



EUROPA

**Regionalkomitee für Europa
Zweiundfünfzigste Tagung**

Kopenhagen, 16.–19. September 2002

Punkt 7 b) der vorläufigen Tagesordnung

EUR/RC52/9 Add.1
18. Juli 2002
23014
ORIGINAL: ENGLISCH

**DER DOTS-ERWEITERUNGSPLAN „STOPP DER TB“ IN DER
EUROPÄISCHEN REGION DER WHO 2002–2006**

Der DOTS-Erweiterungsplan „Stopp der Tb“ in der Europäischen Region der WHO 2002–2006 wird dem Regionalkomitee hiermit zur Behandlung und Annahme vorgelegt. Er sollte in Zusammenhang mit Dokument EUR/RC52/9 und Resolutionsentwurf EUR/RC52/Conf.Doc./5 gelesen werden.

Inhalt

	Seite
Einleitung	1
Tuberkulose in der Europäischen Region: Die aktuelle Lage	1
Von der globalen „Stopp der Tb“-Partnerschaft zum DOTS-Erweiterungsplan „Stopp der Tb“ in der Europäischen Region der WHO	2
Grundsätze des Europäischen DOTS-Erweiterungsplans.....	3
Gesamtziel, Programmziele, Einzelziele und Etappenziele	5
Die Strategie des europäischen DOTS-Erweiterungsplans	8
Allgemeine Strategie	8
Ländergruppierungen.....	9
Schlüsselaspekte und -aktivitäten im Rahmen der DOTS-Strategie.....	11
Spezifische Aspekte der DOTS-Strategie für einzelne Ländergruppierungen	18
Forschung und Entwicklung.....	23
Planung und Koordination.....	25
Länderebene.....	25
Regionale Ebene	26
Partnerschaften	28
Der Organisationsübergreifende Koordinationsausschuss Tuberkulose	28
Organisationsübergreifende Ausschüsse in den Ländern	28
Ressourcenbedarf	29
Anhang 1 Glossar	31
Anhang 2 Resolution WHA53.1 der 53. Tagung der Weltgesundheitsversammlung – Initiative „Stopp der Tuberkulose“	34
Anhang 3 Verpflichtung von Washington: Stopp der Tb.....	37
Anhang 4 Einzelziele und bis 2006 angestrebte Ergebnisse sowie Etappenziele für 2002 und 2003	42
Anhang 5 DOTS-Erweiterung nach Ländern (Prozentsatz der erfassten Bevölkerung)	43
Anhang 6 Für die Tb-Bekämpfung in der Europäischen Region zuständigen WHO-Mitarbeiter	44
Anhang 7 Etat des Regionalbüros für Tb-Bekämpfung, 2000/2001	44
Anhang 8 Geschätzter Etat und zusätzlicher Finanzbedarf für die Tb-Bekämpfung in der Europäischen Region der WHO, 2002–2006.....	44
Anhang 9 Der Organisationsübergreifende Koordinationsausschuss Tuberkulose (Tuberculosis Interagency Coordinating Committee)	45

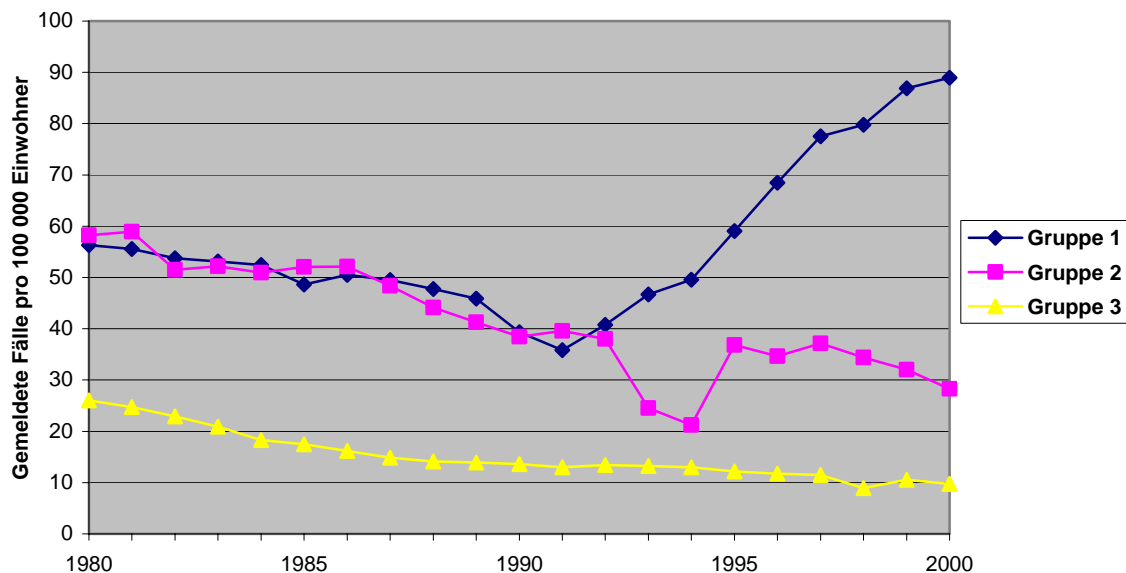
Einleitung

Tuberkulose in der Europäischen Region: Die aktuelle Lage

In 16 der 51 Länder der Europäischen Region der WHO ist die Lage im Hinblick auf die Tuberkulose kritisch. Die Krankheit ist wieder aufgeflammt, und die Meldeziffern sind in den vergangenen zehn Jahren dramatisch angestiegen (Abb. 1). Die Länder, in denen die Tb an Bedeutung zulegt, tragen mehr als drei Viertel (77%) der gesamten, in Europa anfallenden Krankheitslast, und es ist nicht auszuschließen, dass sie andere Länder in der Region in das Dilemma hineinziehen. Tuberkulose ist auch in den übrigen 35 europäischen Ländern, die nur eine mittlere und niedrige Häufigkeit verzeichnen, ein Problem für die öffentliche Gesundheit. Hier stagnieren die Tb-Morbiditätsraten und die Meldeziffern infolge von Krieg, bürgerkriegsähnlichen Zuständen, ungesicherten Verhältnissen oder aufgrund von Tb-Hochrisikogruppen unter Immigranten. Ohne zusätzliche Anstrengungen werden die geringfügig betroffenen Länder noch Jahrzehnte brauchen, bis sie die Eliminierungsphase erreichen (1 Fall pro 1 Million Einwohner), und länger, bis die Krankheit ausgerottet ist.

Tuberkulose fordert unter jungen Menschen und Erwachsenen in der Europäischen Region die meisten Opfer, obgleich es eine überaus kostenwirksame Therapieoption gibt, bekannt unter der Bezeichnung DOTS (directly observed treatment, short course – direkt überwachte ambulante Kurztherapie), mit der die Krankheit geheilt werden kann. Die absolute Zahl erfolgreicher Behandlungsfälle ist in der Region signifikant angestiegen. Im Jahr 1999 betrug sie in Gebieten ohne DOTS-Strategie 66% und 78% in DOTS-Gebieten. Dennoch hatten im Jahr 2000 in den fünf Ländern mit der höchsten Tb-Belastung (Russische Föderation, Ukraine, Rumänien, Usbekistan und Kasachstan, in der Reihenfolge der Nennung) nur 15% der Bevölkerung Zugang zu DOTS.

Abb. 1. Tuberkulosemeldungen in der Europäischen Region der WHO, 1980-2000



Gruppe 1: 16 Länder mit hoher Tb-Belastung: Armenien, Aserbaidshjan, Estland, Georgien, Kasachstan, Kirgisistan, Lettland, Litauen, Republik Moldau, Rumänien, Russische Föderation, Tadschikistan, Turkmenistan, Ukraine, Usbekistan, Weißrussland.

Gruppe 2: 11 Länder mit mittlerer Tb-Belastung: Albanien, Bosnien-Herzegowina, Bulgarien, ehemalige Jugoslawische Republik Mazedonien, Jugoslawien, Kroatien, Polen, Portugal, Spanien, Türkei, Ungarn.

Gruppe 3: 24 Länder mit geringer Tb-Belastung (und geringer Inzidenz): Andorra, Belgien, Dänemark, Deutschland, Finnland, Frankreich, Griechenland, Irland, Island, Israel, Italien, Luxemburg, Malta, Monaco, Niederlande, Norwegen, Österreich, San Marino, Schweden, Schweiz, Slowakei, Slowenien, Tschechische Republik, Vereinigtes Königreich.

Die Fallerfassung durch DOTS¹ beträgt in der Region nur 10,1% (22 430 erfasste, im Sputum-Schmierest positive Tb-Fälle in DOTS-Gebieten von 220 813 geschätzten Fällen im Jahr 2000), was weit unter der weltweit geltenden Vorgabe von 70% liegt.² Obgleich die meisten Länder mit hoher Tb-Belastung in den letzten fünf Jahren die DOTS-Strategie übernommen haben, profitierten im Jahr 2000 nur 20% der gemeldeten Tb-infizierten Personen auch davon. Unter den sechs Regionen der WHO ist die Europäische Region am wenigsten durch DOTS abgedeckt (17,3%), und sie verzeichnet die geringste Fallerfassungsrate mit DOTS.

Von der globalen „Stopp der Tb“-Partnerschaft zum DOTS-Erweiterungsplan „Stopp der Tb“ in der Europäischen Region der WHO

Nachdem die Tuberkulose in vielen Teilen der Welt wieder aufgeflammt war, wurde im November 1998 in Bangkok die globale Partnerschaft zum Stopp der Tb ins Leben gerufen, der mittlerweile mehr als 100 Organisationen angehören, die sich den Kampf gegen diese Krankheit auf die Fahnen geschrieben haben. Sechs Arbeitsgruppen koordinieren im Rahmen dieser Partnerschaft und innerhalb der Globalen Initiative für Tb-Arzneimittelbeschaffung (Global TB Drug Facility Initiative (GDF)) die Arbeit der Partner (in den Bereichen: Erfassung durch DOTS bzw. DOTS-Erweiterung, Tb/HIV-Doppelinfektion, multiarzneimittelresistente Tuberkulose, diagnostische Neuerungen, neue Arzneimittel, neue Impfstoffe). Der Globale Plan zum Stopp der Tb wurde während einer Tagung in Washington DC im Oktober 2001 beim ersten Forum der Globalen Partnerschaft zum Stopp der Tb (Global Partnership to Stop TB) verfasst (Anhang 3). Der Globale DOTS-Erweiterungsplan (Global DOTS Expansion Plan (GDEP)) ist Bestandteil des Globalen Plans zum Stopp der Tb. Er bildet eine Art Plattform für die Beschaffung der Humanressourcen und der finanziellen Mittel, die zur Erweiterung des Kampfes gegen die Tuberkulose im Rahmen der nationalen Gesundheitssysteme erforderlich sind. Dies gilt insbesondere in den 22 Ländern mit der weltweit höchsten Tb-Belastung, damit die globalen Zielvorgaben der Tuberkulosebekämpfung erreicht werden können.

Die Arbeitsgruppe zur DOTS-Erweiterung tagte im Jahr 2000 in Kairo und 2001 in Paris. Die Arbeitsgruppe will Planung, Erweiterung und Fortbestand von Tb-Bekämpfungsmaßnahmen und somit die globale Zielerreichung unterstützen. Sie leistet u. a. Hilfestellung beim Erarbeiten von Regionalplänen.

Die Initiative GDF ist ein weiterer Bestandteil der Globalen Partnerschaft zum Stopp der Tb und soll die Verfügbarkeit von Tuberkulosemedikamenten von hoher Qualität gewährleisten. Diese Initiative wurde im Mai 2000 angeregt und nahm im Januar 2001 ihre Arbeit auf. Im Juni 2002 wurde beschlossen, im Rahmen dieser Initiative vier europäische Länder (Armenien, Republik Moldau, Tadschikistan und Usbekistan) zu unterstützen.

Im Jahr 1999 richtete die Globale Partnerschaft die Arbeitsgruppe DOTS-Plus ein. Sie befasst sich eingehend mit dem Problem der multiarzneimittelresistenten Tb und bemüht sich um eine bessere Bereitstellung von Tb-Medikamenten der zweiten Generation zu Vorzugspreisen. Die Arbeitsgruppe bildete aus ihren Reihen den Ausschuss „Grünes Licht“, der als Anlaufstelle für Projektanträge dient und diejenigen billigt, die den Leitlinien³ entsprechen.

¹ Definition in Anhang 1.

² Schätzung aus: *WHO report 2002: Global tuberculosis control – surveillance, planning, financing*. Genf, Weltgesundheitsorganisation, 2002 (Dokument WHO/CDS/TB/2002.295).

³ *Guidelines for establishing DOTS-Plus pilot projects for the management of multidrug-resistant tuberculosis (MDR-TB)*. Genf, Weltgesundheitsorganisation, 2000 (Dokument WHO/CDS/TB/2000.279).

Im März 2000 tagte in Amsterdam die ministerielle Konferenz Tuberkulose und nachhaltige Entwicklung. Die Teilnehmer verabschiedeten die Erklärung zum Stopp der Tb. Darin wird eine beschleunigte Ausweitung der Maßnahmen zur Eindämmung der Tuberkulose gefordert sowie mehr politisches Engagement auf nationaler und internationaler Ebene und die entsprechende finanzielle Untermauerung, damit die globalen Zielvorgaben bis 2005 erreicht werden können. Die Verpflichtung von Washington, der Tb Einhalt zu gebieten, die im Oktober 2001 veröffentlicht wurde (Anhang 3), dringt auf vermehrte Anstrengungen, die Erklärung von Amsterdam in die Praxis umzusetzen.

Der Globale Fonds zur Bekämpfung von Aids, Tuberkulose und Malaria (Global Fund to Fight Aids, Tuberculosis and Malaria (GFATM)) wurde als unabhängige öffentlich-private Partnerschaft eingerichtet. Sein Zweck ist es, weltweit die Mittel zur Bekämpfung dieser drei Krankheiten aufzustocken, sie in die bedürftigsten Gebiete zu lenken und ihre wirkungsvolle Nutzung sicherzustellen. Der Gedanke, den Kampf gegen diese Krankheiten aus internationalen Mitteln zu finanzieren, nahm während des Gipfeltreffens der G8-Staaten im Juli 2000 in Okinawa Gestalt an. Auf Drängen des Generalsekretärs der Vereinten Nationen und der Staats- und Regierungschefs wurde das Konzept bei der Sondersitzung der Vollversammlung der Vereinten Nationen zu HIV/Aids im Juni 2001 einstimmig verabschiedet. Im folgenden Monat trafen sich die führenden Vertreter der G8-Staaten in Genua und widmeten dem Fonds 1,3 Milliarden US-\$. Die Bekanntgabe der Billigung der Verwendungsvorschläge am 25. April 2002 bezeichnet den Endpunkt eines sehr zügig vorgenommenen Sichtungsverfahrens.

Auf seiner 48. Tagung im Jahr 1998 verabschiedete das WHO-Regionalkomitee für Europa GESUNDHEIT21⁴. Das Einzelziel 7 dieses Rahmenkonzepts bezieht sich auf die übertragbaren Krankheiten. Die Mitgliedstaaten werden darin eindringlich gebeten, die Eindämmung der Tuberkulose im Rahmen der primären Gesundheitsversorgung zu intensivieren. Weiterhin sichtete das Regionalbüro im Jahr 2000 die gesundheitspolitischen Grundsätze der Mitgliedstaaten. In 21 von 27 untersuchten Ländern musste der Tuberkulose eine hohe Priorität zugemessen werden. In den 16 Ländern mit steigenden Tb-Meldeziffern erhielt Tuberkulose höchste oder zweithöchste Priorität.

Der DOTS-Erweiterungsplan „Stopp der Tb“ in der Europäischen Region (Europäischer DOTS-Erweiterungsplan) ist als Reaktion auf die epidemiologische Krise und auf die Prioritäten zu verstehen, die im Bericht zur Gesundheitspolitik in der Region zu Tage getreten waren. Auf seiner Grundlage sollen die menschlichen und finanziellen Ressourcen mobilisiert werden, deren es bedarf, um den Kampf gegen die Tuberkulose im Rahmen der Gesundheitssysteme der Länder in der Region auszuweiten. Der Europäische DOTS-Erweiterungsplan wird die Arbeit der Initiative GDEP sowie der globalen Arbeitsgruppen zu den Problemen Tb/HIV-Doppelinfection und multiazneimittelresistente Tuberkulose ergänzen. Zielrichtung ist eine generelle Stärkung der Gesundheitssysteme in der Region und eine effektive Realisierung der Tb-Programme der Länder.

Grundsätze des Europäischen DOTS-Erweiterungsplans

Es sind vor allem Hindernisse politischer und finanzieller Art und Managementprobleme, die derzeit einer Ausweitung der Tuberkulosebekämpfung im Weg stehen. Allerdings stellen HIV-Infektion und multiazneimittelresistente Tb zusätzliche Probleme dar. Der Europäische DOTS-Erweiterungsplan soll das soziale und politische Engagement anregen, damit die globale Zielsetzung für die Tuberkulosebekämpfung als Teil des allgemeinen Zielkatalogs der Gesundheitssysteme

⁴ GESUNDHEIT21. Das Rahmenkonzept „Gesundheit für alle“ für die Europäische Region der WHO. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 1999 (Europäische Schriftenreihe Gesundheit für alle, Nr. 6).

erreicht wird. Der Plan hebt den Bedarf der Länder und die Finanzierungsengpässe hervor und unterstreicht die Bedeutung der Zusammenarbeit mit den Regierungen der Endemieländer sowie mit nationalen, internationalen und nichtstaatlichen Organisationen (NGOs). Man hofft, mit diesem koordinierten Ansatz das politische Engagement zu stärken, eigene Ressourcen der Länder und externe Mittel zu mobilisieren und die Effizienz zu steigern.

Der Europäische DOTS-Erweiterungsplan hat eine doppelte Grundlage: Die Entwicklung von nationalen DOTS-Erweiterungsplänen und die Bildung von Partnerschaften für die Tuberkulosebekämpfung.

Die DOTS-Erweiterungspläne der Mitgliedstaaten

DOTS-Erweiterungspläne mit mittlerer Laufzeit müssen fachlich solide und durchführbar sein und die Eigenheiten des jeweiligen nationalen Gesundheitssystems berücksichtigen. Ein Plan, der einen Zeitrahmen für die DOTS-Erweiterung setzt und die wesentlichen Inputs und assoziierten Budgets benennt (für Arzneimittel und Diagnostika, Ausbau des Managements, Supervisionsverfahren, Schulung, Personal, Patientenbetreuung unter Beachtung der Menschenrechte, Surveillance, geeignete Maßnahmen zur Verbesserung der Fallerfassung und der Heilungsraten bei Multiarzneimittelresistenz), erleichtert das Management, kann eine wirksame Mittelzuordnung leiten und ermöglicht es, die praktische Umsetzung sowie die im Hinblick auf die Zielvorgaben gemachten Fortschritte zu verfolgen.

Partnerschaften

Den Partnerschaften kommt bei der Eindämmung der Tuberkulose eine Schlüsselfunktion zu. Die Krankheit lässt sich in Europa nur durch eine Zusammenarbeit von Partnern innerhalb und außerhalb des Gesundheitssektors bekämpfen. Es müssen Partnerschaften zwischen Ländern, Organisationen, Stiftungen und NGOs gebildet werden, wobei die Souveränität der Länder in gesundheitlichen Dingen zu respektieren und zu stärken ist. Partnerschaften auf Länderebene zwischen den verschiedenen Teilen des Gesundheitssektors sind unabdingbar, um eine wirksame Bekämpfung der Tuberkulose und den uneingeschränkten Zugang zu allen angezeigten Formen der Versorgung bei dieser Krankheit zu gewährleisten. Als Partner kommen infrage: Klinische Praxis und Labors, Gesundheitszentren und Krankenhäuser, akademische Einrichtungen, öffentliche und private Stellen sowie staatliche und nichtstaatliche Einrichtungen.

Der Europäische DOTS-Erweiterungsplan propagiert einen Ansatz, dessen Anfangs- und Endpunkte im jeweiligen Land selbst liegen.

- Programmmanager/Koordinatoren aus den Ländern sind für die Präsentation von Sachstandsbericht, Planung und Bedarfsberechnung zuständig, die ihren DOTS-Erweiterungsprogrammen zugrunde liegen.
- Für hoch belastete Länder werden fachliche und finanzielle Partner benannt, die bei der DOTS-Erweiterung Hilfestellung geben können. Eine der fachlichen Partnerinstanzen wird vom Gesundheitsministerium oder von den Partnern zur Kontaktstelle des jeweiligen Landes erklärt, der auch die Koordination der externen Unterstützung sowie die Information anderer Partner und die Erfolgsbeobachtung obliegt.
- Die Programmmanager/Koordinatoren der Länder und die fachlichen und finanziellen Partner erörtern auf der Basis der jeweiligen Länderplanung, für welche Bereiche Unterstützung erforderlich ist.
- Der Regionalplan führt die Länderpläne weiter. Die Partner diskutieren Umsetzung und Unterstützung von länderübergreifenden Maßnahmen (regional und teilregional), um damit die Länderprogramme zu stärken.

Gesamtziel, Programmziele, Einzelziele und Etappenziele

Gesamtziel

Übergeordnet geht es im europäischen DOTS-Erweiterungsplan darum festzustellen, was getan werden muss, um die Tuberkulosemorbidity und -mortality signifikant zu senken. Außerdem sollen im Rahmen der Gesundheitssystementwicklung die Zugänglichkeit und Nachhaltigkeit der DOTS-Strategie gefördert werden.

Programmziele

Der Europäische DOTS-Erweiterungsplan beinhaltet folgende Programmziele:

- Senkung der regionalspezifischen Tb-Prävalenz und -Mortality um die Hälfte innerhalb von zehn Jahren (bis 2012), d. h. Rückführung auf den Stand von 1990;
- Ausweitung der praktischen Umsetzung der DOTS-Strategie, sodass sie mindestens 90% der Bevölkerung in jedem Land der Region zugänglich wird;
- Verringerung des Vorkommens von primär arzneimittelresistenter Tb auf regionaler Ebene auf unter 1% innerhalb von zehn Jahren (bis 2012);
- Etablierung von DOTS im weiteren Kontext der nationalen Gesundheitspolitik und ihrer Planung;
- Anpassung der DOTS-Strategie an sich wandelnde Gesundheitssysteme. Das gilt für Bereiche wie Planung, Erweiterung, Leitlinien, Finanzierung, Kompetenz der Mitarbeiter, Arzneimittelversorgung, Versorgungsleistungen, Monitoring und Evaluation, Überzeugungsarbeit, gesellschaftliche Bewußtseinsbildung und angewandte Forschung.

Einzelziele

Bis Ende 2005 sind folgende globale Einzelziele zu erreichen:

- Eine Behandlungserfolgsrate von mindestens 85% in Fällen einer mit Sputum-Schmierstest nachgewiesenen Lungentuberkulose (PTB+) (oder mindestens 85% bei nachweislichen Tb-Fällen in Ländern der Gruppe 3) im Rahmen des DOTS-Programms;
- Aufnahme von mindestens 70% aller geschätzten PTB-Fälle (oder mindestens 70% der nachgewiesenen Tb-Fälle in Ländern der Gruppe 3) in die DOTS-Programme, d. h. eine 70%ige DOTS-Fallerfassung.

Bis Ende 2006 sind folgende regionale Einzelziele zu erreichen:

DOTS-Erweiterung in sich wandelnden Gesundheitssystemen

- Übernahme der DOTS-Strategie zur Eindämmung und Eliminierung der Tuberkulose, Einsetzung eines zentralen Tb-Koordinators und eines nationalen Expertenteams, das die mit Tb-Bekämpfungsmaßnahmen befassten Fachkräfte anleitet und unterstützt;
- Anpassung der DOTS-Strategie an die Veränderungen des Gesundheitssystems z. B. solche, die sich durch Integration, Dezentralisierung, Zuzahlung, Sozialversicherung, Privatisierung, den ganzen Sektor einbeziehende Ansätze, primäre Gesundheitsversorgung und aus Aspekten des Patientenrechts ergeben;
- Sicherung von Tb-Versorgung auf allen Ebenen des Gesundheitssystems, auch in abgelegenen Einrichtungen. Einbeziehung der Gesellschaft insgesamt;
- Auswertung der Behandlungsergebnisse zumindest in allen Fällen von PTB+;

- In Ländern der Gruppe 1: Aufnahme der DOTS-Indikatoren in die Indikatorengruppe zur Messung des Leistungsgrads der Gesundheitssysteme;
- Bereitstellung von DOTS in Einrichtungen des Strafvollzugs, in Übereinstimmung mit dem nationalen Tb-Programm und in enger Verbindung zu den Gesundheitsdiensten für die Allgemeinbevölkerung.

DOTS-Leistungsziel

- Aufnahme aller erfassten Tb-Fälle in die DOTS-Strategie;
- Implementierung der vom Ausschuss „Grünes Licht“ gebilligten DOTS-Plus-Projekte in Regionen/Ländern mit multiarzneimittelresistenter Tuberkulose.

Versorgung mit Arzneimitteln und Arzneimittelqualität

- Kostenlose Behandlung mit Tb-Arzneimitteln von hoher Qualität für alle Formen von Tuberkulose;
- Aufrechterhaltung einer ununterbrochenen Versorgung mit Tb-Arzneimitteln von hoher Qualität durch den Aufbau von lokalen Instanzen, die Arzneimittel in Übereinstimmung mit Standardleitlinien auswählen, sie entsprechend der internationalen Praxis verschreiben und verteilen und die Einnahme überwachen;
- zumindest in Ländern der Gruppe 1: Stärkung der nationalen Aufsichtsbehörde für Arzneimittel, damit die WHO-Standards befolgt und die Anforderungen hinsichtlich der Arzneimittelqualität eingehalten werden;
- Förderung der Zugänglichkeit von Tb-Arzneimitteln der zweiten Generation in vom Ausschuss „Grünes Licht“ gebilligten, spezialisierten Einheiten für multiarzneimittelresistente Tuberkulose;
- Länder der Gruppe 1 und 2, die den Kriterien genügen: Versorgung mit Tb-Arzneimitteln durch die GDF-Initiative.

Labornetze

- Aufbau eines nationalen Laborverbunds und eines zentralen Referenzlabors in jedem Land;
- Kompetenzerweiterung des nationalen Laborverbunds im Hinblick auf bakteriologische Diagnostik (säurefeste Bazillen und Kulturen) und Qualitätssicherung;
- Verknüpfung der nationalen Laborverbände mit dem länderübergreifenden Netzwerk, um Kulturen und Arzneimittelempfindlichkeit zu prüfen.

Fortlaufende Beobachtung und Evaluierung

- Verbesserung des Überwachungssystems zur Bewertung der DOTS-Erweiterung sowie des allgemeinen Leistungsgrads hinsichtlich der Tuberkulosebekämpfung;
- fortlaufende Beobachtung der Arzneimittelresistenz anhand von Einzelfällen oder mittels repräsentativer Erhebungen oder Sentinel-Studien in allen Ländern;
- Aufbau einer Surveillance für Tb/HIV-Doppelfinfektionen in Ländern der Gruppe 1;
- Abschätzung von Tb-Prävalenz und -Mortalität mit Hilfe valider Bevölkerungsstatistiken;
- Verbesserung der Bevölkerungsstatistik;
- zumindest in Ländern der Gruppe 1: Fortlaufende Beobachtung der Mittelverwendung sowie des Finanzierungsumfangs und -defizits von Tb-Bekämpfungsmaßnahmen.

Angewandte Forschung

- Erarbeitung einer Rahmenstrategie zur Bekämpfung der HIV-bedingten Tuberkulose in der Europäischen Region;
- Versorgung von Tb-Patienten mit antiretroviral wirksamen Medikamenten;
- Stärkung der potenziellen Mitarbeiter in der Forschung durch Ausbildung und praktische Schulung auf Länderebene;
- Erarbeitung einer angepassten Tb-Bekämpfungsstrategie für bestimmte Gruppen, etwa für Gefängnisinsassen, Alkoholiker, Obdachlose, Bewohner entlegener Gebiete und Wanderarbeiter. Behandlung von Sonderfragen, wie z. B. geschlechtsspezifische Probleme, grenzüberschreitende Probleme, Problemsituationen nach bewaffneten Konflikten usw.

Wichtige Etappenziele

Bis Ende 2002:

- Voraussichtlich hat das WHO-Regionalkomitee für Europa eine Resolution zur DOTS-Erweiterung in der Europäischen Region angenommen.
- Eine europäische Regionaltagung des Organisationsübergreifenden Koordinationsausschusses Tuberkulose hat stattgefunden.
- Es wurden eine Konsensstrategie für die Eliminierung der Tuberkulose in gering belasteten Ländern (Gruppe 3) sowie Leistungsindikatoren festgelegt.

Bis Ende 2003:

- Alle Länder haben einen zentralen Tb-Koordinator und ihr nationales Expertenteam benannt.
- Alle Länder haben einen Tb-Bekämpfungsplan (DOTS-Strategie) in ihre nationale Gesundheitspolitik aufgenommen.
- Der DOTS-Erfassungsgrad (Bewölkerung und Fallaufnahme) hat 30% erreicht.
- In 30 Ländern der Gruppen 1, 2 und 3 wurde die Messung der Behandlungsergebnisse durch Kohortenanalyse eingeführt, wie von der WHO empfohlen.
- Zehn Länder der Gruppe 1 und 5 Länder der Gruppe 2 stellen jährlich ein Tb-Budget auf. Im Rahmen von jährlich stattfindenden Tb-Tagungen auf Länderebene (Welttuberkulose-tag, Workshops, Konferenzen, Pressekonferenzen, Fernsehsendungen usw.) wird über Finanzierungsergebnisse berichtet.
- Die meisten Länder der Gruppe 1 sowie 5 Länder der Gruppe 2 (Albanien, Bulgarien, ehemalige jugoslawische Republik Mazedonien, Polen und Ungarn) erhalten Tb-Arzneimittel von nachgewiesener Qualität durch die GDF-Initiative oder über das nationale System der Arzneimittelbeschaffung.
- In 30 Ländern wird die Arzneimittelresistenz überwacht.
- Drei Länder (Kasachstan, Litauen und Rumänien) wurden ausgewählt und beginnen mit DOTS-Plus-Projekten (zusätzlich zu den bestehenden DOTS-Plus-Projekten in Estland, Lettland und der Russischen Föderation).

Bis Ende 2005:

- Die DOTS-Erfassung (Bevölkerung und Fallaufnahme) hat zumindest in den Ländern der Gruppe 1 und 2 90% erreicht. In allen Ländern werden die Behandlungsergebnisse mittels Kohortenanalyse gemessen.
- Als Mindestvoraussetzungen für die Qualifikation von Tb-Arzneimitteln gilt: a) Anmeldung bei einer anerkannten und gut funktionierenden staatlichen Aufsichtsbehörde für Arzneimittel (sie regelt die Zulassung, kontrolliert Versorgungswege, beauftragt Labors mit Qualitätskontrollen usw.), b) Zertifizierung nach WHO- oder einem anderen Standard und c) eine mit Rifampicin vergleichende Bioverfügbarkeitsprüfung, vom Lieferanten beizubringen, sowie Nachweis, dass der Herstellungsprozess seit der Bioverfügbarkeitsprüfung nicht abgeändert wurde.
- Die WHO und die europäische Union haben sich darauf geeinigt, die bilaterale Unterstützung für neue Mitgliedstaaten wie die baltischen Länder fortzusetzen.

Bis Ende 2006:

- Die DOTS-Erfassung (Bevölkerung und Fallaufnahme) hat 100% erreicht, zumindest in den Ländern der Gruppe 1 und 2.
- Zumindest in drei großen Ländern der Gruppe 1 wird angewandte Forschung zu Tb-Prävalenzsurveys oder Tb-Mortalitätssurveys betrieben.
- Alle Länder überwachen das Entstehen von Arzneimittelresistenzen.
- Sechs weitere Länder (Bulgarien, Georgien, Kirgisistan, Republik Moldau, Ukraine und Usbekistan) wurden ausgewählt und beginnen mit DOTS-Plus-Projekten.
- Alle Länder überwachen das Vorkommen von Tb-/HIV-Doppelinfectionen.
- Zwei Länder führen in ausgewählten Gebieten angewandte Forschungsprojekte zu anti-retroviraler Behandlung von Patienten durch, die mit Tb und HIV doppelt infiziert sind.
- Länder der Gruppe 1 und 2 erstellen jährlich ein Tb-Budget und berichten über Finanzierungslücken. Dafür werden jährlich in den Ländern stattfindende Tb-Tagungen genutzt (Welttuberkulosestag, Workshops, Konferenzen, Pressekonferenzen, Fernsehsendungen usw.)
- Alle Länder geben Tb-Arzneimittel von nachgewiesener Qualität aus.

Die Strategie des europäischen DOTS-Erweiterungsplans

Allgemeine Strategie

DOTS ist nachweislich die kostenwirksamste Form, die Tuberkuloseepidemie einzudämmen. Der Erfassungsgrad durch DOTS weitet sich in der Region noch aus (im Jahr 2000 waren nur 20% der gemeldeten Fälle für DOTS registriert), während 18 Länder bereits vollständig durch DOTS erfasst werden. Die DOTS-Erweiterung erfordert von den Ländern Ausgaben, die oft nicht eingeplant sind. DOTS ist die Basisstrategie des europäischen DOTS-Erweiterungsplans, der die nachstehenden fünf Schlüsselemente umfasst:

1. Nachhaltiges politisches Engagement ist erforderlich, damit die menschlichen und finanziellen Ressourcen erweitert werden können und die Bekämpfung der Tuberkulose zu einem Anliegen für das ganze Land und zu einem festen Bestandteil des nationalen Gesundheitssystems wird.
2. Die Fallerkennung unter Personen mit Tb-Symptomen, einschließlich lang anhaltender Hustenattacken, muss durch Sputum-Schmiermikroskopie von hoher Qualität möglich sein. Besonderes Augenmerk sollte auf die Fallerkennung in Risikogruppen gelegt werden, etwa unter HIV-infizierten Personen oder Insassen von Strafvollzugseinrichtungen.
3. Für alle Tuberkulosepatienten muss bei angemessenem Fallmanagement eine standardisierte Kurzzeit-Chemotherapie zur Verfügung stehen, eine direkt beobachtete ambulante Behandlung inbegriffen. Das angemessene Fallmanagement beinhaltet die fachlich solide und sozial stützende Begleitung der Behandelten. DOTS wird insbesondere in Ländern der Gruppe 1 empfohlen sowie zur Versorgung von Patienten mit hohem Therapieabbruchrisiko.
4. Eine lückenlose Versorgung mit qualitativ hochwertigen Arzneimitteln, flankiert von verlässlichen Systemen der Arzneimittelbeschaffung, -verteilung und -überwachung, ist unerlässlich.
5. Es muss ein Dokumentations- und Meldesystem geben, das den Therapieerfolg für jeden einzelnen Patienten und den Erfolg des Programms insgesamt festhält.

Diese fünf Elemente der DOTS-Strategie müssen zur Bekämpfung der Tuberkulose mindestens gewährleistet sein. Die Umsetzung der Strategie erfordert deren flexible Anpassung an vielfältige Gegebenheiten. Jedes Land wird seine eigenen Prioritäten setzen und die wichtigsten Aspekte der DOTS-Strategie so variieren, dass sie den spezifischen Anforderungen des Landes gerecht wird.

Ländergruppierungen

Die Länder werden nach drei Kriterien in drei Gruppen zugeordnet: a) Epidemiologische Tb-Trends seit den 1980er Jahren, b) Art und Umfang neuer Maßnahmen, die zum Zweck der Erweiterung der DOTS-Strategie durchgesetzt werden müssen und c) Tb-Mortalität nach Altersgruppen, die die Tuberkulosebelastung der Region widerspiegelt. Höchste Priorität erhalten die Länder der Gruppe 1, insbesondere die fünf größten Länder dieser Gruppe.

Zur Gruppe 1 gehören 16 Länder mit einer Gesamtbevölkerung von 313 Millionen Menschen. Kennzeichnend für diese Gruppe sind die Zunahme der geschätzten Tb-Fallzahlen während der letzten 10 oder 20 Jahre, steigende Meldeziffern (Ausnahme Taschikistan) und eine hohe Tb-Last. Für das Jahr 2002 beträgt die geschätzte Fallzahl für diese Gruppe 433 000. Das sind 77% aller Tuberkulosefälle in der Europäischen Region. Diese Ländergruppe trägt demnach die höchste Tb-Last der Region. Der Erfolg des Kampfes gegen die Tuberkulose in der Region hängt wesentlich davon ab, ob die Länder der Gruppe 1 eine hohe Fallerfassungsrate (70%) erreichen und beträchtliche Behandlungserfolge (85%) beibehalten können, auch in Gebieten mit einem hohen Anteil multiarzneimittelresistenter Tuberkulose. Im Jahr 2000 erreichte DOTS nur 18,5% der Bevölkerung in den Ländern der Gruppe 1 (eine DOTS-Fallerfassung von 16,8%). Die Russische Föderation gehört zu den 22 Ländern der Welt mit der höchsten Tb-Last. Von den 16 Ländern der Gruppe 1 tragen Kasachstan, Rumänien, die Russische Föderation, die Ukraine und Usbekistan mehr als die Hälfte der Tuberkulosegesamtlast in der Europäischen Region, und daher haben diese Länder höchste Priorität.

In der Gruppe 2 sind 11 Länder mit mittlerer Tb-Belastung und einer Gesamtbevölkerung von 197 Millionen Menschen zusammengefasst. Für das Jahr 2002 beträgt die geschätzte Gesamtzahl der Fälle in dieser Gruppe 84 000 oder 15% aller Tb-Fälle in der Europäischen Region. DOTS erreichte im Jahr 2000 nur 14,6% dieser Bevölkerung (20,0% DOTS-Fallerfassung). Abgesehen von einigen wenigen Ländern, die sich in einer Kriegs- oder Nachkriegssituation befinden, verfügen die meisten Länder der Gruppe 2 über eine gute Gesundheitsinfrastruktur, und die Tuberkulosemeldeziffern sind in den vergangenen zehn Jahren gefallen. Dennoch ist die Krankheitsinzidenz hoch, und die Tb-Belastung hat sich in den letzten Jahren nur noch langsam verringert.

Gruppe 3 besteht aus 24 Ländern mit niedriger Tb-Belastung und Tb-Inzidenz und einer Gesamtbevölkerung von ungefähr 363 Millionen Menschen. Für das Jahr 2002 wird eine Gesamtfallzahl von 42 000 oder 7% aller Fälle in der Europäische Region angenommen. Nur 17,8% der Bevölkerung wurden im Jahr 2000 durch DOTS erfasst (19,1% DOTS-Fallerfassung). Grund hierfür war in erster Linie die fehlende Überwachung der Behandlungsergebnisse bei erfassten Patienten. Die Tb-Belastung verringerte sich in den letzten Jahren trotz der günstigen Wirtschaftslage nur noch langsam. In dieser Ländergruppe tritt die Mehrzahl der Tuberkulosefälle, nämlich bis zu 80% aller Fälle, unter Immigranten auf, die aus Hochprävalenzländern stammen. Weitere Risikogruppen sind ältere Menschen, Obdachlose und HIV-infizierte Patienten. Die DOTS-Strategie in dieser Ländergruppe peilt jetzt die Eliminierung der Krankheit an.

Tabelle 1 und 2 zeigen Tuberkulosedaten nach Ländern und Ländergruppen.

Tabelle 1. Ländergruppierung

Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
<p>Länder mit höchster Prioritätsstufe: Russische Föderation,^a Rumänien, Ukraine, Usbekistan, Kasachstan.</p> <p>Weitere 11 Länder: Armenien, Aserbaidshan, Estland, Georgien, Kirgisistan, Lettland, Litauen, Republik Moldau, Tadschikistan, Turkmenistan, Weißrussland.</p>	<p>Albanien, Bosnien-Herzegowina, Bulgarien, ehemalige jugoslawische Republik Mazedonien, Jugoslawien, Kroatien, Polen, Portugal, Spanien, Türkei, Ungarn.</p>	<p>Andorra, Belgien, Dänemark, Deutschland, Finnland, Frankreich, Griechenland, Irland, Island, Israel, Italien, Luxemburg, Malta, Monaco, Niederlande, Norwegen, Österreich, San Marino, Schweden, Schweiz, Slowakei, Slowenien, Tschechische Republik, Vereinigtes Königreich.</p>

^a unter den 22 Ländern mit der weltweit höchsten Tb-Belastung.

Tabelle 2. Tuberkulosesituation nach Ländergruppen in der Europäischen Region, 2000

	Bevölkerung (in Tausend)	Geschätzt			Gemeldet		DOTS Erfassungsgrad
		Tb-Fälle	Tb-positiver Schmier-test	Tb-Sterbefälle	Tb-Fälle	Tb-positiver Schmier-test	
Gruppe 1	313 378	368 835	165 756	58 936	278 675	69 519	18,5%
Gruppe 2	197 468	77 727	34 672	8 908	55 826	16 814	14,6%
Gruppe 3	362 722	45 625	20 385	7 758	35 434	6 597	17,8%
Europäische Region	873 568	492 187	220 813	75 601	369 935	92 927	17,3%
weltweit	6 053 531	8 734 804	3 836 173	1 883 620	3 671 973	1 529 806	55,0%

Schlüsselaspekte und -aktivitäten im Rahmen der DOTS-Strategie

Politisches Engagement und Partnerschaften für die DOTS-Erweiterung

Alle Länder der Gruppe 1 (eine Ausnahme) und 2 (vier Ausnahmen) haben die DOTS-Strategie übernommen und konnten zeigen, dass sich Tuberkulose mit Hilfe von DOTS sowohl in städtischen als auch (sogar entlegenen) ländlichen Gebieten heilen lässt. Die politischen, finanziellen und technischen Möglichkeiten der Länder, DOTS landesweit besser verfügbar zu machen, sind jedoch uneinheitlich. Der Erfassungsgrad der Bevölkerung in den Gruppen 1, 2 und 3 vergrößert sich weiterhin (er betrug im Jahr 2000 jeweils 18,5%, 14,6% und 17,8%), in 18 Ländern ist bereits die gesamte Bevölkerung erfasst.

In 35 Ländern der Europäischen Region wären für eine das gesamte Land abdeckende DOTS-Kampagne mehr politisches Engagement auf zentraler, regionaler, Provinz- und Distriktebene erforderlich. Außerdem müssten in den Ländern der Gruppe 1 und 2 die Ressourcen zur Bekämpfung der Tuberkulose aufgestockt werden.

Auch in Ländern, die DOTS landesweit durchsetzen, stehen der Implementierung weiterhin Hindernisse entgegen. Politiker und Entscheidungsträger müssen davon überzeugt werden, dass gewichtige wirtschaftliche Gewinne langfristige Investitionen in die Tuberkulosebekämpfung rechtfertigen.

Ohne Unterstützung durch Partner, die die erforderlichen fachlichen Inputs, die notwendige Schulung und Ausrüstung beibringen können, ist eine Erweiterung der DOTS-Strategie in den meisten Ländern der Gruppe 1 und 2 nicht möglich. Externe Unterstützung ist auch unabdingbar, um Erreichtes zu sichern und sicherzustellen, dass ein annehmbarer Übergang zur Finanzierung der Tuberkulosebekämpfung aus dem ordentlichen Haushalt der Länder selbst gefunden wird.

Oft kann dem Bedarf aus Mangel an Ressourcen nicht entsprochen werden. Nachstehend sind Vorschläge dazu aufgeführt, wie politisches Engagement und Partnerschaften im Hinblick auf die Tuberkulosebekämpfung intensiviert werden können.

Auf Länderebene

- Es sollten gemeinsame Tagungen der Fach- und Grundsatzausschüsse eines Landes und des Ausschusses für die DOTS-Erweiterung stattfinden.
- Der nationale Organisationsübergreifende Tuberkuloseausschuss sollte Tagungen organisieren.
- Der nationale DOTS-Erweiterungsplan sollte als Bestandteil des Entwicklungsplans für den Gesundheitssektor gesehen werden und darüber hinaus als ein Beitrag zur Entwicklung des Landes allgemein.
- Die Tuberkuloseleitlinien sollten den nationalen Plan für die Tuberkulosebekämpfung (Fallerkennung, Diagnose, Behandlung, Registrierung) und für das Tuberkulosemanagement (Qualitätssicherung, Versorgung mit Arzneimitteln, Umgang mit Risikogruppen, Schulung und Ausbildung, Überwachung) widerspiegeln.
- Jährlich sollten ein Bericht über die Mittelverwendung sowie ein Tuberkulosebudget erstellt werden, aus dem klar ersichtlich wird, welches die landeseigenen Beiträge, die externen Hilfeleistungen und die Finanzierungengpässe sind. Es wird die Durchführung einer Kostenanalyse vorgeschlagen, um einen Haushaltvoranschlag für Posten wie

Arzneimittel, Laborausstattung, Schulung, Supervision, aktive Fallerkennung, angewandte Forschung, Papier- und Druckkosten, Ausrüstung (für Labor, Transport, Büro, Gebäude) Personal (landeseigen und extern) und Öffentlichkeitsarbeit anfertigen zu können. Mindestvoraussetzung ist eine Ausgabenschätzung für Tuberkulosemedikamente.

- Es sollte ein gesetzlicher Rahmen geschaffen werden, der spezifische Maßnahmen der Tuberkulosebekämpfung unterstützt, der flexibel ist und rasch neuen Gegebenheiten angepasst werden kann. Darin sollten unter anderem thematisiert werden: Nationale Tuberkuloseleitlinien, freier Zugang zu Diagnose und Therapie für alle Tuberkulosepatienten, Zuordnung von Personal- und Haushaltsmitteln u.s.w.
- Jährliche Tuberkuloseaktivitätsberichte in englischer Sprache sollten in die Webseite des Regionalbüros gestellt werden. Die Berichterstattung sollte Etat, Finanzbericht und Finanzierungsengpässe umfassen.
- Die Gestaltung des Welttuberkulosetages sollte an den Gegebenheiten im jeweiligen Land ausgerichtet sein.

Auf regionaler Ebene

- Der Organisationsübergreifende Koordinationsausschuss Tuberkulose sollte zu Tagungen einberufen werden.
- Die Ergebnisse von epidemiologischen Untersuchungen, von Surveys zur Arzneimittelresistenz, der Überwachung von Tb-/HIV und die Finanzierungsengpässe sollten auf den Webseiten des Regionalbüros veröffentlicht werden.
- Tuberkulosepatienten und ihre Familien sollten ermuntert werden, sich an den Bekämpfungsmaßnahmen zu beteiligen und ihre Erfahrungen auszutauschen.
- Es sollten Indikatoren erarbeitet werden, die die ökonomischen Auswirkungen, die Aufgeschlossenheit des Personals und das politische Engagement messen.

Tuberkulosearzneimittel für die DOTS-Erweiterung

Der europäische DOTS-Erweiterungsplan soll

- die Tuberkulosetherapie frei zugänglich machen und Arzneimittel von hoher Qualität lückenlos zur Verfügung stellen,
- die Arzneimittelaufsicht der Länder stärken,
- Zugang zu Medikamenten der zweiten Generation bei arzneimittelresistenter Tuberkulose durch spezialisierte, vom Ausschuss „Grünes Licht“ gebilligte Einheiten fördern,
- eine dosisfixierte Kombinationstherapie mit zwei und vier Substanzen anregen, um den ausschließlichen Einsatz von Rifampicin zu verhindern.

Kernfragen und Argumentation im Hinblick auf die Zielerreichung:

- Durch kostenfreien Zugang zur Tuberkulosetherapie können mehr Patienten vollständig behandelt werden. Dies ist ein Beitrag zur Linderung der Armut. Ein einfacher Zugang gewährleistet zudem, dass Patienten und Ärzten sich an die sachdienlichen Vorschriften halten. Selbst geringfügige Behandlungskosten können einer rechtzeitig begonnenen Therapie und der Patientencompliance im Wege stehen und dadurch der Ausbreitung der Infektion Vorschub leisten. Falls Kostenbeiträge für die Versorgung erhoben werden, sollte

damit nicht die allgemeine Zugänglichkeit von Gesundheitseinrichtungen, wie DOTS sie bereitstellt, unterlaufen werden.

- Durch einen Ausbau der Arzneimittelaufsicht in den Ländern kann gewährleistet werden, dass Tuberkulosemedikamente ausschließlich bei dieser Krankheit eingesetzt werden und dass die Arzneimittelqualität gesichert ist. Indem das Regionalbüro, andere Partnerorganisationen und Arzneimittelhersteller ausdrücklich eine aktive Rolle übernehmen, erleichtern sie die Durchsetzung von Produktqualitätsanforderungen für alle Tuberkulosemedikamente und ihre Registrierung bei der Arzneimittelaufsicht des jeweiligen Landes.
- Kombinationspräparate mit fixierter Tablettendosis sollten registriert werden, wobei die mit Rifampicin vergleichbare Bioverfügbarkeit bewertet und die Beibehaltung des Herstellungsprozesses seit der Bioverfügbarkeitsprüfung zertifiziert wird. Durch die Registrierung pharmazeutischer Produkte soll nicht nur die hohe Qualität des Produkts selbst gewährleistet werden, sondern auch die Einhaltung einer guten Herstellungspraxis durch die pharmazeutische Industrie und eine sachgemäße Durchführung der Qualitätskontrollen.
- Die Hersteller von Pharmazeutika haben eingewilligt, Arzneimittel der zweiten Generation zu Vorzugspreisen an DOTS-Plus-Projekte abzugeben, die vom Ausschuss „Grünes Licht“ gebilligt wurden. Tuberkulosemedikamente der zweiten Generation sollten durch spezialisierte Zentren in Ländern abgegeben werden, in denen die DOTS-Strategie Fuß gefasst hat und wo arzneimittelresistente Formen der Tuberkulose aufgetreten sind.
- Kombinationspräparate mit fixierter Dosierung verhüten eine Monotherapie, wirken dem Entstehen von arzneimittelresistenten Tuberkuloseformen entgegen, vergrößern die Compliance von Patient und Arzt, vereinfachen Management und Verteilung der Arzneimittel und verringern das Risiko, dass Rifampicin gegen andere Erkrankungen als Tuberkulose verordnet wird.

Vorgeschlagene Maßnahmen

Auf Länderebene sollte ein Überblick über die jeweilige Beschaffungssituation gewonnen werden (Zulieferer, Hersteller, Qualität der Präparate und Finanzierungsquellen). Die Resultate des DOTS-Plus-Projektes und die Verwendung von Arzneimitteln der zweiten Generation sollten in ausgewählten Gebieten und in anderen Umfeldern beobachtet werden (nur Gruppe 1 und 2).

Das Regionalbüro

- sollte ausgewählten Ländern fachliche Unterstützung bei der Beschaffung und Verteilung von Tuberkulosemedikamenten geben und auf eine verbesserte Beurteilung der Arzneimittelqualität hinwirken,
- sollte einige Länder in akutem Notzustand im Rahmen der GDF-Initiative mit Arzneimitteln beliefern,
- sollte Länder mit einer gut eingeführten DOTS-Strategie und multiarzneimittelresistenter Tb ermutigen, in Übereinstimmung mit den Leitlinien der WHO die Durchführung von DOTS-Plus-Pilotprojekten in Angriff zu nehmen (Anträge auf Zugang zu Arzneimitteln der zweiten Generation sind beim Ausschuss „Grünes Licht“ zu stellen).

Fortlaufende Beobachtung und Surveillance

Die nachstehend aufgeführten Sondermaßnahmen werden auf nationaler und regionaler Ebene durchgeführt, um die Erfolge des Europäischen DOTS-Erweiterungsplans zu messen und Arzneimittelresistenzen und Tb/HIV-Doppelinfectionen unter Beobachtung zu halten.

- In regelmäßig vierteljährlich erscheinenden Berichten werden Analysen des Behandlungserfolgs bei allen gemeldeten und im Sputum-Schmierstest positiven Tb-Fälle publiziert.
- Es wird ein Satz von Indikatoren erarbeitet, anhand dessen sich die DOTS-Erweiterung und das politische Engagement verfolgen lassen. Dazu gehören die Berufung einer hochrangigen Tb-Programmleitung, Größe und administrative Platzierung des nationalen Tb-Programms innerhalb des Gesundheitsministeriums, Veränderungen bei der Mittelzuteilung, das Gehaltsniveau von Mitarbeitern im Tb-Programm im Vergleich zu anderem Personal, konkrete Veränderungen der Tuberkulosepolitik, von Gesetzgebung oder Verordnungen, die Durchsetzung von Strategien, Gesetzen oder Verordnungen mit Bezug auf die Tuberkulose, Quantität und Qualität der Berichterstattung in den Medien, Häufigkeit und Umfang der Öffentlichkeitsarbeit durch die Partner und Sachkoalitionen, Umfang der Diskussion in gesetzgebenden Gremien und politischen Foren und die Menge der nützlichen und unmissverständlichen Grundsatzklärungen durch bekannte Persönlichkeiten und Entscheidungsträger.
- In den drei bevölkerungsreichsten Ländern der Gruppe 1 werden im Rahmen von Forschungsprojekten Prävalenz- und Mortalitätserhebungen durchgeführt. Das Regionalbüro leistet fachliche Unterstützung beim Aufbau einer zuverlässigen Bevölkerungsstatistik. Es werden Ausgangsdaten festgelegt, damit sich nach zehn Jahren abschätzen lässt, ob Tuberkulosemorbidity und -mortality innerhalb dieses Zeitraumes tatsächlich um die Hälfte verringert werden konnten.
- Voraussichtlich kann die beschleunigte DOTS-Erweiterung in der Region und die Einführung von DOTS-Plus in den am stärksten betroffenen Ländern das derzeit hohe Vorkommen von arzneimittelresistenter Tuberkulose verringern. Es sollten systematischere Erhebung zur Arzneimittelresistenz durchgeführt und damit die Trends genauer beobachtet werden.
- In Ländern mit multiarzneimittelresistenter Tuberkulose sollte eine spezielle Resistenzüberwachung für Tuberkulosemedikamente der zweiten Generation erfolgen. Das sollte zunächst in Estland, Lettland und der Russischen Föderation geschehen.
- Durch Sentinel-Gruppen unter den Tuberkulosepatienten in Ländern mit hoher HIV-Prävalenz werden Tb/HIV-Doppelinfectionen fortlaufend beobachtet. Die sich ausbreitende HIV-Epidemie wird zu einem Anstieg der Tuberkulosefallzahlen führen und DOTS in der Praxis vor neue Herausforderungen stellen. Die Überwachung von Tb/HIV-Doppelinfectionen in Ländern oder Gebieten mit hoher HIV/Aids-Prävalenz wird intensiviert. Aids-Beratung in Tuberkulosestationen, Tuberkulotherapie und Aids-Versorgung werden ebenfalls in enger Zusammenarbeit mit den betroffenen Ländern entwickelt.
- Die epidemiologischen Prognosen für Tuberkulose in der Region werden aktualisiert.

Nachhaltige Tuberkulosebekämpfung im Zeichen der Gesundheitsreformen

Die Gesundheitsreform eröffnet einer erfolgreichen Tuberkulosebekämpfung in der Region interessante Perspektiven.

Durch die Reform des Gesundheitssektors ergibt sich die einmalige Gelegenheit, die Tuberkuloseeinrichtungen in die Dienste der allgemeinen primären Gesundheitsversorgung zu integrieren. Dadurch ist es möglich, das DOTS-Netzwerk zu erweitern und die Therapieeinrichtungen näher an die Patienten heranzubringen. Zudem lässt sich die Nachhaltigkeit wirkungsvoller Tuberkulosebekämpfungsprogramme verbessern, wenn die gesamte Finanzierung des Gesundheitssystems

durch geeignete Mechanismen (Sozialversicherung, Gesamtsektorfinanzierung und Kostenbeteiligung) verbessert wird.

Die Reform des Gesundheitssektors stellt eine Herausforderung für das der DOTS-Strategie inhärente Managementsystem dar. Personalabbau, integrierte Arzneimittelbeschaffung, integrierte Berichterstattung, Privatisierung und Kostenbeteiligung, wozu es im Zuge einer Gesundheitsreform oft kommt, können sich auf einige der Schlüsselemente von DOTS nachteilig auswirken. Das betrifft z. B. die Fähigkeit von Gesundheitsfachkräften, Patienten ausfindig zu machen und zu behandeln, die lückenlose Versorgung mit Arzneimitteln, kostenfreie Medikamente und Dienstleistungen und insbesondere die fortlaufende Beobachtung der Behandlungsergebnisse.

Indem die nationalen Tuberkuloseprogramme in die Planung der Gesundheitsreform und der Übergangsperiode einbezogen werden, lässt sich sicherstellen, dass der Tuberkulosebekämpfung nicht die Grundlage entzogen wird und dass sie eher gestärkt denn gefährdet wird. Die Indikatoren für ein erfolgreiches Tuberkuloseprogramm, z. B. hohe Heilungsraten bei neuen und rückfälligen Patienten, können auch als Indikatoren einer günstigen Entwicklung des Gesundheitssystems insgesamt gelten.

Die Erarbeitung eines nationalen, mit der generellen Gesundheitspolitik abgestimmten Tuberkuloseplans ist eine konkrete, auf Länderebene durchzuführende Maßnahme.

Das Regionalbüro leistet ausgewählten Ländern der Gruppe 1 fachliche Unterstützung bei tuberkulosebezogenen Maßnahmen und der Reform des Gesundheitssektors. Das betrifft insbesondere Länder mit getrennt arbeitenden Tuberkulosediensten (Armenien, Kirgisistan, Republik Moldau, Rumänien, Russische Föderation und Ukraine).

Kompetenzbildung für das DOTS-Management

Die Kapazitäten für ein wirkungsvolles Management der DOTS-Strategie müssen ausgebaut werden. Das gilt auch für die bakteriologische Bestätigung der Diagnose (durch Sputum-Schmier-Mikroskopie und Anzüchtung von Kulturen). Auf Provinz- und Distriktsebene besteht weiterhin Bedarf an einschlägig qualifizierten Mitarbeitern, sowohl dort, wo DOTS noch nicht umgesetzt wurde, als auch in DOTS-Gebieten mit starker Mitarbeiterfluktuation. In Abständen sollten Auffrischkurse organisiert werden. Die Reform des Gesundheitssektors macht zudem oft die zusätzliche Schulung und berufsbegleitende Fortbildung von vielseitig einsetzbaren Mitarbeitern erforderlich. Die Ausbildung sowohl der postgraduierten als auch der noch nicht graduierten Studenten muss mit einbezogen werden, wobei die traditionellen Curricula der Hochschulen für Mediziner, Pflegefachkräfte und Laborpersonal so anzupassen sind, dass die DOTS-Strategie dabei Berücksichtigung findet.

Erforderliche Maßnahmen auf Länderebene:

- Abschätzung des Fortbildungsbedarfs und Benennung von Ausbildern;
- Schulungen in Form von Workshops für Managementteams auf zentraler und nachgeordneter Ebene für Allgemeinmediziner, Kliniker, Pflegefachkräfte, Fachkräfte der primären Gesundheitsversorgung, Laboranten, Apotheker und freiwillige Mitarbeiter im öffentlichen und im privaten Sektor;
- Workshops zu speziellen Themen, z. B. Arzneimittelmanagement, Arzneimittelqualität, Programmprüfung, Datenanalyse, Menschenrechte und gefährdete Gruppen;

- Erarbeitung von Curricula, in denen auf die DOTS-Strategie eingegangen wird, in Ausbildungsstätten für Mediziner, Pflegefachkräfte und Laboranten;
- jährliche Tagungen der Kollegengruppen auf zentraler, regionaler und/oder Provinzebene;
- jährlich eine Konferenz mit landesweiter Beteiligung.

Folgende Aktivitäten werden auf regionaler Ebene stattfinden:

- ein von der WHO angeregter internationaler Workshop für nationale und regionale Tb-Manager (in Polen);
- ein von der WHO angeregter internationaler Kurs über Tuberkuloseepidemiologie (in Polen);
- ein internationaler Kurs über Tuberkulosebekämpfung (in Tartu, Estland), organisiert von der finnischen Vereinigung für Lungengesundheit (FILHA) und der Internationalen Union zur Bekämpfung der Lungenkrankheiten (IUATLD);
- ein von der WHO angeregter internationaler Kurs über Tuberkulose und Labormanagement (in Polen);
- ein internationaler Kurs für Tuberkuloseberater am WHO-Kooperationszentrum für Tuberkulose und Lungenkrankheiten in Italien;
- Tagungen des Organisationsübergreifenden Koordinationsausschusses Tuberkulose mit Managern des Tuberkuloseprogramms der Länder;
- eine Regionalkonferenz der IUATLD.

Labortätigkeit

Es muss ein Qualitätssicherungssystem für Labors eingeführt werden, um Zuverlässigkeit, Effizienz und die Inanspruchnahme der Labordienste zu verbessern. Das Qualitätssicherungssystem beinhaltet a) Qualitätskontrolle als laborinterner Prozess, der von allen Mitarbeitern getragen wird, b) Qualitätsverbesserung auf der Basis der Problemlösung bei Supervisionen vor Ort und c) Prüfung des Leistungsniveaus (oder externe Qualitätskontrolle) durch Kreuzprüfung (Zweitbegutachtung) der Sputumabstriche und der angezüchteten Kulturen sowie Arzneimittelempfindlichkeitstests. Die Kreuzprüfung wird vom Referenzlabor organisiert, das auch Ausstriche oder Bakterienstämme zum Testen an die Labors schicken kann. Zusätzlich zum eigenen Qualitätssicherungssystem sollten sich die Länder dem von WHO/IUATLD unterhaltenen übernationalen Referenzlabornetz anschließen, um die Tuberkulosearzneimittelresistenz zu überwachen. Auf diese Weise lässt sich die Genauigkeit der verwendeten Prüfmethode auf Arzneimittelempfindlichkeit bestätigen, und die in den Ländern gesammelten Daten zur Arzneimittelresistenz werden weltweit vergleichbar.

Folgende Maßnahmen sind auf Länderebene einzuleiten:

- Revision der Rolle und der Anzahl von Tb-Labornetzen;
- Institutionalisierung und Bewertung von Qualitätssicherungssystemen in Ländern der Gruppe 1 und 2;
- Institutionalisierung und Bewertung der Qualitätssicherung bei Kulturen und Arzneimittelempfindlichkeitsprüfungen in allen Ländern;
- jährliche Tagungen und Schulungen für Laboranten auf zentraler, regionaler und Provinzebene;
- jährliche Bewertung der Qualitätssicherung in Labors;

- Vernetzung der nationalen Referenzlabors mit dem übernationalen Laborverbund zur Qualitätssicherung bei Arzneimittelempfindlichkeitstests.

Zusätzlich wird das Regionalbüro die Kompetenzbildung für das Testen von Kulturen und der Arzneimittelempfindlichkeit in den Ländern unterstützen, in denen eine Multiarzneimittelresistenz vorliegt.

Menschen- und Patientenrechte

Die DOTS-Strategie respektiert und schützt die Menschenrechte und fördert die Würde des Einzelnen. Andererseits kann eine unangemessene Zuordnung gesundheitlicher Ressourcen und eine beschränkte Erweiterung von DOTS zu verdeckter Diskriminierung führen.

DOTS sollte dafür sorgen, dass die Rechte des Einzelnen in der Gemeinschaft an erster Stelle stehen. Die DOTS-Strategie gewährleistet, dass die Rechte des Einzelnen gewahrt bleiben, z. B. das Recht des Patienten auf seine Intimsphäre und eine nicht diskriminierende Behandlung, solange die Mitarbeiter flexibel und patientenorientiert arbeiten. Die direkt beobachtende Therapie oder eine stationäre Behandlung sollten als Unterstützung und Dienstleistung betrachtet werden, bei der die Patientenrechte respektiert werden, und nicht als lästige Verpflichtung.

Zwar ist bei „unzuverlässigen“ Patienten wie chronischen Alkoholikern, ehemaligen Insassen von Strafvollzugseinrichtungen oder Menschen, die nicht im Vollbesitz ihrer geistigen Kräfte sind, nicht mit Compliance zu rechnen. Druck kann andererseits die gegenteilige Wirkung haben, sofern nicht mit der gebotenen Vorsicht vorgegangen wird.

Mit der DOTS-Erweiterung werden soziale Rechte, eine chancengleiche Behandlung sowie Schutz der gefährdetsten Gruppen in der Bevölkerung aktiv gefördert. Die Strategie erreicht die große Mehrheit der Tuberkulosefälle, die im öffentlichen Sektor betreut werden.

DOTS-Erweiterung, Achtung der Menschenrechte und Förderung der Patientenrechte sind die Zielpunkte, auf die die nachstehend aufgeführten Aktivitäten der Länder oder des Regionalbüros ausgerichtet sind:

- Schulungsveranstaltungen auf Länderebene über die Einstellung der mit Tuberkulose befassten Gesundheitsfachkräfte zu den Patientenrechten;
- regionale Tagungen über Menschen- und Patientenrechte und gefährdete soziale Gruppen;
- Anregung für geheilte ehemalige Tuberkulosepatienten und ihre Familien, Selbsthilfeverbände zu gründen und sich auf allen Ebenen am Entscheidungs- und Umsetzungsprozess zu beteiligen.

Soziale Unterstützung und Sozialversicherung

Die meisten Länder der Europäischen Region verfügen über umfangreiche Erfahrungen mit sozialer Unterstützung für Tuberkulosepatienten im Rahmen der sozialen Absicherung. Durch soziale Unterstützung wird Armut gelindert, die Fallerkennung und die Erfolgsziffern bei „unzuverlässigen“ Patienten werden verbessert, und Tuberkulosepatienten kommen in den Genuss kostenfreier Dienste.

Staatliche Unterstützung kann in Form von Lebensmittelzuwendungen für Tuberkulosepatienten erfolgen, als Lohnfortzahlung während der Behandlung, in Form von kostenloser Behandlung und Dienstleistung, kostenlosem Transport usw. In seltenen Fällen kann die staatliche Unterstützung

dazu führen, dass Patienten an der Heilung weniger interessiert sind, falls die Unterstützungsmaßnahmen nicht Teil der Tb-Versorgung an sich sind. Maßnahmen der Wohlfahrt und der Sozialversorgung garantieren am ehesten eine nachhaltige Tuberkulosebekämpfung und sollten in Übereinstimmung mit der DOTS-Strategie gehandhabt werden.

Spezifische Aspekte der DOTS-Strategie für einzelne Ländergruppierungen

Länder der Gruppe 1

Alle Schlüsselemente und Aktivitäten der DOTS-Strategie sind in den Ländern der Gruppe 1 zu realisieren. Nachstehend werden einige Besonderheiten erläutert.

Multiarzneimittelresistente Tuberkulose und DOTS-Erweiterung

In Estland, Lettland und der Russischen Föderation gefährdet die multiarzneimittelresistente Tuberkulose die Fortführung der wirksamen Tuberkulosebekämpfung. In den meisten Ländern ist der tatsächliche Umfang des Problems nicht bekannt. Das gilt insbesondere für die Länder der Gruppe 1, wo noch nicht evaluiert wurde, wie groß der Anteil der multiarzneimittelresistenten Tb ist. Diese Form der Krankheit behindert die Tuberkulosebekämpfung erheblich, weil sie gerade in einigen Ländern der Gruppe 1 schwer bis unmöglich zu diagnostizieren ist. Undiagnostiziert bleiben die Patienten jedoch über lange Zeit Träger von arzneimittelresistenten Stämmen von *Mycobacterium tuberculosis*, und die Übertragung der multiarzneimittelresistenten Tb in ihrer Gemeinde ist unvermeidbar. Zudem ist die Behandlung der multiarzneimittelresistenten Tb sehr viel teurer und der Behandlungserfolg geringer als bei der durch arzneimittlempfindliche Stämme von *M. tuberculosis* verursachten Tb.

Die multiarzneimittelresistente Tuberkulose wird vorrangig durch ungenügende Patientenführung verursacht, vor allem im Hinblick auf die Wahl des Chemotherapieverfahrens und der Nachbetreuung. Eine unzureichende Behandlung hat die Selektion von resistenten Mutanten zur Folge, die auch natürlicherweise in einer Bakterienpopulation vorkommen. Wenn sich solche Stämme in einer Bevölkerungsgruppe ausbreiten, kommt es zu neuen Tb-Fällen mit primärer Arzneimittelresistenz. Da die wichtigste Ursache der klinisch signifikanten Arzneimittelresistenz in einem Versagen der medizinischen Praxis zu suchen ist (unangemessene Verschreibung von Medikamenten, keine Kontrolle der Einnahme, unzuverlässige Versorgung mit Medikamenten) ist die Prävention der multiarzneimittelresistenten Tb durch Früherkennung neuer Fälle und ihre Behandlung entsprechend der DOTS-Strategie oberstes Gebot.

Durch die beschleunigte Ausweitung von DOTS in der Region können die arzneimittelresistenten Formen der Tb auf ihrem derzeit niedrigen Stand gehalten werden, lässt sich ihre Ausbreitung in einigen Ländern verhindern und dort der Weg für die DOTS-Plus-Strategie ebnen, wo eine hohe Prävalenz von Multiarzneimittelresistenz anzutreffen ist. Es ist zu hoffen, dass der Trend auf diese Weise umkehrbar ist. DOTS-Plus ist gegen die multiarzneimittelresistente Tuberkulose nicht wirkungsvoll, wenn die eigentliche DOTS-Strategie nicht bereits im größten Teil des Landes umgesetzt wird. Diese Umsetzung ist Voraussetzung für eine sinnvolle Tuberkulosebekämpfung und die Prävention von multiarzneimittelresistenter Tb. Unzureichend erkannte und behandelte neue Tuberkulosefälle erweitern die Arzneimittelresistenz des Erregers. Dadurch wiederum wird das Management dieser Form der Tb für die Länder teurer und gefährdet die weltweiten Bemühungen um eine Eindämmung der Krankheit. DOTS und DOTS-Plus sollten daher als zwei Phasen eines fundierten Tuberkulosebekämpfungsprogramms verstanden werden.

Folgende Maßnahmen finden auf Länderebene statt:

- DOTS wird flächendeckend in allen Mitgliedstaaten eingesetzt, einschließlich der Länder mit hoher Arzneimittelresistenz. Dies ist der erste Schritt zur Eindämmung der multiarzneimittelresistenten Tb.
- In allen Ländern wird die Arzneimittelresistenz überwacht. Dies muss systematischer geschehen, damit es nicht unerkannt zu steigenden Fallzahlen mit multiarzneimittelresistenter Tb kommt.
- In ausgewählten Ländern (Estland, Lettland und Russische Föderation) sollte die Resistenz gegen Tb-Arzneimittel der zweiten Generation überwacht werden.
- Es wird dafür gesorgt, dass Medikamente der zweiten Generation gegen die multiarzneimittelresistente Tuberkulose nur in hoch qualifizierten Zentren abgegeben werden.
- Beim Ausschuss „Grünes Licht“ werden Anträge für die Einrichtung von DOTS-Plus-Projekten in Ländern eingereicht, in denen die DOTS-Strategie umgesetzt wurde und wo hohe Fallziffern der multiarzneimittelresistenten Tuberkulose festgestellt werden.

Folgende Maßnahmen erfolgen auf regionaler Ebene:

- In Gebieten mit einer hohen Fallrate arzneimittelresistenter Tb, in denen die DOTS-Strategie umgesetzt wurde, leisten externe Partner der DOTS-Plus-Strategie fachliche Unterstützung.
- Das Regionalbüro koordiniert DOTS-Plus-Projekte und benennt die wichtigsten Partner für jedes Projekt.

Tuberkulosebekämpfung und HIV/Aids

In einigen Ländern der Region (Estland, Lettland, Litauen, Russische Föderation, Ukraine und Weißrussland) wird die sich ausweitende HIV-Epidemie zu einer Zunahme der Tuberkulosefälle führen. Damit ergibt sich für die Implementierung von DOTS eine neue Schwierigkeit.

Die Grundsätze der DOTS-Strategie gelten in gleicher Weise für HIV-positive wie HIV-negative Tuberkulosepatienten. Die Gesundheitsdienste werden jedoch in jedem Fall mit einer steigenden Anzahl von Tuberkulosepatienten konfrontiert sein, weshalb die folgenden Schritte erforderlich sind.

- In Zusammenarbeit mit dem WHO-Hauptbüro wird ein strategischer Rahmenplan für die Bekämpfung der HIV-bedingten Tuberkulose in der Europäischen Region erarbeitet, der an die Bedingungen in den am meisten betroffenen Ländern angepasst und dort umgesetzt werden kann.
- Die Surveillance für Doppelinfektion mit Tb/HIV in Hochprävalenzländern oder -gebieten wird intensiviert.
- Die Mitarbeiter der Tuberkuloseteams werden geschult, sodass sie in den Tuberkulosestationen anonyme und freiwillige Beratung geben und Tests auf HIV/Aids durchführen können.
- Im Zuge angewandter Forschungsvorhaben wird in ausgewählten Gebieten eine anti-retrovirale Therapie für Tuberkulosepatienten mit HIV/Aids eingeleitet.
- Für Gebiete mit hoher HIV/Aids-Prävalenz werden diagnostische Kriterien für pulmonale und extrapulmonale Tuberkulose erarbeitet.

- Es werden Mechanismen für die Koordination von Diensten entwickelt, die HIV/Aids-Patienten betreuen und versorgen. Diese Patienten sollten nicht unnötigerweise mit Tuberkulosepatienten in Kontakt kommen, damit eine Tb-Übertragung vermieden wird. HIV/Aids-Patienten sollten durch dafür eingerichtete Dienste in ihren Wohnungen betreut werden.
- Im Zuge der angewandten Forschung könnten für HIV-positive Patienten Tb-Präventionstherapien (ProTest) entwickelt werden.

Tuberkulosebekämpfung in Einrichtungen des Strafvollzugs

Die Dienste zur Tb-Bekämpfung in der Allgemeinbevölkerung und in Einrichtungen des Strafvollzugs sollten integriert werden, damit überall wirklich in derselben Weise verfahren wird. Gerade in Ländern mit multiarzneimittelresistenter Tuberkulose können fortlaufende Behandlung und die Überprüfung auf Bakterienkulturen und Medikamentenempfindlichkeit nicht in getrennten Systemen stattfinden.

Die Überbelegung einiger Einrichtungen des Strafvollzugs, die Fehlernährung sowie die steigende Zahl der Gefängnisinsassen überhaupt gefährden die DOTS-Erweiterung überdies und könnten die Multiarzneimittelresistenz anschwellen lassen. DOTS in Einrichtungen des Strafvollzugs sollte eng koordiniert mit dem Gesundheitssystem in dem Distrikt realisiert werden, der die betreffende Einrichtung unterhält, sodass eine sinnvolle Strategie sowohl für die Allgemeinbevölkerung als auch für Gefängnisinsassen gewährleistet ist. Es ist sorgsam darauf zu achten, dass die DOTS-Strategie keinen Anreiz für Gefängnisinsassen bietet, sich mit Tb zu infizieren oder infektiös zu bleiben. Weiterhin ist darauf zu achten, dass es nicht zu Diskrepanzen kommt, z. B. weil die DOTS-Strategie in Einrichtungen des Strafvollzugs durch externe Organisation unterstützt wird, während es den staatlichen Tuberkulosediensten in den Gemeinden an Tuberkulosemedikamenten fehlt oder sie personell nicht angemessen ausgestattet sind.

Die Gefängnisinsassen, das Personal der Strafanstalten, die Familien der Insassen und die Bevölkerung im Umkreis der Einrichtung sollten alle von DOTS profitieren. Die Strategie sollte allen genannten Untergruppen gleichzeitig und nach denselben Behandlungsregeln angeboten werden. In Einrichtungen des Strafvollzugs ist eine Anpassung in der Weise denkbar, dass durch Reihenuntersuchungen unter Insassen und Personal aktiv auf Infektionen geprüft wird. Die DOTS-Plus-Strategie kann für Strafvollzugseinrichtungen übernommen werden, sobald sie für die Bevölkerung in der Umgebung der Anstalt etabliert ist. Dadurch ist die fortdauernde Behandlung mit Medikamenten der zweiten Generation in Behandlungsprogrammen gesichert, deren Laufzeit größer ist als das Strafmaß für den betreffenden Gefangenen. Er profitiert dann von Laborkapazitäten, die innerhalb der Strafvollzugseinrichtungen nicht vorhanden sind. Diese Situation muss von nationalen und internationalen Teams sorgfältig überprüft und bewertet werden.

Fortlaufende Beobachtung und Surveillance

- Zusätzlich zur fortlaufenden Beobachtung der DOTS-Erweiterung werden die Länder der Gruppe 1 insbesondere die DOTS-Erweiterung in Gebieten mit hoher Arzneimittelresistenz, in Einrichtungen des Strafvollzugs, in Gebieten mit hoher HIV-Prävalenz und unter bestimmten Gruppen der Bevölkerung unter Beobachtung halten.
- Beobachtung und Surveillance erstrecken sich in Ländern der Gruppe 1 zumindest auf Resultate der Tuberkulosebehandlung, auf die HIV-Surveillance bei Tb-Patienten und auf Arzneimittelresistenzen.

- In drei Ländern mit hoher Tuberkulosebelastung wird die Bevölkerungsstatistik überprüft um abzuklären, ob das erste Einzelziel des Regionalplans erfüllt wurde (Verringerung von Tb-Prävalenz und -Mortalität in der Region um die Hälfte innerhalb von zehn Jahren).
- In regelmäßigen Abständen werden die Maßnahmen zur Bekämpfung der Tuberkulose im Rahmen von nationalen und internationalen Prüfverfahren ausgewertet.
- In den Ländern der Gruppe 1 wird das politische Engagement beobachtet.

Länder der Gruppe 2

Die fünf Kernelemente der DOTS-Strategie definieren auch für diese Ländergruppe den Rahmen. Dennoch werden einige Länder dieser Gruppe den Schwerpunkt nur auf einzelne Elemente der Strategie legen, um spezifische Probleme in Angriff nehmen zu können.

Fortlaufende Beobachtung und Surveillance

- Spanien und die Türkei, die mehr als die Hälfte der Tb-Belastung der Gruppe 2 tragen, sollten die Berichterstattung über Behandlungsergebnisse einführen. In der Türkei sollten weitere Elemente der DOTS-Strategie institutionalisiert werden.
- Mit Hilfe der Bevölkerungsstatistik wird eine Tb-Mortalitätsstudie durchgeführt, die Ausgangsdaten liefern soll, von denen aus bewertet wird, ob das erste Einzelziel des Regionalplans erfüllt wurde (Verringerung der Tb-Prävalenz und -Mortalität in der Region auf die Hälfte innerhalb von zehn Jahren).
- Risikogruppen werden ermittelt und Verbreitungsmuster der Tuberkulose werden geklärt.
- Der Privatsektor sollte ein Melde- und Berichterstattungssystem einführen, z. B. unter Nutzung gesetzgeberische Vorkehrungen oder des Versicherungssystems.

Aktive Fallerfassung unter Kontaktpersonen und in Risikogruppen

Regelmäßige Reihenuntersuchungen in Risikogruppen, Auffinden von Kontaktpersonen, Management von Krankheitsausbrüchen und präventive Chemotherapie sollten vorgenommen werden, um in den Ländern der Gruppe 2 mit Zugang zu kostenloser Tb-Behandlung eine niedrigere Tb-Inzidenz zu erreichen.

Aktive Fallerfassung sollte in Haushalten mit engem Kontakt zu einem Tb-Patienten erfolgen, danach eine sachgemäße Behandlung und Beobachtung der Behandlung in manifesten Fällen sowie eine sechsmonatige präventive Chemotherapie für infizierte Personen aus diesem Kreis.

Gefährdete Personen (etwa Obdachlose, chronische Alkoholiker, HIV/Aids-Patienten, Vertriebene, Flüchtlinge und Bevölkerungsgruppen, die bewaffnete Konflikte überstanden haben) und die Bewohner von Einrichtungen und Anstalten (etwa im Strafvollzug, in Krankenhäusern, Militärlazaretten, Pflegeheimen/Residenzen für Senioren, Unterkünften für Obdachlose und Migranten) haben eine höhere Prävalenz latenter Tuberkuloseinfektionen und manifester Erkrankungen. Regelmäßige Reihenuntersuchungen in diesen Untergruppen der Bevölkerung auf der Grundlage einer Kosten-Nutzen-Bewertung könnten in einigen Ländern der Gruppe 2 beginnen (Albanien und Polen). Diese Maßnahmen sind mit einer sachgerechten Diagnose, Meldung, wirkungsvollen Behandlung und Beobachtung der Behandlung zu kombinieren.

Verbindung mit dem privaten Sektor

Länder der Gruppe 3

Die Länder dieser Gruppe können der Gesundheitsversorgung mehr personelle, fachliche und finanzielle Ressourcen zuweisen als die Länder der anderen Gruppen, und sie verfügen über eine gute Gesundheitsinfrastruktur.

Die fünf Elemente der DOTS-Strategie definieren auch für diese Ländergruppe den Rahmen. Es wird vorgeschlagen, das Ziel, die Krankheit zu eliminieren, offensiver in Angriff zu nehmen.

Fortlaufende Beobachtung und Surveillance

- Angepasst an die Bedingungen im jeweiligen Land werden systematische Melde- und Berichterstattungssysteme sowie die fortlaufende Beobachtung von Behandlungsergebnissen eingeführt.
- Der private Sektor etabliert Melde- und Berichterstattungssysteme und nutzt dabei gesetzliche Verfahren, Versicherungsprogramme, Empfehlungen von Berufsverbänden und die Kreuzprüfung von Fallmeldungen.
- Ausgangsdaten liefert eine Mortalitätsstudie anhand der Bevölkerungsstatistik.

Angepasste DOTS-Strategie

- Das Engagement des staatlichen wie des privaten Sektors für die Eindämmung und letztendlich Eliminierung der Tuberkulose wird auf folgende Weise gefördert:
 - Einrichtung einer fachlichen Leitung und eines Ausschusses für Grundsatzfragen im betreffenden Land;
 - Erarbeitung von Tuberkuloseleitlinien, in denen sich das Programm des jeweiligen Landes für die Bekämpfung und Eliminierung der Tuberkulose (Fallerkennung, Diagnose, Meldung, Behandlung und Berichterstattung über Behandlungsergebnisse) sowie das Tuberkulosemanagement (Qualitätssicherung, Umgang mit Risikogruppen, Reihenuntersuchungen, Auffinden von Kontaktpersonen, Schulung in präventiver Therapie und Überwachung), spiegelt;
 - Schaffung eines Rechtsrahmens (Gesetze, Verordnungen, Bestimmungen, offizielle Verlautbarungen) zur Unterstützung spezifischer Maßnahmen mit dem Ziel, die Tuberkulose einzudämmen und zu eliminieren.
- In definierten Risikogruppen (Immigranten aus Hochprävalenzländern, Obdachlose und HIV-infizierte Patienten) wird regelmäßig eine aktive Fallerkennung betrieben.
- Symptomatische Personen in der Allgemeinbevölkerung werden untersucht. Die Haushalte werden auf Kontaktpersonen überprüft.
- Durch routinemäßiges Anzüchten von Kulturen und Medikamentenempfindlichkeitstests werden Verdachtsfälle bestätigt, insbesondere in Gruppen, in denen das hohe Risiko einer Arzneimittelresistenz besteht.
- Auf Krankheitsausbrüche wird durch aktive Fallidentifikation und das Aufsuchen von Kontaktpersonen reagiert.
- DOTS wird selektiv bei Patienten aus Risikogruppen und in Umfeldern mit geringer Erfolgsrate eingesetzt.

- HIV-neuinfizierte Personen erhalten eine antiretrovirale Therapie und präventive Tuberkulosebehandlung.
- In Fällen von multiarzneimittelresistenter Tuberkulose erfolgt eine Spezialbehandlung, einschließlich der Medikation mit Arzneimitteln der zweiten Generation.
- Es wird dafür gesorgt, dass Medikamente der zweiten Generation gegen eine multiarzneimittelresistente Tuberkulose nur in hochqualifizierten Zentren verabreicht werden.
- Die Surveillance wird auf ein empfohlenes und einheitliches Berichterstattungssystem gestützt, das Fallmeldungen und Behandlungsergebnisse verzeichnet. Die routinemäßige Untersuchung von Sputumausstrichen oder/und die Anzucht von Kulturen erlaubt eine umfassende Bewertung der Behandlungsergebnisse. Eine Qualitätssicherung für die Daten sollte Bestandteil des Verfahrens sein.

Besondere Aufmerksamkeit sollte der Surveillance und den sachgerechten Interventionsmaßnahmen in Risikogruppen gelten, z. B. bei HIV-infizierten Patienten und Immigranten aus Hochprävalenzländern. Regelmäßige Reihenuntersuchungen in Hochrisikogruppen, Aufsuchen von Kontaktpersonen, Management von Krankheitsausbrüchen und präventive Chemotherapie sollten fortgesetzt werden, damit es in den Ländern dieser Gruppe bei einer niedrigen Tuberkuloseinzidenz bleibt.

Forschung und Entwicklung

In Zusammenarbeit mit dem WHO-Hauptbüro und Partnern werden Forschung und Entwicklung in den Bereichen Therapie, Platzierung der Tuberkulosebekämpfung im Gesundheitssektor, fortlaufende Beobachtung und Surveillance gefördert. Die Fortschritte bei der Verbesserung des Instrumentariums für Epidemiologie, Diagnose, Therapie und Prävention der Tuberkulose waren in der Vergangenheit sehr schleppend. Die Forschung in Bezug auf ein epidemiologisches Modell, das in der Region anwendbar und auch finanzierbar ist, insbesondere in den Ländern der Gruppe 1, wird angeregt.

Der europäische DOTS-Erweiterungsplan bietet zahlreiche Möglichkeiten, die Kapazitäten in der angewandten Forschung auf Länderebene auszubauen. Folgende Titel bieten sich an:

Fortlaufende Beobachtung und Surveillance

- Systeme für Meldung und Kreuzmeldung im Privatsektor,
- Kostenwirksamkeit von Reihenuntersuchungen und präventiver Therapie in Hochrisikogruppen,
- Surveillance der Multiarzneimittelresistenz und HIV/Tb-Doppelinfektionen,
- Abschätzung der Tb-Prävalenz und Tb-Mortalitätssurveys anhand der Bevölkerungsstatistiken,
- Leitlinien für Tb-Mortalitätssurveys (Bevölkerungsstatistik),
- Analyse der Gegebenheiten, die den Zugang zu Therapien behindern,
- Analyse der Gründe für hohe Raten von Non-Compliance bei der Behandlung (in den Ländern der ehemaligen Sowjetunion) und
- politisches Engagement.

Bessere Fallerkennung und die Auswirkungen der Gesundheitsreform

- Staatliche/private DOTS-Modelle in verschiedenen Ländern der Gruppen 1, 2 und 3,
- dezentralisierte und integrierte Tb-Behandlungsangebote,
- gesetzlicher Rahmen für die DOTS-Strategie in jeder Ländergruppe,
- Rahmen für die Umsetzung von DOTS,
- Patientenrechte und Einbindung der Patienten in Entscheidungsfindung und Umsetzung.

Multiarzneimittelresistenz

- DOTS-Plus in Gebieten mit multiarzneimittelresistenter Tuberkulose (individualisierte versus standardisierte Strategie),
- Surveillance der Arzneimittelresistenz bei Tuberkulosemedikamenten der zweiten Generation.

HIV/Aids

- Antiretrovirale Therapie für Tuberkulosepatienten und Tuberkulosepräventionstherapie für HIV-infizierte Personen (ProTest).

Arzneimittel und neue Diagnostika

- Überprüfung neuer Arzneimittel und der Dauer des Behandlungsverlaufs bei multiarzneimittelresistenter Tuberkulose,
- Wirkung von Kombinationspräparaten mit festgelegter Dosierung auf die multiarzneimittelresistente Tb,
- Prüfung von vier Kombinationspräparaten mit festgelegter Dosierung unter Programmbedingungen und
- Prüfung neuer diagnostischer Verfahren (Schnellerkennung von Arzneimittelresistenz) in von Multiarzneimittelresistenz betroffenen Ländern.

Sozioökonomische Auswirkungen

- Bewertung der Wirkung von DOTS im Hinblick auf eine Linderung von Armut und deren sozioökonomischer Auswirkung (Beschulung, Ausbildung, Erwerbstätigkeit).

Das Regionalbüro und andere Partner könnten die Länder dabei unterstützen, ihre eigenen Forschungsprioritäten zu setzen und Finanzierungsquellen für die Forschung zu erschließen. Es mangelt an Workshops, die die Forschungskompetenz der Mitarbeiter nationaler Tuberkuloseprogramme betreffen, die nicht in Forschungseinrichtungen arbeiten, fördern. Diese Workshops sollten in Zusammenarbeit mit dem WHO-Hauptbüro durchgeführt werden.

Planung und Koordination

Länderebene

Ein Handlungsplan für die Länder

Die meisten Länder der Gruppe 1 erarbeiten derzeit einen Handlungsplan für die Tb-Bekämpfung, um die DOTS-Strategie den landesspezifischen Gegebenheiten anzupassen. Diese Pläne müssen in enger Zusammenarbeit mit der WHO und den beteiligten multi- und bilateralen Organisationen aktualisiert und dann von den Behörden des Landes gebilligt werden. Im Idealfall stützen sich die Pläne der Länder auf den in der Regionalstrategie vorgezeichneten Maßnahmenkatalog. Es empfiehlt sich, alle Gremien und Organisationen während dieser Vorbereitungszeit einzubeziehen, um ihre aktive Teilnahme zu sichern. Planziel sollte es sein, die für die Region und die Länder bis zum Jahr 2006 gesetzten Vorgaben zu erreichen. Die Pläne sollten alle verfügbaren Ressourcen benennen, d. h. personelle Ressourcen, Finanzierungsquellen und andere Voraussetzungen, die erforderlich sind, um die Zielsetzung zu erfüllen. Weiter sollte benannt und mit Priorität versehen werden, welche zusätzlichen Ressourcen und Inputs von der WHO und anderen Partnern angefordert werden müssen.

Organisationsübergreifende Ausschüsse in den Ländern

In allen Ländern der Gruppe 1 sollte ein organisationsübergreifender Ausschuss für die Bekämpfung von Tuberkulose gebildet werden, der einflussreiche und interessierte Personen, das nationale Tuberkuloseprogramm fachlich unterstützende Stellen, Hilfsorganisationen, staatliche und internationale nichtstaatliche Organisationen, Vereinigungen und Repräsentanten der Bevölkerung in einer Koalition gegen die Tuberkulose vereint. In jedem Jahr sollten Veranstaltungen und Aktivitäten organisiert werden, um den nationalen DOTS-Erweiterungsplan und die darin gesetzten Ziele voran zu bringen.

Zusammenarbeit mit der WHO

Die WHO wird die fachliche Zusammenarbeit fortsetzen, indem sie Länderberater in die Russische Föderation und in die Ukraine entsendet sowie für mehrere Länder zuständige Berater in die zentralasiatischen Republiken und in die Länder auf dem Balkan (Anhang 6).

Der Königlich niederländische Tuberkuloseverband (KNCV) organisierte 1990 den ersten Wolfheze-Workshop als Plattform für Manager der nationalen Tb-Bekämpfungsprogramme in den Niederprävalenzländern Westeuropas. Man hatte erkannt, dass sich diese Länder der Eliminierung der Tuberkulosenäherten, die damit kein Problem für die öffentliche Gesundheit mehr darstellen würde. Allerdings würden sie nach wie vor häufig mit bestimmten Problemen konfrontiert sein. Dazu zählen „Mikroepidemien“, das Wiederaufflammen der Krankheit in sozioökonomisch benachteiligten Bevölkerungsgruppen und Hochrisikogruppen sowie der Import von multiarzneimittelresistenten Fällen von Tuberkulose. Im Rahmen des Workshops sollten allgemein verwendbare Lösungen für diese Probleme diskutiert werden.

Aufgrund der nach 1989 veränderten politischen Situation in Europa konnten Programmmanager aus Mittel- und Osteuropa einbezogen werden. Der Workshop verlagerte daher seinen Schwerpunkt von der Tuberkulosebekämpfung in Niederprävalenzländern auf die Tuberkulosebekämpfung in ganz Europa. Der Workshop will Programmmanagern Gelegenheit geben, geeignete, an den epidemiologischen Bedarf der Länder angepasste Interventionsstrategien zu erarbeiten, deren Umsetzung anzuregen, implementierte Strategien zu evaluieren, epidemiologische Veränderungen zu beobachten und auf neue Entwicklungen hinzuweisen.

Der jährlich stattfindende Wolfheze-Workshop (4–5 Tage Dauer) ist eine Initiative der Weltgesundheitsorganisation (Hauptbüro und Regionalbüro für Europa), des europäischen Zweiges der IUATLD, von KNCV und dem WHO-Kooperationszentrum für Tuberkuloseüberwachung in Europa (EuroTB).

Geschätzter Finanzierungsbedarf

In den Anhängen 7 und 8 sind die Kostenvoranschläge und die Fehlbeträge für die DOTS-Erweiterung aufgeführt.

Regionale Ebene

WHO-Kooperationszentren

In der Europäischen Region der WHO arbeiten fünf Kooperationszentren an Tuberkulosethemen:

- EuroTB am Institut de Veille sanitaire, Paris, Frankreich. Arbeitsgebiet : Tuberkulose-Surveillance in Europa;
- WHO-Kooperationszentrum für Tuberkulose am staatlichen Forschungsinstitut für Tuberkulose und Lungenkrankheiten, Warschau, Polen. Arbeitsgebiet: Internationale Workshops zur Tb-Schulung;
- WHO-Kooperationzentrum für Tuberkulose am Zentralen Tuberkuloseforschungsinstitut, Russische Akademie der Medizin, Moskau, Russische Föderation. Arbeitsgebiet: Entwicklung personeller Ressourcen und fachliche Unterstützung der DOTS-Erweiterung in der Russischen Föderation;
- WHO-Kooperationszentrum für Tuberkulose beim finnischen Verband für Lungengesundheit, Helsinki, Finnland. Arbeitsgebiet: Ressourcenerschließung und Umsetzung von DOTS in den baltischen Ländern und der Russischen Föderation;
- WHO-Kooperationszentrum für Tuberkulose und Lungenkrankheiten an der Fondazione Salvatore Maugeri, Tradate, Italien. Arbeitsgebiet: Schulung von Tuberkuloseberatern und Fachassistenten aus ausgewählten Ländern der Gruppe 1 und 2 sowie die DOTS-Erweiterung in Italien.

Wichtige Geber und Partner

Nachstehend sind die wichtigsten Geldgeber und Partner für die Tb-Bekämpfung in der Europäischen Region sowie das Gebiet (die Gebiete) angegeben, in denen sie tätig sind:

Aga Khan Foundation	Tadschikistan
Caritas	Republik Moldau
Centers for Disease Control and Prevention	Zentralasien, Estland, Lettland, Russische Föderation
Dänemark, Regierung	baltische Länder, Nordwesten der Russischen Föderation
Dänischer Verband für Lungengesundheit	Baltische Länder
Department for International Development, Vereinigtes Königreich	Russische Föderation
Deutsche Gesellschaft für Technische	Georgien, Russische Föderation

Zusammenarbeit

Doctors of the World	Kosovo
East Europe Committee of the Swedish Health Care Community	Russische Föderation
Europäische Kommission: Amt für Humanitäre Hilfe (ECHO)	Albanien, ehemalige jugoslawische Republik Mazedonien
Europäische Union	Ukraine, Überwachung
Europarat	Russische Föderation
FILHA:	Estland, Russische Föderation, Schulungsvorhaben
Finnland, Regierung	Baltische Länder, Nordwesten der Russischen Föderation
Frankreich, Regierung	Republik Moldau, Rumänien, Tadschikistan
Gates Foundation	Russische Föderation
Gorgas/University of Alabama:	Russische Föderation
Institut de Vieille Sanitaire	Überwachung
Internationale Föderation der Rotkreuz- und Rothalbmondgesellschaften	Republik Moldau, Russische Föderation, Tadschikistan, Ukraine, Weißrussland
Internationales Komitee vom Roten Kreuz	Kaukasus
Irland, Regierung	Zentralasien
IUATLD	Technische Hilfe und Ausbildung
Johanniter International	Russische Föderation
KNCV	Technische Unterstützung und Ausbildung
Kreditanstalt für Wiederaufbau	Kirgisistan
Management Sciences for Health	Zentralasien, Republik Moldau, Rumänien, Russische Föderation
Médecins sans Frontières	Kaukasus, Zentralasien, Russische Föderation
Medical Emergency Relief International	Russische Föderation
Niederlande, Regierung	Republik Moldau
Norwegen, Regierung	Baltische Länder, Nordwesten der Russischen Föderation
Norwegischer Herz-Lungen-Verband	Russische Föderation
Österreich, Regierung	Russische Föderation
Open Society Institute	Georgien, Rumänien, Russische Föderation, Erschließung von Humanressourcen
Partners in Health	Russische Föderation
Projekt HOPE	Zentralasien
Public Health-Forschungsinstitut, Moskau	Russische Föderation
Schweden, Regierung/Swedish International Development Cooperation Agency (SIDA)	Baltische Länder, Kosovo, Republik Moldau, Nordwesten der Russischen Föderation, Weißrussland
Schweizerisch-Bulgarische Gesellschaft	Bulgarien

Sonderarbeitsgruppe zur Bekämpfung der übertragbaren Krankheiten/Ostseeregion	Baltische Länder, Nordwesten der Russischen Föderation
US Agency for International Development	Baltische Länder, Zentralasien, Republik Moldau, Rumänien, Russische Föderation, Ukraine

Fachliche Unterstützung durch die WHO

Die WHO ist für die gesamte fachliche und strategische Leitung des europäischen DOTS-Erweiterungsplanes zuständig. Das Regionalbüro für Europa koordiniert alle Aktivitäten im Zusammenhang mit dem europäischen DOTS-Erweiterungsplan. Bei Bedarf bietet die WHO den Ländern für alle Bereiche der Tb-Bekämpfung fachliche Zusammenarbeit an. Die Aufteilung der WHO-Mitarbeiter auf das Regionalbüro und die Länder ist Anhang 6 zu entnehmen.

Die Sonderarbeitsgruppe für den europäischen DOTS-Erweiterungsplan

Das Regionalbüro wird eine Sonderarbeitsgruppe bilden, die alle Aktivitäten koordinieren und bei Bedarf weitere Fachleute innerhalb der WHO heranziehen wird. Diese Sonderarbeitsgruppe wird einen breiteren Ansatz für die Tuberkulosebekämpfung sicherstellen und für enge Koordination mit Tätigkeiten der WHO in Bereichen sorgen wie: Ausbau des Gesundheitssektors, gefährdete/anfällige Bevölkerungsgruppen, ökonomische Analyse, Überwachung von HIV/Aids, Arzneimittelqualität und Management und soziale Mobilisierung. Die Sonderarbeitsgruppe wird gleichfalls für die Koordination mit anderen Regionen der WHO zuständig sein.

Partnerschaften

Der Organisationsübergreifende Koordinationsausschuss Tuberkulose

Um die Koordination der Inputs durch internationale Organisationen auf Länder- und Regionalbene sicherzustellen, wurde der Organisationsübergreifende Koordinationsausschuss Tuberkulose (Tuberculosis Interagency Coordinating Committee) gebildet. Der Ausschuss wird so häufig zusammentreten, wie für eine kritische Sichtung der Fortschritte und nötigen Inputs durch die Partner erforderlich. Bei seinem ersten Zusammentreffen befassten sich die Mitglieder des Ausschusses mit dem europäischen DOTS-Erweiterungsplan und stellten fest, wie die einzelnen Organisationen die Tuberkulosebekämpfung unterstützen könnten. Die Sonderarbeitsgruppe des Regionalbüros wird dem Ausschuss als Sekretariat dienen. Die Funktionen, Zusammensetzung und Arbeitsweise des Ausschusses werden in Anhang 9 vorgestellt.

Organisationsübergreifende Ausschüsse in den Ländern

Sofern dergleichen nicht bereits existiert, sollte in den einzelnen Ländern ein organisationsübergreifender Tuberkuloseausschuss gebildet werden. Er hat die Aufgabe, die Fortschritte bei der Umsetzung des nationalen DOTS-Erweiterungsplanes zu beobachten, optimale Koordination zu gewährleisten und Etat, Ausgaben und Finanzierung zu prüfen. Als Mitglieder des Ausschusses kommen Vertreter aller mit der Tuberkulose befassten Stellen infrage oder solche, die sich für die Tb-Bekämpfung interessieren, weiterhin ausgewählte Ministerien und an der Tb-Bekämpfung interessierte, nichtstaatliche Organisationen.

Ressourcenbedarf

Man braucht für jedes Land genaue Kostenvoranschläge, die den Finanzierungsbedarf für die Erfüllung der globalen Einzelziele erkennen lassen, und zwar sowohl für die Zuweisung von Mitteln an die einzelnen Länder als auch für die Mobilisierung von Hilfsfonds durch die Geber. Wie oben angeführt, wird die Finanzlage des Programms in den einzelnen Ländern laufend verfolgt. Anhand der aktualisierten Angaben lassen sich danach Ausgaben und Ressourcenbedarf einschätzen sowie Finanzierungsquellen und -lücken ermitteln.

Kosten werden schwerpunktmäßig als Ausgaben für das Tuberkuloseprogramm anfallen, und zwar direkt sowie für Einrichtungen und das Personal der allgemeinen Gesundheitsdienste. Der Ausgabenanteil für nicht-Tb-spezifische Aktivitäten oder die Nutzung allgemeiner Gesundheitsdienste (integrierte Medikamentenabgabe, Transport, Röntgen, Mikroskopie, Einrichtungen und Ausrüstung der Gesundheitsdienste usw.) wird nach Standardmethoden berechnet. In den Plänen der Länder, die den Finanzierungsbedarf aufführen, sind zu berücksichtigen:

- Tb-Arzneimittel der ersten und zweiten Generation,
- andere materielle Güter (Labor, Druck, Büro),
- Ausrüstung (Labor, Diagnostik, Transport),
- Betriebskosten für das Personal (Schulung, Supervision, fortlaufende Beobachtung und Surveillance, Reihenuntersuchungen, Transport, Unterhalt),
- Öffentlichkeitsarbeit, soziale Mobilisierung und Tagungen,
- Honorare für fachliche Unterstützung und Leistungen aus dem Land (externe Mitarbeiter),
- Diagnose- und Therapieeinrichtungen,
- Nicht-Tb-Spezifisches (Gebäude, Rehabilitation, Medikamentenverteiler, Transport usw.).

In den vergangenen zehn Jahren standen auf nationaler und internationaler Ebene Ressourcen für den Aufbau und die Erweiterung der DOTS-Strategie nur beschränkt zur Verfügung, was die Erweiterung der Initiative, insbesondere in den Ländern der Gruppe 1, beeinträchtigt hat (Tabelle 3).

Tabelle 3: Geschätzter Etat und Fehlbeträge für Tuberkulosebekämpfung in Ländern der Gruppe 1 2002–2006 (in Millionen US-\$)

		2002	2003	2004	2005	2006	2002–2006
Tb-Medikamente	Bedarf	14–27	15–30	17–33	18–36	20–40	83–167
	Defizit						
Sonstiges	Bedarf	41–68	45–75	50–83	55–91	60–100	250–417
	Defizit						
Insgesamt	Bedarf	55–95	60–105	67–116	73–127	80–140	333–577
	Defizit						

Für die 100%ige Umsetzung von DOTS in den Ländern der Gruppe 1 der Region sind einschließlich der Kosten für Arzneimittel der zweiten Generation ungefähr 55–140 Mio. US-\$ jährlich erforderlich. Der derzeitige Stand aller Länder der Gruppe 1 wird noch bewertet, und zwar im Hinblick auf die verfügbare Summe und den absehbaren jährlichen Fehlbetrag. Mit Hilfe von

standardisierten Methoden wird differenziert berechnet, wie hoch die Kosten für Tb-Arzneimittel, einschließlich der Medikamente der zweiten Generation, und die laufenden Kosten der DOTS-Umsetzung sind.

Die geschätzten Summen schwanken je nach Höhe der Preise für Arzneimittel und andere Posten. Die Schätzungen werden im Zuge der Planung und Budgetierung in den Ländern detailliert zu berechnen oder zu revidieren sein. Die WHO und der Organisationsübergreifende Koordinationsausschuss Tuberkulose kooperieren mit allen Partnerorganisationen, um eine angemessene Mittelausstattung zu erreichen. Um einem unvorhergesehen Bedarf begegnen zu können, braucht man Nothilfemittel.

Anhang 1

Glossar

Manifester Tuberkulosefall

Ein Patient mit positiver Kultur des Komplexes *Mycobacterium tuberculosis* (in Ländern, in denen Kulturen nicht routinemäßig angezchtet werden können, gilt auch ein Patient bei positivem Befund in zwei Sputum-Schmierests für säurefeste Erreger als manifester Fall).

DOTS

Die von WHO/IUATLD zur Bekämpfung der Tuberkulose empfohlene Strategie. Sie umfasst:

- die Bereitschaft der politischen Instanzen, für eine nachhaltige und umfassende Tuberkulosebekämpfung zu sorgen;
- die Fallerkennung durch Sputum-Schmiermikroskopie unter symptomatischen Patienten, die aus eigener Initiative den Gesundheitsdienst aufgesucht haben;
- eine standardisierte Chemo-Kurztherapie mit einer Laufzeit von 6–8 Monaten, zumindest für alle im Sputum-Schmierest positiven Fälle. Zu einem guten Fallmanagement gehören die direkt beobachtete ambulante Therapie (DOT) in der Intensivphase für alle neuen, im Sputum-Schmierest positiven Patienten, die Fortsetzung der Behandlung unter Rifampicin und die gesamte erneute Behandlung;
- die Regelmäßige, lückenlose Versorgung mit allen unentbehrlichen Tuberkulosemedikamenten;
- ein standardisiertes Melde- und Berichterstattungssystem, anhand dessen in jedem einzelnen Fall Fallerkennung, Behandlungsergebnisse und der Leistungsgrad des Tuberkulosebekämpfungsprogramms insgesamt bewertet werden können.

DOTS -Gebiet

Ein Gebiet, in dem die Behandlungsergebnisse für alle gemeldeten Fälle beobachtet werden (Gegensatz: Nicht-DOTS-Gebiete, in denen Behandlungsergebnisse nur für einige der gemeldeten Fälle oder gar nicht festgehalten werden).

DOTS-Fallerkennung

Die Fallzahlen neu gemeldeter positiver Sputum-Schmierests für pulmonale Tuberkulose (PTB+) in DOTS-Gebieten, dividiert durch die geschätzte Gesamtfallzahl von PTB+ in demselben Gebiet. Um eine 70%ige DOTS-Fallerkennungsrate zu erreichen, müssen 70% der geschätzten PTB+-Fälle erkannt und alle gefundenen PTB+-Fälle in die DOTS-Strategie aufgenommen werden.

DOTS-Erfassung

Der Prozentsatz der Bevölkerung eines Landes in geographischen Gebieten, die durch DOTS abgedeckt sind.

Extrapulmonale Tuberkulose

Tuberkuloseerkrankungen anderer Organe als der Lungen, z. B. Pleura, Lymphknoten, Abdomen, Urogenitaltrakt, Haut, Gelenke, Knochen, Hirnhäute usw.).

Globale Zielvorgaben für die Tuberkulosebekämpfung

Erfolgreiche Behandlung von 85% der neuen, im Sputum-Schmieretest positiven Fälle⁵ und Auf-
findung von 70% der geschätzten Neufälle mit positivem Sputum-Schmieretest.⁶

Tb-Hochrisikogruppen

Bevölkerungsuntergruppen mit erhöhtem Tb-Infektionsrisiko. Der in einigen Ländern vorge-
nommenen, willkürlichen Bestimmung zufolge handelt es sich um Gruppen mit mehr als 100
Tb-Fällen pro 100 000 Einwohner. Andere Länder bevorzugen eine relative Risikoeinstufung.

Länder mit niedriger Tuberkuloseinzidenz

Länder mit einer Nettofallmeldung von unter 20 (alle Fälle) pro 100 000 Einwohner und fallen-
der Tendenz.

Pulmonale Tuberkulose, negativer Sputum-Schmieretest (PTB-)

Pulmonale Tb, die nicht der unten angeführten Definition der im Sputum-Schmieretest positiven
Tuberkulose entspricht.

Pulmonale Tuberkulose, positiver Sputum-Schmieretest (PTB+)

Positiver Befund für säurefeste Erreger in eingangs durchgeführten zwei oder mehr Sputum-
Schmieretests **oder** ein positiver Befund im Sputum-Schmieretest für säurefeste Erreger plus rönt-
genologisch feststellbare Anomalien, die laut Urteil eines Klinikers eine aktive Tuberkulose bes-
tätigen, **oder** ein positiver Sputum-Schmieretest für säurefeste Erreger plus einer positiven
Kulturanzüchtung von *M. tuberculosis* aus dem Sputum.

Tuberkulosebelastung

Der Schätzwert für die Tuberkulosebelastung kombiniert die Werte für Frühsterblichkeit und
Krankheitsvorkommen. Üblicherweise wird die Tuberkulosebelastung auf der Grundlage von
Ersterkrankungen und resultierenden Sterbefällen in der Bevölkerung im Verlauf eines Jahres
gemessen. Als Messeinheiten werden verwendet: Durch Frühsterblichkeit verlorene Lebensjahre
(years of life lost (YLL)) sowie mit einer Behinderung gelebte Jahre (years lived with disability
(YLD)). Die Addition beider Werte ergibt die verlorenen behinderungsfreien Lebensjahre (disa-
bility-adjusted life years (DALY)). Für das vorliegende Dokument wurde die Tuberkulosebelas-
tung aufgrund der geschätzten Fallzahlen für alle Formen der Tuberkulose im Jahr 2001 berech-
net.

Tuberkulosefall

Ein Patient mit bakteriologisch bestätigtem Tuberkulosebefund bzw. entsprechender Diagnose
durch einen Kliniker.

⁵ Anzahl der neuen, im Sputum-Schmieretest positiven Fälle, die innerhalb von 12 Monaten oder mehr nach
Aufnahme in das Programm geheilt wurden bzw. deren Behandlung abgeschlossen wurde, dividiert durch die An-
zahl der neuen, im Sputum-Schmieretest positiven Fälle, die 12 Monate vor dieser Periode oder früher in das Pro-
gramm aufgenommen worden waren.

⁶ Die Anzahl der neuen, im Sputum-Schmieretest positiven Fälle, die während einer bestimmten Periode in ei-
nem definierten geographischen Gebiet diagnostiziert wurden, dividiert durch die Anzahl der geschätzten, im
Sputum-Schmieretest positiven Fälle, von denen in diesem Zeitraum in demselben Gebiet auszugehen ist.

Organisationsübergreifender Tuberkuloseausschuss (Tuberculosis Interagency Committee (Tb-IC))

Ein auf Landesebene eingerichteter Ausschuss mit der Aufgabe, den Bedarf an finanziellen Ressourcen zu prüfen, den Input von Partnerorganisationen zu koordinieren und Auffangstrategien für Finanzierungsdefizite zu entwerfen. Der Ausschuss beobachtet außerdem die Fortschritte bei der Erweiterung der DOTS-Erfassung, die allgemeine Zielerreichungsrate von DOTS (70% Fallerkennung und 85% Behandlungserfolg) und erleichtert den Informationsrücklauf zu den Entscheidungsträgern im Land.

Organisationsübergreifende Koordinationsausschuss Tuberkulose (Tuberculosis Interagency Coordinating Committee (Tb-ICC))

Auf regionaler Ebene eingerichteter Ausschuss mit der Aufgabe, im Hinblick auf die Zielsetzung für den Europäischen DOTS-Erweiterungsplan den finanziellen Bedarf zu prüfen, Erfolge und fachliche Hindernisse zu registrieren, den Input von Partnerorganisationen zu koordinieren und für die gesamte Region Auffangstrategien für Finanzierungsdefizite zu entwerfen. Weiterhin beobachtet der Ausschuss Fortschritte hinsichtlich der Erweiterung der DOTS-Erfassung und der allgemeinen DOTS-Zielsetzung (70% Fallerkennung und 85% Behandlungserfolg) und erleichtert den Informationsrücklauf an die Entscheidungsträger in den Ländern.

Anhang 2

Resolution WHA53.1 der 53. Tagung der Weltgesundheitsversammlung – Initiative „Stopp der Tuberkulose“

Die fünfunddreißigste Weltgesundheitsversammlung –

besorgt darüber, dass die weltweite Belastung durch Tuberkulose ein erhebliches Hemmnis für die sozioökonomischen Entwicklung und eine bedeutende Ursache für vorzeitigen Tod und menschliches Leid darstellt,

eingedenk der Tatsache, dass die meisten Länder mit der höchsten Krankheitsbelastung die in Resolution WHA44.8 und WHA46.36 festgeschriebenen globalen Ziele der Tuberkulosebekämpfung für das Jahr 2000 nicht erreichen werden,

die Bildung der Initiative „Stopp der Tuberkulose“ als Antwort auf Resolution WHA51.13, die das Vorgehen gegen die Krankheit beschleunigen und der Koordination von Maßnahmen innerhalb der WHO dienen sollen begrüßend –

1. LEGT es allen Mitgliedstaaten NAHE,

1) sich hinter die Erklärung von Amsterdam „Stopp der Tuberkulose“ als Ergebnis der ministeriellen Konferenz: Tuberkulose und nachhaltige Entwicklung (Amsterdam, März 2000) zu stellen, die von den Teilnehmern dieser Konferenz ausgesprochenen Empfehlungen zur Kenntnis zu nehmen und ihnen gegebenenfalls Folge zu leisten und in dieser Weise den Weg zu bereiten, damit auf der Grundlage einer breiten, langfristigen und hochrangigen politischen Unterstützung der Kampf gegen die Tuberkulose im weiteren Kontext von Gesundheit und sozialer und wirtschaftlicher Entwicklung geführt werden kann,

2) die Tuberkulosebekämpfung zu beschleunigen, indem die Strategie der direkt überwachten ambulanten Kurzzeitbehandlung (DOTS) umgesetzt und ausgeweitet wird, und sich politisch und finanziell dazu zu verpflichten, die durch Resolution WHA44.8 und WHA46.36 gesetzten globalen Zielvorgaben möglichst bald zu erreichen oder zu übertreffen,

3) sicherzustellen, dass ausreichend eigene Ressourcen zur Verfügung stehen, insbesondere in sich Entwicklungsländern, damit sie sich der Herausforderung stellen können, die Tuberkulose aufzuhalten, und sicherzustellen, dass die Kapazitäten für den Einsatz der Ressourcen vorhanden sind,

4) der Intensivierung der Tuberkulosebekämpfung als einem festen Bestandteil der primären Gesundheitsversorgung hohe Priorität zu verleihen,

2. EMPFIEHLT allen Mitgliedstaaten:

1) gemeinsam mit der WHO der globalen Partnerschaft zur Eindämmung der Tuberkulose beizutreten und auf Länderebene Partnerschaften einzurichten und aufrechtzuerhalten mit dem Ziel,

- a) die Resistenz gegen Tuberkulosemedikamente sowie Mittel und Wege zu ihrer Begrenzung zu untersuchen,
 - b) die Labordiagnostik zu verbessern,
 - c) den ärmsten Teilen der Bevölkerung Zugang zu Tuberkulosemedikamenten zu verschaffen,
 - d) Patienten aufzuklären und fortlaufend zu beobachten, um eine bessere Compliance im Behandlungsplan zu gewährleisten,
 - e) Gesundheitsfachkräfte für den Einsatz der DOTS-Strategie zu schulen,
 - f) die Tuberkulosebekämpfung zentral und auf peripherer Ebene in die Einrichtungen und Maßnahmen der primären Gesundheitsversorgung zu integrieren,
- 2) den Fallerkennungs- und Behandlungserfolg – die grundlegenden Messgrößen der Tuberkulosebekämpfung – unter die Leistungsindikatoren aufzunehmen, mit denen die allgemeine Entwicklung des Gesundheitssektors erfasst wird,
- 3) weiterhin das Ausmaß der Auswirkungen der Aids-Epidemie auf die Tuberkuloseepidemie zu bewerten und Strategien zu erarbeiten, damit besser auf Tuberkulose bei Aids-Patienten und in HIV-infizierten Personengruppen eingegangen werden kann, die Koordination von Präventions- und Therapieprogrammen gegen die beiden Epidemien zu beschleunigen, um auf allen Ebenen des Gesundheitssystems ein integriertes Vorgehen zu fördern, sowie im größtmöglichen Umfang die Entwicklung der multiarzneimittelresistenten Tuberkulose zu beobachten und allem nachzugehen, was zu deren Eindämmung führen kann,
3. FORDERT die internationale Gemeinschaft, die Organisationen und Organe der Vereinten Nationen, Geldgeber, nichtstaatliche Organisationen und Stiftungen AUF,
- 1) die globale Partnerschaft zur Eindämmung der Tuberkulose, durch die alle Beteiligten ihre Aktivitäten koordinieren und in der alle mit gemeinsamen Zielen, Sachstrategien und übereinstimmend getragenen Handlungsgrundsätzen arbeiten, zu unterstützen und ihr beizutreten,
 - 2) ihr organisatorisches und finanzielles Engagement im Kampf gegen die Tuberkulose im Kontext der Weiterentwicklung des Gesundheitssektors insgesamt zu verstärken,
4. ERSUCHT die Generaldirektorin, die Mitgliedstaaten, darunter insbesondere die am stärksten durch Tuberkulose belasteten, zu unterstützen, indem
- 1) gegebenenfalls den auf der ministeriellen Konferenz in Amsterdam angesprochenen Empfehlungen Folge geleistet wird,
 - 2) Partnerschaften und Optionen erkundet werden, um sichere, qualitativ hochwertige kurative Medikamenten leichter zugänglich zu machen,

- 3) internationale Investitionen in die Bereiche Forschung, Entwicklung und Verteilung von neuen Diagnostika gefördert werden, sodass die Fallerkennung beschleunigt und die epidemiologische Surveillance gestärkt wird. Das erstreckt sich weiterhin auf die Unterstützung für Mitgliedstaaten, damit Prävalenzsurveys in den Gemeinden oder in Hochrisiko-Teilpopulationen, unter armen und infektgefährdeten Personen durchgeführt werden können, auf neue Arzneimittelzusammensetzungen, zur Verkürzung der Behandlungsdauer sowie auf neue Impfstoffe und andere Public-Health-Maßnahmen mit dem Ziel, der Erkrankung vorzubeugen, Leiden zu lindern und Millionen von Bürgern vor vorzeitigem Tod zu bewahren,
- 4) während der gesamten Entwicklung und Umsetzung der Initiative „Stopp der Tuberkulose“ und bei in diesem Rahmen anfallenden Aktivitäten eine aktive und partizipatorische Partnerschaft mit externen Organisationen unterhalten wird,
- 5) Regionalprogramme unterstützt werden, die der Koordinierung von Tuberkulosebekämpfungsprogrammen dienen.



Anhang 3

Verpflichtung von Washington: Stopp der Tb

22.–23. Oktober 2001, Washington D.C., USA

Das erste Partnerforum „Stopp der Tb“

Unter Beteiligung von Repräsentanten auf Ministerebene aus Ländern mit hoher Belastung, die 80% der globalen Tb-Last tragen, des weiteren von Organisationen und Vertretern der Partner von „Stopp der Tb“, die in Washington D.C. in den Räumlichkeiten der Weltbank zusammengekommen sind in Anerkennung der Tuberkulose als eines entscheidenden Faktors, der die Menschen zu Gefangenen der Armut macht und als solcher die wirtschaftliche Entwicklung behindert, erklärt hiermit seine Bereitschaft, die Erklärung von Amsterdam „Stopp der Tb“⁷ weiterhin in die Tat umzusetzen, mittels *nachdrücklich und beschleunigt durchgeführter Maßnahmen gegen die Tuberkulose während der nächsten 50 Monate, vermehrter Anstrengungen, um die globalen Zielvorgaben der Tuberkulosebekämpfung bis 2005 zu erreichen, und zwar durch die Auffindung von 70% der Personen mit infektiöser Tuberkulose und die erfolgreiche Behandlung von 85% dieser Personen sowie immer besser koordinierter Anstrengungen zur Mobilisierung von Ressourcen.*

Die Teilnehmer des Partnerforums stellen hiermit fest:

I. Wir sind ermutigt durch die Fortschritte, die bei der Umsetzung der Erklärung von Amsterdam erzielt wurden:

- Tuberkulose (Tb) wird nunmehr international zunehmend als soziales und ökonomisches – und gesundheitliches – Problem erkannt.
- Die Zahl der Länder, die DOTS übernehmen, ist beträchtlich gestiegen.
- Mehrere durch Tb hoch belastete Länder haben die DOTS-Erfassung rasch erweitert.
- Eine wachsende Anzahl von Ländern mit hoher Tb-Belastung hat nationale Koordinationsmechanismen wie Partnerschaften geschaffen, um die Unterstützung der Bekämpfungsprogramme zu optimieren. Einige Länder haben zudem Partnerschaften mit dem Privatsektor gebildet.
- Die Globale Partnerschaft „Stopp der Tb“ erweitert sich ständig und entwickelt praktische Mechanismen zur Beschleunigung der Maßnahmen.
- Es wurde ein Globalplan „Stopp der Tb“ erarbeitet, der alle Maßnahmen, Ressourcen und Partnerschaften umfassend beschreibt, die die Fortschritte auf dem Weg zur Eliminierung der Tuberkulose beschleunigen werden.

⁷ Auf der ministeriellen Tagung *Tuberkulose und nachhaltige Entwicklung*, Amsterdam, März 2000.

- Es ist eine erhebliche Zunahme der nationalen und internationalen Ressourcen zu verzeichnen, die in Tb-Bekämpfung und Forschung investiert werden.
- Der Globale Fonds zur Bekämpfung von Aids, Tb und Malaria wird eingerichtet. Er hat den Zweck, den Ländern zusätzliche Ressourcen zuzuführen.
- Die Länder und die Partner haben den Globalen DOTS-Erweiterungsplan erarbeitet, der die erforderlichen Maßnahmen und Ressourcen benennt, damit die globalen Zielvorgaben der Tuberkulosebekämpfung in den 22 hoch belasteten Ländern erreicht werden können.
- Die Globale Initiative für Tb-Arzneimittelbeschaffung (GDF) wurde ins Leben gerufen. Im Rahmen dieser Initiative werden bereits Länder in Afrika, Asien und Osteuropa mit Tuberkulosearzneimitteln zu erheblich reduzierten Preisen beliefert.
- Die Globale Allianz für die Entwicklung von Tuberkulosemedikamenten wurde gegründet. Sie finanziert die Erforschung neuer Arzneimittel.
- Die Globale Arbeitsgruppe zu Tb/HIV setzt sich für die Umsetzung der vielfältigen Interventionsmöglichkeiten zum Abbau der Tb/HIV-Last ein.
- Koordination und Zuweisung von Ressourcen haben der Entwicklung von Tuberkuloseimpfstoffen erneute Aufmerksamkeit und verstärkte Unterstützung verschafft.
- Die Initiative Tb-Diagnostik wurde erweitert und kooperiert jetzt mit weiteren Partnern.

II. Trotz dieser erfreulichen Fortschritte ist kein Raum für Selbstzufriedenheit. Mit großer Sorge stellen wir fest:

Die Öffentlichkeit ist sich nach wie vor des Problems nicht ausreichend bewusst, und der Umfang des politischen und finanziellen Engagements ist unzureichend. Infolgedessen verschlimmert sich die globale Tb-Epidemie anhaltend, sie unterhöhlt die Entwicklung von Familien und Gemeinschaften und somit die Volkswirtschaft. Die Ärmsten der Welt, stigmatisierte Individuen, marginalisierte und sozial schwache Bevölkerungsgruppen (Gefängnisinsassen, Flüchtlinge, Migranten und Obdachlose) sind in einem Teufelskreis von Armut und Krankheit gefangen.

- Nur einer von vier Tuberkulosekranken wird nach DOTS behandelt. Die derzeitige Rate der DOTS-Erweiterung ist noch immer viel zu niedrig, als dass die globalen Zielvorgaben bis 2005 erreicht werden könnten. Das Scheitern der Initiative wird Millionen von Menschen zu Krankheit und Tod verurteilen.
- Die Tuberkuloseepidemie weitet sich aus. Heute sterben mehr Menschen als je zuvor an Tuberkulose – annähernd zwei Millionen Menschen pro Jahr.
- Die Tuberkuloseepidemie nimmt in Afrika um 10% pro Jahr zu – weitgehend aufgrund von HIV/Aids. Weltweit sind dreizehn Millionen Menschen mit Tb und HIV doppelinfiziert. Die Mehrzahl von ihnen lebt in Afrika und Asien.
- Ein ähnlicher Anstieg der Tb-Ziffern wurde in den Ländern der ehemaligen Sowjetunion beobachtet, ausgelöst durch die großen sozioökonomischen Probleme im letzten Jahrzehnt.
- Zwei von drei an Tuberkulose Erkrankten sind junge Erwachsene in der produktivsten Lebensphase – viele leiden außerdem an Aids – die in der Blüte ihrer Jahre aus dem Leben gerissen werden.
- Hunderttausende von Menschen, viele von ihnen sozial benachteiligt und ohne Zugang zu einer wirkungsvollen Therapie, leiden an einer arzneimittelresistenten Form der Tuberkulose.
- Das Ausmaß des durch die Tuberkuloseepidemie verursachten Leidens und Sterbens ist alarmierend und nicht akzeptabel. Es geht um weit mehr als um ein Gesundheitsproblem: Diese menschliche Tragödie verlangt dringend nach Handlung in weltweitem Maßstab, um sowohl der Tuberkulose- als auch der HIV/Aids-Epidemie und ihren Rückwirkungen auf die globale Entwicklung zu begegnen.
- In vielen Ländern gibt es nach wie vor schwerwiegende Hindernisse für die Tb-Bekämpfung: Die personellen und finanziellen Ressourcen reichen nicht aus, und die Infrastruktur ist unzulänglich.

III. Als Partner, darunter Vertreter der Regierungen der 18 am stärksten durch Tb belasteten Länder, erkennen wir, dass in den nächsten 50 Monaten dringende und konkrete Maßnahmen geboten sind, um Fortschritte gegenüber der Tuberkulose zu erzielen und die globalen Zielvorgaben zu erreichen, denen zufolge 70% der Infizierten aufgefunden und 85% der als krank diagnostizierten Menschen geheilt werden sollen. Wir verpflichten uns,

- **sicherzustellen, dass allen Tb-Kranken wirkungsvolle Versorgungsangebote offen stehen, indem**
 1. Entwicklungsstrategien für ausreichende, nachhaltige personelle und finanzielle Ressourcen erarbeitet und umgesetzt werden, damit der Tuberkulose Einhalt geboten werden kann,
 2. auf der DOTS-Strategie basierende Programme für die Prävention der Tuberkulose und die Versorgung von Tuberkulosekranken überall im öffentlichen Gesundheitswesen und in Übereinstimmung mit international akzeptierten Standards und Praktiken ausgeweitet werden,
 3. nachhaltige Systemkapazitäten für Planung, Umsetzung, Management und Evaluierung von Tuberkuloseprogrammen geschaffen werden,
 4. die Tuberkuloseprogramme in den Ländern fortlaufend überwacht und evaluiert werden, mit denen die Krankheit direkt attackiert, die Entstehung von arzneimittelresistenten Erregerstämmen verhindert, und die Menschen verfahren, die sich eine arzneimittelresistente Tuberkulose zugezogen haben, wirksam behandelt werden können,
 5. zwischen öffentlichem und privatem Sektor bei der Zusammenarbeit mit anderen Leistungserbringern im privaten Gesundheitssektor, mit nichtstaatlichen Organisationen (NGOs) und Einrichtungen für soziale Sicherheit eng kooperiert wird,
 6. das Bewusstsein der Bevölkerung für die Tuberkuloseproblematik geschärft und in der Gesellschaft die Bereitschaft geweckt wird, die Tuberkulose zu verhüten und sich der Tuberkulosekranken anzunehmen,
 7. auf nationaler und nachgeordneter Ebene Partnerschaften mit allen Interessengruppen der Gesellschaft, einschließlich Ministerien und staatlicher Organisationen, Partnern aus dem privaten Gesundheitssektor, der Industrie, nichtstaatlicher Organisationen, Einrichtungen der sozialen Wohlfahrt und der Bevölkerung gefördert werden,
- **das dringende Problem der Ko-Epidemie von Tuberkulose und HIV/Aids aufzugreifen durch**
 1. die massive Ausweitung der DOTS-Erfassung, um sicherzustellen, dass Tuberkulosekranke unabhängig von ihrem HIV-Status Zugang zu wirksamer Versorgung und Unterstützung erhalten,
 2. Optimierung einer wirkungsvollen Zusammenarbeit zwischen den Programmen für Tuberkulose- und HIV/Aids-Prävention und -Versorgung, unter Förderung der verstärkten Ausnutzung aller zweckdienlichen Interventionsmöglichkeiten, so auch von freiwilligen Beratungsdiensten und Tests sowie bürgernahen Initiativen für Aufklärung, Versorgung und Betreuung,
 3. Nutzung der Erkenntnisse aus erfolgreichen DOTS-Programmen für die angemessene Behandlung, Versorgung und Betreuung von Personen mit HIV/Aids,
- **wirkungsvolle Maßnahmen zu koordinieren durch**
 1. Zusammenarbeit mit dem Gesundheitssektor; die Versorgung von tuberkulösen Erwachsenen und Kindern ist fester Bestandteil der primären Gesundheitsversorgung und ein wichtiger Beitrag zur umfassenden Entwicklung des Gesundheitssystems der Länder,
 2. sektorübergreifende Zusammenarbeit; die erfolgreiche Bekämpfung der Tuberkulose setzt eine die staatlichen Sektoren übergreifende Zusammenarbeit voraus sowie Handlungsbereitschaft in allen Bereichen der Gesellschaft. Es handelt sich um ein komplexes sozioökonomisches Problem, das die Entwicklung der Menschen behindert und nicht vom Gesundheitssektor allein unter Kontrolle gebracht werden kann,

3. grenzüberschreitende Zusammenarbeit; eingedenk der Tatsache, dass die Tuberkulose keine Grenzen kennt und dass andere Länder, die in diesem Forum nicht vertreten sind, sich ebenfalls mit vielen oder allen der erwähnten Probleme konfrontiert sehen, rufen wir unsere Kollegen in der ganzen Welt auf, sich uns anzuschließen und aktiv *gegen* die Tuberkulose und *für* eine bessere Gesundheit für alle vorzugehen. Die Bekämpfung der Tuberkulose ist ein globales öffentliches Gut und erfordert globales Handeln. Die Epidemie wird sich ungebrochen ausweiten, wenn wir nicht unsere Ressourcen, unsere besten Praxisbeispiele und Instrumentarien innerhalb der Länder und über die Grenzen hinweg miteinander teilen.

IV. Als Partner, einschließlich der durch Tb hoch belasteten Länder, die sich entschlossen für die globale Zielvorgabe einsetzen, die Tuberkulose innerhalb der nächsten 50 Monate zu stoppen, bekräftigen wir unsere Unterstützung für diese Bemühungen.

Wir erkennen an, dass es zuerst und zuoberst unter die Verantwortung der betroffenen Länder fällt, Maßnahmen gegen die Tuberkulose einzuleiten und fortzuführen. Dennoch machen wir darauf aufmerksam, dass oft gerade diejenigen Länder am schwersten betroffen sind, die sich Maßnahmen am wenigsten leisten können. Da es im Interesse der Weltgemeinschaft liegt, den Kampf gegen Tuberkulose weltweit zu unterstützen,

- **verpflichten wir uns, unsere Ressourcen zu teilen, indem wir**
 1. fachliche Unterstützung für globale, regionale und nationale Programme „Stopp der Tb“ und die entsprechenden Maßnahmen leisten,
 2. vermehrt finanzielle Ressourcen für Länder und Partner mobilisieren, um den Globalen Plan „Stopp der Tb“ voranzubringen; dabei müssen bestehende Mechanismen und neue Einrichtungen wie der Globale Fonds zur Bekämpfung von Aids, Tuberkulose und Malaria (GFATM) genutzt werden,
 3. einen Mechanismus zur direkten Finanzierung der Partnerschaft „Stopp der Tb“ schaffen,
- **verpflichten wir uns zu partnerschaftlicher Zusammenarbeit, indem**
 1. wir uns dem Rahmen der Globalen Partnerschaft zum „Stopp der Tb“ anschließen,
 2. wir durch „Stopp der Tb“-Arbeitsgruppen und andere, von der Partnerschaft geschaffene Strukturen zusammenarbeiten, um die Zielsetzung des Globalen Plans „Stopp der Tb“ zu erreichen,
 3. wir die Bildung von organisationsübergreifenden Koordinationsausschüssen oder ähnlichen Einrichtungen auf nationaler und regionaler Ebene fördern und unterstützen,
 4. wir die Fortentwicklung der Globalen Initiative für Tb-Arzneimittelbeschaffung und anderer Initiativen, die im Rahmen der Globalen Partnerschaft zum Stopp der Tb ins Leben gerufen wurden, unterstützen.

V. Gemeinsam, als nationale Regierungen und andere Partner des Bündnisses „Stopp der Tb“ verpflichten wir uns, unsere Fortschritte fortlaufend zu beobachten und die folgenden konkreten Schritte zu unternehmen:

- **Innerhalb der nächsten 50 Tage – bis Ende 2001:**
 - Alle hoch belasteten Länder schließen ihre nationale Planung im Hinblick auf Erfüllung globaler Zielvorgaben der Tb-Bekämpfung ab.
 - Alle an dieser Tagung teilnehmenden Partner bekräftigen Ihr Engagement für den Globalen Plan „Stopp der Tb“.

- Alle Partner unterstützen den Beginn der Arbeit des Globalen Fonds zur Bekämpfung von Aids, Tuberkulose und Malaria.
- ***Innerhalb der nächsten 50 Wochen – bis Ende 2002:***
 - Wir erreichen eine DOTS-Fallerkennungsrate von mindestens 35%.
 - Alle hoch belasteten Länder richten organisationsübergreifende Koordinationsausschüsse oder ähnliches ein, deren Mandat auch die Tuberkulosebekämpfung umfasst.
 - Durch die Globale Initiative für Tb-Arzneimittelbeschaffung werden mindestens eine Million weiterer Patienten mit Arzneimitteln versorgt.
- ***Innerhalb der nächsten 50 Monate – bis Ende 2005:***
 - Wir erreichen eine DOTS-Fallerkennungsrate von mindestens 70% und sichern eine Behandlungserfolgsrate von mindestens 85%.
 - Wir entwickeln und intensivieren wirkungsvolle gegen Tb/HIV und die arzneimittelresistente Tuberkulose (MDR-Tb) gerichtete Bekämpfungsmaßnahmen.
 - Wir erarbeiten den Globalen Plan „Stopp der Tb“ für den Zeitraum 2006-2010.
- ***Innerhalb der nächsten 50 Jahre – bis 2050:***
 - Wir eliminieren die Tuberkulose als weltweites Problem der öffentlichen Gesundheit.

Wir beauftragen das Sekretariat der Partnerschaft „Stopp der Tb“, dem Forum jährlich über die im Hinblick auf diese Ziele erreichten Fortschritte zu berichten.

Anhang 4

**Einzelziele und bis 2006 angestrebte Ergebnisse sowie Etappenziele
für 2002 und 2003**

Einzelziele	2002	2003	2006
Resolution des Regionalkomitees zur DOTS-Erweiterung	X		
Erste Tagung des Tb-ICC	X		
DOTS-Strategie zur Eliminierung der Tb in wenig belasteten Ländern	X		
Leistungsindikatoren in den wenig belasteten Ländern	X		
Ein zentraler Tb-Koordinator und ein Expertenteam aus dem Land		Alle Länder	Alle Länder
DOTS-Erfassung (Bevölkerung und Fallaufnahme)		mindestens 37%	90%
Messung der Behandlungsergebnisse (DOTS)		30 Länder	46 Länder
DOTS-Fallerkennung			70%
Jährlicher Ausgabenbericht und Tb-Etat des Landes, zu externer Unterstützung und Finanzierungslücken		10 Länder der Gruppe 1 5 Länder der Gruppe 2	Alle Länder der Gruppe 1 und 2
Verteilung hochwertiger Tb-Arzneimittel		15 Länder	Zumindest alle Länder der Gruppe 1 und 2
Überwachung der Tb-Arzneimittelresistenz		30 Länder	Alle Länder
Überwachung der Resistenz gegen Tb-Arzneimittel der zweiten Generation			3 Länder
DOTS-Plus-Projekt		3 Länder (d. h. von insgesamt 6)	6 Länder (d. h. von insgesamt 12)
Überwachung von Tb/HIV-Doppelinfectionen		20 Länder	Alle Länder
Antiretrovirale Therapie in ausgewählten Gebieten		1	3
Tb-Mortalitätssurvey (Forschung)		1 Land	3 Länder
Tb-Plan (DOTS-Strategie) im Rahmen der nationalen Gesundheitspolitik		35 Länder	46 Länder
DOTS an die Reform des Gesundheitssystems angepasst (Integration, Dezentralisierung, Kostenbeteiligung, Sozialversicherung, Privatisierung, Ansatz für den gesamten Sektor, Primäre Gesundheitsversorgung, Patientenrechte)	1 Land	6 Länder der Gruppe 1 und 2	46 Länder
Aktive Fallerkennung unter Kontaktpersonen von Tb-Kranken und in Hochrisikogruppen		1 Land der Gruppe 2	5 Länder der Gruppe 2

Anhang 5

DOTS-Erweiterung nach Ländern (Prozentsatz der erfassten Bevölkerung)

Gruppe 1 – Hohe Tb-Belastung

Land	1999	2002	2004	2006
Armenien	80%	100%	100%	100%
Aserbajdschan	12%	100%	100%	100%
Estland	0%	100%	100%	100%
Georgien	96%	100%	100%	100%
Kasachstan	100%	100%	100%	100%
Kirgisistan	100%	100%	100%	100%
Lettland	100%	100%	100%	100%
Litauen	3%	50%	100%	100%
Republik Moldau	0%	83%	100%	100%
Rumänien	4%	50%	100%	100%
Russische Föderation	5%	25/25%*	35/60%*	45/90%*
Tadschikistan	3%	50%	100%	100%
Turkmenistan	0%	20%	50%	100%
Ukraine	0%	4%	17%	40%
Usbekistan	2%	40%	60%	100%
Weißrussland	0%	10%	30%	100%

* Erfassung mit/ohne staatliche Beteiligung.

Gruppe 2 – Mittlere Tb-Belastung

Land	1999	2002	2004	2006
Albanien	0%	50%	100%	100%
Bosnien-Herzegowina	100%	100%	100%	100%
Bulgarien	0%	50%	100%	100%
Kroatien	0%	10%	30%	100%
Jugoslawien	0%	30%	60%	80%
Ehemalige jugoslawische Republik Mazedonien	0%	50%	100%	100%
Polen	11%	30%	100%	100%
Portugal	100%	100%	100%	100%
Spanien	0%	10%	30%	100%
Türkei	0%	10%	30%	100%
Ungarn	100%	100%	100%	100%

Anhang 6

**Für die Tb-Bekämpfung in der Europäischen Region zuständigen
WHO-Mitarbeiter**

Einsatzort	Anzahl der erforderlichen Mitarbeiter/Posten	Derzeitige Anzahl der Mitarbeiter/Posten	Derzeitige oder mögliche Finanzierung
Regionalbüro (Kopenhagen)	4	3	WHO (2) USAID (1)
Russische Föderation	4	2	USAID
Zentralasien (Kasachstan, Kirgisistan, Tadschikistan, Turkmenistan, Usbekistan)	2	1	USAID
Ukraine	1	1	USAID
Balkanländer	1	1	EU
insgesamt	12	7	

Anhang 7

Etat des Regionalbüros für Tb-Bekämpfung, 2000/2001

Finanzquelle	Umfang (in US \$)	
WHO-Haushalt	992 110	
Freiwillige Beiträge	6 574 166	<ul style="list-style-type: none"> • 61% USAID • 23% ECHO • 6% DFID • 5% Finnland, Regierung verbleibende 5% von: <ul style="list-style-type: none"> • Frankreich, Regierung • Irland, Regierung • Norwegen, Regierung • Österreich, Regierung • SIDA • Weltbank
insgesamt	7 566 276	

Anhang 8

**Geschätzter Etat und zusätzlicher Finanzbedarf für die Tb-Bekämpfung
in der Europäischen Region der WHO, 2002–2006 (in US-\$)**

Finanzquelle	2002	2003	2004	2005	2006
Geplante Kosten	4 500 000	4 500 000	4 500 000	4 500 000	4 500 000
Haushalt der WHO	530 000	530 000	k/A	k/A	k/A
Freiwillige Beiträge	3 000 000	3 000 000	k/A	k/A	k/A
Finanzierungslücke	970 000	970 000	k/A	k/A	k/A

Anhang 9

Der Organisationsübergreifende Koordinationsausschuss Tuberkulose (Tuberculosis Interagency Coordinating Committee)

A. Funktion, Zusammensetzung, Arbeitsweise

Der Organisationsübergreifende Koordinationsausschuss Tuberkulose (Tuberculosis Interagency Coordinating Committee (Tb-ICC)) repräsentiert die Interessen und Aufgaben der Partner, die mit der WHO im DOTS-Erweiterungsplan „Stopp der Tb“ in der Europäischen Region der WHO zusammenarbeiten. Er fungiert als Koordinationsorgan für den DOTS-Erweiterungsplan „Stopp der Tb“ in der Europäischen Region der WHO.

1. Funktion

Der Tb-ICC erhält folgende Funktionen:

- a) Er prüft den Jahresbericht zum DOTS-Erweiterungsplan „Stopp der Tb“ in der Europäischen Region der WHO.
- b) Er prüft das Budget, etwaige Fehlbeträge und den Finanzabschluss des DOTS-Erweiterungsplans „Stopp der Tb“ in der Europäischen Region der WHO und empfiehlt dem Regionaldirektor zweckdienliche Schritte zur Verbesserung der Koordination zwischen internationalen Partnern und nationalen Tb-Bekämpfungsmaßnahmen.
- c) Er prüft die fachliche Unterstützung, die erzielten Resultate und die Hindernisse, die sich einer Erreichung der Ziele des DOTS-Erweiterungsplans „Stopp der Tb“ in der Europäischen Region der WHO in den Weg stellen, und legt dem Regionaldirektor die Ergebnisse vor.
- d) Er prüft den regionalen Plan und die nationalen Aktionspläne im Rahmen des DOTS-Erweiterungsplans „Stopp der Tb“ in der Europäischen Region der WHO und legt dem Regionaldirektor seine Empfehlungen vor.
- e) Er prüft unter wissenschaftlichem und fachlichem Gesichtspunkt Inhalt, Umfang und Dimensionen der angewandten Forschungsaktivitäten im Programm, ihre Relevanz für nationale Tuberkuloseprogramme und empfehlenswerte Ansätze.

2. Zusammensetzung

Das Tb-ICC hat folgende Mitglieder:

- *Vertreter von Geldgebern.* Regierungsvertreter der Länder, die im vergangenen Jahr zum allgemeinen Haushalt des DOTS-Erweiterungsplans „Stopp der Tb“ in der WHO-Europäischen Region beigetragen haben.
- *Vertreter der Mitgliedstaaten, die die Tuberkulose bekämpfen.* Regierungsvertreter von Ländern, in denen die Tuberkulose ein großes gesundheitliches Problem darstellt, und Länder, in denen die Tuberkulosebekämpfung aktiv betrieben wird.

- *Internationale Organisationen.* Vertreter der Weltbank und des Entwicklungsprogramms der Vereinten Nationen (UNDP) sowie anderer interessierter Organisationen (WFP, UNFPA, UNICEF, UNHCR usw.)
- *Nichtstaatliche Organisationen.* Vertreter der International Union Against Tuberculosis and Lung Disease (IUATLD), des Königlich niederländischen Tuberkuloseverbands (KNCV) und von EuroTB sowie anderer nichtstaatlicher Organisationen, die der Regionaldirektor jährlich aus der Gruppe der Organisationen auswählt, die gegenüber der WHO ihr Interesse an einer Mitgliedschaft bekundet haben.
- *Experten,* die der Regionaldirektor aufgrund ihrer wissenschaftlichen und fachlichen Kompetenz (Erarbeitung von staatlichen Grundsätzen für die Tuberkulosebekämpfung, angewandte Forschung und Entwicklung) auswählt, damit sie in allen Fragen der Tb-Bekämpfung zu Rate gezogen werden können.

Auf schriftlichen Antrag hin kann der Regionaldirektor, der diese Funktion auch delegieren kann, interessierten Parteien für die Tb-ICC-Tagungen Beobachterstatus verleihen.

3. Arbeitsweise

Der Tb-ICC hält jährlich eine Tagung ab. Auf Vorschlag des Regionaldirektors oder des Vorsitzenden des Ausschusses in Absprache mit dem Regionaldirektor kann er auch häufiger zusammentreten.

Die Mitglieder des Tb-ICC wählen aus ihrer Mitte für eine Amtszeit von zwei Jahren einen Vorsitzenden. Die gewählte Person leitet die Sitzungen des Tb-ICC und übernimmt gegebenenfalls weitere Aufgaben, die mit dem Regionaldirektor abgestimmt werden. Bei jeder Tb-ICC-Tagung wird aus dem Kreis der Ausschussmitglieder ein stellvertretender Vorsitzender und ein Berichterstatter gewählt, die sicherstellen, dass die während der Tagung gefassten Beschlüsse vor Ende der Tagung offiziell angenommen und schriftlich festgehalten werden.

Der Tb-ICC fasst nach Möglichkeit einstimmige Beschlüsse. Beobachter sind eingeladen, sich an den Erörterungen des Ausschusses zu beteiligen. Die WHO-Sonderarbeitsgruppe fungiert als Sekretariat des Tb-ICC und arbeitet ihm nach Bedarf zu.

Das Sekretariat unterrichtet den Tb-ICC über alle Grundsatzbeschlüsse und Empfehlungen zur Tuberkulose und zu damit zusammenhängenden Fragen, die vom WHO-Regionalkomitee für Europa, der Weltgesundheitsversammlung und dem Exekutivrat getroffen werden, sowie über alle das Regionalbüro betreffenden Berichte und Empfehlungen der für strategische und technische Fragen der Tuberkulosebekämpfung zuständigen Beratungsgruppe (STAG).

Die WHO verfasst auf der Grundlage einer umfassenden kritischen Prüfung aller wissenschaftlichen, fachlichen und finanziellen Aspekte des Programms einen Jahresbericht und leistet dem Tb-ICC jede erforderliche Unterstützung.