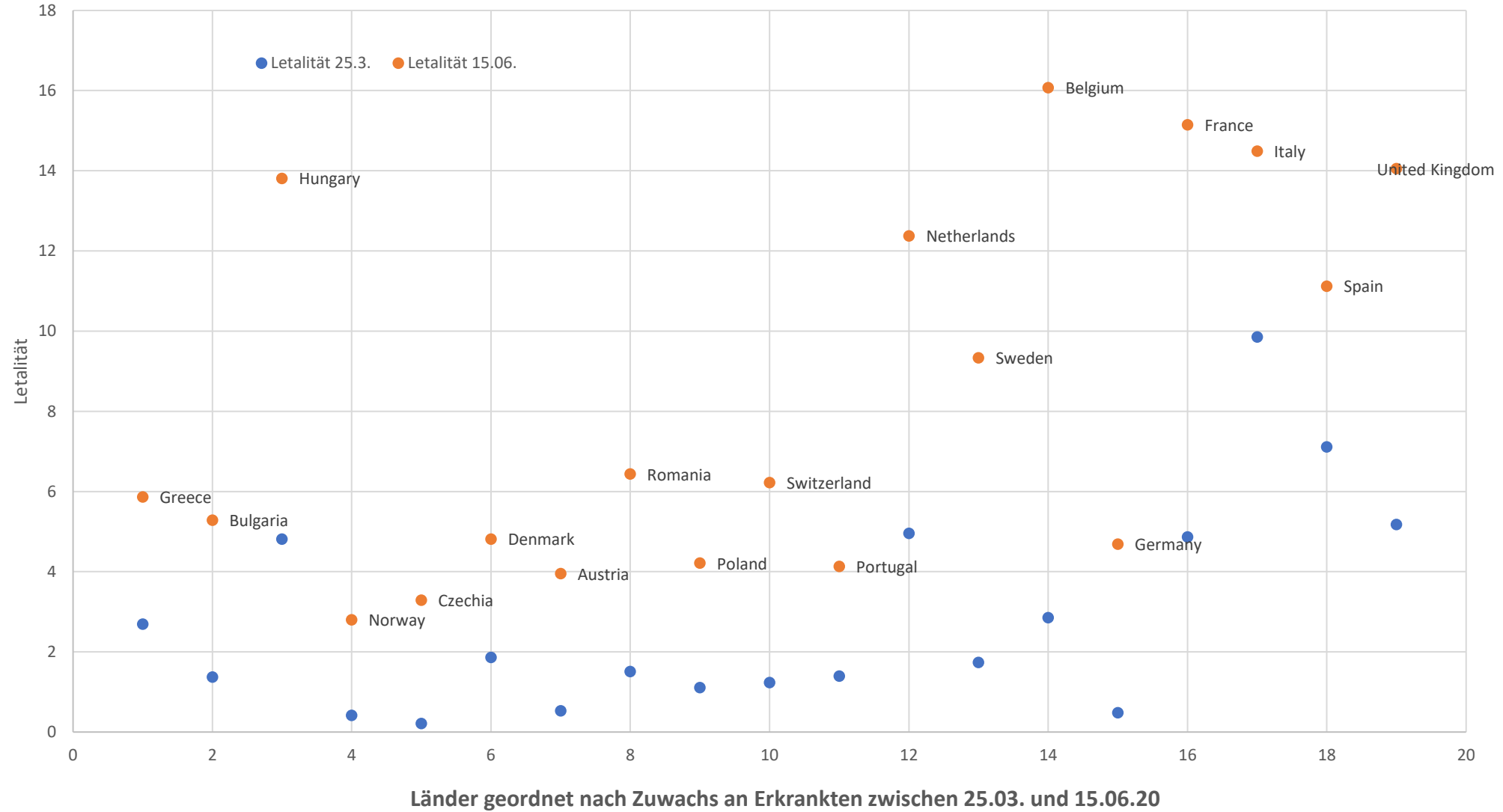


Die Bedeutung der
Infektionsausbreitung für die
Entwicklung der Letalität

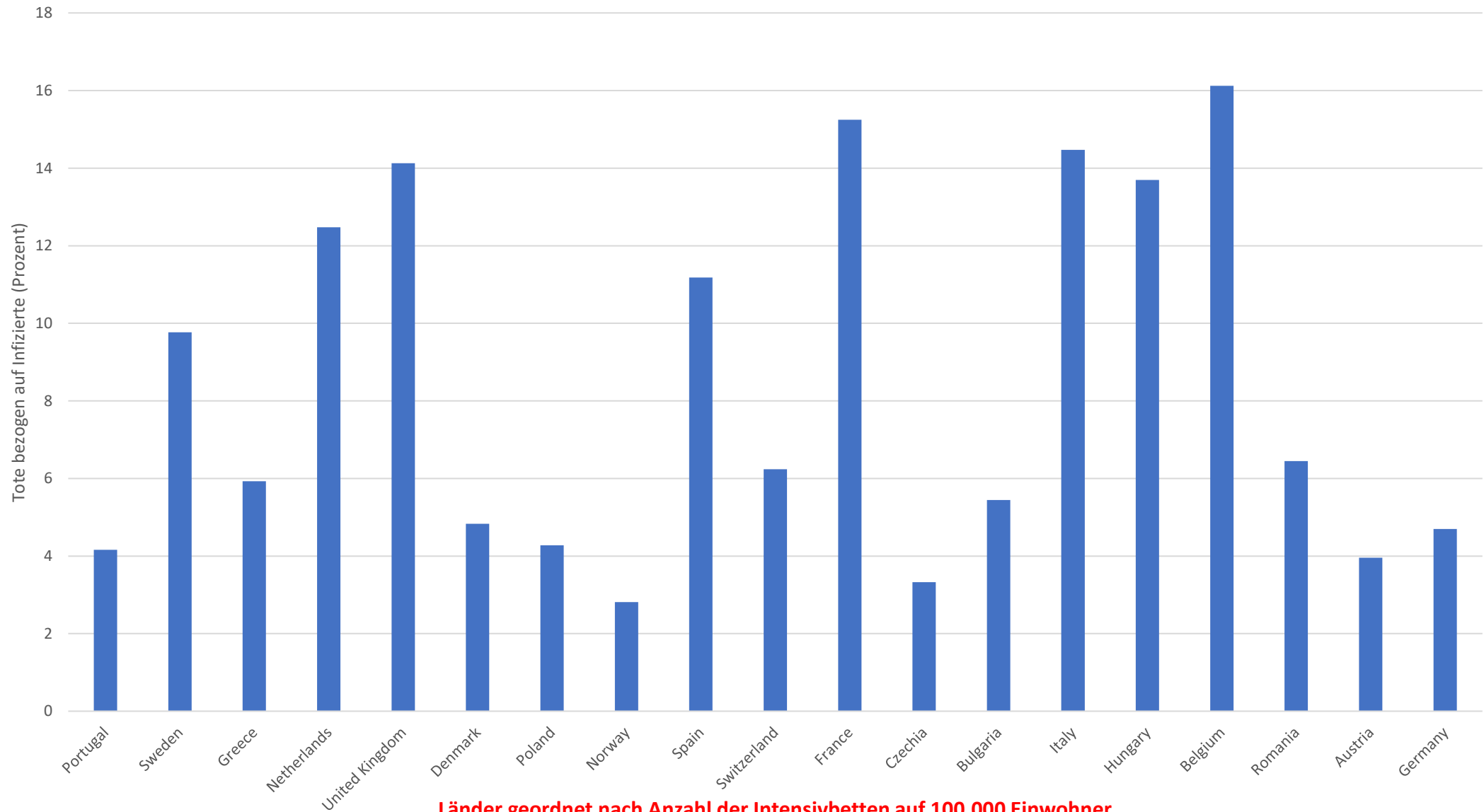
Letalität in verschiedenen Länder geordnet nach Zuwachs an Infizierten zwischen 25.03. und 15.06.20



Auf der X-Achse stehen die Länder in der Reihenfolge des Zuwachses an Infizierten zwischen dem 25.03. und dem 15.06.2020. Deutlich wird, dass die Letalität zunimmt, wenn die Zahl der Infizierten deutlicher ansteigt (Vergleich blaue Kreise mit orangenen Kreisen): ein Zeichen der wachsenden Überforderung des jeweiligen Gesundheitssystems.

Zahl der COVID-19 Toten:
mitverursacht durch die finanzielle
Ausstattung der nationalen
Gesundheitswesen?

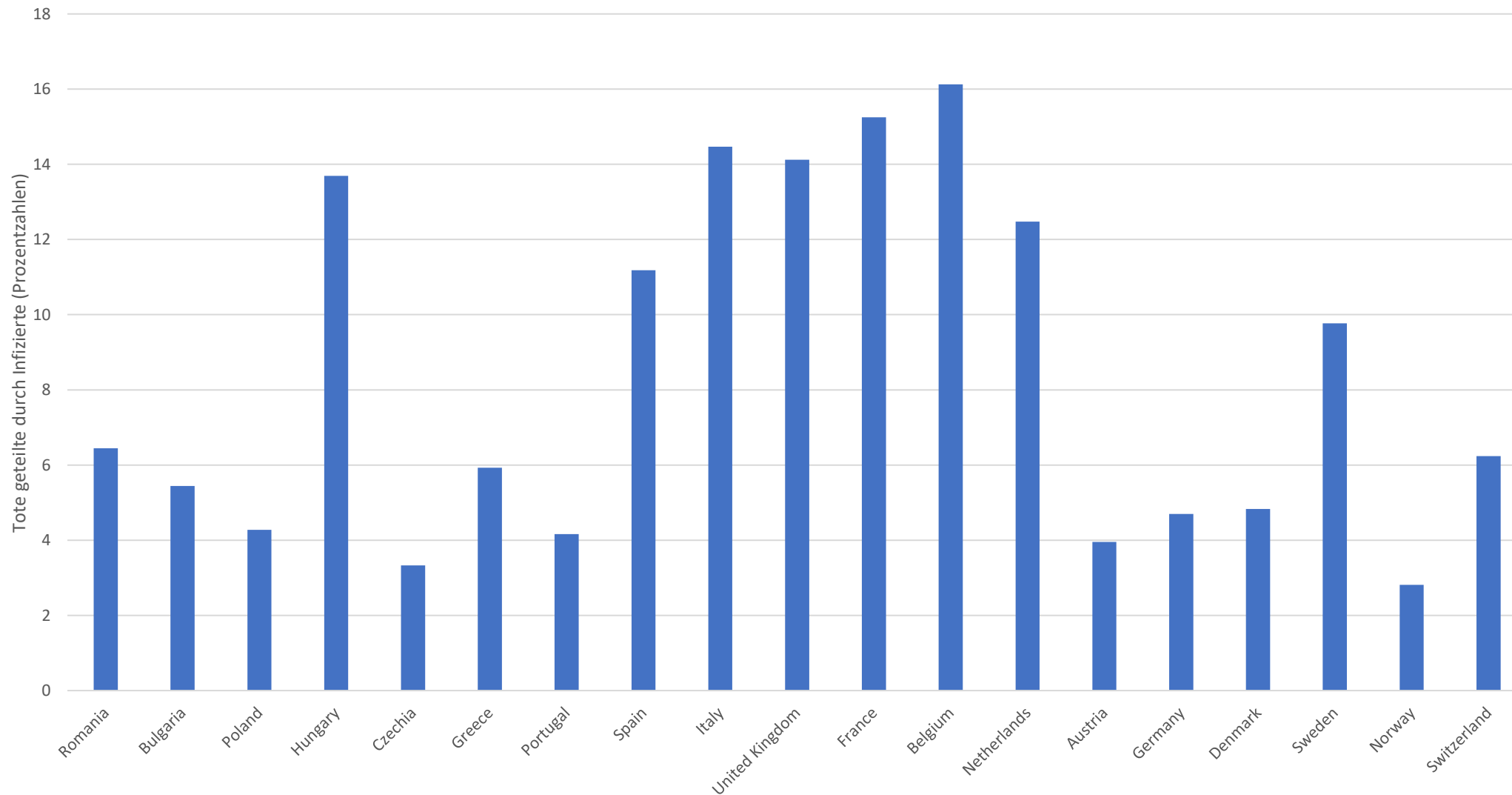
COVID-19 death per infected (12.06.20)



Länder geordnet nach Anzahl der Intensivbetten auf 100.000 Einwohner

Die Grafik zeigt, dass es keinen Zusammenhang zwischen der Sterbewahrscheinlichkeit an COVID-19 und der Zahl der Intensivbetten auf 100.000 Einwohner gibt, denn sonst müssten rechts niedrige Balken und links hohe Balken zu sehen sein (was nicht der Fall ist).

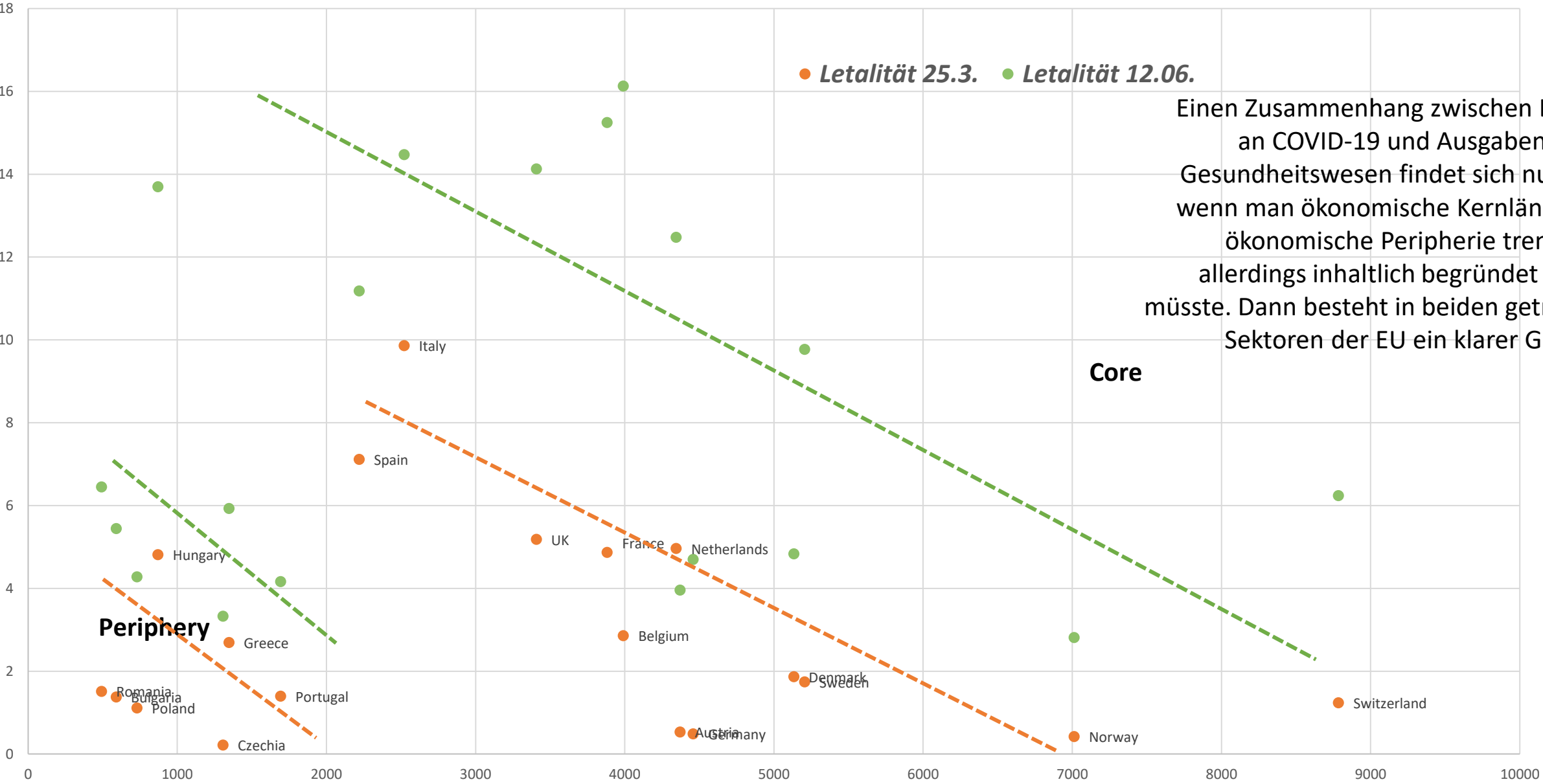
COVID-19 death per infected (12.06.20)



Länder geordnet nach Ausgaben pro Kopf für das Gesundheitswesen

Die Grafik zeigt, dass es keinen klaren Zusammenhang zwischen der Sterbewahrscheinlichkeit an COVID-19 und den pro Kopf-Ausgaben für das Gesundheitswesen auf 100.000 Einwohner gibt, denn sonst müssten rechts niedrige Balken und links hohe Balken zu sehen sein (was nicht der Fall ist).

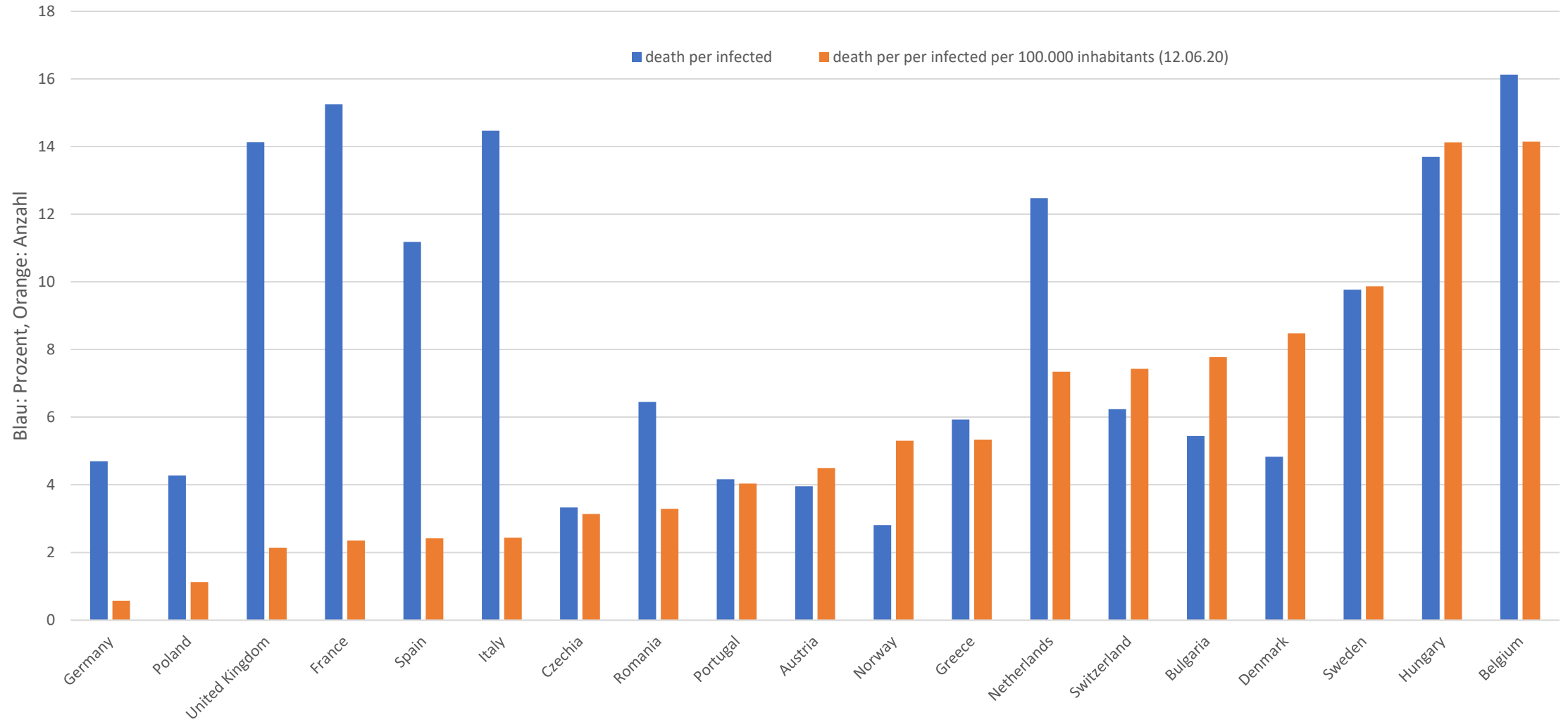
Ausgaben im Gesundheitswesen pro Kopf und Letalität am Corona Virus



Einen Zusammenhang zwischen Letalität an COVID-19 und Ausgaben für das Gesundheitswesen findet sich nur dann, wenn man ökonomische Kernländer und ökonomische Peripherie trennt, was allerdings inhaltlich begründet werden müsste. Dann besteht in beiden getrennten Sektoren der EU ein klarer Gradient.

Pro Kopf Ausgaben (Euro pro Jahr) für das Gesundheitswesen 2017

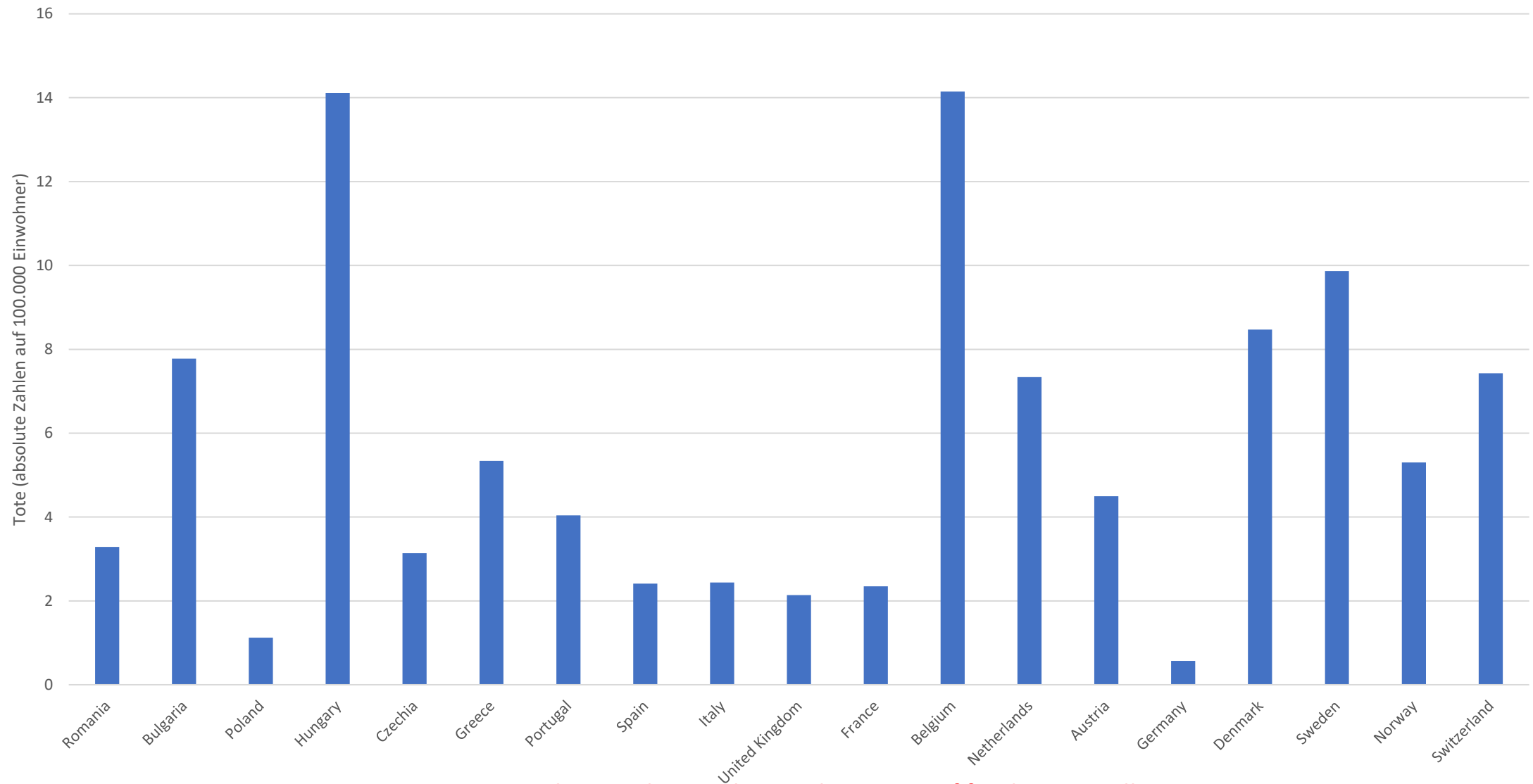
COVID-19 Verstorbene bezogen auf Zahl der Infizierten und bezogen auf 100.000 Einwohner



Länder geordnet nach Anzahl der Toten auf Infizierten pro 100.000 Einwohner

Für die Letalität spielt einerseits die Belastung des Gesundheitssystems eine Rolle (blaue Balken), andererseits aber auch andere Faktoren, was deutlich wird wenn man die Letalität auf die Größe der Länder bzw. ihre Einwohnerzahl bezieht. Dieser Bezug ändert die Letalitätsangabe deutlich. Den folgenden Grafiken liegen die Zahlen zugrunde, die den orangenen Balken entsprechen.

COVID-19 death per infected per 100.000 inhabitants (12.06.20)



Länder geordnet nach Ausgaben pro Kopf für das Gesundheitswesen

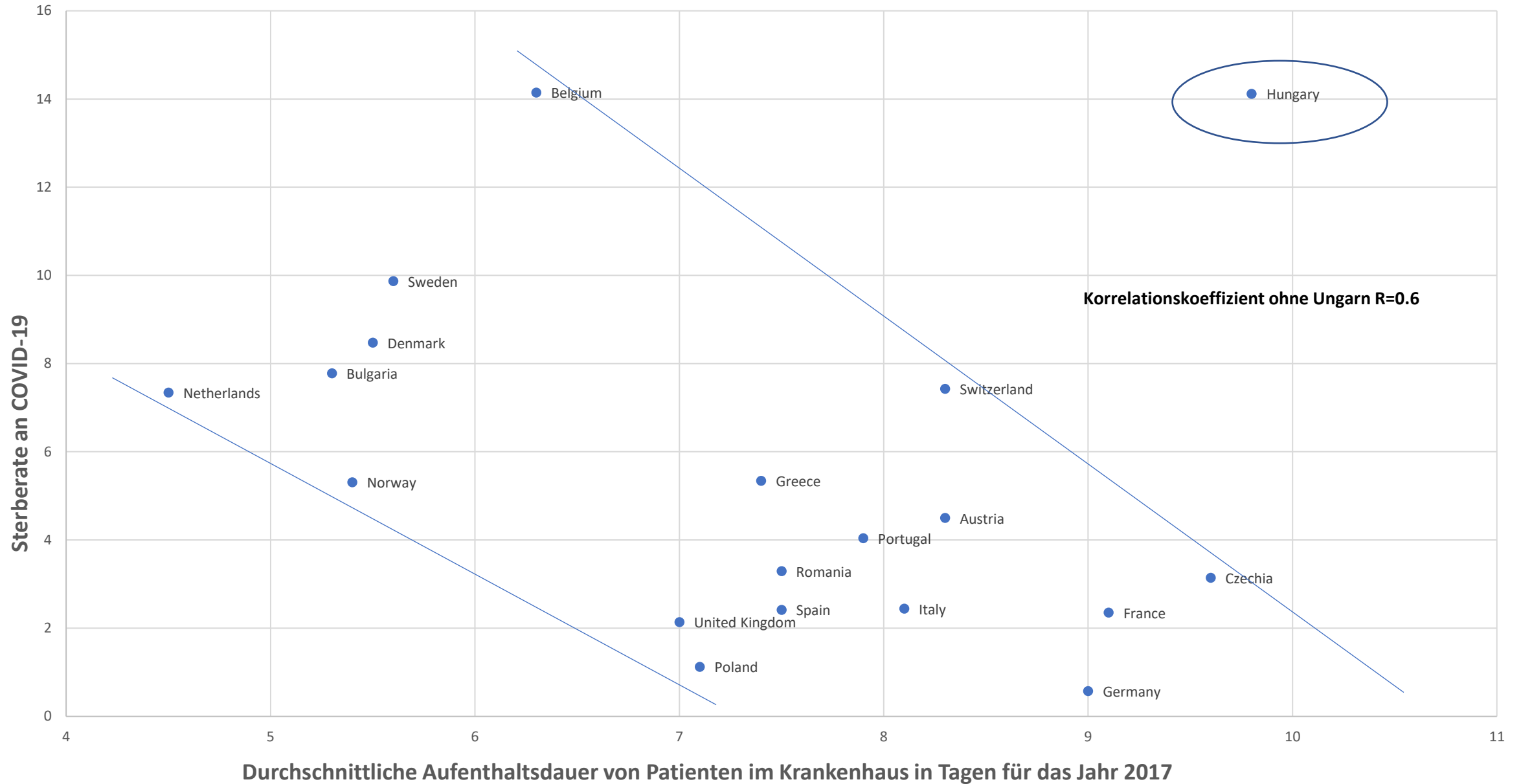
Die Grafik zeigt, dass es womöglich einen gewissen Zusammenhang zwischen der Sterbewahrscheinlichkeit an COVID-19 und den pro Kopf-Ausgaben für das Gesundheitswesen gibt, wenn man beides auf 100.000 Einwohner standardisiert, da sich rechts eher niedrige Balken und links eher hohe Balken finden. Allerdings bedeuteten dann hohe Ausgaben eher höhere

An COVID-19 Verstorbene bezogen auf Infizierte und auf Einwohner älter als 65 Jahre (in 100.000)



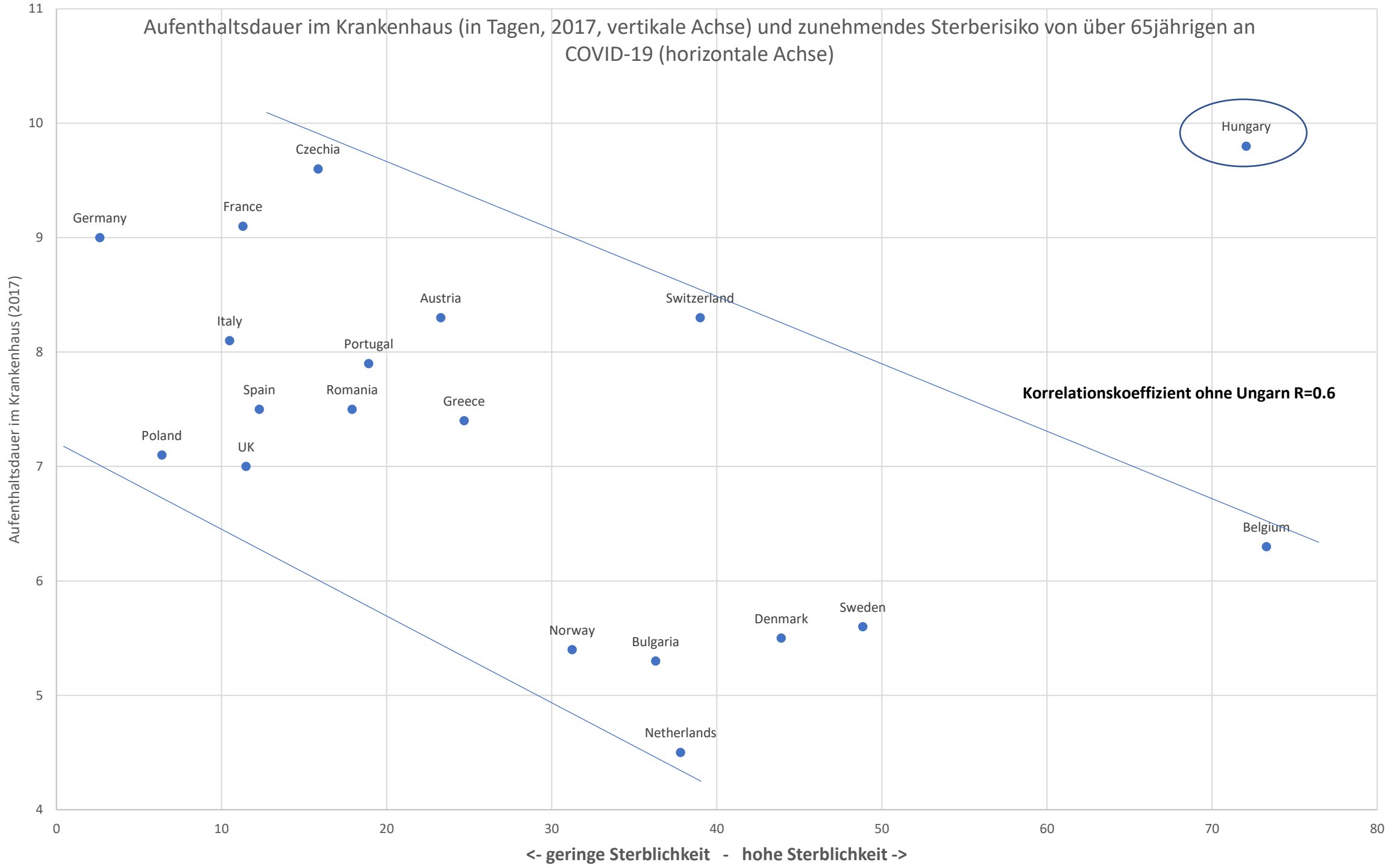
Der scheinbar paradoxe Zusammenhang zwischen der Sterbewahrscheinlichkeit an COVID-19 und Ländern mit hohen pro Kopf-Ausgaben für das Gesundheitswesen zeigt sich auch dann, wenn man die Zahl der Intensivbetten auf die Verstorbenen älteren Menschen bezieht: Länder mit hohen Ausgaben haben nicht unbedingt auch viele Intensivbetten und dort sterben ältere Personen häufiger.

COVID-19 Tote per infiziertem Patient (12.06.20) auf 100.000 Einwohner

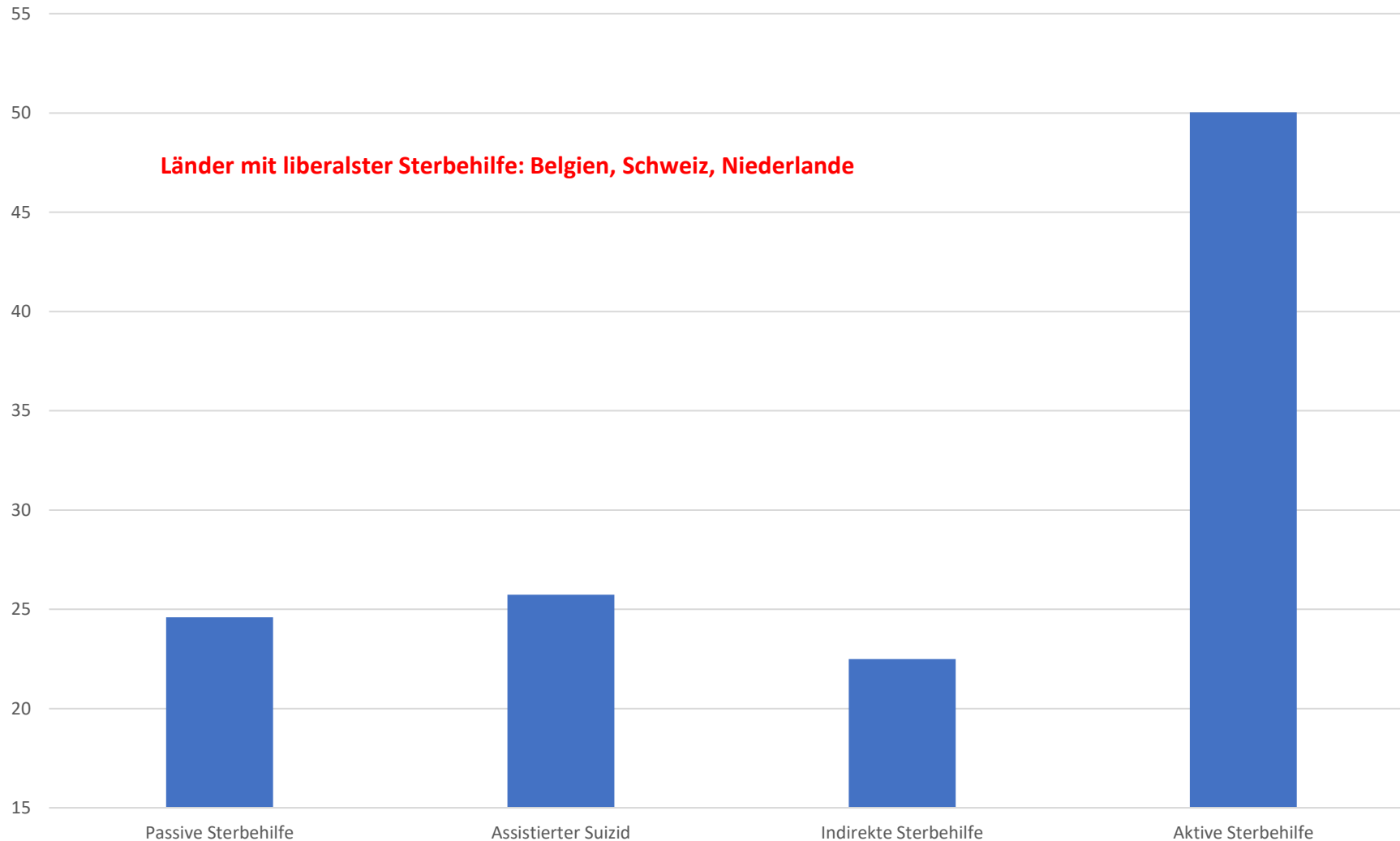


Der paradoxe Zusammenhang zwischen der Sterbewahrscheinlichkeit an COVID-19 und Ländern mit hohen pro Kopf-Ausgaben für das Gesundheitswesen wird verständlicher, wenn man ihn auf die durchschnittliche Liegedauer im Krankenhaus bezieht: Länder mit niedriger Liegedauer des Jahres 2017, alle Erkrankungen, zeigen höheres Sterberisiko.

Aufenthaltsdauer im Krankenhaus (in Tagen, 2017, vertikale Achse) und zunehmendes Sterberisiko von über 65jährigen an COVID-19 (horizontale Achse)



COVID-19 deaths per infected (older than 65) per 100.000 inhabitants (12.06.20)



Der paradoxe Zusammenhang zwischen der Sterbewahrscheinlichkeit an COVID-19 und Ländern mit hohen pro Kopf-Ausgaben für das Gesundheitswesen wird verständlicher, wenn man die Haltung zum Sterben einbezieht: Länder mit „liberalem“ Verhältnis zum Sterben, zeigen höheres Sterberisiko.

Fazit Teil 1

Sterberisiko an COVID-19 hängt nur wenig von finanzieller Ausstattung der nationalen Gesundheitswesen ab, dafür aber womöglich mehr von dem Grad seiner „rationalen“ Ökonomisierung und dessen Repräsentation in den Köpfen der Mediziner.

Teil 2

Soziale Lage, Infektions- und Sterberisiko

Ansteckungsrisiko an COVID-19 bei Arbeitslosigkeit in Deutschland

"ALG II-Empfänger haben ein stark erhöhtes Risiko, mit einer Covid-19-Infektion ins Krankenhaus eingeliefert zu werden. Das zeigt erstmals eine Auswertung von Versichertendaten für das ARD-Mittagsmagazin. Im Vergleich zu Erwerbstätigen in regulärer Beschäftigung ist das Risiko für ALG II-Empfänger demnach um 84,1 Prozent erhöht, dass sie wegen COVID-19 ins Krankenhaus kommen. Für ALG I-Empfänger liegt das Risiko um 17,5 Prozent höher."

https://www.rbb24.de/politik/thema/2020/coronavirus/beitraege_neu/2020/06/corona-erkrankung-covid19-risiko-sozial-benachteiligte-alg-ii.html?fbclid=IwAR0oBE0dzRHBD-u_DHrS0-jDO4T_srIXTySVc5rbOkaIO182wbFz9RqvKIE

Ansteckungsrisiko an COVID-19 und sozialer Status in Barcelona

(Quelle: Wikipedia): "Low income neighbourhoods in Barcelona have seven times the rate of infection of more affluent neighbourhoods. Part of the reason is that essential workers, who have kept going to work despite the epidemic, are likely to work in low-skill jobs such as supermarkets or elder care. Also, many care workers are immigrants, who lack access to unemployment benefits and live in some of the lowest category housing."

Ansteckungsrisiko an COVID-19 und sozialer Status in Paris

Aktuelle, ganz ähnliche Ergebnisse für Stadtteile von Paris finden sich hier:

<https://www.heise.de/tp/features/Uebersterblichkeit-in-Seine-Saint-Denis-4719781.html>

Sterberisiko an COVID-19 und sozialer Status in England und Wales

Wenn man die ärmsten und die reichsten Gegenden in England für die Monate März, April und Mai vergleicht, dann starben in den ärmsten Regionen 128 auf 100.000 Einwohner, in den reichsten 60 auf 100.000. Dieser Unterschied bleibt auffällig, auch wenn man das durchschnittliche Alter der Bevölkerung in den Regionen berücksichtigt. In Wales liegt derselbe Unterschied bei 110 in den ärmsten Gegenden und 58 in den reichsten.

<https://www.newscientist.com/article/2237475-covid-19-death-rates-twice-as-high-in-englands-most-deprived-areas/>

Sterberisiko an COVID-19 und sozialer Status in Brasilien

Laut einer Studie des Forschungsverbandes NOIS (Núcleo de Operações e Inteligência e Saúde) der Universität PUC-Rio stirbt ein Schwarzer ohne Schulbildung in Brasilien viermal häufiger am Coronavirus als ein Weißer mit höherer Bildung, obwohl die Zahl der Infizierten in weißen Gemeinden höher ist. Die Studie zeigt auch, dass die Mortalitätsrate unter Weißen etwa 38 Prozent beträgt, während die Todesrate unter Schwarzen bei fast 55 Prozent liegt. Für die Forscher beweisen die Daten, dass die Ausbreitung der bestätigten Covid-19-Fälle in Brasilien "auch durch sozioökonomische Faktoren beeinflusst wurde".

.... "Die Sterblichkeit unter Schwarzen ist immer höher als unter Weißen, selbst wenn man Patienten einer ähnlichen Altersgruppe oder Ausbildung analysiert", erklärt der Koordinator von NOIS und einer der Autoren der Studie, Silvio Ham. "Die Sterblichkeitsrate in Brasilien wird durch Ungleichheiten beim Zugang zur Behandlung beeinflusst", fügte er hinzu. Obwohl Afrobrasilianer 56 Prozent der Bevölkerung ausmachen, sind 67 Prozent der Arbeitslosen oder informellen Arbeiter und 75 Prozent der Ärmsten in Brasilien schwarz.

Nach offiziellen Statistiken sind in Brasilien bislang mehr als 36.000 Menschen an der Atemwegserkrankung Covid-19 gestorben. Der rechtsextreme Präsident Jair Bolsonaro hat unlängst die Statistiken der Regierung löschen lassen und die Publikation weiterer Zahlen eingestellt.

<https://amerika21.de/2020/06/240572/brasilien-schwarze-covid-corona>

Auswirkungen auf die Gruppe der Afroamerikaner in den USA (Quellen: The Guradian, Statistica, Vox News):

"Earlier this week, officials in Chicago, Illinois were among the first to release a racial breakdown of the city's 6,100 cases. More than half were African American, despite only the group only accounting for 30 percent of the city's 2.7 million residents. Seven in 10 patients who died from COVID-19 in the city were African American, officials said."

"In Louisiana, where 32 percent of the population is African American, that group accounted for 70 percent of COVID-19-related deaths. In Michigan, 40 percent of those who died were African American even though the group accounts for 13 percent of the population statewide. In both states, the largest and predominantly black cities - Detroit and New Orleans - were hardest hit.

In New York, the epicentre of the pandemic in the US, the coronavirus is killing African Americans and Hispanics at twice the rate of white people, according to preliminary state data."

	Anteil an der Bevölkerung	Anteil an den COVID-19 Toten
Louisiana	32%	70%
Illinois	15%	42%
Michigan	14%	41%
North Carolina	22%	22%
Chicago	30%	69%
Milwaukee County	26%	81%

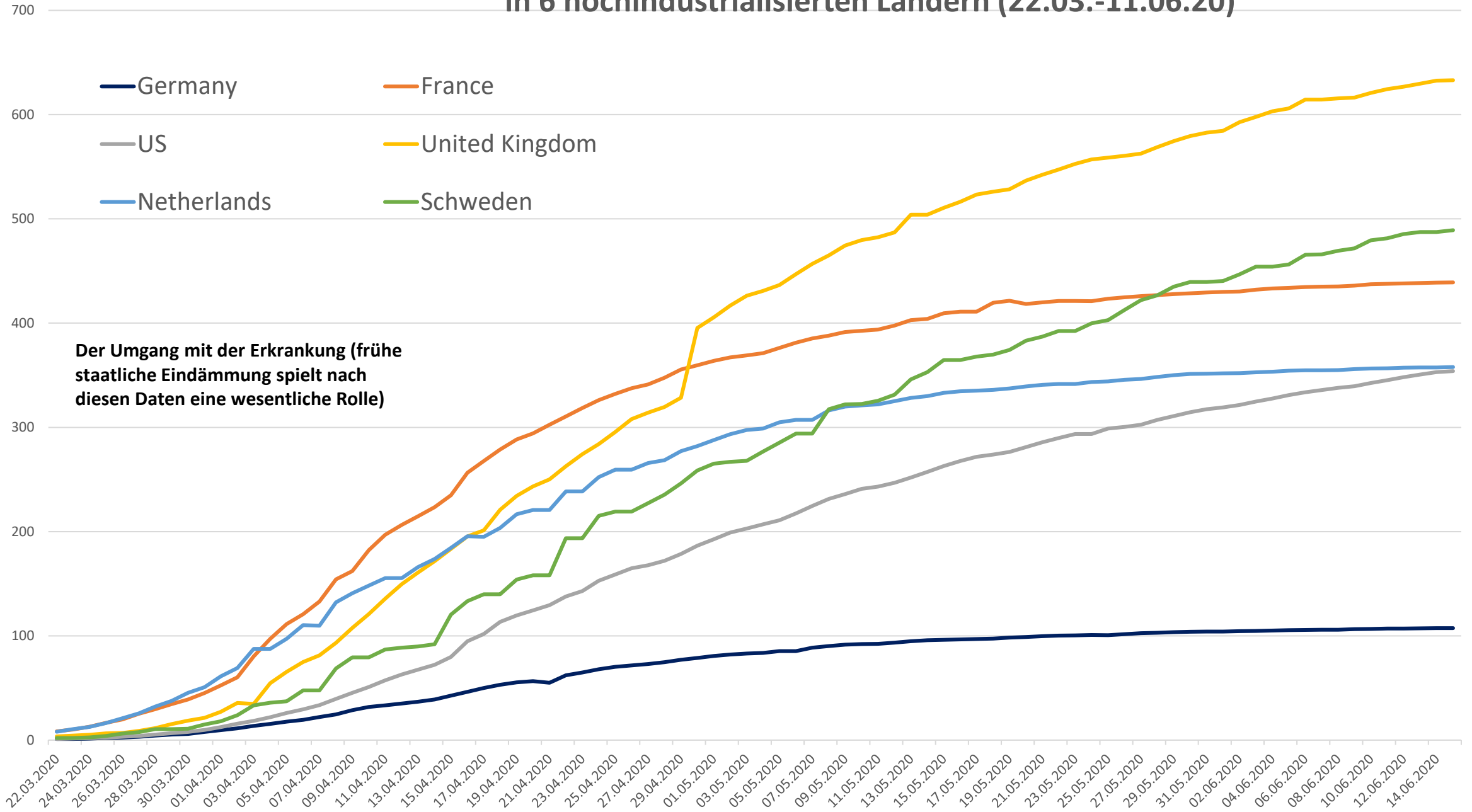
Fazit Teil 2

Das Infektions- und Sterberisiko an COVID-19 korreliert klar mit dem sozialem Status der Betroffenen. Obwohl eigentlich eine „einfache“ Infektionskrankheit ohne direkte Relation zu Arbeitsbedingung (Heben von Gewichten, psychischer Stress etc.) sind arme und diskriminierte Menschengruppen überproportional betroffen.

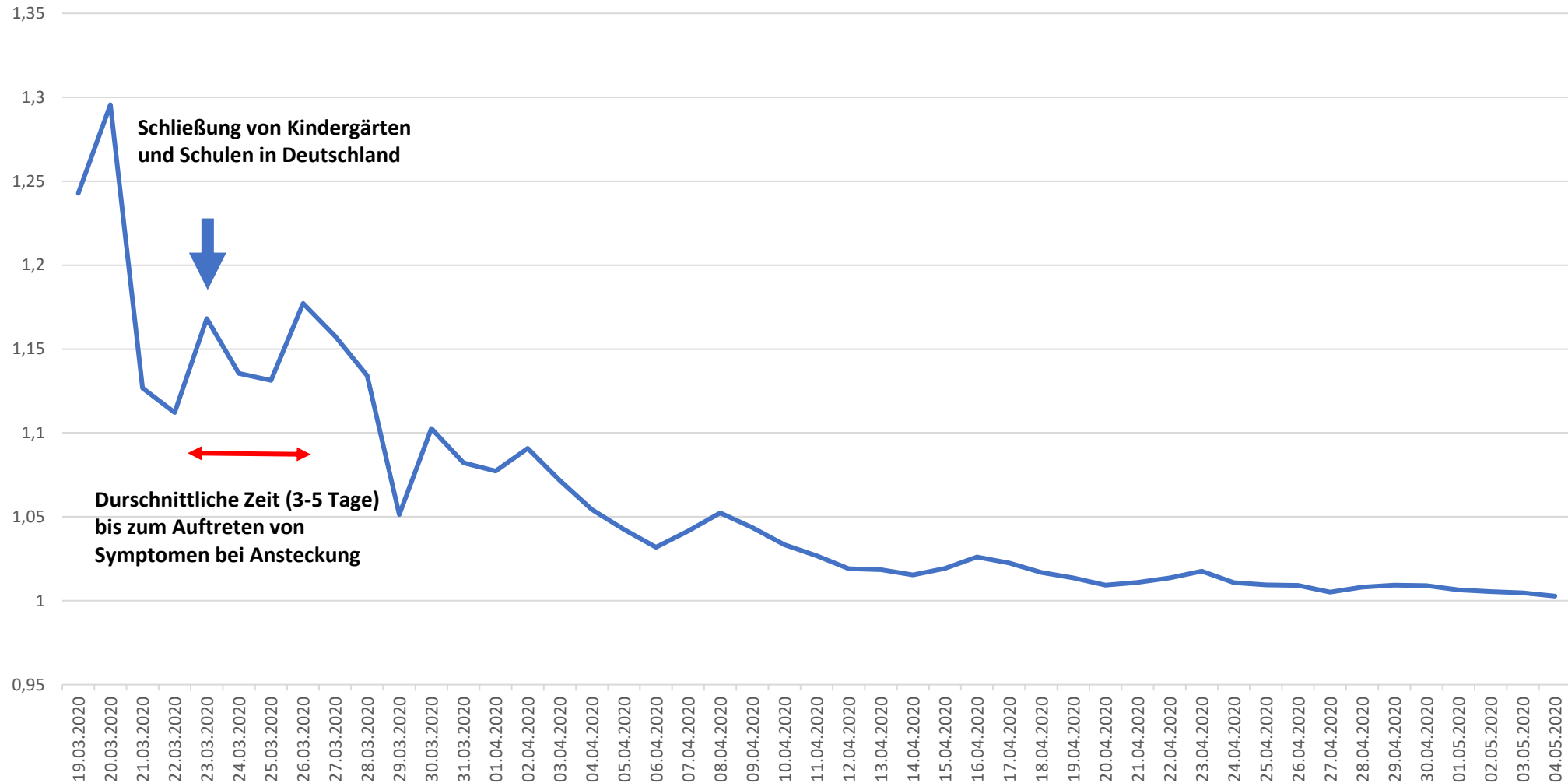
Teil 3

COVID-19 oder was determiniert die
Lebenserwartung stärker:
Gesundheitssystem versus
gesellschaftliche Struktur?

Kumulative Zahl der COVID-19 Toten bezogen auf 1 Mio. Bevölkerung in 6 hochindustrialisierten Ländern (22.03.-11.06.20)

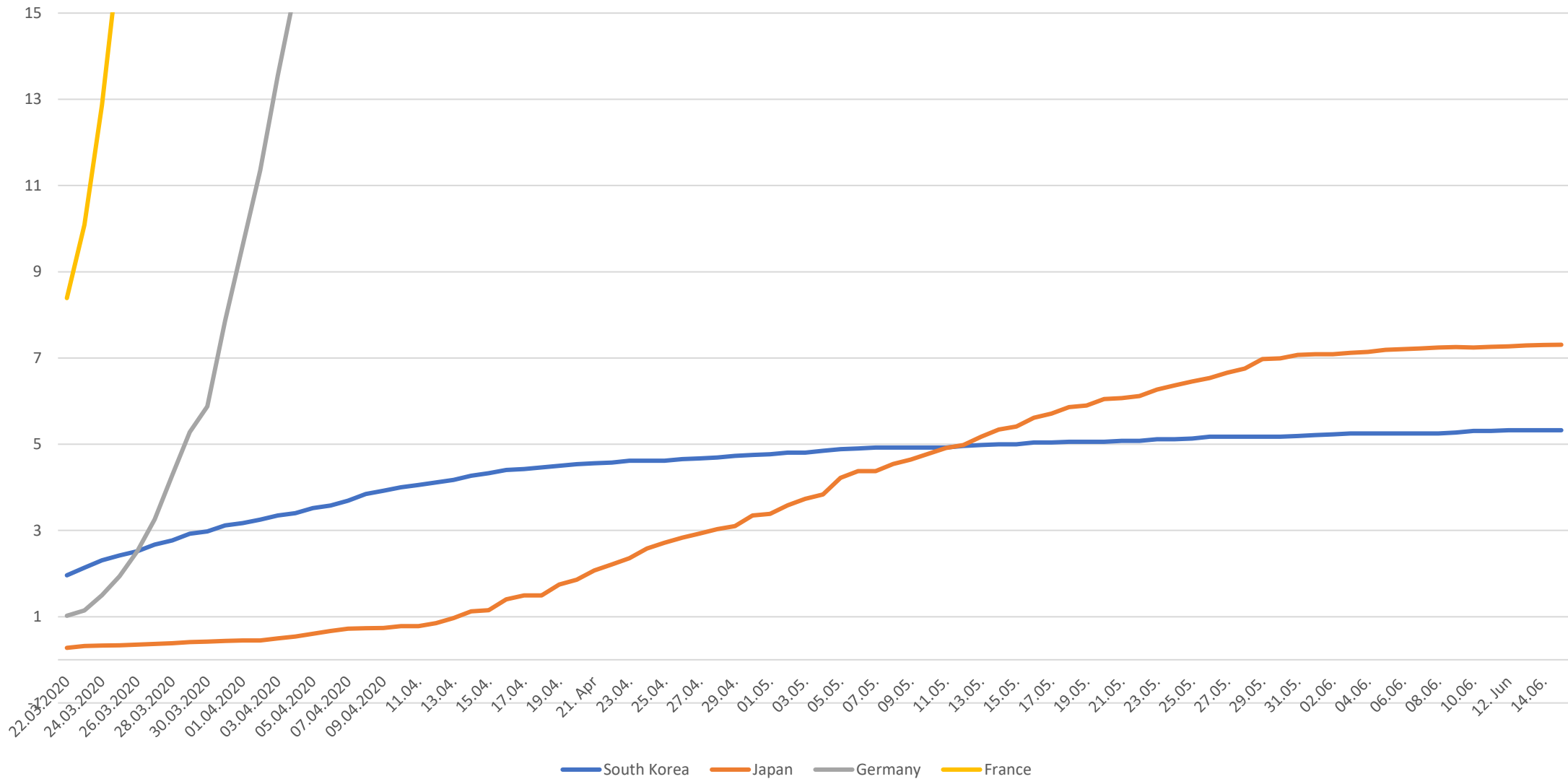


Ansteckungsrate (Reproduktionsrate) und staatliche Einschränkungen in Deutschland



Ein früheres Diagramm (2. Folie) zeigte bereits, dass Länder mit späten oder geringen staatlichen Einschränkungen eine höhere Sterbewahrscheinlichkeit zeigen als solche mit frühen staatlichen Einschränkungen, vermutlich durch die geringere Belastung des Gesundheitswesens. Dieses Diagramm zeigt, dass 3 bis 5 Tage (der Inkubationszeit von COVID-19) nach dem staatlichen Einschränkungen in Deutschland es zu einem Sinken der Infektionszahlen kommt.

Sterberisiko an COVID-19 per Mio. Einwohner



Das Sterberisiko in industrialisierten Ländern differiert extrem, obwohl die Gesundheitswesen relativ ähnlich sein werden. Von den Infektions- und Sterberisiko zweier asiatischer kapitalistischer Länder sind die Menschen in Frankreich und Deutschland weit entfernt

Fazit Teil 3

COVID-19 ist ein weiteres Beispiel dafür, dass nicht so sehr die „Produktivkraft“ der Medizin, sondern die Organisation der gesellschaftlichen Reproduktion der Hauptfaktor für die Entwicklung der Lebenserwartung ist.