

Bericht

United Nations General Assembly High-Level Meeting on HIV/AIDS

09. – 11.06.2008

von

Joachim Rüppel

Missionsärztliches Institut, Würzburg

Team Gesundheitsdienste, HIV/Aids, Public Health

Juli 2008

Berichterstattung durch die Mitgliedstaaten

Die methodische Anleitung von UNAIDS forderte von den Mitgliedstaaten, über 25 Kernindikatoren zu berichten, um die Fortschritte der HIV/AIDS-Bekämpfung in zentralen Handlungsfeldern zu verfolgen wie Informationsstand, Präventionsverhalten, Behandlungszugang und Waisenunterstützung.

Für diese Berichtsperiode 2006-2007 reichten bis Anfang März 147 von 192 UN-Mitgliedstaaten Berichte ein. Zumindest die quantitative Beteiligung war damit deutlich höher als für UNGASS 2006, als 115 von damals 189 Mitgliedsländern ihrer Berichtspflicht nachkamen. Die Regionen der Karibik, Osteuropa und Zentralasien, Afrika südlich der Sahara und Lateinamerika verzeichneten die höchsten Berichterstattungsquoten mit 95-100% der jeweiligen Länder. Die übrigen Makroregionen blieben dagegen mit 50-60% deutlich unter diesen erfreulichen Raten zurück. UNAIDS bewertet die Berichterstattung insgesamt als wesentlich umfassender verglichen mit den früheren Runden, sowohl

was die Beteiligung der sozialen Akteure angeht, als auch was den Inhalt betrifft. Auch die zurückgehende Anzahl der Schattenberichte wird als Anzeichen für verbesserte Beteiligungsmöglichkeiten der Zivilgesellschaft an der offiziellen Berichterstattung interpretiert.

Die zivilgesellschaftlichen Organisationen kritisierten jedoch, dass viele offizielle Länderberichte die Realität nicht adäquat darstellten. Die Durchsicht einer Auswahl an Länderberichten aus dem südlichen Afrika – mit annähernd einem Drittel der mit HIV/AIDS lebenden Menschen weltweit das Epizentrum der Pandemie – ergibt, dass vor allem eine tiefer gehende Analyse der gesellschaftlichen Bedingungsfaktoren der Gefährdung fehlt. Dabei schreien die extremen Differenzen der HIV-Infektionsraten zwischen verschiedenen Regionen in diesen Ländern (über 40% in manchen Distrikten von KwaZulu-Natal und unter 10% in manchen Distrikten im Westen Südafrikas) geradezu nach einer Erklärung, die z.B. in den sozialen Gegensätzen und den damit zusammenhängenden riskanten Überlebensstrategien wie massenhafter Wanderarbeit und sex work zu suchen ist. Damit werden die Berichte wesentlichen Leitlinien der Verpflichtungserklärung nicht gerecht und taugen nur sehr bedingt als Basis für die Entwicklung adäquater Handlungsstrategien.

Der Bericht Deutschlands enthält lediglich eine knappe Seite zum deutschen Beitrag zur globalen Antwort auf die HIV-Krise, der nachträglich erstellt und angefügt wurde. Darin werden einige Aussagen der HIV/AIDS- Bekämpfungsstrategie der Bundesregierung und des dazugehörigen Aktionsplans wiederholt. Wie in den genannten Dokumenten fehlen Kriterien für einen angemessenen Finanzierungsbeitrag Deutschlands, die sich am Bedarf, der entwicklungspolitischen Verantwortung und der Wirtschaftskraft orientieren müssten. Stattdessen wird nur die schwammige und nachweislich unzutreffende Behauptung erneuert, man steuere jährlich ca. 300 Millionen Euro für die Bekämpfung von AIDS, Tuberkulose und Malaria bei. Positiv ist die Betonung der Gleichstellung der Geschlechter und der Selbstbestimmung der Frauen als Ansätze für die Reduzierung der sozialen Vulnerabilität, aber andere strukturelle Ursachen der HIV-Ausbreitung werden nicht angesprochen.

Derzeit sind nur zwei weitere Schattenberichte verfügbar, die sich auf Industriestaaten beziehen, nämlich USA und Griechenland. Sie enthalten allerdings keine Analysen der internationalen Kooperationsleistungen. Es kann aber nicht ausgeschlossen werden, dass weitere Alternativberichte vorliegen.

Relevante Aussagen im Bericht des UN-Generalsekretärs

Der Gesamtbericht, den der UN-Generalsekretär auf der Grundlage der vorgelegten Länderberichte erstellte, hebt in der Zusammenfassung die in zahlreichen Regionen durch ausgeweiteten Mitteleinsatz erzielten Fortschritte hervor. Der Bericht stellt aber auch fest, dass sich diese Fortschritte sehr unterschiedlich darstellen und oft hinter der Expansionsgeschwindigkeit der Epidemie zurück bleiben.

Die Bemerkungen zum Bedarf an finanziellen Ressourcen sind insofern einseitig und irreführend, als sie nur das Szenario einer Ausweitung der Maßnahmen mit der bisherigen - völlig ungenügenden - Geschwindigkeit erwähnen. Diese simple Fortschreibung der laufenden Trends würde im Jahr 2010 einen Mitteleinsatz in den Entwicklungsländern von lediglich 15,4 Milliarden US\$ erfordern. Wie schon der UNAIDS-Bericht zum Ressourcenbedarf konstatierte, wäre es damit nicht möglich, dem Ziel des universellen Zugangs auch nur nahe zu kommen. So könnten nur 4,7 Millionen Menschen mit einer fortgeschrittenen und behandlungsbedürftigen HIV-Infektion Zugang zu einer antiretroviralen Kombinationstherapie erhalten, während über 13 Millionen erreicht werden müssten. Das eigentliche Finanzierungsziel von 42 Milliarden US\$ für das Jahr 2010, das für die Verwirklichung des allgemeinen Zugangs bis Ende des Jahrzehnts notwendigerweise anzustreben ist, bleibt in dem UN-Bericht unerwähnt. Immerhin wird in den Empfehlungen festgestellt, dass die Geschwindigkeit der Ausweitung der HIV-Programme sowie die finanzielle Unterstützung seitens der reichen Länder erhöht werden muss.

Insbesondere was die Fortschritte bei den Präventionsbemühungen angeht, bleiben die verfügbaren Informationen lückenhaft, was per se als Indiz für die nicht überwundenen Defizite zu sehen ist. Aber auch die vorliegenden Daten machen klar, dass die Anstrengungen enorm verstärkt werden müssen, wenn die Ziele der ursprünglichen Verpflichtungserklärung und der universelle Zugang erreicht

werden sollen. So verfügen nach 2007 realisierten Erhebungen nur 40% der jungen Männer und 36% der jungen Frauen über ein adäquates Wissen über die Übertragung und Verhütung der HIV-Infektion. Dabei zeigt sich ein leichter Verbesserungstrend, der aber bei weitem nicht ausreicht, um die für 2010 anvisierte Zielmarke von 95% der jungen Menschen zu erreichen. Selbst unter den Ländern mit generalisierten Epidemien haben weniger als 70% flächendeckende Aufklärungsprogramme in den Schulen umgesetzt und ca. 60% haben Präventionsmaßnahmen für Jugendliche realisiert, die keine Schule besuchen. Noch unbefriedigender stellt sich die Fortentwicklung der Vorbeugungsprogramme für die Bevölkerungsgruppen dar, die aufgrund ihrer sozialen Benachteiligung eine besondere Gefährdung aufweisen. Nur ein Drittel der Länder mit konzentrierten Epidemien oder niedrigen Infektionsraten hat Maßnahmen für injizierende Drogennutzer eingeleitet. Besonders in Osteuropa und Zentralasien ist der Zugang zu zentralen Komponenten der Schadensbegrenzung ungenügend. Weniger als 40% der genannten Länder hat bisher umfassende Präventionsprogramme für Männer mit gleichgeschlechtlichen Sexualkontakten durchgeführt und in manchen Ländern mit verfügbaren Informationen hat weniger als ein Viertel dieser Männer Zugang zu Kondomen. In rund 60% der Staaten existieren präventive Dienste für Sexarbeiter/innen, aber in einigen hat noch immer weniger als die Hälfte die Möglichkeit, Kondome zu bekommen. Der globale Deckungsgrad für die Prävention der Mutter-Kind-Übertragung durch die Gabe antiretroviraler Medikamente ist in den letzten beiden Jahren von 14 auf 34% gestiegen.¹

Ende 2007 erhielten rund 3 Millionen Menschen eine antiretrovirale Therapie, das entspricht ca. 30% der Behandlungsbedürftigen. Der Anstieg im Verlauf des Jahres wird auf 42% veranschlagt. Die Ausweitung des Behandlungszugangs hat sich damit beschleunigt, reicht aber keinesfalls aus, um sich dem vereinbarten Ziel des universellen Zugangs anzunähern. In Afrika südlich der Sahara haben Kinder nach wie vor geringere Chancen, eine Therapie zu erhalten.

Auch auf dem Gebiet der Überwindung struktureller Ursachen der Gefährdung und Verletzungen der Menschenrechte, zentrale Voraussetzungen für eine durchgreifende Zurückdrängung der Epidemie, bleibt noch viel zu tun. Zwar haben die meisten Staaten Strategien entwickelt, um die besondere Krankheitslast der Frauen anzugehen, aber nur rund die Hälfte stellen dafür Haushaltsmittel zur Verfügung. Aus über 60% der Länder wird berichtet, dass dort noch immer bestimmte politische Bedingungen existieren, die den Zugang der besonders gefährdeter Gruppen zu HIV-Diensten behindern.

Schließlich haben neuere Befragungen gezeigt, dass in den Ländern mit Infektionsraten von mehr als 5% nur 15% der Waisen in Haushalten leben, die irgendeine Form der Unterstützung erhielten. Die bedeutet nur eine sehr bescheidene Verbesserung innerhalb der letzten zwei Jahre, da Ende 2005 eine Deckungsgrad von 10% aus den Hochprävalenzländern berichtet wurde.

Zentrale Punkte in den Dokumenten der Zivilgesellschaft

Angesichts der unzureichenden Fortschritte in der Umsetzung der Verpflichtungserklärung formulierte die zivilgesellschaftliche Task-force, die für die effektive Einbeziehung der Nichtregierungsorganisationen und Selbsthilfeinitiativen einberufen wurde, eine Reihe von zentralen Botschaften für das UN-Treffen. Darin wird an vorderster Stelle gefordert, dass die Überprüfung der bisher erzielten Ergebnisse betonen muss, wie dringlich es ist, die Verpflichtung zum Prinzip des universellen Zugangs zu erfüllen. Die Versprechen sind einzuhalten und die Anstrengungen müssen intensiviert werden, um das Ziel bis 2010 zu erreichen.

Die entscheidende Bedeutung der Überwindung sozialer Diskriminierung und der Verwirklichung der Menschenrechte für die Bekämpfung der HIV-Epidemie wird hervorgehoben. Verletzungen der Menschenrechte verschärfen die Gefährdung durch die HIV-Epidemie und behindern den Zugang zu Programmen der Prävention, Behandlung und Unterstützung gerade für die Gruppen, die am stärksten betroffen sind. Die Kriminalisierung der HIV-Übertragung, wie sie in einer zunehmenden Anzahl von

¹ Nach Schätzungen der WHO bringen pro Jahr 1,5 Millionen HIV-positive Mütter in den Ländern niedrigen und mittleren Einkommens Kinder zur Welt.

Ländern durchgesetzt wird, verstärkt nur das Stigma, erzeugt ein falsches Sicherheitsgefühl der Allgemeinheit und erschwert einen offenen Umgang mit den HIV-Risiken und der Diagnose.

Des Weiteren wird festgestellt, dass die soziale Unterdrückung der sexuellen Minderheiten deren Vulnerabilität verschärft. Diese Bevölkerungsgruppen sind nicht nur benachteiligt im Hinblick auf den Zugang zu HIV-Diensten, sondern ihre Gefährdungslage wurde bisher nicht ausreichend durch wissenschaftliche Studien untersucht. Noch immer riskieren Männer mit gleichgeschlechtlichen Sexualkontakten in 85 Ländern eine Strafverfolgung, wenn sie sich zu ihrer Orientierung bekennen. Noch weiter verbreitet ist nach wie vor die Schikanie durch Polizei und die Diskriminierung in Gesundheitsdiensten. Zwei Drittel der afrikanischen Länder verbieten Sex zwischen Männern. Studien in Kenia und Ghana haben ergeben, dass sich homosexuelle Männer nicht als durch HIV gefährdet betrachten, da sich alle Präventionsbotschaften an heterosexuelle Menschen richten. In allen Regionen weisen Männer mit gleichgeschlechtlicher Orientierung Infektionsraten auf, die weit über dem jeweiligen Durchschnitt liegen und von 7% bis 46% reichen.

Auch die Mehrheit der injizierenden Drogennutzer bleibt von Präventions- und Behandlungsprogrammen ausgeschlossen, obgleich außerhalb Afrikas schätzungsweise 30% der HIV-Infektionen auf Drogengebrauch zurück zu führen sind. Drogennutzer haben erheblich geringere Chancen, eine antiretrovirale Therapie zu erhalten, ungeachtet der wissenschaftlichen Evidenz einer gleich hohen Adhärenz bei adäquater Begleitung. Es wird darauf aufmerksam gemacht, dass die in vielen Ländern übliche Strafverfolgung diese Menschen in den Untergrund treibt und ihnen den Zugang zu lebensbewahrenden Diensten erschwert. Auch in den Ländern, wo dieser Übertragungsweg eine wesentliche Rolle spielt, erreichen die wenigen und begrenzten Maßnahmen der Substitutionstherapie nur 2% der Drogennutzer.

Im Hinblick auf die besondere Gefährdung der Frauen wird darauf hingewiesen, dass weniger als die Hälfte der Länder Programme realisiert, um die Gewalt gegen Frauen und ihre sozioökonomische Benachteiligung zu reduzieren. Lediglich 18% der kürzlich von UNAIDS untersuchten Länder verfügten über Dienste zur rechtlichen Unterstützung und zur Durchsetzung der Eigentumsrechte von Frauen, z.B. im Erbschaftsfall. Die Kriminalisierung der HIV-Übertragung kann dazu führen, dass Frauen wegen der Ansteckung ihrer Kinder oder Partner einer Strafverfolgung ausgesetzt sind, auch wenn sie ihre HIV-Infektion aus Angst vor Gewalt und Diskriminierung verschweigen.

Was die Unterstützung von gefährdeten Kindern angeht, kommen zu wenige Ressourcen auf der lokalen Ebene an, um betroffenen Familien zu helfen und gemeindeorientierte Programmansätze zu stärken. Informationen zu der Betreuung und Behandlung von Kindern werden meist nur in ungenügendem Maß erhoben und analysiert. In einem Satz wird unter diesem Thema auch festgehalten, dass Zwangslizenzen nötig sind, um angemessene Preise der Medikamente und Diagnostika zu erreichen.

Die spezifischen Bedürfnisse junger Menschen werden noch immer bei der Planung und Implementierung von HIV-Programmen zu wenig beachtet. Die vorhandenen Aufklärungsmaßnahmen über sexuelle Gesundheit berücksichtigen oft nicht die Lebenswirklichkeit. Gesetzliche Vorgaben, die den Zugang von Jugendlichen unter 18 Jahren zu HIV-Diensten von der elterlichen Zustimmung abhängig machen, stellen gewichtige Barrieren für die Prävention mit gefährdeten jungen Leuten dar. In Ländern, die Nutzergebühren in den Gesundheitsdiensten verlangen, existieren auch finanzielle Zugangsschranken, da junge Menschen oft über kein eigenes Einkommen verfügen.

Noch immer halten 74 Staaten Einreisebeschränkungen für HIV-positive Menschen aufrecht, auch wenn diese im Lichte der Kriterien der öffentlichen Gesundheit und internationaler Übereinkommen kontraproduktiv sind, die Menschenrechte verletzen und einen nutzlosen Ressourcenverbrauch darstellen. Die Gesetze von 13 Ländern, darunter das Gastland des Treffens, verbieten Menschen mit HIV jegliche Einreise – unabhängig vom Motiv und der Dauer des Aufenthalts. Diese diskriminierenden Bestimmungen zerstören oft nicht nur die Hoffnungen auf ein besseres Auskommen im Zielland, sondern auch die Existenzmöglichkeiten im Herkunftsland. Die prekären Bedingungen der Migranten aus benachteiligten Ländern während der Migration und des Aufenthalts im Zielland bringen ein erhöhtes Infektionsrisiko mit sich und gleichzeitig kann eine Infektion als

Abschiebungsgrund erhalten. Es wird auch festgestellt, dass eine Migrationsbewegung aus medizinischen Gründen, also in der Erwartung einer besseren Versorgung, nicht in nennenswertem Umfang existiert.

Schließlich konstatieren die Dokumente, dass die Einbeziehung der Zivilgesellschaft in die Konzipierung, Planung, Umsetzung und Evaluierung der HIV-Programme noch immer unzureichend ist und in zahlreichen Ländern gezielt verhindert wird. Das gilt insbesondere für die Partizipation von besonders gefährdeten und sozial ausgegrenzten Bevölkerungsgruppen. Ohne eine echte Beteiligung dieser Organisationen kann aber das Ziel des universellen Zugangs in keinem Fall erreicht werden. Diese Partizipationsdefizite stehen in eklatantem Widerspruch zu den Prinzipien, die in der Verpflichtungserklärung vereinbart wurden.

Parallele Treffen und Aktionen der Zivilgesellschaft

Zwei Themen, die für die politische Überzeugungsarbeit des Aktionsbündnisses von besonderer Bedeutung sind, blieben sowohl in den offiziellen Berichten seitens des UN-Generalsekretärs als auch in den von der Zivilgesellschaft erstellten Dokumenten unterbelichtet, obwohl sie unabdingbare Voraussetzungen für eine effektive und nachhaltige Antwort auf die HIV-Krise darstellen: Die Mobilisierung ausreichender Finanzmittel vor allem auch durch die internationale Kooperation sowie die internationalen Vereinbarungen zu den intellektuellen Eigentumsrechten mit ihren Auswirkungen auf den Medikamentenzugang. Auf diese Schwachstellen hat der Autor in der Besprechung für die anwesenden Vertreter/innen der zivilgesellschaftlichen Organisationen hingewiesen, die am Montag vor Beginn des offiziellen Treffens stattfand und der Abstimmung der zivilgesellschaftlichen Beteiligung diente.

Was die Finanzierung der spezifischen HIV-Maßnahmen betrifft, war in den Dokumenten der Zivilgesellschaft lediglich von der Notwendigkeit erhöhter und dauerhaft gesicherter Ressourcen die Rede. Weder das nach Berechnungen von UNAIDS erforderliche Finanzierungsvolumen für die kommenden Jahre noch der Anteil der reichen Länder an der Bereitstellung dieser Mittel wurden genannt. Auch der UN-Richtwert für den Anteil der offiziellen Entwicklungshilfe (ODA) am BNE von 0,7% wurde nirgends erwähnt, obwohl eine konsequente Aufstockung der Gesamtmittel der EZ unerlässlich ist, um die nachhaltige Finanzierung der HIV-Programme zu sichern und zugleich die strukturellen Gefährdungsursachen durch Maßnahmen in anderen entwicklungswichtigen Sektoren angehen zu können. Es wurde darauf aufmerksam gemacht, dass eine Aufstockung der ODA gemäß der im EU-Stufenplan festgelegten Mindestquote von 0,51% des BNE bis 2010 durch alle Geberstaaten eine Verdoppelung des Mittelumfangs auf mindestens 190 Milliarden US\$ bedeuten würde. Damit wäre der Anteil der internationalen Kooperation für die Finanzierung des universellen Zugangs, das sind zwei Drittel von 42 Milliarden US\$ also 28 Milliarden US\$, ohne weiteres aufzubringen.

Im Hinblick auf die Patentbestimmungen war daran zu erinnern, dass die Senkung der jährlichen Kosten für eine Kombinationstherapie von über 10.000 auf ca. 100 US\$ in erster Linie der damals noch in vielen (ca. 50) Ländern von Patentrechten ungehinderten Konkurrenz durch Generika-Hersteller zu verdanken war. Mit der Unterzeichnung des TRIPS-Abkommens im Rahmen der Konstitution der WTO 1995 und dem Auslaufen der dort festgelegten Übergangsfristen für die Umsetzung der Patentbestimmungen in nationales Recht wird dieses Korrektiv der Monopolpreise aber immer weiter eingeschränkt. Für neuere Generationen von Medikamenten können generische Alternativen bei der gegebenen Verteilung der technologischen Kapazitäten nur noch dann auf den Markt gebracht werden, wenn hierfür Zwangslizenzen durch die in Frage kommenden Produktionsländer erlassen werden. Die Anwendung dieses Instruments setzt aber angesichts des offenen und subtilen Gegendrucks seitens internationaler Pharma-Konzerne und Regierungen von Industriestaaten ein Maß an staatlicher Souveränität und politischer Gemeinwohlorientierung voraus, das in den meisten Ländern leider derzeit nicht gegeben ist. Die Marktdynamik, die in der Vergangenheit die wirtschaftliche Durchführbarkeit von Behandlungsprogrammen sichern half, ist damit immer mehr in Frage gestellt. Daraus ergibt sich die Notwendigkeit einer grundsätzlichen Überprüfung der Auswirkungen dieser Patentregelungen auf den Zugang und die Entwicklung von

essentiellen Medikamenten, wie es auch in der ursprünglichen Verpflichtungserklärung (nicht aber der Politischen Erklärung von 2006) festgehalten wird.

Den Reaktionen und nachfolgenden Äußerungen der übrigen Anwesenden nach zu urteilen, stießen diese Punkte auf breite Zustimmung. Als im Folgenden der Entschluss reifte, eine eigene Erklärung der Zivilgesellschaft zu verfassen, wurden sie dort aufgenommen. Damit überwindet die jetzt angenommene zivilgesellschaftliche Erklärung auch die beiden zentralen Schwachstellen der 2006 offiziell von den Regierungsvertretern verabschiedeten Politischen Erklärung, wo ein inadäquates Finanzierungsziel für 2010 genannt wird und die Evaluierung der internationalen Handelsübereinkünfte im Hinblick auf die öffentliche Gesundheit unerwähnt bleibt. Um einigermaßen sachgerechte Formulierungen zu erhalten, waren allerdings noch mehrere Wortmeldungen in den nachfolgenden Treffen der Zivilgesellschaft erforderlich. Hierfür ergab sich eine abgestimmte und effektive Zusammenarbeit mit der Sprecherin des Aktionsbündnisses, Christine Winkelmann, der Mitarbeiterin im Kampagnenbüro, Mirjam Hageböling, und der Vertreterin von Misereor in der Regierungsdelegation, Dr. Nina Urwanzoff. Die Präzision in den Aussagen der Erklärung hätte in einigen Aspekten verbessert werden können, aber in Anbetracht der Notwendigkeit, in knapper Zeit einen Konsens unter einer Vielzahl von Organisationen zu erzielen, kann das Ergebnis doch als passabel eingestuft werden. Die erwähnte zivilgesellschaftliche Erklärung wurde durch die Task-force dem Präsidenten der Generalversammlung überreicht.

In dem abschließenden Treffen wurde auch deutliche Kritik an dem wenig unabhängigen Verhalten einiger zivilgesellschaftlicher Vertreter/innen in den Regierungsdelegationen geübt. Dazu hieß es: "Nur weil man in die Delegation aufgenommen wird, wird man noch lange nicht zum Regierungsmitglied".

Relevante Äußerungen und Informationen aus den Veranstaltungen

Plenarveranstaltung zur Eröffnung

Der jetzige Präsident der Generalversammlung, H.E. Srgjan Kerim, stellte fest, dass die bisher erzielten Fortschritte in der Zurückdrängung der HIV-Epidemie bei weitem nicht ausreichen. Solange die AIDS-bedingte Sterblichkeit so hoch bleibt, könne man im Kampf gegen den Hunger, bei der Verbesserung der Bildungschancen oder bei der Gleichstellung der Geschlechter nicht vorankommen. Die Antwort auf die HIV-Krise müsse ein zentrales Element aller Entwicklungsbemühungen darstellen. Millionen Menschenleben hängen von den politischen Entscheidungen über die Verwirklichung des universellen Zugangs ab.

Der UN-Generalsekretär, Ban Ki-moon, erinnerte die Mitgliedsstaaten an ihr Versprechen, den universellen Zugang zu realisieren. Das Niveau der Finanzierung und der politischen Engagements müsse deutlich erhöht werden. Es sei eine Schande, dass 60 Jahre nach der Menschenrechtserklärung noch immer die Diskriminierung fortdauert. Die Reisebeschränkungen sollten endlich abgeschafft werden.

Der Exekutivdirektor von UNAIDS, Dr. Peter Piot, benannte drei zentrale Säulen für die Bewältigung der HIV-Krise. Erstens müssen die Medikamente für das erste, zweite, und dritte Therapieschema verfügbar und erschwinglich sein. Zweitens müssen die Präventionsbemühungen alle gefährdeten Bevölkerungsgruppen erreichen und die Überwindung der Verletzungen ihrer Menschenrechte einbegreifen. Drittens müssen die finanziellen Anstrengungen deutlich erhöht werden. Die Annahme, dass genug Geld zur Verfügung stehe, sei grundfalsch. Auch sei sicher zu stellen, dass die Ressourcen bei denen ankommen, die an der Basis arbeiten.

Die Vertreterin der Zivilgesellschaft, Ms. Ratri Suksma von der Coordination of Action Research on AIDS (CARAM Asia Berhad), forderte u.a. die konsequente Nutzung der Flexibilitäten des TRIPS-Abkommens, insbesondere der Zwangslizenzen. Sie prangerte ebenfalls die weiter bestehende soziale Ausgrenzung von vulnerablen Bevölkerungsgruppen und der Unterdrückung von Frauen an.

Der Direktor des National Institute of Allergy and Infectious Diseases (NIAID), Dr. Anthony S. Fauci, wies die Behauptung zurück, dass die antiretrovirale Therapie in den armen Entwicklungsländern nicht durchführbar sei. Ganz im Gegenteil, müsse man die adäquaten Strategien und Medikamente für diesen Kontext entwickeln. Zugleich sei es notwendig die sozialen und wirtschaftlichen Hindernisse für die Prävention zu überwinden.

Im Anschluss sprachen verschiedene Staats- und Regierungschefs. Der Präsident von Togo wies auf die extremen Schwierigkeiten seines Landes hin, die notwendigen Ressourcen zu bekommen. Externe Unterstützung habe man vor allem für die Prävention erhalten. Auch die Aufrechterhaltung der Kontinuität in der Medikamentenversorgung sei sehr schwierig. Der Präsident von Burkina Faso wies ebenfalls auf die geringe Dauerhaftigkeit der Kooperation hin. Gleichzeitig konstatierte er, dass nicht genügend interne Ressourcen mobilisiert werden.

Interaktives Hearing mit der Zivilgesellschaft

Hier wurde ein Fall aus Südostasien berichtet, wo die Repression gegen sex worker als Schutzmaßnahme getarnt wurde. Man verhaftete sie unter dem Vorwand, dass sie alle durch Menschenhandel ins Land gekommen seien. In der Haft erlitten dann viele sexuelle Gewalt, so dass die Verletzungen der Menschenrechte ein direktes HIV-Risiko darstellten.

Der Generalsekretär erkannte an, dass die Zivilgesellschaft die "Avantgarde" der Bekämpfung der HIV-Epidemie bilde. Er versicherte auch, dass er die Zusammenarbeit mit der Zivilgesellschaft suchen wolle und dass diese mit seinem Engagement auf diesem Gebiet rechnen könne.

Die Vertreter/innen der Zivilgesellschaft stellten aus der Perspektive unterschiedlicher Regionen die nach wie vor bestehenden sozialen und politischen Defizite dar, die eine Verminderung der HIV-Ausbreitung und umfassende Unterstützung gefährdeter Menschen und Gemeinschaften behindern. Es wurde eindrücklich dargestellt, dass die Menschenrechte Vorrang haben müssen vor Profitstreben und Machtdenken. Aus der Sicht der Gewerkschaften wurde auf die Diskriminierung durch Zwangstestungen und nachfolgende Entlassungen verwiesen, aber auch das hohe Potential dieser Organisationen für die Sicherung des universellen Zugangs heraus gestellt. Ferner wurde gefordert, dass die zivilgesellschaftlichen Kräfte stärkere Kontroll- und Mitgestaltungsmöglichkeiten erhalten müsse sowohl bei den nationalen Aktionen als auch bei der internationalen Kooperation.

Panel Meetings

Nach Aussage der Generaldirektorin der Weltgesundheitsorganisation (WHO), Dr. Margaret Chan, haben zurzeit 105 Länder nationale Ziele für die Erreichung des universellen Zugangs aufgestellt. Sie forderte auch eine größere Stabilität und Vorhersagbarkeit der finanziellen Unterstützung ein. Außerdem nannte sie die genauere Analyse der epidemiologischen Triebkräfte eine Voraussetzung für die Bewältigung der HIV-Krise. Schließlich hob sie die Synergie von Prävention und Behandlung hervor.

Der Exekutivdirektor des United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC), Mr. Antonio Maria Costa, erklärte, dass schätzungsweise 25 Millionen Menschen weltweit Drogen konsumieren. Davon sind 12 bis 15 Millionen injizierende Drogennutzer. Nach Schätzungen erhielten nur 5% der letzteren angemessene Dienste der Prävention und Behandlung. Er plädierte für Nadelaustausch und Substitutionstherapie, um die Epidemie aufzuhalten. Schließlich erwähnte er, dass sich derzeit 10 Millionen Menschen in Haftanstalten befinden. In manchen Ländern nutzt die Hälfte der Gefängnisinsassen Drogen. Wenn man die Fluktuation berücksichtigt sind ca. 30 Millionen Menschen von Gefängnisaufhalten betroffen und waren oder sind mit der entsprechenden Risikosituation konfrontiert.

Die Vertreterin von sex worker Organisationen aus Lateinamerika kritisierte, dass sie in erster Linie zu Studienobjekten gemacht werden, anstatt als handelnde Subjekte anerkannt zu werden. Sie forderte ebenfalls, dass die finanziellen Ressourcen direkt an die Basisorganisationen geleitet werden sollten.

In der Diskussion der Problematik wurde erwähnt, dass verheiratete Frauen in einer schwierigeren Gefährdungssituation sich befinden können als sex worker.

Nach Aussagen von UNICEF werden nur 12% der Frauen, die in Programme der Prävention der Mutter-Kind-Übertragung einbezogen werden, darauf untersucht, ob sie selbst eine antiretrovirale Behandlung benötigen.

Im Hinblick auf die Beschneidung von Männern als Präventionsstrategie wurde gemahnt, dass dies zu einem vermehrten Druck auf Frauen führen könne, Sexualkontakte ohne Kondomschutz einzugehen, was kontraproduktiv sei.

Die Krise der Gesundheitsarbeiter/innen wurde damit verdeutlicht, dass in Großbritannien 116 Personen auf eine Fachkraft des Gesundheitsbereichs kommen, während es in Malawi z.B. 40.000 seien. Ghana habe infolge des Abzugs von Medizinern durch die Industriestaaten 46 Millionen US\$ an Ausbildungsinvestitionen verloren.

Im Hinblick auf die finanzielle Unterstützung wurde darauf hingewiesen, dass Afrika die Entwicklung Europas und Nordamerikas befördert hat und dass die internationale Gemeinschaft auch deswegen ihre Solidarität mit dem von AIDS bedrohten Kontinent zeigen solle. Auch von Vertretern offizieller Organisationen wurde schließlich festgestellt, dass mehr als 40 Milliarden US\$ in 2010 erforderlich seien, um den universellen Zugang zu verwirklichen. Es wurde auch an die Notwendigkeit erinnert, endlich den UN-Richtwert von mindestens 0,7% des BNE für die öffentliche Entwicklungshilfe zu erreichen. Ca. drei Viertel der neuen Mittel für Afrika in den letzten Jahren kamen durch die Anrechnung von Schuldenerlassen zustande. Es wurde betont, dass die Gesundheitsförderung eine notwendige Investition in die Entwicklung bildet. Daher ist das Gesamtvolumen der Entwicklungskooperation wichtig, aber auch der Anteil für Gesundheit. Es wurde auch festgestellt, dass die antiretrovirale Behandlung enorme Kosteneinsparungen durch verminderte Krankenhausaufenthalte gebracht hat. Die Notwendigkeit einer globalen Gesundheitsversicherung wurde ebenfalls in die Debatte geworfen. Auch wurde mehr Transparenz in der EZ eingefordert. Dieses Prinzip dürfe sich nicht auf die Entwicklungsländer beschränken. Schließlich sei bei der Kooperation im HIV-Bereich mehr Transparenz gegeben, als auf anderen Gebieten. Die Absicht, Nachhaltigkeit zu erreichen, dürfe nicht zu einer Ausstiegsstrategie der Geber werden.

Es wurde auch auf die Notwendigkeit hingewiesen, die UN-Organisationen zu stärken. Insbesondere UNAIDS sollte in die Lage versetzt werden, der entsprechenden Schlüsselrolle gerecht zu werden.

JR; 7-08