

„Eine super Gesundheitsversorgung, die Menschen am Ende rettet? Das wird nicht möglich sein“



„Warum leben wir hier weiter, wie wir leben und ändern daran nichts?“, fragt sich Christiane Piepel, Oberärztin der Corona-Isolierstation am Klinikum Bremen-Mitte.

Mit *Ärzte ohne Grenzen* war sie bereits im Kongo und Südsudan tätig.

Was Globale Solidarität aus medizinischer Sicht bedeutet, erklärt sie Lisa Skender vom BeN im Interview.

„Warum leben wir hier weiter, wie wir leben und ändern daran nichts?“ ist für Christiane Piepel die entscheidende Frage von globaler Gerechtigkeit.

Du bist als Oberärztin zuständig für die Isolierstation für Corona-Patient*innen. Erst einmal die Frage: Wie geht es dir? Und: Magst du uns kurz von deinem Arbeitsalltag als Leiterin der Station berichten?

Momentan behandeln wir noch gar nicht so viele Patient*innen. Allerdings sagt die noch geringe Anzahl der Patient*innen wenig über den tatsächlichen Arbeitsumfang aus. Denn der größte Teil der Arbeit dreht sich zurzeit um Vorbereitungs- und Isolationsmaßnahmen.

Isolationskleidung ist ja auf dem Markt sehr umkämpft. Da der große Teil der Mitarbeitenden sich freiwillig gemeldet hat, um auf der Station zu arbeiten, sind alle immer noch hoch motiviert und bemühen sich natürlich, dass es den Menschen bald besser geht. Wenn jetzt allerdings auf Dauer die Fallzahlen wie in Frankreich oder Italien ansteigen würden, werden wir die Versorgung natürlich nicht mehr so gewährleisten können.

Du warst mit *Ärzte ohne Grenzen* im Kongo und Südsudan tätig. Dort waren die Arbeitsbedingungen sicherlich anders als an einer hiesigen Klinik. Möchtest du kurz von deinem dortigen Arbeitsalltag berichten?

Im Kongo war ich neun Monate in einem Projekt über die Schlafkrankheit tätig. Wir waren dabei als Team nicht stationär an einen festen Ort gebunden, sondern sind von Gemeinde zu Gemeinde gefahren, haben die Bevölkerung getestet und die Erkrankten behandelt.

Im Südsudan war es eine komplett andere Situation. Dort war ich für drei Monate in einem Geflüchtetenlager mit 150.000 Menschen. Als zwei Ärzt*innen waren wir für ein Zeltkrankenhaus mit 160 Betten verantwortlich. Der große Teil aller Patient*innen litt unter Malaria. Im Schnitt sind mindestens fünf Kinder an einem Tag gestorben. Unsere Aufgabe bestand darin, Notfallmedizin zu leisten.

Wie reagiert Ärzte ohne Grenzen auf die aktuellen Herausforderungen einer globalen Corona-Pandemie?

Innerhalb von Ärzte ohne Grenzen ist Corona gerade sehr präsent. Allerdings gibt es international kaum noch Reiseverkehr. Die Länder haben Einreisestopps verhängt und auch Hilfsorganisationen dürfen nicht ins Land. So wäre der Aufbau einer Coronastation im größten Geflüchtetenlager in Bangladesch fast gescheitert, da die Reisebeschränkungen auch für medizinisches Personal und den Transport von Materialien gelten. Das sind ganz schwere Umstände für internationale Hilfsorganisationen.

Laut dem UNHCR sind global über 70 Millionen Menschen auf der Flucht. Wie schätzt du die gesundheitlichen Risiken für Geflüchtete Menschen momentan ein, wenn Hilfsorganisationen sich zurückziehen müssen?

Insgesamt können wir festhalten, dass die Situation sicherlich überall schlechter wird. Menschengruppen, die geflohen sind, müssen dicht gedrängt zusammen leben und haben keinerlei Ressourcen oder Geld zur Verfügung. Gesundheitssysteme, die sowieso schon überlastet sind, können die Versorgung von Menschen nicht ermöglichen. Wie soll man unter diesen prekären Umständen erwarten, dass auf einmal eine super Gesundheitsversorgung mit lauter Beatmungsgeräten gewährleistet ist, die die Menschen am Ende rettet? Das wird nicht möglich sein.

Aufgrund der jungen Bevölkerungsstruktur spricht die Ärztin Gisela Schneider davon „dass es in Afrika kein zweites Italien geben wird“.

Ja, im afrikanischen Raum gibt es eine viel jüngere Bevölkerungsstruktur als in Europa. Aber das heißt doch nicht, dass diese jungen Erwachsenen und Kinder komplett gesund sind. Es gibt weit ausgebreitete HIV-Infektionen, weit verbreitet Tuberkulose, Mangelernährung usw. Und gerade bei den älteren Menschen auf dem Kontinent gibt es einen hohen Anteil an Zuckerkrankheit und Bluthochdruck. Also die typischen Risikofaktoren, die auch in Europa oft bei Corona-Erkrankten mit schweren Verläufen vorhanden sind. Persönlich halte ich die Einschätzung der Ärztin leider nicht für sehr wahrscheinlich.

Warum ist der afrikanische Kontinent im Gegensatz zu den USA und Europa bislang noch nicht so stark von Corona betroffen? Oder ist das ein Trugschluss?

Das ist doch ein Trugschluss! In den Ländern, wo man das nicht nachweisen kann, heißt es ja nicht, dass die Erkrankung nicht existiert. Das Problem ist eher, dass viele Länder nicht die Kapazitäten haben, um zu testen. Und wenn du nicht testen kannst, hast du auch offiziell keine Fälle. Genau das ist das Problem mit den Zahlen. Ich kann nur die Fälle zählen, die ich auch nachweisen kann.

Die früheren Ebola-Ausbrüche, aber auch die SARS-Infektionen bzw. der Umgang mit AIDS-Infizierten haben etliche Länder schon vor längerer Zeit für Infektionskrankheiten sensibilisiert. Haben diese Länder und Regionen uns etwas voraus? Können wir hieraus auch etwas für den Globalen Norden lernen?

Corona stellt für alle Menschen und Gesellschaften auf der Welt etwas Neues dar. Es ist jedoch für viele Menschen im Globalen Süden sehr viel präsenter, dass es Erkrankungen gibt, die man nicht gut kontrollieren kann und bei der es möglich ist, dass man selber oder auch viele Menschen im Umfeld einfach daran versterben. Das ist ja ein Gedanke, welcher für „uns“ gar nicht auszuhalten ist. Dieses Wissen ist sicherlich in Afrika sehr viel weiter verbreiteter.

Welche gesundheitlichen Schutzmaßnahmen müssen deiner Meinung nach jetzt von der Weltgemeinschaft bzw. von den reichen Nationen ergriffen werden, um den Folgen der Pandemie im Globalen Süden entgegenzuwirken?

Eine super schwierige Frage. Es ist ja ein Problem, welches es ohnehin schon gibt. Denn viele Regionen auf der Welt haben nur sehr wenige Ressourcen zur Verfügung. Also auch sehr wenige Möglichkeiten, Vorsorgemaßnahmen in der Gesundheitsversorgung zu treffen. Aufgrund der Komplexität und Vielschichtigkeit gibt es nicht die EINE Maßnahme. Wir müssen natürlich weiterhin fordern, dass alle das gleiche Recht auf Gesundheit und gesundheitliche Versorgung haben. So schnell wie sich die Infektion ausbreitet, wird dies jedoch nicht gelingen.

Aktuell nehmen einzelne Krankenhäuser in deutschen Städten Corona-Patient*innen aus Italien oder Frankreich auf. Wäre dies auch eine Möglichkeit für Menschen aus dem Globalen Süden bzw. weltweit?

Die Frage ist ja viel eher: Warum passiert es nicht schon seit Jahrzehnten!? Es ist ja permanent so, dass in vielen Ländern im Globalen Süden, ganz viele Menschen an Erkrankungen sterben, die im globalen Norden relativ einfach zu behandeln wären. Das ist genau die grundsätzliche Frage von globaler Gerechtigkeit. Warum leben wir hier trotzdem genauso weiter, wie wir hier leben und finden das völlig normal und ändern daran nichts. Und die „Anderen“ leben weiterhin so, wie sie leben und „wir“ möchten am liebsten gar nichts davon wissen. Das ist ein systemisches Problem, welches ja nicht neu ist, sondern was man permanent umsetzen müsste, wenn man fordert, es solle den gleichen Zugang zur Gesundheitsversorgung für alle geben.

Was bedeutet Globale Solidarität aus medizinischer Sicht?

Das bedeutet definitiv, dass man weltweit Laborkapazitäten aufbauen muss, um testen zu können. So können Fälle erkennbar gemacht und die Anzahl der Infektionen minimiert werden. Dafür muss die öffentliche Gesundheitsversorgung extrem ausgebaut werden, um den Zugang für ALLE Menschen zu gewährleisten. Und zwar weltweit.

Das Gespräch führte Lisa Skender.