

XIV. Internationale AIDS-Konferenz in Barcelona, 2002 – Teil 1

Auf der Suche nach Commitment

Die Internationale AIDS-Konferenz 2002 stand unter dem Motto „Knowledge and Commitment for Action“. Das Wort Commitment war in gelber Schrift nur schwer lesbar. So war schon die Farbgebung des Mottos bezeichnend für die gegenwärtige Situation: wir wissen, was getan werden sollte, und die Bereitschaft zum Handeln vor Ort, dort wo die Menschen mit den Problemen konfrontiert sind, ist groß. Was fehlt, sind die finanziellen Ressourcen und die Bereitschaft der politisch Verantwortlichen, die gesellschaftlichen und legalen Rahmenbedingungen so zu gestalten, dass ein Erfolg des Kampfes gegen AIDS möglich wird.

Die Prognosen zur weiteren Ausbreitung der weltweiten Epidemie sind beängstigend. Die Bereitstellung finanzieller Mittel für die AIDS-Bekämpfung ist dagegen noch immer völlig unzureichend und steht in scharfem Kontrast zu den verbalen Bekundungen von Hilfs- und Handlungsbereitschaft, wie sie in den Abschlusserklärungen von G8-Treffen, der Deklaration des UN-Sondergipfels zu AIDS und anderen hochrangigen politischen Gipfeltreffen niedergelegt sind [1].

Das Finanzierungsdefizit

Im bisherigen Verlauf der HIV/AIDS-Epidemie haben sich bereits mehr als 60 Millionen Menschen weltweit infiziert, und mehr als 20 Millionen sind schon an AIDS gestorben, allein 3 Millionen im

Jahr 2001 [2]. Nach Schätzungen von WHO und UNAIDS werden sich bis zum Jahr 2010 weitere 45 Millionen Menschen mit HIV infizieren, und bis 2020 werden ca. 60 Millionen an AIDS sterben, wenn nicht schnell und massiv gehandelt wird [3]. In den Grundzügen ist klar, was schnelles und massives Handeln bedeuten müsste: Aufklärung in der Schule, am Arbeitsplatz und durch Massenmedien, Kondomkampagnen, Verbesserung der Diagnostik und Behandlung sexuell übertragbarer Krankheiten, HIV-Test- und Testberatungsangebote, Harm-reduction-Programme für Drogengebraucher, Programme zur Verhütung der Mutter-Kind-Übertragung, Behandlung und Prophylaxe opportunistischer Infektionen, antiretrovirale Kombinationstherapie, Hilfe und Unterstützung für AIDS-Waisen.

Verschiedene Institutionen und Expertengruppen, die sich damit beschäftigt haben auszurechnen, was eine solche angemessene weltweite Antwort auf die Epidemie kosten würde, gelangen übereinstimmend zu den selben Ergebnissen: etwa 10 Milliarden US \$ oder € müssten pro Jahr aufgewandt werden [4, 5, 6]. Je nach Ausmaß und Stadium der Epidemie könnten damit in den verschiedenen betroffenen Regionen zwischen 43% und 69% der zu befürchtenden Neuinfektionen vermieden werden – je jünger die Epidemie ist, desto höher das Potenzial, Infektionen zu verhindern. In Zahlen ausgedrückt wären das etwa 29 von 45 Millionen Infektionen bis zum Jahr 2010.

Da Prävention umso kostengünstiger ist, je früher sie begonnen wird, kostet jeder Verzug in der Implementierung Menschenleben. Wenn das Ziel von 10 Milliarden \$ oder € jährlich bis zum Jahr 2005 nicht erreicht wird und sich um 3 Jahre verzögert, sind bis 2010 nur noch 14 statt 29 Millionen Infektionen zu verhindern. Die gesamte bisherige AIDS-bezogene internationale Hilfe für Afrika südlich der Sahara hatte im Jahr 1999 gerade einmal einen Betrag von 130 Millionen US \$ erreicht. Bis dahin hatte die Zunahme der Hilfe mehr oder weniger gerade einmal mit der Zunahme der HIV-Infektionen Schritt gehalten.

Jede Verzögerung der Prävention von HIV-Infektionen kostet Menschenleben.

Wenn die Entwicklung wirklich aufgehalten und umgekehrt werden soll, was ja erklärtes Ziel der Weltgemeinschaft ist, führt kein Weg an einer deutlichen Aufstockung der Finanzmittel vorbei. AIDS ist kein Problem, das man aussitzen kann. Was mit Aussitzen erreicht wird, hat die Entwicklung der letzten 20 Jahre gezeigt. Je länger gewartet wird,

© Springer-Verlag 2003

Dr. Ulrich Marcus
Robert Koch-Institut, Nordufer 20, 13353 Berlin,
E-Mail: marcusu@rki.de

Tabelle 1

Die Finanzierungslücke-Rahmenplan für eine angemessene Beitragsgestaltung für den Global Fund, basierend auf dem Bruttonozialprodukt (Stand 21. April 2002). Erläuterung zu Tabelle 1: Das Bruttonozialprodukt im Jahr 2000 belief sich für die 48 Länder mit dem höchsten Human-Development-Index auf \$25.569 Milliarden. Das Bruttonozialprodukt der USA in diesem Jahr betrug \$9.882 Milliarden, das entspricht 38,7% der Gesamtsumme. Wenn die 48 reichsten Länder sich proportional zu ihrem Bruttonozialprodukt mit einem Beitrag von \$9 Milliarden jährlich am Global Fund beteiligen würden (unter der Annahme, dass eine zusätzliche Milliarde US \$ aus dem privaten Bereich beigesteuert wird), müsste der Anteil Deutschlands die in Spalte 2 angeführte Summe von 658 Millionen US\$ pro Jahr betragen. Die Zahlen in der letzten Spalte beruhen auf privaten Quellen und eigenen Schätzungen der Autoren, da diese Angaben bisher nicht publiziert werden. Nach Kenntnis der Autoren verteilen sich die bisher zugesagten Beiträge folgendermaßen auf die einzelnen Jahre: 2002=\$725 Mill., 2003=\$487Mill., 2004=\$132 Mill., 2005=\$67Mill., 2006=\$27 Mill., plus \$484 Millionen an Beiträgen, die nicht einem bestimmten Jahr zugeordnet werden können. Die zugesagten Beiträge für das Jahr 2002 (ohne Berücksichtigung des Beitrags der EU) betragen in Reihenfolge der Größe der Summe für die USA=\$250 Mill., Großbritannien=\$60 Mill., Niederlande=\$40 Mill., Kanada=\$37,5 Mill. und Deutschland=\$26,5 Mill. Für andere Länder und für den privaten Sektor ist der Anteil der Beiträge für 2002 nicht bekannt. Wenn man von der bekannten Gesamtsumme für 2002 in Höhe von \$725 Millionen ausgeht, muss es sich um einen Anteil von 33.8% der bisher zugesagten Gelder handeln.

Land	Vorgeschlagener Jahresbeitrag für den Global Fund (in Mill. US \$), Proportion berechnet auf Grundlage des Bruttonozialprodukts	Gesamtsumme der bisher versprochenen Beiträge zum Global Fund (in Mill. US\$ und als % des in Spalte 2 vorgeschlagenen Beitrags)	Anteil der versprochenen Gesamtsumme, die sich auf das Jahr 2002 bezieht (in Mill. US\$ und als % des in Spalte 2 vorgeschlagenen Jahresbeitrags)
G7-Länder mit hohem „Human Development Index“			
USA	3,479	450 (13%)	250 (7%)
Japan	1,646	200 (12%)	68 (4%)
Deutschland ^a	658	158 (24%)	35 (5%)
Großbritannien ^a	498	219 (44%)	67 (13%)
Frankreich ^a	453	151 (33%)	51 (11%)
Italien ^a	376	215 (57%)	73 (19%)
Kanada	243	100 (41%)	38 (15%)
Gesamt für G7 Länder	7,352	1,493	580
Nicht-G7-Länder mit hohem „Human Development Index“			
Spanien ^a	195	58 (29%)	19 (10%)
Niederlande [*]	128	125 (97%)	42 (32%)
Schweiz	85	10 (12%)	3 (4%)
Belgien ^a	81	19 (24%)	6 (8%)
Schweden ^a	80	58 (73%)	20 (25%)
Österreich ^a	67	4 (5%)	1 (2%)
Dänemark ^a	57	2 (4%)	1 (1%)
Finnland ^a	42	2 (4%)	1 (1%)
Griechenland ^a	39	2 (4%)	1 (1%)
Portugal ^a	37	1 (4%)	0 (1%)
Irland ^a	33	10 (31%)	3 (10%)
Kuwait	10	1 (10%)	0 (3%)
Luxemburg ^a	7	3 (41%)	1 (14%)
Argentinien, Australien, Bahamas, Bahrain, Barbados, Brunei, Chile, Costa Rica, Kroatien, Zypern, Tschechien, Estland, Hong Kong, Ungarn, Island, Israel, Litauen, Malta, Neuseeland, Norwegen, Polen, Qatar, Singapur, Slowakei, Slowenien, Süd-Korea, Vereinigte Arabische Emirate, Uruguay	1 bis 161	0 (0%)	0 (0%)
Gesamt für nicht-G7-Länder mit hohem HDI	1,648	294	99

Tabelle 1 (Fortsetzung)

Land	Vorgeschlagener Jahresbeitrag für den Global Fund (in Mill. US \$), Proportion berechnet auf Grundlage des Bruttozialprodukts	Gesamtsumme der bisher versprochenen Beiträge zum Global Fund (in Mill. US\$ und als % des in Spalte 2 vorgeschlagenen Beitrags)	Anteil der versprochenen Gesamtsumme, die sich auf das Jahr 2002 bezieht (in Mill. US\$ und als % des in Spalte 2 vorgeschlagenen Jahresbeitrags)
Gesamt			
Gesamt für alle 48 Länder mit hohem HDI	9,000	1,788	679
Gesamt für alle anderen Länder ^b	0	33	11
Gesamt für den privaten Sektor (Stiftungen, Firmen) ^c	1,000	101	34
Gesamtsumme	10,000	1,922	725

Quellen: Beitragszusagen: www.globalfundatm.org/files/Finacial_contributions.html, www.un.org/News/oss/g/aids.htm, und private Quellen. HDI: www.undp.org/hdr2001. GDP: www.worldbank.org/data/databytopic/GDP.pdf. Die Zusagen entsprechen dem Stand vom 18. April 2002. Zusätzliche Angaben und Aktualisierungen verfügbar unter www.hdnet.org und www.aidsfan.org.

^aDie Europäische Kommission hat einen Beitrag von \$106,9 Millionen für den Global Fund zugesagt. In der Tabelle wurde diese Summe entsprechend dem jeweiligen Bruttozialprodukt auf die einzelnen EU-Mitgliedsländer aufgeteilt. Dänemark, Portugal, Finnland und Griechenland haben keine direkten Beitragszusagen gemacht, ihre Beiträge beruhen lediglich auf einem proportionalen Anteil des EU-Beitrags.

^bFolgende Länder, die keinen hohen Human-Development-Index aufweisen, haben Beiträge für den Fond in der angegebenen Höhe zugesagt: Rußland (\$20 Mill., nicht als Geldbeitrag, sondern in Form von HIV-Antikörpertestkits), Nigeria (\$10 Mill.), Uganda (\$2 Mill.), Zimbabwe (\$1 Mill.), Andorra (\$100,000), Niger (\$50.000), Liberia (\$25.000), Kenia (\$8.273).

^cVon den bis zum 18.4.2002 zugesagten Spenden aus dem privaten Sektor in Höhe von \$101,15 Millionen gehen allein \$100 Millionen auf das Konto der Bill & Melinda Gates Stiftung. (Quelle: <http://www.hdnet.org/> France T, Ooms G, Rivers B (21.4.2002): The Global Fund: Which Countries Owe How Much?)

desto größer wird das Problem, und desto mehr Geld wird man investieren müssen, um das Problem in den Griff zu bekommen. Das Problem wird auch die westlichen Industriestaaten, die sich aufgrund relativ niedriger Neuinfektionsraten und der erreichten therapeutischen Fortschritte in Sicherheit wähnen, auf vielfältige Art und Weise einholen (Tabelle 1).

Neben der Hilfe der reichen Länder müssen selbstverständlich auch die betroffenen Länder selbst sich im Rahmen ihrer Möglichkeiten stärker an der AIDS-Bekämpfung beteiligen. In diesem Zusammenhang ist es schwer nachvollziehbar, dass die Länder Schwarzafrikas derzeit mehr Geld für Schuldentilgung an die Industriestaaten bezahlen, als sie für die Gesundheitsversorgung ihrer Bevölkerung ausgeben. Die meisten Länder in Schwarzafrika sind darüber hinaus aber objektiv überfordert, selbst Botswana, ein relativ reiches Land, welches mit der weltweit höchsten HIV-Prävalenz zu kämpfen hat und inzwischen 20% des Staatshaushaltes für die AIDS-Bekämpfung aufwendet. Mehr ist kaum möglich, und trotzdem ist dies nicht genug in einem Land, in dem in den größeren Städten mehr als 50% der 20- bis 30-jährigen Schwangeren HIV-positiv sind.

Der Beitrag, der von den reichen Ländern erwartet wird, ist im Vergleich zu dem, was bereitwillig für andere Zwecke zur Verfügung gestellt wird, nicht zu hoch. Und selbst wenn diese Beiträge zum Global Fund sofort zusätzlich zur bisherigen Entwicklungshilfe eingebracht würden, läge für fast alle reichen Industrieländer der Anteil der Entwicklungshilfe am Bruttozialprodukt noch immer deutlich unterhalb der 0,7%, auf die sich die reichen Länder bereits in den Siebzigerjahren als selbstgestecktes Ziel geeinigt hatten. Es handelt sich folglich um eine Frage des politischen Willens und der Glaubwürdigkeit der eigenen Versprechungen. In Deutschland hieß es in den Achtzigerjahren seitens der Bundesregierung einmal, jedes sinnvolle AIDS-Forschungsprojekt würde auch finanziert. Es wäre zu wünschen, dass es auch jetzt wieder heißt, jedes sinnvolle Projekt zur Verbesserung von Prävention und medizinischer Versorgung wird finanziert. Die Realität sieht leider ganz anders aus. Der von UN-Generalsekretär Kofi Annan ins Leben gerufene Gopal Fund zur Bekämpfung von AIDS, Tuberkulose und Malaria, der nicht das einzige, aber eines der wichtigsten Instrumente zur Kanalisierung effektiver finanzieller Unterstützung

darstellt, hat bisher Zusagen (noch nicht tatsächliche Zahlungen!) in Höhe von 2,1 Milliarden US \$ erhalten.

Für die erste Begutachtungsrunde wurden 322 Projektvorschläge mit einem Gesamtvolumen von über 5 Milliarden US \$ eingereicht. 58 Vorschläge wurden in der ersten Runde akzeptiert, die ein Gesamtvolumen von etwas über 600 Millionen US \$ repräsentieren. Doch nicht genug damit, dass der Fond nur einen Bruchteil der beantragten Projekte finanzieren kann. Damit die Diskrepanz zwischen bereitgestellten Finanzmitteln und dem Bedarf nicht zu drastisch ins Auge fällt, wird von Seiten der Geberländer auch noch versucht, den Bedarf künstlich zu reduzieren. Malawi, welches mit Unterstützung einer international zusammengesetzten Expertengruppe einen umfassenden Plan zur AIDS-Bekämpfung aufstellte, der bis zum Jahr 2010 etwa 1,6 Milliarden US \$ beanspruchen würde, sah sich auf Druck der Geberländer gezwungen, seine beantragten Projekte auf ein Volumen von 200 Millionen US \$ zu reduzieren [7]. Solche drastischen Kürzungen stellen jegliche positiven Effekte eines als umfassend geplanten Programms ernsthaft in Frage [8].

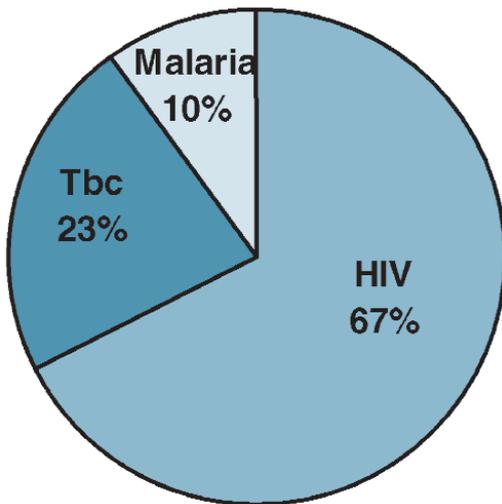


Abb. 1 ◀ **Global Fund, bisher akzeptierte Projekte nach Krankheitsbereich, Gesamtsumme=1.614 Mio. US\$**

Wie arbeitet der Global Fund?

Der Global Fund zur Bekämpfung von AIDS, Tuberkulose und Malaria wurde anlässlich der UN-Sondersitzung zu AIDS im Sommer 2001 von Kofi Annan ins Leben gerufen. Der Fond hat einen Beirat, bestehend aus 18 Regierungsvertretern und Experten, der über die eingereichten Projektvorschläge entscheidet. Ein Beiratsmitglied aus Deutschland, Dr. Christoph Benn, vertritt die Nicht-Regierungsorganisationen der Industriestaaten. Ein Technisches Review-Panel, bestehend aus 17 international anerkannten Experten, überprüft die eingereichten Vorschläge und formuliert entsprechende Empfehlungen für den Beirat. Die Vorschläge sollten bevorzugt über einen „Country Coordinating Mechanism“ (CCM) erarbeitet werden. Die jeweiligen nationalen Koordinationsgremien sollen sich aus Regierungsvertretern, Vertretern von Nicht-Regierungsorganisationen und von Betroffenen zusammensetzen.

Die bisherigen Erfahrungen bei der Bildung von CCMs sind sehr unterschiedlich. In einigen Ländern funktioniert die Zusammenarbeit zwischen Regierung, Nicht-Regierungsorganisationen und Organisationen von Menschen mit HIV und AIDS reibungslos und sehr konstruktiv, in anderen Ländern erwies sich die Bildung eines CCM als Katalysator für eine Verbesserung der Zusammenarbeit zwischen gesellschaftlichen Gruppen und Regierung, und in einigen Ländern gibt es Klagen, dass die Regierung CCMs ohne Konsultation und Absprache mit den re-

levanten im AIDS-Bereich arbeitenden Organisationen eingesetzt hat [9].

Ausnahmsweise können vom Fond daher auch Projekte finanziert werden, die von Nicht-Regierungsorganisationen direkt eingereicht werden. Dies gilt unter folgenden Voraussetzungen:

- ▶ das Land hat keine legitime Regierung,
- ▶ das Land befindet sich in einem bewaffneten Konflikt oder ist Opfer einer schweren Naturkatastrophe,
- ▶ es handelt sich um ein diktatorisches Regime oder die Regierung arbeitet nicht partnerschaftlich mit der Zivilgesellschaft zusammen,
- ▶ die Zielgruppe des Vorschlags wird in dem entsprechenden Land nicht als Zielgruppe akzeptiert (z. B. Män-

ner mit gleichgeschlechtlichen Sexualkontakten, Sexarbeiter, Drogengebraucher).

Als finanzieller „Treuhänder“ des Fonds agiert die Weltbank. Zum ersten Direktor des Fond wurde vom Beirat Dr. Richard Feachem berufen. Dr. Feachem war von 1995–1999 Direktor der Abteilung Gesundheit, Ernährung und Bevölkerung bei der Weltbank und seit 1999 Gründungsdirektor des Instituts für Globale Gesundheit der Universitäten von San Francisco und Berkley (Abb. 1 und 2).

Das Behandlungsdefizit

Am deutlichsten wird das fehlende „Commitment“, wenn es um die Frage der Behandlung geht. Angesichts der knappen Mittel gibt es Stimmen aus den reichen Industrieländern, die in Beiträgen in angesehenen Fachzeitschriften dafür plädieren, aus Gründen der Kosteneffektivität die vorhandenen Mittel ausschließlich für die Prävention einzusetzen und nicht für eine Verbesserung der medizinischen Versorgung [10, 11]. Solchen Überlegungen wurde von der AIDS-Konferenz eine klare Abfuhr erteilt. Es werde nicht zum Ziel führen, sei nicht glaubwürdig und erst recht nicht ethisch vertretbar, den Opfern der Epidemie heute jede Hilfe zu verweigern mit dem Argument, es sei kostengünstiger, zukünftige Generationen vor der Epidemie zu bewahren. Der Direktor des Global Fund führte ein Gleichnis an: er und ein Ökonom fahren durch Uganda



Abb. 2 ▶ **Global Fund, Budgetverteilung der HIV/AIDS-Projekte nach Region in den ersten zwei Jahren (US\$=429 Mio.)**

und gelangen an einer Straßenkreuzung zum Schauplatz eines schrecklichen Busunfalls mit vielen Verletzten. Ein erheblicher Teil der Verletzten könnte durch einen raschen Transport ins Krankenhaus wahrscheinlich gerettet werden. Vor der Wahl stehend, den Verletzten zu helfen und sie in die nächsten Krankenhäuser zu schaffen, verweigert sich der Ökonom mit der Begründung, es sei viel kosteneffektiver, zukünftige Unglücke zu verhindern, indem man in die Hauptstadt fährt und die Regierung überzeugt, Sicherheitsgurte und ähnliche Maßnahmen zur Erhöhung der Verkehrssicherheit einzuführen.

Die Kosten für den Kauf von antiretroviralen Medikamenten würden dabei nur einen Anteil von \$1,13 Milliarden an den vorgeschlagenen \$4,4 Milliarden zur Verbesserung der medizinischen Versorgung ausmachen, da die Preise für diese Medikamente durch Preisnachlässe der Pharmafirmen und durch die Konkurrenz von Generika drastisch gesunken sind und weiter fallen [12]. Generika werden inzwischen von Brasilien, Indien und Thailand produziert, China und Russland produzieren jeweils eine eigene Version von AZT und haben die technischen Kapazitäten und das Know-how, Generika in größerem Umfang zu produzieren.

Als „Argumente“ gegen eine antiretrovirale Behandlung in der Dritten Welt werden, nachdem die Medikamentenkosten drastisch gesunken sind, die fehlende medizinische Infrastruktur, das Problem eines adäquaten Monitorings der Therapie, die Gefahr einer Resistenzentwicklung, angeblich fehlende Compliance etc angeführt. Allerdings wird aus der selben Richtung, aus der zuvor mit den zu hohen Preisen argumentiert wurde, anhaltender Widerstand gegen den breiten Einsatz der billigeren Generika geleistet.

Konferenzbeiträge aus den wenigen laufenden Pilotprojekten in mehreren Ländern belegen, dass mit erheblichen Synergieeffekten auf die Prävention gerechnet werden kann, wenn die vielfach schlicht nicht vorhandene medizinische Versorgung der Erkrankten verbessert wird ([13], ThOr240, WeOrF1362, ThOrF1519). Wie groß diese Synergieeffekte tatsächlich sein werden, kann im Moment kein Ökonom ausrechnen, weil es bislang kein einziges größer angelegtes Projekt gibt, anhand dessen die Aus-

wirkungen einer angemessenen medizinischen Versorgung von Erkrankten berechnet werden könnten. Alle Projekte mit antiretroviraler Therapie in Ländern der Dritten Welt sind bislang begrenzte Projekte einzelner engagierter Nicht-Regierungsorganisationen – keine größere staatliche Entwicklungshilfeorganisation hat bisher ein Behandlungsprojekt finanziert. Im Unterschied dazu gibt es sehr wohl eine ganze Reihe von Studien, in denen aufwendige und teure diagnostische Maßnahmen (z. B. Viruslastbestimmung) nach Erste-Welt-Standard mit Dritte-Welt-Therapien kombiniert werden.

Paul Farmer berichtete von einem seit vielen Jahren in einer ländlichen Region Haitis arbeitenden Projekt, welche positiven Effekte eine Integration von medizinischer Versorgung und Prävention haben kann. Die Verbesserung der klinischen Versorgung, zunächst beschränkt auf die Behandlung der Tuberkulose, dann erweitert auf eine antiretrovirale (Kombinations-)Therapie, hat die Motivation der Mitarbeiter gefördert, zu einem deutlichen Abbau des mit AIDS verknüpften Stigmas geführt und die Qualität der HIV-Präventionsmaßnahmen deutlich verbessert.

Das Projekt begann Ende der 80er-Jahre und konzentrierte sich zunächst auf die Bereitstellung von Kondomen, das Angebot von Beratung und HIV-Test sowie allgemeine Sexualaufklärung in Schulen, Kirchen und Gemeindeversammlungen. Obwohl damit die lokale HIV-Prävalenz auf einem stabilen Niveau gehalten werden konnte, blieben die Auswirkungen beschränkt. Zunehmend kamen junge Leute mit HIV infiziert aus den Städten zurück in ihre Heimatregion. Der Anteil der HIV-bedingten Krankenhausaufnahmen stieg von 25% Anfang der 90er-Jahre auf 40% Mitte der neunziger.

Mitte der 90er-Jahre wurde dann zusätzlich zu den HIV-Präventionsbemühungen die Behandlung der Tuberkulose als häufigster klinischer Komplikation der HIV-Infektion in das Projekt mit aufgenommen. Seit 1996 wurde im Rahmen der Schwangerschaftsbetreuung zur Verhütung der Mutter-Kind-Übertragung Zidovudin bei HIV-infizierten Schwangeren eingesetzt. Vor dem Einsatz von Zidovudin lag die Testbereitschaft der Schwangeren bei 15–20%, nach der Einführung von Zido-

vudin stieg sie auf über 90%. 1998 wurde mit der antiretroviralen Kombinationstherapie bei schwerkranken Patienten begonnen – ohne die Möglichkeit, CD4-Zellzahl, Viruslast oder Resistenz zu bestimmen. Die Einnahme der Medikamente wird überwacht durch lokale Mitarbeiter, die die Patienten jeden Tag besuchen. Der Zugang zu den Medikamenten beruht nicht auf deren Fähigkeit, für die Behandlung zu bezahlen, sondern auf der medizinischen Dringlichkeit. Derzeit erhalten etwa 10–12% der 2000 betreuten HIV-positiven Patienten diese antiretrovirale Therapie.

Es gibt viele Indikatoren für den Erfolg dieser Strategie: die Nachfrage nach HIV-Testung und Beratung hat sich verfünffacht, das Gewicht der ausgezehrten Patienten nimmt unter der Therapie wieder zu, die Sterberate nimmt ab, das mit AIDS verknüpfte Stigma wird dramatisch reduziert. Ein Patient, der darum bat, dass sein Bild und seine Worte für den Redebeitrag von Paul Farmer in Barcelona verwendet werden, berichtet: „Bevor ich mit der Therapie begann, war ich ein wandelndes Skelett. Ich hatte Angst, das Haus zu verlassen, und niemand kam in meinen Laden, um etwas zu kaufen. Aber jetzt geht es mir wieder gut... Meine Frau ist zu mir zurückgekommen, und meine Kinder schämen sich nicht mehr, mit mir zusammen gesehen zu werden. Ich kann wieder arbeiten....“.

Die hohe Wirksamkeit der Kombinationstherapie auch bei schwer immunsupprimierten Patienten und die Erreichbarkeit einer hohen Compliance werden auch durch die Pilotprogramme von „Ärzte ohne Grenzen“ bestätigt. Rechnet man die Patienten nicht mit ein, bei denen die Therapie zu spät begonnen wurde, und die bereits innerhalb des ersten Monats nach Beginn der Therapie versterben, ist der Anteil der Überlebenden nach 6 Monaten 93%, von diesen erhalten 94% weiterhin eine Therapie. Für diejenigen, bei denen das Gewicht gemessen wurde, ist das Gewicht im Mittel nach 6 Monaten um 3 Kilogramm gestiegen, der mittlere Zugewinn an CD4-Zellen (Ausgangswert 48 Zellen/ μ l) beträgt 104 Zellen/ μ l, die Viruslast sinkt bei 82% unter die Nachweisgrenze.

In den Programmen von Ärzten ohne Grenzen werden standardisierte Kombinationen verwendet: als erste Kombination kommt Zidovudin/Lamivudin + Nevirapin oder Efavirenz zum Einsatz,

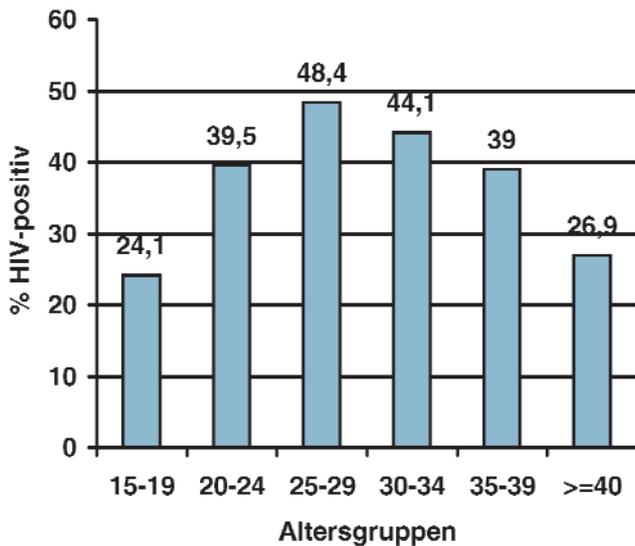


Abb. 3 ◀ HIV-Prävalenz bei Schwangeren nach Altersgruppen, Botswana 2001

als zweite Kombination Stavudin, Didanosin + Nelfinavir und als dritte Didanosin, Abacavir und Ritonavir/Saquinavir. Die akuten Nebenwirkungen beschränken sich auf die bekannten Nebenwirkungen und treten vorwiegend zu Beginn der Therapie auf. Ein Monitoring von Differentialblutbild und ALT-Werten sowie das klinische Monitoring reichen in den meisten Fällen, um schwere Nebenwirkungen zu entdecken. Auch hinsichtlich der teuren Verlaufsteste gibt es Bewegung. Die Entwicklung von Microchip-Tests, mit denen HIV-Antikörper, p24-Antigen, HIV-RNA und CD4-Zellzahl bestimmt werden können, ist bereits weit vorangeschritten. Damit könnten diese Testkosten gegenüber den bisher verwendeten Verfahren auf 1–5% der derzeitigen Kosten reduziert werden [WeOrB1343].

Es ist keine Frage, dass eine Ausweitung der antiretroviralen Behandlung auch erhebliche Anforderungen an die Infrastruktur und an die personellen Ressourcen stellt. Ein konstanter und wirksamer Verteilungsmechanismus für die Medikamente muss etabliert werden, medizinisches und angelerntes Laienpersonal muss geschult werden, Untersuchungs- und Behandlungseinrichtungen müssen auf- und ausgebaut werden. Aber es ist keine Arztdichte wie in den westlichen Industrieländern notwendig, um im großen Stil antiretrovirale Medikamente einzusetzen. Weitergebildete Laien können wichtige Funktionen übernehmen und gerade auch Patienten, die durch eine Behandlung wieder arbeitsfähig werden oder arbeitsfähig blei-

ben, sind oft hochmotivierte Mitarbeiter nicht nur in Betreuungs- und Behandlungsprojekten, sondern auch in der Prävention.

Die Entwicklung von Microchip-Tests, mit denen z. B. HIV-Antikörper und CD4-Zellzahl bestimmt werden können, ist weit vorangeschritten.

Das Risiko einer Resistenzentwicklung gegen die Medikamente muss keineswegs größer sein als in den Industrieländern. Eine erhöhte Rate von Resistenzbildung ist bisher vor allem bedingt durch unzuverlässige Medikamenteneinnahmen infolge der hohen Kosten der Medikamente und unzuverlässiger Vertriebswege [14]. Wenn diese Ursachen ausgeschaltet werden, kann das Risiko in Entwicklungsländern im Gegenteil sogar niedriger werden, da dort ungeachtet der Patentsituation fixe generische Kombinationsmedikamente eingesetzt werden können, die das Problem der Resistenzentwicklung wegen unzuverlässiger Medikamenteneinnahme vermindern.

Das Beispiel Botswana – Ein Land kämpft ums Überleben

Botswana ist ein dünnbesiedeltes Land im Zentrum Südafrikas. Die nur 1,6 Millionen Einwohner konzentrieren sich im Wesentlichen im Süden und Osten des Landes an den Grenzen zu Südafrika und Zimbabwe. Aufgrund von Diaman-

tenvorkommen und anderen Bodenschätzen hat das Land zusammen mit Südafrika das höchste durchschnittliche Prokopfeinkommen in Afrika, verfügt über eine gute Infrastruktur und ein relativ leistungsfähiges öffentliches Gesundheitswesen. Die Regierungsform ist eine parlamentarische Demokratie, die politischen Verhältnisse sind stabil. Botswana zählt nicht als Entwicklungsland und erhält daher auch keine Entwicklungshilfe.

Der erste HIV/AIDS-Fall im Land wurde 1985 diagnostiziert. Seitdem ist die HIV-Prävalenz rasch und stetig angestiegen. 1992 waren 18% der Schwangeren HIV-positiv, im Jahr 2001 bereits 36%. In einzelnen Distrikten und Altersgruppen ist mehr als die Hälfte der Schwangeren mit HIV infiziert, in keinem Distrikt liegt die HIV-Prävalenz niedriger als 25% (Abb. 3).

Auf Basis der Ergebnisse einer landesweiten Sentinelstudie wird die Zahl der HIV-infizierten Erwachsenen im Alter zwischen 15 und 49 Jahren auf 166.000 Frauen und 92.000 Männer geschätzt, was eine landesweite HIV-Prävalenz in diesen Altersgruppen von 29,7% bedeutet. Die Gesamtzahl der HIV-Infizierten unter den 1,6 Millionen Einwohnern wird auf 330.000 geschätzt.

Zu den Gründen für die hohe HIV-Prävalenz in Botswana zählen die durch ökonomische Umstände erzwungene hohe Mobilität der Bevölkerung, sowohl innerhalb des Landes als auch zwischen den Nachbarländern, hohe Prävalenzen sexuell übertragbarer Krankheiten, eine durch raschen sozialen Wandel und wirtschaftliche Entwicklung begünstigte Zerstörung traditioneller Familien- und Stammesstrukturen und ein sehr hoher Anteil junger Menschen an der Bevölkerung, für die wenig Freizeitangebote existieren. Die Mehrheit der Schwangeren ist nicht verheiratet, die sexuellen Partnerschaften sind oft von relativ kurzer Dauer. Die mittlere Lebenserwartung in Botswana ist aufgrund von AIDS von 67 Jahren auf gegenwärtig 42 Jahre gefallen. Die Zahl der Waisenkinder würde ohne Verfügbarkeit einer wirksamen Behandlung für ihre Eltern von derzeit 65.000 bis zum Jahr 2010 auf zwischen 160.000 und 215.000 ansteigen. Die registrierte Tuberkuloseinzidenz ist von 200/100.000 im Jahr 1989 auf 500/100.000 im Jahr 1997 angestiegen. Aufgrund der AIDS-Situation wird

Adults and children estimated to be living with HIV/AIDS as of end 2001

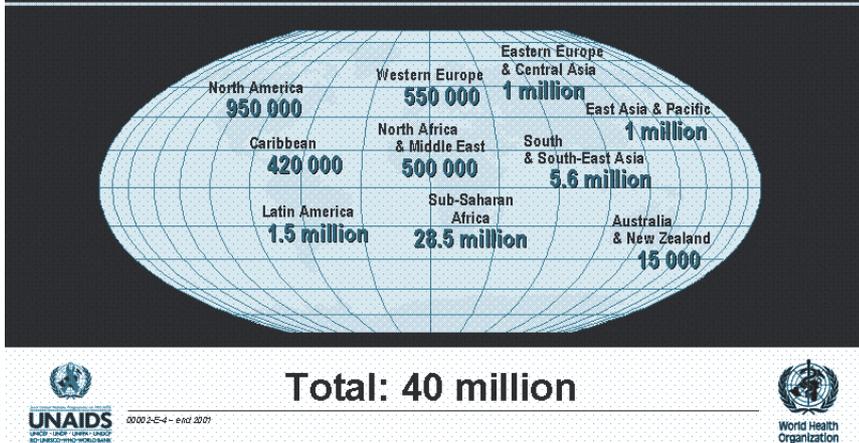


Abb. 4 ▲ Weltweite Verteilung der derzeit lebenden 40 Millionen HIV-Infizierten (Quelle: UNAIDS)

mit einem Anstieg der Staatsausgaben innerhalb der nächsten 10 Jahre um 7–18% gerechnet, während die Einnahmen um ca. 12% fallen werden. Derzeit werden bereits mehr als 20% des Staatshaushalts für HIV/AIDS-Programme ausgegeben.

Das ambitionierte Anti-AIDS-Programm kann Botswana aus eigener Kraft nicht dauerhaft finanzieren.

Die Regierung von Botswana, die auf der AIDS-Konferenz in Barcelona mit einer größeren Delegation unter Leitung der Gesundheitsministerin vertreten war, warb daher um weitere Unterstützung und Partner, da das ambitionierte Anti-AIDS-Programm aus eigener Kraft nicht dauerhaft finanziert werden kann.

Die Regierung von Botswana hat die Bedrohung des Landes durch HIV/AIDS erkannt und ist ernsthaft bemüht, eine umfassende Strategie zur Prävention und medizinischen und psychosozialen Versorgung der Betroffenen zu organisieren [15]. Der Präsident selbst leitet das nationale AIDS-Bekämpfungsprogramm und hat u.a. öffentlich mitgeteilt, dass auch Mitglieder seiner eigenen Familie betroffen sind. 1999 wurden die ersten Pilotprojekte zur Reduzierung der Mutter-Kind-Übertragung in den beiden größten Städten des Landes begonnen. Dieses Programm wird derzeit landesweit implementiert.

Waisenkinder haben Anspruch auf einen Nahrungsmittelkorb im Wert von 35 US\$ im Monat. Im Jahr 2000 wurde mit dem Aufbau eines landesweiten Netzwerkes von Test- und Beratungszentren begonnen. Die Zahl der Getesteten ist von anfangs 100 pro Monat auf mittlerweile 2000 pro Monat gestiegen. Psychosoziale Unterstützung für Menschen mit HIV und AIDS bietet ein im Aufbau befindliches landesweites Netzwerk von Coping Centres (COCEPWA). Die COCEPWAs sind offen für alle HIV-Positiven und ihre Familien. Die Angebote umfassen Beratungsangebote, Selbsthilfegruppen, Aufklärung über Behandlungsmöglichkeiten, materielle Unterstützung, Beteiligung an Präventions- und Aufklärungskampagnen. Ziel ist die gegenseitige Unterstützung, ein aktiver und offener Umgang mit dem positiven HIV-Status und die Interessenvertretung nach außen.

Die Kondomwerbung wird weiter intensiviert, und mit finanzieller Unterstützung der Regierung werden landesweit über 10.000 Kondomautomaten installiert, über die kostenlos Kondome verfügbar gemacht werden. Botswana ist das erste Land Afrikas, das sich entschieden hat, antiretrovirale Kombinationstherapien über das öffentliche Gesundheitssystem verfügbar zu machen. Der Zugang zu Medikamenten soll schrittweise ausgebaut werden, parallel dazu werden entsprechende Laborkapazitäten aufgebaut und die Schulung von medizinischem und paramedizinischem Personal vorangetrieben. In Zusammen-

arbeit mit dem Harvard-AIDS-Institut wurde ein nationales HIV-Referenzlabor eröffnet, und durch ein Austausch- und Hospitationsprogramm soll die klinische Aus- und Weiterbildung von Ärzten, Pflege- und Laborpersonal sichergestellt werden. Zunächst stehen die Kombinationstherapien für HIV-positive Schwangere und ihre Partner zur Verfügung, als nächstes für HIV-positive Patienten mit Tuberkulose. Im Rahmen einer Public-Private-Partnership wird das Behandlungsprogramm u.a. von der Bill&Melinda-Gates-Stiftung sowie der Pharmafirma Merck unterstützt, die 2 Medikamente für die Behandlung kostenlos zur Verfügung stellt.

Epidemiologie nach Regionen

Sub-Sahara Afrika

Sub-Sahara-Afrika trägt mit 3,5 Mio. Neuinfektionen im Jahr 2001 noch immer die Hauptlast der weltweiten Epidemie. Derzeit leben in dieser Region 28,5 Mio. Menschen mit HIV und AIDS, von diesen haben bislang weniger als 30.000 Zugang zu antiretroviraler Therapie. Neben den direkten Folgen der Epidemie wie Erkrankung und Tod muss die Region auch noch mit einem dramatischen Anstieg der Zahl der Waisenkinder umzugehen lernen. Deren Zahl beläuft sich in Afrika heute schon auf 34 Millionen, von denen 11 Mio. auf das Konto von AIDS gehen. Bis 2010 wird die Zahl der Waisenkinder auf 42 Mio. anwachsen, von denen dann 20 Millionen einen oder beide Elternteile durch AIDS verloren haben werden [16]. Traditionelle Hilfesysteme wie die Großfamilie sind durch diese Dimensionen überfordert, zumal in den Ländern mit besonders hoher HIV-Prävalenz. Im südlichen Afrika werden im Jahr 2010 zwischen 15 und 25% aller Kinder Waisenkinder sein, 70–90% davon wegen AIDS. Allein schon um diesen massiven sozialen Sprengstoff zu entschärfen, führt kein Weg daran vorbei, das Leben der Eltern auch durch Behandlung mit antiretroviralen Medikamenten zu verlängern und damit der ganzen Gesellschaft mehr Zeit zu verschaffen, mit diesen gewaltigen Herausforderungen fertig zu werden (Abb. 4).

In städtischen Regionen Botswanas in der am stärksten betroffenen Alters-

gruppe der 25- bis 29-jährigen Schwangeren wurden bereits Spitzenwerte der HIV-Prävalenz von 56% erreicht. Dazu tragen insbesondere Altersunterschiede zwischen Männern und Frauen bei. Sie führen dazu, dass gerade junge Frauen bereits am Beginn ihres Geschlechtslebens ein extrem hohes Risiko haben, sich mit HIV zu infizieren. Besonders im östlichen und südlichen Afrika werden erschreckend hohe HIV-Prävalenzen und -Inzidenzen schon bei weiblichen Teenagern beobachtet. Bei jungen Frauen werden verbreitet schon in den Altersgruppen der bis 20-jährigen HIV-Prävalenzen von ca. 20% erreicht, während bei jungen Männern der Anstieg der HIV-Prävalenzen erst nach dem 20. Lebensjahr beginnt. Als Ursache für die frühe Infizierung werden schon seit langem große Altersunterschiede in den sexuellen Partnerschaften vermutet, die von Mädchen und jungen Frauen eingegangen werden. Diese Vermutungen werden bestätigt durch eine Untersuchung aus Zimbabwe [17]. Zwar berichten Jungen und Mädchen den Beginn sexueller Beziehungen durchschnittlich im selben Alter, aber die Bandbreite ist bei den Mädchen größer. Während Jungen ihre ersten sexuellen Erfahrungen in der Regel mit gleichaltrigen oder nur wenig jüngeren Mädchen haben, hat ein Teil der Mädchen sexuelle Beziehungen zu z. T. deutlich älteren Männern. Je größer die Altersdifferenz zwischen den Partnern, desto größer ist statistisch gesehen das Risiko für eine HIV-Infektion beim jüngeren Partner.

So bestimmt die ökonomische Abhängigkeit der Frauen von den Männern traditionelle Rollenverteilung und das System sexueller Beziehungen wesentlich das hohe Infektionsrisiko für junge Frauen. Dabei hilft es nicht unbedingt, an nur einem dieser Faktoren anzugreifen. Frauen, die finanziell unabhängig sind, haben oft trotzdem keine Möglichkeit, ihre Bedürfnisse gegen die Wünsche der Männer durchzusetzen [MoOrE1112].

Eine stärkere Propagierung und Verbreitung von Kondomen wäre relativ leicht möglich. Eine Untersuchung in Burkina Faso identifizierte bestimmte Orte in städtischen und ländlichen Regionen, an denen Männer und Frauen neue Sexualpartner suchen und finden. An nur etwa einem Fünftel dieser Orte sind Kondome verfügbar, aber zwei

Drittel wären bereit, Kondome zu verkaufen und sich an AIDS-Präventionsaktivitäten zu beteiligen [TuPpD2061]. Ein wichtiger Aspekt der Kondomwerbung muss – neben der Bekämpfung von Mythen (z. B. „Kondome verursachen AIDS“) und Fehlinformationen zu HIV-Übertragungswegen – die „Normalisierung“ von Kondomen sein. Der Verweis auf die hohe Verbreitung von HIV in der Bevölkerung ist bei der Aushandlung von Kondomgebrauch durch die Frauen deutlich wirksamer als die Verknüpfung des Themas Kondome mit sexueller Untreue [MoPeD3645].

Abhängig vom Status der Epidemie spielen soziale und ökonomische Faktoren, zu denen auch Wanderarbeit bzw. alle Formen von arbeitsbedingter Trennung der Männer von ihren Familien zählen, eine unterschiedlich große Rolle für die Ausbreitung von HIV. In Ländern mit sehr hohen Prävalenzen von HIV in der erwachsenen Bevölkerung (>10%) kommt den Migrationsbewegungen dann allerdings keine große Bedeutung mehr für das HIV-Risiko zu – auch ortsständige Personen mit mehreren Partnern haben hier ein vergleichbar hohes Risiko wie Arbeitsmigranten [ThPeD7692; ThPeC7454]. Bei den biologischen Faktoren spielen andere sexuell übertragbare Erkrankungen und hier besonders die genitalen Herpes-simplex-Infektionen als wichtiger Kofaktor einer HIV-Transmission eine Rolle. Die HSV-Prävalenz und -Inzidenz ist, im Unterschied zur Syphilisinzidenz, bei jungen Frauen fast doppelt so hoch wie bei Männern und korreliert mit dem höheren HIV-Infektionsrisiko von Frauen [MoOrC1011]. Eine Untersuchung in Indien belegt das hohe Risiko einer simultanen Infektion mit HSV-2 und HIV. Bei kürzlich erfolgter HSV-2-Infektion war in dieser Untersuchung das relative Risiko für eine HIV-Infektion um das 3,8fache erhöht [MoOrC1012].

Der protektive Effekt, den die Beschneidung des Mannes für dessen Infektionsrisiko haben kann, wurde zum einen durch eine epidemiologische Untersuchung beschnittener und unbeschnittener Männer derselben Volksgruppe der Luo in Kenia belegt [ThOrC1486] (die HIV-Prävalenz bei beschnittenen Männern war nach Berücksichtigung anderer Risikofaktoren nur halb so hoch wie bei unbeschnittenen), zum anderen wurde die biologische

Plausibilität dadurch untermauert, dass auf der Innenseite der Vorhaut eine besonders hohe Dichte von Langerhanszellen und ein besonders dünne Keratinschicht nachgewiesen werden kann, die dem Virus hier das Eindringen in den Körper erleichtert [WePeA5739].

Auch aus Afrika sind positive Trends der HIV-Prävalenz zu melden.

Trotz aller widrigen Umstände und Hiobsbotschaften sind aber auch aus Afrika positive Trends zu melden: Aus Uganda wird bei Schwangeren in der Hauptstadt Kampala ein HIV-Prävalenzrückgang von 30% (1992) auf 12% (2000) berichtet. Weitere z. T. bevölkerungsbasierte Studien in Uganda bestätigen, dass es sich hierbei nicht um Untersuchungsartefakte, sondern um einen tatsächlich landesweit rückläufigen Trend handelt [18]. Ein deutlicher Rückgang der HIV-Prävalenzen wird auch bei Schwangeren in Sambia beobachtet, und in Südafrika scheint sich die Prävalenz zunächst bei 25% zu stabilisieren. Als Gründe für diese positiven Trends werden die zunehmende Kondomverwendung (Uganda hat hier eine Vorreiterrolle), der spätere Beginn sexueller Aktivität besonders bei den jungen Frauen, ein Rückgang der Partnerzahlen sowie die Verbesserung der STD-Behandlung angeführt.

Auf der anderen Seite stehen Zunahmen der HIV-Prävalenz z. B. in Kamerun von ca. 5% Mitte der 90-er auf 11% im Jahr 2000 [19], aber auch in Nigeria und in Angola, wo nach dem Ende des jahrzehntelangen Bürgerkriegs zunehmende Bewegungsfreiheit und Binnenmigration die Ausbreitungschancen für HIV erhöhen. Eine Beschleunigung der Epidemie im westlichen Zentralafrika in Ländern wie Kamerun kann nicht zuletzt auch das Risiko bergen, dass neue Virustypen und Rekombinanten sich ausbreiten. Aufgrund der hohen Diversität der HIV-Isolate aus dieser Region wird vermutet, dass hier besonders häufig Spezieswechsel von Immundefizienzviren von Affen auf den Menschen stattfinden [TuPeC4789]. Eine Untersuchung auf entsprechende Expositionsrisiken ergibt ein nicht unbeträchtliches Risiko von Kontakt mit Affenblut durch Jagen, Schlachten und Essen von Buschfleisch sowie Kontakt mit als Haustieren

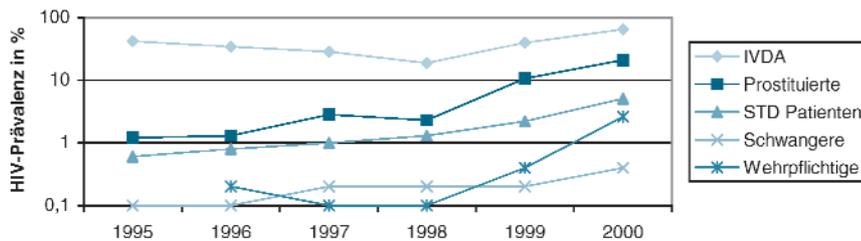


Abb. 5 ▲ HIV-Prävalenz in verschiedenen Bevölkerungsgruppen in Ho Chi Minh-Stadt (Logarithmische Skalierung der y-Achse!) (Quelle: MoPpC2016)

gehaltenen Affen. Der Anteil der erwachsenen Befragungsteilnehmer aus Dörfern in Kamerun in Regenwaldgebieten mit solchen Blutkontakten liegt bei 4–11% [TuPeC4818].

Rolle der verbesserten STD-Behandlung für die HIV-Prävention

Bereits im Jahr 1995 ergab eine kontrollierte Vergleichsstudie im Norden Tansanias in der Umgebung von Mwanza, dass durch syndromische Behandlung sexuell übertragbarer Infektionen und den Aufbau einer kontinuierlich verfügbaren Behandlungsinfrastruktur die Zahl der HIV-Neuinfektionen um ca. 40% reduziert werden konnte. Einige Jahre später kamen 2 Studien im benachbarten Uganda zu scheinbar widersprechenden Ergebnissen. Ein Symposium in Barcelona versuchte, diese Widersprüche zu erklären.

Die erneute Analyse der Daten zeigt, dass die Studienpopulation in Mwanza bei Beginn der Studie ein höheres Maß an Risikoverhalten aufwies: früherer Beginn sexueller Aktivität, höhere Partnerzahlen und niedrigerer Kondomgebrauch. Dies trug dazu bei, dass die Prävalenz behandelbarer bakterieller STDs in Mwanza höher war als in Uganda, wo aufgrund der schon weiter fortgeschrittenen HIV-Epidemie und der schon länger betriebenen Prävention das Risikoverhalten der Bevölkerung bereits reduziert war [MoOrD1085-1087]. Die Schlussfolgerung daraus ist, dass einer besseren STD-Behandlung vor allem in frühen Stadien der HIV-Epidemie eine besonders hohe Bedeutung zukommt.

Eine vorsorgliche periodische Behandlung mit Azithromycin wurde bei mehreren Studien in einer Bergwerksiedlung in Südafrika, in Kenia und auf den Philippinen bei Prostituierten durchgeführt. Dadurch konnte die STD-

Prävalenz bei den Frauen deutlich gesenkt werden. In der südafrikanischen Bergwerkssiedlung war als indirekte Konsequenz auch ein Rückgang der STD-Prävalenz bei den Minenarbeitern nachzuweisen [TuOrD1150-1152].

Asien

In Asien hat sich durch die schätzungsweise 1 Mio. Neuinfektionen 2001 die Zahl der dort lebenden HIV-Infizierten auf etwa 6,6 Mio. erhöht. Auch in dieser Region hat bislang nur ein winziger Bruchteil der Infizierten (<30.000) Zugang zu antiretroviralen Therapien. Die im Entstehen begriffenen bevölkerungsweiten Epidemien in Thailand und Kambodscha konnten durch relativ pragmatische Präventionskampagnen (100% Kondomgebrauch in der Sexindustrie), die mit politischer Rückendeckung betrieben werden konnten, vorerst eingedämmt werden. Die Lektionen daraus haben Nachbarländer wie China, Vietnam, Burma und Indonesien noch nicht gelernt. In all diesen Ländern – inzwischen auch in Indonesien, welches jahrelang verschont zu bleiben schien – werden lokal oder regional bereits hohe und weiter steigende Prävalenzen bei Drogengebern und bei Frauen registriert, die in der Sexindustrie arbeiten.

Doch die Epidemie bleibt auf diese Gruppen nicht beschränkt. In Ho Chi Minh City, dem früheren Saigon, stieg die HIV-Prävalenz bei STD-Patienten von 0,6% im Jahr 1995 auf 8,2% im Jahre 2001, bei Schwangeren von 0,1% auf 0,4%, bei jungen Wehrpflichtigen von 0,2% im Jahr 1996 auf 3,0%. Die HIV-Prävalenz bei Drogengebern in der Stadt liegt bei ca. 50%, bei Frauen in der Sexindustrie um 20% (Abb. 5) [MoPpC2016]. Die Prävalenzdaten bei diesen beiden Gruppen basieren auf Untersuchungen von internierten Personen

und sind daher möglicherweise nicht repräsentativ.

In China gibt es erste lokale Pilotprojekte, die die 100%ige Kondombenutzungskampagne der Thais imitieren. Die ersten Erfahrungen sind vielversprechend und zeigen, dass das Modell mit geringen Modifikationen auf den chinesischen Kontext übertragbar ist [ThPeD7668]. Eine wirksame Prävention für marginalisierte Gruppen wird jedoch oft dadurch behindert, dass die Verantwortlichen vielfach immer noch glauben, HIV-Prävention durch repressive Maßnahmen (Kriminalisierung und Internierung) betreiben zu können.

Der allgemeine Wissensstand über HIV/AIDS muss erhöht werden.

Das Informationsniveau zu Übertragungswegen beim Drogenkonsum und bei sexuellen Kontakten ist niedrig, der Zugang zu sterilen Spritzen und Kanülen ist eingeschränkt, und/oder diese sind zu teuer. Viel muss daher noch getan werden, um den allgemeinen Wissensstand über HIV/AIDS zu erhöhen. Eine Studie mit 7.000 Befragten in 7 Bezirken dokumentiert ausgeprägte Wissens- und Informationslücken: Nahezu 17% der Befragten haben noch nie von AIDS gehört, fast 55% wissen nicht, was die Ursache von AIDS ist, mehr als 75% waren sich nicht darüber im Klaren, welche Schutzmaßnahmen es vor einer Infektion gibt [MoPpD2021]. Zu den Drogenkonsum assoziierten und den sexuellen Übertragungen kommen in China noch bis zu 150.000 Opfer skrupelloser Missachtung von Hygienemaßnahmen hinzu, die durch Panschereien bei der Blutspende infiziert wurden.

Osteuropa

Ähnliche Probleme behindern die HIV-Prävention in Osteuropa, wo ca. 250.000 Neuinfektionen im Jahr 2001 die Zahl der dort lebenden HIV-Infizierten innerhalb weniger Jahre auf das Doppelte der Zahlen in Westeuropa haben anschwellen lassen. Von den derzeit dort lebenden 1 Mio. HIV-Infizierten haben bisher weniger als 1.000 die Möglichkeit, mit antiretroviraler Therapie behandelt zu werden. Die Ukraine steht als erstes Land in Europa an der Schwelle zu ei-

nem Hochprävalenzland, die definiert wird durch eine 1%ige HIV-Prävalenz in der erwachsenen Bevölkerung. Der Beginn der heterosexuellen Ausbreitung unter Sexualpartnern von Drogengebranchern ist vielerorts bereits deutlich erkennbar. Besonders hoch ist das Ausbreitungsrisiko bei Obdachlosen und Gefangenen, die auch sehr hohe Infektionsraten mit anderen sexuell übertragbaren Krankheiten und Tuberkulose aufweisen und oft keinen Zugang zu medizinischer Versorgung haben. Bei obdachlosen Frauen mit Prostitutionserfahrung in Moskau wurde beispielsweise bei mehr als 55% eine positive Lues-Serologie und bei mehr als 3% eine positive HIV-Serologie festgestellt [ThPeC7598]. Bei weiblichen Gefangenen in Moskau, die sexuelle Dienste gegen Geld, Drogen oder andere Gefälligkeiten getauscht hatten, lag die HIV-Prävalenz bei 2,7%, die Syphilisserologie war bei 38% positiv, und 72% hatten eine bakterielle sexuell übertragbare Infektion [ThPeC7600].

Diskriminierung und Kriminalisierung sind ein wesentliches Hindernis für erfolgreiche Prävention.

Etwa 18% der offiziell registrierten HIV-Infizierten befinden sich augenblicklich in Gefängnissen. Mit etwa 1,2 Millionen Gefangenen ist Russland zusammen mit den USA eines der Länder mit den höchsten Raten von Häftlingen bezogen auf die Gesamtbevölkerung. Mindestens 9% der Gefängnisinsassen injizieren Drogen, und zwei Drittel davon tauschen regelmäßig Spritzen. Der geringe Kenntnisstand von Insassen und Personal und das Fehlen von Präventionsstrategien in Gefängnissen führen oft zu Isolationsmaßnahmen gegenüber bekannt HIV-positiven Gefangenen bis hin in Extremfällen zur Ermordung durch Mitgefangene. Ein Pilotprogramm zur HIV-Aufklärung und -Prävention bei Gefängnisinsassen und Personal, das 1999 mit Unterstützung des Justizministeriums begonnen wurde, erreicht bisher gerade einmal 8 Gefängnisse in 4 von 85 Regionen [20].

Diskriminierung und Kriminalisierung der meist jugendlichen Drogenkonsumenten erweist sich als wesentliches Hindernis für erfolgreiche Prävention. So gibt es in Weißrussland zwar beachtliche 34 staatliche Nadelaustauschprogramme, aber diese gaben in den Jahren 1999 und 2000 gerade einmal 23.000 Spritzen aus, etwa 5% der Menge, die die 7 durch Nicht-Regierungsorganisationen betriebenen Nadelaustauschprogramme im selben Zeitraum verteilten (450.000). Gründe für die fehlende Akzeptanz der staatlichen Angebote sind schlechte Erreichbarkeit (ungünstige Lage, eingeschränkte Öffnungszeiten), Verzicht auf Vor-Ort-Arbeit, Material, das nicht den Anforderungen genügt und die Tatsache, dass der Zugang häufig begrenzt ist auf Drogengebraucher, die sich staatlich registrieren lassen.

Des Weiteren verzichten bisher fast alle GUS-Staaten auf Drogensubstitutionsprogramme und damit auf ein Instrument, welches in Westeuropa einen wichtigen Beitrag zur Eindämmung der HIV-Epidemie unter Drogengebranchern geleistet hat. Allein schon die Diskussion über Methadon ist aus ideologischen Gründen weitgehend tabuisiert, was umso dramatischere Folgen hat, als auch kaum sinnvolle Drogenentzugsprogramme zur Verfügung stehen [TuOrF1164].

Im Aprilheft folgt Teil 2 des Tagungsberichtes (Entwicklung in den westlichen Industriestaaten, Präexpositionsprophylaxe, Mikrobiozide, Prophylaxe der Mutter-Kind-Übertragung, HIV-Superinfektion, Impfung).

(Literaturverweise im Text beginnend mit Buchstaben-Zahlenkürzeln wie Mo, Tu, We oder Th beziehen sich auf Konferenzabstrakts der XIV. Internationalen AIDS-Konferenz in Barcelona, 7.-12. Juli 2002)

Literatur

1. United Nations (2001) UN General Assembly Special Session. Declaration of Commitment on HIV/AIDS (resolution S-26/2). New York, <http://www.unaids.org/UNGASS/index.html>
2. UNAIDS (2002) Report on the global HIV/AIDS epidemic 2002. UNAIDS/02.26E, Geneva
3. Stover J, Walker N, Garnett GP et al. (2002) Can we reverse the HIV/AIDS pandemic with an expanded response? *Lancet* 360:73-77
4. Schwartländer B, Stover J, Walker N et al. (2001) Resource needs for HIV/AIDS. *Science* 292:2434-2436
5. Attaran A, Sachs J (2002) Defining and refining international donor support for combating the AIDS pandemic. *Lancet* 357:57-61
6. UNAIDS (2001) Calculating the cost of an effective global campaign against HIV/AIDS. UNAIDS, Geneva
7. Science (News Focus) (2002) Malawi: a suitable case for treatment. *Science* 297:927-929
8. Health GAP, Baker BK (2002) The Global Fund to treat AIDS, Tb, and malaria: fulfilling or betraying the promise of treatment. Health GAP
9. ICASO (2002) Global Fund update for NGOs and civil society. ICASO, Toronto
10. Marseille E, Hofmann PB, Kahn JG (2002) HIV prevention before HAART in sub-Saharan Africa. *Lancet* 359:1851-1856
11. Creese A, Floyd K, Alban A et al. (2002) Cost-effectiveness of HIV/AIDS interventions in Africa: a systematic review of evidence. *Lancet* 359:1635-1642
12. Medecins sans Frontieres (2002) Overcoming the treatment deficit. MSF
13. Farmer P, Leandre F, Mukherjee JS et al. (2001) Community-based approaches to HIV treatment in resource-poor settings. *Lancet* 358:4004-4009
14. Weidle PJ, Malamba S, Mwebaze R et al. (2002) Assessment of a pilot antiretroviral drug therapy programme in Uganda: patients' response, survival, and drug resistance. *Lancet* 360:34-40
15. NACA (National AIDS Coordinating Agency) (2002) Botswana 2001 HIV seroprevalence sentinel survey among pregnant women and men with sexually transmitted infections - A technical report. Botswana
16. UNAIDS/UNICEF (2002) Children on the Brink 2002 - A joint report on orphan estimates and program strategies. Washington DC: The Synergy Project 2002
17. Gregson S, Nyamukapa CA, Garnett GP et al. (2002) Sexual mixing patterns and sex-differentials in teenage exposure to HIV infection in rural Zimbabwe. *Lancet* 359:1896-1903
18. Mbulaiteye SM, Mahe C, Whitworth JAG et al. (2002) Declining HIV-1 incidence and associated prevalence over 10 years in a rural population in south-west Uganda: a cohort study. *Lancet* 360:41-46
19. MAP (2002) The status and trends of the HIV/AIDS epidemics in the world. Barcelona MAP-Symposium, July 2-4, 2002
20. AIDS Foundation East West (2002) Factsheet HIV/AIDS prevention and health promotion in the Russian prison system. Moscow: AFEW