

Die **AIDS** Epidemie. Status-Bericht:

Dezember 2005



Joint United Nations Programme on HIV/AIDS

UNAIDS

UNHCR • UNICEF • WFP • UNDP • UNFPA
UNODC • ILO • UNESCO • WHO • WORLD BANK



**World Health
Organization**

UNAIDS/WHO – 2005
Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS)
World Health Organization (WHO)

UNAIDS/05.19E
(English original, December 2005)

© Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS)
und World Health Organization (WHO) 2005

Alle Rechte vorbehalten. Gemeinsam von UNAIDS und WHO erstellte Veröffentlichungen können über das UNAIDS-Informationszentrum bezogen werden. Anfragen bezüglich der Reproduktion oder Übersetzung von UNAIDS-Veröffentlichungen zu kommerziellen und nicht kommerziellen Zwecken sind unter den unten angegebenen Adressen an das Informationszentrum zu richten oder per Fax an die Nummer +41 22 781 4187 oder per E-Mail an: : publicationpermissions@unaids.org zu senden.

Die in dieser Veröffentlichung benutzten Bezeichnungen und die Präsentation der Materialien in dieser Veröffentlichung geben nicht die Meinung von UNAIDS oder der WHO zum rechtlichen Status eines Landes, Territoriums, einer Stadt oder

eines Gebietes oder der entsprechenden Behörden oder den Grenzziehungen und Grenzen wieder.

Die Erwähnung spezifischer Unternehmen oder der Produkte bestimmter Hersteller bedeuten nicht, dass diese von UNAIDS oder WHO vorzugsweise vor anderen Unternehmen oder Produkten ähnlicher, die nicht erwähnt sind, unterstützt oder empfohlen werden. Mit der Ausnahme von Fehlern oder fahrlässiger Unterlassung sind die Namen proprietärer Produkte durch Großbuchstaben am Anfang des Wortes herausgehoben.

UNAIDS und WHO übernehmen keine Gewähr, dass die in dieser Veröffentlichung enthaltenen Informationen vollständig und korrekt sind und übernehmen keine Haftung für jegliche Schadensersatzforderungen, die sich aus dem Gebrauch ergeben könnten.

WHO Library Cataloguing-in-Publication Data

UNAIDS.
AIDS epidemic update : December 2005.

“UNAIDS/05.19E”.

1. HIV infections - epidemiology. 2. Acquired immunodeficiency syndrome - epidemiology.
3. Disease outbreaks.

ISBN 92 9 173439 X

(NLM classification: WC 503.41)

This work was originally published by the Joint United Nations Programme on HIV/AIDS in English as the AIDS Epidemic Update 2005. This German translation was arranged by the German AIDS Foundation. The German AIDS Foundation is responsible for the accuracy of the translation. In case of any discrepancies, the original language will govern.

Dieser Text wurde im Original vom Joint United Nations Programme UNAIDS auf Englisch unter dem Titel AIDS Epidemic Update 2005 veröffentlicht. Die deutsche Fassung wurde von der Deutschen AIDS-Stiftung übersetzt und produziert. Die deutsche AIDS-Stiftung ist für die Richtigkeit der Übersetzung verantwortlich. Bei Abweichungen gilt das englische Original.



UNAIDS – 20 avenue Appia – 1211 Geneva 27 – Switzerland
Telephone: (+41) 22 791 36 66 – Fax: (+41) 22 791 41 87
E-mail: unaids@unaids.org – Internet: <http://www.unaids.org>

AIDS epidemic update

Sonderbericht zur HIV-Prävention

Dezember 2005



INHALT

DANKSAGUNGEN

Globale Übersicht über die AIDS-Epidemie, Dezember 2005	1
---	---

Einleitung	2
------------	---

Die Prävention stärken: Auf dem Weg zum universellen Zugang	7
---	---

Südliches Afrika	20
------------------	----

Asien	36
-------	----

Osteuropa und Zentralasien	53
----------------------------	----

Karibik	63
---------	----

Lateinamerika	69
---------------	----

Nordamerika, West- und Mitteleuropa	76
-------------------------------------	----

Nahe Osten und Nordafrika	82
---------------------------	----

Ozeanien	86
----------	----

Karten	89
--------	----

Globale Schätzungen, Erwachsene und Kinder 2005	90
---	----

Schätzung HIV-positiver Erwachsener und Kinder 2005	91
---	----

Schätzung der HIV-Neuinfektionen bei Erwachsenen und Kindern 2005	92
---	----

Schätzung AIDS-Tote, Erwachsene und Kinder 2005	93
---	----

Bibliographie	94
---------------	----

DANKSAGUNGEN

Der Bericht AIDS epidemic update wird vom Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS) und der Weltgesundheitsorganisation (WHO) veröffentlicht. Er enthält Beiträge der Kinderhilfsorganisation der Vereinten Nationen UNICEF, des Bevölkerungsprogramms der Vereinten Nationen (UNFPA) sowie von Hein Marais.

AIDS epidemic update: Dezember 2005





Anzahl der HIV-Positiven 2005	Gesamt	40,3 Millionen (36,7-45,3 Mio.)
	Erwachsene	38,0 Millionen (34,5-42,6 Mio.)
	Frauen	17,5 Millionen (16,2-19,3 Mio.)
	Kinder unter 15 Jahren	2,3 Millionen (2,1-2,8 Mio.)
HIV-Neuinfektionen 2005	Gesamt	4,9 Millionen (4,3-6,6 Mio.)
	Erwachsene	4,2 Millionen (3,6-5,8 Mio.)
	Kinder unter 15 Jahren	700 000 (630 000–820 000)
AIDS-Tote 2005	Gesamt	3,1 Millionen (2,8–3,6 Mio.)
	Erwachsene	2,6 Millionen (2,3–2,9 Mio.)
	Kinder unter 15 Jahren	570 000 (510 000–670 000)

Die Zahlen in den Klammern nach den Schätzungen in dieser Tabelle geben den Schwankungsbereich der Zahlen auf der Grundlage der besten verfügbaren Informationen an.

EINLEITUNG

Die Immunschwächekrankheit AIDS hat seit dem ersten Bekanntwerden im Jahr 1981 mehr als 25 Millionen Opfer gefordert und ist damit eine der zerstörerischsten Epidemien in der Geschichte der Menschheit. Trotz des in der jüngsten Zeit verbesserten Zugangs zu antiretroviraler Behandlung und zur Pflege in zahlreichen Regionen der Welt forderte die AIDS-Epidemie im Jahr 2005 3,1 Millionen (zwischen 2,8 Millionen und 3,6 Millionen) Todesopfer, darunter mehr als eine halbe Million (570.000) Kinder.

Die Gesamtzahl der HIV-Positiven erreichte einen neuen Höchststand: Schätzungen zufolge leben 40,3 Millionen [36,7–45,3 Millionen] Menschen mit dem HI-Virus. Im Jahr 2005 kam es zu nahezu 5 Millionen Neuinfektionen.

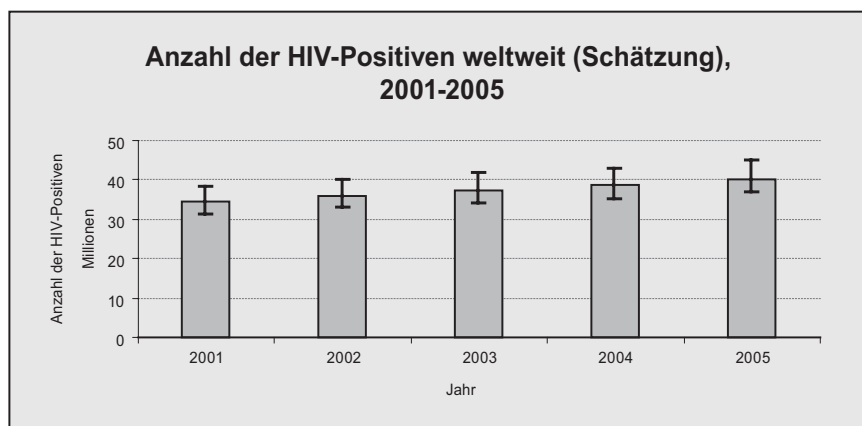


Abbildung 1

Es gibt jedoch zahlreiche Beweise dafür, dass entschlossene und konzertierte Interventionen im Kampf gegen HIV zu Erfolgen führen. Nachhaltige Anstrengungen unter verschiedenen Bedingungen haben dazu beigetragen, dass das Auftreten von HIV bei Männern, die mit Männern Geschlechtsverkehr haben, in zahlreichen westlichen Ländern gesunken ist. Ebenso gab es einen Rückgang unter jungen Menschen in Uganda, unter Sexarbeitern und ihren Kunden in Thailand und Kambodscha, sowie unter Drogenabhängigen, die sich ihre Drogen intravenös spritzen, in Spanien und Brasilien. Darüber hinaus gibt es jetzt Anzeichen dafür, dass vor einiger Zeit initiierte Präventionsprogramme nun endlich einen Beitrag dazu leisten, die HIV-Prävalenz in Kenia und Zimbabwe sowie in den städtischen Regionen Haitis zu senken.

In den letzten zwei Jahren ist die Zahl der HIV-Positiven mit Ausnahme einer Region in allen Regionen der Welt gestiegen. (In der Karibik,

der am zweitstärksten betroffenen Region der Welt, veränderte sich die HIV-Prävalenz 2005 im Vergleich zu 2003 nicht.)

Das südliche Afrika ist mit 25,8 Millionen (23,8-28,9 Millionen) Menschen mit dem HI-Virus weiterhin die am stärksten betroffene Region, im Vergleich zu 2003 stieg die Zahl der HIV-Positiven um ungefähr eine Million. Zwei Drittel aller HIV-Positiven und 77% aller HIV-positiven Frauen (siehe Seiten 20-35) leben im südlichen Afrika. Im Jahr 2005 starben schätzungsweise 2,4 Millionen [2,1-2,7 Millionen] Menschen in dieser Region an AIDS, weitere 3,2 Millionen [2,8-3,9 Millionen] infizierten sich neu mit dem Virus.

Auch in Osteuropa und in Zentralasien (siehe Seiten 53-62) sowie in Ostasien breitet sich die Epidemie weiter aus. In Osteuropa und Zentralasien stieg die Zahl der HIV-Positiven seit 2003 um ein Viertel (auf 1,6 Millionen), die Zahl der AIDS-Toten verdoppelte sich im gleichen Zeitraum nahezu (auf 62.000).

Regionale HIV- und AIDS-Statistik, Vergleich zwischen Ende 2003 und 2005				
	HIV-Positive - Erwachsene und Kinder	HIV-Neuinfektionen - Erwachsene und Kinder	Prävalenz bei Erwachsenen (%)	AIDS-Tote - Erwachsene und Kinder
Südliches Afrika				
2005	25.8 Millionen [23.8–28.9 Millionen]	3.2 Millionen [2.8–3.9 Millionen]	7.2 [6.6–8.0]	2.4 Millionen [2.1–2.7 Millionen]
2003	24.9 Millionen [23.0–27.9 Millionen]	3.0 Millionen [2.7–3.7 Millionen]	7.3 [6.7–8.1]	2.1 Millionen [1.9–2.4 Millionen]
Nordafrika und Naher Osten				
2005	510 000 [230 000–1.4 Millionen]	67 000 [35 000–200 000]	0.2 [0.1–0.7]	58 000 [25 000–145 000]
2003	500 000 [200 000–1.4 Millionen]	62 000 [31 000–200 000]	0.2 [0.1–0.7]	55 000 [22 000–140 000]
Süd- und Südostasien				
2005	7.4 Millionen [4.5–11.0 Millionen]	990 000 [480 000–2.4 Millionen]	0.7 [0.4–1.0]	480 000 [290 000–740 000]
2003	6.5 Millionen [4.0–9.7 Millionen]	840 000 [410 000–2.0 Millionen]	0.6 [0.4–0.9]	390 000 [240 000–590 000]
Ostasien				
2005	870 000 [440 000–1.4 Millionen]	140 000 [42 000–390 000]	0.1 [0.05–0.2]	41 000 [20 000–68 000]
2003	690 000 [350 000–1.1 Millionen]	100 000 [33 000–300 000]	0.1 [0.04–0.1]	22 000 [11 000–37 000]
Ozeanien				
2005	74 000 [45 000–120 000]	8200 [2400–25 000]	0.5 [0.2–0.7]	3600 [1700–8200]
2003	63 000 [38 000–99 000]	8900 [2600–27 000]	0.4 [0.2–0.6]	2000 [910–4900]
Lateinamerika				
2005	1.8 Millionen [1.4–2.4 Millionen]	200 000 [130 000–360 000]	0.6 [0.5–0.8]	66 000 [52 000–86 000]
2003	1.6 Millionen [1.2–2.1 Millionen]	170 000 [120 000–310 000]	0.6 [0.4–0.8]	59 000 [46 000–77 000]
Karibik				
2005	300 000 [200 000–510 000]	30 000 [17 000–71 000]	1.6 [1.1–2.7]	24 000 [16 000–40 000]
2003	300 000 [200 000–510 000]	29 000 [17 000–68 000]	1.6 [1.1–2.7]	24 000 [16 000–40 000]
Osteuropa und Zentralasien				
2005	1.6 Millionen [990 000–2.3 Millionen]	270 000 [140 000–610 000]	0.9 [0.6–1.3]	62 000 [39 000–91 000]
2003	1.2 Millionen [740 000–1.8 Millionen]	270 000 [120 000–680 000]	0.7 [0.4–1.0]	36 000 [24 000–52 000]
West- und Mitteleuropa				
2005	720 000 [570 000–890 000]	22 000 [15 000–39 000]	0.3 [0.2–0.4]	12 000 <15 000
2003	700 000 [550 000–870 000]	20 000 [13 000–37 000]	0.3 [0.2–0.4]	12 000 <15 000
Nordamerika				
2005	1.2 Millionen [650 000–1.8 Millionen]	43 000 [15 000–120 000]	0.7 [0.4–1.1]	18 000 [9 000–30 000]
2003	1.1 Millionen [570 000–1.8 Millionen]	43 000 [15 000–120 000]	0.7 [0.3–1.1]	18 000 [9 000–30 000]
GESAMT				
2005	40.3 Millionen [36.7–45.3 Millionen]	4.9 Millionen [4.3–6.6 Millionen]	1.1 [1.0–1.3]	3.1 Millionen [2.8–3.6 Millionen]
2003	37.5 Millionen [34.0–41.9 Millionen]	4.6 Millionen [4.0–6.0 Millionen]	1.1 [1.0–1.2]	2.8 Millionen [2.5–3.1 Millionen]

Regionale HIV-Statistik für Frauen, Vergleich zwischen Ende 2003 und 2005

		Anzahl der HIV-positiven Frauen (15-49)	Prozentsatz der Frauen an HIV-positiven Erwachsenen (15-49) (%)
Südliches Afrika	2005	13.5 Millionen [12.5–15.1 Millionen]	57
	2003	13.1 Millionen [12.1–14.6 Millionen]	57
Nordafrika und Naher Osten	2005	220 000 [83 000–660 000]	47
	2003	230 000 [78 000–700 000]	50
Süd- und Südostasien	2005	1.9 Millionen [1.1–2.8 Millionen]	26
	2003	1.6 Millionen [950 000–2.4 Millionen]	25
Ostasien	2005	160 000 [82 000–260 000]	18
	2003	120 000 [59 000–190 000]	17
Ozeanien	2005	39 000 [20 000–62 000]	55
	2003	27 000 [14 000–43 000]	44
Lateinamerika	2005	580 000 [420 000–770 000]	32
	2003	510 000 [370 000–680 000]	32
Karibik	2005	140 000 [88 000–250 000]	50
	2003	140 000 [87 000–250 000]	50
Osteuropa und Zentralasien	2005	440 000 [300 000–620 000]	28
	2003	310 000 [210 000–430 000]	26
West- und Mitteleuropa	2005	190 000 [140 000–240 000]	27
	2003	180 000 [150 000–220 000]	27
Nordamerika	2005	300 000 [150 000–440 000]	25
	2003	270 000 [130 000–400 000]	25
GESAMT	2005	17.5 Millionen [16.2–19.3 Millionen]	46
	2003	16.5 Millionen [15.2–18.2 Millionen]	47

In Ostasien stieg die Zahl der HIV-Positiven im Vergleich zu 2003 um ein Fünftel (auf 870.000) an.

Außerdem steigt der Anteil der betroffenen Frauen weiterhin an. Im Jahr 2005 waren insgesamt 17,5 Millionen [16,2–19,3 Millionen] Frauen infiziert – eine Million mehr als im Jahr 2003. 13,5 Millionen [12,5–15,1 Millionen] dieser Frauen leben im südlichen Afrika. Die wachsende Betroffenheit von Frauen ist auch in Süd- und Südostasien (wo nahezu zwei Millionen Frauen jetzt HIV-positiv sind) sowie in Osteuropa und Zentralasien augenfällig.

mindestens 20% (Botswana, Lesotho, Namibia, Südafrika, Swasiland und Zimbabwe). In zwei Ländern (Botswana und Swasiland) liegen die Infektionsraten sogar bei ca. 30%. Die Epidemie in **Südafrika**, einem Land mit einer der höchsten Infektionsraten, zeigt keinerlei Anzeichen der Abschwächung. Im angrenzenden **Mozambique** steigen die HIV-Infektionsraten sogar in alarmierender Weise. Hoffnungsvolle Anzeichen gibt es hingegen in **Zimbabwe**, wo die HIV-Prävalenz auf nationaler Ebene zurückgeht, allerdings sind die Infektionsraten unter Schwangeren außerordentlich hoch (21% im Jahr 2004). Insgesamt sind umfassende Anstrengungen erforderlich, um die rückläufige Tendenz weiter zu stärken.

NEUE ENTWICKLUNGEN

Die Epidemie gewinnt im südlichen Afrika an Stärke (siehe Seiten 20–25). Die HIV-Infektionsrate unter schwangeren Frauen beträgt in sechs Ländern des südlichen Afrikas

In Ostafrika, wo die HIV-Prävalenz in der Vergangenheit beträchtlich niedriger lag als in den weiter südlich gelegenen Ländern, zeigt sich der seit Mitte der 90er Jahre anhaltende Rückgang der HIV-Prävalenz bei Schwangeren in

Uganda jetzt auch in den städtischen Bereichen Kenias. In beiden Ländern sind wahrscheinlich Verhaltensänderungen der Grund für die erfreu-

immer noch nicht aus, um dem Umfang oder der Geschwindigkeit der sich ständig ausbreitenden Epidemie gerecht zu werden.

Es gibt Anzeichen dafür, dass einige Behandlungsdefizite in den kommenden Jahren gelöst werden können – allerdings nicht in der Geschwindigkeit, die erforderlich ist, um die Epidemie unter Kontrolle zu bringen ... der Sieg gegen die AIDS-Epidemie in der ganzen Welt erfordert eine schnelle und nachhaltige Ausweitung der HIV-Prävalenz.

liche Tendenz. Allerdings sind diese Länder noch die Ausnahmen: in den übrigen Bereichen in Ostafrika (wie auch in West- und Zentralafrika) ist die HIV-Prävalenz in den letzten Jahren auf gleichem Niveau geblieben.

In einigen Ländern Asiens und Ozeaniens ist ein Anstieg der Epidemie zu verzeichnen (siehe Seiten 36-52 und 86-88), dies gilt besonders für **China, Papua Neuguinea** und **Vietnam**. Auch in anderen Ländern häufen sich die Anzeichen, dass einige Länder – einschließlich **Pakistan** und **Indonesien** – am Rand einer schweren Epidemie stehen könnten. In ganz Asien werden die Zahlen durch eine Kombination aus Drogenabhängigen, die intravenös spritzen, und Sexarbeitern nach oben getrieben. Nur wenige Länder unternehmen ausreichend ernsthafte Anstrengungen zur Einführung von Programmen, die sich im erforderlichen Maße auf das Risikoverhalten konzentrieren. Dies gilt auch für Osteuropa und

In den letzten zwei Jahren hat sich der Zugang zu antiretroviraler Behandlung erheblich verbessert. Es ist nicht mehr so, dass nur Menschen in den wohlhabenden Ländern Nordamerikas und Westeuropas bei Bedarf eine Chance auf diese Behandlung haben. Die Behandlung wird in Ländern wie Argentinien, Brasilien, Chile und Kuba mittlerweile zu mehr als 80% eingesetzt. Trotz des Fortschritts in einigen Ländern sieht jedoch die Realität in den ärmsten Ländern Lateinamerikas und der Karibik, Osteuropas, weiten Teilen Asiens und praktisch allen Ländern im südlichen Afrika ganz anders aus. Bestenfalls einer von zehn Afrikanern und einer von sieben Asiaten erhielt Mitte 2005 im Bedarfsfall eine antiretrovirale Behandlung.

Mehr als eine Million Menschen in Ländern mit niedrigen und mittleren Einkommen führen jetzt aufgrund der antiretroviralen Behandlung ein besseres Leben und leben länger. Auf der

Für den universellen Zugang ist eine Koordination verschiedener Ansätze notwendig.

Zentralasien, wo im Jahr 2005 ein Anstieg in der Zahl der HIV-Positiven zu verzeichnen war, sowie in den Ländern auf dem amerikanischen Kontinent, wo eine steigende Anzahl von Frauen, besonders in den Armutsgebieten, betroffen ist (siehe Seiten 69-75 und 76-81).

DIE LÜCKEN SCHLIESSEN

Die Anstrengungen im Kampf gegen AIDS haben sich im letzten Jahrzehnt weiter entwickelt und erheblich verbessert. Sie reichen jedoch

Grundlage der jüngst erzielten Verbesserung der Behandlungsmöglichkeiten seit Ende 2003 konnten im Jahr 2005 250.000 - 350.000 Leben gerettet werden. Die volle Wirkung der drastischen Behandlungsverbesserungen im Jahr 2005 werden sich jedoch erst 2006 und in den Folgejahren zeigen.

Es mehren sich die Anzeichen, dass einige der Unterschiede in der Behandlung sich in der nächsten Zeit abschwächen werden, allerdings nicht in der Geschwindigkeit, wie dies eigentlich notwendig wäre, um die Epidemie wirkungsvoll einzudämmen. Es wurde schon vor langer Zeit

erkannt, dass für den Sieg über die AIDS-Epidemie weltweit eine schnelle und nachhaltige Ausweitung der HIV-Prävention erforderlich ist. Es muss unser allgemeines Ziel sein, sicherzustellen, dass alle Länder einen möglichst flächendeckenden, universellen Zugang zur HIV-Prävention, -Behandlung, -Pflege und Folgenlinderung bieten.

Ein solcher universeller Ansatz erfordert jedoch die Koordination unterschiedlicher Ansätze. Die Ziele der Prävention, Behandlung, Pflege und Folgenlinderung müssen gleichzeitig verfolgt werden, nicht nacheinander und voneinander isoliert. Die Länder müssen sich unter Anerkennung der Notwendigkeit einer Stärkung der menschlichen und institutionellen Ressourcen stärker auf die Umsetzung der Maßnahmen konzentrieren und Strategien entwickeln, die Leistungen weitestmöglich integrieren.

All diese Schritte erfordern höchste Dringlichkeit. Und doch sind sie nur Teil einer größeren und längerfristigen Herausforderung. Die Eindämmung von AIDS muss die grundlegenden Faktoren der Epidemie - so zum Beispiel die sozialen Ungleichgewichte und Ungerechtigkeiten - mit sehr viel mehr Entschlossenheit angehen. Dazu ist es notwendig, die noch immer schwerwiegenden Hindernisse beim Zugang auf Hilfe zu überwinden, die sich in Form von Stigmatisierung, Diskriminierung, Ungleichgewicht zwischen den Geschlechtern und anderen Menschenrechtsverletzungen äußern. Darüber hinaus müssen die neuen, von AIDS geschaffenen Ungerechtigkeiten gelöst werden, zum Beispiel die Verwaisung von Generationen von Kindern und Aberkennung menschlicher und institutioneller Fähigkeiten. All dies sind außergewöhnliche Herausforderungen, die außerordentliche Antworten erfordern.

DIE PRÄVENTION STÄRKEN: AUF DEM WEG ZUM UNIVERSELLEN ZUGANG

Im Jahr 2005 kam es weltweit zu nahezu fünf Millionen HIV-Neuinfektionen, 3,2 Millionen davon allein im südlichen Afrika. Im gleichen Jahr starben drei Millionen Menschen an Krankheiten, die mit AIDS in Zusammenhang stehen, darunter mehr als eine halbe Million (570.000) Kinder. Die Gesamtzahl der HIV-Positiven beträgt derzeit 40,3 Millionen, was einer Verdoppelung der Zahl von 1995 entspricht (19,9 Millionen). Trotz der Fortschritte in einer kleinen aber stetig wachsenden Gruppe von Ländern kann sich die AIDS-Epidemie in vielen Regionen immer noch den globalen Anstrengungen, ihr Einhalt zu gebieten, entziehen.

Es ist eine unausweichliche Tatsache, dass mit einer Erhöhung der Infektionszahlen immer mehr Menschen an AIDS sterben werden. Die Zahl der Menschen, die in Ländern mit niedrigen oder mittleren Einkommen Zugang zu antiretroviraler HIV-Behandlung haben, hat sich seit Ende 2001 verdreifacht. Doch bestenfalls einer von zehn Afrikanern und einer von sieben Asiaten erhielt Mitte 2005 die dringend benötigte antiretrovirale Behandlung. Anstrengungen zur schnellen Ausweitung und Sicherung des Zugangs zu antiretroviraler Behandlung und Pflege werden untergraben, wenn der Teufelskreislauf immer neuer HIV-Infektionen nicht durchbrochen wird.

Es wird immer deutlicher, dass die HIV-Präventionsanstrengungen als Teil einer umfassenden Strategie, die gleichzeitig den Zugang zur Behandlung und Pflege ausweitet, verstärkt und intensiviert werden müssen,

um Fortschritte gegenüber der Epidemie zu erzielen (UNAIDS, 2005). Nur durch diese grundlegenden Anstrengungen in Kombination mit einem stärkeren globalen und nationalen Engagement wird die Welt den universalen Zugang sichern und damit der AIDS-Epidemie wirklich entrinnen können.

DIE HIV-PRÄVENTION

FUNKTIONIERT – DOCH SIE BEDARF DER INTENSIVIERUNG

Die Herausforderungen sind enorm. Weltweit hat nur ein Fünftel der Personen, die der Gefahr ausgesetzt sind, sich mit dem HI-Virus zu infizieren, Zugang zu grundlegenden Präventionsleistungen (UNAIDS, 2004). Von den HIV-Positiven wurde nur ein Zehntel auf das Virus getestet und weiß, dass er oder sie infiziert ist.

Es gibt weitreichende Beweise dafür, dass HIV auf entschlossene und konzentrierte Interventionen reagiert. Nachhaltige Anstrengungen in unterschiedlichen Situationen haben dazu beigetragen, die HIV-Inzidenz unter Männern, die in zahlreichen westlichen Ländern Geschlechtsverkehr mit Männern haben, unter jungen Menschen in Uganda, unter Sexarbeitern

Für eine effiziente Bekämpfung von HIV müssen Behandlung und Prävention gleichzeitig verstärkt werden.

Grundlegend in allen Situationen ist jedoch die Erarbeitung umfassender Präventionsstrategien, die das Ausmaß der Epidemie, die Intensität, die Konsistenz und die Nachhaltigkeit als

Für eine effiziente Bekämpfung von HIV müssen Behandlung und Prävention gleichzeitig verstärkt werden.

und ihren Kunden in Thailand und Kambodscha sowie unter Drogenkonsumenten in Spanien und Brasilien, die intravenös spritzen, zu senken. Und nun mehren sich auch die Anzeichen dafür, dass Präventionsprogramme, die vor einiger Zeit initiiert wurden, jetzt eine Senkung der HIV-Prävalenz in Kenia und Simbabwe sowie in den städtischen Gebieten Haitis nach sich ziehen.

Allzu oft sind die Präventionsstrategien jedoch nicht breit genug angelegt, und es mangelt ihnen an Intensität und langfristigen Visionen. Um dafür zu sorgen, dass die Präventionsmaßnahmen auch erfolgreich sind und uns einen Vorsprung vor der Epidemie sichern können, müssen kurzfristige Zeitrahmen in langfristige programmatische Strategien überführt werden.

Kernanforderungen betrachten. Alle Strategien müssen darüber hinaus anerkennen, dass HIV-Prävention und -Behandlung eng miteinander verzahnt sind und beide Bereiche gleichzeitig zu forcieren sind.

Es gibt noch weitere grundlegende Überlegungen, die auf alle HIV-Präventionsanstrengungen zutreffen. Erstens besteht die Notwendigkeit, anzuerkennen, dass HIV-Prävention einen klassischen Eingriff in das „Gemeinwohl“ bedeuten, so dass es notwendig ist, dass die nationalen Regierungen beim Aufbau einer starken Reaktion auf die Epidemie eine Führungsrolle übernehmen (einschließlich Ressourcenzuordnung).

Hier waren die intensiven Anstrengungen schon erfolgreich

Studien zeigen, dass HIV-Präventionsanstrengungen am besten funktionieren, wenn sie intensiv, umfassend und langfristig angelegt sind. Intensive Präventionsprogramme in der Mbeya-Region in Tansania führten im Zeitraum 1994 bis 2000 zum Beispiel zu einem stärkeren Gebrauch von Kondomen und der besseren Behandlung von Geschlechtskrankheiten. Diese Erfolge wurden begleitet durch einen Rückgang der HIV-Prävalenz unter den 15-24-jährigen Frauen von 21% auf 15% im gleichen Zeitraum (Jordan-Harder et al., 2004). In der Mwanza-Region des Landes hatten weniger starke und isolierte HIV-Präventionsanstrengungen jedoch nicht den gleichen Erfolg. Die HIV-Prävalenz stieg in dieser Region von 6% im Zeitraum 1994-1995 auf 8% im Zeitraum 1999-2000 (Mwaluko et al., 2003).

Es ist nicht möglich, von nur einer einzigen AIDS-Epidemie zu sprechen. Selbst innerhalb eines Landes kann es verschiedene Epidemien geben, die sich extrem voneinander unterscheiden können. Aus diesem Grund müssen Präventionsstrategien die spezifischen Eigenschaften der Epidemie ansprechen und durch akkurate epidemiologische Daten und Daten zu Verhaltensweisen gestützt werden.

Zweitens muss sichergestellt werden, dass alle HIV-Präventionsstrategien die sich verstärkenden Verbindungen zwischen AIDS und Faktoren in Betracht ziehen, die Menschen einer größeren Gefahr der HIV-Infektion aussetzen, zum Beispiel Armut, Ungleichheit zwischen den Geschlechtern sowie soziale Ausgrenzung bestimmter Bevölkerungsgruppen.

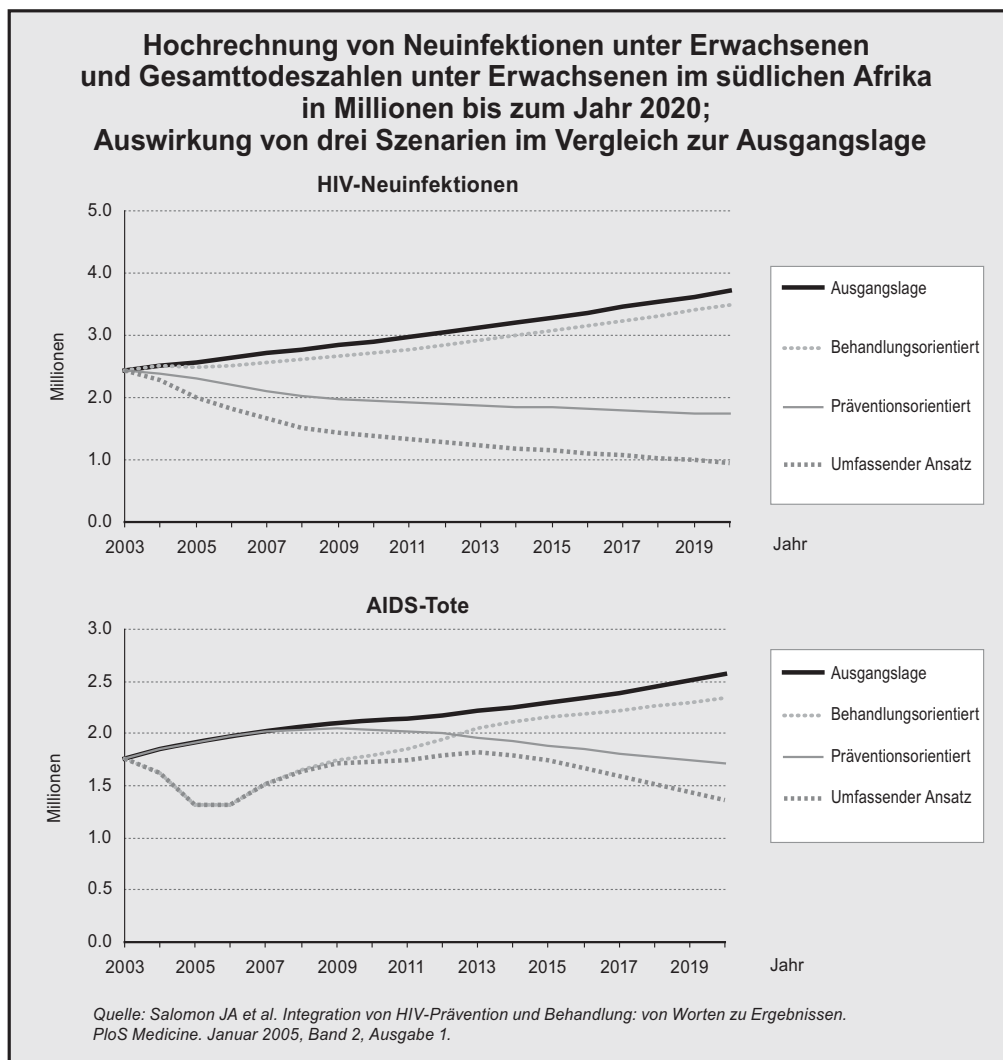
Genau so wichtig ist die Entwicklung und Umsetzung neuer Technologien und Methoden – zum Beispiel der Einsatz von Mikrobiziden und die Verbesserung bestehender Produkte wie das Kondom für Frauen – die zusätzliche Optionen bieten und in die umfassenden Präventionsstrategien aufgenommen werden sollten. Auf längere Sicht ist auch die Entwicklung von Impfstoffen erforderlich (siehe Seite 19).

Ein breiter, alle Präventionsstrategien umfassender Ansatz erfordert auch den Umgang mit Themen wie Stigmatisierung und Diskriminierung, die effiziente Ansprache derjenigen, die dem größten Ansteckungsrisiko ausgesetzt sind, sowie ein stärkeres Engagement der HIV-Positiven für den Kampf gegen AIDS.

PRÄVENTION UND BEHANDLUNG SIND KOMPLEMENTÄR ZU SEHEN

Behandlungs- und Präventionsstrategien sind gleichzeitig zu beschleunigen, um eine wirklich umfassende Antwort auf HIV zu ermöglichen. Mathematische Modelle, die verschiedene Szenarien miteinander vergleichen, zeigen, dass in einem Szenario, in dem effiziente Prävention und Behandlung gleichzeitig ausgebaut werden, die Vorteile sowohl im Hinblick auf die HIV-Neuinfektionen als auch im Hinblick auf die Zahl der verhinderten Todesfälle am größten sind (Salomon et al., 2005). Die Schlussfolgerungen der Studie sind klar:

Abbildung 2



- erfolgreiche HIV-Behandlung sorgt für ein besseres Umfeld für die HIV-Prävention;
- stärkere HIV-Prävention ist erforderlich, um die HIV-Behandlung erschwinglich und nachhaltig gestalten zu können, und
- nachhaltiger Fortschritt im Kampf gegen die Krankheit AIDS ist nur möglich, wenn die HIV-Prävention und die Behandlung gleichzeitig ausgebaut werden.

Im südlichen Afrika könnte ein umfassendes Paket aus Präventions- und Behandlungsmaßnahmen 55% der Neuinfektionen verhindern, die ansonsten bis zum Jahr 2020 zu erwarten sind (siehe Abbildung unten Salomon J, et al., 2005).

Die bisherige Erfahrung und die Daten zeigen, dass eine schnelle Verfügbarkeit der antiretroviralen Therapie zu einer vermehrten Anzahl von HIV-Tests führt. In Kenia gab es zum Beispiel im Zeitraum 2000 - 2004 einen dramatischen Anstieg bei den HIV-Tests und der HIV-Beratung, in Brasilien verdreifachte sich das Testaufkommen sogar im Zeitraum 2001–2003 (WHO, „3 by 5“ Fortschrittsbericht, Juni 2005). Auch in Uganda wurden ähnliche Erfahrungen gemacht. Eine Test- und Beratungsklinik in Masaka, Uganda, wurde, nachdem sie aus Mangel an Patienten hatte geschlossen werden müssen, im Jahr 2003 nach Einführung des antiretroviralen Behandlungsprogramms im gleichen Krankenhaus wieder eröffnet. Innerhalb weniger Monate suchten mehr als 5.000 Menschen um Beratung und Tests nach und erhielten diese – dies war ein 17-facher Anstieg im Vergleich zu den Zahlen aus dem Jahr 2000 (Mpiima et al., 2003). Dadurch hatten Gesundheitsarbeiter die Möglichkeit, Aufklärungsarbeit zur HIV-Prävention zu leisten, ganz gleich, wie die HIV-Testergebnisse aussahen.

Die Verfügbarkeit der Behandlung und eine weitergehende Einbeziehung der lokalen Gemeinschaften kann eine größere Offenheit zum Thema AIDS mit sich bringen, was dazu beiträgt, den Kreislauf der Stigmatisierung und Diskriminierung zu durchbrechen. Eine Gesundheitsumfrage nach der Einführung des antiretroviralen Programms in Khayelitsha, Südafrika, stellte im Vergleich zu den sieben anderen Umfrageorten einen verstärkten Gebrauch von Kondomen, eine höhere Bereitschaft zum

Beitritt in AIDS-Vereinigungen und eine höhere Bereitschaft zum HIV-Test fest. (WHO, 2003).

Größerer Zugang zu Behandlungen bringt jedoch auch neue Herausforderungen mit sich. In einigen Ländern mit hohem Volkseinkommen gibt es Anzeichen für einen Anstieg des unsicheren sexuellen Verhaltens in der Folge der großflächigen Einführung der antiretroviralen Behandlung (U.S.-Zentren für Krankheitskontrolle und Prävention, 2002; Stolte IG et al., 2004). Es besteht ein hoher Bedarf an weiterer operativer Forschung, um das Verständnis der Präventionsanforderungen, der Herausforderungen und Chancen zu verbessern.

DER GESAMTKONTEXT DER HIV-INFEKTIONEN

Präventionsprogramme müssen, um wirklich wirksam zu sein, die Lebensumstände der Menschen und den Gesamtkontext in Betracht ziehen.

Die Rechte und der Status der Frauen und jungen Mädchen verdienen in diesem Zusammenhang besondere Aufmerksamkeit. In der gesamten Welt – angefangen im südlichen Afrika und in Asien bis hin zu Europa, Lateinamerika und dem Pazifikraum – werden mehr und mehr Frauen mit dem HI-Virus infiziert. Häufig sind es Frauen mit geringem oder keinem Einkommen, die dem größten Risiko ausgesetzt sind. Weit verbreitete Ungleichheiten auch auf den Gebieten der politischen, sozialen, kulturellen und menschlichen Sicherheit verschärfen die Situation von Frauen und Mädchen noch.

In mehreren Ländern des südlichen Afrikas handelt es sich bei mehr als drei Viertel der HIV-Positiven um Frauen (WHO Regionalbüro Afrika, 2003; Forschungsabteilung zur Reproduktionsgesundheit und zur medizinischen Forschung, 2004), im südlichen Afrika insgesamt ist die Wahrscheinlichkeit einer HIV-Infektion für junge Frauen in der Altersgruppe 15 - 24 Jahre mindestens dreimal so hoch wie die Wahrscheinlichkeit unter jungen Männern (UNAIDS, 2004).

In zahlreichen Ländern sind Ehe und Treue der Frauen kein ausreichender Schutz vor einer HIV-Infektion. Bei einer Umfrage unter Frauen in Harare (Simbabwe), Durban und Soweto (Südafrika) gaben



Abbildung 3

66% der Frauen an, einen Lebenspartner zu haben, 79% waren zumindest bis zum Alter von 17 Jahren jeglichem Geschlechtsverkehr ferngeblieben (das Durchschnittsalter der ersten sexuellen Begegnung in den meisten Ländern der Welt liegt bei 17 Jahren). Dennoch waren 40% der jungen Frauen HIV-positiv (Meehan et al., 2004). Zahlreiche Frauen wurden infiziert, obwohl sie ihrem Partner treu geblieben waren. In Kolumbien, gaben 72% der Frauen, die in der Schwangerenvorsorge einen positiven HIV-Test machten, an, dass sie in einer stabilen Beziehung leben. In Indien wird eine erhebliche Zahl der Neuinfektionen bei Frauen festgestellt, die verheiratet sind und durch ihren Ehemann infiziert wurden, der (entweder in der Gegenwart oder in der Vergangenheit) Prostituierte aufsuchte (siehe Kapitel Asien).

Es gibt Anzeichen dafür, dass sexuelle Gewalt und andere Formen der Gewalt gegen Frauen und Mädchen – durch Intimpartner oder Fremde – die Gefahr einer HIV-Infektion erhöhen. In allen Ländern der Welt wird über einen hohen Stand der sexuellen Gewalt gegen Frauen und Mädchen berichtet. Bei Umfragen geben ein Drittel bis die Hälfte aller Frauen in Bangladesch, Brasilien,

Äthiopien, Namibia und Thailand zum Beispiel an, dass sie physischer oder sexueller Gewalt durch ihren Partner ausgeliefert sind (WHO, 2005). Wenn die HIV-Präventionsmaßnahmen Erfolg haben sollen, so müssen sie mit anderen Maßnahmen kombiniert werden, die die Gewalt gegen Frauen und Mädchen bekämpfen und reduzieren, zum Beispiel mit rechtlichen Reformen (einschließlich von Reformen der Eigentumsrechte) oder mit der Förderung der Rechte der Frauen (Maman S et al., 2000).

Für den langfristigen Erfolg im Bestreben, die Ungleichheiten zwischen den Geschlechtern aufzuheben, ist es ebenso wichtig, auch Männer und Jungen in die HIV-Präventionsmaßnahmen einzubinden. Die Einbeziehung von Männern ist nicht nur aus dem Grunde wichtig, dass diese häufig die Verwundbarkeit der Frauen und Mädchen gegenüber HIV kontrollieren, sondern auch aus dem Grund, dass die gesellschaftlichen Normen zur Maskulinität und zum Geschlechterbewusstsein auch die Anfälligkeit der Männer erhöhen könnten, wenn sie Männer dazu verleiten, ihre Gesundheit zu riskieren und jegliche schützenden Informationen

und Dienstleistungen nicht zu benötigen. Männer werden genau so wie Frauen stark von den traditionellen Geschlechterrollen beeinflusst. Die überkommenen Normen müssen in Frage gestellt und geändert werden, wenn sowohl Männer als auch Frauen vor der HIV-Infektion geschützt werden sollen, und wenn Männer dazu ermutigt werden sollen, eine verantwortungsvollere Rolle bei der HIV-Prävention zu übernehmen. Eine besondere Aufmerksamkeit verdienen hier Jungen bezüglich ihrer Sozialisierung und der Übernahme von Geschlechterrollen (UNAIDS, 2005).

Die HIV-Stigmatisierung beruht auf Ängsten sowie auf den Assoziationen von AIDS mit Sex, Krankheit und Tod, und mit Verhaltensweisen, die möglicherweise illegal, verboten oder tabu sind, wie zum Beispiel vor- und außerehelicher Geschlechtsverkehr, Sexarbeit, Geschlechtsverkehr unter Männern sowie intravenöser Drogengebrauch. Die Stigmatisierung ist jedoch auch auf eine mangelnde Aufklärung und einen mangelnden Informationsstand zurückzuführen. Die Stigmata können den Drang verstärken, nach Sündenböcken zu

Die Stigmatisierung von HIV und die daraus folgende tatsächliche oder befürchtete Diskriminierung haben sich als die möglicherweise größten Hindernisse einer effizienten HIV-Prävention erwiesen.

Präventionsanstrengungen müssen Menschen aller Altersgruppen ansprechen. Der neue Trend der steigenden Infektionsraten unter der älteren Generation in einigen Ländern deutet möglicherweise auf einen bedeutenden Mangel in den Präventionsanstrengungen gerade in dieser Altersgruppe hin. In Südafrika ist der Anstieg der HIV-Prävalenz unter Frauen von über 34 Jahren besonders auffällig, und in Botswana zeichnen sich ähnliche Entwicklungen ab – unter den schwangeren Frauen in der Altersgruppe 15 - 24 ist die Zahl der HIV-Infektionen seit 1999 stabil geblieben, unter den Frauen über 25 Jahre ist die Prävalenz jedoch seit 1992 stetig gestiegen und erreichte bei der letzten Messung im Jahr 2003 43%. Die Infektionsraten unter älteren Männern und Frauen in Botswana waren unerwartet hoch: 29% bei den 45-49-Jährigen und 21% bei den über 50-Jährigen.

suchen und bestimmte Menschen oder Gruppen anzuklagen oder zu bestrafen. Stigmata nähren sich aus bestehenden Vorurteilen und Mustern der Ausgrenzung und drängen Menschen, die möglicherweise bereits anfällig für das HI-Virus sind, noch stärker an den Rand der Gesellschaft. Die Angst vor der Stigmatisierung kann Menschen, die mit dem HI-Virus leben, auch davon abschrecken, eine wichtige Vorreiterrolle in der HIV-Präventionsarbeit zu übernehmen.

STIGMATISIERUNG UND DISKRIMINIERUNG: UNTERGRABENDE FAKTOREN

Die Stigmatisierung von HIV und die sich daraus ergebende tatsächliche oder befürchtete Diskriminierung ist vielleicht das größte Hindernis für effiziente HIV-Prävention. Stigmatisierung und Diskriminierung senken die Effizienz der Maßnahmen zur Kontrolle der Epidemie weltweit und schaffen ein ideales Klima für die weitere Ausbreitung der Epidemie.

Stigmata veranlassen Menschen, in einer Art und Weise zu handeln, die anderen direkt schadet oder ihnen Leistungen oder Rechte verweigert - dies sind Formen der HIV-bezogenen Diskriminierung. Stigmata hindern zahlreiche Menschen daran, sicheren Sex auszuhandeln, einen HIV-Test machen zu lassen, ihrem Partner ihren Status mitzuteilen oder sich in Behandlung zu begeben, selbst, wenn Präventionsleistungen zur Verfügung stehen. In Uganda gaben zum Beispiel mehr als die Hälfte der Frauen und knapp die Hälfte der Männer in Umfragen an, dass sie es vorziehen würden, ihre Familienmitglieder nicht über ihren HIV-Status zu informieren (Gesundheitsministerium Uganda, 2005). Eine Umfrage unter jungen Menschen in Nairobi, Kenia, und in Kampala und Masaka, Uganda, ergab, dass der tatsächliche und wahrgenommene Mangel an Vertraulichkeit genau so sehr als möglicher Abschreckungsfaktor für freiwillige HIV-Tests und Beratung zu sehen ist wie die Erschwinglichkeit der Leistungen (Pisani, 2001).

Einbeziehung von HIV-Positiven in die Präventionsanstrengungen

HIV-positive Menschen können hervorragende Werbeträger für die HIV-Prävention sein. Doch sie benötigen Ermutigung und Anerkennung, um diese Rolle zu übernehmen. Seit Beginn der Epidemie waren Präventionsstrategien immer dann erfolgreich, wenn sie in sinnvoller Weise HIV-Positive in die Ausgestaltung, die Implementierung und die Evaluation einbezogen. Das Prinzip GIPA (Greater Involvement of People Living with HIV/AIDS, stärkere Einbeziehung der Menschen, die mit dem HI-Virus / mit AIDS leben) wurde beim AIDS-Gipfel 1994 in Paris offiziell anerkannt, als 42 Länder sich dahingehend einigten, dass ein umfassendes Engagement auf nationaler, regionaler und globaler Ebene zur Entwicklung von unterstützungsorientierten politischen, rechtlichen und sozialen Umfeldern führen wird. HIV-Präventionsstrategien sind jedoch oft daran gescheitert, die besonderen Präventionsbedürfnisse der HIV-Positiven anzusprechen oder ihnen die Möglichkeit einer sinnvollen Beteiligung zu eröffnen. Ihre Beteiligung war häufig nur als Alibifunktion vorgesehen. Effiziente Präventionsmaßnahmen müssen diese Fehler der Vergangenheit jedoch überwinden.

Das Präventionsziel für HIV-Positive besteht darin, sie in die Lage zu versetzen, die Ansteckung mit weiteren Geschlechtskrankheiten zu verhindern, den Krankheitsfortschritt zu verlangsamen und die Weitergabe der Infektion an andere zu verhindern. Präventionsberatung erhöht das Wissen zur HIV-Übertragung und verbessert die Fähigkeiten zur Aushandlung von Safer Sex. Weitere HIV-Präventionsstrategien umfassen eine Ausweitung, Konzentration und Verbesserung der Dienstleistungen und Warenlieferungen, Dienstleistungen für Paare mit unterschiedlichem Serostatus, den Schutz der Menschenrechte, die stärkere Mobilisierung der Gesellschaft sowie die Unterstützung von Lobbyarbeit, politischen Veränderungen und eine Erhöhung des Bewusstseins in der Gesellschaft (International HIV/AIDS Alliance, 2003). Diese Strategien sind nicht isoliert zu betrachten sondern stehen alle in gegenseitigen Wechselbeziehungen.

HIV-PRÄVENTION IN RANDGRUPPEN

Diejenigen, die an den Rand der Gesellschaft gedrängt werden, sind immer besonders gefährdet. Die Prävention von Infektionen gerade in dieser Gruppe kann eine bedeutende Rolle bei der Eindämmung der Ausbreitungsgeschwindigkeit in vielen Teilen der Welt spielen. Ausgegrenzte Gruppen sind zum Beispiel Sexarbeiter, Drogenkonsumenten, die intravenös spritzen, Gefängnisinsassen und Männer, die mit anderen Männern Geschlechtsverkehr haben.

Sexarbeiterprojekte, wie zum Beispiel die Projekte, die in der Region Sonagachi in Kolkata, Indien, eine Vorreiterrolle übernommen haben, sind ein Beweis dafür, dass gezielte Programme das Risiko der HIV-Infektion reduzieren können (siehe Seite 39). Auf einer höheren Ebene ist es Thailand gelungen, über die Fokussierung der HIV-Präventionsstrategie auf die Reduzierung der Risiken im Bereich käuflicher Sex die HIV-Neuinfektionen von 140.000 im Jahr 1991 auf 21.000 im Jahr 2003 zu reduzieren (siehe Seiten 47-48). Ähnliche, wenn auch weniger dramatische Erfolge sind auch in Kambodscha (wo die nationale

HIV-Prävalenz unter Männern von 3% im Jahr 1997 auf 1,9% im Jahr 2003 zurückging) und im Senegal (wo die HIV-Prävalenz nun schon ein Jahrzehnt lang auf niedrigem Niveau stabil gehalten werden konnte) zu verzeichnen, wo ebenfalls intensive Programme für Sexarbeiter eingeführt wurden. Doch außerhalb dieser Erfolginseln ist die globale Prävention für Sexarbeiter im allgemeinen relativ gering. Im östlichen Mittelmeerraum sind zum Beispiel nur 0,5% der Sexarbeiter von den HIV-Präventionsprogrammen erfasst (USAID et al., 2004)

Der intravenöse Drogengebrauch ist ein starker Antriebsfaktor der Epidemien in zahlreichen Ländern, zum Beispiel in Indien, Indonesien, Iran, Libyen, Pakistan, Spanien, Ukraine, Uruguay und Vietnam. Sich überschneidende Netze von kommerziellen Sexarbeitern und ihren Kunden und intravenös spritzenden Drogenkonsumenten verleihen den Epidemien in zahlreichen Ländern noch zusätzlichen Schwung. Doch trotz einiger Anzeichen für den Erfolg von Harm Reduction Programmen in Ländern wie Brasilien und Spanien sind Präventionsstrategien für Drogenkonsumenten noch nicht breit genug eingesetzt worden, um in vielen Ländern einen dauerhaften Eindruck zu machen. Es ist dringend

erforderlich, die Entwicklung umfassender Strategien zu beschleunigen, die Elemente wie die Bereitstellung von Kondomen oder Drogensatztherapie beinhalten und sowohl auf die Drogenkonsumenten wie auch auf ihre Sexualpartner zielen.

In der ganzen Welt leben heute schätzungsweise 10 Millionen Menschen in Gefängnissen. In vielen Ländern ist die Zahl der HIV-Infektionen unter Gefängnisinsassen tendenziell beträchtlich höher als im Rest der Gesellschaft. In der Russischen Föderation ist das Gefängnisssystem unverhältnismäßig stark von der Epidemie betroffen. Die HIV-Prävalenz in den Gefängnissen des Landes wird auf mindestens vier mal so hoch geschätzt wie die Prävalenz in der allgemeinen Bevölkerung. Im Iran scheint die Inhaftierung der größte Risikofaktor für eine HIV-Infektion zu sein. Diese Ergebnisse unterstreichen die Notwendigkeit, eine umfassende Strategie im Kampf gegen die Gefahr einer HIV-Infektion in Gefängnissen zu erarbeiten (siehe die folgenden Kapitel zu Osteuropa und Zentralasien).

Die prominente Rolle, die der Geschlechtsverkehr unter Männern in einigen Epidemien spielt – zum Beispiel in Lateinamerika, der Karibik, Asien,

Männern Geschlechtsverkehr haben, eine stark vom HI-Virus betroffene Gruppe sind, werden die besonderen Präventionsbedürfnisse dieser Gruppe in vielen Ländern weitgehend ignoriert.

Andere Gruppen, zum Beispiel junge Menschen, Frauen und Mädchen, Menschen, die in Armut leben, Arbeitsmigranten, Menschen in Konfliktzonen und in Postkonfliktzonen sowie Flüchtlinge und intern Vertriebene benötigen ebenfalls stärkere Maßnahmen, um unter Beachtung ihrer speziellen Verwundbarkeit den Zugang zu Prävention, zu Behandlungs- und Pflegeinformationen und -dienstleistungen zu erhöhen.

SEXUELL ÜBERTRAGBARE INFEKTIONEN UND DIE AUSBREITUNG DES HI-VIRUS

Die Prävention und Behandlung von sexuell übertragbaren Infektionen vermindert das Risiko der HIV-Übertragung. Dies gilt insbesondere für Mitglieder von Gruppen, die mit hoher Wahrscheinlichkeit eine hohe Anzahl von Sexualpartnern haben, wie zum Beispiel

Aufklärungskampagnen über sexuell übertragbare Infektionen und die Ausbreitung von HIV müssen verstärkt werden.

Zentraleuropa und möglicherweise in geringerem Maße in Osteuropa und in Afrika – ist noch nicht ausreichend untersucht und angegangen worden.

In den meisten Teilen der Welt reicht die Datenlage zur Epidemiologie und zum Verhalten nicht aus, um effiziente Präventionsprogramme für Männer, die Geschlechtsverkehr mit anderen Männern haben, zu entwickeln. Die vorliegenden Daten deuten auf hohe Infektionsraten unter homo- und bisexuellen Männern hin. Die HIV-Prävalenz von Männern, die mit anderen Männern Geschlechtsverkehr haben, beträgt in Regionen wie Bangkok, Thailand, und Mumbai, Indien, zum Beispiel bis zu 17%, während in Bogotá, Kolumbien, sogar eine Prävalenz von 20% festgestellt wurde (Montano et al., 2005). Selbst an Orten, wo die Datenlage ausreicht, um nachzuweisen, dass Männer, die mit anderen

Sexarbeiter und ihre Kunden. Die Prävention und Behandlung sexuell übertragbarer Infektionen bleibt jedoch nicht zuletzt im südlichen Afrika ein nur wenig ausgeschöpftes Mittel zur potenziell erfolgreichen Prävention.

Die Infektion mit anderen sexuell übertragbaren Krankheiten – wie zum Beispiel Syphilis, Gonorrhö, Chlamydia, Trichomonaden und Genitalherpes – erhöht die Gefahr der HIV-Übertragung bei ungeschütztem Geschlechtsverkehr zwischen einem infizierten und einem nicht infizierten Partner. Im südlichen Afrika scheint die Infektion mit dem Virus HSV2 (Herpes Simplex Virustyp 2) stark mit der HIV-Infektion in Zusammenhang zu stehen (Auvert et al., 2001; Hayes et al., 1998; McFarland et al. 1999). HSV2, eine unheilbare Infektion, verursacht lebenslang in regelmäßigen Abständen Genitalgeschwüre. Studien in

Simbabwe und Tansania deuten darauf hin, dass die beiden Viren sich gegenseitig fördern, das eine Virus erhöht die Chancen, dass eine Person sich mit dem anderen Virus infiziert oder es weitergibt (McFarland et al., 1999; Del Mar et al., 2002). Andere Studien weisen darüber hinaus auf einen Zusammenhang zwischen Infektionen mit bakterieller Vaginose (eine gemeine Vaginalinfektion bei Frauen im gebärfähigen Alter) und HIV hin. Neue Studien aus Südafrika deuten an, dass eine Infektion mit bakterieller Vaginose die Anfälligkeit von Frauen für eine HIV-Infektion verdoppeln könnte (Myer et al., 2005).

Das Latexkondom für den Mann ist das effizienteste Mittel zur Senkung der Übertragung von HIV oder anderen sexuell übertragbaren Infektionen durch Geschlechtsverkehr [UNAIDS/UNFPA/WHO 2004]. Die meisten Genitalinfektionen können durch die Verwendung eines Kondoms verhindert werden, und zahlreiche bakteriell verursachte Geschlechtskrankheiten (wie zum Beispiel Syphilis, Gonorrhö und Chlamydia) sind mit Antibiotika leicht und kostengünstig zu behandeln (UNAIDS 2004a). Leider gibt es in den meisten Ländern südlich der Sahara keine flächendeckend verfügbaren Behandlungsprogramme für sexuell übertragbare Infektionen, die meisten Länder der Region profitieren daher nicht von der potenziell eindämmenden Wirkung der Diagnose und Behandlung sexuell übertragbarer Infektionen auf die HIV-Infektionsraten. Besonders junge Menschen wissen in der Regel relativ wenig über sexuell übertragbare Infektionen. Diejenigen, die den Verdacht haben, dass sie sich möglicherweise infiziert haben, zögern häufig, eine Behandlung anzustreben – dies kann zahlreiche Gründe haben, zum Beispiel Scham, Angst, dass die Vertraulichkeit nicht gewahrt wird, Furcht vor einer vorwurfsvollen oder verurteilenden Haltung von Seiten der Gesundheitsbediensteten sowie gelegentlich Angst vor den hohen Behandlungskosten.

Eine Stärkung der öffentlichen Aufklärungskampagnen über sexuell übertragbare Infektionen und die Verbreitung von HIV ist erforderlich, besonders wenn es sich um die Aufklärung junger Menschen handelt. Dazu sind die folgenden Schritte notwendig: Sicherung der vertraulichen Behandlung von Informationen in Kliniken

zur Behandlung von Geschlechtskrankheiten, Förderung jugendfreundlicher Dienstleistungen, Erhöhung der Zahl der Behandlungsorte, Integration der Diagnose und Behandlung sexuell übertragbarer Infektionen mit den Abteilungen Familienplanung und Reproduktionsmedizin.

SCHWERPUNKT KINDER: EIN LEBEN FREI VON HIV BEGINNEN

Ohne HIV-Präventionsmaßnahmen würden ca. 35% der Kinder, die von HIV-positiven Müttern zur Welt gebracht werden, sich das Virus zuziehen. Der Schlüssel für den Schutz der Kinder ist die Vermeidung der Infektion der Eltern. Die Prävention der Mutter-Kind-Übertragung ist ein wesentlicher Ansatzpunkt der primären Prävention, Behandlung, Pflege und Unterstützung von Müttern, ihren Kindern und Familien. Die Sicherung von Familienplanungsdiensten, die Bereitstellung von antiretroviralen Medikamenten für die Mutter und das Neugeborene, sichere Entbindungsoptionen, Beratung zum Stillen des Kindes und Unterstützung sind Schlüsselkomponenten in den Präventionsprogrammen zur Mutter-Kind-Übertragung. Die Umsetzung eines solch umfassenden Ansatzes hat die HIV-Übertragung von Müttern an ihre Kinder in den Industrieländern praktisch unmöglich gemacht. In Ländern mit hoher Prävalenz ist AIDS jedoch verantwortlich für den Anstieg der Sterblichkeit von Kindern unter fünf Jahren. In Afrika stieg der Anteil von 2% im Jahr 1990 auf 6,5% im Jahr 2003 (WHO, 2005a).

Die Reichweite der Präventionsleistungen zur Mutter-Kind-Übertragung wächst in vielen Ländern (einschließlich Barbados, Botswana, Thailand, Ukraine, Uruguay und Sambia). In den meisten Ländern des südlichen Afrikas herrscht jedoch noch großer Bedarf, da die Abdeckung mit Präventionsleistungen in den 30 afrikanischen Ländern mit der höchsten HIV-Prävalenz im Jahr 2003 nur etwa 5% betrug.

Die Hindernisse auf dem Weg zur Ausweitung der Mutter-Kind-Übertragung sind unzureichende Schwangerenvorsorgeleistungen, eine unzureichende Kenntnis des HIV-Status unter Schwangeren sowie Stigmatisierung und Diskriminierung (UNAIDS, 2004a).

Unzureichender Zugang zu antiretroviraler Prophylaxe bleibt auch weiterhin ein Grund zur Besorgnis. In Südafrika erhielten zum Beispiel von nahezu 33.000 schwangeren Frauen, die positiv getestet wurden, nur 18.857 eine antiretrovirale Prophylaxe. In Kenia und Mozambique war das Verhältnis ähnlich. Im Gegensatz dazu erhielten Berichten zu Folge beinahe alle positiv getesteten Frauen in Uganda, Sambia und Simbabwe eine antiretrovirale Prophylaxe.

Weitere Hindernisse sind noch viel grundlegender. Ein großer Anteil der Frauen, denen Hilfe zur Vermeidung der Übertragung von der Mutter auf das Kind angeboten wurde, erhielt vor dem Test keine angemessene Beratung. In Ghana und Tansania erhielt rund die Hälfte der Frauen eine Beratung, in Nigeria nur ungefähr ein Viertel. In Burkina Faso lag der Anteil bei lediglich 18% und in Sambia bei nur 13%. Bemerkenswerte Ausnahmen waren Benin, Kenia, Ruanda, Südafrika, Uganda und Simbabwe – in diesen Ländern erhielten mehr als 70% der Frauen, denen eine Prävention der Mutter-Kind-Übertragung angeboten wurde, auch vor dem Test bereits eine Beratung. Darüber hinaus wissen zahlreiche Frauen in Ländern mit hoher Prävalenz immer noch nicht, dass HIV von der Mutter auf das Kind übertragen werden kann. Ein solcher Wissensmangel kompliziert die Beratung, und das in einem Umfeld, in dem die Gesundheitsdienstleister bereits überlastet sind und unter ständigem Zeitdruck stehen.

Zur Vermeidung der Neuinfektionen unter Kindern sollten die Präventionsleistungen zur Verhinderung

der Mutter-Kind-Übertragung ausgeweitet werden, so dass eine hochwertige flächendeckende Versorgung zur Verfügung steht.

ZUGANG FÜR ALLE

In den letzten Jahren wurde ein internationaler Konsens über die Notwendigkeit einer umfassenden Antwort auf die Immunschwächekrankheit verabschiedet, der die Bedeutung der Prävention, der Behandlung und der Pflege betont. Der politische Wille ist genau so gestiegen wie die Unterstützung durch Bürgerinitiativen. Auch die internationale und nationale Finanzierung des Kampfes gegen AIDS ist gestiegen. Diese Fortschritte bieten einen guten Nährboden für die weitere Intensivierung der Anstrengungen und die Stärkung eines universellen Zugangs zu Präventions-, Behandlungs- und Pflegemaßnahmen in allen von AIDS betroffenen Ländern.

Im Juni 2005 verabschiedete der UNAIDS-Vorstand, der Mitgliedstaaten umfasst und UN-Agenturen und die Bürgergesellschaft finanziell unterstützt, ein Strategiepapier zur Intensivierung der HIV-Prävention mit dem Ziel, einen universellen Zugang zur HIV-Prävention, -Behandlung und -Pflege zu erreichen. Dieses Strategiepapier umfasst eine Sammlung bewährter Programme und Maßnahmen, die eingesetzt werden könnten, um die Präventionslücke zu schließen, sowie die 12 wesentlichen Maßnahmen, die erforderlich sind, um einen universellen Zugang zu ermöglichen (siehe Kasten unten).

Das UNAIDS-Strategiepapier zur Intensivierung der HIV-Prävention beschreibt die wesentlichen strategischen und programmatischen Maßnahmen zur HIV-Prävention.

Wesentliche strategische Maßnahmen zur HIV-Prävention

1. Garantie der Förderung, des Schutzes und der Anerkennung der **Menschenrechte** und Garantie von Maßnahmen zur Abschaffung von Diskriminierung und zum Kampf gegen Stigmatisierung.
2. Aufbau und Unterstützung von **Führungspersönlichkeiten** aus allen Teilen der Gesellschaft, einschließlich Regierungen, betroffene Bevölkerungsgruppen, Nichtregierungsorganisationen, Glaubensorganisationen, dem Bildungssektor, den Medien, dem Privatsektor und den Gewerkschaften.

3. Einbeziehung von **Menschen mit HIV bei der Gestaltung, Umsetzung und Evaluation von Präventionsstrategien** mit Blick auf die einzelnen Präventionsanforderungen.
4. Betrachtung der **kulturellen Normen und Glaubensgrundsätze** unter Beachtung der Schlüsselrolle, die sie bei der Unterstützung der Präventionsanstrengungen spielen, sowie ihres Potentials für eine Steigerung der HIV-Übertragung.
5. Förderung der Gleichheit unter den Geschlechtern und Diskussion der **Geschlechternormen und der Beziehungen zwischen den Geschlechtern** zur Reduzierung der Verwundbarkeit von Frauen und Mädchen unter Einbeziehung der Männer und Jungen in diese Anstrengungen.
6. Förderung eines weitgefächerten **Wissens und Bewusstseins** über die HIV-Übertragungswege und die Vermeidungsstrategien.
7. Förderung der Verbindung zwischen HIV-Prävention und **Sexual- und Reproduktionsgesundheit**.
8. Förderung von **bürger nahen Lösungen** im Gesamtspektrum von Prävention, Pflege und Behandlung.
9. Förderung von Programmen mit gezielter Ausrichtung auf die HIV-Präventionsbedürfnisse der **wichtigsten betroffenen Gruppen und Populationen**.
10. Mobilisierung und Stärkung der **finanziellen, menschlichen und institutionellen Fähigkeiten** über alle Bereiche hinweg, besonders jedoch in den Bereichen Gesundheit und Bildung.
11. Überprüfung und Überarbeitung der **rechtlichen Rahmenbedingungen**, um die Hindernisse für eine effiziente, datenbasierte HIV-Prävention abzubauen, und Stigmatisierung und Diskriminierung zu bekämpfen, sowie um die Rechte der Menschen mit HIV oder der verwundbaren Menschen oder der HIV-gefährdeten Menschen zu schützen.
12. Garantie ausreichender Investitionen in die Forschung und Entwicklung und die Unterstützung **neuer Präventionstechnologien**.

Wesentliche programmatische Maßnahmen zur HIV-Prävention

1. Verhinderung der HIV-Übertragung durch Geschlechtsverkehr.
2. Verhinderung der HIV-Übertragung von der Mutter auf das Kind.
3. Verhinderung der HIV-Übertragung durch intravenösen Drogengebrauch, einschließlich Folgenlinderungsmaßnahmen
4. Garantie einer sicheren Blutversorgung.
5. Verhinderung der HIV-Übertragung im Gesundheitsbereich.
6. Förderung eines besseren Zugangs zu HIV-Beratung und HIV-Tests auf freiwilliger Basis durch die Förderung der Prinzipien der Vertraulichkeit und der Einwilligung.
7. Integration der HIV-Prävention in die AIDS-Behandlungsdienste.
8. Schwerpunkt der HIV-Prävention unter jungen Menschen.
9. Bereitstellung von HIV-Informationen und Aufklärung, so dass die Menschen sich selbst vor einer Infektion schützen können.
10. Kampf gegen und Eindämmung von Stigmatisierung und Diskriminierung.
11. Vorbereitung auf den Zugang zu und den Einsatz von Impfstoffen und Mikrobiziden.

Das Positionspapier des Vorstands von UNAIDS ist von den jüngsten politischen Versprechungen auf globaler Ebene gestärkt worden. Während des G8-Gipfels 2005 in Gleneagles verpflichteten sich die Mitglieder auf die Entwicklung

und Umsetzung eines HIV-Präventions-, Behandlungs- und Pflegepakets mit dem Ziel, einem universellen Zugang zur Behandlung aller Bedürftigen bis zum Jahr 2010 so nah wie möglich zu kommen. Das Ergebnispapier zum Weltgipfel

der Vollversammlung der Vereinten Nationen 2005 hat ebenfalls das Konzept des Ausbaus bis hin zum universellen Zugang verabschiedet.

Diese Aussagen stärken die Ansicht, dass die Intensivierung der Präventionsanstrengungen bei gleichzeitiger Ausweitung der Behandlungs- und Pflegeziele nicht in Isolation gesehen werden kann und dass ein sequentieller Ansatz nicht möglich ist.

Die nachhaltige Verfügbarkeit umfassender Programme und Werkzeuge, die sich bekanntermaßen als wirksam erwiesen haben, ist einer der Schlüssel für den universellen Zugang. Programme sollten auf der Grundlage der Erfahrung und der Datenlage innerhalb des Landes unter Berücksichtigung der Anpassung von „Best Practice“-Ansätzen aus anderen Ländern ausgewählt und implementiert werden. Schätzungen zu Folge könnte die Umsetzung umfassender HIV-Präventionsprogramme 29 Millionen (oder 63%) der erwarteten 45 Millionen Neuinfektionen im Zeitraum 2002 bis

2010 vermeiden helfen (Stover J et al., 2002)). Umfassende HIV-Präventionsprogramme haben, wenn sie mit umfassenden Behandlungs- und Pflegediensten kombiniert werden, den größten Einfluss auf die Verhinderung von HIV-Infektionen und AIDS-Toten (Salomon JA et al., 2005).

AIDS fordert eine intelligente, schlagkräftige und außergewöhnliche Antwort. Unkoordinierte Anstrengungen oder Anstrengungen, die nur Teillösungen anbieten, werden keine signifikante Reduzierung der Anzahl der Neuinfektionen nach sich ziehen. Um die globale Epidemie zu verlangsamen und um ihr Einhalt zu gebieten, ist dringend ein universeller Zugang zu Prävention, Behandlung und Pflege erforderlich. Wenn die Welt sich in dieser Richtung aufstellt und gleichzeitig die Prävention, Behandlung und Pflege aggressiv ausweitet, könnten wir einen wahrhaft umfassenden AIDS-Ansatz entwickeln, der der Epidemie Einhalt gebieten und sie umkehren könnte.

Neue Präventionsmethoden: Innovation für den universellen Zugang

Kondome für Frauen

Obwohl Kondome für Frauen sich bereits bei der Vermeidung ungewollter Schwangerschaften bewährt haben und nachgewiesen ist, dass sie für die Anwender akzeptabel sind, haben sie in nationalen Programmen auf Grund der relativ hohen Kosten ihr volles Potential noch nicht ausgeschöpft. Eine neue Version des Kondoms für Frauen Reality® besteht aus synthetischem Nitril, so dass die Kosten erheblich gesenkt werden konnten. Das neue Kondom besitzt ein großes Potential bezüglich einer breiten Akzeptanz und Nutzung. Wenn hohe Nutzungsraten des neuen Kondoms erreicht werden können, wird es gemäß der aktuellen Hoffnungen und Erwartungen einen erheblichen Beitrag zur Vermeidung ungewollter Schwangerschaften und zur Prävention von sexuell übertragbarer Krankheiten einschließlich HIV leisten. Zusätzlich zu dem neuen Kondom für Frauen werden Versuche unternommen, um die Effizienz neuer Versionen von Diaphragmen und Gleitmitteln zur Prävention von HIV / sexuell übertragbaren Infektionen zu prüfen. Die Ergebnisse werden für das Jahr 2006 erwartet.

Beschneidung von Männern

Eine neuere Studie in Südafrika hat ergeben, dass beschnittene Männer sich mit einer mindestens 60% geringeren Wahrscheinlichkeit infizieren als nicht beschnittene Männer. Diese vielversprechenden Ergebnisse sind nun durch laufende Studien in Kenia und Uganda zu bestätigen, bevor die Beschneidung von Männern als spezifisches HIV-Präventionswerkzeug gefördert wird. Wenn sich die Beschneidung von Männern als wirksam erweist, kann sie dazu beitragen, die bereits bewährten Optionen zur HIV-Prävention zu stärken, sie sollte jedoch nicht zur Aufgabe der bestehenden effizienten Strategien wie zum Beispiel des korrekten und konsequenten Gebrauchs von Kondomen, der Änderung der Verhaltensweisen sowie der freiwilligen Tests und Beratungen führen. Die Beschneidung von Männern schaltet das HIV-Risiko für Männer nicht ganz

aus, und die Auswirkungen der Beschneidung von Männern auf das HIV-Risiko der Frauen ist noch unbekannt. Es ist darüber hinaus noch zu zeigen, ob und in welchem Maße die Beschneidung die HIV-Infektionsraten in Kulturen beeinflussen kann, in denen die Beschneidung von Männern heute nicht praktiziert wird.

Mikrobizide

Mikrobizide bieten das beste Präventionswerkzeug, das von Frauen kontrolliert werden kann. Die Mikrobizide können einen beträchtlichen Einfluss auf die Epidemie nehmen. Derzeit werden 15 Mikrobizidkandidaten getestet. Die Modellierung deutet an, dass selbst ein zu 60% wirksames Mikrobizid schon einen erheblichen Einfluss auf die Verbreitung des HI-Virus haben kann, und dass der regelmäßige Einsatz bei nur 20% der Frauen in Ländern mit starken Epidemien innerhalb von drei Jahren Hunderttausende von Neuinfektionen verhindern könnte (UNAIDS, 2004b).

Derzeit gibt es auf dem Gebiet der HIV-Mikrobizide vier Kandidaten in den Versuchen der Phase II, fünf Kandidaten in Versuchen der Phase I und sechs Kandidaten in Versuchen der Phase I. Die Mikrobizide umfassen Seifen, säurehemmende Mittel, Algenderivate und Anti-HIV-Verbindungen.

Präexpositionsprophylaxe

Die Präexpositionsprophylaxe (PrEP) zur Verhinderung der sexuellen und möglicherweise Eltern-Kind-Übertragung des HI-Virus ist vielversprechend für Paare mit unterschiedlichem Serostatus, Sexarbeiter, Männer, die mit anderen Männern Geschlechtsverkehr haben, sowie Drogenkonsumenten, die intravenös spritzen, und die trotz Vorsichtsmaßnahmen dem HI-Virus ausgesetzt sein können. Derzeit werden in Atlanta und San Francisco kleine und mittlere Versuche der Phase II durchgeführt, größere Versuche der Phase II/III werden derzeit in Botswana, Ghana und möglicherweise auch Thailand durchgeführt oder werden dort geplant. Diese Studien haben zahlreiche Kontroversen ausgelöst. Die Hauptprobleme bestehen in dem möglichen Defizit der Konsultation der Probanden vor den Versuchen und ihrer informierten Einwilligung, in den Möglichkeiten zu HIV-Behandlungsprogrammen für diejenigen, die bereits am Anfang oder während der Studie als HIV-positiv getestet werden sowie - im Falle Thailands - in dem Defizit des Zugangs zu Nadelaustauschprogrammen in einer Studie, die die HIV-Übertragung unter Drogenkonsumenten untersuchen sollte. In Kambodscha wurden PrEP-Studien bereits abgesagt. Hoffentlich trägt eine Beratung in Seattle und eine Reihe von Beratungen unter der Führung von UNAIDS in zwei afrikanischen Regionen, Genf und Thailand unter Forschungssponsoren, Bürgeraktivisten und anderen dazu bei, die noch offenen Probleme zu lösen und diese vielversprechende Forschung zu fördern.

Impfstoffe

Ein Impfstoff, der HIV besiegt, ist unsere größte Hoffnung. Aber die Entwicklung eines Impfstoffes bleibt aufgrund von mangelnden Ressourcen, ethischen Bedenken und wissenschaftlichen Defiziten eine enorme Herausforderung. Gegenwärtig befinden sich 17 Impfstoffkandidaten in den Versuchen der Phase I und nur vier Impfstoffe befinden sich in der Testphase I/II. Die Hoffnungen auf den Adenovirusvektorimpfstoff von Merck, der sich gegenwärtig in der Phase IIb befindet, und der eine Verbesserung gegenüber den Vorgängerimpfstoffen sein kann, da er die Anti-HIV-zellvermittelte Immunität (CMI) stimulieren kann, sind moderat, die Hoffnungen auf den neuen Test mit dem ALVAC vCP1521 Pockenvektor/AIDSVAX Prime-Boost-Impfstoff des NIH/Verteidigungsministeriums in Thailand sind etwas schwächer. Das Gebiet der HIV-Impfstoffe wartet noch auf einen Durchbruch bei der Grundlagenforschung, besonders, wenn dies zur Entwicklung eines Impfstoffes führen würde, der effiziente neutralisierende Antikörper gegen die allgemeinen beim Menschen gefundenen HIV-Stämme übertragen könnte.

SÜDLICHES AFRIKA

HIV und AIDS-Statistik, Vergleich zwischen 2003 and 2005

	HIV-Positive, Erwachsene und Kinder	Anzahl der HIV-positiven Frauen	HIV- Neuinfektionen, Erwachsene und Kinder	Prävalenz unter Erwachsenen (%) *	AIDS-Tote, Erwachsene und Kinder
2005	25.8 Millionen [23.8–28.9 Mio.]	13.5 Millionen [12.5–15.1 Mio.]	3.2 Millionen [2.8–3.9 Mio.]	7.2 [6.6–8.0]	2.4 Millionen [2.1–2.7 Mio.]
2003	24.9 Millionen [23.0–27.9 Mio.]	13.1 Millionen [12.1–14.6 Mio.]	3.0 Millionen [2.7–3.7 Mio.]	7.3 [6.7–8.1]	2.1 Millionen [1.9–2.4 Mio.]

Im südlichen Afrika leben ungefähr 10% der Weltbevölkerung, jedoch mehr als 60% aller HIV-positiven Menschen – 25,8 Millionen [23,8 Millionen–28,9 Millionen]. Im Jahr 2005 infizierten sich Schätzungen zufolge 3,2 Millionen [2,8 Millionen–3,9 Millionen] Menschen in dieser Region neu mit HIV, 2,4 Millionen [2,1 Millionen–2,7 Millionen] Erwachsene und Kinder starben an AIDS. Unter der jungen Bevölkerung in der Altersgruppe 15 - 24 Jahre waren schätzungsweise 4,6% [4,2–5,5%] der Frauen und 1,7% [1,3–2,2%] der Männer im Jahr 2005 HIV-positiv.

In drei Ländern des südlichen Afrikas scheint die nationale HIV-Prävalenz zurückzugehen: in **Kenia, Uganda und Simbabwe**.¹ Mit der Ausnahme von Simbabwe weisen die Länder im südlichen Afrika nur wenig Anzeichen für einen Rückgang der Epidemie auf. Die HIV-Prävalenzraten bleiben weiterhin (mit Ausnahme von Angola) auf außerordentlich hohem Niveau und haben in zahlreichen Ländern den Spitzenwert

offensichtlich noch nicht erreicht, wie die steigenden Epidemiezahlen in **Mozambique** und **Swasiland** andeuten. In West- und Zentralafrika (wo die geschätzte nationale HIV-Prävalenz erheblich niedriger ist als im Süden und im Osten der Region) gibt es ebenso keine Anzeichen für eine Veränderung der HIV-Infektionsraten, mit der Ausnahme der städtischen Ballungsgebiete in **Burkina Faso** (wo die Prävalenz zurückzugehen scheint).

In dem gleichen Maße, wie es falsch wäre, von nur einer einzigen „afrikanischen“ Epidemie zu sprechen, sind die Daten zur HIV-Prävalenz manchmal dazu angelegt, ein unvollständiges Bild der tatsächlichen Sachlage zu vermitteln. In den meisten Ländern gibt es zum Beispiel je nach Ort erhebliche Unterschiede bezüglich der beobachteten HIV-Prävalenz unter Schwangeren, die die Schwangerenvorsorge aufsuchen. Die großen lokalen Abweichungen weisen ebenfalls auf die Anpassungsfähigkeit der Epidemie und ihre Anfälligkeit gegenüber Umweltfaktoren

¹ Es ist darauf hinzuweisen, dass die HIV-Prävalenz eine zeitverzögerte Sicht auf die Epidemie gibt, da sie die HIV-Inzidenzentwicklung früherer Jahre widerspiegelt. (Die HIV-Prävalenz beschreibt die Gesamtzahl der HIV-Positiven unabhängig davon, wann sie sich infizierten; die Inzidenz hingegen beschreibt die Anzahl der Neuinfektionen). Wenn Epidemien sich auf eine so hohe und reife Stufe entwickeln, wie das in weiten Teilen Ostafrikas und des südlichen Afrikas der Fall ist, können Daten zur HIV-Prävalenz ein mehrdeutiges und verwirrendes Bild abgeben. In einem solchen Fall bedeutet eine Stabilisierung der HIV-Prävalenz nicht notwendigerweise, dass die Epidemie sich verlangsamt: sie könnte auch auf ein Gleichgewicht auf hohem Niveau hindeuten, bei dem die Anzahl der Menschen, die sich neu mit dem Virus infizieren, ungefähr der Anzahl von Menschen entspricht, die an AIDS sterben.

hin – die Präventions-, Beratungs-, Pflege- und Folgenlinderungsstrategien müssen diese Faktoren in Betracht ziehen, wenn sie effizienter gestaltet werden sollen. Unter diesen Faktoren ist besonders der soziale und der sozioökonomische

Status der Frauen zu erwähnen, die in dieser Region weiterhin in überproportionalem Maße von HIV betroffen und gleichzeitig nur recht schlecht über die Epidemie aufgeklärt sind (siehe Kästchen unten.)

Anhaltender Wissensmangel

In weiten Teilen des südlichen Afrikas weiß die Bevölkerung zu wenig über die HIV-Übertragungswege. Im Allgemeinen sind Frauen weniger gut über HIV informiert als Männer, ebenso gibt es einen Unterschied zwischen der Landbevölkerung und den Stadtbewohnern. Dies trifft auch auf die zehn Länder zu, in denen mehr als 10% der erwachsenen Bevölkerung betroffen sind.² In 24 Ländern des südlichen Afrikas (einschließlich Kamerun, Elfenbeinküste, Kenia, Nigeria, Senegal und Uganda) haben zwei Drittel der jungen Frauen (im Alter von 15–24 Jahren) einen deutlichen Wissensmangel in Fragen der HIV-Übertragung (verschiedene Umfragen, 2000–2004). Daten aus 35 der 48 afrikanischen Länder im südlichen Afrika zeigen, dass Männer mit einer im Durchschnitt 20% höheren Wahrscheinlichkeit zutreffende Kenntnisse über HIV haben als Frauen. Auch der Bildungsstand ist hier von höchster Bedeutung (UNICEF, 2004). Junge Frauen in Ruanda mit Sekundär- oder Hochschulbildung kannten die Hauptübertragungswege des HI-Virus mit fünfmal höherer Wahrscheinlichkeit als junge Frauen ohne formelle Schulbildung (Gesundheitsministerium Ruanda, 2001).

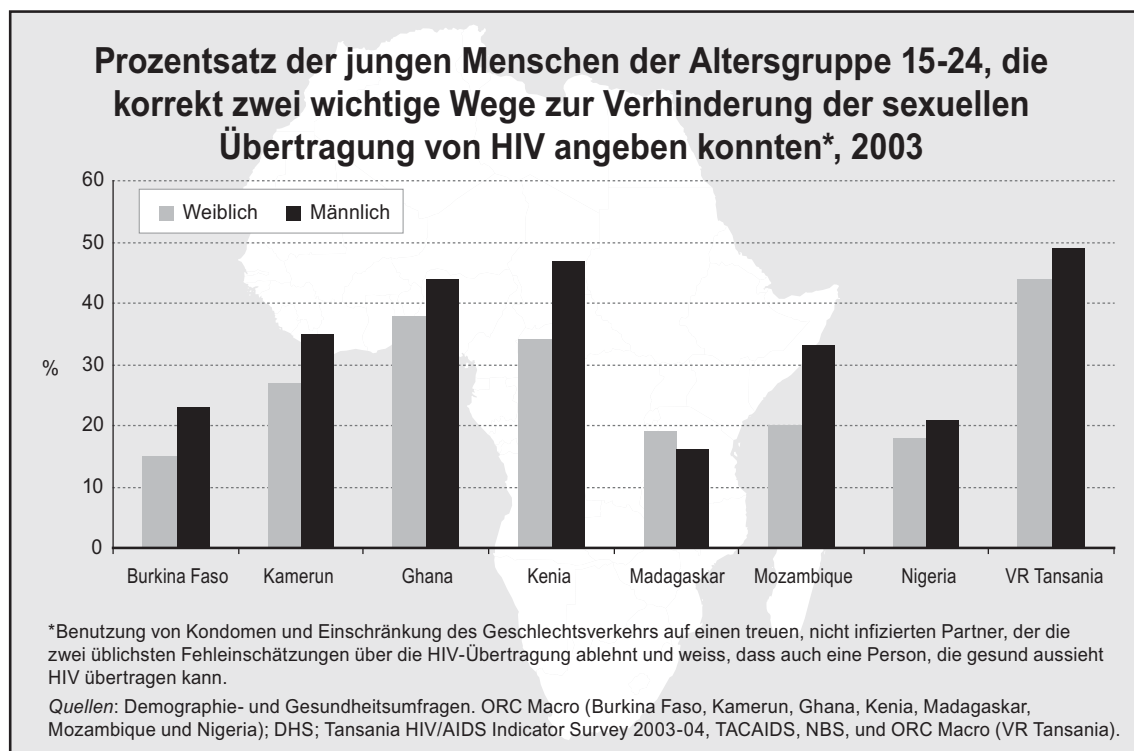


Abbildung 4

² Botswana, Zentralafrikanische Republik, Lesotho, Malawi, Mozambique, Namibia, Südafrika, Swasiland, Sambia, Vereinigte Republik Tansania.

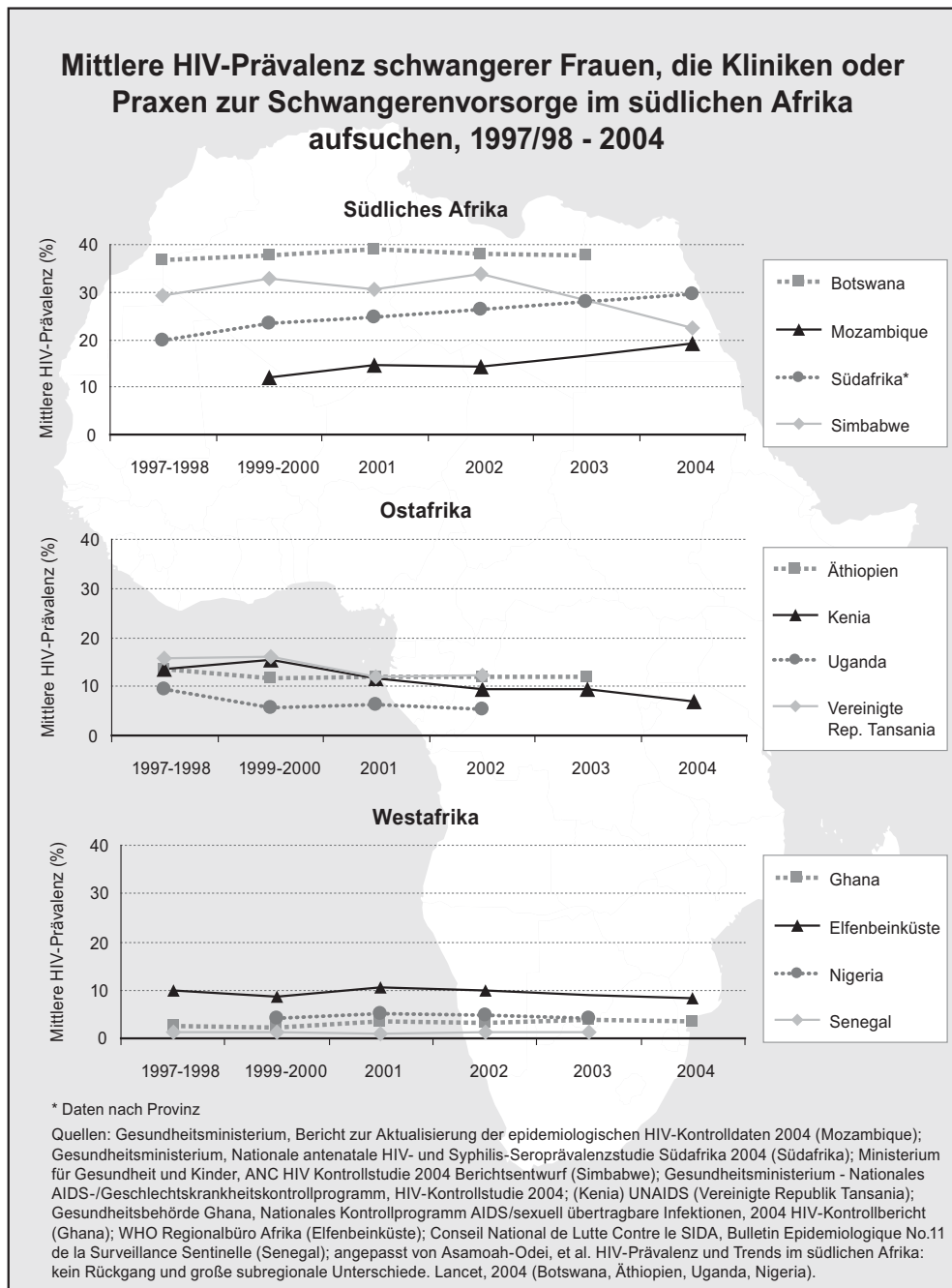


Abbildung 5

Methodische Probleme

Es gibt in der Praxis keine Möglichkeit, *exakt* zu bestimmen, wie viele Menschen in einem Land mit einem Virus wie dem HI-Virus infiziert sind. Wissenschaftler erfassen einschlägige Daten, arbeiten weiterhin an der Erkennung der Übertragungswege und der Geschwindigkeit der HIV-Übertragung und entwickeln mathematische Modelle, mit deren Hilfe man zum Beispiel näherungsweise ermitteln kann, wie viele Menschen sich neu mit HIV infizieren und wie viele an AIDS sterben (Ward et al., 2004). In den schwerpunktmäßig heterosexuellen AIDS-Epidemien, wie zum Beispiel

den Epidemien im südlichen Afrika, werden für solche Berechnungen hauptsächlich Daten aus ausgewählten Kliniken und Praxen zur Schwangerenvorsorge herangezogen, in denen Blutproben schwangerer Frauen anonym getestet werden. Gemäß Definition spiegeln diese Daten jedoch nur die HIV-Prävalenz unter Frauen wider, die ungeschützten Geschlechtsverkehr hatten. Sie tendieren dazu, die Prävalenz unter jungen Frauen (15 - 24 Jahre) zu überschätzen, von denen ein bedeutender Teil noch nicht sexuell aktiv ist. Die Daten geben darüber hinaus auch keinen direkten Aufschluss über die Prävalenz unter Männern, unter Frauen unter und über dem gebärfähigen Alter sowie unter Frauen, die keinen ungeschützten Geschlechtsverkehr hatten. Häufig sind die ausgewählten Kliniken und Praxen mehrheitlich in städtischen Ballungsgebieten oder im direkten Umfeld der Städte angesiedelt. Diese Faktoren können alle zu einer Überschätzung der HIV-Infektionen führen. Andererseits erfassen die durch den Test schwangerer Frauen gesammelten Daten möglicherweise eine große Anzahl von Frauen nicht, die mit dem Virus infiziert sind und die nicht schwanger werden können, weil HIV die Fruchtbarkeit herabsetzt. Nach richtiger Anpassung im Vergleich mit anderen Informationen und Annahmen auf der Grundlage gemessener Daten bieten die Daten jedoch eine Grundlage für angemessen genaue Schätzungen, die dann in „Plausibilitätsgrenzen“ oder „Unsicherheitsschwankungsbereichen“ wiedergegeben werden.

Umfragen in Haushalten, die einen HIV-Test enthalten, liefern landesweite Daten zur HIV-Prävalenz unter Männern und Frauen verschiedener Altersgruppen und umfassen auch Stichproben aus entfernt gelegenen ländlichen Regionen. Auch sie tendieren jedoch zu Ungenauigkeiten. Wenn sich ein bedeutender Teil der Befragten weigert, einen Test durchführen zu lassen, oder wenn die Befragten nur bestimmte Fragen beantworten oder zum Zeitpunkt der Befragung nicht da sind, sind die Umfragedaten entsprechend verfälscht. Dies ist bei den meisten Haushaltsumfragen, die in den letzten Jahren in afrikanischen Ländern durchgeführt wurden, ein immer wiederkehrendes Problem, da die Nichtbeantwortung der Fragen bei 8–42% lag. Die Schätzungen können entsprechend korrigiert werden, wenn die grundlegenden Charakteristika derjenigen, die nicht geantwortet haben, bekannt sind. Die Umfragen geben jedoch in der Regel keinen Aufschluss über die Gründe der Abwesenheit oder Weigerung von Personen, an der Umfrage teilzunehmen, und über ihren HIV-Status. Möglicherweise ist die Weigerung einer Person, an der Umfrage teilzunehmen, oder die Abwesenheit einer Person auf eine hohe Wahrscheinlichkeit der HIV-Infektion zurückzuführen. Es besteht also die Wahrscheinlichkeit, dass höhere Beantwortungsraten in Haushaltsumfragen zu einer Unterschätzung der HIV-Prävalenz führen.

Alle dieser Methoden haben ihre spezifischen Stärken und Schwächen. Üblicherweise sind Schätzungen auf der Grundlage von Daten aus der Schwangerenvorsorge hilfreich bei Voraussagen zu HIV-Infektionstrends unter den 15 - 49-Jährigen. Nationale Haushaltsumfragen können im Gegensatz dazu wichtige Informationen zur nationalen Prävalenz und zur Verbreitung von HIV besonders unter jungen Menschen, Männern und der Landbevölkerung geben. Insgesamt betrachtet können sich aus den verschiedenen Daten genauere Schätzungen zu Infektionsaufkommen und Infektionsraten (sowie weitere Schätzungen, zum Beispiel der Anzahl der durch AIDS verursachten Todesfälle) ergeben. Die AIDS- und HIV-Schätzungen (ob sie nun aus Haushaltsumfragen oder Kontrolldaten stammen) müssen jedoch immer sorgfältig ausgewertet werden, und die Annahmen sind ständig zu überprüfen. Die in diesem Kapitel vorgestellten regionalen Schätzungen beruhen auf beiden Informationsquellen.

SÜDLICHES AFRIKA

Das südliche Afrika kann auch weiterhin als das Epizentrum der globalen AIDS-Epidemie bezeichnet werden. Zum ersten Mal gibt es jedoch Anzeichen dafür, dass die Epidemien hier langsam abflauen.

Neue Daten zeigen eine rückläufige Tendenz der nationalen HIV-Prävalenz unter Erwachsenen in **Simbabwe**. Die jüngsten Daten aus dem nationalen Überwachungssystem zeigen einen Rückgang der

HIV-Prävalenz unter Schwangeren von 26% im Jahr 2002 auf 21% im Jahr 2004. Andere Daten deuten darauf hin, dass der Rückgang bereits im Jahr 2000 einsetzte (Ministerium für Gesundheit und Kinder Simbabwe, 2004 und 2005, folgend). Ergebnisse aus lokalen Untersuchungen stützen diese Anzeichen auf der nationalen Ebene. In Harare fiel die HIV-Prävalenz unter Frauen, die die Schwangerenvor- oder nachsorge aufsuchten, von 35% im Jahr 1999 auf 21% im Jahr 2004. In den ländlichen Gebieten im Osten Simbawbes

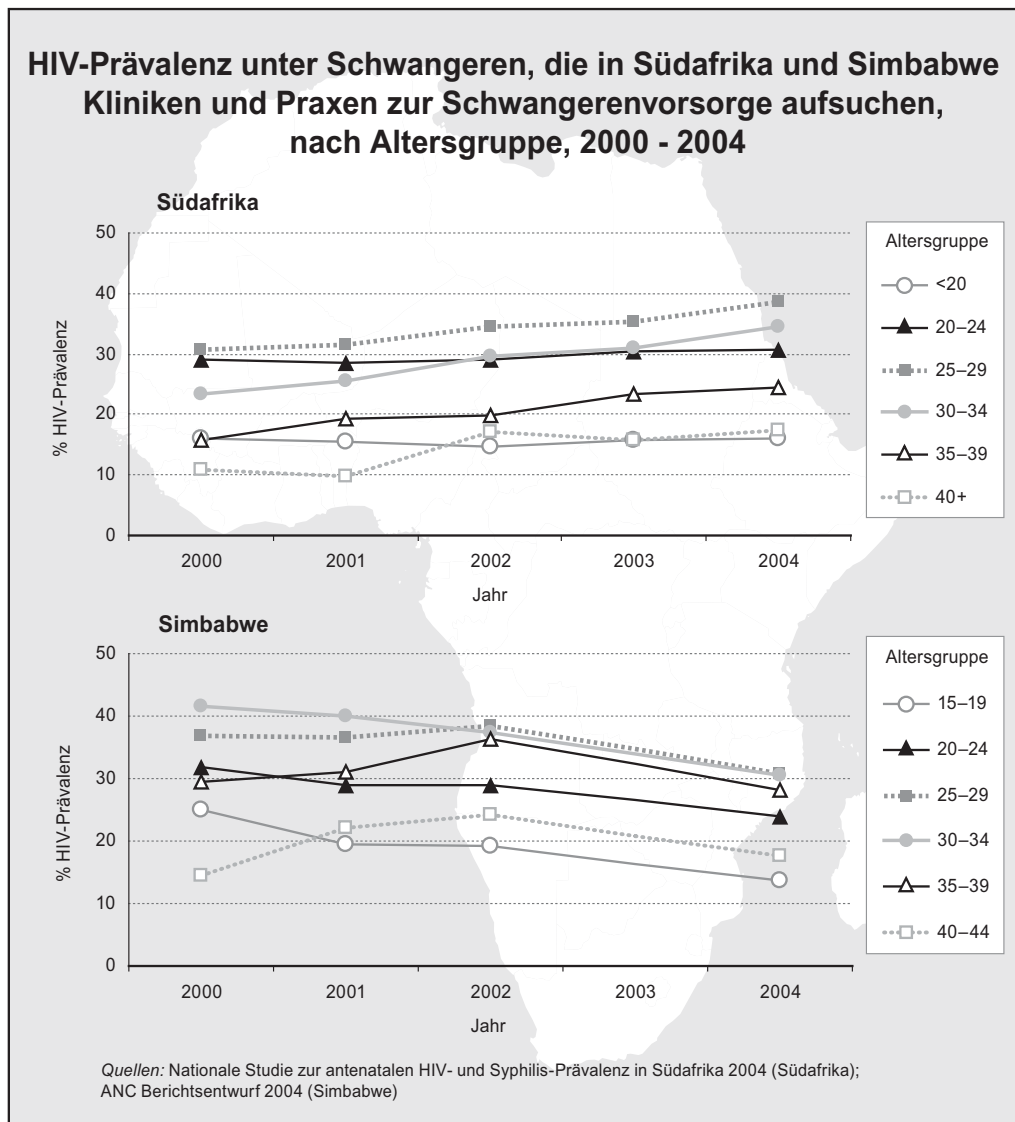


Abbildung 6

spiegelte sich der Rückgang der HIV-Prävalenz unter Schwangeren auch in der HIV-Prävalenz unter Frauen und Männern in der allgemeinen Bevölkerung wider (Mundandi et al., 2004). Ein beträchtlicher Rückgang der HIV-Prävalenz unter Schwangeren (15-24 Jahre) – von 29%

Studien unter Frauen nach der Entbindung und männlichen Fabrikarbeitern in Harare sowie die aktuell niedrigen Schätzungen der HIV-Inzidenz im ländlichen Manicaland scheinen diesen Trend zu bestätigen. (Hargrove et al., 2005; Mugurungi et al., 2005).

Änderungen im Sexualverhalten scheinen zu dem Rückgang der HIV-Prävalenz beigetragen zu haben.

auf 20% im Zeitraum 2000-2004 – scheint darauf hinzudeuten, dass sich auch die HIV-Neuinfektionsrate (Inzidenz) verringern könnte. Ein Vergleich der geschätzten HIV-Inzidenz aus

Änderungen des Sexualverhaltens haben anscheinend einen Beitrag zum Rückgang der HIV-Prävalenz geleistet. Der Kondomgebrauch bei Gelegenheitsbeziehungen hat inzwischen ein hohes

Niveau erreicht (86% unter Männern, 83% unter Frauen), und Daten aus neueren nationalen und lokalen Umfragen deuten an, dass es in den letzten Jahren möglicherweise eine Verringerung der Anzahl von Sexualpartnern gegeben hat (Mahomva, 2004). Die Sterblichkeitskurve flacht sich in einigen Teilen des Landes ab, und auch dies trägt zu der Ansicht bei, dass die sinkende HIV-Inzidenz und die Veränderungen des Sexualverhaltens in erster Linie für den offensichtlichen Rückgang der Prävalenz verantwortlich sind.

einen ähnlichen Rückgang der Epidemien. Neue Daten aus **Südafrika** weisen aus, dass die HIV-Prävalenz unter schwangeren Frauen einen neuen Höchststand erreicht hat: 29,5% [Bandbreite 28,5–30,5%] der Frauen, die die Schwangerenvorsorge aufsuchten, waren im Jahr 2004 HIV-positiv (Gesundheitsministerium Südafrika, 2005). Die Prävalenz lag bei den Frauen in der Altersgruppe 25–34 Jahre am höchsten – mehr als ein Drittel aller Frauen in dieser Altersgruppe sind Schätzungen zufolge HIV-positiv. Bei den Frauen

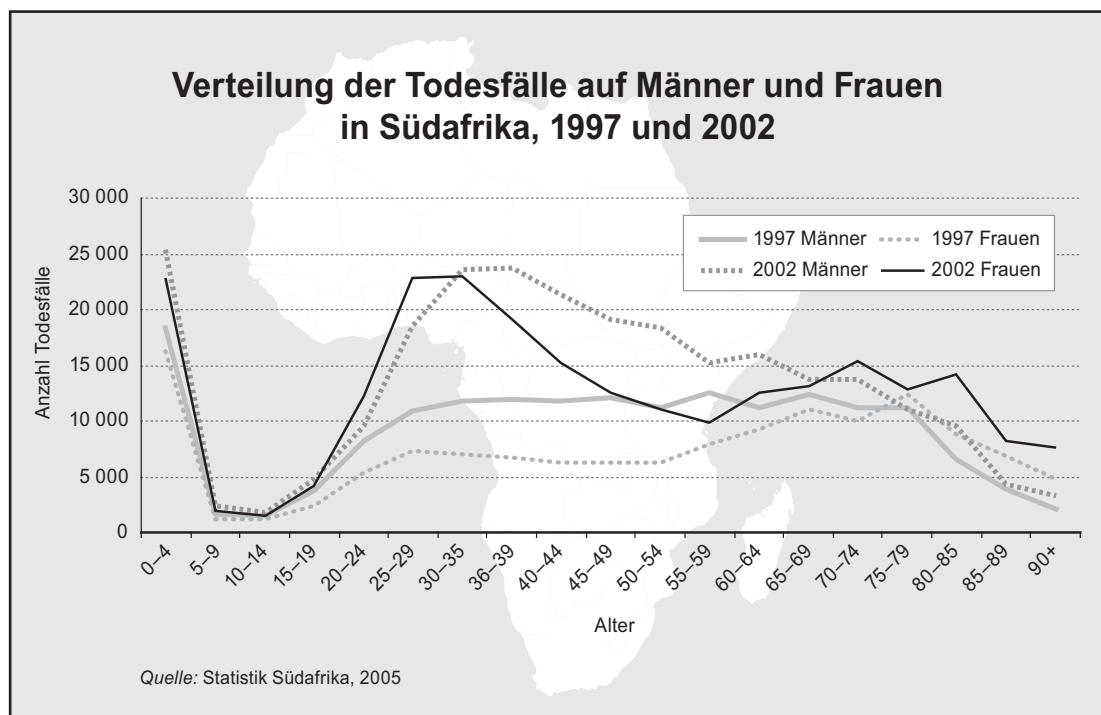


Abbildung 7

Mit einem Anteil von immer noch mehr als 20% schwangeren Frauen, die positiv getestet werden, sind die Infektionsraten jedoch unverändert die höchsten in der Welt, was die Notwendigkeit von Präventionsaktivitäten klar unterstreicht. Besonders beunruhigend ist die Möglichkeit, dass Faktoren wie die Mobilität der Bevölkerung, Ehescheidungen und unsichere Lebensumstände nach der Zwangsvertreibung von mehreren Hunderttausend Menschen in Simbabwe im Jahr 2005 diese Trends wieder umkehren könnten (Human Rights Watch (2005)).

Leider gibt es in den anderen Ländern des südlichen Afrikas noch keine Anzeichen für

der Altersgruppe 20–24 war nahezu eine von drei Frauen infiziert. In der am stärksten betroffenen Provinz des Landes, KwaZulu-Natal, erreichte die Prävalenz einen Wert von 40%, doch auch die Prävalenz in den Provinzen Eastern Cape, Free State, Gauteng, Mpumalanga und North West liegt mit Werten zwischen 27% und 31% außergewöhnlich hoch.

Diese zuletzt angeführten Daten unterstreichen ein besonderes Merkmal der Epidemie in Südafrika: die überraschende Geschwindigkeit, mit der sich die Epidemie entwickelt. Die nationale Prävalenz unter Erwachsenen schoss von weniger als 1% im Jahr 1990 innerhalb von 10 Jahren auf

fast 25% hoch. Unter schwangeren Teenagern in der Altersgruppe 15-19 Jahre haben sich die HIV-Infektionsraten seit 2000 auf 15-16% eingependelt, wohingegen für die Altersgruppe 20 - 24 Jahre die entsprechende Infektionsrate im Zeitraum 2000 - 2004 zwischen 28% und 31% lag (Gesundheitsministerium, 2005).

Südafrika, das immer noch ein wenig hinter der Entwicklung der Epidemie in anderen Ländern der Subregion hinterherhinkt, muss nun erleben, wie AIDS seinen schrecklichen Tribut fordert und zahlreiche Menschen das Leben kostet. Eine kürzlich veröffentlichte Studie zu den gemeldeten Todesfällen zeigt, dass die Zahl der Todesfälle in der Altersgruppe über 15 Jahre im Zeitraum 1997-2002 um 62% angestiegen ist, die Todesfälle in der Altersgruppe 25 - 44 Jahre haben sich mehr als verdoppelt. Auf der Grundlage der Informationen von nahezu 2,9 Millionen Todesscheinen wies die Studie nach, dass mehr als ein Drittel aller Todesfälle in dieser Altersgruppe zu verzeichnen war (Statistik SA, 2005). AIDS wird für einen großen Teil der Trendveränderungen verantwortlich gemacht, die in Abbildung 7 dargestellt sind, da die Muster der Todesfallentwicklung in Südafrika eng mit den Voraussagen der AIDS-Modelle übereinstimmen.

Eine sehr hohe HIV-Prävalenz – häufig bei Werten von über 30% unter Schwangeren – wird in vier weiteren Ländern der Region verzeichnet: **Botswana, Lesotho, Namibia und Swasiland**. Doch wiederum sind keine klaren Muster eines Rückgangs der Prävalenz sichtbar. Die Epidemie in **Swasiland** hält mit unverminderter Stärke an. Die HIV-Prävalenz unter Schwangeren stieg im Jahr 2004 auf den Extremwert 43%, dies steht im Vergleich zu 34% vier Jahre zuvor. Im Jahr 1992 hatte die Prävalenz noch 4% betragen (Gesundheits- und Sozialministerium Swasiland, 2005). In Swasiland gibt es nur geringe regionale Schwankungen in der unter Schwangeren gemessenen HIV-Prävalenz (Gesundheits- und Sozialministerium Swasiland, 2002). Es gibt ein paar schüchterne Anzeichen dafür, dass einige junge Frauen ein sichereres Verhalten an den Tag legen (zum Beispiel scheint die Anzahl der Schwangerschaften im Teenageralter zurückzugehen). In einer so stark steigenden Epidemie laufen Frauen jedoch eine extrem hohe Gefahr, sich bei

ungeschütztem Geschlechtsverkehr zu infizieren; unter Schwangeren in der Altersgruppe 25–29 waren im Jahr 2004 56% der Frauen HIV-positiv (Gesundheits- und Sozialministerium Swasiland, 2004). Wie in Swasiland ist die HIV-Prävalenz unter Schwangeren in **Lesotho** ebenfalls außergewöhnlich hoch, wenn es auch Anzeichen für eine mögliche Stabilisierung der Situation gibt. Die mittlere HIV-Prävalenz betrug bei jüngsten Messungen unter Frauen, die die Schwangerenvorsorge aufsuchten, 27%, dieser Wert liegt geringfügig unter dem im Jahr 2003 gemessenen Wert von 29% (Gesundheits- und Sozialministerium Lesotho, 2005).

Eine anscheinend stabile nationale HIV-Prävalenz kann sehr unterschiedliche lokale Trends und Muster verschleiern – selbst in einem relativ kleinen Land wie **Malawi**. Die Prävalenz unter Schwangeren in Malawi reichte von knapp unter 7% an einem Ort im Zentrum des Landes bis zu 33% in der Südspitze des Landes. Die nationale Prävalenz unter Schwangeren, die die Schwangerenvorsorge aufsuchen, liegt zwar weiterhin bei ca. 20%, doch es sind zwei Trends zu beobachten, die Anlass zur Sorge geben. Die in ländlichen Praxen gemessene Prävalenz steigt (von 12,1% im Jahr 1999 auf 14,5% im Jahr 2003), und die Prävalenz unter jungen Schwangeren ist hoch (15% unter Frauen der Altersgruppe 15–19 Jahre, 20% in der Altersgruppe 20–24 Jahre). (Gesundheits- und Bevölkerungsministerium Malawi, 2003)

Die Epidemie in **Mozambique** hinkt – wie die Epidemie in Südafrika – zeitlich hinter den Epidemien in anderen Ländern der Subregion hinterher. Die jüngsten Daten zeigen jedoch eine dramatische Verschlimmerung der Epidemie insgesamt mit steigenden Infektionsraten in allen Regionen. (Die HIV-Prävalenz unter Schwangeren stieg in 23 der in der Seroüberwachungsrunde 2004 untersuchten 34 Kliniken und Praxen.) Schätzungen der nationalen HIV-Prävalenz unter Erwachsenen stiegen im Zeitraum 2002 - 2004 eine Steigerung von 14% auf etwas mehr als 16%, dabei verbreitete sich HIV am schnellsten in den Provinzen, in denen die Haupttransportwege des Landes als Verbindung zu **Malawi, Südafrika und Simbabwe** liegen. Unter den Schwangeren in Caia (an der Eisenbahnverbindung mit dem südlichen Malawi gelegen) verdreifachte sich die HIV-Prävalenz von 7% im Jahr 2001 auf 19% im

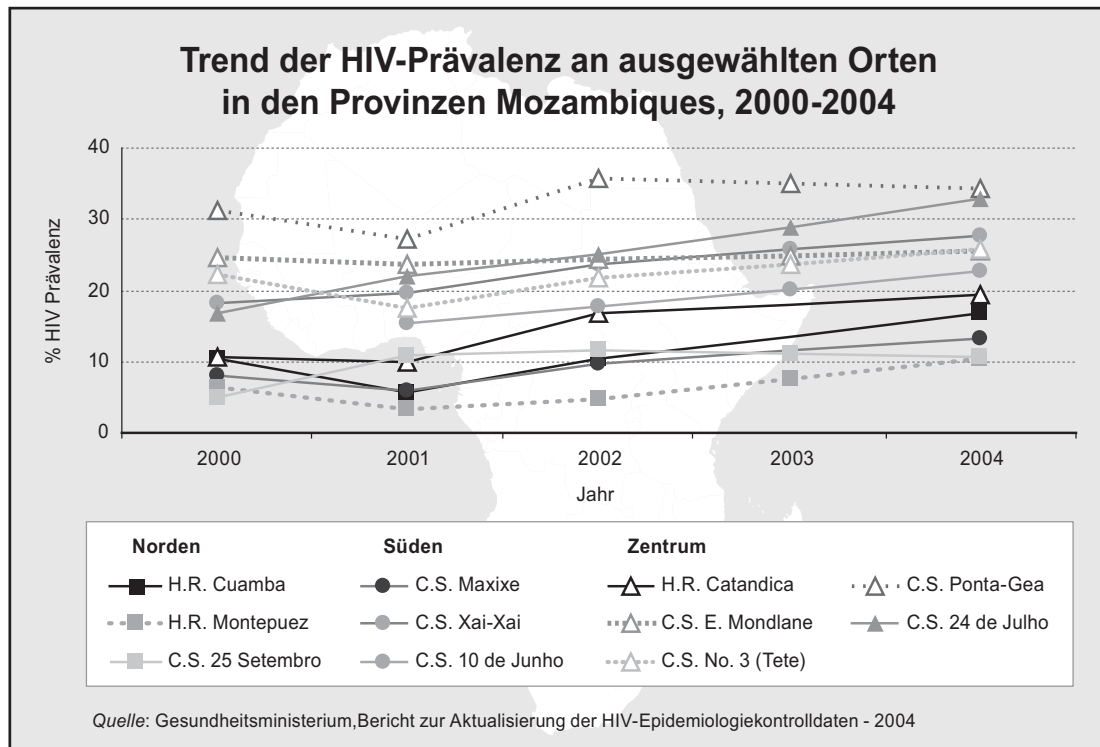


Abbildung 8

Jahr 2004 (Gesundheitsministerium, 2005). Hohe Infektionsraten sind auch in der Provinz Gaza zu erkennen, die direkt an die Länder Simbabwe und Südafrika angrenzt (und eine der Hauptquellen der Arbeitsmigranten für die Industriebetriebe und Farmen in Südafrika ist), dies gilt ebenso für

Schwangeren, die im Zeitraum 1998 - 2002 die Schwangerenvorsorge aufsuchten (unter anderem in Chilenje, Matero, Kasama, Kapiri Moposhi und Livingstone) ist ein Anzeichen dafür, dass in bestimmten Teilen des Landes noch immer schnell steigende Neuinfektionsraten zu beobachten

Die Epidemie dringt immer stärker in das öffentliche Bewusstsein, es mangelt jedoch noch an spezifischem Wissen über HIV.

die Provinz Sofala, die von der Hauptexportroute nach Simbabwe durchschnitten wird. Insgesamt gesehen findet sich die höchste und die am stärksten steigende HIV-Prävalenz in den zentralen und südlichen Provinzen in Mozambique, wo die nationale (gewichtete) Prävalenz im Jahr 2004 über 18% bzw. 20% betrug. Und auch wenn die HIV-Prävalenz im Norden mit 9% niedriger ist, so ist auch dort eine steigende Tendenz zu erkennen (Gesundheitsministerium Mozambique, 2005).

Die HIV-Prävalenz in **Sambia** bleibt weiterhin hoch. Die mittlere nationale HIV-Prävalenz unter erwachsenen (Altersgruppe 15 - 44 Jahre) Schwangeren stagniert seit 1994 bei 18 - 20%. Die steigende Prävalenz unter den 15 - 19-jährigen

sind (Monze, 2004). Die HIV-Infektionswahrscheinlichkeit unter den Einwohnern der Städte liegt doppelt so hoch wie die Wahrscheinlichkeit unter der Landbevölkerung, die höchsten Infektionsraten sind in Städten und Gemeinden zu beobachten, die an den Haupttransportrouten liegen - einschließlich Kabwe, Kapiri Mposhi, Livingstone und Ndola, wo 22-32% der Schwangeren im Jahr 2002 HIV-positiv waren (Nationaler HIV/AIDS-Rat Sambia, 2002).

Angola, ein Land, das immer noch mit den Folgen eines jahrzehntelangen Kriegs zu kämpfen hat, weist die bei weitem niedrigste HIV-Prävalenz im südlichen Afrika aus. Die letzte Runde der HIV-Überwachung kam zu der

Schätzung, dass 2,8% [Bereich 2,5–3,1%] der Schwangeren auf nationaler Ebene HIV-positiv waren (Gesundheitsministerium Angola, 2004). Die vor kurzem erfolgte Ausweitung der HIV-Überwachung in Angola (jetzt werden in allen 26 Provinzen in Schwangerenvorsorgepraxen und -kliniken Daten erhoben) erschwert Vergleiche mit vorherigen nationalen HIV-Schätzungen. Der beste Anhaltspunkt zur Ermittlung aktueller Trends ist die HIV-Prävalenz unter Frauen in der Altersgruppe 15–24, die die Schwangerenvorsorge aufsuchen, denn ihr Alter bedeutet, dass eine mögliche Infektion bei ihnen erst vor kurzem eingetreten ist. Die HIV-Prävalenz unter jungen Schwangeren lag in sieben Provinzen (Cunene, Kuando-Kubango, Luanda, Lunda Norte, Lunda Sur, Namibe, Uíge) bei knapp 3% oder darüber. Die einzigen langfristig vergleichbaren Daten sind die Daten für die Hauptstadt Luanda, wo die Prävalenz von 0,3% Mitte der 80er Jahre (1986) auf 4,4% im Jahr 2004 gestiegen ist. Die Tatsache, dass eine HIV-Prävalenz von 33% unter weiblichen Sexarbeitern in Luanda festgestellt wurde, deutet auf ein riesiges Potential für ein zukünftiges Wachstum der Epidemie hin (Grupo Temático HIV/SIDA, 2002). Ein genauerer Blick auf die Situation zeigt große Schwankungen und macht deutlich, dass zwei der am stärksten betroffenen Provinzen (Cunene und Kuando-Kubango) an der Grenze zu Namibia liegen (wo im Norden des Landes die höchsten HIV-Infektionsraten unter Schwangeren verzeichnet wurden).

Die HIV-Prävalenz unter Schwangeren in **Namibia** schwankt dramatisch – von 8,5% in Opuwo (im abgelegenen Nordwesten) bis zu mehr als 42% in Katima Mulilo (im Caprivi-Streifen zwischen Angola, Botswana und Sambia). In den Häfen Luderitz, Swakopmund und Walvis Bay liegt die Prävalenz zwischen 22% und 28%. In Teilen Namibias ist die Epidemie so stark wie in einigen der am schlimmsten betroffenen Gebieten in Botswana, Südafrika und Swasiland. Auch in Gegenden, in denen in der letzten Zeit ein Rückgang der Infektionsraten zu beobachten war (zum Beispiel in Katutura und Oshakati), liegt die HIV-Prävalenz unter Schwangeren immer noch bei über 20%. Insgesamt gibt der leichte Rückgang der nationalen HIV-Prävalenz, der in den Schwangerenvorsorgeuntersuchungen in Namibia im Jahr 2004 verzeichnet wurde, keine deutlichen Anzeichen, ob sich die Epidemie im

Land tatsächlich stabilisiert hat. Die vorsichtige Interpretation der Daten beruht auch auf den Infektionsraten der Schwangeren der Altersgruppe 15 - 24 in der Schwangerenvorsorge, die je nach Ort ambivalente Tendenzen zeigen. Es gab zwar erhebliche Rückgänge der Prävalenz unter jungen Schwangeren in Andara, Nyangana, Otjiwarongo und Tsumeb, doch die Prävalenz hat sich in Orten wie Nankudu, Oshakati, Rundu und Swakopmund ganz erheblich in die andere Richtung entwickelt (Gesundheits- und Sozialministerium Namibia, 2004).

Die Epidemie in **Botswana** scheint sich zu stabilisieren – doch die nationale HIV-Prävalenz unter Schwangeren hat sich seit 2001 nicht wesentlich verändert und liegt immer noch bei zwischen 35% und 37%. Unter den Schwangeren der Altersgruppe 15 - 24 sind die HIV-Infektionsraten seit 1999 relativ stabil geblieben, in der Altersgruppe 25 und älter steigt die Prävalenz jedoch seit 1992 konstant und hat bei der letzten Messung im Jahr 2003 einen Wert von 43% erreicht. Vorläufige Daten aus einer neuen Haushaltsstudie in Botswana machen Hoffnung, dass die Epidemie des Landes vielleicht doch kleiner ist, als früher angedeutet (Nationale AIDS Koordinierungsbehörde, Botswana 2005). Die Umfrage schätzte, dass ca. 25% der 15 - 49-Jährigen mit dem HI-Virus leben - weitaus weniger als die 37%, die sich aus Schätzungen aus der Schwangerenvorsorge ergaben (UNAIDS, 2004). Die neue Schätzung sollte jedoch mit Vorsicht betrachtet werden, da der extrem hohe Anteil der Antwortverweigerungen (44% der Teilnehmer weigerten sich, auf HIV getestet zu werden) die Ergebnisse verfälscht und eine Unterschätzung der HIV-Prävalenz zur Folge gehabt haben könnte. Dennoch fand die Studie heraus, dass mehr als 6% der Kinder im Alter von 18 Monaten bis 4 Jahren HIV-positiv sind, dies ist wahrscheinlich in erster Linie auf die Mutter-Kind-Übertragung des Virus zurückzuführen. Die Infektionsraten unter älteren Männern und Frauen lagen unerwartet hoch: 29% für die Altersgruppe 45–49, und 21% für die Altersgruppe Anfang 50. Die Wissenslücken bezüglich HIV scheinen weiter anzuhalten. Einer von vier Befragten wusste nicht, dass konsequenter Kondomgebrauch die Übertragung verhindert, und nur 13% kannten drei Wege zur Prävention der sexuellen Übertragung des Virus (Nationale AIDS-Koordinierungsbehörde, 2005).

Die nationale HIV-Prävalenz unter Erwachsenen in **Madagaskar** ist in den letzten Jahren stark angestiegen und liegt jetzt bei schätzungsweise 1,8% im Jahr 2005 (Gesundheitsministerium Madagaskar, 2005). Die Epidemie wird weitgehend durch ungeschützten heterosexuellen Kontakt gefördert. Die Aufklärung steigt, aber trotzdem reicht das spezifische Wissen über HIV noch nicht aus. In einer Umfrage 2003 - 2004 konnten weniger als 20% der Bewohner von Madagaskar zwei Wege zur Verhinderung der sexuellen Übertragung von HIV und drei Fehleinschätzungen zu AIDS nennen (Wirtschafts-, Finanz- und Haushaltsministerium, 2005). Knapp 12% der jungen Männer und 5% der jungen Frauen (in der Altersgruppe 15-24) gaben an, dass sie beim letzten Gelegenheitssex ein Kondom benutzt hatten (Direction Générale de la Lutte contre le SIDA et al, 2004).

Mauritius und die **Seychellen** haben bisher keine Epidemien des Ausmaßes anderer Länder in der Region erlebt. Doch HIV breitet sich hier besonders unter den Drogenbenutzern aus: unter intravenös spritzenden Drogenkonsumenten wurde eine Prävalenz von 10–20% festgestellt, und die Gesundheitsbehörden des Landes schätzen, dass bis zu 3.000 Drogenbenutzer HIV-positiv sein könnten. Außerdem wurden erhebliche Infektionsraten (3-7%) unter weiblichen Sexarbeitern festgestellt. Eine kleinere Epidemie gibt es auf den Seychellen, wo seit 1987 weniger als 400 HIV-Fälle diagnostiziert wurden. Auf den Inseln ist der heterosexuelle Geschlechtsverkehr der Hauptübertragungsweg, wenn auch seit 2000 eine steigende Anzahl von HIV-Diagnosen unter Männern gestellt wurden, die Geschlechtsverkehr mit anderen Männern haben (Amt für die Bekämpfung ansteckender Krankheiten auf den Seychellen, 2005). Berichte über einen steigenden Drogengebrauch (einschließlich Heroin) steigern die Sorge, dass der intravenöse Drogengebrauch sich auch hier bald zu einem wesentlichen HIV-Übertragungsweg entwickeln könnte.

Ostafrika

Ostafrika liefert auch weiterhin die hoffnungsvollsten Anzeichen dafür, dass in schweren AIDS-Epidemien eine Wende erreicht werden kann. Der landesweite Rückgang der HIV-Prävalenz unter Schwangeren seit Mitte

der 90er Jahre in **Uganda** setzt sich jetzt in den städtischen Ballungsgebieten von **Kenia** fort, wo die Infektionsraten an einigen Orten dramatisch fallen. In beiden Ländern haben aller Wahrscheinlichkeit nach Verhaltensänderungen zu diesen Trendänderungen geführt. An anderen Orten in Ostafrika hat sich die HIV-Prävalenz in den letzten Jahren entweder leicht abgeschwächt oder ist stabil geblieben.

Neue Forschungsarbeiten und Analysen vermitteln ein besseres Verständnis der Epidemie in **Uganda**, wo die nationale HIV-Prävalenz in den frühen 90er Jahren einen Spitzenwert von mehr als 15% erreichte und dann stetig zurückgegangen ist, teilweise aufgrund der flächendeckend eingeführten Maßnahmen zur Eindämmung der Epidemie. Es gibt jedoch Warnsignale, dass die Epidemie in Uganda wiederaufflammen könnte. Eine landesweite Haushaltsumfrage in den Jahren 2004-2005 stellte fest, dass Männer mit höherer Wahrscheinlichkeit als Frauen mehrere Partner haben – 29% der Männer und 4% der Frauen gaben an, dass sie in den vorangegangenen 12 Monaten mehr als einen Sexualpartner hatten. Der Kondomgebrauch war nicht sehr ausgeprägt: von allen Frauen und Männern, die angaben, dass sie im vorangegangenen Jahr mit einem Gelegenheitspartner geschlafen hatten, hatte nur rund die Hälfte beim letzten Geschlechtsverkehr mit dieser Person ein Kondom benutzt. Es gibt darüber hinaus Anzeichen dafür, dass die HIV-Stigmatisierung anhält: rund die Hälfte der befragten Männer und Frauen gaben an, dass sie, falls sich ein Familienmitglied mit HIV infizieren würde, diese Tatsache lieber geheim halten würden (Gesundheitsministerium Uganda, 2005).

Die Umfrage schätzte die nationale HIV-Prävalenz unter Erwachsenen auf 7% – und damit auf einen höheren Wert als die Schätzungen auf Grundlage der letzten Daten der Schwangerenvorsorge. (Gemäß Angaben aus dem Gesundheitsministerium Uganda 2003 lag die nationale HIV-Prävalenz auf der Basis der Schwangerenvorsorge im Jahr 2003 bei 6,2%.) Einer von zehn Ugandern im Alter von 30 - 39 Jahren war nach dieser Umfrage HIV-positiv, und die Prävalenz unter den Einwohnern mittleren Alters und unter der älteren Bevölkerung war hoch: etwa 7% der Männer in der Altersgruppe 50 - 59 Jahre war HIV-positiv, die Zahl bei den Frauen der gleichen Altersgruppe lag bei 5%. In

den städtischen Ballungsgebieten war die HIV-Prävalenz unter Frauen doppelt so hoch wie die Prävalenz unter Männern (13% im Vergleich zu 7,3%), während die Zahlen in den ländlichen Gebieten ungefähr vergleichbar waren (7,2% im Gegensatz zu 5,6%). Die HIV-Infektionsraten schwankten erheblich von Region zu Region, die niedrigsten Werte wurden in der Region West Nile festgestellt (weniger als 3%), die höchsten Werte in Kampala sowie in der Zentralregion und in der Region Nord-Zentral (mehr als 9%) (Gesundheitsministerium Uganda, 2005).

Diese Ergebnisse entsprechen den Ergebnissen der noch andauernden Längsstudie in Rakai. Diese Studie stellte fest, dass mehr als zwei Drittel der

unterstrichen, dass die meisten Männer, die nach eigenen Aussagen mehrere Sexualpartner haben, verheiratet sind (45% der verheirateten Männer hatten mehrere Sexualpartner im Vergleich zu nur 5% der Frauen). Für einige Mädchen war Abstinenz keine Option: 14% der Frauen gaben an, dass ihre erste sexuelle Erfahrung erzwungen war (Wawer et al., 2005).

Uganda hat Riesenschritte unternommen, um den Zugang zur Behandlung auszuweiten. Schätzungen zufolge erhielten Mitte 2005 mehr als ein Drittel der Bedürftigen antiretrovirale Behandlung – dies ist die beste Abdeckung im südlichen Afrika, möglicherweise mit Ausnahme von Botswana (UNAIDS/WHO, 2005). Trotz der bemerkenswerten

Der stärkste Rückgang der Prävalenz war unter Schwangeren in den städtischen Ballungsräumen Kenias zu beobachten.

sexuell aktiven Frauen in der Altersgruppe 16 bis 25 Jahre verheiratet sind. Und doch infizieren sich zahlreiche Frauen in dieser Altersgruppe mit dem HI-Virus. Mehr als 85% der HIV-positiven Frauen (und 90% der HIV-positiven Männer) sind oder waren verheiratet. Die Anfälligkeit verheirateter Frauen für die Infektion wird durch die Tatsache

Leistungen des letzten Jahrzehnts ist Uganda noch weit davon entfernt, die Epidemie zu besiegen. Die neuesten Forschungsergebnisse unterstreichen die Notwendigkeit neuer Präventionsstrategien, die auf die Herausforderungen der reifen Epidemien im Zeitalter der verbesserten antiretroviralen Behandlung reagieren.

Was geschah in Uganda?

Neue Ergebnisse aus einer Mehrjahresstudie (1994 - 2003) unter 44 Kommunen in Rakai im Süden des Landes haben dazu beigetragen, das Verständnis für die Entwicklung und das Fortschreiten der Epidemie in Uganda zu verbessern. Die HIV-Prävalenz ist stark zurückgegangen - bei den Frauen von 20% in den Jahren 1994 - 1995 auf 13% im Jahr 2003, bei den Männern im gleichen Zeitraum von 15% auf 9%. Dieser Rückgang wurde in Uganda allgemein den Verhaltensänderungen zugeschrieben. In Rakai waren diese Änderungen jedoch nicht generell zu erkennen, die Forscher stellten keinen bedeutenden Anstieg der Abstinenz oder der Treue fest. Der Anteil der Teenager, die sagen, dass die mehrere außereheliche Partner hatten, ist stark angestiegen (von unter 25% im Jahr 2000 auf nahezu 35% im Jahr 2003). Der Kondomgebrauch bei Gelegenheitspartnern ist heute jedoch üblicher als in der Vergangenheit – besonders unter Männern – und hat wahrscheinlich zu einer Verringerung der HIV-Prävalenz beigetragen (Wawer et al., 2005). Der wichtigste Grund für den Rückgang der Prävalenz in Rakai war anscheinend jedoch der Anstieg der Sterblichkeit – in einem solchen Ausmaß, dass die Wissenschaftler in ihren Berechnungen davon ausgehen, dass ungefähr 5% des beobachteten Rückgangs der HIV-Prävalenz im Zeitraum 1994 - 2003 in Rakai auf die erhöhte Sterblichkeit zurückzuführen ist.

Es ist ungeklärt ob und inwieweit die in Rakai beobachteten Trends auch in anderen Teilen Ugandas eine Rolle spielen. Im Bezirk Masaka (in direkter Nachbarschaft zu Rakai) scheint die sinkende HIV-Inzidenz in den 90er Jahren zum Beispiel stark mit den Verhaltensänderungen zu korrelieren (Mbulaiteye et al., 2002). Doch in Rakai (und in anderen Gegenden des Landes) gibt es vorsichtige Anzeichen für ein mögliches Wiederaufflammen der HIV-Inzidenz unter jungen Männern und Frauen (in der Altersgruppe 15 - 24 Jahre). Diese Trends unterstreichen die Notwendigkeit neuer HIV-Präventionsstrategien (Wawer et al., 2005).

Die Epidemie in **Kenia** erreichte in den späten 90er Jahren mit einer HIV-Gesamtprävalenz unter Erwachsenen von 10% ihren Höhepunkt, anschließend fiel die Prävalenz auf 7% im Jahr 2003. Die Infektionsraten unter den Stadtbewohnern erreichte Mitte der 90er Jahre ihren Höhepunkt, also vor den Infektionsraten der Landbevölkerung, die anschließend ebenfalls zurückging, wenn auch langsamer als unter den Stadtbewohnern (Gesundheitsministerium Kenia, 2005). Erst zum zweiten Mal in mehr als zwei Jahrzehnten ist ein nachhaltiger Rückgang der

verursacht, aber zwei „natürliche“ Progressionen der AIDS-Epidemien haben möglicherweise auch zur Senkung der Prävalenz beigetragen. Erstens: mit steigendem Reifegrad der Epidemie sterben mehr Menschen an AIDS-bedingten Krankheiten, so dass die Todesraten höher sein können als die Raten der Neuinfektionen. Als Folge sinkt die Anzahl der HIV-positiven Menschen (d.h. die Prävalenz geht zurück) – ohne dass sich die Rate der HIV-Neuinfektionen verlangsamt. Zweitens: in den frühen Phasen der Epidemie breitet sich HIV in erster Linie

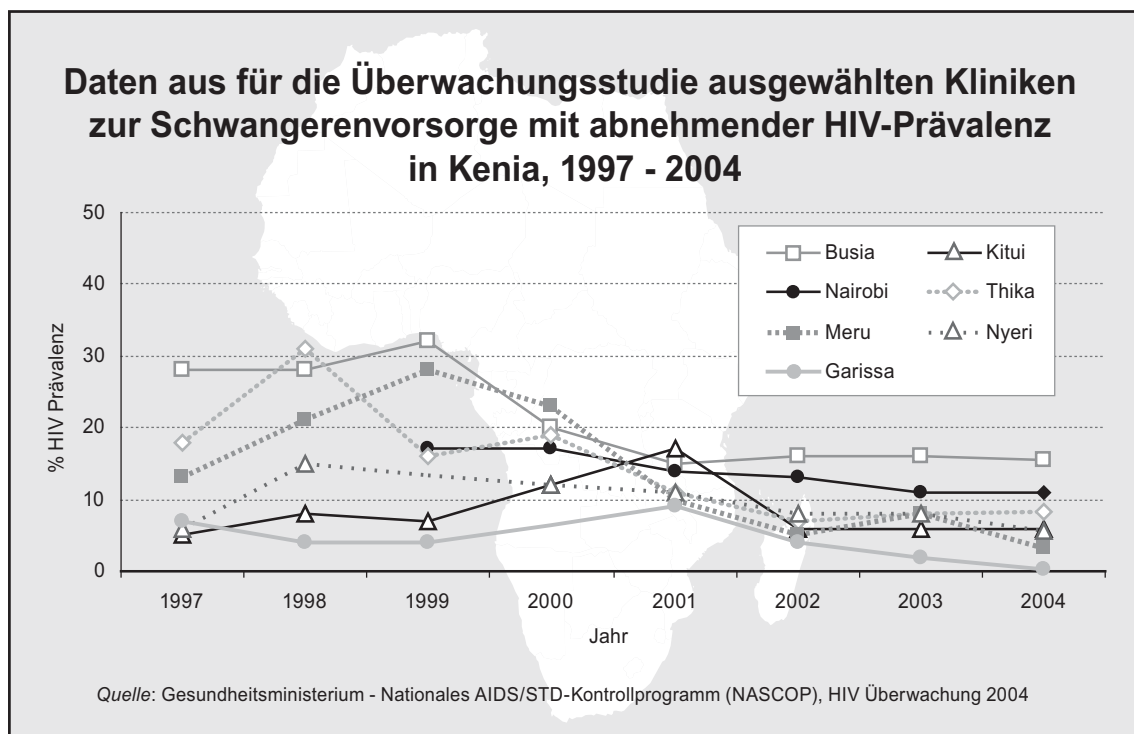


Abbildung 9

nationalen HIV-Infektionsrate in einem Land im südlichen Afrika zu beobachten. Der dramatischste Rückgang der Prävalenz war unter Schwangeren in den Städten Kenia zu beobachten – besonders in Busia, Meru, Nakuru und Thika, wo die mittlere HIV-Prävalenz von ca. 28% im Jahr 1999 auf 9% im Jahr 2003 sank. Erhebliche Rückgänge waren auch in Garissa, Kajiado, Kisii, Kitale, Kitui und Nyeri zu verzeichnen, während die Prävalenz unter Schwangeren auch in der Hauptstadt Nairobi zurückging (Baltazar, 2005).

Der Rückgang sowohl der HIV-Inzidenz als auch der HIV-Prävalenz wurde wahrscheinlich teilweise von den Verhaltensänderungen

unter den Risikogruppen aus. Ihr letztendlicher Tod lässt sie aus den normalen Zyklen der HIV-Übertragung ausscheiden und könnte (wenn alle anderen Bedingungen gleichbleiben) einen Rückgang der HIV-Inzidenz zur Folge haben, die sich dann ebenfalls in einer geringeren Prävalenz niederschlägt. Verhaltensänderungen sind daher nur eine mögliche Ursache für den Rückgang der HIV-Inzidenz und -Prävalenz.

Im Falle von Kenia gibt es ebenfalls Anzeichen dafür, dass zahlreiche Kenianer in den letzten Jahren den Weg zum sicheren sexuellen Verhalten eingeschlagen haben. Der Gebrauch von Kondomen bei Gelegenheitspartnern ist

gestiegen, besonders unter Frauen: im Jahr 2003 gaben nahezu 24% (23,9%) an, dass sie beim letzten Gelegenheitssex ein Kondom benutzt hatten (im Vergleich zu 15% im Jahr 1998). Darüber hinaus hat sich der Anteil von Männern und Frauen mit mehr als einem Sexualpartner im Zeitraum 1993 - 2003 mehr als halbiert, und immer mehr junge Männer und Frauen zögern ihr sexuelles Debüt hinaus (Cheluget et al., 2004). Es gibt auch Anzeichen dafür, dass andere sexuell übertragbare Infektionen sich weniger schnell ausbreiten. All dies geschieht vor dem Hintergrund erweiterter HIV-Aufklärungskampagnen, freiwilliger Beratungs- und Testprogramme sowie eines sich allmählich verbessernden Zugangs zu antiretroviraler Behandlung. Der Rückgang in der HIV-Prävalenz ist jedoch noch nicht gleichmäßig im ganzen Land sichtbar, es herrschen immer noch erhebliche Unterschiede bezüglich der HIV-Raten und Trends. Die Prävalenz in den Praxen und Kliniken zur Schwangerenvorsorge schwanken im Jahr 2004 zwischen 2% und weniger (in Bamba, Garissa und Kajiado) [1,6%, 0,4% bzw. 2%] und bis zu 14% in Chulaimbo, 16% in Busia und 30% in Suba (Baltazar, 2005).

In der **Vereinigten Republik Tansania** leben entsprechend einer neuen Haushaltsumfrage etwa 7% der Erwachsenen auf dem Festland mit dem HI-Virus. In den Städten und Gemeinden liegt die HIV-Prävalenz bei durchschnittlich 11% und damit doppelt so hoch wie in den ländlichen Gebieten. In den höheren Altersgruppen ist die Anzahl der HIV-Infektionen stark gestiegen und erreicht nun eine Prävalenz von 13% bei Frauen im Alter von 30–34 Jahren (AIDS-Kommission Tansania, 2005). HIV-Tests bei Schwangeren, die die Schwangerenvorsorge aufsuchen, haben inzwischen verschiedene Infektionsmuster deutlich werden lassen, die Prävalenz reicht von knapp unter 5% (4,8%) in Kagera bis zu mehr als 15% (15,3%) in Mbeya (Gesundheitsministerium der Vereinigten Republik Tansania, 2004). Es ist jedoch wichtig, im Auge zu behalten, dass die durchschnittliche HIV-Prävalenz in der Klinik zur Schwangerenvorsorge in Mbeya vor einem Jahrzehnt auf mehr als 20% stieg (1994) und in einigen Kliniken sogar 36% erreichte, bevor sie wieder auf die aktuellen Stände zurückging (Jordan-Harder et al., 2004).

Die HIV-Prävalenz unter Schwangeren deutet insgesamt auf eine relativ stabile Epidemie hin,

doch die niedrigen Infektionsraten unter jungen Menschen in Tansania und die Ergebnisse der Haushaltsumfrage, die besagen, dass im Vergleich zu vor fünf Jahren mehr Menschen Safe Sex praktizieren, deuten auf einen Rückgang der HIV-Übertragungen hin. Die bei der Schwangerenvorsorge diagnostizierten Infektionen sind in den Regionen Dar es Salaam und Mtwara seit 2002 leicht zurückgegangen, stiegen jedoch in Dodoma. Gleichzeitig gaben etwa 40% der verheirateten Männer in einer neueren Studie in den ländlichen Bereichen des Landes an, dass sie außereheliche sexuelle Beziehungen unterhielten (Nko S et al., 2004). (Zu Fragen bezüglich der Ergebnisse der Präventionsanstrengungen in den Regionen Mbeya und Rukwa siehe bitte AIDS Epidemic Update 2004.)

Die Epidemie in **Ruanda** scheint sich auf nationaler Ebene in den letzten Jahren stabilisiert zu haben, aber es sind lokal unterschiedliche Trends sichtbar, so dass die HIV-Prävalenz unter Schwangeren in einigen Orten steigt, in anderen stabil bleibt und in einigen wenigen abnimmt (wie zum Beispiel Gikondo). Insgesamt ist die Prävalenz in städtischen Ballungsgebieten (6,4% mittlere Prävalenz im Jahr 2003) mehr als doppelt so hoch wie in den ländlichen Gebieten (2,8%) – Kigali ist hier am weitaus stärksten betroffen, wenn es auch im Zeitraum 1998 - 2003 unter Schwangeren unter 35 Jahren Anzeichen für sinkende Infektionsraten gegeben hat (Kayirangwa, 2004). Die Ausweitung des AIDS-Programmes des Landes ist ein willkommener Trend. Die Anzahl von Beratungsstellen zur Vermeidung von Mutter-Kind-Übertragung hat sich im letzten Jahr um ein Drittel erhöht, freiwillige Beratungs- und Teststellen haben zahlenmäßig zugenommen, und die Anzahl der Menschen, die eine antiretrovirale Therapie erhielten, stieg von 8.700 im Jahr 2004 um 50% auf mehr als 13.200 im Juni 2005 (Binagwaho et al., 2005). Im Nachbarstaat Burundi ist kein eindeutiger Trend zu erkennen, die HIV-Prävalenzraten unter Schwangeren reichen von 2% (in Kiremba) bis zu 13% (in einem Vorort der Hauptstadt Bujumbura) und schwanken in den meisten Standorten für Überwachungsstudien (Gesundheitsministerium, 2004).

Die nationale HIV-Prävalenz in **Äthiopien** ist im Vergleich zu vielen anderen Ländern im Süden des Landes relativ gering (schätzungsweise 4,4%)

(Bundesgesundheitsministerium Äthiopien, 2004), dennoch steht das Land im Hinblick auf AIDS zahlreichen Herausforderungen gegenüber. Die Epidemie des Landes ist schwerpunktmäßig auf die städtischen Ballungsgebiete konzentriert, wo die HIV-Prävalenz unter Schwangeren seit Mitte der 90er Jahre im Durchschnitt 12 - 13% beträgt. In einer Gesellschaft, in der etwa 85% der Bevölkerung im ländlichen Gebiet lebt, sind steigende Prävalenzzahlen unter Erwachsenen (von 1,9% im Jahr 2000 auf 2,6% im Jahr 2003) besorgniserregend. Ein großer Teil der AIDS-Last verlagert sich auf die ländlichen Kommunen, wo inzwischen mehr Menschen mit dem HI-Virus infiziert sind als in den städtischen Ballungsräumen (Bundesgesundheitsministerium Äthiopien, 2004). Mit ca. 1,5 Millionen HIV-positiven Menschen im Jahr 2004 und mehr als 4,5 Millionen Waisen (einschließlich der mindestens 500.000 AIDS-Waisen) steht das Land der riesigen Aufgabe gegenüber, angemessene Behandlung, Pflege und Unterstützung für die betroffenen Haushalte bereitzustellen (UNAIDS, 2004). In einem Land, wo AIDS im Jahr 2003 schätzungsweise 30% aller Todesfälle unter Erwachsenen verursacht hat, bekamen weniger als 10% der Bedürftigen Mitte 2005 antiretrovirale Behandlung (Bundesgesundheitsministerium Äthiopien, 2004; UNAIDS/WHO, 2005).

Zu der Epidemie im Nachbarstaat **Eritrea**, wo die HIV-Überwachungsdaten im Jahr 2003 andeuteten, dass sich die Epidemie auf relativ niedrigem Niveau stabilisierte (HIV-Gesamtprävalenz von 2,4% unter Erwachsenen), gibt es nur wenig neue Informationen. Die Infektionsraten schwankten jedoch erheblich je nach Region des Landes und reichten von weniger als 2% im Westen bis zu mehr als 7% im Südosten (Gesundheitsministerium Eritrea, 2004).

Bis vor kurzem war nur wenig über das Ausmaß der HIV-Übertragung in **Somalia** bekannt, doch eine Studie aus dem Jahr 2003 deutet darauf hin, dass das Virus beinahe flächendeckend im Land vertreten ist, wenn auch die Infektionsraten noch niedrig sind. Die Ergebnisse der Studie belegen, dass die HIV-Prävalenz unter Schwangeren auf nationaler Ebene 0,6% betrug, die höchsten Infektionsraten waren dabei in der Hauptstadt Mogadischu (0,9%) und die niedrigsten Raten in Merca zu finden (wo fast keine Infektionen festgestellt wurden) (WHO, 2005). Allerdings wurde festgestellt, dass 4% der Menschen,

die zur Behandlung von sexuell übertragbaren Infektionen einen Arzt aufsuchten, HIV-positiv getestet wurden (7% der Frauen, die eine einzige Klinik in Mogadischu aufsuchten), dies deutet darauf hin, dass die Epidemie noch sehr konzentriert ist. Das Land, das sich nach einem zerstörerischen Konflikt nun in der Aufbauphase befindet, hat die HIV-Prävention möglicherweise nicht prioritär behandelt. Das Wissen um die HIV-Übertragungswege ist sehr schlecht, und Kondome werden nur selten genutzt (13% der jungen Männer im Alter von 15 - 24 Jahren und nur 5% der jungen Frauen haben jemals ein Kondom benutzt) (WHO, 2005).

WEST- UND ZENTRALAFRIKA

Wenn auch allgemein gesagt werden kann, dass die Epidemien in Westafrika sich in ihrem Ausmaß und ihrer Intensität stark voneinander unterscheiden, so ist die Subregion doch insgesamt historisch gesehen weniger stark betroffen als die anderen Regionen des südlichen Afrikas. Die nationale HIV-Prävalenz unter Erwachsenen übersteigt bisher in keinem westafrikanischen Land die 10%-Marke, und es hat in den letzten Jahren keine konkreten Hinweise auf bedeutende Änderungen in der Prävalenz unter schwangeren Frauen gegeben.

In **Nigeria** leben mehr HIV-positive Menschen als in jedem anderen Land der Welt mit der Ausnahme von Südafrika und Indien – die Gesamtzahl betrug Ende 2003 zwischen 3,2 und 3,6 Millionen (UNAIDS, 2004). Die mittlere HIV-Prävalenz unter Schwangeren scheint sich auf rund 4% eingependelt zu haben. Auch wenn die HIV-Prävalenz unter Schwangeren schwankt (von niedrigen 2,3% im Südwesten bis zu hohen 7% in der nördlichen Zentralregion) sind doch in fast allen untersuchten Kliniken und Praxen zur Schwangerenvorsorge seit Mitte der 80er Jahre stabile Entwicklungen zu verzeichnen. Die einzige Ausnahme ist der Cross River State, wo die Infektionsraten von 4% in den Jahren 1993-1994 auf 12% im Jahr 2003 stiegen (Bundesgesundheitsministerium Nigeria, 2004). Die Gründe für diesen extremen Anstieg sind unklar.

In der **Elfenbeinküste** ist die HIV-Prävalenz unter schwangeren Frauen in städtischen Ballungsgebieten seit 1997 bei etwa 10% stabil

geblieben (der entsprechende Wert in den ländlichen Gebieten betrug etwa die Hälfte). Die einzige bemerkenswerte Änderung war unter den weiblichen Sexarbeitern festzustellen, die zum Beispiel in Abidjan einen Rückgang der HIV-Prävalenz und anderer sexuell übertragbarer Infektionen zu verzeichnen hatten – wahrscheinlich aus Gründen des steigenden Kondomgebrauchs (Ekra et al., 2004). Leider hat der Bürgerkrieg im Land es verhindert, neue HIV-relevante Daten zu erfassen.

Togo weist eine anscheinend stabile nationale HIV-Prävalenz auf (ungefähr 4%), jedoch gibt es beträchtliche regionale Schwankungen. Die HIV-Prävalenz unter Schwangeren reicht von unter 2% in der Zentralregion und in der Region Kara bis zu mehr als 7% in der maritimen Region, im Hochland und in den Savannen sowie in der Hauptstadt Lomé (Gesundheitsministerium Togo, 2004). Die Epidemie im Nachbarstaat **Ghana** scheint auf einem ähnlich stabilen Pfad zu sein, die in der Schwangerenvorsorge gemessene HIV-Prävalenz schwankte im letzten Jahrzehnt zwischen 2,5% und 4%. Im Norden betrug die HIV-Prävalenz in der Schwangerenvorsorge in **Burkina Faso** im Jahr 2003 2,7%, doch es ist unter jungen Schwangeren (Altersgruppe 15 - 24 Jahre) in den städtischen Ballungsgebieten ein Rückgang der Prävalenz zu beobachten. Die HIV-Prävalenz betrug bei jungen Schwangeren im Jahr 2003 1,9% und war damit nur noch halb so hoch wie die im Jahr 2001 gemessene Prävalenz von 3,9% (Présidence du Faso, 2005). In der Hauptstadt Ouagadougou hat es einen starken Rückgang der HIV-Infektionen unter weiblichen Sexarbeitern gegeben, im Jahr 1994 wurden 59% HIV-positiv getestet, im Jahr 2002 nur noch 21% (Kintin et al., 2004). Diese Trends sind ermutigend.

Die nationalen HIV-Infektionsraten in **Mali** und im **Senegal** liegen weiterhin bei unter 2% (Gesundheitsministerium, 2004; Gesundheits- und Gesundheitsvorsorgeministerium Senegal, 2004). Im Senegal überstieg die HIV-Prävalenz in keiner der Kliniken und Praxen der Schwangerenvorsorge bei der letzten HIV-Überwachungsrunde in den Jahren 2002-2003 die Marke von 3%. In der Demographie- und Gesundheitsumfrage im Jahr 2005 wurde jedoch unter erwachsenen Frauen in Ziguinchor eine Prävalenz von 3,4% festgestellt, die Prävalenzzahlen lagen in Kolda im Süden an der Grenze zu Guinea-Bissau bei 2,7% (Centre

de recherché pour le développement humain et MEASURE DHS+, 2005). Unter Sexarbeitern ist die Prävalenz seit jetzt fast einem Jahrzehnt auf dem ungefähr gleichen hohen Niveau geblieben (21% in Dakar und 30% in Ziguinchor) (Gomes et al., 2005).

Kamerun hat eine der schwereren Epidemien in Zentralafrika erlebt, wie eine neue Haushaltsumfrage mit der Schätzung bestätigte, dass die nationale HIV-Prävalenz im Jahr 2004 ungefähr 5,5% betrug (Gesundheitsministerium Kamerun, 2004). Unter Frauen erreichten die Infektionsraten in drei Regionen einen Wert von 10% und mehr (Adamaoua, im Nordosten und im Südosten), dies galt ebenso für die Hauptstadt Yaoundé. Auf nationaler Ebene wurde festgestellt, dass eine von zehn jungen Frauen in der Altersgruppe 25 - 29 Jahre mit dem HI-Virus infiziert ist. Mindestens 110.000 Menschen leben in der **Republik Kongo** mit dem HI-Virus, die HIV-Prävalenz schwankt dort erheblich zwischen den einzelnen Landesteilen. Niedrige Infektionsraten von knapp über 1% wurden in Impfondo und Djambala festgestellt, doch in Sibiti lag die Prävalenz unter Erwachsenen zum Beispiel bei über 10% (Gesundheitsministerium Republik Kongo, 2004).

Der Fortschritt bei der Ausweitung der Behandlung und Pflege im südlichen Afrika im vergangenen Jahr ist nicht ausgewogen. Mindestens ein Drittel der Menschen, die eine antiretrovirale Behandlung benötigen, erhalten diese auch in Ländern wie **Botswana** und **Uganda**; in **Kamerun**, der **Elfenbeinküste**, **Kenia**, **Malawi** und **Sambia** erhielten jedoch nur zwischen 10% und 20% der Bedürftigen Mitte 2005 antiretrovirale Medikamente. Der ungedeckte Bedarf in der Region ist jedoch unermesslich. Mindestens 85% (nahezu 900.000) der **Südafrikaner**, die antiretrovirale Medikamente benötigen, bekamen diese Mitte 2005 nicht, das gleiche gilt für mindestens 90% der Bedürftigen in Ländern wie **Äthiopien**, **Ghana**, **Lesotho**, **Mozambique**, **Nigeria**, der **Vereinigten Republik Tansania** und **Simbabwe** (UNAIDS/WHO, 2005).

Im südlichen Afrika, in Ostafrika sowie in Teilen Zentralafrikas werden die schweren AIDS-Epidemien höchstwahrscheinlich noch einige Zeit andauern. Der zu verzeichnende Rückgang in Uganda und in der letzten Zeit auch in Kenia

und Simbabwe bestätigt, dass die Epidemien auf HIV-spezifische Interventionen reagieren. In Bezug auf die hohen Prävalenzzahlen ist es jedoch ebenso notwendig, die zugrundeliegenden sozioökonomischen und soziokulturellen

Entwicklungen, die zur Anfälligkeit führen, zu bekämpfen, so dass in den Bereichen, in denen sich ein Rückgang abzeichnet, dieser unterstützt, und in den Bereichen, in denen es noch keinen Rückgang gibt, ein solcher erreicht werden kann.

ASIEN

HIV- und AIDS-Statistik, Vergleich zwischen 2003 und 2005

	HIV-Positive, Erwachsene und Kinder	HIV-positive Frauen	HIV-Neuinfektionen, Erwachsene und Kinder	Prävalenz unter Erwachsenen (%) *	AIDS-Tote, Erwachsene und Kinder
2005	8.3 Millionen [5.4–12.0 Mio.]	2.0 Millionen [1.3–3.0 Mio.]	1.1 Millionen [600 000–2.5 Mio.]	0.4 [0.3–0.6]	520 000 [330 000–780 000]
2003	7.1 Millionen [4.6–10.4 Mio.]	1.7 Millionen [1.1–2.5 Mio.]	940 000 [510 000–2.1 Mio.]	0.4 [0.2–0.5]	420 000 [270 000–620 000]

Die nationalen HIV-Infektionsraten in Asien sind im Vergleich zu einigen anderen insbesondere afrikanischen Ländern gering. Die Bevölkerung zahlreicher asiatischer Nationen ist jedoch so groß, dass selbst eine geringe nationale HIV-Prävalenz bedeutet, dass viele Menschen mit dem HI-Virus leben. Die jüngsten Schätzungen

die Präventionsstrategien solche Kombinationen der Risikobereitschaft in praktisch allen Ländern der Region nicht wider. So kann man also sagen, dass sich die Epidemie in zahlreichen asiatischen Ländern in einer Übergangsphase befindet – auch in den Ländern, in denen die Ausbreitung des HI-Virus bis heute eingedämmt werden konnte.

Risikantes Verhalten – oft in mehreren Varianten – stützt die schwere Epidemie auch weiterhin.

zeigen, dass ungefähr 8,3 Millionen [5,4 Millionen–12 Millionen] Menschen (2 Millionen [1,3 Millionen–3 Millionen] erwachsene Frauen) im Jahr 2005 mit dem HI-Virus lebten, einschließlich der 1,1 Millionen [600.000–2,5 Millionen] Menschen, die sich erst in diesem Jahr mit dem HI-Virus infizierten. AIDS hat im Jahr 2005 ungefähr 520.000 [330.000–780.000] Todesopfer gefordert.

Risikoreiches Verhalten – häufig in mehrfacher Form – ist auch weiterhin eine der Hauptursachen für die AIDS-Epidemie in Asien. Im Zentrum der AIDS-Epidemie in zahlreichen asiatischen Ländern liegt die Wechselwirkung zwischen intravenösem Drogenmissbrauch und ungeschütztem Geschlechtsverkehr, häufig in der Form von käuflichem Sex. Und dennoch spiegeln

CHINA

Das HI-Virus wurde bisher in 48% Regionen **Chinas** entdeckt, doch es wird in allen 31 Provinzen, autonomen Regionen und Kommunen beobachtet. Zur Eindämmung der sich entwickelnden Epidemie sind verstärkte Präventionsanstrengungen erforderlich (State Council AIDS Working Committee and UN Theme Group on HIV/AIDS, 2004). Die schlimmsten HIV-Epidemien in China konzentrieren sich derzeit auf bestimmte Bevölkerungsgruppen (wie zum Beispiel intravenös Drogenspritzende, Sexarbeiter, ehemalige Plasmaspender und ihre Partner) und auf bestimmte geographische Regionen besonders im Süden und Westen des Landes.

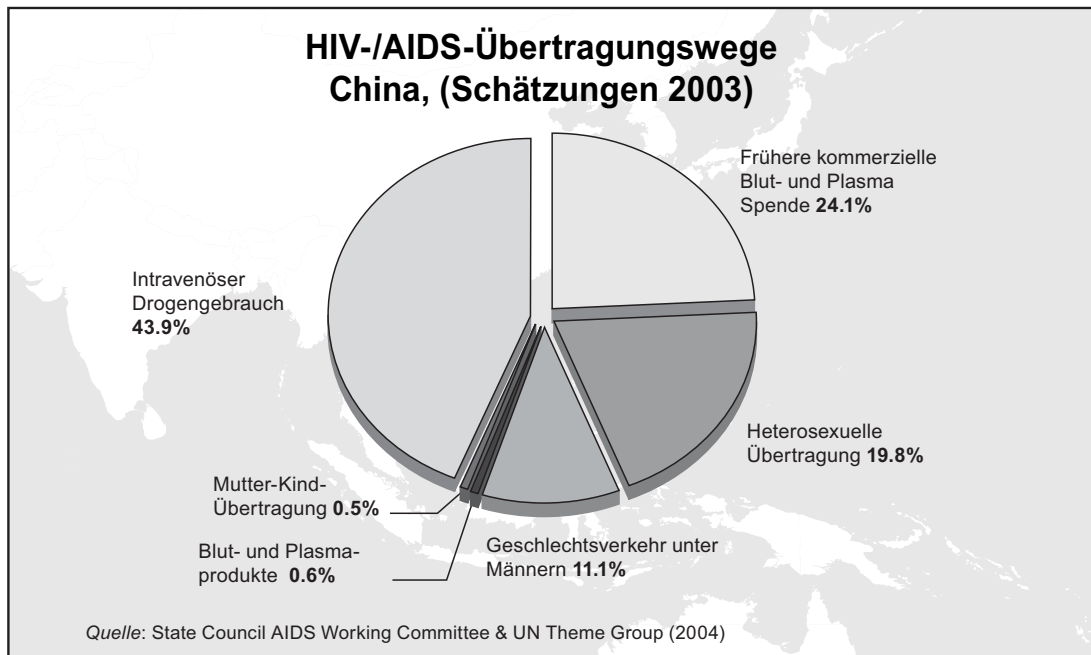


Abbildung 10

Die Mehrzahl der HIV-Infektionen wurde bisher in den Provinzen Yunnan und Henan sowie in der autonomen Region Guangxi gemeldet. Am wenigsten stark betroffen sind derzeit die Provinz Qinghai sowie die autonome Region Tibet (State Council AIDS Working Committee and UN Theme Group on HIV/AIDS, 2004).

Wie auch in anderen Ländern Asiens hat sich HIV in den Netzen der intravenös Drogenspritzenden etabliert, unter denen die HIV-Prävalenz in den späten 90er Jahren steil anstieg. Anschließend schien es eine Stabilisierung der Prävalenz zu geben, wenn auch in einigen Gebieten auf hohem Niveau. Unter intravenös Drogenspritzenden in sechs Städten der südlichen Provinzen Guangdong und Guangxi wurden im Jahr 2002 HIV-Prävalenzraten von 18–56% festgestellt, während in der Provinz Yunnan im darauf folgenden Jahr etwa 20% der Drogenkonsumenten positiv auf HIV getestet wurden (Nationales Zentrum für die Kontrolle und Prävention von AIDS / Geschlechtskrankheiten in China, 2003). China hat nun angekündigt, mehr als 1.400 Stellen zum Nadeltausch und mehr als 1.500 Drogenkliniken in sieben Provinzen in Süd- und Westchina einzurichten, wo schätzungsweise zwei Millionen Drogenkonsumenten leben sollen (Zunyou, 2005).

Käuferischer Sex ist ein wichtiger Faktor unter den schätzungsweise 20% HIV-Infektionen in China, die auf ungeschützten heterosexuellen Geschlechtsverkehr zurückzuführen sind (State Council AIDS Working Committee and UN Theme Group, 2004). Er ist auch bei der Übertragung des Virus unter Männern stark vertreten: eine neuere Umfrage unter männlichen Sexarbeitern in der südlichen Stadt Shenzhen ergab, dass 5% der Sexarbeiter HIV-positiv waren. Dennoch wird sich die Kombination aus käuflichem Sex und intravenösem Drogengebrauch wahrscheinlich als Hauptantriebsmotor der Epidemie in China erweisen. Eine jüngere Umfrage zu den Verhaltensweisen zog die Schlussfolgerung, dass zumindest die Hälfte der weiblichen Drogenkonsumenten auch schon einmal käuflichen Sex angeboten hat (Yang et al., 2005). In der Provinz Sechuan geben 2,5% der Sexarbeiter an, dass sie Drogen spritzen, bei den auf der Straße arbeitenden Prostituierten lag der Anteil bei 5%. Die Prostituierten auf der Straße hatten die höchste Anzahl von Kunden und die niedrigste Rate im Kondomgebrauch (MAP, 2005a). In der gleichen Provinz gab nahezu jede zweite Frau, die im Zuge einer Verhaltensstudie von intravenös Drogenspritzenden befragt wurde, an, dass sie im Vormonat Sex gegen Geld oder gegen Drogen eingetauscht hatte. Dazu trägt noch

bei, dass die weiblichen Drogenkonsumenten, die Sex ohne Kondom verkaufen, auch mit hoher Wahrscheinlichkeit nicht sterile Spritzen benutzen. Diejenigen, die das höchste Risiko haben, sich durch schmutzige Spritzen mit HIV zu infizieren, waren also auch diejenigen, die mit der höchsten Wahrscheinlichkeit das Virus sexuell übertragen – eine potenziell tödliche Kombination, die eine noch sehr viel stärkere Epidemie entfachen kann (MAP, 2005a).

Die meisten weiblichen Sexarbeiter stammen aus weit abgelegenen ländlichen Gebieten, haben in der Regel keine gute Schulbildung und wissen nur wenig über das Virus. Verhaltensstudien haben gezeigt, dass zahlreiche Sexarbeiter auch nach der

(Chinesisches Gesundheitsministerium und UN-Themengruppe HIV/AIDS, 2003).

Es gibt nur sehr wenig Daten zur HIV-Übertragung zwischen Männern, die mit anderen Männern Geschlechtsverkehr haben. Die wenigen bisher durchgeführten Studien ermittelten einen geringen Kondomgebrauch (ca. 40% der Männer benutzten in Changde und Xi'an zum Beispiel keine Kondome, und 33% der Befragten in Shenzhen gaben an, dass sie nur selten oder nie ein Kondom benutzten) bei gleichzeitig hoher HIV-Prävalenz (in einer Studie 2001 - 2003 in Peking wurden 3% der Männer, die mit anderen Männern Geschlechtsverkehr haben, HIV-positiv getestet) (Choi et al., 2003). In China gibt es sehr

Die meisten weiblichen Sexarbeiter stammen aus abgelegenen ländlichen Bereichen, sind kaum gebildet und wissen wenig über HIV.

Entdeckung der ersten Symptome einer sexuell übertragbaren Infektion bei sich oder ihren Kunden weiterhin ungeschützten Geschlechtsverkehr haben (Yang et al., 2005). Es sind konzertierte Anstrengungen erforderlich, um ihnen zu helfen, sich gegen HIV und andere sexuell übertragbare Infektionen zu schützen (Zhang et al., 2004). Schon zeigen sich die ersten Anzeichen für Fortschritte an dieser Front. Zwar gibt es noch Nachholbedarf beim konsequenten Gebrauch von Kondomen, doch die Anzahl der Sexarbeiter, die in Guangxi, zum Beispiel, immer ein Kondom benutzen, überstieg im Jahr 2003 die Anzahl derjenigen, die nie Kondome benutzten (MAP, 2005b). In Sechuan dagegen gab nur etwa die Hälfte der im Jahr 2002 befragten Sexarbeiterinnen an, dass sie im Vormonat mit allen Kunden Kondome benutzt hatten (MAP, 2005b).

Es mehren sich die Anzeichen dafür, dass sich das HI-Virus in bestimmten Teilen des Landes auch über die Hochrisiko-Bevölkerungsgruppen hinaus in die allgemeine Bevölkerung ausweitet. Anonyme AIDS-Tests unter unverheirateten jungen Menschen ergaben, dass die HIV-Prävalenz bei 1% lag, während unter den Schwangeren in einigen Bereichen, in denen sich das HI-Virus durch das Spritzen von Drogen und durch die Sexarbeiter etabliert hat, die Prävalenz sogar bei 5% lag. In Teilen von Yunnan und Xinjiang wurden unter Schwangeren HIV-Prävalenzraten von 1,3% bzw. 1,2% gemessen

viel gleichgeschlechtlichen Geschlechtsverkehr unter Männern; sobald das HI-Virus in dieser Bevölkerungsgruppe Fuß gefasst hat, wird sich die Epidemie wahrscheinlich verstärken.

China hat in Bezug auf das Versprechen aus dem Jahr 2003, allen Betroffenen freien Zugang zur antiretroviralen Behandlung zu verschaffen, nur wenig Fortschritte gemacht; bis Juni 2005 erhielten ungefähr 20.000 Menschen in den 28 Provinzen und autonomen Regionen, in denen die antiretrovirale Behandlung eingeführt wurde, die entsprechenden Medikamente (Gesundheitsministerium von China, 2005).

In China bestehen einige Hindernisse, die einer effizienteren Reaktion auf die Bedrohung AIDS entgegenstehen, zum Beispiel ein geringes öffentliches Bewusstsein zum Thema sowie die Stigmatisierung und Diskriminierung derjenigen, die mit dem Virus leben. Aus diesem Grund sind die Bereitschaft zum HIV-Test und die Teilnahme an Beratungsleistungen gering und werden auch gering bleiben, wenn die Stigmatisierung und Diskriminierung nicht abgebaut und ein integrierter Ansatz zur Prävention, Behandlung und Pflege einer größeren Gruppe bereitgestellt wird. Darüber hinaus ist es wichtig, dass die HIV-Testprogramme auf einer guten Grundlage der informierten Einwilligung, der Vertraulichkeit und des Beratungsansatzes beruhen.

INDIEN

In **Indien**, wo schätzungsweise 5,1 Millionen Inder im Jahr 2003 mit dem HI-Virus lebten, gibt es gleich mehrere Epidemien (NACO, 2004a). Die HIV-Prävalenzraten scheinen sich zwar in einigen Staaten stabilisiert zu haben (so zum Beispiel in Tamil Nadu, Andhra Pradesh, Karnataka und Maharashtra), dennoch verbreitet sich die Infektion in einigen Risikogruppen in mehreren anderen Staaten weiter aus. Aus diesem Grund ist es zu einem Anstieg der Gesamt-HIV-Prävalenz gekommen. In den armen und dicht besiedelten Nordstaaten Uttar Pradesh und Bihar ist die Prävalenz unter schwangeren Frauen noch sehr niedrig. Selbst relativ kleine Steigerungsraten bei der HIV-Übertragung können jedoch dazu führen, dass riesige Gruppen in den Staaten infiziert werden, die ein Viertel der Bevölkerung Indiens beherbergen.

In vier industrialisierten Staaten Indiens im Westen und Süden (besonders in Andhra Pradesh, Karnataka, Maharashtra und Tamil Nadu) und in den nordöstlichen Staaten Manipur und Nagaland wurde unter Schwangeren eine Prävalenz von mehr als 1% festgestellt (NACO, 2004a). Das Virus, das hauptsächlich durch ungeschützten Geschlechtsverkehr im Süden und durch intravenösen Drogengebrauch im Nordosten des Landes übertragen wird, breitet

(NACO, 2004b). Das vor kurzem veröffentlichte Ergebnis, dass 26% der Sexarbeiter in der Stadt Mysore (Karnataka) HIV-positiv sind, ist angesichts der Tatsache, dass nur 14% der Frauen konsequent Kondome bei ihren Freiern einsetzen und 91% angaben, dass sie niemals Kondome beim Geschlechtsverkehr mit ihren regulären Partnern benutzen, wohl kaum überraschend (Reza-Paul, 2005).

Die bekannten Erfolge unter den Sexarbeitern im Rotlichtbezirk Sonagachi in Kolkata (West Bengal) haben gezeigt, dass Safer Sex-Programme, die Sexarbeitern einen größeren Einfluss geben, die Ausbreitung von HIV eindämmen können. Der Kondomgebrauch in Sonagachi ist auf 85% gestiegen, und die HIV-Prävalenz unter den kommerziellen Sexarbeitern fiel im Jahr 2004 unter die 4%-Marke (nachdem im Jahr 2001 11% überschritten worden waren). In Mumbai dagegen deuten die verfügbaren Daten darauf hin, dass sporadische Anstrengungen und Stückwerk bei der Förderung des Einsatzes von Kondomen bei kommerziellem Sex dort nicht sehr effizient gewesen sind; die HIV-Prävalenz unter weiblichen Sexarbeitern ist dort seit 2000 nicht unter 52% gesunken (NACO, 2004b).

Sexarbeiter verfügen anscheinend über kein sehr ausgeprägtes Wissen über das HI-Virus, und die Aufklärung scheint besonders bei den

Ein großer Teil der Neuinfektionen betrifft verheiratete Frauen, die von ihren Ehemännern infiziert werden.

sich besonders in den Städten aus. In Karnataka und Nagaland wurden im Jahr 2003 mehr als 1% der schwangeren Frauen in den ländlichen Gebieten HIV-positiv getestet. Ein großer Teil der Neuinfektionen erfolgt bei verheirateten Frauen, die durch ihre Ehemänner angesteckt wurden, die (entweder derzeit oder in der Vergangenheit) die Dienste von Prostituierten in Anspruch nahmen. Käuflicher Sex ist (im Falle von Nagaland und Tamil Nadu zusammen mit intravenösem Drogengebrauch) der Hauptantriebsfaktor der Epidemien in den meisten Bereichen Indiens. Die HIV-Überwachung stellte im Jahr 2003 fest, dass 14% der kommerziellen Sexarbeiter in Karnataka und 19% in Andhra Pradesh mit HIV infiziert sind

Sexarbeitern, die auf der Straße arbeiten, recht niedrig zu sein. Umfragen aus unterschiedlichen Teilen Indiens im Jahr 2001 stellten fest, dass 30% der Sexarbeiterinnen auf der Straße nicht wussten, dass Kondome eine HIV-Infektion verhindern, und in einigen Staaten, wie zum Beispiel Haryana wusste noch nicht einmal die Hälfte der Sexarbeiterinnen (auf der Straße und im Bordell), dass Kondome HIV verhindern. Zahlreiche Sexarbeiter (42% auf nationaler Ebene) dachten darüber hinaus, dass sie allein auf der Grundlage des physischen Erscheinungsbildes des Kunden sehen könnten, ob ein Kunde mit dem HI-Virus infiziert ist oder nicht (MAP, 2005b).

Im Nordosten Indiens konzentriert sich der Übertragungsweg in erster Linie auf die intravenös Drogenabhängigen und ihre Sexualpartner (einige davon kaufen oder verkaufen Sex); dies gilt besonders in den Staaten Manipur, Mizoram und Nagaland, die alle an das „Goldene Dreieck“ des Drogenhandels angrenzen (Solomon et al., 2004). Es gibt in Manipur, wo seit mindestens einem Jahrzehnt die Epidemie durch die intravenös Spritzenden angetrieben wird, große Überschneidungen zwischen Sexarbeit und intravenösem Drogengebrauch. Ungefähr 20% der weiblichen Sexarbeiter gaben gemäß Verhaltensstudien an, dass sie Drogen spritzen. In anderen Staaten im Nordosten Indiens geben nur die Hälfte der Sexarbeiterinnen an, dass sie Drogen spritzen (MAP, 2005a).

Harm Reduction Programme (einschließlich eines Nadel- oder Spritzentauschprogramms sowie eingeschränkter Drogensubstitutionsprogramme) wurden vor kurzem in einigen Staaten, zum Beispiel in Manipur, eingeführt. Dort ermittelten die jüngsten Daten (2003) eine HIV-Prävalenz unter intravenös Drogenabhängigen von 24% – das ist die niedrigste Zahl, die seit 1998 in diesem Staat festgestellt wurde. Sich verändernde Bewertungskriterien machen es jedoch schwer, einen direkten Vergleich zwischen HIV-Daten aus verschiedenen Studien zu ziehen (NACO, 2004b). Anderenorts scheint die Epidemie unter den intravenös Drogenspritzenden recht etabliert, zum Beispiel erreichte die HIV-Prävalenz in Nagaland im Zeitraum 2000 - 2003 14% (NACO, 2004b).

Der Drogenmissbrauch ist jedoch nicht nur auf die nördlichen Staaten des Landes begrenzt. Es gab im südlichen Staat Tamil Nadu, wo im Jahr 2003 39% HIV-infiziert waren (im Vergleich zu 25% im Jahr 2001) einen starken Anstieg der HIV-Infektionen unter denjenigen Drogenkonsumenten, die ihre Drogen intravenös spritzen (NACO, 2004b). In einer kleineren Untersuchung in der Stadt Chennai (im gleichen Staat) wurde festgestellt, dass gemäß einer Überwachungsstudie aus dem Jahr 2003 beinahe zwei Drittel (64%) der Spritzenden mit HIV infiziert war (MAP, 2004). Da diese (überwiegend männlichen) Drogenabhängigen das Virus auf ihre Sexualpartner übertragen können, sind auch mehr und mehr Frauen infiziert.

Bezüglich der verschiedenen Epidemien in Indien ist nur relativ wenig über die Rolle des

Geschlechtsverkehrs unter Männern bekannt. Die wenigen Studien, die sich mit dieser komplexen Dimension der Sexualität in Indien befasst haben, stellten fest, dass zahlreiche Männer gleichgeschlechtlichen Geschlechtsverkehr pflegen. Eine unter den Bewohnern eines Slums in Chennai durchgeführte Studie ermittelte, dass 6% aller Männer gleichgeschlechtlichen Verkehr mit anderen Männern haben. Fast 7% dieser Untersuchten waren HIV-positiv, und mehr als die Hälfte von ihnen war verheiratet (Go et al., 2004).

HOHER EINSATZ

Einige Länder konnten HIV-Epidemien trotz eines hohen intravenösen Drogenkonsums, trotz einer Sexwirtschaft und trotz seltenen Kondomgebrauchs jahrelang vermeiden. Sobald HIV jedoch eine relativ feste Größe in den Risikogruppen der Bevölkerung wird, kann es sich schnell in dieser Gruppe wie auch darüber hinaus ausweiten – wie mehrere asiatische Länder schon erfahren mussten.

Intravenöser Drogenkonsum ist einer der stärksten Anfangsfaktoren für HIV-Infektionen in Asien. Selbst wenn die Anzahl der intravenös Spritzenden relativ klein ist, kann ihr Beitrag zur Gesamt-HIV-Epidemie eines Landes erheblich sein. Die Mehrheit der intravenös Spritzenden ist sexuell aktiv und in einigen Ländern kaufen und verkaufen sie in großem Maße Sex. HIV-infizierte Drogenkonsumenten können also dazu beitragen, eine „kritische Masse“ in sexuellen Netzwerken zu erreichen, von wo aus sich das HI-Virus dann über die Gesellschaft ausbreitet (MAP, 2005a). Dies ist ein Prozess, der in einigen asiatischen Ländern zu beobachten ist, besonders auffällig sind in dieser Hinsicht **Indonesien, Vietnam** und Teile von **China**. Wenn diesem Prozess nicht frühzeitig Einhalt geboten wird, sind in diesen Ländern Millionen von Neuinfektionen zu erwarten.

Auf der Grundlage von Daten aus der indonesischen Hauptstadt Jakarta zeigt Abbildung 11, wie eine anfangs relativ kleine HIV-Epidemie unter Drogenkonsumenten, die intravenös spritzen, sich entwickeln kann. Wenn das Risikoverhalten unter den Drogenkonsumenten, unter männlichen, weiblichen und geschlechts-

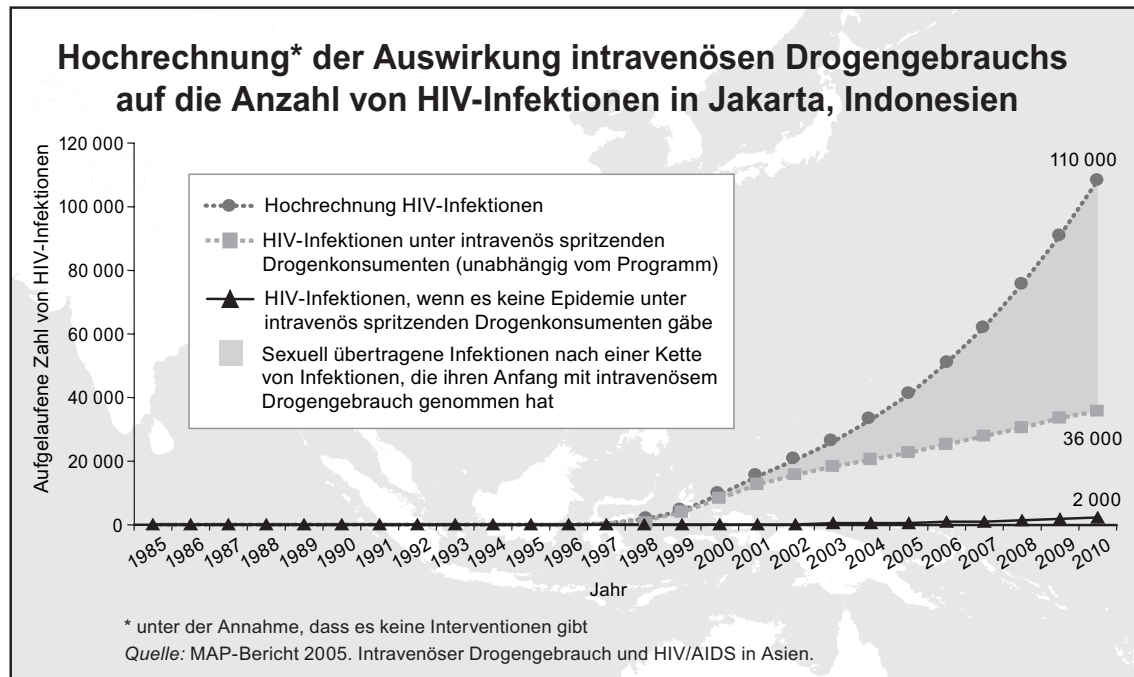


Abbildung 11

übergreifenden Sexarbeitern und unter den Kunden der Sexarbeiter sich im Vergleich zu den Daten, die in einer Umfrage 2003 erhoben wurden, nicht ändert, könnte in Jakarta noch während dieses Jahrzehnts eine große Epidemie zu erwarten sein. (Der schattierte Bereich des Graphen gibt die Anzahl der sexuell übertragenen HIV-Infektionen an, die auf die gemeinsame Benutzung Spritzen und die anschließende Übertragungskette zurückzuführen ist. So ist es möglich, dass eine nicht spritzende Frau sich über ihren Freund mit dem HI-Virus infiziert, oder dass ein Kunde sich über einen Sexarbeiter infiziert, der vorher durch einen Drogen missbrauchenden Kunden infiziert worden war. Hätte der Kunde bei seinem Drogenkonsum immer eine sterile Nadel benutzt, hätte die gesamte Übertragungskette verhindert werden können (MAP, 2005a.)

Indonesien steht am Rande einer sich rapide verschlimmernden AIDS-Epidemie. Durch ein stark ausgeprägtes Risikoverhalten unter Drogenkonsumenten hat eine in der Hauptsache auf das Spritzen von Drogen zurückzuführende Epidemie bereits begonnen, sich auch in die abgelegenen Teile der Inselgruppe zu verbreiten. Auch in weit entfernt liegenden Städten wie Pontianak (auf der Insel Borneo) haben

Beratungsleistungen und HIV-Tests durch lokale Nichtregierungsorganisationen alarmierende Infektionsraten festgestellt – mehr als 70% der Menschen, die sich testen lassen, müssen entdecken, dass sie tatsächlich mit dem Virus infiziert sind. Bei schätzungsweise drei Viertel von ihnen handelt es sich um Drogenkonsumenten, die sich ihre Drogen spritzen (MAP, 2005a). Mittlerweile ist bei Drogenkonsumenten in Rehabilitationszentren in Jakarta eine HIV-Prävalenz von bis zu 48% festgestellt worden (Riono & Jazant, 2004). Die meisten dieser Drogenkonsumenten sind jung, relativ gut gebildet und leben bei ihren Familien (Riono und Jazant, 2004).

Zur Umkehr dieser Trends sind mehr als nur Informations- und Aufklärungskampagnen erforderlich. Wissenschaftler haben festgestellt, dass die meisten der Drogenkonsumenten, die intravenös spritzen, wissen, wo sie sterile Spritzen herbekommen können, dennoch benutzen nahezu neun von zehn (88%) immer noch nicht steriles Besteck (Pisani, 2003). Ein Problem besteht darin, dass zahlreiche Drogenabhängige zögern, sterile Spritzen mit sich zu führen, aus Angst, dass die Polizei dies als Beweis ihrer Drogenabhängigkeit werten könnte (die als Straftat angesehen wird).

Die Inhaftierung von Drogenkonsumenten spielt eine wichtige Rolle bei der Epidemie in Indonesien. In Jakarta stieg die HIV-Prävalenz unter Drogenkonsumenten zwischen 1997 und 2001 beispielsweise von null auf 47%. In der Folge war in den überfüllten Gefängnissen der Hauptstadt zwei Jahre später ein Anstieg der HIV-Prävalenz von null im Jahr 1999 auf 25% im Jahr

gegenüber sogar noch feindseliger eingestellt. Rund 85% der Sexarbeiter gab an, dass sie in der Vorwoche bei keinem ihrer Kunden ein Kondom benutzt hatte (MAP, 2005b). Der Grund mag teilweise darin liegen, dass die Polizei manchmal Frauen wegen des Besitzes von Kondomen festnimmt, da sie den Besitz von Kondomen als Beweis ihrer Prostitutionstätigkeit sieht (MAP,

Strafkampagnen zur Bekämpfung des „sozialen Übels“ treiben Drogenabhängige und Sexarbeiter aus dem Zugriffsbereich der HIV-Programme heraus.

2002 zu beobachten (MAP, 2005a). Der Zugang zu Prävention und Drogensersatzbehandlung allgemein ist sehr eingeschränkt. Wenn Indonesien die Epidemie unter Kontrolle bringen will, ist es notwendig, die rechtlichen und institutionellen Rahmenbedingungen anzupassen, um effiziente Präventionsstrategien umzusetzen.

Mehr als die Hälfte der Drogenkonsumenten in Jakarta ist sexuell aktiv und ein Fünftel kauft Sex. Drei Viertel dieser Drogenkonsumenten benutzen während des käuflichen Sex jedoch keine Kondome (Zentrum für Gesundheitsforschung und Gesundheitsministerium, 2002). Wenn das HI-Virus sich unter kommerziellen Sexarbeitern etabliert, folgt fast zwangsläufig eine weitere Ausbreitung der sexuell übertragenen HIV-Infektionen. Die Anzahl von Drogenkonsumenten unter den männlichen Sexarbeitern ist höher als die Zahl in anderen Bevölkerungsgruppen, zahlreiche dieser Männer verkaufen Sex zur Finanzierung ihres Drogenkonsums (MAP, 2005a). Ein großer Anteil der männlichen Sexarbeiter hat darüber hinaus auch Geschlechtsverkehr mit Frauen (Riono und Jazant, 2004). Der Einsatz von Kondomen ist im Bereich gelegentlich bis selten angesiedelt. In Jakarta hat sich bezüglich des Einsatzes von Kondomen bei käuflichem Sex in den Jahren 1996 bis 2002 kaum noch eine Änderung ergeben, vorher waren die Zahlen des Kondomgebrauchs leicht angestiegen. Auch im Jahr 2004 gaben drei Viertel der Sexarbeiter, die aus Massagesalons und Clubs heraus arbeiteten, an, dass sie in der Vorwoche nicht ein einziges Mal bei einem ihrer Kunden ein Kondom benutzt hatten. In den Bordellbereichen der Stadt waren die Sexarbeiter und ihre Kunden trotz fast eines Jahrzehnts der Präventionsarbeit Kondomen

2005b). In einem solchen Umfeld ist es nicht überraschend zu sehen, dass die HIV-Prävalenz unter Sexarbeitern in Sorong beispielsweise im Jahr 2003 auf 17% gestiegen ist, und dass durchschnittlich 42% der Sexarbeiter in sieben indonesischen Städten im Jahr 2003 mit Gonorrhö und/oder Chlamydia infiziert waren (MAP, 2004). Eine solche Überschneidung der Risikonetze ist praktisch eine Garantie für eine stärkere Ausbreitung von HIV in der allgemeinen Bevölkerung, besonders, wenn es üblich ist, mehrere sexuelle Partnerschaften zu haben, wie dies in Teilen der Provinz Papua der Fall ist. Dort wurden nahezu 1% der Erwachsenen in fünf Dörfern in einer Untersuchung HIV-positiv getestet (MAP, 2004). Es besteht ein dringender Bedarf zur Ausweitung und Intensivierung der HIV-Präventionsprogramme in Indonesien.

Eine ungewöhnlich starke Überschneidung zwischen intravenösem Drogenkonsum und Sexarbeit bietet der schweren Epidemie in Vietnam einen starken Nährboden, wo sich das HI-Virus bereits in alle 64 Provinzen und alle Städte ausgebreitet hat. Die Anzahl der HIV-Positiven hat sich seit 2000 verdoppelt und hat jetzt im Jahr 2005 eine geschätzte Zahl von 263.000 (Bandbreite 218.000 - 308.000) erreicht (Gesundheitsministerium Vietnam, 2005). Bei den Drogenkonsumenten des Landes handelt es sich überwiegend um junge Menschen (mit einem Durchschnittsalter von 25 Jahren), und der Gebrauch nicht steriler Drogenbestecke ist weit verbreitet; daher sind HIV-Infektionsraten von 40% unter den Drogenkonsumenten nicht ungewöhnlich (Hien et al., 2004a). Ungefähr ein Drittel aller intravenös spritzenden Drogenkonsumenten sind mit dem HI-Virus

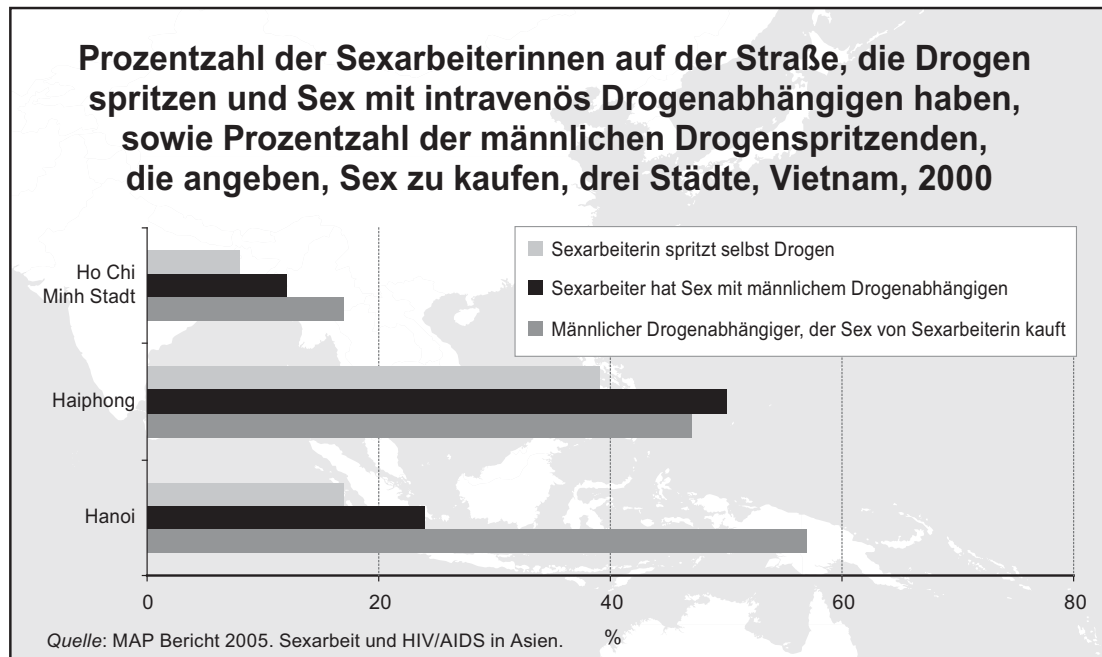


Abbildung 12

infiziert, und in Städten wie Can Tho, Hai Phong, Hanoi und Ho Chi Minh Stadt liegt die HIV-Prävalenz noch deutlich höher (Gesundheitsministerium Vietnam, 2005). Unter drogenabhängigen Sexarbeitern in Ho Chi Minh Stadt lag die Wahrscheinlichkeit des Gebrauchs von Kondomen gemäß einer anderen Studie nur halb so hoch wie bei den Sexarbeitern, die keine Drogen benutzten (siehe Kästchen) (MAP, 2004). Weniger als 50% der intravenös Drogenabhängigen benutzten konsequent Kondome bei Sexarbeitern (USAID et al., 2001). Als Folge liegt die durchschnittliche HIV-Prävalenz unter Sexarbeitern bei schätzungsweise 16%, und die Infektionsraten in den Städten Hai Phong, Ho Chi Minh Stadt, Hanoi und Can Tho liegen sogar noch höher (Gesundheitsministerium Vietnam, 2005). Darüber hinaus ermittelte eine Umfrage in Ho Chi Minh Stadt im Jahr 2003, dass die HIV-Prävalenz unter Männern, die mit anderen Männern Geschlechtsverkehr haben, bei 8% liegt.

Mit hoher Wahrscheinlichkeit steht besonders in Ho Chi Minh Stadt (wo ungefähr ein Viertel aller HIV-Infektionen im Land zu verzeichnen ist und die HIV-Prävalenz unter Erwachsenen im Jahr 2003 auf 1,2% geschätzt wurde) und in den nördlichen Küstenstädten Quang Ninh und Hai Phong (wo Annahmen zufolge ungefähr 1,1%

der Erwachsenen mit dem HI-Virus infiziert sind) eine Verstärkung der Epidemie zu befürchten (Gesundheitsministerium Vietnam, 2005). Programme zum Kampf gegen den Gebrauch nicht steriler Spritzen und gegen sexuelle Risikobereitschaft unter Drogenkonsumenten sind genau so wesentlich wie Strategien zur Reduzierung der sexuellen Übertragung von HIV unter Sexarbeitern, ihren Kunden und ihren anderen Sexualpartnern. Strafkampagnen zur Bekämpfung des 'sozialen Übels' treiben die Drogenkonsumenten und Sexarbeiter aus dem Zugriffsbereich von Programmen hinaus und können so unbeabsichtigt risikoreiche Verhaltensweisen für die Zukunft festschreiben (Hien et al., 2004a). In Vietnam hat die Epidemie eine Phase erreicht, wo jede zeitliche Verzögerung bei der Einführung von Programmen Tausende von Menschenleben kosten könnte. Gleichzeitig muss das Gesundheitssystem des Landes darauf vorbereitet werden, in der Zukunft mit schätzungsweise 5.000 - 10.000 neuen AIDS-Fällen pro Jahr umgehen zu können (Gesundheitsministerium Vietnam et al., 2003).

Die Kombination von Hochrisikoverhalten und unzureichenden Kenntnissen über AIDS unter Drogenkonsumenten und Sexarbeitern in **Pakistan** fördert eine schnelle Ausbreitung von HIV, neue Daten deuten darauf hin, dass das

Land am Rand schwerer HIV-Epidemien steht (Gesundheitsministerium Pakistan et al., 2005).

Unter den Drogenkonsumenten in Karachi, die intravenös spritzen, wurde bereits eine große Epidemie festgestellt, 23% der Drogenkonsumenten waren im Jahr 2004 HIV-positiv (Gesundheitsministerium Pakistan, 2005). Bei einer Studie nur sieben Monate früher wurde in der gleichen Gruppe nur ein Fall von HIV-Infektion festgestellt (Altaf et al., 2004). Die Epidemie kann nicht lange auf Karachi begrenzt bleiben. Viele der Drogenkonsumenten ziehen von Stadt zu Stadt (21% der Drogenabhängigen in Karachi haben auch in anderen Städten gespritzt)

allen ihren Kunden ein Kondom benutzt zu haben (MAP, 2005b). Zusätzlich zum Wissensmangel und zum geringen Einsatz von Kondomen besteht die Gefahr einer starken sexuellen Interaktion zwischen Drogenabhängigen und Sexarbeitern. Mehr als 20% der weiblichen Sexarbeiter in Karachi und in Lahore gaben an, auch Drogenkonsumenten, die spritzen, unter ihren Kunden zu zählen, und der Einsatz von Kondomen war bei diesen Begegnungen sehr selten. Unter den Drogenkonsumenten in Lahore hatte fast die Hälfte im Vorjahr Geschlechtsverkehr mit einem festen Partner, ein Drittel hatte für Sex mit einer Frau bezahlt (11% benutzten konsequent Kondome) und beinahe ein Viertel hatte für Sex mit

*Gezielte Präventionsprogramme sind dringend erforderlich,
um die HIV-Übertragung innerhalb und zwischen den Risikogruppen
einzuschränken.*

und ein sehr hoher Anteil unter ihnen benutzt keine sterilen Bestecke (Umfragen zufolge haben 48% der Drogenkonsumenten in Karachi in der Vorwoche nicht sterile Drogenbestecke benutzt). Das Risikoverhalten in Lahore ist noch stärker: 82% der Drogenkonsumenten gaben an, in der Vorwoche nicht sterile Spritzen benutzt zu haben, 35% sagten, dass sie nie steriles Besteck nutzten, und 51% hatten im Vorjahr auch in einer anderen Stadt gespritzt (Gesundheitsministerium Pakistan et al., 2005). In der pakistanischen Provinz Sindh wurde im Jahr 2004 eine Epidemie unter intravenös Drogenabhängigen gemeldet, in der Stadt Larkana wurden beinahe 10% der Drogenkonsumenten positiv getestet (Shah et al., 2004). Das Wissen über HIV ist bei den Drogenabhängigen (und Sexarbeitern) extrem niedrig. In Karachi hatte mehr als ein Viertel noch nie von AIDS gehört, und genau so viele wussten nicht, dass nicht steriles Drogenbesteck zu einer HIV-Infektion führen kann (Gesundheitsministerium Pakistan et al., 2005).

In der wichtigsten Handelsstadt Pakistans in Karachi kann ein Fünftel der Sexarbeiter noch nicht einmal ein Kondom erkennen, und drei Viertel wussten nicht, dass man mit Kondomen HIV verhindern kann (ein Drittel hatte sogar noch nie etwas von AIDS gehört). Es ist daher nicht überraschend, dass nur 2% der weiblichen Sexarbeiterinnen angaben, in der Vorwoche bei

einem Mann bezahlt (5% benutzten konsequent Kondome) (Gesundheitsministerium Pakistan et al., 2005). Männliche Sexarbeiter haben auch Geschlechtsverkehr mit Drogenkonsumenten, von denen 20% angaben, im vergangenen Jahr analsex gekauft zu haben (und nur 3% benutzten dabei konsequent Kondome). So kommt es, dass sexuell übertragbare Infektionen weit verbreitet sind: in Karachi litten 18% der Drogenkonsumenten an Syphilis, dies traf auch für 36% der männlichen Sexarbeiter und 60% der Hijras oder Personen mit Geschlechtsumwandlung zu (Gesundheitsministerium Pakistan et al., 2005).

Angesichts der großen Überschneidung verschiedener Hochrisikoverhaltensweisen steigt die Wahrscheinlichkeit schwerer HIV-Epidemien in Pakistan. Gezielte Präventionsprogramme sind dringend erforderlich, um die HIV-Übertragung innerhalb der Netzwerke mit Hochrisikoverhalten und darüber hinaus einzugrenzen.

Auch in **Malaysia** gibt es Faktoren, die einen plötzlichen Ausbruch der Epidemie zur Folge haben könnten. Schätzungsweise 52.000 Menschen waren im Jahr 2004 HIV-positiv, die überwiegende Mehrheit waren junge Männer (in der Altersgruppe 20 - 29 Jahre), drei Viertel von ihnen waren Drogenkonsumenten, die intravenös spritzen (Gesundheitsministerium Malaysia und

WHO, 2004; Huang und Hussein, 2004). Die Überschneidung von Drogenkonsum und HIV ist besonders im Osten des Landes auffällig. In Keleantan betrug die geschätzte HIV-Prävalenz unter Drogenkonsumenten im Jahr 2002 41%, und in Johor und Terengganu betrug sie 31% bzw. 28% (Gesundheitsministerium Malaysia und WHO, 2004). In jüngster Zeit wurde ein Rückgang der HIV-Prävalenz unter Drogenkonsumenten in 27 Rehabilitationszentren und 33 Gefängnissen verzeichnet, dieser „Trend“ mag jedoch auf den starken Anstieg der durchgeführten Tests unter Drogenkonsumenten und intravenös Spritzenden zurückzuführen sein (im Jahr 2000 wurden 19.500 Menschen getestet, im Jahr 2002 insgesamt

50.350) (Gesundheitsministerium Malaysia und WHO, 2004).

Der wachsende Anteil von HIV-Infektionen durch sexuelle Übertragungswege (17% im Jahr 2002 im Vergleich zu 7% im Jahr 1995) zeigt, dass das Virus sich in der allgemeinen Bevölkerung weiterausbreitet. Unter den Sexarbeitern in Teilen von Kuala Lumpur wurde beispielsweise eine HIV-Prävalenz von 10% festgestellt (Gesundheitsministerium und WHO, 2004). Gleichzeitig deutet ein Rückgang in der Anzahl der gemeldeten Syphilis- und Gonorrhöfälle seit Ende der 90er Jahre darauf hin, dass die sexuelle Risikobereitschaft möglicherweise geringer ist, als befürchtet.

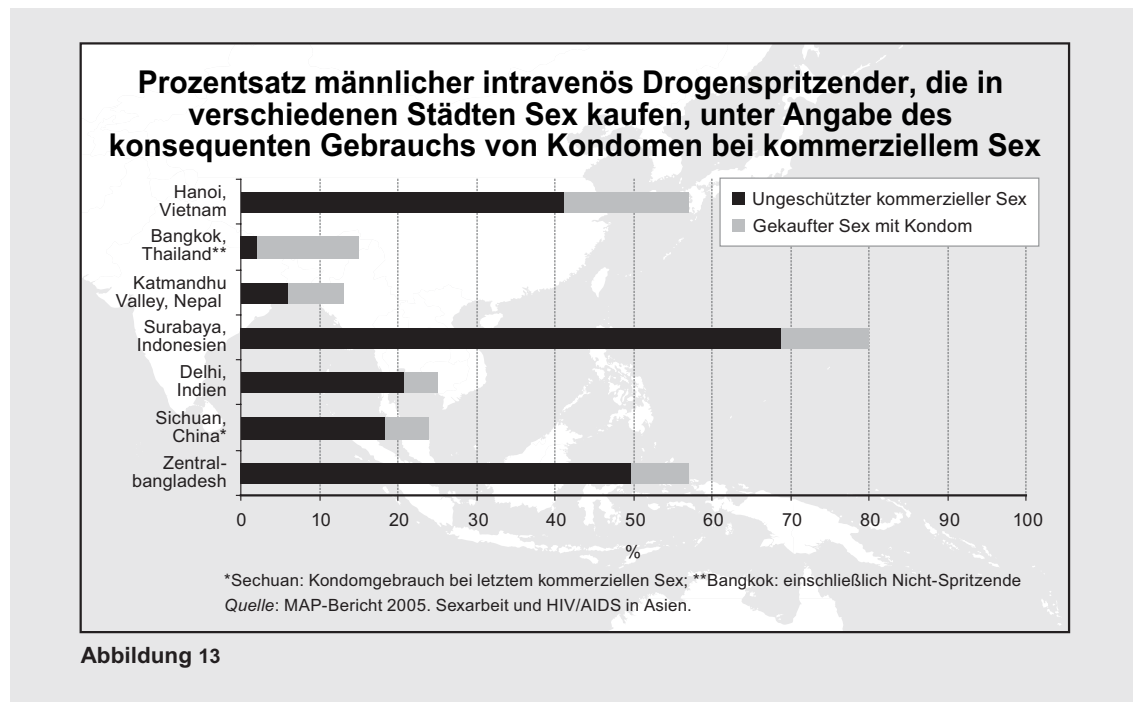
Drogenkonsumenten und bezahlter Sex

In Ländern, in denen kommerzieller Sex weit verbreitet ist und sich die Epidemie über Sexarbeiter etabliert, von denen viele Drogen spritzen, wird möglicherweise ein schneller Anstieg der Epidemie unter Heterosexuellen zu verzeichnen sein. Dies kann auch dann geschehen, wenn viele Drogenabhängige Geschlechtsverkehr mit Sexarbeitern haben. Andere Kunden werden das Virus dann an weitere Sexarbeiter oder ihre Freundinnen und Ehefrauen übertragen, wodurch das Netz der HIV-Übertragung stark ausgeweitet wird.

Die Kombination von Drogenkonsum und Sexarbeit ist oft tödlich. In Ho Chi Minh Stadt, **Vietnam** ergab eine Studie, dass ungefähr die Hälfte aller Sexarbeiter, die Drogen spritzen, HIV-positiv sind, dies steht im Vergleich zu 8% unter Sexarbeitern, die keine Drogen benutzen. In Anbetracht der Tatsache, dass 38% der Sexarbeiter, die an der Studie teilnahmen, Drogen spritzen, wird das Ausmaß des Problems deutlich. Drogenabhängige Sexarbeiter benutzen darüber hinaus gemäß einer anderen Studie im Vergleich zu Sexarbeitern, die keine Drogen benutzen, nur mit einer um 50% reduzierten Wahrscheinlichkeit Kondome. Sexarbeiter, die auf der Straße arbeiten und Drogen spritzen (und ihr Besteck mit anderen teilen) benutzten im Vergleich zu ihren nicht drogenabhängigen Kollegen sehr viel seltener Kondome (ein Sechstel). Anders ausgedrückt: Sexarbeiter, unter denen die Wahrscheinlichkeit einer HIV-Exposition am größten war, benutzten mit der geringsten Wahrscheinlichkeit regelmäßig Kondome.

Selbst wenn der Gesamtanteil der Sexarbeiter, die Drogen spritzen, relativ gering ist, ist üblicherweise der Anteil der weiblichen Drogenkonsumenten, die Sex verkaufen, tendenziell hoch. In der Provinz Sechuan in **China** gaben 47% der weiblichen Drogenkonsumenten in einer Verhaltensstudie an, dass sie im vorangegangenen Monat Sex für Geld oder Drogen angeboten hatten. Der Gebrauch von Kondomen lag bei käuflichem Sex relativ hoch (ca. 60%), bei Geschlechtsverkehr mit den festen Partnern betrug er jedoch nur 17%. In der Nachbarprovinz Yunnan, in der es seit langem eine HIV-Epidemie unter Drogenbenutzern gibt, verkauften 21% der weiblichen Drogenkonsumenten, die intravenös spritzen, Sex (und 88% sagten aus, dass sie bei ihrem letzten Kunden ein Kondom benutzt hatten).

Von der anderen Seite betrachtet übertragen Drogenkonsumenten, die Sex kaufen und mit HIV infiziert sind, das Virus mit hoher Wahrscheinlichkeit auf die Sexarbeiter, die dann das Virus an andere Kunden weitergeben können, wenn sie nicht konsequent Kondome benutzen. Wie Abbildung 13 oben zeigt, tendieren Drogenkonsumenten mit der Ausnahme von Thailand zum Gebrauch von Kondomen, wenn sie zu Prostituierten gehen. Vielerorts melden Drogenkonsumenten eine höhere Zahl regelmäßiger oder gelegentlicher sexueller Partnerschaften und benutzen dabei in der Regel noch seltener Kondome als bei käuflichem Sex. In der indischen Stadt Chennai waren 46% der Drogenkonsumenten verheiratet oder lebten mit einem festen Partner zusammen. Dies hat wahrscheinlich dazu beigetragen, dass Chennai eine der höchsten HIV-Prävalenzzahlen unter Schwangeren in Indien aufweist.



EIN BLICK AUF DIE REALITÄT

In Asien besucht nur eine Minderheit von Männern regelmäßig Sexarbeiter. In einer Umfrage unter mehr als 1.200 Männern in Gesundheitseinrichtungen auf den Philippinen gaben nur 6% der Erwachsenen an, dass sie in den vergangenen sechs Monaten Sex gekauft hatten, während in Myanmar 7% von mehr als 3.500 Männern angaben, dass sie im vorangegangenen

konnten diese beiden Länder die Epidemie in Schach halten. Anfang des 21. Jahrhunderts besuchten weniger Männer die Sexarbeiter und der Gebrauch von Kondomen bei kommerziellem Sex war hoch. Die HIV-Prävalenz unter Kunden von Sexarbeitern ging stark zurück, so dass für die Sexarbeiter selbst, ihre Kunden, die Frauen ihrer Kunden, andere Freundinnen und Kinder die Gefahr der HIV-Infektion zurückging (MAP, 2004b).

In den letzten Jahren sind die Präventionsanstrengungen gestiegen, dennoch breitet sich HIV stark in Bevölkerungsgruppen mit niedrigem Risiko aus.

Jahr für Sex bezahlt hatten. In Zentral-Thailand betrug der Anteil der Männer, die Sex kaufen, 16%. In vielen asiatischen Ländern gibt es jedoch genügend Menschen, die in ausreichender Häufigkeit Sex kaufen und verkaufen, um kommerziellen Sex zu einem der wichtigsten Epidemiefaktoren der Region zu machen. Kambodscha und Thailand sind Beispiele für Länder, in denen sich in den 90er Jahren schwere HIV-Epidemien auf die Sexbranche bezogen. Über anschließende Präventionsmaßnahmen

Nach Erreichen eines Spitzenwerts im Jahr 1997 mit 3% ging die nationale HIV-Prävalenz unter Erwachsenen in **Kambodscha** im Jahr 2003 um ein Drittel auf 1,9% zurück (Nationales Zentrum für HIV/AIDS, Dermatologie und sexuell übertragbare Krankheiten, 2004). Für diese Entwicklung gibt es zwei Gründe: eine wachsende Mortalität und ein Rückgang der HIV-Inzidenz, die nach neuesten Schätzungen zwischen 1994 und 1998 stark zurückging, bevor sie sich stabilisierte. Eine genauere Betrachtung der HIV-

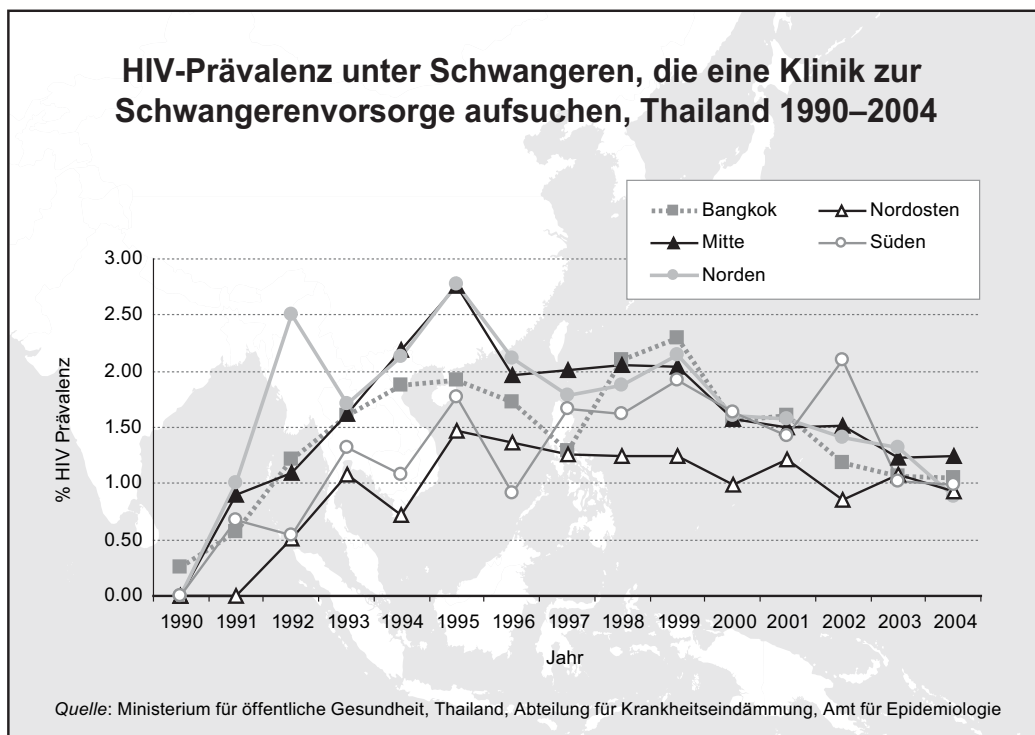
Inzidenz unter Sexarbeitern zeigt, dass die Rate der Neuinfektionen sowohl bei Sexarbeitern in Bordellen als auch bei Sexarbeitern, die außerhalb von Bordellen tätig sind, zwischen 1999 und 2002 um die Hälfte zurückging, und die HIV-Prävalenz in dieser Gruppe fiel von 43% im Jahr 1998 auf 21% im Jahr 2003 (Saphonn et al., 2005; Nationales Zentrum für HIV/AIDS, Dermatologie und sexuell übertragbare Krankheiten, 2004). Wahrscheinlich haben Verhaltensänderungen zu diesem Trend bei der Inzidenz beigetragen (siehe AIDS Epidemic Update 2004). Diese Verhaltensänderungen müssen festgeschrieben werden. Neuere Verhaltensstudien zeigen, dass derzeit mehr Männer Sexarbeiter aufsuchen. Im Jahr 2001 gaben 22-26% der Motorrad-Taxifahrer, der Polizisten sowie der Armeebesetzten an, dass sie in den vorangegangenen drei Monaten für Sex bezahlt hatten, zwei Jahre später gaben mehr als 35% an, dass sie Sex gekauft hatten. Glücklicherweise ist der Gebrauch von Kondomen sehr hoch – 80% oder mehr der Kunden gaben im Jahr 2003 an, dass sie während des kommerziellen Sex in den vorangegangenen drei Monaten konsequent Kondome benutzt hatten, wie das auch bei den Sexarbeitern der Fall war. Unter den Sexarbeitern sind die Zahlen

für den Gebrauch von Kondomen seit Ende der 90er Jahre stetig gestiegen (Nationales Zentrum für HIV/AIDS, Dermatologie und sexuell übertragbare Krankheiten, 2004). Inzwischen scheint sich auch die Rate der Neuinfektionen unter Schwangeren landesweit stabilisiert zu haben. Es gibt jedoch eine Anomalie, die besorgniserregend ist. Im Westen Kambodschas (entlang der Grenze zu Thailand) ist die HIV-Inzidenz unter Schwangeren stark gestiegen (von 0,35% auf 1,48% in Zeitraum 1999 bis 2002); darüber hinaus handelt es sich um die einzige Region im Land, in der die HIV-Inzidenz unter Sexarbeitern nicht zurückgegangen ist (Saphonn et al., 2005). Eine starke interne Migration mag eine der Ursachen für diesen Trend sein.

Thailand ist immer wieder als eine der Erfolgsgeschichten im Kampf gegen AIDS angeführt worden. Bis zum Jahr 2003 ging die landesweite HIV-Prävalenz unter Erwachsenen mit einem Wert von schätzungsweise 1,5% auf die niedrigste jemals erreichte Zahl zurück (UNAIDS, 2004).

Dennoch kann noch lange nicht die Rede davon sein, dass die Epidemie in Thailand vorbei ist. Die Tatsache, dass die Infektionsraten in den

Abbildung 14



Hochrisikogruppen der Bevölkerung viel höher liegen, erinnert daran, dass die erreichten Erfolge auch nachhaltig gesichert werden müssen. Etwas über 10% der Sexarbeiterinnen in Bordellen waren im Jahr 2003 HIV-positiv, die Zahl bei Drogenabhängigen, die sich die Drogen spritzen, in Drogenbehandlungskliniken lag bei 45%.

Es gibt Anzeichen dafür, dass entweder die Präventionsanstrengungen des Landes nachlassen oder die Effizienz und Relevanz beeinträchtigt ist. Unter Männern im Norden Thailands, die angaben, dass sie Sex kaufen, sagten nur 55%, dass sie bei jeder Gelegenheit ein Kondom benutzen (Lertpiriyasuwat et al., 2003). Unter den jungen Männern der gleichen Region lagen die Kondombenutzungsraten noch niedriger: weniger als ein Drittel derjenigen, die Sex kaufen, gaben an, immer ein Kondom zu benutzen. Eine weitere Studie in vier Städten (einschließlich Bangkok und Chiang Mai) stellte fest, dass Sexarbeiter nach eigenen Angaben nur zu 51% ein Kondom benutzten, in der Regel bei Ausländern – dies ist eine riesige Abweichung im Vergleich zu der bemerkenswerten Zahl von 96%, die eine Studie im Jahr 2000 in Bangkok ergab. Nur einer von vier Thai-Kunden benutzte ein Kondom (Buckingham & Meister, 2003; UNDP, 2004).

Die Herausforderung in Thailand besteht nun in der Wiederbelebung und der Anpassung der Präventionsstrategien auf neuere Entwicklungen bei der Epidemie. Dies erfordert eine Neuauflage der Safer Sex-Kampagnen im neuen Umfeld des kommerziellen Sex. Es gab einen beträchtlichen Anstieg in der Anzahl der Einrichtungen für „indirekte“ Sexdienstleistungen, wie zum Beispiel Massagesalons (von 8.000 im Jahr 1998 auf 12.200 im Jahr 2003). Allein in Bangkok handelten schätzungsweise 34.000 Frauen im Jahr 2003 in diesem Umfeld außerhalb von Bordellen mit Sex. Die Kontrolle dieser Formen der Sexarbeit mit dem 100%-Kondomprogramm ist schwierig, Programme, die auf Aufklärung und die potenzielle Solidarität unter Sexarbeitern setzen, wären angemessener, um den Zugang zu dieser Bevölkerungsgruppe zu sichern (UNDP, 2004).

Die Epidemie in Thailand ist heute vielschichtiger als noch vor einem Jahrzehnt. Männliche Kunden von Sexarbeitern stecken ihre Frauen und Freundinnen an, mit dem Ergebnis, dass

bis zur Hälfte der HIV-Neuinfektionen jedes Jahr innerhalb der Ehe oder innerhalb von festen Beziehungen auftritt, wo der Gebrauch von Kondomen tendenziell sehr gering ist (Thai Arbeitsgruppe zu HIV/AIDS-Hochrechnungen, 2001). Allgemein gesprochen gibt es Beweise dafür, dass junge Thais, insbesondere Frauen, Sex vor der Ehe haben. Auch in diesem Bereich ist der Gebrauch von Kondomen nicht die Norm, nur 20 bis 30% der sexuell aktiven jungen Bevölkerung benutzt konsequent Kondome (Punpanich et al., 2004; UNDP, 2004).

Sex unter Männern ist eine weitere in der Regel gern übersehene Facette der Epidemie in Thailand. In einer neueren Studie aus Bangkok wurde festgestellt, dass 17% der Männer, die mit anderen Männern Geschlechtsverkehr haben, HIV-positiv sind; beinahe ein Viertel von ihnen hatte in den vorangegangenen sechs Monaten auch Sex mit Frauen (Van Griensven et al., 2005).

Die Rolle der Drogen spritzenden Drogenkonsumenten ist bisher im Zusammenhang mit der Epidemie in Thailand eine vernachlässigte Dimension. Bei dem Vergleich der HIV-Prävalenz unter Drogenkonsumenten und unter kommerziellen Sexarbeitern fallen zwei Trends auf. Der Prozentsatz der Sexarbeiter mit HIV ging nach 1995 drastisch zurück. Unter den Drogenkonsumenten gab es jedoch einen gegenläufigen Trend. Die HIV-Prävalenz bei Drogenkonsumenten, die ihre Drogen spritzen, stieg in allen Regionen des Landes und erreichte in der nördlichen Region gar 61% (im Jahr 2000) und betrug im Jahr 2003 45% oder mehr in Bangkok, der Zentralregion sowie der südlichen Region (Poshyachinda, 2005). Schätzungen zufolge war ein Fünftel der HIV-Neuinfektionen in diesem Jahrzehnt auf unsicheres Spritzen von Drogen zurückzuführen (Thai Arbeitsgruppe zu HIV/AIDS-Hochrechnungen, 2001). Trotzdem konzentriert sich nur ein kleiner Anteil der Präventionsanstrengungen in Thailand auf diesen Bereich.

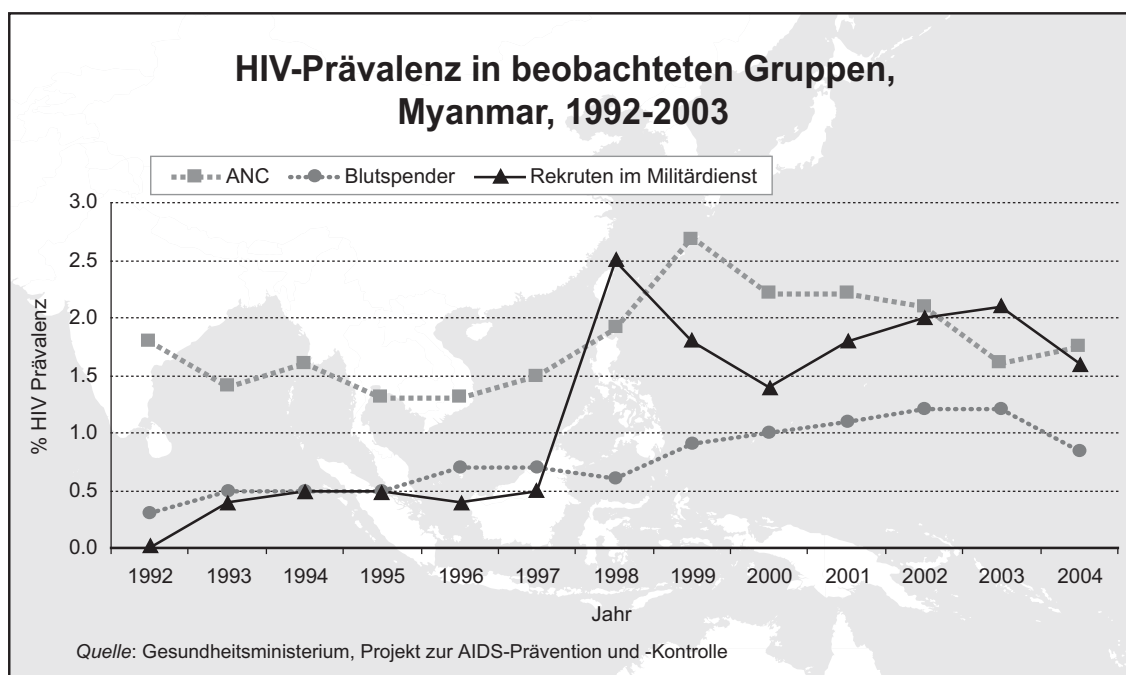
Wie schon für Indonesien beschrieben scheint das Gefängnis ein bedeutender Risikofaktor für HIV-Infektionen unter Drogenspritzenden in **Thailand** zu sein. Im Norden des Landes gab mehr als ein Viertel (27%) der intravenös

spritzenden Drogenkonsumenten an, schon einmal im Gefängnis gewesen zu sein, und dies schon vor den besonderen Anstrengungen von Seiten der Regierung zur Eindämmung des Drogenhandels und des Drogengebrauchs (MAP, 2005a). Unter denjenigen, die noch nie im Gefängnis gewesen waren, lag die HIV-Prävalenz bei 20%. Im Vergleich betrug die HIV-Prävalenz unter denjenigen, die schon einmal im Gefängnis waren und die angaben, im Gefängnis Drogen gespritzt zu haben, 49%. Diese Daten deuten an, dass viele der Drogenkonsumenten sich wahrscheinlich im Gefängnis infiziert haben. Eine weitere Thai-Studie zeigt, dass der Gebrauch nicht steriler Drogenbestecke im Polizeigewahrsam vor der Einlieferung ins Gefängnis die Wahrscheinlichkeit einer HIV-Infektion verdoppelt (Buavirat et al., 2003).

In dem Zeitraum, in dem Kambodscha und Thailand in den 90er Jahren Strategien zur Umkehrung des Trends zur Verbreitung von HIV planten und entwickelten, fasste eine weitere Epidemie im Nachbarstaat **Myanmar** Fuß. Eingeschränkte Präventionsaktivitäten führten dazu, dass sich HIV frei ausbreiten konnte – zunächst unter den Risikogruppen, später auch außerhalb der traditionellen Risikogruppen. So

hat Myanmar heute mit einer geschätzten HIV-Prävalenz unter Schwangeren von 1,8% im Jahr 2004 eine der schwersten AIDS-Epidemien der Region zu verzeichnen (Gesundheitsministerium Myanmar, 2004). Der größte Risikofaktor für viele der heute HIV-positiven Frauen war ungeschützter Geschlechtsverkehr mit dem Ehemann oder mit einem Freund, der sich beim intravenösen Drogengebrauch oder beim käuflichen Sex infiziert hatte. Anhaltend hohe Zahlen der HIV-Prävalenz unter Sexarbeitern haben die Epidemie in Myanmar verschärft. Im Jahr 2004 erwies sich bei Tests, dass eine von vier Sexarbeiterinnen (27%) HIV-positiv war, die Prävalenz unter Sexarbeitern ist seit 1997 nie unter die Rate von 25% gefallen. Sehr hohe HIV-Infektionsraten wurden 2004 unter Drogenkonsumenten festgestellt, die Drogen intravenös spritzen; 60% der Drogenspritzenden in Lashio wurden positiv getestet, die Rate in Myitkyeena lag bei 47%, die Raten in den wichtigsten Städten des Landes Yangon und Mandalay lagen bei 25% bzw. 30%. Die nationale HIV-Prävalenz unter Drogenbenutzern lag im Jahr 2004 bei 34%, was einen Rückgang im Vergleich zum Jahr 2001 bedeutet (Gesundheitsministerium Myanmar, 2004 und 2005).

Abbildung 15



Die Präventionsmaßnahmen sind zwar in den letzten Jahren verstärkt worden, doch HIV breitet sich auch weiterhin in den Bevölkerungsgruppen ohne spezielle Risikofaktoren stark aus. An acht (von 29) Überwachungspunkten überstieg die HIV-Prävalenz unter Schwangeren 3%, unter Männern, die um Behandlung anderer sexuell übertragbarer Infektionen nachsuchten, überstieg die HIV-Prävalenz im Jahr 2003 an ebenso vielen Überwachungspunkten 5%, in Yangon und Mandalay wurde festgestellt, dass die HIV-Infektionsrate bei neuen Militärbediensteten 1,4 bzw. 1,8% betrug

Die meisten Länder in Asien haben noch die Möglichkeit, eine größere Epidemie zu verhindern. In **Bangladesch**, wo die nationale HIV-Prävalenz unter Erwachsenen bei unter 1% liegt, wurden schon zu einem frühen Zeitpunkt der Epidemie HIV-Präventionsprogramme eingeleitet. Teilweise aufgrund der gezielten Präventionsanstrengungen blieb die HIV-Prävalenz bei weiblichen Sexarbeitern niedrig (0,2–1,5% in unterschiedlichen Kontrollpunkten), und die Prävalenz anderer sexuell übertragbarer Infektionen ging von mehr als 30% im Jahr 1999 auf unter 10% im Jahr 2002 zurück (Gesundheits-

Die Länder der Region müssen Beispiele von Ländern aufgreifen, die sich dazu entschieden haben breit angelegte und umfassende Präventionsleistungen für Bedürftige anzubieten.

(Gesundheitsministerium Myanmar, 2004). Es ist zwar bekannt, dass ein beträchtlicher Anteil junger Männer häufig Sexarbeiter besucht, doch es gibt keine ausreichenden landesweiten Daten zum Kondomgebrauch bei kommerziellem Sex. Die eingeschränkten verfügbaren Daten zum Verhalten zeichnen jedoch derzeit ein unklares Bild; es gibt allerdings einige Anzeichen dafür, dass das 100%-Kondomprogramm, das im Jahr 2001 eingeführt wurde (und Angaben zufolge im Jahr 2004 58 Townships erreichte), zu einigen Erfolgen führen kann (Thwe, 2004). Es werden jedoch noch sehr viel stärkere Präventionsanstrengungen (einschließlich eines umfassenden Programms für intravenös spritzende Drogenbenutzer) erforderlich sein, wenn Myanmar die AIDS-Epidemie besiegen will, die schon heute zu den schlimmsten der gesamten Region gehört.

Im Jahr 2004 betrug die HIV-Prävalenz unter Müttern, die die Schwangerenvorsorge besuchten, landesweit im Mittel 1,5% (mit einer Spannbreite von 0% in Bago bis 5% in Muse). Die Prävalenz ist in den letzten fünf Jahren in den meisten städtischen Ballungsgebieten weitgehend konstant geblieben, es gab jedoch einen klaren Rückgang in der Altersgruppe 15 - 19 Jahre. Unter den Militärrekruten schwankte die HIV-Prävalenz seit 1998 zwischen 1,4 und 2,5%, Anfang 2004 wurden 1,6% gemessen (Gesundheitsministerium Myanmar, 2004).

und Familienministerium Bangladesh, 2004). Die Qualität und die flächendeckende Ausbreitung dieser Initiativen muss jedoch weiter ausgebaut werden, wenn eine schnelle HIV-Übertragung verhindert werden soll. Sexarbeiter in Bangladesh haben einen höheren Kundenumschlag als Sexarbeiter in anderen südasiatischen Ländern, und der konsequente Gebrauch von Kondomen bei käuflichem Sex ist eher selten (je nach Region gaben 0–12% der Sexarbeiter an, dass sie bei neuen Kunden Kondome benutzten). Außerdem verdoppelten sich die HIV-Infektionsraten bei spritzenden Drogenabhängigen durch risikoreiche Drogenpraktiken im Zeitraum 2000-2001 bis 2002-2003 von 1,7% auf 4%. Dieser Trend könnte weiter anhalten, wenn man in Betracht zieht, dass mindestens die Hälfte der Drogenkonsumenten in drei Regionen angab, dass sie beim letzten Spritzen von Drogen kein steriles Drogenbesteck verwandt haben. In einem Stadtteil der Hauptstadt, Dhaka, wurden 9% der Drogenspritzenden im Zeitraum 2003-2004 HIV-positiv getestet (die Prävalenz betrug unter Drogenkonsumenten in der ganzen Stadt 4%) (Gesundheits- und Familienministerium, 2004). Ein großer Anteil der Drogenspritzenden (in einigen Regionen sogar 20%) gab an, Sex zu kaufen, und unter diesen benutzten noch nicht einmal 10% im vergangenen Jahr ein Kondom beim kommerziellen Sex (Gesundheits- und Familienministerium, 2004).

Auf den **Philippinen** ist die nationale HIV-Prävalenz unter Erwachsenen auch unter den Risikogruppen niedrig geblieben (Mateo et al., 2004). Einige Anzeichen sprechen jedoch dafür, dass sich dies ändern könnte. Der Kondomgebrauch bei kommerziellem Sex ist selten (besonders bei Sexarbeitern, die nicht in einem Bordell arbeiten), die Prävalenz sexuell übertragbarer Krankheiten steigt seit geraumer Zeit, und in einigen Teilen des Landes werden in hohem Maße nicht sterile Drogenbestecke von Drogenkonsumenten eingesetzt (77% in Cebu City) (Mateo et al., 2004; Wi et al., 2002; Gesundheitsministerium Philippinen, 2003). Es ist wahrscheinlich, dass ein starkes System der Routineuntersuchungen auf sexuell übertragbare Infektionen in Verbindung mit weiteren HIV-Präventionsmaßnahmen für Sexarbeiter dazu beigetragen hat, die HIV-Infektionen auf niedrigem Niveau zu halten (MAP, 2005b). Es gibt jedoch Lücken in der Strategie des Landes. Die Informations- und Aufklärungsarbeit zu AIDS muss verstärkt werden: gemäß einer umfassenden Umfrage aus dem Jahr 2003 glaubten 90% der Befragten immer noch, dass HIV übertragen werden kann, wenn man vom gleichen Teller isst, wie ein HIV-positiver Mensch.

Eine ähnliche Situation ergibt sich in der **demokratischen Volksrepublik Laos**, wo ungefähr zwei Drittel aller HIV-Fälle in zwei Gegenden aufgetreten sind (in der Hauptstadt Vientiane und in Savannakhet). Die HIV-Prävalenz ist insgesamt immer noch niedrig, doch die ersten Warnsignale sind zu erkennen. Unter Frauen, die in Einrichtungen arbeiten, die auch sexuelle Dienstleistungen anbieten, ist die Gonorrhö-Prävalenz hoch (13-14%) und in Vientiane und Savannakhet wurde ungefähr 1% der Frauen HIV-positiv getestet (Phimphachanh und Sayabounthavong, 2004). In Vientiane sind junge Männer in den letzten Jahren gemäß einer neueren Verhaltensstudie sexuell aktiver geworden. Mehr als 60% hatten in den ersten sechs Monaten des Jahres 2004 mehr als zwei weibliche Partnerinnen, nahezu 10% hatte einen oder mehrere männliche Partner und mehr als 30% haben mindestens einmal für Sex bezahlt (Toole et al., 2005). Die meisten Männer, die Geschlechtsverkehr mit Männern haben, haben auch Sex mit Frauen. Diese

Ergebnisse unterstreichen die Notwendigkeit einer umfassenden HIV-Präventionsstrategie, die eine verbesserte Behandlung von sexuell übertragbaren Infektionen umfasst.

In **Japan** hat sich die Zahl der jährlich gemeldeten HIV-Fälle seit 1994 - 1995 mehr als verdoppelt und erreichte im Jahr 2004 mit 780 Fällen einen neuen Höchststand. Eine Ursache für diesen Trend ist der Anstieg von Infektionen unter Männern, die Geschlechtsverkehr mit Männern haben. Geschlechtsverkehr unter Männern hatte im Jahr 2004 einen Anteil von 60% bei den neuen HIV-Fällen. Ungefähr ein Drittel der Gesamtfälle in dem Jahr betraf Menschen unter 30 Jahre, dies scheint frühere Berichte zu bestätigen, die auf eine Zunahme der sexuellen Aktivität und der unsicheren Sexpraktiken bei jungen Männern und Frauen hinwiesen (Ono-Kihara et al., 2001; Nemoto, 2004).

KEIN AUFSCHUB

Die Länder in der Region müssen die Beispiele der Länder aufgreifen, die sich dazu entschlossen haben, großräumig angelegte und umfassende Präventionsleistungen besonders denjenigen anzubieten, die diese Leistungen am dringendsten benötigen. In allen Fällen zielten die Programme auf Verhaltensweisen und Zusammenhänge ab, die die meisten Neuinfektionen verursachten. Das heißt, dass Sexarbeiter (männlich und weiblich) und ihre Kunden wissen müssen, wie sie sich vor HIV schützen können, Kunden müssen leichten Zugang zu Kondomen haben und sollten diese immer benutzen müssen. Sexarbeiter benötigen regelmäßig Zugang zu hochwertigen Leistungen im Bereich sexuell übertragbarer Infektionen. Drogenbenutzer, die intravenös spritzen, benötigen besseren Zugang zu Folgenlinderung- und Drogenbehandlungseinrichtungen, und die Programme müssen den Zusammenhang zwischen Drogenkonsum und kommerziellem Sex in Betracht ziehen. Schließlich muss das politische, rechtliche und institutionelle Umfeld die Bereitstellung angemessener HIV-Präventionsleistungen besonders für die Risikogruppen unterstützen.

Die AIDS-Epidemien verändern sich in mehreren asiatischen Ländern – auch in den Ländern, die es in der Vergangenheit geschafft haben, die früheren

HIV-Epidemien einzudämmen. **Kambodscha** und **Thailand** müssen zum Beispiel die sich verändernden Epidemien in diesen Ländern kühn angehen. Dies erfordert die Erarbeitung und Umsetzung von Programmen, die die HIV-Übertragung unter Risikogruppen (zum Beispiel Drogenkonsumenten, Sexarbeiter, einschließlich der Sexarbeiter, die außerhalb von Bordellen tätig sind, und Männer, die mit anderen Männern Geschlechtsverkehr haben) eingrenzen, die bisher in den Strategien zahlreicher Länder nicht speziell erwähnt waren.

Für **Indonesien** und **Pakistan** ist Zeit ein wesentlicher Faktor. Beide Länder müssen ihre Strategien dringend ausweiten, wenn sie schwere HIV-Epidemien verhindern wollen. Die bereits seit langem schwelenden Epidemien

in einigen anderen Ländern stellen eine weitere Herausforderung: die Bereitstellung von Behandlungs- und Pflegemöglichkeiten für Tausende von Infizierten. Im Jahr 2005 benötigten schätzungsweise 1,1 Millionen Menschen in Asien antiretrovirale Behandlung, dies ist die zweithöchste Zahl in der Welt. Die Bereitstellung dieser Behandlung ist seit Anfang 2004 erheblich gestiegen – sie verdreifachte sich nahezu von 55.000 auf 155.000 Mitte 2005. Dies ist im wesentlichen auf die Anstrengungen in Thailand (wo mehr als die Hälfte der Menschen, die diese Medikamente benötigten, sie auch bekamen) und China zurückzuführen. Doch die Herausforderung hält an: ca. 85% der Menschen, die diese Behandlung benötigten, bekamen sie Mitte 2005 noch nicht (UNAIDS/WHO, 2005).

OSTEUROPA UND ZENTRALASIEN

HIV- und AIDS Statistik, Vergleich zwischen 2003 und 2005

	HIV-Positive, Erwachsene und Kinder	Anzahl der HIV-positiven Frauen	HIV- Neuinfektionen, Erwachsene und Kinder	Prävalenz unter Erwachsenen (%) *	AIDS-Tote, Erwachsene und Kinder
2005	1.6 Millionen [990 000–2.3 Mio.]	440 000 [300 000–620 000]	270 000 [140 000–610 000]	0.9 [0.6–1.3]	62 000 [39 000–91 000]
2003	1.2 Millionen [740 000–1.8 Mio.]	310 000 [210 000–430 000]	270 000 [120 000–680 000]	0.7 [0.4–1.0]	36 000 [24 000–52 000]

Die Epidemien in Osteuropa und Zentralasien wachsen mit ungebrochener Geschwindigkeit und betreffen immer größere Teile der Gesellschaften in der Region. Die Zahl der HIV-Positiven in dieser Region hat im Jahr 2005 die Marke von 1,6 Millionen [990.000–2,3 Millionen] erreicht – dies ist ein zwanzigfacher Anstieg in weniger als zehn Jahren. AIDS forderte im Jahr 2005 doppelt so viele Leben wie im Jahr 2003 und tötete schätzungsweise 62.000 [39.000 - 91.000] Erwachsene und Kinder. Etwa 270.000 [140.000–610.000] Menschen infizierten sich im vergangenen Jahr neu mit dem HI-Virus; 75% der im Zeitraum 2000 bis 2004 gemeldeten Infektionen betrafen Menschen unter 30 Jahren (in Westeuropa lag die entsprechende Zahl bei 33%) (Euro HIV, 2005).

In mehreren Ländern sind mit einem Anstieg der sexuell übertragenen HIV-Infektionen unter den Neudiagnosen starke Veränderungen der Epidemiemuster zu beobachten. Im Jahr 2004 waren mindestens 30% aller neu gemeldeten HIV-Infektionen in **Kasachstan** und in der **Ukraine**, und sogar mindestens 45% der Fälle in **Weißrussland** und der **Republik Moldau** auf ungeschützten Geschlechtsverkehr zurückzuführen (EuroHIV, 2005). Darüber hinaus sind Frauen zu einem größeren Prozentsatz betroffen, viele von ihnen stecken sich bei ihren

männlichen Partnern an, die sich selbst wiederum durch intravenösen Drogengebrauch infizieren.

Die meisten HIV-positiven Menschen in dieser Region leben in zwei Ländern: in der **Russischen Föderation** und der **Ukraine**. Die Epidemie in der Ukraine wächst weiterhin, während die Russische Föderation bereits die größte AIDS-Epidemie in ganz Europa zu verzeichnen hat. Beide Epidemien haben einen Status erreicht, in dem sie massive Herausforderungen in den Bereichen Prävention, Behandlung und Pflege stellen.

HIV hat sich in jedem Teil der ehemaligen Sowjetunion mit der Ausnahme von Turkmenistan etabliert (wo nur wenig Informationen zur HIV-Epidemie vorliegen). Einige Republiken in Zentralasien und im Kaukasus befinden sich noch in einer frühen Phase der Epidemie; das ausgeprägte Risikoverhalten in Südosteuropa lässt jedoch befürchten, dass die Präsenz von HIV sich weiter verstärken wird, wenn die Präventionsmaßnahmen nicht schnell ausgebaut werden.

RUSSISCHE FÖDERATION

Seit Beginn der Epidemie bis zum Ende des Jahres 2004 wurden in der **Russischen Föderation** schätzungsweise 300.000 HIV-Fälle offiziell registriert (Russisches Föderales AIDS-

Zentrum, 2005; EuroHIV, 2005). Die tatsächliche Zahl der Infektionen liegt jedoch viel höher: schätzungsweise 860.000 Menschen (420.000–1.400.000) lebten Ende 2003 in der Russischen Föderation mit dem HI-Virus (UNAIDS, 2004). Der starke Rückgang bei den neu gemeldeten Fällen im Zeitraum 2001 bis 2003 (siehe AIDS Epidemic Update 2004) hielt im Jahr 2004, in dem knapp 34.000 Neuinfektionen diagnostiziert wurden, nicht an (EuroHIV, 2005). Der Rückgang scheint kein Zeichen für eine tatsächliche Verlangsamung der Epidemie gewesen zu sein, sondern war auf einen Mangel an Testmaterialien sowie eine veränderte HIV-Teststrategie zurückzuführen, nach der weniger Tests in Bevölkerungsgruppen mit starkem Risikoverhalten durchgeführt wurden (besonders unter Drogenbenutzern und Gefängnisinsassen) (Pokrovskiy, 2005).

HIV-positiv waren (Verevochkin et al., 2005), während in den Provinzstädten Cherepovets und Velikiy Novgorod unter Drogenkonsumenten eine HIV-Prävalenz von 12 bzw. 15% gemessen wurde (Smolskaya et al., 2005). Diese Zahlen sind angesichts des auffällig starken Risikoverhaltens unter den Drogenkonsumenten keineswegs überraschend, denn in Cherepovets gaben 73% der Drogenkonsumenten an, dass sie Nadeln und Spritzen wiederverwenden (Smolskaya et al., 2005).

In starkem Gegensatz dazu stehen die Ergebnisse einer im Jahr 2003-2004 durchgeführten Bewertung der Harm Reduction Programme in den Städten Pskov (im Nordwesten) und Tomsk (im Nordosten). Das im Jahr 1998 initiierte und gut etablierte Programm in Pskov erreichte schätzungsweise 80% der Drogenkonsumenten in der Stadt,

Junge Menschen tragen die Hauptlast der HIV-Neuinfektionen.

Junge Menschen tragen die Hauptlast der HIV-Neuinfektionen. Jedes Jahr betreffen drei Viertel der Neudiagnosen Menschen in der Altersgruppe 15 - 29 Jahre (Pokrovskiy, 2005; EuroHIV, 2005; Field, 2004). Im Zentrum der Epidemie im Land stehen die außerordentlich hohen Zahlen junger Drogenabhängiger, die intravenös Drogen spritzen. Ende 2004 gab es in der Russischen Föderation mehr als 340.000 registrierte Drogenabhängige, doch es ist davon auszugehen, dass die tatsächliche Zahl der intravenös Spritzenden vier- bis zehnmal so hoch ist (Föderales Amt für den Schutz der Verbraucherrechte und der allgemeinen Wohlfahrt der Russischen Föderation, 2005; UNODC, 2005). Anfang 2004 betrafen mehr als 80% aller offiziell gemeldeten HIV-Fälle seit Beginn der Epidemie intravenös spritzende Drogenabhängige (Russisches Föderales AIDS-Zentrum, 2004). Unsichere Praktiken beim Spritzen der Drogen sind immer noch der Hauptgrund für den Großteil der HIV-Infektionen, da schätzungsweise 30 - 40% der Drogenkonsumenten nicht sterile Drogenbestecke oder Spritzen benutzen, was die Chancen einer HIV-Übertragung stark erhöht. Aus diesem Grunde werden aus mehreren Regionen starke HIV-Epidemien unter Drogenbenutzern gemeldet. Zwei der neueren Studien aus Sankt Petersburg stellten zum Beispiel fest, dass mehr als 30% der intravenös spritzenden Drogenabhängigen

während das Programm in Tomsk, das jüngeren Datums ist, ungefähr 10% erreichte. Von den Drogenkonsumenten, die an den Harm Reduction Programmen in Pskov und Tomsk teilnahmen gaben nur 6% bzw. 8% der Befragten an, im Monat vor der Studie nicht sterile Spritzen benutzt zu haben. Unter denjenigen, die nicht an dem Programm teilnahmen, hatten 19% der Drogenkonsumenten in Pskov und 30% der Drogenkonsumenten in Tomsk nicht sterile Spritzen benutzt – so wie 31% der Drogenkonsumenten in der Stadt Novgorod (die über kein Harm Reduction Programm verfügte). Der Gebrauch von Kondomen lag bei den Teilnehmern des Programms ebenfalls erheblich höher. In Pskov gaben 43% der Teilnehmer an, beim letzten Geschlechtsverkehr ein Kondom benutzt zu haben (im Vergleich zu 28% bei den Nicht-Teilnehmern), in Tomsk betrug die entsprechende Zahl 58% (30% bei den Nicht-Teilnehmern). HIV-Infektionsraten unter Drogenkonsumenten in Pskov und Tomsk erreichten nur ein Bruchteil der entsprechenden Zahlen in Novgorod (0,3 bzw. 2,1% im Vergleich zu 14,7%) (Eroshina et al., 2005a). Diese Ergebnisse stehen im Einklang mit den Ergebnissen einer Schnellauswertung von Harm Reduction Programmen in 15 Städten der Russischen Föderation. Mit der Ausnahme einer Stadt war der Gebrauch nicht steriler Spritzen unter spritzenden Drogenkonsumenten, die an einem

solchen Programm teilgenommen hatten, in allen Städten niedriger im Vergleich mit denjenigen, die an keinem Programm teilgenommen hatten - in einigen Fällen lagen die entsprechenden Zahlen weit auseinander (Eroshina et al., 2005b).

Trotz der Versuche, nun auch Präventionsprogramme für Gefängnisinsassen einzuführen, ist das russische Justizvollzugssystem immer noch unverhältnismäßig stark von der Epidemie betroffen. Die HIV-Prävalenz in den Gefängnissen des Landes wird auf mindestens viermal so hoch geschätzt wie die Prävalenz unter der allgemeinen Bevölkerung (Russisches Justizministerium, Abteilung Strafvollzug sowie Russisches Föderales AIDS-Zentrum, 2004). Eine vor kurzem durchgeführte Studie unter jugendlichen Strafgefangenen, Obdachlosen und Frauen in einem Gewahrsam in Moskau ergab, dass mehr als die Hälfte der weiblichen jugendlichen Insassen an einer sexuell übertragbaren Infektion litt, dies galt auch für zwei Drittel der Frauen in dem Gewahrsamszentrum und drei Viertel der weiblichen Obdachlosen. Unter den männlichen Gefangenen waren 2,9% HIV-positiv, die entsprechende Zahl unter Frauen im Gewahrsamszentrum betrug 4%, die Zahl unter den obdachlosen Frauen 1,8%. Die meisten der HIV-Positiven haben sich wahrscheinlich über bezahlten ungeschützten Sex und/oder das Spritzen von Drogen angesteckt. Die HIV-Prävalenz in diesen Bevölkerungsgruppen war 30 bis 120 mal höher als die Prävalenz in der allgemeinen Bevölkerung und nicht viel geringer als die gemeldete Prävalenz

Die Epidemie entwickelt sich ständig weiter und erreicht inzwischen einen gewissen Reifegrad. Die meisten der Drogenkonsumenten, die sich ihre Drogen intravenös spritzen, sind sexuell aktiv und können bei einer HIV-Infektion das Virus auf ihre festen Partner oder auf Gelegenheitspartner übertragen (da viele von ihnen keinen geschützten Sex wollen). Studien in Togliatti und Nizhny Novgorod ergaben, dass mehr als 80% der männlichen Drogenbenutzer im Monat vor der Befragung nicht regelmäßig Kondome benutzt hatten (Lowndes et al., 2002; Filatov und Suharsky, 2002; Rhodes et al., 2004). In Cherepovets und Velikiy Novgorod benutzte rund die Hälfte der sexuell aktiven Drogenbenutzer beim Sex mit Gelegenheitspartnern keine Kondome (Smolskaya et al., 2005). Aus diesem Grund war eine beträchtliche Zunahme der Übertragung durch Geschlechtsverkehr zu beobachten. Ungefähr 6% der registrierten Infektionen im Jahr 2001 standen in Zusammenhang mit sexuellen Übertragungswegen, bis zum Jahr 2004 war dieser Anteil auf 25% angestiegen (Föderales Amt für den Schutz der Verbraucherrechte und der allgemeinen Wohlfahrt der Russischen Föderation, 2005). Außerdem infizieren sich mehr und mehr Frauen. Es gibt zwar noch eine Mehrheit von Männern unter den HIV-positiven Menschen in der russischen Föderation, doch betreffen inzwischen 38% der registrierten Gesamtfälle Frauen – dies ist ein höherer Anteil als jemals zuvor verzeichnet. Insgesamt stiegen die gemessenen HIV-Infektionsraten unter Schwangeren von weniger als 0,01% im Jahr 1998 auf 0,11% im Jahr 2003.

Die Epidemie, die sich zunächst unter Drogenbenutzern ausbreitete, hat jetzt unter Sexarbeitern und ihren Kunden eine neue Dynamik gewonnen.

unter Drogenkonsumenten (6%) in der Stadt (Shakarishvili et al, 2005). Im Jahre 2004 wurde eine Reformierung der Drogenpolitik begonnen, die einige der Drogengesetze in Russland änderte (die vorher lange Gefängnisstrafen für den Besitz selbst kleinster Mengen bestimmter Drogen vorsahen). Mehr als 32.000 Drogenstraftäter sind inzwischen entweder aus dem Gefängnis entlassen worden, oder ihre Haftstrafe wurde herabgesetzt, diese Maßnahmen könnten zu einer Reduzierung der HIV-Übertragung in Gefängnissen und Gewahrsamen führen.

Mehrere weitere Faktoren – die meisten unter ihnen fest mit den aktuellen sozioökonomischen Veränderungen des Landes verbunden - leisten ebenfalls einen Beitrag zum Anstieg der heterosexuell übertragenen Infektionen. Die Faktoren umfassen das andauernde Wachstum der Sexindustrie, das Wachsen einer bereits recht bedeutenden und zum Großteil weiblichen Arbeiterschaft im informellen Sektor sowie die steigende Anzahl von Frauen, die auf der Suche nach Arbeit in andere Regionen auswandern. Die allmähliche Feminisierung der Epidemie

ist auch unter sehr jungen Frauen bereits erkennbar. Im Jahr 2004 stellten die Frauen in der Altersgruppe 15 - 20 Jahre einen größeren Anteil unter den neu gemeldeten HIV-Fällen als die Männer der gleichen Altersgruppe. Einige der Frauen infizierten sich durch den intravenösen Drogengebrauch, da die Zahl der weiblichen Drogenkonsumenten im letzten Jahrzehnt stark angestiegen ist. Viele der Frauen infizierten sich jedoch über ungeschützten Geschlechtsverkehr mit infizierten Männern (Föderales Amt für den Schutz der Verbraucherrechte und der allgemeinen Wohlfahrt der Russischen Föderation, 2005). Die Epidemie, die sich in der Anfangszeit auf die Drogenszene konzentrierte, gewinnt heute neuen Schwung unter den Sexarbeitern und ihren Kunden sowie unter den nicht selbst spritzenden festen Sexualpartnern oder Gelegenheitspartnern von intravenös spritzenden Drogenkonsumenten.

Diese neue Phase der Epidemie in der Russischen Föderation ist am deutlichsten in den Regionen zu beobachten, in denen HIV zuerst aufkam (wie zum Beispiel Kaliningrad, Krasnodarskiy Krai, Nizhny Novgorod und Tversk). Sie ist jedoch auch in anderen Orten mit relativ jungen Epidemien zu beobachten, zum Beispiel in Moskau, Novgorod, Orenburg, Rostov, Volgograd sowie in den Republiken Tschetschenien, Inguschetsien und Kabardino-Balkarsk – wo mehr als die Hälfte der im Jahr 2004 neu gemeldeten HIV-Fälle auf ungeschützten Geschlechtsverkehr zurückzuführen war (Föderales Amt für den Schutz der Verbraucherrechte und der allgemeinen Wohlfahrt der Russischen Föderation, 2005). In den letzten Jahren wurden mehr und mehr Kampagnen zum Safer Sex angestoßen, doch eine neue Umfrage in Moskau zeigt, dass die Anzahl und der Umfang solcher Kampagnen noch deutlich gesteigert werden muss, bevor sie einen spürbaren Erfolg haben werden. Die Umfrage stellte keine positiven Veränderungen im sexuellen Verhalten fest, der Gebrauch von Kondomen nahm unter Menschen in den Zwanzigern sogar leicht ab (FOCUS-MEDIA Stiftung für Volksgesundheit und soziale Entwicklung, 2005).

In der Zwischenzeit werden auch mehr und mehr Kinder von HIV-positiven Müttern zur Welt gebracht, so dass die Prävention der Mutter-Kind-Übertragung zu einer immer größeren Priorität wird. Die Anzahl der gemeldeten HIV-Infektionen unter Schwangeren ist in den letzten

sechs Jahren um ein Vielfaches gestiegen, und die Zahl der Kinder, die von HIV-positiven Müttern zur Welt gebracht werden, übersteigt jetzt schon die Zahl 13.000 (Russisches Föderales AIDS-Zentrum, 2005). Gemäß einer neueren Umfrage sind HIV-positive Frauen und Kinder jedoch einer weitreichenden Diskriminierung ausgesetzt, auch durch die Mitarbeiter im Gesundheitswesen (Human Rights Watch, 2005).

Wenn es nicht zu einer Ausweitung effizienter Präventionsanstrengungen kommt – besonders unter den introvenös Drogenspritzenden und ihren Sexualpartnern sowie unter Sexarbeitern und ihren Kunden – wird die AIDS-Epidemie in der Russischen Föderation weiter wachsen. Die Ergreifung umfassender Maßnahmen gegen die Kombination von HIV und intravenösem Drogengebrauch besonders unter jungen Leuten ist hierbei besonders dringlich. Drogendienstleistungen einschließlich Drogenpräventionsprogrammen, Behandlungsprogrammen und Harm Reduction Programmen (inklusive Nadel- und Spritzenaustauschprogramme, Ersatztherapie, Kondome etc.) müssen integraler Bestandteil der Maßnahmen sein. Dies gilt auch für die Regionen, in denen der Drogengebrauch steigt, die HIV-Prävalenz unter den Drogenbenutzern jedoch noch vergleichsweise niedrig ist. Wie erwartet scheint sich die Epidemie auch über die 10 Territorien hinaus zu verstärken, in denen bisher die meisten HIV-Fälle aufgetreten sind. In den Bezirken Ivanosk, Perm und Tjumen sowie in der Republik Tatarstan kam es zum Beispiel zu drastischen Steigerungen der Anzahl der HIV-Diagnosen (Föderales Amt für den Schutz der Verbraucherrechte und der allgemeinen Wohlfahrt der Russischen Föderation, 2005). Zeitnahe Präventionsmaßnahmen sind erforderlich, um eine weitere Ausbreitung der Epidemie zu verhindern.

In Zusammenhang mit der Forderung nach effizienteren Präventionsprogrammen steht die Verantwortung, Behandlung und Pflege für die wachsende Zahl der HIV-positiven Russen zu sichern, inklusive der ausgegrenzten Bevölkerungsgruppen. Der Fortschritt an dieser Front ist jedoch nicht sehr groß. Bis Mitte 2005 erhielten weniger als 10% (lediglich 4.000 - 6.500 Menschen) der Bedürftigen eine antiretrovirale Therapie. (UNAIDS/WHO, 2005).

Versteckspiel

Nach den sozioökonomischen und soziopolitischen Umwälzungen in den 90er Jahren ist die außerordentlich hohe Anzahl von Drogenkonsumenten, die intravenös spritzen, meist jung und arbeitslos sind, einer der Hauptantriebsfaktoren für die AIDS-Epidemie in Russland. Mehr als 80% aller bisher registrierten HIV-Infektionen betreffen Drogenkonsumenten, von denen eine große Zahl bereits seit langem Drogen benutzt. Während einige Drogenbenutzer nur für kurze Zeit mit Drogen experimentieren und die Drogenpraxis dann wieder aufgeben, werden andere abhängig. Mehr als die Hälfte der Teilnehmer in einer Studie in der Stadt Togliatti gab zum Beispiel an, dass sie bereits seit mehr als fünf Jahren Drogen spritzen, und ein weiteres Viertel spritzte bereits seit drei bis fünf Jahren (Rhodes et al., 2004a). Die Schätzungen sind nicht ganz einheitlich, aber mindestens 1% und möglicherweise sogar 2% der Bevölkerung des Landes spritzt Drogen, und schätzungsweise 5-8% aller Männer unter 30 Jahren haben bereits Drogen gespritzt (Molotilov et al., 2003).

Seit Ende der 90er Jahre war in vielen russischen Städten eine Abkehr von den hausgemachten Drogen hin zum Spritzen von Heroinpulver zu beobachten. Die Praxis, in Gruppen zu spritzen – und das Drogenbesteck dabei mehrmals wiederzuverwenden – dauert jedoch an. Dies gilt ebenso für die Praxis des ‚Front-loading‘ und ‚Back-loading‘ (die Weitergabe von Drogenlösungen von einer Spritze in die nächste) (Rhodes et al., 2004a). Beide Praktiken steigern nachgewiesenermaßen die Gefahr einer HIV-Übertragung.

Es gibt reichlich Beweise aus der ganzen Welt dafür, dass ein leichter Zugang zu Nadeln und Spritzen dazu beitragen kann, die Chancen einer HIV-Übertragung zu verringern. (Rhodes et al., 2004a; Des Jarlais et al., 2002; Gibson et al., 2001). Die oben bereits erwähnte Studie in der Stadt Togliatti ergab, dass Drogenspritzende, die ihr Drogenbesteck in Apotheken erwarben, im Vergleich zu anderen, die ihr Besteck von Freunden oder anderen Drogenbenutzern bezogen, mit einer 12-mal geringeren Wahrscheinlichkeit nicht sterile Nadeln und Spritzen benutzten oder andere nicht sterile Nadeln und Spritzen benutzen ließen (Rhodes et al., 2004a). Die Zahl von Spritzenaustauschprojekten ist in der Russischen Föderation in den letzten Jahren gestiegen, doch es gibt immer noch zu wenige solcher Projekte, um das Wachstum der AIDS-Epidemie wirksam eindämmen zu können. Auch wenn es legal ist, Drogenbesteck in Apotheken zu erwerben, benutzen viele Drogenbenutzer immer noch nicht sterile Bestecke. Die Polizeistrategien tragen möglicherweise dazu bei, die Nutzung von nicht sterilem Drogenbesteck zu fördern. In einer Studie in fünf Städten sagten 40% der Spritzenden, die an einem Spritzenaustauschprogramm teilnahmen, dass sie das Drogenbesteck normalerweise nicht mit sich führen, um Konfrontationen mit der Polizei zu vermeiden. Studien aus anderen Teilen der Welt deuten darauf hin, dass eine hohe, weithin sichtbare Polizeipräsenz dazu führt, dass die Drogenkonsumenten ihre Bestecke nur ungern mit sich führen, weniger häufig an Spritzenaustauschprogrammen teilnehmen und allgemein zu stärkerem Risikoverhalten tendieren (Aitken et al., 2002; Grund et al., 2001). In der Stadt Togliatti benutzten Drogenbenutzer, die schon einmal wegen Drogenbesitzes verhaftet worden waren, mit einer viermal höheren Wahrscheinlichkeit nicht sterile Spritzbestecke als Drogenkonsumenten, die noch nie verhaftet worden waren. Solche Ergebnisse unterstreichen die Notwendigkeit der Ausweitung von Spritzenverteilungsprogrammen unter Drogenkonsumenten in Kombination mit einem breiteren Zugang zu kommunalen Drogenbehandlungs- und Drogenpräventionsdiensten. Dies erfordert jedoch innovative Partnerschaften zwischen den Strafverfolgungs- und den Gesundheitsbehörden, die langfristig ein Umfeld schaffen können, das die HIV-Prävention fördert (Rhodes et al. 2004a).

Es gibt Anzeichen dafür, dass die russische Regierung allmählich erkennt, dass die wachsende Epidemie eine stärkere Reaktion erfordert. Zur Ausweitung der Harm Reduction Programme und Behandlungen wurden umfangreiche internationale Finanzmittel zur Verfügung gestellt (von denen sich die meisten auf die am stärksten betroffenen Bezirke konzentrieren). Methadon-Ersatztherapie (die

die Reaktion auf antiretrovirale Behandlung stärkt und die Gesundheit und soziale Stabilität der Drogenabhängigen unterstützt) ist jedoch nach wie vor illegal und es gibt nur wenige Harm Reduction Projekte. Der Reformprozess der Drogenpolitik, jedoch, der 2004 begann, könnte einen Schritt in die richtige Richtung bedeuten. Die Zeichen der nationalen Ausgaben für die Bekämpfung von AIDS scheinen ebenfalls auf

Steigerung zu stehen, und viele der zusätzlichen Gelder sind explizit für einen Ausbau der Behandlungs- und Pflegeprogramme vorgesehen. Eine stärkere nationale Führungsrolle und Koordination der AIDS-Maßnahmen ist jedoch erforderlich, um die verschiedenen Akteure einschließlich der Betroffenen selbst zu konzentrierten Aktionen zu bringen.

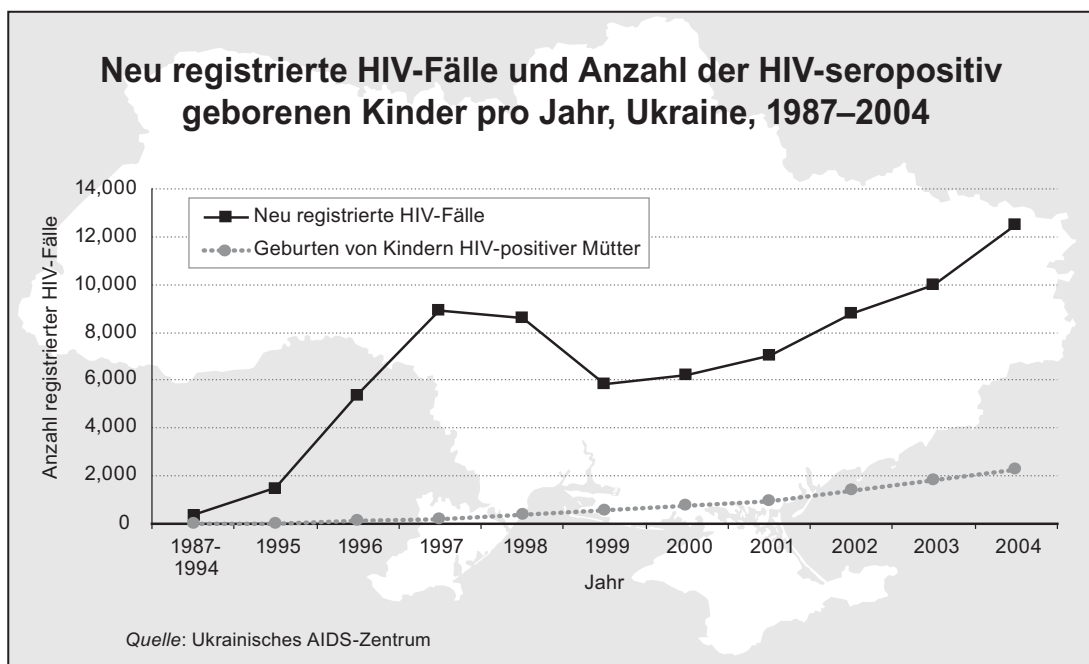
UKRAINE

Die **Ukraine** bleibt mit einer HIV-Prävalenz von 1,4% unter Erwachsenen das am stärksten betroffene Land in Europa. Die Epidemie, die durch unsichere Drogenpraktiken und ungeschützten Geschlechtsverkehr weiter angetrieben wird, zeigt keinerlei Zeichen des Nachlassens. Die jährliche Zahl der gemeldeten HIV-Neuinfektionen steigt weiter und überstieg im Jahr 2004 die Zahl 12.4000, dies sind nahezu 25% mehr als die 10.000 Fälle, die im Jahr 2003 diagnostiziert wurden (Ukrainisches AIDS-Zentrum, 2005a; EuroHIV, 2005). Diese Zahlen geben jedoch bei weitem kein realistisches Bild der Epidemie, da sie nur die Anzahl der HIV-Infektionen unter denjenigen widerspiegeln, die die offiziellen Testeinrichtungen aufgesucht haben.

Die Epidemie breitet sich schnell auch über die 10 Regionen in der Süd- und Ostukraine hinaus aus, in der bisher zwei Drittel aller HIV-Fälle registriert wurden. Ein starker Anstieg der gemeldeten Infektionen ist auch in den Zentralregionen der Ukraine zu verzeichnen, von der bisher immer angenommen wurde, dass sie nur minimal betroffen sei. Es besteht eine wachsende Gefahr, dass die Epidemie sich schnell in diese und andere Regionen ausweiten wird, wenn nicht zeitnah effiziente Präventionsmaßnahmen auf breiter Ebene eingeführt werden.

Vor dem Hintergrund des weit verbreiteten Drogenmissbrauchs bleibt der intravenöse Drogengebrauch auch weiterhin einer der Schlüsselfaktoren für die Epidemie in der Ukraine. Die Anzahl der neu gemeldeten HIV-Infektionen unter Drogenkonsumenten steigt weiterhin an (Ukrainisches AIDS-Zentrum, 2005a). Auch wenn es sich bei den meisten Drogenspritzenden um junge Männer handelt, wurde ein großer Anteil der HIV-Diagnosen im Jahr 2004 bei Frauen gestellt (23%). Eine Studie in den acht am stärksten betroffenen Regionen stellte fest, dass die HIV-Prävalenz unter Drogenkonsumenten bis zu 58% in Odessa und 59% in Simferopol beträgt (Ukrainisches AIDS-Zentrum, 2005b).

Abbildung 16



Unter den Drogenkonsumenten, die intravenös spritzen, ist das Risikoverhalten weit verbreitet. Eine neuere nationale Studie stellte fest, dass nur 20% der Drogenkonsumenten gemäß eigener Aussage den Gebrauch nicht steriler

Anteil der neuen sexuell übertragenen HIV-Fälle betrifft jedoch Menschen, deren Sexualpartner selbst keine Drogengeschichte haben (Grund J-P et al., 2005). Dies unterstreicht die vage Natur der Epidemie in der Ukraine, wo sich HIV nun in der

Größere Anstrengungen sind erforderlich, um verletzte Bevölkerungsgruppen wie Strafgefangene und Männer, die mit anderen Männern Geschlechtsverkehr haben, zu erreichen.

Drogenbestecke vermied und sicheren Sex praktizierte. (Gesundheitsministerium Ukraine, 2005). Ein sichereres Verhalten war am stärksten unter den Teilnehmern der Harm Reduction Programme zu erkennen – 24% von ihnen benutzten konsequent Kondome und vermieden den Gebrauch nicht steriler Drogenbestecke (im Vergleich zu 16% derjenigen, die nicht an den entsprechenden Programmen teilnahmen (Gesundheitsministerium Ukraine, 2005). In mehreren ukrainischen Regionen mit hoher HIV-Prävalenz werden derzeit Harm Reduction Programme eingeführt. Die Reichweite dieser Programme bleibt jedoch gering. Gerade einmal 10% der geschätzten 560.000 spritzenden Drogenkonsumenten in der Ukraine sind von den Harm Reduction Programmen erfasst (Balakireva et al., 2003). Pilotprogramme für eine Drogenersatztherapie unter Drogenkonsumenten befinden sich in der Einführungsphase, allerdings werden diese Maßnahmen zunächst nur eine eingeschränkte Reichweite haben.

Die Überschneidungen zwischen Drogenmissbrauch und kommerziellem Sex verleihen der Epidemie zusätzlich Schwung. In Odessa sind 67% der Sexarbeiter, die auch Drogen spritzen, HIV-positiv, während in Donetsk, Lutsk, Poltava und Simferopol die entsprechenden Zahlen zwischen 35% und 50% schwanken. Die HIV-Prävalenz unter nicht spritzenden weiblichen Sexarbeitern in Odessa und Donetsk lag mit 17% deutlich niedriger (Ukrainisches AIDS-Zentrum, 2005b). Der Anteil von Menschen, die sich auf sexuellem Übertragungsweg mit HIV infizierten, stieg von 14% der Neuinfektionen (1999 - 2003) auf über 32% im Jahr 2004 (Ukrainisches AIDS-Zentrum, 2005a). Viele der Betroffenen infizierten sich über einen Sexualpartner, der sich selbst wahrscheinlich über unsicheren Drogengebrauch infiziert hatte. Ein steigender

allgemeinen Bevölkerung ausbreitet und wo eine steigende Anzahl von Frauen betroffen ist. Frauen stellen einen Anteil von 42% der Menschen, bei denen im Jahr 2004 die Diagnose HIV gestellt wurde (Ukrainisches AIDS-Zentrum, 2005a). Daher stieg auch die Anzahl von Kindern, die von HIV-positiven Müttern zur Welt gebracht werden auf mehr als 2.200 im Jahr 2004 wie in Abbildung 16 dargestellt (Ukrainisches AIDS-Zentrum, 2005a). Die Ukraine macht in diesem Bereich jedoch bereits Fortschritte. Die Rate der HIV-Übertragung von der Mutter auf das Kind ist von 28% im Jahr 2001 auf weniger als 10% im Jahr 2003 zurückgegangen, damit hat die Ukraine eine der niedrigsten Raten in Osteuropa (Gesundheitsministerium Ukraine, 2005).

Es sind größere Anstrengungen erforderlich, um auch andere verletzte Bevölkerungsgruppen zu erreichen, zum Beispiel Gefängnisinsassen und Männer, die mit anderen Männern Geschlechtsverkehr haben. Bis Ende 2004 wurde die Diagnose HIV ungefähr 12.700 Gefängnisinsassen im Strafvollzug im Land gestellt, mehr als 3.500 unter ihnen befanden sich zum Zeitpunkt der Diagnose noch hinter Gittern. Die Strafgefangenen verfügen nur über eingeschränkte Kenntnisse über die Krankheit: gemäß einer neueren Studie wussten nur 39% der Strafgefangenen, wie die sexuelle Übertragung des HI-Virus verhindert werden kann. Unter den Gefangenen, die in den Genuss eines der Präventionsprogramme in Gefängnissen gekommen waren, wussten jedoch 67%, wie sie sich gegen eine HIV-Infektion schützen konnten (Gesundheitsministerium Ukraine, 2005). Die Epidemie unter Männern, die Geschlechtsverkehr mit Männern haben, liegt noch weiter im Verborgenen, nur neun der im Jahr 2004 gemeldeten neuen HIV-Fälle waren Angaben zufolge auf eine sexuelle Infektion

unter Männern zurückzuführen. Und doch gibt es Anzeichen dafür, dass die Prävalenz in dieser Bevölkerungsgruppe recht hoch liegen könnte. In der ersten Kontrolluntersuchung unter Männern, die Geschlechtsverkehr mit Männern haben, wurde festgestellt, dass sieben der getesteten 25 Männer in Odessa HIV-positiv waren, dies galt auch für 2 der 22 getesteten Männer in Mykolaiv (Ukrainisches AIDS-Zentrum, 2005b). HIV-Kenntnisse und das Bewusstsein über die Epidemie sind in dieser Bevölkerungsgruppe ebenfalls recht gering, und es gibt ein stark verbreitetes Risikoverhalten. In einer Studie in sieben ukrainischen Städten gaben nur 55% der Männer an, dass sie beim letzten Mal, bei dem sie Geschlechtsverkehr mit einem Mann hatten, ein Kondom benutzt haben (Gesundheitsministerium Ukraine, 2005). Die Präventionsanstrengungen unter Gefängnisinsassen und Männern, die mit Männern Geschlechtsverkehr haben, müssen also intensiviert und ausgebaut werden.

In den baltischen Staaten wächst die Epidemie weiterhin, jedoch mit einer geringeren Geschwindigkeit als noch Anfang des 21. Jahrhunderts. Die Gesamtzahl der gemeldeten HIV-Infektionen bleibt gering. Dennoch hat sich die Gesamtzahl der gemeldeten HIV-Fälle in **Estland**, dem am stärksten betroffenen der baltischen Staaten, seit Ende 2001 verdoppelt und erreichte im Jahr 2004 die Marke von 4.442. Bis 1999 wurden in Estland nur höchstens ein Dutzend neue HIV-Fälle pro Jahr diagnostiziert, im Jahr 2004 wurden jedoch 743 Neudiagnosen gemeldet. Es gibt einen wachsenden Anteil von Frauen, die inzwischen 33% der neuen HIV-Fälle im Jahr 2004 ausmachen (EuroHIV, 2005; Gesundheitsamt Estland, 2005). Lettland erlebt ebenfalls einen ständigen Anstieg der Gesamtzahl der HIV-Fälle, die Gesamtzahl war Mitte 2005 mehr als sechsmal so hoch wie noch im Jahr 1999 (3.169 im Vergleich zu 492). Es gibt jedoch Anzeichen dafür, dass sich die Epidemie

Ausweitung des Zugangs zu Behandlung

Der dringende und wachsende Bedarf der Ausweitung der Behandlung und Pflege für die schnell wachsende Zahl von Ukrainern, die besonders in den verwundbaren Bevölkerungsgruppen mit dem HI-Virus leben, geht Hand in Hand mit der Forderung nach mehr und stärkeren Präventionsprogrammen. Mehr als 17.000 Menschen in der Ukraine benötigen Schätzungen zufolge antiretrovirale Behandlung (WHO, 2005). Mit Unterstützung des Global Fund baut die Ukraine den Zugang zu antiretroviraler Behandlung schnell aus. Seit Anfang September 2004 wurden binnen eines Jahres mehr als 2.400 neue Patienten in das Behandlungsprogramm aufgenommen, von denen nach sechs Monaten noch 90% lebten und weiterhin in Behandlung waren. Diese Programme müssen rasch ausgebaut werden. 1.138 Menschen mit AIDS starben in den ersten sieben Monaten des Jahres 2005, dies ist beinahe ein Fünftel der Gesamtzahl von AIDS-Toten in der Ukraine bis heute (Ukrainisches AIDS-Zentrum, 2005a). Die Erschwinglichkeit der antiretroviralen Behandlung ist ein Schlüsselthema. Die Anfangsprogramme in der Ukraine sind derzeit mit Preisen von 260 US-\$ pro Patient pro Jahr unter den preiswertesten in Europa. Doch der Preis der antiretroviral Medikamente wird entscheidend dafür sein, ob die Behandlung in der Ukraine nachhaltig weitergeführt und ausgebaut werden kann.

Insgesamt gesehen scheinen in einigen Regionen der Ukraine Pilotprojekte erfolgreich ein sichereres Verhalten zu fördern. Da diese Pilotprojekte jedoch nicht sehr zahlreich sind und auch nur in kleinem Maßstab durchgeführt werden können, ist ihre Wirkung angesichts der riesigen Epidemie verschwindend gering. Da es keine groß angelegte nationale Antwort auf die Kombination der Herausforderungen HIV, Drogenkonsum und sexuelles Risikoverhalten gibt, ist zu erwarten, dass die AIDS-Epidemie in der Ukraine sich weiter ausbreitet.

in **Lettland** verlangsamt, denn seit 2001 werden jährlich sinkende HIV-Infektionszahlen gemeldet. Frauen sind heute stärker betroffen (sie machten 2004 einen Anteil von 36% unter den Neuinfektionen aus) und die Epidemie ist hauptsächlich unter jungen Menschen in der Altersgruppe bis 30 Jahre festzustellen. Es ist auffällig, dass ungefähr 16% der HIV-Diagnosen in Lettland Teenager (Altersgruppe 15 - 19) betrafen (AIDS Präventionszentrum, 2005). Der starke Anstieg neuer HIV-Fälle in Litauen im Jahr 2002 (als die Neudiagnosen sich innerhalb eines

Jahres verfünffachten) scheint sich nun zu einem großen Teil wieder abgeschwächt zu haben. Im letzten Jahr wurden 135 Infektionen gemeldet, von denen die überwiegende Mehrheit auf den intravenösen Drogengebrauch zurückzuführen war (AIDS-Zentrum Litauen, 2005).

In **Weißrussland** (wo bis Ende 2004 mehr als 6.200 die Diagnose HIV erhielten) und der Republik Moldau (wo die Zahl der HIV-Diagnosen knapp über 2.300 betrug) zeigt die Epidemie kein Anzeichen für eine Verlangsamung. Die sexuelle Übertragung von HIV ist in Weißrussland immer stärker geworden und macht nun die Hälfte der neu registrierten HIV-Fälle im Jahr 2004 aus (Gesundheitsministerium Weißrussland, 2005a). Der intravenöse Drogengebrauch bleibt auch hier ein wichtiger Faktor, neuere Studien unter Drogenkonsumenten zeigen eine HIV-Prävalenz von 26% in Soligorsk, 31% in Minsk und 34% in Zhlobin (Gesundheitsministerium Weißrussland, 2005b). Wie auch in anderen Bereichen der Region sind junge Menschen (bis 30 Jahre) am stärksten von den Neuinfektionen betroffen (zu mehr als drei Viertel). Studien deuten darauf hin, dass ein relativ hohes Risikoverhalten vorherrscht: ungefähr 30% der Drogenspritzenden benutzen immer noch nicht-sterile Spritzen, und mehr als 50% benutzen die Spritzen mehrfach. (Gesundheitsministerium Weißrussland, 2005b). In der **Republik Moldau** ist ebenfalls ein Rückgang der HIV-Übertragungsrate unter Drogenkonsumenten zu beobachten. Im Jahr 2004, machten die intravenös spritzenden Drogenkonsumenten einen Anteil von 42% unter den HIV-Diagnosen aus, im Vergleich zu 78% im Jahr 2001, mehr als die Hälfte der Neudiagnosen (55%) im Jahr 2004 erfolgten durch heterosexuellen Kontakt. Darüber hinaus gibt es Anzeichen dafür, dass HIV in verschiedenen sozialen Netzen zirkuliert. In Kontrollstudien in Chisinau wurden zum Beispiel beinahe 5% der Sexarbeiter positiv getestet, dies traf auch für knapp 2% der Männer zu, die Geschlechtsverkehr mit anderen Männern haben (WHO-EURO und Pasteur-Institut, 2003).

Unter den **Republiken in Zentralasien** erlebt **Usbekistan** derzeit die stärksten Entwicklungen der Epidemie. Im Jahr 1999 wurden dort nur 28 HIV-Diagnosen gestellt, im letzten Jahr wurden 2.016 Neuinfektionen gemeldet, die die Gesamtzahl der HIV-Fälle auf mehr als 5.600 ansteigen ließen (EuroHIV, 2005). Intravenöser

Drogengebrauch ist eine der Triebkräfte der Epidemie, die Schwerpunktmäßig in der Hauptstadt Taschkent und dem Umland festzustellen ist. Auch hier ist die Schnittmenge zwischen intravenösem Drogengebrauch und kommerziellem Sex verantwortlich für eine stärkere Ausbreitung der Epidemie. In einer kürzlich durchgeführten Studie wurde unter den weiblichen Sexarbeitern in Taschkent eine HIV-Prävalenz von 10% festgestellt, und unter den Frauen, die Sex gegen Drogen eintauschten, betrug der Anteil der HIV-positiven Frauen 28% (Todd et al., 2005). Die Epidemie in **Kasachstan** konzentriert sich ebenfalls auf junge Leute, die Drogen spritzen und von denen einige auch käuflichen Sex anbieten oder nachfragen. Bis Ende 2004 wurden dort ungefähr 4.700 HIV-Fälle gemeldet – mehr als dreimal so viel wie vor nur vier Jahren (EuroHIV, 2005). Dieser Trend muss mit Hilfe von Anstrengungen zur Aufklärung über AIDS und mit Hilfe eines niedrigeren Risikoverhalten unter Drogenkonsumenten umgekehrt werden. In Kontrollstudien wussten weniger als die Hälfte der Drogenkonsumenten, auf welche Weise HIV schwerpunktmäßig übertragen werden kann, und fast 60% der Drogenabhängigen hatten keine Probleme, ihre Bestecke miteinander zu teilen. Es gibt bisher nur wenig Programme zur Eindämmung der Ausbreitung des Virus unter Drogenabhängigen – und anderen Bevölkerungsgruppen – in Kasachstan, obwohl die Schätzungen der Anzahl der Drogenabhängigen sich insgesamt auf bis zu 200.000 belaufen könnten (AIDS-Zentrum Kasachstan). Sexuelle Risikobereitschaft ist ebenfalls ein wichtiger Faktor. Nur 53% der Drogenspritzenden gaben an, dass sie beim letzten Geschlechtsverkehr ein Kondom benutzt hatten, und unter Sexarbeitern wurde eine Syphilis-Prävalenz von 25% festgestellt. Es ist nicht bekannt, wie weit verbreitet Geschlechtsverkehr unter Männern ist, doch in der Stadt Almaty tendieren Männer, die mit anderen Männern Geschlechtsverkehr haben, dazu, nicht regelmäßig Kondome zu verwenden. Nahezu ein Drittel (32%) sagte aus, dass sie während des Geschlechtsverkehrs mit Penetration niemals ein Kondom benutzten (AIDS-Zentrum Kasachstan, 2005). HIV hat sich in **Kirgisistan** (wo seit 2000 durchschnittlich 150 Neuinfektionen pro Jahr diagnostiziert wurden) und in **Tadschikistan** (wo mehr als die Hälfte aller HIV-Diagnosen bisher hauptsächlich aus

Gründen der Testpraxis im Jahr 2004 auftraten) bisher weniger gut etablieren können. (EuroHIV, 2005).

Im **Kaukasus** entwickeln sich gegenwärtig relativ stabile Epidemien in **Armenien** und in **Azerbaidjan** recht lautlos. In beiden Fällen kann jedoch die Möglichkeit eines plötzlichen Anstiegs der Anzahl der HIV-Infektionen nicht ausgeschlossen werden. Studien in der Hauptstadt von Azerbaijan, Baku, weisen eine erhebliche HIV-Prävalenz unter Drogenkonsumenten und Sexarbeitern aus, die auf der Straße tätig sind (WHO Regionalbüro Europa, 2004). Ein drastischer Wandel der HIV-Übertragungswege wird aus Armenien berichtet, wo bis vor kurzem die meisten der gemeldeten Infektionen auf ungeschützten Geschlechtsverkehr zurückzuführen waren (Nationales Armenisches AIDS-Zentrum, 2005). Im Jahr 2004 standen jedoch zwei Drittel der Neuinfektionen vor dem Hintergrund der steigenden Zahlen intravenös spritzender Drogenabhängiger im Land mit dem Drogengebrauch in Zusammenhang (Euro HIV, 2005).

Obwohl in den meisten südosteuropäischen Ländern nur wenig neue HIV-Diagnosen gemeldet werden, ist doch festzustellen, dass der intravenöse Drogengebrauch und das sexuelle Risikoverhalten in mehreren Ländern zu einer schnellen Ausbreitung des HI-Virus führen könnte, wenn das Virus sich erst einmal etwas stärker etabliert hat. Die am stärksten betroffene Subregion ist **Rumänien**, wo die Neuinfektionen

in erster Linie dem – meist heterosexuellen – ungeschützten Geschlechtsverkehr zugeschrieben werden. (EuroHIV, 2005).

Im Allgemeinen zeigen die aktuellen HIV-Daten in Osteuropa und Zentralasien nur die Situation derjenigen, die von einem HIV-Testprogramm erfasst werden. Es liegen also keine ausreichenden Kenntnisse über die Ausbreitung des Virus unter Menschen vor, die keinerlei Berührungspunkte mit den Behörden und/oder Testzentren haben. Aus diesem Grund ist die Rolle des ungeschützten Geschlechtsverkehrs zwischen Männern in der Epidemie dieser Region noch sehr hypothetisch. Es sind bisher nur wenig Studien unter Männern durchgeführt worden, die Geschlechtsverkehr mit anderen Männern haben und die als Gruppe einer starken Diskriminierung und Stigmatisierung ausgesetzt sind. Die verfügbaren Daten deuten auf ein hohes Maß an ungeschütztem Geschlechtsverkehr hin, wobei ein erheblicher Anteil von Männern, die mit anderen Männern Geschlechtsverkehr haben, auch sexuelle Beziehungen mit Frauen eingeht (WHO Regionalbüro Europa, 2004).

Die Gesamtzahl der Menschen, die eine antiretrovirale Behandlung erhalten, verdoppelte sich in den zwölf Monaten bis Mitte 2005 von 11.000 auf 20.000 Menschen, damit hinkt die Anzahl jedoch immer noch stark hinter der Gesamtzahl der Menschen her, die einer Behandlung bedürfen, wobei der größte Bedarf in der Russischen Föderation und in der Ukraine besteht.

KARIBIK

HIV- und AIDS-Statistik, Vergleich zwischen 2003 und 2005

HIV-Positive, Erwachsene und Kinder	Anzahl der HIV-positiven Frauen	HIV-Neuinfektionen, Erwachsene und Kinder	Prävalenz unter Erwachsenen (%) *	AIDS-Tote, Erwachsene und Kinder
300 000 [200 000 – 510 000]	140 000 [88 000–250 000]	30 000 [17 000–71 000]	1.6 [1.1–2.7]	24 000 [16 000–40 000]
300 000 [200 000–510 000]	140 000 [87 000–250 000]	29 000 [17 000–68 000]	1.6 [1.1–2.7]	24 000 [16 000–40 000]

Die AIDS-Epidemie forderte in der Karibik im Jahr 2005 schätzungsweise 24.000 [16.000–40.000] Todesopfer, so dass die Krankheit einer der führenden Todesursachen unter Erwachsenen in der Altersgruppe 15 - 44 Jahre ist. Insgesamt 300.000 [200.000–510.000] Menschen in der Karibik sind HIV-positiv, 30.000 [17.000–71.000] von ihnen infizierten sich im Jahr 2005. In der Region der Karibischen Gemeinschaft CARICOM sind 240.000 [150.000–450.000] Menschen HIV-positiv, von ihnen infizierten sich 25.000 [12.000–65.000] im Jahr 2005. Mehr als 20.000 [13.000–36.000] Menschen starben im vergangenen Jahr in dieser Region an AIDS.¹

Der Status der Karibik als die Region der Welt, die am zweitstärksten betroffen ist, verschleiert wesentliche Unterschiede im Ausmaß und in der Intensität der Epidemien. Die geschätzte nationale HIV-Prävalenz unter Erwachsenen übersteigt in **Barbados**, in der **Dominikanischen Republik**, **Jamaika** und **Surinam** 1%, auf den **Bahamas**, in **Guyana** und **Trinidad und Tobago** 2%, und in **Haiti** 3%. In **Kuba** dagegen hat die Prävalenz noch nicht einmal 0,2% erreicht.

Während in einigen Ländern Fortschritte bei der Überwachung und im Umgang mit den Epidemien zu beobachten sind, verhindert eine unzureichende HIV-Überwachung in anderen Ländern ein detailliertes Verständnis der neuesten epidemiologischen Trends. Dies trifft leider auch auf Länder zu, die in der Vergangenheit alarmierende Zahlen der HIV-Infektionen unter Schwangeren verzeichneten, so zum Beispiel **Bahamas** und **Französisch Guyana**. Der Grund für die Defizite liegt in den mangelnden Ressourcen, aber möglicherweise auch in der zögerlichen Haltung der Verwaltung, das tatsächliche Ausmaß der AIDS-Epidemien zu veröffentlichen.

Die Epidemien der Region werden in erster Linie durch den heterosexuellen Geschlechtsverkehr übertragen (dieser ist bisher in mindestens drei Vierteln aller gemeldeten AIDS-Fälle der dokumentierte Übertragungsweg); käuflicher Sex spielt hier vor dem Hintergrund einer extremen Armut, einer hohen Arbeitslosigkeit und großer Unterschiede zwischen den Geschlechtern eine große Rolle. Eine eingehende Untersuchung der Wechselwirkung zwischen der Sexindustrie und der HIV-Übertragung ist jedoch in der Karibik

¹ Die Karibische Gemeinschaft CARICOM umfasst: Antigua und Barbuda, Bahamas, Barbados, Belize, Dominica, Grenada, Guyana, Haiti, Jamaika, Montserrat, St. Lucia, St. Kitts und Nevis, St. Vincent und Grenadinen, Surinam, Trinidad und Tobago.

noch nicht flächendeckend erfolgt. Und noch seltener ist bezüglich der Epidemien in der Region die Anerkennung der bedeutenden Rolle des Geschlechtsverkehrs unter Männern. Der Gesamtanteil der gemeldeten HIV-Infektionen, die auf Geschlechtsverkehr zwischen Männern zurückzuführen sind, beträgt etwa 12%, aber aufgrund von Homophobie und starken soziokulturellen Tabus, die gleichgeschlechtliche Beziehungen stigmatisieren, ist davon aus-

und Tobago liegen die HIV-Infektionsraten zum Beispiel unter 15-19 Jahre alten Frauen sechsmal höher als die entsprechenden Zahlen für Jungen der gleichen Altersgruppe (Inciardi et al., 2005). Frühere Studien deuteten an, dass Frauen unter 24 Jahren in der **Dominikanischen Republik** sich mit einer doppelt so hohen Wahrscheinlichkeit und Mädchen im Teenager-Alter in Jamaika sich mit einer zweieinhalbfach so hohen Wahrscheinlichkeit mit dem HI-Virus infizieren wie die Jungen und

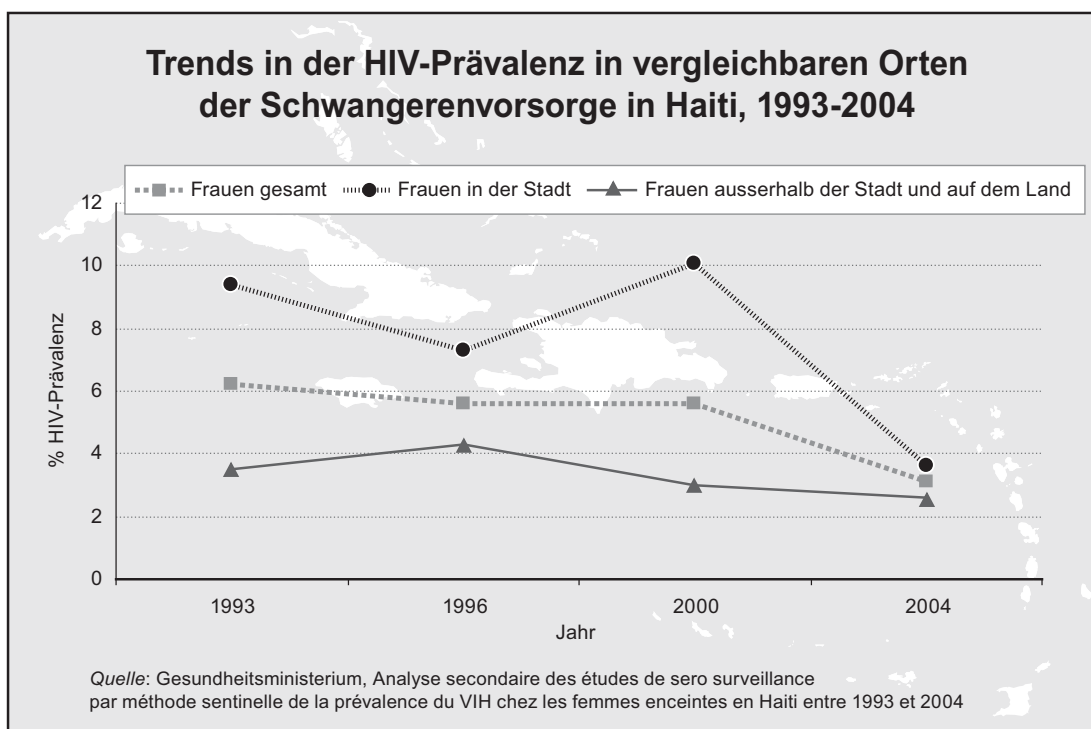
Mehrere Entwicklungen der jüngeren Vergangenheit in der Karibik geben Anlass zu vorsichtigem Optimismus.

zugehen, dass der tatsächliche Anteil höher liegen könnte (Inciardi et al., 2005). Intravenöser Drogengebrauch ist derzeit für eine kleine Minderheit der HIV-Infektionen verantwortlich, nur in **Bermuda** und **Puerto Rico** leistet dieser Übertragungsweg einen bedeutenden Beitrag zur Ausbreitung des HI-Virus.

Die Neuinfektionen unter Frauen sind höher als die Neuinfektionen unter Männern. Besonders junge Frauen haben ein sehr viel höheres Infektionsrisiko als junge Männer. In **Trinidad**

Männer der gleichen Altersgruppen (MAP, 2003). Die physiologische Anfälligkeit der Mädchen und jungen Frauen für eine Infektion sind möglicherweise teilweise für solche Abweichungen verantwortlich, doch ein weiterer Grund besteht auch in der relativ üblichen Praxis, dass junge Frauen Beziehungen mit älteren Männern eingehen (die allein aus Gründen ihres Alters schon mit einer höheren Wahrscheinlichkeit infiziert sind). In einigen Ländern beginnt die sexuell aktive Phase bereits vergleichsweise früh – eine Umfrage ergab, dass ein Viertel der 15–29 Jahre alten Frauen in

Abbildung 17



Ist Haiti an einem Wendepunkt angelangt?

Die HIV-Prävalenz unter Schwangeren in Haiti ist seit Mitte der 90er Jahre generell zurückgegangen, doch die Trends in den städtischen und ländlichen Bereichen weisen Unterschiede auf. Daten aus fünf (im Land verteilten) Kontrollpunkten mit vergleichbaren Daten aus den Jahren 1993 bis 2003/2004 zeigen, dass die HIV-Prävalenz unter den in den Ballungsgebieten lebenden Frauen deutlich von 9% auf 3,7% gesunken ist. Die Daten für 1996 bis 2003/2004 aus weiteren neun Orten zeigten ebenso einen klaren Rückgang in den HIV-Infektionsraten unter Frauen in den Ballungsgebieten (von 8% auf 4%) (Gaillard et al., 2004b). Dies deutet darauf hin, dass die HIV-Prävalenz in den städtischen Ballungsgebieten ihre Spitze Mitte der 90er Jahre erreicht hat und dann ein allmählicher Rückgang eingesetzt hat. Unter den Frauen im Umland der Städte oder in den ländlichen Gebieten waren diese Entwicklungen weniger deutlich. Unter ihnen war die HIV-Prävalenz an den fünf Orten mit vergleichbaren Daten im Jahr 2003/2004 nur geringfügig niedriger als im Jahr 1993 (2,6% im Gegensatz zu 3,5%).

Was mag der Grund für diese Trends sein? Einerseits berichteten zahlreiche Haitianer von einer Änderung ihres Sexualverhaltens. Im Jahr 2000 gaben zum Beispiel doppelt so viele Männer und Frauen an, dass sie völlig ohne Sex leben, als das im Jahr 1994 der Fall war (11% im Vergleich zu knapp 7%). Außerdem gaben mehr Menschen an, dass sie nun konsequent bei einem Partner bleiben (45% der Männer und 32% der Frauen im Jahr 2000, im Vergleich zu 37% bzw. 20% im Jahr 1994).

Andererseits gibt es auch Anzeichen von Verhaltensänderungen, die auf eine größere Gefahr der HIV-Übertragung hindeuten könnten. Junge Haitianer werden zum Beispiel schon in einem früheren Alter sexuell aktiv. Das mittlere Alter beim ersten Geschlechtsverkehr betrug 1994 19,8 Jahre für Männer und 18,3 Jahre für Frauen, sechs Jahre später lagen die entsprechenden Altersgrenzen bei 18,2 Jahren für Männer und 17,5 Jahren für Frauen (Gaillard et al., 2004b). Folgerichtig sank der Prozentsatz der 15-19-Jährigen, die angaben, noch nie Sex gehabt zu haben, auf 66% bei den Frauen und 48% bei den Männern dieser Altersgruppe (im Vergleich zu 71% bzw. 53% im Jahr 1994) (Gaillard et al., 2004b). Der Gebrauch von Kondomen ist unter jungen Haitianern (15 - 24 Jahre) ebenfalls zurückgegangen. Nur 28% der jungen haitianischen Frauen (15 - 24 Jahre) gaben im Jahr 2003 an, dass sie beim letzten Geschlechtsverkehr ein Kondom benutzt haben, die entsprechende Zahl für die Männer der gleichen Altersgruppe lag bei 37%. Möglicherweise ergreifen ältere Haitianer mehr Schutzvorkehrungen, um eine HIV-Infektion zu vermeiden. Der Rückgang der HIV-Prävalenz scheint unter Frauen über 24 Jahren stärker ausgeprägt zu sein.

Die AIDS-Sterblichkeit ist mit hoher Wahrscheinlichkeit ein wichtiger Grund für den beobachteten Rückgang der Infektionszahlen. Wenn eine hohe Zahl an AIDS-Tote dazu beiträgt, die HIV-Prävalenz zu senken, könnten die vergleichsweise geringen Rückgänge der Infektionen in ländlichen Bereichen andeuten, dass die HIV-Inzidenz dort noch sehr ausgeprägt ist. In diesem Fall würden viele Menschen sich mit HIV infizieren, während AIDS gleichzeitig zahlreiche Opfer fordert - was dazu führt, dass die Gesamtzahl der HIV-positiven Menschen stabil bleibt oder nur leicht zurückgeht. Darüber hinaus haben die soziopolitischen Umwälzungen der letzten Jahre möglicherweise Bedingungen nach sich gezogen (zum Beispiel Vertreibung, soziale Instabilität und allgemeine Unsicherheit), die eine schnellere Ausbreitung des HI-Virus fördern. Es gibt also keine Garantie dafür, dass der in den städtischen Gebieten zu beobachtende Rückgang der HIV-Prävalenz anhält oder sich ohne starke, nachhaltige HIV-Präventionsprogramme auch auf die ländlichen Gebiete ausdehnt. Die Präventionsprogramme sollten der Tatsache Rechnung tragen, dass die HIV-Prävalenz unter Schwangeren erheblich schwankt (der Schwankungsbereich reicht hier von 1,8% bis nahezu 7%) (Gesundheitsministerium Haiti et al., 2004).

Barbados nach eigenen Angaben seit dem Alter von 15 Jahren sexuell aktiv ist. Und nahezu ein Drittel der Männer in der Altersgruppe 15 - 29 berichtet gemäß der gleichen Studie von mehreren sexuellen Partnerschaften im vorangegangenen Jahr (Technische Expertengruppe Karibik, 2004). Solche Trends verleihen der Epidemie mit hoher Wahrscheinlichkeit neuen Schwung.

Gleichzeitig geben einige neuere Entwicklungen in der Karibik Anlass zu einem vorsichtigen Optimismus. Die Epidemie in **Haiti**, eine der ältesten Epidemien der Welt, könnte an einem Wendepunkt angelangt sein. Im Zeitraum 1993 bis 2003/2004 sank der Prozentsatz der schwangeren Frauen, die positiv getestet wurden, um die Hälfte (von 6,2% auf 3,1%). Der Trend

war am stärksten in den städtischen Gebieten zu beobachten (wo die HIV-Prävalenz von 9,4% im Jahr 1993 auf 3,7% im Jahr 2003/2004 fiel), und hier speziell unter den 15-24-Jährigen, was darauf hindeutet, dass es in den Ballungsgebieten des Landes eine beträchtliche Verlangsamung der HIV-Neuinfektionen geben könnte (Gaillard et al., 2004b). Der Rückgang scheint mit Verhaltensänderungen in Zusammenhang zu stehen. Die AIDS-Sterblichkeit ist hier mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit ein wichtiger Faktor (siehe Kästchen). In den ländlichen Gebieten war der Rückgang sehr viel geringer. Da Haiti das Land mit den meisten HIV-positiven Einwohnern in der Karibik ist (schätzungsweise 173.000 im Jahr 2004; Gaillard et al., 2004a) ist die Intensivierung der HIV-Prävention im Land unerlässlich.

Haiti und die **Dominikanische Republik** teilen sich die Insel Hispaniola Island, die scheinbar die Erfolge der AIDS-Maßnahmen zu spüren bekommt. Die HIV-Infektionsraten unter Schwangeren sind seit den späten 90er Jahren ständig zurückgegangen, und die Gesamt-HIV-Prävalenz unter Schwangeren ist mit gemessenen 1,4% in den Kontrolluntersuchungen 2004 relativ stabil. In einigen Städten (wie zum Beispiel San Juan de la Maguana) betrug die HIV-Prävalenz in der Schwangerenvorsorge jedoch 2,7% (Secretaria de Estado de Salud Pública y Asistencia Social de Republica Dominica, 2005b). In der Hauptstadt Santo Domingo betrug die HIV-Prävalenz unter Schwangeren in den meisten Kliniken zur Schwangerenvorsorge 1,3%, was ein bedeutender Rückgang im Vergleich zur Zahl von 2% im Jahr 1995 ist (Secretaria de Estado de Salud Pública y Asistencia Social de Republica Dominica, 2005a; UNAIDS/WHO, 2004). Die HIV-Infektionsraten unter Schwangeren liegen jedoch in anderen Teilen des Landes erheblich höher: 2,3% in San Juan im Westen und 2,5% in La Romana im Osten, um nur zwei Beispiele zu nennen. Und in einigen bates (d.h. in den verarmten Gemeinschaften von Arbeitern hauptsächlich aus Haiti, die in den Zuckerfabriken arbeiten) liegen die Infektionsraten bei 5,5% unter Männern und 4,7% unter Frauen.

Die geringen HIV-Infektionsraten von 3–4% unter den Sexarbeitern in Santo Domingo sind wahrscheinlich auf die Anstrengungen zurückzuführen, konsequenten Kondomgebrauch

und andere Safer-Sex-Verhaltensweisen in der Zielgruppe einzuführen. Bei einer Umfrage in der Hauptstadt gaben 87% der Sexarbeiter an, dass sie beim letzten Geschlechtsverkehr ein Kondom benutzt hatten, und 76% berichteten, dass sie beim bezahlten Sex immer ein Kondom benutzten (Ministerio de Salud de Republica Dominica, 2005b). Wie auch in anderen Ländern der Karibik scheint der Geschlechtsverkehr unter Männern eine große, wenn auch unzureichend anerkannte Rolle in der Epidemie in der Dominikanischen Republik zu spielen. Eine neuere in drei Städten (Puerto Plata, Samana und Santo Domingo) durchgeführte Studie unter Männern, die mit anderen Männern Geschlechtsverkehr haben, ergab, dass 11% HIV-positiv waren (Toro-Alfonso & Varas-Diaz, 2004). In einer anderen Studie gab ungefähr ein Drittel der Männer, die mit anderen Männern Geschlechtsverkehr haben, an, dass sie in den vorangegangenen sechs Monaten auch mit Frauen geschlafen hätten – und nur die Hälfte benutzte dabei nach eigenen Angaben ein Kondom.

Die HIV-Infektionsraten auf den **Bahamas** sind zurückgegangen, was darauf hindeutet, dass die verbesserten HIV-Präventionsmaßnahmen für den Trend verantwortlich sein könnten. Die Anzahl der neu gemeldeten HIV-Infektionen sank von 409 im Jahr 2000 auf 275 im Jahr 2003 (ein Rückgang um 32%), während die unter schwangeren Frauen gemessene HIV-Prävalenz eine ähnliche Entwicklung aufwies (sie sank von 4,8% im Jahr 1993 auf 3% im Jahr 2002); die HIV-Raten unter Patienten in Kliniken zur Behandlung sexuell übertragbarer Infektionen sank ebenso (Technische Expertengruppe Karibik, 2004; Gesundheitsministerium Bahamas, 2004). Ein besseres klinisches Management und eine bessere Behandlung von AIDS auf Gemeindeebene hat die Zahl der HIV-Übertragungen von der Mutter auf das Kind drastisch gesenkt. Dies hat wahrscheinlich auch zum Rückgang der jährlichen auf AIDS zurückzuführende Todesfälle im Land geführt (von 272 im Jahr 2000 auf 185 im Jahr 2003) (Karibisches Epidemiologiezentrum, PAHO, WHO, 2003). Schätzungen besagen, dass mindestens 30% der HIV-Positiven im Jahr 2003 in den Gemeindekliniken ein adäquates klinisches Management erfuhren.

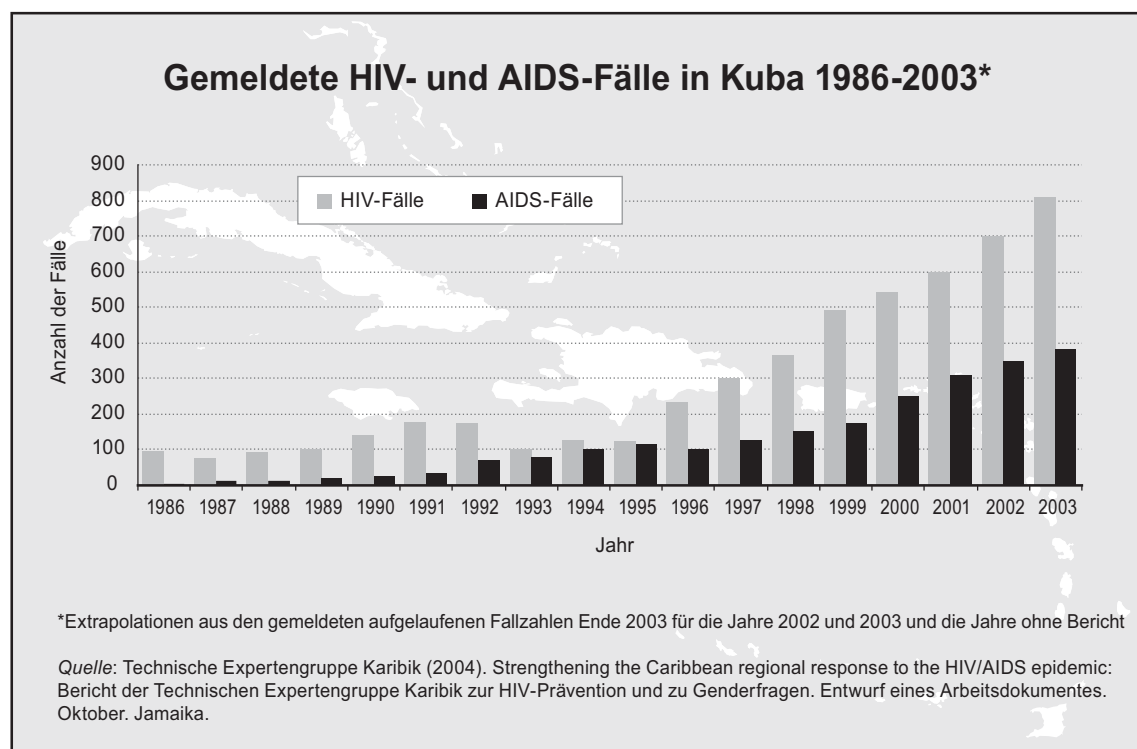
Die gesteigerten Anstrengungen zum Kampf gegen die kleinere Epidemie auf **Barbados**

scheint ebenso Früchte zu tragen. Die HIV-Neudiagnosen unter Schwangeren halbierte sich im Zeitraum 1999 - 2003 (die Prävalenz sank von 0,7% auf 0,3%) (Kumar und Singh, 2004), während die Ausweitung der freiwilligen Beratung und Tests und die Bereitstellung antiretroviraler Präventionsprogramme die HIV-Übertragung von der Mutter auf das Kind gesenkt hat (St John et al., 2003). Ein breiterer Zugang zur antiretroviralen Behandlung hat die Anzahl der AIDS-Toten im Zeitraum 1998 - 2003 halbiert, dies ist ein Trend, der im Zeitraum 2000 - 2003 auch in **Bermuda** zu beobachten war (Karibisches Epidemiologiezentrum, 2004; Karibisches Epidemiologiezentrum, PAHO, WHO, 2003).

Auf **Jamaika** kommt es in den städtischen Ballungsgebieten zu den meisten HIV-Infektionen, hier sind die Gemeinden Kingston und St. Andrews sowie St. James am stärksten betroffen. Die HIV-Prävalenz unter Schwangeren ist seit Mitte der 90er Jahre bei 1 - 2% stabil geblieben, wenn auch die neuesten HIV-Kontrollen in Kliniken zur Schwangerenvorsorge andeuten, dass die Prävalenz in einigen Landesteilen leicht zurückgeht (zum Beispiel in den Gemeinden St. Ann und St. James) (Gesundheitsministerium

Jamaika, 2004). Einige Zeichen deuten darauf hin, dass zahlreiche Jamaikaner Schutzvorkehrungen treffen, um sich gegen eine HIV-Infektion zu schützen. In Umfragen während des letzten Jahrzehnts gaben ca. drei Viertel der Männer an, dass sie beim letzten Geschlechtsverkehr mit einem Gelegenheitspartner ein Kondom benutzten.. Der Prozentsatz der Frauen, die eine ähnliche Verhaltensweise angaben, verdoppelte sich im Zeitraum 1992-2000 (Technische Expertengruppe Karibik, 2004). Wie in Jamaika ist der ungeschützte heterosexuelle Geschlechtsverkehr der Hauptantriebsfaktor der Epidemie in **Trinidad und Tobago**, wo die nationale HIV-Prävalenz unter Erwachsenen im Jahr 2003 Schätzungen zufolge um die 3% betrug. Eine vor kurzem veröffentlichte Studie unter Frauen, die in Tobago entbunden haben, zeigt, dass 2,6% von ihnen HIV-positiv waren, unter den Frauen unter 25 Jahren betrug die Prävalenz 3,8%. Ein sehr großer Prozentsatz war darüber hinaus mit HSV2 infiziert, einer sexuell übertragbaren Infektion, die, wie Studien in Afrika gezeigt haben, das Risiko der HIV-Übertragung stark anhebt (Duke et al., 2004; Weis et al., 2001).

Abbildung 18



Guyana und **Surinam** erleben sehr schwere Epidemien. Die nationale HIV-Prävalenz in Guyana wurde Ende 2003 auf 2,5% geschätzt, und AIDS ist unter den 25 - 44-Jährigen zu einer der führenden Todesursachen geworden (UNAIDS/WHO, 2004). Der steile Anstieg der offiziell gemeldeten HIV-Fälle im letzten Jahrzehnt deutet auf eine sich verschlimmernde Epidemie hin, bei der unter Männern und Frauen, die in Kliniken zur Behandlung sexuell übertragbarer Infektionen um Hilfe nachsuchen, hohe Zahlen der HIV-Prävalenz festgestellt wurden (15% für Männer und 12% für Frauen im Jahr 2002) (Technische Expertengruppe Karibik, 2004). Es stehen jedoch außerhalb der Städte des Landes kaum HIV-Daten zur Verfügung, was es schwierig macht, das tatsächliche Ausmaß der Epidemie zu erfassen.

Knapp unter 2% der erwachsenen **Surinamesen** waren Ende 2003 HIV-positiv. Die Zahl der HIV-Neuinfektionen hat sich seit Mitte der 90er Jahre verdreifacht (von 104 im Jahr 1996 auf 371 im Jahr 2003), doch ein großer Anteil dieses Trends ist wahrscheinlich auf die Verstärkung der HIV-Tests zurückzuführen. Hohe HIV-Infektionsraten unter Männern, die mit anderen Männern Geschlechtsverkehr haben (7% gemäß einer Studie 2005) deuten darauf hin, dass Sex unter Männern ein wichtiger Faktor bei der Beurteilung der Epidemie in Surinam ist; eine frühere Untersuchung besagte, dass ein Drittel der Männer, die mit anderen Männern Geschlechtsverkehr haben, auch sexuelle Beziehungen zu Frauen unterhalten (CAREC/PAHO, 2005b; Del Prado et al., 1998). Das Wissen um HIV scheint unter Männern, die Geschlechtsverkehr mit Männern haben, hoch zu sein (ungefähr 80% der Männer kannten mindestens drei Mittel, wie sie sich selbst vor einer Infektion schützen können). Obwohl 70% der Männer angaben, dass sie bei käuflichem Sex immer ein Kondom benutzten, zeigte eine andere Studie, dass mehr als ein Drittel der männlichen Sexarbeiter HIV-positiv waren (CAREC/PAHO, 2005a und 2005b). Angesichts der Tatsache, dass die HIV-Prävalenz unter weiblichen Sexarbeitern ebenfalls sehr hoch ist (21% gemäß einer Studie aus dem Jahr 2005) ist klar erkennbar, dass der kommerzielle Sex eine wesentliche Rolle in der Epidemie in Surinam spielt (CAREC/PAHO, 2005b).

Die Epidemie in **Kuba** ist auch weiterhin mit einer geschätzten HIV-Prävalenz unter Erwachsenen von

weniger als 0,1% die bei weitem kleinste Epidemie in der Karibik (Technische Expertengruppe Karibik, 2004). Die Zahl der Neuinfektionen steigt jedoch und die Präventionsmaßnahmen Kubas scheinen nicht mit den Bedingungen Schritt halten zu können, die die Ausbreitung des HI-Virus fördern, zum Beispiel die steigenden Einkommensungleichheiten und der Ausbau der Sexindustrie (Camara et al., 2003; Inciardi et al., 2005). Gleichzeitig ist jedoch auch zu erwähnen, dass das Präventionsprogramm zur Mutter-Kind-Übertragung hocheffizient bleibt. Alle Schwangeren werden auf HIV getestet, und die positiv Getesteten erhalten antiretrovirale Medikamente. Als Folge dieser Politik und als Folge der niedrigen Gesamtinfektionsraten wurden bis 2004 weniger als 20 Babys mit dem HI-Virus geboren (Susman, 2003; Technische Expertengruppe Karibik (2004)). Darüber hinaus hat der universelle, kostenlose Zugang zur Antiretroviraltherapie die Anzahl der AIDS-Fälle und AIDS-Toten auf niedrigem Niveau halten können.

Eine verbesserte HIV- und Verhaltenskontrolle ist wesentlich, wenn effiziente Präventionsstrategien in der Karibik eingeführt und nachhaltig umgesetzt werden sollen. Was insbesondere fehlt sind verlässliche, aktuelle Informationen zu Verhaltensmustern und -trends unter den Risikogruppen der Bevölkerung wie zum Beispiel Sexarbeitern und Männern, die mit anderen Männern Geschlechtsverkehr haben, sowie Informationen darüber, wie bestimmte Verhaltensweisen die HIV-Übertragung beeinflussen. Der kontinuierliche Mangel an hochwertigen HIV-Überwachungsdaten steht potenziell effizienten HIV-Präventionsprogrammen im Weg und verringert die Effizienz der Verbreitung antiretroviraler Behandlung, die in dieser Region höchst unausgeglichen ist. Während in Kuba universeller Zugang zur Behandlung gegeben und die Reichweite auf den **Bahamas** und in **Barbados** relativ gut ist, ist der Zugang zur Behandlung in drei der am schlimmsten betroffenen Ländern in der Karibik sehr schlecht. Im September 2005 erhielt nur ein Drittel der Bedürftigen in **Trinidad und Tobago** eine antiretrovirale Behandlung, in **Haiti** lag der Prozentsatz bei nur 12% und in der **Dominikanischen Republik** bei nur 10%. (PAHO, 2005).

LATEINAMERIKA

HIV- und AIDS-Statistik, Vergleich zwischen 2003 und 2005

	HIV-Positive, Erwachsene und Kinder	Anzahl der HIV-positiven Frauen	HIV- Neuinfektionen, Erwachsene und Kinder	Prävalenz unter Erwachsenen (%) *	AIDS-Tote, Erwachsene und Kinder
2005	1.8 Millionen [1.4–2.4 Mio.]	580 000 [420 000–770 000]	200 000 [130 000–360 000]	0.6 [0.5–0.8]	66 000 [52 000–86 000]
2003	1.6 Millionen [1.2–2.1 Mio.]	510 000 [370 000–680 000]	170 000 [120 000–310 000]	0.6 [0.4–0.8]	59 000 [46 000–77 000]

Die Anzahl der HIV-Positiven in Lateinamerika ist auf eine geschätzte Zahl von 1,8 Millionen [1,4 Millionen–2,4 Millionen] gestiegen. Im Jahr 2005 starben etwa 66.000 [52.000–86.000] Menschen an AIDS, und es gab 200.000 Neuinfektionen [130.000–360.000]. Unter jungen Menschen in der Altersgruppe 15–24 Jahre lebten schätzungsweise 0,4% [0,3–0,8%] der Frauen und 0,6% [0,4–1,1%] der Männer im Jahr 2005 mit dem HI-Virus.

Hauptsächlich aufgrund ihrer großen Bevölkerungszahlen sind die südamerikanischen

oder sogar mehr Ende 2003 mit dem HI-Virus infiziert war.

Die Epidemien der Region werden angetrieben durch unterschiedliche Kombinationen von ungeschütztem Geschlechtsverkehr (sowohl zwischen Männern als auch zwischen Männern und Frauen) und durch intravenösen Drogengebrauch, wobei die Rolle des Geschlechtsverkehrs unter Männern bei der HIV-Übertragung stärker ist als allgemein anerkannt. In nahezu allen lateinamerikanischen Ländern finden sich die höchsten HIV-Infektionsraten unter Männern, die

Die Epidemien der Region werden durch verschiedene Kombinationen von ungeschütztem Geschlechtsverkehr (sowohl zwischen Männern als auch zwischen Frauen und Männern) und intravenösem Drogengebrauch verstärkt.

Staaten **Argentinien, Brasilien** und **Kolumbien** die Heimat der größten Epidemien in dieser Region. In Brasilien allein lebt mehr als ein Drittel der insgesamt geschätzten 1,8 Millionen HIV-positiven Menschen in Lateinamerika. Die höchste Prävalenz findet sich jedoch in den kleineren Ländern **Belize, Guatemala** und **Honduras** – wo ungefähr 1% der Erwachsenen

Geschlechtsverkehr mit anderen Männern haben. Die zweithöchsten Infektionsraten findet man gemäß einer kürzlich veröffentlichten Sammlung von Querschnittsstudien unter weiblichen Sexarbeitern. Die HIV-Prävalenz unter Männern, die Geschlechtsverkehr mit anderen Männern haben, schwankte je nach Gebiet zwischen 2% und 28%, die Schwankungsbreite der Prävalenzzahlen

unter weiblichen Sexarbeitern lag zwischen 0% und 6,3% (Montano et al., 2005). Geschlechtsverkehr zwischen Männern ist schätzungsweise für 25-35% der gemeldeten AIDS-Fälle in Ländern wie Argentinien, Bolivien, Brasilien, Guatemala und Peru verantwortlich.

Das bei weitem bevölkerungsreichste Land der Region **Brasilien** ist die Heimat einer sehr vielschichtigen Epidemie, die alle 26 Bundesstaaten des Landes erfasst hat. Wenn auch die nationale HIV-Prävalenz unter Schwangeren unter 1% geblieben ist, ist ein wachsender Anteil der HIV-Neuinfektionen unter Frauen zu erkennen, und Frauen, die in Armutsgebieten leben, scheinen hier einem unverhältnismäßig hohen Infektionsrisiko ausgesetzt (Marins et al., 2003). In einigen Bundesstaaten findet sich eine hohe Prävalenz unter Schwangeren, zum Beispiel bis zu 3-6% in Orten des südlichen Bundesstaates Rio Grande do Sul (UNAIDS/WHO, 2003).

Es gibt Anzeichen dafür, dass sich die Sexualgewohnheiten junger Brasilianer möglicherweise ändern, hin zu einer früheren sexuellen Aktivität. Gemäß einer Studie aus dem Jahr 2004 erleben immer mehr junge Menschen ihre erste sexuelle Erfahrung in einem früheren Alter und haben insgesamt mehr Sexualpartner. Mehr als ein Drittel (36%) der 15 - 24-Jährigen haben den ersten sexuellen Kontakt bereits vor ihrem 15. Geburtstag (im Vergleich zu 21% derjenigen, die heute zwischen 25 und 39 Jahre alt sind), 20% gaben an, dass sie bisher in ihrem Leben Sex mit mehr als zehn Partnern gehabt haben, und 7% hatten im vergangenen Jahr mit mindestens fünf Partnern Sex. Doch das Wissen um HIV ist gering. Nur 62% der 15 - 24-Jährigen wussten, wie HIV übertragen wird. Jugendliche mit niedrigerem Bildungsstand wussten am wenigsten über die Epidemie. Andererseits hat sich der Prozentsatz der jungen Leute, die angaben, während des ersten Geschlechtsverkehrs ein Kondom benutzt zu haben, von weniger als 10% im Jahr 1986 auf mehr als 60% im Jahr 2003 erhöht (Ministerio da Saude do Brasil, 2005). Dieser Trend hat möglicherweise einen mäßigenden Einfluss und dient als Ausgleichsfaktor für das oben beschriebene größere Risikoverhalten. Die HIV-Prävalenz unter Militärdienstleistenden ist weiterhin niedrig (0,08% im Jahr 2002, damit gab es keine Veränderung im Vergleich zu 1998) (Ministerio da Saude do Brasil, 2005).

In den Städten Brasiliens scheint sich der Anteil der intravenös Drogenspritzenden an den HIV-Übertragungen verringert zu haben. Ein Teil dieses Erfolgs ist möglicherweise den Harm Reduction Programmen zuzuschreiben (siehe AIDS Epidemic Update 2004 zu weiteren Einzelheiten). Die offiziellen Schätzungen, die aus dem nationalen HIV-Überwachungssystem abgeleitet wurden, besagen, dass drei Viertel der schätzungsweise 200.000 Drogenspritzenden in Brasilien keine sterilen Spritzen benutzen. In einigen Bereichen stellen die Drogenkonsumenten jedoch immer noch mindestens die Hälfte der AIDS-Fälle. Die verfügbaren Daten deuten mit einer HIV-Prävalenz von 6,1% unter den knapp 3.000 Sexarbeitern, die an einer großen Studie teilnahmen, auf eine relativ geringe HIV-Infektionsrate unter weiblichen Sexarbeitern hin. (Chequer, 2005).

In **Argentinien** zirkulierte HIV zunächst hauptsächlich unter männlichen Drogenkonsumenten und ihren Sexualpartnern sowie unter Männern, die Geschlechtsverkehr mit anderen Männern haben. Dies änderte sich schrittweise, als mehr und mehr HIV-infizierte Männer das Virus an ihre Ehefrauen und Freundinnen weitergaben. Die meisten Neuinfektionen erfolgen inzwischen während ungeschützter heterosexueller Sexualkontakte, und mehr und mehr Frauen infizieren sich mit dem HI-Virus. Das Verhältnis zwischen Männern und Frauen unter den gemeldeten AIDS-Fällen sank von 15:1 im Jahr 1998 auf 3:1 im Jahr 2004, wobei darauf hinzuweisen ist, dass die Neuinfektionen in unverhältnismäßig hoher Zahl in den armen städtischen Bereichen erfolgten (Ministerio de Salud de Argentina, 2004). Der intravenöse Drogengebrauch und der Geschlechtsverkehr unter Männern sind auch weiterhin wichtige Faktoren bei der Ausbreitung des HI-Virus, besonders in den städtischen Gebieten der Provinzen Buenos Aires, Cordoba und Santa Fe, wo ca. 80% der AIDS-Fälle auftraten. Bei einem Test in der Stadt Buenos Aires erwiesen sich zum Beispiel 44% der Drogenspritzenden HIV-positiv, während in verschiedenen Studien eine HIV-Prävalenz von 7-15% unter Männern, die mit anderen Männern Geschlechtsverkehr haben, festgestellt wurde (Weissenbacher et al., 2003; Pando et al., 2003; Segura et al., 2005; Montano et al., 2005; Bautista et al., 2004).

In **Chile** und **Uruguay** konzentrieren sich die meisten HIV-Infektionen auf die städtischen Gebiete (Nationaler AIDS-Ausschuss Chile, 2003; Nationales AIDS-Programm Uruguay, 2005). Etwa drei Viertel der aus Uruguay gemeldeten HIV-Fälle wurden in der Hauptstadt Montevideo und ihrem Umfeld registriert, wohingegen Antofagasta, Santiago, Tarapaca und Valparaiso die am stärksten betroffenen Teile Chiles sind. Im Gegensatz dazu hat HIV in **Paraguay** auch die ländlichen Gebiete erreicht, besonders im Grenzgebiet zu Argentinien und Brasilien (Nationales AIDS-Programm Paraguay, 2005). Der intravenöse Drogengebrauch und der Geschlechtsverkehr unter Männern scheinen die

Cochabamba zeigte, dass 3,5% der befragten auf der Straße lebenden Jugendlichen HIV-positiv sind, die meisten von ihnen hatten sich sexuell infiziert (Lambert et al., 2005). Weiblichen Sexarbeitern ist es im Großen und Ganzen gelungen, die Infektion zu vermeiden: in Cochabamba, Oruro und Tarija betrug die Prävalenz im Jahr 2002 zum Beispiel 1%, in La Paz nur 0,5% (dort schätzen die Gesundheitsbehörden, dass etwa 70% der Sexarbeiter regelmäßig Kondome benutzen) (Carcamo, 2004). Diese Infektionsraten wurden jedoch unter (hauptsächlich in Bordellen arbeitenden) Sexarbeitern festgestellt, die regelmäßig zur Gesundheitsvorsorge in die Kliniken zur Behandlung sexuell übertragbarer

*Sowohl Präventionsmaßnahmen als auch
HIV-Diagnose- und Behandlungsleistungen für Männer, die mit anderen
Männern Geschlechtsverkehr haben, müssen gefördert werden.*

Hauptursachen für die Epidemie in Uruguay zu sein, wo ca. ein Viertel der gemeldeten HIV-Fälle bei Drogenkonsumenten registriert wurden (viele unter ihnen jünger als 25 Jahre) und ein Drittel der HIV-Diagnosen auf Geschlechtsverkehr zwischen Männern zurückgeführt wurde (Osimani, 2003).

Im Andengebiet sind ungeschützter kommerzieller Sex und Sex unter Männern die Hauptübertragungswege von HIV. In dem Maße, in dem mehr Männer das Virus an ihre Ehefrauen und Freundinnen weitergeben, verschieben sich die HIV-Übertragungswege und werden vielschichtiger. Die Epidemie in **Bolivien** ist immer noch klein (und stark auf die städtischen Ballungsgebiete wie zum Beispiel La Paz und Santa Cruz konzentriert) und scheint hauptsächlich von kommerziellem Sex und Sex unter Männern getrieben (Gesundheitsministerium Bolivien & PAHO)/WHO, 2003; Khalsa et al., 2003). Während die HIV-Prävalenz unter Frauen, die die Schwangerenvorsorge aufsuchen, immer noch unter 1% liegt, hat die Infektionsrate in Gruppen von Männern, die Geschlechtsverkehr mit anderen Männern praktizieren, inzwischen in La Paz 15% und in Santa Cruz sogar nahezu 24% erreicht (Montano et al., 2005). Die Anfälligkeit von männlichen und weiblichen Straßenkindern für das HI-Virus in Bolivien ist erst vor kurzem bekannt geworden. Eine Studie in der Stadt

Infektionen gehen. Die Muster in anderen lateinamerikanischen Regionen deuten an, dass Sexarbeiter einem höheren Infektionsrisiko ausgesetzt sind. Bisher gibt es jedoch nur wenige Studien, die die mögliche Ausbreitung von HIV unter Sexarbeitern untersuchen – nicht nur in Bolivien sondern in Lateinamerika allgemein.

Zwar ist es notwendig, Präventionsmaßnahmen unter Sexarbeitern weiterhin zu fördern, doch darüber hinaus ist es wichtig, die Präventionsaktivitäten sowie die HIV-Diagnose- und Behandlungsdienste auch auf Männer auszudehnen, die Geschlechtsverkehr mit Männern haben, und die auch weiterhin sozialer Stigmatisierung und Diskriminierung ausgesetzt sind. Sex unter Männern scheint auch in der wachsenden Epidemie in **Ecuador** ein wichtiger Faktor zu sein, wo sich die Anzahl der gemeldeten HIV-Neuinfektionen seit 2001 mit 573 Fällen im Jahr 2004 nahezu verdoppelt hat (Ministerio de Salud de Ecuador, 2005). Mehr als zwei Drittel der gemeldeten HIV-Fälle wurden bei Männern registriert, und in Quito Pichincha und Guayaquil Guayas wurden unter Männern, die Geschlechtsverkehr mit anderen Männern haben, HIV-Prävalenzraten von 17% bzw. 23% festgestellt. Die Prävalenz unter weiblichen Sexarbeitern war gering (unter 2%) (Ministerio de Salud de Ecuador, 2005). Anscheinend wurde

der Großteil der HIV-positiven Frauen über ihre Ehemänner oder festen Partner angesteckt, die sich über Geschlechtsverkehr mit einem anderen Mann mit dem Virus infiziert hatten.

In **Kolumbien** waren in der Anfangszeit in erster Linie Männer von HIV betroffen, und zwar so stark, dass sie bis heute noch einen Anteil von 83% der an die nationalen Gesundheitsbehörden gemeldeten AIDS-Fälle stellen. Wie in einigen anderen Ländern der Region übersteigt die HIV-Prävalenz, die in **Kolumbien** in Gruppen von Männern festgestellt wird, die Geschlechtsverkehr mit anderen Männern haben (20% in Bogotá), die Prävalenz unter weiblichen Sexarbeitern (zum Beispiel 0,8% in Bogotá im Zeitraum 2001-2002) (Montano et al., 2005; Khalsa et al., 2003; Mejía et al., 2002). Ein Großteil der Männer, die Geschlechtsverkehr mit anderen Männern haben, unterhalten jedoch auch sexuelle Beziehungen zu Frauen. Das Muster der Epidemie hat sich also verändert, und es wird eine steigende

des Landes zur Reduzierung der Mutter-Kind-Übertragung, die zu den stärksten Elementen des AIDS-Programmes gehört. Gemäß einer Studie wurde dadurch das Risiko der perinatalen HIV-Übertragung von 40% auf unter 4% gesenkt (García R et al., 2005).

Auf nationaler Ebene sind die HIV-Infektionsraten unter Schwangeren in **Peru** immer noch auf niedrigem Niveau (0,2% im Jahr 2002 gemäß der letzten verfügbaren Daten) (Ministerio de salud de Peru, 2004). Es wurde jedoch eine sehr viel höhere HIV-Prävalenz unter Männern verzeichnet, die mit anderen Männern Geschlechtsverkehr haben - gemäß einer Studie aus dem Jahr 2002 lag die Prävalenz in den Städten Arequipa, Iquitos, Pucallpa und Sullana bei 6 - 12% und in Lima sogar bei 23% (Ministerio de salud de Peru, 2005). In allen Städten mit der Ausnahme der beiden erstgenannten sind die Infektionsraten seit 2000 gestiegen. Da ein großer Anteil Männer, die Geschlechtsverkehr

Überall dort, wo die antiretrovirale Behandlung erheblich ausgebaut wurde, scheint die AIDS-Sterblichkeit zu sinken.

Infektion von Frauen festgestellt – besonders entlang der Karibikküste und im Nordosten des Landes. Die meisten Frauen infizieren sich über ihre Ehemänner oder Freunde mit dem Virus, die ungeschützten Geschlechtsverkehr mit Männer und/oder Frauen hatten. Von den Frauen, die im Rahmen von Projekten zur Prävention der Mutter-Kind-Übertragung HIV-positiv getestet wurden, befanden sich 72% in einer stabilen Beziehung und 90% beschrieben sich selbst als „Hausfrauen“ (García et al., 2005).

Es gibt neuere Anzeichen einer beträchtlichen Ausweitung des HI-Virus in Kolumbien: die Prävalenz unter jungen Menschen (in der Altersgruppe 15 - 24 Jahre) und unter Schwangeren schwankt zwischen 1,2 - 1,3% in Santander und Valle und 2,4% in Atlantico (Prieto et al., 2004). Zusätzlich zu den deutlichen Ungleichheiten zwischen Männern und Frauen erhöht die Zwangsvertreibung aus Gründen der langanhaltenden internen Konflikte im Land möglicherweise das Risiko von Frauen, sich mit dem HI-Virus zu infizieren (García, 2005). Eine positive Entwicklung ist die nationale Initiative

mit anderen Männern praktizieren (mehr als drei Viertel gemäß einiger Studien in städtischen Ballungsgebieten) auch Geschlechtsverkehr mit Frauen haben, ist die Möglichkeit der HIV-Übertragung an Ehefrauen und Freundinnen hoch (Guanira et al., 2004). Kommerzieller Sex ist ein weiterer wichtiger Faktor. Fast die Hälfte (44%) der Männer in der Altersgruppe 18 - 29 Jahren gab in einer Studie in 24 Städten an, dass sie schon einmal Sex gekauft hatten, und der Gebrauch von Kondomen war im Allgemeinen eher sporadisch.

HIV breitet sich in **Zentralamerika** sowohl unter den verletzlichsten Gruppen als auch in der allgemeinen Bevölkerung aus, wie in zahlreichen Ländern zu beobachten ist. Das Virus wird in erster Linie über ungeschützte sexuelle Kontakte (zwischen Männern und Frauen aber auch unter Männern) übertragen. Es gibt keine umfassende HIV-Kontrolle, doch die verfügbaren Daten weisen darauf hin, dass die Epidemien mit einigen wichtigen Ausnahmen hauptsächlich in und um die größten Städte und Transportwege konzentriert sind.

In **Honduras**, wo etwa ein Drittel der HIV-positiven Menschen der Subregion lebt, hat sich HIV eine vielschichtige aber feste Präsenz erobert. Mit einer geschätzten nationalen HIV-Prävalenz unter Erwachsenen von knapp 2% ist AIDS die führende Todesursache unter honduranischen Frauen und Annahmen zufolge die zweitgrößte Ursache für Krankenhausaufenthalte und Tod im Land (UNAIDS/WHO, 2004). Schon im Jahr 1999 schwankten die mittleren Infektionsraten unter Schwangeren zwischen 2,9% in städtischen Gebieten und 3,6% in einigen ländlichen Bereichen – dies deutet auf eine relativ ausgereifte Epidemie hin, bei der HIV in der gesamten Bevölkerung zirkuliert. Kommerzieller Sex und Sex unter Männern bleiben jedoch die Haupttriebfedern der Epidemie. Unter weiblichen Sexarbeitern in Tegucigalpa wurde im Jahr 2001 eine mittlere HIV-Prävalenz von 8-9% gemessen, während in Pedro Sula eine Prävalenz von 13% festgestellt wurde. Unter Männern, die in größeren Ballungsgebieten Geschlechtsverkehr mit anderen Männern praktizieren, waren im Jahr 2002 12% mit dem HI-Virus infiziert (UNAIDS/WHO, 2004; Secretaria de Salud de Honduras, 2003). Diese Ergebnisse wie auch die hohen Raten anderer sexuell übertragbarer Infektionen deuten darauf hin, dass das Umfeld das weitere Wachstum der Epidemie in Honduras fördert.

Die übrigen Epidemien in Zentralamerika sind ebenfalls stark mit den Bereichen kommerzieller Sex und Sex unter Männern verbunden. Wenn es bei den HIV-Infektionsraten unter Sexarbeitern auch starke Schwankungen gibt, ist doch festzustellen, dass sie unter den Sexarbeitern auf der Straße, die für die HIV-Präventionsdienste schwerer zu erreichen sind, durchgängig höher sind. In San Salvador und Puerto de Acajutla (in **El Salvador**) wurde zum Beispiel festgestellt, dass 16% der Sexarbeiter, die ihrer Tätigkeit auf der Straße nachgehen, HIV-positiv sind (Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de El Salvador, 2003). Da der Kondomgebrauch unter regelmäßigen Sexualpartnern niedriger zu sein scheint, geben die männlichen Kunden der Sexarbeiter das Virus mit hoher Wahrscheinlichkeit an ihre Ehefrauen und Freundinnen weiter. Das gilt auch für Männer, die sowohl mit Männern als auch mit Frauen Geschlechtsverkehr praktizieren. Für Frauen bietet Treue nur wenig Schutz gegen die Infektion

wie eine Studie in Chinandega (**Nicaragua**) veranschaulichte. Unter verheirateten Frauen war die Wahrscheinlichkeit, dass sie HIV-positiv waren, doppelt so hoch wie bei Sexarbeitern (UNAIDS/WHO, 2004).

Die Epidemie in **Guatemala** konkurriert in Bezug auf die Größe mit der Epidemie in **Honduras**, doch die Erfassung der HIV-Daten war nicht durchgängig genug, um eine zuverlässige Bewertung der neueren Trends abgeben zu können. Die verfügbaren Informationen deuten eine ungleichgewichtige Verteilung des HI-Virus an, wobei das Hochland wahrscheinlich am wenigsten betroffen ist. Die meisten HIV-Fälle scheinen sich auf die städtischen Ballungsgebiete sowie auf die Transport- und Handelswege zu konzentrieren. Die HIV-Kontrolle in einigen Kliniken zur Behandlung sexuell übertragbarer Infektionen zeigte keine HIV-Fälle, in anderen Kliniken lag die Prävalenz jedoch bei bis zu 9% (zum Beispiel in Izabal). Unter Schwangeren schwanken die HIV-Raten zwischen nahezu 0% und mehr als 1% (in Retalhuleu und San Marcos) (UNAIDS/WHO, 2004; Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala, 2003). Auch hier scheint Sexarbeit eine große Rolle zu spielen: unter auf der Straße arbeitenden weiblichen Sexarbeitern wurden Zahlen der HIV-Prävalenz von bis zu 15% verzeichnet. Geschlechtsverkehr unter Männern könnte jedoch ein bedeutenderer Faktor sein, als bisher allgemein angenommen (Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala, 2003). Unter Männern, die mit anderen Männern Geschlechtsverkehr praktizieren, wurden in Guatemala City HIV-Infektionsraten von nahezu 12% festgestellt, und 20% dieser Männer hatte ebenfalls regelmäßigen sexuellen Kontakt zu Frauen (UNAIDS/WHO, 2004).

Sex unter Männern ist auch ein bedeutender Faktor in den kleineren Epidemien in **El Salvador**, **Nicaragua** und **Panama**, wo die HIV-Prävalenz von Männern, die mit anderen Männern Geschlechtsverkehr praktizieren, 18%, 9% bzw. 11% betrug. In Costa Rica ist Sex unter Männern eindeutig der Antriebsfaktor der Epidemie des Landes; hier stellen Männer, die mit anderen Männern Geschlechtsverkehr haben, mehr als zwei Drittel aller gemeldeten AIDS-Fälle (UNAIDS/WHO, 2004).

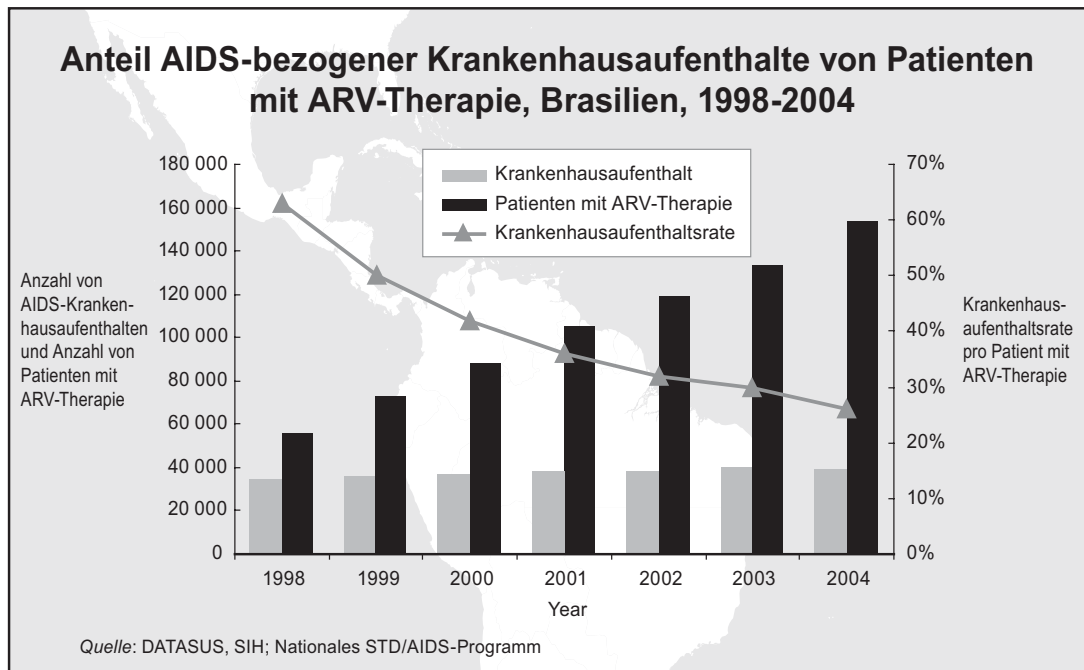


Abbildung 19

Die nationale HIV-Prävalenz unter Erwachsenen bleibt in **Mexiko** klar unter der Marke von 1%, doch die Epidemie zeigt in verschiedenen Bereichen dieses großen Landes unterschiedliche Muster. Nahezu 90% der offiziell registrierten AIDS-Fälle konnten auf ungeschützten Geschlechtsverkehr zurückgeführt werden, etwa die Hälfte davon auf Sex unter Männern (CENSIDA, 2003). Ende 2003 waren schätzungsweise 160.000 Erwachsene HIV-positiv, zwei Drittel davon Männer, die davon ausgingen, dass sie sich durch Geschlechtsverkehr mit einem anderen Mann infiziert haben (UNAIDS, 2004; Magis-Rodríguez et al., 2002). Dieses Muster ist wahrscheinlich auch der Grund für die nun festgestellten Anzeichen für eine Steigerung der heterosexuellen Übertragung des HI-Virus, da sich mehr und mehr Frauen beim Geschlechtsverkehr mit ihren (bisexuellen) männlichen Partnern anstecken (Magis et al., 2000). Die Rolle des intravenösen Drogengebrauchs bei der Epidemie in Mexiko ist schwer zu ermitteln, doch wurden in den Städten entlang der Grenze mit den Vereinigten Staaten von Amerika Verbindungen mit dem intravenösen Drogengebrauch beobachtet (Minichiello et al., 2002; Magis-Rodríguez et al., 1997).

Die mögliche Rolle der Wanderungsbewegungen in Mexiko ist Anlass zahlreicher Spekulationen,

es können jedoch noch keine sicheren Schlussfolgerungen gezogen werden. Eine Studie aus der letzten Zeit hat gezeigt, dass männliche internationale Migranten im vergangenen Jahr durchschnittlich doppelt so viele Sexualpartner hatten wie die Nichtmigranten. Gleichzeitig wurde festgestellt, dass der Gebrauch von Kondomen unter internationalen Migranten erheblich höher lag (Magis-Rodríguez C et al., 2004). Dennoch deutet die höhere AIDS-Last in einigen ländlichen Gebieten Mexikos auf eine mögliche Verbindung zwischen der HIV-Infektion und der Migration in die Vereinigten Staaten von Amerika (Magis-Rodríguez C et al., 2004).

Der Zugang zur antiretroviralen Therapie hat sich in Lateinamerika stark entwickelt, wenn die Leistungen **Brasiliens** auf diesem Gebiet auch einzigartig zu sein scheinen. Unter der brasilianischen Politik der Bereitstellung antiretroviraler Medikamente an alle Bedürftigen können Menschen mit fortgeschrittenen HIV-Infektionen antiretrovirale Medikamente über das nationale Gesundheitssystem beziehen. Die Anzahl der Brasilianer, die eine antiretrovirale Therapie erhalten, ist stetig gestiegen und hat im September 2005 ungefähr 170.000 erreicht. Die Einhaltung der Therapienvorschriften unter den Patienten, die eine antiretrovirale

Therapie erhielten, wurde auf 75% geschätzt. Die Behandlung wird auch in **Argentinien, Chile, Kuba, Mexiko, Uruguay** und **Venezuela** weiträumig angeboten (PAHO, 2005), wenn auch die Bedingungen, unter denen die Medikamente bereitgestellt werden, nicht so gut sind, wie in Brasilien. In **Costa Rica** und **Panama**, wo sich der Zugang zu antiretroviraler Behandlung spürbar verbessert hat, scheint die AIDS-Sterblichkeit zu sinken. In anderen Bereichen,

besonders in den armen Ländern Zentralamerikas und in der Andenregion von Südamerika ist der Fortschritt jedoch langsamer. Weniger als 1.000 Ecuadorianer erhielten beispielsweise im Jahr 2004 antiretrovirale Behandlung (Gesundheitsministerium Ecuador, 2004), und auch bei den Ausbaubestrebungen von **El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua** und **Paraguay** gibt es Verzögerungen (PAHO, 2005).

NORDAMERIKA, WEST- UND MITTELEUROPA

HIV- und AIDS-Statistik, Vergleich zwischen 2003 und 2005

	HIV-Positive, Erwachsene und Kinder	Anzahl von HIV-positiven Frauen	HIV-Neuinfektionen, Erwachsene und Kinder	Prävalenz unter Erwachsenen (%) *	AIDS-Tote, Erwachsene und Kinder
2005	1.9 Millionen [1.3–2.6 Mio.]	490 000 [340 000–670 000]	65 000 [35 000–140 000]	0.5 [0.3–0.7]	30 000 [19 000–42 000]
2003	1.8 Millionen [1.3–2.5 Mio.]	450 000 [320 000–620 000]	63 000 [34 000–140 000]	0.4 [0.3–0.6]	30 000 [19 000–42 000]

Im Jahr 2005 stieg die Zahl der HIV-positiven Menschen in Nordamerika, West- und Mitteleuropa auf 1,9 Millionen [1,3–2,6 Millionen], von denen etwa 65.000 sich im vergangenen Jahr mit HIV infizierten. Die weitreichende Verfügbarkeit von antiretroviralen Therapien hat dazu beigetragen, die Zahl der AIDS-Toten mit ungefähr 30.000 auf einem vergleichsweise niedrigem Niveau zu halten.

(USA) überstiegen Ende 2003 zum ersten Mal die magische Grenze von einer Million, was eine Steigerung gegenüber der entsprechenden Zahl von 850.000–950.000 für 2002 bedeutet (US-Zentren für Krankheitskontrolle und Prävention, 2004a). Ende 2003 gab es in den Vereinigten Staaten schätzungsweise 1,04 Millionen - 1,2 Millionen HIV-Fälle. Der Anstieg spiegelt die Tatsache wider, dass Menschen mit dem HI-Virus auf Grund

Insgesamt hinken die Präventionsanstrengungen ein wenig hinter den sich schnell verändernden Epidemien in einigen Ländern hinterher, in denen die Hauptmuster der HIV-Übertragung sich verlagern.

Insgesamt hinken die Präventionsanstrengungen ein wenig hinter den sich schnell verändernden Epidemien in einigen Ländern hinterher, in denen die Hauptmuster der HIV-Übertragung sich verlagern. Wenn auch Geschlechtsverkehr zwischen Männern und in einer geringen Zahl von Ländern, der intravenöse Drogengebrauch die wichtigsten Übertragungswege des HI-Virus bleiben, so infizieren sich nun auch mehr und mehr Menschen durch ungeschützten heterosexuellen Geschlechtsverkehr.

Die Schätzungen zur Anzahl der HIV-positiven Menschen in den **Vereinigten Staaten von Amerika**

der antiretroviralen Behandlungsmethoden länger leben, und ist ebenfalls darauf zurückzuführen, dass es nicht möglich war, die Präventionserfolge während der ersten 10 bis 15 Jahre der Epidemie anzupassen und aufrechtzuerhalten. Im Jahr 2003 wurden in den 33 Bundesstaaten mit vertraulicher, namentlicher Meldepflicht ungefähr 32.000 neue HIV-Infektionen verzeichnet, eine Zahl, die seit den späten 90er Jahren relativ stabil geblieben ist. (Die 33 Bundesstaaten mit Meldepflicht umfassen nicht Kalifornien und New York, die Bundesstaaten mit der höchsten Anzahl HIV-positiver Menschen.)

Bei der Mehrzahl der HIV-positiven Menschen in den Vereinigten Staaten von Amerika handelt es sich um Männer, die Geschlechtsverkehr mit Männern haben, der Geschlechtsverkehr zwischen Männern bleibt mit einem Anteil von 63% der neu diagnostizierten HIV-Infektionen im Jahr 2003 gemäß neuester Daten der Hauptübertragungsweg (US-Zentren für Krankheitskontrolle und Prävention, 2004a). In den letzten Jahren war eine Häufung von Berichten zu steigendem Risikoverhalten zu verzeichnen, einige dieser Berichte stehen anscheinend mit dem Drogengebrauch im Freizeitbereich in Zusammenhang. Eine neue Studie, die in fünf Städten durchgeführt wurde, stellte zahlreiche neue Trends fest (bei den Städten handelte es sich um Baltimore, Los Angeles, Miami, New York City und San Francisco).

positiven Amerikaner im Jahr 2003 infizierten sich auf diese Weise, und 25% der Frauen, die 2003 die Diagnose HIV erhielten, infizierten sich auf diesem Weg. Unter den Amerikanern indianischer Abstammung und den Ureinwohnern in Alaska betrug der Anteil im Jahr 2003 sogar 33% (US-Zentrum für Krankheitskontrolle und Prävention, 2004a).

Für Frauen, die mit dem HI-Virus leben, ist jedoch ungeschützter heterosexueller Geschlechtsverkehr der Hauptübertragungsweg – schätzungsweise 73% infizierten sich im Jahr 2003 auf diesem Weg mit dem Virus. Nach einem Anstieg der jährlichen Neuinfektionen unter Frauen in den späten 90er Jahren hat sich der Anteil der Frauen an den jährlichen Neuinfektionen nun bei schätzungsweise 25% stabilisiert (US-Zentrum

Wie in anderen Ländern auch nutzt die Epidemie in den Vereinigten Staaten häufig die sozialen Schwachpunkte aus.

Die HIV-Inzidenz unter Männern, die in San Francisco Geschlechtsverkehr mit Männern haben, scheint nun zum Beispiel geringer zu sein, als in der Vergangenheit geschätzt (1,2% in der Studie aus den Jahren 2004 - 2005 im Vergleich zu ehemals offiziellen Schätzungen, die bei 2,2% lagen). In Baltimore wurde jedoch eine HIV-Inzidenz von 8% unter Männern festgestellt, die Geschlechtsverkehr mit Männern haben. Vierzig Prozent der an der Studie teilnehmenden Männer wurden HIV-positiv getestet, und 62% von ihnen waren sich ihrer Infektion nicht bewusst (US-Zentrum für Krankheitskontrolle und Prävention, 2005). Allgemein wird davon ausgegangen, dass ein Viertel der HIV-Positiven in den Vereinigten Staaten sich ihrer Infektion nicht bewusst sind. Dieser Wissensmangel bezüglich des HIV-Status ist besonders auffällig bei Afro-amerikanischen Männern, die mit anderen Männern Geschlechtsverkehr haben: die in fünf Städten durchgeführte Studie stellte fest, dass ungefähr zwei Drittel der HIV-positiven Afro-Amerikanern, die Geschlechtsverkehr mit anderen Männern haben, sich ihres Serostatus nicht bewusst waren.

Intravenöser Drogengebrauch bleibt auch weiterhin einer der Hauptübertragungswege des HI-Virus, auch unter Frauen. Ungefähr 20% der HIV-

für Krankheitskontrolle und Prävention, 2004a). Für viele Frauen mit dem HI-Virus bleibt der größte Risikofaktor zur Ansteckung mit dem Virus das häufig unentdeckte Risikoverhalten der männlichen Partner, zum Beispiel intravenöser Drogengebrauch und Geschlechtsverkehr mit anderen Männern (McMahon et al., 2004; Valleroy et al., 2004; Montgomery et al., 2003).

Wie in anderen Ländern auch nutzt die Epidemie in den Vereinigten Staaten häufig die sozialen Verwerfungslinien aus. Eine neue Studie in North Carolina stellte zum Beispiel fest, dass HIV-positive Frauen mit sehr viel höherer Wahrscheinlichkeit arbeitslos waren, auf öffentliche Hilfe angewiesen waren und Sex gegen Geld und Geschenke anboten (Leone et al., 2005).

Eine der auffälligen Facetten der Epidemie in den Vereinigten Staaten ist die hohe Konzentration der HIV-Infektionen unter Afro-Amerikanern. Obwohl Afro-Amerikaner nur einen Bevölkerungsanteil von 12,5% ausmachen, entfielen 48% der HIV-Neuinfektionen 2003 auf diese Gruppe (US-Zentren für Krankheitskontrolle und Prävention, 2004a). Wenn Männer auch den größten Anteil der HIV-positiven Afro-Amerikaner stellen, sind Frauen auch in unverhältnismäßig hoher Zahl betroffen. Gemäß einiger Schätzungen ist

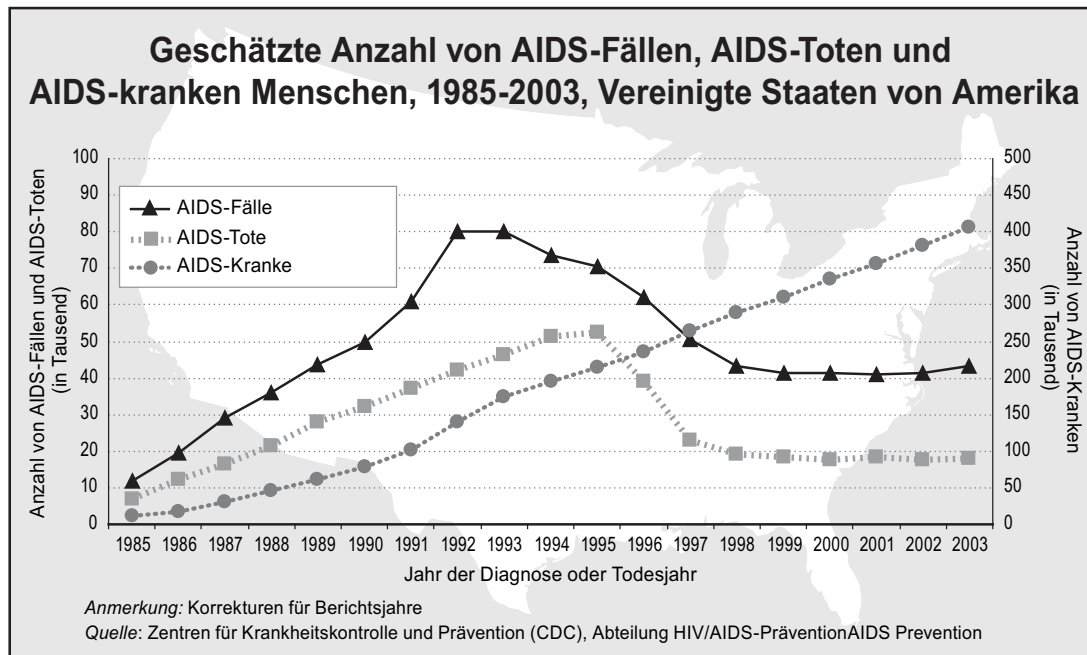


Abbildung 20

die Wahrscheinlichkeit der HIV-Infektion für afro-amerikanische Frauen mehr als zwölfmal so hoch wie die Wahrscheinlichkeit für ihre weissen Mitbewohner. Unter den jungen Männern (in der Altersgruppe 23 - 29 Jahre), die Geschlechtsverkehr mit anderen Männern haben, ist die HIV-Prävalenz unter Afro-Amerikanern (mit 32%) mehr als viermal so hoch wie die Prävalenz ihrer weissen Landsleute (7%) und mehr als doppelt so hoch wie die HIV-Prävalenz unter den Latinos (14%). Die Hälfte der AIDS-Toten im Jahr 2003 waren Afro-Amerikaner (US-Zentrum für Krankheitskontrolle und Prävention, 2004a).

Die Schätzung der jährlichen HIV-Neuinfektionen ist seit dem Jahr 2000 in den Vereinigten Staaten mit 40.000 relativ stabil geblieben (US-Zentren für Krankheitskontrolle und Prävention, 2005). Es sind jedoch noch weitere Anstrengungen erforderlich, um das vor vier Jahren definierte Ziel der amerikanischen Regierung zu erreichen, die Infektionsrate zu halbieren. Der scharfe Rückgang der AIDS-Toten nach Einführung der antiretroviralen Therapie in den Vereinigten Staaten von Amerika hat sich in den späten 90er Jahren verflacht und sich seit dem Jahr 2000 auf einem Niveau von 17.500 bis 18.500 AIDS-Toten jährlich eingependelt (siehe Abbildung) (US-Zentren für Krankheitskontrolle und Prävention,

2004a). Wenn die AIDS-Therapie auch nach neuesten Berechnungen nahezu zwei Millionen Lebensjahre retten konnte, scheinen die Afro-Amerikaner nicht in gleicher Weise von der lebensverlängernden Behandlung zu profitieren (Walensky et al., 2005). Nach einer weiteren aktuellen Studie erhalten Afro-Amerikaner im Vergleich zu anderen Bevölkerungsgruppen nur mit der Hälfte der Wahrscheinlichkeit eine antiretrovirale Behandlung (McQuillan et al., 2004). Im Jahr 2003 starben doppelt so viele Afro-Amerikaner an AIDS wie weiße Amerikaner (US-Zentren für Krankheitskontrolle und Prävention, 2004a). AIDS hat sich unter männlichen Afro-Amerikanern der Altersgruppe 25 - 54 zu einer der drei häufigsten Todesursachen entwickelt und ist die Todesursache Nummer 1 unter weiblichen Afro-Amerikanerinnen in der Altersgruppe 25 - 34 Jahre (US-Zentren für Krankheitskontrolle und Prävention, 2004b).

In **Kanada**, wo bis Ende 2004 knapp 58.000 HIV-Diagnosen gemeldet wurden, verändert sich die Epidemie ebenfalls. Die Anzahl der gemeldeten jährlichen HIV-Neuinfektionen stieg in den letzten fünf Jahren um 20% (von 2.111 im Jahr 2000 auf 2.529 im Jahr 2004); Frauen stellen nun ein Viertel der Neudiagnosen (im Vergleich zu weniger als 10% im Jahr 1995). Bei den Frauen scheint die Altersgruppe 15-29 Jahre dem größten

Risiko ausgesetzt, Frauen in dieser Altersgruppe stellten 42% der Neudiagnosen im Jahr 2004 (im Vergleich zu 13% in den Jahren 1985 bis 1994). Diese Trends stimmen mit dem wachsenden Anteil von HIV-Diagnosen auf Grund heterosexueller Übertragungswege (30% im Jahr 2004) überein – dies ist ein Beweis der Heterogenität und des Reifegrads der Epidemie im Land. Unter den Neudiagnosen auf Grund heterosexueller Übertragung stammte ein Viertel der Personen aus Ländern mit hoher Prävalenz im südlichen Afrika und in der Karibik (Amt für Volksgesundheit, Kanada, 2003). Gleichzeitig bleibt intravenöser Drogenkonsum eine der Hauptursachen von HIV-Infektionen unter Frauen, sie machen 32% der Neudiagnosen im Jahr 2004 aus. Aus allgemeiner Sicht bleibt Geschlechtsverkehr unter Männern mit einem Anteil von 45% der neuen HIV-Diagnosen im letzten Jahr der stärkste Antriebsfaktor der Epidemie in Kanada. Die jährliche Zahl der AIDS-Diagnosen ist zwar stark zurückgegangen (von 1776 im Jahr 1994 auf 237 im Jahr 2004), doch ist ein steigender Anteil der Diagnosen bei schwarzen Kanadiern und Ureinwohnern Kanadas zu verzeichnen. Der Anteil der Diagnosen unter schwarzen Kanadiern erhöhte sich im Zeitraum 1994 - 2004 von 8,3% auf 15,5%, der Anteil der Ureinwohner Kanadas erhöhte sich im gleichen Zeitraum von 2,3% auf 14,8% (Amt für Volksgesundheit, Kanada, 2005).

Für die Verdopplung der HIV-Neudiagnosen im **Vereinigten Königreich** (UK) seit 2000 (von 3.499 im Jahr 2000 auf 7.258 im Jahr 2004) gibt es mehrere Ursachen. Die Verstärkung der Tests ist eine der Ursachen: im Jahr 2000 wurde eine Meldepflicht für HIV-Diagnosen eingeführt, was zu einer Steigerung der offiziell verzeichneten Infektionen führte (EuroHIV, 2005). Der Anstieg ist jedoch in erster Linie auf ein starkes Ansteigen der Zahl der HIV-Infektionen über heterosexuelle Übertragungswege zurückzuführen, wobei die Masse der Infektionen (ungefähr 80%) in Ländern mit hoher Prävalenz erfolgte. Die Mehrzahl der 4.000 im Jahr 2004 diagnostizierten auf heterosexuellem Weg erworbenen HIV-Infektionen erfolgte im südlichen Afrika (EuroHIV, 2005; Dougan et al., 2005). Frauen sind besonders stark betroffen. Außerhalb Londons betrug die Prävalenz vorher nicht diagnostizierter HIV-Infektionen unter Frauen in Urologiekliniken im Jahr 2003 11% (Gemeinsame Arbeitsgruppe zur HIV- und Geschlechtskrankheitsüberwachung im Vereinigten Königreich, 2004). Dieses neue Muster von HIV-Neudiagnosen stellt eine große Herausforderung dar.

Gleichzeitig verdoppelten sich die HIV-Diagnosen unter heterosexuellen Personen, die sich im Vereinigten Königreich mit dem Virus infizierten im Zeitraum 1999 bis 2003 (von 158 auf 341). Auch die Diagnosen anderer sexuell übertragbarer

Mehr als eine halbe Million Menschen leben in Westeuropa mit dem HI-Virus.

Mehr als eine halbe Million Menschen leben in Westeuropa mit dem HI-Virus, und diese Zahl steigt weiterhin und es gibt in einigen Ländern sogar Anzeichen für ein Wiederaufflammen risikoreicher Sexualverhaltensweisen. Die größte Veränderung in Westeuropa war die Entwicklung heterosexueller Kontakte als dominante Ursache neuer HIV-Infektionen in mehreren Ländern. Von den mehr als 20.000 Neudiagnosen im Jahr 2004 (ohne **Italien**, **Norwegen** und **Spanien**, da die entsprechenden Daten nicht vorlagen) betraf ein Drittel Frauen. Ein erheblicher Teil der Neudiagnosen betraf Menschen aus anderen Ländern mit schweren Epidemien, hauptsächlich auf Ländern im südlichen Afrika (Hamers und Downs, 2004).

Krankheiten stieg in diesem Zeitraum an. Im Jahr 2003 waren die Syphilisdiagnosen in England, Wales und Nordirland bei Männern um 28% und bei Frauen um 32% höher als im Jahr 2002 (Gemeinsame Arbeitsgruppe zur HIV- und Geschlechtskrankheitsüberwachung im Vereinigten Königreich, 2004; Dougan et al., 2005).

Geschlechtsverkehr unter Männern, der ehemals der Hauptübertragungsweg gewesen ist, ist immer noch für rund ein Viertel der HIV-Neudiagnosen im Vereinigten Königreich verantwortlich (1.900 im Jahr 2004). Eine Studie über den Zeitraum 1998–2004 stellte fest, dass der Anteil von Männern, die in London ungeschützten Sex mit einem männlichen Gelegenheitspartner hatten,

im Zeitraum 1998 - 2001 stark anstieg (von 6,7% auf 15,2%) (Elford et al., 2005a). Eine weitere Studie in London ergab, dass es eine steigende HIV-Inzidenz unter älteren Männern gab, die Geschlechtsverkehr mit anderen Männern haben, nicht jedoch unter den jüngeren Männern (Elford et al., 2005b). In einer aktuellen Umfrage in Brighton, London und Manchester wurde festgestellt, dass 9–14% der Männer, die mit anderen Männern Geschlechtsverkehr haben, HIV-positiv sind, und mindestens ein Drittel der HIV-positiv Getesteten waren sich vorher ihres Serostatus nicht bewusst (Dodds et al., 2005). Präventionsmaßnahmen für Männer, die mit anderen Männern Geschlechtsverkehr haben, müssen diese Ergebnisse in Betracht ziehen. Sie sollten besonders die unterschiedlichen Risikoprofile der Zielgruppe betrachten, so zum Beispiel den HIV-Status, den sozioökonomischen Status und die soziokulturelle Identität der Zielgruppe (Elford et al. 2004). Darüber hinaus sind angesichts des hohen Prozentsatzes von HIV-infizierten Männern, die Geschlechtsverkehr mit anderen Männern haben und sich ihres Serostatus nicht bewusst sind (mehr als 20% gemäß einer neueren Studie), Initiativen zur Diagnostizierung und Behandlung einer größeren Anzahl infizierter Männer erforderlich (Murphy et al., 2004).

Seit 2002 ist die Gesamtzahl der jährlichen HIV-Neudiagnosen, die dem Geschlechtsverkehr zwischen Männern zugeschrieben werden, in Westeuropa leicht zurückgegangen (von 5.453 auf 5.075 im Jahr 2004). In **Belgien**, **Dänemark**, **Portugal** und in der **Schweiz** war jedoch ein leichter und in **Deutschland** ein bedeutender Anstieg zu verzeichnen (EuroHIV, 2005). In **Deutschland** verdoppelte sich die Zahl von HIV-Neudiagnosen bei Männern, die Geschlechtsverkehr mit Männern haben, im Zeitraum 2001 bis 2004 (von 530 auf 982); dies ist der Hauptgrund für den stetigen Anstieg der HIV-Neudiagnosen insgesamt, die im Jahr 2004 eine Zahl von 2.058 erreichten (44% mehr als die 1.425 Fälle, die im Jahr 2001 diagnostiziert wurden). Dieser Trend spiegelt mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit einen tatsächlichen Anstieg der Neuinfektionen wider, seitdem die Aufnahme von Tests nach dem Anstieg in den späten 90er Jahren mit der Einführung von antiretroviralen Medikamenten abflachte. Geschlechtsverkehr unter Männern

stellt nun einen größeren Anteil bei den jährlichen HIV-Neudiagnosen in Deutschland dar als jemals zuvor - 49% im Vergleich zu 37% im Jahr 2001 (Robert Koch Institut, 2005; EuroHIV, 2005).

Ähnliche Trends sind auch anderenorts sichtbar, wenn auch in lokaler Form; die weiterhin anhaltenden Epidemien sexuell übertragbarer Krankheiten in mehreren Großstädten in Westeuropa sind ein Anzeichen für ein Wiederaufflammen risikoreichen sexuellen Verhaltens. Eine Längsstudie in einer Klinik für Geschlechtskrankheiten in Rom, **Italien** stellte einen dramatischen Anstieg der HIV-Neuinfektionen fest. Die kumulative Inzidenz war im Zeitraum 2000–2003 nahezu doppelt so hoch wie im Zeitraum 1984–1995 und lag damit erheblich höher als im Zeitraum 1996–1999 (Giuliani et al., 2005). In Barcelona, **Spanien**, wird ein Wiederaufflammen der Syphilis und anderer sexuell übertragbarer Krankheiten auf eine gesteigerte Risikobereitschaft unter Männern zurückgeführt, die Geschlechtsverkehr mit anderen Männern haben. Eine ambulante Klinik für Geschlechtskrankheiten verzeichnete einen fünffachen Anstieg der Syphilisdiagnosen im Zeitraum 2002–2003 im Vergleich zum Zeitraum 1993–1997 (Vall Mayans et al., 2004). Geschlechtsverkehr unter Männern bleibt auch weiterhin ein bestimmender Faktor für die Epidemien in **Dänemark**, **Frankreich** und den **Niederlanden**. In Frankreich wurden ca. 20% der HIV-Neudiagnosen im Jahr 2003 und 2004 bei Männern gestellt, die Geschlechtsverkehr mit Männern haben, und 58% der Infektionen waren relativ neu (Lot et al., 2004; EuroHIV, 2005). In den Niederlanden verursachte ungeschützter Geschlechtsverkehr zwischen Männern mehr als 40% diagnostizierten HIV-Neuinfektionen in den Jahren 2003 und 2004. Überwachungsdaten deuten auf einen Anstieg des ungeschützten Geschlechtsverkehrs seit 2000 hin. Ein Fünftel der im Jahr 2003 gestellten Diagnosen von Gonorrhö, Chlamydia und Syphilis bei Männern, die mit Männern Geschlechtsverkehr haben, erfolgten bei Männern, bei denen bereits eine HIV-Infektion festgestellt worden war (Van de Laar & Op de Coul, 2004; EuroHIV, 2005). Der dringende Bedarf nach Programmen zum Safer Sex für Männer, die mit anderen Männern Geschlechtsverkehr haben, bleibt in mehreren Ländern ungebrochen.

HIV-Diagnosen unter intravenös spritzenden Drogenkonsumenten fielen in den 90er Jahren in Spanien nach Einführung von Methadonbehandlungen und Nadelaustauschprogrammen stark ab. Dennoch ist die HIV-Prävalenz unter Drogenkonsumenten in Katalonien im Jahr 2001 hoch, und die Praxis bleibt besonders stark im Nordosten des Landes und auf den Balearen (De la Fuente, 2003). Auch die Anzahl neuer HIV-Fälle unter Drogenspritzenden in **Portugal** ist stark zurückgegangen (1.000 im Jahr 2004 im Vergleich zu 2.400 im Jahr 2000), und macht nunmehr nur noch etwa ein Drittel der HIV-Neudiagnosen im Jahr 2004 aus (im Vergleich zu nahezu der Hälfte der Fälle noch im Jahr 2002) (EuroHIV, 2005). Doch es ist nicht nur notwendig, die Erfolge der Programme für Drogenkonsumenten aufrechtzuerhalten, die Herausforderung in Ländern mit einem hohen Anteil der Drogenszene an der HIV-Epidemie besteht darin, die HIV-Übertragung von infizierten Drogenkonsumenten an ihre Sexualpartner einzuschränken (EuroHIV, 2005).

Wie im **Vereinigten Königreich** sind die auffälligsten neuen Trends in den restlichen Ländern Westeuropas geprägt von einem stetigen Anstieg des Anteils der HIV-Neudiagnosen aus Gründen unsicheren heterosexuellen Geschlechtsverkehrs sowie von einem stetigen Anstieg an Frauen bei den HIV-Neudiagnosen. In **Belgien, Dänemark, Frankreich, Deutschland** und **Schweden** erfolgte mindestens ein Drittel der HIV-Infektionen, die heterosexuellem Kontakt zuzuschreiben sind, wahrscheinlich im Ausland, hauptsächlich im südlichen Afrika. Die meisten HIV-infizierten Migranten sind sich ihres Serostatus nicht bewusst, und viele von ihnen sind Frauen. Unter den HIV-Diagnosen, die im Jahr 2003 zum Beispiel in **Frankreich** dem heterosexuellen Kontakt zugeschrieben wurden, betrafen 69% Migranten, von denen zwei Drittel (65%) weiblich waren (Lot et al., 2004). In den 18 westlichen europäischen Ländern mit HIV-Daten für das Jahr 2004 stellten Frauen einen Anteil von 35% aller Neudiagnosen (nach 29% im Jahr 2000) (EuroHIV, 2005). Die Präventions-, Behandlungs- und Pflegestrategien in Westeuropa müssen angepasst werden, damit

sie auch Migranten und Frauen effizienter erreichen.

In Mitteleuropa sind die Epidemien noch relativ eingegrenzt und klein, **Polen** und die **Türkei** stellen mehr als die Hälfte der jährlichen HIV-Neudiagnosen. In Polen sind die Neuinfektionen seit 2001 allmählich und stetig gestiegen und erreichten im Jahr 2004 die Zahl von 656 (EuroHIV, 2005). Der intravenöse Drogengebrauch, der schon seit langem der dominante Faktor bei der Epidemie in Polen ist, ist jetzt für knapp ein Drittel der Neuinfektionen verantwortlich und hat damit den ungeschützten Geschlechtsverkehr – heterosexuell und unter Männern – als Hauptübertragungsweg des HI-Virus überholt. Frauen machen nun mehr als 20% der HIV-positiven Bevölkerung in Polen aus (Nationales AIDS-Zentrum, 2005). Insgesamt war die Hälfte aller Fälle, in denen im Jahr 2004 ein Übertragungsweg festgestellt werden konnte, auf ungeschützten heterosexuellen Geschlechtsverkehr zurückzuführen. Nur in wenigen Ländern – einschließlich der **Tschechischen Republik, Ungarns, Sloweniens** und der **Slowakischen Republik** – scheint der Geschlechtsverkehr unter Männern immer noch der Hauptübertragungsweg der Krankheit.

Westeuropa und Nordamerika bleiben die einzigen Regionen der Welt, in denen die meisten Menschen, die antiretrovirale Behandlung benötigen, diese auch bekommen. Aus diesem Grund ist die Anzahl der AIDS-Toten in den späten 90er Jahren stark gefallen. In Westeuropa hält dieser Trend an, Todesfälle, die auf AIDS zurückzuführen sind, sind von 3.905 im Jahr 2000 drastisch auf 2.252 im Jahr 2004 zurückgegangen – dies ist ein Rückgang um 42% (EuroHIV, 2005). (Im Gegensatz dazu hat sich die Zahl der AIDS-Toten in Osteuropa, wo nur eine eingeschränkte Behandlung mit antiretroviralen Medikamenten möglich ist, seit 2000 verdreifacht; EuroHIV, 2005.)

Die größte Herausforderung in dieser Region ist die Stärkung der Präventionsanstrengungen und die Anpassung der Präventionsprogramme an die sich ändernden Muster der Epidemie.

NAHER OSTEN UND NORDAFRIKA

HIV- und AIDS-Statistik, Vergleich zwischen 2003 und 2005

	HIV-Positive, Erwachsene und Kinder	Anzahl der HIV-positiven Frauen	HIV- Neuinfektionen, Erwachsene und Kinder	Prävalenz unter Erwachsenen (%) *	AIDS-Tote, Erwachsene und Kinder
2005	510 000 [230 000–1.4 Mio.]	220 000 [83 000–660 000]	67 000 [35 000–200 000]	0.2 [0.1–0.7]	58 000 [25 000–145 000]
2003	500 000 [200 000–1.4 Mio.]	230 000 [78 000–700 000]	62 000 [31 000–200 000]	0.2 [0.1–0.7]	55 000 [22 000–140 000]

Das Fortschreiten der AIDS-Epidemie im Nahen Osten und in Nordafrika ist ungebremsst; nach neuesten Schätzungen ist zu erwarten, dass 67.000 [35.000–200.000] Menschen sich im Jahr 2005 neu mit dem HI-Virus infizierten. Schätzungsweise 510.000 [230.000–1,4 Millionen] Menschen leben in dieser Region mit dem HI-Virus. Schätzungen zufolge starben 58.000 [25.000–145.000] Erwachsene und Kinder im Jahr 2005 an Krankheiten, die mit AIDS in Zusammenhang stehen.

Auch wenn die HIV-Überwachung in dieser Region relativ schwach ausgeprägt ist, stehen nun in einigen Ländern umfassendere Daten zur Verfügung (einschließlich Algerien, Libyen, Marokko, Somalia und Sudan). Die verfügbaren Daten zeigen einen verstärkten Trend zu HIV-Infektionen (besonders in den jüngeren Altersgruppen) in Ländern wie Algerien, Libyen, Marokko und Somalia. Der Hauptübertragungsweg des HI-Virus in dieser Region ist ungeschützter Geschlechtsverkehr, obwohl auch der intravenöse Drogenkonsum zu einem immer stärkeren Faktor wird (und in mindestens zwei Ländern, nämlich Iran und Libyen bereits der vorherrschende Übertragungsweg ist). Infektionen auf Grund kontaminierter Blutprodukte, Bluttransfusionen oder ein Mangel an Infektionskontrollen im Gesundheitsbereich nehmen allgemein ab, sind in

einigen Ländern jedoch immer noch ein Problem. Der Prozentsatz der gemeldeten AIDS-Fälle auf Grund kontaminierter Blutgaben verringerte sich von 12% im Jahr 1993 auf 0,4% im Jahr 2003 (WHO/EMRO, 2005).

Mit der Ausnahme des **Sudan** sind die nationalen HIV-Prävalenzraten in allen Ländern dieser Region niedrig. Die meisten Epidemien konzentrieren sich jedoch sowohl geographisch als auch auf bestimmte Risikogruppen, wie zum Beispiel Sexarbeiter und ihre Kunden, intravenöse Drogenkonsumenten sowie Männer, die Geschlechtsverkehr mit anderen Männern haben.

Das bei weitem am schlimmsten betroffene Land in dieser Region ist der **Sudan**, wo die höchsten Infektionsraten im Süden des Landes zu finden sind. Es gibt neuere Anzeichen dafür, dass HIV sich auch in den nördlichen Landesteilen stärker etablieren könnte. Unter der Minderheit von Frauen, die sich in Zusammenhang mit einem Pilotprojekt zur Verhinderung der Mutter-Kind-Übertragung des Virus in Khartoum zu einem HIV-Test bereit erklärten, wurden knapp 1% (0,8%) positiv getestet. Unter den Frauen, die Kliniken zur Behandlung von Geschlechtskrankheiten in der Hauptstadt aufsuchten, wurden mehr als 2% im Jahr 2004 positiv getestet, während

unter Universitätsstudenten und Vertriebenen innerhalb des Landes sowohl im Norden als auch im Süden eine HIV-Prävalenz von 1% festgestellt wurde (Gesundheitsministerium Sudan, 2005; Nationales AIDS-Kontrollprogramm Sudan, 2004c und 2004d). In einem Land mit einer langen Geschichte der Bürgerkriege und der Vertreibung weisen Vertriebene manchmal höhere HIV-Infektionsraten auf. Unter vertriebenen Schwangeren, die im Jahr 2004 die Schwangerenvorsorge in Khartoum aufsuchten, betrug die HIV-Prävalenz 1,6% im Vergleich zu anderen Schwangeren mit einer Prävalenz von 0,3% (Gesundheitsministerium Sudan, 2005).

Auch wenn sich die Präventionsanstrengungen im Sudan in den letzten Jahren verstärkt haben, haben gemäß einer aktuellen Verhaltensstudie nur drei Viertel der Schwangeren jemals von AIDS gehört, und ein Fünftel der befragten Frauen glaubten, dass sie sich mit dem HI-Virus infizieren könnten, wenn sie mit einer HIV-positiven Person zusammen essen. Nur 5% wussten, dass der Gebrauch eines Kondoms die HIV-Infektion verhindern kann, und mehr als zwei Drittel der Frauen hatten noch nie von einem Kondom gehört oder eines gesehen. (Nationales AIDS-Kontrollprogramm Sudan, 2004a). Selbst unter Personen mit besonderem Infektionsrisiko (wie zum Beispiel Sexarbeiter) ist das Wissen um das HI-Virus schlecht und Präventionsverhalten ist eher die Ausnahme. Bei einer Umfrage sagten mehr als die Hälfte (55%) der Sexarbeiter, dass sie noch nie von einem Kondom gehört oder eines gesehen hätten, und weniger als 20% (17%) wussten, dass Kondome eine HIV-Übertragung verhindern können. Die HIV-Prävalenz unter den Frauen betrug 4,4% (Nationales AIDS-Kontrollprogramm Sudan, 2004b). Ähnliche Wissenslücken und Lücken im HIV-Verhalten wurden unter den intern Vertriebenen festgestellt (Nationales AIDS-Kontrollprogramm Sudan, 2004c).

Die HIV-Überwachungsdaten scheinen für die meisten anderen Länder der Region nicht ausreichend zu sein, auch wenn sich die Situation in einigen Ländern zu verbessern scheint. Ein Beispiel hierfür ist **Saudi Arabien**. Forschungsstudien in der Hauptstadt Riyadh deuten darauf hin, dass ungefähr die Hälfte aller HIV-Infektionen während des heterosexuellen Geschlechtsverkehrs erfolgen. Die meisten mit HIV infizierten Frauen waren verheiratet und

hatten das Virus von ihrem Ehemann übertragen bekommen, während die meisten Männer sich durch bezahlten Geschlechtsverkehr infizierten (Abdulrahman et al., 2004). Geschlechtsverkehr unter Männern und intravenöser Drogenmissbrauch waren für eine Minderheit der Infektionen verantwortlich, ein Großteil der Infektionen (26%) war dieser Studie zufolge auf die Transfusion kontaminierten Blutes oder kontaminierter Blutprodukte in den Anfangszeiten der Epidemie zurückzuführen. Das Gesamtausmaß der Epidemie ist weiterhin unbekannt, Schätzungen gehen jedoch davon aus, dass zwischen 1.000 und 8.000 Menschen mit dem HI-Virus leben.

Offizielle Daten aus **Ägypten** deuten darauf hin, dass die Epidemie des Landes hauptsächlich auf ungeschützten Geschlechtsverkehr zurückzuführen ist – wobei der heterosexuelle Geschlechtsverkehr ungefähr für die Hälfte der HIV-Fälle verantwortlich ist, in denen der Übertragungsweg festgestellt wurde, und wobei der Geschlechtsverkehr unter Männern für ein Fünftel der Fälle verantwortlich ist. Der intravenöse Drogengebrauch war nur in 2% der Fälle der Übertragungsweg. Dennoch stellten die Wissenschaftler ein hohes Maß an risikoreichem Verhalten unter den Drogenkonsumenten in Kairo fest, zum Beispiel gab mehr als die Hälfte der befragten Drogenkonsumenten an, dass sie im vergangenen Monat nicht steriles Drogenbesteck benutzt hatten (Elshimi, Warner-Smith und Aon, 2004).

Die HIV-Prävalenz in der Schwangerenvorsorge in **Marokko** ist zwar noch sehr niedrig, doch sie hat sich im Zeitraum 1999 bis 2003 verdoppelt und liegt heute bei 0,13%. Unter Sexarbeitern und Gefängnisinsassen ist die Prävalenz bedeutend höher (mit 2,3% bzw. 0,8%) (Gesundheitsministerium Marokko, 2003-2004). Ungeschützter Geschlechtsverkehr - meist heterosexueller Art – ist der Hauptantriebsfaktor der Epidemie, jedoch wurde auch ein kleiner Anteil der festgestellten HIV-Infektionen auf Geschlechtsverkehr unter Männern und intravenösen Drogengebrauch zurückgeführt. Die nationalen Gesundheitsbehörden schätzen, dass im Jahr 2003 zwischen 13.000 und 16.000 Menschen HIV-positiv waren, mehr als die Hälfte von ihnen lebte im Großraum Casablanca, in Souss Massa Draa und in Marrakech Tensift El Haouz.

Algerien hat im Jahr 2004 im Vergleich zum Vorjahr doppelt so viele neue HIV-Fälle verzeichnet (266 Diagnosen). Dies mag ein Vorbote für ein Ansteigen der bisher recht kleinen Epidemie im Lande sein, die noch immer nicht ausreichend beobachtet wird. Die Übertragungswege sind bei nahezu drei Viertel der insgesamt 1.721 offiziellen HIV-Diagnosen bis zum Ende des Jahres 2004 unbekannt, so dass es schwierig ist, bestimmte Übertragungswege anzugehen (Gesundheitsministerium Algerien, 2005). Die meisten Infektionen scheinen jedoch auf heterosexuellen Geschlechtsverkehr zurückzuführen zu sein, wobei kommerzieller Sex besonders im Süden des Landes, wo die

nosokomialer Infekte im Kinderkrankenhaus von Benghazi im Jahr 1998 meldete Libyen Anfang des 21. Jahrhunderts eine Verzehnfachung der Infektionen bei jungen Männern. Bis zu 80% der bis Ende 2004 offiziell gemeldeten HIV-Fälle wurden erst nach dem Jahrtausendwechsel gemeldet und waren den Meldungen zufolge auf den intravenösen Drogengebrauch zurückzuführen. Das Ausmaß des intravenösen Drogengebrauchs in Libyen ist schwer zu messen, doch scheint der Schwerpunkt in der Hauptstadt Tripoli und in der Nähe der Hauptstadt zu liegen, wobei die Hauptdroge Heroin ist. Das nationale AIDS-Programm des Landes schätzt, dass mehr als 23.000 Menschen

In der gesamten Region besteht ein klarer Bedarf an mehr, besseren und detaillierteren Informationen über die Muster der HIV-Übertragung, besonders bezüglich der Rolle der Sexarbeiter und des Geschlechtsverkehrs unter Männern.

HIV-Prävalenz sehr viel höher ist, als im Rest des Landes, ein wichtiger Faktor ist. Die bisher höchsten verzeichneten Infektionsraten wurden unter Sexarbeitern festgestellt: 1,7% in Oran im Norden und sogar 9% in Tamanrasset im Süden, wo es seit dem Wert von 2% im Jahr 2000 einen starken Anstieg gegeben hat (Institut de formation paramédicale de Parnet, 2004; Fares et al., 2004). Über die Sexarbeiter hinaus scheinen auch die Militärbediensteten und die Migranten in Tamanrasset besonders anfällig zu sein.

Die Epidemie in **Tunesien** scheint relativ stabil zu sein, wenn auch ein Anstieg der Risikosituationen zu beobachten ist, der die Sachlage bald verändern könnte. Sexarbeit scheint auf dem Vormarsch zu sein, und auch der intravenöse Drogengebrauch, der bisher noch sehr eingeschränkt ist, scheint an Bedeutung zu gewinnen. Da besonders die jungen Leute nur wenig Wissen zu HIV und einen eingeschränkten Zugang zu Kondomen haben, könnten diese Trends zu einem Anstieg der HIV-Epidemie führen.

In **Libyen** dagegen ist der Hauptantriebsfaktor der Epidemie der intravenöse Drogengebrauch, der besonders unter jungen Männern in den letzten Jahren zu einem starken Anstieg der HIV-Infektionen geführt hat. Nach dem Ausbruch

Ende 2003 mit dem HI-Virus lebten, eine Zahl, die wahrscheinlich weiter ansteigen wird, wenn keine angemessenen Maßnahmen getroffen werden, um Drogenkonsumenten in den HIV-Präventionsmaßnahmen zu erfassen, wodurch auch ihre Sexualpartner geschützt würden. Das nationale AIDS-Programm in Libyen hat zwar die Aufklärungsmaßnahmen und Informationskampagnen zur wahrscheinlichen Entwicklung der Epidemie erhöht, doch immer noch verbleibt eine große Herausforderung. Stigmatisierung und Verdrängung sind Berichten zu Folge weit verbreitet. Es besteht die dringende Notwendigkeit, die HIV-Präventionsprogramme weiter zu entwickeln und auszubauen, damit zielgerichtete Ansätze für gefährdete Bevölkerungsgruppen ergriffen werden können.

Der **Iran**, der seit den späten 90er Jahren eine ähnliche Herausforderung viel größeren Ausmaßes erlebt hat, hat bereits einige Maßnahmen zur Folgenlinderung für die wachsende Gruppe der Drogenkonsumenten eingeführt. HIV ist unter intravenös Spritzenden weit verbreitet, im Jahr 2003 waren ca. 200.000 Drogenkonsumenten infiziert, und die Zeichen stehen auf einen weiteren Anstieg. (Jenkins und Robalino, 2003). Eine neue Studie unter Drogenbenutzern in einem öffentlichen Drogenbehandlungszentrum in

Teheran deutet die engen Verbindungen zwischen HIV und intravenösem Drogenmissbrauch, Inhaftierung und Sexualpraktiken im Land an. Die meisten der Drogenbenutzer waren jung (das mittlere Alter betrug 25 Jahre) und drei Viertel von ihnen spritzten Heroin. Ungefähr 40% derjenigen, die unsteriles Drogenbesteck benutzt hatten, hatten dies im Gefängnis getan (Zamani et al., 2005). Die Inhaftierung scheint eng mit den Risikofaktoren einer HIV-Infektion verbunden zu sein - ein beunruhigendes Ergebnis angesichts der Tatsache, dass nach mehreren Schätzungen fast die Hälfte der Gefängnisbevölkerung im Iran auf Grund von Drogendelikten einsitzt (UNODC, 2002). Das Ergebnis unterstreicht den dringenden Bedarf an einer Ausweitung der bewährten Präventionsprogramme, besonders unter inhaftierten Drogenkonsumenten (Zamani et al., 2005). Doch auch außerhalb der Gefängnistore sind umfassende Schadenbegrenzungsmaßnahmen erforderlich, wenn der Iran der HIV-Epidemie Einhalt gebieten will. Die Dringlichkeit wird durch die Tatsache unterstrichen, dass die meisten der Drogenkonsumenten, die an der Studie in Teheran teilgenommen haben, sexuell aktiv waren, dass viele von ihnen Sex verkauften oder kauften und dass nur 53% der sexuell aktiven Drogenabhängigen jemals ein Kondom benutzt hatten (Zamani et al., 2005). Eine frühere Studie stellte fest, dass ungefähr die Hälfte der intravenös Spritzenden verheiratet war, und ein Drittel der Drogenkonsumenten bekannte sich zu außerehelichem Geschlechtsverkehr (UNAIDS/WHO, 2004), was eindeutig auf die Möglichkeit der sexuellen Übertragung von HIV vom intravenösen Drogennutzer auf die Sexualpartner hinweist (Zamani et al., 2005). Wenn die Datenlage auch nicht vollständig ist, so deuten die vorliegenden Informationen doch darauf hin, dass ein seltener Kondomgebrauch unter Sexarbeitern ebenfalls die Sexarbeiter selbst und ihre Kunden dem Infektionsrisiko aussetzt.

Zur Ausbreitung des HI-Virus in anderen Ländern dieser Region ist nur wenig bekannt. In **Jordanien**, wo die HIV-Prävalenz unter Erwachsenen sehr niedrig zu sein scheint (etwa 0,02%), leben schätzungsweise zwischen 600

und 1.000 Menschen mit dem Virus. Ungefähr die Hälfte der Infektionen ist auf ungeschützten Geschlechtsverkehr zurückzuführen, und dennoch stellte eine Studie unter jungen Menschen fest, dass Gelegenheitssex relativ selten und der Kondomgebrauch unter denjenigen, die außerehelichen Geschlechtsverkehr hatten, moderat war (40%). Im **Jemen** geht man davon aus, dass die HIV-Übertragung mit dem käuflichen Sex verbunden ist, wohingegen in **Bahrain, Kuwait und Oman** der Hauptübertragungsweg der intravenöse Drogengebrauch zu sein scheint.

In der gesamten Region besteht ein klarer Bedarf an mehr, besseren und detaillierteren Informationen über die Muster der HIV-Übertragung, besonders bezüglich der Rolle der Sexarbeiter und des Geschlechtsverkehrs unter Männern. An beiden Fronten liegen bisher nur wenige Informationen vor, was darauf hindeutet, dass HIV mit hoher Wahrscheinlichkeit über andere Risikoverhaltensweisen oder in anderen Zusammenhängen übertragen wird. In einigen Ländern dieser Region könnte zum Beispiel eine Kombination unzureichender Überwachungsdaten und starker soziokultureller Tabus gegen Geschlechtsverkehr unter Männern Sex als Ursache der HIV-Übertragung verschleiern. Es liegen nur wenig Kenntnisse zur HIV-Übertragung in Gefängnissen vor, wenn auch die verfügbaren Daten auf ein erhöhtes Risiko hindeuten. In Gefängnissen in Tripoli, Libyen wurde eine HIV-Prävalenz von 18% gemessen, die Prävalenz liegt bei 2% im Sudan im Jahr 2002 und bei nahezu 1% in Marokko im Jahr 2003 (Sammud, 2005; Gesundheitsministerium Marokko, 2005).

HIV-Präventionsprogramme und -leistungen sind in dieser Region nur sporadisch organisiert. Das Wissen um die Krankheit AIDS ist im allgemeinen nicht stark ausgeprägt und nur selten werden Präventionspraktiken genutzt, selbst unter Bevölkerungsgruppen, die einem hohen Infektionsrisiko ausgesetzt sind. Es sind ganz offensichtlich erhebliche Anstrengungen erforderlich, um effizientere HIV-Präventionsstrategien im Nahen Osten und im Norden Afrikas umzusetzen.

OZEANIEN

HIV- und AIDS-Statistik, Vergleich zwischen 2003 und 2005

	HIV-Positive, Erwachsene und Kinder	Anzahl der HIV-positiven Frauen	HIV-Neuinfektionen, Erwachsene und Kinder	Prävalenz unter Erwachsenen (%) *	AIDS-Tote, Erwachsene und Kinder
2005	74 000 [45 000–120 000]	39 000 [20 000–62 000]	8 200 [2400–25 000]	0.5 [0.2–0.7]	3 600 [1700 - 8200]
2003	63 000 [38 000–99 000]	27 000 [14 000–43 000]	8 900 [2600–27 000]	0.4 [0.2–0.6]	2 000 [910–4900]

In Ozeanien leben schätzungsweise 74.000 Menschen [45.000–120.000] mit dem HI-Virus. Zwar starben im Jahr 2005 Schätzungen zufolge weniger als 4.000 [<10.000] Menschen an AIDS, doch es kam zu 8.200 (2.400 - 25.000) Neuinfektionen mit dem HI-Virus. In der Altersgruppe 15 - 24 Jahre waren im Jahr 2005 schätzungsweise 1,2% der Frauen [0,6–2,4%] und 0,4% der Männer [0,2–0,8%] HIV-positiv.

HIV-Infektionen wurden mit der Ausnahme von **Niue** und **Tokelau** aus allen Ländern und Territorien Ozeaniens gemeldet. Auch wenn sich die Epidemie in den meisten Orten noch in einer frühen Phase befindet, ist es erforderlich, die Präventivmaßnahmen auszuweiten.

Mehr als 90% der gemeldeten 11.200 HIV-Infektionen in den 21 Inselstaaten und Territorien des Pazifikraumes wurden in **Papua Neuguinea** erfasst, wo die AIDS-Epidemie sich nun richtig festgesetzt hat. Seit 1997 stieg die Anzahl der HIV-Diagnosen in Papua Neuguinea jährlich um 30%. Bis Ende 2004 wurden schätzungsweise 10.000 HIV-Fälle diagnostiziert, doch die Anzahl der HIV-Positiven liegt möglicherweise fünfmal so hoch (nach Angaben des Nationalen AIDS-Rates von Papua Neuguinea sowie der nationalen Gesundheitsbehörden im Jahr 2004). Das HIV-Überwachungssystem gibt für das Jahr 2003

folgende Zahlen zur Prävalenz unter Schwangeren in der Schwangerenvorsorge an: 2% in Goroka (im Vergleich zu 0,9% im Jahr 2002), 2,5% in Lae und 1,4% in der Hauptstadt Port Moresby. Unter denjenigen, die in den Kliniken zur Behandlung von Geschlechtskrankheiten in Port Moresby Hilfe suchten, wurden im Jahr 2004 20% positiv auf HIV getestet, die Zahl in Mount Hagen lag bei 6%. Seit der ersten Überwachungsstudie im Jahr 2001 hat sich die Datenlage zu HIV erheblich verbessert, allerdings werden die meisten Untersuchungen in den städtischen Bereichen durchgeführt. Informationen zur HIV-Prävalenz Schwangerer liegen für die meisten der 20 Provinzen des Landes nicht vor.

Die verfügbaren Informationen deuten auf eine Epidemie unter Heterosexuellen hin, wobei besonders kommerzieller Sex und Netze von Gelegenheitssex als Übertragungswege auffallen (Sekretariat des nationalen AIDS-Rates und Gesundheitsbehörden 2004). Untersuchungen unter Jugendlichen bis zu 20 Jahren haben eine hohe sexuelle Aktivität in Verbindung mit Alkohol- und Drogenmissbrauch ergeben. Die Jugendlichen hatten zwar Kenntnisse über HIV und AIDS, verfügten jedoch über einen beschränkten Zugang zu Informationen zur Prävention und zu Leistungen. Die hohe Zahl der

gemeldeten Geschlechtskrankheiten spiegelt eine hohe Risikobereitschaft wider. Eine Untersuchung aus Daru ermittelte eine Syphilis-Prävalenz von 19%, eine Chlamydia-Prävalenz von 18% sowie eine Gonorrhö-Prävalenz von 9% – Zahlen, die in Lae vergleichbar ausfielen oder sogar noch höher lagen (Nationaler AIDS-Rat von Papua Neuguinea, 2004). (Anmerkung: diese Studie wurde unter einer relativ kleinen Anzahl von Freiwilligen durchgeführt, so dass es möglicherweise zu einer Verzerrung der Ergebnisse gekommen ist.)

Zur Vermeidung einer Verschärfung der Epidemielage ist eine Ausweitung der HIV-Präventionsprogramme erforderlich, darüber hinaus ist es notwendig, die Ursachenfaktoren wie Migrationsbewegungen, extreme Armut und Ungleichheiten zwischen Mann und Frau (einschließlich einer hohen Rate der sexuellen Gewalt gegen Frauen) gezielt anzugehen (Nationaler AIDS-Rat von Papua Neuguinea, 2004).

Australien ist in dieser Region das Land mit der längsten AIDS-Historie. Die Zahl der jährlich gestellten HIV-Diagnosen ist im Zeitraum 1995 - 2000 um 25% zurückgegangen, stieg jedoch im Jahr 2004 wieder auf 820 Fälle, so dass die geschätzte Gesamtzahl von HIV-Positiven im Jahr 2004 bei 14.800 liegt. Ein großer Anteil (31%) der Infektionen erfolgte im Vorjahr, was möglicherweise auf ein höheres Risikoverhalten hindeutet. Der Hauptübertragungsweg ist in Australien mit 68% aller gemeldeten HIV-Infektionen seit Beginn der Epidemie immer noch der Geschlechtsverkehr zwischen Männern. Der Anteil des heterosexuellen Geschlechtsverkehrs als Ursache für HIV-Infektionen stieg jedoch von 7% vor 1996 auf mehr als 23% der Neudiagnosen 2004. So liegt die Infektionsrate bei Frauen nun höher. In New South Wales kam es im Zeitraum 2003 bis 2004 nahezu zu einer Verdoppelung der HIV-Neudiagnosen unter Frauen. Mehr als die Hälfte der HIV-Infektionen aufgrund von heterosexuellen Kontakten im Zeitraum 2000 - 2004 war bei Personen aus einem Land mit hoher Prävalenz (33%) oder bei Personen, deren Partner aus einem Land mit hoher Prävalenz stammten (27%), zu verzeichnen (Nationales Zentrum für HIV-Epidemiologie und klinische Forschung, 2005).

In jüngster Zeit wurden keine bedeutenden Unterschiede bei den Pro-Kopfzahlen der HIV-Diagnosen zwischen der indigenen und der

nicht indigenen Bevölkerung festgestellt, in beiden Fällen haben sich die Raten seit 2000 leicht erhöht. Die Hauptübertragungswege des HI-Virus unterscheiden sich jedoch. Unter der indigenen Bevölkerung sind drei Viertel der Diagnosen auf Geschlechtsverkehr unter Männern und heterosexuellen Geschlechtsverkehr zurückzuführen. Intravenöser Drogengebrauch macht bei der indigenen Bevölkerung einen Anteil von 20% aus (im Vergleich zu 3% bei der nicht indigenen Bevölkerung). Ein Drittel der indigenen Frauen mit der Diagnose HIV infizierten sich durch intravenösen Drogengebrauch mit dem Virus (Nationales Zentrum für HIV-Epidemiologie und klinische Forschung, 2005).

In Australien ist der Zugang zu antiretroviraler Therapie weit verbreitet, mehr als die Hälfte der HIV-Positiven erhält eine solche Behandlung. Die mittlere Überlebenszeit nach einer AIDS-Diagnose stieg aus diesem Grund von 17 Monaten vor 1995 auf 45 Monate im Jahr 2001 (Nationales Zentrum für HIV-Epidemiologie und klinische Forschung, 2005).

In **Neuseeland** ist die Epidemie vergleichsweise klein. Allerdings hat sich die Zahl der HIV-Neuinfektionen in den letzten Jahren verdoppelt – von weniger als 80 im Jahr 1999 auf 157 im Jahr 2004. Geschlechtsverkehr unter Männern war bei der Hälfte der Diagnosen die Ursache. Analog zu der Situation in Australien infizierten sich mehr als 90% der HIV-Positiven im Jahr 2004 durch heterosexuellen Geschlechtsverkehr im Ausland (Gesundheitsministerium, 2005). Die Anzahl der AIDS-Toten geht seit Mitte der 90er Jahre – hauptsächlich aufgrund des weitreichenden Zugangs zu antiretroviraler Behandlung - stetig zurück. Von den 68 Menschen, denen im Jahr 1990 eine AIDS-Diagnose gestellt wurde, lebten vier Jahre später nur noch 7%, von den 22 Menschen mit der Diagnose AIDS im Jahr 2000 lebten am Ende des Jahres 2004 noch 77% - dies ist vergleichbar mit den Erfolgen in Nordamerika und Westeuropa (Gesundheitsministerium, 2005).

Die HIV-Infektionsraten in den übrigen Ländern und Territorien Ozeaniens sind sehr niedrig, nur in **Neukaledonien** (246), **Guam** (173), **Französisch Polynesien** (220) und **Fidschi** (171) übersteigt die Gesamtzahl der gemeldeten HIV-Fälle die Zahl 150 (Sekretariat der Pazifischen Gemeinschaft,

2005). Die Daten beruhen auf eingeschränkten HIV-Kontrollen.

Angesichts der hohen Zahlen bei den Infektionsraten durch den Übertragungsweg Geschlechtsverkehr im Pazifikraum kann es sich kein Land und kein Territorium dieser Region leisten, sich selbstzufrieden zurückzulehnen. In Port Vila, der Hauptstadt von **Vanuatu** wurde festgestellt, dass ca. 6% der Schwangeren an Gonorrhö litten, 13% an Syphilis und mehr als

20% an Chlamydia. Die Ergebnisse in **Samoa** sind noch erschreckender: 43% der Frauen, die in der Hauptstadt Apia zur Schwangerenvorsorge gehen, leiden an mindestens einer Geschlechtskrankheit. Ein Viertel der Sexarbeiter in Dili, **Osttimor**, leidet gemäß einer Studie aus dem Jahr 2003 an Gonorrhö und/oder Chlamydia, 60% sind mit HSV2 infiziert. Unter Taxifahrern und Männern, die mit Männern Geschlechtsverkehr haben, leiden 19% an HSV2 (Untersuchung von Pisani und Dili STI, 2004).

KARTEN

Globale Schätzungen, Erwachsene und Kinder 2005

Schätzung HIV-positiver Erwachsener und Kinder 2005

Schätzung der HIV-Neuinfektionen bei Erwachsenen und Kindern 2005

Schätzung AIDS-Tote, Erwachsene und Kinder 2005

GLOBALE SCHÄTZUNGEN, ERWACHSENE UND KINDER 2005



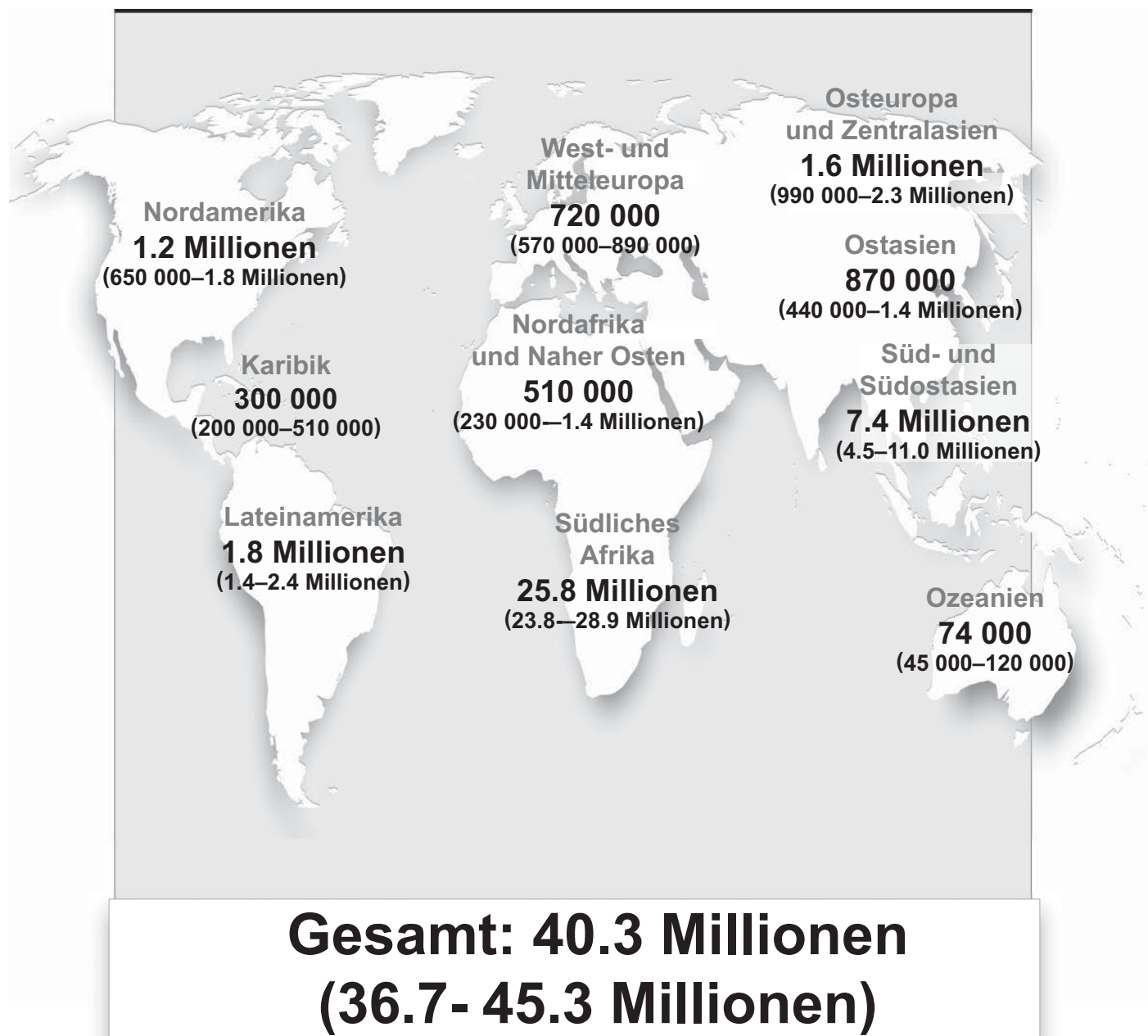
HIV-Positive 40.3 Millionen (36.7–45.3 Millionen)

HIV-Neuinfektionen 2005 4.9 Millionen (4.3–6.6 Millionen)

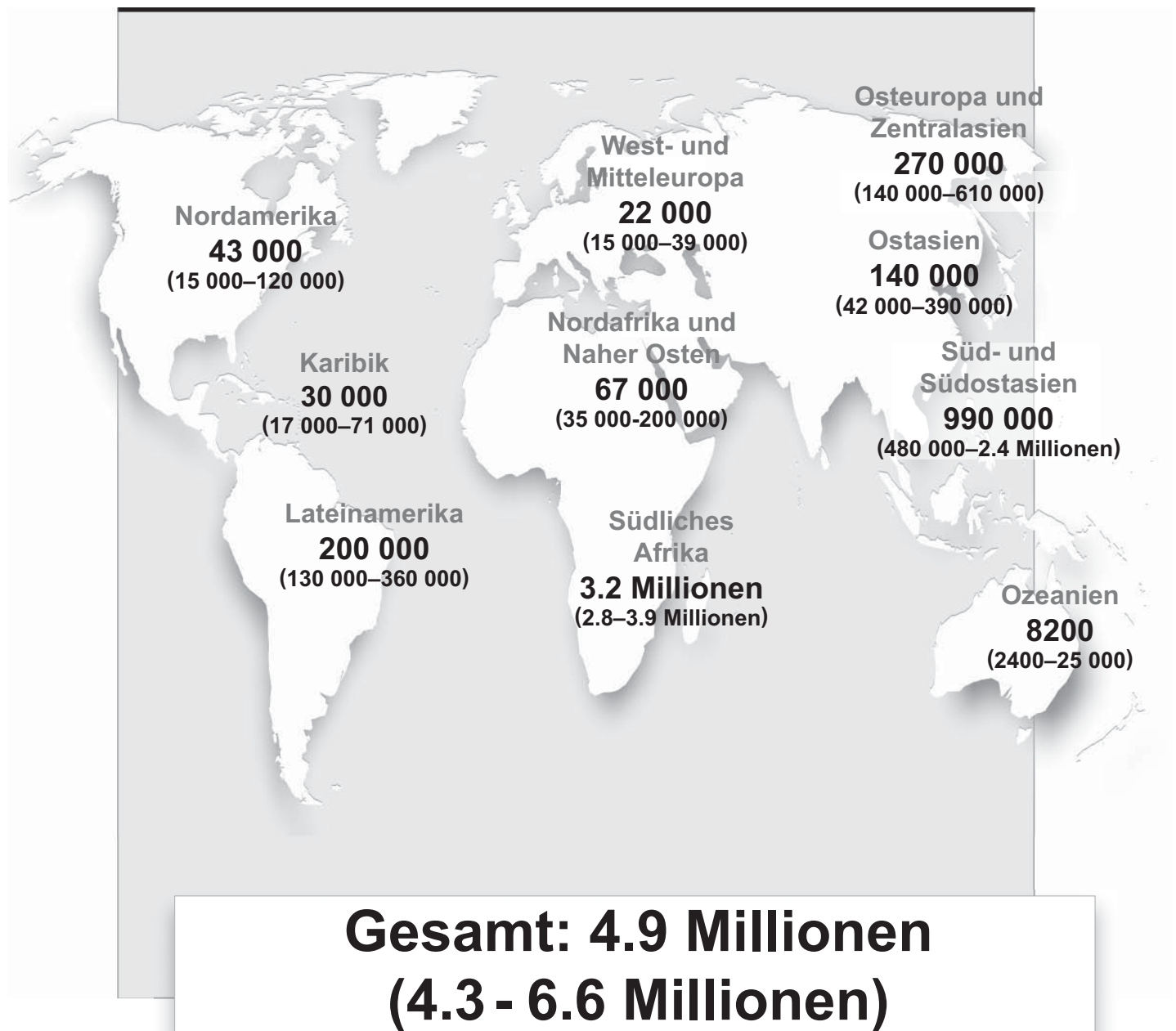
AIDS-Tote 2005 3.1 Millionen (2.8–3.6 Millionen)

Der Bandbereich in Klammern hinter den Schätzungen in dieser Tabelle gibt die Grenzen an, in denen sich die tatsächlichen Zahlen nach besten Informationen bewegen.

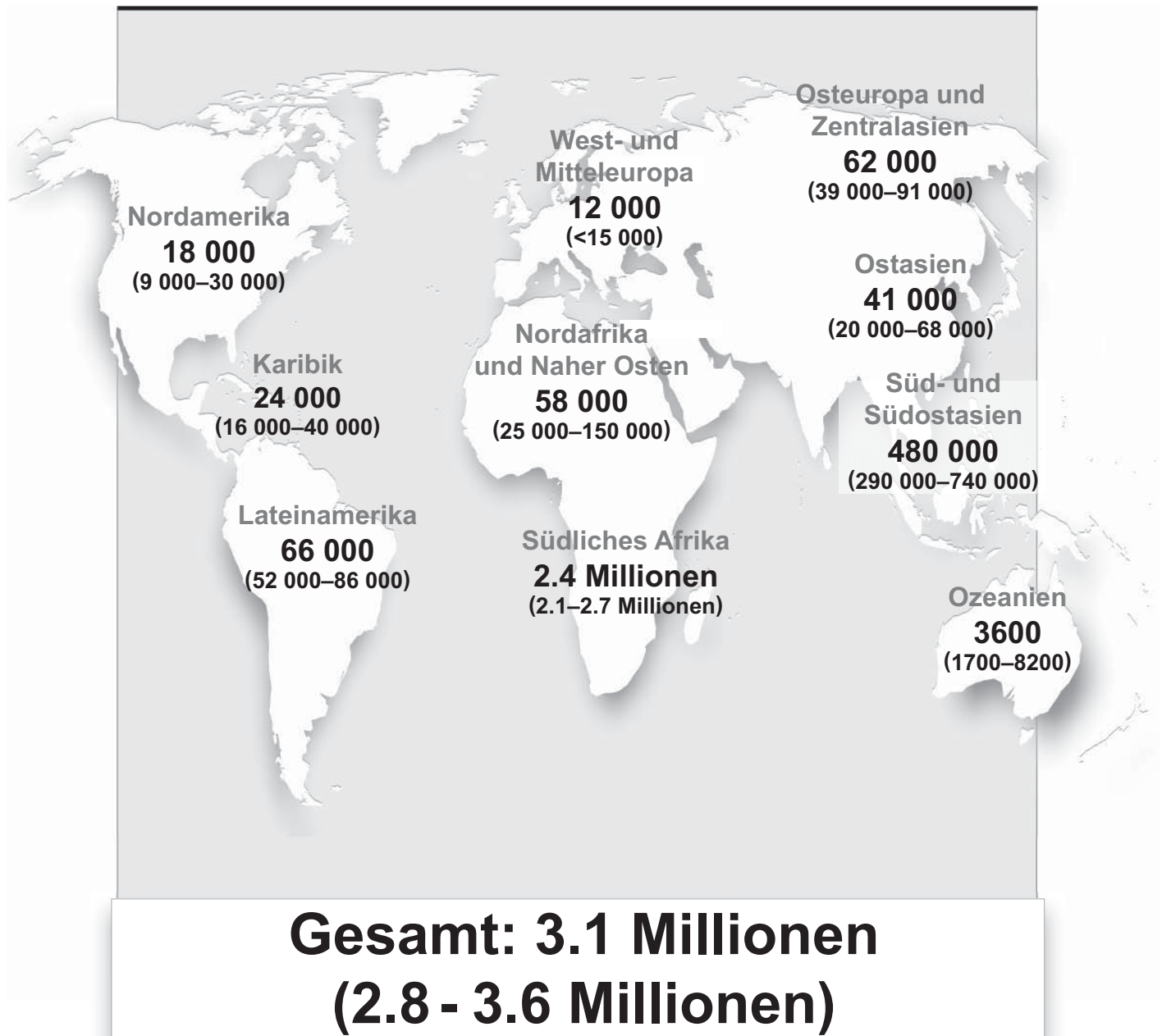
SCHÄTZUNG HIV-POSITIVER ERWACHSENER UND KINDER 2005



SCHÄTZUNG DER HIV-NEUINFEKTIONEN BEI ERWACHSENEN UND KINDERN 2005



SCHÄTZUNG AIDS-TOTE, ERWACHSENE UND KINDER 2005



BIBLIOGRAPHY

INTENSIFYING PREVENTION

- Auvert B et al. (2001). Male circumcision and HIV infection in four cities in sub-Saharan Africa. *AIDS*, 15(Supplement 4): S31-S40
- Hayes R et al. (1998). Geographical variations in the prevalence of HIV and other sexually transmitted infections: lower risk in lake-island communities in Mwanza region, Tanzania. International Conference on AIDS, 12;109
- International HIV/AIDS Alliance (2003) Positive Prevention: Prevention strategies for people living with HIV/AIDS. Brighton.
- Jordan-Harder B. et al., (2004) Thirteen years HIV-1 sentinel surveillance and indicators for behavioural change suggest impact of programme activities in south-west Tanzania. *AIDS*, 18(2):287-294.
- Salomon JA, Hogan DR, Stover J, et al., (2005) Integrating HIV prevention and treatment: From slogans to impact. *PLoS Med* 2: e16
- Maman S et al. (2000). The intersections of HIV and violence: directions for future research and interventions. *Social Science and Medicine*, 50:459–78
- McFarland W et al. (1999). Prevalence and incidence of herpes simplex virus type 2 infection among male Zimbabwean factory workers. *Journal of Infectious Diseases*, 180(5):1459-65, cited in Pisani (2003).
- Meehan A et al. (2004). Prevalence and risk factors for HIV in Zimbabwean and South African women. XV International AIDS Conference. Abstract MoPeC3468 Bangkok. 11–16 July.
- Montano et al. (2005) Prevalences, genotypes and risk factors for HIV transmission in South America *JAIDS* 40:1
- Ministry of Health Uganda (2005). Uganda HIV/AIDS Sero-behavioural Survey 2004-05: Preliminary Report. Ministry of Health. Kampala
- Mpiima et al., (2003). *Increased demand for VCT services driven by introduction of HAART in Masaka District, Uganda*. Poster presentation to the Second IAS Conference on HIV Pathogenesis and Treatment, Paris, 13–17 July, cited in UNAIDS (2004a).
- Mwaluko G et al., (2003) Trends in HIV and sexual behaviour in a longitudinal study in a rural population in Tanzania 1994–2000. *AIDS*, 17(18):2645-2651.
- Myer L et al. (2005). Bacterial vaginosis and susceptibility to HIV infection in South African women: a nested case-control study. *Journal of Infectious Diseases*, 192
- Population Council Horizons Program (2001) HIV voluntary counselling and testing among youth ages 14 to 21. Washington DC.
- Reproductive Health Research Unit, Medical Research Council (2004). *National Survey of HIV and Sexual Behaviour among Young South Africans*. Johannesburg, Reproductive Health Research Unit.
- Salomon JA, Hogan DR, Stover J, Stanecki KA, Walker N, et al. (2005) Integrating HIV prevention and treatment: From slogans to impact. *PLoS Med* 2: e16
- Stolte IG et al (2002) *A summary report from Amsterdam: increase in sexually transmitted diseases and risky sexual behaviour among homosexual men in relation to the introduction of new anti-HIV drugs*. *Euro Surveill* 2002;7(2):19–22
- Walker N et al. (2004) Estimating the global burden of HIV/AIDS: what do we really know about the HIV pandemic? *Lancet* 363: 2180–2185
- UNAIDS (2004) *Report on the global AIDS epidemic*. Geneva.
- UNAIDS (2004a) *AIDS epidemic update 2004*. Geneva
- UNAIDS (2005) Intensifying HIV Prevention Policy Position Paper. Geneva.
- UNAIDS, UNFPA, WHO (2004) *Position Statement on condoms and HIV prevention*, Geneva.
- USAID, UNAIDS, WHO, UNICEF and Policy Project. Coverage of Selected Services for HIV/AIDS prevention, care and support in low and middle income countries in 2003, Washington DC, Policy Project, 2004
- WHO (2003) *Antiretroviral therapy in primary health care: experience of the Khayelitsha programme in South Africa: case study*. Geneva.
- WHO (2005) *Multi-country study on women's health and domestic violence against women*. Geneva.
- WHO (2005a) *World Health Report 2005*. Geneva.

SUB-SAHARAN AFRICA

- Asamoah-Odei E and Calleja T (2004). HIV prevalence trends in sub-Saharan Africa: an analysis of 5 years' ANC data. Slide presentation to the 'Evidence and causes of declines in HIV prevalence and incidence in countries with generalised epidemics' workshop. Harare, Zimbabwe, 15-17 November. Sponsored by UNAIDS, WHO, CDC and UNICEF.
- Baltazar G (2005). *HIV sentinel surveillance 2004*. Slide presentation. June. Ministry of Health Kenya.
- Binagwaho A et al. (2005). *Epidemiological developments regarding HIV/AIDS in Rwanda: 2005*. Briefing paper. CNLS, TRAC, UNAIDS. Kigali.
- Centre de recherche pour le Développement Humain et MEASURE DHS+ (2005). Enquête démographique et de santé 2005: Rapport Préliminaire. CRDH, MEASURE DHS+. Dakar, Calverton.
- Cheluget B, Marum L, and Stover J (2004). *Evidence of declining HIV prevalence and risk behaviour in Kenya*. Presentation to the UNAIDS Reference Group on Estimates, Modelling and Projections. 15-17 November. Harare.

- Cowan FM et al. (2005). *Evidence of a decline in incidence of HIV infection among young people in rural Zimbabwe*. Abstract MP-022. Paper presented to the 16th biennial meeting of the International Society for Sexually Transmitted Diseases Research. 10-13 July. Amsterdam.
- Department of Health, South Africa (2005). *National HIV and syphilis antenatal sero-prevalence survey in South Africa 2004*. Department of Health. Pretoria.
- Direction Générale de la Lutte contre le SIDA et al. (2005). *Enquete Nationale ANC Madagascar*. Direction Générale de la Lutte contre le SIDA, Ministère de la Santé et Laboratoire National de Référence VIH/SIDA. Antananarivo.
- Ekra A et al. (2004). Evidence for changes in sexual behaviour and HIV incidence in Cote d'Ivoire. Presentation to the UNAIDS Reference Group on Estimates, Modelling and Projections. 15-17 November. Harare.
- Federal Ministry of Health Ethiopia (2004). *AIDS in Ethiopia: 5th report*. June. Federal Ministry of Health, Disease Prevention and Control Department. Addis Ababa.
- Federal Ministry of Health Nigeria (2004). 2003 National HIV sero-prevalence sentinel survey: Technical Report. Federal Ministry of Health. Abuja.
- Gomes do Espirito Santo ME and Etheredge GD (2005). Male clients of brothel prostitutes as a bridge for HIV infection between high risk and low risk groups of women in Senegal. *Sexually Transmitted Infections*, 81:342-344.
- Grupo tematico VIH/SIDA Angola (2002). A luta a epidemia de VIH/SIDA como uma prioridade nacional. Presentacao 11 Dezembro. Ministerio da saude do Angola, UNAIDS. Luanda.
- Hargrove JW et al. (2005). Declining HIV prevalence and incidence in women attending maternity clinics in greater Harare, Zimbabwe. (Submitted for publication)
- Human Rights Watch (2005). *Clear the filth: Mass evictions and demolitions in Zimbabwe*. Briefing paper. September. Human Rights Watch. New York. Available at <http://www.hrw.org/background/africa/zimbabwe0905/>
- Jordan-Harder B et al. (2004). Thirteen years HIV-1 sentinel surveillance and indicators for behavioural change suggest impact of programme activities in south-west Tanzania. *AIDS*, 18(2):287-294.
- Kayirangwa E and Hanson J (2004). *Recent trends in HIV prevalence in Rwanda*. Presentation to the UNAIDS Reference Group on Estimates, Modelling and Projections. 15-17 November. Harare.
- Kintin FD et al. (2004). *Enquête de prévalence des IST/VIH et des comportements sexuels chez les travailleuses due sexe et leurs partenaires masculins a Ouagadougou, Burkina Faso*. Novembre. Conseil national de lutte contre le sida et les IST, CIDA, CCSID. Ouagadougou.
- Mahomva A (2004). Trends in HIV prevalence and incidence and sexual behaviour. Presentation to the UNAIDS Reference Group on Estimates, Modelling and Projections. 15-17 November. Harare.
- Mbulaiteye SM et al. (2002). Declining HIV-1 incidence and associated prevalence over 10 years in a rural population in south-west Uganda: a cohort study. *The Lancet*, 360. July 6.
- Ministère de l'économie, des finances et du budget (2005). *Enquete Demographique et de Santé Madagascar 2003-2004*. Février. Institut National de la Statistique, ORC Macro. Antananarivo, Claverton, USA.
- Ministère de la santé publique Burundi (2004). *Bulletin epidemiologique annuel de surveillance du VIH/SIDA/IST pour l'année 2003*. Octobre. Ministère de la santé publique. Bujumbura.
- Ministère de la santé publique Cameroon (2004). *EDSC-III 2004 Résultats Préliminaires*. Octobre. Institut national de la statistique, Ministère de la Santé publique, ORC Macro. Yaounde, Claverton, USA.
- Ministère de la santé Mali (2004). *Surveillance epidemiologique du VIH au Mali de 1985 a 2004*. Ministère de la santé. Bamako.
- Ministère de la santé et de la prévention médicale Senegal (2004). *Sénégal enquête démographique et de santé 2005 rapport préliminaire*. Juillet. Ministère de la santé et de la prevention médicale, Centre de Recherche pour le Développement Humain. MEASURE DHS+ ORC Macro. Dakar, Calverton U.S.A.
- Ministère de la santé République du Congo (2004). *Evaluation de la séroprévalence des infections a VIH Rapport d'analyse provisoire*. Ministère de la Santé. Brazzaville.
- Ministère de la santé Rwanda (2001). *Enquete demographique et de sante (EDSR-II)*. Septembre. Office national de la population, ORC Macro. Kigali, Calverton U.S.A.
- Ministère de la santé Togo (2004). *Rapport de surveillance de l'infection par le VIH dans le groupe des consultantes prénatales, Année 2003*. Février. Ministère de la santé. Lomé.
- Ministerio da saude do Angola (2004). Relatório preliminar do estudo de seroprevalência de VIH, sífilis e hepatite B, mulheres grávidas em consulta prenatal. Ministerio da saude. Luanda.
- Ministry for Health and Child Welfare Zimbabwe, 2004 & 2005, forthcoming
- Ministry of Health Eritrea (2004). HIV prevention impact in Eritrea: Results from the 2003 Round of HIV Sentinel Surveillance. Ministry of Health. Asmara.
- Ministry of Health Kenya (2005). *AIDS in Kenya, 7th edition*. National AIDS and STI Control Programme (NASCOP), Ministry of Health. Nairobi.
- Ministry of Health Mozambique (2005). *Report on the update of the HIV epidemiological surveillance data: 2004 round*. August. Ministry of Health. Maputo.
- Ministry of Health Uganda (2005). *Uganda HIV/AIDS Sero-behavioural Survey 2004-05: Preliminary Report*. Ministry of Health. Kampala.

- Ministry of Health Uganda (2003). *STD/HIV/AIDS surveillance report*. June. Ministry of Health. Kampala.
- Ministry of Health United Republic of Tanzania (2004). *Surveillance of HIV and Syphilis among Antenatal Clinic Enrollees 2003-2004*. Dar es Salaam.
- Ministry of Health and Population Malawi (2003). *HIV sentinel surveillance report 2003*. November. Lilongwe. Ministry of Health and Population.
- Ministry of Health and Social Services Namibia (2004). *Report of the 2004 national HIV sentinel survey*. Ministry of Health and Social Services. Windhoek.
- Ministry of Health and Social Welfare Lesotho. (2005). *Report of the Sentinel HIV/Syphilis Survey 2005*. September. STI/HIV and AIDS Directorate, Ministry of Health & Social Welfare. Maseru.
- Ministry of Health and Social Welfare Lesotho (2003). *2003 HIV sentinel survey report*. October. Ministry of Health and Social Welfare Lesotho. Maseru.
- Ministry of Health and Social Welfare Swaziland (2005). *9th round of national HIV serosurveillance in women attending antenatal care services at health facilities in Swaziland: survey report*. March. Ministry of Health & Social Welfare Swaziland. Mbabane.
- Ministry of Health and Social Welfare Swaziland (2002). *8th HIV sentinel serosurveillance report*. December. Ministry of Health & Social Welfare Swaziland. Mbabane.
- Monze M (2004). Evidence for declines in HIV incidence: Zambia. Presentation to the UNAIDS Reference Group on Estimates, Modelling and Projections. 15-17 November. Harare.
- Mugurungi O et al. (2005). HIV in Zimbabwe. In: Glynn JR, Carael M (eds.) *HIV, Resurgent Infections and Population Change in Africa*. Springer.
- Mundandi C et al. (2005). Sexual behaviour change, spatial mobility and stabilisation of the HIV epidemic in eastern Zimbabwe. Poster Exhibit 3495. 12 July. XV International AIDS Conference, Bangkok.
- National AIDS Coordinating Agency, Botswana (2005). *Botswana AIDS Impact Survey II: Popular Report*. March. Republic of Botswana. Gaborone.
- National AIDS Coordinating Agency, Botswana (2003). *Botswana 2003 second generation HIV/AIDS surveillance: Technical report*. December. Gaborone.
- National HIV/AIDS Council Zambia (2002). *ANC Sentinel surveillance of HIV/AIDS trends in Zambia, 1994-2002*. National HIV/AIDS Council, Sida, U.S. Centers for Disease Control and Prevention, Tropical Diseases Research Center. Lusaka.
- Nko S et al. (2004). Secretive females or swaggering males? An assessment of the quality of sexual partnership reporting in rural Tanzania. *Social Science & Medicine*, 59:299-310.
- Statistics SA (2005). *Mortality and causes of death in South Africa, 1997-2003*. Statistics SA. Pretoria.
- Reproductive Health Research Unit (2004). *HIV and Sexual Behaviour Among Young South Africans: A National Survey of 15-24 Year Olds*. April. Reproductive Health Research Unit, Johannesburg.
- Presidence du Faso (2005). Suivi de la declaration d'engagement sur le VIH/SIDAA (UNGASS): Cadre pour la presentation des reports pays—periode concernee Janvier-December 2004. Mars. Ouagadougou.
- Seychelles Communicable Disease Control Unit (2005). *Epidemiological Bulletin Seychelles*. Ministry of Health, WHO. Victoria.
- Statistics SA (2005). *Mortality and causes of death in South Africa, 1997-2003*. Statistics SA. Pretoria.
- UNAIDS (2004). *2004 Report on the global AIDS epidemic*. Geneva.
- UNAIDS/WHO (2004b). *2004 AIDS epidemic update*. Geneva.
- UNAIDS/WHO (2005). *Progress on global access to HIV antiretroviral therapy: An update on '3 by 5'*. UNAIDS/WHO. Geneva.
- UNICEF (2004). *Girls, HIV/AIDS and Education*. December. UNICEF. New York. Available at http://www.unicef.org/publications/index_25047.html
- Ward H, Walker N, and Ghys PD (2004). Methods and tools for HIV/AIDS estimates and projections. *Sexually Transmitted Infections*, 80(Supplement 1). August.
- Wawer M et al. (2005). *Declines in HIV prevalence in Uganda: Not as simple as ABC*. Abstract 27 LB, 12th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections, February 22-25, 2005. Boston U.S.A.
- WHO (2005). *The 2004 First national second generation HIV/AIDS/STI sentinel surveillance survey among antenatal care women attending maternity and child health clinics, tuberculosis and STD patients*. July. WHO. Somalia.

ASIA

- Altat A et al. (2004). *Harm reduction among injection drug users in Karachi, Pakistan*. Paper presented at the XVth International HIV/AIDS Conference. July. Bangkok.
- Basu I et al. (2004). HIV prevention among sex workers in India. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 36(3):845-852.
- Buavirat A et al. (2003). Risk of prevalent HIV infection associated with incarceration among injecting drug users in Bangkok, Thailand: case-control study. *British Medical Journal*, 326(7384): 308.
- Buckingham R and Meister E (2003). Condom utilization among female sex workers in Thailand: Assessing the value of the health belief model. *Californian Journal of Health Promotion*, 4(4):18-23.

- Center for Health Research & Ministry of Health (2002). *A study of injecting drug use behaviour in three cities: Surabaya, Jakarta and Bandung*. University of Indonesia.
- China Ministry of Health and UN Theme Group on HIV/AIDS (2003). *A joint assessment of HIV/AIDS prevention, treatment and care in China (2004)*. UN Theme Group on HIV/AIDS in China. Beijing.
- Choi KH et al. (2003). Emerging HIV-1 epidemic in China in men who have sex with men. *Lancet*, 361:2125-26.
- Department of Health Myanmar (2005). Sentinel surveillance data for March-April 2004. AIDS Prevention and Control Project. Yangon.
- Department of Health Myanmar (2004). Sentinel surveillance data for March-April 2004. AIDS Prevention and Control Project. Yangon.
- Department of Health Philippines (2003). *Status and trends of HIV/AIDS in the Philippines: The 2002 technical report of the National HIV/AIDS Sentinel Surveillance System*. Department of Health. Manila.
- Go VF et al. (2004). High HIV prevalence and risk behaviors in men who have sex with men in Chennai, India. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 35(3):314-319.
- Hien NT et al. (2004a). HIV/AIDS epidemics in Vietnam: Evolution and responses. *AIDS Education and Prevention*, 16(Supplement A):137-154.
- Hien NT et al. (2004b). *Risk factors for HIV seropositivity among young heroin injecting drug users in Quang Ninh province, Viet Nam*. Submitted for publication.
- Huang M and Hussein H (2004). The HIV/AIDS epidemic country paper: Malaysia. *AIDS Education and Prevention*, 16(Supplement A):1001-09.
- Kaufman J and Jing J (2002). China and AIDS—the time to act is now. *Science*, 296:2339-40.
- Lertpiriyasuwat C et al. (2003). A survey of sexual risk behavior for HIV infection in Nakhonsawan, Thailand, 2001. *AIDS*, 17(13):1969-76.
- Mateo RJ et al. (2003). *HIV/AIDS in the Philippines*. *AIDS Education and Prevention*, 16(Supplement A):43-52.
- Ministry of Health and Family Welfare Bangladesh (2004). *HIV in Bangladesh: The present scenario*. November. Ministry of Health and Family Welfare. Dhaka.
- Ministry of Health Malaysia and WHO (2004). *Consensus report on HIV and AIDS—Epidemiology in 2004: Malaysia*. Ministry of Health & WHO. Kuala Lumpur.
- Ministry of Health Pakistan, DfID, Family Health International (2005). *National study of reproductive tract and sexually transmitted infections: Survey of high-risk groups in Lahore and Karachi*, 2005. Ministry of Health, Department for International Development, Family Health International. Karachi.
- Ministry of Health Viet Nam (2005). *HIV/AIDS estimates and projections 2005-2010*. General Department of Preventive Medicine and HIV/AIDS Control, Ministry of Health. Hanoi.
- Monitoring the AIDS Pandemic Network (MAP) (2005a). *Drug injection and HIV/AIDS in Asia—MAP Report 2005*. July. Geneva
- Monitoring the AIDS Pandemic Network (MAP) (2005b). *Sex work and HIV/AIDS in Asia—MAP Report 2005*. July. Geneva
- Monitoring the AIDS Pandemic Network (MAP) (2004). *AIDS in Asia: Face the facts—A comprehensive analysis of the AIDS epidemics in Asia*. Geneva.
- NACO (2004a). *Annual Report 2002-2003, 2003-2004*. Ministry of Health and Family Welfare. Delhi.
- NACO (2004b). *State-wise HIV prevalence (1998-2003)*. Ministry of Health and Family Welfare. Delhi.
- National Center for AIDS/STD Prevention and Control China (2003). *Information on HIV/AIDS prevention and control*. Beijing.
- National Center for HIV/AIDS, Dermatology and STIs (NCHADS) (2004). *HIV Sentinel Surveillance (HSS) 2003: Trends Results, and Estimates*. Phnom Penh.
- Nemoto T (2004). HIV/AIDS surveillance and prevention studies in Japan: Summary and recommendations. *AIDS Education and Prevention*, 16(Supplement A):27-42.
- Ono-Kihara M et al. (2001). Sexual practices and the risk for HIV/STDs infection of youth in Japan. *Journal of the Japan Medical Association*, 126(9):1157-1160.
- Phimphachanh C and Sayabounthavong K (2004). The HIV/AIDS/STI situation in Lao People's Democratic Republic. *AIDS Education and Prevention*, 16(Supplement A): 91-99.
- Pisani E. (2003) *The Epidemiology of HIV at the Start of the 21st Century: Reviewing the Evidence*. Working Paper (September). UNICEF. New York.
- Poshyachinda V (2005). *Review of Thailand's situation: Drugs and HIV. Slide presentation*. June. Institute for Health Research, Chulalongkorn University. Bangkok.
- Punpanich W et al. (2004). Thailand's response to the HIV epidemic: Yesterday, today and tomorrow. *AIDS Education and Prevention*, 16(Supplement A):119-136.
- Reza-Paul SRP et al. (2005). *An integrated behavioral and biological study among female sex workers in Mysore, India*. Abstract no. MP-106. Paper presented to the 16th biennial meeting of the International Society for Sexually Transmitted Disease Research, 10-13 July. Amsterdam.
- Riono P and Jazant S (2004). The current situation of the HIV/AIDS epidemic in Indonesia. *AIDS Education and Prevention*, 16(Supplement A):78-90.

- Saphonn V et al. (2005). Trends of HIV-1 seroincidence among HIV-1 sentinel surveillance groups in Cambodia, 1999-2002. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 39(5):587-592.
- Shah SA, Altaf A, Mujeeb SA, and Memon A (2004). An outbreak of HIV infection among injection drug users in a small town in Pakistan: potential for national implications. *International Journal of STD & AIDS*, 15(3):209-210.
- Solomon S et al. (2004). A review of the HIV epidemic in India. *AIDS Education and Prevention*, 16(Supplement A):155-169.
- State Council AIDS Working Committee & UN Theme Group on HIV/AIDS (2004). *A joint assessment of HIV/AIDS prevention, treatment and care in China (2004)*. December. State Council AIDS Working Committee Office and the UN Theme Group on HIV/AIDS in China. Beijing.
- Thai Working Group on HIV/AIDS Projections (2001). *HIV/AIDS projections for Thailand: 2000-2020*. March. Bangkok.
- Thwe M (2004). HIV/AIDS education and prevention in Myanmar. *AIDS Education and Prevention*, 16(Supplement A):170-177.
- Toole M et al. (2005). *Study of young men's sexual behaviour: Vientiane, Lao People's Democratic Republic, August-November*. Burnet Institute.
- UNAIDS (2004). *2004 Report on the global AIDS epidemic*. Geneva.
- UNDP (2004). *Thailand's response to HIV/AIDS: progress and challenges*. Bangkok.
- Van Griensven F et al. (2005). Evidence of a previously undocumented epidemic of HIV infection among men who have sex with men in Bangkok, Thailand. *AIDS*, 19(5):521-526.
- Viet Nam Ministry of Labour Invalids and Social Affairs (2001). *Report results of the survey on high risk factors of drug abuse among groups of female prostitutes in Vietnam*. UNDCP.
- Wi T et al. (2002). *RTI/STD Prevalence in Selected Sites in the Philippines*. Manila, Department of Health and Family Health International.
- Yang H et al. (2005). Heterosexual transmission of HIV in China: A systematic review of behavioral studies in the past two decades. *Sexually Transmitted Diseases*, 32(5):270-280. May.
- Zhang K-L et al. (2004). Epidemiology of HIV and sexually transmitted infections in China. *Sexual Health*, 16:39-46.
- Zunyou W (2005). *Nationwide Scaling-up Harm Reduction – A Case Study from China*. Paper presented at 7th International Congress on AIDS in Asia and the Pacific. 2 July. Kobe.

EASTERN EUROPE

- WHO EURO et al. (2004). *Preliminary results of the 2nd generation surveillance and prevalence of HIV in Moldova in 2003*. WHO EURO, Pasteur Institute in St. Petersburg, National Scientific-Practical Centre for Preventive Medicine. Republic of Moldova
- Aids Prevention Centre Latvia (2005). Statistics fact sheets. Riga. Available at <http://aids.gov.lv/?sadala=146>.
- Aitken C et al. (2002). The impact of a police crackdown on a street drug scene: evidence from the street. *International Journal of Drug Policy*, 13:189-198
- Armenian National AIDS Center (2005). HIV/AIDS epidemic in the Republic of Armenia. Fact sheet. Yerevan. Available at <http://www.arm aids.am>.
- Balakireva O et al. (2003). *The Prospects for Development of HIV Prevention Programmes among Injecting Drug Users*. UNICEF, UNAIDS, Social Monitoring Centre. Kiev.
- Binagwaho A et al. (2005). *Epidemiological developments regarding HIV/AIDS in Rwanda: 2005*. Briefing paper. CNLS, TRAC, UNAIDS. Kigali.
- Blumenthal R et al. (1997). Impact of law enforcement on syringe exchange programmes: a look at Oakland and San Francisco. *Medical Anthropology*, 18:61-64.
- Bobrik A et al. (2005). Prison Health in Russia: The Larger Picture. *Journal of Public Health Policy*, 26:30-59.
- Booth RE et al. (2004). Predictors of Self-Reported HIV Infection Among Drug Injectors in Ukraine. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 35(1):82-88.
- Des Jarlais DC et al., (2002). HIV risk behaviour among participants of syringe exchange programmes in central/eastern Europe and Russia. *International Journal of Drug Policy*, 13:165-170.
- Eroshina K et al. (2005a). Cohort study on the effectiveness of Russian needle exchange programs. Handbook of the 16th Conference on the reduction of drug related harm. March. Belfast, Northern Ireland.
- EuroHIV (2005). *HIV/AIDS Surveillance in Europe: End-year report 2004*, No. 71. Institut de Veille Sanitaire. Saint-Maurice.
- Federal Service of the Russian Federation in Consumer Rights Protection and Human Welfare, 2005
- Field MG (2004). HIV and AIDS in the Former Soviet Bloc. *New England Journal of Medicine*, 315:117-120.
- Filatov A and Suharsky D (2002). Peculiarities of HIV infection among intravenous drug users in Mirninsk district, Yakut area. 4th European AIDS Conference, Vilnius, Lithuania.
- FOCUS-MEDIA Public Health and Social Development Foundation (2005). *Telephone survey carried out among Moscow residents aged 15-29 to investigate knowledge and beliefs and about HIV/AIDS and attitudes toward safe sex*. March. Moscow.
- Gibson DR, Flynn NM, and Perales D (2001). Effectiveness of syringe exchange programs in reducing HIV risk behavior and HIV sero-conversion among injecting drug users. *AIDS*, 15:1329-1341.

- Grund, J-P et al.(2005). *QUO VADIS? Role of Injecting Drug Users in the Development of the Epidemic of HIV-Infection in Ukraine* (Rus.). Ukrainian AIDS Centre. Kiev.
- Grund J-P et al. (2001). Drug use patterns and HIV risk behaviours of Russian syringe exchange participants. Presented at the 12th International Conference on the Reduction of Drug-Related Harm. New Delhi.
- Health Protection Inspectorate Estonia (2005). HIV infections in Estonia fact sheet. Tallinn. Available at www.terviskaitse.ee.
- Human Rights Watch (2005). Positively abandoned: Stigma and discrimination against HIV-positive mothers and their children in Russia. July. Human Rights Watch. New York. Available at <http://hrw.org/reports/2005/russia0605/>
- Kazakhstan AIDS Center, 2005
- Lithuanian AIDS Center (2005). Fact sheets. Vilnius. Available at <http://old.aids.lt>
- Lowndes, C. M. et al. (2002). *Female injection drug users who practice sex work in Togliatti City, Russian Federation: HIV prevalence and risk behaviour*. XIV International AIDS Conference. Abstract MoPeC3501. Barcelona.
- Ministry of Health Belarus (2005a). *HIV epidemic situation in the Republic of Belarus*. January. Ministry of Health. Minsk.
- Ministry of Health Belarus (2005b). *Modern methods of HIV sentinel surveillance in the Republic of Belarus: Report on the results of studies*. Ministry of Health. Minsk.
- Ministry of Health of Ukraine (2005). *Ukraine: National Report on the follow-up to the UNGASS Declaration of Commitment on HIV/AIDS - Reporting Period: 2003-2004*
- Molotilov V et al. (2003). Rapid increase in HIV rates—Orel Oblast, Russian Federation, 1999-2001. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 52:657-660.
- Pokrovskiy V, Federal AIDS Centre (2005). HIV/AIDS in Russia. Presentation to HIV/AIDS in the Russian Federation and Ukraine workshop, Geneva. January.
- Republican AIDS Centre (2004). *Results of 2003 Sentinel Epidemiological Surveillance for HIV among Sex Workers in Kazakhstan*. Almaty, Republican AIDS Centre.
- Republican AIDS Centre (2001). *Behavioural Survey among Injecting Drug Users in Nine Cities of Kazakhstan*. Almaty, Republican AIDS Centre.
- Rhodes T and Simic M (2005). Transition and the HIV risk environment. *British Medical Journal*, 331:220-223.
- Rhodes T et al. (2004a). Injecting equipment sharing among injecting drug users in Togliatti City, Russian Federation. *Journal of Acquired Deficiency Syndromes*, 35(3):293-300.
- Rhodes T et al. (2004b). HIV transmission and HIV prevention associated with injecting drug use in the Russian Federation. *International Journal of Drug Policy*, 15:1-16.
- Russian Federal AIDS Centre (2005).
- Shakarishvili A et al. (2005). Sex work, drug use, HIV infection and spread of sexually transmitted infections in Moscow, Russian Federation. *The Lancet*, 366:57-60.
- Shaboltas AV, Verebochikin SV, Hoffman I, Raider R, Perbyu TZ, Kozlov, AP. (2004). 'Organisatsiya kogortnogo issledovaniya I otsenka zarazhennosti I zarazhaemosti VICH sredi in'ektsionnikh narkopotrebitelei vSankt-Peterburge. [Cohort research and assessment of HIV infection rate and susceptibility to HIV infection among IDUs in St Petersburg]. *Russkii Zhurnal 'VICH/SPID I rodstvennye problemi'*. [Russian Journal: HIV/AIDS & related problems], 8(1): 20-28.
- Smolenskaya TT et. al. (2005). Sentinel Surveillance among Population Groups with Risk Behavior in North-West Russia. Personal communication.
- Todd CS et al. (2005). Human immunodeficiency virus (HIV) infection in female sex workers in Tashkent, Uzbekistan. Abstract MP-025. Paper presented to the 16th biennial meeting of the International Society for Sexually Transmitted Diseases Research. 10-13 July. Amsterdam.
- Ukrainian AIDS Centre (2005a). HIV infection in Ukraine. *Information Bulletin*, 24. Kiev.
- Ukrainian AIDS Centre (2005b); *Epidemiological Surveillance of HIV-infection and Sexually-Transmitted Infections – as a Component of the System of Second Generation Epidemiological Surveillance of HIV-infection in Ukraine (Ukr.)*.
- UNODC (2005). *Illicit Drug Trends in the Russian Federation 2004*. UNODC Regional Office for Russia and Belarus. Moscow.
- UNAIDS/WHO (2005). *Progress on global access to HIV antiretroviral therapy: An update on '3 by 5'*. UNAIDS/WHO. Geneva.
- UN Resident Coordinator Office & Ministry of Foreign Affairs (2005). Millennium Development Goals in Kazakhstan—MDG 6: Combat HIV/AIDS and tuberculosis. Astana.
- USAID and Centers for Disease Control (1998). *HIV/AIDS strategy in Russia, 1998-2000*. USAID. Washington.
- Verevochkin SV et al. (2005). High prevalence of HIV infection among IDUs: No significant changes. *Russkii Zhurnal. SPID, Rak I obshchestvennoe zdorov'ye*, 9 (2). Presented at the 14th International Conference on AIDS, Cancer and Public Health. 23-27 May. St. Petersburg.
- World Health Organization (2005); WHO/Europe, Ukraine: estimations of treatment needs. http://www.euro.who.int/aids/surveillance/20050419_1 .

CARIBBEAN

- Camara B and Zaidi I (2005). The future of the HIV/AIDS epidemic in the Caribbean. *CAREC Surveillance Report Supplement 1* (June).
- Camara B et al. (2003). The Caribbean HIV/AIDS epidemic epidemiological status / success stories: A summary. *CAREC Surveillance Report*, 23.
- CAREC/PAHO and Maxi Linder Foundation (2005a). *An HIV seroprevalence and behavioral study among commercial sex workers (CSW) in Suriname*. CAREC/PAHO. Paramaribo.
- CAREC/PAHO and Maxi Linder Foundation (2005b). *An HIV seroprevalence and behavioral study among men who have sex with men (MSM) in Suriname*. CAREC/PAHO. Paramaribo.
- Caribbean Epidemiology Centre, PAHO, WHO (2003). *Success stories in the fight against HIV/AIDS in the Caribbean—An update*. Port of Spain, CAREC. December.
- Caribbean Technical Expert Group (2004). *Strengthening the Caribbean Regional Response to the HIV Epidemic: Report of the Caribbean Technical Expert Group Meeting on HIV Prevention and Gender*. Drafting working document. 28-29 October. Jamaica.
- Del Prado R. et al. (1998). *AIDS and Behavior Change. A population survey, A KAPB survey and an HIV seroprevalence study in Paramaribo, Suriname*. Paramaribo.
- Department of Public Health The Bahamas (2004). *HIV Surveillance 1992-2003*. Nassau, Department of Public Health.
- Duke V et al. (2004). Seroprevalence of HIV, HSV-1 and HSV-2 among women in Tobago: A cord blood-based survey. *CAREC Surveillance Report*, 24(3). November
- Gaillard EM et al. (2004a). *Le VIH/SIDA en Haïti: Une raison d'espérer*. December. Policy Project.
- Gaillard EM et al. (2004b). Evidence for changes in sexual behavior and HIV incidence in Haiti. Slide presentation. 15-17 November. UNAIDS/WHO/UNICEF. Harare.
- Inciardi JA, Syvertsen JL, and Surratt HL (2005). HIV/AIDS in the Caribbean Basin. *AIDS Care*, 17(Supplement 1):S9-S25.
- Kumar A and Singh B (2004). Impact of the AIDS Prevention Program on trends in prevalence and incidence of HIV infection among pregnant women in Barbados. XV International AIDS Conference. Abstract ThPeC2782. Bangkok. 11-16 July.
- Ministère de la Santé Publique et de la Population Haïti et al. (2004). *Etude de sero surveillance par méthode sentinelle de la prévalence du VIH, de la syphilis, de l'hépatite B et de l'hépatite C chez les femmes enceintes en Haïti 2003/2004*. Port-au-prince, Ministère de la Santé Publique et de la Population. Juillet.
- Ministry of Health Jamaica (2004). *Jamaica HIV Sentinel Surveillance Serosurvey Report, 2004*. Division of Health Promotion and Protection, Ministry of Health. Jamaica.
- Monitoring the AIDS Pandemic (2003). *HIV infection and AIDS in the America*. MAP. Havana.
- PAHO (2005). Care fact sheets. Pan American Health Organization. Washington DC, USA.
- Palmer CJ et al. (2002). HIV Prevalence in a Gold Mining Camp in the Amazon Region, Guyana. *Emerging Infectious Diseases*, (8)3. March. Available at <http://www.cdc.gov/ncidod/eid/vol8no3/01-0261.htm>.
- Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social de Republica Dominicana (2005a). *De Segunda Generación Encuestas De Seroprevalencia de la Infección VIH Basadas en Puestos Centinela 2004*. Marzo. Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social, USAID-FHI/CONECTA. Santo Domingo.
- Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social de Republica Dominicana (2005b). *Encuestas de vigilancia del comportamiento sobre VIH/ SIDA/ ITS en RSX y HSH del Área V de Salud*. Enero. Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social de Republica. Santo Domingo.
- St John MA et al., (2003). Efficacy of Nevirapine Administration on Mother-to-Child Transmission of HIV using a modified HIVNET 012 regimen. *West Indian Medical Journal*, 51 (Suppl 3):1-87.
- Susman E (2003). US could learn from Cuban AIDS policy. *AIDS*, 17:N7-8.
- Toro-Alfonso j and Varas- Diaz N (2004). *Vulnerabilidad y Riesgo de los HSH en la República Dominicana 2004*. FHI/ CONECTA. Santo Domingo.
- UNAIDS/WHO (2004). *AIDS epidemic update – December 2004*. UNAIDS/WHO. Geneva.
- Weiss HA et al. (2001). The epidemiology of HSV-2 infection in four urban African populations *AIDS*, (15)Supp 4:S97-108.

LATIN AMERICA

- Bautista CT et al. (2004). Seroprevalence of and risk factors for HIV-1 infection among South American men who have sex with men. *Sexually Transmitted Infections*, 80:498-504.
- Carcamo C (2004). Informe de la consultaría sobre vigilancia epidemiológica a Bolivia. Briefing document. La Paz.
- CENSIDA (2003). Data from the National AIDS Cases Registry in Mexico. Centro Nacional para la Prevención y Control del SIDA. Mexico City; cited in Magis-Rodriguez (2004).

- Chequer P (2005). Apresentação (Oral presentation to the IAS Rio Pathogenesis conference). *Boletim Epidemiológico – Aids e DST. Ano I - No. 01-26 de 2004 – semanas epidemiológicas. Janeiro a junho 2004*. Marco. Ministerio da Saude do Brasil. Brasília.
- García R (2005). Reducir la vulnerabilidad de las mujeres ante el VIH/Sida: Campaña mundial, prioridad nacional. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 4(8). (en prensa).
- García R et al. (2005). Reduction of mother-to-child transmission of HIV in Colombia: Two years of national experience, 2003-2005. Submitted for publication, July.
- Guanira J et al. (2004). Second generation of HIV surveillance among men who have sex with men in Peru during 2002. XV International AIDS Conference. Abstract WePeC6162. Bangkok. 11-16 July.
- Khalsa JH, Francis H, and Mazin R (2003). Bloodborne and Sexually Transmitted Infections in Drug Abusers in the United States, Latin America, the Caribbean and Spain. *Clinical Infectious Diseases*, 37(Suppl 5):S331-7.
- Lambert M-L et al. (2005). Street youths are the only high-risk group for HIV in a low-prevalence South American country. *Sexually Transmitted Diseases*, 32(4):240-242.
- Magis C et al. (2000). *La respuesta mexicana al SIDA: mejores prácticas*. Consejo Nacional para la Prevención y Control del SIDA. Serie Ángulos del SIDA. México City.
- Magis-Rodríguez C et al. (2004). Migration and AIDS in Mexico: An overview based on recent evidence. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 37(Supplement 4):S215-S226.
- Magis-Rodríguez C et al. (2002). People living with HIV estimate in Mexico. XIV International AIDS Conference. Abstract C10846. Barcelona. 7-12 July.
- Magis-Rodríguez C et al. (1997). Estudio sobre prácticas de riesgo de infección por VIH/SIDA en inyectores de drogas de la Cd. De Tijuana. *BC Revista Salud Fronteriza*, 2:31-14.
- Marins JRP et al. (2003). Dramatic improvement in survival among adult Brazilian AIDS patients. *AIDS*, 17(11):1675-1682.
- Mejía A et al. (2002). HIV-1, syphilis and hepatitis B virus prevalence and risk factors among commercial sex workers, Bogota, Colombia, 2002. XV International AIDS Conference. Abstract WePeC6251. Bangkok. 11-16 July.
- Minichielloa SN, Uribe CMP, Anaya L, and Bertozzia S (2002). The Mexican HIV/AIDS Surveillance System: 1986-2001. *AIDS*, 16(suppl 3):S13-17.
- Ministerio de Salud de Argentina (2004). *Boletín sobre el SIDA en la Argentina*. Ministerio de Salud. Octubre. Buenos Aires.
- Ministerio de Salud de Ecuador (2005). *Epidemiología del virus de inmunodeficiencia humana y síndrome de inmunodeficiencia adquirida en el Ecuador*. Junio. Quito.
- Ministerio de salud de Peru (2005). *Sentinel surveillance report*. Ministerio de salud de Peru, Directorate of Epidemiology. Lima
- Ministerio de salud de Peru (2004). *Redes de intercambio sexual en la dinámica de transmisión poblacional del VIH según niveles de la epidemia*. Ministerio de salud. Lima.
- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social Programa Nacional de ITS/SIDA. Asociación "Entre Amigos", San Salvador, El Salvador (2003). *Estudio Multicéntrico Centroamericano de Prevalencia de VIH/ITS y Comportamientos en Hombres que tienen Sexo con otros Hombres en El Salvador*.
- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala Programa Nacional de Control y Prevención de ITS/VIH/SIDA Organización de Apoyo a una Sexualidad Integral frente al SIDA (OASIS) Asociación de Salud Integral (ASI) Ciudad de Guatemala, Guatemala (2003). *Estudio Multicéntrico Centroamericano de Prevalencia de VIH/ITS y Comportamientos en Hombres que tienen sexo con otros hombres en Guatemala (EMC)*
- Ministry of Health & PAHO/WHO Bolivia (2003). *Document on the characterization of the HIV/AIDS epidemic in Bolivia*. Unpublished.
- Ministerio da Saude do Brasil (2005). *Boletim Epidemiológico – Aids e DST. Ano I - No. 01-26 de 2004 – semanas epidemiológicas. Janeiro a junho 2004*. Marco. Ministerio da Saude. Brasília.
- Montano SM et al. (2005). Prevalences, genotypes and risk factors for HIV transmission in South America. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 40(1):57-64.
- National AIDS Commission Chile (2003). *Epidemiological Surveillance Report, December 2003*. CONASIDA. Santiago
- National AIDS Program Paraguay (2005). *Epidemiological Surveillance Report*. April. Ministry of Health. Asunción.
- National AIDS Program Uruguay (2005). *Epidemiological Surveillance Report*. April. Ministry of Health. Montevideo.
- Osimani ML (2003). The Challenge of Implementation of Preventive Programs in a Developing Country: Experiences, Situations and Perspectives in Uruguay. *Clinical Infectious Diseases*, 37(Suppl 5):S422-6.
- PAHO (2005). Care fact sheets. Pan American Health Organization. Washington DC, USA.
- Pando de los A et al. (2003). HIV immunodeficiency virus type 1 seroprevalence in men who have sex with men from Buenos Aires, Argentina: risk factors for infection. *International Journal of Epidemiology*, 32:735-740.
- Prieto F, Osorio A, and De Neira M (2004). Prevalencia de VIH en Población General Colombia 2003: VI Estudio Nacional Centinela de VIH 2003-2004. Primera Fase. *Información Quincenal Epidemiológica Nacional* (Colombia), 9(23-24):362-376.
- Prieto F (2003). Veinte años del VIH en Colombia, 1983-2003. Datos de la vigilancia epidemiológica. *Información Quincenal Epidemiológica Nacional* (Colombia), 8(22):355-366. Bogota.
- Secretaría de Salud de Honduras (2003). Estudio Multicéntrico Centroamericano de prevalencia de HIV/ITS y Comportamientos en Poblaciones específicas en Honduras. Enero. Departamento ITS/VIH/SIDA. Tegucigalpa.

Segura M et al. (2005). *Cohort of Men who have Sex with Men: recruitment, retention and seroincidence of HIV and other sexually-transmitted infections*. Poster presentation to the IAS Pathogenesis conference 2005. Rio de Janeiro, Julio 2005.

UNAIDS (2004). *2004 Report on the global AIDS epidemic*. UNAIDS. Geneva

UNAIDS/WHO (2004). *Epidemiological Fact Sheet: Various (2004 update)*. UNAIDS/WHO. Geneva. Available at <http://www.who.int/hiv/pub/epidemiology/pubfacts/en/>

UNAIDS/WHO (2003). *AIDS epidemic update 2003*. Geneva, UNAIDS/WHO.

Weissenbacher M et al. (2003). AIDS National Center of Reference, Argentina. High Seroprevalence of Bloodborne Viruses among Street – Recruited Injection Drug Users from Buenos Aires, Argentina. *Clinical Infectious Diseases*, 37(Suppl 5): S348-52

NORTH AMERICA, WESTERN AND CENTRAL EUROPE

British Medical Association (2005). Sexually transmitted infections (STI): An update. Fact sheet. January. Available at <http://www.bma.org.uk/ap.nsf/Content/STIupd05~UK>.

De la Fuente L et al. (2003). Lessons from the history of the human immunodeficiency virus / acquired immunodeficiency syndrome epidemic among Spanish drug injectors. *Clinical Infectious Diseases*, 37(suppl 5):S410-5.

Dodds JP (2005). *HIV prevalence and sexual behaviour in community samples of men who have sex with men in Brighton, Manchester and London*. Abstract no. MP-100. Paper presented to the 16th biennial meeting of the International Society for Sexually Transmitted Diseases Research. 10-13 July. Amsterdam.

Dougan S et al. (2005). HIV infections acquired through heterosexual intercourse in the United Kingdom: findings from national surveillance. *British Medical Journal*, 330:1304-1305. 4 June.

Elford J et al. (2005a). *Unsafe sex among MSM living in London: still increasing?* Abstract no. MP-096. Paper presented to the 16th biennial meeting of the International Society for Sexually Transmitted Diseases Research. 10-13 July. Amsterdam.

Elford J et al. (2005b). *Does the recent increase in new HIV diagnoses among men who have sex with men in the United Kingdom reflect a rise in HIV incidence?* Abstract no. MP-039. Paper presented to the 16th biennial meeting of the International Society for Sexually Transmitted Diseases Research. 10-13 July. Amsterdam.

Elford J et al. (2004). Trends in sexual behaviour among London homosexual men 1998-2003: implications for HIV prevention and sexual health promotion. *Sexually Transmitted Infections*, 80:451-454.

EuroHIV (2005). *HIV/AIDS surveillance in Europe: End-year report 2004* (No 71). Insitut de Veille Sanitaire. Saint-Maurice.

Gambotti L and the acute hepatitis C collaborating group (2005). Acute hepatitis C infection in HIV positive men who have sex with men in Paris, France, 2001-2004. *Eurosurveillance*, 10(4-6), Apr-June.

Giuliani M et al. (2005). Increased HIV incidence among men who have sex with men in Rome. *AIDS*, 19(13):1429-1431.

Glynn M, Rhodes P (2005). *Estimated HIV prevalence in the United States at the end of 2003*. Abstract No. 595. National HIV Prevention Conference. June. Atlanta, USA.

Hamers FF and Downs AM (2004). The changing face of the HIV epidemic in western Europe: what are the implications for public health policies? *Lancet*, 364:83-94.

Leone P et al. (2005). HIV transmission among black women – North Carolina, 2004. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 54(4):89-94. 4 February. Available at <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm5404a2.htm>.

Lot F et al. (2004). Preliminary results from the new HIV surveillance system in France. *Eurosurveillance*, 9(4).

McKnight CA (2005). Update: Syringe exchange programs, United States, 2002. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 54(27):673-676. 15 July. Available at <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm5427a1.htm>.

McMahon et al. (2004). Increased sexual risk behaviour and high HIV sero-incidence among drug-using low-income women with primary heterosexual partners. XV International AIDS Conference. Abstract TuOrD1220. Bangkok. 11-16 July

McQuillan G, Kottiri B, and Kruszon-Moran D (2005). The Prevalence of HIV in the United States Household Population: The National Health and Nutrition Examination Surveys, 1988-2002. Abstract 166LB. 12th International Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections, 22-25 February. Boston, USA.

Mazick A et al. (2005). Hepatitis A outbreak among MSM linked to casual sex and gay saunas in Copenhagen, Denmark. *Eurosurveillance*, 10(4-6), Apr-June.

Montgomery JP et al. (2003). The extent of bisexual behaviour in HIV-infected men and implications for transmission to their female sex partners. *AIDS Care*, 15:829-837.

Murphy G et al. (2004). HIV incidence appears constant in men who have sex with men despite widespread use of effective antiretroviral therapy. *AIDS*, 18(2):265-272.

National AIDS Centre (2005). *HIV and AIDS in Poland: From the beginning of the epidemic in 1985 till the end of 2004*. Slide presentation. Warsaw.

Prabhu R et al. (2004). The bisexual bridge revisited: sexual risk behaviour among men who have sex with men and women, San Francisco, 1998-2003. *AIDS*, 18(11):1604-1606.

Public Health Agency of Canada (2005). *HIV and AIDS in Canada: Surveillance Report to December 31, 2004*. Surveillance and Risk Assessment Division, Public Health Agency of Canada. Ottawa. Available at <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/aids-sida/haic-vsac1204/index.html>

Robert Koch Institut (2005). HIV-Infektionen/AIDS: Halbjahresbericht I/2005. *Epidemiologisches Bulletin*, 30. September. Available at <http://www.rki.de/>

- UK Collaborative Group for HIV and STI Surveillance (2004). *Focus on Prevention. HIV and other Sexually Transmitted Infections in the United Kingdom in 2003*. November. Health Protection Agency Centre for Infections. London.
- US Centers for Disease Control and Prevention (2005). HIV prevalence, unrecognized infection, and HIV testing among men who have sex with men—five U.S. cities, June 2004–April 2005. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 54(24):597-601.
- US Centers for Disease Control and Prevention (2004a). *HIV/AIDS Surveillance Report*, 15. Centres for Disease Control and Prevention. Atlanta, U.S.A. Available at <http://www.cdc.gov/hiv/stats/hasrlink.htm>
- US Centers for Disease Control and Prevention (2004b). HIV/AIDS Among African Americans. Fact Sheet. US centres for Disease Control and Prevention. Atlanta, U.S.A. Available at <http://www.cdc.gov/hiv/pubs/facts/afam.htm>
- Valleroy LA et al. (2004). The bridge for HIV transmission to women from 15- to 29-year-old men who have sex with men in 7 US cities. XV International AIDS Conference. Abstract ThOrC1367. Bangkok. 11-16 July
- Vall Mayns M et al. (2004). Outbreaks of infectious syphilis and other STIs in men who have sex with men in Barcelona, 2002-2003. *Eurosurveillance*, 9(4):60.
- Van de Laar M and Op de Coul ELM (2004). Increase in STIs in the Netherlands slowed in 2003. *Eurosurveillance*, 9(4).
- Walensky RP et al. (2005). 2 Million years of lives saved: The survival benefits of AIDS therapy in the United States. Abstract 143LB. Presented at the 12th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections, 22-25 February. Boston, MA, USA.

MIDDLE EAST AND NORTH AFRICA

- Abdulrahman A et al. (2004). Mode of transmission of HIV-1 in Saudi Arabia. *AIDS*, 18(10):1478-1480.
- El-Rahman A (2004). Risky behaviours for HIV/AIDS infection among a sample of homosexuals in Cairo city, Egypt. XV International AIDS Conference. Abstract WePeC6146. Bangkok. 11-16 July.
- Fares E et al. (2004). Epidemiological surveillance of HIV/AIDS in Algeria, North Africa, based on the sentinel sero-surveillance survey. XV International AIDS Conference. Abstract C10572. Bangkok. 11-16 July.
- Institut de Formation Paramédicale de Parnet (2004). Rapport de la réunion d'évaluation a mis-parcours de l'enquête de sero-surveillance du VIH. 9 Juin.
- Jenkins C and Robalino D (2003). *HIV/AIDS in the Middle East and North Africa: The cost of Inaction*. World Bank. Washington.
- Ministry of Health Sudan (2005). *Annual report*. Sudan National HIV/AIDS Surveillance Unit. Khartoum.
- Razzaghi E et al. (1999). *Rapid Situation Assessment of Drug Abuse in Iran*. Ministry of Health and United Nations International Drug Control Program. Tehran; cited in Zamani S et al. (2005).
- Sammud A (2005). *HIV in Libya*. August. Ministry of Health. Tripoli.
- Sudan National AIDS Control Program (2004a). *Antenatal situation analysis & behavioral survey: results and discussions*. Khartoum.
- Sudan National AIDS Control Program (2004b). *Sex sellers situation analysis & behavioral survey: results and discussions*. Khartoum.
- Sudan National AIDS Control Program (2004c). *Internally Displaced People situation analysis & behavioral survey: results and discussions*. Khartoum.
- Sudan National AIDS Control Program (2004d). *University Students situation analysis & behavioral survey: results and discussions*. Khartoum.
- UNAIDS/WHO (2004). *AIDS epidemic update December 2004*. Geneva
- WHO/EMRO (2005). *Progress Report on HIV/AIDS and '3 by 5'*. July. WHO., Cairo.
- Zamani S et al. (2005). Prevalence of and factors associated with HIV-1 infection among drug users visiting treatment centers in Tehran, Iran. *AIDS*, 19:709-716.

OCEANIA

- Ministry of Health New Zealand (2005). *AIDS-New Zealand* (Issue 55). February.
- National AIDS Council & National Department of Health PNG (2004). *The report of the 2004 national consensus workshop of Papua New Guinea*. Port Moresby.
- National Centre in HIV Epidemiology and Clinical Research (2005). *HIV/AIDS, viral hepatitis and sexually transmissible infections in Australia: Annual Surveillance Report 2005*. National Centre in HIV Epidemiology and Clinical Research. Sydney. Available at <http://www.med.unsw.edu.au/ncheccr>.
- Pisani E and Dili STI survey team (2004). *HIV, STIs and risk behaviour in East Timor: an historic opportunity for effective action*. Family Health International. Dili, East Timor.
- Secretariat of the Pacific Community, AIDS Section (2005). *Spread of HIV in the Pacific region—1984 to 2004*. Briefing paper. June.
- Sullivan EA et al. (2004). HIV, Hepatitis B and other sexually transmitted infections and associated risk behaviours in Pacific-island seafarers, Kiribati. XV International AIDS Conference. Abstract ThP2C735. Bangkok. 11-16 July.

Erläuterung zu den von UNAIDS/WHO abgegebenen Schätzungen

Die in diesem Dokument von UNAIDS/WHO abgegebenen Schätzungen beruhen auf den neuesten verfügbaren Daten zur Verbreitung von HIV in den Ländern der Welt. Es handelt sich um vorläufige Daten. UNAIDS und WHO überprüfen und aktualisieren die Schätzungen regelmäßig in Zusammenarbeit mit Experten aus nationalen AIDS-Programmen und Forschungsinstituten in dem Maße, wie bessere Kenntnisse über die Epidemie verfügbar werden, und nutzt auch die Fortschritte, die in den Methoden zur Ableitung von Schätzungen gemacht werden. Aufgrund dieser und zukünftiger Fortschritte können die aktuellen Schätzungen nicht direkt mit den in den Vorjahren oder in der Folgezeit veröffentlichten Schätzungen verglichen werden.

Die in den Graphiken und Tabellen angegebenen Schätzungen und Daten sind in abgerundeten Zahlen dargestellt. In den Berechnungen der Raten und der Gesamtzahlen für die Regionen wurden jedoch ungerundete Zahlen verwendet, aus diesem Grund kann es zu leichten Abweichungen zwischen der Gesamtzahl weltweit und den Summen aus den regionalen Zahlen kommen.

UNAIDS und WHO werden weiterhin mit Ländern, Partnerorganisationen und Experten zusammenarbeiten, um die Datenerfassung zu verbessern. Diese Anstrengungen werden sicherstellen, dass bestmögliche Schätzungen zur Unterstützung von Regierungen, Nichtregierungsorganisationen und anderen Organisationen bei der Messung des Status der Epidemie und der Überwachung der Effizienz der umfangreichen Präventions- und Pflegeanstrengungen zur Verfügung stehen.

Der jährliche **AIDS epidemic update** beschreibt die neuesten Entwicklungen in der AIDS-Epidemie. Die Ausgabe 2005 gibt mit ihren Karten und regionalen Zusammenfassungen einen Überblick über die neuesten Schätzungen zum Umfang und zu den Opfern der Epidemie, untersucht die neuesten Trends in der Entwicklung der Epidemie und enthält ein Extrakapitel zur Prävention.



www.unaids.org
www.aids-stiftung.de

UNAIDS – 20 avenue Appia – 1211 Geneva 27 – Switzerland
Telephone: (+41) 22 791 36 66 – Fax: (+41) 22 791 41 87
E-mail: unaids@unaids.org – Internet: <http://www.unaids.org>

Deutsche AIDS-Stiftung – Markt 26 – 53111 Bonn – Germany
Telefon (+49) - 228 - 60 46 90 – Telefax (+49) - 228 - 60 46 999