



MMS Bulletin #133

Vorankommen im Kampf gegen vernachlässigte tropische Krankheiten

Neue Wege im Kampf gegen vernachlässigte tropische Krankheiten

Vom krankheits- zum interventionsbasierten Modell - eine kreative Herausforderung

Von René Stäheli

Typisch für die endemischen Länder sind Ressourcenknappheit und dass die Bekämpfung der vernachlässigten Tropenkrankheiten bei der Budgetallokation nicht entsprechend der tatsächlichen Bürde berücksichtigt wird. Dies geht vor allem zu Lasten der betroffenen PatientInnen und der jeweiligen Gesundheitssysteme, die gezwungen sind, nach kreativen Lösungen zu suchen.



Die WHO hat im Jahr 2008 die Gruppe der vernachlässigten Tropenkrankheiten (NTDs) geschaffen, weil trotz der grossen Bürde für über eine Milliarde von Menschen, die Betroffenen kaum eine politische Stimme haben und diese Krankheiten kaum wahrgenommen werden.

Die Strategie der WHO basiert auf präventiver Chemotherapie, individueller Fallbetreuung, Vektorbekämpfung, dem Management von Zoonosen sowie WASH (Water, Sanitation und Hygiene) als transversalem Ansatz. Die WHO sieht die Universalabdeckung für Prävention und Interventionen in einem effizienten Gesundheitssystem mit Zugang zu unentbehrlichen Medikamenten und einer adäquaten Qualitätssicherung als essentielles Mittel für die Behandlung von Patienten mit vernachlässigten Tropenkrankheiten. Sie wirbt für die Kombination von verschiedenen Ansätzen.

Um dies zu realisieren, sind seit der WHO-NTD-Konferenz in Accra 2012 in den nationalen Gesundheitsbehörden NTD-Abteilungen mit entsprechenden Koordinationsstellen geschaffen worden. Deren besondere Herausforderung besteht in der zweckmässigen Kombination von Ansätzen auf verschiedenen Stufen und in verschiedenen Kontexten.

Der krankheitsorientierte Ansatz dominiert die Programme

Auf der Ebene der nationalen Gesundheitsbehörden existieren unterschiedliche vertikale Nationalprogramme, welche oft von krankheitsspezifisch orientierten Organisationen (mit-) finanziert oder durch Medikamentenspenden von Pharmafirmen geprägt werden. Die Diskussion um Nutzen oder Berechtigung von krankheitsspezifischen vertikalen Programmen wird schon länger geführt. Im Falle der vernachlässigten Tropenkrankheiten mit ihren geringen Prävalenzen, ihren oft chronischen Verläufen und ihrer aufwändigen Behandlung, von welchen hauptsächlich arme Menschen betroffen sind, spielen nicht nur die Argumente der Verzerrung der tatsächlichen Bedürfnisse, der Absorbierung von knappem Gesundheitspersonal und dem Aufbau von Parallelstrukturen eine Rolle, sondern der entscheidende Faktor für die Existenz oder Nichtexistenz eines Programmes sind die Kosten. Es ist in Ländern mit knappen finanziellen und personellen Ressourcen nicht tragbar, für alle NTDs eigene Nationalprogramme zu unterhalten, weshalb einige dieser Krankheiten in Gruppen zusammengelegt wurden. Theoretisch sollte dies dazu führen, dass alle Betroffenen eine Behandlung erhalten und nicht nur die mit der „richtigen“ Krankheit. Ganz im Sinne des Grundgedankens der Sustainable Development Goals, dass niemand zurückgelassen werden soll: «No one left behind». In der Realität erhalten einzelne Krankheiten dadurch innerhalb des Gesundheitssystems noch weniger Beachtung.

Die Gruppe der „Big 3“ – eine sinnvolle Synergie?

Die Kombination von Ansätzen sollte zur Nutzung von Synergien führen und die Wirksamkeit und Effizienz steigern. Die Bündelung von verschiedenen Krankheiten und die Schaffung von NTD-Abteilungen innerhalb der Gesundheitsadministration führen jedoch nicht zwingend zu einer Ausschöpfung des Potentials an Synergien. Einerseits bleibt das vertikale Denkmodell bestehen, andererseits sind die Synergien nicht zwangsläufig durch den Krankheitserreger oder die WHO-Klassifizierung gegeben. Es kommt wesentlich auf die Umsetzung auf der operationellen Ebene an.

Schon bevor die WHO die Gruppe der vernachlässigten Krankheiten geschaffen hatte, wurden in einigen Ländern Krankheiten administrativ zusammengelegt. Die Kombination von Tuberkulose- und Lepraprogrammen bildete beispielsweise eine Gruppierung um das Mykobakterium, in diesem Fall sogar eine Kombination über die Grenzen der vernachlässigten Tropenkrankheiten hinaus mit einer Krankheit der „Big 3“. Neben dem Diskurs um Kosteneffizienz, Wirksamkeit und Nebenwirkungen von vertikalen Programmen, stellt sich jedoch die Frage, ob die Verwandtschaft des Erregers tatsächlich das ausschlaggebende Kriterium für eine Kombination darstellt oder ob es nicht zweckmässigere Verbindungen gibt.



Kamerun (Foto: Simon B. Opladen / © FAIRMED)

Der interventionsbasierte Ansatz

Eine Gruppierung auf der strategischen Ebene muss auf der operationellen Ebene mit den horizontalen Ebenen des Gesundheitssystems verbunden werden - und dort sind Synergien erst recht nicht zwingend krankheits- oder sogar erregerspezifisch. WASH und auch die Bekämpfung von Vektoren sind interventionsbasierte Kombinationen. Andere potentielle und prüfenswerte Kombinationen bieten sich beispielsweise bei folgenden Interventionen an:

- Prävention
- Fallbetreuung
- Sensibilisierung
- Aktive Fallfindung
- Training
- Selbsthilfegruppen
- Monitoring
- Informationssysteme
- Gemeindebeteiligung
- Behinderung und Rehabilitation
- Stigma
- Forschung

Was auf den ersten Blick naheliegend erscheint, ist in der praktischen Umsetzung mit vielen Herausforderungen verbunden.

Erstes Hindernis: Die Geldgeber

Mit der Finanzierung der Bekämpfung einzelner Krankheiten durch Organisationen, welche krankheitsspezifische Mittel zur Verfügung stellen und durch die Medikamentengeschenke der Pharmaindustrie entsteht ein angebotsinduzierter Druck, vertikale Vorgehensweisen beizubehalten und in Silos zu arbeiten. Es bestehen in den Nationalprogrammen dadurch wenige Anreize, auf die subjektiven Vorteile - wie eigenes Personal, eigene Fahrzeuge, eigenes Budget - zu verzichten. Die Auswirkung besteht in administrativen Einheiten für NTDs, welche im Organigramm oder in Politikdokumenten vertikale Nationalprogramme bündeln, die trotzdem getrennt arbeiten.

Der Wille und die Bereitschaft, Synergien zu nutzen und Kombinationen einzugehen, muss bereits auf der Ebene der Geldgeber klar zum Ausdruck kommen und erfordert vermehrte Kollaborationen und ein gemeinsames Auftreten in Verhandlungen mit den Gesundheitsbehörden.

Zweites Hindernis: Die Logistik

Die Kombination von Ansätzen und Nutzung von Synergien bedingt eine grössere planerische und logistische Aufgabe, als einzeln finanzierte und geleitete Programme durchzuführen. Eine Krankheit kann für unterschiedliche Interventionen auch unterschiedliche „Koalitionen“ eingehen. So kann es beispielsweise effizient sein, die aktive Fallfindung von Krankheit A mit derjenigen von Krankheit B zu verbinden, während für eine andere Intervention, wie etwa

Wundpflege, das Zusammenarbeiten mit einer oder mehreren andern Krankheiten sinnvoller und effizienter ist. Regional begrenzt vorkommende Krankheiten erschweren die Planung zusätzlich und selbst interventionsbasierte Synergien können nicht überall gleich genutzt werden. «One size fits all» existiert auf Distriktebene nicht. Das Monitoring und das Informationssystem stellen bei kombinierten Ansätzen zusätzliche Herausforderungen.

Das Beispiel einer gelungenen Intervention: Entwurmungsaktionen in Brasilien

In Brasilien besteht seit vier Jahren eine gelungene Zusammenarbeit von Chemotherapie mit aktiver Fallfindung. Bei der massenweisen Verabreichung von Medikamenten an den Schulen im Rahmen der Entwurmungsaktionen wird den Schülern eine Broschüre mit einer Zeichnung ihres Körpers, einem «self-image» abgegeben, und sie oder ihre Eltern können verdächtige Hautflecken einzeichnen. Durch diese sehr sensitive, aber nicht sehr spezifische Methode werden neben dermatologischen Problemen viele Leprafälle bei Kindern in einem frühen Stadium gefunden, bevor irreversible Nervenschädigungen auftreten. Lepra bei Kindern ist wegen der langen Inkubationszeit ein sicheres Anzeichen für eine aktive Übertragung in deren Umfeld, und bei der Rückverfolgung von Kontakten können die Indexfälle gefunden werden. Das Lepra-Nationalprogramm könnte sich ein Screening von sämtlichen Schülern in Brasilien ohne diese Kombination mit dem Entwurmungsprogramm nicht leisten. Seit letztem Jahr wurde diese Intervention zusätzlich noch um die Trachoma-Komponente erweitert. Dieses Beispiel zeigt, dass interventionsbasierte Kombinationen von Krankheiten mit ganz unterschiedlichen Erregern und Symptomen, auch zwischen Krankheiten der Mass Drug Administration (MDA) und Krankheiten, die eine intensive Fallbetreuung erfordern, sehr erfolgreich sein können.

Eine Erfolgsmeldung aus Afrika

Kombinationen von Programmen unterstützen Synergien auf Interventionsebene. Das Afrikanische Flussblindheit-Programm APOC hat auch zur Bekämpfung von Lymphatischer Filariose und Trachoma beigetragen und soll nun im PENDA (Program for the Elimination of Neglected Diseases in Africa) mit 4 weiteren NTDs der präventiven Chemotherapie eingebunden werden. Die Vektorbekämpfung als strategischer Pfeiler in der NTD-Roadmap schliesst auch die Bekämpfung von Malaria und Dengue mit ein. Es gibt vielversprechende Ansätze, Krankheiten, die eine Wundpflege nach sich ziehen, mit Diabetes zu kombinieren, was eine Verknüpfung von NTDs mit einer nicht-übertragbaren Krankheit darstellt. In der Forschung entwickelt sich das Stop-Buruli-Konsortium zu einem „healthy skin“-Konsortium, welches alle Tropenkrankheiten mit Hautschädigungen einschliesst.

Ein Modell für die Zukunft?

Viele NTDs führen zu Behinderungen, bei denen interventionsbasierte Ansätze über die Grenzen von Ursachen hinaus besonders viel Sinn machen.

Erfolgreiche lokale Praxismodelle werden noch zu wenige vorgestellt, doch werden die verschiedenen in der Bekämpfung der NTDs tätigen Organisationen und Regierungen durch den finanziellen und personellen Druck dazu gezwungen sein, vermehrt synergetische Effekte zu suchen und zu nutzen.

Die Kombinationsmöglichkeiten mit interventionsbasierten Ansätzen gehen weit über den Rahmen der strategischen Gruppen innerhalb der NTDs und selbst des Gesundheitssektors hinaus. Sie sind eine anspruchsvolle, kreative Herausforderung an Gesundheitsbehörden sowie an die Geldgeber, die NGOs und die Medikamentenspender.



René Stäheli Geschäftsführer FAIRMED

Kontakt

Deutschschweiz

Medicus Mundi Schweiz
Murbacherstrasse 34
CH-4056 Basel
Tel. +41 61 383 18 10
info@medicusmundi.ch

Suisse romande

Medicus Mundi Suisse
Rue de Varembe I
CH-1202 Genève
Tél. +41 22 920 08 08
contact@medicusmundi.ch

Bankverbindung

Basler Kantonalbank, Aeschen, 4002 Basel
Medicus Mundi Schweiz, 4056 Basel
IBAN: CH40 0077 0016 0516 9903 5
BIC: BKBBCHBBXXX