



Weltaidskonferenz 2006

Zentrale Anliegen und Handlungsempfehlungen Briefingpapier für Medien und Politik

Vom 13. bis 18. August 2006 findet in Toronto/Kanada die 16. Weltaidskonferenz statt. Die Weltaidskonferenz ist ein zentrales Forum für Wissenschaftler, Ärzte und Ärztinnen, NGOs und Betroffene, die in der internationalen AIDS-Arbeit engagiert sind. Zum zweiten Mal findet vom 10. bis 12. August eine Vorkonferenz der Kirchen statt. Für Regierungen und andere Akteure bietet die Konferenz außerdem Rahmen und Anlass für Verabredungen und Zusagen zur Ausweitung der AIDS-Bekämpfung. Am Vortag der Weltaidskonferenz (12.8.) findet ein High Level Forum statt. Für die Bundesregierung wird Bundesentwicklungsministerin Heidemarie Wiecek-Zeul teilnehmen. Im Folgenden möchten wir Sie auf einige der zentralen Herausforderungen hinweisen und Handlungsempfehlungen für die Bundesregierung in der AIDS-Arbeit aussprechen.

Medikamentenzugang in Entwicklungs- und Schwellenländern

- **Verantwortung übernehmen:** Die Bundesregierung sollte sich dafür einsetzen, dass die Mechanismen zum Schutz der öffentlichen Gesundheit des TRIPS-Abkommens von den Entwicklungsländern genutzt werden können. Die Bundesregierung sollte dazu beitragen, die Bestimmungen, die TRIPS zum Schutze der öffentlichen Gesundheit vorsieht, auf ihre Funktionsfähigkeit zu überprüfen. Technische und politische Unterstützung in Entwicklungsländern, Gespräche mit der Pharmaindustrie und Förderung der Generikaproduktion durch die Bundesregierung und die Durchführungsorganisationen der deutschen Entwicklungskooperation sind hier maßgeblich.
- **Zugang ermöglichen:** Pharmaunternehmen müssen neue Medikamente von Anfang an weltweit zu erschwinglichen Preisen zur Verfügung stellen. 95 Prozent aller HIV/AIDS-Patienten leben außerhalb der traditionellen Märkte der Pharmaindustrie. Die Stimme der Bundesregierung kann helfen, die Konzerne endlich zu konkreten Handlungen zu bewegen. Pharmaunternehmen sollten auf die Durchsetzung von Patenten in wirtschaftlich ärmeren Ländern grundsätzlich verzichten.
- **Kindern eine Chance geben:** Die Pharmaindustrie muss mehr kindgerechte und in Entwicklungsländern anwendbare HIV/AIDS-Medikamente entwickeln. Die Bundesregierung sollte hier politische Verantwortung übernehmen und ihren Einfluss geltend machen.

Hintergrund:

Zum 1. Januar 2005 mussten Staaten, die bisher noch keine Patente auf pharmazeutische Produkte in ihrem nationalen Recht kannten, das internationale Abkommen zum Schutz des geistigen Eigentums (TRIPS) umsetzen. Somit müssen die für die Generikaproduktion wichtigen Länder, wie Indien, 20 Jahre Patentschutz auf pharmazeutische Produkte gewähren. Generika, die bereits vor dem 1. Januar 2005 in Indien produziert und vermarktet wurden, sind hiervon nicht direkt betroffen. Allerdings werden neue Medikamente in Zukunft auch in Indien patentrechtlich geschützt sein. Dies wird zur Folge haben, dass der Wettbewerb mit Generika ausbleibt oder zumindest drastisch eingeschränkt wird. Doch genau diesem Wettbewerb war es zu verdanken, dass die Preise für die Standard HIV/AIDS-Behandlung in den ärmeren Ländern von über 10.000 US Dollar auf 123 US Dollar pro Patient und Jahr gefallen waren. Schon jetzt sind die Kosten für eine alternative Behandlung in den ärmeren Ländern um ein Vielfaches höher, als die für die Standardtherapie und ohne den Wettbewerb mit Generika wird sich hieran mit aller Voraussicht nichts ändern.

Der Zugang zu Medikamenten wird dabei nicht nur durch den Preis erschwert, sondern auch durch fehlende oder langsame Registrierung. Die Vermarktungsstrategie der Firma Abbott für die neue Formulierung des Medikaments Lopinavir/Ritonavir (Kaletra®), das nicht mehr gekühlt werden muss und noch andere wichtige Vorteile für Patienten hat, ist ein Beispiel für solche Zugangsbarrieren. Abbott scheint bisher wenig Interesse zu haben, dieses Medikament in den ärmeren Ländern zur Zulassung anzumelden und zu vermarkten. So bleibt dieses Medikament für die Mehrheit der Patienten unerreichbar. Massive Probleme ergeben sich auch bei der Behandlung von mit HIV/AIDS lebenden Kindern. Obwohl weltweit mehr als zwei Millionen Kinder mit HIV/AIDS leben, existiert kein in Entwicklungsländern anwendbarer Test zur Diagnose von HIV bei Kleinkindern. Die meisten antiretroviralen Medikamente existieren nicht in kindgerechten Formulierungen oder müssen als Sirup gekühlt gelagert werden. Zusätzlich schließen viele Medikamentenhersteller in ihre Sonderpreise für ärmere Länder kindgerechte Formulierungen nicht ein.

Gender und HIV/AIDS

- **Frauenspezifische Präventionsmaßnahmen fördern:** Der Zugang zu Femidomen (Kondome für Frauen) und die Forschung und Entwicklung von Mikrobiziden sollten Schwerpunkte der gezielten HIV-Prävention der deutschen Entwicklungskooperation sein. Frauenspezifische Prävention sollte verstärkt in die Sozialmarketingaktivitäten der Durchführungsorganisationen aufgenommen werden.
- **Zugang für Frauen erleichtern:** wirtschaftliche und soziale Benachteiligung erschweren den Zugang zu Prävention und Behandlung für Frauen und junge Mädchen. Besonders für Frauen und Mädchen ist es von zentraler Bedeutung, dass HIV-Beratung, Test und Behandlung kostenfrei angeboten werden. Um Stigma und Diskriminierung zu vermeiden, müssen Beratung, Test und Behandlung für Frauen in Praxen und Zentren zur Frauen- und Geburtshilfskunde integriert werden. Dies sollte die Bundesregierung in der Planung zur Ausweitung der AIDS-Arbeit berücksichtigen.
- **Frauen eine Stimme geben:** Damit frauen- und mädchenstpezifische Anliegen mit hoher Expertise vertreten und eingeplant werden, müssen GenderexpertInnen in die Arbeitsgruppen und Gremien einbezogen werden, die auf Ebene der internationalen Organisation und auf Ebene der deutschen Entwicklungskooperation die Ausweitung von Prävention, Behandlung und Pflege planen.

Hintergrund:

In den letzten beiden Jahren ist die Zahl der Mädchen und Frauen, die sich mit HIV infiziert haben, in allen Weltregionen gestiegen. Fast die Hälfte der HIV-positiven Erwachsenen ist mittlerweile weiblich. Man spricht von der „Feminisierung“ der HIV/AIDS-Pandemie. Besonders schnell hat der Anteil der weiblichen HIV-Positiven in Osteuropa, Asien und Lateinamerika zugenommen. In Afrika südlich der Sahara, der Region mit den meisten HIV-positiven Menschen (ca. 25 Millionen Menschen) sind fast 60 Prozent aller Infizierten weiblich. Weltweit sind die Ursachen der Feminisierung eine unheilvolle Allianz aus biologischen, soziokulturellen und ökonomischen Gründen. Frauenspezifische und -kontrollierte Präventionsmöglichkeiten wie Femidome sowie die dringende Forschung und Entwicklung von Mikrobiziden sind wichtige Ansatzpunkte. Weltweit standen in 2004 knapp 9 Millionen Femidome zur Verfügung im Vergleich zu 2,1 Milliarden Kondomen. Mit ca. 0,57 US Dollar sind Femidome etwa 20mal so teuer wie Kondome (0,03 US Dollar). Wenn Mikrobizide wirklich in fünf bis sieben Jahren marktreif sein sollen, muss die Mikrobizidforschung kontinuierlich mit jährlich 280 Millionen US Dollar gefördert werden.

Damit Frauen und Mädchen gleichermaßen Zugang zu Prävention, Behandlung und Pflege erhalten, müssen ihre soziale, wirtschaftliche und politische Situation in der Konzeption, Umsetzung und Überprüfung von HIV/AIDS-Maßnahmen grundlegend berücksichtigt werden. Dafür ist es notwendig, dass GenderexpertInnen in die Arbeitsgruppen und Gremien einbezogen werden, die derzeit die Umsetzung von „Universal Access“ planen. Die Initiativen zur Harmonisierung der Institutionen der multilateralen und bilateralen AIDS-Arbeit müssen die ungleichen Zugangsvoraussetzungen von Männern und Frauen zur Gesundheitsversorgung berücksichtigen. In die Erarbeitung eines einheitlichen nationalen AIDS-Planes, die Bestimmung einer leitenden Institution und in die Verlaufskontrolle (Monitoring) sollte „Genderexpertise“ integriert werden. Ganz zentral sind dabei die Umsetzung international festgeschriebener Frauenrechte und die Verbesserung der gesellschaftlichen Stellung von Frauen. Die Bekämpfung der Feminisierung von HIV/AIDS kann nur unter Einbeziehung von Männern geschehen. Zukünftige HIV/AIDS-Arbeit muss daher die gesamte Bandbreite des Genderaspekts der Pandemie stärker berücksichtigen.

Finanzierung der AIDS-Bekämpfung

- **Finanzmittel für AIDS in Bundeshaushalt einplanen:** Um einen angemessenen Beitrag zur Finanzierung der AIDS-Bekämpfung zu leisten, sollte im Jahr 2007 der deutsche Beitrag 990 Millionen US Dollar (800 Millionen Euro) nicht unterschreiten. Eine entsprechende Erhöhung des Entwicklungshaushaltes soll in den Bundeshaushalt 2007 eingestellt werden.
- **Globalen Fonds gemäß der wirtschaftlichen Leistungskraft unterstützen:** Der deutsche Beitrag zum Globalen Fonds sollte 10 Prozent des Finanzierungsbedarfes decken. Politische Unterstützung sollte Deutschland durch die Ausrichtung einer Wiederauffüllungskonferenz des Fonds vor dem G8-Gipfel 2007 zeigen.
- **Verbesserung der Transparenz:** Um die Finanzflüsse zur Unterstützung von Gesundheits- und AIDS-Projekten nachvollziehbar offen zu legen, sollten die involvierten Ministerien und Durchführungsorganisationen präzise und aktuelle Daten veröffentlichen.

Hintergrund

Dass funktionierende Pilotprojekte in der Prävention und Behandlung von HIV/AIDS nicht ausgebaut werden können und Millionen Menschen nach wie vor keinen Zugang zu effektivem Schutz und lebenslanger Therapie haben, liegt

auch an der mangelnden finanziellen Unterstützung. Die besondere Verantwortung der Industrie- und Geberländer liegt deshalb in der Finanzierung der AIDS-Bekämpfung. Seit 2001 konnten die Mittel für die AIDS-Bekämpfung vervierfacht werden. 2005 standen insgesamt acht Milliarden US Dollar für die weltweite AIDS-Arbeit zur Verfügung. 1/3 davon brachten die Entwicklungsländer selbst auf. Demgegenüber steht nach den Schätzungen von Weltgesundheitsorganisation und UNAIDS allerdings ein Bedarf von 18,1 Milliarden US Dollar 2007 und 22 Milliarden US Dollar 2008. Es entsteht also eine Finanzierungslücke in Höhe von 10 Milliarden US Dollar pro Jahr.

Ein angemessener Beitrag von deutscher Seite, der sich am Bruttonationaleinkommen orientiert, sollte 2007 990 Millionen US Dollar (800 Millionen Euro) nicht unterschreiten. Dieser Beitrag entspricht 8 Prozent des von den Industrieländern zu deckenden Mittelbedarfs. Dieser Anteil orientiert sich am Anteil Deutschlands am Bruttonationaleinkommen der Mitgliedsländer des Entwicklungsausschusses (DAC) der OECD. Im Haushaltsjahr 2008 sollte der deutsche Beitrag 1,5 Milliarden US Dollar (1,2 Milliarden Euro) betragen. Dies entspricht 10 Prozent des Gesamtbedarfs. Die Erhöhung des Anteils von 8 auf 10 Prozent bezieht den „Lastenanteil“ der europäischen Länder in der internationalen Entwicklungskooperation ein. Diese Summe sollte die Bundesregierung über alle verfügbaren Kanäle - bilaterale und multilaterale Kooperation - einsetzen. Die verschiedenen Instrumente sind dabei nicht in Konkurrenz, sondern in Ergänzung zu sehen. Unter Berücksichtigung aller Finanzierungsmechanismen, kann der deutsche Beitrag für die HIV/AIDS-Bekämpfung in den wirtschaftlich benachteiligten Ländern für 2004 auf rund 170 Millionen Euro oder 212 Millionen US Dollar geschätzt werden. (aktuellere Daten liegen in den relevanten Datenbanken noch nicht vor.)

Eine zentrale Rolle bei der Ausweitung der AIDS-Bekämpfung kommt dem „Globalen Fonds zur Bekämpfung von AIDS, Tuberkulose und Malaria“ zu. Seit seiner Einrichtung konnte der Globale Fonds 390 Programme in über 130 Ländern fördern. Der Globale Fonds bringt 21% der Gelder auf, die weltweit für die AIDS-Bekämpfung eingesetzt werden. Der Finanzbedarf des Globalen Fonds für 2006 und 2007 beträgt insgesamt 5,5 Milliarden US Dollar (2,8 und 2,7), so die aktuelle Mindestschätzung. Der Bedarf setzt sich aus der Finanzierung neuer Projekte sowie der Fortführungen bereits bewilligter Projekte zusammen. Zugesagt sind bislang 3,4 Milliarden US-Dollar. Es besteht also eine Finanzierungslücke in Höhe von 2,1 Milliarden US Dollar. Akut bedroht ist die Finanzierung der 6. Antragsrunde. Diese wurde im April ausgerufen und soll im November bewilligt werden. Die Finanzierung der neuen Projekte ist von zentraler Bedeutung für die Erreichung internationaler Ziele wie „Universal Access by 2010“ (G8 2005). Allerdings fehlen nach wie vor 800 Millionen US Dollar um alle neu beantragten tragfähigen Projekte finanzieren zu können. Der deutsche Beitrag zum Globalen Fonds bleibt bislang hinter den Einzahlungen vergleichbarer Geberländer zurück. Aktuell bringt die Bundesregierung ca. 6,1% der gesamten Finanzierungszusagen ein. Für das kommende Jahr sollte der deutsche Beitrag also bei 270 Mio. US-Dollar, d.h. 210 Mio. Euro liegen. Dies entspricht 10 Prozent des Finanzbedarfes des Globalen Fonds.

Migration und HIV/AIDS

- **HIV-positiven Migrantinnen und Migranten Versorgungszugang gewähren:** Mit der Novellierung des Zuwanderungsgesetzes dürfen HIV-positive und an AIDS erkrankte Migrantinnen und Migranten nach § 25 Abs. 3 des Aufenthaltsgesetzes in Deutschland bleiben. Die Aufenthaltsgewährung nach diesem Paragraphen sichert ihren Zugang zu Prävention und ihre Behandlung im öffentlichen Gesundheitssystem. Diese Entscheidungsgrundlage sollte daher von allen Ausländerbehörden in Deutschland angewandt werden.
- **Situation in Herkunftsland vor Beschluss einer „Abschiebung“ umfassend recherchieren:** Bei der Entscheidung über die Abschiebung einer HIV-positiven Aufenthaltssuchenden sollten nicht nur staatliche Einrichtungen, sondern auch qualifizierte vor Ort tätige NGOs konsultiert werden, um die tatsächlich vorhandenen Therapiemöglichkeiten im Herkunftsland zu beurteilen.
- **Integration und Qualifizierung ermöglichen:** Aufgrund der neuen Rechtsgrundlagen im Aufenthaltsgesetz haben viele Migrantinnen und Migranten keine Arbeitserlaubnis und keine Chance auf die Teilnahme an Integrationskursen. Dies trifft HIV-positive Menschen besonders hart. Die Bundesregierung sollte sich dafür einsetzen, dass (positive) Migrantinnen und Migranten an Integrations- und Qualifizierungsmaßnahmen teilnehmen können.

Hintergrund:

Das Zuwanderungsgesetz sieht für HIV-positive und an AIDS erkrankte Menschen eine Aufenthaltserlaubnis nach § 25 Abs. 3 Aufenthaltsgesetz vor. Allerdings liegt es im Ermessen der individuellen Ausländerbehörden, eine Duldung auf Basis anderer Gesetzesregelungen zu entscheiden (§ 55 Abs. 2 und Abs. 3 AuslG). Die Ausländerbehörden stellen so zwar die Unmöglichkeit der Ausreise fest. Allerdings werden die Menschen, die auf dieser Basis in Deutschland bleiben dürfen, so behandelt wie Menschen mit einem vorübergehenden Abschiebungshindernis. Diese Entscheidung ist mit einem erheblichen Versorgungsrisiko für Menschen mit HIV/AIDS verbunden. Sie leiden unter

substantiellen Leistungskürzungen. Krankenbehandlung wird beispielsweise nur bei akuten Schmerzen und ohne Möglichkeit der freien Arztwahl gewährt. HIV-positive Menschen aus Brandenburg müssen sich z.B. bei dem einzigen HIV-Spezialisten in Potsdam behandeln lassen, obwohl ihre bislang behandelnden Ärzte in Berlin sind und sie dort jahrelang betreut wurden. Da diese Beschränkung der medizinischen Versorgung zu einer unzureichenden HIV-Behandlung führen kann, ist die Herabstufung in das Asylbewerberleistungsgesetz sehr problematisch.

Seit dem Beginn von Pilotprojekten zur HIV-Behandlung in Entwicklungsländern droht Menschen, die in Deutschland Aufenthalt suchen und HIV-positiv sind, ein verstärktes Risiko, in ihr Herkunftsland abgeschoben zu werden. Von behördlicher Seite wird argumentiert, dass HIV-Behandlung im Herkunftsland möglich sei und das Leben des Aufenthalt suchenden Menschen somit dort nicht gefährdet sei. Dabei sollte unbedingt berücksichtigt werden, dass der Zugang zu einer HIV-Behandlung heute nach wie vor ein Privileg für wenige HIV-Patienten ist. Heute erhalten in Entwicklungsländern rund 1,3 Millionen Menschen die lebensverlängernde Behandlung mit antiretroviralen Medikamenten. Ungefähr 6,5 Millionen Menschen müssten dort dringend behandelt werden. Obwohl Behandlung (theoretisch) möglich ist, ist sie also keineswegs für jeden betroffenen Menschen zugänglich. Gutachten zum Behandlungszugang und der Versorgungssituation für Menschen mit HIV/AIDS in Entwicklungsländern sollten unbedingt auf Basis einer detaillierten Kenntnis der realen Versorgungssituation vor Ort erstellt werden. Jedes andere Vorgehen ist für die Betroffenen lebensgefährlich. Die Unterschiede zwischen urbanen und ländlichen Gebieten sowie die Diskrepanz zwischen geplanten Programmen und der bisherigen Umsetzung sollten dringend berücksichtigt werden.

HIV/AIDS in Osteuropa

- **Aktionsplan entwickeln und Umsetzung interministeriell koordinieren:** Zur Stärkung der HIV/AIDS-Arbeit in Osteuropa und in den GUS-Staaten sollte die Bundesregierung einen umfassenden Aktionsplan entwickeln. Die Erarbeitung und Umsetzung dieses Planes sollte in einer interministeriellen Arbeitsgruppe mit allen relevanten Ministerien (BMG, BMZ, AA, BMI) erarbeitet werden. Die regionale und fachliche Expertise von NGOs, die in der Region arbeiten, sollte systematisch eingebunden werden.
- **Fortlaufende Erfolgskontrolle stärken:** In einem Umfeld von Korruption und einer relativ neuen Partnerstruktur (Entwicklungskooperation und Unterstützung durch internationale Organisationen sind für die Ländern Osteuropas relativ neu) ist es von zentraler Bedeutung, bilaterale und multilaterale Förderprogramme einer qualitativen Kontrolle zu unterziehen. In Kooperation mit NGOs sollten Begleitmaßnahmen zur Umsetzung von Förderungen durch den Globalen Fonds und die Weltbank sowie Handlungsinstrumente zur besseren Qualitätskontrolle erarbeitet werden.
- **Wissenstransfer und Partnerschaft fördern:** Durch eine gezielte Förderung sollte der Wissenstransfer und der Austausch zwischen deutschen NGOs und Programmen und Initiativen der AIDS-Arbeit in Osteuropa gestärkt werden. Bei der für 12./13. März 2007 auf Ministerebene geplanten Konferenz „Verantwortung & Partnerschaft - Miteinander gegen AIDS“ in Bremen sollten daher betroffene Menschen aus der Region und vor Ort tätige NGOs aus Deutschland und Osteuropa zu Wort kommen.

Hintergrund:

In der Ukraine liegt die offiziell registrierte Zahl der HIV-Infektionen bei 103.000, davon sind 13.573 Kinder (Nationales AIDS-Zentrum der Ukraine, Februar 2006). UNAIDS und WHO schätzen, dass in der Ukraine bis zu 500.000 Menschen mit dem HIV-Virus leben. In den vergangenen Jahren ist der Anteil der minderjährigen Drogengebraucher um das sechs bis achtfache gestiegen. In Russland sind beim Nationalen AIDS-Zentrum in Moskau 330.000 HIV-Infektionen eingetragen. Die UN-Schätzungen liegen bei über 1 Million Menschen mit HIV/AIDS. Das Virus ist in beiden Ländern primär über den Weg Drogengebraucher-Prostitution-Freier in der Allgemeinbevölkerung angekommen. Wie ein gerade erschienener Bericht von Human Rights Watch feststellt, mangelt es im Gesundheitssystem der Ukraine aber gerade am Verständnis für Randgruppen der Bevölkerung. An der Tagesordnung sei, dass der Personenkreis der Drogengebraucher diskriminiert und medizinisch schlechter versorgt werde als andere.

In beiden Ländern stehen durch die Förderung des Globalen Fonds Mittel für die AIDS-Bekämpfung zur Verfügung. Mangelnde Koordination unterschiedlicher Geldgeber und ineffiziente Planung und Verwaltung von staatlicher Seite verzögern und verhindern den effektiven Einsatz dieser Mittel. Um sicherzustellen, dass die Förderung den Menschen, die sie am meisten brauchen, zu Gute kommt, muss die qualitative Überprüfung des Mitteleinsatzes ausgebaut werden. Es ist zu kritisieren, dass das bisherige Monitoring vor allem auf quantitative Indikatoren gestützt ist.

In über 20 Jahren wurde in Deutschland ein weltweit anerkanntes und geschätztes Modell der HIV-Prävention entwickelt. Eine Arbeitsteilung zwischen der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) für die Prävention der Allgemeinbevölkerung („Mach's mit!“) und der Deutschen AIDS-Hilfe für den Bereich der zielgruppenspezifische Prävention (Männer die Sex mit Männern haben, Drogengebraucher, Menschen in Haft, Prostituierte und Migranten) zeigen im internationalen Vergleich einen beachtenswerten Erfolg. Im Bereich der Beratung, Selbsthilfeförderung, Diagnostik, Therapie und Pflege setzt Deutschland internationale Maßstäbe. Besonders zu erwähnen sind hierbei die Substitutionstherapie, die Kooperation zwischen ärztlichem Personal und den psychosozialen Fachkräften und die Einbindung der Selbsthilfe.

Die Institutionen der deutschen AIDS-Arbeit haben Erfahrung in der Umsetzung von Präventionsstrategien in den neuen Bundesländern, im Aufbau von Beratungsangeboten und medizinischer Versorgung in vormals sozialistischen Strukturen. Dieses Wissen könnte helfen, Prävention und Behandlung in Osteuropa zu stärken. Bislang konnten dazu leider noch keine Konzepte und Aktionspläne erstellt werden.

Kontakt: Aktionsbündnis gegen AIDS

Katja Roll
Politische Koordination & Öffentlichkeitsarbeit
Tel.: + 49 (0) 7071 206 540
Fax: + 49 (0) 7071 206 510
roll@aids-kampagne.de

Rainer Seybold
Projektkoordination & Finanzen
Tel.: + 49 (0) 7071 206 503
Fax: + 49 (0) 7071 206 510
seybold@aids-kampagne.de

mobil + 49 (0) 176 241 94 898