

WORKING PAPER

DIE TOTEN DER CORONAVIRUS PANDEMIE

EIN KRITISCHER BLICK AUF DIE MOR- TALITÄTSSTATISTIK

Juli 2020

DIE TOTEN DER CORONAVIRUS PANDEMIE - EIN KRITISCHER BLICK AUF DIE MORTALITÄTSSTATISTIK

Roland Herzog

ABSTRACT

Wie gefährlich ist das Sars CoV-2 Virus nun wirklich? Roland Herzog befasst sich mit der Tücke der Statistiken und untersucht die Krankheitsverläufe in Italien, Spanien, der Schweiz, Frankreich, Belgien, Grossbritannien, den USA und Lateinamerika. Insbesondere interessieren die Zusammenhänge zwischen Austeritätspolitik, Krisenmanagement und Mortalität.



Vorbemerkungen

Ganz offensichtlich sind wir alle vom Ausmass und den Auswirkungen der Pandemie im Gefolge eines neuartigen Coronavirus, definiert als Sars-CoV-2, überrascht worden. Pandemien wurden ab und zu vorausgesagt und Prognostizierungen einer alsbald anstehenden grösseren wirtschaftlichen Krise lassen sich spätestens ab 2016 vielstimmig nachweisen. Weder im Januar noch anfangs Februar dieses Jahres herrschte Alarmstimmung. Erst mit Erkrankungen in Italien sowie den beiden mit Tests bestätigten angeblich ersten Todesfällen in Europa am 24. Februar änderte sich die globale Stimmungslage. Als erstes meldeten sich die Börsenplätze. Ab Mitte Februar stürzten die Indices in schneller Folge mit Verlusten von bis zu 40 Prozent ab. In ganz Europa ging es gleichzeitig um eine die Eindämmung der Virenverbreitung. Versucht wurde, die Übertragungsketten zu unterbrechen, die Behörden verordneten Quarantänen, schlossen Schulen und Universitäten, schränkten die Mobilität ein, motivierten zur Abstandhaltung und beschlossen in Italien und Spanien den Shutdown aller wirtschaftlichen Aktivitäten, ausser den lebensnotwendigen. Eine teilweise weitgehende Ausgangssperre wurde verhängt und schliesslich sogar Grenzen zwischen Staaten wieder geschlossen.

Festzuhalten gilt es allerdings, dass sehr unterschiedliche Strategien von Expert*innen vorgeschlagen und dann von den Regierungen beschlossen wurden. Global gesehen erlebte dennoch beinahe die Hälfte der Menschheit Einschränkungen und Zwangsmassnahmen hinsichtlich Bewegungsfreiheit. Strassen, Plätze, Strände leerten sich, vermehrt werden Masken getragen, selbst ein kluger Philosoph wie Byung-Chul Han verstieg sich zur Äusserung, dass er es beinahe als „obszön“ empfinde, wenn er Leute ohne Masken sehe. Auf linker wie auf rechter Seite des politischen Spektrums kam es zu Verharmlosungen der Pandemie wie zum direkten Gegenteil, wonach möglichst schnell die drakonischen Massnahmen aus Hubei zu übernehmen seien. Die Realität liegt dann irgendwo dazwischen: praktisch keine Einschränkungen in Lukaschenkos Weissrussland oder auf der anderen Seite der „Govern“ in Katalonien, wo der rechtsnationalistische „President“ Torra, motiviert durch die unablässigen Bestrebungen einer Unabhängigkeit von Spanien, eine vollständige Abschottung Kataloniens durchsetzen wollte. Der Regierung gelang es jedoch nicht einmal, den ersten grösseren Ausbruch von Covid-19 in Igualada unter Kontrolle zu bringen.

In vielen Gegenden kam es zu sanitären Notständen und mit den beschlossenen Massnahmen verstärkten sich ökonomische Krisentendenzen, so dass spätestens seit März eine grosse Wirtschaftskrise mit immensen sozialen Verwerfungen über den ganzen Planeten rauscht. Der aktuelle Zeitabschnitt lässt sich als Grosse Zäsur bezeichnen, die wir alle hautnah miterleben.

Die neuartigen Coronaviren dürften in China bereits im November 2019 aufgetaucht sein und sich sehr schnell über den Planeten verbreitet haben. Allenfalls

lassen sie sich schon im Dezember in Frankreich nachweisen, sicherlich aber ab Mitte Januar in Thailand, in den USA (erster Todesfall am 6. Februar) und in weiteren Staaten Europas. Treffen aus einem Staat keine Meldungen über Erkrankungen und Todesfälle mit Covid-19 ein, dann lässt sich mit grösster Wahrscheinlichkeit behaupten, diese werden einfach ignoriert oder es bestehen keine Testmöglichkeiten. Lediglich abgelegene Territorien und die Antarktis als Kontinent wurden von diesen Viren bis anhin verschont. In der Statistik der Johns Hopkins University (JHU) werden zurzeit rund 170 Staaten mit Todesfällen aufgelistet. Auf der anderen Seite liess sich Covid-19 auf Inseln wie Island, Färöer oder auf der spanischen El Hierro relativ schnell eliminieren. Praktisch überall werden inzwischen Exitstrategien diskutiert und Lockerungsmassnahmen beschlossen. Die Unsicherheiten dabei sind indessen gross und vielfältige ökonomische Interessen machen sich immer stärker bemerkbar.

Über den genauen Ursprung dieses Coronavirus wird nach wie vor gestritten. Kaum glaubwürdig scheinen indessen die Unterstellungen eines Laborunfalls in Wuhan (vgl. dazu auch Der Spiegel, 9.5.20). Mikrobiologische Untersuchungen, insbesondere rückwirkende, werden weitere Erkenntnisse liefern. Auszugehen ist davon, dass sich neue Epizentren dieser Pandemie ergeben werden, und vermutlich wird es zu wiederholten Ausbrüchen von Covid-19 kommen.

Die vielen bestätigten Fälle (6,13 Mio. gemäss JHU am 31.5.) und die relativ hohe Zahl von Todesfällen 371'041 (dito) in wenigen Monaten - bei nun 2,6 Mio. Genesenen (dito) - verursachten eine weitreichende Verunsicherung und grosse Ängste. Zweifellos waren und sind intensive emotionale Verarbeitungen dieser tragischen Ereignisse notwendig, Prozesse, die bei vielen Familien noch nicht abgeschlossen sind.

Daneben liegen die Probleme jedoch bei der differenzierten Einschätzung dieser Pandemie, bei den Gründen für die sehr unterschiedlichen Ausprägungen (Infizierte, Erkrankte, Todesfälle), bei den ergriffenen oder notwendigen Massnahmen sowie bei den wirtschaftlichen und sozialen Folgen. Hinzu kommt, dass die sorgfältige Auswertung der vielen Informationen zu einer Pandemie geraume Zeit beansprucht. In etwas zwei Jahren lässt sich wohl eine fundierte Beurteilung vornehmen. Andererseits dürften die Qualität der jeweils erlassenen Massnahmen, Versäumnisse bei der Prävention und der Zustand des örtlichen Gesundheitssystems entscheidende Faktoren für die Bewältigung der Pandemie darstellen.

Rückblickend kann gesagt werden, dass bereits in China unnötig viel Zeit verloren ging bis gehandelt wurde. Schlimmer war es in Europa und den USA. Bereits im Januar konnte getestet werden und im Februar war bekannt, dass es statistisch gesehen, vor allem bei älteren Menschen zu vielen Todesfällen kommt. Fatal waren in Europa die teilweise fahrlässige Überschätzung der lokalen und nationalen Behandlungsmöglichkeiten in Spitälern, vor allem aber die Zustände in Altersheimen. Die Regierungen positionierten sich wohl unterschiedlich, reagierten jedoch sehr zögerlich und chaotisch, teilweise muss auch von erratischen und delirierenden Regierungsspitzen gesprochen werden. Nicht zu übersehen ist zu-

dem eine arrogante eurozentrische Haltung, die besagt: Wenn die Chinesen es schaffen, werden wir es wohl besser machen. Auf Trump, Johnson oder Bolsonaro soll hierbei nicht speziell eingegangen werden, denn deren Ignoranz und Arroganz ist augenfällig, schlimm ist allerdings, dass sie über eine beträchtliche Zahl von Anhänger*innen verfügen.

Ein gewisses Verständnis kann dafür aufgebracht werden, dass sich im Gefolge einer sich überstürzenden Informationsflut - bereits wird nicht nur von Fake News, sondern ebenfalls von „Infotoxiation“ geschrieben - und wegen einer nicht vorhandenen hominiden Immunität sowie höchst divergierender Meinungen und Haltungen grössere Verzögerungen für situationsadäquates Handeln ergeben mussten und unterschiedliche Strategien - auch in zeitlicher Hinsicht - verfolgt wurden. Doch regieren heisst voraussehen! Und damit kann eine Beurteilung der verschiedenen Massnahmen vorgenommen werden, was sich nicht zuletzt an unnötigen und vermeidbaren Erkrankungen sowie Todesfällen bemisst. Vor allem die hohen Prozentzahlen in Altersheimen resultieren aus Fahrlässigkeit.

Pandemiezentren verschieben sich. Von Asien ging es nach Europa und in die USA. Neue grosse Herde breiten sich in Lateinamerika und Afrika aus. Weil die dortigen Bevölkerungen deutlich jünger sind, ergeben sich vielleicht Abweichungen; dagegen wirken Armut, Hunger, schlechte Gesundheitsversorgung, viele unbehandelte Erkrankungen zweifellos verschärfend. In letzter Instanz dürften immer Zustand, Ausbau und Resilienz des Gesundheitswesens ausschlaggebend für die Zahl der Toten sein.

Fallstricke der Statistik

Doch wie präsentieren sich nun all diese Zahlen? Grosse Vorbehalte dürften gegenüber denjenigen, die China offiziell gemeldet hat, angebracht sein. Doch sieht es hier in Europa besser aus? Vorhanden ist ein ausserordentliches Chaos, die Meldungen sind häufig nicht homogen, Vergleiche sehr schwierig und viele offizielle Verlautbarungen vornehmlich Zahlenartefakte. Dies gilt auch für die eingangs erwähnten Zahlen. Wird beispielsweise auf PCR-Tests (Nachweis des Virus durch Polymerase-Kettenreaktion) abgestellt, dann ist wohl die Frage der Infizierung geklärt, ob aber diese ursächlich zum Tod geführt hat, ist eine andere Sache. Zudem hat sich herausgestellt, dass es eine beträchtliche Anzahl von Menschen gibt, die ohne eigene Symptome Viren übertragen können. Wenn wenig getestet wird, dann bleiben die Zahlen natürlich tief. Von daher sind detaillierte Informationen zu den verschiedenen Testverfahren unabdingbar. Bei den Todesfällen ist anzufügen, dass zunächst vornehmlich auf die Fälle in Spitälern oder durch Ärztemeldungen abgestellt wurde. Häufig werden die Todesursachen jedoch nicht genau abgeklärt und irgendetwas in die Meldung hineingeschrieben. In Barcelona beispielsweise wurden während mehreren Wochen wegen Personal-mangel nur Personalien und Todeszeit erfasst. Die Todesfallzahlen dürften also teilweise zu tief ausfallen.

Akzeptiert ist generell, dass die Zahl der Infizierten sehr viel höher ist, als sich dies in den publizierten Zahlen ablesen lässt. Erste breitere Abklärungen in Spanien

zeigen, dass bei 228.691 Infizierten mit Bestätigung durch PCR-Tests nur etwa ein Zehntel der effektiv infizierten Personen erfasst wird. Die vorläufigen Untersuchungsergebnisse weisen bei beträchtlicher Streuung darauf hin, dass erst etwa fünf Prozent der Bevölkerung, also rund 2,5 Millionen Menschen, infiziert sind (El País 14.5.2020). Die Immunität soll jedoch auf einem sehr hohen Niveau liegen.

Die Übersterblichkeit – das Schlüsselproblem

Um mit diesen vielen Probleme umzugehen, empfiehlt es sich, auf Überlegungen und Statistiken der sogenannten Übersterblichkeit zurückzugreifen. Die Coronaviren werden übertragen und zirkulieren, Erkrankungen ergeben sich später. Diese verlaufen sehr unterschiedlich. Häufig sind sie als leicht zu bezeichnen, vergleichbar mit einer saisonalen Grippe. Bei grösseren Beeinträchtigungen erfolgt ein Arztbesuch, allenfalls eine sofortige oder spätere Hospitalisierung. Wenn keine Testmöglichkeiten oder keine Spitalbetten vorhanden sind, dann wird in die Hausquarantäne entlassen, meist ohne weitere Unterstützung sicherzustellen. Todesfälle folgen nach längeren Krankheitsphasen, häufig aber auch innerhalb einer sehr kurzen Zeitspanne, sei dies in Spitälern, in Altersheimen oder zu Hause. Immerhin gibt es Überlebende in sehr hohem Alter oder nach vielen Wochen auf einer Intensivstation. Von daher sind die Aufzeichnungen in den Spitälern für eine vollständige Pandemieeinschätzung wichtigste Grundlage, doch deren Auswertung und Aggregation benötigt viel Zeit.

In unseren Breitengraden werden die Todesfälle mit Ausnahmen (in erster Linie Flüchtende im Mittelmeer und an der Atlantikküste oder in Camps sowie aus ungeklärten Gründen Verschwundene) unmittelbar und vollständig erfasst. Weil Staaten immer auch eine Biopolitik verfolgen, wird die Bevölkerungsstatistik seit langem sehr ernsthaft betrieben. Foucault analysierte dies überzeugend. Geburtenzahlen und Todesfälle (sogar sehr differenziert nach einem Manual für Todesursachen) werden akribisch registriert; obwohl keine 100%ige Sicherheit vorliegt, sind die Zahlen in den sogenannten entwickelten Staaten doch ziemlich verlässlich.

Mit den erfassten Todesfällen kann nun eine Verlaufskurve der zu erwartenden Zahlen errechnet werden. Die Methodik ist zwar verschieden, doch auf der Grundlage von zehn Jahren und unter wöchentlicher Aufbereitung (die tägliche Erfassung ist weniger zuverlässig, weil Meldungen immer wieder Verspätungen haben oder nicht ganz korrekt sind) kann diese Kurve mit einer Bandbreite nach unten und oben den Erwartungsbereich für die jeweilige Kalenderwoche, den ganzen Monat sowie den Verlauf über ein Jahr darlegen. Wenn sich nun aussergewöhnliche Vorfälle ereignen, die zu mehr Todesfällen führen, sei dies eine Epidemie, eine grössere Grippe- oder Hitzewelle, dann lassen sich Ausschläge über die obere Bandbreite hinaus Woche für Woche feststellen. Auf diese Weise kann also relativ einfach eine etwas verlässlichere Einschätzung vorgenommen werden.

Welche Zwischenresultate liegen vor? Davon muss die Rede sein, weil in den meisten Staaten noch bis weit in den Monat März hinein keine Übersterblichkeit vorlag, differenzierte Zahlen fehlten und der Höhepunkt der Pandemie noch nicht

überall überschritten worden ist. Zudem ist davon auszugehen, dass diese Pandemie mit grosser Wahrscheinlichkeit noch weiteren Wellen schlägt.

Für Europa sind die gesamtstaatlichen Zahlen aus 20 Ländern seit anfangs 2015 vergleichend aufbereitet. Es handelt sich um die EuroMOMO-Statistik (European Mortality Monitoring). Darin lässt sich für jede Woche ablesen, wie hoch die Übersterblichkeit (sog. z-score) als Abweichung von der Baseline, also den erwarteten Todesfällen, ausfällt.

Bis zum Ende der 20. Woche zeigen sich folgende Bilder: Mit den Zahlen der teilnehmenden Staaten ergaben sich in den Jahren 2017 (Peak 2. Woche), 2018 (Peaks 1. und 9./10. Woche), 2019 (Peak 6. Woche) und natürlich 2020 beachtliche Ausschläge mit Übersterblichkeit. Der Peak 2020 war mit 89'251 Todesfällen in der 14. Woche des laufenden Jahres erreicht. Er lag mit 34'255 Todesfällen oder 62% über dem, was statistisch zu erwarten war. Damit fiel dieser Höchstwert um 18'556 Todesfälle höher aus als der Peak 2017, bzw. um gut 27'000 höher als im Vergleich zu 2019.

Auch in den Alterskohorten 15-64 und 65+ liegen im 2020 höhere Werte vor. Bei den über 65jährigen ergibt sich eine Differenz von 31'461 effektiven Todesfällen gegenüber den erwarteten; der absolute Wert in der 14. Woche beträgt 78'737. Die gesamte Übersterblichkeit der rapportierenden Staaten wird für die 20. Woche mit 194'378 zusätzlich Verstorbenen summiert – 88'971 mehr als im Jahre 2018. Bei der Kohorte 65+ beträgt die kumulierten Zahlen 175'814 Todesfälle oder 90,45% der gesamten Übersterblichkeit, bei der Kohorte 85+ sind es 92'759 oder knapp 47%.

Wird der Blick auf die einzelnen Staaten gerichtet, weisen Österreich, Dänemark, Estland, Deutschland (nur Berlin und Hessen), Finnland, Griechenland, Luxemburg, Malta, Norwegen und Ungarn bis anhin keine oder eine tiefe Übersterblichkeiten auf. Portugal und Irland erreichten moderate Übersterblichkeiten. In Belgien, Frankreich, Italien, Niederlande, Spanien, Schweden, Schweiz und England/Schottland/Wales hingegen ergeben sich beträchtliche, d.h. sehr hohe oder extrem hohe Übersterblichkeiten. Die relativ höchste Abweichung von der Baseline meldeten England gefolgt von Spanien. Den Peak in der 14. Kalenderwoche erreichten Belgien, Niederlande, Schweiz, Spanien; in der 15. Schweden und England, wobei dort (und nicht in Grossbritannien) in der 20. Woche immer noch ein hoher Werte ablesbar ist: Der Wert für die Masseinheit z-score verringerte sich allerdings von 41.55 auf 8.79.

Neben England weisen in der 20. Woche nur noch Belgien, Schottland und Schweden eine tiefe oder moderate Übersterblichkeit auf. In einer Mehrzahl der beteiligten Staaten werden bereits Untersterblichkeiten gemeldet, doch gilt es zu bedenken, dass die aktuellsten Wochen immer mit etwas Meldeunsicherheit behaftet sind.

Gesamtstaatliche Zahlen geben freilich einen schlechten Überblick, wenn regi-

onale Herde sehr ausgeprägt sind oder nicht spezifisch berücksichtigt werden können. Dann bleiben aber immer noch lokale Informationen wie beispielsweise aus Bergamo in Italien, Igualada in Spanien oder Guayaquil in Ecuador oder auch aus einigen Gemeinden im Tessin. Die üblichen lokalen Todesfälle sind an vielen Orten deutlich übertroffen worden, ohne dass dies in den zusammenfassenden Statistiken genügend zum Ausdruck kommt. Den besten Aufschluss würden die Gemeindezahlen, verbunden mit dem Ort des Todes und den validierten Todesursachen, ergeben.

Nachfolgend wird die Übersterblichkeit in verschiedenen Staaten mit den einfach verfügbaren Unterlagen konkreter dargestellt.

Italien

Zuständig ist das Ministerio della Salute, die Zahlen werden vom Istituto Nazionale di Statistica (Istat) geliefert. Für die erwarteten Todesfälle wird auf die letzten fünf Jahre abgestellt. Unterdessen ist der siebte Bericht erschienen. Abgedeckt wird damit der Zeitraum bis zum 2. Mai. Die Zahlen beziehen sich bis auf den 28. April. Dargelegt werden die grössten 19 Städte. Die Übersterblichkeit in diesen ist im Norden mit 71% klar stärker ausgeprägt als im Süden mit lediglich 9%.

An der Spitze liegt Brescia mit einer Übersterblichkeit von bereits 62 Tagen und 172%, gefolgt von Aosta (128%) und Milano (100%). Die Prozentzahlen sinken nun, weil die Übersterblichkeit über eine längere Dauer läuft.

Unter Einbezug der 10 wichtigsten Städte im Norden wird klar ersichtlich, dass der Anstieg im März sehr stark war und im Wochenvergleich in der ersten Aprilwoche einen Wert von etwa 280% erreicht hat und nun wieder ähnlich steil abfällt, ohne jedoch bereits die obere Begrenzung der erwarteten Bandbreite zu erreichen. Wird differenziert nach drei Alterskohorten (65-74, 75-85 und 85+), zeigt sich ein vergleichbares Bild, auch wenn selbstverständlich die Prozentzahlen deutlich tiefer ausfallen: ca. 30%, ca. 90% und bei den Ältesten knapp 150%. Lediglich bei der Kohorte 65-74 ist die Wochenkurve wieder in den Bereich der oberen Bandbreite zurückgefallen. Im Süden liegt zwar ebenfalls eine Übersterblichkeit vor, doch diese verlässt nur in einigen wenigen Wochen die obere Bandbreite.

Wird die kumulierte Übersterblichkeit im Norden und Süden verglichen, dann sind die Differenzen gross. Im Norden liegt diese bei den 15-64jährigen aber immer noch bei etwa 30%, bei den über 85jährigen beläuft sie sich auf etwa 90%; im Süden erreicht lediglich Bari mehr als 40%; bei der Kohorte 85+ sind es wieder etwas weniger als 20% und als Anomalie kann gelten, dass die Übersterblichkeit bei den 65-74jährigen ähnlich tief ausfällt wie bei den 15-64jährigen.

In absoluten Zahlen sind in Milano in den ersten 63 Tagen der Übersterblichkeit 4'089 Menschen verstorben und damit 2'045 mehr als die erwarteten 2'044. In Torino sind es in 69 Tage 2'583 statt 1'622 und in Rom in 59 Tagen 4'322 statt 4'033, mithin ergibt dies für die Hauptstadt eine Übersterblichkeit von lediglich 7%.

Interessant sind für Italien die Angaben zum Todesort. Unterschieden wird in und ausserhalb von Spitälern. Offensichtlich existieren für den Süden wie für den Norden diesbezügliche Erwartungslinien. Es ergibt sich, dass die Übersterblichkeit im Süden ausserhalb der Spitäler etwas stärker ausgeprägt ist als in den Spitälern. Hingegen sind es im Norden ganz klar die Spitäler, in denen sich die Übersterblichkeit ereignet, ebenfalls stark ansteigend und auf dem Höhepunkt pro Tag mit rund 100 Todesfällen mehr als erwartet. Ausserhalb der Spitäler waren es auf dem Maximum rund 25 zusätzliche Todesfälle. Per Ende April liegt immer noch Übersterblichkeit vor (diese Zahlen beziehen sich allerdings nur auf 13 Städte.)

Anfangs Mai wurden die Todesfälle, aufgeschlüsselt nach Gemeinden, publiziert. Mit zwei Gemeinden soll das Ausmass der eklatanten Übersterblichkeit exemplifiziert werden. Für Bergamo liegt die erwartete Sterblichkeit im März bei etwa 128 Todesfällen. In diesem Jahr waren es hingegen effektiv 670, also rund fünf Mal mehr als üblich. Damit ergibt sich für Bergamo mit rund 120'000 Einwohner*innen allein im März mit der auf 100'000 Personen berechneten Bezugszahl ein sehr hoher Stand von 558 Todesfällen. In Brembate di Sopra bei Bergamo ereignen sich im März üblicherweise 7-10 Todesfälle. Im März 2020 verzeichnete diese Gemeinde jedoch dramatische 84, also etwa 10 Mal mehr als sonst!

Werden Provinzen im Monat März verglichen, dann liegt ebenfalls Bergamo mit einer Erhöhung gegenüber der Periode 2015-2019 von 567,6% deutlich voraus. Anschliessend reihen sich Cremona 391,8%, Lodi 370,6%, Brescia 290,6%, Piacenza 264,0% und Parma 208,4% ein.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass per Ende April die Übersterblichkeit noch nicht weggefallen ist; in den nördlichen Regionen fiel sie sehr viel höher aus als im Süden; teilweise war sie unglaublich hoch; hervorzuheben wären die Differenzen zwischen Männern (höher) und Frauen sowie die Tatsache, dass das Sterben im Gefolge der Pandemie vornehmlich in den Spitälern stattfand. Von Wo14. bis Wo20 reduzierte sich z-score von 16.92 auf 1.04.

Die offiziellen Zahlen zu Covid-19 werden vom Ministerio de Salute am 14. Mai mit 223'096 mit Test bestätigte Infizierten angegeben, davon galten 115'288 als Genesene und 76'440 damals aktuell positiv sowie 31'368 als verstorben. Davon waren rund 95% älter als 60 Jahre. Etwa 64'000 Personen befanden sich zu Hause in Isolation und 855 auf Intensivstationen. Auf Ende Mai werden 292'937 bestätigte Fälle, 157'507 Genesene sowie 33'415 an Covid-19 Verstorbene aufgelistet (JHU, 31.5.20).

Bereits früh im März wurde Norditalien, von Venedig über Mailand bis Turin, hart getroffen. Mit den ersten Todesopfern im Februar wurden 10 Gemeinden abgeschlossen und 50'000 Menschen aufgefordert, zu Hause zu bleiben. Am 8. März wurden 13 Provinzen des Nordens abgeriegelt und am 9. März ganz Italien zur Sperrzone erklärt. Vieles wurde geschlossen, doch der Shutdown war keineswegs vollständig. Bekannt ist z.B. aus Bergamo, dass in der dortigen Industrie trotz Status als „zona rossa“ gearbeitet wurde.

Ab 4. Mai gab es Lockerungsmassnahmen, und es soll zudem eine App zur Anwendung kommen, die schnell anzeigt, ob sich jemand in der Nähe von Virusinfizierten aufgehalten hat. Per Ende Mai ist die Regierung der Ansicht, es gebe hinsichtlich Covid-19 keine kritische Situation mehr, sodass am 3. Juni wieder vollständige Mobilität in Italien, aber auch ins Ausland möglich ist.

Spanien

In Spanien werden jede Woche die aktuellsten Übersterblichkeitsdaten veröffentlicht. Die hier angeführten Zahlen beziehen sich auf den Zeitraum bis zum 26.5.2020. Erstellt wird dieser Bericht vom „Instituto de Salud Carlos III“ (ISCIII), einer öffentlichen Forschungsstelle, die auch die Zahlen für die MOMO-Statistik aufbereitet.

Für ganz Spanien gilt eine Übersterblichkeit (über der oberen Bandlinie der Erwartungen) vom 13. März bis 22. Mai. Es handelt sich um einen steilen Anstieg und einen steilen Abstieg. Für diese Periode liegt die berechnete Übersterblichkeit (Abweichung von der Basislinie) insgesamt bei 55,3%. Bei den Menschen unter 65 Jahren sind es 19,6% (leicht steigend), Kohorte 65-74 45,8% (sinkend), über 75 Jahren 63,1% (sinkend). Die erwartete Sterblichkeit liegt gemäss den Zahlen aus den letzten fünf Jahren bei 77'817, effektiv aber waren es in diesem Jahr 120'851. Damit ergibt sich in absoluten Zahlen eine Übersterblichkeit von 43'034 Todesfällen in lediglich gut zwei Monaten. Davon entfallen 35'539 oder 82,6% auf Menschen mit über 75 Jahren. Als bestätigte Covid-19-Todesfälle werden bis anhin lediglich etwas mehr als 27'000 aufgeführt. Damit ist davon auszugehen, dass eine massive Unterschätzung der direkt und indirekt durch Sars-CoV-2 verursachten Todesfälle vorliegt. Zweifellos hängt diese mit den vielen Verstorbenen in den Altersheimen zusammen.

In der Ausdifferenzierung der „Comunidades autonomas“ sind die Perioden teilweise kürzer. Beispielsweise ergab sich für Andalusien lediglich eine Übersterblichkeit vom 20. März bis zum 17. April; Übersterblichkeiten nur bis Ende April hatten auch noch Aragón, Asturias, Castilla La Mancha, Galizien, Navarra und das Baskenland.

Interessant ist der grösste Virencluster in Spanien, Madrid, wo die Übersterblichkeit am 10. März begann und per 28. April wieder auf die Erwartungskurve zurückfiel. In dieser Zeit liegt eine Übersterblichkeit von 203%, bei den Männern sogar von 211,1% vor. Die Übersterblichkeit fiel anschliessend jedoch nicht weg, sondern bewegte sich im Bereich der oberen Grenze, sodass für Madrid die Übersterblichkeit bis zum 25. Mai (also bis Berichtsende) andauert; die Übersterblichkeit beträgt über den gesamten Zeitraum allerdings nur noch 161,8%. Katalonien erreichte per 23. Mai 95,7%, übertroffen von Castilla y Leon (113,6%; Übersterblichkeit bis 7. Mai), Navarra 136,8% (bis 18. April), Castilla-La Mancha (206% bis 30. April). Tiefe Übersterblichkeiten ergaben sich in Galizien (22,9%), Valencia (19,5%), Murcia (15,4%), Balearen (13,6%) und auf den Kanarischen Inseln (6,9%).

In Spanien existiert ebenfalls ein gehöriges Problem mit den offiziellen Zahlen

für Covid-19. Unbestritten ist, dass die Infektionen viel zu tief ausgewiesen werden. Die Erfassung der Todesfälle war und ist problematisch, es erfolgen immer wieder Korrekturen. Die offiziellen Zahlen vermerken per 27. Mai 236'769 positiv PCR-Getestete und 27'118 Todesfälle. Davon waren rund 95% älter als 60 Jahre. Etwa 150'000 Menschen seien wieder genesen. Die Zahl der neu getesteten Infizierten fiel vom Tageshöchststand von 9'222 Ende März auf deutlich unter 1'000 und die vermeldeten Todesfälle sanken von täglich bis zu 950 auf unter 100.

Die täglichen Todesfallzahlen befinden sich damit wieder sehr nahe bei den erwarteten Werten. Eine erste Abriegelung um Igualada erfasste 70'000 Personen und begann am 12. März. Die Mobilitätseinschränkungen, die Schliessungen zuerst der Schulen, Universitäten, dann der tertiären Dienstleistungen sowie schliesslich ab dem 14. März (mit Beschluss eines Alarmzustandes) der gesamten Produktion mit Ausnahme der lebensnotwendigen Bereiche haben gewirkt und ein Zusammenbruch des Gesundheitswesens konnte abgewendet werden. In Spanien wurde eine weitgehende Quarantäne für alle Menschen erlassen. Es war faktisch nur erlaubt, Lebensmitteleinkäufe zu machen; Apotheken, Bäckereien, Metzgereien, Fischgeschäfte, Zeitungskioske und Tabakwarengeschäfte konnten geöffnet bleiben. Alle Produktionsbetriebe mussten heruntergefahren werden und blieben bis zum 13. April geschlossen. Nachdem erste Lockerungen für Arbeitende beschlossen waren, durften Kinder am 26. April zum ersten Mal nach 43 Tagen (!) kurz und in Begleitung Erwachsener spazieren gehen. Weitere abgestufte Lockerungen begannen am 2. bzw. am 4. Mai. Verfolgt wird jetzt ein Phasenmodell mit vier Stufen, das mit Auflagen versehen ist, um von einer Phase zur nächsthöheren mit weniger Beschränkungen aufzusteigen. Der Alarmzustand wird im Juni aufgehoben.

Schweiz (und Lichtenstein)

In der Schweiz erfasst das Bundesamt für Statistik (BFS) die Zahlen. Der erste Nachweis von Coronaviren fällt in den Monat Februar. Das Bundesamt für Gesundheit (BAG) publiziert zusammenfassende Ergebnisse zu Covid-19 und auch zur Übersterblichkeit. Die Zahlen werden wöchentlich aufbereitet und differenziert werden die Alterskohorten 0-65 und 65+. Die erwarteten Todesfallzahlen basieren auf den letzten 5 Jahren.

Es zeigt sich, dass in der Kategorie 0-65 erst ab der 12. Woche (endend am 22.3.) die Erwartungslinie übertroffen wird. Die obere Bandbreite wird hingegen in all diesen Wochen nicht überschritten, was auch per 17.5. gilt: effektive wöchentliche Todesfälle 178, obere Grenze des Erwartungsbandes 191, erwartete Todesfälle 158.

Anders sehen die Zahlen bei 65+ aus. Bis zum 8.3. liegen die Wochenzahlen immer unter dem erwarteten Wert. In der Woche bis zum 15.3. gibt es erstmals eine kleine Überschreitung. Dann beginnt ein steiler Anstieg. Per 22.3 wird die obere Bandbreite bereits deutlich übertroffen (1'316 statt 1'289). Dieser Trend setzt sich in den nächsten Wochen akzentuierter fort: per 29.3. 1'394 gegenüber 1'263, per 5.4. 1'657 zu 1'240, per 12.4. 1'428 zu 1'219, per 19.4. 1'364 zu 1'198 und per 26.4. 1'178 zu 1'180. Damit ergeben sich ansteigende und dann wieder fallende

Prozentwerte von 1,4%, 10,4%, 33,6%, 17,1%, 13,9% über der oberen Grenze des Erwartungsbandes sowie per 26.4 mit -0,2% leicht darunter, bzw. von 9,8%, 18,6% zu 43,7%, und anschliessend 26,0%, 22,7% und 7,6% über dem wöchentlichen Kurvenwert der erwarteten Todesfälle. In der ersten Maiwoche wurde die obere Grenze nicht mehr überschritten und in den nächsten zwei bewegen sich die effektiven Todesfälle sogar unter dem Wert für die erwarteten.

Bestätigt ist damit, dass in der Schweiz spätestens seit der Woche vom 22.3. eine partiell signifikante Übersterblichkeit zu verzeichnen ist. Zu berücksichtigen gilt es allerdings, dass es sich um gesamtschweizerische Zahlen handelt. Diese Übersterblichkeit geht mit der Woche vom 12.4. bereits wieder zurück und im Mai bewegen sich die Zahlen im Bereich der Bandbreite. Interessant ist jedoch per 17. Mai, dass bei der Kohorte 0-64 ein Wert über der Erwartungslinie ausgewiesen wird, bei 65+ liegen für diese Woche die 974 Todesfälle nur knapp über der unteren Grenze (969).

Das BfS hat aber auch noch detailliertere Zahlen veröffentlicht. Im Vergleich der Werte seit 2015, aufgeschlüsselt nach Kantonen und Altersgruppen, zeigt sich per 15. Kalenderwoche oder per 12. April augenfällig Folgendes: gesamtschweizerisch eine höhere Sterblichkeit ab der 12. Woche. Doch die Wochenzahlen sind nicht einsame Spitzenwerte, sondern wurden auch in der grösseren Grippeepidemie anfangs 2017 erreicht oder sogar übertroffen. Das Gleiche gilt für die Alterskohorten 65+, obwohl der Spitzenwert aus diesem Jahr von 409 Todesfällen (Kohorte 65-79) noch nie erreicht worden ist. Dagegen liegt der Höchstwert von 2020 für die Kohorte 80+ mit 1'191 leicht unter dem Wert von anfangs 2017 mit 1'202 Verstorbenen. Die Kantone Zürich und Bern zeigen ebenfalls keine aussergewöhnlichen Werte. Etwas anders sieht es im Kanton Waadt aus: Insgesamt liegen die Werte leicht höher, insbesondere die 14. Woche ergibt mit 185 Todesfällen eine klare Differenz zum Höchstwert aus den vorangegangenen Jahren (156). In den Kohorten 65+ sind diese Differenzen noch etwas grösser. Der Kanton Tessin erlebte jedoch schlimmere Wochen. Ab der 12. Woche wurde insgesamt die Hunderterschwelle (Höchstwert 14. Woche mit 145 Todesfällen) übertroffen. Bei der Kohorte 65-79 sind die Werte seit der 11. Woche und bis zur 14. deutlich höher als sonst. Ausgeprägter gilt dies für die über Achtzigjährigen. In der elften Woche wurden bereits 63 Todesfälle gemeldet, in der 14. sogar 106 und in der 15. immer noch 82, wohingegen in früheren Jahren der Höchstwert lediglich einmal bei 67 Todesfällen lag.

Damit ergibt sich als Zusammenfassung, dass in der Schweiz eine Übersterblichkeit zu vermerken ist. Diese ist im Vergleich zu den letzten 5 Jahren während sechs Wochen bei der Altersgruppe über 65 Jahren wohl vorhanden, im Vergleich zu den Höchstwerten in den letzten fünf Jahren klein, jedoch vor allem im Tessin bei den sehr alten Personen stärker ausfallend. Im Tessin ist anfangs Mai die Basislinie wieder erreicht und nur noch im Genferseegebiet wird bei den über 65jährigen die obere Bandbreite überschritten. Doch per 10.5. ist dies nicht mehr der Fall. Insgesamt liegt für den Zeitraum vom 22. März bis zum 17. Mai die Übersterblichkeit bei 1'479 Todesfällen, davon 1'375 bei den über 65jährigen. Werden die

offiziell ausgewiesenen Todesfälle subtrahiert, dann ergeben sich negative Zahlen. Von daher könnte davon ausgegangen werden, dass die Testbestätigung eben auch andere Todesursachen einschliesst oder dass die sonstigen Todesfälle kleiner ausgefallen sind.

In der Schweiz gab es keine Ausgangssperre. Mit der Einstufung einer „ausserordentlichen Lage“ gemäss Epidemiegesetz konnte der Bundesrat jedoch überall geltende Massnahmen erlassen. Diese erstreckten sich ab 18. März auf die Schliessung der Schulen, Universitäten, Museen, Restaurants und Bars, Unterhaltungs- und Freizeitbetriebe, Läden mit Ausnahme der Lebensmittelversorgung sowie Dienstleistungsbetriebe, die wie Coiffuresalons einen engen persönlichen Kontakt bedingen. Eingeschränkt wurde der öffentliche Verkehr und die Grenzen vermehrt kontrolliert sowie Versammlungsverbote erlassen. Gesetzt wurde auf die Motivierung der Bevölkerung zu Hygienemassnahmen und Abstand halten (social distancing), aufgefordert wurde, zu Hause zu bleiben und wenn immer möglich von zu Hause her zu arbeiten. Nur punktuell kam es daneben zu Produktionsstopps. Die erlassenen Massnahmen werden seit dem 27. April etappenweise gelockert. Ein nächster Schritt steht am 6. Juni an. Politische Kundgebungen und Veranstaltungen mit bis zu 300 Personen sind dann wieder möglich und der überobligatorische Unterricht setzt wieder ein.

Mit diesem Vorgehen gelang es, die Virenausbreitung zu verlangsamen und mit grösster Wahrscheinlichkeit die Zahl der Todesfälle einzudämmen, obwohl diese im Vergleich zu benachbarten Staaten relativ hoch ausfallen. Trotz eines gesamtschweizerischen Pandemieplanes wurden die darin geforderten Pflichtlager an Masken und weiteres Schutzmaterial sträflich vernachlässigt. Auch deshalb dürfte es zu höheren Zahlen bei Erkrankungen und Todesfälle gekommen sein.

Mit der in der Schweiz ebenfalls üblichen Zahlenakrobatik und Zahlenartefakten wird festgehalten, dass per 28. Mai kumuliert 30'796 laborbestätigte Fälle von mit Sars-CoV-2 infizierten Menschen vorliegen, davon starben gemäss BAG 1'655 (zum Vergleich JHU per 31.5.2020: 30'862 bestätigte Fälle, 28'400 Genesene, 1'920 Verstorbene). Etwa 97% davon litten an mindestens einer Vorerkrankung. Der Altersmedian lag bei 84 Jahren. Es starben sehr viel mehr Männer (960) als Frauen (695), und die Inzidenz bei Personen unter 60 Jahren war sehr klein (BAG). Dies bedeutet, dass 97% der Verstorbenen über 60 Jahre alt waren.

Die Bettenkapazitäten in den Spitälern wurden nicht überschritten und in den Intensivabteilungen kam es zu keinem Kollaps. Allerdings wird von vielen turbulenten Situationen berichtet. Werden die Zahlen auf 100'000 Personen umgerechnet, dann ergeben sich 360 Infektionen, im Kanton Tessin liegt das Niveau sogar bei 900. Hierbei handelt es sich also um relativ hohe Werte. Die auf gleicher Basis errechneten Todesfälle ergibt mindestens 19 Tote. Dieser Wert liegt unter denjenigen aus Belgien, Italien oder Spanien, andererseits aber auch höher als derjenige aus Deutschland. Der Anteil der Verstorbenen an den Fällen beträgt mehr als 5% (europaweit etwa 10%, Deutschland 3,8%). Getestet wurden 385'822 Personen, was etwa 4.500 Tests pro 100'000 Bewohner ergibt; 10% der Tests fielen positiv

aus. In Spitälern behandelt wurden knapp 4'000 Menschen (BAG 28.5.2020). Die Reproduktionszahl der Coronaviren sei relativ schnell gesunken und wird Anfangs Mai bei etwa 0,7 eingeschätzt. Doch dieses Mass ist viel zu ungenau. Viel wichtiger wäre es die genetischen Differenzen von Virenproben zu untersuchen, um herauszufinden, wie die Verbreitung genau vor sich ging, und warum einzelne Stränge sich nur wenig reproduziert haben, andere jedoch gleichsam explodiert sind (vgl. dazu die Arbeiten von Sarah Nadeau, ETH Zürich oder Trevor Bedford University of Washington in Seattle). Doch diese Untersuchungen benötigen einiges an Zeit.

Die quantitative Ebene bringt somit klare Erkenntnisse, aber keineswegs extrem dramatische. Dennoch bedeutet jeder Todesfall mit Covid-19 für die Angehörigen ein schwerer Verlust. Genauer zu betrachten wären die Infektionen in Spitälern und Altersheimen, Spitalversorgung und Erkrankungsverläufe sowie die grosse Bedeutung der verschiedenen Vorerkrankungen.

Frankreich

In Frankreich ist Insee (L'institut national de la statistique et des études économiques) für die Datenerhebung zuständig. Die Daten werden wegen der Pandemie jetzt täglich erfasst. Es existiert der Vergleich zwischen 2018, 2019 und 2020. Für Gesamtfrankreich lag die Sterblichkeit im März höher als 2019, jedoch immer noch tiefer als 2018. Im April begannen die 2020er-Werte auch diejenigen aus dem Jahr 2018 zu übersteigen. Es ergibt sich eine markante Übersterblichkeit. Per 29. April sind die täglichen Todesfallzahlen wieder auf die Niveaus von 2018 und 2019 zurückgefallen und liegen bis zum 4. Mai nun unter den beiden Vorjahren. Werden jedoch regionale Zahlen oder Departementszahlen herangezogen, zeigt sich im Vergleich zu 2019 ein anderes, akzentuierteres Bild. Hier liegen spezifische „surmortalités“ vor. Regional gesehen bedeutet dies per 4.5. im Vergleich zu 2019 für Ile de France +83%, Grand Est +49%, Bourgogne-Franche-Comté +22% und Hauts-de-France +23%.

Ebenfalls per 4. Mai liegen drei Departemente über 100% gegenüber dem Vorjahr: Seine-Saint-Denis (117%), Haut-Rhin (108%) und Hauts-de-Seine (107%); im Val de Marne reduzierte sich die Übersterblichkeit vom 20. April (104%) bis zum 4. Mai auf 88%. Acht weitere Departemente etablieren sich zwischen 50% und 100%. (Hier handelt es sich um den Vergleich mit 2019, derjenige mit 2018 ergibt tiefere Prozentzahlen!).

Werden jedoch alle Departemente einbezogen, dann bestehen bei 22 keine Erhöhungen gegenüber 2019 und bei 30 liegen sie unter 10%. Insofern sind die regionale Ausprägungen sehr konturiert. Hohe Übersterblichkeit besteht in und um Paris sowie an der Grenze zu Deutschland.

Die Übersterblichkeit liegt in der Alterskohorte 65-74 Jahre bei den Männern bei +16,5% und bei den Frauen +20,8%, bei der Kohorte 75-84 +22,3% respektive +29,2% sowie 85+ Männer: +25,3%, Frauen: +30,5%. In der Region Ile de France stieg die Übersterblichkeit bei allen Männern um +86%, bei den Frauen um +80.

Dies bedeutet wohl, dass bei den zwei ältesten Kohorten noch höhere Prozentsätze erreicht werden. Aussagekräftig ist zudem, dass während der erwähnten Periode in diesem Jahr 49% mehr Personen in Altersheimen verstarben als 2019.

Die neuesten Zahlen umfassen die Periode 1. bis 18. Mai. Für ganz Frankreich ist die Übersterblichkeit weggefallen, die Todesfallzahlen liegen nun sogar leicht unterhalb der beiden Vorjahre. Übersterblichkeit im Vergleich zu 2019 gibt es dagegen immer noch in den Departementen: An der Spitze befinden sich Jura (+35%) und Hautes-Alpes (+20%), gefolgt von sieben Departementen mit zwischen 10% und 20% mehr Todesfällen gegenüber dem Vorjahr.

Per 31. Mai wird von 189'000 Infizierten und 28'805 Todesfällen sowie rund 68'000 Genesenen ausgegangen (JHU 31.5.2020). Vom 1. März bis zum 12. Mai waren 89% der Verstorbenen älter als 65 Jahre (fr.statista.com). Festgehalten wird, dass seit Pandemiebeginn bis zum 27.5. 101'017 Personen hospitalisiert wurden, davon 17'839 in Intensivstationen. Von den 28'596 Todesfällen verstarben 18'260 Personen in Spitälern.

Ab 16. März wurden Kitas, Schulen und Universitäten geschlossen. Bereits fünf Tag zuvor waren Besuche in Altersheimen nicht mehr möglich. Am 17. März trat eine partielle Ausgangssperre in Kraft, die bis zum 11. Mai dauerte. Die Arbeitnehmenden benötigten für den Weg zum Arbeitsplatz eine Bescheinigung des Arbeitgebers. Die Geschäfte mussten schliessen, mit Ausnahme derjenigen, die für den Lebensunterhalt unabdingbar sind.

Die Ausgangsbeschränkungen wurden per 11.5. gelockert. Doch der „Etat d'urgence“ wird bis zum 10. Juli verlängert, obwohl per 2.6. weitgehende Normalität umgesetzt werden wird. Sehr umstritten ist allerdings die Tracing-App „StopCovid“.

Belgien

In den Medien wird Belgien häufig erwähnt, weil sehr hohe Todesfallzahlen vorliegen. Dies gilt sowohl für den Bezug auf die Gesamtbevölkerung wie hinsichtlich der erfassten Erkrankungsfälle. Es scheint allerdings, dass in Belgien Erkrankungen und Todesfälle relativ gut abgeklärt werden. Zuständig für die Aufbereitung ist das „institut belge de santé Sciensano“ (Bulletins vom 15. und 30. Mai 2020).

Die Übersterblichkeit als Vergleich mit den letzten fünf Jahren setzte in der 12. Kalenderwoche mit zwei Tagen ein. Ab der 13. Woche (beginnend mit dem 23. März) stieg sie stark an, erreichte in der Woche vom 6.4. den Höhepunkt mit 95,2% und fiel drei Wochen später auf rund 11% zurück. Wenn sich die übliche Wochenmortalität in Belgien bei knapp 20 Todesfällen pro 100'000 Einwohner*innen bewegt, stieg sie in diesen Wochen bis auf 37. In Belgien sind die regionalen Differenzen ebenfalls beträchtlich. In Brüssel ergab sich in der 15. Woche eine Übersterblichkeit von 181%.

Wichtig ist, dass in Belgien differenziert wird zwischen bestätigten Todesfällen mit

Covid-19 und vermuteten. Werden diese beiden Kategorien von den Gesamtzahlen subtrahiert, ergibt sich interessanterweise gegen Ende März und anfangs April eine verbleibende Übersterblichkeit, was darauf hinweist, dass die Zuordnung allenfalls unterrapportiert ist; gegen Ende April und im Mai stellte sich hingegen eine signifikante Untersterblichkeit ein, was heissen könnte, dass die Covid-Sterblichkeit überschätzt wird, bzw. Covid-19 nur indirekt zum Tod führte, dieser aber früher eintrat.

Bei der Alterskohorte 15-65 besteht wohl ebenfalls eine Übersterblichkeit, jedoch betrifft diese nur einzelne Wochen, ansonsten wurde die obere Bandbreite nicht überschritten; im Mai folgt bereits eine Untersterblichkeit. Bei den Menschen mit mehr als 65 Jahren ist die Übersterblichkeit ausgeprägt, doch auch hier wird im Mai wieder die Basislinie erreicht. Konsequenz daraus ist, dass im Bulletin vom 30. Mai die Übersterblichkeit nicht mehr enthalten ist.

Hinsichtlich Sterbeort werden für die per 29. Mai an Covid-19 verstorbenen 9'453 Personen bei 50,7% Altersheime und bei 48,2% Spitäler angegeben. Auffällig ist, dass von den 4'790 Todesfällen in den Altersheimen 75% oder 3'580 Verstorbene als „Cas possibles“ bezeichnet werden, mithin liegt hier keine Testbestätigung vor. Aufschlussreich sind die Testergebnisse. Bis zum 28. Mai wurden 514'558 Tests durchgeführt. Dies ergibt knapp 5'000 Tests pro 100'000 Einwohner*innen. Die Tests führten zu 58'186 positiven Fällen. Vor allem in den Altersheimen wurde anscheinend viel getestet. Bis Mitte Mai waren dies 129'644 Tests beim Personal, wovon lediglich 7'715 Tests bei Personen mit Symptomen und davon waren 11% positiv; 134'954 Tests bei den Bewohner*innen, davon 5'443 symptomatisch und davon wiederum 25% positive Testresultate.

Hospitalisiert wurden bis zum 29. Mai 15'769. Bis Mitte Mai waren es 13'167 Personen, davon mussten 12% in Intensivstationen überwiesen werden, rund die Hälfte waren Menschen über 65 Jahren. Rund 90% der Todesfälle in den Spitälern betrafen Menschen in dieser Altersgruppe. Bei den meisten lag mehrfache Komorbidität vor. Mindestens eine Komorbidität wiesen im Übrigen 81% der Verstorbenen unter 65 Jahren auf.

Grossbritannien

Zuständig ist das Office for National Statistics (ONS). Am 26.5. wurden die Zahlen für England und Wales per 15.5. herausgegeben. Alle Angaben für 2020 werden als provisorisch bezeichnet. Es liegt für den Zeitraum von der 13. bis zur 20. Kalenderwoche eine Übersterblichkeit von 53'960 Personen gegenüber den letzten fünf Jahren vor. Die vornehmlich durch Covid-19 verursachte Übersterblichkeit begann am 17. März (48 Fälle oder +3% gegenüber den Vorjahren), erreichte am 8.4. den Höchststand mit 3'122 Todesfällen (oder 212%) gegenüber den Vorjahren von 1'474, was mithin eine Übersterblichkeit von 1'648 ergibt; als Todesfälle mit Covid-19 werden jedoch nur 1'267 angegeben.

Werden von der kumulierten Übersterblichkeit per Mitte Mai die bestätigten Covid-19-Todesfälle in der Höhe von 41'105 subtrahiert, ergibt sich eine Differenz

von beinahe 13'000 Todesfällen. Ausgegangen wird vom ONS, dass die Todesfälle in den Altersheimen noch nicht genügend aufgearbeitet sind, sodass erst mit weiteren Abklärungen diese Differenz absinken könnte.

Per 1. Mai gab BBC bereits eine kumulierte Übersterblichkeit für Grossbritannien seit Mitte März von 50'745 Todesfällen an (BBC 12.5.2020). Auch von daher sind die Zahlen des ONS per Mitte Mai mit Vorsicht aufzunehmen. Angemerkt wird allerdings auch vom ONS, dass in der 20. Woche wegen der Bank Holiday, die dieses Jahr auf den Freitag fällt, einige Unsicherheiten bei den Zahlen wegen verspäteten Meldungen vorhanden sind.

Die täglichen Todesfallzahlen mit Covid-19 sinken seit dem 8. April in den Spitälern (in der Woche bis zum 8.5. nur noch 401), dagegen stiegen sie in den Altersheimen an: Woche 16 2'027, Wo17 2'479, dann sinkend Wo18 2'200, Wo19 1'503 und Wo20 1'271. Die Todesfallzahlen mit Covid-19 wurden nach oben korrigiert, weil Verstorbene in Altersheimen bis zum 29. April nicht mitgezählt worden sind. Allein vom 10. April bis zum 8. Mai verstarben über 8'314 Menschen mit Covid-19 in Altersheimen.

Per 31.5. sind die Angaben für Grossbritannien 274'219 bestätigte Infizierte, effektiv dürfte diese Zahl wie überall beträchtlich höher sein, und 38'571 Todesfälle ausgewiesen (JHU). Die vom ONS publizierte Todesfallzahl per Mitte Mai ist bereits höher als die Zahl bei JHU. Grossbritannien liegt damit in absoluten Zahlen zurzeit an zweiter Stelle hinter den USA. Weil davon auszugehen ist, dass sich auch in den letzten beiden Mai-Wochen mehrere Tausend Todesfälle ergeben und sich auch die kumulierte Übersterblichkeit erhöht hat, dürften diese die bei JHU ausgewiesenen Zahlen um einige Tausend zu tief angegeben sein.

Am 21. März wurden die Schulbetrieb eingestellt, am 23. März eine allgemeine Ausgangsbeschränkung erlassen, jedoch nicht eigentlich durchgesetzt, immerhin wurden auch alle Läden, die nicht der Grundversorgung dienen, geschlossen, ebenso wie Pubs, Restaurants oder Freizeitanlagen. Die Produktion wurde jedoch ansonsten nicht eingeschränkt. Per 1. Juni öffnen viele Geschäfte und Schule; auch private Treffen von bis zu sechs Personen sind wieder möglich.

USA (und Lateinamerika)

In den USA ist es relativ früh zu ersten Ansteckungen mit Sars-CoV-2 gekommen. Gegen Ende März wurde Europa als Epizentrum der Pandemie abgelöst. Die Zahlen der Infizierten wuchsen rasant und die absoluten Todesfallzahlen übertreffen alle anderen Staaten. Gegen Ende Mai wird von rund 1,78 Millionen bestätigten Fällen ausgegangen, zum Tode führten 104'217 (JHU 31.5.20). Der Höhepunkt der Fallzahlen dürfte allenfalls noch nicht erreicht sein, dennoch werden aus ökonomischen und politischen Gründen in vielen Bundesstaaten Lockerungsmassnahmen durchgeführt.

Per Mitte Mai entfallen 27'459 oder rund 32% der Todesfälle auf den Staat New York oder knapp 20'000 auf New York City. Wird nach Altersgruppen unterschied-

den, dann liegt die Mortalität bei den über 75-jährigen bei 1'367 und bei der Kohorte 65-74 Jahren bei 546 je 100'000 Einwohner*innen. Für ganz New York sind es dann lediglich 183 (statista.com).

Die Übersterblichkeit in New York City betrug gemäss New York Times (21.4.20) vom 11. März bis 18. April 298% oder 17'200 „excess deaths“. Als Covid-19-Todesfälle waren jedoch lediglich 13'240 erfasst. Die Differenz beträgt mithin 3'960. In dieser Grössenordnung könnten die Zahl der effektiven Covid-Todesfälle (an und mit) unterschätzt sein. Interessant sind auch die Zahlen der Infizierten. Insgesamt waren es per 5.4.2020 171'723. Pro 100'000 Bewohner*innen ergeben sich für die Bronx 2'667, für Staten Island 2'434, Queens 2'131, Brooklyn 1'683 und schliesslich für Manhattan lediglich 1'133 Infizierte (NYT). Die Infektionen erfolgen also ziemlich genau entlang der Einkommensverhältnisse und der ethnischen Zusammensetzung.

Eine neuere Schätzung für New York City geht für die Periode vom 11. März bis zum 2. Mai von 32'107 Verstorbenen und einer Übersterblichkeit von 24'172 Todesfällen – oder mehr als 300%. Darin eingeschlossen sind 13'831 „laboratory-confirmed COVID-19-associated deaths“ und 5'048 „probable COVID-19-associated deaths“. Als Restdifferenz verbleiben 5'293 Todesfälle, die nicht zugeordnet werden konnten (NYC Departement of Health and Mental Hygiene 11.5.20). Ein ähnliches Bild - wenn auch auf ganz anderem Niveau - ergibt sich für Kalifornien. Bis gegen Ende April fielen die Todeszahlen um 4'500 höher aus als in früheren Jahren. Es handelt sich um eine Erhöhung von 9%. Registriert waren jedoch nur 1'017 Covid-19-Tote (Los Angeles Times 29.4.20)

Die Covid-19-Zahlen dürften also zu tief angesetzt sein. Die Übersterblichkeit und damit die effektiven Covid-19-Todesfälle für die USA sollen gemäss New York Times zwischen rund 100'000 und 110'000 Todesfällen liegen. Verglichen wurden frühere Frühlingsdaten mit den aktuellen Todeszahlen (Kristof, NYT 13.5.2020). Unterdessen aber haben die offiziellen Zahlen bereits die 100'000er-Grenze überschritten, sodass auch die Übersterblichkeit per Ende Mai deutlich höher ausfallen wird.

Zweifellos wurde die Coronakrise in den USA lange Zeit völlig unterschätzt. Gehofft wurde, dass mit einer Einschränkung des Flugverkehrs aus Asien und Europa die Virenübertragungen minimalisiert werden könnten. Doch dies war in keiner Weise der Fall. Die Ausbreitung mit tödlichen Folgen verlief vor allem in New York sehr schnell, und es wurde ein drastischer Lockdown erlassen. Dieser soll bis zum 13. Juni beibehalten werden (cbs news 15.5.2020).

Die Zahlen in den USA können freilich kaum erstaunen. Das Gesundheitswesen ist wohl sehr kostspielig, doch bei weitem nicht auf die gesamte Bevölkerung ausgelegt. Vor allem die vorhandenen Beatmungsgeräte reichten nirgends hin, die Bettenkapazitäten waren teilweise ungenügend und in New York mangelte es vor allem an Schutzausrüstungen fürs Pflegepersonal. In den Städten leben viele Afroamerikaner*innen mit diversen Vorerkrankungen, viele haben nicht einmal eine

Krankenversicherung, die Obdachlosenzahlen sind riesig und die Gefängnispopulation liegt weltweit an der Spitze. Sinnvoll wäre es daher, möglichst differenzierte Analysen zu erstellen und nicht vornehmlich auf die Gesamtzahlen zu blicken. Fatal könnten sich insbesondere vorzeitige Lockerungsmassnahmen auswirken, indem dadurch die Mortalität pro 100'000 Einwohner*innen nochmals ansteigt. Auch in den USA dürften regional höchst unterschiedliche Übersterblichkeitsraten vorhanden sein.

Die USA könnten nun durch Lateinamerika, insbesondere Brasilien als neuem Epizentrum der Pandemie ersetzt werden. Per 31.5.2020 (JHU) werden für Brasilien 498'440 Fälle aufgeführt. Davon sollen 200'892 wieder genesen, 28'834 Menschen hingegen verstorben sein. Etwas weiter hinten liegen Peru mit rund 156'000 und Chile mit rund 100'000 Fällen. Russland wird hinter den USA und Brasilien mit 406'000 Fällen beziffert. Die Todesfallzahlen dürften ebenfalls ungenügend erfasst sein.

Obwohl in Brasilien am 17.3.2020 ein erster Todesfall verzeichnet wird, stiegen die bestätigten Infektionen vorerst nur langsam an. Im Mai wurde dann aber zunächst die 10'000er-Schwelle pro Tag überschritten und gegen Ende Mai kam es verschiedentlich zu mehr als 20'000 bestätigten Neuinfektionen. Auszugehen ist davon, dass die erwähnten Zahlen zu tief liegen, weil nur beschränkt getestet wird. Doch dürfte es zutreffen, dass sich die Infektionen vom Kreis der reichen Brasilianer*innen mit Flugkontakten in die ganze Welt ab Mitte April vornehmlich in die städtischen Elendsviertel, aber auch ins Amazonasgebiet ausgebreitet haben. Mit häufig mehr als 1'000 Todesfällen pro Tag in der zweiten Maihälfte und vielen Massengräbern dürfte der Peak per Ende Mai noch nicht erreicht sein. Allerdings sind die Zahlen wenig zuverlässig, die Regierung unternimmt kaum etwas, es sind die Gouverneure und Stadtpräfekte, die Massnahmen beschliessen und sich häufig auch in Auseinandersetzungen mit der Regierung befinden. Genauere Einschätzungen anzustellen, dürften schwierig sein. Allenfalls ergibt der Halb- oder Jahresvergleich dann bessere Aussagen.

Wer stirbt in der Pandemie – eine Aufschlüsselung der Todeszahlen

Wenn die neuartigen Coronaviren vor allem ältere Menschen tödlich treffen, bleiben jüngere nicht verschont: Pflegepersonal, Ärzte, Feuerwehrleute, Soldaten, Gefängniswärter, Touristen und viele weitere sowie auch einige Kinder. Wichtig ist indessen die Tatsache, dass die Zahl der Todesfälle zwischen den einzelnen Staaten stark variiert. Die Todeszahlen pro 100'000 Einwohner*innen betragen kumuliert per Ende Mai für Belgien 83, mithin der mit einigem Abstand aktuelle Höchstwert; es folgen Spanien mit 58 Todesfällen, UK ebenfalls beinahe 58, Italien 55, Frankreich knapp 43, Schweden 43, Niederlande 35, Irland 34, USA 32, Schweiz 23 (JHU 31.5.20). Einfache Berechnungen ergeben für Portugal 14, Dänemark 10, Deutschland 10, Österreich 8, Finnland 6, Norwegen 4, für Kanada 20, für Ecuador ebenfalls 20, Brasilien 14, Peru 14; für Indien und China errechnen sich Zahlen unter 1, was nicht realistisch sein dürfte.

Global gilt auch ein klarer Gendergap. Es sterben deutlich mehr Männer als Frauen

an Covid-19. Das Spektrum reicht von etwa 53% (Südkorea) bis deutlich über 60% in Italien oder Spanien. In der Schweiz waren es per Ende Mai 58% Männer und lediglich 42% Frauen (BAG).

Die Todesfälle mit Covid-19 betreffen vor allem die Menschen über 70 Jahren. Es kann davon ausgegangen werden, dass dieser Anteil zurzeit zwischen 85% und deutlich über 90% schwankt. Euronews.com gibt 88% an. Für die USA werden rund 80% erwähnt. Die MOMO-Statistik weist bei der Kohorte 65+ eine kumulierte Übersterblichkeit in der 20. Woche von rund 175'000 Personen aus, womit die Zahlen von 2018 um 80'000 und von 2019 sogar um 125'000 Todesfälle übertroffen werden. Die bestätigten Covid-19-Todesfälle liegen per Ende Mai für die beteiligten Staaten bei etwa 160'000. Damit zeigt sich wiederum, dass die mit Tests bestätigten Todesfälle etwas zu tief liegen, vor allem aber das Pensionierungsalter betroffen ist.

Dramatisch sind die Zahlen aus den Altersheimen. Hier haben sich in aller Schärfe die Konsequenzen neoliberaler Zerstörung offenbart. In Belgien fanden über 50% der Todesfälle in Altersheimen statt. In Deutschland sind es rund ein Drittel, wobei 20% der in Altersheimen infizierten Personen gestorben sind. In Italien sollen es nur 4'000 gewesen sein, höchstwahrscheinlich weil die Einlieferungen in die Spitäler meist funktionierten. In Frankreich wird von rund 40% aller Verstorbenen in Altersheimen ausgegangen; von den offiziell registrierten Todesfällen von 24'087 per 27.4. seien 9'034 Menschen in Altersheimen und sozialen Pflegeinstitutionen verstorben, was effektiv 37,5% ergäbe. Für England und Wales legt die Financial Times dar, dass sich zwischen dem 2. März und dem 1. Mai 2020 rund 46'000 Todesfälle oder 23'000 mehr als im Vorjahr ereigneten; die Statistik des ONS weist jedoch lediglich 12'500 Todesfälle mit Covid-19 in Altersheimen aus und dürfte daher ziemlich weit daneben liegen (FT 15.5.); mit diesen Zahlen ergäben sich etwa 40% der Übersterblichkeit als Todesfälle in Altersheimen. Zitiert wird Prof. Green: „Social care was abandoned by GPs and primary care at the start of this pandemic, so many older people were probably not receiving support for other conditions, raising the death rate“ (FT ebd.).

In der Schweiz verstarben im Gefolge von Covid-19 53% der Menschen in Altersheimen (Tagesanzeiger 18.5.2020)

In den USA sind nun ebenfalls erste Zahlen hinsichtlich Altersheimen vorhanden. Es wird davon ausgegangen werden, dass rund ein Drittel der Covid-19-Todesfälle auf „nursing homes“ oder „other long-time care facilities“ entfällt (NYT 9.5.20).

In Spanien kursieren Zahlen, die von den bis Mitte Mai angegebenen rund 24'000 Todesfällen rund 15'000 in Altersheimen verorten. Damit würde es sich um rund 65% handeln. Leider weigert sich die spanische Regierung bis anhin, die erhobenen und vorhandenen Zahlen zu veröffentlichen, weil sie zuerst analysiert werden müssten. Ganz aktuell sind nun aber Zusammenstellungen mit Informationen aus den Comunidades Autonomas vorgenommen worden (El País, 28.5.20). Danach sollen 9'569 Menschen mit einer testbestätigten Infektion verstorben

sein; hinzukommen weitere 9'593 Verstorbene mit „kompatiblen Symptomen“ Damit wären also gut 19'000 Personen in Altersheimen an Covid-19 verstorben. Vom Total entfallen 9'250 Todesfälle auf Altersheime in Madrid, Katalonien, Castilla y Leon und Castilla La Mancha. Die spezifische Übersterblichkeit in Altersheimen wäre also sehr hoch.

Für die Alterskohorte 75+ ergibt sich in diesen vier Comunidades insgesamt gemäss ISCIII eine Übersterblichkeit von 28'523 Todesfällen (oder 80% der nationalen Übersterblichkeit), bei erwarteten 19'554 sowie effektiven in der Höhe von 48'077. Weil natürlich bei Weitem nicht alle Menschen dieser Kohorte in Altersheimen leben, scheint es sehr plausibel, dass von der noch zu erklärenden Differenz der gesamten Übersterblichkeit (43'000 minus bestätigte Covid-19-Todesfälle von 27'000), also rund 16'000 Todesfälle, mehr als 10'000 auf Altersheime ohne Bestätigung mit einem Test entfallen. Dieser Befund deckt sich mit den dramatischen Beschreibungen von Angehörigen, wonach Eltern oder Grosseltern wie 'Fliegen' starben oder wie 'Vieh im Schlachthof' auf den Tod warteten. Diese Situationen ergaben sich im Gefolge einer harten Privatisierung der Altersheime, schlechten Arbeitsbedingungen, Personalmangel, weitgehendes Fehlen von Schutzkleidung oder Masken für Infizierte, lange Zeit sehr kleinen Testzahlen, zu wenig Separierungen und in Madrid und Barcelona temporäre Unmöglichkeit einer Einlieferung in die Spitäler.

Angesichts der grossen Unsicherheit und der fehlenden Unterstützung des Personals in Pflegeheimen reagierten Angestellte mit Krankmeldungen oder Flucht aus dem Arbeitsverhältnis, was die Lage nochmals verschlechterte. Schliesslich wurden Altersheime von militärischen Spezialeinheiten desinfiziert und eine grössere Zahl dieser Institutionen einer staatlichen Aufsicht unterstellt. Zudem laufen bereits über 100 Anzeigen und Abklärungen wegen gravierenden Verstössen gegen strafrechtlich relevante Bestimmungen.

Einige Vergleiche mit Todesfällen und Übersterblichkeit

Die Verbindung zwischen Übersterblichkeit und Todesfällen im Gefolge von Covid-19 wird immer breiter behandelt. Nachdem bis anhin einige Ländern konkreter dargelegt wurden, sollen auch noch ein paar quantitative Vergleiche präsentiert werden. Die nachstehenden zwei Tabellen belegen deutliche Unterschiede. Wären verlässliche und differenzierte Zahlen über die Todesfälle vorhanden, dann könnten mit diesem Schema auf einfache Weise sowohl die kürzeren Perioden mit Übersterblichkeit wie auch Halbjahres- und Jahresvergleiche vorgenommen werden. Anstehend ist daher die Aufgabe, eine ausreichende Differenzierung bei den Todesfällen in diesem Jahr vorzunehmen, um damit die noch vorhandenen Differenzen in der letzten Linie der tabellarischen Darstellung zu eliminieren. Auf diese Weise könnten Staaten, Regionen, Städte und Alterskohorten analysiert werden. Viele rudimentäre Zahlen aus aller Welt sind bereits zugänglich und müssten überprüft sowie aggregiert werden.

DENKNETZ
DISKUSSION

Ort	Italien	Prov.Bergamo	Spanien	Spanien	Schweiz	Schweiz
Periode	März	1.3.-4.4.	13.3.-22.5.	13.3.-22.5	22.3.-17.5.	22.3.-17.5
Vergleichszahl f. erwartete TF	5 Vorjahre	5 Vorjahre	5 Vorjahre	5 Vorjahre	5 Vorjahre	5 Vorjahre
Alterskohorte	alle	alle	alle	65+	alle	65+
Todesfälle 2020	90'946	5'090	120'851	107'672	13'002	11'437
erwartete Todesfälle	65'592	1'000	77'817	67'172	11'523	10'062
Übersterblichkeit	25'354	4'090	43'034	40'500	1'479	1'375
in Prozenten erwartete TF	39%	409%	55%	60%	13%	14%
Todesfälle mit Covid-19-Bestätigung	13'710	2'640	27'118	24'949	1'603	1'555
in Prozenten Übersterblichkeit	54%	65%	63%	62%	108%	113%
noch zu erklärende Differenz	11'644	1'450	15'916	15'551	-124	-180

Ort	Frankreich	Ile de France	Belgien	England und Wales	New York City	
Periode	11.3.-18.5.	1.3.-18.5	11.3.-17.5	17.3.-30.4.	15.3.-9.5.	
Vergleichszahl f. erwartete TF	2 Vorjahre	2 Vorjahre	3 Vorjahre	5 Vorjahre	5 Vorjahre	
Alterskohorte	alle	alle	alle	alle	alle	
Todesfälle 2020	156'302	27'777	28'619	125'306		
erwartete Todesfälle	135'044	16'781	19'217	89'526		
Übersterblichkeit	21'258	10'996	9'402	35'780	23'482	
in Prozenten erwartete TF	16%	66%	49%	40%		
Todesfälle mit Covid-19-Bestätigung	17'612	6'766	9'080	32'143	20'117	
in Prozenten Übersterblichkeit	83%	62%	97%	90%	86%	
noch zu erklärende Differenz	3'646	4'230	322	3'637	3'365	

(Verschiedene Quellen und eigene Berechnungen)

Nachtrag (Quelle El País, 7.6.20)

Zusammengetragen wurden kumulierte Übersterblichkeiten ab März bis gegen Ende Mai. Graphisch dargestellt sind 14 europäische Staaten sowie die USA, Peru, Chile und Israel. Mit den Ausnahmen Peru und Chile haben sich die Übersterblichkeiten weitgehend zurückgebildet. Geordnet nach prozentualer, nationaler Übersterblichkeit ergibt sich folgende Reihenfolge: Spanien 45% (47'123 zusätzliche Todesfälle), Grossbritannien 40% (+60'447), Belgien 37% (+8'665), Italien 36% (+46'420), Niederlande 30% (+9'668), Schweden 19% (+4'113), Frankreich 14% (+20'575), Schweiz 11% (+1'620), Portugal 9% (+2'364), Österreich 7% (+1'376), Deutschland 4% (+ 7'424); die dargelegten 4% für Island (+16), Dänemark 1% (+88) und Norwegen mit -1% (-50) bewegen sich im Bereich der Erwartungen, auch wenn sich sehr kurzfristig Übersterblichkeiten ergeben haben. Das Gleiche gilt für Israel mit -6% und 392 Todesfällen weniger als erwartet, allerdings werden ab heute Sonntag bereits wieder Schulen und Kindergärten geschlossen. Für die USA werden 15% bei 83'647 zusätzlichen Todesfällen angegeben, was per Mitte Mai allenfalls etwas zu tief liegt. Peru erlitt mit 54% Übersterblichkeit ein Plus von 12'881 Todesfällen und Chile bei 12% Übersterblichkeit 2'902 zusätzliche Todesfälle.

Nowcasting für die Epidemiologie

Nowcasting ist aus der Ökonomie bei der möglichst schnellen Schätzung des BIP sowie aus der Meteorologie zu kurzfristigen Voraussagen von Wetterentwicklungen bekannt. Nun wird es auch in der Epidemiologie angewandt.

Problematisch ist bei den präsentierten Daten der Timelag zwischen Auftreten eines Ereignisses und dessen Registrierung. Von daher ist davon auszugehen, dass Infektionen mit Sars-CoV-2 und Erkrankungsfälle Covid-19 mit einer gewissen Verzögerung in die Statistiken einfließen. Dieser Effekt wird mit der Modellierung von Nowcasting auszuschliessen versucht. Nowcasting bedeutet also in diesem Bereich Einbezug des zeitlichen Verzugs aus Gründen der Diagnose, der Meldung und der Übermittlung. Zum anderen ermöglicht Nowcasting eine bessere Schätzung der Reproduktionszahl R. Erste Ergebnisse des Robert Koch-Instituts wurden im April publiziert.

Danach ereignete sich der Peak der Neuinfektionen in Deutschland am 18.3., nachdem vor allem seit dem 9.3. ein steiler Anstieg auf etwa 5'500 stattgefunden habe. Ab dem 9. März mussten Veranstaltungen mit über 1'000 Teilnehmenden abgesagt werden (Frauentag war der 8.3., der z.B. in Spanien relativ viele Neuinfektionen brachte), am 16.3. wurden die Leitlinien zur Verhinderung der Virenausbreitung zwischen Bund und Ländern vereinbart, aber erst am 23.3. erfolgte das weitgehende Kontaktverbot. Gemäss Nowcasting stellte sich seit dem 18.3. ein langsamer Rückgang der Neuinfektionen ein, der vom Kontaktverbot keineswegs beschleunigt wurde. Bei der Reproduktionszahl R ergibt sich, dass diese auf über 3 anstieg und um den 11.3. den Höhepunkt erreichte. Dann aber erfolgte eine relativ schnelle Reduktion, und bereits etwa am 21.3. war der Wert 1 erreicht. Seit damals war nur noch eine limitierte Reduktion möglich, und per 2.5.2020 lag R bei 0.78. Berechnet wird R neu einfach als Quotient der aktuellen Neuerkrankungen

und derjenigen vier Tage zuvor. Die Neuerkrankungen haben im April deutlich abgenommen, doch im Mai wurden auch wieder höhere R-Werte berechnet. Damit ergeben sich einige Zweifel an der Wirksamkeit der beschlossenen Massnahmen. Wenn nun argumentiert wird, dass ohne diese die Neuerkrankungen wieder gestiegen wären und auch die Reproduktionszahl nicht um 1 oder unter 1 hätte gehalten werden können, dann kann dies durchaus zutreffen. Erklärt werden müsste jedoch, warum der Peak der Neuerkrankungen relativ früh erfolgte und allenfalls mit dem Verbot von Grossveranstaltungen und der Aufforderung zum Abstandhalten zusammenhängt, nicht jedoch mit dem Erlass des Kontaktverbots von mehr als 2 Personen (in Bayern, Saarland und Sachsen zudem Ausgangsbeschränkung).

Die Zahl der bestätigten Infektionen in Deutschland mit Sars-CoV-2 erreichte per 30.4.20 159'119, tiefe 191 Fälle pro 100'000 Einwohnern (Höchstwert 327 in Bayern) und lediglich 6'288 Todesfälle, was als Mittel rund 8 Todesfälle pro 100'000 Einwohner*innen ergibt. Werden jedoch Landkreise einbezogen, dann sind die Todesfallzahlen sehr viel höher: Tirschenreuth 164, Straubing 75 oder Neustadt an der Waldnaab 56.

Hypothesen

Wenn hiermit nun einiges an Material zusammengetragen worden ist, dann fällt auf, dass von sehr unterschiedlichen Situationen ausgegangen werden muss. Die Pandemie hat sich auf divergierende Weise ausgebreitet: einerseits weltweit, andererseits lokal fokussiert. Offensichtlich sind Ballungsräume wichtig. Dies gilt für Wuhan, den Grossraum Mailand (inkl. Tessin), Madrid und Barcelona/Igualada, London, New York. Doch warum wurde das Pearlflussdelta nicht stärker getroffen oder Bangkok? In Frankreich ist es Grand Est und Paris, in Deutschland Bayern, aber nicht Berlin oder Hamburg. Es kann nur beschränkt behauptet werden, dass die ergriffenen Massnahmen die Ausbreitung einfach gestoppt hätten. Da das Virus bereits im November 2019 in China aufgetaucht ist und sich bis Mitte Januar nach Thailand und Südasiens und kurze Zeit später, aber zweifellos im Januar, in den Iran und nach Europa sowie den USA verbreitet hat, kann gesagt werden, dass es wegen des intensiven globalen Flugverkehrs und der hohen Reisemobilität mit Autos, Bussen und Zügen an vielen zusätzlichen Orten zu starken Ausbrüchen hätte kommen können. Warum ist Taiwan praktisch kaum betroffen und Japan eher spät?

Zweifellos müssen die Altersstrukturen der Bevölkerungen und die nosokomiale Verbreitungen der Coronaviren in Spitälern einbezogen werden. Und noch drastischer ist die Situation der Todesfälle in Altersheimen, weil Schutzmassnahmen häufig praktisch inexistent waren.

Naheliegender ist, dass soziale Distanzierung die Virenverbreitung hemmt, doch sie wurde in Europa relativ zögerlich und spät propagiert und dort wo sie per Dekret erlassen wurde, konnte nicht verhindert werden, dass die Todesfälle ein relativ hohes Niveau erreichten. Keinesfalls überraschend sind die hohen Zahlen in England und den USA, weil in diesen beiden Staaten die anfängliche Verharm-

lösung besonders ausgeprägt war. Aber Ausgangssperren wurden in England, der Schweiz oder Deutschland (drei Ausnahmen) nicht erlassen, wohl aber Schulen geschlossen und die Mobilität eingeschränkt, jedoch ebenfalls in unterschiedlichem Ausmass.

Mit all diesen Argumenten und sicherlich noch vielen weiteren, eher medizinisch/epidemiologischen, versteht es sich beinahe von selbst, dass zusätzliche, zielgerichtete Untersuchungen notwendig sind, um diese Pandemie, die wegen ihren Auswirkungen in ökonomischer und sozialer Hinsicht einen Einbruch in der kapitalistischen Entwicklung beinhaltet, einigermaßen korrekt einschätzen zu können. Neoliberale Zerstörungen im Gesundheitswesen, die beachtlichen Instabilitäten im ökonomischen Bereich (inkl. einer stark eingeschränkten Resilienz den globalen Produktions- und Lieferketten) und politischen Blockaden haben sich verbunden und hochgeschaukelt. Nationalistische Regressionen und eklatant mangelnde transnationale Solidarität angesichts einer globalen Bedrohung haben zusätzlich dazu beigetragen, dass die Zahl der Todesfälle hoch ausfällt und punktuell eine beachtliche Übersterblichkeit vorliegt.

Vorläufige Schlussfolgerungen

Alles in allem kann diese Pandemie als extreme Verdichtung von Krisenprozessen gesehen werden, Krisenprozesse, die sich auf ähnlicher Ebene, jedoch langsamer, aber keineswegs weniger gravierend hinsichtlich Ökologie und der damit verbundenen ökonomischen, sozialen und politischen Herausforderungen zeigen. Darum sollten wir mit dieser Pandemie lernen, zum einen die positiven Seiten (bessere Luft, weniger Lärm, weniger Stress, Entschleunigung, mehr freie Zeit) mitzunehmen und zum anderen mit den gewonnenen Einsichten in die kommenden Auseinandersetzungen zu gehen. Voraussetzung dazu ist allerdings die transnationale Solidarität und das Entstehen für egalitäre und somit postkapitalistische Verhältnisse.

Als grundlegende Einsicht ergibt sich mit den heutigen Erkenntnissen aber auch, dass in Bezug auf die Entwicklung der Pandemie vorsichtig zu argumentieren und Panikmache unangebracht ist. Viele Unklarheiten und Unsicherheiten sind vorhanden und Forschung dringend nötig. Die Testmöglichkeiten müssen ausgebaut und der Schutz der Arbeitnehmenden und der Infizierten allgemein markant erhöht werden.

Die Pandemie mit den neuartigen Coronaviren beeinträchtigt allerdings die gesamte globale Bevölkerung massiv. Das Ausmass ist jedoch sehr unterschiedlich, Erkrankungs- und Todeszahlen variieren beträchtlich, und die fatalen Auswirkungen dieser Pandemie verlaufen entlang von Alters- und Klassenstrukturen. Die Entwicklung ist zudem keineswegs abgeschlossen.

Im Februar und März wurde spekuliert, dass sich allenfalls mehr als die Hälfte der Menschheit infizieren und sich eine Mortalität von 1% ergeben könnte. Mit diesen Annahmen liesse sich ein Vergleich mit den grössten Pandemien der Vergangenheit, also Pest, weltweite Grippe nach dem ersten Weltkrieg oder HIV seit den

1980er Jahren, vornehmen.

Um dieses Niveau mit einem millionenfachen Tod geht es nicht. Die per Ende Mai bestätigten globalen Todesfälle von rund 370'000 (Johns Hopkins University) lassen sich als mittlere Pandemie einschätzen. Im Vergleich zu diesen Zahlen steht die saisonale Schätzung für Grippe weltweit mit knapp 400'000 Todesfällen (University of Edinburgh: Paget et al. 2019); die pandemische Grippewelle von 1957/58 soll zu mehr als einer Million Toten geführt haben und die über Jahrzehnte dauernde Choleraepidemie (1961-1990) zu einigen Millionen. Die Zahl der Verstorbenen mit Covid-19 bewegt sich noch unter den jährlichen Todesfällen wegen Malaria (über 400'000) und weit weg von einem sich durchschnittlich alle drei Sekunden ereignenden Hungertod.

Die vorhandenen Übersterblichkeiten korrespondieren nur teilweise mit den angeblich bestätigten Todesfällen mit Covid-19. Diese sind wie angeführt mit einigen Fragezeichen zu versehen. Die Übersterblichkeit fällt in Europa gemäss MOMO-Statistik höher aus als die Grippewellen der letzten Jahre. Wird auf nationale Zahlen aufgeschlüsselt, dann finden sich teilweise lokale und regionale Übersterblichkeiten von mehreren hundert Prozenten. Auf der anderen Seite gibt es Staaten in denen die obere Bandbreite bei den zu erwartenden Todesfällen nicht oder kaum überschritten wird.

Auffallend ist ein schneller Anstieg im März und auch wieder ein schnelles Absinken im April. Dies gilt etwas weniger für England, wo, wegen starken Verzögerungen bei den Massnahmen, die Übersterblichkeit längere Zeit hoch ausfällt. Mit dem Rückgang der Todesfälle wurden Lockerungsmassnahmen ergriffen und Wege in eine „neue Normalität“ gesucht.

Die Übersterblichkeit betrifft in erster Linie die über 65-jährigen und dabei verstärkt die über 80-jährigen. Zweifellos trifft es zu, dass in diesen Alterskohorten häufig weitere Vorerkrankungen diagnostiziert sind. Die Infektion mit Coronaviren hat jedoch offensichtlich bei relativ vielen älteren Menschen zu einem vorzeitigen und teilweise sehr schnellen Tod geführt. Gravierend ist daher, dass diese spezifische Risikogruppe von den zuständigen Behörden und den Leitungsgremien in den Institutionen nicht sofort (also noch im Februar) einen Spezialschutz erhalten hat. Dies hätte ganz offensichtlich rigorose Vorsichts- und Schutzmassnahmen fürs Personal bedingt.

Übersterblichkeit liegt regional und lokal auch bei anderen Altersgruppen vor, jedoch auf deutlich tieferem Niveau. Gestorben sind Menschen ohne Vorerkrankungen und nicht zuletzt hat es bei Ärzten und beim Pflegepersonal eine stattliche Zahl von unerwarteten Todesfällen gegeben. Die Erkrankungsraten sind in diesem Bereich in einigen Staaten erschreckend hoch.

Mit der wöchentlichen Übersterblichkeit und den wöchentlichen Todesfällen mit Covid-19 gemäss nationalen Statistiken können die Abweichungen von der Basislinie der zu erwartenden Todesfällen bestimmt werden, sodass mit einer gewissen

Marge eine einigermaßen verlässliche Zahl von direkt und indirekt verursachten Todesfällen im Gefolge von Sars-CoV-2 bzw. Covid-12 erhalten werden kann. Offensichtlich ist aber auch, dass wohl ausgeprägte Peaks bei der Übersterblichkeit zu beobachten sind, doch erst mit den nationalen Halbjahres-, bzw. den Jahreszahlen der Todesfälle wird sich feststellen lassen, ob mit Covid-19 markant mehr Menschen gestorben sind als üblich, oder ob die Zahl der Verstorbenen weitgehend im Bereich der Erwartungen geblieben ist, sich jedoch eine extreme Häufung von Todesfällen ereignet hat.

Angesichts von Sars-CoV-2 wurde zweifellos praktisch überall verzögert, chaotisch und überfordert oder manchmal auch sehr autoritär reagiert. Die autoritäre oder faschistische Regierung Bukele hat beispielsweise aus repressiven Gründen bereits Mitte März die Grenzen dicht gemacht, eine Ausgangssperre erlassen, Schulen und Universitäten sowie viele Läden geschlossen, obwohl noch kein einziger Coronavirusfall nachgewiesen war.

Die Gegenmassnahmen fielen in den einzelnen Staaten sehr vielfältig aus, sie reichen von der Motivierung der Bevölkerung zu bestimmten Präventionshandlungen über Spezialbeschlüsse und strenger Überwachung bis hin zu Ausnahmezuständen mit drakonischen Massnahmen.

Weil in Europa, sicherlich auch in den USA und Kanada (geschweige denn in Lateinamerika und Afrika, wo das Gesundheitswesen noch rudimentärer und klassenspezifischer organisiert ist) elementarste Fehler oder Versäumnisse bei Prävention und Schutz geschehen sind, kam es zu übermässig vielen Infektionen mit letalen Folgen. Punktuell waren Spitäler völlig überlastet. In aller Eile wurden zusätzliche Bettenstationen aus dem Boden gestampft, doch die Zustände waren im März vor allem in Italien und Spanien, aber auch in Teilen Frankreichs oder etwas später in Grossbritannien und New York teilweise unglaublich. Es fehlt an allem: Plastikhandschuhe, einfache und höherwertiger Atemschutz, Brillen, Schutzzüge, Desinfektionsmittel, aber auch an Geräten zur Beigabe von Sauerstoff, vor allem an Lungenmaschinen.

Wegen diesen Engpässen resultierten Spitäler und Altersheime als eigentlichen Virenschleudern, in denen Erkrankte mit bereits schlechtem Gesundheitszustand noch den 'letzten Schlag' erhielten. Dies kann allerdings nicht dem Pflegepersonal in die Schuhe geschoben werden, denn die Aufopferung dieser Personen war enorm, doch sie waren den Viren gleichsam nackt ausgesetzt. Nosokomiale Ansteckungen waren und sind ein grosses Problem und hätten mit optimaler Schutzausrüstung massiv reduziert werden können.

Waren die Bedingungen in den Spitälern teilweise extrem problematisch, so müssen die Zustände in vielen Altersheimen als höchst katastrophal bezeichnet werden. Schuld daran haben ebenfalls nicht die Pflegenden, sondern die betreibenden Firmen und staatlichen Stellen, die mit ihrem neoliberalen Ansatz und dem Bestreben möglichst tiefer Kosten diese Katastrophe verursacht haben und verantworten müssen. Wenn von Ärzten gesagt wird, wir alle müssten einmal ster-

ben, dann trifft das wohl zu, doch niemand wünscht sich, unter diesen Umständen im Pensionierungsalter zu 'verenden', weil die Pflege ohne entsprechende Ressourcen ganz einfach nicht gewährleistet werden kann. Unter diesen Umständen versuchen die Pflegenden, sich irgendwie selber zu schützen und geraten in psychologischer Hinsicht in Grenzsituationen. Unsicherheit macht sich breit, Angst und Verzweiflung intensivieren sich, Zusammenbrüche erfolgen, und es kommt zu (mehr oder weniger verdeckten) Arbeitsverweigerung. Gleichzeitig wird aber nun verstärkt protestiert und diese Auseinandersetzungen bedürfen der grössten Solidarität, damit sich im Gesundheitswesen und in der Altersversorgung Grundlegendes ändert. Wegzukommen ist vom Neoliberalismus, so dass die grosszügige Ausgestaltung der Gesundheit als öffentliches Gut umgesetzt werden kann. Mit obigen Beschreibungen sind extreme Situationen in Italien, Spanien, Frankreich, England oder New York charakterisiert. Zu verallgemeinern lassen sich diese jedoch nicht. Vielmehr müsste sorgfältig differenziert werden. Hoffen wir auf der anderen Seite, dass sich nicht noch schlimmere Entwicklungen in Lateinamerika und Afrika ergeben.

Grandios unterschätzt wurden allgemein die Probleme bei Nach- oder Zusatzbestellungen für Spitäler und Pflegeeinrichtungen. Alle diese Waren sind normalerweise auf den internationalen Märkten problemlos zu beschaffen. Doch es kam zu immens hohen Nachfragepositionen. Da Produktionsstrassen teilweise stillgelegt waren, gerieten die Märkte aus allen Fugen, Hamsterkäufe wurden getätigt, nationale Egoismen und Übervorteilungen dominierten etc. Über Zusatzproduktion oder Produktionskonversion wurde wohl diskutiert, doch bis sich etwas tat, verging sehr viel Zeit. Dennoch wuchs auch die Solidarität in der Bevölkerung, leider mit völlig untauglichen Mitteln, wenn beispielsweise an heimischen Nähmaschinen Stoffmasken geschneidert wurden. Zwischen den Staaten erfolgte erst nach und nach etwas mehr an Unterstützung. Diese bleibt jedoch immer noch völlig ungenügend.

Die Politiker überliessen den sogenannten Expert*innen weitgehend das Ruder, Strategien wurden geschustert, wieder verworfen oder neu angepasst. Dekretiert wurden Not-, Alarm- oder Ausnahmezustände, mit denen die verschiedenen Massnahmen bis hin zu höchst bürokratischen Detailbestimmungen beschlossen werden konnten. Betriebe wurden Knall auf Fall geschlossen oder die Produktion sogar zum grössten Teil eingefroren.

Hinsichtlich der ergriffenen Massnahmen ist fraglich, wieviel die Ausgangssperren wirklich gebracht haben. Verschiedene Beispiele legen nahe, dass es ohne Ausgangssperre geht, wenn der Appell an Selbstdisziplin funktioniert und die alten Menschen spezifisch geschützt werden.

Die Erkrankungsfälle gingen jedenfalls zurück, bevor die härtesten Massnahmen ergriffen wurden. Die Schraube wurde vor allem angezogen, weil ein partieller Kollaps des Gesundheitswesens in Aussicht stand. Insofern kann das verordnete Containment als Konsequenz oder Preis des neoliberalen Abbaus im Gesundheitswesen eingeschätzt werden.

Die konsequente Einhaltung von Hygienemassnahmen, Abstandhalten, Einschränkungen von Mobilität und Massenveranstaltungen können allem Anschein nach als effizienter bewertet werden.

Mit besten Schutzmassnahmen, qualifiziertem Personal, guten Arbeitsbedingungen sowie adäquaten Notfallmassnahmen in den Altersheimen und besten Bedingungen in den Spitälern hätten viele Todesfälle verhindert werden können, bzw. diesen Verstorbenen wären noch einige Monate oder sogar viele Jahre ihrer Lebenszeit verblieben.

Auch die sogenannte Reproduktionszahl R hat sich relativ schnell auf 1 oder sogar darunter reduziert. Allerdings scheint ein weiteres Absinken teilweise recht schwierig zu sein, und es kommt auch wieder zu Anstiegen über 1 oder zu neuerlichen lokalen Ausbrüchen.

Soll auf der Ebene der Gesamtzahlen zu zusammenfassenden Ergebnissen gelangt werden, kann folgendermassen argumentiert werden: Mitte Mai weisen 23 Staaten mehr als 1'000 Todesfälle aus. Insgesamt werden rund 300'000 Verstorbene wegen Sars-CoV-2 angegeben. Allenfalls sind die Zahlen wegen der belegten Übersterblichkeit noch etwas höher. Werden die asiatischen und lateinamerikanischen Staaten weggelassen, dann verbleiben 14 (von Irland bis USA und inklusive Kanada). In diesen Staaten kam es bis anhin zu 80% der Todesfälle. Nehmen wir vorsichtig an, dass davon 90% der Menschen im Alter von über 60 Jahren und 80% im Alter von über 70 Jahren verstarben. Hinzukommt als Annahme, dass bei der Kohorte 70+ etwa 40% in Altersheimen lebten. Dies führt zum Ergebnis, dass allenfalls mehr als 25% der Todesfälle hätten verhindert werden können, wenn schnell reagiert worden wäre und diese Risikogruppe bestens betreut, gut geschützt, getestet und Infizierte umgehend separiert worden wären. Wären überdies nosokomiale Ansteckungen mit bestem Schutz in den Spitälern verhindert worden und die Pensionierten auch zu Hause bestens geschützt und von Nachbarschaftshilfe unterstützt worden, dann wären die Todesfälle in Europa, Kanada und den USA bis Mitte Mai nicht auf etwa 240'000 Menschen angestiegen, sondern es hätte mit einiger Wahrscheinlichkeit etwa 100'000 weniger - schnell und allzu früh - Verstorbene gegeben. Die Todesfälle wären damit weit unter denjenigen einer saisonalen Grippe verblieben. Eine teilweise sehr hohe Übersterblichkeit hätte sich mit grosser Wahrscheinlichkeit nicht ereignet.

In Spanien gibt es einige wenige Altersheime in denen rigorose Präventionsmassnahmen ergriffen oder sogar eine vollständige Selbstquarantäne beschlossen wurden. Als höchst erfreuliches Ergebnis blieben diese Institutionen von Todesfällen verschont!

Einmal mehr trifft diese Pandemie ganz offensichtlich nicht alle Menschen gleich, und sie funktioniert daher auch nur beschränkt gleichmacherisch. Wohl können alle Menschen eine Infektion erleiden, doch die Konsequenzen sind vornehmlich altersabhängig und vom allgemeinen Gesundheitszustand sowie spezifischen

Vorerkrankungen bestimmt. Schwere Erkrankungen und Todesfälle ereignen sich in allen Klassen und Schichten. Die Pflegemöglichkeiten bei Erkrankungen gestalten sich indessen höchst unterschiedlich. Diese Unterschiede sind im Gesundheitswesen bereits in Europa sehr gross, sie werden riesig, wenn die ganze Welt einbezogen wird. Es kommt also sehr darauf an, wo gelebt wird und welche Schwierigkeiten sich bei einer notwendigen Hospitalisierung ergeben.

Ob eine Ausgangssperre zu dritt oder zu zehnt in einer kleinen Wohnung ohne Balkon zu erdulden ist, ob sie in einem Einfamilienhaus mit Garten oder sogar in einer Villa auf dem Hügel absolviert werden kann, macht ebenfalls einen mehr als grossen Unterschied aus. Insbesondere für Kinder dürfte das längerfristige Einsperren in kleinen Wohnungen traumatische Erfahrungen bewirkt haben.

Fällt Einkommen weg, dann kommt es darauf an, wie hoch die Ersparnisse auf den Konten sind oder, ob nicht einmal ein Bankkonto vorhanden ist, ob Kurzarbeitsentschädigung oder Arbeitslosengeld fliessen werden oder nicht. Und kaum zu bestreiten ist, dass es für einen grossen Teil der Menschheit schlicht unmöglich ist, eine Einschliessung oder eine Paralyse wirtschaftlicher Aktivitäten ohne unmittelbare Unterstützung zu überstehen. Wenn wie in den USA ein Grossteil der Bevölkerung einem „hire and fire“ ausgesetzt ist und bei einer Entlassung die Krankenversicherung wegfällt, dann sind die Konsequenzen ebenfalls desaströs.

Sars-CoV-2 und Covid-19 beinhalten einen ausgeprägten Klassencharakter. Bereits die unteren Mittelschichten werden deutlich stärker getroffen, allenfalls heftiger als relativ gut abgesicherte Teile der Arbeiter*innenschaft. Das Prekariat und die 'Überflüssigen' trifft es am härtesten und hier werden - neben den alten Menschen - vermutlich die meisten Toten zu verorten sein. In urbanen Ballungszentren zu hausen und nur über prekäre oder prekärste Einkommensmöglichkeiten zu verfügen, bringt ein erhöhtes Risiko der Verelendung und eine Verkürzung der Lebenszeit.

Vor allem mit sinnvollen Massnahmen wie Mobilitätseinschränkungen, räumlicher Distanzierung und grössten Schutzmassnahmen in Pflegeeinrichtungen (von Spitälern über Heime bis zu den Altersresidenzen) bei einem kräftigen Ausbau von Bettenkapazitäten, insbesondere einer starken Erhöhung der Plätze in Intensivstationen sowie viel besseren Arbeitsbedingungen fürs Personal kann diese Pandemie kontrolliert werden, so dass Todesfälle vermieden werden können, auch wenn bei weitem nicht alle zu verhindern sind.

Diese Pandemie bedeutet für ältere und kranke Personen ein beträchtliches Todesfallrisiko. Wären das Gesundheitswesen intakt und der hohe Schutz von Risikogruppen gegeben sowie rigorose Unterstützung bei lokalen Ausbrüchen gewährleistet, dann könnte mit deutlich weniger Sorgen der sich entwickelnden Immunität und der Etablierung eines Impfschutzes entgegengesehen werden. Wäre ein politische Wille für transnationale und multilaterale Unterstützung und Solidarität vorhanden, dann ergäben sich sogar gute Aussichten einer weltweiten Kontrolle dieser Pandemie.

Zu erwarten ist allerdings, dass diese Pandemie bei weitem noch nicht ausgestanden ist. Mit den erweiterten Lockerungsmassnahmen wird sich zeigen, ob die Infektionszahlen wieder ansteigen und dann erneut restriktive Massnahmen beschlossen werden müssen. Eventuell findet diesbezüglich lediglich eine Verschiebung auf den Herbst statt. Tracking und Tracing via Smart-Phones erhalten ständig höhere Relevanz und werden allenfalls sehr autoritär durchgesetzt und genutzt, was einen neuen Schritt im Überwachungskapitalismus darstellen würde. Fraglich ist dennoch, ob für eine zweite Pandemiewelle genügend Lehren aus den letzten Monaten gezogen und dringend notwendige Veränderungen veranlasst werden, um höchst kritische Situationen zu verhindern.

Und vielleicht zusammenfassend in einem Satz: Extreme Globalisierung und neoliberaler Druck zu Kostensenkungen im Gesundheits- und Pflegebereich sowie überforderte Regierungen haben innert kurzer Zeit eine Tragödie für viele Menschen und ihre Angehörige verursacht, die jedoch nicht nur zu vielen Todesfällen geführt hat, sondern zu einer extremen Beschleunigung von bereits vorhandenen ökonomischen Krisentendenzen sowie zu ebenfalls extremen sozialen Verwerfungen, wenn nicht schnellstens Gegensteuer gegeben wird.

Ausblick

Epidemien nehmen wohl immer einen etwas anderen Verlauf. Die Zahlen der Infizierten und Erkrankten sowie die Todesfälle nehmen zu, erreichen irgendwann einen Höchststand, reduzieren sich in der Folge und flachen daraufhin markant ab. Wie lange diese Phasen dauern, ist in keiner Weise einheitlich. Versucht wird, den Kurvenverlauf mit mathematischen Modellen zu simulieren. Weil in verschiedenen Regionen die Peaks bereits eine gewisse Zeit zurückliegen, sich bei der Belegung von Intensivstationen eine Entspannung ergeben hat, werden Lockerungsmassnahmen beschlossen, die einmal mehr in keiner Weise nach einheitlichen Kriterien verlaufen, sondern eher im Gefolge höchst disparater Pressionen. Dabei geht es jedoch nicht um irgendwelche Gleichgewichte, optimal austarierte Lösungen oder um gut diskutierte und demokratisch verabschiedete Strategien, sondern um die knallharte Durchsetzung von Interessen – verbrämt durch angeblich wissenschaftliche Erkenntnisse. Die genaue Analyse dieser Exitstrategien wird nochmals besseren Aufschluss über die realen Kräfteverhältnisse und über die höchst unterschiedlichen Befindlichkeiten in Europa geben.

Eine allgemeine autoritäre Wende oder die Akzentuierung des bereits vorhandenen Autoritarismus muss ebenfalls befürchtet werden. Ein gutes Beispiel ist Hongkong, wo die Protestbewegung abgeflaut ist, und die Repression mit Pandemieargumentationen intensiviert wird, dennoch ist es nicht gelungen die Mobilisierungen vollständig zurückzudrängen. Demokratische Diskussionen und Kontrollen fallen weg, es wird einfach entschieden, der Ausnahmezustand unerschwellig und längerfristig beibehalten, wie dies Orban praktizieren will. Erstrittene politische und soziale Rechte sollen eingeschränkt werden, im schlimmsten Fall greifen neodarwinistische und malthusianische Tendenzen um sich, wenn es darum geht, mit Erkrankungen und Todesfällen in Gefängnissen, gleichsam in

einem sozialen Labor, zu experimentieren, oder die überflüssigen Teile der Weltbevölkerung, also diejenigen, die einfach zu viel seien oder die, die sich nicht, schlecht bzw. zu wenig ausbeuten lassen, im Stich zu lassen.

Eine ökonomische Krise hat im Januar in China begonnen und manifestierte sich in einer Reduktion des BIP von knapp 7% für das erste Quartal. Verschieden weitere Einbrüche erfolgten und spätestens im März kann von einer globalen Wirtschaftskrise gesprochen werden.

Die Zahlen für das erste Quartal sind nun auch in Europa publiziert worden. Der wirtschaftliche Einbruch ist unerwartet massiv ausgefallen. Danach dürfte in praktisch allen europäischen Staaten das BIP schrumpfen. Für die EU sind es 3,5% für die Eurozone sogar 3,8%. Nicht überraschend liegen dabei Italien (-4,7%), Spanien (-5,2%), Frankreich (-5,8%) an der negativen Spitze. In Norwegen (-1,5%) und den USA (-4,8%) sind ebenfalls negative Zahlen zu vermerken; Grossbritannien (-1,6%) und die Schweiz (-2,6) verzeichnen gegenüber dem Vorquartal Quartal überdies negative Werte. Das erste Tertial präsentiert sich zweifellos ähnlich schlecht. Von daher sind bis Ende Juni mit grösster Wahrscheinlichkeit neue negative Rekordwerte zu erwarten. Die Aussichten für das laufende Jahr werden bereits nochmals nach unten revidiert. Z.B. hat Spanien die - allenfalls immer noch zu optimistische - Prognose auf rund -9% berechnet und dies der EU mitgeteilt. Von daher ist denkbar, dass die Prognosen des IWF für 2020 (global -3%) nochmals korrigiert werden. Die soziale Situation erweist sich für sehr viele Arbeitnehmenden (die berühmten 99%) als sehr schwierig bis katastrophal. Die unteren Schichten sind einerseits grösseren Infektions- und Erkrankungsrisiken ausgesetzt und andererseits steigt die wirtschaftliche Risikoexposition steil und häufig unmittelbar an. Diese Schichten befinden sich also gleichsam zwischen zwei Schlaginstrumenten eingesperrt. Die Prekarität nimmt zu, Notlagen können sich extrem verschärfen und trotz staatlichen Billionenprogrammen für die Stützung der Wirtschaft dauert es lange, bis dringendst notwendige Unterstützung ausgerichtet wird. Am schnellsten werden einmal mehr die Big Players bedient. Bis die am härtesten von der Krise Betroffenen an der Reihe sind, dauert es häufig sehr lang, viele fallen durch alle Maschen, so dass zu befürchten ist, dass Verarmungen zunehmen, die Hungernen und Vertriebenen nochmals stärker unter Druck geraten, womit diese Zahlen in nächster Zeit massiv ansteigen könnten.

Und nicht zuletzt geht es um die Ökologie. Neben dem Widerstand gegen die oben beschriebenen Tendenzen muss verhindert werden, dass wegen des angeblichen Vorrangs einer ökonomischen Erholung – sprich Garantierung der Kapitalakkumulation und wieder erhöhte Profitabilität bei verstärkter Konzentration und Zentralisation des Kapitals – die ökologischen Herausforderungen als zweitrangig erklärt oder vollständig auf die Seite geschoben werden, wie dies Trump in den USA durchziehen will. Obwohl die neoliberale Hegemonie indessen grösstenteils zerbrochen ist, fallen Dominanzansprüche nicht einfach weg. Viele Gesellschaften sind tief gespalten, soziale Kohäsion massiv zersplittert und ausgefranst. Gleichzeitig darf nicht übersehen werden, dass es viele Beharrungskräfte gibt, 'resistance to change' weitherum verbreitet ist und nicht zuletzt Warenfetischismus und ext-

remer Konsumerismus nicht einfach verschwinden, sondern nach wie vor für viele Menschen prägend sind. Gleichwohl zeigen sich immer grössere Risse im sozialen Gefüge, die von sehr unterschiedlichen Protestgruppen ausgenützt werden.

Dennoch gilt es anzuknüpfen an die bereits wieder vielfältigeren Proteste, an die zunehmenden Mobilisierungen von links sowie an die kleineren und grösseren Kämpfe in vielen Bereichen von Wirtschaft und Gesellschaft. Vielleicht beginnt sogar in den USA ein neuer Kampfzyklus. Diese Auseinandersetzungen für eine emanzipatorische Transformation in die Zukunft benötigen möglichst breite solidarische Unterstützung, denn nur auf diese Weise kann es gelingen, regionale oder sogar weltweite Machtverhältnisse zu verschieben.

Wahrlich grosse Herausforderungen für europäische und globale Linksallianzen!

Zur Person: Roland Herzog ist Ökonom und Soziologe sowie ehemaliger Leiter der Unia-Sektion Bern.