



# Europäisches Ministerforum der WHO: „Alle gegen Tuberkulose“



Die Erklärung von Berlin  
zur Tuberkulose

## ZUSAMMENFASSUNG

Das WHO-Regionalbüro für Europa richtete am 22. Oktober 2007 in Berlin, Deutschland, das Europäische Ministerforum der WHO zur Tuberkulose aus, um die Fortschritte auf dem Weg zum Erreichen der globalen Zielvorgaben für die Tuberkulosebekämpfung (Tb-Bekämpfung) in der Europäischen Region der WHO und der Zielvorgabe 8 von Millenniums-Entwicklungsziel 6 (bis 2015 die Ausbreitung von Tb „zum Stillstand bringen und allmählich umkehren“) zu beschleunigen. Mehr als 300 Teilnehmer einschließlich Gesundheitsministerinnen und -ministern, Justizministern und hochrangigen Entscheidungsträgerinnen und -trägern aus 49 der 53 Mitgliedstaaten der Europäischen Region der WHO sowie Vertreterinnen und Vertretern von anderen Körperschaften der Vereinten Nationen, zwischenstaatlichen Organisationen und nichtstaatlichen Organisationen (NGOs) waren auf dem Forum zugegen. Die Teilnehmer erörterten die folgenden Themen:

- die von Tb in der Region ausgehende Bedrohung,
- die Reaktion in der Region und die erforderlichen Maßnahmen zur Behebung von Defiziten dieser Reaktion,
- Tb als Public-Health-Problem in nationalen Gesundheitssystemen,
- Mechanismen sowohl für die Bekämpfung oder Eliminierung von Tb als auch für die Beschaffung der notwendigen Mittel für die Bewältigung der Aufgabe.

Sie nahmen ein Partnerschaftsangebot von mehr als 45 Organisationen der Zivilgesellschaft an. Mit dem Ziel, weitere Fortschritte bei der Bekämpfung von Tb in der Europäischen Region der WHO anzustoßen, verabschiedeten die Teilnehmer zum Abschluss die Erklärung von Berlin zur Tuberkulose.

### Schlüsselwörter

TUBERCULOSIS – prevention and control  
TUBERCULOSIS – congresses  
REGIONAL HEALTH PLANNING  
TREATIES  
EUROPE

Bitte richten Sie Anfragen bezüglich Veröffentlichungen des WHO-Regionalbüros für Europa an:

Publications  
WHO-Regionalbüro für Europa  
Scherfigsvej 8  
DK-2100 Kopenhagen Ø, Dänemark

Oder füllen Sie auf der Website des Regionalbüros ein Online-Formular aus, um Dokumentationen oder Gesundheitsinformationen anzufordern oder eine Genehmigung zum Zitieren oder Übersetzen zu beantragen.

Die Internet-Adresse für das Formular lautet <http://www.euro.who.int/pubrequest>.

### © Weltgesundheitsorganisation 2008

Alle Rechte vorbehalten. Das Regionalbüro für Europa der Weltgesundheitsorganisation heißt Anfragen bezüglich einer Genehmigung zur teilweisen oder vollständigen Reproduktion oder Übersetzung seiner Veröffentlichungen willkommen.

Die in dieser Veröffentlichung benutzten Bezeichnungen und die Darstellung des Stoffes beinhalten keine Stellungnahme seitens der Weltgesundheitsorganisation bezüglich des rechtlichen Status eines Landes, eines Territoriums, einer Stadt oder eines Gebiets bzw. ihrer Regierungs-/Verwaltungsinstanzen oder bezüglich des Verlaufs ihrer Staats- oder Gebietsgrenzen. Gestrichelte Linien auf Karten bezeichnen einen ungefähren Grenzverlauf, über den möglicherweise noch keine vollständige Einigkeit besteht.

Die Erwähnung bestimmter Firmen oder der Erzeugnisse bestimmter Hersteller bedeutet nicht, dass diese unter Bevorzugung gegenüber ähnlichen nicht erwähnten von der Weltgesundheitsorganisation unterstützt oder empfohlen werden. Soweit nicht ein Fehler oder Versehen vorliegt, sind die Namen von Markenartikeln als solche kenntlich gemacht.

Die Weltgesundheitsorganisation hat alle angemessenen Vorkehrungen getroffen, um die in dieser Publikation enthaltenen Informationen zu überprüfen. Dennoch wird die Veröffentlichung ohne irgendeine explizite oder implizite Gewähr herausgegeben. Die Verantwortung für die Deutung und den Gebrauch des Materials liegt bei der Leserschaft. Die Weltgesundheitsorganisation schließt jegliche Haftung für Schäden aus, die sich aus dem Gebrauch des Materials ergeben. Die von den Autoren, Redakteuren oder Sachverständigengruppen zum Ausdruck gebrachten Ansichten sind nicht unbedingt Ausdruck der Entscheidungen oder der erklärten Politik der Weltgesundheitsorganisation.

# INHALT

	<i>Seite</i>
Vorwort .....	v
Erklärung von Berlin zur Tuberkulose .....	1
Bericht über das Forum.....	8
Einführung .....	8
Die von Tb in der Europäischen Region der WHO ausgehende Bedrohung .....	9
Die Reaktion der Europäischen Region der WHO.....	11
Die Lücken bei der Reaktion schließen.....	14
Tb als Public-Health-Problem und Mechanismen zu ihrer Bekämpfung oder Eliminierung: Stellungnahmen von Ministerinnen und Ministern .....	19
Erklärung von Berlin zur Tuberkulose .....	24
Anhang 1:	
Sitzungen und Präsentationen .....	25
Anhang 2:	
Angebot einer Partnerschaft der Zivilgesellschaft an die Minister der Region Europa .....	28
Anhang 3	
Teilnehmer .....	32



## Vorwort

*Das Wiederaufflammen der Tuberkulose (Tb) hat in der Europäischen Region der WHO zu einem Notstand geführt. Tb wird in allen Ländern der Region festgestellt. Kein Bürger – in Europa oder in der Welt – ist gegen die Krankheit immun, und nur bereichsübergreifende Gegenmaßnahmen versprechen Erfolg.*

*Zur Mobilisierung der Zusammenarbeit aller Regierungsbereiche sowie aller Partner und Betroffenen in Ländern und international bedarf es deshalb politischer Solidarität. Partnerschaften auf der Grundlage solcher Solidarität können nationale Gesundheitssysteme stärken. Mit dem Ziel der Eindämmung von Tb können sie Untersuchungen auf Tb, die Ausbildung von Leistungserbringern (insbesondere im Bereich der Primärversorgung) sowie die Durchführung und Beobachtung der Behandlung gewährleisten. Zur Bekämpfung arzneimittelresistenter Tb-Stämme sind zudem internationale Anstrengungen erforderlich. Bei der Förderung der Solidarität und der Unterstützung nationaler Aktivitäten zur Verhütung und Bekämpfung von Tb arbeitet das WHO-Regionalbüro für Europa beispielsweise mit der Europäischen Union, dem Globalen Fonds zur Bekämpfung von Aids, Tuberkulose und Malaria sowie einer Reihe nichtstaatlicher Organisationen in der Partnerschaft „Stopp der Tb“ zusammen.*

*Auf dem Europäischen Ministerforum der WHO: „Alle gegen Tuberkulose“ verabschiedeten die Länder der Region die Erklärung von Berlin zur Tuberkulose. Darin bekundeten sie eine neue Solidarität und verpflichteten sich zur Ausweitung der bereichsübergreifenden Maßnahmen gegen Tb. Wird diese Erklärung positive Auswirkungen für die mehr als 445 000 Tb-Patienten in der Europäischen Region der WHO haben? Dies wird der Fall sein, wenn die Regierungen die in Berlin getroffenen Entscheidungen umsetzen. Und wir in der WHO stehen bereit, um mit Programmen zugunsten von Gebieten zu helfen, in denen wir einen substanziellen Beitrag leisten und etwas bewirken können. Die gute Nachricht ist, dass viele der in Berlin erörterten Probleme in Angriff genommen werden können, wenn der politische Wille und die Entschlossenheit dazu vorhanden sind. Wir haben dieses Forum einberufen, um auf von der Tb ausgehende Probleme aufmerksam zu machen, mit denen die Gesundheitssysteme in unseren Mitgliedstaaten konfrontiert sind, damit die Regierungen etwas dagegen unternehmen können.*

Marc Danzon  
WHO-Regionaldirektor für Europa



## Erklärung von Berlin zur Tuberkulose

1. Wir, die Ministerinnen und Minister der Mitgliedstaaten der Europäischen Region der Weltgesundheitsorganisation (WHO), **stellen** anlässlich unserer Zusammenkunft mit dem WHO-Regionaldirektor für Europa und hochrangigen Partnerorganisationen auf dem Europäischen Ministerforum der WHO zum Thema Tuberkulose am 22. Oktober 2007 in Berlin **mit Besorgnis fest**, dass Tuberkulose (Tb) wieder zu einer wachsenden Bedrohung der Gesundheitssicherheit in der Europäischen Region der WHO geworden ist.
  - 2005 gab es in der Region 445 000 neue Tb-Fälle und 66 000 Tb-bedingte Sterbefälle.
  - Innerhalb der Region gibt es hohe Tb-Inzidenzraten.
  - Selbst in Ländern mit relativ niedriger Belastung hat sich der früher rückläufige Trend umgekehrt.
  - In der gesamten Region ist das Auftreten der Tuberkulose häufig mit gesellschaftlichen und wirtschaftlichen Faktoren sowie mit Migration verbunden.
  - Durch mangelnde Befolgung anerkannter Bekämpfungsmethoden hat der Mensch hohe Raten multiresistenter (MDR-Tb) und extensiv resistenter Tuberkulose (XDR-Tb) verursacht.
  - In den vergangenen Jahrzehnten wurden keine neuen Diagnostika, Medikamente oder Impfstoffe entwickelt.
  - Vielen Ländern der Region fehlt für die Tuberkulosebekämpfung qualifiziertes, motiviertes Personal.
  - In der Region ist Tuberkulose die häufigste Erkrankungs- und Todesursache bei mit HIV/Aids lebenden Menschen, und nur wenige Länder gehen umfassend gegen Tb/HIV-Koinfektion vor.
  - Tuberkulose respektiert keine Grenzen.
  
2. Wir **stellen fest**, dass trotz Erfolgen im vergangenen Jahrzehnt die Tb-Bekämpfung und die Bemühungen um eine Eliminierung der Krankheit in der Region verstärkt werden müssen.
  - Die hohe Quote ungünstiger Behandlungsergebnisse in der Region ist die Folge einer unzureichenden Umsetzung international anerkannter Tb-Bekämpfungsstrategien.
  - Die derzeit vorhandenen qualitätsgeprüften Diagnostika und die geeigneten evidenzbasierten Behandlungsstrategien müssen stärker als bisher genutzt werden.
  - Die Tb-Bekämpfung muss auch bei besonders gefährdeten Gruppen wie Migranten, Obdachlosen, Gefängnisinsassen und anderen sozial benachteiligten Personenkreisen ansetzen.
  - Zur Bekämpfung von MDR/XDR-Tb und Tb/HIV-Koinfektion sind gezielte Maßnahmen erforderlich.
  - Prävention, einschließlich Infektionsbekämpfung, bleibt für die Tb-Bekämpfung, insbesondere in anfälligen Gruppen, ein wichtiger Faktor.

- Eine rechtzeitige Erhebung, Übermittlung, Bestätigung und Analyse aussagekräftiger Daten aus der Tuberkuloseüberwachung ist für fachgerechte Maßnahmen zur Tuberkulosebekämpfung und -eliminierung unverzichtbar.
3. Wir **erkennen an**, dass:
- viele Länder über nationale Pläne für die Tb-Bekämpfung verfügen;
  - für den Zeitraum 2007–2015 ein Plan angenommen wurde, der in den vorrangigen Ländern der Europäischen Region der WHO die Tuberkulose stoppen soll, und dass die Europäische Union derzeit einen Aktionsplan gegen Tb entwickelt;
  - die Mitgliedstaaten der Europäischen Region der WHO durch Bereitstellung von Sachverstand und finanziellen Mitteln beträchtlich zur Entwicklung neuer Instrumente für Diagnose und Therapie von sowie Impfung gegen Tuberkulose beisteuern können;
  - in der Europäischen Region die finanzielle und anderweitige Unterstützung von Tb-Maßnahmen auf nationaler wie internationaler Ebene zugenommen hat;
  - der frühere Generalsekretär der Vereinten Nationen mit dem ehemaligen portugiesischen Präsidenten Dr. Jorge Sampaio einen Sondergesandten für Tuberkulose ernannt hat;
  - die Partnerschaft „Stopp der Tb“ für Europa und Zentralasien mit substanzieller Unterstützung durch die Globale Partnerschaft „Stopp der Tb“ auf den Weg gebracht wurde.
4. Wir **stellen mit Besorgnis fest**, welche Lücken noch zu schließen bleiben, bis die Strategie „Stopp der Tb“ vollständig zur wirksamen Tb-Bekämpfung umgesetzt werden kann, und **vereinbaren** hiermit folgende Prioritäten:
- Die Herstellung eines allgemeinen Zugangs zur Strategie „Stopp der Tb“ sollte durch eine Stärkung des Gesundheitswesens sowie durch Einbeziehung des gesamten Spektrums aus privaten und öffentlichen Anbietern von Gesundheitsleistungen in Zivilgesellschaft und Strafvollzug gefördert werden, welche alle die internationalen Standards für die Tuberkuloseversorgung befolgen und die Patientencharta unterstützen sollten.
  - Die Zivilgesellschaft und die betroffenen Bevölkerungsgruppen müssen als wesentliche Partner bei der Tb-Bekämpfung angesehen und in diese einbezogen werden.
  - Die im Globalen Plan „Stopp der Tb“ 2006–2015 benannte Finanzierungslücke sollte durch höhere, angemessen priorisierte, langfristige und gezielte lokale, nationale und internationale Finanzierung geschlossen werden.
  - Der Tb-Bekämpfung sollte in den für eine externe Finanzierung vorgelegten nationalen Entwicklungsplänen hohe Priorität eingeräumt werden.
  - Die derzeit verfügbaren wirksamen Instrumente sollten besser genutzt und neue Diagnostika, Medikamente und Impfstoffe im Rahmen der Grundlagenforschung und Produktentwicklung geschaffen werden, u. a. durch öffentlich-private Partnerschaften, Privatunternehmen und nationale Forschungseinrichtungen.

- Das Thema Tuberkulose sollte integraler Bestandteil von Behandlungs- und Versorgungsprogrammen für HIV-Infizierte sein, da eine Tb-HIV-Koinfektion eher tödlich endet als eine der beiden Krankheiten für sich.
  - Es sollten besondere Anstrengungen unternommen werden, um stark gefährdeten (legal wie illegal aufenthältigen) Migrantengruppen und anderen Bevölkerungsgruppen den Zugang zu einer angemessenen kultursensiblen und hochwertigen Tb-Versorgung zu sichern.
  - Partnerschaft und Abstimmung zwischen den Bereichen Gesundheit, Strafvollzug und Soziales sollten ebenso gefördert werden wie eine internationale Zusammenarbeit auf diesem Gebiet.
5. Angesichts dieser Situation **verpflichten wir uns** zu dringlichen Maßnahmen.
- (i) So **stärken** bzw. **verstärken** wir:
- den politischen Willen;
  - die öffentlichen Gesundheits- und Sozialsysteme;
  - das Engagement des gesamten Spektrums der Leistungsanbieter;
  - die für eine wirksame Tb-Versorgung erforderlichen personellen Kapazitäten in qualitativer wie quantitativer Hinsicht;
  - die Erkenntnisgrundlage für Konzepte und Methoden zur Tuberkulosebekämpfung durch eine erweiterte Tuberkuloseüberwachung und -beobachtung;
  - die Zusammenarbeit zwischen Tb- und HIV-Programmen;
  - die Zusammenarbeit mit der Privatwirtschaft;
  - die Abstimmung auf nationaler und internationaler Ebene;
  - die Einbeziehung der Zivilgesellschaft.
- (ii) So **nehmen** wir die Strategie „Stopp der Tb“ mit all ihren Bestandteilen **an**, wodurch
- eine ausgedehnte und verbesserte Umsetzung der qualitativ hochwertigen direkt überwachten Kurzzeittherapie (DOTS) gesichert wird;
  - MDR-Tb, XDR-Tb und HIV-bedingte Tuberkulose sowie andere Herausforderungen, vor allem im Hinblick auf besonders gefährdete Bevölkerungsgruppen, in Angriff genommen werden;
  - die Tuberkuloseversorgung in die allgemeine Gesundheitsversorgung integriert und zugleich Maßnahmen zur Stärkung der Gesundheitssysteme unterstützt werden;
  - das Engagement aller Leistungsanbieter gesichert wird;
  - Menschen mit Tuberkulose und ihr Umfeld zu selbst bestimmtem Handeln befähigt und gesellschaftliche Stigmata beseitigt werden;
  - die Erforschung und Entwicklung neuer Diagnostika, Medikamente und Impfstoffe ebenso wie die programmorientierte Systemanalyse (operational research) ermöglicht wird.

- (iii) So **bemühen wir uns** um die Sicherung einer nachhaltigen Finanzierung durch:
- die Umsetzung der Resolutionen der Weltgesundheitsversammlung zur Prävention und Bekämpfung von Tuberkulose aus den Jahren 2005 und 2007<sup>1</sup>;
  - die Unterstützung des Globalen Plans „Stopp der Tb“ 2006–2015 in Zusammenarbeit mit den G8-Ländern;
  - Mittelbeschaffung aus den zuständigen multilateralen Einrichtungen auf globaler Ebene und Ebene der Region, u. a. dem Globalen Fonds zur Bekämpfung von Aids, Tuberkulose und Malaria, UNITAID, der Bill-und-Melinda-Gates-Stiftung und anderen zwischenstaatlichen und wohltätigen Organisationen sowie durch bilaterale Einrichtungen.
- (iv) Diese finanziellen Mittel werden wir dafür **einsetzen**:
- die Umsetzung regionaler und nationaler Pläne zur Tuberkulosebekämpfung, darunter des WHO-Plans „Stopp der Tb“, in vorrangigen Ländern der Europäischen Region der WHO sicherzustellen;
  - die Finanzierungslücke zwischen den insgesamt verfügbaren und den benötigten Ressourcen für die Tb-Bekämpfung zu beseitigen und die Entwicklung neuer Diagnostika, Medikamente und Impfstoffe zu beschleunigen, um die Vorgabe der Millenniums- Entwicklungsziele bis 2015 zu erfüllen.
6. Wir **verpflichten** uns zu einer genauen Verfolgung und Auswertung der Umsetzung der in dieser Erklärung skizzierten Maßnahmen und fordern das WHO-Regionalbüro für Europa dazu auf, in Partnerschaft mit der Europäischen Union und anderen maßgeblichen regionalen Institutionen und Organisationen geeignete Foren und Mechanismen zu schaffen, in die u. a. die Zivilgesellschaft, die betroffenen Bevölkerungsgruppen und die Privatwirtschaft einbezogen werden, um die Fortschritte auf Ebene der Region ab 2009 zweijährlich zu bewerten.

---

<sup>1</sup> Resolutionen der Weltgesundheitsversammlung WHA58.14 zur nachhaltigen Finanzierung der Tb-Prävention und -Bekämpfung und WHA60.19 zu den Fortschritten und der langfristigen Planung der Tb-Bekämpfung.

## Bericht über das Forum

### Einführung

Das WHO-Regionalbüro für Europa richtete am 22. Oktober 2007 in Berlin, Deutschland, das Europäische Ministerforum der WHO zum Thema Tuberkulose: „Alle gegen Tuberkulose“ aus, um die Fortschritte auf dem Weg zum Erreichen der globalen Zielvorgaben für die Tuberkulosebekämpfung (Tb-Bekämpfung) in der Europäischen Region der WHO und der Zielvorgabe 8 von Millenniums-Entwicklungsziel 6 (bis 2015 die Ausbreitung von Tb „zum Stillstand bringen und allmählich umkehren“) zu beschleunigen. Das Forum diente folgenden Zielen:

- der Stärkung des politischen Engagements für die Umsetzung der WHO-Strategie „Stopp der Tb“ in der gesamten Region und der Einbeziehung der Tuberkulosebekämpfung in die Anstrengungen zur Stärkung der Gesundheitssysteme;
- der Sicherung des Engagements aller Mitgliedstaaten für eine vollständige und angemessene Finanzierung der Tuberkulosebekämpfung im Einklang mit Resolution WHA58.14 der Weltgesundheitsversammlung zur nachhaltigen Finanzierung der Prävention und Bekämpfung der Tuberkulose;
- der Annahme der Erklärung von Berlin zur Tuberkulose;
- der Unterstützung der Partnerschaft „Stopp der Tb“ für die Europäische Region der WHO.

Mehr als 300 Teilnehmer einschließlich Gesundheitsministerinnen und -ministern, Justizministern und hochrangigen Entscheidungsträgerinnen und -trägern aus 49 der 53 Mitgliedstaaten der Europäischen Region der WHO sowie Vertreterinnen und Vertretern von anderen Körperschaften der Vereinten Nationen, zwischenstaatlichen Organisationen und nichtstaatlichen Organisationen (NGOs) waren auf dem Forum zugegen. Zusätzlich organisierte das Open Society Institute am 21. Oktober eine Veranstaltung der Zivilgesellschaft, an der Vertreter von besonders von Tb betroffenen Bevölkerungsgruppen und für sie tätige Gesundheitsfachkräfte teilnahmen. Das Treffen konzentrierte sich darauf, ein breites Netzwerk nichtstaatlicher Organisationen dafür zu mobilisieren, dass die Fortschritte bei der Bekämpfung der Tb in der Europäischen Region beschleunigt, die Interessen der Betroffenen besser vertreten und mehr Mittel bereitgestellt werden. Die Teilnehmer arbeiteten ein Partnerschaftsangebot aus, das den Teilnehmern am Europäischen Ministerforum der WHO unterbreitet wurde. In Anhang 1 sind die Sessions und die Vortragenden auf dem Forum aufgeführt. Anhang 2 enthält das Partnerschaftsangebot und Anhang 3 die Auflistung der Teilnehmer an dem Forum.

In der Hauptrede ersuchte der Sondergesandte der Vereinten Nationen für Tuberkulosebekämpfung und frühere portugiesische Präsident Dr. Jorge Sampaio die Gesundheitsministerinnen und -minister in der Europäischen Region der WHO, entgegen dem Zwang zu Ausgabenkürzungen im öffentlichen Gesundheitswesen ihren politischen Einfluss für die Bekämpfung der Tb-bedingten Probleme in der Region geltend zu machen. Die HIV/Aids-, Tb- und Malariapandemien stellen eine Bedrohung der globalen Gesundheit und Sicherheit dar, und die Europäische Kommission, das Europäische Zentrum für die Prävention und die Kontrolle von Krankheiten (ECDC) sowie das WHO-Regionalbüro für Europa sehen in Tb eine schwerwiegende Bedrohung der Gesundheit der Bevölkerung in der Region. Es müssen dringend Forschungsarbeiten mit dem Ziel durchgeführt werden, neue Diagnoseverfahren für und Medikamente gegen Tb zu finden. Die sich abzeichnenden Probleme der HIV-bedingten Tb sowie der MDR- und der XDR-Tb erfordern gemeinsame Initiativen, integrierte Dienste,

unterstützende Gesundheitssysteme und wirksame Programme. Aus Gründen der Sicherheit und der Effizienz sowie aus politischen und ethischen Gründen müssen die gesundheitlichen Unterschiede zwischen reichen und armen Bevölkerungen und Ländern verringert werden.

Die verbesserte Koordinierung im Kampf gegen Aids und Tb ist ein Schlüssel zur Verbesserung der Gesundheit weltweit, und die Stärkung der Gesundheitssysteme auf der Welt ist ein Schlüssel zum Erreichen der Millenniums-Entwicklungsziele. Die Bekämpfung der Tb erfordert politische Führungsstärke, angemessene finanzielle Ressourcen, neue Partnerschaften und eine Strategie, die darauf ausgerichtet sein muss, sowohl global zu denken als auch lokal zu handeln. Investitionen in die Tb-Bekämpfung können zu einem Modell für die Entwicklung neuer und besserer Fähigkeiten zur Lösung prioritärer Probleme im Rahmen der Gesundheitssicherheit führen.

Bei ihren Diskussionen hatten die Teilnehmer ständig die Zahlen in Bezug auf Tb in der Region vor Augen: Während der Dauer des Forums gab es 420 Neuerkrankungen und 66 Sterbefälle aufgrund der Krankheit, und 280 zuvor an Tb erkrankte Personen wurden geheilt.

## **Die von Tb in der Europäischen Region der WHO ausgehende Bedrohung**

Zu viele Menschen erkrankten und starben an Tb, einer heilbaren Krankheit. 2005 gab es weltweit 8,8 Millionen neue Tb-Fälle und 1,6 Millionen durch Tb verursachte Sterbefälle.

In der Europäischen Region der WHO waren die westlichen Länder von der Eliminierung der Krankheit noch weit entfernt, und in den östlichen Ländern steuerte die Situation auf eine Tragödie zu. 2005 gab es in der Region 445 000 neue Tb-Fälle und 66 000 durch Tb verursachte Sterbefälle oder 7 Sterbefälle pro Stunde. Bei der Inzidenz wurde ein klares Ost-West-Gefälle verzeichnet: Während der Durchschnitt für die Region 50 Fälle pro 100 000 Einwohner betrug, reichten die Zahlen für Ländergruppen von 13 Fällen pro 100 000 Einwohner für die 15 Länder der Europäischen Union (EU) vor 2004 über 25 pro 100 000 für Länder, die 2004 der EU beigetreten waren, und 51 pro 100 000 in Bulgarien, Kroatien, der früheren jugoslawischen Republik Mazedonien, Rumänien und der Türkei bis zu 103 pro 100 000 in anderen an die EU angrenzenden Ländern. Die Inzidenz in den 18 vorrangigen Ländern für die Tb-Bekämpfung in der Region (Armenien, Aserbaidschan, Bulgarien, Estland, Georgien, Kasachstan, Kirgisistan, Lettland, Litauen, Republik Moldau, Rumänien, Russische Föderation, Tadschikistan, Türkei, Turkmenistan, Ukraine, Usbekistan und Weißrussland) war mit Werten in Entwicklungsländern vergleichbar. Außerdem stagnierten in der Region sowohl die hohen als auch die niedrigen Werte.

Auch wenn 85% der Tb-Fälle auf den östlichen Teil der Region entfielen, stellte Tb alle Länder vor Probleme. Zu den Gründen hierfür zählten unzureichende Programme zur Tb-Bekämpfung, die unzureichende Reaktion auf MDR- und XDR-Tb (in Verbindung mit unzureichendem Fallmanagement und schwachen Laborstrukturen), HIV/Aids-Koinfektionen, die bis dahin unterbliebene Integration von Programmen zur Tb-Bekämpfung in nationale Gesundheitssysteme und die Primärversorgung sowie die unzureichende Einbeziehung der Zivilgesellschaft.

Die Region bemühte sich, ehrgeizige Ziele zu erreichen. Neben der Zielvorgabe zum Millenniums-Entwicklungsziel betrafen die Ziele der Partnerschaft „Stopp der Tb“ die

Verringerung der Tb-Prävalenz und der Tb-bedingten Sterbefälle um 50% gegenüber den Werten von 1990 bis zum Jahr 2015 und die Eliminierung der Tb (das heißt, einen Wert von weniger als einem Fall pro einer Million Einwohner zu erreichen) bis zum Jahr 2050. Leider war die Europäische Region der WHO (ebenso wie die Afrikanische Region) nicht auf Kurs, was das Erreichen der Zielvorgabe zum Millenniums-Entwicklungsziel betraf, und sah sich mit einer Reihe von Problemen konfrontiert. Das erste war die arzneimittelresistente Tb: Zu den 18 vorrangigen Ländern zählten die 13 mit den weltweit höchsten Fallzahlen von MDR-Tb. Das zweite war Migration – ein von der portugiesischen EU-Präsidentschaft aufgegriffenes Gesundheitsthema: Sie war die Ursache für die Verbreitung der Fälle in der Region und weltweit. Dies machte deutlich, dass die Tb-Bekämpfung auf der globalen Ebene erfolgen musste, wenn sie erfolgreich sein sollte. Drittens erschwerte es die Zunahme der Tb-Prävalenz und der durch Tb verursachten Sterbefälle seit 1990, die Ziele der Halbierung der Werte von 1990 bis zum Jahr 2015 zu erreichen.

Neben Krankheit und Tod verursachten Tb und die damit verbundene Stigmatisierung viel Leid. Deshalb hatten die betroffenen Personen und Bevölkerungsgruppen großes Interesse an Maßnahmen zur Bekämpfung von Tb.

### ***Ländererfahrungen***

Die Erfahrungen in Ländern veranschaulichten einige der Probleme und Reaktionen in der Region. Nachdem beispielsweise in der Republik Moldau aufgrund wirtschaftlicher Schwierigkeiten das Gesundheitsbudget auf 10 US-Dollar pro Person gekürzt worden war, hatte sich die Tb-Situation verschlechtert. Die Morbidität und die Sterblichkeit hatten sich verdoppelt, und das Risiko anfälliger Gruppen war gestiegen. Zwischen 1997 und 2000 hatten 30% der Tb-Patienten Arzneimittel erhalten. In der Folgezeit war die Zahl der chronischen und arzneimittelresistenten Fälle gestiegen, ebenso die Inzidenz in Justizvollzugsanstalten. Zudem gab es zwischen 1998 und 2006 eine drastische Zunahme der Tb/HIV-Koinfektionen. Durch die Zusammenarbeit zwischen der Regierung sowie internationalen und bilateralen Organisationen konnte die Situation ab 2001 verbessert werden. Dank der Geberunterstützung waren für mehr als 65% der neu Erkrankten Frühdiagnose und Behandlung verfügbar. Die Behandlung entsprach nun auch internationalen Standards. Seit 2004 hatte die Bevölkerung aufgrund der neu eingeführten Pflichtkrankenversicherung Zugang zu Früherkennung und Behandlung. Die Investitionen der Regierung und der Geber in Behandlung wurden erhöht, und Personen mit arzneimittelresistenter Tb wurden behandelt. Die Ausbildung von Medizinstudenten wurde verbessert, und 2005 wurde eine Kampagne zur Aufklärung der Öffentlichkeit über Tb gestartet. 2006 wurde ein neues Behandlungsprogramm eingeführt. In den ersten Monaten des Jahres 2007 ging die Tb-Morbidität um mehr als 9% zurück. Die Behandlung aller Kategorien von Tb-Patienten zu gewährleisten, blieb wichtig. Die Kooperation führte zu guten Ergebnissen; die Geberunterstützung war nach wie vor von großer Bedeutung. Mit der Festlegung von Prioritäten eröffnete sich die Republik Moldau neue Möglichkeiten zur Tb-Bekämpfung und zum Erreichen der Zielvorgabe des Millenniums-Entwicklungsziels.

In Kirgisistan hatte die Bekämpfung der Tb bereits Vorrang; die Unterstützung internationaler Organisationen ermöglichte es dem Land, die direkt überwachte Kurzzeittherapie (DOTS) anzuwenden und die Ausbildung von Ärzten, die Arzneimittelversorgung und die Qualitätskontrolle in Labors zu verbessern. Die Regierung verabschiedete klare Richtlinien zu Tb. Gesundheits-, Justiz-, Finanz- und Verteidigungsministerium arbeiteten zusammen, um einen koordinierten Ansatz zu Tb-Interventionen zu gewährleisten, und die Tb-Versorgung erfolgte im Rahmen der Primärversorgung. 100% der neu Erkrankten erhielten Tb-Medikamente.

Dennoch blieb die Situation schwerwiegend. Seit 1994 hatte die Tb in alle Bevölkerungsgruppen zugenommen: ein Anstieg der Morbidität um das Zwölfwache. Es gab 110,9 Fälle pro 100 000 Einwohner; 59% der Patienten befanden sich in einem ernsten Zustand, was häufig auf eine verspätete Diagnose und eine Arzneimittelresistenz zurückzuführen war. Die Sterblichkeit war zwar zurückgegangen, aber 84% der Gestorbenen hatten an chronischer Tb gelitten. 19,1% aller Tb-Betroffenen waren MDR-Tb-Patienten. Der Informationsstand der Bevölkerung war schlecht. Aufgrund der knappen finanziellen Ressourcen standen zu wenig Mittel für Medikamente und Früherkennung zur Verfügung. Es wurden mehr neue Röntgengeräte benötigt, und ausgebildetes Personal neigte zur Migration in andere Länder. Kirgisistan räumte der Verhinderung der Ausbreitung von MDR-Tb Vorrang ein und bemühte sich weiter darum, seine Aktivitäten mit internationalen Organisationen zu koordinieren.

## Die Reaktion der Europäischen Region der WHO

Um die Millenniums-Entwicklungsziele zu erreichen, verfolgt die WHO die Strategie „Stopp der Tb“<sup>2</sup> und den Globalen Plan „Stopp der Tb“ 2006–2015<sup>3</sup>. Die Strategie umfasst sechs Komponenten:

1. Die direkt überwachte Kurzzeittherapie (DOTS) auf qualitativ hohem Niveau ausweiten und verbessern
2. Auf die Probleme Tb/HIV, MDR-Tb und andere Herausforderungen eingehen
3. Zur Stärkung der Gesundheitssysteme beitragen
4. Alle Anbieter im Gesundheitswesen einbeziehen
5. Die Situation von Personen mit Tb und der betroffenen Gemeinschaften verbessern
6. Forschung ermöglichen und fördern.

Folgende Ziele wurden formuliert: 50 Millionen Patienten zu behandeln, 14 Millionen Menschenleben zu retten und neue Instrumente für die weltweite Eliminierung der Tb zu entwickeln. Um sechs wichtige Aufgaben wahrzunehmen, werden für die Tb-Bekämpfung und -Eliminierung in der Europäischen Region mehr Mittel – 15 Milliarden US-Dollar – benötigt. Bei diesen Aufgaben handelt es sich um die folgenden:

1. Unzureichende Praktiken bei der Tb-Versorgung und -bekämpfung auszumerzen und die Gesundheitsdienste zu stärken
2. In Bereichen wie der Überwachung die Zusammenarbeit in der gesamten Europäischen Region der WHO anzustreben
3. Die Versorgung von Migranten sicherzustellen
4. Einfluss auf die Determinanten von Tb zu nehmen
5. Die Tb-Bekämpfung auf globaler Ebene zu unterstützen
6. Die Forschung mit dem Ziel der Entwicklung neuer Instrumente zu intensivieren.

---

<sup>2</sup> *The Stop TB Strategy* [Website]. Genf, Weltgesundheitsorganisation, 2007 ([http://www.who.int/tb/strategy/stop\\_tb\\_strategy/en/index.html](http://www.who.int/tb/strategy/stop_tb_strategy/en/index.html), eingesehen am 28. Oktober 2007).

<sup>3</sup> *The Global Plan to Stop TB 2006–2015* [Website]. Genf, Weltgesundheitsorganisation, 2007 ([http://www.who.int/tb/features\\_archive/global\\_plan\\_to\\_stop\\_tb/en/index.html](http://www.who.int/tb/features_archive/global_plan_to_stop_tb/en/index.html), eingesehen am 28. Oktober 2007).

Bei der Tb-Bekämpfung ist die Region mit wichtigen Hindernissen konfrontiert. Das erste ist schlechter Zugang zu Diensten: 2005 waren nur 60% der Bevölkerung durch DOTS abgedeckt. Zu den Problemen mit der Gesundheitssystem-Infrastruktur zählen übermäßig hierarchische, segmentierte Institutionen und schlechte Versorgungsstandards. Arzneimittelresistenz, HIV-Koinfektionen und überfüllte, schlecht ausgestattete Justizvollzugsanstalten (Brutstätten für Tb und andere Krankheiten) erschweren ebenfalls die Tb-Bekämpfung. Zudem ist sowohl in der Bevölkerung als auch bei der Politik das Bewusstsein für Tb schlecht ausgeprägt sowie durch Stigmatisierung und Vorurteile verzerrt.

Der Region eröffnen sich jedoch auch neue Aktiva im Kampf gegen Tb. Dazu zählen die Entschlossenheit des WHO-Regionalkomitees für Europa<sup>4</sup> und des WHO-Regionalbüros für Europa, das Problem mit Nachdruck anzugehen, der Plan zur Eindämmung der Tuberkulose in den 18 vorrangigen Ländern der Europäischen Region der WHO (2007–2015)<sup>5</sup>, Gesundheitssystemreformen in vielen mittel- und osteuropäischen Ländern, die Unterstützung der Partnerschaft „Stopp der Tb“ und die Gründung der Europäischen Partnerschaft „Stopp der Tb“ sowie die Verfügbarkeit globaler Ressourcen aus Quellen wie dem Globalen Fonds zur Bekämpfung von Aids, Tuberkulose und Malaria. Der Plan zur Eindämmung der Tuberkulose in den 18 vorrangigen Ländern sieht kostenwirksame Interventionen mit einem positiven Einfluss auf die Gesundheit der Bevölkerung vor, die in gemeinsamer Trägerschaft mit dem allgemeinen Gesundheitssystem durchgeführt werden sollen, und die Stärkung der Gesundheitssysteme ist eine seiner Hauptkomponenten. Er enthält ehrgeizige Ziele bereits für 2010:

- Ausweitung der Abdeckung der Bevölkerung mit DOTS auf 100%
- Erhöhung der Fallaufdeckungsrate auf 70%
- Erhöhung des Prozentsatzes der erfolgreich behandelten Fälle von arzneimittlempfindlicher Tb auf 85%
- Ausweitung der Laborkapazität für die Untersuchung der Wirksamkeit von Tuberkulosemedikamenten auf 90%
- Erhöhung des Prozentsatzes der behandelten Fälle von MDR-Tb auf 70%
- Gewährleistung von HIV-Beratung und -Tests für 100% der Patienten
- Gewährleistung ordnungsgemäßer Tb-Versorgung auf der Ebene der Primärversorgung für 70% der Patienten.

Um diese Ziele zu erreichen, müssen in allen Beziehungen drastische Verbesserungen gegenüber dem aktuellen Stand herbeigeführt werden. Auf der nationalen Ebene steht eine solide Finanzierung aus. Schätzungen zufolge sind nur 45% der für den Plan benötigten 14,8 Milliarden US-Dollar verfügbar. Um die Lücke zu schließen, müssten die Regierungen ihre Zuweisungen von lediglich 1 US-Dollar pro Patient auf 3,1 US-Dollar beziehungsweise von 0,1% ihrer jährlichen Pro-Kopf-Gesundheitsausgaben auf 0,3% erhöhen. Das WHO-Regionalbüro widmet sich diesen Problemen im Zusammenhang mit der für 2008 geplanten Konferenz zum Thema „Stärkung der Gesundheitssysteme“. Es hofft, durch die Verknüpfung von Aktivitäten zur Verbesserung der Wirksamkeit von Gesundheitssystemen mit Maßnahmen zur Bekämpfung von

---

<sup>4</sup> *Resolution EUR/RC52/R8 des WHO-Regionalkomitees für Europa über die Intensivierung der Tuberkulosebekämpfung in der Europäischen Region der WHO.* Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 2002 ([http://www.euro.who.int/Governance/resolutions/2002/20021231\\_5?language=German](http://www.euro.who.int/Governance/resolutions/2002/20021231_5?language=German), eingesehen am 10. Juni 2008).

<sup>5</sup> *Plan to Stop TB in 18 High-priority Countries in the WHO European Region, 2007–2015.* Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa ([www.euro.who.int/document/e91049.pdf](http://www.euro.who.int/document/e91049.pdf), eingesehen am 10. Juni 2008).

Armut und sozialer Ausgrenzung die Krankheits- und Sterbelast aufgrund von Tb verringern zu können.

In der EU veranlassten die aktuellen Probleme der Tb-Bekämpfung den Europäischen Kommissar für Gesundheit und Verbraucherschutz, das ECDC zu ersuchen, für die Durchführung durch die Europäische Kommission einen Tb-Aktionsplan vorzuschlagen. Zu diesen Problemen zählen:

- die Heterogenität der Tb-Inzidenz in der EU (mit einer Spannbreite von 4 bis 135 Fälle pro 100 000 Einwohner bei einem Durchschnitt von 18 Fällen pro 100 000 Einwohner), die es erforderlich macht, die eingesetzten Strategien so auszulegen, dass sie diese Diversität widerspiegeln;
- die hohe Tb-Last in besonders gefährdeten Gruppen (Insassen von Justizvollzugsanstalten, Arme in Städten, Migranten und ältere Menschen) in Ländern mit niedriger Inzidenz, die eine Intensivierung der Maßnahmen zur Tb-Erkennung und -Bekämpfung erforderlich macht;
- der auf die jeweilige einheimische Bevölkerung entfallende Anteil der Tb-Last (mehr als 80%), wengleich die aus anderen Ländern eingeschleppten Tuberkulosefälle mehr als 40% aller Fälle in 12 EU-Mitgliedstaaten ausmachen; und
- die Prävalenz von MDR-Tb in der gesamten EU sowie das Aufkommen von XDR-Tb.

Der Aktionsplan, der entwickelt wird, unterscheidet deshalb zwei Ländergruppen: solche mit niedriger und mittlerer Inzidenz und solche mit hoher Inzidenz. Die EU muss mit den Ländern zusammenarbeiten, aus denen Tb-Fälle eingeschleppt werden, und an der globalen Kooperation teilnehmen.

Die langfristige Zielsetzung des Plans ist die Bekämpfung und schlussendliche Eliminierung von Tb in der EU. Er verfolgt drei Ziele:

- bei der Politik und in der Öffentlichkeit das Bewusstsein für Tb als Bedrohung für die Gesundheit der Bevölkerung in der EU zu steigern;
- je nach der epidemiologischen Situation und den Problemen auf der nationalen Ebene die Anstrengungen der Mitgliedstaaten zu unterstützen und zu stärken; und
- die Länder zu unterstützen, aus denen Tb-Fälle eingeschleppt werden.

Der Rahmenplan, der ausgearbeitet wurde, umfasst acht Bereiche für strategische Entwicklung:

1. Bewusstseinsbildung und Stärkung der Kapazität der Gesundheitssysteme mit angemessenen Ressourcen und ausgebildetem Personal (im öffentlichen und privaten Sektor), um Tb zu erkennen und eine angemessene Behandlung zu ermöglichen;
2. die Überwachung fortzusetzen, um nützliche Informationen für Maßnahmen zur Förderung der Gesundheit der Bevölkerung zur Verfügung stellen zu können;
3. zugunsten von Erkennung und Bekämpfung die Labordienste zu stärken;
4. prompte und qualitativ hochwertige Versorgung für alle bereitzustellen, um die Ansteckung zu verhindern;
5. gegen MDR-Tb und XDR-Tb vorzugehen sowie ihrer Ausbreitung durch die Bereitstellung qualitativ hochwertiger Versorgung und Management Einhalt zu gebieten;

6. gegen Tb/HIV-Koinfektionen vorzugehen, weil HIV den Verlauf von Tb beschleunigt, insbesondere bei gleichzeitigem Vorhandensein anderer Faktoren wie MDR-Tb;
7. neue Impfstoffe, Medikamente und Diagnoseverfahren zu entwickeln – eine Aufgabe, die aufgrund von MDR/XDR-Tb und Tb/HIV-Koinfektionen noch dringlicher geworden ist;
8. die Zusammenarbeit mit Ländern mit hoher Inzidenz außerhalb der EU und von Partnerschaften mit allen Akteuren aufzubauen.

Die WHO war ein wichtiger Partner bei der Entwicklung des Plans. Das ECDC und das WHO-Regionalbüro für Europa hatten bereits vereinbart, ein gemeinsames Überwachungssystem zu Tb und HIV für die gesamte Europäische Region zu betreiben. Dabei sollte eine einzige Berichtsplattform mit gemeinsamen Kriterien und geteiltem Arbeitsaufwand zum Einsatz kommen, was auch die Beobachtung der Fortschritte bei der Tb-Bekämpfung unterstützen sollte. Der EU-Aktionsplan wäre mit dem Plan zur Eindämmung der Tuberkulose in den 18 vorrangigen Ländern der Europäischen Region der WHO (von denen fünf – Bulgarien, Estland, Lettland, Litauen und Rumänien – EU-Mitgliedstaaten sind) und dem Globalen Plan „Stopp der Tb“ im Einklang. Die acht Bereiche für strategische Entwicklung im EU-Aktionsplans ergänzen die im Plan für die Europäische Region der WHO vorgeschlagenen Strategien und Interventionen.

Als nächste Schritte bezüglich des EU-Plans war vorgesehen, das Rahmendokument im Dezember 2007 den EU-Gesundheitsministern vorzulegen und 2008 technische Maßnahmen auf Landesebene zu entwickeln.

## **Die Lücken bei der Reaktion schließen**

Andere Partner und Akteure, darunter internationale Organisationen, EU-Forschungsprogramme, Länder und Organisationen der Zivilgesellschaft leisten wichtige Beiträge zur Bekämpfung von Tb in der Europäischen Region der WHO. Sie konzentrieren sich auf eine Reihe von Maßnahmen zur Maximierung der Wirksamkeit der Reaktion auf Tb. Dabei arbeiten sie mit vielen Partnern zusammen und fordern eine Intensivierung der Zusammenarbeit, Abstimmung und innovative Denkansätze. Weil die Instrumente zur Prävention und zur Behandlung von Tb 40 bis 80 Jahre alt sind, suchen viele Akteure nach neuen Möglichkeiten – eine Aufgabe, für die wesentlich mehr Mittel benötigt werden.

Beispielsweise investiert die Bill-und-Melinda-Gates-Stiftung im Rahmen ihrer Maßnahmen gegen Infektionskrankheiten in die Entwicklung neuer Tb-Impfstoffe – mit dem Ergebnis, dass für sechs neue Impfstoffe 2008 die Phase-II-Erprobung durchgeführt werden und ein neuer Impfstoff in den nächsten drei Jahren in die klinische Erprobung gehen wird. Die Globale Allianz zur Entwicklung von Medikamenten gegen Tuberkulose sucht nach neuen Arzneimitteln für die Tb-Behandlung. Die Gates-Stiftung investiert auch in die Entwicklung neuer Diagnoseverfahren durch eine kooperative Stiftung; dazu zählt auch eine Zuwendung von 740 Millionen US-Dollar an den Globalen Fonds zur Bekämpfung von Aids, Tuberkulose und Malaria über den Zeitraum der letzten drei Jahre.

Um die Anstrengungen der Mitgliedstaaten zu ergänzen, unterstützen EU-Rahmenprogramme multilaterale, grenzübergreifende Forschungsprojekte in der EU. Dabei räumen sie der Tuberkulose Vorrang ein. Das sechste Rahmenprogramm stellte 61 Millionen Euro für die Tb-Forschung bereit. Das siebte Forschungsrahmenprogramm (RP7) hat ein Budget von 6,1 Milliarden Euro für den Zeitraum 2007–2013, wobei der größte Anteil in

Kooperationsprojekte unter Beteiligung mehrerer Mitgliedstaaten fließt. Seine Hauptziele sind: die Verbesserung der Gesundheit der europäischen Bürger, die Steigerung der Wettbewerbsfähigkeit der europäischen Gesundheitssektoren und der darin tätigen Unternehmen sowie die Bekämpfung globaler Gesundheitsprobleme einschließlich neu auftretender Epidemien. Aktivitäten zu allen drei Hauptsäulen – Biotechnologie, generische Instrumente und Medizintechnik zugunsten der menschlichen Gesundheit, Übertragung grundlegender Forschungserkenntnisse in den Dienst der menschlichen Gesundheit und Optimierung der Gesundheitsversorgung der europäischen Bürger – unterstützen die Tb-Forschung. Die ersten Vorschläge, die 2007 vorgelegt wurden, betrafen unter anderem die Entwicklung von Schnelltests zur Diagnose von MDR-Tb und latenten Tb-Infektionen. Zu den Prioritäten des RP7 in Bezug auf Tuberkulose zählen die folgenden:

- mehrere Impfstoffkandidaten in klinischen Phase-I-Studien oder weiter und eine zweite Generation von Kandidaten bereit für die klinische Entwicklung;
- vielversprechende Wirkstoffe, bereit für die klinische Entwicklung;
- Einrichtung eines europäischen Netzwerks für das Management von MDR- und XDR-Tb; und
- verbesserte Versorgung von Patienten in Entwicklungsländern mit Tb-Impfstoffen und -Medikamenten.

Der Gesamtmittelbedarf für den Globalen Plan „Stopp der Tb“ 2006–2015 wird auf 56 Milliarden US-Dollar veranschlagt; die Finanzierung ist jedoch nur zu 40 bis 50% gesichert. Die Hälfte der Mittel für die Durchführung wird von Ländern bereitgestellt; der Rest kommt von multilateralen Organisationen (wie dem Globalen Fonds, der Weltbank, UNITAID und WHO) sowie bilateralen Organisationen (wie nationalen Entwicklungsbehörden in Italien, Kanada, den Niederlanden, dem Vereinigten Königreich und den Vereingten Staaten). In der Zeit von 2002 bis 2007 zahlte der Globale Fonds 7,7 Milliarden US-Dollar aus, von denen 16% auf Tb entfielen; dieser Wert spiegelt die Anforderungen der Länder wider.

Bis September 2007 wurden 111 Millionen US-Dollar in der Europäischen Region der WHO ausgezahlt, und für Albanien, Armenien, Aserbaidschan, Bosnien und Herzegowina, Bulgarien, Georgien, Kasachstan, Kirgisistan, die frühere jugoslawische Republik Mazedonien, die Republik Moldau, Montenegro, Rumänien, die Russische Föderation, Serbien (und die unter VN-Verwaltung stehende Provinz Kosovo), Tadschikistan, Usbekistan und Weißrussland wurden Mittel zugesagt. Die Zusagen für Tb-Fördermittel wurden zumeist besser eingehalten als solche für Aids und Malaria; die Beschaffungssysteme sind solide. Vom Globalen Fonds unterstützte Programme meldeten eine Ausweitung der direkt überwachten Kurzzeittherapie (DOTS) um 140% zwischen Mitte 2005 und Mitte 2006. Die Tb-Programme müssen noch stärker ausgeweitet werden; zu den Problemen bei der Finanzierung dieser Ausweitung zählen die folgenden:

1. Der Mittelbedarf steigt.
2. Für die Förderarbeit und ihre Aufrechterhaltung muss eine Strategie ausgearbeitet werden.
3. Es muss eine Nachfrage nach höheren Auszahlungen zur Umsetzung des Globalen Plans geschaffen werden.
4. Die Zivilgesellschaft muss in allen Phasen in wirksame Partnerschaften integriert werden.
5. Kapazität (technische Unterstützung) muss gewährleistet werden.

6. Die Prioritäten für die Verwendung von Auszahlungen müssen festgelegt und harmonisiert werden.
7. Es muss sichergestellt werden, dass Länder mit mittlerem Einkommen Anspruch auf Auszahlungen des Globalen Fonds haben.
8. Es muss sichergestellt werden, dass Geber und Länder auf Dauer Mittel bereitstellen.

Die Internationale Föderation der Rotkreuz- und Rothalbmondgesellschaften (IFRC) hat eine globale Agenda zur Unterstützung des Erreichens der Millenniums-Entwicklungsziele ausgearbeitet. Mit der Agenda sollen die vier Ziele verfolgt werden, die Folgen von Katastrophen zu verringern, die Auswirkungen von Krankheiten und Krisen der öffentlichen Gesundheit zu vermindern, die Fähigkeiten von Gemeinschaften, Zivilgesellschaft und IFRC zu verbessern, den wichtigsten Ursachen von Gefährdung entgegenzuwirken, sowie die Achtung der Diversität und der Menschenwürde zu fördern sowie Intoleranz, Diskriminierung und soziale Ausgrenzung zu verringern. Zu den diesbezüglichen Maßnahmen zählt auch, das durch Tb verursachte Leid zu verringern. Nationale Mitgliedsgesellschaften könnten wichtige Beiträge zu Prävention, Erkennung und Sozialbetreuung leisten, um beispielsweise den Behandlungserfolg zu steigern; diese Gesellschaften leisten Betreuung und Unterstützung jenseits von Behandlungseinrichtungen. Die Tb-Bekämpfung muss inklusiv sein und die Patienten sowie die Gemeinden einbeziehen. Um die Tb-Bekämpfung zu beschleunigen, muss der Schwerpunkt auf die Gemeindeebene verlagert werden, und alle Partner müssen an Planungs- und Entscheidungsprozessen beteiligt werden.

Die IFRC ist entschlossen, die Tb zu bekämpfen und die Millenniums-Entwicklungsziele zu verfolgen. Dabei stützt sie sich auf Partnerschaften als Kernstrategie. Die Föderation übernahm 2006 das Sekretariat der Partnerschaft „Stopp der Tb“, um eine kollektive Reaktion auf die von Tb ausgehende ernste Bedrohung zu fördern. 2008 geht das Sekretariat der Partnerschaft an das WHO-Regionalbüro für Europa über.

Die Länder sind die wichtigsten Partner. Die Russische Föderation beispielsweise hat Sofortmaßnahmen ergriffen und für die Tb-Bekämpfung zusätzliche Ressourcen bereitgestellt. Obwohl die Raten nach wie vor hoch sind, hat sich die Situation in dem Land stabilisiert. 80 000 Menschenleben wurden gerettet, und aufgrund der Rückkehr zum Präventivansatz ist die Tb unter den Insassen von Justizvollzugsanstalten stark rückläufig. Nach einer Investition von 4 Milliarden Rubel wurde die Fallerkennung verbessert. 2006 wurden 117 646 Tb-Infektionen sowie 12 848 Tb/HIV-Koinfektionen und 4 056 Fälle von primärer MDR-Tb erkannt. Der Staat stellt Arzneimittel für die Behandlung von Personen mit Koinfektionen zur Verfügung. Ein nationales Tb-Überwachungssystem wurde eingerichtet, das auf der Ebene der Föderation sowie auf Bezirks- und regionaler Ebene tätig ist. Im Rahmen von Programmen auf regionaler Ebene und auf der Ebene der Föderation stellt der Staat Material zur Behandlung und geschultes Personal bereit. Unglücklicherweise hat die Zahl der Tb-Spezialisten abgenommen; der Staat bemüht sich jedoch um die Ausbildung zusätzlicher Fachkräfte. Das Tb-Subprogramm für 2007-2011 hat ein Gesamtbudget von 1,06 Millionen Dollar, von denen 62,8% auf die regionalen Budgets entfallen und 79,6% für Arzneimittel aufgewendet werden sollen. Für ein nationales Vorrangprojekt zur Stärkung des Gesundheitssystems zwischen 2006 und 2010 sollen jedoch mehrere Milliarden US-Dollar bereitgestellt werden. 2006 und 2007 wurden in Gesundheitseinrichtungen zusätzliche Diagnosegeräte installiert: mehr als 400 Ultraschallgeräte, über 3 000 Röntgenapparate und fast 300 Laborgeräte.

2005 verdoppelte die Russische Föderation ihren Beitrag zum Globalen Fonds (40 Millionen US-Dollar). Bis 2010 wird sie etwa 270 Millionen US-Dollar an den Globalen Fonds zurückgegeben haben. Das Land strebt die Erfüllung seiner im Rahmen der G8 gemachten Verpflichtungen an: der Tb-Einhalt zu gebieten, die Unterstützung für den Globalen Plan „Stopp der Tb“ 2006–2015 aufrechtzuerhalten und die Koordinierung der Maßnahmen zur Bekämpfung von HIV/Tb-Koinfektionen zu verbessern. Langfristig hat sich die Russische Föderation die folgenden Ziele zur Verbesserung der Tb-Versorgung gesetzt:

1. die Entwicklung einer nationalen Strategie zur Tb-Bekämpfung
2. die Verbesserung des Tb-Überwachungssystems
3. die Schaffung von Personalkapazität
4. die Modernisierung der Laborinfrastruktur und -ausstattung
5. die Verbesserung der Tb-Behandlungsergebnisse und der MDR-Tb-Prävention
6. die Fortsetzung der Durchführung von der Weltbank und dem Globalen Fonds unterstützter hoch wirksamer Tb-Bekämpfungsprojekte und -programme.

Die deutsche Regierung hat nationale Zielvorgaben verabschiedet und sich verpflichtet, die internationalen Zielvorgaben für Tb zu verfolgen. Sie wird 2008 500 Millionen Euro für die Bekämpfung der Krankheit bereitstellen und 4 Milliarden Euro für den Zeitraum bis 2015 zusagen. Deutschland beging nicht nur im März 2007 den Welt-Tb-Tag, sondern war im September auch Ausrichter der Gebertagung des Globalen Fonds. Das Land finanziert auch viele Aktivitäten in Entwicklungsländern in Afrika und Asien sowie im Kaukasus. Es unterstützt nachdrücklich einen integrierten Ansatz und die bilaterale Unterstützung von Ländern bei der Stärkung ihrer Gesundheitssysteme sowie der Verbesserung der Früherkennung von sowie der Reaktion auf Tb.

Auch Tadschikistan konnte mit Hilfe einer Auszahlung vom Globalen Fonds seine Tb-Dienste und -Programme erweitern.

Weil die Tb bei anfälligen gesellschaftlichen Gruppen in der gesamten Europäischen Region der WHO ein Problem darstellt, ist das Engagement von Organisationen der Zivilgesellschaft im Kampf gegen die Krankheit sehr willkommen. Solche Organisationen verfügen über besondere Erfahrungen und Kontakte zu anfälligen und marginalisierten Gruppen (wie den Roma). Außerdem verfolgen sie ebenfalls einen partnerschaftlichen Ansatz. Sie können Regierungen helfen, anfällige Gruppen zu erreichen, und zur Entwicklung innovativer Programme beitragen. Die Regierungen können ihrerseits zusätzliche Mittel und Unterstützung für wirksame Programme der Zivilgesellschaft bereitstellen. Die Organisationen der Zivilgesellschaft sind sich mit anderen Akteuren einig, dass wesentlich mehr Mittel für Forschung, die Bekämpfung arzneimittelresistenter Tb, die psychosoziale Unterstützung von Patienten und die Bekämpfung ihrer Stigmatisierung benötigt werden.

Mehr als 45 Organisationen der Zivilgesellschaft unterbreiteten gemeinsam den Ministerinnen und Ministern der Europäischen Region der WHO ein Angebot der Zivilgesellschaft (Anhang 2), und die Forumteilnehmer nahmen dieses an.

## **Fazit**

Die Diskussion im Forum machte drei wichtige Punkte für die Europäische Region der WHO deutlich.

1. Tb ist eine Bedrohung, von der die gesamte Region betroffen ist. Auch wenn fast 80% der Gesamtzahl der Erkrankungen auf den östlichen Teil der Region entfallen, hat sich in einigen westlichen Ländern mit relativ niedriger Tb-Morbidität der früher rückläufige Trend umgekehrt. Die Region weist mehrere besorgniserregende Muster auf: die weltweit höchsten Raten von MDR- und XDR-Tb, Tb als häufigste Erkrankungs- und Sterbeursache bei Personen mit HIV/Aids, die Gefahr der Erkrankung in Verbindung mit der Migration innerhalb von und zwischen Ländern, das Fehlen neuer Diagnosemethoden, Arzneimittel oder Impfstoffe, die Knappheit des Personals für die Tb-Bekämpfung in den meisten Ländern der Region und die fehlende Integration von Tb-Interventionen in die nationalen Gesundheitssysteme. Um diese in der gesamten Region bestehenden Probleme zu lösen, sind auf die Bedürfnisse und Umstände der Länder zugeschnittene Maßnahmen erforderlich.
2. Die Regierungen sollten sicherstellen, dass sie das Tb-Problem nachdrücklich angehen. Unabhängig davon, ob sie sich zum Ziel setzen, Tb zu bekämpfen oder zu eliminieren, haben die Länder viele nützliche Instrumente zu ihrer Verfügung. Dazu zählt die weltweite Strategie „Stopp der Tb“ mit klaren Komponenten und Leitlinien, der Plan und die strategischen Empfehlungen, die vom WHO-Regionalbüro für Europa für die Region entwickelt wurden, der in Kürze vorliegende Aktionsplan, der vom ECDC entwickelt wird, und nationale Pläne zur Tb-Bekämpfung, die sich auf internationale Empfehlungen stützen. Die Länder könnten auch viel zur Behebung der beträchtlichen Defizite bei der Reaktion auf Tb in der Region beitragen, indem sie beispielsweise:
  - durch die Stärkung des Gesundheitswesens und die Einbeziehung des gesamten Spektrums aus privaten und öffentlichen Anbietern von Gesundheitsleistungen in Zivilgesellschaft und Strafvollzug den allgemeinen Zugang zur Strategie „Stopp der Tb“ ermöglichen,
  - sicherstellen, dass alle stark gefährdeten Bevölkerungsgruppen Zugang zu angemessenen Diensten haben, die eine hochwertige Tb-Versorgung leisten, und dass Tb in HIV-Behandlungs- und -Betreuungsprogramme integriert wird,
  - mit Hilfe von Grundlagenforschung und Produktentwicklung durch zum Beispiel öffentlich-private Partnerschaften, die Privatindustrie und nationale Forschungsinstitute neue diagnostische Verfahren, Arzneimittel und Impfstoffe entwickeln,
  - die Zivilgesellschaft und die betroffenen Bevölkerungsgruppen zu wesentlichen Partnern bei allen Aspekten der Tb-Bekämpfung machen und
  - sicherstellen, dass die Finanzierungslücke durch höhere, angemessen priorisierte, langfristige und gezielte lokale, nationale und internationale Finanzierung geschlossen wird.
3. Zur Bekämpfung des von Tb ausgehenden Public-Health-Problems bedarf es einer regionalen Partnerschaft. Verbesserte Partnerschaft und Abstimmung zwischen unterschiedlichen Bereichen in Ländern – Gesundheit, Strafvollzug, Soziales usw. – sollten gefördert und unterstützt werden, ebenso mehr zwischenstaatliche und regionale Zusammenarbeit. Diese Partnerschaft sollte nicht nur die Regierungen von Mitgliedstaaten einschließen, sondern auch technische Partner und Organisationen wie die WHO, die EU, den Globalen Fonds, die Bill-und-Melinda-Gates-Stiftung sowie andere Geberorganisationen und -länder.

## **Tb als Public-Health-Problem und Mechanismen zu ihrer Bekämpfung oder Eliminierung: Stellungnahmen von Ministerinnen und Ministern**

Gesundheitsministerinnen und -minister, ein Justizminister und andere hochrangige Vertreterinnen und Vertreter europäischer Länder bildeten zwei Runde Tische, um das von Tb ausgehende Public-Health-Problem in ihren nationalen Gesundheitssystemen, Mechanismen zu ihrer Bekämpfung und Eliminierung sowie die Sicherung der erforderlichen Mittel für diese Aufgabe zu erörtern.

### ***Das Public-Health-Problem***

Die Auswirkungen von Tb und die Reaktionen der Gesundheitssysteme differieren abhängig von der Inzidenz in Ländern und den ihnen zur Verfügung stehenden Ressourcen. In Bulgarien beispielsweise hatte sich die Inzidenz zwischen 1990 und 1998 verdoppelt und war auf 49,9 Fälle pro 100 000 Einwohner gestiegen. Bis 2006 war sie allerdings wieder auf 39 Fälle pro 100 000 zurückgegangen. Als Reaktion auf die Entwicklung begann die Regierung 2003 mit der Einführung der direkt überwachten Kurzzeittherapie und legte nationale Zielvorgaben auf der Grundlage der Millenniums-Entwicklungsziele fest: bis 2015 die Tb-Inzidenz auf 20 Fälle pro 100 000 Einwohner bis 2015 zu verringern, den Anteil der erfolgreichen Behandlungen auf 77% zu erhöhen und die qualitativ hochwertige Anwendung der direkt überwachten Kurzzeittherapie zu gewährleisten. Das fünfte nationale Tb-Programm (2007–2011) umfasst einen Aktionsplan zur Verringerung der Tb-Last auf der Grundlage der direkt überwachten Kurzzeittherapie und des Globalen Plans. Das Gesundheitsministerium stellt in beträchtlichem Umfang Mittel für die Aufgaben bereit; noch bestehende Finanzierungslücken werden von externen Gebern geschlossen. In den nächsten fünf Jahren werden das Land 27 Millionen Euro und der Globale Fonds 14 Millionen Euro zur Tb-Bekämpfung in den folgenden fünf Bereichen aufwenden:

- Datenerfassung, Überwachung, Diagnose und Behandlung
- Entwicklung eines Labornetzes
- Zusatzausbildung für Ärzte zu Tb einschließlich MDR-Tb
- Einrichtung eines Netzes von Tb-Zentren
- Maßnahmen zugunsten besonders gefährdeter Gruppen.

Bulgarien erachtet es als wichtig, bei der Tb-Bekämpfung mit internationalen Organisationen zusammenzuarbeiten und konkrete lokale Aktivitäten mit der Zivilgesellschaft zu planen.

Kirgisistan verzeichnet nicht nur eine hohe Tb-Inzidenz. Es besteht auch ein besonderes Problem mit Tb in Gefängnissen: Mehr als ein Drittel der Insassen von Justizvollzugsanstalten ist mit Tb infiziert. Davon geht eine Gefährdung sowohl der Gefangenen als auch der breiten Bevölkerung aus. Um diesem Problem entgegenzuwirken und internationale Standards im Strafvollzug zu erreichen, hat das Land einen Plan zur Reform des Strafvollzugs bis 2015 verabschiedet. Die altmodischen Gefängnisse sind überfüllt, was die Ausbreitung der Krankheit begünstigt. Kirgisistan ersuchte internationale Organisationen um Unterstützung bei der Reform seines Strafvollzugssystems und insbesondere bei der Verringerung der Belegungsdichte. Die IFRC analysierte und evaluierte die Situation, und mit Unterstützung des Globalen Fonds, von Ärzten ohne Grenzen und anderen Organisationen hat Kirgisistan erste Reformschritte unternommen, die folgende Maßnahmen umfassen: die Verringerung der Zahl der verhängten Freiheitsstrafen, Zusammenarbeit bei der Lösung der Probleme mit Partnern und die Verbesserung der Ernährung in Gefängnissen zugunsten erkrankter Insassen (was von Deutschland mit 300 000 Euro

unterstützt wird). Darüber hinaus wurden Vereinbarungen zur Verbesserung der sozialen Unterstützung für Verurteilte mit Hilfe des Gesundheitsministeriums und zur Verhinderung der Ausbreitung nach der Entlassung von Strafgefangenen unterzeichnet. Das Land begrüßt die Kooperation bei der Bekämpfung einiger anderer Probleme, wozu beispielsweise die Verbesserung der Tb-Diagnose- und -Behandlungsdienste mit dem Ziel zählt, diese internationalen Standards anzupassen.

In der Ukraine ist die Tb-Situation gravierend. Die Epidemie brach 1995 aus, die Morbidität hat sich in den letzten 15 Jahren verdreifacht, und HIV/Tb-Koinfektionen stellen ein großes Problem dar. Das Land hat 2005 die Einführung der direkt überwachten Kurzzeittherapie und 2007 eine Tb-Strategie beschlossen, die die Bekämpfung von Tb als Bedrohung der Sicherheit vorsieht. Um dem Problem entgegenzuwirken, setzt die Ukraine Mittel zur Verbesserung der Lebensverhältnisse und der Tb-Dienste ein. Sie hat bereits Maßnahmen zur Verbesserung der Labors und zur Bereitstellung der Standardbehandlung ergriffen, woraufhin sich die Tb-Morbidität und -Sterblichkeit stabilisiert haben und leicht zurückgegangen sind. Das neue nationale Programm für 2007–2011 zielt auf die Verbesserung der Labordiagnose, der Behandlungsmethoden, der Ausbildung von Leistungserbringern und der Aufklärung der Bevölkerung.

Kroatien weist eine Tb-Inzidenz im Mittelfeld auf (26 Fälle pro 100 000 Einwohnern, wobei 90% der Erkrankungen auf Lungen-Tb entfallen). Die Inzidenz ist in den zurückliegenden fünf Jahren ständig gesunken. Arzneimittelresistenz bildet kein signifikantes Problem. Der größte Aktivposten des kroatischen Programms zur Tb-Bekämpfung ist das Labornetz des Landes. Es ist sogar vorgeschlagen worden, das nationale Referenzlabor zum supranationalen Referenzlabor zu machen. 2009 wird Kroatien die Konferenz der Internationalen Union gegen Tuberkulose und Lungenkrankheiten für die Europäische Region der WHO ausrichten.

Die Tb-Inzidenz in Italien ist niedrig: 7,48 Fälle pro 100 000 Einwohner. Das Gesundheitsministerium hat einen Ausschuss zur Aktualisierung nationaler Prioritäten und Leitlinien zu Themen wie Umgebungsuntersuchung (*Contact Tracing*) und evidenzbasiertes Management von HIV-Koinfektionen sowie von Tb bei Migranten aus Ländern mit hoher Inzidenz gebildet und ein System zur Erfassung von Informationen über MDR-Tb eingerichtet. Um die Früherkennung zu gewährleisten, wird ein Überwachungsplan für jede Region benötigt. Der Plan „Stopp der Tb“ in Italien umfasst strategische Interventionen und zehn geplante Maßnahmen zur Bekämpfung der Krankheit. Zur Tb-Prävention muss Italien Einfluss auf die sozialen Determinanten nehmen; das Land will gegen armutsbedingte Krankheiten vorgehen und ein nationales Zentrum für diesen Zweck und die Gesundheit von Migranten einrichten. Das Land anerkennt den Wert des Plans „Stopp der Tb“ in der Region und des in Kürze vorliegenden EU-Aktionsplans. Durch internationale Kooperation will es weiter die Tb bekämpfen und dabei mit der Zivilgesellschaft zusammenarbeiten.

In Malta war die Tb-Inzidenz – außer in der Zeit des Zweiten Weltkriegs – von 1920 bis 1977 stetig rückläufig. Die Lungen-Tb hat jedoch in der letzten Zeit zugenommen, und illegale Migranten bilden eine wichtige gefährdete Gruppe, die 0,5% der Bevölkerung ausmacht. Die meisten von diesen kommen aus Ländern in Afrika südlich der Sahara mit hohen Tb- und HIV-Inzidenzraten. 2006 wurden in Malta zwei Fälle von MDR-Tb registriert. Die Tb-Bekämpfung durch die Regierung konzentriert sich auf diese gefährdete Gruppe. Sie stützt sich auf eine Strategie mit den Komponenten Begrenzung der Zahl, Früherkennung, Behandlung und Aufklärung illegaler Migranten. Alle Migranten ohne Aufenthaltsgenehmigung werden nach der Ankunft auf Tb und andere Infektionen untersucht. Bei allen Tb-Fällen wird die direkt

überwachte Kurzzeittherapie angewendet, die zu 99% erfolgreich ist. Malta hat EU-Mittel beantragt und baut ein spezielles Untersuchungszentrum. Der Minister für Gesundheit, Senioren und Gemeinschaftsdienste hat andere Länder ersucht, illegale Migranten aufzunehmen, um das Problem so weit abzuschwächen, dass es beigelegt werden kann.

Wenngleich die Tb-Inzidenz im Vereinigten Königreich aus der Public-Health-Perspektive niedrig ist, hat sie 2005 um 11% zugenommen. Zusätzlich zu einem 2004 beschlossenen Aktionsplan richtete das Vereinigte Königreich eine große Konferenz der mit dem Thema befassten Akteure aus. Angesichts der Dezentralisierung der Gesundheitsversorgung in dem Land wurde 2007 ein Toolkit für Auftraggeber von Leistungen veröffentlicht. Die Prioritäten bei der Tb-Bekämpfung sind Früherkennung, rasche Behandlung und Folgemaßnahmen.

### ***Mechanismen für die Bekämpfung oder Eliminierung von Tb und die Absicherung der Finanzierung***

Länder mit hoher oder mittlerer Inzidenz konzentrieren sich auf die Tb-Bekämpfung, während die anderen die Eliminierung anstreben. Die Länder stützen sich auf Projekte, Programme oder Strategien zur Bekämpfung der Krankheit. Generell werden zur Tb-Bekämpfung die folgenden Ressourcen benötigt:

- Engagement und Führungsstärke der Politik im jeweiligen Land
- gute Diagnostik
- Standardbehandlung und Überwachung
- eine kontinuierliche Arzneimittelversorgung
- fortgesetzte Beobachtung und Verfolgung epidemiologischer Trends

Manche Länder widmen ihre Aufmerksamkeit insbesondere gefährdeten Gruppen und der notwendigen Integration der Tb-Versorgung in das Gesundheitssystem. Partnerschaften mit Gebern, internationalen Organisationen wie der WHO und der Zivilgesellschaft sind wichtige Instrumente und Ressourcenquellen. Zu den Mechanismen von Bedeutung für die Sicherung der notwendigen Ressourcen zählt, Unterstützung zu gewinnen, weil das zu einem verstärkten Mittelfluss führen kann: von der Regierung und von Gebern, insbesondere vom Globalen Fonds.

In Weißrussland umfasst das Programm zur Tb-Bekämpfung den Einsatz der direkt überwachten Kurzzeittherapie, der 2005 beschlossen wurde, zentrale Arzneimittelbeschaffung und die besondere Berücksichtigung gefährdeter Gruppen. Innerhalb von zwei Jahren ist die Tb-Morbidität um 5% zurückgegangen. Das Gesundheitsministerium koordiniert die Tb-Aktivitäten aller medizinischen Dienste sowie der anderen Ministerien und Regierungsstellen. Die für die nationale Strategie bereitgestellten staatlichen Mittel deckten nicht den Gesamtbedarf an Diagnosegeräten und Arzneimitteln ab. Um die notwendigen Beschaffungsmaßnahmen durchführen zu können, bemühte sich das Gesundheitsministerium deshalb erfolgreich um eine Auszahlung des Globalen Fonds. Das Ministerium unterstützt einen integrierten und internationalen Ansatz zu Tb. Es vertritt die Position, dass die Länder neue Arzneimittel und Wege zum Schutz des medizinischen Personals suchen und die rechtlichen Aspekte der Verweigerung einer Vollbehandlung untersuchen müssen.

Bosnien und Herzegowina hat die direkt überwachte Kurzzeittherapie 1995 eingeführt. Bis 2006 war die Tb-Inzidenz auf 50 Fälle pro 100 000 Einwohner zurückgegangen und bei einem weiter rückläufigen Trend stabil geblieben. Die Zahlen der Fälle von arzneimittelresistenter Tb und von

HIV-Koinfektionen sind niedrig. Die Familienmedizin spielt eine wichtige Rolle. Die Erfahrungen in dem Land lassen eine Reihe von Schlussfolgerungen bezüglich der Tb-Bekämpfung zu. Beispielweise sollten nationale Tb-Programme Engpässe und Prioritäten ausweisen. Das Gesundheitsministerium sollte Informationen nutzen, um eine am Bedarf des jeweiligen Landes ausgerichtete Strategie auszuarbeiten. Zusätzlich sollte die Regierung ein Programm für die Personalentwicklung, strukturierte Behandlungsprogramme und die Beteiligung der Bevölkerung verabschieden. Entscheidende Elemente, um die Durchführung aller geplanten Maßnahmen zu gewährleisten, sind Personalplanung und -ausbildung. Weil auch die Finanzierung entscheidend ist, sollten das Gesundheits- und das Finanzministerium zusammenarbeiten, um die Finanzierung sicherzustellen und die Public-Health-Infrastruktur zu verbessern. Ein weiterer wichtiger Faktor sind Partnerschaften. Beispielsweise sind öffentlich-private Partnerschaften nützlich, um verschiedene Arten der Versorgung zu ermöglichen. Außerdem bedarf es Innovationen in den Bereichen Diagnose und Versorgung. Der Rolle der Bevölkerung muss mehr Aufmerksamkeit gewidmet werden. Primärversorgungsteams benötigen mehr Ressourcen zur Aufklärung der Bevölkerung. Schlussendlich führt die Beteiligung internationaler Partner an nationalen Maßnahmen zu besseren Gesundheitsergebnissen.

Serbien will die Tb-Inzidenz bis 2009 auf 25 Fälle pro 100 000 Einwohner verringern. Für ein Projekt zur Verringerung der Tb-bedingten Krankheitslast stehen neben umfangreichen Mitteln aus dem Staatshaushalt 4 Millionen Euro zur Verfügung, die das Land vom Globalen Fonds erhalten hat. Das Gesundheitsministerium hat eine Projektdurchführungsgruppe gebildet. Das Land bemüht sich um die Verbesserung der Versorgungspraxis; alle Gesundheitsfachkräfte (einschließlich der Ärzte in Justizvollzugsanstalten) wurden in der direkt überwachten Kurzzeittherapie ausgebildet, die Laborausstattung wurde erneuert, und alle Erstrang-Antituberkulotika werden genutzt und kostenlos an Patienten abgegeben. Das Informationssystem wurde verbessert, und in gefährdeten Gruppen wird aktiv nach Fällen gesucht. Priorität haben die Ausweitung der Anwendung der direkt überwachten Kurzzeittherapie und die Erhöhung der staatlichen Aufwendungen für die Tb-Bekämpfung.

Die frühere jugoslawische Republik Mazedonien will mit Hilfe verstärkter nationaler Anstrengungen und internationaler Zusammenarbeit die Tb bekämpfen und schlussendlich eliminieren. Der größte Teil der internationalen Mittel, die das Land seit 2002 erhalten hat, kamen vom Globalen Fonds. Es hat hervorragende Ergebnisse erzielt und führt weiter Maßnahmen durch, die aus einer Auszahlung finanziert werden. Zusätzlich wurde 2007 mit der Behandlung von Fällen arzneimittelresistenter Tb begonnen. Förderliche Mechanismen für die Zusammenarbeit mit internationalen Partnern sind die zweijährlichen Kooperationsvereinbarungen mit dem WHO-Regionalbüro für Europa und das Südosteuropäische Gesundheitsnetzwerk, dessen Mitglieder über das RP7 kooperieren können. Die Aktivitäten auf der nationalen Ebene konzentrieren sich auf die nationale Strategie zur Tb-Bekämpfung und die Stärkung des Gesundheitssystems, insbesondere der Personalkapazität. Andere wichtige Aufgaben sind, die Organisationsformen für strukturierte Behandlungsprogramme zu stärken, die sinnvolle Mittelverwendung zu gewährleisten und die Stigmatisierung in der Gesellschaft zu bekämpfen. Um Ergebnisse zu erzielen, bedarf es einer engen Zusammenarbeit mit der Regierung und politischer Führungsstärke. Außerdem müssen die Anstrengungen von Regierung, Fachkräften, nichtstaatlichen Organisationen, Patienten und anderen Akteuren koordiniert werden.

Für eine erfolgreiche Tb-Bekämpfung konzentriert sich Frankreich auf mehrere zentrale Mechanismen.

1. Für alle Patienten muss die kostenlose Behandlung verfügbar sein. Die Tb-Versorgung muss ordnungsgemäß in die Gesundheitssysteme integriert werden, ebenso Programme zu Tb und Aids. Zwei neue Herausforderungen haben sich durch die Fachkräfteabwanderung und die demografisch ungleiche Entwicklung bei Tb ergeben. Die Erbringer von Gesundheitsleistungen müssen besser ausgebildet werden und gemeindenah arbeiten.
2. Die Tb-Politik muss regelmäßig aktualisiert und an veränderte Umstände angepasst werden, und es bedarf einer neuen Strategie für Früherkennung und frühzeitige Behandlung, die vor allem auch die Unterstützung der Patienten und ihre sorgfältige Beobachtung umfassen muss.
3. Für Kampagnen und die Überwachung sind Partnerschaften von Bedeutung, und den Patienten kommt eine wichtige Rolle zu. Bei der Überwachung ist eine Zusammenarbeit mit dem WHO-Regionalbüro für Europa und anderen Partnern erforderlich.
4. Auf der internationalen Ebene unterstützt Frankreich den Globalen Fonds.

In den Niederlanden stehen drei Themen im Vordergrund. Erstens erfordert der Zusammenhang zwischen HIV und Tb einen integrierten Ansatz zu ihrer Bekämpfung. In dem Entwurf für die Erklärung für das Forum wird dies hervorgehoben, und die Niederlande verfolgen diesen Ansatz bei ihrer Bekämpfung von Tb und HIV. Zweitens ist die Zivilgesellschaft ein unverzichtbarer Partner bei der Tb-Bekämpfung; in den Niederlanden beispielsweise leisten nichtstaatliche Organisationen schon seit mehr als 100 Jahren Unterstützung bei dieser Aufgabe. Organisationen der Zivilgesellschaft sind wichtig, um Betroffene zu erreichen; sie unterstützen Neuerungen und ihre Akzeptanz durch Hochrisikogruppen. Weil die Risiken von Frauen durch Menschenhandel und sexuellen Missbrauch vergrößert werden, muss ihnen unter den gefährdeten Gruppen besondere Aufmerksamkeit gewidmet werden. Drittens tragen Regierungen und Geber gemeinsam die Verantwortung für die Sicherung der Finanzierung. Leider ziehen sich jedoch viele Geber aus von Tb stark betroffenen Ländern in Mittel- und Osteuropa zurück. Die G8 und die EU können aufgefordert werden, mehr Mittel bereitzustellen.

Polen verfügt über eine lange Geschichte der Tb-Bekämpfung. Das Land konnte die sehr hohe Inzidenz nach dem Zweiten Weltkrieg auf 22 Fälle pro 100 000 Einwohner im Jahr 2006 senken. Die MDR-Tb stellt kein signifikantes Problem dar; bei allen erkannten Fällen handelte es sich um Patienten, die ihre Therapie nicht befolgt hatten. Das staatliche Programm ist gesetzlich verankert. Die Qualitätssicherung von Labordiensten ist grundsätzlich von großer Bedeutung. Wenngleich sich die Situation des Landes wesentlich verbessert hat, bleibt noch viel zu tun, insbesondere im Zusammenhang mit der Zuwanderung. Die Tb-Inzidenz in Polen ist immer noch doppelt so hoch wie in der EU, sodass die Maßnahmen zu ihrer Bekämpfung fortgesetzt werden müssen. Das Land ist besorgt über die Rückkehr der Krankheit und beteiligt sich an allen WHO-Initiativen und anderen gegen sie gerichteten Aktivitäten.

In Slowenien ist die Tb-Inzidenz seit 10 Jahren rückläufig und hat den niedrigen Stand von 10 Fällen pro 100 000 Einwohner erreicht. Das Land strebt deshalb jetzt die Eliminierung der Krankheit an. Slowenien nutzt sowohl die passive als auch die aktive Früherkennung, und die gesetzliche Krankenversicherung deckt alle Dienstleistungen ab. Die arzneimittelresistente Tb stellt kein signifikantes Problem dar. Das Land braucht eine moderne Gesundheitsinfrastruktur, muss Fachpflegekräfte für Tb ausbilden und Hochrisikogruppen besser überwachen. Nur wenige Länder haben die anspruchsvollen WHO-Ziele in Bezug auf erfolgreiche Früherkennung und

Behandlung erreicht, wozu es einer konsequenteren Umsetzung der Strategien bedarf. Von den Akteuren sollten diejenigen auf der nationalen Ebene ausreichend Mittel für die Tb-Bekämpfung bereitstellen und solche auf der europäischen und internationalen Ebene Partnerschaften fördern, um die Koordinierung der Maßnahmen zu gewährleisten.

### ***Schlussfolgerungen***

1. Die Europäische Region der WHO muss Antworten auf die Frage finden, wie sie gegen Tb vorgehen soll. Was zu tun ist, ist wohlbekannt: die Unterstützung vonseiten der Politik zu sichern, die Tb-Versorgung in das Gesundheitssystem und die Primärversorgung zu integrieren, die Finanzierung aus nationalen und internationalen Quellen zu sichern sowie die Tb-Bekämpfung zu einer nationalen Priorität zu machen.
2. Die Entwicklung neuer Instrumente zur Tb-Bekämpfung hat stagniert. Viel wird getan; aber es bedarf mehr finanzieller Mittel und einer Ausweitung der Partnerschaften mit dem Ziel, neue Diagnoseverfahren, Impfstoffe und Medikamente für die Behandlung zu finden.
3. Die Arbeitsweisen müssen überprüft werden; die Dienste müssen integriert und horizontal sein. Insbesondere muss wesentlich enger mit den Aktivitäten gegen Aids kooperiert werden. Darüber hinaus muss die Situation von Tb-Patienten genauso gestärkt werden wie die von HIV/Aids-Patienten. Die Anstrengungen müssen stärker auf die bereichsübergreifende Arbeit gerichtet werden.
4. Partnerschaften sind wichtig; jetzt ist die Zeit, in der Europäischen Region Überwachungsmechanismen einzurichten.
5. Im Hinblick auf die von Tb und insbesondere von arzneimittelresistenten Stämmen ausgehende Bedrohung sowie die Bekämpfung von falschen Vorstellungen und Stigmatisierung muss die Kommunikation wirksamer werden.
6. Dem Globalen Fonds kommt eine entscheidende Rolle zu. Allerdings ist die Möglichkeit, dass Länder in der Europäischen Region mit einer hohen Krankheitslast aufgrund von Tb aufgrund wirtschaftlicher Indikatoren keine Mittel erhalten könnten, besorgniserregend.
7. Die Maßnahmen gegen arzneimittelresistente Tb-Stämme müssen beträchtlich ausgeweitet werden, und es müssen dafür wesentlich mehr Mittel bereitgestellt werden.

### **Erklärung von Berlin zur Tuberkulose**

Die Teilnehmer nahmen die Erklärung von Berlin zur Tuberkulose an. Ihre Anwesenheit bei dem Forum bedeutete einen Schritt nach vorn im Kampf gegen die Tb in Europa und weltweit. Mit dem Forum verband sich die Hoffnung, dass von ihm ein Signal für Maßnahmen zur Tb-Bekämpfung in der Europäischen Region der WHO ausgehen würde.



## *Anhang 1*

### SITZUNGEN UND PRÄSENTATIONEN

#### **Eröffnungssitzung**

Vorsitzende: Ulla Schmidt, Bundesgesundheitsministerin, Deutschland

Begrüßung – Ulla Schmidt, Bundesgesundheitsministerin, Deutschland, und Dr. Marc Danzon, WHO-Regionaldirektor für Europa

Hauptrede – Jorge Sampaio, Sondergesandter der Vereinten Nationen für Tuberkulosebekämpfung

#### **Tuberkulose: Die Bedrohung ist Realität!**

Gemeinsame Vorsitzende: Prof. Antonio Correia de Campos, Gesundheitsminister, Portugal, und Prof. Oktay Shiraliev, Gesundheitsminister, Aserbaidschan

Die Europäische Region der WHO und der weiße Tod: im Westen von der Eliminierung weit entfernt, im Osten nahe an einer Katastrophe – Dr. Mario Raviglione, Direktor, Abteilung „Stopp der Tb“, Weltgesundheitsorganisation

Republik Moldau: Stellt Tb eine Bedrohung der öffentlichen Gesundheit dar? – Dr. Ion Ababii, Gesundheitsminister, Republik Moldau

„Nichts, das uns betrifft, ohne uns“: was dies für die Tb-Bekämpfung bedeutet – Paul Thorn, Projektleiter, TB Survival Project (Vertreter betroffener Bevölkerungsgruppen)

#### **Die Reaktion der Europäischen Region der WHO auf die von Tb ausgehende Bedrohung**

Gemeinsame Vorsitzende: Dmytro Volodymyrovych Tabachnyk, Vizeministerpräsident, Ukraine, und Prof. Sabahattin Aydin, Türkei

Wie der Tb in den 18 vorrangigen Ländern der Europäischen Region der WHO Einhaltung gebieten – Dr. Nata Menabde, Stellvertretende Regionaldirektorin, WHO-Regionalbüro für Europa

Haupthandlungsfelder zu Tb in der Europäischen Union – Zsuzsana Jakab, Direktorin, Europäisches Zentrum für die Prävention und die Kontrolle von Krankheiten

Kirgisistan: Tb-Bekämpfung im landesspezifischen Kontext – Tuygunaly Abdraimov, Gesundheitsminister, Kirgisistan

#### **Die Lücken schließen**

Gemeinsame Vorsitzende: Erich Stather, Staatssekretär, Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung, Deutschland, und Dr. Ranohon F. Abdurahmanova, Gesundheitsministerin, Tadschikistan

Russische Föderation: Haben wir Lücken bei der Tb-Bekämpfung? – Galina Makhakova, Direktorin, Abteilung für die Entwicklung des Gesundheitswesens, Ministerium für Gesundheit und soziale Entwicklung, Russische Föderation

Aktuelle und zukünftige Instrumente – Dr. Tadataka Yamada, Leiter, Global Health Programme, Bill-und-Melinda-Gates-Stiftung

Tuberkuloseforschung in den EU-Forschungsrahmenprogrammen – Dr. Hannu Laang, Generaldirektion Forschung, Europäische Kommission

Die Finanzierung von Interventionen zur Tb-Bekämpfung – Dr. Michel Kazatchkine, Exekutivdirektor, Globaler Fonds zur Bekämpfung von Aids, Tuberkulose und Malaria

Können wir zu einer besseren Tb-Bekämpfung beitragen: der Blickwinkel der Zivilgesellschaft und der betroffenen Bevölkerungsgruppen – Markku Niskala, Generalsekretär, Internationale Föderation der Rotkreuz- und Rothalbmondgesellschaften

Werden Sie unser Partnerschaftsangebot annehmen? – Zemfira Kondur, Vizepräsidentin, Romafrauen-Stiftung „Chiricli“, Ukraine

Schlussfolgerungen – Eugen Nicolaescu, Gesundheitsminister, Rumänien

## **Runde Tische der Gesundheitsministerinnen und -minister**

### **Runder Tisch 1: Was ist der Platz und die Bedeutung von Tb als Public-Health-Problem in nationalen Gesundheitssystemen?**

Moderator: Dr. David Ross Harper, Generaldirektor, Gesundheitsministerium, Vereinigtes Königreich

Teilnehmer: Dr. Valeri Tzekov, Stellvertretender Gesundheitsminister, Bulgarien, Serafino Zucchelli, Stellvertretender Gesundheitsminister, Italien, Akylbek Japarov, Justizminister, Kirgisistan, Dr. Neven Ljubacic, Gesundheitsminister, Kroatien, Dr. Louis Charles Deguara, Gesundheitsminister, Malta, Dr. Yuriy Gaidav, Gesundheitsminister, Ukraine

### **Runder Tisch 2: Erforderliche Mechanismen zur Sicherung angemessener Ressourcen für die Tb-Bekämpfung/-Eliminierung**

Moderator: Dr. Tomica Milosavljevic, Gesundheitsminister, Serbien

Teilnehmer: Dr. Ranko Skrbic, Minister für Gesundheit und Soziales, Republik Srpska, Bosnien und Herzegowina, Dr. Imer Seljmani, Gesundheitsminister, Ehemalige jugoslawische Republik Mazedonien, Paul Bekkers, HIV/Aids-Botschafter, Niederlande, Dr. Jaroslaw Pinkas, Unterstaatssekretär, Polen, Zofija Mazej Kukovič, Gesundheitsministerin, Slowenien, Dr. Vasilli Ivanovich Zharko, Gesundheitsminister, Weißrussland

Was bringt uns weiter? Dr. Gudjón Magnússon, Direktor, Abteilung Gesundheitsprogramme, WHO-Regionalbüro für Europa

### **Die Erklärung von Berlin: Annahme**

Sitzungsleitung: Anna Cataldi, Botschafterin der Partnerschaft „Stopp der Tb“,  
Sandra Elisabeth Roelofs, Gattin des georgischen Präsidenten, Botschafterin der Partnerschaft  
„Stopp der Tb“

### **Abschlussitzung**

Abschluss des Forums – Dr. Klaus Theo Schröder, Staatssekretär, Gesundheitsministerium,  
Deutschland



## *Anhang 2*

# ANGEBOT EINER PARTNERSCHAFT DER ZIVILGESELLSCHAFT AN DIE MINISTER DER REGION EUROPA<sup>6</sup>

Unsere Vision eines „Alle gegen die Tb“: Die Schaffung eines neuen Verhältnisses, basierend auf einer wirklichen Partnerschaft, zwischen Tb-Patienten und den betroffenen Gemeinschaften, den Gesundheits- und Wohlfahrtsdienstleistern und den Regierungen.

### **WIR STELLEN FEST, DASS...**

- alle Länder – Virulenzländer oder nicht – Tb als eine wichtige Bedrohung der öffentlichen Gesundheit zu bewerten haben. Obwohl die Tuberkulose (Tb) eine vermeidbare und heilbare Krankheit ist, sind in Europa im Jahr 2005 65.700 Menschen daran gestorben Tb ist eine Krankheit, die unter Bedingungen von Armut und wirtschaftlicher Ungerechtigkeit gedeiht, dort, wo Menschen individuell oder in Gruppen unter Diskriminierung und wirtschaftlicher oder sozialer Ausgrenzung leiden. Unter den Randgruppen der Gesellschaft ist die Belastung mit Tb am größten;
- es einen Trend zu einer steigenden Ko-Infektion von Tb und HIV gibt. Angesichts der hohen Raten der HIV-Infektionen in einigen Teilen Europas, und weil Tb in HIV-positiven Patienten schwerer zu diagnostizieren und schwerer zu behandeln ist, ist dies ein Grund zur Sorge;
- eine schwache Infrastruktur bei der öffentlichen Gesundheitsversorgung, schlechte Behandlungspraktiken bei Tb und die Herausforderung einer wirtschaftlichen Übergangssituation in einigen Ländern haben dazu beigetragen, dass die Niveaus der multiresistenten Tb (multi-drug resistant TB/MDR-Tb) und der extrem resistenten Tb (extremely drug resistant TB/XDR-Tb) in Europa heute unter den höchsten in der Welt sind;
- die Behandlung von Tb-Patienten und Dienstleistungen für sie beinhalten nicht nur die Vergabe von Arzneimitteln, sondern gleichzeitig die Erfüllung der emotionalen und psychologischen Bedürfnisse der Patienten, ihrer Familien und ihrer Umgebung.

### **WIR DAVON KENNTNIS GENOMMEN...**

- das europäische Büro der WHO und andere Partner die Möglichkeiten der Gesundheitsbehörden in Hinsicht auf die von Tb gestellten Anforderungen erhöhen;
- die Regierungen der Region Europa die Tb-Kontrollmaßnahmen intensivieren und ihr Engagement erhöhen;
- die staatlichen Behörden und Spender neue finanzielle Mittel zur Kontrolle von Tb zur Verfügung stellen. Es muss aber mehr getan werden um die Möglichkeiten der Gesundheitssysteme zu vergrößern, damit diese den komplexen Anforderungen, die die Tb stellt, effektiv entgegenzutreten können;

---

<sup>6</sup> Ursprünglich veröffentlicht auf *All Against Tuberculosis in Europe* [Website] (<http://www.tbnetworks.eu>; eingesehen am 23. Juni 2008).

- die Zivilgesellschaft kann, in all ihrer Verschiedenheit, bei der Prävention und Behandlung von Tb eine kritische Rolle spielen, wenn sie konstruktive Partnerschaften entwickelt, die die sozialen und wirtschaftlichen Bedingungen ansprechen, die die Verbreitung von Tb zulassen und fördern;
- Intensivere Verbindung zwischen Tb- und HIV-Programmen und Organisationen (von Regierungsseite und private) auf allen Niveaus sind erforderlich, sollen beide Krankheiten effektiv kontrolliert werden.
- Es besteht ein dringender Bedarf an kurzzeitig wirkenden und effektiveren Arzneimitteln mit geringeren Nebenwirkungen, sowie an genaueren und schnelleren Diagnosemitteln und wirksamen Impfstoffen gegen Tb, um der Verbreitung der Krankheit in Europa und anderswo entgegenzutreten.

### **EINE EFFEKTIVE Tb-KONTROLLE ERFORDERT...**

- die Mitwirkung von Zivilgesellschaft und Patienten und das Engagement von Tb-Programmen auf allen Ebenen;
- kontinuierliche Investitionen in Verbesserung der Qualität der Dienstleistung und der Begleitung durch die Anwendung von Best-Practice-Normen, wie z.B. die internationalen Standards für die Tb-Behandlung;
- verstärkte und kontinuierliche Unterstützung für die Grundlagenforschung und die Produktentwicklung bei diagnostischen Hilfsmitteln, Arzneimitteln und Impfstoffen für Tb;
- ein Engagement bei einer weltweiten Offensive gegen die Tb. Reisen und Umsiedlungen auf internationalem Niveau bedeuten für eine Europa eine erhöhte Gefahr, wenn in den Virulenzländern die Tb nicht unter Kontrolle gebracht werden kann;
- ein Angehen der der Krankheit zugrunde liegenden sozialen Verhältnisse, die die Tb-Epidemie ermöglichen, wie z.B. Armut und die Isolierung und Kriminalisierung ausgegrenzter Gruppen.

### **WIR BIETEN...**

- unser Engagement bei den Anstrengungen der Tb-Bekämpfung auf der persönlichen Ebene, der Ebene der Gemeinschaften, sowie auf nationalem und internationalem Niveau;
- unser Engagement für Dialog und das Bauen einer Partnerschaft mit Regierungen und Dienstleistern im Gesundheitsbereich, insbesondere unser Engagement für die Zusammenarbeit mit nationalen Gesundheitsbehörden bei der Entwicklung einer vielfältigen Herangehensweise bei der Kontrolle von Tb, einschließlich einer kontinuierlichen Begleitung;
- unser Engagement beim Stimulieren von Gemeinschaften, sich bei der Kontrolle von Tb mit einzuschalten und bei der Mobilisierung von Möglichkeiten seitens anderer Bereiche, einschließlich der sozialen Dienste, anderer Ministerien, dem Privatsektor und Spendern;
- unsere Erfahrung mit der Dienstleistung für Tb, MDR-Tb und XDR-Tb-Patienten, unsere Kenntnis der Sichtweise der Patienten dieser Krankheit, sowie unsere Erfahrung beim Ergreifen von Maßnahmen gegen Hindernisse bei der Genesung;
- unsere Erfahrung beim Verständnis der Kultur und der Umgebung in den Gemeinschaften, die von Tb am stärksten betroffen sind – unser Zugang zu diesen Netzwerken und unsere

Erfahrung bei der Erleichterung des Zugangs zur Tb- Behandlung für schwer erreichbare, ausgegrenzte und isolierte Personen und Gemeinschaften;

- unsere Kreativität, innovative und offene Tools zur Prävention, Diagnose und Behandlung von Tb zu entwickeln, die von den Hochrisikogruppen akzeptiert werden.

### **WIR WÜNSCHEN UNS VON DEN REGIERUNGEN...**

- ein politisches Engagement für ein neues und gleichberechtigtes Verhältnis zu Organisationen aus der Zivilgesellschaft, das einen guten Zugang zu einer nützlichen Teilnahme an der Planung und Verwirklichung von Tb- Bekämpfungsprogrammen ermöglicht und gute Möglichkeiten dafür gibt, zusammen mit den finanziellen Möglichkeiten, die eine solche Teilnahme möglich machen;
- ein politisches Engagement für den Grundsatz einer kostenlosen, leicht zugänglichen, gerechten, akzeptablen, verlässlichen und wirksamen Diagnose und Behandlung von Tb unabhängig von rechtlichen oder sozialen/wirtschaftlichen Status;
- ein politisches Engagement, zusammen mit dem Ergreifen von konkreten Maßnahmen, die sich auf die sozialen Faktoren des Auftretens von Tb richten, einschließlich anständiger Wohnbedingungen, dem rechtlichen Status von Einwanderern, dem Zugang zu sozialen und Gesundheitsdiensten und einschließlich eines integrierten Sozial- und Wohlfahrtsdienstes;
- ein öffentliches Engagement für Maßnahmen, die die psychosoziale Umgebung von Tb-Patienten verbessern und insbesondere solche die Stigmatisierung und Diskriminierung bekämpfen;
- ein politisches Engagement für die Schaffung von nationalen Mechanismen, die alle Beteiligten - und insbesondere Organisationen auf dem Niveau der örtlichen Gemeinschaften - bei der Entwicklung oder der Veränderung von Antwortstrategien auf nationaler und örtlicher Ebene einbeziehen.

Dieses Partnerschaftsangebot wurde mittels eines durchsichtigen und gemeinsamen online Erstellungs- und Redigierungsverfahrens formuliert, das allen interessierten Organisationen aus Zivilgesellschaft und Rechtsanwälten offen stand. Es wurde am 22. Oktober 2007 offiziell dem europäischen Ministerforum der WHO vorgelegt - All Against Tuberculosis von Zemfira Kondur, Vizepräsidentin der NGO „Roma Women’s Fund Chiricli“. Die folgenden europäischen Persönlichkeiten und Organisationen haben zur Erstellung dieses Dokuments beigetragen:

<b>Name</b>	<b>Organisation</b>	<b>Land</b>
Martien Borgdorff	Tuberkulosestiftung KNCV	Niederlande
Beatrijs Stickers	Tuberkulosestiftung KNCV	Niederlande
Vincent Kuyvenhoven	Tuberkulosestiftung KNCV	Niederlande
Masoud Dara	Tuberkulosestiftung KNCV	Niederlande
Peter Gondrie	Tuberkulosestiftung KNCV	Niederlande
Rob van Hest	FEANTSA	Niederlande
Serhiy Dyoma	International Renaissance Foundation	Ukraine
Paul Sommerfield	TB Alert	Großbritannien
Paul Thorn	TB Survival Project	Großbritannien
Yulia Chorna	NGO Salvation	Ukraine
Danova Roussinova	Europäisches Zentrum für die Rechte der	Ungarn
Savelina	Roma	
Claude Cahn	Centre on Housing Rights and Evictions (COHRE)	Schweiz
Dorota Latarska-Smuga	Social AIDS Committee Training Center	Polen
Case Gordon	TBTv and World Care Council	Frankreich
Tamara Gvaramadze	Georgian Plus Group	Georgien
Ardak Zhanabilova	Public Foundation “Sauygu” (Health)	Kasachstan
Wim Vandavelde	European Aids Treatment Group	Portugal
Mabel van Oranje	Open Society Institute	Großbritannien
Eva Foldes	Open Society Institute	Ungarn
Alina Covaci	Open Society Institute	Ungarn
Gulnara Kaliakbarova	Penal Reform International	Kasachstan
Joost van de Meer	Aids Foundation East–West	Niederlande
Tamari Trapaidze	Welfare Foundation	Georgien
Alistair Story	Health Protection Agency	Großbritannien
Alasdair Reid	UNAIDS	Schweiz
Daniel Raduslecu	NGO Sastipen	Rumänien
Sheila Davie	Results UK	Großbritannien
Polina Petrovna Volkova	Russian Nursing Association	Russland
Maria Ovchinnikova	Front AIDS	Russland
Markku Niskala	Internationale Föderation der Organisationen des Roten Kreuzes und des Roten Halbmonds	Schweiz
Lasha Gogvadze	Internationale Föderation der Organisationen des Roten Kreuzes und des Roten Halbmonds	Schweiz
Aida Estebesova	Kirgisischer Roter Halbmond	Kirgisistan
Venera Tursunbekova	Kirgisischer Roter Halbmond	Kirgisistan
Elena Nechosina	Coalition of HIV Service Organisations	Ukraine
Vitalie Morosan	Carlux NGO	Republik Moldau
Oliver Moldenhauer	Ärzte ohne Grenzen	Deutschland
Terrence Joe	University College London Hospitals	Großbritannien
Zemfira Kondur	NGO Roma Women’s Fund “Chiricli”	Ukraine
Mick Matthews	The Global Fund to Fight AIDS, Tb & Malaria	Schweiz
Tanzer Gezer	European Foundation for Street Children Worldwide (EFSCW)	Türkei
Tatjana Fedotkina	Russian Nursing Association	Russland
Kateryna Gamazina	PATH Ukraine	Ukraine

### *Anhang 3*

## TEILNEHMER

### **Delegationen der Mitgliedstaaten**

#### **Albanien**

Dr. Nard Ndoka  
Gesundheitsminister

Afrim Krasniqi  
Generalsekretär, Gesundheitsministerium

#### **Armenien**

Dr. Harutyun Kushkyan  
Gesundheitsminister

Dr. Vahan Poghosyan  
Direktor, Abteilung für medizinische Versorgung, Gesundheitsministerium

Ashot Smbatyan  
Botschaft der Republik Armenien in Deutschland

#### **Aserbaidshan**

Prof. Oktay Shiraliyev  
Gesundheitsminister

Nazim Alekberov  
Stellvertretender Justizminister

Dr. Samir A. Abdullayev  
Leiter, Abteilung Internationale Zusammenarbeit, Gesundheitsministerium

Rafail Mehdiyev  
Leiter, Hauptgesundheitsamt, Justizministerium

Anar Hüseyinov  
Botschaft der Republik Aserbaidshan in Deutschland

#### **Belgien**

Johan Pauwels  
Berater, Ministerium für Soziales und Gesundheit

## **Bosnien und Herzegowina**

### ***Föderation Bosnien und Herzegowina***

Dr. Safet Omerovic  
Gesundheitsminister

### ***Republika Srpska***

Dr. Ranko Skrbic  
Minister für Gesundheit und Soziales

## **Bulgarien**

Dr. Valeri Tzekov  
Stellvertretender Gesundheitsminister

Dr. Vladimir Milanov  
Sachverständiger, Abteilung Prävention von HIV/Aids und sexuell übertragenen Krankheiten,  
Gesundheitsministerium

Dr. Tonka Varleva  
Leiterin, HIV/Aids-Prävention und -Bekämpfung, Gesundheitsministerium

Dr. Tinka Troeva  
Diplomatin, Botschaft von Bulgarien in Deutschland

## **Dänemark**

Dr. Sigrid Poulsen  
Leitende Medizinalbeamtin, Ansteckende Krankheiten, Staatliches Gesundheitsamt

## **Deutschland**

Ulla Schmidt  
Bundesministerin für Gesundheit

Angelika Beck  
Sachbearbeiterin, Protokoll, Internationaler Besucherdienst, Verbindung zu den in- und ausländischen  
Vertretungen, Sprachendienst, Bundesministerin für Gesundheit

Wiebke Blinde  
Sachbearbeiterin, Protokoll, Internationaler Besucherdienst, Verbindung zu den in- und ausländischen  
Vertretungen, Sprachendienst, Bundesministerin für Gesundheit

Dr. Jochen Böhmer  
Stellvertretender Referatsleiter, Referat Bildung, Gesundheit, Bevölkerungspolitik, Bundesministerium  
für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung

Dr. Bonita Brodhun  
Leitende Beraterin, Robert-Koch-Institut

Christin Emmerich  
Sachbearbeiterin, Protokoll, Internationaler Besucherdienst, Verbindung zu den in- und ausländischen  
Vertretungen, Sprachendienst, Bundesministerin für Gesundheit

Britta Groeger  
Dolmetscherin, Bundesministerium für Gesundheit

Dr. Walter H. Haas  
Fachgebietsleiter, Respiratorisch übertragbare Erkrankungen, Robert-Koch-Institut

Dr. Irene Keinhorst  
Leitende Beraterin, Referat Multilaterale Zusammenarbeit auf dem Gebiet des Gesundheitswesens,  
Bundesministerium für Gesundheit

Dr. Björn Kümmel  
Leitender Berater, Referat Grundsatzfragen der Europäischen Gesundheitspolitik, Bundesministerium für  
Gesundheit

Karin Knufmann-Happe  
Abteilungsleiterin, Abteilung 3: Prävention, Gesundheitsschutz, Krankheitsbekämpfung, Biomedizin,  
Bundesministerium für Gesundheit

Astrid Niessen  
Beraterin, Referat Multilaterale Zusammenarbeit auf dem Gebiet des Gesundheitswesens,  
Bundesministerium für Gesundheit

Dr. Peter Pompe  
Referatsleiter, Protokoll, Internationaler Besucherdienst, Verbindung zu den in- und ausländischen  
Vertretungen, Sprachendienst, Bundesministerin für Gesundheit

Dagmar Reitenbach  
Referatsleiterin, Multilaterale Zusammenarbeit auf dem Gebiet des Gesundheitswesens,  
Bundesministerium für Gesundheit

Dr. Lars Schaade  
Referatsleiter, Referat Übertragbare Krankheiten, AIDS, Seuchenhygiene, Bundesministerium für  
Gesundheit

Udo Scholten  
Stellvertretender Generaldirektor, Bundesministerium für Gesundheit

Dr. Klaus-Theo Schröder  
Staatssekretär, Bundesministerium für Gesundheit

Dr. Ortwin Schulte  
Referatsleiter, Referat Grundsatzfragen der Europäischen Gesundheitspolitik, Bundesministerium für  
Gesundheit

Dr. Ewold Seeba  
Abteilungsleiter, Zentralabteilung Europa und Internationales, Bundesministerium für Gesundheit

Erich Stather  
Staatssekretär, Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung

Dr. Timo Ulrichs  
Leitender Berater, Übertragbare Krankheiten, AIDS, Seuchenhygiene, Bundesministerium für Gesundheit

### **Estland**

Tiiu Aro  
Generaldirektorin, Behörde für Gesundheitsschutz

Dr. Vahur Hollo  
Leiter des Tb-Registers, Staatliches Institut für Gesundheitsentwicklung

Martin Kadai  
Leitender Sachverständiger für ansteckende Krankheiten, Abteilung für Volksgesundheit, Ministerium für soziale Angelegenheiten

### **Finnland**

Dr. Petri Ruutu  
Leiter, Abteilung Infektionskrankheiten, Staatliches Institut für Bevölkerungsgesundheit

Tapani Melkas  
Generaldirektor, Gesundheitliche/medizinische Angelegenheiten, Gesundheitsministerium

### **Frankreich**

Louis-Charles Viossat  
Botschafter, Außenministerium

Géraldine Bonnin  
Leiterin der Mission bei der WHO, Abteilung für europäische und internationale Angelegenheiten, Ministerium für Gesundheit, Solidarität und Sport

Dr. Marie-Claire Paty  
Generaldirektion für Gesundheit, Unterabteilung für Prävention von Infektionsrisikofaktoren, Behörde für Infektionsrisikofaktoren und Impfpolitik – RI 1

### **Georgien**

Sandra Elisabeth Roelofs  
Gattin des georgischen Präsidenten, Vorsitzende des georgischen Koordinierungsrates für den Globalen Fonds (CCM), Botschafterin der Globalen Partnerschaft „Stopp der Tb“

Givi Mikanadze  
Stellvertretender Justizminister

Irakli Giorgobiani  
Erster Stellvertretender Minister für Arbeit, Gesundheit und Soziales

### **Griechenland**

George Papageorgjiou  
Stellvertretender Minister für Gesundheit und Soziale Solidarität

Dr. Athina Kyrlesi  
Generaldirektorin für das Gesundheitswesen

Dr. Theodoros Papadimitriou  
Direktor des Hellenischen Zentrums für die Kontrolle und die Prävention von Krankheiten

Athanasios Papageorgiou  
Berater des Stellvertretenden Ministers

### **Irland**

Dr. Colette Bonner  
Stellvertretende Leitende Medizinalbeamtin, Ministerium für Gesundheit und Kinder

### **Israel**

Dr. Daniel Chemtob  
Leiter, Abteilung für Tb und Aids, Gesundheitsministerium

### **Italien**

Dr. Serafino Zucchelli  
Stellvertretender Gesundheitsminister

Francesca Basile  
Leitende Verwaltungsangestellte, Gesundheitsministerium

Dr. Maria Paola Di Martino  
Generaldirektorin, Generaldirektion für Angelegenheiten der Europäischen Union und Internationale Beziehungen, Gesundheitsministerium

Dr. Renato Finocchi Ghersi  
Leiter des Büros des Gesundheitsministers, Gesundheitsministerium

Dr. Gianni Ghisi  
Diplomatischer Berater, Gesundheitsministerium

Dr. Donato Greco  
Leiter, Abteilung Prävention und Kommunikation, Gesundheitsförderung, Gesundheitsministerium

### **Kasachstan**

Dr. Kadir T. Omarov  
Vizegesundheitsminister

Bolat Imanbayev  
Berater, Botschaft der Republik Kasachstan in Deutschland

Sholpan Shynassylova  
Dritte Botschaftssekretärin, Botschaft der Republik Kasachstan in Deutschland

### **Kirgisistan**

Tuygunaly Abdraimov  
Gesundheitsminister

Marat Kayipov  
Justizminister

Ulan Basarbaev  
Diplomat, Botschaft von Kirgisistan in Deutschland

### **Kroatien**

Dr. Neven Ljubicic  
Minister für Gesundheit und Soziales

Tihomira Ivanda  
Leiterin, Abteilung Primärversorgung, Ministerium für Gesundheit und Soziales

### **Lettland**

Rinalds Mucins  
Stellvertretender Staatssekretär

Dr. Janis Leimans  
Leiter, Lettisches Staatliches Zentrum für Tb und Lungenkrankheiten

### **Litauen**

Dr. Rima Vaitkiene  
Staatssekretärin, Gesundheitsministerium

### **Malta**

Dr. Louis C. Deguara  
Minister für Gesundheit, Senioren und Gemeindeversorgung

Dr. Ray Busuttil  
Generaldirektor für Gesundheit, Ministerium für Gesundheit, Senioren und Gemeindeversorgung

### **Ehemalige Jugoslawische Republik Mazedonien**

Dr. Imer Seljmani  
Gesundheitsminister

Snezana Cicevalieva  
Leiterin, Europäische Integration und Internationale Zusammenarbeit, Gesundheitsministerium

Dr. Stefan Talevski  
Nationaler Koordinator für Tb-Bekämpfung, Institut für Lungenkrankheiten und Tb

Dr. Gjorgji Filipov  
Botschaft der Ehemaligen Jugoslawischen Republik Makedonien in Deutschland

### **Republik Moldau**

Dr. Ion Ababii  
Gesundheitsminister

Nina Lupan  
Stellvertretende Finanzministerin

Dr. Vladimir Taranu  
Leiter, Medizinische Direktion der Abteilung für Justizvollzugsanstalten, Justizministerium

Ala Mirza  
Erste Botschaftssekretärin, Botschaft der Republik Moldau in Deutschland

### **Montenegro**

Dr. Danica Mašanovic  
Stellvertretende Ministerin für Gesundheit, Arbeit und Wohlfahrt

Lorena Vlahovic  
PR-Assistentin, Ministerium für Gesundheit, Arbeit und Wohlfahrt

### **Niederlande**

Paul Bekkers  
HIV/Aids-Botschafter

Nicole Willems  
Politische Beraterin, Ministerium für Gesundheit, Gemeinwohl und Sport

Frieda M. Nicolai  
Leitende Politische Beraterin, Abteilung für Internationale Angelegenheiten, Ministerium für Gesundheit, Gemeinwohl und Sport

Dr. Harry van Schooten  
Leitender gesundheitspolitischer Berater, Außenministerium

### **Norwegen**

Rigmor Aasrud  
Staatssekretärin, Ministerium für Gesundheits- und Pflegedienste

Dr. Mette Klouman  
Sachbearbeiterin für internationale Zusammenarbeit, Norwegischer Verband der Herz- und Lungenkranken (LHL)

Toril Roscher-Nielsen  
Generaldirektorin, Abteilung für internationale Zusammenarbeit und Bereitschaftsplanung, Ministerium für Gesundheits- und Pflegedienste

Dr. Karl-Olaf Wathne  
Sonderberater, Abteilung für Bevölkerungsgesundheit, Ministerium für Gesundheits- und Pflegedienste

Brita Askeland Winje  
Berater, Norwegisches Institut für Bevölkerungsgesundheit

### **Österreich**

Dr. Hubert Hrabcik  
Generaldirektor, Abteilung Öffentliche Gesundheit, Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend

Dr. Jean-Paul Klein  
Leitender Medizinischer Berater, Sektion III, Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend

### **Polen**

Dr. Jaroslaw Pinkas  
Unterstaatssekretär, Gesundheitsministerium

Dr. Kazimierz Roszkowski  
Leiter, Staatliches Forschungsinstitut für Tb und Lungenkrankheiten

### **Portugal**

Dr. Antonio Correia de Campos  
Gesundheitsminister

Teresa Oleiro  
Leiterin des Ministerbüros, Gesundheitsministerium

Dr. Francisco George  
Generaldirektor für Gesundheit, Gesundheitsministerium

Dr. Henrique Barros  
Nationaler Koordinator für die Bekämpfung von HIV/Aids

Dr. Antonio Fonseca Antunes  
Pneumologe, Generaldirektion für Gesundheit, Gesundheitsministerium

Dr. Miguel Villar  
Pneumologe, Generaldirektion für Gesundheit, Gesundheitsministerium

### **Rumänien**

Eugen Nicolaescu  
Gesundheitsminister

Dr. Laurentiu T. Mihai  
Generaldirektor, Abteilung für internationale Fragen und EU-Angelegenheiten, Ministerium für öffentliche Gesundheit

Vasilica Olteanu  
Diplomatin, Ständige Vertretung Rumäniens bei der Europäischen Union

### **Russische Föderation**

Galina Ch. Makhakova

Leiterin, Abteilung für Entwicklung der Gesundheitsversorgung, Ministerium für Gesundheit und soziale Entwicklung

Dr. Alexander S. Kononets

Stellvertretender Leiter, Strafvollzugsdienst der Föderation, Justizministerium

Yulia Mikhailova

Leiterin, Zentrales Forschungsinstitut für Gesundheitsmanagement- und -informationssysteme, Ministerium für Gesundheit und soziale Entwicklung

Yevgeny Stlastnykh

Direktor, Abteilung für Internationale Zusammenarbeit und Öffentlichkeitsarbeit, Ministerium für Gesundheit und soziale Entwicklung

Andrei Uklonsky

Stellvertretender Direktor, Abteilung für Reorganisation des Sozialdienstsektors, Abteilung für sozioökonomische Reformstrategie, Ministerium für wirtschaftliche Entwicklung und Handel

Prof. Mikhail I. Perelman

Direktor, Forschungsinstitut für Phthisiopulmonologie, Medizinische Akademie Sechenov, Moskau

### **Schweden**

Dr. Anders Tegnell

Direktor, Prävention und Kontrolle übertragbarer Krankheiten, Staatliches Gesundheitsamt

### **Schweiz**

Dr. Christian Blickenstorfer

Botschafter, Botschaft der Schweiz in Deutschland

Dr. Peter Helbling

Medizinischer Sachbearbeiter, Bundesamt für Gesundheit

### **Serbien**

Prof. Tomica Milosavljevic

Gesundheitsminister

Prof. Gordana Radosavljevic Asic

Leiterin der Tb-Abteilung, Institut für Lungenkrankheiten und Tb, Klinisches Zentrum

### **Slowakei**

Dr. Daniel Klacko

Stellvertretender Gesundheitsminister

Dr. Jaroslava Hurná

Leiterin, Abteilung Auswärtige Beziehungen, Gesundheitsministerium

Dr. Ivan Solovic  
Nationaler Tb-Koordinator, Institut für Tuberkulose, Lungenkrankheiten und Thoraxchirurgie,  
Gesundheitsministerium

### **Slowenien**

Zofija Mazej Kukovic  
Gesundheitsministerin

Dr. Marija Seljak  
Generaldirektorin, Gesundheitsministerium

Zvezdana Veber-Hartman  
Regierungsberaterin, Gesundheitsministerium

Ana Polanc  
Beraterin, Gesundheitsministerium

### **Spanien**

Manuel Onorbe de Torre  
Generaldirektor, Ministerium für Gesundheit und Verbraucherangelegenheiten

Dr. Aurora Limia  
Diensteleiter, Ministerium für Gesundheit und Verbraucherangelegenheiten

Isabel Pachon del Amo  
Koordinationszentrum für Gesundheitswarnungen und Notfälle, Ministerium für Gesundheit und  
Verbraucherangelegenheiten

### **Tadschikistan**

Dr. Ranokhon F. Abdurakhmanova  
Gesundheitsministerin

### **Tschechische Republik**

Dr. Michael Vít  
Leiter des öffentlichen Gesundheitswesens, Gesundheitsministerium

Dr. Jiri Wallenfels  
Leitender Beamter, Abteilung Epidemiologie, Gesundheitsministerium

### **Türkei**

Prof. Sabahattin Aydin  
Stellvertretender Untersekretär, Gesundheitsministerium

Sevim Tezel Aydin  
Stellvertretende Leiterin, Abteilung Auswärtige Angelegenheiten, Gesundheitsministerium

Dr. Turan Buzgan  
Abteilung Primärversorgung, Gesundheitsministerium

Dr. Feyzullah Gumuslu  
Leiter, Abteilung für Tb-Bekämpfung, Gesundheitsministerium

Kamuran Özden  
Direktor, Direktion für Internationale Beziehungen, Abteilung für Forschungsstipendien und Konferenzen, Gesundheitsministerium

Prof. Nihat Tosun  
Stellvertretender Untersekretär, Gesundheitsministerium

### **Turkmenistan**

Dr. Mehri Durdyeva  
Leiter der Fakultät für Tuberkulose, Zentrum für Tuberkuloseprävention, Staatliches Medizinisches Institut

### **Ukraine**

Yurii Gaidaiev  
Gesundheitsminister

Dmytro Tabachnyk  
Vizeministerpräsident

Zhanna Tsenilova  
Leiterin, Abteilung für Europäische Integration und Internationale Beziehungen, Gesundheitsministerium

Andriy Marochkin  
Diplomat, Botschaft der Ukraine in Deutschland

### **Ungarn**

Dr. Katalin Rapi  
Staatssekretärin für Gesundheitspolitik, Gesundheitsministerium

### **Usbekistan**

Dr. Shukrat Khashimov  
Leiter, Abteilung Heilung, Gesundheitsministerium

Dr. Bakhodir Yusupov  
Leiter der Medizinischen Abteilung, Strafvollzugsabteilung, Innenministerium

### **Vereinigtes Königreich**

Dr. David Harper  
Generaldirektor, Gesundheitsministerium

### **Weißrussland**

Dr. Vasilii Ivanovich Zharko  
Gesundheitsminister

Dr. Gennady Gurevich  
Leiter, Wissenschaftliches Forschungsinstitut für Pneumologie und Phthisiologie,  
Gesundheitsministerium

Igor Khvenko  
Erster Botschaftssekretär, Botschaft der Republik Weißrussland in Deutschland

Aliaksei Zaitsau  
Dritter Botschaftssekretär, Botschaft der Republik Weißrussland in Deutschland

### **Zypern**

Dr. Andreas Polynikis  
Leitender Medizinalbeamter, Gesundheitsministerium

Dr. Andreas G. Georgiou  
Leitender Medizinalbeamter, Abteilung für medizinische und öffentliche Gesundheitsdienste,  
Gesundheitsministerium

## **Beobachter**

### **Dailylife**

Carl Cordonnier  
Fotograf

Pauline Lutz  
Fotografieassistentin

### **Gross Verlag, Deutschland**

Eduard Gross  
Direktor

### **McKinsey & Company**

Toby Lambert  
Associate

Dr. Kristin-Anne Rutter  
Associate

Dr. Farhad Riahi  
Associate Principal

## **Zivilgesellschaft**

Claude Cahn

Leiter der Rechtsabteilung, Centre on Housing Rights and Evictions (COHRE)

Yuliya Chorna

Projektkoordinatorin Tb/HIV-Förderarbeit, NGO ‚Rettung‘ (Poryatunok), Ukraine

Serhiy Dyoma

Programmanagerin Roma der Ukraine, International Renaissance Foundation, Ukraine

Aida Estebesova

Gesundheitskoordinatorin, Kirgisischer Roter Halbmond

Tatiana Fedotkina

Oberschwester, Tuberkulosekrankenhaus Tomsk, Russischer Pflegeverband

Dr. Kateryna Gamazina

Leiterin, Landesprogramm Ukraine, PATH, Ukraine

Case Gordon

Tb-Patientenvertreter, TBTV und World Care Council

Tamara Gvaramadze

Stellvertretende Leiterin, Georgia Plus Group, Georgien

Dr. Silje Hagerup

Beraterin für internationale Zusammenarbeit, Norwegischer Verband der Herz- und Lungenkranken (LHL)

Dr. Terence Joe

Programmanager, University College London Hospitals, Mobile Tb-Untersuchungen

Gulnara Kaliakbarova

Regionaldirektorin Zentralasien, Penal Reform International (PRI) für Zentralasien, Kasachstan

Zemfira Kondur

Vizepräsidentin, Internationale gemeinnützige Organisation ‚Romafrauen-Stiftung Chiricli‘, Ukraine

Dr. Oliver Moldenhauer

Koordinator, Kampagne für den Zugang zu unentbehrlichen Medikamenten, Ärzte ohne Grenzen, Deutschland

Dr. Vitalie Morosan

Koordinator der Medizinischen Abteilung, ‚Carlux‘, Republik Moldau

Elena Nechosina

Geschäftsführende Direktorin, Koalition nichtstaatlicher Organisationen für HIV-Dienstleistungen, Ukraine

Daniel Radulescu

Geschäftsführender Direktor, nichtstaatliche Organisation SASTIPEN, Rumänien

Savelina Danova Roussinova  
Forschungs- und Politikkoordinatorin, Europäisches Zentrum für die Rechte der Roma, Ungarn

Alistair Story  
Tb-Pfleger und Wissenschaftler, Behörde für Gesundheitsschutz, Vereinigtes Königreich

Tamari Trapaidze  
Forschungsleiterin, Welfare Foundation, Georgien

Venera Tursunbekova  
Freiwillige, Kirgisisches Rotes Kreuz, Kirgisistan

Joost Van der Meer  
Geschäftsführender Direktor, Aids-Stiftung Ost-West (AFEW), Niederlande

Dr. Rob van Hest  
Berater, Arzt für Tuberkulosebekämpfung, Abteilung für Tuberkulosebekämpfung des Städtischen Gesundheitsdienstes in Rotterdam, Niederlande

Polina Petrovna Volkova  
Leitende Oberschwester, Republikanisches Tb-Krankenhaus Mary-El, Russischer Pflegeverband, Russische Föderation

Wim Vandavelde  
Vorsitzender, European AIDS Treatment Group (EATG), Portugal

### **Privatsektor**

Rajiv Alex  
Leiter, Globales Tb- & Wirkstoffgeschäft, Sandoz Pvt Ltd., Indien

Silva Barseghyan  
Regionalmanagerin in Armenien und Georgien, Eli Lilly

Karel De Beule  
Leitender Direktor, CDTL, Tibotec, Belgien

George Goedesky  
Verantwortlicher Direktor, Infektionskrankheiten, Biomerieux, Inc., Vereinigte Staaten von Amerika

Dr. Pieter-Joep Huige  
Direktor, Corporate Affairs & PRA, Europageschäft, Eli Lilly Nederland B.V.

Dr. Geneviève Inchauspe  
Leiterin, Abteilung für Infektionskrankheiten, TRANSGENE, Frankreich

Paul B. Lebeau  
Geschäftsführer, EMEA, Cellestis GmbH, Deutschland

Dr. Didier Leboulleux  
Leitender Manager, Medizinische Angelegenheiten, Sanofi Aventis, Frankreich

Dr. Christophe Longuet  
Ärztlicher Mitarbeiter, Mérieux-Stiftung, Frankreich

Dr. Carol Nacy  
Geschäftsführerin, Sequella, Inc, Vereinigte Staaten von Amerika

Dr. Jürgen Schwiezer  
Vorsitzender der Geschäftsführung, Roche Diagnostics GmbH, Deutschland

Detlef Siewert  
Direktor, Global Health EMEA, Becton Dickinson GmbH, Deutschland

Dr. Martin Springsklee  
Bayer Healthcare AG, Deutschland

Lakshmi Sundaram  
Associate Director, Weltwirtschaftsforum, Schweiz

## **Repräsentanten**

### **AERAS Global TB Vaccine Foundation, Vereinigte Staaten von Amerika**

Jennifer Woolley  
Stellvertretende Direktorin, Externe Angelegenheiten

### **Ärzte ohne Grenzen, Niederlande**

Dr. Yared Kebede Haile  
Gesundheitsreferent

### **Bill-und-Melinda-Gates-Stiftung**

Dr. Tadataka Yamada  
Leiter, Global Health Programme

Dr. Gabrielle Fitzgerald  
Programmreferentin, Global Health Advocacy

### **Deutsche Stiftung Weltbevölkerung (DSW)**

Dr. Jörg F. Maas  
Geschäftsführer

### **Deutsches Rotes Kreuz, Deutschland**

Dr. Karl Demmer  
Ärztlicher Mitarbeiter

### **Deutsches Zentralkomitee zur Bekämpfung der Tuberkulose**

Prof. Robert Loddenkemper  
Generalsekretär

Miriam Broennecke  
Forschung

Dr. Barbara Hauer  
Forschung

### **Europäische Kommission**

Dr. Hannu Laang  
Generaldirektion Forschung

Vincent Houdry  
Abteilung für Gesundheitsbedrohungen, Europäische Kommission, Luxemburg

Dr. John Francis Ryan  
Referatsleiter, Health Monitoring & Injury Prevention, Generaldirektion für Gesundheit und Verbraucherschutz, Referat Gesundheitsgefahren, Luxemburg

Dr. Andrzej Jan Rys  
Direktor, Öffentliche Gesundheit und Risikobewertung, Generaldirektion für Gesundheit und Verbraucherschutz HTC 03/378, Luxemburg

### **Europäisches Zentrum für die Prävention und die Kontrolle von Krankheiten (ECDC)**

Zsuzsanna Jakab  
Direktorin

John O'Toole  
Koordinator für Außenbeziehungen

Dr. Arun Nanda  
WHO-Länderreferent

Dr. Karoline Fernandez de la Hoz  
Koordinatorin beim Tb-Horizontal-Projekt

### **European Respiratory Society (ERS)**

Prof. William MacNee  
ELEGI Colt Research, MRC/UoE Centre for Inflammation Research, The Queen's Medical Research Institute, Vereinigtes Königreich

Nadia Kamel  
Wissenschaftliche Mitarbeiterin, ERS, Brüssel

**FILHA**

Dr. Jan Lindgren  
Generalsekretär

**Foundation for the Development of Ukraine**

Anatoly Zabolotnyy  
Direktor

**Globaler Fonds zur Bekämpfung von Aids, Tuberkulose und Malaria**

Michel Kazatchkine  
Exekutivdirektor

Dr. Urban Weber  
Gruppenleiter, Osteuropa und Zentralasien

**Imperial College London**

Prof. Rifat A. Atun  
Leiter, Centre for Health Management, Tanaka Business School

**Internationale Föderation der Rotkreuz- und Rothalbmondgesellschaften (IFRC)**

Markku Niskala  
Generalsekretär

Dr. Bruce Eshaya-Chauvin  
Leiter, Abteilung Gesundheit und Versorgung

Dr. Lasha Gogvadze  
Leitender Gesundheitsreferent, Europäische Region und Tuberkuloseprogramm

Anitta Underlin  
Leiterin der Europazone, Internationale Föderation der Rotkreuz- und Rothalbmondgesellschaften,  
Ungarn

Dr. Ivan Usichenko  
Präsident, Rotkreuzgesellschaft der Ukraine

**Institut de Veille Sanitaire - EuroTB**

Dr. Dennis Falzon  
Ärztlicher Leiter

**International Hospital Association**

Prof. Per-Gunnar Svensson  
Generaldirektor

**KfW Entwicklungsbank**

Felix Klauda  
Abteilungsleiter, Europa/Kaukasus

Uwe Ohls  
Bereichsleiter für Asien

Dr. Peter Reff  
Leitender Gesundheitssachverständiger, Gesundheits- und Bildungsabteilung Asien

**Tuberkulosestiftung KNCV**

Dr. Martien W. Borgdorff  
Geschäftsführer

Masoud Dara  
Koordinator & Leitender Berater, Europa-Cluster, Internationale Abteilung

Dr. Peter Gondrie  
Leiter, Internationale Abteilung

Dr. J. Vincent Kuyvenhoven  
Leiter, Nationale Abteilung

Beatrijs Stickers  
Direktionssekretärin

**Open Society Institute, New York**

Emily Bell  
Projektreferentin, Public Health Watch, Vereinigte Staaten von Amerika

Cynthia Eyakuze  
Leiterin, Public Health Watch, Vereinigte Staaten von Amerika

Francoise Girard  
Leiterin, Public-Health-Programm, Vereinigte Staaten von Amerika

**Open Society Institute, Brüssel**

Russel Pickard  
Leitender Beauftragter für Grundsatzfragen, Belgien

**Open Society Institute, Budapest**

Alina Covaci  
Programmreferentin, Gesundheit der Roma, Ungarn

Eva Foldes  
Gesundheitsprojekt für Roma, Ungarn

**Open Society Institute, London**

Mable van Oranje  
Leiterin, Internationale Förderarbeit

**Berater des Open Society Institute**

Tamsin Rose  
Tb-Beraterin, Belgien

Mullova-Ludmila Dietrich  
Dolmetscherin

**Programme for Appropriate Technology in Health (PATH)**

Dr. M. D'Arcy Richardson  
Technischer Leiter, Tb-Programm

Natalyia Zaika  
Spezialistin für Öffentlichkeitsarbeit zugunsten von Verhaltensänderungen, PATH, Ukraine

**Projekt HOPE**

Dr. Jaap Veen  
Tb-Referent

**Bildungsfonds RESULTS**

Joanne Carter  
Geschäftsführerin

**Robert-Koch-Institut**

Prof. Reinhard Kurth  
Präsident

**Partnerschaft „Stopp der Tb“ für Europa**

Dr. Patrizia Carlevaro  
Leiterin, Abteilung für internationale Hilfe, Eli Lilly Export S.A., Schweiz

Sheila Davie  
Geschäftsführerin, Results, Vereinigtes Königreich

Ciara Goldstein  
Grundsatzpolitische Mitarbeiterin, Global Alliance for TB Drug Development, (TB Alliance), Belgien

Michael Matthews  
Technischer Mitarbeiter, Globaler Fonds zur Bekämpfung von Aids, Tuberkulose und Malaria, Schweiz

Matti Ojanen  
Leiter, International Affairs & Public, Policy, Corporate Affairs, AstraZeneca Plc, Vereinigtes Königreich

Dr. Archil Salakaia  
Leiter, Staatliches Zentrum für Tb und Lungenkrankheiten, Georgien

Paul Anthony Thorn  
Tuberculosis Survival Project, Vereinigtes Königreich

**Globale Partnerschaft „Stopp der Tb“**

Louise Baker  
Leiterin, Sekretariat der Globalen Partnerschaft „Stopp der Tb“

Dr. Nils E. Billo  
Leiter, Internationale Union gegen Tuberkulose und Lungenkrankheiten, Frankreich

Dr. Jaap F. Broekmans  
Partnerschaft „Stopp der Tb“, Niederlande

Dr. Kenneth Castro  
Leiter, Abteilung für Tb-Eliminierung, Centers for Disease Control and Prevention, Vereinigte Staaten von Amerika

Anna Cataldi  
Botschafterin, Globale Partnerschaft „Stopp der Tb“

Jean-Francois de Lavison  
Vizepräsident, Internationale Angelegenheiten und Öffentlichkeitsarbeit, Mérieux Alliance, Frankreich

Dr. Marcos Fuentes Espinal  
Leiter, Sekretariat der Globalen Partnerschaft „Stopp der Tb“

Dr. Michel Greco  
Unabhängiger Impfstoffexperte, PARTEUROPE, Frankreich

Shirley Henderson  
Technische Mitarbeiterin, Globale Partnerschaft „Stopp der Tb“

Irene Koek  
Vorsitzende, Koordinationsrat, Partnerschaft „Stopp der Tb“, Leiterin, Abteilung Infektionskrankheiten, Amt für Gesundheit und Ernährung, Behörde für Internationale Entwicklung (USAID), Vereinigte Staaten von Amerika

Dr. Giorgio Roscigno  
Geschäftsführer, Stiftung für Innovative Neue Diagnostik (FIND), Schweiz

Ezio Távora Santos-Filho  
Stellvertretender Vorsitzender des nationalen Koordinierungsmechanismus des Globalen Fonds zur Bekämpfung von Aids, Tuberkulose und Malaria, Brasilien

Nicole Schiegg  
Mitarbeiterin für Förderarbeit, Globale Partnerschaft „Stopp der Tb“

Dr. Peter M. Small  
Leitender Programmreferent, Tuberkulose, Bill-und-Melinda-Gates-Stiftung, Global Health Programme, Vereinigte Staaten von Amerika

Dr. Paul Sommerfeld  
Globale Tb-Förderarbeit, Partnerschaft „Stopp der Tuberkulose“, Vereinigtes Königreich

Dr. Anant Vijay  
Sekretariat, Globale Partnerschaft „Stopp der Tb“

Kerstin Kolbe  
Ehemalige Assistenzärztin, Sekretariat, Globale Partnerschaft „Stopp der Tb“

## **UNAIDS**

Bertil Lindblad  
Leiter, Regionales Unterstützungsteam, UNAIDS-Repräsentant, Russische Föderation

Alasdair Reid  
HIV/Tb-Beauftragter, Prävention, Pflege und Wirkungsminderung, Epidemische Überwachungs- und Präventionspolitik, Evidenz und Partnerschaften

## **USAID**

Dr. Susan Bacheller  
Tb-Arbeitsgruppenleiterin

Paul M. Holmes  
Leitender Regionaler Gesundheitsbeauftragter, Büro für Europa und Eurasien

Dr. Carolyn I. Mohan  
Tuberkulosebeauftragte, Global Health Bureau

## **Vereinte Nationen**

Dr. Jorge Sampaio  
Sondergesandter des Generalsekretärs der Vereinten Nationen für Tuberkulosebekämpfung

Helena Barroco  
Beraterin des Sondergesandter des UN-Generalsekretärs für Tuberkulosebekämpfung

## **Weltbank**

Patricio V. Marquez  
Leitender Gesundheitsökonom, Abteilung für menschliche Entwicklung, Region Europa und Zentralasien

# **Weltgesundheitsorganisation**

## **Regionalbüro für Europa**

Dr. Marc Danzon  
Regionaldirektor

Dr. Nata Menabde  
Stellvertretende Regionaldirektorin

Dr. Gudjon Magnússon  
Direktor, Abteilung Gesundheitsprogramme

Dr. Richard Zaleskis  
Regionalbeauftragter für Tuberkulosebekämpfung

Karim Benthami  
Verwaltungsdienste, Beschaffungs- und Konferenzverantwortlicher

Mary Stewart Burgher  
Berichterstatterin

Oluf Christoffersen  
Aufsichtsführender, Druck- und Konferenzdienste

Dr. Andrei Dadu  
Technischer Referent, Tuberkulosebekämpfung

Dr. Pierpaolo de Colombani  
Medizinischer Referent, Tuberkulosebekämpfung

Marianne (Janchen) de la Cour  
Programmassistentin, Tuberkulosebekämpfung

Dr. Lucica Ditiu  
Medizinischer Referent, Tuberkulosebekämpfung

Mirona Eriksen  
Programmassistentin, Stellvertretende Regionaldirektion

Haris Hajrulahovic  
Leiter des WHO-Länderbüros, Bosnien und Herzegowina

Dr. Wieslaw Jakubowiak  
Tuberkulosekoordinator, Russland

Bent Jørgensen  
Verantwortlicher für Büroausstattung

Dr. Rusudan Klimiashvili  
Leiter des WHO-Länderbüros, Georgien

Yavuz Mehmet Kontas  
Länderreferent, Türkei

Myroslava Korenevych  
Technische Referentin, Überzeugungsarbeit und gesellschaftliche Mobilisierung, Ukraine

Jeffrey Victor Lazarus  
Referent für Förderarbeit und Beziehungen zu Betroffenen, HIV/Aids und sexuell übertragene Infektionen

Andreas Lemecke  
Büroassistent, Tuberkulosebekämpfung

Dr. Srdan Matic  
Regionalbeauftragter, HIV/Aids und sexuell übertragene Infektionen

Dr. Kestutis Miskinis  
Medizinischer Referent, Tuberkulosebekämpfung, Ukraine

Liuba Negru  
Presse- und Medienbeziehungen

Jens Nielsen  
Netzwerkassistent, IKT

Dr. Igor Pokanevych  
Leiter des WHO-Länderbüros, Ukraine

Charles Robson  
Leiter, Übersetzung und Redaktion

Ann Camilla Scott  
Programmassistentin, Tuberkulosebekämpfung

Rouruina Teura  
Technische Assistentin, Service-Desk-Unterstützung

Dr. Gombogaram Tsogt  
Medizinischer Referent, Usbekistan

Dr. Pavel Ursu  
Leiter des WHO-Länderbüros, Republik Moldau

Oksana Yakovenko  
Programmassistentin, Tuberkulosebekämpfung, Ukraine

Dr. Egor Zaitsev  
Leiter des WHO-Länderbüros, Weißrussland

### **Zentrale**

Dr. Leopold Blanc  
Koordinator, STB/TBS

Dr. Malgorzata Grzemska  
Medizinische Referentin, HTM/STB/TBS

Dr. Mario Raviglione  
Direktor, HTM/STB

Glenn Thomas  
Journalist, HTM/STB

Diana Weil  
Leitende Beraterin, HTM/STB

**Dolmetscherinnen und Dolmetscher**

Dmitri Boulakovski

Julia Erickson

Valérie Fontaumard

Catherine M.D. Gay

Claudia Groothaert

Mercury Eric Harley

Annette Maria Schroer

Dr. Katherine Anne Vanovitch

Georgy G. Pignastyy