



Globale Gesundheit in der Krise

Die Auswirkungen von Covid-19 auf die Versorgung
in Peru, Ghana, Südafrika und NRW

BUKO Pharma-Kampagne
www.bukopharma.de

Mitglied von Health Action International

INHALT

Augen zu und durch?	1
Einleitung: Ein Virus erschüttert die Welt	3
Deutschland: Weniger Krebs-Diagnosen und Krankenhaus-Behandlungen	10
Peru: Geschlossene Einrichtungen, verunsicherte Menschen	14
Ghana: Mehr Stigmatisierung und Selbstmedikation	21
Südafrika: Weniger HIV-Tests und höhere Müttersterblichkeit	28
Ausblick: Aus der Krise lernen	35

Impressum:











Herausgeber:	BUKO Pharma-Kampagne / Gesundheit – global und gerecht e.V. August-Bebel-Str. 62 / 33602 Bielefeld
Text:	Claudia Jenkes
Redaktion:	Jörg Schaaber, Corinna Krämer
Wiss. Mitarbeit und Umfrage in NRW:	Solveig Bruchhof
Fotos Titel:	© 2.0, Ministerio de Defensa del Perú; © 4.0, Graphic Online Ghana; © 4.0, K. Discott
Design/Layout:	Heinrich Dunstheimer, dunemaison.de, Bielefeld

Bielefeld, Juli 2022

Wir bedanken uns für die tatkräftige Unterstützung durch die gesundheitspolitische Organisation Salud con Lupa in Peru, das People's Health Movement in Ghana und das JournalistInnenteam Health-e in Südafrika. Sie haben wochenlang recherchiert, Kontakte geknüpft und 32 Interviews geführt. Sämtliche Gespräche fanden zwischen November 2021 und Mai 2022 statt, wurden aufgezeichnet und von der BUKO Pharma-Kampagne ausgewertet.

Unsere Länderstudie basiert maßgeblich auf den Arbeitsergebnissen unserer Partner in Ghana, Südafrika und Peru. Sie wäre nicht möglich gewesen ohne deren großes Engagement und kompetente Beratung. Dafür möchten wir uns ganz herzlich bedanken.

Folgende Symbole erleichtern Ihnen die Lektüre:

 Covid-19	 Deutschland
 Tuberkulose	 Peru
 HIV	 Ghana
 Krebs, Diabetes & Co	 Südafrika
 Mutter-Kind- bzw. sexuelle und reproduktive Gesundheit	
 Malaria und Dengue	

Mit freundlicher Unterstützung von



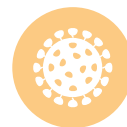


Mit Beginn der Pandemie geriet die Welt aus den Fugen. Foto: © Valebodnar

AUGEN ZU UND DURCH?

Die Corona-Pandemie ließ Gesundheitssysteme kollabieren oder brachte sie an ihre Belastungsgrenzen. Weltweit hatte das massive Auswirkungen auf die Versorgung von PatientInnen weit über Covid-19 hinaus. Gemeinsam mit Partnern in Peru, Südafrika und Ghana haben wir die Lage in diesen Ländern untersucht, vorhandenes Datenmaterial ausgewertet und über 30 Interviews geführt. Dieser Pharma-Brief Spezial präsentiert die wichtigsten Ergebnisse. Und er ist zugleich ein Plädoyer, aus dieser Krise zu lernen, öffentliche Gesundheitssysteme zu stärken und sie besser gegen zukünftige Krisen zu wappnen.

Mit Beginn der Pandemie gerieten die Gesundheitssysteme weltweit unter Druck. Selbst in wohlhabenden Ländern wurden Operationen verschoben, Sprechstunden abgesagt und Beratungsangebote eingeschränkt, um Ansteckungen zu vermeiden und die vielen Covid-PatientInnen behandeln zu können. Weitaus ernster war die Lage in vielen armen Ländern: Laut Weltgesundheitsorganisation (WHO) waren in knapp der Hälfte aller Länder mit niedrigem Einkommen drei Viertel aller grundlegenden Gesundheitsdienste zumindest partiell beeinträchtigt. 70% der aufsuchenden Dienste bzw. Routineimpfungen waren im ersten Jahr der Pandemie eingeschränkt. Fast genauso stark litten Dienste zur Diagnose und Behandlung nicht übertragbarer Krankheiten (69%) oder zur Familienplanung und Verhütung (68%). Die Behandlung psychischer Erkrankungen (61%) kam ebenso zu kurz wie die Schwangerenvorsorge (56%) oder die Krebsdiagnose und -Behandlung (55%).¹



Vielleicht ist die wichtigste Lektion, die wir hier gelernt haben, dass wir andere Gesundheitsprioritäten nicht fallen lassen sollten, wenn ein neues großes Problem auftaucht. Wir dürfen diese anderen Aspekte nicht ignorieren.“

Linda-Gail Bekker, Spezialistin für Infektionskrankheiten und Direktorin des Desmond Tutu HIV Centers in Kapstadt



Ein Nickerchen in Zeiten der Pandemie.
Foto: © John desos

Behandlungslücken blieben häufig

Auch im zweiten Pandemiejahr gab es weltweit weiterhin Einschränkungen in allen Gesundheitsbereichen. In Ländern mit niedrigem Einkommen waren allerdings wesentlich mehr Dienste unterbrochen als in reichen Ländern.² Maßgeblich betroffen waren neben der Primärversorgung vor allem die rehabilitative und palliative Versorgung, aber auch die Langzeitpflege von PatientInnen. Während in der zweiten Jahreshälfte 2020 über die Hälfte aller Gesundheitsdienste ausgesetzt waren, betraf das in den ersten Monaten des Jahres 2021 „nur“ noch ein Drittel der essenziellen Versorgungseinrichtungen. Diese fortdauernde Unterversorgung habe vermutlich noch gravierendere Folgen als der kurzfristige Schockzustand zu Pandemiebeginn, so die WHO.²

Schon jetzt zeichnen sich verheerende Entwicklungen ab: Weit verbreitete Armutskrankheiten geraten aus dem Blick und PatientInnen sind weitaus schlechter versorgt als noch 2019. Zum ersten Mal in seiner Geschichte meldete z.B. der Global Fund Rückschritte bei der Kontrolle von HIV, Tuberkulose und Malaria und befürchtet einen erneuten Anstieg der Todesfälle.³ Zwar erhielten 2020 knapp 22 Millionen Menschen eine lebenserhaltende HIV-Therapie (8,8% mehr als 2019), doch mit Programmen zur Aids-Prävention wurden rund 11% weniger Menschen erreicht als noch 2019 und 22% weniger wurden auf HIV getestet. Es gab rund eine Million weniger Tuberkulose-Behandlungen (18%), bei extrem-resistenter TB wurde sogar ein Rückgang der Behandlungen um 37% verzeichnet. Und auch bei Malaria gab es einen leichten Rückgang bei der Testung und Behandlung – all das trotz einer massiven Aufstockung der Mittel des Global Fund.³

Die Pandemie hat also viele ohnehin schon bestehende Versorgungslücken weiter vergrößert. Die Störungen im Gesundheitswesen könnten zwei Jahrzehnte des Fortschritts zunichtemachen, warnt die WHO.² Die hehren Ziele der Nachhaltigkeits-Agenda scheinen damit in weite Ferne gerückt und es bedarf umso größerer Anstrengungen, um das verlorene Terrain wieder wettzumachen.



Vor dem Lockdown in Ghana: Menschen decken sich mit Lebensmitteln ein.
Foto: ©Owula Kpakpo

EIN VIRUS ERSCHÜTTERT DIE WELT

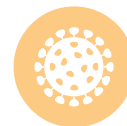
Hunderte Millionen Menschen rutschten durch die weltweite Ausbreitung von SARS-CoV-2 in die Armut ab. Prekäre Lebensumstände machten sie anfälliger für Krankheiten und mindern ihre Chance auf ein gesundes Leben. Zugleich vergrößerten die direkten und indirekten Folgen der Pandemie bestehende Versorgungslücken und verschlechterten den Zugang zu essenziellen Gesundheitsdiensten.

Die Pandemie – und auch die Maßnahmen, sie in den Griff zu bekommen – haben weltweit eine ökonomische Krise verursacht, die sich auf nationale Ökonomien ebenso auswirkt wie auf individuelle Lebensgrundlagen. Vor allem Menschen, die im informellen Sektor arbeiten, haben ihre Einkünfte verloren, doch auch im formellen Sektor wurden viele arbeitslos. Millionen Menschen – insbesondere in Subsahara-Afrika und Südostasien – wurden 2020 zusätzlich in die Armut gedrängt. Erstmals seit 1998 wächst die globale Armut wieder, meldete die Weltbank.⁴

Katastrophale Gesundheitskosten

Immer häufiger müssen PatientInnen, die Behandlung oder Medikamente benötigen, mehr Geld dafür berappen als sie erübrigen können.^{5,6} Zusätzlich erschwerten ab dem Frühjahr 2020 monatelange Ausgehverbote und Einschränkungen im öffentlichen Personenverkehr den Weg ins nächste Gesundheitszentrum. „Wir befürchten, dass diese Maßnahmen für vulnerable Bevölkerungsgruppen unüberwindbare Hindernisse schaffen könnten, um essenzielle Gesundheitsdienstleistungen zu nutzen (...).“⁷ Das könne nicht nur bestehende Ungleichheiten bei der Gesundheitsversorgung weiter vergrößern, sondern auch die Verwendung von Substandard-Medikamenten und Fehlbehandlungen fördern.

Wer vor der Pandemie arm war, wurde durch sie noch ärmer. Das hat große Bevölkerungsgruppen gegenüber Armutskrankheiten wie HIV/Aids und Tuberkulose anfälliger gemacht. Verlorene Lebensgrundlagen, unterbrochener Zugang zu Bildung und die Erosion humanitärer Rechte schürten in vielen Settings Stigmatisierung sowie Diskriminierung und taten ein Übriges, um die Bekämpfung sozialer Krankheiten wie HIV und TB zu behindern.⁸



„Es war ganz klar, dass wir auf so etwas nicht vorbereitet waren: Ärzte starben, Krankenschwestern starben, Menschen verloren ihre Arbeit....“

*Emmanuel Owusu,
Stop-TB Partnership, Ghana*

Präventionsprogramme eingedampft

Zudem war und ist die Belastung für die Gesundheitssysteme durch SARS-CoV-2 enorm hoch. Personal wurde vor allem zu Pandemiebeginn vielerorts für die Covid-Bekämpfung abgezogen, Einrichtungen verlagerten ihre Schwerpunkte, und alle Energien konzentrierten sich auf die Prävention, Testung, Behandlung und Nachverfolgung von Corona-Fällen. Die Vorgaben und Restriktionen im Gesundheitsbereich erschwerten den sonst üblichen direkten Kontakt zwischen Gesundheitspersonal und PatientInnen. Gerade bei HIV und TB, wo aufsuchende Versorgung und Testung von Risikogruppen das Rückgrat der Präventionsarbeit sind, bereitete diese Situation gewaltige Probleme.⁸ Zahlreiche Präventionsangebote wurden eingedampft und auch die Testung ging rapide zurück – in manchen Ländern hatten die Testzahlen Ende 2020 noch immer nicht Werte von 2019 erreicht.



Rigide Infektionsschutzmaßnahmen vergrößerten in vielen Settings Diskriminierung und Stigmatisierung.
Foto: © Ministerio de Defensa del Perú

Unterbrochene Lieferketten

Besorgniserregend war auch der eingeschränkte Zugang zu wichtigen Medikamenten oder Präventionsgütern wie Kondomen. Lieferketten waren unterbrochen, weil Flüge gestrichen oder Frachtschiffe unter Quarantäne gestellt wurden. Ladungen konnten nicht gelöscht werden, und viele dringend benötigte Güter lagerten lange im Hafen. Außerdem explodierten die Frachtkosten und zahlreiche Container strandeten in weit vom Ziel entfernten Häfen.⁹ Nicht zuletzt verbot Indien – einer der Hauptexporteure von Arzneimitteln – zu Beginn der Pandemie den Export aller medizinischen Güter, darunter auch antiretrovirale Medikamente zur Behandlung von HIV. Nach zwei Wochen hob die indische Regierung den Exportstopp zwar wieder auf. Doch schon dieser relativ kurze Ausnahmezustand sorgte in etlichen Ländern für Engpässe bei HIV-Therapien: Insgesamt meldeten 36 Länder, in denen 11,5 Millionen Menschen in Behandlung waren, zwischen April und Juni 2020 eine Unterbrechung ihrer Therapieprogramme. Viele weitere Länder warnten vor bevorstehenden Engpässen oder hatten nur noch äußerst geringe Arzneimittelbestände.



Unterbrochene Lieferketten sorgten für Engpässe bei Arzneimitteln und Medizinprodukten.
Foto: © USAFRICOM/Flickr

HIV/Aids: Weniger Tests und Prävention

Ganz besonders stark eingeschränkt war die Überwachung der Viruslast bei Infizierten und auch die HIV-Testung. Der Global Fund meldete, dass die Zahl der Menschen, die sich 2020 auf das HI-Virus testen ließen, im Vergleich zu 2019 um 22% gesunken ist.³ Aber auch bei den Präventionsangeboten, etwa bei der Ausgabe von Kondomen oder bei der Beschneidung von Männern, war ein starker Rückgang zu verzeichnen.¹⁰ Die Gründe für die Misere sind vielfältig: So wurden Test- und Behandlungskapazitäten in etlichen Ländern zur Behandlung von Covid-PatientInnen umgenutzt. Und auch Ausgangssperren, Personalengpässe oder fehlende Schutzausrüstung verhinderten, dass PatientInnen notwendige Behandlungen bekamen. Die Covid-19-Pandemie habe mit großer Sicherheit die globale HIV-Bekämpfung zum Stillstand gebracht und dazu geführt, dass entscheidende Fortschritte wieder verloren gingen, schrieb das Kinderhilfswerk Unicef bereits zum Weltaidstag im November 2020.¹¹ Doch auch die Forschung im Bereich HIV/Aids hat stark gelitten. Akademische Institutionen haben ihre Forschungsprojekte eingefroren oder modifiziert und richteten ihr Augenmerk auf die Pandemie.¹²



Starke Einschnitte bei der TB-Kontrolle

Am offensichtlichsten ist der große Rückgang bei den neu diagnostizierten TB-Fällen. Sie fielen von 7,1 Millionen im Jahr 2019 auf 5,8 Millionen 2020, ein Rückgang um 18% – zurück auf den Level von 2012. Besonders stark waren die Einschnitte in Südostasien und in der Westpazifik-Region, während der afrikanische Kontinent nur einen moderaten Rückgang bei der TB-Testung verzeichnete. Von den geschätzt jährlich rund zehn Millionen neuen TB-Fällen blieben über vier Millionen unentdeckt. Bei der Behandlung resistenter TB gab es einen Rückgang um 15%, bei präventiven Therapien sogar um über 20%. Der schlechtere Zugang zu Diagnostik und Behandlung führte auch zu einer höheren Anzahl an Todesfällen als in den Jahren davor: Erstmals seit 2005 ist die absolute Zahl der Todesopfer durch TB 2020 wieder angestiegen und erreichte über 1,5 Millionen. Die Sterblichkeit an TB wurde demnach durch die Pandemie stärker beeinflusst als die Sterblichkeit an HIV/Aids – dort war weiterhin ein Rückgang der Todesfälle zu verzeichnen.

Zugleich sanken die globalen Ausgaben für TB Prävention, Diagnostik und Behandlung substanziell – und zwar um rund 500 Millionen US\$. Die Investitionen erreichten damit nur rund 40% der Summe, die für eine effektive globale TB-Bekämpfung eigentlich notwendig wäre. Die WHO schätzt, dass sich das wahre Ausmaß der Folgen der Einschnitte bei der Tuberkulose-Bekämpfung erst 2022 zeigen werde – mit noch mehr Sterbefällen und einer höheren Krankheitslast. Bei der Erreichung der SDGs sei man keineswegs mehr „on track“ und dieser besorgniserregende Trend müsse dringend umgekehrt werden.¹³

Vernachlässigte Krankheiten außer Kontrolle?

Gerade auf den Bereich der vernachlässigten Krankheiten (Neglected Tropical Diseases, kurz: NTDs) dürfte sich die Pandemie verheerend ausgewirkt haben. Etwa, weil Kampagnen zur Verabreichung von Prophylaxe-Medikamenten ausgesetzt wurden. Die Bekämpfung von Krankheiten wie Trachom, Filariose und Schistosomiasis erfordert z.B. jährliche Massenbehandlungen, die einen Großteil der Bevölkerung erreichen müssen. Eine Aussetzung dieser Maßnahmen führt unweigerlich zu einer Ausbreitung der Krankheiten und kann den Erfolg jahrelanger hartnäckiger Bemühungen zu deren Bekämpfung zunichtemachen.¹⁴ Andererseits bleiben NTDs stark unterfinanziert und die Finanzierung der Kontroll-Programme ist größtenteils vom Goodwill des Privatsektors und philanthropischer Geldgeber abhängig.

Stillstand bei der Malaria-Prävention

Die Erfolge im Kampf gegen Malaria waren bereits in den Jahren vor der Pandemie eher spärlich und die mehrfach veränderten WHO-Messinstrumente machen es zusätzlich schwierig, die Daten zu vergleichen.¹⁵ Probleme bereiten u.a. zunehmende Resistenzen gegen gängige Therapien und Insektizide sowie das Fehlen eines wirksamen Impfstoffs. Anlass zur Hoffnung gibt inzwischen immerhin die Zulassung eines ersten Malaria-Impfstoffs, der in Ghana, Kenia und Malawi getestet wurde. Der Impfstoff soll die Hospitalisierungsrate bei Malaria um 30% senken. Das Mittel wird Babys zwischen fünf und 17 Monaten in vier Dosen verabreicht.



„Covid-19 ist wirklich eine Katastrophe, wenn es um TB-Dienste und die Inanspruchnahme von Pflege geht.“

*Dr. Jennifer Furin,
Ärztin ohne Grenzen, Kapstadt*

„Obwohl Tuberkulose immer noch ein echtes Problem war, wurde es verdrängt, weil Covid brandneu war und Menschen in alarmierender Geschwindigkeit tötete.“

*Emmanuel Owusu,
Stop TB Partnership, Ghana*



Moskitonetze sind unverzichtbar im Kampf gegen Malaria.
Foto: © IOHO | Hollyman





Für 2020 meldete der Welt Malaria Bericht 241 Millionen Krankheitsfälle. 232 Millionen Malaria-Fälle traten allein in afrikanischen Ländern auf (96% der globalen Bürde) und knapp 612.000 AfrikanerInnen starben an der Krankheit. Das Ziel der Agenda 2030, die Malaria-Inzidenz und -Mortalität gegenüber 2015 um 40% zu reduzieren, wird auf dem Kontinent bei Weitem verfehlt. Allerdings hatte die WHO zu Beginn der Pandemie noch eine Verdopplung der Malaria-Todesfälle prognostiziert. Dass es letztlich (nur) bei einer Zunahme von 9% blieb, ist möglicherweise verbesserten Präventionsmaßnahmen und einer massiven Aufstockung der Mittel zu verdanken.¹⁶ So hat der Global Fund seine Mittel zur Malaria-Bekämpfung für 2021-2023 deutlich erhöht und die zusätzlichen Gelder haben es in vielen Ländern ermöglicht, Malaria-Interventionen zu konzipieren bzw. an die Pandemiebedingungen anzupassen.¹⁷



Frauen hatten unter der Pandemie und ihren Folgen ganz besonders zu leiden.
Foto: © Amuzujoe

Dennoch kam die Präventionsarbeit mit Beginn der Pandemie weitgehend zum Erliegen. Insbesondere die Verteilung von Bettnetzen, die mit Insektiziden behandelt sind, wurde vielerorts ausgesetzt. Dabei müssen diese Moskitonetze regelmäßig erneuert werden, um wirksam zu schützen. Auch Diagnostika und Therapien wurden knapp und PatientInnen scheuten sich, Gesundheitseinrichtungen aufzusuchen, um frühzeitig behandelt zu werden. Dass sich Gesundheitskrisen verheerend auf die Malaria-Bekämpfung auswirken, ist nichts Neues. Während der Ebola-Epidemie in Westafrika etwa stiegen die Todesfälle durch Malaria massiv an und übertrafen bei weitem die Todesfälle durch Ebola. Auch hier kamen Präventionsmaßnahmen zum Erliegen und der Zugang zu Therapien verschlechterte sich. Im Fall der Covid-Pandemie sind ähnliche Szenarien nicht unwahrscheinlich.

Vergessen: Frauen und Kinder



Die Leidtragenden sind vor allem Kinder, die ein hohes Risiko haben, schwer an Malaria zu erkranken oder zu sterben, während Covid in dieser Altersgruppe wesentlich seltener zu Komplikationen und Todesfällen führt.¹⁸ 24 Millionen Kinder werden jährlich mit dem Malaria-Erreger infiziert und brauchen eine schnelle Diagnose und korrekte Behandlung. Schwangere Frauen, die dem Malaria-Erreger ausgesetzt sind, benötigen im Rahmen ihrer Schwangerschaftsvorsorge eine Prophylaxe, doch auch diese Präventionsangebote stagnierten.⁷



Die Gesundheit von Kindern hat durch die Pandemie weltweit gelitten.
Foto: © Ministerio de Defensa del Perú

Generell ist die sexuelle und reproduktive Gesundheit in Pandemie-Zeiten in Gefahr. Denn Schwangerschaften, gender-basierte Gewalt und sexuell übertragbare Krankheiten werden gerade in Krisenzeiten zur besonderen Herausforderung.¹⁹ Indien meldete beispielsweise allein in der ersten Woche der landesweiten Mobilitätsbeschränkungen doppelt so viele Fälle häuslicher Gewalt wie üblich. Die südafrikanische Polizei meldete in der ersten Woche des Lockdowns 87.000 Fälle von sexualisierter Gewalt²⁰ und auch in Deutschland nahmen sexuelle Übergriffe und körperliche Gewalt während des Lockdowns augenscheinlich zu.²¹

Zwar sind an Covid weniger Frauen als Männer verstorben. Doch Frauen sind ansonsten von den Folgen der Pandemie und den Maßnahmen zu ihrer Bekämpfung wesentlich härter betroffen. In vielen Bereichen, die grundlegend sind für Gesundheit und Wohlbefinden, haben sie in den vergangenen zwei Jahren den Kürzeren gezogen: So waren etwa reproduktive

Gesundheitsdienste vielerorts über einen längeren Zeitraum unterbrochen. Millionen zusätzlicher ungewollter Schwangerschaften und unsicherer Abtreibungen sowie eine signifikante Zunahme der Müttersterblichkeit sind nur einige der Folgen, die weltweit beobachtet wurden.²² Frauen und Kinder waren zudem vermehrt sexueller Gewalt ausgesetzt. Frauen wurden wesentlich häufiger arbeitslos als Männer und waren von finanziellen Engpässen und Unsicherheit besonders stark betroffen. Mädchen brachen 20-mal häufiger die Schule ab als Jungen und Frauen trugen die größte Bürde bei der unbezahlten Pflege von Angehörigen.²³ All das sind besorgniserregende Indizien dafür, dass Covid-19 Frauen besonders stark in Bedrängnis bringt. Bereits erreichte Erfolge wurden in vielen Ländern zurückgedreht. Und es ist zu befürchten, dass gerade die gender-spezifischen Effekte der Pandemie besonders lange anhalten werden. Umso dringlicher ist es, die Gesundheit und das Wohlbefinden von Frauen endlich ganz oben auf die politische Agenda zu setzen.

Impfungen gegen Masern und Polio ausgesetzt

Um die Gesundheit von Kindern dürfte es inzwischen ebenfalls schlechter bestellt sein als noch vor der Covid-19-Pandemie: In vielen Ländern fielen Routineimpfungen und Impfkampagnen aus, weil Impfstoffe nicht lieferbar waren oder weil Massenimpfungen aufgrund der Kontaktbeschränkungen nicht stattfinden konnten.²⁴ Die WHO führte mehrere Erhebungen durch. Ende April 2020 waren demnach in der Mehrheit aller Länder die Routineimpfungen unterbrochen.²⁵ 40 Millionen Kinder haben beispielsweise in Pakistan von April bis Juni 2020 die eigentlich fällige Polio-Impfung nicht erhalten, weil wegen Covid alle Massenimpfungen im Land gestoppt wurden.²⁶ Auch 2021 setzte sich dieser Trend weltweit fort und noch immer war etwa die Hälfte der Impfprogramme unterbrochen.²⁷

Alleingelassen: PatientInnen mit Krebs

Die Versorgung von PatientInnen mit chronischen und nicht-übertragbaren Erkrankungen hat durch die Pandemie ebenfalls gelitten.²⁸ So wurden Krebs-Diagnosen und -Therapien fast überall auf der Welt stark verzögert und die Forschung kam zum Stillstand.²⁹ So mussten die meisten gemeinnützigen Dienstleister in Indien, die KrebspatientInnen zu Hause versorgen, ihre Tätigkeit stark zurückfahren, weil öffentliche Verkehrsmittel nicht fuhren, es an Personal mangelte oder auch an Schutzausrüstung. Das beeinträchtigte die psychologische und soziale Betreuung der PatientInnen – gerade in einer Zeit, in der sie diese Unterstützung bitter nötig gehabt hätten. Nur Betroffene mit sehr schweren Symptomen und sterbende PatientInnen wurden stationär aufgenommen. Krebskranke mit mildereren Symptomen waren dagegen auf sich selbst gestellt. Weil die Wenigsten daheim über einen größeren Vorrat an starken Schmerzmitteln verfügen, dürfte diese Situation dramatische Konsequenzen gehabt haben. Wegen der geltenden Reisebeschränkungen konnten sie weder die nächst größere Stadt oder das nächste Krebszentrum aufsuchen, um dringend benötigte Medikamente selbst zu besorgen, noch waren die Kliniken auf eine postalische Verschickung von Arzneimitteln eingestellt.³⁰



Kinder – ob wie hier in Ghana oder in Deutschland – hatten in der Pandemie nicht viel zu lachen. Foto: © Saforoyal



„Der Schwerpunkt lag auf dem Screening von COVID-Patienten, die Symptome von COVID hatten. Die Screening-Dienste hatten sich also verlagert, so dass während der Zeit der Pandemie weniger Patienten mit Krebs diagnostiziert wurden.“

Prof. Vikash Sewrum, Direktor des African Cancer Institute



Erschöpfter Arzt während der ersten Coronawelle in Italien. Doch auch in Deutschland gerieten Krankenhäuser und Klinikpersonal an die Belastungsgrenze. Foto: © Alberto Giuliani

Selbst in Industrieländern gab es massive Einschnitte bei der Versorgung von KrebspatientInnen – ganz besonders in der ersten Welle der Pandemie: In den USA ging z.B. die Inanspruchnahme von Diensten stark zurück und in Neuseeland wurden 40% weniger Krebserkrankungen diagnostiziert.³¹ Großbritannien erwartet, dass die Mortalität bei Brustkrebs aufgrund der verzögerten Diagnosestellung und Behandlung um 10% steigen wird.³² Auch in Deutschland zeigten sich Verzögerungen bei der Krebsdiagnostik sowie ein erheblicher Rückgang der Zahl der diagnostizierten Fälle. So wurden Mammographien zum Brustkrebscreening vorübergehend komplett eingestellt und viele PatientInnen vermieden Arztbesuche aus Sorge vor einer Ansteckung. Zudem mussten Krankenhäuser aufgrund gesetzlicher Verfügungen erhebliche Kapazitäten für Covid-19-PatientInnen freihalten.³³

Innovative Ansätze sind gefragt

Die Pandemie eröffnete vielerorts aber auch Chancen für Veränderung und beförderte innovative Ansätze der Gesundheitsversorgung.²⁰ Solchen Lösungsansätzen haben wir in unseren Länderstudien nachgespürt und wurden fündig: In der HIV- und TB-Versorgung waren es vor allem gemeindebasierte aufsuchende Gesundheitsdienste, die auch unter Corona-Bedingungen funktionierten. Sie bieten eine integrierte Versorgung, kümmern sich also um Covid ebenso wie um andere Erkrankungen. Sie arbeiten PatientInnen-zentriert, flexibel sowie responsiv und beachten in besonderem Maß die Lebensrealität der Gemeinschaften, in denen sie agieren. HIV-Selbsttests wurden eingeführt oder Medikamentenrationen für mehrere Monate ausgegeben. Marginalisierte Bevölkerungsgruppen erhielten finanzielle Unterstützung und Nahrungsmittelpakete oder Unterkunft. Behörden richteten Online-Plattformen ein, die Daten und Informationen aufbereiten und für Gesundheitsfachkräfte oder für PatientInnen zur Verfügung stellen. Mobile Apps wurden entwickelt und eingeführt, die etwa die unkomplizierte Überwachung der häuslichen TB-Therapie ermöglichen oder den Kontakt zwischen Gesundheitsdienstleistern und KlientInnen



Virtuelle Ansätze und Online-Angebote mussten her.
Foto: © Amuzujoe/Nubuke

stärken. In vielen Settings haben solche innovativen Modelle dazu beigetragen, den Zusammenbruch der öffentlichen Gesundheitsversorgung zu kompensieren, mancherorts sogar den Service gegenüber früheren Zeiten noch zu verbessern.

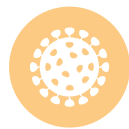
Die Lehren aus der Pandemie könnten die Chance bieten für einen tiefgreifenden Systemwandel: Versorgungssysteme schaffen, die den Menschen mit all seinen Gesundheitsbedürfnissen in den Fokus rücken, eine universelle Versorgung gewährleisten und niemanden zurücklassen.

Endnoten

- 1 WHO (2020) Pulse survey on continuity of essential health services during the COVID-19 pandemic. Interim report 27 Aug. www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-EHS_continuity-survey-2020.1 [Zugriff 8.5.2022]
- 2 WHO and The World Bank (2021) Tracking Universal Health Coverage: 2021 Global monitoring report 12 Dec. www.who.int/publications/i/item/9789240040618 [Zugriff 20.5.2022]
- 3 The Global Fund (2021) Results Report. Key Messages and Talking Points 3 Sep. www.theglobalfund.org/media/11304/corporate_2021resultsreport_report_en.pdf [Zugriff 8.5.2022]
- 4 World Bank Blogs (2020) The impact of COVID-19 (Coronavirus) on global poverty: Why Sub-Saharan Africa might be the region hardest hit. 20 Apr. <https://blogs.worldbank.org/opendata/impact-covid-19-coronavirus-global-poverty-why-sub-saharan-africa-might-be-region-hardest> [Zugriff 20.5.2022]
- 5 WHO and The World Bank (2021) Global monitoring report on financial protection in health. <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1399095/retrieve> [Zugriff 10.5.2022]
- 6 WHO (2021) More than half a billion people pushed or pushed further into extreme poverty due to health care costs. Press Release 12 Dec. www.who.int/news/item/12-12-2021-more-than-half-a-billion-people-pushed-or-pushed-further-into-extreme-poverty-due-to-health-care-costs [Zugriff 30.5.2022]
- 7 Animo F et al. (2020) What does the Covid-19 pandemic mean for HIV, tuberculosis, and malaria control? *Tropical Medicine and Health*; 48 <https://doi.org/10.1186/s41182-020-00219-6>
- 8 Golin R et al. (2020) PEPFAR's response to the convergence of the HIV and COVID-19 pandemics in Sub-Saharan Africa. *Journal of International AIDS Society*; 23 <https://doi.org/10.1002/jia2.25587>
- 9 GPC and UNAIDS (2021) Preventing HIV infections at the time of a new pandemic. A synthesis report on programme disruptions and adaptations during the Covid-19 pandemic in 2020. https://www.unaids.org/en/resources/documents/2021/20210701_HIVPrevention_new_pandemic [Zugriff 22.6.2022]
- 10 WHO (2020) Disruption in HIV, Hepatitis and STI services due to COVID-19. Presentation with latest results as of 8 July www.who.int/docs/default-source/hiv-hq/disruption-hiv-hepatitis-sti-services-due-to-covid19.pdf?sfvrsn=5f78b742_8 [Zugriff 10.5.2022]
- 11 UNICEF (2020) World Aids Day Report <https://data.unicef.org/resources/world-aids-day-report-2020/> [Zugriff 10.5.2022]
- 12 Chenneville T et al. (2020) The Impact of COVID-19 on HIV Treatment and Research: A Call to Action. *International Journal of Environment Research and Public Health*; 17, p 4548 <https://doi.org/10.3390/ijerph17124548>
- 13 WHO (2021) Global Tuberculosis Report www.who.int/publications/i/item/9789240037021 [Zugriff 10.5.2022]
- 14 Chaumont C et al. The SARS-CoV-2 crisis and its impact on neglected tropical diseases: Threat or opportunity? *PLOS Neglected Tropical Diseases*; 14 <https://doi.org/10.1371/journal.pntd.0008680>
- 15 White N et al. (2022) Have we failed to roll back malaria? *The Lancet*; 399, p 800 [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(22\)00175-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)00175-1)
- 16 African Union (2021) Malaria Progress Report <https://bit.ly/3xNMqWh> [Zugriff 1.5.2022]
- 17 Sands P (2021) Covid-19 hit HIV, TB and Malaria programs hard, but we're fighting back. www.theglobalfund.org/en/blog/2021-09-17-covid-19-hit-hiv-tb-and-malaria-programs-hard-we-re-fighting-back/ [Zugriff 30.5.2022]
- 18 Rogerson SJ et al. (2020) Identifying and combating the impacts of COVID-19 on malaria. *BMC Medicine*; 18 <https://doi.org/10.1186/s12916-020-01710-x>
- 19 Babatunde A (2020) A Research Agenda on the Sexual and Reproductive Health Dimensions of the Covid-19 Pandemic in Africa. *Afr J Reprod Health*; 24, p 22-25 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32358934/>
- 20 GPC and UNAIDS (2021) Preventing HIV infections at the time of a new pandemic. A synthesis report on programme disruptions and adaptations during the Covid-19 pandemic in 2020. <https://bit.ly/3zWihXt> [Zugriff 20.5.2022]
- 21 Shephard N (2021) Covid-19, Gender und Digitalisierung. Expertise für den Dritten Gleichstellungsbericht der Bundesregierung, S. 21 f. www.drittergleichstellungsbericht.de/kontext/controllers/document.php/129.d/a/863ce4.pdf [Zugriff 20.5.2022]
- 22 Chmielewska B et al. (2021) Effects of the COVID-19 pandemic on maternal and perinatal outcomes: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Global Health*; 9, p e759-e772 [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(21\)00079-6](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(21)00079-6)
- 23 Flor LS et al. (2021) Quantifying the effects of the COVID-19 pandemic on gender equality on health, social and economic indicators: a comprehensive review of data from March, 2020, to September. *The Lancet*; 2 Mar. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(22\)00008-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)00008-3)
- 24 GAVI (2020) Overview of COVID-19 situation in Gavi-supported countries and Gavi's response, 30 Jun. www.gavi.org/sites/default/files/covid/Gavi-COVID-19-Situation-Report-12-20200630.pdf [Zugriff 26.5.2022]
- 25 WHO Vaccines and Immunization. Overview. www.who.int/health-topics/vaccines-and-immunization#tab=tab_1 [Zugriff 8.5.2022]
- 26 Harris RC et al. (2021) Impact of COVID-19 on routine immunisation in South-East Asia and Western Pacific: Disruptions and solutions. *The Lancet Regional Health Western Pacific*; 10 <https://doi.org/10.1016/j.lanwpc.2021.100140>
- 27 WHO (2022) Third round of the global pulse survey on continuity of essential health services during the COVID-19 pandemic: November–December 2021. 7 Feb. <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1408436/retrieve> [Zugriff 8.5.2022]
- 28 Chudasama YV et al. (2020) Impact of COVID-19 on routine care for chronic diseases: A global survey of views from healthcare professionals. *Diabetes & Metabolic Syndrome: Clinical Research & Reviews*; 14, p 965-967 <https://doi.org/10.1016/j.dsx.2020.06.042>
- 29 Richards M et al. (2020) The impact of the COVID-19 pandemic on cancer care. *Nature Cancer*; 1, p 565-567 <https://doi.org/10.1038/s43018-020-0074-y>
- 30 Singhai P et al. (2020) Palliative care for advanced cancer patients in the COVID-19 pandemic: Challenges and adaptations. *Cancer Research, Statistics and Treatment*; 3, p 127-132 https://doi.org/10.4103/CRST.CRST_130_20
- 31 Gurney JK et al. (2021) The impact of the COVID-19 pandemic on cancer diagnosis and service access in New Zealand – a country pursuing COVID-19 elimination. *The Lancet Regional Health Western Pacific*; 10 <https://doi.org/10.1016/j.lanwpc.2021.100127>
- 32 Patt D et al. (2020) Impact of COVID-19 on Cancer Care: How the Pandemic is Delaying Cancer Diagnosis and Treatment for American Seniors. *Clinical Cancer Informatics*; 4, p 1059-1071 <https://doi.org/10.1200/CCI.20.00134>
- 33 Inwald EC et al. (2022) Auswirkungen der COVID-19-Pandemie auf die Inzidenz und Therapie von Krebserkrankungen. *Forum*; 37, S. 198-203 <https://doi.org/10.1007/s12312-022-01068-6>



Covid-Impfung in der Messehalle Köln
Foto: © Raimond Spekking



DEUTSCHLAND: WENIGER KREBS-DIAGNOSEN UND KRANKENHAUS-BEHANDLUNGEN

Von März 2020 bis Februar 2021 starben in Deutschland fast 71.000 mehr Menschen als in den zwölf Monaten davor. Doch die Übersterblichkeit lässt sich nur teilweise mit den Todesfällen durch Covid-19 erklären. Sie dürfte auch den Auswirkungen der Pandemie auf unser Gesundheitssystem und der verringerten Inanspruchnahme von Gesundheitsdiensten geschuldet sein.¹

Die hohe Auslastung der Krankenhäuser durch Corona-PatientInnen, das Freihalten von Betten und verschärfte Hygienekonzepte haben im ersten Jahr der Pandemie dazu geführt, dass in deutschen Krankenhäusern fast 690.000 Operationen weniger durchgeführt wurden als noch 2019. Planbare Behandlungen und Eingriffe wie Tumoroperationen oder Herzklappen-OPs wurden verschoben und es gab fast zweieinhalb Millionen weniger Krankenhausbehandlungen.¹ Rheumatologie, Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde sowie Kinderheilkunde waren mit einem Minus von je 20% besonders stark beeinträchtigt. Bei Krebs waren es immerhin sechs Prozent, also rund 100.000 Behandlungen weniger.²

Angst vor dem Krankenhaus

Anlass zur Sorge bereitet ExpertInnen die veränderte Inanspruchnahme der Notfallversorgung im ersten und – sogar noch stärker – im zweiten Jahr der Pandemie. Viel weniger PatientInnen suchten mit Herzinfarkten oder Schlaganfällen ein Krankenhaus auf. Therapien verzögerten sich und auch der Genesungsprozess dauerte länger.³ Laut des Krankenhausreports der AOK gingen vor allem die Behandlungen bei weniger schweren Ereignissen zurück, was damit zusammenhängen könnte, dass PatientInnen mit mildereren Symptomen aus Angst vor einer Covid-Infektion das Krankenhaus mieden. Relativ zum Rückgang der Fallzahlen stieg aber die Sterblichkeit bei den behandelten Infarkten und es traten mehr neurologische Symptome bei Hirninfarkten und -blutungen auf, weil die Betroffenen bei Aufnahme bereits schwer erkrankt waren.⁴

Dramatisch stellt sich die Situation auch bei der Auswertung der Fallzahlen einzelner Kliniken dar. In die Notaufnahme im Universitätsklinikum Düsseldorf wurden beispielsweise im Frühjahr 2020 rund 37% weniger Patien-



Maskenpflicht in der Aachener Innenstadt
Foto: © Túrelío

tlnnen eingeliefert als im Vorjahreszeitraum. Die Behandlungsrate bei Gefäßkrankungen war im Frühjahr um knapp 60%, im Herbst noch immer um gut 50% vermindert.⁵ Das Alfred Krupp Hospital in Essen, das jährlich rund 1.000 Schlaganfall-PatientInnen versorgt, verzeichnete während des Lockdowns vom 16. März bis zum 19. April bei transitorischen ischämischen Attacken (TIA) – vorübergehenden Durchblutungsstörungen im Gehirn – einen Rückgang der Fallzahlen um 45%.⁶



Weniger Screenings – weniger Diagnosen

Die Pandemie beeinträchtigte auch die Krebs-Diagnostik: Aus Allgemein- und Facharztpraxen wurden zwischen März und April 2020 knapp 30% weniger Krankheitsfälle gemeldet. Besonders auffällig war der Rückgang bei Haut- und Lungenkrebs – und zwar bei Männern und Frauen aller Altersgruppen.⁷ In den vergangenen zwei Jahren gab es viel weniger Darmspiegelungen und es wurden auch im zweiten Jahr der Pandemie wesentlich weniger Darmkrebs-Operationen durchgeführt. Bei Brustkrebs-OPs war die Abweichung 2021 indes nur noch gering.⁸

Um mehr darüber zu erfahren, wie sich die Pandemie hierzulande auf die Versorgung von PatientInnen ausgewirkt hat, haben wir im Frühjahr 2022 medizinisches Fachpersonal, Beratungsstellen und Selbsthilfegruppen in NRW befragt. Dazu haben wir einen online-Fragebogen per E-Mail an relevante Akteure aus unserer Datenbank verschickt. Die nicht-repräsentative Umfrage erreichte 202 Schwangerschafts-Beratungsstellen, 14 Diabetes-, 65 HIV/AIDS- und 15 Krebs-Beratungsstellen und Selbsthilfegruppen sowie zehn Beratungsstellen zur medizinischen Flüchtlingshilfe und sechs Gesundheitsläden. Außerdem verschickten wir den Fragebogen an 103 ÄrztInnen aus dem ambulanten und stationären Bereich. Allgemeingültige Aussagen lässt unsere Untersuchung zwar nicht zu, sie liefert aber ein Schlaglicht auf die Versorgungssituation in Zeiten der Pandemie und offenbart besorgniserregende Trends.



Die Übersterblichkeit in Deutschland 2020/2021 lässt sich nur z.T. mit den Todesfällen durch Covid-19 erklären.
Foto: © Ralf Roletschek/Rechtsmedizin Charité Berlin



Präventions- und Beratungsangebote eingeschränkt

38 Beratungsstellen und Selbsthilfegruppen haben uns geantwortet – mehrheitlich (36/38) arbeiten sie in der Schwangerschafts- und Schwangerschaftskonfliktberatung. Mit etwas mehr als einem Viertel war auch der Bereich HIV/AIDS gut vertreten. Weitere Arbeitsbereiche waren medizinische Flüchtlingshilfen, Kindergesundheit, Diabetes oder Krebs (1/38).

Über die Hälfte (20) der Einrichtungen hat wegen der Pandemie die Öffnungszeiten verringert. Dennoch scheint es in den meisten Fällen nicht zu längeren Wartezeiten gekommen zu sein. Ein Großteil der Befragten (27) meldete, dass KlientInnen übliche Serviceangebote weniger wahrnahmen, fünf Organisationen beobachteten einen sehr starken Rückgang der Inanspruchnahme ihrer Dienste.

32 Einrichtungen haben ihre Zielgruppen schlechter erreicht, Öffentlichkeitsarbeit und auch Serviceangebote haben gelitten: Selbsthilfegruppen konnten sich z.B. nicht mehr treffen und aufgrund der Schulschließungen in NRW mussten Schwangerschaftsberatungsstellen ihre Präventionsarbeit an Schulen komplett einstellen. Gleiches galt für Angebote in Einrichtungen der Behindertenhilfe, weil hier strikte Besuchsverbote galten. Um die technischen Voraussetzungen für eine telefonische oder digitale Beratung



Die Corona-Maßnahmen haben bei vielen Menschen Angst und Misstrauen geweckt.
Foto: © Ivan Radic



zu schaffen, habe es indes einigen Vorlauf gebraucht, so die Rückmeldung der Akteure. Und nicht alle gestrichenen Dienste habe man durch online-Angebote ersetzen können.

Psychisch belastet und schlechter versorgt

Als besonders massiv wurden die Einschränkungen während der ersten Corona-Welle im Frühjahr 2020 erlebt. Mehr als die Hälfte (22/38) der Befragten sagt aber, dass es auch weiterhin Einschränkungen gibt.

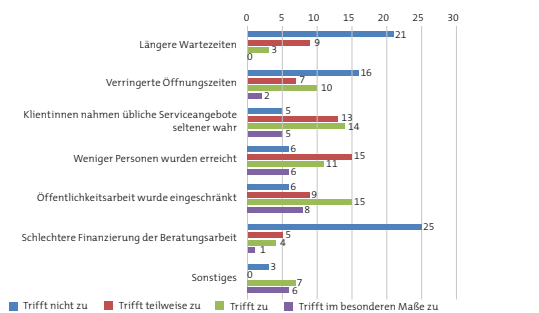
Ein Großteil der Beratungseinrichtungen beobachtet, dass ihr Klientel vermehrt mit psychischen Belastungen zu kämpfen hat (35/38). 21 von 38 Organisationen berichten von einer schlechteren Versorgung, 10 sehen eine Verschlechterung des Krankheitsbildes oder der Gesundheitssituation ihrer Zielgruppen. So habe es für Frauen kaum Angebote rund um die Geburt gegeben, weil Präsenzveranstaltungen nicht möglich waren. Frauen hätten zögernder Hilfe aufgesucht und seien insbesondere nach der Geburt häufig von Isolation und Einsamkeit betroffen gewesen. Besonders beim Thema Schwangerschaftsabbruch hat Covid-19 für große Schwierigkeiten und Verunsicherung gesorgt. Denn vor operativen Eingriffen besteht Testpflicht und im Falle eines positiven Ergebnisses kann der Schwangerschaftsabbruch erst zu einem späteren Zeitpunkt erfolgen. Auch die schlechtere Erreichbarkeit von Behörden oder Arztpraxen habe oft zu zeitlichen Verzögerungen geführt, die die Frauen stark unter Zeitdruck setzten. Eine Beratungsstelle konstatiert, das habe „oft eine existenzgefährdende Situation für die Familien“ zur Folge gehabt. Gravierende Auswirkungen der Pandemie sehen die Befragten nicht zuletzt für Kinder und Jugendliche. „Dass so wenig Präventionsarbeit an den Schulen stattgefunden hat, ist ein unhaltbarer Zustand, der auch Folgen haben wird und hat“, formuliert eine Familienberatungsstelle.

Auch beim Personal haben sich die Stressfaktoren erhöht: Ein vermehrter Verwaltungsaufwand wird ebenso beklagt wie eine erhöhte psychische Belastung der Mitarbeitenden – etwa durch das Infektionsrisiko, das Arbeiten auf Distanz oder die Umsetzung von sich ständig ändernden gesetzlichen Vorgaben.

Auswirkungen auf Arztpraxen und Kliniken

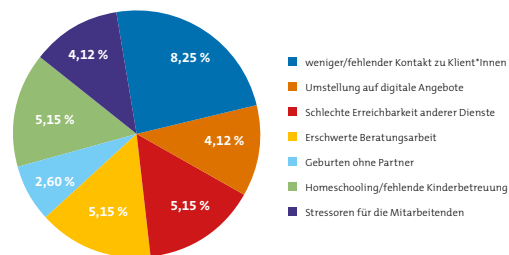
20 medizinische, mehrheitlich ambulante (17/20) Einrichtungen, schickten uns den Fragebogen zurück. Drei Viertel davon (15) gaben an, dass die Pandemie mittlere bis starke Auswirkungen auf ihre Arbeit hatte. In den meisten Fällen wurden weniger Dienstleistungen angeboten und vor allem kam es zu längeren Wartezeiten. Die Öffnungszeiten hatten sich jedoch kaum verringert. Zum Teil blieben Arztpraxen (etwa im Bereich Krebs oder Gynäkologie) sogar länger geöffnet, damit weniger PatientInnen im Wartezimmer saßen. Überwiegend geben die Befragten (15) aber an, dass sich ihre Schwerpunktsetzung in Richtung Covid-19 verschoben hat – etwa durch Impfangebote und zeitintensive Corona-Sprechstunden. Die Mehrheit (16) beobachtete, dass PatientInnen übliche Serviceangebote seltener wahrnahmen. In den meisten Praxen wurden außerdem weniger Vorsorgeuntersuchungen und Screenings durchgeführt.

Welche Veränderungen treffen auf die Arbeit Ihrer Organisatin/Einrichtung zu? Mehrfachnennungen sind möglich.



Pandemiebedingte Veränderungen bei den Beratungsstellen und Selbsthilfegruppen

Welche Auswirkungen der Pandemie haben Sie in Bezug auf Ihre Arbeit als besonders problematisch / schwierig erlebt?



Auswirkungen der Pandemie, die von Beratungsstellen als besonders problematisch erlebt wurden.

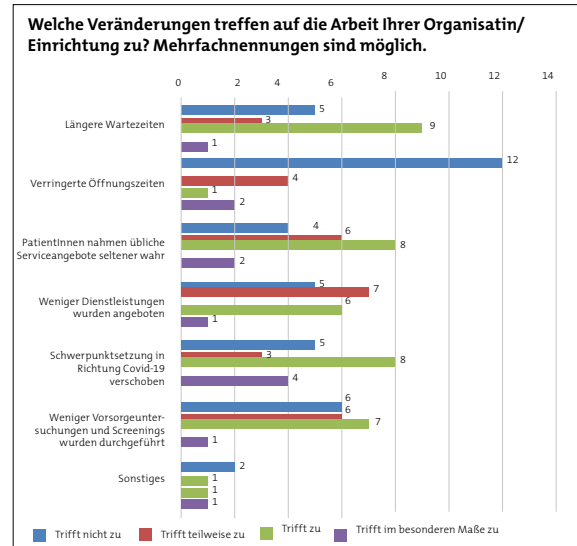
Der Großteil (16/20) der Befragten empfand die Einschränkungen während der ersten Corona-Welle im Frühjahr 2020 als besonders gravierend. Vermutlich, weil die Herausforderungen neu waren und Handlungsempfehlungen zu diesem Zeitpunkt erst noch entwickelt werden mussten. Doch auch die mit der dritten Corona-Welle im Winter 2021/2022 verbundenen Einschränkungen werden von fast der Hälfte der Befragten als sehr massiv erlebt. In den meisten Fällen bestehen diese Einschränkungen fort.

Erhöhte Morbidität

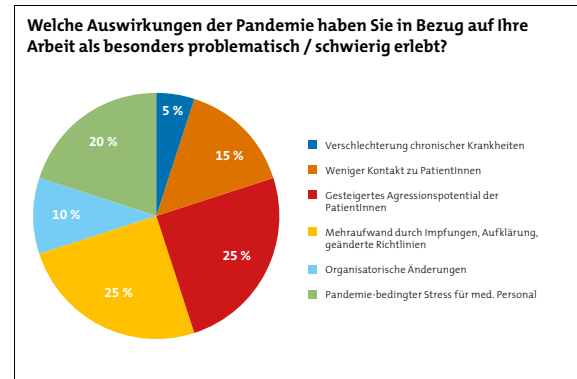
Alle Arztpraxen beobachteten gesundheitliche Auswirkungen der Pandemie auf ihre Zielgruppen. Mehrheitlich sahen sie ihre PatientInnen mit größeren psychischen Belastungen konfrontiert (17) und auch schlechter versorgt (13). Knapp die Hälfte der Befragten (8) beobachtete eine erhöhte Morbidität ihrer Klientel, einige sogar eine erhöhte Sterblichkeit. Insbesondere chronische Krankheiten würden „in Diagnose und Therapie verschleppt.“ Beklagt wurden etwa verminderte Aufnahmekapazitäten in Krankenhäusern und längere Wartezeiten für bestimmte Untersuchungen.

Die Pandemie veränderte die tägliche Arbeitsroutine und hatte erhebliche Auswirkungen auf das Personal. Alle Arztpraxen haben zusätzliche Maßnahmen zum Infektionsschutz eingeführt und viele richteten zusätzliche Video-Sprechstunden oder Online-Informationsangebote ein. Auch der zeitliche Mehraufwand durch Impfungen, Aufklärungsgespräche und die sich ständig ändernden Richtlinien und Vorgaben war groß. Zudem sah rund ein Viertel der Befragten ein gesteigertes Aggressionspotenzial bei ihren PatientInnen und empfand dies als sehr belastend. Besonders problematisch sei der Umgang mit Impfgegnern, aber auch der verminderte persönliche Kontakt zu den PatientInnen. Personelle Engpässe und die „völlige Aufreißung des Personals“ kam in den Antwortbögen ebenso zur Sprache wie der große Zeitdruck und die Notwendigkeit, sehr kurzfristig auf äußere Gegebenheiten reagieren zu müssen.

Die Pandemie dürfte also auch in NRW erhebliche Auswirkungen auf die Gesundheitsversorgung gehabt haben. Sowohl PatientInnen als auch medizinisches Fachpersonal waren und sind von vielen Einschränkungen betroffen.



Pandemiebedingte Veränderungen in den Arztpraxen.



Auswirkungen der Pandemie, die in Arztpraxen als besonders problematisch erlebt wurden.

Endnoten

- 1 Statistisches Bundesamt (2021) Corona-Pandemie führt zu Übersterblichkeit in Deutschland. Pressemitteilung 9.12.21. www.destatis.de/DE/Presse/Pressekonferenzen/2021/corona/pm-563_21.html?nn=238906 [Zugriff 30.5.2022]
- 2 Tagesschau Newsticker (2022) Weniger Krebsbehandlungen im Krankenhaus im ersten Corona-Jahr. 3. Feb.
- 3 Sedghi A et al. (2021) Delayed Comprehensive Stroke Unit Care Attributable to the Evolution of Infection Protection Measures across Two Consecutive Waves of the COVID-19 Pandemic. *Life*; 11, p 710 <https://doi.org/10.3390/life11070710>
- 4 Drogan D et al. (2022) Die stationäre Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Herzinfarkt und Schlaganfall während der Covid-19-Pandemie. https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-662-64685-4_5 [Zugriff 30.5.2022]
- 5 Jansen R et al. (2021) Consequences of COVID-19 pandemic lockdown on emergency and stroke care in German tertiary stroke center. *Neurological Research and Practice*; 3 <https://doi.org/10.1186/s42466-021-00118-z>
- 6 Bersano A et al. (2021) Stroke care during the COVID-19 pandemic. Experience from three large European countries. *European Journal of Neurology*; 27, p 1794-1800 <https://doi.org/10.1111/ene.14375>
- 7 Jacob L et al. (2021) Impact of the COVID-19 Pandemic on Cancer Diagnoses in General and Specialized Practices in Germany. *Cancers*; 13, p 408 <https://doi.org/10.3390/cancers13030408>
- 8 Klauber J et al. (2022) Krankenhaus-Report 2022. Patientenversorgung während der Pandemie. <https://link.springer.com/book/10.1007/978-3-662-64685-4> [Zugriff 30.5.2022]



Covid-19-Bekämpfung mit militärischem Beistand. Foto: © Ministerio de Defensa del Perú



PERU: GESCHLOSSENE EINRICHTUNGEN, VERUNSICHERTE MENSCHEN

Peru entwickelte sich im Frühjahr 2020 zu einem Corona-Hotspot Südamerikas. Das Land verzeichnet eine der weltweit höchsten Todesraten durch Covid-19.¹ Doch auch der Zusammenbruch der Primärversorgung ging auf Kosten der Gesundheit.



Menschen stehen Schlange vor einer Gesundheitseinrichtung. Foto: © Salud con Lupa



„Es gibt viele Menschen, die sich im Stich gelassen fühlen, weil der Staat verschwunden ist und ihr Gesundheitszentrum geschlossen wurde.“

Prof. Camila Gianella Malca, Fakultät für Sozialwissenschaften der Pontificia Universidad Católica del Perú

Schon am 18. März 2020 verhängte die Regierung drastische Ausgangssperren. Trotzdem hatte Peru nur wenige Monate später eine wesentlich höhere Sterberate als seine Nachbarländer.² Es fehlte an ÄrztInnen und Pflegekräften, an Krankenhausbetten und Testlaboren, aber auch an persönlicher Schutzausrüstung. Besonders viele Gesundheitsfachkräfte starben daher in der ersten und zweiten Corona-Welle an Covid-19.³ Die mangelhafte Ausstattung der Krankenhäuser tat ein Übriges und zwang PatientInnen dazu, essenzielle Therapien wie Sauerstoff zu astronomischen Preisen bei privaten Anbietern zu kaufen.

Viele der staatlichen Einrichtungen waren schon 2019 mangelhaft ausgestattet und es fehlten Tausende von Pflegekräften. Durch die Pandemie spitzte sich die Situation zu. In den Krankenhäusern wurde das Personal knapp. Um es aufzustocken, wurden ÄrztInnen im Ruhestand reaktiviert, Bonuszahlungen eingeführt und die erlaubte Arbeitszeit in Krankenhäusern auf 12 Stunden pro Tag verlängert.⁵ Außerdem wurden viele Fachkräfte aus anderen Bereichen abgezogen. Die meisten Basis-Gesundheitseinrichtungen in Peru blieben dadurch mindestens fünf Monate geschlossen.

Wer keinen Strom hat, kann nicht zu Hause bleiben

Ursächlich für die verheerenden Auswirkungen der Pandemie waren auch soziale Faktoren: Nur 74% der PeruanerInnen verfügen z.B. über grundlegende sanitäre Einrichtungen, 70% arbeiten im informellen Sektor und über die Hälfte lebt in Armut.² Nicht zuletzt sind solche sozialen Determi-

nanten entscheidend bei der Ausbreitung und Bekämpfung der Pandemie. Denn wer keinen Wasseranschluss hat, kann nicht zu Hause bleiben, sondern muss täglich Trinkwasser zu holen. Wer über keinen Stromanschluss verfügt, hat keinen Kühlschrank und muss sich auf Märkten versorgen.⁶ Covid-19 hat die soziale Lage zusätzlich verschlechtert: Die Weltbank führte in Peru zwischen Mai und Juli 2020 eine Erhebung durch und fand heraus: 30% der Befragten hatten ihren Job verloren, in jedem vierten Haushalt konnte sich ein Familienmitglied eine notwendige medizinische Behandlung nicht leisten und in jedem fünften Haushalt gab es weniger zu essen. Pandemie und Lockdown haben vor allem vulnerable Gruppen stark getroffen, ganz besonders Familien, die von Gelegenheitsjobs leben.⁷

Krebsversorgung weiter verschlechtert

Um Mittel zur Pandemiebekämpfung locker zu machen, hat die Regierung in etlichen Bereichen den Rotstift angesetzt: Das Budget für staatliche Maßnahmen zur Kontrolle von vektorübertragenen Erkrankungen wie Malaria und Dengue wurde um rund 37% gekürzt. Bei Tuberkulose und HIV waren es 28%, bei der Krebsvorsorge und -bekämpfung 25%.⁴ Die bis dato schon schlechte Versorgung von PatientInnen mit nicht-übertragbaren Krankheiten verschlimmerte sich weiter und das erhöhte wiederum die Zahl derer, die wegen schwerer Covid-Verläufe ins Krankenhaus eingeliefert wurden.⁸ Die HOLA-COVID-Studie beleuchtete die Folgen der Pandemie für die Krebsversorgung in Lateinamerika und befragte 704 OnkologInnen in 19 Ländern. Ihr Fazit: Es gab signifikante Verzögerungen beim Zugang zu diagnostischen Tests, Strahlentherapien, Operationen und unterstützen der Versorgung der PatientInnen.⁹ Zwar gaben über 70% der Fachärzte an, verstärkt auf Telemedizin gesetzt zu haben. Gerade in Peru dürften davon aber die wenigsten Betroffenen profitiert haben. Denn während in der Küstenregion knapp 64% der Bevölkerung Internet haben, sind es nur 36% in den Anden und 33% im Dschungel. Abgesehen davon ist die Internet-Nutzung nirgendwo in Lateinamerika so teuer wie in Peru. All das erschwerte die Umstellung medizinischer Dienste.¹⁰

Malaria und Dengue vernachlässigt

Stark gelitten hat auch die Bekämpfung und Behandlung von Dengue und Malaria. Eine korrekte Diagnose und Therapie fiebriger Erkrankungen war im Frühjahr 2020 kaum mehr möglich, weil sämtliche Gesundheitsstationen geschlossen waren. Gesundheitsposten ebenso wie Krankenhäuser behandelten nahezu ausschließlich Covid-PatientInnen und viele Kranke scheuten den Arztbesuch aus Angst vor einer Ansteckung. Der starke Rückgang der offiziell gemeldeten Malariafälle – etwa in der Amazonas-Region Loreto – ist darum nicht verwunderlich. Von März bis April gingen die Fallzahlen hier um 20% zurück, von April bis Mai um 88% und von Mai bis Juni um 99%, so dass in der letzten Juniwoche nur noch 35 Fälle bekannt wurden.¹¹ Dabei ist Malaria gerade in der Amazonas-Region ein großes Problem.¹²

Gleichmaßen verringerte sich mit Beginn des Lockdowns die Anzahl der Dengue-Fälle.¹³ Zwar mögen Ausgehverbote und kürzere Aufenthalte im Freien das Ansteckungsrisiko reduziert haben. Grund für die verminderten



Sauerstoff war Mangelware in den Krankenhäusern und private Anbieter verkauften ihn zu horrenden Preisen.

Foto: © Ministerio de Defensa del Perú



Stark fragmentiert und chronisch unterfinanziert

„Unser Land bekämpft derzeit ein Virus des 21. Jahrhunderts mit einem Gesundheitssystem aus dem letzten Jahrhundert“, beschreibt Fabiola Torres, Journalistin und Gründerin der Organisation Salud con Lupa, den eklatanten Versorgungsnotstand, der in Peru durch die Pandemie entstanden ist.⁴ Seit Jahren werde die Primärversorgung vernachlässigt und der Etat der staatlichen Basisversicherung für arme Bevölkerungsgruppen, SIS (Seguro Integral de Salud), sei mager und zwischen 2015 und 2020 nicht erhöht worden, obwohl die Zahl der Versicherten deutlich zugenommen hat. Chronische Unterfinanzierung und auch Korruption seien wesentliche Merkmale des maroden peruanischen Gesundheitssystems. Aber auch dessen starke Fragmentierung erschwerte eine effektive Pandemiekontrolle. Neben den Diensten des Gesundheitsministeriums (MINSa), die rund 60% der Bevölkerung erreichen, existieren eigene Versorgungssysteme für Polizei und Militär oder die Es-Salud für Angestellte, die Beitragszahlungen leisten (30%). Die restlichen 10% der Bevölkerung sind privat versichert und nehmen Versorgungsleistungen privatwirtschaftlicher Anbieter oder auch des Non-Profit-Sektors in Anspruch.⁵





Vor allem die Vektorkontrolle – etwa die Begasung der Mücken – wurde in der Pandemie vernachlässigt. Foto: © Ministerio de Salud del Peru

Weniger Dengue-Erkrankungen durch Lockdown?

Erkrankungen und Todesfälle durch Dengue gingen 2020 weltweit zurück.¹⁴ Chen und KollegInnen schreiben auch den Covid-Schutzmaßnahmen eine positive Wirkung auf die Dengue-Ausbreitung zu. Ab März 2020 – mit Beginn der Lockdown-Maßnahmen – seien Dengue-Erkrankungen in vielen Regionen Südasiens und Lateinamerikas um fast 45% zurückgegangen. Das Dengue-Risiko, schlussfolgern die AutorInnen, sei durch Bewegungseinschränkungen wie Schulschließungen und kürzere Aufenthalte im Freien erheblich reduziert worden. Knapp eine Million verhinderte Fälle gingen auf das Konto der Corona-Restriktionen.¹⁵ Zu befürchten ist aber, dass versäumte Maßnahmen zur Vektorkontrolle die Infektionszahlen in kommenden Jahren stark ansteigen lassen.

Fallzahlen waren in Peru aber vor allem die geschlossenen Gesundheitseinrichtungen, meint César Munayco vom Nationalen Zentrum für Epidemiologie, Krankheitsvorbeugung und Bekämpfung: „Im ersten Jahr ging die Zahl der Meldungen zurück, weil es niemanden gab, der die Fälle meldete, und natürlich auch niemanden, der sich um die Fälle kümmerte.“ Um hier gegenzusteuern, habe man Regionen, in denen besonders viele Dengue-Erkrankungen auftraten, zu Notstandsgebieten erklärt. Dadurch konnte zusätzliches Personal eingestellt werden – zur Überwachung, Behandlung und Vektorkontrolle.

Zwar sei Dengue in den meisten Fällen eine leichte Erkrankung, es können aber tödliche Komplikationen auftreten, die frühzeitig erkannt und beobachtet werden müssen. Geschlossene Gesundheitsstationen hätten die Zahl schwerer Verläufe also wahrscheinlich erhöht, so Munayco. Aber ganz besonders die vernachlässigte Vektorkontrolle sei ein Problem. Die Ausbreitung der übertragenden Mücken habe stark zugenommen, „weil es kein Personal gab, das von Haus zu Haus gehen konnte, um die Vektoren zu bekämpfen.“ 2021 und 2022 sei die Zahl der Dengue-Fälle dann massiv angestiegen und zwar auch in Regionen des Landes, in denen die Krankheit bisher eher selten aufgetreten ist. So habe es im Frühjahr 2022 einen Ausbruch in Lima gegeben. Jetzt laufen die Maßnahmen zwar wieder an, aber die Pandemie habe die Menschen misstrauisch gemacht. Viele lassen das Personal nicht ins Haus.

Die mangelnde Vektorkontrolle bereitet auch Juan Carlos Alvarez Salinas Sorgen, Infektiologe und Abteilungsleiter am Regionalkrankenhaus von Loreto in Iquitos: „Wir hatten 2021 einen großen Ausbruch, der den von 2020 noch übertroffen hat (...) und es sieht so aus, als würde es noch schlimmer werden als in den beiden vorangegangenen Jahren.“ Das sei die Folge davon, dass sich alle Aufmerksamkeit nur auf Covid gerichtet habe. Das Gesundheitsministerium habe den Kampf gegen die Vektoren jetzt glücklicherweise verstärkt: Es gebe wieder Hausbesuche, Mücken werden begast und Online-Schulungen angeboten, um über Dengue zu informieren – gerade dort, wo die Krankheit bisher nicht so häufig auftrat und die Menschen schlechter Bescheid wissen.



Gesundheit von Frauen hat keine Priorität

Seit den 90er Jahren sinkt die Müttersterblichkeit in Peru. Das Land sei auf gutem Wege gewesen, hier seine Gesundheitsziele zu erreichen, schreibt die Sozialwissenschaftlerin Camila Gianella Malca. Doch die Pandemie habe Peru um Jahre zurückgeworfen. Offizielle Zahlen zeigen 2020 einen starken Anstieg der Todesfälle rund um die Geburt. Gianella und ihr Forscherteam haben die Ursachen analysiert. Ohne die Covid-Fälle sei noch immer eine Steigerung von 33% im Vergleich zu 2019 erkennbar. Präeklampsie und Eklampsie seien die häufigste Komplikation mit Todesfolge gewesen und gerade hier mache sich die fehlende Vorsorge bemerkbar, weil Risikofaktoren wie hoher Blutdruck nicht erkannt wurden. Auch die gestiegene Rate von Frühgeburten, Wachstumsverzögerungen oder Missbildungen beim Fötus deuteten darauf hin, dass es an Vorsorge ebenso mangelte wie am Zugang zu einer angemessenen Notfallversorgung.¹⁶ Zu einem ähnlichen Ergebnis kommt auch eine Untersuchung der Pan American Health Organization (PAHO), die die Todesfälle bei Schwangeren in verschiedenen lateinamerikanischen Staaten untersuchte: 35% der mit oder an Covid-19 gestorbenen Frauen, waren nicht intensivmedizinisch versorgt worden. Ihr durchschnittliches Alter betrug 31 Jahre.¹⁷

Vor allem in abgelegenen Gebieten wie der Amazonas-Region Loreto hat sich der Zugang zu Routineuntersuchungen rund um die Geburt dramatisch verschlechtert. Zwar wurden weiterhin Notfälle behandelt, doch die Vorgaben zur Isolation, fehlende Transportmöglichkeiten und Angst vor Ansteckung bewirkten, dass viel weniger Entbindungen von Fachpersonal begleitet wurden und bei Komplikationen nicht rechtzeitig Hilfe geholt werden konnte.¹⁸

Das Gesundheitsministerium ordnete in der ersten Welle der Pandemie die Schließung aller Einrichtungen der Primärversorgung an, berichtet Margarita Pérez Silva, Vorsitzende der peruanischen Vereinigung der GeburtshelferInnen. „Wir sprechen hier von mehr als 8.000 Gesundheitseinrichtungen der ersten Versorgungsebene landesweit und auch von Krankenhäusern. Das bedeutet, dass alle Dienste für die Mütterbetreuung und für die sexuelle und reproduktive Gesundheit, die wir ebenfalls als wesentliche Dienste betrachten, geschlossen wurden.“ Das hätte nicht passieren dürfen, sagt sie. „Damals konnten die schwangeren Frauen nirgendwo hingehen, um ihre Vorsorgeuntersuchungen weiter wahrzunehmen. Von einem Moment auf den anderen waren sie von dieser Versorgung abgeschnitten.“ Bis heute sei die Versorgung nicht wieder auf dem früheren Niveau, denn noch immer arbeiteten 30-40% des Personals im Homeoffice, so Pérez Silva im Frühjahr 2022. Um dem Versorgungsnotstand zu begegnen, habe man die Sendung „Geburtshelfer zu Hause“ kreiert und sende jeden Dienstag eine Stunde lang, um schwangere Frauen über Warnzeichen in der Schwangerschaft, Ernährung und andere Themen zu informieren.



Säuglingsversorgung in Zeiten der Pandemie
Foto: © Salud con Lupa

„Im Jahr 2019 hatten wir eine der niedrigsten Müttersterblichkeiten, wir haben gefeiert, weil es die niedrigste Rate der letzten zehn Jahre war. Wir hatten 302 Todesfälle im Zusammenhang mit der Geburt. Aber mit dem Eintreffen der Pandemie beendeten wir das Jahr 2020 mit 439 Fällen.“

Margarita Pérez Silva, Vorsitzende der peruanischen Vereinigung der GeburtshelferInnen

„Die Schwierigkeit, die wir in San Mateo hatten, war, dass wir zwölf Stunden Schichten hatten. Zwölf Stunden Schichten! Nachts gab es keine Versorgung, aber die Bevölkerung weiß, dass sie bei einem Notfall in der Nacht in ein größeres Krankenhaus gehen muss. Aber in der Pandemie ändert sich alles! Denn die Menschen hatten Angst, den Bezirk zu verlassen. Sie hätten ja nach Lima gehen müssen und die Stadt Lima war völlig verseucht.“

Yessika Martínez, Gynäkologin im Gesundheitszentrum San Mateo, Provinz Lima



Ungewollte Schwangerschaften



„Sie starb, weil es kein Intensivbett gab.“

2021 kam eine schwangere Frau mit Präeklampsie. Das ist eine Krankheit in der Schwangerschaft, bei der der Blutdruck ansteigt, und sie ist sehr ernst, weil sie zum Tod der Mutter führt, wenn sie nicht richtig behandelt wird. Damals nahmen wir die Patientin auf, verlegten sie auf die Station und führten einen Kaiserschnitt durch. (...) Aber wir hatten keinen Platz für diese Frau, die eine Intensivversorgung brauchte. Damals gab es noch keine Intensivbetten für Mütter mit Covid. Wir hatten zwar zwei, aber die waren für Schwangere ohne Covid. Wir hätten nicht gedacht, dass schwangere Frauen so kompliziert werden können. Die Patientin verbrachte zwei Tage im Operationsaal. Stellen Sie sich das vor! Schließlich konnten wir sie an das Krankenhaus Villa El Salvador überweisen, aber es war zu spät und die Patientin starb.“

Enrique Guevara, Direktor des Instituts für Mutterschaft und Perinatalmedizin in Peru

Die Gynäkologin Yessika Martínez, die im Gesundheitszentrum San Mateo in der Provinz Lima arbeitet, beschreibt den Ausnahmezustand im Jahr 2020: „Es gab einen Monat, in dem die Zahl der Todesfälle besonders hoch war. Es könnte zwischen Juli und August gewesen sein als wir eine vollständige Aussetzung der Pflege hatten. Wir haben uns nur um einige Notfälle gekümmert, bzw. um Notfälle, die wir überwiesen haben, wobei wir Patientinnen, die positiv waren, den Vorrang gaben. Dann wurde die gesamte Betreuung per Telefon durchgeführt.“ Die Frauen hätten sich teilweise auch geweigert, in die Einrichtungen zu kommen, weil sie Angst vor einer Ansteckung hatten. „Wir sind abwechselnd zu ihnen nach Hause gegangen, um die Schwangerenvorsorge fortzusetzen.“ Bei Komplikationen müssen die Patientinnen in ein größeres Krankenhaus in Lima überwiesen werden. Gerade das sei aber schwierig gewesen: „Sie wiesen einen ab und man rannte von einem Krankenhaus zum nächsten.“ Man habe in dieser Zeit viel Organisationsaufwand betrieben, die Telefonnummern der Frauen in Erfahrung gebracht, über Mobiltelefon oder WhatsApp Kontakt gehalten, um eine bestmögliche Begleitung der Schwangerschaften zu gewährleisten. Trotzdem sei Vieles zu kurz gekommen: „Wir haben nicht nur die Betreuung schwangerer Frauen vernachlässigt, sondern auch das gesamte Thema Familienplanung. Wir haben ein negatives Ergebnis gesehen, denn nach einem Monat gab es ungewollte Schwangerschaften, ungewollte Schwangerschaften, ungewollte Schwangerschaften (...) Mehr als die Hälfte unserer Klientinnen hat ihre Verhütungsmethode nicht angewendet, weil sie zu Hause bleiben mussten.“

Auch Angst und Misstrauen seien groß gewesen und man habe ausgeklügelte Strategien entwickeln müssen, um mit der neuen Situation umzugehen. „Am Anfang hieß es, geht mit eurer PSA [persönlichen Schutzausrüstung] raus. Also gingen wir in Verkleidung dorthin. Doch die Leute sahen uns und jeder versteckte sich.“ Darum sei man dazu übergegangen, die Schutzkleidung erst im Haus der Patientin anzuziehen. „Wir haben alles erledigt und wenn wir wieder zur Tür hinausgingen, haben wir alles in die rote Tasche gesteckt. (...) Es war ein Ritual.“

Wenn es Komplikationen bei der Geburt gibt, ist eine Sekundär- oder Tertiärvorsorgung nötig, führt Enrique Guevara aus, Direktor des Instituts für Mutterschaft und Perinatalmedizin in Peru. Und hier liege ein Kern des Problems. Denn es habe zu wenige Intensivbetten für Covid-infizierte Schwangere gegeben. Eine bessere Ausstattung der Krankenhäuser und ein besseres Krankenhaus-Management sieht Guevara als unerlässlich an.

Lücke bei unentdeckten TB-Fällen ist gewachsen



2019 wurden in Peru knapp 33.000 neue TB-Fälle gemeldet. Schon damals blieben rund 7.000 Neuinfektionen unentdeckt. Heute sind es mehr als dreimal so viele. Die Lücke hat sich also dramatisch vergrößert. Forscherinnen sprechen von einer „destruktiven Synergie“ zwischen TB, Covid-19 und Armut.¹⁹ Oswaldo Jave, Pneumologe im Krankenhaus Dos de Mayo und ehemaliger Koordinator des Programms für TB-Prävention und Kontrolle

im Gesundheitsministerium, kennt die Probleme. Alle Aktivitäten bei der TB-Kontrolle seien deutlich zurückgegangen. Dadurch habe man weniger Menschen getestet und weniger Fälle entdeckt: „Das bedeutet, dass es eine Lücke mit unentdeckten Tuberkulosepatienten gibt, die die Krankheit in ihrer Gemeinschaft weitergeben.“ In den kommenden Jahren sei daher mit einem Anstieg der Fälle von TB und von multiresistenter TB zu rechnen.

„Der TB wurde keine Priorität eingeräumt als Covid ausbrach – obwohl so viele Menschen in unserem Land an ihr sterben“, moniert Melecio Mayta von ASPAT, einer Selbsthilfeorganisation TB-Betroffener in Peru. Gerade zu Beginn der ersten Welle habe sich die Pandemie stark auf die TB-Versorgung ausgewirkt: „Viele der Patienten nahmen die Medikamente in den ersten Tagen nicht ein, die Einrichtungen waren geschlossen. (...) Sie wussten nicht, was sie tun sollten, um ihre Behandlung zu erhalten.“ Zudem war der Zugang zu AllgemeinmedizinerInnen, PsychologInnen und GynäkologInnen beeinträchtigt. „All diese Aktivitäten wurden unterbrochen. Die Patienten waren am Anfang praktisch ein wenig sich selbst überlassen.“ Es habe ein Jahr gedauert, bis diese Dienste wieder aufgenommen werden konnten. Außerdem sei es kaum möglich gewesen zu erfahren, ob es sich bei einer Erkrankung um TB oder um Covid handelte, weil die Testkapazitäten nicht ausreichten.

Die Pandemie habe die Situation der Betroffenen eindeutig verschlechtert, urteilt Mayta. Auch die soziale Notlage sei größer geworden. So sei die Lieferung von Lebensmittelkörben, die Teil des staatlichen TB-Programms sind, über mehrere Monate eingestellt worden.

Julia Ríos, geschäftsführende Direktorin des Bereichs TB-Prävention und -bekämpfung im peruanischen Gesundheitsministerium, führt aus, dass durch die Pandemie vor allem die Arbeit im multidisziplinären Team auf der Strecke geblieben sei. Habe es zuvor ein Team aus ÄrztInnen, Krankenschwestern, PsychologInnen und ErnährungsberaterInnen gegeben, die die PatientInnen betreuten, waren es plötzlich nur noch einzelne Fachkräfte. Das sei problematisch. Denn 10% der TB-PatientInnen leiden z.B. zusätzlich unter Diabetes, 5% sind mit HIV ko-infiziert. Eine Vernachlässigung dieser Komorbiditäten führe zu mehr Komplikationen und Krankenhauseinweisungen.

Überwachte Therapie per Telefon-App

Sorge bereitet ExpertInnen, dass die im Haushaltsplan 2022 eingestellten Mittel für das TB und HIV/Aids Programm gekürzt wurden und Medikamente knapp werden könnten. Ríos ist allerdings zuversichtlich, dass die Mittel wieder aufgestockt werden. Das Ministerium plane, präventive Therapien und auch neue Therapieschemata bei resistenter und extrem resistenter TB einzuführen – also die schmerzhaften Injektionen durch eine verkürzte orale Therapie zu ersetzen. Mobile Röntgeneinheiten wurden für die verschiedenen Regionen des Landes angeschafft, um verstärkt Reihenuntersuchungen durchzuführen. Außerdem wolle man künftig die Zivilgesellschaft – etwa bei der Überwachung der präventiven Therapie – stärker einbeziehen.



Menschen in Schutzkleidung wurden mit dem tödlichen Virus in Verbindung gebracht. Wen die Blaukittel aufsuchten, der wurde gemieden.
Foto: © Ministerio de Defensa del Perú

„Wir haben beobachtet, dass die Menschen mit sehr, sehr heftigen Symptomen in die Gesundheitseinrichtungen kommen. Mit anderen Worten: Sie sind zu krank, um die Einrichtung aufzusuchen. Die Angst, an Covid-19 zu erkranken, lässt sie nicht hingehen.“

Julia Ríos geschäftsführende Direktorin des Bereichs TB-Prävention und -bekämpfung im peruanischen Gesundheitsministerium



Eine Tuberkulose-Patientin erhält Lebensmittel. Foto: © PANTBC-Programm Peru

„Eine Lehre aus dieser Pandemie ist, dass wir Maßnahmen zur Verhütung und Bekämpfung von Pandemien und Epidemien in den Vordergrund stellen und die Gesundheitsdienste entsprechend stärken müssen.“

Dr. Cabezas, Peru

Um die von der WHO vorgeschriebene überwachte TB-Therapie zu erleichtern, habe man eine Video-gestützte Therapiekontrolle per Mobiltelefon eingeführt. Die Anwendung könne aus dem App Store heruntergeladen werden. Das Video von der Medikamenteneinnahme wird aufgezeichnet und dann direkt an den Server der entsprechenden Gesundheitseinrichtung geschickt und von einer Krankenschwester kontrolliert. Die Patientinnen müssen allerdings über ein Mobiltelefon verfügen. Derzeit werde mit Unterstützung des Globalen Fonds auch eine Anwendung für die Therapie resistenter TB entwickelt, so Ríos.

Covid offenbarte die Schwächen des Systems

Covid-19 habe die Schwächen des peruanischen Gesundheitssystems offengelegt und noch verstärkt, urteilen Camila Gianella und ihr Team. Zwar habe Peru hinsichtlich der nachhaltigen Entwicklungsziele (SDGs) in vergangenen Jahren durchaus Fortschritte erzielt. Problematisch sei aber die starke Ausrichtung auf eine Erfüllung einzelner Indikatoren der und die Finanzierung dieser vertikalen Programme durch öffentlich-private Partnerschaften. Schließlich könne man Krankheiten wie Malaria oder Tuberkulose nicht effektiv bekämpfen, ohne die strukturellen Probleme anzugehen, die mangelnde Gesundheit und ungesunde Lebensbedingungen verursachen. Es gelte also, den Gedanken der Universal Health Coverage – einer universalen Gesundheitsversorgung – wieder stärker mit sozialer Gerechtigkeit zu verbinden.²⁰

Endnoten

- 1 WHO (2022) Country data Peru. <https://covid19.who.int/region/amro/country/pe> [Zugriff 8.6.2022]
- 2 Martinez-Valle A (2021) Public Health matters: why is Latin America struggling in addressing the pandemic? *Journal of Public Health Policy*; 42, p 27-40 <https://doi.org/10.1057/s41271-020-00269-4>
- 3 Gonzales-Tamayo L et al. (2020) Covid-19 physician deaths in Peru: A result of an underfunded and fragmented healthcare system. <https://doi.org/10.2139/ssrn.3676849>
- 4 Fabiola Torres: Das peruanische Gesundheitssystem in der Pandemie. Vortrag vom 23.4.2021 bei einem Online-Seminar der Informationsstelle Peru. www.infostelle-peru.de/publikationen/materialien-aus-dem-peru-seminar/ [Zugriff 20.6.2022]
- 5 Rees GH et al. (2020) The implications of COVID-19 for health workforce planning and policy: the case of Peru. *Int. J. Health Plann. and Mgmt.*; 36, p 1-8 <https://doi.org/10.1002/hpm.3127>
- 6 Taylor L (2021) COVID-19: Why Peru suffers from one of the highest excess death rates in the world. *BMJ*; 372 <https://doi.org/10.1136/bmj.n611>
- 7 Olivera J (2021) Peru's Social Policy Response to Covid-19: Jeopardizing Old-Age Security. *CRC*; 1342 <https://doi.org/10.26092/elib/929>
- 8 Herrera-Añazco P et al. (2021) Some lessons that Peru did not learn before the second wave of COVID-19. *Int. J. Health Plann Mgmt.*; 36, p 995-998 <https://doi.org/10.1002/hpm.3135>
- 9 Bernabe-Ramirez C et al. (2022) HOLA COVID-19 Study: Evaluating the Impact of Caring for Patients With COVID-19 on Cancer Care Delivery in Latin America. *JCO Global Oncology*; 8, p 1-11 <https://doi.org/10.1200/GO.21.00251>
- 10 Alvarez-Risco A et al. (2021) Telemedicine in Peru as a Result of the COVID-19 Pandemic. Perspective from a Country with Limited Internet Access. *Am. J. Trop. Med. Hyg.*; 105, p 6-11 <https://doi.org/10.4269/ajtmh.21-0255>
- 11 Torres K et al. (2020) Perspective Piece. Malaria Situation in the Peruvian Amazon during the Covid-Pandemic. *Am. J. Trop. Med. Hyg.*; 103, p 1773-1776 <https://doi.org/10.4269/ajtmh.20-0889>
- 12 Montenegro CC et al. (2021) Plasmodium falciparum outbreak in native communities of Condorcanqui, Amazonas, Perú. *Malaria Journal*; 20 <https://doi.org/10.1186/s12936-021-03608-2>
- 13 Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades – MINSA (2022)
- 14 WHO (2022) Dengue and severe dengue. www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/dengue-and-severe-dengue [Zugriff 25.5.2021]
- 15 Chen Y et al. (2022) Measuring the effects of COVID-19-related disruption on dengue transmission in southeast Asia and Latin America: a statistical modelling study. *Lancet Infect Dis.* 2022; 22, p 657-667
- 16 Gianella C (2022) Reverting five years of progress: Impact of Covid-19 on maternal mortality in Peru. *CMI Brief*, No. 1, Jan. www.cmi.no/publications/7445-reverting-five-years-of-progress-impact-of-covid-19-on-maternal-mortality-in-peru [Zugriff 3.6.2022]
- 17 Maza-Arnedo F et al. (2022) Maternal mortality linked to COVID-19 in Latin America: Results from a multi-country collaborative database of 447 deaths. *The Lancet Regional Health - Americas*; 12 <https://doi.org/10.1016/j.lana.2022.100269>
- 18 Reinders S et al. (2020) Indigenous communities' responses to the COVID-19 pandemic and consequences for maternal and neonatal health in remote Peruvian Amazon: a qualitative study based on routine programme supervision. *BMJ*; 10, p e044197 <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-044197>
- 19 Aguilar-Léon P (2020) Infección por SARS-CoV-2 y tuberculosis pulmonar: análisis de la situación en el Perú. *Cad. Saúde Pública*; 36 <https://doi.org/10.1590/0102-311X00094520>
- 20 Gianella C et al. (2021) What does COVID-19 tell us about the Peruvian health system? *Canadian Journal of Development Studies*; 42, p 55-67 <https://doi.org/10.1080/02255189.2020.1843009>



GHANA: MEHR STIGMATISIERUNG UND SELBSTMEDIKATION

Noch Anfang Januar 2022 lag die Zahl der täglich Neuinfektionen bei über 1.000.¹ Inzwischen hat sich die Lage in Ghana entspannt. Viele glauben, Covid-19 sei vorbei und auch die Impfung wird nur zögerlich angenommen. Erst 20% der Bevölkerung sind vollständig immunisiert. Doch die Pandemie und ihre sozialen wie gesundheitlichen Folgen sind weiterhin bittere Realität.

Die Zahl der an Covid-19 verstorbenen GhanaerInnen ist mit rund 1.500 gemeldeten Fällen im weltweiten Vergleich eher niedrig. Schon kurz nach dem Auftreten der ersten Krankheitsfälle im März 2020 ordnete die Regierung einen Lockdown in den besonders betroffenen städtischen Regionen an, Märkte und LKW-Terminals wurden mit Desinfektionsmitteln besprüht, die Landesgrenzen geschlossen.² Viele Menschen wurden arbeitslos und die Lebensmittelpreise stiegen rasant an. Um die Folgen der Pandemie abzufedern, wurde ein staatliches Notfall-Paket (Emergency Preparedness and Response Programme) aufgelegt – finanziert mit einem 100 Millionen US\$ schweren Kredit der Weltbank. Covid-PatientInnen wurden kostenlos behandelt, vulnerable Bevölkerungsgruppen bekamen Lebensmittel, Wasserrechnungen wurden für drei Monate ausgesetzt und Stromkosten reduziert. Gesundheitsfachkräfte an der Covid-Front erhielten ein Versicherungspaket und Bonuszahlungen.³

Mit der Drohne ins Labor

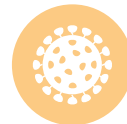
Außerdem wurden lokale Produktionskapazitäten für Schutzausrüstung geschaffen, ghanaische Unternehmen entwickelten Covid-Schnelltests sowie solarbetriebene Geräte zur Handwäsche. Der Ghana Health Service hatte bis zum 19. April 2020 bereits 86.000 Kontaktpersonen aufgespürt und knapp 70.000 getestet.⁴ Krankenhäuser wurden zu Covid-Kliniken umfunktioniert, staatliche Labore und Krankenhauslabore für die Teststrategie herangezogen, der Bau neuer Kliniken begonnen. Sogar Drohnen wur-

Die Covid-Impfung wird in Ghana nur zögerlich angenommen.
Foto: © Nana Kofi Acquah/WHO



„Im Fall von Covid war ganz klar, dass wir auf so etwas nicht vorbereitet waren, dass das Gesundheitssystem nicht in der Lage war, eine Pandemie dieser Art zu bewältigen.“

Emmanuel Owusu, Stop TB Partnership, Ghana



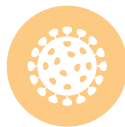


den eingesetzt, um Proben aus entlegenen Gebieten abzuholen und in die städtischen Labore zu befördern.^{2,5}

Soweit die Erfolgsmeldungen. Doch die Lage im Gesundheitswesen ist prekär: Krankenhausbetten, erst recht Intensivbetten, sind knapp. Nur zehn der 23 größeren staatlichen Kliniken und Lehrkrankenhäuser hatten 2020 eine Intensivstation.⁶ Nicht einmal zwei ÄrztInnen und gerade einmal 42 Pflegekräfte und Hebammen kommen in Ghana auf 10.000 EinwohnerInnen.⁷ Zudem ist in ländlichen Gebieten die Versorgung schlecht, weil Fachkräfte in die Stadtgebiete von Accra und Kumasi oder auch ins Ausland abwandern. In der Pandemie spitzte sich der Personalmangel weiter zu, förderte Stress und Burnout beim medizinischen Personal und behinderte eine adäquate Versorgung.⁸ So berichtet Joseph Ntiful, leitender Gemeindegrenkenpfleger des Ghanaischen Gesundheitsdienstes in der Region Accra: „Als Covid kam, mussten wir ein Team für Covid und eins für die Routinetätigkeiten zusammenstellen.“ Auch Kontaktverfolgung und Testung habe man zusätzlich durchgeführt. Und viele MitarbeiterInnen seien ausgefallen: „Die schwangeren Krankenschwestern gingen nach Hause, so dass wir nur drei Krankenschwestern hatten, die die gesamte Einrichtung betreuten. Fast neun Monate lang! Das war nicht einfach.“



Maskenproduktion in Ghana
Foto: © unknown author



Arme können sich die Krankenversicherung oft nicht leisten.

PatientInnen in Ghana müssen für ihre Behandlung oft tief in die Tasche greifen: Nur etwas mehr als die Hälfte der Bevölkerung ist durch das staatliche Versicherungssystem (National Health Insurance Scheme) abgesichert. Zwar sind die Pflichtbeiträge gering und Schwangere, alte Menschen oder Kinder sind kostenlos versichert, doch viele arme Menschen können sich auch diese geringen Beträge nicht leisten.^{9,10} Außerdem müssen viele Medikamente selbst bezahlt werden.¹¹

Covid-19 hatte oberste Priorität

Man habe zahlreiche Schritte unternommen und eng mit der WHO zusammengearbeitet, um einen starken Einbruch bei essenziellen Gesundheitsdiensten zu verhindern, sagt Dr. Patrick Kuma-Aboagye, Generaldirektor des Ghana Health Service. Spezielle Covid-Einsatz-Teams wurden in alle Regionen geschickt, so dass sich „nicht jeder um Covid-19 kümmern musste“.¹² Trotzdem haben vor allem zu Beginn der Pandemie viele Schlüsselbereiche der Gesundheitsversorgung stark gelitten. Etliche Präventionsprogramme wurden ausgesetzt und Impfkampagnen gerieten ins Stokken. Dr. Adomako Boakye-Yiadom, der beim Ghana Health Service für das Malaria-Kontrollprogramm zuständig ist, erinnert sich: „Von Anfang an, als der erste Fall auftrat, mussten die meisten von uns (...) alles auf Eis legen, was wir in Bezug auf die Malariakontrolle taten.“ So sei die Arbeit für eine gewisse Zeit praktisch zum Stillstand gekommen, denn die leitenden Beamten seien etwa zwei Monate lang mit Kontaktverfolgung und anderen Covid-Aktivitäten beschäftigt gewesen.

Monatelang hatte die Pandemie oberste Priorität – und zwar nicht nur bei nationalen Behörden, sondern auch bei großen Geberorganisationen wie der Bill und Melinda Gates Foundation. Dass all diese Akteure Covid-19 ständig Vorrang vor anderen Gesundheitsbedürfnissen einräumten, habe sich negativ auf Gesundheitsprogramme zu HIV, psychischer Gesundheit, Tuberkulose und Malaria ausgewirkt, so eine Analyse der Universität Ghana.³

Meningitis-Ausbruch mitten in der Corona-Pandemie

Während das Gesundheitssystem damit beschäftigt war, die Corona-Ausbreitung zu bekämpfen, seien andere lokale Krankheitsausbrüche sträflich vernachlässigt worden, beklagen Derrick Mensah und KollegInnen.¹³ So wurden am 15. April 2020 über 400 Fälle von zerebrospinaler Meningitis gemeldet. Fünf der 16 Provinzen Ghanas waren von der Epidemie betrof-



Covid-Prävention wurde großgeschrieben, ein Schuljunge beim Händewaschen.
Foto: © Just Swanzy

fen. 40 Menschen seien allein in der zweiten Aprilwoche gestorben – weit mehr also als die neun Corona-Toten im gleichen Zeitraum. Der Ausbruch sei nicht nur besonders schwerwiegend gewesen. Besorgniserregend sei auch die fehlende Reaktion der Behörden, die der derzeitigen Überlastung des Gesundheitswesens geschuldet sei, so die WissenschaftlerInnen. Das Gesundheitssystem müsse nachhaltig gestärkt werden, um eine kontinuierliche Versorgung von PatientInnen auch in Krisenzeiten zu gewährleisten, resümieren Mensah und sein Team.

Ein jähes Ende bereitete das Coronavirus zudem den Bemühungen im Kampf gegen einen Polio-Ausbruch, der bereits 2019 begonnen hatte. Die im Dezember eingeleitete Impfkampagne stoppte im März 2020 und konnte erst im September wieder anlaufen. Zuvor mussten Infektionsschutzmaßnahmen etabliert, Personal geschult und Schutzausrüstungen beschafft werden. Und auch eine breit angelegte Informationskampagne war nötig, um den Erfolg der Intervention zu sichern, kursierten doch in Ghana Gerüchte, dass Impfungen gezielt genutzt würden, um Covid-19-Impfstoffe zu testen oder das Corona-Virus zu verbreiten.^{14,15} ExpertInnen befürchteten, dass der Aufschub von Immunisierungen in kommenden Jahren zu höherer Sterblichkeit bei Masern, Polio und Gelbfieber führen könnte. Viele Kinder könnten ihre Impfungen auch deshalb verpassen, weil die Eltern arbeitslos geworden sind und aus den städtischen Regionen in ihre Heimatgemeinden zurückkehren mussten.^{16,17,18}

Gesundheit von Kindern hat gelitten

Schon vor der Pandemie war es um den Gesundheitszustand der Jüngsten in Ghana nicht gut bestellt und die verschlechterte Ernährungssituation dürfte die Lage weiter zuspitzen.¹⁹ Zugleich hat die pädiatrische und neonatale Versorgung im Land gelitten. Abdul Mumin und KollegInnen beobachteten z.B. am Tamale Teaching Hospital in Nord-Ghana einen starken Rückgang bei der Aufnahme kranker Babys.²⁰ Die Überweisungen wegen Frühgeburten und Geburtskomplikationen aus anderen Einrichtungen hätten dagegen zugenommen und die Sterblichkeit bei den behandelten Säuglingen sei gestiegen. Ein Grund dafür könne sein, dass viele Primäreinrichtungen nicht mehr mit voller Kapazität arbeiten und auch Vorsorge-Angebote für Schwangere ausgesetzt oder nicht wahrgenommen wurden. Im Norden Ghanas, wo besonders viele arme Menschen leben, entbinden 40% der Mütter zu Hause. Gerade hier könnten die Lockdown-Maßnahmen das geringe Vertrauen in die medizinischen Einrichtungen weiter untergraben haben, resümieren die ForscherInnen. Allerdings habe die Pandemie auch Verbesserungen gebracht: Sie habe den Fokus stärker auf Infektionsschutzmaßnahmen und bessere Hygiene gelegt und dadurch Infektionen verringert. Solche positiven Lerneffekte könnten auch über die Pandemie hinaus Wirkung zeigen.

Frauen und Mütter schlechter versorgt

Ein beträchtlicher Anteil an medizinischen Notfällen in Ghana sind schwangere Frauen – auch wegen häufig praktizierter unsicherer Schwangerschaftsabbrüche.¹¹ Die Pandemie dürfte auch hier die Lage verschärft haben, wie Äußerungen unserer InterviewpartnerInnen belegen. So konstatiert der leitende Gemeindefrankengpfleger Joseph Ntiful aus Accra: „Die einzigen Dienste, die auf dem Höhepunkt der Covid-Welle stark gefragt wa-



Wer vor der Pandemie bereits arm war – so wie dieser Kokosnuss-Verkäufer – der wurde durch sie noch ärmer.

Foto: © Dozzymanchiedozie Sunyani



Gerade die Gesundheitsversorgung von Kindern hat in der Pandemie gelitten.

Foto: © President's Malaria Initiative/Erin Schiavone





ren, waren die Angebote zur Familienplanung. (...) An einem Tag konnte man 20 KlientInnen nur im Bereich der Familienplanung betreuen.“

Auch die Müttersterblichkeit ist hoch: Pro 100.000 Lebendgeburten sterben in Ghana 319 Mütter,²¹ in Deutschland sind es sieben.²² Grund dafür ist vor allem die mangelnde Vorsorge während der Schwangerschaft: Etwa ein Drittel aller Gebärenden nimmt Vorsorgetermine nicht wahr oder hat keinen Zugang dazu. Covid-19 hat diese Situation dramatisch verschlechtert.²³ Um Kontakte zu vermeiden, wurden Vorsorgetermine in das zweite Drittel der Schwangerschaft verlegt und Untersuchungsabstände vergrößert, sofern keine Risiko-Schwangerschaft vorlag. Aus Angst vor Ansteckung vermieden außerdem viele Schwangere den Besuch von Gesundheitseinrichtungen. Die größte Gesundheitseinrichtung des Landes verzeichnete von Januar bis Mai 2020 einen Rückgang der Nutzung um bis zu 65%. Ein besorgniserregender Trend, der die bereits erzielten Erfolge bei der Müttergesundheit zunichtemachen könnte, so die AutorInnen.



Erfreuliche Entwicklung: Die Pandemie hat Infektionsschutzmaßnahmen und bessere Hygiene in den Fokus gerückt – auch im Krankenhausbereich.
Foto: © S. Pilivarti/US Army

Gesundheitseinrichtungen gemieden

Überall rückte der Infektionsschutz an oberste Stelle: Corona-Aufklärung wurde mitgedacht und praktiziert – in staatlichen Gesundheitsprogrammen ebenso wie bei der Basisgesundheitsversorgung auf Gemeindeebene. So berichtet Rachel Mensah, Gemeindecrankenschwester im Komenda Health Center: Covid habe ja nicht dazu geführt, dass andere Krankheiten wie Malaria verschwunden seien. Aber man habe sich bei der Präventionsarbeit zusätzlich sehr stark auf Infektionsschutzmaßnahmen konzentriert und die Bevölkerung aufklären müssen, etwa über das Händewaschen oder das Maske tragen. Auch Emmanuel Owusu vom Stop TB Partnership Ghana bestätigt, dass Aufklärung das Gebot der Stunde war. Das habe auch dazu beigetragen, den Menschen ihre Angst vor einer Ansteckung in den Gesundheitseinrichtungen zu nehmen.

Denn diese Angst war groß, berichtet Samuel Dodoo, Geschäftsführer der NGO Media Response: „2020 konnten wir beobachten, dass die Zahl der Krankenhausbehandlungen stark zurückgegangen war, insbesondere die Zahl der OPs. [...] Dann wurde uns klar, dass dies auf die Angst der meisten PatientInnen vor einer Ansteckung mit Covid-19 zurückzuführen ist.“ Die Leute mieden die Gesundheitseinrichtungen, sagt auch Rachel Mensah und sie ergänzt: „Wenn wir also in der Einrichtung saßen und darauf warteten, dass Leute kommen, sahen wir kaum jemanden. Wir wussten: Diese Kundin soll heute kommen, aber sie war nicht da. Dann machten wir sie ausfindig und erbrachten die Dienstleistung bei ihr zu Hause.“

„Mehr Aufklärung ist nötig, damit die Menschen das Vertrauen wiedergewinnen, das sie früher in unser Gesundheitssystem hatten.“

Samuel Dodoo, Geschäftsführer der Organisation Media Response, Ghana

Hausbesuche waren die einzige Lösung, meint auch Emmanuel Owusu vom Stop TB Partnership Ghana. „Wir wollten nicht zu viele Menschen an einem Ort versammeln, aber wollten auch das Tuberkulose-Screening weiter durchführen.“ Also sei man von Haus zu Haus gegangen und habe an jeder Tür gefragt, ob jemand huste oder krank sei. Nur in den komplett abgeriegelten Stadtbezirken sei die Screening-Arbeit eine Weile völlig zum Erliegen gekommen.

Einschnitte bei der HIV-Versorgung

Überlastete Krankenhäuser, ein wochenlanger Lockdown in den Stadtgebieten von Accra und Kumasi und auch Stockouts bei Medikamenten erschwerten den Zugang zur Diagnostik und Behandlung von Tuberkulose und HIV/Aids.²⁴ Die Geschäftsführerin der NGO Hope for Future Generations, Cecelia Senu sagt: „Wir haben eindeutig einen negativen Einfluss von Covid auf diese jungen Menschen mit HIV gesehen. Viele von ihnen konnten ihre ART-Medikamente [Antiretrovirale Therapie] nicht bekommen, weil die Dienste nicht zur Verfügung standen und die Leute während des Lockdowns nicht rausgehen durften. So mussten viele von ihnen ihre Therapie unterbrechen.“

Dr. Ashinyo, stellvertretender Programmleiter des nationalen HIV-Kontrollprogramms beobachtete ebenfalls große Einschnitte bei der Versorgung der PatientInnen, teilweise wegen der Engpässe bei Medikamenten: „Wir hatten Probleme mit der Abfertigung von Waren im Hafen und das alles lag am Lockdown.“ Besonders schwierig sei die verringerte Inanspruchnahme der Dienste gewesen – bei den Tests über die Behandlung bis hin zu den regelmäßigen Kontrolluntersuchungen bei HIV-PatientInnen. In der Ashanti und Bono-Region, wo HIV/Aids stark verbreitet ist, sei es am schlimmsten gewesen. Man sei daher neue Wege gegangen, habe Medikamentenrationen für mehrere Monate ausgegeben, damit die Betroffenen nicht so häufig kommen mussten. Auch mit der Ausgabe von Selbsttests wurde begonnen – zunächst jedoch nur bei den HIV-Risikogruppen.

Geld und Equipment wurden knapper

Geld und Equipment wurden vielerorts knapp, weil beides für Covid-Aktivitäten gebraucht wurde. Stephen Kwame Boahen, Seuchenschutzbeauftragter am Komenda Gesundheitszentrum, berichtet, dass in seiner Einrichtung die Behälter für Sputum-Proben ausgingen. „Wir haben Behälter, die wir für TB-Proben verwenden, aber als Covid kam, verwendeten wir die gleichen Behälter auch für Covid-Proben. [...] Als wir dann nach Behältern für TB-Proben suchten, merkten wir, dass wir keine mehr hatten.“ Auch die Laborkapazitäten waren stark eingeschränkt: „Manchmal schickte man Proben ein, und es dauerte dann etwa zwei Wochen lang bis man die Ergebnisse bekam, weil es nur um Covid ging.“ Zudem konnten Medikamente nicht nachgekauft werden, denn „nun mussten wir mit dem Geld, das wir für den Kauf von Medikamenten [...] verwendet hatten, Schutzausrüstung, Mund-Nasen-Masken und andere Dinge kaufen.“



Das waren noch Zeiten... Andrang bei einem Gesundheitsscreening in Accra.
Foto: © Kwameghana



„Aber Covid-19 verhinderte nicht, dass auch andere Krankheiten auftauchten, dass Menschen krank wurden und medizinische Hilfe brauchten. Aber sie hatten Angst davor, in eine Gesundheitseinrichtung zu gehen.“

Elsie Ayeh, National Network of Association of Persons living with AIDS in Ghana (NAPLAS)



Vielorts wurde das Equipment knapp.
Foto: © B.J.B Nyarko.GAEC/IAE Imagebank



Verschwörungstheorien und Selbstmedikation

Covid-19 ist in Ghana sehr stark mit Stigmatisierung verbunden, was die Bekämpfung der Pandemie behindert und dem Gesundheitspersonal zu schaffen macht.²⁵ Im Fall von TB wurde beispielsweise die Fallfindung erheblich schwieriger, meint der Seuchenschutzbeauftragte Boahen: „Tuberkulose ist mit Husten verbunden und Covid auch. Also sagten die Leute: Okay, wenn ich jetzt [ins Gesundheitszentrum] gehe, werden sie sagen, dass es Covid ist. Und weil Covid mit einem gewissen Stigma verbunden war, hatten die Leute Angst davor.“ Wegen des großen Stigmas habe man sogar Tricks anwenden müssen, um PatientInnen ins Krankenhaus zu überführen, ohne dass andere es bemerken. „Man informierte die Person, dass sie sich hinter einen Busch stellen soll. Der Krankenwagen fuhr dann dort hin, um die Person abzuholen.“

Gerüchte und Verschwörungstheorien rund um Covid bereiten vielen Akteuren im Gesundheitswesen Kopfzerbrechen. Samuel Dodoo, Geschäftsführer der NGO Media Response, berichtet von der irrigen Vorstellung vieler Menschen „dass die ganze Covid-Geschichte eine geplante Sache sei, die gegen sie ausgeheckt wurde.“ Überhaupt habe die Pandemie ein starkes Misstrauen gegenüber der modernen Medizin geschaffen und viele Menschen hätten sich wieder stärker traditionellen Heilmethoden zugewendet. Ein großes Problem sei die zunehmende Selbstmedikation. Gerade hier sei es jetzt enorm wichtig, gegenzusteuern „damit die Menschen das Vertrauen wiedergewinnen, das sie früher in unser Gesundheitssystem hatten.“



Malaria Prävention in Zeiten vor der Pandemie.
Foto: © President's Malaria Initiative/Flickr



Stillstand bei der Malaria-Prävention

Dr. Adomako Boakye-Yiadom, der im Malaria-Kontrollprogramm des ghanaischen Gesundheitsdienstes arbeitet, teilt diese Einschätzung: PatientInnen hätten sogar Symptome wie Fieber versteckt, weil sie sich fürchteten, dass man bei ihnen Covid-19 diagnostizieren könnte. „Man ist also gar nicht ins Krankenhaus gegangen, sondern direkt in die Apotheke, um Medikamente zu besorgen.“ Besonders negativ habe sich ausgewirkt, dass es anfangs hieß, Malariamittel könnten Covid heilen. Das hat den Preis hochgetrieben und führte zu einer Verknappung in den Apotheken.² Die Leute kauften wie wild Malariamittel, so Boakye-Yiadom. „Jedes Mal, wenn jemand Fieber hatte, kauften sie ACTs, die wir zur Behandlung von Malaria verwenden, eine Kombinationstherapie auf Artemisinin-Basis.“ Er befürchtet, dass dadurch Resistenzen geschürt wurden.

Schon jetzt ist Malaria eine der Hauptursachen für Krankheit und frühen Tod in Ghana. Rund fünf Millionen Fälle treten jährlich auf und verursachen etwa 12.000 Todesfälle.²⁶ Vor allem schwangere Frauen und Kleinkinder müssen geschützt werden. Doch die Präventionsarbeit kam durch die Pandemie weitgehend zum Stillstand. Malaria-Experte Boakye-Yiadom erklärt, man habe keine Insektizid-behandelten Bettnetze verteilen können, weil die Schulen geschlossen waren und weil die Frauen und Mütter nicht in die Einrichtungen kamen. Maßnahmen wie die Behandlung der Hauswände mit Insektiziden, hätten ebenfalls gelitten, weil die Leute misstrauisch waren und niemanden ins Haus ließen.



Moskitonetze können Leben retten, doch deren Verteilung wurde während des Lockdowns ausgesetzt.
Foto: © President's Malaria Initiative, Jhpiego / Flickr

„Durch Covid-19 greifen immer mehr Menschen zu unorthodoxen Behandlungsmethoden. Und das ist auf die Mythen und falschen Vorstellungen zurückzuführen, die sich um die ganze Pandemie ranken.“

Samuel Dodoo, Geschäftsführer der NGO Media Response, Ghana

Positive Entwicklungen angestoßen

Die Pandemie habe allerdings auch erfreuliche Veränderungen bewirkt, meint Elsie Ayeh vom Netzwerk der HIV-Selbsthilfegruppen, NAPLAS. „Die Leute begannen zu lernen, wie man Flüssigseife oder Handdesinfektionsmittel herstellt, solche Sachen, denn das war es, was vor allem gebraucht wurde.“ Und schließlich habe Covid alle dazu gebracht, „digital zu werden, online zu gehen, zu lernen, wie man das macht, weil man sonst isoliert gewesen wäre. (...) Aber wir hatten auch viele Mitglieder, die sich nicht mit dem Internet auskannten und die schienen zurückzubleiben.“

Viele Gesundheitsanbieter und Organisationen haben verstärkt Mobiltelefone eingesetzt, um Versorgungslücken zu schließen. Ghana bietet dafür eine sehr gute Voraussetzung, denn die meisten Menschen besitzen ein Handy. Das eröffnet zusätzliche Perspektiven, wo Personal knapp und die Wege zur nächsten Gesundheitsstation besonders weit sind.²⁷ Cecilia Senu von der Organisation Hope for Future Generations, sieht aber auch Nachteile der virtuellen Kommunikation: So sei die Spendenbereitschaft zurückgegangen, weil keine persönlichen Gespräche mehr stattfanden. Zivilgesellschaftliche Akteure hätten in der Pandemie bewiesen, dass sie sehr gut in der Lage seien, Informationen in die Gemeinden zu tragen. Es wäre wünschenswert, darauf aufzubauen und sie künftig stärker einzubeziehen. Aber auch soziale Determinanten von Gesundheit und Krankheitsvorbeugung sollten eine größere Rolle spielen: „Wir müssen dringend mehr in die Prävention investieren, statt nur in die Behandlung von Krankheiten!“

„Wenn wir die Zivilgesellschaft und die Gemeinden stärker einbeziehen würden, hätten die Gesundheitsdienste von Anfang an mehr erreicht, und es wären nicht so viele Menschen gestorben.“

Cecilia Lodonu-Senuo,
Geschäftsführerin der NGO Hope for
Future Generations

Endnoten

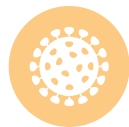
- 1 Center for Systems Science and Engineering (CSSE) at Johns Hopkins University (2022) COVID-19 Data Repository. www.google.com/search?client=firefox-b-d&q=Ghana+Covid+19 [Zugriff 12.6.2022]
- 2 Sibiri H et al. (2021) Containing the impact of COVID-19: Review of Ghana's response approach. *Health Policy and Technology*; 10, p 13 <https://doi.org/10.1016/j.hlpt.2020.10.015>
- 3 ISSER, College of Humanities, University of Ghana (2020) Policy Brief: The impact of COVID-19 on the Health Sector in Ghana, 19 May <https://bit.ly/3QDoTQG> [Zugriff 11.6.2022]
- 4 Afriyie DK et al. (2020) COVID-19 pandemic in resource-poor countries: challenges, experiences and opportunities in Ghana. *J. Infect Dev Ctries*; 14, p 838 <https://doi.org/10.3855/jidc.1909>
- 5 Zhang J et al. (2020) Ghana's policy response to COVID-19. *The Center for Policy Impact in Global Health. Policy Report*. <https://centerforpolicyimpact.org/our-work/the-4ds/ghana-policy-response-to-covid-19/> [Zugriff 11.6.2022]
- 6 Quakyi NK et al. (2021) Ghana's COVID-19 response: the Black Star can do even better. *BMJ Global Health*; 6 <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2021-005569>
- 7 Afulani PA et al. (2021) Inadequate preparedness for response to COVID-19 is associated with stress and burnout among healthcare workers in Ghana. *PLoS ONE*; 16 <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0250294>
- 8 The Conversation (2021) COVID-19 has left Ghana's healthcare workers stressed but simple things can help. <https://theconversation.com/covid-19-has-left-ghanas-healthcare-workers-stressed-but-simple-things-can-help-157907> [Zugriff 11.6.2022]
- 9 Ayanore MA et al. (2019) Health insurance coverage, type of payment for health insurance, and reasons for not being insured under the National Health Insurance Scheme in Ghana. *Health Economics Review*; 9 <https://doi.org/10.1186/s13561-019-0255-5>
- 10 Kwarteng A et al. (2020) The state of enrollment on the National Health Insurance Scheme in rural Ghana after eight years of implementation. *International Journal for Equity in Health*; 19 <https://doi.org/doi:10.1186/s12939-019-1113-0>
- 11 Drislane FW (2014) The Medical System in Ghana. *Yale Journal of Biology and Medicine*; 87, p 321-326 <http://ugspace.ug.edu.gh/handle/123456789/25809>
- 12 Apo press release (2020) Ghana: Easing COVID-19 impact on core health services in Ghana. 25 Aug. <https://guardian.ng/apo-press-releases/coronavirus-ghana-easing-covid-19-impact-on-core-health-services-in-ghana/> [10.6.2022]
- 13 Mensah D et al. (2020) COVID-19 effects on national health system response to a local epidemic: the case of cerebrospinal meningitis outbreak in Ghana. *Pan African Medical Journal*; 35, p 14 <https://doi.org/10.11604/pamj.suppl.2020.35.2.23138>
- 14 WHO (2020) Strengthening Ghana's health system in response to a poliovirus outbreak. <https://www.who.int/about/accountability/results/who-results-report-2020-mtr/country-story/2020/strengthening-ghana-s-health-system-in-response-to-a-poliovirus-outbreak> [Zugriff 10.6.2022]
- 15 Nurzhynska A et al. (2020) cVDPV2 Outbreak Response in the Midst of COVID-19 in Ghana: Key Lessons Learned from Communication and Social Mobilisation Strategies and Activities. <https://www.comunit.com/files/veryfinalanastaysiaghanacvdpv-converted.pdf> [Zugriff 10.6.2022]
- 16 Gaythorpe K et al. (2021) Impact of COVID-19-related disruptions to measles, meningococcal A and yellow fever vaccination in 10 countries. <https://doi.org/10.1101/2021.01.25.21250489>
- 17 Inzaule SC et al. (2021) Covid-19 and indirect health implications in Africa: Impact, mitigation measures, and lessons learned for improved disease control. *PLoS Med*; 18 <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1003666>
- 18 Nelson R (2020) COVID-19 disrupts vaccine delivery. *The Lancet*; 20, p 546 [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(20\)30304-2](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(20)30304-2)
- 19 Government of Ghana, UNICEF (2021) Primary and secondary impacts of the Covid-19 pandemic on children in Ghana. <https://uni.cf/3zWMTIH> [Zugriff 11.6.22]
- 20 Abdul-Mumin A et al. (2020) Maintaining quality newborn care in Ghana amid the COVID-19 pandemic. *Pan African Medical Journal*; 35, p 6 <https://doi.org/10.11604/pamj.suppl.2020.35.2.22797>
- 21 www.afro.who.int/countries/ghana [Zugriff 28.7.2021]
- 22 [www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/maternal-mortality-ratio-\(per-100-000-live-births\)](http://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/maternal-mortality-ratio-(per-100-000-live-births)) [Zugriff 28.7.2021]
- 23 Agbozo F and Jahn A (2021) COVID-19 in Ghana: challenges and countermeasures for maternal health service delivery in public health facilities. *Reprod. Health*; 18, p 151 <https://doi.org/10.1186/s12978-021-01198-5>
- 24 S2 Text (2020) COVID-19 and Ghana's path to convergence and UHC. *Journ. Pubmed*; 1003675.s0004
- 25 Tamaklo EC (2020) Burning Platform for Change: Covid-19 Experience in Ghana. *Health Management*; 20, p 392-395 <https://healthmanagement.org/c/healthmanagement/issuearticle/burning-platform-for-change-covid-19-experience-in-ghana> [Zugriff 10.6.2022]
- 26 WHO (2020) World Malaria Report. <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1321872/retrieve> und www.severemalaria.org/countries/ghana [Zugriff 10.6.2022]
- 27 Mariwah S et al. (2021) Formalising 'informal' mHealth in Ghana: Opportunities and challenges for Universal Health Coverage (UHC). *Global Public Health*; 17, p 768-781 <https://doi.org/10.1080/17441692.2021.1874467>



Zieht in normalen Zeiten Reisende aus aller Welt an: Die Bucht von Kapstadt. Doch mit der Entdeckung der Omikron-Variante brach der Tourismus ein. Foto: © Alter Vista



Ende März verhängte die südafrikanische Regierung einen strikten Lockdown. Panikkäufe sorgten für leere Supermarktregale. Foto: © Brandon Gregory



SÜDAFRIKA: WENIGER HIV-TESTS UND HÖHERE MÜTTERSTERBLICHKEIT

Südafrika hatte von allen afrikanischen Ländern mit Abstand die meisten Infektionen und Todesfälle durch Covid-19. Über 100.000 Menschen starben.¹ Das Virus verbreitete Angst und Schrecken und setzte das Gesundheitssystem gehörig unter Druck. Auch 2021 blieb die Lage angespannt: Im November meldeten die Behörden die Entdeckung einer neuen Virus-Variante (Omikron), die sich in Südafrika und weltweit rasch ausbreitete.

Nachdem am 5. März 2020 die erste Infektion durch SARS-CoV-2 bekannt geworden war, stieg die Kurve rasant. Bereits am 27. März verhängte die Regierung „einen der striktesten Lockdowns außerhalb Chinas“, der erst nach gut einem Monat allmählich gelockert wurde.² Neben der Schließung von Schulen, Universitäten und Geschäften gab es strenge Ausgangsbeschränkungen. Nur wer Lebensmittel, Medikamente oder Kraftstoffe zum Heizen besorgen wollte, durfte das Haus verlassen. Der Lockdown traf vor allem Menschen in prekären Lebensverhältnissen, sprich die drei Millionen, die im informellen Sektor arbeiten und von der Hand in den Mund leben. Er vergrößerte die Ungleichheiten und sozialen Spannungen im Land und blockierte den Zugang zu vielen Bereichen der Gesundheitsversorgung. Manche Einrichtungen wurden geschlossen oder waren nur für Notfälle geöffnet, andere schränkten ihre Dienstleistungen ein. Zudem hatten arme Menschen kaum eine Chance, Gesundheitsstationen oder Kliniken zu erreichen, weil der öffentliche Nahverkehr eingeschränkt war.

Die Angst ging um

Doch auch die Angst ging um und sorgte dafür, dass kranke Menschen auf notwendige medizinische Versorgung verzichteten: Landesweit verzeichneten Krankenhäuser im April und Mai 2020 starke Einschnitte bei der Akutversorgung: Nicht Covid-bedingte stationäre Aufenthalte – etwa wegen Herzinfarkten, Schlaganfällen oder akuter Krebsleiden – reduzierten sich im Zuge des Lockdowns um fast die Hälfte. Burger und sein Team belegen mit einer landesweiten Umfrage unter mehr als 7.000 Erwachsenen, dass viele Menschen, die medizinische Hilfe gebraucht hätten, keine Einrichtung aufsuchten. Grund dafür war vor allem die große Angst vor einer Ansteckung, aber auch Transportprobleme, lange Wartezeiten oder Geldnot. Auch über 3.000 Schwangere und Mütter mit Neugeborenen wurden befragt. Viele hatten seit Beginn des Lockdowns Arztbesuche verzögert, also



Covid-PatientInnen werden mit dem Krankenwagen zu Quarantäne-Stationen gebracht. Foto: © Khethukuthula

zwei Monate lang keine Gesundheitseinrichtung aufgesucht. Jede vierte Mutter hatte ihr Kind nicht vorgestellt, obwohl Grundimmunisierungen anstanden. Knapp ein Viertel der Befragten hatte in den vergangenen vier Wochen keinen Zugang zu Verhütungsmitteln, Kondomen oder Medikamenten gehabt.³ Arme Menschen waren weitaus stärker von der Versorgung abgeschnitten als der wohlhabende Teil der Bevölkerung.

Die südafrikanische Regierung hat in der Krise Führung bewiesen und schnell gehandelt. Zusätzliches Gesundheitspersonal wurde eingestellt: Arbeitslosen oder pensionierten Fachkräften wurden befristete Verträge angeboten und sogar aus Kuba wurden ÄrztInnen angeheuert.⁷ Krankenhäuser und andere Gesundheitseinrichtungen lenkten ihre beschränkten Ressourcen ab, um bei den globalen Bemühungen im Kampf gegen die Pandemie mithalten zu können. Doch der starke Fokus auf Covid-19 führte zur Vernachlässigung anderer Gesundheitsprobleme, die in Südafrika verbreitet sind. Dabei ist es wohl gerade die hohe Bürde an HIV/Aids und Tuberkulose, aber auch an chronischen Leiden wie Diabetes und Herz-Kreislauf-Erkrankungen, die zur schnellen Verbreitung von Covid-19 und zur vergleichsweise hohen Sterblichkeit beigetragen haben dürfte.²

Von Mai 2020 bis März 2021 gab es in Südafrika fast 150.000 Todesfälle mehr als üblicherweise zu erwarten gewesen wäre. Aber nur 51.000 Sterbefälle durch Covid-19 wurden im gleichen Zeitraum registriert. Es sei schwer vorstellbar, so Smart und KollegInnen, dass 93.000 Corona-Tote in einem Land wie Südafrika unter dem Radar geblieben wären, wo alle Welt doch auf ebendiese Erkrankung starrte. Wahrscheinlicher sei es, dass viele Menschen starben, weil sie eine notwendige medizinische Behandlung nicht in Anspruch nehmen konnten oder wollten.⁸ Denn der Zugang zur Basisversorgung war im ersten Jahr der Pandemie in allen Provinzen stark beeinträchtigt. Besonders auffällig war der Rückgang bei Vorsorgeuntersuchungen, beim Zugang zu Verhütungsmitteln und bei Screening-Angeboten. In der bevölkerungsreichsten Provinz Gauteng verzeichneten Basisgesundheitsdienste allein im März und April 2020 rund 500.000 Besuche weniger als üblich – das entspricht einem Rückgang um 30%.⁹

Mehr Mütter und Säuglinge starben

In fast allen Provinzen Südafrikas nahmen Todesfälle von Müttern rund um die Geburt zu. Die Müttersterblichkeit in Gesundheitseinrichtungen stieg im ersten Jahr der Pandemie landesweit um knapp 23% – in Western Cape sogar um 82%. Auch mehr Säuglinge starben.^{10, 11} Nicht zuletzt die geringere Inanspruchnahme der Gesundheitsdienste dürfte Mütter und Kinder gefährdet haben.¹² So gingen in der Provinz KwaZulu-Natal zwischen April und Juni 2020 die Besuche in Gesundheitseinrichtungen deutlich zurück.¹³ Daten aus einem ländlich gelegenen Krankenhaus zeigen: Die täglichen Aufnahmen von Säuglingen und Kleinkindern nahmen während des strikten Ausgehverbots der Stufe 5 signifikant ab und blieben bis Oktober auf niedrigem Niveau, obwohl die Beschränkungen zwischenzeitlich gelockert wurden.¹⁴

Alle reproduktiven Gesundheitsdienste waren – zumindest bis in den Herbst hinein – stark beeinträchtigt: So wurden weniger Kontrazeptiva verordnet, weniger Schwangere nahmen Vorsorgeuntersuchungen wahr und auch weniger Abtreibungen wurden durchgeführt.¹¹ Zugleich wuchs



Gute Versorgung garantiert

Per Verfassung garantiert Südafrika allen BürgerInnen Zugang zu einer hochwertigen Gesundheitsversorgung. Doch das in einen öffentlichen und einen privaten Sektor unterteilte Gesundheitssystem und eine höchst ungleiche Verteilung der Ressourcen schaffen große Herausforderungen: Knapp 83% der Bevölkerung werden im staatlichen System versorgt.⁴ Nur rund 17% sind privat versichert, verursachen aber 50% aller Gesundheitsausgaben.⁵ Während für die teure private Versorgung das Gros der Intensivbetten⁶ und 60% aller FachärztInnen zur Verfügung stehen, fehlt es im öffentlichen Gesundheitssystem an Ausstattung und Personal. So sind im Pflegebereich rund 20% der Stellen unbesetzt. Besonders in ländlichen Regionen lässt die Gesundheitsinfrastruktur zu wünschen übrig und auch zwischen den einzelnen Provinzen sind die Unterschiede groß. Weil immer mehr Menschen in die Städte ziehen, nimmt allerdings auch der Druck auf die städtischen Einrichtungen zu und viele Kliniken sind stark überlastet.

„Alle waren also in Panik, und wir mussten versuchen, eine Art Ordnung zu finden, um inmitten dieses Chaos weiterhin eine qualitativ hochwertige Versorgung zu gewährleisten.“

Prof. Vikash Sewram, Direktor des African Cancer Institute





Am 18. März 2020 wurden alle Schulen in Südafrika geschlossen. 17 Millionen Kinder und Jugendliche mussten zu Hause bleiben. Foto: © Godot13

„2021 wurde ein Rückgang der Abtreibungen verzeichnet. Frauen, die sonst die Schwangerschaft abgebrochen hätten, haben ein Kind bekommen. Außerdem gab es einen Anstieg der unsicheren Abtreibungen.“

Dr. Jill Hanass-Hancock, South African Medical Research Council



Das Geschäft mit illegalen Abtreibungen florierte. Foto: © Vgrigas

„Wenn unser Präsident jeden Tag so über Prep [Prophylaxe-Therapie für HIV-Risikogruppenegegen] sprechen würde, wie er über COVID gesprochen hat, hätten wir das größte Prep-Programm der Welt, denke ich.“

Prof. Linda-Gail Bekker, Direktorin des Desmond Tutu HIV Center, Kapstadt

die geschlechtsspezifische Gewalt mit Beginn der Covid-Krise: Innerhalb von nur drei Wochen verzeichnete die nationale Notrufzentrale für Opfer sexueller Gewalt 120.000 Anrufe. Der Lockdown und die zeitweilige Unterbrechung der sexuellen und reproduktiven Gesundheitsdienste hätte zu mehr ungewollten Schwangerschaften geführt und infolge auch zu mehr Abtreibungen, urteilen Fachleute.¹⁵ Tshino Ramaite, Policy Advisor bei IPAS, einer Organisation, die Frauen und Mädchen beim Zugang zu bezahlbaren Verhütungsmethoden und Schwangerschaftsabbrüchen unterstützt, teilt diese Einschätzung. Zwischen März 2020 und April 2021 hätten etwa 23.000 Minderjährige ein Kind geboren.¹⁶ Im Vorjahr waren es noch 14.000. „Das gibt uns also schon ein Gefühl dafür, dass während der Pandemie die geschlechtsspezifische Gewalt zugenommen hat.“

Hinterhof-Anbieter preisen ihre Dienste an

Südafrikas Abtreibungsgesetz ist eines der progressivsten weltweit und gewährt das Recht auf eine sichere und legale Abtreibung. Allein die Zustimmung der Schwangeren ist notwendig. Doch die zur Verfügung stehenden Dienste sind begrenzt und die Pandemie vergrößerte die Zugangshürden: So beobachtete Ärzte ohne Grenzen, dass Abtreibungsdienste ausgesetzt wurden, weil sie nicht als essenzielle Leistungen angesehen wurden.¹⁷ Gerade zu Beginn des Lockdowns sei vielen Akteuren im Gesundheitswesen nicht klar gewesen, welche Dienste als unverzichtbar gelten und ohne Einschränkung geöffnet bleiben dürfen, meint Tshino Ramaite. „Einige Einrichtungen waren sich also nicht ganz sicher, wie sie vorgehen sollten.“ Außerdem sei es für die Betroffenen angesichts der Reise- und Bewegungsbeschränkungen schwierig gewesen, eine Einrichtung aufzusuchen „und das schuf einen Markt für diese Hinterhof-Anbieter“. Im Internet, in sozialen Medien und sogar auf der Straße böten diese illegalen Anbieter massiv ihre Dienste an: „Die Plakate hängen überall, an Taxiständen, auf öffentlichen Plätzen [...] Man muss nur eine Nachricht schicken oder anrufen und sie versprechen einen schnellen und schmerzfreien Service.“ In ihrer Not hätten sich viele Frauen darauf eingelassen. Schon jetzt finden 50% aller Abtreibungen in Südafrika im informellen Sektor statt. Covid-19 dürfte den Anteil noch einmal deutlich erhöht haben.¹⁹

Entgleisungen bei der HIV-Testung und -Prävention

Südafrika zählt zu den 20 Staaten mit der höchsten Krankheitslast an HIV/AIDS, Tuberkulose sowie multiresistenter TB.¹⁸ Wegen der Covid-Pandemie gerieten diese Krankheiten ins Hintertreffen und insbesondere Präventions- und Testangebote wurden eingeschränkt oder ganz ausgesetzt. Wer also z.B. seinen HIV-Status noch nicht kannte, hatte schlechte Karten. Bessere Aussichten hatten diejenigen, die bereits in Behandlung waren.¹⁹ So ergab eine Untersuchung unter 65 Primärkliniken, dass die Behandlung für Personen, die bereits eine antiretrovirale Therapie (ART) erhielten, größtenteils aufrecht erhalten, Screening-Dienste dagegen gekappt wurden.²⁰ „Auf nationaler und sogar auf Provinzebene würde ich sagen, dass wir in diesem Land die Auswirkungen aufgrund unserer differenzierten Dienst-

leistungsmodelle ziemlich stark abmildern konnten“, meint Prof. Linda-Gail Bekker, Direktorin des Desmond Tutu HIV-Center in Kapstadt. Schon vor der Pandemie habe Südafrika eine Vorreiterrolle gespielt bei der differenzierten Bereitstellung von Diensten. Das heißt, Menschen, die mit HIV leben, können ihre Medikamente an nahgelegenen Versorgungstationen bekommen oder sich per Kurier zuschicken lassen und müssen dafür nicht unbedingt ein Gesundheitszentrum oder eine Klinik aufsuchen. All das sei ein erheblicher Vorteil gewesen in der Pandemie, meint Bekker. „Zweitens glaube ich, dass es diese Mobilisierung gab, sogar auf kommunaler Ebene: Lasst uns sicherstellen, dass den Menschen die Behandlung nicht ausgeht!“ Mit Beginn des Lockdowns gab es jedoch einen deutlichen Rückgang bei den HIV-Testungen. Landesweit wurden zwischen März und Dezember 2020 knapp 3,5 Millionen HIV-Tests weniger durchgeführt als im Vorjahreszeitraum. Das entspricht einem Rückgang um gut 22% – in der Provinz Western Cape waren es sogar 36%.²¹ In Kwa Zulu-Natal, wo 1,7 Millionen Menschen mit HIV leben, reduzierten sich HIV-Tests im April sogar um knapp die Hälfte (47,6%). Wöchentlich begannen daher im Schnitt 200 Menschen weniger eine Therapie als noch vor Corona. Mit dem Ende der Beschränkungen erholten sich die Werte zwar wieder.²¹ Tausende von HIV-Infektionen könnten aber unentdeckt geblieben sein und somit zu weiteren Ansteckungen geführt haben. Gründe für die stark verminderte HIV-Testung waren reduzierte Öffnungszeiten, fehlende Schutzausrüstung und abgezogenes Personal. 28.000 GesundheitsarbeiterInnen sind beispielsweise aus HIV-Outreach-Programmen abgezogen worden, um die Covid-19-Testung zu unterstützen. Viele Menschen haben aber auch den Weg in die Gesundheitseinrichtung gescheut.²¹

Lebensrettende Medikamente wurden knapp

„Auch hier gab es also eine Angst davor, sich nach draußen zu wagen und sich dem Virus auszusetzen“, berichtet Linda-Gail Bekker. Zugleich seien die Gesundheitseinrichtungen in gewisser Weise mit der Covid-Problematik überfordert gewesen und „anderen Problemen gegenüber ziemlich feindselig eingestellt.“ Die Überlastung habe auch zu längeren Wartezeiten geführt, so die HIV-Spezialistin Dr. Thompson: „Also konnte man vielleicht in der Klinik auftauchen, um einen HIV-Test zu machen und in einer langen Schlange landen, weil sich niemand (um die Testung) kümmerte.“

„Ein weiterer Aspekt, der für uns in dieser Region der Welt sehr beängstigend war, war der Ausfall von Flugzeugen, Flügen und Logistik, der dazu führte, dass auf dem Kontinent die antiretroviralen Produkte knapp wurden“, fügt Bekker hinzu und betont: „Ich denke, dass wir daraus eine Lehre für die nächste potenzielle Krise oder Pandemie ziehen müssen, nämlich dass uns lebensrettende Therapien niemals ausgehen dürfen.“ Nicht zuletzt bei der Mutter-zu-Kind-Übertragung und als auch bei der präventiven HIV-Therapie müsse man jetzt verlorenes Terrain zurückgewinnen: „Wo stehen wir mit der Präexpositionsprophylaxe, die durch Covid ins Stocken geraten ist? [...] Wie viel Boden haben wir bei den antiretroviralen Medikamenten verloren? Wer da draußen hat seine Behandlung abgebrochen? Wie können wir das wieder auf den Weg bringen?“



HIV-Prävention im Valhalla Park in Western Cape. Viele solcher Projekte kamen durch Covid-19 zum Erliegen.

Foto: © Lindsay Mgbor/ UK Department for International Development

„Ich würde sagen, dass wir in diesem Land die Auswirkungen der Pandemie aufgrund unserer differenzierten Dienstleistungsmodelle im Bereich HIV ziemlich stark abmildern konnten.“

Prof. Linda-Gail Bekker, Direktorin des Desmond Tutu HIV Center, Kapstadt



Tuberkulosebekämpfung schwächelt

„Während also Covid-19 all diese Aufmerksamkeit zuteilwurde, stellten wir fest, dass bei TB all die Fortschritte, die in den letzten zehn Jahren erzielt wurden, wieder verloren gingen.“

Jennifer Furin, TB Spezialistin bei Ärzte ohne Grenzen



Die Tuberkulose-Versorgung hat in der Pandemie stark gelitten. Foto: © Health-e

Auch bei der Tuberkulose-Bekämpfung kam es zu starken Einschränkungen: TB-Stationen wurden zum Teil in Covid-19-Stationen umgewandelt und Personal wurde zur Testung und Behandlung des SARS-CoV-2 Virus abgezogen. Laut den Laboren des staatlichen Gesundheitssystems haben die Einschränkungen der höchsten Lockdown-Stufe 5 im ersten Pandemienonat zu einem Rückgang der Anzahl von TB-Tests um 48% geführt. 33% weniger Tuberkulose-Fälle als zuvor wurden diagnostiziert.²² Die Zahl der diagnostischen Untersuchungen im Zusammenhang mit TB reduzierten sich um insgesamt 17 Millionen. Bis Februar 2021 lagen die Testzahlen noch immer unter den üblichen Werten aus Vorpandemie-Zeiten.¹⁰

Dr. Norbert Ndjeka, Direktor für TB-Kontrolle und -Management, im süd-afrikanischen Gesundheitsministerium, führt dazu aus: „Ja, die Zahlen sind zurückgegangen, vor allem, weil wir anfangs den Kollegen in den Provinzen sagen mussten, dass es riskant ist, jeden Tag TB-Patienten kommen zu lassen wie früher. Wir haben also Entscheidungen getroffen.“ Das habe letztendlich dazu geführt, dass Menschen nicht auf TB untersucht wurden und somit weniger Krankheitsfälle entdeckt wurden – auch was multiresistente TB angeht: „Wir haben 2018 und 2019 ungefähr 10.000 Patienten behandelt. Aber am Ende des Jahres 2020 hatten wir nur etwa 6.700 in Behandlung, [...] Und im Jahr 2021 haben wir trotz der Tatsache, dass wir keine Lockdowns hatten und all das, noch weniger behandelt als 2020.“ Und noch ein weiterer Punkt habe für tiefe Einschnitte bei der TB-Kontrolle gesorgt, meint Jennifer Furin, TB-Spezialistin bei Ärzte ohne Grenzen (MSF): „Ich habe viele Kollegen, die hervorragende Tuberkuloseärzte waren und an Covid gestorben sind. Wie kann man so etwas beziffern? Sie waren wirklich treibende Kräfte.“

Gemeindebasierte Dienste stärken



Leere Korridore in einer Gesundheitseinrichtung während des Lockdowns. Gemeindebasierte Dienste konnten die Menschen besser erreichen. Foto: © Anel Steg

Covid-19 sei wirklich eine Katastrophe, wenn es um TB-Dienste und die Inanspruchnahme von Pflege geht, so Furin. Gemeinsam mit den Behörden der Provinz Westkap habe MSF daher die TB-Dienste mehr in die Gemeinden verlagert und eine aufsuchende Gesundheitsfürsorge betrieben, etwa im Township Khayelitsha bei Kapstadt. „Und ich denke, dass wir deshalb in vielen Gegenden von Khayelitsha mehr TB-Fälle finden konnten. In den meisten anderen Teilen der Provinz ist die Fallfindung dagegen zurückgegangen.“ U.a. habe man bei der Testung der Haushaltsmitglieder von TB-Kranken viel mehr TB-infizierte Kinder gefunden als das bisher der Fall war. „Es ist uns gelungen, den Zugang zur Diagnose für Kinder zu verbessern. Das war ein großer Erfolg.“

Chronisch Kranke: Alleingelassen und isoliert

Bei der Versorgung von PatientInnen mit nicht-übertragbaren Krankheiten (NCDs) gab es ebenfalls gravierende Einschnitte, etwa bei Krebs: In 28% der untersuchten Krankenhäuser in Südafrika wurden Tumor-Operationen gestrichen oder reduziert. Auch Vorsorgemaßnahmen wurden eingeschränkt und es gab u.a. deutlich weniger Screenings oder HPV-Impfungen zum Schutz vor Gebärmutterhalskrebs.²³ Forschungsprojekte wurden auf Eis gelegt, weil MitarbeiterInnen und DoktorandInnen zu Hause bleiben mussten. Versorgungsleistungen konnten nicht mehr angeboten werden, weil Personal von onkologischen Stationen abgezogen bzw. bei der Versorgung von Covid-PatientInnen eingesetzt wurde. Hinzu kam ein Mangel an Krebsmedikamenten und anderen wichtigen Medizinprodukten aufgrund unterbrochener Lieferketten, der Schließung der Landesgrenzen und einer verringerten Produktion.²⁴

Die überwiegende Mehrheit chronisch Kranker wurde zwar weiterhin versorgt, aber auch hier wurden PatientInnen zurückgelassen, weil sie plötzlich nicht mehr in die Einrichtung kamen, berichtet Dr. Masangu Mulongo, der in der klinischen Forschung zu Krebserkrankungen bei Frauen arbeitet: „Ich habe Patientinnen, die seit letztem Jahr in Behandlung wären, aber sie kommen nicht. Keiner kommt... wegen Covid.“ Auch bei der Krebsfrüherkennung habe man wegen ausgesetzter Screenings Chancen verpasst und damit schwerere Krankheitsverläufe in Kauf genommen: „Diese Menschen hätten behandelt werden müssen. Sie werden vielleicht ihr Leben verlieren, weil sie erst in einem späten Stadium diagnostiziert werden.“

Prof. Vikash Sewrum vom African Cancer Institute befürchtet, dass die Onkologie in Südafrika stark unter Druck geraten werde, weil so viele Erkrankungen unentdeckt blieben, zu spät erkannt wurden und komplexere Krankheitsbilder entstanden sind. Er beobachtet einen „Welleneffekt“, und das erst jetzt, zwei Jahre nach der Pandemie: „Wir fangen an, die Scherben aufzusammeln.“ Probleme sieht er nach wie vor in Bezug auf die Ungleichbehandlung, die durch die Pandemie noch verschärft wurde. „Alle unsere Patienten gehen in den öffentlichen Gesundheitssektor. Doch der Großteil der Ausgaben des Gesundheitsbudgets fließt in den privaten Sektor. Und die meisten Fortschritte bei den Immuntherapien, den Medikamenten und den besten Behandlungen sind im privaten Sektor zu finden. [...] Die größten Nutznießer dieser Fortschritte in der Onkologie sind also eine Minderheit der Bevölkerung des Landes und nicht die Mehrheit.“

Vieles ist in Bewegung gekommen

Es ist aber auch etwas in Bewegung gekommen. Die Pandemie hat die Chancen gemeindebasierten und zivilgesellschaftlichen Engagements deutlich gezeigt: Die Leistungen aller Menschen, die Hilfsgüter gesammelt, für Bedürftige gekocht oder Telefonlisten der Nachbarschaft zusammengestellt haben. Die Gesundheitskrise könnte somit auch eine Chance bieten, um Gemeinde-Gesundheitsdienste und die Rolle informeller Netzwerke zu überdenken und neu zu gestalten.²⁵ Covid-19 habe gelehrt, dass die Zusammenarbeit mit Partnern in den Gemeinden, mit den NROs, wichtig sei, bestätigt auch Prof. Vikash Sewrum. Man könne schließlich nicht



Gemeindenahere Dienste in den Townships sind essenziell für eine gute Versorgung.
Foto: © Andrew Shiva_Zwelihle

„Es gab keinen Austausch mehr zwischen den Patienten unter Gleichgesinnten. Die Selbsthilfegruppen waren also zum Stillstand gekommen. Die Vorsorgeuntersuchungen waren eingestellt worden. Die diagnostischen Dienste waren umgezogen.“

Prof. Vikash Sewrum,
Direktor des African Cancer Institute an
der Columbia University

erfolgreich sein, wenn man bei gesundheitspolitischen Strategien und Prozessen „nicht das Verständnis und die Zustimmung der Gemeinschaften hat“. Gelernt habe man aber auch, „die Krankenhausumgebung viel besser zu organisieren. Also weniger Gedränge und ein bisschen mehr Wachsamkeit“.

Acht Mrd. Rand, fast 500 Millionen Euro, stellte die südafrikanische Regierung den Provinzen im Haushaltsjahr 2021/22 zusätzlich zur Verfügung, damit sie weiterhin angemessen auf Covid-19 reagieren können.²⁶ Doch es braucht mehr als das. Denn etwas Entscheidendes habe sich durch die Pandemie verändert, meint Dr. Norbert Ndjeka, Direktor für TB Kontrolle und Management, im südafrikanischen Gesundheitsministerium: „Wir sehen, dass die Menschen immer noch kein Vertrauen in die Einrichtungen und Krankenhäuser haben.“ Sie hätten im Lockdown die Anweisung befolgt, zu Hause zu bleiben und die Lektion habe sich in den Köpfen festgesetzt. Man müsse besser erforschen, was passiert ist und zügig gegensteuern.

Endnoten

- 1 John Hopkins University of Medicine (2021) Global Map. Coronavirus resource center. <https://coronavirus.jhu.edu/map.html> [Zugriff 15.6.2022]
- 2 Chitsamatanga BB and Malinga W (2021) 'A tale of two paradoxes in response to COVID-19': Public health system and socio-economic implications of the pandemic in South Africa and Zimbabwe. *Cogent Social Sciences*; 7, p<Leertaste>1-19 <https://doi.org/10.1080/23311886.2020.1869368>
- 3 Burger R et al. (2020) Examining the unintended health consequences of the COVID-19 pandemic in South Africa. <https://cramsurvey.org/wp-content/uploads/2020/07/Burger-examining-the-unintended-health-consequences.pdf> [Zugriff 15.6.2022]
- 4 South Africa, Healthcare Profile. https://www.finddx.org/wp-content/uploads/2020/01/5A_South-Africa_Healthcare-profile.pdf [Zugriff 15.6.2022]
- 5 Maphumulo WT and Bhengu BR (2019) Challenges of quality improvement in the healthcare of South Africa post-apartheid: A critical review. *Curatoris*; 42, p a1901 <https://doi.org/10.4102/curatoris.v42i1.1901>
- 6 Davids R et al. (2020) Cry the Beloved Non-COVID Country: A Review of South African Health Care's Response to COVID Pandemic. *Journal of Intensive and Critical Care*; 6, p 14 <https://doi.org/10.36648/2471-8505.6.4.14>
- 7 Investec (2020) IS SA's healthcare system prepared for COVID-19? 8 Jun. www.investec.com/en_za/focus/beyond-wealth/is-south-africas-health-care-system-prepared-for-covid-19.html [Zugriff 15.6.2022]
- 8 Smart B et al. (2021) Direct and indirect Health Effects of Lockdown in South Africa. <https://www.cgdev.org/sites/default/files/WP572-Smart-South-Africa-Indirect-Health-Effects.pdf> [Zugriff 12.6.2022]
- 9 Adelekan T et al. (2020) Early Effects of the Covid-19 Pandemic on Family Planning Utilization and Termination of Pregnancy Services in Gauteng, South Africa: March-April 2020. *Wits. Journal of Clinical Medicine*; 2, p 145-152 <https://doi.org/10.18772/26180197.2020.v2n2a7>
- 10 Pillay Y et al. (2021) Impact of COVID-19 on routine primary healthcare services in South Africa. *South African Medical Journal*; 111, p 714-719 <https://doi.org/10.7196/SAMJ.2021.v111i8.15786>
- 11 Pattinson R et al. (2021) The impact of Covid-19 on pregnancy in 2020 compared with 2019: interim fact sheet. <https://bit.ly/3xNHnoS> [Zugriff 22.6.2022]
- 12 Mbunge E (2020) Effects of COVID-19 in South African health system and society: An explanatory study. *Diabetes & Metabolic Syndrome: Clinical Research & Reviews*; 14, p 1809-1814 <https://doi.org/10.1016/j.dsx.2020.09.016>
- 13 Smart B et al. (2021) Direct and indirect Health Effects of Lockdown in South Africa. <https://www.cgdev.org/sites/default/files/WP572-Smart-South-Africa-Indirect-Health-Effects.pdf> [Zugriff 12.6.2022]
- 14 McIntosh A et al. (2021) Effect of COVID-19 lockdown on hospital admissions and mortality in rural KwaZulu-Natal, South Africa: interrupted time series analysis. *BMJ open*; 1, p e047961 <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-047961>
- 15 Oyediran KA (2020) The Role of Telemedicine in Addressing Access to Sexual and Reproductive Health Services in sub-Saharan Africa during the COVID-Pandemic. *Afr J Reprod Health*; 24, p 49-55 <https://ajrh.info/index.php/ajrh/article/view/2289/pdf>
- 16 Save the children (2021) Teen pregnancies in South Africa jump 60% during COVID-19 pandemic. <https://reliefweb.int/report/south-africa/teen-pregnancies-south-africa-jump-60-during-covid-19-pandemic> [Zugriff 23.11.2021]
- 17 Solomons N and Gihwala H (2021) The right to sexual and reproductive health: Challenges and possibilities during COVID-19. www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/Issues/Health/sexual-reproductive-health-covid/CSOs/ngo.ghjru.pdf [Zugriff 15.6.2022]
- 18 WHO (2020) Global Tuberculosis Report 2020. Geneva.
- 19 Inzaule SC et al. (2021) Covid-19 and indirect health implications in Africa: Impact, mitigation measures, and lessons learned for improved disease control. *PLoS Med*; 18, p e1003666 <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1003666>
- 20 Dorward J et al. (2021) The impact of the COVID-19 lockdown on HIV care in 65 African primary care clinics: an interrupted time series analysis. *Lancet HIV*; 8, p 158-165 [https://doi.org/10.1016/S2352-3018\(20\)30359-3](https://doi.org/10.1016/S2352-3018(20)30359-3)
- 21 Pillay Y et al. (2021) Impact of COVID-19 on routine primary healthcare services in South Africa. *S Afr Med J.*; <https://doi.org/10.7196/SAMJ.2021.v111i8.15786>
- 22 USAID (2020) USAID/South Africa Tuberculosis South Africa Project (TBSAP) Midterm Evaluation Report. Silver Spring.
- 23 Nnaji C and Moodley J (2021) Impact of the COVID-19 pandemic on cancer diagnosis, treatment and research in African health systems: a review of current evidence and contextual perspectives. *Ecancer Medical Sciences*; 15, p 1-10
- 24 Addai B and Ngwa W (2021) COVID-19 and cancer in Africa. *Sciences*; 371, p 25-27 <https://doi.org/10.1126/science.abd1016>
- 25 van Reyneveld M et al. (2020) What is COVID-19 Teaching Us About Community Health Systems? A Reflection From a Rapid Community-Led Mutual Aid Response in Cape Town, South Africa. *International Journal of Health Policy and Management*; p 1-4 <https://doi.org/10.34172/ijhpm.2020.167>
- 26 South African Government News (2021) Health System boosted to respond to COVID-19. 24 Feb. www.sanews.gov.za/south-africa/health-system-boosted-respond-covid-19 [Zugriff 15.6.2022]



Viele Menschen in Peru und anderswo haben ihr Vertrauen in das Gesundheitssystem verloren. Foto ©Ministerio de Defensa del Perú

AUS DER KRISE LERNEN!

Augen zu und durch, das kann angesichts der Covid-19-Pandemie nicht die Devise sein. Um die globale Gesundheitsversorgung besser und gerechter zu gestalten, bedarf es eines grundlegenden Wandels.

Als sich alle Augen auf Covid-19 richteten, ist nicht nur die Behandlung vieler anderer Krankheiten auf der Strecke geblieben, sondern ganz besonders die Prävention. Ob im Bereich der Aufklärung, der Schwangerenvorsorge, beim Krebscreening oder bei der Testung auf HIV und TB – überall gab es gravierende Einschnitte. „Manchmal konzentrieren wir uns zu sehr darauf, diejenigen zu heilen, die bereits krank sind“, mahnt z.B. Julia Ríos, geschäftsführende Direktorin des Bereichs TB-Prävention und -bekämpfung im peruanischen Gesundheitsministerium. Sie plädiert dafür, mehr Gesundheitsfürsorge zu betreiben. Schließlich hat unsere Länderstudie einmal mehr gezeigt, wie wichtig es ist, Gesundheit nicht nur als Abwesenheit von Krankheit zu begreifen, sondern im Sinne eines gesunden Lebens, das den Zugang zu sauberem Wasser, guter Hygiene und Nahrung mit einschließt. Im Einklang mit den 17 Nachhaltigkeitszielen ist es bitter nötig, endlich die sozialen Determinanten von Gesundheit stärker in den Blick zu nehmen – in Deutschland und Nordrhein-Westfalen ebenso wie in Ghana, Südafrika oder Peru.

Das ganze Ausmaß der Auswirkungen der Pandemie wird sich wohl erst in einigen Jahren zeigen, wenn die Folgen vernachlässigter Präventions- und Kontrollprogramme sichtbar werden. Versorgungssysteme und Behandlungsprogramme müssen sich aber schon jetzt grundlegend wandeln, um einerseits niemanden bei der Versorgung zurückzulassen und andererseits zukünftig besser auf Gesundheitskrisen vorbereitet zu sein.¹

„Die Menschen sind misstrauisch, sie trauen dem Gesundheitswesen in vielen Bereichen nicht, und sie haben Recht. Covid hat dieses Misstrauen noch verstärkt.“

*Prof. Camila Gianella Malca,
Universidad Católica del Perú*



Gesundheitspersonal wurde in der Pandemie vielerorts knapp.
Foto: © Ministerio de Defensa del Perú

Personelle Kapazitäten stärken

Kernelement resilienter Gesundheitssysteme ist gut ausgebildetes Fachpersonal. Doch gerade hier hapert es – in Deutschland ebenso wie in den Ländern des globalen Südens. Statt Fachkräfte aus ärmeren Ländern mit Anreizen nach Deutschland zu locken, wären hierzulande bessere Arbeitsbedingungen und faire Löhne gefragt. Auch eine nachhaltige Eigenfinanzierung in armen Ländern gilt es zu unterstützen, also Anreize zu setzen, damit mehr Ressourcen für die Gesundheitssysteme bereitgestellt werden. Denkbar wäre etwa ein multilateraler Gesundheitssystemfonds, um Systeme kurz- und mittelfristig zu stärken – denn wir alle profitieren von resilienten öffentlichen Gesundheitssystemen.²

Vertrauen zurückgewinnen

Die Covid-19-Pandemie hat das Vertrauen der Menschen in staatliche Versorgungssysteme und in die medizinische Versorgung massiv untergraben – das gilt für Ghana oder Peru ebenso wie für Deutschland, wo bis heute ein nicht unerheblicher Teil der Gesellschaft obskuren Covid-Mythen anhängt. Um das verlorene Vertrauen zurückzugewinnen, wäre es dringend notwendig, statt strafender Ansätze patientenzentrierte und bedürfnisorientierte Ansätze weiter zu erforschen und zu etablieren. Verlässliche Daten sind ebenso unverzichtbar wie eine offene und ehrliche Gesundheitskommunikation. Sie muss die Vor- und Nachteile medizinischer Interventionen umfassend und verständlich kommunizieren und dabei insbesondere vulnerable Bevölkerungsgruppen stärker einbeziehen und ihre speziellen Gesundheitsbedürfnisse ernst nehmen.

Primary Health Care stärken

Leistungsfähige Gesundheitssysteme benötigen eine solide Finanzierung und gute Ausstattung. Es ist kontraproduktiv, wenn bei einsetzenden Krisen Ressourcen aus anderen wichtigen Bereichen abgezogen werden müssen – auch weil internationale Geber ihre Interessengebiete verlagern. Hier zeigt sich nicht zuletzt die große Schwäche vertikaler Gesundheitsprogramme und öffentlich-privater Partnerschaften. Primary Health Care, also eine qualitative hochwertige Basisversorgung, sollte wieder in den Fokus rücken. So könne man auch in Zeiten der Krise eine kontinuierliche Versorgung gewährleisten, meint auch die Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD): Eine starke Basisgesundheitsversorgung, die in multidisziplinären Teams organisiert ist, in gemeindebasierte Dienste integriert ist, über digitale Technik verfügt und die mit gut konzipierten Anreizen arbeitet, trage zu einer erfolgreichen Reaktion des Gesundheitssystems bei. Insbesondere gemeindenaher Dienste und aufsuchende Gesundheitsfürsorge seien dabei zentrale Säulen.³

Die Covid-19-Krise hat einmal mehr gezeigt, dass Länder, die über wirksame Sozialschutzsysteme und eine gute Gesundheitsversorgung verfügen, am besten in der Lage sind, auf Krisen zu reagieren. Was wir also jetzt brauchen, sind nicht nur kurzfristige Corona-Hilfen und eine globale Verfügbarkeit von Impfstoffen. Die konsequente Umsetzung einer universellen Versorgung gehört ganz oben auf die politische Agenda.⁴

Endnoten

- 1 Ehrenberg JP et al. (2020) *Strategies supporting the prevention and control of neglected tropical diseases during and beyond the Covid-19 pandemic. Infectious Diseases of Poverty*; 9 <https://doi.org/10.1186/s40249-020-00701-7>
- 2 Bergner S und Voss M (2021) *Gesundheitspersonal für nachhaltige Entwicklung: Der Länderkontext Ghana. Chancen und Grenzen für externes Engagement. SWP-Studie. www.swp-berlin.org/publikation/gesundheitspersonal-fuer-nachhaltige-entwicklung-der-laenderkontext-ghana* [Zugriff 11.6.2022]
- 3 OECD (2021) *Strengthening the frontline: How primary health care helps systems adapt during the Covid-19 pandemic. www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/strengthening-the-frontline-how-primary-health-care-helps-health-systems-adapt-during-the-covid-19-pandemic_9a5ae6da-en* [Zugriff 27.6.2022]
- 4 WHO and World Bank (2021) *Tracking Universal Health Coverage. 2021 Global Monitoring Report*

Globale Gesundheit in der Krise

Die Auswirkungen von Covid-19 auf die Versorgung in Peru, Ghana, Südafrika und NRW.

Die Corona-Pandemie hat eine globale Gesundheitskrise entfacht. Sie ließ Versorgungssysteme kollabieren oder brachte sie an den Rand ihrer Belastungsgrenze. Weltweit hatte das massive Auswirkungen auf die Versorgung von PatientInnen und auch auf das Ziel eines universellen Zugangs zu einer guten Gesundheitsversorgung. Selbst in wohlhabenden Ländern wurden Operationen verschoben, Sprechstunden abgesagt und Beratungsangebote eingeschränkt, um Ansteckungen zu vermeiden und die vielen Covid-PatientInnen behandeln zu können. Weitaus ernster war die Lage in vielen armen Ländern: Laut Weltgesundheitsorganisation war hier das Gros der grundlegenden Gesundheitsdienste zumindest partiell beeinträchtigt. Besonders stark

betroffen waren Routineimpfungen, die Diagnose und Behandlung nicht übertragbarer Krankheiten oder die Familienplanung und Verhütung. Stark gelitten hat aber auch die Kontrolle von Tuberkulose, HIV und Malaria. Gemeinsam mit Partner-Organisationen in Peru, Südafrika und Ghana haben wir die Lage in verschiedenen Ländern untersucht, vorhandenes Datenmaterial ausgewertet und über 30 Interviews geführt. Dieser Pharma-Brief Spezial präsentiert die Ergebnisse. Und er ist zugleich ein Plädoyer, aus dieser Krise zu lernen, öffentliche Gesundheitssysteme in Süd und Nord zu stärken und sie besser gegen zukünftige Krisen zu wappnen.

BUKO Pharma-Kampagne

BUKO Pharma-Kampagne
August-Bebel-Straße 62
33602 Bielefeld
Fon: 0521 60550
Fax: 0521 63789
Mail: info@bukopharma.de
Web: www.bukopharma.de

Spendenkonto:
Gesundheit – global und gerecht e. V.
IBAN: DE97 4805 0161 0000 1056 27
BIC: SPBIDE3BXXX

ISSN 1618-4580



saludconlu.pa