

### **3 Empfehlungen und zusammenfassende Diskussion zur Verbesserung der Systemwirksamkeit**

#### **3.1 Empfehlungen zur Verbesserung der Systemwirksamkeit**

Unter der Annahme, dass die definierten Beurteilungskriterien, die sich im Wesentlichen auf nationale Richtlinien beziehen, valide für die Qualitätsbeurteilung des Behandlungsprozesses waren, müssen oben stehende Ergebnisse folgendermaßen zusammengefasst werden: Die Qualität der Gesundheitsdienste war ungenügend und die Systemwirksamkeit des Behandlungsprozesses insgesamt äußerst gering. Zugleich jedoch zeigen die Ergebnisse, dass das Arzneimittelprogramm im Rahmen der Bamako-Initiative erfolgreich eingeführt wurde. Dies gilt auch im Vergleich mit Berichten über ähnliche Programme anderer Länder (Guyon *et al.*, 1994; Adikwu & Osondu, 1991; McPake *et al.*, 1993). Die einzelnen Elemente des Behandlungsprozesses müssen deshalb sowohl einzeln als auch als Teil des Gesamtprozesses diskutiert werden.

Gemeinsam mit Vertretern des Gesundheitsministeriums in Burkina Faso, den verantwortlichen Distriktchefsärzten und der nationalen Fachöffentlichkeit wurden die Ergebnisse in Burkina Faso mehrfach vorgestellt und diskutiert. Dabei wurden folgende Empfehlungen entwickelt (Krause & Heinmüller, 1996; Sauerborn *et al.*, 1997):

- Die Ergebnisse dieser Studien sollten dem Gesundheitspersonal im ländlichen Burkina Faso bekannt gemacht werden.
- Dem Gesundheitspersonal ebenso wie der allgemeinen Bevölkerung ist zu vermitteln, dass die Qualität der Gesundheitsversorgung nicht allein von der technischen Ausstattung der Gesundheitszentren oder den gefüllten Arzneimittelvorräten abhängt.
- Supervisionsschemata müssen entwickelt werden, die auch die diagnostische Qualität in Gesundheitszentren berücksichtigen.
- Maßnahmen zur Qualitätssicherung auf der dezentralen Ebene der Gesundheitszentren sollten eingeführt werden.
- Die Bedeutung der Diagnose in den Ausbildungskurrikula für Pfleger sollte verstärkt werden.

- Die Diagnose- und Therapierichtlinien sind inhaltlich und didaktisch zu überarbeiten. Zu den inhaltlichen Ergänzungen gehört zum Beispiel die Aufnahme zusätzlicher Krankheitsbilder.
- Alle Pfleger sollten Richtlinien erhalten und geschult werden, diese anzuwenden.
- Spezielle Indikationsstellung und Dosierung für Kinder, Schwangere und Stillende müssen vermittelt werden.

Diese und weitere Empfehlungen sollten im Rahmen eines kontinuierlichen Qualitätsmanagement-Konzeptes umgesetzt und evaluiert werden (Doyle *et al.*, 1996; Seidel & McGuinness, 1996; Donabedian, 1968). Eine derartige Herangehensweise scheint vielversprechend, auch wenn sie gerade im Gesundheitswesen in Entwicklungsländern noch nicht etabliert ist (Reerink & Sauerborn, 1996; Reerink, 1989; Hermida, 1994; Eldar, 1989). So konnten Hermida und Kollegen in Ecuador nachweisen, dass sich die typischen WHO-Indikatoren zur Anwendung von Arzneimitteln nach Umsetzung eines Qualitätssicherungsprogramms in 22 Gesundheitszentren signifikant verbesserten (Hermida *et al.*, 1995). Allerdings muss auch bei Qualitätssicherungsprogrammen auf Qualität geachtet werden. Die Evaluierung eines fünfjährigen Qualitätssicherungsprogramms in Zambia ergab zwar, dass die Motivation des Personals verbessert wurde, dass jedoch medizinische Standards nicht ausreichend integriert wurden (Bouchet *et al.*, 2002). Es ist deshalb wichtig, Qualitätssicherungsprogramme so zu gestalten, dass sie sich an technisch-medizinischen Standards orientieren.

### **3.2 Zusammenfassende Diskussion**

Die Gesamtbeurteilung, die sich aus der kombinierten Analyse der Studien ergibt, ist äußerst pessimistisch und tragisch für die zu versorgende Bevölkerung. Denn auch Modifikationen einzelner Prüfkriterien würden zu keinem anderen Ergebnis kommen, als dass über 90% der in den primären Gesundheitsdiensten durchgeführten Behandlungsepisoden nachweisbare und für das Behandlungsergebnis relevante Mängel hatten (siehe Abschnitte 2.2.3, 2.3.3, 2.4.3, 2.5.3 und 2.6.3). Dabei ist das Krankheitsspektrum charakterisiert von kurzlebigen, weitgehend einfach zu behandelnden Infektionskrankheiten (siehe Abschnitt 2.2.3). Die Dramatik der Ergebnisse wird deutlich, wenn man sich vergegenwärtigt, dass der demographische Wandel und die Zunahme der für Industrieländer typischen Risikofaktoren in den meisten afrikanischen Ländern bereits begonnen haben, somit also eine deutliche Änderung des Krankheitsspektrums zu erwarten ist (McLigeyo,

2002; Reddy, 2002; Ezzati *et al.*, 2002). Wenn bereits die weitgehend einfache medikamentöse Behandlung von Infektionskrankheiten derartige Mängel aufweist, wie kann man dann vom selben Versorgungssystem erwarten, dass es die Herausforderungen einer Diabetestherapie oder einer Bluthochdruckprävention bewerkstelligen wird? Bereits hoch qualifizierte Ärzte in Industrieländern mit umfassenden Krankenversicherungssystemen haben Schwierigkeiten, bestehende Richtlinien bei der Betreuung chronisch Kranker umzusetzen (Coste & Venot, 1999; Figueiras *et al.*, 2000; Ren *et al.*, 2002). Entsprechend geringer ist die Erfolgsquote bei Pflägern in Entwicklungsländern mit extrem begrenzten Ressourcen zu erwarten. Es steht also zu befürchten, dass die Wirksamkeit der primären Gesundheitsdienste in der untersuchten Region sich aufgrund dieser neuen Herausforderungen eher noch verschlechtern wird.

Gerade auch die ernüchternden Ergebnisse dieser Studien belegen die Notwendigkeit, Gesundheitsinformationssysteme in Entwicklungsländern aufzubauen, die in der Lage sind, Trends in der Morbidität zu erfassen, Qualitätsdefizite in der Gesundheitsversorgung zu identifizieren und Orientierung für einen effizienten Ressourceneinsatz zu geben. Das hier vorgestellte Verfahren, den gesamten Behandlungsprozess feingliedrig und standardisiert auf Qualität zu untersuchen und dann zusammenhängend zu analysieren, wurde hier erstmalig konsequent umgesetzt. Ähnlich orientierte Ansätze zur Tuberkulosetherapie wurden in den sechziger Jahren erstmalig diskutiert und in den neunziger Jahren weiterentwickelt, allerdings ohne für jedes Element standardisiert erfasste und quantifizierbare Daten zugrunde gelegt zu haben (Waalder & Piot, 1969; Haynes *et al.*, 1997). Tanner und Kollegen haben den dringenden Bedarf für systematische Untersuchungen komplexer Behandlungsprozesse insbesondere in Entwicklungsländern deutlich gemacht und dabei für den Teilaspekt der Malariadiagnostik in Tansania auch detaillierte Daten veröffentlicht (Tanner *et al.*, 1993; Font *et al.*, 2001). Die hier vorliegende Arbeit ist, soweit ausführliche Literaturrecherchen ergaben, weltweit die erste, die derartige Untersuchungen konsequent für alle Elemente so umgesetzt hat, dass diese zusammenhängend analysiert werden können. Die hierfür entwickelte Methodik hat sich bewährt, das Erfassungskonzept könnte demnach in seiner Gesamtheit oder auch in Teilen in anderen Regionen eingesetzt werden.

Wenngleich die hier eingesetzte Methodik recht universell anwendbar ist, können die Ergebnisse der Studien nicht ohne weiteres verallgemeinert werden. Es gibt allerdings keinerlei Hinweise darauf, dass in anderen Regionen des Landes die Situation besser wäre. Eher ist davon auszugehen, dass die untersuchten

Gesundheitszentren im Landesvergleich gut ausgestattet waren, da hier die staatlichen Maßnahmen zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung zuerst eingeführt und wissenschaftlich begleitet wurden (Sauerborn *et al.*, 1997). Bereits zwischen den drei ausgewählten Distrikten zeigen sich in verschiedenen Beurteilungskriterien Differenzen. Die Ergebnisse aus dem Distrikt Tougan sind durchgängig schlechter als die der beiden anderen Distrikte. Eine Erklärung hierfür ist, dass in Tougan das System der essentiellen Arzneimittel zusammen mit den damit verbundenen Schulungen und Supervisionen erst ein Jahr später eingeführt wurde als in den beiden anderen Distrikten. Daneben stehen die schlechteren Ergebnisse in Tougan auch im Einklang mit der Erfahrung des Projektteams, dass die Distriktverwaltung, die medizinischen Supervisionstätigkeiten und der Aufbau kommunal mitfinanzierter Dorfapotheken in Tougan stets schwerfälliger und konfliktreicher verlief als in Solenzo und Nouna. Wenngleich derartige Beobachtungen schwer zu objektivieren sind, machen sie deutlich, wie groß die Unterschiede innerhalb desselben Landes sein können. Umgekehrt spricht es für die Sensitivität der eingesetzten Methoden, dass derartige Unterschiede quantifizierbar ermittelt werden konnten.

Es wird deutlich, dass die Entwicklung eines nachhaltigen Finanzierungssystems sowie einer Qualitätsverbesserung der Gesundheitsversorgung in den ländlichen Regionen vieler Entwicklungsländer eine Herausforderung bleibt (Juncker, 1993; Kroeger, 1994; Sauerborn *et al.*, 1995). Dies deckt sich auch mit Einschätzungen von Sekwat, der in einer umfassenden Übersichtsarbeit unter anderem feststellte, dass das System der Bamako-Initiative allein kaum in der Lage sei, die für eine effektive Gesundheitsversorgung erforderlichen Ressourcen aufzubringen und die erforderliche Versorgungsqualität zu gewährleisten (Sekwat, 2003). Nach Untersuchungen zur Co-Finanzierbarkeit von Gesundheitsdiensten durch Ressourcen der Gemeinde schlussfolgerten Sauerborn und Kollegen entsprechend, dass eine verbesserte Qualität die Bereitschaft zur Co-Finanzierung erhöht, dass umgekehrt eine Co-Finanzierung allein aber kein Mittel zur Verbesserung der Qualität ist (Sauerborn *et al.*, 1994). Hierzu besteht weiterhin dringender Forschungsbedarf, wie Vertreter von Public-Health-Instituten aus 7 Ländern in einem öffentlichen Appell an die Europäische Kommission deutlich machten (Kroeger *et al.*, 2002). Die Bedeutung neuer Entwicklungen im Bereich der Molekularbiologie, Immunologie und Pharmakologie, wie sie zum Beispiel Fleischer zur Kontrolle der Malaria fordert, ist unbestritten (Fleischer, 2002). Ohne eine ebenso intensive Entwicklung von Strategien zum Einsatz dieser Errungenschaften jedoch, drohen diese ihre Wirkung nie entsprechend ihrem Potential entfalten zu können (Utzinger *et al.*,

2002). Dieses Defizit zeichnet sich für viele Krankheiten ab und wurde beispielsweise sehr deutlich anhand einer systematischen Literaturanalyse und eines Erfahrungsberichtes zur Tuberkulose in Pakistan gezeigt, die zu dem Schluss kamen, dass verfügbare Kenntnisse kaum Eingang in Programme zur Tuberkulose fanden bzw. aufgrund der speziellen Situation unter Flüchtlingen nicht finden konnten (Khan *et al.*, 2002, Khan und Laaser, 2002). Auch die eigenen Untersuchungen konnten ja darlegen, dass es in Burkina Faso nicht so sehr an wirksamen Antimalariamitteln fehlt, sondern vielmehr an einer verbesserten Diagnostik und Verordnung. Neben den konkreten Empfehlungen, die sich aufgrund dieser Studie ableiten lassen, ist der Forschungsbedarf hervorzuheben (Krause & Sauerborn, 2000; Kroeger *et al.*, 2002). Die Weiterentwicklung und - wichtiger noch - die konsequente Anwendung der bereits entwickelten Methoden zur systematischen Erfassung und Verbesserung der Qualität in den primären Gesundheitsdiensten müssen im Bereich der Gesundheitssystemforschung und des angewandten Gesundheitsmanagements gefördert werden. Die Erkenntnisse aus der hier dargestellten Arbeit und die hierzu entwickelten Methoden mögen dazu ein Beitrag sein.