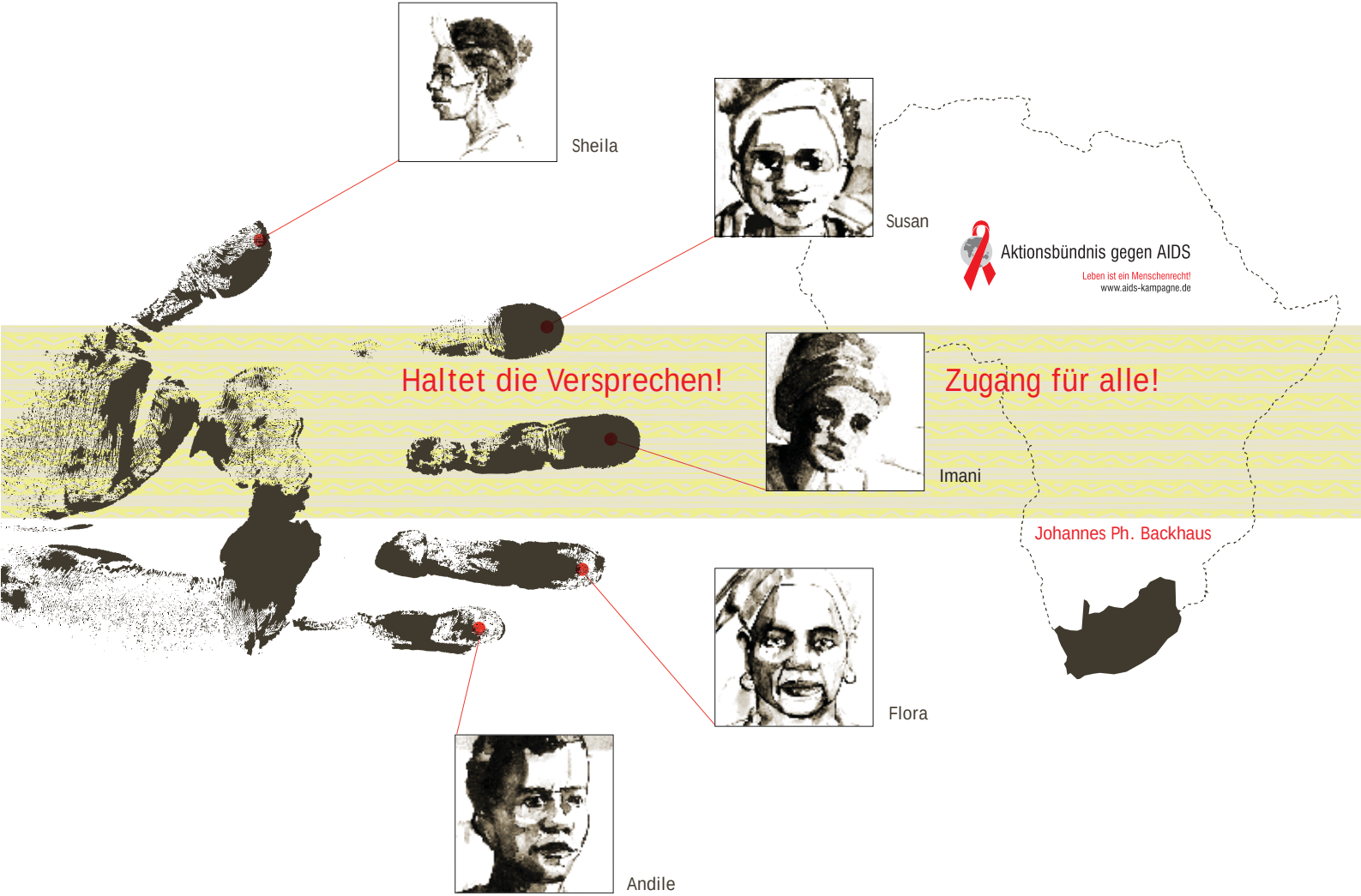

Sheila
Susan
Aktionsbündnis gegen AIDS
Leben ist ein Menschenrecht!
www.aids-kampagne.de
Haltet die Versprechen!
Zugang für alle!
Imani
Johannes Ph. Backhaus
Flora
Andile

Inhaltsverzeichnis

	Seite
Lebensgeschichten	
Sheila	8
Susan	11
Flora	15
Andile	18
Imani	20
Haltet die Versprechen! Zugang für Alle!	
Dank!	4
Das Aktionsbündnis gegen AIDS	5
Kennen Sie Ihren HIV-Status?	5
Leben ist ein Menschenrecht!	5
Gesellschaftliche Ursachen für die Verbreitung von HIV	10
Auswirkungen der Epidemie	13
Betroffene machen Druck	16
Verantwortung annehmen im eigenen Land und international!	19
Ganzheitliches Verständnis von universellem Zugang	21
Eine Frage der Solidarität	25
Forderungen an die Bundesregierung	28
InterviewpartnerInnen	29
Literaturliste	30
Impressum	31

	Seite
Hintergründe	
Daten zur nationalen und globalen HIV/AIDS Epidemie für das Jahr 2007/2008	6
Was ist HIV? Was ist AIDS?	8
HIV/Tuberkulose Ko-Infektionen	9
Das Gesundheitssystem in Südafrika	10
Antiretrovirale Medikamente (ARV)	10
Feminisierung der Epidemie	11
Prevention of Mother-to-Child Transmission (PMTCT)	13
HIV-Test	13
Nationales ARV Programm in Südafrika	16
Soziales Stigma bezüglich HIV	19
Interview Bundesentwicklungsministerin Heidemarie Wieczorek-Zeul mit dem Aktionsbündnis gegen AIDS	22
Übereinkommen über handelsbezogene Aspekte der Rechte am geistigen Eigentum	24

Dank!

Die Lebensgeschichten beruhen auf Gesprächen mit Menschen, die mit dem HI-Virus leben, mit denen der Autor Johannes Backhaus in Südafrika gesprochen hat. Ganz besonders hervorzuheben ist die Bereitschaft von Sheila, Susan, Flora und Andile, ihre Geschichte zu teilen, obwohl sie teilweise in ihrem eigenen Umfeld nicht offen darüber zu sprechen wagen. Ihr Mut und das Engagement, das alle von ihnen aufbringen, sind bewundernswert.

Die tägliche Arbeit von Organisationen wie der Treatment Action Campaign (TAC), der Ndlovu Care Group und People of Hope ist bemerkenswert und es gilt auch ihnen der Dank, einen Einblick in ihre Arbeit gewährt zu haben.

Die inhaltlichen Beiträge zu den gesellschaftlichen Ursachen und Folgen der HIV Epidemie im südlichen Afrika sowie zu antiretroviralen Medikamenten und dem TRIPS-Abkommen wurden maßgeblich von Joachim Rüppel, Missionsärztliches Institut Würzburg, verfasst.

Die Erstellung dieser Publikation wäre nicht ohne die Unterstützung von Irene Meester, Tobias Luppe, Birte Rodenberg, Astrid Berner-Rodoreda, Rolf Goldstein, Beate Ramme-Fülle und Christina Korth möglich gewesen.

Gefördert von InWent gGmbH aus Mitteln des BMZ.

Das Aktionsbündnis gegen AIDS

„Jeder Mensch hat das Recht auf einen Lebensstandard, der seine und seiner Familie Gesundheit und Wohl gewährleistet, einschließlich Nahrung, Wohnung, ärztlicher Versorgung und notwendige soziale Leistungen [...].“

Artikel 25 der Allgemeinen Erklärung der Menschenrechte der Vereinten Nationen, 1948

Das Aktionsbündnis gegen AIDS will mit seiner Kampagne das Schweigen über HIV/Aids brechen und setzt sich ein für eine Welt ohne Aids und Armut. Weltweit bedroht die HIV/Aids-Epidemie Entwicklungschancen. Das Risiko, in noch größere Armut zu geraten, steigt durch die Krankheit. So fordert die HIV/Aids Epidemie weltweit ein gesellschaftliches Umdenken heraus. 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. Das Leben von Millionen Menschen hängt davon ab, ob diese Versprechen eingelöst werden.

Das Aktionsbündnis gegen AIDS ist ein bundesweiter Zusammenschluss von über 100 Nichtregierungsorganisationen der Aids- und Entwicklungszusammenarbeit sowie über 280 Basisgruppen. Zur Koordination seiner Lobby- und Öffentlichkeitsarbeit wurde 2002 ein Kampagnenbüro beim Deutschen Institut für Ärztliche Mission (DIFÄM) in Tübingen eingerichtet und mit dem Aufbau eines bundesweiten Kampagnennetzwerkes begonnen. Das zivilgesellschaftliche Netzwerk finanziert sich ausschließlich über Mitgliedsbeiträge.

Haltet die Versprechen! Zugang für Alle!

Kennen Sie Ihren HIV-Status?

Haben Sie sich schon mal auf HIV testen lassen? Oder sich mit dem Gedanken getragen, Sie könnten sich mit dem HI-Virus infiziert haben? Falls ja, dann kennen Sie möglicherweise die Gedanken und Fragen, die Menschen dabei durch den Kopf gehen: „Wie wird sich mein Leben verändern, wenn ich HIV-positiv getestet werde?“ „Wie werden die Menschen in meinem Umfeld auf diese Diagnose reagieren?“ „Werden meine Eltern, Geschwister, Freunde und PartnerIn zu mir stehen?“.

Leben ist ein Menschenrecht!

Die mit dem „Humanen Immundefizienz-Virus“ (HIV) verbundene Erkrankung wurde durch die seit Mitte der 90er Jahre entwickelten Therapiemöglichkeiten grundsätzlich zu einer chronischen und behandelbaren Krankheit. Vorausgesetzt die Behandlung wird rechtzeitig eingeleitet und konsequent durchgehalten, können Menschen jahrzehntelang mit HIV leben und beinahe ein normales Leben führen. Die regelmäßige Einnahme der Medikamente erfordert eine adäquate Gesundheitsversorgung und die Unterstützung durch das soziale Umfeld. In den Industriestaaten wurde so ein beeindruckender Rückgang

Daten zur nationalen und globalen HIV/AIDS Epidemie für das Jahr 2007/2008

Deutschland

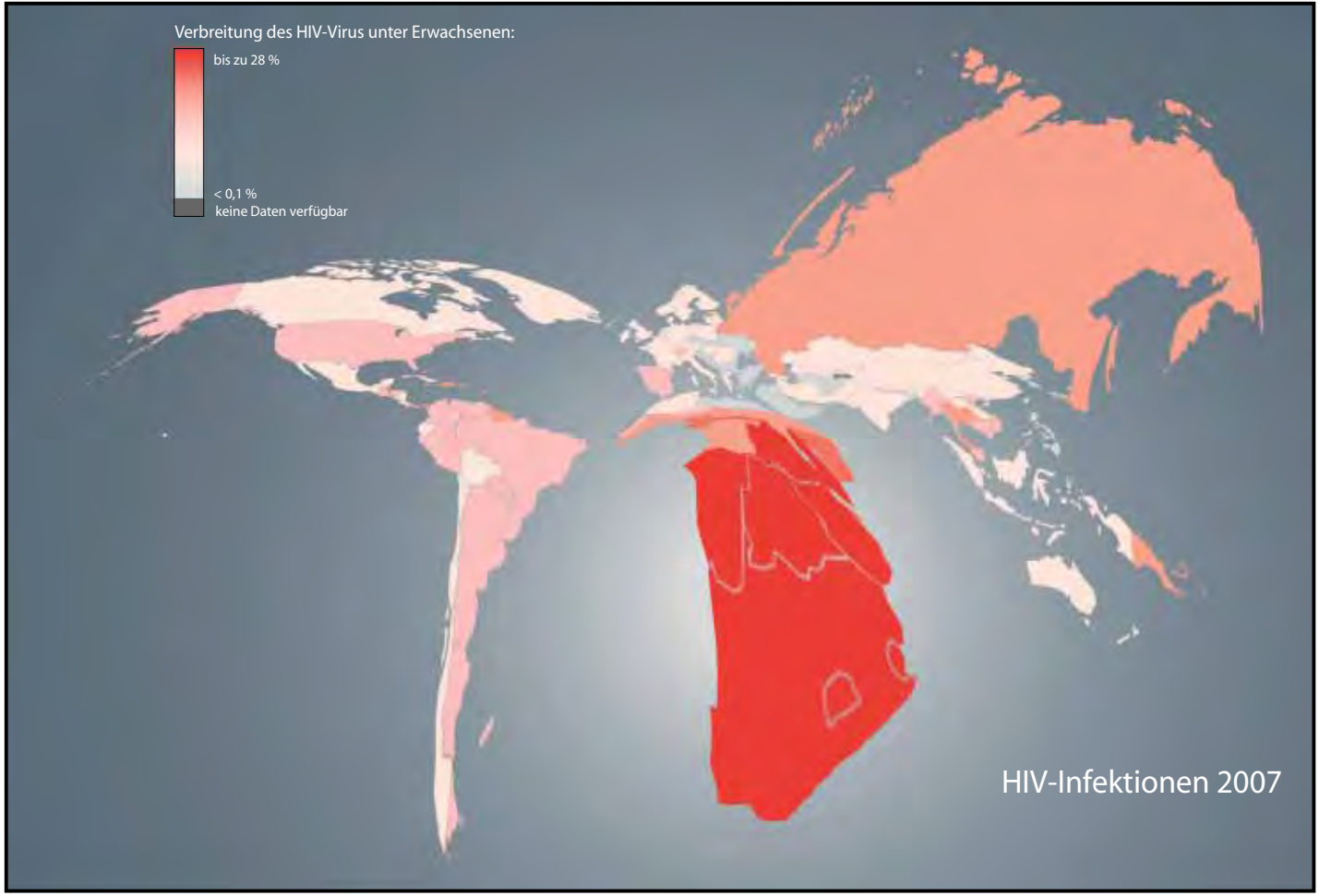
Menschen, die mit HIV/AIDS leben:	63.500
Männer:	51.800
Frauen:	11.700
Kinder:	200
Verteilung nach Infektionswegen	
Männer, die Sex mit Männern haben:	38.700
Personen, die sich auf heterosexuellem Weg infiziert haben:	8.700
Personen aus sog. Hochprävalenzregionen:	7.300
Intravenöse Drogengebraucher/innen:	8.200
Hämophile und Bluttransfusionsempfänger:	600
Mutter-Kind-Übertragung:	200
HIV-Neuinfektionen im Jahr 2008	
Neuinfektionen insgesamt:	3.000
Neuinfektionen bei Männern:	2.650
Neuinfektionen bei Frauen:	350
Neuinfektionen bei Kindern:	25
Verteilung nach Infektionswegen (geschätzt)	
Männer, die Sex mit Männern haben:	72 %
Heterosexuelle Kontakte:	20 %
Intravenöser Drogengebrauch:	8%
Mutter-Kind-Übertragung	1 %
Gesamtzahl der HIV-Infizierten seit Beginn der Epidemie:	ca. 83.000
Todesfälle im Jahr 2008:	650
Gesamtzahl der Todesfälle seit Beginn der Epidemie:	27.500

Quelle: Robert Koch-Institut (2008). HIV/AIDS in Deutschland – Eckdaten. Epidemiologische Kurzinformation

Global

Menschen, die weltweit mit HIV/AIDS leben:	33 Millionen
Erwachsene:	30,8 Millionen
Frauen:	15,5 Millionen
Männer:	15,5 Millionen
Kinder unter 15 Jahren:	2 Millionen
HIV-Neuinfektionen im Jahr 2007	
Neuinfektionen insgesamt:	2,7 Millionen
Neuinfektionen bei Erwachsenen:	2,3 Millionen
Neuinfektionen bei Kindern unter 15 Jahren:	370.000
AIDS-Todesfälle:	
Menschen, die an AIDS gestorben sind:	2 Millionen
Erwachsene:	1,8 Millionen
Kinder unter 15 Jahren:	270.000
Afrika ist der am stärksten betroffene Kontinent:	
Dort leben 22 Millionen Menschen mit HIV/AIDS.	
Neue Infektionen:	1,9 Millionen
AIDS-Todesfälle:	1,5 Millionen
Lateinamerika verzeichnet in vielen Ländern sehr hohe Infektionsraten:	
Heute leben in der Region 1,7 Millionen Menschen mit HIV/AIDS.	
Neuinfektionen:	140.000
AIDS-Todesfälle:	63.000
In Asien breitet sich die Epidemie weiter aus:	
Dort leben schon heute 4,2 Millionen Menschen mit HIV/AIDS.	
Neuinfektionen:	330.000
AIDS-Todesfälle:	340.000
Osteuropa und Zentralasien zeigen eine schon heute große Epidemie:	
Menschen, die mit HIV/AIDS leben;	1,5 Millionen
Neuinfektionen bei Erwachsenen:	110.000
AIDS-Todesfälle:	58.000

Quelle: UNAIDS (2008). AIDS Epidemic Update


Verbreitung des HIV-Virus unter Erwachsenen:
bis zu 28 %
< 0,1 %
keine Daten verfügbar
HIV-Infektionen 2007

Was ist HIV? Was ist AIDS?

HIV ist ein Virus, das eine Schwächung des menschlichen Immunsystems verursacht. Der Begriff Aids bezieht sich auf die Gesamtheit der Symptome und Anzeichen verschiedener Krankheiten, die infolge einer erworbenen Immunschwäche auftreten. Aids ist gekennzeichnet durch den Kollaps des Immunsystems. Dann können sich andere Krankheiten (wie z.B. Krebserkrankungen oder Tuberkulose) ungehindert im Körper ausbreiten. Sie verursachen schließlich den Tod. Bei Erwachsenen stirbt die Hälfte der Infizierten ohne eine Behandlung nach etwa 11 Jahren. Von den Kindern, die während der Schwangerschaft oder Geburt angesteckt werden, überlebt nur die Hälfte den zweiten Geburtstag.

Eine Infektion kann stattfinden, wenn eine Körperflüssigkeit, die HI-Viren in ausreichender Konzentration enthält (bei Blut, Sperma, Vaginalsekret und Muttermilch) in den Körper gelangt. Dies kann passieren durch die Blutbahn, die Schleimhaut der Scheide, Eichel/Vorhaut, After/Darm, Harnröhre, Mund und Rachen. Unverletzte äußere Haut bietet einen wirksamen Schutz vor der HIV-Infektion. HIV wird daher ausschließlich übertragen durch ungeschützten Geschlechtsverkehr, gemeinsamen Gebrauch von Spritzen, meist unter Nutzern zu injizierender Drogen, die Transfusion von Blut oder Blutprodukten sowie von der Mutter auf das Kind während der Schwangerschaft, unter der Geburt oder durch das Stillen.

der Todesfälle erreicht. In den Entwicklungsländern hingegen ist die Lage sehr viel dramatischer. Trotz der in den letzten Jahren erreichten Ausweitung von Behandlungsprogrammen konnten bis Ende 2007 nur ein Drittel der betroffenen Menschen eine Therapie erhalten. Der unzureichende Zugang zur Behandlung hat allein 2007 zwei Millionen Menschen das Leben gekostet und viele weitere Millionen sind vom Tod bedroht. Dabei zeigen Studien, dass auch unter den schwierigen Bedingungen der Entwicklungsländer eine Verminderung der Sterblichkeit um 95% erreicht werden kann:

Leben ist ein Menschenrecht! Der fehlende Zugang zu Informationen über HIV-Prävention, zu Präventionsmitteln, zur Pflege von HIV-infizierten Menschen und Aids-Kranken sowie zur bestmöglichen Behandlung beraubt Millionen Menschen ihres Grundrechts auf Leben und Gesundheit.

Diese Publikation stellt die Lebensgeschichten von fünf Menschen aus Südafrika vor. Sie verdeutlicht an Beispielen, welche tragischen Folgen ein ungenügender Zugang zur HIV-Prävention und Behandlung mit sich bringt. Sie zeigt aber auch, wie diese Folgen durch die Solidarität der Mitmenschen, die Selbsthilfeinitiativen der Betroffenen und die medizinische Versorgung abgemildert werden können.

Sheila

In Elandsdom, in der Provinz Limpopo, nördlich von Johannesburg, lebt Sheila. Sie ist 45 Jahre alt und hat zwei Kinder. Sie hat hier die meiste Zeit ihres Lebens verbracht. Seit 10 Jahren weiß sie, dass sie HIV-positiv ist. Als sie die Diagnose erhielt, arbeitete sie als Haushaltshilfe in Johannesburg und verdiente 660 südafrikanische Rand (ZAR) pro Monat (entspricht ca. 60€).

1999 wurde Sheila krank, sie übergab sich oft und fühlte sich sehr schwach. Im Basisgesundheitszentrum in Elandsdom wurde festgestellt, dass sie an Tuberkulose (TB) erkrankt war. Daher riet ihr der Arzt, sich auf HIV testen zu lassen. Das Ergebnis überraschte sie. Bis heute weiß Sheila nicht, wie sie sich mit dem Virus infiziert hat.

HIV/Tuberkulose Ko-Infektionen

Da HIV das Immunsystem schwächt, sind Begleiterkrankungen sehr wahrscheinlich. Zu den häufigsten in Subsahara-Afrika auftretenden Erkrankungen gehört Tuberkulose (TB). Angaben des südafrikanischen Gesundheitsministeriums entsprechend, sind 50 bis 80% der mit Tuberkulose infizierten Menschen im südlichen Afrika ebenfalls HIV-positiv. Die meisten Aids-Kranken sterben an TB, wenn keine antiretrovirale Therapie und TB-Behandlung zur Verfügung stehen.

Dieses ist ein wichtiger Aspekt, weil die Tuberkulose behandelt werden soll, bevor die antiretrovirale Therapie begonnen wird. Außerdem ist Tuberkulose eine schwerwiegende Krankheit, die unbehandelt auch für Menschen tödlich enden kann, deren Immunsystem nicht durch HIV geschwächt ist.

Sofort nach der Diagnose wurde der Zustand ihres Immunsystems ermittelt. Es war so schwach, dass der Ausbruch von Aids unmittelbar bevorstand. Die Kosten von 3.000 ZAR pro Monat (ca. 270€) für die Behandlung mussten die Betroffenen damals selbst übernehmen. Glücklicherweise erklärte sich die Familie, für die Sheila arbeitete, bereit, die Kosten zu übernehmen. Nur so war es möglich, den Virus bis heute unter die Nachweisgrenze zu drücken. Sie ist nicht von HIV geheilt, muss weiterhin täglich Tabletten nehmen, aber es geht ihr gut.

Sheila beobachtete, dass viele Menschen um sie herum die Existenz von HIV und Aids verneinten. Das führte sie zum Ndlovu AIDS Awareness Program (NAAP). Zusammen mit MitarbeiterInnen von NAAP ging sie in Schulen, um mit SchülerInnen über ihren Status und ihre Erfahrungen mit der Infektion zu sprechen. Seit einigen Jahren arbeitet sie nun im Basisgesundheitszentrum als Patientenbetreuerin.

Ihre KollegInnen bei NAAP, sowie ihre Erfahrungen bei der Arbeit bestärkten sie, offen über ihren Status zu sprechen und die Angst vor Ausgrenzung zu überwinden. Viele Menschen in ihrem Umfeld haben sich, ihrem Vorbild folgend, testen lassen und ihre Einstellung zu HIV verändert. Darauf ist sie stolz. Sheila lebt positiv. Sie achtet sehr auf ihre Ernährung und ihre Gesundheit. Sie genießt jeden Moment ihres Lebens, denn Sheila ist glücklich, dass sie lebt. Es macht sie nur traurig,

dass sie nicht weiß, wer sich einmal um ihre Kinder kümmern wird. Sie wünscht sich, dass mehr Menschen auf ihre Gesundheit achten und sich testen lassen.

Das Gesundheitssystem in Südafrika

Das südafrikanische Gesundheitssystem wurde während der Apartheid zentralistisch organisiert. Es gab nur wenige große Krankenhäuser in den Städten und kaum niedergelassene Ärzte. Das Apartheid-Regime kümmerte sich fast gar nicht um die Gesundheitsbelange der nicht-weißen Bevölkerung.

Nach der Machtübernahme durch den African National Congress (ANC) im Jahre 1994 wurde dieses System schrittweise dezentralisiert und ausgebaut. Auf diese Weise entstanden neben großen Krankenhäusern (hospitals) in den Städten auch Kliniken und Basisgesundheitszentren (primary health clinics) in kleineren Städten und Siedlungen. Die medizinische Versorgung in den stadtnahen Gebieten Südafrikas ist grundsätzlich gut, aber für viele Menschen immer noch unbezahlbar. Auf dem Land ist die Versorgung wesentlich schlechter und weite Wege, um medizinische Behandlung zu erhalten, gehören zum Alltag.

Zusätzlich leidet das Gesundheitssystem Südafrikas wie in vielen Ländern Afrikas an einem Mangel an Fachkräften. Es fehlt an ausgebildeten ÄrztInnen und Krankenschwestern. Das vorhandene Personal hat dadurch und durch die hohen Patientenzahlen ein kaum zu bewältigendes Arbeitspensum. Für das Personal ist es tägliche Realität, zwischen 50 und 60 PatientInnen (pro Arzt/Krankenschwester) zu behandeln. Dieser Fachkräftemangel wird durch die Politik der Industrieländer verstärkt, die mit der Aussicht auf wesentlich höhere Gehälter aktiv medizinische Fachkräfte aus Entwicklungsländern abwerben. Nach Schätzungen der WHO fehlen weltweit 4.3 Millionen Gesundheitsfachkräfte zur Durchführung grundlegender Gesundheitsdienste.

Gesellschaftliche Ursachen für die Ausbreitung von HIV

Das südliche Afrika bildet das Zentrum der weltweiten HIV-Epidemie. Dort leben annähernd 35% aller HIV-Infizierten, aber weniger als 2% der Weltbevölkerung. Die Infektionsrate unter Erwachsenen zwischen 15 und 49 Jahren übersteigt die Zehn-Prozent-Marke. Dieser Wert wird in keiner anderen Regi-

Antiretrovirale Medikamente (ARV)

Unter ART (Anti-Retrovirale Therapie) oder auch HAART (Hoch Aktive Antiretrovirale Therapie) wird eine Kombinationstherapie bestehend aus drei verschiedenen Wirkstoffen verstanden. Diese wird seit 1996 eingesetzt und seitdem kontinuierlich weiterentwickelt. Diese Wirkstoffe hindern das HI-Virus daran, sich zu vermehren. Im Idealfall kann die Anzahl von HI-Viren im Blut unter die Nachweisgrenze gebracht werden. Die hohe Veränderungsfähigkeit des HI-Virus verlangt es aber, dass die Medikamente sehr regelmäßig eingenommen werden, um Resistenzen zu vermeiden. Diesen kann nur durch einen Wechsel der grundsätzlich wirksamen Substanzen in der Medikation begegnet werden. Eine Therapieumstellung kann für die Kranken bedeuten, dass sie stärkere Nebenwirkungen hinnehmen müssen. Je weniger Substanzen zur Verfügung stehen, die Wirkung gegen die betreffenden Virusstämme zeigen, desto schwieriger wird es, bei der Therapie die Verträglichkeit für die Betroffenen zu berücksichtigen. Darüber hinaus ist die Behandlung mit einem Alternativregime meist wesentlich kostenintensiver (s. Generika).

Obwohl bisherige Langzeitstudien fehlen, wird davon ausgegangen, dass HIV-Positive, die eine ART kontinuierlich und erfolgreich durchführen, eine fast normale Lebenserwartung erreichen können. Grundsätzlich jedoch gilt, dass ein HIV-positiver Mensch, der einmal mit der Einnahme von ARVs begonnen hat, diese für den Rest seines Lebens einnehmen muss. Denn mit den bisher verfügbaren Medikamenten kann das HI-Virus nicht vollständig besiegt werden.

Behandlung mit antiretroviralen Medikamenten: Große Lücke zwischen Abdeckung und Bedarf

Von den ca. 5,7 Millionen HIV-positiven Menschen in Südafrika benötigten im Jahr 2007 ca. 1,7 Millionen eine Behandlung. Momentan erhalten ca. 560.000 Menschen in Südafrika eine antiretrovirale Behandlung, während es Ende 2007 460.000 waren. Durchschnittlich werden derzeit zwischen 20 und 40% der die Behandlung benötigenden Menschen in Südafrika behandelt. Damit liegt Südafrika im Vergleich zu anderen Hochprävalenz-Ländern im Mittelfeld. Trotz der kleinen Fortschritte sterben jedoch jeden Tag in Südafrika 1.000 Menschen an Aids.

Laut WHO erhielten Ende 2007 rund drei Millionen Menschen weltweit eine antiretrovirale Behandlung. Trotz der enormen Steigerung gegenüber den Vorjahren – noch in 2006 waren es nur knapp zwei Millionen – benötigen mehr als dreimal so viele, rund zehn Millionen Menschen weltweit, eine antiretrovirale Behandlung. Angesichts 33 Millionen HIV-Infizierter und zurzeit 2,7 Millionen Neuinfektionen jährlich, wird dieser Bedarf weiter drastisch ansteigen. Noch immer ist das Verhältnis von HIV-Neuinfizierten zu Neu-Behandelten 2,5 zu 1. Das heißt, dass auf jeden Menschen, der eine Behandlung mit ARVs beginnt, 2,5 Menschen kommen, die sich neu mit HIV infizieren.

on der Erde erreicht. Die Gründe für die schnelle Ausbreitung von HIV in dieser Region liegen vor allem an den ungünstigen Lebensverhältnissen. Von der Kolonialzeit bis heute wurde das südliche Afrika von den politisch und wirtschaftlich Mächtigen für die Produktion von Rohstoffen für Europa und Nordamerika benutzt. Dafür brauchte man viele billige Arbeitskräfte. Landraub und andere Zwangsmaßnahmen zwangen die einheimische Bevölkerung, in den Minen und auf den Plantagen zu arbeiten. Zwangsumsiedlungen und Enteignungen lösten in weiten Teilen der Region eine große Welle von Wanderarbeit aus, die bis heute anhält. Die Mehrheit der Arbeiter ist in so genannten „Männerherbergen“ untergebracht, wo käuflicher Sex eines der wenigen „Freizeitangebote“ darstellt. Den Frauen und anderen Familienmitgliedern ist es verboten, ihre Männer zu begleiten. Außerdem zwingen die unsicheren Beschäftigungsverhältnisse viele Frauen dazu, ihre Landwirtschaft für den Eigenverbrauch weiterzuführen. Unter diesen Bedingungen der geteilten Familien ist es unmöglich, Sexualität in stabilen Partnerbeziehungen auszuleben. So wurden durch die Wanderarbeiter sexuell übertragbare Infektionen sehr schnell verbreitet.

Zugleich haben die wirtschaftliche Ausbeutung und Unterdrückung dazu geführt, dass diese Länder die extremsten Einkommensunterschiede der Welt aufweisen. Frauen sind dabei mehrfach benachteiligt. Da jüngere Frauen mit einer sehr hohen Arbeitslosigkeit konfrontiert sind, ist Sex mit wirtschaftlich besser gestellten und meist wesentlich älteren Männern für sie oft die einzige Einkommensquelle. Die finanzielle Abhängigkeit und der große Altersunterschied erschweren es, Schutzmaßnahmen gegen eine HIV-Infektion, wie die Benutzung von Kondomen, zu verlangen.

Feminisierung der Epidemie

Entgegen den Anfängen von HIV, in denen hauptsächlich Männer infiziert waren, hat sich der Anteil von Frauen und Männern weltweit mittlerweile angeglichen. Im Afrika südlich der Sahara jedoch sind über 60% der mit HIV infizierten Menschen weiblich. Gerade bei der jungen Bevölkerung zwischen 15 und 24 Jahren zeigt sich, laut UNAIDS, in Südafrika die Feminisierung der Epidemie besonders deutlich. Die Prävalenz (= Prozentsatz HIV-infizierter Menschen) junger Männer in dieser Altersgruppe liegt in Südafrika bei ca. 4% und bei jungen Frauen derselben Altersgruppe ist sie mit ca. 17% mehr als viermal so hoch.

Zurück zuführen ist diese Entwicklung auf zwei Umstände: Zum einen haben Frauen eine physisch bedingte höhere Wahrscheinlichkeit sich mit dem HI-Virus anzustecken. Zum anderen gibt es soziale Ungerechtigkeiten zwischen den Geschlechtern, die daher ebenso im Fokus einer wirksamen Bekämpfung von HIV stehen müssen. Eine sozial bedingte schlechtere Verhandlungsposition von Frauen gegenüber ihren männlichen Partnern erschwert es ihnen, den Gebrauch von Kondomen einzufordern. Männer sehen den Gebrauch von Kondomen teilweise als unmännlich an. Auch gilt deren Gebrauch als Eingeständnis der Promiskuität oder der Untreue. Diese Wahrnehmung wird von Frauen sowie von Männern geteilt.

Susan

Ganz anders als Sheila erging es Susan, die jetzt Anfang 30 ist. Bevor sie im Jahr 2000 heiratete, hatte sie nur wenige sexuelle Kontakte gehabt. Über die Vorgeschichte ihres Ehemanns wusste sie bei ihrer Hochzeit nicht viel. Nach einem Jahr wurde ihr Mann sehr krank und sie besuchten gemeinsam ein Basisgesundheitszentrum. Susan hatte bereits eine Vermutung, dass es sich um HIV handeln könnte. Die Ärzte rieten beiden Ehepartnern, sich testen zu lassen, doch Susan hatte Angst und brauchte ein wenig Zeit, ehe sie dem Test zustimmte. Bei beiden war das Ergebnis HIV-positiv. Im Gegensatz zu Sheila kennt Susan denjenigen, der sie angesteckt hat. Zuerst war sie wütend auf ihren Mann, denn er wusste, dass er das Virus in die Partnerschaft gebracht hatte, doch nach und nach fand sie sich mit der Infektion ab.

Die Krankheit ihres Mannes verschlimmerte sich schnell und zog verschiedene Begleiterkrankungen nach sich. Eine Behandlung konnten sie sich nicht leisten. Im Jahr 2003 starb Susans Mann an Aids.

Nach zwei Jahren lernte sie ihren jetzigen HIV-negativen Partner kennen. Ihr mittlerweile dreijähriger Sohn ist nicht HIV-positiv, obwohl Susan nicht an einem Präventionsprogramm zum Schutz vor Übertragung der HIV-Infektion von der Mutter auf das Kind (PMTCT/PPTCT) teilgenommen hatte. Sie hatten Glück!

Susan selbst nimmt bisher keine antiretroviralen Medikamente. Sie fühlt sich mal besser, mal schlechter. Susan weiß zwar, wie sie in das nationale Programm aufgenommen werden könnte, bringt jedoch nicht die Energie auf, sich den Bedingungen einer regelmäßigen Behandlung zu stellen. Sie müsste einen zweiwöchigen Kurs absolvieren, der über die Behandlung informiert, aber auch das notwendige Wissen für den Umgang mit den Medikamenten einfordert. Erst dann erhalten die PatientInnen Medikamente. Susan ist jedoch, wie viele Menschen, gegenüber dem Beginn einer lebenslangen Behandlung mit Medikamenten zurückhaltend.

Es wissen nur wenige Menschen über ihren HIV-Status Bescheid. Obwohl die wenigen Freunde, denen sie davon erzählt hat, sie unterstützen, traut sie sich nicht, ihren Status offen zu legen.

Susan sagt, dass sie glücklich ist. Trotz der Infektion fühlt sie sich meistens gut. Traurig machen sie die Schicksale, die sie

durch ihre Arbeit mit HIV-positiven Menschen beinahe täglich erlebt. Sie möchte HIV-positiven Menschen dabei helfen, ihren eigenen Status zu akzeptieren so wie sie es auch getan hat.

Prevention of Mother-to-Child Transmission (PMTCT)

Bei der Geburt eines Kindes durch eine HIV-positive Frau kann die HIV-Infektion von der Mutter auf das Kind übertragen werden. Die Wahrscheinlichkeit liegt zwischen 15 bis 30%. Der Versuch, diese Übertragung zu verhindern, wird gemeinhin mit PMTCT abgekürzt. Diese Methode besteht aus verschiedenen Komponenten: Grundsätzlich werden der Mutter vor und während der Geburt antiretrovirale Medikamente verabreicht. Die Virenlast der Mutter wird somit kurzfristig deutlich reduziert, um die Wahrscheinlichkeit einer Übertragung der Infektion auf das Kind zu reduzieren. Nach der Geburt werden dem Neugeborenen ARVs verabreicht, um die Wahrscheinlichkeit einer Infektion zu verringern. Da auch die Muttermilch HI-Viren enthält, ist das Stillen mit einem erheblichen Infektionsrisiko verbunden, das bei 5 – 20% liegt. Die meisten PMTCT Programme bieten daher Ersatznahrung für das Kind an, die von den Müttern und ihren Familien verwendet werden können, sofern die Rahmenbedingungen dies erlauben. In vielen Entwicklungsländern sind aber die entsprechenden Hygienevoraussetzungen nicht gegeben. In diesem Fall empfiehlt die Weltgesundheitsorganisation eine ausschließliche Ernährung mit Muttermilch in den ersten 6 Lebensmonaten und dann ein schnelles Abstillen. Neueste Studienergebnisse zeigten, dass die Weiterführung der Prophylaxe mit antiretroviralen Medikamenten während der Stillzeit eine deutliche Verringerung des Übertragungsrisikos bewirkt. Wird PMTCT vollständig und korrekt durchgeführt, so reduziert es das Risiko einer Infektion des Neugeborenen auf 1 - 2%.

Südafrika gehört laut UNAIDS mittlerweile zu den wenigen Entwicklungs- oder Schwellenländern, die mehr als 50% der HIV-positiven Mütter eine PMTCT-Behandlung zukommen lassen. Dabei ist zu beachten, dass nur etwas mehr als die Hälfte der Schwangeren überhaupt auf HIV getestet wird. Zwar werden Frauen, die während der Schwangerschaft eine Klinik oder ein Krankenhaus besuchen, obligatorisch getestet, doch gebären viele ihre Kinder ohne medizinische Hilfe. Ebenso wird in Südafrika ein Therapieregime bestehend aus zwei Präparaten verwendet obwohl die WHO mittlerweile die Verwendung von drei verschiedenen Wirkstoffen empfiehlt, um die Wahrscheinlichkeit einer Infektion weiter zu verringern und die Entwicklung von Resistenzen zu vermeiden.

In Afrika geschehen über 80% aller HIV-Infektionen durch heterosexuellen Sexualverkehr. Um die Verantwortlichkeit der Männer widerzuspiegeln, spricht man nunmehr von der Eltern-zu-Kind-Übertragung (PPTCT).

HIV-Test

Ein gängiger HIV-Test testet das Blut auf HIV-Antikörper. Daher kann ein solcher Test erst mindestens drei Monate nach der HIV-Infektion ein zuverlässiges Ergebnis abbilden, da vorher noch nicht genügend Antikörper gebildet wurden. Das Virus selbst kann meistens schon nach vier bis sechs Wochen nachgewiesen werden. Dieser direkte Nachweis ist jedoch wesentlich teurer als der normale HIV-Test und wird daher nur selten durchgeführt. In jedem Fall ist eine individuelle Betreuung der Personen, die sich testen lassen, vor und nach dem Test unerlässlich.

Im Falle eines positiven Testergebnisses sind zwei Werte im Blut des oder der Infizierten sehr wichtig, die beide im Abstand von jeweils drei Monaten ermittelt werden sollten: zum einen die Anzahl der CD4-Zellen, zum anderen die Viruslast im Blut. Die Anzahl von CD4-Zellen zeigt an, wie weit das Immunsystem durch die HIV-Infektion geschwächt ist. Normalerweise finden sich mehr als 1000 CD4-Zellen pro Mikroliter Blut bei einem Erwachsenen. Die Viruslast beschreibt, wie viele HI-Viren im Blut des/der Infizierten sind. Je höher dieser Wert, desto größer ist das Risiko eines schnellen Fortschreitens der Infektion und desto höher ist die Ansteckungsgefahr für andere Menschen. Unterhalb von 20-50 Viruskopien pro Milliliter Blut kann das Virus mit den gängigen Verfahren nicht mehr nachgewiesen werden. Dies entspricht aber nicht einer Heilung.

Auswirkungen der Epidemie

Die HIV-Infektion wirkt sich verheerend auf die sozialen und wirtschaftlichen Lebensbedingungen und Entwicklungschancen aus. Da das Virus hauptsächlich durch Geschlechtsverkehr übertragen wird, stecken sich vor allem jüngere Erwachsene an. Wenn sie nach mehreren Jahren erkranken, befinden sie sich meist im produktivsten Lebensalter und tragen gesellschaftliche und familiäre Verantwortung. Oft sind beide Elternteile und mehrere Kinder betroffen, so dass sich die Belastungen für die Familien vervielfachen. In vielen Fällen wird ihre verzweifelte Lage noch durch die gesellschaftliche Ausgrenzung verschlimmert. In der Endphase der Krankheit sind die Betroffenen die meiste Zeit bettlägerig und brauchen Betreuung.

Die Infektionsraten steigen vor allem unter den Bevölkerungsgruppen, die wenig Zugang zu Bildung und Einkommen haben. Wirtschaftlich Besser-gestellte verfügen eher über die Information und die Mittel, sich vor einer Ansteckung zu schützen. Somit trifft die Epidemie stärker Menschen, die keine wirtschaftlichen Reserven für die Bewältigung der Krankheit und ihrer Folgeprobleme haben. Ihre Überlebensfähigkeit hängt vom Arbeitsvermögen der Haushaltsmitglieder ab.

Unter diesen Bedingungen verursachen schwere Krankheit oder Tod gravierende Einschnitte, die für die Familien kaum zu bewältigen sind. Erhebungen in Südafrika zeigten, dass das Prokopfeinkommen von Familien mit einem an Aids erkrankten Mitglied um fast ein Drittel niedriger ist als das von nicht betroffenen Haushalten. Viele Entwicklungsländer haben infolge von staatlichen Sparmaßnahmen – meist unter dem Druck ihrer Auslandsschulden – Gebühren für die Nutzung öffentlicher Gesundheitsdienste eingeführt und verlangen von den PatientInnen eine Beteiligung an den Medikamentenkosten. Dieses bedeutet für Menschen mit einer fortgeschrittenen HIV-Infektion, dass sie zu hohe Behandlungskosten tragen müssen. Diese Notlage zwingt sie dazu, Teile ihres bescheidenen Besitzes zu verkaufen sowie Kredite aufzunehmen.

Die Versorgung der wachsenden Anzahl von Waisen überfordert die Großeltern, die oft selbst ein Alter erreicht haben, in dem sie auf Unterstützung angewiesen wären. Die traditionelle Nachbarschaftshilfe funktioniert weitgehend, jedoch sind immer mehr Familien selbst betroffen. Elternlosen Kindern fehlt dann häufig der Zugang zu Fürsorge, Nahrungsmitteln, Bildungschancen und Gesundheitsversorgung. Aids löscht somit unter den Bedingungen der Armut nicht nur Millionen von Menschenleben aus, sondern vernichtet auch die Lebensgrundlagen der Hinterbliebenen.

Diese Verelendungsprozesse mit allen ihren Konsequenzen für die soziale und politische Stabilität der schwer betroffenen Nationen stellen das schwerwiegendste Folgeproblem der Epidemie dar. Elend und Hoffnungslosigkeit bedeuten wiederum eine erhöhte Gefährdung für die Ansteckung mit HIV. Die Epidemie schafft selbst die Bedingungen für ihre weitere Ausbreitung.

Hinter den aktuellen Zahlen stehen dramatische Einzelschicksale. Dieses Leid und die sozialen Folgen sind nicht hinnehmbar. Daher ist der universelle Zugang zu Prävention, Behandlung, Pflege und Unterstützung aller von HIV und Aids betroffenen oder bedrohten Menschen von elementarer Wichtigkeit. Alle Menschen müssen über die notwendigen Informationen und die Handlungsfreiheit verfügen, um eine HIV-Infektion effektiv vermeiden zu können. Diejenigen, die sich bereits infiziert haben, müssen Zugang erhalten zu den wirksamsten und verträglichsten Therapiemöglichkeiten sowie zu adäquater Betreuung und menschlicher Zuwendung.

Flora

Flora ist Ende 50, seit vielen Jahren verwitwet und weiß seit 2006, dass sie HIV-positiv ist. Sie arbeitet für People of Hope und betreut HIV-positive Menschen. Da die Organisation mit HIV-positiven Menschen zusammenarbeitet, wurde von den Verantwortlichen angeregt, dass sich jede/r MitarbeiterIn auf HIV testen ließe. Ohne diese Anregung hätte Flora sich nicht testen lassen.

Sie weiß nicht, wie sie sich infiziert hat. Ihre erste Reaktion auf die Diagnose war große Angst. Seitdem macht sie sich immer wieder Gedanken über ihre Situation. Ihren Status hat sie zuerst ihren Kindern mitgeteilt. Diese glaubten ihr anfangs nicht, haben es aber später akzeptiert. Ebenso hat sie ihren Status ihrem Team und ihren Freunden erzählt.

Ihre HIV-Infektion ist bereits weit fortgeschritten. In der letzten Zeit hat sie sehr viel Gewicht verloren und sie befürchtet, dass sie bald sterben wird. Sie äußert sich nicht dazu, ob sie antiretrovirale Medikamente einnimmt oder einnehmen würde.

Es macht sie glücklich, Zeit mit ihren Kindern zu verbringen. Sie ist jedoch traurig, wenn sie sieht, dass Menschen oft erst dann eine antiretrovirale Behandlung bekommen, wenn sie bereits sehr krank sind, und dass diese dann unter den teilweise starken Nebenwirkungen der ARVs leiden müssen. Sie möchte, dass andere Menschen von ihr wissen, dass sie für People of Hope gearbeitet und trotz ihrer Erkrankung anderen Menschen geholfen hat.

Nationales ARV Programm in Südafrika

Erst im Jahr 2003 entschloss sich die Regierung aufgrund eines hohen nationalen und internationalen Drucks, ein nationales Behandlungsprogramm zu starten. Alle HIV-positiven Menschen, deren Anzahl von CD4 Zellen unter 200 pro Mikroliter Blut sinkt, sollen in das Programm aufgenommen werden und kostenfreie antiretrovirale Medikamente erhalten. Das Programm wurde ursprünglich über die großen, zentralen Krankenhäuser verbreitet und erst allmählich werden kleineren Kliniken in das Programm aufgenommen. Hier liegt der Schwachpunkt des Systems, denn viele PatientInnen landen auf langen Wartelisten und sterben, bevor sie die Behandlung erhalten. Zudem sind Menschen oft mit langen Wegen und/oder hohen Transportkosten konfrontiert. Der unerlässliche Besuch im Krankenhaus zur Aufnahme in die Behandlung nimmt aufgrund der langen Anreise und notwendigen Wartezeit oft einen ganzen Tag in Anspruch.

Zusätzlich zeigen sich teilweise gravierende Managementprobleme, so dass die kontinuierliche Versorgung mit Medikamenten in manchen Provinzen nicht mehr sichergestellt ist bzw. unterbrochen wurde. Aufgrund der hohen Wahrscheinlichkeit der Ausbildung von Resistenzen des Virus gegen ARVs, können solche Defizite tödliche Folgen haben.

Verwendete bzw. verfügbare Medikamente

Das nationale südafrikanische ARV-Programm verfügt nur über 10 von insgesamt 23 bekannten antiretroviralen Wirkstoffen. In den Industrieländern, wie z. B. in Deutschland, sind grundsätzlich die neuesten Wirkstoffe verfügbar, die tendenziell eine höhere Wirksamkeit und weniger Nebenwirkungen haben. Aufgrund der hohen Preise für die neuesten Medikamente sind diese meistens nicht in Entwicklungsländern verfügbar.

Das Standardregime von Medikamenten in Südafrika besteht aus drei Medikamenten, von denen ein Präparat (Staduvin) relativ viele und starke Nebenwirkungen haben kann. Daher wird es z.B. in Deutschland kaum noch verwandt. Das entsprechende Äquivalent unterliegt zwar noch einem Patent, aber freiwillige Lizenzen wurden an südafrikanische Produzenten ausgestellt. Jedoch ist es immer noch erheblich teurer als das Medikament des Standardregimes. Der höhere Preis ist sowohl durch den nicht vorhandenen Generika Wettbewerb als auch durch Vorgaben innerhalb der Lizenzen zu erklären.

Alle Aids-Kranken, die die Behandlung mit ARVs im nationalen Programm beginnen, bekommen das Standardregime und nur, wenn sich Komplikationen (wie Nebenwirkungen oder starke Unverträglichkeiten) einstellen, wird eine Behandlung mit alternativen ARVs begonnen. Die Mehrheit der Wechsel innerhalb der Behandlung ist auf die Unverträglichkeit mit dem genannten Medikament zurückzuführen. Seine weitere Verwendung ist daher sehr fragwürdig.

Betroffene machen Druck

Die Treament Action Campaign (TAC) wurde 1998 durch zehn HIV-positive Menschen in Südafrika gegründet. Ihr Anliegen ist es, den Zugang zu Behandlung zu erreichen bzw. auszuweiten.

Damals bestritt die Regierung in Südafrika unter Präsident Thabo Mbeki, dass es einen Zusammenhang zwischen einer Infektion mit HIV und der Erkrankung mit Aids gebe. Hinzu kam, dass die Regierung die Meinung vertrat, dass anstelle antiretroviraler Medikamente, eine Kombinationstherapie aus roter Bete, Knoblauch und Zitrone eine HIV-Infektion wirksam bekämpfen könnte. Diese Behauptung, die niemals durch nachprüfbare wissenschaftliche Erkenntnisse untermauert werden konnte, hielt die Regierung über Jahre aufrecht. Auf der Welt-Aids Konferenz in Toronto 2006 stand die südafrikanische Regierung mit ihrer Ansicht allein da. Durch die internationale Isolation in diesem Themengebiet, begann sich die Einstellung langsam zu ändern.

TAC ist es maßgeblich zu verdanken, dass sich der nationale sowie der internationale Druck auf die Regierung in Südafrika stetig erhöhten. Durch unnachgiebige Lobbyarbeit sowie Anwaltschaft für ein Recht auf Behandlung mit antiretroviralen Medikamenten, gelang es TAC sein Anliegen glaubwürdig zu vertreten und sich national sowie international Anerkennung zu verschaffen.

Die Kampagne veranstaltete Demonstrationen in vielen Städten Südafrikas und errichtete eine Präsenz von TAC in allen Provinzen. Auf der lokalen Ebene unterstützt TAC die Bekämpfung von HIV durch Aufklärungskampagnen sowie mit Selbsthilfegruppen, in denen HIV-positive Menschen sich über ihre

Erfahrungen austauschen können. Die Organisation schreckte auch nicht davor zurück, die eigene Regierung auf das Recht auf Behandlung zu verklagen. So entschied das südafrikanische Verfassungsgericht 2002, dass die Regierung zur Bereitstellung eines Programms zur Prävention der Übertragung des HI-Virus von den Eltern auf das Kind (PPTCT) verpflichtet ist.

Die Kombination aus öffentlichem Druck durch die Treatment Action Campaign, der Bloßstellung der südafrikanischen Regierung auf der Welt-Aids Konferenz in Toronto 2006 sowie ein Wechsel im Gesundheitsministerium führte 2007 zu dem Nationalen Strategie Plan (NSP), einem gemeinsamen Strategiepapier von Regierung und Zivilgesellschaft. Zum ersten Mal nennt dieser Plan konkrete Ziele, die zu bestimmten Zeiten erreicht werden sollen. Mit der guten Qualität des NSP und dem sichtbaren Kurswechsel der südafrikanischen Regierung, ist es nun entscheidend, dass die Umsetzung des Plans genau verfolgt wird. Gerade die Preise für die Medikamente sind teilweise immer noch zu hoch. Diese können nur durch weiterhin konstant hohen internationalen Druck gesenkt werden.

Andile

Andile ist 31 Jahre alt und weiß seit fünf Jahren, dass er HIV-positiv ist. Er lebt in Khayelitsha, in der Nähe von Kapstadt. Aufgewachsen ist er in einer ländlichen Gegend mehrere 100 Kilometer östlich von Kapstadt.

Starke Magenschmerzen sowie andere Beschwerden veranlassten ihn damals zum Arzt zu gehen. Einen Verdacht auf eine HIV-Infektion hegte er nicht. So kam das positive Testergebnis für ihn überraschend.

Nach der Diagnose ging es Andile emotional sehr schlecht. Er wusste nicht, wie er mit dem Ergebnis umgehen sollte und wie es mit seinem Leben weitergehen sollte. Als er nach langem Zögern seiner Mutter von seinem Status erzählte, stellte er fest, dass seine Angst vor Zurückweisung durch sie unbegründet war. Seine Mutter überzeugte ihn vielmehr, sich unmittelbar in Behandlung zu begeben und bestärkte ihn darin, sein Leben wieder aktiv in die Hand zu nehmen. Daraufhin begab sich Andile in das nächste Krankenhaus und ließ sein Immunsystem untersuchen.

Sein Immunsystem war fast vollständig zerstört. Als unmittelbares Resultat von Andiles Testergebnis wurde er sofort in das nationale ARV-Programm aufgenommen. Langsam erholt sich sein Immunsystem wieder. Jeweils für drei Monate im Voraus erhält Andile seine Medikamente. Für den Weg zum nächsten Krankenhaus benötigt er nur knapp 15 Minuten zu Fuß; das erleichtert es ihm, die Behandlung in Anspruch zu nehmen. Gerade zu Beginn seiner Behandlung reagierte das soziale Umfeld mit Ablehnung gegenüber Andiles Infektion und die meisten Nachbarn mieden ihn.

Bei einem seiner Besuche im Krankenhaus traf Andile auf die Treatment Action Campaign (TAC). Überzeugt von dem Anliegen von TAC, begann er 2006 für die Organisation als Trainer zu arbeiten. Mittlerweile vermittelt er in Workshops anderen Menschen Informationen über HIV. Bestärkt durch seine eigenen Erfahrungen und seine Arbeit entschied er sich, offen über seinen Status zu sprechen. Durch diese Offenheit konnte Andile viele Menschen in seinem Umfeld davon überzeugen, sich testen zu lassen.

Andile freut sich, wenn er mit seiner Familie zusammen sein kann. Weniger gut findet er, dass um ihn herum immer noch so viele Menschen im Zusammenhang mit HIV sterben, obwohl die entsprechenden lebensrettenden Medikamente heutzutage in Südafrika wesentlich besser zugänglich sind als noch vor sechs Jahren. Er möchte, dass Menschen nicht aufgrund ihres HIV-Status diskriminiert werden.

Soziales Stigma bezüglich HIV

HIV ist auf der gesamten Welt weiterhin mit einem sozialen Stigma belegt, das oft verhindert, dass sich Menschen testen lassen oder dass sie Interesse an Informationen über HIV zeigen. In Ländern mit einer hohen Infektionsrate sind die Fälle von Stigmatisierung und Diskriminierung nur absolut häufiger als beispielsweise in Deutschland, nicht aber relativ zu der Zahl der Infizierten. Soziales Stigma äußert sich etwa dadurch, dass Mitmenschen den Kontakt zu der HIV-infizierten Person abbrechen. Viele haben Angst davor, sich durch bloßen Kontakt mit der entsprechenden Person zu infizieren. Manche Menschen gehen davon aus, dass die Infektion mit HIV eine Bestrafung für schlechtes Verhalten ist. Immer wieder nimmt dieses Stigma drastische Züge an, bei denen Infizierte von ihrer Familie verlassen werden oder gar von ihren eigenen Nachbarn zu Tode gesteinigt werden.

Es hat aber auch andere Auswirkungen. In Südafrika nehmen Menschen teilweise längere Reisen in andere Provinzen auf sich, um sich dort testen zu lassen. So wollen sie verhindern, dass jemand, der sie kennt, etwas über ihre Situation erfährt. Ebenso verhindert dieses Stigma oft, dass Betroffene mit ihren PartnerInnen über die Notwendigkeit sprechen, Kondome zu benutzen.

Die wachsende Zahl von Menschen in Südafrika, die durch eine Behandlung mit ARVs einen besseren Gesundheitszustand erreichen, trägt zur Reduzierung des sozialen Stigmas bei. HIV wird nicht mehr als die todbringende Krankheit gesehen, die es noch vor ein paar Jahren war. Außerdem können sich jetzt Menschen, die mit HIV leben, häufiger am sozialen Leben und auch Aufklärungsprogrammen aktiv beteiligen.

Verantwortung annehmen – im eigenen Land und international!

Wie kaum ein anderes Thema hat die HIV/Aids-Krise die Betroffenen und ihre Angehörigen weltweit zur Selbstorganisation motiviert. Um politischen Druck auf Regierungen und Pharmakonzerne auszuüben, haben sich Nichtregierungsorganisationen auf nationaler und internationaler Ebene zu Bündnissen und Netzwerken zusammengeschlossen. Diese Initiativen fordern vernünftige und solidarische Politikansätze, damit die Probleme und Notlagen, die in den Einzelschicksalen deutlich wurden, überwunden werden. So konnte erreicht werden, dass die Mitgliedstaaten der Vereinten Nationen im Jahr 2001 eine Erklärung unterzeichneten, mit der sie sich verpflichteten, ihre Anstrengungen für eine umfassende Bekämpfung der HIV-Epidemie zu intensivieren. Sie erkannten darin an, dass die Aids-Problematik eine globale Notlage und eine der gewaltigsten Herausforderungen für das menschliche Leben, die Menschenwürde und die wirksame Wahrnehmung der Menschenrechte darstellt. Sie sagten zu, Gesetze und andere Maßnahmen durchzusetzen, „um alle Formen der Diskriminierung von Menschen mit HIV/AIDS und Angehörigen gefährdeter Gruppen zu beseitigen“. Ferner wurden konkrete Ziele aufgestellt, die in bestimmten Fristen zu verwirklichen sind. Auf dem Gebiet der Prävention sind vor allem die Folgenden zu nennen:

· Die Verbreitung von HIV unter jungen Menschen im Alter zwischen 15 und 24 Jahren weltweit bis 2010 um 25 Prozent zu verringern.

· Mindestens 95 Prozent dieser Altersgruppe sollen bis 2010 Zugang zu Informationen und Aufklärung haben.

- Es wird angestrebt, bis 2010 den Anteil HIV-infizierter Säuglinge um 50 Prozent zu senken, wofür 80 Prozent der in der Schwangerenbetreuung erscheinenden Frauen alle erforderlichen Dienste zur Verringerung der Mutter-Kind-Übertragung und der antiretroviralen Behandlung erhalten sollen.

Es wird anerkannt, dass sich Prävention, Betreuung, Unterstützung und Behandlung für HIV-Infizierte gegenseitig verstärken und zur Bekämpfung der Epidemie integriert werden müssen. Um das Recht auf Gesundheit zu verwirklichen, will man den höchsten Stand der Behandlung von HIV/Aids sicherstellen.

In der im Juni 2006 verabschiedeten Folgeerklärung bekräftigten die Vereinten Nationen diese Verpflichtungen und vereinbarten, bis 2010 das Ziel des allgemeinen Zugangs „zu umfassenden Präventionsprogrammen und umfassender Behandlung, Betreuung und Unterstützung“ zu erreichen. Hierfür sollte jedes Land entsprechende Ziele aufstellen. Seitdem wurden wichtige Fortschritte erzielt, die jedoch bei Weitem nicht ausreichen, um diese Versprechen zu erfüllen. Die verzögerte Umsetzung kostet jeden Tag mehrere Tausend Menschenleben und führt dazu, dass sich täglich Tausende von Menschen mit dem HI-Virus anstecken.

Imani

Imani war 25 Jahre alt als sie erfuhr, dass sie HIV-positiv ist. Als sie kurz darauf ihre Familie über die Diagnose informierte, reagierte diese sehr drastisch: Sie verstieß Imani, verließ das Township und zog in eine fast 300 km entfernte Stadt. Die Familie überließ Imani allein ihrem Schicksal.

Von Nachbarn erfuhr die Organisation People of Hope von Imanis Schicksal. Als sie Imani besuchten, fanden sie eine sehr kranke junge Frau vor. Sie hatte kein Einkommen und musste sich selbst versorgen. Von ihren Nachbarn wurde sie gemieden. Die Betreuer von People of Hope kümmerten sich um Imani, doch sie hatte sich erst sehr spät testen lassen und erhielt auch keine Behandlung. Imani war 25 Jahre alt, als sie an Aids starb.

Imanis Schicksal ist bei Weitem kein Einzelfall. Auch wenn der Zugang zu Medikamenten sich in den letzten Jahren deutlich gebessert hat, lassen sich viele Menschen aufgrund zu geringen Wissens über HIV viel zu spät testen. Sie kommen erst in die Basisgesundheitszentren und Krankenhäuser, wenn sie bereits sehr krank sind. Dann ist das Immunsystem oft schon so geschwächt, dass die Erfolgsaussichten einer ARV-Behandlung sehr gering sind.

Ganzheitliches Verständnis von universellem Zugang

Die dargestellten Lebensgeschichten und Informationen zeigen, dass das Problem ganzheitlich betrachtet werden muss, um eine wirksame Antwort auf die HIV-Epidemie zu entwickeln. Daher bezieht sich das Ziel des allgemeinen Zugangs auf alle Aktionsbereiche und fordert umfassende Programme. Diese beinhalten auf dem Gebiet der Prävention:

- Informationen über die HIV-Infektion und Möglichkeiten der Prävention, deren Wirksamkeit wissenschaftlich erwiesen ist;
- Bereitstellung entsprechender Präventionsmittel wie Kondomen sowie sterilem Spritzbesteck und Substitutionstherapien für Konsumenten von zu injizierenden Drogen;
- das Angebot von freiwilligen und vertraulichen Beratungen und Tests;
- Rechtzeitige und wirksame Behandlung von sexuell übertragbaren Infektionen;

- Aufklärungsprogramme für Jugendliche an Schulen und anderen Orten;
- Überwindung der gesellschaftlichen Bedingungen, die es den Menschen erschweren, riskante Verhaltensweisen zu vermeiden und sich vor HIV zu schützen;
- Verbesserung der Bildungschancen, um den Zugang zu Information zu erleichtern und die Handlungsfreiheit der Menschen zu erhöhen;
- Soziale, wirtschaftliche und rechtliche Gleichstellung der Geschlechter sowie Abbau der Rollenerwartungen, die der Selbstbestimmung von Frauen aber auch von Männern entgegenstehen;
- Gezielte Programme für die Schlüsselgruppen der Bevölkerung, die aufgrund der gesellschaftlichen Ausgrenzung und ihrer Lebenslage einer besonderen Gefährdung ausgesetzt sind;
  - Umfassende Maßnahmen zur Prävention der Eltern-zu-Kind-Übertragung;
  - Kontrolle der Bluttransfusionen;
  - Universelle Vorsichtsmaßnahmen im Gesundheitssektor.

Die Bemühungen um die Pflege, Betreuung und Behandlung umfassen folgende Elemente:

- Kombinationstherapie mit den jeweils wirksamsten und am besten verträglichen antiretroviralen Medikamenten;
- Prävention und Behandlung von opportunistischen Infektionen;

- Begleitung und Unterstützung für die kontinuierliche Medikamenteneinnahme, die auf einem offenen Dialog zwischen Gesundheitspersonal und Kranken beruht;
- Sicherung einer gesunden Ernährung, die für die Wiederherstellung/Aufrechterhaltung des Immunsystems wichtig ist;
- Häusliche Pflege für Schwerkranke durch Freiwillige unter Anleitung von Fachpersonal, um Angehörige zu entlasten;
- Stärkung der lokalen Gesundheitssysteme wobei es vor allem wichtig ist, den Mangel an Fachpersonal im medizinischen und im Pflegebereich zu überwinden sowie funktionierende Beschaffungssysteme für die kontinuierliche Bereitstellung der Medikamente aufzubauen.
- Integration der HIV-Behandlungsprogramme mit den Maßnahmen der Tuberkulose-Kontrolle und allen anderen relevanten Gesundheitsdiensten.

Die Unterstützung und Linderung der Folgen umfasst die nachstehenden Ansätze:

- Die Versorgung von Waisen und gefährdeten Kindern unabhängig von der Ursache, die zu ihrer Notlage geführt hat;
- Materielle, psychosoziale und spirituelle Hilfe für Familien, die von HIV betroffen oder durch die Epidemie besonders belastet sind durch Sozialprogramme, die allen Bedürftigen gleichermaßen zugute kommen.

Foto: Jörg Peters

Interview Bundesentwicklungsministerin Heidemarie Wieczorek-Zeul mit dem Aktionsbündnis gegen AIDS
[Antworten vom Aktionsbündnis gegen AIDS leicht gekürzt.]

Was für ein Verständnis haben Sie von universellem Zugang? Was ist das Maximalziel, das es zu erreichen gilt?

[...] Wir stehen zu dem [...] vereinbarten Ziel, den umfassenden Zugang zu Präventionsmaßnahmen bzgl. HIV und Aids sowie zu Behandlung und Pflege von Menschen, die mit HIV leben, zu erreichen. Dies entspricht meinem Verständnis des universellen Zugangs. Und das ist auch das Maximalziel, das es zu erreichen gilt. [...]

Wie trug und trägt das Engagement des Bundesministeriums zur Erreichung des Ziels von universellem Zugang bei?

Wichtig ist: Die Komplexität der HIV-Pandemie und ihre unterschiedliche Ausprägung in den verschiedenen Ländern verlangen einen umfassenden Ansatz zur Bekämpfung der HIV-Infektionen und deren Folgen. Die deutsche Entwicklungspolitik unterstützt ihre Partner deshalb auf verschiedenen Ebenen. Wir fördern die Prävention, den Auf- und Ausbau leistungsfähiger Gesundheits- und sozialer Sicherungssysteme und die Solidarität mit Betroffenen. Um die Ausbreitung des HI-Virus einzudämmen, ist es außerdem wichtig, Kondome bereitzustellen und deren Gebrauch zu fördern. Die deutsche Entwicklungspolitik trägt in all diesen Bereichen dazu bei, universellen Zugang zu Prävention, Behandlung und Pflege zu erreichen. Besonders am Herzen liegt mir dabei, den Zugang für benachteiligte Gruppen zu fördern. Dazu gehören Frauen und Mädchen sowie sexuelle Minderheiten.

Darüber hinaus unterstützt die Bundesregierung den Globalen Fonds zur Bekämpfung von AIDS, Tuberkulose und Malaria (GFATM). [...] Seit 2002 hat die Bundesregierung insgesamt 670 Mio. Euro an den GFATM gezahlt. Somit konnten bisher 3 Millionen Menschenleben gerettet werden. Für die Jahre 2008 bis 2010 wird die Bundesregierung die Arbeit des GFATM jährlich mit 200 Mio. Euro fördern.

Wie bewerten Sie den momentanen Stand bei der Erreichung des Ziels von universellem Zugang?

In den letzten Jahren gibt es hier beachtliche Erfolge: Bis Ende 2008 konnten über 3 Millionen Menschen mit Medikamenten versorgt werden. Dies entspricht einem Anstieg von 800% in nur vier Jahren. Dies ist eine hervorragende Leistung. Auch in der Prävention gibt es einen positiven Trend, insbesondere bei Angehörigen besonders gefährdeter Gruppen. Dennoch müssen wir die HIV-Bekämpfung deutlich beschleunigen, da ansonsten viele Staaten in den nächsten Jahren den universellen Zugang nicht vollständig erreichen werden. Denn trotz der gestiegenen Versorgung mit Medikamenten erhalten weiterhin nur ca. ein Drittel der bedürftigen Menschen diese Mittel. Auch bei der Prävention brauchen wir verstärkte Anstrengungen.

Was sind aus Ihrer Sicht die wesentlichen politischen (evtl. auch technischen und kulturellen) Hemmnisse auf diesem Weg? Welche Hemmnisse konnten durch das Engagement der Bundesregierung beseitigt werden?

Leistungsschwache Gesundheitssysteme in armen Ländern erschweren die Erreichung des universellen Zugangs. Es fehlt an den grundlegend wichtigen Dingen: Gesundheitspersonal, Instrumente und Ausstattung für die Prävention, Diagnose und Therapie. Ein Hindernis für wirksame HIV-Präventionsmaßnahmen sind auch Stigma, Diskriminierung und die Verletzung von Menschenrechten gegenüber Menschen, die mit HIV leben und solchen, die besonders von einer Ansteckung gefährdet sind. Die deutsche Entwicklungspolitik fördert gezielt Gesundheitssysteme in Entwicklungsländern, um diesen Herausforderungen zu begegnen. Zum Beispiel unterstützt die deutsche BACKUP -Initiative Selbsthilfemaßnahmen von benachteiligten Gruppen, um so Stigma und Diskriminierung zu bekämpfen. Sehr wichtig ist es mir, den gerechten Zugang von Frauen und Mädchen, Männern und Jungen zu HIV-Diensten zu fördern. Um Geschlechterungleichheiten bei der Erreichung des universellen Zugangs zu beseitigen, hat die deutsche Entwicklungspolitik die sogenannten Gender Equality Strategie im GFATM mitbegründet.

Wie bewerten Sie die bisherige Arbeit des Globalen Fonds zur Bekämpfung von AIDS, Tuberkulose und Malaria? Wie verhalten Sie sich zu der momentanen Finanzierungslücke im Globalen Fonds?

Der GFATM ist ein einzigartiges Finanzierungsinstrument, da hier Regierungen, Zivilgesellschaft und Privatwirtschaft beteiligt sind. Er ist mittlerweile zur wichtigsten Finanzierungsinstitution für die Bekämpfung von HIV und Aids, Tuberkulose und Malaria geworden. Der Fonds kann deutliche Erfolge vorweisen: Durch die Vergabe von über 15 Mrd. US-Dollar in 140 Ländern konnten zwei Mio. HIV-infizierte Menschen eine lebensnotwendige Therapie erhalten.

Es ist wichtig, dass die bestehende Finanzierungslücke des GFATM geschlossen wird. Für die Jahre 2011 bis 2013 muss eine kräftige Mittelaufstockung gelingen. Die Erwartungen richten sich dabei an die Regierungen, die bislang wenig zum Globalen Fonds beigetragen haben, aber auch an Privatunternehmen und Stiftungen. Ich setze mich selbstverständlich aber auch stark dafür ein, dass die Bundesregierung ihren Beitrag zum GFATM weiter aufstockt. Dabei setze ich auch auf die Unterstützung aus der Zivilgesellschaft.

Welchen Standpunkt vertreten Sie bei der Vereinbarkeit von universellem Zugang zu Medikamenten und dem Schutz von geistigen Eigentumsrechten? Wie können die offensichtlichen Konflikte zwischen diesen beiden Punkten überwunden werden?

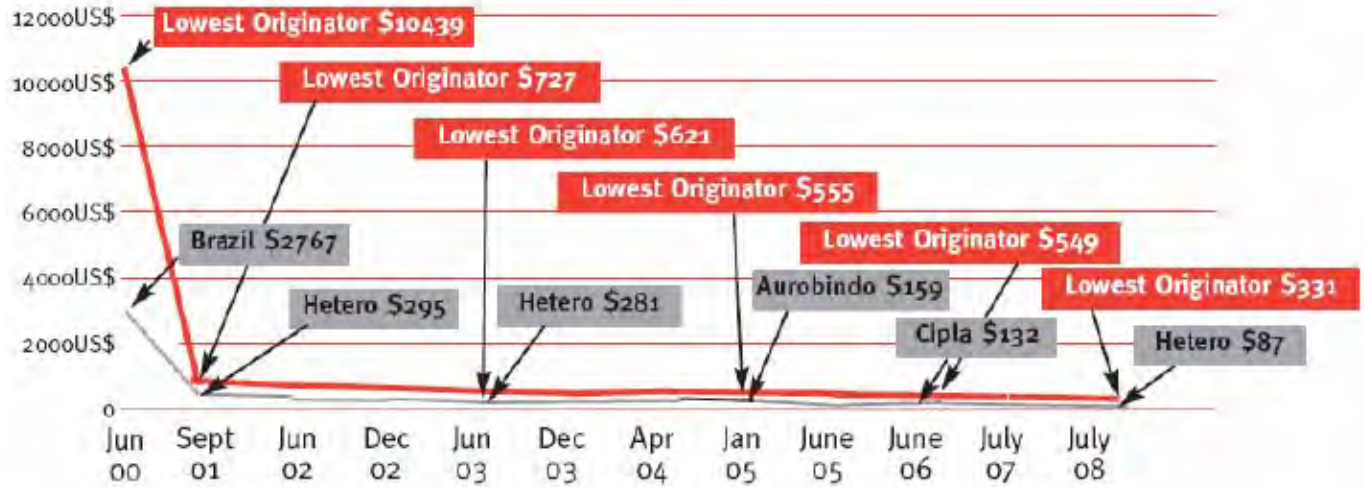
Das Menschenrecht auf Schutz der Gesundheit hat absoluten Vorrang vor privatwirtschaftlichen Interessen. Das heißt: Patienten statt Patente. Um dieses Primat wirksam durchzusetzen, unterstützen wir Entwicklungsländer, die geltenden Freiräume im WTO-Abkommen über handelsbezogene geistige Eigentumsrechte (TRIPS) zu nutzen. Es ist viel zu wenig bekannt, dass die ärmsten Entwicklungsländer bis zum Jahr 2016 Generika selber produzieren und in andere Entwicklungsländer exportieren können. Wir unterstützen unsere Partnerländer aktiv, von dieser Möglichkeit Gebrauch zu machen. [...]

Übereinkommen über handelsbezogene Aspekte der Rechte am geistigen Eigentum
(= TRIPS – Agreement on Trade-Related Aspects of Intelectual Property Rights)

Das Abkommen, welches 1994 im Rahmen der WTO-Gründung abgeschlossen wurde, schreibt weltweite Mindeststandards zu handelsbezogenen Rechten an geistigem Eigentum vor. Es verpflichtet die Mitglieder der WTO, die Regelungen nach abgestuften Übergangsfristen in nationales Recht umzusetzen. Danach muss auf alle Erfindungen, seien es Produkte oder Herstellungsverfahren, Patente über eine Laufzeit von mindestens 20 Jahren erteilt werden. Über diesen Zeitraum hat der Patenthalter das alleinige Recht, über Produktion, Verkauf und Preis eines mitunter lebenswichtigen Medikamentes zu bestimmen. In den Industriestaaten sind fast alle ARVs patentgeschützt, in den Entwicklungsländern ist die Patentsituation sehr unterschiedlich.

Da inzwischen alle Mitglied-Staaten der WTO (außer den am wenigsten entwickelten Ländern) die TRIPS-Bestimmungen umsetzen mussten, gelten diese für alle neueren Medikamente. Wenn Patente erteilt werden, ist die Produktion und Vermarktung von Generika nur noch dann möglich, wenn zuvor ein Nutzungsrecht an Dritte erteilt wurde. Dieses kann als Zwangsmaßnahme von einem Staat angewendet werden, wenn Verhandlungen um eine Erlaubnis (freiwillige Lizenz) mit dem Patenthalter nicht zum Erfolg führten. Unter bestimmten Umständen (wie z.B. der Erklärung des nationalen Notstands) können solche Zwangslizenzen auch ohne vorherige Verhandlungen unmittelbar erteilt werden. In einem solchen Fall erhält der Patentinhaber eine dem ökonomischen Wert angemessene Vergütung.

Preisreduzierung infolge der Konkurrenz durch Generika



Kosten pro Patient und Jahr für Stavudin (d4T) + Lamivudin (3TC) + Nevirapin (NVP).
(Quelle: MsF, Untangling the Web of Antiretroviral Price Reductions (2009), 11th Edition)

Die meisten Entwicklungsländer verfügen nicht über die erforderlichen technologischen Möglichkeiten, um die benötigten Medikamente lokal herzustellen. Sie sind auf Importe aus den wenigen Schwellenländern angewiesen, in denen eine Generika-Industrie existiert. 2003 entschied die WTO, dass Exporte von patentgeschützten Medikamenten in LDCs (least developed countries) und in andere Länder ohne eigene Produktionskapazitäten möglich sind. Das Exportland muss für jede Medikamentenlieferung eine eigene Zwangslizenz erlassen. Somit sind die bedürftigsten Länder von der politischen Kooperationsbereitschaft anderer Regierungen abhängig.

Obwohl die Anwendung dieser Schutzklauseln dem WTO-Abkommen entspricht, sahen sich die wenigen Entwicklungsländer, die das legale Instrument nutzten, Repressalien von Seiten der Pharma-Industrie und einiger Regierungen von Industriestaaten ausgesetzt. Mit der sukzessiven Umsetzung des TRIPS-Abkommens nach Ablauf der verschiedenen Übergangsfristen wird es aber immer wichtiger, diese rechtlichen Möglichkeiten konsequent zu nutzen. Andernfalls werden die Absatzmöglichkeiten für die Generika-Produzenten immer geringer und ihre wirtschaftliche Tragfähigkeit gerät zunehmend in Gefahr, so dass der wirksamste Mechanismus für die Senkung exorbitanter Medikamentenpreise weg fällt.

Generika

Ein Generikum (Pl. Generika) ist ein wirkstoffgleiches Nachahmungsprodukt eines bereits existierenden Medikaments. Generika können nur hergestellt werden, wenn das Patent auf das entsprechende Medikament abgelaufen ist oder wenn andere Hersteller vom Patenthalter oder vom Staat eine Lizenz zur Produktion des Wirkstoffs erhalten. Für eine Marktzulassung müssen Generika dieselben Anforderungen wie andere Medikamente erfüllen und belegen, dass sie die gleichen biologischen Eigenschaften und Wirkungen aufweisen wie das jeweilige Originalpräparat. Beispielsweise wurde der Wirkstoff Acetylsalicylsäure zuerst von Bayer als Aspirin auf den Markt gebracht. Mittlerweile ist das Patent auf den Wirkstoff abgelaufen, so dass auch andere Hersteller denselben Wirkstoff herstellen und vertreiben dürfen. In Ländern wie Brasilien und Indien konnten generische Versionen für viele ARVs der ersten Generation hergestellt werden, weil sie bis zur jeweiligen Umsetzung des TRIPS-Abkommens keine Patente auf Medikamente anerkannten. Nur dadurch war es möglich, einen Wettbewerb in Gang zu bringen, der schließlich die Kosten für eine Ersttherapie um bis zu 99% senkte. Daher kostet die erste Therapielinie mittlerweile im günstigsten Fall nur noch 87 US$ pro Jahr und PatientIn.

In den nächsten Jahren wird die Zahl von Kranken, die in die zweite Therapielinie aufgenommen werden müssen, drastisch steigen. Momentan sind es z.B. in Südafrika ca. 5% der Kranken. Eine Vorhersage der Clinton Foundation schätzt, dass bis 2011 eine Viertel Million Betroffene in den Entwicklungsländern eine zweite Therapielinie erhalten werden. Die tatsächliche Anzahl an Personen, die eine solche Umstellung benötigen, wird wesentlich höher sein. Doch die große Mehrheit der Medikamente dieser (und weiterer) Therapielinien ist nicht als Generika verfügbar, so dass sich die Preise der zweiten Therapielinie im Vergleich zur ersten um das 9 bis 17-fache er

Eine Frage der Solidarität

In den letzten Jahren wurden Instrumente entwickelt, um Gelder für die Unterstützung von Gesundheitsprogrammen bereitzustellen. Besonders hervorzuheben ist hierbei der Globale Fonds zur Bekämpfung von AIDS, Tuberkulose und Malaria.

Seit seiner Gründung 2002 hat der Fonds bis Juli 2009 in 140 Ländern Programme mit mehr als 10 Milliarden US$ unterstützt. Durch diese Gelder konnten bis Mitte 2009 2,3 Millionen Menschen eine antiretrovirale Behandlung erhalten sowie 3,7 Millionen Waisen und gefährdete Kinder unterstützt werden. Trotz dieser Erfolge sieht sich der Fonds für 2010 einer Finanzierungslücke von mindestens drei Milliarden US-Dollar konfrontiert. Die Bundesregierung erhöhte zwar den jährlichen Beitrag Deutschlands seit 2008 auf 200 Millionen Euro, reagierte bisher aber nicht auf die drohende Finanzierungslücke. Insgesamt müssten die Geberbeiträge fast verdoppelt werden, damit lebensrettende Gesundheitsprogramme weiter ausgedehnt werden können. Die erhöhten Gelder dürfen jedoch nicht zur Finanzierung höherer Medikamentenpreise verschwendet werden sondern sie müssen genutzt werden, um universellen Zugang tatsächlich zu erreichen.

Derzeit besteht die ernste Gefahr, dass die Behandlungskosten wieder drastisch steigen. Neuere Medikamente, die aufgrund der besseren Verträglichkeit oder wegen Therapieversagens eingesetzt werden müssen, wurden in den Produktionsländern bereits patentiert oder es wurden Patentanträge gestellt. Der freie Wettbewerb durch die Herstellung und Vermarktung von Generika ist dann nur noch möglich, wenn diese Staaten Zwangslizenzen zu diesem Zweck erlassen. Die hierfür erforderliche politische Souveränität und Orientierung am Gemeinwohl ist leider oft nicht gegeben. Daher fordert das Aktionsbündnis gegen AIDS, dass die internationalen Pharma-Konzerne ihre Patentansprüche in Entwicklungsländern nicht durchsetzen und bereits eingereichte Patentanträge zurückziehen.

Bisher haben vor allem die USA mit Entwicklungsländern Verträge ausgehandelt, die sog. „TRIPS Plus-Vereinbarungen“ beinhalten. Damit verpflichten sich die Entwicklungsländer, den im TRIPS-Abkommen geforderten Patentschutz noch zu verschärfen, z.B. durch längere Patentlaufzeiten als die im TRIPS-Abkommen vorgesehenen 20 Jahre. Ebenso werden Regeln vereinbart, die es Generika-Herstellern nicht länger erlauben die bereits vorliegenden Daten über die Sicherheit und Wirksamkeit von Medikamenten für die Registrierung ihrer gleichwertigen Alternativprodukte zu nutzen. Derzeit besteht die Gefahr, dass die EU dem schlechten Beispiel der USA folgt und versucht, ähnliche Barrieren für den Medikamentenzugang gegenüber Entwicklungsländern durchzusetzen. Leider befürwortet auch die Bundesregierung (z. B. in den Erklärungen der

G8-Staaten) eine weltweite Verstärkung der sog. „Rechte an geistigem Eigentum“ einschließlich der konzernfreundlichen Ausgestaltung der Patentrechte.

Die Monopolrechte verstärken die Tendenz der Großunternehmen, ihre Investitionen in Forschung und Entwicklung überwiegend auf die kaufkräftige Nachfrage der wirtschaftlich besser gestellten Sektoren auszurichten, statt an den Grundbedürfnissen der Mehrheit der Weltbevölkerung. Das hat dazu geführt, dass nur ein sehr geringer Teil der verfügbaren Ressourcen für die Erforschung der tropischen Armutskrankheiten und die Entwicklung von Medikamenten für die spezifischen Bedürfnisse und Bedingungen der Entwicklungsländer eingesetzt wird. Dort ist zwar die größte Krankheitslast zu finden, aber die Gewinnerwartungen sind geringer, weil die niedrigen Einkommen der Menschen es kaum erlauben, die patentgestützte Monopolsituation auszunutzen. Letztlich steht eine verschärfte Durchsetzung der Patentrechte den Bemühungen des Bundesministeriums für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (BMZ) entgegen, das mit einigen Projekten die lokale Produktion von antiretroviralen Medikamenten in Entwicklungsländern und – mittels des Globalen Fonds und bilateraler Gesundheitsprogramme – den Zugang zu diesen Medikamenten fördert.

Der Aufbau von lokaler Medikamentenproduktion, um den entsprechenden Ländern den Zugang zu günstigen Medikamenten zu erleichtern, ist ein wichtiges Element, um die Preise für Medikamente nachhaltig zu senken. Der Zugang zu sowie die Produktion von Generika in anderen Ländern (z.B. Indien) wird durch das TRIPS-Abkommen in sehr starker Weise behindert.

Eine Möglichkeit zur Überwindung dieser Problematik bilden so genannte Produktentwicklungspartnerschaften. Diese internationalen Institutionen oder Partnerschaften fördern die Entwicklung neuer Produkte zur Bekämpfung vernachlässigter Krankheiten. Die Bundesregierung beteiligt sich jedoch bislang nicht in nennenswertem Umfang an diesen Partnerschaften.

Wenn sie effektiv den Armen zugute kommt, bietet die Kooperation zwischen privaten und öffentlichen Trägern (public-private partnership, PPP) die Möglichkeit, die Kosten auf mehrere Schultern zu verteilen. Bei dem Aufbau lokaler Medikamentenproduktion zum Beispiel können öffentliche Träger die entsprechenden Finanzmittel und private Träger das entsprechende Know-how beisteuern.

Im Jahr 2008 hat die internationale Organisation UNITAID beschlossen, einen Patentpool für HIV-Medikamente einzurichten. Die von 26 Ländern getragene Institution will damit sicherstellen, dass auch in Zukunft günstige Generika von HIV-Medikamenten für die ärmeren Länder verfügbar bleiben. Die Idee des Patentpools ist es, die Patentinhaber wie Pharmafirmen, Universitäten und Forschungsinstitutionen dazu zu bringen, alle Patentrechte für HIV-Medikamente in den ärmeren Ländern an den Pool abzugeben, der dann Generika-Produzenten Lizenzen zur Produktion in und für die ärmeren Länder erteilt.

Diese Ansätze sollten von der Bundesregierung häufiger aufgegriffen und kontinuierlich mit höheren Finanzmitteln unterstützt werden, als das bisher der Fall ist.

Um die von den Entwicklungsländern selbst aufgestellten Ziele zu erreichen, werden nach Schätzungen von UNAIDS schon im Jahr 2010 gut 25 Milliarden US$ benötigt, von denen 2008 gerade einmal 13,7 Mrd. US$ zur Verfügung standen. In vielen Ländern bleiben die formulierten Zielsetzungen jedoch deutlich hinter dem allgemeinen Zugang zurück und somit liegt

auch der Finanzbedarf wesentlich höher. Es wird davon ausgegangen, dass die ressourcenarmen Länder nicht mehr als ein Drittel der erforderlichen Finanzmittel aus eigener Kraft aufbringen können. Offensichtlich ist, dass die Geberländer bei weitem noch keinen angemessenen Beitrag für die Zurückdrängung der Epidemie leisten.

Forderungen an die Bundesregierung

Die deutsche Bundesregierung hat in den letzten Jahren öffentlich versichert, dass ihr der universelle Zugang ein wichtiges Anliegen ist. Dennoch fehlen verschiedenen Dokumenten, wie dem „Aktionsplan der Bundesregierung zur Umsetzung der HIV/Aids Bekämpfungsstrategie", konkrete Maßnahmen zur Umsetzung der Ziele sowie konkrete Zeitvorgaben.

Mit der Unterzeichnung der Verpflichtungserklärung zu HIV/Aids und der nachfolgenden Politischen Erklärung hat die deutsche Bundesregierung ihre Verantwortung für die Umsetzung der dort festgehaltenen Zielsetzungen anerkannt. Um dieser gerecht zu werden, ist die Bundesregierung dazu aufgefordert:

- In den betreffenden internationalen Foren und Gremien aktiv und konsequent für die Erreichung der Ziele einzutreten;
- Ihre HIV/Aids-Bekämpfungsstrategie und den dazugehörigen Aktionsplan auf den Bezugsrahmen des allgemeinen Zugangs auszurichten sowie dementsprechende konkrete Zielvorgaben und Maßnahmen zu formulieren, was bisher nur unzureichend geschehen ist;
- Die Entwicklung des internationalen Verhaltenscodex zur Nicht-Abwerbung von Gesundheitsfachkräften aus Entwicklungsländern weiter voranzutreiben;
- Die Politik aller Ressorts kohärent zu gestalten, so dass die Menschenrechte und insbesondere das Recht auf Gesundheit zu jeder Zeit absoluten Vorrang vor geistigen Eigentumsrechten erhalten;
- Das in der Verpflichtungserklärung festgehaltene Anliegen unterstützen, dass die Auswirkungen der internationalen Handelsabkommen auf den Zugang und die Neuentwicklung von Medikamenten systematisch evaluiert werden;
- Ihre Strategien auf dem Gebiet der Entwicklungszusammenarbeit und anderer relevanter Politikfelder so zu gestalten, dass die gesellschaftliche Lage von Frauen und gefährdeten Bevölkerungsgruppen verbessert wird, damit sich alle Menschen vor einer Infektion schützen zu können;
- Den Anteil der öffentlichen Entwicklungshilfe am Bruttonationaleinkommen (BNE) von derzeit realen 0,27% (2008) auf die von der EU festgelegte Mindestquote von 0,51% im Jahr 2010 zu erhöhen, um spätestens 2015 den UN-Richtwert von 0,7% des BNE zu erreichen;
- Entsprechend der Wirtschaftskraft Deutschlands und des entwicklungspolitischen Gewichts der EU ihren Beitrag für die Erreichung des universellen Zugangs zu steigern mit dem Ziel, mindestens 10% der dafür erforderlichen internationalen Kooperation abzudecken;
- Den Beitrag zum Globalen Fonds ebenfalls auf mindestens ein Zehntel des Finanzbedarfs zu erhöhen;
- Den bislang völlig unzureichenden Umfang der gesundheitsrelevanten Entwicklungskooperation gezielt aufzustocken, um bis 2010 ein Mindestniveau von 0,1 % des BNE zu erreichen, was mehr als eine Vervierfachung im Vergleich zu 2007 erfordert;

- Schuldenerlasse parallel zur Erhöhung der Entwicklungshilfe voranzutreiben und die betreffenden Beträge nicht länger auf diese anzurechnen;
- Die Forschung im Bereich von HIV massiv zu unterstützen, so dass in naher Zukunft bessere Wirkstoffformulierungen für Kinder sowie weitere Therapielinien und zusätzliche Präventionsmittel zur Verfügung stehen;
- Das finanzielle Engagement Deutschlands bei der Erforschung vernachlässigter Krankheiten seiner Wirtschaftskraft anzupassen. Das würde einer Versiebenfachung der bisherigen Aufwendungen entsprechen.

InterviewpartnerInnen

Dr. Sehulong Robert Moraba, Allgemeinmediziner, Miteigentümer der Ndlovu Basisgesundheitszentrum, Elansdom, Südafrika.

Dr. Xoliswa Masuthu, Allgemeinmedizinerin, angestellt in der Ndlovu Klinik, Elansdom, Südafrika.

Masingita Lambane, Manager Nadlovu AIDS Awareness Programme (NAAP), Elansdom, Südafrika.

Dr. David Walwyn, Geschäftsführer von Arvir Technologies, Johannesburg, Südafrika.

Stefano Bologna, Leiter des regionalen Büros der United Nations Industrial Development Organization (UNIDO), Pretoria, Südafrika.

Andre Kudlinski, Direktor: Einheit für technische Infrastruktur, Ministerium der Republik Südafrika für Handel und Industrie, Pretoria, Südafrika.

Michael Rabbow, HIV Policy and Public Affairs, Boehringer Ingelheim GmbH, Ingelheim, Deutschland.

Vuyiseka Dubula, Generalsekretärin der Treatment Action Campaign (TAC), Kapstadt, Südafrika.

Topsie Mokoena, Leiterin des Projektes People of Hope (Batho Ba Thsepo), Clarens, Südafrika.

Sheila, HIV-positive Frau

Susan, HIV-positive Frau

Flora, HIV-positive Frau

Andile, HIV-positiver Mann

Sowie per Email:

Dr. Susan Cleary, Institut für Öffentliche Gesundheit und Familie, Universität von Kapstadt

Leigh F. Johnson, Center für Versicherungsmathematische Forschung, Universität von Kapstadt

Literaturliste

Adam, Muhammad Aarif & Johoson, Leigh F. 2009, ‘Estimation of adult antiretroviral treatment coverage in South Africa’, South African Medical Journal [in press].

Aktionsbündnis gegen AIDS (Hg.) 2008, ‘Stop AIDS. Keep the Promise. Globale Krise und Deutschlands Beitrag zur Globalen Antwort. Zweite zivilgesellschaftliche Bestandsaufnahme des deutschen Engagements für die Umsetzung der internationalen HIV/AIDS-Ziele 2006/2007‘, Tübingen.

Brot für die Welt (Hg.) 2008, ‘HIV and Aids in Africa – A female epidemic requiring only a female response?’, Stuttgart.

Department of Health of the Republic of South Africa (Hg.) 2007, ‘HIV & AIDS and STI Strategic Plan for South Africa 2007 – 2011’, Pretoria: Department of Health.

Robert Koch-Institut (Hg.), 2007, ‘HIV/AIDS in Deutschland – Eckdaten. Epidemiologische Kurzinformation’, Berlin.

Steinberg, Jonny 2008, ‘The Three Letter Plague. A young man’s journey through a great epidemic’, Jeppestown: Jonathan Ball Publishers (Pty) Ltd.

UNAIDS 2008a, ‘Report on the global AIDS epidemic’, Genf: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS).

UNAIDS 2008b, ‘Report on the global AIDS epidemic. Executive summary’, Genf: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS).

UNAIDS, UNICEF, WHO 2008, ‘Epidemilogical Fact Sheet on HIV and AIDS. Core data on epidemiology and response. South Africa. Update 2008’, Genf: UNAIDS/WHO Working Group on Global HIV/AIDS and STI Surveillance.

Medicine Sans Frontieres 2009, ‘Untangling the Web of Antiretroviral Price Reductions. 11th Edition’, Genf.

Weinreich, Sonja & Benn, Christoph 2005, ‘AIDS. Eine Krankheit Verändert Die Welt. Daten – Fakten – Hintergründe’, Frankfurt/Main: Otte Lembeck.

WHO, UNAIDS, UNICEF 2008, ‘Towards Universal Access. Scaling up priority HIV/AIDS interventions in the health sector. Progress Report 2008’, Genf: Weltgesundheitsorganisation (WHO).

Leben vor Pharmaprofit!

Patente können tödlich sein.

Impressum

Hrsg.: Aktionsbündnis gegen AIDS, Tübingen

Redaktion: Beate Ramme-Fülle

Autor/innen: Johannes Backhaus in Zusammenarbeit mit Joachim Rüppel und Birte Rodenberg

Gestaltung: Harald Kögler, Berlin

Satz & Layout: Ralph Jacobsen Printmedien, Bielefeld

Druck: Ralph Jacobsen Printmedien, Bielefeld

1. Auflage: 4000, August 2009

Aktionsbündnis gegen AIDS

Rechtsträger Difäm

Paul-Lechler-Straße 24

72076 Tübingen

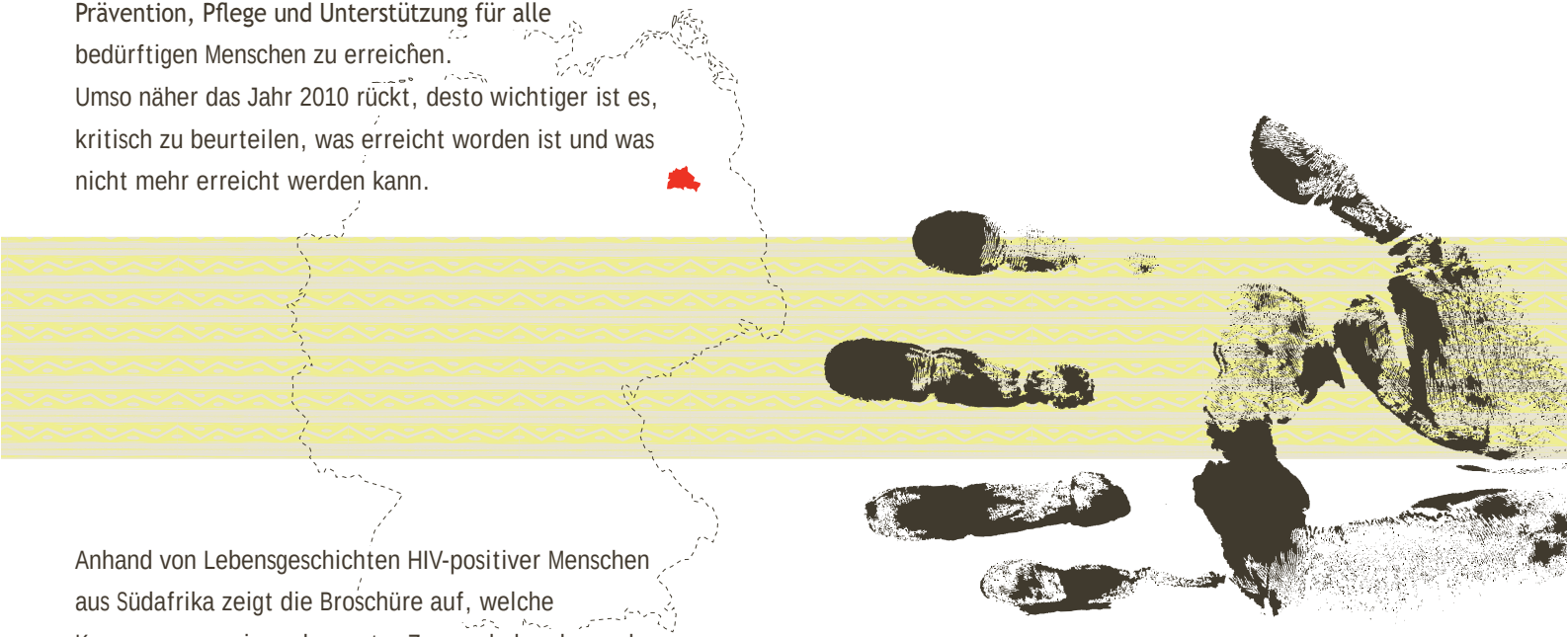
Tel.: 07071 / 206 - 504

Fax: 07071 / 206 - 510

E-Mail: info@aids-kampagne.de

www.aids-kampagne.de

Die Mitgliedsländer der Vereinten Nationen verständigten sich 2001 darauf, bis 2010 den universellen Zugang zu HIV Behandlung, Prävention, Pflege und Unterstützung für alle bedürftigen Menschen zu erreichen. Umso näher das Jahr 2010 rückt, desto wichtiger ist es, kritisch zu beurteilen, was erreicht worden ist und was nicht mehr erreicht werden kann.



Anhand von Lebensgeschichten HIV-positiver Menschen aus Südafrika zeigt die Broschüre auf, welche Konsequenzen ein verbesserter Zugang haben kann aber auch welche Herausforderungen weiterhin bestehen. Deutschland bleibt aufgefordert, seine Versprechen einzuhalten und mehr Geld für die Bekämpfung von HIV bereitzustellen, um das für viele Länder signifikante Entwicklungshemmnis HIV zu überwinden.