

GENERATION AIDS

25 Jahre
nach der
ersten
Diagnose



unicef 

**FRIEDRICH
EBERT 
STIFTUNG**

GENERATION AIDS

**25 Jahre
nach der
ersten
Diagnose**

Eine Konferenz von
Friedrich-Ebert-Stiftung und UNICEF

Berlin, 10. Oktober 2006

Impressum

Webfassung 2006

Herausgeber: Friedrich-Ebert-Stiftung
Internationale
Entwicklungszusammenarbeit
Referat Entwicklungspolitik
Godesberger Allee 149
53175 Bonn

Redaktion: Uwe Kerkow

Layout: Pellens Kommunikationsdesign GmbH

Titelfoto: Unicef

Fotos: Rainer Zensen

© Friedrich-Ebert-Stiftung

Vorwort

25 Jahre sind seit der Entdeckung von AIDS vergangen. Heute ist die Immunschwächekrankheit eine der Hauptursachen für den Tod von Kindern. Jede Minute stirbt ein Kind an AIDS.

AIDS hat in vielen afrikanischen Dörfern die Elterngeneration ausgelöscht. Die nächste Generation muss mit den Folgen leben: 15 Millionen Kinder sind zu Waisen geworden. Schätzungsweise 2,3 Millionen Kinder sind selbst infiziert.

Viele weitere Millionen sind sich der Gefahr einer Ansteckung nicht bewusst, weil sie nicht darüber aufgeklärt werden.

UNICEF kämpft mit einer weltweiten Kampagne gegen die Vernachlässigung der von AIDS betroffenen Kinder. Mit der Konferenz „Generation AIDS“ wollten UNICEF und die Friedrich-Ebert-Stiftung ihren Teil dazu beitragen, die Situation dieser Kinder stärker in den Blick zu rücken.

Die Publikation fasst die Konferenzbeiträge zusammen und soll einem größeren Kreis von Interessierten die Ergebnisse dieser Veranstaltung zugänglich machen.

Astrid Ritter-Weil
Friedrich-Ebert-Stiftung

Sebastian Sedlmayr
UNICEF

Inhalt

Begrüßung

- Sabine Kaspereit*, Vorstand der Friedrich-Ebert-Stiftung 5
Heide Simonis, Vorsitzende des Deutschen Komitees für UNICEF 7

Mach's mit

- Warum eine weltweite Kampagne gegen AIDS nötiger ist denn je** 12
Dr. Elisabeth Pott, Direktorin der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

- Jede Minute stirbt ein Kind*** 22
Stephen Lewis, UN-Sonderbeauftragter für HIV/Aids in Afrika

HIV- und AIDS-Bekämpfung

- in der deutschen Entwicklungszusammenarbeit** 34
Heidemarie Wieczorek-Zeul, Bundesministerin für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung

- Die Entwicklungsländer nicht vergessen*** 42
Dr. Michael Rabbow (Boehringer Ingelheim)

- Aufklärung in einem afrikanischen Land am Beispiel von Namibia** 46
Dr. Richard Kamwi, Minister für Gesundheit und Soziales, Namibia

- Was kommt an? Aufklärung über HIV und Aids** 55
Ausgewählte Aspekte aus der abschließenden Podiumsdiskussion
Dr. Elisabeth Pott
Reginah Lesole (Miss Stigma Free 2006, Botswana)
Ntebogang Maletse (Schülerin, HIV-/Aids-Aktivistin, Botswana)
Dr. Richard Kamwi

* Im Ablaufplan der Konferenz war ein Dialog zwischen Stephen Lewis und Dr. Michael Rabbow vorgesehen, der aus Zeitgründen verkürzt werden musste. Inhalte aus dem Gespräch finden sich im Beitrag von Stephen Lewis (ab S. 31 und bei Dr. Rabbow wieder).



Heidmarie Wiczorek-Zeul und Sabine Kaspereit



Heide Simonis, Reginah Lesole, Stephen Lewis, Heidmarie Wiczorek-Zeul und Dr. Richard Kamwi

Begrüßung

Sabine Kaspereit

Vorstand der Friedrich-Ebert-Stiftung

Im Namen des Vorstands der Friedrich-Ebert-Stiftung möchte ich Sie heute zur internationalen Konferenz „Generation Aids – 25 Jahre nach der ersten Diagnose“ begrüßen.

Von den beiden veranstaltenden Organisationen arbeitet die Stiftung nicht unmittelbar im Bereich HIV und Aids. Dennoch ist Aids auch ein Thema, das die Arbeit der Stiftung, besonders in Afrika, berührt und das sie deshalb auch schon seit den 90er Jahren des letzten Jahrhunderts in ihren 19 Büros in Afrika südlich der Sahara aufgenommen hat. Meistens standen dabei die Auswirkungen auf die Wirtschaft und die Politik der am meisten betroffenen Länder im Fokus.

Aber auch hier in Berlin hat im Spätherbst 2002 eine internationale Tagung mit dem Titel „Politische Implikationen von HIV und Aids – Erfahrungen aus dem südlichen und östlichen Afrika, der Ukraine und Thailand“ stattgefunden. Bei dieser Konferenz ging es weniger um HIV/Aids als Gesundheitsproblem, sondern um die Bedrohung von Sicherheit und demokratischer Stabilität in den Ländern des Südens. Die Situation von Kindern spielte aber bereits in dieser Veranstaltung eine Rolle. Denn unter anderem ging es um die Auswirkungen der Epidemie auf staatliche Institutionen wie den Gesundheitssektor und das Bildungssystem, um die Perspektivlosigkeit junger Aids-Waisen, die Kriminalität als einzigen Ausweg zu überleben und die Schwierigkeiten Aids-kranker Eltern, die Ernährung ihrer Kinder zu sichern.

Kinderrechte sind Menschenrechte

Ein weiterer Anknüpfungspunkt zum heutigen Thema sind für die Friedrich-Ebert-Stiftung Kinderrechte als Menschenrechte. In unserer internationalen Arbeit für Demokratie und soziale Gerechtigkeit setzen wir uns stets für die Durchsetzung der universellen Menschenrechte ein. Dazu gehören auch die Unterstützung für die Umsetzung der Kinderrechtskonvention und der Millenniumsziele. In den letzten Jahren hat sich die Stiftung deshalb immer wieder allein oder in Zusammenarbeit mit Partnern für den besonderen Schutz von Kindern eingesetzt. In diesem Kontext hat sich nun schon über einige Jahre hin eine kontinuierliche Zusammenarbeit mit UNICEF entwickelt. „Kinder im Krieg“, „Kleinwaffen“, „Kinderhandel“ und „Strategien gegen die Diskriminierung von Mädchen“ waren die Themen der gemeinsamen Konferenzen, die seit 1999 zuerst in Bonn und später hier im Hause stattgefunden haben.

Dabei ging es nicht nur darum, internationale Experten mit der deutschen Fachöffentlichkeit zusammenzubringen, um zu informieren und das gesellschaftspolitische Bewusstsein zu fördern, sondern vor allem um einen Dialog mit den politischen Entscheidungsträgern, deren Unterstützung bei der Umsetzung von internationalen Vereinbarungen zu Kinderrechten unverzichtbar ist.

Auch heute ist es unser Anliegen, ein Gesprächsforum für Experten und Expertinnen, den internationalen und nationalen Nichtregierungsorganisationen (NRO) und der Politik bereitzustellen, um von Aids und HIV betroffenen Kindern zu ihren Rechten zu verhelfen. Möge diese Veranstaltung einen Beitrag dazu leisten.

Begrüßung

Heide Simonis

Heide Simonis, Vorsitzende des Deutschen Komitees für UNICEF

Ich möchte Sie ebenfalls ganz herzlich begrüßen und freue mich, dass nun doch so viele gekommen sind um sich mit uns über dieses sperrige, schwierige Thema zu unterhalten.

Ich erinnere mich, dass vor 25 Jahren in der ARD tatsächlich ein internationaler Frühschoppen zu dem Thema stattfand, obwohl man eigentlich nicht über Aids redete. Und mir ist heute noch in Erinnerung, dass mit einer gewissen Schadenfreude darüber gesprochen worden ist. Denn es war damals noch ein Problem von homosexuellen Männern aus der US-amerikanischen Mittelschicht.

Doch heute sind vor allem Kinder und Jugendliche die Opfer. Schätzungsweise die Hälfte aller Neuinfektionen weltweit entfällt auf die Altersgruppe der 15- bis 24-Jährigen und die ganz Kleinen – für die haben wir noch nicht alle Zahlen, weil nicht jedes Kind bei der Geburt registriert wird. In den vergangenen zwei Jahren ist im Durchschnitt jede Minute ein Kind an Aids gestorben. Mehr als 15 Millionen Kinder haben ihre Eltern an Aids verloren. In einigen Regionen des südlichen Afrikas ist Aids die häufigste Todesursache von Kindern.

Schätzungsweise die Hälfte aller Neuinfektionen weltweit entfällt auf die Altersgruppe der 15- bis 24-Jährigen

Kinder sind die vergessenen Opfer von Aids

Kinder sind leider jedoch auch die vergessenen Opfer von Aids: Sie werden beim Kampf gegen die Krankheit benachteiligt. Inzwischen bekommen etwa 20 Prozent der Erwachsenen anti-retrovirale Medikamente, bei Kindern sind es allerdings nur zehn Prozent. Bei uns in den Industrieländern kommt die

Übertragung vor oder bei der Geburt praktisch kaum vor. In Afrika und Indien ist dies eine Bedrohung für Mutter und Kind, weil die Medikamente, die zur Verfügung stehen, immer noch als zu teuer erscheinen. Zudem gibt es häufig überhaupt keine angepassten Medikamente für Kinder.

UNICEF hat sich zum Ziel gesetzt, mehr Hilfe für die von Aids betroffenen Kinder zu mobilisieren. Seit einem Jahr läuft die weltweit hoch angesehene Kampagne „Du und ich gegen Aids“. Schon mehr als 40 Länder haben sich der Kampagne angeschlossen – darunter auch Botswana und Namibia. UNICEF hat sich vier Kernaufgaben gestellt, um den von HIV und Aids betroffenen Kindern zu helfen.

1. Erstens müssen wir verhindern, dass Kinder mit HIV/Aids auf die Welt kommen – also der Übertragung von der Mutter auf das Kind vorbeugen. Fast alle mit HIV infizierten Kinder haben sich vor, während oder kurz nach der Geburt bei der Mutter angesteckt. Mit den richtigen Medikamenten kann man das Übertragungsrisiko auf unter zwei Prozent senken. 100 Milliliter Generika kosten nur einen einzigen US-Dollar. Trotzdem ist dieser Preis hoch, wenn man bedenkt wie viele Menschen von weniger als einem Dollar am Tag überleben müssen.

UNICEF hat immer darauf bestanden, dass die Mütter stillen, weil das Problem der Sterilisation der Fläschchen und die Kosten der Babynahrung dies nahe legen. Wenn aber tatsächlich eine Gefahr der Übertragung des Virus' beim Stillen besteht, dann muss man sich überlegen, ob man diese Linie weiter verfolgen kann. Ich glaube, die Mediziner sind sich hier noch nicht ganz einig, welchen Rat sie uns hier erteilen sollen, den wir dann in Kampagnen umsetzen und dafür werben können.

Fast alle mit HIV infizierten Kinder haben sich vor, während oder kurz nach der Geburt bei der Mutter angesteckt. Mit den richtigen Medikamenten kann man das Übertragungsrisiko auf unter zwei Prozent senken.

Übertragung vorbeugen und medizinische Versorgung für Kinder verbessern

- Wir wollen die medizinische Versorgung der Kinder verbessern: Rund 660.000 Kinder brauchen anti-retrovirale Medikamente und 90 Prozent bekommen sie leider nicht oder bekommen sie in einer falschen Dosierung. Ich habe in Indien gesehen, wie die Großmutter ihrem kleinen Enkel Stückchen von den Tabletten abbrach und diese dann zerstampft hat.

Ein weiteres riesiges Problem ist, dass in weiten Teilen der Welt keine belastbaren HIV-Tests zur Verfügung stehen. Wenn man nicht weiß, ob das Baby HIV hat, kann man nicht entscheiden, ob und wie es behandelt werden soll. Wenn dann nach 18 Monaten endlich getestet werden kann, ist es oft schon zu spät. 50 Prozent der HIV-infizierten Kinder sterben vor ihrem zweiten Geburtstag.

- Das dritte Aufgabenfeld betrifft die Prävention unter Kindern und Jugendlichen. Aufklärung ist das A und O beim Kampf gegen Aids. Insbesondere schlecht geschützte Gruppen wie Drogenabhängige oder SexarbeiterInnen brauchen Informationen und Hilfe. In unseren Programmen versuchen wir, diesen Teil der Aufklärung mit einzubauen, damit in den Schulen auch das Selbstbewusstsein der Kinder gestärkt wird: Dann wissen sie etwas darüber und sie wissen auch, dass sie nein sagen müssen und sich nichts gefallen lassen dürfen.

Zudem muss die Krankheit aus der Stigmatisierung herausgeholt werden. In Indien zum Beispiel sind die Verantwortlichen sehr daran interessiert, aufzuklären. Wenn sich aber jemand mit HIV outen muss, wird mit der Kündigung reagiert – auch wenn er in der öffentlichen Verwaltung tätig ist.

Ein weiteres riesiges Problem ist, dass in weiten Teilen der Welt keine belastbaren HIV-Tests zur Verfügung stehen.

Betreuung von Kindern verbessern

4. Die vierte Aufgabe, die wir uns bei UNICEF gestellt haben, ist, die Betreuung von Kindern zu verbessern, die von Aids direkt oder indirekt betroffen sind. Sehr häufig findet man gerade im südlichen Afrika Kinder, die für ihre Geschwisterchen sorgen müssen – dafür haben sie aber eigentlich noch nicht die Reife. Dazu gehört auch, die Großeltern zu unterstützen, die sich – weil die Eltern gestorben sind – um die Kleinen kümmern müssen.

Kinder, die mit HIV leben und auch Waisenkinder sind wesentlich anfälliger für andere Risiken, auch für sexuellen Missbrauch, Folgeerkrankungen und Mangelernährung. Sie brauchen Unterstützung, damit sie in die Schule gehen und regelmäßig etwas essen können und damit sie vor Ausbeutung geschützt sind.

Wenn wir der Aids-Epidemie etwas entgegen setzen und diesen Kindern helfen wollen, müssen wir – in den Ländern, die mehr Möglichkeiten haben – unsere Anstrengungen verstärken.

Wenn wir der Aids-Epidemie etwas entgegen setzen und diesen Kindern helfen wollen, müssen wir – in den Ländern, die mehr Möglichkeiten haben – unsere Anstrengungen verstärken. Deshalb richten wir und die 130 ehrenamtlichen UNICEF-Unterstützungsgruppen in Deutschland mit unserer Kampagne „Du und ich gegen Aids“ auch Forderungen an die Bundesregierung und die Pharmaindustrie: Die Pharmaindustrie muss die Preise für Medikamente senken und die Bundesregierung muss aus ihren Mitteln einen größeren festen Betrag für Kinder bereit stellen.

Preise für Medikamente senken

Wenn es uns gelingt, Medikamente für Kinder zu entwickeln, die Preise zu senken und in Schulen für Aufklärung zu sorgen, haben wir schon ein kleines Stück im Kampf gegen Aids gewonnen. Mitmachen kann übrigens jeder. Mehr als eine halbe



Million Menschen haben uns mittlerweile allein in Deutschland ihre Unterschrift gegeben, obwohl wir in unseren Arbeitsgruppen feststellen, dass das Thema nicht leicht zu transportieren ist. Das Thema ist vielen Leuten unangenehm.

Ich wünsche Ihnen heute einen Tag, nach dem Sie nach Hause gehen mit dem Gefühl: Ich fühle mich angesprochen und will mitmachen – in welchem Bereich Sie auch immer tätig sind.

Mach's mit: Warum eine weltweite Kampagne gegen AIDS nötiger ist denn je

Dr. Elisabeth Pott

Direktorin der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

Weltweit haben sich seit 1981 ca. 65 Millionen Menschen mit HIV infiziert. Sterbefälle: über 25 Millionen. Rund 40 Mio. Menschen leben weltweit mit HIV, davon mindestens 17,3 Mio. Frauen.

Zunächst möchte ich darüber berichten, was wir in Deutschland machen. Wahrscheinlich kennen Sie alle die Fernsehspots, die wir in früheren Jahren gemacht haben, aber hinter einer erfolgreichen Aufklärungskampagne steckt wesentlich mehr, und das wird heute Thema meines Vortrages sein.

Weltweit haben sich seit 1981 circa 65 Millionen Menschen mit HIV infiziert. Sterbefälle: über 25 Millionen. Rund 40 Mio. Menschen leben weltweit mit HIV, davon mindestens 17,3 Mio. Frauen. Neuinfektionen: über vier Millionen pro Jahr. Zwei Drittel aller betroffenen Menschen leben im sub-saharischen Afrika und davon sind 13,2 Mio. Frauen. Die dramatischste Dynamik der Epidemie haben wir zur Zeit in Osteuropa und Zentralasien. Weltweit haben weniger als ein Fünftel der Menschen mit einem Infektionsrisiko Zugang zu Präventionsangeboten, nur ein Achtel erhalten die Möglichkeit, sich testen zu lassen. Jeden Tag infizieren sich weltweit 1.800 Kinder mit HIV, davon sind die überwiegende Zahl Neugeborene. Das heißt: Prävention muss wesentlicher Teil einer weltweiten Bekämpfungsstrategie sein, damit dieser Pandemie, die weltweit ein ungelöstes Problem ist, etwas entgegen gehalten werden kann.

Jeden Tag infizieren sich weltweit 1.800 Kinder mit HIV

Es ist nicht so, dass wir dieser Situation hilflos ausgeliefert sind. Wir wissen, was heute möglich wäre: Durch eine erfolgreiche Kombination von Therapie und Prävention könnten welt-

weit Millionen von Infektionen vermieden werden. Es fehlt nicht an Wissen, es fehlt an der Umsetzung. Das hat viele Gründe und einige davon werden auch bei uns in Deutschland offenbar: 1987 war es bei uns überhaupt keine Selbstverständlichkeit, dass diese Kampagne gestartet werden konnte – was wir nie vergessen sollten, wenn wir die Situation in anderen Ländern beurteilen. Denn es gab einen erheblichen Streit darüber, ob man nicht einfach die Bevölkerung durchtesten und die Infizierten wegsperren sollte, anstatt tatsächlich eine bundesweite Aufklärungskampagne zu machen. Das war auch deshalb nicht selbstverständlich, weil man ja in diesem Zusammenhang über so „schmutzige“ Dinge wie Sex reden musste. Wir hatten keine Sprache für das Thema, wir wussten nicht, wie wir das Thema kommunizieren sollten. Kondome öffentlich zu benennen oder zu zeigen war ja unvorstellbar. Und als die Präventionsstrategie schließlich politisch durchgekämpft war, standen wir vor dem Problem, dass wir gute Aufklärung machen aber bloß nicht ein Wort zu viel sagen sollten.

Wir hatten keine Sprache für das Thema, wir wussten nicht, wie wir das Thema kommunizieren sollten. Kondome öffentlich zu benennen oder zu zeigen war ja unvorstellbar.

Schutzbotschaft musste politisch durchgesetzt werden

Das war in vielen anderen europäischen Ländern ebenso: Die Engländer haben ihre Kampagne zum Beispiel *Don't die of ignorance* (zu deutsch etwa: Stirb nicht an Unwissenheit) genannt. Da fehlt jeder Bezug zu zentralen Aussagen wie ‚Sex‘, ‚Ansteckung‘ oder ‚Schutz‘. Unser Slogan hieß dann „Gib Aids keine Chance“, aber wir haben uns überlegt, wie wir denn die eigentlich so wichtige Schutzbotschaft in die Aufklärungsmedien bringen. Erst aufgrund eines Interviews mit einem renommierten Wissenschaftler in einem unserer ersten Fernsehspots ist dann das Wort ‚Kondom‘ zum ersten Mal öffentlich verwendet worden – und zwar in einer Form, die explizit genug war, dass jeder wusste, wovon überhaupt die Rede war. Von da an haben wir versucht, diese Aussage stärker zu verdeut-

lichen. Das ging über das Zeigen von Kondomen bis es schließlich auch möglich war, deren Anwendung zu erklären. Das ist ein langer Weg gewesen. Und dieser Weg musste intensiv erkämpft werden. Wenn ich heute an die Kontrollanrufe bei unseren Telefonhotlines zu HIV/Aids denke... Wer da alles wissen wollte, ob wir nicht Schweinkram erzählen... Was bei bestimmten Aussagen innerhalb der Aufklärungskampagne an Protesten gekommen ist... Es muss also ein politischer Wille da sein, die Menschen vor dieser schrecklichen Krankheit zu schützen.

Für die Verwirklichung einer nationalen Präventionsstrategie ergab sich jedoch ein weiteres Problem: Es gab kein Vorbild dafür. Prävention war bis dahin nicht nötig gewesen, weil man alles medikamentieren konnte. Das änderte sich mit Aids schlagartig. Hier hatte man nur die Prävention. Heute können wir zeigen, dass Prävention erfolgreich ist, wenn sie denn finanziell vernünftig ausgestattet wird.

Keine Erfahrungen mit Prävention

Ein wichtiger Schritt war die Zusammenarbeit mit der Deutschen Aids-Hilfe. Denn in Deutschland waren vor allem Männer betroffen, die Sex mit Männern hatten. Und während wir als Bundeszentrale für die Mehrheit der Bevölkerung als neutrale, glaubwürdige und unabhängige Informationsquelle galten, ist der Staat bei einigen für die Aufklärungsarbeit wichtigen Zielgruppen doch eher verdächtig. Und da ist die Glaubwürdigkeit von Selbsthilfeorganisationen viel höher, da sie einen guten Zugang haben und eine angepasste Sprache sprechen. Dieses Modell haben wir auf alle Ebenen ausgedehnt – bis zur Zusammenarbeit von lokalen Aids-Hilfen und den Gesundheitsämtern. Diese Zusammenarbeit ist bis heute ein Kernelement unserer Präventionspolitik und auch – so denke ich – weltweit vorbildlich für erfolgreiche Strategien in diesem Bereich.

Das war nicht einfach, weil viele Materialien der Deutschen Aids-Hilfe noch wesentlich expliziter waren als unsere Angebote und damit auch angreifbarer. Aber im Unterschied zu vielen anderen Ländern, in denen entweder nur der Staat reagiert hat oder in denen er seine Verantwortung einfach delegiert hat, war die Diskriminierung bei uns schnell sehr stark rückläufig. Durch die Einbeziehung der betroffenen Gruppen und deren Einsatz für die Aufklärung haben wir einen wesentlichen Beitrag zu Nichtausgrenzung und Nichtdiskriminierung von Aids-infizierten Menschen geleistet. Wenn der Staat sich nicht engagiert und nur Mittel bereitstellt, sendet er ein Signal aus, dass so verstanden wird, als handele es sich um das Problem einer Randgruppe, von der man sich besser fern hält.

Betroffene Gruppen einbeziehen

Dieses Problem ist weltweit von Bedeutung. Erinnern Sie sich zum Beispiel an die Frage des Stillens: Wenn eine Frau in bestimmten Kulturkreisen nicht stillt, wird sie sofort verdächtigt, mit HIV infiziert zu sein. Auch hier muss also Nichtdiskriminierung und die Einbettung von Solidarität mit den Betroffenen ein ganz zentrales Element einer Präventionsstrategie sein. In vielen Entwicklungsländern wird allerdings die Zusammenarbeit mit Menschenrechtsorganisationen unumgänglich sein, um Nichtdiskriminierung zu verwirklichen.

Für den Erfolg der Kampagne war wichtig, dass wir beide Zielsetzungen – Schutzverhalten in Risikosituationen einerseits und die Schaffung eines solidarischen Umgangs mit den Erkrankten andererseits – von Anfang an eingeplant hatten. Was nun die Kampagne in ihrer Maßnahmenstruktur ausmacht, sind die Massenmedien auf der einen und die persönliche Kommunikation auf der anderen Seite und als Bindeglied dazwischen die Telefonberatung. Über Massenkommunikation lässt sich ein Klima der Aufmerksamkeit schaffen. Wenn diese

In vielen Entwicklungsländern wird allerdings die Zusammenarbeit mit Menschenrechtsorganisationen unumgänglich sein, um Nichtdiskriminierung zu verwirklichen.

aber ohne ein weiteres Bindeglied – zum Beispiel für Nachfragen – eingesetzt werden, laufen die Botschaften ins Leere. Mit persönlichen Gesprächen lässt sich jedoch nur eine begrenzte Zahl von Menschen erreichen. Allerdings sind wir hier in Deutschland mittlerweile sehr weit, und es gibt eine Vielzahl von ausgebildeten Multiplikatoren. Das optimale Bindeglied stellt die anonyme persönliche Telefonberatung dar. Niemand muss sich outen – seinen Namen angeben. Wenn weitere Beratung nötig ist, kann die Telefonberatung solche auch vermitteln und zwar auch in einiger Entfernung zum Heimatort. Dann können die Ratsuchenden – so sie denn einen Test machen lassen wollen und zum Beispiel auf dem Land oder in einer Kleinstadt leben – ihre Anonymität vollständig wahren.



Dr. Dietrich Garlichs, Heide Somonis und Sabine Kasperleit

Enge Verzahnung der einzelnen Kampagnenelemente

Wesentlich ist zudem, dass es heute aufgrund der Bedrohung durch HIV/Aids entsprechende Richtlinien für den Sexualkundeunterricht in allen Bundesländern gibt. Was darüber hinaus inzwischen an großer Bedeutung gewonnen hat, ist das Internet. Das Internet hat steigende Nutzerzahlen, und auch Jugendliche, die sich sonst vielleicht nicht für das Thema interessieren würden, können wir über dieses Medium erreichen und sogar interaktiv beteiligen.

Von zentraler Bedeutung ist schließlich die Evaluation der Kampagne, denn nur so lässt sich in Erfahrung bringen, ob die Botschaften in den Zielgruppen ankommen, akzeptiert werden, Kommunikation darüber auslösen und schließlich zu Schutzverhalten führen.

Lebensnah kommunizieren

Für den Erfolg von Prävention ist aber nicht nur die Größe und technische Ausstattung entscheidend, sondern auch die Ausrichtung der Maßnahmen insgesamt. Wenn es nicht gelingt, lebensnah zu kommunizieren und die Menschen ernst zu nehmen, werden wir sie ebenfalls nicht erreichen. Dazu gehört auch, ernst zu nehmen, welche Mythen und Vorstellungen bei Menschen über Gesundheit und Infektionswege herrschen und das Verständnis für Widerstände gegen „rationales“ Verhalten. Gerade Sexualität und Liebe hat ganz viel mit Emotionen zu tun. Wir müssen das Selbstwertgefühl der Zielgruppen, vor allem bei Frauen und Mädchen, stärken. Denn nur, wer ein gewisses Selbstwertgefühl hat, kann seine Wünsche – zum Beispiel nach Schutzverhalten – und Bedürfnisse ausdrücken. Deshalb darf die Moral nicht unsere Angelegenheit sein. Auch die weit verbreitete Ansicht, dass eine besonders drastische Darstellung der Gefahren bessere Erfolge bringt, stimmt so

Gerade Sexualität und Liebe hat ganz viel mit Emotionen zu tun. Wir müssen das Selbstwertgefühl der Zielgruppen, vor allem bei Frauen und Mädchen, stärken.

nicht. Wird die Darstellung von Gefahren als nicht realistisch und übersteigert erlebt, entsteht sehr schnell der Eindruck von Unglaubwürdigkeit. Gelungene Beispiele und praktische Verhaltenshinweise sind hingegen der richtige Weg, und dazu gehört auch, Verständnis für Schwierigkeiten zu zeigen. Ein der Situation angemessener Humor ist ebenfalls sehr wichtig.

Qualitätssicherung der Kampagne und die Evaluation sind – wie bereits gesagt – grundlegender Bestandteil der Kampagne. Man muss wissen, was man tut. Immer wieder müssen die Erkenntnisse aus der Evaluation in die Kampagne einfließen. Diese Rückkopplung ist nötig, um auf veränderte Rahmenbedingungen, neue wissenschaftliche Erkenntnisse und veränderte soziale Gegebenheiten – und seien es nur Lese- und Sehgewohnheiten – reagieren zu können.

Man muss wissen, was man tut

Auf die technischen Details will ich hier nicht weiter eingehen. Doch widerlegt unsere große alljährliche Studie *„Aids im öffentlichen Bewusstsein“* die Behauptung, es gebe eine große ‚Aids-Müdigkeit‘. Es ist im Gegenteil so, dass sich 2005 in der Bevölkerung immer noch 53 Prozent dafür interessierten und bei den Alleinlebenden unter 45 Jahren – von denen wir annehmen, dass das die sexuell Aktiveren sind – sich immer noch 72 Prozent sehr für das Thema interessieren. Zu diesem Befund passt, dass heute 93 Prozent aller 16- bis 20-Jährigen angeben, dass das Thema Aids in der Schule behandelt worden ist und immerhin 74 Prozent aussagen im Unterricht „viel“ oder „sehr viel“ über das Thema erfahren zu haben. Das war früher nicht so, wie der Vergleich mit der Altersgruppe der 16- bis 34-Jährigen zeigt, in der durchschnittlich nur 78 Prozent der Schüler und Schülerinnen erreicht wurden. Generell ist festzuhalten, dass heute in Deutschland über 90 Prozent der Bevölkerung etwas über die Übertragungswege und das Schutzverhalten wissen. Das gilt auch für speziellere Kenntnisse, wie

die Tatsache, dass HIV-infizierte Menschen Andere auch dann anstecken können, wenn bei ihnen die Krankheit noch nicht ausgebrochen ist – dass andererseits aber eine Ansteckungsgefahr am Arbeitsplatz oder in der Arztpraxis nicht gegeben ist. Im Laufe der ersten Jahre ist es uns auch gelungen, die Einstellung der Bevölkerung zur Isolierung von Aids-Kranken nachhaltig zu beeinflussen. Wollten 1985 noch 36 Prozent der Gesamtbevölkerung Aids-Kranke isoliert sehen, sind es seit 1988 nie wieder mehr als sieben Prozent gewesen.

Keine ‚Aidsmüdigkeit‘ in Deutschland, aber ...

Lassen Sie mich noch auf den Zusammenhang zwischen der Erreichung der Zielgruppen durch die unterschiedlichen Medien und das tatsächliche Schutzverhalten und Wissen der Menschen eingehen. Anfangs konnten wir vor allem über die Massenmedien, aber auch über unsere Medien der Aids-Aufklärung bis über 90 Prozent der Bevölkerung erreichen. Diese Reichweite ist dann aber mit dem Rückgang unserer Mittel – aber auch mit der sinkenden Bereitschaft der öffentlich-rechtlichen Fernsehanstalten, unsere Spots kontinuierlich und kostenlos auszustrahlen – deutlich zurück gegangen, bis wir im Jahr 2000 auf einem Tiefpunkt angelangt waren. Seitdem ist die Erreichbarkeit unserer Zielgruppen von etwa 36 Prozent wieder auf knapp die Hälfte der Gesamtbevölkerung angestiegen. Wir kooperieren heute mit den privaten Fernsehanstalten, aber auch mit dem Fachverband Außenwerbung, der kostenlos Flächen für unsere „*Mach’s mit!*“-Großplakate zur Verfügung stellt. Auch Hörfunkspots strahlen wir nun aus, und neuerdings unterstützen die privaten Krankenkassen die Arbeit der Aids-Kampagne. Wichtig: Ist die Erreichbarkeit der Zielgruppen nicht gegeben, braucht man nach Wirksamkeit einer Kampagne erst gar nicht zu fragen. Einfach eine Broschüre drucken und davon auszugehen, dass die Menschen diese schon lesen werden, reicht eben nicht. Wenn aber die Menschen nicht

Wollten 1985 noch 36 Prozent der Gesamtbevölkerung Aids-Kranke isoliert sehen, sind es seit 1988 nie wieder mehr als sieben Prozent gewesen.

erreichbar sind, treten Wissenslücken auf und das Schutzverhalten lässt nach. Dieses lässt sich mit unserer Studie „*Aids im öffentlichen Bewusstsein*“ einwandfrei belegen.

... der Gebrauch von Kondomen ist immer noch nicht selbstverständlich

Abschließend möchte ich noch auf die Schwierigkeiten eingehen, die Menschen – hier beschränkt auf die Gruppe der 16- bis 44-jährigen Alleinlebenden – mit der Benutzung von Kondomen haben, obwohl sie wissen, wie wichtig ihr Gebrauch ist. Immerhin fast 26 Prozent der befragten Frauen und 29 Prozent der Männer finden, dass die Nutzung eines Kondoms die Stimmung bei der Liebe stört. Ein weiterer wichtiger Aspekt ist gerade bei 31 Prozent der Frauen die Angst, dass der Partner misstrauisch werden könnte, wenn sie die Kondombenutzung vorschlagen. Der Partner könnte denken: ‚Mhm, wieso hat die immer ein Kondom dabei?‘ Sogar 54 Prozent der Frauen haben Schwierigkeiten, Kondome durchzusetzen – auch wenn die Sexualbeziehung nur flüchtig ist. Was nicht so oft thematisiert wird, ist, dass Liebe ein Risikofaktor ist. Immerhin sehen sich 37 Prozent aller Frauen in Schwierigkeiten, Kondome durchzusetzen, wenn die Partner sehr verliebt sind. Und schließlich: Unter Alkoholeinfluss ist es besonders schwierig, Kondome durchzusetzen. Vier Fünftel aller Frauen und zwei Drittel aller Männer sehen hier Probleme.

Anstieg von Neuinfektionen in Deutschland

Derzeit müssen wir für Deutschland einen Anstieg von Neuinfektionen konstatieren. Das ist vor folgendem Hintergrund zu sehen: Weltweit breitet sich HIV-Aids immer noch epidemisch aus und die Mobilität ist sehr hoch. Dazu zählen nicht nur Reisen sondern auch Geschäftsbeziehungen. Man kann hier

also nicht nur auf die eigene Situation schauen. Zum zweiten gibt es heute Behandlungsmöglichkeiten, die teilweise den Eindruck erwecken, als könne, bis zu einem etwaigen Ausbruch der Krankheit, ein Heilmittel gefunden worden sein. Zudem stellen wir fest, dass es nicht so einfach ist, Schutzverhalten konsequent beizubehalten und wir müssen immer wieder die nachwachsenden Generationen erreichen. Andere sexuell übertragbare Krankheiten – zum Beispiel die Syphilis in Osteuropa – sind auf dem Vormarsch und begünstigen Neuinfektionen mit HIV. Schließlich haben wir heute eine ganze Reihe von Infizierten in Behandlung. Und die Ärzte, die diese Menschen behandeln, brauchen auch eine Präventionsberatung. Denn auch jemand, der behandelt wird, kann weiterhin andere anstecken.

Das sind die Herausforderungen, vor denen wir stehen und deshalb dürfen wir in unseren Bemühungen nicht nachlassen - obwohl die Situation in Deutschland vergleichsweise gut ist. Nur Finnland, Schweden und Norwegen haben niedrigere Zahlen bei der HIV-Prävalenz. Im Jahr 2005 lebten in Deutschland etwa 49.000 HIV-infizierte Menschen, und bei ca. 8.000 von ihnen war die Krankheit ausgebrochen. Die Neuinfektionen im letzten Jahr werden auf etwa 2.600 geschätzt – davon etwa 350 Frauen. 750 Menschen starben 2005 an Aids.

Voraussetzungen für den Erfolg nationaler Programme zur Aids-Bekämpfung:

1. politische Prioritätensetzung, die der Hochrangigkeit der Aufgabe entspricht;
2. frühzeitiger Beginn der Interventionen;
3. adäquate personelle, institutionelle und finanzielle Ressourcen;
4. umfangreiche Interventionen, die die entscheidenden Bereiche und Zielgruppen abdecken;
5. wissenschaftlich begründete Strategien und
6. umfangreiche Evaluation sowie wissenschaftliche Begleitung der Maßnahmen.

Andere sexuell übertragbare Krankheiten – zum Beispiel die Syphilis in Osteuropa – sind auf dem Vormarsch und begünstigen Neuinfektionen mit HIV.

Jede Minute stirbt ein Kind

Stephen Lewis,
UN-Sonderbeauftragter für HIV/Aids in Afrika

Ich halte mich seit 46 Jahren immer wieder in Afrika auf, und ich liebe den Kontinent. Nichts aber hatte mich auf das Sterben vorbereitet, dessen Augenzeuge ich in den letzten fünf Jahren geworden bin. Es war und es ist eine herzerreißende Erfahrung. Aber es ist auch erhebend zu sehen, mit welcher Stärke und Courage Afrika sich der Pandemie entgegen stemmt. Und nie und nirgends wird beides deutlicher, als wenn Kinder betroffen sind. Was man im Laufe der Zeit, während der Arbeit im UN-System lernt, ist, dass Kinder bei den ökonomischen und sozialen Prioritäten in fast jeder Hinsicht ganz hinten an stehen. Ich habe nie ganz verstanden warum, aber es ist schwierig, Regierungen davon zu überzeugen, den Belangen von Kindern Vorrang einzuräumen – eine der entmutigendsten Tatsachen im Bezug auf HIV/Aids.

Ich will in sieben Punkten auf einige der Dimensionen und Besonderheiten eingehen, die die Pandemie in Bezug auf Kinder aufweist.

Ich habe nie ganz verstanden warum, aber es ist schwierig, Regierungen davon zu überzeugen, den Belangen von Kindern Vorrang einzuräumen – eine der entmutigendsten Tatsachen im Bezug auf HIV/Aids.

Nur zehn Prozent aller HIV-infizierten Kinder erhalten Medikamente

Zunächst: Nur eine verschwindend geringe Prozentzahl der Kinder, die eine Behandlung bräuchten, erhalten diese – obwohl es jetzt seit zehn Jahren Medikamente für Erwachsene gibt. Weltweit erhalten nur etwa zehn Prozent aller Kinder eine Behandlung, die Medikamente gegen den Virus bräuchten. So verlieren wir jedes Jahr Hunderttausende von Kindern – un-

nötigerweise. Bis heute gibt es keine pädiatrischen Varianten der entsprechenden Medikamente. Bisher ist es in der Regel so gewesen, dass die anti-retroviralen Mittel für Erwachsene nach Alter und Gewicht des betroffenen Kindes annäherungsweise aufgeteilt wurden. Das ist schon für Ärzte und Krankenschwestern schwierig – für eine Großmutter ist es praktisch unmöglich. Auch die Versuche, mittels derartiger Näherungen Sirups für Kinder herzustellen, sind gescheitert. Hätte es nicht die gezielte Advocacy-Arbeit von *Medicins sans Frontieres* und einigen anderen NRO gegeben und die Intervention der *Clinton-Stiftung*, hätten wir bis heute nichts in den Händen. Mit Sicherheit haben wir keine Unterstützung von der pharmazeutischen Industrie erhalten und auch von Regierungsseite hat es keine sonderlichen Anstrengungen gegeben.

Ansteckung bei der Geburt verhindern

Zum zweiten Punkt: Die allermeisten Kinder werden während des Geburtsvorgangs angesteckt. HIV-positive Mütter gebären HIV-positive Kinder. In Teilen Afrikas gibt es die Möglichkeit, eine Ansteckung des Kindes durch die Mutter (*prevention of mother to child transmission*, PMTCT) zu verhindern. Es ist einer sehr ungewöhnlichen und beispiellosen Spende von *Boehringer Ingelheim* zu verdanken, dass den interessierten Regierungen überhaupt ein Medikament zur Verfügung steht, um die Übertragung des Virus auf das Neugeborene zu verhindern. Das Unternehmen stellt einen Wirkstoff namens Nevirapin her, und stellt es kostenlos zur Verfügung. Wenn man der Mutter das Medikament gibt und dem Baby – innerhalb von 72 Stunden nach der Geburt – ebenfalls, lässt sich die Infektionsrate um 50 bis 60 Prozent senken. Das rettet Hunderttausende Kinder, die so HIV-negativ geboren werden. Andererseits haben nur ganze zehn Prozent aller HIV-positiven, schwangeren Frauen Zugang zu PMTCT. Man muss fragen: Wie konnte es geschehen, dass bis heute nur ein so geringer Anteil der Frauen Zugang zu

In Teilen Afrikas gibt es die Möglichkeit, eine Ansteckung des Kindes durch die Mutter (prevention of mother to child transmission, PMTCT) zu verhindern.

Nevirapin hat? Und noch etwas: Im Westen ist es kaum denkbar, dass auch nur ein einziges Kind HIV-positiv geboren wird. Hier werden keine einzelnen Nevirapin-Dosen verabreicht. Wir geben der HIV-positiven Schwangeren eine vollständige anti-retrovirale Therapie, was die Übertragungsgefahr auf ihr Kind auf nur noch etwa ein Prozent vermindert. Warum ist das Leben eines afrikanischen Kindes weniger wert als das eines Kindes aus dem Westen?

Umfassende Behandlung von Schwangeren ermöglichen

Meine persönliche Überzeugung ist, dass es – mit umfassender Unterstützung des Westens – heutzutage möglich sein müsste, den afrikanischen Regierungen die Gelegenheit zu geben, jeder HIV-positiven, schwangeren Frau die vollständige Behandlung zukommen zu lassen, anstatt auf einmal dosiertes Nevirapin bauen zu müssen. Wo es versucht worden ist, hat sich gezeigt, dass die Infektionsrate der Neugeborenen auf ein bis zwei Prozent aller Babys gesenkt werden konnte. Das zeigen Projekte von *Medicins sans Frontieres*, von *Partners in Health* in Ruanda, Lesotho und Malawi, und das zeigen Projekte von *St. Aegidio* in Mosambik. Darüber hinaus zeigen neuere Untersuchungen, dass auch das Stillen kein Problem ist, wenn die Mütter anti-retrovirale Mittel erhalten.

Riesige Zahlen von Waisenkindern

Drittens: Als unvermeidliche Konsequenz der derzeitigen Geschehnisse gibt es eine riesige Zahl von Waisenkindern in Afrika. Es gibt kein einziges Land auf dem Kontinent, das nicht mit diesem Problem zu kämpfen hat. Die Regierungen und die Zivilgesellschaften tun alles, was in ihrer Macht steht. In wirklich heldenhaftem Bemühen versuchen sie, den Kindern das Gefühl familiärer Stabilität zu geben. In den Dörfern versuchen die Menschen, sie in erweiterten Familienverbänden

zu versorgen. Die Großmütter kümmern sich um sie, und dann gibt es Haushalte, denen das älteste Kind vorsteht und auf seine Geschwister aufpasst.

Die Schwierigkeiten sind überwältigend. Durch den Verlust ihrer Eltern sind die Kinder schwer traumatisiert. Die meisten von ihnen haben das Sterben ihrer Eltern mit ansehen müssen. Die Konsequenzen für die emotionalen Reserven dieser Kinder sind niederschmetternd. Es besteht ein ganz erheblicher Bedarf an Nahrungsmitteln. Zudem können viele der Waisen nicht zur Schule gehen, weil sie das Schulgeld nicht zahlen können. Viele von ihnen müssen um ein Dach über dem Kopf kämpfen. Das alles übersteigt die Möglichkeiten der betroffenen Länder, und es ist wichtig festzuhalten, dass es eine solche Situation in der menschlichen Geschichte noch nie gegeben hat. Noch nie hat es eine derartige Zahl von Waisenkindern in so vielen Ländern gegeben. Das verändert ganze Gesellschaften und niemand weiß, was das für die Entwicklung in 20, 30 Jahren bedeutet.

Eine neue Situation in der Geschichte der Menschheit

Kürzlich habe ich in Swaziland Projekte besucht. In einem Ort hatten sich alle 350 Schüler der Dorfschule versammelt und sangen aus voller Kehle für mich – wie es so oft für Besucher getan wird. Doch dann nahm die junge Schulleiterin das Mikrofon und sagte: „Mr. Lewis, wir sind froh, dass Sie hier sind. Aber ich muss Ihnen sagen, dass von den 350 Kindern in meiner Schule 250 Waisen sind.“ 70 Prozent! Und das war eine Schule ohne Schulspeisung. Adäquat auf die Situation und Bedürfnisse der Waisenkinder zu reagieren, ist eine der Grundvoraussetzungen, wenn man überhaupt etwas für Kinder in Afrika tun will. Es gibt mittlerweile viele Länder, die nun Aktionsprogramme aufgelegt haben, um die Waisenkinder zu unterstützen. Aber die entsprechenden Ressourcen müssen bereit gestellt werden – dann sind die jeweiligen Regierungen voll und ganz in der Lage, die Programme auch umzusetzen.

Adäquat auf die Situation und Bedürfnisse der Waisenkinder zu reagieren, ist eine der Grundvoraussetzungen, wenn man überhaupt etwas für Kinder in Afrika tun will.

Heldenhafte Großmütter

Ich möchte Sie daran erinnern, dass diese Großmütter ihre eigenen erwachsenen Kinder beerdigt haben. Und nun, im Alter von 60, 70 oder gar 80 Jahren beginnen sie damit, ihre verwaisten Enkel aufzuziehen.

Das bringt mich zum vierten Punkt. Eine der Realitäten afrikanischen Lebens, ist das nicht besungene Heldentum der Großmütter. Großmütter versorgen eine sehr große Zahl von Waisenkindern was in manchen Ländern 30, 40 Prozent oder sogar die Hälfte aller Waisen ausmacht. Ich möchte Sie daran erinnern, dass diese Großmütter ihre eigenen erwachsenen Kinder beerdigt haben. Und nun, im Alter von 60, 70 oder gar 80 Jahren beginnen sie damit, ihre verwaisten Enkel aufzuziehen.

Stellen Sie sich bitte vor: Waisen, traumatisiert durch den Verlust ihrer Eltern und Großmutter, traumatisiert durch den Tod ihrer erwachsenen Kinder. Bei den Bemühungen, die Überreste der Familienstrukturen zusammen zu halten, trifft Trauma auf Trauma. Derartige menschliche Beziehungen hat es in der menschlichen Geschichte bisher nicht gegeben. Ich glaube, dass noch kein Anthropologe oder Soziologe über die Implikationen nachgedacht hat, die die Pandemie im Bereich menschlicher Beziehungen verursacht. Kinder müssen Kinder großziehen – ohne selber familiäre Erfahrungen gemacht zu haben. Der natürliche Strang der Überlieferung von Informationen, Interessen, Werten und Wissen zwischen den Generationen ist unterbrochen. Mit diesem Phänomen fangen wir jetzt gerade erst an uns auseinander zu setzen. So viel menschliche Befähigungen sind verloren gegangen, und die Implikationen für die betroffenen Länder können kaum unterschätzt werden. Die Rekonstruktion zwischenmenschlicher Beziehungen wirft Fragen auf, die erst noch beantwortet werden müssen.

Mangelnde Gleichberechtigung von Frauen

Punkt Nummer fünf: In Afrika – und vielen anderen Teilen der Welt – wird die Pandemie durch die mangelnde Gleichberechtigung von Frauen noch angekurbelt. Zu einem guten

Teil wird HIV/Aids durch männliches Sexualverhalten verbreitet. Das Fehlen sexueller Selbstbestimmung und Unabhängigkeit bei Frauen ist eine der entmutigenden Dimensionen der Pandemie. Ich will Ihnen klar sagen, dass für mich fest steht, dass die feministische Analyse richtig liegt – nur wurde sie leider nur von sehr wenigen Menschen wahrgenommen. Der Widerwille der Männer, Macht und Autorität mit den Frauen zu teilen, liegt im Zentrum der Kräfte, die den Virus verbreiten. Mangelnde Gleichberechtigung im Angesicht des Virus ist vor allem für die Frauen fatal.

Wenn es irgend etwas gibt, was nötig ist, um die Rechte von Frauen und Kindern durchzusetzen, ist es die Notwendigkeit, Frauen zu stärken (empowerment). In allen betroffenen Ländern wird hart daran gearbeitet, das Sexualverhalten zu ändern. Allmählich beginnen wir zu begreifen, dass es einige Generationen dauern kann, bis es uns gelingt, das männliche Sexualverhalten zu ändern. Aber die Frauen sterben jetzt – in schrecklich hohen Zahlen. Viele von Ihnen sind noch sehr jung; nur zwanzig, dreißig Jahre alt.

Der Widerwille der Männer, Macht und Autorität mit den Frauen zu teilen, liegt im Zentrum der Kräfte, die den Virus verbreiten. Mangelnde Gleichberechtigung im Angesicht des Virus ist vor allem für die Frauen fatal.

Stärkung von Frauen zur Bekämpfung des Virus

Vor einigen Wochen war ich in Mosambik, in Beira – einer großen Hafenstadt. Dort habe ich das öffentliche Krankenhaus besucht – die Station für erwachsene Frauen. Es gab 56 Betten. 80 bis 90 Frauen befanden sich auf der Station, die kein Bett hatten. Manche lagen auf dem Boden im Korridor, manche zwischen den Betten, manche unter den Betten, andere teilten sich ein Bett. Eine Szene aus Dantes Inferno. Ich frage mich, wie oft ich noch Zeuge derartiger Situationen werden muss. In manchen Ländern beginnen die Prävalenzraten zum Glück zu sinken – zumindest in bestimmten Altersgruppen und wo die Regierungen besonders engagiert an der Prävention gearbeitet haben. In anderen Ländern steigen sie noch. In Mosambik zum

Beispiel ist die Prävalenzrate im letzten Jahr von 14 auf 16 Prozent gestiegen. Das hört sich wenig an, aber auf die Bevölkerung bezogen ist das eine sehr große Zahl. Als ich mich in dieser Station umsah, merkte ich, dass fast alle Frauen jung waren. Und die große Mehrheit von ihnen war HIV-positiv und hatte sich bereits opportunistische Infektionen wie Tuberkulose zugezogen. Meiner Meinung nach ist die Stärkung von Frauen der wichtigste Einzelbeitrag zur erfolgreichen Bekämpfung des Virus, und gelingt sie, wird das die Dinge dramatisch ändern.

Jugendliche vernachlässigt

Zum Sechsten will ich auf die Frage der Jugend eingehen. Wir haben die Generation zwischen 12 und 24 Jahren sträflich vernachlässigt. In einigen Ländern wie Südafrika und Namibia gibt es relativ starke Jugendbewegungen. Hier findet viel Aufklärungsarbeit statt – von Jugendlichen für Jugendliche. Sie umfasst das gesamte Spektrum der Ausdrucksmöglichkeiten: Musik, Trommeln, Tanzen, Schauspiel, Gesang, Gedichte und Erzählungen – sehr direkt und kompromisslos. Aber die Reaktion auf die Bedürfnisse der Jugendlichen ist merkwürdig lückenhaft geblieben. In vielen, vielen Ländern ist dieser verletzlichen Altersgruppe nur wenig Aufmerksamkeit zuteil geworden. Und darum gibt es auch eine erschreckend hohe Rate von Neuinfektionen in der Altersgruppe zwischen 12 und 24 Jahren. Also müssen sich Organisationen wie UNICEF auf die Verletzlichkeit von Jugendlichen konzentrieren und die absolute Notwendigkeit, mit ihnen zu arbeiten, sie über Infektion, Übertragung und Schutz aufzuklären.

Ich bin immer wieder erstaunt, wenn ich mit Jugendlichen zusammen sitze. Einmal, es ist gar nicht so lange her, saß ich mit etwa 1.000 Abiturienten in Addis Abeba und wir hielten eine Frage- und Antwortstunde ab, die dann drei Stunden dauerte. Und sie fragten die elementarsten Dinge über den

Virus. Und es gab etwas, aber nicht viel Wissen über die Übertragungswege. Vor allem aber, machten sie sich über den Gebrauch von Kondomen extreme Sorgen: Ob Kondome zuverlässig sind, und zu welchem Prozentsatz. Ich habe viele Fragen beantwortet, zu denen sie die Antworten meiner Meinung nach hätten wissen sollen. Das unterstreicht nur den Bedarf an zusätzlichen Aufklärungsprogrammen, die den gesamten Kontinent umspannen müssen.

Probleme bei der Finanzierung

Siebtens geht es mir hier auch um die Frage der Finanzen. Auf alle genannten Aspekte ließe sich adäquat reagieren, wenn es einen gesicherten und kontinuierlichen Fluss von Ressourcen gäbe. Eines, um das sich afrikanische Regierungen große Sorgen machen, ist die Nachhaltigkeit von Finanzierung. Die Kosten für die erste Generation von Medikamenten (*first line drug interventions*) sind dramatisch gesunken – was der *Clinton-Stiftung* und indischen Generika-Herstellern zu verdanken ist. Mittlerweile ist die *Clinton-Stiftung* in der Lage, mit den Regierungen Preise für eine Behandlung aushandeln, die zwischen 130 und 140 US-Dollar pro Person und Jahr liegen.

Aber Medikamente für Kinder kosten wesentlich mehr. Und die neue Generation von Medikamenten, die bald gebraucht werden wird (*second line drugs*), sind ebenfalls erheblich kostspieliger, und sie kommen fast ausschließlich von den großen pharmazeutischen Firmen. Wir wissen heute, dass es vier oder fünf Jahre dauert, bis die Menschen, die anti-retrovirale Medikamente der ersten Generation verwenden, auf neuere Produkte umsteigen müssen. Und diese Mittel sind so teuer, dass kein Entwicklungsland sie sich leisten kann. Es gibt zwar große Bemühungen um die Senkung der Preise, doch sind diese noch nicht auf einem Niveau angekommen, das sich auch afrikanische Staaten leisten können.

Zusagen nicht eingehalten

Die Zahl der Länder, denen ihre Schulden erlassen wurden, ist weit geringer als man es sich vorstellte, und wie Sie wissen, sind die WTO-Verhandlungen der Doha-Runde gescheitert.

Finanzierungsfragen sind überlebenswichtig, wenn es um HIV geht. Und da ich in Deutschland bin, und Deutschland zur G8 gehört, möchte ich auch dies noch betonen: Ständig brechen die G8 Staaten ihre Versprechungen – und zwar schon wenn sie sie machen. Beim berühmten Treffen in Gleneagles im Juli 2005 wurde Afrika ganz Außerordentliches versprochen. Die Hilfe sollte bis 2010 um weitere 25 Milliarden US-Dollar aufgestockt und damit verdoppelt werden. Die am wenigsten entwickelten Länder sollten einen Schuldenerlass erhalten und ein neues internationales Handelsregime sollte eingerichtet werden. Heute wissen wir, dass dies nicht passieren wird. Sogar Tony Blair und Gordon Brown haben offen zugegeben, dass die Erwartungen nicht erfüllt werden. Die Zahl der Länder, denen ihre Schulden erlassen wurden, ist weit geringer als man es sich vorstellte, und wie Sie wissen, sind die WTO-Verhandlungen der Doha-Runde gescheitert. Wahrscheinlich werden sie auch niemals wiederbelebt. Ich erwarte nicht, dass der Westen seine Zusagen aufstockt; ich bitte nicht um mehr Geld. Ich erwarte lediglich, dass die öffentlich gemachten Zusagen auch eingehalten werden. Aber immer und immer wieder missachten sie ihre eigenen Zusicherungen.

Vielleicht glauben Sie ja, dass ich fantasiere. Lassen Sie mich Ihnen berichten, was letzte Woche geschah: Der Globale Fonds zur Bekämpfung von Aids, Tuberkulose und Malaria gab bekannt, dass er 2006, dieses Jahr, 939 Millionen US-Dollar benötigen werde, um die Projektanträge umzusetzen, die von den Regierungen eingereicht worden waren und die das technische Komitee des Globalen Fonds bewilligt hat. In diesem Zusammenhang will ich Sie auch daran erinnern, dass das Komitee nur 43 Prozent aller Anträge mit einem Gesamtvolumen von sieben Milliarden US-Dollar bewilligt hat. Zugleich musste der Globale Fonds mitteilen, dass 300 Millionen US-



Dollar fehlen und dass einige Projekte verschoben werden müssten – auf 2007 oder später. Aber für 2007 fehlen bereits eine Milliarde US-Dollar. Und doch hatte die G8 zugesichert, jeden Penny zu finanzieren, den der Globale Fonds benötigt, wenn seine Programme angemessen sind. Wie geht das? Das Versprechen im Juli 2005 und der Wortbruch im Oktober 2006? Woran liegt es, dass der Westen Afrika immer noch für verzichtbar hält?

Die Rolle der Pharmaindustrie

Abschließend noch ein Wort zur Rolle der Pharmaindustrie: Mit der sehr ungewöhnlichen Ausnahme von *Boehringer Ingelheim* musste der pharmazeutischen Industrie jeder einzelne

Schritt, den sie bisher unternommen hat, mittels Druck abgerungen werden. Es hat niemals das Angebot gegeben, die Preise auf das Niveau von Generika zu senken, geschweige denn – wie Boehringer es macht – anti-retrovirale Mittel in Afrika gratis abzugeben. In Afrika setzt die Pharmaindustrie drei Prozent ihrer Produkte ab – der Kontinent spielt also für die Bilanzen der Konzerne keine Rolle. Die Unternehmen wären ohne weiteres in der Lage, die Medikamente gratis abzugeben und einen geringfügigen Verlust hinzunehmen.

Ich möchte Sie daran erinnern, dass die Pharmaunternehmen alles versucht haben, ihre Gewinnspannen zu schützen, bis sie in Südafrika eine demütigende Niederlage hinnehmen mussten: Dort wurden 42 Firmen von der ‚*Treatment Action Campaign*‘ gerichtlich gezwungen, ihr Verhalten zu ändern. Erst danach setzte ein Prozess ein, in dem die Unternehmen ihre Preise schrittweise zu senken begannen. Doch noch immer sind Markenmedikamente erheblich teurer als Generika.

Sie fragen, was getan werden sollte? Dieses Netz multinationaler Konzerne sollte bereit sein, zuzugeben, dass HIV-Aids ein Holocaust ist und dass sie die Medikamente umsonst oder zum Selbstkostenpreis abzugeben bereit sind; keine weiteren beschämenden Verhandlungen über Preise mehr. Zum zweiten sollten die Unternehmen an den Globalen Fonds spenden. Nicht eine einzige Firma hat bisher einen einzigen Cent gegeben. Das ist nicht angemessen. Diese Unternehmen verdienen an ihren afrikanischen Kunden – was natürlich auch für die Erdöl-, Diamanten- und Bergbaugesellschaften gilt. Auch von diesen hat keine einen Cent spendet, obwohl es Bitten von Richard Holbrooke und der *Global Business Coalition on Aids* gegeben hat. Doch seit der Gründung des Globalen Fonds haben multinationale Pharmaunternehmen nur ein Tausendstel der Mittel beigesteuert. Wenn Sie sie fragen, werden alle, Ihnen über ihre eigene Projekte berichten, und Entschuldigungen hervor bringen.

Beschämende Verhandlungen über Preise

Eine der wichtigsten Antworten, die derzeit auf die so drängenden Probleme gegeben werden, kommt von der deutschen UNICEF-Kampagne *„Du und ich gegen Aids“*. Sie ist Teil der im Herbst 2005 in New York gestarteten, internationalen Kampagne *„Unite for Children – Unite Against Aids“* (zu deutsch etwa: Gemeinsam für Kinder – Gemeinsam gegen Aids). In diesem Zusammenhang muss es erlaubt sein zu fragen, warum die weltweit führende internationale Agentur für die Belange von Kindern fast 25 Jahre brauchte, bevor sie diese großangelegte Kampagne gestartet hat. Die deutsche Sektion hat die Kampagne aufgegriffen und beteiligt sich mit enormem Elan. Es eine Kampagne, für die es sich einzusetzen lohnt – in jedem einzelnen ihrer Aspekte.

Ich möchte nicht überheblich erscheinen, wenn ich das sage: Wir haben es nicht mit einem Kontinent zu tun, der irgendwie nicht in der Lage ist, auf die Bedrohung zu reagieren. Afrika ist ein Kontinent enormer Kultiviertheit, Intelligenz, Großzügigkeit, Anständigkeit und Kameradschaftlichkeit – zumindest auf Graswurzelebene. Afrika hat eine enorme Stärke und ist voll und ganz in der Lage, die Pandemie zu überwinden. Alles was Afrika braucht, ist, dass die zugesicherten Ressourcen auf nachhaltige Weise fließen und dass die technische Unterstützung zur Verfügung gestellt wird, um die menschlichen Fähigkeiten wieder herzustellen. Die afrikanischen Regierungen wissen, was zu tun ist. Aids kann besiegt werden. Es ist unsere Intelligenz und Entschlossenheit, die fehlt.

HIV- und AIDS-Bekämpfung in der deutschen Entwicklungszusammenarbeit

Heidemarie Wieczorek-Zeul

Bundesministerin für wirtschaftliche Zusammenarbeit
und Entwicklung

Ich selbst gehöre zu der Altersgruppe, die, als die Diskussion über HIV-Aids bei uns begann, auch erst einmal überzeugt werden musste, dass man zukünftig Kondome benutzen muss. Und ich habe die Erfahrung gemacht, dass das eigene Verhalten in einer solchen, neuen Situation stark davon abhängt, ob die Regierung ihre Verantwortung wahrnimmt. Damals war Frau Süßmuth Gesundheitsministerin, und sie hat eine massive Kampagne zur Aufklärung gestartet. Daraus habe ich gelernt und in allen Diskussionen, die ich als Entwicklungsministerin geführt habe, immer wieder daran erinnert, dass jede Regierung ihre Verantwortung wahrnehmen, aufklären und das Schweigen brechen muss. Da ist noch viel zu tun – trotz Globalen Fonds, trotz Millennium-Entwicklungszielen. Manchmal musste bei der Frage, wie mit HIV/Aids umzugehen ist – zum Beispiel in Südafrika – noch eine wirklich kritische Diskussion geführt werden.

Nur der Anfang des Problems

Ich möchte Sie zunächst einmal daran erinnern, dass wir zurzeit nur den Anfang von dem sehen, was das Problem HIV/Aids ausmacht. Die Konsequenzen des Zerfalls von Familie und Gesellschaft sind in ihrer Gänze ja erst über einen längeren Zeitraum festzustellen. Und die Aufgabe, die sich stellt, besteht darin, dauerhaft auch und gerade die Finanzierung fortzusetzen. Denn, wenn man dazu beitragen will, dass Menschen, die

infiziert sind, auch Zugang zu Behandlung erhalten, dann müssen diese Maßnahmen über die gesamte Lebenszeit der Betroffenen aufrecht erhalten werden. Angesichts der hohen Rüstungsausgaben – eine Billion US-Dollar weltweit; so viel wie in den intensivsten Phasen des Kalten Krieges und die Hälfte davon allein in den USA – muss der Weltgemeinschaft deutlich werden, dass sie unbedingt Mittel umwidmen muss, um den Kampf gegen HIV-Aids auch tatsächlich zu gewinnen.

Ich habe im August 2006 selbst an der Konferenz gegen HIV-Aids in Toronto teilgenommen und finde diese Art von Großveranstaltungen nach wie vor sinnvoll: Denn wir lernen weiterhin alle dazu. Es generiert neue Informationen, es mobilisiert die gemeinsamen Kräfte. Und es erinnert die Weltgemeinschaft an die Zahlen, die üblicherweise vergessen werden: Denn weiterhin sterben täglich 8.000 Menschen – das entspricht 20 abstürzenden Jumbo-Jets am Tag und an jedem neuen Tag!

Frauen besser schützen

Dabei ist der wichtigste Punkt, dass Frauen besser geschützt werden. Denn das Gesicht von HIV-Aids wird zunehmend weiblich. Während vor zehn Jahren noch etwa nur zwölf Prozent aller Infizierten Frauen waren, sind es heute rund 50 Prozent. Und die Frage, die wir uns in Toronto gemeinsam gestellt haben, war: Was kann man eigentlich dagegen unternehmen, und wo liegen die Gründe für diese beklemmende Entwicklung? Eine Ursache ist natürlich in der vergleichsweise schwachen Situation zu suchen, in der sich Frauen in vielen Ländern nach wie vor befinden. Sich zu schützen und das Kondom beim Partner auch durchzusetzen, bleibt ein Problem. Da wollen wir Frauen den Rücken stärken, indem wir dazu beitragen, ihre Rechte zu stärken. Außerdem wollen wir mit dazu beitragen, dass Gesetze so geändert werden, dass die rechtliche Situation von Frauen verbessert wird. Es muss immer

Angesichts der hohen Rüstungsausgaben – eine Billion US-Dollar weltweit; so viel wie in den intensivsten Phasen des Kalten Krieges und die Hälfte davon allein in den USA – muss der Weltgemeinschaft deutlich werden, dass sie unbedingt Mittel umwidmen muss, um den Kampf gegen HIV/AIDS auch tatsächlich zu gewinnen.

wieder deutlich gemacht werden, dass die einzige bisher bekannte Form, sich sicher vor HIV/Aids zu schützen, die Benutzung eines Kondoms ist. Jede Kampagne, die Abstinenz und Treue betont, vernachlässigt jene – treuen – Frauen, die von ihren Ehemännern betrogen werden. Auch hier gilt es, die reale Situation von Frauen vorurteilsfrei zu sehen. Und in diesem Zusammenhang ist die Weiterentwicklung von Mikrobioziden besonders interessant, denn sie bieten die Chance, dass Frauen alleine entscheiden können, sich zu schützen; ohne ihren Partner bitten zu müssen. Auch Bill Gates hat in Toronto betont: *„We need to put the power to prevent HIV/Aids in the hands of women“* (Wir müssen die Macht, der Verbreitung von HIV/Aids vorzubeugen, in die Hände von Frauen legen).

Was tun wir in der deutschen Entwicklungszusammenarbeit? Als ich 1998 angefangen habe, standen mir umgerechnet etwa 18 Millionen Euro für die Bekämpfung von HIV/Aids zur Verfügung. Meine Meinung war damals schon, dass Aids ein zentrales Entwicklungsthema ist, und wir haben die Mittel hier wirklich deutlich aufgestockt: Wir sind in ungefähr 50 Entwicklungsländern in den verschiedensten Bereichen zu HIV/Aids aktiv und sind nach UNAIDS der viertgrößte Geber. Zu den bilateralen Aktivitäten gehören zum Beispiel auch Initiativen für Aids-Waisen – zum Beispiel in Orange Farm in Johannesburg. Wir finanzieren Fachkräfte und Menschen, die dazu beitragen, dass diese Kinder betreut werden können.

Aids ist ein zentrales Entwicklungsthema

Die Situation ist für alle Beteiligten dramatisch. In Namibia habe ich Kinder erlebt, die elf Jahre alt sind und ihre kleinen Geschwister zur Schule bringen. Es ist kaum zu ermessen, was es bedeutet, die Kindheit zu verlieren und was es bedeutet, die Eltern zu verlieren – nachdem man sie im Krankenhaus vorher mit betreut hat. Das muss man sich immer wieder vorhalten, damit man es nicht einfach nur als Zahl wahrnimmt.



Wir unterstützen aber auch den Globalen Fonds, der jetzt fast fünf Jahre besteht und der wichtig ist. Wir werden ihn auch zunehmend mitfinanzieren. Die Ausgaben für die Bekämpfung von HIV/Aids werden von derzeit etwa 300 Millionen auf rund 400 Millionen Euro im Jahr 2007 steigen. Ein Teil dieser Steigerung wird an der Globalen Fonds gehen, denn wir sind – leider – an einen Beschluss des Haushaltsausschusses im Deutschen Bundestag gebunden, der besagt, dass zwei Drittel der Entwicklungshilfe in den bilateralen Bereich gehen müssen und dass nur ein Drittel multilateral aufgewendet werden darf. Darüber hinaus werden wir *debt swaps* auflegen, also Ländern ihre Schulden bei der Bundesrepublik Deutschland erlassen. Dann können sie die Gelder, die sie sonst für den Schuldendienst hätten verwenden müssen, für die Bekämpfung von HIV/Aids einsetzen. Die Wirkung solcher *swaps* entspricht praktisch einer Budgethilfe. Mir ist es jedoch das Allerwichtigste, dass wir mit den eingesetzten Mitteln einer Vielzahl von Menschen helfen können – und die Frage, wie man die Mittel aufteilt, ist nicht der zentrale Punkt.

Zudem unterstützen wir solche Entwicklungsländer bilateral, die Schwierigkeiten haben, die Projektanträge für den Globalen Fonds zu erbringen oder denen die nötigen Voraussetzungen fehlen, um Anträge zu stellen. Unsere Back-up Initiative trägt so dazu bei, dass Entwicklungsländer auch dann Finanzmittel erhalten, wenn es Schwierigkeiten auf der institutionellen Ebene gibt.

Bekämpfung von HIV/Aids: einer der Schwerpunkte der deutschen G8 Präsidentschaft

Darüber hinaus unterstützen wir EU-Programme. Was mir noch auf der Seele lastet, ist unser Engagement über die Weltbank. Denn sie hat auf unser Drängen hin Programme finanziert, die aber im letzten Jahr zurückgegangen sind. Ich habe das ausdrücklich angemahnt, dass die Bank die Mittel für HIV-Aids auch tatsächlich steigert.

Außerdem haben wir uns vorgenommen, dass wir das Thema Afrika und hier vor allem auch die Bekämpfung von HIV/Aids zu einem der Schwerpunkte der deutschen G8-Präsidentschaft machen.

Außerdem haben wir uns vorgenommen, dass wir das Thema Afrika und hier vor allem auch die Bekämpfung von HIV/Aids zu einem der Schwerpunkte der deutschen G8-Präsidentschaft machen. Einen formellen Beschluss der Bundesregierung gibt es zwar noch nicht, aber die Vorbereitungen laufen bereits. Das ist wichtig, weil wir in diesen Fragen dran bleiben müssen, und die öffentliche Aufmerksamkeit, wenn die G8 zusammen kommt, ist groß.

Und dazu möchte ich gerne Folgendes betonen: Es gibt ja G8-Beschlüsse, bei denen man sagen muss, dass das Follow-up – nun ja – etwas schwierig war. Aber ich selbst war im Jahr 1999 Entwicklungsministerin, und da gab es einen G8-Beschluss, dessen Umsetzung wir alle sehr genau verfolgt haben: die Entschuldung der ersten hoch verschuldeten Entwicklungsländer. Da ist aus dem Beschluss Praxis geworden.

Und Sie können ganz sicher sein: Wenn wir das jetzt auf die Tagesordnung der G8 setzen, wird daraus ebenfalls Praxis werden.

Einer der Punkte, der mir dabei besonders am Herzen liegt, ist die Frage: ‚Wie können wir Frauen besser schützen?‘. Dazu haben wir in Toronto eine längere Diskussion geführt, und einer der wichtigen Punkte ist, dass in den Entscheidungsgremien des Globalen Fonds, die über die Programme in den jeweiligen Ländern befinden, auch genügend Frauen vertreten sein müssen. Nur so können Frauen ihre Kompetenz einbringen und bewirken, dass Mittel auch Frauen zugute kommen. Natürlich wollen wir auch, dass das Thema Prävention und Behandlung auf dem G8-Gipfel in dem Maße Unterstützung findet, das seiner Bedeutung angemessen ist.

Die Gesundheitssysteme der betroffenen Länder stärken

Gleichzeitig geht es darum, die Gesundheitssysteme der betroffenen Länder zu stärken. Die Einen fordern Vorbeugung, die Anderen Behandlung und wieder Andere wollen die Gesundheitssysteme unterstützen. So geht das nicht: Wir müssen alles zusammen machen! Arbeitsteilig, aber alles gleichzeitig. Bei den Gesundheitssystemen gilt es zu verhindern, dass ausgebildete Ärzte und Krankenschwestern afrikanische Länder verlassen und zum Beispiel nach Großbritannien gehen. Ihre Einkommenssituation ist dort besser, aber am dringendsten werden sie vor Ort gebraucht. Dazu müssen ihre Einkommenssituation und die Arbeitsbedingungen vor Ort verbessert werden. Darüber hinaus brauchen wir aber zwischen allen Gebern auch einen *Code of Conduct*, der das Abwerben solchen Fachpersonal inakzeptabel macht. Es kann nicht angehen, dass 16.000 Krankenschwestern seit dem Jahr 2000 den afrikanischen Kontinent verlassen haben und nach Großbritannien gegangen sind.

Zusammenfassend: Unsere Hauptaufgaben bestehen erstens in Kooperation und Koordination sowie zweitens in Vorbeugung und Aufklärung über Infektionswege und Schutzmöglichkeiten als zentralen Ansatzpunkt.

Bei den Gesundheitssystemen gilt es zu verhindern, dass ausgebildete Ärzte und Krankenschwestern afrikanische Länder verlassen und zum Beispiel nach Großbritannien gehen.

Im Kern geht es darum: Therapie muss bezahlbar gemacht werden.

Dann muss drittens Therapie bezahlbar gemacht werden. Und da gibt es eine sehr gute Zusammenarbeit mit *Boehringer Ingelheim*. Vor Jahren habe ich in der lokalen Tageszeitung in Wiesbaden gelesen, dass Nevirapin kostenlos zur Verfügung gestellt wird. Darauf hin bin ich sehr schnell über den Rhein gefahren und habe vor Ort gleich praktische Vereinbarungen getroffen, die zu einer Zusammenarbeit in afrikanischen Ländern geführt haben. Im Kern geht es darum, arbeitsteilig die Gesundheitszentren auszubauen, damit dann das Medikament auch kostenlos zur Verfügung gestellt werden kann.

Ein Klima von Nichtdiskriminierung schaffen

Lassen Sie mich noch an ein weiteres Beispiel erinnern, dass ich nicht glauben würde, wenn ich es nicht selbst gesehen hätte. Es macht zudem deutlich, dass wir nur wenig präzise Vorstellungen von der Entwicklung in dieser schwierigen Region haben: Wir kooperieren mit einer von einem deutschen Staatsbürger geleiteten Firma im Osten des Kongo und einer NRO sowie einer Ärztin, um dazu beizutragen, auf dem afrikanischen Kontinent die Produktion eines Generikums zur Bekämpfung von HIV-Aids zur Verfügung zu stellen. Der Hintergrund ist, dass die Regelungen der Welthandelsorganisation (WTO) seit 2005 vorsehen, dass kein Land mehr – außer die am wenigsten entwickelten Länder – neu zugelassene Medikamente als Generika exportieren darf. Die wenigsten wissen, dass für die *least developed countries* bis 2016 eine Ausnahme besteht. Also ist doch die logische Schlussfolgerung, Firmen zu unterstützen, die die entsprechenden Produkte in Afrika produzieren und einsetzen können. Das Projekt wird jetzt auch um eine Beratungs-Komponente erweitert und in Zusammenarbeit mit der UN-Organisation für industrielle Entwicklung (UNIDO) auch auf andere afrikanische Länder ausgedehnt.

Viertens gilt es – wie gesagt – die Gesundheitssysteme zu stärken. Eine weitere Querschnittsaufgabe ist es, ein Klima von Nichtdiskriminierung zu schaffen. Reginah Lesole aus Botswana, die Sie ja später noch hören werden, ist ein lebendiges Beispiel dafür, wie so etwas zu schaffen ist. Genau das versuchen wir: Durch Aufklärung und Argumentation zu unterstützen, indem wir – auch unkonventionelle – Kampagnen fördern.

Zum Schluss möchte ich festhalten, dass es mir lieb wäre, wenn es mehr Informationen und Berichte über die Fragen gäbe, die uns heute hier beschäftigen. Ich fände es auch schön, wenn die Menschen, die die Unterstützung in den Entwicklungsländern leisten, mehr Beachtung fänden. Das würde die Thematik auch immer wieder ins Bewusstsein rufen. Da müssen und werden wir dran bleiben, und wir müssen auch alle gemeinsam tätig werden. Denn das Millennium-Entwicklungsziel heißt bis 2015 dazu beizutragen, dass die Zunahme der HIV-Infektionen gestoppt und eine Trendwende eingeleitet wird. Die Millennium-Entwicklungsziele sind die acht Regeln für eine gerechte Globalisierung: Es darf in der Politik niemanden mehr geben, der das nicht weiß, und es darf auch niemanden geben, der sich diesen Zielen verweigert.

Eine weitere Querschnittsaufgabe ist es, ein Klima von Nichtdiskriminierung zu schaffen.



Die Entwicklungsländer nicht vergessen

Dr. Michael Rabbow
Boehringer Ingelheim

Jede Minute stecken sich zehn Menschen mit HIV an, pro Stunde sind es 600 – rund 40 Millionen Infizierte gibt es weltweit. 95 Prozent davon leben in Entwicklungsländern. Darüber hinaus ist festzuhalten: Die meisten der 2,3 Millionen HIV-positiven Kinder wurden durch ihre Mütter infiziert. Der Kampf gegen Aids geht alle an – die Regierungen der betroffenen Länder ebenso wie unsere eigene Gesellschaft. Forschende pharmazeutische Unternehmen wie Boehringer Ingelheim tragen eine besondere Verantwortung.

Angesichts der sich immer weiter öffnenden Schere zwischen armen und reichen Nationen sieht sich das Familienunternehmen in der Pflicht, armen Ländern zu helfen, die sich lebensrettende Aids-Medikamente sonst nicht leisten könnten. *Boehringer Ingelheim* rangiert unter den Top 15 der Pharmabranche und ist für weltweit 37.000 Mitarbeiter verantwortlich. Daher spielt soziale Unternehmensverantwortung (*Corporate Social Responsibility*) eine immer wichtigere Rolle.

Das Unternehmen ermöglicht mit dem Viramune-Spendenprogramm seit dem Jahr 2000 Entwicklungsländern kostenfreien Zugang zu seinem Aidspräparat Viramune zur Vermeidung der Virus-Übertragung von einer HIV-positiven Mutter auf ihr Kind bei der Geburt.

Unternehmensverantwortung immer wichtiger

Das Unternehmen ermöglicht mit dem Viramune-Spendenprogramm seit dem Jahr 2000 Entwicklungsländern kostenfreien Zugang zu seinem Aidspräparat Viramune zur Vermeidung der Virus Übertragung von einer HIV-positiven Mutter auf ihr Kind bei der Geburt. Der in dem Medikament enthaltene Wirkstoff wird Nevirapin genannt.

Darüber hinaus hat *Boehringer Ingelheim* freiwillige Lizenzen erteilt, so dass trotz laufendem Patentschutz einige Gene-

rikahersteller vor Ort für afrikanische Länder Anti-HIV-Medikamente zu lokalen Kosten günstiger produzieren können.

In den Unternehmensniederlassungen in stark von HIV/Aids betroffenen Ländern wurden Initiativen gestartet, die Mitarbeiter im Gesundheitsdienst oder andere Interessierte weiterbilden und die Arbeit der Hilfsorganisationen unterstützen sollen.

Der Hauptgrund der Infektion von Kindern mit HIV ist die Übertragung von der Mutter auf das Baby während der Geburt. Ohne Behandlung würden sich ca. 15 bis 30 Prozent der Babys, die von HIV-positiven Frauen geboren werden, während der Schwangerschaft oder der Geburt anstecken. Weitere 5 bis 20 Prozent werden beim Stillen infiziert.

Klinische Studien haben gezeigt, dass sich durch die Gabe einer einzigen Tablette Viramune im Geburtszeitraum an die Mutter und die Verabreichung weniger Tropfen Viramune-Suspension an das Neugeborene die Übertragungsrate erheblich reduzieren lässt.

Ohne Behandlung würden sich ca. 15 bis 30 Prozent der Babys, die von HIV-positiven Frauen geboren werden, während der Schwangerschaft oder der Geburt anstecken. Weitere 5 bis 20 Prozent werden beim Stillen infiziert.

Rund 151 Hilfsprogramme in 59 Ländern

Bis zum September 2006 wurden in diesem Rahmen rund 151 Hilfsprogramme in 59 Ländern Afrikas, Asiens, Lateinamerikas, der Karibik und Osteuropas vergeben. Nach einem eher schleppenden Start des Programms in den ersten Jahren aufgrund eines Mangels an qualifiziertem Personal und unzureichender Infrastruktur in den Entwicklungsländern ist die Inanspruchnahme in den letzten drei Jahren deutlich gestiegen.

Das Viramune-Spendenprogramm kann aus den oben erwähnten Gründen nur einen kleinen Teil der jährlichen Geburten durch HIV-infizierte Mütter in Entwicklungsländern erreichen. Daher sucht Boehringer Ingelheim Wege zur Zusammenarbeit mit Regierungen und Nicht-Regierungsorganisationen (NRO). Eine Initiative, die das Pharmaunternehmen unternommen



hat, ist das „*Turning the Tide*“-Programm zur Schulung von Mitarbeitern (zu deutsch etwa: „Den Gezeitenwechsel herbeiführen“). Zu diesem Programm gehört die Unterhaltung eines Trainingszentrums in Botswana zur Aus- und Weiterbildung von medizinischem Personal im Gesundheitswesen, speziell zu HIV.

Mangel an qualifiziertem Personal

Damit die Ausbreitung von HIV und Aids verhindert werden kann, müssen nicht nur wirksame Therapien vorhanden sein, sondern es muss auch dafür gesorgt werden, dass die Betroffenen einen schnellen Zugang zu der Behandlung haben. Um das zu ermöglichen, gibt es seit 2000 die *Accelerating Access Initiative* (AAI, zu deutsch: Initiative zur Beschleunigung des Zugangs [zu Anti-Aids-Medikamenten]), deren Gründungsmitglied *Boehringer Ingelheim* ist. In diesem Programm arbeiten weltweit tätige pharmazeutische Unternehmen mit Behörden der Vereinten Nationen zusammen. Im Rahmen der Initiative

werden stark preisreduzierte anti-retrovirale Medikamente zur Verfügung gestellt. Bis Dezember 2005 konnten so mehr als 716.000 Infizierte von den in der Initiative zusammengeschlossenen Unternehmen versorgt werden. Seither ist diese Zahl erheblich angestiegen.

Doch trotz vieler erreichter Ziele und guter Initiativen ist der Kampf gegen Aids längst nicht gewonnen. Speziell in den Entwicklungsländern liegt noch ein langer Weg vor uns. Es muss alles daran gesetzt werden, den Aufbau der Infrastruktur des Gesundheitswesens zu beschleunigen. Wir brauchen mehr Forschung, damit wir bessere Medikamente entwickeln können. In den Ländern, die schwer unter Aids leiden, brauchen wir einen Konsens darüber, dass der Vermittlung von Kenntnissen zur Verhinderung von Neuinfektionen, der Bewusstseinsänderung gegenüber bereits Erkrankten und dem Zugang zu Therapien oberste Priorität eingeräumt werden muss. Die Pharmaindustrie, Regierungen, NRO und Organe des Gesundheitswesens müssen noch enger zusammenarbeiten, um die Aids-Pandemie zu bekämpfen.

Doch trotz vieler erreichter Ziele und guter Initiativen ist der Kampf gegen Aids längst nicht gewonnen. Speziell in den Entwicklungsländern liegt noch ein langer Weg vor uns.

Aufklärung in einem afrikanischen Land am Beispiel von Namibia

Dr. Richard Kamwi

Minister für Gesundheit und Soziales, Namibia

Diese Zahl zeigt Ihnen bereits, dass die von HIV/AIDS am stärksten betroffene Altersgruppe die zwischen 25 und 39 Jahren ist – der ökonomisch produktivste Teil der Bevölkerung.

In meinem Land, in Namibia, leben 2,2 Millionen Menschen. Im Jahr 1986 hatten wir die ersten vier HIV-Fälle, während heute 230.000 Menschen mit HIV/Aids infiziert sind. Die Prävalenzrate bei Schwangeren lag 2002 noch bei 22,3 Prozent – inzwischen ist es uns gelungen, sie bis 2004 auf 19,7 Prozent zu senken. Diese Zahl zeigt Ihnen bereits, dass die von HIV/Aids am stärksten betroffene Altersgruppe die zwischen 25 und 39 Jahren ist – der ökonomisch produktivste Teil der Bevölkerung.

Wie Sie sicherlich wissen, erlangte Namibia seine Unabhängigkeit im Jahre 1990 und die neue Regierung setzte sofort einen kurzfristig ausgelegten Plan zur Bekämpfung von HIV-Aids in Kraft. Seitdem haben wir drei mittelfristige Pläne über einen Zeitraum von fünf Jahren vorgelegt, deren dritter – von 2004 bis 2009 – derzeit umgesetzt wird.

Das Ministerium für Gesundheit und soziale Dienste koordiniert die Aktivitäten und steht dem Nationalen Aids-Komitee vor. Weitere wichtige Stakeholder sind: das Büro des Premierministers, das Ministerium der regionalen und lokalen Regierungen, das Netzwerk der Aids-Service Organisationen (*Namibia Network of Aids Service Organisations, NANASO*), der nationale Unternehmensverband gegen HIV/Aids (*Namibia Business Coalition on Aids, NABCOA*) und *Lironga Eparu* (zu deutsch: „Lerne zu überleben“) und andere Organisationen von und für HIV-Infizierte sowie das Forum der Entwicklungspartner.



156.000 Waisenkinder

Der aktuelle Fünfjahresplan umfasst fünf grundlegende Elemente:

1. Eine den Kampf gegen HIV/Aids begünstigende Situation schaffen,
2. Prävention,
3. Behandlung, Versorgung und Unterstützung,
4. die Verringerung der Auswirkungen der Pandemie und
5. Programm-Management.

In diese Komponenten werden Aktionen zur sozialen Mobilisierung und die Aufklärungsarbeit integriert. Punkt 1 beinhaltet beispielweise Fragen des Führungsverhaltens, in Punkt 2 findet sich die Frage der Menschenrechte wieder und Punkt 3 umfasst auch die Beratung und die Versorgung zu Hause. Punkt 4 schließt die Arbeit für Waisen und verwundbare Kinder sowie Programme am Arbeitsplatz ein. Derzeit müssen wir 156.000 Waisenkinder versorgen – eine riesige Herausforderung bei einer Einwohnerzahl von 2,2 Millionen Menschen.

Lassen Sie mich mit den strategischen Vorgaben des derzeitigen mittelfristigen Plans fortfahren:

- HIV-Infizierte oder Menschen, die von der Aids betroffen sind, genießen die gleichen Rechte in einem Klima von Akzeptanz, Offenheit und Mitgefühl.
- Die Zahl der Neuinfektionen mit HIV und anderen sexuell übertragbaren Krankheiten (*sexually transmitted infections, STIs*) sinkt.
- Alle HIV-infizierten Menschen haben Zugang zu einer kosteneffizienten und hochwertigen Behandlung, Versorgung und Unterstützung.
- Die lokalen Initiativen, um die sozio-ökonomischen Auswirkungen der Pandemie zu mindern, werden gestärkt und ihre Kapazität ausgedehnt.
- Die Strukturen werden effektiv verwaltet: die Kapazität und die Fähigkeiten der Mitarbeiter sind optimal und die Implementierung hat eine hohe Qualität auf allen Ebenen.

Gleiche Rechte in einem Klima von Akzeptanz, Offenheit und Mitgefühl

Alle zwei Jahre führen wir eine Untersuchung durch, um die HIV/Aids Prävalenz bei Schwangeren in Erfahrung zu bringen. Anhand dieser Zahlen, die – wie Sie in der Tabelle sehen – nach Altersgruppen aufgeteilt sind, formulieren wir die Ziele für die nächsten Jahre.

Zielsetzungen des Dritten Namibischen Fünfjahresplans für die HIV/Aids Prävalenzraten von Schwangeren in Prozent			
Altersgruppe	2004 Ist	2007 Soll	2009 Soll
13 – 19 Jahre	11 %	9 %	7 %
20 – 24 Jahre	22 %	15 %	12 %
25 – 29 Jahre	28 %	21 %	18 %
30 – 34 Jahre	27 %	20 %	17 %
35 – 39 Jahre	21 %	16 %	14 %
40 – 44 Jahre	16 %	14 %	12 %

Lassen sie mich nun auf die Aspekte Prävention und Aufklärungsarbeit sowie die Frage nach der anti-retroviralen Behandlung detaillierter eingehen:

Die namibische HIV/Aids-Kampagne unter dem Titel „*Take Control*“ (zu deutsch „Nimm es [selbst] in die Hand“) wurde 1999 vom Informationsministerium gestartet und durchlief zunächst eine Informationsphase. Dabei wurde der Schwerpunkt zunächst auf die Werbung für Kondombenutzung – insbesondere bei der Jugend – gelegt und die Kommunikation zwischen Eltern und Kindern thematisiert. Zudem wurde dazu geraten, die sexuelle Aktivität hinauszuzögern. Stigmatisierung, Diskriminierung und Regionalisierung waren weitere Schwerpunkte in dieser Phase.

In der Aktivierungsphase liegt der Schwerpunkt auf einem hohem Wissensstand in der Bevölkerung und die Kampagne erhält motivierende Elemente. Unter dem Titel „*Be Your Own Hero*“ („Sei Dein eigener Held“) werden nun eine Vielzahl von Themen angesprochen.

„Sei Dein eigener Held“

Seitdem ist einiges erreicht worden. „*Take Control*“ ist ein landesweit etablierter Markenname für die Prävention von HIV/Aids und erreichte 2002 einen Bekanntheitsgrad von 94 Prozent. Insbesondere bei der städtischen Bevölkerung ist das Wissen um die Pandemie umfangreich. Der Gebrauch von Kondomen hat sich vor allem bei den Jugendlichen auf breiter Front durchgesetzt, wobei „*Take Control*“ eine wichtige Rolle gespielt hat. Derzeit führen wir eine landesweite Untersuchung durch, um zu sehen, wo wir im Moment stehen. Der Personenkreis, der der Aufklärungskampagne am stärksten ausgesetzt war, verfügt heute auch über das ausgeprägteste Risikobewusstsein. „*Lironga Eparu*“ war an der Kampagne ebenfalls aktiv beteiligt und ganz allgemein haben der verstärkte Input und die

Der Gebrauch von Kondomen hat sich vor allem bei den Jugendlichen auf breiter Front durchgesetzt, wobei „*Take Control*“ eine wichtige Rolle gespielt hat.

Unsere größte Tageszeitung, der *Namibian*, bringt täglich etwas zu dem Thema und die Politiker sind verpflichtet, bei jedem öffentlichen Auftritt etwas zu der Kampagne zu sagen.

intensiven Diskussionen im Laufe der Jahre zu einer Verbesserung der Kampagneninhalte geführt. Die wichtige Rolle, die die HIV-Infizierten sowie die religiösen Organisationen dabei gespielt haben, werden in den Ergebnissen der Kampagne widergespiegelt. Die gesteigerte Kommunikation ermöglichte es uns, weitere Kooperationspartner zu gewinnen. So arbeiten wir heute beim Marketing der Kondome mit Ihrer Kreditanstalt für Wiederaufbau zusammen. Im gleichen Zuge sind auch die Schnittstellen zwischen den Nationalfeiertagen und der Kampagne ausgebaut und die Unterstützung unserer Massenmedien gewonnen worden. Unsere größte Tageszeitung, der *Namibian*, bringt täglich etwas zu dem Thema und die Politiker sind verpflichtet, bei jedem öffentlichen Auftritt etwas zu der Kampagne zu sagen. In den Gemeinden schließlich tragen spezielle Aktionsforen die Aufklärung in den letzten Winkel des Landes.

Aufklärung im letzten Winkel des Landes

Dementsprechend hat unsere landesweite Untersuchung zur HIV-Prävalenz von 2004 auch eine Reduzierung der Prävalenz in der Altersgruppe von 13 bis 19 Jahre von 11 auf 10 Prozent und in der Altersgruppe von 20 bis 24 Jahre von 22 auf 19 Prozent zutage gefördert. Zwei Jahre zuvor hatte eine spezielle, auf Jugendliche ausgerichtete Befragung ergeben, dass sie gut über HIV/Aids Bescheid wussten und die Hälfte beim letzten Geschlechtsverkehr auch ein Kondom benutzt haben. 80 Prozent gaben an, direkt mit ihren Eltern über Sexualität, Fortpflanzung sowie HIV/Aids und andere sexuell übertragbare Infektionen sprechen zu können. Die alten Tabus sind also nicht mehr gültig – wir können offen mit unseren Kindern sprechen.

Die Herausforderungen liegen derzeit vor allem in der weiter zu vertiefenden Segmentierung von Informationen. So sollten

die verschiedenen kulturellen Gruppen je auf sie zugeschnittene Informationen erhalten. Auf dem Land ist eine andere Vorgehensweise nötig als in der Stadt und auch Alter und Geschlecht spielen eine Rolle. Sehr wichtig: Jetzt muss das Wissen in Verhaltensänderung umgesetzt werden. Dazu ist die Nachhaltigkeit der NRO-Arbeit und der Bemühungen in den Gemeinden von zentraler Bedeutung, wie auch eine Ausweitung der Forschungstätigkeit. Schließlich muss auch die Koordination weiter verbessert werden.

Zukünftig wird es besonders wichtig sein, die Aufmerksamkeit der Menschen mit neuen Botschaften wieder zu gewinnen und die HIV-Infizierten sowie die Waisen und die besonders verletzlichen Gruppen noch mehr zu unterstützen. Dazu müssen wir unsere Botschaften noch relevanter, wirklichkeitsnäher, interessanter und leichter verständlich machen. Wichtig ist es dabei aber vor allem, positive Botschaften zu verbreiten.

Das Wissen muss umgesetzt werden

Bevor ich zum Schluss komme, möchte ich noch auf unser Programm anti-retroviraler Therapie (ART) eingehen.

Zunächst einige Worte zur Geschichte: Es begann im Februar 2002 – mit einem Pilotprogramm zur Verhinderung von Infektionen von den Müttern auf ihre Kinder (*Prevention of Mother To Child Transmission*, PMTCT) in zwei großen öffentlichen Krankenhäusern. Im November des gleichen Jahres wurde der namibische Antrag beim Globalen Fonds positiv beschieden, worauf wir im Dezember ein technisches Beratungskomitee für das Programm gegründet haben und bis April 2003 die nötigen Richtlinien vorlegen und die ersten Therapiezentren errichten konnten. Im Mai haben wir das erste Training für Fachkräfte durchgeführt; und zwar sowohl für den privaten als auch den öffentlichen Sektor. Bis Oktober 2003 – also nicht einmal ein Jahr, nachdem wir die Zusage des Globalen Fonds

erhalten hatten – waren die ersten sieben Zentren zur anti-retroviralen Behandlung von HIV-Aids Infektionen in Betrieb. Im Januar 2004 begann die Unterstützung von Seiten der Initiative des US-Präsidenten George W. Bush (*US President's Emergency Plan for AIDS Relief, PEPFAR*). Bis Mai 2005 war die Zahl der ART-Zentren bereits auf 24 angewachsen und im Dezember 2005 boten 32 öffentliche Krankenhäuser ART an; seit April 2006 alle 34 öffentlichen Kliniken des Landes. Derzeit sind wir dabei, das Programm auch auf die Gesundheitszentren auf dem Lande auszuweiten.

Ärzte und Krankenpflegepersonal ausbilden

Um diesen Erfolg beim *Roll-out* des Programmes erzielen zu können, mussten wir gleichzeitig viele Menschen ausbilden, die die neu anfallenden Aufgaben auch übernehmen konnten. Der Mangel an gut ausgebildetem Personal ist bis heute ein Stolperstein des ART-Programms. Wir haben hart daran gearbeitet und mittlerweile 240 Krankenpfleger und Krankenpflegerinnen für HIV-Schnelltests und 320 für freiwilliges Testen und Beratung (*voluntary counselling and testing, VCT*) ausgebildet sowie 250 im Stressmanagement. Weitere 650 Krankenpfleger und Krankenpflegerinnen haben gelernt, Menschen mit anti-retroviralen Mitteln zu behandeln und 880 sind befähigt, eine Infektion der Neugeborenen durch die Mutter zu verhindern. Wichtig: Wir haben die privaten Gesundheitsversorger dazu bringen können, unseren Programmen zu entsprechen und bilden jetzt auch Mitarbeiter privater Dienstleister aus. Darüber hinaus haben wir fast 1200 Menschen darin unterwiesen, jene zu unterstützen, die ART erhalten. Weitere 226, einschließlich solcher die selbst HIV-positiv sind, haben wir gelehrt, andere zu beraten.

Doch wer erhält derzeit ART? Lassen Sie mich vorweg schicken, dass lediglich zwei Prozent aller Personen, die in

650 Krankenpfleger und Krankenpflegerinnen haben gelernt, Menschen mit anti-retroviralen Mitteln zu behandeln und 880 sind befähigt, eine Infektion der Neugeborenen durch die Mutter zu verhindern.

Namibia ART nutzen, die Behandlung irgendwann abgebrochen haben. 64 Prozent aller infizierten Frauen, aber leider nur 20 Prozent der Männer, werden mit anti-retroviralen Medikamenten behandelt. Vorhin haben Sie von Stephen Lewis gehört, dass nur 10 Prozent aller HIV-infizierten Kinder in Afrika in Behandlung sind – nun, in Namibia erreichen wir immerhin 16 Prozent von ihnen.

Große Herausforderungen bleiben

Das bringt mich zu den Herausforderungen: Vor allem müssen wir an der Infrastruktur arbeiten, denn viele Zentren bieten nicht genügend Platz, um jene Patienten aufzunehmen, die ART und zusätzlich intensive medizinische Betreuung benötigen. Unsere Anfangserfolge haben dazu geführt, dass heute mehr Menschen in die Kliniken kommen und behandelt werden möchten. Wie bereits erwähnt, mangelt es an Krankenschwestern und Ärzten. Sie sind einfach überfordert. Die Kosten für anti-retrovirale Medikamente – insbesondere für die neueren Präparate (*second line drugs*) gegen resistente HIV-Erreger – sind nach wie vor hoch, und es gibt kaum geeignete Dosierungen für Kinder. Schwierigkeiten bereitet uns immer noch die Unterstützung der Patienten, wenn sie die Klinik wieder verlassen. Transport und Logistik für ein erfolgreiches Follow-up bleibt ein großes Problem.

Es ist wichtig, Ihnen hier noch einmal die Unterstützung zu beziffern, die wir von unseren Partnern erhalten. Von 2004 bis 2006 kamen 30,1 Millionen US-Dollar aus den USA von PREPFAR, und vom Globalen Fonds erhielten wir 2005 und 2006 circa 7,4 Mio. US-Dollar. *Bristol-Myers Squibb* steuerte 5,3 Mio. US-Dollar von 2003 bis 2006 bei. *BMS* unterstützt damit ein spezielles Projekt in der Caprivi-Region, wo die HIV-Prävalenz einen Wert von 41 Prozent erreicht hat. Auch Deutschland sind wir dankbar, denn wir erhielten von Ihnen etwa fünf

64 Prozent aller Infizierten Frauen, aber leider nur 20 Prozent der Männer, werden mit anti-retroviralen Medikamenten behandelt.

Mio. US-Dollar in den Jahren 2000 bis 2006. Aber aufgrund unserer langen, gemeinsamen Geschichte würde ich mir von den Deutschen ein stärkeres Engagement wünschen. So viele Deutsche kommen als Touristen zu uns. Wir würden gerne mehr mit Ihnen zusammen arbeiten. Vor allem personelle Hilfe brauchen wir.

3x5-Ziele erreicht

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass Namibia seine 3x5-Ziele erreicht hat, weil die ART-Dienste landesweit sehr schnell zur Verfügung standen. Die wichtigsten Faktoren für diesen Erfolg sind:

- eine starke politische Führung begünstigende Rahmenbedingungen – was in Namibia zum Beispiel bedeutet, dass ART bis auf eine einzige Gebühr bei der Registrierung nichts kostet,
- ein kohärenter nationaler strategischer Plan, der alle Stakeholder einbezieht,
- technische, finanzielle und personelle Unterstützung von Seiten der Partner sowie
- belastbare Managementsysteme.

Jetzt ist es unsere Priorität, die anti-retroviralen Behandlungsmöglichkeiten in unserem Land zu konsolidieren und nachhaltig zu gestalten.

Jetzt ist es unsere Priorität, die anti-retroviralen Behandlungsmöglichkeiten in unserem Land zu konsolidieren und nachhaltig zu gestalten. Darüber hinaus wird unsere nationale Kampagne gegen HIV/Aids sich wieder auf die Vorbeugung konzentrieren, um mittels innovativer Herangehensweisen die nötigen Verhaltensänderungen zu bewirken. Kondome gibt es in unserem Land umsonst – in jeder öffentlichen Einrichtung, in jedem Krankenhaus, in Hotels, überall werden sie Kondome vorfinden. Jetzt kommt es darauf an, dass sie noch öfter verwendet werden.

Podiumsdiskussion

Was kommt an? Aufklärung über HIV und Aids

Ausgewählte Aspekte aus der
abschließenden Podiumsdiskussion

Dr. Elisabeth Pott

Reginah Lesole, Ms. Stigma Free 2006, Botswana

Ntebogang Malete, Schülerin, HIV/Aids-Aktivistin, Botswana

Dr. Richard Kamwi

Moderation: *Dr. Franziska Rubin*

Ntebogang Malete: Ich bin selber nicht HIV-positiv und auch in meiner Familie kenne ich keine Fälle. Aber sehen Sie, HIV/Aids ist ein sehr verstörendes Thema. Viele Menschen sind infiziert und müssen mit der Krankheit leben. Wenn man sie sieht, und jene, die sogar daran sterben, fühlt man, dass man als Individuum helfen kann und muss – helfen, die Krankheit zu bekämpfen.

Unsere Arbeit sieht so aus, dass wir zu den Menschen hinfahren und sie aufklären. Das sind meist Kinder und Jugendliche, die auf dem Land leben. Wir machen Straßentheater, wir singen zusammen und sprechen mit den Leuten. Dabei kommt es immer wieder vor, dass die Menschen über sexuelle Themen nicht offen sprechen wollen. Das wird zu einem Problem, wenn man zum Beispiel erklären will, wie Kondome für Männer und für Frauen benutzt werden. Manche Leute reagieren beleidigt.

Dr. Richard Kamwi: Als ich jung war, war es nicht üblich, dass wir Leichen zu Gesicht bekamen. Heute sind Beerdigungen im südlichen Afrika zu einem lohnenden Geschäft geworden. Unsere Kinder und Jugendlichen wachsen mit dem Tod auf und sie sehen die Verstorbenen. Sie wissen um die Dinge.

Und noch etwas hat sich geändert: Sehen Sie, ich bin selbst Vater von zwei wunderhübschen Mädchen und zwei Jungs. Wir sitzen zusammen und sprechen über alle diese Fragen – offen. Sie sehen den Tod – wir müssen es ihnen erklären. Etwa 70 Prozent aller Todesfälle gehen bei uns derzeit auf das Konto von Aids!

Aufklärung ist nicht nur Vermittlung von Wissen

Dr. Elisabeth Pott: In Deutschland können junge Leute sehr ungeniert über alles reden. Aber es bleibt die Frage, wie weit sie die Dinge reflektiert haben, wie viel sie verstanden haben und was es für sie bedeutet. Das ist für erfolgreiche Aufklärung mindestens genauso wichtig wie die eigentliche Schutzbotschaft. Jeder muss sich mit der Frage auseinandersetzen: ‚Was bedeutet Liebe, Partnerschaft, Verantwortung?‘ Die Frage einer HIV-Infektion ist hier eingebettet. Gerade, wenn es um sehr junge Mädchen geht, dürfen wir nicht nur auf die Frage des Geschlechtsverkehrs und den Schutz vor Ansteckung fokussieren. Das ist eine wichtige Wissensinformation. Aber Aufklärung



Dr. Franziska Rubin



Reginah Lesole: Miss Stigma Free 2006, Botswana

sollte darüber hinaus gehen. Ganz besonders Mädchen sollten sich fragen: ‚Wann will ich Sex? Will ich mit diesem Partner Sex? Und wie kann ich auf Schutzverhalten bestehen, ohne meinen Partner zu verlieren? Denn der könnte ja misstrauisch werden, wenn er sieht, dass ich Kondome dabei habe.‘

Vielleicht ein Wort zu der Situation, die Herr Minister Kamwi geschildert hat: Bei uns sind es – vor allem bei jüngeren Kindern – die Mütter, die aufklären. Erst ab etwa 13, 14 Jahren spielen die Freunde und Mitschüler eine immer wichtiger werdende Rolle.

Männer fällen die Entscheidungen

Reginah Lesole: In Botswana haben wir ähnliche Probleme, wenn es darum geht, sich vor HIV-Aids zu schützen. Traditionell verfügen die Männer in Botswana über wesentlich mehr Macht als die Frauen, und sie fällen viele Entscheidungen. Sie sind also deshalb ein Hindernis für Frauen sich zu schützen. Wenn Informationen angeboten und Kampagnen aufgelegt werden, sind Frauen immer ganz vorne mit dabei. Doch trotz

der Informationen müssen sie die Männer, die an ihrer traditionellen Machtposition festhalten, anbetteln – oft vergeblich. Es gibt sogar immer noch Männer, die glauben, dass sie von HIV-Aids geheilt werden können, wenn Sie mit einer Jungfrau schlafen. Um dieses Ziel zu erreichen, verwenden Sie materielle Dinge oder sie brauchen Gewalt.

Das zu ändern, ist nicht leicht. Wissen Sie, die Frauen fragen: ‚Was wird mein Ehemann sagen? Was wird mein Freund sagen?‘ Ich mache HIV-Beratung und Schnelltests und fast jeden Tag erlebe ich, dass Frauen keine Entscheidungen über ihr Sexualleben treffen, ohne sich vorher mit ihrem Partner beraten zu haben. Wir reden und reden... Wir haben zwar ein Ziel, aber es ist schwierig.

Ich muss immer daran denken, was Frau Pott heute morgen gesagt hat: Nicht übertreiben. Denn dieser Fehler ist bei uns in Botswana gemacht worden. Aids wurde verteufelt. Erst als unser Präsident höchstpersönlich aufstand und uns sagte, dass wir die Krankheit gemeinsam bekämpfen müssen, wurde uns klar, dass wir etwas tun können.

Ntebogang Malete: Mit Jugendlichen zu sprechen, ist ein wenig einfacher, weil das Thema bei uns in der Schule behandelt wird. Wenn wir unter uns Jugendlichen über HIV-Aids reden, geht es darum, etwas über die Krankheit in Erfahrung zu bringen. Die Älteren – die oft nicht lesen und schreiben können – fühlen sich beleidigt und fragen mich, wie ich dazu käme, sie belehren zu wollen. Wenn ich etwas über HIV-Aids wisse, müsste ich wohl auch sexuell aktiv sein.



Stigmatisierung noch nicht überwunden

Reginah Lesole: In Botswana ist der HIV-Test freiwillig und das Ergebnis bleibt geheim. Man kann selbst entscheiden, ob und wem man etwas sagt. Auch am Arbeitsplatz und gegenüber dem Arbeitgeber oder Vorgesetzten muss man keine Angaben machen. Und nach und nach öffnen sich die Menschen dem Problem oder sie gewöhnen sich zumindest daran. Denn sehen Sie: Wenn man bei uns in eine Klinik geht, um seine Medikamente zu erhalten, trifft man dort über 1000 Menschen. Und alle wissen, dass jeder, der dort ist, HIV-positiv ist. Davor kann man nicht wegrennen. Nur die Leute, die Geld haben, haben überhaupt die Wahl, nicht in die Klinik zu gehen, sondern sich anderweitig versorgen zu lassen.

Doch derzeit gibt es noch ein Stigma und das hindert viele Menschen daran, zu einem öffentlichen Krankenhaus zu gehen. Stigmatisierung ist der Grund, warum viele ihre Medikamente nicht nach Plan einnehmen. Das passiert zum Beispiel, wenn die Leute einen neuen Freund oder Freundin haben und er oder sie noch nichts von der Infektion weiß.

Ein ähnliches Problem stellt sich jungen Müttern, die stillen. Es gibt zwar ein Programm für HIV-positive Mütter, die von der Regierung umsonst Babynahrung erhalten. Dennoch gibt es Fälle, in denen die Mütter ihr Kind trotzdem stillen, weil zu Hause niemand etwas von ihrer Infektion weiß. Aufgrund des Stigmas müssen auf diese Weise viele Babys sterben.



