



# Bulletin 116

**Medicus Mundi Schweiz**

Netzwerk Gesundheit für alle  
Réseau Santé pour tous  
Network Health for All



JULI 2010

## **THE FUTURE OF THE GLOBAL AIDS RESPONSE. IMPLICATIONS FOR NGOs**

Reader zur Tagung von [aidsfocus.ch](http://aidsfocus.ch) vom 14. April 2010 in Bern

## IMPRESSUM

**MEDICUS MONDI SCHWEIZ**  
**Netzwerk Gesundheit für alle**  
**Réseau Santé pour tous**  
**Network Health for All**

Bulletin Nr. 116, Juli 2010  
**The future of the global AIDS response.**  
**Implications for NGOs**  
 Reader zur Tagung von aidsfocus.ch

**NETZWERK MEDICUS MONDI SCHWEIZ**  
 Die gemeinsame und verbindende Vision der Mitglieder des Netzwerks Medicus Mundi Schweiz ist Gesundheit für alle: ein grösstmögliches Mass an Gesundheit für alle Menschen, insbesondere auch für benachteiligte Bevölkerungen.

Medicus Mundi Schweiz vernetzt die Organisationen der internationalen Gesundheitszusammenarbeit, fördert den Austausch von Wissen und Erfahrungen, vermittelt ihnen Impulse für die Weiterentwicklung ihrer Tätigkeit und macht ihre Tätigkeit einem weiteren Publikum bekannt. Das Bulletin von Medicus Mundi Schweiz erscheint viermal jährlich. Jede Ausgabe ist einem Schwerpunktthema gewidmet und enthält aktuelle Hinweise und Informationen.

Medicus Mundi Schweiz profitiert in seiner Arbeit von der langjährigen Partnerschaft mit der schweizerischen Direktion für Entwicklung und Zusammenarbeit DEZA, die auch die Herausgabe des vorliegenden Bulletins mit einem grosszügigen Beitrag unterstützt.

### GESCHÄFTSSTELLE UND REDAKTIONSSSEKRETARIAT:

Medicus Mundi Schweiz  
 Netzwerk Gesundheit für alle  
 Murbacherstrasse 34  
 Postfach, CH-4013 Basel  
 Tel (+41) 061 383 18 10  
 info@medicusmundi.ch  
 www.medicusmundi.ch

### REDAKTIONSKOMMISSION:

Martin Leschhorn Strebel, Helena Zweifel  
**LAYOUT:** VischerVettiger Basel

### PRODUKTION:

Geschäftsstelle Medicus Mundi Schweiz,  
 Martin Leschhorn Strebel

### DRUCK:

Birkhäuser + GBC  
**AUFLAGE DIESER NUMMER:** 1500 Ex.  
**ERSCHEINUNGSWEISE:** Vier Nummern im Jahr

### NÄCHSTE NUMMER:

Faire Forschungs- und Pharmapolitik  
**REDAKTIONSSCHLUSS:** 9. Juli 2010  
**TITELBILD:** Ralf Krämer © Kindernothilfe  
**BILDER TAGUNG:** Daniel Rihs

## NETZWERK

Die 43 Mitgliedorganisationen von Medicus Mundi Schweiz:

- Afro-European Medical and Research Network (AEMRN)
- Aids und Kind
- Aids-Hilfe Schweiz
- Association Solidarité avec les Villages du Bénin
- Basler Förderverein für medizinische Zusammenarbeit
- Bündner Partnerschaft HAS Haiti
- Calcutta Project
- Christoffel Blindenmission (Schweiz)
- CO-OPERAID
- DM – Echange et Mission
- Enfants du Monde
- FAIRMED – Gesundheit für die Ärmsten
- Fondation Sociale Suisse du Nord Cameroun
- Fondation Suisse pour la Santé Mondiale
- Förderverein für Otorhinolaryngologie
- Freunde Behindertenintegration Kamerun
- Gemeinschaft der St. Anna-Schwestern
- Graduate Institute of International and Development Studies – Global Health Programme
- GRUHU
- Handicap International (Schweiz)
- IAMANEH Schweiz
- INTERTEAM
- Jura-Afrique, Programme Santé
- Kinderhilfe Bethlehem
- Lungenliga Schweiz
- Médecins du Monde-Suisse
- medico international schweiz
- mediCuba-Suisse
- Mission 21
- Novartis Stiftung für Nachhaltige Entwicklung
- Pharmaciens sans Frontières Suisse
- Schweizerische Gesellschaft für Tropenmedizin und Parasitologie
- Schweizer Hilfsverein für das Albert Schweitzer-Spital Lambarene
- Schweizer Indianerhilfe
- Schweizerisches Korps für humanitäre Hilfe
- Schweizerisches Rotes Kreuz
- Schweizerische Stiftung für die sexuelle und reproduktive Gesundheit PLANeS
- Schweizerisches Tropen- und Public-Health Institut (Swiss TPH)
- Secours Dentaire International
- Service de médecine internationale et humanitaire (SMIH)
- SolidarMed
- Stiftung Terre des Hommes
- Verein Partnerschaft Kinderspitäler
- Biel-Haiti

# INHALT

<b>EDITORIAL</b> Helena Zweifel	4
<b>DER KAMPF GEGEN HIV VOR EINER NEUEN RUNDE</b>	
<b>HELENA ZWEIFEL</b> Bericht der Tagung	6
<b>ANDREAS LOEBELL</b> Implications for SDC	11
<b>STEFAN GERMANN</b> Reaching the other half by 2015	18

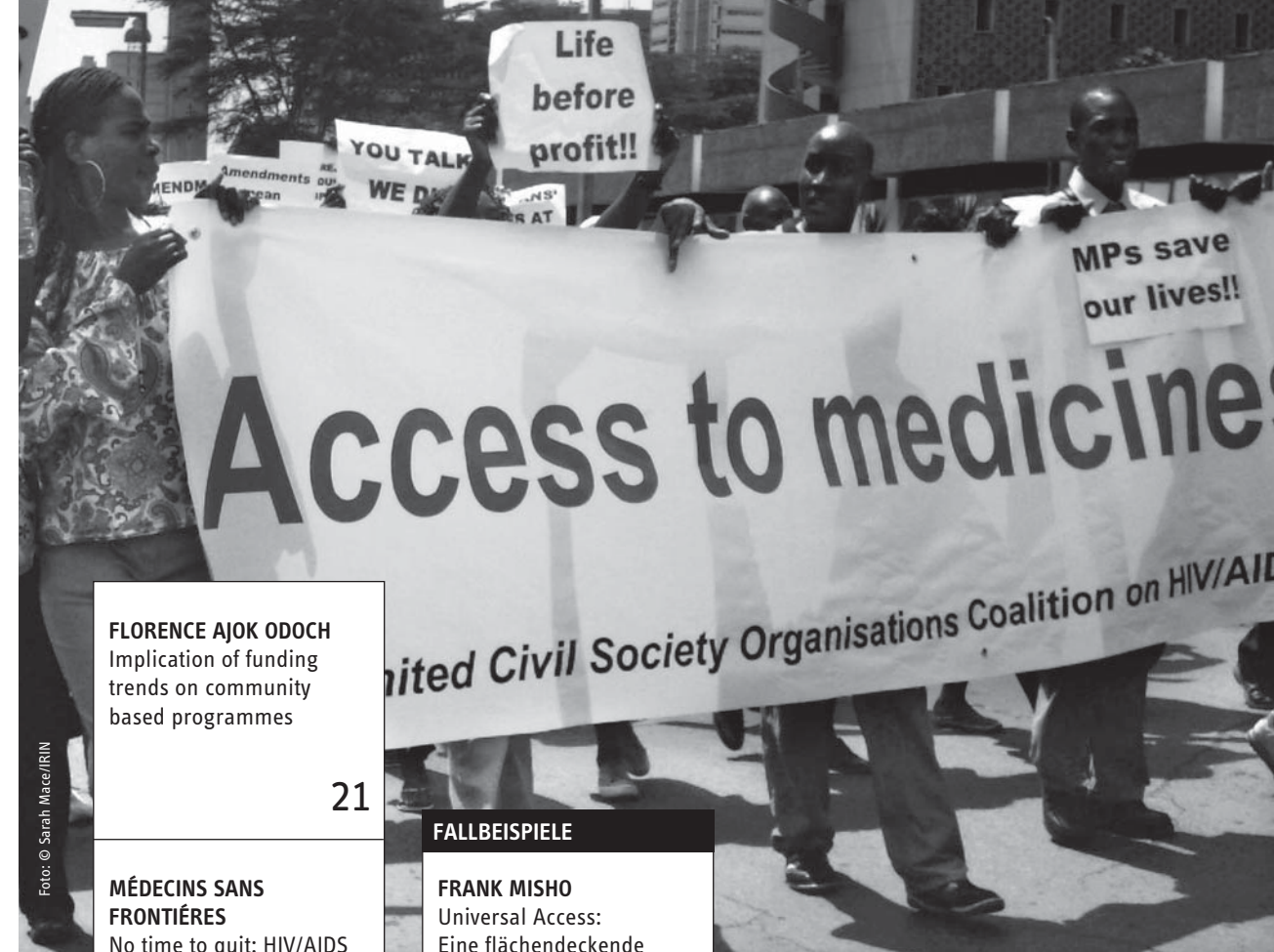


Foto: © Sarah Mace/IRIN

<b>FLORENCE AJOK ODOCH</b> Implication of funding trends on community based programmes	21
<b>MÉDECINS SANS FRONTIÈRES</b> No time to quit: HIV/AIDS treatment gap widening in Africa	25
<b>POLICY</b>	
<b>SUSANNE ROHNER</b> HIV im umfassenden Kontext der sexuellen und reproduktiven Gesundheit	33
<b>ROBIN GORNA</b> Is Universal Access for HIV a realistic goal?	37

<b>FALLBEISPIELE</b>	
<b>FRANK MISHO</b> Universal Access: Eine flächendeckende Verhinderung der Mutter-Kind-Übertragung ist möglich	42
<b>CHRISTOPH FUX, KAROLIN PFEIFFER</b> Do NGO's need research?	47
<b>FURTHER READING</b>	
	51

<b>DEBATTE</b> Norman Sartorius	53
<b>MAGAZIN</b>	54



Das Recht auf Gesundheit ist ein grundlegendes Menschenrecht. Der Solidarität mit den Menschen, die mit HIV leben, liegt nicht karitatives Denken sondern die tiefe Überzeugung zugrunde, dass alle Menschen ein Recht auf Gesundheit haben. Diese Überzeugung ist es, welche der internationalen Bewegung Kraft, Energie und Ausdauer gegeben hat.



Die internationale Aidsbewegung konnte den politischen Willen und ausserordentliche Ressourcen mobilisieren. Vor zehn Jahren konnten wir uns kaum vorstellen, dass auch in entlegenen, arbeitsbetroffenen Gebieten Menschen erfolgreich mit modernen Aidsmedikamenten behandelt werden könnten.

Trotz grosser Erfolge sind wir noch weit vom Ziel entfernt, den weltweiten Zugang zu umfassender HIV-Prävention, Behandlung, Pflege und Unterstützung sicherzustellen. Zudem sind die erzielten Resultate in Gefahr. Weltwirtschaftskrise, eine gewisse «Aidsmüdigkeit» und andere, «wichtigere» Problem drohen Aids von der internationalen Agenda zu verdrängen. Die Verschlechterung der Lebenssituation und die Folgen schwindender finanzieller Ressourcen für HIV-Prävention und Behandlungen sind bereits heute spürbar. Am meisten betroffen sind jene Menschen, die eine Unterstützung am ehesten brauchen: Frauen, Kinder und Männer, die mit HIV leben oder davon betroffen sind, in den wirtschaftlich ärmeren Regionen dieser Erde.

Nur schon um die bestehende Dynamik aufrechtzuerhalten braucht es mehr Geld für Aids. Doch angesichts der Wirtschaftskrise schnüren die Regierungen in Nord und Süd emsig Sparpakete und vergessen die internationale Solidarität und die eigenen Versprechen. Sie nehmen Gelder aus Aidsprogrammen um es für andere Aufgaben zu verwenden.

Die HIV-Epidemie soll bis ins Jahr 2015 angehalten und rückgängig gemacht werden. Dazu verpflichteten sich die Regierungen dieser Erde im Millenniumsentwicklungsziel 6. Als Zwischenziel ist für 2010 der weltweite Zugang zu Aidsbehandlungen vorgesehen. Inzwischen zeichnet es sich ab, dass dieses Ziel nicht erreicht wird. Auch die Bekämpfung der Kindersterblichkeit und die Verbesserung der mütterlichen Gesundheit hinken weit hinter den deklarierten Zielen nach.

Wenn die internationale Gemeinschaft ihre Anstrengungen nicht dramatisch erhöht, werden die erklärten Ziele nicht erreicht. Nicht nur die Regierungen sind gefordert, sondern auch die schweizerischen Entwicklungsorganisationen, ihr Engagement in Sache HIV und Aids zu verstärken.

**Helena Zweifel**  
Geschäftsführerin Medicus Mundi Schweiz,  
Koordinatorin aidsfocus.ch



Photo: © Charles Akena/IRIN

Seiten 5-31 Der Kampf gegen HIV vor einer neuen Runde

**«Many of the benefits of community based AIDS response can no longer be sustained.»** Florence Ajok Odoch





# AIDS MUSS AUF DER POLITISCHEN AGENDA BLEIBEN

Soll angesichts der schlechten Wirtschaftslage in der weltweiten Aidsarbeit gespart werden? Wie kann die Forderung, dass alle Menschen bis ins Jahr 2015 Zugang zu umfassender HIV-Prävention, Behandlung und Pflege erhalten, umgesetzt werden? Was bedeuten schwindende Ressourcen für Schweizer NGOs, die sich in der internationalen Aids- und Gesundheitszusammenarbeit engagieren? Diese Fragen diskutierten die RednerInnen und TeilnehmerInnen an der Tagung von aidsfocus.ch zur Zukunft der globalen Aidsbekämpfung.

Von Helena Zweifel\*

**DIE** Weltwirtschaftskrise hat die Ärmsten am schwersten getroffen. Die Lebenschancen der ohnehin in extremer Armut lebenden 390 Millionen Menschen in Subsahara-Afrika werden durch den Rückgang des Wirtschaftswachstums und die Verringerung des Durchschnittseinkommens weiter geschwächt. Nichtregierungsorganisationen (NGOs) und öffentliche Institutionen, welche aidsbetroffene Menschen behandeln, können keine neuen PatientInnen aufnehmen und mussten gar ihre Tore schliessen. Oder NGOs, die sich um die Betreuung und Unterstützung von Waisen und anderen gefährdeten Kindern kümmern, sind bereits von Budgetkürzungen betroffen.

Für die Regierungen und EinwohnerInnen der wohlhabenden Staaten Europas und Nordamerikas erscheinen die Probleme «zu Hause» dringlicher als Armut und Krankheit in den Ländern des Globalen Südens. Sie vergessen die eingegangenen Verpflichtungen, sich für die Umsetzung des Rechts aller Menschen auf Gesundheit zu engagieren und dazu beizutragen, bis ins Jahr 2015 allen Menschen weltweit Zugang zu umfassender HIV-Prävention, Be-

handlung, Pflege und Unterstützung zu ermöglichen. In diesem Klima findet auch die Kritik an krankheitsspezifischen Initiativen einen guten Nährboden: zu viel Geld sei in die Bekämpfung von HIV und Aids investiert worden, auf Kosten anderer Prioritäten wie z.B. der Gesundheit von Mutter und Kind.

HIV und Aids ist mit gegenwärtig 33,4 Millionen Menschen, die mit HIV leben, nach wie vor ein schwerwiegendes globales Problem, das weit über den Gesundheitssektor hinausreicht. Welches sind die Implikationen der internationalen Debatten und der Budgetkürzungen für NGOs, die im Bereich von HIV, Aids und internationaler Zusammenarbeit tätig sind? Was bewirkt der Entscheid internationaler Geldgeber, künftig mehr Gelder in die Stärkung von Gesundheitssystemen zu investieren? Wie kann – trotz allem – der Zugang aller zu umfassender Gesundheitsversorgung erreicht und die Millenniumsentwicklungsziele verwirklicht werden?



Fotos Tagung: Daniel Rihs

## FOKUS AIDS

Auch wenn Herkunft und Perspektiven der verschiedenen RednerInnen recht unterschiedlich waren, gab es in vielen Punkten grosse Übereinstimmung. Die meisten RednerInnen würdigten die im Kampf gegen die Ausbreitung von HIV und Aids und in der Behandlung aidsbetroffener Menschen erzielten Resultate. Der weltweite Fokus auf Aids hatte nachweislich Ressourcen mobilisiert und zu Erfolgen geführt. Im Jahre 2000 hatte es noch niemand für möglich gehalten, dass Menschen auch in den wirtschaftlich rückständigen Regionen erfolgreich behandelt werden können. Seit 2003 hat sich die Zahl der Behandelten weltweit verzehnfacht. Mit dem Fokus auf eine bestimmte Krankheit konnten Kräfte gebündelt werden. Ein wichtiger Faktor war auch die grosse Solidarität von Menschen im Norden mit den Menschen im Süden.

Christoph Benn, Direktor «External relations and partnerships» beim Globalen Fonds zur Bekämpfung von Aids, Tuberkulose und Malaria berichtet, dass der Globale Fonds bis Dezember 2009 für 10 Milliarden für HIV, Tu-

berkulose und Malaria-Programme in 144 Ländern ausgegeben hat. So konnten täglich mindestens 3600 Menschenleben gerettet, Tausende neuer Infektionen verhindert und unbeschreibliches Leiden gemindert werden.

## AIDSPROGRAMME STÄRKEN GESUNDHEITSSYSTEME

Die in der internationalen Aidsbekämpfung erzielten Resultate strahlen weit über den Aidssektor hinaus und haben sich positiv auf Gesundheitssysteme und den Gesundheitszustand der Bevölkerung ausgewirkt. Dies war der zweite Konsens an der Fachtagung. Sharron Lynch, Policy Advisor zu HIV und Aids bei Médecins Sans Frontières (MSF) und Mitautorin der Studie «Punishing Success» kann mit Fakten belegen, dass in Regionen mit hoher HIV-Prävalenz und wo viele Menschen mit Aidsmedikamenten versorgt und behandelt werden, die Sterblichkeitsrate allgemein gesunken ist. Die antiretrovirale Behandlung von HIV-positiven Menschen stärkte auch andere wichtige Ziele im Gesundheitsbereich, vor allem die Mutter-Kind-Gesundheit. Wo die werden-



den Mütter behandelt werden, wird die Chance, dass ihr Baby infiziert wird, gesenkt, und eine gesunde Mutter ist die beste Überlebenschance für das Kleine. Eine eben im medizinischen Journal «The Lancet» veröffentlichte Studie zeigt, dass fast eine von fünf Müttern an den Folgen von Aids starb, was verhindert werden könnte. Aidsprävention und –behandlung ist daher auch Gesundheitsvorsorge für Mutter und Kind.

Umgekehrt kann keine vertikale, krankheitsspezifische Initiative erfolgreich sein, wenn das Gesundheitssystem zu schwach ist und es keine ÄrztInnen und kein Pflegepersonal gibt. Selbst der Globale Fonds zur Bekämpfung von Aids, Tuberkulose und Malaria investiert bei krankheitsspezifischen Interventionen in die Stärkung der lokalen Gesundheitssysteme. Wie Christoph Benn aufzeigt fließt etwa ein Drittel der Gelder des Globalen Fonds in den Aufbau und die Verbesserung der Gesundheitssysteme. Mit Fotos einer Klinik in Lesotho illustriert Sharonann Lynch die These der Stärkung der Gesundheitssysteme: Das leerstehende, leicht vergammelte Gebäude war dank der Intervention von MSF und dem Programm zur Behandlung von HIV-positiven und aidskranken Menschen zu einer gut funktionierenden Klinik mit den notwendigen Apparaturen, elektrischem Strom, einem Arzt und KrankenpflegerInnen umgewandelt worden.

#### WENIGER GELD – WENIGER BEHANDLUNGEN

Die erzielten Erfolge jedoch sind in Gefahr, mit langfristigen Konsequenzen für die betroffe-

nen Menschen und die weitere Ausbreitung der Epidemie. Dies ist der dritte Konsens. Folgende Gründe wurden genannt: das schwindende politische Engagement von Regierungen und internationalen Organisationen, die Weltwirtschaftskrise, eine allgemeine «Aidsmüdigkeit» wie auch die Debatte um Prioritäten in der internationalen Gesundheit.

Die Direktion für Entwicklung und Zusammenarbeit (DEZA) hat in verschiedenen Ländern Auswirkungen der Krise auf nationale und lokale Aidsprogramme festgestellt. Der Gesundheitsbeauftragte Andreas Loebell sieht den Impact im sinkendem Haushaltseinkommen und damit einhergehender vermehrter Armut und in der Reduktion der Budgets nationaler Regierungen für Aidsprogramme. Studien der Weltbank und der UNAIDS belegen den negativen Impact der Krise und warnen vor einer weiteren Verschlimmerung. Ein Survey von UNAIDS 2009 zeigte, dass 55 Prozent der Organisationen der Zivilgesellschaft letztes Jahr weniger Geld für Prävention zur Verfügung hatten als im Jahr 2008. Gesundheitszentren und Kliniken mussten ihre Tore schliessen oder neue PatientInnen abweisen.

Sharonann Lynch von MSF spricht von einem neuen Phänomen, der «Behandlungsmigration»: Der Mangel an Medikamenten treibt HIV-positive Menschen von einer Klinik zur anderen. Wenn sie zu einer MSF-Klinik kommen sind sie bereits sehr geschwächt und dem Tod nahe. Das medizinische Personal wird oft vor die existentielle Frage gestellt, wen sie ins Programm aufnehmen können und vor allem

wen nicht. Eine Frage wie bei einer Schiffshavarie: Wen nehmen wir ins Rettungsboot auf, das zuwenig Platz für alle hat?

Auch die Vertreterin der ugandischen Aidsorganisation TASO, Florence Ajok Odoch, berichtet von den zunehmenden Nöten HIV-positiver Menschen in Uganda. Für die PatientInnen ist es oft schwierig, die für die Behandlung notwendigen Medikamente zu erhalten, da die Lieferung nicht funktioniert, der Weg zur Klinik zu weit und mit dem Bus zu teuer ist oder die Medikamente nicht auf den leeren Magen eingenommen werden dürfen. Was geschieht zum Beispiel in einer Familie, wenn die Mutter in Behandlung ist und jetzt auch der Mann behandelt werden sollte? Was tun ohne Geld, Arbeit oder Krankenversicherung? Die Pillen miteinander teilen – auch mit dem Risiko der Resistenzbildung? Wer soll krank werden und sterben? Dies sind beunruhigende Entwicklungen.

#### WIE KANN DAS GELD AM WIRKUNGSVOLLSTEN EINGESETZT WERDEN?

Wird das knapper werdende Geld auch richtig eingesetzt? Erreicht es diejenigen, die es auch wirklich benötigen? Florence Ajok ist kritisch. Basisorganisation haben zunehmend Mühe, an die notwendigen Gelder zu kommen. Florence Ajok schildert, wie TASO eng mit Basisorganisation und den Dorfgemeinschaften zusammenarbeitet. Die Dorfgemeinschaften tragen die Präventionsbotschaften weiter und unterstützen die aidskranken Menschen und Waisen in ihrer Mitte. Ein Grossteil der Arbeit wird

von Freiwilligen gemacht. Für die Basisarbeit braucht es wenig Geld: ein bisschen Geld, um die Freiwilligen auszubilden und sie in ihrer Arbeit zu begleiten, für ein Fahrrad zur Fahrt in die Dörfer und Geld für ein Mittagessen. Doch fehlt auch dieses, fällt eine wichtige Unterstützung in den Dörfern aus.

In Uganda werden Programme über den neu eingerichteten «Zivilgesellschaftsfonds» finanziell unterstützt. Der Fonds bevorzugt aber die grösseren nationalen Organisationen und schmälert die Chancen der kleinen. Diesen fällt es oft schwer, «professionelle» Anträge für Unterstützungsgelder zu schreiben, welche den steigenden Ansprüchen nach messbaren Resultaten und Kontrollsystemen genügen. Einige Basisprogramme mussten schliessen oder ihren Aktionsradius verkleinern. Die Kosten dieser Entwicklungen werden auf die HIV-positiven Menschen und ihre Familien abgewälzt.

Florence plädiert dafür, vermehrt Basisprogramme zu unterstützen und zu erweitern um alle aidsbetroffenen Menschen zu erreichen. Zudem sollen die sozialen Unterstützungssysteme gestärkt und die Betroffenen darin unterstützt werden, auch wirtschaftlich auf eigenen Beinen zu stehen. Aids braucht heute mehr Ressourcen denn je zuvor, schliesst sie.

#### BRAUCHT ES NEUE ANSÄTZE?

Auch Stefan Germann, Direktor von «Learning & Partnerships» bei World Vision International in Genf spricht von der Notwendigkeit und Schwierigkeit, auch jene zu erreichen, die die Unterstützung am dringendsten brau-



chen. Selbstkritisch analysiert er die bisherigen Strategien und Erfolge: «Bisher haben wir Erfolge erzielt bei jenen Leuten und Regionen, die relativ einfach erreichbar waren, den sogenannten niedrig hängenden Früchten». Die grössere Herausforderung bleibt, die am meisten marginalisierten und am entferntesten wohnenden Kinder zu erreichen. Aufgrund der Erfahrungen der «Joint Learning Initiative on Children and AIDS» soll bei Initiativen zur Verhinderung der vertikalen HIV-Übertragung und anderen Interventionen vermehrt die Familie im Zentrum stehen. Durch die Behandlung der Eltern oder der Kinder sollen die Familien beisammen gehalten und Kinder im Rahmen der Familie unterstützt werden.

Andreas Loebell von der DEZA folgert aus den Erfahrungen von bestehenden Aidsprogrammen, dass integrierte Ansätze wirksamer und effizienter sind, was besonders wichtig ist in Zeiten schrumpfender Finanzierung. Er verspricht sich grössere Wirksamkeit durch Synergien mit Programmen der sexuellen und reproduktiven Gesundheit. Die DEZA arbeitet durch internationale und multilaterale Organisationen wie UNAIDS, UNFPA und dem Globalen Fonds an der Stärkung der Integration von HIV, Aids und sexueller und reproduktiver Gesundheit. Dasselbe gilt für die bilateralen Programme, insbesondere in Subsahara-Afrika, wo die DEZA ein regionales Programm zur HIV-Prävention mit Jugendlichen unterstützt und sexuelle und reproduktive Rechte integriert.

Die Forderung nach verstärkter Integration von HIV-Prävention, Behandlung und Pflege in andere Bereiche scheint ein weitgehender Konsens zu sein. Auch Robin Gorna, Präsidentin der International AIDS Society (IAS) sieht in der konsequenteren Integration etwa von HIV-Aufklärung in Familienplanung, in die Aufklärung und Behandlung von Tuberkulose oder in die Personalschulung ein wichtiger Weg. Sie betont gleichzeitig, dass nicht an der Prävention, insbesondere nicht für Risiko-

gruppen gespart werden darf, da dies langfristige Folgen für die Ausbreitung der Epidemie haben würde.

Die gegenwärtigen Diskussionen und Bemühungen, den Globalen Fonds auszuweiten und alle gesundheitsrelevanten Millenniumsentwicklungsziele (einschliesslich Gesundheit von Mutter und Kind) einzuschliessen, haben durchaus ihre Gültigkeit. Es wird jedoch befürchtet, dass dafür keine zusätzlichen Gelder gesprochen werden, sondern das Geld, das bisher für Aids bestimmt war, auf zusätzliche Töpfe verteilt wird.

#### **AIDS DARF NICHT VON DER POLITISCHEN AGENDA VERSCHWINDEN**

Grosser Konsens bei ReferentInnen und TeilnehmerInnen besteht darin, dass es mehr und nicht weniger Geld braucht und vor allem eine langfristige planbare Finanzierung, um die Millenniumsziele zu erreichen. Das heisst, es braucht mehr Gelder für die Aidsbekämpfung plus zusätzlich für die Stärkung der Gesundheitssysteme. Die Regierungen sind gefordert, einschliesslich der Schweizer Regierung.

Die TeilnehmerInnen der Tagung forderten einstimmig, dass die Schweiz die Entwicklungszusammenarbeit kurzfristig auf 0,5 Prozent des Bruttoinlandprodukts und mittelfristig auf 0,7 Prozent erhöhen soll wie auch das finanzielle Engagement in multilateralen Organisationen wie dem Globalen Fonds zur Bekämpfung von Aids, Tuberkulose und Malaria. Auch die Schweiz, die sich den Millenniumszielen und damit auch der internationalen Aidsbekämpfung verpflichtet hat, soll in die Verantwortung genommen werden.

Die VertreterInnen von Hilfswerken wollen ihr Engagement für das Recht aller Menschen auf Gesundheit und Leben verstärken. Für aidsfocus.ch heisst dies, sich vermehrt in der Öffentlichkeitsarbeit und Advocacy zu engagieren, damit Aids auf der politischen Agenda bleibt. Die VertreterInnen von Hilfswerken wollen die an der Tagung gewonnenen Einsichten wie die bessere und konsequente Integration von HIV-Massnahmen in andere Bereiche oder die Zusammenarbeit mit Basisorganisationen in Sache HIV und Aids umsetzen.

\* HELENA ZWEIFEL ist Geschäftsführerin von Medicus Mundi Schweiz und Koordinatorin von aidsfocus.ch. Kontakt: hzweifel@medicusmundi.ch

## **IMPLICATIONS FOR THE SWISS AGENCY FOR DEVELOPMENT AND COOPERATION (SDC)**

The burden of disease in the developing world is still dominated by infectious diseases, and the HIV/AIDS pandemic – above all in sub-Saharan Africa – still has a major negative impact on health and on the overall development situation. There is no doubt that HIV remains a priority on the global development agenda – for Switzerland and for the Swiss Agency for Development and Cooperation.

By Andreas Loebell\*

**THE HIV/AIDS** epidemic is still far from being under control and remains an exceptional threat for social and economic development, manifesting itself as a disease of poverty. It has often been observed that the demand for public health care rises at precisely the time that governments need to cut back. The current economic crisis in its impact on the social and health situation in most low and middle-income countries confirms this pattern.

#### **IMPACT OF THE GLOBAL ECONOMIC CRISIS ON THE RESPONSE TO AIDS**

According to WHO estimates in 2008, about 100 million people were forced into poverty, and in 2009 when the impact of the global crisis reached the low-income countries another 100 million might have fallen under the poverty line ([http://www.who.int/mediacentre/events/meetings/financial\\_crisis\\_steer\\_20090119/en/index.html](http://www.who.int/mediacentre/events/meetings/financial_crisis_steer_20090119/en/index.html)) and the figure will probably increase further.

The current global economic crisis is having a tangible effect also on HIV programmes in many low and middle-income countries. Poor countries are disproportionately more affected, and countries with high HIV rates are most at risk. According to UNAIDS in some

low-income countries with adult HIV prevalence of 5% or greater, AIDS spending needs already now exceed 2% of the GDP (UNAIDS 2009). Other trends overlap the impact of economic crisis on the HIV response:

- The economic recession in the rich countries can also to be expected to have negative effects on the level of official development assistance (ODA), taking the form of a slowing down in the rate of increase of bilateral and multilateral donor funding.
- The levelling off might however not only need to be seen against the background of the current global economic downturn but also in the context of other factors, the shift towards increased funding for health systems and other major development agendas such as climate change or competing global health priorities such as the pandemic influenza (H1N1).
- Another trend is that we have a growing demand for AIDS treatment in high-prevalence countries

In a number of countries the SDC has noticed the impact of the crisis on the national and local AIDS response. This impact is characterized by declining household incomes and a cor-

responding increase in poverty, reductions in national government revenues and HIV spending. Unfavourable exchange rates increase the cost of importing of medicines and equipment. The consequences of the economic crisis however have to be seen against the background of regional differences. We must be aware that it is still quite difficult to anticipate the medium and long term effect of this multiple crisis for the global HIV response.

In East and Southern Africa, with the highest level of prevalence and the largest number of people in need for treatment, the short-term impact of the economic crisis is less severe than in other countries. This may be because of the priority given to these countries by external funders.

From Eastern Europe and Central Asia a strong negative impact of the economic crisis on HIV/AIDS prevention is reported and a decrease is anticipated in condom distribution and in programmes for injecting drug users. The Asia and Pacific regions show the fewest signs of strain.

Falling household income has direct consequences, can undermine ART adherence (burden of travel costs to clinics), and often results in a worsening of conditions for diet, shelter, water, and sanitation.

The financial downturn in the more affluent countries has also led to a harsh reduction in remittances to poorer countries (e.g. Tajikistan) as a consequence of rising unemployment in the wealthier countries. This prevents poor and marginalized households from covering health expenditure out of pocket and limits the quality and quantity of food and nutrition.

A recent survey carried out by UNAIDS states that civil society organizations are reporting reductions in their funding, which are threatening programmes at the community level in particular.

Anticipated negative effects are slowing down or reversing countries' progress towards reaching their targets in combating HIV/AIDS.

An increasing number of infections may not be immediately visible in the short run, and it is not possible to link the impact of the crisis directly to an increase of mortality or infections. The different factors and trends are interlinked, and it is difficult to separate them. A new monitoring system established by the World Bank

and the UNAIDS Secretariat indicates that the negative impact of the crisis on AIDS programmes is real and is getting worse.

#### THE SDC RESPONSE TO HIV/AIDS

SDC bases its response to HIV/AIDS on internationally agreed commitments, such as the Millennium Development Goals, UNGASS (UN General Assembly Special Session on HIV/AIDS) or the ICPD (International Conference on Population and Development, Cairo 1994), and has played a key role amongst Swiss actors – public, non-governmental and academic – in strengthening a coordinated response to HIV and AIDS in international development cooperation.

At different levels of intervention with bilateral and multilateral cooperation and in Humanitarian Aid, SDC is concentrating on mitigating the damage, slowing the spread of HIV/AIDS and reducing its negative impact.

The long-term commitment through the strengthening of national health and welfare systems is a guiding principle of the SDC in addressing HIV/AIDS.

The equity focus on the most vulnerable, human-rights based approach and youth friendliness are further key principles contributing to the internationally agreed goals of universal access to prevention, treatment, care and support for all those who need it.

The interlinkage of HIV and gender is essential for SDC's response to HIV/AIDS – in bilateral cooperation and at multilateral level, where SDC is actively supporting the implementation of the Global Fund's Gender strategy. This includes the strengthening of the gender-expertise of the Country Coordinating Mechanisms (CCM) and the achievement of balanced gender representation in the CCM of the Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria (GFATM).

It is a crucial and strategic lesson learnt in responding to the AIDS pandemic that integrated approaches have a greater impact, that they are more effective and more efficient. This is an important consideration in times when everyone is expected to do more with fewer funds. It is also a mitigation strategy to seek greater efficiencies in strengthening the synergies with programmes for sexual and reproductive health.

For many years programmes and the funding in the fight against HIV and AIDS focused on HIV/AIDS only, with no or few linkages to other sectors. There was for example one building where women could get information and advice on sexual reproductive health, and another building in which counselling on HIV/AIDS was provided. Today we know that much more impact in terms of prevention, mitigation and care can be achieved if people come through the door of the same building for an HIV/AIDS test and for information on abortion and contraceptives. This helps also to combat stigmatization, discrimination and denial of HIV/AIDS, hindering factors remaining a major obstacle. Such an integrated approach can lower costs for inputs and avoid duplication in funding support improve geographical and population targeting.

SDC is working through international and multilateral organizations to strengthen linkages between HIV and Sexual and Reproductive Health (UNAIDS, IPPF, UNFPA, WHO, GFATM), and in our bilateral programmes, especially in sub-Saharan Africa, e.g. with a Regional Programme in Southern Africa implementing a youth-specific approach of HIV/AIDS prevention integrating sexual and reproductive rights.

HIV/AIDS-related activities are part of the portfolio in a number of SDC partner countries (e.g. Tanzania, Mozambique, South Africa, Rwanda, Burundi, Ukraine or Northern Caucasus), and Swiss NGOs receive support for both their AIDS-related activities in the South and their networking and coordination activities in Switzerland.

SDC promotes mainstreaming HIV/AIDS in the internal and external sphere of development and humanitarian cooperation activities. (SDC toolkit giving guidance e.g. for “do no harm principles”). SDC will continue combating HIV with a multisectoral response; therefore HIV/AIDS is a priority issue of transversal character going beyond health into other sectors. It is particularly relevant when addressing the social drivers of the epidemic such as poverty, the low status of women, homophobia and human rights violations.

SDC is supporting UNAIDS co-sponsors to enhance learning across countries, and is currently facilitating technical exchanges between UNAIDS and the World Food Programme/

WFP on innovative approaches to assess and promote the role of food and nutrition for preventing and mitigating the impact of HIV and AIDS, with special emphasis on women and vulnerable children in Sub-Saharan Africa. Improved nutrition contributes essentially to better treatment (ARV) results and supports People Living With AIDS (PLWA), enabling them to recover and become productive members of their households.

SDC's HIV/AIDS mainstreaming involves other multilateral organizations:

- **UNDP** with the support of UNAIDS is advocating maintaining rights-based approaches for AIDS programmes. This includes advocating for legal and social programmes that protect the rights of PLWA and counter-stigma and counter-discrimination projects, as well as programmes targeting marginalized populations, i.e. groups which are particularly vulnerable to funding cuts during economic crisis.
- **UNESCO** contributing to the universal availability of effective education on sex, HIV, Sexually Transmitted Infections (STI), and fears that the crisis will entrench harmful gender relations and aggravate the negative effects of HIV on PLWA.
- **UNFPA** has identified 12 countries where the global economic crisis is likely to impact most on reproductive health services, and is ensuring contraceptive supplies in these countries, which overlap with those countries with very high levels of HIV.

All AIDS programmes have suffered in the current economic crisis, but the most widely reported concern is in prevention and treatment programmes. SDC's strategic focus on prevention aims to avoid new infections, supporting measures of primary prevention (e.g. education, awareness, information) and secondary prevention (risk reduction measures e.g. towards vulnerable groups or in humanitarian crisis situations). Within the governing body of UNAIDS, SDC is emphasizing strengthening the lead of UNAIDS in prevention.

A 2009 UNAIDS survey showed that 55% of Civil Society Organizations (CSOs) received less funding for prevention last year than in 2008, and 39% of the CSOs had to reduce the number of clients in 2009 compared with the previous year. The crisis has also af-



“SDC’s strategic focus on prevention aims to avoid new infections, supporting measures of primary prevention and secondary prevention.”

affected workplace HIV prevention. Job losses and increasing job informalization is increasing the risk of HIV transmission.

The SDC approach of targeting priority services, prevention, treatment and mitigation programmes to poorer households, women and children can help mitigate the impact of the economic crisis. SDC is following a multi-sectoral approach of health with livelihood programmes (generating income, microfinance programmes), expanding safety nets for vulnerable groups (cash transfer programmes) and complementing HIV programmes.

Wherever possible SDC advocates that governments expand social protection programmes to reduce the vulnerability of HIV-positive persons and high-risk populations.

#### GLOBAL HEALTH INITIATIVES TO ACHIEVE MDG 6

After the Millennium Declaration in 2000 and the UNGASS we noted a substantial global increase in disease-specific funding (GFATM, World Bank, PEPFAR, GAVI, the Global Alliance for Vaccines and Immunisation).

The shift to this new form of Global Health Initiatives contributed to an overall substantial increase of ODA (Official Development Assistance).

Demand for donor support for the GFATM has more than doubled since the last replenishment in 2007, as implementing countries have scaled up well-performing programs. Grant commitments made in 2009 (US\$ 4.2 billion) represent 235 percent of the 2006 amount (US\$ 1.8 billion).

Switzerland has contributed to the Global Fund since its inception in 2001, sharing the responsibility in combating HIV/AIDS, which has become a pandemic of unprecedented dimensions. With this shift to new forms of Global Health Initiatives, tangible results have been achieved. I would like to mention just a few:

The scaling up of cost-effective interventions in fighting HIV/AIDS, Malaria and TB has led to substantial increases in coverage and access, especially in resource-poor settings. This created opportunities to improve health outcomes by expanding services in low-income settings.

- At the end of 2008, over 4 million people had gained access to AIDS treatment, representing over 40% of those in need.
- AIDS mortality has since decreased in many high-burden countries, and an increasing number of HIV-positive pregnant women have been covered by prevention of vertical transmission.
- 6 million new cases of infectious tuberculosis, many of them co-infections with HIV, were detected and treated. In 2000 prevalence of TB was 220 per 100,000. The world is on track to meet the international target of halving TB prevalence by 2015, if challenges such as multi-drug resistance are tackled and overcome.

The AIDS epidemic has also provided a unique opportunity for donors, implementing countries and civil society to work together in global health discussions and for the promotion of transparency and social accountability.

Switzerland’s commitment to poverty reduction and the MDGs is reflected in the current “Message on countries of the South 2009 – 2012 (‘Südbotschaft’) of the Federal Council”, giving SDC a mandate to contribute to global burden sharing in the response to HIV.

SDC’s spending that can be allocated to the MDG 6 – to halt the spread of HIV/AIDS and to achieve universal access to treatment – now accounts for around 30% of the overall SDC investment in health. In the nineties, SDC allocated some 15 million CHF annually to promoting reproductive health including HIV/AIDS. The amount increased to more than 40 million in 2007.

Support from multilateral UN institutions such as UNAIDS, UNICEF, UNFPA, WHO, etc. as well as from the GFTAM is an important contribution to international efforts to deal with AIDS. Currently Switzerland contributes CHF 5 million to UNAIDS and CHF 7 million to the Global Fund.

#### SWISS COOPERATION WITH GFATM

Switzerland is an active participant in the board of the GFATM, the governance structures of the Global Fund, contributing to the policy dialogue in a board constituency with Canada and Germany.

Although Switzerland’s contribution to the GFATM is rather modest, it has a comparative advantage because it has widely recognized operational experience in piloting and implementing programmes at the community level through its partners. This access to a reality check of approaches and policies is also a core contribution of Switzerland to the governance and policy dialogue within the GFATM. SDC is channelling lessons learnt into the policy process and facilitating the implementation of strategic GFATM decisions at the country level.

It remains a challenge to harmonize donor programmes among the different donors and with national plans to reach country ownership and leadership. Often those countries needing most additional resources for reducing the impact of HIV have limited capacities to exert pressure for donor harmonization.

Alignment and harmonization is therefore a Swiss priority in cooperation with the GFATM, with the objectives to

- Improve the alignment of Global Fund with country-led policies and processes.
- Improve the functioning and accountability of the Country Coordination Mechanisms (CCM)
- Support policies agreed between government and Development Partners at country level
- Integration of CCMs into existing coordination structures

Another strategic priority of SDC’s cooperation with the GFATM is focusing on efficiency and effectiveness for

- Achieving sustainable impact on the three diseases (MDG 6)



- Ensuring the most effective use of resources by the Global Fund and principal recipients
- Improving country level data to provide a basis for national strategy planning
- Implementing the external audit recommendations at country level, SDC is supporting the GFATM in the development of a sustainable funding strategy to ensure long-term sustainable financing of the country programs and to limit the necessary resources need from donors.

For donors and funding intermediaries it is difficult to maintain support. All global health initiatives report that funding for AIDS from traditional sources levelled off in 2009. This may remain the case for years after several years of constant and rapid growth.

This changing environment is putting pressure on donors to increase the stability and predictability of funding so that AIDS programmes at the country level and implementing organizations know how much funding is available over a longer period. This can help to avoid stop-start situations, leading either to slower scale-up than feasible or to a too rapid establishment of programmes which cannot then be sustained.

#### INTEGRATION OF VERTICAL PROGRAMMES INTO THE STRENGTHENING OF HEALTH SYSTEMS

The question of how global health initiatives with disease specific funding can strengthen health systems is highly controversial. In March 2009 the Global Fund, GAVI and the World Bank launched an inter-agency consultation on aligning Health System Strengthening (HSS) frameworks with the aim of developing a common platform for joint HSS funding and programming.

This current discussion is crucial for achieving long term health outcomes for all groups in society, and universal access to health services especially for the poorest, most vulnerable and marginalized groups. There are high expectations for this Joint Platform for Health Systems Strengthening of the major global health initiatives to make a substantial contribution, in simplifying procedures and building on existing processes instead of parallel systems, and that poor countries can be better included in the governance structure.

Substantially more and additional resources for the strengthening of health systems are needed on a long-term base. SDC is supporting GFATM extending and supporting an extension use of the “health system strengthening” window of the GFATM.

How can Global Health Initiatives more effectively combat existing bottlenecks of health systems such as physical inaccessibility, poorly motivated staff with inadequate skills, weak planning and management, lack of intersectoral action and partnership, and poor quality care amongst private providers?

#### TANZANIA: FOREIGN AID – BLESSING OR CHALLENGE?

Additional disease-specific funds are often huge in comparison with national budgets and can create problems of absorption capacities and undermine transparency in the allocation of national budgets, e.g. governments decide to redirect funds to other priority health programmes which do not receive sufficient donor funding. This is a big challenge in Tanzania, which has chosen a multi-sectoral approach for its response to HIV. In 2008-09 the amount invested in HIV was equivalent to 62.25% of the overall Health Sector Budget. 93% of all foreign funding comes from two donors: GFATM (20%) and PEPFAR (73%) 7% are from 13 other multi- and bilateral donors (most of them are part of the General Budget Support and respect the agreed principles of the Paris Declaration).

67% percent of that money was from foreign sources, and 88% of the foreign aid was off budget, meaning that it does not appear in the government budget. Only 12% was on-budget. Tanzania has to manage and negotiate the advantages and disadvantages of the on and off-budget funding for its response to HIV.

The challenge with off-budget contributions consists mainly in the low transparency and weak domestic accountability, as the parliament has no control over off-budget items. On-budget contributions are integrated into the national system of planning, budgeting, accounting and reporting. But the challenge is the execution, because on-budget relies on relatively weak systems and absorption capacities. In Tanzania the execution level decreased from 86% (2006/07) to 65% (2008/09) of actual expenditures.

So in Tanzania the national HIV/AIDS response is mainly donor dependent regarding financing, and national ownership is weak: only 10% of government expenditure is locally financed. Despite these large investments, national targets have not been reached. This is due to health system weaknesses.

Tanzania is confronted with positive as well as with challenging trends:

- High predictability of foreign aid (positive!) but low transparency of the off-budget support
- In future the budget of GFATM and PEPFAR seem to show an increased allocation for enabling environment, the health system strengthening.
- But in Tanzania too, the gap between estimated needs and available resources is huge, despite continued funding for the next three years.

#### WHAT NEEDS TO BE DONE?

- To achieve universal access to care, prevention and treatment, it is vital that actions are taken to safeguard the gains that have been achieved in recent years. Merely maintaining expenditure levels risks undermining the achievements of previous investments.
- Current donor funding is not sufficiently predictable nor sufficiently large to help achieve health MDGs, especially in the area of women’s and children’s health. Even if efforts to improve the effectiveness of current aid for health are successful, an increase in resources is required. SDC supports innovative financing which focuses on new sources and new instruments for raising funds, usually outside tax revenue systems, which will continue to play an important role.

\* **ANDREAS LOEBELL**, Policy Advisor Health, Swiss Agency on Development and Cooperation (SDC). Contact: andreas.loebell@deza.admin.ch

#### Quellen

[http://www.who.int/mediacentre/events/meetings/financial\\_crisis\\_steer\\_20090119/en/index.html](http://www.who.int/mediacentre/events/meetings/financial_crisis_steer_20090119/en/index.html)  
UNAIDS Report on the Impact of the global financial crisis on AIDS Programmes, Geneva 2009

## REACHING THE OTHER HALF BY 2015

There are areas where very little progress has been made to achieve Universal Access by 2010, such as early infant HIV diagnosis, youth prevention (especially young women under the age of 15) and cotrimoxazole preventative therapy. World Vision International currently engages in a research that aims to contribute to this strategy and action plan to reach the other half of children affected by AIDS by 2015.

By Stefan Germann, Stuart Kean and Andrew Tomkins\*

### BACKGROUND


At the September 2005 UN World Summit, world leaders agreed to reach the goal of Universal Access to prevention, treatment, care and support by 2010, to reduce the “vulnerability of persons affected by HIV/AIDS ... in particular orphaned and vulnerable children and older persons.” This policy commitment has formed the focus of the global response to the HIV epidemic, as well for national and international advocacy. With the deadline for this policy commitment approaching rapidly it is essential to undertake four tasks: firstly, to investigate how far the goal of Universal Access for children has been achieved, secondly to review the possible reasons why universal access has not been achieved, thirdly to define priority actions and set a new goal for 2015 which should enable the remaining aspects of Universal Access to be achieved and fourthly to develop policy to enable effective Universal Access by 2015.

Significant progress has recently been made in several areas of the response to achieve Universal Access by 2010 to prevention, treatment care and support for children affected by AIDS, particularly on preventing the transmission of HIV from mothers to their babies (PMTCT), but also paediatric treatment. However, there are other areas where very little progress has

been made, such as early infant HIV diagnosis, youth prevention (especially young women under the age of 15) and cotrimoxazole preventative therapy to reduce infant mortality from opportunistic infections and also care and protection of children affected by HIV. Where significant progress has been achieved it has generally been made with those people and locations that have been relatively easy to reach, the so-called “low hanging fruit.” The larger challenge remains: to reach those most marginalised and hardest to reach. An effective strategy and action plan is needed to reach those children still barely touched by the HIV response. World Vision International currently engages in a research that aims to contribute to this strategy and action plan to reach the other half of children affected by AIDS by 2015. Following is an outline of the research outline and an invitation to organisations to actively participate and contribute data to this research process.

### GOAL OF THE RESEARCH

The goal of the research is to identify who are the most neglected children in the global HIV response, which countries they live in and whereabouts they can be found within those countries. It will attempt to quantify the extent of their neglect, document their principal



“However, there are other areas where very little progress has been made, such as early infant HIV diagnosis, youth prevention and cotrimoxazole preventative therapy.”

demographic and socio-economic characteristics, identify the key factors that have prevented them from being reached by past HIV programmes and spell out what actions need to be taken for them to have their needs met by 2015. The ultimate goal is to use the findings to influence the direction of the global HIV response on children affected by HIV & AIDS between 2011 and 2015 and to shape the direction that World Vision’s HIV programming should take over the same period.

### KEY AREAS THAT WE NEED TO GET ANSWERS TO MAP THE NEXT PHASE OF THE GLOBAL CHILDREN AND AIDS RESPONSE

Estimate the numbers of children affected by HIV and AIDS that have not been reached by the HIV response. By a critical review of the

available estimates (starting with the UNICEF publication Children and AIDS – Fourth Stock Taking Report 2009) the best estimate of the total numbers of children in each of the 4 “Ps” (Preventing MTCT, Providing paediatric treatment, Preventing infection among adolescents and young people and Protecting and supporting children affected by HIV/AIDS) will be developed. This will be accompanied by the development of the best estimates of the percentage of children who do not access services relevant for each of the 4 “Ps”. The percentage of children who do not access services will be calculated for as many low and middle-income countries as possible. Where possible the data will be analysed by province.



A key initial piece of work will be clarification of the indicators for each of the 4 “Ps”; these are of variable rigour.

- a) **Prevention of MTCT** is mostly assessed by the number of HIV +ve pregnant women who receive ARVs during pregnancy and lactation
- b) **Providing paediatric treatment** is mostly assessed by the percentage of Infants of HIV +ve mothers who receive co-trimoxazole and the percentage of children who require ARVs who actually get them. As diagnosis of HIV in children is often done late (because many countries still rely on ELISA or clinical signs) and as the transmission rates are variable the precise numbers of infected children may be difficult to ascertain.
- c) **Preventing infection among adolescents and young people** is usually done by assessment of young people (age 15-25 years) who have a comprehensive knowledge of HIV, the percentage of young people who had sex with more than one partner in the last 12 months, the percentage of young people with multiple partners who used a condom at last sex and the percentage of young people who had sex before 15 years. However all these are outcome indicators rather than service provision indicators. They are likely to be available from DHS data. Clarification will be needed on which indicators should be used because “prevention of HIV in young people” could be viewed as acquisition of knowledge only or it could be viewed as “knowledge and behaviour”. Key informants within World Vision and other agencies including UNICEF etc will be consulted for clarification but the Steering

Group will take responsibility for deciding on the precise format of the indicators for this assignment.

- d) **Protecting and supporting children affected by HIV** is the least well defined. It is sometimes assessed by the school attendance ratio (compared with children who are not affected by HIV/AIDS) or the % of children affected by HIV who “receive external support”. Definitions of what “external support” comprises are rarely provided. Key informants within World Vision and other agencies including UNICEF etc will be consulted for clarification but the Steering Group will take responsibility for deciding on the precise format of the indicators for this assignment.

To achieve the research goal and objectives, World Vision International, together with the institute of child health, UCL will conduct a Delphi exercise that relies on getting fast turn around from key people using questions that invite scores for “intuitive feelings” which are rapidly achieved asking few questions, requiring 5 minutes to respond. The data from a large number of key informants can be used to build up typical profiles of vulnerable, unserved groups and giving reason for their lack of uptake of services. This will facilitate the development of predictions using predictive modeling. This analysis will seek to explain the gap between those who have been reached and those who have been left behind. We therefore invite organizations to utilize their networks to share this Delphi survey as it will strengthen the research considerably.

\* **DR. STEFAN GERMANN**, World Vision International, Director for Global Health Partnerships, Switzerland (presenting author). Interested people and organizations should contact Stefan Germann via email at stefan\_germann@wvi.org. Contact: stefan\_germann@wvi.org

**DR. STUART KEAN**, World Vision International, Senior HIV Policy Advisor, United Kingdom

**PROF. ANDREW TOMKINS**, Institute of Child Health, University College London, United Kingdom

## IMPLICATIONS OF FUNDING TRENDS ON COMMUNITY BASED PROGRAMMES

Uganda, once a success story of an effective AIDS response, is now confronted with rising infection rates and the economic crisis. Community based programs find it harder to get the necessary funding and some had to close their doors. TASO, The AIDS Support Organization, is taking up the challenges with cost-effective and innovative approaches.

By Florence Ajok Odoch\*

**THE** current HIV prevalence in Uganda is estimated at 6.4% among adults and 0.7% among children. HIV prevalence rate declined from 25 per cent in the early 1990s to five per cent in 2000 but has crept higher to between six and seven per cent. The number of new HIV infections is 100,000 a year and worrying. HIV prevalence is higher in urban areas (10% prevalence) than rural areas (6%). Women are disproportionately affected, accounting for 57% of all adults living with HIV.

The National Strategic Plan 2006/7-2010/11 outlines goals to provide universal prevention, treatment and support services for all Ugandans by its completion. Prevention continues to the thrust of Uganda’s HIV/AIDS campaign. Targets have been set of 240’000 people on treatment by 2012, and 342’200 by 2020. When setting treatment targets Uganda must think about sustainability, as 95% of the ARV programme is currently donor funded, mainly by PEPFAR. This support is under threat; PEPFAR funding has flattened, and the US government plans to cap funds to Uganda until at least 2011. However, announcements made by Dr. Zainabu Akol, the head of HIV programming in the Ministry of Health, in February 2010 forecast substantial government funding towards the supply of ARVs.

In 2006, the Civil Society Fund was established under the Uganda AIDS Commission (UAC) to support the objectives of the National Strategic Plan for HIV/AIDS and the government of Uganda National Action Plans for HIV/AIDS and OVC services. The goal of the Fund is to streamline and harmonize civil society participation in the national response to HIV, tuberculosis, and malaria and support for orphans and vulnerable children, with a focus on underserved areas.

### IMPLICATIONS FOR NGOS

With the establishing of the Civil Society Fund, however, access to finances has become more competitive, with big and well established organisations having advantages over small ones. Community based organisations find it difficult to write “professional” and fundable proposals with the necessary management and monitoring systems, and many of their proposals have been rejected. Most programs who get financial support from the Civil Society Fund are national programs.

Many community based program can’t sustain their activities due to lack of funds. They had to scale down their programs and even close their doors. Some of them were downsizing the number of volunteers, as there was

no more money to pay for their training, for a bicycle to reach the village or for providing lunch. The cost burden is transferred to people living with HIV and AIDS (PLWHA). The existing inequity in access to health care in general is widened.

Many of the benefits of community based AIDS response can no longer be sustained. A community based AIDS response reaches the neediest people at grass roots, and by their voluntary support, they reduce the cost for PLWHAs. At the same time, community ownership is promoted and people are empowered. For community resource persons, it is easier to facilitate the communities as they understand the community dynamics in the AIDS response.

With the waning of funds for grass root organisations and other NGOs, such successes are undermined. The present and continuing rise in new infections may be the result of it. The success in the AIDS response registered so far will be watered down. The rise in incidence 100,000 new infections annually may be an indicator.

#### BEST PRACTICES, THE CASE OF TASO

TASO, The AIDS Support Organization, is an indigenous HIV and AIDS service organisation in Uganda founded 23 years ago (1987) by a group of 16 volunteers who were either infected or affected by HIV/AIDS ([www.tasouganda.org](http://www.tasouganda.org)). TASO is a national NGO and a community based organization with the vision to see “A world without AIDS”.

TASO’s mission is to contribute to a process of preventing HIV infection, restoring hope and improving the quality of life of persons, families and communities affected by HIV infection and disease. The primary goal of TASO is to empower people to live positively with AIDS. Their programmes include AIDS education and prevention to help those not infected to protect themselves from exposure to the virus, as well as care components for those already infected. Community involvement has been a key strategy in TASO’s success. In times of shortage of funds, the involvement of the community and the family becomes even more pertinent.

The family centered approach in supporting persons living with AIDS provides several benefits. It reduces the costs for transportation

on the side of the patient (client and care giver) who would have to travel to the health units. In Uganda in particular and in Africa in general, where the income of a poor family is meant for subsistence (food), people seek alternatives to health care which are affordable.


Family centered support enhances disclosure of status of the person living with HIV to the family. Sometimes there is what we call “supportive disclosure counseling” which is provided to the PLWHA who finds it difficult to disclose to family members. After counseling, the family members are encouraged to support the PLWHA in the family. In addition, the family members and especially the care givers are trained in how to protect themselves from contacting HIV from the PLWHA and also how to support the patient better.

Because of shortage of drugs, there is a danger that poor families share the drugs among themselves. Family centered support helps to minimize the risk of drugs sharing through home based HIV counseling and testing of the family members. Those found to be having HIV are referred for comprehensive care and can receive their comprehensive package as “index PLWHA”.

#### INNOVATIVE AND COST EFFECTIVE MODELS

The creation and implementation of *community drugs distribution points* is a new service delivery model that TASO designed as an alternative to supplying drugs at a central health clinic. This is a very cost effective strategy as costs for transportation can be reduced and shared. In addition, this strategy enhances community disclosure and builds up a strong peer support system for PLWHA in the community. TASO trains some of the beneficiaries (PLWHA) to become “expert clients” and involves them in the handling and provision of care. These expert clients are given basic training so that they can monitor their fellow PLWHAs in their area. They report to the service provider (say TASO) any need for serious handling in terms of medical need such as drugs interactions and side effects. They also get support from TASO when there are people with serious drugs adherence problems and other counseling issues that the PLWHA needs. (Picture)

TASO has also formed a drama group to sensitize and mobilize the communities through music, dance, and drama. The drama



“With the waning of funds for grass root organisations and other NGOs, such successes are undermined. The present and continuing rise in new infections may be the result of it.”

group comprises of PLWHA and it is a powerful strategy to fight and reduce stigma. The members give personal testimonies and share their life experience living with the virus and how they have coped with it. The drama group mobilizes communities for HIV counseling and testing (VCT) hence scaling up demand for VCT among the masses. Normally the drama group targets the hard to reach population or most at risk population such as the fishing community. Due to the nature of their work, the fishing community is considered as a population which is most at risk and therefore HIV and AIDS information is very vital for them in order to access care and service when ever the need arises.

#### SOCIAL INTERVENTIONS TO REACH THE COMMUNITY

Community based interventions reflect the experience and conviction that if the community is targeted and empowered, they can survive. These sayings are true: “Safe the parents and you will have saved 5 children from becoming orphans” and “empower the mother; you will have educated the children.”

Food shortage is a major problem in many rural communities, which consequently makes ARV treatment ineffective. The Social Support and Sustainable Livelihood and Agriculture Project aims to help clients support themselves through sustainable livelihood activities through outreach awareness and sensitization as well as educational workshops and seminars.



Community outreach and trainings are held on topics such as farming, agriculture, crop rotation, livestock rearing, and other vocational skills. TASO hopes to lessen the dependency syndrome among clients by promoting knowledge and tools that they can use to sustain themselves independently with healthy food production. TASO also provides seed grants to community volunteers to improve their welfare as a measure of sustainability. Supplementing family income and nutrition may also serve as an exit empowerment strategy when funds dry up.

#### RECOMMENDATIONS

Based on these experiences, I would like to conclude with the following recommendations in order to sustain and improve the AIDS response:

- Community based programs need to be strengthened and scaled up to reach the target beneficiaries
- Advocate for, and mobilize additional resources both from health initiatives and government
- Deal with poverty among PLWHAs, e.g. with sustainable livelihood programs
- Innovate new interventions and service delivery models
- Strengthen and increase social support services
- Integrate AIDS work into other health care programs
- leverage resources and improve on efficiency

AIDS work now needs more resources than ever before. The disease is matured and more accommodative; complacency is setting but remember! "AIDS is still deadly". Communities have got to be awakened and strengthened to respond to AIDS, we need concerted efforts to win the battle and realize a world without AIDS.

\* FLORENCE AJOK ODOCH joined TASO nine years ago and presently is the the Centre Manager Mulago. Contact: ajokflora@yahoo.com, www.tasougan-da.org

## NO TIME TO QUIT: HIV/AIDS TREATMENT GAP WIDENING IN AFRICA

At the end of the 90's, Médecins sans Frontières (MSF) got involved in HIV/AIDS because they viewed it as an emergency: today, MSF still believes that this is a crisis requiring an exceptional response. An analysis for the widening funding gap for HIV/AIDS treatment in sub-Saharan Africa reflects recent developments.

By Médecins Sans Frontières\*

**MÉDECINS** Sans Frontières (MSF) started providing antiretroviral therapy (ART) in 2000, and is currently supporting care and treatment for more than 160,000 people in more than 27 countries. Ten years ago, the biggest challenge was to demonstrate that ART was feasible in low-resource settings. Today, the challenge for governments is to continue to provide support for the millions of people receiving ART, while increasing access to for those who have yet to receive treatment.

Today, some three million people are receiving ART. In settings with high ART coverage, substantial reductions in illness and death have been documented as access to treatment has increased. However, the crisis has not gone away. The harsh reality is that too many people in developing countries continue to die needlessly because they still do not have access to treatment: according to latest estimates some nine million people in need worldwide are still not receiving ART.

Despite this enduring need, there are now worrying signs that the donor commitment needed to sustain and increase the current momentum in the fight against HIV/AIDS is waning. This report summarizes in-depth field analyses of trends in ART access and donor funding in eight sub-Saharan African countries where MSF has been providing HIV/AIDS

care and treatment for several years. The report findings are the result of interviews with people living with HIV/AIDS, care providers, government representatives, donors, UN agencies and through a review of policy documents.

#### POSITIVE IMPACT OF HIV/AIDS TREATMENT INTERVENTIONS DURING THE PAST DECADE

**Saving lives:** The provision of ART on a large scale has prevented millions of deaths and allowed millions of people with HIV/AIDS to maintain or resume an active life. Experience from Thyolo, Malawi, where in partnership with the health authorities MSF has provided universal access to ART since 2007, showed a significant downward trend in mortality coinciding with the scaling up of HIV/AIDS care and treatment, which suggests that ART is having an impact on mortality at the population level.

**Preventing tuberculosis:** Tuberculosis (TB) is one of the leading causes of illness and death among AIDS patients. In Khayelitsha, South Africa, where approximately 70% of TB patients are HIV positive and approximately 50% of HIV patients have TB when they are initiated on ART, the annual absolute number of TB cases has stabilized; this can partly be explained by the large-scale ART coverage in the district.

**Reducing transmission:** Increasing ART coverage has also contributed to reduced HIV transmission in the community and models of expanded HIV testing and treatment, both at population level or among specific groups such as pregnant women or high risk groups, are promising.

**Reducing the burden on health facilities:** Widespread availability of ART has also reduced the burden on health facilities, in particular the demand for inpatient and palliative care. In Busia, Kenya, the proportion of people hospitalised has decreased with the availability of ART: the proportion of bedridden patients declined from 10% in 2004 to less than 2% in 2009 as a result of increased ART coverage.

**Improving uptake of other health services:** The offer of HIV/AIDS care also often leads to improved uptake of other services. For example, prevention of mother to child transmission (PMTCT) programmes can lead to increased numbers of women receiving maternal care. In MSF's project in Thyolo, Malawi, thanks to PMTCT initiatives and simultaneous support to reproductive health care as a whole, the proportion of women (regardless of HIV status) delivering in health centres nearly doubled from 22% in 2006 to 41% in 2008.

**Strengthening health services:** ART programmes often result in broad improvements in health services. In Thyolo, Malawi, the monitoring and evaluation tools that were initially developed for HIV/AIDS were adapted and used for laboratory activities, nutrition and hospital wards. Drug supply management tools that were created for AIDS drugs were then applied for general drug supply management, thus benefitting the entire health service.

**Reduced loss of healthcare workers:** The introduction of ART has also averted many deaths among health workers. In Zambia, deaths account for up to 40% of all nurse attrition from the public sector; in Lesotho, Malawi and Mozambique, death is the main reason for attrition among health workers. Between 2006-2009, in a staff clinic in Thyolo district, Malawi, 67 out of 747 health workers were initiated on ART and stayed healthy enough to continue working.

#### TREATMENT GAP

ART roll-out so far has been impressive, but insufficient. Access to treatment has steadily increased in most of the countries studied,

thanks to the combined efforts of numerous actors. Nonetheless, there is still a long way to go; none of these countries has yet reached the national "universal access" target of 80% of people in need of ART on treatment, leaving a treatment gap of some two million people.

In spite of the ongoing crisis, donors speak less and less about targets for treatment. Yet no longer talking about quantified targets when fighting an epidemic makes no sense; evaluating progress in a quantified manner is crucial. Even UNAIDS no longer has a global mobilising target beyond 2010. Universal Access was previously commonly understood as coverage of at least 80% of the needs. Today, increasingly Universal Access is interpreted as "any objective of coverage set by the country." The present reality is that, in spite of the undeniable epidemic character of HIV/AIDS, many countries' ambitious objectives have been watered down, discouraged by the bleak funding perspective.

Access is about sufficient available treatment slots and ART sites distributed across the country. Today already, poorer patients cannot access the ARV lifeline, and rural areas in particular are underserved. MSF teams frequently see patients whose only option for treatment is to travel long distances to clinics where ART is available. In Zimbabwe, up to 20% of the patients at MSF clinics are from other districts: they come here seeking to start ARV, because they cannot get in time the treatment they need at health facilities near their homes. We see similar "treatment migrants" in MSF-supported clinics in Zimbabwe, DRC, Mozambique, Kenya, Uganda and also in Guinea-Conakry and Central African Republic. In Kinshasa, DRC, patients arrive late, often in critically weak condition, not because they did not seek care, but because the health facilities they consulted did not have ART available or patients could not afford the 15 USD for a CD4 test that would allow them to start ART.

Limiting scale-up and geographical coverage of sites providing ART will only worsen these inequalities and provoke a renewed rise in avoidable deaths. Any retreat from the current efforts of ART scale-up will have important negative consequences for patients and front line workers:



Médecins Sans Frontières organized an event about the price of the anti-HIV drugs, 5th June 2007.

Photo: Philippe Leroye

- Patients will have to wait longer to start ART and are at risk of dying before they can have access to life-saving medication. Patients left untreated risk deteriorating and succumbing to opportunistic infections (OI) such as TB. More patients will be lost to follow up, even before they can start ART.
- Patients starting with lower CD4-counts require more frequent, more intensive and more costly care; at the same time they have a lower chance of survival and take longer to recuperate.
- The patient load at health facilities will increase and health workers will be discouraged by the worsening outcomes among the patients to whom they provide care.
- Patients might start sharing their pills, effectively lowering their dosage and increasing the risks of virus transmission and resistance.
- Tensions will rise between patients already on treatment and those not yet on treatment.
- Tuberculosis rates will increase and represent an additional burden on already busy clinics.
- Mortality rates among adults in the prime of their lives and the number of orphans will rise again in the community.
- Insufficient ARV availability will require a slowing down of testing and counselling activities.

#### ACUTE FUNDING CRISIS AS DONORS RETREAT FROM EPICENTRE OF THE HIV-EPIDEMIC

A brief survey of donors' plans for the next years illustrates the challenges:

- One key donor, **PEPFAR**, has flatlined its funding for 2009-2014 and as of 2008-9, further decreased its annual budget allocations for the coming years by extending the period to be covered with the same amount of money. The funding for purchase of ARVs will also be reduced in the next few years. All this translates into a reduction in



the number of people starting on ART, as we have seen in South Africa and Uganda.

- The **World Bank** currently prioritises investment in health system strengthening and capacity building in planning and management over HIV dedicated funding. However, without fund for ARV drugs and related costs, the impact of such capacity to support HIV/AIDS care will remain very limited.
- **UNITAID** is phasing out its funding. By 2012, the drug and other medical commodity procurement organised by the Clinton Foundation for HIV/AIDS and funded by UNITAID for second line ARVs and paediatric commodities should end in Zimbabwe, Mozambique, DRC and Malawi.
- The **Global Fund** is currently facing a serious funding shortfall. In October 2010, a donor replenishment conference is planned with the aim of mobilizing more resources, but donors have already requested the Global Fund to lower its financial ambitions. All current funding scenarios are inadequately required to implement the new WHO guidelines on earlier treatment and improved drug regimens.
- With very few exceptions, **other health actors** such as the European Commission and European Union Member States do not fund HIV/AIDS treatment directly and hardly ever finance ARV supplies besides through their contribution to the Global Fund. At present, these donors seem unlikely to fill the additional gap created by the current shortfall, yet remain reluctant to increase their support to the Global Fund.

These trends fall within a more general move away from funding emergency interventions to providing indirect support. Since 2005 most donors have signed the Paris declaration, a framework to “improve effectiveness of their development aid”. In line with this discourse of alignment and building country systems, donors now prefer to use AIDS treatment funding to finance capacity-building, technical assistance, consultancies, and one-off investments rather than service-delivery activities.

#### HEALTH WITHOUT ADDRESSING HIV/AIDS?

While health systems in developing countries undoubtedly need huge support, the risks of removing specific attention from HIV/AIDS are already becoming clear.

- Several donor countries (and several governments of recipient countries) are asking that money pledged to the Global Fund also be used for more health systems strengthening, interventions for mother and child care etc. without adding any financial resources. As the Global Fund is now perceived as a highly effective funding channel delivering results for Millennium Development Goal (MDG) 6 (HIV/AIDS malaria, and other major diseases), these donor countries are pushing to expand the Global Fund’s mandate to include interventions aiming at MDG 4 (child mortality) and MDG 5 (maternal health) as well. But without a significant increase of funds to the Global Fund, this will inevitably lead to further depletion of funding available for HIV, malaria and TB.
- The US government’s current Global Health Initiative (GHI) highlights health system strengthening and improvement in human resources for health under PEPFAR II. In Zimbabwe, treatment support for at least 3’000 adults is due to be redirected to focus solely on mothers by 2011, to fit with the US’s current emphasis on maternal and child health. President Obama’s Global Health Initiative (GHI) highlights health system strengthening and improvement in human resources for health under PEPFAR II. A focus on pregnant women is used for rationing of care, like in Uganda and Zimbabwe. In Zimbabwe, treatment support for at least 3’000 adults is due to be redirected to focus solely on mothers by 2011, to fit with the US’s current emphasis on maternal and child health.

There are numerous cross-benefits and spin-offs of effective HIV/AIDS interventions for wider health issues. HIV/AIDS specific interventions have brought significant improvements in other health priorities and contributed to health system strengthening as a whole. Ignoring the HIV/AIDS epidemic would only bring about a ‘lose-lose’ situation. Indeed, targeting the MDGs cannot possibly be done

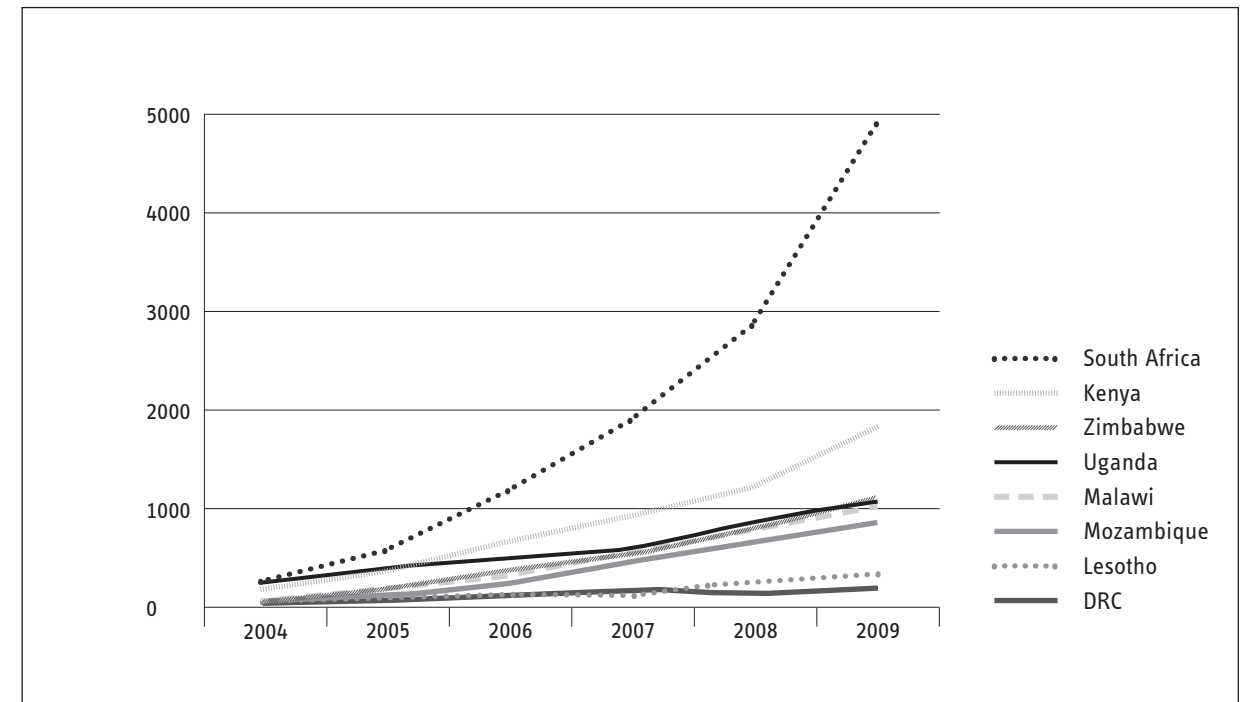


Figure 4: Absolute number of people on ART per country studied

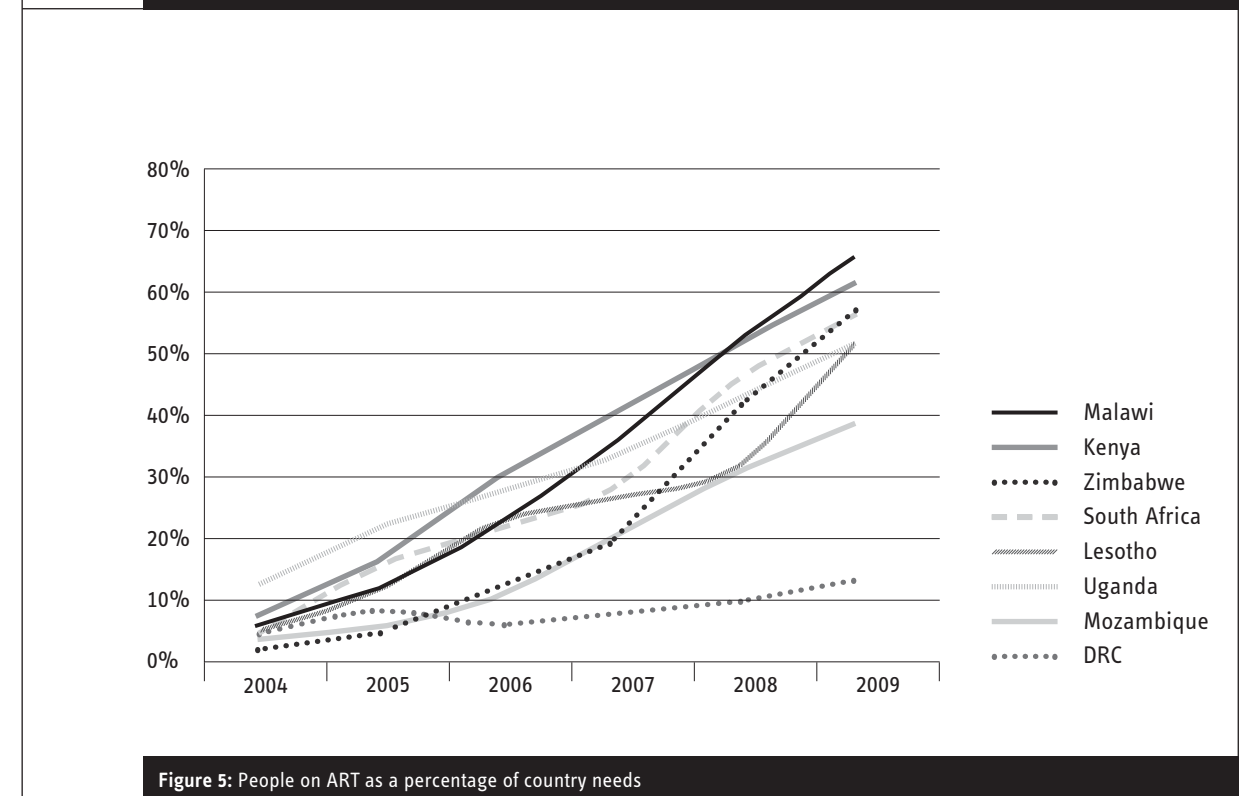


Figure 5: People on ART as a percentage of country needs

without properly tackling HIV/AIDS. In Mozambique, 10% of deaths among children is attributed to HIV (2009) and in Zimbabwe the main cause of maternal mortality is HIV. Maternal mortality is significantly higher among HIV positive women. It has been estimated that without HIV/AIDS, maternal mortality in 2008 would be 20% lower, while another study concluded that HIV is one of the main reasons for countries not progressing towards the MDGs.

#### IMPACT OF DONOR RETREAT

As ARV treatment is lifesaving but also life-long, the number of patients on treatment will increase cumulatively each year. If the intentions to quell the epidemic are serious, initiation on ART needs to keep the same incremental pace as that seen over the past years. As most countries in sub-Saharan Africa do not have the domestic resources to shoulder the financial burden of HIV/AIDS treatment alone, a steady increase of funding is needed over the next decade.

A recent World Bank report estimated the impact of not increasing funding for HIV/AIDS. It stated that “New infections would continue to increase, and deaths from HIV/AIDS would grow from the 2005 level of 1,9 million deaths and 14 million newly infected persons (an increase of 50 percent from 2006). The report concluded that the cost of inaction will be higher than that of action. Also others have indicated the medium term benefit of not postponing scale up of treatment.

In countries where MSF works, signs of donor retreat are already beginning to impact negatively on ART scale-up efforts.

Hasty exits lead to rationed ARV initiation. When donors “move out” of funding for HIV/AIDS interventions, they aim to negotiate the hand-over of the financial responsibility to another actor. But the reality is that this transition is rarely planned for in advance and cannot always be absorbed.

The grants of the Global Fund might come under increased strain, as happened recently in the DRC: taking over treatment costs from other donors into an already limited grant resulted in a five-fold reduction in the actual monthly funded treatment slots.

Latest WHO recommendations are being ignored because of budget concerns. The new WHO guidelines, launched at the end of 2009, recommend a number of important improvements to ART care, most significantly the earlier initiation of ART (at a CD4 count of <350 cells/μl rather than <200 cells/μl) and the provision of improved drugs with less associated toxicity. The WHO recommendations are met with relief by all clinical and public health experts.

As a consequence of funding shortfalls, compromises are being made. For instance, Mozambique and Uganda decided to start initiation at CD4 counts of <250/μl instead of the recommended <350/μl, with Uganda choosing the earlier initiation only for certain groups. Other countries, such as Malawi and Kenya, await financial support to implement the recommendations that have already been technically approved.

#### INCREASED FRAGILITY OF FUNDING AND SUPPLIES

MSF teams have noted that uncertainty around the levels and continuity of funding for HIV/AIDS treatment supplies can have rapid negative consequences. In Malawi, an administrative delay in signing the contract with the Global Fund delayed disbursement and consequently delayed crucial drug orders, leading to serious ARV supply shortages at health facility level. A similar situation occurred in Mozambique in the beginning of 2010, where a delay in disbursement of Global Fund funds resulted in ARV supply delays.

Disruptions of supply have been more frequently noted in 2009 and 2010 in almost all countries studied. Whereas previously, MSF-supported health facilities would receive the majority of the ARV needs through government channels, financed by the Global Fund, UNITAID/CHAI and PEPFAR, with a relatively limited need for MSF to complement ARV supply, in 2009 and 2010, MSF had to increase its buffer stocks significantly and provide more regular emergency supplies to MSF-supported clinics in Mozambique, Malawi, Uganda, and DRC.

Other implementers often do not have the resources or capacity to “fill gaps” left by the national programme. In 2009 and 2010, MSF was increasingly confronted with requests

from other actors to help them out with emergency supplies, including from the Ministry of Health, international and local NGOs, and patients groups outside the MSF project area.

Ultimately, the consequences of unreliable ARV supplies are borne by patients and health workers, as shown by recent experience in Malawi, Mozambique, Zimbabwe, DRC, Uganda, Kenya and South Africa. Health workers may deal with the delays or shortage by changing patients onto other pills (for instance, using different dosage or different drugs from alternative regimens with more side effects, or splitting adult pills for children), or giving patients pills for a shorter period of time, increasing the workload at already busy health facilities. Patients may seek treatment elsewhere or may be required to wait until their CD4 counts drop to a greater degree before being initiated on treatment. Patients might start pill-sharing or taking sub-optimal doses, which may lead to the development of drug resistance. Knowing that ART has to be taken for life, both patients and health workers may lose the confidence to start.

#### THE HIV CRISIS IS FAR FROM OVER

Moreover, evidence has shown that effective HIV/AIDS interventions have numerous cross-benefits and spin-offs on the broader health sector. Achieving the MDGs cannot be tackled without addressing HIV/AIDS. And yet a lack of sustained donor commitment is jeopardising worldwide efforts to fight this deadly disease, and there is little or no discussion on how to resolve the funding crisis. To prevent need-

less illness and excessive loss of life, renewed and expanded donor commitment is necessary; sustained international funding is direly needed to help bridge the treatment gap in sub-Saharan Africa.

\* MÉDECINS SANS FRONTIÈRES (MSF) is an international humanitarian organisation. This article is based on the most recent analysis of the widening gap for HIV/AIDS treatment in sub-Saharan Africa. Full Document including all the references: Médecins Sans Frontières 2010, No time to quit: HIV/AIDS treatment gap widening in Africa. Accessible on: [http://www.msf.org/source/countries/africa/south-africa/2010/no\\_time\\_to\\_quit/HIV\\_Report\\_No\\_Time\\_To\\_Quit.pdf](http://www.msf.org/source/countries/africa/south-africa/2010/no_time_to_quit/HIV_Report_No_Time_To_Quit.pdf)



## IS UNIVERSAL ACCESS FOR HIV A REALISTIC GOAL?

The International AIDS Society (IAS) has launched the Universal Access Now campaign to remind the world that universal access is a collective commitment, a shared responsibility, and a realistic, achievable goal. Universal access will not only dramatically reduce the HIV epidemic – it will also provide a strong foundation towards achieving Millennium Development Goals.

By Robin Gorna\*

**YES.** Universal access to HIV prevention, treatment, care and support is not only realistic, it must be achieved.

Yes, we must do it now. The benefits – in lives saved, HIV infections and other illnesses prevented, families and societies supported, children schooled, economies restored, and futures safeguarded – are worth every dollar and every hour of effort invested. And yes, we have a lot of work ahead of us to make universal access to HIV prevention, treatment, care and support a reality for all.

Skeptics say that the world's richest nations, the G8, over-promised when they committed in 2005 to ensure access to HIV services for all who need them by 2010. Or that 189 United Nations member states did not know what they were doing when they agreed in a unanimous vote to join the universal access pledge.

From my perspective, the problem is not over-promising. It's under-achieving. None of us – rich nations, poor nations, policymakers or advocates – have done enough to make universal access a reality. The fact that we will not reach the goal by 2010, however, is no excuse not to act now with more determination than ever to make global access to HIV prevention and treatment a reality as quickly as possible.

### COLLECTIVE COMMITMENT

The International AIDS Society (IAS), our partners, and many other organizations of people living with HIV, funders, policymakers and activists are working through the IAS Universal Access Now campaign to remind the world that universal access is a collective commitment, a shared responsibility, and a realistic, achievable goal. Universal Access Now demands greater action by the G8 and G20 nations, including full funding for the Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria, which needs US\$20 billion over the next three years to continue and expand its lifesaving work.

With aggressive action, why shouldn't we deliver universal access to HIV prevention, treatment care and support by 2015? Michel Kazatchkine, head of the Global Fund, has stated that "If countries can continue scaling up their efforts at the pace set in recent years, we could come close to, reach or even exceed the health-related Millennium Development Goals. By 2015, millions more HIV infections may be prevented and lives otherwise lost to AIDS saved, and we may virtually eliminate transmission of HIV from mother to child."

Is this massive undertaking worth the expense and the effort? Every public health and development indicator says "yes." Universal access will not only dramatically reduce the HIV epidemic – it will also provide a strong

«None of us – rich nations, poor nations, policy makers or advocates.» Robin Gorna

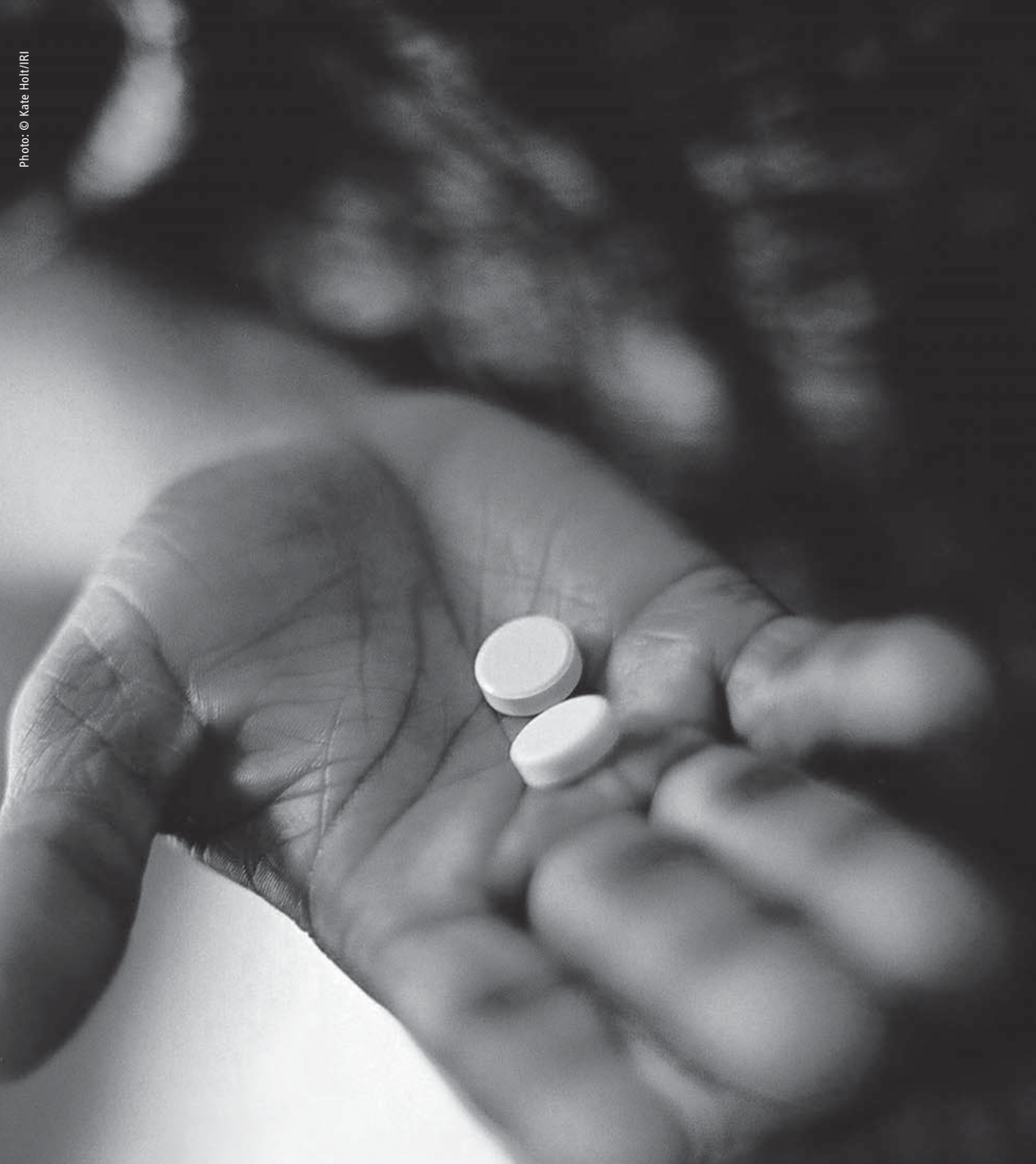


Photo: © Kate Holt/IRI

foundation toward achieving Millennium Development Goals (MDGs), including reducing child mortality (MDG 4), improving maternal health (MDG 5), and combating HIV and AIDS, malaria and other diseases (MDG 6).

The number of people receiving HIV antiretroviral therapy (ART) in low- and middle-income countries increased from 400'000 in 2003 to 4 million in 2008. That's good progress, but we're still only reaching about one-third of the people who need HIV therapy today. That number has grown with the introduction of new World Health Organization guidelines, urging earlier treatment for better health outcomes, which include preventing HIV transmission by reducing viral loads in people on therapy, proving once again that treatment and prevention go hand-in-hand.

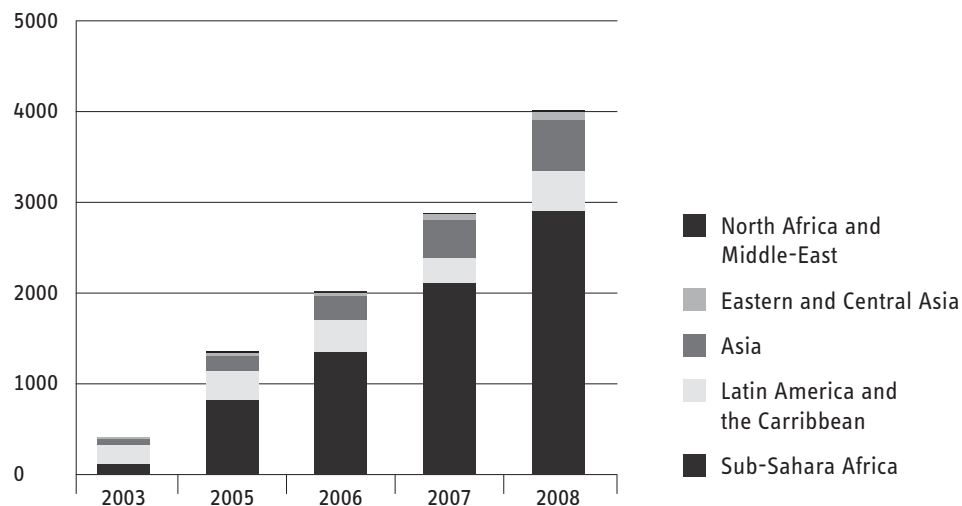
#### MORE ACTION IS NEEDED

Globally, coverage of HIV prevention services is improving, but we still have far to go. In 2008, nearly half (45 percent) of pregnant women living with HIV in low- and middle-income countries received ART to prevent vertical transmission and for their own health, up from only 10 percent in 2004. Importantly, an increasing proportion of pregnant women are

receiving optimal HAART regimens for their own health, rather than single-dose ARVs designed exclusively to prevent vertical transmission.

Worldwide, more people are getting testing and counseling, too. The percentage of people aged 15-49 living with HIV in low- and middle-income countries, who reported having an HIV test and receiving the results, more than doubled in recent years. Still, studies show that only about 40 percent of people worldwide know their HIV status: a significant barrier to achieving universal access.

More action is also needed to scale up access to highly-effective prevention interventions such as male circumcision and harm reduction for people who use injection drugs, including needle and syringe programs and opioid substitution therapy. Globally, men who have sex with men often have both the highest HIV prevalence and poorest prevention coverage. Sex workers and migrant populations are also overlooked and discriminated against when it comes to access to effective HIV prevention. Measures to reduce this kind of stigma and discrimination, including the reform of laws that criminalize same sex behavior, drug use and sex work must be scaled up urgently.



Number of People on ART Treatment



“Despite successes to date and overwhelming evidence in support of universal access, there are worrying signs that financial and political support for the goal is weakening just as it should be increasing.”

#### IMPROVEMENTS ACROSS A NUMBER OF VITAL HEALTH AND DEVELOPMENT INDICATORS

As the universal access target comes due, progress toward the goal is mixed. But, in a world of competing priorities, isn't slow, incremental progress better than nothing? Unfortunately, this epidemic does not work that way. Of course, on an individual level, every person reached with ART or with the tools and information to avoid HIV infection is a victory. Globally, however, the only way to reduce and ultimately end this epidemic is to reach a very high level of people in need. Providing universal access to HIV services would also create dramatic improvements across a number of vital health and development indicators.

Universal access would:

- Significantly reduce the impact of other serious diseases, such as tuberculosis, the world's seventh largest killer. HIV/TB co-infection levels are as high as 80 percent in some sub-Saharan African countries. Multiple studies show that HIV-positive people on therapy contract and transmit TB at much lower rates than those with no access to treatment.
- Strengthen maternal and child health. AIDS is the leading cause of death among women of reproductive age worldwide, and a major contributor to high maternal death rates. Safe breastfeeding, which is made possible by access to ART, reduces diarrheal diseases (the fifth leading cause of death worldwide) and other serious childhood illnesses.



- Strengthen health systems. In many countries, national health policies and programs developed to address HIV are already improving health system capacity to treat and prevent other illnesses. AIDS-related investments in health infrastructure and health-worker employment and training lead to broad health systems' improvements, and decreases in all-cause mortality.
- Foster economic growth and security. The loss of skilled workers to AIDS is a major barrier to development in struggling economies. Access to HIV prevention and treatment keeps women and men productive in their families, communities and national economies, while reducing government health-care costs.

Despite successes to date and overwhelming evidence in support of universal access, there are worrying signs that financial and political support for the goal is weakening just as it should be increasing. The Organization for Economic Cooperation and Development confirms what health and outreach workers are seeing in the field: wealthy nations are falling billions short of their commitments to universal access, and the gap between the resources committed and the resources required is growing. Médecins Sans Frontières (MSF) already reports ART stock-outs in many countries as HIV treatment budgets are cut.

We all have work to do to ensure that world leaders build on the progress to date to keep the universal access promise. IAS's Universal Access Now campaign demands that:

- Donors fully fund the Global Fund, one of the most successful public health funding mechanisms ever developed. US\$20 billion is needed to keep the country-level programs the fund supports on an aggressive course to achieve universal access.

- G8 nations, the world's richest and most powerful, increase funding and political support for universal access and national programs such as PEPFAR scale-up to build on successes to date.
- G20 nations increase their commitments to the universal access effort at home and abroad.
- African nations keep the promise of the 2001 Abuja Declaration commitment to dedicate at least 15 percent of their national budgets to health.
- All nations increase national funding and political support for universal access, and support innovative financing mechanisms, such as the proposed Financial Transactions Tax, a tiny surcharge on financial transactions that would raise billions for global health, including universal access.

The bailout given to global financial institutions produced more than US\$ 1 trillion in a matter of weeks. For a fraction of that, we could end HIV, tuberculosis, malaria and other diseases and create benefits for global well-being that we cannot even imagine.

\*ROBIN GORNA is the executive director of the International AIDS Society (IAS). <http://www.iasociety.org/>.

This article was published in Global Health magazine [www.globalhealthmagazine.com](http://www.globalhealthmagazine.com)

## KOMBINIERTE STRATEGIE IM KAMPF GEGEN HIV UND DER FÖRDERUNG DER SEXUELLEN UND REPRODUKTIVEN GESUNDHEIT UND RECHTE

HIV-Prävention und Behandlung sind immer auch eine Frage der sexuellen und reproduktiven Gesundheit und Rechte (SRGR). Deshalb müssen Strategien und Angebote in den beiden Bereichen nicht wie lange Zeit separat aufgestellt sondern miteinander kombiniert entwickelt werden.

Von Susanne Rohner\*

**ZWISCHEN HIV** als sexuell übertragbarer Krankheit und sexueller und reproduktiver Gesundheit bestehen offensichtliche und enge Verknüpfungen. Die meisten der HIV Infektionen erfolgen über sexuelle Kontakte. Eine Ansteckung des Kindes kann aber auch während der Schwangerschaft, Geburt oder dem Stillen erfolgen, wenn die Mutter HIV-positiv ist. Da die Prävention einer Übertragung von HIV, die Behandlung und Betreuung von HIV-Infizierten und an Aids erkrankten Menschen immer auch eine Frage der sexuellen und reproduktiven Gesundheit und Rechte (SRGR) ist, sollten Strategien und Angebote in den beiden Bereichen nicht wie lange Zeit separat aufgestellt sondern miteinander verlinkt und kombiniert entwickelt werden. Mit einem solchen Ansatz können Synergien geschaffen, Stigmatisierungen und Diskriminierungen abgebaut, der Zugang zu Informationen und Dienstleistungen verbessert und damit mehr Zielgruppen wirksamer erreicht werden.

### BREITER ANSATZ SETZT SICH IN DER SCHWEIZ DURCH

Für PLANeS, die Schweizerische Stiftung für sexuelle und reproduktive Gesundheit, ist es als Dachverband der Beratungsstellen für Familienplanung, Schwangerschaft, Sexualität und Sexualerziehung eine Selbstverständlichkeit, dass etwa die Prävention von Aids und weiteren sexuell übertragbaren Krankheiten integrierter Bestandteil der Angebote der kantonalen Stellen zu sexueller und reproduktiver Gesundheit sind. Die Tendenz, weg von separaten, vertikalen Strategien hin zu einem breiteren Ansatz hat sich im nationalen Kontext auch in der neuen nationalen Aids-Strategie durchgesetzt, welche das ablaufende Programm ab 2011 ablösen wird.

Auf internationaler Ebene hat sich die International Planned Parenthood Federation IPPF, in welcher PLANeS die Schweiz als akkreditiertes Mitglied vertritt, bedeutend dafür eingesetzt, dass Massnahmen zur Förderung der sexuellen und reproduktiven Gesundheit und Rechte und Massnahmen zur Prävention und

Behandlung von HIV und Aids sowohl auf Strategie- wie auch auf Programmebene miteinander verlinkt entwickelt und entsprechende Dienstleistungen kombiniert angeboten werden. Dieser Ansatz hat sich inzwischen auf internationaler Ebene durchgesetzt. Dies ist insbesondere auch wichtig im Hinblick auf die Millenniums-Entwicklungsziele, sind es doch die gleichen Ursachen, welche die Fortschritte sowohl zur Bekämpfung von HIV wie auch zur Verbesserung der sexuellen und reproduktiven Gesundheit und Rechte behindern: Armut, Diskriminierung von Frauen und soziale Ausgrenzung vulnerabler Gruppen. Die Millenniums-Entwicklungsziele können nur erreicht werden, wenn der universelle Zugang zu Informationen und Dienstleistungen zur sexuellen und reproduktiven Gesundheit inklusive Familienplanung allen offen steht und gleichzeitig die HIV-Epidemie wirksam bekämpft werden kann.

#### GLION CALL TO ACTION

Diese Einschätzung liegt auch den Grundsatz-erklärungen wie dem "New York Call to Commitment: Linking HIV/Aids and Sexual and reproductive Health" und dem "Glion Call to Action on Family Planning and HIV/Aids in Women and Children" zugrunde, die von internationalen Organisationen wie der WHO, UNFPA, UNAIDS und IPPF getragen werden und auf internationaler Ebene die Verknüpfung von HIV- und SRGR-Strategien propagieren. Der Glion Call to Action fokussiert sich dabei auf die Familienplanung und Prävention einer Übertragung von HIV von der Mutter auf das Kind. Gerade hier ist ein integrierter Ansatz wichtig.

Viele Frauen in Entwicklungsländern haben keinen Zugang zu wirksamen Verhütungsmethoden und damit auch ein erhöhtes Risiko einer unerwünschten Schwangerschaft. Viele dieser Frauen kennen ihren HIV-Status nicht und haben keine oder wenige Informationen und keinen Zugang zu medizinischer Versorgung. Sie riskieren, falls sie HIV-positiv sind, während der Geburt oder dem Stillen auch ihr Kind anzustecken. In einer solchen Situation sind umfassende frauenspezifische Angebote, welche Familienplanung, die Prävention und Behandlung von HIV und anderer sexuell übertragbarer Krankheiten wie auch die Gesundheit von Schwangeren, Müttern und Neugeborene umfassen, zentral.

Die im Glion Call to Action enthaltenen Empfehlungen gehen denn auch über die Abgabe antiretroviraler Medikamente an HIV-positive Schwangere sowie Vorkehrungen bei der Geburt und beim Stillen hinaus. Sie umfassen grundsätzliche, an Frauen gerichtete Massnahmen zur Prävention einer Ansteckung durch HIV wie auch zur Prävention ungewollter Schwangerschaften bei Frauen mit HIV. Die vorgeschlagenen Angebote reichen vom Zugang zu Verhütungsmitteln, insbesondere zu Kondomen, welche einen doppelten Schutz sowohl vor einer Infizierung durch HIV und weitere sexuell übertragbare Krankheiten als auch vor einer ungewollten Schwangerschaft bieten, über freiwillige HIV -Beratung und Testung (Voluntary counselling and testing VCT) bis zur Unterstützung von betroffenen Frauen und ihren Familien.

In einem gemeinsamen Grundlagenpapier (Sexual and Reproductive Health & HIV/AIDS – a Framework for Priority Linkages ) zur Verknüpfung von sexueller und reproduktiver Gesundheit und HIV/Aids stellen die internationalen Organisationen konkretere Massnahmen auf Strategie- wie auch Programmebene vor. Die Verlinkung soll in beide Richtungen erfolgen, indem HIV-Themen in bestehende Programme zur sexuellen und reproduktiven Gesundheit wie Familienplanung, Gesundheit von Müttern und Neugeborenen oder Angeboten zu STI aufgenommen werden und umgekehrt, indem SRGR Themen in bestehenden HIV/Aids-Programmen im Kontext von Prävention, Behandlung, Betreuung und Unterstützung integriert werden. Basierend auf Erfahrungen und der Auswertung bestehender Programme konnten vier Aktionsfelder ausgemacht werden, in denen Verknüpfungen erfolgversprechend sind: Wissen über den HIV-Status, Promotion von Safer Sex, Kombination von HIV- und STI-Angeboten, Integration von HIV im Bereich Gesundheit von Mutter und Kind. Die konkrete Umsetzung der Empfehlungen muss jeweils kontextspezifisch erfolgen und kann je nach Situation eines oder mehrere Aktionsfelder umfassen. Eine Reihe ausführender gemeinsamer Dokumente von WHO, UNFPA, UNAIDS und IPPF und weiterer Organisationen geben konkretere Empfehlungen ab und evaluieren bestehende Programme (Rapid Assessment Tool for Sexual and Reproductive Health and HIV Linkages 2009/Sexual & Reproductive Health

Photo: © Allan Gichigi/RIN



and HIV - Linkages 2009). Insgesamt gesehen kann die gegenseitige Verknüpfung von Programmen zu HIV und SRGR verschiedenen Nutzen bringen.

#### VORTEILE DER PROGRAMMVERKNÜPFUNG

Der Zugang zu Dienstleistungen zu SRGR und HIV/Aids wird insgesamt verbessert und der Personenkreis, der erreicht wird, erweitert. Es profitieren davon insbesondere auch Menschen, die HIV-positiv sind, weil sie Dienstleistungen erhalten, die umfassender und besser ihren Bedürfnissen entsprechen. Zudem wird die Versorgung von Menschen verbessert, die bisher erschwerten Zugang zu Angeboten hatten. Vulnerable Gruppen, wie zum Beispiel SexworkerInnen und Drogenkonsumierende können besser erreicht werden. Integrierte Angebote tragen im Weiteren zu einem Abbau von Stigmatisierung und Diskriminierung bei. Zudem können Synergien geschaffen werden, was gerade im Gesundheitswesen, in dem mancherorts Mangel an Personal, Material und Räumlichkeiten besteht, bedeutend ist. Dadurch können die Konkurrenz um Ressourcen wie auch

Doppelspurigkeiten abgebaut werden. Der optimierte Gebrauch der bestehenden Infrastruktur ist insbesondere wichtig für Länder mit mangelnden Ressourcen und unzureichender Versorgung. Die Möglichkeit, mehrere Dienstleistungen unter demselben Dach zu erhalten, dient insbesondere denjenigen Menschen, die erschwerten Zugang zu Gesundheitsversorgung haben. Die Qualität und Wirksamkeit der Programme kann so verbessert werden.

Da sich Angebote zu HIV/Aids und SRGR mit einem tabuisierten Thema befassen, ist ein gemeinsames Vorgehen etwa auf gesetzlicher oder politischer Ebene auch wichtig für die Stärkung der individuellen Rechte. All die genannten Vorteile sind als summarisch zu verstehen, die je nach Kontext zum tragen kommen.

#### BEISPIELHAFTES INSTITUTE FOR STUDENTS HEALTH IN BELGRAD

Als Vorzeigebispiel einer gelungenen Integration von HIV-/Aids Angeboten in SRGR-Dienstleistungen kann das Institute for Students Health IHS in Belgrad/Serbien erwähnt



werden (Gateways to intergration): 1922 als staatliche Institution gegründet, bietet das Institut heute rund 100'000 Studierenden und Universitätsangestellten Dienstleistungen im Gesundheitsbereich, wobei die sexuelle und reproduktive Gesundheit einen Schwerpunkt bildet. Die Bedeutung dieser Angebote ist umso wichtiger, wenn man beachtet, dass die Jugendlichen in Serbien an der Schule keinen Sexualkundeunterricht haben. Neben allgemeinen Informationen und Dienstleistungen zu SRHR wie Familienplanung und Verhütung werden auch Dienstleistungen im Zusammenhang mit HIV/Aids angeboten wie voluntary counselling and testing.

1988 wurde am IHS das erste HIV Beratungszentrum durch einen Epidemiologen eingerichtet. Im Verlauf der 90er Jahre erkannten die Verantwortlichen, dass eine engere Zusammenarbeit mit den Kolleginnen aus anderen Fachgebieten wichtig ist, um den oft breit gefächerten Bedürfnissen der KlientInnen wirksam gerecht zu werden. Ein Infoaustausch und Wissenstransfer unter den SpezialistInnen zu HIV, STI, Familienplanung und Gynäkologie wurde deshalb vorangetrieben. Neben der Förderung und Institutionalisierung der interdisziplinären

Zusammenarbeit wurden auch Supervisionen eingerichtet, um zum Beispiel eigene und gesellschaftliche Wertvorstellungen etwa gegenüber Homosexuellen kritisch zu reflektieren. Die Zusammenarbeit führte mit der Zeit zu einer Integration von HIV- und SRGR-Angeboten, was gleichzeitig zu einer Ausweitung der Angebote über das ursprüngliche Zielpublikum der Studierenden führte. Das IHS spricht inzwischen mit speziellen Programmen auch spezifische Gruppen an wie GymnasiastInnen, junge Menschen mit Behinderung, Männer, die Sex mit Männern haben, Prostituierte oder Menschen, die intravenös Drogen konsumieren. Gleichzeitig mit dem Ausbau der Angebote wurde der Kreis der Anbietenden erweitert und neben staatlichen Institutionen bieten heute auch Nicht-Staatliche Organisationen spezifische Dienstleistungen an. Zudem werden auf Angebotsseite auch Jugendliche einbezogen, die als instruierte Peer Educators Gleichaltrige zum Beispiel zu Fragen über HIV und Aids beraten.

Wenn HIV-Strategien in einer umfassenden SRGR-Strategie eingebettet sind, bringt dies HIV-positiven und an Aids erkrankten Menschen nicht nur gesundheitliche Vorteile: Sie können auch ihre Rechte erfolgreicher einfordern und schützen lassen. Denn im Zusammenhang mit HIV/Aids stellen sich für die Betroffenen nicht nur medizinische Fragen sondern es gelten auch für sie und für die Gestaltung ihres Lebensalltag die sexuellen Rechte: Basierend auf den Menschenrechten gelten etwa die Prinzipien, dass die Sexualität ein integraler Teil jedes Menschen ist, dass niemand diskriminiert werden darf und das Recht hat, in einem Umfeld zu leben, das der Umsetzung der sexuellen Rechte förderlich ist.

\***SUSANNE ROHNER**, Mitarbeiterin PLANeS, zuständig für Advocacy und Internationales. Kontakt: susanne.rohner@plan-s.ch

#### Ressourcen

Sexual and Reproductive Health & HIV/AIDS - a Framework for Priority Linkages, edited by IPPF, UNFPA, UNAIDS and WHO: <http://www.ippf.org/en/Resources/Guides-toolkits/A+Framework+for+Priority+Linkages.htm>

Rapid Assessment Tool for Sexual and Reproductive Health and HIV Linkages: A generic guide, edited in 2009 by IPPF, UNFPA, WHO, UNAIDS, Global Network of People Living with HIV GNP+, International Community of Women living with HIV ICW and Young Positives

Sexual & Reproductive Health and HIV - Linkages: Evidence Review and Recommendations, edited in 2009 by IPPF, WHO, UNFPA, UNAIDS and University of California San Francisco UCSF

Gateways to intergration: a case study from Serbia - Investing in Youth: Reaching those most vulnerable to HIV. Edited by IPPF, WHO, UNFPA and IPPF in 2009

Foto: Ralf Krämer © Kindernothilfe



Seiten 41-50 Fallbeispiele

**«Bis spätestens 2015 kann man durch die weiter laufende Finanzierung der Mutter-zu-Kind-Prävention und durch Investitionen in die Gesundheitssysteme 400 000 Babys jährlich die HIV-Infektion ersparen.»** Frank Mischo

## UNIVERSAL ACCESS: EINE FLÄCHENDECKENDE VERHINDERUNG DER MUTTER-KIND-ÜBERTRAGUNG IST MÖGLICH

Die Mutter-zu-Kind-Übertragung, aus dem Englischen als Abkürzung PMTCT+, heißt politisch korrekt Eltern-Kind-Übertragung, da beide Elternteile in die Vorbeugung für das Baby und die Medikamentenbehandlung mit einbezogen werden müssen. Das Plus steht für die notwendigen strukturellen Verbesserungen der Gesundheitsversorgungseinrichtungen und der Einbeziehung des familiären Umfeldes.

Von Frank Mischo\*

Foto: Raif Krämer © Kindererthilfe



Beratung, Tests und medizinische Behandlung sind wichtige Aufgaben des Klinikpersonals

Foto S. 41: Dr. Glory Alexander hat ihre Arbeit seit den ersten PMTCT-Behandlungen weiterentwickelt.

**SCHON** seit 1998 ist es möglich, die Übertragung des HI-Virus von der Mutter auf das Kind erfolgreich zu verhindern. Zurzeit besteht immer noch ein Drittel der Behandlungen nur aus einer Einmaldosis des Medikaments Nevirapin. Durch verbesserte Forschung und vielseitige praktische Erfahrungen wurden gerade für ärmere Staaten mit hoher HIV-Infektionsrate und gleichzeitig schwachem Gesundheitssystem große Fortschritte durch längere Behandlungen erzielt. Dadurch ergab sich eine einfach anzuwendende und sehr preisgünstige Behandlungsmöglichkeit, um das HIV-Übertragungsrisiko von der Mutter auf das Kind deutlich von 30-40% ohne Behandlung, auf 16% nur mit Nevirapin bis auf 1% mit länger angewendeten Kombinationsmedikamenten zu reduzieren (UNICEF 2009, S. 5–9).

In Industriestaaten wie Deutschland stehen Schwangeren eine weitreichende Palette von Vorbeugungsmöglichkeiten zu Verfügung: Von freiwilligen HIV-Tests, über Schwanger-

schaftsuntersuchungen bis hin zu hochwirksamen Medikamenten. Auch bei der Geburt und durch Alternativen zum Stillen kann die Übertragung verhindert werden, so dass sich in Deutschland mit weniger als 25 Kindern pro Jahr nicht einmal ein Prozent der Kinder von HIV-positiven Müttern in Deutschland infizieren (rki 2009, S. 493).

### FÜR HUNDERTTAUSENDE BABYS ZU SPÄT UND ZU LANGSAM

Es gibt auch in ärmeren Staaten eine spürbare Steigerung der finanziellen Unterstützung und der Ausweitung der Behandlungsmöglichkeiten. Vor allem nach den politischen Beschlüssen zur Erreichung der Millenniumsziele zur Halbierung der weltweiten Armut aus dem Jahr 2000 und durch die Verpflichtung der Regierungen auf der Sondersitzung der Vereinten Nationen zu HIV und Aids im Jahr 2001 mit dem Ziel bis 2010 allen Menschen weltweit den Zugang zu medizinischer Behand-

lung, Pflege und Vorbeugung zu ermöglichen. 2008 wurden 45% der HIV-positiven schwangeren Frauen durch die Medikamentenbehandlung erreicht. 2007 waren es noch 35% gewesen, 2004 nur 10% weltweit. Von einem universellem Zugang für alle Betroffenen kann man auch 2010 noch nicht sprechen. Deshalb infizieren sich trotz der Fortschritte, nach den Zahlen der Weltgesundheitsorganisation von 2008, immer noch jedes Jahr 430 000 Kinder mit dem HI-Virus: mehr als 90% dieser Kinder durch die HIV-Übertragung von der Mutter auf das Kind; mehr als die Hälfte dieser Kinder stirbt in den ersten zwei Lebensjahren (UNAIDS 2009, S. 9f.).

In den nächsten Wochen werden nicht nur neue Zahlen für 2009 von der WHO veröffentlicht; die Weltgesundheitsorganisation hat die Berechnungsgrundlage aufgrund von medizinischen Erfahrungen geändert: HIV-Positive sollen weltweit schon früher behandelt werden. Das bedeutet fast eine Verdopplung der Men-

schen, die Medikamente benötigen, und bezieht auch die Eltern zukünftiger Babys ein.

### DAS FALLBEISPIEL: DIE ASHA-STIFTUNG IN BANGALORE/INDIEN

Die Direktorin und Ärztin der ASHA-Stiftung Dr. Glory Alexander erklärt: «In Indien gibt es immer mehr Einrichtungen für Aids-tests und zur Behandlung der Schwangeren zur Verhinderung der HIV-Übertragung, aber zur Zeit sind noch neun Millionen schwangere Frauen, vor allem auf dem Land, von diesen Möglichkeiten ausgeschlossen.»

ASHA steht für Action, Service, and Hope for AIDS. Die ASHA-Foundation ist eine gemeinnützige Stiftung, die seit 1998 registriert ist. Seit der Gründung ist sie im Bereich HIV/Aids tätig, mit den Schwerpunkten Aufklärungsarbeit, Tests und Beratung, Behandlung, Fürsorge und Rehabilitation von Menschen, die mit HIV leben.



**ARBEITSSCHWERPUNKTE DER ASHA-STIFTUNG**  
ASHA stellt unterschiedliche Leistungen zu Verfügung: Eine gebührenfreie Aids-Beratungsstelle, Aufklärungsunterricht in Schulen und Hochschulen, ein Beratungs- und Testzentrum (VCTC – Voluntary Counselling and Testing Centre), eine kostenlose HIV-Klinik, eine Unterstützung bei der Grundschulbildung von Kindern von HIV-positiven Eltern, um die Folgen von Stigmatisierung und Diskriminierung zu reduzieren und eine Ernährungsergänzung. Zusätzlich wird eine Berufsausbildungsmöglichkeit für junge Witwen und Selbsthilfegruppen für Frauen angeboten. Daneben werden Einkommen schaffende Maßnahmen für von HIV betroffene Familien vermittelt. Der wichtigste Schwerpunkt der aktuellen Arbeit liegt in der systematischen Verhinderung der Mutter-zu-Kind-Übertragung (PMTCT+) durch Tests und Behandlungen in 30 christlichen Krankenhäusern im Bundesstaat Karnataka.

#### DAS AUSMASS DES PROBLEMS IN INDIEN

Die Verweiblichung der HIV-Epidemie in Indien spiegelt sich in der Vielzahl der monogam lebenden Hausfrauen wieder, die sich mit HIV infizieren und dem Risiko ausgesetzt sind, HIV-infizierte Babys auf die Welt zu bringen. Die Eltern-Kind-Übertragung macht 4% der HIV-Infektionen in Indien aus. Von den 27 Millionen Schwangerschaften jährlich, sind 189 000 davon von HIV-positiven Frauen. Bei einer Übertragungsrate von mehr als 30%, wer-

den jährlich 56 700 HIV-positive Babys geboren. Im Jahr 2006 haben nur 10% der schwangeren Frauen in Indien Präventionsmöglichkeiten gegen eine Mutter-zu-Kind-Übertragung (PPTCT+) erhalten. ASHA hat im Zeitraum von 2003–2009 PPTCT+-Anwendungserfahrungen in Zusammenarbeit mit 30 privaten Missionskrankenhäusern in vier südindischen Staaten gesammelt.

Zwischen 2003 und 2009, wurden von ASHA 67 035 schwangeren Frauen Beratungen angeboten, von denen 63 600 (94,8%) einem vertraulichen Test zugestimmt haben. 389 Frauen wurden HIV-positiv getestet, was einer Aidspräventionsrate von 0,6% entspricht. Von diesen Frauen, hatten 24 Abtreibungen oder Fehlgeburten, 20 stehen noch vor der Entbindung und 294 haben bereits entbunden. Von den 294 Entbindungen, haben 27 die hochwirksame Medikamententherapie HAART erhalten, 143 Zidovudine und Nevirapin (ZDV+NVP), 62 ausschließlich Nevirapin, 41 ausschließlich Zidovudine und 21 keine Behandlung. Die Behandlung basierte auf dem Schwangerschaftszeitraum ab dem Zeitpunkt der Diagnose, der Verfügbarkeit von CD4-Zählungen und den zu der Zeit aktuellen Empfehlungen der WHO.

Von den 296 Geburten, erhielten 95,9% Antiretrovirale-Medikamente. Nur 4 Babys wurden gestillt. Von den 214 getesteten Neugeborenen, waren 5 HIV-positiv. Das Risiko der Übertragung konnte von mehr als 30% auf 2,3% reduziert werden. 3 Mütter der positiven Babys erhielten eine Einmaldosis-Nevirapin, eine andere Mutter 19 Tage lang Zidovudine und eine Einmaldosis-Nevirapin und eine weitere Mutter erhielt 9 Wochen lang Zidovudine und eine Einmaldosis-Nevirapin. Keines der fünf Babys wurde gestillt. (Alexander 2010, S. 4ff.)

#### LEHREN FÜR DIE PERSPEKTIVEN DES UNIVERSAL ACCESS AUS INDIEN

Als Lehren kann man aus den Erfahrungen der ASHA-Stiftung ziehen, dass komplexe PPTCT-Behandlungen in Indien auch mit einem einfachen Gesundheitsversorgungsstandard, durch die Reduktion der vertikalen Übertragung möglich sind. Beide Elternteile müssen in die Programme für antiretrovirale Therapie integriert werden, um für ihre Kinder sorgen zu können.

\*FRANK MISCHO ist in der Kindernothilfe für das Thema HIV/Aids zuständig und im deutschen Aktionsbündnis gegen Aids als Bündnisrat, im Fachkreis Kinder&Aids und als Sprecher im Fachkreis Lobby tätig. frank.mischo@knh.de, www.kindernothilfe.de

#### Quellen:

UNICEF 2009: Children and Aids: Forth Stocktaking Report  
rki 2009: Epidemiologisches Bulletin 48/2009  
UNAIDS 2009: Epidemic Update  
Dr. Glory Alexander 2010: PMTCT-Experiences in 30 Missionhospitals in India from 2003-2009  
WHO: Rapid Advice – The use of antiretroviral Drugs for treating pregnant women and preventing HIV infections in infants, November 2009, Seite 5

## Prävention der Mutter-zu-Kind-Übertragung (PMTCT+)

- 1994 Azidothymidin (AZT) wird als erstes Medikament zur Prävention der Mutter-zu-Kind-Übertragung eingesetzt.
- 1998 Das Inter-Agency Task Team zur Prävention der Mutter-zu-Kind-Übertragung bringt ihr Wissen in nationale PMTCT-Programme ein.
- 1999 Die Nevirapin-Einmaldosis wird als effektiv zur Reduzierung der Übertragung des HI-Virus auf Babys entdeckt.
- 2000 Die Millenniumserklärung der Vereinten Nationen verpflichtet sich auf die acht Millenniumsziele (MDGs). Die HIV/Aids-Bekämpfung gehört zu Millenniumsziel Nr. 6.
- 2001 Die Verpflichtungserklärung wird bei der ersten UN-Sondergeneralversammlung zu HIV/Aids von 189 UN-Mitgliedsstaaten unterzeichnet. Ein Ziel ist die Reduzierung des Infektionen von Kindern unter 15 Jahren um 50% bis 2010. Dazu gehört auch PMTCT.
- 2002 UNAIDS entwickelt ein Indikatorensystem, um die Fortschritte der Erfüllung der Verpflichtungserklärung zu messen.
- 2004 Ungefähr 10% der schwangeren HIV-Positiven weltweit erhalten antiretrovirale Medikamente zur Verhinderung der HIV-Übertragung.
- 2006 Die politische Erklärung zu HIV/Aids von 2001 und die MDG-Verpflichtung wird 2006 auf der UN-Sondergeneralversammlung zu HIV/AIDS erneuert. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) veröffentlicht Leitlinien in denen statt der Einmaldosis Nevirapin eine aufwändigere aber effektivere PMTCT angewendet wird. Eine Anleitung zur weltweiten PMTCT-Umsetzung wird von der WHO herausgegeben.
- 2007 Ungefähr 34% der HIV-Positiven Schwangeren weltweit erhalten antiretrovirale Medikamente zur Verhinderung der HIV-Übertragung.
- 2008 Ungefähr 45% der HIV-Positiven Schwangeren weltweit erhalten antiretrovirale Medikamente zur Verhinderung der HIV-Übertragung.
- 2009 Der UNAIDS Director ruft auf zu einer vollkommenen Verhinderung der Mutter-zu-Kind-Übertragung bis zum Jahr 2015.
- 2010 Weltweit unterstützen mehrere Kampagnen die Erfüllung der Millenniumsziele und die Verhinderung der Mutter-zu-Kind-Übertragung bis 2015: Zum Beispiel Born free HIV vom Global Fund zur Bekämpfung von Tuberkulose, Aids und Malaria und www.in9Monaten.de vom Deutschen Aktionsbündnis gegen Aids.

Quelle: UNAIDS Report 2009: Epidemic Outlook 2010, Seite 33

Insgesamt müssen die PPTCT-Dienstleistungen in Indien schnellstmöglich flächendeckend angeboten werden. Bislang basieren die Behandlungsmöglichkeiten zumeist auf einer Einmaldosis Nevirapin. Antiretrovirale Medikamente müssen auch in der Stillzeit zu Verfügung stehen, um die Säuglings-Sterblichkeitsrate zu senken.

Als Standard gebraucht wird die hochwirksame Behandlung "HAART" für Kinder und insgesamt müssen flächendeckend Tests, Beratung und Behandlung möglich sein.

Regierungen und pharmazeutische Industrie müssen die Forschung intensivieren, um neue noch effektivere Mittel zur Verhinderung der HIV-Übertragung von der Mutter auf das Kind zu finden. Der Zugang zu bezahlbaren antiretroviralen Medikamenten ist immer noch ein zentrales Hindernis der Verfügbarkeit in ärmeren Staaten. Freiwillige Beratung und HIV-Tests inklusive Schnelltestmöglichkeiten müssen zum Standard bei Schwangerschaftsuntersuchungen werden.

Frauen müssen auch bei Hausgeburten miteinbezogen werden. Kinder müssen schnell und effektiv behandelt werden können. (WHO 2009, S.5)

#### GEBERSTAATEN MÜSSEN HANDELN

Die Übertragung von HIV auf Neugeborene muss weltweit flächendeckend gerade in den ärmsten und von HIV/Aids am meisten betroffenen Staaten verhindert werden. Dafür soll zum Beispiel die Deutsche Bundesregierung, gemäß ihrem Anteil an der Weltwirtschaftsleistung, 10% der weltweit dafür notwendigen Finanzmittel der Geberstaaten bereitstellen. Noch mit den Berechnungszahlen der Weltgesundheitsorganisation von 2008 schätzt UNAIDS, dass die Geberstaaten jeweils 2009 und 2010 jährlich fast eine Milliarde Euro investieren müssen, um Ende 2010 wenigstens das Millenniumsziel auch bei der Vorbeugung der Mutter-zu-Kind-Übertragung von 80% zu erreichen. Das ergibt für Deutschland eine Verpflichtung von knapp 100 Millionen Euro pro Jahr. Durch die neuen Zahlen der Weltgesundheitsorganisation wird sich diese Summe auf ca. 200 Millionen Euro pro Jahr verdoppeln. Durch die Umsetzung der Verpflichtung einer Verhinderung der Übertragung des HI-Virus von der Mutter auf das Kind soll bis Ende 2010 die Versorgungsrate von 45% (2008)

auf 80% steigen. Bis spätestens 2015 kann man durch die weiter laufende Finanzierung der Mutter-zu-Kind-Prävention und durch Investitionen in die Gesundheitssysteme 400 000 Babys jährlich die HIV-Infektion ersparen. Deshalb setzt sich gleich mehrere entwicklungspolitische Kampagnen aktuell mit dem Thema auseinander. Zum Beispiel die Born-Free-HIV-Kampagne des Globalen Fonds für Tuberkulose, Aids und Malaria. Oder die neue Kampagne des deutschen Aktionsbündnisses gegen Aids für die Verhinderung der Mutter-zu-Kind-Übertragung. Sie heißt in9Monaten.de – Babys ohne HIV.

## DO NGOS NEED RESEARCH?

Recent reports have shown enormous progress towards the goal of universal access to HIV prevention and care. How much simplification in algorithms and guidelines is possible while still maintaining quality of care? To what extent can we sacrifice individual care in order to facilitate faster scale-up? Do NGOs need research?

By Christoph Fux and Karolin Pfeiffer\*

**SOLIDARMED** is a Swiss NGO that supports antiretroviral treatment (ART) programs in four countries of southern Africa. SMART, the SolidarMed ART program, is funded by different donors (Liechtensteinischer Entwicklungsdienst, Swiss Agency for Development and Cooperation and Medicor Foundation). SolidarMed does not establish parallel structures but strengthens the national health structures and policies. Lately, it partnered up with the University of Berne in an attempt to match quality and quantity in its rapidly expanding programs. Also, SolidarMed has invested big efforts in the set-up of a database collecting clinical and laboratory data of patients on ART. Do such co-operations make sense? Is it worth passing time analyzing the present instead of heading towards a future in ever greater need?

#### ART PROGRAMS IN RESOURCE-LIMITED SETTINGS: A SUCCESS STORY

It is no more than a few years ago that ART was considered illusionary in rural Africa. The huge burden of disease contrasted with lacking medical staff to consult a population with opposing concepts of disease, lacking laboratory capacity to diagnose and stage HIV and AIDS, unaffordable drugs and insufficient transport capacities to make treatment accessible for millions in need.

Universal access to HIV prevention and care by 2010 is a major public health goal. Recent reports as well as the analysis of our da-

tabase have shown enormous progress towards this goal. HIV testing and counselling, prevention of transmission from mother to child (PMTCT), and ART have been scaled up rapidly and the number of AIDS deaths has decreased due to better access to ART.

Thanks to an unprecedented commitment of private, governmental and non-governmental organizations, ART could be initiated in more than 4 million people worldwide, serving some 42% of the ones in need. Within SMART, 7'000 individuals have initiated antiretroviral treatment since 2005 (Fig. 1). This is a quantitatively remarkable achievement for a relatively small organization.

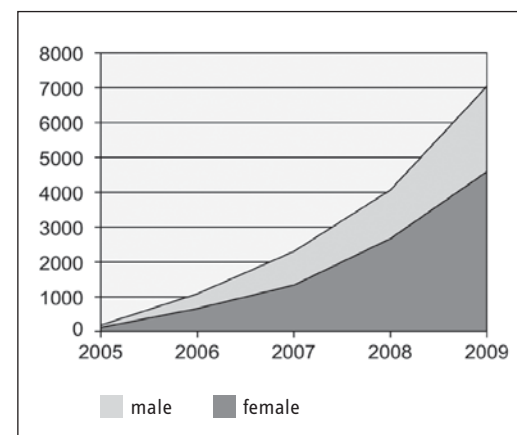


Figure 1: ART Patients in SMART districts since 2005



## SMART

The SolidarMed ART Program SMART started in 2005 in Lesotho, Zimbabwe, Mozambique, and Tanzania. The first phase of the program (2005-2007) aimed at the establishment of good quality ART services at hospital level and included counselling, testing and the prevention of transmission from mother to child; the second phase (2008-2010) started the decentralization of these services to the peripheral health centres, thus addressing the challenge of a rapidly increasing number of ART patients.

With the support of SMART, access to HIV testing and treatment has improved and the number of patients under ART has increased significantly (from 191 in 2005 to 7038 in 2009). Task shifting has taken place from doctor- to nurse-based ART and from nurses to lay counsellors for HIV counselling and testing. Supervisory visits from the hospitals aim at maintaining good quality of care at the health centres. Additional components of SMART are the strengthening of laboratory capacity, drug management, and human resources, as well as community empowerment. The SMART database, which includes information of all patients who ever have started ART, contributes to the clinical management of individual patients as well as to the controlling and planning of the SMART program.

### BASIC ASSUMPTIONS FOR ART

ART programs in Africa, especially in rural areas like where SolidarMed is working, are still not able to cover the need because human and financial resources are very limited. Due to these restricted resources, ART programs are based on assumptions, which are challenging good clinical practice in the western world. To name just a few:

1. Nurse-based (as compared to physician-based) treatment provides sufficient quality ("Task shifting")
2. Decentralized (as compared to hospital-based) treatment provides sufficient quality

3. ART with side effects is better than no ART
4. Political, economic and infrastructural commitment is sufficient to guarantee uninterrupted drug supply and sustainability of the service
5. Simplified PMTCT regimens (as compared to combined ART for the mother) work
6. Treatment failure can be identified without viral load monitoring
7. Adherence of failing patients to safer sex practices is sufficient to prevent the spread of resistant viruses

### HOW GOOD IS GOOD ENOUGH?

Because the ART programs in rural Africa are based on assumptions, the quality of these programs need continuous analysis both as a scientific concept on an international level and in terms of local performance for the targeted population. Many important questions remain open:

*How much simplification in algorithms and guidelines is possible while still maintaining quality of care?* Single dose Viramune, for example, has failed as a PMTCT strategy leaving behind many mothers with resistant virus. Current strategies, such as the addition of an NRTI (Reverse transcriptase inhibitors) fail to reduce the risk of resistance generation, are still inferior to full ART. The limitations of diagnosing treatment failure solely based on CD4 counts was illustrated in a recent study from Nigeria: 45% of true treatment failures were missed, while 55% of the postulated failures could not be confirmed. And as we know from random controls within our cohort, even clinical treatment failures manifesting as new opportunistic diseases are sometimes disregarded. Clinical research, ideally within multicenter collaborations such as the International epidemiological Databases to Evaluate AIDS (IeDEA), can help to answer such systematic questions.

*To what extent can we sacrifice individual care, disregard the exceptions from a rule, in order to facilitate faster scale-up?* Maladherence and undiscovered adverse effects, for example, may jeopardize a whole program. In SMART, 2-year retention rates of 50-72% have been documented. Similar results have recently been reported in a systematic review of patient retention in ART programs in sub-Saharan Africa. Is this good enough? Could these num-

ZVG



bers be improved with better adherence counseling? With reimbursement of travel costs? With more tolerable drugs? Were lost to follow-ups tracked with sufficient commitment? Stavudine-related lipodystrophy and polyneuropathy are regularly seen in our expert patients – the very first treated and thus the longest exposed to ART. And still, toxic stavudine has not been switched to the available and far less toxic Tenofovir. Obviously, care-givers lack awareness and knowledge to discover drug toxicity and induce appropriate measures. Clinical research can help to identify and address such practical issues.

### BIG DOCTOR IS WATCHING YOU!

Task shifting from doctors to nurses as well as decentralization from hospital to health centers have fundamentally changed the role of physicians. Instead of being care-givers on a 1:1 basis, their clinical impact now has to be indirect through a team of nurses. Instead of caring for individual patients the doctors have to teach, supervise and coach. Clinicians have to turn in to health managers. The electronic database has proven very efficient to support doctors in this

chore: It can provide an overview of the performance within the program, with a possibility even to focus on individual sites: How many new treatments have been started? What is the proportion of children on ART (which has been shown to be an independent quality measure)? Is the laboratory follow-up performed regularly? Also, the database can be used as a management tool. Having nurses collect information on adverse events or opportunistic diseases on the treatment form/in the database raises the awareness for these issues. And it obliges the physicians to provide the clinical tools needed.

### HOW LONG WILL IT LAST?

We have learnt that no ART regimen completely suppresses HIV replication. Even short treatment interruptions increase the risk for resistance generation, because replicating viruses are exposed to subinhibitory concentrations of antiretroviral drugs. Subinhibitory concentrations are too low to kill viruses, but high enough to select for resistance mutations. This is particularly important for Nevirapine and Efavirenz, the two standard drugs in Africa. Their long half-life allows once-daily dosing,

but results in extensive subinhibitory drug exposure once treatment is discontinued. In Africa, there are dozens of reasons for a cut in drug supply, which puts patients at a higher risk for treatment failure – despite the high commitment of patients and their treatment partners to therapy. Once treatment failure is discovered, access to second-line regimens with protease inhibitors is needed. Protease inhibitors, however, are much more expensive, have more adverse effects and a multitude of drug interactions that, for example, almost prohibit a concomitant tuberculostatic therapy.

#### IT IS BETTER TO KNOW

Fortunately, viruses have to pay a prize for resistance: Mutated viruses replicate more slowly and therefore are less virulent than the original, the wild type viruses. If failing treatment is maintained, resistant viruses circulate in the blood and thus can be transmitted by unprotected sexual intercourse. After treatment discontinuation, however, the wild type viruses archived in the lymphatic tissues reemerge, overgrow the fitness-reduced mutated viruses that subsequently disappear from the blood, but equally are archived in the lymphatic tissues. Hence, months after the discontinuation of a failing treatment, the patient will be far less likely to transmit resistant, but rather wild type virus. From an epidemiologic point of view, two consequences emerge: While successful treatment prevents infection from unprotected sexual intercourse, patients on a failing regimen represent a double risk, as they are not aware of being contagious and as they may transmit resistance. As a consequence, failing patients have to practice safer sex or discontinue treatment-related selection pressure to at least only transmit wild-type viruses. But how identify failing patients in the absence of viral load measurement?

#### QUALITY BUYS TIME

Let's face it: An HIV-positive individual in Africa has not much more than one good chance for treatment success – if he is “lucky enough” to be infected with a wild-type virus. If treatment fails on a population level and resistant viruses start circulating, the race is over. These years of successful first-line therapy are our window of opportunity. Within this timeframe, people must become educated enough to practice preventive methods such as safer sex. Within this timeframe, health systems must provide sufficient coverage to systematically test and treat HIV-positive mothers. An enormous chore. We are convinced that clinical research – by improving the quality of our ART programs through direct and immediate feedback of results and implementation of recommendations – can enlarge this window of opportunity. NGOs do need research.

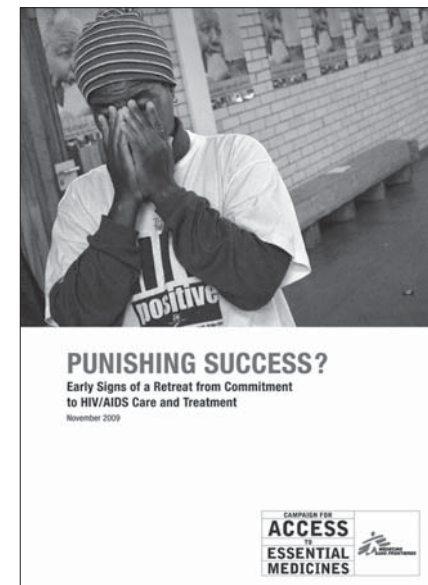
\* DR. CHRISTOPH FUX ist Leiter a.i. Universitätspoliklinik für Infektiologie, Inselspital Bern, Christoph.Andreas.Fux@insel.ch.

DR. KAROLIN PFEIFFER works as Program Manager with SolidarMed in Luzern, k.pfeiffer@solidarmed.ch. www.solidarmed.ch

## FURTHER READING



Photo: Daniel Rihs



Médecins Sans Frontières

#### PUNISHING SUCCESS? EARLY SIGNS OF A RETREAT FROM COMMITMENT TO HIV/AIDS CARE AND TREATMENT

Funding for HIV/AIDS treatment is not keeping up with need, and appears to be shrinking. The report by Médecins Sans Frontières (MSF) states that funding shortfalls punish the early success of the last decade of ART scale-up, and threaten to have a devastating impact on people living with HIV/AIDS as well as efforts to prevent new infections. As global health actors retreat from providing direct support for AIDS treatment, more demand is placed on the Global Fund, which is itself critically underfunded. (2009)

[http://www.msf.org/source/countries/africa/southafrica/2009/aidsreport/punishing\\_success.pdf](http://www.msf.org/source/countries/africa/southafrica/2009/aidsreport/punishing_success.pdf)



ActionAid

**PRIMARY CONCERN.  
WHY PRIMARY  
HEALTHCARE IS KEY  
TO TACKLING HIV  
AND AIDS**



ActionAid research has identified inadequate primary healthcare as a significant barrier to meeting the universal access target, especially in poor, rural areas. Policy makers, health workers and community members that participated in this research have identified significant shortcomings in the provision of HIV services across the research countries. In order for all of the people affected by HIV and AIDS to have access to essential HIV, sexual and reproductive health and gender-based violence response services, functioning health systems are required in developing countries, particularly primary healthcare facilities and services. (2009)

[www.actionaid.org/docs/primary%20concern%20-%20why%20primary%20healthcare%20is%20key%20to%20tackling%20hiv%20and%20aids.pdf](http://www.actionaid.org/docs/primary%20concern%20-%20why%20primary%20healthcare%20is%20key%20to%20tackling%20hiv%20and%20aids.pdf)



Management for Health Position Paper

**REVERSING THE AIDS EPIDEMIC THROUGH THIRD-GENERATION HEALTH SYSTEMS: A CALL TO ACTION**

“We need a dramatic change in thinking – and action from donors, policymakers, and program managers in the public, private, and nongovernmental (NGO) sectors – to focus on strengthening health systems in the countries most affected by HIV & AIDS. To meet the Millennium Development Goal of reversing the epidemic by 2015, we must change how we design and deliver services. We learned in the 1990s and 2000s that a host of separate activities cannot be scaled up in a sustainable way and that strengthening the health system is essential for long-term sustainability.” (2009)

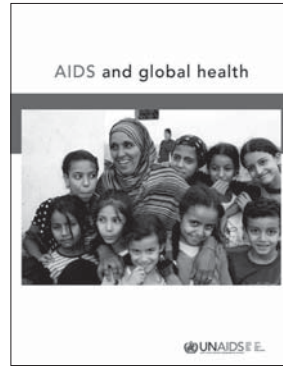
[www.msh.org/resource-center/publications/reversing-the-aids-epidemic-through-third-generation-health-systems.cfm](http://www.msh.org/resource-center/publications/reversing-the-aids-epidemic-through-third-generation-health-systems.cfm)

UNAIDS

**AIDS AND GLOBAL HEALTH**

This report by UNAIDS on AIDS and Global Health examines the role that the health sector should play in helping to attain the goal of universal access to HIV prevention, treatment, care and support. AIDS and global health notes that HIV is both a health issue and a social issue. By involving the education, agriculture, business, media, labour and other social service sectors, the AIDS response has been able to leverage better health outcomes, just as efforts to eradicate polio and reduce tobacco use have done in recent years. (2009)

[http://data.unaids.org/pub/Report/2009/aidsandglobalhealth\\_en.pdf](http://data.unaids.org/pub/Report/2009/aidsandglobalhealth_en.pdf)



UNAIDS and World Bank

**THE GLOBAL ECONOMIC CRISIS AND HIV PREVENTION AND TREATMENT PROGRAMMES: VULNERABILITIES AND IMPACT**

The global economic crisis threatens recent gains in health and poverty reduction in developing countries. What is the effect of the crisis on HIV programmes, especially in high HIV prevalence countries? What are the possible consequences? What can be done to avoid negative impacts? Information collected in late March 2009 from respondents in 71 countries indicates that much is at risk: increased mortality and morbidity, unplanned interruptions or curtailed access to treatment, with increased risk of HIV transmission, higher future financial costs, increased burden on health systems and reversal of economic and social development gains. (2009)

[http://data.unaids.org/pub/Report/2009/jc1734\\_econ\\_crisis\\_hiv\\_response\\_en.pdf](http://data.unaids.org/pub/Report/2009/jc1734_econ_crisis_hiv_response_en.pdf)



DEBATTE

Recognition of mental and neurological disorders

**DON'T FORGET MENTAL HEALTH**

**NORMAN SARTORIUS\*** criticizes that the last edition of the Bulletin about Chronic diseases has completely omitted the problems related to mental and neurological disorders.



I am regularly reading the Bulletin that you are editing and always found it interesting, informative, well presented and motivated by the admirable system of values on which Medicus Mundi is based.

It was therefore most disappointing to read the latest issue devoted to chronic diseases, which was also to serve as a reader for the 8<sup>th</sup> Symposium of the Swiss Health Cooperation. While discussing issues and problems related to some of major chronic diseases the persons who were contributing articles never mentioned the enormous magnitude of the problems related to mental and neurological disorders – nor did the editor make any comment about this omission.

**500 MILLION PEOPLE SUFFERING**

Estimates made by the World Health Organization and by the World Bank clearly indicate that mental disorders produce the highest proportion of the burden of disease (including chronic as well as other diseases) and that there is no country in the world that is spared of that burden. Results of epidemiological studies done in many countries support the WHO statement that there are at least 500 million people suffering from these disorders; suicide that is frequently associated with mental illness kills more people than major communicable diseases, for example malaria; and what is perhaps most important modern science has produced means that allow effective treatment of most of these disorders and the prevention of many others.

**STIGMATIZATION OF MENTAL ILLNESS**

I believe that the complete omission of any mention of mental and neurological problems – particularly in a reader for a symposium that was to discuss action – is a sad confirmation of the stigmatization of mental illness and of the consequent negative discrimination from which they suffer. The least that the editors and the writers of the articles could have done was to recognize the severity and magnitude of these diseases – not even that was done.

I hope that some time in the near future the Bulletin can address problems arising because of mental and neurological disorders – your readers deserve to be fully informed health care problems and solutions and the omission of mental disorders seriously distorts the presentation of the picture of health in the world today.

\***NORMAN SARTORIUS** is President of the Association for the Improvement of Mental Health Programmes. Contact: [sartorius@normansartorius.com](mailto:sartorius@normansartorius.com)

EINIGE ERFAHRUNGEN EINES SCHWEIZERS IN SAMBIA, 2006–2008

## ALS ERINNERUNGSARBEITER IM SÜDLICHEN AFRIKA

Von Erich Friemel\*

### EIN ZUFALL SCHAFFT ZUGANG

Nach einigen früheren Afrikaaufenthalten wollten meine Frau und ich im Jahr 2005 nochmals dorthin, um einige Jahre dort zu leben und zu arbeiten. Bekanntschaften aus meiner Studienzeit brachten uns nach Sambia. Dort führten uns Einsatzleistende der Bethlehem Mission Immensee (BMI) in der Hauptstadt Lusaka durch das Geschäftszentrum mit Hochhäusern und durch die viel ausgedehnteren Gebiete mit einfachsten Wohnverhältnissen. Der Besuch in einer Klinik für HIV-Prävention und Behandlung gab uns einen Eindruck zur Aidsituation. Eine Woche in der Landpfarre Kaparu liess uns die Situation im abgelegenen «Busch» erleben. Der Aufenthalt im Gästehaus der BMI machte uns mit dem Wohnen in Lusaka vertraut.

Ungefragt gab mir eine Kollegin einen Kongressbericht von Medicus Mundi Schweiz über «Memory Work» («Erinnerungsarbeit»), erschienen im Bulletin Nr. 97 vom Juni 2005. Ich las die 70 Seiten in einem Zuge durch und wusste, das könnte mein Weg sein: Erinnerungsarbeit mit von HIV/Aids betroffenen Menschen.

### EIN JAHR SPÄTER IN EINEM KURS MIT BETROFFENEN

Im Oktober 2006 sassen meine Frau und ich bereits als «teilnehmende Gäste» von Angela Malik, einer Pionierin der Erinnerungsarbeit in Sambia, inmitten von zwölf von HIV betroffenen Frauen. Wir dienten als Testgruppe für die Kombination von detaillierten Basisinformationen zum Umgang mit HIV und Aids und dem «Tracing Book» («Kopierbuch»), einem in Afrika entwickelten

Instrument der Erinnerungsarbeit. Alle Teilnehmenden hatten ein Heft vor sich und die Aufgabe, pro Seite eine einfache Silhouette des eigenen Körpers zu zeichnen und darin mit Symbolen und Worten einzutragen, wo und wie es einem gut oder schlecht ging.

### VORBEREITUNGEN

Meine Einsatzorganisation «Community Home Based Care (CHBC) Program», vergleichbar der schweizerischen «Spitex» oder «Hilfe und Pflege zu Hause» für HIV/Aidsbetroffene, gehörte zur katholischen Erzdiözese Lusaka.

Die CHBC der Diözese Lusaka war in einem Gebiet von 93 000 km<sup>2</sup> mit zwei Millionen Einwohnern in 60 «Plätzen» (Gemeinden) tätig. Über 3 000 Freiwillige betreuten 16 000 von HIV/Aids betroffene Waisen und gefährdete Kinder und noch etwas mehr Erwachsene, vor allem Aidskranke und Hinterbliebene.

Im März 2007 nahm ich – als einziger Weisser und mit 66 Jahren als mit Abstand Ältester – am ersten «Training für Leiter in Erinnerungsarbeit» unserer Organisation teil.

Nach einer theoretischen Einführung konzentrierten wir uns auf das «HeldInnenbuch»: Nun ging es ans Lebendige! Zuerst hatten alle aus losen, leeren Blättern und zwei Kartonstücken ihr Buch zu binden, indem sie mit einem Nagel auf einer Seite am Rande Löcher bohrten, eine faserige Schnur durchzogen und verknüpften. Dann ging es nur noch darum, von sich selbst zu berichten. Vorgegeben wurden die Seitentitel, wie etwa: «Über mich selbst», «Ein Held/eine Heldin in meinem Leben», «Meine früheste Er-



innerung», «Der Weg meiner Familie», «Meine Gemeinschaft», «Ein Problem, das mich fast fertig machte», «Ein Moment von Licht im Dunkel» und andere mehr, bis hin zu einem Portraitgedicht der Gruppe über mich und mein (neues) Selbst-Bild und zu den Seiten «Ich bin ein Held/eine Heldin» und «Meine Zukunft».

Drei Tage zu acht Stunden sassen wir im Kreis, nahmen die Instruktionen auf, zeichneten uns selbst in den verschiedensten Situationen und schrieben ein paar erläuternde Worte dazu, tauschten sie miteinander aus, besprachen sie in der Gruppe, schwiegen betroffen und klatschten begeistert bei jedem Beitrag, sangen und tanzten, assen und tranken und redeten und lachten. Am Abend war ich jeweils fix und fertig – und glücklich: eine Fülle von Erlebnissen und Erfahrungen.

### LEITUNG ÜBERNEHMEN!

Nach dem ersten Kurs wusste ich, dass ich wohl die Hauptsache verstanden hatte. Aber es war mir klar, dass ich mich nun weiter vorbereiten musste durch Besuche weiterer Kurse bei anderen Lehrmeistern, durch Studium sowie durch den Austausch mit erfahrenen Fachleuten. Doch meine Organisation hatte andere Pläne mit mir. Es hiess: «Du wirst im Juni den nächsten Kurs für Leiter in Erinnerungsarbeit und für das Machen eines HeldInnenbuches durchführen. Du weißt ja jetzt, wie es geht.»

Mit Zittern und Zagen sagte ich zu. Zum Glück konnte ich mich auf die fachlichen und methodischen Aspekte konzentrieren und wusste die organisatorischen Belange in einheimischen Händen. Den Kursanfang wollte ich anders gestalten: Nach der organisatorischen Einführung sollte eine Besinnung darauf erfolgen,



wie die Teilnehmenden als Menschen in Sambia gewohnterweise Erinnerungsarbeit leisteten: in der Familie, im Dorf, als Nation, bei erfreulichen und traurigen Anlässen und in verschiedensten Formen.

Meine zwei sambischen Kolleginnen waren zuerst skeptisch, liessen mich aber gewähren. Und es funktionierte: Von Anfang an waren alle beteiligt. Sie erlebten, wann und wie ihre traditionellen Arten des Erinnerns sich mit unseren Kurszielen deckten und wo wirklich Neues vorgesehen war. Gemeinsam war, dass Erinnern häufig mit andern zusammen geschieht und dass es viele Gründe für das Erinnern gibt. Neu war, dass Gefühle als persönliche Empfindung ausgedrückt werden durften – und nicht nur, wie beim Weinen bei Todesfällen, wenn die Tradition es verlangte. Neu war auch, dass man darüber sprechen durfte und konnte und man gar nicht allein blieb mit seinen Problemen, und dass man bei den Lösungen voneinander lernen konnte.

Bei den fachlichen Teilen konnte ich mit meinen sambischen Kolleginnen abwechseln, die dann in mehreren einheimischen Sprachen mit ihren Beispielen glänzend ankamen und an denen ich meine helle Freude hatte, auch wenn ich den Inhalt nur andeutungsweise verstand. Der Kurs war ein voller Erfolg.

Im September 2007 wollte ich endlich die Kurse für die in der ersten Runde nicht berücksichtigten Gemeinden organisieren. Auf mein Gesuch hin erhielt ich von der Bethlehem Mission Immensee finanzielle Mittel aus einem Aidsfonds, und zwar nicht nur für die Leiterkurse, sondern auch für die Umsetzung des Gelernten an Ort. Die drei Kurse führten wir von September bis November mit Beteiligung von je zwei Vertretern der 30 Gemeinden erfolgreich durch. Auch die Umsetzung nahm bald respektable Dimensionen an: In den meisten der 60 Gemeinden wurden je ein Kurs mit 20 Kindern und ein Kurs mit 20 Erwachsenen, welche die Kinder betreuten, durchgeführt. Damit hatten innert weniger

Monate insgesamt über 1000 Kinder und 1000 Erwachsene ihre HeldInnenbücher gemacht.

#### ABSCHLUSSARBEITEN

Zuerst machte ich eine kleine Auswertung meiner Arbeit, indem ich sechs Gemeinden besuchte und mit Kindern und Erwachsenen sprechen und ihre Meinungen auch schriftlich einholen konnte. Die erhaltenen Aussagen waren erfreulich: für die meisten war das Machen des HeldInnenbuches wichtig und wertvoll gewesen. Vor dem Abschluss meines Einsatzes hatte ich noch die Gelegenheit, am nächsten Fünfjahresplan für die CHBC der Diözese Lusaka mitzuarbeiten und darin der psychosozialen Unterstützung und ausdrücklich der Erinnerungsarbeit einen angemessenen Platz zu sichern. Auch empfahl ich den Verantwortlichen von BMI und der Diözese Lusaka, mich nicht durch einen neuen «Europäer» zu ersetzen, sondern das entsprechende Geld für die Einarbeitung einer einheimischen psychologischen Fachperson und für die Betreuung und Weiterbildung der bereits ausgebildeten lokalen Leiter zu verwenden.

#### ZURÜCK – UND WEITER

Nach der Rückkehr in die Schweiz Ende September 2008 nahm ich mir Zeit zu warten. Im Frühling 2009 leitete ich auf Anfrage von einigen Freunde und Bekannten, für mich erstmals in der Schweiz, in zwei kleinen Gruppen das Machen des HeldInnenbuches. Es war für mich äusserlich ganz anders, im Grunde aber das Gleiche: eine Heldin, ein Held ist eine Person, die (grosse) Schwierigkeiten hat(te) und gelernt hat, dank geschenkter oder erarbeiteter «Momente von Licht im Dunkeln» mit Hindernissen oder, nach ihrer Überwindung, ohne diese Hindernisse zu leben. Das bestärkt mich und auch meine Frau, um an der Erinnerungsarbeit und vor allem am HeldInnenbuch dran zu bleiben, sei es in der Schweiz oder vielleicht nochmals andernorts in Afrika ...

\* ERICH FRIEMEL ist verheiratet, hat zwei erwachsene Kinder. Er hat sich als Psychologe auf Kommunikation und Kooperation spezialisiert und war als Berater und Lehrbeauftragter und als Leiter im Kinderdorf Pestalozzi Trogen und von Pro Senectute Kanton St. Gallen tätig. Kontakt: friemel.brun@gmx.ch

EIN TOOLKIT FÜR LÖSUNGSORIENTIERTE ERINNERUNGSARBEIT

## «ES HAT MIR NEUEN MUT GEGEBEN»

Von Helena Zweifel\*

Memory Books (Erinnerungsbücher), ursprünglich in der Arbeit mit aidskranken Eltern afrikanischer Herkunft entwickelt, sind gleichzeitig Lebensbücher. aidsfocus.ch hat in Zusammenarbeit mit terre des hommes schweiz ein neues Toolkit erarbeitet, welches über die Kreise der Aidsbetroffenen hinaus von Bedeutung ist.

«Es hat mir neuen Mut gegeben», sagte eine der Frauen am Schluss des Workshops, an dem sie ihr eigenes Buch geschrieben und gemalt hatte. «Ich habe nicht gedacht, dass wir uns auf eine so gute Art und Weise auf Erinnerungen, die oft sehr wehtun, einlassen können. Es ist eine sehr gute Erfahrung», sagte eine andere Teilnehmerin lächelnd. Auf Einladung von Action Aid International hatte ich Ende 2007 in Haiti einen Workshop

zu Memory Work moderiert. 25 HaitianerInnen hatten daran teilgenommen, die meisten von ihnen Frauen und HIV-positiv.

#### ERINNERUNGS- UND LEBENSBÜCHER

Das Kernstück der Arbeit am Memory and Life Book war eine Übung mit sechs Fenstern, in denen die TeilnehmerInnen je ein wichtiges Ereignis aus ihrem Leben auswählten. Anschliessend erzählten die Frauen ihre Geschichte einer Partnerin, die aufmerksam zuhörte und verständnisvoll nachfragte. Anschliessend erzählte sie die gehörte Geschichte in eigenen Worten neu, wobei sie bewusst die Stärken betonte. Die ersten Memory Books waren von aidskranken Eltern afrikanischer Herkunft geschrieben worden, die, den nahenden Tod vor Augen, ihren Kindern ein Vermächtnis hinterlassen wollten. Bereits mit den ersten Memory Books und verstärkt noch mit der Zugänglichkeit von Aidsmedikamenten ist Memory Work zu einem Werkzeug geworden, das aidsbetroffene Menschen darin unterstützt und stärkt, das eigene Leben zu gestalten.

#### «WIE IST ES DIR GELUNGEN?»

Die Reflexionsarbeit hilft den Beteiligten, den roten Faden und die Überlebensstrategien in der eigenen Lebensgeschichte zu erkennen. «Wie ist es dir gelungen, so weit zu kommen?», ist eine klassische Frage des lösungsorientierten Ansatzes. Steve de Shazer und Insoo Kim Berg hatten diesen Therapieansatz entwickelt, der davon ausgeht, dass jeder Mensch Stärken und Fähigkeiten hat, auf denen bei der Suche nach Lösungen aufgebaut werden kann.

### Treasure Memories – Schatz der Erinnerung

Das neue Toolkit zu lösungsorientierter Erinnerungsarbeit «Treasure Memories» wird am 18. Juli 2010 an der Weltaidskonferenz in Wien lanciert und kann bezogen werden bei [aidsfocus.ch/Medicus Mundi Schweiz](http://aidsfocus.ch/Medicus_Mundi_Schweiz), [www.aidsfocus.ch](http://www.aidsfocus.ch). Informationen und Kontakt: [info@aidsfocus.ch](mailto:info@aidsfocus.ch)



Heute wird der lösungsorientierte Ansatz in verschiedenen Kontexten angewendet. Denn mehr noch als eine Methode ist er eine Grundhaltung, die jeden Menschen als Experte und Experte des eigenen Lebens anerkennt. Diese Haltung wird begleitet von der Kunst, die richtigen Fragen zu stellen. So auch in der Erinnerungsarbeit.

#### STÄRKEN BETONEN

Am Welt-Sozialforum 2007 in Kenia hat Irene Bush, Fachfrau und Beraterin für psychosoziale Arbeit bei terre des hommes schweiz, erstmals bewusst den lösungsorientierten Ansatz in der Erinnerungsarbeit eingesetzt. 21 junge Frauen und Männer zwischen 18 und 25 Jahren aus vier Kontinenten waren zusammengekommen, um an einem einwöchigen Workshop ihre eigene

Body Map zu gestalten. Die Jugendlichen zeichneten und malten in der lebensgrossen Silhouette ihres Körpers ihre eigene Biographie.

Irene Bush leitete die Jugendlichen mit gezielten Fragen an, sich beim Malen, Reflektieren und Miteinander-Teilen auf die Fähigkeiten und Lösungen zu konzentrieren und sie symbolisch auszudrücken. Statt Wunden oder schlecht verheilte Narben einzuzeichnen markierten sie in ihrem Körper den Ort der Kraft mit einem Symbol.

#### ÜBERARBEITETES TOOLKIT

aidsfocus.ch hatte im Jahr 2006 in Zusammenarbeit mit terre des hommes schweiz ein Toolkit zu Memory Work herausgegeben. Diese hat bei VertreterInnen von Hilfswerken in der Schweiz und ihren Partnern im Globalen Süden, insbesondere im südlichen und östlichen Afrika, grossen Anklang gefunden. Es schien in diesen Regionen einem Bedürfnis für psychosoziale Unterstützung von HIV- und aidsbetroffenen Menschen zu entsprechen. Aus wertvollen Rückmeldungen aus verschiedenen Ländern lernten wir, dass der Memory Work Ansatz auch in anderen Kontexten anwendbar und hilfreich ist.

Die grösste Neuerung der überarbeiteten Ausgabe des Toolkits mit dem Titel «Treasure Memories» (zu übersetzen mit «die Erinnerungen wertschätzen» oder «Schatz der Erinnerungen») ist der konsequente Einbezug des lösungsorientierten Ansatzes. Damit wird Erinnerungsarbeit vertieft und erweitert und in zukunftsbejahende Bahnen gelenkt. Indem die Betreffenden als ExpertInnen ihres Lebens anerkannt werden, gewinnen sie an Selbstvertrauen, Zuversicht und Mut, die eigene Zukunft in neuem Licht zu sehen und sie zu gestalten.

Das neue Toolkit enthält Geschichten und Erfahrungen mit verschiedenen Formen von Memory Work in Afrika, Asien, Zentralamerika und in der Schweiz, Handbücher für GruppenleiterInnen sowie den Film «Kraft der Erinnerung». Es erscheint erstmals viersprachig: eng-

lisch, französisch, deutsch und portugiesisch. Die portugiesische Version entspricht dem grossen Wusch von Partnerorganisationen in Mosambik, einem von Aids stark betroffenen Land des südlichen Afrikas, denen mangels englischer Sprachkenntnisse Memory Work bisher nicht zugänglich war. Es erscheint auch auf Deutsch, denn Memory Work kann in der Schweiz erfolgreich eingesetzt werden. Die lösungsorientierte Erinnerungsarbeit ist ein vielversprechender Ansatz und nützt nicht nur aidsbetroffenen Menschen, sondern all jenen, die sich bewusst mit dem eigenen Leben - und Sterben - auseinander setzen wollen. Zurzeit sind Möglichkeiten von Memory Work in der Arbeit mit krebserkrankten Kindern und Erwachsenen in der Schweiz und in Uganda in Diskussion.

\* HELENA ZWEIFEL ist Geschäftsführerin von Medicus Mundi Schweiz, dem Netzwerk Gesundheit für alle, und Koordinatorin der Fachplattform aidsfocus.ch. [hzweifel@medicusmundi.ch](mailto:hzweifel@medicusmundi.ch)



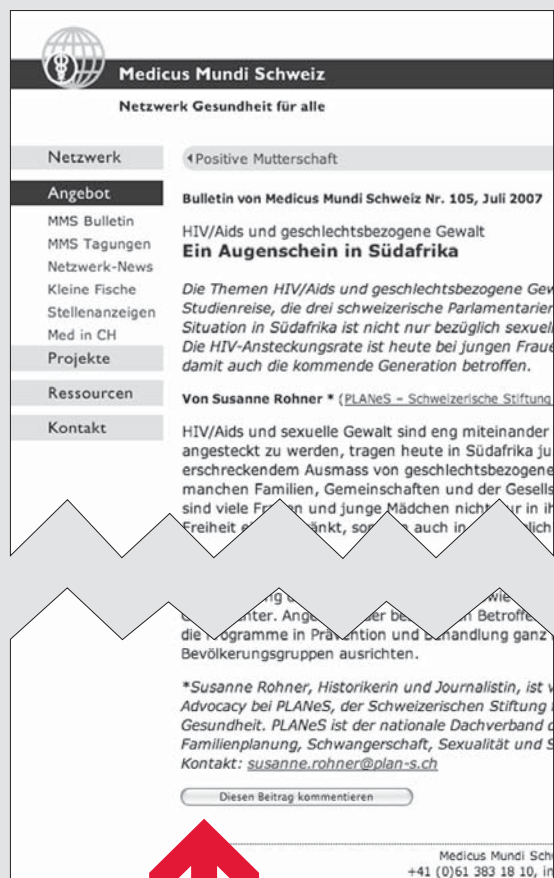
## «DIESEN BEITRAG KOMMENTIEREN»

Haben Sie sich über einen Beitrag im aktuellen Bulletin besonders gefreut oder geärgert? Hätten Sie «dazu eigentlich auch noch etwas zu sagen?»

Auf unserer Website finden Sie «auf einen Blick» respektive mit zwei, drei «Klicks» den Zugang zu den Mitgliedern und Partnern des Netzwerks Gesundheit für alle – und zu allen Beiträgen, die aus ihrem Kreis in den letzten Jahren ins Netzwerk eingeflossen sind. Das Archiv umfasst auch die Bulletinausgaben der letzten zehn Jahre.

Ein «Archiv» muss aber nicht vor sich hin stauben: Sie haben die Möglichkeit, sämtliche Schwerpunktbeiträge des aktuellen und der vergangenen Bulletins online zu kommentieren und mit Ihren Hinweisen zu ergänzen.

«Diesen Beitrag kommentieren» kann durchaus Räume und neue Perspektiven in der Auseinandersetzung mit wichtigen Themen unserer Arbeit eröffnen. Der Schlüssel liegt in Ihrer Hand!



The screenshot shows the website interface for Medici Mundi Schweiz. At the top, there is a logo and the text "Medicus Mundi Schweiz" and "Netzwerk Gesundheit für alle". Below this is a navigation menu with categories like "Netzwerk", "Angebot", "Ressourcen", and "Kontakt". The main content area displays a bulletin article titled "Ein Augenschein in Südafrika" from July 2007. The article discusses HIV/AIDS and gender-related violence in South Africa. At the bottom of the article, there is a button labeled "Diesen Beitrag kommentieren" (Comment on this article), which is highlighted by a large red arrow pointing upwards.