

## **Antwort**

### **der Bundesregierung**

**auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Dr. Andrew Ullmann, Michael Theurer, Renata Alt, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der FDP  
– Drucksache 19/25165 –**

### **Tuberkulosebehandlung und Prävention während der COVID-19-Pandemie**

#### Vorbemerkung der Fragesteller

Tuberkulose (TB) gehört mit ungefähr 1,4 Millionen Toten (2019) jährlich weltweit zu den tödlichsten Infektionskrankheiten (<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/tuberculosis>). Schätzungen gehen davon aus, dass sich jedes Jahr circa 10 Millionen Menschen, davon 1 Million Kinder, neu mit der Krankheit anstecken, wobei jedoch nur knapp zwei Drittel der Neuinfizierten ärztlich erfasst werden, da die Krankheit sich besonders in den stark von Armut betroffenen Gebieten der Welt verbreitet.

Eine besondere Herausforderung bilden dabei die resistenten Tuberkulosen, die klinisch in MDR bzw. XDR eingeteilt werden und den medizinischen Sektor insbesondere in Nichtindustrienationen vor große Herausforderungen stellt. Die resistenten Tuberkulosen gehen mit einem signifikant schlechteren Outcome der Therapie einher und sind für fast ein Drittel aller durch resistente Krankheitserreger verursachten Todesfälle verantwortlich. Während die Resistenzlage sich weltweit bei Tuberkulose immer weiter zuspitzt, gibt es kaum neue Therapieansätze. So ging die WHO 2019 von fast einer halben Million Neuinfektionen mit einem resistenten Stamm der Tuberkulose aus, wovon wiederum mehr als die Hälfte keinen Zugang zu einer Versorgung hatte. Alle vier Medikamente, die derzeit laut den Richtlinien zur Bekämpfung der Tuberkulose genutzt werden, wurden noch im vergangenen Jahrtausend entwickelt. Seit 2000 haben es lediglich drei neue Medikamente (Stand 2020) bis zur Marktreife geschafft (<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/tuberculosis>). Dazu kommt, dass im Jahr 2020 sich die Mittel für die Prävention, Diagnose und Behandlung von Tuberkulose auf 6,5 Mrd. US-Dollar belaufen. Das ist etwa die Hälfte des von der globalen Gemeinschaft im Jahr 2018 vereinbarten Ziels von 13 Mrd. US-Dollar entspricht (<https://news.un.org/en/story/2020/10/1075352>).

Durch die aktuelle Corona-Pandemie ergeben sich zusätzliche Probleme in der Bekämpfung von Tuberkulose. So wurden infolge der Krise für die Tuberkulosebekämpfung notwendigen finanzielle und personelle Ressourcen in Corona-Maßnahmen investiert. Insbesondere die Daten- und Berichtssysteme zur Erkennung von Infektionen wurden auf die COVID-19-Reaktion priorisiert. Die Zahl an Nichtregistrierungen von Tuberkulose könnte infolge von fehlenden Behandlungen zu steigenden Todesfallzahlen führen. Das könnte weltweit

zu einer Übersterblichkeit an Tuberkulose von 200 000 bis 400 000 Menschen im Vergleich zum Vorjahr führen (<https://www.dw.com/de/corona-gef%C3%A4hrdet-kampf-gegen-tuberkulose/a-55279331>).

Die Beendigung der TB-Epidemie bis 2030 gehört zu den Gesundheitszielen der Ziele für nachhaltige Entwicklung (SDGs) der Vereinten Nationen. Spätestens seit dem UN General Assembly High-Level Meeting im Jahr 2018 (<https://www.who.int/news-room/events/un-general-assembly-high-level-meeting-on-ending-tb>) gibt es weltweit intensiviertere Bemühungen der Staatengemeinschaft, die Problematik anzugehen. Mit der UN-Erklärung „United to End Tuberculosis: An Urgent Global Response to a Global Epidemic“ bekräftigten die Staats- und Regierungschefs ihr Engagement für die Beendigung der Tuberkulose bis 2030. Darin haben sie sich verpflichtet, den Zugang zu leitbaren Medikamenten, einschließlich Generika, zu fördern und 40 Millionen Menschen bis 2022 einen Zugang zu Diagnose und Behandlung zu ermöglichen.

Zusätzlich zu dem Engagement auf internationaler Ebene sind jedoch auch dringend neue Wege und Lösungen notwendig, um die Tuberkulose auch in Deutschland aktiv und effektiv zu bekämpfen. Hierbei ist es von besonderer Bedeutung, gefährdete Gruppen wie Wohnungslose und Menschen aus Risikogebieten beim Screening besonders zu berücksichtigen.

### Vorbemerkung der Bundesregierung

Im Rahmen der UN-Vollversammlung wurden 2018 internationale Ziele zur globalen Reduktion der Tuberkulose vereinbart. Durch die SARS-CoV-2-Pandemie sind die bisher erreichten Erfolge im Kampf gegen die Tuberkulose weltweit gefährdet.

Verschiedene Modellierungen kommen zu dem Schluss, dass es weltweit durch die Unterbrechung der Tuberkuloseversorgung zu einem mittelfristigen Anstieg der Tuberkulosefälle und der dadurch verursachten Todesfälle kommt. Auch die Weltgesundheitsorganisation (WHO) geht für das Jahr 2020 von negativen Auswirkungen der SARS-CoV-2-Pandemie auf die Tuberkulosebekämpfung aus, da es insbesondere in Hochinzidenzländern mit vergleichsweise geringen Ressourcen zu Unterbrechungen bei Prävention, Fallfindung, Diagnosestellung und Versorgung von Tuberkulosepatientinnen und Tuberkulosepatienten gekommen sei. Ein großer Faktor ist dabei die Umverteilung von medizinischem Personal, Diagnostik und Versorgungsstrukturen wie Krankenhausbetten zur Eindämmung der SARS-CoV-2-Pandemie, sodass diese der Tuberkuloseversorgung nur noch eingeschränkt zur Verfügung stehen. Hinzu kommen der erschwerte Zugang zur Gesundheitsversorgung durch Restriktionen im Rahmen von Lockdowns und fehlendes Einkommen für Transport und medizinische Behandlung.

Um zur Beendigung der Tuberkulose-Epidemie beizutragen, beteiligt sich Deutschland an internationalen Initiativen. Dazu gehören der Globale Fonds zur Bekämpfung von Aids, Tuberkulose und Malaria (GFATM), die Impfallianz Gavi und der Global Health Investment Fund (GHIF), der gezielt innovative Finanzierungslösungen für Gesundheitsprobleme in armen Ländern fördert. Im Rahmen der Entwicklungszusammenarbeit mit Partnerländern konzentriert sich Deutschland auf die Förderung nationaler Tuberkulose-Kontrollprogramme in Zentralasien (Kasachstan, Usbekistan, Kirgistan, Tadschikistan) sowie in Pakistan. In allen fünf Ländern wird eine hohe Rate an multiresistenten Tuberkulose-Erregern beobachtet, die gegenüber mehreren Arzneimitteln unempfindlich geworden sind.

Auf nationaler Ebene bleibt die Versorgung von Tuberkulosepatientinnen und Tuberkulosepatienten weiter im Fokus. Hierzu zählt etwa auch die Stärkung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) im „Pakt für den ÖGD“, da der ÖGD

eine wichtige Rolle in der Beratung und Begleitung von Tuberkulose-Erkrankten in Deutschland einnimmt. Um mittelfristig zum Ziel der Eliminierung der Tuberkulose beitragen zu können, sind Ressourcen im ÖGD unverzichtbar, um die Fallfindung in Risikogruppen zu intensivieren oder aufsuchende Beratung anbieten zu können. Zur Planung und Koordinierung der Tuberkulosebekämpfung werden weiterhin Surveillance und Epidemiologie (Robert Koch-Institut), Forschung (Forschungszentrum Borstel, (FZB)), Patientenversorgung und Aufklärungsarbeit (Deutsches Zentralkomitee zur Bekämpfung der Tuberkulose) durch die Bundesregierung gefördert.

1. Wie hat sich die Corona-Pandemie nach Einschätzung der Bundesregierung auf den globalen Kampf gegen Tuberkulose ausgewirkt, und welche Konsequenzen zieht sie daraus?

Menschen mit einer aktiven Tuberkulose und damit reduzierter Lungenfunktion können besonders anfällig für einen schweren Verlauf einer COVID-19-Infektion sein. Zudem geht die Tuberkulose-Fallfindung aufgrund von Umwidmung von Mitteln für die COVID-19-Bekämpfung stark zurück, sodass viele Menschen mit Tuberkulose nicht diagnostiziert werden und dementsprechend auch keine Behandlung erhalten. Modellierungen der WHO deuten darauf hin, dass ein Rückgang der Tuberkulose-Fallfindung um 50 Prozent über drei Monate allein im Jahr 2020 zu 400 000 zusätzlichen Tuberkulose-Todesfällen führen könnte. Dies könnte Fortschritte der vergangenen Jahrzehnte im globalen Kampf gegen Tuberkulose zunichtemachen. Um dies zu verhindern, und um Leben zu retten, müssen Tuberkulose-Programme an Maßnahmen im Zusammenhang mit COVID-19 angepasst werden. Zu diesem Zweck hat die Bundesregierung über den Kernbeitrag (1 Mrd. Euro für 2020 bis 2022) an den Globalen Fonds zur Bekämpfung von AIDS, Tuberkulose und Malaria (GFATM) hinaus weitere 150 Mio. Euro für den COVID-19-Reaktionsmechanismus (C19 RM) des Fonds bereitgestellt. Diese werden unter anderem dafür genutzt, um die Auswirkungen der COVID-19-Pandemie auf die vom Fonds finanzierten Programme inklusive der Tuberkulose-Programme zu minimieren.

2. Wie hat sich die Corona-Pandemie nach Auffassung der Bundesregierung auf die Prävention, Fallfindung und Versorgung von Tuberkulosepatienten und die Prävention von Tuberkulose in Hochprävalenzländern ausgewirkt?

In den ersten Monaten des Jahres 2020 zeigte sich ein starker Rückgang der gemeldeten Tuberkulosefallzahlen in fast allen Ländern; besonders stark war dieser Rückgang in einigen Hochinzidenzländern wie Indien, Indonesien, Philippinen und Südafrika.\* Dies ist multifaktoriell bedingt und die Gründe variieren von Land zu Land. Die COVID-19-Pandemie ist besonders für die ärmsten Länder der Welt mit schwachen Gesundheitssystemen und einer hohen Tuberkulose-Prävalenz herausfordernd: Überlastetes Gesundheitspersonal und erschwerter Zugang zu Tuberkulose-Gesundheitsdienstleistungen (inklusive Prävention, Fallfindung und Versorgung) sind die Folge.

Zudem wirken sich politische Maßnahmen zur Eindämmung der Pandemie – wie beispielsweise Ausgangssperren – und die Umleitung finanzieller, personeller und labortechnischer Ressourcen für die Reaktion auf COVID-19, schwerwiegend auf die Durchführung von Tuberkulose-Programmen in Hochprävalenzländern aus. Aufgrund des hierdurch begrenzten Zugangs zu Tuberkulose-Präventions- und Diagnosedienstleistungen, wird von einer hohen Dunkelziffer an Tuberkulose-Neuinfektionen ausgegangen. Menschen mit Tuberkulo-

\* WHO. Global Tuberculosis Report 2020. In. Geneva World Health Organization 2020.

se, die keine Behandlung erhalten, können die Krankheit unwissend weiterverbreiten.

3. Sieht die Bundesregierung das Ziel der Vereinten Nationen, die Zahl der TB-Infektionen von 2015 bis 2030 um 80 Prozent, die Zahl der Todesfälle um 90 Prozent zu reduzieren, gefährdet?

Welche zentralen Herausforderungen bestehen nach Auffassung der Bundesregierung neben der COVID-19-Pandemie für die angestrebten Ziele?

Jedes Jahr werden etwa drei Millionen Menschen mit Tuberkulose nicht vom Gesundheitssystem erfasst und erhalten deshalb keine adäquate Behandlung. In Kombination mit der durch COVID-19 verursachten hohen Dunkelziffer an Tuberkulose-Neuinfektionen, ist davon auszugehen, dass eine erhöhte Anzahl von Menschen sich mit Tuberkulose infizieren wird und sich die Krankheit unvermindert verbreiten kann.

Zudem stellt das vermehrte Aufkommen von multiresistenter Tuberkulose eine große Herausforderung dar, das unter Sustainable Development Goal 3 („Ein gesundes Leben für alle Menschen jeden Alters gewährleisten und ihr Wohlergehen fördern“ SDG 3) angesiedelte Ziel, die Tuberkulose-Epidemie bis 2030 zu beenden (SDG 3 Target 3) zu erreichen. Denn nur weniger als die Hälfte der mit multiresistenten Erregern infizierten (Multi-Drug-Resistant-TB: MDR-TB) Patientinnen und Patienten schließen eine Behandlung erfolgreich ab.

Die COVID-19-Pandemie wirkt sich weltweit auch nachteilig auf den Kampf gegen HIV/AIDS aus, was zu weiteren Herausforderungen führt, da Menschen mit HIV ein 18-fach erhöhtes Risiko haben, an Tuberkulose zu erkranken. Unter HIV-positiven Menschen ist Tuberkulose nach wie vor die häufigste Todesursache.

4. Wie hat sich nach Kenntnis der Bundesregierung die Zahl der TB-Todesfälle weltweit in den vergangenen fünf Jahren entwickelt?

Wie viele Menschen sind weltweit an einer resistenten TB gestorben (bitte in Jahr, Regionen und Bevölkerungsgruppen – Geschlecht, Alter – aufschlüsseln)?

Die WHO veröffentlicht jährlich auf ihrer Internetseite den Globalen Tuberkulose Bericht, in dem unter anderem die Anzahl der Tuberkulose-Todesfälle insgesamt und bei resistenter Tuberkulose ausgewiesen ist (<https://www.who.int/teams/global-tuberculosis-programme/tb-reports>). Der Bericht wird jährlich aktualisiert. Da in vielen Regionen keine systematisch erhobenen, verlässlichen Surveillancedaten zur Tuberkulose vorliegen, müssen Schätzungen vorgenommen werden. Als Surrogat für die Erfassung resistenter Tuberkulose-Fälle gilt die Anzahl an Patientinnen und Patienten, die an Rifampicin- bzw. multiresistenter Tuberkulose (Resistenz gegenüber mindestens Isoniazid und Rifampicin) erkrankt sind (MDR/RR-TB). Für das Jahr 2020 liegen noch keine Angaben vor. Die Angaben für die Jahre 2015 bis 2019 sind der Tabelle 1 zu entnehmen.

Genaue Daten zur Verteilung der Todesfälle nach Geschlecht und Alter liegen nicht vor. Für das Jahr 2019 können dem Globalen Report Schätzungen zur Verteilung nach Altersgruppen und Geschlecht z. B. bei HIV-negativen TB-Fällen entnommen werden (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/336069/9789240013131-eng.pdf>, S. 44).

Tabelle 1: Anzahl der Todesfälle insgesamt und für multi- bzw. Rifampicin-resistente Tuberkulose (MDR/RR-TB) weltweit und nach WHO Region 2015 bis 2019 (Schätzungen nach WHO; Definition der WHO-Regionen siehe [https://www.who.int/healthinfo/global\\_burden\\_disease/definition\\_regions/en/](https://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/definition_regions/en/))

	2015	2016	2017	2018	2019
<b>Anzahl Tuberkulose-Todesfälle (in Tausenden)</b>					
weltweit	1.790	1.670	1.570	1.490	1.418
WHO-Region Euro	37	31	29	27	24
WHO-Region Östliches Mittelmeer	83	85	92	79	79
WHO-Region Afrika	750		666	608	546
WHO-Region Südostasien	784	687	667	659	652
WHO-Region West-Pazifik	95	108	97	97	90
WHO-Region Amerika	25	23	24	23	23
<b>Anzahl Tuberkulose-Todesfälle MDR/RR-TB<sup>1</sup></b>					
	2015	2016	2017	2018	2019
weltweit	250.000	Nur Abbildung mit Prozent	Nur Abbildung mit Prozent	Nur Abbildung mit Prozent	182.000

<sup>1</sup> Quelle: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250441/9789241565394-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>, <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274453/9789241565646-eng.pdf>, S. 110; <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/329368/9789241565714-eng.pdf>, S. 105; <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/336069/9789240013131-eng.pdf>, S. 107.

5. Wie haben sich nach Kenntnis der Bundesregierung die TB-Infektionszahlen weltweit in den vergangenen fünf Jahren entwickelt (bitte in Jahr, Regionen und Bevölkerungsgruppen – Geschlecht, Alter – aufschlüsseln)?

Die Berichterstattung der WHO gibt Auskunft zur Anzahl der Tuberkulose-Erkrankungsfälle (siehe Tabelle 2). Zu Alter und Geschlecht für die jeweilige Region verweisen wir auf die Zusammenstellung der entsprechenden WHO-Tabellen im Anhang.

Tabelle 2: Anzahl der Tuberkulose-Erkrankungsfälle weltweit und nach WHO-Region 2015 bis 2019 (Schätzungen nach WHO)

	2015	2016	2017	2018	2019
<b>Anzahl Tuberkulose-Erkrankungsfälle (in Tausenden)</b>					
weltweit	10.400	10.400	10.000	10.000	9.960
WHO-Region Euro	323	290	273	259	246
WHO-Region Östliches Mittelmeer	749	766	771	810	819
WHO-Region Afrika	2.720	2.590	2.480	2.450	2.460
WHO-Region Südostasien	4.740	4.670	4.440	4.370	4.340
WHO-Region West-Pazifik	1.590	1.800	1.800	1.840	1.800
WHO-Region Amerika	268	274	282	289	290

6. Wie haben sich nach Kenntnis der Bundesregierung die Resistenzzahlen weltweit bei den TB-Erkrankten in den letzten fünf Jahren entwickelt (bitte in Jahr, Regionen und Bevölkerungsgruppen – Geschlecht, Alter – aufschlüsseln)?

Die folgenden Angaben (siehe Tabelle 3) beziehen sich auf das Vorkommen der multi (MDR-) bzw. Rifampicin-resistenten Tuberkulosen (MDR/RR-TB) als Surrogat für die Entwicklung der multiresistenten Tuberkulose und als Schlüs-

selindikator für die grundsätzliche Entwicklung von Resistenzen. Auch hier liegen keine detaillierten Angaben für Geschlecht und Alter vor (<https://www.who.int/teams/global-tuberculosis-programme/tb-reports>).

Tabelle 3: Geschätzter Anteil an Tuberkulose-Erkrankungsfällen mit multi (MDR-) bzw. Rifampicinresistenten Tuberkulosen (MDR/RR-TB) (<https://www.who.int/teams/global-tuberculosis-programme/tb-reports>)

	2015	2016	2017	2018	2019
<b>Geschätzter Anteil an Tuberkulose-Erkrankungsfällen mit MDR/RR-TB (Unsicherheitsintervall)</b>					
Weltweit neu	3,9 % (2,7–5,1)	4,1 % (2,8–5,3)	3,5 % (2,5–4,7)	3,4 % (2,5–4,4)	3,3 % (2,4–4,4)
Weltweit vorbehandelt	21 % (15–28)	19 % (9,8–27)	18 % (6,3–34)	18 % (7,6–31)	18 % (9,7–27)
WHO-Region Euro neu	16 % (11–20)	19 % (12–26)	17 % (16–18)	18 % (16–19)	17 % (16–18)
WHO-Region Euro vorbehandelt	48 % (42–53)	55 % (43–67)	53 % (46–61)	54 % (47–61)	52 % (45–59)
WHO-Region Östliches Mittelmeer neu	4,1 % (3–5,1)	4,2 % (1,7–6,7)	4,3 % (3,0–5,8)	4 % (2,8–5,4)	4 % (2,8–5,4)
WHO-Region Östliches Mittelmeer vorbehandelt	17 % (12–23)	17 % (14–19)	18 % (2,9–42)	16 % (2,2–41)	12 % (1,5–32)
WHO-Region Afrika neu	3,0 % (1,2–4,9)	2,7 % (2–3,5)	2,7 % (1,7–4,0)	2,5 % (1,6–3,6)	2,6 % (1,6–3,7)
WHO-Region Afrika vorbehandelt	15 % (7,5–22)	14 % (8,4–20)	14 % (0,49–43)	12 % (0,55–39)	11 % (2,2–27)
	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>	<b>2019</b>
WHO Region Südostasien neu	2,6 % (2,3–3,0)	2,8 % (2,4–3,1)	2,7 % (1,8–3,6)	2,6 % (2,0–3,4)	2,5 % (1,9–3,3)
WHO-Region Südostasien vorbehandelt	17 % (15–19)	13 % (10–15)	13 % (4,3–25)	14 % (7,7–23)	14 % (7,7–21)
WHO-Region West-Pazifik neu	5,1 % (3,0–7,2)	5,3 % (2,9–7,8)	5,0 % (2,5–4,7)	4,6 % (3,5–5,9)	4,6 % (3,5–5,9)
WHO-Region West-Pazifik vorbehandelt	26 % (23–30)	25 % (20–29)	24 % (12–38)	16 % (7,4–28)	24 % (16–32)
WHO-Region Amerika neu	2,9 % (1,6–4,2)	2,9 % (1,4–4,3)	2,7 % (1,6–4,0)	2,5 % (1,5–3,8)	2,5 % (1,5–3,8)
WHO-Region Amerika vorbehandelt	12 % (7,3–17)	13 % (6,9–20)	12 % (3,8–24)	12 % (4,0–24)	12 % (3,9–23)

7. Wie hat sich nach Kenntnis der Bundesregierung die Zahl der TB- bzw. HIV-Koinfektionen in den vergangenen fünf Jahren entwickelt (bitte in Jahr, Regionen und Bevölkerungsgruppen – Geschlecht, Alter – aufschlüsseln)?

Die Anzahl der Tuberkulose-/HIV-Koinfektionen weltweit und nach Regionen sind der Tabelle 4 zu entnehmen. Nach Alter und Geschlecht stratifizierte Angaben für die Tuberkulose-/HIV-Koinfektionen liegen nicht vor. Weiterhin ist anzumerken, dass einige Länder, darunter Deutschland, keine Zahlen zu Tuberkulose-/HIV-Koinfektionen erfassen und somit nicht an die WHO melden können.

Tabelle 4: Anzahl der Tuberkulose-/HIV-Koinfektionen weltweit und nach WHO-Region 2015 bis 2019 (Schätzungen nach WHO)

	2015	2016	2017	2018	2019
<b>Anzahl der Tuberkulose-/HIV-Koinfektionen</b>					
weltweit	1170	1030	920	862	815
WHO-Region Euro	273	34	33	30	30
WHO-Region Östliches Mittelmeer	13	9,9	9,8	6,9	7,9
WHO-Region Afrika	834	764	663	615	595
WHO-Region Südostasien	227	163	152	140	117
WHO-Region West-Pazifik	34	29	31	41	36
WHO-Region Amerika	32	30	30	29	29

- a) Welche Maßnahmen ergreift die Bundesregierung, um solche Konfektionen zu bekämpfen und vorhandene Strukturen in den Partnerländern besser darauf auszurichten

Deutschland ist der viertgrößte staatliche Geber für den Globalen Fonds zur Bekämpfung von Aids, Tuberkulose und Malaria (GFATM) und hat von 2002 bis Ende 2020 etwa 3,4 Mrd. Euro an den GFATM gezahlt. Dieser setzt HIV und Tuberkulose-Programme in den Partnerländern um und hat seit 2002 insgesamt 21,9 Mrd. US-Dollar für Maßnahmen gegen HIV/AIDS sowie 7,4 Mrd. US-Dollar für Maßnahmen gegen Tuberkulose zur Verfügung gestellt.\*

Die Bundesregierung, vertreten durch das Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (BMZ), setzt sich in den Steuerungsgremien des GFATM für die Entwicklung und Implementierung von integrierten Programmen ein, die über die jeweiligen Krankheiten hinaus einen Beitrag zur Gesundheitssystemstärkung leisten. So befürwortet die Bundesregierung auch die Umsetzung einer strategischen Initiative zur Tuberkulose-Präventionsbehandlung für Menschen, die mit einer HIV-Infektion leben, durch den GFATM, in der Allokationsperiode 2020–2022. Diese zielt auf eine hohe Abdeckung der Tuberkulose-Präventionsbehandlung bei Menschen, die mit HIV-Infektion leben, ab, um die Morbidität und Mortalität, die durch TB verursacht wurden, in dieser Bevölkerungsgruppe zu senken.

Vermehrt werden die GFATM-Programme zu HIV/AIDS und Tuberkulose gemeinsam umgesetzt. So hat der GFATM bereits 3,1 Mrd. US-Dollar für gemeinsame HIV/Tuberkulose-Programme zur Verfügung gestellt.\*

Im FZ (Finanzielle Zusammenarbeit-)Programm HIV Prävention I/II in Südafrika wurde im Zusammenhang mit HIV-Tests auch standardmäßig auf TB, Sexually Transmitted Infections (STIs) und andere nicht-übertragbare Krankheiten getestet. Bei 1,064 Millionen getesteten Personen wurden 34 605 Tuberkulose-Infektionen neu festgestellt und zur weiteren Behandlung an eine Gesundheitsstation überwiesen.

Die an das Projekt angeschlossenen Corona-Response-Maßnahmen beinhalten auch die Beschaffung von Laborgeräten zur Kapazitätserweiterung beim nationalen Referenzlabor; die Laborgeräte können auch für TB-Diagnostik verwendet werden.

\* <https://data.theglobalfund.org/>.

- b) Wie beurteilt die Bundesregierung die niedrige Erfolgsrate bei der Behandlung von Patienten mit Koinfektionen?

Die Bundesregierung unterstützt die Bestrebungen der WHO, die Therapieerfolgsrate von 85 Prozent (Patientenkohorte 2018), die weltweit unter den Zielen liegt, die in der End-Tuberkulose-Strategie angestrebt werden, weiter zu verbessern (Ziel ist > 90 Prozent). Dazu kann eine weitere Steigerung der HIV-Ko-Testung bei Diagnose einer Tuberkulose mit nachfolgend adäquater HIV-Therapie ebenso beitragen, wie die Ausweitung präventiver Maßnahmen im Rahmen eines konsequenteren Managements von latenten Tuberkuloseinfektionen (LTBI) bei HIV-Infizierten. Darüber hinaus laufen aktuell mehrere groß angelegte klinische Studien, um die Therapie der medikamentensensiblen Tuberkulose, wie auch der resistenten Tuberkulose (auch im Fall einer HIV-Koinfektion) kürzer und verträglicher zu machen. Bei der resistenten Tuberkulose haben hier neue tuberkulosewirksame Medikamente (unter anderem Bedaquilin und Delamanid) dazu beigetragen, in vielen Fällen auf eine intravenöse Gabe von Medikamenten verzichten zu können sowie eine deutlich verkürzte orale Behandlung zu ermöglichen.

8. Mit welchen Maßnahmen und in welchem Umfang hat die Bundesregierung bei der Tuberkulosebekämpfung während der Corona-Pandemie in besonders von Armut betroffenen Länder beigetragen?

Über seine Beiträge zum GFATM (s. o.) hat die Bundesregierung auch während der Corona-Pandemie zur Tuberkulosebekämpfung beigetragen (konkrete Maßnahmen siehe Antwort auf Frage 9). Mit einem Beitrag von weiteren 150 Mio. Euro an den in der Antwort zu Frage 1 genannten Notfallmechanismus (C19 RM) des Fonds hat die Bundesregierung darüber hinaus dazu beigetragen, dass Partnerländer die Auswirkungen der Pandemie auf ihre Tuberkulose-Programme minimieren können.

So profitiert z. B. Indien, als Land mit den meisten Tuberkulosefällen weltweit, von der zusätzlichen Unterstützung durch den C19 RM während der Pandemie und kann darüber unter anderem Schutzausrüstung für Gesundheitspersonal finanzieren und Laborkapazitäten ausbauen. Dies ist zentral, um die Tuberkulose-Programme im Land aufrechterhalten zu können. Auch über vom GF-finanzierte Community-Outreach-Programme wird versucht, sicherzustellen, dass Patientinnen und Patienten, trotz Ausgangssperren, ihre Behandlungsdosen weiterhin erhalten können.

In einigen Ländern (zum Beispiel Benin, Niger) werden darüber hinaus über den C19 RM auch sog. GeneXpert Machines finanziert, die neben der Tuberkulose-Diagnostik auch für COVID-19-Testung genutzt werden können.

Um die indirekten gesundheitlichen Folgen der Pandemie abzufedern, wurde mit Mitteln des Corona-Sofortprogramms in einigen Ländern die Versorgung bezüglich HIV und Tuberkulose im Rahmen von Maßnahmen der medizinischen Grundversorgung sichergestellt. In Sambia können dank der deutschen Unterstützung für die Impfstoffbeschaffung 188 000 Kleinkinder unter zwei Jahren unter anderem gegen Tuberkulose geimpft werden.

9. Welche konkreten Maßnahmen hat die Bundesregierung seit 2015 zur weltweiten Bekämpfung der Tuberkulose ergriffen (bitte in Maßnahme, beteiligte Bundesressorts, finanziellen Umfang aufschlüsseln)?

Welche Erfolge konnte die Bundesregierung dabei ausmachen?

Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) unterstützt die WHO bei der weltweiten Tuberkulosebekämpfung. In den Jahren 2016/2017 stellte die Bundesregierung der WHO insgesamt 2,5 Mio. US-Dollar für die Tuberkulosebekämpfung zur Verfügung, die dazu beitragen, wichtige Themen, wie HIV und Tuberkulose, in der Europäischen Region weiter zu verfolgen. Für die Jahre 2018/2019 betrug der Anteil der gezahlten Beiträge an die WHO zur Tuberkulose- und HIV-Bekämpfung insgesamt 5,2 Mio. US-Dollar.

Auch im Rahmen der G20-Präsidentschaft im Jahr 2017 hat sich die Bundesregierung dafür eingesetzt, dass die Tuberkulosebekämpfung an Wichtigkeit gewinnt und in der G20-Gesundheitsministererklärung berücksichtigt wurde.

Mit dem 4. Finanzzyklus (2014 bis 2016) des Globalen Fonds zur Bekämpfung von Aids, Tuberkulose und Malaria (GFATM), hat die Bundesregierung seit 2014 über das BMZ 1,89 Mrd. Euro an den GFATM ausgezahlt. Zwischen 2015 und 2020 hat der GFATM 3,38 Mrd. US-Dollar für die Tuberkulose-Bekämpfung zur Verfügung gestellt.\* Aus diesen Mitteln wurden Maßnahmen finanziert, wie beispielsweise die Identifizierung von „vermissten“ Personen, die mit Tuberkulose infiziert sind ohne davon zu wissen; Verbesserung des Zugangs zu Tuberkulose-Diagnostik; Maßnahmen zur Tuberkulose-Behandlung und -Prävention (besonders für Kinder und andere gefährdete Gruppen wie Menschen, die mit HIV leben) und die Gewährleistung Zugangs zu neuen und bezahlbaren Medikamenten für medikamentenresistente Tuberkulose.\*\*

In der zweiten Phase des Regionalvorhabens zur Bekämpfung übertragbarer Erkrankungen in der Ostafrikanischen Wirtschaftsgemeinschaft (EAC) mit Fokus auf antimikrobielle Resistenzen (AMR) werden mobile Container-Labore bereitgestellt, die auch der Erkennung von bakteriellen Infektionen (zu denen Tuberkulose gehört) dienen.

Wichtige deutsche Beiträge in der Tuberkulose-Bekämpfung werden über die mit Mitteln der Finanziellen Zusammenarbeit aufgebauten und ausgestatteten nationalen Referenzlabore in Usbekistan, Kirgisistan, Tadschikistan, Kasachstan und Pakistan geleistet. Die geschaffene Infrastruktur und das Qualitätsmanagement sind weiter aktiv, auch wenn die eigentlichen Vorhaben bereits abgeschlossen sind.

Aktive bilaterale Tuberkulose-Projekte gibt es derzeit noch in Tadschikistan und Usbekistan. In Tadschikistan entsteht ein Behandlungszentrum für Kinder am nationalen Tuberkulose-Referenzkrankenhaus Matcheton mit einem Einzugsgebiet von 9 Millionen Einwohnern; in Usbekistan wird das Tuberkulose-Labor in Samarkand als MDR-Referenzlabor eingerichtet und das TB-Krankenhaus mit modernen medizinischen Geräten ausgerüstet. Nach Inbetriebnahme der Einrichtungen werden noch Trainingsmaßnahmen für das Personal abgeschlossen.

Die Vorhaben leisten einen Beitrag zur konsequenten Umsetzung der von der WHO empfohlenen Tuberkulose-Behandlungs-Strategie (direkt überwachte Therapie DOT = directly observed treatment) und zu einer besseren Diagnose der Patientinnen und Patienten. Laut WHO-Daten hat sich so die Tuberkulose-Situation in Tadschikistan und Usbekistan über die letzten Jahre allmählich verbessert: In Tadschikistan sind die Neuinfektionen zwischen 2009 und 2018 von

\* <https://data.theglobalfund.org/>.

\*\* GFATM Results Report 2020.

231 auf 85 pro 100 000 Einwohner (einschließlich Tuberkulose/HIV-Koinfektion) zurückgegangen; die Mortalität fiel von 46 auf 8,1 pro 100 000 Einwohner. In Usbekistan ist die Tuberkulose-Fallfindungsrate von 37 Prozent (2005) auf 88 Prozent (2018) gestiegen.

Aktuelle BMZ finanzierte Tuberkulose-Maßnahmen der Finanziellen Zusammenarbeit

Land	Vorhaben	Volumen	BMZ PN
Tadschikistan	Schwerpunktprogramm Gesundheit; Komponente TBC-Bekämpfung, Phase V	3,5 Mio. Euro (Investition & Begleitmaßnahme)	201468008
Usbekistan	Programm zur Bekämpfung der Tuberkulose V + VI	5 Mio. Euro	200666321 200965889
Usbekistan	DOTS Trainingsmaßnahmen durch WHO	1 Mio. Euro (aus SFF Mitteln)	200370106/ 199870437

In mehreren Maßnahmen unterstützt das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) Tuberkulose-Forschungs- und Entwicklungsprojekte. So finanziert das BMBF im Rahmen der von der Europäischen Union unterstützten „European & Developing Countries Clinical Trials Partnership“ (EDCTP), einer Partnerschaft zwischen Ländern in Europa und Subsahara-Afrika, u. a. den Aufbau eines großen klinischen Tuberkulose-Studiennetzes. Hier werden gleich mehrere Tuberkulose-Arzneimittel in Kombinationstherapie geprüft. Weitere Projekte fokussieren auf Diagnostik in pädiatrischer Tuberkulose oder die Phase-III-Studie eines TB-Vakzins.

Bereits seit 2011 unterstützt das BMBF sogenannte Produktentwicklungspartnerschaften (PDPs). PDPs sind Non-Profit-Organisationen mit dem Ziel, Präventionsmethoden, Impfstoffe und Medikamente beziehungsweise Diagnostika für die kostengünstige Behandlung von Krankheiten zu entwickeln, die Länder mit geringem Einkommen in besonderer Weise betreffen. Hier fördert das BMBF die Produktentwicklungspartnerschaften „Foundation for Innovative New Diagnostics (FIND)“ und TB Alliance. FIND entwickelt diagnostische Schnelltests für Tuberkulose, vor allem für MDR/XDR-TB. In Kooperation mit der Firma Cepheid hat FIND einen Schnelltest entwickelt, der eine Diagnose in weniger als 90 Minuten bei gleichzeitiger Resistenzbestimmung ermöglicht. Das bisherige Testverfahren für die Resistenzbestimmung ist sehr komplex und dauert zuweilen bis zu 16 Wochen. TB Alliance widmet sich der Entwicklung von schneller wirkenden und bezahlbaren Tuberkulose-Medikamenten. Unter anderem mit Hilfe der BMBF-Förderung konnte das neuartige Antibiotikum Pretomanid, das als Kombinationstherapie zur Behandlung hochresistenter Tuberkulose eingesetzt wird, zugelassen werden.

Seit 2016 fördert das BMBF das Forschungskonsortium „TB-Sequel“, eines von fünf „Forschungsnetzen für Gesundheitsinnovationen in Subsahara-Afrika“. Das Netzwerk untersucht die Begleiterkrankungen, Risikofaktoren und Langzeitkomplikationen von Tuberkulose und deren gesundheitliche Auswirkungen auf die Bevölkerung in Afrika südlich der Sahara. Das Forschungskonsortium „TB-Sequel“ hat zusätzliche Mittel für 2020/21 erhalten, um insbesondere Tuberkulose-Verläufe unter der COVID-19-Pandemie genauer zu erforschen.

Das BMBF beabsichtigt die Förderung von Forschungsvorhaben, die aufgrund der SARS-CoV-2-Pandemie verzögert werden, zu verlängern, und Fördermittel nach Bedarf aufzustocken.

Die entsprechenden Fördersummen sind der nachfolgenden Tabelle zu entnehmen.

Aktuelle BMBF finanzierte Tuberkulose-Forschungs- und Entwicklungs-Maßnahmen

Zuwendungs-empfänger	Vorhaben	Volumen	Förderzeitraum
TB Alliance	Verbesserte Medikamenten-Therapie der Tuberkulose	20 Mio. Euro	2016–2021
FIND	Entwicklung eines Schnelltests für Tuberkulose	18,8 Mio. Euro (nur anteilig für TB)	2016–2021
EDCTP	Verschiedene klinische Studien sowie Aufbau eines klinischen Tuberkulose-Studiennetz	8,2 Mio. Euro	2016–2023
TB-Sequel Konsortium	Tuberkulose-Sequel	11,5 Mio. Euro	2016–2022

10. Wie beurteilt die Bundesregierung die Resistenzentwicklung in armen Ländern, und welche Maßnahmen der deutschen Entwicklungspolitik richten sich gegen die Ursachen?

Weltweit bleibt die Ausbreitung von MDR/RR-TB im Verhältnis zur Anzahl der neuen und vorbehandelten Fälle stabil. In einigen Ländern wird es aber immer schwieriger, MDR-TB zu behandeln. Die Therapiemöglichkeiten sind begrenzt und teuer; empfohlene Medikamente sind nicht immer verfügbar, und die Patienten und Patientinnen spüren viele unerwünschte Wirkungen der Medikamente. Daten zur MDR-TB-Situation in einzelnen Ländern finden sich im Global Tuberculosis Report 2020 auf S. 56 mit Erläuterungen zur globalen Situation ab S. 54 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240013131>).

Der Globale Fonds zur Bekämpfung von AIDS, Tuberkulose und Malaria (GFATM), und somit auch indirekt die Bundesregierung, trägt zur Bekämpfung der Tuberkulose-Resistenzentwicklung bei, indem sie zum Beispiel Programme zur Aufspürung von nicht-identifizierten Tuberkulose-Fällen implementiert. Dabei ermöglichen die zumeist von GFATM finanzierten GeneXpert Machines auch die Identifikation von multiresistenten Tuberkulose-Fällen (MDR-TB), sodass Patientinnen und Patienten ihre Behandlung mit effektiver Medikation (WHO Standard) beginnen können. So hat der GFATM die Einführung von Bedaquilin und Delamanid zur Behandlung von resistenter Tuberkulose unterstützt. Da diese Medikamente geringere Nebenwirkungen haben, erhöht dies auch die Chancen der Behandlungstreue der Patientinnen und Patienten und minimiert das Risiko der Entstehung neuer Resistenzen. Um die Behandlungstreue zu erhöhen, unterstützt der GFATM auch Community-Outreach Programme, die Aufklärungsarbeit leisten und versuchen, Diskriminierung und Stigmatisierung von Tuberkulose-Patientinnen und Tuberkulose-Patienten zu reduzieren, um so auch den Zugang zur Behandlung zu erhöhen. Im Jahr 2019 konnten durch die Programme des GFATM circa 125 000 Menschen mit MDR-TB behandelt werden\*. In den Steuerungsgremien des GFATM setzt sich Deutschland auch weiterhin dafür ein, dass die Bekämpfung von Resistenzen eine Priorität in der nächsten Strategie ab 2023 des GFATM innehaben wird und fordert, dabei einen ganzheitlichen Ansatz im Sinne des One Health Konzepts zu verfolgen.

\* GFATM Results Report 2020.

11. Welche Maßnahmen der neuen globalen Gesundheitsstrategie der Bundesregierung „Verantwortung – Innovation – Partnerschaft: Globale Gesundheit gemeinsam gestalten“ richten sich konkret auf die Bekämpfung von Tuberkulose, und welche adressieren TB- bzw. HIV-Koinfektionen?

Die am 7. Oktober 2020 vom Bundeskabinett verabschiedete Strategie der Bundesregierung zur globalen Gesundheit ist eine übergeordnete Strategie, die eine Vielzahl von Themen und Zielen abdeckt und insgesamt fünf Themenfelder der globalen Gesundheitspolitik priorisiert. Ein Kernthema bildet hierbei die Förderung von Gesundheit und Verhinderung von Krankheit. Bei der Eindämmung von Infektionskrankheiten setzt Deutschland dabei auf die bereits sehr erfolgreichen globalen Organisationen, Initiativen, Allianzen und Fonds – wie den GFATM, als wichtigsten Finanzier von Programmen zur Eindämmung von Tuberkulose, sowie die Stop TB Initiative, die eng mit dem Globalen Fonds zusammenarbeitet oder den „Global Antimicrobial Resistance Research and Development Hub“.

Im Rahmen der Strategie verpflichtet sich Deutschland dazu, diese und andere globalen Partnerschaften weiterhin zu unterstützen. Sie setzt sich hierbei für die Entwicklung und Verwirklichung eines Ansatzes ein, der zugleich das Gesundheitssystem allgemein stärkt und krankheitsübergreifend Infektionskrankheiten bekämpft.

Die Bundesregierung unterstützt den One Health-Ansatz auf globaler Ebene, der die Wechselwirkungen zwischen Mensch, Tier und Umwelt beachtet. Dadurch soll das Risiko einer möglichen wechselseitigen Übertragung der Tuberkulose zwischen Mensch und Tier (v. a. Rind) verringert werden.

12. Wie verhalten sich die Zahlen der Tuberkulose-Neudiagnosen und durchgeführten Behandlungen in Deutschland dieses Jahres und der letzten fünf Jahre im Vergleich?
- a) Wie hoch sind nach Kenntnis der Bundesregierung die Unterschiede in der Therapiekontinuität seit dem 1. März 2020, im Vergleich zum gleichen Zeitraum 2019?
- b) Ist nach Kenntnis der Bundesregierung im Jahr 2020 die Anzahl von Therapieabbrüchen in Deutschland gestiegen?

Die Fragen 12 bis 12b werden gemeinsam beantwortet.

Der Tabelle 5 sind die Tuberkulosefälle und das Behandlungsergebnis in Deutschland für die Jahre 2015–2019 zu entnehmen.

Tabelle 5: Tuberkulosefälle und Behandlungsergebnis in Deutschland 2015 bis 2019 (basierend auf den aktuellen Bericht zur Epidemiologie der Tuberkulose in Deutschland für 2019 des Robert Koch-Instituts: [https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/T/Tuberkulose/Archiv\\_Berichte\\_TB\\_in\\_Dtl\\_tab.html?jsessionid=D7F9207530C7B7630F9F351013E16745.internet052](https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/T/Tuberkulose/Archiv_Berichte_TB_in_Dtl_tab.html?jsessionid=D7F9207530C7B7630F9F351013E16745.internet052))

Meldejahr	2015	2016	2017	2018	2019
Gemeldete Tuberkulosefälle insgesamt	5.836	5.945	5.498	5.492	4.791
Tuberkulosefälle mit Angaben zum Behandlungsergebnis	5.293	5.456	5.040	4.758	Noch nicht verfügbar
Anzahl Fälle mit erfolgreich abgeschlossener Behandlung	4.290	4.584	4.174	3.864	Noch nicht verfügbar
%-Anteil erfolgreich Behandelte	81,0 %	84,0 %	82,8 %	81,2 %	Noch nicht verfügbar

Meldejahr	2015	2016	2017	2018	2019
Anzahl Fälle mit Behandlungsabbruch	167	156	142	133	Noch nicht verfügbar
%-Anteil Fälle mit Behandlungsabbruch	3,1 %	2,9 %	2,8 %	2,8 %	Noch nicht verfügbar

Anmerkung: Datenstichtag für alle Jahre: 1. März 2020. Die berechneten Anteile für das Behandlungsergebnis beziehen sich jeweils nur auf die Fälle, für die Angaben zum Behandlungsergebnis übermittelt wurden (siehe Zeile 2).

Nachdem im Jahr 2015 und 2016 deutlich höhere Fallzahlen im Vergleich zu früheren Jahren registriert wurden, kam es 2017 zu einem Rückgang. Im Jahr 2018 verblieben die Fallzahlen auf diesem Niveau, während es 2019 wiederum zu einer deutlichen Abnahme kam. Für das noch laufende Jahr 2020 können noch keine endgültigen Aussagen getroffen werden, da noch mit der Übermittlung von aktuell diagnostizierten Fällen beziehungsweise auch noch mit der Nachübermittlung von Fällen zu rechnen ist. Stand 18. Dezember 2020 wurden dem Robert Koch-Institut für das Jahr 2020 aktuell 3 932 Fälle übermittelt. Diese Zahl ist jedoch aus den oben genannten Gründen mit Vorbehalt zu bewerten. Belastbare Aussagen zum Jahr 2020 werden erst zum Stichtag 1. März 2021 möglich sein.

Aufgrund der langen Behandlungsdauer wird das Ergebnis der Behandlung einer sensiblen Tuberkulose bis 12 Monate nach Diagnosedatum erhoben; für resistente Tuberkulosen bis 24 Monate nach Diagnose. Daher können zum jetzigen Zeitpunkt für das Jahr 2020 ebenfalls noch keine Aussagen getroffen werden. Gleiches gilt auch für das Behandlungsergebnis für das Jahr 2019, da auch hierfür die vollständigen Daten erst zum Stichtag 1. März 2021 vorliegen werden.

13. Mit welchen Maßnahmen hat die Bundesregierung die vulnerable Gruppe von Tuberkuloseerkrankten während der Corona-Pandemie in Deutschland geschützt?

Inwieweit Tuberkulose ein eigenständiger Risikofaktor für eine Infektion mit SARS-CoV-2 oder schwere Verläufe ist, kann bislang aufgrund der vorhandenen Daten nicht sicher bewertet werden. Internationale Beobachtungsdaten kleinerer Fallserien weisen möglicherweise auf ein erhöhtes Risiko hin. Es bleibt jedoch unklar, ob dies auch für die Versorgung im deutschen Gesundheitssystem zutrifft. Demgegenüber wird davon ausgegangen, dass Folgeschäden an der Lunge, beispielsweise eine chronisch obstruktive Lungenerkrankung, ein Risiko für einen schweren Krankheitsverlauf darstellen.

Die vollständige Aufrechterhaltung der Versorgung von Tuberkulosepatientinnen und -patienten in Deutschland wird unter den gegebenen Umständen als prioritär angesehen. Diese erfolgt durch den stationären sowie ambulanten (fachärztlichen) Gesundheitssektor. Längerfristige Einschränkungen der Tuberkulose-Grundversorgung in Deutschland sind nicht bekannt.

Auch die Labordiagnostik der Tuberkulose war und ist nach vorliegenden Kenntnissen nicht eingeschränkt. Eine detaillierte Bewertung der Situation wird allerdings erst durch die Auswertung der Tuberkulosemeldedaten der kommenden Jahre möglich sein.

14. Welche Informationen über neue Therapiekonzepte bei seltenen Tuberkuloseformen wie Miliartuberkulose und tuberkulöse Meningitis, bei denen es bisher vergleichsweise sehr wenige validierte Therapien gibt, liegen der Bundesregierung vor?

Bei einer Miliartuberkulose wird von einer zerebralen Beteiligung ausgegangen und daher abweichend von der Standardtherapie behandelt, wenn eine Beteiligung des Zentralen Nervensystems nicht sicher ausgeschlossen werden kann. Die tuberkulöse Meningitis stellt eine Sonderform der Tuberkulose dar, die schwer behandelbar ist und mit einer hohen Mortalität und häufigen Folgeschäden assoziiert ist. Internationale Forschungsgruppen wie das Tuberculous Meningitis International Research Consortium beschäftigen sich mit der Pathogenese und neuen Therapieansätzen. Beispielsweise wird eine höhere Dosierung des Erstrang-arzneimittels Rifampicin diskutiert. Eingang in internationale Empfehlungen hat dieses neue Therapiekonzept jedoch noch nicht gefunden. Die deutschen Therapieempfehlungen werden derzeit überarbeitet und 2021 als AWMF-S2k-Leitlinie veröffentlicht. In diesem Rahmen werden die aktuellen Forschungsergebnisse zu neuen Therapiekonzepten bei seltenen Tuberkuloseformen durch die Vertreter der Fachgesellschaften bewertet und Empfehlungen für die Behandlung in Deutschland formuliert.

15. Welche in Deutschland durchgeführten Programme sind der Bundesregierung bekannt, um insbesondere in städtischen Ballungsgebieten, in denen die Inzidenz immer noch stark über dem Median liegt, fokussiert Tuberkulose in Hochrisikogruppen, wie beispielsweise Obdachlose und Drogenabhängige, effektiv zu bekämpfen?
16. Welche Maßnahmen hat die Bundesregierung getroffen, um in Deutschland gefährdete Bevölkerungsgruppen wie Obdachlose mit der Tuberkuloseprävention und Tuberkuloseversorgung zu erreichen?

Die Fragen 15 und 16 werden aufgrund des Sachzusammenhangs zusammen beantwortet.

Tuberkulose ist in Deutschland eine seltene Erkrankung; 2019 wurden 4 791 Fälle an das RKI übermittelt (siehe Antwort zu Frage 12). Neben den erwähnten Risikofaktoren wie Obdachlosigkeit und Drogenabhängigkeit sind auch die Alkoholabhängigkeit, HIV-Begleitinfektion, soziale Benachteiligung/Armut und die Herkunft aus Hochinzidenzländern zu nennen. Allerdings gibt es keine systematische Auswertung der Häufigkeit einzelner Risikofaktoren bei Tuberkulose in Deutschland.

Durch das Infektionsschutzgesetz (IfSG) sind Maßnahmen geregelt, die eine Ausbreitung der Tuberkulose in Risikogruppen verhindern sollen. Vor Aufnahme in eine Gemeinschaftsunterkunft muss nach § 36 Absatz 4 IfSG eine ärztliche Bescheinigung dahingehend vorgelegt werden, dass kein Anhalt für das Vorliegen einer ansteckungsfähigen Lungentuberkulose vorliegt. Des Weiteren sind Röntgenkontrollen durch das Gesundheitsamt wie auch eine Absonderung von ansteckungsfähig Erkrankten möglich, die eine Therapie verweigern. Die Gesundheitsämter bieten zudem Beratung und Untersuchung bezüglich Tuberkulose an oder stellen dies in Zusammenarbeit mit anderen Einrichtungen sicher (§ 19 Absatz 1 IfSG). Im Einzelfall kann dies auch die ambulante Behandlung durch einen Arzt oder durch eine Ärztin umfassen. Die Beratung kann zudem auch aufsuchend angeboten werden. Mit dem Pakt für den Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) werden Gesundheitsämter in ganz Deutschland personell aufgestockt. Der ÖGD mit seiner Aufgabenvielfalt im Bereich des bevölkerungsbezogenen Gesundheitsschutzes, der Gesundheitsförderung und Prävention sowie des Gesundheitsplanung soll insgesamt gestärkt werden.

Zur Eliminierung der TB fordert die WHO für Niedriginzidenzländer, speziell TB und die latente Tuberkuloseinfektion (LTBI) in Risikogruppen zu adressieren. Projekte und Programme mit diesem Ziel werden daher als sinnvoll bewertet und finanziell gefördert. Zur Prävention in der besonders vulnerablen Gruppe von Menschen mit Herkunft aus Hochinzidenzländern wird derzeit eine gemeinsame Empfehlung Deutschen Zentralkomitee zur Bekämpfung der Tuberkulose (DZK), dem Robert Koch-Institut (RKI), dem FZB und dem ÖGD erarbeitet.

Derzeit werden zudem Studien und Projekte geplant bzw. durchgeführt, um beispielsweise zu klären, ob es durch die Belastung des ÖGD in der Bewältigung der SARS-CoV-2-Pandemie zu Unterbrechungen der Tuberkuloseversorgung gekommen ist (Studie des Deutschen Zentralkomitee zur Bekämpfung der Tuberkulose (DZK)). In weiteren Studien wird die Prävalenz sexuell und durch Blut übertragbarer Infektionen und von Tuberkulose unter obdachlosen Menschen erforscht (PoInT, RKI zusammen mit verschiedenen Partnern).

