

Corona Krise – und wo ist die linke Bewegung?

Die Corona Krise hält die Welt fest in ihrem Griff. Im Folgenden soll in einem ersten Schritt einiges zu den medizinischen Zahlen dargestellt werden, die aus meiner Sicht wichtig sind, um die Basis für eine linke politische Intervention abzustecken. In einem zweiten Schritt geht es dann um die Antwort der linken Bewegung auf die aktuelle Situation, die aus meiner Sicht nur wenig erkennbar ist und inzwischen droht, in eine falsche Richtung abzukippen.

Teil 1 – ein paar Fakten

Die Ausbreitung des COVID-19-Virus in den verschiedenen Regionen dieser Welt ist in einem Ausmaß dokumentiert, wie vermutlich bei noch keiner Pandemie zuvor. Dies liegt an dem John-Hopkins-Universität in Boston, deren WissenschaftlerInnen Zahlen zu Ansteckungen und Letalität fast stündlich aktualisieren und der breiten Öffentlichkeit zur Verfügung stellen.¹ JedeR, der/die sich mit dieser Erkrankung inhaltlich beschäftigen will, kann und sollte sich hier informieren. Ich möchte hier die Informationen für eine linke Strategiedebatte im Umgang mit der derzeitigen Krise aufbereiten.

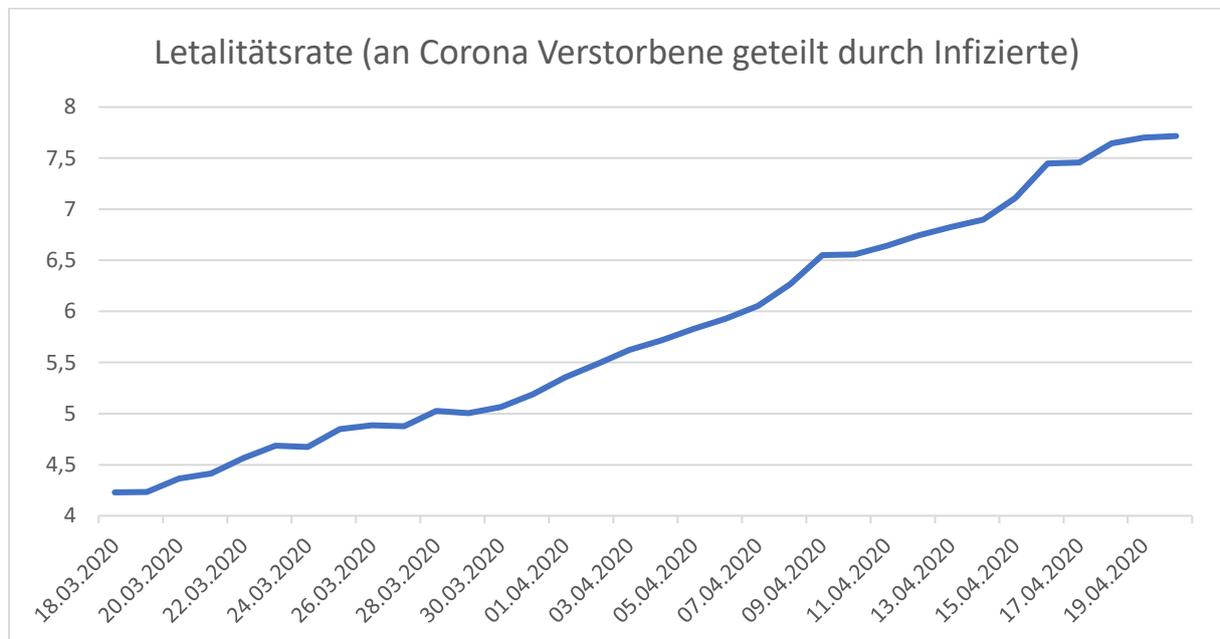
Letalität nach dem Auftreten klinischer Symptome (behandlungsrelevanten Krankheitszeichen)

Letalität meint im Folgenden die Zahl der Verstorbenen im Verhältnis zu der Zahl der insgesamt Infizierten. Die Letalität für Europa, Nordamerika, Japan und Südkorea konvergiert (d.h. sich einander annähern) inzwischen in Richtung eines bestimmten Werts, wie die Abbildung 1 zeigt. In diesen Ländern liegt die Letalität, wenn die Krankungsausbreitung eine gewisse „Reife“ erreicht, vermutlich um 8 %. Hierbei ist zu berücksichtigen, dass diese Länder eher ein ausgebautes Gesundheitswesen haben. Andererseits ist in diesen Ländern der Altersdurchschnitt der Bevölkerung höher als beispielsweise in Afrika oder Südamerika. Immerhin lag die Letalität in der chinesischen Provinz Wuhan etwas höher (wohl bei 11 %, wobei diese Angaben von der chinesischen Regierung noch korrigiert werden). In jedem Fall zeigt die Konvergenz der Zahlen über diesen langen Zeitraum, dass viele Menschen an dieser Erkrankung sterben (werden).

Andererseits dürfen diese Angaben zur Letalität nicht missverstanden werden. Sie sind in beide Richtungen mit erheblicher Unsicherheit belastet: es existieren viel mehr Infizierte, als ins Krankenhaus aufgenommen, getestet und damit registriert werden, aber es gibt auch mehr Verstorbene als in den Statistiken auftauchen (z.B. in den Altenheime Norditaliens und in Spanien, wo Tote nicht als COVID-19 Verstorbene registriert wurden). Es gibt inzwischen einige bevölkerungsbasierte Studien zur Letalität, die zu erfassen versuchen, bei wie vielen Personen Hinweise auf das Vorhandensein einer aktuellen oder abgelaufenen Infektion nachgewiesen werden können (also auch Personen umfassen, die *keine* behandlungsrelevante Krankheitszeichen empfunden haben). Diese Studien zeigen eine deutliche niedrigere Letalität (zwischen 0.37 % und

¹ Link zum Corona- Resource-Center der John-Hopkins-Universität: <https://coronavirus.jhu.edu/map.html>
Viele der folgenden Zahlen und Diagramme stammen aus den Veröffentlichungen des John-Hopkins-Universität, die zu fast immer derselben Uhrzeit in eine entsprechende Tabelle übernommen wurden. Wo dies nicht der Fall ist, sind die Quellen im Folgenden extra angegeben.

1.98 %).² Eine Berechnung der zu *erwartenden* Opfer ist aus all diesen Zahlen aktuell nicht möglich, weil weitere Faktoren eine wesentliche Rolle spielen, die zum Teil weiter unten diskutiert werden, zum anderen Teil aber auch darin begründet sind, dass niemand weiß, wie viele Menschen sich anstecken müssten, damit die Verbreitungsgeschwindigkeit von COVID-19 sinkt bzw. in sich zusammenbricht und wie lange Infizierte geschützt vor einer erneuten Erkrankung geschützt sind.



Zeitlicher Verlauf, Letalität und Intervention

Eine medizinischen Studie zum Verlauf der Corona-Erkrankungen in Wuhan

([https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(20\)30566-3/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)30566-3/fulltext))

dokumentiert folgenden durchschnittlichen Verlauf: Danach zeigen sich in der ersten Woche im wesentlichen nur Fieber und Husten, unabhängig davon wie der Verlauf ausgeht. Am 10. oder 11. Tag kommt es zur Aufnahme auf die Intensivstation, erst zu diesem Zeitpunkt beginnen sich Überlebende und Verstorbene zu unterscheiden: bei letzteren kommt es im Schnitt am 14. Tag zur Beatmung, dann zum multiorganischen Versagen und nach knapp drei Wochen zum Tod. Damit wird klar, dass die Letalitätszahlen am Anfang der Ausbreitung der Erkrankung immer relativ niedrig sein werden. Sie konvergieren erst dann, wenn die Zahl der Neuerkrankten über mindestens 14 Tage einigermaßen konstant ist. Dies muss beachtet werden, wenn die Daten zur Letalität verschiedener Länder verglichen werden.

Für die Überlebenden ist die Erkrankung jedoch nach Abklingen der primären Symptome nicht unbedingt vorbei. Nach längerer Beatmung und einem Aufenthalt auf der Intensivstation kann sich eine *chronic illness polyneuropathy* in Folge einer Schädigung des peripheren Nervensystems entwickeln, was eine längere Zeit intensiver Rehabilitation nach sich zieht. Schon bei der SARS Erkrankung war das bei einem bestimmten Anteil der Erkrankten der Fall. Über diese Seite von

² <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/111867/Feldstudie-zu-SARS-CoV-2-Bei-15-Prozent-in-Gangelt-Infektion-nachgewiesen>

COVID-19 ist bis dato nichts bekannt, weil alle noch auf den „Endpunkt“ Tod oder Überleben fixiert sind.

Was beeinflusst die Letalität?

Die öffentliche Diskussion ist von der Annahme geprägt, dass ja nur alte Menschen sterben würden, jüngere die Viruserkrankung nicht viel mehr als eine Grippe erleben. Diese Aussage ist nicht korrekt. Die folgende Tabelle zeigt erneut für die USA die Anzahl der Personen nach Alter, die ins Krankenhaus (linke Spalte) und auf die Intensivstation (rechte Spalte, hier als ICU benannt, *Intensiv Care Unit*) mussten (Daten für Februar bis März 2020 laut CDC COVID-19 Response Team (https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/69/wr/mm6913e2.htm#T2_down)).

TABLE 2. Hospitalization with and without intensive care unit (ICU) admission, by age group among COVID-19 patients aged ≥19 years with and without reported underlying health conditions — United States, February 12–March 28, 2020*



Age group (yrs)	Hospitalized without ICU admission, No. (% range [†])		ICU admission, No. (% range [†])	
	Underlying condition present/reported [§]		Underlying condition present/reported [§]	
	Yes	No	Yes	No
19–64	285 (18.1–19.9)	197 (6.2–6.7)	134 (8.5–9.4)	58 (1.8–2.0)
≥65	425 (41.7–44.5)	58 (16.8–18.3)	212 (20.8–22.2)	20 (5.8–6.3)
Total ≥19	710 (27.3–29.8)	255 (7.2–7.8)	346 (13.3–14.5)	78 (2.2–2.4)

(https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/69/wr/mm6913e2.htm#T2_down)

Wenn man auf die untere Zeile (zu den 65-Jährigen oder Älteren) schaut, wird der Alterseffekt deutlich. Allerdings sieht man, dass jüngere Personen (19-64 Jahre alt, obere Zeile), wenn sie irgendeine andere relevante Vorerkrankung haben, dieselbe Häufigkeit der Aufnahme ins Krankenhaus zeigen (linke obere Zelle) und auch etwa gleich häufig wie ältere Personen ohne Vorerkrankungen auf die Intensivstation müssen. Dass die Häufigkeit der Vorerkrankung, unabhängig vom Alter, eine wesentliche Rolle für den Verlauf der Erkrankung spielt, wird in der politischen Interpretation der Erkrankung weitgehend vergessen.

Aus derselben Veröffentlichung stammt die folgende Tabelle 2, die die Vorerkrankungen auflistet, die relevant sind für das Risiko eines schweren Verlaufs und des Versterbens:

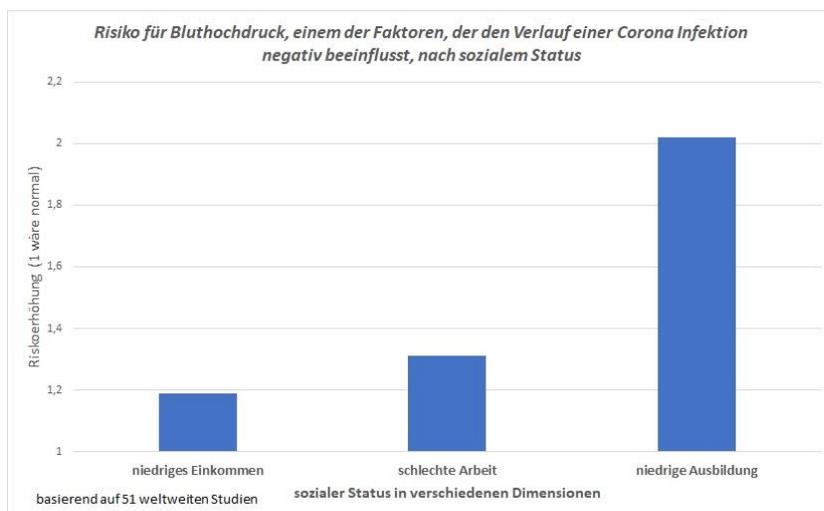
TABLE 1. Reported outcomes among COVID-19 patients of all ages, by hospitalization status, underlying health condition, and risk factor for severe outcome from respiratory infection — United States, February 12–March 28, 2020



Underlying health condition/Risk factor for severe outcomes from respiratory infection (no., % with condition)	No. (%)			
	Not hospitalized	Hospitalized, non-ICU	ICU admission	Hospitalization status unknown
Total with case report form (N = 74,439)	12,217	5,285	1,069	55,868
Missing or unknown status for all conditions (67,277)	7,074	4,248	612	55,343
Total with completed information (7,162)	5,143	1,037	457	525
One or more conditions (2,692, 37.6%)	1,388 (27)	732 (71)	358 (78)	214 (41)
Diabetes mellitus (784, 10.9%)	331 (6)	251 (24)	148 (32)	54 (10)
Chronic lung disease* (656, 9.2%)	363 (7)	152 (15)	94 (21)	47 (9)
Cardiovascular disease (647, 9.0%)	239 (5)	242 (23)	132 (29)	34 (6)
Immunocompromised condition (264, 3.7%)	141 (3)	63 (6)	41 (9)	19 (4)
Chronic renal disease (213, 3.0%)	51 (1)	95 (9)	56 (12)	11 (2)
Pregnancy (143, 2.0%)	72 (1)	31 (3)	4 (1)	36 (7)
Neurologic disorder, neurodevelopmental, intellectual disability (52, 0.7%) [†]	17 (0.3)	25 (2)	7 (2)	3 (1)
Chronic liver disease (41, 0.6%)	24 (1)	9 (1)	7 (2)	1 (0.2)
Other chronic disease (1,182, 16.5%) [‡]	583 (11)	359 (35)	170 (37)	70 (13)

Quelle: CDC COVID-19 Response Team auf:
https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/69/wr/mm6913e2.htm#T1_down

Wesentliche Vorerkrankungen sind demnach Diabetes mellitus, chronischen Lungenerkrankungen und kardiovaskuläre Krankheiten. Alle diese Erkrankungen gehören aber zu den Krankheiten, die einen massiven sozialen Gradienten aufweisen. Aus einer metaanalytischen Bewertung von 51 weltweit durchgeführten Studien zum Risikofaktor Bluthochdruck, in die zehntausende von Krankheitsfälle eingegangen sind, lässt sich folgendes Schaubild erzeugen:



Danach werden es Menschen mit niedrigen Einkommen, mit schlechten Arbeitsbedingungen und mit niedriger Ausbildung sein, die vermehrt an COVID-19 sterben, da sie ein deutlich größeres Risiko eingehen, eine Bluthochdruckerkrankung zu erleiden.

Die soziale Seite von COVID-19

Bis dato gibt es wenig Untersuchung zu der sozialen Ungleichheit von COVID-19. Zynischer Weise ist der strukturelle Rassismus in den USA der aufklärerisch. People of Color in den USA leiden vermehrt an Übergewicht, Diabetes mellitus, kardiovaskulären Erkrankungen, haben schlechtere Arbeitsbedingungen und im Schnitt auch eine schlechtere Ausbildung als weiße US-AmerikanerInnen. Wegen der statistischen Erhebung der schwarzen Bevölkerung sind Auswertung über die Häufigkeit ihres Sterbens an COVID-19 relativ leicht zu erheben. Die folgende Tabelle zeigt das Ergebnis für die afroamerikanische Bevölkerung in ausgewählten Regionen, d.h. ihren Anteil an der Bevölkerung und an den COVID-19 Toten:

	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%

Eigene Darstellung, Quelle: Statistica, The Guardian

Die soziale Seite betrifft aber definitiv nicht nur das Sterberisiko, sondern sie betrifft schon viel früher das Ansteckungsrisiko an COVID-19. Folgendes Zitat findet sich bei Wikipedia über das Ansteckungsrisiko an COVID-19 und dem sozialen Status in Barcelona:

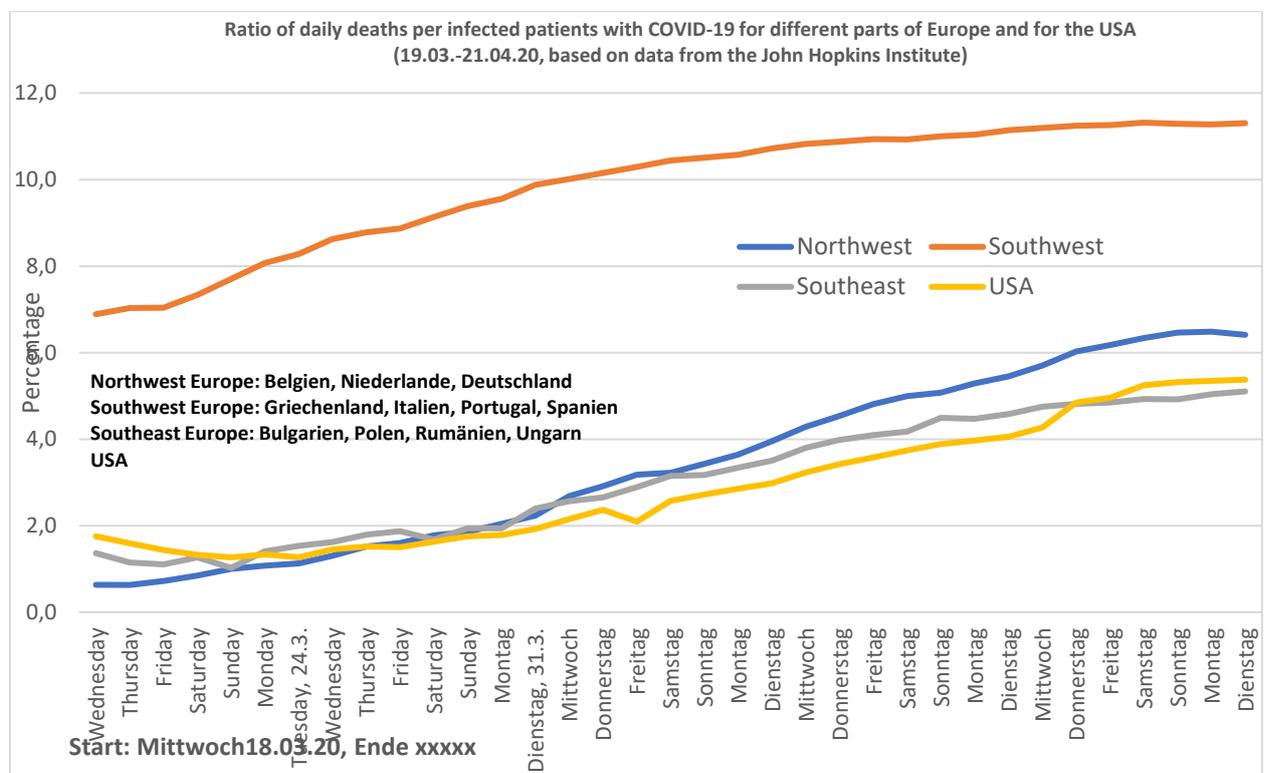
"Low income neighbourhoods in Barcelona have seven times the rate of infection of more affluent neighbourhoods. Part of the reason is that essential workers, who have kept going to work despite the epidemic, are likely to work in low-skill jobs such as supermarkets or elder care. Also, many care workers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

(https://en.wikipedia.org/wiki/2020_coronavirus_pandemic_in_Spain)

Die soziale Seite betrifft aber nicht nur das Sterbe- und das Ansteckungsrisiko. Sie wird zusätzlich noch durch die Effektivität des Gesundheitswesens vermittelt. Nach der Finanzkrise wurden im Rahmen des Austeritätsprogramms in der Europäischen Union massive Einschnitte in das Gesundheitswesen der südwestlichen Staaten Europas (also Griechenland, Italien, Portugal und

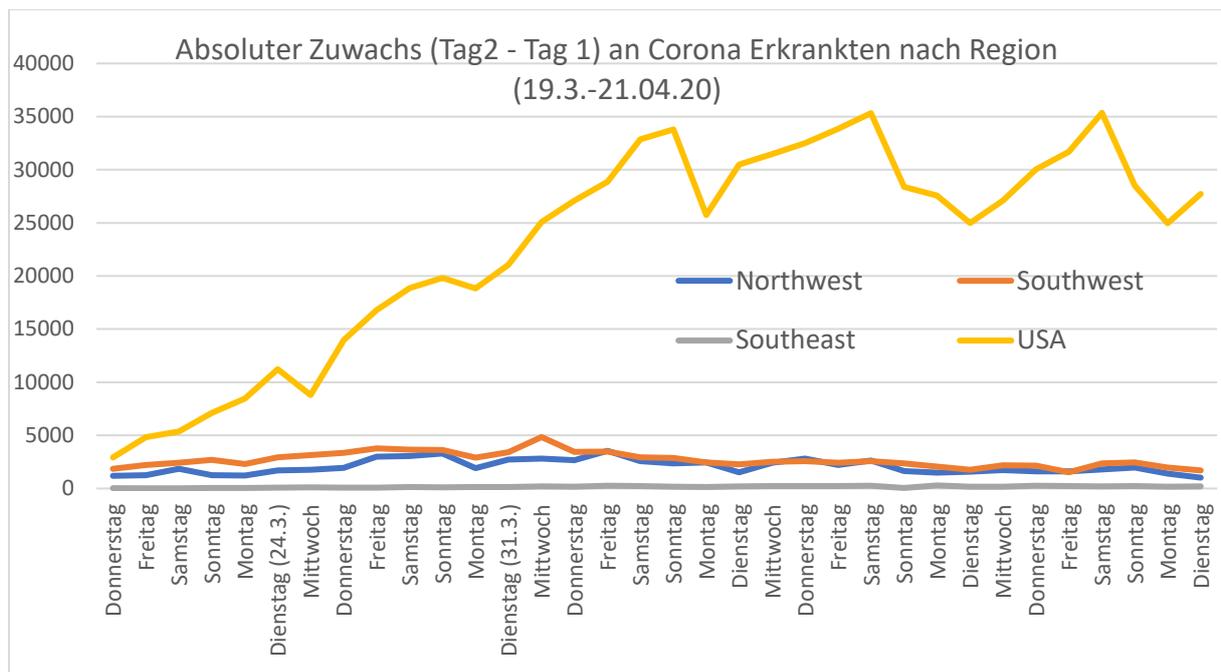
Spanien) verlangt, während die südöstlichen Staaten (also Bulgarien, Polen, Rumänien und Ungarn) im wachsenden Maße in die Kapitalakkumulation des Nordwestens integriert wurden. In den folgenden Jahren bis 2016 sanken die Ausgaben für das Gesundheitswesen in den südwestlichen Staaten auf ~98 % des Niveaus von 2010 (ohne Inflationsausgleich, also faktisch niedriger), während sie in Nordwesteuropa (also Belgien, Niederlande und Deutschland) um ca. 19 % und in Südosteuropa um ca. 30 % stiegen.

Auch diese Tatsache hat offensichtlich eine erhebliche Auswirkung auf die Überlebenswahrscheinlichkeit der an COVID-19 Erkrankten, wie die folgende Abbildung 4 zeigt, wo sich auch der Hinweis findet, um welche Ländergruppen es geht. Richtig vergleichbar sind allerdings nur die Zahlen für den Nordwesten und den Südwesten, weil die Erkrankung im Südosten Europas (noch) nicht richtig angekommen ist und in den USA sich zum Zeitpunkt des Schreibens dieser Zeilen noch rasant verbreitet, was wie oben dargelegt, erst verzögert zu steigenden Letalitätsraten führen wird.



COVID-19 Sterberisiko und das Bedürfnis nach Kapitalakkumulation

Die Reaktionen der verschiedenen Staaten auf die Erkrankung sind unterschiedlich. Man kann aber mit einiger Sicherheit feststellen, dass Staaten mit niedriger Kapitalakkumulation, hoher Staatsverschuldung und/oder starkem Zugriff des Kapitals auf die Regierungen (Italien, Spanien, Frankreich, Großbritannien, USA) später auf die Erkrankung mit Maßnahmen reagierten als Länder, in denen die Kapitalakkumulation in den letzten Jahren höher und stetiger verlaufen ist (Niederlande, Deutschland, Österreich, Südkorea). Das Eingreifen des Staates spielt für den Verlauf, allen Unkenrufen zum Trotz, eine massive Rolle für die Ausbreitung des Virus, wie folgendes Diagramm zeigt:



In den USA (ähnliche Zahlen könnte man für UK, Türkei oder Brasilien zeigen) steigt die Zahl der Neuinfektionen massiv an, weil das Problem von der Trump Administration bis in den März 2020 hinein geleugnet wurde. Dann kam es anfangs gegen Trump aus den Bundesstaaten zu entsprechenden Interventionen in Richtung *Social distancing*, Schließung von Schulen, Kindergärten und Geschäften. Zeitverzögert (man bedenke den Verlauf von COVID-19, der oben abgebildet ist) wurde ein Sinken der steigenden Infektionszahlen erreicht. Man sieht in der Grafik einen ähnlichen Knick mit dann sogar sinkenden Zahlen in Nordwesteuropa und auch in Südwesteuropa. Die staatliche Intervention ist also wirksam und sie schützt das Leben der Bevölkerung – wenn auch ungleich angesichts der oben aufgezählten Wirkung sozialer Ungleichheit, Einsparungen im Gesundheitswesen und natürlich der drohenden Massenverarmung dort, wo es keine soziale Sicherungen gibt.

Teil 2: Politische Bewertung der Corona Krise und der Rolle der linken Bewegung

Eine wahrnehmbare Reaktion der linken Bewegung in Deutschland ist bis heute kaum erkennbar. Immerhin: es werden dadurch auch keine besonderen Fehler gemacht. Es wäre z.B. denkbar gewesen, dass die linke Bewegung sich mehrheitlich auf die Seite der GegnerInnen staatlich-präventiver Intervention stellt, schon wegen des weiterhin unverarbeiteten Traumas staatssozialistischer Einschränkung von Freiheiten bis hin zum Stalinismus. Es wäre auch möglich gewesen, dass in dieser Situation weiterhin geldliche Umverteilung die Statements der linken Bewegung dominiert. Auch dies ist zum Glück zumindest in Deutschland nicht passiert. Andererseits: es fehlt auch weitgehend an erkennbaren spezifisch linken Interventionen. Und doch wären diese doch denkbar (gewesen): So z. B. als von linker Seite (selbst-)organisierte Solidarität mit den norditalienischen Krankenhäusern und Gesundheitszentren, die einen verzweifelten Kampf gegen die weiterhin wachsende Todeszahl führen. Linke Akteure im Gesundheitswesen gibt es doch und bis dato waren die Einrichtungen des deutschen Gesundheitswesens nicht überfordert (Stand: 28.03.20). Der Ruf nach gegenseitiger, transnationaler Hilfe ist nicht erfolgt. Die kubanischen Ärzte haben es da

besser gemacht, indem sie mehrmals Ärzt*innen in stark betroffene Länder wie Italien entsandten. Man hätte auch denken können, dass linke Organisation (die Linke, Gewerkschaften etc.) lokale gegenseitige Hilfe organisieren, für Menschen, die unter der Pandemie am meisten leiden. Beispiele finden sich hierfür insbesondere in solchen Ländern, in denen Menschen kaum auf staatliche Hilfen zurückgreifen können. Glücklicherweise sind inzwischen, wenn auch erst mit einiger Verzögerung, Ansätze einer selbstorganisierten linken gegenseitigen Hilfe erkennbar. Als besonderes Beispiel wäre hier international das gemeinsame Agieren von linken Basisbewegungen und Gewerkschaften in Uruguay zu nennen (<https://amerika21.de/2020/04/238662/suedamerika-unter-quarantaene>)

Man hätte vermuten können, dass die linke Bewegung auf die sozialen Verhältnisse hinweisen würde, die die Todeszahlen der Pandemie mit beeinflussen werden. Auf die Häufung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Übergewicht, Diabetes etc. in den Unterklassen. Denn es sind diese chronischen Erkrankungen, die das ungünstige Verlaufsrisiko einer Infektion genauso beeinflussen wie das Alter. Nichts davon hat man bis heute gehört.

Man hätte aber auch wahrnehmen wollen, dass die „Rechnung“ eingefordert wird für eine Privatisierung von Teilen des Gesundheitswesens, das sich jetzt zumindest in einigen Teilen Europas an der Bekämpfung der Pandemie nicht beteiligt. Und für die Jahre der Austeritätspolitik nach der Bankenkrise 2007/8, die das Gesundheitswesen in Italien und Spanien auf ein Niveau gedrückt hat, das die jetzigen schrecklichen Zustände erst hat möglich werden lassen.

Man würde zu guter Letzt auch erwarten, dass jetzt ein Abgleich erfolgen würde, was an linker Programmatik der letzten Jahre und Jahrzehnte im Zeichen der Pandemie Bestand hat und was nicht. Richtig war, soviel ist jetzt schon zu sagen, das Beharren auf einem Gesundheitssystem als Common und einer einheitlichen Krankenversicherung für alle. Unrichtig war eindeutig, dieses als nationales Ziel zu formulieren. Richtig war eine Grundsicherung für alle zu fordern, um Situationen wie die aktuelle unbeschadet, d.h. ohne Schuldenknechtschaft durch Lohnausfall oder Einkommensausfall zu überstehen. Falsch war, dies in einer Höhe anzuvisieren, die niemanden hilft, dafür aber allen etwas gibt, auch denen, die es eigentlich nicht brauchen. Und falsch war, sich dieses national organisiert vorzustellen – nur eine (vorerst) europäische Realisierung wird die sozialen Konsequenzen in den Staaten mit Zulieferindustrie begrenzen helfen. Richtig war, Mobilität über nationale Grenzen zu unterstützen, falsch ist, diese nicht transnational zu verteidigen, wie die drohenden Engpässe an Produkten des alltäglichen und medizinischen Bedarfes zeigen. Im Jahr 2020 fahren Transporte nicht in nationalen Grenzen, sondern transnational und ihre Regulierung kann nicht mehr national erfolgen. Richtig war, das Augenmerk weg von mehr an Einkommen und hin zum mehr an sozialer (Selbst-)Organisation zu richten. Nur diese wird in der Lage, die aktuelle Corona Krise human bewältigen zu können. Und richtig war es, transnational *staatlich kontrollierte, einheitliche Quantität und Qualität* von Bildung, Gesundheitswesen, Pflege oder Grundversorgung mit Wasser, Elektrizität, Nahrung und Wohnen zu fordern, gekoppelt mit ihrer *weitgehend dezentralen* Erzeugung. Darin besteht vielleicht die wichtigste Botschaft der Corona Krise und der erlittenen Trauma der linken Bewegung: die Alternative zu Zentralisierung von Kapital und privater Aneignung von Mehrwert ist nicht die staatliche Übernahme, sondern die massive physikalische und eigentumsförmige Dezentralisierung unter staatlich-öffentlicher Kontrolle der Gleichheit der Effektivität – jedenfalls für die Bereiche, die für die Reproduktion der Gesellschaft von zentraler Bedeutung sind. Nur diese wird in der Lage sein ihre Verletzlichkeit zu schützen, durch breit gestreute „ökologische“, privat nicht angeeignet werden könnende Vielfalt ihrer Existenz.

Wir stehen vor einer Situation, die strukturell hohe Ähnlichkeiten mit der aufweist, die vor genau 100 Jahren zum „Kriegskommunismus“ der Sowjetrepublik geführt hat: Mobilisierung aller Kräfte für die Bewältigung einer lebensbedrohlichen Katastrophe (damals: Hunger, heute Krankheit), massiver wirtschaftlicher Einbruch und extreme Einschränkung der individuellen (Bewegungs-)Freiheiten. Die

politischen Konsequenzen aus dieser Situation sind offen, so offen wie ihre Interpretation durch die Mehrheit der Bevölkerung. Es scheint aber so zu sein, dass ein neuer gesellschaftlicher Grundkonsens erreichbar ist, der impliziert, dass gewisse materielle Grundrechte den formellen gleichgestellt werden sollten: Gesundheit, materielle Grundabsicherung außerhalb von Arbeit, Bildung etc. Und es scheint so zu sein, dass dieser Grundkonsens auch umfasst, dass bestimmte konsumtive Möglichkeiten nicht zu materiellen Grundrechten zählen. Dieser Grundkonsens baut auf der Erfahrung auf, dass eine sehr weitgehend politische Regulierung der gesellschaftlichen Wirklichkeit möglich ist. Das neoliberale Gezet, there is no alternative, ist ideologisch und faktisch geschlagen, das Vertrauen in den Markt geschädigt. Der Grundkonsens betrifft aber auch die Erfahrung der Notwendigkeit und Möglichkeit einer solidarischen gegenseitigen Hilfe als Kontrapunkt zu der staatlich paternalistisch-autoritären Fürsorge. Und diese Erfahrungen sind gekoppelt mit einer Verschiebung der geopolitischen Hegemonie, einer US-Regierung, die einfache Hilfsgüter für Kuba blockiert und gleichzeitig für die Freiheit der Kapitalakkumulation das Sterben der Alten, Multimorbiden, Übergewichtigen sowie die intensivmedizinische Behandlung der Jüngeren in Kauf nimmt.

Die politisch-ökonomische Gesamtkonstellation hat sich damit objektiv nach links verschoben, die Rechte ist weltweit geschwächt. Allerdings scheint die linke Bewegung diese Konstellation und objektive Möglichkeit erst in Ansätzen verstanden zu haben. Sie wird die Aufgabe haben, die autoritären Tendenzen, die in dieser Konstellation des „Kriegskommunismus“ stecken, zu verhindern, aber dieses ist eben nur eine ihrer Aufgaben, die nicht den historischen Möglichkeitsraum erschöpft. Denn die linke Bewegung könnte diese Konstellation auch nutzen, um jetzt die Ära des Neoliberalismus zu beenden und mit Konzeptionen eines weltweiten Commonismus, alternativen Konsums und gegenseitigem Solidarismus eine neue Ära zu beginnen.