

Zur sicheren Abwehr der tödlichen Bedrohung

Malaria-Kontrolle: Eine erfolgreiche Erfahrung

Malaria stellt für nahezu die Hälfte der Weltbevölkerung eine Bedrohung dar. Mit geschätzten 200 Millionen neuen Fällen und ein bis zwei Millionen Toten pro Jahr bleibt Malaria eine wesentliche Ursache von Krankheit und Tod. Seit der Einführung von insektizid behandelten Moskitonetzen in den 1980er Jahren ist keine neue Methode zur Kontrolle von Malaria entwickelt worden und auch in naher Zukunft wird dies nicht erwartet.

In Vietnam wurde Malaria während der späten 80er und in den frühen 90er Jahren zu einem ernsthaften gesundheitlichen und gesellschaftlichen Problem. 1991 gab es 1.642.000 Fälle von Malaria und 32.000 von schwerer Malaria. 4.650 Todesfälle wurden registriert. Resistenzen gegen Chloroquine und Sulfadoxine-Trimethamine haben sich weit verbreitet. Besonders schwer davon betroffen waren Menschen in bergigen, bewaldeten Regionen des Landes, die nur über wenige Gesundheitseinrichtungen verfügten. Diese Gebiete werden hauptsächlich von ethnischen Minderheiten bewohnt. Im Jahr 1992 ist eine Strategie zur Malariakontrolle eingeführt worden, die auf den folgenden beiden Prinzipien basiert: Untersuchung und Behandlung von Malaria soll kostenlos erfolgen. Imprägnierte Moskitonetze werden unentgeltlich zur Verfügung gestellt. Zwei wichtige Elemente wurden diesem Basisansatz hinzugefügt: Entwicklung und Verwendung von in Vietnam hergestellten Medikamenten und Gesundheitserziehung auf der Gemeindeebene. Der hohe Preis für Medikamente auf dem internationalen Markt, wie zum Beispiel für Mefloquine, war ein bedeutender Anreiz für die Entwicklung und Verwendung von Generika.

In der Binh Thuan Provinz, im Süden Vietnams, wurde in Übereinstimmung mit den nationalen Richtlinien

*Der Beitrag ist dem Bulletin of The World Health Organisation entnommen.**

en ein Malaria-Kontrollprogramm gestartet. Alle Gesundheitsposten wurden mit einem Mikroskop ausgestattet und die GesundheitsarbeiterInnen in Diagnose und Behandlung von Malaria ausgebildet. Dieser Bericht beschreibt die Ergebnisse des kombinierten Ansatzes in der Kommune Phan Tien.

Das Projekt in der Kommune Phan Tien

Das Dorf Phan Tien ist eine Gemeinschaft von verschiedenen ethnischen Minderheiten. Es liegt im Bac Binh Distrikt im gebirgigen Teil der Binh Thuan Provinz. Phan Tien existiert seit etwa zwanzig Jahren, gegründet als ein Dorf für die Wiederansiedlung von vertriebenen ethnischen Minderheiten. Auch heute noch ziehen Familienmitglieder zu. Die Familien leben mit fünf bis sechs Personen in einer Hütte. Die Häuser sind aus Lehm und haben Strohdächer. 1993 wurde eine Grundschule für das Dorf und eine benachbarte Kommune eröffnet. Vor 1999 war Phan Thien isoliert: Während der Regenzeit konnte es mit dem Auto nicht erreicht werden und in der Trockenzeit nur nach einer Fahrt von mehreren Stunden in einem Geländewagen. Seit 1999 eine Schotterstraße gebaut wurde, nahm die Mobilität ganzjährig zu. Bis 1994 versorgten sich die Menschen aus einem schmalen Fluss in der Nähe des Dorfes mit Wasser. 1994 wurden mit Hilfe von UNICEF die ersten Brunnen gebohrt. Elektrizität gibt es im Dorf keine. Die

Menschen leben von Subsistenzlandwirtschaft, hauptsächlich Reis, und von Waldarbeit. Aus dem nationalen Programm gegen Unterernährung werden zusätzliche Lebensmittel geliefert. Die Menschen im Dorf sind sehr arm.

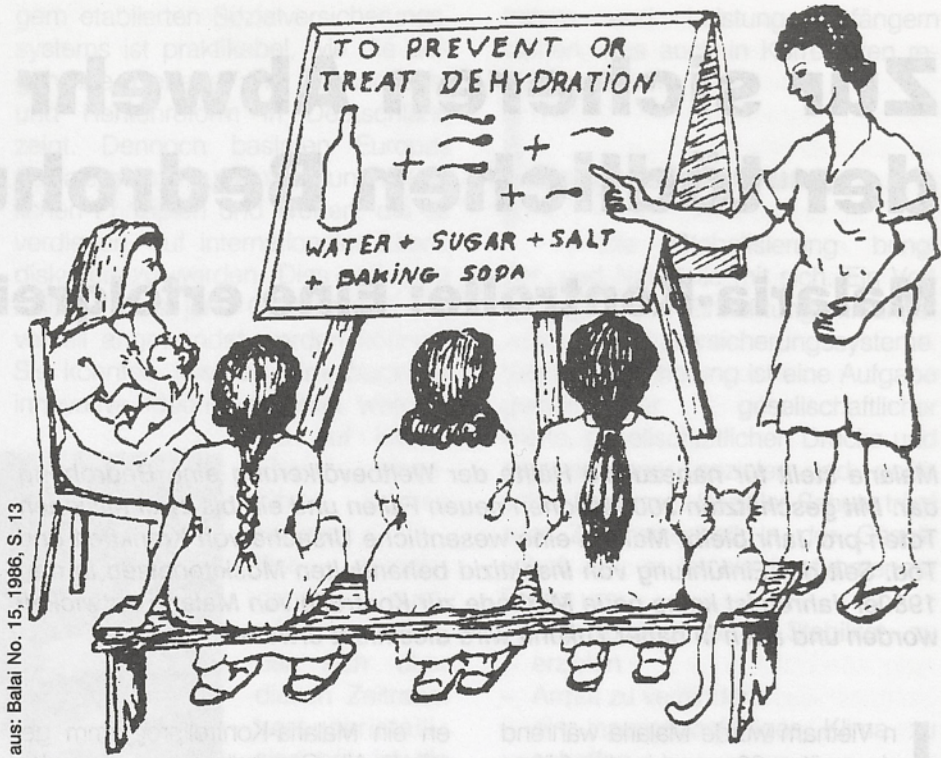
Bereits vor 1994 war Malaria ein gravierendes Problem, dessen Größenordnung aber nicht bekannt war. In der ersten Hälfte des Jahres 1994 starben 30 Personen aus einer Bevölkerungsgruppe von 750, viele von ihnen an Fieber. Die meisten Todesopfer waren Kinder. Zu dieser Zeit gab es keinen Gesundheitsposten im Dorf und Malariainvestigations wurden nicht durchgeführt. Anopheles dirus und Anopheles minimus sind die prinzipiellen Überträger des Malariaerregers in dieser Region. Die Ansteckungsgefahr in Phan Tien wurde als sehr hoch eingeschätzt, aber präzise Daten waren nicht vorhanden. Fälle von Plasmodium falciparum- und Plasmodium vivax-Malaria treten in der Region in einem Verhältnis von 70 Prozent zu 30 Prozent auf. Die Zahl der Fälle erreicht ihren Höhepunkt zwischen Oktober und Dezember bzw. Januar, das heißt am Ende der Regenzeit und gleich danach. Die Menschen steckten sich in dieser waldreichen Gegend allerdings auch kontinuierlich über das ganze Jahr an.

Malariakontrolle

1994 wurde die Bevölkerung von Phan Tien gezählt. Die Häuser wurden nummeriert. Jede(r) Einwoh-

nerIn wurde registriert mit: Namen, Alter, Geschlecht, unveränderlichen Kennzeichen und Ethnie. Diese Zählung wurde zwischen 1994 und 1999, jeweils nach dem Ende der Regenzeit, wiederholt. Alle Veränderungen wie Geburten, Todesfälle, Zu- und Wegzüge wurden festgehalten. Im selben Jahr (1994) wurde ein Gesundheitsposten errichtet; mit zwei GesundheitsarbeiterInnen besetzt und mit Mikroskop, Materialien und Medikamenten ausgerüstet. Aus der Kommune wurden zehn Personen zu GesundheitsmitarbeiterInnen ernannt. Sie hatten die Aufgabe über Malaria und andere Krankheiten mit der Bevölkerung zu sprechen, den Gebrauch der Moskitonetze zu überwachen und Personen mit Fieber, die nicht zum Gesundheitsposten kommen konnten, zu untersuchen. Zwischen den jährlichen allgemeinen Untersuchungen war die Entdeckung von Malaria passiv. Alle Einwohner mit Fieber wurden auf dem Gesundheitsposten bzw. diejenigen, die nicht kommen konnten, zu Hause auf Malaria hin getestet. Falls Malaria unter dem Mikroskop entdeckte wurde, wurde vor Ort entsprechend den nationalen Richtlinien medikamentös behandelt.

Zu Beginn der Kampagne erhielt jede Familie ein doppelt großes Moskitonetz. Ein zweites Netz wurde 1995 an jede Familie verteilt. Durch die jährliche Vergabe von kostenlosen Moskitonetzen teilten sich 1997 zwei Personen ein Netz. Zur sicheren Abwehr der Mücken imprägnierten die MitarbeiterInnen des Gesundheitspostens die Netze halbjährlich mit Permethrin. Die Netze und die Imprägnierung bekamen die BewohnerInnen des Dorfes kostenlos. In jedem Jahr untersuchte das Team nach dem Ende der Regenzeit die gesamte Dorfbevölkerung. Sie befragten die BewohnerInnen zu ihrer Gesundheit und sonstigen Beschwerden, stellten eventuelle Milzvergrößerungen fest und entnahmen Blutproben, um die Malariaparasiten zu entdecken. Sonstige Beschwerden und Probleme wurden begutachtet und, wenn möglich, behandelt. Bei anderen schweren Erkrankungen, die im Dorf nicht behandelt werden konnten, wurden die Patienten überwiesen. Alle während der Untersuchung gefundenen Malariafälle wurden nach dem gleichen Schema be-



aus: Balai No. 15, 1986, S. 13

handelt wie während der passiven Entdeckung. Die Ergebnisse wurden für drei Altersgruppen analysiert: Neugeborene und Kinder bis zu zwei Jahren; Kinder zwischen zwei und zehn Jahren sowie Kinder über zehn Jahren und Erwachsenen. Die Kinder bis zu zwei Jahren werden von ihren Müttern betreut und häufig auch mit zur Arbeit in den Feldern und Wäldern oder eventuell auf den Markt mitgenommen. Die Kinder zwischen zwei und zehn gehen in der Kommune zur Schule und spielen auch dort. Sie verlassen das Dorf selten. Tritt Malaria in dieser Gruppe auf, spiegelt dies eine lokale Ansteckung wider. Die Kinder über zehn Jahre arbeiteten oft mit den Eltern im Wald und sind deshalb den gleichen Infektionsgefahren ausgesetzt wie die Erwachsenen.

Ein wesentlicher Faktor: Die Gesundheitserziehung

Eine wichtige Rolle bei der Kampagne zur Malariakontrolle spielte die Gesundheitserziehung. Das Ärzteteam führte 1995 und 2000 in fünfzig Haushalten Untersuchungen über Wissen, Einstellung und Praxis bezüglich Gesundheit durch. Auf Basis dieser Ergebnisse wurde eine Gesundheitserziehungskonzept entwickelt und später allen DorfbesohnerInnen angeboten. Das Programm konzentrierte sich auf Malaria,

bezog aber auch andere Aspekte von Gesundheit und Hygiene mit ein. Die im Ort stationierten GesundheitsarbeiterInnen und nach und nach auch die örtlichen Hilfskräfte unterrichteten die Dorfgemeinschaft in Gesundheitsverhalten. Der Mangel an Wissen über Gesundheit ist ein großes Problem. Wenn der Bildungsstand der Bevölkerung niedrig ist, sind die Menschen wenig daran interessiert an einem Malaria-Kontrollprogramm teilzunehmen.

Dagegen steigert Gesundheitserziehung das Wissen der Bevölkerung darüber, wie sie sich gegen Malaria schützen kann und was zu tun ist, wenn sich jemand mit Malaria infiziert hat. Erhöhte Wachsamkeit ist eine wichtige Voraussetzung, um die schweren und tödlichen Fälle zu reduzieren und möglicherweise ebenso die Malariaübertragung zu vermindern. Während 1995 nur 18 Prozent der Befragten Wissen über die Ursachen von Malaria hatte, waren es im Jahr 2000 schon 74 Prozent. Schließen 1995 nur zehn Prozent regelmäßig unter einem Moskitonetz, waren es 2000 bereits 88 Prozent.

Im Zeitraum von 1994 bis 1999 wuchs die Bevölkerung von Phan Tien von 716 auf 1.082 Personen. Als keine Malariafälle mehr auftraten, sank die Teilnahme an den jährlichen Untersuchungen von fast 90 Prozent auf nur noch 40 Prozent. 1999, nach dem Bau der Straße und dem allgemeinen Nachlassen der

Wachsamkeit, nahmen die Infektionen wieder leicht zu. 1994 gab es in dem Dorf 221 Fälle von Malaria (41 Prozent der Bevölkerung), 1999 waren es lediglich 18 Fälle (drei Prozent). Die im Laufe des Jahres beim Gesundheitsposten darüber hinaus entdeckten Malaria-Fällen stellen sich wie folgt dar: 1995 — 173 Fälle, 1996 — 97 Fälle, 1997 — 63 Fälle, 1998 — 42 Fälle von Malaria.

Diese Studie zeigt, dass die Kombination eines Moskitonetz-Programms und einer jährlichen Malariauntersuchung mit einem gemeindefaszierten System der gesundheitlichen Grundversorgung Malaria bemerkenswert schnell unter Kontrolle gebracht hat. Der nationale Rück-

gang von Malaria in Vietnam während der letzten Dekade kann der Anwendung dieser Methode zugeschrieben werden. Der rapide sozioökonomische Wandel hat unzweifelhaft ebenso eine Rolle gespielt. Malariakontrolle besitzt eine Priorität im öffentlichen Gesundheitssystem in Vietnam. Das vertikale nationale Kontrollprogramm ist dabei in das horizontale gesundheitliche Grundversorgungssystem integriert. Malariakontrolle wird als eine Verantwortung der Gemeinde angesehen, die lokal vom Grundversorgungssystem geleistet werden muss. Die Gesundheitsbehörden des Distrikts und der Provinz geben dabei Unterstützung und Anleitung. Das vertikale Programm, in dem Moskitonetze bereit gestellt und imprägniert,

in dem Untersuchungen, Diagnose und Behandlung durchgeführt werden, kann nur erfolgreich sein, wenn es in der Gemeinde und im Gesundheitsdienst akzeptiert wird.

Der Beitrag wurde von Susanne Wünsch und Eberhard Knappe gekürzt und aus dem Englischen übersetzt.

Anmerkung

*) Hung, Le Q.; de Vries, Peter J.; Giao, Phan T.; Nam, Nguyen V.; and others: Control of malaria: a successful experience from Vietnam. Bulletin of The World Health Organization v80, n8, August 2002.

Die Kulturschlüssel

von **Brigitte Geske-Scholz**

Ein Großteil der Reiseführer befassen sich ausführlich mit Sehenswürdigkeiten und landschaftlichen Besonderheiten, kulturelle Unterschiede jedoch werden oft nur am Rande erwähnt.

Diese Lücke möchte der Huber Verlag mit den Büchern »Kulturschlüssel Vietnam« und »Kulturschlüssel Malaysia und Singapur« schließen. Denn gerade das Wissen um die Unterschiede und das dementsprechende Verhalten ermöglichen erst ein richtiges Kennenlernen des Landes. Hierzu können die Kulturschlüssel beitragen. Sie sind unterhaltsam und informativ geschrieben, ohne belehrend zu wirken. Die Leser erfahren viel über die Sitten und Gebräuche, über Feste, Essen, Begrüßungsrituale, Beerdigungen, und anderes.

Zu jedem Kapitel gibt es wichtige Tipps und Verhaltensregeln. Am Ende werden bestimmte Situationen mit verschiedenen Lösungen

durchgespielt. Bei diesem kleinen Test können die Leser ihr erworbenes Wissen spielerisch anbringen.

Während sich der »Kulturschlüssel Malaysia und Singapur« hauptsächlich mit den Sitten und Gebräuchen des Landes auseinandersetzt, wobei noch zwischen indischen, chinesischen und malaiischen Sitten unterschieden wird, ist der »Kulturschlüssel Vietnam« wesentlich komplexer gehalten.

Hans-Jörg Keller

Kulturschlüssel Vietnam

ISBN 3-19-005309-X

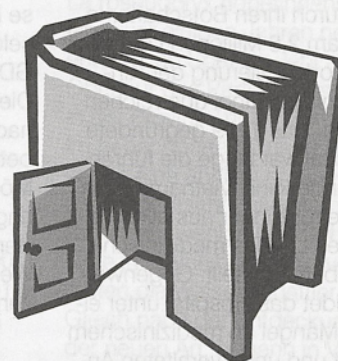
Alice Aarau/JoAnn Craig

Kulturschlüssel Malaysia & Singapur

ISBN 3-19-005297-2.

Jeweils 17,95.- Euro

Der Autor Hans-Jörg Keller, verheiratet mit einer Vietnamesin, hat sich intensiv mit Vietnam auseinandergesetzt. Man merkt ihm seine Liebe zu dem Land an, aber er sieht es nicht nur durch die rosarote Brille. Er ist immer, auch bei kritischen Anmer-



BUCHVORSTELLUNG

kungen, wie zum Beispiel zum Thema Sextourismus, Umweltzerstörung oder vietnamesische Zoos, um Sachlichkeit und Objektivität bemüht.

Keller geht kurz auf den Vietnamkrieg ein und beschreibt ausführlich die Folgen für das Land und die Gesellschaft, die noch bis heute spürbar sind. Er erklärt die Bedeutung der Familie, die Keimzelle in Vietnam. Zudem werden die Rolle der Frauen und Kinder sowie ihre Stellungen innerhalb der Gesellschaft beleuchtet.

Es wird kein relevantes Thema ausgelassen: Politik, Sexualität, AIDS, Jugend, Minderheiten und, für westdeutsche Leser vielleicht neu, die Beziehung zwischen der ehemaligen DDR und Vietnam, woraus sich beispielsweise das Aufkommen des Plattenbaus in Vietnam erklärt.

Beide Bücher sollten bei einer Reise in das jeweilige Land als Ergänzung zum Reiseführer nicht im Gepäck fehlen.

Die Rezensentin ist Lektorin.