

Ein Dossier des Aktionsbündnis gegen AIDS in Zusammenarbeit mit der Redaktion WELT-SICHTEN.

# HIV/Aids gerecht werden

Situationsanalysen zur Pandemie



**Aktionsbündnis  
gegen AIDS**

Leben ist ein Menschenrecht!  
[www.aids-kampagne.de](http://www.aids-kampagne.de)



Aufklärungsarbeit gegen HIV/Aids in Kenia: eine Mitarbeiterin von Community Initiative Support Services International (CISS) im Gespräch mit einer Mutter.

Christof Krackhardt / Brot für die Welt



**Dr. Gisela Schneider**  
ist Direktorin des Difäm  
(Deutsches Institut für Ärztliche Mission),  
dem Rechtsträger des Aktionsbündnis  
gegen AIDS.

Sehr geehrte Leserinnen und Leser!

2010 ist ein entscheidendes Jahr: Die Vereinten Nationen und die Regierungschefs der G8-Staaten hatten versprochen, bis zu diesem Jahr werde für alle Menschen gesichert sein, dass sie sich vor einer Infektion mit HIV/Aids schützen können und dass Menschen, die mit HIV leben, rechtzeitig Zugang zu Behandlung und sozialer Unterstützung erhalten. Dieser sogenannte „Universelle Zugang zu Prävention und Behandlung“ wird jedoch nicht erreicht werden.

Zwar konnten einige Erfolge erzielt werden: Die Zahl der Neuinfektionen geht leicht zurück und die Todesfälle durch Aids sinken, da auch in Entwicklungsländern mehr Menschen lebensverlängernde antiretrovirale Behandlung erhalten. Trotzdem haben noch viele Menschen weder Zugang zu HIV-Tests, die eine Diagnose ermöglichen, noch Zugang zu einer effektiven Therapie. Die weltweite HIV/Aids-Epidemie mit 33 Millionen infizierten Menschen hat weiterhin die Ausmaße einer Katastrophe.

Die internationale Staatengemeinschaft hat im Herbst 2010 die Chance, ihre Versprechen tatsächlich umzusetzen. Im Juli hat sich in Wien die Internationale Aids-Konferenz mit den dazu notwendigen Maßnahmen beschäftigt. Zwei weitere Termine stehen an: Der Globale Fonds zur Bekämpfung von Aids, Tuberkulose und Malaria ruft als wichtige Finanzierungsinstitution in einer Geberkonferenz dazu auf, dass seine finanziellen Mittel für die Zukunft gesichert sein müssen. Und bei der Konferenz der Vereinten Nationen zu den „Millenniumentwicklungszielen“ werden die Staaten einen Aktionsplan aufstellen müssen, damit HIV/Aids bis 2015 endlich eingedämmt werden kann. Regierungen müssen ihren Erklärungen Taten folgen lassen, damit das Menschenrecht auf Gesundheit auch für alle Menschen mit HIV und Aids erfüllt werden kann.

Mit freundlichen Grüßen

Ihre

- 3 Die Ausbreitung von HIV stoppen**  
Sonja Weinreich
- 6 Prävention in Hochprävalenzländern**  
Astrid Berner-Rodoreda
- 8 Tabletten für 219 Dollar im Jahr**  
Christiane Fischer
- 10 Kinder und Aids**  
Alexander Lohner und Frank Mischo
- 12 Finanzielle Engpässe bremsen lebensrettende Maßnahmen**  
Joachim Rüppel
- 14 Viren diskriminieren nicht, Gesetzgeber schon**  
Peter Wiessner
- 16 Im Osten ganz anders?**  
Monika Rosenbaum
- 18 „Keine Ressourcen – keine Resultate“. Die Welt-Aids-Konferenz in Wien**  
Astrid Berner-Rodoreda  
und Ellen Schmitt

# Die Ausbreitung von HIV stoppen

Internationale Vereinbarungen und Ziele

Foto: Thomas Lohnes / Brot für die Welt



| Sonja Weinreich

In den ersten Jahren nach dem Auftreten des Virus breitete sich HIV nahezu ungehindert aus. Nur vereinzelt wurden politische und soziale Anstrengungen dagegen unternommen. Erst ab dem Jahr 2000 begann man auch auf der Ebene der internationalen Staatengemeinschaft, HIV/Aids als ein globales Problem zu begreifen, das eine globale Antwort erforderte. Inzwischen existieren internationale Vereinbarungen, um die Ausbreitung des Virus einzudämmen – und Ziele, die es gemeinsam zu erreichen gilt.

Es war maßgeblich dem Engagement ihres damaligen Generalsekretärs Kofi Annan zu verdanken, dass die Vereinten Nationen (UN) im Jahr 2001 eine Sondertagung zu HIV/Aids abhielten. Auf dieser „United Nations General Assembly Special Session on HIV/AIDS“ (UNGASS) verpflichteten sich die Staats- und Regierungschefs zur Erreichung von konkreten Zielen bei der Bekämpfung von HIV/Aids. So sollte unter anderem die Zahl der Neuinfektionen gesenkt werden.

Mitauslöser für das Interesse der internationalen Gemeinschaft an der Diskussion auf UN-Ebene war die zunehmende Kluft zwischen den reichen und armen Ländern dieser

**Jungen und Mädchen ziehen am Weltaidstag (01.12.2009) durch die Stadt Makali in Sierra Leone. Auf ihren Plakaten fordern sie dazu auf, zum HIV-Test zu gehen.**

Welt auch in Bezug auf HIV/Aids: Während in reichen Industrieländern wie Deutschland seit dem Jahr 1996 lebensrettende antiretrovirale Medikamente zur Verfügung standen, waren die armen Ländern Asiens und Afrikas von dieser Entwicklung abgekoppelt. Die Betroffenen konnten die Medikamente nicht bezahlen und die schlecht ausgestatteten Gesundheitssysteme hatten keine Kapazitäten, die medizinische Behandlung durchzuführen. In den armen Ländern führte eine HIV-Infektion nach wie vor zum Tode. Dies bedeutete



Protestaktion von „Deine Stimme gegen Armut“ zur Erreichung der Millenniumentwicklungsziele (MDGs). MDG 6 benennt die Eindämmung von Malaria, HIV/Aids und anderen Krankheiten bis zum Jahr 2015.

nicht nur großes individuelles Leid, sondern der Tod von Millionen Menschen hatte auch erhebliche soziale Folgen. Die fehlende Behandlung erschwerte letztlich auch alle Präventionsbemühungen, Menschen hatten

### Aktionsbündnis gegen AIDS

Das Aktionsbündnis gegen AIDS ist ein bundesweiter Zusammenschluss von über 100 nichtstaatlichen Organisationen der Aids- und Entwicklungszusammenarbeit sowie über 280 Basisgruppen. Zur Koordination seiner Lobby- und Öffentlichkeitsarbeit wurde 2002 ein Bündnisbüro beim Deutschen Institut für Ärztliche Mission (Difäm) in Tübingen eingerichtet und mit dem Aufbau eines bundesweiten Netzwerkes begonnen. Um die Lobbyarbeit zu stärken, wurde Anfang dieses Jahres auch ein Lobbybüro in Berlin eingerichtet. Das zivilgesellschaftliche Netzwerk finanziert sich ausschließlich über Mitgliedsbeiträge.

Mit seinen Forderungen beruft sich das Aktionsbündnis gegen AIDS auf die HIV/Aids-Ziele der Vereinten Nationen vom Juni 2001 und wendet sich gezielt an die Bundesregierung und die Pharmaindustrie. Im Mittelpunkt der Forderungen steht der Einsatz für das Menschenrecht auf Leben und Gesundheit, die Bereitstellung zusätzlicher Mittel für die weltweite Aids-Prävention und -Behandlung durch die Bundesregierung, sowie die Reduktion der Kosten für die lebenswichtigen Medikamente durch die Pharmaindustrie.

Mit bundesweiten Aktionen und im politischen Dialog erinnert das Aktionsbündnis gegen AIDS an die internationalen Vereinbarungen und Versprechen der Regierungen von UN-Mitgliedsländern und der G8. Es fordert deren Umsetzung, denn Politik, Pharmaindustrie und Öffentlichkeit müssen sich ihrer Verantwortung im weltweiten Kampf gegen HIV/Aids stellen.

Beate Ramme-Fülle

Foto: Jörg Peter / Zenobi



Angst, sich auf HIV testen zu lassen, weil sie eine HIV-Infektion mit einem Todesurteil gleichsetzten. Ohne Offenheit und HIV-Tests ist Prävention aber nicht möglich.

Zivilgesellschaftliche Gruppen wiesen auf diese Ungerechtigkeit in den Behandlungsmöglichkeiten hin und forderten von den reichen Ländern, globale Verantwortung zu übernehmen. Sie sollten Mittel zur Aids-Bekämpfung in den armen Ländern bereit stellen, die diese selbst nicht aufbringen konnten.

Das um dieselbe Zeit gegründete Aktionsbündnis gegen AIDS bezog sich in seiner Kampagnenplattform wesentlich auf die „Politische Erklärung“ der Vereinten Nationen von 2001. Im kirchlich-ökumenischen Kontext entstand das Globale Ökumenische Aktionsbündnis (Ecumenical Advocacy Alliance, EAA), aus der Erkenntnis heraus, dass auch Kirchen damals viele Schwierigkeiten hatten, sich konstruktiv mit HIV auseinander zu setzen. Das Bündnis hat inzwischen über 100 Kirchen und kirchliche Organisationen als Mitglieder und setzt sich erfolgreich dafür ein, dass Kirchen nach innen Stigmatisierung und Diskriminierung von Menschen mit HIV/Aids bekämpfen und ihren globalen Beitrag zur HIV-Bekämpfung leisten. Seit der Gründung bestand eine gute Vernetzung zwischen dem EAA und dem Aktionsbündnis gegen AIDS.

Die nächste Tagung der Vereinten Nationen zu HIV/Aids im Jahr 2006, ein „Hochrangiges Treffen“ (High Level Meeting), stellte erste Erfolge im Zugang zu Medikamenten in armen Ländern fest. In der Prävention dagegen war nicht viel erreicht worden. Ein durch zivilgesellschaftliche Gruppen, Betroffene, Kirchen und Graswurzelorganisationen angetriebener Lernprozess hatte maßgeblichen Anteil daran, dass man sich auf diesem Treffen auf den „Universellen Zugang“ (Universal Access) einigte. Das Abschlussdokument hielt fest, dass bis zum Jahr 2010 alle Menschen „Zugang zu Prävention, Behandlung, Pflege und Unterstützung“ haben sollten. Dieser Allgemeine Zugang oder „Zugang für alle“ wurde zum Maßstab und setzt sich seither als Schlagwort und Ziel auch für andere Bereiche durch.

Der „Universelle Zugang“ geht davon aus, dass man nicht nur für bestimmte Gruppen auf HIV bezogene Ziele oder einen bestimmten Prozentsatz von Menschen erreichen will. Er meint vielmehr, dass alle, die Behandlung brauchen, diese auch erhalten, und dass alle Menschen, die das Risiko einer HIV-Infektion haben, auch mit Prävention erreicht werden sollen. Er ist menschenrechtsorientiert und entspricht auch einem Public-Health-Ansatz: Vorbeugung, medizinische Behandlung und Aufklärung zu Gesundheitsfragen werden bei

### Aids-Aufklärungsunterricht für Jugendliche an einer Highschool in Äthiopien.

Foto: Ralf Maro / Brot für die Welt



diesem Ansatz miteinander verbunden, um für die Bevölkerung eine möglichst gute Gesundheit zu erreichen und zu erhalten.

An den Zwischenüberprüfungen der im Jahr 2001 festgelegten Ziele 2006 und 2008 nahmen auch zivilgesellschaftliche Organisationen teil. NGOs waren an der Vorbereitung beteiligt, veranstalteten während der Konferenzen eigene Anhörungen, waren bei offiziellen Runden Tischen und Plenartreffen der Staaten zugelassen und gaben dort selbst Inputs.

Auch das Aktionsbündnis gegen AIDS entsandte Vertreterinnen und Vertreter. Oft heißt es, dass die Beteiligung der NGOs nur eine Scheinpartizipation sei. Jedoch setzt sich auch bei politischen Entscheidungsträgern die Erkenntnis durch, dass die Betroffenen selbst, deren Interessentenvertretungen oder auch Graswurzelorganisationen über die meiste Kompetenz verfügen. Sie wissen am besten, welche Bedürfnisse HIV-positive Menschen haben. Sie wissen auch, wie in der Eindämmung von HIV/Aids die Menschenrechte gewahrt werden können, die in der Bekämpfung von Aids häufig verletzt werden, weil HIV-infizierte Menschen diskriminiert werden, keinen Arbeitsplatz erhalten, Reisebeschränkungen unterliegen usw. Regierungen lernen, dass nur bei Einbeziehung aller Akteurinnen und Akteure HIV wirklich eingedämmt werden kann.

Die zivilgesellschaftliche Beteiligung kann und wird auch für andere Bereiche möglich gemacht. Letztlich baut auch der Globale Fonds, dessen Gründung die erste UN-Generalversammlung im Jahr 2002 angestoßen hatte, mit seinem Geschäftsmodell der Beteiligung aller Akteure auf diesen Grundsätzen auf.

Die nächste und letzte Konferenz zur Überprüfung, ob die 2001 beschlossenen HIV/Aids-Ziele erreicht wurden, wird im Jahr 2011 stattfinden, da sich der „Universelle Zugang“ auf das abgeschlossene Jahr 2010 bezieht und Daten auch erst 2011 vorliegen werden. (Die Abschnitte zu Prävention und Behandlung in diesem Dossier gehen näher auf den Stand der Umsetzung ein.) Insgesamt ist man global weit davon entfernt, den „Universellen Zugang“ bis 2010 zu erreichen.

NGOs und Betroffene weltweit fordern einen transparenten Prozess dieser Überprüfung ein. Für Transparenz sorgen auch die Welt-Aids-Konferenzen, die alle zwei Jahre stattfinden und jeweils zehntausende Vertreterinnen und Vertreter aus Politik und Wissenschaft, von Betroffenen, nichtstaatlichen Organisationen und aus dem medizinischen Bereich zusammenbringen.

Überprüfungskonferenzen gibt es außerdem in Bezug auf die Millenniumentwicklungsziele (MDGs) der Vereinten Nationen, die bis 2015 erreicht werden sollen. Diese Ziele sind der Armutsbekämpfung verschrieben, drei von ihnen sind gesundheitsbezogen. Das MDG 6 benennt die Eindämmung von Malaria, HIV/Aids und anderen Krankheiten, die bis zum Jahr 2015 erreicht werden soll.

Die MDGs haben einige politische Aufmerksamkeit gewonnen, da im September 2010 die Konferenz der Vereinten Nationen „MDGs nach 10 Jahren und 5 Jahre vor dem Zeitziel 2015“ stattfinden wird. Die MDGs verknüpfen konzeptionell und strategisch HIV/Aids mit anderen Gesundheitsproblemen, wie der Muttergesundheit. Dabei wird deutlich, welchen großen Einfluss HIV auf die Sterblichkeit von Frauen während Schwangerschaft und Geburt hat: Dass nur geringe Fortschritte in der Senkung der Müttersterblichkeit vor allem in Afrika gemacht wurden, ist zu einem großen Teil darauf zurückzuführen, dass Frauen an Aids sterben.

Das MDG 8 hat eine globale Entwicklungspartnerschaft zum Ziel. Eines der Unterziele will erreichen, dass – zusammen mit der Pharmaindustrie – Wege gefunden werden sollen, wie der Zugang zu lebensnotwendigen Medikamenten für alle Menschen erreicht werden kann. Auf die Schwierigkeiten, die hierbei auftreten, geht das Kapitel zu „Behandlung“ in diesem Dossier näher ein.

Bei den MDGs gibt es in diesem Jahr – zehn Jahre nachdem sie beschlossen wurden – viel Bewegung. Diese Bewegung gilt es auch nach der Überprüfungskonferenz im September 2010 aufrechtzuerhalten. Dabei sollten die verschiedenen Verpflichtungserklärungen der Vereinten Nationen nicht konkurrierend aufgefasst werden, sondern als verschiedene Hebel, über die national und global politischer Einfluss genommen werden kann.

Der „Universelle Zugang“ wurde auch von den G8-Regierungschefs ab 2005 aufgenommen. Die bisher zur Verfügung gestellten finanziellen Mittel reichen jedoch bei weitem nicht aus, um ihn zu erreichen. | |



**Dr. Sonja Weinreich**  
ist Referentin für Gesundheit beim Evangelischen Entwicklungsdienst (EED) und Mitglied im Bündnisrat des Aktionsbündnis gegen AIDS.



# Prävention in Hochprävalenzländern

Quantität und Qualität sind gefragt

| Astrid Berner-Rodoreda

**Zwei Drittel aller HIV-Positiven leben in Afrika. 2008 wurden dort mehr als 70 Prozent der Neuinfektionen verzeichnet. 40 Prozent der Neuinfektionen betreffen junge Erwachsene. „Zero New Infections“ fordert UNAIDS. Was wurde bisher erreicht und wo muss noch mehr getan werden?**

Inzwischen wissen wir einiges über effektive Prävention: Die männliche Beschneidung senkt die Gefahr einer HIV-Infektion von Männern bis zu 60 Prozent, Menschen, die erfolgreich mit antiretroviralen Medikamenten behandelt werden und keine anderen Infektionen aufweisen, sind kaum mehr ansteckend und die anti-retrovirale Behandlung einer HIV-positiven Frau während Schwangerschaft, Geburt und Stillzeit kann das Übertragungsrisiko auf das Baby auf unter ein Prozent senken. Kondome sind das wichtigste Mittel zur Verhinderung einer HIV-Infektion beim sexuellen Übertragungsweg. Tests und persönliche Beratung sind wirksame Instrumente, um tatsächlich Verhalten zu verändern. Die Kriminalisierung von Homosexualität, Drogengebrauch und Sexarbeit hingegen erschweren Prävention und Behandlung enorm.

Doch zugleich sind noch Schwierigkeiten zu bewältigen, wie folgendes Erlebnis aus Kamerun zeigt.

## | Beratungsdauer: fünf Minuten

In einem abgelegenen Dorf wurden 250 Menschen auf HIV getestet – eine an und für sich lobenswerte Maßnahme, da in Afrika weniger als 40 Prozent der Menschen, die mit HIV leben, ihren HIV-Status kennen und mobile Test- und Beratungsdienste deshalb eine wichtige Rolle spielen. Allerdings bekamen die Menschen in diesem Dorf wenig Informationen über Behandlung und darüber, dass nicht jede und jeder HIV-Positive sofort antiretrovirale Medikamente benötigt. Die Nachberatung, für die die Leute nach dem Testen Schlange standen, dauerte durchschnittlich weniger als fünf Minuten.

Foto: Gerd Matthias Hoeffchen



**Einem Mädchen in Burkina Faso wird Blut für einen Aids-Test abgenommen.**

Selbst wenn Menschen HIV-negativ getestet werden, sollten sie eine ausführliche Beratung erhalten, in der ausgelotet wird, wie sie sich weiterhin schützen können. Nur so kann Beratung zu Verhaltensänderung führen. Sie sollten auch darüber informiert werden, dass der Test in Kürze wiederholt werden muss, um sicherzustellen, dass sie sich nicht in der sogenannten Fensterperiode befinden (der Test ist negativ, weil erst wenige Antikörper gebildet wurden, aber eine Infektion hat bereits stattgefunden).

## | Verhaltene Erfolge

Fortschritte gibt es bei der männlichen Beschneidung zu verzeichnen: 13 Länder, die vorher kaum Beschneidung durchführten, haben inzwischen zusammen mit traditionellen Führern Programme entworfen, so dass an vielen Orten nun die männliche Beschneidung angeboten wird – unter den Luo in Kenia ließen sich innerhalb von 6 Wochen 32.000 Männer und Jungen über 12 Jahren beschneiden. Inwieweit die männliche Beschneidung auch Frauen besser schützt, ist noch unklar.

Ein weiterer Fortschritt: In Afrika erhalten inzwischen 45 Prozent der schwangeren HIV-positiven Frauen Zugang zu Präventionsprogrammen zur Reduzierung der Eltern-zu-Kind-Übertragung. 2004 waren es gerade mal 9 Prozent. Allerdings werden hier noch mehr dezentrale Dienste benötigt, da nicht alle Frauen zur Entbindung in ein Krankenhaus oder eine Gesundheitsstation gehen oder gehen können. Auch erhält ein Drittel der Frauen immer noch lediglich die prophylaktische Behandlung mit einem statt mit mehreren Anti-Aids-Medikamenten. Das erhöht das Risiko der Resistenzbildung bei der Mutter und dem neugeborenen Kind. Und nur wenige Länder setzen bisher die neuen Richtlinien der Weltgesundheitsorganisation um, die die Behandlung der Frauen über einen längeren Zeitraum vorsehen.

Generell hinken wir noch weit hinter den für 2010 gesteckten Zielen hinterher: 95 Prozent aller Jugendlichen im Alter von 15-24 Jahren

Eine Mitarbeiterin der Koptischen Kirche  
in Kenia demonstriert, wie  
man Kondome richtig verwendet.



Foto: Astrid Berner-Rodoreda

sollten akkurates Wissen über HIV haben. Bislang sind es nur 40 Prozent. Wird nicht genug in Prävention investiert? Global fließen 26 Prozent der Mittel in Prävention, über 50 Prozent in die Behandlung. Dennoch wird Präventionsarbeit fast überall betrieben: über die Medien, an Schulen, in Kirchen, an öffentlichen Plätzen wird in Ländern mit einer hohen Zahl von HIV-Infizierten und Aidskranken Aufklärung geleistet.

### | Treue allein ist kein Präventionskonzept

Auch viele nichtstaatliche Organisationen und Kirchen sind in der Prävention tätig – manche sogar sehr progressiv mit hervorragend erläuterten Kondomdemonstrationen, wie sie zum Beispiel die koptische Kirche in verschiedenen Ländern Afrikas durchführt. Andere setzen weiterhin fast ausschließlich auf Enthaltensamkeit und Treue – ein Ansatz, der zurecht immer mehr in Frage gestellt wird. Treue allein ist kein Präventionskonzept. Es fehlt die Information, dass ich den eigenen HIV-Status und den meines Partners kennen muss und dass uns nur, wenn wir beide HIV-negativ sind, die Treue allein schützen kann. Die verzerrte Botschaft, dass Treue Sicherheit biete, ist vor allem für Frauen gefährlich: Über 40 Prozent der Neuinfektionen in verschiedenen Ländern Afrikas geschehen innerhalb von Ehen oder Langzeitpartnerschaften. Soziokulturelle Barrieren erschweren den Gebrauch von Kondomen, deshalb sollten Menschen, vor

allem Männer, ermutigt werden, Kondome auch mit ihrer Langzeitpartnerin zu benutzen.

Inzwischen sind eine Reihe von kirchlichen und säkularen Organisationen dazu übergegangen, eine andere Botschaft zu verbreiten, nämlich SAVE (Safer Practices, Availability of Medication, Voluntary Counselling and Testing, Empowerment through Education). Das SAVE-Konzept ist ein ganzheitlicher Ansatz, bei dem Menschen fundiert über HIV unterrichtet werden und ihnen die gesamte Palette an Präventionsmethoden an die Hand gegeben wird. Was den Kondomgebrauch selbst anbelangt, so wurden einige Fortschritte erzielt – in Südafrika verdoppelte er sich von 31 Prozent 2002 auf knapp 65 Prozent 2008. 50 Millionen Kondome für Frauen wurden 2009 weltweit verteilt – mehr als doppelt so viel wie noch 2008. Allerdings entspricht die momentane Versorgung mit Kondomen nur einem Viertel des Bedarfs.

### | Lebensnahe Informationen

Die Frage, die sich bei Präventionsveranstaltungen in Afrika immer wieder stellt, ist: Reichen knappe Erklärungen über den Unterschied von HIV und Aids, die Übertragungswege und die Präventionsmethoden aus, damit sich Menschen wirklich schützen können? Brauchen sie nicht vielmehr auf ihr Leben zugeschnittene Informationen? Wie hoch ist das Infektionsrisiko, wenn der Partner HIV-positiv ist? Diese und ähnliche Fragen werden oft auch in entlegenen Dörfern gestellt. Die Vortragenden können darauf aber nicht immer eingehen, weil sie selbst oft nur eine kurze Einführung zu HIV und Aids bekommen haben.

So wurde bei einer Dorfveranstaltung nach Präventionsmaßnahmen gefragt. „Behandlung“, gab eine Frau zur Antwort. Das sei falsch, entgegneten die örtlichen NGO-Vertreter. War die Antwort wirklich falsch? Menschen, die unter wirksamer Behandlung stehen und sonst keine Infektionen haben, besitzen ein äußerst geringes Risiko, HIV zu übertragen. Allerdings muss die betroffene Person Zugang zu regelmäßigen Labortests haben, um sicherstellen zu können, dass die Viruskonzentration im Blut unter der Nachweisgrenze liegt.

Dies ist an vielen Orten in Afrika nicht möglich, da die Apparate dafür oft nicht vorhanden sind. Das Beispiel zeigt jedoch, dass Multiplikatorinnen und Multiplikatoren besser über Behandlung und das Zusammenspiel von Behandlung und Prävention unterrichtet sein sollten – damit wären HIV-Positive weniger Stigmatisierung ausgesetzt.

Viele traditionelle Führerinnen und Führer, Heilerinnen und Heiler haben ihre Praktiken leicht abgeändert, um das Infektionsrisiko zu mindern. Sie haben auch die Rechte von Frauen und Witwen gestärkt sowie dafür gesorgt, dass bei ihrer Konsultation und Behandlung kein Übertragungsrisiko mehr existiert.

Wichtig ist jedoch auch die Entkriminalisierung von Schlüsselgruppen wie beispielsweise Sexarbeiterinnen oder Männer, die Sex mit Männern haben. Gruppen zu kriminalisieren oder die Übertragung des Virus zu kriminalisieren, wie es inzwischen als Gesetz in einigen afrikanischen Staaten der Fall ist, schützt nicht die HIV-negative Bevölkerung, sondern hindert Menschen daran, sich testen zu lassen und von Präventions- und Behandlungsdiensten Gebrauch zu machen.

Für den international geforderten universellen Zugang benötigen wir effektive und auf das jeweilige Land zugeschnittene Präventionsmaßnahmen. Das beinhaltet auch mehr Geld für dezentrale Dienste, gut geschultes Personal in allen Einrichtungen und NGOs, Laborausstattung, mehr Qualität in der Prävention und eine stärkere Einbeziehung von Männern. Darüber hinaus benötigen wir in ausreichender Zahl Kondome für Männer und für Frauen, die Beseitigung ideologischer Barrieren bei der Prävention, eine engere Verzahnung von Behandlung und Prävention und ein flächendeckendes Angebot an Programmen zur Reduzierung der Eltern-zu-Kind-Übertragung. | |



**Astrid Berner-Rodoreda**  
ist Beraterin für HIV und Aids im Afrika-Team von „Brot für die Welt“ und Sprecherin der evangelischen Säule im Aktionsbündnis gegen AIDS.



# Tabletten für 219 Dollar im Jahr

Patentgesetze erschweren immer noch den Zugang zu Aids-Medikamenten für alle Betroffenen

| Christiane Fischer

**Die Preise für überlebenswichtige Medikamente sind stark gesunken – dank generischer Produktion und der Anwendung von Klauseln, die den Patentschutz teilweise außer Kraft setzen. Doch das reicht nicht aus, um allen, die mit HIV infiziert oder bereits an Aids erkrankt sind, eine wirksame Behandlung zu ermöglichen.**

Patente sind Monopole und erhöhen den Preis. Der Patentschutz auf Medikamente wurde in den 1990er Jahren innerhalb des TRIPS-Abkommens der Welthandelsorganisation WTO festgelegt. TRIPS steht für Trade-Related Aspects of Intellectual Property Rights, es ist also ein Übereinkommen über handelsbezogene Aspekte der Rechte am geistigen Eigentum. Mit der Gründung der WTO 1995 wurde es für alle WTO-Mitgliedsstaaten verbindlich. Sie müssen TRIPS in nationales Recht umsetzen. Entwicklungsländer wie Indien oder Brasilien hatten dafür bis 2005 Zeit, den ärmsten Ländern wird eine

Frist bis 2016 eingeräumt. Doch haben viele dieser Länder bereits Patentgesetze, die den TRIPS-Mindeststandards entsprechen oder sogar über diese hinausgehen.

Mindestanforderungen, die in nationalen Patentgesetzen enthalten sein müssen, sind:

- Ein patentierbares Produkt muss neu und industriell herstellbar sein sowie einen innovativen Schritt enthalten.
- Patente müssen in allen Technologiefeldern, also auch auf Medikamente erteilt werden.
- Der Patentschutz gilt für mindestens 20 Jahre.

## | Schutzklauseln

TRIPS sieht Möglichkeiten vor, um die öffentliche Gesundheit zu schützen. Diese Schutzklauseln – dazu gehören Zwangslizenzen, Parallelimporte und eine Einschränkung der Patentierbarkeit – wurden auf der WTO-Konferenz 2001 in der Doha-Erklärung bestätigt.

Zwangslizenzen (ZL): Jedes Land kann den Patentschutz außer Kraft setzen und das patentierte Produkt selbst produzieren oder die

Produktion an Dritte vergeben. Paragraph 31 des TRIPS-Abkommens sieht dies vor, allerdings muss der Gebrauch des zwangslizenzierten Produkts vor allem auf das eigene Land beschränkt bleiben. Eine ZL kann im Falle eines Gesundheitsnotstandes, aber auch aus anderen Gründen vergeben werden – zum Beispiel um eine Wettbewerbsverzerrung zu verhindern. Ihre Vergabe ist weder an einen extremen Notstand gebunden noch auf bestimmte Krankheiten beschränkt. In den vergangenen Jahren haben immer mehr Länder wie Thailand, Indonesien, Brasilien, Sambia, Simbabwe oder Mosambik von der Möglichkeit, patentierte Produkte unter Zwangslizenzen zu stellen, Gebrauch gemacht oder dies angedroht. Firmen haben auf die Drohung häufig mit der Erteilung einer „freiwilligen“ Lizenz (VLs) reagiert.

Länder ohne ausreichende Produktionskapazität können allerdings nicht oder kaum von ZLs profitieren. Sie müssten zwangslizenzierte Aids-Medikamente importieren. Dies ist wegen hoher bürokratischer Hürden nahezu unmöglich.

Parallelimporte: Ein Produkt, im Falle von HIV/Aids ein antiretrovirales Medikament (ARV), das in verschiedenen Ländern legal hergestellt wird, kann aus dem Land importiert werden, in dem es am billigsten ist. Die Paragraphen 6 und 8 schließen die Möglichkeit von Parallelimporten nicht aus. Sie wurden von der Doha-Erklärung nochmals bestätigt. Viele nationale Patentgesetze sehen die Möglichkeit von Parallelimporten vor. Jedoch werden sie bisher nur in sehr begrenztem Rahmen, zum Beispiel in Kenia, angewendet.

Jedes Land muss ein Produkt patentieren, das neu ist, industriell hergestellt werden kann und einen innovativen Schritt einschließt. Doch TRIPS definiert nicht, was ein solcher innovativer Schritt ist. So schließt das indische Patentrecht Patentschutz auf geringfügige

**Isata Turay in Freetown, Sierra Leone, ist todkrank: Sie hat TB und Aids. Der Brot für die Welt-Partner Shepherd's Hospice besorgt Medikamente und organisiert die Krankenbetreuung.**



Foto: Gerd-Matthias Hoeffchen / Brot für die Welt



Foto: Frederick Noronha / Sangath



In einem Gesundheitszentrum im indischen Bundesstaat Goa wird eine HIV-positive Patientin behandelt.

gige Veränderungen bekannter Substanzen aus, wenn kein therapeutischer Fortschritt nachzuweisen ist. Die Substanz Tenofovir (TDF) wurde bereits in den 80er Jahren von tschechischen Forschern entdeckt. Gilead, ein Pharmazie- und Biotechnologieunternehmen aus den Vereinigten Staaten, hat die Substanz leicht verändert, doch gelang es der Firma nicht, nachzuweisen, dass die Veränderung in Indien patentwürdig sind. Daher wurde das Patent auf das nebenwirkungsärmere ARV TDF abgelehnt. Dies war möglich, da interessierte Gruppen vor der Patenterteilung Einspruch gegen den Patentantrag eingelegt hatten.

TDF verbessert die Aids-Einstiegstherapie enorm und wird seit 2009 von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) als Teil einer Kombination aus drei verschiedenen Medikamenten, mit der Aids üblicherweise therapiert wird, empfohlen. Nachdem Indien (wie auch Brasilien und die USA) das Patent abgelehnt hatten, folgten immer mehr Länder wie beispielsweise Südafrika und Kenia der WHO-Empfehlung. Die Ablehnung des Patents auf TDF ermöglichte es ihnen, günstige indische Generika zu importieren. Für die nahe Zukunft wird ein vermehrter Wettbewerb und daher ein weiterer Preisrückgang für das unentbehrliche Medikament erwartet.

Ein wichtiges Medikament der zweiten Generation ist LPV/r, welches als wichtiges Secondline-Medikament auf der WHO-Liste unentbehrlicher Arzneimittel steht und von der Firma Abbott als Kaletra® und in der hitzestabilen Form als Aluvia® vermarktet wird. Noch wird LPV/r in Indien generisch produziert, denn es besteht noch kein Patentschutz. Zivilgesellschaftliche Gruppen hoffen, dass auch das Patent auf LPV/r als geringfügige Änderung einer bestehenden Substanz abgelehnt wird. Schon jetzt sinkt der Preis von LPV/r.

*Alle antiretrovirale  
Medikamente, die seit  
2005 auf dem indischen  
Markt waren, können  
weiterhin generisch  
produziert werden.*

Dazu reicht selbst der geringe Wettbewerb durch indische Konkurrenzprodukte aus: Abbott hatte Ländern, die zu den ärmsten gehören, LPV/r zunächst zu einem reduzierten Preis von 500 US-Dollar angeboten (gerechnet pro Jahr und Patientin oder Patient, was auch die Bezugsgröße für alle folgenden Preisangaben ist). Daraufhin unterbot die indische Generikafirma Cipla diesen Preis mit 486 US-Dollar. Und Abbott senkte seinen Preis weiter auf momentan 440 US-Dollar. Indische Generika machen LPV/r aber nicht nur für die ärmsten Länder günstiger. Auch Länder mittleren Einkommens, in denen LPV/r nicht unter Patentschutz steht, können das wichtige

Arzneimittel aus Indien für 486 US-Dollar importieren. Sollte in Indien, dem weltweit wichtigsten Lieferanten günstiger Generika, das Patent auf LPV/r erteilt werden, wären Preissteigerungen zu erwarten. Indien wie auch alle anderen Länder mittleren Einkommens müssten dann den von Abbott für sie vorgesehenen Preis von 1000 US-Dollar pro Jahr und Patientin oder Patient bezahlen – eine unerschwingliche Summe für viele Betroffene und eine Überforderung der schwachen Gesundheitssysteme dieser Länder.

### | Es bleibt noch viel zu tun

Zusammengefasst lassen sich folgende Erfolge verbuchen: Seit 2001 ist der Preis für die nebenwirkungsreichere Stavudine-basierte Einstiegstherapie von über 10.000 US-Dollar pro Jahr und Patientin oder Patient auf weit unter 100 US-Dollar gesunken. Dies zeigt, dass generischer Wettbewerb zentral für bezahlbare ARVs ist. Nachdem das Patent auf TDF in Indien abgelehnt wurde, schließen mehr und mehr Länder TDF in die verbesserte Therapielinie der ersten Generation ein. Ein rapider

Preisrückgang wird erwartet. Momentan kostet die günstigste TDF-basierte Deierkombination, bei der die Betroffenen nur eine Tablette pro Tag schlucken müssen, 219 US-Dollar. Auch dieser Preis sank dank generischer Produktion innerhalb der letzten vier Jahre um die Hälfte. Section 3d des indischen Patentrechts verhindert, dass Patente auf bereits existierende Wirkstoffe erteilt werden, die nur geringfügig verändert wurden, wenn sie keinen therapeutischen Fortschritt versprechen. Alle ARVs, die seit 2005 auf dem indischen Markt waren, können weiterhin generisch produziert werden. Und in einer Reihe von Ländern werden vermehrt Zwangslizenzen angewendet. Viele nationale Patentgesetze sehen auch Parallelimporte vor.

Doch es bleibt noch viel zu tun. So können Länder ohne ausreichende Pharmaproduktion de facto keine Zwangslizenzen anwenden, da der WTO-Kompromiss von 2003 nicht funktioniert. Dieser Kompromiss besagt, dass arme Länder ohne eigene Pharmaindustrie zwangslizenzierte Medikamente importieren dürfen. Allerdings ist er mit so vielen bürokratischen Hürden verbunden, dass nur ein einziges Land (Ruanda) jemals diesen Weg gehen konnte. Hier muss das TRIPS-Abkommen dringend verbessert werden.

Auch Indien muss Patentschutz auf echte innovative ARVs vergeben und hat das bereits getan, zum Beispiel auf Abacavir. Arme haben zu diesen wichtigen Medikamenten 20 Jahre lang keinen Zugang. ZIs oder VLs bleiben hier fast die einzige Möglichkeit, die Preise zu senken. Allerdings können die ärmsten Länder von Zwangslizenzen nicht profitieren und freiwillige Lizenzen sind vom „good will“ der Firmen abhängig. Hier müssen neue Mechanismen geschaffen werden, um allen Menschen den Zugang zu innovativen Produkten zu ermöglichen. | |



**Dr. Christiane Fischer** ist Sprecherin der zivilgesellschaftlichen Säule des Aktionsbündnis gegen AIDS und Geschäftsführerin der BUKO Pharma-Kampagne.

# Kinder und Aids

Bei Kindern ist der „universelle Zugang“ zu Behandlung noch weniger verwirklicht als bei Erwachsenen

| Alexander Lohner und Frank Mischo

Die Wahrscheinlichkeit, dass Kinder eine antiretrovirale Behandlung erhalten, beträgt nur ein Drittel von derjenigen für Erwachsene. Für HIV-Infektionen von Kindern ist vor allem die Eltern-zu-Kind-Übertragung des HI-Virus verantwortlich. Auch das Übertragungsrisiko könnte mit entsprechender Behandlung so gut wie ausgeschaltet werden.

Kinder sind von Aids nicht nur als HIV-Infizierte betroffen. 15 Millionen Kinder haben weltweit einen Elternteil oder beide Eltern durch Aids verloren. In vielen Teilen Subsahara-Afrikas zerfällt durch Aids die Großfamilie, die den Menschen soziale Sicherheit bietet. In den Ländern des südlichen Afrikas ist bereits jedes zehnte Kind verwaist. Viele dieser Kinder sind Diskriminierungen ausgesetzt, werden obdachlos oder in überforderten Ersatzfamilien oder Heimen untergebracht. Nicht wenige von ihnen werden Opfer sexueller Gewalt und Ausbeutung oder enden als Straßenkinder. Viele sind unterernährt. Bereits vor dem Tod der Eltern beziehungsweise eines Elternteils ist das Leben von Kindern HIV-infizierter Eltern sehr leidvoll. Meist sind die Heranwachsenden für die Pflege ihrer todkranken oder sterbenden Eltern verantwortlich.

Schätzungsweise 2,2 Millionen Kinder unter 15 Jahren tragen selbst das HI-Virus im Körper. Im Jahre 2007 infizierten sich insgesamt 370.000 Kinder neu mit dem Krankheitserreger, das waren über 1000 pro Tag. 290.000 Kinder fielen im Jahre 2007 den Folgen von Aids zum Opfer. Ungefähr ein Drittel der HIV-infizierten Kinder ohne Versorgung und Behandlung sterben im ersten und nahezu 50 Prozent im zweiten Lebensjahr. Während im Laufe der vergangenen beiden Jahre die Zahl der Erwachsenen mit Zugang zu antiretroviraler Behandlung rasch angestiegen ist, konnte die Behandlung von Kindern mit dieser Entwicklung bei weitem nicht Schritt halten.

Foto: Ralf Krämer / Kindernothilfe



Es gibt verschiedene Gründe, warum Kinder immer noch viel zu selten mit antiretroviralen Medikamenten behandelt werden. Zum einen ist die Therapie von HIV-positiven Kindern schwieriger als die von Erwachsenen. Kinder brauchen spezielle Rezepturen der Medikamente, da die Dosierungen für Erwachsene für sie nicht verwendet werden können. Viele antiretrovirale Medikamente gibt es zudem nicht in kinderfreundlichen Darreichungsformen, andere sind für die Anwendung in armen Ländern ungeeignet, weil sie beispielsweise gekühlt werden müssen, oder es fehlt an dem notwendigen Zugang zu sauberem Trinkwasser.

Hinzu kommt die mangelnde Kapazität afrikanischer Gesundheitssysteme, HIV-Infektionen von Babys und Kleinkindern rechtzeitig festzustellen. HIV-Tests sind bei Babys komplizierter als bei Erwachsenen. Eine infizierte Mutter gibt ihrem Kind in jedem Fall Antikörper gegen das HI-Virus mit. Das Neugeborene wird nach der Geburt daher erst einmal HIV-positiv getestet, auch wenn es eigentlich nicht infiziert ist. Es dauert ungefähr 18 Monate, bis das Kind die von der Mutter mitgegebenen Antikörper abbaut. Erst nach diesem Zeitraum stellt sich durch herkömmliche HIV-Tests heraus, ob es HIV-infiziert ist oder nicht.

**Kind einer HIV-positiven Mutter in einem Projekt der Asha-Foundation in Bangalore, Indien. Das Projekt will das Risiko der Übertragung des HI-Virus auf Neugeborene verringern.**

Polymere-Kettenreaktionstests (PCR) erlauben zwar Tests bereits bei Babys im Alter von vier bis sechs Wochen, da sie auf die DNS des HI-Virus und nicht auf Antikörper reagieren. PCR-Tests erfordern jedoch hochentwickelte und teure Instrumente, die es meist nur in den großen Städten der ärmeren Länder gibt.

Es ist daher dringend erforderlich, dass alle HIV-infizierten Kinder so früh wie möglich Zugang zu medizinischen Einrichtungen erhalten, die imstande sind, Sofortdiagnosen zu stellen, eine vorbeugende Therapie (zum Beispiel mit dem Antibiotikum Cortimoxazol) bereitzustellen und eine antiretrovirale Behandlung zu gewährleisten.

Es ist daher dringend erforderlich, dass alle HIV-infizierten Kinder so früh wie möglich Zugang zu medizinischen Einrichtungen erhalten, die imstande sind, Sofortdiagnosen zu stellen, eine vorbeugende Therapie (zum Beispiel mit dem Antibiotikum Cortimoxazol) bereitzustellen und eine antiretrovirale Behandlung zu gewährleisten.

Mit Plakaten wie diesen wird in Nigeria für die Prävention der Eltern-zu-Kind-Übertragung geworben.

lung einzuleiten. Um das zu erreichen, müssen UN-Organisationen und andere internationale Geldgeber die Ausweitung der Gesundheitsversorgungsdienste in den Ländern des Südens tatkräftiger unterstützen.

Nicht nur Babys haben ein hohes Risiko, sich mit HIV zu infizieren. Auch Jugendliche und junge Erwachsene sind einem großen Risiko ausgesetzt. Fast die Hälfte aller Neuinfizierten weltweit ist zwischen 15 und 24 Jahre alt. Um junge Menschen vor einer Infektion zu schützen, müssten Maßnahmen der Aufklärung und der Prävention verbessert und ausgeweitet werden.

### | Eltern-zu-Kind-Übertragung

Für mehr als 90 Prozent der HIV-Infektionen von Kindern ist die Eltern-zu-Kind-Übertragung des Virus verantwortlich. (Die oft als Mutter-zu-Kind bezeichnete Übertragung von HIV wird besser Eltern-Kind-Übertragung genannt, um eine einseitige Diskriminierung der Mutter zu verhindern.) Beide Elternteile sollten in die Präventionsbemühungen und die medizinische Behandlung mit einbezogen werden. Daher spricht man von PPTCT (Prevention of Parent to Child Transmission). Das Plus in der Abkürzung (PPTCT+) steht für eine lebenslange Behandlung der Eltern. Es impliziert auch die notwendigen strukturellen Verbesserungen der Gesundheitsversorgungseinrichtungen und die Einbeziehung des Umfeldes der Familie.

Schon seit 1998 ist PPTCT+ möglich. Noch immer besteht ein Drittel der Behandlungen aus einer Einmaldosis des Medikaments Nevirapin. Unbehandelt beträgt das HIV-Übertragungsrisiko von der Mutter auf das Kind zwischen 30 und 40 Prozent. Durch verbesserte Forschung und vielseitige praktische Erfahrungen wurden gerade in ärmeren Staaten mit hoher HIV-Infektionsrate und schwachem Gesundheitssystem große Fortschritte erzielt. Das Übertragungsrisiko kann durch Nevirapin auf 16 Prozent und mit länger anzuwendenden Kombinationsmedikamenten bis auf ein Prozent reduziert werden. Diese Behandlung ist auch einfach anzuwenden und sehr preisgünstig.

Foto: Piepel / Misereor



In Deutschland steht Schwangeren eine weitreichende Palette von Vorbeugungsmöglichkeiten zu Verfügung: von freiwilligen HIV-Tests über Schwangerschaftsuntersuchungen bis hin zu hochwirksamen Medikamenten. Auch bei der Geburt und mit Alternativen zum Stillen kann die Übertragung verhindert werden, so dass sich in Deutschland mit 25 Kindern pro Jahr nicht einmal ein Prozent der Kinder von HIV-positiven Müttern infizieren. Auch in ärmeren Staaten gibt es eine spürbare Steigerung der finanziellen Unterstützung und der Ausweitung der Behandlungsmöglichkeiten. Dies ist vor allem auf die politischen Beschlüsse zur Erreichung der UN-Millenniumentwicklungsziele aus dem Jahr 2000 und die Verpflichtung der Regierungen auf der Sondersitzung der Vereinten Nationen zu HIV und Aids im Jahr 2001 zurückzuführen. 2008 wurden weltweit 45 Prozent der infizierten Schwangeren mit präventiven Maßnahmen erreicht. 2007 waren es 35 Prozent; 2004 lediglich 10 Prozent. Das heißt aber auch, dass noch über die Hälfte der Schwangeren keinen Zugang zu diesen Maßnahmen hat – von einem universellen Zugang für alle Betroffenen sind wir auch 2010 noch weit entfernt.

### | Politisches Handeln ist sofort nötig

Deshalb muss PPTCT+ weltweit flächendeckend gerade in den ärmsten und von HIV/Aids am meisten betroffenen Staaten eingeführt werden. Das Aktionsbündnis gegen AIDS fordert, dass die Bundesregierung, gemäß ihrem Anteil an der Weltwirtschaftsleistung, 10 Prozent der weltweit dafür notwendigen Finanzmittel der Geberstaaten bereitstellen soll. Im Jahr 2008 schätzte UNAIDS, dass die Geberstaaten jeweils 2009 und 2010 jährlich fast eine Milliarde Euro investieren müssten, um Ende 2010 wenigstens das Ziel für die Verhinderung der Eltern-zu-Kind-Übertragung von 80 Prozent zu erreichen. Das ergibt für Deutschland eine Verpflichtung von knapp 100 Millionen Euro pro Jahr.

Durch die neuen Behandlungsrichtlinien der Weltgesundheitsorganisation verdoppelt sich die Anzahl der potentiellen ARV-Empfänger nahezu. Dadurch wird sich die Finanzierungssumme wesentlich erhöhen. Um die Umsetzung der Verpflichtung, PPTCT+ für möglichst viele von HIV betroffene Menschen weltweit zu erreichen, soll bis Ende 2010 die Versorgungsrate von 45 Prozent auf 80 Prozent gesteigert werden. Bis spätestens 2015 sollte überhaupt kein Baby mehr mit HIV geboren werden. Das fordert die Kampagne des Aktionsbündnisses gegen Aids „in9Monaten.de - Babys ohne HIV“. Mit Unterschriften, roten Armbändern, Fotos und Aktionen kann man dies unterstützen. ||



**Prof. Dr. Dr. Alexander Lohner** ist Leiter des Grundsatzreferats beim Hilfswerk Misereor und Honorarprofessor für Ethik an der Universität Kassel.



**Frank Mischo** ist in der Kindertothilfe für das Thema HIV/Aids zuständig und im deutschen Aktionsbündnis gegen AIDS in mehreren Funktionen tätig.



# Finanzielle Engpässe bremsen lebensrettende Maßnahmen

## Deutschlands Beitrag zur Gesundheitsförderung und der HIV-Bewältigung in den Entwicklungsländern

| Joachim Rüppel

**Die Unterfinanzierung der Gesundheitssysteme in den armen Ländern ist ein wesentliches Hindernis für Entwicklung. Besonders fatale Auswirkungen hatten die jahrzehntelangen Versäumnisse bei der Eindämmung der HIV-Epidemie. Der Nachholbedarf ist hoch. Welchen Beitrag leistet Deutschland zur HIV-Bewältigung in den Entwicklungsländern?**

Im Auftrag der Vereinten Nationen hat das Millennium-Projekt 2005 einen Aktionsplan für die Verwirklichung der Millenniumentwicklungsziele (MDGs) erarbeitet. Auf der Basis von Länderstudien hat es errechnet, welche Investitionen benötigt werden, um sie zu erreichen. Dabei wurden alle wichtigen Entwicklungsbereiche berücksichtigt und vorausgesetzt, dass die Entwicklungsländer ihren Eigenanteil bis 2015 auf 9 Prozent ihres

Bruttoinlandsprodukts (BIP) steigern. Die Industriestaaten müssten im Jahr 2010 – einschließlich der indirekten Zusatzkosten – einen Betrag von 178 Millionen US-Dollar aufbringen, was 0,43 Prozent ihres Bruttonationaleinkommens (BNE) entspricht. Die Gesundheitsförderung als Bereich mit dem höchsten Investitionsbedarf müsste rund ein Viertel der direkt auf die MDGs ausgerichteten Gesamtmittel erhalten – nach heutigem Stand rund 33,5 Milliarden US-Dollar.

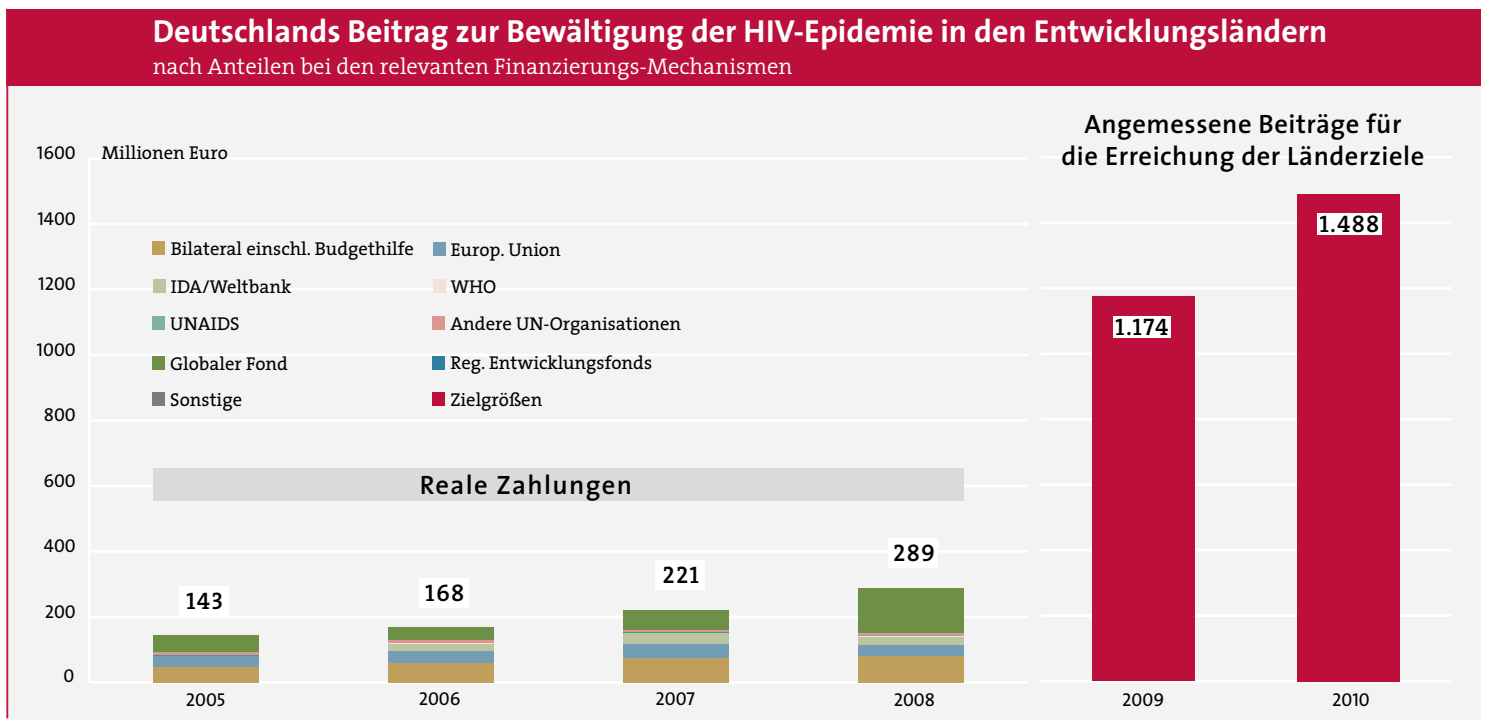
Allerdings wurde die Studie abgeschlossen, bevor 2006 die "Politische Erklärung der Vereinten Nationen zu HIV/Aids" angenommen wurde. Daher konnten die dort festgeschriebenen Verpflichtungen nicht berücksichtigt werden. Schon um die bisher von den Ländern in ihren nationalen HIV-Strategien formulierten Ziele Wirklichkeit werden zu lassen, wären laut Berechnungen von UNAIDS nach heutigem Stand 2010 circa 26 Milliarden US-Dollar aufzuwenden. Davon sollten die reichen Geberstaaten zwei Drittel aufbringen, rund 17 Milliarden. Die genannte Schätzung kalkuliert jedoch den zusätzlichen Finanzbedarf nicht ein, der durch die Umsetzung der aktuellen

Behandlungsrichtlinien der WHO entsteht. Diese raten dringend zu einem früheren Therapiebeginn, um unnötige Todesfälle zu vermeiden, was die Anzahl der behandlungsbedürftigen Menschen deutlich erhöht.

Somit werden für die Bewältigung der HIV-Krise und damit die Stärkung der Gesundheitsversorgung insgesamt noch wesentlich mehr externe Mittel benötigt, als es die vorliegenden Berechnungen und Bedarfsanalysen nahelegen.

### | Finanzierungsversprechen

An Finanzierungsversprechen der reichen Länder fehlt es nicht. Dazu gehört der UN-Beschluss aus dem Jahr 1970, mindestens 0,7 Prozent des BNE für die offizielle Entwicklungshilfe (engl. ODA) aufzubringen. Diese Zusicherung wurde in allen wichtigen UN-Dokumenten bekräftigt, unter anderem in der Verpflichtungserklärung zu HIV/Aids vom Juni 2001. Vierzig Jahre nach der ersten Resolution haben jedoch nur 5 der 23 im Entwicklungsausschuss der OECD vertretenen Staaten dieses Ziel verwirklicht. Die EU hat immerhin einen Stufenplan aufgestellt, um



Quelle: CRS-Datenbank des DAC/OECD, Jahres- und Finanzberichte von UN-Organisationen, Projektdatenbank der Weltbank, eigene Analysen und Berechnungen des Autors.

*Millionen Menschen fallen unter die Armutsgrenze, weil sie teure Behandlungen aus der eigenen Tasche zahlen müssen.*

den Richtwert bis spätestens 2015 zu erreichen. Für das laufende Jahr hatten die Mitgliedstaaten, die schon vor der sogenannten Osterweiterung zur Europäischen Union gehörten, ein gemeinsames Zwischenziel von 0,56 Prozent ausgegeben. Es setzt für die einzelnen Länder das Erreichen einer Mindestquote von 0,51 Prozent voraus (einige Staaten haben deutlich mehr erreicht). Schon jetzt ist klar, dass diese Zusage trotz der zusätzlichen Anstrengungen einiger Regierungen nicht eingehalten wird. Nach aktuellen Vorhersagen der OECD werden im EU-Verband nur 0,48 Prozent erreicht werden.

Zu den Ländern, die das Zwischenziel nicht erfüllen, gehört auch Deutschland. Aufgrund der verfügbaren Daten und Haushaltsbeschlüsse geht die OECD davon aus, dass die deutsche Quote weit unterdurchschnittlich ausfällt und bei nur 0,4 Prozent liegen wird. Dabei ist die offizielle Statistik durch Posten geschönt, die keinen wirklichen Ressourcen-Transfer in die benachteiligten Länder darstellen, wie Schuldenerlasse, Studienplatzkosten für Studenten aus Entwicklungsländern oder Verwaltungskosten. Die realen Leistungen Deutschlands beliefen sich im vergangenen Jahr auf nur 0,31 Prozent des BNE und der bescheidene Zuwachs des BMZ-Haushalts für das laufende Jahr von 256 Millionen Euro wird daran wenig ändern.

Nach den jüngsten Erhebungen der WHO betragen die jährlichen Regierungsausgaben für Gesundheit pro Kopf in 33 afrikanischen Ländern weniger als 40 US-Dollar und reichen damit für grundlegende Versorgungsdienste nicht aus. In diesen Ländern leben aber fast 85 Prozent der afrikanischen Bevölkerung. Selbst wenn die Mitgliedsstaaten der Afrikanischen Union ihre Selbstverpflichtung umsetzen, 15 Prozent des jährlichen Staatshaushalts in die Verbesserung des Gesundheitswesens zu investieren, würden unter den jetzigen Bedingungen die öffentlichen Pro-Kopf-Ausgaben in 26 Ländern mit annähernd 60 Prozent der Einwohner Afrikas unter dem Minimalwert von 40 US-Dollar bleiben. Ungenügende Krankenversicherungs-

und Finanzierungssysteme führen weltweit dazu, dass jedes Jahr 150 Millionen Menschen teure Behandlungen

aus der eigenen Tasche bezahlen müssen. Mehr als 100 Millionen fallen dadurch unter die Armutsgrenze. Auch für die wesentlichen HIV-Maßnahmen existiert nach wie vor eine enorme Finanzierungslücke und der Anteil der Entwicklungshilfe an den bereitgestellten Ressourcen beläuft sich auf weniger als die Hälfte anstatt der anvisierten zwei Drittel.

### | Faire Lastenteilung?

Eine faire Beteiligung an den finanziellen Lasten richtet sich in erster Linie an der Wirtschaftskapazität aus. Der Anteil Deutschlands am BNE der 23 wichtigsten Geberstaaten beläuft sich auf 8,5 Prozent. Da die europäischen Länder eine Vorreiterrolle einnehmen, ihr Anteil also höher ist als der der übrigen Geberstaaten, erscheint es für Deutschland angebracht, sich mit 10,6 Prozent an der gesundheitsrelevanten Entwicklungshilfe zu beteiligen. Die deutschen Beiträge sollten daher in diesem Jahr bei einer Größenordnung von mindestens 3,6 oder unter Berücksichtigung des Zusatzbedarfs für die Umsetzung der Länderziele rund 4 Milliarden für Gesundheitsförderung liegen, wovon 1,8 Milliarden US-Dollar auf die HIV-Bekämpfung entfallen. Dies entspricht nach aktuellem Wechselkurs Beträgen von 2,9 bis 3,2 beziehungsweise 1,5 Milliarden Euro.

Eine differenzierte Analyse, die alle relevanten Hilfe-Aktivitäten und Finanzierungsmechanismen einbezieht, zeigt aber, dass sich die deutschen Auszahlungen im Jahr 2008 auf lediglich 765 Millionen Euro für Gesundheit und knapp 290 Millionen Euro für HIV-Maßnahmen beziffern. Der jährliche Beitrag zum Globalen Fonds zur Bekämpfung von Aids, Tuberkulose und Malaria ist mit 200 Millionen Euro der mit Abstand wichtigste Posten der deutschen Finanzierung von HIV/Aids-Prävention und -Behandlung. Da dieser bis 2010 aber nur unwesentlich aufgestockt wird, sind leider auch keine durchgreifenden Steigerungen der deutschen Beiträge zu erwarten.

Das Missverhältnis zwischen Finanzierungszielen und tatsächlichen Leistungen fällt hier

noch krasser aus als bei der Gesamt-ODA. Dies ist darauf zurückzuführen, dass der Gesundheitsförderung ein viel zu geringer Stellenwert in der deutschen Entwicklungszusammenarbeit beigemessen wird. Bezogen auf die realen Transferleistungen machen die Mittel für Gesundheit nur 8 Prozent der bilateralen Kooperation aus. Und die Ressourcen für die HIV-Bekämpfung verharren bei wenig mehr als 2 Prozent – bei zuletzt rückläufiger Tendenz. Die etwas angemessenere Mittelverteilung bei den multilateralen Leistungen kann dieses Defizit nur teilweise ausgleichen, so dass die Anteile insgesamt bei rund 11 beziehungsweise 4 Prozent liegen.

Trotz einiger Bemühungen in den vergangenen Jahren ist Deutschland noch weit davon entfernt, seiner internationalen Verantwortung gerecht zu werden. Es sind ganz erhebliche zusätzliche Anstrengungen nötig. Dabei muss der Mitteleinsatz auf die anerkannten Kernmaßnahmen der Gesundheitsförderung und Krankheitsbekämpfung ausgerichtet und für die Öffentlichkeit transparent dokumentiert werden. Eine besondere Bedeutung kommt dem Globalen Fonds zu, der für den Zeitraum von 2011 bis 2013 mindestens 20 Milliarden US-Dollar benötigt. Schon im vorigen Jahr reichten die Mittel nicht aus, so dass der Verwaltungsrat beschloss, die Budgets der bewilligten Programme zu kürzen. Die Ausweitung lebensrettender Maßnahmen wird durch finanzielle Engpässe gebremst. Unter Berücksichtigung der obigen Kriterien für eine faire Lastenteilung sollte Deutschland auch hier 10,6 Prozent der erforderlichen Länderbeiträge beisteuern. Das entspricht einem Beitrag von 540 Millionen Euro pro Jahr. Die Erfüllung der Finanzierungszusagen ist nicht nur eine Frage der Glaubwürdigkeit. In erster Linie geht es um die Verwirklichung der menschlichen Solidarität und um eine weitestmögliche Weltpolitik. ||



**Joachim Ruppel**  
ist Fachreferent für HIV/  
Aids im Missionsärztlichen  
Institut, Würzburg.

# Viren diskriminieren nicht, Gesetzgeber schon

## Die Kriminalisierung von Menschen mit HIV muss gestoppt werden

| Peter Wiessner

**„Viren diskriminieren nicht! Diskriminierst du?“ lautet die Botschaft einer australischen Plakataktionen. Anti-Diskriminierungskampagnen sind auch 25 Jahre nach dem ersten Auftreten von Aids nötiger denn je. Durch Gesetzgebung und Rechtsprechung werden die Rechte von Menschen mit HIV fundamental verletzt. Das zeigen HIV-spezifische Einreisebestimmungen und die Kriminalisierung von HIV-Übertragungen.**

Der Schutz, den Gesetze eigentlich bieten sollten, kehrt sich für Menschen mit HIV manchmal ins Gegenteil. Die Homepage [www.hivrestrictions.org](http://www.hivrestrictions.org), von einem Kooperationsprojekt der Deutschen Aids-Hilfe, des Global Network of People living with HIV, der European AIDS Treatment Group und der International AIDS Society, bietet eine globale Übersicht zu HIV-bedingten Einreise- und Aufenthaltsbestimmungen und der Kriminalisierung von HIV-Übertragungen.

### | HIV-bedingte Einreisebestimmungen

In 66 von 192 erfassten Ländern gelten besondere Einreise- und Aufenthaltsbestimmungen für Menschen mit HIV, wie die Deutsche Aids-Hilfe (DAH) durch eine Untersuchung belegt hat. Unter ihnen befinden sich auch 15 europäische Länder. Der „Wertegemeinschaft“ Europas kann man also durchaus ein „Armutsergebnis“ ausstellen.

Unterscheiden lassen sich Regelungen in ihrer Bezugnahme auf kurz- und längerfristige Aufenthalte; kurzfristige touristische Aufenthalte sind eher weniger problematisch. Für längerfristige Aufenthalte, beispielsweise für Studium, Praktika oder Erwerbsarbeit, sind oft spezielle Genehmigungen erforderlich, die Menschen mit HIV ausschließen: Ist der

zur Antragstellung der Aufenthaltsgenehmigung erforderliche HIV-Test positiv, wird die Einreise verwehrt.

31 Länder weisen Ausländerinnen und Ausländer aus, wenn eine HIV-Infektion vorliegt. Wie die Regelungen gehandhabt werden, ist von Land zu Land unterschiedlich. Vereinzelt belegen Berichte, dass Arbeitsmigranten ohne Zugang zu HIV-Medikamenten in Abschiebehaft gestorben sind.

Es ist unsolidarisch, wenn Menschen, deren Arbeitskraft oft jahrzehntelang ausgebeutet wurde und die dadurch erheblich zum Wachstum des Gastlandes beigetragen haben, auf diese Weise vom Versorgungssystem ausgeschlossen werden. Da entsprechende Daten von Behörden nicht zentral erfasst werden, wissen wir wenig über das Ausmaß solcher Abschiebungen. Einen ersten Anfang macht ein von Human Rights Watch in Kooperation mit der DAH, der European AIDS Treatment Group und dem African Policy Network vorgelegter Bericht unter dem Titel „Returned to risk“. (<http://www.hrw.org/en/node/85610>)

Als „Instrument“ der Ausgrenzung von Menschen mit HIV geschaffen, verletzen HIV-spezifische Einreise- und Aufenthaltsbestimmungen das Recht auf Privatsphäre, Gesundheit, Leben, Ausbildung, Arbeit, Chancengleichheit und auf Freiheit. Die Bestimmungen sind, wie UNAIDS in einem Positionspapier zu Recht feststellt, durch das öffentliche Gesundheitswesen nicht begründbar. Sie gehören deshalb abgeschafft und können zu Recht als diskriminierend bezeichnet werden.

HIV ist durch Alltagskontakte nicht übertragbar, Infektionen können durch Veränderung von Verhalten (safer sex, safer use) und von Verhältnissen, in denen Menschen leben, vermieden werden. Auch 2010 gilt der Satz: „Aids geht alle an.“ Menschen mit HIV auszugrenzen mag bequem sein, manchmal gar Wählerstimmen einbringen. Es unterminiert aber die Prävention: Wenn „Schuldige“ gefunden

und isoliert werden, kann dies dazu führen, dass sich der Rest der Gesellschaft – „die Unschuldigen“ – in falscher Sicherheit wiegt. Zudem: Werden Menschen aufgrund von HIV strafrechtlich verfolgt, werden sie Diagnosemöglichkeiten und medizinische Maßnahmen eher nicht in Anspruch nehmen.

### | Kriminalisierung von HIV-Übertragungen

Auch die Kriminalisierung von HIV-Übertragungen verhütet keine HIV-Infektionen, wie in dem durch norwegische NGOs initiierten „HIV MANIFESTO“ berechtigt festgestellt wird. Sie schadet der Gesellschaft, erhöht die Stigmatisierung und bewirkt dadurch eher das Gegenteil von dem, was erreicht werden soll.

GNP+ (Global Network of People Living with HIV) sammelt Daten zu Ländern, die die Übertragung von HIV-Infektionen unter Strafe stellen. 14 afrikanische Staaten haben seit 2005 Gesetze erlassen, mit denen HIV-Positive für jegliche sexuelle Aktivität bestraft werden können. Dies selbst dann, wenn ein Kondom verwendet wird, und unabhängig vom tatsächlichen Infektionsrisiko. Einige Länder stellen selbst eine Mutter-

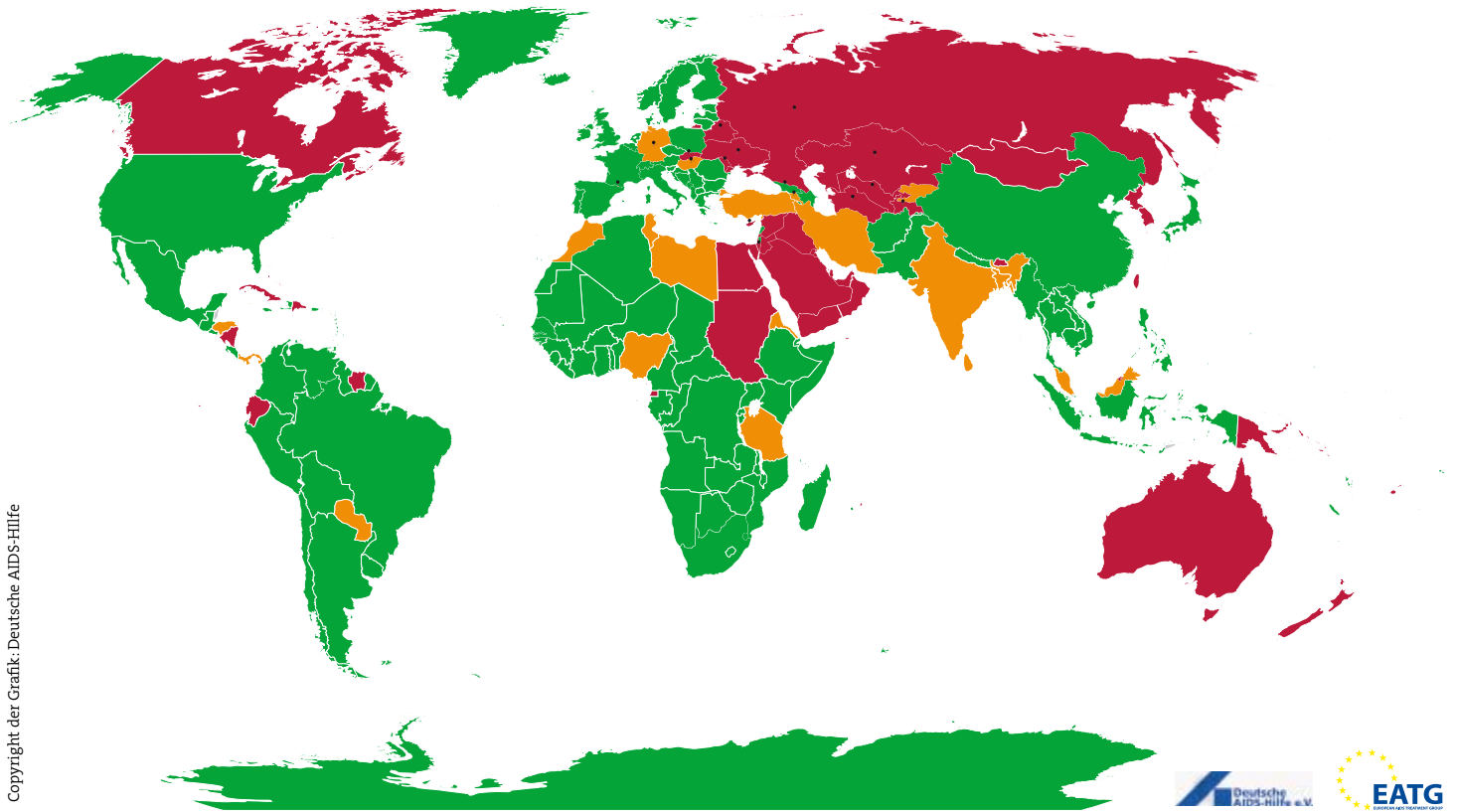
Kind-Übertragung unter Strafe, dies auch wenn keine Möglichkeit zur HIV-Prophylaxe während der Geburt vorhanden ist.

Dass dies auch in Europa und bei uns traurige Realität ist, wissen wir spätestens seit dem Fall der

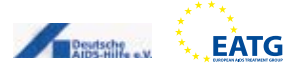
„No Angels“-Sängerin Nadja Benaissa, die im April 2009 medienwirksam vor einem Konzert festgenommen wurde. Die Anklage auf „gefährliche Körperverletzung“ und wissentliche Ansteckung eines Mannes sowie der Verdacht auf „Wiederholungsgefahr“ rechtfertigte die Unterbringung in U-Haft. Dieses „Meisterwerk“ der Darmstädter Staatsanwaltschaft war ein Beispiel dafür, wie man Leben und Karriere eines Menschen mit HIV ruinieren kann.

**Die Kriminalisierung von HIV-Übertragungen verhütet keine HIV-Infektionen.**





Copyright der Grafik: Deutsche AIDS-Hilfe



Einreise- und Aufenthaltsrestriktionen für Menschen mit HIV/Aids und Aufenthaltsbestimmungen für Menschen mit HIV/Aids    Widersprüchliche Informationen, Restriktionen sind möglich    Keine besonderen Einreise-

Zählt man die in Europa bekannt gewordenen Fälle von Urteilen wegen (versuchter) HIV-Übertragung, findet sich Deutschland, mit 14 dokumentierten Fällen, eher im hinteren Drittel. Spitzenreiter sind Schweden, Österreich und die Schweiz.

Das Open Society Institut, eine Stiftung zur Unterstützung der Zivilgesellschaft, benennt in einer Broschüre zehn Gründe, die gegen die Kriminalisierung von HIV-Übertragung sprechen. Das Dokument wurde von der DAH ins Deutsche übersetzt und kann online unterzeichnet werden.

Viele der Gründe, die gegen die Kriminalisierung von HIV-Übertragung sprechen, treffen auch auf HIV-bedingte Einreisebestimmungen zu:

- Die Strafverfolgung von HIV-Übertragungen ist nur dann gerechtfertigt, wenn sie in der bewussten Absicht erfolgt, anderen Schaden zuzufügen. HIV-spezifische Gesetze braucht es dazu nicht. Die Möglichkeiten des Strafrechts reichen vollkommen aus.

- Die Erfahrung zeigt, dass HIV-Gesetze ungleich und selektiv auf marginalisierte und sozial besonders verletzliche Gruppen angewandt werden.
- Anstatt neue HIV-Gesetze zu erlassen, sollten Gesetze, die der Prävention im Wege stehen, reformiert werden.
- Die Kriminalisierung untergräbt Bemühungen der HIV-Prävention, da sie den Menschen mit HIV die alleinige Verantwortung auflädt.
- Die Kriminalisierung verstärkt Stigma und Angst und erhöht das Risiko von HIV-bezogener Gewalt und Missbrauch.

Die Rechtslage der Menschen mit HIV ist nach wie vor prekär. Um weiteren Schaden abzuwenden, muss der Kriminalisierung, wie sie sich durch die Strafverfolgung von HIV-Übertragungen und HIV-spezifische Einreise- und Aufenthaltsbestimmungen ausdrückt, Einhalt geboten werden. ||

HIV-MANIFESTO, unterstützt von der DAH: [www.gnppplus.net/criminalisation/images/stories/document\\_westcentraleurope/manifesto-english2.pdf](http://www.gnppplus.net/criminalisation/images/stories/document_westcentraleurope/manifesto-english2.pdf)

Daten zu Ländern, die die Übertragung von HIV-Infektionen unter Strafe stellen: [www.gnppplus.net/criminalisation/index.php?option=com\\_content&task=view&id=15&Itemid=37](http://www.gnppplus.net/criminalisation/index.php?option=com_content&task=view&id=15&Itemid=37) und [www.hivrestrictions.org](http://www.hivrestrictions.org)

Karl Lemmen, DAH: Kriminalisierung statt Normalisierung: Wie normal ist es geworden mit HIV zu leben? Abstract, 10. Münchner AIDS Tage, 2010

Gegen die Kriminalisierung von HIV-Übertragung (online unterzeichnen): [www.soros.org/initiatives/health/focus/law/articles\\_publications/publications/10reasons\\_20080918](http://www.soros.org/initiatives/health/focus/law/articles_publications/publications/10reasons_20080918)



**Peter Wiessner** ist Sozialwissenschaftler in Köln und in der Deutschen AIDS-Hilfe e.V. engagiert.

# Im Osten ganz anders?

Schlaglichter zur HIV-Epidemie in Osteuropa

Foto: Renovabis / K. Ebel



Ein HIV-infizierter Patient und seine Mutter in ihrer Wohnung in Odessa.

| Monika Rosenbaum

**Die Internationale Aids-Konferenz widmet ihren regionalen Schwerpunkt in der Regel der Epidemie „vor Ort“. In diesem Jahr dagegen schaute man vom Ost-West-Brückenkopf Wien nach Osteuropa, vor allem in die Länder der ehemaligen Sowjetunion. Dort tritt HIV vor allem in der Verbindung mit Drogenkonsum auf.**

Als in Deutschland HIV und Aids zu Beginn der 1980er Jahre Schlagzeilen machten, galt die Krankheit in der damaligen Sowjetunion als Problem von Ausländern oder von Rand-

gruppen. Nach dem ersten offiziellen Aids-Todesfall im heutigen Sankt Petersburg fasste 1987 der Oberste Sowjet erstmals einen Beschluss zu HIV und Aids und verfügte das massenhafte Testen von Blutspendern, Drogenabhängigen, Homosexuellen, Ausländern oder Menschen mit vermutetem „unsteten Lebenswandel“.

Bis Ende Januar 1989 wurden 18,3 Millionen HIV-Tests durchgeführt – mit 80 positiven Testresultaten. Bis Ende 1995 wurden offiziell insgesamt 1096 positive Testergebnisse gemeldet, davon unter 500.000 getesteten Drogenkonsumenten zwei mit positivem Ergebnis. Die niedrigen Zahlen erlaubten der Politik, zwar Blutspenden sicherer zu machen,

aber HIV-Aufklärung und -Prävention weitgehend zu ignorieren, als kleines Problem angesichts der dramatischen Umbrüche in der Region. Mit Blick auf die sexuelle Übertragung galt der „westliche“ Ansatz der Kondompromotion sowieso als nicht anwendbar. Schließlich hatte sich eine sowjetische Tradition der „Familienplanung“ entwickelt, in der allein die Frau die Verantwortung trug – durch statistische zwölf Abtreibungen im Leben jeder Sowjetbürgerin.

Angesichts der vermuteten Ferne des Problems war es ein Schock, als sich Mitte der 1990er Jahre plötzlich in verschiedenen Regionen und Städten der ehemaligen Sowjetunion bei kleinen Gruppen von Drogennutzern eine hohe Zahl von HIV-Infektionen zeigte, vor allem in Russland und in der Ukra-

ine, aber auch unter der russischen Bevölkerung Estlands. In nur anderthalb Jahrzehnten stieg die geschätzte Zahl der Menschen, die in der Region mit dem HIV-Virus leben, auf über 1,5 Millionen.

### | HIV und Spritzdrogen

Woher kam diese extrem schnelle Ausbreitung der Epidemie? Der Grund liegt im hauptsächlichsten Übertragungsweg: In Osteuropa nahm nach dem Zusammenbruch der Sowjetunion auch der Drogenkonsum epidemische Formen an. Vor allem junge Männer griffen im Freundeskreis zur Spritze, die die schnellsten und stärksten Effekte versprach. Drogen wurden in den Städten entlang der Transitrouen gekauft oder auch selbst hergestellt, teils zudem zur besseren Wirkung gezielt mit Blut vermischt. Aus dem coolen Versuch im Freundeskreis entwickelte sich häufig eine massive Abhängigkeit.

Bei einer Injektion von infiziertem Blut ist die Ansteckung mit dem HI-Virus so gut wie sicher. Ein Drogennutzer kann das Virus innerhalb weniger Wochen nach der eigenen Ansteckung an eine ganze Gruppe weitergeben. Hinzu kommt beim Konsum illegaler Drogen die Angst der Drogenabhängigen vor Entdeckung, die sie schwer erreichbar macht für die HIV-Prävention. Die individuelle Sucht beziehungsweise die Suche nach Drogen bei beginnenden Entzugssymptomen führt zu riskantem Verhalten, von ungeschützter Beschaffungsprostitution bis hin zur Nutzung gebrauchter Spritzen – notfalls trotz des Wissens um eine HIV-Infektion.

### | Woran stirbst du?

Seit dem ersten Todesfall 1987 bis Ende 2009 wurden in der Russischen Föderation offiziell 79.353 Todesfälle unter Menschen mit HIV registriert, in der Ukraine waren es im selben Zeitraum bei insgesamt 161.119 registrierten HIV-Infektionen 17.791 Todesfälle.

Die Kombination von HIV und Drogensucht beeinflusst auch die Sterblichkeit. Die Behandlung mit antiretroviralen Medikamenten steigert zwar die Lebensdauer, diese Medikamente werden aber Drogennutzern deutlich seltener gegeben, als aus medizinischer Sicht nötig wäre, so dass Drogennutzer

schneller Aids entwickeln. Gleichwohl sind andere Todesursachen noch bedeutsamer: In den Jahren 2008 und 2009 starben nach offiziellen Angaben 26.749 russische HIV-positive Staatsbürger, allerdings nur 23 Prozent an Aids, die anderen vor allem durch Überdosis, Selbstmord oder Krankheiten. Wer drogenabhängig ist, weiß um die Risiken: Die Agentur für Drogen und Kriminalität (UNODC) der Vereinten Nationen vermutet 30.000 jährliche Todesfälle durch Überdosis in Russland. Was kann da zu HIV-Prävention motivieren?

### | „Gender“ betrifft auch Männer

Osteuropa zwingt uns, die strukturelle Gefährdung von Frauen und Männern gesondert zu analysieren: Frauen haben ein höheres Risiko, sich auf sexuellem Wege zu infizieren, während die Ansteckung von Männern eher über Spritzdrogen erfolgt. Junge Männer werden von Peers gedrängt, wie ein „richtiger Mann“ riskant zu leben und haben statistisch gesehen eine geringe Chance, ihren 50. Geburtstag zu erleben. Die Lebenserwartung von Männern in der Russischen Föderation, in der Ukraine und in Belarus liegt rund 12 Jahre unter der der Frauen – ein Unterschied, so groß wie nirgends sonst auf der Welt. Trotzdem sind die Kumpel eine wichtige Bezugsgruppe, aber mit weiter hohen Risiken. Die jungen Männer, die sich als erste mit HIV infizierten, nachdem sie im Freundeskreis Drogen konsumiert hatten, sind dagegen heute häufig im Stadium der Aids-Erkrankung, schwer abhängig und gezeichnet von einem Leben, das teils im Gefängnis verbracht wurde. Manche leben allein, viele andere werden von ihren (oft pensionierten) Müttern gepflegt.

In den vergangenen Jahren nimmt die Ansteckung der jungen Frauen zu und auch die Zahl der Kinder, die von HIV-positiven Müttern geboren werden. In Russland und der Ukraine genießt die Prävention der Mutter-zu-Kind-Übertragung politische Priorität. Fast alle schwangeren Frauen werden auf HIV getestet und erhalten gegebenenfalls antiretrovirale Medikamente. Während die Zahl der von HIV-positiven Müttern geborenen Kinder in beiden Ländern wächst, sinkt

die Zahl der tatsächlich infizierten Kinder auf etwa 6 Prozent. Familien leben nicht nur mit dem HIV-Stigma, sondern auch im Verdacht, sich durch Drogen oder (Beschaffungs-)Prostitution infiziert zu haben. Suchtkranke Frauen verlassen ihre Kinder oft nach der Geburt.

### | Menschenrechte für Drogennutzer

Die Zahl der Drogennutzer in Russland wird auf 1,5 bis über vier Millionen geschätzt, in einzelnen Städten sind bis zu 50 Prozent von ihnen HIV-positiv. Eine zentrale Forderung von Aktivisten und internationalen Organisationen betrifft die Umsetzung von „Harm Reduction“, Schaden mindernden Maßnahmen, in der Russischen Föderation. Während in der Ukraine und anderen Ländern solche Ansätze, wenn auch unter Schwierigkeiten, umgesetzt werden, verweigert Russland vor allem die Substitution, die ärztlich verordnete Vergabe von täglich einzunehmenden Ersatzstoffen (als Tabletten oder Saft), die Entzugerscheinungen blockieren.

Die Gegner solcher Ansätze kritisieren sie als unwissenschaftlich, Ersatz-Sucht oder reine Geldmacherei. Dagegen betonen die Befürworter den Schutz vor HIV- oder Hepatitis-Infektion und die mögliche medizinische, psychische und soziale Stabilisierung, die den Erhalt der Familie und die langfristige regelmäßige Einnahme der lebensrettenden ARV-Medikamente erleichtern. Volle Menschenrechte auch für Drogennutzer – diese Forderung der Zivilgesellschaft wird auch nach der Internationalen Aids-Konferenz diskutiert und stellt große Herausforderungen an Praxis und Politik, die wir gerade erst zu verstehen beginnen. | |

2010 Country Progress Reports von Ukraine und Russischer Föderation:  
[www.unAids.org/en/KnowledgeCentre/HIVData/mapping\\_progress.asp](http://www.unAids.org/en/KnowledgeCentre/HIVData/mapping_progress.asp) (19.6.2010)



**Dr. Monika Rosenbaum**  
 ist Beraterin zu HIV/Aids in Osteuropa für Renovabis, Caritas international und das Missionsärztliche Institut Würzburg.



# „Keine Ressourcen – keine Resultate“

Die Internationale Aids-Konferenz in Wien

Foto: André Gerth / missio / Aktionsbündnis gegen AIDS



Das Aktionsbündnis gegen AIDS protestiert in Wien gegen die angedrohten Kürzung der Mittel für den Globalen Fonds durch die Bundesregierung. Auf dem Monitor im Hintergrund: Michel Kazatchkine, der Geschäftsführer des Globalen Fonds.

werden lediglich schwangere HIV-positive Frauen, Kleinkinder und mit TB Ko-infizierte in der ARV-Therapie priorisiert – die anderen werden, wie zuvor, erst relativ spät behandelt. Laut UNAIDS werden international 26 Milliarden US-Dollar für den universellen Zugang benötigt. Diese Summe kann nur aufgebracht werden, wenn die G8 und die EU den multilateralen Finanzierungsinstrumenten ausreichend Mittel zur Verfügung stellen. Auch afrikanische Regierungen sollten sich an die Abuja-Deklaration von 2001 halten und 15 Prozent ihres Staatshaushalts für Gesundheit ausgeben.

Auch neuere Finanzierungsinstrumente wurden diskutiert, wie die Finanztransaktionssteuer oder die Flugsteuer, aus der UNITAID seine Arbeit finanziert. Der Globale Fonds benötigt für die nächsten 3 Jahre 20 Milliarden US-Dollar, um Prävention und Behandlung ausweiten zu können. Deutschland sollte dem Fonds dabei pro Jahr 540 Millionen Euro zur Verfügung stellen, hatte jedoch bis zum Ende der Konferenz für die Jahre 2012 und 2013 noch keine klaren Finanzausgaben gemacht, was von der deutschen und internationalen Zivilgesellschaft auf der Konferenz stark kritisiert wurde. Auch das Gastgeberland Österreich, das noch gar nicht in den Globalen Fonds eingezahlt hat, wurde mehrmals auf der Konferenz aufgefordert, seinen internationalen Verpflichtungen nachzukommen.

## | Auch die Pharmaindustrie ist gefragt

Nach den neuen WHO-Richtlinien sollten in der ARV-Ersttherapie weniger toxische Medikamente eingesetzt werden – diese kosten jedoch ein Mehrfaches der bisherigen Therapie. Auch für Menschen, die schon länger therapiert werden, müssen neuere Ausweichpräparate zur Verfügung stehen. Diese Medikamente müssen sehr viel billiger werden, damit

| Astrid Berner-Rodoreda und Ellen Schmitt

**Die Internationale Aids-Konferenz (IAC), die vom 18. – 23. Juli in Wien mit 20 000 Teilnehmenden stattfand, ist zu Ende. „Keine Ressourcen – keine Resultate“ war der Titel einer Abschlussveranstaltung, die nochmal dazu aufrief, genügend Gelder für den universellen Zugang zu Prävention, Behandlung, Pflege und Unterstützung zur Verfügung zu stellen.**

Das Hauptthema der IAC war die Finanzierung des Ausbaus von Prävention und Behandlung. 5,2 Millionen Menschen haben inzwischen über den Globalen Fonds und das amerikanische PEPFAR-Programm Zugang zu Behandlung. Durch die Arbeit im HIV- und Aidsbereich wurden Gesundheitssysteme gestärkt. Einzelne Länder wie zum Beispiel

Südafrika haben gewaltige Anstrengungen unternommen, Prävention und Behandlung flächendeckend anzubieten. Die Infektionsraten bei Jugendlichen sind in einigen Hochprävalenzländern aufgrund von Verhaltensänderungen um ein Viertel gesunken. Diese Erfolge sind beachtlich, aber vom universellen Zugang ist man noch meilenweit entfernt. Die internationalen Gelder stagnieren, ja die Mittel für den Globalen Fonds waren 2009 sogar rückläufig. „Punishing success“, Erfolg bestrafen, nannte dies ein Podiumsteilnehmer. Statt die Finanzierung auszubauen, setzt die internationale Gemeinschaft Schwerpunkte in anderen Themenbereichen – mit verheerenden Folgen für die HIV-Bekämpfung: In vielen Ländern des Südens erhielten in den vergangenen Monaten Menschen nur Behandlung mit antiretroviralen Medikamenten (ARVs), wenn andere wegstarben!

Nach den neuen WHO-Behandlungsrichtlinien benötigen weitere 10 Millionen Menschen Zugang zu Behandlung. Ob Menschen in Entwicklungsländern die Therapie schon früher beginnen können, wie von der WHO empfohlen, ist momentan unsicher. In vielen Ländern

Foto: Ellen Schmitt / Misereor



Foto: IAS / Marcus Rose / Workers' Photos



eine lebenslange Therapie auch in Entwicklungsländern und Ländern mittleren Einkommens sichergestellt werden kann. Hier wurden zum ersten Mal bei der IAC Patente und der Patentpool als eine mögliche Lösung in einem Hauptplenum diskutiert. Auch die Vereinfachung der Behandlungsoptionen von UNAIDS („Treatment 2.0“) wurde begrüßt. Darüber hinaus gab es auch praktische Vorschläge für Entwicklungsländer, teure Viruslast-Tests nur dann einzusetzen, wenn berechtigter Verdacht auf Therapieversagen besteht und eine Umstellung auf eine andere Therapie ansteht. Nicht nur die Behandlung, sondern auch die verschiedenen Tests und die Laborausstattung müssen sehr viel kostengünstiger werden.

Als großer Hoffnungsschimmer in der Prävention wurde die südafrikanische Mikrobizid-Studie CAPRISA 004 präsentiert. Das Mikrobizid-Vaginalgel, das bis zu 12 Stunden vor und nach dem Geschlechtsverkehr angewandt wird, senkte die Zahl der Neuinfektionen um 39 Prozent. Wurde es bei mehr als 80 Prozent des Geschlechtsverkehrs benutzt, lag die Wirksamkeit sogar bei 54 Prozent. Diese Ergebnisse müssen nun in einer sehr viel größer angelegten Studie bestätigt werden, bevor dieses Mikrobizid eingesetzt werden kann. Sie wurden aber als große Hoffnung für Frauen gefeiert, sich selbst und ohne Zustimmung des Partners schützen zu können. Allerdings werden andere Schutzmaßnahmen weiter eine wichtige Rolle spielen, da wirksame Mikrobizide und auch die männliche Beschneidung nur einen Teilschutz bieten.

**| Menschenrechte**

Menschenrechte im Zusammenhang mit HIV und Aids waren schon im Titel der Konferenz verankert. Strukturelle Ungleichheit, ungleicher Zugang zu Prävention und Behandlung, Gender-Ungleichheit, Gewalt gegen Frauen und Mädchen, Kriminalisierung von Sexarbeitenden sowie von Männern, die Sex mit Männern haben (MSM), wurden auf Podien und in Workshops diskutiert. In vielen Ländern trägt das Gesundheitspersonal zu einer Stigmatisierung und Diskriminierung von HIV-Positiven bei und zeigt eine mangelnde Sensibilität für die Anliegen von Betroffenen. In Namibia

gab es mehrere Fälle von Zwangssterilisationen von HIV-positiven Frauen.

Bei Routine-HIV-Tests, die in immer mehr Ländern an Gesundheitseinrichtungen durchgeführt werden, sollten die Betroffenen die Wahl haben, den Test abzulehnen. Dies ist jedoch vielen Frauen nicht möglich, da ihnen die Information dazu fehlt oder sie sich nicht weigern können mit der Gefahr, dass sie bei einem positiven Testergebnis der Gewalt ihres Partners ausgesetzt sind. Auch das mandatorische Testen vor der Heirat greift in Persönlichkeitsrechte ein und stigmatisiert oft den HIV-positiven Partner. Zudem wiegen sich Menschen vor der Heirat in falscher Sicherheit, wenn sie HIV-negativ getestet werden. Nach Studienergebnissen infizieren sich in Afrika zwischen 40 und 90 Prozent durch ihren Ehe- oder Lebenspartner. Paare, bei denen einer der Partner HIV-positiv ist, und ihr Umgang mit Sexualität, kamen bei der Konferenz erstmals selbst zu Wort. Die Kriminalisierung der Übertragung hat oft fatale Konsequenzen für Frauen und ist für die HIV-Bekämpfung äußerst hinderlich. Zudem ist Behandlung als Prävention inzwischen durch Studien belegt.

Ein Schwerpunkt der Konferenz galt der Situation von Drogenbenutzenden in Osteuropa und Asien sowie Gefangenen, deren HIV-Prävalenz weit über der jeweiligen Allgemeinbevölkerung liegt. Beide Gruppen sind oft gravierenden Menschenrechtsverletzungen ausgesetzt. Auch haben sie keinen oder nur ungenügenden Zugang zur Substitutionstherapie,

Foto unten: Eröffnungsfeier der Internationalen Aids-Konferenz.  
Foto oben: Eine unübersehbare Aufforderung an die Mächtigen dieser Welt, den Ausbau von Prävention und Behandlung zu finanzieren.

zum Spritzen-Austausch oder zur Behandlung von HIV und Aids. Es gibt keine Hinweise darauf, dass Nadel-Austauschprogramme zu einer Erhöhung des Drogenkonsums führen. Erfreulicherweise hat PEPFAR nun auch Nadel-Austausch- und Substitutionsprogramme und sonstige HIV-Dienste für Drogenbenutzende in seine Förderrichtlinien mit aufgenommen. Die „Wiener Erklärung“, auf dem Kongress von 13.000 Menschen unterschrieben, fordert eine Reformierung der Drogengesetzgebung.

Forderungen nach Legalisierung von Sexarbeit (wie von Neuseeland durchgeführt) wurden auch bei dieser Konferenz laut. Auch die stärkere Einbeziehung von Betroffenengruppen wird weiterhin gefordert. An Beispielen wurde aufgezeigt, wie erfolgreiche Präventions- und Behandlungsprogramme von Sexarbeitenden, MSM, Transgender-Gruppen oder Drogenbenutzenden selbst gesteuert werden und dadurch sehr viel besser in die Gruppen hineinwirken, als dies von außen möglich ist.

HIV-Positive und Aktivisten, die die Konferenz mit geplant hatten und bei vielen Veranstaltungen zu Wort kamen, haben immer wieder ihr Recht auf Behandlung, auf Nichtdiskriminierung und Mitsprache eingefordert: „Rights here, right now!“ Um dies zu realisieren, müssen HIV-Maßnahmen national und international angemessen gefördert werden und hoch auf der Agenda aller Akteure bleiben. | |



**Astrid Berner-Rodoreda** ist Beraterin für HIV und Aids bei „Brot für die Welt“ und Sprecherin der evangelischen Organisationen im Aktionsbündnis gegen AIDS.



**Ellen Schmitt** ist Beraterin für HIV/Aids als Querschnittsaufgabe bei Misereor und Mitglied im Bündnisrat des Aktionsbündnis gegen AIDS.

Dieses Dossier ist eine Beilage zur Ausgabe 8/2010 von „welt-sichten“

Konzept und Redaktion:

Astrid Berner-Rodoreda (Brot für die Welt),  
Beate Ramme-Fülle (Aktionsbündnis gegen  
AIDS), Sonja Weinreich (EED),  
Anja Ruf (im Auftrag von „welt-sichten“)

Gestaltung:

Angelika Fritsch, Silke Jarick

Verantwortlich i.S.d.P.:

Beate Ramme-Fülle (Aktionsbündnis gegen  
AIDS)

Namentlich gekennzeichnete Beiträge geben  
nicht unbedingt die Meinung der Herausgeber  
wieder.

Redaktion „welt-sichten“  
Postfach 50 05 50  
D-60394 Frankfurt/Main  
[www.welt-sichten.org](http://www.welt-sichten.org)



In  
Monaten.de

**BIS 2015 MUTTER-ZU-KIND-ÜBERTRAGUNG STOPPEN!**



Aktionsbündnis gegen AIDS