

Nur gemeinsam zum Ziel

Im Globalen Süden hat die COVID-19-Pandemie die Gesundheit der Bevölkerungen, den Zusammenhalt sowie die Resilienz der Gesundheitssysteme angegriffen. Das Management solcher Gesundheitskrisen braucht starke öffentlich-private Partnerschaften zwischen gemeinnützigen konfessionellen und nicht-konfessionellen sowie öffentlichen Strukturen.



Carina Dinkel
ist Fachärztin für Allgemeinmedizin beim Deutschen Institut für Ärztliche Mission (Difäm) und als Referentin für Basisgesundheit und klinische Medizin tätig.

✉ dinkel@difaem.de



Ute Papkalla
ist als Referentin für Gesundheitssystemstärkung beim Deutschen Institut für Ärztliche Mission (Difäm) tätig.

✉ papkalla@difaem.de

Als die ersten Bilder von COVID-19-Patientinnen und -Patienten aus China und dann aus Italien Anfang 2020 über die globalen Bildschirme liefen, waren die Länder des Globalen Südens und ihre internationalen Kooperationspartner hochgradig alarmiert. Jetzt, angesichts mehrerer Wellen auch in jenen Staaten, die bislang weitgehend verschont geblieben sind, wird deutlich, dass das Corona-Virus und andere globale Gesundheitsherausforderungen nur zu bewältigen sind, wenn Zusammenarbeit nicht nur den internationalen, sondern auch den nationalen Geist beherrscht.

Auch wenn die Corona-Pandemie den Globalen Süden in der ersten Jahreshälfte 2020 sehr unterschiedlich getroffen hat, ist die Umsetzung des dritten Zieles für nachhaltige Entwicklung (SDG 3), Gesundheit und Wohlergehen, ernsthaft in Gefahr. Südamerika wurde am stärksten von der Pandemie erfasst, sowohl was die Gesamtzahl der bestätigten Fälle als auch die Anzahl der COVID-19-Toten pro einer Million Einwohner angeht. So waren im Feb-

ruar 2021 mit fast 17 Millionen Fällen 3,9 Prozent der Bevölkerung Südamerikas an COVID-19 erkrankt, während es in Mittelamerika nur 1,6 Prozent, in Asien 0,5 Prozent und in Afrika 0,3 Prozent waren. Auch lag Südamerika mit 635 Corona-Toten pro einer Million Einwohner weit vor den anderen Regionen. In Mittelamerika starben pro einer Million Einwohner 265 Menschen, in Asien 168 und in Afrika 85 Personen. Nun sind die Zahlen des afrikanischen Kontinents nur bedingt mit denen der anderen Regionen vergleichbar, da in Afrika pro einer Million Einwohner nur rund 46 000 Tests durchgeführt wurden, während in den drei anderen Regionen die Anzahl der Tests bei über 300 000 lag.¹

In Lateinamerika, also einschließlich Mittelamerika, werden politische Instabilität, soziale Unruhen, Korruption, schwache Gesundheitssysteme und eine tiefgreifende Ungleichheit in den Bevölkerungen der verschiedenen Staaten für das schlechte Abschneiden in der Corona-Krise verantwortlich gemacht.² Doch all diese Faktoren sind auch in Ländern Afrikas oder Asiens zu beobachten. Festzustellen ist, dass sich das Virus SARS-CoV-2 in verschiedenen Kontexten von Staaten mit niedrigem und mittlerem Einkommen nicht in der Art und Weise verbreitet hat, wie mathematische Modelle und die Erfahrungen aus dem Globalen Norden vorhergesagt haben. Bislang gibt es nur wenige Daten, um die unterschiedlichen Auswirkungen von Corona auf verschiedene Regionen abschließend zu analysieren. Sinnvoll erscheinen holistische Ansätze, die demografische, soziale, kulturelle, politische, systemische, klimatische, biologische und möglicherweise bislang nicht bedachte Faktoren miteinander in Verbindung stellen. So scheint die Bevölkerungsdichte eines Landes bedeutsam zu sein wie auch die Altersstruktur, der Gesundheitszustand, die Art zu grüßen, die Art zu reisen, das Wetter und die Qualität des Gesundheitssystems.³

¹ Worldometer, www.worldometers.info/coronavirus/

² The Lancet Editorial, COVID-19 in Latin America: A Humanitarian Crisis, *The Lancet*, Vol. 396, 7.11.2020, S. 1463, www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S0140-6736%2820%2932328-X

³ Wim Van Damme et al., The COVID-19 Pandemic: Diverse Contexts; Different Epidemics – How and Why? *BMJ Global Health*, 5. Jg., 7/2020, gh.bmj.com/content/5/7/e003098

Dies bestätigt sich zumindest teilweise durch die zweite COVID-19-Welle in Afrika, die Staaten mit einer älteren Bevölkerung, höherer internationaler und nationaler Mobilität und besseren Gesundheitssystemen deutlich stärker zu betreffen scheint.⁴

Per Lockdown in die Armut

Die meisten Länder schränken das öffentliche Leben als Reaktion auf die Corona-Bedrohung durch Lockdowns und weitere Maßnahmen, vor allem Abstandsregeln, Handhygiene, Maskenpflicht, Reiseverbote und Isolation von Verdachtsfällen massiv ein, in der Annahme, dass diese Kontrollmaßnahmen aus dem Globalen Norden einfach auf Lebens-

Im Herbst 2020 führte das Difäm eine bislang nicht veröffentlichte Online-Befragung unter rund 200 Partnerorganisationen des Globalen Südens und Fachleuten in der internationalen Kooperation durch. Insgesamt gingen 123 Antworten von konfessionellen und nicht-konfessionellen Organisationen der Zivilgesellschaft aus Afrika (80 Prozent), Asien (neun Prozent), Lateinamerika (acht Prozent), Ozeanien (zwei Prozent) und Nordamerika (zwei Prozent) ein. 61 Prozent der befragten Organisationen sind im Gesundheitsbereich aktiv, 18 Prozent in Gemeindeaktivitäten, sieben Prozent im Bildungsbereich und 15 Prozent arbeiten in mehreren dieser Themengebiete, in der Nothilfe, den Friedensdiensten oder zu Menschenrechten. Die Hälfte der Befragten ist direkt in die Versorgung von Patientinnen und Patienten involviert, während 25 Prozent eher im Bereich der regionalen und nationalen Koordination arbeiten.

In der Umfrage wurden die starken wirtschaftlichen Auswirkungen der COVID-19-Pandemie bestätigt. 70 Prozent der darin Befragten aus der Zivilgesellschaft sind sich vollkommen sicher und weitere 18 Prozent eingeschränkt sicher, dass durch die Corona-Krise die Armut in ihrem Land gestiegen ist. Mehr als 90 Prozent meinen zudem, dass das Beschäftigungsniveau gesunken ist. Dies hat selbstverständlich auch Implikationen für die Gesundheitsversorgung, die in vielen Staaten des Globalen Südens von der Kaufkraft der Haushalte abhängt.

Außer den wirtschaftlichen Folgen haben die Partnerorganisationen auch vielfältige soziale Auswirkungen festgestellt. So haben 44 Prozent der Befragten sicher und weitere 29 Prozent mit Einschränkung beobachtet, dass durch die Corona-Krise Kinder und Jugendliche die Schule verlassen haben. Häusliche Gewalt hat aus Sicht von 37 Prozent definitiv und von 29 Prozent sehr wahrscheinlich zugenommen. Ferner sind sich 33 Prozent völlig und weitere 37 Prozent eingeschränkt sicher, dass der Anteil an Schwangerschaften von jugendlichen Mädchen gestiegen ist.

Mutter-Kind-Gesundheit gefährdet

Es wird geschätzt, dass weltweit 1,6 Milliarden Kinder und Jugendliche von den Schulschließungen in 194 Staaten betroffen sind. Davon sind rund 740 Millionen Mädchen, deren Schulbildung durch

Gerade in ärmeren Bevölkerungsschichten führen die Lockdowns zu Armut.

situationen des Globalen Südens übertragen werden können. Wenn Wasser und Strom fehlen, sich das Leben in einer kleinen Behausung ohne Zugang zur Kanalisation abspielt und das Geld für das Überleben täglich im informellen Sektor verdient werden muss, ist dies nicht umsetzbar. Es führt gerade in ärmeren Bevölkerungsschichten zu existenzbedrohenden Einkommenseinbußen und Armut.⁵

Nichtstaatliche Organisationen (NGOs), wie etwa das Deutsche Institut für Ärztliche Mission (Difäm) mit Schwerpunkt auf Unterstützung des kirchlichen Gesundheitssektors in Afrika, standen seit Beginn der Corona-Krise in engem Kontakt und Austausch mit Anbietern von Basisgesundheitsdiensten. Dabei ging es auch um webbasierte Fortbildungen, um die internationalen wissenschaftlichen Erkenntnisse für die Partner nutzbar zu machen. Zugleich beschaffte das Difäm auf dem internationalen Markt persönliche Schutzausstattung und Geräte der Sauerstoffdiagnostik und -therapie, die in der Basisgesundheitsversorgung auf Gemeinde- und Distriktebene eingesetzt werden.

⁴ Africa Center for Strategic Studies, Analyzing Africa's Second Wave of COVID-19, 5.1.2021, reliefweb.int/report/world/analyzing-africa-s-second-wave-covid-19

⁵ Annie Wilkinson, The Challenge of COVID-19 in Informal Urban Settlements and the Need for Co-Produced Local Responses, in: Pádraig Carmody et al. (Eds.), COVID-19 in the Global South: Impacts and Responses, Bristol 2020, S. 63–74, doi:10.2307/j.ctv18gfz7c.13

die Schließungen zum Teil fundamental bedroht ist.⁶ In einer Schätzung der Organisation der Vereinten Nationen für Erziehung, Wissenschaft und Kultur (United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization – UNESCO) wird davon ausgegangen, dass etwa 5,2 Millionen nach der Wiedereröffnung der Schulen nicht zurückkehren werden.⁷ In den meisten Ländern des Globalen Südens ist die Schullaufbahn eines Mädchens durch eine Schwangerschaft beendet. Bereits von den Schulschließungen zu Zeiten des Ebola-Virus ist bekannt, dass diese zu einer massiven Zunahme der Schwangerschaften jugendlicher Mädchen geführt haben. Die vermehrte Zeit außerhalb der Schule bedeutet nicht nur einen Verlust des schützenden und reglementierten schulischen Umfelds und führt damit zu einer vermehrten Verletzlichkeit, auch die erhöhte Verfügbarkeit, Langeweile und Neugier spielen eine Rolle, wenn es um die Aufnahme von sexuellen Beziehungen geht. Gleichzeitig werden Mädchen in ökonomisch schwierigen Lagen zu sexuellen Dienstleistungen herangezogen oder früher verheiratet.⁸ Jugendliche Mädchen haben ein deutlich erhöhtes Risiko für Schwangerschaftskomplikationen und mütterliche Todesfälle gegenüber erwachsenen Frauen.

Noch sind die meisten Kinder, die aufgrund der Schulschließungen entstanden sind, nicht geboren, doch auch so zeigt sich bereits ein Anstieg der mütterlichen Todesfälle, in Ländern wie Nepal beispielsweise um 200 Prozent im ersten Lockdown.⁹ Dies ist vor allem dadurch erklärbar, dass Einrichtungen der Müttergesundheit während der Pandemie zum Teil geschlossen oder bestreikt wurden aufgrund des Mangels an Sicherheitsausrüstung für Personal. Gleichzeitig suchten viele Frauen die Gesundheitseinrichtungen aus Furcht vor einer Ansteckung mit Corona nicht auf. In der vom Difäm durchgeführten Befragung der Partnerorganisationen ließ sich insbesondere für afrikanische Länder ein Rückgang der Entbindungen, die von Fachpersonal begleitet werden, im Vergleichszeitraum zwischen dem ersten Halbjahr 2019 und dem ersten Halbjahr 2020 um durchschnittlich zehn Prozent feststellen. Auch die Frequentierung der Vorsorge-



Eine Schülerin in einem leeren Klassenzimmer in Panama-Stadt in Panama. Eine Generation von Kindern in Lateinamerika und der Karibik verpasst aufgrund der COVID-19-Pandemie den Schulbesuch. Laut einem neuen UNICEF-Bericht sind 97 Prozent der Schülerinnen und Schüler in der Region von der Schulbildung ausgeschlossen worden. FOTO: UNICEF/PABLO SCHVERDFINGER

untersuchungen nahm um fünf Prozent ab. In einigen Ländern wie Liberia kam es zu einer Zunahme der Patientinnen und Patienten in kirchlichen Einrichtungen aufgrund der bestreikten staatlichen Einrichtungen, jedoch ändert dies nichts am insgesamt negativen Trend. Und dabei waren die ersten drei Monate des untersuchten Zeitraums noch nicht einmal von den Einschränkungen der Corona-Pandemie betroffen. Vorsorgeuntersuchungen der Kindergesundheit wurden im ersten Halbjahr 2020 ebenfalls deutlich weniger frequentiert als im Vorjahr. Hier kam es bei den untersuchten Einrichtungen zu einem Rückgang der Immunisierungen im Kindesalter um 22 Prozent.

Die erhobenen Zahlen decken sich mit den Modellrechnungen von Timothy Roberton und Emily Carter, die von einer Abnahme der Abdeckung der Vorsorgeuntersuchungen zwischen 9,8 Prozent und 51,9 Prozent ausgehen.¹⁰ In ihren Berechnungen führt dies im schlimmsten Fall zu 1,1 Millionen zusätzlichen kindlichen Todesfällen und 56 700

⁶ Stefania Giannini/Anne-Birgitte Albrechtsen, COVID-19 School Closures Around the World Will Hit Girls Hardest, UNESCO, 31.3.2020, en.unesco.org/news/covid-19-school-closures-around-world-will-hit-girls-hardest

⁷ UNESCO, COVID-19 Education Response: How Many Students Are at Risk of Not Returning to School?, 30.7.2020, unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000373992

⁸ Girls not Brides: COVID-19 and Child, Early and Forced Marriage: An Agenda For Action, April 2020, beta.girlsnotbrides.org/documents/930/COVID-19-and-child-early-and-forced-marriage.pdf

⁹ Arjun Poudel, A 200 Percent Increase in Maternal Mortality Since the Lockdown Began, The Kathmandu Post, 27.5.2020, kathmandupost.com/national/2020/05/27/a-200-percent-increase-in-maternal-mortality-since-the-lockdown-began

¹⁰ Timothy Roberton et al., Early Estimates of the Indirect Effects of the COVID-19 Pandemic on Maternal and Child Health in Low-Income Countries and Middle-Income Countries: A Modelling Study, *Lancet Global Health*, 8. Jg., 7/2020, S. e901–e908, [doi.org/10.1016/S2214-109X\(20\)30229-1](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(20)30229-1)

zusätzlichen mütterlichen Todesfällen. Dies entspräche einem Anstieg der weltweiten kindlichen Todesfälle um 44,7 Prozent und der mütterlichen Todesfälle um 38,6 Prozent.

Die Müttersterblichkeit und die Kindersterblichkeit sind Kernindikatoren für die Qualität von Gesundheitssystemen. Durch die Corona-Pandemie werden die Gesundheitssysteme in Mitleidenschaft gezogen und ihre Versorgungsqualität sinkt. Gute, stabile und resiliente Gesundheitssysteme sind aber unerlässlich für die Bekämpfung einer Pandemie.

Herausforderung für die Gesundheitsversorgung

Die Qualität der Gesundheitssysteme bestimmt die Effizienz, mit der die nationalen Auswirkungen der COVID-19-Pandemie kontrolliert werden, wie ein Vergleich von vier Ländern in Lateinamerika

Die Qualität der Gesundheitssysteme bestimmt die Effizienz, mit der die COVID-19-Pandemie kontrolliert wird.

zeigt. Besonders bedeutsam ist der Anteil des Bruttoinlandsprodukts, der für das Gesundheitssystem und die Ausstattung für Diagnostik, Therapie und auch für die Überwachung der öffentlichen Gesundheit zur Verfügung steht. Ein zweiter wichtiger Aspekt ist die Anzahl und das Ausbildungsniveau des Gesundheitspersonals. Aufgrund von Stärken in diesen Bereichen konnten Kuba und Uruguay bislang die Corona-Krise scheinbar besser meistern als Chile und Peru.¹¹

In afrikanischen Staaten, aber auch in Ländern Asiens und Lateinamerikas spielt die kirchliche Gesundheitsversorgung als Subsystem der nationalen Gesundheitsleistung eine bedeutsame Rolle.¹² Die große Mehrheit (92 Prozent) der vom Difäm befragten Zivilgesellschaft denkt, dass ihre Arbeit

wichtig bis sehr wichtig für die Kontrolle der Pandemie ist, und 85 Prozent meinen, dass ihre Bedeutung sogar in deren Verlauf zugenommen hat. Allerdings können nur 38 Prozent der Organisationen bestätigen, dass die Regierung ihre Arbeit unterstützt hat. Vor allem in Ländern mit geringem und sehr geringem Einkommen, die über wenig hochtechnisierte Ressourcen im medizinischen Bereich verfügen, entscheidet sich der Kampf um Corona nicht an den Beatmungsmaschinen, sondern auf Ebene der Zivilgesellschaft und ihrer Fähigkeit, die Ausbreitung des Virus durch Allgemeinmaßnahmen zu verlangsamen. Zehn von 54 afrikanischen Ländern verfügten zu Beginn der Pandemie über kein einziges Beatmungsgerät¹³ und obgleich durch Import und Hilfslieferungen dieser Zustand geringfügig verbessert werden konnte, bleibt der Mangel an ausgebildetem medizinischem Personal bestehen. Ausbildung und Fortbildung auch zu corona-relevanten Themen ist also unabdingbar. Dabei genießen die Informationen der Weltgesundheitsorganisation (World Health Organization – WHO) im Vergleich zu staatlichen Veröffentlichungen, Medienberichten oder Nachrichten in sozialen Medien die höchste Glaubwürdigkeit.¹⁴ Allerdings wurde von vielen Befragten in Staaten mit sehr niedrigem Einkommen die mangelnde Relevanz und Umsetzbarkeit mit ihrem spezifischen Hintergrund beklagt. Für viele zivilgesellschaftlichen Organisationen vor Ort müssen die dargebotenen Informationen, unter anderem auch der UN-Familie, erklärt und auf den lokalen Kontext heruntergebrochen werden, damit sie verständlich und anwendbar sind. Neben dem technischen Informationsangebot werden die UN-Organisationen von den Befragten vor allem mit der Überwachung der Pandemie (68 Prozent) und der technischen Unterstützung für die Regierung (63 Prozent) in Verbindung gebracht.

Gerade zivilgesellschaftliche und besonders kirchliche Einrichtungen werden trotz ihrer großen Relevanz in nationalen Gesundheitssystemen bei Fortbildung und Förderung wenig bedacht. Nur 36 Prozent aller befragten Einrichtungen stand der Zugang zu staatlichen Fortbildungsmaßnahmen über Corona offen. Eine Finanzierung der Fortbildungen über den Staat war nur in elf Prozent gegeben. Weitere Förderer von Fortbildungsmaßnahmen waren religiös gebundene Organisationen mit 41 Pro-

¹¹ Barry Cannon, COVID-19 in Latin America: Uneven Responses, Uneven Impacts, Shared Challenges, in: Pádraig Carmody et al. (Eds.), COVID-19 in the Global South, a.a.O. (Anm. 5), S. 105–114.

¹² Rose Calnin Kagawa/Andrew Anglemeyer/Dominic Montagu, The Scale of Faith Based Organization Participation in Health Service Delivery in Developing Countries: Systematic Review and Meta-Analysis, *Los One* 7. Jg., 11/2012, doi.org/10.1371/journal.pone.0048457

¹³ Ruth Maclean/Simon Marks, 10 African Countries Have no Ventilators. That's Only Part of the Problem, *New York Times*, 18.4.2020, www.nytimes.com/2020/04/18/world/africa/africa-coronavirus-ventilators.html

¹⁴ Siehe dazu auch den Beitrag von Jan Thiel in diesem Heft.

zent und NGOs mit 31 Prozent, wobei Mehrfachnennungen möglich waren. Ein Drittel aller befragten Einrichtungen gab jedoch an, keinerlei coronarelevante Fortbildungen oder Mittel zur Durchführung von Fortbildungen erhalten zu haben.

In weiteren essenziellen Bereichen der Gesundheitssysteme und -infrastruktur fiel die Bilanz der staatlichen Unterstützung noch deutlich schlechter aus. Weniger als ein Viertel der Einrichtungen erhielten Schutzausrüstung aus öffentlichen Quellen. Die größten Geber waren kirchliche und NGOs. 20 Prozent der Schutzausrüstung wurde auch durch Privatspenden beschafft. In Ländern wie Ghana und Liberia spendeten kirchliche Einrichtungen sogar Masken und Ausrüstung an den Staat beziehungsweise staatliche Gesundheitseinrichtungen. Umbauten und Renovierungen, die zur Prävention von Infektionen notwendig geworden waren wie etwa die Einrichtung von Isolationsräumen, wurden ebenfalls zum überwiegenden Teil aus nicht-staatlichen Mitteln finanziert. Auch die Anschaffung von hygienerelevantem Material wie Eimern und Handwaschvorrichtungen wurde nur in 24 Prozent der befragten Einrichtungen zum Teil staatlich unterstützt. 76 Prozent erhielten Unterstützung aus dem zivilgesellschaftlichen Sektor. Erschreckend ist, dass 27 Prozent keinerlei Unterstützung für die Verbesserung der Hygieneinfrastruktur erhielten.¹⁵

Natürlich sind für nichtstaatliche Gesundheitseinrichtungen zunächst einmal die Träger verantwortlich. Im Sinne einer Komplementarität übernehmen diese jedoch einen Teil der Fürsorgepflicht des Staates. In Zeiten von Lockdowns sind gerade in den Kirchen die Mittel aus Kollekten zurückgegangen. Gleichzeitig leben nichtstaatliche Einrichtungen in den meisten Fällen von Direktzahlungen der Patientinnen und Patienten für die stattgefundenene Behandlung. Auch diese Mittel haben sich durch gesunkene Patientenzahlen hauptsächlich aufgrund der Furcht vor Corona reduziert. So hatten die befragten Einrichtungen in Afrika und Asien im Mittel einen Rückgang der ambulanten Patientinnen und Patienten um 63 Prozent im ersten Halbjahr 2020 im Vergleich zum ersten Halbjahr 2019 zu verzeichnen. Außerdem hat die nachlassende Kaufkraft der Haushalte bedingt durch einen Lockdown einen Einfluss auf die Finanzierung von Gesundheitsleistungen. Dadurch haben die einzelnen Gesundheitseinrichtungen deutliche Einkommenseinbußen zu verzeichnen. 75 Prozent der Befragten geben an, dass die Pandemie zu finanziellen

Schwierigkeiten für ihre Organisation geführt hat, 50 Prozent sehen sich sogar durch die Pandemie in ihrer Existenz bedroht.

Sollten tatsächlich kirchliche Gesundheitssysteme in Staaten durch die Corona-Pandemie in ihrer Existenz bedroht sein, so ist dies eine Bedrohung für das Gesundheitssystem des Landes als Ganzes, denn staatliche Einrichtungen wären mit der Zunahme an Patienten überfordert.

Die Corona-Welle auf Dorfebene brechen

Neben der Rolle, die die nichtstaatlichen Einrichtungen im Gesundheitssystem spielen, ist jedoch ein weiterer Faktor nicht zu vernachlässigen. Aufgrund der insgesamt schwachen Gesundheitssysteme ist es unabdingbar, die Gesellschaft als Ganzes zu erreichen und hier Verhaltensänderungen anzustoßen, um die Ausbreitung des Virus zu verlangsamen. Gerade in Gesellschaften mit einem hohen Gemeinsinn, der in der afrikanischen Ubuntu-Philosophie (»Ich bin, weil wir sind.«)¹⁶ und in vielen asiatischen Gesellschaften zu finden ist, können auch Maßnahmen, die die Freiheiten des Einzelnen zugunsten der Allgemeinheit beschränken, mit hoher Effektivität eingesetzt werden. Allerdings hat der Staat jeweils nur einen begrenzten Einfluss auf die Bevölkerung und ist vor allem in ländlichen Gebieten und bildungsfernen Schichten auf die Hilfe weiterer Organisationen angewiesen.

Aufgrund schwacher Gesundheitssysteme ist es unabdingbar, die Gesellschaft als Ganzes zu erreichen.

Vor allem für Aufklärung und Sensibilisierung spielen Kirchen und glaubensbasierte Organisationen eine große Rolle, denn sie sind an vielen, vor allem ländlichen Orten vertreten, die durch staatliche Strukturen nur eingeschränkt erreicht werden. Religiöse Würdenträgerinnen und -träger genießen hohes Ansehen, haben moralische Autorität und sind in vielen Ländern mit niedrigem und mittlerem Einkommen meinungsbildend. So spielten religiöse Autoritäten in Sierra Leone eine bedeutende

¹⁵ Mehrfachnennungen zu den Finanzierungsquellen waren möglich.

¹⁶ Motsamai Molefe, Personhood and Rights in an African Tradition, *Politikon*. South African Journal of Political Studies, 45. Jg., 2/2018, dx.doi.org/10.1080/02589346.2017.1339176

Rolle für den Anstoß von Veränderung der Verhaltensweisen der Menschen während der Ebola-Epidemie.¹⁷ In Ländern, in denen die offizielle Regierung die Pandemie negiert, etwa in Tansania, begehren christliche Bischöfe auf, erklären die Pandemie für real und predigen Schutzmaßnahmen.¹⁸

Essenziell: Die öffentlich-private Partnerschaft

Kirchliche und zivilgesellschaftliche Organisationen spielen in der Pandemiebekämpfung eine wesentliche Rolle. Sie engagieren sich sowohl im Gesundheitssektor in Diagnostik und Therapie von COVID-19 als auch in der Aufrechterhaltung der medizinischen Versorgung. Gleichzeitig spielen religiöse Autoritäten oft eine größere Rolle in der öffentlichen Meinungsbildung als staatliche Organe. Darüber hinaus engagieren sich viele zivilgesellschaftliche Organisationen in der Abschwächung der sozioökonomischen Folgen der Corona-Pandemie, sowohl informell über Nachbarschaftshilfen oder Spenden von Mitgliedern als auch über formale Programme, etwa zur Förderung von Einkommenserwerb oder in der Ernährungssicherung. Zivilgesellschaften können auf spezifische Bedarfe meist schneller reagieren als staatliche Organisationen. So haben bereits jetzt Programme zur Reduktion von coronabedingten Schwangerschaften

jugendlicher Mädchen in mehreren Ländern begonnen.

Betrachtet man den Anteil, den zivilgesellschaftliche und hier vor allem kirchliche Organisationen und Gesundheitsstrukturen zur Bekämpfung der Pandemie beitragen, so scheint ein Missverhältnis zu bestehen zwischen dem, was zivilgesellschaftliche Gesundheitseinrichtungen leisten und dem, wie sie in staatliche Förderung einbezogen werden. Zwar sind zivilgesellschaftliche Organisationen häufig in nationale und regionale Planungsgremien eingebunden, müssen aber die geplanten und zum Teil angeordneten Maßnahmen selbst finanzieren. Der Einsatz von Material und die Arbeitskraft, beispielsweise bei der Ernennung von kirchlichen Einrichtungen zu Behandlungszentren, wird dabei von staatlicher Seite oft auch ohne finanzielle Kompensation erwartet. Nur 7,5 Prozent der befragten Einrichtungen erhielten staatliche Zahlungen für die in diesem Bereich geleistete Arbeit.

Zur weiteren effektiven globalen Bekämpfung der Pandemie wird es unabdingbar sein, dass staatliche und zivilgesellschaftliche Organisationen Hand in Hand arbeiten. In den meisten Ländern des Globalen Südens sind effiziente Impfstrukturen bereits vorhanden. Es ist davon auszugehen, dass die Impfstoffe, sobald sie verfügbar sind, rasch verteilt werden können. Jedoch ist auch hier der Staat auf eine öffentlich-private Partnerschaft mit der Zivilgesellschaft angewiesen, um die Impfbereitschaft zu fördern und die Impfungen durchzuführen. Für alle Leistungen, die Zivilgesellschaft und Kirchen für den Staat erbringen, sollten sie auch Zugang zu Finanzierung erhalten.

Die Corona-Pandemie hat wie kein anderes Ereignis der letzten 50 Jahre gezeigt, dass ein globales Problem nicht durch nationale Alleingänge gelöst werden kann. Die Zusammenarbeit aller Staaten und vielfältiger internationaler Akteure ist unabdingbar. Dieser Geist der Kooperation muss aber auch innerhalb der Länder zum Tragen kommen. Die Eindämmung der Corona-Pandemie ist auf nationaler Ebene komplex und braucht die unterschiedlichen Beiträge, die die verschiedenen staatlichen, zivilgesellschaftlichen und privatwirtschaftlichen Partner leisten können. Die Vereinten Nationen könnten und sollten diesbezüglich ein Katalysator sein, denn richtig effektiv wird eine Zusammenarbeit, wenn sie nicht nur nebeneinander her, sondern in gemeinsamer Planung und Finanzierung umgesetzt wird.

English Abstract

Carina Dinkel · Ute Papkalla

Achieving the Goal by Working Together pp. 63–68

The COVID-19 pandemic has strongly affected individual health, as well as the social, cultural and economic tissue of societies. Strikingly, it has also tested the resilience of health systems in the Global South, particularly Sub-Saharan Africa. Private non-profit and often faith-based health structures play an important role in reaching and involving local communities, as well as implementing guidelines and recommendations by the World Health Organization (WHO) and sustaining health systems in fragile environments. Therefore, public-private partnership between all actors in the health sector is essential and should be further encouraged.

Keywords: Gesundheit, Kindersterblichkeit, Pandemie, Industrieländer, Schwellenländer, Weltgesundheitsorganisation, health, child mortality, pandemic, industrialized countries, emerging economies, World Health Organization

¹⁷ Andy Featherstone, Keeping the Faith: the Role of Faith Leaders in the Ebola Response, 30.7.2015, reliefweb.int/report/sierra-leone/keeping-faith-role-faith-leaders-ebola-response

¹⁸ Esther Nakkazi, Obstacles to COVID-19 Control in East Africa, *The Lancet*, 20. Jg., 6/2020, S. 660, [www.thelancet.com/pdfs/journals/laninf/PIIS1473-3099\(20\)30382-0.pdf](http://www.thelancet.com/pdfs/journals/laninf/PIIS1473-3099(20)30382-0.pdf)