

Patente Profite und AIDS (Teil 1)

Vom 3.-5.10.2002 organisierte die BUKO Pharma-Kampagne in Kooperation mit der Evangelischen Akademie Bad Boll die Fachkonferenz *Patente, Profite und AIDS*. In dieser und der nächsten Ausgabe des *Pharma-Brief Spezial* dokumentieren wir einige Beiträge der Konferenz. Eine vollständige Dokumentation wird demnächst erhältlich sein. Doch zunächst ein Überblick über Themen und Ziele.



Innenansichten einer Konferenz

Neun ReferentInnen aus Asien, Lateinamerika und Afrika und vier aus nördlichen Ländern diskutierten gemeinsam mit ca. 90 TeilnehmerInnen über die Thematik. Im Anschluss an die Konferenz waren die ReferentInnen aus dem Süden eingeladen, in drei Gruppen an einer ExpertInnenrundreise durch Deutschland teilzunehmen.

Die einhellige Forderung der Fachleute aus fünf Kontinenten: Ein ungehinderter Zugang zu unentbehrlichen AIDS-Medikamenten auch für arme Länder. An die Regierungen der Industrienationen richtete sich die Forderung, die Entwicklungsländer in ihrem Kampf gegen die Immunschwächekrankheit zu unterstützen und internationale Abkommen so umzusetzen, dass die Versorgung mit lebenswichtigen Medikamenten nicht länger von den Pharmakonzernen blockiert wird.

„HIV-Positiven konnte ich nur Mut zusprechen“, erklärte die Ärztin Catherine Kyobotungi aus Uganda in Bad Boll, „helfen konnte ich ihnen nicht, denn Medikamente sind unbezahlbar.“ Das

Internationale Abkommen zum Schutz des geistigen Eigentums (TRIPS) verpflichtet Länder der Dritten Welt, neue und unentbehrliche Arzneimittel unter einen 20-jährigen Patentschutz zu stellen. So werden gerade AIDS-Medikamente unbezahlbar für die Armen. Die Anwendung von Schutzbestimmungen werde trotz gegenteiliger Beteuerungen von der Industrie und Industrienationen verhindert, erklärten die ExpertInnen auf der Konferenz.

„Das TRIPS-Abkommen ist ein Hindernis, aber der politische Unwille der Industrie und einiger Regierungen der reichen Länder ist aktuell das größte Problem.“, sagte der Rechtsanwalt James Love von dem Consumer Project on Technology (CPT) aus den USA. Durch Druck auf die Länder der Dritten Welt werde versucht, die im TRIPS-Abkommen vorgesehenen Regelungen zum Schutz der Gesundheit auszuhebeln. Bei Gesundheitsnotständen lässt das TRIPS-Abkommen die Zwangslizenzierung¹ zu. Durch dies Verfahren könnte Versorgung mit preiswerten unentbehrlichen Medikamenten sicher gestellt werden. Von Seiten einiger Pharma-Unternehmen werde aber versucht, auf die nationale Gesetzgebung in den Entwicklungsländer Einfluss zu nehmen, so dass die Anwendung dieser Ausnahmeregeln erschwert oder verhin-

Inhalt

| | |
|---|----------|
| Südafrika: | |
| Industrie verhindert Zugang zu Arzneimitteln | 2 |
| Uganda: | |
| Prävention als Lösung | 6 |

dert werde.

„AIDS trifft die am härtesten, die schon jetzt bis zum Hals im Treibsand stecken,“ sagte die indische Ärztin Dr. Roopa Devadasan auf der Konferenz. Damit sie nicht ganz versinken, sei internationale Unterstützung erforderlich, die verhindert, dass Pharmaunternehmen Preise und Bedingungen der Medikamentenversorgung diktieren.

Neben Aspekten der Arzneimittelversorgung diskutieren die Gesundheitsfachleute auf der Konferenz Möglichkeiten und Modelle der AIDS-Therapie und Prävention in unterschiedlichen kulturellen Zusammenhängen. Die Tagung war zugleich Auftakt einer Veranstaltungstour durch ganz Deutschland, bei der Fachleute und Laien über internationale Aspekte des AIDS-Problems und die Situation in den verschiedenen Ländern informieren wurden. Öffentliche Veranstaltungen wurden durch ExpertInnenrunden in Tropeninstituten, AIDS-Hilfen und Hospizen ergänzt.

Als Fazit der Konferenz und der Tour wurde klar: Das Menschenrecht auf Gesundheit und den Zugang zu unentbehrlichen Arzneimitteln muss über

dem Handels- und Patentrecht stehen. Die Pharmaindustrie muss wieder die Rolle eines Zulieferbetriebs zum Gesundheitssystem zugewiesen bekommen. Sie ist nicht Teil des Gesundheitssystems, auch wenn sie sich gerne selbst so darstellt! Sie ist es so wenig wie die Autoindustrie, die Krankwagen produziert oder die Bauindustrie, die Krankenhäuser baut. Die Pharmaindustrie baut Pillen und muss dies nach den Bedürfnissen der Kranken tun und nicht nach dem Gesetz des neoliberalen Marktes. Dieser Markt mit seinen Gesetzen wurde von Menschen gemacht, daher kann er auch von Menschen verändert werden. Ein Schritt auf diesem Weg war die Konferenz und die Tour.

Christiane Fischer

¹ Im Falle eines Gesundheitsnotstandes kann gemäß § 31 des TRIPS-Abkommens ohne Einverständnis des Patentinhabers der Patentschutz außer Kraft gesetzt und das Medikament generisch nachproduziert werden. Dies hat auch die letzte Ministerialrunde der Welthandelsorganisation (WTO) bestätigt (siehe auch: Die Armen bleiben außen vor, *Pharmabrief* 10/2001, S. 1-2)

Wie die Pharmaindustrie den Zugang zu unentbehrlichen Arzneimitteln in armen Ländern verhindert

Eine südafrikanische Perspektive. Von Andy Gray



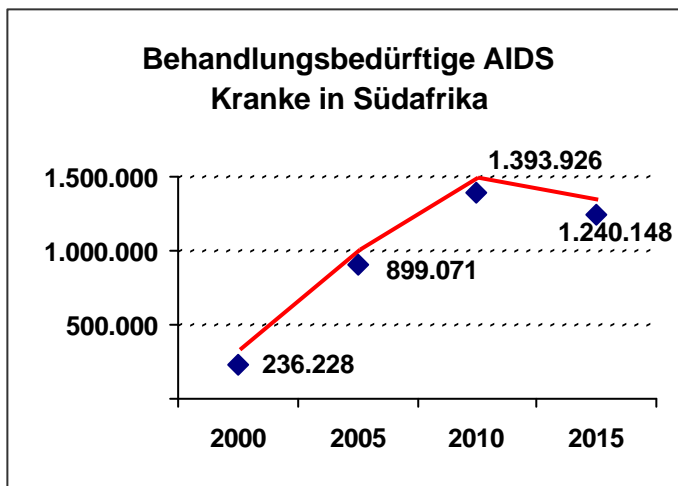
Bevor man über Südafrika spricht, sollte man sich das ganze Ausmaß des AIDS-Problems vor Augen halten. UNAIDS sagt dazu: „Zwanzig Jahre nach dem das erste Mal klinisch gesichert über das erworbene Immundefizitsyndrom berichtet wurde, ist AIDS zur vernichtendsten Krankheit geworden, mit der die Menschheit je konfrontiert wurde. Seit Beginn der Epidemie haben sich 60 Millionen Menschen mit dem

Virus angesteckt. AIDS ist heute die häufigste Todesursache in Afrika südlich der Sahara. Weltweit ist sie die vierthäufigste tödliche Krankheit.“²

Was die Lage so schwierig macht, ist die Verteilung der Pandemie wie der Bericht von UNAIDS zeigt: Von den weltweit 40 Millionen HIV-Infizierten leben 28,1 Millionen in Afrika südlich der Sahara. 14.000 Menschen stecken sich jeden Tag an, 95% davon leben in der Dritten Welt. 12.000 Fälle treten bei der ökonomisch produktivsten Altersgruppe (15-49 Jahre) auf, die Hälfte davon bei

Jugendlichen und jungen Erwachsenen (15-24 Jahre).

Die Situation in Südafrika ist besonders dramatisch. Die Zahl der infizierten Schwangeren steigt ständig; im Jahr 2000 betrug sie im Landesdurchschnitt 24,5%. Die Provinz KwaZulu-Natal trifft es am härtesten: Über 36% der werdenden Mütter waren HIV-positiv. Im gleichen Jahr waren 11,7% der Gesamtbevölkerung Südafrikas infiziert, bis 2005 wird eine Steigerung auf 16% erwartet. Für diejenigen, die unbehandelt dem sicheren Tod entgegensehen, ist der Zugang zu Behandlung eine Frage von Leben und Tod. Und deren Zahl wird in den nächsten paar Jahren dramatisch ansteigen. Zur Zeit sind fast 250.000 AIDS PatientInnen so krank, dass sie sofort behandelt werden müssten. Die Zahl der Behandlungsbedürftigen wird voraussichtlich bis 2010 auf 1,4 Millionen anwachsen.³ (Siehe Grafik) Viele der hier genannten Daten stammen vom sogenannten „change scenario“ der *Actuarial Society of South Africa*.⁴



Die Zahl der Behandlungsbedürftigen HIV-Positiven wird in Südafrika in den nächsten Jahren drastisch ansteigen Quelle: ASSA

Die wichtigsten Eckpunkte dieses Szenarios sind:

- ♥ keine antiretrovirale Therapie;
- ♥ Bekämpfung der Mutter-Kind-Übertragung (beginnend mit 40% ab 1. Juli 2001 bis zu 90% aller infizierten Mütter innerhalb von fünf Jahren und der

Annahme, dass durch die Behandlung 50% der Ansteckungen bei der Geburt verhindert werden können);

- ♥ Behandlung von übertragbaren Geschlechtskrankheiten mit dem Ziel die Rate innerhalb von fünf Jahren um 15% zu senken (beginnend ab 1. Juli 2001);
- ♥ Verdopplung des Kondomgebrauchs innerhalb der nächsten fünf Jahre;
- ♥ eine Abnahme der Anzahl der SexualpartnerInnen um 15% innerhalb der nächsten fünf Jahre.

Die entscheidende Frage ist jedoch: Ist eine Reaktion auf die AIDS Epidemie ohne antiretrovirale Therapie ethisch vertretbar? Dies stellen mehr und mehr gesellschaftliche Gruppen massiv in Frage: Selbst das Big Business entscheidet sich immer häufiger dafür, die ArbeiterInnen mit Medikamenten zu behandeln (z.B. der Minenkonzern Anglo American) und die Provinz KwaZulu-Natal erhält vom *Global Fund against AIDS, TB and Malaria* Hilfsgelder (u.a. auch für die medikamentöse Behandlung). Ein entscheidender Faktor für die Bereitschaft, mit antiretroviralen Medikamenten zu behandeln sind Projekte, die durch AktivistInnen angestoßen wurden. Das Pilotprojekt von Ärzte ohne Grenzen (MSF) in einem armen Township in Kapstadt, hat gezeigt, dass antiretrovirale Medikamente auch innerhalb einer schwachen Gesundheits-Infrastruktur erfolgreich angewendet werden können. Die Verbesserungen des Gesundheitszustandes sind ebenso gut wie bei AIDS-Kranken im reichen Nordentrotz Mangelernährung und elenden sozialen Verhältnissen. Diese Projekte haben auch gezeigt – falls das je notwendig war – dass arme Menschen mit geringem Bildungsgrad sich tatsächlich an Einnahmeschemata halten können. Die Treatment Action Campaign fordert deshalb auch zu Recht einen nationalen Behandlungsplan.

Zugang zu Arzneimitteln

Die WHO hat in ihrer Abteilung *essential drugs and medicines policy* (EDM) einen sinnvollen Rahmen für die Versor-

gung mit unentbehrlichen Medikamenten entwickelt. Vier miteinander verbundene Komponenten sind Voraussetzung für den Zugang zu Arzneimitteln:

- ♥ rationale Auswahl von Medikamenten,
- ♥ bezahlbare Preise,
- ♥ eine gesicherte Finanzierung und
- ♥ effiziente Gesundheitssysteme (health care delivery systems).

Bevor wir den oft negativen Einfluss der Pharmaindustrie in diesem Zusammenhang beleuchten, sollte man die Entwicklung der südafrikanischen Regierungspolitik nachvollziehen. Die Grundlage für den Zugang zu unentbehrlichen Arzneimitteln in Südafrika ist die *National Drug Policy* von 1996.⁵ Das vorrangige Ziel dieser Politik war die Sicherstellung eines allgemeinen Zugangs zu diesen Medikamenten zu Preisen, die für den Einzelnen ebenso akzeptabel sind wie für das Gesundheitssystem als Ganzes. Viele Teile dieser Politik bedurften flankierender Gesetze. Der erste Schritt dazu war der *Medicines Amendment Act* von 1997. Schon im folgenden Jahr blockierten die *Pharmaceutical Manufacturers' Association* und weitere Konzerne die Umsetzung des Gesetzes durch eine Klage vor dem obersten Gerichtshof. Dies Verhalten der Medikamentenhersteller wurde publik und wurde weltweit scharf verurteilt. Das Ende dieser Aktion – der Klagerückzug der Industrie und ihres Verbandes war jedoch noch nicht das Ende der Geschichte. Es gibt subtilere Arten des Industrie-Einflusses.

Seit 1997 löste Lobbyarbeit durch die Industrieverbände (wie PhRMA und IFPMA) massiven Druck von Regierungen (der USA, der EU und anderer) auf Südafrika aus. Nach wie vor wird so die politische Willensbildung in der Weltgesundheitsorganisation (WHO) und der Welthandelsorganisation (WTO) beeinflusst.

Es gibt eine wachsende Tendenz, Probleme in den Mittelpunkt zu stellen, die zwar real existieren, aber sie zu Horror-

bildern aufzubauschen. Das Ziel ist, ein Gefühl von Unsicherheit unter PolitikerInnen und Exekutive (und der Öffentlichkeit) zu erzeugen – Beispiele sind die Drohung, nicht mehr in einem Land zu investieren, ausladende Berichte über gefälschte Arzneimittel und ein allgemeiner Fokus auf die Schwäche von Regierungen (Diebstähle in öffentlichen Einrichtungen, fehlenden Kontrollkapazitäten oder eine unzureichende Gesundheitsinfrastruktur). Das Ziel ist, die politischen Entscheidungen der Regierungen zu diskreditieren. Begreift man den Zusammenhang zwischen den vier entscheidenden Faktoren für den Zugang zu unentbehrlichen Arzneimitteln, anstatt es zuzulassen, dass sich die Debatte auf nur einen Punkt konzentriert (gewöhnlich Mängel im System), dann kann man viele von diesen unehrlichen und zeitraubenden Diskussionen sparen. Wie verführerisch es auch sein mag, sich auf eine eindimensionale Vorgehensweise zu beschränken – Tatsache bleibt, dass alle vier Aspekte gleichzeitig und **jetzt** angegangen werden müssen, um den Zugang zu lebensrettenden unentbehrlichen AIDS-Medikamenten zu erreichen.

Die Reaktion der südafrikanischen Regierung auf den Prozess der Firmen, mit unerklärlich späten Stellungnahmen der zuständigen Ministerien, war fast genauso ernüchternd wie politische Richtungsänderungen und neue Gesetze. Konfusion um die Bedeutung von AIDS vernebelte die Situation und machte handlungsunfähig. Die Regierung versäumte auch, einige vorhandene Instrumente zur Verbesserung des Zugangs zu Medikamenten – wie Zwangslizenzen, Verzicht auf Registrierungsprozeduren für dringend notwendige AIDS-Mittel und die Streichung der Steuer auf Medikamente – einzusetzen. Zum Glück gibt es jetzt Anzeichen für eine Veränderung der Regierungspolitik, wie der Vorschlag eine Bolar-Regelung⁶ einzuführen und die Ankündigung, 2003 das Patentgesetz zu ändern, um die Erteilung von Zwangslizenzen durch die Verwaltung zu ermöglichen.

Machtbalance verschiebt sich

Erstes Zeichen für eine Verschiebung Machtgefüges war der Rückzug der Klage des Pharmaindustrieverbands vor dem obersten Gerichtshof im April 2001. Es gibt weitere Indizien: Der WHO-WTO Workshop zu *Differential Pricing and Financing of Essential Drugs* in Høsbjør (Norwegen) im April 2001, der das Konzept unterschiedlicher Preise für arme und reiche Länder (differential/ equity pricing) guthieß. Die Erklärung der WTO von Doha zum TRIPS-Abkommen und öffentlicher Gesundheit vom 14 November 2001 enthält den bedeutsamen Satz, dass das Abkommen „Mitglieder nicht davon abhält und abhalten soll, Maßnahmen zum Schutz der öffentlichen Gesundheit zu ergreifen.“⁷

Die Gründung des *Global Fund against AIDS, TB and Malaria*⁸ birgt die Chance, eine langfristige Finanzierung einer Antwort auf die AIDS Epidemie zu sichern. Ebenso wichtig war der Bericht der *Commission on Macroeconomics and Health* „Investing in Health for Economic Development“, den Jeffrey D. Sachs für die WHO geschrieben hat.⁹ Für die rationale Auswahl von Arzneimitteln war die Aufnahme von antiretroviralen Medikamenten in die 12. Liste unentbehrlicher Arzneimittel¹⁰ der Weltgesundheitsorganisation ein entscheidender Schritt.

In diesem Tauziehen um die richtige Politik blieben die AktivistInnen nicht untätig, im Gegenteil, sie spielten eine entscheidende Rolle in der Formulierung einer Gegenmeinung – sie produzierten den „Gegenzug“ gegen die Bemühungen der Industrie und der mit ihnen verbundenen Regierungen. Das beste Beispiel bei uns ist die *Treatment Action Campaign* (TAC), die sich bei der Klage der Pharmaindustrie gegen Südafrika an die Seite der Regierung stellte (als *amicus curiae*). Mit einer Klage vor dem Verfassungsgerichtshof erzwang TAC dann vom Staat die Behandlung von Müttern bei der Geburt zur Verhinderung der Übertragung von AIDS auf die Kinder (MTCT). Jüngst wandte sich TAC an die

Wettbewerbskommission, damit sie gegen die überhöhten Preise von zwei Pharmamultis aktiv wird.¹¹ Die internationalen Beispiele für positive Einmischung können gar nicht alle aufgezählt werden, dazu gehören Aktionen bei der WHO und WTO und Kampagnen von kritischen Gruppen wie HAI, BUKO, ActUP, CPT, MSF, Wemos und vielen anderen.

Schluss

Zur Zeit stehen wir an einer Wegscheide und ein strategisches Fenster ist offen: In Südafrika ist das Thema AIDS Tagesgespräch, es gibt ein gutorganisiertes AktivistInnennetzwerk, die Presse ist interessiert, die Gerichte sind der AIDS-Problematik gegenüber sowohl aufgeschlossen als auch unabhängig und die GesundheitsexpertInnen mischen sich immer mehr ein. International müssen die Anstrengungen, Finanzierung für die Lösung des AIDS-Problems zu finden, weitergehen. Die beginnende Veränderung in der globalen Politik muss stabilisiert werden. Nur so ist es möglich, dem Druck der Industrie zu widerstehen. Dazu bedarf es guter Politik, guter Gesetze, kompetenter Umsetzung und auch einer guten Außenpolitik, die sich in den internationalen Gremien einmischt. Eine unabhängige und verlässliche Informationen über die Probleme und mögliche Lösungen ist dringend nötig. Wenn diese vier ineinandergreifenden Teile des Puzzles mit Namen „Zugang zu unentbehrlichen Medikamenten“ gleichermaßen angegangen werden, sind Fortschritte möglich, sogar in Afrika südlich der Sahara.

Andy Gray arbeitet als Senior Lecturer am Department of Pharmacology, Nelson R Mandela School of Medicine, University of Natal, Durban, Südafrika

2 www.unaids.org/epidemic_update/report_dec01/index.html

3 Mehr von diesen erschreckenden Zahlen – und den Berechnungsmodellen und Annahmen, die hinter ihnen stehen – finden sich auf der Webseite des Health Systems Trust <http://www.hst.org.za/indic>

- 4 www.assa.org.za/downloads/aids/summarystats.htm
- 5 Einzelheiten zu der Politik finden sich unter www.sadap.org.za/ndp
- 6 Diese Regel erlaubt es der generische Industrie alle notwendigen Schritte zu unternehmen, damit sie bei Ablauf des Patents sofort auf den Markt gehen kann.
- 7 WT/MIN(01)/DEC/W/2
- 8 www.globalfundatm.org
- 9 www3.who.int/whosis/cmh/cmh_report/e/pdf/cmh_english.zip
- 10 www.who.int/medicines/organization/par/edl/access-hivdrugs.shtml
- 11 Siehe auch: Südafrika 2: Klage gegen Pharmamopol, *Pharma-Brief* 6/2002, S. 7

Uganda: Prävention als einzige Lösung

Die Ärztin Dr. Catherine Kyobutungi aus Uganda berichtet



Was bedeutet AIDS im ugandischen Kontext? Uganda zählt zu den Ländern, die durch die AIDS-Epidemie schwer betroffen sind. 1982 wurde der erste AIDS-Fall diagnostiziert. Heute leben 1,4 Millionen Menschen mit HIV/AIDS, das sind 6,7% der Gesamtbevölkerung. Über 800.000 UganderInnen sind seither gestorben und haben über 1,7 Millionen

Waisenkinder hinterlassen.

Die meisten ugandischen ÄrztInnen haben keine praktischen Erfahrungen mit antiretroviralen Medikamenten (ARV) aus dem einfachen Grund, weil

Norah war eine 24 jährige Frau, die auf dem Lande aufgewachsen war. Neun Jahre hatte sie die Schule besucht und war seit ungefähr zwei Jahren mit einem höheren Offizier verheiratet, der seine erste Frau bei der Geburt ihres Kindes verloren hatte. Norah fühlte sich seit sechs Monaten unwohl, erst dann wurde bei ihr Tuberkulose diagnostiziert.

Die Familie hegte aus mehreren Gründen Zweifel an dieser „TB-Diagnose“. Sie wussten, dass Norah AIDS hatte und so dachten sie, die ÄrztInnen hätten die Sache mit der Tuberkulose nur „erfunden“ weil sie Angst hatten, der Patientin die Wahrheit zu sagen. Deshalb nahm Norah ihre TB-Medikamente auch nur sehr unregelmäßig ein. Norah wurde aus der Stadt zum Haus ihrer Eltern auf dem Lande transportiert, damit man die Kosten für den teuren Transport einer Leiche sparte, denn sterben würde sie, da waren sich die Verwandten sicher. Sie landete aber in einem Landkrankenhaus, weil ihr Zustand sich verschlechterte, sie sich aber „weigerte“, einfach zu sterben. Nachdem wir sichergestellt hatten, dass sie ihre TB-Medikamente regelmäßig einnahm, konnte sie nach ein paar Wochen aus dem Krankenhaus entlassen werden. Sie schloss die TB-Behandlung nach acht Monaten ab und wurde für fast zwei Jahre wieder „gesund“. Später starb sie dann an Hirnhautentzündung, aber immerhin drei Jahre später als vorhergesehen.

sie nicht erhältlich sind! Auf nationaler Ebene wurden verschiedene Initiativen gestartet, um den Zugang zu ARV Medikamenten für die Betroffenen zu verbessern. Eine gemeinsame Initiative von WHO und UNICEF zum Zugang zu AIDS-Medikamenten führte von 1998-2000 ein Pilotprojekt durch, um die sozialen, klinischen, pharmakökonomischen und kulturellen Probleme rund um die ARV-Therapie abzuklären. Die Initiative hatte die erklärte Absicht, den schnelleren Zugang zu ARV-Medikamenten zu ermöglichen. Doch erste Berichte zeigen, dass sie nur im Schneckentempo vorwärtskommt. Z.B. wurden innerhalb von 18 Monaten weniger als 1.000 PatientInnen behandelt. 75% der PatientInnen waren nach WHO-Definition im AIDS-Stadium 3 oder 4 und 13% mussten wegen zu hoher Kosten auf weniger wirksame Medikamente umgestellt werden. Selbst die billigste Kombinationstherapie war teurer als ein Monatsgehalt für die meisten höheren Staatsangestellten. Auch profitierte nur ein kleiner Teil der Bevölkerung, denn alle fünf Behandlungszentren befinden sich in der Hauptstadt Kampala oder seinen Vororten.

Die harte Wirklichkeit

Wie die medizinische Praxis meistens aussieht zeigt die Krankheitsgeschichte von Norah (siehe Kasten).

Diese Fall zeigt verschiedene Dinge auf, mit denen sich die Gesellschaft, PatientInnen, ihre Familien und Gesundheitspersonal auseinandersetzen müssen. Einige verdienen es, herausgehoben zu werden:

♥ Kultur: Die Rolle, die Familien für die Entscheidungen von Individuen bedeutet.

♥ Asymmetrische Verhältnisse: Frauen haben kaum „Verhandlungsmacht“, um sichereren Sex haben zu können.

- ♥ Stigmatisierung versus Pragmatismus: Entscheidungen, die Kosten sparen sollen, wie z.B. PatientInnen mit nach Hause zu nehmen, werden manchmal als Stigmatisierung interpretiert.
- ♥ Die Verzweiflung und Hoffnungslosigkeit die Familien und Individuen aushalten müssen.
- ♥ Die unterschiedlichen Wahrnehmungen von Laien und Gesundheitspersonal, was AIDS ist.
- ♥ Die „Behandlungsoptionen“, über die ugandische ÄrztInnen verfügen: Die Bekämpfung von opportunistischen Infektionen.
- ♥ Die täglichen Herausforderungen: Kleine Wunder heute und morgen eine Niederlage (der Tod).

Prävention die einzige Lösung?

Die AIDS -Prävention zählt zu den Erfolgsgeschichten in Uganda. Dafür gibt es eine Reihe von Gründen:

- ♥ Die sichtbare Bereitschaft und das Engagement der führenden Regierungsmitglieder, AIDS zu bekämpfen.
- ♥ Bereits 1986 wurde eine nationalen Körperschaft ins Leben gerufen , die später zum Nationalen AIDS-Kontrollprogramm des Gesundheitsministeriums ausgebaut wurde. Schließlich ein multisektorieller Ansatz durch die *Uganda AIDS commission*, die dem Büro des Präsidenten zugeordnet ist.
- ♥ Das frühe Aufräumen mit dem Vorurteil, AIDS wäre nur ein Problem für „Risikogruppen“ durch eine Kampagne. Weil heterosexuelle Übertragung vorherrschend war, war fast jeder dem Ansteckungsrisiko ausgesetzt.

Folgende Strategien wurden angewandt, um die Verbreitung von HIV zu stoppen:

- ♥ Werbung für Änderungen im Sexualverhalten (Abstinenz, gegenseitiges Vertrauen, sicherer Sex).
- ♥ Reduzierung der Übertragung durch Blut (sichere Bluttransfusionen, AIDS-Tests auch für des „informelle“ Gesund-

heitspersonals, Beachtung traditioneller Praktiken wie Beschneidung).

- ♥ Verringerung von Geschlechtskrankheiten (bessere Erkennung und Behandlung).
- ♥ Verringerung der Mutter-Kind-Übertragung durch besser Entbindungspraktiken sowohl im formellen als auch im informellen Sektor.
- ♥ Stärkung des Individuums (Erziehung, Armutsbekämpfung, Schutzgesetze usw.)

Die Verringerung der gesundheitlichen und sozioökonomischen Effekte von HIV/AIDS für Betroffene, Familien und Gemeinden durch verbesserte Pflege, Unterstützung und Schutz der Bürgerrechte von Kranken spielte eine wichtige Rolle.

Die Möglichkeiten des Landes auf die Epidemie zur reagieren wurden durch mehrere Faktoren verbessert:

- ♥ Soziale Mobilisierung aller Sektoren der Gesellschaft.
- ♥ Stärkung der Informationsbasis.
- ♥ Ein begleitendes Forschungsprogramm.

Erfolge

Das ugandische Programm kann deutliche Erfolge vorweisen: Immer weniger Teilnehmerinnen des Programms für werdende Mütter sind HIV-positiv. Menschen die sich das erste Mal auf HIV testen lassen, sind immer seltener positiv, wie eine Auswertung des größten freiwilligen Beratungs- und Testprogramms des *AIDS Information Centre AIC* ergab. Weiterhin ergab eine Kohortenstudie im Masaka-Distrikt, dass sich die Rate der Neuinfektionen von 1990 bis 1998 von 7,6 auf 3,2 pro 1000 Menschen verringert hatte.

Auch Verhaltensstudien zeigen positive Trends: Der Kondomgebrauch und das Alter beim ersten Geschlechtsverkehr nehmen zu, die Zahl der SexualpartnerInnen ab. Fast alle Menschen wissen, wie AIDS übertragen wird und wie man sich davor schützen kann.

Die „Ugandische Erfolgsgeschichte“ wird unter Wissenschaftlern heiß debattiert. Insbesondere, ob die erzielten Erfolge wirklich durch die durchgeführten Maßnahmen erzielt wurden. Dennoch darf nicht übersehen werden, dass die Interventionen auf dem vorhandenen Wissen über die HIV-Übertragung beruhen. Kausalität ist auch durch die besten epidemiologischen Studien nur schwer zu beweisen. Wenn Strategien angewandt wurden, die das individuelle Ansteckungsrisiko an AIDS reduzieren, zu den gezeigten Erfolgen führen, kann das als vernünftige Ursache-Wirkung Schlussfolgerung angesehen werden.

Der Erfolg Ugandas bei der Bekämpfung von AIDS beruht auf einem aggressiven Präventionsprogramm, das zu immer weniger Neuansteckungen und einer stetig sinkenden Rate an HIV-Positiven führte. Gleichzeitig verbesserte sich das Wissen der Bevölkerung über die Krankheit und das Risikoverhalten änderte sich. Obwohl es keinen Zweifel daran geben kann, dass Vorbeugung schon immer besser als (keine) Heilung gewesen ist, ist ebenso unstrittig, dass Prävention nicht die einzige Lösung des HIV/AIDS Problems in Uganda sein kann.

Wie bereits hervorgehoben wurde, kommt die Prävention für einen Teil der Menschen zu spät (6,7% sind HIV-positiv). Andere, wie Norah (Fallstudie, siehe oben) und viele andere Frauen wie sie und ihre verwaiste Tochter, können Entscheidungen, die sie vor Ansteckung schützen würden, nicht alleine treffen. Die Mehrheit der UganderInnen kennt ihren Ansteckungsstatus immer noch nicht, einfach, weil der Rat, „positiv zu leben“, nicht genug Anreiz bietet, sich testen zu lassen. Und Menschen, die nicht wissen, ob sie AIDS haben, werden sich immer anders verhalten als Menschen, die um ihren Zustand wissen.

Zu den grundlegenden Prinzipien der erfolgreichen Prävention der meisten

ansteckenden Krankheiten gehört es, die Ansteckungsquellen zu begrenzen (1,4 Millionen UganderInnen sind HIV-positiv). Die einzige Art, die Ansteckung auszuschließen ist, die Betroffenen zu behandeln – die Alternative hieße, abzuwarten, bis sie alle gestorben sind! Ohne Behandlung würde uns das AIDS-Problem in Uganda noch lange beschäftigen.

Dr. Catherine Kyobutungi hat in Uganda drei Jahre als Ärztin in einem 40-Betten Krankenhaus auf dem Lande gearbeitet. Sie ist Master of Public Health, hat eine Zusatzausbildung als AIDS Präventionsberaterin und beriet in Uganda Menschen, die einen freiwilligen HIV-Test machen wollten, vor und nach dem Test. Momentan promoviert sie am Tropeninstitut der Universität Heidelberg.

Lesen Sie den Pharma-Brief ?

Zehn Ausgaben pro Jahr mit aktuellen Informationen zu den Geschäfte der Pharmaindustrie und rationaler Arzneimitteltherapie. Wenn Sie die Arbeit der Pharma-Kampagne unterstützen wollen, können Sie Fördermitglied werden. Sie erhalten den Pharma-Brief dann ohne weitere Kosten.

Ich werde Fördermitglied und erhalte den Pharma-Brief ohne weitere Kosten:

Mein Beitrag €pro Monat
(im Jahr mindestens 66 € ermäßigt 36 €)

Name:

Straße:

Ort:

Ich erteile Ihnen eine Einzugsermächtigung für mein Konto und spare der Kampagne damit Verwaltungsaufwand

Konto: BLZ:

.....

Institut:

.....

Datum: Unterschrift:

.....

Der Bundeskoordination Internationalismus (BUKO) ist ein Netzwerk von über 200 Dritte Welt Gruppen in Deutschland. 1980 begann der BUKO eine Kampagne gegen unververtretbare Geschäftspraktiken international tätiger Pharmakonzerne. Die Pharma-Kampagne des BUKO setzt sich für einen rationalen Gebrauch von Arzneimitteln ein. Sie arbeitet mit ÄrztInnen und PharmazeutInnen, Verbrauchergruppen und StudentInnen zusammen. Die BUKO Pharma-Kampagne hat durch die Mitarbeit im Netzwerk Health Action International (HAI) Kontakt mit Gruppen in über 70 Ländern in aller Welt.

BUKO Pharma-Kampagne, August-Bebel-Str. 62, D-33602 Bielefeld, Fax 0521-63789, mail@bukopharma.de
Internet www.bukopharma, Bankverbindung: Sparkasse Bielefeld (BLZ 48050161) ● Konto: 105 601 ● Spendenkonto: 105 627

Impressum: copyright: BUKO Pharma-Kampagne, Beilage zum *Pharma-Brief* 7-8/2002 Redaktion: Jörg Schaaber, Christian Wagner, Christiane Fischer Übersetzung: Jörg Schaaber Fotos: und Layout: Jörg Schaaber