



MMS Bulletin #83

Kampf der Tuberkulose

Aus aktuellem Anlass...

Tuberkulosekontrolle bei Flüchtlingspopulationen

Von Claudia Kessler

Die geographische Überschneidung der Regionen, die sowohl unter der Last der Flüchtlingsbewegungen als auch derjenigen der Tuberkuloseepidemie leiden, macht TB-Kontrollmassnahmen bei Flüchtlingspopulationen zu einer prioritären Aufgabe.

Über die letzten Jahrzehnte haben durch Konflikte und Katastrophen erzwungene Migrationsbewegungen weltweit massiv zugenommen. Die Zahl der Menschen, die unter den Schutz des Flüchtlingshochkommissariats UNCHR fallen, ist von einer Million im Jahr 1960 auf fast 22 Millionen anfangs 2001 angestiegen. Afghanistan stellt schon seit Jahren die absolut grösste Anzahl an Flüchtlingen. Bereits 1999 hatten 3,6 Millionen Afghanen ihr Land wegen Krieg und Dürre verlassen. Die neuesten Ereignisse haben zu einer nochmaligen Eskalation der Situation geführt. Das UNHCR bereitet sich auf weitere 1,5 Millionen afghanische Flüchtlinge vor. Daneben hat die Situation in verschiedenen afrikanischen Nationen wie Somalia, Angola und Burundi je bis zu einer halben Million Menschen in die Flucht geschlagen.

Die WHO schätzt, dass heute die Hälfte aller Flüchtlinge weltweit mit TB infiziert sind. Viele von ihnen kommen aus Ländern, in denen die Gesundheitsversorgungssysteme schon seit langem zusammengebrochen sind und keine effizienten TB-Dienste mehr zur Verfügung stehen. Die Folge sind unzureichend behandelte Patienten und vermehrtes Auftreten der multiresistenten Form der Tuberkulose (MDR-TB). Diese Patienten können nicht mehr mit den üblichen, einfacheren Therapien behandelt werden, sondern bedürfen teurer und komplizierter Therapieschemen, welche im Gastland oft nur sehr beschränkt zur Verfügung stehen. Auf der Flucht tragen die Flüchtlinge zur Verbreitung der Infektion bei und landen dabei oft in Gastländern, welche ohnehin schon mit ihrem eigenen Tuberkuloseproblem kaum fertig werden. Die HIV/Aids-Epidemie, welche direkt mit der Tuberkulosesituation zusammenhängt, potenziert das Problem noch zusätzlich.

Kein einfaches Unterfangen

Flüchtlingspopulationen sind erfahrungsgemäss sehr mobil. Eine Tuberkulosetherapie allerdings bedingt eine mindestens sechsmonatige regelmässige und, wenn möglich, überwachte Einnahme einer Kombination wirkungsvoller Medikamenten in der richtigen Zusammensetzung. Diese Kontinuität ist in solchen Situationen nur schwer zu erreichen und hatte in der Vergangenheit gelegentlich zur Folge, dass Kontrollprogramme bei Flüchtlingen ungenügende Erfolgsraten aufzeigten. Da aus der Sicht des öffentlichen Gesundheitswesens schlecht überwachte TB-Programme gefährlicher sind als gar keine TB-Programme, hat dies bis Mitte der Neunziger Jahre oft dazu geführt, dass für Flüchtlinge in Entwicklungsländern keine angemessenen Kontrollprogramme zur Verfügung gestellt wurden und man sich bei den Flüchtlingen auf die klassischen Nothilfeinterventionen wie Impfkationen, sanitäre Prävention und Ernährungsprogramme konzentrierte.

Mit verschiedenen erfolgreichen TB-Programmen im Flüchtlingskontext, zum Beispiel in den Lagern in Goma, im Südsudan, in Thailand oder kürzlich in Tansania, konnte jedoch gezeigt werden, dass, unter Einhaltung gewisser Vorbedingungen, auch bei Flüchtlingspopulationen befriedigende Ergebnisse erzielt werden können, welche sich durchaus mit denjenigen der nationalen Programme in vielen Ländern des Südens vergleichen lassen. Dabei ist die TB-Kontrolle für die spezifische Zielgruppe der Flüchtlinge technisch mit derjenigen der nationalen Programme in Entwicklungsländern durchaus vergleichbar. Die Hauptunterschiede liegen vorwiegend bei organisatorischen Aspekten. Das TB-Kontrollprogramm darf nicht überstürzt aufgebaut werden; die allgemeine Gesundheitssituation einer Flüchtlingsbevölkerung muss sich zunächst durch primäre Kriseninterventionen bis zu einem gewissen Grade stabilisiert haben. Genügend zusätzliche Mittel und eine regelmässige Medikamentenversorgung müssen zudem auf längeres Sicht hin gesichert sein. Einfache Laboreinrichtungen und genügend gut geschultes Personal sind ebenfalls Vorbedingungen.

Viele Hilfswerke verfügen nicht über die technische Erfahrung, um TB-Kontrollprogramme bei Flüchtlingsgruppen nach den geläufigen Qualitätsstandards aufziehen zu können. Andere wie Médecins sans Frontières schauen mittlerweile auf über ein Jahrzehnt an reicher Expertise in diesem Gebiet zurück. Am wichtigsten ist erfahrungsgemäss die optimale Koordination aller Beteiligten (Hilfswerke, Gesundheitsministerium im Gast- und Herkunftsland, Flüchtlingsvertreter, etc.) sowie das frühzeitige Ausarbeiten eines Notplanes für verschiedene mögliche Veränderungen in der Situation der Betroffenen: Grosse Flüchtlingspopulationen oder auch Individuen können sich über Nacht in Bewegung setzen und sich koordiniert oder unkoordiniert in alle Himmelsrichtungen zerstreuen - sei es aus einer Bedrohungssituation heraus, sei es, weil die Situation im Ursprungsland eine Rückkehr erlaubt. Solche Eventualitäten müssen im Voraus in die Planung einbezogen werden und effiziente Strategien zur Reaktion darauf ausgearbeitet sein.

Seit 1997 gibt es Richtlinien der WHO zur Tuberkulosekontrolle bei Flüchtlingspopulationen. Wo immer demzufolge Bevölkerungsbewegungen erfolgen, welche voraussichtlich zu einem längeren Aufenthalt der geflohenen Menschen an einem neuen Standort führen, ist zu prüfen, ob Bedarf und Möglichkeit bestehen, zusammen mit einem allgemeinen Gesundheitsangebot

auch ein Programm der Tuberkulosekontrolle aufzubauen. Eine effiziente Kontrolle dieser Infektionskrankheit, die bei Erwachsenen weltweit hinter HIV/Aids als zweitwichtigste Todesursache durch einen spezifischen Infektionserreger gilt, kommt der direkt betroffenen Bevölkerung, aber auch der Bevölkerung des primären Aufnahmelandes zugute. Nicht zuletzt profitieren auch sekundäre Aufnahmeländer wie die Schweiz von einer frühzeitigen und effizienten Kontrolle der Tuberkulose in den Erstaufnahmeländern.

**Dr Claudia Kessler Bodiang, MPH, Schweizerisches Zentrum für Internationale Gesundheit, Schweizerisches Tropiceninstitut. Kontakt: claudia.kessler@unibas.ch*

Hauptreferenzen:

1. www.unhcr.ch
2. World Health Organization. Tuberculosis control in refugee situations; an interagency field manual. WHO/TB/97.221
3. Kessler C, Connolly M, Levy M, Porter J, Rieder H.L. Tuberculosis control in refugee populations: a challenge to both relief agencies and National Programs. *Int J Tuberc Lung Dis* 1998;2(2): 105-110.
4. Bodiang Kessler CK. Issues facing TB control: TB control in refugee populations, a focus on developing countries. *Scott Med J* 2000 Oct; 45 (5 suppl): 25-8; discussion 29



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 1
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