



informiert ▶▶ Leben ist ein Menschenrecht!

Die Agenda 2030 für nachhaltige Entwicklung

Große Ziele, kleine Verpflichtungen

Im September beschlossen die Vereinten Nationen die neue Entwicklungsagenda „Umwandlung unserer Welt“. Nach den in diesem Jahr auslaufenden Millenniums-Entwicklungszielen bildet sie den weltpolitischen Orientierungsrahmen bis 2030. Ihr Anspruch ist im doppelten Sinn global, denn sie soll alle Länder wie auch alle Handlungsfelder umfassen. Sie versteht sich als Aktionsplan, um die Armut in all ihren Formen und Dimensionen zu beseitigen sowie die natürlichen Lebensgrundlagen zu erhalten.

Das Aktionsbündnis hat sich konstruktiv an den über zwei Jahre währenden Debatten beteiligt, die der Verabschiedung der Agenda vorausgingen. Dabei haben wir versucht, alle für die HIV-Bewältigung wichtigen Aspekte im Auge zu behalten. Insbesondere haben wir uns dafür eingesetzt, die Beendigung der Aids-Epidemie und die allgemeine Abdeckung mit grundlegenden Gesundheitsleistungen als zentrale Ziele aufzunehmen sowie die konkrete Verpflichtung der wirtschaftlich privilegierten Staaten wie Deutschland zu einem solidarischen Beitrag für die menschliche Entwicklung und Gesundheitsförderung der benachteiligten Länder und Bevölkerungsgruppen festzuschreiben.

Widerspruch zwischen humaner Entwicklung und Beibehaltung des Status Quo

Die Bilanz der Ergebnisse fällt leider zwiespältig aus. Zwar enthält die Agenda wesentliche Einsichten, richtige Prinzipien und ehrgeizige Einzelziele. Deren Verwirklichung wird aber dadurch in Frage gestellt, dass die Mehrheit der Regierungsverantwort-

lichen jegliche konkrete Verpflichtungen blockiert hat, um die erforderlichen Finanzmittel aufzubringen und ungerechte Gesellschaftsstrukturen zu überwinden. Ohne eine durchgreifende Umverteilung von Ressourcen, Einkommen und Macht wird es aber nicht gelingen, die HIV-Epidemie und die anderen Bedrohungen für die Zukunft der Menschheit in den Griff zu bekommen.

der Aids-Epidemie ein und benennen auch die für die HIV-Bewältigung relevanten Themen wie den universellen Zugang zu Diensten der sexuellen und reproduktiven Gesundheit, die allgemeine Gesundheitsversorgung (universal health coverage), die volle Nutzung der Schutzklauseln des TRIPS-Abkommens sowie die notwendige Steigerung der finanziellen und personellen Ressourcen.



Infoblatt „Für ein Ende von Aids bis 2030“ vom Aktionsbündnis gegen AIDS

Zu den positiven Ergebnissen gehört die in der Präambel festgehaltene Maxime, dass alle Menschen in die Lage versetzt werden sollen, ihr Entwicklungspotential in Würde, Gleichheit und in einer gesunden Umwelt zur vollen Entfaltung zu bringen. Das stimmt mit der geforderten Grundausrichtung überein, allen Menschen – einschließlich künftiger Generationen – ein langes, gesundes und selbstbestimmtes Leben zu ermöglichen. Unter den 17 Entwicklungszielen ist Ziel drei direkt dem Thema Gesundheit gewidmet und soll allen Menschen unabhängig vom Alter ein gesundes Leben sichern. Die betreffenden Zielvorgaben schließen die Beendigung

Notwendige Politikwechsel bleiben unerwähnt

Unter den folgenschwersten Defiziten ist zu nennen, dass Deutschland und andere reiche Länder die Verpflichtung gekippt haben, bis 2020 mindestens 0,7 Prozent des BNE für die öffentliche Entwicklungshilfe aufzubringen. Zu diesem Skandal passt die Verweigerung, eine konkrete Zielvorgabe für die Gesundheitsfinanzierung zu vereinbaren. Die gemachten Zusagen für die Verringerung der sozialen Ungleichheit, die eine zentrale Ursache für die Gefährdung durch HIV und andere Gesundheitsrisiken darstellt, greifen viel zu kurz. Schließlich

fehlt bei den Handlungsansätzen, die auf die gesellschaftliche Teilhabe abzielen, eine explizite Erwähnung der Diskriminierung aufgrund der sexuellen Orientierung.

Handlungsempfehlungen für die deutsche Bundesregierung

Die Bundesregierung darf sich nicht länger konkreten und zeitgerechten Verpflichtungen verweigern, um solidarische Leistungen für die Entwicklungszusammenarbeit aufzubringen. Nur dann kann es gelingen, die notwendigen Maßnahmen auch und gerade dort einzuleiten, wo die Herausforderungen am größten sind. Deutschland ist insbesondere dazu aufgerufen,

- » bis 2020 mindestens 0,7% des Bruttonationaleinkommens für Entwicklung und mindestens 0,1% für Maßnahmen zur Verbesserung der globalen Gesundheit bereitzustellen,
- » angemessen dazu beizutragen, die Gesundheitssysteme zu stärken und sicherzustellen, dass das Ende von Aids und anderer zentraler Gesundheitsprobleme erreicht wird,
- » die Erforschung der Mittel für die Prävention, Diagnose und Behandlung der wesentlichen Gesundheitsprobleme der Menschheit zu unterstützen und dafür Sorge zu tragen, dass die Ergebnisse allen zugutekommen,
- » einen wesentlichen Beitrag zu einem globalen Aktionsplan zu leisten mit dem Ziel, allen Menschen den Zugang zu grundlegenden Gesundheitsdiensten zu ermöglichen, ohne sie dabei in Armut zu stürzen.

Joachim Rüppele, Referent beim Missionsärztlichen Institut und Sprecher der katholischen Säule im Aktionsbündnis gegen AIDS

Die 17 Ziele für nachhaltige Entwicklung

1. Armut in allen ihren Formen und überall beenden
2. Den Hunger beenden, Ernährungssicherheit und eine bessere Ernährung erreichen und eine nachhaltige Landwirtschaft fördern
3. Ein gesundes Leben für alle Menschen jeden Alters gewährleisten und ihr Wohlergehen fördern
4. Inklusive, gleichberechtigte und hochwertige Bildung gewährleisten und Möglichkeiten lebenslangen Lernens für alle fördern
5. Geschlechtergleichstellung erreichen und alle Frauen und Mädchen zur Selbstbestimmung befähigen
6. Verfügbarkeit und nachhaltige Bewirtschaftung von Wasser und Sanitärversorgung für alle gewährleisten
7. Zugang zu bezahlbarer, verlässlicher, nachhaltiger und moderner Energie für alle sichern
8. Dauerhaftes, breitenwirksames und nachhaltiges Wirtschaftswachstum, produktive Vollbeschäftigung und menschenwürdige Arbeit für alle fördern
9. Eine widerstandsfähige Infrastruktur aufbauen, breitenwirksame und nachhaltige Industrialisierung fördern und Innovationen unterstützen
10. Ungleichheit in und zwischen Ländern verringern
11. Städte und Siedlungen inklusiv, sicher, widerstandsfähig und nachhaltig gestalten
12. Nachhaltige Konsum- und Produktionsmuster sicherstellen
13. Umgehend Maßnahmen zur Bekämpfung des Klimawandels und seiner Auswirkungen ergreifen
14. Ozeane, Meere und Meeresressourcen im Sinne nachhaltiger Entwicklung erhalten und nachhaltig nutzen
15. Landökosysteme schützen, wiederherstellen und ihre nachhaltige Nutzung fördern, Wälder nachhaltig bewirtschaften, Wüstenbildung bekämpfen, Bodendegradation beenden und umkehren und dem Verlust der biologischen Vielfalt ein Ende setzen
16. Friedliche und inklusive Gesellschaften für eine nachhaltige Entwicklung fördern, allen Menschen Zugang zur Justiz ermöglichen und leistungsfähige, rechenschaftspflichtige und inklusive Institutionen auf allen Ebenen aufbauen
17. Umsetzungsmittel stärken und die Globale Partnerschaft für nachhaltige Entwicklung mit neuem Leben erfüllen

Die Agenda 2030 für nachhaltige Entwicklung kann in voller Länge hier nachgelesen werden:

<http://www.un.org/depts/german/gv-70/a70-l1.pdf>

Der MDG-Bericht von UNAIDS vom Juli 2015

„How AIDS Changed Everything“ – ist UNAIDS zu euphorisch?

Im Juli publizierte UNAIDS den Bericht ‚How AIDS Changed Everything‘. Danach haben 15 Millionen HIV-positive Menschen Zugang zu Behandlung. Das ist ein enormer Fortschritt in der Behandlung – aber ist damit wirklich das MDG 6-Ziel erreicht?

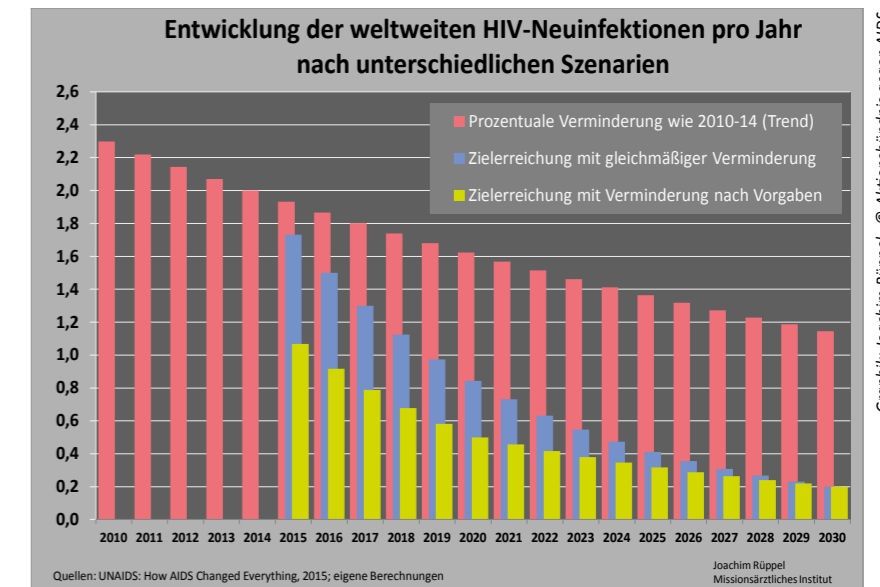
„The world has exceeded the AIDS targets of Millennium Development Goal (MDG) 6 and is on track to end the AIDS epidemic by 2030 as part of the Sustainable Development Goals (SDG)“, so die Pressemitteilung von UNAIDS vom 14. Juli 2015.

Ist dem wirklich so – Haben wir die HIV-Epidemie schon gestoppt?

Das Ziel, 15 Mio. Menschen in Behandlung zu bekommen, hatte man 2011 in der politischen Erklärung der Vereinten Nationen zu HIV unter älteren Behandlungsrichtlinien festgelegt. Vom Ziel des universellen Zugangs zu Behandlung ist das aus heutiger Sicht weit entfernt. 2013 gab es neue Behandlungsrichtlinien, die einen früheren Therapiebeginn vorsahen, so dass damals schon knapp 30 Millionen Menschen den Zugang zur Behandlung benötigten. Im September 2015 wurden die Behandlungsrichtlinien aufgrund neuester Studienkenntnisse nochmals revidiert, so dass heute nicht mehr 15 Millionen, sondern alle 37 Millionen Menschen, die mit HIV leben, den sofortigen Zugang zur HIV-Therapie benötigen. Der universelle Zugang ist somit noch lange nicht erreicht. Auch bei den Neuinfektionen haben wir immer noch die ungeheure Anzahl von 2 Millionen pro Jahr. Das sind lediglich 100.000 Neuinfektionen weniger als im Vorjahr, auch wenn gegenüber dem Jahr 2000 große Fortschritte erzielt wurden.

UNAIDS legte auf der Internationalen Aidskonferenz 2014 dar, wie ein „Ende von Aids“ zu erreichen ist. Der neue UNAIDS-Bericht zeigt im Einzelnen auf, was bis 2030 noch geschehen muss:

- Neuinfektionen müssen von 2 Millionen pro Jahr auf 200.000 sinken.
- Der korrekte Wissensstand bei Jugendlichen zu HIV muss von 35% auf 90% steigen.
- Die Behandlungszugang muss von 15 Mio. auf 37 Mio. Menschen ausgeweitet werden.
- Die Aids-bedingten Todesfälle müssen von derzeit 1,2 Millionen auf 200.000 reduziert werden.
- Die internationalen Ausgaben für HIV in den Ländern mit niedrigen und mittleren Einkommen müssen von derzeit 21,7 Mrd. US\$ auf 32 Mrd. US\$ schon im Jahr 2020 steigen.



3 Szenarien für die Entwicklung der weltweiten HIV-Neuinfektionen

Weitere Maßnahmen sind notwendig

Das Aktionsbündnis stellt daher fest, dass die internationale Gemeinschaft ihre Anstrengungen erheblich verstärken muss, um ein Ende von Aids bis 2030 zu erreichen. Dabei ist die Zusammenarbeit aller Akteure gefragt: Politik, Gesellschaft, Pharmaindustrie, Diagnostikhersteller sowie die Regierungen der Entwicklungsländer selbst, die allerdings schon mehr als die Hälfte der zurzeit verfügbaren Mittel bereitstellen.

Wir brauchen eine solide und steigende Finanzierung im HIV-Bereich für die nächsten Jahre. Wir benötigen billigere HIV-Medikamente, vor allem, was neuere Therapielinien betrifft und bezahlbare Diagnostika, um sicherstellen zu können, dass die Therapie auch wirksam ist.

Wir benötigen evidenz-basierte Präventionsprogramme von Regierungen, Zivilgesellschaft und kirchlichen Gruppen, ein konstruktives Auseinandersetzen mit den Themen Sexualität und Homosexualität und eine Änderung der Gesetzgebung in 76 Ländern, die Homosexualität unter Strafe stellen. Gemeinsam gilt es, diese Herausforderungen anzugehen – erst dann werden wir die Epidemie stoppen können.

Astrid Berner-Rodoreda, HIV-Beraterin bei Brot für die Welt und Sprecherin der evangelischen Säule im Aktionsbündnis gegen AIDS

Medikamentenzugang

Wird der lebenslange bezahlbare Zugang zu Medikamenten in Ländern mittleren Einkommens ein zunehmendes Problem?

Weltweit haben inzwischen 15 Millionen Menschen Zugang zur lebenswichtigen anti-retroviralen Therapie (ART) und davon leben 90% in Ländern⁵ mit niedrigen oder mittleren Einkommen. Das ist ein großer Erfolg, auch wenn in den nächsten Jahren die Medikamentenversorgung in Ländern mittleren Einkommens zur immer größeren Herausforderung wird.

regionalen Handelsabkommen, die bereits gültig sind oder derzeit verhandelt werden, werden viele Länder mittleren Einkommens zu weiteren Verschärfungen der Monopolrechte gezwungen. Dazu gehören insbesondere Verlängerungen der Laufzeit von Patenten über die im TRIPS-Abkommen der WTO festgelegten 20 Jahre, die exklusive Nutzung der für

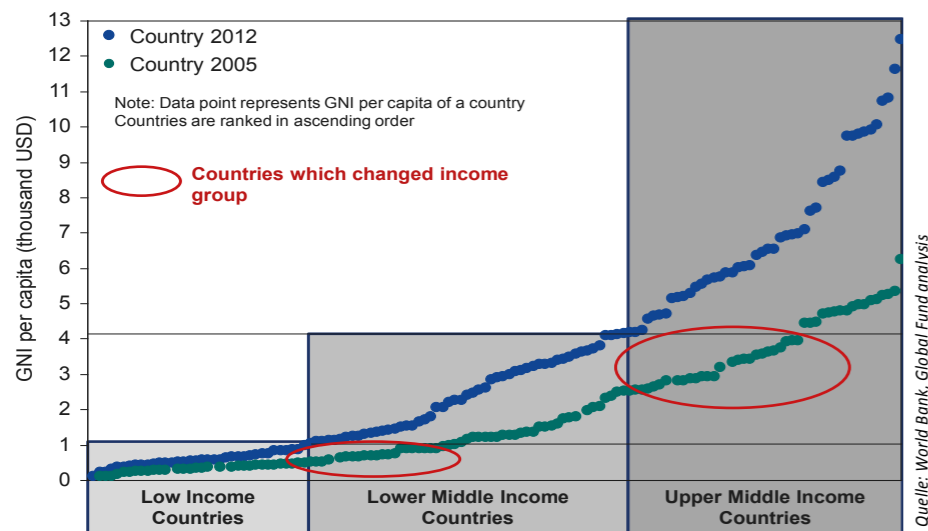
tries (UMICs). Der Zugang zu ersten Therapielinie belief sich auf durchschnittlich US\$ 115 pro Person im Jahr 2013 in LMICs. Viele UMICs bezahlen jedoch ein Vielfaches davon, da sie oft aufgrund von bestehenden Patenten verpflichtet sind, Originalpräparate statt Generika zu benutzen.⁶

Patente – die große Barriere zum Zugang neuer Medikamente

Länder mittleren Einkommens werden als lukrativer Markt gesehen. Dies zeigt sich durch eine hohe Anzahl an Patentanmeldungen, bi- und multilaterale Handelsabkommen und durch überhöhte Medikamentenpreise.

Ein wichtiges Instrument, um trotz Patenten den Zugang zu preiswerten Medikamenten zu erhalten, ist der 2010 gegründete Medicines Patentpool (MPPF). Inzwischen wurden 12 anti-retrovirale Medikamente von sechs Pharmafirmen an den Patentpool lizenziert und 14 Generikafirmen arbeiten an generischen Kombipräparaten.

Changing income distribution



Übersicht der unterschiedlich hohen Medikamentenkosten in LMICs und UMICs

	Erste Therapielinie	Zweite Therapielinie	Dritte Therapielinie
LMICs	115 US\$	330 US\$	1.500 US\$
UMICs	300 US\$ - 1.000 US\$	500 US\$ - 4.000 US\$	>10.000 US\$

Die Weltbankklassifizierung von Ländern aufgrund ihres Bruttonationaleinkommens (BNE) stammt aus den 70er Jahren. Diese grobe Einteilung reicht nicht aus, um die finanziellen Spielräume der jeweiligen Staaten für die Bereitstellung von Gesundheitsdiensten zu bemessen. Ein Land, dessen BNE über den vorab definierten Schwellenwert steigt und damit vom Land niederen Einkommens (LIC) zum Land mittleren Einkommens (MIC) avanciert, erhält weitaus schlechtere Konditionen bei der Vergabe von Entwicklungskrediten. Außer den am wenigsten entwickelten Ländern mussten inzwischen alle Entwicklungsländer die Patentregelungen der WTO umsetzen, so dass neuere Medikamente den damit verbundenen Monopolrechten unterliegen und erheblich teurer sind. In

die Marktzulassung erforderlichen Test-Daten zum Nachweis der Wirksamkeit und Sicherheit von Medikamenten sowie Schiedsgerichte zur Streitbeilegung zwischen Investoren und Ländern außerhalb des etablierten Justizsystems derselben. Über 75% der Armen leben inzwischen in Ländern mittleren Einkommens.

Bei den Medikamentenpreisen bestehen große Unterschiede auch innerhalb der Länder mittleren Einkommens zwischen sogenannten Lower Middle Income Countries (LMICs) und Upper Middle Income Coun-

Durch zivilgesellschaftliche Kritik an der ersten Lizenz eines Pharmaunternehmens hat der MPPF nachverhandelt und dafür gesorgt, dass weitere Lizenzen von Pharmafirmen eine

⁵ Die momentane Klassifizierung definiert Low Income Countries (LICs) durch ein BNE pro Kopf unter \$1,045; Middle Income Countries weisen ein BNE von über \$1,045 jedoch unter \$12,736 auf. In der Gruppe der Middle Income Countries unterscheidet man Länder mit niedrigem Einkommen (LMICs) bis zu einem BNE von \$4,125 ppy und Länder mit hohem Einkommen (UMICs), die ein höheres BNE als \$4,125 pro Kopf verzeichnen.

⁶ Zu den Daten vgl.: WHO: Access to Anti-retroviral Drugs in Low and Middle Income Countries, 2014 6

größere Anzahl von MICs beinhalten und der Export in Länder erfolgen kann, die keine Patentbeschränkungen haben, aber nicht zum lizenzierten Gebiet gehören. Zwar setzt sich der MPPF dafür ein, dass möglichst alle Generikahersteller weltweit von einer Lizenz profitieren können – doch das ließ sich leider nicht bei jeder Lizenz durchsetzen. Auch sind UMICs wie Brasilien, China, Mexico meist aus Lizenzen ausgeschlossen und haben dann oft nur noch die Möglichkeit, über Zwangslizenzen, Ausschluss von der Patentierbarkeit oder Preisverhandlungen mit dem Originalhersteller bessere Konditionen zu erreichen.

Wie kann man den generischen Wettbewerb fördern?

Der vielleicht entscheidendste Schritt, den Zugang zu generisch hergestellten Medikamenten zu sichern, ist die Patentierbarkeit einzuschränken. Dies hat Indien vorgenommen⁷ und somit viele ARVs der 2. Therapielinie von der Patentierbarkeit ausgeschlossen, in dem das indische Patentrecht keine neuen Patente auf leichte chemische Veränderungen eines existierenden Wirkstoffs vergibt. Dies ist kompatibel mit den Mindestanforderungen, die das TRIPS-Abkommen an Mitgliedsländer der Welthandelsorganisation WTO stellt.

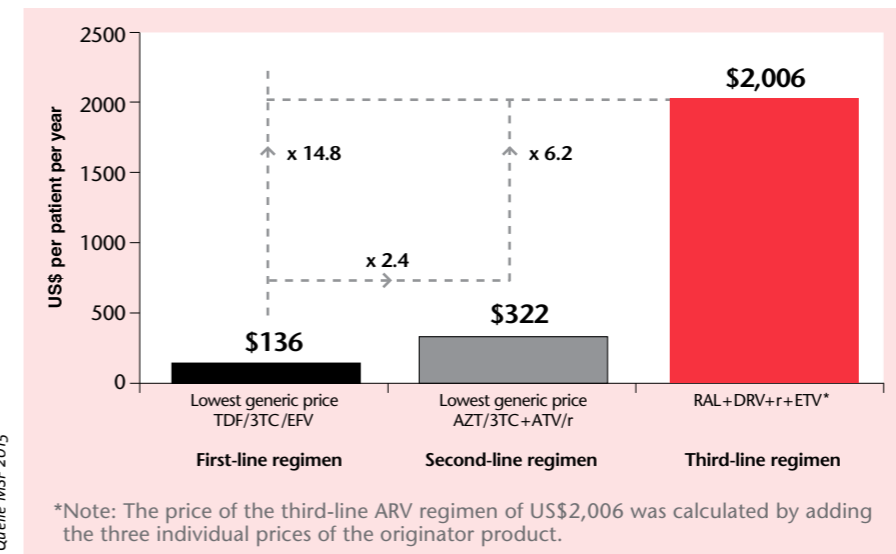
Quo vadis MICs?

Das Aktionsbündnis setzt sich dafür ein, dass multilaterale Finanzierungsinstrumente wie der Globale Fonds sich auch weiterhin in MICs engagieren und der öffentliche Sektor in den Ländern vollen Zugang zu Förderprogrammen erhält. Reduzierte Finanzierungen für Länder wie die Ukraine, die aufgrund der politischen Lage vor noch größeren Herausforderungen in der HIV-Bewältigung steht, sind inakzeptabel.

Das Aktionsbündnis macht sich auch dafür stark, dass keine verschärfenden Patentregelungen in Freihandelsabkommen mit aufgenommen werden. Auch führt das Aktionsbündnis schon seit Jahren Gespräche mit der Pharmaindustrie und drängt darauf, dass der öffentliche Sektor von MICs die gleichen Konditionen erhält wie ärmere Länder.

Der Großteil der HIV-positiven Menschen wird zukünftig in MICs leben und die Schere zwischen Arm und Reich klappt in vielen Ländern immer weiter auseinander. Es ist deshalb höchste Zeit, dass der öffentliche Sektor in diesen Ländern bessere Konditionen erhält und seinen langfristigen Medikamentenzugang sicherstellen kann.

Entwicklung von Preisen der Salvage Therapie (3. Therapielinie)



Größte Sorge bereitet der Zugang zur bisher sehr teuren und für Länder des globalen Südens kaum verfügbaren 3. Therapielinie. Einige der Medikamente wurden inzwischen an den Patentpool lizenziert. Die Firma Janssen hat für das Präparat Darunavir ihr sogenanntes non-assert agreement auf 128 Länder erweitert, in denen der Konzern sein Patent für die Kinderformulierung nicht einfordern wird. Es wird jedoch dringend das Erwachsenenpräparat im Patentpool benötigt und bisher abgeschlossene Lizenzen sollten nachverhandelt werden, so dass mehr Länder mittleren Einkommens davon profitieren und Generikafirmen geeignete und kostengünstige Kombipräparate herstellen können.

Zwangslizenzen sind bei restriktiver Vorgehensweise der Originalhersteller oft der einzige Ausweg, um die Preise für Medikamente zu senken, aber zu wenige Regierungen haben den Mut, diesen Weg einzuschlagen. Obwohl Zwangslizenzen als Regel (und nicht als Ausnahme) im TRIPS-Abkommen⁸ als eine der TRIPS-Flexibilitäten vorgesehen sind, kommen Länder zunehmend unter Druck der USA, wenn sie Zwangslizenzen auch nur ankündigen.

Astrid Berner-Rodoreda, HIV-Beraterin bei Brot für die Welt und Sprecherin der evangelischen Säule im Aktionsbündnis gegen AIDS

Christiane Fischer, MEZIS, ist aktiv im Fachkreis Pharma des Aktionsbündnis gegen AIDS

Bibliografie

- EAI: Meeting Report, 23. February 2015
- MSF: Issue Brief: Decisions around HIV Treatment in 2015
- MSF: Untangling the Web, 17th Edition, 2014
- MPPF Webseite
- WHO: Access to Anti-retroviral Drugs in Low and Middle Income Countries, 2014

⁷ Section 3d

⁸ Trade Related Aspects of Intellectual Property Rights – einer der Hauptverträge der Welthandelsorganisation WTO

Gesundheitsfinanzierung

Universelle Gesundheitsversorgung und der Globale Fonds: Eckpfeiler der menschlichen Solidarität

Die seit der Jahrtausendwende erzielten Fortschritte bei der Eindämmung der verheerendsten Krankheiten und der Senkung der Kinder- und Müttersterblichkeit gehören zu den herausragenden Errungenschaften der Menschheitsgeschichte. Aber die Weltgemeinschaft muss ihre Anstrengungen weiter verstärken, um die Gesundheitsbedingungen der benachteiligten Menschen zu verbessern.

Im Jahr 2014 starben noch immer 6 Millionen Kleinkinder an meist beherrschbaren Ursachen und allein die drei großen Epidemien Aids, Tuberkulose und Malaria brachten 2,8 Millionen Menschen den Tod. Im gleichen Jahr ereigneten sich weltweit 2 Millionen HIV-Neuinfektionen, von denen über zwei Drittel in Afrika südlich der Sahara stattfanden und fast ein Sechstel Männer mit gleichgeschlechtlichen Beziehungen betraf. All diese menschlichen Tragödien haben ähnliche Gründe, die wiederum in den ungerechten Strukturen der heutigen Weltgesellschaft wurzeln: krankmachende Lebensverhältnisse und ungenügende Gesundheitsdienste.

Gesundheitsfinanzierung als globale Gemeinschaftsaufgabe

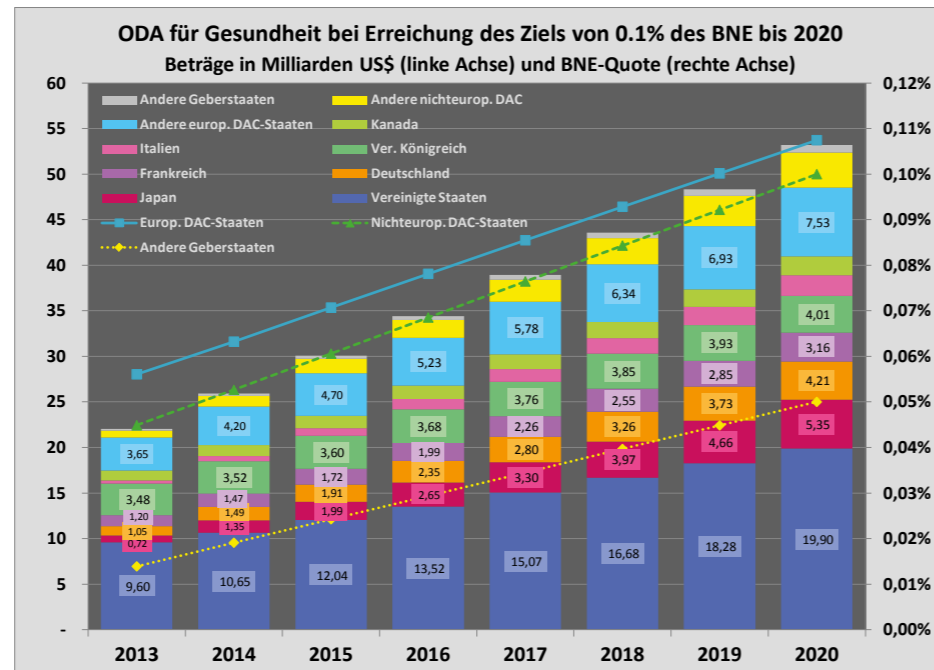
Die letztgenannte Ursache ließe sich durch einen globalen Aktionsplan und die Mobilisierung relativ begrenzter Ressourcen bis zum Ende des Jahrzehnts weitgehend überwinden. Wenn alle Entwicklungsländer angemessene Anstrengungen unternehmen, um ihre Staatseinnahmen und den Gesundheitsanteil an den öffentlichen Haushalten zu erhöhen, blieben noch gut 40 Länder übrig, die den Mindestbetrag für die universelle Bereitstellung grundlegender Gesundheitsdienste nicht mit eigenen Mitteln aufbringen können. Das globale Finanzierungsdefizit, das durch die internationale Kooperation abzudecken wäre, würde sich dadurch von

über 180 Milliarden US\$ im Jahr 2013 auf rund 50 Milliarden im Jahr 2020 verringern.⁶ Die Bevölkerung der Länder, die auf externe Unterstützung angewiesen sind, würde von derzeit 3,2 auf rund 1,5 Milliarden zurückgehen. Ein großer Teil der Verminderung käme dadurch zustande, dass Indien die nationale Finanzierungslücke mit inländischen Ressourcen schließen würde. Für die Erforschung von Gesundheitsproblemen, die überwiegend Entwicklungsregionen betreffen, müssten insgesamt weitere 6 Milliarden US\$ pro Jahr aufgebracht werden⁷, wovon die Industriestaaten rund 4 Milliarden beitragen sollten.

Dazu kommt der schwer zu kalkulierende Bedarf an öffentlicher Entwicklungszusammenarbeit, um das Menschenrecht auf Gesundheit auch dort zu gewährleisten, wo nicht der Mangel an finanziellen Ressourcen sondern der fehlende politische Wille den Zugang zu lebensbewahrenden Maßnahmen versperrt.

Notwendige Steigerung der ODA für Gesundheit

Würden alle wirtschaftlich privilegierten Länder bis 2020 die Empfehlung der WHO umsetzen, mindestens 0,1 Prozent des Brutto-

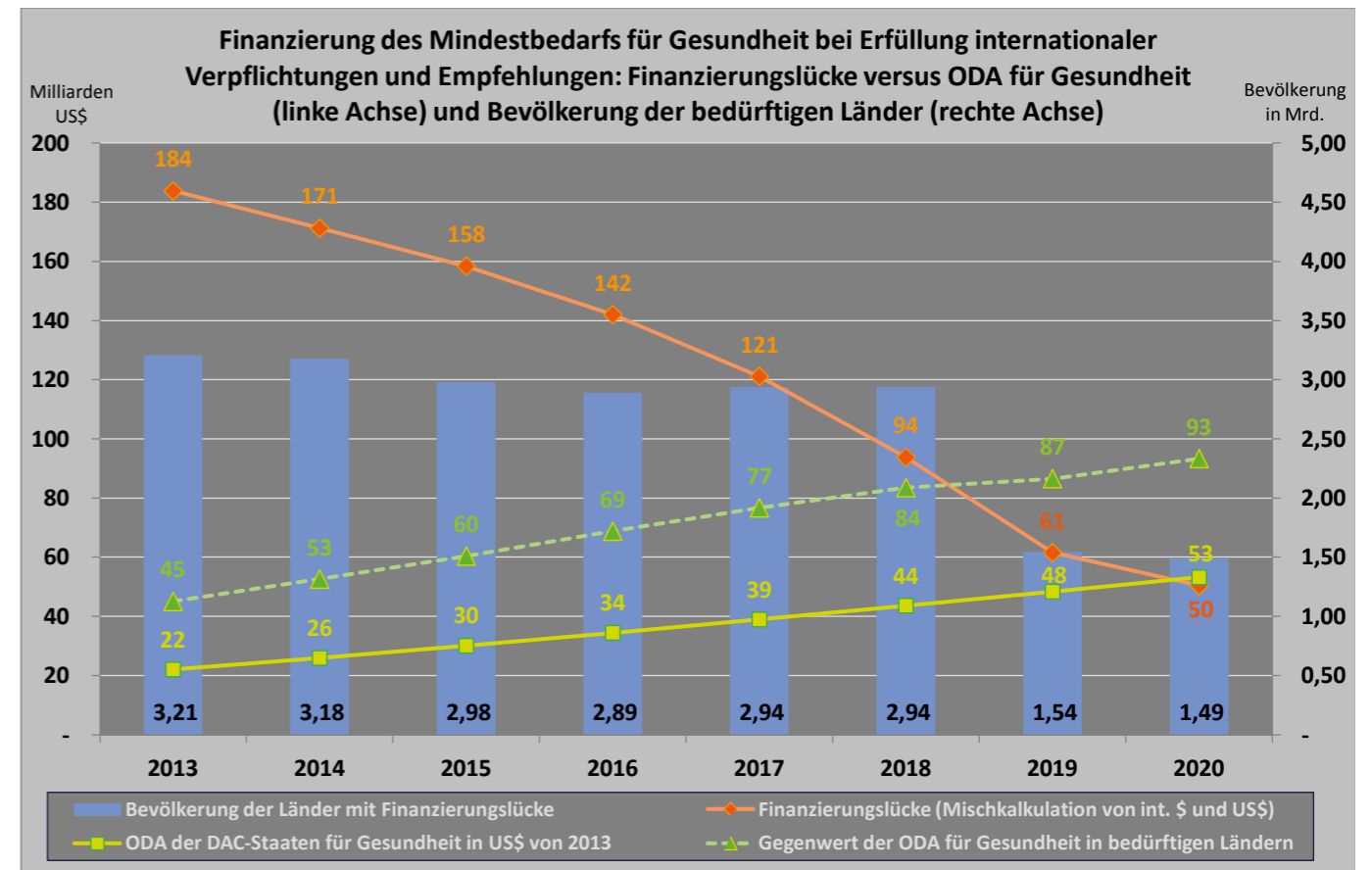


Projektion der Gesundheits-ODA bei Erreichung des 0,1% Ziels

⁶ Die Berechnungen zu Zahlungsfähigkeit, Mindestbedarf und Finanzierungsdefizit der einzelnen Länder können auf der folgenden Webseite im Detail nachverfolgt werden: http://odaforhealth.medmissio.de/fin_perspectives/overview_main_findings/index.php

⁷ WHO, Research and development to meet health needs in developing countries: strengthening global financing and coordination: report of the consultative expert working group on research and development; 2012; S. 84

nationaleinkommens für die globale Gesundheit bereitzustellen, dann würde der geschätzte Umfang der öffentlichen Entwicklungshilfe für Gesundheit von derzeit 22 auf über 53 Milliarden US\$ steigen. Aufgrund der niedrigen Wechselkurse der nationalen Währungen der Zielländer



Übersicht zum Finanzierungsdefizit bis 2020, Quelle: http://odaforhealth.medmissio.de/fin_perspectives/overview_main_findings/index.php

im Verhältnis zu der lokalen Kaufkraft wäre der Gegenwert aber um bis zu 75 Prozent höher. Die so mobilisierten Mittel würden also sehr wahrscheinlich ausreichen, um die Lücken bei allen zentralen Handlungsfeldern der globalen Gesundheit zu schließen. Die internationale Gemeinschaft hat nicht nur die ethische Verantwortung sondern auch die finanziellen Möglichkeiten, um dafür Sorge zu tragen, dass alle Menschen Zugang zu effektiven Maßnahmen der Prävention, Diagnose und Behandlung von lebensbedrohenden Krankheiten wie HIV erhalten. Eine solche gemeinsame Anstrengung würde auch ein zentrales Element darstellen, um die neue Agenda für nachhaltige Entwicklung zu verwirklichen.

Der Globale Fonds als wesentliches Instrument

Dem Globalen Fonds für die Bekämpfung von Aids, Tuberkulose und Malaria muss dabei eine zentrale Rolle beigemessen werden. Er bildet schon

jetzt ein unverzichtbares Instrument für die Finanzierung wesentlicher Gesundheitsmaßnahmen zugunsten benachteiligter Länder und Bevölkerungsgruppen. Bei grundlegenden Prinzipien der Kooperation wie der demokratischen Beteiligung und der Einforderung der Menschenrechte hat der Fonds neue Maßstäbe gesetzt. In den nächsten Jahren sind zwei Aspekte für seine Weiterentwicklung entscheidend: Erstens ausreichende Beiträge der einkommensstarken Länder auf einer fairen und langfristig gesicherten Basis und zweitens ein flexibles und partizipatives Verfahren der Mittelvergabe unter Berücksichtigung aller relevanten sozioökonomischen, menschenrechtlichen und gesundheitspolitischen Kriterien.

In der 2017 beginnenden Finanzierungsphase des Fonds sollte eine deutliche Steigerung der verfügbaren und eingesetzten Mittel angestrebt werden mit dem Ziel entsprechend dazu beizutragen, dass die universelle Gesundheitsversorgung möglichst

schnell erreicht wird und die verheerenden Epidemien bis 2030 beendet werden. Zugleich ist daran zu gehen, die freiwilligen Beitragszahlungen zu überwinden und stattdessen ein faires System von Pflichtbeiträgen zu entwickeln. Damit würde die Planung und Umsetzung der notwendigen Maßnahmen für den Ausbau der Gesundheitssysteme erheblich erleichtert. Die Weltgemeinschaft darf es nicht hinnehmen, dass Menschen sterben, weil ungenügende Staatseinnahmen, mangelnde Einsichtsfähigkeit von Regierungsverantwortlichen oder die niedrige Kaufkraft der bedrohten Bevölkerungsgruppen den Zugang zu Gesundheitsdiensten verbauen.

Joachim Rüppel, Referent beim Missionsärztlichen Institut und Sprecher der katholischen Säule im Aktionsbündnis gegen AIDS

Die Achte IAS Conference on HIV Pathogenesis, Treatment and Prevention (IAS 2015)

Vancouver setzt – wieder einmal – Maßstäbe

Die Konferenz der „International Aids Society“, kurz IAS, fand dieses Jahr vom 19.-22. Juli in Vancouver, Kanada statt.

Optimaler Zeitpunkt für den Therapiebeginn: START

An vorderster Stelle stehen dabei die Ergebnisse der START-Studie (Strategic Timing of Anti-Retroviral Treatment): Ein sofortiger Therapiebeginn (2.326 Patienten), unabhängig von der CD4-Zellzahl hatte gegenüber einem Therapiebeginn bei weniger als 350 CD4-Zellen/µl (2.359 Patienten) praktisch nur günstige Auswirkungen:

- » Weniger Todesfälle (12 vs. 21)
- » Weniger Aids-definierende Erkrankungen (14 vs. 50 – davon waren 41 Kaposi-Sarkom oder Tuberkulose)
- » Weniger schwerwiegende nicht Aids-definierende Erkrankungen (29 vs. 47)
- » Weniger Krebserkrankungen (14 vs. 39)

Gleichzeitig war die Therapie gut verträglich: Die Rate an schwerwiegenden Ereignissen (die möglicherweise Arzneimittelnebenwirkungen waren) betrug 0,2 pro 100 Patient*innenjahre.

Überraschenderweise traten relativ viele Ereignisse bei hohen Helferzellzahlen auf. Dies deutet darauf hin, dass die absolute CD4-Zellzahl ein unzuverlässiger Parameter zur Beurteilung des Immunstatus ist. Hier ist die Forschung gefordert, neue Parameter zu suchen, die eine zuverlässige Aussage über den Zustand des Immunsystems ermöglichen.

Absehbar ist jetzt schon, dass die Ergebnisse der START-Studie weltweit die Therapie-Leitlinien beeinflussen werden. In Zukunft wird jedem HIV-Infizierten bei der Diagnose eine Therapie angeboten werden. Dies ist bei allen anderen Infektionskrankheiten üblich (vielleicht mit Ausnahme der Hepatitis C, bei der die Behandlungskosten momentan eine Hürde darstellen). Damit dürfte die START-Studie aber auch eine Auswirkung auf die Prävention haben. Denn je weniger Menschen eine messbare Viruslast haben, desto weniger Neuinfektionen sollte es geben.

Siegfried Schwarze

Auszug aus dem Artikel „Vancouver setzt – wieder einmal – Maßstäbe“, Projekt Information September/Oktober 2015 (<http://www.projektinfo.de/pdfs/PI155.pdf>)

Abdruck mit freundlicher Genehmigung von Siegfried Schwarze



Rapporteur and Closing Session der IAS Konferenz in Vancouver

Foto: © Steve Forrest/Workers' Photos/International AIDS Society/IAS

Impressum

Bündnisbüro:

Marco Alves: Referent für Advocacy und Öffentlichkeitsarbeit

Beate Ramme-Fülle: Referentin Globaler Fonds zur Bekämpfung von Aids, Tuberkulose und Malaria

Sabine Schöll: Referentin Gremien und Organisation

Impressum:

Hrsg.: Aktionsbündnis gegen AIDS

V.i.S.d.P.: Klaus Koch

Redaktion: Sabine Schöll, Marco Alves

Layout: steffengrashoff@web.de

Druck: printmedien-jacobsen@t-online.de

Kontakt:

Aktionsbündnis gegen AIDS

Chausseestraße 128/129, 10115 Berlin

Tel.: + 49 30 27 58 24 76

info@aidskampagne.de

www.aidskampagne.de

Folgen Sie uns auf twitter und facebook

www.twitter.com/aidskampagne

www.facebook.com/aidskampagne



Nachdruck gegen Beleg und Quellenangabe frei.



Aktionsbündnis gegen AIDS

Leben ist ein Menschenrecht!
www.aidskampagne.de