

Paul Schubert

Eine sehr kurze Sozialgeschichte der Coronapandemie

Anfang Januar 2020 machten erstmals Nachrichten über eine neue, mysteriöse Lungenkrankheit aus China die Runde. Ende Januar rief die Weltgesundheitsorganisation (WHO) den Internationalen Gesundheitsnotstand aus. Nun, mehr als fünf Jahre nach Beginn der Coronapandemie, ist die öffentliche Erinnerung an sie bereits verblasst. Ist Verdrängung in allen Formen bloß die naheliegendste Form der Verarbeitung dieses kollektiven Traumas? Weitere Krisen und Bedrohungen unfassbaren Ausmaßes, Kriege sowie die Verschärfung der Klimakatastrophe tragen ebenso nicht dazu bei, die Beschäftigung mit SARS-CoV-2 und dessen Folgen oben auf die Prioritätenliste zu setzen. Aus linker Sicht lässt sich dennoch gut für eine weitere Beschäftigung mit der Pandemie argumentieren. Zunächst wird die Verstärkung ideologischer Kontinuitäten während der Pandemie – wie etwa Sozialdarwinismus, Wissenschaftsfeindlichkeit, Naturalisierung menschengemachter Katastrophen – weit über die Coronapandemie hinaus Bestand haben. Darüber hinaus droht die spätestens ab 2022 gewählte politische Strategie der Durchseuchung der Weltbevölkerung zur Blaupause für weitere Pandemien zu werden. Das legt der aktuelle Umgang mit der Vogelgrippe (H5N1) zumindest schon nahe. Und schließlich bedarf es einer politischen Kraft, die darauf hinweist, dass die Gefahr durch SARS-CoV-2 keineswegs gebannt ist: Das Virus zirkuliert und mutiert weiter, fordert Todesopfer, schädigt in jeder Infektionswelle Lungen, Nieren, Herzen und Gehirne, verursacht schwer zu behandelnde Langzeitschäden, im schlimmsten Fall die chronische Multisystemerkrankung ME/CFS (Myalgische Enzephalomyelitis).

Kurioserweise ist es aktuell vor allem die noch immer anhaltende Pandemieleugnung und -verharmlosung, die die Erinnerung an die Pandemie am Leben hält: Rechte verteufeln weiter mit ungebrochenem Eifer die vergangenen Eindämmungsmaßnahmen und Impfangebote. Sie propa-

ren – medial durchaus noch beachtet – mit ihrer Form der >Aufarbeitung< gewaltvolle Rache an den verantwortlichen Politiker*innen und angeblich verantwortlichen Wissenschaftler*innen. Sie vergleichen die Zeit der Maßnahmen mit dem Nationalsozialismus. Und sie legen dar, warum die etwa 25 Millionen Pandemietoten¹ und wesentlich mehr Langzeitgeschädigten entweder eine Lüge oder einfach nur unbedeutend sein sollen. Letztlich scheint sich ihr Zorn daran zu entzünden, dass nicht noch mehr Menschen verstorben sind. Warum fällt es der sogenannten demokratischen Mitte nicht leichter, publikumswirksam dagegenzuhalten? Die raren >Pandemienachbetrachtungen< in liberalen Zeitungen beschränken sich meist auf eine Darstellung der Chronologie des Pandemiegeschehens; oft noch mit kritischen Fragen ergänzt, ob die Maßnahmen nicht doch übers Ziel hinausgeschossen seien. Von aktuellen Fragen der weiteren Infektionsprävention ist gar nicht mehr die Rede. Aber könnten die versuchte Bekämpfung der Pandemie, die Rettung von Millionen Menschenleben dank der Maßnahmen und Segnungen der Wissenschaften nicht selbstbewusst als großer Erfolg der jeweiligen Staaten und ihrer Gesellschaften gepriesen werden? Es braucht nicht viel Feingefühl, um zu spüren: Dass die rachsüchtigen >Coronaskeptiker*innen<, aus einer angeblichen Defensive heraus, wild um sich schlagen, ist auch ein Manöver, um die bereits geglückte Offensive zu vertuschen. Ihren eigenen Triumph zuzugeben, wäre nicht sehr klug; speist sich doch die Attraktivität der Rechtsextremen und Sozialdarwinist*innen aktuell aus der Behauptung, die nach wie vor unterdrückte Mehrheit zu vertreten. Und auch die demokratische Mitte tut gut daran, den Sieg von Leugnung und Verharmlosung, oder zumindest ihren nachhaltigen Einfluss, nicht ungewollt zuzugeben. Doch genau darauf würden ein selbstbewusster Konter gegen den von Rechten dominierten, aber nicht exklusiv rechten Pandemierevisionismus und erst recht eine ernst geführte, öffentliche Diskussion hinauslaufen. Denn sich für Millionen gerettete Menschenleben zu feiern, hieße auch zuzugeben, dass Millionen Andere eben nicht gerettet wurden. Letzteres hat Gründe.

Man kann es drehen, wie man will: Die Zahl der etwa 25 Millionen Toten ist nicht einfach die Zahl, die bei einer so schrecklichen, angeblich rein natürlichen Katastrophe eben zu erwarten ist. Sondern sie ist

1 Estimated cumulative excess deaths during COVID-19, World, hier: <https://ourworldindata.org/grapher/excess-deaths-cumulative-economist-single-entity>

die Zahl an Todesopfern, die bei dieser »gesellschaftlich koproduzierten Naturkatastrophe«² zu erwarten ist, wenn die Prioritäten nicht bei der Menschenrettung, sondern der Aufrechterhaltung der selbstzweckhaften Wirtschaftsabläufe liegen. Der Einfluss des sogenannten Querdenkens auf Debatte und Politik in den Hochphasen der Pandemie war also immer größer, als dessen Vertreter*innen zugeben wollen. Sie stellten sich dem, was ohnehin gedacht und gemacht wurde, nicht heroisch quer, sondern trieben es ins Extrem (siehe dazu das hervorragende Buch *Die Freiheit die sie meinen* von Sebastian Schuller). Die politischen Verantwortlichen der meisten Länder hatten Ideen einer Eliminierung von SARS-CoV-2 schließlich schon innerhalb weniger Wochen verworfen; Maßgaben der Rettung von Menschenleben waren bald nur Verhinderung von gesellschaftlichem und ökonomischem Chaos und von allzu deutlicher Überlastung der Gesundheitssysteme, oder es gab wie in Brasilien solche Maßgaben erst gar nicht. »Freedom Days«, also das Ende der Maßnahmen, wurden 2021 und 2022 in Zeiten hoher Übersterblichkeiten verkündet; eine Flut von Lügen und Desinformation breitete sich über alle Medien aus, darunter auch seriöse Qualitätsmedien. Long Covid wird bis heute gefährlicherweise psychosomatisiert; es gibt kein würdiges, kollektives Gedenken für die Todesopfer; die Impfraten bei anderen Erkrankungen sinken im Vergleich zu vor der Pandemie; der Stand der Infektionsprävention ist mitnichten ein besserer als vor 2020. Bei der Frage der Lufthygiene gab es kaum gesellschaftliche Fortschritte (siehe dazu den Beitrag von Eva Hottenroth in diesem Buch); die ideologische Gleichsetzung von Infektionsgefahr und Freiheit scheint sich durchgesetzt zu haben.

Könnte man das nicht alles auch einfach als einen schlechten, hilflosen Umgang mit einer bloßen Naturkatastrophe begreifen? Dass die Pandemie nichts als eine Naturkatastrophe sei, die aus heiterem Himmel über die Menschheit hereingebrochen ist und mit der Hölle der kapitalistischen Produktionsweise nichts zu tun habe, ist das am meisten verbreitete Narrativ. Eine mythologisierende Sicht versteht die Pandemie als *Gegenangriff* der Natur auf die Exzesse der Naturbeherrschung durch den Menschen. Kritischen Epidemiolog*innen und Forscher*innen wie Rob Wallace und Mike Davies hingegen ist die Einsicht zu verdanken, dass sich das warenproduzierende kapitalistische System solche Angriffe schlicht selbst schafft.

² Hauer, Maximilian: Covid-Pandemie: Im Blindflug, in: nd, 6. 3. 2025

»Alle Pandemien haben ihre eigene Sozialgeschichte«³, sagt Mike Davies, und meint damit die gesellschaftlichen und ökonomischen Bedingungen, unter denen neue Pathogene entstehen und dem Menschen gefährlich werden können. Die neuen Pandemien und Epidemien des 20. und 21. Jahrhunderts sind ohne die Ausweitung der industriellen Landwirtschaft, die großflächige Abholzung der Wälder und die monokulturelle Vieh-, Schweine- und Geflügelzuchtindustrie nicht zu denken. Zu den Sozialgeschichten von Ebola und AIDS etwa gehört die durch europäische Regierungen geförderte industrielle Schleppnetzfischerei an der afrikanischen Westküste, die zwischen 1977 und 2000 die Biomasse der Fische in der Region um 50 Prozent reduzierte.⁴ In der Folge musste das Fischfleisch als Proteinquelle durch Wildfleisch ersetzt werden. Die Jagd auf Wildtiere in den westafrikanischen Wäldern wurde zudem durch den Nahrungsbedarf der Forstarbeiter in der sich ausbreitenden Holzindustrie dieser Region (etwa Palmölplantagen) intensiviert. All das führte zu vermehrtem Kontakt zwischen Menschen und virustragenden Tieren, die ihres natürlichen Habitats beraubt werden – Schimpansen im Falle von AIDS, Fledermäuse im Falle von Ebola. Zudem industrialisierte die weltweite Durchsetzung der industriellen Schweine- und Geflügelzucht die Produktion von Krankheitserregern. So hatte die H5N1-Epidemie 2005 ihren Ursprung in kapitalintensiven, industrialisierten Zuchtbetrieben in Südostchina, die H1N1-Epidemie 2009 in den Betrieben der NAFTA-Freihandelszone zwischen Mexiko und den USA. Die genetischen Monokulturen sowie die Enge in den Zuchtbetrieben schwächen das Immunsystem der Schweine und des Geflügels und ermöglichen eine höhere Übertragungsrate von Krankheiten. (Siehe dazu den Beitrag von Peer Heinelt in diesem Buch.) Der genaue Ursprung des SARS-CoV-2-Erregers ist noch nicht abschließend erforscht – und auch die Laborthese kann nicht einwandfrei verworfen werden –, doch liegt sehr nahe, dass ebenso bei der Entstehung der Coronapandemie die Industrialisierung und Kapitalisierung der konventionellen Fleischproduktion in Südchina (seit der Liberalisierung der chinesischen Wirtschaft) eine gewichtige Rolle spielte – vor allem ihre Verflechtung und

3 »Alle Pandemien haben ihre eigene Sozialgeschichte«, in: Jungle World 2021/01, hier: <https://jungle.world/artikel/2021/01/alle-pandemien-haben-ihre-eigene-sozialgeschichte>

4 Pitta, Fábio/Silva, Allan: Die Pandemie in der fundamentalen Krise des Kapitals, in: exit!, Heft 20/2023, S. 81

Überschneidung mit der immer mehr formalisierten Produktion und dem Handel von Wildtierfleisch.⁵

Zur Sozialgeschichte der Coronapandemie gehört auch, dass sie, als das Virus SARS-CoV-2 schon auf dem Radar war, nicht verhindert wurde, oder dass zumindest dem späteren tatsächlichen katastrophalen Ausmaß nicht ausreichend vorgebeugt wurde. Die Frage, ob die Pandemie nach dem Auftreten des neuen Erregers noch hätte verhindert werden können, ob SARS-CoV-2 noch hätte ausgerottet werden können, war 2021 keine linke Spinnerei, sondern durchaus eine ernstzunehmende wissenschaftliche Frage. Das Journal *BMJ Global Health* veröffentlichte etwa einen Beitrag: »We should not dismiss the possibility of eradicating COVID-19«.⁶ Was es dazu bräuchte, gebraucht hätte, lässt sich zumindest leicht niederschreiben: Durch einen globalen, gemeinsamen Kraftakt die Reduktion gesellschaftlicher Mobilität erreichen; Stilllegung von nicht zum Überleben der Menschen relevanter Produktionsstätten; Quarantäne von Erkrankten und Kontaktpersonen; lückenlose soziale Absicherung für alle; strenges, aber nicht repressives Kontakt-Tracing; Installation von Luftfiltern in öffentlichen Räumen; gratis Verteilung von FFP2-Masken; gerechte Verteilung der Impfstoffe; Kompensation der temporär notwendigen physischen Distanzierung durch psychologische Hilfe oder Online-Angebote. Letztlich: dem Virus die Chance der Übertragung von Mensch zu Mensch zu nehmen; also ungefähr das, was etwa die Initiative *ZeroCovid* einen »solidarischen Shutdown« nannte. Ob dazu die Voraussetzung eine gänzlich andere ökonomische und soziale Ordnung wäre oder sich das alles auch im Rahmen des Kapitalismus umsetzen ließe – dazu hat sich Rob Wallace im Interview für dieses Buch Gedanken gemacht.

Der leichter zu rekonstruierende Aspekt der pandemischen Sozialgeschichte ist jener der Frage, welche Folgen die Pandemie in Klassengesellschaften hat, in denen sich in Bezug auf die unterschiedlich hohen Risiken für Tod durch SARS-CoV-2 und schwere Krankheitsverläufe auch noch andere sozial bestimmte Bruchlinien zeigen. Um diesen Aspekt zu betonen, wird von manchen Forscher*innen und Autor*innen dem Begriff der Pan-

5 Siehe dazu: Wallace, Rob: Dead Epidemiologists. On the origins of COVID-19, in: *Monthly Review*, New York 2020.

6 Wilson, Nick/Mansoor, Osman D/Boyd, Matthew J/Kvalsvig, Amanda/Baker, Michael G: We should not dismiss the possibility of eradicating COVID-19: comparisons with smallpox and polio, in: *BMJ Global Health* 2021, Volume 6, Issue 8

demie jener der >Syndemie< an die Seite gestellt, der die Wechselwirkungen zwischen Erkrankung und sozialen Faktoren betont. Fünf Jahre nach Beginn der Pandemie ist es kein Geheimnis mehr – oder vielleicht wieder eines?⁷ –, dass Armut ein gravierender Risikofaktor für Infektion, schweren Verlauf und Tod durch COVID-19 ist. Sinnbildlich dafür steht noch immer einer der allerersten brasilianischen COVID-19-Todesfälle: Eine Schwarze Hausangestellte aus einem Vorort von Rio de Janeiro verstarb, nachdem sie sich bei ihren Arbeitgebern – einer weißen Familie, die gerade von einer Italienreise zurückgekehrt war – angesteckt hatte. Die Evidenz für eine höhere Gefährdung von Menschen, die in ärmeren Stadt- oder Landesteilen leben, ist nicht anzweifelbar, wie etwa auch ein Review in *Lancet* (2022)⁸ beweist, für das 95 Studien aus allen Erdteilen untersucht wurden. Etwa die Bücher *The Pandemic Divide* der Herausgeber Gwendolyn L. Wright, Lucas Hubbard und William A. Darity Jr. und *Vulnerabilität und Ungleichheit in der COVID-19-Pandemie* von Katharina Müller widmen sich ausführlich diesem Thema. Menschen mit niedrigerem sozialen Status haben im Durchschnitt mehr und schwerere Vorerkrankungen, sie leben in Regionen mit stärkerer Umwelt- und Luftverschmutzung, in vielen Ländern sind sie von einer Krankenversicherung oder von Gesundheitsversorgung überhaupt abgeschnitten, durch prekäre Arbeitsverhältnisse sind sie mitunter gezwungen, krank länger bei der Arbeit durchzuhalten und sich verspätet medizinische Hilfe zu suchen. In den ärmsten Regionen Deutschlands war die Mortalitätsrate bis zu 70 % höher als in Gebieten mit geringerer Deprivation. In Ländern mit noch höherer sozialer Ungleichheit ist der *mortality gap* entsprechend größer: Für die USA und das Vereinigte Königreich etwa gilt, dass die Mortalitätsraten in armen Regionen teilweise doppelt so hoch waren wie in wohlhabenderen Gegenden. Ähnliches zeigt sich nicht nur auf Regional-, sondern auch auf Individualebene: Das Risiko etwa, wegen einer COVID-19-Infektion im Krankenhaus aufgenommen werden zu müssen, war für eine*n ALG-II-Bezieher*in in Deutschland 1,94-mal höher als für

7 Eine Studie im *Asian Journal of Social Psychology* kommt zu dem Schluss, dass gerade ärmer Menschen die angesprochene Risikoverteilung tendenziell weniger anerkennen als wohlhabendere Menschen; Zhang, Yue et. al.: Lower class people suffered more (but perceived fewer risk disadvantages) during the COVID-19 pandemic, in: *Asian Journal of Social Psychology*, Juni 2022

8 McGowan, Victoria J et. al.: COVID-19 mortality and deprivation: pandemic, syndemic, and endemic health inequalities, in: *The Lancet Public Health*, Volume 7, Issue 11, e966–e975

regulär Erwerbstätige. Das erhöhte Infektionsrisiko wiederum ergibt sich ebenso aus einer ganzen Reihe an speziellen Umständen: höhere Bevölkerungsdichte in ärmeren Stadtteilen; die Unmöglichkeit, infizierte Personen in engen Wohnverhältnissen zu isolieren; schlechterer Zugang zu Impfstoffen und zu teuren Schutztensilien wie hochwertigen Masken. SARS-CoV-2-Cluster sind in benachteiligten Wohnvierteln deutlich langlebiger, u. a. weil dort weniger getestet und geimpft wird.⁹ Für Staaten wie das Vereinigte Königreich gilt, dass Bewohner*innen ärmerer Regionen auch aufgrund höherer Kriminalität Aktivitäten weniger oft nach draußen verlagern;¹⁰ zusätzlich sind arme Menschen überproportional oft in Einrichtungen untergebracht, die sich in der Pandemie als wahre Infektionsfallen erwiesen haben: Obdachlosenheime, Asylunterkünfte, Pflege- und Altersheime, psychiatrische Institutionen, Gefängnisse (mehr dazu im Unterkapitel *Sozialdarwinismus – Ableismus – Eugenik*). Wohl der wesentliche Faktor aber sind die Arbeitsbedingungen in Niedriglohnjobs. Schon in den ersten vier Lockdown-Wochen zeigte sich in Deutschland in Bezug auf den Zugang zu Homeoffice ein deutliches Gefälle. Katharina Müller konstatiert:

»In den oberen Einkommensgruppen arbeiteten im Wochenmittel 38 % im Homeoffice, während es bei den Personen mit mittlerem Einkommen nur 18 % und bei den Einkommensschwächsten lediglich 13 % waren.«¹¹

Aus verschiedenen Gründen ist in den Jobs, bei denen kein Homeoffice-Ersatz möglich ist, das Infektionsrisiko an sich schon erhöht: Zum Beispiel aufgrund des vermehrten Kontaktes zu Menschen – wie bei der Arbeit in Gesundheits- und Bildungseinrichtungen oder in der Betreuung – oder der schlechteren körperlichen Verfassung aufgrund von Überanstrengung etwa bei Jobs in der Erntehilfe – wo es noch dazu weitere Quälereien gab, wie die Arbeitsquarantäne, dank der infizierte oder möglicherweise infizierte Wanderarbeiter*innen schuften mussten, ansonsten aber ihr Quartier nicht verlassen durften (siehe dazu den Beitrag von Stefan Dietl in diesem Buch).

9 Alle Angaben: Müller, Katharina: Vulnerabilität und Ungleichheit in der COVID-19-Pandemie. Perspektiven auf Alter, Geschlecht, sozialen Status und Ethnizität, Weinheim 2022, S. 64 ff.

10 Albani, Viviana et. al.: Explaining the deprivation gap in COVID-19 mortality rates: A decomposition analysis of geographical inequalities in England, in: Social Science and Medicine 311 (2022)

11 Müller 2022, S. 67

Des Weiteren sind schlechte Belüftung, kühle Temperaturen und hohe Luftfeuchtigkeit sowie fehlende Präventionsmaßnahmen zu nennen, die insbesondere in den Schlachthallen und Fleischverarbeitungsfabriken aller Staaten anzutreffen waren. Auch in den Schlachthäusern sind es zumeist migrantische Arbeiter*innen, Wanderarbeiter*innen, die die gefährliche Arbeit erledigen. Anstatt sie zu schützen, werden sie zu Sündenböcken für SARS-CoV-2-Cluster gemacht (siehe dazu das Unterkapitel *Instrumentelle Einwände*). »Dennoch schädigten Kühlhäuser bereits die Muskeln, Nerven und Gehirne ihrer Mitarbeiter/-innen, lange bevor die Covid-19-Pandemie sie traf«, schreiben Fábio Pitta und Allan Silva über die Situation in Brasilien. Dort erleiden Arbeiterinnen in Kühlhäusern um 240 % häufiger Fehlgeburten als der Durchschnitt; täglich kommt es zu 90 Unfällen mit Folgeerkrankungen, Arbeitsunfähigkeit oder Todesfolgen. In drastischen Worten: »Als Helden der Lebensmittelversorgung [...] werden sie schließlich wie die Kadaver der Tiere, die sie selbst schlachten, entsorgt, in einer ultimativen Geste des Sozialdarwinismus dieser Pandemie der Krise.«¹²

Während der Hochphasen der Pandemie die Tatsache auszusprechen, dass sich ein Gutteil der Infektionen am Arbeitsplatz zuträgt, kam fast einem subversiven Akt gleich, so verbreitet war die Behauptung, Privatleben und Familie seien die Hauptinfektionsquellen. Auf die Spitze trieb das Kristi Noem, Landwirtin und Gouverneurin von South Dakota, die angab, 99 % der Ausbrüche in den Kühlhäusern hätten ihren Ursprung in den Wohnungen der Arbeiter*innen. Aber auch in Deutschland und Österreich wurden Statistiken so zurechtgebogen, dass der Arbeitsplatz als Ansteckungsort fast aus ihnen verschwand.¹³

Aus den USA und dem UK kamen schon früh erschreckende Daten, wonach ethnische Minderheiten besonders vulnerabel sind. Stand September 2021 hatten *American Indians/Alaska Natives* eine um 2,4-fach erhöhte Mortalitätsrate gegenüber *Non-Hispanic Whites*, jene von *Hispanics/Latinos* war um das 2,3-fache erhöht, jene von *Blacks/African American* um das doppelte.¹⁴ Während der Zusammenhang zur schlechteren sozialen und ökonomischen Stellung von Minderheiten und zu ihrer Überrepräsentation in Jobs mit höherem Infektionsrisiko evident

12 Pitta/Silva 2023, S. 87f.

13 Siehe dazu auch: <https://coronafakten.com/strategische-verharmlosung/>

14 Müller 2022, S. 88f.

ist – in Kalifornien zum Beispiel erfuhren von März bis Oktober 2020 Schwarze Einzelhandelsarbeiter*innen einen Anstieg der Sterblichkeit um 36 %, die auf die Pandemie zurückgeführt werden kann¹⁵ –, lässt sich die Ungleichheit in der Bedrohung durch COVID-19 jedoch nicht darauf reduzieren. Begünstigt Rassismus die soziale und ökonomische Deprivation von Minderheiten, so hat er auch noch direkteren Einfluss: »Einkommensungleichheit, Diskriminierung, Gewalt und institutioneller Rassismus tragen bei People of Color zu chronischem Stress bei, der ihr Immunsystem schwächen und sie anfälliger für Infektionskrankheiten machen kann.«¹⁶ Hinzu kommen weithin kaum bekannte Details: So gilt etwa die Pulsoxymetrie, die mittels durch die Haut gesendeter Lichtstrahlung die arterielle Sauerstoffsättigung misst, bei Menschen mit stärkerer Hautpigmentierung als unzuverlässiger. Das führt mitunter dazu, dass Sauerstoffmangel ohne Atemnot bei People of Color des Öfteren übersehen wird, wie eine Studie aus dem Jahre 2020 in *The New England Journal Of Medicine* mit drastischen Zahlen belegt.¹⁷ Das dürfte auch in Bezug auf COVID-19 eine Rolle spielen. Für Brasilien sprechen Pitta/Silva von regelrechten »Opferungszonen« in den Randgebieten der Großstädte, die vor allem die schwarze und die indigene Bevölkerung umfassten und als Labore für die angestrebte ›Herdenimmunität‹ benötigt wurden. Die Mortalitätsrate der indigenen Bevölkerung war 2021 doppelt so hoch wie der Durchschnitt.¹⁸ Beobachtbar ist eine direkte Korrelation zwischen höheren Inzidenzen in Indigenengemeinschaften und dem Auftreten illegaler Aktivitäten auf ihrem Land wie etwa Landraub, Bergbau und Waldrodung. Die indigene Gemeinde Uru-Eu-Wau-Wau errichtete 2020 eine Sanitätssperre und organisierte eine Überwachungsgruppe, die das Eindringen anderer zum Zwecke illegaler Aktivitäten zu verhindern

15 Wright, Gwendolyn L./Hubbard, Lucas/Darity Jr., William A.: *The Pandemic Divide. How Covid Increased Inequality in America*, Durham and London 2022, S. 33

16 Reed, Darius D.: *Racial Disparities in Healthcare: How COVID-19 Ravaged One of the Wealthiest African American Counties in the United States*. In: *Social Work in Public Health*, Vol. 36, IsS. 2, 2021, S. 118–127, zit. nach: Müller 2022, S. 102

17 Sjoding, Michael W. et. al.: *Racial Bias in Pulse Oximetry Measurement*, in: *The New England Journal Of Medicine*, Volume 383, Number 25, December 17, 2020, S. 2477-2478, hier: https://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMc2029240?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub_0pubmed

18 <https://ipam.org.br/brazils-ministry-of-health-recorded-103-less-indigenous-deaths-from-covid-19/>

versuchte. »Einer der Anführer, Ari Uru-Eu-Wau-Wau, wurde getötet, nachdem er eine Lastwagenladung Holz innerhalb des indigenen Schutzgebiets gemeldet hatte.«¹⁹

Auch Long Covid betrifft überproportional viele weniger wohlhabende Menschen. Ist das Krankenstandsgeld zu niedrig, oder gibt es gar keinen bezahlten Krankenstand, steigen sie früh nach der Infektion wieder in die körperlich anstrengende Arbeit ein, was nachweislich die Gefahr, Long Covid zu entwickeln, erhöht. Viele arbeiteten und arbeiten auch während der Infektion, wenn es die Symptome erlaub(t)en (siehe dazu den Text von Wolfgang Hien in diesem Buch sowie das Unterkapitel *Aktuelle gesundheitliche und soziale Bedrohungen*).

Unter den Bediensteten des Gesundheitsbereiches ist Long Covid besonders verbreitet. Das hohe Infektionsrisiko sowie der ständige Stress am Arbeitsplatz tragen dazu bei. »Man hat für uns geklatscht und uns Helden genannt, und jetzt sind diejenigen von uns, die Angehörige verloren haben oder durch das Ganze behindert wurden, vergessen worden«²⁰, wird eine Betroffene in einem Beitrag der BBC zum Thema zitiert. Wolfgang Hien schildert in seinem Buch *Die Revolte der Natur* die Belastungen, denen Gesundheitsarbeiter*innen in den Hochphasen der Pandemien ausgesetzt waren: Infektionsrisiko, Personalmangel, höchste Verantwortung, Stress, Sorge um Patient*innen und eigene Angehörige, Tod von Kolleg*innen, fehlerhafte oder keine Schutzausrüstung – aus New York sind noch die Bilder von Pfleger*innen, die Müllsäcke als Schutzausrüstung tragen mussten, in Erinnerung –, und zusätzlich die Anfeindung durch Teile der Gesellschaft (siehe dazu den Text von Frédéric Valin in diesem Buch sowie sein Buch *Pflegeprotokolle*²¹). Hien merkt an, dass selbst die Gesundheitsarbeiter*innen, die nicht organisch erkrankten, hoch belastende Situationen erlebten, die eine posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) zur Folge haben können. Die Zahlen von PTBS unter Gesundheitsbediensteten sind weltweit im Steigen begriffen.²² »Zum ersten Mal in meiner Karriere hatte ich das Gefühl, dass mein Beruf mir ernsthaft schaden

19 Pitta/Silva 2023, S. 90 f.

20 Varle, Anna: Long Covid health staff >abandoned and forgotten<, hier: <https://www.bbc.com/news/articles/c9q42lqwv74o>

21 Valin, Frédéric: Pflegeprotokolle, Berlin 2022

22 Hien, Wolfgang: Eine Revolte der Natur. Gesellschaftskritik in Zeiten einer Pandemie, Berlin 2022, S. 64

oder mich sogar töten könnte«, wird ein australischer Arzt im Buch *Experiences of Health Workers in the COVID-19 Pandemic in Their Own Words* zitiert. Solche Befürchtungen kamen natürlich nicht aus dem Nichts: Laut einer damaligen Schätzung der WHO starben bis Mai 2021 weltweit bis zu 180.000 Bedienstete des Gesundheitswesens an COVID-19.²³

Zurecht wird heute an das Leid der Kinder und Jugendlichen erinnert. Lockdowns und Schulschließungen vertieften auch hier die sozialen Unterschiede weiter (siehe auch das Unterkapitel *Instrumentelle Einwände*). Im UK verloren Zehntausende Kinder den Zugang zu gesundem Essen und zu medizinischen Unterstützungen, die zuvor die Schulen angeboten hatten. Lehrer*innen hatten weniger Möglichkeiten zu erkennen, ob Schüler*innen zu Hause Gewalt ausgesetzt sind. Obwohl durch die Schulschließungen von einer Untererfassung auszugehen ist, wurden in Deutschland im Jahre 2020 60.600 Kindeswohlgefährdungen verzeichnet, was der höchste Stand seit Einführung der Statistik im Jahre 2012 ist. Im Jahr 2020 kamen in Deutschland 152 Kinder gewaltsam zu Tode, was einen Anstieg von 35,7 % gegenüber dem Vorjahr bedeutet. Nicht übersehen werden sollte aber, dass Kinder auch an COVID-19 starben und sterben und Long Covid entwickeln können. Außerdem gehen Schätzungen davon aus, dass bis April 2021 weltweit über eine Million Kinder infolge der Pandemie verwaisteten, also eine*n oder zwei Erziehungsberechtigte durch COVID-19 verloren.

Die Pandemie vertiefe auch die Geschlechterungleichheit. Weibliche Beschäftigte sind in den >systemrelevanten< Berufen, in denen ab 2020 den Bediensteten gehäuft Mehrarbeit abverlangt wurde, wie Gesundheitswesen und Altenpflege, Erziehung und Sozialarbeit, Lebensmittel- und Einzelhandel, überrepräsentiert. Hinzu kommt, dass in den frauendominierten Branchen der Anteil der geringfügig entlohnnten Beschäftigungsverhältnisse höher ist. Solche >Minijobs< waren es aber auch, die in der Krisenzeit während und nach den ersten Lockdowns verstärkt abgebaut wurden.²⁴ Durch Schließung von Bildungs- und Betreuungseinrichtungen entstanden zusätzliche Anforderungen in Bezug auf Sorgearbeit innerhalb der Familien. Einer britischen Studie zufolge musste von einer durchschnittlichen Familie im Frühling 2020 eine *zusätzliche* 40-Stunden-Woche an Kinderbetreuung geleistet werden. Eine Veränderung der Aufgabenverteilung

23 <https://www1.racgp.org.au/news/gp/clinical/covid-may-have-killed-up-to-180-000-healthcare-workers>

24 Vgl. Müller 2022, S. 50 ff.

innerhalb von Beziehungen fand in den meisten Familien nicht statt, sodass in der Regel Frauen diese Mehrarbeit zu leisten hatten. Katharina Müller beschreibt in ihrem Buch auch, dass der Anteil der Männer, die ein egalitäres Geschlechterverständnis pflegen, seit der Pandemie zurückgegangen ist.²⁵ Erschwerend kommt hinzu, dass das Risiko, an Long Covid und ME/CFS infolge einer SARS-CoV-2-Infektion zu erkranken, für Frauen wesentlich höher ist als für Männer (siehe den Beitrag des französischen Feminist*innenkollektivs *Les Canards Masqués* in diesem Buch).

Dass nicht nur die Krankheitswellen selbst, sondern auch die mehr oder weniger erfolgreichen Eindämmungsmaßnahmen Leid verursachten, steht außer Frage und wird in diesem Buch an unterschiedlichen Stellen immer wieder erörtert. Grob zusammengefasst lässt sich sagen, dass gerade in Ländern, in denen das Virus ungebremster wütete als in anderen, auch die Maßnahmen den Menschen – durch ihren autoritären Charakter, durch fehlende soziale Absicherung etc. – größeres Leid zufügten als anderswo. Der strikte erste Lockdown in Indien etwa sorgte für die größte Massenwanderbewegung von Menschen seit 1947 in diesem Land. Die plötzlichen Fabrikschließungen führten bei den über hundert Millionen Wanderarbeiter*innen zu Einkommensverlust, Nahrungsmittelunsicherheit und Hunger. Laut Schätzungen machten sich 43,3 Millionen Menschen zu Fuß oder mit ungewöhnlichen Verkehrsmitteln auf den Weg, um ihre Heimatdörfer zu erreichen. Dabei kamen viele durch Erschöpfung oder Verkehrsunfälle ums Leben. All das konnte aber die COVID-Katastrophe, die sich vor allem 2021 in Indien abspielte – allein für die Jahre 2020–2021 wird von vier Millionen COVID-assozierten Todesfällen ausgegangen²⁶ –, nicht verhindern. Besondere Bestürzungen riefen die Nachrichten aus Delhi hervor, wonach die komplett überlasteten Krematorien der Stadt auf ihren Vorplätzen weitere provisorische Krematoriumsplätze aus Ziegeln, Mörtel und Brennholz aufbauen mussten, was zwischenzeitlich zu Brennholzmangel in der Region führte.

Lange hatte sich im Globalen Norden die Behauptung gehalten, der afrikanische Kontinent sei von der Pandemie vergleichsweise verschont

25 Müller 2022, S. 52 ff.

26 COVID-19 Excess Mortality Collaborators (Wang, Haidong et. al.): Estimating excess mortality due to the COVID-19 pandemic: a systematic analysis of COVID-19-related mortality, 2020–21, in: *The Lancet*, Volume 399, Issue 10334, S. 1513–1536, 2022

geblieben. Während einige Staaten tatsächlich ihre Erfahrungen, etwa mit der Ebola-Epidemie, in ein hervorragendes Maßnahmenmanagement ummünzen konnten, ergaben spätere Untersuchungen, dass die Todesraten in den meisten afrikanischen Staaten nicht unter dem globalen Durchschnitt liegen.²⁷ Das falsche Narrativ eines nur wenig betroffenen afrikanischen Kontinents dürfte die zeitgerechte Bereitstellung von Impfstoffen für die afrikanische Bevölkerung verzögert haben. Die generelle globale Ungleichheit in der Verteilung von medizinischen Hilfsmitteln und Impfungen ist auch in einer sehr kurzen Sozialgeschichte der Pandemie zu erwähnen geboten. Ausführlich schreibt dazu Karin Fischer in diesem Buch.

Spätestens ab 2023 wurde die Pandemie medial für beendet erklärt. Die Pandemie mag gesellschaftlich und politisch Geschichte sein, doch eine Zukunft ohne COVID-19 ist nicht mehr vorstellbar; insofern wird die Sozialgeschichte der Pandemie laufend fortgeschrieben: Unzählige Menschen leiden noch an den Folgen ihrer Infektionen, sind mitunter stark beeinträchtigt, arbeitsunfähig oder gar bettlägerig; SARS-CoV-2 tötet weiterhin Menschen, wenn auch in kleinerem Umfang – doch weitere, große Wellen sind denkbar, und die Abnahme des Immunisierungsniveaus ist kein unbedeutender Faktor; viele Menschen tragen noch die Trauer um die Toten mit sich; und schließlich sind die überall zu beobachtenden Faschisierungstendenzen – und sie drohen keine vorübergehenden zu sein – *auch* eine mehr oder weniger direkte Folge der Pandemie und der ideologisierten Gegenwehr gegen die Eindämmungsmaßnahmen (siehe dazu das Unterkapitel *Autoritarismus*). Gerade *weil* jedoch die Pandemie als *gesellschaftlich wahrnehmbares Ereignis* tatsächlich vorüber ist,²⁸ spielen sich die seit 2020 >selbstverständlichen< und bis heute nicht unterbrochenen Kontinuitäten – die zusätzliche Gefährdung aller durch eine neue Infektionserkrankung und die überproportionale Gefährdung der sogenannten Vulnerablen, der alten und kranken Menschen, der Menschen mit Behinderung – unter der gesellschaftlichen und medialen Wahrnehmungsgrenze ab. Chinas Pandemiepolitik war in manchen Punkten erschreckend

27 Srygley, Sara: The False Narrative of an Africa Unscathed by COVID-19, hier: <https://www.prb.org/articles/the-false-narrative-of-an-africa-unscathed-by-covid-19/>.

28 Maximilian Hauer weist in einem Artikel für das *Neue Deutschland* darauf hin, dass eher von einer »gesellschaftlichen Produktion des Pandemieendes« auszugehen ist; siehe: Hauer, Maximilian: Covid-Pandemie: Im Blindflug

repressiv und menschenfeindlich, in anderen Punkten vorbildhaft. Selbstverständlich war sie eingebettet in eine generelle autoritäre und unfassbar menschenschinderische, todbringende Verfasstheit der chinesischen Politik und Wirtschaft. Dennoch: Das Aufheben aller Eindämmungsmaßnahmen durch die Staatsführung Ende 2022 hatte nicht nur fast 1,9 Millionen COVID-19-bedingte Todesfälle innerhalb von zwei Monaten in China zur Folge. Es bedeutete auch, endgültig den Deckel zuzumachen – der Geist kann nicht mehr in die Flasche zurück. Ab 2023 war etwas, das einige Kommentator*innen »COVID-Hegemonie« nennen, oder wie die *World Socialist Website* »the barbarism of forever COVID«, vollendete Tatsache. Wie, wo und warum einige Menschen und Gruppierungen dieser Barbarei theoretisch und praktisch noch etwas entgegensetzen (müssen), das soll in diesem Buch nachzulesen sein.