



**EUROPA**

**Regionalkomitee für Europa  
Zweiundfünfzigste Tagung**

**Kopenhagen, 16.–19. September 2002**

---

Punkt 7 b) der vorläufigen Tagungsordnung

EUR/RC52/9  
+ EUR/RC52/Conf.Doc./5  
+ EUR/RC52/Conf.Doc./6  
+ EUR/RC52/Conf.Doc./7  
18. Juli 2002  
22509  
ORIGINAL: ENGLISCH

**TUBERKULOSE, HIV/AIDS UND MALARIA**

Das Dokument enthält einen Überblick über die epidemiologischen Trends und die derzeitige Lage in der Europäischen Region der WHO in Bezug auf Tuberkulose, HIV/Aids und Malaria. Als Anhang zu diesem Dokument liegen dem Regionalkomitee der DOTS-Erweiterungsplan „Stopp der Tb“ in der Europäischen Region der WHO 2002–2006 sowie drei Resolutionsentwürfe zur Behandlung vor.



# Inhalt

	<i>Seite</i>
Einleitung .....	1
Lageanalyse .....	1
Tuberkulose .....	1
HIV/Aids .....	2
Malaria .....	3
Strategie .....	4
Tuberkulose .....	4
HIV/Aids .....	4
Malaria .....	5
Reaktion .....	5
Tuberkulose .....	5
HIV/Aids .....	6
Malaria .....	7
Herausforderungen .....	7
Tuberkulose .....	8
HIV/Aids .....	8
Malaria .....	9



## Einleitung

1. Übertragbare Krankheiten, die weltweit gesehen jährlich für 25% aller Sterbefälle verantwortlich sind, bringen ausgedehntes Leid mit sich, verursachen finanzielle Not, marginalisieren die Armen und behindern Wirtschaftswachstum und Verbesserungen des Lebensstandards. Unter diesen Krankheiten verursachen Tuberkulose, HIV/Aids und Malaria zusammen jährlich weltweit nahezu sechs Millionen Sterbefälle, was den betroffenen Familien und Gemeinschaften unermessliches Leid und der Volkswirtschaft erheblichen Schaden zufügt.

2. In der Europäischen Region der WHO ist die Tuberkuloseziffer während der letzten zehn Jahre um 60% angestiegen. Ende 2001 lebten schätzungsweise 1,56 Millionen Menschen mit HIV/Aids; zwei Jahre zuvor waren es erst 420 000. Mit Malaria sind schätzungsweise 1,5 Millionen Menschen infiziert.

## Lageanalyse

### Tuberkulose

3. Im Jahr 2000 wurden in der Europäischen Region der WHO 369 935 neue Tuberkulosefälle gemeldet. Im Jahr 1991 waren es im Vergleich dazu nur 231 608. Die meisten Fälle traten in Osteuropa und in den Neuen unabhängigen Staaten (NUS), den Nachfolgestaaten der Sowjetunion, auf, wo die Tuberkulose beunruhigend zunimmt. Die Melderate hat sich seit 1990 in praktisch allen NUS verdoppelt, in der Russischen Föderation sogar verdreifacht. Im Jahr 2000 meldeten außer Armenien und Tadschikistan alle NUS über 50 Tuberkulosefälle pro 100 000 Einwohner. Aus Kasachstan, Kirgisistan und Rumänien wurden 160, 126 bzw. 122 Tuberkulosefälle pro 100 000 Einwohner gemeldet. Diese Angaben sind mit den Ziffern der westeuropäischen und einiger mitteleuropäischer Länder (z. B. aus der Slowakei, Slowenien und der Tschechischen Republik) zu vergleichen. In diesem Teil der Region meldeten die meisten Länder weniger als oder etwa zwanzig Tuberkulosefälle pro 100 000 Einwohner. Im Gegensatz zum westlichen Teil der Region tritt die Mehrheit der Tuberkulosefälle im östlichen Teil im wirtschaftlich aktiven Bevölkerungssegment auf. Hinzu kommt, dass sich die multiazneimittelresistente Tuberkulose (MDR-Tb), die schwerer zu behandeln und deren Behandlung nahezu hundert Mal teurer ist, in der Region ausbreitet. Die weltweit höchsten MDR-Tb-Ziffern sind in Estland, Lettland und in der Russischen Föderation zu finden. Die Tuberkuloserate der westeuropäischen Länder ist (mit Ausnahme von Portugal und Spanien) zwar niedrig, nimmt aber auch nicht ab. Generell ist die Tuberkuloserate unter der Allgemeinbevölkerung niedrig, aber hoch unter Einwanderern aus Ländern mit hoher Prävalenz und unter anfälligen Gruppen wie Obdachlosen, Alkoholikern, Drogenkonsumenten und HIV-Positiven.

4. Die derzeitige Tuberkulosesituation in Osteuropa und in den NUS spiegelt die Komplexität der politischen und sozioökonomischen Veränderungen wider. Die Angaben aus den NUS zeigen, dass Arbeitslosigkeit, Fehlernährung, Alkoholismus, Gefängnisaufenthalte und Obdachlosigkeit zu den Risikofaktoren der Tuberkulose zählen.

5. In der Europäischen Region der WHO besteht ein signifikanter Zusammenhang zwischen Tuberkulose und Armut. Alle Länder mit einer Tuberkuloseinzidenz von über 70 Fällen pro 100 000 Einwohner (14 Länder) haben ein BSP von unter 2700 US-\$ pro Kopf der Bevölkerung, während in allen Ländern mit einer Tuberkulosemelderate von unter 15 Fällen pro 100 000 Einwohnern (9 Länder) das BSP pro Kopf der Bevölkerung bei über 24 000 US-\$ liegt. Nur zwei der 51 Länder der Region, nämlich Spanien und Portugal, folgen diesem Trend der Koppelung von BSP pro Kopf der Bevölkerung und Tuberkuloseinzidenz nicht, da diese Länder eine im Vergleich zu ihrem BSP hohe Tuberkuloseinzidenz aufweisen, was daran liegen mag, dass sich in Spanien und Portugal als einzigen Ländern der Region die HIV-Situation allmählich stark auf die Tuberkuloseepidemie auswirkt.

## HIV/Aids

6. Von den schätzungsweise 1,56 Millionen Menschen, die Ende 2001 in der Europäischen Region mit HIV/Aids lebten, lebt eine Million in Osteuropa und Zentralasien.

7. Die epidemiologische Situation in Europe ist uneinheitlich. Die osteuropäischen Länder erleben weiterhin die weltweit am schnellsten wachsende Epidemie der HIV-Infektion (in einigen Ländern verdoppelt sich die Zahl der Infizierten alle neun bis zwölf Monate), und die Zahlen sprechen dafür, dass die HIV-Infektion auch in Westeuropa neuerdings wieder zunimmt. Die Anzahl der gemeldeten HIV-Infektionen stieg in der Region zwischen 1996 und 2001 um mehr als 1300 Prozent.<sup>1</sup> Nach neuesten Angaben hat die Ukraine das Niveau einer allgemeinen HIV/Aids-Epidemie erreicht, was bedeutet, dass die HIV-Prävalenz in der Allgemeinbevölkerung über 1 Prozent beträgt und unter Risikogruppen bei über 5 Prozent liegt. Eine Reihe anderer Länder nähert sich unaufhaltsam diesem Niveau.

8. Trotz dieser explosiven Ausbreitung befindet sich die Epidemie in den östlichen Teilen der Region immer noch in der Frühphase. Die Zahl der neuen Aids-Meldungen ist weiterhin niedrig, steigt jedoch an. Dies macht die Epidemie in gewisser Weise „unsichtbar“. Voraussichtlich wird die Zahl der Aids-Fälle allerdings in nächster Zeit hochschnellen und die Aids-Rate wird ebenfalls rasch zunehmen, was die Nationalregierungen erheblich unter Zugzwang setzen wird, den zunehmenden gesundheitlichen, wirtschaftlichen, sozialen und politischen Konsequenzen der Epidemie sachgerecht zu begegnen.

9. Die HIV/Aids-Epidemie „braut“ sich also erst zusammen, vorwiegend in so genannten schwachen oder marginalisierten Bevölkerungsgruppen, d. h. nicht nur unter intravenös spritzenden Drogenkonsumenten und Sexarbeitern, sondern auch unter Männern, die Sex mit anderen Männern haben, unter Gefängnisinsassen, Migranten und anderen. Die Berichte aus Westeuropa zeigen, dass die Übertragungsrate unter den Risikogruppen ziemlich stabil ist, wobei die Zahl der heterosexuell übertragenen Infektionen jedoch ebenfalls zunimmt. In den mittel- und osteuropäischen Ländern befindet sich die HIV/Aids-Epidemie, von einigen Ausnahmen abgesehen, noch auf niedrigem Niveau.<sup>2</sup>

10. Durchschnittlich entfallen 75 Prozent aller neuen HIV-Fälle in Osteuropa auf intravenös spritzende Drogenkonsumenten. Davon sind 77 Prozent Männer und 84 Prozent jünger als 30 Jahre.

11. Nach Schätzungen spritzt mindestens ein Prozent der Bevölkerung in den NUS Drogen,<sup>3</sup> und die intravenös injizierenden Drogenkonsumenten stellen in Osteuropa auch die überwiegende Mehrheit der Personen mit HIV/Aids. Ein erheblicher Teil dieser Drogenabhängigen ist bereits HIV-positiv (in Armenien bis zu 19 Prozent, in Lettland acht Prozent und in den Städten von Weißrussland, der Russischen Föderation und der Ukraine von 20 Prozent bis über 50 Prozent usw.).

12. Die Meldedaten zeigen, dass Osteuropa auch von einer Epidemie anderer sexuell übertragener Infektionen (STI) heimgesucht wird. Die Rate ist seit 1999 zwar rückläufig oder hat sich stabilisiert, bleibt jedoch um ein Vielfaches höher als vor zehn Jahren oder als die heutigen Ziffern in Mittel- und Westeuropa. Eine STI-Epidemie deutet auf weit verbreitetes unsicheres Sexualverhalten hin, das einen wichtigen Risikofaktor für die HIV-Infektion darstellt.

13. Kennzeichnend für die mittel- und osteuropäischen Länder (MOE) ist die wachsende Zahl der ganz jungen Leute, die entweder intravenös Drogen spritzen oder HIV-positiv sind oder auch unter beide Kategorien fallen. Über zwei Prozent der in den ersten sechs Monaten des Jahres 2001 diagnostizierten neuen HIV-Fälle in den NUS betrafen Kinder unter 13 Jahren und fast 20 Prozent waren zwischen 13 und 19 Jahre alt. Bis zu 50 Prozent der intravenös spritzenden Drogenkonsumenten in den NUS sind unter 25 Jahre alt.

---

<sup>1</sup> WHO-Daten, Februar 2002.

<sup>2</sup> Die Prävalenz beträgt unter fünf Prozent unter Risikogruppen und weniger als ein Prozent unter Schwangeren.

<sup>3</sup> UNAIDS/WHO – AIDS Epidemic Update, Dezember 2001.

14. Sexarbeiter sind in der Region sogar noch jünger als die intravenös spritzenden Drogenkonsumenten. Einige Quellen deuten darauf hin, dass bis zu 80 Prozent aller Sexarbeiter unter 25 Jahre alt sind, und diese Zahl ist unter Minderheiten, wie z. B. den Roma, sogar noch höher. Sie spritzen unverhältnismäßig häufiger Drogen als die Allgemeinbevölkerung, sexuell übertragene Infektionen und HIV sind prävalenter und sie stellen das wichtigste Bindeglied zwischen den intravenös spritzenden Drogenkonsumenten und der Allgemeinbevölkerung dar.

15. Es gibt keine zuverlässigen Schätzungen für die Zahl der Sexarbeiter in Mittel- und Osteuropa. Beispielsweise führte der kürzlich vom WHO-Regionalbüro unternommene Versuch, in der Russischen Föderation diese Art von Informationen zu erheben, zu Angaben, wonach die Zahl der Sexarbeiter allein in der Moskauer Region zwischen 7000 und 70 000 beträgt. Aus begrenzten Studien weiß man jedoch, dass 25 Prozent der Sexarbeiter in Vilnius intravenös Drogen spritzen, in Moskau lauteten die Vergleichszahlen 31 Prozent. Sexarbeiter stellen zusammen mit den Sexpartnern von intravenös spritzenden Drogenkonsumenten einen wesentlichen HIV-Übertragungsweg zur Allgemeinbevölkerung dar.

16. Die Zahl der neu gemeldeten Fälle von HIV-Infektionen unter Männern, die Sex mit anderen Männern haben, und der durch Transfusionen verursachten Infektionen ist relativ niedrig und hat sich im Laufe der Jahre stabil gehalten, wobei allerdings vermutet wird, dass in Bezug auf die HIV-Infektionen in dieser Gruppe erhebliche Diagnoselücken bestehen.

17. Die Zahl der durch heterosexuellen Kontakt bewirkten Neuinfektionen und die Übertragung von der Mutter auf das Kind nehmen langsam zu. Die HIV/Aids- und STI-Rate ist in Strafvollzugseinrichtungen dramatisch höher, und der intravenöse Drogengebrauch stellt im Strafvollzug ebenfalls ein schwerwiegendes Problem dar, obwohl dazu nur sehr wenige Daten vorliegen. In Untersuchungen der letzten Jahre schätzte man beispielsweise die HIV-Prävalenz in ukrainischen Gefängnissen auf rund sechs Prozent.<sup>4</sup> In der Russischen Föderation waren während der ersten sechs Monate des Jahres 2001 zwei Prozent aller auf HIV getesteten Gefängnisinsassen positiv.<sup>5</sup>

18. Die sich verschlechternde Situation in den östlichen Teilen der Region wird durch die vorherrschenden sozioökonomischen Faktoren verschärft, die zu Bedingungen führen, die das Risiko einer sexuell übertragenen HIV-Infektion bekanntermaßen erhöhen, wie z. B. Armut, Sexarbeit, Migration, Frauenhandel und fehlender sozialer Zusammenhalt.

## Malaria

19. Von den insgesamt 873 457 500 Einwohnern der Europäischen Region der WHO sind zur Zeit schätzungsweise zwischen 70 und 80 Millionen malariagefährdet. Die Meldeinzidenz war im Zeitraum 1995–2001 zwar signifikant rückläufig, doch das Ausmaß des Malariaproblems in der Region lässt sich nicht ausschließlich anhand der verfügbaren offiziellen Angaben abschätzen, da es vermutlich weitaus größer ist, als die Statistik andeutet. Nach regionalen Schätzungen liegt die Zahl der Malariainfizierten nahe bei 1,5 Millionen. In der Türkei gilt es beispielsweise als allgemein akzeptierte Tatsache, dass das tatsächliche Ausmaß des Malariaproblems von der wirklichen Zahl der Fälle her erheblich größer ist, als die gemeldeten Fallzahlen vermuten lassen. In Tadschikistan liegt die Gesamtzahl der symptomatischen und asymptomatischen Malariafälle schätzungsweise zwischen 300 000 und 400 000.

20. Die derzeitige Situation verkompliziert sich noch durch die erneute Übertragung der Malaria *Plasmodium falciparum* in Tadschikistan und die Ausbreitung dieser Form im ganzen Land. Auch in der Türkei ist die Malariainzidenz weiterhin relativ hoch, und über 15 Millionen Menschen oder 23 Prozent der Gesamtbevölkerung leben in endemischen Malariagebieten. Zieht man in Betracht, dass die Malariasituation in den Nachbarländern Tadschikistan und Afghanistan besorgniserregend ist, besteht die reale Gefahr, dass die Malaria in Usbekistan größere Ausmaße annehmen könnte. Neuere Trends deuten auch darauf hin, dass die Malaria in Georgien epidemische Ausmaße annimmt. Die Malariaübertragung begünstigende Umstände

---

<sup>4</sup> Bollini, P. (Hrsg.). *HIV in prisons*. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 2001.

<sup>5</sup> Föderales AIDS-Zentrum, Russische Föderation, 2001.

bestehen in fast 52 Prozent des gesamten Staatsgebietes, wo 93 Prozent der Bevölkerung leben. Ein vor kurzem beobachteter Malariaausbruch in Bulgarien und sporadische autochthone Malariafälle, die aus Griechenland und Italien gemeldet werden, wo die Malaria eigentlich eradiziert war, sind schlagende Beispiele dafür, dass die Malaria erneut auftreten kann, wenn das Gesundheitssystem in seiner Wachsamkeit nachlässt.

21. Malaria, Entwicklungsdefizite und Armut sind eng mit einander verbunden. In den Ländern der Europäischen Region der WHO, in denen die Malaria in weiten Teilen endemisch ist, wie z. B. in Tadschikistan und in der Türkei, korreliert die Prävalenz der Malariainfektion höchstwahrscheinlich mit der Armut.

## Strategie

### Tuberkulose

22. 1995 begann die WHO in Zusammenarbeit mit internationalen Partnern die Umsetzung der direkt überwachten ambulanten Kurzzeittherapie, der so genannten DOTS-Strategie (directly observed treatment – short course) in der Region zu unterstützen. DOTS hat sich als wirksame Strategie für die Tuberkulosebekämpfung bewährt. Die Strategie umfasst fünf Hauptelemente: i) auf allen Ebenen politische Bereitschaft zur Bekämpfung der Tuberkulose, ii) Fallerrfassung durch Sputum-Schmiermikroskopie oder Kulturen unter symptomatischen Patienten, die selbst zur Untersuchung kommen, iii) standardisierte, direkt beobachtete Kurzzeit-Chemotherapie, iv) regelmäßige, ununterbrochene Versorgung mit allen lebenswichtigen Tuberkulosemedikamenten und v) ein standardisiertes Register- und Meldesystem, das eine Einschätzung der Fallfindung und der Behandlungsergebnisse des einzelnen Patienten sowie der Leistungsfähigkeit von Tuberkulosebekämpfungsprogrammen insgesamt ermöglicht.

23. DOTS zählt zu den kostenwirksamsten Interventionen im Rahmen der Gesundheitsversorgung, die den Ländern mit niedrigem und mittlerem Pro-Kopf-Einkommen zur Verfügung stehen, und die Strategie hat sich auch in der Europäischen Region der WHO als kostenwirksam erwiesen. Eine 1997 in Armenien durchgeführte wirtschaftliche Bewertung bestätigte, dass die DOTS-Strategie kostenwirksamer war als die zuvor zur Tuberkulosebekämpfung eingesetzte Strategie. Bei einer ähnlichen, im Iwanowo-Oblast der Russischen Föderation vorgenommenen Evaluation gelangte man zu dem Schluss, dass sich die Kosten der Tuberkuloseheilung mit der DOTS-Strategie auf 1626 US-\$ pro Fall beliefen, während sie bei der herkömmlichen Strategie 6293 US-\$ betragen.

### HIV/Aids

24. Das Muster der HIV-Übertragung, die STI-Epidemie und eine gleichzeitig zu beobachtende signifikante Tuberkuloseinfektionsrate (einschl. MDR-Tb) bewirken, dass es in nächster Zeit potenziell zu signifikanten Ausbrüchen sexuell übertragener Infektionen kommen kann, was in einigen Jahren unter Umständen zu einer umfassenden und allgemeinen HIV/Aids-Epidemie führt. Deshalb müssen die derzeitigen Gegenmaßnahmen auf nationaler und internationaler Ebene in der Europäischen Region dringend wesentlich intensiviert werden.

25. Angesichts der derzeitigen epidemiologischen Situation verfolgt die WHO die übergeordnete Strategie, die Übertragung von STIs und HIV/Aids, die Anfälligkeit dafür und die Auswirkungen zu verringern. Die WHO hat es sich mit anderen Worten zum Ziel gesetzt, den Ländern zu helfen, die Ausbreitung der Epidemie zu verhüten, was durch die Senkung des HIV-Übertragungsrisikos geschehen kann. Außerdem bemüht sie sich darum, durch Behandlung und Betreuung der von HIV/Aids Betroffenen und durch die Bekämpfung der damit verbundenen Morbidität, Behinderung und Mortalität die Lebensqualität der Betroffenen länger zu erhalten und zu verbessern und die Auswirkungen der Epidemie abzumildern, wobei die WHO Konzepte für den Gesundheitssektor sowie institutionelle Umfelder fördert, die den Betroffenen ein selbstbestimmtes Leben ermöglichen.

26. Eine erfolgreiche Reaktion auf die derzeitige Epidemie muss deshalb:

- umgehend umfassende gezielte Interventionen für Risikogruppen, d. h. intravenös spritzende Drogenkonsumenten und ihre Sexpartner, Sexarbeiter, Männer, die Sex mit anderen Männern haben, Gefängnisinsassen, Migranten und Minderheiten, ermöglichen;
- den Gesundheitssektor darauf vorbereiten, auf die drohende umfassende, sexuell übertragene Epidemie zu reagieren, und zugleich die Reaktionskapazität des Gesundheitssektors verbessern.

## Malaria

27. Das WHO-Regionalbüro für Europa hat sich verpflichtet, der Malarialast durch intensive Gegenmaßnahmen beizukommen, und hatte 1999 eine regionale „Roll Back Malaria“-Strategie (RBM) für die betroffenen Länder der Region entwickelt. Das Endziel für die Europäische Region ist die Unterbrechung der Malariaübertragung, insbesondere der Malaria *P. falciparum*, bis zum Jahr 2010. Das Regionale RBM-Programm geht die Malariabekämpfung folgendermaßen an: 1) durch die Ausweitung und Intensivierung von Partnerschaften auf Länderebene, die durch regionale und globale Partnerschaften und die notwendige fachliche Hilfe und Unterstützung flankiert werden; 2) durch die Verbesserung der nationalen Entscheidungskompetenz; 3) durch die Verbesserung der Möglichkeiten für die frühzeitige Diagnose und radikale bzw. umgehende Behandlung; 4) durch den Ausbau der Möglichkeiten für die Früherkennung, Eindämmung und Verhütung von Ausbrüchen bzw. Epidemien; 5) durch die Förderung von kostenwirksamen und nachhaltigen Präventionsmaßnahmen, einschl. Vektorkontrolle, und 6) durch den Ausbau der Surveillance und der Kapazitäten für angewandte Forschungsvorhaben.

## Reaktion

### Tuberkulose

28. Im Jahr 1995, bevor die WHO aktiv für die Förderung einer tragfähigen Tuberkulosebekämpfung in der Region einzutreten begann, arbeiteten nur sechs der 51 Mitgliedstaaten mit der DOTS-Strategie. Heute sind es 34 Länder. Von den MOE-Ländern und den NUS haben nur zwei Länder die Strategie nicht übernommen. Allerdings werden zur Zeit durchschnittlich nur 17 Prozent der Bevölkerung der Region mit Hilfe der DOTS-Strategie versorgt. Der Erfassungsgrad in den MOE-Ländern und in den NUS ist also immer noch ziemlich gering, doch die meisten Länder haben immerhin mit der Umsetzung der Strategie begonnen, während sie in der Mehrheit der westeuropäischen Länder noch nicht übernommen wurde.

29. Beispiele des erfolgreichen DOTS-Einsatzes in der Region sind bessere Heilungsraten, der in einigen Ländern zu beobachtende signifikante Fall der Tuberkulosesterblichkeit und der in Lettland zu verzeichnende Rückgang der erworbenen MDR-Tb.

30. Mit der Erklärung von Amsterdam aus dem Jahr 2000 und der im Jahr 2001 abgegebenen Washingtoner Verpflichtung, der Tuberkulose Einhalt zu gebieten, erkannte man an, dass der Einsatzbereich der DOTS-Strategie rasch ausgedehnt werden muss, wenn die von der Weltgesundheitsversammlung für das Jahr 2005 gesetzten Ziele (Erfassung von 70 Prozent aller Infektionsfälle und ein 85-prozentiger Behandlungserfolg) sowie die im Globalen DOTS-Erweiterungsplan vorgesehenen Vorgaben für 2010 (50-prozentige Verringerung der Mortalität und Prävalenz) erreicht werden sollen. Die meisten Länder im östlichen Teil der Region sind ohne externe personelle und finanzielle Ressourcen außerstande, ihre Tuberkulosebekämpfungsprogramme aufrecht zu erhalten. Der DOTS-Erweiterungsplan „Stopp der TB“ in der Europäischen Region der WHO 2002–2006 dient der Koordination der Tuberkulosebekämpfungsmaßnahmen. Der Plan wurde im Januar 2002 auf der 12. Tagung des Organisationsübergreifenden Koordinationsausschusses, die dem Thema Tuberkulose gewidmet war, erörtert und gebilligt und liegt nun als Dokument EUR/RC52/9 Add.1 dem Regionalkomitee zur Erörterung und Annahme vor.

## HIV/Aids

31. Die Europäische Region der WHO war bisher kein vorrangiges geographisches Einsatzgebiet für die weltweiten Bemühungen um eine Eindämmung der STI/HIV/Aids-Epidemie. Der in den letzten Jahren zu beobachtende steile Anstieg neuer Fälle macht jedoch umgehende und umfassende Gegenmaßnahmen von Seiten der nationalen Gesundheitssysteme erforderlich. Ein wichtiges Element einer solchen situationsgerechten Reaktion wird es sein, starke nationale und regionale Unterstützung zu bewirken und aufrechtzuerhalten. Außerdem müssen neue Finanzierungsquellen für die Entwicklung und Umsetzung bedarfsgerechter Public-Health-Maßnahmen gefunden werden.

32. Bedarfsgerechte und sinnvolle, auf Fakten gestützte gesundheitspolitische Konzepte, die eine Reaktion auf die STI/HIV/Aids-Epidemie ermöglichen, sollten den Zugang zu Informationen, zu Vorsorgediensten (z. B. Verteilung von Kondomen, Familienplanung, freiwilligen und vertraulichen Tests und Beratung) sowie die breit zugängliche, bezahlbare und wirksame Behandlung und Betreuung von Menschen mit einer sexuell übertragenen Infektion oder HIV/Aids vorsehen.

33. Notwendig ist es auch, ethische gesetzgeberische und normative Maßnahmen zu fördern, die den höchsten Standards der Bürger- und Menschenrechte entsprechen, die Privatsphäre und Würde des Menschen schützen und Risikobevölkerungsgruppen auch dazu bringen, sich Hilfe suchend an den Gesundheitssektor zu wenden.

34. Anfällige Gruppen wie intravenös spritzende Drogenkonsumenten, Männer, die Sex mit anderen Männern haben, Sexarbeiter, Jugendliche und Gefängnisinsassen, laufen das größte Risiko, sich eine sexuell übertragene Infektion bzw. HIV/Aids zuzuziehen und stellen ihrerseits für die Allgemeinbevölkerung eine erhebliche Infektionsquelle dar. Als marginalisierte Bevölkerungsgruppen haben sie nur begrenzten Zugang zu Leistungen der Gesundheitsversorgung und müssen durch spezifische Vorgehensweisen und bürgernahe aufsuchende Dienste erreicht werden.

35. Programme zur Schadensbegrenzung, vor allem Spritzentauschprojekte, sind die bekanntesten Präventionsmaßnahmen, mit denen man sich an intravenös spritzende Drogenkonsumenten wendet, die in Europa immer noch die wichtigste Risikogruppe darstellen. Zahlreiche mathematische Modelle über die Auswirkungen von Spritzentauschprojekten stützen die Annahme, dass diese Projekte unter ihren Klienten sowie unter deren Drogen- und Sexpartnern und Kindern eine erhebliche Zahl von Infektionen verhindern können. In fast allen Fällen ist eine verhinderte HIV-Infektion dabei weitaus billiger als die lebenslangen Behandlungskosten für einen HIV-Infizierten. Allerdings zeigt die Mehrheit der Untersuchungen unter Klienten von Spritzentauschprojekten, dass zwar die Rate des HIV-riskanten Drogenverhaltens, nicht aber die Rate des HIV-riskanten Sexverhaltens sinkt. Dies spricht eindeutig dafür, dass die Spritzentauschprojekte durch weitere Dienste ergänzt werden müssen, beispielsweise durch freiwillige Beratung und freiwillige Tests, Förderung des Kondomgebrauchs und Verteilung von Kondomen sowie durch die Überweisung zur Behandlung von sexuell übertragenen Infektionen und opportunistischen Infekten usw..<sup>6</sup>

36. Das landesweite Bluttransfusionssystem der einzelnen Länder muss eine Schranke gegen die STI/HIV-Übertragung durch Blut und Blutprodukte bilden. Die Sicherung der Versorgung mit sicherem Blut und sicheren Blutprodukten gehört zu den Grundfunktionen eines jeden nationalen Gesundheitsversorgungssystems.

37. Die vertikale HIV-Übertragung lässt sich durch eine Reihe von Maßnahmen auf der Ebene der primären Gesundheitsversorgung verhindern oder verringern. Die Primärprävention beinhaltet auch die Verfügbarkeit von Diensten im Bereich Sexualhygiene und Familienplanung für Frauen im gebärfähigen Alter sowie den Zugang zum gesundheitlich unbedenklichen Schwangerschaftsabbruch für Schwangere mit HIV/Aids. Die Sekundärprävention schließt idealerweise die volle Anti-Retrovirenthherapie für

---

<sup>6</sup>The public health impact of needle exchange programs in the United States and abroad – Summary, conclusions and recommendations. University of California School of Public Health, 1993.

HIV-positive Schwangere, die ihre Schwangerschaft aufrechterhalten wollen, sowie die Therapie für ihre Babys ein und den Zugang zu sicheren Alternativen zum Stillen. Jedes Land sollte mindestens imstande sein, eine kurzfristige Anti-Retrovirenthherapie anzubieten, die in der Prä-, Intra- und Postpartumphase die HIV-Übertragung von der Mutter auf das Kind nachweislich reduziert.

## Malaria

38. Die internationale und politische Aufmerksamkeit, die in den letzten Jahren in den von der Malaria betroffenen Ländern der Europäischen Region der WHO mobilisiert werden konnte, wurde in konkrete Verpflichtungen und Maßnahmen umgesetzt. Armenien, Aserbaidschan, Georgien, Tadschikistan und die Türkei und haben es mit Unterstützung der WHO und anderer RBM-Partner geschafft, in ihren Ländern ihre eigenen RBM-Partnerschaften in Gang zu bringen.

39. Die starke politische Bereitschaft, die Krankheit auf nationaler Ebene anzugehen, die intensive Unterstützung der WHO (sowohl vom Hauptbüro wie vom Regionalbüro für Europa), das intensive Eintreten für Malariabekämpfungsmaßnahmen und eine breite „Roll Back Malaria“-Partnerschaft konnten zusammen mit erheblicher finanzieller Hilfe und der strengen Ausrichtung auf die Malariasituation und die Bedürfnisse der einzelnen Länder bewirken, dass sich die gemeldete Malariainzidenz in der Region während der letzten Jahre erheblich reduziert hat. Zwischen 1999 und 2001 ging die Zahl der in der Region gemeldeten Malariafälle von 37 168 auf unter 25 000 zurück. Dazu ist allerdings anzumerken, dass die künftige Malariasituation in der Region weitgehend davon abhängt, was in der Türkei passiert, wobei zu berücksichtigen ist, dass das Land immer wieder explosive Malariaepidemien erlebt hat. Auch die Lage in Tadschikistan ist entscheidend. Dort stehen für die Lösung des Malariaproblems nicht genügend Ressourcen zur Verfügung.

## Herausforderungen

40. Herausforderungen, die für alle drei Krankheiten gelten:

- Es sollte anerkannt werden, dass Tuberkulose, HIV/Aids und Malaria die soziale, wirtschaftliche und gesundheitliche Entwicklung in der Europäischen Region der WHO schwerwiegend behindern;
- den Ländern sollte Hilfe angeboten werden, damit sie ihre eigene Kapazität für die Planung, Umsetzung, Leitung und Auswertung von Programmen zur Bekämpfung von Tuberkulose, HIV/Aids und Malaria ausbauen und u. a. Aktionspläne und Etats aufstellen können;
- es sollten Länderkoordinationsmechanismen, wie sie vom Globalen Fonds zur Bekämpfung von Aids, Tuberkulose und Malaria (GFATM) vorausgesetzt werden, geschaffen werden, und zwar mit breiter Vertretung von staatlichen Stellen, nichtstaatlichen Organisationen, bürgernahen Organisationen, Einrichtungen des Privatsektors und bilateralen wie multilateralen Organisationen, um festzustellen, wie viel zur Zeit für die Bekämpfung der drei Krankheiten ausgegeben wird und welche zusätzlichen Mittel benötigt werden;
- die Länder sollten Unterstützung erhalten, damit sie Mittel aus dem GFATM beantragen können;
- die Prävention von Tuberkulose, HIV/Aids und Malaria und die Betreuung der davon betroffenen Menschen sollte zum festen Bestandteil der primären Gesundheitsversorgung werden und stark zur übergeordneten Entwicklung nationaler Gesundheitssysteme beitragen;
- die wirksame Zusammenarbeit zwischen den Programmen zur Prävention von Tuberkulose und von HIV/Aids und für die Betreuung der von diesen Krankheiten Betroffenen sollte ausgebaut werden, wobei der verstärkte Einsatz aller geeigneten Interventionsmaßnahmen, u. a. der freiwilligen Beratung und freiwilliger Tests sowie von bürgernahen Aufklärungs-, Betreuungs- und Stützinitiativen, zu fördern ist.

## Tuberkulose

41. Die DOTS-Strategie muss dringend auf alle Mitgliedstaaten der Europäischen Region, darunter auch die westeuropäischen Länder, ausgeweitet werden, wenn das Ziel der Tuberkuloseeliminierung und die Verwirklichung der von der Weltgesundheitsversammlung festgelegten globalen Vorgaben für die Tuberkulosebekämpfung erreicht, der derzeitige Aufwärtstrend umgekehrt und die Ausbreitung der MDR-Tb verhindert werden sollen. In Ländern mit hoher MDR-Tb-Rate sollte für das Management der MDR-Tb die DOTS-Plus-Strategie zum Einsatz kommen.

42. Aufgrund der zur Zeit in den Strafvollzugseinrichtungen der NUS grassierenden Tuberkulose- und MDR-Tb-Epidemie ist die Umsetzung der DOTS-Strategie dringend notwendig. Außerdem ist entscheidend, dass die Tuberkulosebekämpfung im Strafvollzug und die Tuberkulosebekämpfung in der Allgemeinbevölkerung integriert werden.

43. Die rasch zunehmende HIV-Epidemie in den NUS könnte eine Doppielepidemie von Tuberkulose und HIV anheizen. Trotz des eindeutigen wechselseitigen Zusammenhangs zwischen Tuberkulose und HIV arbeiten die Präventions- und Bekämpfungsprogramme auf Länderebene immer noch nicht in erforderlichem Umfang zusammen. Es müssen deshalb verstärkte Anstrengungen unternommen werden, um diese beiden Programme zur umfassenden Zusammenarbeit zu bewegen.

44. Im Rahmen des derzeit laufenden Prozesses zur Reform des Gesundheitssektors sollten die für die Bekämpfung der Tuberkulose zuständigen Dienste darauf eingestellt sein, sich dezentralisieren und in die primäre Gesundheitsversorgung integrieren zu lassen.

45. Die Tuberkulosebekämpfung ist nicht das Problem einzelner Länder, sondern muss als internationaler Notfall gesehen werden. Deshalb ist es entscheidend wichtig, dass die Länder zusammenarbeiten und die internationale Gemeinschaft und die Geber den Ländern mit niedrigem Volkseinkommen helfen, wenn es gelingen soll, die Tuberkulose- und MDR-Tb-Epidemie in der Region zu bekämpfen.

## HIV/Aids

46. Die Hauptprobleme einer erfolgreichen Prävention und Bekämpfung der STI/HIV/Aids-Epidemie sind:

- das unzulängliche Bewusstsein und das fehlende Verständnis der in den kommenden Jahren zu erwartenden Konsequenzen und Auswirkungen der Epidemie;
- eine unzureichende nachhaltige politische Bereitschaft, gegen die Epidemie und ihre Folgen anzugehen, was auch bedeutet, dass man zögert, innerhalb des nationalen Gesundheitssektors bedarfsgerechte Ressourcen bereitzustellen;
- die unzulängliche Aufstockung des externen Beistands für die hilfsbedürftigen Länder mit niedrigem und mittlerem Volkseinkommen in der Europäischen Region der WHO;
- die fehlende Entschlossenheit, bezahlbare und wirksame, zuweilen jedoch politisch kontroverse Präventions- und Bekämpfungsmaßnahmen zu ergreifen, wie z. B. die Verteilung von Kondomen, Sexualaufklärung, Interventionen zur Schadensbegrenzung usw.;
- die unzureichende Kapazität des staatlichen Gesundheitssektors, den Menschen mit sexuell übertragenen Infektionen bzw. HIV/Aids allgemein zugängliche und bedarfsgerechte Präventions-, Behandlungs- und Betreuungsleistungen anzubieten;
- fehlende detaillierte und differenzierte Überwachungsdaten, was die Entwicklung von wirksamen Strategien zur Bekämpfung der Epidemie verhindert, die Planung von Diensten unmöglich macht und die Zuweisung und den Einsatz von bedarfsgerechten mittel- und langfristigen Ressourcen ausschließt.

## Malaria

47. Die Folgen der regionalen Belastung durch die Malaria werden unterschätzt. Das Gesamtmalaria-potenzial ist heute zweifellos ebenso hoch wie vor dem Jahr 2000, insbesondere in Südostanatolien, wo die höchste Malariainzidenz und -prävalenz der Türkei zu finden ist. Kürzlich von der WHO im südlichen Tadschikistan, einem Anrainergebiet zu Afghanistan, durchgeführte Erhebungen haben erbracht, dass die Malariabelastung im Khatlon-Gebiet (dem von der Malaria am stärksten betroffenen Gebiet der Europäischen Region der WHO) mit einer Bevölkerung von insgesamt fast 2,2 Millionen Menschen schätzungsweise bei 150 000 bis 250 000 Malariaträgern liegt.

48. Die Situation in der Region verkompliziert sich durch das Ausmaß des Malariaproblems und die weitere Ausbreitung der Malaria *P. falciparum* in Tadschikistan. Die Malariainzidenz und -prävalenz in der Türkei ist weiterhin relativ hoch. Dort lebt ein Viertel der Gesamtbevölkerung immer noch in malariaendemischen Gebieten. Die Malaria nimmt in Georgien und Usbekistan Jahr um Jahr epidemische Ausmaße an. Es besteht die reale Gefahr, dass sich in den kommenden Jahren das Ausmaß der grenzüberschreitenden malariabedingten Probleme vergrößern könnte. Außerdem besteht die potenzielle Gefahr, dass auf dem Balkan und in den Nachbarländern die Malariaübertragung wieder Fuß fasst.

49. Die nationalen Malariabekämpfungsprogramme der Länder stehen zur Zeit vor einer Reihe von Problemen und Hindernissen, die die Umsetzung von Anti-Malariamaßnahmen erschweren: 1) In den Ländern fehlt die Kapazität für die Frühdiagnose und radikale Behandlung der Malaria; 2) die Länder haben keine Notfallbereitschaft für Malariaepidemien, u. a. herrscht akuter Mangel an Insektenbekämpfungsmitteln und Gerät für die Vektorbekämpfung; 3) es fehlt an qualifiziertem Fachpersonal, das über die Malariabekämpfung und -prävention ausreichend Bescheid weiß und genügend geschult ist; 4) die Malariasurveillance, insbesondere direkt vor Ort, ist äußerst lückenhaft; 5) die Bevölkerung weiß theoretisch und praktisch zu wenig darüber, wie man Malaria verhüten kann; 6) die Regierungen investieren in die Malariabekämpfung nur begrenzte finanzielle Ressourcen. Im allgemeinen sind sich die für die Malariabekämpfungen zuständigen Dienste der Probleme und Hindernisse durchaus bewusst und wissen auch, wie man Abhilfe schaffen könnte. Sie bemühen sich zwar um die Durchführung wirksamer Bekämpfungsmaßnahmen, doch ihr Handlungsspielraum wird durch die vor allem für die Vektorbekämpfung knappen Ressourcen begrenzt.

50. Die regionalen RBM-Programme brauchen jährlich schätzungsweise 5–6 Millionen US-\$ (damit das Projekt in den von der Malaria betroffenen Ländern der Region eine sichtbare Wirkung zeitigen kann). Die Projektaktivitäten werden inhaltlich und in ihrer Reichweite dadurch begrenzt, dass dafür nur unzureichende Mittel zur Verfügung stehen.