



Weltgesundheitsorganisation

REGIONALBÜRO FÜR Europa

REGIONALKOMITEE FÜR EUROPA
66. TAGUNG

Kopenhagen (Dänemark), 12.–15. September 2016

Aktionsplan für Maßnahmen des Gesundheitswesens gegen Virushepatitis in der Europäischen Region der WHO



© iStock/Todor Tsvetkov



Arbeitsdokument



Regionalkomitee für Europa

66. Tagung

Kopenhagen, 12.–15. September 2016

Punkt 5 e) der vorläufigen Tagesordnung

EUR/RC66/10

+EUR/RC66/Conf.Doc./6

1. August 2016

160555

ORIGINAL: ENGLISCH

Aktionsplan für Maßnahmen des Gesundheitswesens gegen Virushepatitis in der Europäischen Region der WHO

Virushepatitis stellt weltweit eine Bedrohung für die öffentliche Gesundheit dar, der bis in jüngste Zeit nicht genügend Aufmerksamkeit gewidmet wurde. In der Europäischen Region der WHO sterben jedes Jahr schätzungsweise 171 000 Menschen aufgrund von durch Virushepatitis bedingten Ursachen, gewöhnlich an Spätfolgen von chronischer Hepatitis B oder Hepatitis C. Schätzungen zufolge leben in der Europäischen Region über 13 Mio. Menschen mit einer chronischen Hepatitis-B-Virusinfektion (HBV-Infektion) und über 15 Mio. mit einer chronischen Hepatitis-C-Virusinfektion (HCV-Infektion).

Dies ist der erste Aktionsplan für Maßnahmen des Gesundheitswesens gegen Virushepatitis in der Europäischen Region der WHO. Er ist mit der Agenda 2030 für nachhaltige Entwicklung und mit „Gesundheit 2020“, dem Rahmenkonzept der Europäischen Region für Gesundheit und Wohlbefinden, abgestimmt. Er ist auf alle fünf Hepatitisviren ausgerichtet, allerdings mit Schwerpunktlegung auf HBV und HCV, und dient der Anpassung der im Mai 2016 von der 69. Weltgesundheitsversammlung angenommenen Globalen Strategie für das Gesundheitswesen zur Bekämpfung der Virushepatitis (2016–2021) an die politischen, wirtschaftlichen und epidemiologischen Rahmenbedingungen in der Europäischen Region.

Das übergeordnete Ziel des Aktionsplans ist die Eliminierung der Virushepatitis als eine Bedrohung der öffentlichen Gesundheit in der Europäischen Region der WHO bis 2030 durch die Verringerung der Morbidität und der Mortalität aufgrund der Virushepatitis und ihrer Komplikationen sowie die Gewährleistung des chancengleichen Zugangs zu empfohlenen Präventions-, Untersuchungs-, Versorgungs- und Behandlungsleistungen für alle. Dies wird koordinierte, umfassende und integrierte Maßnahmen des Gesundheitssystems erfordern, einschließlich nationaler Planungsmaßnahmen, die auf strategischen Informationen begründet sind und auf der Grundlage der örtlichen Gegebenheiten, einer verstärkten Bewusstseinsbildung, der Prävention der Übertragung sowie eines verbesserten Zugangs zu Diagnose, Behandlung und Versorgung von Virushepatitis erfolgen. Dabei ist Chancengleichheit ein entscheidendes Gebot, und die am meisten betroffenen Gruppen sowie Personen mit dem höchsten Risiko einer Infektion mit Virushepatitis erfordern besondere Aufmerksamkeit.

Der Aktionsplan umfasst Etappenziele und Zielvorgaben für die Europäische Region über das gesamte Leistungsspektrum in Bezug auf Virushepatitis und schlägt vorrangige Maßnahmen für die Mitgliedstaaten vor, die von unterstützenden Maßnahmen der WHO in fünf strategischen Stoßrichtungen begleitet werden: Informationen für zielgerichtetes Handeln; Interventionen für die Erzielung von Wirkung; Leistungserbringung für mehr Chancengleichheit; Finanzierung für mehr Nachhaltigkeit; und Innovation zwecks Beschleunigung.

Der Aktionsplan wurde in einem regionsweiten partizipatorischen Prozess entwickelt und nach Erörterung und Stellungnahme durch den Dreiundzwanzigsten Ständigen Ausschuss des Regionalkomitees für Europa fertig gestellt.

Das vorliegende Dokument enthält eine Zusammenfassung des Aktionsplans und wird zusammen mit einer begleitenden Resolution der 66. Tagung des Regionalkomitees zur Prüfung vorgelegt. Der vollständige Aktionsplan ist als Hintergrunddokument verfügbar.

Inhalt

	Seite
Einführung	4
Zweck	6
Ausarbeitung.....	6
Zukunftsvision, Zielsetzung und Zielvorgaben	7
Strategische Stoßrichtungen und vorrangige Maßnahmen	8
Strategische Stoßrichtung 1: Informationen für zielgerichtetes Handeln	9
1.1 Daten für fundierte Entscheidungen	9
1.2 Evidenzbasierte Planung in den Ländern	10
Strategische Stoßrichtung 2: Interventionen für die Erzielung von Wirkung	11
Prävention	11
2.1 Prävention: Impfmaßnahmen, einschließlich Prävention der Mutter- Kind-Übertragung von HBV	12
2.2 Prävention: Sicherheit von Blutprodukten und Injektionen (innerhalb und außerhalb von Gesundheitseinrichtungen)	12
2.3 Prävention der HBV- und HCV-Übertragung im Zusammenhang mit injizierendem Drogenkonsum	13
2.4 Prävention der sexuellen Übertragung von Virushepatitis und anderen sexuell übertragbaren Infektionen	13
2.5 Prävention: Sicherstellung der Lebensmittel- und Trinkwassersicherheit	14
Tests und Therapien	14
2.6 Tests: Diagnose von Hepatitisinfektionen	14
2.7 Verbesserung der Versorgung und Behandlung chronischer Hepatitis	15
Strategische Stoßrichtung 3: Leistungserbringung für mehr Chancengleichheit	15
Strategische Stoßrichtung 4: Finanzierung für mehr Nachhaltigkeit.....	16
Strategische Stoßrichtung 5: Innovation zwecks Beschleunigung – Ausblick auf die Zukunft.....	17
Umsetzung des Aktionsplans: Partnerschaften, Überwachung und Evaluation.....	18
Erfolgskontrolle und Evaluation.....	18
Quellenangaben	19
Anhang: Vorgeschlagene Zielvorgaben und Etappenziele.....	21

Einführung

1. Virushepatitis gehört weltweit zu den führenden Todesursachen, hat aber bis in jüngste Zeit nicht genügend Aufmerksamkeit als Priorität im Bereich der öffentlichen Gesundheit erhalten. In der Europäischen Region der WHO sterben nach Schätzungen jährlich etwa 171 000 Menschen an den Folgen einer Virushepatitis (ca. 2% aller Todesfälle); das sind über 400 Todesfälle pro Tag (1). Ungefähr 98% dieser Todesfälle beruhen auf Spätfolgen chronischer Infektionen mit Hepatitis-B- und Hepatitis-C-Viren (schätzungsweise 56 000 bzw. 112 500 Todesfälle im Jahr 2013), die übrigen sind durch akute Infektionen mit Virushepatitis bedingt. Nach Schätzungen leben über 13 Mio. Menschen in der Europäischen Region mit einer Hepatitis-B-Infektion (HBV-Infektion) und über 15 Mio. mit einer chronischen Hepatitis-C-Infektion (HCV-Infektion) (2).

2. Es gibt fünf Haupterregerstämme der Virushepatitis: Typ A (HAV), Typ B (HBV), Typ C (HCV), Typ D (HDV) und Typ E (HEV). Sie unterscheiden sich voneinander in Bezug auf ihre Übertragungswege, die betroffenen Bevölkerungsgruppen, die geografische Verteilung und die sozioökonomischen Rahmenbedingungen ihres Auftretens und haben jeweils unterschiedliche gesundheitliche Folgen. HAV und HEV stehen in Zusammenhang mit der Übertragung durch Lebensmittel oder Wasser und bleiben gewöhnlich ohne pathologische Langzeitbefunde. HBV, HCV und HDV sind durch Blut übertragene Infektionen mit einem hohen Risiko der Übertragung durch unsichere Injektionen und andere medizinische Praktiken, sexuellen Kontakt und die gemeinsame Benutzung von Bestecken für Injektionsdrogen. Zusätzlich kann es bei HBV zu einer Mutter-Kind-Übertragung und einer horizontalen Übertragung durch Haushaltskontakte im frühen Kindesalter kommen. HBV, HCV und HDV führen häufig zu chronischen Infektionen, die jahrzehntelang unentdeckt bleiben und zu Leberzirrhose und Leberkrebs führen können.

3. Die Epidemiologie der Virushepatitis und die von ihr ausgehende Last sind in der Region nicht einheitlich verteilt: Die Prävalenz chronischer Hepatitis B und C in der Allgemeinbevölkerung ist in Nordeuropa sehr niedrig, in vielen Ländern Süd- und Osteuropas sowie Zentralasiens dagegen hoch. Zusätzlich zu diesen geografischen Schwankungen können bestimmte Bevölkerungsgruppen von Virushepatitis stärker betroffen sein oder zumindest ein höheres Infektionsrisiko aufweisen.¹

4. In manchen Mitgliedstaaten wurden Fortschritte bei der Förderung eines verstärkten Engagements der Politik zur Bekämpfung der Virushepatitis erzielt, wie aus der zunehmenden Ausarbeitung nationaler Strategien und Aktionspläne zur Prävention und Bekämpfung der Hepatitis in jüngster Zeit ersichtlich ist. Andererseits haben viele

¹ **Am stärksten betroffene und gefährdete Bevölkerungsgruppen.** Jedes Land sollte die Bevölkerungsgruppen bestimmen, die innerhalb seiner Grenzen am häufigsten von Virushepatitis betroffen sind, und bei Gegenmaßnahmen sollte der epidemiologische und soziale Kontext berücksichtigt werden. Diese Gruppen können sich je nach den örtlichen Gegebenheiten unterscheiden, dürften jedoch meist folgende einschließen: a) Personen, die durch unsichere Blutvorräte sowie unsichere medizinische Injektionen und Verfahren einer Exposition gegenüber Virushepatitis ausgesetzt waren; b) Transgender und Männer mit gleichgeschlechtlichen Sexualkontakten; c) Prostituierte; d) Häftlinge; e) injizierende Drogenkonsumenten; f) mobile Bevölkerungsgruppen sowie von Konflikten und Unruhen betroffene Personen. Zu den Gruppen, denen besondere Aufmerksamkeit gewidmet werden muss, zählen Personen mit folgenden Koinfektionen: Hepatitis B und C gleichzeitig; Virushepatitis und Tuberkulose; sowie HIV und Virushepatitis (3).

Länder die Virushepatitis noch nicht als Gefahr für die öffentliche Gesundheit erkannt und verfügen nicht über nationale Strategien und Aktionspläne mit ausreichender Finanzierung.

5. In vielen Mitgliedstaaten gibt es bei der Überwachung von Infektionen mit Virushepatitis noch erhebliche Lücken, und es fehlt vor allem an Informationen über die verursachte Krankheitslast; Probleme gibt es auch weiterhin bei der Sicherstellung hochwertiger, validierter Nachweisverfahren. Deshalb sind die epidemiologischen Ausgangswerte unzureichend, was konkrete und gezielte Gegenmaßnahmen erschwert.

6. Bisher haben 47 Mitgliedstaaten in der Europäischen Region (87%) mit Erfolg universelle Impfprogramme für Kinder gegen HBV eingeführt. Die Mehrzahl von ihnen hat eine Durchimpfung von 90% oder mehr mit drei Dosen des HBV-Impfstoffs erreicht. Die übrigen sechs Mitgliedstaaten mit sehr niedriger Endemizität der Hepatitis B führen keine allgemeine Impfung durch und setzen stattdessen auf die selektive Immunisierung von Personen mit erhöhtem Risiko einer HBV-Infektion.

7. Alle Mitgliedstaaten setzen Strategien zur Prävention der perinatalen Übertragung von HBV um, entweder durch die allgemeine Impfung von Neugeborenen oder durch allgemeine Reihenuntersuchungen bei Schwangeren und die gezielte Übertragungsprävention bei Müttern mit einer chronischen HBV-Infektion. Manche Länder verfügen jedoch noch nicht über wirksame Systeme, um die Versorgung von Schwangeren mit Vorsorgeuntersuchungen sowie die Rechtzeitigkeit und Vollständigkeit der Postexpositionsprophylaxe bei Neugeborenen zu überwachen.

8. Infektionsschutz und -bekämpfung in Gesundheitseinrichtungen, einschließlich der Sicherheit von Blutprodukten und Injektionen, haben sich in der Europäischen Region in den letzten Jahrzehnten signifikant verbessert. Doch die nosokomiale Übertragung der Virushepatitis spielt in manchen Mitgliedstaaten, vor allem in Osteuropa und Zentralasien, weiterhin eine wichtige Rolle. In einigen Ländern wird ein unzureichender Infektionsschutz in nicht medizinischen Bereichen wie Kosmetik- und Tätowierstudios, etwa durch unzureichende Desinfektions- und Sterilisationsverfahren, für die Erhöhung des Risikos einer Übertragung von Hepatitisviren durch Blut verantwortlich gemacht.

9. Die Inzidenz und die Prävalenz der Virushepatitis in bestimmten besonders betroffenen und gefährdeten Bevölkerungsgruppen¹ wie injizierenden Drogenkonsumenten und Häftlingen sind in vielen Ländern nach wie vor hoch, und der Zugang zu Präventions- und Schadensminderungsmaßnahmen ist innerhalb der Europäischen Region sehr uneinheitlich.

10. In den vergangenen Jahren haben es rapide Fortschritte bei der Entwicklung von Therapien für chronische Virushepatitis ermöglicht, chronische HCV-Infektionen bei mehr als 90% der Patienten zu heilen und chronische HBV-Infektionen durch Suppression der Virusreplikation wirksam zu bekämpfen; dadurch konnten Morbidität und Mortalität aufgrund von Virushepatitis erheblich gesenkt werden. Bezahlbarkeit, Nachhaltigkeit und Zugänglichkeit von Therapien stellen in den meisten Mitgliedstaaten weiterhin wesentliche Hindernisse dar, zumal die Preise für neuartige direkt antiviral wirksame Therapien gegen chronische HCV-Infektionen nach wie vor außerordentlich hoch sind.

Zweck

11. Der vorliegende Aktionsplan bildet den Rahmen für umfassende Maßnahmen des Gesundheitswesens gegen Virushepatitis; dazu gehören eine evidenzgeleitete nationale Planung auf der Grundlage örtlicher Gegebenheiten und Anforderungen, eine gezielte Bewusstseinsbildung und Maßnahmen zur Prävention der Übertragung sowie zur Diagnose, Versorgung und Behandlung von Virushepatitis, jeweils mit einem besonderen Augenmerk auf die in Bezug auf Infektion mit Virushepatitis am stärksten betroffenen und gefährdeten Bevölkerungsgruppen.¹ Der Aktionsplan trägt der Uneinheitlichkeit der Epidemiologie der Virushepatitis und der Verfügbarkeit von Ressourcen in Europäischen Region Rechnung und soll den Mitgliedstaaten Orientierungshilfe bei der Entwicklung landesspezifischer Strategien und Pläne zur Prävention und Bekämpfung der Virushepatitis geben. Auch wenn der Aktionsplan auf alle fünf Hepatitisviren ausgerichtet ist, so liegt doch ein besonderer Schwerpunkt auf HBV und HCV, die die höchste Belastung für die öffentliche Gesundheit in der Europäischen Region darstellen.

12. Der Aktionsplan baut auf drei organisatorischen Rahmen auf: allgemeine Gesundheitsversorgung, kontinuierliche Versorgung von Patienten mit Virushepatitis und Förderung eines Gesundheitsschutzansatzes. Er schlägt den Ländern vor, ihre hepatitisbezogenen Prioritäten durch die Anwendung wissenschaftlicher Erkenntnisse und fachlichen Wissens zu verfolgen, und zwar unter umfassender Einbeziehung der Zivilgesellschaft und insbesondere von Personen mit chronischer Virushepatitis. Sie sollten dafür einen gesamtgesellschaftlichen Ansatz wählen, der die Achtung der Menschenrechte, der Geschlechtergleichstellung und der Chancengleichheit gewährleistet. Ferner wird die Verfolgung eines gesamtstaatlichen Ansatzes mit ressortübergreifenden Partnerschaften vorgeschlagen.

Ausarbeitung

13. Auf einer Konsultationstagung der Europäischen Region über die globalen Strategien für das Gesundheitswesen zur Bekämpfung von HIV, Virushepatitis und sexuell übertragbaren Infektionen, die im Juni 2015 in Kopenhagen stattfand, erörterten und forderten die Mitgliedstaaten die Ausarbeitung eines Aktionsplans für Maßnahmen des Gesundheitswesens gegen Virushepatitis in der Europäischen Region.

14. Dieser Aktionsplan dient der Anpassung der von der 69. Weltgesundheitsversammlung mit der Resolution WHA69.22 angenommenen Globalen Strategie für das Gesundheitswesen zur Bekämpfung der Virushepatitis (2016–2021) (3) an die politischen, wirtschaftlichen und epidemiologischen Rahmenbedingungen in den Ländern der Europäischen Region. Er ist auch mit der Agenda 2030 für nachhaltige Entwicklung und mit „Gesundheit 2020“, dem Rahmenkonzept der Europäischen Region für Gesundheit und Wohlbefinden (4) sowie mit dem Europäischen Impfkaktionsplan (2015–2020) (5), dem Aktionsplan zur Förderung der sexuellen und reproduktiven Gesundheit: Auf dem Weg zur Verwirklichung der Agenda 2030 für nachhaltige Entwicklung in Europa – Niemanden zurücklassen (6) und dem Aktionsplan für Maßnahmen des Gesundheitswesens gegen HIV in der Europäischen Region der WHO (7) abgestimmt.

15. Dieser Aktionsplan wurde im Zuge eines regionsweiten partizipatorischen Prozesses unter Einbeziehung des Sachverständs eines Beratungsausschusses ausgearbeitet. In direkter Korrespondenz mit den Mitgliedstaaten, den wichtigen Partnern und der Zivilgesellschaft (einschließlich Patientenorganisationen) wurde formell um Rückmeldung gebeten. Der Plan war auch Gegenstand einer breiter angelegten öffentlichen Online-Konsultation.

16. Das vorliegende Arbeitsdokument enthält eine Zusammenfassung von Zukunftsvision, Zielsetzung und Zielvorgaben, strategischen Stoßrichtungen und vorrangigen Maßnahmen sowie seines Beobachtungs- und Evaluationsrahmens. Der vollständige Aktionsplan für Maßnahmen des Gesundheitswesens gegen Virushepatitis in der Europäischen Region der WHO enthält eine detailliertere Beschreibung der Epidemiologie und der Gegebenheiten in der Europäischen Region sowie eine detaillierte Auflistung empfohlener Maßnahmen; er liegt als Hintergrunddokument vor.

Zukunftsvision, Zielsetzung und Zielvorgaben

17. Die Zukunftsvision des Aktionsplans für 2030 ist eine Europäische Region der WHO, in der es keine Neuinfektionen mit Hepatitis mehr gibt, in der Untersuchungen zugänglich sind und in der die mit chronischer Hepatitis lebenden Menschen Zugang zu Betreuungsangeboten und zu einer bezahlbaren und wirksamen Behandlung haben (3).

18. Die Zielsetzung des Aktionsplans ist die Eliminierung der Virushepatitis als eine Bedrohung der öffentlichen Gesundheit in der Europäischen Region bis 2030 durch Verringerung der Übertragung, der Morbidität und der Mortalität aufgrund der Virushepatitis und ihrer Komplikationen² sowie durch Gewährleistung eines chancengleichen Zugangs zu umfassenden Präventionsangeboten und empfohlenen Untersuchungs-, Versorgungs- und Behandlungsleistungen für alle.

19. Der Aktionsplan schlägt für die Europäische Region Zielvorgaben für 2020 sowie Etappenziele für 2018 in Bezug auf das gesamte Spektrum der Angebote im Bereich der Virushepatitis vor (siehe Anhang), die den Mitgliedstaaten als Orientierungshilfe bei der Festlegung nationaler Zielvorgaben nach ihren örtlichen Gegebenheiten dienen können und bei der Überwachung der Umsetzung des Aktionsplans Verwendung finden werden.

20. Sieben dieser Zielvorgaben für 2020 sind für die Verwirklichung des ehrgeizigen Ziels der Eliminierung der Hepatitis von wesentlicher Bedeutung. Die ersten fünf der nachstehend aufgeführten Zielvorgaben beziehen sich auf den Bereich der Prävention, die anderen beiden auf Tests und Therapien:

² Die Eliminierung der Virushepatitis als Bedrohung der öffentlichen Gesundheit wurde als die Verringerung der Zahl neuer chronischer Hepatitis-B- und Hepatitis-C-Infektionen um 90% und die Verringerung der Zahl der Todesfälle um 65% bis 2030 definiert; als Etappenziele für 2020 wurde eine Reduzierung um 30% bzw. 10% festgelegt. Jeder Mitgliedstaat wird jedoch auf der Grundlage der örtlichen epidemiologischen Gegebenheiten und der besten verfügbaren Ausgangsdaten eigene nationale Zielvorgaben für die Mortalität und die Inzidenz im Jahr 2020 und darüber hinaus festlegen müssen.

- 95% Durchimpfung mit drei Dosen des HBV-Impfstoffs für Kleinkinder (in Ländern, die eine allgemeine Impfung durchführen);
- 90% Versorgungsgrad mit Interventionen zur Prävention der Mutter-Kind-Übertragung von HBV: Impfung gegen Hepatitis B bei der Geburt oder andere Ansätze;
- 100% der Blutspenden werden mit qualitätsgesicherten Methoden untersucht;
- 50% der Injektionen werden mit konstruktiv gesicherten Injektionshilfen verabreicht;³
- Ausgabe von mindestens 200 sterilen Spritzbestecken pro Person und Jahr an injizierende Drogenkonsumenten als Teil eines umfassenden Pakets von Schadensminderungsmaßnahmen;⁴
- 50% der Personen mit chronischen HBV- und HCV-Infektionen sind diagnostiziert und sich ihrer Erkrankung bewusst; und
- 75% der mit HBV- und HCV-Infektionen diagnostizierten Personen mit Anspruch auf Behandlung werden behandelt.

21. Die Mitgliedstaaten sollten für die Zeit bis 2020 und danach eigene Zielsetzungen und Zielvorgaben entwickeln, die sich an denen der Europäischen Region orientieren. Dabei sollten die örtlichen Gegebenheiten des jeweiligen Mitgliedstaats berücksichtigt und die besten verfügbaren Erkenntnisse herangezogen werden; außerdem sollte eine Erfolgskontrolle mit Hilfe messbarer Indikatoren erfolgen. Die Zielvorgaben sollten für alle gelten, wobei jedoch ein besonderer Schwerpunkt auf die am stärksten betroffenen und gefährdeten Bevölkerungsgruppen zu legen ist.¹

Strategische Stoßrichtungen und vorrangige Maßnahmen

22. Um die Vorgaben und Zielsetzungen für 2020 und 2030 zu erreichen, sind Maßnahmen in fünf strategischen Stoßrichtungen erforderlich. Diese Maßnahmen sollen dazu beitragen, die Synergieeffekte zwischen dem Bereich Virushepatitis und anderen Bereichen in den nationalen Gesundheitssystemen zu maximieren und die Maßnahmen des Gesundheitswesens mit anderen maßgeblichen Gesundheits- und Entwicklungsstrategien, -plänen und -zielen auf der regionsweiten und der globalen Ebene abzustimmen.

³ Konstruktiv gesicherte Injektionshilfen: Injektionshilfen (beispielsweise Spritzen), die so konstruiert sind, dass sie nicht wiederverwendet werden können und Nadelstichverletzungen bei Gesundheitspersonal vermieden werden; siehe http://www.who.int/injection_safety/global-campaign/en/.

⁴ Ein umfassendes Paket evidenzbasierter Maßnahmen zur Schadensminderung in Verbindung mit injizierendem Drogenkonsum wird in dem fachlichen Leitfaden von WHO, UNAIDS und UNODC über die Festlegung von Zielvorgaben für den allgemeinen Zugang zur Vorsorge, Behandlung und Versorgung im Bereich HIV beschrieben, der für die Länder erstellt wurde. Weil sowohl bei HIV als auch bei Hepatitisviren die Übertragung häufig durch Blut erfolgt, helfen Interventionen, die bei injizierenden Drogenkonsumenten für die HIV-Prävention wirksam sind, auch bei der Prävention der HCV-/HBV-Übertragung (8).

23. Die fünf strategischen Stoßrichtungen sind:

- **Informationen für zielgerichtetes Handeln** (Verständnis der Epidemie und der Gegenmaßnahmen – „wer und wo“);
- **Interventionen für die Erzielung von Wirkung** (Definition eines Pakets unentbehrlicher Interventionen – „was“);
- **Leistungserbringung für mehr Chancengleichheit** (Bestimmung der besten Ansätze für die Erbringung von Leistungen, Sicherung von Chancengleichheit und Qualität – „wie“);
- **Finanzierung für mehr Nachhaltigkeit** (Bestimmung nachhaltiger und innovativer Finanzierungsmodelle für Maßnahmen im Bereich HIV); und
- **Innovation zwecks Beschleunigung** (Schließung von Lücken durch innovative Ansätze – Ausblick auf die Zukunft).

24. Dieses Arbeitsdokument bietet eine Übersicht über vorrangige Maßnahmen, die für die Mitgliedstaaten sowie für die WHO und ihre Partner als wesentlich angesehen werden, um die vorgeschlagenen Zielvorgaben zu erreichen.

Strategische Stoßrichtung 1: Informationen für zielgerichtetes Handeln
Entwicklung leistungsfähiger strategischer Informationssysteme, um Epidemien der Virushepatitis zu erforschen und zielgerichtete Gegenmaßnahmen zu ermöglichen

25. Die strategische Stoßrichtung 1 handelt von der Notwendigkeit, qualitativ hochwertige strategische Informationen über Epidemien der Virushepatitis und die Gegenmaßnahmen der Länder zu gewinnen und als Grundlage für eine zielgerichtete nationale Planung, eine dringende und beschleunigte Programmumsetzung sowie eine gezielte Überzeugungsarbeit zur Gewinnung politischer Unterstützung zu nutzen.

1.1 Daten für fundierte Entscheidungen

26. Robuste strategische Informationssysteme in den Ländern zum Thema Hepatitis, die hochwertige aktuelle Daten über Epidemien und vorhandene Gegenmaßnahmen liefern, bilden die Grundlage für eine umfassende Situationsanalyse und haben wesentlichen Einfluss auf Programmentscheidungen und die Strukturierung von Leistungen gemäß dem Bedarf und den verfügbaren Ressourcen mit dem Ziel, größtmögliche Wirkung zu erzielen.

27. Zu den vorrangigen Maßnahmen für die Mitgliedstaaten gehören:

- Bewertung und Ausweitung der verfügbaren Datenquellen für Virushepatitis und das Surveillance-System; Anpassung WHO-kompatibler Falldefinitionen; und Gewährleistung, dass das Surveillance-System für Virushepatitis seine drei Hauptzwecke erfüllt;⁵
- Einbindung strategischer Informationssysteme und Indikatoren für Virushepatitis in umfassendere nationale Gesundheitsinformationssysteme, auch zum Zwecke der Surveillance von Ausbrüchen, und Überwachung und Evaluation der nationalen Maßnahmen gegen Hepatitis; und
- Entwicklung nationaler Schätzungen zur Krankheitslast aufgrund der chronischen Virushepatitis (einschließlich Inzidenz, Prävalenz und Mortalität für die Allgemeinbevölkerung, anfällige Gruppen und maßgebliche Bevölkerungsgruppen).

28. Die WHO wird zusammen mit ihren Partnern methodische und fachliche Unterstützung bei der Verbesserung der Surveillance-Systeme, bei der Durchführung serologischer Studien und bei der Modellbildung leisten und den Mitgliedstaaten bei der Analyse und Interpretation von Daten behilflich sein. Um die Datenerhebung zu optimieren, die Falldefinitionen zu vereinheitlichen, die Datenanalyse zu verbessern und Doppelmeldungen zu vermeiden, wird das Regionalbüro eng mit den maßgeblichen Partnerorganisationen zusammenarbeiten, insbesondere mit der Europäischen Union und ihren Institutionen: dem Europäischen Zentrum für die Prävention und die Kontrolle von Krankheiten (ECDC) und der Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EMCDDA).

1.2 Evidenzbasierte Planung in den Ländern

29. Die strategischen Planungsprozesse sollten auf den besten verfügbaren Daten basieren, die von strategischen Informationssystemen generiert wurden. Sie sollten Beiträge von allen wichtigen Akteuren – einschließlich der Zivilgesellschaft – in Bezug auf Politikgestaltung, Leistungsplanung und Ressourcenzuteilung ermöglichen und die Koordinierung und Übereinstimmung der Maßnahmen gegen Virushepatitis mit dem Gesundheitswesen insgesamt sicherstellen. Ferner sollte um politisches Engagement zugunsten einer dauerhaften Finanzierung und um nationale Eigenverantwortung geworben werden.

30. Zu den vorrangigen Maßnahmen, die für die Mitgliedstaaten empfohlen werden, zählen:

- die Ausarbeitung eines nationalen Aktionsplans zur Bekämpfung der Virushepatitis unter Beteiligung der maßgeblichen Politikbereiche und die Festlegung eines Etats und eines Zeitrahmens für die Verwirklichung der Zielvorgaben und Etappenziele;

⁵Das Surveillance-System für Virushepatitis sollte in der Lage sein: a) Ausbrüche zu erkennen, Trends bei der Inzidenz zu beobachten und Risikofaktoren für Neuinfektionen zu ermitteln; b) die Prävalenz chronischer Infektionen abzuschätzen und Trends bei der Allgemeinbevölkerung und in Sentinel-Gruppen zu überwachen; und c) die Belastung durch Spätfolgen chronischer Hepatitis (einschließlich Zirrrosen und Leberzellkrebs) abzuschätzen.

- die Einrichtung einer Steuerungsstruktur und eines Koordinierungsmechanismus auf der nationalen Ebene, die in das nationale Gesundheitsprogramm integriert sein und die nationalen Maßnahmen gegen Hepatitis beaufsichtigen sollten;
- die Einrichtung von Beobachtungs- und Evaluationsverfahren, die in partnerschaftlicher Zusammenarbeit mit den maßgeblichen Akteuren, einschließlich der betroffenen Gemeinschaften, durchzuführen sind; und
- die Entwicklung einer Kommunikations- und Sensibilisierungsstrategie für Virushepatitis als fester Bestandteil des nationalen Aktionsplans, einschließlich spezieller Kampagnen zur Bewusstseinsbildung und Maßnahmen zur Bekämpfung der Stigmatisierung und Diskriminierung von Personen, die von Virushepatitis betroffen sind.

31. Das Regionalbüro wird weiterhin mit seinen Partnerorganisationen die Mitgliedstaaten bei der Entwicklung und Bewertung nationaler Pläne fachlich unterstützen. Es wird auch die Entwicklung von Instrumenten für die Öffentlichkeitsarbeit unterstützen und den Mitgliedstaaten entsprechende Orientierungshilfe geben; dies wird u. a. durch eine Reihe von Tools für den jährlichen Welt-Hepatitis-Tag geschehen (ein spezielles Informationspaket und Beispiele gezielter Sensibilisierungskampagnen für verschiedene Umfelder und Bevölkerungsgruppen).

Strategische Stoßrichtung 2: Interventionen für die Erzielung von Wirkung

Die Bevölkerung sollte alle benötigten Leistungen in Verbindung mit Hepatitis erhalten

32. In jedem Land sollten die für den nationalen Kontext relevanten grundlegenden Interventionen, Leistungen, Medikamente und sonstigen Mittel definiert werden, die in die umfassenden Maßnahmen des Gesundheitswesens gegen Virushepatitis aufgenommen werden sollen. Um die Bezahlbarkeit und die Gesamtnachhaltigkeit der Maßnahmen des Gesundheitswesens gegen Virushepatitis sicherzustellen, sollten diese grundlegenden Interventionen zuzahlungsfrei in das nationale Paket erstattungsfähiger Gesundheitsleistungen aufgenommen werden. Diese Interventionen sollten das gesamte Leistungsspektrum in Bezug auf Hepatitis (Prävention, Diagnose, Behandlung und Versorgung) abdecken. Die Leistungserbringung sollte integriert erfolgen, und es sollte ein Gesundheitsschutzansatz im Rahmen einer allgemeinen Gesundheitsversorgung verfolgt werden.

Prävention

33. Die Prävention der Übertragung von Virushepatitis erfordert Maßnahmen in drei wichtigen Handlungsfeldern, die unentbehrlich sind, um das ehrgeizige Ziel der Eliminierung zu erreichen. Dies sind: Impfung gegen Hepatitis B; Prävention der Übertragung im Gesundheitswesen; und Intensivprävention der Übertragung im Zusammenhang mit injizierendem Drogenkonsum. Zu den weiteren Handlungsfeldern zählen die Prävention der sexuellen Übertragung von Virushepatitis und die Sicherstellung der Lebensmittel- und Trinkwassersicherheit.

2.1 Prävention: Impfmaßnahmen, einschließlich Prävention der Mutter-Kind-Übertragung von HBV

34. Die Mitgliedstaaten sollten die Durchimpfung gegen HBV verbessern, indem sie die Wahrnehmungen, das Wissen und die Einstellungen der Bevölkerung verfolgen und indem sie maßgeschneiderte und innovative Strategien entwickeln, um in allen Bevölkerungsgruppen die Nachfrage nach Impfangeboten zu steigern. Die Länder, die keine allgemeine Impfung gegen HBV im Kindesalter durchführen, sollten auf der Grundlage wissenschaftlicher Beratung durch nationale Impfberatungsstellen deren Einführung prüfen. Zusätzlich zur flächendeckenden Impfung sollten Länder auf der Grundlage der örtlichen Rahmenbedingungen Konzepte zur Immunisierung von Personen mit erhöhtem Risiko einer HBV-Infektion entwickeln.¹

35. Die Mitgliedstaaten sollten Systeme zur Beurteilung der Reichweite von Interventionen zur Prävention der perinatalen Übertragung von HBV einrichten; solche Interventionen sind u. a. Reihenuntersuchungen von Schwangeren auf HBV und Postexpositionsprophylaxen für Neugeborene. Es sollte angestrebt werden, dass möglichst viele schwangere Frauen aus ethnischen Minderheiten, aber auch Immigrantinnen, nicht registrierte Migrantinnen und Angehörige marginalisierter Gruppen an Reihenuntersuchungen teilnehmen. Die Länder, die eine allgemeine Impfung von Neugeborenen durchführen, sollten über die rechtzeitige Verabreichung der Geburtsdosis des HBV-Impfstoffs wachen, um sicherzustellen, dass alle Kinder innerhalb von 24 Stunden nach der Geburt geimpft werden.

36. Mitgliedstaaten mit einer mittleren Inzidenz von Hepatitis A sollten aus Kostenwirksamkeitsgründen erwägen, die HAV-Impfung in ihre nationalen Impfprogramme aufzunehmen. Länder mit niedriger und sehr niedriger Endemizität sollten die gezielte Impfung von Hochrisikogruppen anbieten.

37. In Übereinstimmung mit dem Europäischen Impfkaktionsplan wird die WHO die Länder bei der Ausarbeitung evidenzbasierter Konzepte für die HBV- und HAV-Impfung unterstützen, Orientierungshilfe und Instrumente anbieten, um Nachfrage nach Impfleistungen zu erzeugen und aufrechtzuerhalten und der vorhandenen Impfskepsis entgegenzuwirken, und Unterstützung bei der Einrichtung wirksamer Systeme zur Überwachung der Reichweite von Interventionen zur Prävention der perinatalen Übertragung von HBV anbieten.

2.2 Prävention: Sicherheit von Blutprodukten und Injektionen (innerhalb und außerhalb von Gesundheitseinrichtungen)

38. Zu den empfohlenen vorrangigen Maßnahmen für die Mitgliedstaaten zählen die Erstellung und regelmäßige Aktualisierung von Konzepten für sichere Injektionen und die Einführung umfassender Praktiken für Infektionsschutz und -bekämpfung im Hinblick auf die Prävention von durch Blut übertragenen Infektionen in Gesundheitseinrichtungen und in Haftanstalten (ggf. in Zusammenarbeit mit anderen Ressorts), einschließlich der Einführung konstruktiv gesicherter Injektionshilfen. Die Mitgliedstaaten sollten auch nationale Desinfektions- und Sterilisationsprotokolle für Bereiche außerhalb der Gesundheitsversorgung, wie etwa Kosmetik- und Tätowierstudios, entwickeln, aktualisieren und umsetzen.

39. Um die Auswahl von Spendern und die Testverfahren für Blut, Gewebe und solide Organe zu standardisieren und das Qualitätskontrollsystem für Blutproduktion und Bluttests zu stärken, sollten die Mitgliedstaaten einen jeweils landesweit koordinierten Transfusions- und Transplantationsdienst aufbauen.

40. Die WHO wird Leitlinien in Bezug auf standardmäßige Vorsichtsmaßnahmen und wirksame Desinfektions- und Sterilisationsmethoden, sichere Injektionspraktiken und Alternativen zu Injektionen (10), Infektionsschutz und -bekämpfung inner- und außerhalb des Gesundheitswesens sowie für bestimmte Verfahren wie Endoskopie-, Kosmetik- und Tätowierverfahren fördern und verbreiten. Die WHO wird den Ländern auch aktualisierte Leitlinien für das Management sicherer Blut- und Gewebevorräte und für die Stärkung der Verknüpfungen zwischen Angeboten in den Bereichen Bluttransfusion, Transplantation und Virushepatitis an die Hand geben.

2.3 Prävention der HBV- und HCV-Übertragung im Zusammenhang mit injizierendem Drogenkonsum

41. Zu den empfohlenen vorrangigen Maßnahmen für die Mitgliedstaaten zählt auch die Durchführung eines umfassenden fachübergreifenden Infektionsschutz- und Schadensminderungsprogramms auf der Grundlage des Interventionspakets der WHO (11), das integrierte Angebote für injizierende Drogenkonsumenten beinhaltet, zu denen die Behandlung von HCV-Infektionen und die Durchführung wirksamer Maßnahmen zur Verhinderung von Reinfektion, aber auch Schadensminderungsmaßnahmen gehören.

42. Die WHO wird die Mitgliedstaaten durch Aktualisierung und Verbreitung von Konzepten und Leitlinien für eine evidenzbasierte Prävention von durch Blut übertragenen Infektionen und für den Umgang mit solchen Infektionen bei injizierenden Drogenkonsumenten unterstützen, um politisches Engagement und um Finanzmittel werben und fachliche Unterstützung in Bezug auf wirksame Schadensminderungsmaßnahmen leisten.

2.4 Prävention der sexuellen Übertragung von Virushepatitis und anderen sexuell übertragbaren Infektionen

43. Die Mitgliedstaaten sollten den Zugang zu einem umfassenden Spektrum integrierter Leistungen mit Relevanz für die sexuelle und reproduktive Gesundheit sicherstellen, das Gesundheitsförderung, Aufklärung und Krankheitsprävention, Diagnose und den Umgang mit sexuell übertragbaren Infektionen einschließt.

44. Die WHO wird die Mitgliedstaaten unterstützen, indem es Leitlinien zur Diagnose und zum Management von sexuell übertragbaren Krankheiten unter verschiedenen epidemiologischen Rahmenbedingungen verbreitet, einen Lebensverlaufansatz fördert und den Zugang zu hochwertigen Leistungen im Bereich der sexuellen und reproduktiven Gesundheit verbessert und indem sie die Schaffung nationaler Kapazitäten für die integrierte Leistungserbringung unterstützt. Dies geschieht mit einem besonderen Augenmerk auf anfällige Bevölkerungsgruppen, Jugendliche und Frauen.

2.5 Prävention: Sicherstellung der Lebensmittel- und Trinkwassersicherheit

45. Die Mitgliedstaaten werden dazu ermutigt, eine Zusammenarbeit und einen Informationsaustausch zwischen den Politikbereichen Gesundheit, Umwelt Lebensmittelsicherheit und Landwirtschaft sicherzustellen, Konzepte und Bestimmungen für mehr Lebensmittelsicherheit auszuarbeiten und umzusetzen und für Akzeptanz von Ansätzen wie Wassersicherheitsplänen⁶ und Abwassersicherheitsplänen⁷ in Politik und Praxis zu sorgen, auch in Hochrisikobereichen und in Lagern für Binnenvertriebene und Flüchtlinge.

46. Die WHO wird zusammen mit seinen Partnern weiterhin Leitlinien über Risikobewertung und Risikomanagement in den Bereichen Wasserver- und Abwasserentsorgung sowie über für die Lebensmittelsicherheit relevante Themen ausarbeiten und für sie werben.

Tests und Therapien

2.6 Tests: Diagnose von Hepatitisinfektionen

47. Die Mitgliedstaaten sollten die Test- und Diagnoseraten von Virushepatitis substanziell erhöhen, indem sie nationale Leitlinien für Tests auf Virushepatitis entwickeln und umsetzen. Diese müssen mit den neuesten Leitlinien der WHO übereinstimmen und auf die örtlichen epidemiologischen Gegebenheiten abgestimmt sein und die Verfügbarkeit und den Zugang zu hochwertigen und bezahlbaren Diagnosen und Tests sicherstellen; und sie müssen unter Verwendung eines Gesundheitsschutzansatzes gemäß den Prinzipien der allgemeinen Gesundheitsversorgung und der integrierten Leistungserbringung sowie unter Berücksichtigung häufig auftretender Komorbiditäten und Koinfektionen durchgeführt werden. Dies kann eine Diversifizierung der Testansätze erfordern, beispielsweise in Form von aufsuchenden Programmen und Selbsttests.

48. Die Mitgliedstaaten sollten die berufliche Weiterbildung von Gesundheitsfachkräften, also von Allgemeinmedizinern und Spezialisten für nichtübertragbare Krankheiten, in Bezug auf Tests auf Virushepatitis sowie Fragen der Diagnostik sicherstellen.

49. Die WHO wird regelmäßig Leitlinien über Ansätze für Untersuchungen auf Virushepatitis aktualisieren und verbreiten; dies schließt Modelle für eine integrierte und bürgernahe Leistungserbringung und die gemeindenahe Durchführung von Tests auf Virushepatitis ein. Als Beitrag zur Übernahme und Umsetzung von Konzepten und Leitlinien der WHO für Diagnoseverfahren, Testansätzen und Strategien in Bezug auf Virushepatitis wird das Regionalbüro mit seinen Partnern die Mitgliedstaaten bei der Schaffung von Kapazitäten für Laborpraxis sowie bei der Qualitätssicherung in diesem Bereich unterstützen.

⁶ Wassersicherheitspläne erfordern eine Risikoabschätzung unter Berücksichtigung aller Stufen der Wasserversorgung vom Einzugsgebiet bis zum Verbraucher, gefolgt von der Durchführung und Überwachung von Risikomanagementmaßnahmen (http://www.who.int/water_sanitation_health/dwq/WSP/en/).

⁷ Die Abwassersicherheitsplanung ist ein Schritt-für-Schritt-Ansatz zur Unterstützung der Umsetzung der Leitlinien der WHO von 2006 für den sicheren Umgang mit Abwasser, Fäkalien und Grauwasser und deren sichere Entsorgung (http://www.who.int/water_sanitation_health/publications/ssp-manual/en/).

2.7 Verbesserung der Versorgung und Behandlung chronischer Hepatitis

50. Die Mitgliedstaaten werden dazu ermutigt, den Zugang zu einer bezahlbaren und nachhaltigen Behandlung und Versorgung von Patienten mit Virushepatitis substanziell zu verbessern, indem sie nationale Leitlinien für die Behandlung und Versorgung von Hepatitispatienten einführen und regelmäßig aktualisieren. Diese müssen im Einklang mit Leitlinien der WHO über eine qualitativ hochwertige Behandlung stehen, die eine standardisierte Versorgung von Personen mit chronischer Virushepatitis gewährleistet. Das Modell für die Leistungserbringung sollte Chancengleichheit und Menschenrechte, eine allgemeine Gesundheitsversorgung und einen Gesundheitsschutzansatz vorantreiben.

51. Die Mitgliedstaaten sollten Maßnahmen zur Berücksichtigung häufig auftretender Komorbiditäten und Koinfektionen prüfen, die die Progredienz einer Leberkrankheit beschleunigen oder das Risiko einer Wiederingriffung mit HCV erhöhen können, und Ansätze zur integrierten Leistungserbringung einführen.

52. Zu den unterstützenden Maßnahmen der WHO und ihrer Partnerorganisationen zählen: Werben für angemessene Investitionen zwecks Ausweitung der Behandlung chronischer Hepatitis; Entwicklung und regelmäßige Aktualisierung und Verbreitung konsolidierter Leitlinien für die Prävention, Diagnose und Behandlung chronischer Virushepatitis; und Bereitstellung fachlicher Unterstützung für die Länder bei der Aktualisierung und Optimierung ihrer Behandlungsprotokolle und ihrer Managementpläne für chronische Virushepatitis.

Strategische Stoßrichtung 3: Leistungserbringung für mehr Chancengleichheit

Alle Personen sollten die Leistungen im Bereich Hepatitis erhalten, die sie benötigen, und diese Leistungen sollten von angemessener Qualität sein

53. Mit der strategischen Stoßrichtung 3 wird auf die Notwendigkeit eines förderlichen Umfelds und der Optimierung der Leistungserbringung unter Verfolgung eines Gesundheitsschutzansatzes in Übereinstimmung mit einem Modell für die allgemeine Gesundheitsversorgung reagiert. Interventionen gegen Virushepatitis und die Gesundheitssysteme und sonstigen gemeindenahen Systeme, die sie durchführen, sollten die Grundsätze der Chancengleichheit und der Menschenrechte beachten. Um sicherzustellen, dass niemand zurückgelassen wird, sollte das gesamte Leistungsspektrum im Bereich Hepatitis bürgernah, integriert, zugänglich, chancengerecht und gemeindenah gestaltet werden und von ausreichend hoher Qualität sein.

54. Die Mitgliedstaaten sollten als vorrangige Maßnahmen:

- anhand der epidemiologischen Evidenz aus verfügbaren Informationsquellen die Bevölkerungsgruppen und geografischen Gebiete ermitteln, die am stärksten betroffen sind und besondere Aufmerksamkeit benötigen, und ihnen bei der landesweiten Bekämpfung der Hepatitis Vorrang einräumen, dabei gleichzeitig aber die Gefahr ihrer Stigmatisierung minimieren;
- sicherstellen, dass in nationalen Strategien für das Gesundheitspersonal und in Ausbildungslehrplänen die Belange der Angebote im Bereich Hepatitis ausreichend berücksichtigt, Möglichkeiten für die Verlagerung bzw. die

gemeinsame Erledigung von Aufgaben ermittelt und die Zivilgesellschaft, Patientengruppen, gemeindenahen Organisationen sowie gleichbetroffene Unterstützer in die Erbringung von Leistungen in Bezug auf Virushepatitis angemessen einbezogen werden;

- sicherstellen, dass Rechts- und Regulierungsrahmen die Menschenrechte von Bevölkerungsgruppen achten, die von Hepatitisinfektionen betroffen oder diesbezüglich gefährdet sind, und die Einbeziehung der Zivilgesellschaft auf allen Ebenen der Maßnahmen gegen Virushepatitis erleichtern; und
- Benachteiligungen wie geschlechts- und altersbedingter Diskriminierung entgegenwirken, indem sie evidenzbasierte Interventionen in ihre nationalen Aktionspläne und Strategien gegen Hepatitis aufnehmen.

55. Die WHO und seine Partner werden:

- aktualisierte Orientierungshilfe in Bezug auf grundlegende Leistungen im Bereich der Virushepatitis, eine differenzierte Versorgung und Modelle der Leistungserbringung anbieten, insbesondere für die Bevölkerungsgruppen, die am stärksten von Virushepatitis betroffen sind oder durch diese am meisten gefährdet sind;¹
- konzeptionelle und fachliche Orientierungshilfe anbieten, die auf den Aufbau eines Bestands an kompetentem Personal für die Erbringung wirksamer Leistungen im Bereich Hepatitis abzielt; und
- Partnerschaften unterstützen und die Mitgliedstaaten dazu ermuntern, durch ressortübergreifende Zusammenarbeit und die Einbeziehung der Zivilgesellschaft (einschließlich Patientenorganisationen) ein förderliches Umfeld für zugängliche, chancengerechte und bezahlbare Leistungen im Bereich Virushepatitis zu schaffen.

Strategische Stoßrichtung 4: Finanzierung für mehr Nachhaltigkeit

Alle sollten die von ihnen benötigten Angebote im Bereich Hepatitis wahrnehmen können, ohne finanzielle Not zu leiden

56. In der strategischen Stoßrichtung 4 wird die Notwendigkeit erläutert, nachhaltige Finanzierungsmodelle für die Maßnahmen des Gesundheitswesens gegen Virushepatitis sowie Konzepte zur Kostensenkung zu entwickeln, sodass alle Bürger die jeweils benötigten Leistungen in Anspruch nehmen können, ohne in eine finanzielle Notlage zu geraten. Dies ist möglich, wenn integrierte und miteinander verknüpfte Leistungen im Rahmen eines Modells für die allgemeine Gesundheitsversorgung erbracht werden.

57. Die Mitgliedstaaten sollten die Vorteile von Investitionen gegen Virushepatitis herausarbeiten, um für eine angemessene Zuweisung inländischer Ressourcen zu werben, unter Berücksichtigung der direkten und indirekten Kosten der Krankheitslast die Effizienz von Interventionen und Gesundheitsausgaben sowie die Kostenwirksamkeit von Leistungen überwachen und innovative Ansätze zur Leistungserbringung verfolgen, um die Kosteneffizienz der ergriffenen Maßnahmen zu maximieren.

58. Die Mitgliedstaaten sollten die Koordinierung zwischen auf Virushepatitis ausgerichteten Leistungen und wesentlichen Gesundheitsinterventionen und -programmen – etwa zur Prävention von HIV, sexuell übertragbaren Infektionen und Krebserkrankungen sowie im Bereich der Sicherheit von Blut- und Gewebeprodukten und bei Alkohol- und Drogenmissbrauchsstörungen und psychischen Gesundheitsproblemen – verstärken und so die patientenorientierte Versorgung verbessern und die Nutzung von Ressourcen optimieren und Mechanismen zur Sicherung bestmöglicher Preise für Arzneimittel und Diagnostika erforschen.

59. Das Regionalbüro wird zusammen mit seinen Partnerorganisationen bei der Entwicklung von Argumenten für Investitionen, der Förderung der Weitergabe bewährter Praktiken zwischen Mitgliedstaaten und dem Werben um politisches Engagement für eine dauerhafte Finanzierung behilflich sein und in Bezug auf die Anwendung von Preissenkungsstrategien beraten.

Strategische Stoßrichtung 5: Innovation zwecks Beschleunigung – Ausblick auf die Zukunft

Für Fortschritte auf dem Weg zur Eliminierung von Epidemien der Virushepatitis werden neue Technologien und Lösungsansätze benötigt

60. Forschung und Innovation bieten Chancen zur Veränderung der Ausrichtung von Maßnahmen gegen Virushepatitis auf der nationalen und der regionsweiten Ebene mit dem Ziel, die Effizienz und die Qualität von Leistungen zu verbessern und deren Wirkung zu maximieren. Innovationen sind entlang des gesamten Kontinuums der Versorgung (Prävention, Diagnose, Behandlung und Pflege) erforderlich. Sie müssen durch operative Forschung und durch Zusammenarbeit zwischen Forschung und der Politik unterstützt werden, um sicherzustellen, dass Forschungsergebnisse rasch und in einem für die angestrebte Wirkung ausreichenden Umfang in politische Handlungskonzepte umgesetzt werden.

61. Bei der Definition von Prioritäten für Innovationen sollten die Mitgliedstaaten eine entscheidende Rolle spielen und durch Einrichtung ressortübergreifender inklusiver Partnerschaften und kooperativer Möglichkeiten mit dem Schwerpunkt auf Innovation und gute Praxis die Forschungsanstrengungen unterstützen. Sie sollten eine Zusammenarbeit mit Organisationen aus dem öffentlichen und dem privaten Sektor vorantreiben, frühe Erfahrungen mit der Umsetzung dokumentieren und eine Führungsrolle in der operativen Forschung übernehmen.

62. Die WHO wird die Mitgliedstaaten bei der Zusammenführung von Partnern sowie bei der Gestaltung und Förderung regionsweiter und globaler Forschungsziele unterstützen. Sie wird auch die Entwicklung neuer Impfstoffe, Arzneimittel, Diagnostika und sonstiger Güter sowie neuer Ansätze für die Leistungserbringung in der gesamten Europäischen Region beobachten und gegebenenfalls deren Aufnahme in Leitlinien der WHO vorschlagen.

Umsetzung des Aktionsplans: Partnerschaften, Überwachung und Evaluation

63. Die wirksame Umsetzung dieses Aktionsplans erfordert die Einführung wirksamer Steuerungsprozesse, einen gesamtstaatlichen Ansatz mit ressortübergreifender Beteiligung sowie ein kontinuierliches politisches Engagement auf der höchsten Ebene mit entsprechender Ressourcenausstattung. Hierzu gehören starke Partnerschaften und die Beteiligung der Zivilgesellschaft (u. a. Patientenverbände), damit gewährleistet ist, dass Verknüpfungen mit allen krankheitsspezifischen und bereichsübergreifenden Programmen geschaffen bzw. ausgebaut werden.

64. Zusätzlich zur Zusammenarbeit mit den Gesundheitsministerien in den Mitgliedstaaten wird das Regionalbüro eng mit allen maßgeblichen Akteuren und Partnerorganisationen zusammenarbeiten; dazu gehören Organisationen der Vereinten Nationen, die Europäische Kommission und ihre Institutionen, insbesondere das ECDC und die EMCDDA, Kooperationszentren der WHO, Forschungseinrichtungen, nationale Kompetenzzentren, die Zivilgesellschaft (einschließlich Patientenverbänden) sowie andere Partner und Sachverständige.

Erfolgskontrolle und Evaluation

65. 2016 hat die WHO einen Überwachungs- und Evaluationsrahmen für HBV und HCV mit zehn (globalen) Kernindikatoren (12) veröffentlicht. Diese Kernindikatoren sollen die Erhebung, Gewinnung und Analyse standardisierter Daten und die Überwachung der Maßnahmen auf der nationalen Ebene, in der Europäischen Region und der globalen Ebene erleichtern. Drei der Kernindikatoren (Durchimpfung gegen HBV, Sicherheit von Injektionen sowie Ausgabe von Nadeln und Spritzen) werden bereits über das Gemeinsame Berichtsformular von WHO und UNICEF über Impfmaßnahmen (13), das Globale Berichtsverfahren über Fortschritte bei der Aids-Bekämpfung (GARPR) (14), gewonnen, während die Diagnosedaten mit Hilfe des jährlichen Meldeformulars der Europäischen Region der WHO für übertragbare Krankheiten und durch die Hepatitis-B- und -C-Surveillance des ECDC erhoben werden. Bislang wurde weder auf der globalen Ebene noch in der Europäischen Region ein koordiniertes Meldeverfahren in Bezug auf Maßnahmen des Gesundheitswesens gegen Virushepatitis eingeführt. Es ist jedoch damit zu rechnen, dass ein solches als ein integraler Prozess mit bestehenden Meldeverfahren eingerichtet wird, um die Umsetzung der Globalen Strategie für das Gesundheitswesen zu überwachen. Bis dahin wird die WHO die Länder beim Aufbau nationaler Kapazitäten für die Überwachung und Evaluation von Maßnahmen auf der Landesebene unterstützen und die dabei gemeldeten Daten regelmäßig zusammenstellen, um Fortschritte auf der regionsweiten wie auch der globalen Ebene zu messen.

66. Fortschritte auf der globalen Ebene und in der Europäischen Region in Bezug auf das Erreichen der in diesem Aktionsplan und in der Globalen Strategie für das Gesundheitswesen festgelegten Zielvorgaben werden regelmäßig überprüft und bewertet, insbesondere durch den Globalen Hepatitis-Bericht und in den Berichten über die Umsetzung des Aktionsplans für Maßnahmen des Gesundheitswesens gegen Virushepatitis in der Europäischen Region der WHO an die 69. und 72. Tagung des Regionalkomitees für Europa in den Jahren 2019 bzw. 2022.

Quellenangaben⁸

1. Global, regional and national age–sex specific all-cause and cause-specific mortality for 240 causes of death, 1990–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet*. 2015;385:117–9. doi:10.1016/S0140-6736(14)61682-2.
2. Hope VD, Eramova I, Capurro D, Donoghoe MC. Prevalence and estimation of hepatitis B and C infections in the WHO European Region: a review of data focusing on the countries outside the European Union and the European Free Trade Association. *Epidemiol Infect*. 2014;142(2):270–86. doi:10.1017/S0950268813000940.
3. Global health sector strategy for viral hepatitis 2016–2021. Geneva: World Health Organization; 2016 (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_32-en.pdf).
4. Gesundheit 2020 – Rahmenkonzept und Strategie der Europäischen Region für das 21. Jahrhundert. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 2013 (<http://www.euro.who.int/de/health-topics/health-policy/health-2020-the-european-policy-for-health-and-well-being/publications/2013/health-2020.-a-european-policy-framework-and-strategy-for-the-21st-century-2013>).
5. European vaccine action plan 2015–2020. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2014 (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/vaccines-and-immunization/publications/2014/european-vaccine-action-plan-20152020>).
6. Aktionsplan zur Förderung der sexuellen und reproduktiven Gesundheit: Auf dem Weg zur Verwirklichung der Agenda 2030 für nachhaltige Entwicklung in Europa – Niemanden zurücklassen. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 2016 (EUR/RC66/13; <http://www.euro.who.int/de/about-us/governance/regional-committee-for-europe/66th-session/documentation>).
7. Aktionsplan für Maßnahmen des Gesundheitswesens gegen HIV in der Europäischen Region der WHO. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 2016 (EUR/RC66/9; <http://www.euro.who.int/de/about-us/governance/regional-committee-for-europe/66th-session/documentation>).
8. WHO, UNODC, UNAIDS technical guide for countries to set targets for universal access to HIV prevention, treatment and care for injecting drug users. Geneva: World Health Organization; 2012 revision. (http://www.who.int/hiv/pub/idu/targets_universal_access/en/).
9. Technical considerations and case definitions to improve surveillance for viral hepatitis. Technical report. Geneva: World Health Organization; 2016 (<http://www.who.int/hepatitis/publications/hep-surveillance-guide-pub/en/>).

⁸ Alle Quellen wurden am 23. Juli 2016 eingesehen.

10. WHO strategy for the safe and appropriate use of injection worldwide. In: Injection safety [website]. Geneva: World Health Organization (http://www.who.int/injection_safety/en/).
11. Guidance on prevention of viral hepatitis B and C among people who inject drugs. Geneva: World Health Organization; 2012 (<http://www.who.int/hepatitis/publications/hepatitis-b-c-idu/en/>).
12. Monitoring and evaluation for viral hepatitis B and C: recommended indicators and framework. Geneva: World Health Organization; 2016 (<http://www.who.int/hepatitis/publications/hep-b-c-monitoring-evaluation/en/>).
13. WHO/UNICEF Joint Reporting Process. In: Immunization, Vaccines and Biologicals [website]. Geneva: World Health Organization; 2016 (http://www.who.int/immunization/monitoring_surveillance/data/en/).
14. Global AIDS response progress reporting 2016: construction of core indicators for monitoring the 2011 United Nations Political Declaration on HIV and AIDS (includes additional WHO/UNICEF health sector indicators). Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; 2016 (https://aidsreportingtool.unaids.org/static/docs/GARPR_Guidelines_2016_EN.pdf).

Anhang: Vorgeschlagene Zielvorgaben und Etappenziele

ETAPPENZIELE FÜR 2018	ZIELVORGABEN FÜR 2020
SURVEILLANCE UND DATEN	
<ul style="list-style-type: none"> Vereinheitlichte Surveillance-Ziele und Falldefinitionen an die gegenwärtigen fachlichen Überlegungen der WHO angepasst und eingeführt Schätzung der nationalen Krankheitslast und Argumente für Investitionen auf der nationalen Ebene 	<ul style="list-style-type: none"> Die Mitgliedstaaten sollen über ein nationales Überwachungsprogramm für Infektionen mit Hepatitis (einen strategischen Informationsrahmen) verfügen, das Ausbrüche frühzeitig erkennen, Trends hinsichtlich der Inzidenz feststellen, die Grundlage für eine Einschätzung der Krankheitslast bilden und die Aufeinanderfolge von Diagnose, Behandlung und Versorgung der Virushepatitis „in Echtzeit“ effektiv verfolgen kann, auch bei Angehörigen spezieller anfälliger Gruppen.
EVIDENZBASIERTE KONZEPTION	
<ul style="list-style-type: none"> Ein kostenkalkulierter und finanzierter nationaler Aktionsplan gegen Hepatitis mit klaren Zielvorgaben oder ein in eine allgemeine Gesundheitsstrategie oder einen allgemeinen Gesundheitsaktionsplan integrierten Maßnahmenplan gegen Virushepatitis 	
BEWUSSTSEIN	
<ul style="list-style-type: none"> Der Welt-Hepatitis-Tag wird in allen Mitgliedstaaten begangen 	<ul style="list-style-type: none"> Nationale Strategie für Öffentlichkeitsarbeit und Bewusstseinsbildung in Bezug auf Virushepatitis in der Mehrzahl der Mitgliedstaaten eingeführt
IMMUNISIERUNG	
<ul style="list-style-type: none"> 90% Durchimpfung mit drei Dosen des HBV-Impfstoffs in Ländern, die eine allgemeine Impfung im Kindesalter durchführen Nationale Leitlinien für die HAV- und HBV-Impfung von Risikogruppen ausgearbeitet und umgesetzt 	<ul style="list-style-type: none"> 95% Durchimpfung mit drei Dosen des HBV-Impfstoffs in Ländern, die eine allgemeine Impfung im Kindesalter durchführen HBsAg-Prävalenz in geimpften Kohorten $\leq 0,5\%$ 80% des Gesundheitspersonals gegen HBV geimpft
PRÄVENTION DER MUTTER-KIND-ÜBERTRAGUNG VON HBV	
<p>Für Länder, die eine allgemeine Impfung von Neugeborenen durchführen:</p> <ul style="list-style-type: none"> 85% Durchimpfung mit der rechtzeitig verabreichten Geburtsdosis gegen HBV <p>Für Länder, die Reihenuntersuchungen für Schwangere und eine Postexpositionsprophylaxe für Neugeborene durchführen:</p> <ul style="list-style-type: none"> 85% der Schwangeren nehmen an Reihenuntersuchungen teil, und 90% der Säuglinge infizierter Mütter erhalten Postexpositionsprophylaxe 	<p>Für Länder, die eine allgemeine Impfung von Neugeborenen durchführen:</p> <ul style="list-style-type: none"> 90% Durchimpfung mit der rechtzeitig verabreichten Geburtsdosis gegen HBV <p>Für Länder, die Reihenuntersuchungen für Schwangere und eine Postexpositionsprophylaxe für Neugeborene durchführen:</p> <ul style="list-style-type: none"> 90% der Schwangeren nehmen an Reihenuntersuchungen teil, und 95% der Säuglinge infizierter Mütter erhalten Postexpositionsprophylaxe
SICHERHEIT VON BLUTPRODUKTEN	
<ul style="list-style-type: none"> Alle Länder verfügen über wirksame Hämovigilanzsysteme, und alle Blutspenden werden mit serologischen Methoden zumindest auf HBV- und HBC-Infektion getestet 	<ul style="list-style-type: none"> Alle Blutspenden werden mit den NAT-Untersuchungsmethoden auf HBV und HCV getestet Alle Blutspenden stammen von nicht vergüteten Spendern
INFEKTIONSSCHUTZ UND -BEKÄMPFUNG INNERHALB UND AUSSERHALB VON GESUNDHEITSEINRICHTUNGEN	
<ul style="list-style-type: none"> Vorschriften für sichere Injektionen und Regeln für Infektionsschutz und -bekämpfung mit dem Ziel der Prävention durch Blut übertragener Infektionen im Gesundheitswesen (einschließlich in Haftanstalten) vorhanden und umgesetzt <ul style="list-style-type: none"> Nationale Desinfektions- und Sterilisationsprotokolle für Bereiche außerhalb des Gesundheitswesens (z. B. Einrichtungen für ästhetische Kosmetologie und Tätowierung) entwickelt und umgesetzt 	<ul style="list-style-type: none"> 50% der Injektionen inner- und außerhalb von Gesundheitsversorgungseinrichtungen mit konstruktiv gesicherten Hilfen verabreicht

PRÄVENTION BEI INJIZIERENDEN DROGENKONSUMENTEN	
<ul style="list-style-type: none"> • Konzepte zur Unterstützung eines umfassenden Pakets für Infektionsschutz und Schadensminderung bei injizierenden Drogenkonsumenten entwickelt und umgesetzt; dazu gehören: Nadel-und-Spritzen-Tauschprogramme; Opioidsubstitutionstherapie (OST) und andere evidenzbasierte Drogenentwöhnungsprogramme; gezielte Informations-, Aufklärungs- und Kommunikationsmaßnahmen für injizierende Drogenkonsumenten; und HAV- und HBV-Impfungen 	<ul style="list-style-type: none"> • Ein umfassendes Paket von Schadensminderungsmaßnahmen für alle injizierenden Drogenkonsumenten: <ul style="list-style-type: none"> – Mindestens 200 Spritzbestecke pro injizierendem Drogenkonsumenten pro Jahr ausgegeben* – Mindestens 40% der opioidabhängigen injizierenden Drogenkonsumenten erhalten Opioidsubstitutionstherapie – HBV- und HAV-Impfungen • Für 90% der injizierenden Drogenkonsumenten werden von Nadel-und-Spritzen-Tauschprogrammen, Drogenentwöhnungsstellen (einschließlich OST) und anderen mit injizierenden Drogenkonsumenten arbeitenden Stellen gezielte Informations-, Aufklärungs- und Kommunikationsmaßnahmen durchgeführt
PRÄVENTION DER SEXUELLEN ÜBERTRAGUNG	
<ul style="list-style-type: none"> • 90% der Länder bieten (primäre Gesundheitsversorgung, HIV, Drogen, reproduktive Gesundheit und perinatale Versorgung) Leistungen in Bezug auf sexuell übertragbare Infektionen oder Kontakte zu solchen Leistungen in allen Versorgungsbereichen an 	<ul style="list-style-type: none"> • Alle Personen haben Zugang zu einem umfassenden Leistungsangebot in Bezug auf sexuell übertragbare Infektionen (u. a. HIV, HBV und HCV) sowie Zugang zu Kondomen, Tests und Beratungsangeboten
DIAGNOSE VON HEPATITISINFEKTIONEN	
<ul style="list-style-type: none"> • Qualitativ hochwertige Tests und Diagnosen für Virushepatitis sind verfügbar und für alle zugänglich • Alle Länder verfügen über nationale Konzepte für Tests auf HBV und HCV, die den Leitlinien der WHO entsprechen • Alle Länder verfügen über Schätzungen der Diagnoserate und des Anteils der Patienten, bei denen eine durch Virushepatitis bedingte Lebererkrankung im Spätstadium (Zirrhose oder HCC) diagnostiziert wurde • Alle Gesundheitsfachkräfte kennen ihren Serostatus in Bezug auf Virushepatitis B und C 	<ul style="list-style-type: none"> • 50% aller mit chronischer HBV, HCV und HDV infizierten Personen sind diagnostiziert • 75% der geschätzten Zahl der Patienten mit einer durch Virushepatitis bedingten Lebererkrankung im Spätstadium (Zirrhose oder HCC) sind diagnostiziert
VERBESSERUNG DER VERSORGUNG UND BEHANDLUNG CHRONISCHER HEPATITIS	
<ul style="list-style-type: none"> • Nationale Aktualisierungen in Bezug auf Hepatitisbehandlung und -versorgung in Übereinstimmung mit den Leitlinien der WHO eingeführt und regelmäßig aktualisiert • Schätzung der Ausgangszahl der Personen, die wegen einer chronischen HBV-, HCV- oder HDV-Infektion behandelt werden müssen, liegt vor, vorzugsweise aufgeschlüsselt nach Stadium der Lebererkrankung 	<ul style="list-style-type: none"> • Behandlung einer chronischen HBV-, HCV- oder HDV-Infektion in Übereinstimmung mit internationalen Standards ist für alle verfügbar und bezahlbar • 90% der mit einer chronischen HBV-, HCV- oder HDV-Infektion diagnostizierten Patienten werden versorgt und ausreichend beobachtet • 75% der diagnostizierten Patienten mit chronischer HBV- und HDV-Infektion, die Anspruch auf Behandlung haben, haben die Behandlung begonnen, und 90% der Personen in Langzeitbehandlung gegen HBV erreichen Virussuppression • 75% der anspruchsberechtigten diagnostizierten Patienten mit chronischer HCV-Infektion erhalten eine wirksame Behandlung, und mindestens 90% von ihnen werden geheilt

HAV: Hepatitis-A-Virus; HBV: Hepatitis-B-Virus; HCC: hepatozelluläres Karzinom; HCV: Hepatitis-C-Virus;

HDV: Hepatitis-D-Virus;

HIV: Humanes Immundefizienz-Virus; NAT: Nukleinsäureamplifikationstest;

* Ein umfassendes Paket evidenzbasierter Maßnahmen zur Minderung der Schäden im Zusammenhang mit injizierendem Drogenkonsum wird in dem fachlichen Leitfaden von WHO, UNAIDS und UNODC über die Festlegung von Zielvorgaben für den allgemeinen Zugang zu HIV-Vorsorge, -Behandlung und -Versorgung beschrieben, der für die Länder erstellt wurde. Weil sowohl bei HIV als auch bei Hepatitisviren die Übertragung durch Blut erfolgt, helfen Interventionen, die bei injizierenden Drogenkonsumenten für die HIV-Prävention wirksam sind, bei der Prävention der HCV-/HBV-Übertragung. Weil jedoch HCV virulenter als HIV ist, könnte ein höherer Versorgungsgrad mit Interventionen erforderlich sein, um vergleichbare Rückgänge der Inzidenz zu erreichen. Auf der Grundlage von Untersuchungen in Gesundheitseinrichtungen entwickelter Länder sowie von mathematischen Modellen zur Untersuchung der Spritzenausgabe und ihres Einflusses auf die HIV-Übertragung wird in den Leitlinien

von WHO, UNAIDS und UNODOC eine Zielvorgabe von 200 ausgegebenen Spritzen pro injizierendem Drogenkonsumenten und Jahr vorgeschlagen. Zur Prävention von HCV ist wahrscheinlich eine wesentlich höhere Zahl erforderlich. Die Zielvorgabe von 40% für die OST basiert auf Versorgungsraten, die in Ländern mit gut funktionierenden OST-Programmen erreicht wurden.

= = =