

Von der Pandemie zur Weltwirtschaftskrise, Teil 1: Der drohende Zusammenbruch des Gesundheitssystems

Markus Lehner, Neue Internationale 245, April 2020

Die derzeitige Krise ist aus ökonomischer Sicht zunächst eine gewaltige Belastungswelle, die die nationalen Gesundheitssysteme global in sehr kurzen Abständen und mit enormem Tempo überrollt. Jedes Gesundheitswesen, in welchem gesellschaftlichen System auch immer, wäre von der explosionsartigen Verbreitung mit so wenig Vorwarnzeit vor große Herausforderungen gestellt. Im gegenwärtigen Wirtschaftssystem trifft die Pandemie auf mehrfach überforderte Strukturen. Sie trifft, wenn auch unterschiedlich, Zentren wie Peripherie. Zugleich erweist sich die kapitalistische Ordnung als unfähig zur notwendigen internationalen Reaktion - mit tödlichen Konsequenzen für wahrscheinlich Millionen von Menschen.

Herausforderung und mögliche Antworten

Die Dramatik der Pandemie ergibt sich aus der exponentiellen Kurve der Neuinfektion. Zu Beginn der Infektionsexplosion, mit einem Kern von um die 100 Infizierten, werden Verdoppelungsraten von 2-3 Tagen erreicht. Bei einer Verdopplung alle 2 Tage werden so aus 100 Infizierten schon nach 14 Tagen mehr als 12.000. Das Problem stellt einerseits die unscheinbare Symptomatik zu Beginn der Inkubation (etwa eine Woche lang) dar. In dieser Zeit können schon 2-3 andere Menschen infiziert werden. Dies macht die Eindämmung speziell in den Frühphasen der Infektion schwierig und befördert die rasche Verbreitung des Virus.

Andererseits ist der ausgelöste Krankheitsverlauf - einer schweren Lungenentzündung ähnlich - die Herausforderung. Denn etwa 5-10 % der Erkrankten brauchen intensivmedizinische Behandlung, wenn man sie vor dem Erstickungstod bewahren will. Mit der exponentiellen Kurve der Neuinfektionen steigt also in gleichem Tempo der Bedarf an den benötigten intensivmedizinischen Einheiten (ICU = Intensive Care Units). Bei der erwähnten Verdopplungsrate lässt sich also einfach ausrechnen, wann die Kapazität an ICUs eines Gesundheitssystems von der Zahl der schwer Erkrankten überholt wird. Was dann passiert, konnte man aus den Berichten von den Intensivstationen in Norditalien auf das Grausamste mitverfolgen. Völlig überlastetes Personal, ohne genügend Gerätschaft, musste bei Neueinlieferungen zur Selektion schreiten, bei wem sich überhaupt noch die Verteilung der letzten freien ICUs lohnen würde.

Modelle

In Deutschland beispielsweise gab es vor der Krise 28.000 ICUs, die zu 70-80 % ausgelastet waren. Auch nach der Freimachung von Plätzen (z. B. durch Verschiebung von Operationen) wurde erst eine zusätzliche Kapazität für Infizierte von um die 8.000 ICUs erreicht. Bei einer Verdopplungsrate

von 3 Tagen und einem Ausgangspunkt von 115 Infizierten am 1. März hätte man Ende März die Kapazitätsgrenze der Beatmungsplätze erreicht. Die Entscheidung, die daher bei allen Ländern (mit mehr oder weniger Verzögerung) anstand, war die Wahl zwischen den folgenden Modellen der Infektionsbekämpfung:



1. Das Modell der „Herdenimmunität“, in dem das Virus ohne Gegenmaßnahmen sich ausbreitet. Dabei soll sich bei den Infizierten natürlicherweise eine Immunität gegen das Virus herausbilden, während die Risikogruppen isoliert werden. Da weder die Risikogruppen so klar abgrenzbar sind noch ihre gezielte Isolation praktikabel ist, bedeutet dieses Modell im Wesentlichen, dass eine große Welle von IntensivpatientInnen auf das Gesundheitssystem zugerollt wäre. In der Konsequenz bedeutet diese Methode, den Tod aller Fallzahlen oberhalb der ICU-Kapazitätsgrenze zu riskieren. Dies ist in der Grafik mit der ausgefüllten Fläche oberhalb dieser Kapazitätsgrenze gemeint.

2. Die von den meisten Regierungen, angefangen mit der chinesischen, angewendete Reaktion war eine mehr oder weniger konsequente Kontaktreduzierung ihrer Bevölkerungen, um das Infektionsrisiko zu minimieren und damit die Wachstumsrate der Neuinfektionen zu bremsen. Verschiedene Formen von Einschränkungen des öffentlichen Lebens bis hin zur Quarantäne kritischer Gebiete oder von Risikogruppen wurden angewandt. Dabei wird erhofft, dass die Rate der gleichzeitig in Intensivstationen eingelieferten Patienten auf genügend ICUs und Personal trifft – vor allem, da man Zeit gewonnen hat, diese Kapazitäten auszubauen. Denn mit dem Modell „moderate Kontaktreduzierung“ wird das Wachstum der Neuinfektion zwar eingebremst, aber die Infektionswelle zugleich auf einen längeren Zeitraum von mindestens einem Jahr ausgedehnt.

Damit kann zwar ein Kollaps des Gesundheitssystems (wie wir ihn in Italien gesehen haben) abgewendet werden, aber es wird immer noch eine hohe Zahl von Toten geben, die jene normaler Grippewellen bei weitem übersteigt. Bei diesem Modell wurde fast überall versucht, das Schließen nicht lebensnotwendiger Unternehmen zu verhindern. Es wird auch versucht, die geschlossenen Betriebe so schnell wie möglich wieder zum Produzieren zu bringen. Mit der zu erwartenden vorschnellen Aufhebung der meisten Maßnahmen zur Einschränkung der Produktion oder nicht essentieller Dienstleistungen wird die Krise nach einer gewissen Pause wiederkehren.

Dies zu verhindern, würde ein drittes Modell erfordern: eine restriktive Quarantäne-Politik, die auch sofort alle nicht lebenswichtigen Arbeitsprozesse beendet hätte, verbunden mit einer genügenden Zahl von Tests, um rasch die Infizierten für die Zeit ihrer Erkrankung zu isolieren. Dies wurde ansatzweise in China und Südkorea so umgesetzt, wo im Vergleich zur Bevölkerungszahl die Neuinfektionskurve sehr viel flacher gehalten werden konnte.

Pandemien und die Pharmaindustrie

Die andere Seite der Bekämpfung von Covid-19 ist die medizinisch-pharmazeutische. Obwohl corona-artige Viren durchaus schon lange bekannt sind und der jetzt im Umlauf befindliche Virustyp bei Tieren schon identifiziert wurde, wurde

angesichts der bekannten Gefahr viel zu wenig in die vorbeugende Erforschung von Impfstoffen und Therapiemöglichkeiten investiert. Dieses Forschungsgebiet war für die Pharmaindustrie zu wenig Profit versprechend, als dass man die dafür notwendigen Geldmittel investiert hätte. Ohne die Pharmamillionen waren die staatlichen Labore, die an diesen Themen durchaus gearbeitet hatten, zu gering finanziert, um heute mit praktikablen Lösungen parat zu stehen. Mit dem Ausbruch der Pandemie hat nun ein unwürdiges Schauspiel um die Sicherung von Patenten und Forschungseinrichtungen durch Regierungen und Konzerne eingesetzt, das die notwendige, konzentrierte internationale Forschung durch mögliche Geheimhaltung zu Profit- oder Staatsinteressen noch zusätzlich behindern würde. Auch wenn ein großes Wettrennen um den ersten Platz bei Impfstoffen und Therapien begonnen hat, wird so der übliche Entwicklungszyklus derselben von mindestens einem Jahr kaum beschleunigt werden können – noch dazu, wo die Anforderungen an Erprobung und unabhängige Tests gerade angesichts eben dieser Profitgier der Konzerne auch hier nicht verkürzt werden darf.

Tatsächlich zählt das jetzt wirkende SARS-CoV-2-Virus zu einer Familie von 40 corona-artigen Viren, die zumeist bei Tieren entdeckt worden sind. Spätestens seit das SARS-CoV-Virus auf den Menschen übersprang und SARS (Severe Acute Respiratory Syndrom; Schweres akutes Atemwegssyndrom) ausgelöst hat, war mit weiteren solchen Übergängen, sogenannten Zoonosen, zu rechnen. Dies verweist auf ein tiefer liegendes Problem: Schon immer waren die Viehwirtschaft bzw. das zivilisationsbedingte Zusammenleben mit Tieren eine Quelle verheerender Epidemien. So wurden die Pestbakterien von Ratten, die sich unter bestimmten hygienischen Verhältnissen in den Städten ballten, über Flöhe auf Menschen übertragen. Einige bekannte Zoonosen haben erhebliches Seuchenpotential (z. B. Pocken, Tuberkulose, Ebola), andere sind chronische Massenkrankheiten (z. B. Malaria). Mit der industriellen Viehzucht und ihrem massiven Einsatz pharmazeutischer Produkte wurde der Kampf mit solchen Mikroorganismen auf eine neue Stufenleiter gebracht. Bekanntlich ist der massive Einsatz von Antibiotika in der Fleischproduktion eine Quelle der Antibiotikaresistenz von Bakterien. Aber auch die chemischen Keulen gegen virale Erkrankungen bei Nutztieren tragen zur raschen Mutation der entsprechenden Viren und zur Tendenz des Wirtswechsels bei. Was genau die Quelle der Zoonose beim jetzigen SARS-CoV-2-Virus war, ist noch umstritten. Klar ist, dass nach den Erfahrungen mit dieser Pandemie international sowohl die Frage des Umgangs mit Tieren (Viehwirtschaft, exotische Tiermärkte, Tiere in unseren Müllbergen etc.), als auch die konzentrierte Forschung zur Verhinderung von Zoonosen, nicht nur der Corona-Viren, ganz oben auf der Tagesordnung stehen müssen.

Die Grenzen des Kapitalismus werden aufgezeigt

Weiter stellt auch die medizintechnische Produktion unter kapitalistischen Bedingungen ein Hindernis für die Lösung der derzeitigen Herausforderungen des Gesundheitssystems dar. Sowohl in den imperialistischen Ländern als auch in den Halbkolonien ist offensichtlich, dass für die Bewältigung des Anstiegs an IntensivpatientInnen zu wenig Gerätschaft und Material zu Verfügung stehen – in den imperialistischen Ländern wegen der kaputtgesparten, privatisierten Krankenhausbetriebe, in den Halbkolonien wegen der von vornherein fehlenden finanziellen Mittel. Man könnte meinen, dass bei

den modernen globalen Produktionskapazitäten die Einrichtungen zur Produktion von Schutzkleidung, Masken oder ICUs rasch zur Verfügung stehen würden. Weit gefehlt! Die Produktionsketten erwiesen sich einerseits durch die Ausfälle in China und anderen asiatischen Ländern als unterbrochen, die Lagerkapazitäten in Zeiten von Just-in-time-Produktion als sehr beschränkt.

Die Produktion der lebensnotwendigen ICU-Einheiten ist gar auf wenige Unternehmen weltweit konzentriert, die erstmal für den Bedarf ihrer eigenen Länder herangezogen wurden. So orderte die deutsche Bundesregierung inzwischen insgesamt über 20.000 Einheiten bei den deutschen ProduzentInnen, die bisher neben einem schwedischen die einzigen nennenswerten LieferantInnen für den EU-Raum waren - womit deren Kapazität für die nächsten Monate ausgelastet ist! Die britische Regierung, der diese Möglichkeiten fehlten, kam gar auf die wahnwitzige Idee, AutomobilherstellerInnen Anleitungen aus dem Internet zum Bau solcher Einheiten zu senden. Tatsächlich haben verschiedene Regierungen begonnen, die medizintechnische Produktion praktisch zu nationalisieren. Es werden staatlich geplante oder koordinierte Produktionscluster gebildet, die jetzt für den Bedarf der „eigenen“ Gesundheitseinrichtungen zu produzieren haben, von Schutzkleidung, Desinfektionsmitteln, Beatmungsgeräten bis hin zu Testkits.

Schließlich kommen noch die Begrenztheiten der Krankenhausbetriebe selbst. Nicht nur an Material und Gerätschaft fehlt es, sondern natürlich besonders an ausgebildetem Personal. Alle Kämpfe um eine Erhöhung von Personalschlüsseln, um angemessene Arbeitsbedingungen und Bezahlung wurden auch in Deutschland in den letzten Jahren auf Grund der Kostendeckelung von der Finanzierungsseite (Krankenkassen) und den Profitinteressen der privaten EignerInnen der Krankenhauskonzerne hintertrieben. In Konsequenz stehen in der akuten Krise der exponentiell ansteigenden Patientenzahlen jetzt die Krankenhäuser mit einer schon an sich ausgedünnten und überbeanspruchten Zahl an Beschäftigten da. Die nunmehr entwickelten Notpläne müssen in gerade „nicht so wichtigen“ Bereichen extreme Lücken schlagen, um bei Anstieg der Fallzahlen das Intensivpersonal aufbauen zu können. Verzweifelt wird jetzt alles mögliche Personal, z. B. aus der Rente zurückgeholt, oder werden Auszubildende und StudentInnen vorzeitig „an die Front“ geschickt.

Notpläne und Kapitalinteressen

Während die Krankenhäuser in der Krise praktisch über staatlich koordinierte Notfallpläne quasi-verstaatlicht werden, wird ihre privatkapitalistische Form nicht angerührt. Nichts drückt dies deutlicher aus als die Tatsache, dass aus den Rettungsmilliarden für die deutsche Wirtschaft, die im Nachtragshaushalt der Bundesregierung verabschiedet wurden, der für den Gesundheitsbereich vorgesehene Teil vor allem zur Kompensation des „entgangenen Geschäfts“ der privaten Krankenhauskonzerne verwendet wird - nicht etwa zur wesentlichen Verbesserung der Lage derjenigen, die jetzt um unser aller Leben kämpfen!

Eines ist klar: die gegenwärtige Überlastung des Gesundheits- und Pflegesystems ist keine kurzfristige Ausnahmesituation, die in wenigen Wochen wieder vorbei ist. Die „Flatten the curve“-Strategie ist ein

Weg, den Zusammenbruch des Systems zu vermeiden, führt aber auch dazu, dass sich die Epidemie lange hinzieht und das System mehrere Monate in hoher Last beansprucht wird. Wahrscheinlich werden die Interessen in Industrie- und Dienstleistungswirtschaft auf eine rasche Rückkehr zur „Normalität“ drängen. Dies wird mit Teilquarantänen (für „Risikogruppen“), extensiven Systemen von Massentests und weiteren repressiv überwachten „Kontaktvermeidungs“-Vorschriften verbunden sein. All dies wird aber neuerliche Anstiege von Infektionen nicht verhindern, bis die vielbeschworene etwa 70 % „Durchseuchung“ der Bevölkerung erreicht ist (womit ein Ausmaß an Immunität erreicht ist, das eine weitere Verbreitung des Virus in seiner jetzigen Form verhindert – was nicht ausschließt, dass zu einem späteren Zeitpunkt eine neue Variante diese Immunität wieder überwindet).

Wer zahlt

Jedenfalls wird das Gesundheitssystem sicherlich bis Ende diesen Jahres, neben seinen sonstigen Problemen, mit dieser besonderen Überlast zu kämpfen haben. So hat die deutsche Bundesregierung in ihrem „Nothaushalt“ nicht nur Milliarden für die akuten Kosten vorgesehen (z. B. 50.000 Euro pro neu eingerichtetem Intensivbett), sondern auch den „Sicherstellungsauftrag“ des Krankenhausbetriebs praktisch bis Ende des Jahres in die öffentliche Hand übertragen. Die Finanzierung läuft über Milliardenzuschüsse an die gesetzlichen Krankenkassen, die Steuerung jedoch über die staatliche Koordination, der die Krankenhäuser für den Notfallbetrieb Räumlichkeiten, Personal und Gerätschaft zur Verfügung stellen müssen.

Weitere Kosten entstehen natürlich durch den starken Wiederausbau der Gesundheitsämter, die vor der Krise stark zusammengekürzt waren, jetzt aber als zentrale Organisation für die Seuchenbekämpfung in kurzer Zeit mit hohen Kosten wieder hochgefahren werden müssen. Schließlich wird auch der Ausbau der Massentestinfrastruktur zu hohen staatlichen Investitionen führen, sowohl im Labor- als auch im Bereich der ärztlichen Versorgung. Rechnet man, dass in den reichen Nationen die Gesundheitsausgaben schon in Normalzeiten und trotz der Kürzungen der letzten Jahre um die 10 % des Nationaleinkommens ausmachen, ist klar, dass schon eine Steigerung der Kosten um 20–30 % im Gesundheitssystem, wie sie jetzt wahrscheinlich ist, einige Wachstumsprozente im GDP kostet. Man braucht kein/e ProphetIn zu sein, dass die Regierenden die „solidarische“ Finanzierung der Mehrkosten vor allem über Massensteuern und Kassenbeiträge einzutreiben versuchen werden.

Halbkolonien

Klar ist auch, dass die Gesundheitssysteme in den Halbkolonien noch um ein Vielfaches mehr von der Krise überfordert sind. Im Durchschnitt wurden dort im Gefolge der imperialistischen Nicht-Entwicklung bzw. der von den Verhältnissen am Weltmarkt geforderten Prioritäten nicht einmal 5 % des Nationaleinkommens in die Gesundheitssysteme investiert. Dahinter verbergen sich durchaus große Unterschiede im Grad der neo-kolonialen Vernachlässigung. In Bezug auf die ICUs z. B. hat Brasilien in etwa so viele Geräte wie Deutschland, bei einer fast dreimal so großen Bevölkerung – und natürlich nicht die Möglichkeiten zum Kapazitätsausbau, der in letzterem

zur Verfügung steht. Pakistan dagegen, mit auch weit über 200 Millionen EinwohnerInnen, steht mit gerade einmal 10 % der deutschen Kapazität der gerade stark ausbrechenden Epidemie hilflos gegenüber. In afrikanischen Ländern wie Uganda steht gerade einmal 1 % der deutschen Kapazität zur Verfügung. Natürlich spricht die Demographie dieser Länder für eine schnellere „Herdenimmunität“. Aber die dichtgedrängte Lebensweise in den Ballungszentren macht den raschen Anstieg der Infektionsraten sehr wahrscheinlich. Die geringe Kapazität der Gesundheitssysteme wird die Kurve der Epidemie-Entwicklung daher stark in den Bereich der „Herden-Immunitätsstrategie“ verschieben - mit wahrscheinlich Millionen von Toten. Aufgrund der sehr viel schärfer zu erwartenden Wirtschaftskrise im Gefolge wird dieses Gesundheitsproblem noch durch Unterernährung und weitere Seuchen (z. B. Tuberkulose) verschärft werden.

Die Corona-Gefahr bedroht also Millionen Menschenleben. Zugleich erweist sich das kapitalistische System als unfähig, der Pandemie Herr zu werden. Im Gegenteil. Sie wirkt selbst wie ein Katalysator auf die krisenhafte Entwicklung der Weltwirtschaft, mit der wir uns im 2. Teil des Artikels beschäftigen werden.