

Unite for Action: Der Weg zu einer leprafreien Welt

Lepra ist weit mehr als eine Erzählung aus dem Mittelalter – in vielen Ländern der Welt stellt die Erkrankung bis heute eine drängende Gesundheitsherausforderung dar.

Jährlich werden weltweit rund 200.000 neue Fälle gemeldet,¹ während schätzungsweise zwei bis drei Millionen Menschen mit körperlichen Behinderungen leben, die mit einer Lepra-Erkrankung in Zusammenhang stehen.² Die Krankheitslast wird damit aktuell auf etwa 28.000 Disability-Adjusted Life Years (DALYs) geschätzt.³ Diese gängige Messgröße spiegelt jedoch nur einen Bruchteil der erlebten Belastung wider, da sie lediglich die Zahl der jährlichen Neuerkrankungen und den Anteil der Betroffenen mit sichtbaren „Grad-2“-Behinderungen berücksichtigt.⁴ Neben einer Vielzahl weiterer körperlicher Symptome und Folgeerkrankungen äußern sich die leprabedingten Belastungen jedoch auch in Form von Stigmatisierung, Diskriminierung und sozialer Ausgrenzung, welche wiederum zu psychischen Erkrankungen wie Depressionen oder Angststörungen führen können.⁴ Hinzu kommt, dass die Erkrankung und ihre Folgen nicht nur die (ehemals) Erkrankten selbst betreffen, sondern auch eine erhebliche physische, psychische und sozioökonomische Belastung für ihre Familien und Gemeinschaften darstellen.⁴ Die tatsächliche Krankheitslast ist also noch weitaus größer als durch DALYs oder ähnliche Quantifizierungen abbildbar.

Gleichwohl wurden die Erkrankung und die von ihr betroffenen Menschen seit jeher von Gesundheitssystemen und der Wissenschaft vernachlässigt. Um dem entgegenzuwirken, wird seit 1954 jährlich am letzten Sonntag im Januar der Welt-Lepra-Tag begangen. Das diesjährige Motto „**Unite for Action: End Leprosy Now**“ ist ein dringender Aufruf zum Handeln und knüpft damit an die globale Lepra-Strategie „Towards Zero Leprosy“ (2021–2030) an. Ziel dieser Strategie ist die Lepra-Eliminierung im Sinne einer Unterbrechung der Übertragung.⁵ Sie ist damit ein wichtiger Schritt in Richtung der Ver-

wirklichung der globalen Ziele für nachhaltige Entwicklung (Sustainable Development Goals, SDGs) – insbesondere Ziel 3 „Gesundheit und Wohlergehen“, das explizit die Beendigung vernachlässigter Tropenerkrankungen wie Lepra bis 2030 fordert.⁶

Um die tatsächliche und erlebte Erkrankungslast nachhaltiger und umfassender zu verringern und dabei dem Versprechen der SDGs, niemanden zurückzulassen, nachzukommen, reicht es im Kontext von Lepra jedoch nicht aus, lediglich die Übertragung zu unterbrechen. Vielmehr ist ein holistischer Ansatz erforderlich, der allen Dimensionen der „Zero-Leprosy-Vision“ – „Zero Leprosy – Zero Disability – Zero Stigma and Discrimination“ –⁵ gerecht wird und die allzu oft vernachlässigten psychosozialen Aspekte in den Fokus rückt.

Lepra: Eine Erkrankung an der Schnittstelle von Biologie und sozialer Ungleichheit

Die Ätiologie der Lepra ist bereits lange bekannt: Es handelt sich um eine chronische Infektionserkrankung, die durch die Bakterien *Mycobacterium leprae* und in einigen Fällen *Mycobacterium lepromatosis* hervorgerufen wird.^{7,8} Sie befällt hauptsächlich die Haut und die peripheren Nerven, was zu Hypopigmentierungen und Sensibilitätsstörungen führen kann.⁹ Um die Ursachen und Folgen der Lepra vollständig zu erfassen, ist jedoch eine Betrachtung sozialer Determinanten von Gesundheit sowie struktureller Ungleichheiten nötig, denn das Auftreten der Lepra ist regelhaft mit Armut und politischer sowie sozialer Vernachlässigung assoziiert.

Dies spielt bereits für das Übertragungsrisiko eine Rolle: Aufgrund der geringen Kontagiosität erfolgt die Übertragung in der Regel nur bei langfristigem engem Kontakt. Menschen, die in (armutsbedingt) beengten Wohnverhältnissen leben, sind daher einem höheren Risiko ausgesetzt.¹⁰ Auch die Wahrscheinlichkeit eines Krankheitsausbruchs ist für von Armut betroffene Menschen erhöht, da diese

maßgeblich vom Immunstatus abhängt. Der wiederum ist bei chronischer Unter- oder Mangelernährung und eingeschränktem Zugang zu sauberem Wasser und angemessenen sanitären Einrichtungen oft geschwächt.¹⁰

Einmal erkrankt, kann Lepra mit einer sechs- bis zwölfmonatigen Multidrug-Therapie (MDT) geheilt werden.¹¹ Auch hier behindern strukturelle und soziale Determinanten jedoch erheblich die frühzeitige Diagnose und Behandlung: Eine gemeinde-nahe primäre Gesundheitsversorgung, die für Aufklärungsmaßnahmen und Früherkennung von entscheidender Bedeutung ist, ist in vielen Regionen unzureichend. Zudem ist der Zugang zu spezialisierten Gesundheitsdiensten für die Behandlung der Lepra und ihrer Folgeerkrankungen für Mitglieder marginalisierter, armutsbetroffener Gemeinschaften aufgrund finanzieller Hürden, begrenzter Verfügbarkeit oder Erreichbarkeit oft nicht gegeben.¹² Die mit Lepra verbundene Stigmatisierung erschwert die Situation zusätzlich, da viele von Lepra betroffene Menschen aus Scham keine medizinische Hilfe in Anspruch nehmen oder infolge sozialer und struktureller Diskriminierung davon abgehalten werden.¹³

Ohne rechtzeitige Behandlung schreitet die Erkrankung fort und kann irreversible körperliche Behinderungen verursachen.¹⁴ Diese verschärfen die Stigmatisierung und häufig kommt es zu sozialer und wirtschaftlicher Ausgrenzung, z. B. verlieren Betroffene nicht selten ihre Arbeit, wodurch sie noch tiefer in eine Armutsspirale gedrängt werden.¹⁴

Psychische Belastungen und mentale Gesundheit: Die oft vernachlässigte Dimension der Lepra

Neben den sozioökonomischen Herausforderungen führt Lepra auch zu einer erheblichen emotionalen und mentalen Belastung.⁴ Auf globaler Ebene gibt es zwar kaum verlässliche Daten zur Häufigkeit und Vorkommen psychischer (Folge-)Erkrankungen bei von Lepra Betroffenen, einzelne nationale Erhebungen deuten jedoch auf eine überdurchschnittlich hohe Prävalenz hin. So ergab beispielsweise eine Studie in Bangalore, Indien bei von Lepra betroffenen Befragten einen Durchschnittswert von 5,43 auf

dem General Health Questionnaire (GHQ-12), einem Screening-Instrument zur Erkennung leichter psychischer Störungen – wobei Werte über 2 auf eine psychische Erkrankung hinweisen.¹⁵ In ähnlicher Weise stellten Bhatia et al.¹⁶ in Delhi, Indien fest, dass 44,4 % der von Lepra betroffenen Studienteilnehmenden psychische Erkrankungen hatten, verglichen mit nur 7,5 % in der Kontrollgruppe.

Diese hohe Prävalenz ist erschreckend, kann jedoch kaum überraschen, denn Lepra hat tiefgreifende Auswirkungen auf das emotionale Wohlbefinden der Betroffenen.⁴ Sie erleben oft eine Vielzahl negativer Gefühle, die ihre Lebensqualität stark beeinträchtigen können. Dazu gehören vor allem Ängste vor den körperlichen Folgen der Erkrankung.¹⁷ Hinzu kommt die Sorge, die eigene Familie oder andere nahestehende Menschen anzustecken.¹⁸ Ein weiteres eng damit verknüpftes Gefühl ist Scham, die vor allem durch die körperlichen Behinderungen und das damit verbundene Stigma bedingt ist.¹⁴ In manchen Kulturen wird die Erkrankung mit negativen Vorstellungen wie „schlechtem Karma“ oder moralischem Versagen in Verbindung gebracht, was das Schamgefühl weiter verstärken kann.^{18,19} Dies, gepaart mit der Angst, von der Gemeinschaft abgelehnt zu werden, führt oft zu Isolation und dem Vermeiden sozialer Kontakte. An dieser Stelle ist es enorm wichtig, die Dimensionen struktureller Diskriminierung hervorzuheben. Besonders bestürzend ist, dass in über 20 Ländern auch heute noch insgesamt mehr als 120 diskriminierende Gesetze in Kraft sind.²⁰ In Niger beispielsweise werden Kinder, bei denen Lepra diagnostiziert wurde, für ein Jahr vom Schulunterricht ausgeschlossen. In Singapur dürfen Personen, die von Lepra betroffen sind, nicht mit dem Zug reisen und in Indien stellt eine Lepraerkrankung einen gesetzlich verankerten Scheidungsgrund dar.²⁰ Die Folgen sind entsprechend weitreichend und Gefühle von Angst und Scham nur allzu verständlich. Viele Betroffene ziehen sich vollständig zurück, vermeiden Gespräche über ihre Erkrankung und leiden unter Einsamkeit und einem geringen Selbstwertgefühl.¹⁹

Diese negativen Gefühle können bis zur Entwicklung von manifesten psychischen Erkrankungen führen.⁴ Depression ist dabei die am häufigsten diagnostizierte psychische Erkrankung bei von

Lepra betroffenen Menschen,²¹ wobei die Prävalenz je nach Region stark variiert. Während in Westkenia eine Prävalenz von 49,4 % festgestellt wurde,²² lag sie in Mumbai, Indien sogar bei 71%.²³ An zweiter Stelle werden bei 10–20 % der Betroffenen Angststörungen diagnostiziert. Dazu gehören generalisierte Angststörungen, Panikstörungen und soziale Phobien.⁴ Besonders alarmierend sind die hohen Raten von Suizidgedanken und -versuchen: Studien zufolge hat bis zu ein Drittel der von Lepra Betroffenen in Indien bereits an Suizid gedacht.²⁴

Trotz der erheblichen Belastung durch psychische Erkrankungen bleiben diese oft unbeachtet und die Versorgungslage ist vielerorts unzureichend. Dies ist zum Teil auf ein mangelndes Bewusstsein von politischen Entscheidungsträgern und Gesundheitsdienstleistern für die Bedeutung mentaler Gesundheit zurückzuführen. Historisch bedingt liegt der Schwerpunkt vieler Programme auf biomedizinischen Aspekten, wodurch die psychosozialen Bedürfnisse in der Programmplanung und der Mittelzuweisung häufig vernachlässigt werden.²⁵ Hinzu kommen Kürzungen im Sozial- und Gesundheitssektor durch Strukturanpassungsprogramme, die sich in vielen Ländern, in denen Lepra endemisch ist, in negativer Weise auf finanzielle sowie personelle Ressourcen ausgewirkt haben.²⁵ In Nigeria beispielsweise kommt Schätzungen zufolge eine Psychiaterin/ein Psychiater auf eine Million Einwohner*innen.²⁶ Diese sind hauptsächlich in städtischen Gebieten ansässig, sodass die ländliche Bevölkerung kaum Zugang zu einer entsprechenden Versorgung hat.²⁶ Soziokulturelle Faktoren verschärfen die Situation, da psychische Erkrankungen in vielen Gesellschaften stigmatisiert oder tabuisiert werden. Im Fall von Lepra ist die Situation besonders komplex: Die intersektionale Diskriminierung von Armut, Lepra und psychischen Erkrankungen erschwert den Zugang zu bestehenden Versorgungsstrukturen erheblich.

Gemeindenah und ganzheitliche Ansätze: Schlüssel zur Förderung der mentalen Gesundheit bei Lepra

Erfreulicherweise rückt die mentale Gesundheit zunehmend in den Fokus der Lepra-Forschung. Dies hat bei einigen Nationalprogrammen bereits zu

spürbar mehr Sensibilität für Herausforderungen rund um das Thema mentale Gesundheit geführt. Was nun besonders dringend benötigt wird, sind evidenzbasierte Ansätze, die eine gemeindenah zugängliche, adäquate und umfassende Versorgung gewährleisten können. Dabei sollte bei der Skalierung erfolgsversprechender Pilotprojekte stets darauf geachtet werden, Diagnosekriterien und Behandlungsmethoden an den lokalen Kontext anzupassen. Damit dies erfolgreich sein kann, ist die Zusammenarbeit mit lokalen Verbänden und Betroffenen-Organisationen essenziell.

Noch ist die Evidenzbasis begrenzt, doch einige Interventionen haben positive Ergebnisse gezeigt.²⁷ Dazu gehören Bildungsmaßnahmen wie die von Mardhiyah²⁸ sowie Ahmed und Mohamed,²⁹ bei denen ein tieferes Verständnis der Erkrankung zu einem verbesserten psychischen Wohlbefinden und einer Reduktion der Stigmatisierungserfahrungen führte. Auch etablierte Verfahren der kognitiven Verhaltenstherapie konnten erfolgreich Depressionen und Angststörungen verringern und die Lebensqualität der Betroffenen erheblich verbessern.³⁰

Ganzheitliche gemeindebasierte Versorgungsmodelle sind jedoch besonders vielversprechend, wie in einer Studie im Nordwesten Nigerias³¹ betont wird. Sie basieren oft auf Selbsthilfegruppen (SHG), deren Teilnahme wirksam die Selbstakzeptanz fördert und verinnerlichtes Stigma reduziert.^{32,33} Da SHG oft von Laien- oder ehrenamtlichen Beraterinnen und Beratern geleitet werden, schaffen sie außerdem wichtige Begegnungen zwischen der Gemeinschaft und den Betroffenen, was öffentliches Stigma abbaut und Inklusion fördert.²⁷ Der Einsatz von Laienberaterinnen und -beratern hat sich dabei als ebenso effektiv wie der Einsatz von Fachpersonal erwiesen, insbesondere bei der Behandlung mittelschwerer bis schwerer Depressionen.³⁴ Darüber hinaus sind diese Modelle deutlich kostengünstiger, was sie in ressourcenarmen Umgebungen besonders praktikabel macht.³⁴

Ganzheitliche, gemeindebasierte Versorgungsmodelle sind daher in der Tat vielversprechend – sie tragen den Herausforderungen begrenzter finanzieller und personeller Ressourcen sowie den eng verflochtenen sozialen Determinanten von Lepra

und psychischer Gesundheit Rechnung. Ein wichtiger Faktor für den Erfolg und die Nachhaltigkeit ist dabei die Einbeziehung der von Lepra betroffenen Menschen in jeden Schritt der Planung und Durchführung eines solchen Ansatzes, sei es als Bezugsperson oder als Beratende. Die Inspiration und Stärke, die von ihnen ausgeht, ermutigt die Hilfesuchenden und stärkt ihren Glauben an sich selbst und die Wirksamkeit der Intervention. Auf diese Weise können von Lepra Betroffene zu Akteuren des Wandels auf lokaler Ebene und durch Lobbyarbeit auf nationaler Ebene werden.

Unite for Action: Der Weg zu einer gerechteren Welt

Lepra ist mehr als eine Hauterkrankung und macht mehr als nur eine einseitige medizinische Betrachtung erforderlich. Zwar sind alle Instrumente verfügbar, die zur Unterbrechung der Übertragung benötigt werden,⁵ die Vision der Zero-Leprosy-Strategie kann jedoch nur verwirklicht werden, wenn neben den biomedizinisch-epidemiologischen Aspekten auch die *vernachlässigten* Aspekte dieser *vernachlässigten* Erkrankung beachtet werden.

Es bedarf eines *ganzheitlichen* Ansatzes, der bei Armutsbekämpfung ansetzt und die Verbesserung der Zugänge zur Gesundheitsversorgung sowie zu Wasser und Sanitäreinrichtungen umfasst. Es bedarf eines *gemeindebasierten* Ansatzes, der Stigmatisierung abbaut und psychosoziale Unterstützung bereitstellt. Es bedarf eines *inkluisiven* Ansatzes, bei

dem die von Lepra betroffenen Menschen im Mittelpunkt stehen. Die Stärkung von Betroffenenorganisationen und ihrer Funktion als Akteure des Wandels ist dabei von besonderer Relevanz, denn ergänzend sollten Maßnahmen ergriffen werden, um fortbestehende Diskriminierungsstrukturen abzubauen.

Nur wenn es gelingt, die miteinander verwobenen Fäden von politischen, ökonomischen, soziokulturellen und medizinischen Aspekten der Lepra zu durchtrennen, können wir hoffen, „Zero Leprosy – Zero Disability – Zero Stigma and Discrimination“ zu erreichen.

Das Motto des diesjährigen Welt-Lepra-Tages „Unite for Action: End Leprosy Now“ sollte also unbedingt als Aufruf zum gemeinschaftlichen, sektorübergreifenden und inklusiven Handeln verstanden werden. Regierungen und andere Entscheidungsträger sind aufgerufen, sich solidarisch mit den von Lepra betroffenen Menschen zu zeigen und sie als zentrale Akteure anzuerkennen. So können wir eine Welt schaffen, in der niemand an Lepra und anderen armutsassoziierten Krankheiten sowie deren physischen, psychischen und sozialen Folgen leiden muss. Darüber hinaus tragen wir so zur Erreichung anderer globaler Ziele für nachhaltige Entwicklung bei, wie beispielsweise zur Linderung von Armut (SDG 1) und zum Abbau von Ungleichheiten (SDG 10) – und damit zu einer Welt, die Hoffnung auf eine gerechtere Zukunft für alle bietet.

Literatur

- 1 World Health Organization. Global leprosy (Hansen disease) update, 2023: Elimination of leprosy disease is possible – Time to act!. 2024.
- 2 Said AH, Mwanga H, Hussein AK. Trends in case detection rate for leprosy and factors associated with disability among registered patients in Zanzibar, 2018–2021. *Bulletin of the National Research Centre*. 2024;48(1):98.
- 3 World Health Organization. Global Health Estimates 2021: Disease burden by Cause A, Sex, by Country and by Region, 2000–2021. Geneva: World Health Organization; 2024.
- 4 Somar P, Waltz M, Van Brakel W. The impact of leprosy on the mental wellbeing of leprosy-affected persons and their family members – a systematic review. *Global Mental Health*. 2020;7:e15.
- 5 World Health Organization. Towards zero leprosy: global Leprosy (Hansen’s disease) Strategy 2021–2030. Geneva: World Health Organization; 2021.
- 6 World Health Organization. Ending the neglect to attain the Sustainable Development Goals: a road map for neglected tropical diseases 2021–2030. Geneva: World Health Organization; 2020.
- 7 Deps P, Collin SM. *Mycobacterium lepromatosis* as a Second Agent of Hansen’s Disease. *Frontiers in Microbiology*. 2021;12:698588.
- 8 Han XY, Seo Y-H, Sizer KC, Schoberle T, May GS, Spencer JS, et al. A new *Mycobacterium* species causing diffuse lepromatous leprosy. *American journal of clinical pathology*. 2008;130(6):856-64.
- 9 Alrehaili J. Leprosy classification, clinical features, epidemiology, and host immunological responses: Failure of eradication in 2023. *Cureus*. 2023;15(9).
- 10 Pescarini JM, Strina A, Nery JS, Skalinski LM, Andrade KVFD, Penna MLF, et al. Socioeconomic risk markers of leprosy in high-burden countries: A systematic review and meta-analysis. *PLoS neglected tropical diseases*. 2018;12(7):e0006622.
- 11 Kar HK, Gupta R. Treatment of leprosy. *Clinics in dermatology*. 2015;33(1):55-65.
- 12 Abdul Rahman N, Rajaratnam V, Burchell GL, Peters RM, Zweckhorst MB. Experiences of living with leprosy: A systematic review and qualitative evidence synthesis. *PLoS neglected tropical diseases*. 2022;16(10):e0010761.
- 13 Sermrittirong S, Van Brakel WH. Stigma in leprosy: concepts, causes and determinants. *Leprosy review*. 2014;85(1):36-47.
- 14 Van Brakel WH, Sihombing B, Djarir H, Beise K, Kusumawardhani L, Yulihane R, et al. Disability in people affected by leprosy: the role of impairment, activity, social participation, stigma and discrimination. *Global health action*. 2012;5(1):18394.
- 15 Bharath S, Shamasundar C, Raghuram R, Subbakrishna D. Correlates of psychiatric morbidity in patients with leprosy. *Indian journal of leprosy*. 2001;73(3):217-28.
- 16 Bhatia M, Chandra R, Bhattacharya S, Imran M. Psychiatric morbidity and pattern of dysfunctions in patients with leprosy. *Indian Journal of Dermatology*. 2006;51(1):23-5.
- 17 Garbin CAS, Garbin AJÍ, Carloni MEOG, Rovida TAS, Martins RJ. The stigma and prejudice of leprosy: influence on the human condition. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*. 2015;48:194-201.
- 18 Kaur H, Ramesh V. Social problems of women leprosy patients--a study conducted at 2 urban leprosy centres in Delhi. *Leprosy Review*. 1994;65(4):361-75.
- 19 Pelizzari VDZV, Arruda GO, Marcon SS, Fernandes CAM. Perceptions of people with leprosy about disease and treatment. *Rev Rene*. 2016;17(4):466-74.
- 20 ILEP. Discriminatory laws [Internet]. Geneva: International Federation of Anti-Leprosy Associations; [cited 2025 Jan 4]. Available from: <https://ilep-federation.org/discriminatory-laws/>.
- 21 Govindasamy K, Jacob I, Solomon RM, Darlong J. Burden of depression and anxiety among leprosy affected and associated factors – a cross sectional study from India. *PLoS neglected tropical diseases*. 2021;15(1):e0009030.
- 22 Kisivuli A, Othieno C, Mburu J, Kathuku D, Obondo A, Nasokho P. Psychiatric morbidity among leprosy patients in Teso and Busia districts of Western Kenya. *East African medical journal*. 2005;82(9).
- 23 Weiss MG, Doongaji DR, Siddhartha S, Wypij D, Pathare S, Bhatawdekar M, et al. The explanatory model interview catalogue (EMIC). *The British Journal of Psychiatry*. 1992;160(6):819-30.
- 24 Bharath S, Shamasundar C, Raghuram R, Subbakrishna D. Psychiatric morbidity in leprosy and psoriasis--a comparative study. *Indian journal of leprosy*. 1997;69(4):341-6.

- 25 Fastenau A. Neglect of mental health issues and lack of integration of psychosocial interventions in Zero Leprosy Roadmaps: A critical oversight. *PLOS Mental Health*. 2024;1(4):e0000140.
- 26 Esan O, Abdumalik J, Eaton J, Kola L, Fadahunsi W, Gureje O. Global mental health reforms: mental health care in anglophone West Africa. *Psychiatric Services*. 2014;65(9):1084-7.
- 27 Bonkass A-K, Fastenau A, Stuetzle S, Boeckmann M, Nadiruzzaman M. Psychosocial interventions for persons affected by Leprosy: A systematic review. *PLoS Mental Health*. 2024;1(3):e0000091.
- 28 Mardhiyah SA. Psychoeducational intervention for improving mental health of leprosy patients. *Social Determinants of Health*. 2019;5(2):68-85.
- 29 Ahmed AL, Mohamed NA. Effect of Educational Program on Health Consequences of Patients with Leprosy. *Evidence-Based Nursing Research*. 2021;3(3):12-.
- 30 Rahmawati I, Yuniarti EV. The influence of cognitive behaviour therapy to decrease the level of depression for leprosy sufferer. *INTERNATIONAL JOURNAL OF NURSING AND MIDWIFERY SCIENCE (IJNMS)*. 2017;1(1):69-73.
- 31 Bakare A, Yusuf A, Habib Z, Obembe A. Anxiety and depression: a study of people with leprosy In Sokoto, NorthWestern Nigeria. *Journal of Psychiatry S*. 2015;1:2-7.
- 32 Lusli M, Peters R, van Brakel W, Zweekhorst M, Iancu S, Bunders J, et al. The impact of a rights-based counselling intervention to reduce stigma in people affected by leprosy in Indonesia. *PLoS neglected tropical diseases*. 2016;10(12):e0005088.
- 33 Jay S, Winterburn M, Choudhary R, Jha K, Sah AK, O'Connell BH, et al. From social curse to social cure: A self-help group community intervention for people affected by leprosy in Nepal. *Journal of Community & Applied Social Psychology*. 2021;31(3):276-87.
- 34 Patel V, Weobong B, Nadkarni A, Weiss HA, Anand A, Naik S, et al. The effectiveness and cost-effectiveness of lay counsellor-delivered psychological treatments for harmful and dependent drinking and moderate to severe depression in primary care in India: PREMIUM study protocol for randomized controlled trials. *Trials*. 2014;15:1-14.

Autorinnen und Autoren

Felicitas Schwermann | Anil Fastenau | Constanze Vettel | Dr. Christa Kasang | Dr. Saskia Kreibich

DAHW Deutsche Lepra- und Tuberkulosehilfe e.V.

Korrespondenz: Felicitas.Schwermann@DAHW.de

Vorgeschlagene Zitierweise

Schwermann F, Fastenau A, Vettel C, Kasang C, Kreibich S: Unite for Action: Der Weg zu einer lepra-freien Welt

Epid Bull 2025;3:3-8 | DOI 10.25646/12976

Interessenkonflikt

Die Autorinnen und Autoren geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.