



Straßenschild in Maputo, Hauptstadt von Mosambik. Foto: [lucianf](#), Av. Lumumba & Lenine, CC BY 2.0

## COVID-19 in Afrika

# Ein ökonomisches und soziales Desaster

Von Klaus Engert | 12. Juli 2020

*“Politische Unabhängigkeit bedeutet nichts, wenn sie nicht von einer schnellen ökonomischen und sozialen Entwicklung flankiert wird.”*

*(Patrice Lumumba, Rede auf der All-African Conference in Leopoldville, August 1960)*

Diese Feststellung des aufgrund seiner antiimperialistischen Politik kurz nach seinem Amtsantritt als erster Präsident des Kongos nach der Erlangung der politischen Unabhängigkeit 1961 ermordeten Patrice Lumumba hat seine Gültigkeit bis heute behalten. Zwar hat in einer Reihe von Staaten des subsaharischen Afrikas, um das es in diesem Artikel geht, in den letzten Jahrzehnten nach der politischen Unabhängigkeit eine gewisse ökonomische Entwicklung stattgefunden, aber die soziale Entwicklung ist, vorsichtig gesagt, weit dahinter zurückgeblieben. Im Rahmen der derzeitigen Pandemie wird das – wieder einmal – offensichtlich.

## Afrika – weniger von COVID betroffen?

Die renommierte britische medizinische Fachzeitschrift *Lancet* veröffentlichte kürzlich ein Editorial<sup>[i]</sup> unter

dem Titel „COVID-19 in Africa: no room for complacency“, in dem unter anderem darauf hingewiesen wurde, dass einerseits Afrika die niedrigsten gemeldeten Zahlen an Infektionen und Todesfällen aufweist, dies andererseits aber angesichts des schlechten Zustandes der Gesundheitssysteme und der Infrastruktur, und zusätzlich der verheerenden sozialen Lage auf dem Kontinent, ein Paradox darstelle.

Dieses vermeintliche Paradox lässt sich auflösen: Die regelmäßig veröffentlichten Zahlen sind schlicht nicht glaubhaft. Selbst wenn man in Betracht zieht, dass im Gegensatz zu den industrialisierten Staaten des globalen Nordens eine völlig andere Altersstruktur vorliegt ( in Afrika sind 60 % der Bevölkerung unter 25 Jahre alt, in Europa gut 26 %) [ii], so würde das zwar, da die Mortalität mit zunehmendem Alter steil in die Höhe geht, allenfalls eine niedrigere Sterblichkeit an SARS COVID-19 erklären, nicht jedoch eine niedrigere Infektionsrate. Dass die Zahlen so niedrig sind, belegt – wenn sie überhaupt irgendetwas belegen -, dass nicht ausreichend getestet wird.

Dass die Regierungen der afrikanischen Länder diese Zahlen selbst nicht glauben, zeigt sich an den getroffenen Maßnahmen: Mehr oder weniger frühzeitig wurde zu den gleichen Mitteln gegriffen wie in Europa. Von Ausgangssperren über Schließung der Außengrenzen und Flughäfen, Verbot öffentlicher Veranstaltungen bis hin zu Schließung von Binnengrenzen zwischen den Bundesstaaten wie in Nigeria wurde das gesamte Arsenal an Mitteln zur Eindämmung der Pandemie aufgeboten. Die Erfolge sind durchaus zweifelhaft – je mehr inzwischen getestet wird, desto steiler gehen die Zahlen an Infektionen und Todesfällen nach oben. Dabei muss man anmerken, dass die Angst vor dem Virus sozusagen ungleich verteilt ist. Am meisten Angst hat die herrschende Elite, die durch den weltweiten Lockdown kaum mehr eine Möglichkeit hat, sich diskret ins Ausland abzusetzen.

Mit dem Testen war und ist es übrigens auch nicht so einfach. Die massiven Testkampagnen im globalen Norden führten zum Mangel an entsprechender Ausrüstung im Süden. Gegenüber der BBC äußerte sich im April Professor Robin Wood vom Desmond Tutu HIV Center in Südafrika wie folgt: „Der Westen hat das meiste der Testmaterialien geordert ... und wir stehen weiter hinten in der Schlange an, um sie zu bekommen.“ Ähnliches trifft auch auf die notwendigen Schutzausrüstungen zu, deren Preise außerdem um über 1000 Prozent in die Höhe geschneit sind.

Einige Regierungen reagierten andererseits auch mit schlichter Ignoranz. In Tansania wurden Testungen und Veröffentlichung von Zahlen zwischenzeitlich ausgesetzt. Der Präsident verlautbarte, die Testkits seien mit Coronaviren verseucht und die Ergebnisse deshalb nicht glaubhaft. Dem wurde vom afrikanischen CDC (Center of Disease Control) umgehend heftig widersprochen. [iii]

Nun haben Maßnahmen wie die oben genannten ja schon in Ländern wie Deutschland ernste Auswirkungen nicht nur auf die Wirtschaft, sondern auch auf das konkrete Leben der Menschen. Was für den durchschnittlichen deutschen Staatsbürger jedoch im schlechtesten Fall eine gewisse Verarmung bedeutet, heißt für den durchschnittlichen afrikanischen Bürger Verlust der wirtschaftlichen Existenz, Hunger und Tod – aus mehrerlei Gründen.

## Ökonomische Folgen der Pandemie in Afrika

71 Prozent der Bevölkerung Afrikas arbeiten im informellen Sektor. Das bedeutet nicht nur, dass diese Menschen keine Sozial- oder Krankenversicherung haben, sondern auch, dass im Falle der Ausgangssperre sämtliche Verdienstmöglichkeiten abrupt wegfallen. Gleichzeitig schießen die Preise nach oben, und zwar vorwiegend für die Grundnahrungsmittel. Ghana beispielsweise verzeichnete im April eine Inflationsrate von über 10 Prozent, in Nigeria stieg sie auf 12,3 Prozent, wobei die Nahrungsmittel sich um über 15 Prozent verteuerten. Die ILO (Weltarbeitsorganisation) schätzt den Einkommensverlust für die im informellen Sektor Beschäftigten weltweit auf 60 %, in Afrika auf 81 %. Betrachtet man den Durchschnittsverdienst von 135 Dollar monatlich im (vergleichsweise reichen) Nigeria und dem von 35 Dollar im Kongo, so kann man sich in etwa vorstellen, was das bedeutet., zumal dieser Durchschnittsverdienst konkret heißt, dass die Masse der Armen von 2 bis 3 Dollar am Tag (und weniger) leben muss. Die Minderheit der Festangestellten ist von der Krise ebenso betroffen, denn fast alle Firmen, die wegen des Lockdown zumachen mussten, bezahlen gar nicht weiter oder wenn, dann lediglich einen Bruchteil des Gehalts. Auch Massenentlassungen hat es gegeben, wodurch diese Menschen dann auch noch die Krankenversicherung verlieren.

Eine wichtige Einkommens- und Devisenquelle ist für eine Reihe afrikanischer Länder der Tourismus. Ghana gehört zu den Ländern Afrikas, deren Wirtschaft neben dem Export von Bodenschätzen wie Gold und von Agrarexporten wie Kakao stark von dieser Branche abhängig ist, die 5,5 Prozent des Bruttozialprodukts ausmacht. Der Tourismus ist durch die Pandemie praktisch komplett zum Erliegen gekommen mit den entsprechenden Folgen für die in diesem Sektor Beschäftigten. Ähnliches trifft für Länder wie Kenia und Tansania zu, aber auch Namibia, für die dieser Sektor eine wichtige Devisenquelle darstellt.[iv]

Es gibt übrigens eine Sekundärfolge der Pandemie, über die sich die meisten Menschen keine Gedanken machen: Die Quarantänemaßnahmen im globalen Norden haben unmittelbare Auswirkungen auf die regelmäßigen Überweisungen von Migrant\*innen an die Familien in ihren Herkunftsländern. Laut Erhebungen der Weltbank liegt die Gesamtsumme dieser Überweisungen inzwischen bei 440 Milliarden Dollar weltweit und übertrifft damit die staatliche Entwicklungshilfe um das Dreifache. Deutschland liegt dabei mit 20 Milliarden hinter den USA, Saudi-Arabien und der Schweiz an vierter Stelle, wobei anzumerken ist, dass diese Summe das Doppelte des Gesamtetats des einschlägigen Ministeriums ausmacht.[v] Was Afrika betrifft, so gab die Weltbank vor kurzem bekannt, dass das Volumen der Rücküberweisungen ins subsaharische Afrika 2020 um 23,1 % von 48 Milliarden Dollar 2019 auf voraussichtlich 37 Milliarden sinken wird.[vi] Der komplette oder teilweise Wegfall dieser Transfers stellt für die betroffenen Familien eine ökonomische Katastrophe dar.

Die Frage ist erstens, wo das Geld hinfließt – zum größten Teil an die Falschen, und zweitens, wieviel davon in den Schatullen der ewig gleichen korrupten Politikerkaste hängenbleibt.

In den afrikanischen Ländern, die wie z.B. Angola oder Nigeria ihren relativen Reichtum aus dem Export von Rohöl beziehen, hat zusätzlich der Crash auf den Ölmärkten aufgrund der coronabedingt eingebrochenen Nachfrage verheerende Auswirkungen auf die Staatsfinanzen und damit auch auf die finanziellen Möglichkeiten, mit der Krise umzugehen. Nigeria braucht z.B. aufgrund der hohen Förderkosten einen Preis

von etwa 40 Dollar pro Barrel, um Gewinn zu machen, kann aber auch mit dem Verkauf nicht auf höhere Preise warten, weil es nur Lagerkapazitäten für wenige Tage hat. Diese Länder haben sich in den letzten Jahrzehnten auf die Öleinnahmen verlassen, die eine kleine herrschende Schicht zu Superreichen gemacht haben, aber für die Masse der Bevölkerung nichts gebracht haben – sowohl das Gesundheitswesen, wie auch der Bildungssektor (der in Nigeria vor dem Ölboom vorbildlich war) sind in einem desolaten Zustand und die Subsistenzproduktion ist stark zurückgegangen, so dass z.B. Nigeria, das bei der Unabhängigkeit noch nahrungsmittelautark war, heute 60 % der Lebensmittel importieren muss. Das schon ältere folgende Zitat des nigerianischen Nobelpreisträgers Wole Soyinka mutet in diesem Zusammenhang sehr aktuell an:

*“I am convinced that Nigeria would have been a more highly developed country without the oil. I wished we’d never smelled the fumes of petroleum.” (Ich bin davon überzeugt, dass Nigeria ohne das Öl ein höher entwickeltes Land gewesen wäre. Ich wünschte, wir hätten den Rauch des Petroleums nie gerochen.)*

Die bereits jetzt sichtbare Folge des Ausfalls der Staatseinnahmen ist ein rapider Anstieg der Staatsverschuldung. Für die Schwellenländer und Länder mit mittlerem Einkommen sagt der IWF (Weltwährungsfonds) einen Anstieg des Staatsdefizits von rund 5 % in 2019 auf über 9 % in 2020 voraus, für die ärmsten Länder einen Anstieg von 4 % auf 6 %.[vii] Der IWF hat Hilfen angekündigt, aber wenn man sich ansieht, in welchem asymmetrischen Verhältnis weltweit die entsprechenden Stützungsmaßnahmen stehen, wird das nicht viel helfen: Die G 20 alleine haben bereits rund 7 Billionen Dollar an Stützungsmaßnahmen für ihre Ökonomien kalkuliert – der IWF hat dagegen insgesamt 1 Billion Dollar für alle seine Mitgliedsländer zur Verfügung. Daraus wird jetzt ausgeschüttet. Einige Beispiele: Ghana bekommt 1 Milliarde Dollar, Nigeria 3,4 Milliarden, Senegal 342 Millionen, Elfenbeinküste 882 Millionen vom IWF, hinzukommen Gelder von der Weltbank. Die Frage ist erstens, wo das Geld hinfließt – zum größten Teil an die Falschen, und zweitens, wieviel davon in den Schatullen der ewig gleichen korrupten Politikerkaste hängenbleibt. Die vorgegebenen Regeln besagen zwar, dass die Verwendung über „Quittungen“ belegt und kontrolliert werden muss, aber vergangene Erfahrungen mit entsprechenden Hilfen waren eher trübe. Aber mit diesen Almosen macht man sich einen schlanken Fuß und das Wort des nigerianischen Schriftstellers Chinua Achebe, bezogen auf derartige Hilfgelder, ist denn auch angebracht:

*“Charity ... is the opium of the privileged.”*

Zusammengenommen bedeutet all das, dass die eigentlich notwendigen Isolationsmaßnahmen nicht durchzuhalten sind – sie würden zur vollständigen sozialen Desintegration führen. Folgerichtig beginnen die ersten Länder auch schon, die bisherigen Beschränkungen zu lockern, sofern sie sie überhaupt bisher konsequent eingeführt bzw. eingehalten haben, was heißt, der Pandemie mehr oder weniger ihren Lauf zu lassen, ausgenommen die Aufrufe zum „social distancing“ und die Maskenpflicht, die allerdings daran krankt, dass sich viele keine Maske leisten können, geschweige denn in der Lage sind, sie, wie notwendig, täglich heiß zu waschen.

## **Gesundheitsversorgung auf dem afrikanischen Kontinent**

Um zu verstehen, vor welchen Problemen die Menschen im subsaharischen Afrika in Zeiten der COVID-19-

Epidemie stehen, muss man auch noch ein paar Worte über den Zustand der Gesundheitssysteme verlieren.

Die Situation kann man aus verschiedenen Blickwinkeln betrachten:

- Da sind zum einen die objektiven Zahlen. Was die Zahl an Ärzten pro 1000 Einwohner betrifft, so liegen die 54 afrikanischen Staaten in einer Liste von 183 Ländern fast geschlossen im hinteren Drittel, von wenigen Ausnahmen, wie z.B. der Insel Mauritius, abgesehen, liegt die Arztdichte unter einem Arzt pro 1000 Einwohner, von den letzten dreißig der Liste belegen 28 schwarzafrikanische Staaten, mit einer Arztdichte zwischen 0,16 und 0,02 – letzteres bedeutet 2 Ärzte pro 100 000 Einwohner. Zum Vergleich: In Deutschland haben wir 4,33 Ärzte pro 1000 Einwohner. (An der Spitze liegt übrigens unangefochten Kuba mit 8,19 Ärzten pro 1000 Bewohner, die USA rangieren auf Platz 51 mit 2,59/1000).[viii]
- Die Zahl der Ärzte allein lässt zweitens aber nur einen bedingten Rückschluss auf die Qualität der Versorgung zu. Eine einheitliche Ausbildung für Ärzte gibt es in den meisten Ländern nicht, die Qualität der Universitäten ist extrem unterschiedlich und die Ärzte, die es irgendwie können, leider meist die qualifizierteren, wandern ins Ausland ab (aus den ehemaligen britischen Kolonien vorwiegend nach Großbritannien, aber auch nach Nordamerika) oder sie verabschieden sich aus der öffentlichen Versorgung und machen Privatkliniken auf. Von daher ist die ärztliche Versorgungsqualität höchst unterschiedlich.
- Drittens sind die technische Ausrüstung und deren Qualität von Bedeutung. High-Tech-Medizin ist, wenn überhaupt, nur in den städtischen Zentren möglich, nicht nur wegen der notwendigen Qualifikation des ärztlichen und technischen Personals, sondern auch, weil der technische Service vor Ort bei den Großgeräten nicht erhältlich ist und eingeflogen werden muss. Hinzukommt die mangelhafte bis gar nicht vorhandene Elektrizitätsversorgung im ländlichen Bereich. Betreffend die COVID-Pandemie ist das Fehlen von oder der Mangel an technisierter Medizin von wesentlichem Belang: die leichteren bis mittelschweren Fälle stellen medizinisch kein besonders großes Problem dar. Aber die schweren Fälle erfordern eine konsequente und aufwendige intensivmedizinische Versorgung.
- Viertens spielt die Möglichkeit des Zugangs zu den Gesundheitseinrichtungen eine große Rolle. In fast allen Ländern ist der ländliche Bereich unterversorgt, (die einzige Ausnahme ist Südafrika, wo es tendenziell umgekehrt ist). Der Zugang wird aber nicht nur durch die räumliche Distanz zur nächsten Behandlungseinrichtung erschwert bis stellenweise verunmöglicht, sondern auch durch die weitverbreitete Korruption im Gesundheitswesen. Schmiergelder sind in der Regel auch bei eigentlich garantierter kostenloser Behandlung, notwendig, in manchen Ländern auch ein sog. „admission fee“, eine Art Registrierungsgebühr.

Das afrikanische Forschungsnetzwerk Afrobarometer führte in den Jahren 2016 bis 2018 eine Untersuchung in 34 afrikanischen Staaten durch, die sich auf der Basis von Befragungen der Einwohner mit dem Thema der Gesundheitsversorgung beschäftigte. Dabei stellte sich heraus, dass die Befragten die Gesundheitsversorgung an die zweite Stelle ihrer Prioritäten setzten, was die Politik ihrer Regierungen betraf. 45 % von denen, die es zu einer Gesundheitseinrichtung schafften, gaben an, dass sie Schwierigkeiten hatten, die benötigte Hilfe auch tatsächlich zu bekommen. 53 % berichteten, dass sie im vergangenen Jahr mindestens einmal notwendige medizinische Versorgung nicht bekommen konnten, und 13 % sagten, dass sie ein Bestechungsgeld zahlen mussten. 41 % hatten keinen Gesundheitsposten in der näheren Umgebung. Dabei zeigte sich ein klarer Unterschied zwischen Städten und Land. 22 % der ländlichen Bevölkerung berichteten von mangelhafter Versorgung, gegenüber 12 % der städtischen.

In den letzten Jahren eröffnen internationale Investoren und Konzerne in lukrativen Regionen

exzellente ausgestattete Privatkliniken, die allerdings nur einer kleinen reichen Elite zur Verfügung stehen, deren Existenz jedoch das statistische Bild verzerrt...

Der Sozialstatus schließlich spielt die entscheidende Rolle beim Zugang zum Gesundheitswesen: 64 % der Ärmsten gaben an, „oft“ oder „immer“ abgewiesen zu werden, bei den mäßig Armen waren es noch 27 %, bei den besser Verdienenden 0 %.

Entsprechend war dann auch die Antwort auf die Frage, wie die Arbeit der jeweiligen Regierung betreffend die Verbesserung der Gesundheitsversorgung beurteilt würde: 46 % beurteilten sie als „ziemlich schlecht“ oder „sehr schlecht“.<sup>[ix]</sup>

Es sei aber auch nicht verschwiegen, dass es zwischen den Ländern große Unterschiede gibt: Am besten schneidet Mauritius ab, in Ghana hat es deutliche Verbesserungen gegeben. Bei der Frage der Bestechungsgelder führt Sierra Leone, wo 50 % der Patienten blechen mussten, vor Liberia (43 %). In keinem einzigen Land gab es keine Bestechung, auch wenn am unteren Ende der Skala Botswana mit 1 % und Mauritius mit 2 % sehr niedrige Werte aufweisen. Hervorzuheben ist dabei, dass die Häufigkeit der Bestechung nicht, wie man annehmen möchte, mit dem Reichtum des jeweiligen Staates korreliert. Im reichen Nigeria liegt die Rate bei 20 %, im armen Zimbabwe bei 4 %.<sup>[x]</sup>

Zusammengefasst kann man sagen, dass trotz gewisser Fortschritte in einzelnen Ländern des Kontinents die Gesundheitsversorgung schlecht, ungerecht verteilt und in großen Teilen von Korruption geprägt ist. Hinzukommt ein weiterer Punkt, der hier nicht näher erläutert, aber zumindest erwähnt werden soll: In den letzten Jahren eröffnen internationale Investoren und Konzerne in lukrativen Regionen exzellente ausgestattete Privatkliniken, die allerdings nur einer kleinen reichen Elite zur Verfügung stehen, deren Existenz jedoch das statistische Bild verzerrt, weswegen die reinen Zahlen auch, wie eben belegt, trügerisch sind.

## Der Umgang mit der Pandemie am Beispiel Nigeria

Es ist schlicht nicht möglich, in einem einzigen Artikel die Pandemiepolitik der Länder eines ganzen Kontinents abzuhandeln. Aber am Beispiel des mit seinen ca. 200 Millionen Einwohnern mit Abstand bevölkerungsreichsten und neben Südafrika reichsten afrikanischen Landes lassen sich die grundsätzlichen Probleme beim Umgang mit der COVID-Pandemie, die sich aus der soeben geschilderten ökonomischen und gesundheitspolitischen Situation ergeben, sehr gut illustrieren.

Nigerias Gesundheitssystem besteht aus einem unterfinanzierten und qualitativ schlechten öffentlichen Sektor, einer Unzahl von kleinen, qualitativ ebenfalls schlechten, privaten Kleinkliniken und Ambulatorien, sowie einer begrenzten Zahl von hochwertigen privaten, teils spezialisierten, Kliniken, die zum Teil von ausländischen Investoren hochgezogen wurden, aber logischerweise nur in den großen städtischen Zentren wie Abuja, Lagos, Kano etc. existieren, wo eine entsprechende zahlungskräftige Klientel vorhanden ist.

Versichert ist nur eine Minderheit, denn (je nach Quelle) 70 bis 80 % der Bevölkerung arbeiten im informellen Sektor. Diese große Mehrheit besucht im Krankheitsfall entweder eine der öffentlichen

Einrichtungen, geht in eine der kleinen Privatkliniken oder, meistens, stattdessen zum Apotheker, weil das am billigsten ist und die Medikamente sowieso bezahlt werden müssen (ausgenommen sind die staatlichen Programme betreffend HIV und Tuberkulose). Die meisten Leute, die über eine Festanstellung versichert sind, haben eine Basisversicherung, das heißt, bestimmte Leistungen, wie größere Operationen, sind ausgeschlossen. Außerdem handelt es sich um sogenannte Gatekeeper-Modelle, d.h., sie müssen sich bei einer bestimmten Klinik, die einen Vertrag mit ihrer Versicherung hat, registrieren und diese dann auch primär aufsuchen. Da die meisten Versicherungen relativ schlecht bezahlen, weigern sich die besser ausgerüsteten Krankenhäuser in der Regel, mit diesen Versicherungen Verträge abzuschließen – entsprechend ist die Versorgungsqualität.

Was nun die Pandemiebekämpfung betrifft, so ist auf dem Papier die Lage unter Kontrolle: Angeblich kann jeder Verdachtsfall an das NCDC (Nigeria Center for Disease Control) gemeldet werden, es gibt eine Reihe von Nummern der dortigen Hotline, und dann wird ein Team zum Testen losgeschickt. Bei positivem Befund werden die Patienten in Isolationszentren isoliert und „behandelt“.

Die Realität sieht gänzlich anders aus. Das nigerianische Gesundheitssystem ist in keiner Weise in der Lage (und das trifft auf praktisch alle Länder der Region zu), mit einer größeren Anzahl von wirklich schweren COVID-Fällen umzugehen. Funktionierende Intensivabteilungen mit entsprechend qualifiziertem Personal gibt es praktisch nur in den größeren Privatkliniken, im öffentlichen Sektor stehen für die 200 Millionen Einwohner sage und schreibe 50 Beatmungsplätze zur Verfügung.

Nicht nur die Armen im Lande haben deswegen permanent Angst, ernsthaft zu erkranken, weil sie wissen, dass sie sich eine anständige Behandlung nicht leisten können. Bei den Reichen war es bisher so, dass sie ihren landeseigenen Kliniken misstrauten und deshalb einen ausgedehnten Medizintourismus ins Ausland betrieben. Das ist nun nicht mehr möglich – die Grenzen sind auf beiden Seiten geschlossen.

Was tatsächlich im Verdachtsfall passiert, sei an zwei konkreten Fallbeispielen aus den Bundesstaaten Rivers und dem Federal Capital Territory illustriert:

---

### **FALLBEISPIEL 1:**

*Ein 45jähriger krankenversicherter Bauarbeiter stellt sich wegen Unwohlseins und Fieber in seiner lokalen Klinik vor, in der er als Patient registriert ist. Als er berichtet, er habe Fieber, wird er nicht hineingelassen, vor der Tür gemessen und er wird, als sich eine Temperatur von 40 Grad bestätigt, weggeschickt mit dem lapidaren Hinweis, dass man Patienten mit Fieber nicht aufnehme, nicht diagnostiziere und nicht behandle. Glücklicherweise findet er ein Labor, das einen Malariatest macht, er hat tatsächlich eine Malaria, keine COVID- Erkrankung, und wird erfolgreich behandelt.*

---

Dieses Vorgehen ist bei den lokalen privaten wie öffentlichen Kliniken die Regel, nicht die Ausnahme, nämlich, Verdachtsfälle mit Fieber gar nicht erst zur Tür hineinzulassen -zum einen wegen der Angst, sich selbst zu infizieren seitens des Klinikpersonals, zum anderen, weil man fürchtet, Patienten zu verlieren, wenn man COVID-Patienten hineinlässt und das ruchbar wird. Eine große Klinik in Abuja schrieb explizit alle Kooperationspartner an und warb damit, dass man vor der Klinik bereits Verdachtsfälle aussortiere und die Klinik „coronafrei“ sei. Man muss außerdem anmerken, dass die Gesundheitsbehörden zwar die Testkapazitäten deutlich aufgestockt haben, aber für die öffentlichen Gesundheitseinrichtungen nicht ausreichend Schutzkleidung, Masken etc. zur Verfügung gestellt werden, das Personal wird mit dem Problem schlicht alleingelassen.

---

### **FALLBEISPIEL 2:**

*Ein 50jähriger Nigerianer wird mit akuter Atemnot, Fieber und Schwäche in eine kleine Klinik eingeliefert. Das zuständige staatliche Testlabor für COVID wird benachrichtigt und gibt die Auskunft, man komme zur Testabnahme. Der Patient wird unter Sauerstoffgabe notdürftig stabilisiert. Nach acht Stunden und zweimaliger Erinnerung ist die Testung immer noch nicht erfolgt, der Patient verschlechtert sich und wird in das zuständige staatliche Hospital für Infektionskrankheiten, das über eine Isolierstation verfügt, transportiert. Dort wird er vor der Tür stehengelassen mit der Auskunft, ohne durchgeführten Test nehme man ihn nicht auf. Nach persönlicher Intervention des überweisenden Arztes wird er dann, inzwischen ist die Sauerstoffflasche fast leer, nach drei Stunden aufgenommen, in ein Zimmer verbracht und dort mit seiner ihn begleitenden Frau alleingelassen. Beim Versuch, zur Toilette zu gelangen, weil man ihm keine Urinflasche gegeben hatte und kein Pflegepersonal auftaucht, kollabiert er und verstirbt. Eine nachträgliche Testung wird nicht vorgenommen, er wird von den Verwandten abgeholt (das Klinikpersonal fasst ihn nicht an) und umgehend begraben.*

---

Dieser Patient hatte höchstwahrscheinlich tatsächlich eine schwere Verlaufsform von SARS COVID-19. Der Fall zeigt, dass die „Normalbevölkerung“ in diesen Fällen schlicht nicht behandelt wird. Selbst die offiziell eigentlich zuständigen öffentlichen Einrichtungen versuchen solche Patienten abzuschieben oder behandeln sie nicht – was letztendlich das Todesurteil bedeutet. Und getestet wird bei solchen Patienten offensichtlich auch nicht, die offizielle Beteuerung des NCDC, das über eine hübsche Website mit seitenlangen Anleitungen, wie zu verfahren sei, verfügt, man komme selbstverständlich in jedem Fall, erweist sich als leeres Gerede.

Anders sieht es nur bei prominenten – und zahlungskräftigen – Persönlichkeiten aus. Für diese gibt es in privaten Kliniken Intensivbetten, wobei auch dort die Qualität der Behandlung zweifelhaft ist, denn teilweise wird mit Medikamenten gearbeitet, deren Nutzen nicht erwiesen ist und deren Nebenwirkungen nicht unerheblich sind. (Eines der ersten Corona-Opfer war übrigens der zweite Mann hinter dem Staatspräsidenten Muhammad Buhari, der in einer privaten Klinik in Lagos verstarb, nachdem er sich Ende März in

Deutschland mit dem Coronavirus infiziert hatte). Aber nicht jede der großen Privatkliniken behandelt Coronapatienten. Eine türkisch-nigerianische Firma fragte bei einer großen, exzellent ausgestatteten türkischen Klinik an, ob sie bereit sei, im Bedarfsfall die ausländischen, d.h. türkischen, Mitarbeiter zu behandeln, wenn man ein paar Beatmungsmaschinen auf eigene Kosten zur Verfügung stelle. Die Antwort war negativ: man behandle grundsätzlich keine Coronafälle.

## Schlussfolgerungen

Die Einführung der gleichen Maßnahmen (s. oben), die in den industrialisierten Ländern mit strukturierten Sozialsystemen und (mehr oder weniger) gut ausgebauten Gesundheitssystemen zur Bekämpfung der Pandemie implementiert wurden, führt in sozialen Settings wie denen im subsaharischen Afrika zu gänzlich anderen Folgen. Zum einen können Isolierungs-/Quarantänemaßnahmen aus den oben genannten Gründen allenfalls kurzfristig durchgehalten werden, ohne zu verheerenden sozialen Konsequenzen wie Verlust der Existenzgrundlage, Hunger und Elend zu führen. Die materiellen „Hilfsmaßnahmen“, die in einigen Ländern wie Südafrika und Nigeria stattfinden, sind im Volumen lächerlich und können aufgrund der Finanzsituation ebenfalls nur zeitlich begrenzt durchgeführt werden.

Was die medizinische Seite betrifft, so stellt sich die Lage so dar, dass zum einen die COVID-Testfrequenzen viel zu niedrig sind, um auch nur einen groben Überblick über die Ausbreitung der Pandemie zu bekommen (in Nigeria z.B. wurden bisher insgesamt 88 000 Tests durchgeführt, Stand 16.6.2020, zum Vergleich in Deutschland 4,7 Millionen, wobei Nigeria 2,5 mal so viele Einwohner hat). Was man aus den Zahlen der WHO und der Johns Hopkins Universität allenfalls ablesen kann, ist, dass die Länder mit der höchsten Testfrequenz, zuvörderst Südafrika, auch den höchsten Anstieg an Todesfällen und Infektionen haben. Wie weit die Durchseuchung mit dem Virus in Afrika derzeit fortgeschritten ist, darüber können diese Zahlen keinerlei Auskunft geben. Umfelduntersuchungen bzw. Verfolgung von Infektionsketten finden im Normalfall nicht statt, (mit gewissen Ausnahmen: in der Regierungsetage in Nigeria z.B., in der nach dem erwähnten Infektionsfall des Chief of Staff des Präsidenten flächendeckend getestet wurde), Stichproben auf Antikörper wurden bisher ebenfalls nicht gezogen.

Die Risiken und Nebenwirkungen der Pandemiepolitik in Afrika stellen sich aber noch als viel verheerender dar, wenn man sich ins Gedächtnis ruft, dass in den sogenannten tropischen Ländern fieberhafte Erkrankungen wie an erster Stelle die Malaria, aber auch bestimmte andere Parasitosen und Durchfallerkrankungen um ein Vielfaches häufiger sind als COVID-19, und auch eine erheblich höhere Sterblichkeit aufweisen. In einem Artikel im *Lancet* wurde kürzlich die Besorgnis geäußert, dass die Fokussierung auf die Pandemie die diagnostischen Möglichkeiten für die gefährlichsten Massenerkrankungen in Afrika, nämlich TBC und HIV, dramatisch verschlechtere, weil die entsprechenden Testplattformen teilweise zugunsten von COVID umgewidmet werden.[xi] Die Autoren warnen zu Recht von einer „Covidisierung von allem und jedem“.

Als der amerikanische Präsident Trump Chloroquin als Medikament gegen COVID propagierte, gab es prompt zahlreiche Fälle von Chloroquinvergiftung.

Besonders schlimm ist, ruft man sich das oben angeführte erste Fallbeispiel ins Gedächtnis, dass die Angst vor dem Coronavirus dazu führt, dass mit Sicherheit zahlreiche Malariaerkrankungen nicht oder sehr spät diagnostiziert und behandelt werden. Denn die Malaria ist nach der TBC mit weltweit 500 000 Todesfällen pro Jahr nach wie vor einer der größten „Killer“, und 90 % der Fälle entfallen auf den afrikanischen Kontinent.[xii] Der Unterschied zu COVID ist, dass Malaria eigentlich, bei rechtzeitiger Erkennung, eine gut behandelbare Erkrankung ist, bei Nichtbehandlung aber meist, insbesondere bei Kindern, zum Tode führt, während COVID in den meisten Fällen gar keiner Behandlung bedarf, bzw. auch gar nicht spezifisch behandelt werden kann.

Es ist nicht von der Hand zu weisen, dass durch die derzeitige Angst vor COVID und die geschilderte Verfahrensweise der meisten Behandlungseinrichtungen die Todesfälle durch die genannten fieberigen Erkrankungen in die Höhe schnellen werden, von den Gefahren durch die deswegen zunehmende Selbstmedikation einmal ganz abgesehen: Als der amerikanische Präsident Trump Chloroquin als Medikament gegen COVID propagierte, gab es prompt zahlreiche Fälle von Chloroquinvergiftung.

Aus allen diesen Gründen stellt die COVID-Pandemie nicht wegen der Gefährlichkeit des Virus selbst für den afrikanischen Kontinent eine ernste Bedrohung dar. (Der Autor hat diesbezüglich übrigens schon vor zwei Monaten die Vermutung geäußert, dass die infectionfatality rate, also die Sterblichkeit bezogen auf die Zahl der Infektionen, insgesamt nicht wesentlich über der der großen Influenzaepidemien des letzten Jahrzehnts liegen dürfte, und die letzten einschlägigen Studien aus den USA und der Schweiz scheinen diese Vermutung zu bestätigen).

Die wirklichen Gefahren sind zusammengefasst von viererlei Natur:

- Die allgemeinen ökonomischen Folgen für die afrikanischen Länder sind schon jetzt verheerend und werden zu einer weiteren Öffnung der Schere zwischen Arm und Reich führen.
- Die Politik der kritiklosen Übernahme von Rezepten zur Pandemiekontrolle aus den Staaten des globalen Nordens verschärft die soziale Lage der Bevölkerung dramatisch. Das wiederum wird zu einem Anstieg von Kriminalität und zu sozialer Desintegration führen und zu schon jetzt zu beobachtenden Binnenkonflikten bzw. Verschärfung derselben (Boko Haram in Nigeria, Bürgerkrieg in Mali etc.). Hinzukommt die Militarisierung des öffentlichen Lebens durch die verstärkte Präsenz von Militär und Polizei zur Durchsetzung der Restriktionen. Diese hat bereits zu zahlreichen Todesopfern geführt.
- Die Angst vor dem Virus führt zu einer Nicht- oder Unterversorgung bei ansonsten eigentlich gut behandelbaren, nichtsdestoweniger jedoch gefährlichen Erkrankungen.
- Der immense Mitteleinsatz zur Bekämpfung der Pandemie geht zu Lasten der Millenniumsziele der WHO betreffend die Zurückdrängung der Massenerkrankungen wie TBC, HIV und Malaria. Aber auch die neuerliche Masernepidemie in Burundi[xiii](Sterblichkeit bis zu 2 %) zeigt, dass z.B. die Vernachlässigung erforderlicher Impfprogramme durch die Fokussierung auf COVID Rückwirkungen hat, die tödlich sein können.

Im Endeffekt zeichnet sich ab, dass den afrikanischen Staaten nichts anderes übrig bleiben wird, als der Pandemie ihren Lauf zu lassen, einmal abgesehen von allgemeinen Empfehlungen wie zum Tragen von Masken (wofür die meisten schlicht kein Geld haben, wie bereits angemerkt), social distancing (was für die meisten angesichts ihrer Wohnverhältnisse ein schlechter Witz ist) und

Desinfektionsmaßnahmen/persönlicher Hygiene (wobei das erstere ebenfalls nicht bezahlbar ist). Da die meisten Fälle von COVID glimpflich ablaufen, die schweren Fälle aber, wie oben dargelegt, unter den Bedingungen eines insuffizienten Gesundheitswesens sowieso nicht adäquat behandelt werden können, bleibt nur das Warten auf eine ausreichende Herdenimmunität oder auf einen funktionierenden Impfstoff.

Trübe Aussichten also für den Kontinent. Da ist es auch kein Trost, dass die herrschenden korrupten Eliten, die die herrschenden Zustände zu verantworten haben, jetzt die Wahrheit eines alten afrikanischen Sprichworts zu spüren bekommen: „*Du kannst vor dem davonlaufen, was hinter dir her ist, aber was in dir ist, das holt dich ein.*“

Du denkst das wir nur mit einer internationalen Perspektive erfolgreich sein werden? Dann trag dich in den Newsletter ein!

 

Subscribing I accept the privacy rules of this site

---

[i] *Lancet* Vol 395 May 30, 2020

[ii] [http://www.instatist.de/tabellen/europa\\_afrika\\_alterstruktur.htm](http://www.instatist.de/tabellen/europa_afrika_alterstruktur.htm)

[iii] [www.thelancet.com/infection](http://www.thelancet.com/infection) Vol 20 June 2020

[iv] Die negativen Folgen des Ausbleibens der Touristen für das Bestehen der Nationalparks, die zum großen Teil aus den Tourismuseinnahmen unterhalten werden, sind nicht Gegenstand dieses Artikels, sollen aber zumindest nicht unerwähnt bleiben.

[v] Zahlen von 2018

[vi] <https://qz.com/africa/1844973/world-bank-remittances-to-africa-to-plunge-by-a-quarter/>

[vii] NZZ vom 15.4.2020

[viii] [https://www.who.int/gho/health\\_workforce/physicians\\_density/en/](https://www.who.int/gho/health_workforce/physicians_density/en/)

[ix] [https://afrobarometer.org/sites/default/files/publications/Dispatches/ab\\_r7\\_dispatchno352\\_pap15\\_lack\\_of\\_healthcare\\_affects\\_majority\\_of\\_africans.pdf](https://afrobarometer.org/sites/default/files/publications/Dispatches/ab_r7_dispatchno352_pap15_lack_of_healthcare_affects_majority_of_africans.pdf)

[x] Ibid.

[xi] <http://www.thelancet.com/microbe>, Vol.1, June 2020

[xii]

<https://www.who.int/malaria/media/world-malaria-report-2017/en/#Global%20and%20regional%20malaria%20trends%20in%20numbers>

[xiii] <http://www.thelancet.com/microbe>, Vol.1, June 2020

Dieser Beitrag wurde publiziert am Sonntag den 12. Juli 2020 in der Kategorie: **Afrika, Allgemein.**