



Regionalkomitee für Europa

61. Tagung

EUR/RC61/15

+ EUR/RC61/Conf.Doc./8

Baku (Aserbaidshan), 12.–15. September 2011

21. Juli 2011

111390

Punkt 6 f) der vorläufigen Tagesordnung

ORIGINAL: ENGLISCH

Konsolidierter Aktionsplan für die Prävention und Bekämpfung von multiresistenter und extensiv resistenter Tuberkulose in der Europäischen Region der WHO (2011–2015)

Der Konsolidierte Aktionsplan für die Prävention und Bekämpfung von multiresistenter und extensiv resistenter Tuberkulose (MDR/XDR-Tb) in der Europäischen Region der WHO (2011–2015) dient der Stärkung und Intensivierung der Anstrengungen zur Bekämpfung der besorgniserregenden Ausbreitung der medikamentenresistenten Tuberkulose in der Europäischen Region.

Der Aktionsplan wurde in regionsweiten Konsultationen mit Vertretern der 53 Mitgliedstaaten und der Fachwelt sowie mit von der Krankheit betroffenen Patienten und Bevölkerungsgruppen ausgearbeitet. Die Federführung in diesem partizipatorischen Prozess liegt bei dem Sonderprojekt der Regionaldirektorin zur Prävention und Bekämpfung von MDR/XDR-Tb. Für die konkrete Koordination war ein unabhängiger Lenkungsausschuss zuständig, in dem die Mitgliedstaaten, die maßgeblichen fachlichen und bilateralen Organisationen sowie Organisationen der Zivilgesellschaft vertreten waren.

Nach einer detaillierten Bestandsaufnahme der in der Europäischen Region der WHO ergriffenen Maßnahmen zur Bekämpfung der Tuberkulose allgemein und speziell der MDR-Tb und nach Auswertung der Antworten der Mitgliedstaaten auf die Aufforderung der Regionaldirektorin zur Stellungnahme auf der zweiten Tagung des Achtzehnten Ständigen Ausschusses des Regionalkomitees (Andorra, 18.–19. November 2010) wurde ein erster Entwurf des Konsolidierten Aktionsplans erstellt. Das WHO-Regionalbüro für Europa hielt vom 6. bis 8. Dezember 2010 in Kopenhagen einen dreitägigen Workshop und erstellte mit Beteiligung von Vertretern der Länder sowie führenden Sachverständigen auf diesem Gebiet den zweiten Entwurf des Aktionsplans. Dieser wurde im Internet eingestellt, wo er vom 25. Februar bis zum 11. April 2011 von Öffentlichkeit und Zivilgesellschaft diskutiert wurde, und am 5. Mai 2011 mit der Bitte um Stellungnahme an die Mitgliedstaaten übermittelt. Die von diesen erhaltenen Stellungnahmen und Anregungen wurden bei der Ausarbeitung der endgültigen Fassung des Aktionsplans berücksichtigt.

Die Vorgaben und Ziele des Konsolidierten Aktionsplans der Europäischen Region stehen im Einklang mit denen aus dem Kapitel zur MDR-Tb im Globalen Plan „Stopp der Tb“ 2011–2015 und mit denen der Resolution WHA62.15 der Weltgesundheitsversammlung, in der alle Mitgliedstaaten dringend aufgefordert werden, Maßnahmen zur Prävention und Bekämpfung der MDR- bzw. XDR-Tb zu ergreifen und dabei verstärkt auf Partnerschaften zu setzen und Organisationen der Zivilgesellschaft einzubeziehen. Der Konsolidierte Aktionsplan basiert auf den zentralen Grundsätzen der Strategie „Gesundheit 2020“ mit ihrer Vision eines gleichberechtigten Zugangs zur Gesundheitsversorgung und steht im Einklang mit dem Handlungsappell von Peking zur Bekämpfung der Tuberkulose und zur Verbesserung der Patientenversorgung wie auch mit der Erklärung von Berlin zur Tuberkulose. Eine gemeinsame Plattform mit einer Reihe von Partnerorganisationen soll künftig zur Weiterverfolgung des Konsolidierten Aktionsplans beitragen und bei dessen Umsetzung behilflich sein.

Der Konsolidierte Aktionsplan wird zusammen mit der dazugehörigen Resolution dem WHO-Regionalkomitee für Europa zur Annahme vorgelegt.

Inhalt

	Seite
Zusammenfassung.....	1
Einführung.....	2
Gliederung.....	4
Prävention von MDR- und XDR-Tb.....	7
Ausweitung des Zugangs zu Resistenztests für Erst- und Zweitrang-Antituberkulotika sowie zu HIV-Tests und HIV-Beratung bei Tuberkulosepatienten	8
Ausweitung des Zugangs zu einer wirksamen Behandlung der medikamentenresistenten Tuberkulose.....	9
Intensivierung des Infektionsschutzes gegen Tuberkulose	10
Stärkung der Surveillance der medikamentenresistenten Tuberkulose, einschließlich Registrierung und Meldung.....	11
Erweiterung der Kapazitäten der Länder mit dem Ziel der Verbesserung der Bewältigung der medikamentenresistenten Tuberkulose durch Überzeugungsarbeit, Partnerschaften und allgemeine Leitlinien.....	11
Berücksichtigung der Bedürfnisse spezieller Bevölkerungsgruppen.....	14
Annahme	15
Literaturhinweise.....	15

Zusammenfassung

Angesichts der besorgniserregenden Ausmaße der multiresistenten und extensiv resistenten Formen der Tuberkulose (MDR- und XDR-Tb) in der Europäischen Region der WHO hat die Regionaldirektorin ein Sonderprojekt zur Prävention und Bekämpfung der MDR- und XDR-Tb in der Region ins Leben gerufen. Um eine umfassende Antwort auf die Bedrohung durch MDR/XDR-Tb mit gezielten Maßnahmen zu ihrer Prävention und Bekämpfung zu ermöglichen, wurde ein Konsolidierter Aktionsplan für den Zeitraum 2011–2015 ausgearbeitet, der für die 53 Mitgliedstaaten, das WHO-Regionalbüro für Europa und die beteiligten Partnerorganisationen gilt. Der Konsolidierte Aktionsplan für die Prävention und Bekämpfung der MDR- und XDR-Tb in der Europäischen Region der WHO (2011–2015) ist in sechs strategische Schwerpunkte und sieben Handlungsfelder gegliedert. Die strategischen Schwerpunkte sind querschnittsorientiert und sollen den Werten der Strategie „Gesundheit 2020“ Geltung verschaffen und die Prioritäten der Organisation in der Europäischen Region der WHO unterstreichen. Die Handlungsfelder orientieren sich an dem Globalen Plan „Stopp der Tb“ 2011–2015 und enthalten dieselben Zielvorgaben wie der Globale Plan und die Resolution WHA62.15 der Weltgesundheitsversammlung, nämlich die Schaffung eines flächendeckenden Zugangs zu Diagnose- und Behandlungsangeboten für MDR-Tb.

Inzwischen liegt eine detaillierte Fassung des Konsolidierten Aktionsplans vor; sie soll den nationalen Programmen und Organisationen für die Bekämpfung von Tuberkulose und anderen übertragbaren Krankheiten sowie den beteiligten fachlichen und bilateralen Organisationen als operativer Fahrplan für die Durchführung konkreter Maßnahmen zur Prävention und Bekämpfung der MDR-Tb dienen. Das WHO-Regionalbüro für Europa ist den Mitgliedstaaten in der Europäischen Region, die hohe Raten an MDR-Tb aufweisen, bei der Ausarbeitung nationaler Handlungskonzepte gegen MDR-Tb behilflich, die sich an dem Handlungsappell von Peking zur Bekämpfung der Tuberkulose und zur Verbesserung der Patientenversorgung orientieren. Der Konsolidierte Aktionsplan wird den Mitgliedstaaten als Orientierungshilfe bei der weiteren Ausgestaltung nationaler Konzepte gegen MDR-Tb und ihrer Einbindung in die staatlichen Tuberkulose- oder Gesundheitsstrategiepläne dienen.

Durch die Umsetzung des Konsolidierten Aktionsplans könnten 250 000 Neuerkrankungen an MDR-Tb und 13 000 neue Fälle von XDR-Tb vermieden werden, und geschätzte 225 000 Patienten mit MDR-Tb könnten diagnostiziert und davon mindestens 127 000 erfolgreich behandelt werden, was eine Unterbrechung der Übertragung der MDR-Tb ermöglichen würde; so könnten 120 000 Menschenleben gerettet und 5 Mrd. US-\$ eingespart werden.

Einführung

1. Die multiresistenten und extensiv resistenten Formen der Tuberkulose (MDR- bzw. XDR-Tb) sind ein vom Menschen verursachtes Phänomen, das aus der unzureichenden Behandlung der Tuberkulose oder aus unzureichenden Atemschutzmaßnahmen in Gesundheitseinrichtungen und in beengten räumlichen Verhältnissen resultiert. Von den Patienten mit multiresistenter Tuberkulose (MDR-Tb), deren Zahl weltweit auf 440 000 (Bandbreite: 390 000–510 000) geschätzt wird, sollen 81 000 (Bandbreite: 73 000–90 000) in der Europäischen Region der WHO leben; dies entspricht 18,4% der globalen Last.¹ Die Prävalenzraten der Region für MDR-Tb sind nach wie vor besorgniserregend hoch. 2009 lag der Anteil der Fälle von MDR-Tb an den Neufällen bei 11,7%, an den bereits behandelten Fällen bei 36,6%.² Obwohl Empfindlichkeitstests für Zweitrangmedikamente immer noch vergleichsweise selten durchgeführt werden, haben die meisten Länder in der Region schon Fälle von XDR-Tb gemeldet.

2. Die weltweit neun Länder, in denen mehr als 12% der neuen Tuberkulosefälle auf MDR-Tb entfallen, und die sechs Länder, in denen der Anteil der MDR-Tb-Fälle an den bereits behandelten Fällen mit mehr als 50% am höchsten ist, gehören allesamt zur Europäischen Region der WHO. In mehreren Mitgliedstaaten ist eine hohe Korrelation zwischen MDR-Tb und HIV dokumentiert.³ Die MDR-Tb wird in der Europäischen Region auch in Verbindung mit anderen vor- und nachgelagerten Determinanten von Gesundheit (u. a. Inhaftierung, Migration, niedriger sozioökonomischem Status) beobachtet und wird von den meisten Ländern der Region – unabhängig von ihrer Tuberkulosebelastung – als problematisch angesehen.

3. Im Jahr 2009 wurden von den geschätzten 81 000 MDR-Tb-Patienten (Bandbreite: 73 000–90 000) nur 27 760 (34,2%) gemeldet;² dies ist auf die geringe Verfügbarkeit von mykobakteriellen Kulturen und Empfindlichkeitstests bzw. molekularen Diagnosemethoden zurückzuführen. Von diesen gemeldeten MDR-Tb-Patienten erhielten offenbar nur 61,8% (17 169 Patienten)⁴ eine ausreichende Behandlung mit qualitativ hochwertigen Zweitrangmedikamenten. Um eine XDR-Tb diagnostizieren zu können, müssen Empfindlichkeitstests durchgeführt werden, zu denen jedoch nicht alle Patienten Zugang haben. Trotzdem hat sich die Zahl der gemeldeten XDR-Tb-Fälle zwischen 2008 und 2009 von 132 auf 344 fast verdreifacht.² In den Ländern außerhalb der Europäischen Union (EU) und des Europäischen Wirtschaftsraums (EWR)⁵, wo solche Angebote extrem begrenzt sind, hat die Zahl der gemeldeten XDR-Tb-Fälle um ein 6,7-Faches (von 41 auf 278) zugenommen.²

¹ *Global tuberculosis control: WHO report 2010*. Genf, Weltgesundheitsorganisation, 2010 (Dokument WHO/HTM/TB/2010.7, http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241564069_eng.pdf).

² European Centre for Disease Prevention and Control/WHO Regional Office for Europe. *Tuberculosis surveillance in Europe 2009*. Stockholm, European Centre for Disease Prevention and Control, 2011 (http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/1103_TB_SUR_2009.pdf).

³ *Multidrug and extensively drug-resistant TB (M/XDR-TB): 2010 global report on surveillance and response*. Genf, Weltgesundheitsorganisation, 2010 (Dokument WHO/HTM/TB/2010.3, http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241599191_eng.pdf).

⁴ *Towards universal access to diagnosis and treatment of multidrug-resistant and extensively drug-resistant tuberculosis by 2015, WHO progress report 2011*. Geneva, World Health Organization, 2011 (document WHO/HTM/TB/2011.3, http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241501330_eng.pdf).

⁵ Die 30 Länder der EU und des EWR sind: Belgien, Bulgarien, Dänemark, Deutschland, Estland, Finnland, Frankreich, Griechenland, Irland, Island, Italien, Lettland, Liechtenstein, Litauen, Luxemburg, Malta, Niederlande, Norwegen, Österreich, Polen, Portugal, Rumänien, Schweden, Slowakei, Slowenien, Spanien, Tschechische Republik, Ungarn, Vereinigtes Königreich und Zypern. Die 24 Länder aus den übrigen Teilen der Europäischen Region sind: Albanien, Andorra, Armenien, Aserbajdschan, Belarus, Bosnien und Herzegowina, ehemalige jugoslawische Republik Mazedonien, Georgien, Israel, Kasachstan, Kirgisistan, Kroatien, Moldau, Monaco, Montenegro, Russische Föderation, San Marino, Schweiz, Serbien, Tadschikistan, Türkei, Turkmenistan, Ukraine und Usbekistan.

4. Gegenwärtig ist die Behandlung von Patienten mit MDR-Tb langwierig und kann bis zu 24 Monate dauern; dabei kommen Zweitrangmedikamente und/oder operative Eingriffe zum Einsatz, was eine weitere Belastung für die Patienten und ihre Angehörigen darstellt. Nach den jüngsten verfügbaren Daten (2007) konnte von den 3823 MDR-Tb-Fällen in der Europäischen Region, die mit hochwertigen Zweitrangmedikamenten behandelt wurden, in 2194 Fällen (57,4%) die Behandlung erfolgreich abgeschlossen werden. In den EU-Staaten liegt die Behandlungserfolgsrate bei Patienten mit MDR-Tb bei nur 32% (355 von 1111), da bedauerlicherweise viele Patienten sterben (19,5%) oder die Therapie nicht einhalten (23%) oder weil häufig die weitere Entwicklung der Fälle nicht statistisch erfasst wird (25,5%).²

5. Das Regionalbüro hat in Zusammenarbeit und Abstimmung mit anderen Partnern den Mitgliedstaaten Orientierungshilfe und fachliche Unterstützung bei der Prävention bzw. Bekämpfung und Versorgung von Tuberkulose, MDR-Tb und Tuberkulose-HIV-Koinfektion gewährt, u. a. durch Planung und Programmmanagement, Schutz vor aerogener Infektion, Surveillance, Kontroll- und Evaluationsmaßnahmen, Ausbau personeller Kapazitäten, qualitätsgesicherte Labordiagnostik, Ausarbeitung von Leitlinien und Grundsätzen, Bereitstellung hochwertiger Medikamente durch die Globale Arzneimittelfazilität (GDF) und das Green Light Committee (GLC), sowie durch Überzeugungsarbeit, Kommunikation und soziale Mobilisierung.

6. Der einzige bisher verfügbare Impfstoff gegen Tuberkulose ist das erstmals 1921 eingesetzte Bacille Calmette Guérin (BCG). Er ist als Schutz gegen die Krankheit nur begrenzt wirksam und kann nicht an HIV-Infizierte verabreicht werden. Die wirksamsten Medikamente gegen Tuberkulose wurden in den 1950er Jahren entdeckt; seitdem wurden andere Wirkstoffe auf den Markt gebracht, die oft mehr und ernstere Nebenwirkungen hatten. Weitere wirksame Medikamente und Impfstoffe werden dringend benötigt, und die wissenschaftlichen Institute in der Europäischen Region können eine wesentliche Rolle bei der Erforschung und Entwicklung solcher neuer Medikamente und Impfstoffe spielen.

7. In jüngster Zeit wurde ein Nukleinsäureamplifikationstest von der WHO als schnelle Methode zur Diagnose von Tuberkulose und Rifampicin-Resistenz empfohlen; doch dieses Verfahren und andere von der WHO empfohlene Diagnosemethoden sind in den meisten Ländern der Europäischen Region mit hohen Raten an MDR-Tb noch nicht eingeführt worden.

8. In der im Jahr 2007 angenommenen Erklärung von Berlin zur Tuberkulose haben sich alle Mitgliedstaaten zu dringlichen Maßnahmen angesichts der Tuberkulose-Problematik in der Region und zu einem entschlossenen Vorgehen gegen MDR- und XDR-Tb verpflichtet. Für eine wirksame Bekämpfung der medikamentenresistenten Tuberkulose sind eine ordnungsgemäße nationale Planung und eine effektive Umsetzung, umfassende Handlungskonzepte in den Ländern und über Grenzen hinweg sowie ein hohes Maß an Unterstützung von nationalen und internationalen Partnerorganisationen erforderlich. Die Minister aus den 27 Ländern mit hoher Belastung durch MDR- und XDR-Tb hielten vom 1. bis 3. April 2009 in Peking eine Tagung, auf der sie über die besorgniserregende Bedrohung durch MDR- und XDR-Tb diskutierten. Sie endete mit einem Handlungsappell zur Bekämpfung von MDR- und XDR-Tb; damit sollen weiterreichende gesundheitspolitische Ziele angestrebt und soll auch gewährleistet werden, dass dringend notwendige Handlungsverpflichtungen und finanzielle Zusagen eingegangen werden, um die drohende Epidemie abzuwenden. In demselben Jahr forderte die Weltgesundheitsversammlung in ihrer Resolution WHA62.15 alle Mitgliedstaaten dringend auf, Maßnahmen zur Prävention und Bekämpfung von MDR- und XDR-Tb zu ergreifen. Daraus resultierte ein Aufruf zur Herstellung eines flächendeckenden Zugangs zu Diagnose- und Behandlungsangeboten, um weiterreichende gesundheitspolitische Ziele anstreben und auch gewährleisten zu können, dass dringend notwendige Handlungsverpflichtungen und finanzielle Zusagen eingegangen werden, um die drohende Epidemie abzuwenden. Die Hochprävalenzländer der MDR-Tb in der Europäischen Region haben

inzwischen übergeordnete nationale Aktionspläne gegen MDR- und XDR Tb entwickelt. Diese müssen jedoch weiter ausgestaltet und umgesetzt werden, um den Anforderungen des Konsolidierten Aktionsplans der Europäischen Region gerecht zu werden.

9. Die Regionaldirektorin für Europa hat die feste Entschlossenheit der WHO bekräftigt, den Kampf gegen Tuberkulose und speziell MDR- und XDR-Tb zu einer vorrangigen Aufgabe für die Region zu machen und einen Aktionsplan für die Prävention und Bekämpfung von MDR- und XDR-Tb in der Region zu entwickeln; diese Position wurde vom Regionalkomitee auf seiner Tagung im September 2010 in Moskau bestätigt.

Gliederung

Vision

10. Eliminierung der Tuberkulose (weniger als ein Tuberkulosepatient pro 1 Mio. EW) bis zum Jahr 2050 (Globale Zukunftsvision „Stopp der Tb“).

Zielsetzung

11. Eindämmung der Ausbreitung der medikamentenresistenten Tuberkulose durch Bereitstellung eines flächendeckenden Zugangs⁶ zu Präventions-, Diagnose- und Therapieangeboten für MDR- und XDR-Tb in allen Mitgliedstaaten der WHO in der Europäischen Region⁷ bis 2015.

Zielvorgaben

12. In dem Konsolidierten Aktionsplan werden folgende Zielvorgaben angestrebt:
- Reduzierung des Anteils der Fälle von MDR-Tb an der Zahl der bereits behandelten Patienten um 20 Prozentpunkte bis Ende 2015;
 - Diagnose von mindestens 85% der geschätzten Zahl der Patienten mit MDR-Tb bis Ende 2015;⁸ und
 - erfolgreiche Behandlung von mindestens 75% der gemeldeten Patienten mit MDR-Tb bis Ende 2015.

⁶ „Flächendeckender Zugang“ wird definiert als evidenzbasierte Praktiken und hochwertige Angebote, die verfügbar, zugänglich und bezahlbar sind und bei den betroffenen Personen Akzeptanz finden – unabhängig von Alter, Geschlecht, sexueller Orientierung, Religion, Herkunft, Nationalität, sozialökonomischem Status oder geografischem Hintergrund.

⁷ Auf der 62. Weltgesundheitsversammlung im Mai 2009 wurde die Resolution WHA62.15 über MDR- und XDR-Tb verabschiedet, in der alle Mitgliedstaaten dringend aufgefordert wurden, im Rahmen des Übergangs zu einer flächendeckenden Gesundheitsversorgung einen flächendeckenden Zugang zu Diagnose- und Behandlungsangeboten für multiresistente und extensiv resistente Formen der Tuberkulose zu schaffen und damit Menschenleben zu retten und die Gesellschaft zu schützen.

⁸ 2009 wurden nur 34,5% der geschätzten Zahl der Patienten mit MDR-Tb gemeldet. Bei flächendeckendem Zugang zur Diagnose wäre davon auszugehen, dass die meisten sputumpositiven Patienten ermittelt und gemeldet, dagegen viele kulturnegative Tuberkulosepatienten u. U. immer noch nicht entdeckt würden.

Strategische Schwerpunkte

13. Die sechs strategischen Schwerpunkte des Konsolidierten Aktionsplans sind:
- 1) Identifizierung und Thematisierung der Determinanten und der zugrunde liegenden Risikofaktoren, die zur Entstehung und Ausbreitung der medikamentenresistenten Tuberkulose beitragen (Handlungsfelder 1, 4, 6 und 7);
 - 2) Stärkung der Reaktion der Gesundheitssysteme bei der Bereitstellung zugänglicher, bezahlbarer und akzeptabler Angebote mittels patientenzentrierter Konzepte. Um die am stärksten gefährdeten Bevölkerungsgruppen zu erreichen, müssen die Angebote für die Patienten tatsächlich kostenfrei sein. Zur Beseitigung von Hindernissen für einen chancengleichen Zugang zu Diagnose- und Behandlungsangeboten für medikamentenresistente Tuberkulose und zur Schaffung von Anreizen und Hilfen für Patienten im Hinblick auf den Abschluss ihrer Therapie müssen innovative Mechanismen eingeführt werden (Handlungsfelder 1, 2, 3, 4, 5, 6 und 7);
 - 3) Arbeit im Rahmen nationaler, regionaler und weltweiter Partnerschaften zur Prävention und Bekämpfung der Tuberkulose (Handlungsfeld 6);
 - 4) Förderung einer regionalen und weltweiten Zusammenarbeit zur Entwicklung neuer Diagnostika, Arzneimittel und Impfstoffe gegen Tuberkulose (Handlungsfelder 2, 3 und 6);
 - 5) Förderung eines sinnvollen Umgangs mit den vorhandenen Ressourcen, Bestimmung von Defiziten und Mobilisierung zusätzlicher Ressourcen zu deren Beseitigung (Handlungsfeld 6);
 - 6) Beobachtung der Trends in Bezug auf MDR- und XDR-Tb in der Region und Messung der Wirkung der ergriffenen Maßnahmen (Handlungsfeld 5).

Handlungsfelder

14. Im Einklang mit der im Globalen Plan „Stopp der Tb“ 2011–2015⁹ verfolgten Zielsetzung, eine Reduzierung der Belastung durch medikamentenresistente Tuberkulose zu erreichen, enthält der Konsolidierte Aktionsplan folgende sieben Handlungsfelder:

- 1) Prävention von MDR- und XDR-Tb;
- 2) Ausweitung des Zugangs zu Resistenztests für Erst- und Zweitrang-Antituberkulotika sowie zu HIV-Tests und HIV-Beratung bei Tuberkulosepatienten;
- 3) Ausweitung des Zugangs zu einer wirksamen Behandlung der medikamentenresistenten Tuberkulose;
- 4) Intensivierung des Infektionsschutzes gegen Tuberkulose;
- 5) Stärkung der Surveillance der medikamentenresistenten Tuberkulose, einschließlich Registrierung und Meldung;

⁹ Es ist beschlossen worden, die Ziele im Globalen Plan als „Handlungsfelder“ zu bezeichnen und in jedem dieser Felder konkrete Ziele festzulegen, um sicherzustellen, dass diese den „SMART-Kriterien“ genügen (konkret, messbar, erreichbar, realistisch und zeitgebunden).

- 6) Erweiterung der Kapazitäten der Länder mit dem Ziel der Verbesserung der Bewältigung der medikamentenresistenten Tuberkulose u. a. durch Überzeugungsarbeit, Partnerschaften und allgemeine Leitlinien;
- 7) Berücksichtigung der Bedürfnisse spezieller Bevölkerungsgruppen.

Meilensteine

15. In dem Konsolidierten Aktionsplan sind folgende Meilensteine vorgesehen:
 - Ein Koordinations- und Kooperationsmechanismus zwischen den Partnern mit dem Ziel der Bereitstellung fachlicher Hilfe und der Intensivierung der Maßnahmen gegen MDR- und XDR-Tb wird bis Mitte 2012 auf Ebene der Region eingerichtet.
 - Die von der WHO befürworteten molekularen Schnelltests zur Diagnose von MDR-Tb¹⁰ werden bis Ende 2013 allen in Frage kommenden Patienten in den Mitgliedstaaten zur Verfügung gestellt und von diesen in Anspruch genommen.
 - Alle Hochprävalenzländer der MDR-Tb richten bis Ende 2014 jeweils eine landesweite elektronische Falldatenbank für die Meldung und Registrierung der Behandlungsergebnisse von MDR-Tb-Patienten ein.
 - Alle Hochprävalenzländer für MDR-Tb melden bis Ende 2013 mehr als 50% der geschätzten Zahl der MDR-Tb-Fälle.
 - Alle 18 Hochprävalenzländer der Tuberkulose in der Europäischen Region führen bis Ende 2013 eine Untersuchung über Wissen, Einstellung und Verhalten (KAP survey) durch und bewerten die Bedürfnisse ihrer Gesundheitssysteme hinsichtlich Tuberkulose und speziell MDR-Tb.
 - Alle 18 Hochprävalenzländer der Tuberkulose in der Europäischen Region nehmen bis Ende 2012 die im Rahmen ihrer nationalen Tuberkulose-Strategiepläne staatliche Aktionspläne gegen MDR- und XDR-Tb an und beziffern sie im Etat.
 - Alle Mitgliedstaaten stellen bis Ende 2013 eine ununterbrochene Versorgung mit hochwertigen Erst- und Zweitrangmedikamenten für die Behandlung von Patienten mit MDR- und XDR-Tb bereit.
 - Alle Mitgliedstaaten überwachen und melden bis Ende 2013 Behandlungsergebnisse bei MDR- und XDR-Tb-Patienten gemäß den international empfohlenen Methodologien.
 - Alle bereits behandelten Tuberkulosepatienten werden bis Ende 2012 auf Resistenzen gegenüber Erst- und Zweitrangmedikamenten untersucht.
 - Bis Ende 2015 liegt mindestens ein neues Medikament für Patienten mit MDR- und XDR-Tb vor, das ein wirksameres und kürzeres Behandlungsschema aufweist.

¹⁰ Als Schnelltest wird ein Verfahren bezeichnet, bei dem innerhalb von 48 Stunden nach Untersuchung der Probe eine Diagnose vorliegt und das deshalb Einfluss darauf hat, welche Behandlung der Patient am Anfang erhält.

Erwartete Erfolge¹¹

16. Infolge der Umsetzung des Konsolidierten Aktionsplans wird damit gerechnet, dass:
- 225 000 MDR-Tb-Patienten innerhalb von drei Tagen nach Aufsuchen einer Gesundheitseinrichtung wegen Tuberkulosesymptomen diagnostiziert werden;
 - 127 000 MDR-Tb-Patienten erfolgreich behandelt werden;
 - 250 000 Fälle von MDR-Tb verhindert werden;
 - 13 000 Fälle von XDR-Tb verhindert werden;
 - 120 000 Menschenleben gerettet werden;
 - 5 Mrd. US-\$ eingespart werden.

Prävention von MDR- und XDR-Tb

Bestimmung und Bewältigung sozialer Determinanten in Bezug auf MDR- und XDR-Tb

17. Das WHO-Regionalbüro für Europa und seine Partnerorganisationen führen in Zusammenarbeit mit den Mitgliedstaaten bis Ende 2012 Studien über die sozialen Determinanten der MDR- und XDR-Tb sowie über die Gründe für Behandlungsabbrüche durch. Die Mitgliedstaaten nehmen bis Ende 2013 in ihre nationalen Gesundheitsstrategien auch Maßnahmen auf, die an den sozialen Determinanten der MDR- und XDR-Tb ansetzen. Sie legen bis Ende 2013 Konzepte fest, bei denen nationale und kommunale Behörden und die maßgeblichen Partner in die Bereitstellung psychosozialer Angebote für Patienten mit Tuberkulose und speziell MDR- oder XDR-Tb eingebunden werden.

Verbesserung der Therapiebefolgung durch die Patienten

18. Das Regionalbüro dokumentiert in Zusammenarbeit mit seinen Partnern erfolgreiche Versorgungsmodelle (ambulant, stationär, zuhause oder wohnortnah) in verschiedenen Umfeldern und zeigt bis Ende 2012 ein breites Spektrum an Versorgungsmodellen sowie gezielte Mindestmaßnahmen zur Verhinderung von Behandlungsunterbrechung bzw. Behandlungsabbruch und zur Wiederaufnahme der Behandlung auf. Die Mitgliedstaaten führen bis Ende 2012 Maßnahmen zur wirksameren Vermeidung von Behandlungsabbrüchen und zur Förderung einer Wiederaufnahme von Behandlungen ein oder verstärken solche Maßnahmen. Über diese Anstrengungen und ihre Auswirkungen soll 2013 auf der Tagung der Leiter der nationalen Tuberkuloseprogramme berichtet werden. Die Mitgliedstaaten konkretisieren bis Ende des ersten Quartals 2014 ihre Strategien und Mechanismen für eine Ausdehnung der ambulanten Behandlung und die Bereitstellung psychosozialer Betreuung für Patienten mit Tuberkulose und insbesondere MDR- und XDR-Tb.

¹¹ Das Verfahren zur Bestimmung der erwarteten Erfolge wurde in Zusammenarbeit mit dem Königlichen Tropeninstitut in Amsterdam entwickelt. Die Angaben über Kosten für die Entdeckung und Behandlung von MDR-Tb-Fällen und die verwendeten epidemiologischen Daten stammen aus folgenden Quellen: WHO; Europäisches Zentrum für die Prävention und die Kontrolle von Krankheiten; Foundation for Innovative New Diagnostics; UNAIDS; wissenschaftliche Publikationen. Dort, wo keine Daten über die Epidemiologie der Tuberkulose in der Europäischen Region vorlagen, wurden stattdessen auf Fachmeinung begründete Annahmen und eine lineare Progression der im Plan festgelegten Zielvorgaben und Meilensteine verwendet.

Erhöhung der Effizienz der Gesundheitsfinanzierung zum Zwecke der Tuberkulosebekämpfung

19. Das Regionalbüro und seine Partner führen bis Ende 2013 in Zusammenarbeit mit den Mitgliedstaaten eine eingehende Analyse der bestehenden Mechanismen für die Gesundheitsfinanzierung und der verfügbaren Ressourcen für die Tuberkulosebekämpfung durch und empfehlen geeignete Maßnahmen zur Verbesserung der Effizienz und Überwindung der Defizite in der Gesundheitsfinanzierung für die Prävention und Bekämpfung von Tuberkulose.

Nutzung des vollen Potenzials der primären Gesundheitsversorgung bei der Prävention, Bekämpfung und Behandlung der Tuberkulose

20. Die Mitgliedstaaten konkretisieren bis Ende 2012 ihre Strategien und Mechanismen für die Eingliederung der ambulanten Behandlung in die primäre Gesundheitsversorgung. Das Regionalbüro und seine Partner gewähren den Mitgliedstaaten fachliche Hilfe bei Maßnahmen für eine stärkere Einbeziehung der primären Gesundheitsversorgung in die Prävention und Bekämpfung der Tuberkulose.

Umgang mit Kontaktpersonen von MDR- und XDR-Tb-Patienten

21. Gegenwärtig gibt es keine präventive Therapie für Personen, die in jüngster Zeit mit Stämmen von MDR- oder XDR-Tb infiziert wurden oder mit diesen in Kontakt gekommen sind. Das Regionalbüro und seine Partner führen bis Mitte 2013 eine evidenzbasierte Überprüfung der gegenwärtigen Praxis beim Umgang mit Kontaktpersonen von MDR- und XDR-Tb-Patienten durch. In Zusammenarbeit mit einer Reihe von Partnern veröffentlicht das Regionalbüro bis Anfang 2014 Empfehlungen für die Ermittlung von Kontaktpersonen von MDR- und XDR-Tb-Patienten sowie den Umgang mit ihnen.

Ausweitung des Zugangs zu Resistenztests für Erst- und Zweitrang-Antituberkulotika sowie zu HIV-Tests und HIV-Beratung bei Tuberkulosepatienten

Stärkung des Netzwerks der Tuberkuloselabore

22. Das Regionalbüro unterstützt zusammen mit den supranationalen Referenzlaboren für Tuberkulose sowie mit anderen Partnern bis 31. März 2012 die Mitgliedstaaten fachlich bei der Ausdehnung und Beschleunigung von Verfahren wie qualitätsgesicherten Kulturen, Resistenztests für Arzneimittel und neuen Diagnoseverfahren. Die Mitgliedstaaten und die Geberorganisationen setzen geeignete Prioritäten bei der Mittelvergabe für die Erforschung neuer Verfahren zur Diagnose von MDR- und XDR-Tb. Das Regionalbüro unterstützt über supranationale Referenzlabore für Tuberkulose den Aufbau personeller Kapazitäten mit Workshops, jährlichen Besuchen in den Ländern und kurzfristigen Stipendien für Beschäftigte von nationalen Laboren aus Hochprävalenzländern. Die Hochprävalenzländer der Tuberkulose in der Europäischen Region arbeiten bis März 2013 einen auf drei Jahre angelegten Plan zur Entwicklung von Tuberkuloselaboren aus. Die Mitgliedstaaten tragen dafür Sorge, dass die nötigen Qualitätssicherungsmaßnahmen für Tuberkuloselabore, einschließlich Maßnahmen der biologischen Sicherheit, bis Ende 2013 eingeführt sind.

HIV-Tests und HIV-Beratung für alle Tuberkulosepatienten

23. Die Mitgliedstaaten stellen bis Ende 2012 die Schulung und Aufklärung des für Tuberkulose und speziell MDR- und XDR-Tb zuständigen Personals in Bezug auf die Bedeutung von HIV-Tests und HIV-Beratung sicher und tragen dafür Sorge, dass HIV-Tests und HIV-Beratung bis Ende 2012 von den Anbietern allen Tuberkulosepatienten auf freiwilliger Basis angeboten werden. Das Regionalbüro gewährt zusammen mit einer Reihe von Partnern den Hochprävalenzländern für Tuberkulose bedarfsgerechte fachliche Hilfe in Form von Tb-HIV-Kooperationen.

Ausweitung des Zugangs zu einer wirksamen Behandlung der medikamentenresistenten Tuberkulose

Gewährleistung einer ununterbrochenen Versorgung mit hochwertigen Medikamenten

24. Das Regionalbüro und seine Partner führen bis März 2012 zuverlässige Schätzungen zum Bedarf an Zweitrangmedikamenten durch und geben Fünf-Jahres-Prognosen ab. Sie führen bis Ende 2012 im Rahmen einer routinemäßigen Programmüberwachung ein übergreifendes indikatorbezogenes Instrument zur Durchführung einer kontinuierlichen Bestandsaufnahme des Arzneimittelgebrauchs ein. Die WHO und ihre Partner tragen dafür Sorge, dass bis Ende 2013 eine Präqualifikation von Arzneimitteln auf Ebene der Regionen erfolgt. Die Mitgliedstaaten beschaffen so bald wie möglich ausreichend hochwertige Medikamente für die direkt überwachte Kurzzeittherapie (DOT) bei Patienten mit Tuberkulose und speziell MDR- und XDR-Tb und stellen diese zur Verfügung. Die WHO empfiehlt den Mitgliedstaaten, bis Ende 2012 beschleunigte Registrierungsverfahren für bereits von ihr präqualifizierte Produkte einzuführen. Die Mitgliedstaaten führen eine festdosierte Kombinationstherapie mit Erstrangmedikamenten ein und dehnen diese bis Ende 2012 landesweit aus. Die WHO und ihre Partner setzen sich für die Entwicklung pädiatrischer Formulierungen von Zweitrangmedikamenten bis Ende 2012 ein.

Bewältigung ungünstiger Ereignisse

25. Das Regionalbüro arbeitet bis Mitte 2012 einen übergreifenden Leitfaden für die Bewältigung ungünstiger arzneimittelbezogener Ereignisse in der Europäischen Region aus. Die Mitgliedstaaten tragen dafür Sorge, dass die für die Bewältigung ungünstiger Ereignisse nötigen Maßnahmen bis Mitte 2012 allen Patienten mit MDR-Tb zur Verfügung stehen.

Entwicklung neuer Medikamente

26. Das Regionalbüro und seine Partner arbeiten bis Ende 2013 eine langfristige Strategie zur Entwicklung eines Marktes für Antituberkulotika in der Europäischen Region aus. Das Regionalbüro und die Mitgliedstaaten fördern kontinuierlich die Erforschung und Entwicklung neuer Medikamente und Impfstoffe gegen Tuberkulose und erstatten dem Regionalkomitee ab 2013 in zweijährlichen Abständen über dabei erzielte Fortschritte Bericht.

Ausweitung des Zugangs zur Behandlung

27. Die Mitgliedstaaten stellen bis 2012 die Verfügbarkeit von Mitteln für einen allgemeinen Zugang zur Behandlung sicher und erstatten dem Regionalkomitee ab 2012 jährlich über dieses

Thema Bericht. Das Regionalbüro und seine Partner (einschließlich der Kooperationszentren der WHO) arbeiten bis Ende 2012 in enger Abstimmung mit den Hochprävalenzländern einen gemeinsamen Plan für die fachliche Hilfe an die Mitgliedstaaten bei der Verwirklichung eines allgemeinen Zugangs zur Behandlung (einschließlich von Kindern) aus. Die Mitgliedstaaten tragen dafür Sorge, dass ihre Leitlinien für die Behandlung bis Ende 2012 nach dem neuesten Erkenntnisstand sowie den einschlägigen Empfehlungen der WHO aktualisiert werden. Die Mitgliedstaaten sorgen im Hinblick auf eine Ausweitung der Behandlung von Patienten mit MDR- und XDR-Tb bis Ende 2011 für ausreichende Maßnahmen zur Schulung, Einweisung und Unterstützung von Gesundheitspersonal. Das Regionalbüro entwickelt zusammen mit einer Reihe von Partnern bis Ende 2012 evidenzbasierte Kriterien für operative Eingriffe bei dafür in Frage kommenden Patienten mit MDR- und XDR-Tb.

Intensivierung des Infektionsschutzes gegen Tuberkulose

Verbesserung von Verwaltungs- und Entscheidungsverfahren beim Infektionsschutz gegen Tuberkulose

28. Die Mitgliedstaaten führen bis Mitte 2013 Surveillance-Maßnahmen ein, bei denen Gesundheitspersonal in stark gefährdeten Einrichtungen auf Tuberkulose und andere Erkrankungen untersucht werden, bzw. bauen bestehende Systeme aus. Das Regionalbüro entwirft mit einer Reihe von Partnern bis Ende 2012 einen gemeinsamen Plan für die fachliche Hilfe an die Mitgliedstaaten bei der Verbesserung des Infektionsschutzes gegen Tuberkulose; dieser Plan soll auch Besuche in den Ländern, Risikobewertungen und Schulungsmaßnahmen umfassen. Die Mitgliedstaaten tragen dafür Sorge, dass bis Ende 2013 alle Gesundheitseinrichtungen, in denen Tuberkulosepatienten oder -verdachtsfälle versorgt werden, in Bezug auf Infektionsschutz bewertet werden und über solide Standardverfahren für den Infektionsschutz verfügen. Die Mitgliedstaaten stellen bis zum ersten Quartal 2012 eine Kontaktrückverfolgung bei Tuberkulosepatienten mit dem Ziel einer Frühdiagnose von Infektionen und Erkrankungen sicher. Die Mitgliedstaaten führen bis Ende 2012 Schulungsmaßnahmen in Bezug auf Infektionsschutzmaßnahmen für Gesundheitspersonal ein, die vor dem und während des Berufslebens angeboten werden. Die Mitgliedstaaten sorgen dafür, dass bis Mitte 2012 die für die Versorgung von Patienten mit Tuberkulose bzw. MDR- und XDR-Tb zuständigen Dienste über geeignete Atemschutzmaßnahmen verfügen.

Ausbau von umweltbezogenen Maßnahmen zum Schutz gegen Tuberkulose

29. Das Regionalbüro und seine Partner organisieren bis Ende 2012 die Schulung von Ausbildern für umweltbezogene Maßnahmen, darunter die Konzipierung von Technik und Einrichtungen zum Schutz vor aerogener Infektion. Die Mitgliedstaaten führen bis Ende 2013 Kaskadenschulungen für die Mitarbeiter durch, die für die Umweltaspekte des Schutzes vor aerogener Infektion zuständig sind. Die Mitgliedstaaten tragen dafür Sorge, dass in Einrichtungen zur Behandlung von Tuberkulose und speziell MDR- und XDR-Tb sowie in Umfeldern mit beengten räumlichen Verhältnissen bis Ende 2013 die Mindestanforderungen an technische und umweltbezogene Maßnahmen zum Schutz vor aerogener Infektion erfüllt sind.

Gewährleistung des Zugangs zu persönlichen Schutzmaßnahmen

30. Das Regionalbüro übermittelt den Mitgliedstaaten bis Mitte 2012 Spezifikationen in Bezug auf Schutzausrüstung für persönliche Schutzmaßnahmen sowie empfohlene

Verfahrensweisen. Die Mitgliedstaaten stellen sicher, dass bis Ende 2012 eine ausreichende Zahl von hochwertigen Beatmungsgeräten vorhanden ist und ordnungsgemäß benutzt wird.

Stärkung der Surveillance der medikamentenresistenten Tuberkulose, einschließlich Registrierung und Meldung

Stärkung der Surveillance

31. Die Mitgliedstaaten bauen die Erhebung und Auswertung von Tuberkulosedaten aus, um die Leistung ihrer Programme kontinuierlich zu verbessern. Das Regionalbüro ist zusammen mit seinen Partnern bis März 2013 den Hochprävalenzländern für Tuberkulose beim Aufbau von Surveillance-Systemen für medikamentenresistente Tuberkulose (einschließlich der Zweitrangmedikamente) wie auch für die sozialen Determinanten behilflich. Das Regionalbüro organisiert zusammen mit seinen Partnern bis Ende 2012 Schulungsmaßnahmen und unterstützt für Surveillance zuständige Fachkräfte wie auch Programmleiter bei der Erhebung von Mindestindikatoren für MDR-Tb in den Hochprävalenzländern.¹²

Verbesserung von Registrierung und Meldewesen

32. Das Regionalbüro baut bis Mitte 2012 den Kontrollmechanismus für eine umfassende Weiterverfolgung der Erklärung von Berlin aus. Das Regionalbüro ist zusammen mit einer Reihe von Partnern den Mitgliedstaaten dabei behilflich, bis Ende 2013 elektronische Systeme für eine Ausweitung von Registrierung und Meldewesen zu konzipieren und zu realisieren. Die Hochprävalenzländer der Tuberkulose führen bis Ende 2012 Ausbildungs- und Schulungsmaßnahmen für die Leiter nationaler Tuberkuloseprogramme durch, die sich schwerpunktmäßig mit Fragen von Kontrolle und Evaluation sowie der Nutzung von Daten zur Verbesserung der Leistung der Programme befassen.

Erweiterung der Kapazitäten der Länder mit dem Ziel der Verbesserung der Bewältigung der medikamentenresistenten Tuberkulose durch Überzeugungsarbeit, Partnerschaften und allgemeine Leitlinien

Verbesserung des Programmmanagements

33. Alle Mitgliedstaaten verfügen bis Ende 2012 über speziell ausgebildetes Personal für die Versorgung von Patienten mit MDR- und XDR-Tb. Alle Hochprävalenzländer der Tuberkulose stellen bis Ende 2012 einen umfassenden nationalen Handlungsplan zur Bekämpfung der MDR-Tb fertig und bestätigen ihn. Das Regionalbüro ist den Hochprävalenzländern bis Ende 2012 bei der Aktualisierung und Fertigstellung ihres nationalen Handlungsplans zur Bekämpfung der MDR-Tb behilflich. Die Mitgliedstaaten stellen eine externe Überprüfung ihrer nationalen Programme bzw. Maßnahmen zur Bekämpfung von Tuberkulose im Abstand von drei bis fünf Jahren sicher, um eine transparente und objektive Bewertung bestehender Defizite zu

¹² *Multidrug-resistant tuberculosis (MDR-TB) indicators. A minimum set of indicators for the programmatic management of MDR-TB in national tuberculosis control programmes.* Genf, Weltgesundheitsorganisation, 2010 (Dokument WHO/HTM/TB/2010.11, http://whqlibdoc.who.int/hq/2010/WHO_HTM_TB_2010.11_eng.pdf).

gewährleisten. Bei dieser Überprüfung liegt die Federführung beim Regionalbüro oder beim Europäischen Zentrum für die Prävention und die Kontrolle von Krankheiten (ECDC); ferner beteiligt sind eine Reihe von Partnerorganisationen und Organisationen der Zivilgesellschaft. Das Regionalbüro begründet in Abstimmung mit Mitgliedstaaten und Partnerorganisationen bis Ende 2013 Partnerschaften von Städten und Programmen gegen Tuberkulose und Lungenerkrankungen in der gesamten Region und erleichtert die Zusammenarbeit und Abstimmung zwischen den Mitgliedstaaten. Die Mitgliedstaaten stellen sicher, dass bis Ende 2012 die Vertreter von Patienten bzw. von der Krankheit betroffener Bevölkerungsgruppen in die Programmplanung und in die qualitative Bewertung der Leistungen einbezogen werden. Das Regionalbüro entwickelt zusammen mit einer Reihe von Partnern operative Leitlinien für die Umsetzung von Erklärungen auf hoher politischer Ebene und misst die dabei erzielten Fortschritte ab Ende 2012 in regelmäßigen Abständen. Das Regionalbüro baut zusammen mit einer Reihe von Partnern mittels jährlich stattfindender moderner Ausbildungs- und Schulungsmaßnahmen, speziell im Bereich der effizienten Nutzung von Ressourcen, die Kapazitäten für das Programmmanagement (sowohl im zivilen Bereich als auch im Strafvollzug) aus. Die Mitgliedstaaten sorgen für Transparenz bei der Führung von Programmen; dazu gehören u. a. die kontinuierliche Auswahl und Anwerbung dynamischer und kompetenter Mitarbeiter. Die Mitgliedstaaten nutzen ab 2011 das Internet oder andere Medien dazu, die Öffentlichkeit verstärkt für Tuberkulose und speziell MDR- und XDR-Tb sowie für die Verfügbarkeit von Therapien zu sensibilisieren. Das Regionalbüro analysiert bis Ende 2012 erfolgreiche Modelle für das Programmmanagement und arbeitet Empfehlungen aus, die als Kriterien in die bevorstehende „Programmzertifizierung“ durch die WHO einfließen sollen, bei der auch Normen für ein zertifiziertes Projektmanagement nach ISO 9001 herangezogen werden. Die Mitgliedstaaten binden Anbieternetze und Programme im Bereich der Tuberkulosebekämpfung in Reformmaßnahmen im Gesundheitssystem ein.

Entwicklung personeller Ressourcen

34. Die Hochprävalenzländer der Tuberkulose in der Europäischen Region entwickeln bis Ende 2013 strategische Pläne für die Personalentwicklung mit dem Ziel der Umsetzung der Strategien im Rahmen von „Stopp der Tb“ sowie der nationalen Handlungspläne zur Bekämpfung der MDR-Tb bzw. integrieren sie jeweils in bestehende Pläne. Die Hochprävalenzländer der Tuberkulose in der Europäischen Region überarbeiten bzw. erstellen bis Ende 2012 Stellenbeschreibungen, bewerten die Arbeitsbelastungen und bestimmen die Erfordernisse in Bezug auf das Personal sowie auf Überwachungs- und Kontrollmaßnahmen für die Prävention, Bekämpfung und Behandlung von MDR- und XDR-Tb. Die Mitgliedstaaten entwickeln bzw. aktualisieren kompetenzbasierte Schulungsprogramme für alle Aspekte der Versorgung von Patienten mit MDR-Tb. Das Regionalbüro stärkt und fördert zusammen mit einer Reihe von Partnern bis Ende 2012 Kompetenz- und Wissenszentren für die Prävention und Bekämpfung von MDR- und XDR-Tb in der Europäischen Region. Das Regionalbüro und seine Partner gewähren fachliche Hilfe bei der Verbesserung des Personalangebots im Gesundheitsbereich. Das Regionalbüro überarbeitet, übersetzt und verteilt bis Ende 2011 Schulungsmodulare für den „Umgang mit medikamentenresistenter Tuberkulose“, die für Mitarbeiter von Einrichtungen für MDR-Tb konzipiert sind. Das Regionalbüro stellt ab 2012 im Internet Informations- und Schulungsmaterial über Tuberkulose in russischer Sprache bereit und aktualisiert es bei Bedarf.

Allgemeine Leitlinien

35. Die Mitgliedstaaten tragen dafür Sorge, dass sie bis Ende 2012 die jeweils neuesten verfügbaren Erkenntnisse in ihre nationalen Handlungskonzepte zur Tuberkulosebekämpfung einbezogen haben, ggf. in angepasster Form. Das Regionalbüro ist zusammen mit einer Reihe von Partnern den Mitgliedstaaten dabei behilflich, bis Ende 2013 die internationalen Konzepte

zur Tuberkulosebekämpfung einzuführen bzw. an die eigenen Anforderungen anzupassen. Das Regionalbüro gewährt den Mitgliedstaaten fachliche Hilfe, damit diese bis Ende 2013 die Gesundheitsfinanzierung, die Politikgestaltung und -steuerung sowie den umsichtigen Umgang mit vorhandenen Ressourcen für die Tuberkulosebekämpfung optimieren können.

Partnerschaft und Koordination

36. Die Hochprävalenzländer der Tuberkulose in der Europäischen Region richten bis Ende 2013 nationale Partnerschaften im Rahmen von „Stopp der Tb“ oder ähnliche Mechanismen ein, um eine sinnvolle Abstimmung und gemeinsames Handeln zwischen allen maßgeblichen Interessengruppen (u. a. Organisationen der Zivilgesellschaft, Patientenverbände, gemeinnützige Organisationen) zu ermöglichen. Das Regionalbüro und seine Partner gewähren den Mitgliedstaaten bis Ende 2013 fachliche Hilfe bei Einrichtung und Ausbau ihrer nationalen Partnerschaften im Rahmen von „Stopp der Tb“. Die Mitgliedstaaten tragen dafür Sorge, dass bis Ende 2013 solide Kooperationsmechanismen für die Verbesserung von Diagnose- und Behandlungsangeboten für Patienten mit Tuberkulose und speziell MDR- und XDR-Tb in Hafteinrichtungen, Flüchtlingslagern oder anderen einschlägigen Umfeldern eingerichtet sind und dass innerhalb des Gesundheitswesens ein Versorgungskontinuum gegeben ist. Das Regionalbüro richtet bis Ende 2012 einen regionalen Mechanismus zur Abstimmung und Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Partnern auf nationaler und internationaler Ebene ein. Das Regionalbüro und die Mitgliedstaaten fördern regelmäßig Partnerschaften zum Zwecke der Erforschung und Entwicklung neuer Diagnostika, Medikamente und Impfstoffe gegen Tuberkulose.

Überzeugungsarbeit, Kommunikation, soziale Mobilisierung und Beteiligung der Zivilgesellschaft

37. Die Hochprävalenzländer der Tuberkulose führen bis Ende 2013 systematische Untersuchungen über Wissen, Einstellung und Verhalten (landesweit oder mit Blick auf spezielle Bevölkerungsgruppen) in Bezug auf Tuberkulose und speziell MDR- und XDR-Tb durch, um mit Blick auf Überzeugungsarbeit, Kommunikation und soziale Mobilisierung (ACSM) Verhaltensänderungsziele, Zielgruppen und Handlungsbedarf zu bestimmen. Die Hochprävalenzländer der Tuberkulose entwickeln im Rahmen ihrer Strategiepläne zur Tuberkulosebekämpfung bis Ende 2013 konkrete ACSM-Strategien. Die Mitgliedstaaten führen bis Ende 2013 Mitarbeiterschulungen im Bereich ACSM durch. Die Mitgliedstaaten ermitteln alle Organisationen der Zivilgesellschaft, die ein Interesse an dem Thema Tuberkulose haben, und bringen sie bis Ende 2012 im Hinblick auf eine gemeinsame Planung in den Bereichen ACSM und MDR-Tb an einen Tisch. Die Mitgliedstaaten unterstützen die Schulung und Einbeziehung von Patientenvertretern für die soziale Mobilisierung und die gesundheitliche Aufklärung von Patienten bis Ende 2013. Das Regionalbüro und seine Partner fördern die Erstellung von für die Europäische Region geeignetem Fachmaterial im Bereich ACSM, zumindest in englischer und russischer Sprache, bis Ende 2013. Nach systematischen Untersuchungen über Wissen, Einstellung und Verhalten entwerfen die Mitgliedstaaten bis Ende 2013 geeignete Aufklärungskampagnen im Bereich Tuberkulose. Die Mitgliedstaaten unterstützen nationale wie lokale Organisationen der Zivilgesellschaft sowie ggf. traditionelle Netzwerke lokaler Gemeinschaften und binden sie bis Ende 2013 in nationale Programme ein. Die Mitgliedstaaten binden andere Akteure sowie Organisationen der Zivilgesellschaft regelmäßig in Planungs- und Entscheidungsprozesse sowie in Umsetzung, Beobachtung und Evaluation, aber auch in die Arbeit an den sozialen Determinanten ein, die die Anfälligkeit gegenüber Tuberkulose erhöhen. Das Regionalbüro und seine Partner setzen sich für eine weitergehende Beteiligung von Forschungseinrichtungen in der Europäischen Region an der Entwicklung neuer Diagnoseverfahren, Medikamente und Impfstoffe und an einer kontinuierlichen Grundlagenforschung in den Bereichen Tuberkulose und speziell MDR-Tb ein.

Ethik- und Menschenrechtsaspekte

38. Das Regionalbüro gibt den Mitgliedstaaten Orientierungshilfe bei der Überarbeitung ihrer Rahmenkonzepte für Ethik- und Menschenrechtsaspekte in Verbindung mit Tuberkulose und anderen Infektionskrankheiten bis Ende 2012. Die Mitgliedstaaten und das Regionalbüro tragen zusammen mit einer Reihe von Partnern dafür Sorge, dass bis Ende 2014 ethische Aspekte und Menschenrechtsfragen in die Lehrpläne aller Gesundheitsfachkräfte im Bereich von Tuberkulose und MDR-Tb aufgenommen werden. Das Regionalbüro entwickelt zusammen mit einer Reihe von Partnern bis Ende 2012 Indikatoren für eine patientenzentrierte Versorgung. Die Mitgliedstaaten führen bis Ende 2012 Konzepte für die Palliativversorgung von Patienten mit MDR- und XDR-Tb ein, deren Behandlung fehlgeschlagen ist. Die Mitgliedstaaten beziehen bis Ende 2013 Organisationen der Zivilgesellschaft in die Durchführung von Kundenzufriedenheitsbewertungen in der Tuberkuloseversorgung ein. Das Regionalbüro gewährt den Mitgliedstaaten Orientierungshilfe bei der Entwicklung ihrer Rahmenkonzepte für die Bereitstellung von Arzneimitteln aus humanen Erwägungen bis Ende 2012. Das Regionalbüro organisiert zusammen mit einer Reihe von Partnern bis Ende 2013 eine Konferenz der Europäischen Region über patientenzentrierte Versorgung für Tuberkulose- und HIV-Patienten und damit verbundene Menschenrechtsaspekte.

Berücksichtigung der Bedürfnisse spezieller Bevölkerungsgruppen

Verbesserung von Tuberkulose-HIV-Kooperationen

39. Alle Mitgliedstaaten schaffen mit fachlicher Unterstützung durch das Regionalbüro und andere Partner bis Ende 2013 einen funktionsfähigen Koordinationsmechanismus und gemeinsame strategische Konzepte, die die Bereitstellung integrierter Angebote für Tuberkulose- und HIV-Patienten (sowie Drogenabhängige), auch im Strafvollzug, erleichtern. Das Regionalbüro dokumentiert bis Ende 2012 vorbildliche Praktiken und Erfahrungen in Verbindung mit effektiven Integrations- und Leistungserbringungsmodellen für den Komplex Tuberkulose-HIV-Drogensucht. Die Mitgliedstaaten tragen dafür Sorge, dass die für HIV zuständigen Dienste sich bis 2013 mit Blick auf Tuberkulose auch verstärkt um aktive Fallsuche, Infektionsschutz und Prävention mit Isoniazid bemühen. Die Mitgliedstaaten tragen dafür Sorge, dass die für Tuberkulose zuständigen Dienste sich bis 2013 verstärkt um HIV-Tests, Präventivtherapie mit Co-Trimoxazol und antiretrovirale Therapie bemühen.

Stärkung der Bekämpfung der MDR-Tb in Hafteinrichtungen

40. Die Mitgliedstaaten tragen dafür Sorge, dass bis zum ersten Quartal 2013 im Strafvollzug Frühdiagnose und wirksame Behandlungsangebote für MDR- und XDR-Tb-Fälle zur Verfügung stehen. Das Regionalbüro ist den Mitgliedstaaten unter Rückgriff auf sein erfolgreiches Projekt „Gesundheit im Strafvollzug“ dabei behilflich, die Bekämpfung der Tuberkulose in Hafteinrichtungen kontinuierlich zu verbessern. Die Mitgliedstaaten sorgen bis Ende 2012 dafür, dass die Kontinuität der Versorgung von an Tuberkulose erkrankten Häftlingen nach ihrer Haftentlassung im zivilen Gesundheitswesen gewährleistet ist.

Verbesserung des Zugangs für gefährdete, schwer erreichbare Bevölkerungsgruppen

41. Die Mitgliedstaaten verbessern den Zugang gefährdeter, schwer erreichbarer Bevölkerungsgruppen – insbesondere Migranten und Obdachlose sowie Personen mit

problematischen Lebensgewohnheiten, wie Alkoholiker und injizierende Drogenkonsumenten – zu Angeboten der Prävention, Bekämpfung und Behandlung von Tuberkulose, indem sie aufsuchende Programme entwickeln und Organisationen der Zivilgesellschaft einbeziehen. Alle Mitgliedstaaten tragen dafür Sorge, dass für Tuberkulose zuständigen Dienste bis Ende 2013 Leistungen anbieten (bzw. auf sie verweisen), die für Drogenkonsumenten konzipiert sind (einschließlich Suchttherapie). Das Regionalbüro und die Mitgliedstaaten richten bis Ende 2013 einen Mechanismus für eine grenzüberschreitende Bekämpfung und Behandlung der Tuberkulose ein. Das Regionalbüro und die Mitgliedstaaten entwickeln bis Mitte 2012 ein besonderes Konzept für die Prävention und Bekämpfung von Tuberkulose bei Kindern und forcieren die Anpassung der aktualisierten Leitlinien für Tuberkulose im Kindesalter auf nationaler Ebene. Die Mitgliedstaaten beziehen bis Ende 2013 Maßnahmen gegen Tuberkulose im Kindesalter in ihre nationalen Strategiepläne zur Tuberkulosebekämpfung bzw. in ihre nationalen Gesundheitspläne ein und machen sie zur Priorität.

Annahme

42. Der Konsolidierte Aktionsplan für die Prävention und Bekämpfung von multiresistenter und extensiv resistenter Tuberkulose in der Europäischen Region der WHO (2011–2015) wird der 61. Tagung des Regionalkomitees als Anhang zu einem Resolutionsentwurf über MDR- und XDR-Tb zur Annahme vorgelegt.

Literaturhinweise

World Health Assembly resolution WHA62.15 on prevention and control of multidrug-resistant tuberculosis and extensively drug-resistant tuberculosis. Geneva, World Health Organization, 2009 (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA62-REC1/WHA62_REC1-en.pdf, accessed 21 July 2011).

Plan to stop TB in 18 high-priority countries in WHO European Region 2007–2015. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2007 (<http://www.euro.who.int/document/e91049.pdf>, accessed 21 July 2011).

Die Erklärung von Berlin zur Tuberkulose. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa 2007 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/68186/E90833G.pdf, eingesehen am 27. Juli 2011).

European Centre for Disease Prevention and Control/WHO Regional Office for Europe. *Tuberkulose-Überwachung in der Europäischen Region 2009.* Stockholm, Europäisches Zentrum für die Prävention und die Kontrolle von Krankheiten, 2011 (http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/1103_TB_SUR_2009.pdf, accessed 21 July 2011).

Global tuberculosis control: WHO report 2010. Genf, Weltgesundheitsorganisation, 2010 (Dokument WHO/HTM/TB/2010.7, http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241564069_eng.pdf, accessed 21 July 2011).

Multidrug and extensively drug-resistant TB (M/XDR-TB): 2010 global report on surveillance and response. Geneva, World Health Organization, 2010 (http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241599191_eng.pdf, accessed 21 July 2011).

Towards universal access to diagnosis and treatment of multidrug-resistant and extensively drug-resistant tuberculosis by 2015, WHO progress report 2011. Geneva, World Health Organization, 2011 (document WHO/HTM/TB/2011.3, http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241501330_eng.pdf, accessed 21 July 2011).

Multidrug-resistant tuberculosis (MDR-TB) indicators. A minimum set of indicators for the programmatic management of MDR-TB in national tuberculosis control programmes. Geneva, World Health Organization, 2010 (document WHO/HTM/TB/2010.11, www.who.int/hq/2010/WHO_HTM_TB_2010.11_eng.pdf, accessed 21 July 2011).

User's guide to the WHO Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel. Geneva, World Health Organization, 2010 (http://whqlibdoc.who.int/hq/2010/WHO_HSS_HRH_HMR_2010.2_eng.pdf, accessed 21 July 2011).

Ettelt S et al. Capacity planning in health care: reviewing the international experience. *Euro Observer*, 2007, 9(1):1–5.

Ettelt S et al. *Capacity-building in health care: a review of the international experience.* Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2008 (European Observatory on Health Systems and Policies policy brief, <http://www.euro.who.int/document/e91193.pdf>, accessed 21 July 2011).

Dussault G et al. *Assessing future health workforce needs.* Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2010 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0019/124417/e94295.pdf, accessed 21 July 2011).

The world health report 2006: Working together for Health. Geneva, World Health Organization, 2006 (http://whqlibdoc.who.int/publications/2006/9241563176_eng.pdf, accessed 21 July 2011).

Planning the development of human resources for health for implementation of the Stop TB Strategy: a handbook. Geneva, World Health Organization, 2009 (http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241597715_eng.pdf, accessed 21 July 2011).

Dara M. et al. *Guidelines for control of tuberculosis in prisons.* Washington DC, The Global Health Bureau, Office of Health, Infectious Disease and Nutrition (HIDN), US Agency for International Development, 2009.

Policy guidelines for collaborative TB/HIV services for injecting and other drug users: an integrated approach. Geneva, World Health Organization, 2008 (http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241596930_eng.pdf, accessed 21 July 2011).

Nathanson E. et al. MDR tuberculosis – critical steps for prevention and cure. *New England Journal of Medicine*, 2010, 363:1050–1058.

Keshavjee S, Farmer PE. Time to put boots on the ground: making universal access to MDR-TB treatment a reality. *International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*, 2010, 14:1222–1225.

Framework for implementing new tuberculosis diagnostics. Geneva, World Health Organization, 2010 (http://www.who.int/entity/tb/laboratory/whopolicyframework_july10_revnov10.pdf, accessed 21 July 2011).

Good governance for medicines. Progress report 2010. Geneva, World Health Organization, 2010
(<http://www.who.int/entity/medicines/areas/policy/goodgovernance/GGM2010ProgressReport.pdf>).

New technologies for tuberculosis control: a framework for their adoption, introduction and implementation. Geneva, World Health Organization, 2007 (document WHO/HTM/STB/2007.40,
http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789241595520_eng.pdf).

Strengthening Pharmaceutical Systems (SPS). *Supporting pharmacovigilance in developing countries: the systems perspective.* Arlington, VA, Management Sciences for Health, 2009
(http://www.msh.org/projects/sps/SPS-Documents/upload/SPS_PV_Paper.pdf).

Rational Pharmaceutical Management Plus. *Managing pharmaceuticals and commodities for tuberculosis: a guide for national tuberculosis programs.* Arlington, VA, Management Sciences for Health, 2008 (http://erc.msh.org/toolkit/toolkitfiles/file/TB-Guidelines_English-final-Aug-2008-w-cover.pdf).