

U. Marcus
Robert Koch-Institut, Berlin

Erste Eindrücke von der XIII. Internationalen AIDS-Konferenz in Durban

Hoffnungsschimmer im Angesicht einer Katastrophe



Die XIII. Internationale AIDS-Konferenz, die vom 8. bis 12. Juli 2000 in Durban, Südafrika unter dem Motto "Break the Silence" stattfand, kann sicherlich als die wichtigste der bisherigen Konferenzen bezeichnet werden. Ihre Bedeutung bezieht die Konferenz von Durban weniger aus wissenschaftlichen Durchbrüchen oder Überraschungen, sondern daraus, dass eine internationale AIDS-Konferenz erstmals in einer der am stärksten betroffenen Regionen des am stärksten betroffenen Kontinents stattfand und für alle Beteiligten klar machte: eine Rückkehr zum "Business as usual" ist nach dieser Konferenz nicht mehr möglich.

Die Konferenz selbst war hervorragend organisiert. Trotz aller Unkenrufe und Bedenken, die im Vorfeld zu Versicherungen geführt hatten, versammelten sich in Durban mehr als 12 000 Wissenschaftler, Ärzte, Politiker, Betroffene, Journalisten und Künstler zur bisher lebendigsten, umfassendsten und emotional bewegendsten internationa-

len AIDS-Konferenz. Die im Vorfeld in Frage gestellte Sicherheit war kein Problem – eine Handvoll von Diebstählen und Überfällen würde in jeder Metropole auch in den westlichen Industriestaaten zu den unvermeidlichen Begleiterscheinungen einer derartigen Mammutkonferenz gehören.

Schwerpunkte der Konferenz waren die epidemiologische Entwicklung – vor allem in Afrika und Asien – und deren Konsequenzen, die Verhinderung der Mutter-Kind-Übertragung in Entwicklungsländern und darüber hinaus die Organisation einer menschenwürdigen Behandlung von Infizierten und Kranken sowie die Versorgung von AIDS-Waisen. In der klinischen Forschung sorgte der Bericht über vorläufige Ergebnisse von Pilotstudien zu intermittierenden Behandlungsstrategien für Aufsehen. Im Folgenden wird in einer Übersicht auf einige der Schwerpunkte kurz eingegangen; ein ausführlicher Konferenzbericht folgt (voraussichtlich Oktober und/oder Dezember).

Deklaration von Durban, Präsident Mbeki und die AIDS-Dissidenten

Im Vorfeld der Konferenz hatte es erhebliche Irritationen gegeben, als der südafrikanische Präsident Thabo Mbeki eine internationale Kommission einberief, die ihn zur einzuschlagenden Strategie bei der AIDS-Bekämpfung beraten sollte. Zum Entsetzen der AIDS-Forscher in aller Welt berief Mbeki eine Reihe von "AIDS-Dissidenten" wie deren prominentesten Vertreter Prof. Peter Duesberg in diese Kommission. Duesberg behauptet seit Ende der achtziger Jahre, HIV sei ein harmloser Opportunist und nicht die Ursache von AIDS, welches seiner Meinung nach lediglich ein Konglomerat altbekannter Krankheiten sei, die durch Drogenkonsum, Unterernährung und die AIDS-Medikamente selbst begünstigt würden. Die Thesen von Duesberg sind

Dr. Ulrich Marcus
Robert Koch-Institut, Nordufer 20, 13353 Berlin

längst wissenschaftlich widerlegt. Die vorgetragene pseudowissenschaftliche Argumentation erscheint denjenigen, die sich erstmals und ohne wissenschaftlichen Hintergrund mit dem Thema beschäftigen, aber nicht selten auf den ersten Blick plausibel. Was sich Mbeki, der nach offiziellen Angaben durchaus den ursächlichen Zusammenhang zwischen der HIV-Infektion und der Entwicklung von AIDS anerkennt, von der Einbindung der AIDS-Dissidenten versprochen hat, bleibt unklar. Ohne Zweifel aber war in einer Region, in der Halbwissen und Unsicherheit über AIDS und seine Ursachen weit verbreitet sind, sein Vorgehen ein schwerer politischer Fehler.

Die AIDS-Forscher reagierten auf die Vorgänge mit der Abfassung der "Durban Declaration", in welcher der wissenschaftliche Erkenntnisstand zum Zusammenhang zwischen HIV und AIDS dargestellt und mit Literaturverweisen belegt wird. Mehr als 5000 namhafte Wissenschaftler aus aller Welt unterzeichneten die Deklaration. Es gab die Hoffnung, dass Mbeki bei seiner Rede zur Eröffnung der Konferenz den durch sein ungeschicktes Taktieren in dieser Frage angerichteten Schaden durch klare Worte wieder gutmachen würde. Diese Hoffnung wurde leider enttäuscht. Mbekis Rede beschäftigte sich schwerpunktmäßig mit dem Zusammenhang zwischen Armut und Krankheit und nur am Rande mit HIV und AIDS. Seine Aussagen waren dabei zwar falsch, aber dem Anlass in keiner Weise angemessen. In einer Situation, in der jeder zweite Jugendliche im Laufe seines Lebens vorzeitig an AIDS zu sterben droht (Abb. 1), in der aufgrund der HIV/AIDS-Epidemie die mittlere Lebenserwartung innerhalb weniger Jahre um 20 Jahre gefallen ist und der soziale und wirtschaftliche Kollaps nahezu unvermeidlich erscheint, ist jedes Programm, jede Strategie zur Armutsbekämpfung, die der HIV-Prävention nicht die allerhöchste Priorität einräumt, schon allein aufgrund der Verarmung der betroffenen Familien und der Gesellschaft als Ganzes führenden Folgen einer solchen katastrophalen Epidemie zum Scheitern verurteilt. Wieder gutmachen musste den Fauxpas schließlich Nelson Mandela, der eine kluge, bewegende und mit Standing Ovations bedachte Rede auf der bestbesuchten Abschlussveranstaltung aller bisherigen AIDS-Konferenzen hielt. Mit Bezug auf die Auseinanderset-

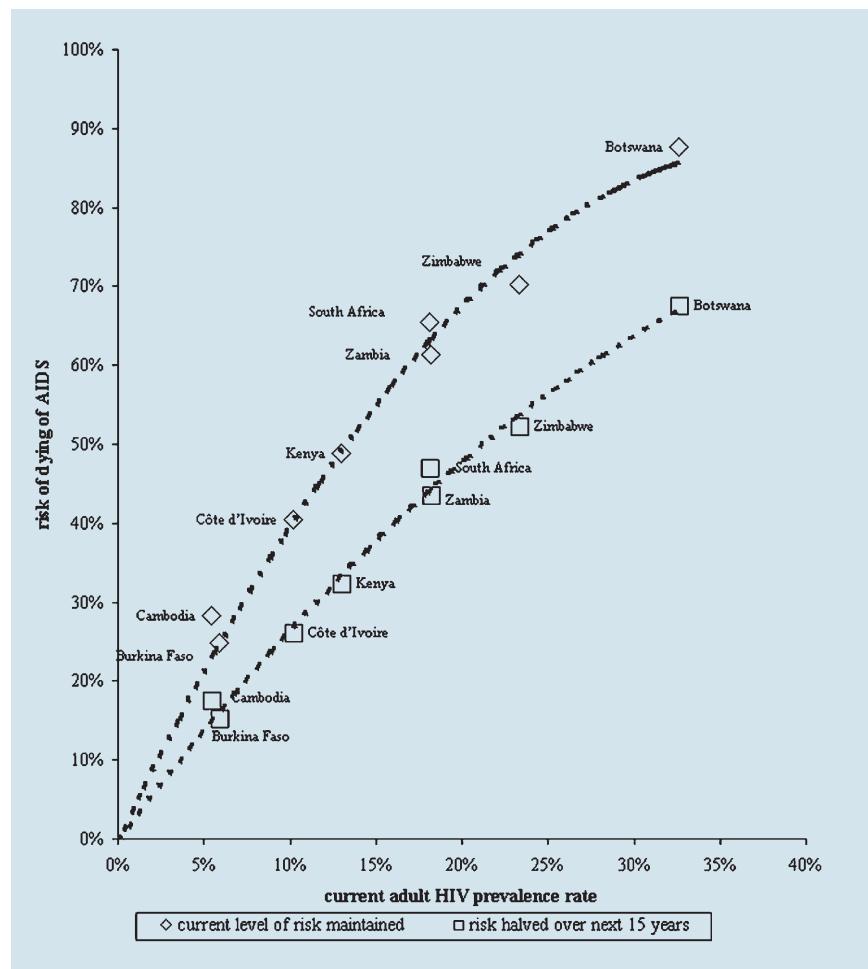


Abb. 1 ▲ Risiko für 15-jährige Jungen in verschiedenen Ländern, im Laufe ihres Lebens an AIDS zu sterben. Dargestellt sind zwei Szenarien: gegenüber der jetzigen Situation unverändertes Risiko (obere Linie) und um 50% reduziertes Infektionsrisiko durch verstärkte und verbesserte Prävention (Quelle: Zaba B, in UNAIDS: Report on the global HIV/AIDS epidemic – June 2000)

zungen um Mbeki bedauerte er die unnötige Aufmerksamkeit, die diese erregt hatten, da sie von den wirklich drängenden Fragen um Leben und Tod, um die es auf der Konferenz ging, nur abgelenkt hatten. Er rief dazu auf, angesichts der beispiellosen Tragödie unvorstellbaren Ausmaßes, die die AIDS-Epidemie für Afrika bedeutet, alle Kräfte zu vereinen, um Afrika und seinen Menschen die Chance auf eine Zukunft zu erhalten. Er zählte die erwiesenermaßen erfolgreich einsetzbaren Instrumente der Prävention auf und forderte dazu auf, nicht länger bei Lippenbekenntnissen stehen zu bleiben, sondern diese so schnell wie möglich und so breit wie möglich einzusetzen. Er bekräftigte die Verantwortung, die Afrika selbst für die Bekämpfung der Epidemie hat und bat die Welt um Hilfe, da die eigenen Ressourcen für diesen Kampf nicht ausreichen.

Zur Therapie

Zahlreiche Untersuchungen verschiedenster Kombinationsschemata zur initialen und zur Folgetherapie demonstrierten das Bemühen um eine Verfeinerung und Optimierung des vorhandenen Arsenals von Medikamenten. An neuen Substanzen verdienen Erwähnung Neuentwicklungen aus den vorhandenen Substanzklassen, u.a. bei den nichtnukleosidischen Reverse-Transkriptase-Inhibitoren (NNRTI), die gegen resistente Mutanten möglicherweise noch wirksam sein könnten, sowie Fusionsinhibitoren, die als neue Substanzklasse noch Wirksamkeit bei Resistenzmutanten aufweisen, bei denen die bisher verfügbaren Medikamente versagen. Die Bedeutung einer hohen Adhärenz für den Erfolg der Behandlung wird durch eine Reihe von Analysen bekräftigt. Die Möglichkeit,

schon mit geringen Dosen von Ritonavir andere Protease-Inhibitoren zu "booster", wird zum einen zur Vereinfachung von Therapien (niedrigere Tablettenzahlen, zweimalige statt dreimalige Gabe), zum anderen aber auch zur Erhöhung des Medikamentenspiegels eingesetzt, wodurch die Wirksamkeit der Behandlung in Anwesenheit erster Resistenzmutationen erhöht wird (Therapieintensivierung).

Strukturierte Therapieunterbrechungen

Strukturierte Behandlungsunterbrechungen gehörten in den vergangenen Monaten zu den heiß diskutierten neuen Ansätzen bei den Therapiestrategien. Zwei ganz unterschiedliche Ziele sollten damit verfolgt werden:

- ▷ Wegnahme des medikamentösen Selektionsdrucks bei intensiv vorbehandelten, multiresistenten Patienten, der zur erneuten Dominanz des Viruswildtyps führen sollte in der Hoffnung, dann die Medikamente in konzentrierter Form (Mega-HAART) erfolgreich erneut einsetzen zu können. Bislang bleibt offen, ob Medikamentenpausen mit diesem Ziel den gewünschten positiven Effekt haben.
- ▷ "Autoimmunisierung" bei prinzipiell erfolgreich behandelten Patienten. Das zeitweise Aussetzen der Therapie soll ermöglichen, dass das Wiederauftauchen des Virus ein teilweise regeneriertes Immunsystem in einer Weise stimuliert, die die längerfristige immunologische Kontrolle über HIV verbessert.

Nach bisherigen vorläufigen Ergebnissen und Beobachtungen scheint dieses Ziel nur bei einer kleinen Zahl von Patienten erreicht zu werden. Wie dauerhaft diese Einzelerfolge sind, von welchen Voraussetzungen und Bedingungen ein Erfolg dieser Strategie abhängt und ob die Erfolgsquote verbessert werden kann, bleibt auch nach Durban ungeklärt.

Als neuer Ansatz wurden in Durban strukturierte Therapieunterbrechungen vorgestellt, deren Ziel eigentlich nur darin besteht, weniger Medikamente einzusetzen, um die Therapie damit billiger und möglicherweise nebenwirkungsärmer durchführen zu können. Ein weiterer erwünschter Nebeneffekt wäre die zeitweise Entlastung der Patienten von

dem Zwang der täglichen Medikamenteneinnahme. Es handelt sich bisher um vorläufige Ergebnisse bei Kleinstgruppen vorselektionierter Patienten. Die Beobachtungsdauer beträgt wenige Monate. Jeder Versuch, diese Strategie in der Routinebehandlungspraxis zu imitieren, ist daher eindeutig verfrüht, so attraktiv die Idee auch erscheinen mag. Die Versuchung, experimentelle Behandlungsstrategien vorzeitig in die Routinebehandlung zu übernehmen, hat in den vergangenen Jahren bereits mehr Schaden als Nutzen verursacht – etwas mehr Geduld kann daher nur dringend empfohlen werden.

Die an den amerikanischen National Institutes of Health (NIH) durchgeführten Pilotstudien testen verschiedene intermittierende Behandlungsschemata, bei denen die Patienten z.B. sieben Tage therapiert werden und sieben Tage aussetzen oder zwei Tage therapiert werden und fünf Tage aussetzen. Vor Beginn der Versuche lag bei allen Teilnehmern seit mehreren Monaten unter einer HAART-Kombination die Viruslast unter der Nachweisgrenze. Die Länge der Therapiepausen beruht auf der Beobachtung, dass nach Therapieunterbrechungen bei vorher unter der Nachweisgrenze liegenden Patienten der Viruslastanstieg erst etwa nach einer Woche ohne Therapie nachweisbar wird. Zehn Patienten wurden über einen Zeitraum von bis zu 14 Wochen nach dem Schema sieben Tage/sieben Tage behandelt, acht nach dem Schema zwei Tage/fünf Tage. Patienten, die nach dem wöchentlich intermittierenden Rhythmus behandelt wurden, lagen mit ihrer Viruslast bislang im Allgemeinen kontinuierlich unter der Nachweisgrenze, abgesehen von einigen kleineren, vorübergehenden Ausreißern in einer Größenordnung von wenigen hundert Viruskopien/ml. Das Zwei-Tage/Fünf-Tage-Schema war hingegen nicht in der Lage, die Viruslast dauerhaft unter der Nachweisgrenze zu halten. Die Wiederaufnahme der unterbrochenen Behandlung mit denselben Medikamenten war jedoch erfolgreich möglich.

Angesichts der immunologischen (Verlust HIV-spezifischer CD4-Zellen) und virologischen Risiken (Resistenzentwicklung), die in den Pilotstudien durch intensives und aufwendiges Monitoring (inkl. Lymphknotenbiopsien und Resistenzuntersuchungen) abgeklärt werden, kann nur noch einmal da-

vor gewarnt werden, diese Strategie vorzeitig "nachzukochen". Vor allem das Risiko einer beschleunigten Resistenzentwicklung sollte nicht unterschätzt werden, zumal die Halbwertzeiten der Medikamente unterschiedlich sind und daher regelmäßig unterschiedlich lange Phasen der Unterdosierung auftreten. Speziell Medikamente mit rascher Resistenzentwicklung (NNRTI, 3TC) könnten bei diesem Auf und Ab rasch ihre Wirksamkeit verlieren. Aus der HIVNET-012-Studie (einmalige Nevirapin-Gabe zur Reduktion der Mutter-Kind-Übertragung) ist bekannt, dass bereits diese einmalige Nevirapin-Dosis bei einem nicht unerheblichen Prozentsatz der behandelten Schwangeren (~20%) eine Resistenzentwicklung induziert. Für Entwicklungsländer, in denen mehr als 95% der HIV-infizierten Kinder geboren werden, bleibt das Risiko der Resistenzentwicklung unter der Nevirapin-Prophylaxe jedoch klinisch solange ohne größere Bedeutung, wie NNRTIs dort nicht in größerem Umfang zur Therapie von HIV-infizierten Frauen eingesetzt werden. Ob die Resistenzentwicklung Auswirkungen auf die Wirksamkeit einer Nevirapin-Prophylaxe bei folgenden Geburten hat, muss sich zeigen und hängt vermutlich davon ab, wie stabil die Mutanten sind bzw. wie oft sich der Viruswildtyp wieder durchsetzt.

Präventions- und Betreuungsmaßnahmen

Flächendeckende Implementierung problematisch

Im Bereich der Prävention und Patientenversorgung demonstrieren zahlreiche Projekte in Afrika, dass Know-how und Bereitschaft auf der lokalen Ebene vorhanden sind. Bei den bisherigen Initiativen handelt es sich aber meist um unzusammenhängendes Flickwerk. Was weitgehend fehlt, ist eine flächendeckende Implementierung. Lobenswerte Ausnahmen stellen in Afrika der Senegal und Uganda dar. Beide Länder haben sich dem AIDS-Problem relativ früh gestellt. Die Erfolge der AIDS-Programme in diesen beiden Ländern zeigen, dass durch breit angelegte Präventionskampagnen, die sowohl die Allgemeinbevölkerung als auch speziell Jugendliche und besondere Risikopopulationen wie Prostituierte und überdurchschnittlich

mobile Populationen (z.B. Lastwagenfahrer) ansprechen, verbunden mit Test-, Beratungs-, Betreuungs- und Behandlungsangeboten, die HIV-Prävalenz niedrig gehalten (Senegal) oder reduziert werden kann (Uganda). Dafür ist jedoch die Bereitstellung erheblicher finanzieller Mittel und die rasche und effektive Entwicklung der benötigten menschlichen Ressourcen erforderlich. Dies können die meisten afrikanischen Länder – zumal diejenigen, deren ökonomische und strukturelle Kapazitäten durch die AIDS-Epidemie bereits erodiert werden – aus eigener Kraft nicht mehr leisten.

Prävention der heterosexuellen Übertragung

Einen Rückschlag haben die Hoffnungen erlitten, mit einem topisch anwendbaren Mikrobizid Frauen eine selbstkontrollierbare Möglichkeit zur HIV-Prävention zu verschaffen. Eine Wirkksamkeitsstudie mit dem Präparat COL-1492 führte zu dem enttäuschenden Ergebnis, dass in der Verumgruppe eine höhere HIV-Inzidenz registriert werden musste als im Plazebo-Arm. Es gibt starke Hinweise dafür, dass die Beschneidung von Männern vor der Pubertät das Risiko, sich beim heterosexuellen Geschlechtsverkehr mit HIV zu infizieren, deutlich reduziert. Vieles spricht dafür, dass die unterschiedlichen Beschneidungssitten einer der wichtigsten Gründe für die unterschiedlich starke HIV-Verbreitung in West- und Ost- sowie Südafrika sind (HIV-Prävalenz in Westafrika meist unter 10%, in Ost- und Südafrika oft über 20%). Untersuchungen zeigen, dass in den bislang befragten Volksgruppen in Ostafrika die Beschneidung von Knaben zur Vermeidung sexuell übertragbarer Erkrankungen auf breite Akzeptanz treffen würde. Sicherlich wäre der Effekt einer solchen Maßnahme erst in einigen Jahren sichtbar, aber da das Problem AIDS nicht so bald verschwinden wird, könnte es durchaus sinnvoll sein, dieses Instrument jetzt in größerem Umfang einzusetzen. Die Kriminalisierung von Drogengebrauch und Prostitution erweist sich überall als Hindernis für eine erfolgreiche Präventionsarbeit. Verbote können nirgends so effektiv umgesetzt werden, dass die inkriminierten Handlungen tatsächlich unterbleiben. Sie führen aber dazu, dass sie

unter Bedingungen stattfinden, bei denen HIV-Übertragungsrisiken erhöht sind, die Erreichbarkeit der Betroffenen für Präventionsbemühungen erschwert ist und die Selbstorganisation der Betroffenen unmöglich gemacht wird.

HIV-Epidemie bei homosexuellen Männern: Wiederaufflackern in den Industriestaaten

Bei homosexuellen Männern in den Industrieländern ist nahezu überall ein Trend zu einer Wiederzunahme von Risikoverhalten festzustellen, z.T. liegen Daten auch über eine Zunahme von Gonorrhoe- und Syphilisinfektionen vor, vereinzelt auch bereits Daten, die eine Zunahme von HIV-Neuinfektionen belegen (s.a. Beitrag von M. Bochow in diesem Heft). Als Ursache dafür werden im Allgemeinen die verbesserten Therapiemöglichkeiten verantwortlich gemacht. Tiefergehende Untersuchungen können einen solchen Zusammenhang aber nicht überall bestätigen. Man darf die Möglichkeit nicht außer Acht lassen, dass es hier regionale Unterschiede geben könnte und dass auch der Rückgang und die fehlende Innovationsfreude bei den Präventionsmaßnahmen nun ihren Tribut fordern. Eine interessante Beobachtung aus den Niederlanden weist darauf hin, dass sich junge homosexuelle Männer im Unterschied zu den Anfangsjahren der Epidemie mittlerweile überwiegend in länger dauernden Partnerschaften neu infizieren, ältere homosexuelle Männer hingegen unverändert vorwiegend bei flüchtigen Sexualkontakten. Obwohl auf der individuellen Ebene eine verminderte Infektiosität unter erfolgreicher hochaktiver antiretroviral Therapie als plausibel erscheint, ist ein derartiger Effekt auf Bevölkerungsebene bisher nirgends nachweisbar.

Mutter-Kind-Übertragung

Implementierung von Kurzprophylaxen schwierig – Problem der Übertragung durch Stillen ungelöst

Die oben erwähnten Ungewissheiten hinsichtlich des Resistenzrisikos beim Einsatz von Nevirapin zur Reduktion der Mutter-Kind-Übertragung treten gegenüber den Vorteilen der Nevirapin-Kurzprophylaxe völlig in den Schatten. Wie eine Reihe von Pilot-Implementati-

onsstudien zeigen, sind auch die Kurz-AZT- oder AZT/3TC-Prophylaxen, die beispielsweise in Thailand erfolgreich implementierbar sind, in vielen Ländern Afrikas noch immer zu umständlich und kompliziert. In vielen dieser Studien liegt die „Ausschöpfungsrate“, d.h. der Prozentsatz HIV-positiver Schwangerer, der die Medikamente tatsächlich erhält und einnimmt, nur bei 10 bis 15%. Hauptursachen dafür sind die Angst vor einem positiven Testergebnis, der nur sporadische Kontakt mit Schwangerschaftsbetreuungseinrichtungen, fehlende oder mangelhafte Beratung und Betreuung, Angst vor Enthüllung des positiven HIV-Status in der Familie, daraus resultierender körperlicher Gewalt von Seiten des Ehemanns oder Verstoßung und damit Verlust der sozialen und familiären Sicherung.

Die Nevirapin-Prophylaxe bietet eine Möglichkeit, die meisten dieser Probleme zu umgehen. Problematisch bleibt aber weiterhin die HIV-Testung der Frauen, wenn ihnen selbst danach medizinische Behandlung oder psychosoziale Unterstützung nicht zuteil wird. Ungelöst ist auch das Problem der HIV-Übertragung durch Stillen. Der Schutzeffekt der Nevirapin- und AZT-Kurzzeitprophylaxen (um ca. 7 bis 8% verminderte perinatale Übertragungsrate) bleibt bei stillenden Müttern in einigen Studien über zwölf bis 18 Monate erhalten, in der multinationalen Petra-Studie (AZT+3TC) geht er nach 18 Monaten Beobachtungsdauer weitgehend verloren. Die Ursachen für diese Unterschiede sind noch nicht ermittelt. Ein Ersatz des Stillens durch künstliche Säuglingsernährung ist in einigen Regionen möglich (z.B. Thailand, städtische Regionen in Südafrika), in anderen stehen finanzielle, hygienische und soziale Faktoren im Wege. Vor allem in ländlichen Regionen, aber auch in Städten, ist für viele Frauen der Verzicht auf Stillen gleichbedeutend mit dem Öffentlichmachen des HIV-Status mit allen bereits erwähnten Risiken.

Einen Ausweg aus diesem Dilemma weist eventuell eine Beobachtung, die eher zufällig in einer südafrikanischen Studie gemacht wurde, die eigentlich den Effekt einer Vitamin-A-Substitution prüfen sollte. In dieser Studie zeigte sich, dass Neugeborene, die in den ersten drei bis sechs Monaten ausschließlich mit Muttermilch ernährt werden, kein höheres Infektionsrisiko aufweisen

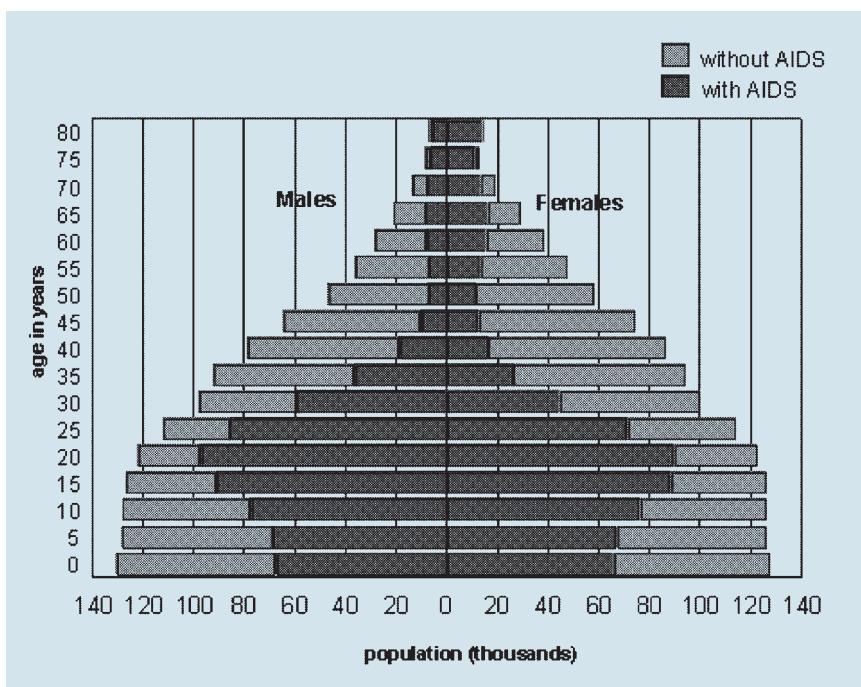


Abb. 2 ▲ Auf der Basis der derzeitigen Prävalenz- und Neuinfektionsraten prognostizierte Bevölkerungsstruktur von Botswana im Jahre 2020. Die dunklen Balken zeigen die Zahl der Einwohner in den jeweiligen Altersgruppen unter Berücksichtigung von AIDS, die hellen Balken zeigen, wie sich die Bevölkerungsstruktur ohne AIDS entwickelt hätte (Quelle: US Census Bureau, World Population Profile 2000 in UNAIDS: Report on the global HIV/AIDS epidemic – June 2000)

als Kinder, die mit künstlicher Säuglingsnahrung ernährt werden. Deutlich höher ist das Übertragungsrisiko für Kinder, die gemischt ernährt werden, was in vielen Regionen Afrikas sehr verbreitet ist (Zufütterung von Brei, Obst, Zuckerwasser o.ä.). Die theoretische Grundlage für diese Beobachtung könnte in der rascheren Reifung und der geringeren Antigenexposition und dadurch Immunstimulation der kindlichen Darmschleimhäute liegen. Falls sich diese Beobachtung in anderen Studien bestätigen sollte, vor allem auch in Studien, in denen die perinatale Übertragungshäufigkeit medikamentös reduziert wird, könnte man das Problem der HIV-Übertragung durch Stillen relativ elegant umgehen, ohne unterschiedliche Botschaften an HIV-positiven und HIV-negativen Müttern vermitteln zu müssen. Die noch offenen Fragen sind jedoch kein Grund, nicht sofort damit zu beginnen, Nevirapin einzusetzen bzw. die dazu erforderliche Infrastruktur so rasch wie möglich zu etablieren. Der Nevirapin-Hersteller Boehringer-Ingelheim hat angekündigt, das Medikament Entwicklungsländern in den nächsten fünf Jahren kostenlos zur Verfügung zu stellen.

AIDS-Waisen – eine Generation ohne Hoffnung?

Ein Problem, das durch die Reduktion der Mutter-Kind-Übertragungsrate nicht gelöst, sondern in Abwesenheit einer effektiven Therapie für die Mutter sogar noch verschärft wird, ist die Frage, wer für die Kinder sorgt. Die Zahl der AIDS-Waisen (unterschiedliche Zahlenangaben beruhen v.a. auf unterschiedlichen Definitionen) steigt in den hauptbetroffenen Ländern Ost- und Südafrikas dramatisch an. Teilweise wachsen bereits 20% aller Kinder ohne Mutter und/oder Vater auf, und der Prozentsatz wird sich in den kommenden Jahren weiter erhöhen. Traditionelle Coping-Strategien wie die Großfamilie können das Problem nicht mehr bewältigen, institutionelle Einrichtungen wie Waisenhäuser ebenfalls nicht. Zu den neuen Strategien, die z.B. in Südafrika notgedrungen erprobt werden, zählen Kinderhaushalte (in denen die ältesten Kinder den Haushalt führen), Familienneugründungen (Ersatzmütter übernehmen die Verantwortung für bis zu sechs Waisen und erhalten ein Haus gestellt, in dem sie alle wohnen können, sowie finanzielle Unterstützung in Form von staatlichem Kinder-

und Erziehungsgeld) und die Übernahme von Haushalten mit mehreren verwaisten Kindern durch meist ärmere, alleinstehende Frauen, die dadurch u.a. häufig ihre Wohnsituation verbessern können und die ebenfalls finanzielle Unterstützung erhalten. Die Möglichkeit staatlicher Unterstützungszahlungen im noch relativ reichen Südafrika ist dabei aber für die Region die Ausnahme. In anderen Ländern muss das Problem ohne solche staatlichen finanziellen Mittel gelöst werden. Wie Länder, in denen sich aufgrund des Wegsterbens der mittleren Generationen die Lasten auf immer weniger Erwerbstätige verteilen, mit diesen Problemen allein fertig werden sollen, ist schleierhaft. Die für die nächsten Jahre für das Land mit der weltweit höchsten HIV-Prävalenzrate – Botswana – prognostizierte Bevölkerungsstruktur (Abb. 2) hat mit der typischen Bevölkerungsstruktur eines Entwicklungslandes nichts mehr zu tun. Da es in der überlieferten menschlichen Geschichte eine derartige Bevölkerungsstruktur noch nie gegeben hat, ist völlig offen, wie und ob eine Gesellschaft mit einer derartigen Altersstruktur überhaupt funktionieren kann.

Prävention, Infrastrukturentwicklung und Behandlung müssen alle Teil eines Lösungspakets werden – eindimensionale Lösungen sind nicht mehr möglich

Die angerissenen Probleme und Schwierigkeiten (Stigmatisierung von HIV-Infizierten, ökonomische und soziale Auswirkungen) machen deutlich, dass es einfache und eindimensionale Lösungen des AIDS-Problems in Afrika längst nicht mehr gibt. Die jahrzehntelang vernachlässigte medizinische und Public-Health-Infrastruktur muss entwickelt und ausgebaut werden, und Präventionsstrategien müssen in der einen oder anderen Form durch Krankenversorgungs- und Behandlungsprogramme ergänzt werden. Selbsthilforganisationen, die in den vergangenen Jahren überall angefangen haben, Aufgaben in Kranken- und Waisenbetreuung sowie in der Prävention zu übernehmen, müssen in ihrer Arbeit stärker vor allem finanziell unterstützt werden. In einigen Ländern sind in den vergangenen Jahren kleine Programme angelaufen, bei denen auch antiretrovirale Kombinationstherapien eingesetzt

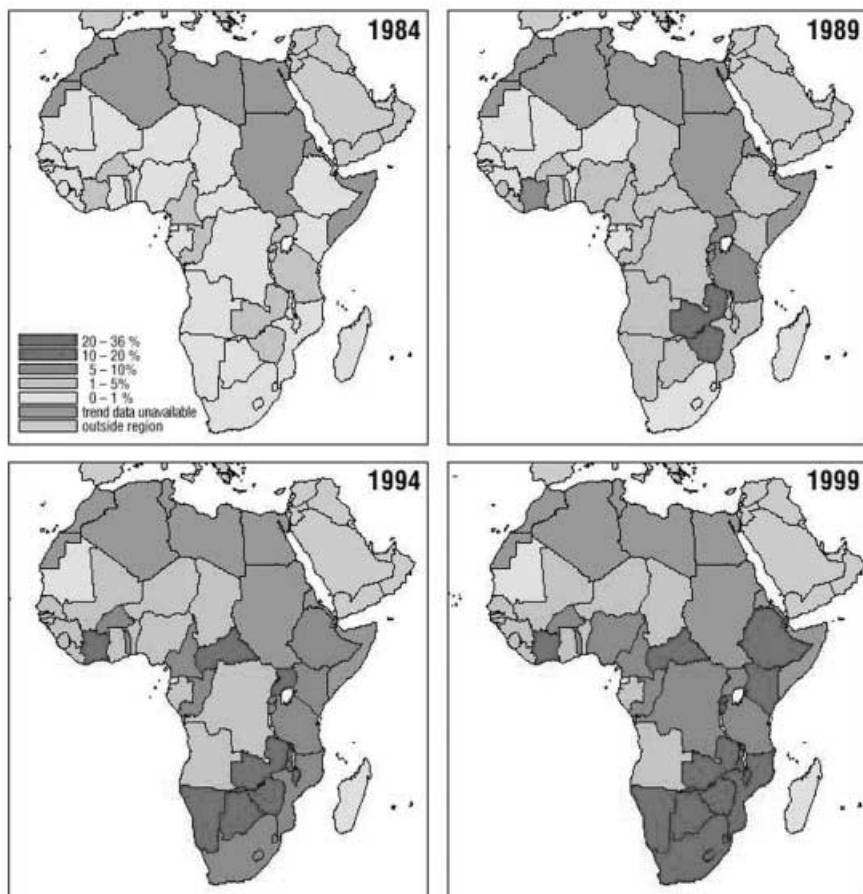


Abb.3 ▶
Die Ausbreitung der HIV/AIDS-Epidemie in Afrika in den vergangenen 15 Jahren. In verschiedenen Schattierungen ist der Prozentsatz der HIV-Infizierten in der erwachsenen, sexuell aktiven Bevölkerung (15 bis 49 Jahre) angegeben (Quelle: UNAIDS)

werden. Diese Programme zeigen, dass grundsätzlich Erfolge möglich sind, die mit denen der Industrieländern vergleichbar sind. Haupthindernis sind die unerschwinglich hohen Medikamentenkosten. Diese Kosten können in einer derartigen Krisensituation kein Tabu darstellen. Es gibt keinen vernünftigen Grund, warum nicht ein zweigeteiltes Preissystem für antiretrovirale Medikamente möglich sein soll: hohe Preise für die Industriestaaten, über die die Firmen ihre Forschungs- und Entwicklungskosten refinanzieren, und Abgabe zum Herstellungspreis in Entwicklungsländern. Natürlich muss dafür auch die medizinische Infrastruktur in diesen Ländern auf- und ausgebaut werden; dies ist aber kein Grund, ein solches zweigeteiltes Preissystem weiter hinauszuzögern (siehe auch Diskussionsbeiträge zu "HAART für Afrika" in diesem und im nächsten Heft).

Die erforderlichen flächendeckenden Präventionsprogramme und der Ausbau der medizinischen Infrastruktur sind notwendige Voraussetzungen, um die offensichtlich unaufhaltsame Ver-

schlechterung der Situation in den vergangenen Jahren umzukehren (Abb. 3). Der politische Wille der Regierungen vor Ort ist inzwischen meist vorhanden oder entwickelt sich zumindest in die richtige Richtung. Was jetzt erforderlich ist, ist eine massive Ausweitung der finanziellen und materiellen Unterstützung. Als Minimalpaket, in dem unerlässliche Krankenversorgungs- und -behandlungs-komponenten noch nicht einmal berücksichtigt sind, fordert UNAIDS die Bereitstellung von 3 Mrd. US \$ jährlich – knapp zehnmal mehr als derzeit zur Verfügung steht. Das angekündigte 500 Mio. \$-Programm der Weltbank ist ein erster Schritt in die richtige Richtung, reicht aber noch längst nicht aus.

Die Frage ist nicht, ob wir – die Industrieländer – uns das leisten können. Wir können es uns nicht leisten, diese Hilfe nicht zu gewähren – die Zukunft nicht nur eines Landes, die Zukunft eines ganzen Kontinents steht auf dem Spiel. Wenn jetzt nichts Entscheidendes getan wird, werden die Kosten – egal wie man sie berechnet – um ein Vielfaches höher werden. Es wird vor zukünftigen

Generationen keine Entschuldigung geben, wenn wir in dieser Situation weiter so untätig und indifferent bleiben wie in den vergangenen zehn Jahren.

Weitere Informationen

Eine ausgezeichnete und anschauliche Darstellung der weltweiten epidemiologischen Situation, ihrer Ursachen und Konsequenzen findet sich im neuen, im Juni dieses Jahres erschienenen »Report on the global HIV/AIDS epidemic«, herausgegeben von UNAIDS und einsehbar über die UNAIDS-Internetseiten (http://unaids.org/epidemic_update/index.html). Umfangreiche Informationen über die AIDS-Konferenz selbst, inklusive z.B. der Redetexte von Mbeki und Mandela, finden sich auf der offiziellen Konferenz-Webseite (<http://www.aids2000.com>). Die »Durban Declaration« wurde in der Zeitschrift *Nature* (Volume 406, Number 6791, Page 15–16, 2000) publiziert, sie ist ebenfalls im Internet einsehbar unter der Adresse <http://www.durbandeclaration.org>.