

Patente, Profite und AIDS (Teil 2)

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 Ausgabe des *Pharma-Brief Spezial* dokumentieren wir drei weitere Beiträge der Konferenz. Im *Pharma-Brief Spezial 2/2002* veröffentlichten wir bereits einige Beiträge. Eine vollständige Dokumentation wird demnächst erhältlich sein.

AIDS in Indien – Ein Blick aus der Basis-Perspektive

Von Roopa Devadasan

Der Vorteil einer Nicht-Regierungsorganisation ist, dass sie nicht den hierarchischen und oft unzusammenhängenden Prozessen unterliegt, die auf durchschnittliche Regierungsprogramme zutreffen. Die hier beschriebenen Ansichten stammen von jemandem, die zehn Jahre an der Basis gearbeitet hat und die die Zusammenhänge zwischen Gesundheit und sämtlichen Aspekten des Lebens, vor allem der Wirtschaft, konkret erfahren hat. Es gibt keine Erkrankung, die besser als AIDS diese engen Zusammenhänge auf lokaler, nationaler, regionaler, nationaler und internationaler Ebene beleuchtet. Was bedeutet „Entwicklung“ in diesem Kontext?

Wenn wir von dem ausschließlich marktwirtschaftlichen Modell ausgehen – dass die Entwicklung eines Volkes gleichbedeutend mit einem steigenden Bruttosozialprodukt ist – dann haben wir diesen Zug verpasst. Gehen wir aber von einem anderen Konzept aus, besteht der Sinn menschlicher Entwicklung darin, die zum Leben notwendigen Fähigkeiten eines Menschen individuell zu stärken. Dann kann eine Gesellschaft die Unterschiede zwischen den Einzelnen so verringern, dass **die Lebensqualität für alle Menschen gesteigert wird**, also sowohl für ProduzentInnen als auch für VerbraucherInnen. Wenn wir dieses Entwicklungskonzept zu Grunde legen, dann sind die derzeitigen internationalen wirtschaftlichen Rahmenbedingungen ein Irrweg. Von der Tradition eines „Entwicklungslands“ wie Indien, wo Buddha von der „richtigen Lebensweise“ spricht und Gandhi den Schwerpunkt der Volkswirtschaft auf die kleinsten, überschaubaren, lokalen

Einheiten gesetzt hat, kann man viel lernen!

Was hat all das mit AIDS zu tun? Indien ist eine Nation mit einer Milliarde Menschen auf einer Fläche größer als Europa. Kulturell gesehen handelt es sich um eine Mischung vieler Gesellschaften und Lebensformen, die allerdings auch einiges gemeinsam haben: zum Beispiel, dass es ein Tabu ist, über Sexualität zu sprechen. Indien ist ein Land, in dem ein Drittel der Bevölkerung unterhalb der Armutsgrenze lebt, in dem es keine sozialen Siche-

Inhalt

Indien: Eine Basisperspektive auf AIDS	1
Brasilien: Der Kampf gegen Patente	4
Südafrika: Die Situation von HIV-positiven Frauen	7

runssysteme gibt und weniger als 5% der Bevölkerung sich den Luxus einer Krankenversicherung leisten können. Für die große Mehrheit der Bevölkerung beträgt das durchschnittliche Monateinkommen 20 Euro – eine Summe, von der eine sechsköpfige Familie überleben muss. AIDS-PatientInnen müssen dagegen für ihre Behandlung mit lokal hergestellten Generika 300 Euro pro Person und Jahr aus eigener Tasche bezahlen. Obwohl wir eine bedeutende Pharmaproduktion besitzen, wird nicht annähernd genug für das Land und seine Menschen produziert. Nur die transnationalen Pharmakonzerne, zu denen auch die multinationale Pharmaindustrie gehört, werden enorm davon profitieren, wenn Indien ein Gesetz mit einer 20jährigen Patentlaufzeit unterschreibt. Krankheiten wie AIDS, aber auch schwere Formen der multiresistenten Tuberkulose, die auf die normalen Medikamente nicht mehr anspricht, werden kaum noch behandelbar sein und die Menschen sterben.

Dennoch wird in Indien das nationale



Tuberkulose-Programm entgegen aller wissenschaftlichen Erkenntnis von der nur DOTS-Therapie (also den herkömmlichen alten Antibiotika-Schemata) beherrscht, das die mehr und mehr aufkeimende multiresistente

Tuberkulose nicht in den Griff bekommen kann und wo zusätzlich selbst bei konformem Verhalten die Finanzmittel in weniger als fünf Jahren erschöpft sein werden. Medikamente gegen Tuberkulose, einer Krankheit die häufig bei AIDS-Kranken ausbricht, sind für DurchschnittspatientInnen unerschwinglich – und zwar nicht wegen der Kosten für die Arzneimittel, sondern wegen der versteckten Kosten, die sich aus dem Zugang zu Medikamenten und dem Einkommensverlust des Ernährers der Familie ergeben.

Die Fakten stellen sich heute wie folgt dar. Der NACO Bericht 2002 für unser Land gibt die Zahl der akut behandlungsbedürftigen AIDS-PatientInnen mit 36.000 an; hinzu kommen etwa 4 Millionen HIV-Positive. Inoffizielle Schätzungen kommen zu einer deutlich höheren Zahl, was angesichts des Sexual-Tabus in Verbindung mit AIDS verständlich ist. Widersinnigerweise gibt es zur Zeit keine strukturierte Zusammenarbeit zwischen den nationalen, staatlichen und regionalen AIDS-Programmen mit denen der NGOs. Aufgrund der britischen Kolonialzeit und unseres medizinischen Ausbildungssystems besteht in unserem Gesundheitssystem eine sehr klare Trennung zwischen präventiver und kurativer Medizin, die sich bei der Bekämpfung von Krankheiten wie AIDS als fatal erweist. Auch der von Kofi Annan ins Leben gerufenen Global Fund zur Bekämpfung von AIDS, Malaria und TB, dessen Löwenanteil verständlicherweise nach Afrika geht, hat bisher keine klaren Mechanismen für die Zusammenarbeit mit NGOs auf nationaler Ebene in unserem Land entwickelt, die Gelder kommen nicht unten an.

Zum Verständnis der NGOs und des Gesundheitssystems in Indien sind einige Hintergrundinformationen wichtig. Es geht auf die auf die Missionare und deren Tradition der „Wohltätigkeit“ und die „Sarvodaya“ Gandhis aus der indischen National-Bewegung zurück. Diese bestimmen nach wie vor die Arbeit an der Basis. Auf mittlerer

Ebene gibt es "vernetzte" Institutionen mit häufig eher akademischem Ansatz, die Verbindungen zur staatlichen und regionalen Ebene haben, mit staatlichen und Ausbildungseinrichtungen, wie z.B. Lehrkrankenhäusern. Und schließlich gibt es darüber hinaus die „national players“, z.B. UNICEF, UNFPA, UNAIDS, WHO India. All diese Organisationen sind hauptsächlich von ausländischen Geldgebern abhängig, was der größte Schwachpunkt für ein "Entwicklungsland" ist, das verbissen an der WTO-Front zu kämpfen hat. Das staatlich finanzierte Gesundheitssystem gehört theoretisch zu den besten der Welt; aber da die für seinen reibungslosen Ablauf notwendigen Mittel fehlen, lassen sich schätzungsweise 70% der Menschen privat behandeln. Deshalb spielen lokalen NGOs eine wesentliche Rolle in der Gesundheitsversorgung.

Bei der Behandlung von AIDS-PatientInnen hat es momentan den Anschein, als würden zum ersten Mal die Mauern zwischen NGOs und staatlichen Stellen aufgebrochen. Das ist ein gutes Zeichen, das hoffentlich in Zukunft zur konstruktiven Bewältigung der Krise beitragen wird. Die Stärken der NGOs liegen in ihrer Flexibilität, die ihnen Spielraum für Experimente und gemeinschaftliche Vorgehensweisen gibt. Angesichts einer Bevölkerung von einer Milliarde Menschen und staatlichen Ausgaben im Gesundheitsbereich für die Mehrheit der Bevölkerung von weniger als 1 Euro pro Kopf und Jahr sind die Aktivitäten der NGOs aber nur ein Tropfen auf den heißen Stein. Deshalb müssen wir zusammenarbeiten, um eine Epidemie zu verhindern, die in ihren Ausmaßen die Zahlen aus Südafrika und Uganda in den Schatten stellen würde.

Noch wichtiger ist es allerdings, den Begriff der "Entwicklung" immer wieder neu zu definieren, um bewusst die Grenzen des derzeitigen wirtschaftlichen Modells, das uns vorgesetzt wurde, zu sprengen. Wir müssen über die Grenzen von "Nord" und "Süd" hinweg arbeiten und uns immer vor Augen halten, dass die Entwicklung einer

Gesellschaft daran gemessen wird, wie sie mit ihren schwächsten Mitgliedern umgeht. Dass Lebensqualität langfristig gesehen wichtiger sein kann als Lebenserwartung – in einem Land, in dem drei einfache Mahlzeiten am Tag Luxus sind und in dem Gesundheitspolitik von Menschen entschieden wird, die nie eine Mahlzeit haben ausfallen lassen müssen. Wir müssen nach Ausgleich streben, nach Wegen der Zusammenarbeit, danach, dass viele Stimmen gehört werden. Ich erinnere mich an die Worte einer weisen alten Frau aus Indien: "Warum machst du so einen Wirbel um diese Krankheit? So wie du sie beschreibst, ist es, als bekäme man ein Flugzeugticket anstelle eines Busfahrtscheins." Manchmal sollten wir uns daran erinnern, dass die Reise für die große Mehrheit der Weltbevölkerung sehr anders aussieht.

Roopa Devadasan ist Ärztin und Master of Public Health. Sie hat in verschiedenen NGOs in Indien gearbeitet und ist Mitglied des Medico Friend Circle.

Übersetzung: Irene Grevelding

Brasilien: Der Kampf gegen die Macht der Patente

Von Rogério Hoefler

Nach der 1988 verabschiedeten neuen Verfassung Brasiliens wurde der Begriff Gesundheit – definiert als das Recht aller StaatsbürgerInnen sowie der Pflicht des Staates – erweitert. Dadurch haben Alle Anspruch auf Leistungen des dreigeteilten Sozialversicherungssystems (Sozialversicherung, Gesundheit und Sozialhilfe). Brasiliens Antwort auf AIDS begann Ende der achtziger Jahre mit einer wichtigen Entscheidung: Ein nationales Programm zu sexuell übertragbaren Erkrankungen und AIDS wurde geschaffen. Wesentliche Merkmale dieses Programms sind die Zusammenarbeit der Zivilgesellschaft mit Organisationen HIV- und AIDS-Betroffener. Die hieraus entstandenen landesweiten Maßnahmen hatten einen wesentlichen und positiven Einfluss auf den Verlauf der Epidemie in der zweiten Hälfte der neunziger Jahre.



Die Idee, dass Regierung und Nicht-Regierungs-Organisationen zusammen arbeiten sollten, war ein völlig neuer Ansatz. Die brasilianische Antwort auf die AIDS-Epidemie hat gezeigt, dass die Zusammenarbeit beider Seiten ausgesprochen wirkungsvoll

und produktiv sein kann.

Die derzeitige Politik fußt auf der Erkenntnis, dass die AIDS-Prävention und die Behandlung derjenigen, die mit HIV und AIDS leben, nicht voneinander zu trennen sind. Sie ist das Ergebnis einer kollektiven Anstrengung mit der gesellschaftlichen und politischen Maxime, dem brasilianischen AIDS-Programm möglichst schnell eine angemessene Struktur und Organisation zu geben.

Die wesentlichen Prinzipien des brasilianischen AIDS-Programms sind:

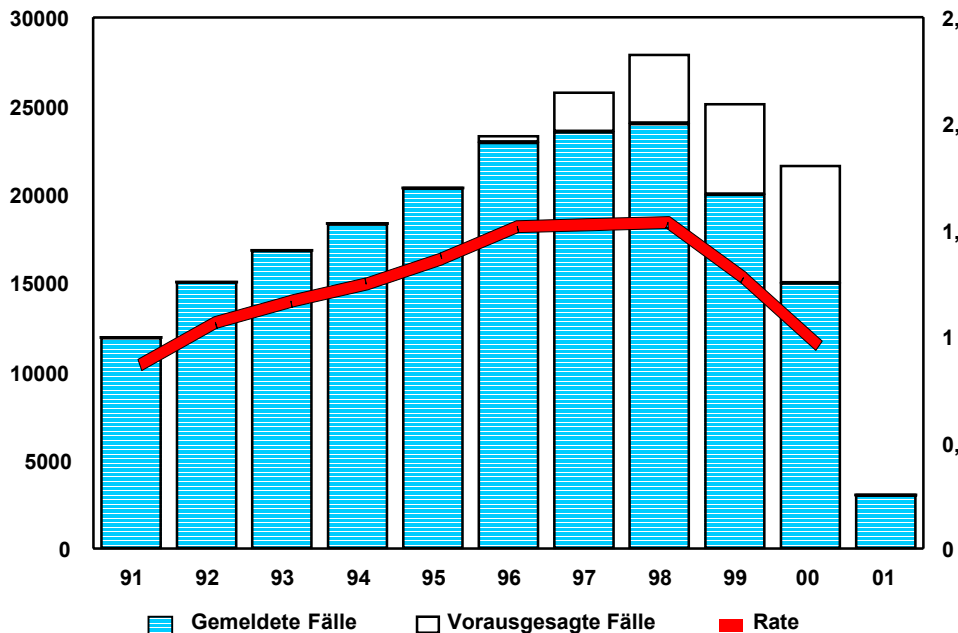
- ◆ Garantie der bürgerlichen Rechte und der Menschenrechte für HIV- und AIDS-Betroffene;

- ◆ garantierter Zugang für die gesamte Bevölkerung zu Präventions- und Therapiemaßnahmen;
- ◆ das Recht auf kostenlose HIV-Tests;
- ◆ das Recht auf einen allgemeinen und kostenlosen Zugang zu sämtlichen verfügbaren Ressourcen zur Behandlung der Erkrankung.
- ◆ die Ausweitung präventiver Maßnahmen ist notwendig;
- ◆ ein Ausbau des Versicherungsschutzes für gefährdete Bevölkerungsgruppen (z.B. Prostituierte, Homosexuelle und Drogenabhängige);
- ◆ verbesserter Zugang zu kostengünstigen Kondomen;
- ◆ frühe Diagnose und Einbeziehung präventiver Maßnahmen in die Gesundheitsversorgung;
- ◆ Aufklärungsarbeit (zur Zeit behandeln ca. 67% der brasilianischen Schulen Präventionsthemen im Unterricht und 70% der Schulen entwickeln Projekte im Zusammenhang mit HIV/AIDS-Prävention).

Bis Dezember 2001 lag die geschätzte Zahl der HIV-Infizierten in Brasilien bei 610.000 (laut UNAIDS). Diese Zahl liegt weit unter den älteren Schätzungen der Weltbank, die bis zum Jahr 2000 1.200.000 Betroffene vorhergesagt hatte. Dies ist ein Erfolg des brasi-

lianischen AIDS-Programms. Zur Zeit versorgt das brasilianische Gesundheitsministerium etwa 113.000 HIV-Infizierte mit antiretroviralen Medikamenten. Diese Medikamenten werden teils lokal produziert, andere werden zu günstigen Bedingungen importiert.¹

105.000 Patienten aus; das entspricht 1,6% des Haushalts des Gesundheitsministeriums. Dass trotz der Behandlung größerer Bevölkerungskreise die Kosten sanken, war nur möglich, weil Investitionen im Forschungsbereich die lokale Produktion der AIDS-Medikamente in Brasilien ermöglichte.



Bei einem Teil der Arzneimittel sank der Preis zwischen 1996 und 2001 um mehr als 80%. Gründe war die Aufnahme der lokalen Produktion oder Verhandlungen mit den Pharmaunternehmen, die die Patente besitzen. Verhandlungen mit einer Reihe von Pharma-Multis, die die einzigen Hersteller bestimmter antiretroviralen Medikamente waren, führten zu Preissenkungen von ca. 60% für drei dieser Medikamente.

Die Zahl der Neuinfektionen mit HIV in Brasilien sind stark rückläufig. Die Prognosen der Weltbank wurden unterschritten. Die Kurve zeigt die Zahl der Neuinfektionen pro 100.000 Menschen (rechte Skala)

Quelle: Vortrag Rogerio Hoefler bei der Tagung Profite, Patente und AIDS 2002 / CN-STDT/AIDS/SPS/MS

Trotz der Erfolge der antiretroviralen Abgabepolitik – einschließlich der Einsparungen aufgrund der rückläufigen Krankenhauseinweisungen – stand Brasilien vor der Aufgabe, diese Politik langfristig zu sichern. Die Aufnahme neuer antiretroviraler Arzneimittel ins Behandlungsregime führte zu höheren Ausgaben. Die lokale Produktion antiretroviraler Arzneimittel, Preisverhandlungen mit den Medikamentenherstellern und der Erfolg bei der flexiblen Handhabung von Patenten sicherte den dauerhaften Erfolg der brasilianischen Behandlungspolitik. Die brasilianische Regierung ist jetzt in der Lage, jedes Jahr weniger für die AIDS-Behandlung auszugeben, obwohl durchschnittlich 15.000 neue PatientInnen pro Jahr in das Behandlungssystem des Landes aufgenommen werden müssen. 2001 gab die Regierung 232 Millionen USD zur Behandlung von ca.

Die wichtigsten Faktoren für hohe Preise sind: Monopole, die häufig durch Patente abgesichert sind. Ein zu geringes Angebot oder niedrige Nachfrage, die zu hohen Preisen bei diesen Medikamenten führen. Preissenkungen entstehen hingegen durch: Konkurrenz durch Generika-Anbieter, Preisdifferenzierungen zwischen armen und reichen Ländern, Schutzklauseln im TRIPS-Abkommen (Zwangslizenzen und Parallelimporte), die Beschaffung großer Mengen (globale oder regionale Beschaffung) und lokale Produktion (durch freiwillige Lizenzvergabe und Technologietransfer).

International hat Brasilien vor allem im Umfeld der Vereinten Nationen (UN) einen wachsenden politischen Einfluss erreicht. Das Engagement für den Dreifachansatz von Prävention – Versorgung – Menschenrechten; der Zu-

gang zu antiretroviralen Medikamenten von hoher Qualität und zu niedrigen Preisen für alle, die sie benötigen; die Einführung einer globalen Politik für Preisdifferenzierungen bei Medikamenten, die die sozioökonomischen Leistungsfähigkeit eines Landes berücksichtigt; der Einsatz für eine flexible Handhabung der Vereinbarung der WTO zu Patenten in Foren wie z.B. bei der Sondersitzung zu HIV/AIDS der Vollversammlung der Vereinten Nationen und der Weltgesundheitsversammlung – all dies hat zur Anerkennung des Einsatzes beigetragen, den Brasilien für Menschen mit HIV und AIDS leistet.

Kosten für AIDS Medikamente in Brasilien

Jahr	Kosten in Millionen US\$	Zahl der PatientInnen	% des Budgets
1996	34	-	0.2
1997	224	35.900	1.2
1998	305	55.600	1.8
1999	336	73.000	3.2
2000	303	87.500	2.9
2001*	235	105.150	1.6

Obwohl die Zahl der PatientInnen, die mit antiretroviralen Medikamenten behandelt werden, steigt, sinken die Kosten für die Mittel.

Quelle: Vortrag Rogerio Hoefler bei der Tagung Profite, Patente und AIDS 2002 / CN-STDT/AIDS/SPS/MS *2001 vorläufige Zahlen

Ein Modell für andere Länder

Neben den Aufgaben im eigenen Land kämpft Brasilien für einen besseren Zugang zu Arzneimitteln überall in der Welt. Brasilien bietet seit nunmehr zwei Jahren öffentlich an, die Technologie für die Produktion antiretroviraler Medikamente an andere Entwicklungsländer weiter zu geben. Bislang hat leider noch kein Land dieses Angebot aufgegriffen. Im internationalen Zusammenhang spielt Brasilien bei mehrerer Entscheidungen zu Gunsten der öffentlichen Gesundheit eine wichtige Rolle.

Kürzlich wurde das brasilianische Programm für die internationale Zusam-

menarbeit bei der Bekämpfung von HIV/AIDS in anderen Entwicklungsländern verabschiedet.² Das Programm umfasst Sachspenden von lokal hergestellten Arzneimitteln sowie technische Zusammenarbeit in einem Gesamtvolumen von bis zu 1 Million USD jährlich, die sich auf 10 Pilotprojekte im Wert von jeweils 100.000 US\$.

Das Programm umfasst Aktivitäten in den folgenden Bereichen der technischen Zusammenarbeit:

- ◆ Training zur Behandlung mit AIDS-Medikamenten;
- ◆ Technologietransfer für die lokale Herstellung von Arzneimitteln und Logistik der Verteilung von antiretroviralen Medikamenten;
- ◆ Compliance der PatientInnen bei der Behandlung;
- ◆ Veröffentlichung der Ergebnisse.

Rogerio Hoefler arbeitet für den brasilianischen ApothekerInnenverband, er vertrat auf der Konferenz zusätzlich den erkrankten Mitarbeiter des brasilianischen Gesundheitsministeriums.

Übersetzung: Irene Grevelding

1 Zidovudine (ZDV), Didanosin (ddI), Zalcitabin (ddC), Lamivudine (3TC), Stavudine (d4T), Indinavir, Nevirapine (lokal hergestellte Generika ohne Patentschutz), Abacavir, Ritonavir, Saquinavir, Nelfinavir, Amprenavir, Delavirdin, Efavirenz, Lopinavir+ Ritonavir (patentierete Arzneimittel).

2 EDICT Nr. 949 vom 22. Mai 2002

Südafrika: HIV-Positive Frauen – Perspektive einer AIDS-Aktivistin

Von Promise Mthembu

Ich möchte meine Erfahrung als Mitglied der *Treatment Action Campaign (TAC)* in Südafrika sowie als Mitarbeiterin der *Internationalen Gemeinschaft der Frauen mit HIV/AIDS (ICW)* teilen. Frauen sind besonders durch AIDS gefährdet, deshalb widme ich meinen Beitrag der Situation von Frauen und AIDS.



Frauen können sich leichter als Männer mit HIV infizieren:

Biologische Unterschiede: Die Vagina nimmt die infizierte Samenflüssigkeit von Männern auf und ist für die Ansteckung empfindlicher als der Penis. Da andere sexuell übertragbare Krankheiten ebenfalls häufig sind, ist das Ansteckungsrisiko noch höher.

Prävention ignoriert Geschlechterunterschiede: Unterschiedliche Geschlechterdynamiken werden bei der AIDS-Aufklärungsarbeit oft nicht berücksichtigt. Die Botschaften sind meist sehr allgemein: „Schütze dich vor AIDS“. Ein anderes Beispiel ist die ABC-Kampagne *Abstain, Be Faithful, Condomise* (Lebe enthaltsam, sei ehrlich, benutze Kondome). Dabei wird übersehen, dass Frauen keine Kondome benutzen können, sondern bestenfalls ihren Partner davon überzeugen, eins zu benutzen. Tendenziell bringen solche Slogans Frauen in eine schwierige Situation und suggerieren, sie seien selbst schuld, wenn sie sich nicht schützen.

Gesellschaftliche Verletzlichkeit: Frauen sind in der südafrikanischen Gesellschaft nicht gleichberechtigt. Sie sind daher immer wieder Anmache, Erniedrigung und Gewalt ausgesetzt. In den wichtigen Entscheidungsgremien Südafrikas sind Frauen nicht oder kaum vertreten, ihre Anliegen werden ignoriert. Frauen wenden sich selten an die PolitikerInnen, die Entscheidungen treffen. Frauen spüren die Last der

neuen Weltwirtschaftsordnung am stärksten, sie trägt zu ihrer Verwundbarkeit bei – und Frauen spüren die Folgen der AIDS-Epidemie am meisten. Kulturelle und religiöse Praktiken, Normen und Erwartungen machen es Frauen schwer, autonome Entscheidungen über ihren Körper zu treffen.

Die dreifache Bürde der Frauen

Persönliche Betroffenheit. Frauen leben wegen ihres höheren Ansteckungsrisikos in der ständigen Angst vor AIDS. Dies beeinträchtigt viele Bereiche des Lebens von Frauen, ihre Produktivität und ihr Sexualleben.

Frauen als Mütter. Als Mütter tragen Frauen eine enorme Verantwortung für ihre Kinder. Die Entscheidung, ein Kind zu wollen, bedeutet auch immer die Beschäftigung mit der Frage: Lasse ich einen Test machen? Bin ich positiv? Was tun, wenn ich positiv getestet werde und mein Kind anstecke?

Frauen als Pflegekräfte. Die meiste Betreuungsarbeit für HIV-Positive wird von Frauen geleistet. Regierungen und Hilfsorganisationen aus dem Norden propagieren die Pflege von HIV/AIDS-Kranken in ihrer Wohnung. Das bedeutet für die Frauen eine harte, emotional belastende, unbezahlte Arbeit, die oft nicht einmal wahrgenommen wird. Vieles weist darauf hin, dass die Regierungen des Südens, und besonders die von Südafrika, wenig Interesse an einer Behandlung der AIDS-Kranken haben, weil sie die Last der Pflege überhaupt nicht zur Kenntnis nehmen wollen. Frauen müssen sich auch um ihre HIV-infizierten Babys kümmern, die zwangsläufig an AIDS sterben, weil man ihnen die schützende Behandlung unter der Geburt verweigert.

Frauen sind als Sozialarbeiterinnen, Beraterinnen, Krankenschwestern bei Pflege und Beratung Tag für Tag mit dem Elend der Menschen mit HIV/AIDS konfrontiert. Frauen spielen bei der wirtschaftlichen Bewältigung des AIDS-Problems eine wichtige Rolle.

HIV-positive Frauen

Die gegenwärtigen Programme testen hauptsächlich Frauen auf HIV. Entsprechende Studien werden meist in Geburtshilfeinrichtungen durchgeführt. Im südafrikanischen Kontext halten es viele Frauen nicht für sinnvoll, sich testen zu lassen, weil sie sowieso keine Chance auf Behandlung haben. Außerdem bürdet ein positives Ergebnis der Frau zusätzliche Verantwortung auf. Wird ein positiver Test bekannt, besteht die große Gefahr, dass die Frau isoliert wird und häusliche Gewalt erleidet.

Sicherer Sex, Verhandlungsgeschick und Hilfsmittel. Frauen befinden sich oft auf der Verliererstraße, wenn sie sicheren Sex einfordern. Oftmals müssen sie tragische Konsequenzen befürchten. Frauen haben keinen Zugang zu Hilfsmitteln, die Sex sicherer machen würden, wie z.B. Frauenkondome. Die Forschung zu virentötenden Substanzen (Microbicides) für die Scheide ist mangels Forschungsgeldern und fehlendem politischen Interesse unterentwickelt.

Recht auf Behandlung. Gesundheit ist ein Recht für Alle. In Südafrika ist die AIDS Behandlung ein Privileg für die Reichen. Es ist wichtig, dass Gesundheit als Menschenrecht und nicht als Privileg begriffen wird.

Die AIDS-Therapie hat über die Jahre die Entwicklung einer den Bedürfnis-

sen von Frauen angepasste Therapie vernachlässigt. Besonders deutlich wird das bei der Behandlung von opportunistischen Infektionen.

Schluss

Ich halte es für unabdingbar, bei zukünftigen AIDS-Programmen folgende Punkte zu beachten:

- ◆ Geschlechtersensitive Ausrichtung aller Programme gegen HIV/AIDS.
- ◆ Eine Reaktion gegen AIDS muss immer sektorübergreifend sein.
- ◆ Alle entwicklungspolitischen Programme müssen AIDS als wichtige Komponente berücksichtigen.
- ◆ Mehr Forschung und Lobbyarbeit für eine frauengerechte Behandlung von HIV/AIDS.
- ◆ Propagierung von Mikrobiziden und anderen Barrieremethoden für Frauen. HIV führt zu AIDS, AIDS tötet Menschen. HIV ist ein Virus und muss deshalb es mit Medikamenten behandelt werden. Diese verlängern das Leben von HIV-Positiven um Jahrzehnte und verbessern ihre Lebensqualität. Alle Menschen, auch die mit HIV/AIDS, haben ein Recht auf Leben und Menschenwürde. Alle, die sich für das Recht auf Behandlung einsetzen, sollten erkennen und respektieren, dass Frauen besondere Bedürfnisse in der AIDS-Therapie haben. Gemeinsam können wir die Auswirkungen von HIV auf positive Frauen verringern und damit auch auf unsere Länder und ihre wirtschaftliche Lage.

Promise Mthembu war viele Jahre Aktivistin bei der Treatment Action Campaign (TAC) und arbeitet heute als Programme Officer for Sexual and Reproductive Rights bei der International Community of Women Living With HIV/AIDS (ICW).

Übersetzung: Jörg Schaaber

Der Bundeskoordination Internationalismus (BUKO) ist ein Netzwerk von über 200 Dritte Welt Gruppen in Deutschland. 1980 begann BUKO eine Kampagne gegen unverträgliche Geschäftspraktiken international tätiger Pharmakonzerne. Die Pharma-Kampagne 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, info@bukopharma.de
Internet www.bukopharma, Bankverbindung: Sparkasse Bielefeld (BLZ 480 501 61) ● Konto: 105 601 ● Spendenkonto: 105 627

Impressum: copyright: BUKO Pharma-Kampagne, Beilage zum *Pharma-Brief* 9-10/2002 Redaktion: Jörg Schaaber, Christian Wagner, Christiane Fischer Übersetzung: Jörg Schaaber Fotos: und Layout: Jörg Schaaber