritische Rationalität sein. Unser Handeln, insbesondere unsere Kommunikation, muss verantwortungsbewusst auf Basis des aktuellen wissenschaftlichen Kenntnisstandes erfolgen. Das beinhaltet, dass man Medizin und Forschung in ihrer Einbettung in bestehende gesellschaftliche Verhältnisse auch kritisch betrachtet und einen Blick auf ökonomische und politische Machtstrukturen bewahrt, die sowohl die Gesundheitslage der Bevölkerung als auch die Medizin prägen. Kritisch zu sein, heißt für uns eben nicht, sich die Welt so zusammenzuspinnen, wie es am besten in ein zuvor feststehendes Narrativ passt.

Grundsätzlich deckt sich unsere Einschätzung der Gefährdung durch SARS-CoV-2 mit jener der globalen Fachöffentlichkeit: Das ist ein neuartiges, potentiell für viele Menschen lebensbedrohliches Virus. Ohne massive Gegenmaßnahmen droht bzw. erfolgte in jeder globalen Region ein exponentieller Anstieg der Zahl von Infizierten und Todesopfern.

Mit der Covid-19-Pandemie hat sich das Verhältnis von Gesundheit und Politik in der öffentlichen Debatte drastisch verändert. Unsere Slogans »Krankheit ist ohne Politik nicht heilbar« bzw. »Gesundheit braucht Politik« sind aktuell mutmaßlich Allgemeingut.

In unseren Nachbarländern ist die Situation der Infizierten noch dramatischer als in der Bundesrepublik. So meldete das europäische Netzwerk zur Beobachtung von Sterblichkeitsentwicklungen für Anfang November eine extrem hohe Übersterblichkeit für Belgien und die Schweiz sowie eine sehr hohe Übersterblichkeit für Frankreich, Italien, Slowenien und Spanien. Wie bewerten Sie den Anstieg der Todesfälle?

Thomas Kunkel: Die derzeitigen Anstiege der Infektions- und Sterbezahlen wa-



FABRIZIO BENSCH/REUTERS

»System der Krankenhausfinanzierung ist krachend gescheitert«

Über soziale Aspekte der Coronakrise und Perspektiven für die Zeit nach der Pandemie ■ Ein Gespräch mit Thomas Kunkel und Andreas Wulf

ren im Herbst allgemein erwartet worden in Europa. Eine »zweite Welle« ist auch nicht untypisch bei solchen Epidemien. Seriöse Einschätzungen zum Infektionsgeschehen in anderen Ländern treffen die jeweiligen Fachleute vor Ort, da regional und national sehr unterschiedliche Faktoren Einfluss auf das Infektionsgeschehen haben. Eine Vernetzung findet international über das European Centre for Disease Control eine Art gesamteuropäisches Robert-Koch-Institut, statt.

Was wir selbst momentan im Versorgungsalltag bemerken, ist, dass der Anstieg der Infektionen mit einer erhöhten Belastung unserer Strukturen einhergeht. Sowohl unsere Kolleginnen und Kollegen aus dem ambulanten Bereich berichten über einen Anstieg der Infektionen und Todesfälle wie auch die aus den Kranken-

häusern. Die Situation auf den Intensivstationen ist bereits jetzt nicht mehr nur angespannt, sondern oft kritisch. Erschwerend kommt hinzu, dass Schlüsselbereiche wie Notaufnahmen und Intensivstationen bereits vor der Pandemie personell so schlecht besetzt waren, dass keine bzw. kaum Reserven blieben, um zusätzliche Belastungen abzufangen.

Auf Basis der – vorläufigen und um vier Wochen verzögerten – Daten zeichnet sich auch für die BRD eine zeitweise erhöhte Sterblichkeit von Ende März bis Anfang Mai sowie seit Mitte Oktober dieses Jahres ab, die vom Statistischen Bundesamt aus verschiedenen Gründen auf SARS-CoV-2 zurückgeführt wird. Die Übersterblichkeit in der BRD betrifft überwiegend die höheren Altersgruppen, wenn auch nicht, wie häufig populistisch argumentiert, nur sehr

alte Menschen mit vielen Vorerkrankungen. Die Hälfte der Gestorbenen ist jünger als 82 Jahre, und im klinischen Alltag sind beide Extreme nicht selten: Multimorbide Seniorinnen und Senioren über 85 Jahren, die die Infektion zwar nicht leicht, aber dennoch glimpflich wegstecken. Gleichzeitig können alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter einer Intensivstation von Fällen berichten, bei denen Menschen mit 30 oder 40 Jahren gesund in dramatische Zustände mit Langzeitbeatmung und tödlichem Ausgang geraten sind.

Die Bundesregierung versucht mittels einer Reihe von Maßnahmen, die weitere Verbreitung des Virus zu verlangsamen. Wie zufrieden sind Sie mit dem bisherigen Krisenmanage-

»Gerade in einer Krise wie jetzt muss die Grundlage ärztlichen wie auch politischen Handelns eine kritische Rationalität sein«: Behandlung von an Covid 19 Erkrankten auf der Intensivstation des Klinikums Havelhöhe in Berlin

■ Fortsetzung auf Seite zwei

■ Fortsetzung von Seite eins

ment der Bundesregierung?

A. W.: Um das Agieren der Bundesregierung in dieser Krise zu verstehen, lohnt sich ein Blick auf die Entwicklungen im Sozial- und Gesundheitswesen während der Jahre vor der Pandemie. Die harte Austeritätspolitik, die unser Verein seit vielen Jahren national und international kritisiert, hat insbesondere in den Krankenhäusern zu einem Zustand geführt, in dem bereits ohne Pandemie auf Verschleiß gefahren wurde. Es galt, das Gesundheitswesen marktförmig umzubauen. Nur: Selbst für minimalste Zusatzbelastungen war auf einmal weder Geld noch Personal da. Das Krankenhausfinanzierungssystem über Fallpauschalen ist spätestens jetzt mit der Pandemie krachend gescheitert. Seit Jahren wuchs die Kritik aus allen Bereichen des Gesundheitswesens – nur passiert ist nichts bzw. nicht viel.

Ein anderes Beispiel: Seit Jahren, wenn nicht inzwischen Jahrzehnten wird der öffentliche Gesundheitsdienst, ÖGD, derart kaputtgespart, dass er seine eigentlich sehr wichtige Rolle im Infektionsschutz kaum noch vernünftig ausfüllen konnte. Und schlagartig sollen die Kolleginnen und Kollegen im ÖGD nun eine zentrale Rolle bei der Bewältigung der Pandemie bekleiden. Freundlich formuliert gab es also bereits seit Jahren Versäumnisse und grobe Fehlentscheidungen bei Entwicklungen im Gesundheitswesen, die dazu geführt haben, dass einer zusätzlichen Belastung wie einer Pandemie nicht adäquat bzw. nur mit relativ drastischen Maßnahmen begegnet werden kann, denn in einer Gesundheitskrise zeigen sich die strukturellen Gefährdungen von Menschen und Defizite des Versorgungssystems besonders deutlich.

T. K.: Bei der Bewertung des Krisenmanagements im engeren Sinne seit Beginn der Pandemie sollte man die verschiedenen Phasen voneinander trennen. Die deutsche Bundesregierung hat – entgegen ihrer eigenen Behauptung – sehr spät auf die seit Januar abschbare Herausforderung durch das Virus reagiert. Die dramatische Krise bei der Beschaffung von Schutzausrüstungen, Masken etc. und mangelnde Vorbereitungen in Kliniken und Arztpraxen auf eine neuartige Atemwegsinfektion sollte uns da in Erinnerung bleiben. Der initiale Lockdown im März war dann überfällig, vor allem auch, um unter sehr unsicherem und lückenhaftem Kenntnisstand über das Virus der Gesundheitsgefährdung der Bevölkerung, wie sie aus China und Italien bekannt war, entgegenzuwirken. Die Lockdownmaßnahmen im März und April führten – glücklicherweise – zu einem deutlichen Rückgang der Infektions- und Sterbezahlen in den Sommermonaten. In dieser Phase relativer Ruhe wurde, entgegen deutlich wahrnehmbarer Warnungen vor einer zweiten Welle, kaum bzw. gar nicht langfristig geplant. Eine mittelfristige Perspektive zumindest bis Anfang 2021 mit rationalen Schutzmaßnahmen für zentrale gesellschaftliche Bereiche wie Schulen und Betriebe sowie besonders vulnerable Gruppen wie Menschen in Gemeinschaftsunterkünften wurde nicht erarbeitet. Auch Erfahrungen aus anderen Ländern, die die Pandemie inzwischen unter Kontrolle haben, wurden nicht systematisch geprüft und auf ihre Anwendbarkeit in der BRD untersucht bzw. verworfen, da sie nicht mehrheitsfähig waren.

Seit September sind die Infektionszahlen nun wieder ansteigend, der politische Druck auf die Entscheidungsträgerinnen und -träger ist stetig angewachsen, und spätestens seit Anfang November war auch allen klar, dass diese Entwicklung zu noch mehr Infektionen, noch mehr Toten als im Frühjahr führen würde. Das intransparente und problematische Agieren der Bundesregierung am Parlament vorbei zusammen mit der Verordnung von relativ



Dr. med. Andreas Wulf ...

... ist Arzt und arbeitet als Referent für globale Gesundheit und Berlin-Repräsentant bei der Frankfurter Hilfs- und Menschenrechtsorganisation Medico International. Er ist Mitglied im erweiterten Vorstand des Vereins Demokratischer Ärztinnen und Ärzte (VDÄÄ).



Dr. med. Thomas Kunkel ...

... arbeitet als Allgemein- und Suchtmediziner und ist Mitglied des Vorstands des VDÄÄ.

<https://www.vdaae.de>

inkonsistenten und – wie sich aktuell abzeichnet – nur bedingt wirksamen Maßnahmen ist nicht geeignet, die Bevölkerung mitzunehmen.

Dann ganz konkret: Was hätten Sie anders gemacht?

A. W. Wir alle können potentiell von Covid 19 betroffen sein, aber nicht alle trifft es gleich, und nicht alle haben die gleichen Möglichkeiten, sich zu schützen. Deshalb muss der Blick auf den Schutz besonders gefährdeter Menschen gerichtet sein. Das betrifft nicht nur Menschen im hohen Lebensalter oder mit gesundheitlichen Risikofaktoren, sondern auch Menschen in Gemeinschaftseinrichtungen, seien es Altenpflegeheime, Wohnheime von ausgebeuteten Arbeitsmigrantinnen und -migranten oder die Zwangsunterbringungen von Geflüchteten und Asylbewerberinnen und -bewerbern. Ebenfalls gefährdet sind natürlich auch die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Krankenhäusern und Gesundheitseinrichtungen, die täglich Infektionsgefahren ausgesetzt sind. In all diesen Bereichen müssen Ressourcen wie Tests, Schutzmasken und Impfungen vorrangig eingesetzt werden.

Auch die Folgen der Distanzierungs- und Lockdownmaßnahmen treffen Menschen unterschiedlich, und entsprechend müssen Ressourcen vorrangig dort eingesetzt werden, wo zum Beispiel Kindern die Möglichkeit zum Home Schooling fehlt. Arbeitsplätze müssen infektionssicher gestaltet, negative psychische Folgen der Isolation wie auch Zunahme häuslicher Gewalt möglichst minimiert werden.

Hier verlassen sich die Bundes- und die Länderregierungen zu sehr auf allgemeine Verhaltensregeln wie AHA+L (Abstand, Hygiene, Alltagsmaske, Lüften, jW) und technische Aspekte der Infektionskontrolle. Die systematische Unterstützung von zum Beispiel Schulen während der Sommerpause zur Vorbereitung auf die zu erwartende zweite Welle ab dem Herbst war unserer Einschätzung nach unzureichend.

T. K.: Die SARS-CoV-2-Pandemie ist keine Naturkatastrophe, sondern eine soziale Herausforderung. Deshalb ist auch die medial sehr breit thematisierte Entwicklung, Zulassung und Verteilung eines Impfstoffs nur ein Teil der Lösung. Impfstoffe sind wichtige Bausteine in der Prävention von Infektionskrankheiten, aber im Fall der Pandemie sind sie eine technische Antwort auf eine soziale Frage. Es wird kein Weg daran vorbeiführen, die durch die Pandemie offengelegten Probleme in den gesellschaftlichen Schlüsselbereichen wie Schulen, Betrieben und im Gesundheitswesen anzuerkennen und weitreichende Änderungen vorzunehmen.

Beispielsweise hätten die enorm belastenden Arbeitsbedingungen für Pflegekräfte in den vergangenen Monaten ein dringliches Signal sein müssen, umzusteuern und nicht weiterhin auf die Bereitschaft ohnehin schon am Anschlag arbeitender Kolleginnen und Kollegen zur wei-

teren Selbstausbeutung zu setzen. Es hätten Überlegungen angestellt werden müssen, wie man die hohe Teilzeitquote bei der Pflege abbauen sowie die Kolleginnen und Kollegen motivieren kann, wieder länger oder überhaupt wieder in der Pflege zu arbeiten. Auch wenn Geld allein das Problem nicht löst, erscheint es aber geradezu zynisch, wenn dann für seit Jahren stark unterbezahlte Pflegekräfte eine Einmalzahlung von 500 Euro verschenkt wird, diese Menschen jedoch wenige Monate später in der Tarifauseinandersetzung von den kommunalen Arbeitgebern Angebote bekommen, die die Gewerkschaft Verdi als »respektlos« bezeichnet. Der Tarifabschluss, den Verdi im Herbst letztendlich durchsetzen konnte, ist vollkommen unzureichend. Es zeigt sich: Die langfristig wirklich wirksamen Maßnahmen wie bedarfsgerechte Personalvorgaben im stationären Sektor, müssen weiterhin von den Kolleginnen und Kollegen selbst erstritten werden.

Werfen wir einen Blick in die Zukunft: Rechnen Sie damit, dass wir im nächsten Jahr zu einem gesellschaftlichen Leben zurückkehren können, wie wir es vor Ausbruch der Pandemie kannten?

T. K.: Entscheidende Kämpfe wird es um die Frage der Schuldenlasten für die Bewältigung der Krise geben, hier darf es kein »Zurück zum vorher« geben, beispielsweise zur Austeritätspolitik der Schuldenbremse. Umverteilung von gesellschaftlichem Reichtum und eine Stärkung öffentlicher Institutionen wie dem öffentlichen Gesundheitsdienst werden zu einem »neuen Normalzustand« dazugehören müssen.

Hier bietet sich auch eine Chance für progressive Organisationen und Parteien, bestehenden Forderungen im sozialpolitischen Bereich nochmals Nachdruck zu verleihen, wie etwa der nach einer gesellschaftlich gerechten Verteilung der Gesundheitskosten durch Einführung einer solidarischen Krankenversicherung, die alle Menschen umfasst, die hierzulande leben, und die alle Einkommensarten beinhaltet, oder durch die Aufhebung der Beitragsbemessungsgrenze in der gesetzlichen Krankenversicherung.

Ihr Verband hat kürzlich kritisiert, dass die deutsche Bundesregierung eine global gerechte Impfstoffverteilung verhindere. Was genau werfen Sie der Bundesregierung vor?

A. W.: Hier sind vor allem zwei Dinge zu nennen: Erstens hat sich die Bundesregierung – im Konzert mit der EU und wie auch andere reiche Länder, zum Beispiel die USA, UK, Kanada, Australien, Japan – einen großen Teil der wichtigen ersten zur Verfügung stehenden Impfstoffe in Vorverträgen gesichert, so dass nur ein kleiner Teil für den »Rest der Welt« 2021 zur Verfügung stehen wird. Sie beteiligt sich zwar finanziell an der Covax-Initiative, die Impfstoffe für 92 Länder mit Hilfe inter-

nationaler Spendengelder zur Verfügung stellen will. Ohne strukturelle Änderungen bleibt das jedoch eine karitative Geste.

Zweitens blockiert die Bundesregierung aktuell zusammen mit vielen traditionellen OECD-Staaten die zeitweise Aussetzung der strengen Regeln zum Schutz geistigen Eigentums – Patente, Studienergebnisse, Handelsgeheimnisse – bei der Welthandelsorganisation WTO, die nicht nur für Impfstoffe, sondern auch für in Entwicklung befindliche Medikamente, Testverfahren und Schutzbekleidung eine rasche dezentrale Produktion und Kostensenkungen ermöglichen würde. Eine solche Maßnahme für die Zeit der Pandemie haben Indien und Südafrika bei der WTO im Oktober beantragt und sie wird inzwischen von einer großen Zahl von Mitgliedsstaaten unterstützt. Die Bundesregierung weigert sich aber strikt, die Rolle des Patentsystems bei der Behinderung von Verfügbarkeit und Zugänglichkeit von unentbehrlichen Gütern anzuerkennen und setzt allein auf die Covax-Initiative.

Wie stellen Sie sich eine gerechte Verteilung des Impfstoffes vor?

T. K.: Die WHO hat für die Covax-Initiative ein Konzept entwickelt, das zunächst eine Zuteilung an alle Länder für circa drei Prozent der jeweiligen Bevölkerung vorsieht, mit denen Schlüsselgruppen – insbesondere Gesundheitspersonal – geimpft werden, und danach weitere 20 Prozent für besonders gefährdete Personen mit Vorerkrankungen und im hohen Alter.

Steht zu befürchten, dass die Regierungen der Industrienationen und der reichen Ländern ihre Politik fortsetzen wie bisher, sobald sie die Pandemie in den Griff bekommen haben?

A. W.: Es steht sogar zu befürchten, dass sich viele Dinge zum Schlechten wenden. Die Bereitschaft, noch stärker digitale Überwachungsmechanismen nur für die Kontrolle von zukünftigen Pandemien einzusetzen, dürfte steigen und braucht hartnäckigen Widerstand. Ebenso muss verhindert werden, dass sich die Kluft im Zugang und der Anwendung von Wissen weiter vertieft, wie mit den Debatten um die Patentrechte beschrieben. Die Dysfunktionalität der öffentlichen Sparbudgets im Interesse einer sogenannten Schuldenbremse bei gleichzeitiger Privatisierung von ehemals öffentlichen Bereichen ist offenbar geworden, es steht aber zu befürchten, dass die aktuellen Kosten der Krise nicht mit Vermögensabgaben der Wohlhabenden, sondern mit Belastungen der Lohnabhängigen und massiven Kürzungen der öffentlichen Haushalte in den kommenden Jahren bezahlt werden. Die Pandemie eröffnet hier politische Möglichkeiten zu progressiver Politik, aber auch zu negativen Tendenzen. Deshalb braucht es eine starke, sich auch global artikulierende Öffentlichkeit.

T. K.: Auf nationaler Ebene sind jetzt schon sehr bedenkliche Maßnahmen auszumachen, wie Milliardenhilfen für Airlines oder für die Automobilindustrie. Es ist unsere Aufgabe, das Vakuum, das jenseits des Regierungshandelns entstanden ist, nicht den Obskuranten zu überlassen. Von denen sind keine Lösungsvorschläge zu erwarten. Forderungen nach Stärkung der Sozial- und Bildungssysteme, nach Verbesserungen auf dem Arbeits- und Wohnungsmarkt rücken als Lösungsstrategien für die durch die Pandemie verschärften gesellschaftlichen Widersprüche gerade deutlicher in den Mittelpunkt. Die zuvor erwähnten Proteste der Beschäftigten in den Krankenhäusern sind dabei nur ein Beispiel von vielen, wie sich der Abwälzung der Krisenfolgen begegnen lässt. Unser Verein bezieht in diesen Auseinandersetzungen Stellung und wird sich daran im Rahmen unserer Möglichkeiten, zum Beispiel durch Bündnisarbeit wie bei »Krankenhaus statt Fabrik« oder der »Deutschen Plattform für Globale Gesundheit« auch weiterhin beteiligen.

»In einer Gesundheitskrise zeigen sich die strukturellen Gefährdungen von Menschen und Defizite des Versorgungssystems besonders deutlich.«