



Maßnahmen für gefährdete Gruppen sind essenziell bei der Beseitigung von Tuberkulose in Europa

Zusammenfassung

Tuberkulose (TB) ist eine schwere Infektionskrankheit, die trotz Behandlungsmöglichkeiten tödlich verlaufen kann. Im Jahr 2014 waren in der Europäischen Union/im Europäischen Wirtschaftsraum (EU/EWR) ca. 58 000 Menschen davon betroffen. Zwar nimmt die Anzahl neuer TB-Fälle mit einer Rate von rund 5 % pro Jahr langsam ab; bei dieser Geschwindigkeit wird die Krankheit jedoch in naher Zukunft nicht beseitigt sein. Eine Herausforderung bei der Beseitigung der Krankheit stellt die Existenz von TB-Schwerpunkten in der Gesellschaft dar, die sich bei den gefährdetsten Menschen konzentrieren, wie z. B. bei Obdachlosen, Drogenkonsumenten, Alkoholikern und in manchen Migrantengemeinschaften, die möglicherweise ein höheres Expositionsrisiko aufweisen, unter schlechten Bedingungen leben oder keinen Zugang zu Gesundheitsleistungen haben.

Wenn das Problem TB bei diesen gefährdeten Gruppen nicht gelöst wird, kann die Krankheit nicht beseitigt werden. Darüber hinaus besteht das Risiko einer Ausbreitung der Krankheit auf eine breitere Bevölkerung und des zahlreicheren Auftretens von Fällen mit Arzneimittelresistenz; dies würde schwerere oder sogar unheilbare Fälle mit hohen Kosten für die Gesundheitssysteme und die Gesellschaft bedeuten.

Daher muss unbedingt sichergestellt werden, dass alle Fälle in gefährdeten Gruppen diagnostiziert werden und die Behandlung abgeschlossen wird. Da die Prävention und Kontrolle von TB in diesen Gruppen bei der Anwendung standardisierter Gesundheitsversorgungsmodelle nicht effizient ist, müssen entsprechend zugeschnittene Maßnahmen umgesetzt werden.

Das ECDC hat eine Reihe von Optionen ermittelt, mit denen die frühe Diagnose und der Abschluss der Behandlung auf wirksame Weise verbessert werden können. Die Gesundheitsbehörden können sie an ihre jeweiligen Anforderungen anpassen und entsprechend ihren Vorgaben und Ressourcen umsetzen.

Das Problem

Tuberkulose beeinträchtigt nach wie vor gefährdete Gruppen, die die Symptome der Krankheit nicht erkennen, schlechten Zugang zu Gesundheitsleistungen haben oder Probleme bei der Therapietreue aufweisen.

Gesundheitsbehörden müssen sich bewusst sein, dass sich Menschen mit Symptomen in diesen Gruppen nicht zwangsläufig in ärztliche Behandlung begeben und nach der Diagnose ihren Behandlungsplan nicht immer einhalten. Daher sind spezielle Maßnahmen erforderlich, um diese Herausforderungen anzugehen.

Was kann getan werden?

Zugeschnittene Maßnahmen die eine frühe Diagnose und ein Abschließen der Behandlung erleichtern und den Umgang mit Erkrankungsfällen unterstützen, sind die wichtigsten Faktoren für eine effektive Prävention und Kontrolle von TB. Spezielle Optionen zur Prävention und Kontrolle von TB bei gefährdeten Gruppen können beispielsweise sein:

1. Kontaktteams und mobile Einheiten

Kontaktteams, die direkt zu den Patienten, in Krankenhäuser, in Obdachlosenheime oder auf die Straße gehen können, können eine effiziente und wirksame Methode zur Identifizierung und Behandlung von TB-Patienten aus gefährdeten Gruppen sein.

Mobile Röntgeneinheiten für Brustuntersuchungen können zur frühzeitigeren Erkennung von TB bei gefährdeten Gruppen beitragen; dies reduziert die Übertragung der Krankheit und ist kosteneffektiv.

2. Anreize

Es können Anreize angeboten werden, um Menschen (insbesondere obdachlose Patienten) zu motivieren, sich einer Untersuchung zu unterziehen und ihren Behandlungsplan nach der TB-Diagnose einzuhalten. Anreize können aus Geldleistungen oder Sachleistungen wie Fahrscheinen für öffentliche Verkehrsmittel, Essensgutscheinen, Prepaid-Karten für Mobiltelefone, Kleidung und vorübergehender Unterkunft bestehen.

Finanzierungsanreize sind eine lohnende Investition, da bessere Diagnosen und Behandlungsergebnisse, insbesondere die Prävention einer Entwicklung von antibiotikaresistenter TB, die hohen Kosten vermeiden, die mit einer fehlgeschlagenen Behandlung häufig verbunden sind.

3. Einbeziehung wichtiger Partner

Die Einbeziehung wichtiger Partner, wie z. B. Angehöriger derselben Gemeinschaft wie der Patient oder von Angehörigen der Gesundheitsberufe und Sozialarbeitern, kann dabei helfen, jene Menschen zu erreichen, die möglicherweise infiziert sind, aber eventuell zögern, sich testen zu lassen. Wichtige Partner können außerdem Menschen bei der Einhaltung ihres Behandlungsplans unterstützen und sind entscheidend beim Ermitteln und Auffinden von Kontaktpersonen des jeweiligen TB-Patienten. Diese Ermittlung von Kontaktpersonen ist essenziell, wenn es darum geht, der Übertragung der Krankheit Einhalt zu gebieten.

4. Direkt überwachte Behandlung (Directly Observed Treatment, DOT)

Die direkt überwachte Behandlung unterstützt Patienten bei der Einnahme ihrer Medikamente. Bei diesem Ansatz müssen Patienten ihre Medikamente unter der Aufsicht von medizinischem Personal einnehmen. Flexiblere Optionen, wie z. B. DOT außerhalb von Gesundheitseinrichtungen oder unter der Aufsicht von nicht-medizinischem Personal sowie die videoüberwachte Behandlung (Video Observed Treatment, VOT), können ebenfalls in Erwägung gezogen werden.

Werden bei der VOT-Option zusätzlich Anreize geboten, wie z. B. Lebensmittelgutscheine oder Mobiltelefon- und Datenpakete, so erhöht dies die Wahrscheinlichkeit, dass Patienten ihre Behandlung abschließen, was wiederum potenziell kostspielige Komplikationen wie die Entwicklung antibiotikaresistenter TB vermeidet.

5. Erinnerungen

Durch Erinnerungen (Telefonanrufe, Textnachrichten) kann die Einhaltung von Arztterminen durch die Patienten sowie die Einnahme von Medikamenten verbessert werden.

6. Integration von Dienstleistern

Die enge Zusammenarbeit zwischen TB-Dienstleistern und vorhandenen Dienstleistern für gefährdete Gruppen, wie z. B. Dienstleistern für Obdachlose, Hilfsdiensten für Drogenabhängige und Alkoholiker, Sozialarbeitern, Straßenkontaktteams und Fachkräften im Sozialwesen, kann die frühzeitige Diagnose und die Aufnahme der Behandlung verbessern. Darüber hinaus kann die Integration von Dienstleistern dazu beitragen, dass die Faktoren, die für Einzelpersonen ein Infektionsrisiko darstellen, thematisiert und beseitigt werden.

7. Bewusstseinsförderung und Aufklärung

Durch Bewusstseinsförderung unter gefährdeten Gruppen kann Stigmatisierung und Missverständnissen entgegengewirkt werden. Kampagnen zur Bewusstseinsförderung können auch auf an vorderster Front tätige, mit diesen Gruppen zusammenarbeitende Gesundheits- und Sozialarbeiter abzielen, um deren Umgang mit gefährdeten Gruppen zu verbessern.

Vertreter von Gruppen, die von TB betroffen sind, einschließlich ehemaliger Patienten, können eng in die Entwicklung und Verbreitung von Informationen einbezogen werden.

Beispiele für effektive Maßnahmen

Die nachstehend angeführten Beispiele veranschaulichen die Funktionsweise von einigen dieser Maßnahmen in der Praxis und die dadurch erzielten Ergebnisse¹.

Videoüberwachte Behandlung in Großbritannien

Um Patienten mehr Flexibilität zu bieten und damit diese für die überwachte Einnahme ihrer Medikamente keine Gesundheitseinrichtung aufsuchen müssen, hat das in London ansässige „Find&Treat“ (Finden&Behandeln)-Team die videoüberwachte Behandlung (Video Observed Treatment, VOT) anstelle der direkt überwachten Behandlung (Directly Observed Treatment, DOT) eingeführt. Als Anreiz händigt das Team manchen Patienten ein Smartphone aus. Mit diesem Gerät filmen sich die Patienten selbst bei der Einnahme der Medikamente, und das medizinische Personal überwacht die Aufnahme und sorgt dafür, dass Folgemaßnahmen eingeleitet werden, wenn der Patient zusätzliche Unterstützung benötigt.

Die Vorteile von VOT gegenüber DOT sind:

Für den Patienten: mehr zeitliche und örtliche Flexibilität bei der Medikamenteneinnahme, Zeiteinsparungen, verbesserte Vertraulichkeit und eine aktivere Rolle bei der eigenen Behandlung.

Für Gesundheitsdienstleister: Kosteneinsparungen (Reisekosten und Gehalt für Personal), höhere Produktivität (Personal kann über 25 Patienten täglich überwachen, anstatt durchschnittlich 5 pro Tag mit DOT), geringere Exposition des Gesundheitspersonals gegenüber TB.

Das Ergebnis: Unter VOT schließen im Vergleich mit der unüberwachten Standardbehandlung oder mit DOT mehr Patienten ihre Behandlung erfolgreich ab.

¹ Zahlen und prozentuale Anteile bereitgestellt von den für die Maßnahmen zuständigen Organisationen

Kontaktteam und integrierte Dienstleister in Frankreich

Das Kontaktteam „Equipe Mobile de Lutte contre la Tuberculose“ (EMLT) findet TB-Patienten und hilft diesen beim Abschließen Ihrer Behandlung. Das Team ist in der Lage, eine gründliche Nachkontrolle von Patienten unabhängig von deren Aufenthaltsort sicherzustellen – in Krankenhäusern, in Obdachlosenheimen oder auf der Straße.

Das EMLT kann auf ein umfangreiches Netzwerk aus Partnern und anderen Betreuungsgängern in den Bereichen Soziales, Gesundheit, Rechtliches und Einwanderung zurückgreifen und dadurch Patienten über die bloße Behandlung der Krankheit hinaus unterstützen, indem ihre Grundbedürfnisse nach Nahrung, Kleidung und Unterkunft gesichert werden. Dies trägt zur Verbesserung der Lebenssituation der Patienten bei und reduziert bei diesen das Risiko für eine erneute Erkrankung an TB.

Vor dem EMLT konnten über 50 % der TB-Patienten, bei denen es sich um Obdachlose oder nicht dokumentierte Migranten handelte, nach der Entlassung aus Akutkliniken in Paris nicht nachuntersucht werden (Lost to follow-up). Seit das EMLT im Jahr 2000 ins Leben gerufen wurde, wurde der Anteil dieser Patienten auf unter 10 % gesenkt.

Einbeziehung wichtiger Partner in der Slowakei

Unter den in benachteiligten Siedlungen in der östlichen und südlichen Zentralslowakei lebenden Roma hat es zuletzt viele TB-Fälle gegeben. Im Jahr 2014 stammten 25 % aller TB-Fälle in der Slowakei und 84 % aller Fälle bei Kindern aus den Roma-Gemeinschaften.

Um einen besseren Dialog mit der Roma-Gemeinschaft zu gewährleisten, wurde das „Roma Health Assistants“-Programm entwickelt, um wichtige Personen in der Gemeinschaft zu ermitteln, die als Vermittler agieren können. Die „Roma Health Assistants“ (Roma-Gesundheitsshelfer) sind Arbeiter im Gemeinwesen, die in der von ihnen betreuten Siedlung leben. Sie überwachen die Behandlung von Patienten, ermitteln Kontaktpersonen, begleiten Patienten zu Arztterminen, stellen sicher, dass Patienten ihre TB-Medikamente erhalten, und dokumentieren alle Aktivitäten und Maßnahmen.

Aufgrund des Roma-Gesundheitsshelferprogramms wurden über 80 % der erwachsenen Roma mit TB in der Slowakei erfolgreich behandelt. Darüber hinaus wurden TB-Ausbrüche umgehend identifiziert und eingedämmt, und alle Indexfälle von TB bei Kindern wurden identifiziert.

Was Studien zeigen

1. TB hat die zweithöchste Krankheitslast von allen Infektionskrankheiten

Messung der Auswirkung der Erkrankung auf die Gesundheit der Bevölkerung; Behinderungsbereinigte Lebensjahre (disability-adjusted life years, DALY) pro 100 000 Einwohner in der EU/im EWR, jährlicher Median 2009-2013

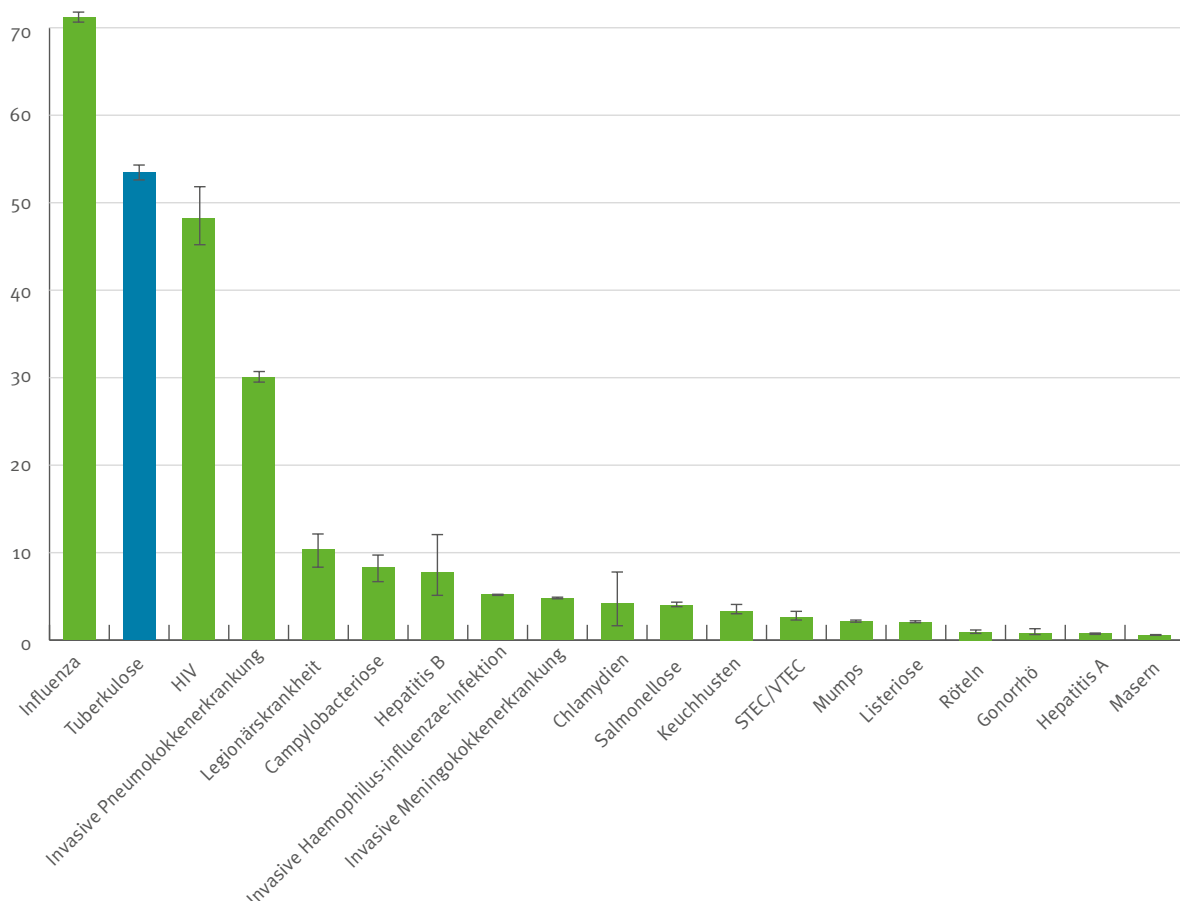


Diagramm auf Grundlage einer vom ECDC durchgeführten Studie: Burden of Communicable Diseases in Europe 2015 (unveröffentlichte Studie) (Quelle 4).

2. Gefährdete Gruppen sind stärker von TB betroffen als der Rest der Bevölkerung

TB-Fälle pro 100 000 Einwohner

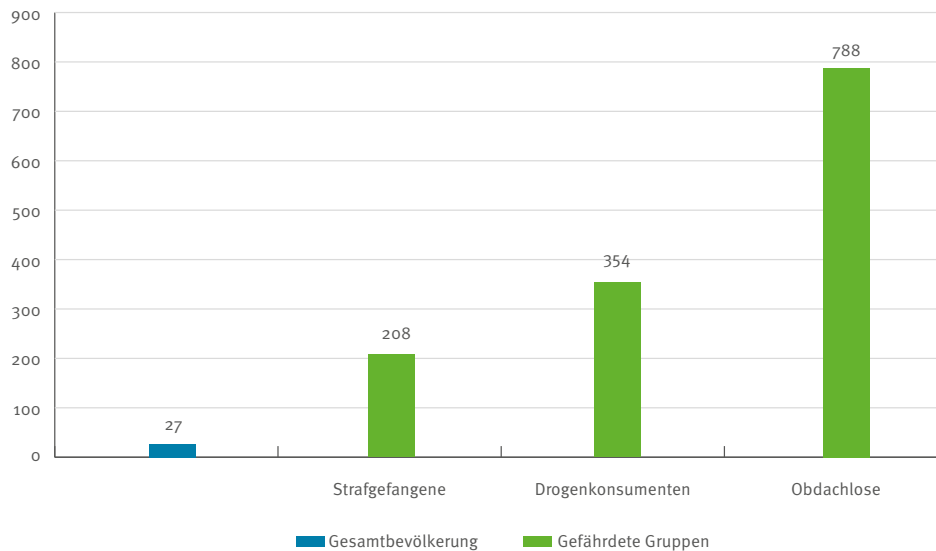


Diagramm auf Grundlage der Daten einer 2011 an der Bevölkerung Londons durchgeführten Studie (Quelle 3).

3. Die Behandlungskosten für arzneimittelresistente TB sind fast 17 Mal höher als bei Fällen von mit Arzneimitteln behandelbarer TB

Kosten für die Behandlung eines TB-Falls (EUR)

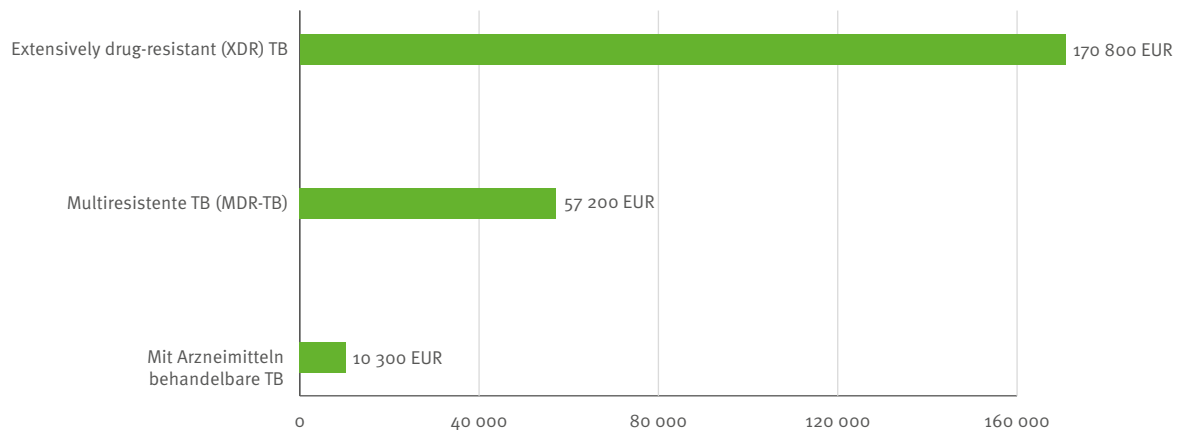


Diagramm auf Grundlage einer Studie zu den Kosten für Tuberkulose in der Europäischen Union (durchschnittliche Kosten im Jahr 2012, 18 EU-Länder) (Quelle 5)

Die Kosten für spezielle, auf gefährdete Gruppen abzielende Maßnahmen des öffentlichen Gesundheitswesens sind unter Umständen höher als jene für Standardmaßnahmen. Die Prävention der Entwicklung arzneimittelresistenter TB kann jedoch in Zukunft zu erheblichen Kosteneinsparungen führen.

Quellen

In dieser Publikation wurden Daten aus folgenden Berichten, Artikeln und folgender Fachliteratur verwendet:

1. Europäisches Zentrum für die Prävention und die Kontrolle von Krankheiten. Guidance on tuberculosis control in vulnerable and hard-to-reach populations. Stockholm: ECDC; 2016.
2. Europäisches Zentrum für die Prävention und die Kontrolle von Krankheiten. Tuberculosis surveillance and monitoring in Europe 2016. Stockholm: ECDC; 2016.
3. Jit M, Stagg H, Aldridge R, White P, Abubakar I. Dedicated outreach service for hard to reach patients with tuberculosis in London: observational study and economic evaluation. *BMJ* 2011; 343: d5376.
4. Europäisches Zentrum für die Prävention und die Kontrolle von Krankheiten. Burden of Communicable Disease in Europe. (unveröffentlichte Studie). 2015.
5. Diel R, Vandeputte J, de Vries G, Stillo J, Wanlin M, Nienhaus A. Costs of tuberculosis disease in the European Union: a systematic analysis and cost calculation. *Eur Respir J*. 2014 Feb;43(2):554-65.

ECDC Policy Briefings sind kurze Publikationen, die ein bestimmtes Problem im öffentlichen Gesundheitswesen beleuchten und politischen Entscheidungsträgern und Einflussnehmern auf europäischer, nationaler und regionaler Ebene evidenzbasierte Ideen für entsprechende Gegenmaßnahmen bieten.

Die InDesign-Dateien werden zusammen mit der PDF-Datei veröffentlicht, damit das Dokument für die Verwendung auf nationaler Ebene angepasst werden kann, wie z. B. durch die Übersetzung des Texts in andere Sprachen.

Titelbild: Eric Bridiers, US Mission Geneva. Creative Commons (CC BY 2.0)
Europäisches Zentrum für die Prävention und die Kontrolle von Krankheiten. Maßnahmen für gefährdete Gruppen sind essenziell bei der Beseitigung von Tuberkulose in Europa Stockholm: ECDC; 2016.

Katalognummer: TQ-01-16-265-DE-N
ISBN: 978-92-9193-881-0
DOI: 10.2900/49436

© Europäisches Zentrum für die Prävention und die Kontrolle von Krankheiten, 2016 Nachdruck mit Quellenangabe gestattet.